УДК 616.31 – 089.444

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ БІЛЬ В ДІТЕЙ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Ю. В. Іванович

Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті подано характеристику різних ступенів інтенсивності післяопераційного болю у дітей. Наведено методи оцінки вираження болю у дітей за допомогою валідних шкал інтенсивності болю для різних вікових груп з урахуванням когнітивних та неврологічних порушень, ступеня тяжкості основного захворювання.

POSTOPERATIVE PAIN IN CHILDREN'S DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE

Y. V. Ivanovych

Lviv Oblast Children's Clinical Hospital OKHMATDYT,
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

The article gives a description of different degrees of intensity of postoperative pain in children. Methods of assessing the severity of pain in children by valid scales of pain intensity for different age groups are presented, taking into account cognitive and neurological disorders, severity of the underlying disease.

Вступ. Міжнародна асоціація з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP) дає таке визначення^ «Біль – неприємне відчуття і емоційне переживання, поєднане з наявним або можливим ушкодженням тканини, або ж описується хворим у термінах такого ушкодження». Це визначення підкреслює взаємозалежність між об'єктивними, фізіологічними аспектами відчуття болю і його суб'єктивними, емоційними та психологічними компонентами. У центрі уваги є біль, який відчувають діти. Відсутність можливості до вербальної комунікації не заперечує наявність того, що індивід відчуває біль та потребує відповідного знеболювального лікування. Біль у дітей надзвичайно актуальна проблема охорони здоров'я більшості країн світу.

Основна частина. Однією з основних умов успішної реабілітації після операційного втручання є усунення больового синдрому. Аналіз літературних даних, присвячених больовому синдрому в дітей, свідчить, про недостатнє вирішення цього питання. Прикладом є опубліковані дослідження, в яких було охоплено 3822 дітей віком від народження до 18 років у 32 стаціонарних відділеннях на базі 8 канадських шпиталів. Виявлено, що у третини пацієнтів із тих чи інших причин неадекватно задокументований біль. Серед пацієнтів, які мали документальну оцінку болю, у 25 % осіб зареєстровано показники легкого (mild) діапазону болю (1–3/10), у 22 % дітей – зареєстровано показники помірного (moderate) болю (4–6/10) і у 11 % хворих – виявлено тяжкий (severe) біль (7–10/10) [1].

На сьогодні біль вважають п'ятою життєвою ознакою людини. Президент американського товариства болю James Campbell зазначив: «Якщо біль оцінювати як інші життєво важливі ознаки, буде більша ймовірність, що він буде правильно лікуватись. Ми повинні навчати лікарів і медичних сестер трактувати біль як життєву ознаку. Якість допомоги полягає в тому, що біль потрібно вимірювати та лікувати» [2].

Неадекватна оцінка болю може спонукати до довготривалих негативних ефектів, пов'язаних із досвідом перенесеного болю і формувати такі патологічні ефекти, як алодинія і гіпералгезія, а також психосоматичні порушення.

Оптимальне і своєчасне тамування болю починається з точної й ретельної оцінки його інтенсивності. Достовірна оцінка болю дає змогу лікарям проводити

© Ю. В. Іванович, 2017

належну терапію та звільнити пацієнтів від страждань. Найбільш поширені інструменти вимірювання болю – шкали інтенсивності болю. На сьогодні розроблено десятки шкал для оцінки інтенсивності болю в дітей різних вікових груп.

Шкали, які використовують для оцінки больового синдрому, поділяють на три групи [3].

1. Шкали для самооцінки болю (self-report scale) використовують переважно з 5-річного віку і передбачають відсутність когнітивних порушень і співпрацю пацієнта (Faces Pain Scale (FPS); Faces Pain Scale-Revised (FPS-R); Oucher Pain Scale (OPS), Wong – Baker Faces Pain Rating Scale (WBFPRS), Visual Analogue Scale (VAS), Numercal Rating Scale (NRS) тощо).

2. Поведінкові шкали (behaviours scale) використовують для новонароджених, дітей, які не можуть вербально повідомити про ступінь вираження болю, а також для пацієнтів із когнітивними порушеннями (Premature Infant Pain Profile (PIPP), Cries, Requiresoxygen, Increasedvitalsigns, Expression, Sleeplessness (CRIES), Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC), Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (HEOPS), COMFORT тощо).

3. Фізіологічні параметри (частота пульсу, артеріальний тиск, частота дихання, SpO_2, CO_2, внутрішньочерепний тиск, рівень глікемії, концентрація кортизолу чи β-ендорфіну тощо).

Серед розроблених шкал самооцінки найбільш надійними і валідними вважають:

– WBFPRS – шкала оцінки болю за допомогою обличчя Вонга–Бейкера, на якій зображено шість гримас, під гримасами розташовані підписи, які повідомляють про ступінь інтенсивності болю. Дитина при опитуванні повинна вказати на обличчя, яке виражає інтенсивність болю в неї. Обличчям надаються значення 0–5 або 0–10 (рис. 1).

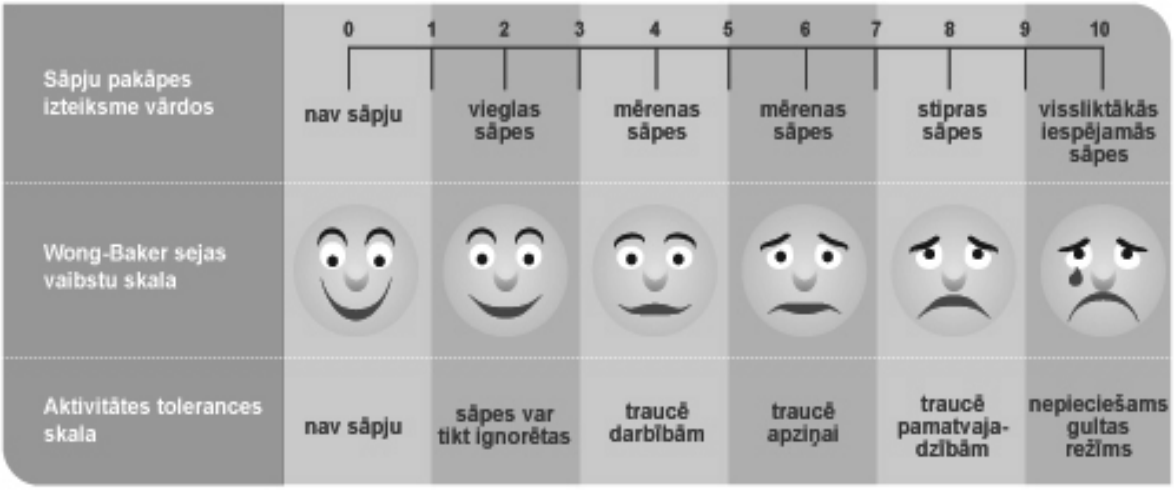

Рис. 1. **Шкала оцінки болю за допомогою гримас Вонга–Бейкера.**

– FPS-R – на даній шкалі зображено шість виразів облич. Кожне з наведених у шкалі виразів облич отримало цифрову оцінку в діапазоні від 0 до 10 балів. Щоб оцінити інтенсивність болю дитині послідовно, зліва направо, показують обличчя і пропонують вказати на те, яке відповідає відчуттям болю дитини, при цьому «0» = «болю нема», а «10» = «дуже сильний біль». Основною метою шкали є визначення кількісної оцінки болю, який діти відчувають, а не того, що виражають їхні обличчя (рис. 2) [4].

– VAS – візуально-аналогова шкала – проста, ефективна і мінімально обтяжлива для пацієнта методика, яка добре корелює з іншими достовірними тестами. Використовуючи лінійну шкалу, дитина вказує на інтенсивність больових відчуттів. Існують різні модифікації VAS із можливими градаціями: 0–10 або 0–100 (рис. 3).

За результатами оціночних шкал біль поділяють:

1) 0–3 бали – відсутність болю або слабкий біль, що мало турбує;

2) 4–6 балів – біль помірний або середнього ступеня інтенсивності;

3) 7–10 балів – біль сильної інтенсивності.

Вибору оцінки інтенсивності болю повинно передувати визначення віку дитини, наявність когнітивних порушень, клінічна інтерпретація болю, умови виникнення болю (перед- або післяопераційний біль).

Окрім вимірювання інтенсивності болю за допомогою різноманітних шкал важливо відзначити місце

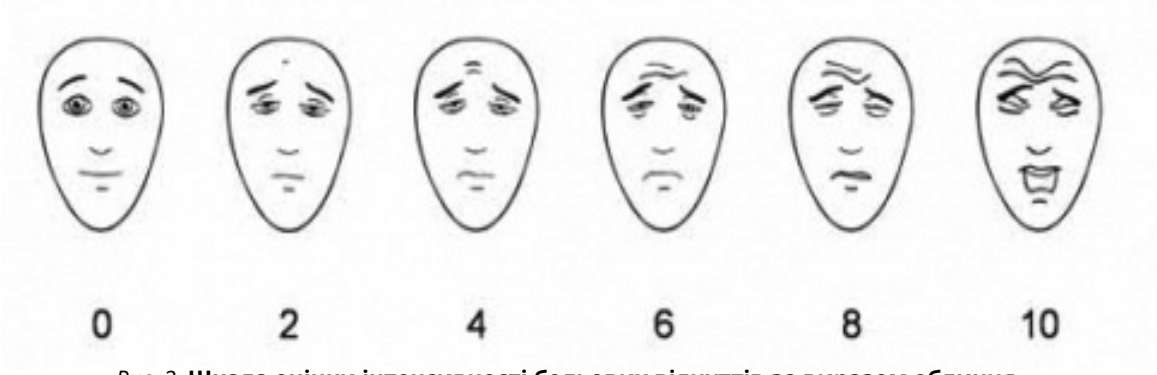

Рис. 2. **Шкала оцінки інтенсивності больових відчуттів за виразом обличчя.**

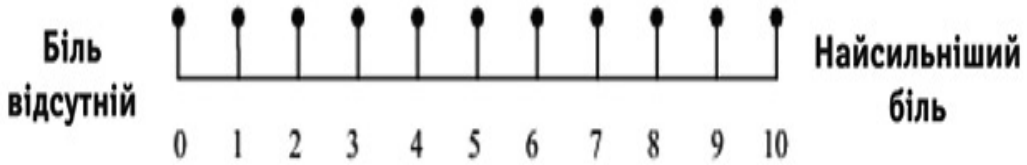

Рис. 3. **Візуально-аналогова шкала.**

локалізації болю, характеристику, початок та його тривалість. Ці ознаки можуть бути більш доцільними, ніж просто вимірювання інтенсивності болю. Необхідно акцентувати увагу на пацієнтів із когнітивними та неврологічними порушеннями. Оцінювання ступеня болю у таких пацієнтів має свої особливості, без урахування яких неможливо ефективно проводити оцінку і терапію больового синдрому. Для даної групи пацієнтів розроблено спеціалізовані шкали (NCPC-PV, Revised FLACC, INRS та ін.).

Найкращим підходом оцінювання інтенсивності болю у дітей є поєднання шкал оцінки інтенсивності болю з віковими фізіологічними показниками організму дитини.

Висновки. 1. Біль у дітей – актуальна проблема охорони здоров'я розвинутих країн світу.

2. Для адекватної оцінки болю у дітей необхідно враховувати вік дитини, наявність когнітивних та неврологічних порушень, місце локалізації, клінічну інтерпретацію болю.

3. Для ефективної оцінки болю потрібно застосовувати валідні шкали інтенсивності болю в комплексі з фізіологічними показниками організму дитини.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. The Journal of Pain. – Vol 11, No 9 (September), 2012. – P. 857–865. Avaitable online at : www.japan.org and www.sciencedireect.com.

2. Morone N. E. Pain as the 5th vital sign: exposing the vital need for pain education / N. E. Morone, D. K. Weiner // Clin Ther. – 2013. – № 35 (11). – P. 1728–1732, DOI: 10.1016/t.clinthera. 2013.10.001.

3. Міщук В. Р. Оцінка больового синдрому у дітей. Сучасний стан проблеми [Електронний ресурс] / В. Р. Міщук // Медицина неотложных состояний. – 2016. – № 8. – С. 134–139. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Medns 2016 8 24.

4. www.moz.gov.ua/docfiles/ Pro_20170524_0_dod_3.pdf

Отримано 23.10.17

УДК 614.253.52:616.1/4

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. М. Петрущак, І. Я. Криницька

Медичний центр Святої Параскеви, м. Львів
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті викладено сучасні дані щодо професійних якостей медичної сестри у сфері догляду за пацієнтами терапевтичного профілю на сучасному етапі та нових стратегій розвитку сестринської справи.

THE ROLE OF NURSING STAFF IN THE MODERN STAGE OF HEALTH SYSTEM

O. M. Petrushchak, I. Ya. Krynytska

Medical Center of St. Paraskeva, Lviv
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

The article presents current data on professional qualities of a nurse in the field of care for patients with a therapeutic profile at the present stage and new strategies for the development of nursing.

Вступ. Глобалізація та інтеграція сучасного суспільства, визнання світовою спільнотою проблеми фізичного, морального і соціального здоров'я як головного показника соціально-економічної зрілості, культури й успішності держави, соціальний запит на якість медичних послуг зумовлюють особливі вимоги до професійної діяльності медичного персоналу. Медична сестра повинна досконало володіти клінічним мисленням, фундаментальними і спеціальними знаннями й уміннями щодо комплексного догляду за пацієнтами, надання медичної допомоги, активного здійснення профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я відповідно до національних і світових професійних стандартів, норм професійної моралі та етики, що відповідає принципу гуманності [1].

Основна частина. Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає діяльність зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [2].

Стрижнем моделі сестринської справи є сестринський процес, для здійснення якого медична сестра повинна володіти теоретичними основами терапії, практичними вміннями, повинна вміти користуватися медичною технікою, знати основи клінічної фармакології, що сприяє підвищенню професіоналізму і компетентності в практичній діяльності, створенню умов для майбутнього професійного зростання.

Основоположними принципами світової концепції сестринської справи на сучасному етапі можна вважати такі [3]: 1) лікарська і сестринська справа – взаємопов'язані, доповнюючі один одного процеси, що становлять дві самостійні професії – лікарська справа (вивчає патологічні процеси, хвороби, що розвиваються на їх фоні, способи впливу на ці патологічні процеси) і сестринська справа (вивчає реакцію індивідуума на хворобу); 2) в основі тієї чи іншої професії повинні лежати загальні фундаментальні знання, а повноцінна фундаментальна діяльність повинна включати три взаємозалежних складових – філософію, теорію і практику; 3) сестринська справа

© О. М. Петрущак, І. Я. Криницька, 2017

як молода професія, ґрунтується лише на практиці, поступово освоює нову філософію, розвиваючись як професія. При цьому формується інша психологія медичної сестри, яка виконує роль фахівця – партнера лікаря і пацієнта, здатного до самостійної роботи в рамках єдиної лікувальної бригади і яка в основу своєї професійної діяльності ставить особистість пацієнта. Сестринська справа існує і розвивається як унікальна форма гуманітарної допомоги, ґрунтується на всебічній підтримці з боку суспільства; 4) медична сестра несе юридичну відповідальність за свою професійну діяльність, яка регламентується відповідними правовими актами; 5) в основі сестринської допомоги лежить таке поняття, як сестринський процес, який складається з ряду етапів. Першим етапом сестринського процесу є сестринське обслуговування. Другим етапом сестринського процесу є сестринська діагностика і виявлення проблем пацієнта. При визначенні пріоритетних проблем медсестра повинна спиратися на лікарський діагноз, знати спосіб життя пацієнта, чинники ризику, які погіршують його стан, пам'ятати про емоційний і психологічний стан. Сестринський діагноз – це стан здоров'я пацієнта (теперішній та потенційний), встановлений в результаті проведеного сестринського обстеження і вимагає втручання з боку медичної сестри. Третій етап сестринського процесу – визначення цілей сестринських втручань. Четвертий етап сестринського процесу – планування обсягу сестринських втручань і реалізація плану. Варто пам'ятати, що плануючи догляд за пацієнтом необхідно з'ясувати, якого результату він хоче домогтися. У плані із догляду може бути записано кілька можливих втручань. Це дозволяє медсестрі та пацієнту відчувати впевненість, що для вирішення однієї проблеми можуть бути зроблені різні дії. Незалежні сестринські втручання – це дії, здійснювані медсестрою без прямого призначення лікаря. Вони здійснюються при: наданні допомоги пацієнтові в здійсненні природних потреб; спостереженні за реакцією пацієнта на хворобу, адаптація його до хвороби; спостереженні за реакцією пацієнта на лікування, адаптація його до лікування; навчанні пацієнта (його родичів) самодогляду (догляду); консультуванні пацієнта щодо його здоров'я. П'ятим етапом сестринського процесу є оцінка результатів і корекція догляду.

На сьогодні в нашій країні постійно проводиться робота щодо забезпечення високої якості сестринського догляду. Змінюються вимоги і ставлення суспільства до сестринської практики, системи професійної сестринської освіти, вдосконалюються сучасні сестринські технології. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як «права рука» лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого [2].

В Україні ж проведене чітке розмежування функціональних обов'язків лікарів та медсестер. Сьогодні в лікувально-профілактичних закладах України працює понад 402,8 тисячі молодших спеціалістів із медичною освітою. Із них понад 290 тисяч – медичні сестри, що становить 61,0 % від усієї кількості молодших спеціалістів з медичною освітою. Співвідношення між лікарями і середніми медпрацівниками становить 1 до 2,15 [5]. Наразі права медсестер не захищені ані на соціально-економічному, ані на законодавчому рівнях. Експерти говорять, що лише декілька дуже потрібних законодавчих актів щодо роботи медичного персоналу існують на папері. Наприклад, проект Закону «Про організацію медичного обслуговування», в якому звертається увага на медичну сестру як повноцінного учасника відносин із надання медичної допомоги між пацієнтами та заходами охорони здоров'я, оскільки цим нормативом передбачається створення закладів сестринського догляду.

Сьогодні ми повинні чітко визначити, яким хочемо бачити медсестринство України вже в найближчі роки і які нагальні кроки для цього необхідно зробити. Головне завдання – визначити на найближчі роки стратегію розвитку сестринської справи, мета якої полягатиме у підвищенні статусу середніх медичних працівників, що сприятиме забезпеченню належного рівня здоров'я українських громадян.

Висновки. В Україні роль медсестринства та престижність цієї професії є набагато меншою ніж у світі. З метою забезпечення реалізації програми розвитку медсестринства на наступні роки та покращення роботи медсестринської служби, підвищення ролі медсестер у системі охорони здоров'я і розвитку лідерства у медсестринстві необхідно забезпечити: 1) удосконалення організації роботи та кадрової політики в розвитку медсестринства; 2) удосконалення професійної освіти; 3) нормативно-правове забезпечення діяльності медичних сестер; 4) інформаційне забезпечення в управлінні діяльністю медичних сестер; 5) розвиток професійних сестринських об'єднань, асоціацій та співробітництва у медсестринстві.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баршай Т. И. Образ идеальной медицинской сестры у выпускников медучилища и медсестер [Электронный ресурс] / Т. И. Баршай. – Режим доступа : http://media.miu. by/files/store/items/uses/xvii/mim uses xvii 34QQ4.pdf.

2. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі / У. Ю. Безкоровайна // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.

3. Веткина О. А. Пути оптимизации деятельности среднего медицинского персонала отделений лучевой диагностики в современных условиях : дисс. ... канд. мед. наук / О. А. Веткина. – СПб., 2009. – 171 с.

4. Лычев В. Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / В. Г. Лычев, Т. Т. Карманова.– М. : Форум-Инфра, 2009.

5. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/

Отримано 31.10.17