

ნინო გეგეშიძე^{1,1}, ხათუნა ჭაავა^{1,1}, მიხეილ შავდია^{1,2}, ნანული ნინაშვილი^{1,3},
თამარ შერვაშიძე²

ტკივილის შეფასება დემენციით დაავადებულ პაციენტებში

^{1,1}თსსუ შინაგან დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ^{1,2}თსსუ ონკოლოგიის დეპარტამენტი, ^{1,3}თსსუ ეპიდემიოლოგიის დეპარტამენტი, ²ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2022.06.014>

*NINO GEGESHIDZE^{1,1}, KHATUNA CHAAVA^{1,1}, MIKHEIL SHAVDIA^{1,2}, NANULI NINASHVILI^{1,3}
TAMAR SHERVASHIDZE²*

PAIN ASSESSMENT IN DEMENTIA PATIENTS

^{1,1}TSMU Internal disease propaedeutics Department, ^{1,2}TSMU Oncology Department, ^{1,3}TSMU
Epidemiology Department, ²Ilia State University

SUMMARY

In modern palliative medicine adequate and rapid pain assessment in nonverbal elderly patients with severe dementia is one of the key issues. With increasing severity of dementia patient-surrounding communication becomes more challenging and verbal assessment of the pain - less accurate. In patients with severe dementia, it is necessary to find different approach, like observational and surrogate assessment methods. There are multiple observational methods of assessment, which are based on nonverbal behavior (facial expression, paralinguistic sounds, tension, anxiety, changes in social behavior, sleep habit changes, aggressiveness, change in psycho-motor activation etc.) Article shows pain assessment scales used more frequently in clinical practice. Pain management in patient with dementia depends on the proper assessment of pain intensity. Pain assessment scales available for us, gives us ability to adequately and in a timely manner assess presence of the pain and its intensity.

Keywords: Pain, dementia, communication, methods

კლინიკურ პრაქტიკაში ვერბალური კონტაქტის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში, მათ შორის მცირე კოგნიტური დარღვევებით, ტკივილის შეფასება ხდება თვითშეფასების საფუძველზე, რაც ითვლება ტკივილის შეფასების ოქროს სტანდარტად. დღეისათვის არსებობს ტკივილის თვითშეფასების მრავალი სკალა. უმეტესობა მათგანი შემუშავდა და გამოიყენა სხვადასხვა სიტუაციებში, რის შემდეგაც მათი გამოყენება შესაძლებელი გახდა დემენციით დაავადებულებში. უხშირესად შეფასების ძირითად მაჩვენებლად მიჩნეულია ტკივილის ინტენსივობა [8].

ტკივილის ინტენსივობის შეფასების მიზნით ყველაზე მეტად გამოიყენება ვიზუალურ-ანალოგიური, ნუმეროლოგიური, სიტყვიერი სკალები. უნდა აღინიშნოს, რომ ხანდაზმულ ადამიანებში გართულებულია თვითშეფასების სკალების გამოყენება და არ არსებობს თვითშეფასების სკალა, რომელიც მიუდგებოდა ყველა ხანდაზმულს, განსაკუთრებით დემენციით დაავადებულს. ასე მაგალითად, ამ სკალების საშუალებით შესაძლებელია შეფასდეს მხოლოდ ტკივილის შეგრძნება და არა ტკივილის ემოციური და აფექტური კომპონენტები[11].

მიზანი: დემენციის მძიმე ფორმით დაავადებულ ხანდაზმულ პაციენტებში ტკივილის შეფასების მეთოდების განხილვა.

განხილვა: დემენციის სიმძიმის გაზრდასთან ერთად ავადმყოფების კომუნიკაცია გარშემომყოფებთან მკვეთრად იზღუდება და ტკივილის სიტყვიერი შეფასება ნაკლებად სარწმუნო ხდება. ზომიერი და მძიმე ფორმის დემენციის მქონე პაციენტებში აუცილებელია სხვა მიდგომები, როგორცაა შეფასების ობსერვაციული და სუროგატული მეთოდები.

შემუშავებულია შეფასების რიგი ობსერვაციული მეთოდი დემენციის მქონე პაციენტებში, რომელთაც არ შეუძლიათ თავიანთი გრძნობების სიტყვიერად გამოხატვა. ისინი ეფუძნება არავერბალურ ქცევებს (სახის გამომეტყველება, პარალინგვისტური ბგერები, დაძაბულობა, შფოთვა, ცვლილება სოციალურ ქცევაში, ძილის ხასიათის შეცვლა, აგრესიულობა, ფსიქომოტორული აქტივობის შეცვლა და სხვა), თუმცა ქცევის სახეცვლილების ეს ტიპები ხშირად გვხვდება ხანდაზმულ პაციენტებში ფსიქიკური დარღვევების დროსაც (დელირიუმი, დეპრესია,

პარკინსონის დაავადება) [2,8]. ასეთი მიდგომის ნაკლს წარმოადგენს დემენციით დაავადებულ პაციენტებში მნიშვნელოვანი ვარიაბელობა, თუ როგორ გამოხატავენ ისინი თავიანთი ქცევით ტკივილს. ბოლო 30 წლის განმავლობაში შემუშავებულია, გამოცდილია და გავრცელებულია ლიტერატურაში ხანდაზმულ, დემენციით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის შეფასების ათეულობით მეთოდი [10]. მათგან ჩვენს მიერ განხილული იქნება მხოლოდ კლინიკურ პრაქტიკაში მეტად გამოყენებადი მეთოდები.

ცხრილი 1. დემენციით დაავადებულ ხანდაზმულ პაციენტებში ტკივილის დროს ქცევის საერთო გამოვლინება, AGS (ამერიკული გერიატრიული საზოგადოება) საექსპერტო ჯგუფის მონაცემებზე დაყრდნობით

სახის გამომეტყველება	მცირედ იშმუშნება, მწუხარება, შეშინებული სახე, გრიმასა შეჭმუხნული შუბლი, დახუჭული ან მოჭუტული თვალები, თვალების ხშირი ხამხამი
სიტყვიერი და ხმოვანი სიგნალები	ხენების, კენების, ხმაურიანად სუნთქვას, იხმობს დასახმარებლად, გამოხატულია სიტყვიერი აგრესია
სხეულის მოძრაობა	გაყინული დაძაბული პოზა, შფოთვა, სიარული ან რხევა წინ და უკან, მოძრაობის შეზღუდვა, სიარულის მანერის შეცვლა
ცვლილება ურთიერთობებში	აგრესიულია, საომარი განწყობა, წინააღმდეგობის განევა დახმარებაზე, სოციალური კავშირების დაქვეითება, სოციალური არაადეკვატურობა, დესტრუქციული ქცევა, ჩაკეტილობა
ხასიათის ცვლილება	უარის თქმა კვებაზე, მადის ცვლილება, უმოძრაობა დროის უმეტეს მანძილზე, ძილის ან დასვენების ხასიათის ცვლილება, ყოველდღიური ჩვევების უეცარი ცვლილება, უმიზნო სიარული
ფსიქიური მდგომარეობის ცვლილება	ტირილი, ცნობიერების დაბინდვა, ადვილად გაღიზიანებადობა

ჩვეულებრივ, ხდება ავადმყოფის ქცევის შეფასება, რომელიც შესაძლებელია იყოს ტკივილით განპირობებული, თუმცა ანალოგიური ქცევა შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს სხვა შემთხვევებშიც (მაგალითად დაძაბულობა) [1,9]. ხშირად გამოიყენება ისეთი მეთოდები, როგორიცაა: ABBEY [23], PAINAD [24], DOLOPLUS-2 [5], NOPPAIN [6] და PACSLAC [7]. ეს მეთოდები განსხვავდება გამოსაკვლევი დროის ხანგრძლივობით, სიმარტივითა და პარამეტრებით, რომლითაც ფასდება ტკივილი. დადასტურებულ იქნა ასევე, რომ ამ მეთოდების გამოყენება შესაძლებელია ტკივილის ინტენსივობის შესაფასებლადაც [1].

ჩვენს ხელთ არსებულ მრავალრიცხოვან სკალებს აქვთ ერთი ძირითადი საერთო - ქცევა, რომელიც მეტყველებს ტკივილზე.

ცხრილში 2 მოცემულია ქცევის ძირითადი მახასიათებლები: სახის გამომეტყველება (უკმაყოფილება, დარდი, გრიმასა), სხეულის ენა (რიგიდულობა, მოუსვენრობა, სიარულის მანერის შეცვლა) და პარალინგვისტური ბგერები (ტირილი, სიტყვიერი აგრესია, კენესა). ეს სამი ელემენტი გვხვდება ტკივილის შეფასების ყველა სკალაში კოგნიტური ფუნქციების დარღვევის მქონე პაციენტებში. სხვა დამატებითი ქცევითი მონაცემები გამოხატავენ სხვადასხვა სკალის ნიუანსებს და შეიცავენ ისეთ ელემენტებს, როგორიცაა ქცევის შეცვლა (მაგ. აგრესია), ფიზიოლოგიური ცვლილებები (მაგ. პულსის გახშირება), ფიზიკური ცვლილებები (მაგ. სისხლჩაქცევები, ნაფლეთი ჭრილობები), ყოველდღიური ჩვევების უეცარი ცვლილებები (მაგ. საკვების მიღება, ძილი) და სუნთქვის შეცვლა. ახლო წარსულში იქნა ნაჩვენები, რომ უთავბოლო ხეტიალი არ წარმოადგენს ტკივილის დამადასტურებელ კრიტერიუმს. არამედ არის ტკივილის ინტენსივობის შემცირების პრედიქტორი.

ცხრილი 2. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) - ტკივილის შეფასების სკალა დემენციის მძიმე ფორმით დაავადებულ პაციენტებში

მახასიათებლები	0	1	2	ქულა (0-2)
სუნთქვა	ნორმა	პერიოდულად გაძნელებული, ჰიპერვენტილაციის ხანმოკლე პერიოდები	ხმაურიანი, გაძნელებული, ჰიპერვენტილაციის ხანგრძლივი პერიოდები, ჩინ-სტოქსის სუნთქვა	
გამოცემული ბგერები	არ არის	ზოგჯერ კვნესა, დატუქსვის ან უკმაყოფილების გამომხატველი ბგერები	განმეორებითი წამოყვირებები, ხმამაღალი კვნესა, ტირილი	
სახის გამომეტყველება	მომღიმარი ან ნეიტრალური	ნალვლიანი, შეშინებული	გრიმასა	
პოზა და უესტები	მოდუნებული	დაძაბული, ნატანჯი იერი, აღვზნებული	სიმკაცრე, შეკრული მუშტები, ხელებისა და ფეხების ენერგიული მოძრაობები	
დამშვიდების შესაძლებლობა	არ საჭიროებს	შესაძლებელია ყურადღების გადატანა ან დანყნარება საუბრით ან შეხებით	შეუძლებელია ყურადღების გადატანა ან დანყნარება საუბრით ან შეხებით	

ქულების საერთო რაოდენობა შეადგენს 0-დან 10-მდე. რაც მაღალია ქულა, მეტია ტკივილის ინტენსივობა.

დემენციით დაავადებულ პაციენტებში, რომელთანაც ვერ მყარდება ვერბალური კონტაქტი ტკივილის შეფასების ვალიდური მეთოდებია:

1. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) - დემენციით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის შეფასების მეთოდი [4] (ცხრილი 2)
2. ABBEY - ტკივილის შეფასების სკალა [3]
3. DOLOPLUS-2- ტკივილის შეფასების სკალა [5] (ცხრილი 3)
4. PACSLAC - Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate- ტკივილის შეფასების მეთოდი შეზღუდული კომუნიკაციის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში [7] (ცხრილი 4).

დამატებით გამოკვლევაში [9] სადაც შეფასდა ტკივილის შეფასების 12 მეთოდის სანდოობა, ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდების ჩათვლით, გაკეთდა დასკვნა, რომ ყველაზე სანდოდ გვევლინება 2 მეთოდი PACSLAC და DOLOPLUS-2.

ცხრილი 3. DOLOPLUS-2 - ტკივილის შეფასების სკალა ხანდაზმულ პირებში მათ ქცევაზე დაყრდნობით

სომატური რეაქციები		
სომატური ჩივილები	ჩივილი არ არის	0
	ჩივილებს ადგენს მხოლოდ გამოკითხვისას	1
	შემთხვევითი წამოსროლილი ჩივილები	2
	მუდმივი უნებლიე ჩივილები	3
	იძულებითი მდებარეობა არ არის	0
	სხეულის გარკვეულ მდებარეობებს ირიდებს თავიდან	1

სხეულის იძულებითი მდებარეობა	იღებს მუდმივად იძულებით მდებარეობას, რომელიც აძლევს შვებას	2
	მოუსვენრადაა, მუდმივად ეძებს მდებარეობას, რომელიც შვებას მისცემს, თუმცა ვერ პოულობს	3
ტკივილის არის დაცვა	დაცვით ღონისძიებებს არ ატარებს	0
	გარეგანი გაღიზიანების გარეშე მტკივნეული არის დაცვის მცდელობა	1
	გარეგანი გაღიზიანებაზე პასუხად, მტკივნეული არის დაცვის მცდელობა (გასინჯვა, პროცედურები)	2
	მტკივნეული არის დაცვა მოსვენებულ მდგომარეობაში	3
სახის გამომეტყველება	სახის ჩვეულებრივი გამომეტყველება	0
	დატანჯული გამომეტყველება, მედპერსონალის მოახლოებისას	1
	დატანჯული სახე მოსვენებულ მდებარეობაში	2
	მუდმივად ინდიფერენტული მზერა	3
ძილის სტრუქტურა	ძილი არ არის დარღვეული	0
	დარღვეულია ჩაძინების პროცესი	1
	წყვეტილი ძილი	2
	უძილობა	3
ფსიქომოტორული რეაქციები		
ჰიგიენა და ჩაცმა-დახურვა	შეუძლია თვითმომსახურება	0
	ზომიერი დარღვევები, თვითმომსახურება მოითხოვს მეტ დროს	1
	ძლიერ დარღვეული, დაუმთავრებელი	2
	დაბანა ან ჩაცმა შეუძლებელია წინააღმდეგობის გამო	3
მობილურობა	ჩვეული აქტიურობა შენახულია	0
	ჩვეული აქტიურობა დაქვეითებულია (გვერდს უვლის გარკვეულ მოძრაობებს, შემცირებულია სიარულის დისტანცია)	1
	ჩვეული აქტიურობა დაქვეითებულია (დახმარების დროსაც კი, პაციენტი ცდილობს მოძრაობის შეზღუდვას)	2
	შეუძლებელია ნებისმიერი მოძრაობა, წინააღმდეგობას უწევს ნებისმიერ თხოვნას, მოძრაობის ირგვლივ	3
ფსიქოლოგიური რეაქციები		
კომუნიკაციური ჩვევები	შენახულია	0
	მომატებულია მოთხოვნა კომუნიკაციაზე (იქცევს ყურადღებას არასტანდარტული ხერხებით)	1
	დაქვეითებულია	2
	კომუნიკაციის სრული უარყოფა	3
სოციალური სფერო	მონაწილეობს სოციალურ ცხოვრებაში (საკვების მიღება, გართობა, სხვადასხვა საქმიანობა)	0
	მონაწილეობას იღებს სოციალურ აქტივობაში მხოლოდ თხოვნის საფუძველზე	1
	ზოგჯერ უარს ამბობს სოციალურ აქტივობაზე	2
	უარს ამბობს სოციალურ აქტივობაზე	3
ქცევის დარღვევები	ნორმალური ქცევა	0
	განმეორებითი რეაქციების დაქვეითება (გამოფიტვა)	1
	რეაქციების დაქვეითება	2
	რეაქციების არქონა	3

ცხრილი 4. PACSLAC- (Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate) - ტკივილის შეფასების სკალა შეზღუდული კომუნიკაციის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში

სახის გამომეტყველება	0-1
გრიმასა	
ნაღვლიანი სახე	

წაგრძელებული სახე	
უკმაყოფილო სახის გამომეტყველება	
გამომეტყველების ცვლილება (სიელმე, დაბინდული სახე, მწველი მზერა, თვალის კაკლის სწრაფი მოძრაობა, იბღვირება)	
იტანჯება	
გაბრაზებული	
კრიჭაშეკრული	
იჭმუნება	
აღებს პირს	
შეჭმუნული შუბლი	
აქტიურობა/მოძრაობა	
მოუსვენრობა	
გექაჩება თან	
პერიოდულად კანკალებს	
აგზნებულია	
ანყდება კედელს	
უთავბოლოდ დადის	
ცდილობს წასვლას	
უარს ამბობს მოძრაობაზე	
ისვრის ირგვლივ ნივთებს	
აქტიურობის დაქვეითება	
უარის თქმა წამლების მიღებაზე	
შენიღებული მოძრაობები	
იმპულსური ქცევა (განმეორებითი მოძრაობები)	
უარი თანამშრომლობაზე/ მოვლაზე	
იცავს ტკივილის არეს	
ეხება/აფიქსირებს ტკივილის არეს	
კოჭლობს	
კრავს მუშტებს	
ემბრიონის პოზა	
რიგიდულია	
სოციალური/პიროვნული მაჩვენებლები, ხასიათი	
ფიზიკური აგრესია (მაგ. ადამიანებზე ან ნივთებზე ხელის კვრა, ჩხაპნა, გარშემომყოფებზე ფიზიკური ზემოქმედება ხელებით და ფეხებით)	
სიტყვიერი აგრესია	
უარი ხელით შეხებაზე	
უარი ადამიანების მიახლოებაზე	
გაავებული	
ისვრის ნივთებს	
დაბნეულობის ხარისხის გაზრდა	
საქმიანი იერი	
ნაწყენი	
აღელვებული	
გალიზიანებული	
დაბნეული	
ფიზიოლოგიური მაჩვენებლები/კვება/ძილი/ვერბალური ქცევა	
ფერმკრთალი სახე	
ჰიპერემია	
ცრემლიანი თვალები	

ოფლიანობა	
კანკალი	
ცივი და ნებოვანი კანი	
ძილის დარღვევა (მიუთითეთ), ძილის პერიოდის შემცირება, ძილის პერიოდის გაზრდა	
მადის ცვლილებები (მიუთითეთ), მადის გაძლიერება, უმადობა	
ყვირის	
იხმობს საშველად	
ტირის	
გამოსცემს ტკივილისთვის დამახასიათებელ ბგერებს	
კვნესის/ყმუის	
ბუტბუტებს	
წუნუნებს	

რაც მეტია მიღებული ქულათა ჯამი, მეტია ტკივილის ინტენსივობა.

დასკვნა: დემენციის მძიმე ფორმით დაავადებულ პაციენტებში მიზანშეწონილია პალიატიური მზრუნველობა, ვიდრე ინტერვენციული და აგრესიული სამედიცინო დახმარება. ტკივილის ადეკვატური მართვა დემენციით დაავადებულ პაციენტებში დამოკიდებულია ტკივილის შეფასებაზე, რომელიც გამოიხატება ქცევისა და ყოველდღიური საქმიანობის გაუმჯობესებაში. კოგნიტური დარღვევების მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში ტკივილის კუპირებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს რიგი გარემოებები, როგორცაა დამოკიდებულება ტკივილის მიმართ, ხარვეზები კომუნიკაციაში და თარმაკოთერაპიის მიმართ ჰეტეროგენურობა. ჩვენს ხელთ არსებული ტკივილის შეფასების მეთოდები საშუალებას იძლევა დროულად და ადეკვატურად შეფასდეს ტკივილის არსებობა და ინტენსივობა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Shega J. W., Levin A., Hougham G. W., Cox-Hayley D., Luchins D., Hanrahan P et al. Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description. Journal of Palliative Medicine 2003; 6 (2):315–320.
2. Pain and Dementia https://www.fightdementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-DementiaQandA16-PainAndDementia_english.pdf, 2017.
3. Abbey J., Piller N., De Bellis A. et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 2004;10:6–13.
4. Husebø B.: Assessment of pain in patients with dementia. Development of a Staff-Administered Behavioural Pain Assessment Tool. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (PhD). University of Bergen, 2008.
5. Lefebvre-Chapiro S.: The Doloplus-2 scale—evaluating pain in the elderly. Eur J Palliat Care 2001, 8:191–194.
6. Snow A. L., Weber J. B., O'Malley, Cody M., Beck C., Bruera E., Ashton C., Kunik M. E. Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals (NOPPAIN), USA,06/08.
7. Fuchs-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. Development and Preliminary Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Pain Management Nursing, Vol 5, No 1 (March), 2004: pp 37–49.
8. F. Guerriero et al., Pain management in dementia: so far, not so good. JGG, 2016, 64:31–39.
9. Sandra M. G., Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijer Abu-Saad, Martijn PF Berger. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics 2006, 6:3.
10. Corbett A. et al., Assessment and treatment of pain in people with dementia. Nat. Rev. Neurol. 2012, 8, 264-274.
11. Volicer L. End-of-life Care for People with Dementia in Residential Care Settings, 2005, 35P.

ნინო გვეგეშიძე^{1,1}, ხათუნა ჭაავა^{1,1}, მიხეილ შავდია^{1,2}, ნანული ნინაშვილი^{1,3},
თამარ შერვაშიძე²

ტკივილის შეფასება დემენციით დაავადებულ პაციენტებში

^{1,1}თსსუ შინაგან დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ^{1,2}თსსუ ონკოლოგიის დეპარტამენტი, ^{1,3}თსსუ ეპიდემიოლოგიის დეპარტამენტი, ²ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

რეზიუმე

თანამედროვე პალიატიურ მედიცინაში ერთ-ერთ საკვანძო საკითხად გვევლინება ტკივილის დროული და ადეკვატური შეფასება დემენციის მძიმე ფორმის მქონე არავერბალურ ხანდაზმულ პაციენტებში. დემენციის სიმძიმის გაზრდასთან ერთად ავადმყოფების კომუნიკაცია გარემომცხოვრებთან მკვეთრად იზღუდება და ტკივილის სიტყვიერი შეფასება ნაკლებად სარწმუნო ხდება. მძიმე ფორმის დემენციის მქონე პაციენტებში აუცილებელია სხვა მიდგომები, როგორცაა შეფასების ობსერვაციული და სუროგატული მეთოდები.

შემუშავებულია შეფასების რიგი ობსერვაციული მეთოდები, რომლებიც ეფუძნება არავერბალურ ქცევებს (სახის გამომეტყველება, პარალინგვისტური ბგერები, დაძაბულობა, შფოთვა, ცვლილება სოციალურ ქცევაში, ძილის ხასიათის შეცვლა, აგრესიულობა, ფსიქომოტორული აქტივობის შეცვლა და სხვა). სტატიაში მოყვანილია კლინიკურ პრაქტიკაში მეტად გამოყენებული ტკივილის შეფასების სკალეები. ტკივილის ადეკვატური მართვა დემენციით დაავადებულ პაციენტებში დამოკიდებულია ტკივილის ინტენსივობის შეფასებაზე. ჩვენს ხელთ არსებული ტკივილის შეფასების სკალეები საშუალებას იძლევა დროულად და ადეკვატურად შეფასდეს ტკივილის არსებობა და ინტენსივობა.

რ