

## PIJN EN ANGST BIJ KINDEREN..... HOE GAAN WE ER MEE OM ?

H. Hofland\*

Tja, daar sta je dan bij een ernstig verbrand kind, een getraumatiseerd kind en jij moet dat kind gaan verzorgen...weer traumatiseren.

Dat is niet niets. Je moet het doen, want het kind moet zo snel mogelijk weer naar huis, verder met zijn of haar leven. Maar gemakkelijk is anders. Het gaat vandaag echter helemaal niet om ons, om de verpleegkundigen, het gaat om het kind. Maar als wij weten hoe we met zo'n getraumatiseerd en pijnlijk kind om kunnen gaan dan helpen we niet alleen het kind maar ook ons zelf en ik hoop dat deze presentatie daartoe een bijdrage kan geven.

### ANGST OF PIJN

Heeft dit kind pijn.. of is het bang (foto 1). Dat is moeilijk te zeggen als je verder weinig tot geen details weet. Ik weet dat dit kind bang is, het is bang voor mij, de blanke, de *mzungu* met de camera.

Bij deze knul (foto 2) kunnen we er misschien meer van maken. Het verband is er net afgehaald, dat is pijnlijk maar nu is dat kind ook erg bang, bang voor de pijn. Want het weet dat straks de wond wordt schoongemaakt en dat dat pijnlijk is. We spreken hier van *anticipatie angst*, angst voor wat er gaat komen, angst voor de pijn.

Hoe definiëren we pijn. De definitie van verpleegkundige McCaffery (1979) is wereldwijd bekend: 'Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en

bestaat wanneer de patiënt zegt dat de pijn bestaat'.

Duidelijk, maar bij kinderen lastig toe te passen. We hebben bij kinderen te maken met diverse leeftijden, kinderen functionerend op een verschillend cognitief niveau. De meeste kinderen met brandwonden in de brandwondencentra zijn jonger dan 4 jaar en zullen meestal alleen huilen om hun pijn en angst aan te geven. Misschien is de definitie van Crul (1999) wel duidelijker:

'Pijn is au'.

Maar wat is angst? De volgende definitie van McFarland & McFarlane (1989) geeft hierin enigszins inzicht:

'Anxiety is a subjective feeling of apprehension and tension manifested by physiological arousal and varying patterns of behaviour. The

source of anxiety is non-specific or unknown to the individual'. Angst is een subjectief gevoel van vrees en spanning dat zich uit door fysieke prikkeling en een gevarieerd patroon van gedrag. De bron is niet specifiek of onbekend bij het individu.

Maar bij de kinderen met brandwonden weten we meestal wel de reden voor de angst. De kinderen hebben een enorm trauma meegeemaakt, de pijn van het hete water of de angst voor het vuur, de reactie van de volwassenen daarna, de paniek en de (te) koude douche om te koelen. Dan de opname in het ziekenhuis, al die nieuwe indrukken van zusters met kapjes voor en dan weer de pijn. Dan de dagelijks terugkerende wondverzorging. Bij deze kinderen zouden we niet van *anxiety* maar eerder *fear* uit kunnen gaan. Het is eenzelfde emotie, namelijk angst, maar men weet waarvoor men bang is of wordt: 'Fear is the feeling of dread related to an identifiable source that the person validates' (Kim et al, 1987). Angst of vrees is het gevoel gerelateerd aan een bron die bekend is bij het individu en het individu bevestigt.

Wanneer is het nu pijn en wanneer is er sprake van angst? Pijn en angst zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. We kunnen ze heel moeilijk los van elkaar zien. Een kind dat bang is verstijft, haalt oppervlakkig adem, door deze spierspanning neemt de pijn weer toe enzovoort. Kunnen we deze emoties nu niet gewoon laten voor wat ze zijn? Is het



Foto 1 Is dit kind angstig of heeft het pijn?



Foto 2 Kind met anticipatie angst

nodig om te proberen om die pijn en angst te verminderen? Het is toch logisch dat de verbandwisseling pijn doet en we hebben te maken met grote wonden!

U zult begrijpen dat ik het daar absoluut niet mee eens ben. Want pijn en angst is wel degelijk een probleem. Er komt een moment dat deze kinderen zich niet meer laten verzorgen, maar alleen nog onder anaesthesie verzorgd kunnen worden met alle gevolgen van dien. De kinderen kunnen psychisch enorm in de problemen raken tijdens het verblijf in het ziekenhuis en nadien thuis veel begeleiding en zorg nodig houden, terwijl we toch veel problemen kunnen voorkomen door begrip en een goede aanpak van het kind.

### WELKE PROBLEMEN?

Naast fysieke problemen, zoals het gespannen houden van het aangedane lichaamsdeel waardoor vorming van contracturen wordt bevorderd, het niet doorademen met kans op pneumonie, het niet bewegen met kans op decubitus, zijn de psychische problemen ook niet te onderschatten. Het kind zal met een aantal mechanismen reageren om met de vervelende situatie om te gaan. Dat is heel normaal en dat moeten we niet gaan bestraffen of anderszins. Door dit te aanvaarden en kijken of het kind deze mechanismen niet meer nodig heeft helpt men het kind

en de ouders meer. Deze mechanismen zijn: woede, regressie, apathie en depressie. Ze kunnen onderverdeeld worden in de zogenoemde 'flight or fight' reactie; vechten of vluchten voor de situatie.

Het kind kan zich uiten met woede, een vechtreactie, vaak gericht tegen degene bij wie het kind zich het meest vertrouwd voelt. Op zich is dit prima. Boos op alles en iedereen, maar het kind moet zich wel leren beheersen, want anders kunnen daar weer andere problemen van komen. Het kind kan ook apatisch worden, een vluchtreactie. Het heeft het

vechten opgegeven en laat veel over zich heen komen. Voor ons zijn dit de gemakkelijke, als ik dat zo mag zeggen, kinderen om te verzorgen, maar als ze dit gedrag vertonen dan is er al iets goed mis. Regressie is ook zo'n mechanisme van het kind om met de vervelende situatie om te gaan. Terug naar een eerder ontwikkelingsniveau: het kind gaat weer bedplassen of duimzuigen. Op dit moment heeft het kind dat nodig, maar in de loop van de opname moet toch weer de gewone situatie verkregen worden.

We kunnen te maken krijgen met anticipatie angst: het kind is bang voor wat er gaat komen. Als we op de afdeling geen veilige omgeving hebben gecreëerd verkeert het kind de gehele dag in angst, telkens als het een verpleegkundige ziet. Dit levert veel stress en angst op waardoor de wondgenezing stagneert en het kind continue in stress verkeert. Juist dan ontstaan er ook psychische problemen.

Depressie is bij kinderen moeilijk te onderkennen, wat niet wil zeggen dat het niet voorkomt. Depressie bij kinderen met brandwonden is beschreven door Kavanagh (1991) als *learned helplessness*: 'A phenomenon that resembles major depression. It is not the intensity of an aversive event that determines its stressfulness but whether or not it is



Foto 3 Voorbeeld van een kind teruggetrokken in zichzelf: 'learned helplessness'

predictable or controllable. The child is passive and responds with withdrawal (rather than fight or flight)'.<sup>1</sup>

Dit kind (foto 3) heeft geleerd hulpeloos passief en apatisch te zijn, want dan gaat de vervelende gebeurtenis, in dit geval de wondverzorging, zo snel mogelijk voorbij. Het zal niet in woede ontbranden, laat de wondverzorging toe, is wel apatisch en teruggetrokken en probeert zich af te sluiten van de omgeving. Dit fenomeen kan bij alle kinderen optreden die controle en voorspelbaarheid over hun situatie verliezen, iets wat eigenlijk bij alle brandwonden kinderen gebeurt. Het gaat niet om het percentage van het Totaal Verbrand Lichaams Oppervlakte maar juist om het verlies van controle en het feit dat de situatie niet voorspelbaar is.

### WAT KUNNEN WE DOEN, WAT ZIJN DE VERPLEEGKUNDIGE ACTIES OM MET ANGST EN PIJN OM TE GAAN.

1. *We kunnen pijn en angst observeren en meten.* Bij kinderen is dit lastig, maar we hebben een aantal meetinstrumenten tot onze beschikking. De gezichtjesschaal of de Smiley Analogue Scale, een schaal met vijf gezichtjes is een zelfrapportage schaal waarbij kinderen zelf een gezichtje kiezen dat bij hun pijn of angst past. Kinderen van 3 jaar of ouder kunnen deze schaal gebruiken. De Visual Analogue Scale is ook een zelfrapportage schaal met een lijn van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn weergeeft. Bij kinderen vanaf 7 jaar kan deze schaal gebruikt worden. Bij beide instrumenten wordt slechts één aspect, namelijk pijnintensiteit, gemeten. Bij kinderen jonger dan 3 jaar zijn we aangewezen op observatie. Bekende observatie instrumenten zijn de Comfort Scale en de POKIS. Het zijn schalen waarbij een aantal aspecten worden geobserveerd zoals gelaatsuitdrukking, huilen, agitatie etc. Nadeel is dat verpleegkundigen een training moeten doorlopen om deze instrumenten te gebruiken, want wat voor de één angst is kan door de andere ver-

pleegkundige als pijn geïnterpreteerd worden.

2. *Agressief pijnbeleid en wel zo snel mogelijk.* Onderzoek heeft aangetoond dat een snelle goede pijnbestrijding de eerste dagen van opname van wezenlijk belang is voor de rest van de opname. De combinatie met anxiolytica wordt in steeds meer centra over de wereld gebruikt. Juist omdat angst en pijn zo dicht bij elkaar liggen is het zo belangrijk deze middelen samen te gebruiken. Ik ga niet in op welke medicijnen, want elk ziekenhuis heeft daarin eigen protocollen. Helaas wordt in de praktijk wel eens vergeten dat bij het gebruik van morfine, ketamine en midazolam gewenning kan optreden. Je zult op den duur meer medicatie moeten geven om het zelfde effect te krijgen.

3. *Ouderbegeleiding en ouderparticipatie.* Vergeet niet de ouders te begeleiden. Vertel over de reacties van het kind, zoals de woede, regressie. De ouders voelen zich vaak schuldig, ook al is het niet hun fout. Ze willen dan vaak toegeeflijk worden naar hun kind. Het kind heeft ook in het ziekenhuis nog steeds grenzen nodig en het is heel normaal dat daar tegenaan gebokst wordt. Ouders bij de wondverzorging kan het kind heel goed helpen, maar soms is het ook niet wenselijk omdat een kind boos wordt op de ouder die niets kan doen om de wondverzorging te laten stoppen. Sommige ouders vinden dit heel vervelend en kiezen ervoor om na de wondverzorging de troost te geven en de wondverzorging uit handen te geven. Ook dit moet met ouders besproken worden. Gaan ze wel mee met de verzorging, dan moet vooraf duidelijk zijn wat hun taak is, omdat het kind vaak heel andere verwachtingen heeft. Leg ook de werking van de medicijnen uit. Leg uit waarom ze zo gegeven worden. Als de behandeling voor de ouders inzichtelijk is kunnen deze dat ook overbrengen op hun kinderen. Verder voelen ze zich betrokken bij de behandeling waardoor ze in zekere mate ook controle en voorspelbaarheid over de situatie verkrijgen.

### HOE EEN KIND TE BENADEREN:

- WEES EERLIJK
- DOE WAT JE ZEGT
- WIN VERTROUWEN
- ZOVEEL MOGELIJK DEZELFDE VERPLEEGKUNDIGEN BIJ DE VERZORGING
- MAAK EEN VEILIGE ZÔNE.
- GEBRUIK POSITIEVE BEKRACHTIGING

4. *Samenwerking met andere disciplines,* met name de pedagogisch medewerker en de gezondheidspsycholoog is van groot belang. Er kan dan snel gestart worden met begeleiding voor het kind en de ouder. Uiteraard valt hier ook de psycho-sociale nazorg onder.

5. *Waar moeten we op letten, hoe moeten we het kind benaderen* Wees eerlijk, doe wat je zegt. Als je klaar zegt, dan is het ook klaar en trek dan niet nog een keer aan het verband of maak nog niet 'even' de wond wat verder schoon. Als je duidelijk bent weet het kind wat het kan verwachten. Op deze manier win je het vertrouwen van het kind. Draag zorg voor zoveel mogelijk dezelfde verpleegkundigen bij de verzorging, het kind kent ze en weet of ze te vertrouwen zijn. Of ze doen wat ze zeggen. Maak die veilige zône op de afdeling. Geef geen medicijnen, doe geen verpleegkundige handelingen in de speelkamer. Zorg ervoor dat ook in het bed geen wondverzorgingen worden gedaan en dat er geen medicijnen worden toegediend zodat ook het bed en zelfs de kamer een veilige zône wordt. Het kind moet zich ergens veilig voelen om het fenomeen 'learned helplessness' te voorkomen. Gebruik positieve bekrachtiging. Complimenteer het kind, bij alles,

met eten, met drinken, met flink zijn bij het verwijderen van verbanden, bij de fysiotherapie en ja... een kind mag huilen.

#### 6. Maak gebruik van niet-farmacologische interventies bij de wondverzorging

De niet farmacologische interventies zijn gebaseerd op controle, voorspelbaarheid, juist om de 'learned helplessness' te voorkomen en als dat niet lukt kan er gebruik gemaakt worden van afleiding, ademhalings-technieken en relaxatie. Gebruik autonomie. Laat het kind zoveel mogelijk meewerken, maar maak wel duidelijke tijdafspraken, anders ben je misschien wel 3 uur bezig in plaats van 1 uur. Bij kleinere kinderen is het soms lastig deze te laten participeren tijdens de verzorging, maar het kan wel.

### CONTROLE

Dit is gebaseerd op participatie en autonomie. Dit is Daan die heel geconcentreerd het verband aan het verwijderen is (foto 4). Hij is in controle. Hij is de baas, maar er zijn wel afspraken gemaakt. Er is een tijdslijm afgesproken. Redt hij het niet in deze tijd, dan neem ik de verzorging over. Dat weet hij en dat wordt ook geaccepteerd. Voor de wondbehandeling zijn deze afspraken gemaakt. Er kan ook gebruik gemaakt worden van de 'ballonnen, rood, oranje en groen'. Het kind kan de kleur oranje roepen zodat er een moment gewacht wordt met de verzorging. Bij groen gaat men weer verder. Bij rood wordt er een minuut gewacht. Ook hier geldt weer de afspraak maken, want je loopt het risico dat het kind continue oranje of rood roept. Bijvoorbeeld kan je afspreken dat het kind 4 x oranje mag roepen en 2 x rood. Dan zal hij heel zuinig met die momenten omgaan. Zorg dat de aandacht blijft bij de wondbehandeling. Gebruik positieve bekrachtiging, complimenteer het kind.

### VOORSPELBAARHEID

Maak de behandeling voorspelbaar: vertel wat je gaat doen, ook aan de kleine kinderen, begin niet zomaar aan een verband te rukken. Spreek



Foto 4 Voorbeeld van autonomie, een kind dat zelf verband verwijdert

de wondbehandeling door voordat je begint. Niet alleen technische informatie, maar ook sensorische, vertel het kind wat het kan zien, voelen, horen, ruiken en zelfs proeven. Juist de combinatie van deze informatie is erg belangrijk om de behandeling voorspelbaar te maken. Vermijd zoveel mogelijk het gebruik van 'beladen' woorden zoals pijn. Vertel dat iets kan kriebelen, drukken of trekken.

### ANDERE INTERVENTIES

Als het kind niets met de controle en de voorspelbaarheid als interventies aan kan, zijn er andere technieken die je kan gebruiken. Houd altijd voor ogen dat dit aanvullende interventies zijn en naast de pijn- en angstmedicatie gebruikt kan worden, maar de interventies nemen niet de plaats in van de medicatie. Wat bij het ene kind helpt helpt misschien niet bij het andere kind. Meestal worden er verschillende interventies tegelijk gebruikt. Verder is het echt uitproberen wat bij het kind aanslaat en waarmee je verder kan.

Bij ademhalings technieken moet dit als een spel worden aangeboden. Het kind snapt niets van de uitleg 'adem in door de neus en uit door de

mond'. Leg je hand op de buik van het kind en vraag het kind die hand omhoog te ademen. Dit is meteen ademhalings techniek, afleiding en relaxatie. Hetzelfde geldt voor zelf bellen blazen. Je moet goed inademen om de bellen te krijgen, dus weer ademhalings techniek, afleiding en relaxatie. Ook is het vaak een spelletje om zo hard mogelijk hoorbaar uit te ademen. Relaxatie is soms lastig om te bewerkstelligen. Als het kind angstig wordt zal het vaak meteen verstijven, probeer dat dan maar eens te corrigeren. Soms kan voordoen helpen, of het gebruik van 'Floppy Annet' een paperclip poppetje wat het kind na kan doen of het nadoen van een jelly pudding. Afleiding is er op allerlei manieren, zoals zingen, muziek luisteren die het kind leuk vindt, video kijken, verhalen vertellen of raadspelletjes doen. Soms is het voor het kind te bedreigend als het rechtsstreeks benaderd wordt. Je kan dan proberen informatie door te geven via de knuffel of de pop. Het kind wordt dan de derde persoon en zal ook zijn informatie via de pop doorgeven. Geleide fantasie is een interventie die bij sommige kinderen erg goed werkt. Vraag het kind naar een plaats te gaan waar het zich prettig of fijn

voelt. En dan zal het kind zelf vertellen wat er gebeurt, of moet je open vragen stellen die het kind dan beantwoordt.

Uiteraard kan ook massage, eigenlijk gewoon strelen door continue druk uit te oefenen op een plaats die niet als pijnlijk wordt ervaren, een goede interventie zijn. Het gebruik van Therapeutic Touch bij kinderen geeft goede resultaten. Therapeutic Touch is een interventie die werkt door met de handen de energie van het kind probeert te harmoniseren waarbij het kind niet aangeraakt hoeft te worden. Het kind kan hier ontspannen van worden en soms zelfs tijdens de verzorging in slaap vallen.

### CONCLUDEREND

Wat je ook doet bij het kind, wat je ook zegt, het meest belangrijk is dat je eerlijk bent en dat je doet wat je

zegt. Dit is de enige manier om vertrouwen te winnen. En als het kind je vertrouwt valt er al veel angst en daardoor pijn weg. Dit geldt niet alleen bij de wondverzorging, maar ook bij alle dagelijkse dingen zoals eten, school, spelen, lopen etc. We zeggen het zo gemakkelijk: klaar is klaar, maar zorg ervoor dat klaar ook echt..... klaar is. En dat ben ik nu ook.

Presentatie gehouden tijdens het WCS congres op de parallelsessie brandwonden 4 november 2003

**\* Helma Hofland is kinder-, IC- en brandwondverpleegkundige. Zij is sinds 1999 werkzaam in het Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi. Tevens is zij cursusleidster van de WCS - cursus 'Pijnbestrijding bij wondbehandeling'.**

### LITERATUUR:

1. Hofland H.W.C. Psychosociale aspecten bij de verzorging van kinderen in Brandwondenzorg, een multidisciplinaire benadering, 2000, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
2. Crul, B.J.P. Achtergronden en mogelijkheden van pijnbestrijding, 1999, Valkhof Pers, Nijmegen
3. McFarland G.K. & McFarlane E.A., Nursing Diagnosis & interventions, 1989, The CV Mosby Company.
4. Kim M.J., McFarland G.K. en McLane A.M.: Pocket guide to nursing diagnoses, ed 2, St Louis 1987, The CV Mosby Co.
5. McCaffery M. Nursing Management of the patient with pain, ed 2 Philadelphia 1979, JB Lippincott Co.

## RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEUR

### ALLE ARTIKELN WORDEN VERSTUURD NAAR:

Redactie WCS Nieuws  
Hoofdlaan 15  
3051 XD Rotterdam

### VERZENDING VAN KOPIJ:

Kopij en illustraties (behalve foto/dia materiaal) moeten in drievoud worden ingezonden. Daarnaast dient het artikel aangeleverd te worden op een floppy diskette (bij voorkeur WP of MS Word). Digitaal opgeslagen illustraties dienen 1 maal uitgeprint aangeleverd te worden. Het digitale bestand dient duidelijk vermeld te worden, wat betreft gebruikte programmatuur.

Ieder artikel dient vergezeld te zijn van een brief met de naam, adres en telefoonnummer van de voornaamste (eerste) auteur. De titel, functie en instelling en eventuele vermelding van betrokkenheid tot het onderwerp wordt vermeld onder het artikel.

### SAMENSTELLING ARTIKEL:

Samenvatting met maximaal 200 woorden, indien mogelijk ook in het engels. Inleiding

Patiënten, materiaal, methode, of eventuele casuïstiek  
Resultaten  
Discussie en conclusie  
Literatuurvermelding

Omvang van het artikel kan in overleg met de redactie van de Nieuwsbrief. Bij zeer grote artikelen kan een opsplitsing plaatsvinden en wordt het artikel in twee of meerdere delen gepubliceerd.

### LAY-OUT VAN HET ARTIKEL:

In de tekst kan naar de literatuurlijst verwezen worden door het nummer van de betreffende referentie tussen haakjes te plaatsen. De nummering van de referentie verloopt dan ook in de volgorde van de verwijzing in de tekst. Figuren, tabellen en foto's zijn genummerd en moeten aan de achterzijde voorzien zijn van de naam van de auteur. Elke figuur of tabel heeft een eigen onderschrift.

*Voorbeeld literatuurverwijzing van tijdschriften:*

Rasch LJP, van Putten M. De charcotvoet: wat is dit en hoe te behandelen: WCS Nieuwsbrief 1998; 4: 19-21.

*Voorbeeld literatuurverwijzing van boeken:*  
Auteur EEN. (jaartal) Titel boek.  
Uitgever; Plaats.

### INHOUD ARTIKEL

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel. Elk artikel wordt beoordeeld op relevantie voor de doelgroep van de WCS, door de WCS commissie die een relatie heeft met het onderwerp. Indien het artikel relevant is wordt het, indien het een wetenschappelijk onderzoek betreft, voorgelegd aan enkele reviewers ter beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit. Na accoording zal het artikel binnen een jaar geplaatst worden. Reproductie is toegestaan, mits de auteur en de uitgever schriftelijke toestemming hebben gegeven en naam van auteur en tijdschrift duidelijk worden vermeld.

Bij het benoemen van producten wordt uitgegaan van de neutrale positie van de WCS. Producten derhalve dan ook bij voorkeur benoemen als stofnaam, of als productgroep.