

Universita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení a léčba bolesti u pacientů s demencí
Ivana Janečková

Bakalářská práce
2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Janečková**
Osobní číslo: **Z09012**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnocení a léčba bolesti u pacientů s demencí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

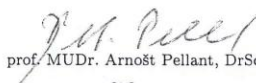
1. Sběr informací a studium odborné literatury.
2. Stanovení cílů praxe.
3. Stanovení výzkumných záměrů.
4. Výběr metody výzkumu.
5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
6. Provedení výzkumu, sběr dat.
7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
8. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. HORT, J.; RUSINA, R. a kol. Paměť a její poruchy: Paměť z hlediska neurovědního a klinického. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.
2. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I. a kol. Demence a jiné poruchy paměti. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
4. PIDRMAN, V. Demence. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
5. ROKYTA, R.; KRŠIAK, M.; KOZÁK, J. Bolest. 1. vyd. Praha : Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci 47 využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladu, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

.....

Ivana Janečková

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce paní Mgr. Marii Holubové za věnovaný čas, odborné vedení a pomoc v průběhu zpracovávání bakalářské práce. Další dík patří všem zaměstnancům gerontopsychiatrického centra a domova seniorů, kde mi bylo umožněno výzkum provádět. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také mé rodině a přátelům za veškerou podporu během celého mého studia.

ANOTACE:

Bakalářská práce je zaměřena na hodnocení a léčbu bolesti u pacientů s demencí.

V teoretické části je vysvětleno slovo demence, její dělení a jak komunikovat s osobou trpící demencí. Dále autorka popisuje bolest akutní i chronickou, zásady přístupu k nemocnému s bolestí, ale nejpodrobněji je řešeno hodnocení bolesti v praxi. Nalezneme zde jednoduché a vícerozměrné metody hodnocení, rozbor hodnotících škál bolesti a jejich popisy. V neposlední řadě je práci zmíněna léčba bolesti.

Výzkumná část se zabývá hodnocením bolesti u pacientů s demencí pomocí škály MOBID a škály bolestivého chování. Je zde porovnávána intenzita bolesti v prvním a druhém měření, které se opakovalo po čtrnácti dnech. Dále bylo zjišťováno pomocí škály MOBID, jaký pohyb pacienty nejvíce bolel a jaká byla u nich nejvíce používaná analgetika. Výsledkem práce je vytvořit doporučení pro praxi zaměřené na hodnocení bolesti u pacientů s demencí. Vše je na závěr statisticky zpracováno v tabulce a grafech.

KLÍČOVÁ SLOVA:

demence, MOBID škála, škála bolestivého chování, léčba bolesti

ANOTATION:

The bachelor work is focused on the evaluation and treatment of pain of patients suffering from dementia.

In the theoretical part the word dementia is explained, division of dementia and how to communicate with the person suffering from dementia. Further the author describes urgent and chronic pain, principles of access to the patient suffering from pain, but the evaluation of pain in practice is the most discussed topic. We can find simple and multidimensional method of evaluation here, analysis of pain rating scales and their descriptions. Last but not least the treatment of pain is mentioned in this work.

The research part focuses on the evaluation of pain of patients suffering with dementia by using the MOBID scale and the scale of painful behaviour. It is compared the intensity of pain in the firsts and the second measuring, which was worked out after fourteen days. Further it was finding out by using the MOBID scale which movement was the most painful for patients and which analgesic was the most common. Aim of the work is to create recommendation for practice focused on the evaluation of pain of patients suffering with dementia. Everything is statistically compiled in the table and charts in conclusion.

KEY WORDS:

dementia, the MOBID scale, the scale of painful behaviour, the treatment of pain

OBSAH

OBSAH.....	8
ÚVOD.....	9
CÍLE.....	10
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 DEMENCE.....	11
1.1.1 Dělení demence.....	11
1.1.2 Komunikace s pacientem s demencí.....	13
1.2 BOLEST.....	13
1.2.1 Akutní bolest.....	14
1.2.2 Chronická bolest.....	14
1.2.3 Zásady přístupu k nemocnému s bolestí.....	14
1.2.4 Bolest u seniorů.....	14
1.3 HODNOCENÍ BOLESTI.....	15
1.3.1 Základní informace o bolesti.....	15
1.3.2 Jednoduché metody měření.....	15
1.3.3 Vícerozměrné metody měření bolesti.....	16
1.3.4 Měření bolesti u pacientů s demencí.....	17
1.4 LÉČBA BOLESTI.....	18
1.4.1 Nefarmakologická léčba.....	18
1.4.2 Farmakologická léčba.....	19
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	20
2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	20
2.2 METODIKA PRÁCE.....	20
2.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	22
2.3.1 Prezence výsledků vzniklé dotazníkem.....	22
2.3.2 Statistika sledování bolesti ve dvou měřeních.....	28
2.3.3 Zjistit jaká pohybová aktivita činní respondentům největší bolestivost.....	30
2.4 Diskuze.....	33
ZÁVĚR.....	35
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	36
SEZNAM ZKRATEK.....	39
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	40
SEZNAM PŘÍLOH.....	41

ÚVOD

Při své práci v domově seniorů a gerontopsychiatrickém centru jsem se setkala s mnoha problémy jednotlivých klientů, a ač bych to v prvních dnech nečekala, jedním z těch hodně závažných je bolest.

Bolest - slovo, které každý z nás zná. Slovo, které v nás budí obavy. Slovo, které patří nerozlučně k životu každého z nás a které se velmi obtížně definuje. V historii byla bolest považována za boží trest. Proto byl člověk postižený bolestí nucen ji snášet a trpět za hříchy a zlo, které v životě napáchal. Dnes už je naštěstí všechno jinak. Medicína udělala obrovský krok dopředu nejen v oblasti léčby, ale právě i v oblasti definic. Bolest je pro nás nyní signálem, že v těle není něco v pořádku a že je potřeba daný stav řešit.

Bolest jako taková je známá každému z nás. Avšak hodnocení bolesti je jedním ze závažných problémů společnosti. U lidí senilních a ještě více u lidí trpících demencí pak tento problém narůstá, protože u nich byla bolest často přehlížena nebo bagatelizována. Z toho důvodu bylo vyvinuto mnoho hodnotících škál, které nám pomáhají bolest objevit a správně ji popsat. Naše doba nám nabízí mnoho prostředků jak pro hodnocení, tak i pro léčbu bolesti a je třeba jich maximálně využít.

Cílem mé práce je ukázat a přiblížit možnosti, které se v hodnocení bolesti u pacientů s demencí dají využít a hlavně praktikovat i v běžné praxi.

CÍLE

Zvolené cíle mojí bakalářské práce jsou:

- 1) Vysvětlit co je demence a popsat škály, které hodnotí bolest u pacientů s demencí
- 2) Porovnat náročnost a účinnost zvolených metod při hodnocení bolesti u pacientů s demencí
- 3) Porovnat výsledky v hodnocení bolesti u pacientů s demencí při opakovaném měření
- 4) Vytvořit doporučení pro hodnocení bolesti u pacientů s demencí

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 DEMENCE

Slovo demence vzniklo z latinských slov „mens“ (mysl) a „de“ (bez). V medicíně jako první tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus v knize De medicina (Kučerová, 2006).

Definice mezinárodní klasifikace nemoci zní: Demence je syndrom, vzniklý onemocněním mozku, obvykle je chronické či progresivní povahy, dochází tedy k porušení korových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, chápání, orientace, schopnost učení, úsudku a řeči. Vědomí však není zastřeno. Obvykle je doprovázena poruchou kontroly emocí, motivace nebo sociálního chování (Kučerová, 2006; Hort, 2007).

1.1.1 Dělení demence

Příčinou vzniku demence může být přibližně šedesát různých onemocnění. Nejčastěji však demence vzniká při Alzheimerově chorobě. Podle většiny statistik se vyskytuje v 50 – 60 % a je 4x – 5x nejčastější příčinou úmrtí. Vaskulární demence tvoří zhruba 10 – 15% všech demencí, stejně tak i demence s Lewyho tělísky.

Demence se také může objevit u extrapyramidových onemocnění a poruch hybnosti. Jedná se například o Parkinsonovu chorobu, Huntigtonovu chorobu a další. Demence ale vznikají i z dalších důvodů. Nejčastěji jsou to důvody infekční, metabolické nebo potraumatické (Hort, 2007).

Demenci klasifikujeme obvykle podle jednoduchých testů paměti a dotazníkem (viz. příloha A), kterým hodnotíme chování člověka. K tomu nám pomáhá například Blessedova škála demence, Dotazník zjišťující psychický stav, nebo Minitest psychického stavu (Buijssen, 2006).

Alzheimerova demence

Alzheimerova demence je řazena mezi demence kortikální. Vzniká postupným zánikem cholinergních neuronů s následkem úbytku korové acetylcholinesterázy i cholinacetyltransferázy. Toto postižení však nelze vysvětlit pouze úbytkem cholinergních neuronů, ale i snižováním počtu a velikosti noradrenergických neuronů a dopaminergních neuronů.

V prvních stádiích se nemoc projevuje zhoršením paměti, které bývá často okolím přehlíženo, nebo bagatelizováno. Postupně dochází k narušení zapamatování si nových informací

(postižena je recentní paměť). V pozdějším stádiu je již značně postižena dlouhodobá paměť. Častými komplikacemi pak jsou poruchy chování a nálady, což se projevuje podrážděností, depresemi, halucinacemi, nespavostí, a může vyústit i v poruchu metabolického příjmu potravy, tedy anorexii.

U Alzheimerovy choroby je postiženo několik kognitivních domén. V první řadě porucha paměti, dále porucha řeči, vizuospaciální dysfunkce a dysexekutivní syndrom. V případě postižení dominantní hemisféry bude narušena více oblast řeči s afáziemi, zatímco dysfunkce nedominantní hemisféry má za následek obtížnější vnímání celku (horší poznávání osob, bloudění a stavy zmatenosti).

Typickým projevem je nízké spontánní vybavování. Paměť je postižena ve dvou směrech. Jde o postižení týkající se ukládání informací do mozku (vstřípivosti) a postižení ve vyvolání paměťových stop (výbavnost). Bývá zde zachováno Ribotovo pravidlo, tedy že více je postižena krátkodobá paměť, zatímco starší vzpomínky jsou uchovány i v pozdních stádiích demence (Hort, 2007; Snopková, 2007; Dušková 2010).

Vaskulární demence

Dříve se používal název arteriosklerotická demence. K diagnostice se používá škála dle Hachinského, která nám umožní rozpoznat, zda se opravdu jedná o vaskulární demenci, anebo demenci degenerativní. Klinickými projevy zde tedy jsou náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovité zhoršení, noční zmatenost, relativní zachování osobnosti, deprese, somatické příznaky, emoční nestálost, hypertenze, anamnéza iktu, známky přidružené aterosklerózy, neurologické ložiskové projevy v anamnéze a ložiskový neurologický nález (Hort, 2007; Hrdlička, 1999).

Rozlišujeme několik podtypů vaskulární demence. Vaskulární demence s akutním začátkem, kde je velice rychlý vznik (1 - 3 měsíce), nejčastěji po jedné, nebo i více mozkových příhodách. Multiinfarktová demence se rozvíjí o něco pomaleji (3 – 6 měsíců). Vzniká větším množstvím malých ischemických příhod. Subkortikální vaskulární demence se popisuje u lidí s poškozením mozku z důvodu hypertenze (Hrdlička, 1999).

Demence s Lewyho tělísky

Projevuje se podobně jako Alzheimerova nemoc, kdy převažuje porucha výbavnosti a vstřípivosti s konfabulacemi. Často bývá narušená krátkodobá paměť a obtížným se stává soustředění. Diagnostickým příznakem je kolísavý kognitivní výkon, který se při kontrole

může značně lišit. Mezi další projevy patří opakované pády, synkopy, poruchy vědomí či bludy, narušený spánek nebo halucinace (Hort, 2007).

Ostatní demence

Parkinsonovou chorobou s demencí trpí zhruba 20% lidí. Demence u těchto pacientů bývá často přehlížena, jelikož lékařská péče je soustředěna hlavně na léčbu základního onemocnění.

Pro demenci u Huntingtonovy choroby jsou typické neurologické příznaky, které předchází rozvoji demence. Bývají zde podkorové známky jako hypobulie a bradypsychismus. Častá je také deprese, která může být v některých případech první známkou nemoci (Pidrman, 2007).

Ostatní demence vznikají na podkladě onemocnění organismu postihující mozek. Například tedy intoxikace, záněty a infekce, úrazy, nádory mozku, nebo jiné faktory, které ovlivňují centrální nervový systém (Jiráček, 2009).

1.1.2 Komunikace s pacientem s demencí

Na pacienta s demencí mluvíme pomalu a srozumitelně v krátkých větách. Udržujeme oční kontakt a zůstáváme v zorném poli pacienta. V rozhovoru se vyhýbáme slovům, kterým by pacient nemusel rozumět a využíváme i neverbální komunikaci. Omezíme rušivé vlivy prostředí (vypneme rádio, televizi) a dáváme jasně najevo, co od pacienta očekáváme. Chráníme jeho důstojnost. Pokud se pacient při rozhovoru chová nevhodně, snažíme se to ignorovat. Komunikace by měla probíhat v kratším časovém úseku, ale zato opakovaně (Venglářová, 2006; Janáčková, 2008).

1.2 BOLEST

Bolest jako taková je nepříjemný senzorický a emocionální zážitek, který se spojuje buď se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně je popisován v termínech takového poškození (Křivohlavý, 2002). Tato definice byla přijata Světovou asociací pro studium bolesti. Je ovšem více zaměřena na bolest akutní, než na chronickou, která je poněkud zanedbávána.

Výskyt bolesti v organismu není nikdy náhodný. Vydává velice důležitý varovný signál o tom, že není něco v našem těle v pořádku. U déletrvajících bolesti tento fyziologický význam však zaniká a působí tak negativně na celý organismus (Kozák, 2010).

1.2.1 Akutní bolest

Akutní bolest trvá krátkodobě a slouží jako výstražný signál organismu. To považujeme za pozitivní význam. Bolest je lokalizovaná na určitou oblast a má spíše periferní příčinu. Přichází náhle, z plného zdraví, většinou se neopakuje a nastává zde rychlé zlepšení (Rokyta, 2009). Při jejím správném rozpoznání by měla být léčba poměrně úspěšná a bezproblémová. Bolest jako příznak bychom měli odstraňovat, až když známe její příčinu (Kozák, 2010).

1.2.2 Chronická bolest

Abychom mohli bolest pokládat za chronickou, musí trvat déle jak 3 – 6 měsíců (Kozák, 2010). Příčina je většinou v centrální oblasti a těžce se lokalizuje. Není biologicky užitečná, proto má negativní význam pro organismus (Rokyta, 2009). Způsobuje nejen tělesné utrpení, ale je provázena i psychickými projevy jako jsou například beznaděj, deprese nebo frustrace. Vede k narušení jak osobního tak pracovního života a celkově ke změně životního stylu. Provázejí ji změny osobnosti, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu atd. Výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života (Braunwald a kol., 2006).

1.2.3 Zásady přístupu k nemocnému s bolestí

K nemocnému postiženému jakýmkoli druhem bolesti je třeba přistupovat individuálně a je třeba rámcově dodržovat obecné zásady. Hlavní z těchto zásad je pacientovi věřit a získat od něho co nejvíce informací o bolesti, kterou trpí. Dále postupujeme tak, že založíme o bolesti pacienta záznam, doporučíme mu úlevovou polohu a zvolíme nefarmakologické postupy, které by pomohly pacientovi bolest zmírnit. Musíme znát druh analgetik, pravidelně je podávat a pečlivě předávat informace o bolesti ošetřujícímu lékaři.

Jedna z nejdůležitějších věcí, na kterou se nesmí zapomínat, je nemocného vtáhnout do rozhodovacího procesu o jeho léčbě. Tím dosáhneme spoluodpovědnosti pacienta, který tak bude spíše dodržovat léčebný režim (Prchalová, 2005).

1.2.4 Bolest u seniorů

Vnímání bolesti seniorů má různá specifika. Dochází k určitému útlumu nociceptorů a tím se zvyšuje práh pro akutní bolest. Ovlivnění psychogenního komponentu má za následek snížení tolerance k dlouhodobé bolesti. Senioři obtížněji vyjadřují charakter a intenzitu bolesti, která je akcelerována pocitem zbytečnosti, nemohoucnosti a osamělosti (Hakl, 2011).

Nejčastějšími příčinami bolesti ve stáří bývají zlomeniny vznikající pádem, poruchy cirkulace, osteoartritida nebo bolesti hlavy (Braunwald, 2006). Nedoléčené či vůbec neléčené

bolesti mají pak významný vliv na kvalitu života. Způsobují úzkost, deprese, problémy se spánkem a výživou, omezení sociálních interakcí a tak dále (Klevetová, 2009).

1.3 HODNOCENÍ BOLESTI

Přesné ohodnocení pacientovy bolesti nám pomáhá v její účinnější léčbě (Sofaer, 1997).

1.3.1 Základní informace o bolesti

Anamnéza bolesti je velice důležitá. Zahrnuje informace, které o bolesti sbíráme a hodnotíme. Správně popsaná bolest napomáhá k zjištění její příčiny, diagnostice daného onemocnění a potažmo i k léčbě bolesti, nejenom jako symptomu, ale také základního onemocnění, které bolest způsobuje (Trachtová, 2001).

Lokalizace bolesti

Nejjednodušším způsobem jak lokalizovat bolest je položení otázky „Kde vás to bolí?“. Pacient se může vyjádřit jak slovně, tak ukázat na postižené místo (Braunwald, 2006).

Jako pomůcku zde využíváme mapu bolesti, která nám pomáhá ve spolupráci s nemocným určit nejlépe místo bolesti. Nemocnému předložíme papír kde je nakreslená postava zepředu, zezadu a z obou stran. Na tomto obrázku pak pacient zaškrtně místa bolesti (viz. příloha B), (Braunwald, 2006).

Intenzita a charakter bolesti, časový údaj bolesti

Intenzitou bolesti rozumíme, jak moc to pacienta bolí. Je to jeden z nejvíce subjektivních aspektů, protože každý z nás vnímá bolest trochu jinak. Vnímání bolesti je ovlivněno mnoha různými faktory (Braunwald, 2006). Charakter bolesti poznáme podle toho, jak pacient bolest popisuje. Tím můžeme rozlišit bolest somatickou, viscerální a neuropatickou (Aranda, 2005). Dále pak při hodnocení časového faktoru se zaměřujeme na nástup bolesti, dobu jejího trvání a frekvenci. Také bychom měli hodnotit faktory, které bolest zhoršují či zmírňují (Aranda, 2005).

1.3.2 Jednoduché metody měření

Vizuální analogová škála (VAS)

VAS je horizontální čára o délce 10 cm. Na každém jejím konci je slovní popis. Na jednom konci je označena žádná bolest a na konci druhém pak nejhorší možná bolest (viz. příloha C). Pacient podle svých pocitů zaškrtně stupeň své bolesti. Tato škála se může používat i vertikálně (Braunwald, 2006; Dvořáčková 2010).

Číselná hodnotící škála (NRS)

Numerická škála je nejčastěji používaná metoda pro hodnocení bolesti. Tato škála začíná číslem nula a slovy žádná bolest, dále pak pokračují číslice až do deseti, kde je slovní popis nejhorší představitelná bolest. Pacient pomocí čísel určí intenzitu své bolesti. Škála může být použita jak v horizontální, tak vertikální poloze. Většině pacientů hodnocení na této škále nedělá problém, některým však může připadat příliš abstraktní (Braunwald, 2006).

Slovně popisná škála

Tato škála patří mezi rychlé hodnocení bolesti. Popis své bolesti si pacient vybere ze seznamu přídavných jmen. Například tedy žádná bolest, nepříjemná, bodavá, strašná, agonizující bolest a tak dále. Tato metoda hodnocení však může pacienta omezovat v jeho možnostech, nebo pacient nemusí rozumět všem přídavným jménům (Braunwald, 2006; Dvořáčková, 2010).

Obličejová škála (výrazová škála)

Tato škála byla původně navržena k hodnocení bolesti u dětí, ale vhodná je i pro použití u pacientů se zhoršenou schopností komunikace nebo s vadami řeči. Skládá se z šesti obličejů, které ukazují změnu mimiky dle intenzity bolesti od stavu pohody až po nejvyšší utrpení (viz. příloha D). Pacient vybírá obličej, který nejlépe vyjadřuje jeho bolest (Rokyta, 2006; Dvořáčková 2010).

Jako další možnost můžeme využít **verbální škálu bolesti**, kde pacient hodnotí svoji bolest z nabídnutých kategorií 0 – žádná, 1 – mírná, 2 – středně silná, 3 – silná, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná (Rokyta, 2006). A dále pak **škálu bolestivého chování** (v textu dále označovanou jako ŠBCH), která se skládá se ze čtyř domén: mimika bolesti, motorika bolesti, paralingvální vokalizace a verbalizace bolesti. Hodnocení probíhá na desetibodové numerické stupnici (Knotek, 2002).

1.3.3 Vícerozměrné metody měření bolesti

Existuje mnoho dotazníků, které hodnotí bolest vícerozměrně a poskytují nám tak komplexnější obraz bolesti. Jsou ovšem časově náročnější, a proto musíme zvážit přínos informací a zbytečnou zátěž pacienta. Dotazníky využívají principu numerické nebo verbální škály k zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinku léčby a kvality života pacienta. Jejich využití se nejvíce uplatňuje na specializovaných pracovištích léčby bolesti (Vorlíček, 2006).

McGill dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

Tento dotazník poskytuje informace o časovém průběhu a intenzitě bolesti. Sleduje senzorycké, emoční a vyhodnocovací aspekty bolesti (viz. příloha E). Pro starší pacienty bývá náročný, často nechápou smysl otázek a nedokáží jednotlivě popsat charakteristiku bolesti (Rokyta, 2006; Křivohlavý, 2002).

Dále pak můžeme bolest sledovat v intervalu 24 hodin, dle **krátkého inventáře bolesti (BPI)**. Toto hodnocení se nejvíce využívá u onkologicky nemocných. Na stejném principu využíváme i **dotazník intervence bolesti spojené s denní aktivitou**. Zde je intenzita bolesti sledována v závislosti na aktivitách člověka. **Dotazník názorů na bolest a percepce (PBPI)** se hodnotí v 5 dimenzích. Patří sem stálost, přetrvávání, nepochopitelnost, vlastní zavinění a vina druhých. Na psychický stav pacienta v hodnocení bolesti se zaměřuje **dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90)**, slouží k zachycení známek deprese a paranoidních myšlenek, nebo také **dotazník copingu bolesti**, který má za úkol zjistit adaptaci pacienta na bolest. Velice obsáhlý je pak **Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI)**, tvoří se z 566 otázek, které hodnotí osobnostní charakteristiku pacienta. Jeho význam spočívá v předvídání reakcí pacienta na léčbu bolesti (Braunwald, 2006; Rokyta, 2006).

1.3.4 Měření bolesti u pacientů s demencí

U pacientů s demencí bývá často bolest přehlédnuta, a tedy dochází k nedostatečné léčbě. U těchto osob je snižena schopnost sdělení informací, emocí, myšlenek a přání. Chronickou bolest také doprovází depresivní nálady a úzkostné stavy. Pacienti mívají poruchy řeči, ale také nemusejí rozumět otázkám. Proto byly vytvořeny stupnice, které právě u takto postižených pacientů umožní bolest hodnotit (Klevetová, 2010).

Avšak i u pacientů s demencí lze použít k hodnocení bolesti numerickou škálu. Ta je doplněna o barevnou stupnici, která slouží k lepšímu znázornění. Lze také použít zkrácený McGill dotazník bolesti, který ovšem neplní svoji funkci v plném rozsahu (Rokyta, 2006).

Doloplus 2

Škála je soustředěna na tři domény. Do první patří somatické reakce, tedy nářek, výraz, spánek, ochrana bolestivých oblastí a tak dále. Jako druhá je doména zabývající se psychomotorickými reakcemi. Jde o aktivity denního života (hygiena, oblékání,...). Poslední doménou je psychosociální reakce (komunikace, poruchy chování, společenský život). Ke správnému zhodnocení bolesti je zapotřebí, aby vyplňující pacienta znal. To ovšem omezuje využití škály na akutním oddělení (Holmerová, 2009).

ECPA

Tato škála nám podává informace ze tří oblastí. Jde o známky bolesti před péčí, po péči a během aktivity. Byla vytvořena na podkladě škály pro malé děti (Holmerová, 2007).

Dotazník pro měření bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace (PACSLAC)

Škála byla vytvořena speciálně pro seniorskou populaci. Skládá se ze 4 domén (výraz obličeje, aktivita a pohyby těla, sociální doména, fyziologické ukazatele) a 60 položek. Z toho vyplývá, že její nevýhoda je v délce a časové náročnosti (viz. příloha F).

Škála intenzity bolesti při provádění ošetrovatelské péče (MOBID)

Její vznik vychází ze zkušeností pracovníků, kteří mají v ošetrovatelské péči právě pacienty s demencí. Pracovníci tedy mají možnost hodnotit jejich bolest při běžných pohybech (viz. příloha G). Bolest hodnotí na základě nonverbálních projevů a jednotlivě vše zaznamenávají na desetistupňové numerické škále (Holmerová, 2009).

Měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

Tato metoda měření bolesti vyžaduje jen krátké pozorování a může být využita všemi ošetrovateli. Je snadno použitelná v klinické praxi. Má 5 položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla, utěšování (viz. příloha H). Každá položka má tříbodovou stupnici od nuly do dvou. Výhodou tohoto měření je snadný srovnatelný výsledek s pacienty, kteří mají normální psychickou funkci (Volicer, 2006; Warden, 2004).

1.4 LÉČBA BOLESTI

V léčbě bolesti se často využívá kombinace několika druhů terapie. Musí ovšem vždy vyhovovat individuálním požadavkům pacienta, uspokojit jeho potřeby, které byly bolestí nějak narušeny nebo vzhledem k ní vznikají. V léčbě bolesti hraje roli i dobrý vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem, dále spolupráce rodiny a vzájemná důvěra (Sofaer, 1997).

1.4.1 Nefarmakologická léčba

Existuje veliké množství nefarmakologické léčby, které čím dál více nabývá na popularitě mezi veřejností. Nabízí pacientům s bolestí další možnosti, jak ji pozitivně ovlivnit. Pouze k minimu technik je zapotřebí lékařský předpis.

Mezi nejznámější nefarmakologické terapie patří například fyzikální terapie, kde se uplatňuje aplikace tepla a chladu, hydroterapie nebo cvičení. Jinou metodou je kognitivní a behaviorální terapie, například hypnóza nebo meditace. Dalšími atributy nefarmakologické léčby jsou placebo efekt, alternativní a doplňkové terapie jako je jóga, masáže, akupunktura, muzikoterapie či aromaterapie. Při kombinaci těchto metod s farmaky dochází ke snížení bolesti a to nám umožňuje podávat menší dávky analgetik. Slouží i jako psychická podpora, nemocný má pocit kontroly nad svou bolestí a těší se zájmu okolí (Munden, 2006).

1.4.2 Farmakologická léčba

Dnes již dokážeme bolest zmírnit, proto se považuje za neprofesionální netlumit ji dostatečně z obavy před různými komplikacemi, nebo vznikem návyku. Zásadně se řídíme zásadou, že nemocnému bolest vždy věříme (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Léčba analgetiky má svůj předepsaný žebříček hodnot dle WHO (viz. příloha I):

1. stupeň: neopioidní analgetikum
2. stupeň: slabé opioidy
3. stupeň: silné opioidy (Schaffer, 2010)

Neopioidní analgetika

Nejčastěji jsou indikována k léčbě mírné a středně těžké bolesti. Jestliže je používáme i při silných bolestech, je zapotřebí kombinace s opioidy. Pozitivem této lékové skupiny je protizánětlivý účinek a snížení tělesné teploty. K nejčastějším preparátům patří: paracetamol, metamizol, nesteroidní antiflogistika (Hakl, 2011).

Opioidy

Podle síly jejich účinku je rozdělujeme na slabé a silné.

Slabé opioidy mají ohraničenou maximální účinnou dávku, tzv. stropový efekt a jsou předepisovány na recept bez modrého pruhu. Mezi zástupce těchto opioidů patří například kodein, hydrokodein nebo tramadol.

Silné opioidy jsou určeny pro neztišitelné a velmi silné bolesti. Nemají stropový efekt, jejich limitujícím faktorem jsou vznikající nežádoucí účinky, jako jsou závratě, zmatenost, nauzea, zácpa a podobně. Dávkování začínáme vždy minimálním množstvím, které můžeme postupně navyšovat. Jako zástupce silných opioidů bych uvedla například morfin, hydromorfin, fentanyl nebo oxycodon (Hakl, 2011).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Bude se u respondentů bolest při prvním a druhém měření lišit?
2. Jaké pohybové aktivity ve škále MOBID budou nejvíce trápit respondenty?
3. Jaká budou nejčastěji podávaná analgetika?
4. Bude pro ošetrovatelskou praxi použitelnější škála MOBID nebo ŠBCH?

2.2 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření se uskutečnilo v gerontopsychiatrickém sanatoriu a domově seniorů. Sběr dat probíhal od října roku 2011 do ledna roku 2012. Před samotným výzkumem byla provedena pilotáž u 5 respondentů, po které byla vyřazena obličejová škála na hodnocení intenzity bolesti z důvodu neosvědčení v praxi. Respondenti totiž i po důkladném vysvětlení jak tato škála funguje, většinou ukazovali na obličej první, anebo obličej poslední.

Pro získání informací, které vedly k vypracování této práce, jsem použila dotazník. Ten obsahoval 6 otázek (viz. příloha J) typu: 1x dichotomická, 3x uzavřená, 1x polouzavřená a 1x otevřená otázka. Využila jsem i dvě hodnotící škály bolesti. Jednalo se o škálu MOBID a ŠBCH, obě jsou číselně vyjádřeny (Kutnohorská, 2009).

Data jsem zpracovala anonymně u 32 respondentů. Respondenti nebyli schopni odpovědět na otázky z dotazníku osobně, proto jsem si je našla v jejich dokumentaci. Jediným kritériem pro výběr vzorku byla přítomnost demence. Nebrala jsem ohled na pohlaví a věk respondentů. Respondenty jsem nejdříve poznala a získala si jejich důvěru. Až poté, po domluvě s vedením, jsem za nimi docházela cvičit dle škály MOBID. Po uplynutí 14 dnů jsem respondenty opět navštívila, opakovala cviky a zaznamenala tak rozdíly v bolestivosti. K vyhodnocení jsem použila program Microsoft Office Excel. Pro přehlednost jsem výsledky zpracovala do tabulky nebo grafu.

Popis zvolených hodnotících škál bolesti

Mobilization-Observation-Behaviour- Intensity-Dementia Pain Scale - MOBID

Autorem je Buttiha Husebo se spolupracovníky z Roede Kors Sykehjem v Bergenu, kde tato škála také vznikla. Byla zde snaha o vytvoření vhodné škály pro sledování bolesti u nesoběstačných pacientů. Do češtiny byla přeložena kolektivem autorů (Holmerovou, Baumanovou, Vaňkovou, Juraškovou) pro zlepšení kvality péče. Škála je rozdělena na dvě

části. První se zaměřuje na hodnocení muskuloskeletálního systému při běžné mobilizaci. Vyšetřuje se hodnocení bolesti v těchto pohybových oblastech: postupné otvírání obou dlaní, horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu, flexe a extenze v kolenech a kyčlích, otočení v posteli na obě strany, posazení na posteli. Druhá část škály je pro hodnocení lokalizace bolesti: hlava, ústa, krk, hrudník, břicho, pánev, genitál, kůže. Sledováním zjišťujeme bolestivost pacienta a zaznamenáváme na škále, která je od 1 do 10 bodů, přičemž 0 = žádná bolest a 10 = maximální možná bolest. V závěrečné části tabulky je celkové MOBID, které udává subjektivní pocit hodnotícího o celkové bolestivosti pacienta (Holmerová, 2009).

Pain Behavior Scale - ŠBCH

Z anglické verze přeložil Petr Knotek a Martin Žalský. Validizace této škály proběhla v Motolské nemocnici, zkoumáno bylo 100 pacientů. Škála je rozdělena do 4 domén, které se týkají mimiky bolesti, motoriky bolesti, paralingvální vokalizace a verbální bolesti. Bolest zde hodnotíme na stupnici od 0 – 9, kdy 0 = žádná bolest a 9 = maximální možná bolest. Součet skóre jednotlivých položek dává pouze hrubé skóre, které je potřeba pomocí přiložené tabulky převést na standardní skóre (steny). Tento převod nám umožní porovnávání naměřených hodnot na ŠBCH s hodnotami jiných standardizovaných škál bolesti, například s vizuální analogovou škálou (Knotek, 2002).

Přehled použitých statistických četností a vzorců

Četnostní veličiny:

n	rozsah souboru
n_i	symbol pro vyjádření absolutní četnosti
f_i	symbol pro vyjádření relativní četnosti
Σ	suma (celkový počet)

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech:

$$f_i [\%] = \text{počet } n_i \times 100 / \text{výzkumný vzorec}$$

2.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

2.3.1 Prezence výsledků vzniklé dotazníkem

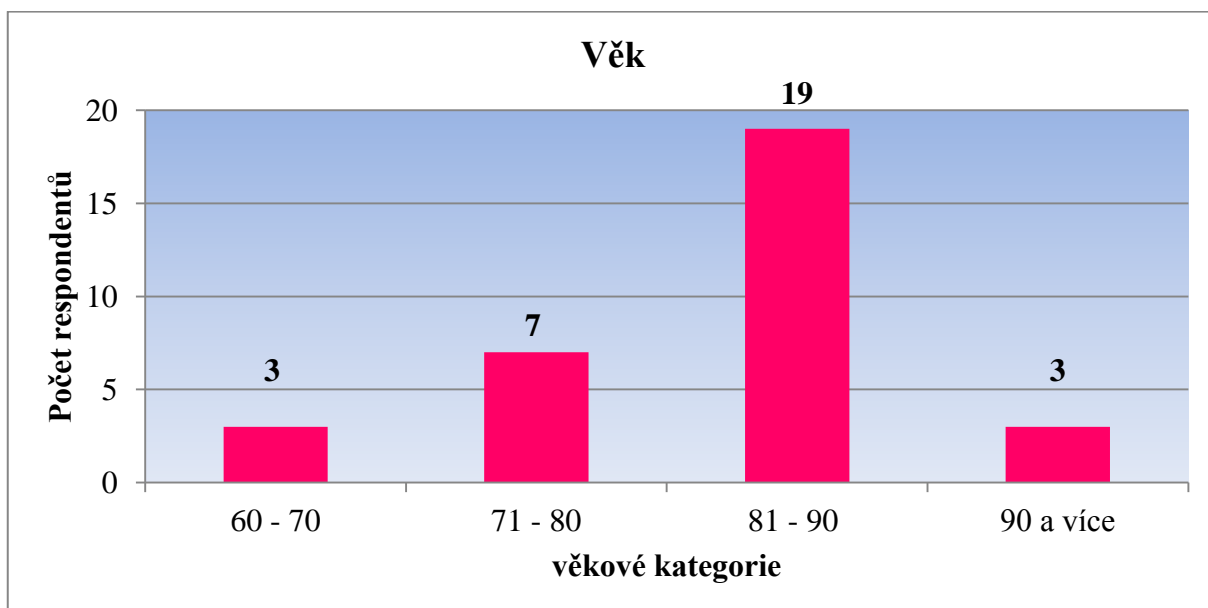
Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

Tab. č. 1: Tabulka určující pohlaví

pohlaví	n_i [-]	f_i [%]
muž	8	25
žena	24	75
Σ	32	100

První otázka v dotazníku se týkala pohlaví respondenta. Vyšší výsledek byl v ženské kategorii. Ženy tvořily $\frac{3}{4}$ z celkového počtu respondentů a muži $\frac{1}{4}$ z celku. Dle Holmerové ovšem většina studií nevykazuje rozdíl ve výskytu demence u jednotlivých pohlaví (Holmerová, 2007).

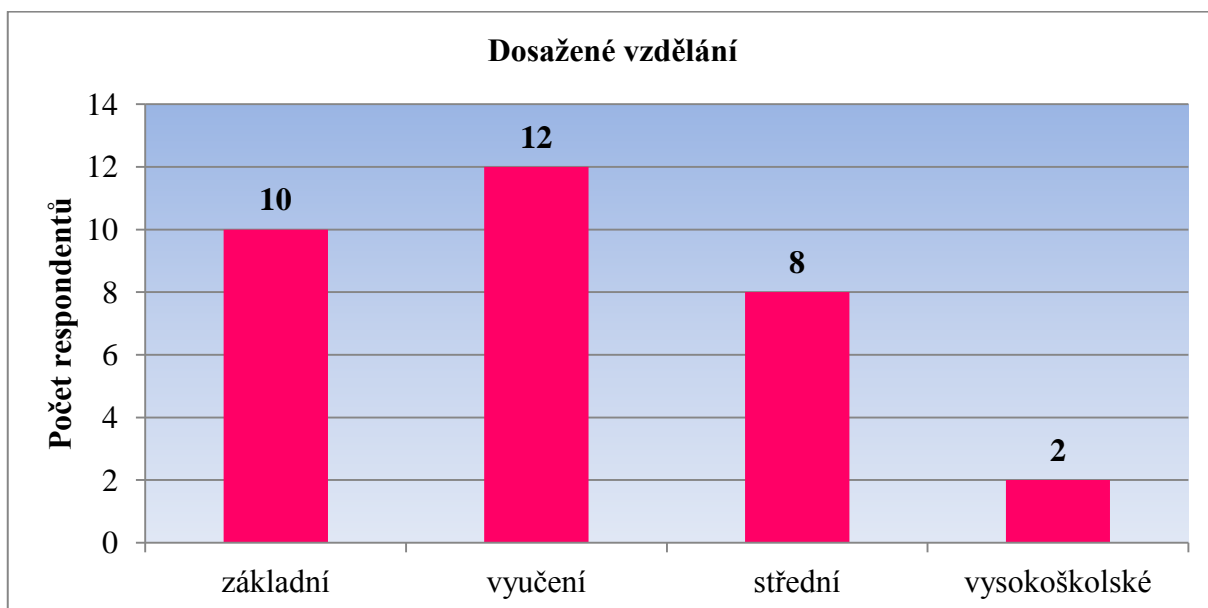
Otázka č. 2 – Kolik Vám je let?



Obr. č. 1: Graf věkového rozložení respondentů

Tato otázka se týkala věku respondentů. Ve věkové kategorii 60 – 70 let byli 3 respondenti (9%). V kategorii 71 – 80 let bylo 7 respondentů (22%). Nejvíce zastoupená byla kategorie 81 – 90 let, zde bylo 19 respondentů (60%). V kategorii 90 a více let se nachází 3 respondenti (9%). Podle Jiráka je věk nejvýznamnějším rizikovým faktorem demence. Uvádí, že počet lidí postižených demencí s věkem stoupá. V populaci starší 65 let je výskyt demence asi 5%, nad 85 let se četnost zvyšuje na 30 – 50% a při věku vyšším jak 90 let je to 11% (Jirák, 2009).

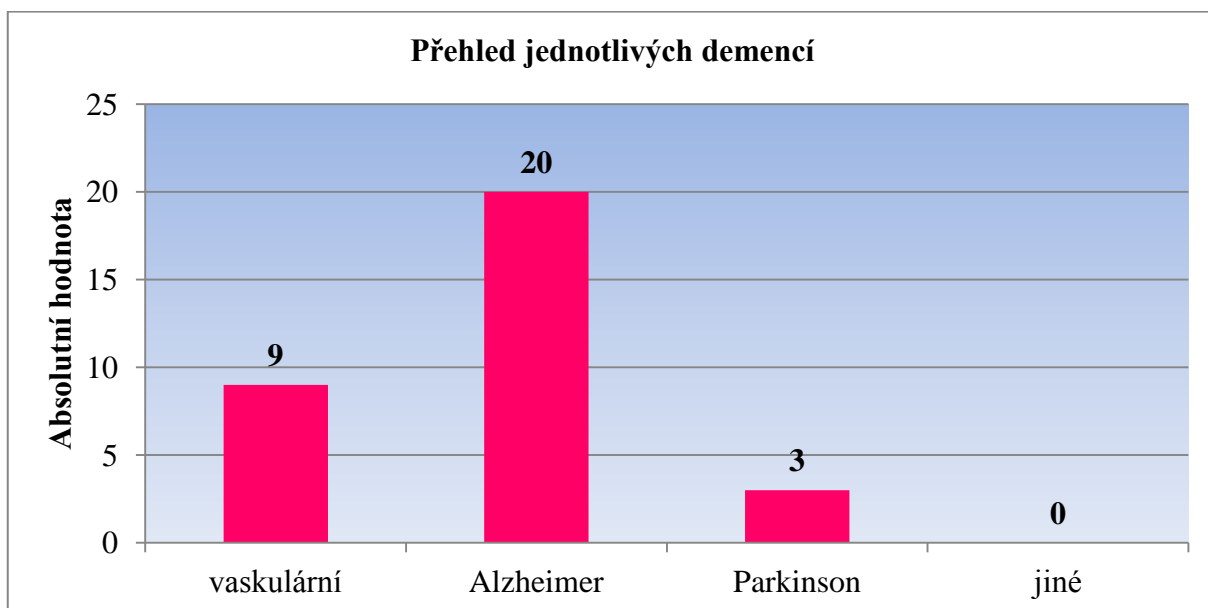
Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obr. č. 2: Graf nejvyššího vzdělání u respondentů

V této otázce jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání. Se základním vzděláním bylo 10 respondentů (31%), nejvíce respondentů bylo se vzděláním vyučení a to 12 (38%), středoškolské vzdělání s maturitou mělo 8 respondentů (25%) a pouze 2 respondenti (6%) měli vysokoškolské vzdělání. Vše je zpracováno v grafu, který je znázorněn obr. č. 2. Graf by mohl působit jako zavádějící, jelikož z něho na první pohled vyplývá, že nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé s vyučením a naopak nemoc téměř nepostihuje lidi vysokoškolsky vzdělané. Ale vzhledem k době a k podmínkám, ve které byli tito lidé v produktivním – studijním – věku, převážné většině nebylo studium umožněno. Nelze tedy vyvodit, že by lidé s vyšším vzděláním byli nemocí postíženi méně.

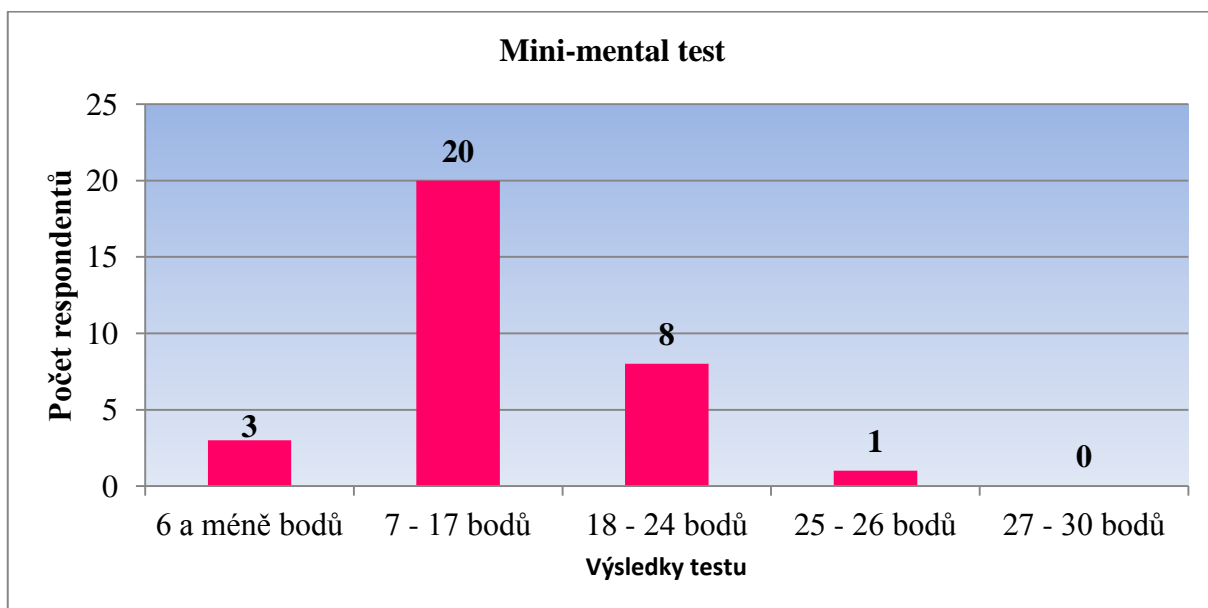
Otázka č. 4 – Typ demence?



Obr. č. 3: Graf jednotlivých demencí

Zde zjišťuji typ demence, kterou respondent trpí. Alzheimerovou chorobou trpí 20 respondentů (63%), dále pak 9 respondentů (28%) trpí vaskulární demencí, Parkinsonovu chorobu mají 3 respondenti (9%) a v kategorii jiné se nenachází ani jeden respondent (0%). Z obr. č. 3. tedy vyplývá, že nejvíce jsou lidé postiženi Alzheimerovou demencí. Hort ve své knize uvádí, že Alzheimerova demence je v populaci nejrozšířenější a představuje 50 – 60% (Hort, 2007).

Otázka č. 5 – Výsledky Mini-mental testu?

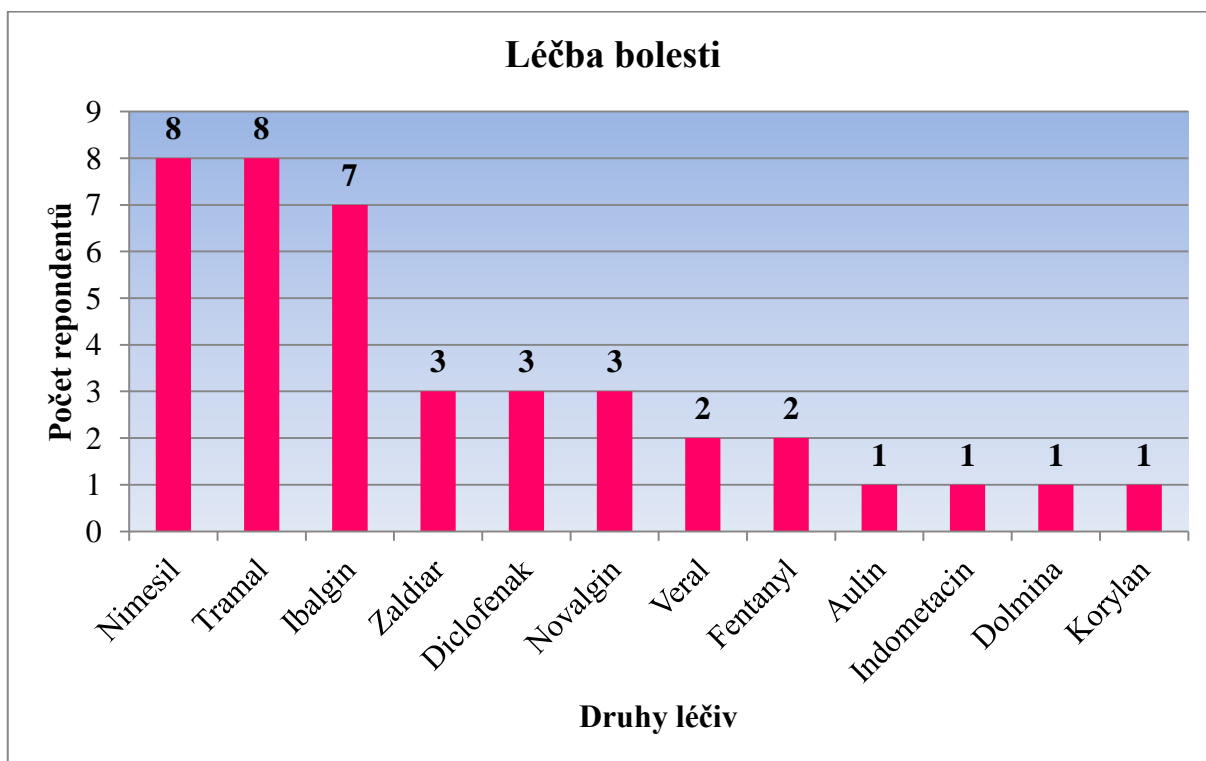


Obr. č. 4: Graf znázorňující výsledky Mini-mental testu

Obr. č. 4 nás informuje o výsledku respondentů v Mini-mental testu. Kde 6 a méně bodů značí těžkou demenci, 7 – 17 bodů středně těžká demence, 18 – 24 bodů lehká demence, 25 – 26 bodů je hraniční nález, 27 -30 bodů bez poruch kognitivních funkcí. Z grafu tedy vyplývá, že nejvíce (v 63%) jsem pracovala s respondenty postiženými středně těžkou demencí. Čím více jsou postiženy kognitivní funkce, tím větší je náročnost ošetrovatelské péče a komunikace s postiženým (Holmerová, 2007).

Otázka č. 6 – Jaké berete léky na bolest?

Tato otázka byla otevřená a bylo možno více odpovědí.



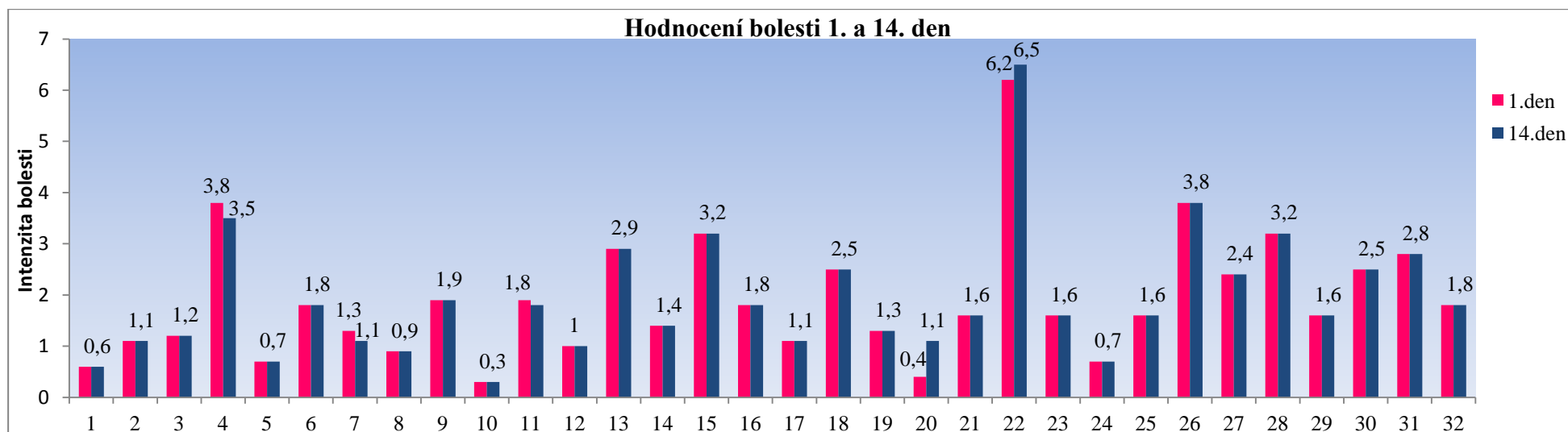
Obr. č. 5: Graf znázorňující léky, které respondenti užívají

Nejvíce byla využita u mého vzorku respondentů léčba per os, v minimálních případech léčba intramuskulární, nebo intradermální léčba. V nejčetnějším zastoupení byly nesteroidních antirevmatika, ale vyskytly se zde i opiátové přípravky.

2.3.2 Statistika sledování bolesti ve dvou měřeních

Hodnocení průměrné bolesti pomocí škály MOBID

Statistika znázorňuje průměrnou intenzitu bolesti u respondentů v prvním a druhém měření pomocí škály MOBID. Graf ukazuje průměrnou hodnotu výsledků na škále, která hodnotila bolestivost u respondentů v těchto oblastech: postupné otevírání obou dlaní, horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu, flexe a extenze v kolenech a kyčlích, otočení v posteli na obě strany, posazení na posteli, oblast hlavy, hrudníku, břicha, pánve a genitálu, kůže. Na škále byly dle mého pozorování označeny hodnoty od 0 – 10, kdy 0 = žádná bolest, 10 = maximální možná bolest.

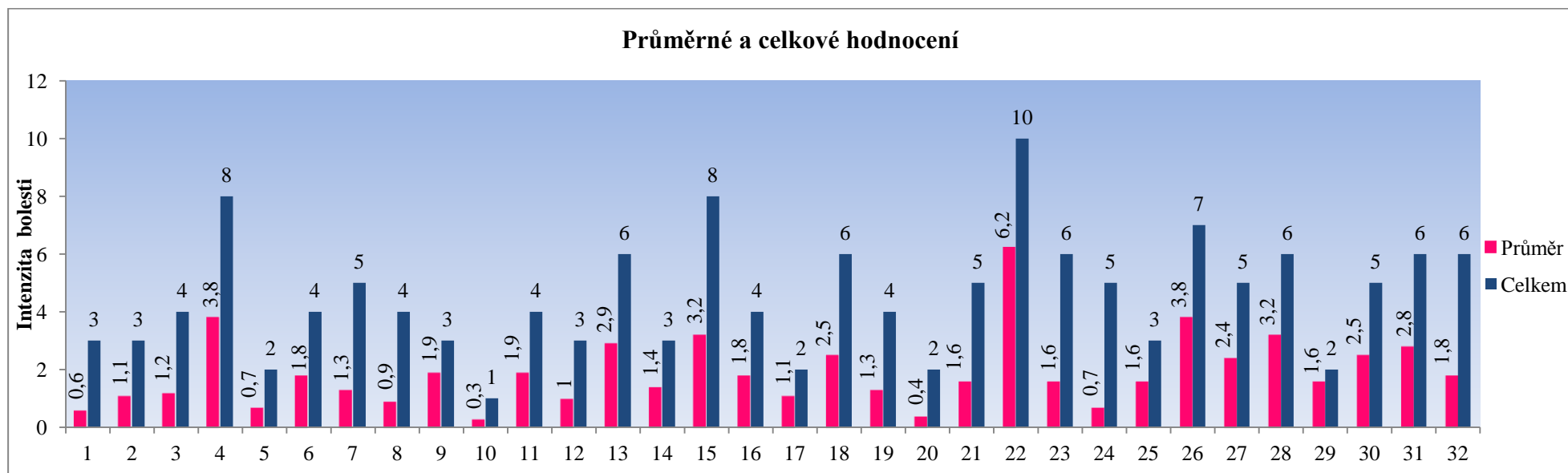


Obr. č. 6: Hodnocení bolesti 1. a 14. den pomocí škály MOBID

Bolest se u respondentů ve většině případů po uplynutí 14 dnů nezměnila. Změny, které v minimálním případě v grafu vyšly, můžeme přisuzovat úrazům respondenta. Vychází tedy, že bolest je intenzitou relativně trvalá.

Celkové hodnocení bolesti pomocí škály MOBID

V tabulce MOBID je poslední položkou celkem, kdy podle subjektivního pocitu označujeme celkovou bolestivost respondenta. Hodnocení je zde opět od 0 – žádná bolest, až po 10 – maximální možná bolest.

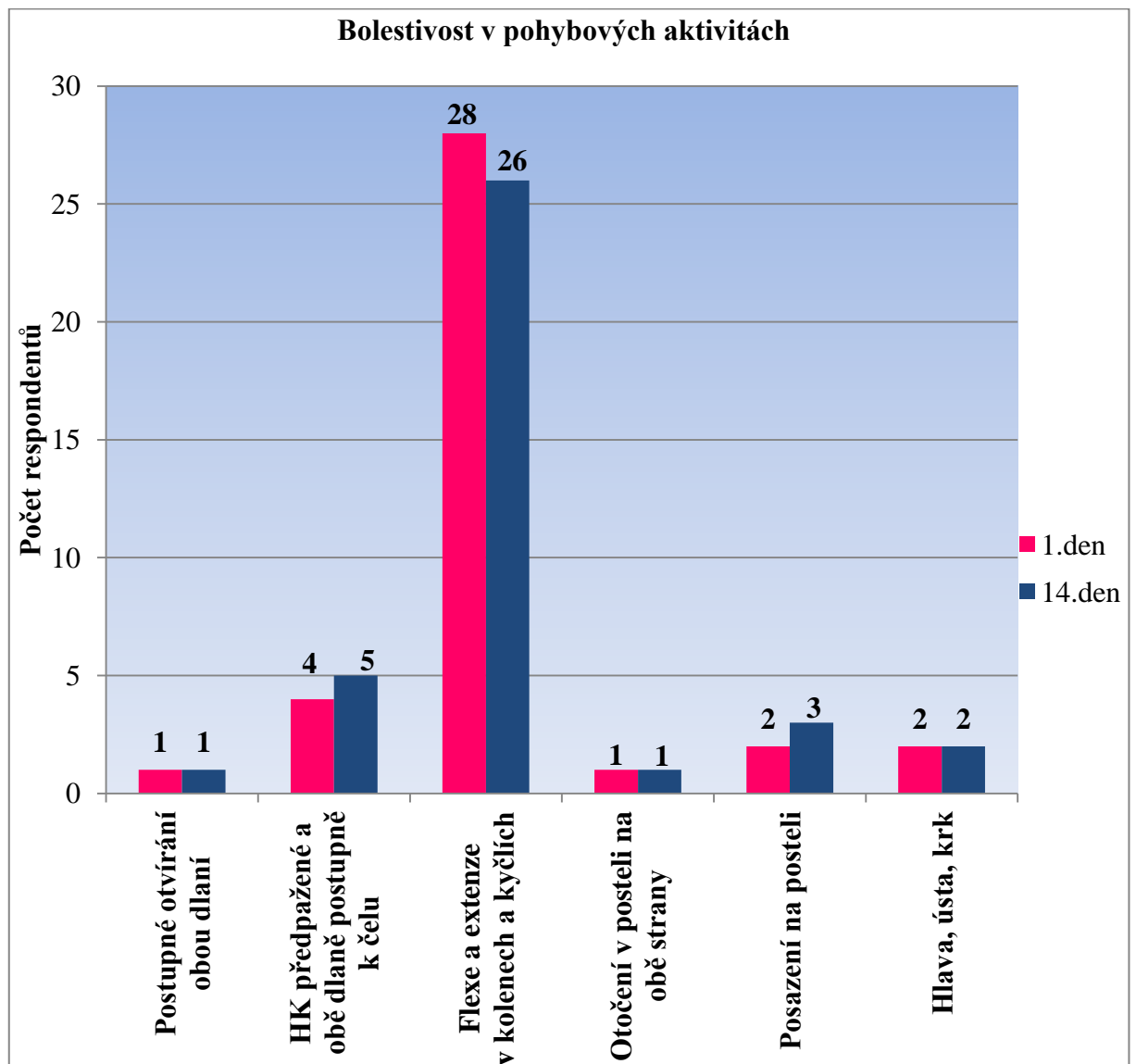


Obr. č. 7: Průměrné a celkové hodnocení bolesti na škále MOBID

Na grafu je růžovou barvou znázorněna průměrná bolest všech oblastí škály MOBID a modrou barvou je znázorněno celkové subjektivní hodnocení bolesti u respondenta. Zaznamenala jsem vysoký číselný rozdíl hodnot, proto bychom tedy měli k pacientům přistupovat s celkovým pohledem.

2.3.3 Zjistit jaká pohybová aktivita činní respondentům největší bolestivost

V grafu jsou zaznamenány oblasti pohybové aktivity dle škály MOBID, ve kterých respondenti projevovali největší intenzitu bolesti. U některých respondentů se shodovaly oblasti s maximální bolestivostí, proto graf znázorňuje větší četnost odpovědí, než bylo celkem respondentů.

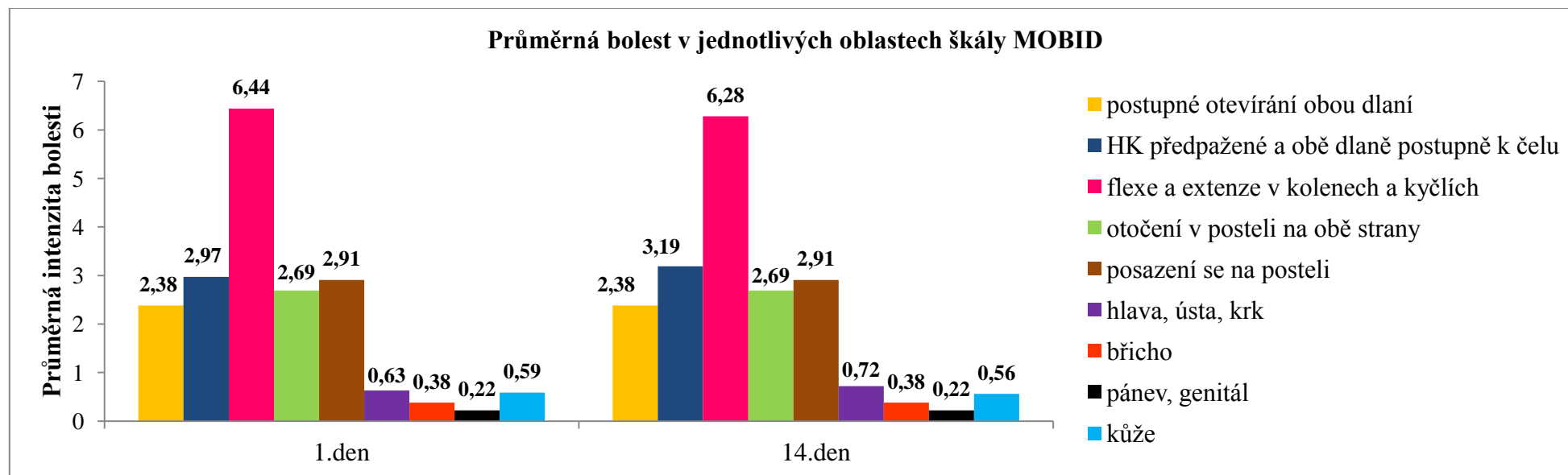


Obr. č. 8: Graf zjišťující bolestivost při pohybových aktivitách

Ze zjištěných dat můžeme říci, že nejvyšší bolestivost prožívali respondenti při flexi a extenzi v kolenech a kyčlích. V oblasti hrudníku, pánve, genitálu a kůže nevyšla u žádného respondenta maximální bolestivost, proto nejsou v grafu znázorněny.

Znázornění průměrné bolesti v jednotlivých oblastech MOBID

Na tomto grafu je znázorněna průměrná bolest všech respondentů v jednotlivých oblastech škály MOBID při prvním a druhém měření. Oblasti bylo možné hodnotit od 0 (žádná bolest) do 10 (maximální možná bolest), z těchto hodnot se pak udělala průměrná hodnota zaznamenaná v grafu.

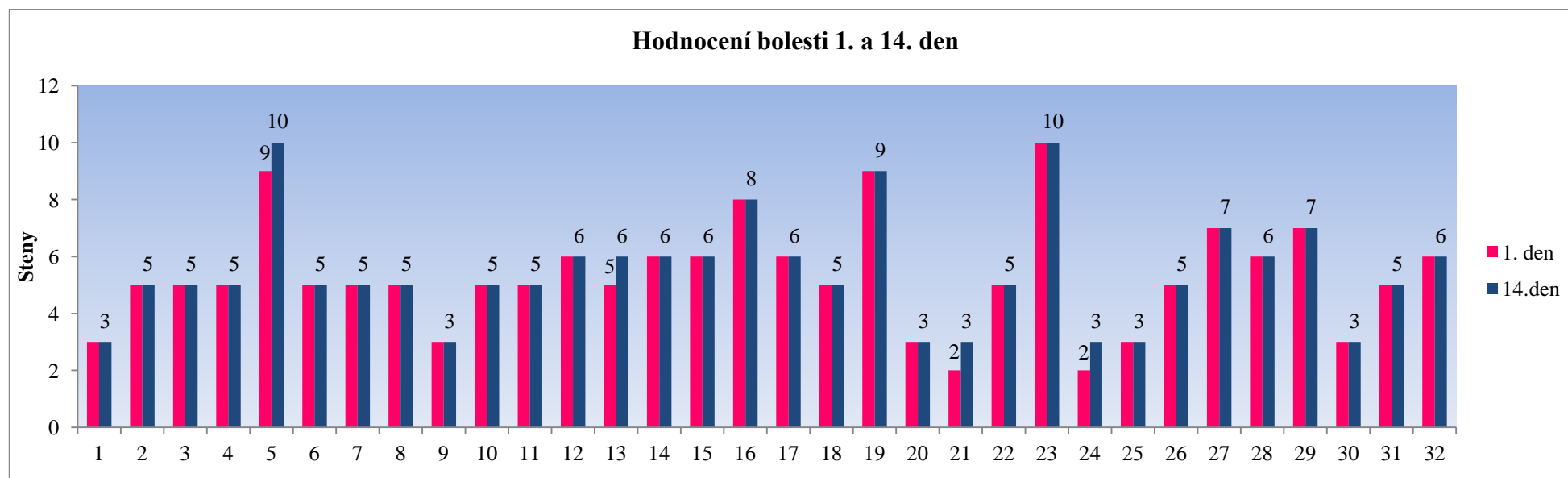


Obr. č. 9: Graf znázorňující průměrnou bolest v jednotlivých oblastech škály MOBID

V grafu není zaznamenána oblast hrudníku, protože její průměrná hodnota vyšla nulově. Naopak nejvyšší průměrnou bolest pociťovali respondenti při pohybu v kolenech a kyčlích. Holmerová přisuzuje bolestivost v 80% muskuloskeletárnímu původu. Tedy osteoporózám, osteoartrózám a následkům úrazu (Holmerová, 2009).

Hodnocení pomocí škály ŠBCH

Statistika znázorňuje průměrnou intenzitu bolesti u respondentů v prvním a druhém měření pomocí škály ŠBCH. Škála hodnotí bolest ve 4 doménách, a to v: mimice bolesti, motorice bolesti, paralingvální vokalizaci a verbalizaci bolesti. Hodnotu intenzity bolesti zde lze zaznamenat od 0 – 9, kdy nula představuje žádnou bolest a 9 maximální možnou bolest. Výsledky hodnocení vyšly v hrubém skóre a byly pomocí tabulky převedeny na steny.



Obr. č. 10: Hodnocení bolesti 1. a 14. den pomocí ŠBCH

I ŠBCH nás přesvědčuje o tom, že bolestivost u respondentů během 14 dnů se nemění.

2.4 Diskuze

Hodnocení bolesti u pacientů s demencí představuje trpělivost a schopnost empatie. Je prokázáno, že bolest u starší populace je často zanedbávána a neléčena, což je celosvětový problém. Například v italských léčebnách bylo zkoumáno 13tisíc pacientů, 38% z nich uvádělo každodenní bolesti, avšak více jak ¼ nedostávala žádná analgetika.

Výzkumná otázka č. 1: Bude se u respondentů bolest v prvním a druhém měření lišit?

Pro zjištění účinnosti škál, bylo voleno dvojí měření u stejných respondentů. Z obr. 7 a obr. 8 vyplývá, že bolestivost se u pacientů v prvním ani druhém měření nijak zvláště nemění. Nepatrné změny, které v grafech nastaly, přisuzují úrazům, které v době šetření u respondentů vznikly. Změna v bolestivosti se na škále MOBID objevuje v 5 případech a na ŠBCH ve 4 případech. ŠBCH má méně změn z důvodu převádění hrubého skóre na steny. Výsledky obou škál jsou při prvním a druhém měření téměř shodné, můžeme je tedy považovat za vhodný nástroj pro hodnocení bolesti u pacientů s demencí. Ověření škál s odstupem 14 dnů potvrdilo jejich využitelnost a reliabilitu, když musíme přihlídnout k velmi malému množství zkoumaných respondentů. Tyto výsledky mohou potvrzovat definici chronické bolesti, která nám říká, že je to bolest dlouhodobého rázu, tedy nemůžeme očekávat u respondentů snížení bolesti během 14 dnů (Kozák, 2010).

Výzkumná otázka č. 2: Jaké pohybové aktivity ve škále MOBID budou nejvíce trápit respondenty?

Bylo zjištěno, že největší bolestivost respondenty trápí při pohybu v kolenech a kyčlích. U 28 respondentů byl tento fyzický výkon nejbolestivější. Tento výsledek se shoduje s výsledkem hodnocení bolesti Holmerové, která zkoumala bolestivost u 77 respondentů s těžkou demencí v ošetrovatelském domu (Holmerová, 2009). V jejím výsledku se nejvíce vyskytovala bolest při mobilizaci dolních končetin. Dvořáčková uvádí, že mezi nejčastější chronické bolesti patří právě postižení pohybového aparátu (Dvořáčková, 2010).

Výzkumná otázka č. 3: Jaká budou nejčastěji podávaná analgetika?

U respondentů bylo nejčastější podání léků per os, výjimečně intramuskulárně a intradermálně (náplasti). Jako nejvíce používané léky na bolest vyšly z výzkumu nesteroidní antirevmatika. V současné době máme k dispozici mnoho analgetik v různých formách. Podle intenzity bolesti lékař rozhoduje jaký lék nasadit. Pro seniory nebyly sestaveny zvláštní

léčebné postupy při volbě terapie, ale je nutné respektovat fyziologická omezení funkce orgánů (Hakl, 2011).

Výzkumná otázka č. 4: Bude pro praxi použitelnější škála MOBID nebo ŠBCH?

Každá z těchto škál má veliký význam pro hodnocení bolesti, avšak při hodnocení u demenčních pacientů, kde je těžší komunikace, bych volila účinnější škálu MOBID. Neboť zde lze přímo určit, v jaké oblasti má pacient problém, na rozdíl od ŠBCH, která je obecně zaměřena na 4 dimenze. Dle Holmerové škála MOBID prokazuje uspokojivou reliabilitu a validitu jak v oblasti intenzity, tak lokalizace, avšak sama autorka navrhuje, aby škála byla stále zkoumána (Holmerová, 2009).

Doporučení pro praxi

Problémem hodnocení a léčby bolesti u pacientů s demencí je nízká informovanost o speciálních způsobech hodnocení u těchto osob a dále pak časová zaneprázdněnost zaměstnanců na odděleních. Hodnocení bolesti u pacienta s demencí vyžaduje dostatek času, klidu a důvěry mezi pacientem a hodnotící osobou. Po správném hodnocení bolesti pak lépe můžeme volit léčbu a tím zlepšovat ošetrovatelskou péči. Na základě svých teoretických a praktických poznatků chci uvést případná doporučení pro praxi (viz. příloha K), která by mohla pomoci zdravotnickému personálu v hodnocení bolesti pomocí škály MOBID.

ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce je „Hodnocení a léčba bolesti u pacientů s demencí“.

Při zkoumání této problematiky jsem zjistila, že hodnocení bolesti jak u lidí postižených demencí, tak celkově u veškeré starší populace, je celosvětovým problémem. Dnes již existuje mnoho prostředků jak bolest u takto postižených pacientů zjistit, ale celkově jsou málo známy a tedy i málo využívány.

Pro svůj výzkum jsem použila škálu MOBID, což je praktická škála, která se využívá k hodnocení bolesti u pacientů s demencí. Dále jsem do výzkumu zahrnula škálu bolestivého chování. Mým úkolem bylo zjistit náročnost těchto škál a jejich metody.

Zjistila jsem, že bolest se u mnou zvolených respondentů v průběhu 14 dnů téměř nezměnila. Jedná se u nich tedy většinou o stálé chronické bolesti, které je potřeba nejdříve zjistit, a následně využít všechny dostupné prostředky pro jejich zmírnění.

Hodnocení bolesti pomocí škál nám pomůže získat informace o bolesti pacienta a tím celkově zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je to sice postup poměrně časově náročný, ale přináší výsledky. Proto je nutné, aby zdravotnický personál, který pečuje o pacienty senilní a postižené demencí, byl trpělivý, vlídný a empatický.

I stáří může být šťastné a bezbolestné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARANDA, S. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-2471-295-4.
2. BRAUNWALD, E. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
3. BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
4. DUŠKOVÁ, K.; HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. 1. vyd. Praha : Pfizer, 2010. ISBN 80-7367-081-X.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 2010, r. 20, č. 07-08, s. 54-57. ISSN 1210-0404.
6. GERHARDT, G. *Chronické bolesti: Úspěšná léčba*. 1. vyd. Praha : Ivo Železný, 2001. ISBN 80-240-2148-X.
7. HAKL, M. a kol. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivým syndromů*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2473-0.
8. HOLMEROVÁ, I.; BAUMANOVÁ, M. a kol. MOBID-2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, roč. 7, č. 2, [cit. 27. prosince 2011], s. 79-81. Dostupný z WWW: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_06.pdf. ISSN 1214-0732.
9. HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E. a kol. *Péče o pacienta s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha : EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
10. HORT, J.; RUSINA, R. a kol. *Paměť a její poruchy: Paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.
11. HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
12. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
13. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
14. KLEVETOVÁ, D. Hodnocení bolesti u osob s demencí. *Sestra*. 2010, r. 20, č. 07-08, s. 58-60. ISSN 1210-0404.

15. KLEVETOVÁ, D. Zájem a osobní vztah je jedním z nejdůležitějších léků při léčbě chronické bolesti ve stáří. *Sestra*. 2009, r. 19, č. 2, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
16. KNOTEK, P.; ŽALSKÝ, M. Škála bolestivého chování. *Bolest*. 2002, r. 5, č. 2, s. 110-115. ISSN 1212-0634.
17. KOZÁK, J. a kol. *Léčba chronické bolesti*. 1. vyd. Olomouc : Solen, 2010. ISBN 978-80-87327-45-6.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
19. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
21. MUNDEN, J. a kol. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
22. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
23. PRCHALOVÁ, E. *Léčba bolesti a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí*. 1. vyd. Hradec Králové : Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2005. ISBN 80-239-6053-9.
24. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
25. ROKYTA, R.; KRŠIAK, M.; KOZÁK, J. *Bolest*. 1. vyd. Praha : Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.
26. SCHAFFER, G. *Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience* [online]. 2010, [cit. 2012-01-25]. Dostupný z WWW: <http://www.cfp.ca/content/56/6/514.full>.
27. SNOPOKOVÁ, I.; GEMBICKÁ, I. Alzheimerova demence. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 28-32. ISSN 1210-0404.
28. SOFAER, B. *Bolest: Příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 807-169-309-X.
29. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
30. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelské procesy*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

31. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
32. VOLICER, L.; KRŠIAK, M. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest*. 2006, r. 9, č. 1, s. 8-13. ISSN 1212-0634.
33. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
34. WARDEN, V. *The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) Brief* [online]. 2004 [cit. 2012-03-12]. Dostupný z WWW: <http://prc.coh.org/PainNOA/PAINAD_B.pdf>.

SEZNAM ZKRATEK

ŠBCH - škála bolestivého chování

Obr - obrázek

Tab - tabulka

Č - číslo

Viz - odkaz na jinou stránku

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Graf věkového rozložení respondentů	23
Obr. č. 2: Graf nejvyššího vzdělání u respondentů	24
Obr. č. 3: Graf jednotlivých demencí	25
Obr. č. 4: Graf znázorňující výsledky Mini-mental testu	26
Obr. č. 5: Graf znázorňující léky, které respondenti užívají.....	27
Obr. č. 6: Hodnocení bolesti 1. a 14. den pomocí škály MOBID.....	28
Obr. č. 7: Průměrné a celkové hodnocení bolesti na škále MOBID.....	29
Obr. č. 8: Graf zjišťující bolestivost při pohybových aktivitách	30
Obr. č. 9: Graf znázorňující průměrnou bolest v jednotlivých oblastech škály MOBID	31
Obr. č. 10: Hodnocení bolesti 1. a 14. den pomocí ŠBCH	32

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Tabulka určující pohlaví	22
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Test kognitivních funkcí

Příloha B: Záznam lokalizace bolesti

Příloha C: Vizuální analogová škála

Příloha D: Obličejová škála bolesti

Příloha E: McGill dotazník bolesti

Příloha F: Pacslac

Příloha G: MOBID

Příloha H: PAINAD

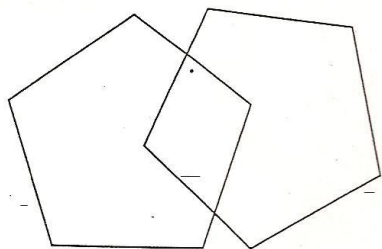
Příloha I: Žebříček analgetik dle WHO

Příloha J: Dotazník

Příloha K: Doporučení pro praxi

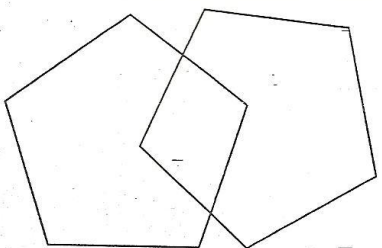
ON
lini náplast
Císlo

10.



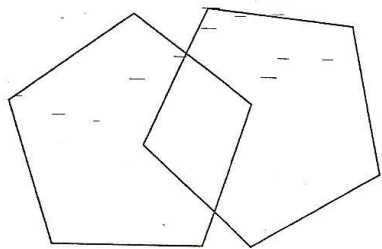
Číslo vyšetření

9.



Číslo vyšetření

9.



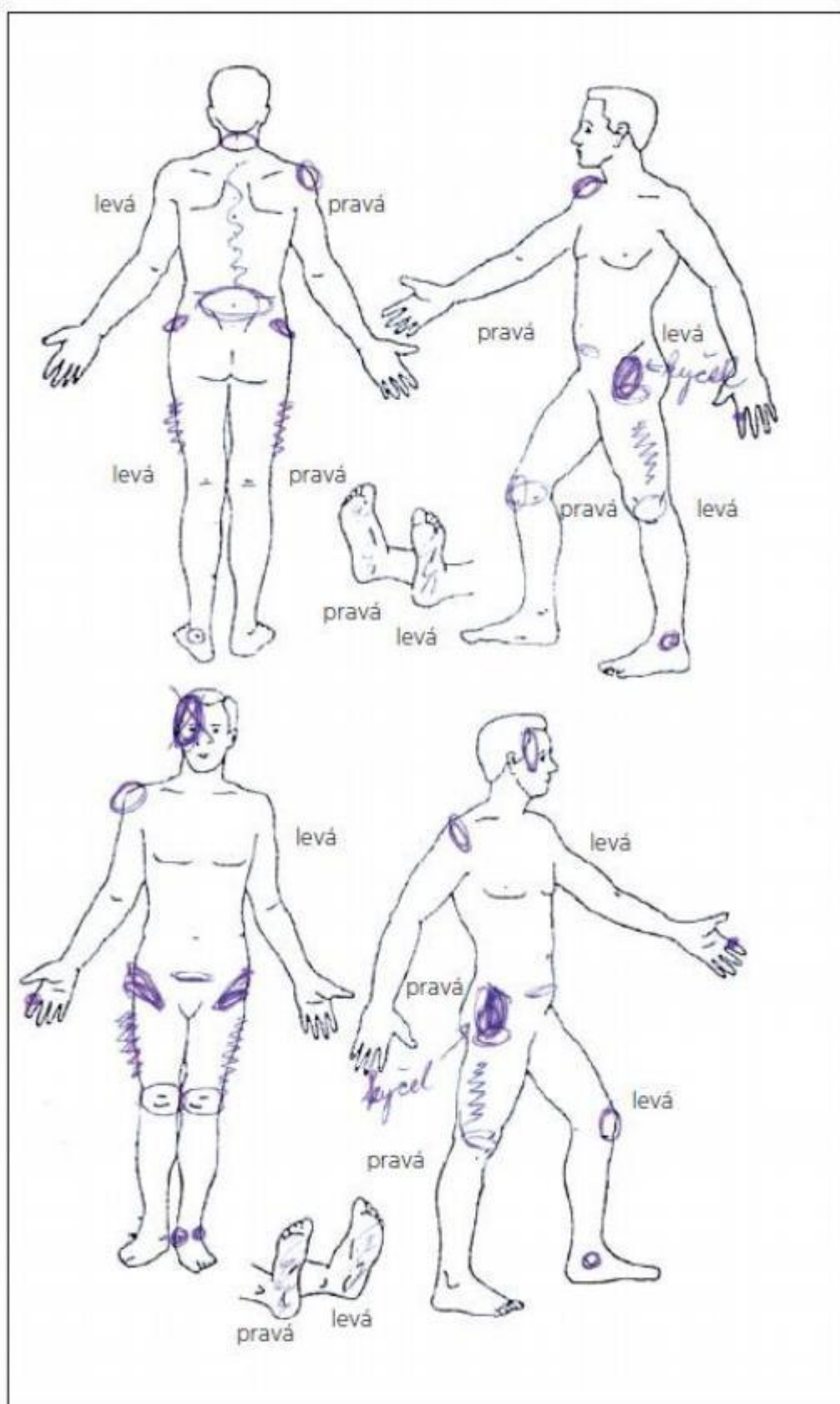
10.

Číslo vyšetření

Číslo vyšetření

Zdroj: Veronika Nováková (sestra gerontopsychiatrického centra)

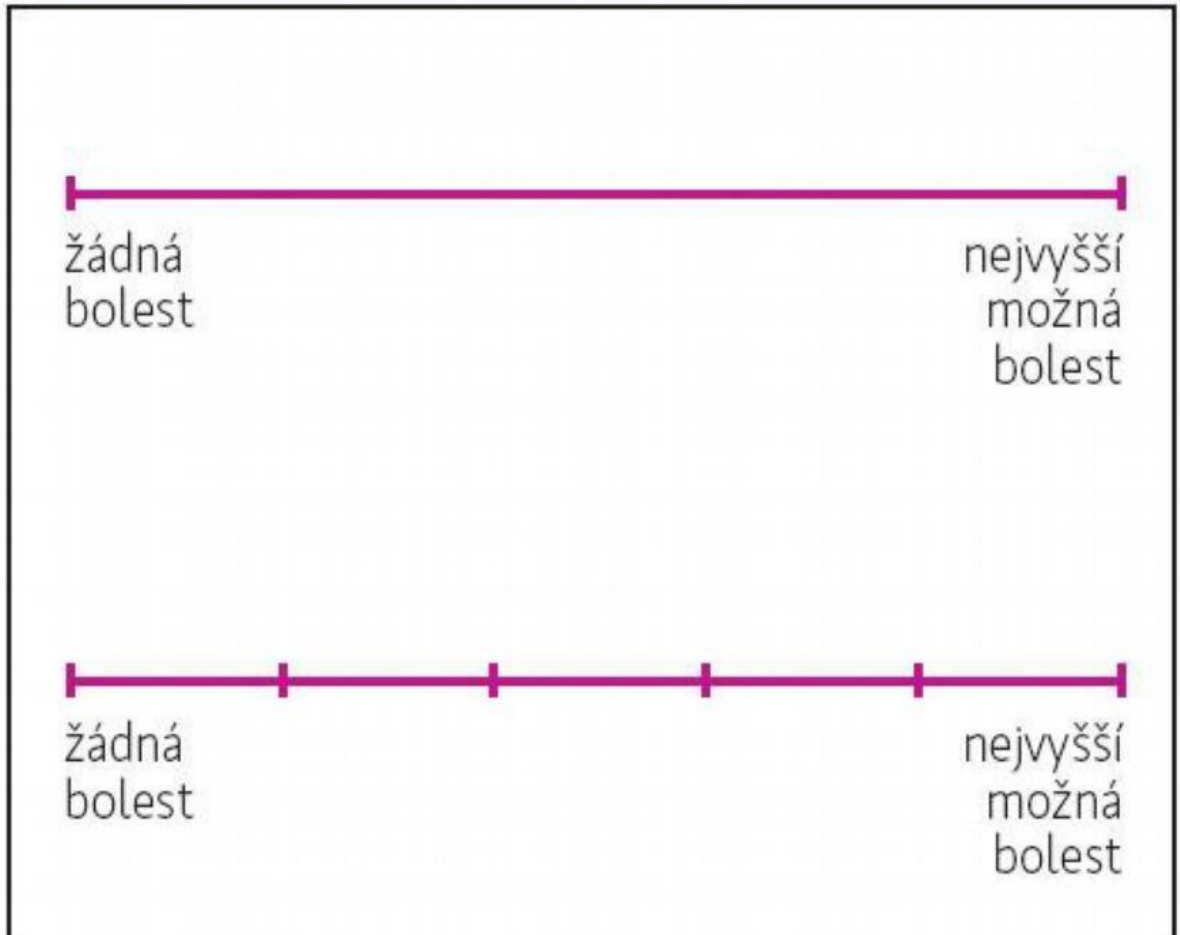
Příloha B



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>

Příloha C

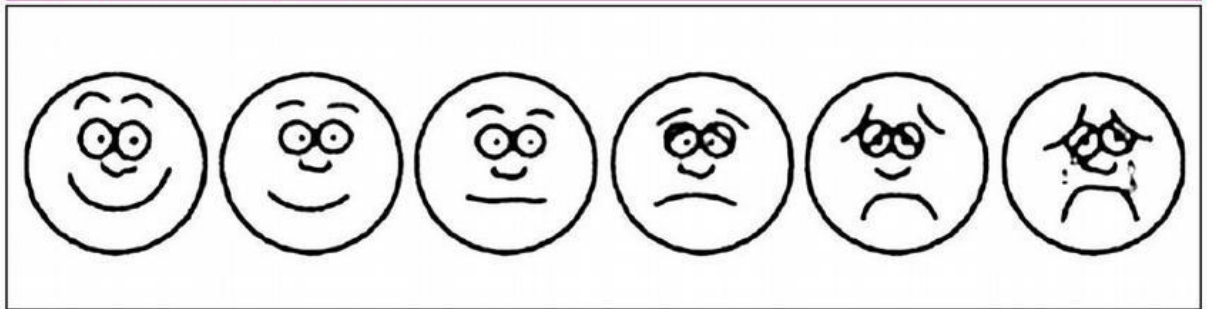
Schéma 2: Vizuální analogová škála – úsečka



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha D

Schéma 3: Obličejová škála



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha E

Tab. – SF-MPQ, krátká forma dotazníku McGillovy univerzity				
	ŽÁDNÁ none	MÍRNÁ mild	STŘEDNÍ moderate	SILNÁ severe
TEPAJÍCÍ throbbing	0	1	2	3
VYSTŘELUJÍCÍ shooting	0	1	2	3
BODAVÁ stabbing	0	1	2	3
OSTRÁ sharp	0	1	2	3
KŘEČOVITÁ cramping	0	1	2	3
HLODAVÁ gnawing	0	1	2	3
PALČIVÁ hot-burning	0	1	2	3
TRVALÁ aching	0	1	2	3
TÍŽIVÁ heavy	0	1	2	3
CITLIVÁ NA DOTEK tender	0	1	2	3
ŘEZAVÁ splitting	0	1	2	3
UNAVUJÍCÍ - VYČERPÁVAJÍCÍ tiring-exhausting	0	1	2	3
OSLABUJÍCÍ sickening	0	1	2	3
VZBUZUJÍCÍ STRACH fearful	0	1	2	3
DEPRIMUJÍCÍ - KRUTÁ punishing-cruel	0	1	2	3

Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/chronicka-bolest-hemodialyzovanych-pacientu-zaklady-diagnostiky--167108>

Příloha F

PACSLAC; Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (Hadjistavropoulos et al.)

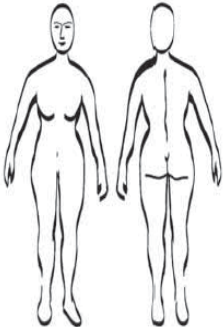
Gelaatsuitdrukking	Aanwezig	Sociaal/ persoonlijkheid/ stemming	Aanwezig
Grimas		Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	
Verdrietige blik		Verbale agressie	
Vertrokken gezicht		Niet aangeraakt willen worden	
Gemene blik		Geen mensen in de buurt laten komen	
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer)		Kwaad/woest	
Wenkbrauwen fronsen		Met voorwerpen gooien	
Uitdrukking van pijn		Toenemende verwarring	
Donkere blik		Bezorgd (bang)	
Verbijten (kaken op elkaar klemmen)		Ontsteld (ontdaan)	
Huiveren		Geërgerd (geagiteerd)	
Mond openen		Nors/prikkelbaar	
Rimpels in het voorhoofd		Gefrustreerd	
Neus optrekken		Fysiologisch/ verandering van eet-/ slaapgedrag/ mondeling gedrag	
Activiteit/ lichaamsbeweging		Bleek gelaat	
Zenuwachtig bewegen		Blozend, rood gelaat	
Terugtrekken		Tranende ogen	
Achteruitdeinzen		Transpirerend	
Rusteloos		Bevend/trillend	
Ijsberen		Koud en klam	
Rondlopen		Verandering van slaapgedrag (omcirkelen)	
Proberen te vertrekken		Minder slapen of	
Weigeren te bewegen		Meer slapen overdag	
Stampen		Verandering in eetlust (omcirkelen)	
Verminderde activiteit		Minder eetlust of	
Medicijnen weigeren		Meer eetlust	
Langzaam bewegen		Schreeuwen/krijzen	
Impulsief gedrag (bijv. herhaalde bewegingen)		Roepen (om hulp)	
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening		Huilen	
Pijnlijke plek beschermen		Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden		Kreunen en kermen	
Mank lopen		Mompelen	
Gebalde vuisten		Brommen	
Foetuspositie aannemen (in elkaar gedoken)			
Stijf/ verstard			

PACSLAC (Fuchs-Ladle and Hadjistavropoulos, 2004), Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

Zdroj: <http://www.docstoc.com/docs/25727503/PACSLAC-Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability>

Příloha G

Pozorně sledujte pacienta a jeho chování v průběhu ranní toalety. Své sledování začněte předtím, než začnete s péčí a mobilizací. Klidně a srozumitelně pacientovi vysvětlíte, co budete dělat. Pečlivě a s citem provádějte jednotlivé níže uvedené aktivity. Pokud pacient dává najevo bolest, daný pohyb přerušete. Výsledky pozorování zapíšte do následující tabulky (popis pohybu, pohyb vykonáván vždy postupně).

Zaznamenejte do jednotlivých políček projevy bolesti: zvuky, výraz tváře, obranná gesta.	sténání, křik	bolestivá grimasá	obránné gesto	Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 - žádná bolest, 10 - maximální možná bolest.											
1. postupné otevírání obou dlaní				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. flexe a extenze v kolenech a kyčlích				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. otočení v posteli na obě strany				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. posazení se na posteli				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pozorovali jste dnes nebo v posledních dnech (týdnu), že by měl pacient bolest v některé části těla, která by mohla být způsobena nemocí či infekcí, poraněním nebo chronickou ranou? Zakreslete místo bolesti do obrázku.															
				Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 - žádná bolest, 10 - maximální možná bolest.											
				6. hlava, ústa, krk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				7. oblast hrudníku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				8. břicho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				9. pánev, genitál	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				10. kůže	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Celkem MOBID				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Zdroj: http://www.geriatickarevue.cz/pdf/gr_09_02_06.pdf

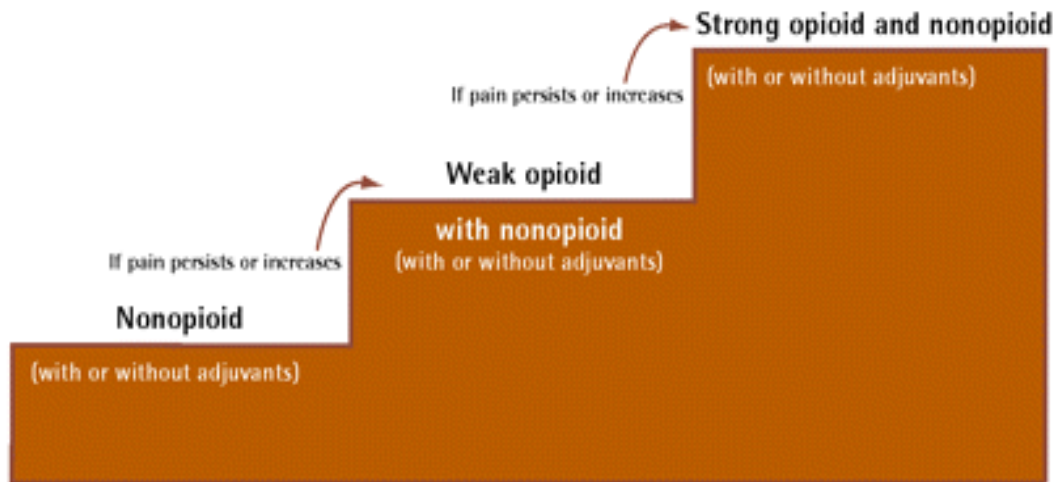
Příloha H

Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)				
	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrpené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>

Příloha I

Figure 1. The World Health Organization analgesic ladder for treating cancer pain



Adapted from the World Health Organization.⁸

Zdroj: <http://www.cfp.ca/content/56/6/514.full>

Příloha J

Dotazník

1) Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2) Kolik Vám je let?

- 60 – 70 let
- 71 - 80 let
- 81 – 90 let
- 90 let a více

3) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučení
- Střední s maturitou
- Vysokoškolské

4) Typ demence?

- Alzheimerova choroba
- Vaskulární demence
- Parkinsonovou chorobou
- Jinou

5) Výsledky Mini mental testu?

- 6 a méně bodů
- 7 – 17 bodů
- 18 – 24 bodů
- 25 – 26 bodů
- 27 – 30 bodů

6) Jaké berete léky na bolest?

Příloha K

Doporučení pro hodnocení bolesti v praxi u demenčních pacientů pomocí škály MOBID

1. Podat informace pacientovi a získat si jeho důvěru

Zjistit si stupeň demence pacienta a zkusit mu podat co nejvíce informací o tom, co s ním budete dělat takovým způsobem, aby to pochopil. Věnovat mu dostatek svého času a získat si jeho důvěru.

2. Pozorné sledování pacienta

Sledování zahájit již před tím, než se začne s mobilizací pacienta. Hodnotící cviky je nejlepší provádět v průběhu ranní hygieny. Dle tabulky provádět jednotlivé cviky a zapisovat výsledky intenzity bolesti na škále, kde 0 představuje žádnou bolest a 10 bolest maximální.

3. První část MOBID

Tato část je zaměřena na mobilizaci pacienta v oblastech: postupné otvírání obou dlaní, horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu, flexe a extenze v kolenech a kyčlích, otočení v posteli na obě strany, posazení na posteli. Pečlivě provádět jednotlivé aktivity, pokud pacient dává najevo bolest, daný pohyb přerušit a odhadnout jeho intenzitu bolesti při tomto pohybu na numerické škále od 0 – 10. Pokud byla přítomna i obranná gesta, bolestivé grimasy či sténání a křik zaznamenat to do příslušné kolonky v tabulce.

4. Druhá část MOBID

Je zaměřena na lokalizaci bolesti v oblasti: hlava a krk, hrudník, břicho, pánev a genitál, kůže. Jestliže byla dnes, nebo v posledních dnech pozorována bolest u pacienta v některé této části těla, která by mohla být způsobena nemocí, infekcí či chronickou ránou, zakreslit ji do obrázku, který je také součástí tabulky a odhadnout intenzitu bolesti v jednotlivé lokalizaci, poté zaznamenat na numerické škále od 0 – 10.

5. Poslední část tabulky je zaměřena na celkové MOBID, tudíž zde nehodnotíme jednotlivé pohyby a jejich bolestivost, ale celkově bolest, kterou pacient podle nás vykazuje.

6. Pro ověření správnosti měření je zapotřebí jej zopakovat s odstupem času. Tak získáme kvalitní informaci o pacientově bolesti, která nám pomůže zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. (Holmerová, 2009)