

BOLEST U PACIENTŮ S DEMENCÍ – PILOTNÍ STUDIE PAIN IN PATIENTS WITH DEMENTIA – PILOT STUDY

LIBEŠOVÁ Lucie

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: Pacienti vykazující stopy kognitivního postižení, nejsou schopni dostatečně verbalizovat bolest, proto má hodnocení bolesti u pacientů s demencí mimořádný význam. Chybně diagnostikovaná a neléčená bolest vede k zhoršení kvality života pacienta a klade větší zátěž na ošetřující personál. Pravidelné hodnocení a přehodnocování bolesti jsou podstatnou složkou dobrého zvládnutí bolesti.

Cíle: Cílem pilotního šetření bylo zjistit psychometrické vlastnosti škály MOBID2, pro hodnocení bolesti u pacientů s těžkou demencí a posoudit vhodnost použití v ČR. Porovnat výsledky hodnocení bolesti u pacientů demencí mezi škálou MOBID2 a validovanou škálou PAINAD.

Soubor a metody: Soubor tvořilo 120 respondentů s diagnostikovanou středně těžkou a těžkou demencí, léčených ve vybraných zařízeních dlouhodobé péče v Ústeckém kraji. K pilotnímu šetření byly vybrány Škála MOBID2 (Movement-Observation-Behaviour Intensity Dementia Pain Scale) a PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia).

Výsledky: Pomocí škály PAINAD byla zachycena bolest u 34,8 % a škálou MOBID2 byla bolest zachycena u 45,6 % respondentů se středně těžkou a těžkou demencí.

Závěr: Škála MOBID 2 se jeví jako citlivější nástroj detekce bolesti u pacientů s demencí v klinické praxi v ČR.

Klíčová slova: Bolest. Demence. Škály bolesti.

ABSTRACT

Introduction: The pain assessment in patients with dementia is extremely important. Patients who show traces of cognitive impairment are not able to sufficiently verbalize the pain they experience. It is very easy for them to overlook and underestimate the presence of pain. Misdiagnosed and untreated pain leads to a deterioration in the patient's quality of life and places a greater burden on caregivers. At the beginning of pain recognition in people with dementia, it is necessary to carefully perceive non-verbal pain signals in various situations. Today, there are already many tools for pain assessment in dementia patients. Regular pain assessment and regular reassessment are essential components of good pain management.

Methodology: Two tools were selected for the pilot survey. MOBID2 scale (Movement-Observation-Behaviour Intensity Dementia Pain Scale) and PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). Respondents: Patients diagnosed with moderate and severe dementia, treated in selected long-term care facilities in the Ústí Region.

Objective: The aim of the pilot survey was to find out Psychometric properties of the MOBID2 scale, for the pain assessment in patients with severe dementia and to assess the suitability of use in the Czech Republic. Compare the results of pain assessment in dementia patients, between the MOBID2 scale and the validated PAINAD scale.

Results: Pain was detected in the PAINAD scale in 34.8 % and pain in the MOBID2 scale in 45.6 % of respondents with moderate to severe dementia.

Conclusion: The MOBID 2 scale appears to be a more sensitive tool for pain detection in patients with dementia in clinical practice in the Czech Republic.

Key words: Pain. Dementia. Scales of pain.

ÚVOD

Bolest u demence je podstatný klinický problém, jenž prezentuje důležité výzvy pro léčbu a péči (Beach et al., 2017). Hodnocení bolesti se považuje za stejně významné jako měření fyziologických funkcí, kam je řazena tělesná teplota, pulz, krevní tlak a frekvence dechu. Je doporučováno, aby se bolest hodnotila stejně často jako tyto ostatní hodnoty a stala se pátým vitálním parametrem (Volicer et al., 2006). Ošetřující i zdravotnický personál na kterékoliv pozici by měl být schopen posoudit bolest, poněvadž je to jedna z hlavních dovedností. U nemocných se středně těžkou a těžkou demencí je schopnost projevů bolesti výrazně snížena a ve většině případů nejsou nemocní schopni porozumět požadavkům ošetřujícího a zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu se bolest rozpoznává prostřednictvím neverbální komunikace. K tomu je zapotřebí určitá zkušenost právě ošetřujícího a zdravotnického personálu, jenž je za hodnocení a léčbu bolesti odpovědný (Holmerová et al., 2009).

Jak již bylo zmíněno, nemocní při středně těžké a těžké demenci již nejsou schopni verbální komunikace, nevyjádří své emoce, nedokáží ani odpovědět na otázku „Bolí Vás něco?“ (Bökberg et al., 2017). Malara et al. (2016) ve své práci uvádí, že nemocní s demencí mohou pociťovat bolest odlišně než lidé bez demence. U nemocných s demencí se vyskytují takzvané behaviorální a psychologické symptomy demence, jež mohou zmást hodnocení bolesti. Identifikace bolesti u nemocných s demencí se z tohoto důvodu stává ještě podstatnější (Malara et al., 2016). Existují důkazy, že hodnocení i léčba bolesti je v současné době u starších jedinců s de-

mencí nedostačující. To by mohlo mířit k neporozumění následných problémů, jako jsou kognitivní poruchy a poruchy chování. Tím se pak stupňují nároky nejen na péči, ale i na samotné ošetřovatele. Včasná detekce a samotná léčba bolesti má významný vliv na zvýšení kvality života a zároveň snížení rizika deprese, úzkosti a především pádu (Hadjistavropoulos et al., 2014). Posouzení bolesti je významnou složkou v léčbě bolesti, a je z tohoto důvodu zapotřebí mít spolehlivé a platné nástroje pro hodnocení bolesti u lidí s demencí (Neville et al., 2014). Detekce bolesti je klíčovou dovedností zdravotnického personálu na všech úrovních, nerozpoznat přítomnou bolest u klienta je závažnou chybou ošetřovatelské i lékařské péče a je postupem non lege artis (Lukas et al., 2012).

Z důvodu chybění vyjadřovacích schopností, a tím neschopnosti sdělit přítomnou bolest, byly vytvořeny nástroje, které se používají k hodnocení bolesti u pacientů s demencí. Tyto nástroje zpravidla sledují přítomnost typického chování, které se nejčastěji vztahuje k pravděpodobné bolesti. Podle Lukase se sem řadí gestikulace obličeje, zvláštní řeč těla a negativní mluva. Uvedené příznaky jsou jediným reprezentantem při hodnocení bolesti, jež jsou zjištělné od nemocného. O to významnější se stávají nepřímé indikátory, jež mohou poukázat na přítomnou bolest. Patří sem změna chování, chuti, jiná gestikulace obličeje, bolestivé reakce na mechanické zacházení s nemocným, zrychlený puls a dech a další (Lukas et al., 2012). Existují škály (i v české verzi), prostřednictvím nichž lze sledovat bolestivé reakce pacientů i v těžké fázi demence (Tab. 1).

Mezi nejpožívanější škály patří DOLOPLUS-2, ECPA, MOBID, MOBID-2, NOPPAIN, PASCALAC, PAINAD. Jedná se o observační škály, jež se vyplňují podle chování, reakce a grimasy nemocného při běžném ošetřování. Obvykle je vyplňuje sestra či rehabilitační pracovník a mohou poskytnout značně užitečné informace o přítomné bolesti

a efektu analgetické léčby. Příspěvek předkládá výsledky pilotního šetření se zaměřením na posouzení citlivosti vybraných škál v České republice. Škálu MOBID 2 a PAINAD analyzuje z tří hledisek: míry citlivosti ve vybraných zařízeních, časové náročnosti a obsahové srozumitelnosti, hodnocen z pohledu ošetřujícího personálu.

SOUBOR A METODY

Časové vymezení pilotního šetření bylo leden – duben 2020. Pro účely pilotního výzkumného šetření bylo hodnoceno 120 respondentů, kteří splňovaly kritéria pro diagnostikování středně těžké a těžké demence:

- míra demence byla hodnocena celkovým skóre dosaženým v MMSE (Mini Mental State Examination) v rozmezí 0–17),
- dlouhodobý pobyt (déle než 3 měsíce) ve vybraném zařízení dlouhodobé péče,
- Předpokladem k provedení šetření byl informovaný souhlas respondenta. V případě hodnocení MMSE 0, co značí závažnou demenci, při které je respondent zbaven právní odpovědnosti, byl informovaný souhlas získán od podpůrce.

Celkový soubor respondentů (120) tvořilo 73 (61 %) mužů a 47 (39 %) žen. Před zahájením šetření byl personál provádějící diagnostiku bolesti osobně seznámen a informován o metodice hodnocení bolesti u vybraných škál. Z důvodů personálních nedostatků a časové náročnosti sběru dat, byly škály předdefinované na jednoduchý A4 formulář. U všech vybraných respondentů, vždy ve stejný čas, byly použity vybrané škály PAINAD a MOBID 2 hodnotící eventuální přítomnost bolesti u respondentů s demencí.

Prostřednictvím škály PAINAD byla posouzena bolest u klientů se středně těžkou nebo těžkou demencí, již nejsou schopni dostatečně verbalizovat subjektivní prožitek bolesti díky poruše kognitivních funkcí. Hodnotila se oblast pěti domén (dý-

Tabulka 1 Nástroje pro hodnocení bolesti u středně těžké až těžké demence

Název hodnotícího nástroje	Vhodný u středně těžké / těžké demence	Validovaná česká verze
DOLOPLUS-2	vhodná	nevalidovaná
EPCA	vhodná	nevalidovaná
MOBID2	vhodná	nevalidovaná/přeložená
NOPPAIN	vhodná	nevalidovaná
PACSLAC	vhodná	nevalidovaná
PADE	vhodná	nevalidovaná
PAINAD	vhodná	validovaná

Tabulka 2 Škála MOBID - 2

Kategorie	Odpovědi respondentů	Výběr odpovědí
bolest	38 (45,6%)	120 (100%)
intenzita (škála)	5 - 7	0 -10
nejčastější místo	pánev a břicho	<ul style="list-style-type: none"> • hlava, ústa, krk • oblast hrudníku • břicho • pánev, genitálie • kůže
bolest při úkonech	natažení a uvolnění v kolenou a kyčlích	<ul style="list-style-type: none"> • otevírání obou dlaní • horní končetiny předpažené a zvedání dlaněmi k čelu • natažení a uvolnění v kolenou a kyčlích • otočení v lůžku na obě strany, posazení v lůžku

chání, svalová reakce při manipulaci, vokalizační reakce, výraz tváře, reakce na slovní kontakt a slovní tišení bolesti). U každé domény byla možno získat 0–2 body dle přítomné reakce (antalgické reakce, grimasování, sténání, změna frekvence či kvality dechu apod). Následně byl hodnocen celkový bodový zisk (0 bodů – žádná bolest, 10 bodů – silná bolest).

Prostřednictvím škály MOBID-2, která je vývojovou verzí původní škály MOBID, byla hodnocena zejména hlasová reakce vyjadřující bolest, bolestivé grimasy a obranné reakce a lokalizace bolesti. Intenzita bolesti byla vyjádřena numerickou škálou od 0 do 10 bodů (0 bodů – žádná bolest, 10 bodů – silná bolest).

Etické aspekty: Řešitelé projektu oslovili autorku škály MOBID 2 získali její souhlas. Před uvedením do praxe byl proveden překlad a po lingvistické kontrole uvedena do praxe. Zjištěná data byla analyzována v programu Microsoft Excel 2010 a interpretována s využitím deskriptivní statistiky.

VÝSLEDKY

Bolest byla detekována u 29 respondentů (34,8 %). Průměrná hodnota součtů bodů se pohybovala od 3 – 5 bodů.

Škála PAINAD neposkytuje možnost bližší určení místa bolesti. Nejfrekventovanějším indikátorem přítomnosti bolesti byly výraz tváře a řeč těla.

Téměř polovinu identifikaci definovaly rehabilitační pracovníci v průběhu rehabilitace s klienty. Průměrná délka měření byla 4,28 min.

Personál subjektivně hodnotil škálu PAINAD jako srozumitelnou, časově nenáročnou. Velký nedostatek shledával v další specifikaci, zejména přesného označení místa a intenzity bolesti.

Využitím škály MOBID 2 byla detekována bolest u 38 (45,6 %) respondentů. Průměrnou hodnotu součtu bodů nelze ve škále hodnotit, ale lze identifikovat intenzitu a lokalizaci přítomné bolesti. Průměrná intenzita bolesti byla na číselné stupnici 5–7 a nejčastější bolestivé místo pánev a břicho. Identifikace bolesti byla zjištěna při úkonech předpokládající natažení a uvolnění dolních končetin a posazení v lůžku. Bolest se téměř z poloviny objevila při úkonech základní ošetrovatelské péče, zejména hygienické a sebe obslužné péče (například ranní hygiena, posazování k jídlu). Průměrná časová náročnost vyplnění škály 7, 39 minut (Tab. 2). Personál hodnotil subjektivně škálu jako srozumitelnou, sice časově náročnější, ale ocenil možnost přesnější lokalizaci a intenzity bolesti, která má vliv na včasnou analgetickou intervencí v přímé úměře na kvalitu života klientů.

DISKUZE

Detekce bolesti u klientů s demencí má značně mimořádný význam. Pokud klienti vykazují známky kognitivního postižení, v rámci jehož nejsou schopni dostatečně verbalizovat prožívanou bolest, velice snadno je u nich možné, že dojde k přehlédnutí či podcenění existující bolesti. Vaňková (2007) uvádí, že až 80 % seniorů prožívá bolest, přičemž u části z nich bývá bolest nerozpoznána a tudíž neléčena (Malara et al., 2016). Absence hlášení bolesti by neměla být interpretována jako absence bolesti u starších pacientů s kognitivními poruchami. Musí tedy být provedeno hodnocení bolesti. Řešení zaměřená na lepší zvládnání bolesti v této křehké populaci spočívá v podobě navržení konkrétních nástrojů pro identifikaci a měření bolesti u nekomunikativních pacientů. Nástroje na detekci bolesti jsou

v klinickém prostředí zásadní pro identifikaci intervencí a účinnosti strategií, čímž zabraňují chybné interpretaci odborníky a vedou k lepšímu zvládnutí bolesti (Carezzato et. al, 2014). Ošetřující personál jako primární je odpovědný za detekci bolesti u pacientů/klientů s demencí. Posouzení bolesti je řazeno do širšího pohledu hodnocení každodenních činností a kvality života nemocných lidí, jenž je prvotním a hlavním úkolem nejen ošetřujícího personálu. Detekce a nezbytné přehodnocování směřuje k přesnosti a řádné dokumentaci intenzity bolesti, což je nesmírně významné při vyhodnocování a návaznosti každodenní péče. Posuzování u silně demenčních nejen starších lidí je stále náročnější a diagnostika bolesti je i nadále každodenní výzvou pro ošetřující personál. Ačkoliv využívání hodnotících nástrojů stupnice pro hodnocení bolesti je významným zdrojem při odhalování bolesti, je často potřeba komplexnějšího přístupu, který také zahrnuje jiné zdroje, jako jsou fyzikální vyšetření a informace od blízkých příbuzných. Toto přezkoumání různých zdrojů může přidat informace, jak vyřešit problém bolesti. Pacienti v posledním stádiu demence jsou většinou vyloučení ze studií o bolesti (Malara et al., 2016). Na validaci bolesti se u nich používají jiné škály jako např. PAINAD. Vyšetřující se v nich spoléhá na neverbální znaky a subjektivní stav pacienta se hodnotí jeho přímým pozorováním. Dostupné údaje nasvědčují tomu, že pacienti s demencí mívají bolesti a jsou často špatně zhodnocené a tím nedostatečně léčené (Brtaňová, 2016). Ze studie, kterou publikoval Beach et. al. (2017), kde zkoumal bolest u pacientů s Alzheimerovou chorobou a u zdravých seniorů vyplývá, že při zkoumání souhrnných parametrů chování při bolesti (PAINAD) zjistili, že pacienti s Alzheimerovou chorobou ve srovnání s kontrolami vykazovali, jak větší sklon stimulační odezvy, tak vyšší průměrné skóre PAINAD. Důkazy pro větší reaktivitu bolesti u pacientů lze tedy nalézt na jedné a více úrovních stimulu.

Prozatím nejrozsáhlejší evropskou studií hodnotící prevalenci bolesti u seniorů obývajících domovy pro seniory je studie SHELTER. Do této studie byla zařazena i Česká republika (Geriatrická klinika prof. Topinkové). Výsledky této studie odhadují 45,7 % prevalenci výskytu bolesti u seniorů žijících v domově pro seniory, přičemž 24 % seniorů s bolestí nebylo analgeticky léčeno vůbec a u 11 % seniorů byla analgetická terapie podávána pouze nepravidelně až na vlastní žádost seniorů.

Toto zjištění je zároveň výzvou pro zlepšení diagnostiky i léčby bolesti u ošetrovatelského a zdravotnického personálu (Corbett et al., 2014). MOBID 2 představuje jednoduchý nástroj hodnocení bolesti u lidí se závažnou demencí. Použití škály může přinést významné zlepšení péče o pacienty s demencí (Brtaňová, 2016). Z výsledků pilotního šetření se jeví škála jako citlivější nástroj v monitoringu bolesti u pacientů se středně těžkou nebo těžkou demencí. Je časově náročnější a praktickým výstupem pro personál není pouze zjištění přítomnosti bolesti, ale i poskytnutí komplexní péče a terapie v zájmu poskytování kvalitní ošetrovatelské a lékařské péče. Lze, předpokládat, že validace a použití v praxi by bylo kvalitním nástrojem k monitoringu bolesti u cílové skupiny respondentů.

Spektrum nemocností s mnoha dalšími chorobami související s věkem, jako je demence, dnes zaujímají významnější místo ve zdraví, používání péče, zátěž pečovatele a náklady na zdravotní péči. Bolest také souvisí s věkem, a proto prevalence bolesti a chronické bolesti stoupá spolu s nemocností, s níž je spojena. Důsledky bolesti jsou bohužel vážnější u starší populace, zejména pokud jde o funkční nezávislost a sociální účast (Achterberg et al., 2020).

ZÁVĚR

Včasnou detekci bolesti umožňuje provést již několik dostupných škál. Nástroje je však třeba i nadále testovat v širším měřítku u mnoha různých pacientů i klinických podmínkách českého prostředí. Škála MOBID 2 se jeví jako citlivější nástroj detekce bolesti u pacientů s demencí v klinické praxi v ČR a její validování a uvedení do praxe by mohlo poskytnout podstatné zlepšení ošetrovatelské péče o nemocné se středně těžkou až těžkou demencí.

Poděkování

Pilotní šetření bylo realizováno za podpory interního grantového projektu LF Ostravské univerzity pod číslem SGS 11/LF/2019. V rámci zpracování disertační práce, předpokládáme pokračovat ve výzkumu.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ACHTERBERG W., LAUTENBACHER S., HUSEBO B. et al. Pain in dementia. *Pain Rep.* 2020; 5 (1): e803.
- BEACH P.A., HUCK J.T., ZHU D.C. et al. Altered Behavioral and Autonomic Pain Responses in Alzheimer's Disease Are Associated with Dys-

- functional Affective, Self-Reflective and Salience Network Resting-State Connectivity. *Front Aging Neurosci.* 2017; 14; 9: 297.
- BÖKBERG CH., AHLSTRÖM G., KARLSSON S. Significance of quality of care for quality of life in persons with dementia at risk of nursing home admission: a cross-sectional study. *BMC Nursing.* 2017; 16 (39): 1-11.
- BRTÁŇOVÁ J. Paliatívna starostlivosť o pacienta v poslednom štádiu demencie. *Paliat med liecboles.* 2016; 9 (1e): e5–e10.
- CAREZZATO N.L., VALERA G.G., CARVALHO VALE F.A. et al. Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dement Neuropsychol.* 2014; 8 (2): 99-106.
- CORBETT A., ACHTERBERG W., HUSEBO B. et al. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology.* 2014; 14 (229): 1-14.
- HADJISTAVROPOULOS T., HERR K., PRKACHIN K.M. et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology.* 2014; 13 (12): 1216-1227.
- HOLMEROVÁ I., BAUMANOVÁ M., JURAŠKOVÁ B. et al. MOBID-2 - praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. *Čes Ger Rev.* 2009; 7 (2): 79-81
- HOLMEROVÁ I., AROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 1.vyd. Praha: Gerontologické centrum. 2007, 299 s. ISBN 977-80-254-0177-4.
- LUKAS A., SCHULER M., FISHER T.W. et al. Pain and dementia: a diagnostic challenge. *Z Gerontol Geriatr.* 2012; 45 (1): 45-49.
- MALARA A., DE BIASE G.A., BETTARINI F. et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2016; 50 (4): 1217-1225.
- NEVILLE CH., OSTINI R. A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Management Nursing.* 2014; 15 (4): 798-806.
- VAŇKOVÁ, H. Rozpoznání bolesti u nemocných s pokročilou demencí. s. 105. In HOLMEROVÁ I., AROLÍMOVÁ E. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 1.vyd. Praha: Gerontologické centrum. 2007, 299 s. ISBN 977-80-254-0177-4.
- VOLICER L., KRŠIAK M. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest.* 2006; 9 (1): 8-13.