

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 31.10.2014 • Poprawiono/Corrected: 09.03.2015 • Zaakceptowano/Accepted: 10.03.2015

© Akademia Medycyny

### Wybrane metody oceny bólu pooperacyjnego u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi

### *Selected methods for the assessment of postoperative pain in children with developmental disabilities*

**Ilona Rozalska-Walaszek<sup>1</sup>, Anna Aftyka<sup>1</sup>, Aleksandra Wróbel<sup>1,2</sup>, Paweł Węgorowski<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Okręgowy Szpital Kolejowy w Lublinie, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

<sup>3</sup> Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie



### Streszczenie

Ból jest definiowany jako nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub w takich kategoriach opisywane. Dzieci niepełnosprawne umysłowo mogą doświadczać bólu w wyniku chorób współistniejących oraz metod ich leczenia, w tym zabiegów chirurgicznych. W opiece pooperacyjnej istotnym zagadnieniem jest prowadzenie analgezji adekwatnej do odczuwanych dolegliwości. Wyzwaniem jest ocena bólu pooperacyjnego u dzieci z zaburzeniami poznawczymi, niepełnosprawnością rozwojową i intelektualną, które odczuwają ból, ale nie są w stanie opisać swoich dolegliwości w zrozumiały dla personelu medycznego sposób. Nie są także w stanie korzystać z narzędzi opartych na samoocenie. Dlatego też kluczowe znaczenie dla zespołu terapeutycznego ma zrozumienie istoty bólu oraz jego odpowiednie uśmierzenie w oparciu o obiektywną ocenę. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 87-94.*

*Słowa kluczowe: ocena bólu pooperacyjnego, niepełnosprawność intelektualna, niepełnosprawność rozwojowa, zaburzenia poznawcze*

### Abstract

Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue damage or described in these terms. Children with mental disabilities may experience pain, as a result of concomitant diseases and methods of treatment, including surgery. An important issue in post-operative care is to conduct analgesia adequate to experienced discomfort. The challenge is to assess postoperative pain in children with cognitive, developmental and intellectual disabilities who experience pain, but aren't able to properly assess it, or pass this information to staff. Therefore, it is essential for the therapeutic team, to understand the pain, and to alleviate pain properly, based on an objective assessment. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 87-94.*

*Keywords: postoperative pain assessment, intellectual disability, cognitive impairment, developmental disability*

## Wstęp

Ból jest definiowany jako nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo w takich kategoriach opisywane. Ból może powstać w wyniku podrażnienia receptorów odpowiadających za odbieranie bodźców bólowych – nocyceptorów, uszkodzenia układu nerwowego lub reakcji psychicznej [1]. Ból jest postrzegany jako zjawisko negatywne, które obniża jakość życia pacjenta oraz wydłuża proces zdrowienia, a w konsekwencji podnosi koszty hospitalizacji. Podstawą efektywnego uśmierzania bólu jest jego adekwatna ocena, a traktowanie bólu jako „piątego parametru życiowego” zostało rozpowszechnione na całym świecie [2,3]. Ból oraz zachowania towarzyszące odczuwaniu bólu są uzależnione od czynników wrodzonych, rozwojowych oraz kulturowych. Każdy człowiek, także pacjent niepełnosprawny intelektualnie, odczuwa ból i reaguje na niego indywidualnie.

W celu zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń medycznych w opiece pooperacyjnej niezbędna jest odpowiednia analgezja [4]. Złotym standardem postępowania jest określanie natężenia bólu z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi i metod oraz podaży leków przeciwbólowych adekwatna do odczuwanych dolegliwości. Ocena nasilenia bólu u dzieci, w związku z utrudnioną komunikacją oraz ograniczonymi możliwościami określania natężenia bólu, stanowi ogromne wyzwanie dla personelu medycznego [5]. Dotyczy to zwłaszcza noworodków [6,7] oraz dzieci z niepełnosprawnością rozwojową [8].

Trudności w ocenie dolegliwości bólowych u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie oraz przekonanie, że są oni mniej wrażliwi na bodźce bólowe, mogą skutkować nieefektywną analgezją. W związku z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego objawy typowe dla odczuwania bólu, takie jak płacz, grymasy, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi czy przyspieszona czynność serca mogą być nieobecne w tej grupie pacjentów. Z tego powodu należy stosować odpowiednie narzędzia do oceny natężenia bólu oraz stale współpracować z pacjentem i jego rodzicami lub opiekunami [4,9].

Badania przeprowadzone wśród lekarzy i pielęgniarek wykazały, że brak odpowiednich narzędzi oraz nieodpowiednia dokumentacja utrudniają adekwatne monitorowanie bólu i prowadzenie postępowania przeciwbólowego u osób niepełnosprawnych rozwojowo

[10]. Dzieci niepełnosprawne intelektualnie i rozwojowo mogą odczuwać ból w związku z licznymi zabiegami diagnostycznymi oraz terapeutycznymi, jakim są poddawane [5]. Może on być również związany z chorobami towarzyszącymi niektórym zaburzeniom rozwojowym. Przykładowo osoby z zespołem Downa częściej niż dzieci, u których nie stwierdzono tej wady, chorują na białaczkę i choroby zębów, natomiast pacjenci chorujący na mózgowie porażenie dziecięce często odczuwają bóle układu ruchu oraz przewodu pokarmowego [11].

Badania wskazują, że osoby niepełnosprawne umysłowo lub rozwojowo z chorobami towarzyszącymi określanymi jako bolesne, mają niedoszacowany poziom bólu, a ilość leków przeciwbólowych, które otrzymują wydaje się być niewystarczająca [11]. Do oceny efektywności analgezji należy stosować walidowane narzędzia, 30 minut po podaniu analgetyku. Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek pokazują, że ponad 1/5 uważa, że osoby niepełnosprawne intelektualnie nie odczuwają bólu lub nie potrafią ocenić jego natężenia, a 1/3 badanych nie potrafi określić, czy pacjenci, którymi się zajmują odczuwają ból na co dzień. Większość pielęgniarek opiekujących się osobami z zaburzeniami intelektualnymi ocenia ból na podstawie wydawanych przez pacjentów dźwięków (jęki, płacz, krzyk), a ponad połowa bierze pod uwagę zmiany w zachowaniach społecznych. Wspomniane badania wskazują, że pielęgniarki rzadko stosują narzędzia przeznaczone do oceny natężenia bólu przeznaczone dla osób niepełnosprawnych umysłowo [12].

## Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie podstawowych narzędzi służących do oceny bólu pooperacyjnego, które mogą być wykorzystane u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, poznawczą lub rozwojową.

Na przestrzeni lat powstało wiele narzędzi, które mogą zostać wykorzystane do monitorowania bólu u dzieci niepełnosprawnych umysłowo, są to skale behawioralne (opierające się na zachowaniu pacjenta), np. skala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) czy Child Facial Coding System (CFCS).

Najlepiej zbadanym z tych narzędzi jest skala FLACC. Badania przeprowadzone przez Voepel-Lewis i wsp. wskazują, że skala ta może być zastosowana do obiektywnej oceny bólu pooperacyjnego u dzieci

z zaburzeniami poznawczymi [13]. Skala FLACC opiera się na obserwacji zachowania pacjenta, a oryginalnie została stworzona dla dzieci od 2 miesiąca do 7 roku życia. Nazwa skali pochodzi od pierwszych liter angielskich nazw ocenianych kategorii (Face, Legs, Activity, Cry i Consolability), z której każda może być oceniana w punktacji od 0 do 2 punktów. Jeśli dziecko uzyska 0 punktów oznacza to, że jest zrelaksowane. Przedział punktowy 1-3 odnosi się do łagodnego, a 4-6 do umiarkowanego dyskomfortu. Jeśli dziecko uzyska 7 do 10 punktów oznacza to, że odczuwa ono dotkliwy dyskomfort i/lub ból [14]. W 2009 roku skala ta została zarekomendowana przez Royal College of Nursing, obok Non-communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) oraz Pediatric Pain Profile (PPP), do stosowania u pacjentów z zaburzeniami rozwojowymi [4]. Wytyczne postępowania w bólu proceduralnym i pooperacyjnym, wydane przez Brytyjskie Towarzystwo Anestezjologów Dziecięcych w 2012 roku, zalecają użycie zrewidowanej skali FLACC (rFLACC) [15] (tabela I).

Skala rFLACC ocenia te same kategorie co skala FLACC, poszerzone o opisy nietypowych zachowań, które mogą wystąpić u osób niepełnosprawnych

umyślowo podczas odczuwania bólu (np. kategoria aktywność) oraz o indywidualne zachowania pacjenta. Może być zastosowana u pacjentów od 4 do 19 roku życia [15,16].

U osób niemówiących stosuje się m.in. Non-communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) [17] (tabela II). Badania wykazały, że może być ona stosowana również u pacjentów z ciężką niepełnosprawnością [18].

Skala Non-communicating Children's Pain Checklist została stworzona dla pacjentów w wieku 3-18 lat, którzy nie potrafią mówić ze względu na zaburzenia rozwojowe lub niepełnosprawność intelektualną. Składa się z 7 oddzielnych kategorii, w każdej z nich ocenia się określone zachowania lub reakcje fizjologiczne. Każda podkategoria może być oceniana w skali od 0 do 3, jeśli pewne sytuacje nie mają miejsca, należy wybrać opcję ND – nie dotyczy (przykładowo, gdy dziecko nie spożywa posiłków). Gdy dany objaw się nie pojawia wcale podczas obserwacji chorego, zaznacza się opcję 0 punktów, 1 punkt – gdy objaw pojawia się, ale jest rzadko obecny, 2 punkty – objaw pojawia się często, ale nie jest stały, 3 punkty – gdy objaw pojawia się bardzo często lub

Tabela I. Skala rFLACC

Table I. rFLACC Scale

<p><b>Wyras twarzy (Face)</b>            0 = Brak szczególnego wyrazu twarzy lub uśmiech            1 = Okazjonalnie grymas/zmarszczone brwi; wycofane lub zdystansowane; <i>wydaje się być smutne zmartwione</i>            2 = Ciągły grymas lub zmarszczone brwi; często lub ciągle drżąca bródka, zaciśnięta szczęka; <i>wyras twarzy zmartwiony, wystraszony lub w panice</i>            Indywidualne zachowania:</p>
<p><b>Ułożenie nóg (Legs)</b>            0 = Swobodne, zrelaksowane; <i>normalne ułożenie i napięcie mięśni</i>            1 = Niespokojne, napięte; <i>okazjonalne drżenia</i>            2 = Kopanie, podciąganie nóg; <i>wyraźny wzrost spastyczności, ciągłe drżenia</i>            Indywidualne zachowania:</p>
<p><b>Poruszanie się (Activity)</b>            0 = Leży cicho w normalnej pozycji, łatwo się porusza; <i>oddycha rytmicznie, regularnie</i>            1 = Wierci się, przesuwa do przodu/tyłu, napięte ruchy, lekko wzburzony (przemieszcza się); <i> płytkie oddechy, przerywane westchnieniami</i>            2 = Wygina się i szarpie, sztywnieje; <i>wyraźnie pobudzony; uderza głową; dreszcze; wstrzymuje oddech, gwałtowne łapanie oddechów</i>            Indywidualne zachowania:</p>
<p><b>Płacz (Cry)</b>            0 = Nie płacze            1 = Popłakuje, pojękuje, kwili; <i>okazjonalny płacz lub pomruki</i>            2 = Płacze cały czas, łka/krzyczy; <i>powtarzający się płacz, stałe chrząkanie</i>            Indywidualne zachowania:</p>
<p><b>Możliwość uspokojenia (Consolability)</b>            0 = Spokojne i zadowolone            1 = Niespokojne, daje się uspokoić głaskaniem, przytulaniem, mówieniem; <i>łatwo się rozprasza</i>            2 = Trudno uspokoić; <i>odpycha opiekuna, stawia opór</i>            Indywidualne zachowania:</p>

Tabela II. Skala NCCPC

Table II. NCCPC Scale

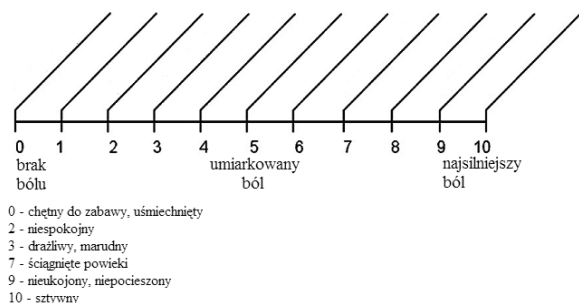
I. Wydawane dźwięki					
1. Kwili	0	1	2	3	ND
2. Płacze (niezbyt głośno)	0	1	2	3	ND
3. Krzyczy (głośno)	0	1	2	3	ND
4. Specyficzny dźwięk określający ból	0	1	2	3	ND
II. Zachowania społeczne					
5. Nie współpracuje, zirytowane, nieszczęśliwe	0	1	2	3	ND
6. Mniej interakcji z innymi, zamknięte w sobie	0	1	2	3	ND
7. Szuka pocieszenia lub bliskości fizycznej	0	1	2	3	ND
8. Trudno rozproszyć, brak możliwości uspokojenia	0	1	2	3	ND
III. Wyras twarzy					
9. Zmarszczone brwi	0	1	2	3	ND
10. Zmiana w okolicy oczu – szeroko otwarte, zmarszczone	0	1	2	3	ND
11. Opadanie kącików ust, brak uśmiechu	0	1	2	3	ND
12. Usta zmarszczone, ściśnięte, drżące	0	1	2	3	ND
13. Zaciskanie lub zgrzytanie zębami, żucie języka, wypychanie na zewnątrz	0	1	2	3	ND
IV. Aktywność					
14. Nie porusza się, mniej aktywne, ciche	0	1	2	3	ND
15. Skacze, niespokojny, pobudzony	0	1	2	3	ND
V. Ciało i kończyny					
16. Zwiotczałe	0	1	2	3	ND
17. Sztywne, spięte, spastyczne,	0	1	2	3	ND
18. Wskazuje lub dotyka bolącej części ciała	0	1	2	3	ND
19. Ochrania bolącą część ciała	0	1	2	3	ND
20. Wzdryga się, oddala się, wrażliwe na dotyk	0	1	2	3	ND
21. Poruszanie ciała w określony sposób aby okazać odczuwany ból (np. odginięcie głowy do tyłu, ręce do dołu)	0	1	2	3	ND
VI. Cechy fizjologiczne					
22. Drżenie	0	1	2	3	ND
23. Zmiana zabarwienia skóry, zblednięcie	0	1	2	3	ND
24. Potliwość	0	1	2	3	ND
25. Łzy	0	1	2	3	ND
26. Trudności w oddychaniu	0	1	2	3	ND
27. Wstrzymywanie oddechu	0	1	2	3	ND
VII. Jedzenie/spanie					
28. Je mało, brak zainteresowania jedzeniem	0	1	2	3	ND
29. Śpi więcej	0	1	2	3	ND
30. Śpi mniej	0	1	2	3	ND

jest obecny ciągle. Narzędzie to może być stosowane zarówno przez rodziców, jak i osoby, które nie znają dziecka. Skalę NCCPC należy stosować w okresie pooperacyjnym oraz w sytuacji, gdy podejrzewa się odczuwanie bólu, w związku z zastosowanymi procedurami medycznymi. Po podliczeniu wszystkich

punktów z każdej kategorii należy zsumować wszystkie wyniki. Uzyskanie  $\geq 7$  punktów oznacza odczuwanie bólu na poziomie umiarkowanym. Narzędzie to, ze względu na swoją złożoność oraz zakres ocenianych parametrów, ma ograniczone zastosowanie w opiece pooperacyjnej [18]. Badania Solodiuka i wsp. wykazały,

że skala NCCPC może być zastąpiona przez Individual Numeric Rating Scale (INRS) – Indywidualną Skalę Numeryczną [17] (rycina 1).

Indywidualna Skala Numeryczna pierwotnie została stworzona dla pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii, w celu obserwacji i dokumentowania zachowań towarzyszących odczuwaniu bólu u dzieci w stanie krytycznym, po poważnych zabiegach operacyjnych. Jest to modyfikacja skali numerycznej, która uwzględnia opinie rodziców lub opiekunów dziecka na temat wcześniejszych lub aktualnych zachowań towarzyszących odczuwaniu bólu. Po opisaniu reakcji na ból, następnie przypisuje się je do skali od 0 do 10 [17].



Rycina 1. Skala INRS

Figure 1. INRS Scale

Kolejnym przykładem skali do monitorowania bólu u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest skala Pediatric Pain Profile (PPP), która składa się z opisu

20 zachowań towarzyszących odczuwaniu bólu, takich jak: wyraz twarzy, poruszanie ciałem, odgłosy, reakcje społeczne, nastrój oraz możliwość ukojenia. Każda z kategorii jest oceniana według punktacji 0-3, zależnie od częstości pojawiania się zmian w ciągu pięciominutowej obserwacji. Badania wykazały, że narzędzie to może być z powodzeniem używane wśród dzieci niepełnosprawnych umysłowo zarówno w domu, jak i w warunkach szpitalnych [19].

Ostatnim przykładem narzędzia służącego ocenie bólu u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest skala DESS (Douleur Enfant San Salvador) (tabela III). Została ona stworzona specjalnie dla pacjentów z niepełnosprawnością sprzężoną. W pierwszej kolejności należy uzyskać informacje dotyczące 10 zachowań pacjenta w normalnych warunkach. Zachowania te to:

1. Krzyk i płacz dziecka - czy zazwyczaj krzyczy i płacze, jeśli tak, to z jakich powodów?
2. Typowe reakcje motoryczne dziecka podczas dotyku i wykonywania czynności - czy występują: drżenie, niepokój, uniki?
3. Wyraz twarzy dziecka - czy zwykle jest uśmiechnięty?
4. Reakcja na dotyk - czy występuje unikanie?
5. Kwilenie, pojękiwanie - w jakich okolicznościach występuje?
6. Zainteresowanie dziecka otoczeniem - czy poznaje środowisko z własnej inicjatywy?

Tabela III. Skala DESS

Table III. DESS Scale

Punkt 1. Płacz (odgłosy płaczu, brak łez)
<p><b>0:</b> pojawia się tak, jak zwykle</p> <p><b>1:</b> pojawia się częściej niż zwykle</p> <p><b>2:</b> płacze i/lub krzyczy podczas przenoszenia, lub pojawiają się gesty odnoszące się do odczuwania bólu</p> <p><b>3:</b> płacze i krzyczy spontanicznie, w dość nietypowy sposób,</p> <p><b>4:</b> podobnie jak punkt 1,2,3 z objawami autonomicznymi (tachykardia, bradykardia, pocenie się, wysypka, bladeść)</p>
Punkt 2. Reakcja obronna lub nie podczas badania strefy bolesnej, ocena domniemanego bólu (dotyk, badanie palpacyjne, lub reakcje motoryczne interpretowane jako reakcja obronna)
<p><b>0:</b> pojawia się tak, jak zwykle/reakcja normalna</p> <p><b>1:</b> wydaje się reagować w nietypowy sposób</p> <p><b>2:</b> niezwykła, niezaprzeczalna reakcja</p> <p><b>3:</b> punkt 1,2 z grymasem i/lub jękiem</p> <p><b>4:</b> punkt 1 lub 2 z pobudzeniem, krzykiem i płaczem</p>
Punkt 3. Mimika towarzysząca bólowi (wyraz twarzy odzwierciedla ból, ironiczny grymas, bolesny grymas)
<p><b>0:</b> pojawia się jak zwykle</p> <p><b>1:</b> nietypowo zmartwiony wyraz twarzy <b>2:</b> mimika odzwierciedla ból podczas przenoszenia lub potencjalne odczuwanie bólu <b>3:</b> spontanicznie pojawiająca się mimika odzwierciedlająca ból <b>4:</b> punkt 1,2 lub 3 z objawami autonomicznymi podczas odczuwania bólu (tachykardia, bradykardia, pocenie się, wysypka, lub bladeść)</p>

<b>Punkt 4: Ochrona bolesnych obszarów (ochrona powierzchnią dłoni potencjalnie bolesnych obszarów, unikanie kontaktu)</b>
<p><b>0:</b> pojawia się jak zwykle  <b>1:</b> wydaje się obawiać dotyku danego obszaru  <b>2:</b> ochrona określonego obszaru ciała  <b>3:</b> punkt 1 lub 2 z grymasem i/lub jękiem  <b>4:</b> punkt 1,2 lub 3 z płaczem i krzykiem  <b>UWAGA:</b> ten punkt nie ma znaczenia, jeśli pacjent nie porusza kończynami górnymi</p>
<b>Punkt 5: Pojękiwanie lub cichy płacz (pojękiwanie spontaniczne, na manipulacje okresowo lub na stałe)</b>
<p><b>0:</b> pojawia się jak zwykle  <b>1:</b> wydaje się bardziej płaczliwy niż zwykle  <b>2:</b> niezwykle popłakiwanie, skomlenie  <b>3:</b> jęk i bolesny wyraz twarzy  <b>4:</b> jęki z płaczem i krzykiem</p>
<b>Punkt 6: Zainteresowanie otoczeniem (spontaniczne zainteresowanie ruchem lub obiektami otaczającymi)</b>
<p><b>0:</b> pojawia się jak zwykle  <b>1:</b> wydaje się być mniej zainteresowany niż zazwyczaj  <b>2:</b> zmniejszone zainteresowanie, należy zwrócić uwagę dziecka  <b>3:</b> całkowity brak zainteresowania, brak reakcji na prośby  <b>4:</b> skrajna, nietypowa apatia  <b>UWAGA:</b> ten punkt nie ma znaczenia, gdy dziecko nie wykazuje zainteresowania otoczeniem</p>
<b>Punkt 7: Zwiększenie lub zaburzenie napięcia mięśniowego (wzrost sztywności, drżenia, skurcze z przeprostem)</b>
<p><b>0:</b> nie ma zmiany  <b>1:</b> wydaje się zwiększone  <b>2:</b> zwiększona sztywność podczas przenoszenia lub potencjalnie bolesnych manipulacji  <b>3:</b> punkt 1 i 2 z bolesnym wyrazem twarzy  <b>4:</b> punkt 1,2 lub 3 z płaczem i krzykiem</p>
<b>Punkt 8: Możliwość interakcji (utrzymywanie kontaktu wzrokowego, śpiewa spontanicznie lub na prośbę)</b>
<p><b>0:</b> nie ma zmiany  <b>1:</b> wydaje się mniej zaangażowany w relacje  <b>2:</b> niezwykle trudności w nawiązaniu kontaktu  <b>3:</b> odmawia kontaktu  <b>4:</b> pozostaje całkowicie obojętny  <b>UWAGA:</b> ten punkt nie ma znaczenia, gdy nie ma kontaktu z dzieckiem</p>
<b>Punkt 9: Poprawa ruchów spontanicznych (dobrowolnych, zamierzonych lub nie, dyskinezy, płasawicy)</b>
<p><b>0:</b> brak zmian  <b>1:</b> zwiększenie zakresu ruchów spontanicznych  <b>2:</b> stan nietypowego pobudzenia ruchowego  <b>3:</b> punkt 1,2 z bolesnym wyrazem twarzy  <b>4:</b> punkt 1,2 lub 3 z płaczem i krzykiem</p>
<b>Punkt 10: Spontaniczne zachowania przeciwbólowe (aktywnie poszukuje pozycji, w której odczuwa ulgę) lub określone przez opiekuna</b>
<p><b>0:</b> pozycja, w której odczuwa komfort  <b>1:</b> wydaje się odczuwać dyskomfort w określonej pozycji  <b>2:</b> niektóre pozycje nie są tolerowane  <b>3:</b> przyjmuje niezwykle pozycje: ulga w pozycji nietypowej  <b>4:</b> nie wygląda, aby jakkolwiek pozycja przynosiła ulgę  <b>UWAGA:</b> ten punkt nie ma znaczenia, gdy dziecko nie jest w stanie kontrolować pozycji ciała</p>

7. Sztywność ciała - w jakich okolicznościach się pojawia?
8. Kontakt z dorosłymi - jaki jest, czy dziecko go poszukuje?
9. Spontaniczne poruszanie się - czy są to ruchy skoordynowane czy odruchowe?
10. Komfortowa pozycja ciała i przyjmowanie pozycji

siedzącej.

Po uzyskaniu informacji o zachowaniu pacjenta w warunkach normalnych, można zastosować skalę DESS. Oceny należy dokonywać co 8 godzin, zgodnie ze schematem punktowym: 0 - pojawia się zazwyczaj, 1 - wątpliwa zmiana, 2 - pojawiają się zmiany, 3 - znaczące zmiany, 4 - widoczna zmiana z dodatkowymi objawami.

Pacjent może uzyskać wynik w przedziale punktowym 0-40, a leczenie przeciwbólowe należy rozpocząć od 6 punktów [20].

## Podsumowanie

Aby sprawować opiekę na wysokim poziomie i skutecznie kontrolować ból, należy wdrożyć w praktyce wytyczne powstałe na podstawie badań naukowych. Dzieci niepełnosprawne umysłowo mogą doświadczać bólu w wyniku chorób współistniejących oraz metod ich leczenia. Kluczowe znaczenie w opiece nad nimi ma zrozumienie przez personel medyczny istoty bólu oraz metod jego oceny i uśmierzania. Możliwe jest to dzięki znajomości podstawowych narzędzi służących ocenie bólu pooperacyjnego i ich stosowaniu w praktyce. Dzięki zastosowaniu skal oceny bólu można prowadzić adekwatną analgezję, przyspieszyć proces rekonwalescencji oraz poprawić jakość opieki. Chcąc z powodzeniem stosować skale do monitorowania

natężenia bólu, należy wybrać do stosowania w praktyce kilka skal najlepiej dostosowanych do potrzeb pacjentów, przeszkolić personel medyczny w ich używaniu oraz włączyć je do dokumentacji medycznej pacjenta (np. w formie załączników). Zasadne jest także wprowadzenie wewnątrzszpitalnych procedur lekarskich i pielęgniarskich w zakresie monitorowania bólu proceduralnego i pooperacyjnego.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Ilona Rozalska-Walaszek  
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego  
i Intensywnej Opieki Medycznej  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Szkolna 18; 20-124 Lublin  
☎ (+48 81) 448 69 50  
✉ ilonaroz@o2.pl

## Piśmiennictwo

- Wordliczek J, Dobrogowski J. Mechanizmy powstawania bólu. W: Wordliczek J, Dobrogowski J (red.). Leczenie bólu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s. 11-27.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, et al. Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2010;7(1):50-4.
- Trudeau JD, Lamb E, Gowans M, Lauder G. A prospective audit of postoperative pain control in pediatric patients. *AORN J* 2009;90(4):531-42.
- McKay M, Clarke S. Pain assessment tools for the child with severe learning disability. *Nurs Child Young People* 2012;2(24):14-9.
- Breau LM, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Res Manage* 2009;14(2):116-20.
- Batton DG, Barrington KJ, Wallman C. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics* 2006;118(5):2231-41.
- Pasero C. Pain assessment in infants and young children: neonates. *Am J Nurs* 2002;102(8):61-4.
- Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR, Merkel S, Foster R, Krane EJ. A comparison of the clinical utility of pain assessment tools for children with cognitive impairment. *Anesth Analg* 2008;106(1):72-8.
- Masterson M. Understanding pain in patients with intellectual disabilities. [http://www.medscape.com/viewarticle/752725\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/752725_5) dostęp 23.04.2014.
- Malviya S, Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR. Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain* 2005;7(1):27-32.
- Baldrige K, Andrasik F. Pain assessment in people with intellectual or developmental disabilities. *Am J Nurs* 2010;110(12):29-35.
- Kankkunen P, Jänis P, Vehviläinen-Julkunen K. Pain assessment among non-communicating intellectually disabled people described by nursing staff. *Open Nurs J* 2010;24(4):55-9.
- Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. *Anesth Analg* 2002;95(5):1224-9.
- Merkel S, Voepel-Lewis T, Malviya S. Pain assessment in infants and young children: the FLACC scale. *Am J Nurs* 2002;102(10):55-7.
- Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Good practice in postoperative and procedural pain management, 2nd edition. *Paediatr Anaesth* 2012;22(Suppl 1):1-79.
- Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatr Anaesth* 2006;16(3):258-65.

17. Solodiuk JC, Scott-Sutherland J, Meyers M, Myette B, Shusterman C, Karian VE, et al. Validation of the Individual Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. *Pain* 2010;150(2):231-6.
18. Breau LM, Finley GA, McGrath PJ, Camfield CS. Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist–Postoperative version. *Anesthesiology* 2002;96(3):528-35.
19. Hunt A, Goldman A, Seers K, Crichton N, Mastroyannopoulou K, Moffat V, et al. Clinical validation of the paediatric pain profile. *Dev Med Child Neurol* 2004;46(1):9-18.
20. <http://www.pediadol.org/Echelle-Douleur-Enfant-San.html> dostęp 30.06.2014 Collignon P, Guisiano B, Combes JC. La douleur chez l'enfant polyhandicapé. In: Ecoffey C, Murat I (red.). *La douleur chez l'enfant*. Paris: Flammarion Médecine Science; 1999. pp. 74-178.