

Анастасія Широка
Кафедра психології та психотерапії,
Факультет наук про здоров'я,
Український католицький університет, м. Львів

НЕФАРМАКОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ ТА КЕРУВАННЯ БОЛЕМ В ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ

У західних країнах онкологічні захворювання вважають однією з провідних причин смертності серед дітей. За статистикою, в Європейських країнах від онкозахворювань страждають, у середньому, 16,9 дітей віком 0-19 років на 100 000¹. Мясковський із колегами² наводять дані, згідно з якими 62 % дітей повідомляють про біль під час діагностики, від 25 % до 85 % дітей переживають біль під час лікування і від 62 % до 90 % страждають від болю на термінальних стадіях хвороби. Біль є одним з основних симптомів раку та, для більшості дітей, найгіршою частиною хвороби.

З багатьох оглянутих публікацій можна зробити висновок, що інтенсивність болю у дітей з онкологією часто залишається недооціненою, а це означає, що вони отримують недостатню кількість як медичної, так і немедичної допомоги. У 1993 р. відбулася конференція, ініційована Міжнародною асоціацією вивчення болю (IASP), присвячена питанням керування болем і паліативної опіки онкохворих дітей. На цей захід запрошено експертів-онкологів, анестезіологів, неврологів, педіатрів, фахівців паліативного догляду, психіатрів, психологів та духівників. Фахівці погодили, що під час лікування онкології у дітей важливими є включення додаткових ліків та інших заходів, які б полегшували й усували біль.

Ефективне керування болем і якісний паліативний догляд є основними пріоритетами ВООЗ у програмах допомоги онкохворим дітям. У 1998 р. ВООЗ опублікувала інструкцію здійснення паліативного догляду за дітьми³, окремі рекомендації якої наведені й у цій публікації.

¹ *Cancer Data and Statistics 2013*. Center for Disease Control. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/dpcp/data/> [Accessed 24.02.2018].

² C. Miaskowski, M. Dodd, C. West, K. Schumacher, S. M. Paul, D. Tripathy, P. Koo. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management // *J Clin Oncol*. 1/22(9) (2004) 1713-1720.

³ World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: World Health Organization 1998.

Серед основних перешкод на шляху організації якіснішої допомоги дітям, які страждають від болю, фахівці ВООЗ називають не лише фармакологічні причини (зокрема перестороги, пов'язані з використанням опіоїдних ліків), а й недостатнє поширення інформації про прості поведінкові, когнітивні й інші техніки керування болем⁴. Адже загалом стандарти догляду за важкохворими дітьми передбачають не лише послаблення больових симптомів, а й належний супровід психологічних, соціальних і духовних потреб дитини та її близьких, оскільки самі по собі локальні спроби полегшити біль часто не дають бажаного результату.

Мета цієї статті: зробити огляд публікацій, присвячених інструментам оцінки та нефармакологічного впливу на біль дітей, які могли би доповнити процес лікування онкології й у нашій країні.

Біль у житті онкохворої дитини

Протягом онкологічного захворювання діти переживають багато болю, пов'язаного з хворобою, медичними процедурами та психологічним дистресом. Більшість із них вимушені пережити важкі фізичні інтервенції, зокрема кістково-мозкові пункції, люмбальні пункції, катетеризацію вен, біопсію тканин і хірургічні операції. Сильний біль стає побічним ефектом хіміотерапії, радіаційної терапії та прийому медикаментів. У дослідженнях показано: близько 50 % дітей переживають сильний біль під час лікування⁵, а на термінальних стадіях захворювання цей показник збільшується до 90 %⁶. При цьому як діти, так і їхні батьки бояться болю: він спонукає їх уникати медичних процедур і ставитися до лікування з недовірою. Відомо, що батьки часто приймають рішення про продовження лікування дитини, виходячи з того, наскільки воно болюче і наскільки багато побічних ефектів має⁷.

Дослідження показують, що тривалі періоди переживання болю, особливо в ранньому віці, можуть спричинити структурні та фізіологічні зміни,

⁴ World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: World Health Organization 1998.

⁵ A. Miser, J. Dothage, R. Wesley, J. Miser. The prevalence of pain in a pediatric and young adult cancer population // *Pain*. 29 (1987) 73-83; G. Ljungman, T. Gordh, S. Sorensen, A. Kreuger. Pain variations during cancer treatment in children: a descriptive survey // *Pediatr. Hematol. Oncol*. 17 (2000) 211-221.

⁶ K. Sirkia, L. Hovi, J. Pouttu, U. M. Saarinen-Pihkala. Pain medication during terminal care of children with cancer // *J. Pain Symptom. Manage* 15 (1998) 220-226.

⁷ C. H. Yeh, C. F. Lin, J. L. Tsai, Y. M. Lai, H. C. Ku. Determinants of parental decisions on drop out from cancer treatment for childhood cancer patients // *J Adv. Nurs*. 30 (1999) 193-199.

через що в подальшому навіть незначні стимули викликатимуть реакцію болю. Дослідження Тадіо з колегами⁸ показало, що немовлята, які переживали тривалий біль протягом перших 24-36 годин життя, виказували надмірну чутливість до подальших медичних процедур⁹. А новонароджені хлопчики, що пережили процедуру обрізання без анестезії, реагували на щеплення у 4 та 6 місяців більшим дистресом¹⁰. Згідно з даними, кожна п'ята молода людина, яка в дитинстві пройшла лікування від раку, (що передбачає велику кількість болючих процедур) має симптоми ПТСР. Біль також впливає на когнітивні зміни: можна припустити, що так відбувається, оскільки в мозку центри опрацювання болю, емоцій та уваги розміщені поруч.

Ольмстед з колегами¹¹ відзначають, що реакція організму на біль передбачає виділення в кров великої кількості гормонів стресу, які пришвидшують серцебиття, підвищують кров'яний тиск і послаблюють імунну систему, а тому сповільнюють процес видужання. Вони також порушують сон, апетит і скеровують увесь енергетичний ресурс не на ріст і розвиток, а на подолання болю¹².

Ці та інші дослідження показують, що діти завжди зберігають спогад про біль, навіть якщо він був неусвідомленим, вони не звикають до болю і він не гартує їхній характер, натомість тривалий період переживання болю має багато негативних наслідків.

Враховуючи ці й інші дані наукових досліджень, за світовими стандартами здійснення паліативного догляду, біль дітей завжди повинен полегшуватися настільки, наскільки це можливо¹³. У більшості закордонних клінік розроблені рекомендації та вимоги щодо моніторингу та допомоги пацієнтам з больовим синдромом, метою яких є зменшення як фізичного дискомфорту, так і негативних психологічних наслідків. У допомозі онкохворим дітям є рекомендовані фармакологічні засоби, однак так само багато йдеться про нефармакологічні методи керування болем. У західних клініках помічено, що якість паліативного догляду може бути покращеною в разі, якщо збільшувати чутливість персоналу до пацієнтів, використовувати сучасні програми медичного лікування та належний психологічний супровід.

⁸ A. Taddio, V. Shah, C. Gilbert-MacLeod, J. Katz. Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances // *JAMA* 288 (7) Aug 2002, p. 857-861.

⁹ Там само.

¹⁰ A. Taddio, J. Katz, A. L. Ilersich, G. Koren. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination // *Lancet*. 349 (9052) Mar 1997, p. 599-603.

¹¹ D. L. Olmstead, S. D. Scott, W. J. Austin. Unresolved pain in children: a relational ethics perspective // *Nurs. Ethics*. 17 (6) Nov. 2010, p. 695-704.

¹² Там само.

¹³ A. Mitchell, B. J. Boss. Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of the literature // *J. Neurosci. Nurs.* 34 (2002) 228-236.

Методики оцінювання болю у дітей

За стандартами ВООЗ, біль під час онкозахворювання мають оцінювати за відповідними валідизованими методиками. При цьому оцінюють локацію, якість, інтенсивність, тривалість, а також етіологію та вплив на біль дитини вторинних фізичних і психологічних чинників. Біль необхідно моніторити регулярно, оскільки з перебігом захворювання він може змінюватися. Оцінювання болю повинні вміти проводити як медичний персонал, так і батьки дитини, оскільки здебільшого саме вони є найчутливішими до її стану. Також відомо, що як діти, так і батьки не завжди повідомляють про біль, оскільки вважають його невід'ємною частиною онкології¹⁴.

Під час оцінювання болю ВООЗ рекомендує використовувати процедуру ABCs (asses, body, context, document). Це означає:

- провести оцінювання болю (asses): у дітей з онкозахворюванням завжди потрібно оцінювати рівень наявного болю. При цьому маленькі діти сигналізують про біль через вигляд і поведінку, старші можуть говорити про нього, втім, також варто розуміти, що вони можуть уникати таких розмов через страх іще болючіших медичних процедур;
- зробити огляд тіла дитини (body): оцінювання фізичного стану повинно включати огляд усіх ділянок тіла дитини для виявлення ймовірності болю. При цьому варто уважно спостерігати за поведінкою та реакціями дитини – скривлене обличчя, завмирання, затримка подиху тощо – можуть указувати на біль;
- оцінити контекст (context): варто також враховувати додаткові чинники (вплив сімейного оточення, середовища лікарні тощо), що можуть провокувати або посилювати біль дитини;
- зробити записи про стан дитини (document): записи про інтенсивність болю дитини повинні проводити регулярно. При цьому можна використовувати прості шкали болю, доступні для заповнення як лікарем і батьками, так і самою дитиною.

Оцінювання ефективності інтервенцій так само мусить відбуватися регулярно, за потреби попередній план полегшення болю може бути переглянутим¹⁵.

Для дітей різного віку використовують різні методики оцінювання болю. Особливо важко оцінити біль у немовлят. Стандартизовані методики в цьому віці застосовуються рідко, переважно найкращим джерелом інформації про біль дитини вважають батьків.

¹⁴ G. Ljungman, T. Gordh, S. Sorensen, A. Kreuger. Pain in pediatric oncology: interview with children, adolescents, and their parents // *Acta Paediatr.* 88 (1999) 623-630.

¹⁵ *Cancer pain relief and palliative care in children*, p. 15-16.

Разом із цим розроблено методики спостереження за поведінкою дитини. Вони особливо корисні для роботи з дітьми, які через вік, інтелектуальну неповносправність або з інших причин не можуть розповісти про свій стан. Ці шкали передбачають спостереження за виразом обличчя, плачем і рухами дитини. Під час болю на обличчі спостерігаються опущені брови, опуклість шкіри між бровами, вертикальна борозна на лобі, підняті щоки, розширені ніздрі, відкрита натягнута щілина рота¹⁶. Малюки у віці до року під час болю можуть менше рухатися, частіше плакати, проявляти більший неспокій, бліднути та пітніти, втрачати апетит, реагувати плачем на доторки й інші спроби поворушити їхнє тіло. Ці ознаки у малюків оцінює обсерваційна «Шкала комфорту»¹⁷. Вегетативні зміни, хоч і можуть указувати на біль, утім, це не достатньо специфічні ознаки.

Як показано у табл. 1, поведінкові ознаки короткочасного та довготривалого болю у дітей достатньо відмінні¹⁸.

Таблиця 1. Основні поведінкові ознаки, котрі вказують на біль дитини (наводиться за ВООЗ, 1998)¹⁹

Поведінкові ознаки	Тривалість болю	
	Короткочасний	Довготривалий
Плач	+	
Вираз обличчя	+	
Моторне збудження		+
Утрата інтересу до довкілля		+
Знижена здатність концентрувати увагу		+
Проблеми зі сном		+

У віці 1-3 роки діти проявляють біль схожим чином, як і немовлята, проте вони вже можуть указати пальчиком на місце болю. Дослідження показують, що відчуття кількості та міри у дітей є достатньо універсальними та, ймовірно, вродженими категоріями, навіть немовлята реагують по-різному на різну кількість певних речей²⁰. Тобто всі діти однаково добре здатні

¹⁶ A. Mazur, I. Radziewicz, T. Szczepański. Pain management in children // *Ann. Agric. Environ. Med. Special Issue 1* (2013) 28-34.

¹⁷ M. Van Dijk, J. B. De Boer, H. M. Koot, D. Tibboel. The reliability and validity of the Comfort scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3 yearsold infants // *Pain 84* (2000) 367-377.

¹⁸ *Cancer pain relief and palliative care in children*, p.16.

¹⁹ Там само.

²⁰ P. Starkey, E. S. Spelke, R. Gelman. Numerical Abstraction by human infants // *Cognition 36* (1990) 97-127.

послугуватися такими категоріями як більше, менше, сильніше, слабше тощо. Діти на пальцях можуть показати, наскільки сильно відчувають біль у цей момент (на 1, 2 чи 5 пальчиків), або показати відстань між руками.

У віці 3-6 років дітей можна попросити показати на зображенні тіла (див. рис. 1) місця, що особливо турбують, і підписати разом із дитиною інтенсивність больових відчуттів.

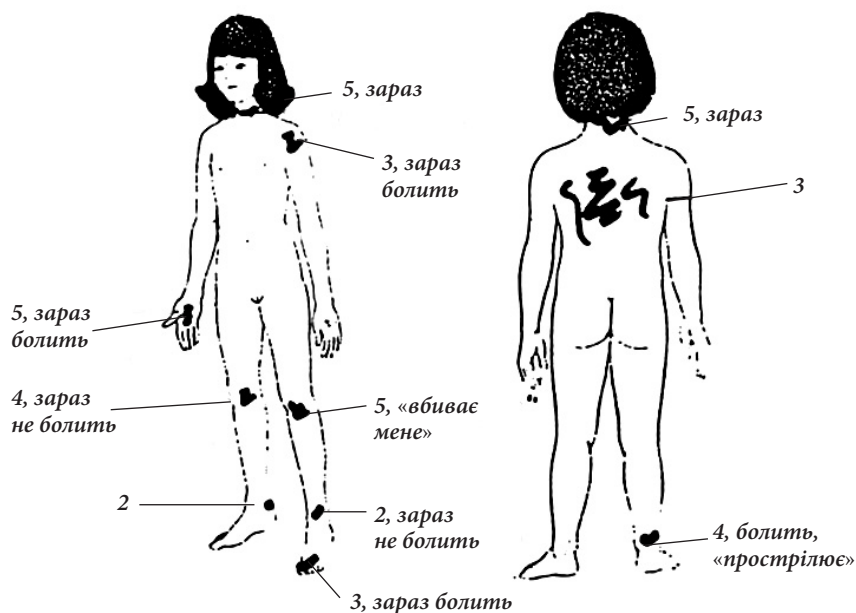


Рис. 1. Приклад оцінки болю у дитини за допомогою зображень тіла

Також під час оцінювання болю у молодших дітей використовують прості шкали з 2-3 поділками на незначний, середній чи сильний біль, можна використати лінійку, інший схожий інструмент.

Діти шкільного віку (6-12 років) уже здатні говорити про силу, якість, розташування, тривалість і зміни у больових відчуттях протягом часу. В оцінюванні болю, починаючи зі шкільного віку, поширені аналогові, числові²¹, категорійні шкали та шкали з личками²², подані на рисунках унизу.

²¹ T. Voepel-Lewis, C. N. Burke, N. Jeffreys, S. Malviya, A. R. Tait. Do 0-10 numeric rating scores translate into clinically meaningful pain measures for children? // *Anesth. Analg.* 112 (2011) 415-421.

²² D. Tomlinson, C. L. Von Baeyer, J. N. Stinson, L. Sung. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children // *Pediatrics.* 126 (2010) 1168-1198.

Нічого не болить _____ Відчуваю нестерпний біль

Рис. 2. Візуальна аналогова шкала оцінювання болю

Нічого не болить ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Відчуваю нестерпний біль

Рис. 3. Візуальна числова шкала оцінювання болю

біль відсутній (0) легкий біль (4) середній біль (6) сильний біль (10)

Рис. 4. Візуальна категорійна шкала оцінювання болю

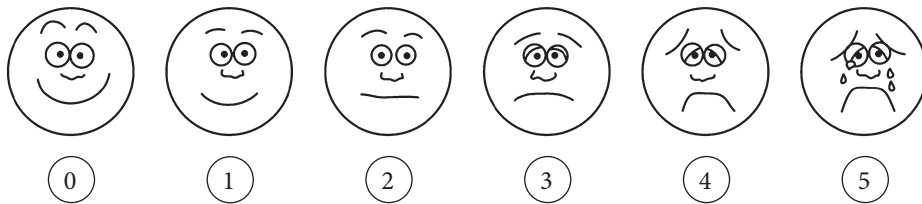


Рис. 5. Шкала личок Вонга-Бейкера

У підлітково-юнацькому віці діти реагують і розповідають про біль, як і дорослі. Під час оцінювання болю необхідно враховувати, що ззовні вони можуть демонструвати спокій і витримку, однак через біль мати проблеми зі сном, апетитом, уникати членів родини і друзів, бути знервованими та злими²³.

Після виписки з лікарні корисно заохочувати батьків вести щоденник записів про біль дитини, зокрема вказувати його інтенсивність, тривалість, вплив на щоденну активність дитини, проведене лікування, побічні дії, інші відомості, що допоможуть краще спланувати вплив на біль у майбутньому.

²³ *Clinical practice guideline for pain management in Children with Cancer*. Cris Foundation for Cancer Research 2013.

Основні методи керування болем

За визначенням, біль – це неприємний сенсорний та емоційний досвід, пов’язаний із фактичним чи потенційним ушкодженням тканини або описаний у термінах такого ушкодження²⁴. Хоча біль і виникає як відгук рецепторів на пошкодження тканини, втім, сигнал про біль на шляху до мозку може бути модифікованим. На рівні спинного мозку діє ціла мережа нервів, які, при відповідній симуляції, частково чи повністю можуть блокувати вихідний сигнал про біль. Ці нерви можуть активуватися за допомогою доторків, а також думок, емоцій і поведінки дитини²⁵. Хоча нефармакологічний супровід больових симптомів не заміняє медикаментозного лікування, втім, є важливим доповненням до нього. В одному з західних оглядів використання дітьми з онкологією альтернативних засобів лікування, опитані повідомили, що додатково до традиційного лікування використовують духовні практики (51%), масаж (47%) і релаксацію (26%)²⁶. Серед основних нефармакологічних способів послаблення болю в паліативній практиці виділяють створення підтримувального середовища та використання когнітивних, поведінкових і фізичних впливів.

Створення підтримувального середовища

Від самого початку важливим є створення підтримувального середовища довкола маленького пацієнта і його близьких. Батькам може стати корисною інформація про те, як краще допомагати й опікуватися дитиною з онкологією. Більшість батьків потребують того, щоб їх навчили, як краще реагувати на біль і тривогу дитини, використовувати додаткові копінг-стратегії. Корисними джерелами інформації для батьків можуть стати відповіді буклети, зображення, відеоматеріали, демонстрації окремих процедур на ляльках і фотографіях. Чим більше батьки розуміють план лікування й основні процедури, тим активніше вони долучаться до процесу лікування.

Дітям ніколи не можна брехати про болісні процедури, що їх очікують. У майбутньому це лише збільшить тривогу та страх дитини, і зменшить її бажання лікуватися.

²⁴ J. J. Bonica. The need of a taxonomy // *Pain*. 6 (3) (1979) 247-252.

²⁵ S. Mercadante. Cancer pain management in children Pain Relief and Palliative Care Unit // *Palliative Medicine* 18 (2004) 654-662.

²⁶ R. Valji, D. Adams, S. Dagenais, T. Clifford, L. Baydala, W. J. King, S. Vohra. Complementary and Alternative Medicine: A Survey of Its Use in Pediatric Oncology // *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2013 (2013).

За можливості потрібно давати якомога більше контролю за процедурою в руки дитини (наприклад, обрати, який пальчик дати на аналізи, де сидіти тощо). Така техніка позитивної ініціативи розвиває у дітях бажання співпрацювати та зменшує рівень дистресу під час болісних процедур, на що вказують дослідження²⁷.

У дитинстві гра є провідним видом діяльності, тому навіть дитині у найважчому стані варто допомагати бавитися. Гра допомагає розслабитися та відволіктися від переживань. У всіх дітей повинні бути час і місце для гри, болісні медичні процедури не мають відбуватися в межах ігрового простору.²⁸

Когнітивні методи

Ці методи мають на меті вплинути на увагу, думки й уяву дитини. Батьки та медичний персонал часто інтуїтивно використовують відволікання – чим більше дитина залучена в певну активність, тим менше болю вона відчуває. Маленьких пацієнтів добре відволікають конкретні об'єкти з яскравим кольором, звуком чи іншими сенсорними стимулами. Старшим дітям допомагають ігри, розмова чи розказування історій. Музика, навіть у вигляді материнської колискової, є універсальним відволікаючим і заспокійливим стимулом²⁹.

Психологічна просвіта у доступній для дитини та батьків формі так само є дієвим способом зменшити тривогу очікувань та активніше їх залучити до процесу лікування. Просвіта допомагає подолати неефективні автоматичні думки дитини та її батьків про хворобу та лікування і замінити на доречніші.

Ціла низка досліджень показали корисність залучення уяви дитини у процес лікування. В уяві дитина може зосередитися на якійсь приємній події замість болю. Це може бути певний досвід з минулого або уявна подія. Кольори, звуки, запахи та смаки – це все повинно стати частиною уявного образу. Розповідання історій є добрим способом увімкнути уяву дитини³⁰.

²⁷ S. Manne, W. Redd, P. Jacobsen. Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture // *J Counsel Clin Psychol.* 58 (1990) 565-572; R. Blount, S. Powers, M. Cotter. Training pediatric oncology patients to cope and their parents to coach them during BMAILP procedures // *Behav. Mod.* 18 (1994) 6-31; S. Jay, C. Elliot, E. Katz. Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for children's distress during painful medical procedures in children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55 (1987) 860-865.

²⁸ *Cancer pain relief and palliative care in children.*

²⁹ S. Jay, C. Elliot, E. Katz. Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions.

³⁰ S. Manne, W. Redd, P. Jacobsen. Behavioral intervention to reduce child.

На біль можна вплинути словами заспокоєння та полегшення, що промовляються до дитини спокійним теплим голосом. Для початку дитину просять звернути увагу на дихання, розслабитися та згадати про якусь улюблену справу. Вона може зосередити увагу на глибокому диханні чи вільній від болю частині тіла. Тоді до неї звертаються такими словами: «Чим глибшим стає твоє дихання, тим спокійніше та вільніше ти себе почуваш. Із кожним подихом твоє тіло розслабляється все більше та більше. У тебе вже нічого не болить. Поміть, наскільки легше та зручніше тобі стало зараз». Також дитину можна просити уявити, як вона зачинає «ворота» болю, «вимикає» біль, або в неї з'являється якась магічна сила (чарівна паличка, сила улюбленого супергероя тощо) і це допомагає зменшити або повністю забрати біль. У дослідженнях показано, що така робота з уявою досить сильно полегшувала переживання болю у більшості педіатричних пацієнтів з раком³¹.

Техніки гіпнозу допомагають іще сильніше заглибити дитину в приємний, вільний від болю стан, утім, діти відрізняються за рівнем навіюваності³². В одному з рандомізованих контрольованих досліджень порівняння ефективності клінічного гіпнозу та використання когнітивно-поведінкових навичок серед онкохворих дітей під час процедури забору кісткового мозку, обидві техніки виявилися достатньо ефективними у порівнянні з відсутністю інтервенцій³³.

Також існує дослідження, яке показує, що під час забору кісткового мозку та люмбальної пункції техніка гіпнозу статистично сильніше зменшувала біль і тривогу, ніж використання негіпнотичних поведінкових технік³⁴.

Поведінкові методи

Одним із найпопулярніших способів вплинути на поведінку дитини – це навчити її глибоко дихати. Таке дихання допомагає розслабитися та відновити контроль, зосередити увагу на процесі дихання, зменшити напруже-

³¹ Olness K. Imagery (self-hypnosis) as adjunct therapy in childhood cancer: clinical experience with 25 patients // *Am. J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 3 (1981) 313-321.

³² J. Smith, A. Barabasz, M. Barabasz. Comparison of hypnosis and distraction in severely ill children undergoing painful medical procedures // *J. Counsel. Psychol.* 43 (1996) 187-195.

³³ C. Lioffi, P. Hatira. Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations // *Int. J. Clin. Hypn.* 47 (1999) 104-116.

³⁴ L. Zeltzer, S. Le Baron. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer // *J. Pediatr.* 1001 (1982) 1032-1035.

ність у м'язах, розслабити діафрагму. Спершу дитину корисно навчити видихати і відпускати напругу в тілі, інші неприємні відчуття та переживання, і щоразу це повторювати. Маленьких дітей учать глибоко дихати, тренуючись задувати уявні свічки на торті або видувати бульбашки. Старшим дітям типово пропонують вдихати і видихати, рахуючи до трьох.

Прогресивна м'язова релаксація – ще один поведінковий метод, який учить дитину, лежачи, послідовно напружувати і розслабляти різні групи м'язів. Це корисна техніка для дітей, починаючи з підліткового віку. Як правило, її поєднують із глибоким диханням. Такі тренування допомагають дітям краще справлятися з тривогою очікування, а також зменшувати симптоми нудоти та блювання.

У порівнянні технік когнітивно-поведінкової терапії та загальної анестезії галотаном (*halothane*), використовуючи навички когнітивно-поведінкової регуляції, діти виказували більше дистресу в перші хвилини процедури, втім, після галотану спостерігалось більше поведінкових труднощів у наступні 24 години після процедури³⁵.

Вплив на сенсорні системи дитини

Більшість батьків інтуїтивно використовують методи фізичного впливу, коли обіймають чи заколисують дитину, при цьому задіяні тактильна, вестибулярна, слухова й інші сенсорні системи дитини. Більшість дітей у моменти болю звертаються за таким заспокоєнням і повідомляють, що це дійсно полегшує їхні страждання. Дотики важливі для всіх дітей, особливо для довербальних, комунікація з якими відбувається через емоційні прояви й тілесний контакт із батьками. Зрозуміло, що дотики не повинні надмірно втручатися в особистий простір дитини. Однак, у більшості випадків, заколисування, погладжування, тримання на руках, масаж рук, спинки, ніжок, животика чи голівки, загортання у ковдрочку – це все дієві методи допомоги дитині з болем. Коли розмова потребує від дитини надто багато зусиль – дотики стають доброю формою комунікації з нею.

У допомозі дитині пережити біль також використовують холод або тепло. Наприклад, до місця ушкодження, запалення чи внутрішньом'язової ін'єкції можна прикласти кусочок льоду, загорнутого у тканину. Використання спреїв і кремів-анестетиків також зменшує біль після ін'єкцій. Дія теплом корисна під час болю у м'язах. Утім, ні холод, ні тепло не можна використовувати з немовлятами через ризик ушкодження.

³⁵ S. Jay, C. Elliot, I. Fitzgibbons. A comparative study of cognitive behavior therapy versus general anesthesia for painful medical procedures in children // *Pain*. 62 (1995) 2-9.

Ще одним способом зменшити біль є прилад електроміостимуляції. Електроди, які прикріплюють до шкіри, діють на систему нервових закінчень, що зменшує передачу больових імпульсів на рівні спинного мозку. Дитина, здебільшого, відчуває легке поколювання чи пощипування, втім, це не боляче. Така техніка достатньо проста у використанні, тому нею можна навчити користуватися самостійно як дітей, так і батьків.

Не можна сказати, що якась одна з описаних технік найоптимальніша та найефективніша – відповідна просвіта і навчання повинні відбуватися з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта, рівня його когнітивного розвитку та мотивації. Однак, як медичному персоналові, так і батькам потрібно знати якомога більше можливостей того, як допомогти дитині з болем. У дослідженні Лjungмана з колегами³⁶ показано, що найпоширенішими причинами поганої допомоги дитині з болем є нестача інформації, тривога батьків, їхня недостатня впевненість у власній здатності заспокоїти дитину та переживання самотності³⁷. Натомість подані знання здатні акумулювати велику кількість тривоги, невпевненості й організувати якіснішу допомогу дитині.

Висновки

Біль є частим супутнім симптомом онкозахворювання: він може стати наслідком хвороби чи реакцією на медичні втручання. На термінальній стадії онкозахворювання майже кожна дитина вимушена терпіти сильний біль. Із 90-х років у західних країнах почали розробляти стандарти полегшення болю та паліативного догляду за онкохворими дітьми. На сьогодні більшість країн мають розроблені рекомендації та протоколи лікування онкохворих дітей, у яких велике місце відведене комплексному супроводу дитини та її родини.

Фармакологічна та нефармакологічна стратегії впливу на біль дитини є неодмінними складовими процесу лікування. Поданий матеріал присвячено огляду рекомендацій і досліджень, які стосуються оцінки та нефармакологічного впливу на біль дітей з онкологією.

Оцінювання болю повинні проводити регулярно як медичний персонал, так і батьки дитини. При цьому потрібно враховувати локацію, інтенсивність, тривалість, етіологію та вплив супутніх фізичних і психологічних чинників. Окрім огляду та розмови з дитиною, в оцінюванні болю також

³⁶ G. Ljungman, T. Gordh, S. Sorensen, A. Kreuger. Pain variations during cancer treatment in children: a descriptive survey // *Pediatr. Hematol. Oncol.* 17 (2000) 211-221.

³⁷ G. Ljungman, T. Gordh, S. Sorensen, A. Kreuger. Pain in pediatric oncology: interview with children, adolescents, and their parents // *Acta Paediatr.* 88 (1999) 623-630.

стають допоміжними шкали спостереження за поведінкою дитини та шкали самооцінки інтенсивності болю. На сьогодні більшість із цих шкал пройшли наукову перевірку і рекомендовані для використання в медичній практиці.

Основні нефармакологічні способи впливу на біль поділяють на чотири групи: підтримувальні, когнітивні, поведінкові та фізичні. Створення підтримувального середовища довкола маленького пацієнта та його близьких є золотим правилом якісного паліативного догляду. Насамперед ідеться про орієнтацію на вікові й індивідуальні потреби дитини, надання їй батькам якомога повнішої інформації та можливостей вибору. Це допомагає як дитині, так і її батькам відчутти більший контроль над хворобою й активніше долучатися до процесу лікування. Під час болісних медичних процедур науково доведеною є ефективність використання відволікання, роботи з уявою дитини, гіпнозу й технік когнітивно-поведінкової терапії. Добре себе зарекомендували техніки глибокого дихання та прогресивної м'язової релаксації. Обійми, заколисування, масаж, вплив теплом і холодом, а також електроміостимуляція здатні полегшити біль дитини.

Враховуючи доступні на сьогодні знання, в нашій державі залишається ще багато викликів, пов'язаних із упровадженням світових стандартів у практику лікування онкохворих дітей. Представлена стаття могла би стати основою для розробки відповідних інформаційних матеріалів для всіх учасників процесу лікування, а також відправною точкою подальших вітчизняних досліджень психологічних практик паліативного догляду за дітьми.