

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jaroslava KRÁSNÁ  
Osobní číslo: Z09B0030K  
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Název tématu: Kvalita života dětí s bolestmi hlavy  
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

\* Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma \* Stanovit cíl kvalifikační práce \*  
Zpracovat teoretickou a praktickou část práce požadavků FZS \* Popsat metodiku praktické  
části \* Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce \* Dodržet formální úpravu kvalifikační  
práce dle požadavků FZS \* Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KOMÁREK, Vladimír, et al. Dětská neurologie. Praha : Galén, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8. ROKYTA, Richard, et al. Bolest a jak s ní zacházet. Praha : Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7. BEDNAŘÍK, Josef, et al. Klinická neurologie - speciální část I.+II.. Košice : Triton, 2010. 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9. AMBLER, Zdeněk. Klinická neurologie - obecná část 2. Košice : Triton, 2008. 980 s. ISBN 978-80-7387-157-4. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. Ošetřovatelství v pediatrii. Praha : Grada Publishing, 2010. 292 s. ISBN 978-80-247-3286-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Martina Šellingová**

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2012**



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan

L.S.



Mgr. Lucie Kašová

vedoucí katedry

dne

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jaroslava Krásná**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Jaroslava Krásná**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S BOLESTMI HLAVY**  
**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 18.3. 2012

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji Ing. Tomáši Krásnému za překlad anglicky psaných zdrojů.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	12
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	13
<b>1 BOLEST</b> .....	13
1.1 Definice a charakteristika bolesti.....	13
1.1.1 Fyziologie bolesti .....	13
1.1.2 Historie bolesti.....	14
1.1.3 Diferenciace a typy bolesti .....	16
1.1.4 Hodnocení bolesti .....	16
1.2 Klasifikace bolesti hlavy .....	17
1.2.1 Primární bolesti hlavy.....	17
1.2.2 Sekundární bolesti hlavy .....	18
<b>2 DĚTSKÁ BOLEST A JEJÍ SPECIFIKA</b> .....	19
2.1 Bolesti hlavy v dětském věku .....	20
2.2 Primární bolesti hlavy v dětském věku.....	21
2.2.1 Migréna.....	21
2.2.2 Tenzní bolesti hlavy.....	23
2.3 Sekundární bolesti hlavy v dětském věku .....	23
2.4 Diferenciální diagnostika bolestí hlavy u dětí .....	24
2.5 Možnosti léčby bolestí hlavy u dětí .....	25
2.6 Psychoterapeutické přístupy .....	26
2.7 Ošetrovatelská péče u dětí s bolestmi hlavy .....	26
<b>3 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	30
3.1 Metody sběru dat .....	30
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	32
<b>4 VÝZKUM</b> .....	32
4.1 Formulace problému .....	32
4.2 Cíl a úkol průzkumu .....	32
4.3 Metodika.....	32
4.4 Metody výzkumu .....	33
4.5 Vzorek respondentů.....	34
4.6 Zpracování údajů .....	34
4.7 Prezentace a interpretace získaných údajů .....	34

<b>5 DISKUSE</b> .....	53
<b>ZÁVĚR</b> .....	56
<b>SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>	
<b>PŘÍLOHY</b>	



## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Jaroslava Krásná

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života dětí s bolestmi hlavy

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

Počet stran: číslované 44, nečíslované 25

Počet příloh: 13

Počet použitých titulů: 25

Klíčová slova: bolest – bolesti hlavy – tenzní bolest hlavy – migréna - kvalita života – děti – dětská bolest - výzkum

## **SOUHRN**

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života dětí s bolestmi hlavy, které jsou nejčastější bolestí vyskytující se v dětském věku a přecházející až do dospělosti. Teoretická část je zaměřena na definici bolesti, její charakteristiku, klasifikaci, historii. Dále se zabývá specifickou dětskou bolestí jako onemocněním, diferenciální diagnostikou, ošetrovatelskou péčí a možnostmi léčby. Nejsou opomíjeny ani psychoterapeutické přístupy.

Praktická část popisuje jak dětské respondenty a jejich rodiče hodnotí kvalitu života v různých oblastech a jak se jejich hodnocení mohou i lišit. K tomuto účelu byl proveden výzkum pomocí dotazníků zaměřený na bolest hlavy u dětí.

## **ANNOTATION**

Name and surname: Jaroslava Krásná

Department: Nursing Care and Birth Assistance

Title of thesis: The Quality of Life of Children with Headaches

Consultant: Bc. Martina Šelingová

Number of pages: 44, unnumbered pages 25

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 25

Key words: pain – headaches – tension headache – migraine – quality of life – children  
– children's headache - research

## **SUMMARY**

Bachelor paper deals with the quality of life of children having headaches, which are the most frequent pains that appear in the childhood and that turn up to adulthood. Theoretical part of the thesis is focused on definition of the pain, its characteristics, classification and history. Further, this part of the thesis is engaged with the specific child's pain, such as illness, differential diagnostics, nursing care and possibilities of the headache treatment. Neither the psychotherapeutic approaches are neglected.

Practical part of the thesis describes how child respondents and their parents evaluate the quality of life in different areas and how their evaluations can differ. For this purpose, the research using questionnaires concentrating on the children headache was carried out.

## ÚVOD

Při výběru tématu mé bakalářské práce jsem vycházela z praktických zkušeností práce dětské sestry na dětské neurologické ambulanci. Bolesti hlavy jsou jednou z nejčastějších obtíží, které přivádějí dětské a dospívající pacienty k lékaři. Během studia vysoké školy jsem se seznámila s pojmem kvalita života, jež mapuje vnímání vlastní životní situace, definuje nemoc tak, jak ji sám vidí pacient, jak ovlivňuje jeho denní činnost, čím ho nemoc omezuje a dokáže toto vnímání i popsat. Kvalita života bývá často podmíněna ekonomickými okolnostmi, zdravím, psychickým stavem, sociálními vztahy, stupněm nezávislosti i celkovým životním stylem. Převážná většina bolestí hlavy neohrožuje život dětského pacienta, naštěstí není způsobena závažnou příčinou, ale obvykle omezuje či snižuje jeho kvalitu. U dětí a dospívajících je bolest hlavy nejčastější důvod školních absencí, horších školních výsledků i méně častých mimoškolních aktivit. Incidenci bolesti hlavy u dětí a dospívajících lze těžko odhadnout, protože zdaleka ne každé dítě s bolestí hlavy se dostane k lékaři, dítě dokáže odolávat bolesti a zvládat většinu úkonů jako jeho vrstevníci. Přesto vlastní zkušenost práce dětské sestry mě přesvědčuje o tom, že se zvyšuje procento výskytu bolestí hlavy v dětské populaci a snižuje se věk dítěte s prvními zážitky bolesti hlavy. Publikace neuvádějí informace o tom, co nemocné dítě cítí v době bolesti hlavy, v době záchvatu migrény, co se odehrává v jeho nitru, jak ho bolest omezuje v jeho každodenní činnosti, jak ovlivňuje kvalitu spánku, co předchází vzniku této bolesti. I to, že nemůže provozovat normální aktivitu společně s ostatními dětmi, ho vede k určité sociální izolaci, jež navozuje u některých dětí negativní emoce až pocity deprese. A to je to, co mně zaujalo k výběru tématu mé bakalářské práce: zjistit problémy, důvody, potíže a chování dítěte, empaticky z těchto poznatků v ucelené formě utvořit mozaiku, pochopit nejen nemoc jako takovou, ale pochopit i dětského pacienta, neboť zdraví jedince s kvalitou života velmi jistě souvisí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 BOLEST

### 1.1 Definice a charakteristika bolesti

Bolest je nejčastějším a nejdéle známým příznakem mnoha onemocnění. Bolest je známá každému člověku, je to subjektivní prožitek, který nás upozorňuje na nemoc, poranění, či psychické vypětí a funguje jako ochranný mechanismus. Chování a emoce jsou ovlivněny pacientovou interpretací. To částečně vysvětluje, proč se pacienti ve svých názorech na bolest zásadně odlišují (Kolektiv autorů, 2006). Trachtová (2008, s. 125) poukázala na definici bolesti, kterou publikoval Merskey v roce 1967: „Bolest je signálem skutečného, nebo potencionálního poškození tkáně“. V nepříliš pozměněné formě akceptovala tuto definici v roce 1979 Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IACP): „Bolest je nepříjemný nebo sensorický a emocionální zážitek, spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo který je v termínech takového poškození popisován“ (Rokyta, 2009, s. 21). Definice obsahuje velmi důležitý dodatek, že bolest je vždy subjektivní, a to přesto, že vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika. Definice se vztahuje i na stavy, kdy bolest trvá, přestože vyvolávající příčina již nepůsobí, nebo není objasněná, či dokonce není a ani nebyla přítomna. Analogicky vyznívá i definice bolesti Světové zdravotnické organizace (WHO). Dále se ve své knize Rokyta (2006) zmiňuje o bolesti jako o nepříjemném smyslovém a emočním prožitku, jehož původ je organický či funkční, současně také psychologický a emocionální. Bolest u lidí vyvolává únikové reakce, instinktivně se jí brání, je to účelný varovný signál, upozorňující na situaci ohrožení, většinou vždy spojený se stresem, tím vzniká *circulus vitiosus*, který vyvolává zejména chronickou bolest (obr. 1).

#### 1.1.1 Fyziologie bolesti

Při posuzování fyziologie bolesti se vychází z nocicepce, vjemu bolesti, která znamená neurologickou reakci a reflexní odpověď způsobenou poškozením nebo možným poškozením tkáně. Nocicepce je výsledkem stimulace receptorů bolesti: nociceptory nebo nocisenzory – volná nervová zakončení, uložená na periférii (kůže, svaly, klouby), ve stěnách vnitřních orgánů, vyskytující se také i v centrálním nervovém systému v oblasti míchy, mozkového kmene, thalamu a mozkové kůry (Kolektiv autorů,

2006). Ve své publikaci Rokyta (2009, s. 21-24 ) popisuje rozdělení receptorů do tří skupin:

1. Vysokoprahové mechanoreceptory – receptory pro vnímání tahu, tlaku a vibrací (např. rozdíl mezi říznutím či silným stlačením – mechanické podněty).

2. Polymodální nocisenzory – receptory pro vnímání především tepelné, chladové, chemické stimulace (popáleniny, opařeniny, omrzliny).

3. Vlastní nocisenzory – receptory sloužící pouze pro vnímání bolesti, která vedou informace z kůže a ze sliznic do míchy a začínají fungovat, až když bolest zesílí nad určitou míru, např. při zánětu (mlčící neboli spící receptory)

Zvláštním druhem bolesti je psychogenní bolest, jež nevzniká na periferních nociceptorech, ale v limbickém centrálním nervovém systému a v mozkové kůře. Je spojená s psychickými faktory, chronicky nemocnými pacienty a vyskytuje se nejčastěji u psychiatricky nemocných lidí, je velmi silná a nepříjemná. Je to však bolest reálná a neznámá, že pacient simuluje.

Trachtová (2008) poukázala na to, že z nociceptorů je bolestivý impuls veden dvěma způsoby:

1. pomalými nemyelinizovanými vlákny C – bolest pomalá

2. slabě myelinizovanými vlákny A – delta – bolest rychlá, dále silnými myelinizovanými a rychlými vlákny typu A – alfa, A – beta – bolest ostrá. Vlákna C a vlákna A – delta přicházejí do míchy zadními kořeny do zadních rohů, kde se nachází první neuron bolesti. Zadní rohy jsou rozděleny na několik vrstev (I-X) dle Rexedovy zóny. Druhý neuron bolesti se nachází v thalamu, do kterého jsou bolestivé podněty vedeny přímo z míchy. Thalamus dává impulz do mozkové kůry, kde se nachází třetí neuron bolesti a vzniká dráha bolesti (obr. 2).

### **1.1.2 Historie bolesti**

Historie bolesti je stejně stará jako lidstvo samo. Nejstarší dochované písemné zprávy o historii léčení jsou ze starého Egypta ze čtvrtého tisíciletí př. n. l. Tlumení bolesti je vyobrazeno v babylonských hlíněných destičkách, egyptských papyrech i nálezích ze starověké Persie a Troje. Z období 3000 až 7000 let př. n. l. jsou dochovány lebky s trepanačními otvory, patrně jako výsledek léčebných zákroků dávných šamanů (Mastík, 2007).

Rokyta (2006) se zmiňuje, že k tišení bolesti se používaly rostlinné a živočišné produkty, lektvary, které se skládaly z různých přírodních zdrojů. V roce 1550 př. Kr. se objevují první zmínky o používání opia z máku polního u národa egyptského. Číňané ve starověku používali k léčení bolesti diety, masáže, akupunkturu, střídání tepla a chladu. Je zřejmé, že lidé v průběhu času zkoušeli ledacos, aby dosáhli úlevy od bolesti: od působení démonů, čarodějů, kouzel, zaříkávání, pouštění žilou, přikládání pijavic až po používání elektrického proudu, či vyvolávání bezvědomí hypoxií po stlačení krčních tepen. V 19. století se vyrobené opium hojně užívalo pod názvem Laudanum – opiová tinktura, kombinace opia s alkoholem. V roce 1803 německý lékárník Friedrich Wilhelm Sertürner (1783 - 1841) izoloval krystaly ze surového opia a nazval tuto látku morfinem. Nejdříve se podával na špičce nože nebo jako roztok do ran. Po vynalezení injekční stříkačky v roce 1950 Charlesem Gabrielem Pravazem a Alexandrem Woodem se morfin začal aplikovat i místně.

Skutečným zázrakem se stala kyselina acetylsalicylová, kterou vynalezl v roce 1897 Felix Hofmann pod obchodním názvem Aspirin – první účinné analgetikum neopioidního typu. Přelom mezi 18. a 19. stoletím přineslo bezbolestné provádění chirurgických operací působením anestezie nejprve pomocí inhalací kysličníku dusného, později éterem. Endogenní opioidy objevil v roce 1975 Hansen Kosterlitz ve Skotsku. Ty se uvolňují v mozku v oblasti jader, umístěných v prodloužené míše a dále v oblasti šedé kůry mozkové, thalamu a jsou zdrojem různých typů endorfinů, jež zmírňují bolest. (Rokyta, 2006; Rokyta, 2009)

Založení IHS (International Headache Society) v roce 1982 se stalo mezníkem snahy řady odborníků v léčbě primárních bolestí hlavy a migrény, vydávající vlastní časopis Cephalalgia. V roce 1991 byla založena EHF (European Headache Federation). V České republice byla v roce 1994 založena Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy (Czech Headache Society) při České neurologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně (JEP) a zakládaly se první české poradny pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy. Vznik časopisu Bolest v Čechách přispěl k zlepšení a rozšíření znalostí o cefalgiích. Teprve věda 20. století objasnila typy a modely bolesti a odhalila rozdíl mezi bolestí jako symptomem a bolestí jako syndromem. Léčba bolesti se neobejde bez aktivní spolupráce nemocného a potřeby specializované péče odborníků. 11. říjen byl vyhlášen jako světový den proti bolesti (Mastík, 2007).

### **1.1.3 Diferenciace a typy bolesti**

Bolest rozdělujeme dle délky jejího trvání do dvou odlišných klinických forem na akutní a chronickou, s odlišnými patofyziologickými mechanismy. Každá má svoje specifika a doprovodné příznaky (Rokyta, 2006; tab. 2,3).

Akutní bolest přichází náhle, trvá několik hodin, dnů až několik týdnů, většinou je to intenzivní bolest lokalizovaná na určitou oblast těla. Je varovným signálem před hrozícím poškozením organismu, informuje o charakteru onemocnění. Projevuje se nejčastěji pícháním, pálením, bodáním, ostrostí, kolikovými stavy. Akutní bolest může být stálá, nebo intermitentní, či kombinací obojího, může být prolongovaná nebo rekurentní. Působením sympatiku se spustí obranný reflex těla, aktivita, brání dalšímu poškození a napomáhání hojení. Většinou se akutní bolest neopakuje. Akutní bolest dobře reaguje na léčbu, dochází často k úplnému uzdravení. Pokud se dostatečně neléčí, vznikne chronická - perzistentní bolest, která se rozvíjí pomaleji, trvá déle než 3 - 6 měsíců, je považována za nemoc, nevyvolává žádné obranné a signalizační reakce, příčina je spíše centrální. Pacient má typické doprovodné chování - je depresivní, unavený, zesláblý, podrážděný (Rokyta, 2006).

Chronická rekurentní bolest trvá déle, je hůře lokalizovatelná, je tupá, hluboká a trvalá, nemá signální význam. Vyžaduje trvalé lékařské zákroky a konzultace. Cílem léčby chronické bolesti je snížení její intenzity a zlepšení kvality života postiženého člověka (Ambler, 2004). Bylo zjištěno, že model prožívání bolesti vytvořil americký neurochirurg Loeser v r. 1982 na základě 4 komponentů bolestivého zážitku, které je nutné komplexně zhodnotit: nocicepci, bolest jako senzorický vjem, psychickou reakci na bolest (utrpení) a bolestivé chování. Rozdíly změn mezi akutní a chronickou bolestí byly použity jako vzorce změn bolesti (Rokyta, 2006; tab. 4).

### **1.1.4 Hodnocení bolesti**

Hodnocení bolesti je důležité pro správnou léčbu bolesti, je nutné získat podrobnou rodinnou, osobní i sociální anamnézu od pacienta, provést fyzikální vyšetření, zaměřené na fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Ptáme se na nástup a trvání bolesti, intenzitu, lokalizaci, typ a kvalitu, dále na charakter bolesti typu tupé, ostré, vystřelující, svíravé, bodavé, bušivé. Významná je také informace na faktory a doprovodné symptomy, které bolest vyvolávají, co bolest zmírní nebo naopak zhoršuje. Využívá se i

hodnocení intenzity bolesti používáním jednotlivých škál, nejčastěji používaná je vizuální analogová škála – VAS (Trachtová, 2008; obr. 3)

Intenzitu své bolesti může pacient i podhodnotit, je to vždy hodnocení subjektivní, protože každý člověk snáší bolest jinak, každý má jiný práh bolesti. U pacientů dlouhodobě trpících bolestí je typické bolestivé chování: grimasy, pláč, kulhání, vzdychání, zaujímání různých úlevových poloh. Je to chování neměnné, které lze považovat za objektivní a pozorovatelný projev bolesti. Problematikou hodnocení bolesti jsou malé děti, které se neumějí cíleně vyjádřit, a proto se používají speciální neverbální vizuální analogové škály, např. teploměr, řada obličejů s mimikou. (Trachtová, 2008; obr. 4, 5).

## **1.2 Klasifikace bolesti hlavy**

V roce 2003 na XI. Kongresu IHS v Římě vznikla nová mezinárodní klasifikace bolesti hlavy, jejíž názvosloví je nyní závazné. Český překlad této klasifikace uveřejnila v roce 2005 Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy v České a slovenské neurologii a neurochirurgii (Mastík, 2007). Základní rozdělení bolesti hlavy dle IHS je na primární a sekundární. (Šmídová, Komárek, Bolest 2/2008; tab. 1).

### **1.2.1 Primární bolesti hlavy**

Primární bolesti jsou funkční bolesti hlavy nemající projev žádného dalšího onemocnění, nenacházíme organické postižení intrakraniálně ani jinde na hlavě, charakteristické příznaky jsou: opakující se epizodické bolesti hlavy, stereotypní klinický obraz, často stejné provokační příznaky (Seidl, Obenberger, 2004).

Mezi nejběžnější primární bolesti hlavy dle Bednaříka (2010) patří:

1. Migréna, migréna bez aury, migréna s aurou zrakovou, senzitivní, motorickou, řečovou, bazilární migréna, hemiplegická, retinální, pouze aura bez bolesti hlavy, komplikace migrény (migrenozní infarkt, status migrenosus)

2. Tenzní bolesti hlavy – epizodická tenzní cefalgie a chronická tenzní cefalgie

3. Cluster headache - ataky kruté bolesti většinou jednostranné ve dne i v noci lokalizované kolem oka, vícekrát se opakující, trvající 15 – 180 min., doprovázející zarudnutí a slzení oka, typické je nahromadění v určitém ročním období, onemocnění postihuje převážně muže



4. Chronická paroxysmální hemikranie – charakter a příznaky podobné jako u cluster headache, ataky jsou však kratší a častější, postihují více ženy

5. Různé cefalgie bez strukturální léze – primární bodavá bolest, bolest hlavy při kýchání a kašli, při fyzické zátěži, hypnická benigní - noční bolest u starších osob, benigní ponámahové bolesti hlavy, nové denní trvalé bolesti hlavy - bez anamnézy migrény a epizodické tenzní cefalee.

### **1.2.2 Sekundární bolesti hlavy**

Sekundární bolesti hlavy jsou organické symptomatické bolesti hlavy, způsobené jiným onemocněním, jsou příznakem určité strukturální léze nebo organického onemocnění, je známa jasná příčina, např.: nádor, krvácení, vysoký krevní tlak, po úraze, při zánětu mozku, od krční páteře (Marková, 2004). Závažné sekundární bolesti hlavy můžeme dle Kotase (Bolest, 2/2009) rozdělit na:

1. bolesti hlavy v souvislosti s vaskulárními onemocněními: subarachnoidální krvácení (SAK), intracerebrální krvácení, ischemický iktus, cévní malformace nebo aneurysma, intrakraniální venózní trombóza, arteriální hypertenze

2. bolesti hlavy související s nevaskulárními onemocněními: benigní intrakraniální hypertenze, nitrolební infekce, cefalea při likvorové hypotenzi

3. posttraumatické bolesti hlavy: akutní, či chronické – komoce, postkomoční syndrom, kontuze, subdurální nebo epidurální hematom

4. bolesti hlavy u expanzivních nitrolebních procesů – nádory, metastázy

5. cefalgie spojená s poruchou metabolismu

6. bolest hlavy související s infekcí: virové nebo bakteriální infekce (meningitis, encefalitis, HIV)

7. bolest hlavy a obličeje spojená s onemocněním lebky, krku, šíje, očí, uší, nosu, zubů, čelistí, vedlejších dutin a okolních struktur, při onemocnění čelistního kloubu

8. neuralgie v oblasti hlavy (např. neuralgie trojklanného nervu)

9. neklasifikovatelné bolesti hlavy

## 2 DĚTSKÁ BOLEST A JEJÍ SPECIFIKA

Bolest dokáže dítě prožívat již od narození, kvalita vnímání bolesti a práh citlivosti k bolesti se od novorozeneckého věku do dospělosti zvyšuje. Zvládání bolesti se liší v různých fázích dětského věku, od 18. měsíců věku mají děti výraz pro bolest, ve 3 letech již dokáží popsat intenzitu bolesti – moc, trochu, málo, školní děti umějí bolest oznámkovat nebo očíslovat (Sedlářová, 2008). Trachtová (2008) poukázala ve své knize na specifika prožívání bolesti u dětí, o verbálních i neverbálních projevech dětské bolesti (tab. 5). Vznik bolesti u dítěte je spojena s nepříjemným zážitkem strachu, úzkosti a biopsychosociálním strádáním. Rokyta (2006) uvádí, že zájem o dětskou bolest stoupá, zvláště po vydání americké publikace Schechtera (2003), která zaznamenala neobyčejný pokrok ve výzkumu, diagnostice i léčbě dětské bolesti. Každou bolest u dětí je nutné a důležité vždy vyšetřit, protože své negativní zážitky z dětství si dítě nese do dospělosti a předává je dál zase svým dětem. V současné době poznatky z výzkumu dětské bolesti ukazují na to, že již nervový systém nedonošence a novorozence je schopen vnímat bolest. Malé dítě si bolest pamatuje, při znovu setkání s obdobnou situací čeká nepříjemný zážitek a reaguje. Spouštěcím signálem nebezpečí může být například bílý plášť, uniforma sestry, určité zvuky, určitý přístroj, konkrétní ordinace či nemocniční zápach. Svou bolest dětský pacient vyjadřuje nonverbálními projevy, jimiž reaguje rychleji než slovy, např.: pláčem, vzdechy, naříkáním, vzlykáním, grimasami, ustrnutím, ucuknutím, lapáním po dechu, zrudnutím v obličeji nebo na těle, prudkým bušením srdce. Bolesti psychosomatické nebo psychogenní mohou přinášet dětem i výhody. Dítě zjišťuje, že se mění chování členů rodiny, dítě je litováno, ochraňováno, více si ho všímají, kupují mu dárky, snaží se mu splnit některá přání, mění se vztah sourozenců, kamarádů, spolužáků i učitelů – dítě trpící bolestí se pro ostatní stává výjimečným a zajímavým a proto nemá zájem se bolesti zbavit. Při posuzování bolesti u malých dětí je nutné sledovat chování dítěte, svalové napětí určitých částí těla, zaujímání obranných postojů, mimiku, ale i pláč, křik, sténání. Starší dítě a dospívající nereaguje na bolest již tak výrazně, ale to neznamená, že bolest s přibývajícím věkem klesá, naopak některé děti se jí snaží zvládnout a vyrovnat se s ní. Automaticky se obracíme my zdravotníci na rodiče jako na první se žádostí o posouzení intenzity a kvality bolesti u dítěte, ale ne vždy je to správná volba. Sebehodnocení bolesti u dětí je podmíněno především věkem dítěte, kulturou, z které pochází, kognitivní úrovní, ale i aktuálním emočním stavem dítěte.

Odborníci uvádějí, že již u dětí předškolních a zvláště školního věku výpověď dětí samotných o prožívané bolesti (self-report) představuje standard, ze kterého by se mělo vycházet v následné léčbě (Janáčková, 2007).

## 2.1 Bolesti hlavy v dětském věku

Jak jsem se již zmínila, patří bolest hlavy u dětí mezi nejčastěji udávané subjektivní potíže. Děti bolí hlava stejně často jako dospělí. Mohou mít původ organický nebo funkční. Jako bolesti hlavy jsou u dětí často interpretovány i jiné obtíže - pocit nevolnosti, točení hlavy, poruchy rovnováhy, svalová slabost, bolesti břicha, zvracení. Velice často je bolest hlavy u dětí podceňována nejen ze strany rodičů, ale i zdravotníků, často se naše představa rozchází s pocitem dítěte, rozcházíme se i v představě míry bolesti, kterou má dítě pociťovat a podle toho také hodnotíme i reakci dítěte.

Je třeba odlišit bolest hlavy jako samostatnou chorobu - primární cefalea nebo jako příznak jiného onemocnění - sekundární cefalea. Dle průběhu a intenzity potíží je možné dělit bolest hlavy na akutní a chronickou. Akutní bolest je účelná, u dětí je obvykle varovným fyziologickým signálem na možné poškození tkáně a je třeba ji včas léčit. Chronické bolesti u dětí jsou především zdrojem psychických, fyzických a sociálních problémů. Komárek, Zumrová (2008) a Šmídová, Komárek (Bolest, 2/2008) shodně poukazovali na to, že bolesti hlavy se u dětí vyskytují velmi často, 40 % dětí ve věku 7 let a až 78 % dětí ve věku 15 let zažilo bolest hlavy. Největší podíl u dětí a adolescentů zaujímají tenzní bolesti hlavy (55 %), migrény relativně u chlapců a dívek 4 %, ale u dívek v adolescenci výskyt migrény stoupá (8,5 %), kombinované bolesti hlavy (tenzní bolesti + migréna) tvoří 7 %, cluster headache jsou u dětí poměrně vzácné asi 1 %, ve 13 % se jedná o sekundární bolesti hlavy, např. krvácení, nádory, infekce.

U dětského pacienta s bolestí hlavy je velmi důležitá odebraná osobní a rodinná anamnéza, která je klíčem ke správné diagnóze. Diagnostika u dětí je problematičtější, protože je ovlivněna četnými specifiky. Obtížná anamnéza je u malých dětí a dětí s mentálním defektem, atypickým průběhem bolesti. Ptáme se na topologii bolesti hlavy - dítě ukáže místo nejčastější bolesti na hlavě, na charakter bolesti – zda je záchvatovitá či trvalá, na intenzitu bolesti – využívá se verbálních i neverbálních vizuálních škál, na závislosti na denní době, na údaj o frekvenci a době trvání potíží, na vyvolávající event. příčiny či naopak na úlevové mechanismy. U starších dětí se využívají deníky o bolesti

s jejich záznamy. Samozřejmostí je doplnění anamnézy od rodičů (Šmídová, Komárek, Bolest; 2/2008).

## **2.2 Primární bolesti hlavy v dětském věku**

### **2.2.1 Migréna**

Definice migrény je dle IHS: „Chronické paroxysmální onemocnění, charakterizované atakami pulzujícími, převážně unilaterálně střední nebo těžké intenzity, trvající obvykle 4 - 72 hodin, asociace s doprovodnými příznaky – nauzea nebo zvracení, přecitlivělost na světlo (fotofobie), na hluk (fonofobie), na pachy či vůně (osmofobie), zhoršující se běžnou pohybovou nebo fyzickou zátěží“ (Mastík, 2007, s. 11).

Prevalence migrény u dětí bývá kolem 2,5 – 7 %, ale není objektivní, protože klinický obraz migrény u dětí je často odlišný (nesplňující kritéria definice dle IHS) a děti cca do 5 let věku, nebo s mentálním deficitem nejsou schopny příznaky dostatečně popsat, proto může být mnoho těchto pacientů zůstat neodhalena. První záchvat migrény se v mnoha případech objeví mezi 5 – 11 rokem věku, ale až 20 % dětských migreniků má první záchvat ještě před 5 rokem věku. Záchvaty migrény mívají chlapci do 10 let častěji než dívky, kolem puberty se poměr vyrovnává a ve věku 20 let trpí ženy migrénou dvojnásobně (Šmídová, Komárek, Bolest, 2/2008).

V dětském věku má migréna svá specifika: kratší trvání 1- 48 hodin, bolest děti lokalizují spíše bilaterálně a frontálně, migréně předcházejí změny nálady, chování, bolesti břicha, pocity závratí, zvýšeného pocení i subfebrilií. Doprovodné příznaky jako nevolnost a zvracení jsou intenzivnější, bolesti hlavy po masivním zvracení a odpočinku většinou u dětí vymizí. Začátek rozvoje ataky migrény u předškolních a mladších školních dětí nastupuje většinou v odpoledních hodinách, u starších a adolescentů se posouvá do hodin ranních jako u dospělých. Důležitým provokačním faktorem u dětí je nedostatek spánku, blikající světlo z televize a počítače, psychické podněty – stres, rozrušení, konflikt v rodině, ve škole. Typická pro nemoc je genetická predispozice.

Variety klasifikace migrény pro dětský věk dle IHS nejsou optimální, proto se používají upravená kritéria pro klasickou dětskou migrénu (tab. 6). Šmídová, Komárek (Bolest, 2/2008) poukázali na základní dělení dětské migrény:

1. Migréna bez aury: nejčastější typ migrény u dětí (60 – 85 %), prostá migréna bez neurologických příznaků.

2. Migréna s aurou (aura = ložiskové neurologické příznaky, lokalizované do mozkového kmene nebo mozkové kůry, provázející ataku migrény). Většinou jde o auru zrakovou (14 %), příznaky uvádějí děti dost nepřesně – často jen jako poruchu vidění, často nesouhlasí ani časová souvislost s nástupem potíží.

Další může být aura senzitivní a motorická, která se vyskytuje častěji u dětí než dospělých, jde o pocity mravenčení či brnění nejčastěji na končetinách, v oblasti úst vč. jazyka, oslabení, výjimečně i ochrnutí poloviny těla, dále může být aura řečová – fatická porucha.

3. Migréna bazilární s aurou – u dětí vzácnější, jde o kompletní ztrátu či oboustrannou poruchu zraku, vertigo, zvracení, oboustranné parestezie, poruchy chůze až poruchy vědomí.

4. Oftalmoplegická migréna - u dětí vzácná, spojená s parézou jednoho nebo i více oko-hybných nervů.

5. Varianty migrény, typické pro dětský věk: aura bez bolestí hlavy, migréna se stavem zmatenosti a následnou amnézií, syndrom Alenky v říši divů s bizarními živými zrakovými iluzemi typu makropsie, mikropsie.

6. Dětské periodické syndromy, které mohou předcházet nebo doprovázet migrénu: Do této skupiny patří benigní paroxysmální vertigo (BPV), charakterizované opakujícími se záchvaty náhle poruchy rovnováhy se závratí, zblednutím, anxietou, opocněním, nystagmem, nejčastěji se vyskytuje mezi 2. - 5. rokem věku, dítě se v době potíží úzkostně chytá matky. Záchvaty trvají velmi krátce a typicky odeznívají ve spánku. Řadí se mezi předchůdce migrény ve vyšším věku, častěji se u nich vyskytuje i bazilární migréna. Alternující hemiplegie dětského věku jsou poměrně vzácné, vyskytují se většinou u mentálně postižených dětí, charakterizované atakami hemiplegie, střídající obě poloviny těla Abdominální migréna představuje opakované epizody bolestí břicha se zvracením, nauzeou, únavou, bledostí, lokalizované nejčastěji kolem pupku, imitující náhlou příhodu břišní, ovšem bez jasného klinického nálezu. Postihují děti především mladšího školního věku 6-10 let (Kotas, Bolest, 2/2010).

Komplikací migrény u dětí je označován status migrenosus, kdy obtíže přetrvávají déle než 72 hodin a častými provokačními faktory bývá únava, nedostatek spánku, blikavé světlo, alkohol a v neposlední řadě i psychické podněty. Migrenozním infarktem

je definován stav, kdy neurologický nález přetrvává déle než 7 dní, nebo je-li na grafickém vyšetření hlavy prokázána ischemie (Ambler, 2011).

### **2.2.2 Tenzní bolesti hlavy**

Tenzní bolesti hlavy - TTH (tension type headache) jsou většinou bolesti, které děti uvádějí jako oboustranné difuzní, mírné či střední intenzity, tlakového nebo tupého charakteru, zhoršované běžnou fyzickou aktivitou a psychickou zátěží, spojené s únavou. Dále se uplatňují i vnější vlivy jako emoce, stres, anxieta i deprese. Potíže dosahují maxima u dětí spíše v odpoledních a večerních hodinách, většinou bez zvracení a nauzey, není přítomna foto či fonofobie, pulsující charakter bolesti. U dětí se v objektivním nálezu objevuje častěji ztuhlost a palpační bolestivost šíjového svalstva, vadné držení těla, vegetativní stigmatizace, projevy ADHD (syndrom hyperaktivity a poruchy osobnosti). Záchvat bolesti hlavy trvá hodiny až dny.

Dle revidované mezinárodní klasifikace ICHD-II (2. vydání) vypracované mezinárodní společností pro bolesti hlavy, se rozlišují tři podskupiny TTH:

1. epizodické tenzní bolesti hlavy s nízkou frekvencí
2. časté epizodické tenzní bolesti hlavy
3. chronické tenzní bolesti hlavy

K primárním bolestem hlavy se řadí také cluster headache a chronické paroxysmální hemikranie. U cluster headache je prevalence v dětském věku velmi nízká asi 0,1 %. Jde o vzácně se vyskytující syndromy krátce trvajících atak bolestí hlavy charakteru pálení a nesnesitelně ostré bolesti. Oproti tomu chronické paroxysmální hemikranie jsou kratší ataky nesnesitelných bodavých bolestí hlavy s nástřikem spojivek a slzením, děti lokalizují bolest za očima nebo na spáncích s frekvencí 5 až 40x za den. V objektivním nálezu bývá často ptóza víčka a mióza (Šmídová, Komárek, Bolest, 2/2008; Opavský, Lékařské listy, 2006).

### **2.3 Sekundární bolesti hlavy v dětském věku**

Sekundární bolesti hlavy jsou na rozdíl od primárních bolestí hlavy vždy vyvolány známou příčinou. U dětí tvoří asi 10 - 12 % všech bolestí hlavy a mohou být i ohrožující na životě. Je vždy důležitá včasná diagnostika a následná léčba. Nezbytnou součástí je vždy neurologické, pediatrické a oční vyšetření. Varovné příznaky u dětí jsou velmi důležité, jedná se např. o náhle vzniklou akutní bolest hlavy se silnou intenzitou, u

malých dětí tepající velká fontanela, rozestupující se švy, rychlý růst hlavičky, u starších dětí noční bolesti hlavy, diplopie, měštnaná papila, vertigo, ranní zvracení a zvýšená únavnost.

Winner, Lewis (2005, překlad autora) uvádějí, že dle mezinárodní klasifikace bolestí hlavy z roku 2004 (ICHD – II) se sekundární bolesti hlavy dělí na podskupiny:

1. bolest hlavy související s poraněním, úrazem hlavy, krku
2. bolest hlavy související s vaskulárním intrakraniálním postižením (iktus, nitrolební krvácení, cévní malformace, aneurysma, venózní trombóza, arteriální hypertenze)
3. bolest hlavy související s nevaskulárním intrakraniálním postižením (nitrolební infekce, likvorová hypotenze, tumor, benigní intrakraniální hypertenze, hydrocefalus)
4. bolest hlavy související s užitím či vysazením farmakologicky účinné látky
5. bolest hlavy související s infekcí (meningitida, encefalitida, při virové nebo bakteriální infekci)
6. bolest hlavy související s poruchami metabolismu (hypoxie, hyperkapnie, hypoglykémie, dialyzační cefalea, hladovění, onemocnění ledvin, štítné žlázy)
7. bolest hlavy a obličeje související s (neúrazovým) postižením lebky, krku, očí, uší, nosu a vedlejších dutin, zubů, čelisti
8. bolest hlavy související s neuralgií v oblasti hlavy (např. neuralgie trojklaného nervu)
9. bolest hlavy související s duševní, psychiatrickou poruchou

## **2.4 Diferenciální diagnostika bolestí hlavy u dětí**

Základním úkolem vyšetření je odlišit primární a sekundární bolesti hlavy diferenciální diagnostikou, důkladnou anamnézou a podrobným klinickým vyšetřením. Po zhodnocení anamnestických a fyzikálních dat a neurologickém vyšetření je nutné vyšetřit u dětí základní laboratorní screening, včetně sérových hladin vápníku, hořčíku, hormonů štítné žlázy a vyšetření séra na Lymeskou borreliozu. Důležité je také vyšetření ORL, očního pozadí včetně vizu, RTG nebo USG paranasálních dutin, EMG vyšetření – testu na tetanii. Mozkomíšni mok se odebírá pomocí lumbální punkce u dětí s akutními bolestmi hlavy, které jsou febrilní a mají pozitivní meningeální příznaky, tato kombinace může svědčit pro akutní neuroinfekci nebo subarachnoideální krvácení. Důležité jsou také zobrazovací vyšetření hlavy pomocí počítačové tomografie (CT)

nebo magnetické rezonance (MRI) k vyloučení kontuze mozku, krvácení do mozku, organických příčin potíží – nádorů, intrakraniální patologie.

Dalšími pomocnými vyšetřeními, která mohou napomoci k objasnění potíží, je pohovor s psychologem, pedopsychiatrem, ortopedické a alergologické vyšetření. EEG je málo přínosné, svůj význam má při migréně, kde se mohou objevit EEG abnormality - ložiskové zpomalení, ostré vlny nebo i výskyt specifických epileptických grafoelementů (Winner, Lewis, 2005, překlad autora).

## **2.5 Možnosti léčby bolestí hlavy u dětí**

Léčba bolestí hlavy u dětí mají svá specifika. Nutné především je stanovit přesnou diagnózu a léčit podle příčiny. U dětské migrény mírné intenzity se preferuje nefarmakologická léčba, pokud to jde: odpočinek, spánek, relaxační techniky, studené obklady, tma, ticho, aby později nedocházelo k nadužívání analgetik. U záchvatů střední a silné intenzity se dětem doporučují z běžných analgetik paracetamol, algifen a z nesteroidních antiflogistik ibuprofen. Při záchvatech migrény se volí nejběžnější sumatriptan, selektivní antimigrenikum triptan je povolen od 18 let pro tablety a od 12 let pro nosní sprej. K profylaktické léčbě se užívají antiepileptika (kyselina valproová, topiramát, gabapentin), betablokátory, antidepresiva, nesteroidní antiflogistika. Výhodná kombinace profylaktik s magnesiem se u lehčích dětských migrén může uplatnit i jako samostatné profylaktikum. Profylaktická léčba u dětí je kratší od 3 do 6 měsíců, současně je také nutná úprava frekvence školních a mimoškolních aktivit. Důraz je kladen na edukaci dítěte i rodičů, spolupráci s psychologem, eliminaci spouštěcích faktorů (stresové prostředí, úzkostné stavy, dlouhotrvající sezení před televizí či počítačem, ale i nadměrná fyzická zátěž, nedostatek spánku) a eliminace alergenů – např. mléko, čokoláda, rajčata, sýry, jižní ovoce, pšenice, žito (Mastík, 2007; Šmídová, Komárek, Bolest 2/2008).

U tenzních dětských bolestí hlavy nacházíme často sklon k potlačování pocitů agresivního rázu, prosazování se mezi vrstevníky, pocitu méněcennosti, úzkosti týkající se výkonnosti ve škole a při sportu, ovlivňované tlakem rodičů nebo dysfunkcí rodiny, zde může napomoci k objasnění potíží právě pohovor s psychologem či pedopsychiatrem (Winner, Lewis, 2005, překlad autora).



## 2.6 Psychoterapeutické přístupy

Řešením dětských bolestí hlavy je kombinace medikamentózní terapie a psychoterapie, jejíž snahou je ovlivnění kvality života pomocí psychofyziologických prostředků. Psychoterapeut může pracovat s dítětem individuálně, skupinově s pěti až patnácti dětmi nebo zvolí rodinnou terapii. Mezi nejčastěji používané terapeutické metody u dětí a dospívajících jsou psychofyziologické metody, které slouží k uvolnění, odpoutání se a intenzivnímu odpočinku. Patří mezi ně nácvik relaxace, autogenní trénink, meditace, imaginativní techniky a biologická zpětná vazba - biofeedback (Janáčková, 2007).

U menších dětí 2-6 let je vhodná terapie hrou, při níž se dítě uvolní, může se odreagovat od strachu, napětí, úzkosti a formou hry dát snadněji najevo své pocity, problémy. Při této metodě se využívá dětské tvořivosti a fantazie, zapojit lze i rodiče. Metoda „Zákaz myslet na bolest“ je využívána hlavně u pubescentů a adolescentů, kdy se naučí zvládat stresové, zátěžové situace bez závislosti na dospělých osobách. Svoji úzkost, strach nebo očekávající bolest se učí nahradit pozitivními úvahami a příjemnými pocity (Mareš, 1997, s. 158).

## 2.7 Ošetrovatelská péče o děti s bolestmi hlavy

Ošetrovatelskou péčí o děti s bolestí hlavy je ideální provádět metodou ošetrovatelského procesu. Je důležité shromáždit údaje ohledně dítěte v oblasti uspokojování potřeb a poté stanovit ošetrovatelský plán. K dětskému pacientovi se nejvíce přibližuje koncepční model Virginie Hendersonové, kdy sestra zjistí, v které ze základních oblastí potřeb dítě potřebuje pomoci, stanoví očekávané výsledky, naplánuje ošetrovatelské intervence a ty realizuje (Farkašová, 2006). V průběhu ošetrovatelské péče při zlepšení celkového stavu a soběstačnosti dítěte sestra průběžně mění plán ošetrovatelské péče. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je také edukace nejen dítěte, ale celé rodiny.

U dětí s cefaleou je prioritním ošetrovatelským problémem právě bolest hlavy, proto je důležité v první řadě dítě uklidnit, uložit jej na samostatný zatemnělý pokoj, dostatečně větratelný, umožnit mu úlevovou polohu. Sestra zavede záznam hodnocení bolesti a průběžně bolest hodnotí dle škál bolesti, posoudí lokalizaci bolesti, její charakter, intenzitu a trvání. Sleduje faktory vyvolávající bolest hlavy u dítěte a snaží se je odstranit nebo eliminovat. Než se přistoupí k medikamentózní léčbě, je vhodné u dětí

využít nefarmakologické přístupy, např. masáž čela, hlavy, krční páteře, nácvik uvolnění a relaxace u větších dětí. U menších dětí můžeme dosáhnout uvolnění a odreagování se využitím dětské fantazie a tvořivosti pomocí hry nebo malováním obrázků, skládáním puzzlí, vystřihováním z papíru.

U dětí s migrenozní cefaleou je aktuálním ošetrovatelským problémem zvracení a nevolnost, s tím spojené riziko aspirace, proto sestra uloží dítě do zvýšené polohy, monitoruje fyziologické funkce, připraví pomůcky k odsávání a podávání kyslíku, zajistí žilní vstup, zaznamenává počet zvracení, podává medikace dle ordinace lékaře.

S bolestí hlavy je spojený také deficit příjmu tekutin. Cílem ošetrovatelské péče je, aby dítě nebylo dehydratované, aby přijímalo dostatek vhodných tekutin. Sestra sleduje kožní turgor a stav sliznice dutiny ústní, aktivně nabízí dítěti oblíbené tekutiny, kontroluje bilanci tekutin a zaznamenává stav do dokumentace.

Deficit příjmu potravy je dalším problémem u dětí s bolestí hlavy, který má vliv na vznik nechutenství, zvracení. Cílem ošetrovatelské péče je, aby dítě nemělo známky malnutrice, aby došlo k normalizaci laboratorních hodnot, aby jedlo stravu přiměřenou věku. Sestra zhodnotí stav výživy u dítěte a seznámí se s jeho stravovacími návyky. Podává dítěti jeho oblíbenou stravu, snaží se o pestrost jídel, jídlo podává formou hry, formou odměn. Dále objedná dítěti dietu dle ordinace lékaře, eventuálně zajistí kontakt s nutričním terapeutem.

Porucha spánku z důvodu bolesti hlavy může být pro dítě dalším problémem. Cílem ošetrovatelské péče je, aby se dítě cítilo odpočaté, aby jeho spánek nebyl rušen bolestí a aby byla zajištěna rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem. Sestra sleduje průměrnou délku spánku dítěte, zaznamenává do dokumentace, udržuje klidné a tiché prostředí pro spánek, sleduje fyzické známky únavy, umožňuje kontakt dítěte s rodinou, zkouší různé možnosti ovlivňující klidný spánek (masáž čela, krku a zad, úpravu lůžka, teplý nápoj, četbu pohádek, knih před spaním, apod.), umožní dítěti návyky, na které je před spaním zvyklé, ponechává mu oblíbené hračky, oblíbené oblečení na spaní. Dále podává léky dle ordinace lékaře, sleduje účinky podávaných léků, provádí zápis do dokumentace.

Strach a úzkost, související s hospitalizací, změnou prostředí, vyšetřeními a delším odloučením od rodiny je u dítěte velmi časté. Cílem ošetrovatelské péče je strach a úzkost eliminovat tak, aby dítě tento problém zvládlo a uvědomilo si příčiny, aby dokázalo sdělit, z čeho konkrétně má strach. Je důležité navázat s dítětem nejen oční kontakt, ale nešetřit úsměvem a pohlazením. Je dobré si všimnout gest dítěte a

komunikovat s ním i na této úrovni. Sestra vhodnou formou dítěti vysvětlí důvod pobytu v nemocnici, informuje ho o plánovaném diagnostickém a léčebném programu, s dítětem promlouvá, zabaví dítě vhodnou hrou a aktivitou, aby odvedla jeho pozornost od strachu, sleduje verbální i neverbální projevy strachu a úzkosti, ale hlavně umožní kontakt s rodinnými příslušníky, kamarády. Při delším odloučení od matky, rodiny, může nastat separační úzkost - nelibá reakce dítěte, projevující se především pláčem a rozrušením. Prevence spočívá v hospitalizaci rodiče s dítětem, který doprovází dětského pacienta na vyšetření, zákroky a další věci spojené s léčbou. Pokud není možné hospitalizovat dítě s rodičem, musí sestra klidným vstřícným přístupem spolu s herním specialistou edukovat dítě o výkonech a prováděných vyšetřeních, které ho čekají. Používají se k tomu různé edukační pomůcky: počítač, fotoalbum, atlas lidského těla, lékařské kufříky, různé modely vyšetřovacích metod (MR či CT). Většinou přijde dítě do nemocnice se svojí oblíbenou hračkou, kterou může sestra také využít k tomu, aby s úzkostným dítětem navázala kontakt, vybrala vhodné prostředí, kde budou mít soukromí a poskytla mu dostatek času na rozhovor. U dětského pacienta je vždy příprava na výkon citlivá s ohledem na věk a psychiku dítěte. Sestra zvolí správný slovník dle věku dítěte, volnější tempo řeči a dítěti podává přesné informace, protože dostatek informací vytváří u dítěte pocit kontroly nad situací a mírní tak úzkost z nejistoty. Dítě je nutné také připravit na bolest z vyšetření či náběru krve a sestra si může v této situaci pomoci třeba spoluprací s dalším dětským pacientem, který již tyto výkony podstoupil a ujistí ho, že z nich nemusí mít strach. Domluví si s dítětem nějaký signál (třeba zvednutí ruky), aby mělo dítě kontrolu nad výkonem. Důležité je, aby sestra dítěti nikdy nelhala, protože dítě se již mohlo setkat s negativní zkušeností s nedůvěrou ve zdravotníka, pak je velmi těžké opětovnou důvěru u dítěte získat. Pokud je potřeba, sestra je povinna trpělivě reagovat na dětské otázky, opakovat sdělení a probírat s dítětem možné varianty. Vhodným kladením otázek se sestra přesvědčí, zda dítě vše pochopilo, protože nevědomost podporuje fantazii a ta strach či úzkost.

Úzkost ale může přerůst až v hysterii. Zde je vhodná spolupráce s klinickým psychologem, který najde určité hranice přístupu personálu k dítěti, určí i postoj rodiny v této situaci a snaží se eliminovat příčiny a vlivy vzniku problému.

Riziko sociální izolace je ošetřovatelský problém, spojený s dětským pacientem hospitalizovaným v nemocnici. Správně zvolený přístup k nemocnému dítěti a vhodná komunikace jsou známkou stupně profesionality zdravotnického pracovníka, zvláště

dětské sestry. Ošetrovatelská péče o dětského pacienta je velmi náročný úkol. V novém pojetí ošetrovatelství je zvýrazňován holistický přístup k pacientovi, který znamená potřebu vnímat a chápat dítě jako osobnost v celé jeho biopsychosociální jednotě. Významnou úlohu zde sehraává sociální komunikace, která se stává důležitým prostředkem léčebného i ošetrovatelského procesu. Sestra se v každém okamžiku své práce stává pro dítě kromě rodičů nejbližší kontaktní osobou, zastává roli kamarádky, učitelky, nebo také „druhé matky“. Informace musí sestra vhodně načasovat, při oslovení musí volit správný tón hlasu: vlídný, klidný, vstřícný a používat jednoduché a srozumitelné věty. Při navazování kontaktu je vhodný i postoj orientovaný na stejnou výšku dítěte – tzn. k dítěti se posadit, pokleknout či podřepnout. Opět sestra nesmí zapomínat na dotyky, pohlazení, úsměvy. Sestra je povinna dítěti trpělivě vše vysvětlovat, reagovat na jeho otázky, opakovat sdělení a probírat s dítětem možné varianty a neustále dítě za vše chválit, povzbuzovat. Důležitá je i úprava prostředí, která je vždy zdrojem podnětů pro navázání komunikace: obrázky ze známých pohádek, zvířátka, využití hraček (maňásků a loutek) a také barevnost oblečení ošetrojícího personálu a výmalba stěn. Děti nejhůře snášejí nudu a nemocniční stereotyp a sestry, které dovedou děti více zaujmout, motivovat k vyplnění volného času, jsou mezi dětskými pacienty velmi oblíbené. Vhodnou komunikací lze chytře odvést pozornost nemocného dítěte a navodit tak stav pro potřebu léčeni. Jenže při každodenní práci s dětmi může dojít k zautomatizování chování zdravotníka a tím dochází k chybám při jednání s nemocným dítětem.

Chyby v přístupu, které se objevují u zdravotnického personálu, mohou být: příliš autoritativní a direktivní přístup jako k malému dospělému, vyvolávající napětí a stres, kárání dítěte, lhaní, zlehčování situace, devalvace emocionálních projevů (pláče, vzteku a strachu), ignorace dětských otázek nebo neurčité či nevhodné odpovědi, výčitky, projev lítosti a srovnávání s jinými dětskými pacienty, nevhodný přístup k specifickým věkovým skupinám.

Úspěšné zvládnutí komunikace s dítětem a jeho doprovodem pomáhá ke zkvalitnění ošetrovatelského procesu a celé ošetrovatelské péče. Citlivý přístup k dětskému pacientovi, vhodná komunikace, výchovné vlivy a přiměřené zaměstnání v nemocnici hrají v tomto směru mimořádně důležitou roli.

## 3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života (quality of life – Qol) zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Kvalitu života můžeme definovat jako subjektivní posouzení vlastní životní situace, vycházející z definice Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb - nasycení, spánku, bezpečí, úlevy od bolesti a je předpokladem uspokojení potřeb vyšších - sounáležitosti, sebeúcty, seberealizace. Jde o individuální vnímání životních očekávání, běžných zvyklostí, vztahu k systému hodnot, kultuře. Termín kvalita života související se zdravím (angl. health-related quality of life - HRQOL) hodnotí kvalitu života v souvislosti s onemocněními a jejich dlouhodobými následky. Metoda je významným nástrojem vyhodnocování úspěšnosti a efektivity léčby. Je založena na dotazování pacienta o jeho subjektivním vnímání a hodnocení úrovně kvality jeho života, vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody, vnímání důsledku choroby. Pacient je ten, kdo ví, jaká je jeho nerovnováha mezi realitou a jeho očekáváním. Kvalitu života lze obecně rozdělit do tří oblastí – tělesné (fyzikální), sociální a psychologické. Kvalita života u dětí a dospívajících je sledována v souvislosti s dospělými, kteří je pro určité potíže doprovázejí. Hlavní pozornost je věnována komunikaci, rodinným vztahům, vývoji identity dětského jedince, společnému porozumění a hledání řešení. Pro děti je velmi důležité zapojení se do terapeutického procesu, vyprávění a naslouchání o věcech pro ně podstatných. Cílem je koncept na podpoření a rozvíjení zdravé rodiny po stránce sociální, materiální, psychologické, ale také v oblasti medicínské, poznamenané zdravotními problémy. (Mareš, 2008; Křivohlavý, 2002)

### 3.1 Metody sběru dat

K zjištění kvality života dětí a dospívajících pomáhá řada metod, které přibližují problémy dětí a jejich rodinných příslušníků, s nimiž se každodenně potýkají.

K dotazování kvality života jsou nejčastěji používány tyto způsoby:

1. Kvantitativní přístup – dotazníky, nejvíce využívaná metoda, kterou lze staticky zpracovat, je možné získat množství dat od většího množství respondentů, je finančně nenáročná, často využívaná u mladších věkových skupin.

2. Kvalitativní způsob - strukturovaný rozhovor (standardizovaný) - sběr informací s otevřenými otázkami u vybrané skupiny respondentů. Nestrukturovaný rozhovor

(nestandardizovaný) - velmi náročný na zpracování, jde o kvalitativní sběr informací od menšího množství respondentů.

3. Smíšený přístup: zahrnuje kombinaci standardních dotazníků, rozhovorů a diskusí.

Vztah mezi bolestí a kvalitou života dětí a dospívajících by měl být zkoumán z pohledu více osob, tzn., že by ho měl v první řadě hodnotit dětský pacient sám, dále jeho rodiče a v neposlední řadě i pracovníci ostatních profesí - lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci apod. (Mareš, 2008). Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvantitativní přístup formou dotazníků pro co největší objektivitu daného tématu.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUM

### 4.1 Formulace problému

Na začátku bakalářské práce jsem si položila otázku: proč právě bolesti hlavy jsou u dětí a adolescentů jednou z nejčastějších obtíží, které je přivádějí k lékaři? Dále mě napadaly další otázky: Jak je bolest hlavy omezuje v běžné denní činnosti? Jak děti dokáží mapovat vnímání vlastní životní situace? Čím je nemoc omezuje a zdali dokáží toto vnímání i popsat? Z jakého důvodu je bolest hlavy nejčastější důvod školních absencí, horších školních výsledků i méně častých volno časových aktivit u dětí? Může být rozdílný pohled na problematiku mezi dětmi a rodiči?

Převážná většina bolestí hlavy neohrožuje život dětského pacienta, naštěstí není způsobena závažnou příčinou, ale obvykle omezuje či snižuje jeho kvalitu. V odborné literatuře stoupá zájem o dětskou bolest, ale publikace neuvádějí informace o tom, co nemocné dítě cítí v době bolesti hlavy, v době záchvatu migrény, jak ho bolest omezuje v jeho každodenní činnosti, co předchází vzniku této bolesti. V době potíží, kdy dítě nemůže provozovat normální aktivitu společně s ostatními dětmi, ho vede k určité sociální izolaci, k negativním emocím až pocitům deprese. Byla jsem přesvědčená, že zdraví jedince s kvalitou života velmi jistě souvisí.

### 4.2 Cíl a úkol průzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit a zmapovat, v jaké míře a zdali vůbec bolesti hlavy ovlivňují kvalitu života dětí, jak ji prožívají, v čem je omezuje, o co je ochuzuje v běžné každodenní činnosti a co může způsobovat jejich potíže.

Vzhledem k tomu, že bolesti hlavy u dětí se dotýkají samozřejmě celé rodiny, dalším cílem bylo sledovat i rodiče a jejich prožívání s nemocí, jejich pohled na dítě a také jejich adaptaci na problémy dětí.

### 4.3 Metodika

Úkolem průzkumu bylo shrnutí zjištěných informací v oblasti onemocnění a v souvislosti se stanovenými cíli práce tak byly formulovány následující hypotézy:

- Hypotéza č. 1: Bolesti hlavy, které jsou přítomné u 70 % rodičů, mohou výrazně ovlivňovat vznik bolestí hlavy také u jejich dětí
- Hypotéza č. 2: 60 % dětí s bolestmi hlavy přichází k lékaři až po více než roce svých potíží
- Hypotéza č. 3: Bolesti hlavy jsou ze 70 % nejčastějším důvodem školních absencí u dětí
- Hypotéza č. 4: U 50 % dětí mají vliv na vznik bolestí hlavy školní povinnosti

#### 4.4 Metody výzkumu

Jako výzkumná metoda byl použit kvantitativní výzkum a jako forma dotazník. Tím byla zaručena kvantifikace údajů a možnost zkoumání většího okruhu informací. Problém spočíval v nutnosti navrhnout zcela nový typ dotazníku, který by pokryl všechny možné oblasti, týkající se problému bolestí hlavy v dětském věku. Dotazník obsahoval 20 otázek pro děti a 17 pro rodiče a byl tak vytvořen ve 2 verzích – pro děti a jejich rodiče, a to z toho důvodu, aby bylo možné porovnat názory a pocity nejen dětí, ale zároveň i jejich rodičů. Obě verze byly významově podobné, rozdíl byl pouze v tom, že ve verzi pro děti byly otázky formulovány jednodušší, srozumitelnější formou tak, aby bylo zaručeno, že dítě dotazník pochopí a celý ho tak vyplní. Před zahájením výzkumu jsem provedla předvýzkum u 15 náhodně vybraných dětí a 15 rodičů, abych zjistila, zdali je dotazník hlavně pro děti srozumitelný a pochopitelný. Ty otázky, které byly vnímány dětmi jako méně srozumitelné, jsem upravila a formulovala přijatelněji dětskému chápání.

Samotný dotazník byl rozdělen na několik částí (okruhů otázek). V první části se dotazník věnoval zkoumání pohlaví, věku dítěte, popřípadě vztahu rodiče (prarodiče) a dítěte. Dále se dotazník zabýval zkoumáním frekvence výskytu bolesti hlavy, lokalizací, délkou trvání, intenzitou a dalšími projevy při bolestech hlavy, čímž bylo mimo jiné možné zjistit, zdali se jedná o tenzní nebo migrenozní bolesti hlavy. Následující okruh otázek se týkal možných příčin bolesti hlavy, zdali bolest hlavy omezuje nějakým způsobem konkrétní dítě a má tak vliv na jeho běžný život. Jiným okruhem byly otázky zaměřené na mimoškolní činnost – sporty, kroužky, jazyky, ale také na trávení času doma u počítače a televize, dále otázky zaměřené na školu, kde bylo cílem zjistit, jaký vliv na vznik bolestí hlavy mají školní povinnosti. V neposlední řadě se dotazník



zaměřil na názory dětí na vnímání zdraví, bolesti hlavy jako nemoci, užívání léků, sociálních vztahů se sourozenci, s rodiči a strach o sebe sama.

Verze pro rodiče měla za cíl hlavně porovnat to, jak se ke stejnému problému (bolesti hlavy) staví rodiče dětí.

#### **4.5 Vzorek respondentů**

Výzkum se uskutečnil ve Fakultní nemocnici Plzeň na Neurologické klinice v dětské ambulanci v období prosinec 2011 až leden 2012. Do výzkumu byli zařazeni děti a jejich rodiče, kteří sem přicházejí kvůli neurologickým potížím. Vzhledem k písemné formě výzkumu a otázkám týkající se školy byl věk dětí omezen na 9 až 18 let. U rodičů dotazník vyplňovali většinou rodiče dětí, popřípadě jejich prarodiče.

Celkem bylo rozdáno 65 dotazníků dětem a 65 dotazníků rodičům, z čehož se vrátilo 60 dotazníků od dětí a 60 dotazníků od rodičů kompletně vyplněných a použitelných pro výzkum. Návratnost dotazníků tak činila u obou typů dotazníků 92%, což lze považovat za vynikající návratnost. Takto velká návratnost byla dána osobním kontaktem s dotazovanými, osobním předáváním dotazníků dětem a rodičům a také tím, že byl vysvětlen jejich význam a důležitost jak pro dané dítě, popřípadě rodiče, tak i pro autora výzkumu jako takového. Před samotným započítáním výzkumu byli vždy rodiče i děti ujištěni o anonymitě dotazníků a také o tom, že s dotazníky bude nakládáno takovým způsobem, aby byla zajištěna ochrana dat.

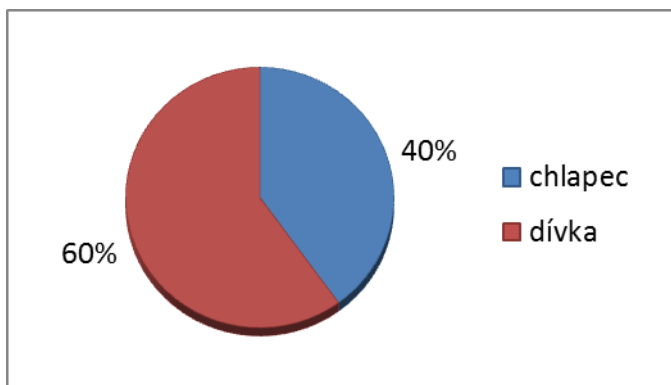
#### **4.6 Zpracování údajů**

Ke zpracování dat byly použity programy Google Docs, MS Word a MS Excel. Většina otázek v dotazníku byla uzavřená, nebylo na ně možné odpovědět jinak než zaškrtnutím příslušné odpovědi. Tato volba otázek umožnila respondentům vyjádřit svůj názor na dané téma co nejpřesněji. Z důvodu obsáhlosti některých témat však bylo nutné ponechat i možnost vyplnit svoji vlastní odpověď a u jedné otázky byla ponechána škálová stupnice pro určení míry bolesti. Údaje jsem vyhodnotila a výsledky vypracovala v přehledných grafech.

#### **4.7 Prezentace a interpretace získaných údajů**

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky dotazníků od dětí i rodičů a následná interpretace zkoumaných dat.

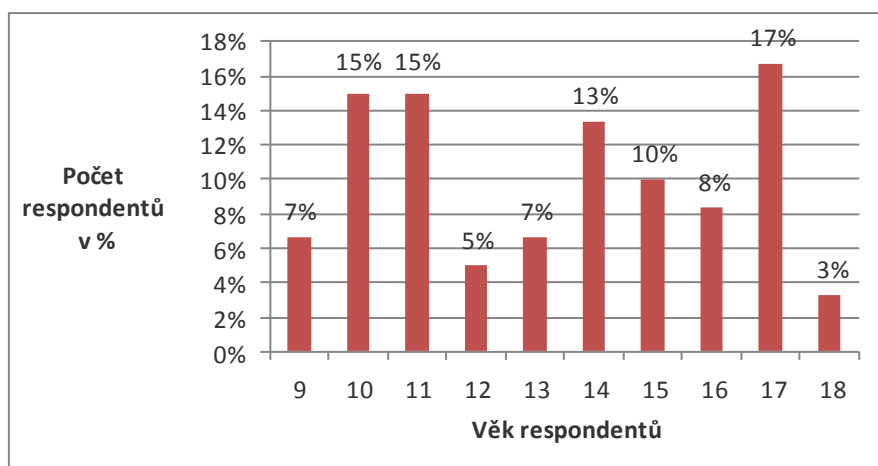
**Graf 1: Pohlaví respondentů (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Graf 1 znázorňuje zkoumaný soubor dětí s bolestmi hlavy, kde bylo zastoupeno 36 dívek, tj. 60 % a 24 chlapců, tj. 40 %, celkem vyplnilo správně dotazník 60 dětských respondentů.

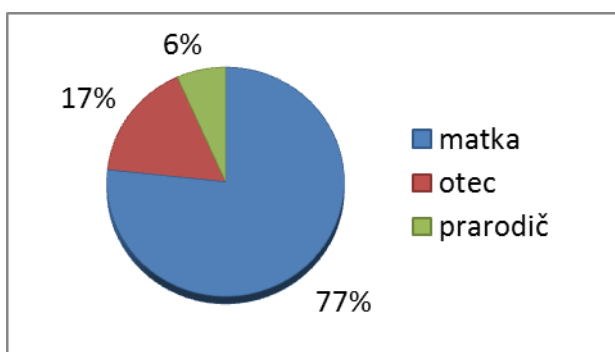
**Graf 2: Věkové rozpětí respondentů (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Dotazník byl určen pro děti a dospívající ve věku 9 -18 let. Jak je vidět z grafu 2, každá věková skupina byla zastoupena ve výzkumu, i přesto, že respondenti byli vybíráni zcela náhodně.

**Graf 3: Vztah osoby vyplňující dotazník k dítěti (n=60)**

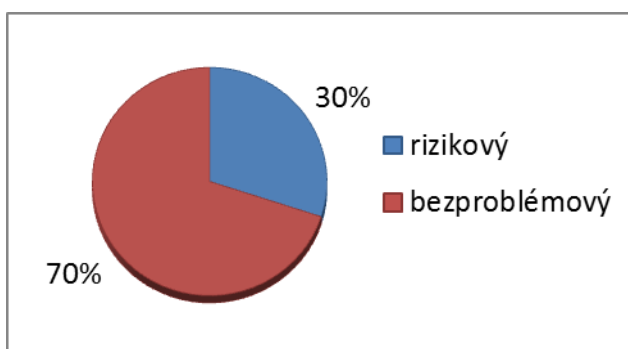


Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Současně s dětmi odpovídali na dotazníky také rodiče a prarodiče, doprovázející děti. Z celkového počtu 60 respondentů bylo zastoupeno 77 % matek, 17 % otců a 4 % prarodičů. Věk a postavení ve společnosti nebylo zkoumáno z důvodu nevýznamnosti k výzkumu a také pro zachování anonymity (graf 3).

Anamnéza získaná od rodičů dětských respondentů měla zmapovat oblasti vývoje a průběhu těhotenství, vývoje dítěte po psychomotorické stránce, rodinných vztahů, odkladu školní docházky, prospěchu ve škole. Tyto oblasti mohly negativně ovlivnit problematiku vzniku bolestí hlavy u dětí a snížit úroveň jejich kvality života.

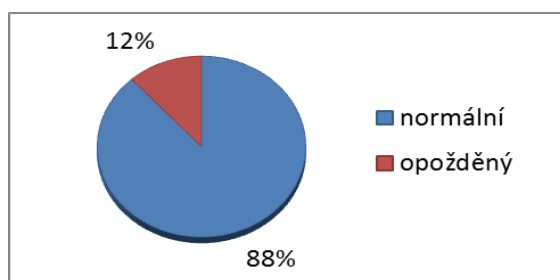
**Graf 4a: Průběh těhotenství dítěte (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Z grafu 4a vyplývá, že průběh těhotenství dle rodičů byl u 70 % dětských respondentů bezproblémový, jen u 30 % rizikový a nenasvědčoval o negativním ovlivňování vzniku bolestí hlavy u dětí.

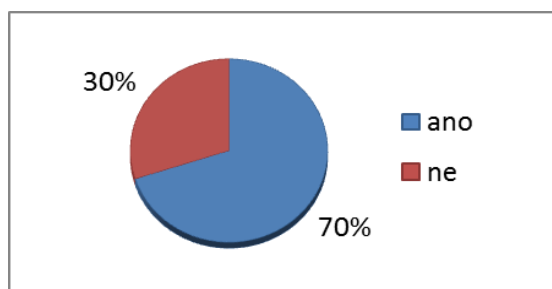
**Graf 4b: Vývoj dítěte po psychomotorické stránce (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Graf 4b ukazuje na normální vývoj dětských respondentů po psychické i fyzické stránce, nedokazuje také negativní vliv na vznik bolestí hlavy, jen 12 % dětí mělo dle rodičů opožděný psychomotorický vývoj.

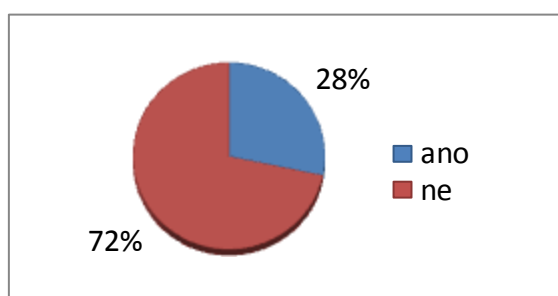
**Graf 4c: Vyrůstá Vaše dítě v úplné rodině s oběma rodiči? (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Otázka týkající se vztahů v rodině a vztahů mezi rodiči se pro mne zdála být důležitá, protože rodinné problémy mohly mít vliv na vznik bolestí hlavy u dětí. Výzkum však tuto domněnku nepotvrdil, neboť 70 % dětí vyrůstalo v úplné rodině s oběma rodiči (graf 4c).

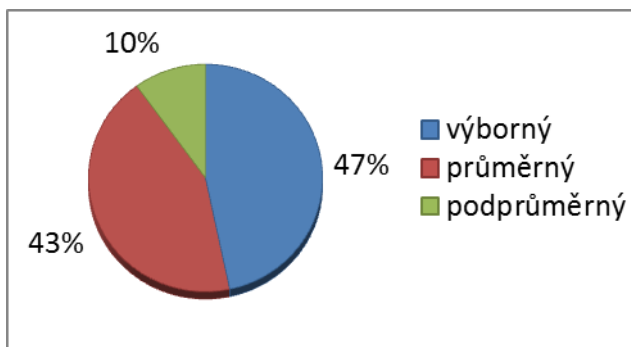
**Graf 4d: Mělo Vaše dítě odklad školní docházky? (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Odklad školní docházky u dětí se mohl zdát jako podstatný faktor pro vznik bolestí hlavy. Z rozložení jednotlivých odpovědí v grafu 4d vidíme, že odklad školní docházky mělo jen 28 % dětí, tudíž výzkum neprokázal vliv školní docházky na problematiku vzniku bolestí hlavy u dětí.

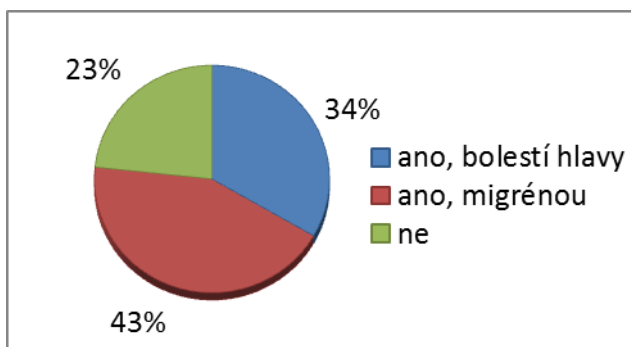
**Graf 4e: Prospěch dítěte ve škole (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Prospěch ve škole se zdál jako zásadní pro ovlivnění problémů bolestí hlavy, což se projevilo v následujícím výzkumu. Graf 4e poukazuje na to, že 53 % respondentů má průměrný až podprůměrný prospěch, nezvládá školní učivo a to může být důvodem vzniku bolestí hlavy.

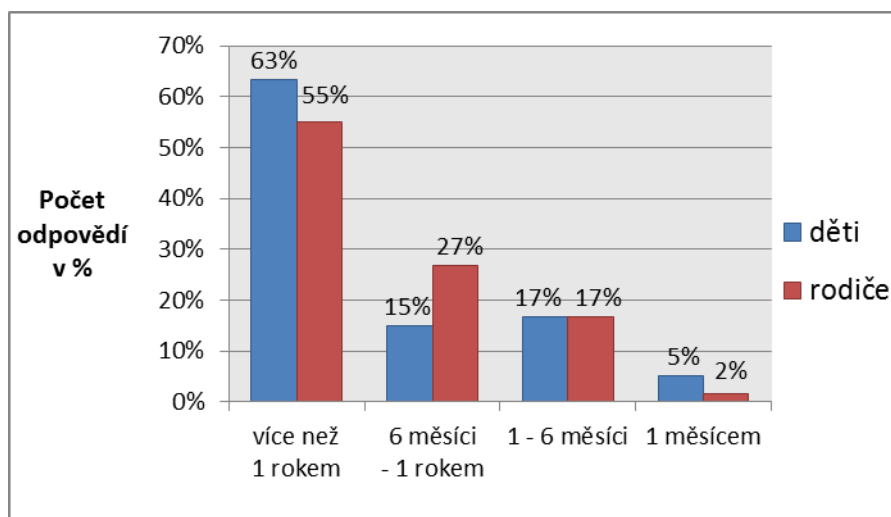
**Graf 5: Výskyt bolesti hlavy, migrény v rodině (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Graf 5 interpretuje rodinnou zátěž bolestí hlavy, migrény u rodičů. Migrénou trpí 43 % dospělých respondentů, 34 % trpí častou bolestí hlavy a jen u 23 % dotázaných se v rodině nevyskytuje žádná bolest hlavy. Graf potvrzuje, že typická genetická predispozice k bolesti hlavy je zde přítomna.

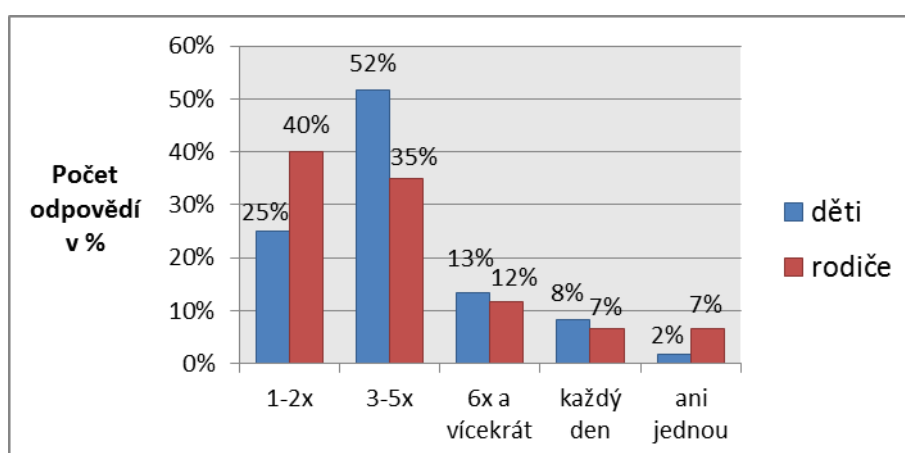
**Graf 6: Výskyt prvních bolestí hlavy u dětí a pohled jejich rodičů (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012, zaokrouhleno.

Z grafu 6 vyplývá, že první zkušenosti s bolestí hlavy mělo 63 % dětí více než před rokem, 15 % před 6 měsíci – 1 rokem, 17 % před 1 - 6 měsíci a před 1 měsícem pouze 5 % dětí. U rodičů byla otázka interpretována stejně: 55 % udalo první objevení bolesti hlavy u svých dětí před více než rokem, 27 % před 6 měsíci – rokem a 17 % před 1 – 6 měsíci, 2% dospělých respondentů před měsícem. Na otázku odpovídali rodiče i děti obdobně, ale překvapivé je, že většinou až po více než roce potíží přicházejí děti se svým problémem k lékaři, rodiče tak zřejmě jejich problémy nevidí jako vážné.

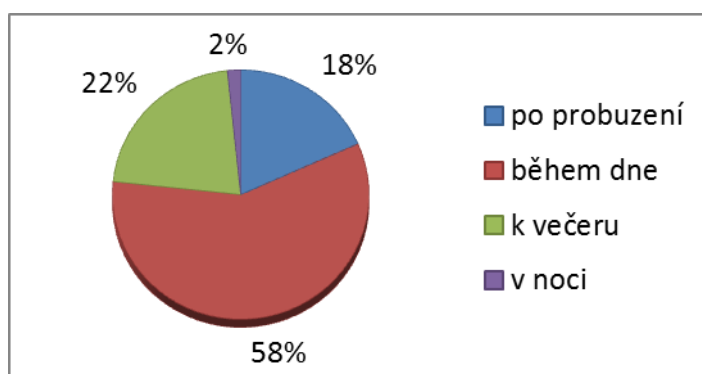
**Graf 7: Frekvence bolestí hlavy u dětí v posledním měsíci a názor jejich rodičů (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012, zaokrouhleno

Vzhledem k tomu, že poslední měsíc před návštěvou lékaře je velmi důležitý pro určení správné diagnózy bolesti hlavy, zaměřila se další otázka právě na frekvenci bolestí hlavy v tomto období. Aby byla zjištěna nejpřesnější objektivita, byla otázka stejnou formou položena i dospělým respondentům, tím bylo možné posoudit, jaký přehled mají rodiče o svých dětech a jak vnímají jejich subjektivní potíže. Je zajímavé, že se jednotlivé odpovědi ve frekvenci potíží liší: 25 % dětských respondentů má potíže do měsíce 1-2 x, na stejnou otázku odpovídá ale 40 % rodičů, 52 % dětí udalo 3-5 x bolest hlavy za měsíc, což potvrdilo jen 35 % rodičů. Rozdíly v odpovědích ukazují na to, že rodiče nemají přehled o potížích svých dětí, vnímají stav jako uspokojivý. Dokonce 7 % dospělých respondentů odpovědělo, že jejich dítě nemělo v posledním měsíci žádnou bolest hlavy (graf 7).

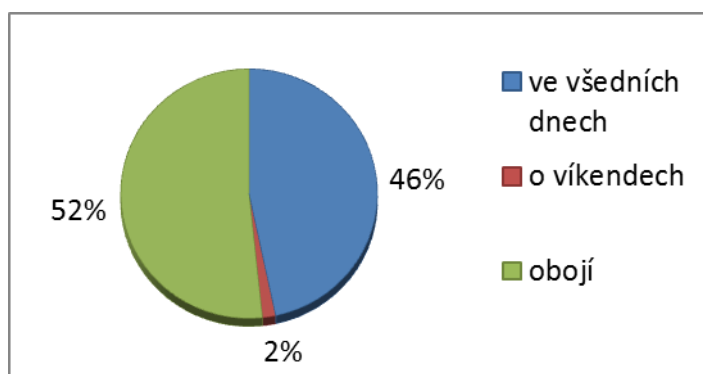
**Graf 8: Kdy nejčastěji míváš bolesti hlavy? (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Na otázku v jaké denní či večerní době se nejčastěji vyskytující bolesti hlavy odpovídali dětské respondenty, že nejvíce potíží má 58 % dětí během dne, ihned po probuzení 18 % dětí, k večeru 22 % a v noci jen 2 % dětí. Z rozložení jednotlivých odpovědí vyplývá, že děti mají bolesti hlavy hlavně po příchodu ze školy nebo ve večerních hodinách po mimoškolní činnosti, po fyzické aktivitě. Takto zodpovězené otázky svědčí o tenzních bolestech hlavy. Bolesti hlavy ihned po probuzení mohou svědčit o migrenozních potížích, nemají jasnou příčinu. Bolesti hlavy v noci na rozdíl od dospělých jsou u dětí vzácné.

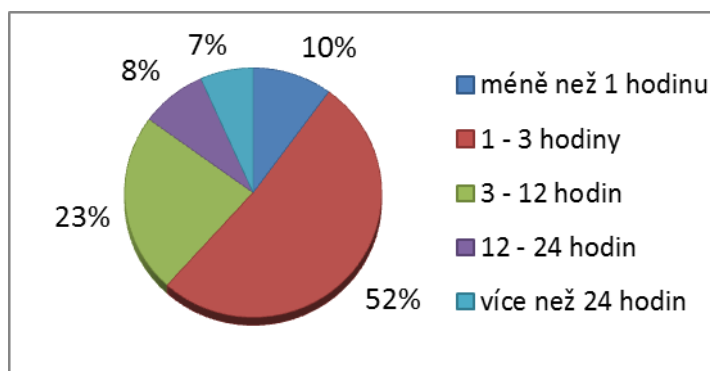
**Graf 9: Výskyt bolestí hlavy ve všedních dnech, o víkendu nebo obojí (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Z výsledného grafu 9 je zřejmé, že bolest hlavy omezuje 52 % dětských respondentů více o víkendech i všedních dnech, nezávisle na školní či mimoškolní činnosti. Pouze ve všedních dnech pociťuje bolest hlavy 46 % dětí. Potíže jen o víkendu uvedly 2 % dětí. Z hodnocení této otázky je vidno, že děti trápí bolest hlavy i o víkendech, kdy by měly být odpočatí a neměly by mít žádné psychické nebo fyzické obtíže, či jiné sociální problémy.

**Graf 10: Délka trvání bolestí hlavy (n=60)**



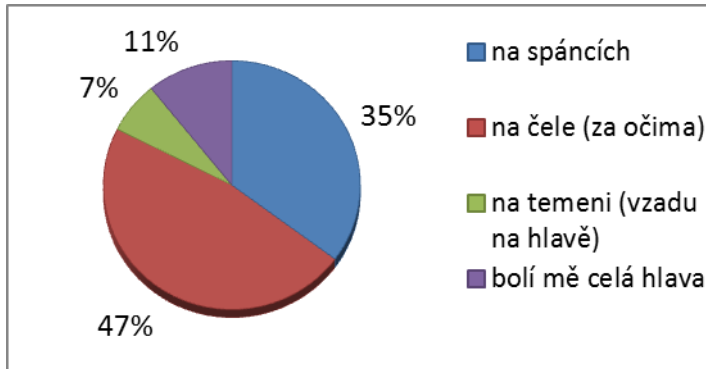
Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Děti vnímají svoji bolest hlavy velmi subjektivně. Tato otázka byla vypracována podrobně v časových úsecích, aby se co nejvíce přiblížila objektivitě. Je zřejmé, že bolest hlavy je ovlivněna různými příčinami, působící na dětský organismus a podle toho také děti vnímají svoje potíže. 52 % dětských respondentů nejvíce pociťuje trvání svých potíží s bolestí hlavy 1 - 3 hodiny, v této souvislosti se zřejmě jedná o tenzní bolesti hlavy, způsobené zátěží psychickou. 23 % dětí udává bolesti hlavy trvající 3 -



12 hodin, jsou především zdrojem psychických, fyzických a sociálních problémů, zde se jedná již o chronickou tenzní bolest hlavy (viz graf 10).

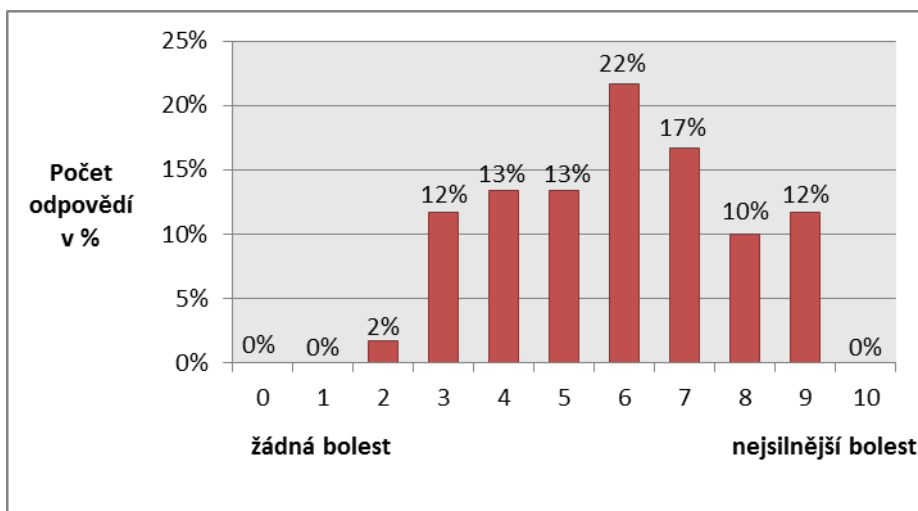
**Graf 11: Lokalizace bolestí hlavy (n=74, více možných odpovědí)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

V hodnocení této otázky mohly děti vyplňovat i více možností, protože lokalizace bolesti je u každého respondenta jiná, nevyskytuje se jen v jednom místě. Nejvíce si děti stěžují, že mají bolest za očima, na čele bez dalších doprovodných příznaků - 47 %, dále u 35 % dětí se bolest vyskytuje na spáncích také bez dalších doprovodných příznaků, 11 % dětí bolí celá hlava. Výsledky naznačují souvislost s tenzní bolestí hlavy (viz graf 11).

**Graf 12: Intenzita bolestí hlavy u dětí (n=60, odpovědi zobrazeny na škále od 0 do 10, kde 0=žádná bolest, 10=nejméně bolest)**

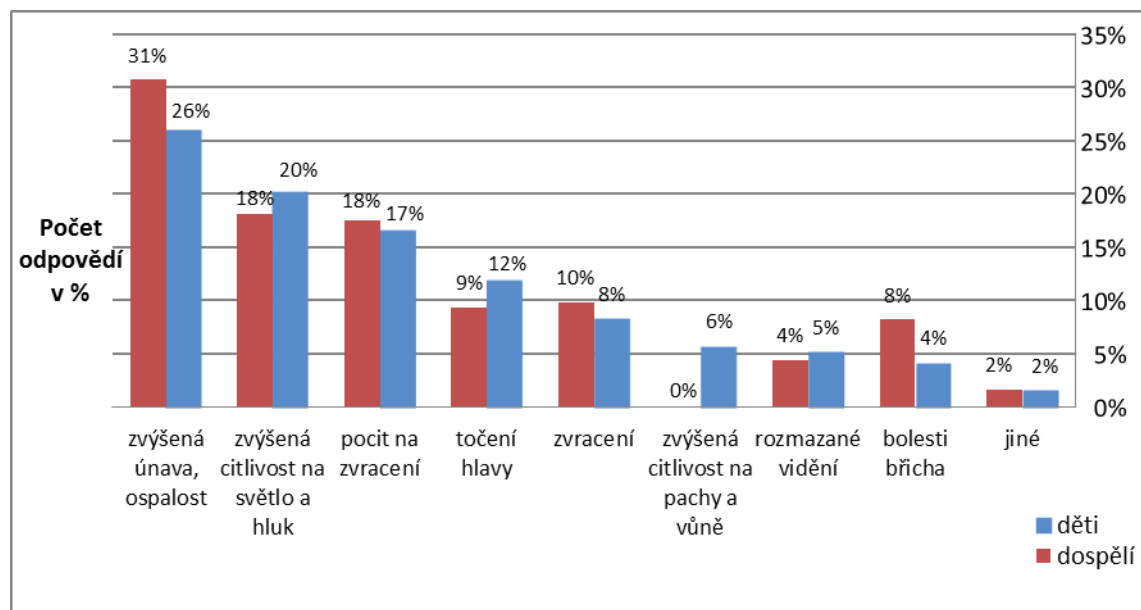


Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

V této oblasti byl záměr sledovat, jak silnou bolest hlavy může dítě prožívat, jak ji dokáže ohodnotit ve vizuální číselné škále od 0 do 10, která se zdála být pro školáky nejvíce vhodná. Bolest je subjektivní pocit, přesto je z grafu 12 patrné, že 22 % respondentů ohodnotilo intenzitu bolesti číslem 6 a 17 % respondentů číslem 7, 12 % dětí dokonce označilo číslem 9. Vzhledem k výsledku je patrné, že je často bolest hlavy u dětí podceňována ze strany rodičů, jejich představa se rozchází s pocity dětí. To může být vysvětlením toho, proč přicházejí rodiče k lékaři se svými dětmi až více než po roce potíží, což se potvrdilo i v tomto výzkumu (viz graf 6).

Další typ otázek byl koncipován tak, aby výzkum šel dle příznaků respondentů rozlišit na základní kategorii, zda se jedná o tenzní či migrenozní bolesti. Děti měly na výběr z více možností a mohly popisovat i další potíže, které v dotazníku uvedeny nebyly. Pro zjištění nejpřesnější objektivity byla otázka stejnou formou položena i dospělým respondentům, aby bylo možné posoudit, zda děti své potíže správně diagnostikovaly.

**Graf 13: Další doprovodné příznaky bolestí hlavy (děti: n=192, rodiče: n=182, více možných odpovědí)**



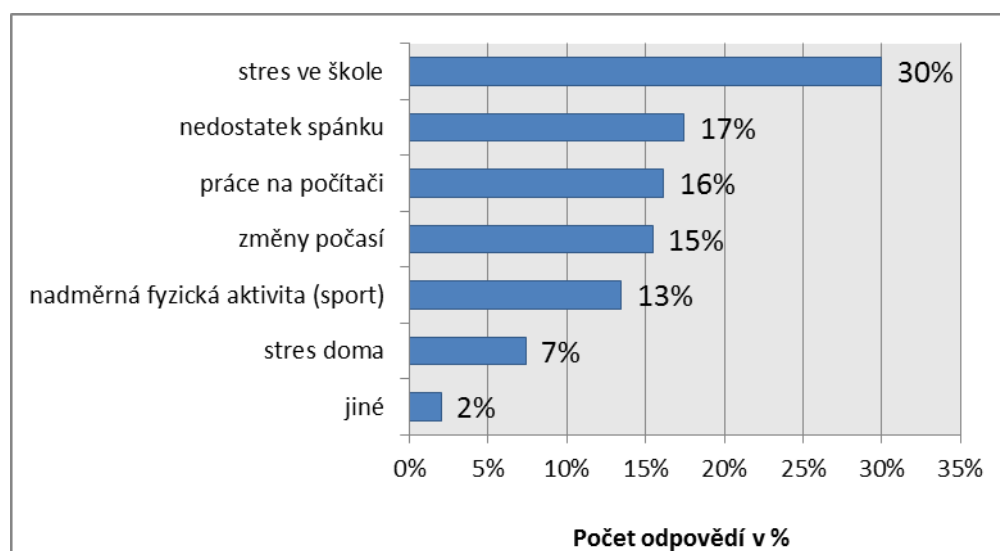
Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Z grafu 13 vyplývá, že příznaky, které děti udaly, ukazují z více než 50 % spíše na tenzní bolesti hlavy s ospalostí a zvýšenou únavou, točením hlavy a občasnou nauseou či bolestí břicha. Na migrenozní cefaleu s příznaky zvracení, foto a fonofobií,

osmofobií, rozmazaným viděním poukazuje více než 30 % respondentů. Je zajímavé, že přibližně stejně se vyjádřili i dospělí respondenti, což poukazuje na to, že rodiče při opakování potíží již děti více pozorují a všímají si jejich problémů.

Následující otázka pro dětské respondenty byla cíleně zaměřena na to, jaké další příčiny mohou vyvolat jejich bolesti hlavy, měly možnost vybírat i více odpovědí.

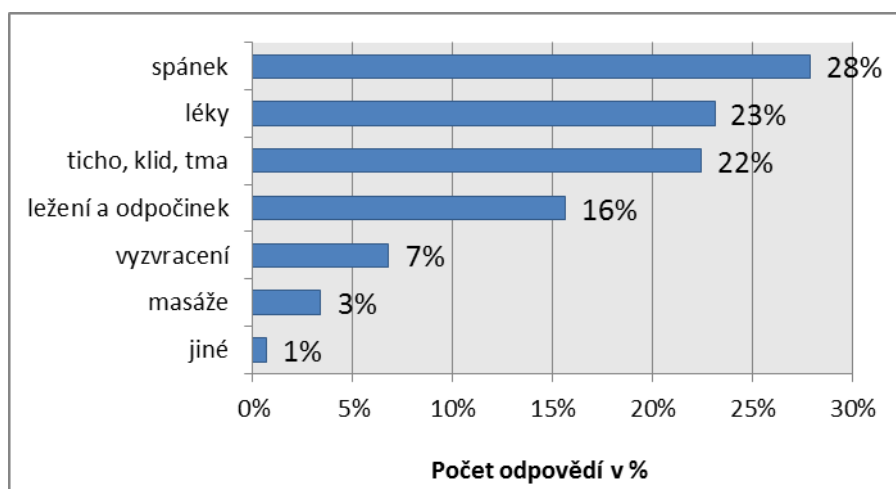
**Graf 14: Další příčiny, které mohou vyvolat bolest hlavy (n=149, více možných odpovědí)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Dle grafu 14 je zřejmé, že 30 % respondentů uvedlo stres ve škole jako největší důvod potíží bolestí hlavy, nároky ze strany školy jsou pro děti psychicky náročné, hodně dětí nezvládá školní povinnosti, které jsou na ně nakládány. Dle mého výzkumu je u 43 % dětí prospěch ve škole průměrný, u 10 % dokonce podprůměrný (viz graf 4e) a může být jednou z příčin tenzních bolestí hlavy, které vznikají po příchodu ze školy. Nedostatek spánku u 17 % dětí a práce na počítači u 16 % dětí ovlivňují také bolest hlavy, jsou zastoupeny ve stejné míře a poukazují na to, že děti všeobecně málo odpočívají, často se dívají na televizi či pracují na počítači do večerních hodin. Nadměrná fyzická aktivita v 13% a změny počasí v 15 % u respondentů mohou být příčinou migrenozních bolestí hlavy, oproti tomu stres v rodině zastoupený 7% dle výzkumu nemá tak velký vliv na vznik bolestí hlavy u dětí (viz graf 14).

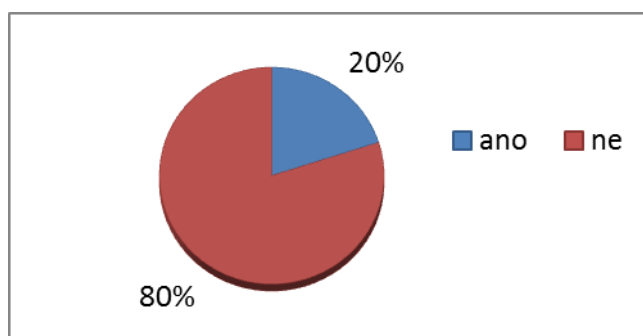
**Graf 15: Možnosti léčby bolestí hlavy dětí (n=147, více možných odpovědí)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

V této oblasti se výzkumné otázky zaměřily na možnosti léčby či další způsoby, kterými dětská respondentka řeší svoje bolesti hlavy. Překvapivě více než 50 % dětí volí jako první eventualitu společně se spánkem také léky na bolest (graf 15). V této souvislosti je nutné upozornit na problém návyku dětí na léky, které v dospělosti mohou přejít do chronicity. Ticho, klid a tmu preferuje 22 % dětí, ležení a odpočinek 16 %, 7 % dětí má po vyzvracení úlevu od bolesti. Tato otázka opět dokazuje zvýraznění potíží tenzních než migrenozních.

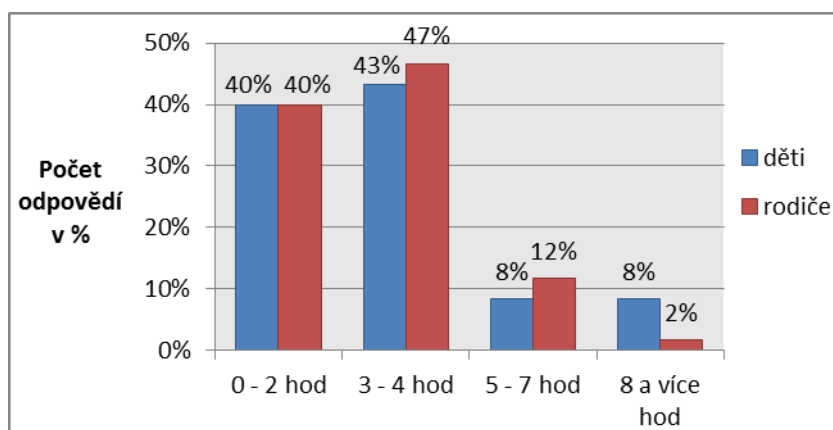
**Graf 16: Výskyt alergie u dětí (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Z výzkumu nevyplývá, že prokázané alergie mohou zvýšit procento výskytu bolestí hlavy u dětí, protože z celkového stavu dotazovaných dětských respondentů mělo jen 20% dětí jasně prokázané alergie, na které se i léčí, naopak plných 80 % dětí netrpělo žádnou alergií (graf 16).

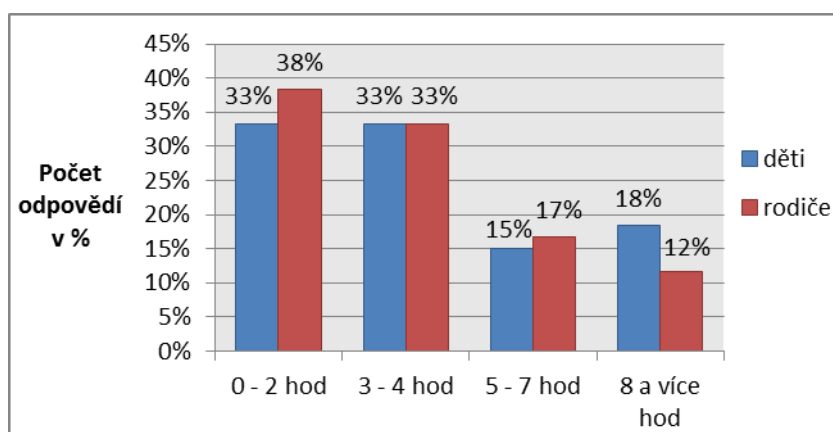
**Graf 17: Denní trávení času u počítače či televize (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012, zaokrouhleno

Tato otázka byla zaměřena nejen na děti, ale i na rodiče, zda mají přehled o stráveném čase svých dětí v odpoledních a večerních hodinách, protože jak již bylo zdůrazněno v grafu č. 14, práce na počítači a sledování televize může mít vliv na vznik bolestí hlavy, děti málo odpočívají, jsou unavené a v souvislosti se školními povinnostmi trpí častěji bolestmi hlavy. 43 % dětí tráví denně 3- 4 hodiny u počítače či televize, na otázku odpovídali obdobně i rodiče, takže i když o této problematice vědí, neberou ji jako důležitou k ovlivnění vzniku bolestí hlavy u svých dětí (graf 17).

**Graf 18: Mimoškolní aktivity týdně (n=60)**

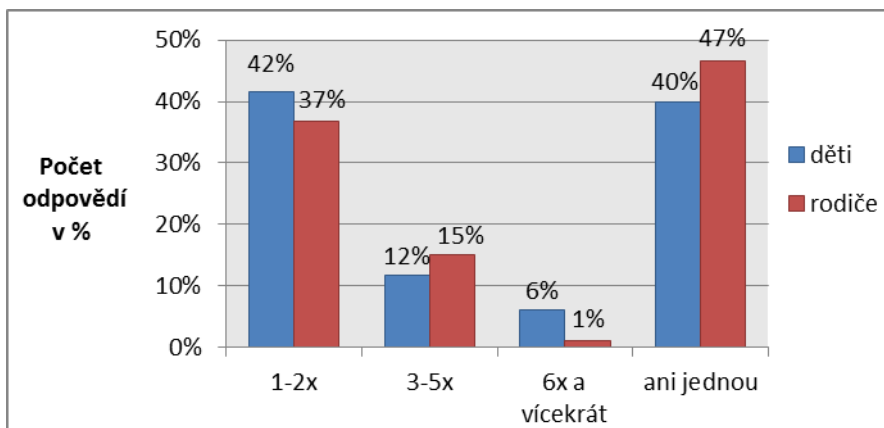


Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012, zaokrouhleno

Tato oblast hodnotila, jaký vliv na vznik a vývoj bolestí hlavy může mít fyzická aktivita, různé kroužky a studování cizích jazyků v mimoškolní době u dětí. Dle výsledků výzkumu se ukázalo, že děti všeobecně málo sportují, protože 33 %

respondentů se jen 0 - 2 hodiny týdně věnují jakékoliv mimoškolní činnosti, více času stráví u počítačů a televize. 33 % dětských respondentů se zabývá mimoškolní činností 3 - 4 hodiny týdně, 15 % 5 - 7 hodin, 8 a více hodin týdně stráví sportem a jinou aktivitou 18 % dětí. Pro srovnání byla stejná otázka položena i dospělým respondentům, a ti odpovídali obdobně (graf 18). Rodičům tak zřejmě nevádí, že více času stráví jejich děti u počítačů a televizí (viz graf 17), než mimoškolní aktivitou, nevidí v tomto problému jednu z dalších možností, ovlivňující vznik bolestí hlavy dětí.

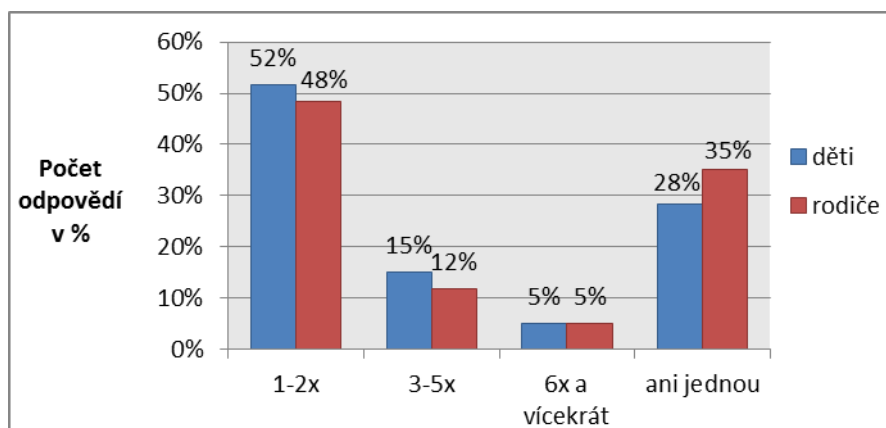
**Graf 19: Absence dětí ve škole kvůli bolesti hlavy v posledním měsíci (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Zda je absence dětí z důvodu bolestí hlavy, jež je udávána v odborné literatuře jako nejčastější důvod školních absencí u dětí a dospívajících, měl dokázat graf 19. Pro co nejpřesnější objektivitu byla tato otázka cíleně zaměřena do posledního měsíce a zadána stejně i dospělým respondentům pro posouzení výsledku. Z grafu 19 vidíme, že 60 % dětí z důvodu bolestí hlavy nešlo v posledním měsíci do školy, přibližně souhlasně odpovídali i rodiče. Výzkumem se potvrdilo se, že bolesti hlavy jsou jedny z nejčastějších příčin školní absence u dětí.

**Graf 20: Absence dětí v mimoškolní činnosti v posledním měsíci a názor rodičů**  
(n=60)

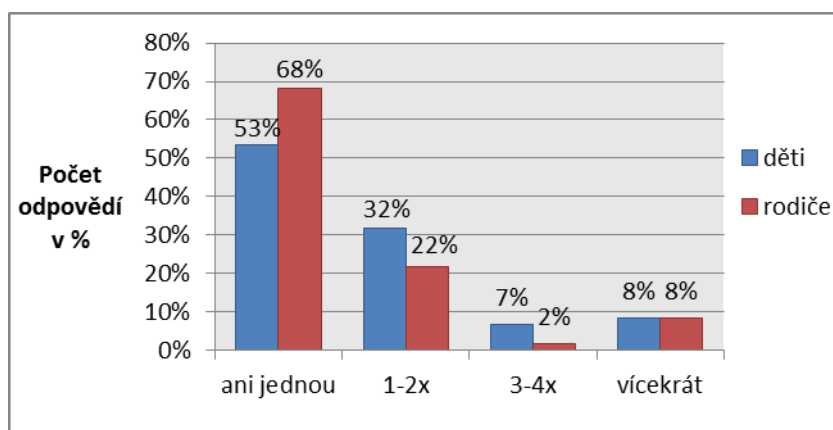


Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Podobná otázka v grafu 20 měla zhodnotit, jak bolesti hlavy ovlivňují dětské respondenty v provozování svých volnočasových aktivit v posledním měsíci, zda je omezují v jejich kvalitě života. Více než 70 % dětských respondentů uvádí, že je bolest hlavy omezuje ve volném čase tím, že se nemohou zúčastnit mimoškolních aktivit. Také více než 60 % rodičů potvrdilo, že jsou jejich děti bolestí hlavy omezovány ve svém volném čase v aktivitách.

V další části dotazníku byly otázky směřovány do oblasti vztahů dětí a dospívajících s rodiči, učiteli, sourozenci a spolužáky v posledním měsíci. Chtěla jsem si udělat představu, zdali mezilidské vztahy mohou snižovat hodnoty kvality života a zdali mohou ovlivňovat problémy s bolestí hlavy. Vzhledem k nedostatečně rozvinuté schopnosti prožívání, sebepozorování a spokojenosti u dětských respondentů z důvodu věku, jsem považovala za užitečné zapojit do hodnocení i rodiče a sledovat jednotlivé oblasti souběžně, a také sledovat jejich prožívání a pohled na dítě (viz graf 21a, 21b, 21c, 21d).

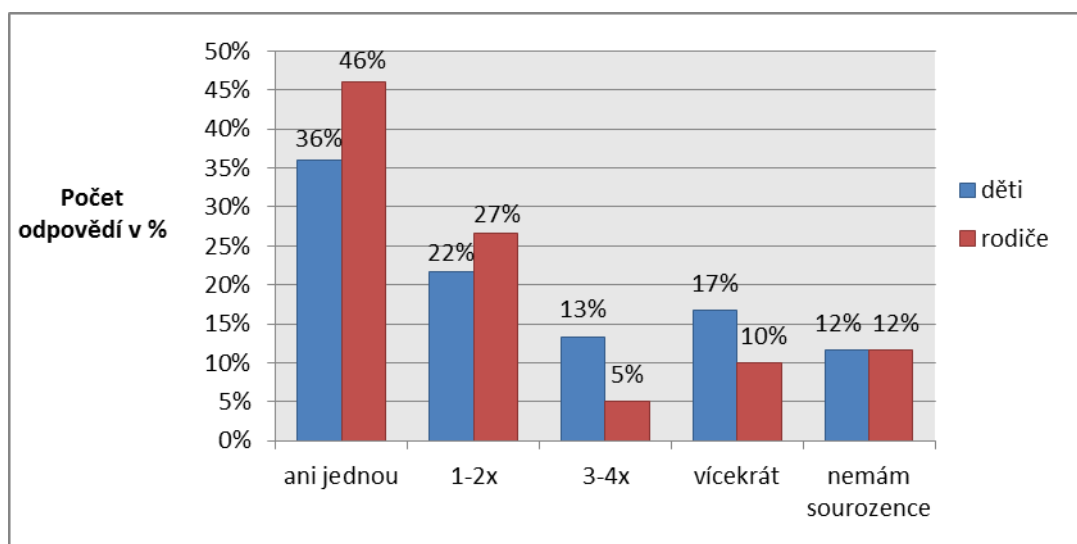
**Graf 21a: Neshody s rodiči v posledním měsíci (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Zajímavé zjištění lze vypožorovat na grafu 21a, kdy 68 % rodičů odpovědělo, že nemělo v posledním měsíci ani jednu vážnou nehodu se svým dítětem, na stejnou otázku odpovědělo 53 % dětí. Oproti tomu více než 40 % dětí přiznalo, že v posledním měsíci mělo nějakou nehodu se svými rodiči. Z grafu 21a tedy nevyplývá, že by vztahy dětí a rodičů nějakým výrazným způsobem ovlivňovaly vznik bolestí hlavy u dětí.

**Graf 21b: Neshody dětí se sourozencem v posledním měsíci (n=60)**



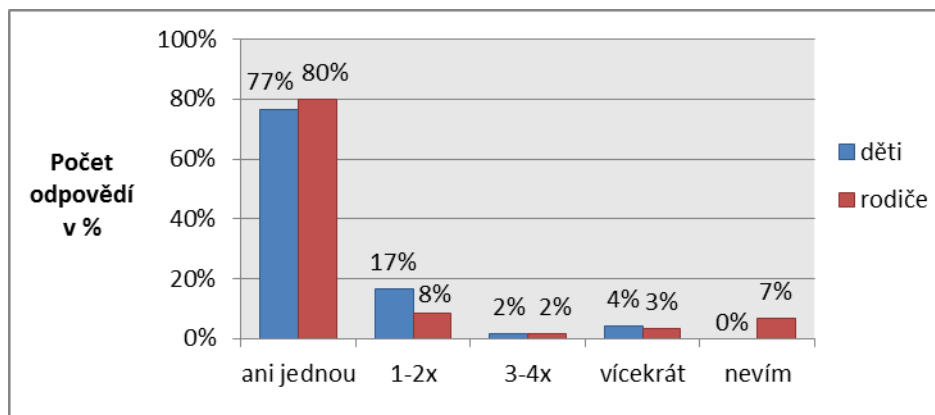
Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Neshody se sourozencem v posledním měsíci uvedlo více než 50 % dětí, na tu samou otázku odpovědělo stejně 42 % dospělých respondentů, 36 % dětí nemělo žádnou rozepři, 46 % rodičů odpovídalo obdobně. I když se dle grafu 21b sourozenecké



neshody vyskytují, nelze z toho vyvozovat, že by rozepře mezi sourozenci natolik zapříčiňovaly vznik bolestí hlavy u dětí.

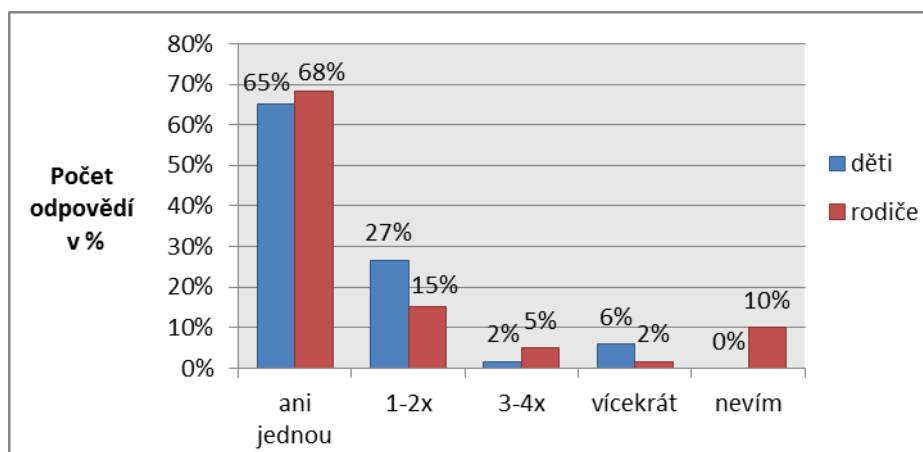
**Graf 21c: Neshody dětí s učiteli a vychovateli v posledním měsíci (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Co se týká neshod dětí s učiteli a vychovateli ve škole, panuje zde velká shoda mezi dětmi a jejich rodiči. Z grafu 21c lze vyčíst, že 77 % dětí a 80 % dospělých shodně odpovědělo, že v posledním měsíci neměli děti žádnou rozepři s jejich učiteli nebo vychovateli. Graf 21c tak nepotvrzuje, že by neshody dětí s učiteli nějakým způsobem ovlivnily vznik bolestí hlavy u dětí.

**Graf 21d: Neshody dětí se spolužáky v posledním měsíci (n=60)**

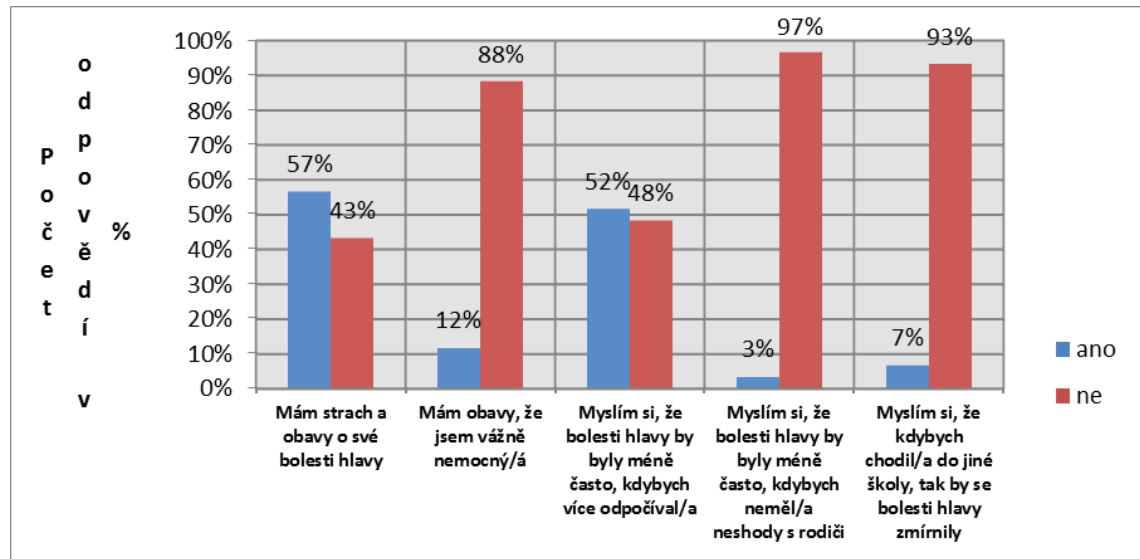


Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Předchozí výsledek potvrzuje i graf 21d, kde 65 % dětských respondentů a 68 % rodičů odpovědělo, že děti v posledním měsíci neměli ani jednu neshodu se svými

spolužáky a tím se nepotvrdilo, že by tyto nehody mohly zapříčinit vznik bolestí hlavy u dětí.

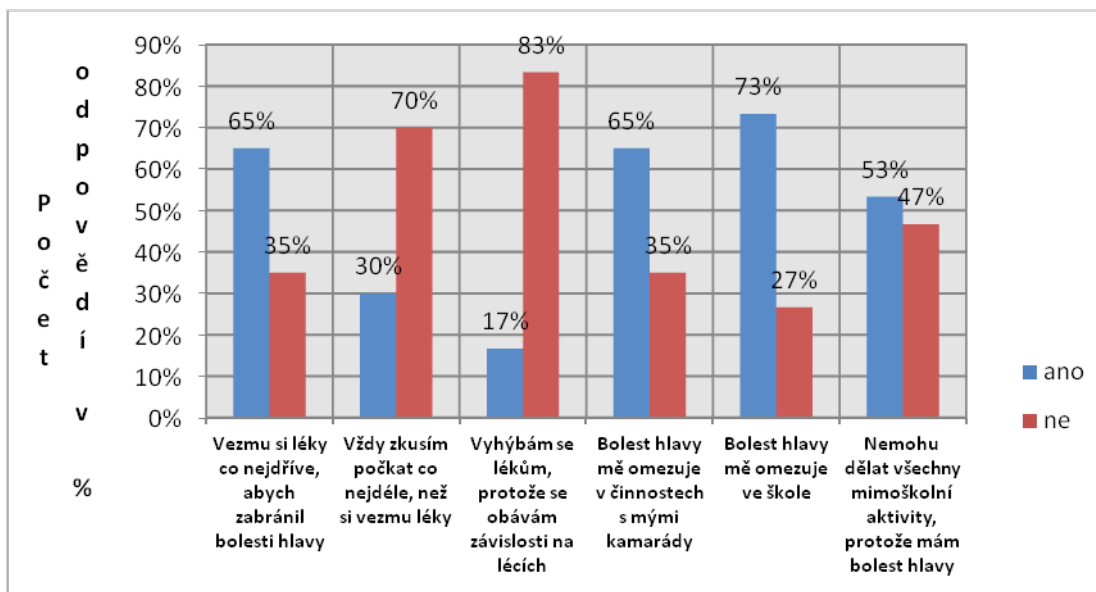
**Graf 22a: Vybrané problémy u dětí s bolestí hlavy spojené s kvalitou života (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Poslední oblast dotazníku pro děti byla směřována na intimitu a problémy, které cítí děti s bolestí hlavy. Výsledný graf 22a poukazuje na to, že 57 % dětských respondentů má strach o své bolesti hlavy, 88 % dětí nemá obavy z toho, že je vážně nemocných, 52 % respondentů se domnívá, že kdyby více odpočívali, tak by potíže s bolestí hlavy měli méně často. Drtivá většina dětí (více než 90 %) tvrdí, že nehody s rodiči a eventuální změna školy nemají vliv na vznik jejich bolestí hlavy, což potvrzují i předchozí grafy 21a, 21c.

**Graf 22b: Vybrané problémy u dětí s bolestí hlavy spojené s kvalitou života (n=60)**



Zdroj: Výzkum autora, prosinec 2011 – leden 2012

Na otázku, zda si vezmou ihned léky na bolest, odpovědělo kladně 65 % dětí, jen 30 % vyčká a snaží se bolest hlavy řešit jiným způsobem. Překvapivé bylo, že až 83 % dětí se nebojí v budoucnu závislosti na lécích, užívání analgetik pro bolest hlavy je pro ně normální běžnou věcí. 73 % dětských respondentů označilo bolest hlavy jako omezování výkonu ve škole, u 65 % je omezuje také v činnosti s kamarády a 53 % dětí udává, že je bolest hlavy omezuje v mimoškolní činnosti (graf 22b).

## 5 DISKUSE

Výzkum byl zaměřen na problematiku bolestí hlavy, nejčastější bolest vyskytující se u dětí. Sama bolest je prožitek, subjektivní realita, která je doprovázena i vlivem duševní povahy dítěte. Měla by se jí vždy věnovat pozornost od první stížnosti dítěte. Podceňování bolesti hlavy od raného věku může vést k riziku chronizace v dospělosti. Děti cítí bolest stejně jako dospělí, někdy i více, a pro svou psychickou nevyzrálou se nedokáží s bolestí tak snadno vyrovnat jako dospělí.

Vzhledem k množství údajů jsem si pro zpracování zvolila kvantitativní přístup formou dotazníku pro co největší objektivitu daného tématu a možnost zkoumání většího okruhu informací. Cílem výzkumu bylo zmapovat bolest hlavy u dětí, v jaké míře je schopna ovlivnit kvalitu jejich života, v čem je omezuje, co způsobuje jejich potíže, o co je ochuzuje ve volnočasových aktivitách. Samozřejmostí bylo i získávání informací na dané téma od rodičů, kteří jsou citově spojeni se svými potomky. Zajímavé bylo některé otázky vzájemně porovnávat a zjistit, jaký pohled na bolest hlavy u dětí zaujímají jejich rodiče.

První oblast výzkumu stanovila první hypotéza: *Bolesti hlavy, které jsou přítomné u 70 % rodičů, mohou výrazně ovlivňovat vznik bolestí hlavy také u jejich dětí.* Pro potvrzení hypotézy jsem se zaměřila na výskyt bolestí v rodině. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že bolestí hlavy trpí 34 % dotázaných a migrénou dokonce 43 % dotázaných dospělých respondentů (viz graf 5). Typická genetická predispozice k výskytu bolesti hlavy byla přítomna. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Doplňující výzkumné otázky vztahující se k první hypotéze ohledně anamnézy dětí, tj. průběh těhotenství, psychomotorický vývoj a odklad školní docházky (viz graf 4a, 4b, 4d), nepotvrdily moji domněnku na vznik bolestí hlavy u dětí. Zajímaly mne i vztahy rodičů, zda děti vyrůstají v úplné či neúplné rodině, neboť jsem se domnívala, že problémy a stresy v rodině mohou ovlivňovat vznik bolestí hlavy. Výzkum tuto domněnku nepotvrdil (viz graf 4c).

Další oblast výzkumu stanovila druhá hypotéza: *60 % dětí s bolestmi hlavy přichází k lékaři až po více než roce svých potíží.* Předpokládala jsem, že se děti nesvěřují ihned se svými problémy rodičům a svoje potíže se snaží někdy i zvládnout a vyrovnat se s nimi. Sebehodnocení bolesti u dětí je ovlivněno především věkem, kulturou, ze které pochází, kognitivní úrovní, ale i aktuálním emočním stavem. Paradoxem může být psychogenní tenzní bolest, přinášející dítěti i výhody: mění se chování členů rodiny tím,

že se pro ně stává výjimečným, dítě je ochraňováno, litováno, plní se mu přání, kupují se mu dárky a dítě tak nemá zájem se bolesti zbavit. Výsledky prokázaly, že 63 % dětí přišlo na vyšetření k lékaři až po více než roce obtíží, 55 % rodičů potvrdilo interpretaci svých dětí (graf 6). Je zajímavé, že rodiče nevidí bolest hlavy u dětí jako vážný problém, ale až po opakovaných stížnostech a změnách chování u svých dětí začnou rodiče bolesti hlavy řešit. Možnou příčinu spatřují i v délce trvání bolestí hlavy, neboť 52 % dětských respondentů pociťuje trvání svých potíží 1-3 hodiny (viz graf 10). V této souvislosti se jedná nejspíše o tenzní bolesti hlavy, způsobené psychickou zátěží, a protože trvají tak krátce, rodiče nemusejí ani o této bolesti vědět či ji zaznamenat. A pokud si děti stěžují na bolest hlavy, rodiče problém vyřeší tím, že dají dítěti ihned lék proti bolesti (viz graf 22b). Více než 50 % dětských respondentů udává nejčastěji 3 - 5x bolest hlavy do měsíce, ale jen 35 % rodičů tyto potíže u svých dětí zaznamenají (viz graf 7). Rodiče si asi neuvědomují, že podceňování bolesti hlavy v dětství může vést k riziku chronizace v dospělosti nebo až k přehnanému vnímání bolesti s možnými následky návyků na řadu léků i možnými výskyty psychiatrických onemocnění. Výsledky průzkumu tedy prokázaly platnost hypotézy č. 2.

Třetí hypotézu jsem definovala následovně: *Bolesti hlavy jsou ze 70 % nejčastějším důvodem školních absencí u dětí.* Bolest hlavy trápi hodně dětí, jenže incidenci bolesti hlavy u dětí lze jen těžko odhadnout, ne každé dítě se s bolestí hlavy dostane k lékaři, ale velice často zůstane doma a nejde do školy. Bolest hlavy jako nejčastější důvod absencí je udáván i v odborné literatuře. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na poslední měsíc pro co největší objektivitu a stejnou otázku jsem zadala v dotazníku i rodičům. Hypotéza č. 2 nebyla tedy potvrzena, protože jen 60 % dětských respondentů uvedlo, že kvůli bolesti hlavy vynechalo v posledním měsíci 1-6x školní docházku. Více než 50 % dospělých respondentů potvrdilo vyjádření svých dětí ohledně absencí ve škole (viz graf 19). Rodičům tak zřejmě nevádí, že jejich děti kvůli bolestem hlavy tak často vynechají během měsíce školní docházku. Následně mohu poukázat také na to, jak bolesti hlavy omezují děti i v jejich mimoškolních aktivitách, neboť 72 % dětských respondentů uvedlo, že kvůli bolesti hlavy vynechaly v posledním měsíci 1-6x svoje kroužky, sportovní činnost, jazyky, atd. Bolesti hlavy tak snižují a omezují kvalitu života dětí (viz graf 20).

Poslední čtvrtá hypotéza zněla: *U 50 % dětí mají vliv na vznik bolestí hlavy školní povinnosti.* Z celého mého výzkumu jsem nabyla dojmu, že bolesti hlavy u dětí nejsou

výsledkem stresu v rodině, či konfliktů dětských respondentů se sourozenci, učiteli nebo spolužáky (viz graf 21a, 21b, 21c, 21d), ale největší podíl na vzniku jejich potíží mají právě pro někoho nadměrné školní povinnosti. Dle grafu 4e se ukázalo, že 53 % dětí má průměrný až podprůměrný školní prospěch, což může být jedním z důvodů bolesti hlavy. Graf 8 potvrdil, že 58 % dětských respondentů udává bolesti hlavy během dne a 22 % k večeru, tedy většinou až po příchodu ze školy. Stres ve škole jako jednu z dalších možných příčin, ovlivňující vznik bolesti hlavy, uvedlo 30 % dětských respondentů (viz graf 14). Graf 9 poukazuje na to, že 52 % dětí trpí bolestmi hlavy ve všedních dnech i o víkendech, kdy se musejí učit a připravovat na školní povinnosti, které je čekají během následujícího týdne. V souvislosti se školními povinnostmi musejí děti svou přípravu provádět doma často na počítači. Graf 17 ukazuje, že více než 80 % dětí pracuje na počítači až 4 hodiny denně, následně jsou unavení, neodpočatí, nevyspalí, což se jistě podílí na vzniku bolesti hlavy. Také více než 80 % rodičů odpovídalo obdobně, o problematice vědí, ale neberou ji jako důležitou k ovlivnění bolesti hlavy u svých dětí. Graf 22b potvrzuje, že bolest hlavy u 73 % dětských respondentů je omezuje ve škole. Hypotéza č. 4 tak byla potvrzena.

## ZÁVĚR

Průzkum ukázal, že bolest hlavy u dětí nemusí být zapříčiněna pouze problémy v rodině, jako je neúplnost rodiny, vztahy mezi rodiči navzájem, vazbou mezi rodiči a sourozenci, ale například i vztahy či konflikty dětí ve škole s učiteli, spolužáky, dále jejich zájmy a aktivitami ve volném čase. Další faktor, který může pro dítě a pubescenta představovat značnou emoční zátěž, je touha vyniknout mezi vrstevníky, ale menší sebedůvěra zapříčiní neurotickou nadstavbu, podílejí se také na vzniku bolestí hlavy. Nemalou řadou působí i stres ve škole ze zkoušení, nadměrných školních povinností a z toho vyplývající zhoršený prospěch. Nedostatek spánku a odpočinku, dlouhá doba strávená u počítače či dívání se na televizi do večerních hodin může mít také velký vliv na vznik bolestí hlavy. Naopak i přetížení organismu z přebytečné fyzické aktivity během týdne a nedostatek odpočinku se mohou také podílet na vzniku bolestí hlavy u dětí a adolescentů. Další zdrojem bolestí hlavy mohou být nadprůměrné výkonné nároky na dítě ze strany rodičů, které přesahují intelektové možnosti jejich dětí. Pro dítě s bolestí hlavy je asi dost obtížné vyjádřit možnost obavy z hněvu, zklamání a nespokojenosti důležitých osob (rodiče, učitele, přítele), je to mnohdy symptom volání o pomoc druhé osoby v řešení problému formou komunikace, přizpůsobení se nárokům tak, aby dítě nemuselo být vystavováno pocitům vlastního selhání a zklamání. Pokud lékař vyloučí bolest hlavy jako jeden z provázejících a důležitých příznaků onemocnění, je nutné pomoci rodině psychologickou konzultací a následnou psychologickou či pedopsychiatrickou terapií.

Výzkum práce souhrnně poukázal na problematiku bolesti hlavy u dětí, nejčastější dětské bolesti vůbec. Každý negativní zážitek s prožitou bolestí v dětství se může přenášet i do dospělosti a předávat dál i následující generaci. Výzkum prokázal, že bolesti hlavy negativně ovlivňují dětské respondenty v kvalitě života, omezují je ve výkonu ve škole, i v jejich volno časových aktivitách, o víkendech. Výsledky výzkumu mohou být použity pro zkvalitnění péče o děti s bolestí hlavy a zároveň mohou pomoci odborníkům v přístupu a posuzování této specifické problematiky. Jistě jsou zajímavé nejen pro odbornou, ale stejně tak i pro laickou veřejnost. Tato práce by tak mohla být odrazovým můstkem pro další zkoumání velmi široké a aktuální problematiky.

## SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

- AMBLER, Zdeněk, *Klinická. neurologie - obecná část 2*. Košice : Triton, 2008. 980 s. ISBN 978-80-7387-157-4.
- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie. 7*. Praha : Galén, 2011. 341 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
- AMBLER, Zdeněk, et al. *Klinická neurologie : část obecná. 1*. Praha : Triton, 2004. 975 s. ISBN 80-7254-556-6.
- BEDNAŘÍK, Josef, et al. *Klinická neurologie : část speciální. 1*. Praha : Triton, 2010. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetřovatelství - teorie. 1*. Martin: Vydavatelství Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání. 1*. Praha : Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti : Příručka pro sestry. 1*. Praha : Grada Publishing,a.s, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- KOMÁREK, Vladimír; ZUMROVÁ, Alena. *Dětská neurologie : vybrané kapitoly. 2. vyd.* Praha : Galén, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8.
- KOTAS, Rudolf. Migréna - současnost a perspektiva. *Bolest*. 2010, 13, 2, s. 53-77. Dostupný také z WWW:  
<[http://www.tigis.cz/images/stories/BOLEST\\_PDF/2\\_2010/web\\_bolest\\_2\\_10\\_Kotas\\_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/BOLEST_PDF/2_2010/web_bolest_2_10_Kotas_zabezp.pdf)>. ISSN 1212-6861.



- KOTAS, Rudolf. Primární nebo sekundární bolest hlavy?. *Bolest*. 2009, 12, 2, s. 73-77. Dostupný také z WWW: <[http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2009/02/04\\_Kotas\\_bolest\\_2\\_09\\_web\\_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2009/02/04_Kotas_bolest_2_09_web_zabezp.pdf)>. ISSN 12-12-6861.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MAREŠ, Jiří, et al. *Dítě a bolest*. 1. Praha : Grada Publishing, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
- MAREŠ, Jiří, et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících III.*. 1. Brno : MSD, spol. s.r.o., 2008. 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.
- MARKOVÁ, Jolana. *Bolesti hlavy*. 1. Praha : Triton, s.r.o., 2004. 72 s. ISBN 80-7254-514-0.
- MASTÍK, Jiří. *Migréna : průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2007. 104 s. ISBN 978-80-7345-139-4.
- RICHARD, Rokyta, et al. *Bolest*. 1. Praha : Tigis, spol, s.r.o, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
- ROKYTA, Richard, et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha : Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra, et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Praha : Grada Publishing, a.s, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. Praha : Grada Publishing, a.s, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha : Grada Publishing, 2010. 292 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
- ŠMÍDOVÁ, Jana; KOMÁREK, Vladimír. Bolesti hlavy v dětském věku. *Bolest : časopis pro studium a léčbu bolesti*. 2008, 11, 2, s. 85-93. ISSN 12-12-6861.

- TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Brno : Mikadapress s.r.o., 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- WINNER, Paul; LEWIS, Donald. *Young Adult and Pediatric Headache Management*. Hamilton (USA) : BC Decker Inc, 2005. 236 s. ISBN 1-55009-296-0.

## **Elektronické zdroje**

- OPAVSKÝ, Jaroslav. Současná Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-II) vypracovaná Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. *Lékařské listy* [online]. 2006, 12, [cit. 2011-09-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/?id=2769>>.
- ŠMÍDOVÁ, Jana; KOMÁREK, Vladimír. Bolesti hlavy v dětském věku. *Bolest : časopis pro studium a léčbu bolesti*. 2008, 11, 2, s. 85-93. Dostupný z WWW: <<http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2008/02/04-Smidova-BOLEST-2-2008.pdf>>. ISSN 12-12-6861.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

IASP – International Association for the Study of Pain – Mezinárodní asociace pro studium bolesti

ICHD – II – The International Classification of Headache Disorders – revidovaná mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (2. vydání)

IHS – International Headache Society

EHF – European Headache Federation

JEP – Jan Evangelista Purkyně Czech Headache Society

WHO - Světová zdravotnická organizace

SAK – subarachnoidální krvácení

BPV – benigní paroxysmální vertigo

TTH – Tension type headache

MRI - Magnetic resonance imaging

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorders - hyperaktivita s poruchou pozornosti

CT - Computed Tomography

ORL – otorinolaryngologie

EMG – elektromyografie

USG – sonografické vyšetření

RTG - rentgenové vyšetření

VAS – vizuální analogová škála

QoL – kvalita života

HRQOL – kvalita života související se zdravím

# PŘÍLOHY

**Tab. č. 1: Klasifikace bolesti hlavy dle IHS**

## 1. Migréna

- 1.1 Migréna bez aury
- 1.2 Migréna s aurou
  - 1.2.1 Typická aura s migrénou
  - 1.2.2 Typická aura s nemigrenózní bolestí hlavy
  - 1.2.3 Typická aura bez bolesti hlavy
  - 1.2.4 Familiární hemiplegická migréna
  - 1.2.5 Sporadická hemiplegická migréna
  - 1.2.6 Migréna bazilárního typu
- 1.3 Periodické syndromy dětského věku
  - 1.3.1 Cyklické zvracení
  - 1.3.2 Abdominální migréna
  - 1.3.3 Benigní paroxysmální vertigo v dětství
- 1.4 Retinální migréna
- 1.5 Komplikace migrény
  - 1.5.1 Chronická migréna
  - 1.5.2 Status migrenosus
  - 1.5.3 Perzistující aura bez mozkového infarktu
  - 1.5.4 Migrenózní infarkt
  - 1.5.5 Epileptický záchvat spuštěný migrénou
- 1.6 Pravděpodobná migréna
  - 1.6.1 Pravděpodobná migréna bez aury
  - 1.6.2 Pravděpodobná migréna s aurou
  - 1.6.3 Pravděpodobná chronická migréna

## 2. Tenzní typ bolestí hlavy

- 2.1 Epizodická tenzní bolest hlavy s nízkou frekvencí
- 2.2 Častá epizodická tenzní bolest hlavy
- 2.3 Chronické tenzní bolesti hlavy
- 2.4 Pravděpodobné tenzní bolesti hlavy

## 3. Cluster headache a další trigeminální bolesti hlavy

- 3.1 Cluster headache
- 3.2 Paroxysmální hemikranie
- 3.3 Krátce trvající jednostranné neuralgiformní bolesti hlavy s nástřikem spojivek a slzením (SUNCT)
- 3.4 Pravděpodobně trigeminová autonomní bolest hlavy

## 4. Další primární bolesti hlavy

- 4.1 Primární bodavá bolest hlavy
- 4.2 Primární bolest při kašli
- 4.3 Primární bolest hlavy při fyzické zátěži
- 4.4 Primární bolesti hlavy spojené se sexuální aktivitou
- 4.5 Bolest hlavy vznikající ve spánku a probouzející
- 4.6 Primární prudce nastupující (blesková) bolest hlavy
- 4.7 Hemicrania continua
- 4.8 Nové denní perzistující bolesti hlavy

## 5. Bolest hlavy v souvislosti s úrazem hlavy nebo krční páteře

- 5.1 Akutní posttraumatická bolest hlavy
- 5.2 Chronická posttraumatická bolest hlavy
- 5.3 Akutní bolest hlavy v souvislosti s akceleračně-deceleračním poraněním krční páteře (whiplash sy)
- 5.4 Chronická bolest hlavy v souvislosti s whiplash syndromem
- 5.5 Bolest hlavy v souvislosti s traumatickým intrakraniálním hematomem
- 5.6 Bolest hlavy v souvislosti s jiným úrazem hlavy či krční páteře
- 5.7 Bolest hlavy po kraniotomii

## 6. Bolest hlavy v souvislosti s cévním postižením v kraniiální či cervikální oblasti

- 6.1 Akutní ischemická cerebrovaskulární příhoda
- 6.2 Netraumatické intrakraniální hematomy
- 6.3 Cévní malformace bez ruptury
- 6.4 Artritida
- 6.5 Postižení karotid nebo vertebrálních arterií
- 6.6 Intrakraniální venózní trombóza
- 6.7 Jiné cévní postižení

## 7. Bolest hlavy v souvislosti s nevasculárním intrakraniálním postižením

- 7.1 Při intrakraniální hypertenzi
- 7.2 Při intrakraniální hypotenzii
- 7.3 Při intrakraniálním neinfekčním zánětlivém onemocnění
- 7.4 Při intrakraniálním nádoru

- 7.5 V souvislosti s intratekální aplikací látek
- 7.6 V souvislosti s epileptickým záchvatem
- 7.7 V souvislosti s Arnold-Chiariho malformací typu I
- 7.8 Syndrom přechodné bolesti hlavy a neurologického deficitu s lymfocytózou v likvoru
- 7.9 Jiná intrakraniální nevasculární onemocnění

## 8. Bolest hlavy v souvislosti s chemickými látkami nebo jejich vynecháním

- 8.1 V souvislosti s akutním užitím či expozicí chem. látek
- 8.2 Z abúzu léčiv
- 8.3 Jako nežádoucí účinek chronického užívání léčiv
- 8.4 V souvislosti s odnětím farmakologicky účinných látek

## 9. Bolest hlavy v souvislosti s infekcí

- 9.1 Při intrakraniální infekci
- 9.2 Při systémové infekci
- 9.3 Při infekci HIV
- 9.4 Chronická postinfekční bolest hlavy

## 10. Bolest hlavy při poruchách homeostázy

- 10.1 Při hypoxii a/nebo hyperkapnii
- 10.2 Dialyzační bolest hlavy
- 10.3 Při arteriální hypertenzi
- 10.4 Při hypotyreóze
- 10.5 V souvislosti s hladověním
- 10.6 V souvislosti s ICHS
- 10.7 Při jiných poruchách vnitřního prostředí

## 11. Bolest hlavy nebo bolest v obličejí v souvislosti s onemocněním lebky, krku, očí, uší, nosu a dutin, zubů, ústní dutiny, nebo jiných obličejových či hlavových struktur

- 11.1 Při postižení lebečních kostí
- 11.2 Při postižení krku
- 11.3 Při onemocnění očí
- 11.4 Při onemocnění ušních struktur
- 11.5 Při zánětech nosu či paranasálních dutin
- 11.6 Při onemocnění zubů, čelistí a dalších struktur dutiny ústní
- 11.7 Při jiném onemocnění lebky, krku, očí, uší, nosu a dutin, zubů, ústní dutiny, nebo jiných obličejových či hlavových struktur

## 12. Bolest hlavy v souvislosti s psychickými poruchami

- 12.1 V souvislosti se somatizační poruchou
- 12.2 V souvislosti s psychotickou poruchou

## 13. Kraniiální neuralgie, centrální a primární bolesti v obličejí a další bolesti hlavy

- 13.1 Neuralgie trigeminu
- 13.2 Neuralgie n. glossopharyngei
- 13.3 Neuralgie n. intermedií
- 13.4 Neuralgie n. laryngei superioris
- 13.5 Neuralgie n. nasociliaris
- 13.6 Neuralgie n. supraorbitalis
- 13.7 Neuralgie jiných kraniiálních nervů
- 13.8 Neuralgie n. occipitalis
- 13.9 Syndrom krk-jazyk
- 13.10 Bolest hlavy ze zevní komprese
- 13.11 Bolest hlavy vyvolaná chladovými podněty
- 13.12 Trvalá bolest způsobená kompresí, podrážděním či mechanickým ovlivněním kraniiálních nebo horních krčních nervů strukturální lézí
- 13.13 Při optické neuritidě
- 13.14 Při oční diabetické neuropatii
- 13.15 V souvislosti s herpes zoster
- 13.16 Tolosa-Huntův syndrom
- 13.17 Oftalmoplegická migréna (pozn.: je pravděpodobné, že se jedná o variantu migrény)
- 13.18 Centrální příčiny bolestí hlavy a obličejí
- 13.19 Jiné kraniiální neuralgie a jiné centrálně podmíněné bolesti v obličejí

## 14. Jiné bolesti hlavy, kraniiální neuralgie, centrální nebo primární obličejové bolesti

- 14.1 Bolest hlavy jinde neklasifikovaná
- 14.2 Bolest hlavy nespecifikovaná

**Tab. č. 2: Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí**

	<b>bolest akutní</b>	<b>bolest chronická</b>
trvání	hodiny – dny	měsíce – roky
význam	pozitivní – výstražná funkce	negativní – chybí smysluplný význam
lokalizace	zpravidla lokalizovaná	často difuzní
přijatelnost	větší	zřídka
příčina	většinou periferní	často centrální, se spoluúčastí psychiky
průběh	zpravidla rychlé zlepšování	často progresivní zhoršování

Rokyta, 2006, s. 203

**Tab. č. 3: Typické doprovodné příznaky akutní a chronické bolesti**

<b>bolest akutní</b>	<b>bolest chronická</b>
vegetativní příznaky:	poruchy spánku
• pocení	deprese
• tachykardie	poruchy libida
• tachypnoe	nechutenství
• vazokonstrikce	zácpa
• mydriáza	zhoršená kvalita života
• paralýza střev	sociální izolace
• retence moči	změny osobnosti
• katabolizmus	ztráta zaměstnání
• hyperglykemie	nebezpečí suicidia

Rokyta, 2006, s. 203.

**Tab. č. 4: Vzorce změn u akutní a chronické bolesti**

<b>bolest</b>	
<b>akutní</b>	<b>chronická</b>
<b>&lt; 3–6 měsíců</b>	<b>&gt; 3–6 měsíců</b>
+ frekvence srdeční	nespavost
+ tepový objem	nechutenství
+ tlak krevní	intolerance bolesti
+ frekvence dechu	obstipace
+ šířka zornic	psychomotorická retardace
potivost dlaní	podrážděnost
neklid	bolestivé chování
úniková reakce	sociální izolace
<b>ANXIOZITA</b>	<b>DEPRESE</b>

Rokyta, 2006, s. 22

**Tab. č. 5: Jak dítě v různém věku prožívá bolest**

věk	charakteristika
0 – 3 měsíce	reflexní odpověď jako u novorozence
3 – 6 měsíců	zlostný, smutný pláč
6 – 18 měsíců	strach z bolestivé situace, verbální protest (ááááuu, bebí...)
18 – 24 měsíců	lokalizace bolesti (ucho, končetina...), popis bolesti
24 – 36 měsíců	popis bolesti, identifikace vnějších příčin bolesti (horký předmět, ostrá jehla...)
3 – 5 let	intenzita bolesti, emoční slovní projevy, schopnost zhodnocení na vizuální škále, (obličej)
5 – 7 let	diferenciace hladin bolesti
7 – 10 let	vysvětlení příčin bolesti, hodnocení na vizuální analogové škále
nad 11 let	komplexní hodnocení bolesti včetně možné disimulace nebo akcentace dle okolností

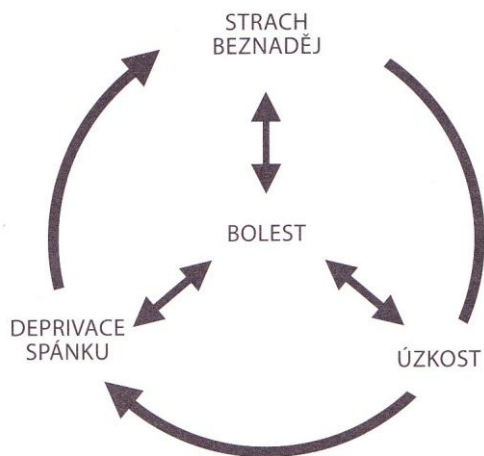
Trachtová, 2008, s. 130

**Tab. č. 6: Upravená kritéria pro klasickou migrénu u dětí**

A	Minimálně 5 atak splňujících kritéria B-D
B	Trvání bolesti hlavy 1–48 hodin
C	Přítomnost minim. 2 z následujících charakteristik: a) jednostranná či oboustranná (frontální či temporální) lokalizace b) pulzující charakter c) zhoršení intenzity při běžných fyzických aktivitách
D	V průběhu bolesti hlavy je nutná přítomnost alespoň 1 symptomu z následujících: a) nauzea a/nebo zvracení b) fotofobie a/nebo fonofobie

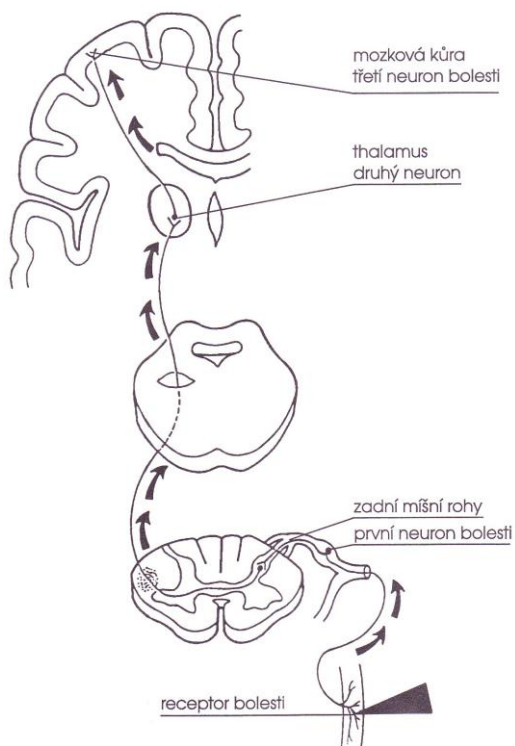
Bolest 2/2008, s. 87.

**Obrázek č. 1: Circulus vitiosus**



Rokyta, 2006, s. 77

**Obrázek č. 2: Dráha bolesti**



Trachtová et al., 2008, s. 128.

**Obr. č. 3: Vizuální analogová škála bolesti**



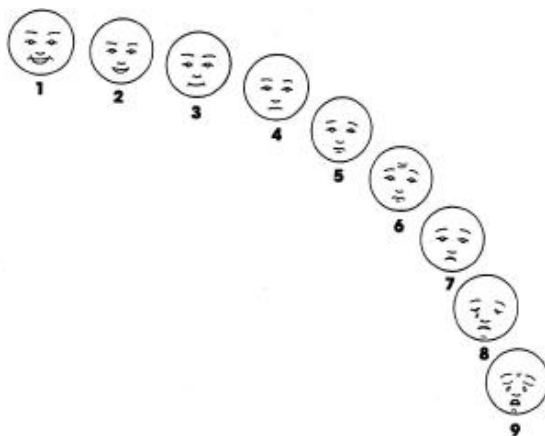
Trachtová, 2008, s. 133.

**Obr. č. 4: Vizuální analogová škála bolesti u větších dětí**



Trachtová, 2008, s. 133.

**Obr. č. 5: Vizuální analogová škála bolesti u dětí s nejmenší věkovou skupinou**



Trachtová, 2008, s. 133.



## **Příloha č. 1: Dotazník rodiče**

Vážení rodiče,  
jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakultě zdravotních studií. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní, a veškeré údaje budou považovány za důvěrné. Výsledky výzkumu budou uvedeny a zpracovány v mé bakalářské práci na téma: **Kvalita života dětí s bolestmi hlavy**. Vyplnění dotazníku Vám zabere cca 5 min.

Velice Vám děkuji za vyplnění.  
Jaroslava Krásná

### **DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ S BOLESTMI HLAVY PRO RODIČE**

DATUM VYPLNĚNÍ: ..... POHLAVÍ DÍTĚTE: dívka  chlapec

VĚK DÍTĚTE:.....

VZTAH OSOBY K DÍTĚTI, KTERÁ VYPLŇUJE DOTAZNÍK: .....

1. Průběh těhotenství s Vaším dítětem byl:  
bezproblémový  rizikový
2. Vývoj dítěte po psychické i fyzické stránce byl:  
normální (fyziologický)  opožděný
3. Vyrůstá Vaše dítě v úplné rodině s oběma rodiči?  
ano  ne
4. Trpí/trpěl někdo z Vaší rodiny bolestmi hlavy/migrénou?  
ano, migrénou  ano, bolestí hlavy  ne
5. Mělo Vaše dítě odklad školní docházky?  
ano  ne
6. Jaký prospěch má Vaše dítě ve škole?  
výborný  průměrný  podprůměrný
7. První bolesti hlavy se u Vašeho dítěte objevily před:  
měsícem  1-6 měsíci  6 měsíci – rokem  více než před rokem

8. Jaké změny chování nebo nálad pozorujete u Vašeho dítěte při bolesti hlavy?

(Zaškrtněte i více možností)

- zvýšená únava, ospalost   
pocit na zvracení   
zvracení   
točení hlavy   
rozmazané vidění   
bolesti břicha   
zvýšená citlivost na světlo a hluk

jiné (prosím popište) .....

9. Jak často si Vaše dítě stěžovalo na bolest hlavy v posledním měsíci?

- každý den  1-2x  3-5x  6x a více  ani jednou

10. Jak často muselo Vaše dítě kvůli bolesti hlavy vynechat školní docházku v posledním měsíci?

- 1-2x  3-5x  6x a vícekrát  ani jednou

11. Kolikrát muselo Vaše dítě kvůli bolesti hlavy vynechat mimoškolní činnost (sport, kroužky, jazyky atd.) v posledním měsíci?

- 1-2x  3-5x  6x a vícekrát  ani jednou

12. Kolik hodin týdně tráví Vaše dítě mimoškolními aktivitami? (sport, kroužky, jazyky atd.)

- 0-2  3-4  5-7  8 a více

13. Kolik hodin denně stráví Vaše dítě u počítače, televize?

- 0-2  3-4  5-7  8 a více

14. Kolikrát jste měli v posledním měsíci vážné neshody s Vaším dítětem?

- ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát

15. Kolikrát mělo v posledním měsíci Vaše dítě vážné neshody se sourozencem/ci?

- ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát  nemá sourozence

16. Kolikrát mělo v posledním měsíci Vaše dítě vážné neshody s učiteli/kami, vychovateli/kami?

- ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát  nevím

17. Kolikrát mělo v posledním měsíci Vaše dítě vážné neshody se spolužáky?

- ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát  nevím

## Příloha č. 2: Dotazník dětí

Ahoj dívky a chlapci,  
jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakultě zdravotních studií. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní, a veškeré údaje budou považovány za důvěrné. Výsledky výzkumu budou uvedeny a zpracovány v mé bakalářské práci na téma: **Kvalita života dětí s bolestmi hlavy.**

Velice děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Jaroslava Krásná

### **DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ S BOLESTMI HLAVY PRO DĚTI**

DATUM VYPLNĚNÍ: ..... POHLAVÍ: dívka  chlapec

VĚK:.....

1. První bolesti hlavy se u Tebe objevily před:  
měsícem  1-6 měsíci  6 měsíců - 1 rokem  více než rokem
2. Jak často jsi měl/měla bolesti hlavy v posledním měsíci?  
každý den  1-2x týdně  3-5x  6x a vícekrát  ani jednou
3. Kdy nejčastěji míváš bolesti hlavy?  
po probuzení  během dne  k večeru  v noci
4. Častěji se Tvoje bolesti hlavy vyskytují:  
ve všedních dnech  o víkendech  obojí
5. Kolik hodin obvykle trvají Tvoje bolesti hlavy?  
méně než 1 hodinu  1-3 hodiny  3-12  12-24  více než 24
6. Hlava Tě nejčastěji bolí na:  
čele (za očima)  spáncích  temeni (vzadu na hlavě)  bolí mě celá hlava
7. Jak silnou bolestí hlavy obvykle trpíš?  
(Ohodnot' intenzitu bolesti na následující stupnici zakroužkováním)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = žádná bolest, 10 = nejsilnější bolest)

8. Jaké další potíže máš při bolesti hlavy?

(Zaškrtni i více možností)

- zvýšená únava, ospalost
- pocit na zvracení
- zvracení
- bolesti břicha
- točení hlavy
- rozmazané vidění
- zvýšená citlivost na světlo a hluk
- zvýšená citlivost na pachy a vůně

jiné (prosím popiš).....

9. Tvoji bolest hlavy může také zapříčinit?

(Zaškrtni i více možností)

- nedostatek spánku
- stres ve škole
- stres doma
- nadměrná fyzická aktivita (sport)
- práce na počítači
- změny počasí

jiné (prosím popiš).....

10. Co Tě pomůže zbavit se bolesti hlavy?

(Zaškrtni i více možností)

- ležení a odpočinek  spánek  léky  vyzvracení  ticho, klid, tma
- masáže

jiné (prosím popiš).....

11. Máš prokázané alergie?

- ano  ne

12. Kolik hodin **denně** strávíš na počítači nebo u televize?

- 0-2  3-4  5-7  8 a více

13. Kolik hodin **týdně** se zabýváš mimoškolními aktivitami? /sport, kroužky, jazyky atd./

- 0-2  3-4  5-7  8 a více

14. Kolikrát jsi musel/a kvůli bolesti hlavy vynechat školní docházku v posledním měsíci?

- 1-2x  3-5x  6x a více  ani jednou

15. Kolikrát jsi musel/a kvůli bolesti hlavy vynechat mimoškolní činnost v posledním měsíci?

/sport, kroužky, jazyky, atd./

- 1-2x  3-5x  6x a více  ani jednou

16. Jak často jsi měl/a v posledním měsíci neshody s rodiči?

ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát

17. Jak často jsi měl/a v posledním měsíci neshody se sourozencem/ci?

ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát  nemám sourozence

18. Jak často jsi měl/a v posledním měsíci neshody s učiteli/kami, vychovateli/kami ?

ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát

19. Jak často jsi měl/a v posledním měsíci neshody se svými spolužáky?

ani jednou  1-2x  3-4x  vícekrát

20. Zaškrtni, jak moc souhlasíš s následujícími tvrzeními:

**(prosím o vyplnění všech otázek)**

mám strach a obavy o své bolesti hlavy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
mám obavy, že jsem vážně nemocný/á ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
myslím si, že bolesti hlavy by byly méně často, kdybych více odpočíval/a ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
myslím si, že bolesti hlavy by byly méně často, kdybych neměl/a neshody s rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
myslím si, že kdybych chodil/a do jiné školy, tak by se bolesti hlavy zmírnily ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
vezmu si léky co nejdříve, abych zabránil bolesti hlavy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
vždy zkusím počkat co nejdéle, než si vezmu léky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
vyhýbám se lékům, protože se obávám závislosti na lécích ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolest hlavy mě omezuje v činnostech s mými kamarády ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolest hlavy mě omezuje ve škole ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
nemohu dělat všechny mimoškolní aktivity, protože mám bolest hlavy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>