

Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi

PhDr. Ilona Plevová^{1,2}, Mgr. et Mgr. Regina Slowik, DiS.², Bc. Jarmila Kulhánková², Bc. Dana Buchwaldková²,
Mgr. Renáta Tydlačková²

¹Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

²Nemocnice s poliklinikou Havířov, p. o.

Príspevek kromě praktického hodnocení bolesti a kazuistiky přináší také teoretický přehled hodnocení bolesti u dětí včetně mýtů a bariér v managementu bolesti, uvádí techniky, které se dají při hodnocení bolesti zdravotnickými zařízeními využít, včetně topologie bolesti.

Klíčová slova: bolest, měřicí nástroje, karta bolesti, praktické zkušenosti.

Pain assessment in children. The use of measurement tools in nursing practice

The article, besides practical pain assessment and case studies, also brings a theoretical overview of pain assessment in children, including myths and barriers in pain management, and acquaints with techniques that can be used for pain assessment by health facilities, including the topology of pain.

Key words: pain, measuring tools, pain card, practical experiences.

Pediatr. praxi 2012; 13(3): 193–197

Úvod

Nepříjemná zkušenost dítěte, jakou bolest je, je doprovázena úzkostí, stresem, strachem, poruchami spánku, nechutenstvím, atd., dokonce ještě před výkonem samotným, zvláště intenzivně u dětí se závažným chronickým onemocněním (1). Proto je velmi nezbytné, aby byla u dětí ve všech věkových kategoriích bolest hodnocena a následně léčena.

Nesprávné názory vztahující se k bolesti u dětí

Dětská bolest je fenoménem, kterému dlouhou dobu nebyla věnována náležitá pozornost. Mareš (2) uvádí, že teprve koncem sedmdesátých let se objevila srovnávací studie, která upozorňovala odbornou veřejnost, že bolest u dětí není dostatečně léčena. Situace se nezměnila k lepšímu ani začátkem osmdesátých let, jak dokládají další práce, dokonce v některých nemocnicích ani později. Dlouhou dobu byla přikládána k dětské bolesti řada mýtů a nepravd:

- **Malí kojenci nevnímají bolest, nervový systém je nezralý** (nebezpečný mýtus byl založen na tom, že nervové dráhy nejsou ještě myelinizovány, a tudíž nemohou dobře vést bolestivý podnět) **a není schopen vnímat bolest jako dospělý.** Ve skutečnosti již podle Mališe (3) 26týdenní fétus je schopen vnímat nociceptivní podněty, které mají své nepříznivé odezvy jak u fétu, tak u nedonošených dětí či novorozenců v podobě stresu.
- **Kojenci si bolest nepamatují, proto neexistují žádné dlouhodobé důsledky bolesti**

pociťované v tomto časném stadiu života.

Výzkumy však ukazují, že kojenci cítí bolest, reagují na ni a pamatují si ji. Neléčená a nedoléčená bolest u kojenců může vést k poruchám spánku a příjmu potravy, poruchám vazby matka-dítě a zvýšené reakci na budoucí bolestivé podněty. Dítě, které se dostane do obdobné situace, v níž už jednou či opakovaně zažilo bolest, pozná, že je čeká cosi nepříjemného, a začne podle toho reagovat. „Spouštěcím signálem nebezpečí“, který aktivuje dětskou paměť, může být podle Mareše (2) bílý plášť, uniforma sestry, určitý nástroj či přístroj, konkrétní ordinace či vyšetřovna, tvář nebo hlas konkrétního zdravotníka; dokonce i „nemocniční zápach“ vyvolá u dětí úzkost.

- **Děti snadněji získávají návyk na opioidy.** Ve skutečnosti méně než u 1 % dětí léčených opioidy se vytvoří somatický návyk (3). Možné nežádoucí účinky jsou závislé na dávce, proto je pečlivá monitorace v každém věku důležitá. Mnoho rodičů a zdravotníků zaměřuje termíny tělesná a psychická závislost, jež jsou ale dva velmi rozdílné koncepty. Pacient má vždy určité riziko vzniku tělesné závislosti na látce, ale tento problém je předpověditelný a zvládnutelný. Naopak, vznik psychické závislosti je při řádném dávkování a monitoraci extrémně nízký.
- **Podávání analgetik (zejména opioidních analgetik) a jiných léků proti bolesti není u kojenců a dětí bezpečné, kvůli riziku dechového útlumu.** Výzkumy farmakodynamiky

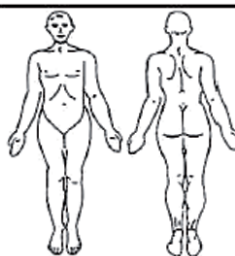
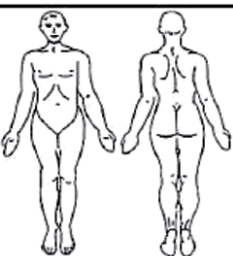
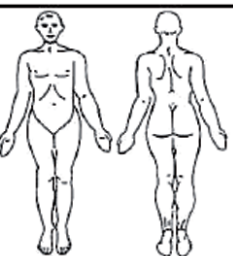
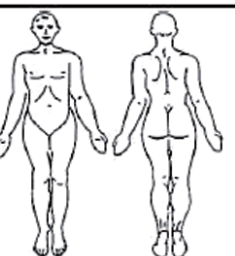
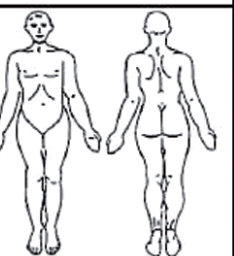
a farmakokinetiky u malých dětí naznačují, že pokud se lék správně předepíše a jeho podávání se monitoruje, není důvod se této účinné metodě tlumení bolesti vyhýbat.

- **Děti tolerují bolest lépe než dospělí.** Ve skutečnosti malé děti vnímají bolest intenzivněji než starší děti. Tolerance bolesti roste s věkem.
- **Děti nejsou schopny vyjádřit, co je bolí.** Děti sice neumí vyjádřit a popsat bolest jako dospělí, ale i když děti a kojenci o své bolesti neumí hovořit, přesto ji velmi jasně vyjadřují – musíme ale vědět, jak příznaky interpretovat (viz dále) (4).
- **Děti dokáží přivyknout bolestivým procedurám.** Právě opakované bolestivé zákroky dokáží u dětí zvyšovat anxiózní pocity a vnímání bolesti (3). Adaptace na bolest je zanedbatelná až nulová (5).
- **Děti sdělí, jestliže vnímají bolest.** Ve skutečnosti toto nemusí uvádět, protože se mohou obávat bolestivého podání analgetika, a pokud nejsou náležitým způsobem vyšetřeny, může bolest uniknout pozornosti a samy děti (i starší) nemusí mít potřebu svou bolest popisovat nebo uvádět.
- **Děti svým chováním velmi dobře vyjadřují, zda a jak intenzivně bolest prožívají.** Děti při své oblíbené činnosti nemusí vůbec vnímat bolest nebo se chovat „bolestivě“ (3).

Vnímání bolesti ve vztahu k vývojovému období

Při hodnocení bolesti u dětí je důležité pochopit vnímání bolesti dle vývojových stadií

Obrázek 1. Karta bolesti (modifikována dle 11)

 NsP Havířov, p.o.		identifikační štítek		list č.		razítko oddělení	
KARTA BOLESTI							
Datum:							
Hodina							
S T U P E Ň	10						
	9						
	8						
	7						
	6						
	5						
	4						
	3						
	2						
	1						
0							
Aplikace analgetika							
intervence	☐ studený – teplý obklad	☐ studený – teplý obklad	☐ studený – teplý obklad	☐ studený – teplý obklad	☐ studený – teplý obklad		
	☐ úprava lůžka	☐ úprava lůžka	☐ úprava lůžka	☐ úprava lůžka	☐ úprava lůžka		
	☐ masáž, masáž zad	☐ masáž, masáž zad	☐ masáž, masáž zad	☐ masáž, masáž zad	☐ masáž, masáž zad		
	☐ relaxace ☐	☐ relaxace ☐	☐ relaxace ☐	☐ relaxace ☐	☐ relaxace ☐		
kvalita							
typ							
lokalizace							
							

a podle nich využívat adekvátní měřicí nástroj. Jak zralí **novorozenci** (zdraví i nemocní), tak novorozenci nezralí, kteří se narodili předčasně, prožívají od svého narození bolest (6). V tomto období neexistují žádné verbální projevy bolesti, pouze změny chování a fyziologických funkcí. Ale i u novorozence je možné stanovit míru bolesti a účinek léčby. Další možné způsoby vyjadřování bolesti u novorozenců a **kojenců** jsou popsány v batolecím období, jelikož se jejich projevy shodují (7). **Batolata** mají výraz pro bolest zhruba od osmnácti měsíců (4). Mimo jiné tak jako novorozenci vyjadřují bolest také napětím těla nebo záškuby, až napětím do oblouku; zamračením a stažením obočí, pevně zavřenýma očima, otevřenými plačícími ústy; intenzivním neutěšitelným hlasitým pláčem; přitahováním kolen k trupu; hypersenzibilitou nebo zvýšenou iritací; nízkým orálním příjmem a neschopností usnout nebo spát (3). Při hodnocení bolesti dítěte si všímáme jeho chování. Dítě neverbálními projevy naznačí oblast bolesti. Na základě pozorování provedeme identifikaci bolesti cílenými dotazy a pomocí technik. Při mírné bolesti dítě při hře může dokonce na bolest zcela zapomenout. Při větší bolesti se dítě přestává zajímat o hračky, odmítá jít do pláče, bolest hodnotí jako něco špat-

ného, žádá pomoc. Při nesnesitelné bolesti pláč neustává, dítě je ztrápené, schvácené. **Předškolní děti** dokáží bolest verbálně popsat (bolí hodně, málo, více, méně), ale nezhodnotí její prožívání výstižnou slovní charakteristikou. Řekne: „Ono mě to bolí, ale já nevím, jak to mám říct.“ Mareš (2) např. uvedl škálu výrazů, které uváděly děti v souvislosti se stomatologickou bolestí: byla taková lechtavá, tlačivá, nepříjemná, štipavá, píchavá, jako včela nebo komár, byla bodavá, byla zobavá, drncivá, až se mi točila hlava, byla řezavá. **Školní děti** a stejně jako dospívající již verbalizují intenzitu bolesti.

Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Při hodnocení bolesti (kvalitativní a kvantitativní) by ji měl vyšetřující pečlivě zhodnotit tak, jak je dítě nebo rodiče popisují, a všichni (dítě, rodič nebo oba) by měli být vtaženi do rozhodovacího procesu, který určí nejvhodnější léčebný postup. Podobně jako s podněty bolestivými je třeba zacházet i s podněty svědivými, pačivými nebo jinak dráždivými. Dítě je nutné podpořit v tom, aby úměrně svému věku popsal nepříjemné nebo bolestivé pocity. Podle Mališe (3) je vhodné zjistit, jaká slova dítě používá při popisu nebo interpretaci bolesti.

Výsledkem tohoto procesu by mělo být stanovení: lokalizace, intenzity, zhoršujících nebo úlevových faktorů, vhodného způsobu stanovení a stanovování intenzity bolesti pro další období (škály bolesti), popisu charakteru bolesti a bolestivých pocitů, trvání bolesti, dalších doprovodných symptomů (např. obstrukce, zvracení, nauzea apod.), klinické vyšetření, sledování chování, určení stupně (intenzity) bolesti a diagnostický závěr. Při celém diagnostickém procesu si dle Janáčkové (8) dále všímáme neverbálních projevů, které patří mezi nejaktuálnější projevy bolesti a které také popsal Mareš (2) jako: paralingvistické projevy (vzdechy, sykání, pláč, akustické nespisované zvuky, naříkání atd.), mimické projevy, pohyby končetin (ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou atd.), posturologické projevy (ustrnutí v určité poloze, obrana před zdrojem ohrožení atd.), aktivita autonomního nervového systému (zvracení, zarudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddechování, lapání po dechu, prudké bušení srdce atd.). Podle Palyzové (9) intenzitu vnímání bolesti do značné míry ovlivňuje: věk (čím nižší, tím intenzivnější prožití bolesti); pohlaví; vrozený temperament; úroveň kognitivních schopností (dovolují dítěti pochopit příčinu a zdroj bolesti); vlastní práh vnímání bolesti; reaktivita nervového

systému prezentovaná fyziologickou odpovědí; předchozí zkušenosti s bolestivými situacemi; míra invazivity zákroku; aktuální celkový zdravotní stav dítěte; zdravotnické prostředí, přístup a chování zdravotnického personálu (riziko nedostatečné znalosti s následným podhodnocením bolesti); přístup a chování rodičů, či jiné doprovázející osoby (nadměrné ochranné nebo naopak represivní postoje k dítěti, agresivní chování vůči personálu apod.); vliv výchovy v rodině (poskytuje dítěti první vzory „bolestivého chování“, které následně přejímá jako model prožívání bolesti a stává se normou pro budoucnost); vliv přítomnosti sourozenců, vrstevníků, spolupacientů či jiných osob; biologické faktory v podobě nově objevených genů odpovědných za percepci a modulaci bolesti.

Topologie bolesti

Lokalizování bolesti tvoří odedávna běžnou součást diagnostické činnosti každého lékaře. Na počátku osmdesátých let se objevily dva přístupy (pro dospělé), jak bolest lokalizovat. Jeden směr, reprezentovaný např. dotazníkem *Body Parts Problem Assessment*, vychází z verbální charakteristiky místa bolesti. Druhý směr představuje metoda *Pain Chart*, označovaná v češtině jako mapa bolesti. Pediatři tuto metodu přizpůsobili na dětské pacienty a kresbu dospělého člověka podrobili kvalitativní analýze tak, aby se dětem líbila (obrázek 2) (2). Klinické zkušenosti ukazují, že obrázek je dobrým podnětovým materiálem jak pro děti na začátku školní docházky, tak pro dospívající. Děti do této postavy samy zakreslují místo či místa, kde cítí bolest. Jinou variantou je volná dětská kresba, u které se však musí počítat, že mladší dítě nenakreslí figuru realisticky, zvýrazňuje na ní to, co samo považuje za důležité. Na některých dětských kresbách bývá „bolavá část těla“ nakreslena větší či odlišnými barvami ve srovnání s ostatními částmi těla. Mladší děti mají problémy s pochopením, pojmenováním a zakreslením vnitřních orgánů. Úkol nakreslit vnitřní bolest mohou úspěšně splnit teprve děti 10leté a starší.

Měřicí nástroje pro hodnocení bolesti

Z klinického pohledu je intenzita dětské bolesti jedním z nejdůležitějších diagnostických údajů, od něhož by se mělo odvíjet rozhodování o dalším postupu lékaře. Má zcela subjektivní povahu, mění se během nemoci, a hlavně nemůžeme ji měřit přímo. Získat odpověď na otázku „Jak moc to dítě asi bolí?“ není

Obrázek 2. Škály pro hodnocení dětské bolesti využívané v NsP Havířov, p. o. (1, 12, 13, 14, 15)

STUPNICE FLACC

Body	0	1	2
Tvář	žádný zvláštní výraz nebo smích	občas grimasy nebo zachmuřenost, nezáměr	časté chmuření, zatínání čelisti, chvějící se brada
Končetiny	relaxované normální poloha	neklid tenze	kopání, protahování končetin nebo má končetiny přitahované k břichu
Aktivita	tiše leží, normální poloha pohyby snadné	kroucení se, otáčení na břicho a záda, tenze	stáčení se do opistotonu, rigidita, křeče
Křik/pláč	pláč není přítomný	sténání občasné nafíkání	stálý pláč, výkřiky, vzlykání, časté stížnosti
Utěšitelnost	spokojenost, relaxace	uklidnění po pohlazení, objetí, domluvě, dá se odvést pozornost	obtížné utišení

Hodnocení

0 relaxace
1–3 mírný diskomfort

4–6 střední bolest
7–10 silná bolest nebo diskomfort (nebo obojí)

Obličejová škála hodnocení bolesti

NIC NEBOLÍ

TROCHU TO BOLÍ

BOLÍ TO TROCHU VÍC

BOLÍ TO JEŠTĚ VÍC

BOLÍ TO MOC

BOLÍ TO ÚPLNĚ NEJVÍC

VAS

0

1 2 3

4 5

6 7

8 9

10

VAS – vizuálně analogová škála

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

bez bolesti

nejhorší bolest, jakou si umíte představit

Slovně popisná škála

☐ žádná

☐ protivná

☐ nepříjemná

☐ hrozná

☐ strašná

☐ agonizující

Bolest:

☐ akutní

☐ procedurální

☐ chronická

☐ nádorová

Kvalita bolesti:

ostrá, řezavá, vystřelující, bodavá, šubavá, píchavá, hlodavá, svíravá, křečovitá, kroutivá, svědivá, tupá, přetrvávající, tíživá, bolestivá na dotek, pálivá, palčivá, jiná:

Typ bolesti:

somatická (ostrá, ohraničená), viscerální (tupá, neurčitá lokalizace), kolikovitá, zánětlivá, jiná:

pro zdravotnický personál snadné, ale současně není neřešitelné (2). K zachycení míry bolesti jsou využívány škály zachycující některé odpovědi organismu na bolest. Tyto škály je možné rozdělit na observační a sebehodnotící. Škály zahrnují jak fyziologické ukazatele bolesti (zejména změny srdeční frekvence, krevního tlaku, dýchání, resp. saturace krve kyslíkem), tak indikátory behaviorální (zejména vokalizace, výraz obličeje, pohyby těla). Vhodným prostředkem ke zhodnocení bolesti u dětí jsou připomínky rodičů, kteří dokážou nejlépe zachytit signály svého dítěte (16).
Zdravotnická zařízení při hodnocení bolesti mohou využívat tyto následující techniky:
■ **Observační škály.** Existuje celá řada metod, observačních škál, které stanovují míru bolesti hlavně u nedonošených dětí a novorozenců,

kde samohodnocení není možné. Podle současných poznatků odpovídá zralý novorozenec na bolestivý podnět nejen fyziologickými změnami, ale i svým chováním: křikem, změnou výrazu obličeje, pohybem končetin, napnutím a trhavými pohyby trupu. Tyto behaviorální diagnostické metody se používají u dětí do tří let věku, s nimiž je nesnadné detailně komunikovat o prožívané bolesti (7). Z těchto vícedimenzionálních nástrojů pro měření bolesti se využívají např. škály **CRIES** (*Crying, Requires O₂ above Sa O₂ 95 %, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness*) – pro hodnocení pooperační bolesti, **NIPS** (*Neonatal/Infant Pain Scale*) – škála bolesti novorozenců a **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile*) – profil bolesti u nedonošenců.

■ Subjektivní hodnocení u předškolních dětí.

Sebehodnocení je při stanovení intenzity bolesti nejcennější a nejpřesnější: „Bolest je to, co říká pacient“ (4). Z vhodných metod uvedeme ty, které doznaly širšího klinického využití:

Metoda pokerových žetonů (PCT – Poker Chip Tool) (2, 4); metoda **Equal-Size Block** používá k hodnocení kostičky. **Oucher** – metoda obrazové a grafické podoby, která je určena dětem od 3–4 let do 12 let a česky se dá označit jako „bolítočár“. Je kombinací dětských obličejů (pro malé děti) vyjadřujících různý stupeň intenzity bolesti a škály s číselnými hodnotami (pro děti větší). Podobnou metodou je metoda **Faces Scale**, která využívá škálu nakreslených dětských obličejů a je určena dětem od 5 let. Varianty této metody jsou hojné, např. **Facial Affect Scale** – škála afektivních výrazů obličeje. Škály se liší počtem obličejů (obvykle 7–9), způsobem nakreslení, umístěním obličejů v ploše aj. **Coloured Analogue Scale (CAS)** – využívá k hodnocení barvy u dětí od pěti let výše. Je používáno diagnostické posuvné měřidlo, podobné logaritmickému pravítku, které obsahuje analogovou škálu barev a vizuální analogovou numerickou škálu. Odstupňování bolesti je na něm vyjádřeno dvěma způsoby: rozšiřující se plochou a změnou barevnosti této plochy. **Visual Analogue Scale (VAS)** – vizuální analogová škála využívající se u všech věkových skupin pacientů, u dětí nejdříve od pěti let věku. Pacient na úsečce vyznačí místo, které vypovídá o jeho prožívané intenzitě bolesti, kdy na zakončení krajních pólů škály zní: žádná bolest až bolest nesnesitelná. Pro děti může být nakreslena jako „teploměr bolesti“. Úkolem dítěte je nakreslit, kam až se vyšplhá „sloupeček bolesti“. Pro dítě je tato metoda srozumitelná, kresebné vyjádření intenzity bolesti, tj. vybarvování předlohy pomocí pastelky, fixu apod., nečiní potíže. U starších dětí lze odpověď formalizovat např. užitím posuvného měřidla. Jinou možností je **analýza dětských výtvarů**. Volná dětská kresba a malba na téma „bolest“ je zajímavým zdrojem údajů, zejména u předškolních a dětí mladšího školního věku. Ukazuje se, že pro většinu dětí je bolest nejčastěji spojena se dvěma výraznými barvami – červenou a černou – ale nemusí se omezovat jen na ně (1, 2).

■ Subjektivní hodnocení u školních dětí.

Nejčastějšími metodami k hodnocení bolesti jsou: **klinický rozhovor s dětmi i jejich rodiči** – kdy se nejčastěji využívají standardizované rozhovory v případě

akutní bolesti. **Vizuální analogové škály** – nejčastěji se jedná o úsečku délky kolem 10 cm s verbálním označením koncových bodů škály. Může mít také podobu slovně-grafické škály, kdy u nabízené úsečky nejsou popsány jenom její dva krajní body, ale jsou pod úsečkou slovně označeny i další úseky škály: žádná bolest, malá bolest, střední bolest... Je nejvhodnější pro děti ve věku 8–17 let. **Formální myšlení** – u starších dětí, které zapíší přímo hodnotu (nabídnuto rozmezí např. 0–10, kdy je vysvětleno, že 0 znamená žádná bolest) intenzity své bolesti do rámečku, bez použití úsečky (2).

Kazuistika

Na JIP dětského oddělení byl na konci srpna v dopoledních hodinách přijat jedenáctiletý chlapec. Byl odeslán z chirurgické ambulance pro bolest břicha, CRP 237, FW 25/75, v moči jen aceton 1 (výsledky ranního odběru nahlášeny praktickým dětským lékařem) s dif. dg.: apendicitis infiltr., pyelonephritis ac.?

Z anamnézy jsme se dozvěděli následující předhospitalizační průběh:

Během dne opakovaně zvracel, stolice normální, bez teploty. Dva až tři dny nato udával bolest v pravém boku při pohybu, která spontánně ustoupila. Myslel si, že bolest je po zvracení. Dále byl chlapec bez potíží. Na konci měsíce došlo k vzestupu TT na 39°C s poklesem po podání ½ tbl. Paralen p.o. na 37,5°C, pacient nezvracel, průjem neměl. Další den se znovu objevila bolest v pravém boku, která ustoupila v úlevové poloze a dodržováním klidového režimu. Následující ráno se matka s chlapcem pro neustupující bolest dostavila k vyšetření u praktického dětského lékaře, který odebral krev a moč na vyšetření a odeslal pacienta na chirurgickou ambulanci. Při přijetí byl chlapec vystrašený, úzkostlivý, plačtivý, udával bolest dle pětibodové VAS na hodnotě 4 v pravém boku, spíše výše až v pravém podžebří. Součástí zdravotnické dokumentace byla karta bolesti (obrázek 1), která po celou dobu výskytu bolesti sloužila jako nástroj pro management bolesti. Měl tachykardii (150/min.), tachypnoe (40 dechů/min.), febrilie (38°C). Maminka hodnotila synovu bolest v rámci ošetřovatelského posouzení na stupni 2 s lokalizací v pravém boku, při pohybu. Po zavedení permanentního žilního katétru a opakovaném slovním uklidňování klesla tepová i dechová frekvence (P 100/min., D 20/min.). Chlapec zůstal lačný a absolvoval naordinovaná vyšetření (rtg plic s negativním nálezem, USG břicha s nálezem konvolutu střevních klíčků s prosáklou střevní stěnou v subhepatické oblasti, CT potvrdilo nález

na USG břicha). Chirurg indikoval operační revizi dutiny břišní. Ve 13 hod. jsme aplikovali Novalgin (500 mg) a antibiotika parenterálně a připravili jsme chlapce k operaci. V rámci premedikace jsme podávali Dolsin 40 mg i.m. a ve 14 hodin jsme pacienta odvezli na operační sál. Udával bolest VAS 3 v pravém mezogastriu a podbřišku. V 15:30 hod. podali na operačním sále 500 mg Peralgan i.v. Operační nález: akutní apendicitida s abscesem pobřišnice. Operace byla provedena laparoskopicky s konverzí na pararektální řez vpravo, kde byl zaveden Redonův drén.

Po návratu z operačního sálu na JIP byl chlapec bolestivý, úzkostlivý, neustále volal matku, udával bolest celého břicha dle VAS 3–4, měl nauzeu. Maminka seděla u chlapce a spolupodílela se na pooperační péči. Další analgezie Novalginem (750 mg) parenterálně v šestihodinových intervalech (19:00, 01:00, 07:00). Od devatenácté hodiny ustupovaly bolesti na hodnoty 1–2 dle VAS. V noci chlapec spal klidně, bolest dle VAS 1–2, fyziologické funkce v normě, bez zvýšené TT.

Prvního září při ranní vizitě lékařem navýšena analgezie: Tralgit i.v. kontinuálně v celkové denní dávce 240 mg, Novalgin i.v. 750 mg pravidelně co 6 hodin (13:00, 19:00, 01:00, 07:00), Nurofen čípky 125 mg pravidelně každých 8 hodin (10:00, 18:00, 02:00) dle potřeby. Intravenózní aplikace analgetik aplikována, čípek vzhledem k odmítnutí chlapce aplikován nebyl. Dle konzultace s lékařem byla aplikace čípků vysazena. Po celý den byl chlapec šikovný, spolupracoval, ale pro strach z bolesti při pohybu se jakékoli aktivizaci vyhýbal. Dle VAS udával stupeň 1–2 v pravém mezogastriu a podbřišku. Byl bez zvýšené TT, nezvracel, odpoledne začal popíjet hořký čaj. Cítil se lépe než předešlého dne. Maminka byla celodenně u lůžka, což chlapec vnímal velmi pozitivně.

Druhý den lékař snížil analgezii u Novalginu, který měl být podáván jen při bolesti, a to maximálně 4x denně v jednotlivé dávce 500 mg, Tralgit i.v. kontinuálně ponechán. Chlapec byl čilejší, začínal aktivizaci posazováním se na postel, s doprovodem došel na WC. Bolest udával jen v místě operačních ranek, zvláště při pohybu, opakovaně v průběhu dne na stupni dle VAS udával hodnotu 2. Novalgin i.v. byl aplikován na žádost pacienta během dne pouze jednou. Maminka zůstávala celodenně u lůžka.

Následující den lékař opět snížil dávky analgezie. Tralgit i.v. kontinuálně – dávkování sníženo na polovinu, Novalgin i.v. (500 mg) při bolesti maximálně 4x denně zůstává. Chlapec byl většinu dne bez bolesti, jen v šest hodin ráno i večer udával bolest v oblasti operačních ranek při

pohybu, stupeň dle VAS 2. Analgezii Novalginem nevyžadoval, stačí kontinuální. Pohyb na lůžku minimální, ale jinak byla mobilizace bezproblémová, stejně i pohyb mimo lůžko. Maminka zůstávala stále celodenně u lůžka.

Další odpoledne byla ve 13 hodin lékařem kontinuální analgezie (Tralgit i. v.) zrušena. Ponechán Novalgin i. v. při bolesti maximálně 4x denně. Bolestivost v průběhu dne udával chlapec na stupni 1–2 dle VAS v místě operační rány. Analgezii nevyžadoval, cítil se lépe. Maminka byla celodenně u lůžka.

I příští den byla ponechána lékařem stále ordinace analgezie: Novalgin i. v. při bolesti maximálně 4x denně. Chlapec byl bez klidové bolesti, při pohybu byla bolest jen slabá, analgezii nevyžadoval. Díky ústupu bolesti při pohybu se chlapec začíná více aktivizovat. Během dne byl chlapec přeložen na standardní oddělení.

I v průběhu dalších dní pokračovala hospitalizace na standardním oddělení. Bolest z okolí operačních ranek postupně zcela odeznívala, ze strany chlapce nebyla vyžadována žádná analgezie. Byl šikovný, spolupracoval, zvládal sebek péči ve všech oblastech. Maminka přesto trvala na přijetí jako doprovod nemocného dítěte a podílela se na péči o syna.

Diskuze

Na příkladu kazuistiky dokládáme nutnost kontinuálního monitoringu bolesti a tím i včasné a dostatečné analgezie, která je předpokladem úspěšného zvládnutí pooperačního stavu.

Míra bolestivosti je u dětí ovlivňována emočními a situačními faktory, proto není možné paušálně předpokládat u všech dětí stejnou intenzitu bolesti při identických onemocněních či výkonech. Mezi další důležité faktory ovlivňující vnímání bolesti patří věk, mentální úroveň, pohlaví, kultura, temperament, vliv rodiny a předchozí zkušenosti s invazivním výkonem. Tyto uvedené charakteristiky se dle Sikorové (16) podílejí na odlišnostech interpretace a prožívání stavů spojených s poškozením tkání.

Důležitým ukazatelem v hodnocení je také vyjádření bolesti pacientem. V případech, kdy dítě není schopno svou bolest zhodnotit (věk, men-

tální úroveň apod.) a bolest hodnotí jiná osoba, je nezbytně nutné důkladně vysvětlit techniku hodnocení bolesti a zaměřit se na objektivní škály a projevy bolesti (jako je např. výraz obličeje, poloha, změny vitálních funkcí apod.) a omezit svá vyjádření založená pouze na „subjektivním“ pozorování, jak bylo na příkladu hodnocení bolesti matkou. Chlapec svou bolest hodnotil na VAS stupněm 4, jeho matka stanovila stupeň 2, což je v pětistupňovém hodnocení významný rozdíl. Profesionálové v ošetrovatelství, rodiče a pečovatelé mají povinnost naučit se jazyku bolesti – projevům dětí, změnám v chování, motorice a mimice dětí, pozorně naslouchat jejich verbálnímu projevu o prožívané bolesti. Jak uvádí Sikorová (16), všeobecné sestry ve vysoké míře bolest dětí pouze odhadují, nikoliv hodnotí (měří). Aby sestry mohly plánovat a realizovat intervence týkající se eliminace bolesti, musí nejprve bolest u pacienta přesně zhodnotit a identifikovat. (17) Na základě zhodnocení lze stanovit adekvátní léčbu bolesti a tím urychlit celý proces uzdravování a eliminovat případné nežádoucí projevy bolesti.

Volba analgezie závisí na lokalizaci a typu poranění nebo chirurgického výkonu, nutné následně chirurgické péči, věku a zdravotním stavu pacienta. Tlumení bolesti u dětského pacienta by mělo být dostatečné a relativně bezpečné. Možné nežádoucí účinky musí být monitorovány. Kvalitní analgezie u náhle vzniklé bolesti zajistí důvěru a spolupráci dítěte v akutní fázi onemocnění a později i v dalším průběhu léčení a rehabilitace (18).

Závěr

Hodnocení bolesti je nezbytné pro efektivní management bolesti. Pro optimální léčbu je nutné zapojit dítě i rodiče a celý multidisciplinární tým do léčby hned od počátku, tzn. od posouzení bolesti a případného opakování hodnocení. Posuzování bolesti je nepostradatelné při hodnocení úspěšnosti léčby bolesti. Metoda určování intenzity bolesti by měla být jednoduchá, snadná a rychlá a je nutné ji používat po celou dobu péče o dítě tak, aby bylo možno posoudit časový vývoj intenzity bolesti. Vyhodnocování a zvládání bolesti jsou náročná a vyžadují multidisciplinární přístup, který kombinuje několik technik (16). Sestry

při posuzování bolesti a managementu bolesti, které jsou důležitými oblastmi v péči o pacienty, sehrávají velmi významnou úlohu (17).

Literatura

1. Plevová I, Slowik R. Komunikace s dětským pacientem. Grada Publishing, Praha 2010.
2. Mareš J, et al. Dítě a bolest. Grada Publishing, Praha 1997.
3. Mališ J. Nádorová bolest u dětí a mladistvých. Bolest 2006; 9(3): 145–148.
4. Kolektiv autorů. Vše o léčbě bolesti. Grada Publishing, Praha 2006.
5. Trojan S, et al. Lékařská fyziologie. 3. vydání, doplněné a rozšířené. Grada Publishing, Praha 1999.
6. Marešová J. Bolest u novorozenců. Bolest 2007; 10(3): 121–130.
7. Kalousová J, Rousková B, Pachmannová D, Stýblová J. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. Pediatr. praxi, 2008, 9(1): 7–11.
8. Janáčková L. Bolest a její zvládání. Portál, Praha 2007.
9. Palyzová D. Procedurální bolest v dětském věku. Bolest 2007; 10(4): 197–204.
10. Marečková J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Grada Publishing, Praha 2006.
11. Cetková L, Havel J. Dokumentace bolesti. Nemocnice Havlíčkův Brod.
12. Fendrychová J. Hodnotící metody v neonatologii. NCONZO, Brno 2004.
13. Kapounová G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Grada Publishing, Praha 2007.
14. Schuler M, Oster P. Geriatrie od A do Z pro sestry. Grada Publishing, Praha 2010.
15. Zemanová J. Základy anesteziologie 2. část. NCONZO, Brno 2005.
16. Sikorová L. Spolehlivost hodnotících metod monitorujících bolest u dětí a dospívajících s kognitivní poruchou. Bolest 2011; 14(3): 121–126.
17. Zeleníková R, Žiaková K, Jarošová D. Výsledky vybraných validizačních študií ošetrovatelské diagnózy akutní bolesti. Bolest 2010; 13(4): 182–188.
18. Řeháčková Z, Králová M. Léčba akutní bolesti u dětí. Lék. Zpr. LF UK Hradec Králové 2006; 51(3): 207–218.

Článek doručen redakci: 23. 1. 2012

Článek přijat k publikaci: 23. 3. 2012

PhDr. Ilona Plevová

Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství
a porodní asistence
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
ilona.plevova@osu.cz

