

## METODE DE EVALUARE A DURERII LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

**Dr. Mariana Moiceanu, Conf. Dr. Doina Pleșca, Dr. Felicia Buruiană,  
Prof. Dr. D. Dragomir, Prof. Dr. V. Popescu**

*Clinica de Pediatrie și Neurologie Pediatrică, Spitalul Clinic de Copii „Dr. V. Gomoiu“, București*

### REZUMAT

Pe parcursul ultimei decade s-a constatat un progres remarcabil privind înțelegerea, evaluarea și controlul durerii în pediatrie. Cunoștințele actuale permit evaluarea corectă a durerii copilului și instituirea tratamentului adecvat.

În continuare vor fi prezentate modalitățile de evaluare a durerii la copii și adolescenți, în funcție de vârsta și de nivelul de dezvoltare al acestora. Astfel, la copilul mic, evaluarea durerii se realizează prin metode indirecte (comportamentale și fiziologice), în care sunt implicate persoanele din anturajul copilului. Acestea monitorizează răspunsurile copilului la durere prin metode adecvate vârstei. Evaluarea durerii la copilul mare și adolescent se efectuează prin implicarea directă a pacientului, și anume, prin folosirea metodelor de autorelatare a durerii, metode care sunt adaptate vârstei și nivelului cognitiv al pacientului.

Scopul evaluării durerii este de a obține un scor de durere prin care se apreciază intensitatea durerii. În funcție de intensitatea durerii se aplică strategia terapeutică adecvată. Ulterior, se reevaluează durerea pentru aprecierea eficienței terapeutice.

Obiectivele evaluării durerii sunt următoarele:

1. detectarea prezenței durerii și a intensității acesteia;
2. estimarea impactului potențial al durerii asupra individului;
3. cuantificarea succesului terapeutic.

**Cuvinte cheie:** Evaluarea durerii; obiectivele evaluării; scorul de durere; progrese

### ABSTRACT

#### *Evaluation of pain in children and adolescents*

On the last decade an important progress was noticed, concerning understanding, evaluation and control of pain on pediatric patients. Recent knowledge permit a correct evaluation of pain in children and led to a more adequate treatment.

Criteria of evaluation of pain in children and adolescents are presented, in relation to age and stage of development. In small children, evaluation of pain is done with indirect methods (behavioral and physiological) with the help of the parents and health professionals, which monitor the responses at pain using methods adapted to age. In older children and adolescents, assessments of pain is done with the direct involvement of patient, by self-report of pain. Evaluation of pain in these patients must be correlated with age and with the cognitive level. Therapeutical strategy is chosen in relation with the intensity of pain which is established using the pain score.

Subsequently, pain has to be reassessed to evaluate therapeutical efficacy.

The objectives of pain assessment are the following:

1. Detection of pain and intensity
2. Evaluation of the potential impact of pain on the child
3. Quantification of therapeutical efficacy

**Key words:** Pain assessment; objectives of evaluation; pain score; progress

## I. INTRODUCERE

Evaluarea durerii în pediatrie constituie parte integrantă a diagnosticului și tratamentului durerii copilului. Pentru stabilirea diagnosticului clinic complet sunt necesare: anamneza completă, examenul fizic minuțios, evaluarea însușirilor caracteristice ale durerii și stabilirea factorilor care intervin în proces. Astfel, se apreciază că durerea include aspecte psihologice, senzoriale, afective, cognitive, comportamentale și socio-culturale, cu implicații directe asupra evaluării și măsurării durerii. Durerea este evaluată printr-o varietate largă de măsurători care cunosc o dezvoltare continuă. Prin aplicarea acestor măsurători se obține un scor de durere care furnizează informații importante cu privire la aprecierea intensității durerii încercată de copil și, permite astfel aplicarea tratamentului

adecvat. După instituirea tratamentului se repetă măsurarea durerii pentru a aprecia eficiența terapiei aplicate.

Criteriile necesare unei măsurări exacte a durerii sunt similare celor solicitate oricărui instrument de durere.

Astfel, o măsurare a durerii trebuie să fie:

- sigură pentru determinarea unui aspect specific al durerii;
- trebuie să oglindească cât mai fidel modificările care survin în intervalul în care copilul experimentează durerea;
- precisă, indiferent de timpul și locul testării (la spital sau la domiciliul copilului);
- lipsită de subiectivism, copiii putând să o folosească la fel, indiferent dacă doresc sau nu să fie pe placul adulților;

- practică și multilaterală ca să permită evaluarea diferitelor tipuri de durere (ex. durerea legată de boală sau durerea procedurală);
- să asigure testarea copiilor de diferite vârste, nivel cognitiv sau cultural.

Modalitățile de evaluare a durerii sunt clasificate în metode fiziologice, comportamentale și psihologice în funcție de modul de evaluare, astfel, se determină:

- parametri fizici (ex. frecvența cardiacă, indicele de transpirație, presiunea sanguină, nivelul de cortizol);
- se apreciază modificările comportamentale (ex. grimase, plâns, gesturi de apărare) sau
- se evaluează propria descriere a copiilor (ex. cuvinte, desene, clasificare numerică).

Cu ajutorul măsurătorilor fiziologice și comportamentale se estimează indirect caracteristicile durerii copilului. În aceste cazuri, localizarea și intensitatea durerii copilului sunt deduse cu sprijinul persoanelor aflate în anturajul acestuia care monitorizează răspunsurile copilului la durere prin metodele mai sus menționate. În contrast, măsurătorile psihologice furnizează informații directe asupra localizării, intensității, calității, gradului de afectare și duratei durerii copilului.

În selectarea metodei de evaluare a durerii trebuie să se țină cont de vârsta și de abilitatea cognitivă a copilului. Astfel, copiii mici (aprox. 2 ani) pot comunica prezența durerii folosind cuvintele învățate de la părinți în descrierea senzației pe care o simt. Ei folosesc analogii concrete în descrierea percepției. Gradual, copiii învață să diferențieze și să descrie 3 niveluri ale intensității durerii: „puțină“, „potrivită sau medie“ și „multă“.

De la vârsta de 5 ani cei mai mulți copii pot să diferențieze variate intensități ale durerii și mulți dintre ei pot să folosească scale simple în determinarea acesteia.

Capacitatea de înțelegere a copiilor cât și posibilitatea de a descrie natura durerii depinde nu numai de vârsta acestora, de nivelul lor cognitiv ci și de experiența dureroasă anterioară. Ei învață să diferențieze caracteristicile durerii (intensitate, calitate, durată și localizare) în același mod în care învață cuvinte specifice pentru descrierea diferitelor sunete, gusturi, mirosuri și culori. Treptat, ei dezvoltă abilitatea de a descrie trăsăturile specifice ale durerii: calitatea (ascuțită, arsură, înțepătură), intensitatea (ușoară-severă), frecvența și durata (de la câteva secunde la ani), localizarea (durerea difuză de la nivelul pielii, durerea profundă, precis localizată) și senzația de neplăcere produsă de durere (durere ușoară săcâitoare până la discomfort intolerabil).

În descrierea durerii copiii folosesc cuvinte și expresii utilizate în familie sau întâlnite în cărți, filme,

video. Copiii trebuie să fie întrebați direct asupra durerii lor privind: debutul, localizarea, frecvența (dacă durerea reapare), calitatea, intensitatea, simptomele fizice asociate și incapacitățile legate de durere. Informațiile detaliate asupra durerii, obținute de la copii cu ajutorul scalelor de evaluare, sunt importante pentru un diagnostic sigur și sunt esențiale în stabilirea planului terapeutic eficient de control al durerii.

## II. SCALE DE EVALUARE A DURERII

Evaluarea durerii se realizează prin metode unidimensionale și multidimensionale. De obicei, prin metodele unidimensionale este evaluată o singură dimensiune a durerii și datele se obțin prin autorelatarea pacientului asupra intensității durerii pe care o percepe. Aceste instrumente unidimensionale sunt utile pentru evaluarea durerii acute (ex. durerea postoperatorie). Metodele multidimensionale sunt instrumente complexe și sunt recomandate în evaluarea durerii persistente sau complexe.

### 1. Scalele unidimensionale

După cum s-a menționat, scalele de evaluare a durerii trebuie să fie instrumente simple, sigure, exacte, adecvate nivelului de dezvoltare fizică, emoțională și cognitivă a pacientului. Pentru cuantificarea intensității durerii, există o multitudine de măsurători unidimensionale. Scalele tipice folosesc descrierea numerică (ex. 0-10), verbală (cuvinte), sau vizuală (imagini).

Exemple de scale unidimensionale sunt următoarele:

- Scala de evaluare numerică
- Scala analog vizuală
- Scale categorice: descrierea verbală, evaluarea facială.

Aceste metode vor fi discutate în continuare.

### 2. Metode multidimensionale

Chestionarele multidimensionale disponibile permit evaluarea durerii prin aprecierea intensității, frecvenței, duratei, calității și sensibilității durerii copilului. De asemenea, sunt estimate strategiile de învingere a durerii cât și impactul durerii asupra activității zilnice a pacientului. Deși furnizează informații complexe asupra caracteristicilor durerii și efectelor acesteia asupra vieții zilnice a pacientului, aceste metode nu sunt folosite atât de des cât ar trebui.

Dintre aceste metode menționez:

**a. Metoda de Evaluare Inițială a Durerii (Initial Pain Assessment Inventory-IPAI).** Acest instrument de evaluare inițială a durerii a fost dezvoltat pentru evaluarea inițială a pacientului privind caracteristicile durerii, modului de exprimare a durerii și efectelor

acesteia asupra vieții pacientului (ex. asupra activității zilnice, asupra somnului, apetitului, relațiilor, sentimentelor). El cuprinde o diagramă cu indicarea localizării durerii, o scală pentru evaluarea intensității durerii și o rubrică destinată comentariilor adiționale și planurilor de management.

**b. Metoda de Evaluare Rapidă a Durerii (Brief Pain Inventory-BPI).** Această metodă este rapidă și ușor de utilizat. Permite cuantificarea atât a intensității durerii cât și a incapacității asociate acesteia. Metoda cuprinde o serie de chestionare care se adresează aspectelor durerii pe care pacientul o experimentează în intervalul celor 24 ore ale zilei precedente (ex. localizarea și intensitatea durerii, impactul asupra vieții pacientului, tipul și eficiența tratamentului administrat). *BPI* necesită în general 5 până la 15 minute pentru a fi completat, și este destinat unei populații variate.

**c. Chestionarul Durerii Mc Gill (McGill Pain Questionnaire- MPQ).** Chestionarul Durerii *Mc Gill* constituie una dintre cele mai extinse scale de testare multidimensională folosită în prezent. Această metodă evaluează 3 dimensiuni ale durerii (și anume: senzorială, afectivă și evaluativă), bazându-se pe cuvintele pe care pacientul le selectează în descrierea durerii pe care o experimentează. De asemenea, este disponibilă o formă mai scurtă a chestionarului *Mc Gill* care se utilizează mai frecvent.

Există și alte metode de evaluare multidimensională a durerii. Unele sunt destinate să evalueze durerea cronică în general, iar altele sunt specifice unor sindroame particulare de durere (ex. Studiul Medical *Outcome*).

### 3. Scale ale durerii neuropatice

Recent s-au dezvoltat Scale ale durerii neuropatice care furnizează informații asupra tipului și gradului senzațiilor percepute de pacientul cu durere neuropatică. Aceste scale evaluează 8 caracteristici ale durerii neuropatice (ex. ascuțit, bont, cald, rece, sensibilitate, arsură, durere profundă versus durere superficială). Pacientul evaluează fiecare punct pe o scală de la 0 la 10. Aceste scale sunt în continuă dezvoltare și sunt apreciate ca fiind de perspectivă în stabilirea diagnosticului și tratamentului durerii neuropatice a copilului deoarece sunt ușor aplicate în practică și sunt sensibile în evaluarea efectelor terapeutice.

## III. EVALUAREA DURERII PRIN METODE DE AUTORELATARE

În prezent, în pediatrie se acordă o importanță particulară evaluării cât mai exacte a durerii prin dezvoltarea unor metode simple și ușor de înțeles atât de copii cât și de părinții acestora. Copiii trebuie să se implice pe cât este posibil în propria îngrijire în funcție

de vârsta și de nivelul lor de înțelegere. Se consideră că cele mai sigure informații sunt furnizate de experiența subiectivă asupra durerii și acestea se obțin prin evaluarea durerii cu ajutorul metodelor de autorelatare.

Măsurătorile prin autorelatare includ descrieri ale sentimentelor față de durere, gânduri și imagini, informații despre calitatea, intensitatea și dimensiunile spațial/temporale ale acesteia. Autorelatarea durerii implică în esență oarecare comunicare a copilului privind experiența dureroasă proprie.

Metodele de comunicare ale copilului includ fie comunicarea verbală, fie exprimarea prin gesticulații, prin metode picturale sau tactile, fie prin mijloace mecanice sau electronice.

Pentru copiii mici se aplică metode simple, ușor de înțeles și de folosit în practică.

De la vârsta de 18 luni copiii au vocabular pentru durere iar la 3-4 ani sunt capabili să indice localizarea și să descrie caracteristicile durerii.

Scalele de evaluare prin autorelatare a durerii la copiii mici includ: scala facială Wong-Baker, scala Oucher și scala „cărților de joc“.

Scala Oucher, care este disponibilă în versiuni etnice diferite, permite copiilor să aprecieze intensitatea durerii prin indicarea fotografiei care reprezintă propria durere. El alege una din figurile de copii care sunt așezate pe scală în ordinea creșterii progresive a nivelului de durere. Metoda de evaluare prin scala „cărților de joc“, cere copilului să aprecieze durerea pe care o simte în „bucăți de durere“. Fiecare carte reprezintă o bucată de durere și copilul apucă atâtea cărți câta durere simte că are.

Copiii mai mari pot să localizeze durerea cu ajutorul creioanelor colorate cu care desenează durerea pe conturul unei schițe corporale. Pentru copiii de vârstă școlară, care înțeleg noțiunea de numere și proporționalitatea acestora, se utilizează fără dificultate scalele adulților (Scala Analog Vizuală, Scala de Evaluare Numerică). Copiii mari și adolescenții sunt încurajați să țină un jurnal personal unde să înregistreze caracterul, și intensitatea durerii și, în plus, să înscrie eficiența terapeutică. Aceste metode de evaluare durerii vor fi detaliate în continuare.

Tabelul 1 prezintă cele mai reprezentative metode de evaluare prin autorelatare a durerii, metode pe care clinicienii le pot folosi în practica de zi cu zi, cu avantajele și dezavantajele fiecăreia.

Metodele necesită o pregătire simplă pentru aplicarea măsurătorilor și, de obicei, se solicită copilului să evalueze durerile din trecut sau cele ipotetice. Copiii mici și cei cu deficite cognitive necesită mai multă pregătire pentru însușirea metodei. Flavell menționează că pregătirea nu este eficientă, cel puțin în cazurile în care, în contextul sarcinilor matematice necesare

**Tabelul 1**  
Metode de măsurare prin auto-relatare

Metode	Descriere	Indicații de utilizare	Avantaje	Dezavantaje
Măsurare prin autorelatare	Copilul este întrebat despre intensitatea, frecvența și variația durerii	Abilități adecvate cognitive și de comunicare	Simple și eficiente, pot fi folosite ușor	Supusă tendinței de părtinire (ex. cere caracterizări, iar memoria poate fi inexactă sau selectivă)
Metoda „cărților de joc“ (Hester și colab, 1990)	Copilul alege 1 din 4 cărți („piese ale durerii“)	4-8 ani vârstă	Corelată cu comportamentul deschis la injecții	Poate fi copilăresc pentru copiii mai mari
Scalele faciale (Bieri și colab, 1990)	Fețele indicând intensitatea durerii derivă din imaginea copilului reprezentat	6-8 ani vârstă	Acordul copiilor de a relata severitatea durerii prin indicarea unei figurii	
Scala analog vizuală (VAS)	Linii verticale sau orizontale cu atașări de cuvinte, figuri sau numere așezate în ordinea creșterii intensității durerii	5 ani și peste această vârstă	Sigură și exactă; raportarea copilului este corelată cu măsurătorile comportamentale	Intervalele de pe scala numerică pot să nu fie egale din perspectiva copilului
Scala Oucher (Beyer și Wells, 1989)	6 fotografii cu figuri de copii indicând intensitatea durerii; 100 puncte corespund scalei verticale	3-12 ani	Sigură, cuprins corespunzător exact, corelată cu alte scale VAS; prezentarea atât a scalelor picturale cât și numerice este aplicabilă pentru evaluarea unor vârste mai largi	Vezi VAS
Jurnalul durerii	Evaluările numerice sunt raportate alături de înregistrarea altor informații semnificative (ex. timp, activitate, medicație)	Copiii mai mari, adolescenții; măsurarea durerii cronice și recurente	Interevaluare adecvată; metodă de încredere dintre părinte și copil	Necesită concomitent înregistrare regulată și exactă; solicită efort și promptitudine în cazul schimbării de la o situație la alta

realizării acestor măsurători, sunt depășite capacitățile cognitive ale copilului. Pentru acești copii, ca și pentru cei preverbalii sau pentru cei care sunt incapabili de a comunica datorită întârzierii în dezvoltare sau handicapurilor multiple, datele necesare evaluării durerii se obțin în principal de la părinții sau de la persoanele care îi îngrijesc, deci prin metode indirecte (evaluare prin metode comportamentale sau fiziologice), metode care urmează să fie discutate.

Deși metoda de evaluare a durerii prin autorelatare este considerată „etalon de aur“ pentru aceste grupe de vârstă, are totuși două limite majore:

- prima dintre ele se referă la necesitatea unui anumit nivel de dezvoltare cognitivă a copilului, excluzând astfel toți copiii preverbalii. Chiar pentru copiii care vorbesc, aceste măsurători pot să fie imprecise. Copiii mici au abilități cognitive relativ limitate și pot să considere ca dificilă înțelegerea asupra a ceea ce li se cere în timpul acestor măsurători și să descrie prin cuvinte durerea. Mai mult, persoanele care le solicită aceste întrebări trebuie să fie bine informate asupra înțelegerii limitate a acestor copii, iar întrebările trebuie să fie adecvate nivelului de evoluție psihologică al acestora;

- cea de-a doua limită se referă la faptul că toate aceste măsurători sunt deschise subiectivismului, datorită solicitărilor la care sunt supuși copiii pentru a se adapta situațiilor specifice.

Eland și Anderson afirmă că, după intervenții chirurgicale, copiii neagă durerea când sunt întrebați, pentru a nu li se face injecții. Ross și Ross afirmă că răspunsurile copiilor cu privire la descrierea durerii sunt diferite când sunt solicitate de mamă față de cele acordate doctorului sau prietenilor de la școală.

Metodele folosite pentru evaluarea durerii prin autorelatare includ:

1. metoda întrebărilor directe
2. descrierea adjectivală a durerii
3. scale de autoevaluare
4. metode non-verbale

### 1. Metoda întrebărilor directe

Raportările spontane ale copiilor (ex. „doare spaatele“) sau întrebările directe adresate acestuia de persoanele care îi au în îngrijire, cu privire la durere, sunt metode utile atât pentru preșcolarii verbali cât și pentru copiii de vârstă școlară. Cu toate că metoda relatării spontane este folosită în clinică, ea poate să aibă drept rezultat subraportarea durerii deoarece

unii copii doresc să pară curajoși sau le este teamă de injecții. Mai mult, întrebările sunt susceptibile de a fi părtinitoare iar răspunsurile pot să fie influențate de mai mulți factori, inclusiv abilitatea verbală, confidențialitatea, consimțirea familiei de a relata simptomele. De aceea, pentru siguranță, este necesară o metodă de măsurare asociată. În plus, metoda este subiectivă fie datorită memoriei nesigure, fie datorită reamintirii unei experiențe anterioare.

## 2. Descrierea adjectivală a durerii

Lista adjectivelor durerii, ca și cea a chestionarelor de durere *Mc Gill*, sunt folosite cu succes la adolescenții mari pentru măsurarea dimensiunilor senzoriale, afective și evolutive ale durerii. Un aspect important al acestui tip de scală este faptul că nu este restricționată de dimensiunea intensitate a durerii și, în plus, măsoară aspectele afective și evolutive ale durerii. Descrierea durerii depinde însă de competența limbajului avansat și, ca urmare, nu poate fi aplicată tuturor copiilor.

## 3. Scale de autoevaluare

Scalele de evaluare a intensității durerii variază în funcție de tipul și numărul indicatorilor fixați. Aceste scale sunt clasificate în trei tipuri, respectiv:

- scala analog vizuală (VAS)
- scala de evaluare numerică
- categoria scalelor de evaluare

### a. Scala analog vizuală (VAS)

Scala analog vizuală cuprinde o linie, de obicei de 10 cm, fie verticală fie orizontală, cu fixare verbală sau picturală, indicând o continuitate de la absența durerii până la durere severă. VAS este un instrument simplu, robust, sensibil, care permite pacientului să-și exprime durerea, marcând intensitatea acesteia de-a lungul liniei cu ajutorul unui dispozitiv care culisează. Cea mai obișnuită scală de acest tip cere pacientului să indice durerea pe care o experimentează într-un punct de-a lungul celor 10 cm ai liniei. Evaluările copiilor asupra propriei dureri pe scala analog vizuală sunt corelate atât cu evaluările efectuate de părinți, medici și asistente cât și cu măsurătorile comportamentale prin care, în mod indirect, sunt înregistrate experiențele dureroase ale acestor copii.

Unii autori au sugerat că scala verticală este mult mai potrivită față de cea orizontală deoarece copiii găsesc ca fiind mai ușor să conceptualizeze noțiunea de intensitate mai mare sau mai redusă a durerii în termenii de sus sau jos decât de dreapta sau stânga.

VAS evaluează atât intensitatea („Câtă durere simți?”) cât și gradul de afectare („Câtă anxietate simți față de durere?”). Totuși, copilul trebuie să aibă abilitatea cognitivă să traducă experiența durerii într-o

formă analogă și să înțeleagă proporționalitatea. Are dezavantajul că, în cazul în care pacientul evaluează durerea ca fiind la nivel maxim, agravarea situației nu modifică scorul.

Figura 1 prezintă un model de Scală Analog Vizuală, unde 0 indică absența durerii iar 10 corespunde celei mai puternice dureri posibile.

### b. Scala de evaluare numerică

Scala de evaluare numerică reprezintă cea mai folosită scală de evaluare. Pacienții își evaluează durerea pe o scală de la 0 la 10 sau de la 0 la 5, unde 0 reprezintă „fără durere” iar 5 sau 10 constituie „cea mai mare durere imaginabilă”. Numerele utilizate pe aceste scale (ex. 0-5; 0-10; 0-100) sunt așezate în ordine crescătoare indicând astfel creșterea gradată a intensității durerii. Pentru a folosi acest tip de scale, copilul trebuie să înțeleagă conceptul numerelor. Aceste scale de evaluare numerică, dezvoltate de Hester, Richardson și colab. au avantajul de a nu necesita materiale complicate și sunt ușor înțelese de personalul care le utilizează.

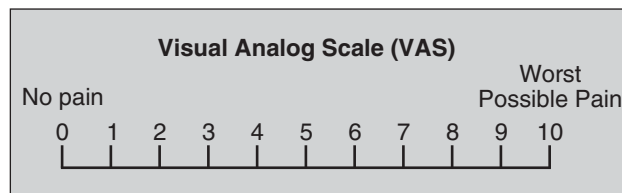
Termometrizarea durerii constă în scale de evaluare numerică așezate vertical și notate de la 0 la 10 sau de la 0 la 100, superpozabile pe scala analog vizuală. Se solicită copilului să indice locul pe termometru care corespunde intensității durerii sale. Pentru siguranță, scorul obținut pe termometrul durerii este corelat cu scorul obținut cu ajutorul altor scale de evaluare a durerii.

În figura 2 este prezentată o Scală de evaluare numerică.

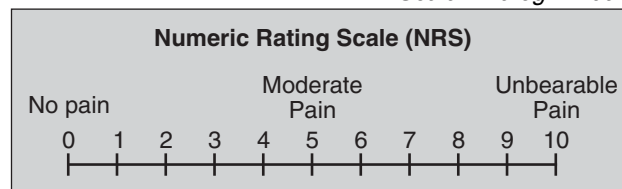
### c. Categoria scalelor de evaluare

În această categorie a scalelor de evaluare prin autorelatare sunt incluse:

- scala de evaluare prin descriere adjectivală;
- scalele faciale;
- metoda cărților de joc;
- scala culorilor Eland.



**Figura 1**  
Scala Analog Vizuală



**Figura 2**  
Scala de evaluare numerică

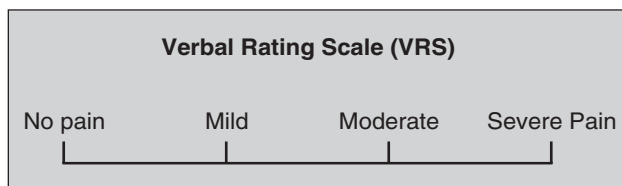
### Scala de evaluare prin descriere adjectivală

Categoria scalelor de evaluare prin descriere adjectivală constă dintr-o serie de cuvinte așezate într-o continuitate de apreciere în creștere (ex.: fără durere, durere ușoară, durere moderată, durere severă), după cum se poate constata în scala de evaluare prin descriere adjectivală din figura 3.

### Scalele faciale

Scalele faciale sunt reprezentate de o serie de figuri care sunt așezate într-o ordine care indică creșterea progresivă a intensității durerii, respectiv de la „fără durere” până la „cea mai mare durere posibilă”. În literatură sunt aproximativ 20 de tipuri de scale faciale. Numărul mare de tipuri de scale faciale este datorat absenței unei versiuni general acceptată. Scalele faciale sunt gândite să fie ușor înțelese de copii. Această modalitate de evaluare a durerii are avantajul că nu trebuie să fie tradusă într-o valoare numerică care ar putea depăși capacitatea de înțelegere a copilului. Comparativ cu alte unelte de evaluare a durerii, (inclusiv scala analog vizuală și scala adjectivală), unele studii au arătat că scalele faciale sunt preferate atât de copii cât și de părinții sau de persoanele care îi au în îngrijire. Acceptarea scalelor faciale a fost probabil facilitată de importanța expresiei faciale în comunicarea socială a durerii.

Scalele faciale se deosebesc prin formă sau prin desenele animate folosite. Ele înfățișează expresii faciale sau figuri reale ale copiilor. Scalele variază și prin numărul de fețe incluse: unele cuprind 5 fețe în timp ce altele prezintă 6 sau 7 figuri. Scalele se mai deosebesc și prin prezența lacrimilor pe „fața cu durerea cea mai mare” în timp ce fața „fără durere” este neutră sau zâmbitoare. Se pare că scalele faciale care au figură zâmbitoare în absența durerii, sunt mult mai potrivite ca măsură a influenței durerii sub aspect emoțional decât ca măsură a intensității durerii cum este folosită în mod obișnuit. Goodenough și colab. au efectuat cercetări evaluând copiii pe două scale faciale diferite (scală neutră și scală zâmbitoare) concomitent cu o metodă pereche analog vizuală indicată pentru măsurarea intensității și pentru aprecierea neplăcerilor provocate de durere în timpul recoltărilor de sânge. Rezultatele acestor cercetări indică faptul că scalele faciale ale lui Bieri și colab. (scale neutre) au fost mult mai strâns corelate cu evaluarea VAS a intensității, în



**Figura 3**  
Scala de evaluare verbală

timp ce scalele lui Mc Grath și colab. (scale facial afective-scale zâmbitoare) au fost mult mai strâns corelate cu evaluarea VAS pentru aprecierea neplăcerii provocate de durere.

Scalele faciale sunt obținute ușor, sunt înțelese fără dificultate de copiii mici, sunt ieftine iar unele dintre ele au caracteristici psihometrice excelente. Copilul este așezat în fața scalei faciale și este întrebat care figură exprimă cel mai bine durerea pe care o experimentează. Modul de utilizare a acestor scale cuprinde următoarele etape:

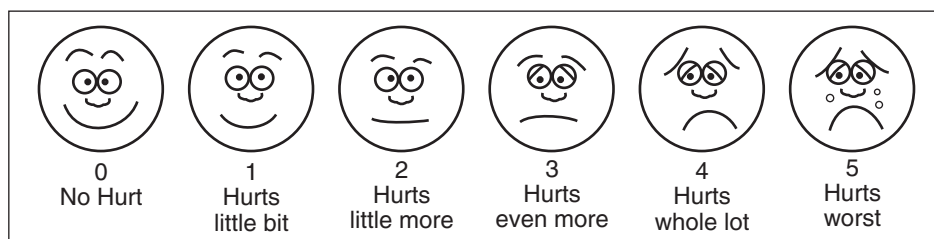
- se explică copilului că fiecare figură reprezintă fie o persoană care se simte fericită pentru că nu are durere (rană sau oricare cuvânt folosit de copil), fie o persoană care se simte tristă datorită unei dureri oarecare;
- se arată figura care corespunde stării, explicând de exemplu: „această față .....
  - este fericită pentru că nu are deloc durere
  - doare numai puțin
  - doare puțin mai mult
  - doare mai mult
  - doare în totalitate
  - doare atât de mult cât îți poți imagina deși nu plânge când simte răul“;
- se cere copilului să aleagă fața care descrie cel mai bine cât de intensă este durerea pe care o simte.

În figura 4 este reprezentată scala de evaluare facială Wong-Baker iar în figura 5 este vizualizată scala Oucher, despre care s-a discutat anterior, scală facială disponibilă în diferite versiuni etnice.

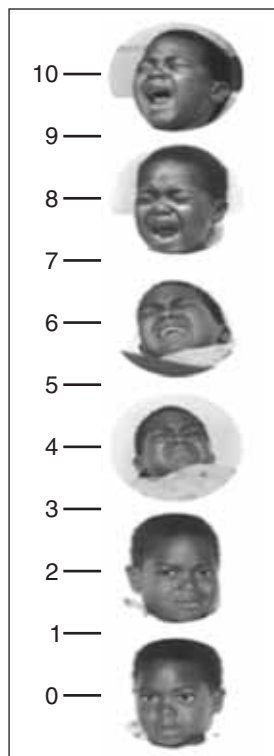
### Metoda „cărților de joc”

Modalitatea de evaluare a durerii cu ajutorul „cărților de joc” constă în amplasarea în fața copilului a „cărților de durere” după cum urmează:

- prima carte corespunde pentru „puțină durere”
- a doua carte corespunde pentru „puțin mai multă durere”
- a treia carte reprezintă „mai multă durere”



**Figura 4**  
Scala de evaluare facială Wong-Baker  
(0 = fără durere; 1 = doare numai puțin; 2 = doare puțin mai mult; 3 = doare mai mult; 4 = doare în totalitate; 5 = doare cel mai rău)



**Figura 5**  
Scala de evaluare facială Oucher

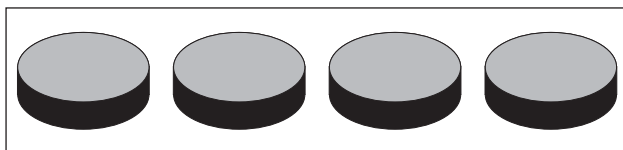
- a patra carte indică „cea mai mare durere pe care o poate avea“.

Copilul trebuie să-și evalueze durerea prin selecția uneia din cele patru cărți. Această tehnică nu este dependentă de numărul de cantitate și are avantajul că fiind asemănătoare cu un joc este ușor înțeleasă și acceptată de copiii preșcolari.

În figura 6 este prezentată metoda de evaluare cu ajutorul cărților de joc.

#### Scala culorilor Eland

Scala culorilor Eland furnizează informații atât asupra intensității durerii cât și asupra localizării acesteia. Scala cuprinde două figuri conturate (vedere din față și din spate), și patru căsuțe, care vor fi colorate corespunzător intensității durerii (de la absența durerii până la durere foarte mare). Eland sugerează ca în fața copilului să fie așezate opt creioane colorate (galben, portocaliu, roșu, verde, albastru, purpuriu, maron și negru). Copilul va fi încurajat să aleagă culoarea care reprezintă mai corect nivelul durerii și colorează cele 4 casete. Odată ce „cheia“ a fost creată, copilul va fi încurajat mai departe să localizeze durerea pe schiță, folosind culoarea potrivită cu intensitatea durerii, după cum a menționat în casetă.



**Figura 6**  
Metoda de evaluare prin „Cărțile de joc“

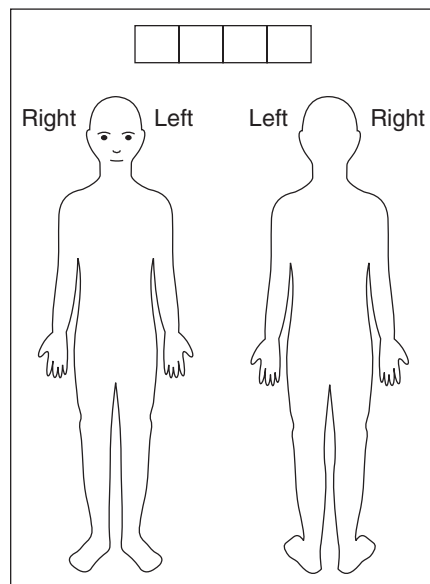
#### 4. Metode non-verbale

Metodele non-verbale sunt folosite pentru evaluarea componentei subiective a durerii. Copilul este încurajat să picteze desenul durerii. Tipic, copiii desenează durerea severă cu roșu sau negru. Cu toate că desenele trebuie să fie interpretate de un cunoscător, furnizând informații valoroase despre sentimentele copilului față de durere, nu este clar dacă ele pot aduce multe informații cu privire la intensitatea durerii copilului.

În concluzie, când pot fi obținute, aceste măsurători utilizând autorelatarea durerii sunt considerate pentru clinician metode „standard de aur“ în evaluarea durerii. Metodele nu pot fi aplicate copiilor preverbali sau celor cu întârziere în dezvoltarea psihică datorită incapacității acestora de a înțelege solicitările necesare în realizarea măsurătorilor. Pentru această categorie de copii se utilizează măsurătorile comportamentale și cele fiziologice, care vor fi descrise în continuare.

#### IV. MĂSURĂTORI COMPORTAMENTALE

Metodele de evaluare a durerii prin măsurători comportamentale sunt folosite când nu se pot obține relații de la copil prin autorelatare sau, sunt utilizate pentru completarea datelor obținute prin autorelatare sau prin măsurători fiziologice. Comportamentele specifice la suferință (ex.:vocalizarea, expresia facială și mișcările corpului) au fost asociate cu durerea și sunt de ajutor pentru evaluarea durerii în special la copiii cu mijloace limitate de comunicare. Totuși, poate fi dificilă diferențierea comportamentului la durere față de comportamentul ce rezultă din suferință, cum ar fi foamea sau anxietatea, astfel că, specificitatea acestor măsurători este mai mică decât sensibilitatea. Siguranța este mai mare când sunt aplicate pentru măsurarea durerii scurte și ascuțite. Pentru durerea cu durată mai lungă cum ar fi cea post-operatorie, aplica-



**Figura 7**  
Scala culorilor Eland

rea acestei măsurători este mai dificilă în special datorită mișcărilor limitate ale corpului. Cu toate acestea, Finke și colab. raportează că la preșcolari, Scala Durerii Postoperatorii a Sugarilor și Copiilor a fost considerată o metodă sensibilă și specifică în evaluarea necesarului analgezic postoperator.

Dacă expresiile faciale sunt utile la sugarii și copiii mici pentru evaluarea durerii scurte și ascuțite, la copiii mari nu au fost cercetate, posibil fiindcă este cunoscut că în jurul vârstei de 4 ani copiii încep să-și controleze expresiile emoționale și să-și mascheze sentimentele. La vârsta preșcolară și la copiii mari sunt folosite unele scale comportamentale pentru a măsura durerea ca răspuns la procedurile medicale. Aceste scale operaționale definesc comportamente specifice cum ar fi mișcările motorii evidente sau comportamentele verbale. Observatorii necesită o pregătire specială în folosirea acestora, astfel că aceste scale sunt mai mari consumatoare de timp decât evaluarea prin autorelatare.

O altă modalitate de măsurare comportamentală constă în evaluarea durerii copilului de către adulții (părinții) care-i însoțesc. Aceștia sunt solicitați să evalueze durerea copiilor lor prin notarea frecvenței și numărului modificărilor survenite în comportamentul acestora.

Tabelul 2 descrie pe larg 4 scale de evaluare comportamentală folosite mai frecvent.

## V. MĂSURĂTORI FIZIOLOGICE

Durerea este un factor de *stres* care activează mecanisme compensatorii ale sistemului nervos autonom. Stimularea sistemului nervos simpatic produce răspunsul „luptă sau fugi” care include: tahicardia,

vasoconstricția periferică, transpirația, dilatația pupilară și creșterea secreției de catecolamine și de hormoni adrenocorticoizi.

Deși sunt sensibile la schimbările de intensitate ale durerii, acești parametri reflectă un răspuns global la *stresul* legat de durere și deci nu sunt specifici durerii. Ei pot fi modificați și datorită anxietății, fricii, plânsului sau la manevrarea copilului. Din cauza lipsei de specificitate, acești indicatori fiziologici de măsurare a durerii sunt mai utili pacienților incapabili de a relata verbal durerea fie datorită imaturității cognitive, fie datorită diminuării acesteia ca urmare a unor boli sau situații invalidante. Răspunsurile hormonale la durere sunt determinate prin metode invazive, costisitoare și lente, astfel că, sunt inadecvate pentru evaluarea clinică a durerii.

Ca urmare, clinicienii apreciază că parametrii fiziologici, determinați prin metode neinvazive (cum ar fi: frecvența cardiacă, tensiunea arterială și frecvența respiratorie), sunt determinați fără dificultate și sunt modificați caracteristic în situații de durere în proporție de 10-20%.

## VI. PARTICULARITĂȚI ALE EVALUĂRII DURERII LEGATE DE VÂRSTA COPILULUI

### 1. Copiii de vârstă preșcolară (1-5 ani)

Vârsta preșcolară constituie o provocare particulară în termenii de măsurare a durerii, în special înaintea vârstei de 3 ani. Competența cognitivă, lingvistică și socială a preșcolarilor limitează nivelul opțiunilor de măsurare. Mai mult, când sunt bolnavi, este mult mai dificil ca acești copii să fie antrenați în activități de care nu sunt interesați.

**Tabelul 2**

*Măsurători comportamentale recomandate la copii*

Măsurători	Descriere	Indicații de utilizare	Avantaje	Dezavantaje
Măsurători comportamentale	Observații directe asupra comportamentului copilului	La copiii foarte mici sau asociată autorelatarei; Sigură și exactă pentru durerea scurtă și ascuțită	Utilă când copilul nu poate evalua durerea; mai puțin partinătoare decât autorelatarea	Nu la fel de exactă pentru durerea de lungă durată și comportamentele ascunse
Scale de evaluare procedurală (Katz și colab. 1980) și scale observaționale ale comportamentului la suferință (OBSD) (Jay și colab. 1983)	10 observații comportamentale: plâns, țipăt, liniște fizică, cerință de suport emoțional, rigiditate musculară, expresie verbală la durere, etc.	Durere scurtă și ascuțită	Corelată autorelatarei durerii	Necesită pregătirea observatorilor
Scala de durere din spitalul de copii Eastern Ontario (CHEOPS) (McGrath și colab, 1985)	6 observații comportamentale: țipăt, expresia facială, expresii verbale, poziția torsului, poziția membrelor	Inițial folosite în durerea post-operatorie și după injecții	Ușor de folosit și învățat	Nu este sensibilă pentru durerea de lungă durată
Scala de evaluare Gauvain-Piquard (Gauvain -Piquard și colab, 1987)	15 observații comportamentale divizate în 3 subscale: comportamentul la durere, anxietatea și modificările psihomotorii	Pentru copiii între 2 și 6 ani; pentru durerea de lungă durată.	Sigură și sensibilă la copii	

### a. Testarea

Cooperarea copilului pentru a fi testat asupra durerii pe care o experimentează depinde atât de capacitatea lui de a asculta sarcinile care îi sunt solicitate cât și de modul în care îi sunt adresate solicitările. Copilul mic poate să dovedească concentrare și perseverență considerabilă pentru îndeplinirea sarcinilor specifice când aceste sarcini îi sunt adresate sub pretextul unui joc.

În general, copiii dezvoltă abilitatea de a coopera în jurul vârstei de 4 ani. Comunicarea copiilor mici cu persoanele necunoscute din spitale este dificilă de obicei fie datorită vorbirii neinteligibile, fie anxietății puternice. Aceasta sugerează că scalele de evaluare comportamentală, incluzând evaluarea prin expresia facială și prin relatările părinților sau a persoanelor din anturajul apropiat al copilului, oferă cele mai bune metode de evaluare a durerii pentru copiii în vârstă de 1-3 ani sau chiar de 4 ani.

### b. Gândirea preoperațională și măsurarea durerii

Deși copiii în vârstă de 4 și respectiv de 5 ani pot să fie supuși măsurătorilor prin autorelatare, îndemânarea acestora pare să fie influențată de caracteristicile cognitive ale etapei preoperaționale (aprox. de la 2ani la 6-7 ani), descrisă de Piaget. În special la vârstele mici ale acestei etape, gândirea copilului tinde să fie egocentrică, concretă și dominant perceptuală. Natura acestor caracteristici cognitive și implicațiile acestora pentru măsurarea durerii vor fi discutate în continuare.

#### *Gândirea egocentrică*

Gândirea egocentrică se referă la lipsa relativă a copiilor de a conștientiza hotarele care separă gândirea lor de a celorlalți. Față de copiii mai mari, copiii preșcolari pot presupune că durerea lor este cunoscută de cei din jur și prin urmare consideră sarcina de comunicare a durerii prin instrumente de măsurare a durerii ca fiind de mai mică importanță. Mc Caffery dă exemplul unei fete de 3 ani pe care a întrebat-o despre durerea ei de burtă. Aceasta și-a ridicat supărată hainele și a răspuns: „Aici-nu vezi asta?“ Mai mult, din punctul de vedere al copiilor mici, adulții au toată puterea și capacitatea de a vedea cât de mult îi doare.

#### *Gândirea concretă*

Deși reprezentarea gândirii preoperaționale este în natură, ea tinde să opereze foarte mult în termenii imaginii concrete și statice a realității decât ca semne schematice abstracte. Această trăsătură concretă a gândirii copiilor mici poate influența înțelegerea acestora asupra scalelor de măsurare a durerii. Aceste dificultăți pot crește prin lipsa de înțelegere a instrucțiunilor și/sau fixării de cuvinte utilizate. Cuvinte simple fixate concret, de ex. „nu doare“ până la „durere foarte mare“,

sunt evident preferate termenilor complecși și ipotetici cum ar fi: „cea mai mică senzație dureroasă posibilă“. Chiar expresia: „cea mai rea durere posibilă/imagiabilă“ poate să pună probleme copiilor mici deoarece implică pentru înțelegere conceptul abstract al posibilității.

#### *Gândirea concretă și dimensiunile durerii*

La copiii mici gândirea concretă poate influența dimensiunea durerii care urmează să fie măsurată. Dacă dimensiunile afective și senzoriale ale durerii se referă la influența reciprocă a uneia față de cealaltă, făcând dificilă separarea acestora chiar la adulți, valoarea terapeutică potențială determinată de legătura durerii cu starea emoțională a determinat încercarea promptă a cercetătorilor de a aplica în practică măsurarea durerii la copil. Totuși, această legătură a fost dovedită cu dificultate la copiii mai mici de aproximativ 8 ani. Abilitatea copiilor de a stabili diferența cantitativă într-o dimensiune continuă urmează modelul de dezvoltare. Cum se poate aștepta, copiii pot să cuantifice dimensiunile concrete înaintea celor abstracte și mai puțin pe cele de percepție. Copiii cu vârsta cuprinsă între 5 și 7 ani definesc și descriu durerea în termeni concreți fizici/senzoriali, în timp ce termenii afectivi încep să fie adăugați la vârsta de 7-8 ani, fetele precedându-i pe băieții în această abilitate. Copiii mici folosesc cuvinte țipând, ca expresie a reacției emoționale la durere. De la vârsta de 2 ani copiii sunt capabili să folosească expresii emoționale cum ar fi fericirea, supărarea sau tristețea. Deși sarcina de evaluare a durerii sub aspect afectiv poate să fie prea abstractă pentru copiii sub 8 ani, strategiile prin care se examinează cum se simte copilul, folosind fie o Scală Facială (cum ar fi Scala Facială Afectivă), fie Scala Analog Vizuală, sunt mult mai eficiente în obținerea informațiilor asupra influenței durerii asupra copiilor. Imaginile diferitelor stări afective (fericire sau supărare) sunt ușor recunoscute de preșcolari și de elevii școlii primare.

#### *Gândirea dominant perceptuală*

Gândirea dominant perceptuală se referă la tendința copiilor mici de a se concentra mai mult pe aspectele evidente de percepție a situației. Aceasta poate să influențeze măsurarea durerii, fiind selectate mai frecvent punctele finale pe Scala Analog Vizuală, deoarece la acest nivel percepția este mai puternică decât zona de mijloc.

### c. Înțelegerea sistemului de măsurare a durerii la preșcolari

Unele studii urmăresc modalitățile spontane ale copiilor de a se implica în evaluarea durerii. Piaget consemnează faptul că, în general, copiii descoperă mult mai ușor comparațiile perceptuale față de adulți și sunt chiar mai exacte. Cercetările sugerează că

preșcolarii tind să arate o credință oarbă în estimările lor vizuale, excluzând „dorința de a cunoaște mai mult despre căile de măsurare“ și ignorând chiar instrumentele ajutoare care le-au fost acordate în acest scop. Piaget și colab. scot de asemenea în evidență faptul că, pentru a se ajuta în exprimarea măsurării durerii, copiii folosesc părți ale corpului. Astfel, pentru copiii în vârstă de 5-7 ani pare mult mai convingător să folosească ca indicator al măsurării intensității durerii, nivelul corpului sau ale brațelor, deschiderea mâinii sau a brațelor. Această metodă, de folosire spontană a unor părți ale corpului pentru indicarea intensității durerii, este caracteristică preșcolariilor.

#### d. Înțelegerea numerelor de copilul preșcolar

Abilitatea de a folosi scalele de evaluare numerică este evident dependentă de înțelegerea numerelor. Copiii în vârstă de 4-5 ani au o înțelegere intuitivă globală asupra semnificației cantitative a numerelor. Numerele mici sunt mai semnificative la această grupă de vârstă decât numerele mari care pot să-și piardă semnificația cantitativă devenind adaos la numărătoare.

#### e. Măsurători adecvate copilului preșcolar

Copiii mai mici de 3-4 ani nu pot să fie supuși măsurătorilor prin autorelatare. Pentru preșcolari metodele folosite pentru măsurarea intensității durerii includ: scala analog vizuală, scala facială, tehnica ce folosește „cărțile de joc“ și testul „deschiderii degetelor“. Se cere copilului să indice durerea ca parte a întregului sau să definească valoarea maximă prin fixare. Pentru aplicarea acestor măsurători nu este necesar ca pacientul să înțeleagă clar proporționalitatea. Natura concretă și globală a gândirii copiilor mici are avantajul de a-i predispuce să creadă în întreg decât în infinit.

##### *Scala Analog Vizuală*

Această scală este folosită pentru măsurarea durerii preșcolariului. Unele versiuni ale scalei sunt mult mai concrete prin adăugarea de subunități sau numere. S-a constatat că cele fără subunități sunt mai potrivite pentru capacitatea de înțelegere a copilului mic în estimarea „intuitivă“ și permit o apreciere perceptuală globală a durerii. În plus, cercetările lui Piaget și ale lui Inhelder au indicat că această grupă de vârstă are înțelegere intuitivă pentru continuitatea liniară. Astfel, când li se cere să estimeze cantitățile relative ale mărgelilor (mai puține, mai multe sau egale), depășind ca număr capacitatea lor de a le număra, preșcolarii înțeleg sarcina dacă din grămadă fac un lanț mai lung sau mai scurt, indicând astfel o înțelegere clară a întregului liniar. Metoda are dezavantajul că, datorită dominantei perceptuale, copilul are tendința să folosească punctele finale ale scalei.

#### *Scalele faciale*

Scalele faciale au avantajul de a fi mult mai directe, copiii putând deosebi gradele de intensitate a durerii cu ajutorul expresiilor faciale. S-a remarcat că pentru copiii mai mici de 5 ani sunt dificulți în alegerea dintr-un număr mai mare de 4 sau 5 figuri și, de aceea, trebuie să se aibă în vedere numărul de fețe faciale folosite. Această dificultate, ca și greutatea de a socoti, par să fie legate de capacitatea copilului de procesare a informației. În plus, boala și durerea pot să reducă această capacitate de procesare a informației și, ca urmare, prea multe opțiuni pot să crească tendința copilului să fixeze punctele finale. Se încearcă o scală facială interactivă manipulată prin mijloace electronice prin care să crească sau să descrească înfățișarea care ilustrează durerea.

#### *Cărțile de joc*

Acest instrument, dezvoltat de Hester și colab. cere copiilor să-și evalueze durerea prin selectarea uneia din cele patru „piese ale durerii“ reprezentate concret prin bucăți de cărți de joc. Are avantajul de a fi asemănător unui joc și nu este dependent de număr. Constă în alegerea pieselor în funcție de cantitatea de durere. Metoda este ușor înțeleasă și acceptată de preșcolari.

#### *Testul degetelor de la mână*

Franzen și Ahlquist au dezvoltat acest test prin care se cere copilului să-și esimeze durerea cu ajutorul policelui și indexului: cu cât mărește distanța dintre ele durerea este mai mare.

## 2. Copiii de vârstă școlară (6-12 ani)

Această vârstă evaluează 3 stadii evolutive ale dezvoltării cognitive, cea de la sfârșitul stadiului preoperațional, din operaționarea concretă și cea din operaționarea formală precocă. Caracteristicile gândirii preoperaționale scad în operaționarea concretă la vârsta de 7-8 ani. Unele îndemănări devin operaționale de bază și deci clare între aproximativ 7 și 10 ani incluzând măsurarea, clasificarea și scrierea (abilitatea așezării corecte în ordine ascendentă și descendentă) diferitelor dimensiuni. Urmare a secvenței de dezvoltare de la concret la abstract, copiii sunt capabili să așeze în succesiune concretă dimensiunile afective, aspectele fizice ale durerii, înaintea dimensiunilor mai abstracte. Cu privire la măsurarea afectării legată de durere, Gaffney consemnează că obiectivarea durerii la copil se extinde de la aspectele fizice incluzând trăsăturile afective între 7 și 10 ani și este fixată bine la 10-11 ani. Champion și colab. și Goodenough și colab. raportează că fetele sunt mult mai avansate decât băieții privind abilitatea de a aprecia diferențele în legătură cu variate influențe afective legate de durere. Gaffney menționează că fetele sunt cu aproximativ

2 ani înaintea băieților în ceea ce privește ușurința de a folosi diverși termeni afectivi legați de durere. Această diferență se menține până la aproximativ 14 ani, când abilitatea băieților devine egală cu cea a fetelor. Aceste constatări coincid cu rezultatele cercetărilor conform cărora, comparativ cu băieții, fetele tind să fie mai orientate emoțional și social.

### 3. Adolescenții

Pe parcursul perioadei operaționale formale precoce (vârsta: 11-14 ani), există o accentuare marcată a aspectelor psihologice ale durerii față de extensia efectelor psihosociale. Deoarece adolescentul are o perioadă de introspecție considerabilă în care concepțiile proprii se modifică de la caracteristicile psihologice concrete la cele abstracte, cei mai mulți adolescenți sunt capabili să relateze afectarea legată de durere și să dezvolte mai mult vocabularul complex al durerii. Gândirea adolescentului este mai puțin limitată la prezent decât în stadiul cognitiv precoce, fiind mult mai orientat spre viitor, astfel că, măsurarea durerii poate să fie influențată de grija asupra semnificației durerii în termenii de recurență a bolii, a incapacității viitoare sau a desfigurării.

### 4. Copiii și adolescenții cu dificultăți cognitive și de comunicare

Acest segment, mult timp neglijat, este în prezent în atenția cercetătorilor în scopul identificării și măsurării durerii copiilor care au dificultăți semnificative în comunicarea durerii pe care o experimentează. În această categorie sunt incluși copiii cu retard intelectual, cei cu leziuni cerebrale severe, cu autism și cei cu dificultăți de comunicare datorate tulburărilor neuromusculare sau pierderii auzului sau vederii. Discomfortul copilului poate fi identificat prin întrebări adresate părinților sau

persoanelor din anturajul copilului. Totuși, deoarece mulți indicatori ai durerii sau confortului sunt individuali, este totdeauna necesară o evaluare și o măsurare individuală.

Altă modalitate constă în obținerea informațiilor de la persoane cu experiență în domeniu privind prevalența și sursele situațiilor dureroase (de ex: reflux gastroesofagian dureros, spasmul sau constipația copiilor cu paralizii cerebrale). Comfortul copiilor cu dificultăți de comunicare poate fi crescut considerabil prin acționarea asupra sursei de durere decât prin administrarea de analgezice (de ex.: refluxul gastroesofagian sau necesitatea re poziționării).

## VI. CONCLUZII

- Succesul privind evaluarea durerii în pediatrie depinde de relația pozitivă care se stabilește între medic și copilul/familia acestuia.
- Planul de îngrijire trebuie să includă monitorizarea regulată a durerii copilului bolnav, folosind mijloace adecvate vârstei și nivelului de dezvoltare al pacientului.
- Metodele de evaluare trebuie să fie simple, sigure și ușor de înțeles atât de copii cât și de părinții acestora sau de persoanele care îi au în îngrijire.
- În funcție de vârsta și de nivelul de înțelegere, copilul trebuie să devină implicat în propria îngrijire.
- Pentru copiii preverbal și pentru cei incapabili de a comunica datorită întârzierii în dezvoltare sau handicapurilor multiple, evaluarea durerii se realizează cu ajutorul persoanelor din anturaj, care de regulă sunt părinții.
- Este necesar ca pediatrii să ajute la extinderea informațiilor de care dispun și să susțină aplicarea în practică a strategiilor noi privind controlul optim al durerii în pediatrie.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Bernstein BA, Pachter LM** – Cultural Considerations in Children's Pain. In: Schechter NL, Berde BC (eds): *Pain in Infants, Children and Adolescents*, cap. 1, 142-156, Lippincott Williams & Wilkins 2003.
2. **Diaconescu V, Ionescu DG, Mungiu OC** – Evaluarea durerii la copil. În: Mungiu Ostin C. (ed.): *Tratat de algeziologie*, cap. 9, 333-343, Ed. Polirom 2002.
3. **Gaffney A, McGrath PJ, Dick B** – Measuring Pain in Children Developmental and Instrument Issues. In: Schechter NL, Berde BC (eds): *Pain in Infants, Children and Adolescents*, cap. 1, 128-141 Lippincott Williams & Wilkins 2003.
4. **Johnston C, Stevens BJ, Boyer K, Porter FL** – Development of Psychological Responses to Pain and Assessment of Pain in Infants and Toddlers. In: Schechter NL, Berde BC (eds): *Pain in Infants, Children and Adolescents*, cap. 1, 105-128, Lippincott Williams & Wilkins 2003.
5. **Lioffi C** – Paediatric procedure-related cancer pain assessment. In: Lioffi C (ed.): *Procedure-related Cancer Pain in Children*, cap 2, 35-74, Radcliffe Medical Press, 2002.
6. **Taylor A** – Pain assessment in children. In: Twaycross A, Moriarty A, Betts T (eds): *Paediatric Pain Management a multi-disciplinary approach*, cap 5, 56-76, Radcliffe Medical Press, 1988.
7. **Tatman A, Johnson P** – Pain assessment in the pre-verbal child. In: Twaycross A, Moriarty A, Betts T (eds): *Paediatric Pain Management a multi-disciplinary approach*, cap 6, 77-95, Radcliffe Medical Press, 1988.
8. **Walco GA, Burns JP, Cassidy RC** – The Ethics of Pain Control in Infants and Children. In: Schechter NL, Berde BC (eds): *Pain in Infants, Children and Adolescents*, cap. 1, 105-128 Lippincott Williams & Wilkins 2003.