

SLAUGYTOJŲ ŽINIOS APIE VAIKŲ SKAUSMO VERTINIMĄ

Silva Kostyliovienė^{1,2}, Gintarė Žiobaitė¹, Laura Urbonavičiūtė-Mikelkevičienė¹,
Alina Vaškelytė^{1,3}, Dovilė Grinkevičiūtė^{2,4}

¹Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Slaugos katedra, ²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Vaikų intensyviosios terapijos skyrius, ³Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedra, ⁴Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinika

Raktažodžiai: vaikų slaugytojai, slaugytojų žinios, vaikų skausmo vertinimas, skausmo vertinimo skalės.

Santrauka

Skausmas yra vienas iš dažniausių simptomų, su kuriuo susiduria slaugytojai, slaugydami vaikus ligoninėse. Slaugytojams reikia turėti kompetencijos nuspręsti, kokį skausmo vertinimo instrumentą taikyti, į kokius aspektus atsižvelgti skausmo vertinimo metu. Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad slaugytojų žinios apie vaikų skausmo vertinimą yra nepakankamos. Šio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti slaugytojų žinias apie vaikų skausmo vertinimą. Anketinė apklausa atlikta 2016 m. vienoje iš didžiausių Lietuvos ligoninių vaikų chirurgijos (v. ch.) ir dviejuose vaikų ligų (v. l.) skyriuose. Tyrime dalyvavo 61 slaugytojas. Rezultatai. Buvo nustatyta, kad didesnė dalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (87,5 proc.) ir II v. l. sk. (66,7 proc.), teigė, jog skausmo intensyvumą tiksliausia įvardins pats pacientas, tačiau taip nurodė apie pusę (54,5 proc.) v. ch. sk. dirbančių respondentų ($p=0,042$). Dauguma (70,0 proc.) respondentų, dirbančių I v. l. sk. nurodė skausmo vertinimui naudojamą skales, tuo tarpu arti pusės (44,0 proc.) II v. l. sk. ir arti trečdaliai (36,0 proc.) v. ch. sk. dirbančių respondentų skausmo skales naudojo reikalui esant ($p=0,003$). Didesnė dalis respondentų, dirbančių II v. l. sk. (80,0 proc.) ir v. ch. sk. (63,6 proc.), naudojo žodinę skausmo skalę, tuo tarpu tik apie pusę (45,8 proc.) I v. l. sk. dirbančių respondentų nurodė naudojamą šią skausmo skalę. Wong - Bakker veidelių išraiškos skalę skausmo vertinimui naudojo reikšmingai didesnė dalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (70,8 proc.) ir v. ch. sk. (54,5 proc.), lyginant su II v. l. sk. (13,3 proc.) dirbančiais (p=0,003).

Įvadas

Vaikų skausmo vertinimas ir malšinimas – aktuali problema visame pasaulyje. Didžioji dalis vaikų yra patyrę skausmą, pradedant nuo kasdienybėje pasitaikančių nusibrozdinimų, susimušimų, sunkių traumų, o kartais ir dėl ūmios ar lėtinės ligos. Nors pastaruoju metu teigiama, kad gydymo įstaigose vaikai yra nuskausminami, tačiau tyrimai atskleidė, kad vaikų skausmui vis dar skiriamas nepakankamas dėmesys ir jie kenčia įvairaus intensyvumo skausmą [1-5]. Kanadoje atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad 94,0 proc. hospitalizuotų vaikų patyrė skausmą, 8,0 proc. – ūmų ir 62,0 proc. – patyrė labai stiprų skausmą, susijusį su procedūromis [1].

Remiantis skirtingose užsienio šalyse atliktais tyrimais galima teigti, kad lėtiniais skausmais skundžiasi nuo penktadalio iki pusės 8-16 metų vaikų [6-8]. Tarptautinio tyrimo metu (2014) dalyvavo 404 206 paaugliai, kurių vidutinis amžius buvo 13,6 (SN=1,7) metų. Tyrimo dalyviai skundėsi įvairiais skausmais: galvos - 54,1 proc., skrandžio - 49,8 proc., nugaros - 37,0 proc., o bent viena iš trijų išvardintų skausmo rūšių skundėsi 74,4 proc. respondentų [8]. Statistinių duomenų apie lėtinį skausmą patiriančių vaikų skaičių Lietuvoje nepavyko rasti. Tačiau, remiantis užsienio šalių vaikų lėtinio skausmo statistikos duomenimis ir Lietuvos statistikos departamento duomenimis apie mūsų šalyje gyvenančių 8 - 17 metų amžiaus vaikų skaičių, galima daryti prielaidą, kad kliniškai reikšmingą lėtinį skausmą Lietuvoje patiria iki 14 tūkst. vaikų [9]. Buvo nustatytos sąsajos tarp skausmo ir dėl skausmo atsiradusių vaiko sveikatos problemų, tokių kaip: miego sutrikimai, nesugebėjimas užsiimti mėgstama veikla, valgymo problemos, ugdymo įstaigų nelankymas, negalėjimas bendrauti su draugais ir kt. [7]. Skausmo sukeltos vaiko sveikatos ir socialinės problemos parodo skausmo malšinimo svarbą, tačiau vaiko skausmas turi ir ekonominį poveikį [6, 10]. Skausmo poveikis ekonomikai

yra didžiulis, o bendros skausmo malšinimo sąnaudos sudaro iki 3,0 proc. BVP. Metinės skausmo gydymo išlaidos yra didesnės už širdies ligų ar vėžio gydymo išlaidas [6]. Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo nustatytos išlaidos, skirtos malšinti paauglių lėtinį skausmą. Paaugliai buvo gydomi tarpdisciplininėse skausmo klinikose. Buvo tirta 149 paauglių grupė, vienam dalyviui 2010 m. numatomos vidinės ir vidutinės išlaidos sudarė 11787 JAV dolerių ir 6770 JAV dolerių atitinkamai. Bendros išlaidos paaugliams, sergantiems vidutinio sunkumo ir sunkiu lėtiniu skausmu, buvo ekstrapoliuotos iki 19,5 mlrd. JAV dolerių. Dėl lėtinio paauglių skausmo kyla didelė ekonominė našta šeimoms ir visuomenei [10].

Skausmas yra vienas iš dažniausių simptomų, su kuriuo susiduria slaugytojai, slaugydami vaikus ligoninėse [11]. Siekiant efektyviai malšinti skausmą, svarbu jį nustatyti ir įvertinti. Egzistuoja daug mitų apie vaikų skausmą, tokių kaip „kūdikiai nejaučia skausmo“, „vaikai geriau toleruoja skausmą“, „vaiko elgesys visada parodo skausmo intensyvumą“ ir kt., tačiau mokslininkai šiuos mitus paneigė [12]. Vaiko skausmo išraiška priklauso nuo vaiko amžiaus, pažinimo raidos ir sociokultūrinio konteksto, todėl svarbu atkreipti ypatingą dėmesį į bet kokius vaiko elgesio pokyčius [13]. Vertinant paciento komforto būklę, „auksinis“ standartas yra paties paciento savo būklės įsivertinimas, tačiau vaikams dėl mažo amžiaus, sutrikusios pažintinės funkcijos, sunkios ligos, dėl gydymui skirtų vaistų ar taisyklių priemonių (pvz. intubacija ir dirbtinė plaučių ventiliacija) sunku, o kartais net neįmanoma tai atlikti [13 - 15]. Tokiais atvejais vaiko skausmą vertina sveikatos priežiūros specialistai, kurių įvertinimas priklauso nuo jų turimų žinių apie patiriamą diskomfortą, skausmą, geriausius vaistus ir gydymą skausmui malšinti [14]. Slaugytojo žinios ir požiūris gali paveikti jo gebėjimą objektyviai vertinti vaikų skausmą ir jį valdyti [16]. Vertinant vaikų skausmą vaikams būtina naudoti skausmo vertinimo instrumentus - skales, kurios padeda tiksliau bei objektyviau įvertinti tiriamojo skausmą ir išvengti vertintojo asmeninio poveikio. Lietuvoje sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ naudojamos trys skausmo intensyvumo vertinimo skalės. Įsakyme nurodoma, kad: „skausmo intensyvumo vertinimas taikomas pacientams nuo 3 metų, pasirinktinai naudojant „veidukų“ ir/ar skaitmeninę, ir/ar žodinę skalę. Įvertintas skausmo intensyvumas pažymimas paciento medicinos dokumentuose ir yra laikomas pagrindu skirti atitinkamą skausmo malšinimo vaistą“ [17]. Taip pat yra patvirtinta „Naujagimių skausmo malšinimo“ metodika, kurioje rekomenduojama naujagimio skausmą vertinti, naudojant PIPP (angl. *Premature Infant Pain Profile*) skausmo vertinimo skalę [18].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ nurodyta, kad Bendrosios praktikos slaugytojas turi išmanyti skausmo valdymo principus; nustatyti skausmo intensyvumą, naudojant skausmo skales [19]. Slaugos specialistai privalo turėti kompetencijos nuspręsti, kokį skausmo instrumentą taikyti, į kokius aspektus atsižvelgti skausmo vertinimo metu bei stebėti skausmo gydymo efektyvumą.

Slaugytojoms, vertinant vaiko skausmą, svarbios teorinės žinios ir gebėjimas jas taikyti klinikinėje praktikoje. Tačiau atliktų tyrimų rezultatai atskleidė, kad sveikatos priežiūros specialistų žinios apie vaikų skausmą yra nepakankamos [5, 11]. Australijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojai pooperacinį skausmą vertino rečiau nei buvo rekomenduojama, o vaikų pooperacinio skausmo vertinimas ir valdymas neatitiko mokslo įrodymais pagrįstų rekomendacijų [2]. Meksikoje 111 vaikų slaugytojų ir 300 medicinos universiteto slaugos studentų žinios apie vaikų skausmą buvo itin prastos [20]. Panašūs tyrimai atlikti kitose šalyse taip pat nustatė, kad slaugos specialistai stokojo žinių, susijusių su vaikų skausmo vertinimu; jie gebėjo atpažinti vaikų skausmą, tačiau nesinaudojo skausmo vertinimo instrumentais [21, 22].

Darbo tikslas: išanalizuoti slaugytojų žinias apie vaikų skausmo vertinimą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimas vyko 2016 m. vienoje iš didžiausių Lietuvos ligoninių vaikų chirurgijos ir dviejuose vaikų ligų skyriuose. Kiekybiniam tyrimui atlikti buvo pasirinkta apklausa raštu. Tyrimo duomenims rinkti buvo naudojamas klausimynas, kuris parengtas remiantis mokslinės literatūros analize bei „Skausmo vertinimo žinių ir požiūrio klausimynu“ (angl. *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain*) [23].

Dalyvauti tyrime buvo pakviesti visi 80 šiuose skyriuose dirbantys slaugytojai (vaikų chirurgijos sk. n=22; I vaikų ligų sk. n=24; II vaikų ligų sk. n=15). Išdalinta 80 klausimynų, iš kurių sugrįžo 72, tinkami analizei buvo 61. Atsako dažnis – 76,3 proc.

Didžioji dalis respondentų buvo 40 - 59 metų amžiaus (77 proc.), išsimokslinimą įgiję medicinos mokyklose (59 proc.), turėjo didesnę nei 21 m. klinikinio darbo patirtį (63,9 proc.).

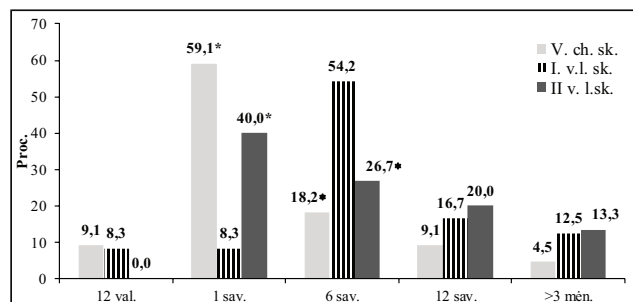
Rezultatų analizei ir duomenų pateikimui buvo naudota aprašomosios statistikos skaitinės charakteristikos: vidurkis, standartinis nuokrypis, pasiskirstymas dažniais pateikiamas procentine išraiška. Esant nenormaliam pasiskirstymui ir daugiau nei dviem grupėms buvo taikomas Kruskalio- Voliso (Kruskal– Wallis) testas. Esant normaliam pasiskirstymui tarp dviejų grupių, buvo taikomas T testas arba Stjudento (Student) testas, kai grupių buvo daugiau nei dvi - ANOVA

testas. Kokybinių požymių statistinis ryšys buvo tiriamas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelių duomenimis, apskaičiuota chi kvadrato (χ^2) reikšmė, laisvės laipsnių skaičius (lls), rezultatai laikyti statistiškai patikimais, kai statistinio reikšmingumo koeficientas $p < 0,05$.

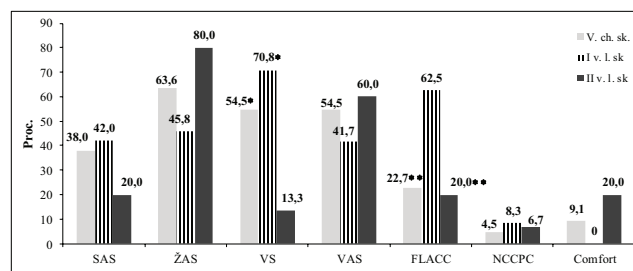
Tyrimui atlikti buvo gautas Bioetikos centro pritarimas Nr. BEK - KK(B) - 07.

Rezultatai

Išanalizavus tyrimo rezultatus, buvo nustatyta, kad didesnė dalis respondentų, dirbančių I vaikų ligų skyriuje (I v. l. sk.) (87,5 proc.) ir II vaikų ligų skyriuje (II v. l. sk.) (66,7 proc.), teigė, jog skausmo intensyvumą tiksliausia įvardins pats pacientas, tuo tarpu taip manė tik apie pusė (54,5 proc.) vaikų chirurgijos skyriuje (v. ch. sk.) dirbančių respondentų ($\chi^2=6,133$; lls=2; $p=0,042$). Didesnė dalis respondentų, dirbančių v. ch. sk. nurodė, kad tiksliausia skausmo intensyvumą įvertins gydytojas (63,6 proc.) ir slaugytojas (50,0 proc.), tačiau taip teigė tik mažiau nei pusė respondentų, dirbančių II v. l. sk. (gydytojas - 40,0 proc., slaugytojas - 33,3 proc.) bei apie trečdalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (gydytojas - 29,2 proc., slaugytojas - 33,3 proc.) ($\chi^2=5,674$; lls=2; $p=0,051$). Tik nedidelė dalis respondentų, dirbančių v. ch. sk. (9,1 proc.) ir II v. l. sk. (13,3 proc.) teigė, kad paciento skausmą tiksliausia įvardins paciento artimieji, bet taip nemanė nei vienas respondentas, dirbantis I v. l. sk.



1 pav. Slaugytojų žinios apie lėtinio skausmo trukmę
 $p=0,029$, lyginant su I v. l. sk.

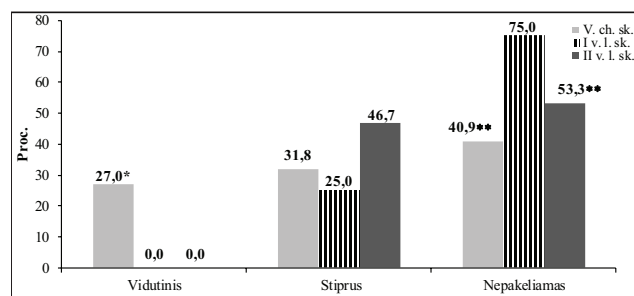


2 pav. Skausmo vertinimo skalių naudojimas
 $*p=0,029$, lyginant su II v. l. sk.; $**p=0,006$, lyginant su I v. l. sk.

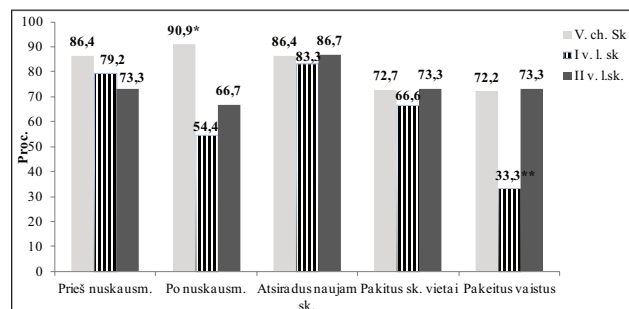
Reikšmingai didesnė dalis tyrimo dalyvių, dirbančių I v. l. sk. (54,2 proc.), lyginant su dirbančiais II v. l. sk. (26,7 proc.) ir v. ch. sk. (18,2 proc.) nurodė, kad lėtinio skausmo trukmė yra šešios savaitės. Tuo tarpu apie dešimtadalis I v. l. sk. (12,5 proc.) ir II v. l. sk. (13,2 proc.) bei maža dalis (4,5 proc.) v. ch. sk. dirbančių slaugytojų teigė, kad lėtiniu skausmu vadinamas skausmas, kuris tęsiasi ilgiau nei tris mėnesius. Reikšmingai didesnė dalis tyrimo dalyvių, dirbančių v. ch. sk. (59,1 proc.) ir II v. l. sk. (40,0 proc.), lyginant su I v. l. sk. (8,3 proc.) nurodė, kad lėtinio skausmo trukmė yra viena savaitė ($\chi^2=16,552$; lls=8; $p=0,029$) (1 pav.).

Domėjomės, ar siekiant nustatyti skausmo intensyvumą slaugytojai naudoja skausmo vertinimo skales. Didžioji dalis (70,0 proc.) respondentų, dirbančių I v. l. sk. nurodė naudojantys skausmo vertinimo skales, tuo tarpu arti pusės (44,0 proc.) II v. l. sk. ir arti trečdalis (36,0 proc.) v. ch. sk. dirbančių respondentų skausmo skales naudoja reikalui esant ($\chi^2=16,926$; lls=6; $p=0,003$). Tik nedidelė dalis (8,7 proc.) slaugytojų, dirbančių I v. l. sk. nurodė, kad neturi skausmo vertinimo skalių, o nedidelė dalis slaugytojų, dirbančių II v. l. sk., teigė, kad skausmo vertinimui nenaudoja vertinimo skalių. Nei vienas slaugytojas, dirbantis v. ch. sk., nenurodė, kad neturi skausmo vertinimo skalių ar jų nenaudoja.

Didesnė dalis tyrimo dalyvių II v. l. sk. (80,0 proc.) ir v. ch. sk. (63,6 proc.) naudojo žodinę skausmo vertinimo skalę



3 pav. Skausmo intensyvumo vertinimas pagal pateiktą situaciją
 $*p=0,006$, lyginant su I v. l. sk. ir II v. l. sk.; $**p=0,006$, lyginant su I v. l. sk.



4 pav. Pakartotinis skausmo intensyvumo vertinimas
 $*p=0,023$, lyginant su I v. l. sk. ir II v. l. sk.; $**p=0,009$, lyginant su v. ch. sk. ir I v. l. sk.

(ŽAS), tuo tarpu tik arti pusės (45,8 proc.) I v. l. sk. dirbančių slaugytojų nurodė naudojantys šią skausmo vertinimo skalę.

Wong - Bakker veidelių išraiškos skalę (VS) skausmo vertinimui nurodė naudojantys reikšmingai didesnė dalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (70,8 proc.) ir v. ch. sk. (54,5 proc.), lyginant su II v. l. sk. (13,3 proc.) dirbančiais slaugytojais ($\chi^2=12,402$; IIs=2; p=0,003).

Reikšmingai didesnė dalis slaugytojų, dirbančių I v. l. sk. (62,5 proc.), lyginant su dirbančiais II v. l. sk. (20,0 proc.) ir v. ch. sk. (22,7 proc.) nurodė, kad vaiko skausmui vertinti naudoja FLACC (angl. *face, legs, activity, cry, consolability*) skalę ($\chi^2=10,385$; IIs=2; p=0,006) (2 pav.).

Klausimyne buvo pateikta situacija, kuri atskleidė slaugytojų žinias vertinant skausmą, remiantis skausmo klinikinės raiškos aspektais.

Situacija: vaikui 2 metai, paguldytas dėl II B laipsnio nudegimo. Slaugytojas, įėjęs į palatą mato, kad vaiko smakras nuolat virpa, lūpos stipriai sučiauptos, kojtės pritrauktos prie kūno, įsitempęs, verkia ir kūkčioja, raminimas poveikio neturi. Mama pastebėjo, kad vaikas nieko nevalgo.

Dėl duomenų išsibarstymo, analizuojant nurodytus skausmo vertinimo balus, sugrupavome: „silpnas skausmas“ atitinka 1, 2, 3 skausmo balus, „vidutinis skausmas“ - 4, 5 balai, „stiprus skausmas“ - 6, 7, 8 balai, „nepakeliamas skausmas“ - 9, 10 balų.

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (57,4 proc.) šioje situacijoje vaiko skausmą įvardijo kaip „nepakeliamą“, arti trečdaliai (32,8 proc.) - „stiprų“, ir tik mažiau nei dešimtadalis (9,8 proc.) - „vidutinį“. Slaugytojų, dirbančių I v. l. sk. aprašytoje klinikinėje situacijoje, vaiko skausmo vertinimo vidurkis balais buvo 8,9 balo, II v. l. sk. - 8,8, tuo tarpu v.

ch. sk. dirbantys respondentai pateikė statistiškai reikšmingai mažesnę skausmo vertinimo balo vidurkį - 7,4 ($\chi^2=7,025$; IIs=2; p=0,027).

Arti trečdaliai (27,3 proc.) respondentų, dirbančių v. ch. sk., šioje situacijoje nurodė, kad vaiko skausmas yra „vidutinis“, tačiau taip nemanė nei vienas (0 proc.) slaugytojas I v. l. sk. ir II v. l. sk. ($\chi^2=14,350$; IIs=4; p=0,006). Reikšmingai didesnė dalis slaugytojų, dirbančių I v. l. sk. (75,0 proc.), lyginant su dirbančiais II v. l. sk. (53,3 proc.) ir v. ch. sk. (40,9 proc.), manė, kad vaiko skausmas pateiktoje situacijoje yra „nepakeliamas“ ($\chi^2=14,350$; IIs=4; p=0,006) (3 pav.)

Analizuojant slaugytojų nuomonę bei požiūrį į vaikų skausmą buvo pateikti teiginiai, su kuriais tyrimo dalyviai galėjo „sutikti“, „nei sutikti, nei nesutikti“, „nesutikti“.

Su teiginiu „vaikas, netekęs sąmonės, nejaučia skausmo intensyvumo“ „sutiko“ reikšmingai didesnė dalis (83,3 proc.) I v. l. sk. dirbančių slaugytojų, lyginant su II v. l. sk. (33,3 proc.) ir v. ch. sk. (50,0 proc.) dirbančiais ($\chi^2=11,091$; IIs=4; p=0,025).

Su teiginiu „pacientas gali miegoti esant stipriam skausmui“ „sutinku“ variantą pasirinko apie penktadalis (20,0 proc.) respondentų, dirbančių II v. l. sk., tačiau „nesutinku“ variantą nurodė didžioji dalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (87,5 proc.) ir v. ch. sk. (95,5 proc.) ($\chi^2=17,868$; IIs=8; p=0,013).

Kad „apie skausmo intensyvumą galima spręsti iš vaiko veido išraiškos, kūno laikysenos“ „sutiko“ visi (100 proc.) respondentų, dirbančių I v. l. sk. ir v. ch. sk., tačiau penktadalis (20 proc.) dirbančiųjų II v. l. sk. pasirinko atsakymo variantą „nei sutinku, nei nesutinku“ ($\chi^2=9,676$; IIs=2; p=0,012).

Daugiau nei pusė (62,5 proc.) respondentų, dirbančių I v.

1 lentelė. Slaugytojų požiūris į vaikų skausmą

*p<0,05, lyginant su v. ch. sk. ir II v. l. sk. **p<0,05, lyginant su v. ch. sk. ir I v. l. sk.

Nr.	Respondentų požiūris Teiginys	Sutinku			Nei sutinku, nei nesutinku			Nesutinku		
		V.ch. sk. (n=22) proc.	I v. l. sk. (n=24) proc.	II v. l. sk. (n=15) proc.	V.ch. sk. (n=22) proc.	I v. l. sk. (n=24) proc.	II v. l. sk. (n=15) proc.	V.ch. sk. (n=22) proc.	I v. l. sk. (n=24) proc.	II v. l. sk. (n=15) proc.
1.	Pacientas įprastai nejaučia skausmo, kai yra netekęs sąmonės.	50,0	83,3*	33,3	18,2	8,3	20,0	31,8	8,3*	46,7
2.	Pacientas gali miegoti, nepaisant stipraus skausmo.	4,5	4,2	20,0**	0,0	3,3	13,3	95,5	87,5	67,5
3.	Apie skausmo intensyvumą galima spręsti iš veido išraiškos, kūno padėties.	100,0	100,0	80,0**	0,0	0,0	20,0**	0,0	0,0	0,0
4.	Pacientas turėtų patirti skausmo sukeltą diskomfortą prieš gaudamas kitą nuskausminamųjų vaistų dozę.	50,0	29,2*	46,7	27,3	8,3*	26,7	22,7	62,5*	26,7

I. sk. nesutiko su teiginiu „pacientas turėtų patirti skausmo sukeltą diskomfortą prieš gaudamas kitą nuskausminamųjų vaistų dozę“, tuo tarpu arti pusės respondentų, dirbančių II v. l. sk. (46,7 proc.) ir v. ch. sk. (50,0 proc.), sutiko su šiuo teiginiu “ ($\chi^2=9,387$; IIs=4; $p=0,05$) (1 lentelė).

Analizuojant respondentų nurodytus skausmo vertinimo aspektus, nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skyrių: didžioji dalis visų slaugytojų nurodė, kad vertindami vaiko skausmą atsižvelgia į skausmo trukmę (86,9 proc.), lokalizaciją (88,5 proc.), intensyvumą (91,8 proc.) ir pobūdį (82,0 proc.). Prasidėjus stipriam skausmui, daugiau nei trečdalis (37,5 proc.) respondentų, dirbančių I v. l. sk., nurodė, kad skausmo intensyvumą vertintų kas 30 min., o skausmui atslūgus - kas 4 val.; tačiau tokiu laiko intervalu skausmo intensyvumą vertintų mažiau nei pusė respondentų, dirbančių II v. l. sk. (26,7 proc.) ir nedidelė dalis (9,1 proc.) v. ch. sk.

Didžioji dalis tyrime dalyvavusių respondentų teigė, kad pakartotinai vertintų skausmo intensyvumą prieš nuskausminimą (80,3 proc.), po nuskausminimo (70,5 proc.), kaskart atsiradus naujam skausmui (85,2 proc.), pakitus skausmo pobūdžiui ar vietai (68,9 proc.), ir tik apie pusė (57,4 proc.) – pakeitus nuskausminamuosius vaistus ar skausmą malšinančią procedūrą. Statistiškai reikšmingai didesnė dalis (90,9 proc.) v. ch. sk. dirbančių slaugytojų, lyginant su slaugytojais, dirbančiais I v. l. sk. (54,2 proc.) ir II v. l. sk. (66,7 proc.), nurodė, kad vertintų skausmą pakartotinai po skausmą malšinančių procedūrų ($\chi^2=7,589$; IIs=2; $p=0,023$). Reikšmingai mažesnė dalis respondentų, dirbančių I v. l. sk. (33,3 proc.) lyginant su dirbančiais II v. l. sk. (73,3 proc.) ir v. ch. sk. (72,7 proc.) nurodė, kad pakartotinai skausmą vertintų pakeitus analgetikus ar kitą skausmą malšinančią priemonę ar procedūrą ($\chi^2=9,355$; IIs=2; $p=0,009$) (4 pav.).

Analizuojant duomenis apie vaikų su sutrikusia kognityvine funkcija ar nemokančių šnekamosios kalbos bei žemesnio intelekto vaikų skausmo vertinimą, neradome reikšmingų skirtumų analizuojant skirtinguose skyriuose dirbančių slaugytojų žinias. Beveik trečdalis tyrimo dalyvių manė, kad nereikalingas specialus, papildomas dėmesys vertinant skausmą vaikams, kuriems sutrikusi kognityvinė funkcija (27,9 proc.), emociškai labiliems vaikams (37,7 proc.), nemokantiems šnekamosios kalbos bei žemesnio intelekto (11,5 proc.).

Diskusija

Skausmo vertinimas yra labai svarbus norint pasiekti optimalų vaikų skausmo valdymą [5]. Nauji moksliniai tyrimai, rekomendacijos ir praktikos iniciatyvos pagerino naujagimių, vaikų ir paauglių skausmo valdymą, tačiau kokybiškam skausmo valdymui kliūtys išlieka. Rezultatai parodė,

kad, nepaisant to, jog pastarąjį dešimtmetį sutelkus dėmesį į skausmo valdymo tobulinimą, skausmas vis dar yra įprastas hospitalizuotiems vaikams [4]. Anglijoje (2013) buvo tirti veiksniai, trukdantys slaugytojams įvertinti skausmą, taip kaip jie norėtų. Tyrimo metu paaiškėjo, kad veiksniai, susiję su sveikatos priežiūros darbuotojais yra: asmeniniai įsitikinimai, išankstinės nuostatos, žinių stoka apie skausmo valdymą, skausmą malšinančius vaistus bei paciento kontroliuojamą analgeziją, baimė, kad bus perdozuoti vaistai, nepakankami personalo mokymai. Taip pat buvo nustatyti veiksniai, susiję su skausmą kenčiančiu vaiku ir jo tėvais: vaiko amžius; neatitikimai tarp slaugytojų siūlomų skausmo valdymo priemonių ir tėvų nuomonės apie jas; tėvų ar vaiko neinformavimas slaugytojų apie skausmą; vaiko skundimasis skausmu, nors jo elgesys nerodo skausmo; tėvų trukdymas ir atsisakymas skausmą malšinančių vaistų; vaikai nurodo padidintus skausmo vertinimo balus [24].

Mūsų atlikto tyrimo metu buvo nustatyti panašūs veiksniai, dėl kurių slaugytojai nepakankamai vertino vaikų skausmą. Pateiktoje situacijoje, kurioje dvejų metų vaikas (mažas vaiko amžius) jaučia nepakeliamą 9 balų (FLACC skalė) skausmą, tačiau iš aprašyto vaiko elgesio dalis tyrimo dalyvių atpažino ir įvertino tik kaip vidutinį ir stiprų skausmą. Dalis respondentų neturėjo aiškios nuomonės, kad apie skausmo intensyvumą galima spėsti iš vaiko veido išraiškos bei kūno laikysenos. Lietuvoje teisės aktais reglamentuotos „veidukų“ ir/ar skaitmeninė, ir/ar žodinė skalės, PIPP (angl. *Premature Infant Pain Profile*) skalė [17,18], tačiau neįvardyta kaip vertinti skausmą kūdikiui, esant sutrikusiai sąmonei ar esant sutrikusioms pažintinėms funkcijoms. Ligoninėje, kurioje buvo vykdomas tyrimas, vaikų skausmui vertinti papildomai naudojama FLACC skalė. Tyrimais įrodyta, kad ši skalė puikiai koreliuoja su skaitmenine skale bei gali būti naudojama mažo amžiaus vaikams [14, 25].

Šiek tiek mažiau nei pusė (41,0 proc.) mūsų tyrime dalyvavusių slaugytojų manė, kad vaikas turėtų patirti skausmo sukeltą diskomfortą prieš gaudamas kitą nuskausminamųjų vaistų dozę. Rekomendacijose teigiama, kad geriausia skausmą įvertina pats vaikas, jei vaikas to negali, į jo skausmo vertinimą gali būti įtraukti artimieji [13 - 15]. Atlikti tyrimai įrodė, kad slaugytojai ir nepriklausomi stebėtojai nurodo mažesnę skausmo balą nei tėvai ar vaikai, todėl gali būti skiriamas netinkamas skausmo gydymas [15]. Izraelyje (2015) atlikto tyrimo metu nustatyta, jog arti trečdalis (34,0 proc.) slaugytojų teigė, kad vaiko skausmą gali vertinti tėvai [11]. Mūsų tyrimo metu tik nedidelė dalis (6,6 proc.) slaugytojų manė, kad vaiko artimieji gali tiksliausiai įvertinti vaiko skausmą, o daugiau nei trečdalis tiriamųjų nurodė, kad tiksliausiai tai įvertinti gali gydytojas (44,3 proc.) ar

slaugytojas (39,3 proc.).

Tyrimų rezultatai rodo, kad per mažai dėmesio skiriama sveikatos priežiūros specialistams, kuriems nepakanka žinių apie vaikų skausmo vertinimą ir gydymą, dėl to didelė dalis jų negeba atpažinti skausmo, netaiko skausmo vertinimo skalių [5, 11]. Jau minėto (2015) tyrimo metu dalyvavo 82 vaikų slaugytojai, kurių dauguma (90,0 proc.) buvo susipažinę su skausmo skalėmis, bet didžioji dalis (86,0 proc) vaiko skausmą vertino atsižvelgdami į savo bendrą įspūdį apie vaiko skausmą [11]. Mūsų atlikto tyrimo metu kai kuriuose skyriuose daugiau nei pusė (54,1 proc.) slaugytojų nurodė naudojantys skausmo vertinimo skales. Panjganj D. ir Bevan A. (2016) nustatė, kad kartais slaugytojai skausmo vertinimo skales naudoja netinkamai, o vaikų elgesio pokyčius supranta neteisingai [5].

Didelį susirūpinimą kelia vis dar egzistuojantis atotrūkis tarp rekomenduojamų vaikų skausmo vertinimo gairių ir klinikinės praktikos, kai slaugytojai, vertindami skausmą, remiasi kuriuo nors vienu veiksniu ar subjektyvia savo nuomone, neatsižvelgdami į skausmo išgyvenimo kompleksumą [11]. Daugelyje šalių atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad slaugytojams vis dar trūksta žinių apie vaikų skausmo vertinimą ir valdymą [2, 5, 11, 15, 21].

Mūsų tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad slaugytojams nepakanka žinių apie vaikų skausmo vertinimą: dalis slaugytojų nenaudoja skausmo vertinimo skalių, nežino lėtinio skausmo trukmės. Lėtinis neonkologinis skausmas nusakomas kaip skausmas, kuris tęsiasi ilgiau kaip 3 mėn. arba jo trukmė yra ilgesnė, negu numatomas ligos, dėl kurios kilo skausmas, išgydymas, audinio, dėl kurio kilo skausmas, sugijimas [13, 26]. Pateiktoje klinikinėje situacijoje tyrimo dalyviai neatpažino „nepakeliamo“ vaiko skausmo, didelė dalis teigė, kad geriausia vaiko skausmą įvertintų sveikatos priežiūros personalo nariai. Šis tyrimas atskleidė probleminius vaikų skausmo aspektus ir įrodė, kad Lietuvoje reikia įdiegti standartizuotas vaikų skausmo vertinimo ir valdymo rekomendacijas, parengti vaikų skausmo vertinimo algoritmus bei mokymo programą slaugytojams.

Išvados

1. Didžioji dalis slaugytojų žinojo, kad tiksliausiai skausmą gali vertinti pacientas, teisingai nurodė svarbius skausmo aspektus ir skausmo vertinimo intervalus, skausmo vertinimui naudojo skaitmeninę ar žodinę skausmo vertinimo skales. Didesnė dalis tyrimo dalyvių skirtų specialų, papildomą dėmesį vertinant vaikų skausmą, kuriems sutrikusi kognityvinė funkcija, emociškai labiliems vaikams, nemokantiems šnekamosios kalbos bei žemesnio intelekto.

2. Didesnė dalis tyrimo dalyvių nežinojo lėtinio skausmo

trukmės, jog vaikas neturėtų patirti skausmo sukeltą diskomfortą prieš gaudamas kitą nuskausminamųjų vaistų dozę ir kad esantis be sąmonės vaikas taip pat jaučia skausmo intensyvumą, o vaiko artimieji gali tiksliai įvertinti vaiko skausmą.

Literatūra

1. Birnie KA, Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, Latimer MA, McGrath PJ, Cummings EA, Finley AG. Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Research and Management* 2014; 19(4): 198-204. Prieiga per internetą: <http://europepmc.org/articles/pmc4158935>.
2. Shrestha-Ranjit JM, Manias E. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(1-2): 118-128. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03068.x>
3. Lee GY, Yamada J, Kyololo O, Shorkey A, Stevens B. Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review. *Pediatrics* 2014; 133(3):500-15. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2744>
4. Kozlowski LJ, Kost-Byerly S, Colantuoni E, Thompson C B, Vasquez KJ, Rothman SK. et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Management Nursing* 2014;15(1), 22-35. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.04.003>
5. Panjganj D, Bevan A. Children's nurses' post-operative pain assessment practices: Donya Panjganj and Ann Bevan's literature review finds that nurses' approaches to post-operative pain assessment for children may be contributing to inadequate pain management. *Nursing Children and Young People* 2016; (28)5: 29-33. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.5.29.s23>
6. Henschke N, Steven JK, Chris GM. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* 2015; 90(1):139-47. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
7. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Sto`ven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005; 115(2), 152-162. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0682>
8. Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottová-Jordan V, Maher CG. An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health* 2014; 14(1): 447. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-447>
9. Ališauskaitė I., Ruževičienė D., Raistenskis J., Svetikienė V., Žilinskaitė V. Lėtinis vaikų skausmas biopsichosocialiniu požiūriu: samprata, įvertinimo ir gydymo strategija. *Medicinos teorija ir praktika*, 2015; 21 (3.1): 298–306.
10. Groenewald CB, Essner BS, Wright D, Fesinmeyer MD, Palermo TM. The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The Journal*

- of Pain 2014; 15(9): 925-933.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.06.002>
11. Zisk-Rony RY, Lev J, Haviv H. Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: examining challenges and perspectives. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses* 2015; 16(2), 112-120.
 12. O'Keeffe N. Pain: rituals and myths. *World of Irish Nursing* 2002; 10(1): 22-24. Prieiga per internetą: <https://www.inmo.ie/Article/PrintArticle/2476>.
 13. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, 2012. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf.
 14. Harris J, Harris J, Ramelet AS, van Dijk M., Pokorna P, Wielenaga J, Tume L, Tibboel D, Ista E. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine* 2016; (42)6: 972-986.
<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
 15. Khin Hla T, Hegarty M, Russell P, Drake-Brockman TF, Ramgolam A, Ungern-Sternberg BS. Perception of pediatric pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric Anesthesia* 2014; 24(11), 1127-1131.
<https://doi.org/10.1111/pan.12484>
 16. Stanley M, Pollard D. Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain. *Pediatric Nursing* 2013; 39(4):165-171. Prieiga per internetą: <http://www.pediatricnursing.net/ce/2015/article3904165171.pdf>.
 17. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro įsakymas. "Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo". 2004 m. balandžio 8 d. Nr. V-208. Vilnius, 2004. Valstybės žinios, 2004-04-16, Nr. 55-1915.
 18. Aldauskienė I. Ir kt. Naujagimių skausmo malsinimas. Metodika, 2014. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Sveicarijos_parama/Neonatologines_metodikos/Naujagimiu%20skausmo%20malsinimas.pdf.
 19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas "Dėl Lietuvos Medicinos Normos MN 28:2011 "Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo. 2011 m. birželio 8 d. Nr. V-591, Vilnius. Valstybės žinios, 2011-06-14, Nr. 72-3490.
 20. Ortiz MI, Ponce-Monter HA, Rangel-Flores E, Castro-Gamez B, Romero-Quezada LC, O'Brien JP, Romo-Hernández G, Escamilla-Acosta MA. Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Nurs Res Pract* 2015; 2015: 210860.
<https://doi.org/10.1155/2015/210860>
 21. Mathew PJ, Mathew JL, Singhi S. Knowledge, attitude and practice of pediatric critical care nurses towards pain: Survey in a developing country setting. *Journal of Postgraduate Medicine* 2011; (57)3: 196.
<https://doi.org/10.4103/0022-3859.85203>
 22. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLDA. Pain in hospitalized children: nursing team perception. *Revista Dor* 2011; (12)4: 314-320. Prieiga per internetą: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/en_a06v12n4.pdf.
 23. Ferrell BR, McCaffery M. Knowledge and attitudes survey regarding pain 2014. Prieiga per internetą: [http://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](http://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf).
 24. Twycross A. Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. *Pain Management Nursing* 2013; (14)4: e164-e172.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.007>
 25. Ray D, Ghosh S, Swaika S, Gupta R, Mondal A, Sengupta S. Combination of self-report method and observational method in assessment of postoperative pain severity in 2 to 7 years of age group: A cross-sectional analytical study. *Indian Journal of Pain* 2015; 29(2), 86.
<https://doi.org/10.4103/0970-5333.155176>
 26. Ščiupokas A. Lėtinio neonkologinio skausmo gydymas opioidiniais analgetikais. *Skausmo medicina*, 2006; 1(14):45.

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT ASSESSING PAIN IN CHILDREN

S. Kostyliovienė, G. Žiobaitė, L. Urbonavičiūtė-Mikelkevičienė, A. Vaškelytė, D. Grinkevičiūtė

Key words: pediatric nurses, nurses' knowledge, pain assessment in children, pediatric pain scales.

Summary

Pain is one of the most frequent symptoms the nurses face with while taking care of hospitalized children. The nurses have to be competent in choosing appropriate pain assessment tool or taking into account various aspects while assessing pain. Studies show, that nurses' knowledge about pain assessment in children are insufficient. Aim of this research was to analyze nurses' knowledge about pain assessment in children.

The method used was a descriptive survey. Nurses from pediatric surgical unit and two pediatric units in one of the largest hospital in Lithuania participated in the study. The questionnaire was filled by 61 nurse.

Results. Majority of the respondents from 1st pediatric unit (87.5%) and 2nd pediatric unit (66.7%) thought that the most effective pain assessment is by the patient himself, but only about half of the respondents from pediatric surgical unit (54.5%) had the same opinion. Majority (70%) of respondents from 1st pediatric unit are using pediatric pain scales for assessing pain, meanwhile about half (44.0%) of the nurses from 2nd pediatric unit and one third (36.0%) from pediatric surgical unit used pain scales if necessary. Major part of the respondents from 2nd pediatric unit (80.0%) and pediatric surgical unit (63.6%) used Numeric Rating Scale (or verbal), and only almost half of the nurses from 1st pediatric unit

(45.8%) stated, that they use this scale. Wong – Bakker Faces Pain Scale was used by significantly bigger part of the nurses from 1st pediatric unit (70.8%) and pediatric surgical unit (54.5%), comparing with 2nd pediatric unit nurses (13.3%).

Conclusions. 1. The majority of the nurses knew that the most effective pain assessment is by the patient himself, correctly pointed the most important aspects of pain, pain assessing intervals and used numeric or verbal pain assessing scale. The bigger part of the respondents would pay special attention assessing pain in children who have cognitive dysfunction, emotional lability, lo-

wer IQ or don't know the language. 2. The bigger part of the respondents didn't know the duration of chronic pain, about the fact, that the child should not suffer from pain before the next dose of pain killers, that unconscious child also suffers from pain and the relatives can precisely evaluate pain intensity.

Correspondence to: silva.kostylioviene@go.kauko.lt

Gauta 2017-09-14
