

Ks. WOJCIECH SURMIAK

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Teologiczny

## **BÓL U DZIECKA I JEGO TERAPIA – PRÓBA BIOETYCZNEGO SPOJRZENIA**

**PAIN IN CHILDREN AND ITS THERAPY  
– FROM BIOETHICAL PERSPECTIVE**

### ABSTRACT

Pytanie o tak zwany „niewinny ból czy cierpienie” jest pytaniem od zawsze obecnym w człowieku, ale też pytaniem, na które znalezienie adekwatnej odpowiedzi pozostaje niezwykle trudne. Trudność ta wzmacnia się jeszcze bardziej, gdy dotyka się tajemnicy cierpienia niewinnego noworodka, niemowlęcia czy dziecka. Próbując rozwinąć refleksję na tak trudny temat, zostały w niniejszym artykule omówione trzy bioetyczne zagadnienia, a mianowicie: 1. Znaczenie biologiczne bólu – definicje i etiologia; 2. Ból u dziecka – błędne przekonania i podstawowe rozróżnienia; 3. Odpowiedzialność etyczno-operatywna w całościowym ujęciu zagadnienia *Pain in Children*.

The question about the “innocent pain or suffering” has always been present among people. However, it is extremely difficult to answer this question adequately. Moreover, the difficulty intensifies when the question refers to the mystery of suffering in an innocent neonate, an infant or a child. In an attempt to elaborate on such a problematic topic, this paper discusses three following bioethical issues: 1. the biological sense of pain, its definitions and etiology; 2 pain in children: misconceptions and basic distinctions; 3. the ethical and operational responsibility in the holistic approach to the problem of pain in children.

„(...) jeżeli wszyscy powinni cierpieć,  
aby cierpieniem okupić wieczną harmonię,  
to co tu robią dzieci, powiedz mi, proszę?  
Zupełnie nie mogę zrozumieć, czemu one mają cierpieć  
i dlaczego mają cierpieniem okupić wieczną harmonię?”  
(F. Dostojewski, *Bracia Karamazow*)

Postawione przez Fiodora Dostojewskiego w powieści *Bracia Karamazow* pytanie o sens bólu i cierpienia dzieci ukazuje głębię i tragizm tej tak mocno nieakceptowanej rzeczywistości. Wszelkie próby odpowiedzi na pytania o przyczyny ludzkiego bólu i cierpienia, a tym bardziej odpowiedzi na pytania o przyczyny

„niewinnego bólu i cierpienia dzieci” zdają się być niewystarczające. Człowiek bowiem „w swoim cierpieniu pozostaje nietykalaną tajemnicą”<sup>1</sup>.

Jak wiadomo, czynniki powodujące bolesne doświadczenia mogą być różnorodne. Oprócz przyczyn ściśle chorobowych występują także te, które są powiązane z poczuciem głębokiej niesprawiedliwości czy doświadczeniem przemocy lub gwałtu<sup>2</sup>. Powody do smutku wzmagają się w sytuacji, gdy człowiek podejmuje próbę szukania w miarę adekwatnej odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia niewinnego płodu, noworodka, niemowlęcia czy dziecka<sup>3</sup>. W każdym z tych przypadków chodzi o ból człowieka, ból, który ogarnia go w różnych wymiarach jego życia, zarówno na płaszczyźnie somatycznej, jak i psychicznej. W szczególności sposób doświadczenia bólu objawia się w dramatycznej sytuacji przeżywania nieuleczalnej choroby, z której – jak się zdaje – jedynym wyjściem jest przejście przez bramę śmierci. Doświadczenie bólu nosi w tej sytuacji nie tylko znamiona realnego zagrożenia życia człowieka, ale i symbolu przegranej walki czy „niemożności ludzkiego działania”: samego chorego, jego najbliższych, przedstawicieli świata medycznego<sup>4</sup>.

W niniejszym artykule zostaną omówione nie tyle kwestie natury filozoficzno-teologicznej w dyskusji nad sensem bólu czy cierpienia, co raczej perspektywa bioetyczna rzeczowej kwestii. Rozważania niosą w sobie silne ukierunkowanie medyczne oraz praktyczne w odniesieniu do problemu *bólu u dzieci*. Zostaną zatem ukazane trzy zagadnienia bezpośrednio łączące się z tą kwestią, a mianowicie: 1. Biologiczne znaczenie bólu – definicje i etiologia; 2. Ból u dziecka – przesady i podstawowe rozróżnienia; 3. Odpowiedzialność etyczno-operatywna w całościowym ujęciu zagadnienia *Pain in Children*.

## 1. Znaczenie biologiczne bólu – definicje i etiologia

Doświadczenie bólu jest zjawiskiem nieodłącznie związanym z życiem człowieka. Interdyscyplinarna nauka zajmująca się problematyką bólu i jego terapii nazywa się algeziologią<sup>5</sup> i sytuuje się na styku nauk medycznych, neurofizjologicznych, psychologicznych i socjologicznych. Zgodnie z wypracowaną przez

<sup>1</sup> Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris”*, (Watykan 1984), nr 4.

<sup>2</sup> Na temat tego zagadnienia zob.: A. Zwoliński, *Krzywdzone dzieci*, Kraków 2012. Wśród wielu różnorodnych źródeł cierpienia dzieci i doświadczanych przez nie niesprawiedliwości autor wymienia następujące sytuacje: dzieci niechciane, dzieci zachcianki, dzieci samotne, dzieci na sprzedaż, dzieci niewychowane, dzieci agresywne, dzieci przestępcze, dzieci samobójcze, dzieci ulicy, dzieci bezwstyde, dzieci molestowane, dzieci żołnierze, dzieci głodne, dzieci w sekcie, dzieci mediów.

<sup>3</sup> R. Guardini zwierzył się swojemu przyjacielowi W. Dirksowi, że w dniu sądu ostatecznego nie będzie chyba jedynym, który postawi Bogu pytanie o cierpienie niewinnych dzieci: „Gdy bowiem przyjdzie na mnie kolej zapytam Boga: «Dlaczego istnieje cierpienie niewinnych? Dlaczego ich ból?»” – por. R. Pegoraro, *La sofferenza nel bambino, la sofferenza del bambino: responsabilità etica per un approccio globale*, w: *L'interesse del minore tra bioetica e biodiritto*, red. L. Palazzani, Roma 2010, s. 144.

<sup>4</sup> Szerzej na ten temat por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 176-194.

<sup>5</sup> W języku polskim używa się także angielskojęzycznej formy: algologia.

*International Association for the Study of Pain* (IASP)<sup>6</sup> definicją, ból określa się jako: „nieprzyjemne doświadczenie sensoryczne i emocjonalne związane z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub też opisywanym jako takie uszkodzenie”<sup>7</sup>. Warto dodać, że temu sensoryczno-emocjonalnemu doświadczeniu towarzyszą różnego rodzaju objawy związane z pobudzeniem autonomicznego układu nerwowego (*systema nervosum autonomicum*) oraz zmiany zachowania, które wynikają z poczucia lęku, strachu, gniewu czy wręcz agresji.

Element sensoryczny doświadczenia bólu spełnia przede wszystkim funkcję alarmującą w obliczu kolejnego – potencjalnego lub rzeczywistego – niebezpieczeństwa fizycznego. Inicjowane są wtedy pewne reakcje obronne, które mają zapobiec kolejnym bolesnym doświadczeniom (na przykład skurcz czy unieruchomienie tkanki). Z kolei towarzyszące bólowi doświadczenie emocjonalne wyraża się poprzez tak zwane „wrodzone ekspresje bólu” (na przykład płacz czy pewne wyrażenia werbalno-głosowe)<sup>8</sup>.

Ból rozpoczyna się co prawda na tak zwanym poziomie peryferyjnym (na przykład w złamanym palcu), ale uświadomienie sobie tego doświadczenia i jego przetworzenie dokonuje się na poziomie cerebralnym. Proces ten nosi nazwę nocycepcji i obejmuje cztery następujące po sobie etapy. W początkowej fazie, zwanej *procesem transdukcji*, następuje zamiana energii działającego bodźca uszkadzającego na impuls elektryczny przekazywany do nocyceptorów, czyli wyspecjalizowanych w przekazywaniu bólu włókien nerwowych. Następnie zachodzi *proces przewodzenia* informacji nocyceptywnej do wyższych warstw układu nerwowego. Na trzecim etapie informacja ta podlega *procesowi modulacji*, której efektem jest zmniejszenie lub zwiększenie uwalniania się neuroprzekaźników lub zmiana aktywności neuronalnej, co ostatecznie prowadzi do *procesu percepcji*, czyli uświadomienia sobie bólu oraz jego lokalizacji. Ten ostatni z procesów odbywa się w korze mózgowej, która jest odpowiedzialna za interpretację stymulacji bólowej i wywołanie odpowiedniej reakcji, która jest reakcją osobniczą i uzależnioną w znacznej mierze od wcześniejszych doświadczeń człowieka<sup>9</sup>.

W celu dokładniejszej identyfikacji biologicznej i psychicznej warstwy doświadczenia bólowego niektórzy autorzy proponują, aby odróżnić ból, w którym zawiera się nade wszystko element biologiczny (patogeny), od cierpienia, które niesie w sobie nade wszystko element psychiczny tego doświadczenia.

<sup>6</sup> Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu powstało w 1973 r. w Issaquah w stanie Washington z inicjatywy anestezjologa prof. Johna J. Bonica. Stowarzyszenie wydaje kwartalnik „PAIN”. Członkiem tej międzynarodowej organizacji jest powołane do życia w 1991 r. w Poznaniu Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB), które skupia prawie 500 przedstawicieli medycyny bólu z całego kraju.

<sup>7</sup> „An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (IASP, 1979 r.) – <http://www.iasp-pain.org> [dostęp: 20.06.2013].

<sup>8</sup> M.P. Faggioni, *Il dolore e la cura del dolore in prospettiva cristiana*, w: *Bioetica del dolore*, red. G. Giovanelli, Siena 2010, s. 68.

<sup>9</sup> E. Kowalski, *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Kraków 2009, s. 203.

Z pewnością kategoria cierpienia pochodząca od łacińskiego słowa *suffero* wyraża mocniej pewne zobowiązujące wezwanie (πράθος).

## 2. Ból u dziecka – błędne przekonania i podstawowe rozróżnienia

Nim powołano do życia *International Association for the Study of Pain* wiedza na temat bólu u dzieci była bardzo ograniczona. Jak pisze Patricia McGrath: „kliniczne decyzje o tym, czy dzieci doświadczają bólu – a, jeśli tak, to czy potrzebują jakiś specjalnych terapii przeciwbólowych, były oparte raczej na osobistym przekonaniu lekarza, niż na specyficznych wynikach badań”<sup>10</sup>. Co więcej, w nie tak mocno jeszcze odległej przeszłości zagadnienie bólu u dziecka (*Pain in Children*) było bardzo silnie lekceważone i zaniedbywane na forum medycznych poszukiwań dotyczących należytej profilaktyki, leczenia i terapii bólu. Niejednokrotnie to zaniebdanie wynikało z błędnych przekonań, które wyrażały się w opinii, że dzieci nader rzadko wymagają zastosowania terapii przeciwbólowej, gdyż w przeciwieństwie do osób dorosłych bardzo dobrze znoszą ból. Zresztą istniało nawet przeświadczenie, że noworodki, a w szczególności wcześniaki, nie odczuwają praktycznie żadnego bólu. Opinie te były publikowane na łamach prestiżowych periodyków medycznych, takich jak na przykład „Medical Clinics of North America”, w którym w 1968 roku pisano, że pacjenci pediatryczni bardzo rzadko mają potrzebę lekarstw dla uspokojenia bólu, gdyż w dobry sposób tolerują sytuację niewygodną<sup>11</sup>.

Można ogólnie stwierdzić, że do końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku panowała w odniesieniu do kwestii bólu u dziecka era medycznej i terapeutycznej niepewności, która wyrażała się pytaniem: „czy dziecko w ogóle doświadcza bólu?”. Z kolei do końca lat osiemdziesiątych panowało przekonanie, że dzieci z pewnością doświadczają bólu, ale brak jest dostatecznych i jednoznacznych metod jego ograniczania, a stosowanie terapii i metod używanych w leczeniu osób dorosłych mogłoby spowodować niewłaściwe dla zdrowia dziecka skutki. I w końcu sytuacja obecna, w której jasno podkreśla się, że niezastosowanie adekwatnych terapii przeciwbólowych u dzieci (w tym także u noworodków) przynosi dla ich życia i zdrowia negatywne konsekwencje. Jednocześnie podkreśla się,

<sup>10</sup> „Clinical decisions about whether children were experiencing pain and, if so, about the particular pain therapies required, were based primarily on physicians’ personal beliefs rather than on scientific evidence” – P.A. McGrath, *Children-Not Simply „Little Adults”*, w: *The paths of Pain*, red. H. Merskey, J.D. Loeser, D. Rubner, Seattle 2005, s. 433.

<sup>11</sup> I.L. Swafford, D. Allen, *Pain Relief in the Pediatric Patient*, *Medical Clinics of North America* 52 (1968), s. 131. W kontekście przeprowadzonych przez tychże autorów badań P.A. McGrath pisze: „Two studies highlight how children’s pain problems were undertreated during this period. In 1968, Swafford and Allan surveyed analgesic use for all children treated in an intensive care unit during a 4-month period. Only 14% of children (26 of 180) had received any opioids for pain relief. Moreover, only 3% of children received analgesics after general surgery, presumably because «pediatric patients seldom need relief of pain after general surgery. They tolerate discomfort well»” – P.A. McGrath, *Children...*, s. 433.

że negatywne skutki może przynieść zastosowanie terapii nazbyt intensywnie uśmierzających ból<sup>12</sup>.

## 2.1. Błędne przekonania w algeziologii dziecięcej

Wśród fałszywych przekonań, a czasem wręcz i przesądów, które zrodziły się w podejściu do zagadnienia bólu u dzieci, ksiądz Renzo Pegoraro wyróżnił następujące<sup>13</sup>:

- a) dzieci bądź to wcale nie odczuwają bólu, bądź to odczuwają go w zdecydowanie mniejszym stopniu od osób dorosłych, a wynika to z ich niedojrzałości neurofizjologicznej;
- b) ból u niemowląt i dzieci nie przynosi tak silnych i długotrwałych skutków jak u osób dorosłych, gdyż nie pozostaje w ich pamięci;
- c) zastosowanie leków przeciwbólowych u dziecka jest zawsze działaniem ryzykownym, gdyż może przynieść więcej negatywnych skutków niż oczekiwanych korzyści;
- d) u małych dzieci nie można należycie rozpoznać, ocenić i zdiagnozować bólu, gdyż nie są one w stanie werbalnie opisać tego doświadczenia;
- e) należy wierzyć dziecku, które potrafi się już porozumiewać na sposób werbalny, kiedy mówi, że nic mu nie dolega i nic go nie boli.

Odnosząc się krytycznie do niektórych z przytoczonych twierdzeń, należy w pierwszej kolejności stwierdzić, że dzieci są w stanie wyrazić nie tylko na sposób werbalny, ale także niewerbalny swój stan zdrowia. Niestety sytuacja choroby i związanego z nią bólu jest przez dziecko bardzo często postrzegana jako pewnego rodzaju *kara* za jakieś przewinienie (zły czyn) lub jako następstwo braku posłuszeństwa. Z tej też racji dzieci starają się ukryć przed rodzicami przeżywany ból. Pojawia się wtedy tendencja do izolacji, czyli przysłowiowego „odchodzenia na bok”. Jest to połączone ze wzmagającym się uczuciem niepokoju i strachu, a także pojawiającym się płaczem. Opisane tu zachowania są silnie powiązane z pojawieniem się u dzieci fizycznego bólu. Rodzice, obserwując takie zachowanie u dzieci, z całą pewnością powinni zwrócić na nie szczególną uwagę. Powinno się to wyrazić nade wszystko poprzez okazanie dziecku należnych mu uczuć, które wzmacniają poczucie jego bezpieczeństwa.

Jest to konieczne, gdyż sytuacja choroby oraz doświadczenie bólu sprawia, że w procesie leczenia dzieci muszą okazywać swoistą uległość i posłuszeństwo wobec osób, które do tej pory nie były im znane. Chodzi w pierwszej kolejności o przedstawicieli służb medycznych, ale także o pewne nowe sytuacje życiowe, takie jak na przykład przyjmowanie leków, przeprowadzanie konkretnych badań czy hospitalizacja<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> G.P. Chiaffoni, B. Caliani, *Il dolore nel bambino*, w: *Il dolore possibile. Percorsi per pensare il dolore e prendersi cura di chi lo vive*, red. G.A. Dei Tos, Padova 2011, s. 347.

<sup>13</sup> Por. R. Pegoraro, *La sofferenza nel bambino...*, s. 144-145.

<sup>14</sup> Por. M.L. Di Pietro, *Bioetica e famiglia*, Città del Vaticano 2008, s. 262-263.

Doświadczenie bólu jest, co prawda, przeżyciem subiektywnym, którego człowiek uczy się od swego dzieciństwa<sup>15</sup>, lecz trzeba pamiętać, że nie istnieje u niemowląt potrzeba uprzedniego doświadczenia weryfikującego zaburzenia jego organizmu. Niewątpliwie w procesie uświadamiania sobie skali bólu ważny jest ogólny poziom rozwoju dziecka i stopień jego samoświadomości. Są to jednak czynniki wpływające nie tylko na poziom odczuwalności bólu, ale także na poziom jego racjonalizacji, który skutkuje także mniejszym czy większym uczuciem strachu. Stopień odczuwalności bólu zależy bowiem nie tylko od czynnika zaburzającego zdrowie, ale także od pewnych uwarunkowań emocjonalnych, środowiskowych, etnicznych i społeczno-kulturowych życia dziecka.

## 2.2. Intensywność i rodzaje bólu u dziecka

Profilaktyka i terapia bólu u dzieci będzie możliwa tylko wtedy, gdy – przeciwstawiając się wspomnianym uprzednio błędnym przekonaniom – dokona się jego właściwego rozpoznania i należytej oceny. Stopień uświadomienia sobie bólu i jego racjonalizacji zależy od okresu pediatrycznego dziecka. Niemniej przy diagnozowaniu rodzaju i skali bólu należy, kiedy to tylko możliwe, odwołać się do bezpośredniego doświadczenia samego dziecka, prosząc je, aby samo oceniło i opisało, co mu dolega i co je boli. Odwołanie się do tego bezpośredniego doświadczenia pozwala nie tylko w jak najlepszy sposób zinterpretować rodzaj doświadczanego bólu, ale także ocenić jego intensywność, a nade wszystko jest wyrazem personalistycznego podejścia do małego pacjenta<sup>16</sup>.

Aby w miarę adekwatnie ocenić intensywność bólu u dzieci, stworzono specjalne skale jego oceny. W zależności od przyjętych kryteriów uwzględnia się w nich zarówno parametry fizjologiczne, jak i sam sposób zachowania się dziecka. W tak zwanych *skalach jednowskaźnikowych* bierze się pod uwagę takie czynniki, jak: wyraz twarzy<sup>17</sup>, intensywność płaczu, wrzaskliwości oraz stopień ruchliwości<sup>18</sup>. U dzieci w wieku szkolnym stosuje się najczęściej jednowskaźnikową tak zwaną *wizualną skalę analogową* – VAS (*Visual Analog Scale*)<sup>19</sup>. Niejednokrotnie

<sup>15</sup> Por. H. Merskey, D.G. Albe-Fessard, *Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy*, Pain 6,3 (1979), s. 249-252.

<sup>16</sup> W niektórych chorobach chronicznych mały pacjent może zachowywać się bardzo spokojnie, jakby nie doświadczając żadnego bólu. Jest to spowodowane nie tyle brakiem bólu, ale szukaniem sposobu ucieczki od jakiegokolwiek stymulacji, która mogłaby ten ból spotęgować.

<sup>17</sup> Skale odwołujące się do wyrazu twarzy określane są za pomocą skrótu – FPS (*Faces Pain Scale*). Mogą być one stosowane nie tylko przez lekarzy i rodziców, ale i przez same dzieci (na zasadzie porównania).

<sup>18</sup> Skale odwołujące się do zachowania określane są za pomocą skrótu – FLACC (*Face, activity, legs, cry, consolability*).

<sup>19</sup> Określanie natężenia bólu za pomocą wizualnej skali analogowej polega np. na zaznaczeniu przez badanego punktu na linii; np. o długości 10 cm, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 ból najsilniejszy do wyobrażenia. Nasilenie się bólu w wartościach numerycznych pozwala na dokonywanie porównania z wynikami badań kontrolnych u pojedynczego chorego, jak i między osobami. Metoda ta (ze względu na swoją prostotę) jest jednym z najpowszechniej stosowanych narzędzi pomiaru natężenia dolegliwości bólowych.

pediatrzy odwołują się również do jednowskaźnikowej, choć *czterostopniowej (subiektywnej) skali bólu*: „nie boli”, „lekkko boli”, „średnio boli”, „bardzo boli”.

Przy ocenie intensywności bólu u noworodków stosuje się tak zwane *skale wielowskaźnikowe*, które dodatkowo uwzględniają takie czynniki fizjologiczne, jak: przyspieszenie akcji serca, wzrost przepływu obwodowego krwi, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie oddechu i perystaltyki przewodu pokarmowego. Spośród najbardziej znanych w tej grupie są skale: *CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)*<sup>20</sup>, *PIPP (Premature Infant Pain Profile)*, *NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)*, *DAN (Douleur Aigue du Nouveau-Né)*, *EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)*<sup>21</sup>.

Dokonując oceny intensywności bólu u dzieci oraz towarzyszących mu mechanizmów afektywnych, nie można pominąć podstawowych rodzajów bólu u dzieci. U dzieci oprócz bólu o podłożu niechorobowym, którego najczęstszymi postaciami są bóle głowy i brzucha oraz bóle kończyn i klatki piersiowej (są one powiązane bądź to z procesami wzrostu, bądź to z procesami metabolicznymi zachodzącymi w organizmie)<sup>22</sup>, istnieje cała gama doświadczeń bólowych o podłożu chorobowym.

Pierwszym z nich jest *ból ostry*, którego bezpośrednim zadaniem jest anonsowanie nie tylko zaistniałej, ale i najczęściej możliwej do zlokalizowania zmiany tkankowej. Jako ból receptorowy występuje on u dzieci najczęściej jako efekt zapalenia ucha środkowego czy gardła lub jako ból głowy związany z zapaleniem opon mózgowych<sup>23</sup>. Drugą z form dziecięcego bólu jest *ból trzewny (wisceralny)*, który występuje najczęściej jako objaw kolki nerkowej czy żółciowej. Jest to tym samym ból trudniejszy do zlokalizowania.

Następnie warto zwrócić uwagę na *bóle powiązane z przeprowadzanymi procedurami medycznymi*, które wiążą się dodatkowo z uczuciem strachu i głębokiego niepokoju. Przybierają one także formę *bóli diagnostyczno-terapeutycznych lub pooperacyjnych*. Warto z pewnością wspomnieć w tym miejscu o konieczności nie tylko szczegółowego poinformowania rodziców o planowanych badaniach diagnostycznych czy zabiegach chirurgicznych, ale również o wyrażeniu przez nich zgody na ich przeprowadzenie. W miarę możliwości należy oczywiście przygotować do planowanych procedur samo dziecko oraz towarzyszyć mu po ich przeprowadzeniu.

Kolejną formą doświadczenia bólu jest *ból chroniczny*, który jest związany z chorobami o długotrwałym przebiegu, takimi jak: nowotwór, AIDS, choroby neurozwyrodnieniowe czy mukowiscydoza. Tego typu bóle mogą przybierać formę tak zwanego *bólu trwałego* lub *uporczywego* (trwa do trzech miesięcy) lub

<sup>20</sup> Skala ta jest stosowana głównie w okresie przedszkolnym.

<sup>21</sup> Skale te są stosowane w przypadku noworodków.

<sup>22</sup> We właściwej diagnostyce konieczne jest, aby pierwotnie wykluczyć możliwe stany chorobowe.

<sup>23</sup> Ból ostry spełnia w organizmie dwie ważne funkcje, a mianowicie: *ostrzegawczo-obronną* (np. ból powoduje odruchowe odsunięcie zagrożonej części ciała) oraz *obronno-zabezpieczającą* (np. ból ograniczający motorykę chorej części ciała, co sprzyja jej zdrowieniu).

*bólu częstego* lub *nawracającego* (ból powtarzający się w pewnych odstępach czasu). Bóle te mogą mieć zarówno charakter receptorowy, jak i niereceptorowy<sup>24</sup>. Ten ostatni powstaje w wyniku uszkodzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Mówiąc o *bólu chronicznym*, należy wziąć pod uwagę także jego psychiczne uwarunkowania. Patrząc od strony dziecka, będą to: smutek, strach, poczucie niepełnosprawności, uczuciowa izolacja od środowiska rodzinnego i koleżeńkiego, konieczność adaptacji w nieznanym środowisku i w nowej – najczęściej pojmowanej jako negatywna – rzeczywistości (na przykład szpital). Z kolei patrząc od strony rodziców, będzie to z pewnością: załamanie się codziennych zwyczajów domowych oraz wzrost napięć w relacjach rodzinnych czy pojawienie się pewnych trudności związanych z pracą i finansami<sup>25</sup>. I w końcu niestety także w sytuacji dziecka może pojawić się *ból terminalny*, będący bólem związanym z krańcową fazą życia.

W przypadku *bólu przewlekłego* staje się on specyficzną postacią choroby, niejako *chorobą w chorobie*, której towarzyszą pewne objawy somatyczne, takie jak: zaburzenia snu, zmniejszenie aktywności życiowej, brak apetytu oraz pewne zaburzenia natury psychicznej, jak na przykład depresja<sup>26</sup>. Z medycznego punktu widzenia to właśnie w przypadku bólu przewlekłego chorzy oprócz przeżywania bólu fizycznego odczuwają także doświadczenie cierpienia, które jest pojęciem znaczeniowo szerszym i wiąże się z zagrożeniem integralności osoby. Jest to spowodowane postępowaniem choroby, jej długotrwałością, ograniczeniem możliwości prowadzenia samodzielnego życia czy też pogorszeniem się sytuacji materialnej chorego i jego rodziny. Cała ta sytuacja może doprowadzić do tak zwanego *bólu totalnego/wszegogarniającego (total pain)*<sup>27</sup>, który obejmuje wszystkie sfery ludzkiej egzystencji: fizyczną, psychiczną, duchową i społeczną. Warto pamiętać, że intensywne bóleści mogą „zmniejszyć lub całkowicie uniemożliwić duchowe panowanie nad sobą”<sup>28</sup>. Sytuacja ta wymaga zastosowania skutecznej analgetyki bólu fizycznego, gdyż po przekroczeniu przez pacjenta pewnego progu wytrzymałości, obowiązkiem pracownika służby zdrowia jest zapobieganie, łagodzenie i usuwanie nie tylko przyczyn samego bólu, ale i bólu jako takiego. Z drugiej strony, należy podjąć działania, które wpisują się w szeroko rozumiane wsparcie i towarzyszenie choremu oraz jego rodzinie<sup>29</sup>.

<sup>24</sup> Bóle niereceptorowe mogą być bólami neuropatycznymi lub psychogennymi. Bóle neuropatyczne to m.in. bóle fantomowe (odczuwane w miejscu amputowanej kończyny) i przetrwałe bóle pooperacyjne (uszkodzenie nerwów w wyniku operacji). Bóle psychogenne pojawiają się bez uszkodzenia tkanek, ale ich objawy są takie jak przy ich uszkodzeniu.

<sup>25</sup> M. Lo Giudice, S. Leone, *Bioetica in pediatria*, Milano 2012, s. 187-188.

<sup>26</sup> E. Kowalski, *Osoba i bioetyka...*, s. 204-205.

<sup>27</sup> Ból totalny jest cechą charakterystyczną występującą u chorych znajdujących się w terminalnych stadiach choroby nowotworowej.

<sup>28</sup> Papieška Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (Watykan 1995), nr 70, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 586.

<sup>29</sup> J. Pyszkowska, *Możliwość oceny bólu przewlekłego, próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanych arkuszy oceny bólu*, *Psychoonkologia* 4 (1999), s. 14.



### 3. Odpowiedzialność etyczno-operatywna w całościowym ujęciu zagadnienia *Pain in Children*

Spośród zasad bioetycznych, które powinny być brane pod uwagę przy ocenie działań medycznych podejmowanych w celach należytej analgetyki bólu u dzieci, jest niezbędne przywołanie przynajmniej tych najsilniej inspirujących działania w tym względzie. Na samym wstępie należy mocno podkreślić, że dziecko jest osobą i jako osoba powinno być przyjęte w całej swej osobowej niepowtarzalności i jedyności, respektując przy tym jego osobową godność i świętość jego życia. Dziecko, będąc osobą, musi być widziane także w całej rozciągłości swych społecznych relacji, gdyż jako istota społeczna jest powiązane nie tylko ze swoimi rodzicami, rodzeństwem i rodziną, ale ostatecznie z całym społeczeństwem i ze wspólnotą religijną, do której przynależy<sup>30</sup>.

Tak samo jak w przypadku człowieka dorosłego, tak i w przypadku dziecka istnieje obowiązek ulżenia mu w jego bólu i złagodzenia jego cierpienia. Z tej też racji jest moralnie dopuszczalnym stosowanie w przypadku dzieci odpowiednich leków i terapii znieczulających. Anestezja i analgetyka, „interweniując bezpośrednio w tym, co w cierpieniu jest najbardziej agresywne i wstrząsające, ratuje człowieka dla niego samego, łagodząc mu doświadczenie cierpienia i czyniąc je bardziej ludzkim”<sup>31</sup>. Zaordynowanie lekarstw czy zastosowanie anestezjologicznych technik znieczulających może co prawda prowadzić do zawieszenia świadomości lub pomniejszenia władz fizycznych dziecka, ale jeśli racją takich działań nie są jakiegokolwiek względy o podłożu eugenicznym czy eutanatycznym (jawnym bądź ukrytym) oraz jeśli stosowane procedury są przeprowadzane w ramach fachowych działań klinicznych i służą rzeczywistości zmniejszaniu wrażliwości na ból, to należy je uznać za uprawnione<sup>32</sup>.

Cały ten proces wyraża się najczęściej w zastosowaniu jak najbardziej adekwatnej, co do sytuacji pacjenta, farmakoterapii przeciwbólowej. Światowa Organizacja Zdrowia, uwzględniając siłę dostępnych środków znieczulających i uśmierzających ból, stworzyła w oparciu o zasadę stopniowości tak zwaną *drabinę analgetyczną (analgetic ladder)*. Dzieli ona dostępne środki farmakologiczne na trzy grupy – adekwatnie do stopnia nasilenia bólu oszacowanego wedle omówionej już *skali VAS*<sup>33</sup>:

<sup>30</sup> M. Petrini, *La famiglia nella realtà della sofferenza*, w: *Percorsi di pastorale della salute*, red. E. Larghero, M. Brunetti, Torino 2012, s. 354-356.

<sup>31</sup> Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów* (Watykan, 04.10.1984), nr 3, w: tenże, *Nauczanie papieskie*, VII,2 (1984), red. E. Weron, A. Jarocho, Poznań 2002, s. 366.

<sup>32</sup> Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 71; E. Kowalski, *Osoba i bioetyka...*, s. 209.

<sup>33</sup> Na temat zastosowania drabiny analgetycznej w terapiach bólu i opiece paliatywnej oraz jej teologicznomoralnej oceny zob.: A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 282-292.

- *I stopień* analgetyków jest stosowany u chorych z nasileniem bólu ocenianego od 1 do 3 punktów w rzeszonej skali. Podaje się wtedy jeden ze specyfików spośród grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ): diklofenak, naproksen, ketaprofen, piroksydam, ibuprofen, nimesluid, maitamizol. Leki te można kojarzyć ogólnie z paracetamolem, który zawiera w sobie także działanie przeciwbólowe<sup>34</sup>.
- *II stopień* leków analgetycznych jest stosowany u chorych z nasileniem bólu ocenianego od 4 do 6 punktów. Najczęściej ordynuje się wtedy tak zwane słabe opioidy: tramadol, kodeinę, dihydrokodeinę.
- *III stopień* analgetyków jest stosowany u chorych z nasileniem bólu szacowanym od 6 do 10 punktów. Takie natężenie bólu skutkuje już aplikowaniem leków z grupy tak zwanych silnych opioidów, wiążących się z ośrodkami opioidowymi, które znajdują się w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym. Do tej kategorii leków zalicza się zarówno leki naturalne (otrzymywane z opium, czyli soku mawkowego: kodeina i morfina) oraz leki syntetyczne (fentanyl, buprenorfina, metadon)<sup>35</sup>.

Z pewnością największy lęk społeczny wzbudza stosowanie morfiny, której zażywanie może, choć wcale nie musi, prowadzić do uzależnienia. Morfina, stosowana pod kontrolą lekarza i podawana w celu leczenia silnego bólu, nie powoduje uzależnienia psychicznego, czyli narkomanii. Jeśli niestety zachodzi konieczność zwiększenia dawek morfiny czy innych leków opioidowych, to niestety wynika to najczęściej z postępu choroby i coraz większego nasilenia bólu. Natomiast w przypadku, gdy skutecznie udało się uśmierzyć ból, możliwym jest – poprzez stopniowe zmniejszanie dawek leku – zakończenie jego aplikowania. Nie należy jednak nigdy w sposób nagły zaprzestawać podawania morfiny, gdyż może dojść do tak zwanych *objawów odstawienia* (uczucie lęku, drżenie mięśni)<sup>36</sup>.

Obok farmakologii przeciwbólowej istnieją także niefarmakologiczne metody leczenia bólu, do których zalicza się metody: chirurgiczne, anestezjologiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne. Na poziomie operatywnym oznacza to potrzebę stałego poszukiwania całościowego dobra dziecka, w które wpisuje się nie tylko poprawa jego zdrowia fizycznego, ale i troska o wsłuchanie się w jego głos i zapewnienie mu należnego ciepła, życzliwości oraz poczucia bezpieczeństwa

---

<sup>34</sup> Warto przypomnieć, że przy dłuższym ich stosowaniu – a istnieje dzisiaj swoista moda na stosowanie leków przeciwbólowych – mogą występować powikłania ze strony przewodu pokarmowego czy funkcjonowania nerek. Nie powinno się zatem zażywać w tym samym czasie różnych leków analgetycznych.

<sup>35</sup> Czasami substancje te nazywa się lekami narkotycznymi. Pojęcie narkotyk jest pojęciem prawnym, a nie medycznym. Substancje te stosuje się jako środki lecznicze (uśmierzenie bólu), a nie jako środki dające pewne efekty psychiczne (efekt odurzający). „Używanie narkotyków wyrządza bardzo poważne szkody na zdrowiu i życiu ludzkim. Jest ciężkim wykroczeniem, chyba, że wynika ze wskazań ściśle lekarskich” – KKK 2291.

<sup>36</sup> D.F. Kelly, *Contemporary Catholic Health Care Ethics*, Washington 2004, s. 225-226; B.M. Ashley, J. Deblois, K.D. O'Rourke, *Health Care Ethics A Catholic Theological Analysis*, Washington 2005<sup>3</sup>, s. 198; M. Valesia, *Farmacodipendenza e medicina alternativa. Aspetti medici*, w: *Dalla parte della vita*, t. 2/2, red. E. Larghero, G. Zeppego, Torino 2008, s. 323-326.

i bliskości. Czynniki te same w sobie stanowią ważny element procesu zdrowienia i powodują znaczną ulgę w boleściach. Zastosowanie wobec dzieci niezrozumiałych dla nich procedur medycznych wymaga od służb medycznych i rodziców pełnego wrażliwości i cierpliwości podprowadzenia ich małego pacjenta do wyrażenia samodzielnej decyzji co do akceptacji na ich przeprowadzenie.

Ponadto trzeba pomóc także i dziecku w próbie zmierzenia się z tajemnicą niewinnego cierpienia oraz z doświadczeniami, które mogą budzić poczucie winy, które może być przeżywane zarówno w perspektywie wertykalnej (*czym zawiniłem wobec Boga?*), jak i w perspektywie horyzontalnej (*czym zawiniłem wobec drugiego człowieka?*). Przewycięzenie owego poczucia winy staje się bardzo często początkiem drogi „ku wyzwoleniu” z choroby, czyli ku zdrowieniu.

Niezaprzeczalnie ważna w tym procesie jest rola i odpowiedzialność samych rodziców czy też opiekunów dziecka, którzy powinni zostać nie tylko poinformowani o stanie zdrowia ich potomstwa, ale także powinni zostać należycie pouczeni o sposobach opieki nad ich potomstwem. Podtrzymywanie i towarzyszenie rodzicom, którzy stają przed trudnym do zaakceptowania doświadczeniem i sami często doświadczają fizycznego, psychicznego i duchowego współcierpienia, jest niewątpliwie bardzo istotnym wyzwaniem. Tworzy się tutaj wielka przestrzeń współodpowiedzialności nie tylko ze strony specjalistycznych instytucji społecznych, ale i ze strony ogółu społeczeństwa. Należy organizować w przestrzeni społecznej takie struktury i kompetencje, które dawałyby efektywne i jak najwłaściwsze rozwiązania dotyczące potrzeb nie tylko samego dziecka, ale i jego rodziny<sup>37</sup>. Chcąc zatem całościowo i w poważny sposób potraktować doświadczenie przeżywanego przez dziecko cierpienia i bólu, trzeba zaktywizować nie tylko przestrzenie medycyny, farmakologii i psychologii, ale także stowarzyszenia kościelne czy wolontariackie, które pomogą w złagodzeniu bólu zarówno na płaszczyźnie indywidualnej, jak i rodzinnej.

Perspektywy te powinny prowadzić do poszukiwania właściwego znaczenia pomocy wobec dzieci i podjęcia pewnych działań, jak na przykład troski o<sup>38</sup>: rozpoznanie rzeczywistych źródeł bólu i cierpienia obecnego w dziecku; poważne traktowanie bólu u dziecka oraz natychmiastowe i dyspozycyjne aktywowanie właściwych terapii farmakologicznych czy psychologicznych; zapewnienie dziecku i jego najbliższemu bliskości, ciepła i empatii, które wzmacniają poczucie bezpieczeństwa i proces leczenia; zapewnienie dziecku całościowej pomocy, przy zachowaniu należnego mu poszanowania i ochrony; promowanie skutecznej komunikacji (werbalnej i niewerbalnej), która z jednej strony będzie wzmacniać poczucie bezpieczeństwa, a z drugiej zredukować poczucie winy i strachu; podejmowanie współpracy z dzieckiem na płaszczyźnie umożliwiającej mu wyrażenie się

<sup>37</sup> Por. J. Mazur, *Polityka zdrowotna poprawność polityczna*, w: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 129-130.

<sup>38</sup> Por. C. Manni, *La malattia cronica e la sofferenza del bambino*, *Dolentium hominum* 9,1 (2004), s. 175-179, F. Benini, *Il dolore: orientamenti terapeutici*, *Quaderni di cure palliative* 4,3 (1996), s. 190-198.

jego wolności; podejmowanie dialogu i współpracy z rodzicami dziecka, które wspomogą ich, ale nie wyreńczą w wypełnianiu ich fundamentalnych zadań rodzicielskich; podtrzymywanie i duchowe towarzyszenie całej rodzinie przeżywającej ból i chorobę ich małego pacjenta<sup>39</sup>.

Można by te wszystkie zadania ująć w kluczu wypracowanym przez błogosławionego księdza Carlo Gnocchiego<sup>40</sup>, który pisze, że: „tajemnicza solidarność z cierpiącym wyraża się zarówno w wymiarze horyzontalnym, jak i wertykalnym: jednoczy bowiem wszystkie członki ciała z jego głową oraz wszystkie członki między sobą, innymi słowy łączy wszystkich ludzi z Adamem, jednocząc ich ze swoim przeznaczeniem oraz łączy każdego człowieka z każdym człowiekiem, czyniąc wspólną sumę dobra lub zła, za które każdy z ludzi jest odpowiedzialnym”<sup>41</sup>. A więc – pisze dalej ksiądz Gnocchi – „cierpienie niewinnych, w tajemniczej ekonomii chrześcijańskiej, jest także po to, aby mogły się objawić dzieła Boże i dzieła ludzkie: dzieła nauki, pobożności, miłosierdzia i miłości”<sup>42</sup>. Rozwijając dalej tę myśl, autor stwierdza, że „w tej tajemniczej ekonomii chrześcijańskiej, cierpienie niewinnych jest zatem dopuszczalne ponieważ mogą się przez nie objawić (...) miłujące i niewyczerpane dzieła ludzkiego umysłu, różnorakie dzieła międzyludzkiej solidarności oraz cuda nadprzyrodzonej miłości”<sup>43</sup>.

Syntetyzując myśl błogosławionego, można wyróżnić trzy rodzaje zadań wobec domu, w którym bólu doznaje najmniejszy:

a) Z miłością wykorzystać potencjał nauki

Wśród zadań podejmowanych na tej płaszczyźnie wskazuje się na wszelkiego rodzaju działania świata medycyny i służby zdrowia, które promują i aplikują konkretne rozwiązania wyrażające troskę o zdrowie dziecka i towarzyszą mu w procesie przezwyciężania bólu. Zalicza się tutaj coraz bardziej adekwatne metody i sposoby leczenia prewencyjnego, terapeutycznego lub rehabilitacyjnego. Stąd należy zadbać o stały rozwój medycyny, o doskonalenie sposobów leczenia i terapii bólu, o jak najlepszą komunikację z pacjentem oraz o właściwą organizację, funkcjonowanie i jakość świadczonych usług medycznych.

<sup>39</sup> Por. R. Pegoraro, *La sofferenza nel bambino...*, s. 149.

<sup>40</sup> Ur. 25.10.1902 w San Colombano al Lambro, zm. 28.02.1956 w Mediolanie. W czasie II wojny światowej organizował pomoc humanitarną dla ofiar wojny, następnie założył fundację zajmującą się pomocą ofiarom wojen i niepełnosprawnym. Beatyfikowany 25 października 2009 roku. Nakręcono o nim film zatytułowany *Ojciec miłosierdzia* (2005).

<sup>41</sup> „Questa arcana *solidarietà agisce in senso verticale ed in senso orizzontale*: lega tutte le membra a capo e tutte le membra fra di loro, in altre parole lega tutti gli uomini con Adamo accomunandoli al suo destino e lega ogni uomo a tutti gli altri uomini mettendo in comune la quota di bene o di male di cui ciascuno è responsabile”. R. Pegoraro, *La sofferenza nel bambino...*, s. 18.

<sup>42</sup> „Il dolore degli innocenti, nella misteriosa economia cristiana, è anche per manifestare delle opere di dio e di quelle dell'uomo: opere di scienza, di pietà, di amore e di carità”. Tamże, s. 36.

<sup>43</sup> „Nella misteriosa economia del cristianesimo, il dolore degli innocenti è dunque permesso perché siano manifestare le opere di Dio e quelle degli uomini: l'amoroso e inesausto travaglio della scienza; le opere multiformi dell'umana solidarietà, i prodigi della carità soprannaturale”. Tamże, s. 37.

## b) Ożywiać różnorodne formy objawiania się ludzkiej solidarności

Podjekuje się na tej płaszczyźnie wszelkiego rodzaju działania, będące wyrazem międzyludzkiej solidarności. Uśmierzenie bólu i cierpienia dziecka to zadania nie tylko świata medycznego czy rodziny dziecka, ale i całego społeczeństwa, które powinno zagwarantować aktywizację rozwiązań, zabezpieczających jak najlepszą ochronę życia i zdrowia każdego pacjenta. W realizacji tych działań nie można jednak zapomnieć o zabezpieczeniu takich potrzeb małego pacjenta, jak okazywanie mu empatii oraz bliskości, a także konieczność dialogu i współpracy z jego rodzicami. Ważną kwestią jest tutaj nade wszystko podtrzymywanie nadziei w całej rodzinie chorego dziecka. Na forum społecznym należy budzić właściwą wrażliwość pomocową i ochronną wobec dzieci, unikając wszelkich możliwych przyczyn ich bólu i cierpienia.

## c) Pamiętać o cudach miłości nadprzyrodzonej

Z perspektywy chrześcijańskiej szczególnie wartościowa w usuwaniu bólu i cierpienia będzie moc słowa Bożego, łaska sakramentalna i miłość działająca na wzór Dobrego Samarytanina (por. Łk 10,25-37). Te nadprzyrodzone cuda Bożej łaski pomagają głębiej zrozumieć zbawczy charakter choroby i powiązanych z nią bolesnych doświadczeń. Nie tylko kapelani szpitalni czy duszpasterze, ale i wolontariusze oraz pracownicy służby zdrowia powinni pomagać w ukazywaniu dziecku i jego bliskim obecności przy nich Boga i Jego wsparcia. Powinni także pomagać samemu dziecku i jego najbliższym w odnajdywaniu sensu i nadziei w zjednoczeniu ich bolesnych doświadczeń z Krzyżem Chrystusa<sup>44</sup>.

\*\*\*

Z pewnością nie jest łatwo szukać odpowiedzi na pytania dotyczące sensu cierpienia. Co prawda Objawienie chrześcijańskie przynosi pewne możliwe sposoby jego zrozumienia, ale oczywiście nie pretenduje ono w żaden sposób do wyjaśniania wszystkiego na sposób czysto racjonalny czy całościowy. Objawienie ukazuje przede wszystkim światło i nadzieję rozświetlającą mroczną tajemnicę ludzkiego bólu i cierpienia, ponadto wyraża najgłębszy respekt dla tej niezmiernie trudnej kondycji ludzkiej. Winna ona stymulować do wzrostu w miłości i w człowieczeństwie zarówno samego cierpiącego, jak i osoby, które go otaczają. Wyraża się to w samej postawie przyjęcia cierpienia, sposobie jego przeżywania, ale również w potrzebie bliskości, troski i solidarności z będącymi w potrzebie.

Tajemnica bólu i związanego z nim cierpienia, która wydaje się być jeszcze trudniejszą do przyjęcia i zrozumienia, gdy dotyka niewinnego dziecka, objawia możliwość przeżycia głębokiego doświadczenia ludzkiego i humanizującego, w które powinny być zaangażowane nie tylko profesjonalne kompetencje czy rzetelna wiedza medyczna, ale także głęboka chrześcijańska solidarność z drugim człowiekiem. Można wtedy mówić o odczuwaniu ojcostwa Boga i swoistego „macierzyństwa” wspólnoty, która nie może okazać się w tym przypadku jedynie

<sup>44</sup> Tamże, s. 150-151.

„złą macochą”. Trzeba jednak pamiętać, że nadzieja na wyzwolenie z wszelkiego cierpienia pozostaje wciąż przed nami, gdyż za słowami Apokalipsy świętego Jana możemy powtórzyć: „usłyszałem ten potężny głos rozlegający się od tronu: «Oto mieszkanie Boga z ludźmi. On zamieszka z nimi i będą Jego ludem, a On będzie Bogiem z nimi. On otrze z ich oczu każdą łzę i nie będzie już śmierci ani bólu, ani krzyku, ani cierpienia, bo pierwsze rzeczy przeminęły»” (Ap 21,3-4).

Słowa kluczowe: bioetyka, ból, dziecko, ból u dziecka  
Keywords: bioethics, pain, child, pain in children