

Úloha sestry v posúdení bolesti hlavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu

Mgr. Dominika Kalánková, prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

Bolesť sa objavuje u prevažnej väčšiny onkologických pacientov. Je bežným nepríjemným, subjektívnym zážitkom, ktorý sprevádza pacientov v priebehu trajektórie ich ochorenia. Úloha sestry v posúdení bolesti je nezastupiteľná. V zahraničnej literatúre je posúdenie bolesti označované ako jedna z hlavných kompetencií sestry. Spočíva predovšetkým v posúdení jednotlivých aspektov bolesti s pomocou využitia hodnotiacich nástrojov. Pacienti s primárnym nádorom mozgu tvoria špecifickú skupinu, a to najmä z dôvodu prítomnosti jedného z majoritných príznakov – bolesti hlavy. Tá sa odlišuje od typickej bolesti hlavy v množstve aspektov, predovšetkým svojimi špecifickými znakmi. Rola sestry spočíva v identifikovaní týchto znakov, v stanovení a následnom využití vhodného hodnotiaceho nástroja, ktorý bližšie špecifikuje jednotlivé aspekty danej bolesti hlavy. Posúdenie, ako prvá fáza ošetrovateľského procesu, je podľa dohľadaných poznatkov východiskové a považované za nosné u pacientov s primárnym nádorom mozgu, a preto sa článok venuje práve tejto problematike. Jeho cieľom je predovšetkým poskytnúť štruktúrovaný prehľad hodnotiacich škál, ktorých znalosť môže byť pre sestry veľkým prínosom.

Kľúčové slová: bolesť hlavy, hodnotiace nástroje, ošetrovateľská starostlivosť, posúdenie, primárny nádor mozgu

The role of nurse in the assessment of headache in primary brain tumor patients

Pain occurs in the vast majority of cancer patients. It is a common unpleasant subjective experience that accompanies patients during the trajectory of their disease. The role of the nurse in the assessment of pain is irreplaceable. In foreign literature, pain assessment is referred to one of the nurse's key competencies. It consists primarily in the assessment of individual aspects of pain with application of measuring tools. Patients with a primary brain tumor are a specific group, especially due to the presence of one of the major symptoms – headaches. It differs from a typical headache in many aspects, especially with its specific features. The role of nurse lies in identifying these characters, defining and using a suitable measuring tool, which specifies particular aspects of that headache. The assessment as the first phase of the nursing process is based on the findings of knowledge and it is considered to be relevant in patients with primary brain tumor and because of this the article deals with this issue. Its aim is to provide a structured overview of the measuring scales whose knowledge can be the great benefit to nurses.

Key words: assessment, headache, measuring tools, nursing care, primary brain tumor

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e62–e64

Úvod

Bolesť je možné definovať ako nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok spojený so skutočným, prípadne možným poškodením tkaniva alebo je opisovaný v termínoch takéhoto poškodenia (1). Je častým, no vždy aktuálnym problémom. U pacientov s primárnym nádorom mozgu ide o jeden z majoritných symptómov. Bolesť hlavy sa objavuje u 53 – 77 % pacientov, pričom jej intenzita úmerne stúpa s vyšším stupňom malignity (III. – IV.). Priamo ovplyvňuje aktivity denného života a pacienti ju často uvádzajú ešte pred diagnostikovaním ochorenia (2). Bennett et al. (3) opisujú vplyv bolesti hlavy na život pacienta s primárnym nádorom mozgu hlavne ako nepriamy, v zmysle limitovania pacienta v sociálnych interakciách a ako bolestivú psychologickú pripomienku ťažkého nevyliciteľného ochorenia. Bolesť je často spôsobená práve zvýšeným intrakraniálnym tlakom v dôsledku rastu nádorovej masy, vznikom edému v okolí nádoru alebo konko-

mitantným hydrocefalom (4). Bolesť spätá so zvýšeným intrakraniálnym tlakom je typická svojou závažnosťou, kontinuitnosťou a odolnosťou voči analgetickej liečbe (5). Rovnako tak je sprevádzaná nauzeou a vracaním. Tenzný typ bolesti hlavy (4) sa vyskytuje najčastejšie, a to až u 77 % pacientov (6). U 5 % pacientov sa však objavuje bolesť typu migrény (4). Vzhľadom na odlišné prežívanie môžeme konštatovať, že posúdenie bolesti u danej skupiny pacientov je veľmi náročné a problematické. Rola sestry v posúdení je jedinečná a neodmysliteľná. Podľa zahraničnej ošetrovateľskej literatúry je úlohou sestry nielen jej presné posúdenie bolesti na základe typických znakov bolesti u pacientov s primárnym nádorom mozgu, ale zároveň aj jej objektivizácia a využitie hodnotiacich nástrojov. Cieľom posudzovania je tak vytvorenie komplexného obrazu o pacientovej bolesti. V nasledujúcom texte sa budeme venovať posúdeniu bolesti, ktoré sme spracovali na základe zahraničných štúdií (7).

Posúdenie bolesti hlavy sestrou

Posúdenie bolesti je kľúčovým prvkom pri realizácii účinného manažmentu bolesti. Systematický proces posudzovania, hodnotenia a prehodnocovania bolesti zvyšuje možnosti dosiahnutia zmiernenia bolesti, zvýšenia komfortu, zlepšenia fyziologických a psychických funkcií a celkovej spokojnosti s manažmentom bolesti. V zahraničnej literatúre autori (8, 9) zdôrazňujú rolu sestry v posúdení bolesti u pacientov s primárnym nádorom mozgu. Úlohou sestry je rozpoznať typické znaky tejto bolesti, predovšetkým preto, aby ju vedela odlíšiť od bolesti nenádorového typu – migrenózne bolesti.

V zdravotníckych zariadeniach bolestí v rámci diagnostikovania ochorenia posúdi lekár. Pre sestru sú tieto údaje od lekára iniciálne na jej ďalšie podrobné opísanie bolesti u pacienta. Iniciálne posúdenie sestrou musí prebehnúť do 24 hodín od začiatku hospitalizácie (10, 11). Sestra ďalej samostatne bolesť prehodnocuje v stanovených

intervaloch. Podľa Songovej et al. (10) by to malo byť minimálne jedenkrát každých 8 hodín a vždy pred a po realizácii intervencie zameranej na zmiernenie bolesti. Dôraz na posúdenie sa však kladie najmä na sestry poskytujúce domácu ošetrovateľskú starostlivosť. Často je táto starostlivosť poskytovaná geriatrickým pacientom, pacientom s neurologickým deficitom či inými pridruženými ochoreniami. Pacienti majú obavy opisovať svoje problémy či vyhľadať pomoc lekára. Sestra je teda v prvom kontakte s týmito pacientmi a prvá môže odhaliť a posúdiť začínajúci problém pacienta (10, 11). Pokiaľ sestra pracuje v akomkoľvek prostredí, v rámci posúdenia samostatne identifikuje a zaznamenáva všetky aspekty bolesti s dôrazom na typické prejavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu. Prostredníctvom riadeného rozhovoru zisťuje základné charakteristiky bolesti. Na tento účel je vhodné využiť rýchle zhodnotenie bolesti podľa PQRST (place – lokalizácia bolesti, quality – kvalita bolesti, radiation – vyžarovanie, severity – intenzita, time – časové trvanie). Sestra počas vstupného posúdenia bolesti ďalej u pacientov identifikuje podrobnejšie charakteristiky bolesti. Pacienti opisujú, že sa u nich bolesť objaví ako akútna alebo nedávno prepuknutá, trvajúca dni, u niektorých pacientov i mesiace. Objavuje sa typicky po 50. roku života. Množstvo pacientov v čase diagnostikovania ochorenia už chronickou bolesťou trpí, preto je dôležité zamerať sa aj na zmeny v charaktere tejto bolesti. Ďalším prejavom môže byť náhle zvýšenie intenzity alebo frekvencie bolesti. Bolesť hlavy nádorového charakteru je spočiatku dobre ovplyvniteľná analgetikami, ale postupne sa stáva rezistentnou (12). Sestra spracuje u pacienta liekovú anamnézu a zameria sa na užívanie voľnopredajných analgetík vrátane pomocných liekov v liečbe bolesti (hlavne kortikosteroidy). Pacienti často udávajú, že táto bolesť ich prebúdzá zo spánku, aj keď je mierna. Ráno sa však stupňuje, je ostrá, stredne závažná až závažná, difúzna, obvykle spojená s nauzeou a vracaním. Počas dňa jej intenzita klesá, no zostáva perzistentná. Najčastejšie je lokalizovaná do miesta nádoru, je vždy unilaterálna (13). Sestra vždy zisťuje, či sú u pacientov prítomné aj sprievodné fokálne príznaky (napríklad epileptické záchvaty, neurologický deficit). Tieto sa môžu rozvinúť v priebehu niekoľkých minút a trvať až jednu hodinu. Ďalej zisťuje sprievodné kognitívne alebo behaviorálne príznaky (zmeny nálad, agresivita, zvýšená iritabilita, strata koordinácie, zrakové zmeny, poruchy pamäti), ktoré sú často nesprávne zamieňané za prejavy demencie alebo psychiatrické poruchy, a to najmä u geriatrických pacientov.

Tabuľka 1. Prehľad hodnotiacich nástrojov (16, 17)

Nástroj	Autor, rok	Charakteristika nástroja
The Brief Pain Inventory (BPI)	Cleeland, 1989	Hodnotí intenzitu bolesti, vplyv bolesti na denné fungovanie, lokalizáciu, analgetickú liečbu, úľavu od bolesti v posledných 24 hodinách alebo za posledný týždeň. Je vhodný na použitie u onkologických pacientov, pacientov s chronickým ochorením, s pooperačnou bolesťou. Krátka verzia obsahuje 9 položiek, dlhá 17. Nástroj je sebahodnotiaci. Je dostupný slovenský preklad.
Memorial Pain Assessment Card (MPAC)	Fishman et al., 1987	Hodnotí intenzitu bolesti, úľavu od bolesti a náladu. Skladá sa z troch vizuálnych analógových škál (VAS). Je vhodný u pacientov s onkologickým ochorením. Administrácia netrvá viac ako 1 minútu.
Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	Melzack, 1987	Hodnotí senzorické a afektívne aspekty bolesti. Pozostáva z 15 deskriptorov (11 senzorických, 4 afektívne), ktoré sú hodnotené na škále intenzity ako 0 = žiadny, 1 = mierny, 2 = stredný, 3 = závažný. Tvoriť ho tiež PPI (Present Pain Intensity) index, ktorý je súčasťou štandardného MPQ a VAS. Je vhodný u pacientov s onkologickou bolesťou, u ktorých nie je možné použiť štandardnú verziu MPQ.
European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire (EORTC – QLQ)	Aaronson et al., 1993	Hodnotí kvalitu života pacientov s onkologickým ochorením. Pozostáva z 9 viacpoložkových škál – 5 funkčných škál, 3 škály zamerané na symptómy, 1 škála na kvalitu života a celkové zdravie. Celkom obsahuje 31 položiek. Je aplikovateľný na rôzne skupiny pacientov. Je dostupný slovenský preklad.
Functional Assessment of Cancer Therapy – General Version (FACT-G)	Cella et al., 1993	Hodnotí kvalitu života onkologických pacientov so zameraním na posúdenie oblastí – fyzické a funkčné zdravie, sociálne/rodinné zdravie, emocionálne zdravie a vzťah pacienta s ošetroujúcim lekárom. Obsahuje celkom 27 výrokov. U pacientov s primárnym nádorom mozgu je vhodné použiť dopĺňujúcu škálu FACT-Br (23 položiek). Je dostupný slovenský preklad FACT-G.
Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey (SF-36)	Ware, Sherbourne, 1992	Hodnotí kvalitu života so zameraním na oblasť fyzického fungovania, fungovania jednotlivých rolí, sociálneho fungovania, mentálneho zdravia, vnímania zdravia a bolesti. Obsahuje 36 položiek, je sebahodnotiaci a vhodný u pacientov starších ako 14 rokov. Krátka verzia pozostáva z 20 položiek. Vhodný je pre onkologických pacientov.
Pain Disability Index	Tait, Chibnall, Krause, 1990	Hodnotí dopad bolesti na schopnosť človeka zapojiť sa do denných aktivít života. Obsahuje 7 položiek zahŕňajúcich denné fungovanie. Každá položka je zobrazená pomocou Likertovej škály, v ktorej sa hodnotí 0 = žiadna neschopnosť, 10 = úplná neschopnosť.
PQRST	Cullen, 1976	Hodnotí základné charakteristiky bolesti: place – lokalizácia bolesti, quality – kvalita bolesti, radiation – vyžarovanie, severity – intenzita, time – časové trvanie. Kladú sa dopĺňajúce otázky na provokujúce faktory a na zlepšujúce faktory. Je to rýchla a efektívna metóda.

Sestra zmapuje provokujúce faktory, medzi ktoré patrí hlavne kašeľ, poloha v predklone alebo celkovo cvičenie. Spolu s pacientom identifikuje zlepšujúce faktory. Najčastejšie pacienti udávajú pokojné, tiché prostredie a úľavovú polohu. Sestra môže pozorovať ich neverbálne a iné prejavy, ktoré naznačujú prežívanie bolesti. Je to najmä výraz v ich tvári, plačlivosť či zmenené správanie. Pacienti bývajú utiahnutí, trpia sociálnou izoláciou, prípadne sa obklopujú len rodinou. Prejavuje sa u nich bezmocnosť, úzkosť či depresia. Sestra by preto mala zaznamenať aj psychické prežívanie bolesti (1, 5, 9, 10, 11, 13, 14).

Využitie hodnotiacich nástrojov v posudzovaní bolesti hlavy

Využitie hodnotiacich nástrojov v posudzovaní bolesti je mimoriadne dôležité. Sestry používajú tieto nástroje ako doplnkovú metódu zberu údajov v prvej fáze ošetrovateľského

procesu – pri posudzovaní. Svoje využitie nachádzajú aj v iných fázach procesu, najvýraznejšie vo vyhodnotení. Pomáhajú načrtnúť komplexný pohľad na bolesť pacientov, niektoré získané údaje od pacientov objektivizujú. Takto získané údaje o bolesti sú pre sestru rozhodujúce pri vypracovaní nadväzujúceho písomného plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Hodnotiace nástroje sú významné pri prehodnocovaní bolesti a evaluácii efektivity ošetrovateľských intervencií. Aj v domácich podmienkach ošetrovateľskej praxe sa môžeme stretnúť s využitím unidimenzionálnych hodnotiacich nástrojov bolesti, ako je vizuálna analógová škála (VAS), verbálna deskriptívna škála (VDS), numerická škála (NRS) či tvárová škála bolesti a iné, ktoré posudzujú len jeden aspekt bolesti – intenzitu. Problematické je využitie multidimenzionálnych nástrojov, ktoré sú však v zahraničí bežnou súčasťou ošetrovateľskej praxe. Práve tieto nástroje sú

odporúčané u pacientov s primárnym nádorom mozgu, pretože majú vysokú senzitivitu a hodnotia niekoľko aspektov bolesti. Sestry tak môžu získať komplexnejší pohľad na bolesť pacienta. Niekoľko z nich prešlo jazykovou validáciou a sú dostupné i v slovenskom jazyku. Na podklade súčasných poznatkov uvádzame prehľad škál, ktoré je vhodné použiť u pacientov s primárnym nádorom mozgu (tabuľka 1) (12, 14, a15).

Záver

Bolesť hlavy je častým nepríjemným symptómom, ktorý sa objavuje u pacientov s primárnym nádorom mozgu už v čase diagnostikovania ochorenia a ďalej ich sprevádza počas trajektórie ich ochorenia. Je nezanedbateľným faktorom zhoršenej kvality života pacientov s primárnym nádorom mozgu. Má svoje charakteristické znaky, ktoré sestra musí identifikovať a vhodne bolesť posúdiť. Kompetencie sestry v posúdení bolesti v zahraničí a v Slovenskej republike sú však diferenciálne odlišné. V zahraničnej odbornej literatúre je opisovaný dôraz na kvalitné posúdenie, ktoré by malo okrem základných častí obsahovať aj využitie vhodného hodnotiaceho nástroja, pričom výsledky takéhoto posúdenia slúžia na vytvorenie individualizovaného plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Bez dôkladného posúdenia by nebolo možné stanoviť špecifický, merateľný a reálny cieľ ošetrovateľskej starostlivosti, výsledné kritériá ani naplánovať adekvátne intervencie. Posúdenie je označované za najdôležitejšiu fázu ošetrovateľského procesu, pretože je komplexnou, presnou a úplnou databázou údajov. Je východiskové na realizáciu ďalších fáz procesu.

Záverom konštatujeme, že hlavným zdrojom informácií na posúdenie bolesti hlavy sú vždy subjektívne pocity pacienta, no na posúdenie jednotlivých aspektov bolesti sa odporúča využiť aj niektorý z hodnotiacich nástrojov, ktoré sme ponúkli v krátkom prehľade. Ako doplnková metóda zberu údajov slúžia na vytvorenie komplexného pohľadu na bolesť hlavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu (3, 4, 5, 12, 14).

Literatúra

1. NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie*, 2015 – 2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015: 464.
2. Cahill J, Lobiondo-Wood G, Bergstrom N, Armstrong T. Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: an integrative review [online]. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012; 44(2): 145–155. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2012.01445.x. Accessed January 16, 2017.
3. Bennett RS, Cruickshank G, Lindenmeyer A, Morris SR. Investigating the impact of headaches on the quality of life of patients with glioblastoma multiforme: a qualitative study [online]. *BMJ Open*. 2016; 6(11): 1–7. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011616. Accessed February 21, 2017.
4. Fritz L, Dirven L, Reijneveld JC, Koekkoek JAF, Stiggelbout AM, Pasman HW, Taphoorn MJB. Advance Care Planning in Glioblastoma Patients [online]. *Cancers*. 2016; 8(11): 1–9. doi: 10.3390/cancers8110102. Accessed January 26, 2017.
5. Vargo M, Henriksson R, Salander P. Rehabilitation of patients with glioma. In: Beeger MS, Weller M. Gliomas. Amsterdam: Elsevier; 2016: 287–304. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 134. Available from: <http://www.brainlife.org/full-text/2016/_Vargo_M160000.pdf>. Accessed March 13, 2017.
6. Lovely MP. Symptom management of brain tumor patients [online]. *Seminars in oncology nursing*. 2004; 20(4): 273–283. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15612603>>. Accessed September 10, 2016.
7. de Magalhaes FSCK, Vaz JPM II, Gontijo PAM, de Carvalho GTC, Christo PP, Simoes RT, da Silva KR. Profile of patients with brain tumors and the role of nursing care [online]. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016; 69(1): 138–143. doi:10.1590/0034-7167.2016690120i. Accessed January 5, 2017.
8. Nelson S, Taylor LP. Headaches in brain tumor patients: primary or secondary [online]? *Headache currents*. 2014; 54(4): 776–785. doi:10.1111/head.12326. Accessed June 11, 2016.

9. Omuro A, Deangelis LM. Glioblastoma and Other Malignant Gliomas: A Clinical Review [online]. *The Journal of the American Medical Association*. 2013; 310(17): 1842–1850. doi: 10.1001/jama.2013.280319. Accessed December 12, 2016.
10. Song W, Eaton LH, Gordon DB, HOYLE C, DOORENBOS Ardith Z. Evaluation of Evidence-based Nursing Pain Management Practice [online]. *Pain Management Nursing*. 2015; 16(4): 456–463. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.09.001. Accessed February 6, 2017.
11. Wengström Y, Geerling J, Rustoen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines [online]. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(2): 127–131. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.11.009. Accessed February 26, 2017.
12. Taylor PL. Mechanism of brain tumor headache [online]. *Headache currents*. 2014; 54(4): 772–775. doi:10.1111/head.12317. Accessed March 19, 2017.
13. Khan K, Finkel A. It IS a Tumor-Current Review of Headache and Brain Tumor [online]. *Curr Pain Headache Rep*. 2014; 18(6): 1–8. doi: 10.1007/s11916-014-0421-8. Accessed September 29, 2017.
14. Kirby S, Purdy RA. Headaches and Brain Tumors [online]. *Neurologic Clinics*. 2013; 32(2): 423–432. doi: 10.1016/j.ncl.2013.11.006. Accessed September 29, 2017.
15. Xia Y, Yang Ch, Hu N, Yang Z, He X, Li T, Zhan L. Exploring the key genes and signaling transduction pathways related to the survival time of glioblastoma multiforme patients by a novel survival analysis model [online]. *BMC genomics*. 2017; 18(Suppl 1): 1–11. doi:10.1186/s12864-016-3256-3. Accessed March 14, 2017.
16. Hammer K, Segal EM, Aiwan L, Li S, Patel AM, Tran M, Marshall HM. Collaborative practice model for management of pain in patients in cancer [online]. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2016; 73(18): 1434–1441. DOI: 10.2146/ajhp150770. Accessed January 26, 2017.
17. Ogbeide S, Fitch-Martin A. Cancer Pain Management: Implications for Psychologists [online]. *Psychology, Community & Health*. 2016; 5(1): 61–79. doi:10.5964/pch.v5i1.144. Accessed August 28, 2017.

Mgr. Dominika Kalánková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova
lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá hora 5, 036 01 Martin
kalankova1@uniba.sk