

## **Betreuung von Kindern mit akuten Schmerzen**

# Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines.....	3
1.1. Einleitung.....	3
1.2. Adressaten .....	3
1.3. Themenwahl.....	3
1.4. Abgrenzung .....	4
1.5. Motivation .....	4
1.6. Zielsetzung.....	4
2. Definition „Schmerz“.....	4
3. Schmerzerleben und –reaktionen von Kindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen.....	5
3.1. Kognitive Entwicklung.....	5
3.2. Einflussfaktoren und Erleben.....	6
4. Schmerzeinschätzung „Questt“-Methode.....	7
4.1. Befragen des Kindes.....	7
4.2. Verwendung von Schmerzskalen.....	7
4.3. Beobachten und beurteilen von Verhaltensänderungen und psychologischen Veränderungen.....	9
4.4. Einbeziehung der Eltern in die Einschätzung der Schmerzen.....	10
4.5. Berücksichtigung der Ursache von Schmerzen.....	10
4.6. Durchführung von Massnahmen und Zusammenfassung der Ergebnisse.....	10
5. Massnahmen zur Schmerzminderung.....	11
5.1. Medikamentöse Intervention.....	11
5.2. Psychologische Intervention.....	13
5.3. Physikalische Intervention.....	15
6. Schlussfolgerungen .....	16
7. Überprüfen der Zielsetzung und Stellungnahme.....	17
8. Zukunftsperspektiven.....	17
9. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	18

# **1. Allgemeines**

## **1.1. Einleitung**

Das Kantonsspital Winterthur ist für ein Einzugsgebiet von ca. 200 000 Einwohnern in und um Winterthur zuständig. Auf der interdisziplinären Notfallstation, auf der ich seit dem Jahre 2002 arbeite, werden ca. 22 000 Patienten im Jahr versorgt. Auch die Behandlung von jährlich ca. 400 Kindern mit akuten Schmerzen gehört zum täglichen Arbeitsfeld im Notfall.

Das Spektrum der Krankheitsbilder umfasst traumatologische (z.B. Schnittwunden, Frakturen), abdominale Erkrankungen (z.B. Appendizitis, Gastritis) oder auch Verbrennungen.

Die Patienten der Notfallstation werden in 12 Untersuchungsräumen behandelt. Dadurch kann die Privatsphäre des Patienten eingehalten werden. Der vorhandene Schockraum wird für lebensbedrohliche Notfälle bereitgehalten.

Nur im Wartezimmer stehen zur Ablenkung unserer kleinen Patienten Spielzeug und Bücher sowie eine Maltafel bereit. Es ist bei uns selbstverständlich, dass Eltern oder Bezugspersonen immer bei ihrem Kind sind und z.B. zu Untersuchungen mitgehen. Wenn das Kind operiert werden muss, können sie es bis zur Narkoseeinleitung begleiten. Vor der Entlassung dürfen sich die meisten Kinder altersentsprechend etwas aussuchen (ein kleines Plüschtier, eine Plastespritze).

## **1.2. Adressaten**

Die Arbeit ist an mich und an das Team der Notfallstation des Kantonsspitals Winterthur gerichtet.

## **1.3. Themenwahl**

Es ist Tatsache, dass in der Behandlung von Kindern bei Unfällen, Krankheiten oder gewissen medizinischen Verrichtungen Schmerzen ein zentraler Bestandteil sind. Das Wissen über die Schmerzperzeption und Physiologie im Kindesalter hat sich in den letzten zehn Jahren stark gewandelt. Einige Annahmen wurden widerlegt, z. B.

- dass Neugeborene Schmerzen weniger stark empfinden als Erwachsene und sich nicht daran erinnern,
- dass die Nebenwirkungen von adäquat dosierten Schmerzmitteln zu ausgeprägt seien
- dass Kinder klar und deutlich sagen, wenn sie Schmerzen haben.

Auf unserer Notfallstation gibt es z.B. für neue Mitarbeiter keine Richtlinien für die Schmerzerkennung bei Kindern. Bei der Betreuung der Kinder ist aber darauf zu achten, dass jedes Kind eine Persönlichkeit ist und nicht nach Schema F behandelt werden darf.

## **1.4. Abgrenzung**

In meiner Arbeit möchte ich auf folgende Punkte näher eingehen:

- Schmerzerleben und –reaktion der Kinder,
- Schmerzeinschätzung,
- Behandlungsmöglichkeiten zur Schmerzminderung,
- Betreuung der Kinder.

Ganz konkret möchte ich mich auf die Notfallstation beziehen, auf der ich tätig bin.

## **1.5. Motivation**

Während meiner nun 2 Jahre dauernden Tätigkeit auf der Notfallstation habe ich eigene Erfahrungen gesammelt. Ich betreue Kinder sowohl gefühlsmässig, als auch auf Grund meiner erworbenen Kenntnisse. Häufig frage ich mich, warum gewisse Pflegesituationen mit Kindern gut waren und in anderen Fällen weniger befriedigend. Das geht nicht nur mir so, sondern auch anderen Kollegen.

## **1.6. Zielsetzung**

Das Ziel der Arbeit soll für mich eine sichere und schnelle Erkennung und Einteilung akuter Schmerzen bei Kindern sein.

## **2. Definition „Schmerz“**

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit akuter oder potentieller Gewebsschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. (Nach International Association for the Study of Pain (ISAP) 1986)

Diese Definition verdeutlicht, dass Schmerz nicht nur ein rein körperliches, mit den Sinnen erfahbares Erlebnis ist, sondern gleichzeitig auch emotionale Komponenten hat und psychisch-kognitiv wahrgenommen wird.

## **3. Schmerzerleben und –reaktionen von Kindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen**

### **3.1. Kognitive Entwicklung**

Kognitive Entwicklung ist die Entwicklung all jener Funktionen, die dem Erkennen und Erfassen der Gegenstände, der Person, der Umgebung und der eigenen Person gelten. Zu diesen Funktionen gehören Intelligenz bzw. Denken, das Lösen von Problemen, Sprache, Gedächtnis und auch die Wahrnehmung.

Bei der Aufführung der Entwicklungsphasen beziehe ich mich lediglich auf Schmerzreaktionen von Kindern mit akuten Schmerzen.

#### **Sensormotorische Phase (0 – 2 Jahre)**

Diese Phase zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind motorische Reaktionen auf sensorische Reize zeigt. Kneift man einen Säugling in die Ferse, zieht er den Fuss instinktiv zurück. Das Kleinkind weis meist nicht, dass ein bestimmtes Handeln zu Schmerzen führen wird, darum vermeidet es diese Handlungen nicht. Es kann jedoch durchaus gezielt auf Schmerzen reagieren – es weint, sucht Trost bei der Mutter oder legt die Hand auf die schmerzende Stelle.

#### **Präoperationale Phase (2 – 7 Jahre)**

Das Denkvermögen und die Sprachfertigkeit nehmen in diesem Lebensalter deutlich zu. Dennoch fehlt es an logischen Denkstrategien. Es fällt dem Kind schwer, zwischen der Wirklichkeit und seinen Phantasien zu unterscheiden. Nach einem Unfall hat das Kind zum Beispiel Zornausbrüche gegen die Eltern, weil sie in seinen Augen in der Schutzfunktion versagt haben. Oder es ist überwältigt von den vielen Apparaten auf der Notfallstation, weil es sie in seiner Phantasie als Bedrohung wahrnimmt. Wichtig ist bei Kleinkindern auch deren spezielle Körperwahrnehmung. Häufig werden Schmerzen auf den Bauch oder Kopf projiziert.

Schmerzen können auch mit der Entwicklung von Moralvorstellungen im Vorschulalter als Strafe empfunden werden. Daher ist es sehr wichtig, dass ein Erwachsener seine Äusserungen strukturiert, um dem Kind zu ermöglichen, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden.

#### **Konkret-operationale Phase (7 – 11 Jahre)**

Das Kind versucht, Ordnung in seine Umwelt zu bringen, in dem es logische Zusammenhänge zu erkennen versucht. Das beschränkt sich allerdings im wesentlichen auf selbstgemachte Erfahrungen. In dieser Phase hat das Kind noch kein klares Bild von den Körperfunktionen.

Das Kind fragt z.B., warum es diese Tablette nehmen muss, wenn ihm sein Arm weh tut? Das zeigt, dass die Information über die Intervention sich auf konkrete, für das Kind wahrnehmbare Dinge beziehen muss. Man sollte auch nicht versprechen, dass die Schmerzen nach einer Viertelstunde vorbei sein werden, sondern das Kind auffordern, auf die Uhr zu schauen und mitzuteilen, sobald es sich besser fühlt.

## **Formal-operationale Phase** (ab dem 11. Lebensjahr)

Das abstrakt-logische Denken entwickelt sich nun, und das Kind kann abstrakte Regeln auf konkrete Situationen anwenden. Erklärungen zu Ursache und Wirkung versteht das Kind immer besser. Das gilt auch für Erkrankungen und deren Behandlung. Informationen des Pflegepersonals oder Arztes müssen deshalb ausführlich sein und sollten dem Kind helfen Zusammenhänge zu verstehen.

### **3.2. Einflussfaktoren und Erleben**

Im Vergleich zum Erwachsenen zeigen Kinder meist stärkere Reaktionen auf akute Schmerzereignisse. Der akute Schmerz wird vom Erwachsenen, der dessen Ursache meistens kennt und dem seine vorübergehende Natur bewusst ist, häufig als weniger bedrohlich empfunden. Das Kind aber reagiert auf einen plötzlichen Schmerzreiz stärker, weil es den Ursachenzusammenhang noch nicht versteht, oder weil es die Angst vor dem Schmerz nicht kontrollieren kann. Daher fühlen sich Kinder häufig in ihrer "Existenz" viel stärker bedroht. Deshalb ist es wichtig die Kinder mit besonders viel Fingerspitzen-gefühl und Einfühlsamkeit zu behandeln und zu betreuen.

Es wird zwischen zwei Einflüssen unterschieden, die auf das kindliche Schmerzerleben wirken:

#### **Situationsunabhängig**

- Alter
- Geschlecht
- Kulturelle und familiäre Bedingungen
- Schmerzvorerfahrungen
- Entwicklungsabhängige Fähigkeiten, über Schmerzen zu kommunizieren
- Vorstellungen über Schmerzursachen zu entwickeln, auf Schmerz zu reagieren

#### **Situationsabhängig**

- Erwartung und Vorstellung vom Schmerz
- Bedeutung des Schmerzgeschehens
- Erinnerung an Schmerzereignisse
- Einstellung zum Schmerz
- Aktuelle Schmerztoleranz
- Aktuelle Gefühle (Angst, Frustration, Ärger, Wut, Hilflosigkeit etc.)
- Verhalten des Kindes und anwesender Personen
- Umfeld im Notfall

Schmerzen sind immer auch mit Ungewissheit und Angst verbunden. Viele Kinder verhalten sich unkontrolliert, wenn sie unter Stress stehen. Sie schreien laut und schlagen um sich; andere verhalten sich gerade dann brav und folgsam.

Ein Kind kann in einem Schmerzzustand folgende Reaktionen zeigen:

Kampf	Zustand erhöhter Wachsamkeit;
Flucht	weglaufen, sich verstecken;
Lähmende Angst	keine Reaktion zeigen, alles hinnehmen.

Angst ist sicher das wichtigste Begleitsymptom. Das Kind hat Angst vor weiteren Schmerzen und was weiter geschieht. Die fremden Personen können dem Kind Angst einflößen, ebenso die medizinischen Interventionen, die häufig selbst mit Schmerzen verbunden sind. Auch haben Kinder Angst, von den Eltern getrennt zu werden.

## **4. Schmerzeinschätzung „Questt“-Methode**

Eine Möglichkeit zur Einschätzung von Schmerzen bei Kindern ist die von Kuiper entwickelte Ouestt- Methode. Sie hat folgende sechs Punkte aufgestellt, die einem umfassenden Schmerzmanagement dienen:

### **4.1. Befragen des Kindes**

Es ist wichtig, das Kind selbst auf eine verständliche Art zu fragen. Hier muss natürlich das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.

### **4.2 Verwendung von Schmerzskalen**

Es gibt die unterschiedlichsten Ansätze, um Schmerzen zu objektivieren und zu quantifizieren. Relativ einfach zu verwenden sind Schmerzskalen. Sie orientieren sich an äusserlichen Merkmalen oder spiegeln das subjektive Schmerzempfinden wieder. Im Verlauf kann man damit „messen“, wie sich Schmerzen entwickeln und darauf reagieren.

Ich habe drei Schmerzskalen dokumentiert, mit denen eine ganzheitliche Schmerzeinschätzung in der Praxis durchgeführt werden kann.

**Tabelle 1: NIPS (Neonatal Infant Pain Score nach Lawrence)**

Schmerzskala für Neugeborene – 2,5 Jahre

		Punkte
1. Gesichtsausdruck	-Entspannt	0
	-Grimassieren/ Stirnrunzeln	1
2. Weinen	-Keines	0
	-Leicht; ist zu trösten	1
	-Schreien, hohe Töne, nicht zu trösten	2
3. Atmung	-Ruhig	0
	-Verändert/unregelmässig	1
4. Arme	-Entspannt, locker	0
	-Gebeugt, gestreckt	1
5. Beine	-Entspannt, locker	0
	-Gebeugt, gestreckt	1
6. Bewusstseinszustand	-Schläft/wach, zufrieden	0
	- wach, unruhig, gereizt	1
Gesamtpunktzahl (maximal 7 Punkte)		
0 = keine Schmerzen      7 = starke Schmerzen		

Aus „Schmerzkonzept Zürich“ vom Kinderspitalsspital Zürich, 20.3.2002

**Tabelle 2: Modified CHEOPS Skala (Childrens Hospital of Eastern Ontario Scale nach McGrath)**

**Objektive Schmerzskala für Kinder ab ca. 2,5 Jahren**

Score	0	1	2
<b>Weinen</b>	weint nicht	weint, jammert	schreit
<b>Gesichtsausdruck</b>	lächelt	gefasst, gelassen	grimassiert
<b>Verbal</b>	positive Äusserung	keine oder andere Beschwerden	klagt über Schmerzen
<b>Rumpfhaltung</b>	neutral	gespannt, sitzt auf, rutscht umher	aufbäumen, krümmen
<b>Beine</b>	neutral	strampelnd, tretend	an den Körper gezogen

Aus "Schmerzkonzept Zürich" vom Kinderspitalsspital Zürich

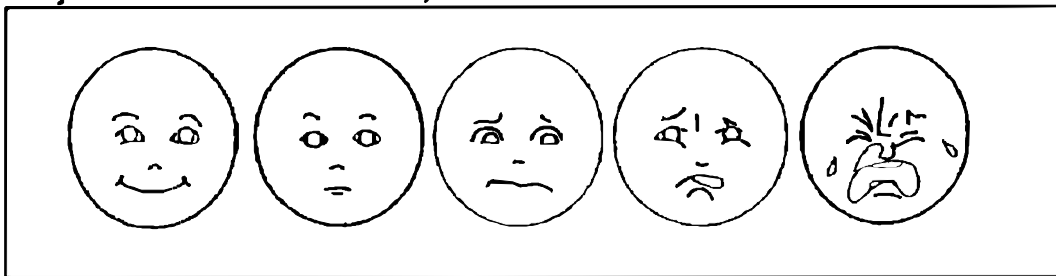
Für jedes dieser fünf Score wird ein Wert bestimmt. Die Summe spiegelt die Stärke der Schmerzen wider (0 = keine Schmerzen, 10 = starke Schmerzen)

Die NIP- und die CHEOPS Skala eignen sich gut, um einen strukturierten Check über den Schmerz-zustand des Kindes zu machen, da sie sich an objektiven Kriterien ausrichten. Man sollte diese Kriterien im Hinterkopf behalten, sie müssen in der Praxis aber nicht jedes Mal dokumentiert werden.

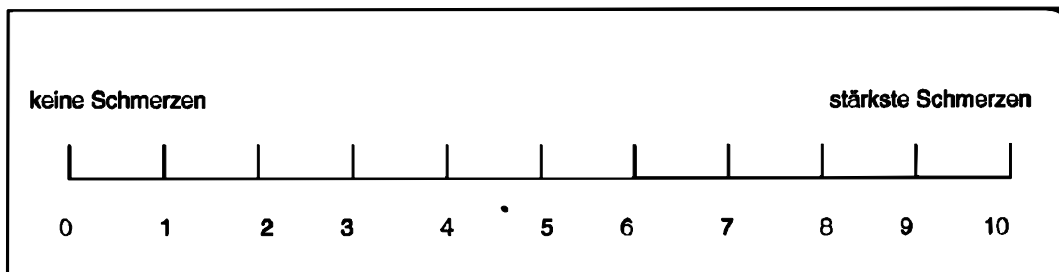
Eine weitere Methode zur Schmerzeinschätzung ist die Fünf-Gesichter-Skala. Sie orientiert sich am subjektiven Schmerzempfinden.

**Tabelle 3: Die Fünf Gesichter-Skala (nach McGrath, 1985)**

**Subjektive Schmerzskala ab 3,5 – 6 Jahren**



Vorderseite



Rückseite

Diese Gesichter zeigen ein Kind, mit unterschiedlich starken Schmerzen. Das linke Gesicht des Kindes zeigt keine Schmerzen, das mittlere Gesicht mittelstarke Schmerzen und das rechte Gesicht des Kindes zeigt sehr starke Schmerzen. Das Kind, das im Notfall behandelt wird, soll mit dem Finger zeigen, welches der Gesichter seinen Schmerzen entspricht, die es gerade empfindet. Es kann auch zwischen die Gesichter zeigen, wenn es sich nicht entscheiden kann. Jede Stelle auf dieser Skala entspricht einem Zahlenwert, der auf der Rückseite abgelesen werden kann. Diese Art der Schmerzeinschätzung kann man auch bei Kindern bis 12 Jahren anwenden.

Diese Methode ist für die Kinder einfach zu verstehen. Deshalb möchte ich sie meinen Kollegen im Notfall näher bringen und die Schmerzskala in unseren Behandlungszimmern griffbereit deponieren.

### **4.3. Beobachten und beurteilen von Verhaltensänderungen und psychologischen Veränderungen**

Um die Diagnose Schmerz stellen zu können, gehört das Erkennen und Beurteilen verschiedener Zeichen und Symptome dazu: Puls, pO<sub>2</sub>, Schwitzen in den Handflächen.

#### **4.4. Einbeziehung der Eltern in die Einschätzung der Schmerzen**

Der Einbezug der Eltern ist sehr wichtig und eine Besonderheit in der Schmerzeinschätzung, da sie ihr Kind kennen, Erfahrungen haben, wie sich ihr Kind verhält und einschätzen können, ob das Kind Schmerzen hat.

#### **4.5. Berücksichtigung der Ursache von Schmerzen**

Wie beim erwachsenen Patienten dient die Kenntnis der zugrundeliegenden Ursache einer genaueren Schmerzeinschätzung.

#### **4.6. Durchführung von Massnahmen und Zusammenfassung der Ergebnisse**

Dieser Punkt bezieht sich ganz besonders auf den Pflegeprozess. Er besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt in Form von Beurteilung und der Neuanpassung haben. Natürlich sollten sich Pflegemaßnahmen bei Kindern auch daran orientieren. Umfassender gehe ich darauf im folgenden Abschnitt ein.

## 5. Massnahmen zur Schmerzminderung

Es gibt die unterschiedlichsten Ansätze, die zu einer Schmerzminderung führen können. Wichtig dafür ist die Ursachenforschung der zugrundeliegenden Krankheit. Die am häufigsten angewandte Massnahme ist die medikamentöse Intervention. Weiterhin möchte ich in meiner Arbeit auf psychologische und physikalische Möglichkeiten eingehen, da diese nicht immer ausreichend und sinnvoll vom Personal genutzt werden.

### 5.1. Medikamentöse Intervention

Im Medikamentenschrank unseres Notfalls befinden sich spezielle Präparate für Kinder. Zur Schmerzmedikation stehen u.a. folgende Medikamente zur Verfügung:

#### Acetalgin

Suppositorien	a 60 mg	bis 1-jährig	max. 500 mg tgl.
	a 125 mg	bis 15 kg KG	max. 500 mg tgl.
	a 250 mg	15-25 kg KG	max. 750 mg tgl.
	a 500 mg	25-40 kg KG	max. 1500 mg tgl.

Anwendung: - leichte bis mässig starke Schmerzen  
- Fieber

Wirkung: - Maximalwirkung nach 30 min.

#### Dafalgan

Brausetabletten	a 500 mg	22-30 kg KG	max. 3x tgl.
		30-40 kg KG	max. 4x tgl.
		> 40 kg KG > 12jährig	max. 8x tgl.

Anwendung: - leichte bis mässig starke Schmerzen  
- Fieber

#### Perfalgan

Kurzinfusionslösung	a 1000 mg	Kinder bis 33 kg	15 mg KG max. 1000 mg max. 4x tgl.
		Kinder ab 33 kg mg	15 mg KG max. 1000 max. 4x tgl.

Anwendung: - leichte bis mässig starke Schmerzen  
- 15 min. Kurzinfusion

Wirkung: - Maximalwirkung nach 1 Stunde

### **Mefenacid**

Suppositorien	a 125 mg	1/2 - 6jährig 2x (1/2jährig), 4x (6jährig) tgl.
	a 500 mg	6 - 12jährig 1x (6jährig), 2x (12jährig) tgl.
Tabletten	a 500 mg	ab 12jährig max. 3x tgl.
Anwendung:	- postoperativ - leichte bis mässig starke Schmerzen	
Wirkung:	- entzündungshemmend - abschwellend - Maximalwirkung nach einer Stunde	

### **Nubain**

Ampullen	1ml a 10mg	0,2 mg kg KG max. 10 mg tgl.
Anwendung:	- mittelschwere bis starke Schmerzen - postoperativ - verdünnen auf 10ml mit NaCl 0,9%	
Wirkung:	- Opiat	

### **Lidocain 1%**

Ampullen zu 10 mg/ml	
Anwendung:	- Lidocain auf einen Tupfer träufeln und auf die intakte Haut legen. - zur Schmerzlinderung
Wirkung:	- Wirkungsbeginn nach 1-2 min.

### **Emla-creme 5 %**

Anwendung:	- auf die intakte Haut geben und mit einem Tegadermpflaster zudecken
Wirkung:	- die Anästhesiequalität ist abhängig von der Applikationsdauer und – menge - minimale Applikationszeit vor einem Eingriff: 1 Stunde

### **Dormicum**

Ampullen a 5 mg/ml	0,5 mg kg KG rectal oder oral
a 5 mg/5 ml	
Anwendung:	- Prämedikation zur Narkose oder zur Sedierung von kleinen Wundversorgungen und bei Gipsen
Wirkung:	- sedierend, angstlösend - schnell und kurz - kann paradox wirken - Maximalwirkung nach 30 min

## **5.2. Psychologische Intervention**

### **Familie**

Jeder Unfall, jede Krankheit eines Kindes löst in der gesamten Familie eine Krise aus. Die Familie wird damit ebenfalls zum Patienten. Bei unsicherem Auftreten der Familie bzw. der Bezugspersonen, wird das Kind noch ängstlicher. Das Einbeziehen der Eltern, eine gute Kommunikation sowie das Aufbauen einer Vertrauensbasis zu ihnen ist besonders wichtig.

Ein Beispiel aus meiner Praxis: Ein Vater kommt mit seinem ca. 8 Jahre alten Sohn wegen dem Verdacht einer Unterarmfraktur zu uns in den Notfall. Ich sollte diesen Jungen betreuen. Das Kind hatte ein schmerzverzogenes Gesicht und weinte sehr. Mein erster Eindruck war, dass der Vater mit dieser Situation sehr überfordert war. Er machte seinem Sohn ständig Vorwürfe, dass das passiert war und redete auf ihn ein, dass er sich nicht so „haben“ sollte, es könnte ja gar nicht so schlimm sein und so weh tun. Durch diese Art des Vaters beobachtete ich, wie sich das Kind immer mehr in seine Situation hineinsteigerte und nur noch mehr und lauter schrie. Eine Beruhigung des Jungen meinerseits war nicht möglich. Daraufhin ging ich kurz mit dem Vater aus dem Zimmer und erklärte ihm, dass so eine erfolgreiche Behandlung seines Sohnes nicht möglich wäre. Er solle die Situation seines Kindes überdenken, denn Vorwürfe wären sicherlich an diesem Ort verkehrt. Mit Ruhe, Mitgefühl und Mut machen wäre ihm sicher mehr geholfen, um vor allem auch seine Angst zu mindern.

Der Vater überdachte die Situation noch mal, ging zu seinem Kind, nahm seine Hand und beruhigte ihn, ohne ihm neue Vorwürfe zu machen. Nach einem Gesprächsversuch mit dem Jungen meinerseits war dann auch eine Behandlung durch den Arzt möglich.

### **Pflegepersonal**

Die Pflegefachfrau bzw. der Pflegefachmann, der ein Kind bei Ankunft im Notfall übernimmt, betreut dieses bis zu dessen Verlegung bzw. Entlassung. Diese bei uns im Notfall getroffene Regelung finde ich persönlich gut und vor allem sehr wichtig, weil dadurch das Kind eine Vertrauensbasis zum Pflegenden aufbauen kann und die Eltern in ihm ihre Ansprechperson finden können.

Die Kinder registrieren Differenzen und Streitigkeiten in ihrer Umgebung sehr genau. Unstimmigkeiten zwischen den Eltern und Pflegenden bzw. Ärzten lassen das Kind zwischen zwei Fronten geraten und schüren Misstrauen. Erforderliche Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten sollten darum nicht vor dem Kind ausgetragen werden. Auf geäußerte Fragen und Sorgen der Eltern sollte man beruhigend und sachlich eingehen.

Die tröstende und mutmachende Anwesenheit von Bezugspersonen dient einer optimalen Unterstützung des Kindes. Es gehört zu unseren Aufgaben, uns hierfür einzusetzen oder die Eltern zu ermutigen bei ihrem Kind zu bleiben.

Während meiner Notfallzeit in Deutschland, gab es leuchtende und stolze Kinderaugen, als sie bei ihrer Entlassung eine Tapferkeitsurkunde (siehe Anlage 1) erhielten. Diese Urkunde möchte ich auch hier im Notfall des Kantonsspitals Winterthur einzuführen. \_\_\_

## **Umgang**

Für einen schmerzhaften Eingriff erhalten Kinder und Eltern Vorinformationen und bestimmte Vorbereitungen. Die Kinder werden wahrheitsgetreu und altersentsprechend über den zu erwarteten Schmerz informiert. Sie können sich somit auf den Schmerz "einstellen", wobei die Ungewissheit und damit auch die Angst reduziert wird. Werden die Kinder angeschwandelt, kann es zu einem Vertrauensbruch kommen.

Nochmalige Erklärungen oder Beruhigungsversuche kurz vor dem Eingriff können bei Kindern erneute Angstzunahme und Stress auslösen, wenn sie sich bereits in der erfolgreichen Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Schmerzsituation befinden.

Es sollte versucht werden, ein etwaiges Ohnmachtgefühl zu reduzieren. Dies kann bei Kindern mit Anbieten von Wahlmöglichkeiten (Zeitpunkt der Intervention, linke oder rechte Hand) und regelmäßigem Lob erreicht werden. Das Kind muss klare Anweisungen zum Verhalten während eines Eingriffes erhalten. Es soll wissen, welches Verhalten von ihm erwartet wird, andernfalls kann es sich nicht richtig verhalten, weil die Situation neu für es ist. Die Intervention kann zum Beispiel auch an den Eltern oder einem Plüschtier vorgezeigt werden.

## **Ablenkung**

Der Schmerz wird stärker empfunden, wenn wir ihm unsere volle Aufmerksamkeit schenken. So kann es zu einer verminderten Schmerzwahrnehmung führen, wenn die Aufmerksamkeit auf einen anderen

Fokus gelenkt wird. Dies kann geschehen mit Kaleidoskopen, Geschichten, 3-D-Bildern, Handpuppen, bewusstem Atmen wie Nachahmen einer Lokomotive oder anderem. Im Alltag bedeutet dies, die benötigten Utensilien zur Hand zu haben. Wie das in der Praxis und damit bei uns im Notfall aussehen wird, werde ich im Abschnitt „Umgebung“ meiner Arbeit erklären.

### **5.3. Physikalische Intervention**

Es ist wichtig, dass die Kinder Körperkontakt zu ihren Eltern haben, zum Beispiel durch Streicheln oder Handhalten. Lange Zeit wurde das Handhalten als effektive Ablenkungs- und Bewältigungsmaßnahme bei Jugendlichen nicht berücksichtigt. Man glaubte, "Händchenhalten" gelte als kindisch oder "weichlich" und würde abgelehnt. Nach jüngsten Untersuchungen allerdings ist Handhalten ein einfaches und sehr wirkungsvolles Verfahren zur Schmerzreduktion.

Für eine Wundversorgung bei Kleinkindern kann sich beispielsweise auch die Bezugsperson mit dem Kind auf die Liege legen. Das Sitzen auf dem Schoß der Bezugsperson gibt dem Kind ebenfalls Sicherheit. Darum ist es wichtig, die Sitz- Liegeposition je nach Situation individuell zu gestalten und die Bezugsperson zu instruieren, wie sie zum Beispiel durch Handhalten wichtigen Körperkontakt herstellen kann. Wärme gibt dem Kind das Gefühl der Geborgenheit. Zum Beispiel kann dem Kind eine Decke zum Zudecken gegeben werden, oder die Instrumente (zum Beispiel Stethoskop) werden vorgewärmt.

Dazu fällt mir ein Beispiel aus meiner Praxis ein. Eine Mutter kam mit ihrem 3jährigen Kind auf dem Arm in unsere Notfallstation wegen einer Kopfplatzwunde. Als ich das Kind von der Mutter entgegennahm und auf die Trage gelegt habe, wehrte es sich mit Händen und Füßen und schrie. Ich versuchte es mit der Mutter zusammen zu beruhigen und zu dem Kind Kontakt aufzunehmen und Vertrauen aufzubauen. Dabei merkte ich, dass das Kind auf mich nicht reagierte, sehr eingeschüchtert wirkte und dann nur noch starr geradeaus blickte. Diese Situation und der Gesichtsausdruck des Kindes hat sich bei mir sehr eingeprägt. Darauf reagierte ich, indem ich der Mutter sagte, sie soll ihr Kind wieder zu sich auf den Arm nehmen. In der Zeit, in der ich die Personalien des Kindes aufnahm, beruhigte sich das Kind. Ich merkte, wie sich der starre und angstvolle Blick langsam im Gesicht des Kindes löste und nach einer gewissen Zeit ein Kommunizieren und ein Aufbauen von Vertrauen möglich war und die Behandlung gemeinsam mit dem Kind und der Mutter durchgeführt werden konnte.

Aus diesem Beispiel habe ich für mich gelernt, dass jedes Kind, welches ich im Notfall übernehme, soweit es möglich ist immer bei der Mutter bzw. Bezugsperson bleibt.

#### **Umgebung**

Wünschenswert ist eine helle, ruhige und freundliche Umgebung. Ein Zimmer mit Fenster entspricht diesem Bedarf am ehesten. Zusätzlich möchte ich den Raum noch kinderfreundlicher einrichten:

- Aufhängen eines farbigen Mobiles
- Fensterbilder
- Von Kindern gemalte Bilder
- Farbige Poster.

Benötigte Utensilien (z.B. Plüschtiere, Bücher, Handpuppen) zur Ablenkung der Kinder möchte ich daher in einer kleinen mobilen Spielbox bereitstellen, die in diesem Zimmer deponiert wird, aber auch in jeden anderen Behandlungsraum mitgenommen werden kann.

Die Spielecke in unserem Wartezimmer ist für den Ansturm der kranken Kinder gut gewappnet.

Das Schliessen der Türe des Behandlungsraumes ermöglicht eine Stressminderung für das Kind. Es wird so nicht von der allgemeinen Hektik auf dem Notfall verunsichert. Es erhöht den Lärmpegel auf der Notfallstation nicht zusätzlich, wenn das Kind zum Beispiel weint. Deshalb finde ich, dass grundsätzlich alle Kinder die nicht vital gefährdet sind, in diesem Zimmer behandelt werden sollten.

## **6. Schlussfolgerungen**

Die Betreuung von Kindern mit akuten Schmerzen setzt viel Erfahrung und Einfühlungsvermögen voraus. Bei meiner Auseinandersetzung mit diesem Thema konnte ich wichtige Lernerfahrungen erzielen. Es war sehr spannend und interessant diese Thematik zu bearbeiten. Oft kamen mir beim Schreiben Beispiele von Kindern aus der Praxis in den Sinn. So konnte ich zum Beispiel Reaktionen besser verstehen oder habe mir überlegt, welche schmerzmindernden Interventionen in der jeweiligen Situation passend gewesen wären.

## **7. Überprüfen der Zielsetzung und Stellungnahme**

Meine Zielsetzungen für diese Arbeit habe ich erreicht. Ich konnte eine persönliche Vertiefung in dieser Thematik erlangen. Das Schmerzerleben der Kinder in den unterschiedlichen Altersstufen zu verstehen, fand ich nicht leicht. Dennoch konnte ich die Besonderheiten der jeweiligen Lebensabschnitte festhalten. Die Einflussfaktoren auf das kindliche Schmerzerleben oder die verschiedenen Reaktionen wie zum Beispiel Angst sind nachvollziehbar.

Ich hoffe mit meiner Arbeit und den daraus folgenden Veränderungen im Notfall, meinen Kolleginnen und Kollegen Anregungen und Tipps zu geben, die Hemmschwellen im Umgang mit Kindern zu überwinden, sich in die Psyche des Kindes hineinzusetzen und dementsprechend reagieren zu können. Vielleicht inspiriert die Arbeit die Kollegen zum nachdenken und es werden noch mehr positive Veränderungen auf dem Notfall stattfinden.

Einen kleinen Teilerfolg konnte ich mit meiner Arbeit schon verbuchen. Die von mir beschriebene Tapferkeitsurkunde wenden wir seit ca. 3 Monaten erfolgreich in unserer Notfallstation an. Sie steht beim Personal und vor allem bei den kleinen Patienten hoch im Kurs.

## **8. Zukunftsperspektiven**

Über die Problematik der Zimmergestaltung habe ich schon mit einigen Kollegen gesprochen. Die Reaktionen waren für mich ein positives Feedback mit einigen interessanten Vorschlägen.

Der Bereich der medikamentösen Schmerzbehandlung befindet sich immer wieder im Umbruch (neue Medikamente, Sparmassnahmen) und häufig sehen wir uns mit neuen Leitlinien konfrontiert. Oft wird die medikamentöse Therapie als der zentrale Bestandteil einer guten Schmerztherapie gesehen. Die Anwendung der physikalischen und psychologischen Intervention ist in der Praxis manchmal nicht ganz einfach, da das Verständnis des Pflegepersonals, der Ärzte oder auch der Eltern nicht immer vorhanden ist. Eine Schulung des Personals wäre zu diesem Punkt meines Erachtens wichtig.

## 9. Literatur- und Quellenverzeichnis

Arets, J. (1996). Professionelle Pflege. Bern: Huber.

Brandt, M. (1999). Schmerzbehandlung bei Kindern. (Nr.9) Notfallmedizin.

Doenges, M. E. u. Moorhouse M. F. (1997). Pflegediagnosen und Massnahmen. (2. ergänzte Auflage) Bern: Huber.

Kinderspital Zürich. (20.3.2002). Schmerzkonzept. Zürich.

Kuiper de, M. (1999). Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Liniger, P. (24.4.2002). Akute Schmerzen im Kindesalter: Erfassung, Therapie und Prävention. (Nr. 17) Schweiz Med Forum.

Maletzki W. u. Stegemayer-Petry A. (1995). Klinkleitfaden Pflege. Ulm: Jungjohann Verlagsgesellschaft mbH.

Piaget, J. (1996). Die Psychologie des Kindes. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Schäffer, A. (Hrsg.). (1998). Pflege heute. München: Gustav u. Fischer.

Zernikov, B. (Hrsg.). (2001). Schmerztherapie bei Kindern. Berlin: Springer.

Tabelle 1: NIPS (Neonatal Infant Pain Score nach Lawrence)

Tabelle 2: Modified CHEOPS Skala (Children's Hospital of Eastern Ontario Scale nach McGrath)

Tabelle 3: Die Fünf Gesichter-Skala (nach McGrath 1985)

Anlage 1: Tapferkeitsurkunde