

POSUDZOVANIE DETSKEJ BOLESTI

Daniela Rybárová

KAIM, FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Autorka v príspevku popisuje metódy na hodnotenie bolesti u detí, ktoré sú súčasťou poskytovania komplexnej starostlivosti. Ide o metódy obrázkové, grafické, numerické, verbálne a kombinované. S pomocou hodnotiacich schém je možné zistiť intenzitu bolesti, ktorú dieťa pociťuje. Meranie bolesti zahŕňa fyziologické, behaviorálne, senzorké a kognitívne aspekty.

Kľúčové slová: bolesť, posudzovanie, hodnotiace škály.

EVALUATION OF CHILDHOOD

The author of the article describes the methods to consider children's pain, that is a part of providing complete care. The methods are: pictorial, graphic, numeric, verbal and combined. With help of evaluation methods it is possible to find intensity of pain that the child feels. Measuring pain includes physiologic, behavioural, sensoric and cognitive aspects.

Key words: pain, officiating, evaluation scales.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 71–74

Bolesť ako nepríjemný fyzický a emocionálny zážitok má mnoho nepriaznivých vplyvov na organizmus s často fatálnymi dôsledkami. Diagnostický a informačný význam bolesti možno v súčasnej dobe existencie moderných diagnostických techník preklenúť. Preto je možné a indikované bolesť liečiť. Podľa niektorých odvodnených pravidiel „oslobodenie od bolesti by malo patriť k základným ľudským právam“ (6).

Bolesť je subjektívny zážitok a pre deti veľmi desivá skúsenosť v ich krátkom živote. Deti do 3 rokov nechápu abstraktné koncepty, akými sú čas, príčina, následok a kvantifikácia. Z tohto dôvodu nevedia pochopiť, prečo sa bolesť objavila alebo, že úľava príde skoro. Tieto deti vedia len, že to práve teraz bolí (1).

Do 70-tych rokov minulého storočia existovalo málo výskumov týkajúcich sa manažmentu bolesti u detí. Od tej doby sme sa na základe výskumov bolesti dospelých naučili a pochopili veľa aj o bolesti u detí (1). Laická aj odborná verejnosť dlhodobo pristupovala k bolesti u detí ako k nutnému zlu, ako sprievodného príznaku choroby, vyšetrenia či zranenia, ktorý je dieťaťom vnímaný menej intenzívne, a preto si nezasluhuje pozornosť (11).

Pracovníci v klinickej praxi si musia byť stále vedomí, že bolesť je potrebné najprv diagnostikovať, a potom odstraňovať. Existuje množstvo overených nástrojov, ktoré sú vytvorené na hodnotenie bolesti malých pacientov. Mnohé z nich sa snažia bolesť kvantifikovať, čo je pre hodnotenie a pozorovanie bolesti dieťaťa veľmi náročné. Hodnotiace nástroje sú (1):

1. *jednodimenzionálne* – merajú alebo hodnotia jeden indikátor či
2. *viacdimenzionálne* – merajú alebo hodnotia viac indikátorov.

Bolesť je multidimenzionálny jav a na jej meranie a hodnotenie treba zvoliť multidimenzionálny prístup. Optimálne je použiť kombináciu niekoľkých metód s prihliadnutím na vek, predchádzajúcu skúsenosť, typ bolesti a kontext použitia, čo môže zabezpečiť presnejšie a klinicky využiteľnejšie meranie detskej

bolesti. Kompozitné meranie zahŕňa fyziologické, behaviorálne, senzorké a kognitívne indikátory (1), pretože detská bolesť má z klinického pohľadu 5 dôležitých aspektov: neurologický, fyziologický, psychologický, behaviorálny a farmakologický (8).

Údaje o detskej bolesti možno získať z viacerých zdrojov, ale za zlatý štandard u detí predškolského a školského veku sa považuje hodnotenie detským pacientom. Diagnostika a posúdenie bolesti u dieťaťa zahŕňa niekoľko parametrov, dimenzií bolesti (9):

- topológia bolesti (kde to bolí?),
- intenzita bolesti (ako veľmi to bolí?),
- kvalita bolesti (aká je bolesť?, slovné vyjadrenie),
- časový priebeh bolesti (ako sa bolesť mení v čase),
- ovplyvniteľnosť bolesti (po čom bolesť ustupuje? kedy je bolesť väčšia?),
- príčina bolesti vyplývajúca z detského ponímania choroby a bolesti (prečo to asi bolí?),
- stratégie zvládania bolesti (čo urobiť preto, aby bolesť bola menšia?).

Optimálny spôsob hodnotenia bolesti u detí závisí od veku dieťaťa, predchádzajúcej skúsenosti, typu bolesti a od situácie, v akej ju hodnotíme. Okrem spomínaných parametrov do obsahu posudzovania bolesti patria (4):

- sprievodné vegetatívne prejavy bolesti (vracanie, potenie, nechutenstvo, zmeny hodnôt fyziologických funkcií),
 - výskyt bolesti pri diagnostických a liečebných výkonoch,
 - tolerancia bolesti dieťaťom, prípadná nepravdivá signalizácia bolesti,
 - saturácia potrieb dieťaťa a jej narušenie bolesťou.
- Anamnéza u dieťaťa s bolesťou sa zameriava na komplexné posúdenie obdobia pred chorobou alebo pred vznikom problému spojeného s bolesťou. Má obsahovať aj informácie zamerané na okolnosti spojené s bolesťou:
- osobnostné charakteristiky ovplyvňujúce prežívanie dieťaťa vrátane rozumového vývinu, vedomosti dieťaťa o chorobe a príčine bolesti,

- faktory ovplyvňujúce aktuálny bolestivý zážitok, typické behaviorálne prejavy dieťaťa v súčasnom vývinovom období,
- prevažujúci spôsob citového reagovania na záťaž, spôsob prežívania strachu a úzkosti dieťaťom,
- reakcie na odlúčenie od matky a spôsob reagovania na bolestivý výkon v prítomnosti matky, adaptabilita dieťaťa (schopnosť prispôbiť sa obmedzeniam choroby, spôsob vyrovnávania sa so separáciou od prirodzeného prostredia),
- schopnosť rodiny a jej možnosti poskytovať podporu dieťaťu, schopnosť vzájomnej interakcie medzi matkou a dieťaťom v záťažovej situácii,
- prežívanie choroby dieťaťa rodičmi (strach rodičov, pocity viny za ochorenie, poranenie či stav dieťaťa), vzťah dieťaťa k zdravotníckemu pracovníkovi, nemocničnému prostrediu, možnosti spolupráce pri bolestivých výkonoch.

Pre komplexné posúdenie dieťaťa s bolesťou je potrebné využiť všetky zdroje údajov. Primárnym zdrojom údajov je vždy dieťa, bez ohľadu na vývinový stupeň a úroveň komunikačných schopností. V detskom veku nie je natoľko vyvinutá potreba sebakontroly vonkajších prejavov, preto behaviorálne prejavy bolesti môžu mať väčšiu výpovednú hodnotu v celkovom posúdení bolesti.

Každá liečba závisí od schopnosti identifikovať, zhodnotiť a zdokumentovať pociťovanú bolesť. Ak nie je bolesť meraná, je ľahké ju ignorovať. Niektorí by mohli namietť, že hodnotenie bolesti je subjektívne. Tento argument však zamieňa subjektivitu postihnutého bolesťou so subjektivitou toho, kto túto bolesť meria. Bolesť je svojou podstatou vždy subjektívnym vnemom, ale existujú objektívne a často štandardizované metódy merania bolesti tohto subjektívneho fenoménu.

Dôležitejšími vlastnosťami hodnotiacich systémov sú (8):

- **validita** – musia merať bolesť samu, nie jej premenenú, ktoré síce bolesť sprevádzajú, ale nie sú bolesťou,

- **reliabilita** – musia byť spoľahlivé, odolné voči skresleniam, ktoré súvisia s vekom dieťaťa, pohlavím, etnickými a kultúrnymi rozdielmi,
- **adekvátnosť** – musia zodpovedať veku dieťaťa a meranej dimenzii bolesti,
- **senzitivita** – musia byť citlivé na zmeny bolesti u daného dieťaťa a danej choroby,
- **jednoduchosť** – jednoduché na pochopenie, úlohu a vyhodnotenie,
- **rýchlosť**.

Podľa charakteru poskytovaných dát sú používané viaceré **typy hodnotiacich schém** (7):

1. U starších detí a dospelých je zlatým štandardom „samoreferovanie“. Pochopiteľne toto nemožno využiť u novorodencov.
2. Fyziologické funkcie (akcia srdca, tlak krvi, saturácia kyslíka, vagotónia, plazmatický kortizol, potenie dlaní) i keď sú objektívne a senzitivne, nie sú špecifické: sú si podobné v tak bolestivom podnete, ako aj po nebolestivom stresujúcom stimule. Preto by sa fyziologické procesy nemali používať ako solitárne ukazovatele bolesti.
3. Behaviorálne parametre bolesti pozostávajú z hodnotenia diskretných zmien správania, akými sú napríklad zmeny mimiky tváre, pohyby končatín, tónus, poloha a pohyby trupu, plač a krik. Boli vytvorené viaceré škály, ktoré sú všeobecne akceptovanými indikátormi bolesti u malých detí. Patria sem:
 - a) **Neonatal Facial Coding Systém – NFCS** – hodnotí mimiku tváre, najmä mimiku čela, očných viečok, zvýraznenie nazolabiálnych rýh, pier, otvorených úst, jazyka a brady (5),
 - b) **Infant Body Coding Systém – IBCS** – hodnotí pohyby rúk/nôh, pohyby horných a dolných končatín, hlavy, trupu a ďalšie odpovede na bolestivé stimuly: Morov reflex, extenzia končatín, uhýbanie, vyrovnávací pohyb (5),
 - c) **Neonatal Infant Pain Scale – NIPS** – vyhodnocuje 6 kategórií: výraz tváre, plač, štruktúru dýchania, polohu horných a dolných končatín a stav spánku a bdenia; 2. a 1. minútu pred zákrokom, počas zákroku a 1 a 2 minúty po výkone (http://www.anes.ucla.edu/pain/assessment_tool-nips.htm), u ventilovaných novorodencov sa používa
 - d) **Distress Scale for Ventilated Newborn Infants – DSVNI**, ktorá hodnotí výraz tváre, pohyby končatín, tela a farbu kože dieťaťa (5),
 - e) **škála pooperačnej bolesti u novorodencov – NPMS** – hodnotí plač, saturáciu krvi kyslíkom, pulz a krvný tlak, výraz a nespavosť,
 - f) **Maximally Affection Coding System – MACS** – sleduje 3 oblasti tváre. obočie, oči, ústa a ich zmeny v rôznych situáciách (2).
 - g) Ďalej sem patria: **Pain Assessment in Neonates – PAIN**, **Liverpool Infant Distress**

Scale – LIDS, Modified Hospital of Eastern Ontario Pain Scale – CHEOPS, Neonatal Assessment of Pain Inventory – NAPI, Behavior Pain Score, Clinical Scoring System.

4. Rozšírené sú kompozitné schémy, využívajúce behaviorálne aj fyziologické reakcie. Napríklad
 - a) **CHEOPS** – The Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale („Škála bolesti Detskej nemocnice vo východnom Ontáriu“), používa 6 kategórií správania: plač, zmena mimiky tváre, verbalizácia, pohyby trupu, siahanie na ranu a pohyby končatín,
 - b) **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale) – škála bolesti u novorodencov hodnotí výraz tváre, bolesť, dýchanie, pohyby ramien a nôh, stav bdlosti,
 - c) **CRIS** – najjednoduchšia škála na posudzovanie pooperačnej bolesti novorodencov, hodnotí 5 kategórií: plač, prítomnosť vzostupu spotreby kyslíka pri saturácii viac ako 95 %, zmenu fyziologických funkcií (pulz, dych), zmeny výrazu tváre a stav spánku (nespavosť),
 - d) **Scale for Use in Newborns – SUN** – hodnotí 7 behaviorálnych a fyziologických kategórií: stav CNS, dýchanie, pohyblivosť, svalový tonus, výraz tváre, zmeny pulzu a zmeny stredného arteriálneho tlaku krvi,
 - e) **COMFORT Scale** – hodnotí pohodlie a pooperačnú bolesť u neintubovaných a intubovaných (umelo ventilovaných) detí vo veku 0 – 18 rokov, sleduje sa 8 kategórií vo fyziologickej a behaviorálnej oblasti: stav spánku a bdenia, upokojenie/agitácia dieťaťa, respiračné reakcie (napr. kašeľ, boj s respirátorom), krik/plač (u neventilovaných), pohyblivosť, stredná hodnota krvného tlaku, frekvencia pulzu, svalový tonus, prítomnosť napätia v tvári (5),
 - f) **DAN Scale** – škála akútnej bolesti, ktorá hodnotí výraz tváre, pohyby končatín hlasové prejavy u neintubovaného a intubovaného dieťaťa v rozmedzí od 0 do 10, pričom 0 znamená žiadnu bolesť a 10 najsilnejšiu bolesť (5).

Topológia bolesti je v pediatrii najčastejšie charakterizovaná **mapami bolesti (The Pain Chart)**. PoUžíva sa niekoľko variant kresieb detských postáv, do ktorých dieťa zakrešuje bolestivé miesta, možno využiť aj voľnú detskú kresbu (Clinical practice guidelines, 2002). Používajú sa u detí od 5 – 6 rokov. Ak dieťa vhodne inšpirujeme môže farebne vyznačiť aj intenzitu bolesti (9). Výsledkom je zobrazenie mentálneho stavu a symptómov.

Hodnotenie intenzity bolesti patrí k najprepracovanejším diagnostickým metódam. U najmenších detí (od novorodencov po batolátá) sa najčastejšie uplatňujú behaviorálne metódy, prípadne v kombinácii s fyziologickými ukazovateľmi. Niektoré hospitali-

zované deti môžu reagovať „zakríknutím a utiahnutím sa“, a tak môže dôjsť k výraznej diskrepancii medzi intenzitou bolesti a správaním. **Plač/krik** patrí k najvýraznejším ukazovateľom bolesti u preverbálnych detí. Problémom je náročnosť diferencovať bolestivý plač od iných typov kriku (7). S rozvojom spektrografickej analýzy boli identifikované rôzne druhy plaču: plač pre hlad, pre bolesť a iné. Hodnotenie bolesti podľa plaču môže byť limitované napr. intubáciou dieťaťa, deformáciou fonačných štruktúr (2). Výskumy potvrdzujú, že sestry si všímajú predovšetkým deti, ktoré kričia viac ako ostatné. Im prisudzujú výraznejší zážitok bolesti a majú snahu bolesť u týchto detí tlmíť. Deti, ktoré kričia menej alebo nekričia sú považované za pacientov, ktorí netrpia veľkou bolesťou. Sestry ignorujú ďalší dôležitý ukazovateľ, ktorým je **mimika dieťaťa** a zabúdajú, že výraz tváre lepšie vyjadruje intenzitu prežívanej bolesti u malých detí, než krik. Dôležité je zistenie, že reakcia na bolestivý podnet (hoci aj náznaková) zostáva zachovaná aj pri poruchách vedomia. **Celkové bolestivé správanie** možno pozorovať a hodnotiť mnohými metódami, napríklad **OSBD** – Observational Scale of Behavioral Distress – Pozorovacia škála behaviorálneho distressu, ktorá sleduje 11 typov správania v 15 sekundových časových intervaloch, a tiež už spomínaná škála CHEOPS a pod. (9).

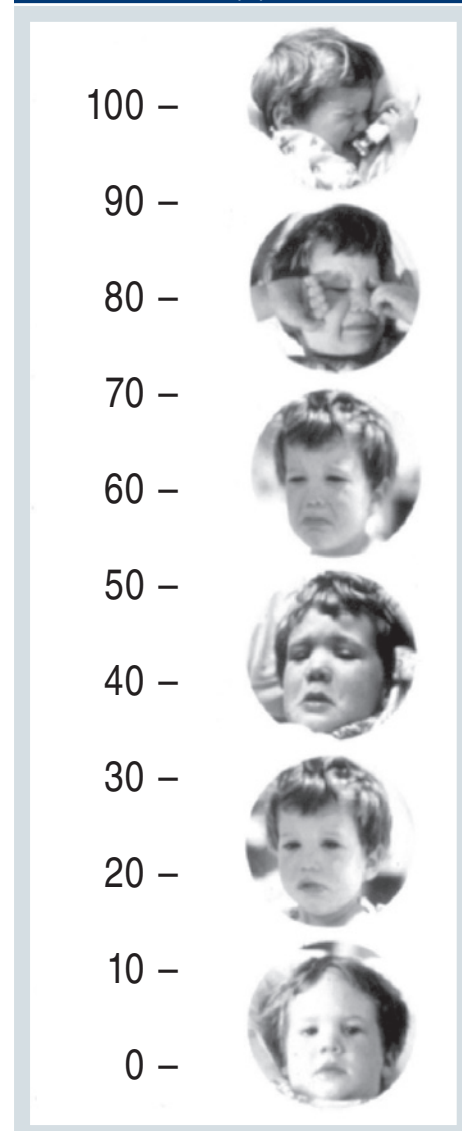
V predškolskom veku už dieťa dokáže s pomocou hodnotiť intenzitu bolesti. Umožňuje to aj výrazný pokrok vo vývoji verbálnej komunikácie. Na posúdenie intenzity bolesti možno využiť viaceré **diagnostické metódy hodnotenia bolesti** (7):

1. **Poker Chip Tool** (v preklade „metóda pokrových žetónov“) – je určená pre deti medzi 4. – 8. rokom. Dieťa používa 4 červené žetóny a vyjadruje koľko „kúskov bolesti“ pociťuje, zvyšujúci sa počet žetónov predstavuje vyššiu intenzitu bolesti.
2. **Faces Pain Scale** – dieťa si vyberá jednu zo 7 nakreslených výrazov tváre, ktorá najviac vyjadruje, ako sa cíti. Obdobou sú **Faces Pain Assessment Tool** (hodnotiacia škála výrazu bolesti), ktoré majú 5 výrazov tváre.
3. **Oucher scale** – je jedna zo škál s najväčšou validitou. Má formu posteru, kde je vertikálne zobrazených 6 fotografií detských tvárí v rôznych intenzívnych bolestivých stavoch, vedľa je vertikálna stupnica 0 – 100. Je určená pre identifikovanie bolesti u detí medzi 3 – 12 rokom (13).
4. **Vizuálna analógová škála (VAS)** – je vertikálna alebo horizontálna čiara ohraničená dvoma verbálnymi alebo obrázkovými bodmi ma každou konci predstavujúcimi dole stav bez bolesti a hore stav najsilnejšej možnej bolesti. Tieto škály sú validné pre deti staršie ako 5 rokov.
5. **FLACC scale** – Face (tvár), Legs (končatiny), Activity (aktivita), Cry (plač/krik) and Consolability

Tabuľka 1. COMFORT škála (5).

Čulosť (stav spánku a bdenia)	1. hlboký spánok
	2. plytký spánok
	3. ospalosť
	4. úplné prebudenie
	5. ostrážitosť
Upokojenie/ agitácia	1. pokoj
	2. ľahký nepokoj
	3. znepokojenie
	4. úzkosť
	5. panika
Respiračná odozva (u ventilovaných)	1. žiadny kašeľ a spontánne dýchanie
	2. spontánne dýchanie s miernym alebo žiadnym vplyvom na ventilátor
	3. občasný kašeľ alebo kladenie odporu ventilátoru
	4. aktívna interferencia s ventilátorom alebo pravidelný kašeľ
	5. boj s ventilátorom, kašeľ alebo dusenie
Krik/plač (u neventilovaných)	1. tiché dýchanie, žiadny plač
	2. vzlykanie alebo lapavé dýchanie
	3. stonanie
	4. plač, nariekanie
	5. krik, vreskot
Pohyblivosť	1. žiadny pohyb
	2. občasný mierny pohyb
	3. častý mierny pohyb
	4. prudké pohyby iba končatinami
	5. prudké pohyby vrátane trupu a hlavy
Krvný tlak (stredný)	1. krvný tlak nižší než normálne
	2. krvný tlak stále normálny
	3. vzácné zvýšenie tlaku o 15 % alebo viac (1 – 3 x v priebehu 2 min. observácie)
	4. časté zvýšenie tlaku o 15 % (>3x v priebehu 2 minútovej observácie)
	5. stále zvýšenie o 15 % alebo viac
Frekvencia srdca	1. srdcová frekvencia znížená
	2. srdcová frekvencia stále rovnaká
	3. vzácné zvýšená o 15 % nad normálnu (1 – 3 x v priebehu 2 min. observácie)
	4. často zvýšená o 15 % (> 3 x v priebehu 2 minútovej observácie)
	5. stále zvýšená o 15 % alebo viac
Tonus svalstva	1. svaly relaxované, žiadny svalový tonus
	2. redukovaný svalový tonus
	3. normálny svalový tonus
	4. zvýšený svalový tonus a flexia prstov na rukách a nohách
	5. extrémna rigidita a flexia prstov a nôh
Napätie na tvári	1. svaly tváre celkom relaxované
	2. svalový tonus na tvári normálny, žiadny výraz napätia
	3. viditeľné napätie niektorých svalov tváre
	4. viditeľné napätie všetkých svalov tváre
	5. svaly tváre tvoria grimasu

Obrázok 1. Oucher škála (13).



alebo zmeny intenzity v závislosti od aplikácie analgetickej liečby). Dôležitým diagnostickým prístupom je **klinický rozhovor**, ktorý môže slúžiť na poznanie bolesti ako celku u daného dieťaťa. V tomto období stúpa význam vstupného rozhovoru s dieťaťom. Vhodnou formuláciou otázok motivujeme dieťa na vyjadrenie bolesti, pomôžeme dieťaťu pri jej hodnotení (4). Dieťa pri rozhovore dokáže vysvetliť príčinu a niekedy vyjadrí aj svoj názor na ochorenie. Pre rozhovor musia byť vytvorené optimálne podmienky – pokoj, ticho, nezasahovanie rodičov, atmosféra dôvery, pochopenie detského pohľadu (9).

Posudzovanie *kvality bolesti* u detí je zložitejšie než u dospelých osôb. Je to preto, lebo si vyžaduje od pacienta výstižnú slovnú charakteristiku prežívanej bolesti. Práve táto podmienka je ťažko splniteľná u dieťaťa s nízkym vekom a malými skúsenosťami s bolesťou. Líšia sa aj výpovede hospitalizovaných a nehospitalizovaných detí v prospech hospitalizovaných. Kvalitu detskej bolesti môžeme posúdiť týmito spôsobmi (9):

1. *psychometrický prístup* – ako podklad slúži špeciálny dotazník *McGill Pain Questionnaire* (MPQ),

(schopnosť upokojiť) – táto škála bola vytvorená na hodnotenie pooperačnej bolesti u detí od 2 mesiacov do 7 rokov. Hodnotenie je jednoduché, určí sa v rozmedzí 0 – 2 bodov u každej položky, maximálne skóre je 10 (5).

V predškolskom a v mladšom školskom veku, sa používa analýza detskej kresby. Touto metódou možno zachytiť aj to, čo dieťa nevie celkom presne opísať slovnou, napríklad emocionálnu reakciu na bo-

lesť. Deti v tomto období personifikujú bolesť alebo ju vyjadrujú používaním farieb, predovšetkým červenej a čiernej. U jedincov v období puberty a adolescencie sa kresba využíva ako forma arteterapie (4).

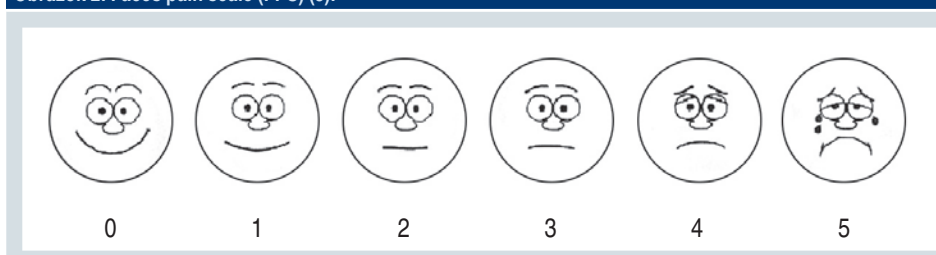
V školskom období možno v spolupráci s dieťaťom komplexne posúdiť jednotlivé stránky bolesti. Dieťa vie pomerne presne opísať kvalitu bolesti, časové súvislosti, zmeny intenzity bolesti (stupňovanie a zmiernenie v sledovanom časovom období

Tabuľka 2. FLACC škála (5).

	0	1	2
Tvář	Žiadny zvláštny výraz alebo smiech	Občas grimasy alebo zachmúrenosť, nezájum	Časté zachmúrenie, zatínanie čelustí, chvejúca sa brada
Končatiny	Relaxované v normálnej polohe	Nepokoj, tenzia	Kopanie, naťahovanie končatín
Aktivity	Ticho leží v normálnej pozícií, pohyby ľahké	Krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	Stáčanie sa do opistotonu, rigidita, krče
Krik/plač	Plač nie je prítomný	Stonanie, občasné nariekanie	Stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
Schopnosť upokojenia	Spokojnosť relaxácia	Upokojenie po pohladení, objatí, dohovore	Náročné utíšenie

Hodnotenie:
 0 = relaxácia a komfort
 1 – 3 = mierny diskomfort
 4 – 6 = stredná bolesť
 7 – 10 = silná bolesť, diskomfort

Obrázok 2. Faces pain scale (FPS) (3).



Obrázok 3. Faces pain assesment tool – Revised (FPS – R) (3).



ktorý je síce určený dospelým osobám, ale vhodnou modifikáciou je použiteľný aj u detí. Umožňuje rozlišovať senzoricko-diskriminačné, afektívne a evalvačné komponenty bolesti. Pre náročnosť sa v praxi používa krátka verzia dotazníka Short Form of The McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) (12);

2. **klinický prístup** – vychádza z predpokladu, že bolesť je súčasťou každodenného života, a že dieťa má pre prežívanú bolesť vlastné označenie a pomenovanie. Práve preto, že bolesť je subjektívnym zážitkom, tvrdia prívrženci tohto prístupu, že je užitočné vychádzať z individuálne používaných výrazov pre bolesť, či už majú charakter neverbálny (celkové správanie dieťaťa, výtvarný prejav) alebo verbálny. Keď požiadame dieťa, aby popisalo vlastnými slovami kvalitu pociťovanej bolesti, dozvieme sa veľmi zaujímavé označenia. Napríklad pri stomatologickej bolesti deti používajú širokú škálu výrazov: bola štekľivá, tlačivá, nepríjemná, štipľavá, „pichavá ako včela alebo komár“, „drnčivá, až sa mi točila hlava“, a pod.

Časový priebeh bolesti je dôležité dokumentovať predovšetkým pre plánovanie liečby. Čas má v diagnostike mnoho podôb (9).

- Ako často bolesť zisťovať? – neexistuje univerzálna odpoveď, záleží na type bolesti, veku

dieťaťa, diagnóze, a či ide o akútnu pooperačnú bolesť alebo bolesti brucha nejasnej etiológie.

- Detské chápanie času a detské označovanie výskytu javov v čase – týka sa toho, čo si deti sami predstavujú pod výrazmi, ktoré používajú, aby dospelých upovedomili o objavovaní sa ich vlastnej bolesti.
- Spôsob vyjadrenia zmien v čase – slovný opis spontánne vyjadrený dieťaťom alebo ponuka rôznych dotazníkov. Je možné aj grafické znázornenie časových intervalov bolesti.

Ďalšou dimenziou bolesti je *príčina bolesti*, čiže subjektívny názor dieťaťa na chorobu a bolesť.

Literatúra

1. Arnstein PM. a kol. Vše o léčbe bolesti. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
2. Bodáková D. Bolest v detskom veku. In: Zdravotnícké noviny. 1998, roč. III/ XLVII, č. 27, s. 3.
3. Clinical practice guidelines. The recognition and assessment of acute pain in children. [online]. September, 2002. [cit. 2008-4-25]. Dostupné na: <http://www.rcn.org.uk/resources/guidelines.php>.
4. Dobiášová E. Posudzovanie bolesti u detí. In: Ošetrovateľský obzor. 2005, roč. II, č. 1, s. 23–27.
5. Fendrychová J. Hodnotící metodiky v neonatologii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických obo-ru, 2004. 88 s. ISBN 80-7013-405-4.
6. Firment J, Studená A. a kol. Anestéziológia a intenzívna medicína. Vysokoškolské učebné texty. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, 2001. 326 s. ISBN 80-7097-442-7.
7. Kartousová B. Vybrané aspekty bolesti v ranom detskom veku. In: Bolest. 2000, roč. III, č. 3, s. 151–156.
8. Mareš J. Psychologické přístupy ke zjišťování dětské bolesti. In: Čs. pediatrie. ISSN 0069-2328. 1994, č. 4, s. 235–238.
9. Mareš J. a kol. Dítě a bolest. Praha: Grada Publishing, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-512-2.
10. Pain Assessment Tools, Neonatal/Infant Pain Scale [online]. júl, 2006 [cit. 2008-4-24]. Dostupné na: http://www.anes.ucla.edu/pain/assessment_tool-nips.htm.
11. Palyzová D. Dětská akutní bolest. In: Jak na bolest? ISSN 1214-5157. 2004, s. 24–33.
12. Smetana J. Možnosti hodnocení pooperační bolesti. In: Praktický lékař. ISSN 0032-6739. 2002, č. 11, s. 681–683.
13. Wong, D. Pain Assessment in Infants and Children [online]. Apríl, 2005. [cit. 2008-4-24]. Dostupné na: <http://www.mosbysdru-gconsult.com/WOW/#PPT>.

Diagnostickými metódami sú **rozhovor, dotazník, projektívne metódy, použitie modelových situácií**. Detské poňatie choroby a bolesti je veľmi závažné. Pátranie po skrytých problémoch, ktoré často stoja v pozadí a podmieňujú vnímanie bolesti u dieťaťa môže významne pomôcť pri liečbe bolesti. Dieťa nie je pasívnym recipientom bolestivých stimulov, ale bolestivý vnem moduluje na základe svojich skúseností, osobnostných črt, zvláštností rodinných vzťahov a skúseností.

K rizikovej skupine detí pri posudzovaní bolesti okrem novorodencov patria aj mentálne a fyzicky postihnuté deti. Je ťažké odhadnúť bolesť v tejto skupine. Bol vytvorený **Non-communicating Children's Pain Checklist** („Dotazník pre bolesť u nekomunikujúcich detí“), ktorý je založený na dialógu s rodičmi a opatrovateľmi postihnutých detí (7).

Posudzovanie bolesti u detí je veľmi náročné a metódy jej hodnotenia by sa mali stať rutinnou súčasťou starostlivosti o detského pacienta, pretože pomáhajú ošetrovateľom, sestram, rodičom i dieťaťu samotnému pri presnejšej diagnostike rôznych dimenzií bolesti. Metódy hodnotenia závisia od veku dieťaťa, predchádzajúcich skúseností, typu bolesti a od situácie, v ktorej bolesť hodnotíme. Hodnotiace škály upozorňujú a informujú nielen o bolesti, ale aj o účinnosti medikácie. Pri hodnotení bolesti má veľký význam kvalifikované posúdenie sestrou a spolupráca s lekárom. Sestra trávi s dieťaťom viac času ako ostatní zdravotnícki pracovníci a má i viacej možností pozorovať dieťa, a tak môže včas upozorniť lekára na to, že dieťa trpí. No najdôležitejšie je, aby ku každému dieťaťu pristupovala individuálne s cieľom vytvoriť vzťah založený na dôvere a aby nedopustila jeho utrpenie spôsobené bolesťou.



PhDr. Daniela Rybárová

KAIM, FNsp J. A. Reimana
 Holleho 14, 080 01 Prešov
 e-mail: rybarova@fnspresov.sk