

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

UVJERENJA O DJEČJOJ BOLI

Diplomski rad

Dina Barišić

Mentor: Doc.dr. Dragutin Ivanec

Zagreb, 2006.

SADRŽAJ

UVOD	1
O boli	1
Faktori dječje boli	1
Razvojne promjene u doživljaju boli	2
Mjerenje dječje boli	3
Procjenjivanje i tretiranje boli djece	5
Uvjerenja o dječjoj boli	7
Cilj istraživanja	8
PROBLEMI	8
METODOLOGIJA.....	9
Mjerni instrument	9
Sudionici	9
Postupak	10
REZULTATI.....	11
RASPRAVA	20
ZAKLJUČAK	26
REFERENCE.....	27
DODATAK.....	29

Uvjerenja o dječjoj boli.
Beliefs about children's pain.
Dina Barišić

SAŽETAK

Unatrag desetak godina strani istraživači počeli su se zanimati za netočna uvjerenja o dječjoj boli. Većina njih samo je registrirala postojanje tih uvjerenja dok je tek nekoliko istraživača pokušalo otkriti koliki je postotak njihove zastupljenosti. Pregledom literature nije nađeno niti jedno istraživanje na tu temu u Hrvatskoj.

Ovim istraživanjem htjeli smo ispitati stupanj slaganja s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli te provjeriti postoje li razlike u slaganju između uzorka zdravstvenih i ne-zdravstvenih djelatnika.

Za potrebe istraživanja konstruiran je upitnik koji sadrži 35 tvrdnji koje se odnose na fizičku bol djece. Zadatak sudionika (zdravstveni i ne-zdravstveni djelatnici, $N=251$) je za svaku tvrdnju, na skali s 5 uporišnih točaka, procijeniti u kolikoj mjeri se s tom tvrdnjom slažu.

Rezultati pokazuju postojanje netočnih uvjerenja o dječjoj boli. Također, pokazalo se kako postoji neslaganje između zdravstvenih i ne-zdravstvenih djelatnika. Iako je kod zdravstvenih djelatnika utvrđen određeni stupanj slaganja uz neka netočna uvjerenja o dječjoj boli, oni ipak pokazuju manje slaganje s njima u odnosu na ne-zdravstvene djelatnike. Gledajući cijeli uzorak, slaganje s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli manje je u odnosu na strana istraživanja.

Saznanje o postojanju netočnih uvjerenja o dječjoj boli prvi je korak u njihovom mijenjanju. Vjerujemo kako će ovakva i slična istraživanja omogućiti brži proces njihove promjene na bolje. Tako bi djeca trebala dobiti odgovarajući tretman u bolnim situacijama, a time bi prestalo nepotrebno trpljenje boli, što bi dovelo do smanjenja kliničkih komplikacija.

Ključne riječi: uvjerenja o dječjoj boli; procjena dječje boli

ABSTRACT

During the last 10 years foreign researchers started to show an interest in misconceptions about children's pain. Most of them have only noticed a presence of these misconceptions, while only a few of them have tried to find out the percentage of representation of such misconceptions. Literature search showed that not a single study on this subject has been done in Croatia.

With this study we wanted to examine a degree of consent about the beliefs of pain suffered by children, as well as to find out if there is a difference in such beliefs between medical and non-medical workers.

The questionnaire was designed for the purpose of the study. It contains 35 statements that refer to children's physical pain. Participants (medical and non-medical workers, $N=251$) had been asked to rate on 5-point scale how strongly they agree or disagree with each statement.

The results show presence of misconceptions about children's pain. Also, a difference was noted between medical and non-medical workers. Even though the result for medical workers shows some disagreement, as well some false beliefs on children's pain, it still shows lesser agreement compared to non-medical workers. Examining the whole sample, the agreement with misconceptions about children's pain is smaller than in foreign studies.

Realizing the presence of misconceptions about children's pain is the first step in changing them. We believe that studies like this one and similar ones, as well, will make betterment process possible. With that, children should get appropriate treatment in painful situations and they should not suffer unnecessary pain, which could reduce clinical complications.

Key words: beliefs about children's pain; children's pain assessment.

UVOD

O boli

„Bol je neugodan osjetilni i emocionalni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisan u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna. Svaki pojedinac nauči upotrebljavati tu riječ preko iskustva povezanih s povredom u mlađoj dobi“ (Svjetska zdravstvena organizacija; prema Havleka, 1990, str. 224).

Receptori za bol (nociceptori) slobodni su živčani završeci koji nisu anatomski lokalizirani, već se nalaze po čitavome tijelu. Kada su aktivirani uslijed podražaja koji potencijalno može biti štetan po organizam, pokreću niz živčanih impulsa koji mogu dovesti do osjeta boli. Prije se smatralo da je jačina boli određena jedino jačinom ozljede. To je opovrgnuto tijekom prošla dva desetljeća nizom anatomskih, fizioloških, neurokemijskih, medicinskih i psiholoških istraživanja.

Danas se zna da nociceptivni sustav djeluje kao aktivni, kompleksni i prilagodljivi mehanizam jer ima sposobnost različitih reakcija na isti stupanj oštećenja tkiva. Živčana aktivnost koja je pokrenuta podraživanjem nociceptora može biti promijenjena različitim djelovanjem fizioloških i psiholoških faktora, tako da se jačina boli ne može predvidjeti samo na temelju ozljede. Dob, spol, prijašnja bolna iskustva te okolinski i psihološki faktori utječu na to kako će nociceptivni sustav reagirati na podraživanje tkiva. Tako na primjer, pojedinci mogu iskusiti različitu bol, ovisno o okolnostima u kojima prime injekciju. Iako gore navedeni faktori utječu na doživljavanje i na procjenu boli kod svakog pojedinca, oni su pogotovo izraženi kada se radi o doživljavanju i procjeni boli kod djece.

Faktori dječje boli

McGrath i Gillespie (2001) osmislili su model koji opisuje faktore koji mogu određivati dječju bol i njezino iskazivanje. Neki od njih su relativno stabilni kod djeteta, kao spol, dob, stupanj kognitivnog razvoja, prijašnje iskustvo, odgoj i kultura. Ti faktori određuju kako dijete općenito interpretira i doživljava različita iskustva uzrokovana ozljedom tkiva. Suprotno tome, situacijski faktori mogu se mijenjati ovisno o specifičnim okolnostima u kojima djeca doživljavaju bol. To su: kognitivni (razumijevanje uzroka, očekivanja vezana uz trajanje boli i učinkovitost tretmana, značenje boli), bihevioralni

(neugoda tijekom bolne epizode, ponašanje roditelja i njihovi odgovori, povlačenje od fizičkih i socijalnih aktivnosti) i emocionalni faktori (anksioznost, strah, frustracija). Oni predstavljaju jedinstvenu interakciju između dječjeg iskustva boli i okoline u kojoj je ta bol doživljena i u kojoj se iskazuje. Ti situacijski faktori mogu se mijenjati ovisno o specifičnim okolnostima u kojima djeca doživljavaju bol. Čak i kada je uzrok boli stalan, zasebni situacijski faktori jedinstveni su za svako pojavljivanje boli. Za razliku od stabilnih karakteristika djeteta, situacijske faktore mogu promijeniti i roditelji i zdravstveni djelatnici (liječnici i medicinske sestre) i time znatno utjecati na doživljaj boli djeteta.

Razlike u situacijskim faktorima mogu objasniti zašto isto oštećenje tkiva može pobuditi boli koje se razlikuju po intenzitetu, te zašto primijenjena analgezija može drugačije djelovati na različitu djecu i na isto dijete u različito vrijeme. Neki situacijski faktori su osnovni uzroci ponovnog javljanja i perzistencije boli (McGrath i Hillier, 2001; prema McGrath i Gillespie, 2001). Dijete koje je pripremljeno i očekuje određenu razinu boli prilikom vađenja krvi i koje zajedno s roditeljem odlazi k liječniku, osjećat će manju bol i ta će bol kraće trajati nego kod djeteta koje ne zna što ga očekuje ili koje ne može naći utjehu kod roditelja.

Postupno shvaćanje da bol djece nije jednostavno i izravno povezana s prirodom i širinom oštećenog tkiva ima značajne implikacije kod procjene i tretmana dječje boli. Tretman boli je povezan s procjenom boli. Sve dok se ne procijene faktori koji utječu na dječju bol, njezina kontrola će nužno biti neadekvatna.

Razvojne promjene u doživljaju boli

Od rođenja novorođenčice pokazuje različite bihevioralne (grimase, okretanje očiju, stiskanje šaka) i fiziološke (ubrzan rad srca, povećanje krvnog tlaka) reakcije kao odgovor na bolno podraživanje tkiva (The Royal Australasian College of Physicians, 2006). Neke od tih reakcija općenite su za sve bolne podražaje, dok druge reakcije mogu biti specifično povezane s posebnom vrstom ozljede. Raspon i priroda odgovora mijenja se kako novorođenčice odrasta pa postoje razlike u bihevioralnim odgovorima i izražavanju boli novorođenčadi, dojenčadi, djece i adolescenata. Bez obzira na to, moguće je procijeniti nelagodu i bol od rođenja preko adolescencije, a razvojne će promjene utjecati na izbor metoda za mjerenje boli.

Djeca starosti od dvije godine mogu prepoznati da je bol neugodno doživljajno i emocionalno iskustvo. Njihovo razumijevanje i opis boli ovisi kognitivnom stupnju razvoja i prošlom bolnom iskustvu. Oni uče procjenjivati jačinu i neugodnost boli u odnosu na doživljaje koje su već iskusili. Kada mlađa djeca procjenjuju bol, ona mogu tu bol procijeniti kao najjaču koju su do tada iskusili, uspoređujući ju sa svim do tada primljenim bolnim podražajima. Starija djeca i odrasli mogu isti podražaj procijeniti manje bolnim zbog toga što su iskusili veći raspon jačine boli.

Djeca uče opisivati različite karakteristike bolnih doživljaja (trajanje, kvalitetu, posebnost i intenzitet) na isti način kao što uče riječi kojima bi opisali različite zvukove, okuse, mirise i boje. Većina djece može izreći značajne informacije o svojoj boli, ali njihova sposobnost da opišu specifična svojstva boli – kvalitetu, trajanje, frekvenciju, mjesto i neugodnost – razvija se kroz odrastanje.

Stupanj kognitivnog razvoja djeteta određuje kako će ono razumjeti bol. Razumijevanje da se dječje shvaćanje boli mijenja ovisno o razvojnim promjenama, osigurava ne samo valjaniju procjenu njihovog doživljavanja boli već i određivanje prikladne metode za mjerenje boli s obzirom na dob djeteta.

Mjerenje dječje boli

U komunikaciji s djecom o boli, nužno je upotrebljavati dječju terminologiju. Razvijene su i validirane različite vrste mjera boli koje se koriste u procjeni boli kod novorođenčadi, djece i adolescenata. Dječje mjere boli podijeljene su na fiziološke, bihevioralne i psihološke, ovisno o tome što se promatra – fiziološki parametri (npr. brzina otkucaja srca ili disanja), promjene u ponašanju (npr. plakanje ili facijalna ekspresija) ili dječji opisi onoga što doživljavaju (samoizvještavanje).

I fiziološke i bihevioralne mjere osiguravaju indirektnu procjenu boli, zbog toga što se postojanje ili jačina boli izvodi isključivo iz vrste i veličine odgovora na bolni podražaj. Suprotno tome, psihološke mjere osiguravaju direktnu procjenu za puno različitih dimenzija boli – intenzitet, kvalitetu, trajanje i čestinu – i osiguravaju vrijedne informacije o utjecaju boli i patnji.

Većina bihevioralnih mjera boli konstruirane su kako bi sadržavale sažeti zapis dječjih reakcija na bolni podražaj. Na osnovi promjena u ponašanju koje su opažene kod mnoge djece koja trpe bol, načinjene su bihevioralne ček-liste/skale koje imaju navedena ponašanja specifična za svaku vrstu boli. Kliničari ispunjavaju takvu listu označavajući

ponašanje koje se pojavljuje rangiranjem njegovog intenziteta na skali od 0 do 2 ili od 0 do 4 (Manne, Jacobsen i Redd, 1992; Miller, 1996). Pretpostavka je da bi objektivna procjena dječjeg bolnog ponašanja osigurala točniju procjenu jačine njihovog bolnog doživljaja. Veći dio bihevioralnih skala razvijeno je za akutnu bol tijekom medicinskog zahvata ili postoperativnu bol, oboje za djecu koja nisu kognitivno ili fizički oštećena. Tek od nedavno, bihevioralne skale se razvijaju u suradnji s roditeljima i zdravstvenim djelatnicima i za posebnu populaciju, kao što su djeca koja su kognitivno ili fizički oštećena (McGrath i Gillespie, 2001). Međutim, niti jedna skala nije prikladna za svu djecu i za sve situacije u kojima oni osjećaju bol.

Skale bi trebale biti prvo određene prema vrsti boli (akutna ozljeda, akutna bol tijekom zahvata, akutna postoperativna bol, perzistirajuća bol) koja će biti praćena, a zatim bi se prema specifičnim kliničkim ciljevima odredila skala koja će se koristiti.

Važno je naglasiti da procjene prema bihevioralnim mjerama ne koreliraju uvijek sa samoprocjenama djece (Hamers, Abu-Saad, Halfens i Hout, 1998). Neka djeca se mogu ponašati mirno iako još uvijek osjećaju bol, dok druga mogu pokazati puno „bolnog ponašanja“ i prije početka predviđenog bolnog tretmana. Povezanost dječje boli i njihovog ponašanja pod utjecajem je situacijskih faktora. Zbog toga je važno interpretirati procjene na skali za mjerenje dječje boli u okviru situacije gdje se ta bol iskusila i s obzirom na ograničenja ponašanja koja djeca mogu pokazati.

Znatan broj fizioloških parametara praćeno je kod novorođenčadi i djece kao potencijalna mjera boli. To uključuje otkucaje srca, brzinu disanja, krvni tlak, zasićenost kisikom, koncentraciju endorfina i dr. Kao i bihevioralne mjere, ovi fiziološki odgovori pokazuju generalizirani i kompleksni odgovor na bol i stres. Osiguravaju značajne informacije o stupnju nelagode u kojem se dijete nalazi i zato su važne. Potrebno je, međutim, više istraživanja kako bi se razvio osjetljiviji sustav za interpretiranje tih parametara koji bi pokazivali kvalitetu i intenzitet dječjeg bolnog iskustva.

Psihološke mjere boli uključuju široki spektar projektivnih tehnika, intervju, upitnika, kvalitativnih deskriptivnih skala i kvantitativnih rangovnih skala sve u svrhu opisivanja subjektivnog doživljaja boli. Te mjere potencijalno osiguravaju najiscrpnije informacije o dječjoj boli. Međutim, kod preverbalne djece, kao i kod djece koja su svladala tek osnovni vokabular, psihološke mjere se teško mogu koristiti pa se zbog toga u pravilu koriste indirektna mjera procjene boli (fiziološke i bihevioralne - tablica 1).

Tablica 1
Dob i mjere intenziteta boli (McGrath, 1990)

<i>dob</i>	<i>mjere samoizvještavanja</i>	<i>bihevioralne mjere</i>	<i>fiziološke mjere</i>
od rođenja do 3 god.	nije dostupno	od primarne važnosti	od sekundarne važnosti
od 3 do 6 god.	specijalizirane, razvojno prilagođene skale	od primarne važnosti ako nije dostupno samoizvještavanje	od sekundarne važnosti
više od 6 god.	od primarne važnosti	od sekundarne važnosti	

Zbog toga je i najteže procijeniti doživljaj boli u skupini novorođenčadi, dojenčadi i djece do šest, sedam godina. Osim toga, kako i govori definicija s početka uvoda, bol se opisuje kao individualni fenomen te stoga nije čudno što postoje poteškoće u procjeni i upravljanju boli općenito, a pogotovo kod male djece. Percepcija i vlastite i tuđe boli pod utjecajem je osobnih uvjerenja, stavova i vrijednosti svakog pojedinca (Hamers, Abu-Saad, Halfens i Schumacher, 1994). Netočna uvjerenja, stavovi i vrijednosti ljudi koji su izravno u kontaktu s djecom (roditelji, medicinske sestre i liječnici) mogu utjecati na krivu procjenu boli kod djece, njeno podcjenjivanje i neadekvatno tretiranje.

Procjenjivanje i tretiranje boli djece

Mnogobrojna istraživanja potvrđuju da i zdravstveni djelatnici i roditelji drugačije procjenjuju bol djece, nego što to sama djeca čine (Chambers i sur., 1998; Manne, Jacobsen i Redd, 1992; Morgan i sur., 2001; Salantera, 1999). Miller (1996) je u svom istraživanju pokazao da je povezanost u samoprocjeni boli djece i procjeni od strane majki $r=0,46$, a povezanost samoprocjena boli djece i procjena medicinskih sestara $r=0,23$. Nadalje, Singer, Gulla i Thode (2002) su dobili povezanost između dječjih i roditeljskih procjena dječje boli $r=0,47$, a između dječjih procjena i procjena zdravstvenih djelatnika $r=0,08$. Kelly, Powell i Williams (2002) su u svome istraživanju dobili nešto višu povezanost između dječjih i roditeljskih procjena boli u vrijednosti od $r=0,63$. Općenito, dosadašnja istraživanja pokazala su vrlo različit stupanj povezanosti u procjeni boli djece od strane roditelja i zdravstvenih djelatnika u odnosu na samoprocjenu djece, a te su procjene uglavnom bile niske. Međutim, korelacija sama za sebe precjenjuje povezanost između roditeljske i dječje procjene boli zbog toga što viši stupanj korelacije može biti dobiven čak i kada je slaganje oko jačine boli slabo. To znači

da se može dobiti visoka povezanost između procjena roditelja i samoprocjena djece, međutim kada se uspoređuju prosječne vrijednosti jačine procjene boli, tada su te razlike velike. Chambers i sur. (1998) su u svome istraživanju dobili statistički značajnu povezanost ($r=0,68-0,76$) između dječjih i roditeljskih procjena boli ali sa slabim slaganjem u procjenama jačine boli. Istraživanje je također pokazalo da roditelji sustavno podcjenjuju bol djece u odnosu na dječju samoprocjenu. Slično se dobilo i u istraživanju St-Laurent-Gagnon i sur. (1999; prema Kelly, Powell, i Williams, 2002) gdje je povezanost između roditeljskih i dječjih procjena boli bila $r=0,66-0,76$, kao i u istraživanju Kelly, Powell i Williams (2002) gdje je povezanost procjena bila $r=0,63$. Međutim, slaganje među procjenama jačine boli u oba istraživanja bilo je slabo. Roditelji su sustavno procjenjivali dječju bol manjom u odnosu na samoprocjenu djece. Tendencija roditelja da podcjenjuju stupanj dječje boli utvrđeno je i u drugim istraživanjima (Jylli i Olsson, 1995; Doherty i sur., 1993; Vihunen i sur, 1998; prema Kelly, Powell i Williams, 2002).

S krivom procjenom dječje boli povezano je i loše tretiranje te boli pa se pokazalo u istraživanjima da djeca trpe veću bol nego što je potrebno. Schechter, Allen i Hanson (1986) su pregledali medicinske kartone devedesetoro djece, te jednak broj odraslih s istom dijagnozom. Našli su da su odrasli dobivali dvostruko više doza opijata po danu u odnosu na djecu. Što je duži bio boravak u bolnici to je bila veća razlika između odraslih i djece. Također se pokazalo da se djeci propisuje manje od potrebne doze opijata i po količini i po učestalosti. Istraživanje Bayera (1983; prema Schechter, Allen i Hanson, 1986) pokazalo je da od ukupnog broja djece ($n=50$) samo je njih 46% primilo analgetik, od čega je 6% djece primilo punu dozu dok je od ukupnog broja odraslih ($n=50$) njih 96% primilo punu dozu analgetika. Istraživanje Elanda (1985; prema Schechter, Allen i Hanson, 1986) je pokazalo da 66% hospitalizirane djece ($n=2000$) u dobi od četiri do deset godina nije primilo analgeziju za smanjenje boli.

Ovi i drugi nalazi potvrđuju da se dječja bol ne tretira učinkovito što ima ozbiljne implikacije – ne samo što djeca nepotrebno trpe bol, nego i bol koja se ne smanjuje uzrokuje niz nepoželjnih posljedica. Osim raznih fizioloških komplikacija, psihološke posljedice rezultiraju strahovima vezanim uz bol i operacijske zahvate pa će djeca biti manje kooperativna kod budućih operacijskih zahvata (Twycross, 1997). Isto tako, djeca se mogu osjećati bespomoćno, tjeskobno i iritabilno, a vještine suočavanja mogu biti narušene. Oni koji dožive jaku bol tijekom nekog tretmana mogu razviti post-traumatski

stresni poremećaj. Čak 25% odraslih strahuje od igli, liječničkog i stomatološkog pregleda te nastoje izbjeći zdravstvenu njegu. 10% odraslih s fobijom od igala (prema DSM kriteriju) određuje početak svojega straha u doživljaju tijekom prvih deset godina života (The Royal Australasian College of Physicians, 2006). Zbog svega gore navedenog izrazito je važno što točnije procijeniti bol djece, što je otežano, između ostalog, zbog postojanja netočnih uvjerenja o dječjoj boli.

Uvjerenja o dječjoj boli

Netočna uvjerenja o dječjoj boli održavaju se unatoč dokazima koji pokazuju njihovu netočnost. Ta kriva uvjerenja imaju dva glavna uzroka. Prvi su netočna uvjerenja o fiziologiji i psihologiji novorođenčeta i malog djeteta. Drugi se uzrok određuje kao prepričavanje priča i informacija iz generacije u generaciju među zdravstvenim osobljem, a da se te priče kritički ne preispituju (Collier i Pattison, 1997).

Mnoga istraživanja su pokazala postojanje krivih uvjerenja i zabluda o dječjoj boli (Coty, Tourigny i Koren, 1995; Finley, 1996; Gerik, 2005; Huth, Broome, Mussatto i Morgan, 2003; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Kokki i Halonen, 2003; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen i Pietilä, 2002; Melhuish i Payne, 2006; Schechter i Yaster, 1996; Twycross, 1997). Jedan od najčešćih „mitova“ koji se spominje u istraživanjima je da djeca podnose bol bolje nego odrasli. U istraživanju Kankkunena, Vehviläinen-Julkunena, Pietile i Halonena (2003) 14% roditelja slaže se s gore navedenom tvrdnjom, kao i 13% medicinskih sestara u istraživanju Salantere (1999). Istraživanja su nadalje pokazala da se 37% roditelja slaže s tvrdnjom da se djeca ne sjećaju boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata, da 37% roditelja smatra da bi njihova djeca trebala naučiti podnositi bol. Također ih 10% smatra da organi njihovog djeteta nisu dovoljno razvijeni da bi osjećali bol i njih 86% smatra da je bol uvijek dio operacije (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietila i Halonen, 2003). U istraživanju Salantere (1999) 5% medicinskih sestara smatra da djeca ispod dvije godine osjećaju manje boli od djece iznad dvije godine u istim situacijama, 38% njih smatra da je malo vjerojatno da dijete koje je mirno, a koje kaže da trpi bol zaista tu bol i trpi, 64% ih smatra da djeca ne mogu spavati ako trpe bol, 11% smatra da bi djetetu koje je sposobno tražiti lijek protiv bolova trebalo dati lijek samo onda kada ga ono zatraži.

Cilj istraživanja

Općenito gledano, tek su se unatrag desetak godina strani istraživači počeli zanimati za netočna uvjerenja o dječjoj boli. Većina njih samo je registrirala postojanje tih uvjerenja dok je tek nekoliko istraživača pokušalo otkriti koliki je njihov postotak zastupljenosti. Pregledom literature nije nađeno niti jedno istraživanje na tu temu u Hrvatskoj.

Promjenom netočnih uvjerenja u točna veća je vjerojatnost da će odrasli poboljšati svoju procjenu dječje boli pa je i veća vjerojatnost da će u skladu s time poboljšati i tretman dječje boli (Huth, Broome, Mussatto i Morgan, 2003).

S obzirom da je otkrivanje zastupljenosti netočnih uvjerenja prvi korak u mijenjanju istih, zanimalo nas je koliko će sudionici u našem uzorku izraziti slaganje odnosno ne slaganje s uvjerenjima o dječjoj boli pronađenih pregledom literature. Zbog toga je cilj ovog istraživanja ispitati stupanj slaganja s uvjerenjima o dječjoj boli te provjeriti postoje li razlike u slaganju između uzorka zdravstvenih djelatnika (liječnici, medicinske sestre, doktori stomatologije i studenti medicine) i uzorka ne-zdravstvenih djelatnika.

PROBLEMI

Problemi ovog istraživanja su:

1. ispitati na uzorku odraslih koliki je stupanj slaganja s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli ovisno o rasponu dobi djece za koju se procjenjuje (djeca u dobi od rođenja do treće godine života, djeca u dobi od četvrte do sedme godine života) i
2. provjeriti postoji li razlika u slaganju s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli između uzorka zdravstvenih djelatnika (liječnici, medicinske sestre, stomatolozi i studenti medicine) i uzorka ne-zdravstvenih djelatnika, zatim u odnosu na spol, dob, je li sudionik roditelj ili ne, te u odnosu na starost djeteta (djeca u dobi od rođenja do treće godine života, djeca u dobi od četvrte do sedme godine života).

METODOLOGIJA

Mjerni instrument

Pregledom literature pronađen je mali broj istraživanja koja navode zastupljenost netočnih uvjerenja o dječjoj boli (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietila i Halonen, 2003; Salantera, 1999), dok se većina istraživanja time površno bavila (Caty, Tourigny i Koren, 1995; Finley, 1996; Gerik, 2005; Huth, Broome, Mussatto i Morgan, 2003; Melhuish i Payne, 2006; Schechter i Yaster, 1996). Također je, pregledom literature, utvrđeno da se istraživači u Hrvatskoj tom temom nisu bavili.

Za potrebe istraživanja konstruiran je upitnik koji mjeri stupanj slaganja s tvrdnjama koje se odnose na fizičku bol djece. Pregledom literature pronađeno je i prilagođeno 37 tvrdnji koje obuhvaćaju znanje, iskustvo i stavove o dječjoj boli. Tim tvrdnjama pridružena je skala s 5 uporišnih točaka: 1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem, niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – potpuno se slažem. Zadatak sudionika je za svaku od 37 tvrdnji procijeniti u kolikoj mjeri se s tom tvrdnjom slažu te zaokružiti odgovarajući broj na pridruženoj skali. Sudionici su posebno procjenjivali koliko se slažu s tvrdnjom u slučaju kada se radi o djetetu u dobi od rođenja do treće godine života, a zatim u slučaju kada se radi o djetetu u dobi od četvrte do sedme godine života. Na kraju upitnika nalaze se četiri pitanja o demografskim podacima (spol, dob, razina obrazovanja, radni status) i jedno pitanje o iskustvu s djecom.

U pretestiranju je upitnik rješavalo 25 sudionika. Svaki je dao kvalitativne primjedbe na čestice upitnika (razumljivost, preciznost tvrdnji i sl.). Obradom prikupljenih podataka upitnik je prepravljen i došlo se do konačne verzije od 35 tvrdnji. Popis tvrdnji iz upitnika i uputa nalaze se u dodatku.

Sudionici

Prikupljeni uzorak je prigodan i obuhvaća 251 sudionika. Struktura uzorka s obzirom na spol, dob, stručnu spremu i roditeljstvo prikazana je u tablici 2. Od ukupnog broja sudionika njih 48,2% su ne-zdravstveni djelatnici, dok je 51,8% zdravstvenih

djelatnika (liječnici 18,7%, medicinske sestre 18,3%, stomatolozi 2,8% i studenti medicine 12,0%).

Tablica 2
Struktura uzorka (N=251) obuhvaćenog istraživanjem s obzirom na spol, dob, stručnu spremu i roditeljstvo.

područje rada/studiranja	spol		dob		stručna sprema			roditeljstvo	
	M	Ž	20 – 30 god.	30 god. i više	SSS	VŠS	VSS	da	ne
ne-zdravstveni djelatnici	60 48,8%	63 51,2%	56 45,5%	67 54,5%	50 40,7%	21 17,1%	52 42,3%	60 48,8%	63 51,2%
liječnici	12	34							
medicinske sestre	2	43							
stomatolozi	2	5							
studenti medicine	13	17							
zdravstveni djelatnici ukupno	29 22,7%	99 77,3%	55 43%	73 57%	56 43,8%	19 14,8%	53 41,4%	59 46,1%	69 53,9%
ukupno	89 35,5%	162 64,5%	111 44,2%	140 55,8%	106 42,2%	40 15,9%	105 41,9%	119 47,4%	132 52,6%

Postupak

Rezultati su dobiveni na način da se prigodni uzorak liječnika i medicinskih sestara prikupio u tri zagrebačke bolnice (Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Klinika za dječje bolesti Zagreb i Klinička bolnica „Sestre milosrdnice“) i u Domu zdravlja Zagreb-Centar, Savica. Upitnici studenata medicine prikupljeni su na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Prigodni uzorak komparativne skupine ne-zdravstvenih djelatnika dobiven je tako da je istraživač zajedno s pomagačima pronašao sudionike iz nekoliko dijelova grada Zagreba, koji su željeli sudjelovati u istraživanju. Svakom sudioniku je istraživač ili pomagač osobno predao upitnik kojeg su oni ispunjavali kod kuće. Nakon ispunjavanja, upitnike je sakupljao istraživač ili pomagač. Neki sudionici su nakon dobivanja upitnika odustali od ispunjavanja zbog nedostatka vremena i sl. Ukupno je razdijeljen 301 upitnik, a njih 251 (83,4%) vraćeno je istraživaču.

REZULTATI

U okviru prvog problema ispitana je zastupljenost netočnih uvjerenja o dječjoj boli ovisno o dobi djece za koju se procjenjivalo, prvo u situaciji za mlađu djecu u dobi od rođenja do treće godine života, a zatim za stariju djecu u dobi od četvrte do sedme godine života. Prikaz dobivenih podataka dan je u tablici 3.

Sudionici su uglavnom jasno odredili slažu li se ili ne s određenom tvrdnjom tako da je distribucija većine rezultata po tvrdnjama izrazito pozitivno ili negativno asimetrična u odnosu na normalnu distribuciju. Međutim, kod nekoliko tvrdnji (10., 13., 18., 29. i 33. za obje procjene te 4. i 31. za procjenu do tri godine) distribucija rezultata je takva da svaki stupanj slaganja (od *uopće se ne slažem* do *potpuno se slažem*) obuhvaća podjednak postotak odgovora. Tvrdnje kod kojih je postotak odgovaranja *niti se slažem niti se ne slažem* 15% i više, označene su zvjezdicom (*).

Tablica 3

Prikaz stupnja slaganja sudionika sa svakom pojedinom tvrdnjom kod procjene za mlađu djecu (od rođenja do treće godine života) i za stariju djecu (od četvrte do sedme godine života) izražen u postocima.

TVRDNJE	procjena do:	uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	niti se slažem niti se ne slažem	uglavnom se slažem	potpuno se slažem	napomena*
1. Odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu.	3 god.	2,0	0,8	1,6	8,8	86,9	
	7 god.	1,6	1,2	2,8	13,9	80,5	
2. Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama.	3 god.	2,0	2,0	8,4	22,7	64,9	
	7 god.	1,6	3,2	5,6	23,1	66,5	
3. Ako dijete ide na operaciju nakon koje će osjećati bol tada tu bol ne treba smanjivati jer je ona sastavni dio postoperativnog procesa.	3 god.	60,2	17,5	9,2	10,0	3,2	
	7 god.	59,4	18,3	8,8	10,4	3,2	
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.	3 god.	22,7	26,3	11,6	25,9	13,5	
	7 god.	4,8	15,9	14,3	38,2	26,7	

Tablica 3 - nastavak

TVRDNJE	procjena do:	uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	niti se slažem niti se ne slažem	uglavnom se slažem	potpuno se slažem	napomena
5. U slučaju bolesti ili ozljede, odrasla osoba bi uvijek trebala pokušati zaštititi dijete od boli.	3 god.	0,8	2,0	2,8	15,5	78,9	
	7 god.	0,4	1,2	4	19,5	74,9	
6. Kod djece se ne može procijeniti da li ih nešto boli.	3 god.	25,5	38,6	20,7	12,0	3,2	*
	7 god.	35,1	39,4	15,1	8,8	1,6	*
7. Dijete se više ne sjeća boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata.	3 god.	19,9	29,1	25,9	17,9	7,2	*
	7 god.	29,5	33,5	21,5	11,2	4,4	*
8. Bol je sastavni dio života svakog djeteta i zato ju uopće ne treba smanjivati kada se pojavi.	3 god.	68,5	19,5	9,2	1,6	1,2	
	7 god.	64,9	21,5	9,6	2,8	1,2	
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol.	3 god.	7,6	9,6	19,9	31,9	31,1	*
	7 god.	7,2	9,6	20,7	31,1	31,5	*
10. Dijete samo ne može procijeniti jačinu svoje boli.	3 god.	10,0	17,9	26,3	29,9	15,9	*
	7 god.	17,5	33,9	23,5	19,9	5,2	*
11. Organizam djeteta nije dovoljno razvijen da bi osjećao bol.	3 god.	77,7	15,5	3,6	2,8	0,4	
	7 god.	82,5	12,7	3,2	1,2	0,4	
12. Treba cijeniti djecu koja se ne žale na bol.	3 god.	59	14,7	19,1	4,4	2,8	*
	7 god.	59,4	14,3	18,7	4	3,6	*
13. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu sama djeca.	3 god.	26,7	22,3	20,7	22,7	7,6	*
	7 god.	29,1	28,7	25,5	13,9	2,8	*
14. Dijete podnosi bol bolje nego odrasli.	3 god.	34,7	25,1	26,7	9,2	4,4	*
	7 god.	32,7	26,3	27,9	10,0	3,2	*
15. Muško dijete bi se trebalo naučiti podnošenju boli više nego žensko.	3 god.	79,3	13,9	4,8	1,6	0,4	
	7 god.	78,9	13,5	4,8	2,0	0,8	
16. Djeci je potreban jači podražaj da bi počeli osjećati bol nego što je potrebno odraslima.	3 god.	62,2	19,9	14,3	2,8	0,8	
	7 god.	63,3	17,1	15,5	3,2	0,8	*
17. Dijete bi se trebalo samo nositi s boli.	3 god.	82,1	12,0	4,8	0,8	0,4	
	7 god.	77,7	13,5	6,8	1,6	0,4	

Tablica 3 - nastavak

TVRDNJE	procjena do:	uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	ni se slažem ni se ne slažem	uglavnom se slažem	potpuno se slažem	napomena
18. Majke mogu bolje procijeniti jačinu boli djeteta u odnosu na očeve.	3 god.	21,9	13,1	19,9	30,3	14,7	*
	7 god.	21,9	13,1	26,3	25,1	13,5	*
19. Dijete koje ne plače, a ozlijedilo se, sigurno ne osjeća fizičku bol.	3 god.	53,4	24,7	12,0	7,6	2,4	
	7 god.	54,2	31,5	7,2	6,0	1,2	
20. Davanje lijekova protiv bolova opasno je jer dijete može razviti ovisnost o tim lijekovima.	3 god.	31,9	27,1	26,3	8,0	6,8	*
	7 god.	32,7	25,9	27,1	6,8	7,6	*
21. Opasno je djetetu dati lijek protiv bolova jer će tako razviti podnošljivost na te lijekove.	3 god.	40,2	27,1	23,1	6,0	3,6	*
	7 god.	40,6	27,1	22,3	6,8	3,2	*
22. Djeca osjećaju manje boli nego odrasli zbog toga što im se mozak i živčani sustav još razvijaju.	3 god.	54,2	24,7	17,9	3,2	0,0	*
	7 god.	58,6	23,5	15,5	2,4	0,0	*
23. Kod djece se jačina boli koju trpe ne može procijeniti.	3 god.	23,9	31,9	25,1	15,5	3,6	*
	7 god.	26,3	35,9	24,7	11,6	1,6	*
24. Ima smisla dati lijek protiv bolova djetetu kada znamo da će trpiti bol (npr. nakon operacije) prije nego bol krene.	3 god.	6,8	13,9	8,4	29,9	41,0	
	7 god.	7,2	12,4	10,0	29,5	41,0	
25. Sigurno je dati djeci količinu lijeka koja je preporučena za njihovu dob.	3 god.	0,8	3,2	12,4	37,5	46,2	
	7 god.	1,2	2,8	10,8	37,1	48,2	
26. Svaku pojavu boli kod djeteta treba smanjiti lijekovima.	3 god.	21,5	31,9	21,5	18,7	6,4	*
	7 god.	22,3	31,5	22,7	17,5	6,0	*
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme.	3 god.	41,8	35,1	14,7	7,2	1,2	
	7 god.	30,7	39,4	17,9	10,0	2,0	*
28. Roditelji mogu značajno bolje procijeniti jačinu boli kod djeteta nego što to dijete samo može učiniti.	3 god.	16,3	32,7	27,9	19,9	3,2	*
	7 god.	19,5	40,6	27,5	11,2	1,2	*
29. Lijekovi protiv bolova trebali bi se davati djeci kao posljednja metoda za smanjenje boli.	3 god.	19,9	33,1	17,9	21,1	8,0	*
	7 god.	19,1	33,5	17,5	21,9	8,0	*

Tablica 3 - nastavak

TVRDNJE	procjena do:	uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	niti se slažem niti se ne slažem	uglavnom se slažem	potpuno se slažem	napomena
30. Kod djeteta mora postojati vidljivo velika ozljeda da bi osjećalo bol.	3 god.	74,9	19,9	4,0	1,2	0,0	
	7 god.	74,5	20,3	4,4	0,8	0,0	
31. Dijete nam ne može precizno reći gdje ga boli.	3 god.	9,6	23,5	17,1	35,1	14,7	*
	7 god.	26,3	42,2	16,7	12,4	2,4	*
32. Djeca koja nisu sposobna razumjeti podrijetlo i značenje boli istu bol doživljavaju manje jakim.	3 god.	41,8	25,5	25,1	6,0	1,6	*
	7 god.	42,2	25,1	24,7	6,8	1,2	*
33. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu učiniti roditelji.	3 god.	17,5	26,3	31,1	18,3	6,8	*
	7 god.	18,3	26,3	32,3	17,1	6,0	*
34. Lijekovi za smanjenje boli (Andol, Aspirin, Lupocet, Panadol,...) imaju jako loše popratne učinke i zato ih uopće ne treba davati djeci bez obzira koliku bol trpili.	3 god.	54,2	27,9	12,7	3,6	1,6	
	7 god.	55,4	29,5	10,0	3,6	1,6	
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose.	3 god.	12,0	12,7	13,5	33,1	28,7	
	7 god.	8,0	8,8	10,4	32,3	40,6	

* postotak odgovaranja „niti se slažem niti se ne slažem“ je 15% i više

Rezultati prikazani u tablici 3 pokazuju zanimljive podatke o netočnim uvjerenjima o dječjoj boli. Potrebno je istaknuti kako rezultati pokazuju da 63% sudionika smatra da dijete ne može zaspati ako osjeća bol. Isto tako oko četvrtine ispitanika smatra da se mlađa djeca ne sjećaju boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata, da dijete od četiri do sedam godina ne može samo procijeniti jačinu svoje boli, da ne treba dati djeci lijek protiv bolova kada se zna da će trpiti bol prije nego bol nastupi, da bi lijekovi protiv bolova trebali biti posljednja metoda za smanjenje boli, da liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli djeteta nego što to roditelji mogu učiniti i da djeci do tri godine života ne treba reći da će se bol pojaviti jer je tada neće lakše kontrolirati i bolje podnositi. Nešto manje sudionika to smatra i za stariju djecu. Ne treba zanemariti ni deset do dvadeset posto sudionika koji smatraju da djeci ne treba smanjivati bol nakon operacije, da se kod mlađe djece, do tri godine, bol ne može procijeniti, da se starija djeca, ona od četiri do sedam godina, ne sjećaju boli

nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata, da liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod starije djece nego što to mogu ona sama učiniti, da djeca bolje podnose bol nego odrasli, da je opasno davati djeci lijekove protiv bolova, da se jačina boli koju djeca trpe ne može procijeniti, da će djeca, pogotovo ona starija, naučiti kasnije u životu koristiti različite lijekove za rješavanje drugih problema ako nakon operacije neko vrijeme redovito uzimaju lijekove protiv bolova, da roditelji mogu značajno bolje procijeniti jačinu boli starijeg djeteta nego što to samo dijete može učiniti i da ono ne može precizno reći gdje osjeća bol. Manji broj sudionika smatra da se bol kod starije djece ne može procijeniti, da treba cijeniti djecu koja se ne žale na bol, da djeca koja su se ozlijedila a ne plaču, sigurno ne osjećaju bol i da djeca koja nisu sposobna razumjeti podrijetlo i značenje boli istu bol će doživljavati manje jakom. Zanimljivo je da se 17% sudionika ne može odlučiti slažu li se ili ne s tvrdnjom da djeca osjećaju manje boli nego odrasli zbog toga što im se mozak i živčani sustav još razvijaju.

S obzirom na to da distribucije rezultata po tvrdnjama jako odstupaju od normalne, sva je obrada u okviru drugog problema napravljena neparametrijskim testovima kako za zavisne skupine (Wilcoxonov test), tako i za nezavisne (Kruskal – Wallisov test).

Kao odgovor na drugi problem ispitano je postoji li razlika u stupnju slaganja s uvjerenjima o dječjoj boli između uzorka zdravstvenih djelatnika (51,8%) i uzorka ne-zdravstvenih djelatnika (48,2%). U tablici 4 dan je prikaz tvrdnji na kojima postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja između zdravstvenih i ne-zdravstvenih djelatnika s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

Također je u okviru drugog problema ispitano postoji li razlika u slaganju uz pojedine tvrdnje o dječjoj boli u odgovorima između muškaraca i žena, što je prikazano u tablici 5. Obrada je napravljena na uzorku ne-zdravstvenih djelatnika ($n = 123$) gdje je odnos muškaraca (48,8%) i žena (51,2%) podjednak, dok je u ukupnom uzorku 64,5% žena (tablica 2).

Tvrdnje između kojih postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob djece, odnosno procjene za mlađu djecu u dobi od rođenja do treće godine života i za stariju djecu u dobi od četvrte do sedme godine života prikazane su u tablici 6.

Tablica 4

Prikaz tvrdnji na kojima postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika kod procjene za mlađu (od rođenja do treće godine) i stariju (od četvrte do sedme godine) djecu s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

TVRDNJE	procjena za djecu do:		napomena*
	3 god.	7 god.	
1. Odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu.		√ ¹	Z
2. Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama.	√	√	Z
3. Ako dijete ide na operaciju nakon koje će osjećati bol tada tu bol ne treba smanjivati jer je ona sastavni dio postoperativnog procesa.	√	√	
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.	√	√	
5. U slučaju bolesti ili ozljede, odrasla osoba bi uvijek trebala pokušati zaštititi dijete od boli.		√	Z
8. Bol je sastavni dio života svakog djeteta i zato ju uopće ne treba smanjivati kada se pojavi.	√	√	
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol.	√	√	Z
12. Treba cijeniti djecu koja se ne žale na bol.	√	√	
14. Dijete podnosi bol bolje nego odrasli.	√		Z
17. Dijete bi se trebalo samo nositi s boli.	√	√	
18. Majke mogu bolje procijeniti jačinu boli djeteta u odnosu na očeve.	√	√	Z
20. Davanje lijekova protiv bolova opasno je jer dijete može razviti ovisnost o tim lijekovima.	√	√	
21. Opasno je djetetu dati lijek protiv bolova jer će tako razviti podnošljivost na te lijekove.	√	√	
22. Djeca osjećaju manje boli nego odrasli zbog toga što im se mozak i živčani sustav još razvijaju.		√	
24. Ima smisla dati lijek protiv bolova djetetu kada znamo da će trpiti bol (npr. nakon operacije) prije nego bol krene.	√	√	Z
25. Sigurno je dati djeci količinu lijeka koja je preporučena za njihovu dob.	√	√	Z
26. Svaku pojavu boli kod djeteta treba smanjiti lijekovima.	√	√	Z
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme.	√	√	
29. Lijekovi protiv bolova trebali bi se davati djeci kao posljednja metoda za smanjenje boli.	√	√	
34. Lijekovi za smanjenje boli (Andol, Aspirin, Lupocet, Panadol,...) imaju jako loše popratne učinke i zato ih uopće ne treba davati djeci bez obzira koliku bol trpili.	√	√	

*razlika u slaganju ide u smjeru da se zdravstveni djelatnici (Z) s tom tvrdnjom više slažu od nezdravstvenih djelatnika, u ostalim slučajevima vrijedi obrnuto

¹ Oznaka obilježava postojanje razlika u toj dobnoj skupini

Tablica 5

Prikaz tvrdnji kod kojih postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja s obzirom na spol sudionika s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

TVRDNJE	procjena za djecu do:		napomena*
	3 god.	7 god.	
2. Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama	√	√	
5. U slučaju bolesti ili ozljede, odrasla osoba bi uvijek trebala pokušati zaštititi dijete od boli	√	√	
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol	√		
15. Muško dijete bi se trebalo naučiti podnošenju boli više nego žensko	√	√	M
24. Ima smisla dati lijek protiv bolova djetetu kada znamo da će trpiti bol (npr. nakon operacije) prije nego bol krene		√	
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme		√	M
33. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu učiniti roditelji	√	√	M
34. Lijekovi za smanjenje boli (Andol, Aspirin, Lupocet, Panadol,...) imaju jako loše popratne učinke i zato ih uopće ne treba davati djeci bez obzira koliku bol trpili		√	
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose		√	

*razlika u slaganju ide u smjeru da se muški sudionici (M) s tom tvrdnjom više slažu od ženskih, u ostalim slučajevima vrijedi obrnuto

Tablica 6

Prikaz tvrdnji između kojih postoji statistički značajna razlika u procjenjivanju za mlađu (od rođenja do treće godine) u odnosu na stariju (od četvrte do sedme godine) djecu s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

TVRDNJE	napomena*
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.	S
7. Dijete se više ne sjeća boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata.	
10. Dijete samo ne može procijeniti jačinu svoje boli.	
13. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu sama djeca.	
23. Kod djece se jačina boli koju trpe ne može procijeniti.	
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme.	S
28. Roditelji mogu značajno bolje procijeniti jačinu boli kod djeteta nego što to dijete samo može učiniti.	
31. Dijete nam ne može precizno reći gdje ga boli.	
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose.	S

*razlika u slaganju ide u smjeru da se kod starije djece (S) dobiva više slaganje s tom tvrdnjom u odnosu na mlađu djecu, u ostalim slučajevima vrijedi obrnuto

Provjerili smo postoji li razlika u slaganju s tvrdnjama o dječjoj boli u odnosu na dob sudionika podijeljenih u dvije kategorije. Prva obuhvaća dobnu granicu od 20 do 30

godina (44,2%), a druga od 31 godine na više (55,8%). Ukupni raspon dobi je od 20 do 63 godine. Prikaz tvrdnji kod kojih postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja s obzirom na dob sudionika, s maksimalnom razinom značajnosti do 5%, naveden je u tablici 7.

Na kraju je još provjereno hoće li se sudionici koji su roditelji (47,8%) razlikovati u stupnju slaganja s tvrdnjama o dječjoj boli u odnosu na one koji nisu (52,2%) roditelji. Prikaz tvrdnji kod kojih postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja s obzirom na to jesu li sudionici roditelji ili ne, s maksimalnom razinom značajnosti do 5%, naveden je u tablici 8.

Tablica 7

Prikaz tvrdnji kod kojih postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja s obzirom na dob sudionika s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

TVRDNJE	procjena za djecu do:		napomena*
	3 god.	7 god.	
1. Odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu.		√	S
2. Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama.		√	S
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.		√	
8. Bol je sastavni dio života svakog djeteta i zato ju uopće ne treba smanjivati kada se pojavi.	√	√	
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol.	√	√	S
19. Dijete koje ne plače, a ozlijedilo se, sigurno ne osjeća fizičku bol.	√		
20. Davanje lijekova protiv bolova opasno je jer dijete može razviti ovisnost o tim lijekovima.	√	√	
21. Opasno je djetetu dati lijek protiv bolova jer će tako razviti podnošljivost na te lijekove.	√	√	
26. Svaku pojavu boli kod djeteta treba smanjiti lijekovima.	√	√	S
29. Lijekovi protiv bolova trebali bi se davati djeci kao posljednja metoda za smanjenje boli.	√	√	
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose.	√		S

*razlika u slaganju ide u smjeru da se stariji sudionici (S) s tom tvrdnjom više slažu od mlađih, u ostalim slučajevima vrijedi obrnuto

Tablica 8

Prikaz tvrdnji kod kojih postoji statistički značajna razlika u stupnju slaganja s obzirom na to jesu li sudionici roditelji ili ne, s maksimalnom razinom značajnosti do 5%.

TVRDNJE	procjena za djecu do:		napomena*
	3 god.	7 god.	
1. Odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu.		√	R
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.		√	
8. Bol je sastavni dio života svakog djeteta i zato ju uopće ne treba smanjivati kada se pojavi.	√	√	
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol.	√	√	R
13. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu sama djeca.	√		
20. Davanje lijekova protiv bolova opasno je jer dijete može razviti ovisnost o tim lijekovima.	√	√	
21. Opasno je djetetu dati lijek protiv bolova jer će tako razviti podnošljivost na te lijekove.	√	√	
23. Kod djece se jačina boli koju trpe ne može procijeniti	√		
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme		√	
29. Lijekovi protiv bolova trebali bi se davati djeci kao posljednja metoda za smanjenje boli.	√	√	
33. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu učiniti roditelji		√	
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose.	√		R

*razlika u slaganju ide u smjeru da se sudionici koji su roditelji (R) s tom tvrdnjom više slažu od sudionika koji nisu roditelji, u ostalim slučajevima vrijedi obrnuto

RASPRAVA

Saznanje o postojanju netočnih uvjerenja odraslih o dječjoj boli ukazuje na potrebu za educiranjem kako roditelja i zdravstvenih djelatnika, tako i svih onih koji rade s djecom. Uočavanje i registriranje tih uvjerenja prvi je korak prema njihovoj promjeni. To nadalje može dovesti do odgovarajućeg tretmana dječje boli što znači da djeca neće nepotrebno trpiti bol, a i smanjile bi se kliničke komplikacije.

Bol ima golemu dijagnostičku vrijednost, ali nakon postavljanja dijagnoze potrebno ju je suzbiti. Danas su poznati mnogi popratni učinci boli. Olakšavanje dječje boli nakon operacije smanjit će njihov strah kod budućih posjeta bolnicama i kod eventualnih novih medicinskih zahvata.

Iako se većina sudionika nije složila s tvrdnjom da djeca osjećaju manje boli nego odrasli zbog toga što im se mozak i živčani sustav još razvijaju, ipak njih 33,4% se niti slaže niti ne slaže s tom tvrdnjom. Putovi živčanog sustava koji sudjeluju u prijenosu boli potpuno su mijelinizirani do tridesetog tjedna trudnoće. Novorođenče ima jednak broj živčanih završetaka za bol po milimetru kvadratnom na koži kao i odrasli (Gerik, 2005). Čak i izrazito prerano rođena djeca mogu plakanjem i facijalnim odgovorima jako reagirati na bolne podražaje. Postoje indicije da novorođenče, a pogotovo nedonošče teže podnosi bol u odnosu na odrasle i da su mu potrebne veće doze analgetika nego za tretman istih bolnih postupaka kod odraslih. Također u periodu nakon bolnog podražaja novorođenče reagira bolno i na druge, u osnovi bezbolne podražaje (Filipović Grčić, 1999).

Oko 13% sudionika smatra da djeca podnose bol bolje nego odrasli. Do neke mjere djeca možda bolje koriste tehnike suočavanja kao npr. odvlačenje pažnje. Međutim, općenita sposobnost odraslih da se nose s boli je puno veća jer oni posjeduju veće znanje o metodama za smanjenje boli, imaju bolju kontrolu nad situacijom i ustrajni su u traženju pomoći od liječnika npr. povećanje doze lijekova za smanjivanje boli.

Oko 40% sudionika se slaže i isto toliko se ne slaže oko tvrdnje da se dijete može pretvarati da ga nešto boli. Najčešći razlozi zašto djeca poriču bol jest: strah od injekcije, zbog toga što misle da trebaju biti hrabri, jer misle da će biti prije otpušteni iz bolnice i da će izbjeći bolne tretmane. Često djeca ispod sedam godina misle da je bol kazna zbog nečega što su krivo učinili i zbog toga ne izražavaju bol jer misle da to zaslužuju. Sve bi

to zdravstveni djelatnici i roditelji trebali imati na umu prilikom procjenjivanja dječje boli, te bi trebali koristiti i druge metode za procjenu boli kao npr. neverbalne indikatore (Twycross, 1997).

Što se tiče tvrdnje da se kod djece ne može procijeniti trpe li bol, u uvodu je navedeno niz različitih mjera boli (samoizvještavanje, bihevioralne i fiziološke mjere) koje možemo dobiti pravilnom upotrebom metoda procjene boli, a kojima procjenjujemo boli i kod najmlađe djece. Kod preverbalne djece je možda lošija preciznost u određivanju stupnja boli zbog oslanjanja samo na indirektno metode mjerenja boli (tablica 1). Međutim, preciznost procjene stupnja dječje boli mogla bi se povećati ako se uzme u obzir situacija u kojoj se ta bol iskusi te ograničenja ponašanja koja djeca mogu pokazati. Možda starija djeca neće moći precizno verbalno locirati bol, ali će zasigurno upotrebom razvojno prilagođenih skala procjene moći samostalno pokazati bolno područje kao što će moći i procijeniti jačinu svoje boli. Iako se prilikom dobivanja informacija o jačini boli koju djeca trpe često oslanjamo na odgovore roditelja, nikada ne bi trebalo zanemariti i dječje odgovore, jer se u istraživanjima pokazalo da i roditelji i zdravstveni djelatnici znaju podcjenjivati dječju bol (Chambers i sur., 1998; Manne, Jacobsen i Redd, 1992; Morgan i sur., 2001; Salantera, 1999).

Iako se polovica sudionika ne slaže s tvrdnjom da se djeca više ne sjećaju boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata, ipak se druga polovica ili s time slaže ili se ne mogu odlučiti. Moguće je da odrasli tako misle jer se ne mogu sjetiti svog ranog djetinjstva, ali i zbog toga kako pristupaju pamćenju. Za razliku od odraslih koji svoja pamćenja događaja najčešće iskazuju pričanjem o njima, djeca, pogotovo ona mlađa, sjećanje iskazuju preko specifičnih uzoraka ponašanja i emocionalnih odgovora na situacije i ljude. Kod novorođenčeta bolna iskustva imaju dugoročne posljedice čak i kada nisu izražena u svjesnom pamćenju jer se sjećanje na bol može zapamtiti biološki, promjenom u razvoju mozga i kasnijeg ponašanja, što je u skladu s istraživanjima na životinjama (The Royal Australasian College of Physicians, 2006).

63% sudionika smatra da djeca ne mogu zaspati ako osjećaju bol. Često će se dogoditi da se djeca smire i zaspu unatoč tome što osjećaju bol jer koriste spavanje kao metodu suočavanja s boli (Twycross, 1997), dok će dio djece zaspati od iscrpljenosti zbog boli koju osjećaju.

Sudionici su podijeljeni u tvrdnji da majke mogu bolje procijeniti jačinu boli djeteta u odnosu na očeve. Majke bi mogle bolje procijeniti jačinu boli svojeg djeteta

jedino ako one češće ostaju s djetetom kada je bolesno, što je u našoj kulturi još uvijek uobičajeno. Međutim, ako to sve čini otac, on može jednako dobro kao i majka procijeniti stupanj boli.

Strah od razvijanja ovisnosti (oko 26%) ili podnošljivosti na lijekove protiv bolova (oko 22%) su uvjerenja kod kojih sudionici najvjerojatnije zbog manjka znanja u tome području, u visokom postotku odgovaraju da se niti slažu niti ne slažu. Istraživanja su pokazala da je ovisnost izrazito rijetka nakon uzimanja narkotika u bolnicama (Hamers, Abu-Saad, Halfens i Hout, 1998) te da djeca neće postati brže ovisna o opijatima u odnosu na odrasle (Coty, Tourigny i Koren, 1995). Uostalom, pacijenti gotovo uvijek prestanu piti narkotike kada se bol smanji. Za razliku od ovisnika, koji ne trebaju narkotike da bi smanjili bol, pacijenti ih uzimaju legalno i pod liječničkom skrbi što izrazito smanjuje mogućnost zloupotrebe (McCaffery i Beebe, 1990).

Oko 20% sudionika istraživanja smatra da djeci ne treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije). Opažanje i izražavanje boli više su vezani uz stupanj kognitivnog razvoja nego uz kronološku dob. Tako djeca koja nisu sposobna razumjeti podrijetlo i značenje boli istu bol doživljavaju jačom. Ako djeca znaju da će se bol pojaviti lakše je kontroliraju i bolje podnose. Kada koriste jednostavno suočavanje ili su aktivno uključena u pripremu, također će iskusiti manje boli. Ako je dijete uvjereno da je moguće kontrolirati bol, doživljava je manje intenzivno, što objašnjava učinkovitost psiholoških postupaka uklanjanja boli.

S obzirom da su dobiveni podaci prikupljeni upitnikom moguće je da su neki sudionici odgovarali socijalno prihvatljivim odgovorima. Tako se npr. kod tvrdnje „Muško dijete bi se trebalo naučiti podnošenju boli više nego žensko“ pokazalo da se skoro svi sudionici s njom ne slažu. Strana istraživanja pokazuju drugačije, najvjerojatnije zato jer su drugačije metodološki postavljena. Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietila i Halonen (2003) su ispitivali roditelje o njihovoj djeci koja su u vrijeme istraživanja bila u bolnici na liječenju. Kada se usporedio stupanj slaganja s tvrdnjom „Moje dijete treba naučiti podnositi bol“ s obzirom na spol djeteta, pokazalo se da se očekuje od 43% dječaka u odnosu na 28% djevojčica da nauče podnositi bol.

Razlike dobivene između zdravstvenih i ne-zdravstvenih djelatnika u stupnju slaganja za određene tvrdnje (tablica 4) većim su dijelom pod utjecajem znanja koje zdravstveni djelatnici posjeduju. Međutim, analiza odgovora samo zdravstvenih djelatnika ukazuje na postojanje nekih pogrešnih uvjerenja. Tako njih 10% smatra da se

kod djece ne može procijeniti da ih nešto boli, oko 20% se slaže da se djeca ne sjećaju boli nekoliko dana nakon zahvata, čak njih 68% smatra da dijete ne može zaspati ako osjeća bol (i po tome se razlikuju od ne-zdravstvenih djelatnika). 25% smatra da djeca od četiri do sedam godina ne mogu procijeniti jačinu svoje boli dok se njih 30% niti slaže niti ne slaže. Oko 18% ih smatra da djeca podnose bol bolje nego odrasli i tu se također razlikuju od ne-zdravstvenih djelatnika. 17% ih smatra da mogu bolje procijeniti jačinu boli starije djece nego što to djeca sama mogu učiniti.

Iako većina rezultata pokazuje manji stupanj slaganja s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli kod zdravstvenih djelatnika u odnosu na ne-zdravstvene, gore navedeni podaci ukazuju da ne treba isključiti moguće propuste u obrazovanju mladih liječnika i medicinskih sestara kao i na važnost naknadnog obrazovanja o tretmanu dječje boli. S obzirom da zdravstveni djelatnici prvi upućuju roditelje kako se ponašati s bolesnim djetetom, važno je da oni imaju ispravna uvjerenja o dječjoj boli kako bi mogli usmjeriti roditelje i eventualno promijeniti njihova pogrešna uvjerenja o boli djece.

Razlike u izražavanju slaganja s obzirom na spol vjerojatnije je da su određene socijalnim ulogama u našoj kulturi. S obzirom da u njoj žene još uvijek većinom preuzimaju brigu o djeci, one možda zbog toga izražavaju veće slaganje s tvrdnjama „U slučaju bolesti ili ozljede, odrasla osoba bi uvijek trebala pokušati zaštititi dijete od boli“, „Ima smisla dati lijek protiv bolova djetetu kada znamo da će trpiti bol (npr. nakon operacije) prije nego bol krene“, „Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose“, „Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama“ i „Dijete ne može zaspati ako osjeća bol“.

Tvrdnja „Muško dijete bi se trebalo naučiti podnošenju boli više nego žensko“, kod koje postoji veće slaganje muškaraca također govori o kulturi u kojoj je istraživanje provedeno u kojoj se očekuje od muške djece bolje podnošenje boli. Muškarci izražavaju veće slaganje s uvjerenjem „Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu učiniti roditelji“. Možda su u stresnim situacijama kao što je odlazak djeteta u bolnicu svjesniji da ponekad liječnici mogu bolje procijeniti bol djeteta u odnosu na roditelje, posebno majke, koje u takvim situacijama mogu ili zbog straha precjenjivati ili zbog neprihvatanja situacije podcjenjivati bol djeteta. Veće slaganje muškaraca s tvrdnjom „Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge

probleme“ smatramo da je stvar više nedostatka znanja iz toga područja nego razlika pod utjecajem kulture i socijalnih uloga.

Razlike u stupnju slaganja s obzirom na dob djece za koju se procjenjuje dobivene su tek na devet tvrdnji (tablica 6). Odrasli smatraju da će se starija djeca prije pretvarati da ih nešto boli nego mlađa. Međutim, treba imati na umu da djeca sve do oko sedme godine mogu shvaćati bol kao kaznu za nešto što su krivo napravili, ne shvaćajući potpuno uzročno-posljedične veze, tako da će i starije dijete iz istraživanja (ono do sedam godina) češće negirati bol nego što će se pretvarati da ga nešto boli. Više slaganja s tvrdnjom da djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose, u slučaju starije djece, pojavljuje se vjerojatno zbog toga što odrasli smatraju da mlađa djeca ne mogu razumjeti koncept boli. To je točno za djecu do oko dvije godine, ali već se djecu od tri godine može pripremiti na bol koristeći njima razumljive termine. Isto vrijedi i za tvrdnje kod kojih postoji veće slaganje za mlađu djecu, do četiri godine („Dijete samo ne može procijeniti jačinu svoje boli“, „Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu sama djeca“, „Kod djece se jačina boli koju trpe ne može procijeniti“, „Roditelji mogu značajno bolje procijeniti jačinu boli kod djeteta nego što to dijete samo može učiniti“ i „Dijete nam ne može precizno reći gdje ga boli“). Ako se djetetu pristupi na odgovarajući način, koristeći terminologiju koju ono može razumjeti te koristeći odgovarajuće instrumente za procjenu boli koji su razvojno prilagođeni, djeca mogu dati vrijedne informacije o jačini svoje boli kao i o bolnom području. Što se tiče pamćenja boli, već je navedeno, da mlađa djeca ne izražavaju verbalno koliko su upamtili određeni bolni doživljaj, već se njihovo pamćenje istog događaja odražava u ponašanju i emocionalnim odgovorima na događaje i ljude.

Uspoređivanjem razlika u odgovorima mlađih i starijih sudionika te onih s djecom i onih bez djece, vidi se da do određene mjere dolazi do podudaranja. Iz tablica 7 i 8 se vidi da je osam od jedanaest odnosno dvanaest tvrdnji jednako čak i s obzirom na dob djece za koju se procjenjuje. To se moglo i očekivati jer je vjerojatno da su stariji sudionici ujedno i roditelji, da imaju više djece te će zbog toga većina razlika u tvrdnjama između te dvije skupine ići u istom smjeru.

Tablica 8 pokazuje razlike u slaganju s tvrdnjama između sudionika koji su roditelji u odnosu na one koji to nisu. Pregledom tih čestica može se primijetiti da su skoro sve razlike dobivene vjerojatnije zbog iskustva koje roditelji imaju. Međutim,

važno je napomenuti da iako su statistički dobivene razlike između te dvije skupine, distribucija rezultata ukazuje na potrebu za većom informiranosti o činjenicama o dječjoj boli jer postoji određeni stupanj slaganja s uvjerenjima koja su pogrešna. Liječnici pedijatri kao i drugi liječnici trebali bi omogućiti roditeljima jednostavan pristup informacijama koje su im potrebne, a koje se vežu uz neke činjenice o dječjoj boli. Time bi se smanjila pogrešna uvjerenja koja roditelji imaju o tome, što bi vjerojatno dovelo i do smanjenja boli koju djeca trpe.

ZAKLJUČAK

Saznanje o postojanju pogrešnih uvjerenja o dječjoj boli prvi je korak u njihovom mijenjanju. Iako promijenjeno znanje ne vodi odmah i do promjene ponašanja, bez određivanja problema mala je vjerojatnost da će doći do ikakve promjene. Istraživanje je obuhvatilo dio uvjerenja koja postoje o dječjoj boli.

Rezultati su pokazali postojanje razlike u stupnju slaganja s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli između zdravstvenih i ne-zdravstvenih djelatnika. Iako se kod zdravstvenih djelatnika dobio određeni stupanj slaganja uz neka netočna uvjerenja, oni ipak pokazuju manje slaganje s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli u odnosu na ne-zdravstvene djelatnike. Gledajući cijeli uzorak općenito, dobiveni rezultati pokazuju manje slaganje s netočnim uvjerenjima o dječjoj boli nego što se pokazalo u stranim istraživanjima. S obzirom da su dobiveni podaci prikupljeni upitnikom, moguće je da su neki sudionici odgovarali socijalno prihvatljivim odgovorima. Zbog toga bi se sljedeća istraživanja ove problematike trebala baviti uvjerenjima roditelja čija djeca trpe ili kroničnu bol ili neku trenutnu bol. Tada bi se dobila stvarnija slika jer bi sudionici imali neposredno iskustvo procjenjivanja i tretiranja dječje boli. Također bi trebalo provjeriti koliko su ljudi skloni mijenjati svoja uvjerenja vezano uz ovaj problem te kako to djeluje na njihove promjene u ponašanju. Istraživanje bi se moglo postaviti na način da se omogući roditeljima informiranje i učenje o dječjoj boli raznim kratkim priručnicima koje bi mogli dobiti npr. kod pedijatra.

Skoro svi sudionici su se složili da odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu. Zato je važno da se pomaganje djeci koja trpe bol ne umanju nesvjesno zbog neznanja i netočnih uvjerenja o dječjoj boli. Iako je dug put od promjene uvjerenja do promjene ponašanja, vjerujemo da će ovakva i slična istraživanja omogućiti brži proces promjene na bolje. Tada bi djeca trebala dobiti odgovarajući tretman u bolnim situacijama. Time bi prestalo nepotrebno trpljenje boli, što bi dovelo do smanjenja kliničkih komplikacija.

REFERENCE

- Caty, S., Tourigny, J. i Koren, I. (1995). Assessment and management of children's pain in community hospitals. *Journal of advanced nursing*, 22, 638-645.
- Chambers, C.T., Reid, G.J., Craig, K.D., McGrath, P.J. i Finley, G.A. (1998). Agreement between child and parent reports of pain. *Clinical journal of pain*, 14(4), 336-342.
- Collier, J. i Pattison, H. (1997). Attitudes to children's pain: exploding the 'pain myth'. *Paediatric nursing*, 9(10), 15-18.
- Filipović Grčić, B. (1999). Liječenje boli u djece. *Medicus*, 8(1), 89-92.
- Finley, G.A., McGrath, P.J., Forward, S.P., McNeill, G. i Fitzgerald, P. (1996). Parents' management of children's pain following 'minor' surgery. *Pain*, 64, 83-87.
- Gerik, S.M. (2005). Pain management in children: Developmental considerations and mind-body therapies. *Southern medical journal*, 98(3), 295-302.
- Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H., Halfens, R.J.G. i Hout, van den, M.A. (1998). Are children given insufficient pain-relieving medication postoperatively?. *Journal of advanced nursing*, 27, 37-44.
- Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H., Halfens, R.J.G. i Schumacher, J.N.M. (1994). Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. *Journal of advanced nursing*, 20, 853-869.
- Havelka, M. (1990). *Zdravstvena psihologija*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Huth, M.M., Broome, M.E., Mussatto, K.A. i Morgan, S.W. (2003). A study of the effectiveness of a pain management education booklet for parents of children having cardiac surgery. *Pain management nursing*, 4(1), 31-39.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A., Kokki, H. i Halonen, P. (2003). Parents' perceptions and use of analgesics at home after children's day surgery. *Paediatric anaesthesia*, 13(2), 132-140.
- Kankkunen, P.M., Vehviläinen-Julkunen, K.M. i Pietilä, A.K. (2002). Children's postoperative pain at home: family interview study. *International journal of nursing practice*, 8, 32-41.
- Kankkunen, P.M., Vehviläinen-Julkunen, K.M., Pietilä, A.K. i Halonen, P.M. (2003). Parents' perceptions of their 1-6-year-old children's pain. *European journal of pain*, 7(3), 203-211.
- Kelly, A.M., Powell, C.V. i Williams, A. (2002). Parent visual analogue scale ratings of children's pain do not reliably reflect pain reported by child. *Pediatric emergency care*. 18(3), 159-162.

- Manne, S.L., Jacobsen, P.B. i Redd, W.H. (1992). Assessment of acute pediatric pain: do child self-report, parent ratings, and nurse ratings measure the same phenomenon?. *Pain*, 48, 45-52.
- McCaffery, M. i Beebe, A. (1990). Myths and Facts about nonmalignant pain. *Nursing*, 128.
- McGrath, P.A. i Gillespie, J. (2001). Pain assessment in children and adolescent. U Turk, D.C. i Melzack, R. (Eds.). *Handbook of pain assessment*, 97-118, London: The Guilford Press.
- McGrath, P.J. i sur. (1990). Report of the subcommittee on assessment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. *Pediatrics*, 86 (5), 814-817.
- Melhuish, S. i Payne, H. (2006). Nurses' attitudes to pian management during routine venepuncture in young children. *Paediatric nursing*, 18(2), 20-23.
- Miller, D. (1996). Comparisons of pain ratings from postoperative children, their mothers, and their nurses. *Paediatric nursing*, 22(2), 145-149.
- Morgan, J. i sur. (2001). Assessment of pain by parents in young children following surgery. *Paediatric anaesthesia*, 11(4), 449-452.
- Salantera, S. (1999). Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Jouranal of advanced nursing*, 29(3), 727-736.
- Schechter, N.L., Allen, D.A. i Hanson, K. (1986). Status of pediatric pain control: A comparison of hospital analgesic usage in children and adults. *Pediatrics*, 77(1), 11-15.
- Schechter, N. i Yaster, M. (1996). Pain and HIV infection in children. *Pediatrics*, 455-456.
- Singer, A.J., Gulla, J. i Thode Jr, H.C. (2002). Parents and practitioners are poor judges of young children's pain severity. *Academic emergency medicine*, 9(6), 609-612.
- The Royal Australasian College of Physicians, Ur. (2006). Management of procedure-related pain in children and adolescents. *Journal of paediatrics and child health*, 42, 51-529.
- The Royal Australasian College of Physicians, Ur. (2006). Management of procedure-related pain in neonates. *Journal of paediatrics and child health*, 42, 531-539.
- Twycross, A. (1997). *Paediatric pain management: A Multi-disciplinary approach*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd.

DODATAK

Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje se odnose na fizičku bol djece. Svaku tvrdnju pažljivo pročitajte i zatim procijenite koliko se Vi s njom slažete, prvo u slučaju kada se radi o djetetu u dobi *od rođenja do treće godine* života, a zatim u slučaju kada se radi o djetetu u dobi *od četvrte do sedme godine* života. Svaka se tvrdnja procjenjuje na skali od 1 do 5 na način da zaokružite brojku koja odgovara stupnju Vašeg slaganja. 1 znači *uopće se ne slažem s tvrdnjom*, 2 *uglavnom se ne slažem s tvrdnjom*, 3 *niti se slažem niti se ne slažem s tvrdnjom*, 4 *uglavnom se slažem s tvrdnjom* i 5 *potpuno se slažem s tvrdnjom*.

Može Vam se učiniti da su neke tvrdnje slične, ali bez obzira na to molim Vas da na sve odgovorite.

Istraživanje je potpuno anonimno, a rezultati će se koristiti samo u istraživačke svrhe pa Vas molim da odgovarate iskreno.

Hvala.

1. Odrasli imaju obavezu olakšavati bol djetetu.
2. Olakšavanje dječje boli nakon operacije sprječava njihov strah kod budućih posjeta bolnicama.
3. Ako dijete ide na operaciju nakon koje će osjećati bol tada tu bol ne treba smanjivati jer je ona sastavni dio postoperativnog procesa.
4. Dijete se može pretvarati da ga nešto boli.
5. U slučaju bolesti ili ozljede, odrasla osoba bi uvijek trebala pokušati zaštititi dijete od boli.
6. Kod djece se ne može procijeniti da li ih nešto boli.
7. Dijete se više ne sjeća boli nekoliko dana nakon bolnog liječničkog zahvata.
8. Bol je sastavni dio života svakog djeteta i zato ju uopće ne treba smanjivati kada se pojavi.
9. Dijete ne može zaspati ako osjeća bol.
10. Dijete samo ne može procijeniti jačinu svoje boli.
11. Organizam djeteta nije dovoljno razvijen da bi osjećao bol.
12. Treba cijeniti djecu koja se ne žale na bol.
13. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu sama djeca.
14. Dijete podnosi bol bolje nego odrasli.
15. Muško dijete bi se trebalo naučiti podnošenju boli više nego žensko.
16. Djeci je potreban jači podražaj da bi počeli osjećati bol nego što je potrebno odraslima.
17. Dijete bi se trebalo samo nositi s boli.
18. Majke mogu bolje procijeniti jačinu boli djeteta u odnosu na očeve.
19. Dijete koje ne plače, a ozlijedilo se, sigurno ne osjeća fizičku bol.
20. Davanje lijekova protiv bolova opasno je jer dijete može razviti ovisnost o tim lijekovima.
21. Opasno je djetetu dati lijek protiv bolova jer će tako razviti podnošljivost na te lijekove.
22. Djeca osjećaju manje boli nego odrasli zbog toga što im se mozak i živčani sustav još razvijaju.
23. Kod djece se jačina boli koju trpe ne može procijeniti.
24. Ima smisla dati lijek protiv bolova djetetu kada znamo da će trpiti bol (npr. nakon operacije) prije nego bol krene.
25. Sigurno je dati djeci količinu lijeka koja je preporučena za njihovu dob.
26. Svaku pojavu boli kod djeteta treba smanjiti lijekovima.
27. Ako dijete nakon operacije neko vrijeme redovito uzima lijekove protiv bolova, naučit će kasnije koristiti različite lijekove kako bi rješavalo druge probleme.
28. Roditelji mogu značajno bolje procijeniti jačinu boli kod djeteta nego što to dijete samo može učiniti.
29. Lijekovi protiv bolova trebali bi se davati djeci kao posljednja metoda za smanjenje boli.
30. Kod djeteta mora postojati vidljivo velika ozljeda da bi osjećalo bol.
31. Dijete nam ne može precizno reći gdje ga boli.
32. Djeca koja nisu sposobna razumjeti podrijetlo i značenje boli istu bol doživljavaju manje jakim.
33. Liječnici i medicinske sestre mogu bolje procijeniti jačinu boli kod djece nego što to mogu učiniti roditelji.
34. Lijekovi za smanjenje boli (Andol, Aspirin, Lupocet, Panadol,...) imaju jako loše popratne učinke i zato ih uopće ne treba davati djeci bez obzira koliko bol trpili.
35. Djeci treba reći da će se bol pojaviti (npr. prilikom davanja injekcije) jer je tada lakše kontroliraju i bolje podnose.