

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA



ZKUŠENOSTI DĚTÍ S DIAGNOSTIKOU A TIŠENÍM BOLESTI
PŘI HOSPITALIZACI NA DĚTSKÝCH ODDĚLENÍCH

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

Bc. Kateřina Zellerová

2010

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma Zkušenosti dětí s hodnocením a tišením bolesti při hospitalizaci na dětských odděleních vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

Děkuji Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za velkou pomoc při psaní diplomové práce, trpělivost a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala sestrám i dětem, které se zúčastnily výzkumu a odpovídaly na otázky rozhovoru, i vedení nemocnic, kde mohl můj výzkum proběhnout.

ABSTRAKT – Zkušenosti dětí s diagnostikou a tišením bolesti při hospitalizaci na dětských odděleních

Klíčová slova: Dítě, bolest, hodnocení bolesti, léčba bolesti, hospitalizace

Diplomová práce „Zkušenosti dětí s diagnostikou a tišením bolesti při hospitalizaci na dětských odděleních“ se věnuje tématu dětské bolesti a jejího řešení. Tato problematika je hlavním tématem teoretické i praktické části práce, které se obě zaměřují na skupinu dětí v předškolním a školním věku.

Teoretická část práce popisuje současný stav problematiky, psychologii dítěte v předškolním a školním věku i bolest jako takovou i její specifika u dětí. Je jasné, že bolest u dítěte má své odlišnosti nejen v diagnostice a léčbě. Dítě reaguje jinak i při prožívání bolesti, a také se velmi uplatňují mýty, které přetrvávají o bolesti u dětí i v dnešní době. Je nutné si uvědomit, že dítě není zmenšenina dospělého a proto se musí péče o něj lišit. Zároveň však je třeba brát dítě jako celistvou bytost, která prožívá bolest, a hodnotit ji vždy objektivně na základě škál a dalších objektivních metod zvolených vhodně podle věku dítěte.

Výzkumná část práce je zaměřena na rozhovory s dětmi hospitalizovanými na dětských odděleních na téma jejich bolesti a rozhovory se sestrami. Porovnává informace získané z obou skupin respondentů a hledá odpovědi na otázky prožívání bolesti dítětem, hodnocení sestrou a léčbě. Z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo, že děti vnímají rozdíly v hodnocení a tišení bolesti v domácím prostředí a v nemocnici, hlavně ve změně osoby, na kterou se mají obracet a dále v používání nefarmakologických metod, které jsou matkou využívány doma více. Co se týká frekvence a způsobu hodnocení bolesti, děti si nejsou vědomy pravidelnosti hodnocení, ani neznají škály, které sestry uváděly jako nejčastěji používané. Léčba bolesti v nemocnicích je hlavně farmakologická. Děti však při podávání léku ne vždy dostávají informaci o účinku léku.

Zároveň tato část práce hledá možnosti a potřebu vzniku standardu pro hodnocení a tišení bolesti u dětí i nejdůležitější součásti, které by tento standard měl obsahovat. V souvislosti s tím je v práci vytvořen návrh standardu ošetrovatelské péče u dítěte s bolestí, který je součástí příloh.

Experience of children in assessment and treatment of pain in hospitalization at children's departments

Key words: Pain, child, nurse, hospitalize, pain assessment, pain treatment

The diploma thesis entitled "Experience of children in assessment and treatment of pain in hospitalization at children's departments" deals with the topic of children's pain and its treatment. The issue is the main topic of the theoretical and practical part of the thesis and both of them focus on children at their pre-school and school age.

The theoretical part of the thesis describes the current state of the issue, the psychology of a child at the pre-school and school age and also pain as such and its specifics in children. It is obvious that pain of a child is different not only in diagnostics and treatment. A child reacts differently also in experiencing pain, and also fables are often among people regarding pain that persist even these days. It is important to realize that a child is not a smaller adult, and that is why care for a child must be different. At the same time a child has to be taken as an integral human being who experiences pain and it always has to be assessed objectively according to scales and other objective methods selected according to the child's age. In this area, a big problem can be fables about children's pain that persist even in the current population.

The research part of the thesis is aimed at interviews with children hospitalized at children's departments regarding their pain and also interviews with nurses. It compares information obtained from both groups of respondents and it looks for answers to questions of experiencing pain by a child, assessment by a nurse and treatment. It is apparent from the results of the research that children perceived differences in assessment and treatment of pain at home and in hospital, particularly in the change of the person that have to approach, and also in using non-pharmacological methods that are used more by mothers at home. This regards frequency and the way of pain assessment; children are not aware of regularity of assessment, they do not know the scales that the nurses mentioned as those that are used most often. Treatment of pain in hospitals is mostly pharmacological. But children do not always get the information about effect of a drug when it is administered to them.

At the same time this part of the thesis looks for the possibilities and the need to create a standard for assessment and treatment of pain in children as well as the most important parts that the standards should contain. In this connection, a draft of the standard for nursing care of a child in pain was created within the thesis which makes up an appendix hereof.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Dítě.....	4
1.1.1 Předškolní věk.....	4
1.1.2 Školní věk	5
1.2 Co je bolest	6
1.2.1 Funkce bolesti	6
1.2.2 Příčiny vzniku bolesti	7
1.2.3 Vnímání bolesti.....	7
1.2.3.1 Fyziologie bolesti.....	8
1.2.3.2 Psychologie bolesti	9
1.2.4 Rozdělení bolesti.....	10
1.2.4.1. Dělení podle místa výskytu bolesti:.....	10
1.2.4.2 Dělení podle délky působení:	11
1.3 Bolest u dětí	12
1.3.1 Rozdíl ve vnímání bolesti u dospělého a u dítěte	13
1.3.2 Mýty o dětské bolesti	13
1.3.3 Projevy bolesti	15
1.3.4 Prožívání bolesti vzhledem k věku	16
1.3.4.1 Prožívání bolesti v předškolním věku.....	16
1.3.4.2 Prožívání bolesti ve školním věku	17
1.3.5 Hodnocení bolesti u dětí	17
1.3.5.1 Hodnocení bolesti dítětem	18
1.3.5.2 Spolupráce s rodiči při hodnocení bolesti.....	18
1.3.5.3 Anamnéza bolesti.....	19
1.3.5.4 Topologie bolesti	19
1.3.5.5 Intenzita bolesti.....	20
1.3.5.5.1 Jednoduché nástroje pro měření intenzity bolesti.....	20
1.3.5.5.2 Multidimenzionální metody měření bolesti.....	23
1.3.5.6 Monitorace účinku léčby bolesti.....	24
1.3.5.7 Frekvence hodnocení bolesti	24
1.3.6 Léčba bolesti u dětí	25
1.3.6.1 Farmakologická léčba bolesti u dětí	25
1.3.6.2 Nefarmakologická léčba bolesti.....	26
1.3.6.2.1 Fyzikální terapie	27
1.3.6.2.2 Alternativní a doplňková terapie.....	29
1.3.6.2.3 Kognitivní a behaviorální přístupy	30
1.3.6.2.4 Placebo efekt.....	32
1.3.7 Role sestry v péči o dítě s bolestí.....	32
1.4 Hospitalizace dítěte.....	33
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
3 METODIKA VÝZKUMU.....	35
3.1 Použité metody a technika sběru dat.....	35

3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
3.3 Otázky pro rozhovor s dítětem.....	36
3.4 Otázky pro rozhovor se sestrou	36
4 VÝSLEDKY	37
4.1 Kazuistiky děti	37
4.2 Kazuistiky sestry	46
4.3 Kvantifikace dat	57
4.3.1 Kvantifikace dat získaných rozhovorem s dětmi a z dokumentace dětí	57
4.3.2 Kvantifikace dat získaných rozhovorem se sestrami:.....	72
5 DISKUZE	88
6 ZÁVĚR	94
7 KLÍČOVÁ SLOVA	96
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	97
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	103

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila „Zkušenosti dětí s hodnocením a tišením bolesti při hospitalizaci na dětských odděleních“. Toto téma jsem si vybrala, protože bolest je nepříjemným prožitkem, který může dítě ovlivnit na celý jeho další život, ale zároveň je i nejzákladnějším příznakem a synonymem nemoci. Přestože je tedy bolest varovným signálem, může se za některých okolností stát zbytečným utrpením a výrazně snižovat kvalitu života dítěte. V medicíně i ošetrovatelství se jako hlavní filosofie uplatňuje holismus, celostní přístup k člověku. To je důvod, proč je třeba zahrnout do péče nejen tělo, ale i duši. Pokud trpí dítě bolestí, jsou postiženy obě tyto části osobnosti. Medicína zná v dnešní době mnoho způsobů, jak bolest tlumit pomocí farmakologických i nefarmakologických metod. Aby však mohlo být přistoupeno k samotnému tlumení bolesti, musí být bolest nejprve rozpoznána a správně diagnostikována. U dětí je velkým problémem objektivní zhodnocení bolesti. Bolest bývá často podceňována, jelikož chování nemusí odpovídat míře bolesti, kterou dítě prožívá.

Většina prací zabývajících se touto problematikou a se zaměřuje především na hodnocení a tlumení bolesti u novorozenců, kojenců a batolat. Má práce se proto zabývá bolestí u dětí v předškolním a školním věku. Na tuto věkovou skupinu je zaměřen popis současného stavu i výzkumná část práce, jejímž cílem je zmapovat techniky hodnocení a tišení bolesti používané na dětských odděleních, zjistit jaké zkušenosti mají děti a porovnat je s názory a hodnocením sester.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Dítě

Děťmi se zabývá medicínský obor nazvaný pediatrie. Do tohoto oboru spadají děti a mládež od početí do 18 let života včetně.

Pro potřeby pediatrie se používá následující dělení dětského věku.

- prenatální věk (od početí do narození),
- novorozenecký věk (od narození do 28. dne života),
- kojenecký věk (do 1 roku života),
- batolecí věk (od 1 roku do 3 let),
- předškolní věk (od 3 let do 5 - 6 let),
- školní věk:
 - o mladší školní věk (od 6 do 12 let),
 - o starší školní věk (od 12 do 15 let),
- dorostový věk (od 15 do 18 let včetně) (47, 48).

Pro účel této práce je třeba věnovat se psychologii předškolního a školního věku, která je popsána v následujících kapitolách.

1.1.1 Předškolní věk

Jako předškolní označujeme dítě ve věku mezi 3 a 5 lety, v některé literatuře je uváděno mezi 3 až 6 lety. Obecně končí předškolní věk začátkem školní docházky. Tento věk je charakteristický zpomalením růstu a rozvojem schopností potřebných ke školní docházce. Jedná se o schopnosti motorické, sociální a kognitivní.

Podle Piageta je toto období nazýváno jako preoperativní. Dítě se učí manipulovat se symbolickým světem, ale problém má s odlišením skutečnosti a fantazie. Může se u něj objevit strach z představ a snů, egocentrické vnímání a interpretace světa. Viní se

z událostí, které se stávají kolem něj, nebo z onemocnění sebe a svých blízkých (18, 47).

1.1.2 Školní věk

Školní věk začíná nástupem dítěte do školy. Jeho věkové vymezení je udáváno od 6 do 12 (v některé literatuře do 15) let. Věkové rozmezí mezi 6 a 11 lety se označuje jako mladší školní věk, od 11 do 15 let lze mluvit o starším školním věku. V tomto věku se dítě zabývá více skutečností, než fantazií na rozdíl od předškoláků.

Piaget označuje toto období jako období konkrétních operací. Dítě je schopno řešit konkrétní problém pomocí myšlenkových operací o více než jedné proměnné. Dítě také začíná chápat souvislost příčiny a následku. Pro dítě ve školním věku je nejvýznamnějším cílem uspět ve škole. Případné neúspěchy se mohou projevit výchovnými problémy. Proto se v tomto období může nově objevit pocit méněcennosti, kterým dítě reaguje právě na dlouhodobý nezdar a kritiku. Velkým rizikem je tedy vznik vývojového selhání, při kterém může dojít například ke vzniku školní fobie, nebo vzniku psychosomatických onemocnění.

Ve starším školním věku dochází k začátku pohlavního dospívání. Toto období lze také označit jako preadolescentní. Dítě neposlouchá, reptá, důležitá je pro něj sounáležitost s partou. Děti v tomto věku si více všímají svého těla a dobírají si vrstevníky kvůli odlišnostem. Péče o tyto děti je obtížná. Potřebují svobodu a těžko se podřizují nařízením ze strany dospělých (6, 18, 40).

1.2 Co je bolest

Podle definice, na které se shodla Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) a kterou přijala Světová zdravotnická organizace, je bolest nepříjemný senzorický a emocionální prožitek s akutním nebo hrozícím poškozením tkání. Důležitým dodatkem je, že bolest je vždy subjektivní a existuje přesně v té míře, jakou udává pacient, přestože se vnímání bolesti u různých jedinců liší. Jedná se o fyziologický děj, na němž závisí přežití organismu a který také pomáhá udržovat homeostázu. Jestliže však bolest není kontrolována a tlumena, ztrácí svůj původní význam a může naopak zpomalovat hojení, přispívat k rozvoji komplikací a způsobovat zbytečné utrpení (11, 27, 37).

1.2.1 Funkce bolesti

Je nutno mít na paměti, že bolest je pro lidský organismus vlastně obranou, která spouští ochranné mechanismy.

Jedná se o ochranný mechanismus reflexní, který chrání organismus vyvoláním reflexního odtažení od předmětu působícího bolest. Jako příklad může sloužit třeba odtažení ruky z horké plotny, nebo zvednutí nohy našlapující na ostrý předmět. Dalším mechanismem vyvolaným bolestí je reakce humorální, kdy organismus vyplaví nejen lokálně působící látky, ale zároveň i endogenní opioidy, které bolest mírní. Instinktivní volní jednání způsobené pocitem bolesti směřuje k odstranění bolesti. Sem řadíme například únikovou reakci. Poslední funkcí bolesti je vyvolat snahu o zachování, nebo navrácení poškozeného zdraví. Vždyť co je pro člověka víc motivující k navrácení zdraví, než bolest. Tato reakce se ovšem vyskytuje pouze u člověka (27).

1.2.2 Příčiny vzniku bolesti

Bolest může být způsobena různými mechanismy. Příčiny vzniku bolesti můžeme rozdělit na biologické, chemické, psychosociální a fyzikální.

Fyzikální faktory vzniku bolesti jsou velmi časté. Jedná se o tlak, teplo, nebo působení síly. Můžeme sem zařadit mechanismus vzniku všech úrazů. Mezi biologické příčiny vzniku bolesti lze zařadit působení mikroorganismů, nebo zhoubné bujení. Psychosociální příčiny vzniku bolesti jsou například hospitalismus, stres a emoční strádání. Z chemických látek, způsobujících bolest je možno jmenovat například dezinfekční prostředky, nebo čisticí a endogenní i exogenní toxiny.

Obecně lze říci, že organismus reaguje bolestí na jakékoliv podráždění a to nejen podráždění objektivní, ale i subjektivní ve smyslu psychosociálních příčin. Může existovat vjem bolesti bez zjevné příčiny a naopak se bolest nemusí objevit, přestože působí prokazatelná příčina (2, 11).

1.2.3 Vnímání bolesti

Jak je jasné z definice, vnímání bolesti má více podob. Bolest vnímá nejen tělo, ale zároveň i duše, a stejně tak na bolest tělo i duše reaguje. K pochopení vjemu bolesti, je třeba brát v úvahu fyziologické i psychologické faktory vnímání bolesti. Vjem bolesti je zcela individuální a může ho ovlivňovat mnoho faktorů. Tolerance k bolesti u člověka je závislá na:

- prahu bolesti,
- časových úsecích (životní období, část dne, atd.),
- významu, který je bolesti přikládán,
- etnických a kulturních rozdílech,
- očekávání nastávající bolesti,
- míře úzkosti a strachu,
- vzájemných vztazích (8, 11).

V souvislosti s vnímáním bolesti je třeba si uvědomit existenci Headových zón a vrátkové teorie kontroly bolesti. V Headových zónách se projevuje zvýšení citlivosti nocireceptorů na kůži a to v oblasti, která je inervována stejnou kořenovou inervací jako orgán postižený bolestí. Tento jev je nazýván iradiační bolest. Vrátková teorie kontroly bolesti propojuje fyziologické i psychologické reakce a ukazuje na možnost potlačení či podpoření transmise (přenosu) bolestivých podnětů do mozku. Podle této teorie lze označit první neuron bolesti v zadních rožích míšních jako „vrátka“, která silné podněty zeslabují, aby mozek nebyl zahlcen a slabé podněty zesilují, aby mohly být mozkiem zpracovány. Ale zároveň mohou být „vrátka“ ovlivněna psychickým stavem jedince, takže například stres může vrátka pootevřít a tím zvýšit míru vnímání bolesti (11, 12).

1.2.3.1 Fyziologie bolesti

Poškození tkáně vyvolá reakci na volných nervových zakončeních a vznikne akční potenciál, který je veden do centrální nervové soustavy, kde je vyhodnocen. To je velmi jednoduché schéma vedení bolesti. Ve skutečnosti je však proces vjemu bolesti mnohem složitější (27).

Důležité je, že vnímání bolesti není součástí somatosenzorického systému, ale tvoří samostatný systém, který má se somatosenzorickým systémem mnoho společných drah a míst. Tento systém je nazýván systém nocicepcí. Na jeho začátku jsou volná nervová zakončení, která jsou zodpovědná za nocicepci (vnímání bolesti) a nazývají se nocireceptory. Tyto nocireceptory jsou uloženy na periferiích (v kůži, kloubech, nebo svalech) i v centrálním nervovém systému (v míše, mozkovém kmeni, thalamu a mozkové kůře). Při podráždění nocireceptorů jsou ve tkáních uvolňovány látky tlumící nebo podporující vjem bolesti. Jedná se o prostaglandiny, histamin, serotonin, enkefaliny, nebo bradykinin.

Z nocireceptorů je podráždění vedeno pomocí tří druhů neuronových vláken do zadních rohů míšních. Neuronová vlákna vedoucí bolest lze rozdělit na nemyelinizovaná, která vedou „pomalou“ bolest, dále vlákna slabě myelinizovaná pro „rychlou“ bolest a vlákna

silná (myelinizovaná) vedoucí ostrou bolest. V zadních rozích míšních končí nocicepční vlákna u prvního neuronu bolesti. Odtud jsou vedeny pomocí spinothalamických drah do thalamu, kde je druhý neuron bolesti a odtud do třetího neuronu bolesti v mozkové kůře, kde je vjem bolesti analyzován. Část vláken z druhého neuronu bolesti končí v hypothalamu a limbickém systému. Tak vzniká psychická reakce na bolest (strach, úzkost) (46).

1.2.3.2 Psychologie bolesti

Podle konceptuálního modelu bolesti lze proces vnímání bolesti rozdělit na čtyři fáze. Je to vnímání bolesti (nocicepce), bolest (pain), utrpení a strádání (suffering) a bolestivé chování (pain behaviour).

Nocicepce a bolest jsou součástí fyziologie vnímání bolesti. Do psychologie patří utrpení a bolestivé chování. Bolest vytváří emocionální tíseň vedoucí ke stresu a prožívání negativních emocí, které se projeví bolestivým chováním. Pacient trpící bolestí může prožívat úzkost, strach, hněv, sklíčenost, nebo deprese. Ve vyhraněných reakcích na bolest se může vyskytnout i úporný hněv, úzkostné stavy, nebo hluboké deprese. Bolest může zhoršovat očekávání a měnit pacientův názor na to, zda je jeho nemoc léčitelná, či nikoli. Pacient přesvědčený, že jeho nemoc bude progredovat prožívá bolest více, než pacient přesvědčený, že bolest je stabilizována, nebo se bude zlepšovat. Větší bolest pak u pacienta přesvědčeného o zhoršování stavu vyvolá větší stres a zhorší prožívání bolesti (8, 11, 46).

Bolestivé chování je jediným objektivním znakem prožívání bolesti. Patří sem grimasy, pláč, vzdychání, zaujetí úlevové polohy, hovory o bolesti, opakované návštěvy u lékaře, nebo na sesterň, ale i uzavřenost, nebo zhoršená spolupráce s ošetrovatelským personálem. Účelem tohoto chování je upozornit okolí na to, že pacient cítí bolest. Pokud se jedná o bolest chronickou, může být bolestivé chování nepřiměřené objektivnímu nálezů. Důsledkem toho může lékař, nebo sestra, mít odlišný názor

na míru bolesti než pacient. Proto je bolestivé chování a jeho hodnocení nejsložitějším problémem v léčbě nemocí (46).

1.2.4 Rozdělení bolesti

Bolest lze rozdělit podle místa výskytu v organismu na somatickou, viscerální, projikovanou a přenesenou. Další dělení rozlišuje bolest podle délky jejího působení na akutní, chronickou, protrahovanou a chronickou recidivující bolest. Dělení bolesti je důležité pro správnou volbu léčby (39).

1.2.4.1. Dělení podle místa výskytu bolesti:

Somatická bolest

Somatickou bolest můžeme dále rozdělit na povrchní a hlubokou. Povrchní somatická bolest vzniká v kůži a je dobře lokalizovatelná. Hluboká somatická bolest je lokalizovatelná hůře, protože vyzařuje do svého okolí. Tato bolest vychází z kostí, svalů, kloubů a vazivového aparátu.

Viscerální bolest

Viscerální bolest se většinou projevuje ve formě spasmů a kolik. Jedná se o bolest dutých orgánů, která bývá difúzní a těžko lokalizovatelná.

Projikovaná bolest

Bolest projikovaná je důsledkem podráždění, nebo útlaku nervu, a objevuje se distálně od místa podráždění. Jako příklad je typicky uváděn útlak nervu tumorem, nebo parestzie při dráždění jizvou.

Přenesená bolest

Přenesená bolest vzniká podrážděním vnitřních orgánů a je přenesena na povrch těla v oblasti příslušných segmentů míšních nervů. Pacient může bolest cítit jako povrchní i hlubokou a je schopen určit její původ (39).

1.2.4.2 Dělení podle délky působení:

Akutní bolest

Akutní bolest je příznakem akutního poškození tkání a má funkci varovného signálu, je tedy účelná. Trvání akutní bolesti může být od několika minut do několika týdnů. V případě, že trvá déle než 1 týden, bývá v některé literatuře označována jako bolest protrahovaná. Akutní bolest vymizí po kauzální léčbě, ale v průběhu vnímání bolesti je třeba i léčba symptomatická.

Protrahovaná bolest

Protrahovaná bolest trvá 1-4 týdny, vyskytuje se u stavů obtížně diagnostikovatelných, vzniká na organickém podkladě a není kausálně léčitelná.

Chronická bolest

Jako chronická bolest je označována bolest trvající déle než 3 až 6 měsíců, nebo bolest, která trvá významně déle, než je pro onemocnění typické. Tato bolest ztrácí svůj varovný význam a může se stát onemocněním sama o sobě. Kauzální léčba chronické bolesti téměř neexistuje. U chronické bolesti má největší význam léčba symptomatická, ale významné uplatnění zde nalézají i nefarmakologické postupy, psychoterapie, někdy také podání antidepressiv, či netradiční postupy jako akupunktura, nebo hypnóza.

Průlomová bolest (Chronická recidivující bolest)

Průlomová bolest může být označena i jako záchvatovitá, nebo epizodní. Jedná se o exacerpace bolestí, které nasedají na trvající bolest, nebo se objevují mezi stádií klidu, kdy je pacient bez bolestí. Jedná se vlastně o druh chronické bolesti (10, 14, 39).

1.3 Bolest u dětí

Jak již bylo popsáno v části práce, která pojednává o bolesti obecně, je bolest subjektivním prožitkem. Toto platí i u dětí. Pro dítě je prožívání bolesti silně negativním zážitkem, protože nerozumí důvodu, proč ho něco bolí. Tyto negativní zážitky si pak může pomatovat i celý život. Pro dospělé v okolí jsou podnětem k řešení bolesti projevy v chování a reakcích dítěte. Pokud dítě svou bolest najevo nedá, například kvůli strachu z léčby, nebývá bolest tlumena. Okolí totiž podléhá dojmu, že pokud si dítě nestěžuje, nic ho nebolí. Naopak, jestliže dítě dává bolest najevo dostatečně, může být označeno jako problémové. Zdravotníci mají tendenci projevenou bolest podceňovat nebo naopak přeceňovat a hodnotit fyziologickou podstatu bolesti. Častým závěrem pak může být konstatování, že tolik to bolet nemůže, případně, že to dítě bolet musí. Je proto důležité hodnotit bolest co nejobjektivněji (51, 36).

První srovnávací studie zabývající se dětskou bolestí se objevila v roce 1977 v USA. Studie ukázala na nedostatečné tlumení bolesti u dětí. Bylo porovnáno 25 dětí a 18 dospělých po velkých chirurgických výkonech, jako například amputace, nebo nefrektomie. Dospělí pacienti dostali v průběhu hospitalizace 372 dávek narkotik a 299 dávek jiných analgetik. Naproti tomu dětským pacientům bylo podáno pouze 24 dávek analgetik, a to jenom u 12 z nich. Třináct dětí tedy zůstalo po těchto výkonech zcela bez analgezie. Do té doby byla dětská bolest považována za nepodstatnou a uplatňoval se mýtus, že dítě bolest necítí, nebo ji velmi dobře toleruje. Toto popisují ještě koncem 60. let dětské chirurgové jako běžnou věc.

Dětská bolest byla tedy dlouho podceňována, dnes už je známo, že dítě pociťuje bolest již jako plod na konci druhého trimestru. Mnohé výzkumy ukázaly strach z bolesti jako horší prožitek, než je bolest sama. To platí obzvláště u dětí a je třeba na to myslet při přípravě na bolestivé výkony, protože tak může být lépe zajištěna spolupráce dítěte (3, 26).

1.3.1 Rozdíl ve vnímání bolesti u dospělého a u dítěte

Vnímání bolesti u dospělého a u dítěte má mnoho oblastí, ve kterých se velmi liší, ale dají se najít i shody. Například to, že je prožitek bolesti vždy spojen s negativními emocemi, nebo schopnost lokalizovat bolest. Stejně jako dospělý je dítě za použití vhodné metody schopno lokalizovat bolest do určitého místa. Toto je samozřejmě omezeno věkem, ale dítě, které mluví, může bolest i lokalizovat. Jedná se tedy již o děti v batolecím, nebo předškolním věku (22).

Co se týče rozdílů ve vnímání a prožívání bolesti, lze jich popsat mnoho. Zde jsou vyjmenovány alespoň nejdůležitější z nich.

- Dítě přivedou k lékaři rodiče, na rozdíl od dospělého, který přijde sám. Záleží na tom, jak rodiče dovedou rozpoznat, že má dítě bolest, jak na ni reagují a po jaké době se rozhodnou jít k lékaři.
- Dítě nerozumí bolesti a nechápe její příčinu.
- Dítě se s bolestí teprve seznamuje, učí se ji rozpoznávat, lokalizovat a zvládat.
- Dítě nedokáže přesně popsat kvalitu, časový průběh a ovlivnitelnost bolesti.
- U bolestivých výkonů je třeba dítě na bolest připravit, jinak hrozí, že odmítne spolupráci.
- Dítě se vždy brání bolestivému výkonu (22).

1.3.2 Mýty o dětské bolesti

Vzhledem k nedostatečnému výzkumu v oblasti dětské bolesti byla bolest u dítěte opředena spoustou mýtů. Některé přetrvávají v populaci dodnes. Jedná se o tyto mýty:

- Děti necítí bolest, nebo ji cítí méně než dospělí.
- Děti nejsou schopny lokalizovat bolest.
- Děti odpovídají na otázky o intenzitě bolesti pravdivě.

- Chování dítěte odráží míru jeho bolesti.
- Opioidy mají u dětí více vedlejších účinků a vniká více závislosti.
- Dítě bolest zapomene.
- Příprava na bolest je u dítěte zbytečná (26, 31).

K mýtu, že děti necítí bolest, nebo ji cítí méně, se vztahuje teorie, která tvrdí, že díky nezralému nervovému systému nemá dítě vyvinuté receptory a nervové dráhy pro vedení bolesti. Ovšem již u nedonošených dětí je nervový systém kompletně vyvinut a plně funkční. Změny vznikající na základě podráždění nocireceptorů jsou stejné, ne-li větší než u dospělých.

O schopnosti dítěte lokalizovat svou bolest bylo pojednáno již v kapitole o rozdílech mezi vnímáním bolesti u dítěte a u dospělého. Za použití vhodné techniky je tedy dítě, které je schopno mluvit, schopno i lokalizovat svou bolest.

Co se týče otázek na intenzitu bolesti, nebo chování dítěte a jeho reakce na bolest, dítě se teprve učí rozpoznávat intenzitu své bolesti a je tedy snadno ovlivnitelné. Intenzita vnímané bolesti se liší u různých kultur a tyto kulturní modely se mohou od biomedicínckých měřítek velmi lišit. Vhodné chování a reakce na bolest se dítě učí od svých rodičů. Rodiče také mohou vyžadovat odlišné chování od dítěte různého věku. Ve čtyřech letech lze ještě reagovat na bolest pláčem, ale u osmiletého dítěte to může být pro rodiče nepříjemné.

Analgetika u dítěte mohou mít mnoho nežádoucích účinků a hrozí velké riziko vzniku závislosti. To je jeden z nejčastějších mýtů o dětské bolesti. Léčba opioidy však prokazatelně nevyvolává trvalou psychickou nebo fyzickou závislost více než u dospělých pacientů. U dítěte i u dospělého může vzniknout tolerance, při které je nutné zvýšení dávek. Tolerance ovšem neznamená závislost.

Dítě se nechce vracet k prožité bolesti a vyprávět o ní, z toho by bylo možno vyvodit, že bolest má u dítěte pouze přechodný efekt. U dětí však paměť funguje na principu znovuvybavení. Dítě tedy pozná, že ho čeká něco zlého, pokud se dostane na místo, kde prožilo bolestivý zážitek. Důsledkem pak může být strach z lékařů, syndrom bílého pláště nebo strach z pobytu v nemocnici.

Poslední mýtus se týká přípravy dítěte na prožitek bolesti. Podle tohoto mýtu starší dítě bolest prostě vydrží a mladší dítě bude po přípravě plakat a bránit se stejně, jako kdyby nebylo předem vystrašeno tím, co má přijít. Dalo by se tedy říci, že příprava dítěte na bolestivý výkon je podle této teorie zcela zbytečná. Ve skutečnosti se naopak doporučuje důkladná příprava dítěte, s tím, že je vhodné, udělat z dítěte pomocníka a ne jen pasivní objekt. Dále je třeba upravit prostředí, zajistit přítomnost rodičů a u starších dětí důkladně vysvětlit postup. Přítomnost rodičů při zákrocích je většinou prospěšná, ale záleží na chování rodičů a jejich zvládnutí situace (22, 26, 40, 52).

1.3.3 Projevy bolesti

Po fyziologické stránce reaguje organismus na akutní bolest v organismu zvýšením krevního tlaku, prohloubením dýchání, růstem svalového napětí a motorickým neklidem. Dále nastává vasokonstrikce, mydriáza, může se objevit i paralýza střev, retence moči a při silné bolesti dokonce katabolismus nebo hyperglykémie (37).

Kromě fyziologických změn v organismu sledujeme u dítěte další projevy akutní bolesti:

- slovní nebo mimické vyjádření bolesti, například naříkání, pláč nebo křik,
- změny tělesné aktivity, tedy zaujímání obranných postojů a úlevových poloh, odtahování končetin, trhavé pohyby nebo šetření a odlehčování bolestivých končetin,
- vegetativní projevy jako je bledost, zrudnutí nebo pocení,
- úzkost, strach, psychická alterace, poruchy spánku nebo chorobná uzavřenost,
- nevolnost, poruchy tolerance stravy nebo zvracení (2).

U chronické bolesti se objevují další příznaky:

- poruchy socializace, například odmítání zrakového kontaktu, negativní reakce na dotyk, nebo omezení tělesné a společenské aktivity,
- ztrhaný výraz v obličeji,
- nedůvěra ve vlastní síly a pocit méněcennosti,
- změněné myšlení, jako je například katastrofické myšlení, egocentrismus nebo generalizace,
- změny tělesné hmotnosti, až anorexie,
- shut down syndrom, což znamená, že děti nereagují ani na velmi silné bolestivé stimuly,
- zpomalení vývoje (2).

1.3.4 Prožívání bolesti vzhledem k věku

Prožívání bolesti je ovlivněno řadou faktorů, mezi něž patří i věkové období, ve kterém se dítě právě nachází (51).

1.3.4.1 Prožívání bolesti v předškolním věku

Předškolní děti již dokáží vyjádřit bolest verbálně, lze u nich použít mnoho diagnostických metod ke zjištění intenzity bolesti. Dítě potřebuje i během prožitku nemoci a bolesti dostatečný prostor pro hru a rozvoj vlastní podnikavosti. Předškoláci mají strach z bolesti, jehel a krve. Často si myslí, že bolest je trestem za jejich chování. Myšlení předškolních dětí je čistě magické a je do něho z velké části zapojena fantazie. Na základě fantazijního myšlení mohou vznikat sklony k pocitům viny a ke vzniku fobií. Dítě má potřebu porozumět svému tělu i bolesti. Příprava na bolestivé výkony je v tomto věkovém období nutná. K přípravě na bolest, nebo hospitalizaci, lze využít symbolickou hru a tedy zapojit herního terapeuta. Kontakt s rodinou je při prožívání nemoci a bolesti velmi důležitý a vzhledem k častým emočním regresům u dětí může často docházet k výrazné separační úzkosti (40, 42).

1.3.4.2 Prožívání bolesti ve školním věku

Školní děti mají lepší logické myšlení než předškoláci a zlepšuje se jejich slovní zásoba. Diagnostika bolesti u těchto dětí je jednodušší. Stále mají velkou fantazii, takže jejich obavy a představy mohou být někdy děsivé a je těžké je odhalit. Mívají již představu o příčinách bolesti. Dítě v mladším školním věku má přirozenou potřebu soutěžit s vrstevníky a snaží se uspět a vyhovět dospělým i v případě prožívání nemoci, nebo bolesti. Motivací pro spolupráci při léčbě bolesti pro něj může být možnost zlepšení výkonnosti a zdatnosti.

Ve starším školním věku začíná dítě přebírat zodpovědnost za sebe a svou bolest. Je proto důležité co nejvíce ho zapojit do rozhodování o postupu při léčbě a tlumení bolesti. Velkou výhodou bývá jednat s dítětem samotným, bez přítomnosti rodičů. Zapojení rodiny do diagnostiky a léčby je však stále důležité (40, 42).

1.3.5 Hodnocení bolesti u dětí

Podle Americké akademie pediatriů je povinností všech zdravotníků předvídat bolestivou zkušenost, důkladně monitorovat přítomnost bolesti, její intenzitu, a také odpověď na léčbu. Bolest by měla být hodnocena podle spolehlivých, platných a klinicky citlivých nástrojů. Dokumentace o vývoji bolesti musí být vedena jasně a zřetelně. Umístění dokumentace na viditelném místě je vhodné, neboť značně zlepšuje komunikaci mezi zdravotníky (53).

Kvalitní hodnocení bolesti obsahuje popis lokalizace, trvání a propagace. Dále nesmí chybět příčina a popis bolesti, jak ho uvádí rodina a dítě samo. Velmi důležitá je i intenzita bolesti, která se hodnotí pomocí měřítek a škál bolesti.

Při hodnocení bolesti postupujeme podle schématu, které zahrnuje:

- popis bolestivých pocitů (dítětem, nebo jeho rodiči),
- klinické vyšetření,
- sledování chování,
- určení stupně intenzity bolesti a diagnostický závěr.

Nejlepším pozorovatelem bolesti je sestra, která tráví s dítětem nejvíce času. Pokud dítě komunikuje, je třeba vytvořit vhodné prostředí ke sdělování bolesti a získat jeho důvěru. Proto je sestra, kterou dítě zná, důležitou osobou usnadňující monitoraci bolesti (7, 21).

1.3.5.1 Hodnocení bolesti dítětem

U dítěte je důležité zjistit, jak samo hodnotí a zvládá bolest, jak ji popisuje, jaká slova pro ni používá i komu by se s bolestí svěřilo. Pro toto zjištění existuje několik jednoduchých otázek, které můžeme dítěti položit:

- Řekni mi, co je bolest.
- Řekni mi o bolesti, která Tě postihla.
- Řekl/a jsi o bolesti někomu? A pokud ano, tak komu?
- Co sám/a děláš, když cítíš bolest?
- Co bys chtěl/a aby ostatní udělali, když cítíš bolest?
- Co Ti nejvíc pomůže od bolesti?
- Existuje něco, co by chtěl/a o své bolesti říct (21)?

1.3.5.2 Spolupráce s rodiči při hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti a sledování účinků její léčby je společným úkolem zdravotníků, rodičů i samotného dítěte. V nemocnici je úkolem sestry a lékaře poučit rodiče i dítě, co všechno mají sledovat. Dalším důležitým úkolem sestry je, aby sama hodnotila bolest a léčbu. V domácím prostředí je nejčastější chybou rodičů to, že si nevšímají příznaků a nepomatuji si ani základní údaje o bolesti. Dítě si tyto údaje většinou ještě samo nepomatuje, nebo je není schopno správně časově zařadit. Proto je pro některé rodiče velmi výhodné zaznamenávat všechny údaje o bolesti a svůj záznam potom přinést sebou k lékaři. Je tedy nutné poučit rodiče, čeho by si měli doma všimnout, a že by měli vždy mluvit pravdu, ať už se jedná o intenzitu bolesti, nebo to, že z různých důvodů nepodali dítěti lék (41).

1.3.5.3 Anamnéza bolesti

Popis bolestivých symptomů, neboli anamnéza bolesti, je jednou z nejdůležitějších součástí hodnocení bolesti. Informace o bolesti a onemocnění mohou pomoci při volbě nejvhodnějšího způsobu léčby.

Jako anamnéza se označuje rozhovor kvalifikované sestry, nebo lékaře, s pacientem. Při tomto rozhovoru sestra zjišťuje osobní anamnézu (informace o prodělaných onemocněních a zdravotním stavu), rodinnou anamnézu (nemoci a dědičná onemocnění v rodině), sociální anamnézu (informace o sociálním a rodinném životě), u adolescentů i pracovní anamnézu (u dospělých se týká zaměstnání, u adolescentů práce na brigádách) a samozřejmě informace o bolesti a jejích základních charakteristikách, faktorech, které bolest vyvolávají a doprovodných symptomech. Důležitou složkou je zjištění vlivu bolesti na spánek, přijímání potravy a ostatní aktivity, a také informace o dřívějších pokusech kontrolovat bolest a jejich účinnosti, případně zjištění úlevových momentů.

Pro získání informací o základních charakteristikách bolesti lze využít různé dotazníkové metody (u školních dětí), mapy bolesti, analogové, nebo vizuální škály, a také zaznamenávání neverbálních projevů dítěte. U malých dětí se anamnéza i využití různých metod hodnocení může stát součástí hry. Slova nemusí být pro menší děti dostatečně srozumitelná a forma hry jim umožní lépe vyjádřit své pocity, například ztotožněním se s hračkou, na kterou pak přenášejí své pocity (20, 30, 34, 35).

1.3.5.4 Topologie bolesti

I u dětí je nejjednodušším způsobem zjišťování topologie bolesti otázka „Kde to bolí?“. Dítě je schopno alespoň přibližně ukázat bolestivé místo.

Další možností je využití dotazníkové formy zjištění lokalizace podle Kabat-Zinna z roku 1983. Tato metoda je nazývána Body Parts Problem Assessment, je založena na verbálním označení místa bolesti a vyplňuje se zaškrtnutím názvu části těla, kde se bolest vyskytuje. Problém může být v milné představě o umístění jednotlivých orgánů. Další možností hodnocení lokalizace bolesti je kresba, neboli skica těla. Tato

metoda slouží k zaznamenání místa a druhu zažití bolesti a také jejího zdroje. Je vhodná pro pacienty s více zdroji bolesti. Nákresy se provádějí opakovaně a zaznamenávají se do nich změny. Tyto nákresy mohou sloužit zároveň jako dokumentace hodnocení bolesti. Velmi podobnou metodou je Pain Chart, čili mapa bolesti (viz příloha A). Autorem této metody je M. Margoles. Jedná se o plošné zobrazení lidské postavy, na které pacient zaznamenává údaje o své bolesti. Pacient na obraze těla zobrazuje pomocí barevných tužek lokalizaci bolesti a, podle systému barev, charakter bolesti. V tomto systému označuje pacient bolest jako takovou modře, červená barva znamená pálivou bolest, žlutá tupou bolest a zelená označuje bolest svíravou. Účelem je co nejpřesnější lokalizace bolesti (30, 34).

1.3.5.5 Intenzita bolesti

Intenzita bolesti je nejdůležitějším ukazatelem pro léčbu bolesti. Její hodnocení je však velmi složité, protože pacienti často zaměňují intenzitu bolesti a stres bolesti způsobený. U dětí, které ještě verbálně nekomunikují je třeba hodnotit neverbální projevy, celkové projevy bolesti a bolestivé chování a to zhruba ve stejném časovém intervalu jako ostatní fyziologické funkce. Nástroje používané k hodnocení intenzity bolesti můžeme rozdělit na jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimezionární) (4, 17).

1.3.5.5.1 Jednoduché nástroje pro měření intenzity bolesti

Jedná se o škály, pomocí kterých zaznamenáváme komplexní prožitek bolesti souhrnnou hodnotou. Tyto škály fungují na základě jednoduchého použití a umožňují rychlé zhodnocení stavu pacienta. U dětí mohou být použita čísla, slova, žetony, obličejové, nebo barvy. Výběr metody zaleží na vývojovém stupni dítěte. (50).

- **Verbální škála bolesti**

Její využití je podmíněno tím, že dítě již rozumí jednotlivým slovům, kterými je bolest hodnocena a je schopno je použít stejně jako zdravotník, který hodnocení provádí. Pacient zařadí bolest do jedné z nabídnutých kategorií. Kategorie používané

k hodnocení bolesti v této škále jsou: žádná bolest, mírná bolest, středně silná bolest, silná bolest a nesnesitelná bolest (17).

- **Číselná hodnotící škála – NRS (numerická)**

Základem této hodnotící metody je označení síly bolesti číslem. Škála je udána od 0 do 10, nebo od 0 do 100. Nula vždy znamená, že bolest není přítomna, naopak 10, nebo 100 je maximální bolest. Tato škála může být použita bez jakýchkoli pomocných prostředků, například i při telefonické domluvě. Podmínkou je znalost číselné řady, která je v této škále využita (28).

- **Metoda VAS (Vizuální analogová škála, Visual Analogue Scale)**

Jedná se o nejčastěji využívanou metodu. Pacient dostane vizuální stupnici, na které je slovně označena bolest neexistující, tedy žádná, a bolest nejvyšší, nebo nesnesitelná (viz příloha B). Pacient na této škále zaškrťává místo, kde se podle něho pohybuje jeho bolest. Škála je tvořena 10 cm dlouhou svislou nebo vodorovnou čárou. Hodnota VAS je vyjádřena v centimetrech. Pro rychlé zhodnocení lze použít měřítko s posuvným jezdcem, které pacient nastaví na úroveň bolesti, která je právě přítomna. Tato škála se dá též použít pro kontrolu účinku léčby bolesti a to tak, že na počátek škály umístíme názor, že se po léčbě nic nezměnilo, a na konec škály, že je pacient nyní zcela bez bolesti (30, 35, 44, 51).

- **Teploměr bolesti**

Na stejném základě jako vizuální škály fungují i teploměry bolesti. Na nich je míra bolesti znázorněna graficky a intenzita bolesti je hodnocena podle místa, které pacient na teploměru vybere. U těchto škál je důležité zkontrolovat, zda na ně dítě dobře vidí, a také vysvětlit dítěti, kde je nejmenší a největší bolest (30, 35, 44, 51).

- **Obličejová škála**

Obličejová škála většinou obsahuje šest obličejů, od usmívajícího se obličeje, kdy nic nebolí, až po obličej plačící, kdy je bolest největší (viz příloha C). Tato škála je

někdy označována jako škála grafických symbolů. Dítě vybírá obličej, který nejvíce odpovídá intenzitě jeho bolesti. Je důležité zjistit, zda dítě na škálu dobře vidí a vysvětlit mu, jakou bolest má který obličej. Tato metoda se využívá u dětí od 3 let věku (30, 35, 44, 51).

- **Metoda žetonů**

Tato metoda je využitelná u dětí, které pochopí, že přidáním jednoho žetonu získáme vždy větší počet. Do blízkosti dítěte jsou položeny čtyři žetony a dítěti je srozumitelně vysvětleno, že jeden žeton znamená malou bolest, dva žetony trochu větší bolest, tři žetony velkou bolest a čtyři žetony úplně největší bolest. Pak je dítě vyzváno, aby si vzalo tolik žetonů, jak velká je jeho bolest. Výsledek hodnocení musí být pečlivě zaznamenáván do dokumentace (51).

- **Neverbální škály**

Neverbální škály se zaměřují na sledování neverbálních projevů u dítěte, které ještě nemůže sdělit informace o bolesti. Předmětem sledování bývají zpravidla paralingvistické projevy jako pláč, vzdechy, sykání, nebo nářek. Další sledovanou skupinou příznaků jsou projevy v mimice obličeje, kam patří typické výrazy v obličeji, nebo bolestivé grimasy. U dítěte je třeba sledovat všechny části obličeje, aby nebyly přehlídny důležité příznaky. Například na čele se mohou objevit vrásky, víčka se mohou vyklenout nebo naopak svraštit, nebo se může chvět brada.

Dále je třeba hodnotit pohyby končetin a všimnout si zejména ustrnutí, nebo ucuknutí, případně chránění bolestivého místa. Důležitým projevem bolesti je i aktivita nervového systému. Ta se projeví zrudnutím obličeje, bušením srdce, těžkým oddychováním, nauzeou, nebo zvracením. U dítěte si dále všímáme i spánku v uplynulé hodině, kvality pláče, toho, zda se dá uklidnit, jak saje při kojení, jaká je jeho dráždivost, svalový tonus a spontánní pohybová aktivita. Příznakem bolesti mohou být i zaťaté prsty na ruku nebo nohu. Tyto příznaky jsou shrnuty v tabulce pro skórování bolesti u dítěte podle Sparhottové, nebo v tabulce pro hodnocení pohody po operaci pro novorozence, kojence

a batolata podle Attia a spol. Do metod používajících pozorování příznaků můžeme zahrnout i hodnocení podle škály CHEOPS, stupnice FLACC, nebo NIPS (44, 51).

- **CHEOPS**

The children's Hospital of Eastern Ontario pain scale, neboli škála pro hodnocení bolesti dětské nemocnice ve východním Ontáriu. Tato škála rozděluje příznaky přítomnosti bolesti do šesti kategorií. Jsou to kategorie pláč, změna mimiky obličeje, verbalizace, pohyby trupu, šilhání na ránu a pohyby končetin. Používá se pro hodnocení bolesti u dětí, které ještě nemohou sdělit, že mají bolest (38).

- **NIPS**

Neonatal infant pain scale, škála bolesti novorozence, se používá u novorozenců a nedonošenců od 28 do 38 gestačního týdne. Zahrnuje hodnocení mimiky obličeje, způsobu křiku, dýchání, pohyby rukou i nohou a stav rozrušení (bdělosti) (23, 38).

- **FLACC**

Používá se u novorozenců po operačních výkonech, zkratka znamená Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, tedy v překladu obličej, pohyby nohou, aktivita, pláč a utižitelnost. (23).

1.3.5.5.2 Multidimenzionální metody měření bolesti

Multidimenzionální škály zahrnují hodnocení různých charakteristik bolesti, dále účinky na emoce pacienta, vliv bolesti na denní aktivity a účinek léčby. Jedná se o dotazníkové měření bolesti, které používá k hodnocení číselné nebo verbální škály. V praxi ho lze využít u školních dětí, které umějí číst a psát, nebo u adolescentů. V České republice je nejčastěji využívána zkrácená verze dotazníku Brief Pain Inventory. Je třeba zhodnotit, zda je třeba opravdu všechny informace obsažené v dotazníku získat a nakolik jsou tyto informace pro léčbu potřebné. Dotazník se nám může stát pouze jednoduchým návodem, jak klást dítěti otázky o bolesti. Multidimenzionální škálu můžeme u pacienta s chronickou bolestí využít

k sebehodnocení. Pacient potom sám zaznamenává, kdy se bolest objevila, jak byla silná, s jakou činností nebo potravinou byla spojena, jaké emoce vyvolala a co pomohlo k jejímu zmírnění. Toto sebemonitorování pomáhá vytvořit si od bolesti odstup a vytvořit strategie zvládání bolesti. Přehledným způsobem zaznamenávání je vytvoření denníku bolesti, do kterého pacient píše své činnosti, jídlo, sílu bolesti a další důležité údaje o bolesti s přesným časovým údajem. Součástí denníku může být i mapa bolesti. Vedení deníku je možno zadat u dětí, které umí číst, psát, přesně pochopí, co po nich chceme a budou vést záznamy v deníku přesně (29, 43, 45, 49).

1.3.5.6 Monitorace účinku léčby bolesti

Pro hodnocení účinku léčby je třeba znát „normální stav bolesti“, aby bylo možno porovnávat účinky léčby vzhledem ke konkrétnímu stavu. Pro posuzování účinku analgetik můžeme použít průběžný záznam managementu bolesti, který pomůže všem členům týmu k dobré orientaci v dávkách podaných léků a jejich účinku. Tento záznam obsahuje identifikační údaje pacienta, datum, formu a cestu podání léku, numerické hodnocení bolesti, která byla před podáním analgetika a po něm, míru sedace a jiná opatření, tedy metody nefarmakologické léčby. Na stejném principu funguje i monitorování účinnosti podávaných analgetik u pacientů, kteří užívají léky per os (11).

1.3.5.7 Frekvence hodnocení bolesti

Marzi v roce 2006 udává, že bolest by měla být tlumena okamžitě, když se objeví, dále pokud přetrvává nebo znovu nastupuje. Z toho vyplývá, že hodnocení bolesti musí být dostatečně časté, aby mohly být tyto podmínky splněny. Univerzální návod na frekvenci hodnocení bolesti neexistuje, proto musí sestra sama zhodnotit, na základě věku, onemocnění, denní doby a fáze onemocnění, jak často je třeba bolest měřit. Pokud se jedná o bolest akutní, je třeba hodnotit bolest při jejím vzniku a dále v pravidelných intervalech sledovat účinek analgetické léčby. Odstup záleží

na předpokládané době od podání léku, za kterou očekáváme nástup účinku. Doba odstupu účinku záleží na cestě podání analgetika. Po enterálním podání analgetik následuje hodnocení za 30 minut. Při intravenózním podání je vhodné hodnotit za 10 minut (24, 42, 52).

1.3.6 Léčba bolesti u dětí

Pro léčbu bolesti u dětí používáme stejně jako u dospělých metody farmakologické a nefarmakologické. Jako hlavní úkoly léčby bolesti lze označit:

- snížení intenzity bolesti,
- zlepšení funkční schopnosti bolestivé části těla,
- zlepšení kvality života.

K léčbě bolesti bylo vyvinuto mnoho metod, ať již těch, které léky nepoužívají nebo farmakologických. Důvodem je hlavně negativní účinek bolesti na tělesné i duševní zdraví pacienta. Vzhledem k věku se u dětí vyskytují odlišnosti v obou typech metod léčby bolesti, ale výraznější změny jsou v léčbě farmakologické (11, 28).

1.3.6.1 Farmakologická léčba bolesti u dětí

Farmakologické tlumení a léčba bolesti spočívá v aplikaci analgetik. Farmakologická léčba musí být vybrána pro specifického pacienta vzhledem k bolesti a věku. Dávka podávané analgeticky působící látky musí být pečlivě přepočítána na povrch těla, případně na hmotnost těla konkrétního pacienta. Ohled musí být brán také na možnost monitorace pacienta, a to obzvlášť po aplikaci léků, které mohou ovlivňovat životně důležité funkce. Analgetika ordinuje lékař a je úkolem sestry podávat je ve správné dávce a časovém odstupu. U dítěte se nedoporučuje podávání analgetik nitrosvalově, neboť tato metoda podání je bolestivá a dítě může svou bolest popírat kvůli strachu z injekce. U jednotlivých léků je třeba brát v úvahu i jejich farmakokinetické odlišnosti a maximální dávku, kterou je možno podat. Znalosti o dávkách, podání i komplikacích podání jednotlivých léků musí mít lékař, který lék

indikuje, ale také sestra, která lék podává a sleduje jeho žádoucí i vedlejší účinky. Vedlejší účinky by měly být vždy předpokládány a u léků, kde hrozí jejich nástup by měla být zavedena prevence. Například kvůli zácpě musí být Morfin téměř vždy podáván v kombinaci s laxancií (19, 25, 32, 33).

Podle Světové zdravotnické organizace se farmakologická léčba řídí schématem, které rozlišuje tři stupně léčby bolesti. Při prvním stupni jsou pacientovi podána neopioidní (lehká) analgetika. Tato analgetika působí i protizánětlivě a tlumí horečku. Pokud lehká analgetika bolest dostatečně neutlumí, je tato bolest označena jako bolest druhého stupně. U této bolesti jsou indikovány slabé opioidy. Jejich účinek může být podpořen podáním analgetik prvního stupně. Třetí stupeň léčby bolesti je charakterizován použitím účinných opioidních prostředků. Používají se u bolestí, které nelze zvládnout prostředky prvního, nebo druhého stupně. Jejich účinek může být zároveň podpořen podáním analgetik prvního stupně, nebo slabých opioidů (5).

1.3.6.2 Nefarmakologická léčba bolesti

Nefarmakologická léčba tlumí bolest pomocí metod bez využití léků a chemických látek. Jedná se o velké množství metod, které zahrnují postupy od relativně konvenčních, přes postupy působící na smysly a postupy využívající elektřinu, až po zklidňující techniky a moderní technologie. Tyto techniky můžeme rozdělit do čtyř hlavních kategorií:

1. Fyzikální terapie,
2. Alternativní a doplňkové terapie,
3. Kognitivní a behaviorální terapie,
4. Placebo efekt.

Tyto metody se využívají jednotlivě, kombinují se navzájem, nebo s farmakologickými metodami. Je třeba si uvědomit, že dítě, které nemá zkušenosti s bolestí, neví, jak tuto bolest zvládnout. Proto je třeba dítě učit, jak zvládat bolest například pomocí klidu, nebo úlevové polohy (9, 11).

1.3.6.2.1 Fyzikální terapie

Využívá přírodní prostředky a různé druhy energií. Jedná se o energii:

- tepelnou,
- světelnou,
- elektrickou,
- zvukovou,
- mechanickou,
- radiační,
- energii vodních a plynových částic.

Cílem fyzikální terapie je podpora zdraví, prevence tělesného postižení a rehabilitace pacientů postižených bolestí. Kromě mírnění bolestí může fyzikální terapie také mírnit zánět a spasmy svalů, nebo podporovat relaxaci. Z metod fyzikální terapie jsou nejčastěji využívány:

- hydroterapie,
- terapie teplem,
- terapie chladem (kryoterapie),
- vibrace,
- TENS – transkutánní elektrická stimulace,
- cvičení,
- imobilizace (9, 11).

Hydroterapie využívá k léčbě a tlumení bolesti vodu. Voda jako přirozený prostředek má účinky uklidňující, utišující a zároveň může poskytovat podporu a nadnášet. Voda se používá horká, nebo studená, podle potřeby dítěte a zároveň může být využita v pevném (led) nebo kapalném skupenství. Do hydroterapie řadíme i vířivé koupele, neutrální koupele, nebo sedací koupele.

Další metodou fyzikální terapie je terapie teplem. Jde o aplikaci suchého nebo vlhkého tepla. Účinek tepla zvyšuje krevní průtok, metabolismus tkání a snižuje vasomotorický tonus. K aplikaci suchého tepla se využívají nahřívací lahve, sáčky s chemickou látkou uvolňující teplo, nebo elektrické podušky. Je důležité kontrolovat pokožku v místě

aplikace tepla, zabalit nahřívací pomůcku, aby nebyla v přímém kontaktu s pokožkou dítěte a často kontrolovat účinek aplikace tepla a ukončit nahřívání okamžitě, pokud se bolesti zhoršují.

Terapie chladem znamená aplikaci chladu na bolestivou část těla. Chlad snižuje průtok krve postiženým místem a chladí nervová zakončení, která jsou následně méně citlivá k bolestivým podnětům. Terapie chladem se používá většinou u akutních bolestí, jako je například výron, bolesti hlavy, spasmy nebo bolest po operaci. Při aplikaci chladu je třeba dát pozor, aby se chladivá pomůcka, například led, nedotýkala přímo pokožky dítěte. Výjimkou může být ledová masáž, která pomáhá tolerovat krátké bolestivé procedury, jako třeba vynětí stehů, nebo odstranění drénu. Aplikace chladu musí být ukončena okamžitě, jestliže je kůže v místě aplikace necitlivá, protože hrozí poškození nervu chladem, a to hlavně při aplikaci chladu na loket, zápěstí nebo vnější část kolene.

Terapie bolesti pomocí vibrací působí na základě znecitlivění stimulované oblasti a aplikuje se ve formě elektrické masáže. K aplikaci vibrací se používají přístroje ruční i stojící a jsou k dispozici od vibračních polštářků až po elektrická křesla a lůžka. V nemocnici lze tuto metodu použít pouze na základě ordinace lékaře. Ambulantně se vibrace aplikují 1-15 minut dvakrát až čtyřikrát denně. Je třeba dítě důkladně poučit o účinku vibrací i po pocitech tepla, které se objevují krátce po začátku aplikace. Přístroj k aplikaci přikládáme nad nebo pod bolestivé místo, nikdy přímo na bolestivé místo. Tuto terapii může starší dítě aplikovat samo, nebo mohou vibrace aplikovat rodiče.

Transkutánní elektrická stimulace (TENS) využívá přenos bezbolestného střídavého elektrického proudu do periferních nervů, nebo přímo do postižené oblasti. Tato metoda se využívá převážně u chronických bolestí, snižuje dávky analgetik a umožňuje dítěti normální život. Mechanismus účinku TENS není zcela znám, je možné, že účinkuje na základě vrátkové teorie bolesti. Dítě i rodiče musí být důkladně edukováni o účincích a funkci TENS přístroje a o tom, jak se o přístroj starat a jak ho obsluhovat. Sestra musí před aplikací elektrod zhodnotit míru bolesti u dítěte a také podráždění kůže v místě, kam mají být elektrody přiloženy. Přiložení elektrod může být různé. Mohou se přikládat tak, aby byla ohraničena bolestivá oblast, nebo aby byla bolestivá oblast mezi

elektrodami. Pozor, nikdy nelze umístit elektrodu přímo na bolestivou oblast, protože by se bolestivost zvýšila.

Cvičení je důležitou součástí managementu bolesti. Při volbě postupů a vhodných pohybů spolupracuje sestra s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Před cvičením je nutné zhodnotit intenzitu bolesti a omezení pohyblivosti dítěte. Důležité je, aby mohlo dítě samo volit činnost podle intenzity bolesti a aby bylo dostatečně informováno o účincích cvičení. Při léčbě bolestí je cvičení často používáno k udržení rozsahu pohybů, toto cvičení můžeme rozdělit na:

- pasivní cvičení udržující rozsah pohybů,
- aktivní cvičení udržující rozsah pohybů,
- aktivně asistující cvičení udržující rozsah pohybů.

Imobilizace je léčebné omezení pohybu, používá se k zmírnění bolesti, stabilizaci fraktury, nebo bolestivého kloubu při pohybu. K imobilizaci se používá trakce (tah), sádrování, ortézy, nebo límce. Bolest je snižována zajištěním fyziologického postavení části těla po dobu hojení, nebo podporou bolestivých částí těla při aktivitě. Pro sestru je důležitým úkolem kontrola znehybněné části těla, aby nedošlo k nedokrvení, vzniku kontraktur, nebo poškození svalové tkáně, důležité je také důkladně informovat dítě o účelu fixace a také o tom, že nesmí manipulovat s ortézou, nebo sádrovou fixací (9, 11).

1.3.6.2.2 Alternativní a doplňková terapie

Na úvod této kapitoly je důležité zdůraznit rozdíl mezi terapií alternativní, která je náhradou za použití jiné techniky tlumení bolesti, například užívání analgetik, a terapií doplňkovou. Doplňková terapie se využívá v kombinaci s tradičními metodami. Názory na tyto postupy, většinou vycházející z východních kultur, se různí. Někteří lékaři je schvalují, nebo dokonce provádějí, jiní je odmítají, protože nejsou empiricky podloženy. Nicméně tyto metody mohou zmírnit některé typy bolestí, především ty, které nereagují na běžnou léčbu. Z metod alternativní nebo doplňkové terapie jsou nejdůležitější následující:

- aromaterapie – inhalace nebo aplikace esenciálních olejů,
- muzikoterapie – zvuková terapie,

- terapie dotečkem,
- jóga,
- masáž,
- chiropraktická léčba,
- akupunktura – zavádění tenkých kovových jehel do specifických míst.

Tyto metody se nejčastěji používají jako doplňkové, ať už ve zdravotnickém zařízení, nebo mimo něj (11).

1.3.6.2.3 Kognitivní a behaviorální přístupy

Tyto postupy můžeme také označit jako psychoterapeutické. Ovlivnění kognitivní složky prožívání bolesti mění pacientovu interpretaci bolesti a behaviorální složka této terapie pomáhá najít a osvojit si dovednosti ke zvládnutí bolesti a reakce na ni. Základem těchto technik je kontakt s pacientem a empatie, tedy vztah lékaře, nebo sestry s pacientem (individuální terapie), s rodinou pacienta (rodinná terapie), se speciálně sestavenou skupinou až 15 nemocných (skupinová terapie), nebo s větší skupinou nemocných (kolektivní terapie).

Do této kategorie můžeme zařadit:

- sugesci,
- relaxaci (meditace, autogenní trénink, imaginativní techniky, biofeedback),
- hypnózu,
- kognitivně behaviorální terapii,
- modulace dolního prahu bolesti,
- dynamickou psychoterapii.

Sugesce využívá pro mírnění bolestí vytvoření určitých postojů a navození myšlenek, představ nebo pocitů, které mění vnímání bolesti u pacienta. Důležité je, aby pacient byl schopen přijmout tyto myšlenky, představy, názory a pocity.

Základem relaxace je vytvoření stavu sníženého napětí, který dává pacientovi možnost k intenzivnímu odpočinku, pomocí uvolnění a odpoutání. Relaxace může být navozena pomocí různých technik. Jednou z těchto metod je autogenní trénink. Jedná se o psychofyzilogickou metodu, spojující autosugesci a systematickou koncentraci.

Použití autogenního tréninku umožní pacientovi uvolnění celkového napětí a uvolněný psychický prožitek. Další metodou relaxace je meditace, tedy zaměřování pozornosti na jediný podnět. Může se jednat o jeden zvuk, obraz nebo vlastní dýchání. Zaměření pozornosti pryč od bolesti často snižuje bolest. Jedná se však pouze o doplňkovou terapii, která se nejčastěji využívá při chronické bolesti. Imaginativní techniky používají k navození relaxace pomocí představivosti, kterou dítě nechá volně plynout, nebo ji zaměřuje na určité téma. Pozornost od bolesti je odvedena vytvořením představy harmonické krajiny, nebo vizualizací vodopádu, či mořské pláže se všemi detaily.

Biofeedback, neboli biologická zpětná vazba, je využíván k léčbě chronické bolesti a je uznáván konvenčními i alternativními terapeuty. Při biofeedbacku je pacient napojen na monitor a vědomě se učí ovládnout své biologické funkce pomocí myšlenek, dýchání, postoje a napětí svalů. K léčbě bolesti se používá buď EMG biofeedback, nebo termální biofeedback. Přesný mechanismus účinku biofeedbacku není zcela znám, je možné, že u pacientů redukuje maladaptivní fyziologickou činnost a tím redukuje emoční nepohodu a umírňuje bolest.

Hypnóza je stav pozorné a soustředěné koncentrace, kdy hypnotizovaný málo vnímá své okolí a je přístupnější návrhům. Hypnóza pomáhá pacientovi získat kontrolu nad strachem a úzkostí, které bolest doprovázejí, a vytváří pocit pohody. Účinky hypnózy mohou být velmi silné. Ve výzkumech se ukázalo, že hypnotizovaný pacient necítil bolest po operaci, nebo ošetřování popálenin, a to bez použití analgetik.

Kognitivně behaviorální teorie je založena na pacientově logickém pohledu na svět. Cílem je změnit činnost, nebo chování do té doby používané ke zvládnutí stresu vyplývajícího z bolesti, a nahradit ho vhodnějším chováním. Například u chronických bolestí může pomoci odstranit depresi, která tyto stavy doprovází a pomoci dítěti najít vhodnější kognitivní schémata.

Při modulaci dolního prahu bolesti se pacient naučí rozlišovat mezi intenzitou bolestí, které byly způsobeny různými podněty a porovnávat je mezi sebou. Pacient sám by měl odhalit svůj emocionálně afektivní postoj k bolesti. S tím pak lze dále pracovat, zvyšovat nebo snižovat pacientova očekávání, co se týče bolesti.

Dynamická psychoterapie se zaměřuje na premorbidní osobnost a jejím cílem je stabilizace psychického stavu pacienta a jeho rodiny. Pomocí všech dostupných metod nedirektivního psychoterapeutického přístupu se snaží pozvednou sebevědomí pacienta a vytvářet zdravé mezilidské vztahy. Například ve fázi bilancování lze využít logoterapii. Ta pomáhá pacientovi v této fázi onemocnění nalézt smysl života ve splnění jeho poslání a překročení vlastních hranic (8, 9, 11, 16).

1.3.6.2.4 Placebo efekt

Pojem placebo lze vysvětlit jako pozitivní fyziologické a psychologické změny podmíněné použitím indiferentního léku, léčebných procedur nebo symbolů. Jde o výsledek interakce mysli, mozku a těla. Pacientovi je podáno něco, o čem je přesvědčen, že ho vyléčí nebo zmírní jeho bolest. Důležitým faktorem ovlivňujícím účinek léku je kladné očekávání pacienta a právě toho využívá placebo. Podle výzkumů funguje placebo efekt na základě psychologických mechanismů podmiňování, víry a očekávání. Kladný vliv očekávání a víry způsobí uvolnění endorfinu, který přirozeně snižuje prožitek bolesti a může ovlivnit patofyziologii bolesti i nemoci (1, 15, 16).

1.3.7 Role sestry v péči o dítě s bolestí

Sestra je ve zdravotnickém zařízení nejlepším pozorovatelem bolesti u dítěte, protože tráví s pacientem nejvíce času. Může tedy nejlépe navázat s dítětem vztah, komunikovat s ním, zjišťovat intenzitu bolesti a tlumit bolest pomocí psychoterapeutických metod. Na profesionalitě sestry záleží, jak bude bolest u dítěte diagnostikována a léčena a jak rychlá bude reakce na vznik bolesti.

Mezi hlavní úkoly sestry patří:

- všimnout si u dítěte změn a profesionálně na ně reagovat,
- přesně určit potřeby dítěte v dané situaci,
- systematicky používat vhodné metody k diagnostice bolesti,
- stanovit ošetrovatelský plán u konkrétního dítěte,
- komunikovat o bolesti s dítětem i s kolegy z ošetrovatelského týmu,

- omezit, nebo vyloučit působení faktorů vyvolávajících, nebo zhoršujících bolest,
- používat pro tlumení bolesti nefarmakologické postupy,
- zapojit do péče o dítě rodiče,
- pomoci dítěti lépe snášet bolest (7, 26).

1.4 Hospitalizace dítěte

Pokud stav dítěte nedovoluje ambulantní péči, je dítě přijato na pediatrické lůžkové oddělení. Důvodem k hospitalizaci může být potřeba komplexního vyšetření, léčba dítěte a u vážně nemocných dětí léčebné komplikace. Péči na dětských odděleních zajišťují dětské lékaři ve spolupráci s dětskými sestrami.

Je důležité si uvědomit, že pobyt v nemocnici vyžaduje od dítěte i jeho doprovodu dodržování nemocničního řádu a pokynů zdravotníků. Spolupráce zdravotníků a dětí i jejich rodičů umožňuje zpříjemnění pobytu dítěte v nemocnici a překonání problémů, která sebou léčba a diagnostické procedury přinášejí. K pohodě dítěte nejvíce přispívá přítomnost doprovodu. Osoba přijímaná do nemocnice jako doprovod dítěte nesmí být akutně nemocná, nesmí být v kontaktu s infekcí a nesmí být bacilonosič. Doprovodná osoba, ať už jeden z rodičů, nebo jiný jimi určený dospělý, může být s dítětem hospitalizována až do šesti let jeho věku. Pokud je dítě starší šesti let, může být doprovodná osoba přijata do nemocnice pouze v odůvodněných případech s povolením revizního lékaře. Dospělý hospitalizovaný s dítětem přebírá péči o dítě a po zaučení i jeho léčebnou rehabilitaci. Je také zodpovědný za osobní věci dítěte i svoje. Doprovod může být přítomen u všech diagnostických i léčebných procedur s výjimkou těch, kde by jeho přítomnost mohla způsobovat neklid a zhoršovat spolupráci s dítětem, nebo na místech s vysokým rizikem přenosu infekce, jako jsou operační sály, nebo specializované vyšetřovny (13, 47).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem této práce je zmapovat techniky hodnocení a tišení bolesti používané u dětí hospitalizovaných na dětských odděleních, zkušenosti dětí s bolestí a jejím řešením a zjistit rozdíly v hodnocení bolesti dítětem a sestrou. Pro dosažení cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Vnímá dítě rozdíl mezi hodnocením a tlumením bolesti v domácím prostředí a při hospitalizaci?
- 2) Je bolest u hospitalizovaného dítěte hodnocena v pravidelných intervalech?
- 3) Je bolest u hospitalizovaného dítěte hodnocena pomocí škál?
- 4) Jsou škály používané v nemocnicích používány správně a u dětí správných věkových skupin?
- 5) Jsou děti informovány o příčinách bolesti?
- 6) Jsou děti informovány o podání léku proti bolesti a jeho účincích při podávání léku?
- 7) Je na dětských odděleních využíván účinek placebo efektu?
- 8) Používají sestry na dětských odděleních nefarmakologické metody tlumení bolesti?
- 9) Jsou sestry v nemocnici osobami, na které se dítě obrací, pokud má bolest?
- 10) Spolupracují sestry vždy při výskytu bolesti u dítěte s lékařem?
- 11) Pracují sestry při hodnocení a tišení bolesti podle standardu?
- 12) Jaké nejdůležitější součásti by sestry zařadily do standardu specializovaného na hodnocení a tišení bolesti u dětí?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Použité metody a technika sběru dat

Vzhledem k tématu a cíli práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu a to strukturovaný rozhovor s dětmi a sestrami na dětských odděleních a studium dokumentace těchto dětí. Standardizovaný rozhovor s dětmi a sestrami byl veden pomocí pevně stanovených otevřených otázek, které byly pokládány osobně („*face to face*“). Tyto rozhovory probíhaly v případě sester na denních místnostech či inspekčních pokojích bez přítomnosti dalších kolegů. V případě dětí byly rozhovory vedeny na pokojích, případně hernách, nebo v jídelnách dětských oddělení, zvolených tak, aby během rozhovoru nedošlo k vyrušování provozem oddělení a ostatními spolupacienty. Studium dokumentace u dětí bylo zaměřeno na hlavní diagnózu, dobu hospitalizace, záznam hodnocení bolesti u dítěte a záznamy o podávání analgetik a používání nefarmakologických metod.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 12 sester pracujících na dětských odděleních interního i chirurgického typu a 12 dětí na těchto odděleních hospitalizovaných. Výzkum byl zaměřen na děti předškolního a školního věku, proto byl věk jedním z kritérií, podle kterých byly respondenti vybíráni. Aby nebyly výsledky omezeny pouze na jedno, či dvě zdravotnická zařízení, byl výzkum proveden v šesti zdravotnických zařízeních a to v Nemocnici České Budějovice, ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, v Nemocnici Jindřichův Hradec, Nemocnici Písek, Nemocnici Strakonice a Okresní nemocnici Tábor. Pro účely pravidelného rozložení respondentů v jednotlivých zdravotnických zařízeních, byly vždy osloveny 2 sestry a 2 děti z jednoho zdravotnického zařízení. Pro rozhovor s dětmi byl vždy předem získán ústní souhlas rodičů prostřednictvím sester pracujících na příslušném oddělení.

3.3 Otázky pro rozhovor s dítětem

Otázky pro rozhovor s dítětem lze rozdělit do několika skupin. Jako první byla položena otázka, která zjišťovala, jestli je dítě informováno o důvodech hospitalizace, a také sloužila k navázání kontaktu s dítětem. Následovala skupina otázek, jejichž cílem byla diagnostika bolesti a zjištění metod diagnostiky, které byly použité u dítěte v nemocnici. Další oblastí rozhovoru byly zvyky dítěte v tlumení bolesti v domácím prostředí, jeho vlastní činnost a činnost matky. Současně byly položeny otázky, ve kterých dítě popsalo zkušenosti s tlumením bolesti v nemocnici a porovnálo je s tím, co by podle něho bylo ideálním řešením. Seznam otázek, využitých pro rozhovor s dítětem, je uveden v příloze D.

3.4 Otázky pro rozhovor se sestrou

Rozhovor se sestrami byl zahájen otázkou, jak dlouho dotyčná sestra pracuje na dětském oddělení a kde pracovala před nástupem na toto oddělení. Touto otázkou byl zároveň navázán kontakt. Vlastní otázky, které se týkaly postupů v diagnostice a tlumení bolesti byly pokládány postupně od otázek o zjišťování bolesti a její intenzity, přes postup péče u dítěte s bolestí a podávání léků až po nefarmakologické metody tlumení bolesti. Další oblastí otázek byla spolupráce s lékařem a využitý placebo efektu v péči o dítě s bolestí. Posledním tématem rozhovoru byl rozdíl v péči o děti a dospělé a standard hodnocení a tlumení bolesti u dětí. Seznam otázek pokládaných sestrám je uveden v příloze E.

4 VÝSLEDKY

Záznam rozhovorů proběhl formou zapisování poznámek. Podle nich byly poté rozhovory přepsány do formy krátkých kasuistik. Data ze studia dokumentace byla také pořízena formou výpisků z dokumentace a zařazena do kasuistik dětí. Analýza a interpretace odpovědí je uvedena v kapitole kvantifikace dat. Data z jednotlivých rozhovorů jsou v této části práce rozdělena metodou kvantitativní podle četnosti odpovědí zařaditelných do jednotlivých skupin. U odpovědí na jednotlivé otázky jsou pro názornost zařazeny i tabulky a v některých případech i přímé citace.

4.1 Kazuistiky dětí

Dítě 1

Čtrnáctiletý chlapec s ulcerózní kolitidou, kterou trpí od deseti let, byl přijat na dětské oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové pro bolesti břicha a zhoršení obtíží. Bolest mu byla hodnocena a zaznamenávána do formuláře zavedeného na oddělení s využitím vizuální analogové škály (VAS) při příjmu a v průběhu hospitalizace minimálně jednou denně. Vedle tohoto záznamu byly projevy bolesti popisovány v denním hlášení sester. V době dotazování (15. den hospitalizace) byl již bez bolesti a připraven na propuštění do domácí péče. Z jeho odpovědí vyplynulo, že bolestmi břicha trpěl již asi týden před příjmem k hospitalizaci, a potom *ještě „asi tak čtyři, pět dní“*. Sám proti tomu nic nedělal, protože podle jeho slov mu stejně nic nepomůže a matce nic neříkal, protože „to je jeho věc“. Na otázku jak velké bolesti měl v nemocnici, odpověděl následovně: *„Ptaly se na takové ty stupnice, jako abych řekl body, jak moc mě to bolí, žádné obrázky mi neukazovali, ale jak moc to bolelo, to už nevím, nebylo to zas tak zlé.“* Na otázku komu by řekl, kdyby se jeho bolest zvýšila, odpověděl: *„Asi sestřičkám, nevím, ale stejně by mi moc nepomohly, tak bych stejně počkal, až se zeptají.“* Léky proti bolesti po dobu hospitalizace nedostával, podle jeho slov by ani jiné léky, než svoje, nespokl.

Dítě 2

Třináctiletý chlapec byl hospitalizován na dětském oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové pro zhoršení stavu při cystické fibróze s plicními projevy. Během hospitalizace se u něho objevila flebotromboza levého bérce, která byla v době rozhovoru již přeléčena a chlapec neměl bolesti. V době rozhovoru trvala hospitalizace již 24 dní. Bolest mu byla hodnocena podle VAS. Záznam se objevil pouze v pozorování sester, formulář záznamu v dokumentaci založen nebyl. Z rozhovoru vyplynulo, že chlapec byl velmi dobře informován o svém stavu. Bolesti měl asi „*pět, šest dnů*“, potom se bolest opakovala dva dny při pohybu. Podle jeho slov zjišťovaly sestry intenzitu bolesti na „*stupnici od jedné do deseti, kde to bylo nejhorší asi na čtyřce*“. Pacient uvedl, že se ho sestry ptaly na hodnoty bolesti podle číselné řady od nuly do 10, vizuální škálu ale nepoužívaly. Pokud by se bolest zhoršovala, nebo znovu objevila, obrátil by se na sestru, nebo přímo na lékaře, „*aby ho sestry nemusely volat*“. Na otázku jestli se ho sestry ptaly na bolest odpověděl: „*Jo, určitě každý den. No, když mě to bolelo na začátku, to se ptaly fakt hodně, snad pokaždý, když mě zahlídly, asi třikrát, čtyřikrát za den, nožná i víc.*“ Největší rozdíl mezi postupem při tlumení bolesti doma a v nemocnici viděl chlapec ve tom, že matka se doma snaží tlumit bolest nefarmakologickými postupy, aby ho nemusela „*cpát práškama*“. Sestry vždy zavolaly lékaře, který mu předepsal lék. Zpočátku se také snažily tlumit bolest pomocí přikládání ledu, ale tento postup poté lékař zakázal. V případě, že bolest po léku neustoupila postupoval podle dohody se sestrou. Pokud se bolest dala vydržet, zůstal v klidu, pokud ne, informoval sestru. Ta zavolala lékaře, který předepsal další analgetikum. Informace o podávaných lécích vyžadoval, proto ho sestry vždy informovaly, jaký lék dostává.

Dítě 3

Devítiletý chlapec byl přijat na dětském oddělení Nemocnice Strakonice pro bolesti břicha k vyšetření. V době rozhovoru trvala hospitalizace 3. den. Formulář nebyl v dokumentaci založen, pouze v pozorování sester se objevily poznámky o tom, že chlapce bolelo břicho. Intenzita nebyla udána. V době rozhovoru měl chlapec mírné

bolesti. Podle dokumentace byla analgetika podána dvě hodiny před zahájením dotazování. Dále udal, že je v nemocnici kvůli tomu, že ho „*dlouho bolí břicho*“. Bolesti břicha měl asi dva týdny, mezitím navštěvovali s matkou obvodního lékaře, který je poslal do nemocnice. Doma ho břicho bolelo „*hodně*“, nyní už „*jen trochu*“. Doma byla intenzita podle VAS na hodnotě 4, tedy střední hodnotě. V době rozhovoru pak byla podle jeho hodnocení bolest na 1-2 stupni VAS, tedy mírná. Podle jeho slov se stav zlepšoval po „*prášku, co dostal od sestřičky*“. Pokud by se bolest zhoršovala, svěřil by se matce. V případě, že by matka nebyla v nemocnici přítomna, čekal by na otázku od sester. Nepomatoval si, že by se ho sestry ptaly na to, zda ho něco bolí. Spíše udal, že se „*ptá pan doktor, když přijde na vizitu*“. Pokud ho bolí něco doma, také se obrací na matku, která ho nejčastěji pošle lehnout, nebo ho vezme k lékaři. Sestry v nemocnici řešily bolest podáním analgetik, chlapec by ale chtěl, „*aby nebyl sám*“. O lécích, které polykal, ho informovala sestra, když mu je podávala poprvé, od té doby poznával analgetikum, protože je to „*ten oranžový prášek*“. Z nefarmakologických metod používaly sestry pouze klid, stejně jako maminka doma.

Dítě 4

Třináctiletá dívka byla přijata na dětské oddělení Nemocnice Strakonice s pyelonefritidou. V době rozhovoru trvala hospitalizace 4. den. Formulář záznamu v dokumentaci založen nebyl, pouze v hlášení sester se objevil popis bolesti. První den byla takto zaznamenána bolest zad, další dny již nebyl v dokumentaci žádný popis intenzity ani lokalizace. V době rozhovoru měla dívka mírné bolesti zad. Podle odpovědí na jednotlivé otázky měla bolesti při močení asi dva dny, pak ji začalo bolet v pravém boku, tak ji matka vzala k lékaři, který ji odeslal do nemocnice. Podle jejích slov byla v době rozhovoru bolest „*lepší*“, předchozí den ještě bolelo močení „*hodně*“. Na stupnici VAS označila za včerejšek pro močení hodnotu sedm, jednalo se tedy o silnou bolest. Bolesti v zádech byly mírnější, označila hodnotu čtyři za předchozí den. V den rozhovoru byla bolest zad na hodnotě 2 a při močení na hodnotě 3, tedy mírná. Pokud by se stav zhoršoval, oznámila by to lékaři, nebo sestře, podle toho, „*koho by prvního viděla*“. Na otázku, jestli se některá sestra ptala na její bolest odpověděla: „*Při*

příjmu se ptal doktor, pak večer sestríčka, protože jsem nechtěla pít, tak mi vysvětlovala, že pít musím, aby se ty ledviny mohly uzdravit.“ Pacientka nedostávala analgetika, protože „*na to močení nic nezabírá*“. Nefarmakologické metody tlumení bolesti nezkoušela, ani jí je nikdo nenavrhнул, pouze dodržovala klid na lůžku.

Dítě 5

Třináctiletá dívka byla hospitalizována na dětském oddělení nemocnice Písek pro závažný průběh povlakové angíny. V den rozhovoru trvala hospitalizace 7. den. Podle dokumentace byla bolest od příjmu hodnocena pravidelně a byla zaznamenávána do dekurzu. Pro záznam byla použita numerická škála bolesti od nuly do pěti, kdy 5 byla největší bolest. Největší bolest pozorovaly sestry první dva dny hospitalizace, kdy dosáhla 3. – 4. stupně této škály. Tyto dny byla také bolest hodnocena po 2 hodinách. Interval se prodloužil následující dva dny na hodnocení po 4 hodinách. V den rozhovoru byla bolest hodnocena po 6 hodinách a kromě večerních hodin nebyla popisována.

Bolest v krku trvala „*dlouho*“, podle slov pacientky minimálně dva týdny před hospitalizací, po příchodu do nemocnice ji v krku bolelo „*ještě pár dní*“. V době rozhovoru byla zcela bez bolestí, ale těsně před hospitalizací dosahovala intenzita na VAS stupně 4, tedy střední hodnoty. Kdyby se bolest objevila znovu, obrátila by se na sestry. O frekvenci dotazů na bolestivost krku řekla: „*Jo ptaly se, jednu dobu skoro pořád, ani nevím jak moc často to bylo, asi dvakrát, nebo třikrát denně. Ted' přijdou vždycky jednou za den, ale už je to zbytečný, už mě nic nebolí.*“ Doma si analgetika brala sama, protože matka by jí stejně pouze dala tabletku a poslal ji lehnout. V nemocnici říkala o analgetika sestrám, nic jiného jí proti bolesti podle jejích slov nezabralo. Pokud jí sestra přinesla nějaké léky, vždycky jí řekla, co je to za léky, ale „*růžový ibalgin*“ poznávala i bez vysvětlování. Pokud by se bolest po léku nezlepšovala, sestře by to zapřela, „*aby ji sestry konečně nechaly napokoji*“ a neptaly se na to samé pořád dokola. Nefarmakologické tlumení bolesti v nemocnici vůbec nezkoušela ani ona, ani sestry. Doma jí matka dávala obklady na krk, které jí pomáhaly, ale sestry na to neměly čas.

Dítě 6

Sedmiletý chlapec byl hospitalizován na dětském oddělení Nemocnice Písek s bronchopneumonií. V den rozhovoru trvala hospitalizace 2. den. V dokumentaci byl založen formulář záznamu hodnocení bolesti, který byl standardně používán na oddělení a byl součástí dekurzu. Záznam obsahoval lokalizaci bolesti a hodnocení podle VAS stupnice 0–5. U pacienta byly popisovány dva druhy bolesti. První - při dýchání - dosahovala v den rozhovoru stupně 2. Druhá - při kašli - měla intenzitu stupně 4. Chlapec byl unavený a plačtivý.

Podle jeho slov nevěděl, jak dlouho má bolesti při dýchání. Ale uvedl, že při kašli ho bolelo „*dlouho*“. Intenzitu popisoval slovy „*hodně moc*“. Při hodnocení podle obličejové škály vybral třetí obličej ze šesti, tedy střední intenzitu bolesti. S bolestí by se svěřil jedině matce, nikomu jinému, ani kdyby matka nebyla v nemocnici přítomna. Nebyl si jistý, jestli se ho sestřičky ptaly na bolesti. Udal, že „*asi jo*“. Když ho bolelo něco doma, maminka mu to pofoukala a šla si s ním lehnout, co by udělala sestřička v nemocnici, to nevěděl. Chtěl by, aby zavolala maminku. Pokud dostával léky, sestřičky ho neinformovaly o účincích léku. Z nefarmakologických metod si vzpomněl jenom na obklad, který mu maminka dávala doma, ale v nemocnici nic takového od sestřiček nedostal. Matka mu dávala obklad, vždycky, když přišla na návštěvu.

Dítě 7

Dvanáctiletá dívka byla hospitalizována na dětském oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec s mononukleózou. V den rozhovoru trvala hospitalizace 3. den. Hospitalizována byla hlavně pro velký otok a bolestivost mandlí. Formulář záznamu hodnocení bolesti v dokumentaci založen nebyl, ale byla popisována denně v hlášení sester. Intenzita a lokalizace však zaznamenávány nebyly. Podle dokumentace dostávala pacientka analgetika pravidelně několikrát denně.

Podle odpovědí na otázky nemohla pacientka před příjmem pro bolesti v krku vůbec polykat. V krku ji bolelo už týden před hospitalizací, její lékařka ji léčila, jako by měla angínu, ale stav se zhoršoval, tak ji poslala do nemocnice. Na otázku o intenzitě bolesti

odpověděla: „*No, bolí to hodně, při příjmu se mě sestry ptaly podle čísel, vždycky je to od jedné do deseti, tak teď je to asi tak na šestce.*“ Na VAS ukázala také stupeň 6, tedy střední hodnotu. Pokud by jí v krku bolelo víc, nebo by se bolest nelepšila, obrátila by se na sestru, stejně jí podle vlastních slov pravidelně říkala o prášek. Sestry se jí na bolesti neptaly, pouze doktor při vizitě. Sestrám se pacientka hlásila sama, když měla bolesti. Když jí v krku bolelo ve chvíli, kdy ještě neměla nárok na další prášek, volala sestra doktora, aby jí „*dal další prášek*“. Na otázku, jestli jí sestra řekne, co jí dává za lék, když chce, aby ho spolkla, odpověděla: „*Ne, prostě řekne jen, tohle spolkní. Ale já už poznám, který prášek je ten můj proti bolesti.*“ Po podání léku se už sestra znovu neptala, jestli se bolest zlepšila. Pacientka by se sama ozvala. Nefarmakologické metody tlumení bolesti v nemocnici používány nebyly. Doma jí matka dávala obklady na krk, v nemocnici si je dělala sama.

Dítě 8

Desetiletý chlapec byl přijat na dětské oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec k extrakci kovového materiálu z pravého bérce. V době rozhovoru byl hospitalizován 3. den a byl 2. den po operaci. Ten samý den ho čekalo propuštění do domácího ošetřování. Bolest byla popisována v denním hlášení sester a v přehledném záznamu hodnocení bolesti, který byl součástí standardní dokumentace na oddělení. Hodnocení probíhalo podle VAS 0-10. V den rozhovoru byla bolest zaznamenána dvě hodiny před rozhovorem a byla označena stupněm 3. Dle dokumentace byla analgetika podávána pravidelně, v den rozhovoru byla podána jednou.

Chlapec byl velmi dobře informován o důvodech hospitalizace a bolesti. Bolest přesně lokalizoval do místa operační rány a udal dokonce i to, že ho noha bolela „*taky trochu vevnitř*“. Mohl porovnávat dva druhy bolesti po úraze a první operaci se současnou bolestí. Na vizuální škále ukázal 6 bodů (střední hodnotu) pro bolest první pooperační den, pro den rozhovoru po podání analgetik je bolest na stupni 2. Dobu trvání bolesti udal přesně od operace, ale zároveň byl informován o nutnosti operace. Sestry se pacienta pravidelně ptaly na bolest, neměl pocit, že by se mohlo stát, že by ho noha bolela a sestra o tom nevěděla, protože se ho „*po operaci se ptaly pořád*“. Chlapec

udával, že doma i v nemocnici po úraze řešili bolest vždycky s maminkou. Naučil se tlumit bolest i přikládáním ledu. Tuto metodu používal i samostatně. V odpovědi na otázku, co dělá maminka, když ho něco bolí, udal znovu chlazení a také, že mu to maminka „pofouká“. Sestry v nemocnici mu na bolest pouze podávaly léky. Na co lék je, mu sestry neříkaly, ale předtím i potom se ho ptaly na to, jestli měl bolesti, nebo jestli se bolest zlepšila.

Dítě 9

Jedenáctiletý chlapec byl hospitalizován na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice s komocí mozku po pádu ze schodů. V den rozhovoru byl hospitalizován 2. den, přes noc byl na jednotce intenzivní péče. Dopoledne byl přeložen na standardní oddělení. Bolest hlavy byla popisována v denním a nočním pozorování sester na JIP bez udání intenzity. Analgetika byla podle záznamu v dekurzu podána pouze večer v den úrazu.

Z rozhovoru vyplynulo, že chlapec měl bolesti hlavy večer v den příjmu, dostal analgetika a od té doby se bolest znovu neobjevila. Na otázku jako dlouho ho bolela hlava odpověděl: *„Chvilku, potom, co mi sestřička dala prášek, tak už to bylo dobrý.“* Hlava ho podle jeho vlastních slov bolela *„trochu“*. Na vizuální analogové škále označil bolest 2 body. Pokud by se bolest znovu objevila, svěřil by se matce. Za sestrami by šel pouze, pokud by bolest byla *„moc zlá“*. Věděl, že by za sestrami mohl zajít, řekly mu to, když byl přeložen na standardní oddělení. Na JIP se ho sestry pravidelně ptaly, jestli ho hlava nebolí, na standardním oddělení se ho nikdo neptal. Nedokázal říct, co dělá on sám, nebo maminka, pokud má bolesti. Sestry řešily bolest podáním analgetik a klidem na lůžku. O tom, na co má působit lék, který mu podává, ho sestra neinformovala. To že jde o analgetikum poznal podle toho, že mu lék *„nesla hned potom, co se ptala, jestli ho bolí hlava.“* Po podání léku se ho sestra opakovaně ptala, jestli se bolest zmírnila.

Dítě 10

Sedmiletý chlapec byl přijat na dětské oddělení Nemocnice České Budějovice pro angínu a dehydrataci. Podle příjmové anamnézy odmítal dva dny jíst a pít pro bolest v krku. V den rozhovoru byl v nemocnici 2. den. Bolest byla popisována v denním i nočním pozorování sester jako mírná bolest, lokalizace udána nebyla. Analgetika v dekurzu předepsána nebyla, ani nebyla podávána.

Bolest lokalizoval do oblasti krku, ale dobu trvání bolesti nedokázal přesně popsat, udal, že měl bolesti jen chvíli. Na otázku, jak moc ho krk bolel odpověděl, že „*doma to bolelo hodně moc, ale teď už to skoro nebolí*“. Na vizuální analogové škále volil stupeň 8 (silnou bolest), proto byla využita ještě obličejová škála, kde zvolil 4. obličej ze 6. Dále udal, že kdyby ho začalo znovu bolet v krku, nebo se bolest zhoršovala, neřekl by to nikomu, možná mamince. Sestrě by se nesvěřil, protože chtěl být propuštěn do domácího ošetřování. Sestry se ho podle jeho slov ptaly na bolest předchozí den večer, v den rozhovoru ne. Sám řešil bolest jediné tím, že se svěřil matce. Jako nejčastější reakci matky na bolest udal: „*Nepustí mě do školy, musím ležet a pít čaj*.“ Chtěl by, aby mu sestra dala čaj a poslala ho lehnout jako maminka, a aby „*nežalovala doktorovi*“. Léky proti bolesti nedostával, nebo nevěděl, že je dostal. Jediné léky, o kterých věděl, na co měly působit, byla antibiotika, která dostával intramuskulárně, o těch ho informoval lékař. Z nefarmakologických metod tlumení bolesti si vybavil jenom obklad, který mu večer dala sestra.

Dítě 11

Dvanáctiletá dívka byla hospitalizována na dětském oddělení Nemocnice Tábor pro bolest břicha k vyšetření. V den rozhovoru trvala hospitalizace 2. den. Bolesti břicha byly léčeny klidem, chlazením a podáváním analgetik. Sledování bolesti bylo zaznamenáno v denním pozorování sester bez udání intenzity. Podání analgetik bylo přehledně zaznamenáno v dekurzu společně s časem podání a jmenovkou a podpisem sestry, která lék podala. V den rozhovoru měla dívka mírné bolesti.

Podle odpovědí na otázky ji bolelo břicho celý předchozí den, kdy byla přijata do nemocnice. V den rozhovoru již udala, že bolesti „*skoro nemá*“. Intenzitu své bolesti

popsala tak, že ji předchozí den bolelo břicho „hodně“. Na vizuální škále označila stupeň 6, tedy střední hodnotu. Aktuální bolest označila 2 body na stejné škále. Na otázku, komu by se svěřila, pokud by se bolest začala znovu zhoršovat, odpověděla, že jednoznačně matce, případně sestře. Dále udala, že sestry se jí na bolest pravidelně ptaly, většinou několikrát denně. Na otázku co dělá ona sama a co dělá matka, pokud má dívka doma bolest, odpověděla shodně, že si jde lehnout do postele a uvaří si čaj, matka navíc ještě podá analgetika. Řešení bolesti v nemocnici viděla dívka pouze v tom, že sestra zavolá doktora a ten předepíše analgetikum. Nebyla si jistá, jestli jí byla analgetika podávána. Udala, že lékař jí nějaký lék proti bolesti slíbil. Sestra jí léky podala, ale neinformovala ji, zda se jedná o slíbené analgetikum. O nefarmakologických metodách tlumení bolesti mluvila pacientka s lékařem, který jí doporučil úlevovou polohu a chlazení, se sestrou o dalších metodách tlumení bolesti nemluvila.

Dítě 12

Jedenáctiletá dívka byla hospitalizována na dětském oddělení Nemocnice Tábor pro dlouhodobé bolesti hlavy k vyšetření. V den rozhovoru byla v nemocnici 14. den. Popis bolesti se objevil pouze v denním a nočním hlášení sester bez udání intenzity a lokalizace.

Podle odpovědí na otázky, trvala bolest hlavy u dívky asi půl roku. Hlava ji nebolela stále, ale každý den se bolest opakovala. Ve chvíli rozhovoru udala dívka, že ji právě před půl hodinou začala opět bolet hlava. Na otázku o intenzitě bolesti udala, že hlava bolí „středně“. Na VAS ukázala stupeň 5, tedy střední hodnotu. Pokud by se bolest znovu objevila, šla by za sestrou, která by jí podala prášek, po kterém by se bolest zmírnila. Uvedla i možnost svěřit se lékaři, nebo matce. Podle slov dívky se sestry ptaly na bolest asi jednou denně. Udala, že sama řešila bolest tím, že si šla lehnout a svěřila se matce, nebo v nemocnici sestře. Matka doma podle dívky řešila bolest tím, že ji vzala k dětské lékařce. V nemocnici chodila matka za sestrou, která podala dívce analgetika podle ordinace lékaře. V prvních dnech hospitalizace sestry při bolesti hlavy měřily tlak, volaly lékaře, který ordinoval různá vyšetření. Ve dnech před rozhovorem už byla bolest řešena pouze podáním analgetik. Na otázku, jestli ji sestra informovala o účincích

léku, který jí podávala odpověděla: „Nevím, asi mi to neříká, ale nejspíš je to to samé, co беру дома, nebo to aspoň vypadá stejně.“ Z nefarmakologických metod tlumení bolesti využívala „teplý polštářek s vodou“ a dále ona i sestry klid na lůžku. Na závěr udala, že už je s bolestmi hlavy vyrovnaná a má vyzkoušené své postupy jak bolest zvládnout, tedy klid a teplo.

4.2 Kazuistiky sestry

Sestra 1

Na dětském oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové pracovala v době rozhovoru již šest let. Předtím pracovala na oční ambulanci a v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Tato sestra spoléhala podle rozhovoru na to, že dítě je při příjmu poučeno, aby přišlo kdyby mělo bolest. Kromě toho děti pozorovala. Konkrétně odpověděla, že bolest u dítěte „prostě poznáte“. Na otázku o frekvenci hodnocení bolesti odpověděla, že bolest hodnotí u dětí často, „vlastně pokaždé, když tam přijdeme“. Konkrétní časový odstup v hodnocení bolesti neudala. Dále uvedla, že škály pro hodnocení bolesti u dětí zná, konkrétně ale dokázala jmenovat pouze VAS (vizuální analogovou škálu) a numerickou škálu o rozsahu 0 – 10 bodů, kterou využívala na oddělení. Dále udala, že pokud má dítě bolest, nejprve je třeba hodnotit intenzitu a lokalizaci. Pokud by u dítěte zjistila bolest nad 3 stupně VAS, vždy by volala lékaře a zakládala speciální „skórovací papír“. Jestliže by mělo dítě předepsané analgetikum k podání při bolesti, nebo by zjištěná bolest byla mírná, informovala by lékaře s odstupem času. Při podání analgetik, tato sestra vždy informovala dítě o tom, že dostává lék proti bolesti. Větším dětem podávala i informace o tom, o jaký lék se jedná. Placebo efekt v práci využívala a měla s ním pozitivní zkušenosti. Z nefarmakologických metod využívala při své práci chlazení pomocí gelů.

Rozdíl v hodnocení a tlumení bolesti u dětí a u dospělých viděla nejvíce ve spolupráci s matkou, strachu dětí a pláči i při nebolestivých výkonech. Standard pro hodnocení a tišení bolesti, který na oddělení k dispozici neměla, by podle jejího názoru měl jistě

obsahovat škály pro hodnocení bolesti, dále přítomnost maminek a spolupráci s nimi, a v neposlední řadě i postupy, jak bolest hodnotit objektivně.

Sestra 2

Na dětském oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové pracovala v době rozhovoru již dvanáct let. Od ukončení školy pracovala na stejném oddělení, pouze s tříletým přerušením z důvodu mateřské dovolené.

Z odpovědí na otázky vyplynulo, že bolest u dítěte zjišťovala podle základní diagnózy, dále se děti na bolest ptala, nebo děti pozorovala. Jako další možnost zjištění uvedla dotaz na matku dítěte. Na otázku týkající se frekvence hodnocení bolesti odpověděla, že bolest je u každého dítěte hodnocena minimálně jednou denně, frekvence se zvyšuje, pokud je dítě přijato s bolestí. Škály pro hodnocení bolesti znala, uvedla VAS pro hodnocení bolesti u větších dětí, NIPS (Neonatal infant pain scale) pro kojence a „smajlíky“, neboli obličejovou škálu, pro menší děti. Co se týče použití jednotlivých škál na oddělení, uvedla, že využívá pouze numerickou škálu. V případě, že mělo dítě bolest, informovala lékaře, který rozhodl o podání analgetik, a založení záznamu hodnocení bolesti. Pokud podávala dítěti analgetika, vždy ho informovala o účincích i názvu léku a po hodině ověřovala účinek analgetik. Účinek placebo efektu využila ve své práci již několikrát a měla s ním pozitivní zkušenosti.

Rozdíl v péči o dítě a dospělého s bolestí viděla pouze u dětí do šesti let. Jako nejvýraznější rozdíly uvedla větší osamělost dítěte a více pozornosti, kterou je třeba dítěti věnovat, aby se cítilo v bezpečí. Standard pro hodnocení a tišení bolesti u dítěte k dispozici na oddělení snad měla, ale nebyla si během rozhovoru jistá. Jako hlavní součást standardu, na kterou by se rozhodně nemělo zapomenout při jeho tvorbě, uvedla přítomnost rodičů a jejich možnost být s dítětem po celou dobu hospitalizace.

Sestra 3

Na dětském oddělení Nemocnice Strakonice pracovala od roku 1975. Na své pracoviště nastoupila hned po škole, nejprve na místo směnné sestry a od roku 1991 vykonávala funkci staniční sestry.

Během rozhovoru uvedla, že zjišťování bolestí u dítěte je individuální a řídí se podle věku dítěte. Nejčastěji zjišťovala bolest u dětí dotazem položeným matce, protože matka zná dítě nejlépe a nejlépe se jí dítě svěří. Pokud matka nebyla přítomna, ptala se na konkrétní bolest podle diagnózy a hodnotila vzhled a chování dítěte. Frekvence hodnocení bolesti byla podle této sestry velmi individuální. Minimálně však hodnotila bolest dvakrát denně, nebo častěji pokud mělo dítě předpoklad pro bolest, například stav po operaci. Škály pro hodnocení bolesti neznala, vybavila si pouze škálu pro kojence, kdy se *„na to dítě podíváme jak se tváří a to zaškrtneme.“* Ale žádnou škálu neznala dobře a nepoužívala ji pro hodnocení bolesti v praxi. Na otázku jaká je Vaše reakce, když zjistíte, že dítě má bolest, odpověděla: *„Tak zaprvé mu musíme věřit, že ho něco bolí. Pak hodnotíme jeho chování, abychom to hned nezametli pod koberec. Ale když například lítá po oddělení, cpe se jídlem od rodičů a je veselý, tak nic neděláme, jen na vizitě pak řekneme doktorovi, že si stěžoval. Ale když je na něm vidět, že ho něco opravdu bolí, tak upozorňujeme hned doktora a ten si to vyřeší.“* Pokud podávala analgetika, vždy děti informovala o tom, na co má lék působit a znovu ověřovala, zda bolest ustoupila. Pokud se bolest po podání analgetik nezlepšila, využívala sestra nefarmakologické metody tlumení bolesti, hlavně úlevovou polohu, klid, vypnutí televize, klid na lůžku. Uvedla dokonce, že *„když je potřeba ten klid extrémní, tak někdy používáme i vyprazdňování na lůžku třeba podložní mísu, aby nemusel vstávat, ale když to nepomůže, tak samozřejmě voláme doktora.“* Účinek placebo efektu využila ve své práci minimálně jednou za rok, ale většinou neplánovaně.

K tématu standardu hodnocení a tišení bolesti uvedla, že na oddělení k dispozici nic nemá. Jako hlavní rozdíly mezi hodnocením a tišením bolesti u dospělého a u dítěte označila těžší hodnocení lokalizace u dětí a také to, že malé děti, na rozdíl od dospělých, pláčou a jsou neklidné a často bolest nepřiznají kvůli strachu z injekce. Do standardu specializovaného na hodnocení a tišení bolesti u dětí by zařadila hlavně hodnocení vzhledu dítěte, jeho chování, informování dítěte o tom, aby přišlo, pokud má bolesti, a také upřesnění lokalizace bolesti.

Sestra 4

Na dětském oddělení Nemocnice Strakonice pracovala v době rozhovoru tři roky, předtím nikde nepracovala, po střední zdravotnické škole šla hned na mateřskou dovolenou, proto je toto její první zaměstnání.

Během dotazování uvedla různé způsoby zjišťování bolesti u dítěte. Jmenovala hlavně pozorování, dále spolupráci s matkou, a také informování dítěte o možnosti přijít za ošetrovatelským personálem, pokud by mělo bolesti. Frekvence hodnocení bolesti by měla podle ní být zvolena individuálně. Uvedla, že je třeba dětem bolest zbytečně nepřipomínat, ale minimálně jednou za službu se určitě zeptat, jestli se bolest nevrátila, nebo nezhoršila. O existenci škál pro hodnocení bolesti věděla, ale v praxi je nepoužívala, ani nedokázala žádnou konkrétní jmenovat. Při zjištění bolesti popsala svůj postup tak, že nejprve pošle dítě lehnout, potom se podívá, jestli má předepsané analgetikum, které může podat při bolesti. Pokud by dítě mělo toto analgetikum předepsané, podala by ho a lékaře by informovala při vizitě. Pokud by analgetikum předepsané nemělo, ihned by informovala lékaře, který by dítě vyšetřil a analgetika mu předepsal. Pokud podávala analgetika, informovala dítě o účincích léku, pokud bylo dost staré, aby to pochopilo, uvedla, že zhruba od šesti let. Po podání analgetik znovu ověřovala intenzitu bolesti. Nefarmakologické metody k tlumení bolesti sama nepoužívala. Pokud je naordinoval lékař, pak využívala klid, nebo chlazení, ale účinek placebo efektu úmyslně nikdy nepoužívala.

Standard na hodnocení a tišení bolesti u dítěte na oddělení dostupný neměla. Největší rozdíly v péči o dítě a dospělého s bolestí viděla v tom, že děti bolest víc prožívají a bojí se. Ve standardu viděla pouze "*papír navíc*", nespátkovala v něm žádný přínos pro svoji práci. Kdyby však musela, zařadila by do něho hlavně získání důvěry dítěte .

Sestra 5

Jako jediná v celém výzkumném souboru měla kvalifikaci dětské sestry. Na dětském oddělení Nemocnice Písek pracovala dva roky. Předtím pracovala na chirurgickém oddělení u dospělých pacientů.

Jako hlavní metody zjišťování bolesti u dětí uvedla dotaz na dítě, nebo na matku, a také pozorování. Na otázku jako často hodnotí u dítěte bolest odpověděla: „*Po třech hodinách. Anebo tak, jak je dáno lékařem.*“ Škály pro hodnocení bolesti používala, protože musela výsledek zapsat do dekurzu dítěte, kde byla pro tuto informaci vyhrazena speciální „*kolonka*“. Do dekurzu zapisovala hodnocení na VAS 0 – 5. Další otázka zjišťovala, jak reagovala, pokud zjistila, že dítě má bolest. Z odpovědi vyplynulo, že vždy informovala lékaře, a pokud se bolest nezmírnila ani po podání analgetik, volala lékaře znovu. Dále uvedla, že pokud podávala analgetika, vždy informovala dítě i rodiče, pokud byly přítomni, o tom, na co má lék působit. Nefarmakologické metody používala pouze po ordinaci lékaře, a to nejčastěji přikládání ledu.

Standard pro hodnocení a tlumení bolesti u dětí měla na oddělení k dispozici a řídila se jím. Jako největší rozdíly v péči o dospělého a o dítě s bolestí uvedla, že dospělý lépe popíše a lokalizuje bolest. Proto by do standardu zaměřeného na hodnocení a tlumení bolesti u dětí zařadila správné zhodnocení bolesti a také odvedení pozornosti dítěte od bolesti.

Sestra 6

Na dětském oddělení Nemocnice Písek pracovala jeden a půl roku. Nastoupila hned po vysoké škole, nikde jinde nepracovala.

Z rozhovoru vyplynulo, že bolest u dětí zjišťovala hlavně pozorováním a u starších dětí dotazem. Co se týče frekvence hodnocení bolesti, uvedla, že je značně individuální, jako hlavní faktory určení frekvence udala diagnózu dítěte a časový odstup od přijetí, nebo výkonu. Ze škál pro hodnocení bolesti si vzpomněla na obličejovou škálu, vizuální škálu, a slovní hodnocení, které bylo v tu dobu využíváno standardně na oddělení. Svou reakci na zjištěnou bolest u dítěte popsala použitím nefarmakologických metod tlumení

bolesti, převážně úlevové polohy, chlazení, nebo podání analgetik na ordinaci lékaře. Dále uvedla, že pokud lékař neurčí jinak, je o bolestech, které nevyžadují farmakologické tlumení informován při vizitě, nebo pouze telefonicky. Informování dítěte o předpokládaných účincích léků udala jako samozřejmost, stejně jako informování rodičů o názvu a síle léku. S placebo efektem zkušenosti neměla.

Jako největší rozdíly v péči o dítě a dospělého s bolestí označila rozdíly v rodinném prostředí i psychice. Standard zaměřený na hodnocení a tišení bolesti u dětí k dispozici na oddělení měla. Pokud by sama měla vytvořit standard pro hodnocení a tišení bolesti u dětí, rozhodně by do něho zařadila popis bolesti, farmakologickou i nefarmakologickou léčbu bolesti a také specifika komunikace s dětským pacientem.

Sestra 7

Na dětském oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec pracovala v době rozhovoru 16 let. Její předchozí zaměstnání bylo na chirurgickém oddělení, kde pečovala o dospělé pacienty.

Podle odpovědí na otázky zjišťovala a hodnotila bolest u dítěte podle NIPS (Neonatal infant pain scale), VAS (vizuální analogové škály) a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Tyto škály pro hodnocení bolesti měly sestry na oddělení i na jednotlivých listech papíru, aby mohly bolest přehledně zaznamenávat u jednotlivých pacientů a založit tento list jako záznam do dokumentace. Na otázku, jak často hodnotila bolest u dítěte, odpověděla: „*Podle potřeby*“. Jako řešení zjištěné bolesti u dítěte uvedla, že vždy volala lékaře. Nefarmakologické metody nepoužívala vůbec, nebo pouze na ordinaci lékaře, stejně jako placebo efekt. K informování dítěte o podání léku proti bolesti uvedla, že dítě informuje o účincích léku, „*víc vědět nepotřebuje*“. Na otázku, jaký je největší rozdíl v péči o dospělého a o dítě s bolestí, odpověděla „*No dítě je snad dítě, to se s dospělým vůbec nedá srovnávat. Víc se bojí, víc si to bere, zasahují do toho matky. Prostě je to úplně jiné.*“

Standard pro hodnocení a tišení bolesti dostupný na oddělení měla a považovala ho za samozřejmost. Pokud by měla sama vytvořit standard pro hodnocení a tišení bolesti

u dítěte, zařadila by do něho hlavně přístup k dítěti, omezení lítosti a více péče a pozornosti, kterou je třeba dítěti věnovat.

Sestra 8

Na dětském oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec pracovala v době rozhovoru jeden měsíc. Předtím pracovala na neonatologickém oddělení, stanici intermediální péče.

Z odpovědí na otázky vyplynulo, že ke zjišťování bolesti u dětí používala hlavně pozorování a dotaz na dítě. Na dětském oddělení hodnotila bolest podle „*pravítka na bolest*“. Na neonatologickém oddělení používala NIPS (Neonatal infant pain scale) a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), které na dětském oddělení mohla použít pouze u kojenců. O frekvenci hodnocení bolesti u dětí uvedla, že je značně individuální a zvyšuje se u pacientů hospitalizovaných s bolestí. Jako reakci na zjištěnou bolest udala, že nejprve zjišťovala typ, lokalizaci a intenzitu, a potom vždy volala lékaře. Lékař předepsal analgetika a informoval dítě o tom, že je sestra přinese. Sestra pak již dítě dále neinformovala. Zjišťování bolesti po podání analgetik popsala tak, že „*U větších dětí je to tak, že se s nimi dohodnu a když ta bolest bude pořád stejná, nebo větší, tak přijdou. Ty menší musím kontrolovat a ptát se.*“ Pokud bolest neustoupila, používala nefarmakologické metody a znovu zavolala lékaře. Rozdíl v péči o dítě a dospělého s bolestí popsala tak, že dospělý lépe lokalizuje a popisuje bolest, dále je podle ní velký rozdíl v získání důvěry dítěte a rozpoznání, zda dítě opravdu bolest má, nebo předstírá.

Standard na hodnocení a tišení bolesti u dětí na oddělení k dispozici měla a byla s ním seznámena. Pokud by měla sama vytvořit standard zaměřený na hodnocení a tišení bolesti u dětí, uvedla, že by do něho zařadila hlavně škály pro hodnocení bolesti s podrobným návodem k použití.

Sestra 9

Na dětském oddělení pracovala v době rozhovoru dva a půl roku, nastoupila hned po vyšší zdravotnické škole.

Jako metody zjišťování bolesti u dětí uvedla pozorování, položení otázky dítěti a také to, že dítě může samo přijít a říci, že má bolest. Frekvence hodnocení bolesti je podle této sestry individuální, ale při rozdávání léků kontrolovala všechny děti alespoň třikrát denně. Co se týče škál hodnocení bolesti, udala, že v praxi používala pouze slovní hodnocení bolesti. Měla praktické zkušenosti i s „*pravítkem bolesti*“, ale to se na oddělení podle ní neosvědčilo. O škálách pro hodnocení bolesti se učila ve škole, kromě výše uvedených si vybavila ještě „*počítání bolesti na prstech*“. Dále řekla, že pokud zjistila u dítěte bolest, vždy prvně kontrolovala dokumentaci a podávala analgetika podle ordinace lékaře. Jestliže dítě nemělo předepsaná analgetika k podání při bolesti, vždy volala lékaře. Pokud byla bolest u dítěte předpokládána, nebo pouze slabá, informovala lékaře až při vizitě. Při slabší bolesti, nebo „*pokud je na dítěti vidět, že ho nic nebolí*“, bylo podle ní možné řešit bolest slovním politováním, nebo pofoukáním. Uvedla, že pokud bylo třeba podat analgetika, vždy informovala dítě o účincích léku a kontrolovala, jestli se bolest zmírnila. Na otázku, jestli používá nefarmakologické metody tlumení bolesti, odpověděla: „*Ano, třeba u bříšek nahříváme teplou plenou, někdy pomůže i horká vana, klid, úlevová poloha, třeba poloha plodu. Záleží, co máme konkrétního vyzkoušené.*“ Zároveň uvedla, že má bohaté zkušenosti s placebo efektem, který byl na oddělení využíván často, převážně u dětí s psychosomatickým onemocněním. Placebo efekt však využívala, pouze na ordinaci lékaře.

Jako největší rozdíly v péči o dospělého a o dítě s bolestí označila zvláštnosti v komunikaci s dítětem, větší prožívání bolesti u dětí, menší schopnost se přizpůsobit bolesti a popsat ji. Standard pro hodnocení a tišení bolesti u dětí k dispozici na oddělení neměla, pouze standard pro péči o dospělého pacienta s bolestí. Pokud by měla sama vytvořit standard pro hodnocení a tišení bolesti u dětí, zařadila by do něho jako nejdůležitější část farmakologickou i nefarmakologickou léčbu.

Sestra 10

Na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice pracovala v době rozhovoru pět let. Předtím krátce pracovala na interním oddělení dospělých.

Jako metody zjišťování bolesti u dítěte jmenovala hlavně dotaz na dítě, pozorování a také to, že dítě může samo přijít, pokud by mělo bolest. Frekvence hodnocení bolesti podle ní musí být hodnocena individuálně, podle základní diagnózy dítěte. Tato sestra hodnotila bolest u všech dětí průběžně, ale nejméně třikrát denně, vždy když rozdávala léky. V praxi u dětí používala pouze slovní hodnocení bolesti. Na oddělení měla k dispozici „pravítko“ se stupnicí 1-10, ale nevyužívala ho. Na otázku, jaká je její reakce, když zjistí, že dítě má bolest odpověděla: *„Hlavně musím zůstat v klidu, abych dítě nevydělala ještě víc, v klidu se zeptám jak moc ho to bolí, jestli chce léky, nebo jestli chce jen abych mu zařídila klid na pokoji, aby si mohl odpočinout. Určitě mu pomůžu do úlevové polohy a pak dál postupuji podle toho, s jakou diagnózou tu leží. Když je to třeba diagnóza psychosomatická bolest, tak mu věnuji pozornost, to samo o sobě někdy zabere víc. Než nějaké léky.“* O účincích léku dítě informovala vždy, u větších dětí sdělovala i název léku. Z dalších odpovědí vyplynulo, že lékaře informovala okamžitě pouze tehdy, pokud se bolest objevila u dítěte, u kterého nebyla očekávána. Jinak informovala lékaře, jestliže přišel na oddělení ve službě, nebo při vizitě. Placebo efekt využívala ve své práci často, udala ho jako jedno z možných řešení, když se bolest po podání analgetik nezmírňuje. Rozdíl v péči o dospělého a o dítě s bolestí viděla v tom, že dospělý lépe lokalizuje a popíše bolest.

Nevěděla, jestli byl standard na hodnocení a tišení bolesti, který měla dostupný na oddělení, určen pro dospělé, nebo i pro děti. Pokud by sama tvořila standard hodnocení a tišení bolesti u dětí, nejdůležitější věcí, kterou by do něho zařadila, by bylo správné popsání bolesti a škály pro hodnocení bolesti, *„aby se bylo čeho chytit“*.

Sestra 11

Na dětském oddělení Nemocnice Tábor pracovala nepřetržitě již 35 let. Nikdy nepracovala na jiném oddělení, ani nebyla na mateřské dovolené.

Na otázku, jak zjišťuje u dítěte bolest, odpověděla, že nejvíce pozorováním, dotekem, kdy dítě reaguje bolestivě, ale nejčastěji podle ní přicházejí děti samy říct, když je něco bolí. Co se týče frekvence hodnocení bolesti, je podle ní „*hodně individuální*“, liší se podle diagnózy, s kterou bylo dítě přijato. Minimální frekvenci hodnocení bolesti udala jednou denně, maximální pak třikrát denně. Ze škál pro hodnocení bolesti využívala vždy jenom FLACC škálu u dětí do čtyř let. K hodnocení bolesti u větších dětí používala pouze slovní zhodnocení bolesti. Na otázku, jak reaguje, když zjistí, že dítě má bolest, odpověděla: „*Nejprve se snažím o to, aby dítě bolest lokalizovalo, pak zkusím úlevovou polohu, klid, nebo odreagování, když na tu bolest hodně myslí. Zkoušíme i obklady a jako poslední podání analgetik.*“ Lékaře by podle jejích slov volala, pokud by se bolest nezmírnila. U dětí, kde je bolest předpokládána informovala lékaře u vizity, jinak okamžitě. Informování dítěte o podání analgetik brala jako samozřejmost, dítě vždy informovala o účincích léku, starší děti a rodiče i o názvu a síle léku. Za hodinu od podání analgetik zjišťovala, zda bolest ustoupila a jako podpůrné metody tlumení bolesti využívá nefarmakologické postupy, nejvíce úlevové polohy, teplo, chlad, odreagování a návštěvu rodičů. Placebo efekt využívala velmi výjimečně, spíše při psychosomatických onemocněních místo psychofarmak. Jako největší rozdíl v péči o dospělého a dítě s bolestí viděla strach dítěte, přiznat se, že ho něco bolí, dále zhoršenou komunikaci a horší popis lokalizace a typu bolesti.

Standard pro hodnocení a tišení bolesti na oddělení k dispozici měla. Na otázku, co by rozhodně nemělo chybět ve standardu hodnocení a tišení bolesti u dětí odpověděla: „*Důležitá je hlavně přítomnost rodičů, pokud tam rodiče nejsou, tak zabavit dítě, dát mu nějaké hračky, nebo pustit v televizi pohádku, nebo mu dát knížku, prostě něco, aby nemyslelo na bolest. Taky by bylo dobrá nezapomenout na to, jak s dítětem navázat spolupráci, aby Vám přiznalo, že ho něco bolí a kde. A v poslední řadě analgetika na ordinaci lékaře.*“

Sestra 12

Na dětském oddělení pracovala v době rozhovoru dvanáct let. Před mateřskou dovolenou pracovala na chirurgii u dospělých pacientů.

Během dotazování uvedla, že bolest u dětí zjišťovala různě, nejčastěji využívala pozorování, dotaz na dítě, nebo sledování fyziologických funkcí. Frekvence hodnocení bolesti byla podle ní individuální, v rozhovoru udala frekvenci od 15 minut, až po hodnocení bolesti jednou za den. Na oddělení používala k hodnocení bolesti u dětí FLACC škálu, VAS, numerickou škálu a slovní hodnocení bolesti. Škálu volila podle věku a spolupráce dítěte. Na otázku, jak reaguje, jestliže má dítě bolest, odpověděla: *„Podám léky podle ordinace, pak informuji lékaře.“* Dále uvedla, že lékaře informuje o bolesti vždy okamžitě. Pokud byla bolest očekávaná a opakovaná, informovala lékaře pouze telefonicky. Na další dotazy odpověděla, že při podávání analgetik informuje dítě vždy o účincích léku, o názvu léku informuje pouze rodiče. Po podání analgetik ověřovala účinek léku za deset minut, až hodinu, podle toho, v jaké formě dítě lék dostalo. Pokud se bolest nezmírnila, informovala znovu lékaře, podala druhé analgetikum a využila nefarmakologické metody tlumení bolesti. Nejčastěji používala úlevovou polohu, klid, teplo, nebo chlad a odvedení pozornosti od bolesti. Placebo efekt využívala výjimečně a pouze na ordinaci lékaře, ale měla s ním výborné zkušenosti. Na otázku v čem je nejvýraznější rozdíl v péči o dospělého a dítě s bolestí, odpověděla: *„Některé děti se bojí říct, aby je ta léčba nebolela ještě víc, nebo ze strachu, že bychom je pak nepustili domů, malé děti to nesdělí vůbec, ty ještě ani neví jak. A navíc děti neumí většinou bolest popsat.“*

Standard pro hodnocení a tišení bolesti u dítěte měla na oddělení k dispozici. Pokud by ona sama měla vytvořit standard pro hodnocení a tišení bolesti u dítěte, zařadila by do něj hlavně spolupráci s dítětem a adekvátní reakci na chování dítěte. Dále uvedla: *„Standardy jsou dostatečné, ale podle věku je i spousta dalších možností, jak postupovat.“*

4.3 Kvantifikace dat

4.3.1 Kvantifikace dat získaných rozhovorem s dětmi a z dokumentace dětí

V záhlaví tabulek jsou jednotlivé děti označeny zkratkou D2 - D12 (dítě 1 – dítě 12).

Věk dětí

Výzkumu se zúčastnilo 12 (100 %) dětí ve věku od sedmi do čtrnácti let. Přehled věkového rozložení respondentů je uveden v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Věk dětí

Respondenti														
Věk dětí	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
7 let						1				1			2	17 %
9 let			1										1	8 %
10 let								1					1	8 %
11 let									1			1	2	17 %
12 let							1				1		2	17 %
13 let		1		1	1								3	25 %
14 let	1												1	8 %
Součet													12	100 %

Tři z dětí (25 %) byly ve věku 13 let. Dále se výzkumu zúčastnily dvě děti (17 %) ve věku 7 let, dvě děti (17 %) ve věku 11 let, dvě děti (17 %) ve věku 12 let a po jednom dítěti (8 %) ve věku 9 let, 10 let a 14 let.

Pohlaví dětí

Rozložení respondentů podle pohlaví je uvedeno v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Pohlaví dětí

Respondenti														
Pohlaví	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Děvčata				1	1		1				1	1	5	42 %
Chlapci	1	1	1			1		1	1	1			7	58 %
Součet													12	100 %

Výzkumu se zúčastnilo 5 děvčat (42 %) a 7 chlapců (58 %).

Otázka č. 1: Proč jsi v nemocnici?

Úvodní otázka sloužila hlavně k prvnímu seznámení s dítětem a zjištění, jestli je dítě informováno o důvodu hospitalizace. Z odpovědí vyplynulo, že všechny děti byly informovány o tom, proč v nemocnici byly a dokázaly to vlastními slovy vysvětlit. Základní diagnóza byla ověřena v dokumentaci a vždy souhlasila s tvrzením dětí, výskyt diagnóz u jednotlivých respondentů je uveden v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Základní diagnóza

Respondenti														
Základní diagnóza	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Bolesti břicha	1		1								1		3	25 %
Cystická fibróza a tromboflebitida		1											1	8 %
Pyelonefritida				1									1	8 %
Angína					1					1			2	17 %
Mononukleóza							1						1	8 %
Pneumonie						1							1	8 %
Extrakce kovového materiálu								1					1	8 %
Comoce									1				1	8 %
Bolesti hlavy												1	1	8 %
Součet													12	100 %

Nejvíce dětí ze zkoumaného souboru bylo hospitalizováno s bolestmi břicha k vyšetření, celkem se jednalo o 3 děti (25 %). 2 děti (17 %) byly hospitalizovány

s angínou. Další diagnózy, se kterými byly respondenti hospitalizováni, se vyskytly vždy u 1 dítěte (8 %).

Otázka č. 2: Co Tě bolí?

Otázka byla zaměřena na zjištění přítomnosti aktuálně pociťované bolesti a její lokalizace. Děti určovaly lokalizaci přítomné i již nepřítomné bolesti. V tabulce č. 4 je uveden výskyt bolesti u jednotlivých dětí v době rozhovoru. Tabulka č. 5 pak zobrazuje schopnost dětí lokalizovat prožitou bolest.

Tabulka č. 4: Aktuální stav dítěte

Respondenti														
Stav dítěte	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Bez bolesti	1	1			1				1				4	33 %
Pociťuje bolest			1	1		1	1	1		1	1	1	8	67 %
Součet													12	100 %

Většina dětí, celkem 8 (67 %), pociťovala v době rozhovoru různě silné bolesti. Pouze 4 pacienti (33 %) byli zcela bez bolesti.

Tabulka č. 5: Lokalizace bolesti

Respondenti														
Lokalizace bolesti	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Lokalizuje přesně		1		1	1		1	1		1	1		7	58 %
Lokalizuje nepřesně (celé břicho, hrudník)	1		1			1			1			1	5	42 %
Není schopen udat lokalizaci													0	0 %
Součet													12	100 %

Ve zkoumaném souboru nebylo žádné dítě, které by nedokázalo alespoň částečně lokalizovat svou bolest. Částečně lokalizovalo svou bolest 5 dětí (42 %), tyto děti lokalizovaly bolest na celé břicho, celý hrudník, nebo celou hlavu. Přesně určit místo lokalizace zvládlo 7 dětí (58 %).

Otázka č. 3: Jak dlouho to bolí/bolelo?

Otázka na dobu trvání bolesti byla položena v rámci diagnostiky bolesti. Děti uváděly délku trvání bolesti v nemocnici i doma před hospitalizací. Celková délka trvání bolesti je uvedena v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Doba trvání bolesti

Respondenti														
Trvání bolesti	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Déle než dva týdny			1		1							1	3	25 %
Týden až dva týdny	1						1						2	17 %
4 – 6 dní		1											1	8 %
1 – 3 dny				1				1	1		1		4	33 %
Nedokáže určit						1				1			2	17 %
Součet													12	100 %

Nejvíce dětí, 4 (33 %), uvedlo, že mělo bolest 1-3 dny. Druhý největší počet dětí, 3 (25 %), měl bolest déle než dva týdny. 2 děti (17 %) odpověděly, že měly bolest 1-2 týdny, jedno dítě (8 %) 4-6 dní a dvě děti (17 %) nedokázaly určit, jak dlouho bolest trvala.

Otázka č. 4: Jako moc to bolí/bolelo?

Otázka zaměřená na intenzitu bolesti byla rozdělena do několika oblastí. Nejprve byla zjištěna aktuálně pociťovaná bolest, poté největší bolest, kterou dítě pociťovalo v průběhu onemocnění a nakonec škály, které používaly sestry pro hodnocení intenzity bolesti u konkrétního dítěte. Intenzita byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály, se stupnicí od 0 do 10. Získané údaje jsou uvedeny v následujících tabulkách. Tabulka č. 7 zobrazuje intenzitu bolesti v době rozhovoru, tabulka č. 8 největší bolest, která se vyskytla v průběhu onemocnění. V tabulce č. 9 jsou uvedeny škály, které byly u dětí použity k hodnocení intenzity bolesti, jedná se o škály, které děti popsaly.

Tabulka č. 7: Intenzita bolesti v době rozhovoru

Respondenti														
Aktuální bolest	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Bez bolesti VAS 0	1	1			1				1				4	33 %
Mírná bolest VAS 1-3			1	1				1		1	1		5	42 %
Střední bolest VAS 4-6						1	1					1	3	25 %
Silná bolest 7-9													0	0 %
Součet													12	100 %

Největší počet dětí, 5 (42 %), pociťoval při rozhovoru mírnou bolest (VAS 1-3). 4 děti (33 %) byly zcela bez bolesti, 3 děti (25 %) pociťovaly střední bolest (VAS 4-6). Silnou bolest nemělo v době rozhovoru žádné z dětí.

Tabulka č. 8: Největší bolest pociťovaná v průběhu onemocnění

Respondenti														
Stav bolesti	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Není schopen určit	1												1	8 %
Mírná bolest VAS 1-3									1				1	8 %
Střední bolest VAS 4-6		1	1		1	1	1	1			1	1	8	67 %
Silná bolest 7-9				1						1			2	17 %
Součet													12	100 %

Nejvíce dětí, 8 (67 %), uvedlo, že v průběhu onemocnění cítily nejvíce střední bolest (VAS 4-6). 2 děti (17 %) popsaly silnou bolest (VAS 7-9). 1 dítě (8 %) pociťovalo pouze mírnou bolest a jedno dítě (8 %) si nedokázalo vzpomenout, jakou nejsilnější bolest během onemocnění mělo.

Tabulka č.9: Škály použité k hodnocení intenzity bolesti

Respondenti														
Použité škály	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
VAS													0	0 %
Numerická škála	1	1					1						3	25 %
Slovní hodnocení						1		1		1			3	25 %
Nevybavuje si			1	1	1				1		1	1	6	50 %
Součet													12	100 %

Polovina počtu zkoumaných dětí , 6 (50 %), si nedokázala vybavit žádnou metodu, podle které by sestry určovaly, jak silnou bolest dítě cítilo. 3 děti (25 %) uvedly, že hodnotily bolest se sestrou slovně. U 3 dětí (25 %) byla intenzita bolesti zjišťována pomocí numerické škály. VAS neznalo v době rozhovoru žádné z dětí.

Otázka č. 5: Komu bys řekl, kdyby Tě začalo něco bolet/bolet víc?

Otázka zjišťovala, na koho by se dítě v nemocnici obrátilo, kdyby mělo bolest. Jako odpověď na tuto otázku některé děti uvedly více osob, na které by se mohly obrátit. Proto jsou ve spodní části tabulky č. 10 uvedeny počty osob, udané jednotlivými dětmi jako osoby, na které by se s bolestí obrátily.

Tabulka č. 10: Osoby, kterým by se dítě svěřilo se svou bolestí

Důvěryhodné osoby	Respondenti												Celkem	%
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12		
Pouze matce			1			1				1			3	25 %
Matce									1		1	1	3	25 %
Sestře	1	1		1	1		1	1	1		1	1	9	75 %
Doktorovi		1		1								1	3	25 %
Nikomu													0	0 %
Součet	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	3	18	150 %

Nejvíce dětí, 9 (75 %), by se obrátilo na sestru. 3 z těchto dětí (25 %) by se kromě sestry obrátily i na matku. Možnost obrátit se na lékaře uvedly 3 děti (25 %), vždy v kombinaci s informováním sestry. 3 děti (25 %) by se s bolestí nesvěřily nikomu jinému než matce. 7 dětí (58 %) označilo pouze jednu osobu na kterou by se obrátilo, tyto děti označovaly buď matku, nebo sestru. Čtyři děti (33 %) by se obrátily na dvě osoby, dvě z nich (25 %) buď na matku, nebo sestru a dvě (25 %) na sestru, nebo lékaře. Jedno dítě (8 %) uvedlo jako osoby, na které by se mohlo obrátit matku, lékaře i sestru.

Otázka č. 6: Ptala se Tě některá sestřička, jestli Tě něco bolí?

Tato otázka zjišťovala, zda si dítě uvědomuje hodnocení bolesti a jeho frekvenci. Odpovědi dětí byly rozděleny do kategorií podle osoby, která bolest zjišťovala a podle pravidelnosti. Zjištěné údaje jsou uvedeny v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11: Osoby, které se dítěte ptaly na bolest a pravidelnost dotazů

Respondenti														
Dotazy na bolest	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Sestry se pravidelně ptají	1	1			1			1			1		5	42 %
Sestry se zeptaly jednou				1					1	1			3	25 %
Na bolest se ptá lékař			1										1	8 %
Nevybavuje si žádný dotaz na bolest						1							1	8 %
Na dotaz nečeká, jde za sestrami sám							1					1	2	17 %
Součet													12	100 %

Největší počet dětí, 5 (42 %), uvedl, že sestry hodnotily přítomnost bolesti dotazem pravidelně, několikrát denně. Tři děti (25 %) uvedly, že se jich sestra ptala na bolest pouze jednou a to u všech při příjmu na oddělení. 1 dítě (8 %) udalo, že bolest zjišťoval pouze lékař při příjmu a při vizitě. 1 dítě (8 %) si nevybavilo vůbec žádný dotaz na bolest a 2 děti (17 %) odpověděly, že na dotaz nečekají a informují sestry o přítomnosti bolesti ihned samy.

Otázka č.7: Co děláš Ty, když Tě něco bolí?

Tato otázka se zaměřovala na činnost dítěte v domácím prostředí a v nemocnici, pokud se u něj objeví bolest. Odpovědi byly rozděleny do dvou tabulek. Tabulka č. 12 znázorňuje činnost dítěte při bolesti v domácím prostředí a tabulka č. 13 činnost dítěte při bolesti v nemocnici. Některé děti uvedly více možností, které provádějí vždy, proto je ve spodní části obou tabulek uveden počet činností, které provádí konkrétní dítě.

Tabulka č. 12: Činnost dítěte při výskytu bolesti v domácím prostředí

Respondenti														
Činnost dítěte	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Obrátí se na matku			1	1	1	1	1	1	1	1		1	9	75 %
Dodržuje klid na lůžku		1		1						1	1	1	5	42 %
Aplikuje chlad								1					1	8 %
Nedělá nic	1												1	8 %
Vezme si sám léky					1								1	8 %
Součet	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	17	142 %

Nejvíce dětí, 9 (75 %), uvedlo, že se v případě bolesti vždy obrátí na matku. 5 dětí (42 %) označilo jako řešení bolesti klid na lůžku, 3 z těchto dětí (25 %) zároveň informují matku, 2 děti (17 %) dodržují pouze klid na lůžku. 1 dítě (8 %) samo aplikuje na bolestivé místo chlad a 1 dítě (8 %) uvedlo, že nedělá při výskytu bolesti nic, protože mu proti bolesti nic nepomůže. 1 dítě (8 %) odpovědělo, že si samo vezme léky, zároveň jako druhou možnost udalo, že informuje matku.

Tabulka č. 13: Činnost dítěte při výskytu bolesti v nemocnici

Respondenti														
Činnost dítěte	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Obrátí se na matku			1	1	1	1	1			1		1	7	58 %
Obrátí se na sestru		1		1	1		1	1	1		1	1	8	67 %
Dodržuje klid na lůžku				1								1	2	17 %
Aplikuje chlad								1					1	8 %
Nedělá nic	1												1	8 %
Vezme si sám léky					1								1	8 %
Součet	1	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	3	20	167 %

Nejvíce dětí, 8 (58 %), uvedlo, že se obrátí na sestru, 4 z nich (33 %) by se zároveň obrátily i na matku. Celkem by bolest v nemocnici řešilo informováním matky 7 dětí (58 %), 3 z nich (25 %) udaly toto řešení jako jedinou možnost. 2 děti (17 %) uvedly jako řešení bolesti v nemocnici dodržování klidu na lůžku, obě by zároveň i informovaly sestru. 1 dítě (8 %) samo aplikuje chlad, stejně jako v domácím prostředí a zároveň informuje sestru. 1 dítě (8 %) řeklo, že si samo vezme léky, které má u sebe od matky, ale vezme si je až potom, kdy informuje matku a sestru, pokud není bolest

ihned tlumena. Stejně jako v domácím prostředí odpovědělo 1 dítě (8 %), že proti bolesti nedělá vůbec nic, ani neinformuje sestru.

Otázka č. 8: Co dělá maminka doma, když Tě něco bolí?

Tato otázka zjišťovala, na jaký postup je dítě zvyklé z domu, pokud informuje dospělého (matku) o tom, že má bolest. Na tuto otázku uvedly některé děti více činností, které matka provádí, proto je v dolní části tabulky č. 14 uveden počet činností prováděných matkou u konkrétního dítěte. Velký počet dětí uvedl, že matka doma používá nefarmakologické metody tlumení bolesti. Pro přehlednost jsou používané nefarmakologické metody uvedeny v tabulce č. 15.

Tabulka č. 14: Činnost matky při bolesti v domácím prostředí

Respondenti														
Činnost matky	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Nic	1												1	8 %
Zjišťuje lokalizaci, intenzitu, příčinu bolesti		1					1						2	17 %
Používá nefarmakologické metody tlumení		1	1	1		1	1	1	1	1	1		9	75 %
Podá analgetika					1		1				1		3	25 %
Navštíví s dítětem lékaře			1	1								1	3	25 %
Součet	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	1	18	150 %

Největší počet dětí, 9 (75 %), uvedl, že matka doma použije nefarmakologické metody tlumení bolesti. 3 děti (25 %) odpověděly, že matka při bolesti podá analgetika, všechny tyto děti zároveň udaly používání nefarmakologických metod. 3 děti (25 %) řekly, že pokud mají bolest, vezme je matka k lékaři, 2 z těchto dětí (17 %) zároveň udaly použití nefarmakologických metod. Pouze 2 děti (17 %) uvedly, že matka zjišťuje lokalizaci a intenzitu bolesti.

Tabulka č. 15: Nefarmakologické metody používané matkou v domácím prostředí

Respondenti														
Nefarmakologické metody	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Nepoužívá	1				1							1	3	25 %
Klid na lůžku		1	1	1		1	1		1	1	1		8	67 %
Pofoukání						1		1					2	17 %
Obklady						1	1			1			3	25 %
Chlad								1					1	8 %
Součet	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	1	1	17	142 %

Pouze 3 matky (25 %) nevyužívají nefarmakologické metody tlumení bolesti vůbec. Nejvíce matek, 8 (67 %), používá jako nefarmakologickou metodu tlumení bolesti klid na lůžku. 2 matky (17 %) tlumí bolest „pofoukáním“, 1 matka (8 %) používá zároveň klid na lůžku. Obklady používají k tlumení bolesti 3 matky (25 %), všechny využívají zároveň tlumení bolesti pomocí klidu na lůžku. 1 matka (8 %) používá k tlumení bolesti chlad.

Otázka č. 9: Co dělá sestřička v nemocnici, když zjistí, že Tě něco bolí?

Tato otázka zjišťovala zkušenost dětí s postupem sestry po zjištění bolesti. Některé děti uvedly více činností, které sestra provede, proto je ve spodní části tabulky č. 16 uveden součet počtu činností popsaných jednotlivým dítětem.

Tabulka č. 16: Činnost sestry po zjištění bolesti

Respondenti														
Činnost sestry	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Nic	1												1	8 %
Zavolá lékaře		1		1			1			1	1	1	6	50 %
Podá analgetika		1	1		1		1	1	1			1	7	58 %
Použije nefarmakologické metody				1					1				2	17 %
Dítě neví						1							1	8 %
Součet	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	17	142 %

Nejvíce dětí, 7 (58 %) uvedlo, že sestra podá analgetika. Druhý největší počet dětí, 6 (50 %), udal, že sestra zavolá lékaře, zároveň 3 z těchto dětí (25 %) uvedly i, že sestra

podá analgetika. 2 děti (17 %) uvedly, že sestra použije nefarmakologické metody tlumení bolesti, 1 z těchto dětí (8 %) zároveň uvedlo, že sestra zavolá lékaře a druhé (8 %), že sestra také podá analgetika. 1 dítě (8 %) nevědělo, co sestra udělala, když zjistila bolest, a 1 dítě (8 %) uvedlo, že sestra na bolest nereagovala.

Otázka č. 10: Co bys chtěl, aby sestřička udělala, když máš bolest?

Tato otázka zjišťovala spokojenost dětí s tlumením bolesti v nemocnici a s postupem sestry, která zjistí u dítěte bolest. Odpovědi dětí jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17: Ideální aktivita sestry podle dětí

Aktivita sestry	Respondenti												Celkem	%
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12		
Současná aktivita		1			1			1		1		1	5	42 %
Podat analgetika	1		1	1			1		1		1		6	50 %
Nefarmakologické metody													0	0 %
Zavolat matku						1							1	8 %
Součet													12	100 %

Největší počet dětí, 6 (50 %), uvedl, že by chtěl, aby sestra co nejdříve podala analgetika. Současnou aktivitu sestry považovalo za dostatečnou 5 dětí (42 %). Jedno dítě (8 %) by si přálo, aby sestra zavolala maminku. Žádné z dětí neudalo, že by podle něho měla sestra použít nefarmakologické metody.

Otázka č. 11: Řekne Ti sestřička co Ti dává za lék, když chce abys ho spolknul?

Otázka byla položena ke zjištění zkušeností dětí s podáváním léků a informováním o účincích léků i jejich názvu a síle. V tabulce č. 18 jsou uvedeny odpovědi na otázku, jestli sestra informuje dítě, na co má působit lék, který dostává, čili informování dítěte o účincích léku.

Tabulka č. 18: Informování dítěte sestrou o podávaném léku

Respondenti														
Informování sestrou	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Vždy informuje		1											1	8 %
Občas informuje					1								1	8 %
Informovala pouze jednou			1					1					2	17 %
Nikdy neinformuje						1	1		1		1	1	5	42 %
Analgetika nedostává	1			1						1			3	25 %
Součet													12	100 %

Nejvíce dětí, 5 (42 %), uvedlo, že je sestra nikdy neinformuje o účincích léku ani o názvu léku. 2 děti (17 %) udaly, že je sestra informovala o účincích léku jednou. Od té doby podle jejich odpovědí poznávají analgetikum podle vzhledu tabletky, nebo podle načasování podání v souvislosti s dotazem na výskyt bolesti. 1 dítě (8 %) uvedlo, že ho sestry informují pouze někdy. Pouze 1 dítě (8 %) bylo informováno o účincích léku vždy. 3 děti (25 %) analgetika vůbec nedostávaly, proto nemohly na otázku odpovědět.

Otázka č. 12: Přejde se sestřička po tom, co Ti dá lék na bolest, znovu zeptat jak moc Tě to ještě bolí?

Otázka zjišťovala, zda si děti jsou vědomy opakovaného zjišťování bolesti po podání léku. Do otázky nebylo zařazeno pozorování, pouze přímý dotaz, který mohlo dítě popsat. Odpovědi na tuto otázku jsou zobrazeny v tabulce č. 19.

Tabulka č. 19: Dotaz sester na bolest po podání analgetik

Respondenti														
Ověření účinku analgetik	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Vždy se ptají		1							1		1	1	4	33 %
Ptají se často, nemá přehled					1			1					2	17 %
Nevybavuje si			1			1	1			1			4	33 %
Analgetika nedostával	1			1									2	17 %
Součet													12	100 %

2 děti (17 %) uvedly, že nemají zkušenost s podáváním analgetik, tedy ani s opakovaným zjišťováním bolesti po jejich podání. 4 děti (33 %) si nevybavily žádný dotaz na zlepšení bolesti potom, co dostaly analgetika. 4 děti (33 %) odpověděly, že se sestry ptají na zlepšení bolesti vždy. 2 děti (17 %) neměly přehled o tom, jestli se sestry ptaly na bolest po podání analgetik, nebo ne, protože dotazy byly velmi časté.

Otázka č. 13: Co udělá sestřička, když se bolest po léku nezmírní?

Tato otázka zjišťovala zkušenost dětí s reakcí sestry pokud se bolest po podání léku nezmírní. V tabulce č. 20 je uvedeno, zda děti mají s touto problematikou zkušenosti.

Tabulka č. 20: Zkušenost dětí s neúčinností podaných analgetik

Neúčinnost analgetik	Respondenti												Celkem	%
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12		
Nemá zkušenost	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92 %
Má zkušenost		1											1	8 %
Součet													12	100 %

Téměř všechny děti, 11 (92 %), neměly zkušenost s bolestí, která by se po léku nezmírnila. Pouze jedno dítě (8 %) se setkalo se situací kdy analgetika bolest neutlumila a mohlo popsat reakci sestry na tuto situaci: *"No tak většinou se sestry ještě zeptaly, jestli to bolí hodně, jestli to jde vydržet. Když to šlo vydržet, většinou teda jo, tak mě nechaly v klidu a když to nešlo, tak zavolaly doktorovi, jestli mi můžou dát ještě jeden ten prášek a pak už to bylo dobré."*

Otázka č. 14: Našli jste se sestřičkou i něco jiného, co Ti pomáhá na bolest, kromě léků?

Tato otázka se zaměřovala na zkušenosti dětí s využíváním nefarmakologických metod tlumení bolesti v nemocnici. Odpovědi jsou rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 21 je uvedeno, kdo v nemocnici nefarmakologické metody použil, v tabulce č. 22 je přehled nefarmakologických metod, které si děti vybavily.

Tabulka č. 21: Osoby, které v nemocnici tlumily bolest pomocí nefarmakologických metod

Respondenti														
Nefarmakologické metody	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Používala sestra		1	1							1		1	4	33 %
Používala matka					1	1							2	17 %
Používal sám							1				1		2	17 %
Nepoužíval nikdo	1			1				1	1				4	33 %
Součet													12	100 %

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že u 4 dětí (33 %) nebyly nefarmakologické metody tlumení v nemocnici vůbec použity. U 4 dětí (33 %) používala nefarmakologické postupy sestra, u 1 dítěte (8 %) využila tyto metody v nemocnici matka. 2 děti (17 %) používaly nefarmakologické metody samostatně. Tyto děti uvedly, že používaly úlevové polohy a 1 z nich (8 %) obklady.

Tabulka č. 22: Nefarmakologické metody využití v nemocnici

Respondenti														
Nefarmakologické metody	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%
Klid na lůžku			1									1	2	17 %
Chlazení		1											1	8 %
Obklady					1	1	1			1			4	33 %
Úlevová poloha											1		1	8 %
Žádná z těchto metod	1			1				1	1				4	33 %
Součet													12	100 %

U 4 dětí (33 %) nebyly nefarmakologické metody používány. U 4 dětí (33 %) byly jako metoda tlumení bolesti používány obklady. U 2 dětí (17 %) byla bolest tlumena pomocí klidu na lůžku. U 1 dítěte (8 %) byla využívána úlevová poloha a u 1 dítěte (8 %) tlumení bolesti pomocí aplikace chladu.

Otázka č. 15: Chceš mi povědět ještě něco o tvé bolesti a o tom, co Ti na ni pomáhá?

Otázka byla položena jako doplňující, možnost odpovědět na ni využilo pouze 5 dětí. Jejich odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 23.

Tabulka č. 23: Doplňující informace o bolesti

Respondenti															
Další sdělení	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	Celkem	%	
Ne	1			1	1	1	1	1		1			7	58 %	
Pochvala sestrám		1											1	8 %	
Další způsoby zvládání bolesti											1	1	2	17 %	
Chce jít domů			1						1				2	17 %	
Součet													12	100 %	

7 dětí (58 %) nechtělo doplnit žádné informace související s jejich bolestí. 1 dítě (8 %) uvedlo, že by chtělo pochválit sestry za péči, kterou mu věnovaly. 2 děti (17 %) uvedly jako odpověď na doplňující otázku, že jsou již opravdu bez bolestí a chtěly by být propuštěny do domácí péče. 2 děti (17 %) uvedly vlastní způsob zvládání své bolesti. Jejich odpovědi byly:

Dítě 11:

„Nejvíc mi opravdu pomáhá, když si lehnu do postele, nic jiného mě nenapadá.“

Dítě 12:

„Já mám parézu lícního nervu už odmalička, takže jsem s tím vyrovnaná, mám vyzkoušené, že mi nejvíc pomáhá teplý polštářek s vodou.“

4.3.2 Kvantifikace dat získaných rozhovorem se sestrami:

V záhlaví tabulek jsou sestry označeny jako S1 – S12 (sestra 1 – sestra 12).

Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

Tato otázka zjišťovala zkušenosti sester s prací na dětském oddělení a jejich případnou předchozí zkušenost s prací u dospělých. Odpovědi jsou rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 24 je uvedeno, jak dlouhou dobu pracuje sestra na dětském oddělení (DEO). V tabulce č. 25 je pak zaznamenáno, zda sestra pracovala i na jiném oddělení a o jaké oddělení se jednalo.

Tabulka č. 24: Délka práce na Dětském oddělení

Respondenti														
Délka práce na DEO	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Méně než 1 rok								1					1	8 %
1 – 5 let	1			1	1	1			1	1			6	50 %
6 – 10 let													0	0 %
11 – 15 let		1										1	2	17 %
16 – 20 let							1						1	8 %
Více než 21 let			1								1		2	17 %
Součet													12	100 %

Z rozvorů vyplynulo, že nejvíce dotazovaných sester, celkem 6 (50 %) pracuje na dětském oddělení 1 – 5 let. Dále se ve sledovaném souboru objevila 1 sestra (8 %), která pracuje na dětském oddělení méně než 1 rok, 2 sestry (17 %) s praxí na dětském oddělení 11- 15 let, 1 sestra (8 %) pracující na dětském oddělení 16 – 20 let a 2 sestry (17 %) s kontinuální praxí na dětském oddělení více než 21 let.

Tabulka č. 25: Předchozí zaměstnání

Respondenti															
Předchozí zaměstnání	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%	
Pouze DEO		1	1	1		1			1		1		6	50 %	
Neonatologie								1					1	8 %	
Lůžkové oddělení dospělí					1		1			1		1	4	33 %	
Ambulantní provoz dospělí	1												1	8 %	
Součet													12	100 %	

Polovina počtu sester, 6 (50 %) pracovala vždy pouze na dětském oddělení. 1 sestra (8 %) pracovala před nástupem na dětské oddělení na neonatologii, jedná se o stejnou sestru, která v předchozí otázce uvedla, že na dětském oddělení pracuje méně než jeden rok. 4 sestry (33 %) mají zkušenosti s prací na lůžkovém oddělení dospělých a 1 sestra (8 %) s ambulantním provozem u praktického lékaře pro dospělé.

Otázka č. 2: Jak zjišťujete, jestli má dítě bolesti?

V odpovědi na tuto otázku popisovaly sestry svůj postup při zjišťování přítomnosti bolesti u dítěte. Sestry uváděly několik činností, díky kterým zjistí přítomnost bolesti u dítěte, proto je ve spodní části tabulky č. 26 uveden zároveň počet činností, které jednotlivá sestra provádí.

Tabulka č. 26: Činnosti ke zjištění bolesti u dítěte

Respondenti															
Používané metody	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%	
Dítě samo upozorní na bolest	1			1					1	1	1		5	42 %	
Pozorování	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	10	83 %	
Ze základní diagnózy		1	1		1								3	25 %	
Upozornění matky			1	1	1								3	25 %	
Dotaz na dítě		1		1	1	1		1	1	1	1	1	9	75 %	
Pohmatem		1		1	1								3	25 %	
Škály pro hodnocení bolesti							1				1		2	17 %	
Hodnocení fyziol. Funkcí												1	1	8 %	
Součet	2	4	3	5	4	2	1	2	3	3	4	3	35	292 %	

Nejvíce sester, 10 (83 %), udalo jako svou činnost ke zjištění bolesti pozorování dítěte a jeho chování. 5 z těchto sester (42 %) zároveň uvedlo, že dítě samo může sestru upozornit, jestliže má bolest. 3 sestry (25 %) uvedly, že prvním, co je na bolest u dítěte upozorní, je diagnóza dítěte, 2 z těchto sester (17 %) uvedly základní diagnózu jako důvod k častějšímu pozorování dítěte. Velký počet sester, 9 (75 %), uvedl jako další metodu zjišťování bolesti u dítěte přímý dotaz položený dítěti, pouze 1 z nich (8 %) nepoužívala k hodnocení bolesti u dítěte také pozorování. 3 sestry (25 %) popsaly jako další možnost zjištění bolesti spolupráci s matkou, která sestru upozorní na bolest u dítěte. 3 sestry (25 %) také označily jako metodu zjištění bolesti pohmat, kdy dítě ucukne, nebo zareaguje na dotek pláčem. 2 sestry (17 %) udaly, že bolest zjišťují pomocí škál k hodnocení bolesti. 1 sestra (8 %) odpověděla mimo jiné, že bolest se u dítěte projeví i změnou fyziologických funkcí.

Otázka č. 3: Jak často hodnotíte bolest u dítěte?

Na otázku o frekvenci bolesti odpovídaly sestry zpočátku neurčitě, většina poté svou odpověď upřesnila a udala frekvenci, v jaké hodnotí bolest nejčastěji. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 27.

Tabulka č. 27: Frekvence hodnocení bolesti

Respondenti														
Frekvence	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Individuálně		1				1	1					1	4	33 %
Kontinuálně	1							1					2	17 %
Minimálně 1x denně				1							1		2	17 %
2x - 3x denně			1						1	1			3	25 %
Časově udané hodnocení (á 1h, á 2 h, á 3 h)						1							1	8 %
Součet													12	100 %

Největší počet sester, 4 (33 %) uvedl, že bolest hodnotí individuálně, tyto sestry uvedly časový rozsah hodnocení bolesti od 15 minut až po hodnocení jednou denně, podle diagnózy dítěte. 3 sestry (25 %) udaly, že bolest hodnotí u každého dítěte alespoň 2-3x

denně. Jednou denně hodnotí bolest 2 sestry (17 %). Další 2 sestry (17 %) uvedly, že bolest hodnotí kontinuálně, kontrolují dítě neustále. V upřesnění této odpovědi udaly, že bolest u dítěte hodnotí pokaždé, když ho vidí. Časově dané hodnocení bolesti udala 1 sestra (8 %), která dále odpověděla, že určení časového odstupu hodnocení bolesti je věcí lékaře.

Otázka č. 4: Znáte škály k hodnocení bolesti? Jaké?

V této otázce uváděly sestry všechny škály, které znají, někdy je použily, nebo vědí, jak je použít. Sestry ve většině případů jmenovaly několik škál, proto je ve spodní části tabulky č. 28 uveden počet škál, které jmenovala konkrétní sestra.

Tabulka č. 28: Škály pro hodnocení bolesti, které sestry znaly

Respondenti														
Škály pro hodnocení bolesti	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Zná VAS	1	1					1	1	1	1		1	7	58 %
Zná NIPS		1					1	1					3	25 %
Zná FLACC							1	1			1	1	4	33 %
Zná slovní hodnocení bolesti						1					1		2	17 %
Zná Numerickou škálu	1	1			1	1		1					5	42 %
Zná obličejovou škálu		1			1	1							3	25 %
Zná „počítání na prstech“									1				1	8 %
Nezná žádné škály			1	1									2	17 %
Součet	2	4	1	1	2	3	3	4	2	1	2	2	27	225 %

Nejvíce sester, 7 (58 %) znalo VAS. Druhý největší počet sester, 5 (42 %) jmenoval numerickou škálu. 4 sestry (33 %) si vzpomněly na FLACC, 3 sestry (25 %) na NIPS a 3 sestry (25 %) na obličejovou škálu. 2 sestry (17 %) jmenovaly ještě slovní hodnocení bolesti a 1 sestra (8 %) uvedla „počítání na prstech“. Tato škála není popsána v žádné literatuře, dle vysvětlení sestry jde o podobu numerické škály podpořenou pro dítě počítáním prstů na rukou. Maximální počet jmenovaných škál od jedné sestry byl 4 škály. 2 sestry (17 %) neznaly žádné škály pro hodnocení intenzity bolesti.

Otázka č. 5: Používáte je standardně k hodnocení bolesti u dítěte?

Tato otázka navazovala na otázku, jaké škály sestry znají, a zjišťovala využití škál pro hodnocení bolesti v praxi. Některé sestry opět používaly více škál, proto je ve spodní části tabulky č. 29 uveden součet škál, které používá jednotlivá sestra.

Tabulka č. 29: Škály využívané sestrami k hodnocení bolesti v praxi

Respondenti															
Škály pro hodnocení bolesti	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%	
Používá VAS							1	1				1	3	25 %	
Používá FLACC											1	1	2	17 %	
Používá NIPS													0	0 %	
Používá numerickou škálu	1	1			1	1		1				1	6	50 %	
Používá slovní hodnocení					1	1			1				3	25 %	
Nepoužívá škály			1	1						1			3	25 %	
Součet	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	3	17	142 %	

Největší počet sester, 6 (50 %) využíval v praxi hodnocení intenzity bolesti podle numerické škály, některé z těchto sester zjištěné hodnoty zapisovaly do dokumentace jako hodnoty na VAS. VAS praxi používaly 3 sestry (25 %). 3 sestry (25 %) hodnotily bolest u dítěte pomocí slovního hodnocení bolesti. 2 sestry (17 %) využívaly ve své práci FLACC. NIPS využívaly 2 sestry (17 %). 3 sestry (25 %) uvedly, že škály nepoužívají k hodnocení bolesti vůbec.

Otázka č. 6: Jaká je Vaše reakce, když zjistíte, že má dítě bolest?

V odpovědi na tuto otázku popisovaly sestry svou činnost, jestliže se u dítěte objeví bolest. Některé sestry uvedly více činností, které provádějí. Proto je ve spodní části tabulky č. 30 pro přehlednost uveden počet činností, které vykonává jednotlivá sestra.

Tabulka č. 30: Činnost sestry, jestliže zjistí u dítěte bolest

Respondenti														
Činnost sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Volá lékaře	1	1	1	1	1		1	1				1	8	67 %
Podá analgetika podle ordinace lékaře		1		1		1		1	1	1	1	1	8	67 %
Diagnostikuje bolest - lokalita, charakter, intenzita	1		1								1		3	25 %
Použije nefarmakologické metody				1		1			1	1	1		5	42 %
Záznam do dokumentace	1	1											2	17 %
Součet	3	3	2	3	1	2	1	2	2	2	3	2	26	217 %

8 sester (67 %) uvedlo, že pokud se u dítěte objeví bolest, volá lékaře. Shodný počet sester, 8 (67 %), podá analgetika dle ordinace lékaře, polovina z tohoto počtu, 4 (33 %) zároveň uvedla, že informuje lékaře. 5 sester (42 %) uvedlo, že použije nefarmakologické metody tlumení bolesti. 3 sestry (25 %) po zjištění přítomnosti bolesti zjišťují lokalizaci a intenzitu. 2 sestry (17 %) také odpověděly, že provedou o bolesti záznam do dokumentace.

Otázka č. 7: Zjišťujete po podání léku, zda bolest ustoupila?

Tato otázka se zaměřovala na opětovnou diagnostiku bolesti po podání léku. Sestry udávaly jak to, jestli ověřují účinky analgetik, ale i dobu, za kterou znovu určují intenzitu bolesti. Ta je uvedena v popisu tabulky č. 31, kde je zobrazeno, jestli sestry ověřují účinky analgetik.

Tabulka č. 31: Ověření účinku analgetik sestrou

Respondenti														
Ověření účinku analgetik	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Neověřuje													0	0 %
Ověřuje vždy	1	1	1	1	1	1	1		1		1	1	10	83 %
Ověřuje pouze u určitých diagnóz										1			1	8 %
Poučí dítě, aby ji informovalo, když se bolest nezmírní								1					1	8 %
Součet													12	100 %

Největší počet sester, 10 (83 %) uvedl, že vždy ověřuje účinky analgetik. Většina z těchto sester udala, že hodnotí účinky analgetik za čtvrt hodinu až hodinu od podání analgetik. Doba závisí na formě podávaného analgetika a cestě podání. 1 sestra (8 %) udala, že bolest ověřuje pouze u dětí, které mají diagnózu, u které hrozí vážné komplikace stavu projevující se bolestí. 1 sestra (8 %) odpověděla, že poučí dítě, aby ji přišlo informovat, pokud se bolest nezmírní, sama již bolest znovu nehodnotí. Žádná ze sester nepřipustila, že by účinek analgetik nehodnotila.

Otázka č. 8: Co děláte, pokud se bolest nezmírní?

V odpovědích na tuto otázku popisovaly sestry svůj postup, pokud při ověřování účinku analgetik zjistí, že bolest u dítěte neustoupila. Většina sester opět uvedla více činností, proto je ve spodní části tabulky č. 32 opět uveden součet činností, které provádí jednotlivá sestra.

Tabulka č. 32: Činnost sestry při přetrvávání bolesti po podání analgetik

Respondenti													Celkem	%
Činnost sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12		
Volá lékaře	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92 %
Podá další analgetikum dle ordinace					1	1							2	17 %
Použije nefarmakologické metody	1		1			1		1		1			5	42 %
Zopakuje předchozí léčbu												1	1	8 %
Využije placebo dle ordinace										1			1	8 %
Součet	2	1	1	1	2	3	1	2	1	3	1	2	20	167 %

Nejvíce sester, 11 (92 %), volá lékaře. 5 sester (42 %) uvedlo, že použije nefarmakologické metody tlumení bolesti, jejich popis je uveden v tabulce č. 34. 4 z těchto sester (33 %) uvedly zároveň, že volají lékaře. 2 sestry (17 %) podají podle dokumentace další analgetikum předepsané při bolesti, obě tyto sestry zároveň volají lékaře. 1 sestra (8 %) opakuje předchozí léčbu, která dítěti pomohla od bolesti. 1 sestra (8 %) odpověděla, že kromě informování lékaře a použití nefarmakologických metod lze využít placebo efektu na ordinaci lékaře.

Otázka č. 9: Používáte i nefarmakologické metody k tlumení bolesti? Jaké?

Odpovědi na tuto otázku byly rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 33 je uvedeno kolik sester využívá nefarmakologické metody samostatně, na ordinaci lékaře nebo vůbec. Tabulka č. 34 zobrazuje přehled používaných nefarmakologických metod. Ve spodní části této tabulky je sečten počet metod, které používají jednotlivé sestry.

Tabulka č. 33: Využití nefarmakologických metod sestrou

Respondenti														
Využití nefarmakologických metod	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Nepoužívá		1											1	8 %
Pouze po ordinaci lékaře				1	1		1						3	25 %
Samostatná aktivita	1		1			1		1	1	1	1	1	8	67 %
Součet													12	100 %

Největší počet sester, 8 (67 %), využívá nefarmakologické metody samostatně. 3 sestry (25 %) uvedly použití těchto postupů pouze po ordinaci lékaře a 1 sestra (8 %) odpověděla, že nefarmakologické tlumení bolesti vůbec nevyužívá.

Tabulka č. 34: Nefarmakologické metody využívané jednotlivými sestrami

Respondenti														
Nefarmakologické metody	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Úlevové polohy				1		1		1	1	1	1	1	7	58 %
Chlad	1				1	1	1			1	1	1	7	58 %
Teplo									1	1	1		3	25 %
Klid			1	1		1		1			1		5	42 %
Klid na lůžku			1			1	1	1					4	33 %
Odvedení pozornosti											1	1	2	17 %
Návštěva rodičů											1		1	8 %
Vyvětrání						1							1	8 %
Součet	1	0	2	2	1	5	2	3	2	3	6	3	29	242 %

Shodný počet sester, 7 (58 %), uvedl využití úlevové polohy a tlumení bolesti pomocí aplikace chladu. 4 z těchto sester (33 %) používají obě metody. Další početná skupina sester, 5 (42 %), udala, že využívá zajištění klidu na pokoji a 4 sestry (33 %) klidu na lůžku. 3 sestry (25 %) tlumí bolest pomocí aplikace tepla. 2 sestry (17 %) odvádějí pozornost dítěte od bolesti, 1 z nich (8 %) označila jako další metodu tlumení bolesti zajištění návštěvy rodičů. 1 ze sester (8 %) odpověděla, že bolest hlavy lze tlumit i vyvětráním. Největší počet používaných metod, který sestry uvedly, byl šest. Naopak sestra 2 nepoužívá žádnou nefarmakologickou metodu tlumení bolesti. 1 sestra (8 %) uvedla, že nepoužívá žádnou nefarmakologickou metodu tlumení bolesti.

Otázka č. 10: Využíváte účinek placebo efektu?

Tato otázka zjišťovala využití účinku placebo efektu v praxi a zkušenost sester s jeho působením. Odpovědi byly rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 35 je uvedeno, zda sestra placebo efekt využívá a jak často, případně zda je jeho použití závislé na ordinaci lékaře. Tabulka č. 36 zobrazuje zkušenosti sester s tímto způsobem tlumení bolesti.

Tabulka č. 35: Využití placebo efektu sestrou v praxi

Respondenti														
Placebo efekt	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Využívá pravidelně	1	1							1	1			4	33 %
Pouze neplánovaně				1									1	8 %
Velmi málo			1			1					1	1	4	33 %
Nepoužívá					1		1	1					3	25 %
Součet													12	100 %

Placebo efekt v praxi využívá 9 sester (75 %), z toho 4 (33 %) pravidelně, 4 (33 %) velmi málo a 1 sestra (8 %) pouze neplánovaně. Tato sestra uvedla jako odpověď na otázku, jestli využívá účinek placebo efektu: „ *Občas se s tím setkám, ale většinou neúmyslně. Jako třeba když tabletky zabere hned potom, co ji dítě zapije. Úmyslně velmi málo, nebo spíš vůbec, ještě jsem to úmyslně nezkusila.*“ 3 sestry (25 %) placebo efekt ve své praxi vůbec nevyužívají.

Tabulka č. 36: Zkušenosti sester s využitím placebo efektu

Respondenti														
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Pozitivní zkušenost	1	1	1	1		1			1	1	1	1	9	75 %
Negativní zkušenost													0	0 %
Nemá zkušenost					1		1	1					3	25 %
Součet													12	100 %

Žádnou zkušenost s účinkem placebo efektu neměly 3 sestry (25 %). 9 sester (75 %) uvedlo, že mají pozitivní zkušenosti, tyto sestry uvedly i konkrétní případy, které již

byly zmíněny v kazuistikách. Žádná ze sester neměla s placebo efektem negativní zkušenost.

Otázka č. 11: Informujete dítě o podání léku proti bolesti?

Odpovědi na tuto otázku jsou rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 37 je uvedeno, zda sestra děti o podávaných lécích informuje, v tabulce č. 38 pak informace, které sestra podává dítěti i rodičům.

Tabulka č. 37: Informování dítěte o podání analgetik

Respondenti														
Informování o analgetiku	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Vždy informuje dítě	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92 %
Dítě informuje od určitého věku			1										1	8 %
Informuje pouze rodiče													0	0 %
Neinformuje rodiče, ani dítě													0	0 %
Součet													12	100 %

Většina sester, 11 (92 %) odpověděla, že dítě vždy informuje o léku, který mu podává. 1 sestra (8 %) uvedla, že dítě informuje až od určitého věku, nedokázala určit, jaký věk je vhodný pro to, aby dítě začala o účincích léku informovat. Žádná ze sester neuvedla, že by informovala pouze rodiče, nebo ani dítě, ani rodiče.

Tabulka č. 38: Podávané informace o léku

Respondenti														
Podávané informace	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Účinek léku vždy	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92 %
Účinek léku od určitého věku			1										1	8 %
Název a síla léku vždy		1											1	8 %
Název a síla léku od určitého věku	1		1						1	1			4	33 %
Název a síla léku pouze rodičům						1					1		2	17 %
Součet	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	19	158 %

Stejně jako v předchozí tabulce uvedlo 11 sester (92 %), že o účincích léku informuje dítě vždy. 1 sestra (8 %) uvedla, že o účinku informuje dítě až od určitého věku. Název a sílu léku sdělovala dítěti vždy pouze 1 sestra (8 %), od určitého věku říkaly tuto informaci 4 sestry (33 %). 2 sestry (17 %) uvedly, že informace o názvu a síle léku podávají pouze rodičům dítěte.

Otázka č. 12: Informujete vždy lékaře pokud má dítě bolest?

Odpovědi na tuto otázku byly rozděleny do dvou tabulek. V tabulce č. 39 je přehled toho, zda sestra informuje lékaře ihned, nebo s odstupem času. V tabulce č. 40 jsou uvedeny důvody, uvedené sestrami jako případy, kdy je možno informovat lékaře až s odstupem času, například u vizity.

Tabulka č. 39: Informování lékaře

Respondenti														
Informování lékaře	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Vždy ihned					1		1	1				1	4	33 %
V některých případech o odstupem														
	1	1	1	1		1			1	1	1		8	67 %
Součet													12	100 %

Většina sester, 8 (67 %) odpověděla, že v některých případech lékaře informují až s odstupem času. 4 sestry (33 %) uvedly, že lékaře vždy informují ihned.

Tabulka č. 40: Důvody k informování lékaře s odstupem času

Respondenti														
Zmiňované důvody	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Očekávaná bolest									1		1		2	17 %
Analgetika ordinovaná při bolesti	1	1		1		1			1	1	1		7	58 %
Ústní domluva s lékařem											1		1	8 %
Mírná bolest	1		1			1			1				4	33 %
Součet	2	1	1	1	0	2	0	0	3	1	3	0	14	117 %

7 sester (58 %) uvedlo jako důvod informování lékaře s odstupem času to, že dítě má předepsaná analgetika k podání při bolesti. 4 sestry (33 %) označily mírnou bolest jako důvod informování lékaře později. 3 z těchto sester (25 %) zároveň uváděly, jako důvod analgetika ordinovaná při bolesti. 2 sestry (17 %) udaly, že jedním z důvodů může být očekávaná bolest, obě tyto sestry zároveň uváděly ordinovaná analgetika. 1 sestra (8 %) řekla, že v některých případech se lze s lékařem předem domluvit, zda chce být informován o bolesti u konkrétního dítěte ihned, nebo později.

Otázka č. 13: Máte na oddělení standard specializovaný na ošetřování dítěte s bolestí?

Tato otázka zjišťovala, zda sestry mají přístup ke standardu specializovanému na diagnostiku a léčbu bolesti u dítěte a zda ho používá. Tabulka č. 41 zobrazuje, které sestry měly standard k dispozici.

Tabulka č. 41: Standard specializovaný na bolest u dítěte na oddělení

Respondenti														
Standard na oddělení	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Ano, jistě u dětí					1	1	1	1			1	1	6	50 %
Pouze na dospělé	1								1				2	17 %
Žádný standard pro bolest			1	1									2	17 %
Není si jistá		1								1			2	17 %
Součet													12	100 %

Polovina sester, 6 (50 %), uvedla, že na oddělení má standard specializovaný na ošetřování dítěte s bolestí a pracuje podle něho. 2 sestry (17 %) měly na oddělení přístup ke standardu o péči o pacienta s bolestí specializované pouze na dospělé. 2 sestry (17 %) uvedly, že na jejich oddělení není žádný standard pro péči o nemocné s bolestí. 2 sestry (17 %) si nebyly jisté, jestli standard, který měly přístupný na oddělení byl specializovaný na dítě, nebo na dospělé.

Otázka č. 14: Myslíte, že je rozdíl mezi péčí o dospělého a dítě s bolestí?

Tato otázka navazovala na otázku číslo 13 a zjišťovala zda sestry vidí rozdíl v péči o dospělé a děti s bolestí. Odpovědi na tuto otázku jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 42.

Tabulka č. 42: Existence rozdílu mezi péčí o dítě a dospělého s bolestí

Respondenti															
Rozdíly v péči	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem		
Ano	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92 %	
Ne													0	0 %	
Do určitého věku		1											1	8 %	
Součet													12	100 %	

Většina sester, 11 (92 %), uvedla, že rozdíl v péči existuje. 1 sestra (8 %) uvedla, že rozdíl je do určitého věku dítěte. Tato sestra konkrétně uvedla: *"No, tak určitě u těch dětí do 6 let rozhodně musí být ta péče jiná."* Žádná ze sester neodpověděla, že rozdíl v péči o dítě a dospělého s bolestí neexistuje.

Otázka č. 15: V čem je rozdíl nejvýraznější?

V této otázce sestry popisovaly největší rozdíl v péči o dítě a dospělého. Sestry uváděly konkrétní rozdíly, které jsou popsány v tabulce č. 43. Většina sester uváděla více rozdílů, proto je ve spodní části této tabulky uveden počet rozdílů, které uvedla konkrétní sestra.

Tabulka č. 43: Největší rozdíly v péči o dítě s bolestí

Respondenti														
Zmiňované rozdíly	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%
Spolupráce s matkou	1						1						2	17 %
Strach	1			1			1	1				1	5	42 %
Zapírání bolesti			1	1							1	1	4	33 %
Komunikace									1				1	8 %
Získání důvěry u dítěte								1					1	8 %
Horší popis a lokalizace bolesti			1		1			1	1	1	1	1	7	58 %
Prožívání bolesti				1		1	1		1		1		5	42 %
Častější diagnostika		1											1	8 %
Pláč a neklid			1										1	8 %
Hospitalismus						1							1	8 %
Osamělost		1											1	8 %
Součet	2	2	3	3	1	2	3	3	3	1	3	3	29	242 %

Největší počet sester, 7 (58 %), uvedl horší popis a lokalizaci bolesti. 5 sester (42 %) odpovědělo, že dítě má větší strach než dospělý. Stejný počet sester, 5 (42 %) popsal, že dítě také více bolest prožívá. 4 sestry (33 %) udaly, že u dítěte je větší možnost, že bude zapírat svou bolest, kvůli strachu z léčby, nebo z reakce zdravotníka. 2 sestry (17 %) popsaly jako největší rozdíl nutnost spolupráce s matkou. 1 sestra (8 %) uvedla velký rozdíl v komunikaci, 1 sestra (8 %) v nutnosti získávání důvěry dětí. 1 sestra (8 %) popsala nutnost častější diagnostiky bolesti u dětí. Jedna sestra (8 %) odpověděla, že děti více pláčou a jsou neklidné, 1 sestra (8 %) uvedla velkou osamělost dítěte a 1 sestra (8 %) udala možnost vzniku hospitalismu u dětí.

Otázka č. 16: Pokud byste měla vytvořit standard specializovaný na dítě s bolestí, co byste do něho zařadila?

V této otázce uváděly sestry nejdůležitější složky, které by měl obsahovat standard pro hodnocení a tišení bolesti u dětí. Odpovědi na tuto otázku jsou uvedeny v tabulce č. 44. Některé sestry uváděly více možností, které by měly být ve standardu zařazeny, proto je ve spodní části tabulky uveden součet odpovědí jednotlivých sester.

Tabulka č. 44: Složky standardu pro hodnocení a tišení bolesti u dětí

Respondenti															
Součásti standardu	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Celkem	%	
Škály pro hodnocení bolesti	1							1		1			3	25 %	
Spolupráce s rodiči	1	1									1		3	25 %	
Spolupráce s dítětem			1				1				1	1	4	33 %	
Odvedení pozornosti od bolesti					1						1		2	17 %	
Metody tlumení bolesti						1			1				2	17 %	
Komunikace s dítětem						1							1	8 %	
Objektivní zhodnocení	1		1			1				1			4	33 %	
Získat důvěru dítěte				1									1	8 %	
Součet	3	1	2	1	1	3	1	1	1	2	3	1	20	167 %	

Nejvíce sester, 4 (33 %), uvedlo, že by ve standardu neměla chybět specifika spolupráce s dítětem. Stejný počet sester, 4 (33 %), odpověděl, že je třeba zařadit metody objektivního zhodnocení přítomnosti bolesti. 3 sestry (25 %) viděly jako důležitou součást standardu škály pro hodnocení bolesti. 3 sestry (25 %) také zdůraznily spolupráci s rodiči. 2 sestry (17 %) by ocenily, kdyby součástí standardu byly farmakologické i nefarmakologické metody tlumení bolesti. 2 sestry (17 %) odpověděly, že je třeba zařadit odvádění pozornosti dítěte od bolesti. 1 sestra (8 %) by ve standardu chtěla mít specifika komunikace s dítětem a 1 sestra (8 %) návod, jak postupovat při získávání důvěry dítěte.

5 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem si stanovila několik výzkumných otázek, ke kterým se vztahovaly i otázky pokládané v rozhovorech s dětmi a sestrami. Výzkum byl proveden v šesti nemocnicích, v každé byly osloveny dvě sestry a dvě děti. Odpovědi sester z jedné nemocnice se ve většině případů shodovaly, nebo byly podobné. Ne vždy však výpovědi sester souhlasily s údaji získanými od dětí. To může být dáno buď neupřímností sester, nebo nepřesností odpovědí dětí, které si nemusí pamatovat všechny činnosti prováděné sestrou.

Výzkum se zaměřoval na děti ve školním a předškolním věku, avšak ve zkoumaném souboru se nevyskytlo žádné dítě v předškolním věku. Bylo to dáno skladbou pacientů na oddělení v době provádění výzkumu. Na děti v předškolním věku se tedy zaměřovaly spíše rozhovory se sestrami.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 1 (Vnímá dítě rozdíl mezi hodnocením a tlumením bolesti v domácím prostředí a při hospitalizaci?) byla zjišťována v otázkách pokládaných dítěti. Jednalo se o otázky č. 5, 7, 8, 9, 10 a 14.

Z odpovědí dětí vyplynulo, že hlavní rozdíl mezi domovem a nemocnicí je ve změně osoby, na kterou se mohou obracet se svou bolestí. V domácím prostředí 75 % zúčastněných dětí upozorňovalo matku, v nemocnici pak na matku spoléhalo pouze 58 % dětí a 33 % dětí z celkového počtu dětí, kromě matky, informovalo i sestru. 25 % dětí by se i přes nepřítomnost matky nebylo ochotno nikomu jinému svěřit. Další významný rozdíl mezi činnostmi dítěte v domácím prostředí a v nemocnici vznikl v oblasti dodržování klidu na lůžku. Dodržování klidu na lůžku v domácím prostředí zmínilo 42 % dětí, v nemocnici pak překvapivě pouze 17 % dětí. Je možné, že děti klid na lůžku v nemocnici považovaly za samozřejmost a proto se v rozhovorech tato odpověď neobjevila častěji. Mezi činnostmi matky v domácím prostředí a sestry v době hospitalizace vznikl největší rozdíl v otázce používání nefarmakologických metod. 75 % dětí odpovědělo, že matka používá nefarmakologické metody, nejčastěji byl

zmiňován klid na lůžku (67 %), nebo obklady (25 %). Sestry v nemocnici podle odpovědí dětí využily nefarmakologické metody tlumení bolesti pouze v 33 % případů. Přesto děti jako ideální aktivitu sestry po zjištění bolesti podání analgetik (50 % respondentů) a nefarmakologické metody nebyly zastoupeny žádným respondentem.

Výzkumná otázka č. 2 (Je bolest u hospitalizovaného dítěte hodnocena v pravidelných intervalech?) byla zařazena do rozhovoru s dětmi, a to v otázce č. 6, i v rozhovorech se sestrami v otázce č. 3.

Podle odpovědí dětí, byla bolest hodnocena sestrami v pravidelných intervalech u 42 % respondentů. Z odpovědí sester vyplynulo, že většina sester (33 %) určuje frekvenci hodnocení bolesti individuálně podle stavu a diagnózy dítěte. Všechny sestry udaly, že bolest u dětí hodnotí pravidelně. Odpovědi sester a dětí se tedy rozcházely. Rozpor mohl být způsoben metodou hodnocení bolesti, kterou sestry zvolily. Například při pozorování si dítě vůbec nemusí být vědomo, že sestra hodnotí jeho bolest.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 3 (Je bolest u hospitalizovaného dítěte hodnocena pomocí škál?) byla řešena při rozhovoru s dětmi v otázce č. 4, a při rozhovoru se sestrami v otázkách č. 4 a 5.

Ve výzkumném vzorku sester se vyskytly pouze dvě sestry (17 %), které neznaly žádnou škálu pro hodnocení bolesti u dětí. Ostatní sestry jmenovaly různé škály, které znají. Nejvíce sester (58 %) si vzpomnělo na vizuální analogovou škálu (VAS) a na numerickou škálu (42 %). V praxi však sestry využívaly nejvíce numerickou škálu (50 %). 25 % oslovených sester hodnotilo v praxi bolest podle VAS a 25 % slovně. Avšak u odpovědí dětí na otázku, jak sestra hodnotila intenzitu jejich bolesti, si 50 % z nich nedokázalo vybavit žádnou metodu hodnocení intenzity bolesti. Žádné z dětí v době rozhovoru neznalo VAS a neumělo s ní pracovat. U 25 % dětí byla bolest hodnocena podle numerické škály a u 25 % dětí slovně. Během rozhovoru se některé sestry přiznaly, že u dětí používají numerickou škálu a zjištěné hodnoty později zapisují jako hodnoty VAS. Je možné, že právě toto je důvodem, proč se odpovědi sester a dětí

lišily. Existuje opět možnost, že si děti nevybavily metody, které sestry použily, ale jelikož je k práci se škálami třeba spolupráce dítěte, považují tuto možnost za nepravděpodobnou.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 4 (Jsou škály používané v nemocnicích používány správně a u dětí správných věkových skupin?) byla, stejně jako u předchozí otázky, popisována v rozhovoru se sestrami v otázkách č. 4 a 5, a v rozhovoru s dětmi v otázce č. 4.

Sestry používané škály znaly a v rozhovorech uváděly i správné věkové rozmezí dětí, u kterých by měly být škály využity. U otázky směřované na praktické využití škál v praxi pak sestry u škály FLACC (17 %) uváděly pouze, že ji využívají u „*malých dětí*“, věk přesně nestanovily, ale jednalo se o děti, které ještě nezačaly mluvit. U „*větších dětí*“ pak respondenty (50%) používaly numerickou škálu. Podle odpovědí dětí byla tato škála využita u dětí ve věku 14, 13 a 12 let, tedy u respondentů ve správném věku. Slovní hodnocení pak bylo používáno u 2 dětí ve věku 7 let a jednoho dítěte ve věku 10 let. Pro tyto děti by bylo vhodnější využít hodnocení podle vizuální analogové škály, nebo podle obličejové škály, které jsou podle literatury doporučeny u dětí od 3 let věku. Tyto děti sice budou rozumět jednotlivým slovům použitým k hodnocení bolesti, je ovšem otázkou, zda je budou schopny požit stejně jako zdravotník, který hodnocení provádí.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 5 (Jsou děti informovány o příčinách bolesti?) byla zjišťována při rozhovoru s dětmi v otázce č. 1. Všech 12 dětí (100 %) bylo informováno o příčinách bolesti i hospitalizace. Toto zjištění se neshoduje s tvrzením literatury, že bolest bývá u dětí podceňována stejně jako příprava pacienta na bolestivý prožitek i podávání informací o důvodech bolesti, stejně tak s tvrzením, že dítě nechápe příčiny bolesti (22, 36, 51).

Výzkumná otázka č. 6 (Jsou děti informovány o podání léku proti bolesti a jeho účincích při podávání léku?) byla zkoumána při rozhovorech se sestrami v otázce č. 11. V rozhovorech s dětmi se pak odpovědi zabývala otázka č. 11. Sestry v 92 % uvedly, že dítě informují o podání analgetik a jejich účincích při každém podání léku. 8 % sester sdělovalo, podle odpovědi na otázky, dítěti vždy i název a sílu léku. 42 % dětí však uvedlo, že je nikdo o podávaném léku neinformoval, 17 % dětí bylo informováno pouze při prvním podání tohoto léku a při opakovaném podání léku ne. Pouze 1 dítě (8 %) bylo o účincích léku informováno vždy. Tento rozpor může být způsoben buď tím, že sestry neinformují pacienty, aniž by si uvědomovaly chybu ve svém postupu, nebo tím, že děti si neuvědomují informaci podávanou sestrami při podání analgetika, například oznámení o tabletce proti bolesti.

Výzkumná otázka č. 7 (Je na dětských odděleních využíván účinek placebo efektu?) byla zkoumána pouze při rozhovoru se sestrami v otázce č. 10. Z odpovědi na tuto otázku vyplynulo, že 33 % sester využívá placebo efekt pravidelně, 33 % sester velmi málo a 8 % sester neplánovaně. 25 % sester placebo efekt ve své práci vůbec nevyužívá. Všechny sestry, které placebo efekt v práci využily, s ním mělo pozitivní zkušenost, což plně souhlasí s tvrzením literatury (1, 15, 16).

Odpověď na výzkumnou otázku č. 8 (Používají sestry na dětských odděleních nefarmakologické metody tlumení bolesti?) byla zkoumána při rozhovoru se sestrami v otázce č. 9, při rozhovoru s dětmi v otázce č. 14. 67 % sester uvedlo použití nefarmakologických metod jako svoji samostatnou aktivitu, 25 % sester tlumilo bolest nefarmakologickými metodami po ordinaci lékaře a pouze 1 sestra (8 %) odpověděla, že nefarmakologické metody tlumení bolesti vůbec nepoužívá. Jako nejčastěji používané metody tyto sestry uvedly úlevové polohy (58 %), chlad (58 %) a tak zajištění klidu na pokoji dítěte (42 %). Naproti tomu pouze 33 % dětí uvedlo, že u nich sestra využila nefarmakologickou metodu tlumení bolesti, u 33 % dětí nebyly tyto postupy v nemocnici využity vůbec, v 17 % případů tlumila bolest nefarmakologickými postupy matka a v 17 % případů použilo dítě metodu tlumení

bolesti bez využití léků samo. Jako nejčastěji využitou metodu jmenovaly děti obklady (33 %) a klid na lůžku (17 %). Rozpor v odpovědích sester a dětí může být dán nevhodností metod běžně využívaných sestrami k tlumení bolesti u těchto konkrétních pacientů, nebo také tím, že sestry sice využívají jmenované metody, ale pouze u pacientů se silnější bolestí, než jaká se objevila u zkoumaných dětí.

Výzkumná otázka č. 9 (Jsou sestry v nemocnici osobami, na které se dítě obrací, pokud má bolest?) byla částečně zodpovězena již u odpovědi na výzkumnou otázku č. 1. Konkrétní odpovědi na tuto výzkumnou otázku se zabývala otázka z rozhovoru s dítětem, o to otázka č. 5.

Podle odpovědí by se děti nejčastěji (75 %) svěřily s bolestí sestře. Některé z těchto dětí uvedly, že by se zároveň obrátily i na matku (25 %) a lékaře (25 %). 25 % dětí by se s bolestí sestře nesvěřilo, tyto děti uvedly jako jedinou důvěryhodnou osobu matku, přestože by v nemocnici nebyla přítomna. Většina dětí by se tedy na sestru obrátila, což se shoduje s tvrzením literatury (7, 35).

Odpověď na výzkumnou otázku č. 10 (Spolupracují sestry vždy při výskytu bolesti u dítěte s lékařem?) byla zkoumána při rozhovoru se sestrami v otázce č. 12. Při rozhovoru s dětmi byla tato otázka zodpovězena částečně v otázce č. 9.

Děti uváděly jako odpověď na otázku, co udělá sestra, jestliže zjistí u dítěte bolest, v 50 % odpovědí, že zavolá lékaře. Všechny sestry (100 %) uvedly, že lékaře informují vždy. 33 % sester informovalo lékaře vždy ihned, 67 % sester se na lékaře obracelo v některých případech s odstupem času, například při vizitě. Jako důvody pro podání informací lékaři později uvedly sestry v 58 % případů analgetika ordinovaná k podání při bolesti a ve 33 % případů mírnou bolest, která nevyžadovala tlumení pomocí analgetik. To se shoduje s činnostmi sestry, které jsou popsány jako součásti péče o dítě s bolestí v literatuře. (7, 26)

Odpověď na výzkumnou otázku č. 11 byla zkoumána pouze v rozhovoru se sestrami, a to v otázce č. 13.

Na tuto otázku odpovědělo 50 % sester, že mají na oddělení standard specializovaný na hodnocení a tlumení bolesti u dítěte s bolestí, jsou s ním seznámeny a pracují podle něho. 17 % sester uvedlo, že na oddělení mají standard určený pro péči o dospělého s bolestí, ale ne standard zaměřený na dítě. 17 % sester vůbec nemělo na oddělení standard ošetrovatelské péče o pacienta s bolestí a 17 % sester si nebylo jisto, jestli standard na oddělení je určen pro dospělé, nebo pro děti. 50 % sester tedy nepracovalo u dítěte s bolestí podle standardu specializovaného na tuto problematiku.

Výzkumná otázka č. 12 (Jaké nejdůležitější součásti by sestry zařadily do standardu specializovaného na hodnocení a tišení bolesti u dětí?) byla zkoumána pouze při rozhovoru se sestrami a to v otázce č. 16.

Jako nejdůležitější součást standardu zaměřeného na bolest u dětí uvedlo 33 % sester metody objektivního zhodnocení bolesti a 25 % sester škály pro hodnocení bolesti. 33 % sester by chtělo v tomto standardu mít specifika spolupráce s dítětem, 25 % sester specifika spolupráce s rodiči dítěte. 17 % sester by do tohoto standardu zařadilo farmakologické i nefarmakologické metody tlumení bolesti a 17 % sester odvádění pozornosti dítěte od prožívané bolesti. 1 sestra (8 %) by pak nerada opomenula získání důvěry dítěte a 1 sestra (8 %) pak zvláštnosti komunikace s dítětem. Sestry měly velmi jasný názor na to, co by mělo být součástí standardu. Obzvláště sestry, které podle standardu pracují by ocenily některé informace, které standard na jejich oddělení nemá. Naopak sestrám, které podle standardu nepracují, ani ho na oddělení nemají se zdál standard jako zbytečnost. Ale přesto měly jasnou představu, co je pro péči o dítě s bolestí nejdůležitější.

6 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat techniky hodnocení a tišení bolesti používané u dětí hospitalizovaných na dětských odděleních, zkušenosti dětí s bolestí a jejím řešením a zjistit rozdíly v hodnocení bolesti dítětem a sestrou. Díky studiu literatury a vlastnímu výzkumu mohu říci, že cíle bylo dosaženo. Výzkumné otázky 1-12, které jsem položila na počátku výzkumu byly zodpovězeny takto. Děti vnímaly rozdíly v hodnocení a tlumení bolesti v domácím prostředí a při hospitalizaci. Změna byla hlavně v osobě, na kterou se měly obracet se svou bolestí. Tou byla v nemocnici sestra. Většina dětí uvedla, že by se na sestru obrátila, ale některé děti by se ani v nemocnici nesvěřily sestře. Další zjištěnou skutečností je, že si děti nebyly vědomy pravidelného hodnocení bolesti, přestože sestry projevy bolesti, podle jejich slov, pravidelně hodnotily. Většina dětí neměla při rozhovoru zkušenost s vizuální analogovou škálou ani s dalšími hodnotícími škálami, i když sestry udávaly jejich využívání a uváděly konkrétní příklady použitých škál. Pokud u dítěte byla využita škála, nebyla vždy zvolena správně vzhledem k věku dítěte. Informace, které děti měly o svých diagnózách a příčinách bolesti byly vždy přesné. Naopak informace o lécích podávaných těmto dětem proti bolesti byly pro většinu dětí nedostatečné, ačkoli sestry udávaly, že dětem vždy podávaly informace o účincích léku. Tyto informace byly nejvíce zdůrazňovány při využití placebo efektu, s jehož využíváním měly sestry pozitivní zkušenosti. Placebo efekt, stejně jako nefarmakologické metody byl na dětských odděleních využíván spíše výjimečně. Farmakologická i nefarmakologická léčba byla využívána po konzultaci s lékařem. Hodnocení a léčba bolesti byla prováděna podle standardu péče o dítě s bolestí, pokud ho měly sestry na oddělení k dispozici. Sestry uvedly nejdůležitější součásti standardu, které jsou v něm buď již byly obsaženy, nebo by bylo vhodné je do standardu přidat. Tyto složky byly zařazeny do návrhu standardu v příloze F.

Výsledky kvalitativního výzkumu je třeba pro ověření jejich průkaznosti otestovat kvantitativní metodou výzkumu. Pro toto ověření lze stanovit v souvislosti s odpověďmi na výzkumné otázky tyto hypotézy:

H1 75 % dětí vnímá rozdíl v hodnocení a tišení bolesti doma a v nemocnici.

- H2 U více než 75 % hospitalizovaných dětí je bolest hodnocena pravidelně.
- H3 Škály pro hodnocení bolesti využívají sestry u méně než poloviny hospitalizovaných dětí.
- H4 100 % hospitalizovaných dětí je informováno o základní diagnóze a příčinách bolesti.
- H5 Nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou sestrami využívány u méně než 50 % dětí.
- H6 Minimálně 75 % dětí se v nemocnicích obrací s bolestí na sestru.

Bolest u dětí je velmi zajímavé téma. U velkého počtu otázek se odpovědi sester a dětí rozcházejí. Už to je důkazem, že bolest u dětí je složitý problém a ne vždy je tento problém doceněn. Spolupráce s dítětem velmi závisí na důvěře, kterou dítě ke konkrétní sestře má. Pokud dítě se sestrou nespolupracuje, je jeho bolest často podhodnocena. Pro změnu v hodnocení dětské bolesti není třeba jen jednotný standard péče, ale hlavně změna přístupu sester a vnímání dítěte jako holistické bytosti stejně jako u dospělých.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě

Bolest

Hospitalizace

Hodnocení bolesti

Léčba bolesti

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) CVRČEK, P. Placebo a jeho postavení v tišení bolesti. *Bolest*. Praha: 2004, roč.7, č.1. ISSN 1212-0634
- 2) FENDRYCHOVÁ, J., VACOUŠKOVÁ, M., ZOUHAROVÁ, A. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2002. 145s. ISBN 80-7013-357-0
- 3) FENDRYCHOVÁ, J.; KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2005. 412s. ISBN 80-7013-427-5.
- 4) GADNER, H., GAEDICKE, H., NIEMEYER, CH. *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*. 2.vyd. Heidelberg: Springer, 2006. 1228s. ISBN 3-540- 03702-0
- 5) GERHARDT, G. *Chronické bolesti: Úspěšná léčba*. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, 2001. 104s. ISBN 80-240-2148-X
- 6) HRODEK, O., VAVŘINEC, J. a kol. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5
- 7) HUDECOVÁ, D. Bolest u dětí po kardiochirurgických výkonech. *Sestra – slovenská verze*. 2004. roč.3, č.5, s.17, ISSN 1335-9444
- 8) JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 189s. ISBN 978-80-7367-210-2
- 9) JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 99s. ISBN 978-80-7387-179-6

- 10) KALOUSOVÁ, J., ROUSKOVÁ, B., PACHMANNOVÁ, D., STÝBLOVÁ, J. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi*. Praha: 2008. roč. , č.9, s 7-11. ISSN 1213-0494
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-4
- 12) KOLEKTIV AUTORŮ. *MODUL A/ Teoretické základy medicíny II*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 334s. ISBN 80-7254- 363-6
- 13) KOUTECKÝ, J., CHÁŇOVÁ, M. *Děti s nádorovým onemocněním I – rady rodičům*. vyd.1., Praha: Triton, 2003. 215s. ISBN 80-7254-332-6
- 14) KOUTECKÝ, J., KABÍČKOVÁ, E., STARÝ, J. *Dětská onkologie pro praxi*. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. 168s. ISBN 80-7254-288-5
- 15) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 17) KUBICOVÁ, R. *Management bolesti z pohledu sestry*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D
- 18) LEIFER, G., přeložil FLÉGR, O. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada. 2004. 988s. ISBN 80-247-0668-7

- 19) LEMMER, B., BRUNE, K. *Pharmakotherapie: Klinische Pharmakologie*. 12.vyd. Heidelberg: Springer, 2006. 609s. ISBN 3-540-20414-8
- 20) LOPOUROVÁ, K. *Informovanost laické veřejnosti o možnostech léčby bolesti*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová, R.N.
- 21) MALIŠ, J. Nádorová bolest u dětí a mladistvých. *Bolest*. Praha: 2006, roč.9, č.3, s145-148. ISSN 1212-0634
- 22) MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
- 23) MAREŠOVÁ, J. Bolest u novorozenců. *Bolest*. Praha: 2007, roč.10, č.3, s.121-130. ISSN 1212-0634
- 24) MARZI, I. *Kindertraumatologie*. 1.vyd. Darmstadt: Steinkopf, 2006. 476s. ISBN 3-7985-1512-3
- 25) MASÁR, O. *Základy algeziologie pre potreby študentov odboru ošetrovatel'stvo so zameraním na liečbu bolesti pri malígnych ochoreniach*. 1.vyd. České Budějovice: ZSFJCU, 2001. 68s. ISBN 80-7040-501-5
- 26) MASÁŘÍKOVÁ, R., *Dítě a bolest*. *Sestra*. Praha: 2008, roč.18, č.9, s 36-38. ISSN 1210-0404
- 27) MYSLIVEČEK, J., TROJAN, S. *Fyziologie do kapsy*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2004. 466s. ISBN 80-7254-497-7

- 28) NAUCK, F., KLASCHIK, E. *Schmerztherapie: Kompendium für Ausbildung und Praxis*. 1.vyd. Stuttgart: WVS, 2002. 252s. ISBN 3-8047-1936-8
- 29) NEŠPOR, K. *Bolest se dá zvládnout: Jako mírnit bolest vlastními silami*. 1.vyd. Praha: NLN, 2004. 164s. ISBN 80-7106-362-2
- 30) NEUŽILOVÁ, J. *Připravenost sester pro hodnocení bolesti*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Bc. Ivana Danadaki
- 31) O'CONNOR, M., ARANDA, S., ČESKÁ ASOCIACE SETER, HEŘMANOVÁ, J. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4
- 32) PALYZOVÁ, D. Procedurální bolest v dětském věku. *Bolest*. Praha: 2007, roč.10, č.4, s.197-204. ISSN 1212-0634
- 33) PAVLÍKOVÁ, J. Zvládání pooperační bolesti u dětí různých věkových skupin. *Bolest*. Praha: 2009, roč.12, č.2, s.85-92. ISSN 1212-0634
- 34) POKOJOVÁ, V. *Připravenost sester pro hodnocení bolesti*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Marie Malinková
- 35) PILNÁČKOVÁ, J. *Standardizace postupů v hodnocení bolesti a ošetrovatelské péče u pacientů s bolestí v nemocničním zařízení. České Budějovice*, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová, R.N.

- 36) PŠENICOVÁ, K., *Psychologie hospitalizovaného dítěte*. Brno, 2006. 73s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Katedra sociální pedagogiky, vedoucí práce MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.
- 37) ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 184s. ISBN 978-80-247-3012-7
- 38) RYBÁŘOVÁ, D. Posudzovanie detskej bolesti. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. Bratislava: Solen, 2008, roč. 1, č. 2, s. 71 – 74. ISSN 1337-6896
- 39) RYŠAVÁ, M. *Základy anesteziologie a resuscitace dětí*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2004. 234s. ISBN 57-855-04
- 40) ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. 604s. ISBN 80-247-1049-8
- 41) SEDLÁČKOVÁ, M. *Bolesti břicha a jiné břišní obtíže u dětí I*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 165s. ISBN 80-7254-365-2
- 42) SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 43) SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5
- 44) STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi: Praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. (dotisk). Brno: NCONZO, 2006. 55s. ISBN 80-7013-323-6
- 45) STICKER, K. *Hilfe gegen den Schmerz*. 1.vyd. Bindlach: Gondrom, 2002. 156s. ISBN 3-8112-2044-6

- 46) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186s. ISBN 80-7013-324-4
- 47) VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Vybrané kapitoly z pediatrie (pro studující ZSF JU)*. 5.vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 136s. ISBN 80-7040-813-8
- 48) VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3.vyd., Praha: Informatorium, 2003. 109s. ISBN 80-7333-021-0
- 49) VORLÍČEK, J., ABRAHAMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 328s. ISBN 80-247-1716-6
- 50) ZERNIKOW, B. *Schmerztherapie bei Kindern*. 3.vyd. Heidelberg: Springer, 2005. 396s. ISBN 3-540-23728-3
- 51) ŽABKOVÁ, V., *Problematika bolesti u hospitalizovaných dětí*. Pardubice, 2009. 46s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství, vedoucí práce Mgr. Marie Holubová

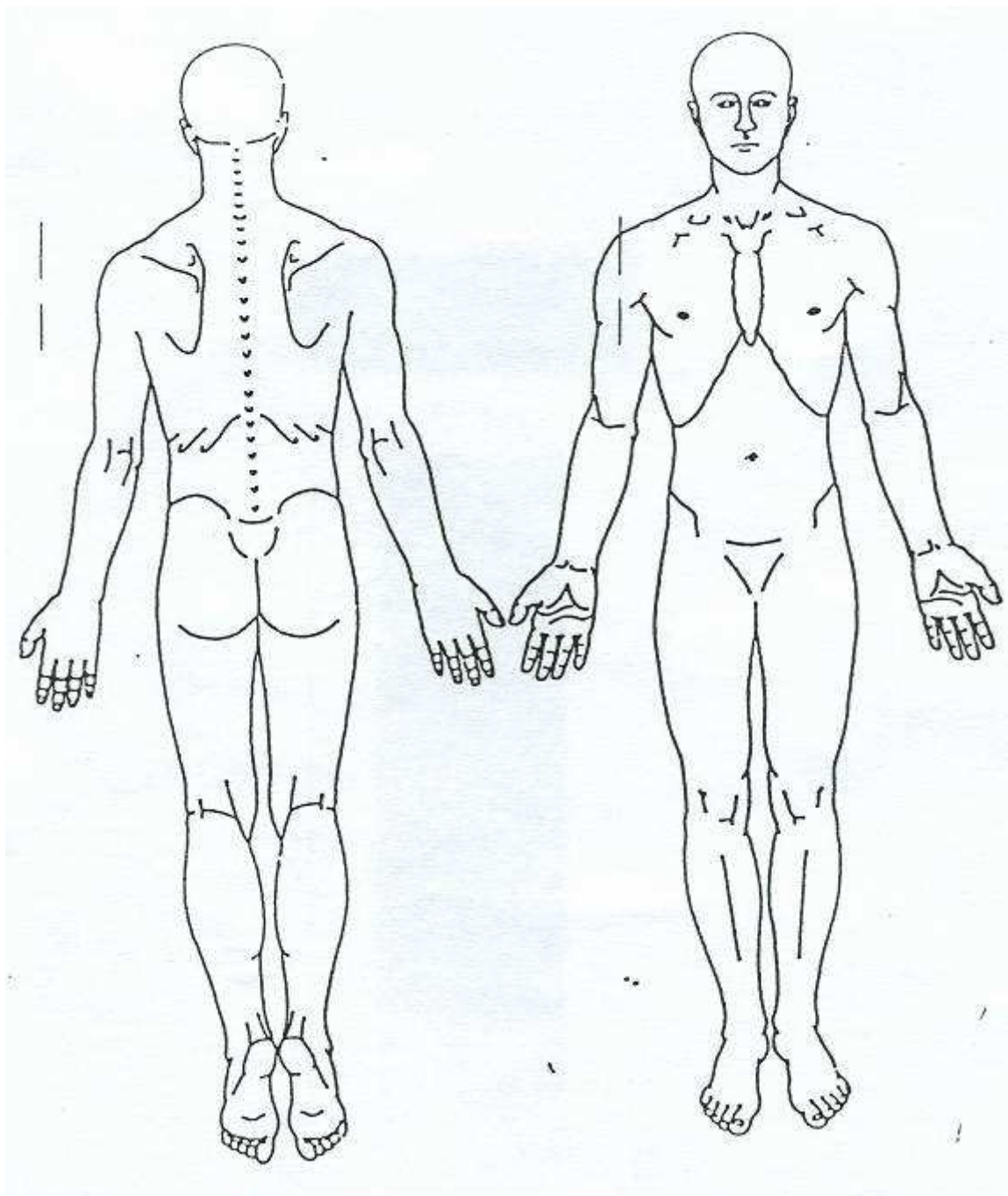
Internetové zdroje

- 52) MAREŠ, J. *Bolest a kvalita života u dětí*. Text využívaný pro výuku Lékařské psychologie a psychoterapie na 1. LF UK Praha [online]. 1998 [cit. 2009-04-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.volny.cz/uhs1/elearning/3LSbolest.doc>>.
- 53) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, *The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents*. [online]. 3.9.2001. [cit. 18.3.2009]. Dostupné z WWW: <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;108/3/7>>

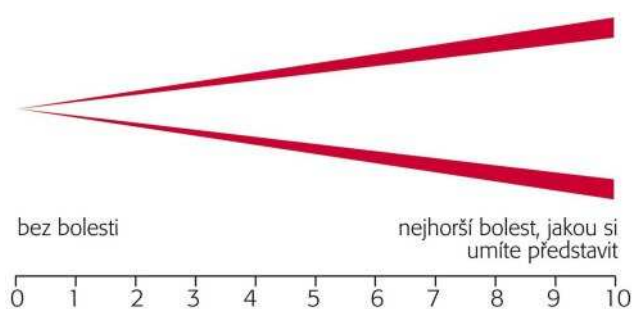
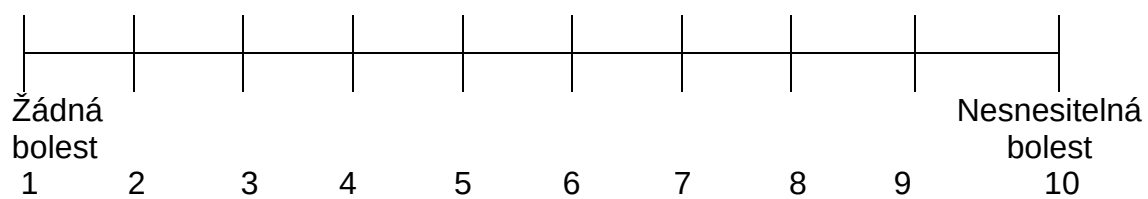
9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A:	Mapa bolesti
Příloha B:	Vizuální analogová škála
Příloha C:	Obličejová škála
Příloha D:	Seznam otázek pro rozhovor s dítětem
Příloha E:	Seznam otázek pro rozhovor se setrou
Příloha F:	Návrh standardu ošetrovatelské péče o dítě v předškolním a školním věku s bolestí

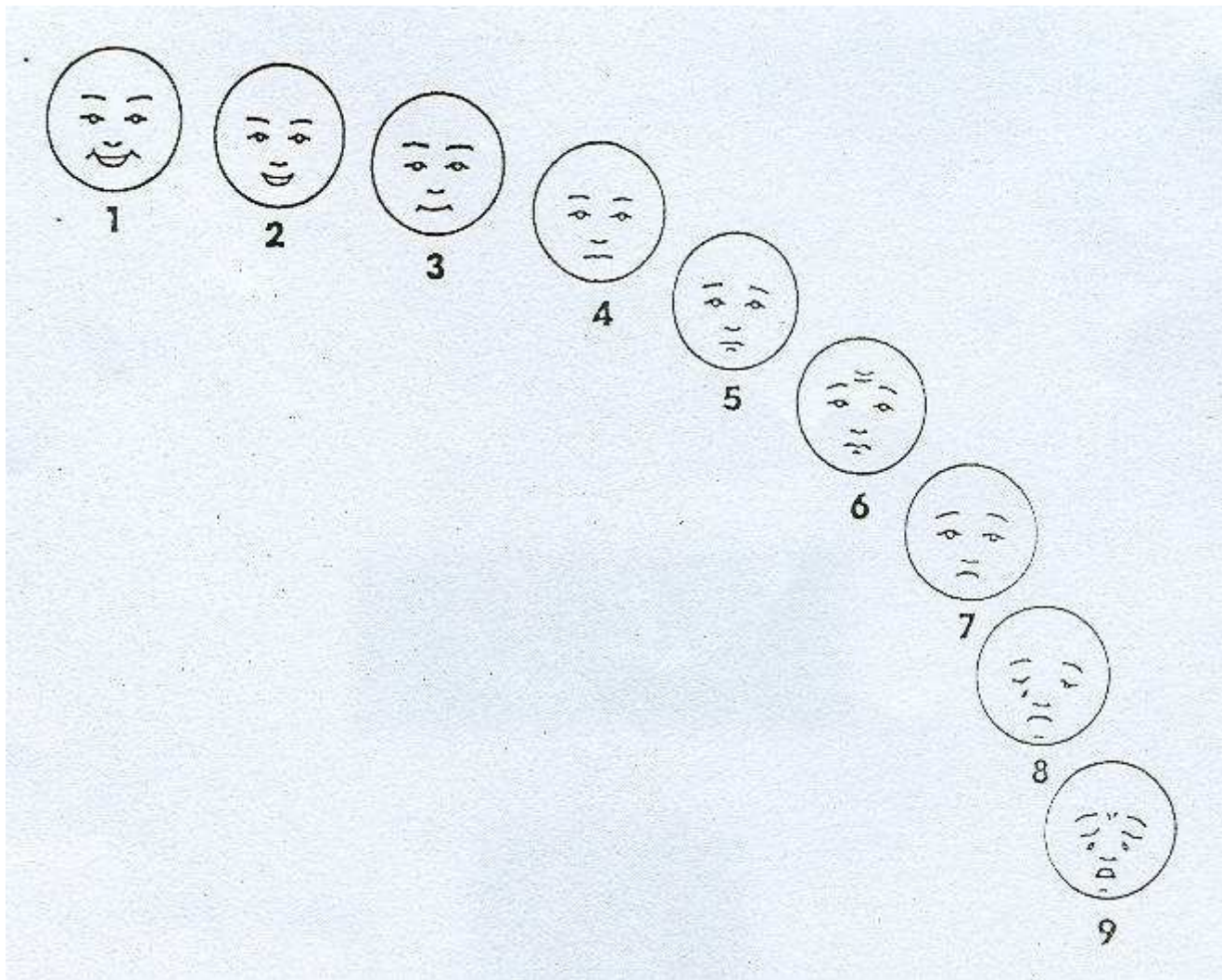
Příloha A: Mapa bolesti



Příloha B: Vizuální analogová škála



Příloha C: Obličejová škála



Příloha D: Seznam otázek pro rozhovor s dítětem

- 1) Proč jsi v nemocnici?
- 2) Co Tě bolí?
- 3) Jak dlouho to bolí?
- 4) Jak moc to bolí? (Plus práce s analogovými škálami – viděl jsi někdy tyhle obrázky?)
- 5) Komu bys řekl, kdyby Tě začalo něco bolet (bolet víc)?
- 6) Ptala se Tě některá sestřička, jestli Tě něco bolí? (Pokud ne, jak zjistí, že Tě něco bolí?)
- 7) Co děláš ty, když Tě něco bolí?
- 8) Co dělá maminka doma, když Tě něco bolí?
- 9) Co dělá sestřička v nemocnici, když zjistí, že Tě něco bolí?
- 10) Co bys chtěl, aby sestřička udělala když máš bolest? (Řekl jsi jí to?)
- 11) Řekne Ti sestřička co Ti dává za lék, když chce abys ho spolknul?
- 12) Přijde se sestřička po tom, co Ti dá lék na bolest, znovu zeptat jak moc Tě to ještě bolí?
- 13) Co udělá sestřička, když se bolest po léku nezmírní?
- 14) Našli jste se sestřičkou i něco jiného, co Ti pomáhá na bolest, kromě léků? (poloha, led, teplo, klid)
- 15) Chceš mi povědět ještě něco o tvé bolesti a o tom, co Ti na ni pomáhá?

Příloha E: Seznam otázek pro rozhovor se sestrou

- 1) Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?
- 2) Jak zjišťujete, jestli má dítě bolesti?
- 3) Jak často hodnotíte bolest u dítěte?
- 4) Znáte škály k hodnocení bolesti? Jaké?
- 5) Používáte je standardně k hodnocení bolesti u dítěte?
- 6) Jaká je Vaše reakce, když zjistíte, že má dítě bolest?
- 7) Zjišťujete po podání léku, zda bolest ustoupila?
- 8) Co děláte, pokud se bolest nezmírní?
- 9) Používáte i nefarmakologické metody k tlumení bolesti? Jaké?
- 10) Využíváte účinek placebo efektu?
- 11) Informujete dítě o podání léku proti bolesti?
- 12) Informujete vždy lékaře pokud má dítě bolest?
- 13) Máte na oddělení standart specializovaný na ošetřování **dítěte** s bolestí?
- 14) Myslíte, že je rozdíl mezi péčí o dospělého a dítě s bolestí?
- 15) V čem je rozdíl nejvýraznější?
- 16) Pokud byste měla vytvořit standard specializovaný na dítě s bolestí, co byste do něho zařadila?

Příloha F: Návrh standardu ošetrovatelské péče u dítěte v předškolním a školním věku s bolestí

"[Napište název nemocnice, oddělení]"

Standardní ošetrovatelský postup (oborový ošetrovatelský standard)

č. [číslo]

Péče o dítě v předškolním a školním věku s bolestí

Platnost od: [Napište datum]
Kontaktní osoba: Bc. Kateřina Zellerová
Schválil: [Napište příslušný text]

Kontrola: [Napište příslušný text]
Prodlouženo do:
Odborný garant. Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

Obsah

Úvod	1
Indikace a kontraindikace	1
Definice	2
Cíl	2
Kompetentní osoby k výkonu	2
Pomůcky	2
Ošetrovatelský postup	2
Komplikace	3
Zvláštní upozornění	3
Literatura	4
Zpracoval	4
Seznam osob, které na SOP spolupracovaly	4

Úvod

Bolest u dětí je specifický problém, často bývá podceňována díky mýtům o dětské bolesti. Tyto přežití názory přetrvávají mezi zdravotníky dodnes. Tento standard pomůže sestrám i ostatním zdravotníkům lépe zhodnotit bolest a zvolit správný způsob léčby. Jeho účinnost bude ověřována klinickým auditem.

Indikace a kontraindikace

Využití indikováno u všech dětí v předškolním a školním věku, u kterých se vyskytne bolest.

Definice

Bolest u dítěte je hodnocena objektivně pomocí hodnotících škál. Podle výsledků hodnocení je bolest léčena ve spolupráci s lékařem farmakologickými i nefarmakologickými metodami.

Cíl

Hodnotit bolest u dítěte objektivně a efektivně ji léčit.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Dětské sestry, sestry všech stupňů vzdělání pracující na dětském oddělení

S2 Pomůcky

Hodnotící škály, pomůcky k aplikaci léků, pomůcky k využití nefarmakologických metod

S3 Dokumentace

Dokumentace dle zvyklostí oddělení

S4 Prostředí

Lůžkové dětské oddělení

KRITÉRIA PROCESU

Ošetřovatelský postup

• před výkonem

- P1 Sestra zná hodnotící škály a postup jejich využití.
- P2 Sestra má k dispozici dostatek času na diagnostiku bolesti.
- P3 Sestra získá důvěru dítěte.
- P4 Sestra má znalosti o možnostech léčby bolesti u dětí.
- P5 Sestra spolupracuje s rodiči dítěte.
- P5 Sestra zná znalosti o odlišnostech v komunikaci s dítětem.
- P6 Sestra hodnotí bolest v pravidelných intervalech.
- P7 Sestra hodnotí bolest u každého pacienta.

• při / během výkonu

- P8 Sestra zvolí hodnotící škálu dle věku dítěte.
- P9 Sestra srozumitelně vysvětlí dítěti postup hodnocení bolesti.
- P10 Sestra vysvětlí dítěti význam hodnocení bolesti.
- P11 Sestra si k dítěti vezme hodnotící škálu a dokumentaci k zaznamenání bolesti.

- P12 Sestra se kontrolními otázkami ujistí, zda dítě chápe význam a metody hodnocení bolesti.
- P13 Sestra nezpochybňuje intenzitu bolesti udanou dítětem.
- P14 Sestra hodnotí s dítětem lokalizaci, intenzitu kvalitu a faktory vzniku bolesti.
- P15 Sestra ihned informuje lékaře o výskytu bolesti.
- P16 Do příchodu lékaře tlumí sestra bolest nefarmakologickými postupy, které může využít samostatně.
- P17 Sestra ihned plní ordinace lékaře.
- P18 Sestra informuje dítě o účincích analgetik, když je podává.
- P19 Sestra sleduje účinky analgetik.
- P20 Sestra spolupracuje s lékařem při určení vhodných nefarmakologických metod tlumení bolesti u konkrétního dítěte.

- **po výkonu**

- P21 Sestra provede o bolesti záznam do dokumentace.
- P22 Sestra provede záznam o podání analgetik a jejich účinku do dokumentace.
- P23 Sestra průběžně kontroluje stav dítěte.
- P24 Sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu akutní bolest (00132) nebo chronická bolest (00133).
- P25 Sestra zopakuje celý proces do 1 hodiny od provedení intervence (Využívá pouze body: P2, P5, P8, P11, P13 – 20.)

- **záznam do dokumentace**

- P26 Záznam o výskytu bolesti obsahuje čas výskytu bolesti, lokalizaci, intenzitu, použitou hodnotící škálu, kvalitu bolesti a vyvolávající faktory.
- P27 Záznam o podání analgetik obsahuje název a sílu podávaného léku, formu léku, cestu podání, čas podání, účinek léčby a jmenovku a podpis sestry, která lék podala.

Komplikace

- P28 Při neústupu bolesti po léčbě informuje sestra lékaře.
- P29 Při výskytu vedlejších účinků analgetik informuje sestra lékaře.
- P30 Při zhoršování bolesti během využití nefarmakologických metod sestra ihned ukončí aplikaci této metody.

Zvláštní upozornění

Frekvence hodnocení bolesti je určena individuálně u každého dítěte, minimálně však bolest hodnotíme jednou denně.
 Analgetika mohou být podána pouze po ordinaci lékaře, v dokumentaci musí být uveden záznam o čase podání léku.

Podání analgetik po telefonické domluvě s lékařem je nepřípustné, lékař musí učinit záznam do dokumentace.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 V dokumentaci je přehledný záznam o bolesti a její léčbě, obsahující všechny náležitosti viz P26 a P27.
- V2 Pacient má po provedených intervencích sníženou bolest na nejnižší možnou míru.

Literatura

1. MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-4
3. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 184s. ISBN 978-80-247-3012-7
4. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 189s. ISBN 978-80-7367-210-2
5. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186s. ISBN 80-7013-324-4

Zpracoval

Bc. Kateřina Zellerová

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly

[Klepněte sem a napište příslušný text]

Příloha č.1: **Bolest – základní informace**

Podle definice, na které se shodla Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) a kterou přijala Světová zdravotnická organizace, je bolest nepříjemný senzorický a emocionální prožitek s akutním nebo hrozícím poškozením tkání. Důležitým dodatkem je, že bolest je vždy subjektivní a existuje přesně v té míře, jakou udává pacient, přestože se vnímání bolesti u různých jedinců liší. Jedná se o fyziologický děj, na němž závisí přežití organismu a který také pomáhá udržovat homeostázu. Jestliže však bolest není kontrolována a tlumena, ztrácí svůj původní význam a může naopak zpomalovat hojení, přispívat k rozvoji komplikací a způsobovat zbytečné utrpení.

Dělení bolesti:

1. Podle délky trvání:

Akutní bolest – trvá několik dnů či týdnů

- většinou dobře definovatelná
- ochranný charakter (pozitivní smysl)
- aktivace sympatiku (pocení, tachykardie, zvýšení TK, P, TT)
- stres, anxieta (úzkost)
- léčba převážně kauzální

Chronická bolest – trvá déle než 3 – 6 měsíců

- difúzní, obtížněji lokalizovatelná
- nechutenství, zácpa, spánková deprivace
- sociální izolace, deprese, agrese, hostilita, suicidium
- léčba převážně symptomatická

2. Podle původu:

Nádorová bolest – cancer pain (maligní)

Nenádorová bolest – non cancer pain (benigní)

3. Podle vzniku:

Bolest nociceptivní

Vznik – drážděním neporušených periferních nociceptorů (receptorů bolesti)

Druhy – somatická (snadno lokalizovatelná, ostrá, tupá)

bolest hlavy, kloubů

- viscerální (hůře lokalizovatelná, i přenesená bolest)

z vnitřních útroh

Bolest neuropatická

Vznik - dysfunkce nervového systému

Druhy – periferní

- centrální

Charakter – stálá, záchvatovitá, parestézie, alodynzie

Bolest smíšená

Obsahuje složku somatické i neuropatické bolesti

Bolest psychogenní

Pokud jsou ostatní typy bolesti vyloučeny

Druhy bolesti:

Kolikovitá bolest – bolest ze spasmů hladkého svalstva s narůstající a klesající intenzitou

Ischemická bolest – svalová (stenokardie, klaudikační bolesti)

Bolest zánětlivá – bolestivé napínání, tepání, „škubání“- zvláště v noci

Průlomová – je nasazena analgetická terapie, přesto se objevuje záchvatovitá bolest

(při zvýšené zátěži u onkologicky nemocných)

Paroxysmální (záchvatovitá)

Přenesená

Multifokální (více ložisek)

Fantomová (amputace končetin ...)

Diagnostika a hodnocení bolesti:

Základem je uvěřit dítěti, že má bolest. Bolest lze odhalit pozorováním, dotazem na dítě, nebo pokud dítě nespolupracuje, dotazem na matku. Dalšími metodami může být sledování fyziologických funkcí nebo pohmat. Při zjištění výskytu bolesti hodnotí vždy:

- ***intenzitu a její změny***
- lokalizaci a vyzařování - topologie
- charakter
- časovou závislost
- faktory ovlivňující bolest
- účinnost dosavadní léčby

Hodnocení lokalizace bolesti je u dítěte složitější, je třeba věnovat dítěti čas a pozornost. Pokud je dítě schopno mluvit a rozumí, na co se ho ptáme, je schopno ukázat na místo, kde má bolest. U školních dětí lze využít mapu bolesti viz obrázek č. 1. Do

této mapy zakreslí dítě svou bolest pomocí barevných pastelek. Různé barvy pak znamenají různou bolest:

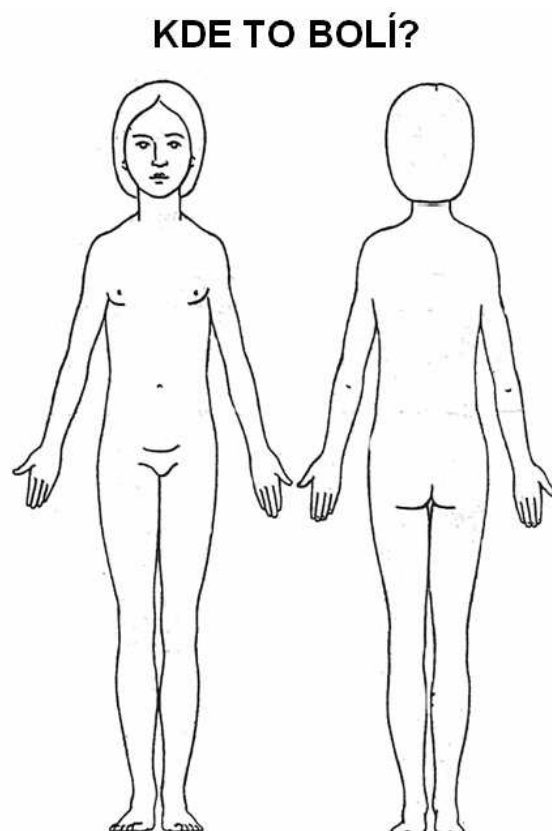
- Modrá – bolest jako taková
- Červená – pálivá bolest
- Žlutá – tupá bolest
- Zelená – svíravá bolest

Intenzitu bolesti hodnotíme pomocí škál, které vybíráme podle věku dítěte a jeho schopnosti rozumět číslům a pochopit systém hodnocení. U dětí v předškolním a školním věku využíváme tyto škály:

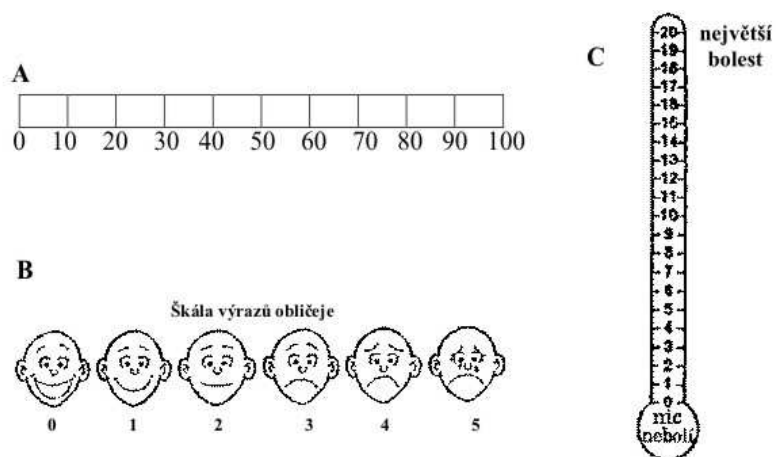
- Verbální škála - Její využití je podmíněno tím, že dítě již rozumí jednotlivým slovům, kterými je bolest hodnocena a je schopno je použít stejně jako zdravotník, který hodnocení provádí. Pacient zařadí bolest do jedné z nabídnutých kategorií. Kategorie používané k hodnocení bolesti v této škále jsou: žádná bolest, mírná bolest, středně silná bolest, silná bolest a nesnesitelná bolest.
- Numerická škála - Základem této hodnotící metody je označení síly bolesti číslem. Škála je udána od 0 do 10, nebo od 0 do 100. Nula vždy znamená, že bolest není přítomna, naopak 10, nebo 100 je maximální bolest. Podmínkou je znalost číselné řady, která je v této škále využita.
- Metoda VAS (vizuální analogová škála) - Jedná se o nejčastěji využívanou metodu. Pacient dostane vizuální stupnici, na které je slovně označena bolest neexistující, tedy žádná, a bolest nejvyšší, nebo nesnesitelná. Pacient na této škále zaškrťává místo, kde se podle něho pohybuje jeho bolest. Škála je tvořena 10 cm dlouhou svislou nebo vodorovnou čarou (viz obrázek č.2 A). Hodnota VAS je vyjádřena v centimetrech. Pro rychlé zhodnocení lze použít měřítko s posuvným jezdcem, které pacient nastaví na úroveň bolesti, která je právě přítomna.
- Teploměr bolesti - Na stejném základě jako vizuální škály fungují i teploměry bolesti. Na nich je míra bolesti znázorněna graficky a intenzita bolesti je hodnocena podle místa, které pacient na teploměru vybere (viz obrázek č. 2 C). U těchto škál je důležité zkontrolovat, zda na ně dítě dobře vidí, a také vysvětlit dítěti, kde je nejmenší a největší bolest.
- Obličejová škála - Obsahuje šest obličejů, od usmívajícího se obličeje, kdy nic nebolí, až po obličej plačící, kdy je bolest největší (viz obrázek č. 2 B). Tato škála je někdy označována jako škála grafických symbolů. Dítě vybírá obličej, který nejvíce odpovídá intenzitě jeho bolesti. Je důležité zjistit, zda dítě na škálu dobře vidí a vysvětlit mu, jakou bolest má který obličej. Tato metoda se využívá u dětí od 3 let věku.

Hodnocení kvality bolesti spočívá v otázce, jak to bolí. Kvalita je popisována přídatnými jmény, jedná se o určení druhu bolesti.

Obrázek č.1: Mapa bolesti



Obrázek č. 2: VAS, teploměr bolesti, obličejová škála



Léčba bolesti

- Farmakoterapie – Vždy využita po ordinaci lékaře. U dětí je třeba zvlášť opatrně dávkovat léky a volit způsoby podání, které nezpůsobují další bolest (například podávání analgetik intramuskulárně). Při léčbě bolesti se postupuje podle třístupňové strategie dle WHO: neopiátová analgetika, slabé opioidy, silné opioidy. Lze využít i adjuvantních léků, jako jsou například antidepressiva, antikonvulziva, antihistaminika, neuroleptika, benzodiazepiny, laxantia, antiemetika.
- Nefarmakologické postupy – Tlumí bolest bez využití léků. Využívané metody lze rozdělit do čtyř skupin:
 5. Fyzikální terapie (hydroterapie, terapie teplem, terapie chladem, využití vibrací a další),
 6. Alternativní a doplňkové terapie (aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotekem, jóga a další),
 7. Kognitivní a behaviorální terapie (sugesce, relaxace, hypnóza a další),
 8. Placebo efekt.

Některé nefarmakologické postupy může sestra využít i bez ordinace lékaře, například úlevovou polohu, odpoutávání pozornosti, relaxační techniky a další. Vždy je však třeba lékaře informovat.

Kontrolní kritéria k auditu Péče o dítě v předškolním a školním věku s bolestí

Datum auditu

Oddělení:

Auditor:

Stanice:

Metoda	Kód	Kontrolní kritéria	Hodnocení
Dotazem na sestru	S1	Má sestra vzdělání, které ji opravňuje k práci sestry na dětském oddělení?	
Dotazem na sestru	P1, P4, P5	Zná sestra hodnotící škály, metody léčby bolesti a zvláštnosti komunikace s dítětem?	
Pohledem do dokumentace	P7	Hodnotí sestra bolest u každého pacienta?	
Sledováním	P8	Je zvolená škála vhodná pro dítě v tomto věku?	
Sledováním	P9, P10	Vysvětlila sestra srozumitelně dítěti význam a způsob hodnocení bolesti?	
Sledováním	P11	Vzala si sestra k dítěti dokumentaci pro záznam bolesti?	
Sledováním	P14	Hodnotí sestra s dítětem intenzitu, lokalizaci, kvalitu a vyvolávající faktory bolesti?	
Dotazem na sestru	P15	Informuje sestra lékaře při výskytu bolesti ihned?	
Dotazem na pacienta	P18	Informuje sestra dítě o účincích léku?	
Pohledem do dokumentace	P21, P22	Provádí sestra záznam do dokumentace?	
Pohledem do dokumentace	P24	Stanoví sestra ošetřovatelskou diagnózu akutní bolest nebo chronická bolest?	
Dotazem na sestru	P25	Opakuje sestra proces do 1 hodiny od provedení intervence?	
Dotazem na sestru	P28, P29	Informuje sestra lékaře při výskytu vedlejších účinků léku, nebo neústupu bolesti?	
Dotazem na sestru	P30	Přeruší sestra aplikaci nefarmakologické metody, pokud se bolest zhorší?	
Pohledem do dokumentace	V1	Obsahuje záznam o výskytu bolesti a podání analgetik všechny náležitosti?	
Dotazem na pacienta	V2	Je bolest po provedených intervencích zmírněna?	
Proved'te součet bodů			

Bodové hodnocení: **ano** – 1 bod **ne** – 0 bodů