

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Léčba bolesti u pacientů v terminálním stadiu na ONP z pohledu sestry

Bakalářská práce

Autor práce: Martina Kunešová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra – prezenční studium

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová
Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů na oddělení následné péče.

Teoretická část je zaměřena na popis chronické bolesti a její dělení, možnosti léčby chronické bolesti, charakteristiku terminálního stadia a práci sester na oddělení následné péče. Teoretická část má přinést nejdůležitější informace o problematice chronické bolesti u umírajících pacientů.

Praktická část informuje o výsledcích kvalitativního výzkumného šetření. Ve výzkumném šetření byly stanoveny čtyři cíle. První cíl byl zaměřen na přínos ošetrovatelské péče o umírající pacienty s chronickou bolestí v paliativní péči. Druhý cíl se věnoval postojům sester k pacientům v terminálním stadiu. Třetí cíl měl zjistit používané metody ošetrovatelských postupů v péči o pacienta s bolestí v paliativní péči. Čtvrtý cíl měl zhodnotit vědomosti sester na oddělení následné péče o současnou léčbu bolesti v paliativní péči. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jaký je přínos ošetrovatelské péče v léčbě bolesti v paliativní péči?, Jaké jsou postoje sester k pacientům v terminálním stadiu?, Jaké nové možnosti ošetrovatelských postupů u pacientů s bolestí nabízí paliativní péče?, Jak jsou sestry informovány o léčbě bolesti v paliativní péči?

K realizaci výzkumu byl použit hloubkový, strukturovaný rozhovor, který je metodou kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo osm všeobecných sester, pracujících na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a. s. Rozhovor se věnoval informacím o přínosu ošetrovatelské péče, postojích sester k umírajícím pacientům, používaných ošetrovatelských postupech a vědomostech sester, pracujících na oddělení následné péče. Záznam rozhovorů byl proveden písemně. Získané rozhovory byly analyzovány a kódovány technikou otevřeného kódování. Bylo vytvořeno šest kategorií, kterými byly: Metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů, Účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů, Přínos ošetrovatelské péče, Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí, Spolupráce s rodinou a Vědomosti sester.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že přínos ošetrovatelské péče je velký, péče přináší spokojenost pacientů, jistotu, komunikaci, dostatek informací, zajištění základních potřeb, kontakt, informace o aktuálních změnách zdravotního stavu, nabídku lepší péče, podporu psychiky, lepší spolupráci sestry s pacientem a s rodinou, a blízkost personálu. Myslím si tedy, že ji lze považovat za velice přínosnou. Dále byly zjištěny tyto postoje sester k umírajícím pacientům: Důvěra či nedůvěra sester ve schopnost projevit bolest, aktivní zájem sester, přístup k pacientovi a komunikace. Výzkum dále odhalil tyto používané ošetrovatelské postupy v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů: polohování, aplikaci tepla, aplikaci chladu, masáže a nezatežování zbytečnou manipulací. Vědomosti sester o současné léčbě bolesti v paliativní péči odhalily obsáhlé informace o zásadách podávání analgetik a opiátů, kterými se řídí sestry na ONP. Praktickým výstupem bakalářské práce je brožura Podávání opioidů a Záznam o spotřebě omamných látek, určený všeobecným sestram.

Klíčová slova: bolest, sestra, ošetrovatelská péče, terminální stadium, oddělení následné péče

Abstract

This bachelor's thesis is focused on chronic pain in dying patients at the aftercare department.

The theoretical part focused on chronic pain description and its division, chronic pain treatment possibilities, characterization of a terminal stage and work done by nurses at the aftercare department. This part is supposed to present the most important information concerning chronic pain in dying patients.

The practical part provides results of a qualitative research. This research had four objectives. The first objective was to identify the benefits of nursing care provided to dying patients with chronic pain in palliative care. The second objective focused on the attitude of nurses towards the patients in the terminal stage. The third objective was to identify the nursing methods used during the provision of care to a patient with pain in palliative care. The fourth objective was to assess the knowledge of nurses working at the aftercare department regarding the up-to-date treatment of pain in palliative care. Four research questions were established based on these four goals: What is the benefit of nursing care in treatment of pain in palliative care? What is the attitude of nurses towards the patients in the terminal stage? Which new nursing methods possibilities can palliative care provide to patients with pain? What information on treatment of pain in palliative care do nurses have?

The research was performed using an in-depth structured interview, which is a method of the qualitative research. The research sample consisted of eight practice nurses working at the Aftercare Department in Nemocnice České Budějovice a. s. The interview was aimed at information on benefits of nursing care, the attitude of nurses towards dying patients, nursing procedures used and also knowledge of the nurses working at the aftercare department. The interviews were recording in writing. The records were analysed and coded using an open coding method. Six categories were established as follows: Nursing care procedures in treatment of chronic pain in dying patients, Effectiveness of chronic pain treatment in dying patients, Benefits of nursing

care, Attitude of nurses towards dying patients with chronic pain, Collaboration with families and Nurses' knowledge.

It was found out during the research that the benefit of nursing care is enormous, the care brings satisfaction of patients, safety, communication, sufficient amount of information, ensuring of basic needs, contact, information on current changes in the state of health, offer of better care, psychological support, better collaboration between nurse and a patient and a family, and also promixity of personnel. Thereforfe, I think it is possible to consider the nursing care to be very beneficial. Furthermore, the following attitudes of nurses towards the dying patients were discovered: Trust or distrust of nurses in ability to display pain, active interest by nurses, approach to patients and communication. The research also discovered the following nursing procedures used in treatment of chronic pain in dying patients: positioning, heat application, cold application, massages and refraining from needless manipulation. The knowledge of nurses regarding the current treatment of pain in palliative care contains extensive information on principles of analgesic and opiate administration, which are applied by the nurses working at the aftercare department. A practical output of this thesis is a handbook called Administration of Opiates and Usage of Intoxicants Record, which is intended for use by practice nurses.

Keywords: pain, nurse, nursing care, terminal stage, aftercare department

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 13. 8. 2013

Martina Kunešová

Poděkování

Děkuji za ochotu, trpělivost a cenné rady při psaní mé bakalářské práce Mgr. Aleně Machové. Děkuji všeobecným sestřám, pracujícím na ONP Nemocnice České Budějovice a. s., za poskytnutí rozhovorů pro zpracování výzkumného šetření.

Obsah

Seznam použitých zkratek.....	10
Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Definice bolesti.....	12
<i>1.2.1 Dělení bolesti podle délky trvání.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2.2 Chronická bolest.....</i>	<i>13</i>
1.3 Dělení chronické bolesti podle příčiny.....	14
1.4 Typy bolesti podle poškozené tkáně.....	15
1.5 Úloha sestry při vyšetření chronické bolesti.....	16
1.6 Úloha sestry v léčbě chronické bolesti.....	17
<i>1.6.1 Farmakologická léčba chronické bolesti.....</i>	<i>17</i>
<i>1.6.2 Invazivní léčba chronické bolesti.....</i>	<i>20</i>
<i>1.6.3 Neinvazivní a nefarmakologická léčba chronické bolesti.....</i>	<i>22</i>
1.7 Terminální stádium.....	23
1.8 Práce sestry na oddělení následné péče v péči o pacienta v terminálním stádiu.....	25
<i>1.8.1 Hodnocení a léčba chronické bolesti.....</i>	<i>26</i>
<i>1.8.2 Úkoly sestry v péči o umírajícího na ONP.....</i>	<i>27</i>
2 Cíle a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky práce.....	34
3 Metodika práce.....	35

3.1	Použité metody.....	35
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	35
4	Výsledky.....	36
4.1	Kategorizace výsledků ve schématech.....	36
4.1.1	<i>Schéma 1: Metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů.....</i>	<i>36</i>
4.1.2	<i>Schéma 2: Účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů.....</i>	<i>38</i>
4.1.3	<i>Schéma 3: Přínos ošetrovatelské péče.....</i>	<i>40</i>
4.1.4	<i>Schéma 4a: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Důvěra a nedůvěra ve schopnost projevit bolest.....</i>	<i>43</i>
	<i>Schéma 4b: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Aktivní zájem.....</i>	<i>44</i>
	<i>Schéma 4c: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Komunikace s umírajícím.....</i>	<i>45</i>
	<i>Schéma 4d: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Přístup k pacientovi.....</i>	<i>46</i>
4.1.5	<i>Schéma 5: Spolupráce s rodinou.....</i>	<i>51</i>
4.1.6	<i>Schéma 6a: Vědomosti sester – Zásady v podávání analgetik a opiátů.....</i>	<i>53</i>
5	Diskuze.....	55
6	Závěr.....	60
7	Klíčová slova.....	62
8	Seznam použité literatury.....	63
9	Seznam příloh.....	67

Seznam použitých zkratk

CT – počítačová tomografie

MR – magnetická rezonance

WHO – Světová zdravotnická organizace

FF – fyziologické funkce

ONP – Oddělení následné péče

CŽK – centrální žilní katetr

GIT – gastrointestinální trakt

Úvod

Paliativní péče je péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelným a smrtelným onemocněním. Jejím cílem je zajištění kvalitního života pro terminálně nemocné i jejich rodiny (1). V paliativní péči většinou pacienti potřebují kombinaci několika různých léčebných metod. Paliativní péče se snaží pacientovi co nejvíce zpříjemnit a ulehčit poslední chvíle jeho života. Zaručuje pacientovi, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, a že nebude umírat osamocen. Bolest je největší nepřítel člověka, a proto je nutné, aby se její léčba nadále zlepšovala. Je důležité, aby sestry, pracující na ONP, své pacienty chápaly a byly empatické. Jedině tak mohou pacientům poskytnout tu nejlepší péči. Efektivní léčba bolesti přináší snadnější komunikaci mezi sestrou a umírajícím pacientem, zlepšení celkového stavu a novou energii do života. Na bolest si každý z nás zvyká od nejútlejšího věku, nemůžeme a neumíme se jí zcela vyhnout. Na druhou stranu se často fyziologické bolesti bráníme zbytečným užíváním léků. Proto v současnosti mají lidé mnohdy nižší práh bolesti. Často očekávají, že lékař je všemohoucí, a že umí vyléčit vše. V žádném případě by se nemělo stávat, že lékař či sestra pacientovi tvrdí: „To Vás přece nemůže bolet.“ Pacient tak ztrácí důvěru ve zdravotnický personál a nevěří, že by mu ještě někdo byl ochotný pomoci. Téma léčba bolesti u pacientů v terminálním stadiu mne zaujalo proto, že si myslím, že umírající pacienti nejsou vždy schopni projevit své pocity a přání. Bolest je velice subjektivní příznak, a proto je její léčba někdy opomíjena. Pacienti se bojí sdělit, že trpí bolestí, protože nevěří, že by i jejich bolest mohla být úspěšně léčena. Nebo proto, že jsou na bolest zvyklí a berou ji jako součást jejich života. Každému pacientovi trpícímu bolestí by měly být nabídnuty všechny možnosti její léčby.

1 Současný stav

1.1 Definice bolesti

„Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem, spojeným s aktuálním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (onemocnění, zánět), nebo vnějším násilím (úraz, zhmoždění). Bolest je vždy subjektivní“ (2, str. 14).

Bolest je velice obtížný zážitek spojený s velkou emoční reakcí. Varuje nás a chrání před dalším poškozením. Svou palčivostí nás nutí k odstranění důvodu. Bolest zasahuje bio-psycho-sociální sféry organismu (2). Objevuje se u 60 % umírajících pacientů a bývá označována jako velký etický problém. Bolest bývá většinou neobjektivní, proto musíme pacientům bolest věřit vždy, když říkají, že jí trpí (3).

1.2.1 Dělení bolesti podle délky trvání

Bolest se dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest vzniká rychle, její délka trvání je řádově v hodinách až dnech. Nejdéle tři až šest měsíců. Zvyšuje se při ní krevní tlak, zrychluje se pulz a dech. Lékař musí v její léčbě předejít přechodu do chronicity. Lze ji dobře mírnit analgetiky v dostatečně velkém množství (4). Má pozitivní význam pro tělo, je možné ji dobře lokalizovat a určit její příčinu. Bývá doprovázena pocením a mydriázou (5). Vzniká náhle při spálení, říznutí či zlomenině. Pacient může během akutní bolesti prožívat zlost. Může být agresivní vůči sobě nebo vůči okolí. Snaží se zaujmout úlevovou polohu nebo záměrně nevykonává pohyby, které bolest zesilují (2). Netlumená bolest může mít různé následky. Úzkost, vyčlenění z kolektivu známých, narušený proces uzdravování. Pokud je to možné, je vhodné pacienta předem upozornit na bolestivý vjem. Akutní bolest má ochranný charakter, mnohdy je nedostatečně tlumena. Někteří pacienti se při léčbě akutní bolesti obávají závislosti na analgetikách (6).

1.2.2 Chronická bolest

Chronická bolest se vyvíjí pomaleji než bolest akutní. Je přítomna delší dobu, déle než půl roku. Často se při ní objevuje deprese, úzkost, pocit viny či hypochondrické myšlenky. Pokud se intenzita bolesti zvyšuje, pacienti bývají beznadějní či zoufalí. Mohou se objevit potíže se spánkem, nechůť k jídlu nebo zvýšená spotřeba léků. Bolest pacienta fyzicky i psychicky vyčerpává, mění jeho chování a jednání. Vyčerpanost pacienta znovu zvyšuje vnímání bolesti. Zdravotničtí pracovníci musí zajistit, aby se pacient cítil co nejspokojeněji (7).

Mnohdy vývoj bolesti trvá i několik let. U chronické bolesti nelze přesně stanovit příčinu. Často se vyskytuje bez zjevných změn na tkáních. Nebývá přítomno typické chování a jednání. Obvykle proti bolesti nepostačí jeden lék v běžné dávce ani nefarmakologická léčba bez podání farmaka. 40 % pacientů, trpících silnou bolestí, pociťuje jen malý ústup bolesti (6). Při chronické bolesti není tělo schopno udržet fyziologické funkce v normální hladině. Chronická bolest se objevuje např. u velkých úrazů, kdy tělo není schopno zranění zcela zahojit (8). Během chronické bolesti se objevuje bolestivé chování. Pacienti mají bolestivý výraz v obličeji, hněvají se, často mění polohy, přestávají vykonávat své zaměstnání, pláčou a vyhledávají pomoc odborníků. Dále se objevuje ochabnutí či ztuhnutí svalů, zaměřenost pouze na své potřeby a přání, změněné vnímání času a okolí, vyjadřování svých pocitů a vegetativní příznaky (tachypnoe, bradypnoe, zvracení, pocení) (9). Chronická bolest trvá i určitý čas poté, co bylo poškození tkáně vyléčeno. Projevuje se poklesem sil (8). Pacienti s chronickou bolestí žádají pochopení a zájem okolí. Potřebují, aby jim bylo nasloucháno, tím jejich bolest zmírníme. Bolest nelze vytěsnit, ale je nutné najít její příčinu (10).

1.3 Dělení chronické bolesti podle příčiny

Chronická bolest je syndromem. Rozdělujeme ji na maligní a benigní bolest. Maligní bolest se objevuje při nádorovém onemocnění, má charakteristické příznaky a žádá si speciální léčbu. Snižuje životní komfort pacienta. Benigní chronická bolest se objevuje při nemocech, které neohrožují život pacienta, ale způsobují změnu kvality jeho života. Tato bolest si žádá speciální chápání potřeb, důslednou léčbu a specifický, léčebný postup (11).

Chronická nenádorová bolest se objevuje u pacientů nejčastěji. Její trvání je v rozmezí měsíců až let. Nezpůsobuje ji smrtelné onemocnění. Časté příčiny chronické nenádorové bolesti jsou revmatoidní artritida, pásový opar nebo osteoartritida. Pacienti s chronickou nenádorovou bolestí žijí v začarovaném kruhu. Bolest jim způsobuje změny ve funkcích gastrointestinálního traktu, znemožňuje výkon zaměstnání a běžných denních činností. Mění sociální role a zhoršuje finanční situaci. Tyto problémy vedou k úzkosti a depresi. Deprese způsobuje poruchy spánku, které znovu prohlubují původní bolest. Dlouhotrvající bolest, v řádech měsíců, pacienty vyčerpává. Pomoc hledají, až když jsou vyčerpáni a již nevěří ve zlepšení svého stavu. Proto, aby pacienti bolest zvládali, potřebují dostatek energie (6).

Onkologicky nemocní lidé mají největší strach z bolesti. Až u 90 % onkologicky nemocných lze bolest úspěšně léčit (6).

Nádorovou bolest mohou způsobit i jiné příčiny, než samotný novotvar. Útlak či ucpání nádorem, postupy a výkony, jako jsou radioterapie a chemoterapie, operační léčba pro odstranění nebo zmírnění příznaků, odběry krve, punkce, biopsie, zhoršené prokrvení či infekce. Dle typu nádorového onemocnění lidé trpí různě silnou bolestí. Velice bolestivé jsou kostní metastázy při onemocnění prostaty, prsu nebo osteosarkomu. Dále také novotvary slinivky břišní a dělohy. Zhoubné krevní novotvary bolí jen výjimečně (6).

1.4 Typy bolesti podle poškozené tkáně

Nociceptivní bolest způsobují škodlivé látky, které působí na nociceptory, mající spojení s primárními přívodnými nervovými buňkami. Tato bolest nutí pacienta k tomu, aby se vyhnul škodlivému a chránil nemocné místo. To se tak lépe zahojí. Nociceptivní bolest mohou způsobit chemické, tepelné nebo tlakové podněty. Receptory pro vnímání nociceptivní bolesti se vyskytují téměř ve všech tkáních (6).

Somatická bolest je zprostředkována nociceptory ve svalech, kloubech, kůži, kostech a hlubokých tkáních. Tato bolest je charakteristická přesnou lokalizací. Pacienti ji udávají jako stálou, ostrou či bušivou. Při onkologickém onemocnění se somatická bolest vyskytuje při prorůstání novotvaru do stěny orgánu a při kostních metastázách (6). Nejčastěji se kostní metastázy vyskytují v páteři a pacienti pociťují bolest zad. Rozrůstání metastáz může poškodit míchu a způsobit postižení nervů (8).

Viscerální bolest je způsobena aktivací přívodných nociceptivních neuronů v orgánech a okolí. Viscerální onkologická bolest je způsobena zánětem pevného orgánu, např. jater nebo zúžením průsvitu dutého orgánu nádorem. Orgán je tak napínán nebo rozpínán. Pacienti bolest popisují jako křečovitou při zúženém průsvitu a ostrou, která může vycházet z pouzdra postiženého orgánu (6).

Neuropatická bolest se objevuje při poškození smyslové oblasti nervové soustavy. Tato oblast posílá do mozku bolestivé vjemy bez zjevného postižení tkání. Nemá, jako bolest nociceptivní, obranný smysl. Může být přítomna stále nebo přerušovaně. Většinou je vystřelující, šoková, píchavá či pálivá. Neuropatická nádorová bolest bývá způsobena penetrací novotvaru do jiných orgánů (6). Nebo může být způsobena kožními změnami z důvodu ozáření a lymfatickými otoky (8). Nociceptivní i neuropatická bolest se mohou vyskytovat na odlišných částech těla souběžně. Nebo mohou být přenesené do jiných částí těla. Pacient cítí bolest na straně těla, která je daleko od místa skutečné bolesti. Např. pacient trpící novotvarem slinivky břišní může pociťovat bolest v zádech nebo v rameni. Bolest při rakovině kyčelního kloubu se může přenést do kolena. Hodně druhů novotvarů se manifestuje přenesenou bolestí, a proto jsou někdy popis a léčba bolesti velmi složité (6).

1.5 Úloha sestry při vyšetření chronické bolesti

Při vyšetření chronické bolesti sestra a lékař zhodnotí začátek bolesti, místo, sílu, charakter a délku trvání potíží. Co bolest zvyšuje a co ji mírní. Zjišťují, jaké léky pacient užívá a jestli je léčen nefarmakologickými postupy. Dále pacient podstoupí neurologické vyšetření, při kterém má být vyšetřen velmi pečlivě. I drobná změna síly či smyslu může být příznakem nového výskytu onemocnění (6). Dále zjišťují, zda je nyní bolest stejná nebo se od poslední návštěvy lékaře změnila. A co bolest pro pacienta znamená. Zdravotníci, kteří pečují o pacienta, se musí tázat na sílu bolesti, ke zjištění účinku léčby. Kromě výpovědi pacienta sestra sleduje jeho chování (8).

Pro zjišťování intenzity bolesti nejsou stanovena pravidla, jaký test je nejvhodnější. Pacientům, kteří nekomunikují, lze zjistit reakci autonomních nervů na bolest. Sestra a lékař si všímají tachykardie, nevolnosti a pocení. Dále bolest hodnotí dle chování pacienta. Zajímá je roztržitost, nervozita, chránění bolestivé části těla. Hodnocení a záznam bolesti je vhodné provádět pravidelně, aby pacientův stav znal celý ošetrovatelský tým, a aby byla jeho bolest dostatečně tlumena (8). Při hodnocení bolesti musí sestra a lékař pomýšlet na individuální práh bolesti, tedy jak silný podnět musí být, aby pacient zaznamenal bolest. Dále na délku trvání a sílu bolesti, kterou pacient přečká, než přítomnost bolesti oznámí. Může být odlišná u jednoho pacienta v různých situacích. Lékař a sestra by měli umět vycítit, co jim nemocný chce sdělit. Do vyšetření bolesti patří fyzikální a laboratorní vyšetření, zhodnocení psychické kondice a funkční vyšetření. Během vyšetření bolestivosti lékař a sestra sledují palpační bolestivost, změněné vnímání bolesti, zánětlivé příznaky, patologickou rezistenci nebo zduření orgánu. Vyšetření v laboratoři a pomocí přístrojů pomůže odhalit příčinu bolesti. Nejdůležitější jsou informace o funkci jater a ledvin, podle kterých lze ordinovat dávku analgetik. Velkou pomocí jsou přístrojová vyšetření, tedy rentgen, ultrazvuk, CT, scintigrafie kostí nebo MR (12).

Psychická kondice se hodnotí pomocí MMSE, je to krátká škála mentálního stavu, hodnotí se zde deprese, úzkost a mentální funkce. Ke zhodnocení zdatnosti, sebeobsluhy a kvality života sestra používá tzv. ADL neboli test základních všedních

činností. Ke zhodnocení intenzity bolesti je možné použít také jednoduché škály, např. vizuální analogovou škálu (VAS). Pacient označí sílu bolesti na lince od žádné po nesnesitelnou bolest. Dále sestra může použít verbální škálu bolesti, na které si pacient vybere z možností – 0 – žádná bolest, 1 – mírná bolest, 2 – středně silná bolest, 3 – silná bolest, 4 – krutá bolest a 5 – nesnesitelná bolest. Pro pacienty s postiženou komunikační schopností lze použít obličejovou škálu. Pacient si vybere smějící se nebo mračící se obličej (12). Dále sestra může použít mapy bolesti, jsou to kresby, do kterých pacient zobrazí místo bolesti a sílu bolesti vyznačí barvou. Další metodou je určení bolesti v čase, při kterém pacient zakreslí křivku bolesti a současně zapíše okolnosti, které souvisí s intenzitou bolesti. Sestra používá i zaznamenání bolestivého toku. Na vodorovné ose se zaznamená čas (dny, týdny) a na svislé ose síla bolesti. Využívá se při sledování analgetického účinku léčiva (13). 60 – 70 % bolestí je způsobeno nádorem, příčinou v 15 – 25 % bolestí u onkologických pacientů jsou vyšetřovací či léčebné postupy a 3 – 10 % bolestí u pacientů nesouvisí s nádorovým onemocněním (14).

1.6 Úloha sestry v léčbě chronické bolesti

1.6.1 Farmakologická léčba chronické bolesti

Farmakologická léčba chronické bolesti by měla být naordinována podle analgetického žebříčku WHO. Na prvním stupni žebříčku je mírná bolest. Pro její tlumení je nejvhodnější neopioidní analgetikum a +/- koanalgetikum. Na druhém stupni je středně silná bolest, jejíž léčba by měla spočívat v podávání slabého opioidu a neopioidního analgetika. Na třetím stupni je silná bolest. Ta je tlumena silnými opioidy a +/- neopioidními analgetiky (5).

Mezi neopioidní analgetika, užívaná při léčbě chronické bolesti, patří paracetamol, metamizol a nesteroidní antiflogistika. Používají se hlavně k tlumení viscerální bolesti a nociceptivní somatické bolesti. Aplikují se buď samostatně nebo s opioidy či koanalgetiky. Koanalgetika jsou léky, které nejsou prvotně vyrobeny pro léčbu bolesti, ale mohou též působit analgeticky. Nejčastěji se podávají kortikoidy, antidepresiva nebo

antiarytmika (15). Neopioidy mají při léčbě chronické bolesti tzv. „stop“. Ten sestra chápe tak, že navýšená dávka analgetika nebude mít pro pacienta výhody, ale pouze zvýší možnost škodlivých účinků pro tělo. Na tyto léky nevzniká návyk. Aspirin se užívá při tlumení slabých bolestí. Jeho možné nežádoucí účinky jsou zažívací problémy, zvýšené krvácení, snížené shlukování trombocytů nebo alergické reakce (6).

Nesteroidní protizánětlivé látky antiflogistika (NSA) jsou účinné při slabé, krátkodobé chronické bolesti (bolest zad). Nesteroidní antiflogistika způsobují tlumení bolesti a zánětu potlačením prostaglandinů. Užívají se při bolesti kůže, svalů a pojivové tkáně. K posílení jejich účinnosti je možné je kombinovat s opoidními analgetiky (6). Tricyklická antidepresiva se podávají k mírnění bolesti z důvodu postižení nervů. Dále léčí dlouhodobou nespavost při chronických bolestech. Na antidepresiva nevzniká návyk, ale není vhodné s jejich užíváním náhle přestat. Hrozí riziko vzniku křečí. Mezi nežádoucí účinky tricyklických antidepresiv patří sucho v dutině ústní a spavost, která omezuje vykonávání běžných denních činností. Dále poruchy vidění, obstipace a přibývání na váze. U mužů s hypertrofií prostaty mohou zapříčinit zadržování moči v močovém měchýři. Mohou způsobit srdeční arytmii, ortostatickou hypotenzi a zhoršení zeleného zákalu (6). Antikonvulziva se podávají k mírnění neuropatické bolesti. Pacient je nesmí náhle přestat užívat, protože by u něho mohly nastat epileptické křeče. Mají mnoho nežádoucích účinků, proto se nejprve užívají v malých dávkách (100mg/den). Dávky se pomalu zvyšují každých čtrnáct dní. K dosažení optimálních účinků léčby je někdy nutné užívat 400 mg třikrát denně. Mezi nežádoucí účinky patří ospalost, zažívací potíže a ovlivnění rovnováhy. Při této léčbě je vhodné kontrolovat krevní obraz, v ojedinělých případech může být utlumena kostní dřeň a snížený počet krevních destiček (6). Fenytoin se užívá k mírnění bolesti při poškození nervu. Jeho vstřebávání mohou ovlivnit jiné léky. Jeho nežádoucí účinky jsou reakce na kůži, nystagmus a zažívací potíže (6).

Opioidní analgetika se užívají k léčbě chronické bolesti, když není účinná jiná farmakologická i nefarmakologická léčba. Nejvhodnější jsou dlouhodobě působící opioidy nebo opioidy s řízeným uvolňováním. Před užíváním opioidů sestra pacienta upozorní na možná rizika, kterými mohou být fyzická závislost a abstinční příznaky.

Při zhoršení stavu pacienta je vhodné léčbu opioidy zastavit. Na počátku léčby může pacient být spavý. Adjuvantní analgetika je možné užívat současně s opioidy. Díky nim má pacient bolest pod kontrolou a lze snížit podávání opioidů (6). Opioidy se dělí na slabé a silné. Mezi slabé opioidy patří codein a tramadol. Efektivní je podávání slabých opioidů a neopioidních analgetik, např. tramadol a paracetamol. Současné podávání několika slabých opioidů není účelné. Nesprávné je také stálé podávání slabých a silných opioidů současně. Mezi silné opioidy patří morfin, oxycodon, fentanyl nebo buprenorphin. U těchto léků není stanovena maximální dávka na 24 hodin, dávkování se tedy upravuje dle přítomných nežádoucích účinků u pacienta (15).

Opioidní analgetika přináší pacientům velkou úlevu. Nejvhodnější je užívání per os, dále je možná rektální aplikace, místní, subkutánní, intravaskulární a epidurální aplikace. Podání per os je laciné, neinvazivní a zajišťuje stálé tlumení bolesti. Pokud je podání per os neúčinné, je nutné navýšení dávky. Toto užívání má své nevýhody. Mezi ty patří pomalý začátek účinkování, krátké časové rozmezí v dávkování (např. 4 hodiny), které může rušit činnosti pacienta, nejčastěji spánek. Tato analgetika nemůžeme podávat u pacientů s dysfagií, zažívacími potížemi a u pacientů s ordinací „nic per os“. Účinek léku je ovlivněn příjmem stravy a činností trávicího traktu. Podání per rektum je vhodné u pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou přijímat léky per os. Dávka a rychlost účinku jsou odlišné od léku podaného per os, z důvodu neúplného a nepravidelného vstřebávání. Místní podání je ve formě náplastí s fentanylem (Durogesic). Jejich funkce trvá tři dny za podávání kontinuální dávky opiátu. Jsou vhodné pro pacienty se stálými bolestmi, kteří nemohou užívat léky per os. Náplast může podráždit pokožku. U vyhublých pacientů může nastat změna ve vstřebávání. Subkutánní tlumení bolesti je efektivní pouze u pacientů, kteří mají dostatečné místní prokrvení a vstřebávání. Při intravaskulárním podání léku je jeho hladina v krvi stálější. Epidurální podání je umožněno přes zavedený katétr v epidurálním prostoru. Tento způsob léčby velmi snižuje množství opioidů, které zajistí tlumení bolesti dle potřeb pacienta (6).

Při farmakologické léčbě chronické bolesti lékař a sestra podávají lokální anestetika. Používají se ke krátkodobému tlumení bolesti. Patří sem blokáda sympatiku, tedy

aplikace injekce místního anestetika do mimoobratlového sympatického shluku neuronů. Zde se nejspíše vytváří bolestivý vjem. Blokáda sympatiku způsobuje stahy hladkých svalů a zúžení cév. Činnost kosterních svalů a vjemy nejsou utlumeny. Je možné indikovat nervové blokády způsobené aplikací injekce místního anestetika, pro dočasné znecitlivění místa okolo nervu. Když má blokáda nervu očekávaný účinek, je možné podat další injekci pro snížení zánětu. Během dlouhodobé bolesti do bolestivého vjemu zasahuje i centrální nervový systém, poté při blokáde nervu bolest neustupuje. Neurolyza je alkoholová nebo fenolová injekce do svazku trojklanného nervu nebo do prvního bederního obratle. Cílem je omezit funkce nervů na měsíce, i déle (6).

Z důvodu nežádoucích účinků trvá většinou dlouho, než se podaří vyhledat nejvhodnější lék a způsob jeho aplikace. Změna druhu a dávky léku je proto běžná (6).

1.6.2 Invazivní léčba chronické bolesti

Před operační léčbou musí sestra ve spolupráci s lékařem zhodnotit pacientův celkový stav, přínosy a rizika zákroku. Zda směřuje ke zkvalitnění pacientova života (6). Pacient musí být psychicky připraven, být informován ošetřujícím lékařem o možných rizicích zákroku. Před operací musí pacient 6 – 8 hodin lačnit. Půl hodiny před zákrokem sestra pacientovi podá premedikaci, u pacientů, s hrozící tromboembolickou nemocí, sestra aplikuje nízkomolekulární heparin. Bezprostředně před zákrokem musí sestra vyholit a dezinfikovat operační pole (16). Jednou z možných invazivních metod jsou okrajové blokády nervů. To je aplikace analgetika pod kůži nebo intramuskulární proniknutí do míst, kde vzniká bolest. Tuto metodu je možné využít například v léčbě neuralgie trigeminu. Dále se používá centrální blokáda, která spočívá v aplikaci velké dávky místního anestetika s kortikosteroidem nebo opioidy. Jinou možností jsou kombinované metody. Tedy kontinuální metody s využitím epidurálního či subarachnoidálního katetru a současně intermitentní aplikace analgetika do jiného místa, tedy mimo katetr. Popřípadě dvě kontinuální metody využívané současně, tato metoda léčby chronické bolesti se nazývá „Double decker“ (17).

Také je možné použít metodu chordotomie neboli protěti nervů v míše. Tím se přeruší přenos informací do mozku. Touto cestou vede také dráha pro vnímání teploty, proto pacient bude mít porušené vnímání tepla. Další metodou je neurotomie, odstranění okrajových větví lebečních nebo spinálních nervů. Periferní nervy jsou odpovědné za motorické a senzorické funkce. Proto kromě vymizení bolesti nastanou motorické potíže. Léčba bolesti je jen dočasná. Tento výkon je poslední varianta léčby bolesti trojklanného nervu. Poslední metodou je talamotomie, vytvoření poruchy v talamu, ta přeruší spojení mezi páteří a talamem. Tím vymizí vnímání bolesti a teploty na protilehlé straně a pod úrovní poruchy. Nejčastěji se tento výkon provádí při onkologických bolestech. Komplikací této operace je intrakraniální krvácení a infekce. Mohou vzniknout poruchy pohyblivosti, koordinace pohybů a apatie (6). Ihned po invazivním zákroku sestra sleduje pacientovy životní funkce ve stanovených časových rozmezích. Nejčastěji po patnácti a později třiceti minutách. Pacient je uložen na pooperační pokoj do té doby, než nabyde plné vědomí a bude spontánně dýchat. Dýchání může být ovlivněno svalovými relaxancii či opiáty. Pacient, který nemá zavedený permanentní močový katetr, se musí po operačním zákroku vymočít nejméně do 6 - 8 hodin. Stolice by měla odejít během dvou až třech dnů. Důležité je tišení pooperační bolesti, nejčastěji silnými analgetiky nebo opiáty. Aplikují se v rozmezí 4 – 6 hodin. Tekutiny a příjem energie jsou v pooperačním období zajištěny parenterálně. Nemocný má být co nejdříve mobilizován. Měl by provézt několik kroků okolo lůžka. Pokud nemůže chodit, musí procvičovat dolní končetiny v lůžku (16).

1.6.3 Neinvazivní a nefarmakologická léčba chronické bolesti

Sestra v léčbě chronické bolesti může využít fyzioterapii. Léčba teplem zvyšuje rozpínání kolagenu a průtok krve. Zmírňuje zánět a zatuhlost kloubů. Léčba chladem působí zúžení povrchových cév a omezuje tok krve bolestivými oblastmi. Transkutánní elektrická stimulace nervu (TENS) mírní bolesti lumbální páteře a fantomové bolesti končetin zavřením dráhy pro bolest. Tím se změní vjem bolesti pacientem (6). Tato metoda využívá elektrický proud o nízké frekvenci k podráždění nervu (18). Sestra může doporučit i posilování a cvičení pro vrácení síly, délky a napětí svalů (6).

Akupunktura spočívá v zavedení jehel do určitých bodů na těle pacienta, tím se ovlivní proudění síly života pro snížení bolesti. Sestra může využít relaxaci a meditační techniky, během kterých je pacient soustředěn na zvuk, obraz nebo své dýchání. Tím se uklidní a zvýší své soustředění. Pokud se relaxace propojí s plánem léčby bolesti, pomůže to snížit stres, a poté i bolest (6). Psychoterapie je vhodná pro zmírnění vnímání bolesti. V léčbě chronické bolesti není cílem její odstranění, ale cílem je naučit pacienta mít bolest pod kontrolou a naučit se s ní žít. Má pomoci zmírnit stupeň bolesti a zvýšit odolnost vůči bolesti. Je důležité spolu s pacientem přijít na to, co pacient prožívá a dělá před příchodem bolesti, co je její příčinou. Psychoterapie využívá relaxační techniky, biofeedback, imaginativní postupy a kognitivně behaviorální metody. Dále se využívá skupinová psychoterapie. Skupinu tvoří pacienti, trpící chronickou bolestí, kteří nebyli pochopeni okolím. Zde nachází bezpečí a jistotu. Psychoterapeuticky léčený pacient je nemocný, lékaři mu ale z důvodu chudé symptomatologie nevěří. Psychoterapie ho přijímá takového, jaký je. To pacientovi pomůže navrátit sebevědomí. Pokud se pacient se skupinou sžije, bude pravděpodobně jeho léčba úspěšná. Pacient se naučí naslouchat, mlčet, prožít vše, co cítí, porozumět vlastním emocím. Vyřeší se jeho strach, naučí se vyrovnat se se svou nemocí, jejími symptomy a omezením. Pacient je sebejistý a vyrovnaný. Psychoterapie je při zvládání chronické bolesti nepostradatelná. Sestra ji provádí v centrech léčby bolesti, kde lze využít i jiné terapeutické postupy – arteterapii či muzikoterapii. Používá se pouze jako doplňková léčba. Důležité je, aby se sestra vcítala do pacientových pocitů a naslouchala mu (2).

1.7 Terminální stádium

Terminální stádium je doba, při které se pacient vyrovnává s postupujícím zhoršováním svého zdravotního stavu z důvodu progresu vážné chronické nemoci. Tato doba je konečnou prognózou smrtelná. Jako terminální stav mohou být označeny i změny související s vysokým věkem, např. imobilita nebo demence, protože také vedou ke smrtelným komplikacím (19).

Je to patofyziologický děj, poslední část života člověka. Před smrtí nastává zhoršení celkového stavu. Objevuje se vyčerpanost. Ve dne pacient více spí a je odkázán na pomoc druhých. Ztrácí pocit hladu a žízně. Jsou přítomny změny v dýchacím systému, apnoické pauzy a obtížné dýchání z důvodu nahromadění hlenu v dýchacích cestách. Dále jsou přítomny změny funkce ledvin, vzniká oligurie a anurie. Objevuje se typické „špičatění nosu a brady“ neboli facies Hyppokratika a mramorový vzhled kůže. Po diagnostice terminálního stavu je cílem zdravotníků dopřát pacientovi klidnou smrt, léčbu tělesných potíží, snížení duševní tíže a podporu psychologem. Dále zajištění spirituálních potřeb a klidný rozhovor s rodinou. Během terminálního stadia sestra a lékař sledují pacientovy obtíže, kterými mohou být bolest, dušnost, nauzea či strach. Sestra pravidelně podává léky. Vhodná je subkutánní, intravenózní či intramuskulární aplikace. Lze využít i aplikaci do konečníku, pokud pacient netrpí průjemem či hemoragií z konečníku. Je vhodné nepodávat léky, které již nemají pro pacienta význam a zatěžují ho. Dále je možné omezit nebo neprovádět běžné výkony, kterými jsou odběry biologického materiálu nebo měření FF (15).

Umírání neznamena ztrátu důstojnost. Důležité je nezapomínat na komunikaci. Přestože je důstojné jednání s pacientem ve zdravotnictví zakotveno v postupech péče, zdravotník by ho měl mít vžitý již od mládí. Pacienti v terminálním stadiu berou umírání jako důležitou část v jejich životě, protože na jejich život bude hleděno po jejich smrti podle toho, jak z tohoto světa odešli (20).

Za nejúčinnější léčbu lze považovat přítomnost rodiny a zdravotníků. Někdy může pomoci psycholog či duchovní podpora, vyzpovídání. Podávání léků proti úzkosti je vhodná, ale ne nejdůležitější terapie. Péče o pacienta se řídí tím, co je pro něho nyní

efektivní. Není důležité pečovat nejprve o tělesné potíže a dále o duševní či sociální potíže. Různé tělesné potíže během umírání již řešit nelze. Např. ireverzibilní kachektizaci. Pokud pacient před smrtí dosáhne smíření, může být umírání důstojné a lidské (15).

Před smrtí je nutné zabránit sociální smrti. Důležité je smíření se s nemocí. Elisabeth Kübler-Rossová popsala fáze, které prožívá nemocný i jeho rodina. Tyto fáze popisují emoce a psychické reakce na nevléčitelnou nemoc. První fáze se objevuje při diagnostice nemoci. Iniciální (počáteční) šok je reakce na příchod onemocnění, spojená se strachem z bolesti či smrti. Pacient přemýšlí nad tím „Proč zrovna on“. Další fází je popření přítomnosti onemocnění. Pacient je přesvědčen o tom, že se stal omyl, lékaři se spletli. Poté se dostavuje agrese. Je mířena na rodinu, na zdravotníky. Pacient vnímá vše negativně. On je nemocný, jiní jsou zdraví. V této fázi pacient potřebuje od druhých trpělivost. Dále přichází fáze smlouvání, pacient si uvědomuje svůj konec. Přehodnocuje své plány a chce se uzdravit. Hledá zázračné léky, zkouší alternativní postupy, shání léčitele. Smlouvá se sebou samým „Když budu zdravý, udělám...“, „Chtěl bych se dožít ještě...“. Deprese někdy bývá vystřídána štěstím z věcí, které pacientovi dávají naději. Obavy z nepoznaného, z úmrtí, mu berou síly. Poslední fází je smíření nebo rezignace. Tato fáze je závislá na přítomnosti rodiny a zdravotníků. Každá fáze může trvat různě dlouho. Stejně fáze mohou být prožívány opakovaně, některé nemusí proběhnout vůbec (21).

Terminálně nemocní pacienti často přemýšlejí o smyslu svého života. Trápí je neurovnané vztahy v rodině nebo věci, které již neudělají, nezažijí. Smrt se netýká pouze starých lidí, ale i mladých lidí, kteří trpí nevléčitelnou nemocí a vědí, že umírají. V terminálním stadiu pacient ztrácí tělesnou energii (22). Pro umírajícího pacienta je nejvhodnější paliativní péče, která o něho pečuje s respektem a důstojností. Měla by být považována za zákonný nárok pacienta (23). Cílem paliativní péče je tlumit bolest a ostatní příznaky. Pečovat o duševní pohodu pacienta a podporovat jeho rodinu (24). Někdy se můžeme setkat s tím, že lékař terminálnímu pacientovi podá hypnotika, kterými je tlumen až do vlastní smrti. Lékař tím chce pacientovi pomoci od bolesti a trpění. V této situaci pacient ztrácí možnost rozloučit se s rodinou a vyzpovídat se.

Jeho rodina je tím negativně ovlivněna. Lékař by měl rozhodnout, zda toto řešení je poslední možností léčby pacienta (23).

Péče o terminálně nemocného pacienta si žádá skupinový přístup. Mnoho pacientů chce znát pravdu o svém stavu a o době dožití. Před smrtí se pacienti často obrací na víru, přestože dosud nebyli věřící. Terminální stav může být pro pacienty depresivní, protože ubývají na váze, jsou inkontinentní, závislí na pomoci druhých (25). Konec života znamená smrt, ale než k ní dojde, bývá pacient ve velmi těžkém stavu. Pro sestry je pozitivní vděk rodiny pacienta. Je nutné, aby o terminální pacienty bylo pečováno personálem, který je zkušený, pozorný a empatický. Takový personál chápe jejich potřeby a neostýchá se poskytovat péči tváří v tvář smrti. Pacient vyžaduje pomoc nejen biologickou, ale i rovnocennou psychickou, sociální a duchovní. Je nutné podporovat všechny účelné aktivity ve prospěch umírajících (26). Umírající pacient může být zmatený, proto potřebuje jistotu a klidné okolí. Je vhodné, aby o pacienta pečovali stále stejní zdravotníci (24). Samotná smrt má čtyři fáze. Agónie nebo-li předsmrtný stav, je stav, při kterém jsou zachovány základní životní funkce, selhávají některé orgány. Klinická smrt je zástava dechu a oběhu. Činnost mozku je zachována, tento stav je vratný. Biologická smrt je smrt buněk, tudíž nezvratný stav. Smrt mozku je nezvratný zánik buněk v mozku (27).

1.8 Práce sestry na oddělení následné péče v péči o pacienta v terminálním stádiu

Sestra, pečující o terminálně nemocné, by měla mít odborné znalosti zejména z geriatric. Péče na ONP se skládá z lékařské a ošetrovatelské péče, rehabilitace, tělesného a smyslového tréninku a ergoterapie. Sestra připraví každému pacientovi plán pro aktivizaci či rehabilitaci. Nemá tedy být jen odborníkem ve své profesi, ale měla by zvládat nalézat a řešit potíže svých pacientů. Má zvládat péči o pacienty podle stanovených předpisů. Mělo by jí být umožněno celoživotní vzdělávání (28).

1.8.1 Hodnocení a léčba chronické bolesti

Někteří pacienti si myslí, že je jejich bolest způsobena onemocněním, které nelze diagnostikovat. Nebo se obávají, že trpí malignitou. Bojí se, že bolest bude trvalá nebo, že se zhorší (6).

V anamnéze je důležité mít dokumentaci z předchozí léčby pacienta. Sestra zjišťuje charakter bolesti (trvalá, měnící se v čase, bodavá, pálivá), lokalizaci, začátek obtíží, sílu bolesti a její trvání. Dále zjišťuje nynější onemocnění, např. diabetes mellitus, onemocnění srdce či osteoporóza (6).

Vyšetření pacienta slouží k vyloučení organických poruch. Chronická bolest mění pacientovu tělesnou a pocitovou pohodu. Proto je nutné, aby sestra pátrala po psychických problémech a suicidálních sklonech. Pacient s chronickou bolestí často prožívá beznaděj či depresi. Sestra ve spolupráci s lékařem musí vypracovat plán léčby chronické bolesti. Jeho cíle jsou zmírnění bolesti, úzkosti a deprese, podpora rodinných a sociálních vztahů a obnovení funkcí těla. Při léčbě chronické bolesti je důležitá spolupráce pacienta se sestrou. Sestra má pacientovi pomoci docílit stanoveného plánu léčby bolesti (6). Léčba by měla být multidisciplinární. V lékařském týmu má nezastupitelnou roli specializovaný lékař, psycholog, farmakolog či fyzioterapeut. Tito pracovníci navrhnu individuální plán péče, díky kterému pacient dosáhne požadovaných výsledků v relativně krátkém čase (8). Při hodnocení bolesti musí sestra i lékař vycházet z pacientových slov. K tomuto účelu slouží kategoriální nebo analogové škály. Na nich pacient značí sílu a subjektivní vjem bolesti (1). Kategoriální škála má šest stupňů: žádná bolest, mírná bolest, střední bolest, silná bolest, krutá bolest, nesnesitelná bolest. Vizuelní analogová škála je stupnice s počátkem nula, bez bolesti až deset, nejsilnější bolest, kterou si pacient dokáže představit. Podobným způsobem lze během léčby bolesti značit ústup bolesti – žádný ústup, malý ústup, mírný ústup, značný ústup, úplný ústup (29).

Při tlumení bolesti může sestra ve spolupráci s lékařem pomoci tím, že bude pravidelně podávat farmaka, vyslechne pacienta a zapojí ho do ošetrovatelské péče. Doporučí pacientovi vhodné aktivity k odvedení pozornosti, úlevové polohy

a respektuje pacientovy individuální polohy. Může nabízet relaxaci. Sleduje verbální a nonverbální chování pacienta. Zajistí pravidelné návštěvy rodiny (30).

1.8.2 Úkoly sestry v péči o umírajícího na ONP

Sestra musí být empatická, musí chápat potřeby pacienta. K pacientovi se musí chovat profesionálně, nesmí ukrývat bolest a nejistotu. Měla by respektovat přání umírajícího, věnovat mu dostatek času. Měla by vědět, kdy má naslouchat, kdy mluvit a kdy jen mlčet. Má pacientovi pomoci zbavit se strachu, deprese a samoty. U pacienta by měla uchovávat jistotu, sebedůvěru, důstojnost a úctu. Nikdy sestra nesmí brát umírajícímu naději. Přestože pacient umírá, je stále žijící bytostí. Má potřebu být ve společnosti a hovořit s okolím. Někdy hovoří již jen gesty nebo očima. Dotek nebo slova útěchy mohou zmírnit obavy ze samoty ve chvíli vlastní smrti. Umění komunikace s umírajícím pacientem znamená přijetí vlastní smrtelnosti. Pacient by měl ze světa odejít s podporou svého okolí, příbuzných a přátel (31).

Pokud sestra ví, že pacient nechce znát pravdu o svém stavu, měla by pacientovi sdělit milosrdnou lež. Přestože pacient může být apatický či v kómatu, musí o něho sestra pečovat obětavě a laskavě. Měla by mít fyzickou i psychickou odolnost. Při péči o umírajícího pacienta může být sestra ve stresu, proto by měla znát způsoby, kterými lze stres zvládnout. Aby mohla sestra poskytovat odbornou ošetřovatelskou péči, musí hodnotit stav pacienta. Měla by se stále vzdělávat na seminářích či přednáškách. Cílem sesterské péče by měla být spokojenost terminálně nemocného pacienta i jeho nejbližších. Sestra musí pacienta vnímat jako bio – psycho – sociální bytost. Je vhodné pacientovi nechat naději na zlepšení jeho zdravotního stavu, nikdy nesmí sestra odhadovat čas pacientovo přežití (9).

Sestra by měla pečovat o fyzickou, psychickou a sociální stránku pacienta. Měla by k pacientovi přistupovat individuálně a nabízet svou péči, která souvisí s jeho potřebami. Musí se soustředit na specifika nemoci a hodnoty fyziologických funkcí. Měla by se snažit o co nejdelší udržení soběstačnosti u pacienta (32).

U terminálně nemocného pacienta je sestra na úmrtí připravena. Již jejím cílem není vrácení či chránění zdraví, ale pouze se snaží o to, aby pacient netrpěl. Snaží se zachovat kvalitní život. Je vhodné s pacientem prodiskutovat cíle jeho léčby. Sestra se při jejich stanovení vždy řídí přáním pacienta. Sestra a pacient si musí navzájem důvěřovat (15). Sestra má s pacientem často hovořit. Musí poznat, o jakém tématu chce pacient mluvit, věnovat pacientovi čas a zajímat se o něho. Nikdy mu sestra nenutí své názory a myšlenky. Nasloucháním může u pacienta mírnit strach či beznaděj. Sestra nemá během rozhovoru měnit své role, ale má zůstat přirozená. Může pacientovi pomoci tak, že se vcítí do jeho pocitů. Pacient se tak nebude cítit sám (32).

Sestra dokumentuje pacientův popis bolesti a zkušenosti s prostředky tlumící bolest. Dále oblast bolesti, ústup bolesti během její léčby a ze slov pacienta sestra zaznamenává sílu bolesti (32). Umírajícímu pacientovi je nutné dopřát základní životní potřeby. Sestra zajistí péči o tělesný a duševní klid (33). Sestra nikdy nepodceňuje pacientův strach. Často sleduje účinnost analgetik. O všech změnách zdravotního stavu ihned informuje lékaře (27). Vždy musí dbát na prevenci imobilizačního syndromu. Sestra by do péče o pacienta měla zahrnout výměnu lůžkovin, péči o duševní a tělesnou aktivitu pacienta. Má věnovat pozornost péči o dutinu ústní. Hromadí se v ní hleny, bakterie a částičky odloučené sliznice. Dutinu ústní musí čistit alespoň dvakrát denně. Pokud má pacient zubní protézu, musí o ni sestra pečovat vždy po jídle. Sliznici dutiny ústní sestra vytírá heřmánkem nebo tyčinkami s léčivým roztokem (32).

Do ošetrovatelské péče o terminálního pacienta patří péče o výživu a tekutiny, zajištění kvalitního spánku, vhodné polohy a zabránění pádu z lůžka. Sledování močení a zajištění péče o genitálie. Sestra se chová empaticky a respektuje přání pacienta. I když je pacient v bezvědomí, nemluví sestra u lůžka o jeho zdravotním stavu (27).

Sestra by u pacienta měla dbát na prevenci zácpy. Je vhodné pacienta aktivizovat, ale zároveň ho aktivitou nepřetěžovat. Důležitý je dostatečný příjem tekutin a podávání tekuté stravy. Tekutá strava minimálně zatěžuje trávicí trakt, ale nevypadá esteticky a ne vždy je chutná. Proto sestra může doporučit nutriční doplňky stravy, které pacient může pít navíc během hlavních jídel. Zácpu u pacienta mohou také způsobovat užívané léky, opioidy, léky proti zvracení, železo nebo cytostatika. Pokud tyto léky musí pacient

užívat, poté musí lékař současně předepsat projímadla. V prevenci zácpy i během vyprazdňování musí sestra vždy dbát na soukromí pacienta (1).

U pacienta v terminálním stádiu je téměř vždy přítomna dehydratace. Sestra ji může rozpoznat dle suchých rtů a sliznic, zmatenosti, suché kůže nebo zácpy. Pacient většinou ztrácí pocit žízně i hladu. Může trpět psychickými problémy nebo je ovlivněn vedlejšími projevy léčby. Sestra by se měla snažit podávat tekutiny ústy. Množství podaných tekutin musí přizpůsobit celkovému stavu a hmotnosti pacienta. Musí si uvědomit, že pacientovi v terminálním stadiu postačí jeden litr tekutin za den (1).

Sestra pacientovi zajišťuje potřeby změněné nemocí, např. finanční či rodinné problémy a potřeby, které během nemoci vznikly, např. ztráta jistoty a bezpečí. U umírajícího pacienta již není aktuální potřeba seberealizace, ale sestra pacienta ujistí o tom, že v životě mnoho dokázal. Podporuje u pacienta sebeúctu tím, že jí není nepříjemné poskytovat mu potřebnou péči. Respektuje jeho soukromí a postará se o to, aby pacient byl vždy čistý. Projevuje pacientovi porozumění a zajímá se o jeho potíže. Ujistí pacienta, že nebude sám a zajistí tlumení nepříjemných projevů nemoci. Pomůže pacientovi porozumět situaci, ve které se nyní nachází a smířit se s jeho novou rolí. Sestra by si na umírajícího měla udělat čas, naslouchat mu, podpořit ho, tolerovat jeho myšlenky a potřeby, zajistit vhodnou náplň jeho volného času, projevit přátelství a úctu. Měla by pacienta pravdivě informovat o jeho zdravotním stavu. Neměla by pacientovi brát autonomii, potřebu umět organizovat svůj život dle vlastních přání (34).

Sestra spolupracuje s praktickými lékaři, agenturami domácí péče, pracovníky zdravotních a sociálních služeb. Aktivně kontroluje a snaží se řešit příznaky pokročilého onemocnění. Mohou to být dechová nedostatečnost, nespavost, úzkost, deprese či zmatenost (35). Sestra sleduje psychologické odezvy u pacienta, např. stres a strach z budoucnosti. Sleduje psychický stav pacientovi rodiny a orientuje se na potřeby této rodiny. Sestra podporuje emoce příbuzných pacienta (35). Sestra má rodině dopřát rozloučení s pacientem (27). Zajímá se o sociální podmínky a kulturní zvyky pacienta. Měla by respektovat kulturní, jazykové či stravovací odlišnosti pacienta. Pravidelně kontrolovat poskytovanou péči a přizpůsobit ji aktuálnímu, horšícímu se stavu pacienta. Pokud již pacient není schopen komunikovat, řídí se ošetrovatelská péče

dle jeho dříve vyslovených přání. Sestra se, na základě etických kodexů, snaží předcházet etickým problémům. Tedy ukončení léčby u umírajícího pacienta či zahájení resuscitace (35).

I u umírajícího pacienta musí sestra používat prvky rehabilitace. Měla by být zaměřena na posílení hodnotného života, na navrácení samostatnosti při péči o sebe sama, a tím na podporu psychického stavu umírajícího pacienta. Pokud je pacient závislý na péči druhých, má nízké sebevědomí, které může vyústit až v depresi. Pravidelná fyzická aktivita a polohování mají pozitivní vliv na oběhový systém, trávicí a respirační soustavu. Součástí rehabilitace je i snaha navrátit pacienta zpět do rodiny a mezi přátele. Sestra by měla věnovat pozornost únavě u pacienta, proto musí znát její vyvolávající příčiny. Sestra se ptá, jak pacient únavu vnímá a hodnotí ji dle vizáže nemocného a dle stavu vědomí (1).

Sestra by měla být informována o tom, zda je umírající pacient věřící, či nikoli. Pacient v terminálním stadiu chce najít smysl svého života. Uvědomuje si chyby a úspěchy svého života. Touží po odpuštění. Víra umožňuje nemocnému žít v jistotě. Sestra by se měla snažit pacientovi zajistit náboženskou podporu. Měla by s pacientem hovořit o duchovním světě. Ale nesmí mu nutit své myšlenky. Musí být během rozhovoru připravena, že ji pacient může odmítnout (1).

Terminální stav u nemocného s chronickou bolestí může být doprovázen nauzeou či zvracením. Tyto potíže mohou být komplikací např. při užívání opioidů. Sestra a lékař mohou mírnit tyto potíže podáváním lehce stravitelné stravy a zajištěním příjemného okolí během stravování. Sestra dále zajistí, aby se pacientovi během stravování dobře sedělo. Příčinou nevolnosti může být těsný oděv okolo krku nebo okolo břicha, proto sestra pacientovi zajistí volný oblek. Nesmí pacienta k jídlu nutit, respektuje jeho individuální potřeby. Informuje pacienta o tom, že během nauzey nemá jíst svou oblíbenou stravu. V takové situaci si může pacient vypěstovat k této stravě nechuť. V počátcích léčby nauzey a zvracení sestra pacientovi nejprve podává tekutiny lžičkou, později je možné přistoupit k podávání tuhé stravy. Pacient by měl dostávat malé porce stravy 6krát – 8krát za den. Sestra by měla ponechat pacientovi dostatek času během

stravování. Po jídle sestra doporučí pacientovi krátký odpočinek, přispěje tak ke snadnějšímu trávení (1).

Obtěžujícím symptomem může u terminálně nemocného pacienta být průjem. Průjem může vzniknout na podkladě infekce, výživy podávané do sondy nebo ve formě sippingu, či krvácením do zažívacího traktu (meléna). Sestra se ve spolupráci s lékařem postará o úpravu medikamentózní léčby. Pokud pacient užívá projímadla, je vhodné je na několik dní vysadit. Průjem může způsobit i užívání hořčiku a sorbitolu. Sestra může pacientovi doporučit změnu stravovacích návyků. Pacient by měl omezit především perlivé nápoje, černou kávu, alkohol, kořeněnou a tučnou stravu a několik dní by neměl přijímat mléčné výrobky. Sestra musí zajistit adekvátní hydrataci, přednostně podává tekutiny perorálně. Pokud perorální příjem nestačí, musí sestra ve spolupráci s lékařem přistoupit k parenterálnímu zavodnění. Sestra musí pravidelně pečovat o okolí konečníku mastí (15).

Sestra by se měla věnovat péči o chronické rány. Mohou jimi být bércové vředy, defekty vzniklé v závislosti na diabetu nebo dekubity. Tyto rány se velmi dlouho hojí, jsou typické hnisající sekrecí, zápachem a bolestí. Sestra by měla svou intenzivní péči zabránit rozšíření infekce do okolí, krvácení a vzniku píštělí či gangrény. Sestra u terminálního pacienta používá vlhké hojení. Nejprve sestra a lékař z rány odstraní odumřelé tkáně, omyjí defekt fyziologickým roztokem a sestra nanese enzymatickou mast. Dále sestra bojuje proti infekci. Může použít roztok Betadine nebo Prontosan, antibiotické masti, gely a aktivní stříbro, např. Actisorb. Po této fázi sestra napomáhá granulaci a epitelizaci. Ve spolupráci s lékařem sestra zajistí pobyt v hyperbarické komoře, podává vazodilatancia a výživové doplňky. Až začne pokožka epitelizovat, pečuje sestra o okolí rány krémy s obsahem zinku. Přímo na defekt sestra aplikuje Framykoin nebo Panthenol. Jako podpůrnou léčbu sestra použije sterilní mul a kompresivní bandáže (15).

Sestra se při péči o terminálně nemocného vždy musí řídit právy pacientů a Chartou umírajících. Charta umírajících vymezuje předpisy paliativní péče. Sestra by se měla chovat jako pacientův partner (1).

Sestra se u umírajícího pacienta může setkat se stomiemi. Nejčastěji sestra pečuje o kolostomie, ileostomie, tracheostomie a urostomie. Stomie mají u terminálně nemocných pacientů mnoho příčin, nejčastěji jsou jimi úrazy, nádory a záněty. Sestra si pro péči o kolostomii připraví jednodílné nebo dvoudílné sáčky, krémy a pomůcky k očištění okolí stomie, rukavice, nůžky k vystřížení správné velikosti otvoru v sáčku a gázu. Snaží se předejít možným komplikacím, kterými mohou být krvácení, zánět, nekróza či ischemie stomie. Sestra při výměně sáčku nejprve odstraní použitý sáček, omyje okolí stomie teplou vodou a roztokem pro čištění. Poté okolí stomie odmastí, potře ochranným krémem, adhezivní pastou a přiloží nový sáček (1).

Tracheostomii sestra ošetřuje nejprve ochrannou pastou, poté společně s lékařem zavede tracheostomickou kanylu. Dle potřeby pacienta musí sestra během dne odsávat sekret sterilní odsávací cévkou. Ke snadnějšímu odstranění hlenu sestra může tracheostomii proplachovat fyziologickým roztokem a mukolytiky, pro jednodušší odkašlávání sestra podává inhalaci. Nebulizací sestra zabrání vysychání tracheostomatu (15).

Při ošetřování urostomie sestra pečuje o epicystostomii, ureterostomii, nefrostomii a urocystostomii, tedy trvalé vyústění močového měchýře. Okolí stomie sestra oplachuje vodou, pokud okolí stomatu hnisá, musí jej sestra omývat dezinfekčním roztokem. Klidné okolí stomie sestra ošetřuje zinkovou nebo ochrannou masťou. V případě dočasné stomie je zavedena cévka napojená na sběrný sáček. Z trvalé urocystostomie odtéká moč do výpustného sáčku, přilepeného na břišní stěnu. Sáček sestra mění po třech až pěti dnech. Urostomii sestra ošetřuje totožně jako kolostomii (15).

Dalším z příznaků u pacienta v terminálním stádiu může být dušnost. Bývá přítomna až u 50 – 80% umírajících. Dušnost se dělí na akutní, chronickou a dále na klidovou a námahovou. Mezi nejčastější původ dušnosti patří ucpání dýchacích cest nádorovými buňkami, pleurální výpotek, plicní metastázy, které snižují plicní parenchym, dále anémie a vyčerpanost dýchacích svalů z důvodu podvýživy. Sestra u pacienta mírní dušnost rehabilitací a podporou psychického stavu. Je možné pacientovi podat anxiolytika a antidepresiva. Rehabilitace slouží k předcházení tromboembolické

nemoci, hypostatické pneumonie a ke snazšímu odkašlávání hlenů. Mírní atrofii dýchacích svalů a může mít pro pacienta relaxační smysl. Sestra ve spolupráci s lékařem podává dušnému pacientovi kyslík, ten působí zmírnění vnímání nedostatku kyslíku. Při dlouhotrvající oxygenoterapii ale může u pacienta vzniknout psychická závislost na kyslíku. Další možností zlepšení dýchání je otevření okna nebo provlhčení vzduchu v místnosti (15).

Velice důležitá je u terminálně nemocných hygiena. Je důležitá ze zdravotního hlediska, tedy péče o pokožku, která může být přecitlivělá, nedostatečně prokrvená a náchylná k zánětům. Z estetického hlediska je důležité, aby pacient měl pocit, že je umytý a z psychického hlediska hygiena přináší pocit klidu. Sestra během hygieny musí chránit intimitu pacienta. Hygienu celého těla sestra provádí minimálně jedenkrát za týden. Během celkové hygieny sestra umyje pacientovi tělo, vlasy a ostříhá nehty (32).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit přínos ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou bolestí v paliativní péči na ONP
- 2) Zmapovat postoje sester k pacientům v terminálním stádiu
- 3) Zmapovat používané ošetrovatelské postupy k tišení bolesti u umírajících pacientů
- 4) Zjistit vědomosti sester o současné léčbě bolesti v paliativní péči

2.2 Výzkumné otázky práce

- 1) Jaký je přínos ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou bolestí v paliativní péči na ONP?
- 2) Jaké jsou postoje sester k pacientům v terminálním stádiu?
- 3) Jaké ošetrovatelské postupy sestry používají u umírajících pacientů k tišení bolesti?
- 4) Jaké vědomosti mají sestry o současné léčbě bolesti v paliativní péči?

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro zpracování teoretické části bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda sběru dat formou hloubkového rozhovoru. Hloubkový rozhovor je nestandardizované tázání respondenta jedním tazatelem souborem otevřených otázek (36). Rozhovor byl zaměřen na sestry pracující na Odděleních následné péče Nemocnice České Budějovice a. s. a obsahoval 17 otázek. V úvodu byly uvedeny identifikační otázky a dále následovaly otevřené otázky. Bylo provedeno 10 rozhovorů, z nichž byly 2 vyřazeny pro nedostatek informací. Záznam rozhovorů byl prováděn písemně, a poté byly rozhovory doslova přepsány. Se záznamem na diktafon většina sester nesouhlasila. Sestry byly informovány o anonymitě rozhovorů a o použití rozhovoru pouze pro účely výzkumného šetření v bakalářské práci, ve výzkumu jsou uvedeny pouze tyto identifikační údaje: věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na ONP i jiných odděleních. Sestry s rozhovorem souhlasily. Výzkumné šetření se uskutečnilo v měsíci březnu 2013, s telefonickým svolením hlavní sestry Nemocnice České Budějovice a. s.

Všechny rozhovory byly přepsány a vytištěny. Následně byly kódovány metodou tužka a papír do kategorií a podkategorií (36). Kategorie a podkategorie byly vytvořeny na základě zhodnocení nejdůležitějších informací v rozhovorech. Do podkategorií byla dále zařazena všechna tvrzení sester, týkající se dané problematiky. Kategorie jsou popsány v příloze č. 2 – Seznam kódů. V rozhovorech byla barevně označena slova, kterými sestry nejčastěji charakterizovaly otázku. Rozhovory jsou v příloze na CD.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na Odděleních následné péče v Nemocnici České Budějovice a. s. Sestry musely znát problematiku tíšení chronické bolesti a problematiku péče o pacienty v terminálním stádiu. Sestry nesouhlasily během

rozhovorů s použitím diktafonu, proto byl proveden písemný záznam jednotlivých rozhovorů. Identifikační údaje sester jsou uvedeny v tabulce 1.

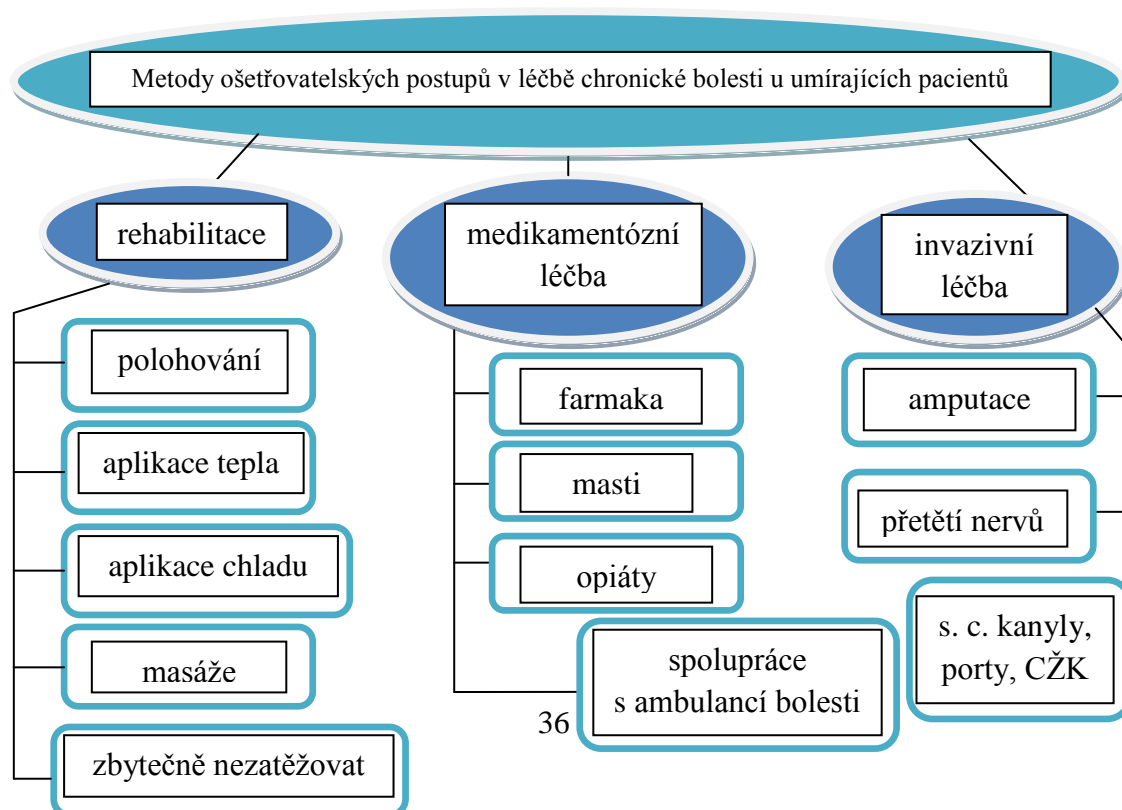
Tabulka 1. Identifikační údaje sester

Respondentky	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Sestra 1	51 let	Specializace v geriatrici	ONP 8 let, 20let ve zdravotnictví
Sestra 2	26 let	Bc. - VS	ONP 4 roky
Sestra 3	40 let	SZŠ - VS	ONP 6 let, 6 let ve zdravotnictví
Sestra 4	51 let	Bc. - VS	ONP 15 let, 32 let ve zdravotnictví
Sestra 5	30 let	Mgr.	ONP 1 rok, 5 let ve zdravotnictví
Sestra 6	40 let	SZŠ - VS	ONP 7 let, 21 let ve zdravotnictví
Sestra 7	33 let	SZŠ - VS	ONP 5 let, 13 let ve zdravotnictví
Sestra 8	45 let	Specializace v geriatrici	ONP 12 let, 26 let ve zdravotnictví

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků ve schématech

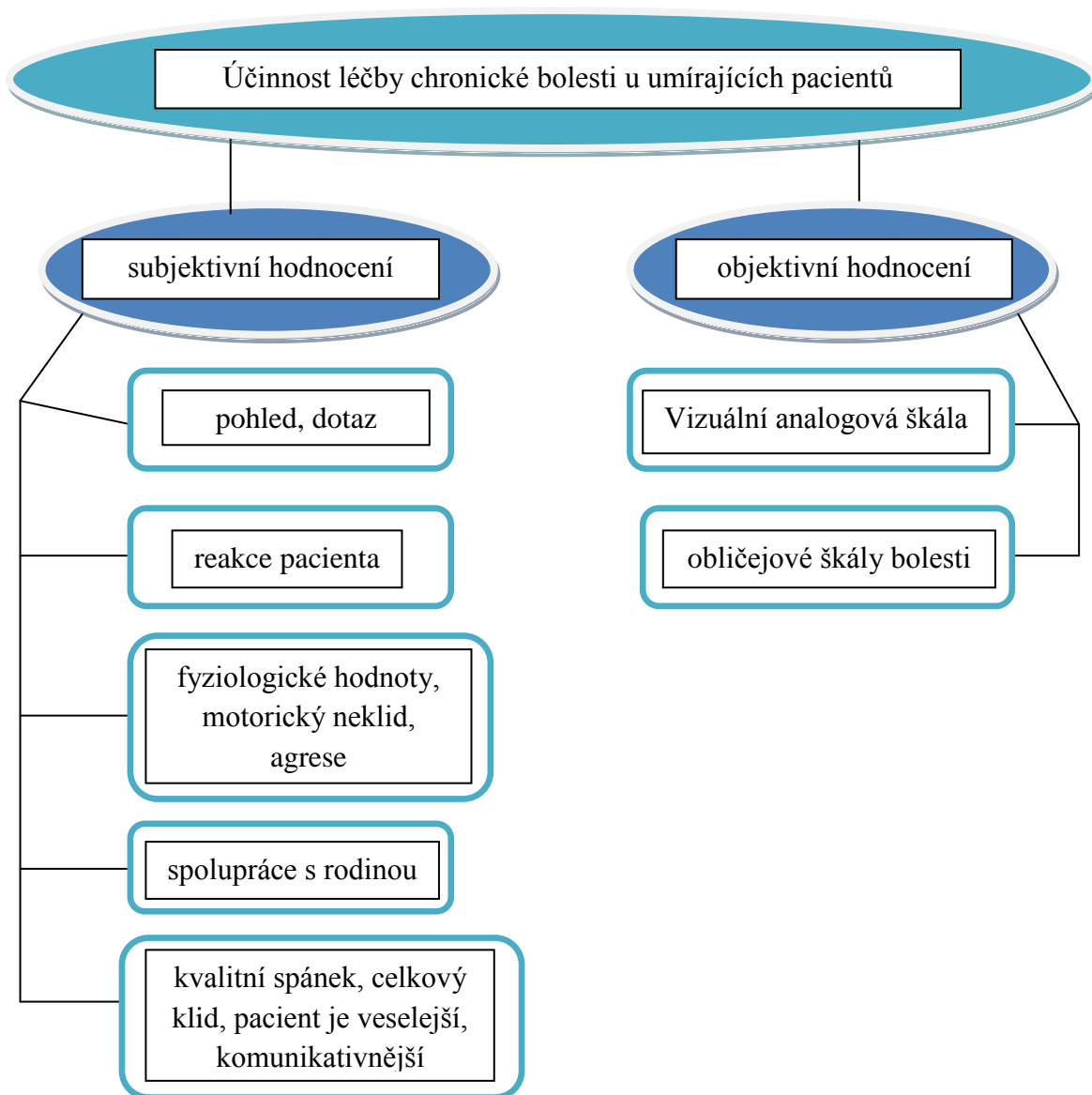
4.1.1 Schéma 1: Metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů



Kategorie Metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů, byla zaměřena na sestrami nejčastěji používané ošetrovatelské postupy pro tišení bolesti u umírajících pacientů. Do této kategorie patří tři podkategorie: „*Rehabilitace*“, „*Medikamentózní léčba*“ a „*Chirurgický zákrok*“. Tyto údaje jsou uvedeny ve schématu 1.

Znalosti většiny sester byly vynikající. Z rozhovorů je zřejmé, že některé sestry by pacientům rády věnovaly více času a možností, ale není to v jejich silách. Každá sestra odpověděla trochu rozdílně, ale v základních metodách se všechny sestry shodly. S1 řekla: „*Já používám polohování, rehabilitaci, fyzikální léčbu, léčbu teplem, Lavaterm a aplikaci mastí*“. S2 používá nejčastěji tyto metody: „*aplikaci tepla, chladu, polohování, podkládání bolavých končetin, rozhovor a odvádění pozornosti*“. S3 odpověděla těmito slovy: „*Používám úlevové polohy a snažím se s pacientem zbytečně nemanipulovat*“. S4 uvedla tyto používané metody: „*polohování, odpoutání pozornosti a časté návštěvy rodiny*“. S5 zná tyto nejčastěji používané metody: „*polohování, aplikaci tepla a chladu, odvedení pozornosti, vyslechnutí pacienta a spolupráci s rodinou*“. S6 používá nejčastěji tyto ošetrovatelské postupy: „*úlevové polohy, masáže, psychologický přístup a rozhovor*“. S7 se k této kategorii vyjádřila takto: „*Nejčastěji používám úlevové polohy, aplikaci tepla a chladu a snažím se s pacienty více komunikovat*“. S8 používá k tlumení chronické bolesti: „*úlevové polohy, aplikaci tepla a chladu*“.

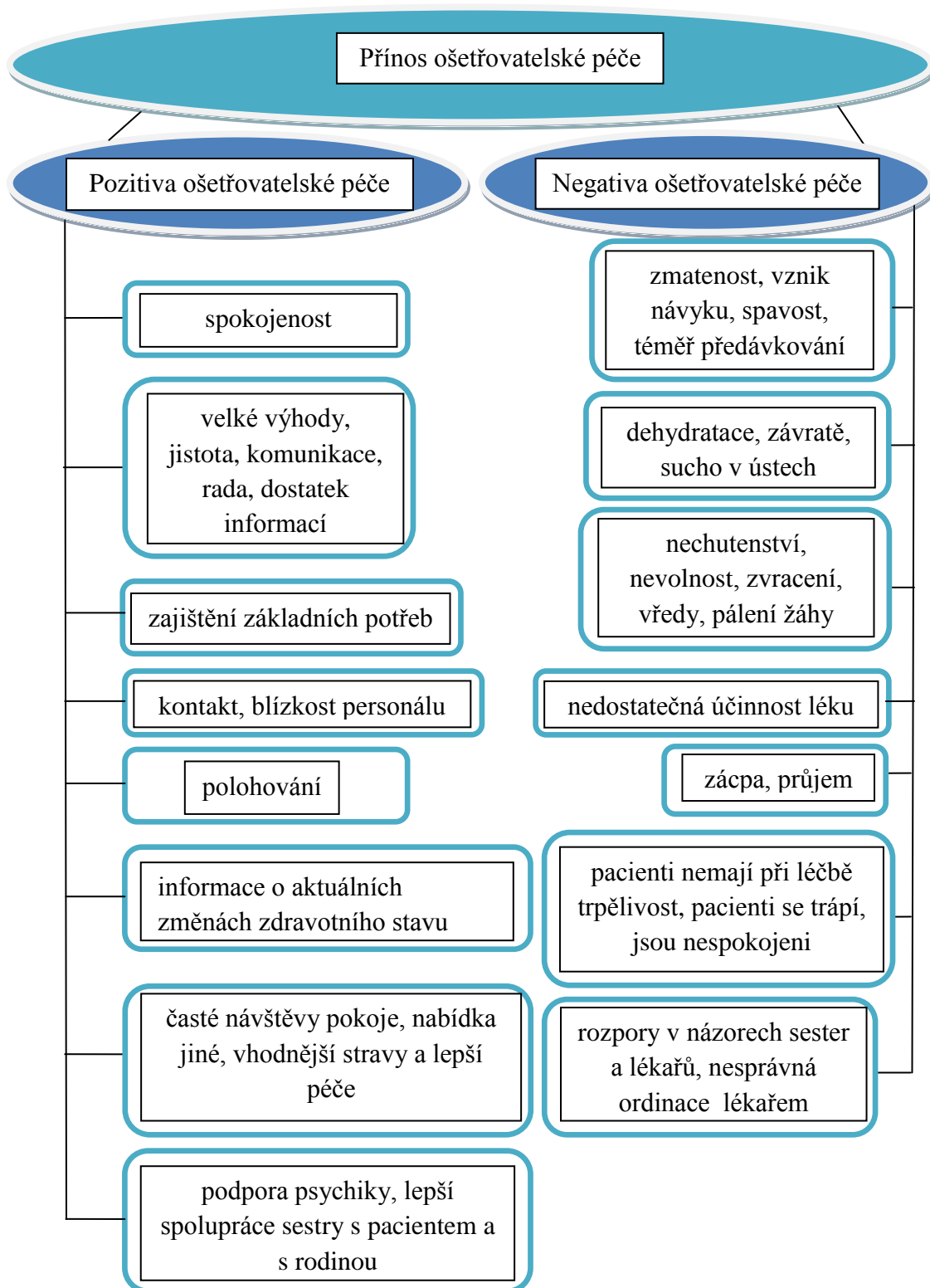
4.1.2 Schéma 2: Účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů



Druhá kategorie nese název Účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů. Tato kategorie má dvě podkategorie „*Subjektivní hodnocení*“ a „*Objektivní hodnocení*“. Obsahuje všechny metody a postupy, kterými sestry sledují, zda aplikovaná léčba byla účinná. Tyto informace jsou znázorněné ve schématu 2.

Všechny sestry se shodly na tom, že i umírající pacient je schopen projevit svou bolest. S1 uvedla, že účinnost léčby chronické bolesti sleduje: „*pohledem, u komunikujícího pacienta dotazem, sleduji pacientovy reakce při manipulaci. Ústup bolesti hodnotím na VAS nebo s pomocí obličejové škály bolesti*“. S2 sleduje účinnost léčby takto: „*rozhovorem a z reakcí pacienta. Ústup bolesti zaznamenávám do VAS*“. S3 odpověděla těmito slovy: „*Účinnost léčby sleduji dle grimas pacienta, kontroluji ho po 2 hodinách a sílu bolesti zaznamenávám do VAS*“. S4 hodnotí ústup chronické bolesti: „*pohledem, z výrazu pacientovy tváře, někdy je užitečná spolupráce s rodinou. Účinnost hodnotím na VAS*“. S5 uvedla tyto metody sledování ústupu chronické bolesti: „*dotazem, pohledem na pacienta, dle grimas a fyziologických hodnot, také dle motorického neklidu a agrese*“. S6 zná tyto metody sledování účinnosti léčby chronické bolesti: „*dle pacientovy mimiky, kvalitního spánku a jeho celkového klidu. Pokud podané léky správně účinkují, pacient je veselejší a komunikativnější*“. S7 uvedla, že účinnost léčby chronické bolesti: „*pozná pohledem nebo pacienti nařikají během pohybu – manipulace*“. S8 sleduje účinnost léčby a ústup chronické bolesti těmito metodami: „*Sleduji grimasy při manipulaci s pacientem, nařikání a ústup zaznamenávám na VAS*“.

4.1.3 Schéma 3: Přínos ošetrovatelské péče



Třetí kategorie je věnována Přínosu ošetrovatelské péče. Během analýzy rozhovorů vznikly dvě podkategorie, které definují „*Pozitiva ošetrovatelské péče*“ a „*Negativa ošetrovatelské péče*“. Tato data jsou popsána ve schématu 3.

Dotazované sestry měly v této kategorii široké znalosti. Z výzkumu bylo zjištěno, že převažují spíše negativa ošetrovatelské péče, tedy vedlejší účinky léčby chronické bolesti. Mezi pozitiva dotazované sestry uvedly následující informace. Na otázku jak úspěšné je tišení bolesti S1 odpověděla: „*Úspěšné je, pacienti jsou spokojeni*“. A dále S1 uvedla, že „*ošetrovatelská péče přináší pacientům velké výhody, tedy jistotu, komunikaci, radu zkušeného zdravotníka a dostatek informací*“. S2 odpověděla, že „*někteří pacienti jsou spokojeni*“ a jako výhody ošetrovatelské péče zařadila „*zajištění základních potřeb, hygieny, stravy a běžných denních potřeb*“. S3 uvedla tyto výhody ošetrovatelské péče pro pacienta: „*Velké, hlavně zajištění základních potřeb a kontakt, snažím se o časté návštěvy pokoje, snažím se nabízet jinou, vhodnější stravu a lepší péči*“. S4 se k otázce úspěšnosti tišení bolesti vyjádřila takto: „*Snažím se, aby pacient byl spokojený, dle potřeby se léčba mění. Monitoruji bolest po hodině, ze slov pacienta poznám, zda je bolest zmírněná*“. Jako výhody ošetrovatelské péče pro pacienta S4 uvedla: „*Výhody přináší, bolest je omezující, ošetrovatelská péče usnadňuje sebekéči, přináší jistotu, bezpečí a spolupráci s rodinou*“. S5 úspěšnost tišení bolesti charakterizovala takto: „*Bolest ustupuje, většinou jsou pacienti spokojeni*“. Na otázku výhod ošetrovatelské péče S5 odpověděla: „*Blízkost personálu, nové informace pro lékaře a uspokojení potřeb*“. S6 řekla, že „*sestra bolest pozná při manipulaci*“. A zná tyto výhody ošetrovatelské péče: „*Podpora psychiky, komunikace, lepší spolupráce sestry s pacientem a s rodinou, čistota, klid a kontakt, chycení za ruku*“. S7 uvedla k úspěšnosti léčby chronické bolesti toto: „*Myslím si, že léčba je u nás nastavena dobře*“. A výhody ošetrovatelské péče definovala takto: „*uspokojování základních potřeb, kontakt s personálem, polohování nebo pomoc při sebeobsluze*“. S8 vyjádřila svůj názor na výhody ošetrovatelské péče těmito slovy: „*Záleží na úrovni poskytované péče. Je důležité projevovat empatii a s pacienty hodně komunikovat. Přináší aktuální změny zdravotního stavu konkrétního pacienta*“.

Do negativ byly během analýzy rozhovorů zařazeny vedlejší účinky léčby chronické bolesti, potíže, které sestřám činí péče o terminálně nemocného pacienta a neúspěšnost při tišení chronické bolesti. S1 uvedla tyto informace: „*Nejčastěji se objevují nevolnost, zmatenost, neklid, nechutenství a s ním související dehydratace, závratě a sucho v ústech*“. S2 charakterizovala nespokojenost pacientů s léčbou chronické bolesti takto: „*Někteří pacienti si myslí, že je zdravotnictví všemohoucí, nemají při léčbě trpělivost*“. Mezi vedlejší účinky léčby uvedla S2: „*Nejčastěji se vyskytuje nevolnost, zvracení a zmatenost*“. S3 vyjádřila svůj názor na úspěšnost tišení bolesti: „*Myslím si, že by to v dnešní době mělo být na vyšší úrovni, pacient by neměl mít bolest, sestra a lékař mají jinou představu o léčbě chronické bolesti*“. Do vedlejších účinků léčby bolesti zařadila S3: „*nauzeu, zvracení a zmatenost*“. Péče o umírajícího pacienta S3 přináší: „*lítost*“. S4 vidí vedlejší účinky léčby chronické bolesti takto: „*Nejčastěji jsou přítomny zažívací potíže a změny vědomí*“. Na otázku, jaké potíže Vám činí péče o terminálně nemocného pacienta, trpícího chronickou bolestí, odpověděla S4: „*Je mi jich líto*“. S5 vidí v léčbě bolesti neúspěšnost: „*Neklidní pacienti si stěžují, u těch se mění léčba po domluvě s lékařem*“. Mezi vedlejší účinky léčby, které S5 pozoruje, patří: „*Nevolnost, zvracení, zmatenost, útlum*“. Tyto potíže přináší péče o terminálně nemocného pacienta S5: „*Je pro mě složité předávat věci pozůstalým, některé pacienty si беру více osobně*“. S6 zná tyto vedlejší účinky při léčbě chronické bolesti. „*Vedlejší účinky při užívání Tramalu mohou být vředy, pálení žáhy, nauzea, zvracení. Morfin způsobuje spavost a zácpu*“. S7 vidí neúspěšnost tišení chronické bolesti v těchto potížích: „*Pacienti jsou zvyklí na vysoké dávky analgetik, které vyžadují i v nemocnici. Úspěšnost léčby je rozdílná dle individuálního prahu bolesti*“. Vedlejší účinky vyjmenovala S7 tyto: „*Pacienti bývají téměř předávkovaní, objevuje se zmatenost, nevolnost, průjem nebo nedostatečná účinnost léku. Vždy očekávají úplné odstranění bolesti*“. S8 zařadila do neúspěšnosti léčby bolesti tato fakta: „*Pacienti jsou nespokojeni, většinou já jako sestra bojuji s lékaři. Protože lékaři neumí léky správně ordinovat. Nejprve ordinují např. Tramal a po přemlouvání naordinují Morfin. Pacient se trápí. Sestry i lékaři si léčbu představují jinak*“. S8 sleduje tyto vedlejší účinky léčby bolesti: „*Nejčastěji se objevuje zmatenost, zácpa, vznik návyku, zvracení, nauzea a nechutenství*“.

Kategorie Postoje sester je uvedena ve schématech 4a - 4d a popis kategorií je uveden za posledním schématem.

4.1.4 Schéma 4a: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Důvěra a nedůvěra sester ve schopnost projevit bolest

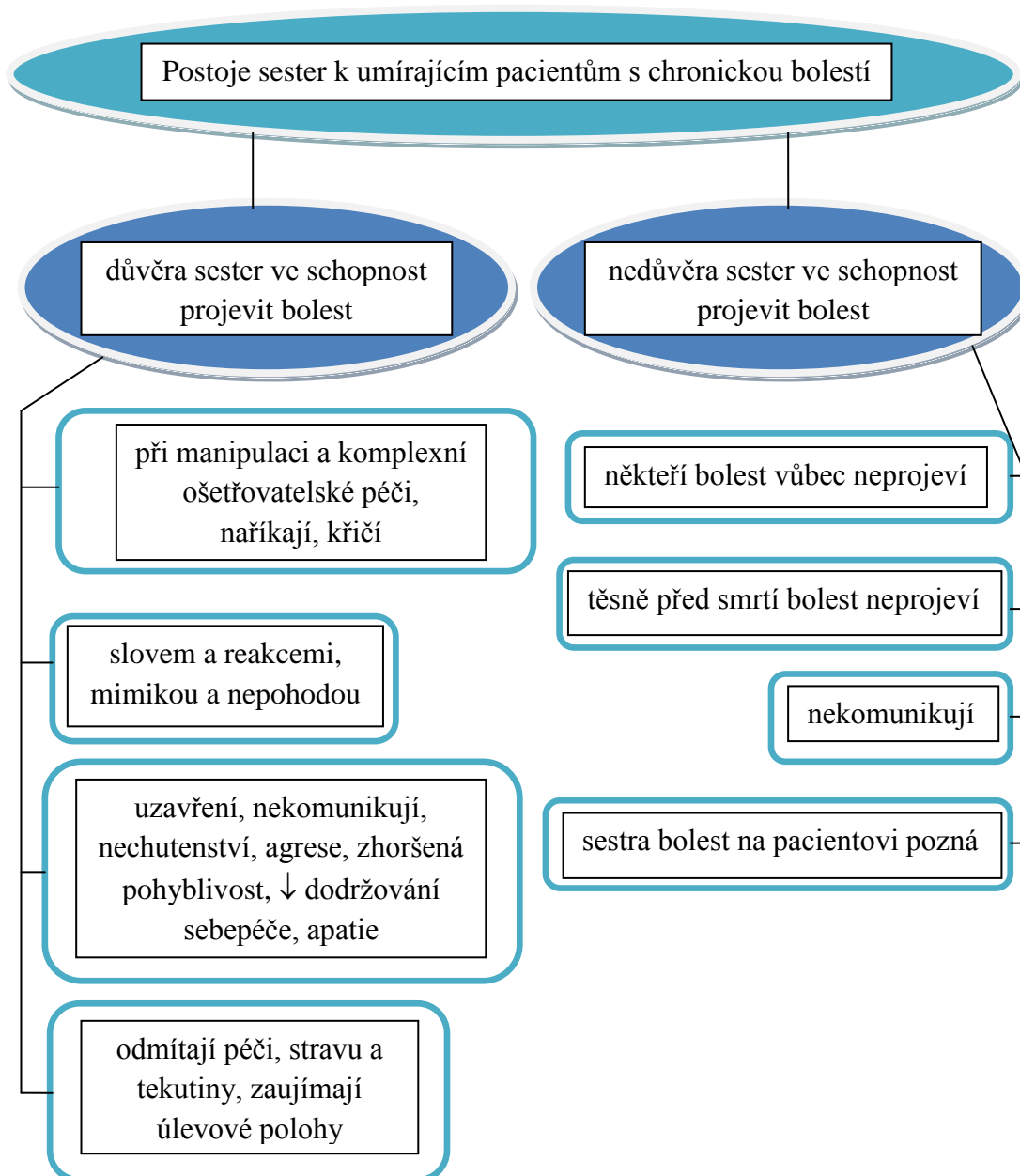
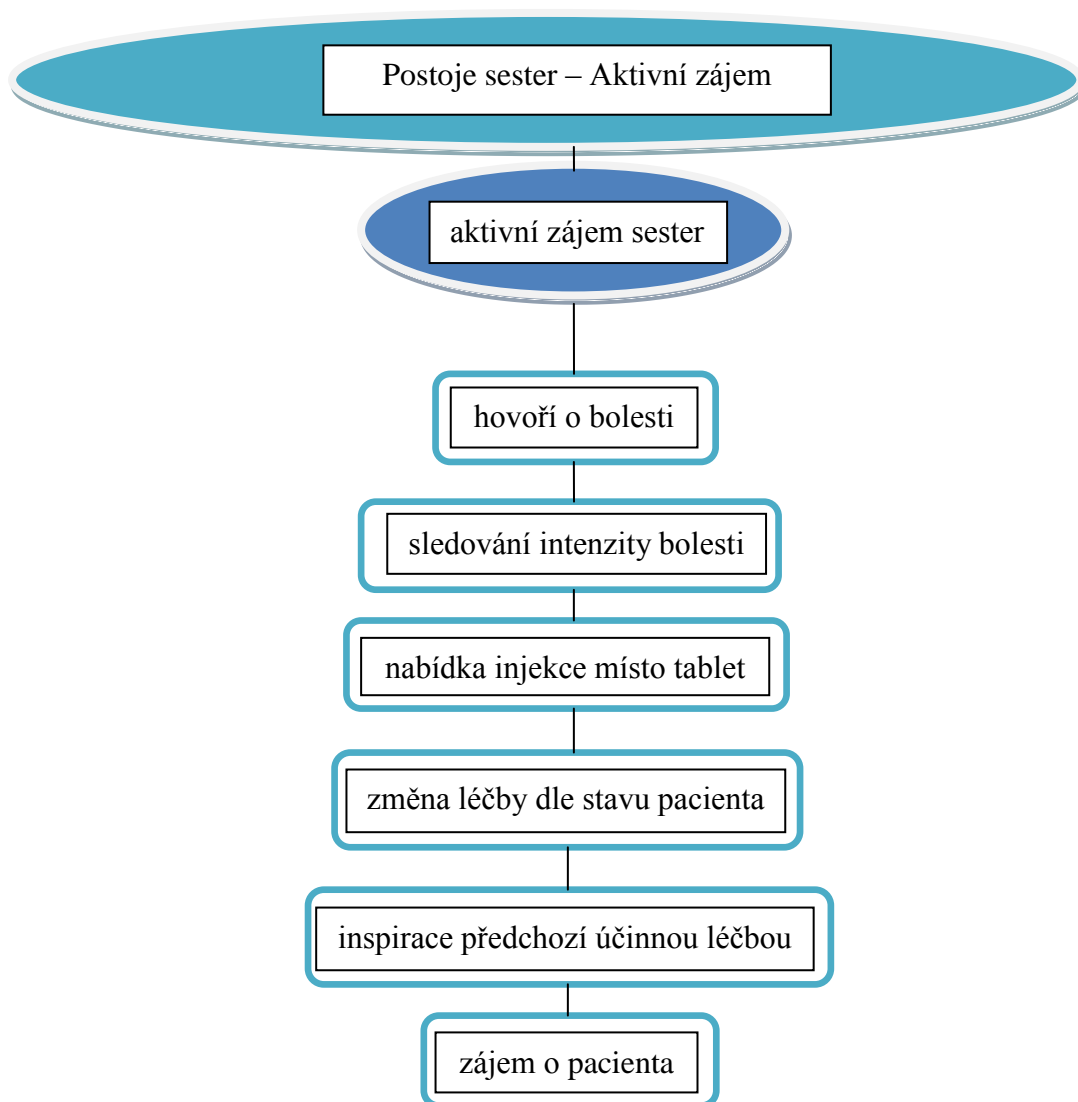


Schéma 4b: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Aktivní zájem



**Schéma 4c: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí –
Komunikace s umírajícím**

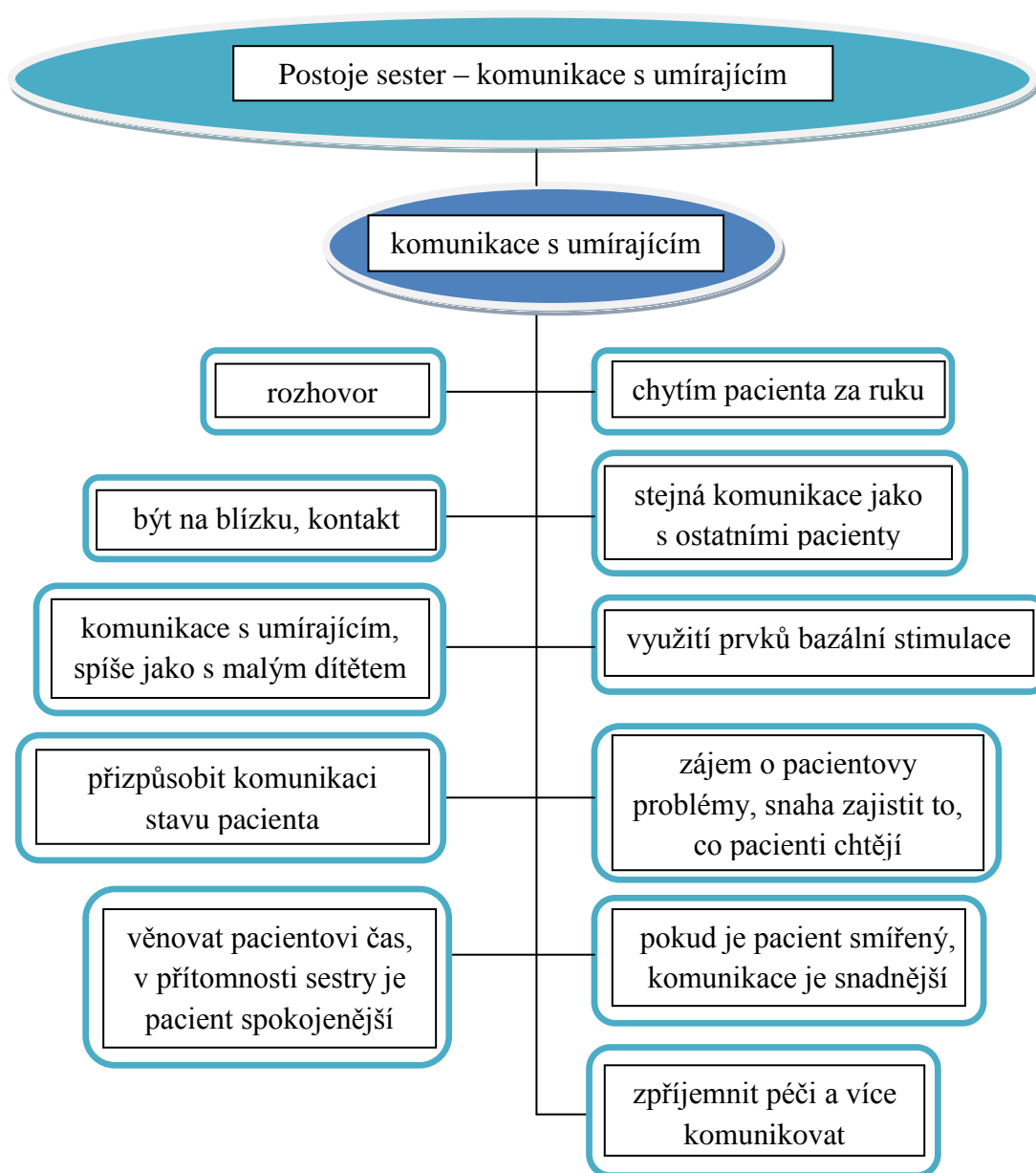
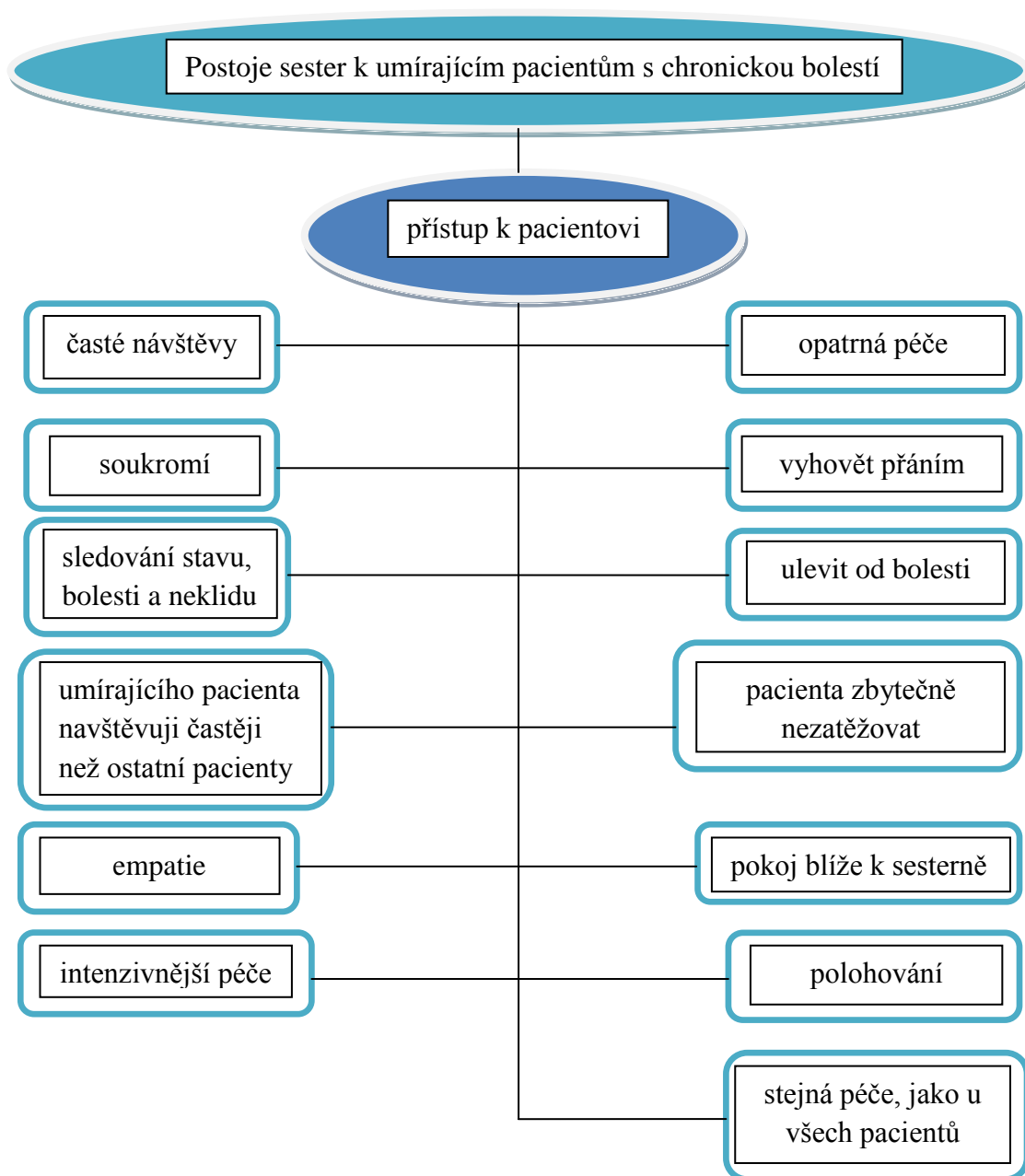


Schéma 4d: Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí – Přístup k pacientovi



Kategorie Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí je věnována aktivitám sester při péči o umírající pacienty s chronickou bolestí. Je nejobsáhlejší a má pět podkategorií. „*Důvěra sester ve schopnost projevit bolest*“, „*Nedůvěra sester ve schopnost projevit bolest*“, „*Aktivní zájem sester*“, „*Přístup k pacientovi*“ a „*Komunikace*“. Informace k těmto podkategoriím jsou popsány ve schématech 4a, 4b, 4c a 4d.

Sestry se v odpovědích, týkajících se této kategorie, většinou shodly. S1 odpověděla na otázku, do jaké míry je pacient v terminálním stadiu schopen projevit svou bolest: „*Někteří bolest projevují při manipulaci a při komplexní ošetrovatelské péči. Nařikají, křičí*“. S2 si u pacientů všímá nejčastěji těchto reakcí: „*Je to individuální, nejčastěji bolest projevují slovem a reakcemi*“. S3 pozoruje tyto projevy pacientů, trpících chronickou bolestí: „*I umírající pacienti projevují svou bolest, při pohybu projevují bolestivé vzdechy a grimasy. Bolest na pacientovi poznám*“. S4 zná tyto projevy: „*Bolest vyjadřují mimikou a nepohodou*“. S5 charakterizuje projevy bolesti u pacientů takto: „*Individuálně, někteří pacienti až do smrti mluví*“. Názor S6 zní takto: „*Někdo trpí nechutenstvím, je agresivní nebo se u něho objevuje zhoršená pohyblivost, snížené dodržování sebepéče a apatie*“. S7 definuje projevy bolesti u umírajících pacientů: „*Pacienti nařikají, hlavně při manipulaci. Odmítají péči, odmítají stravu a tekutiny. Snaží se zaujímat úlevové polohy*“. S8 odpověděla: „*Je to velice individuální. Někteří bolest projevují slovem nebo bolestivými grimasami*“.

Nedůvěra sester ve schopnost projevit bolest byla charakterizována S1 „*Někteří bolest neprojeví*“. S2 odpověděla takto: „*Někteří ji vůbec neprojevují*“. S3 se k této kategorii nevyjádřila. S4 řekla: „*Těsně před smrtí většinou bolest neprojevují*“. S5 pozoruje, že: „*Někteří nekomunikují*“. S6 tvrdí: „*Někdo je uzavřený a nekomunikuje*“. S7 tyto informace nezpozorovala. S8 odpověděla: „*Je to velice individuální, někteří pacienti nekomunikují nijak, ani při manipulaci*“.

Na otázku, hovoříte s pacienty o jejich bolesti? Znáte jejich názor na léčbu bolesti S1 odpověděla: „*Ano, hovořím. Sleduji intenzitu, charakter, lokalizaci bolesti. Dle těchto informací se mění léčba. Informace zaznamenávám do ošetrovatelské dokumentace. Lékaři vždy znají odezvu na podané léky*“. S2 svůj zájem o pacientovu

aktuální bolest popsala: „*Hovořím s pacienty o bolesti, většinou léčba neprobíhá zcela dle jejich představ, někteří pacienti mají ale nereálné představy*“. S3 se pacientům s chronickou bolestí snaží vyjít vstříc: „*Nabízím injekce místo tablet, léčba se přizpůsobuje stavu pacienta*“. S4 má ohledně bolesti tyto informace: „*Ptám se na bolest. Někdo o bolesti nechce mluvit. O léčbu se zajímá spíše rodina, než pacient sám. Pacienti jsou smíření, nemají sílu, vzdávají se*“. S5 nabízí pacientům tyto možnosti: „*Ano, hovořím o bolesti. Ptám se, co by si pacient přál, ale rozhodne lékař. Snažím se vyjít vstříc*“. S6 svůj zájem o bolest pacienta charakterizovala: „*Ptám se na intenzitu bolesti. Pacienti vyžadují léky, někteří mají o léčbě zkreslené představy. Čekají, že lék začne působit ihned. Někteří pacienti zvoní každých pět minut. Záleží na toleranci a aktuální síle bolesti*“. S7 zjistila od pacientů, trpících chronickou bolestí, tyto informace: „*S pacienty o bolesti hovořím, pacient si většinou řekne o injekci. Jejich názory a spokojenost jsou individuální, každý si představuje něco jiného. Ale vždy očekávají úplné odstranění bolesti*“. S8 se taktéž zajímá o informace ohledně bolesti u umírajících pacientů: „*Hovořím o bolesti, ptám se, jak to bolí. Inspiruji se tím, jaké léky pacient dostával jinde, a které mu pomáhaly*“.

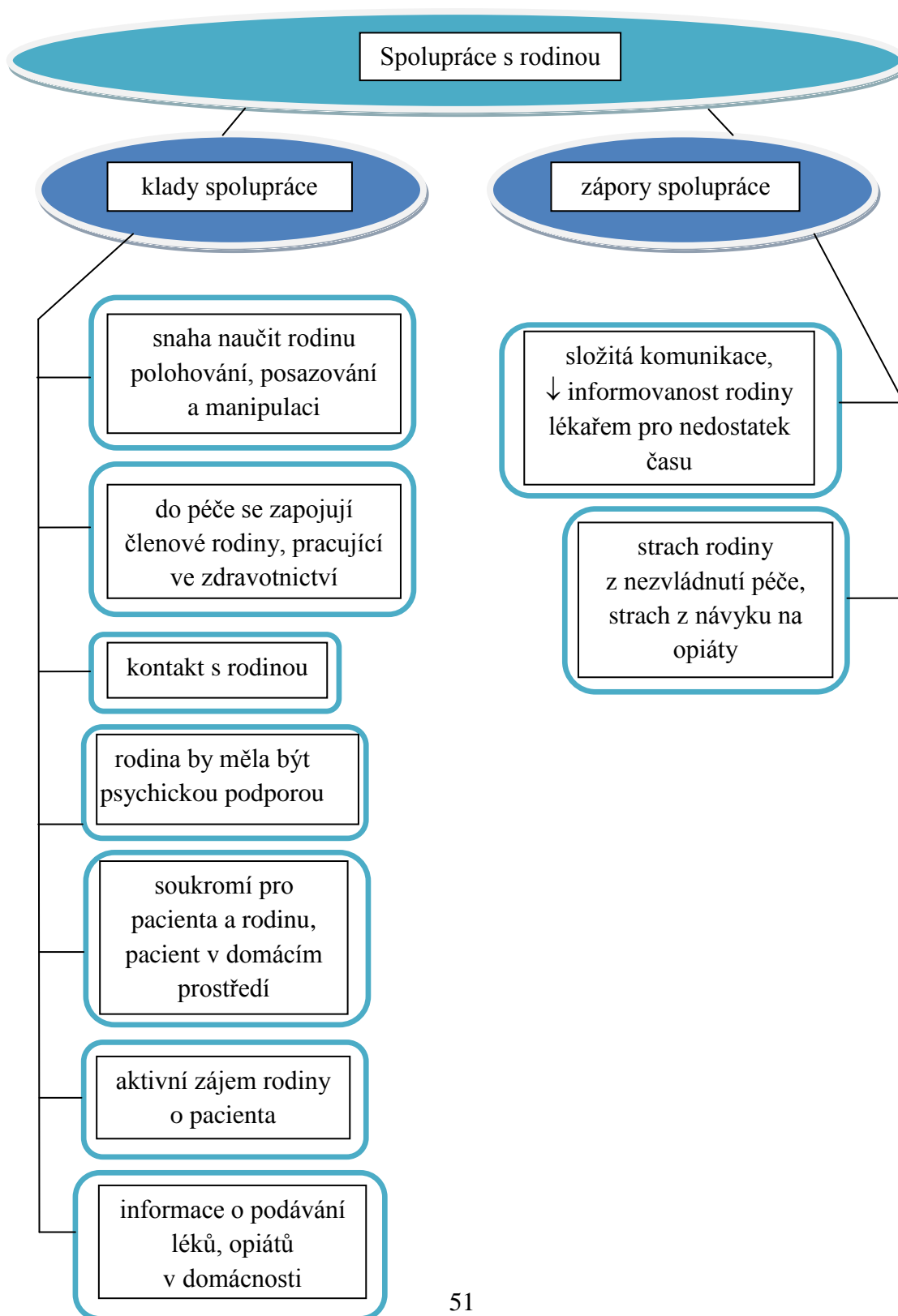
Do podkategorie Přístup k pacientovi, byly zařazeny veškeré informace, týkající se individuální péče. Tu se sestry snaží poskytovat umírajícím pacientům, trpícím chronickou bolestí. Tato kategorie je značně rozsáhlá. S1 přístup k pacientům, trpícím chronickou bolestí, vyjádřila: „*Snažím se pacientovi zajistit soukromí, častější návštěvy a sledování stavu, bolesti a neklidu. Pacienta kontroluji, kdykoliv jdu okolo jeho pokoje. Mám o něho zájem a chci získat informace o jeho aktuálním stavu*“. S2 má snahu zlepšit péči o umírající pacienty těmito možnostmi: „*Snažím se o častější návštěvy na pokoji. Snažím se ulevit od bolesti, i když zrovna nemůže pacient dostat lék, polohováním, obklady*“. S3 přistupuje k terminálním pacientům takto: „*Snažím se o opatrnou péči, pacienta navštěvuji stejně často, jako ostatní pacienty. Těsně před smrtí se snažím pacienta navštěvovat častěji*“. S4 poskytuje umírajícím pacientům různé výhody: „*Snažím se být empatická. Snažím se pacientům péči více zpříjemnit, více komunikovat a vyhovět přáním. Pokoj navštěvuji častěji, pacienti mají pocit, že o ně mám zájem. Monitoruji bolest, zajišťuji společnost, uspokojení základních potřeb*“.

a intenzivnější péči. Navštěvuji je z důvodu závažného stavu“. S5 zajišťuje umírajícím pacientům intenzivnější péči: *„Poskytuji zvýšenou ošetrovatelskou péči, pravidelně pacienta polohuji. Snažím se pacienta zbytečně nezatěžovat. Před manipulací s pacientem mu podávám analgetika“.* Ohledně návštěvy pokoje umírajícího pacienta řekla S5: *„Je to individuální, někdy navštěvuji pokoj každých deset minut, dle ošetrovatelské péče“.* S6 popsala přístup k umírajícím pacientům těmito slovy: *„Věnuji se všem pacientům stejně, nikoho neupřednostňuji. Kontroluji bolest po určitém čase, neklidného pacienta kontroluji častěji. Záleží také na diagnóze“.* Na otázku, jak často navštěvujete pokoj, ve kterém leží terminálně nemocný pacient a proč, odpověděla S6: *„Záleží na medikaci, na aktuálním stavu pacienta. Pokoj navštěvuji individuálně, pacient je na pokoji blíže k sesterně. Snažím se o častější kontroly“.* S7 se snaží umírajícím pacientům, trpícím chronickou bolestí, zajistit: *„zvýšenou péči, soukromí, klid a snažím se vyhovět přáním rodiny. Umožňuji častější návštěvy. Pokoj navštěvuji pravidelně, minimálně jedenkrát za dvě hodiny. Dle aktuální péče, podávám tekutiny, polohuji“.* S8 přináší pacientům: *„jinou péči, eliminuji bolest a strach. Snažím se být empatická, je vhodné s pacienty často hovořit, věnovat jim čas. Péče by měla být opatrná“.*

Poslední podkategorií je komunikace. V této podkategorii jsou uvedeny možnosti komunikace, které sestry využívají při péči o umírající pacienty, trpící chronickou bolestí. S1 s pacienty komunikuje: *„bazální stimulaci nepoužívám. Pacient nemá být sám. Mluvím na něj, jako na ostatní pacienty, vezmu ho za ruku, snažím se, být mu na blízku“.* S2 zvolila tyto metody komunikace s pacienty: *„Mluvím na ně, i když nejsou schopni reagovat, používám i prvky bazální stimulace, doteky“.* S3 odpověděla na otázku, jak komunikujete s umírajícími pacienty s chronickou bolestí? Využíváte např. prvky bazální stimulace?: *„Prvky bazální stimulace využívám jen úzce, mám málo času. S komunikujícím pacientem komunikuji normálně, komunikaci se snažím přizpůsobit aktuálnímu stavu pacienta“.* S4 má na komunikaci s umírajícím tento názor: *„Bazální stimulaci nevyužívám, komunikuji s umírajícími pacienty stejně jako s ostatními. Snažím se více uspokojovat potřeby a projevit empatii, skrývám svou lítost“.* S5 odpověděla takto: *„Bazální stimulaci nevyužívám. Mluvím s nimi, jako s ostatními pacienty,*

zajímám se o jejich problémy. Snažím se zajistit to, co chtějí“. S6 komunikaci s umírajícími pacienty charakterizovala: *„Komunikuji s nimi stejně, jako s ostatními pacienty. Prvky bazální stimulace používám, ale jen omezeně. Pacienti vyžadují častější kontakt“.* S7 se k otázce komunikace vyjádřila: *„Na pacienty normálně mluvím, prvky bazální stimulace používám málo. S pacienty mluvím spíše jako s malými dětmi. Pokud je pacient smířený se svým zdravotním stavem, komunikace je snadnější“.* S8 komunikuje těmito postupy: *„Chytím pacienta za ruku, pohladím ho, mluvím na něho, jako by byl při vědomí. Nelze jen tak vstoupit na pokoj a manipulovat s pacientem beze slova, i když je např. v bezvědomí“.*

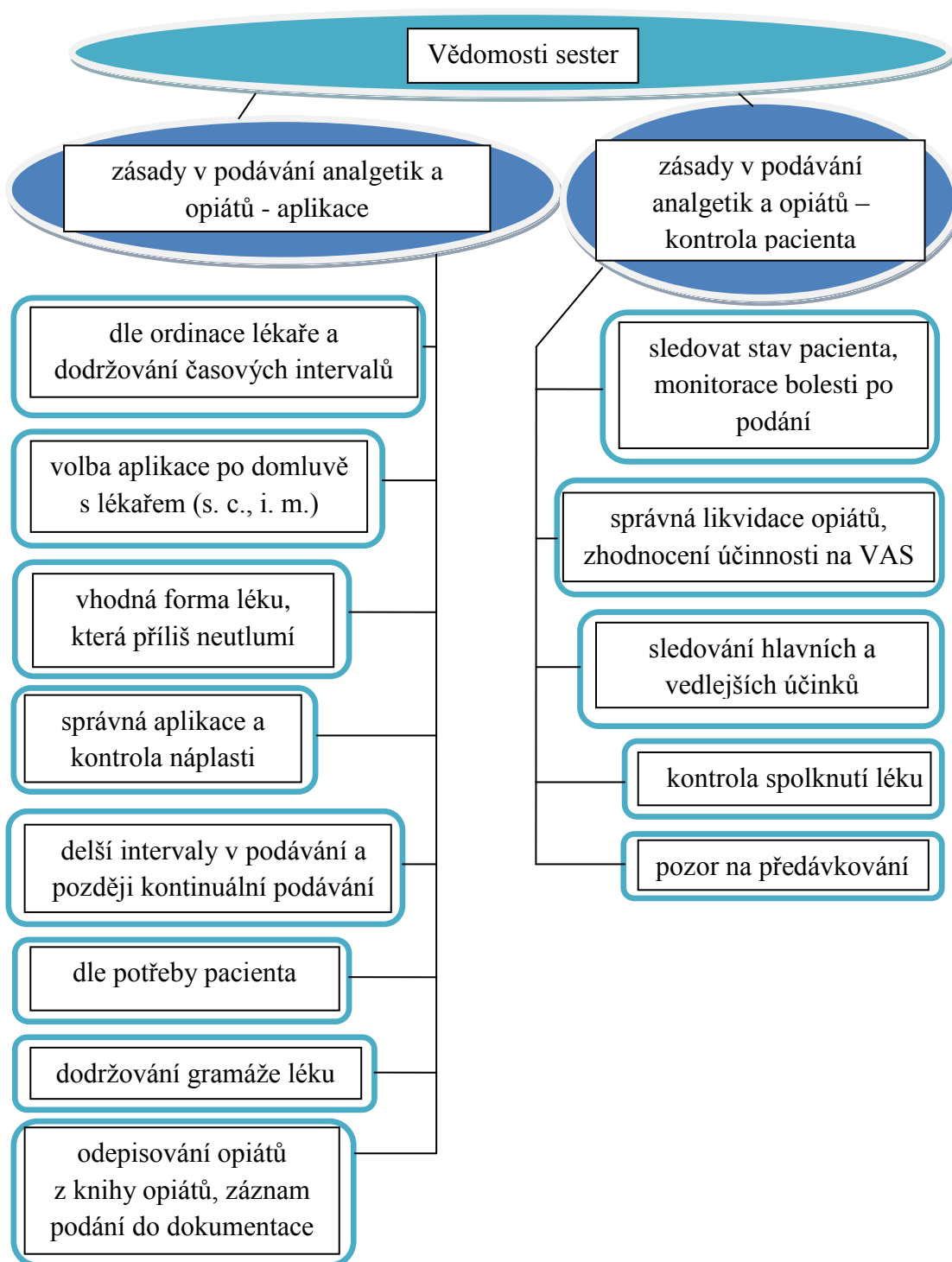
4.1.5 Schéma 5: Spolupráce s rodinou



Pátá kategorie nese název Spolupráce s rodinou a při kódování vznikly dvě podkategorie „*Klady spolupráce*“ a „*Zápory spolupráce*“. Ze schématu 7 je zřejmé, že klady převažují nad zápory.

Sestry se nejčastěji zaměřovaly na kontakt pacienta s rodinou a na informovanost rodiny o péči o umírajícího pacienta. S1 tvrdí, že: „*S rodinou je složitá komunikace. Rodina chce pacienta co nejdříve domů, bojí se návyku na opiáty. Nejdůležitější je informovanost lékařem, která je často malá, z důvodu nedostatku času*“. S2 má snahu pacientovu rodinu edukovat: „*Snažím se rodinu naučit polohování, posazování, podkládání nemocných končetin a manipulaci*“. S3 zapojuje rodinu do péče o pacienta málo: „*Příbuzní nevědí, co mají dělat, bojí se, že péči nezvládnou. Do péče se častěji zapojují členové rodiny, kteří pracují ve zdravotnictví. Rodina má možnost častějších návštěv*“. S4 sdělila o spolupráci s rodinou tyto informace: „*Za některými pacienty rodina nechodí. Snažím se rodinu motivovat, aby byla pacientovi na blízku, i když spí nebo nevnímá. Umožňuji rodině kontinuální návštěvy*“. S5 odpověděla na otázku, jak zapojujete do léčby chronické bolesti rodinu pacienta, těmito slovy: „*Snažím se, aby rodina byla psychickou podporou. Byla pacientovi na blízku a zajistila pomoc. Umožňuji kontinuální návštěvy a snažím se pacientovi i rodině zajistit soukromí*“. S6 vnímá spolupráci s rodinou pacienta takto: „*Některá rodina sama zjišťuje informace, jak má pečovat o svého příbuzného. Kontakt s rodinou je důležitý, spolupráce je individuální*“. S7 charakterizovala spolupráci s rodinou pacienta těmito slovy: „*Rodina většinou komunikuje s lékařem. Informuji rodinu o podávání léků při propuštění pacienta do domácí péče*“. S8 se vyjádřila: „*Někteří si berou pacienta domů. Učíme rodinu manipulaci s opiáty, s náplastmi a je důležité poučit příbuzné o riziku zmatenosti*“.

4.1.6 Schéma 6: Vědomosti sester – Zásady v podávání analgetik a opiátů



Šestá kategorie informuje o Vědomostech sester. Tato kategorie má pouze jedinou podkategorii „*Zásady v podávání analgetik a opiátů*“. Ta je dále rozdělena ještě na tři podkategorie, kterými jsou *aplikace, ošetrovatelská dokumentace a kontrola pacientů*. Tato data jsou znázorněna ve schématu 6.

V podkategorii, *Zásady v podávání analgetik a opiátů*, sestry sdělily informace, kterými se při podávání léků musí řídit. Z výzkumu je patrné, že sestry mají o této problematice široké znalosti. S1 odpověděla na otázku, jaké jsou podle Vás zásady podávání analgetik a opioidů pacientům v terminálním stadiu, takto: „*Dodržování časových intervalů, podávání dle ordinace lékaře, sledování stavu pacienta, dodržování gramáže léku, monitorace bolesti po podání léku. Pokud lék nepůsobí, lékař jej změni. Dávat pozor na předávkování. Často pacienti dostávají léky proti bolesti kontinuálně*“. S2 uvedla tyto informace: „*Podávání dle ordinace lékaře, zhodnocení hlavních a vedlejších účinků, dodržování časových intervalů, podání vhodné formy léku a odepisování opiátů z knihy opiátů*“. S3 vyjmenovala tyto zásady: „*Podávání dle ordinace lékaře, dodržování časových intervalů, záznam do dokumentace nebo podávání dle potřeb pacienta*“. S4 popsala tyto zásady, kterými se při podávání léků řídí: „*Lék ordinuje lékař, tak aby pacient nebyl příliš utlumený, ale aby neměl bolest. Pravidelná monitorace, dodržování časových intervalů, začíná se delšími intervaly, později je pacient napojen na léky kontinuálně*“. S5 dodržuje tyto zásady: „*Sledování účinků, dodržování časových intervalů, domluva s lékařem na volbě aplikace – s. c., i. m*“. S6 má o podávání analgetik a opiátů tyto znalosti: „*Záznamy o podávání opiátů, odepisovat je z knihy opiátů, správná aplikace, kontrola spolknutí a kontrola náplasti*“. S7 se při podávání analgetik a opiátů řídí těmito zásadami: „*Podávání dle ordinace lékaře a dodržování časových intervalů*“. S8 zná tyto zásady podávání analgetik a opiátů: „*Evidence opiátů, počty, správná likvidace, zápis do dekursu, zhodnocení účinku na VAS, sledování vedlejších účinků, dodržování časových intervalů a podávání dle ordinace lékaře*“.

5 Diskuze

Tato část práce je věnována souhrnu poznatků, které byly zjištěny z provedeného výzkumu a porovnány s informacemi uvedenými v teoretické části.

Výsledky výzkumného šetření byly zjištěny provedením strukturovaných, hloubkových rozhovorů, ve kterých sdělovalo přínos ošetrovatelské péče, postoje sester k umírajícím pacientům, používané ošetrovatelské postupy k tišení bolesti a své znalosti osm dotazovaných všeobecných sester, pracujících v českobudějovické nemocnici, na ONP. Sedm z osmi dotazovaných sester je starších třiceti let. Z tohoto důvodu si myslím, že mají o problematice chronické bolesti široké znalosti z praxe, ale i z absolvovaných seminářů či literatury.

Pro práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, které přineslo objektivní informace. Rozhovor byl zaměřen na ošetrovatelskou péči o umírající pacienty, znalosti sester o léčbě chronické bolesti, postoje sester k umírajícím pacientům a na nové metody léčby chronické bolesti.

První cíl práce se zabýval přínosem ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou bolestí v paliativní péči. Výzkumná otázka k tomuto cíli zněla: Jaký je přínos ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou bolestí v paliativní péči na ONP?

Výzkumnou otázkou jsme zjišťovaly, jaký je přínos ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta v paliativní péči. Z výzkumného šetření jsme zjistily, že přínos ošetrovatelské péče je veliký. Přináší podporu psychiky pacienta, zajištění základních potřeb, blízkost personálu, komunikaci a to vše přispívá ke spokojenosti pacientů. Tyto informace souhlasí s přínosem, který uvádí Payneová (2007), umírající pacienti mají jedinečné požadavky, které zvyšují potřebu komunikace. Paliativní péče přináší terminálně nemocným podporu, zajištění somatických, emocionálních, sociálních a léčebných potřeb, povzbuzení nebo relaxaci. Také přináší kontakt umírajících s různými specialisty, především se všeobecnými lékaři či chirurgy. Pacienti si cení citlivého přístupu, který napomáhá snížit pocit úzkosti. Dále sestry uvedly, že ošetrovatelská péče přináší nabídku lepší péče a podporu psychiky pacienta. Tato fakta uvádí také Sláma (2007), který říká, že zdravotníci mohou nabízet psychickou podporu nebo zajistit

rozhovor s psychologem. Dále Sláma uvádí, že péče by měla být realizována dle aktuálního přání pacienta a dle toho, co je pro konkrétního pacienta v současnosti podstatné. Z výzkumu je patrné, že všechny dotazované sestry charakterizovaly poskytovanou ošetrovatelskou péči jako přínosnou. Já se k tomuto výsledku přikláním také, protože si myslím, že ošetrovatelská péče by měla být v každém případě pro příjemce přínosná, nikoli zatěžující. Na respondentkách během provádění výzkumu bylo vidět, že pacienty litují, a že by jim rády poskytly více péče, na kterou jim ale nezbývá čas. Z výzkumného šetření vyplynuly také negativa ošetrovatelské péče, do kterých jsme zařadily vedlejší účinky léčby chronické bolesti. Sestry k této kategorii uváděly zmatenost, zácpu, nechutenství, zvracení, nauzeu a spavost. Tyto informace se shodují s údaji O'Connor, která uvádí též zácpu, nevolnost a zvracení, útlum, zmatenost a navíc uvádí svědění. Sestry také uvádějí, že se u pacientů často vyskytuje průjem či vznik návyku. Informace v knize Vše o léčbě bolesti od Kolektivu autorů (2006) uvádějí též průjmy a psychickou a fyzickou závislost. Dále mají sestry zkušenosti s netrpělivostí pacientů během léčby, s rozpory s lékaři v názorech na léčbu a tvrdí, že se pacienti trápí a jsou nespokojeni. Tyto informace jsem v žádné literatuře nenašla, ale zcela se s nimi ztotožňuji a myslím si, že by se lékaři této problematice měli více věnovat a naslouchat přáním pacientů.

Druhý cíl byl zaměřen na postoje sester k pacientům v terminálním stadiu. Výzkumná otázka související s druhým cílem byla vyřčena takto: Jaké jsou postoje sester k pacientům v terminálním stadiu? Z výsledků provedeného výzkumu je zřejmé, že postoje sester k umírajícím pacientům jsou spíše kladné. Všechny sestry mají zájem o pacientovu bolest, tento údaj najdeme i v literatuře Slámy (2007). Ten uvádí, že u pacientů v lůžkovém zařízení je sledování stupně bolesti základní sledovaná hodnota. Dále sestry aktivně vyhledávají problémy umírajících pacientů, o kterých se zmiňuje taktéž Sláma (2007). Tvrdí, že jednou ze zásad péče o terminálně nemocného pacienta, je pravidelné sledování hlavních příznaků obtěžujících pacienta. Sestry se snaží k umírajícím pacientům přistupovat empaticky, snaží se vyhovět jejich přáním, chtějí věnovat pacientům svůj čas, snaží se pacienta zbytečně nezatěžovat a zpříjemnit péči a zajistit soukromí. Podobné přístupy k umírajícím pacientům popisuje i Kelnarová

(2007), která uvádí tyto informace. Sestry by měly pacientovi rozumět, vědět, co pacient cítí. Měly by s umírajícím hodně komunikovat a na základě komunikace vyhodnotit jeho nejdůležitější potřeby. Dále se sestry zmiňují o sledování stavu a neklidu umírajícího pacienta, poskytování intenzivnější péče a polohování. Pro mírnění příznaků je důležitá pohotovost sestry. O neklidu se zmiňuje O'Connor (2005), která říká, že zmatenost je obvyklým projevem u pacientů s chronickou nemocí a starých pacientů. Dále O'Connor (2005) říká, že zmatenost může být příčinou pádu či zranění. A že v ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta je velice důležité hodnocení příznaků, péče musí zajišťovat požadavky umírajících pacientů i jejich příbuzných.

Výzkum ukázal, že sestry k umírajícím pacientům přistupují kladně, snaží se zajistit vše, co umírající vyžadují. Poskytují opatrnou péči, nechťejí pacienty zbytečně zatěžovat a aktivně hledají a řeší jejich potíže. Pouze jedna sestra uvedla, že se věnuje všem pacientům stejně, nikoho neupřednostňuje. S touto odpovědí nesouhlasím, protože vzhledem ke skutečnosti, že umírající pacient, který je hospitalizovaný v lůžkovém zařízení, je odkázán pouze na sestru, měla by se mu sestra více věnovat. Zajišťovat péči, kterou sám nezvládá, např. častější podávání tekutin, častější polohování, z důvodu slabé kůže, častější promazávání z důvodu snadného vzniku opruzenin. S informacemi, které uvedly zbylé sestry, se ztotožňuji, protože si myslím, že umírání je pro samotné pacienty velice zatěžující situace.

Třetí cíl se věnoval používaným ošetrovatelským postupům k tišení chronické bolesti u umírajících pacientů. Sestry uváděly, že používají polohování, aplikaci tepla a chladu. Informace se shodují s údaji, které uvádí Kolektiv autorů (2006). Aplikace tepla mírní bolest působením na nervová zakončení. Díky léčbě chladem se v bolestivé oblasti zpomaluje krevní tok. Chlad brání vzniku otoků a omezuje následné poškození orgánů. Cvičení napomáhá udržet pohyblivost kloubů, způsobuje vyplavení endorfinů, které jsou vrozeným prostředkem k mírnění bolesti. Dále sestry uváděly aplikaci mastí, podávání farmak, opiátů a spolupráci s ambulancí bolesti. Tyto metody uvádí též Sláma (2007), který říká, že nejefektivnější léčba je založena na aplikaci farmak dle žebříčku WHO. Sestry znají též invazivní výkony, mezi které zařadily přetětí nervů, amputaci a použití s. c. kanyl, portů a CŽK. O přetětí nervů píše Sláma (2007). Uvádí, že neurolyzu

lze využít u terminálně nemocných s bolestí, která je dobře lokalizovaná. Sláma (2007) se zmiňuje také o použití epidurálních a subarachnoidálních katetrů. Myslím si, že tyto metody usnadňují pacientům život. Umožňují jim efektivně naplnit jejich volný čas. Je důležité o těchto možnostech pacienty informovat.

Posledním cílem bylo zjistit vědomosti sester o současné léčbě bolesti v paliativní péči. Výzkumná otázka k poslednímu cíli zněla: Jaké vědomosti mají sestry o současné léčbě bolesti v paliativní péči? Tato výzkumná otázka byla zaměřena pouze na znalosti týkající se zásad při podávání analgetik a opiátů. Ve výzkumu jsme zjistily, že sestry o zásadách mají obsáhlé znalosti. Nejčastěji uváděly podávání léků dle ordinace lékaře, dodržování časových intervalů a dodržování gramáže léku. Tyto znalosti se shodují s údaji, které uvádí Šamánková (2006). Ta ve své knize píše, že lékaři udávají tyto přesné informace: název léku, jeho formu, čas podání, způsob aplikace, sílu dávky a maximální množství přijaté za den. Jako další zásadu sestry uvedly sledování stavu pacienta, monitorace bolesti po podání léku a dávat pozor na předávkování pacienta. Znalosti sester se shodují s údaji, které uvádí Payneová (2007). Ta říká, že je důležité myslet na projevy nežádoucích účinků při aplikaci analgetik. Dále uvádí, že by sestra měla stále sledovat účinek analgetik. Za další zásadu sestry považují sledování hlavních a vedlejších účinků. Tuto informaci souhlasí s informacemi Slámy (2007), který uvádí, během léčby je důležité sledování léčebného přínosu a také vedlejších účinků a komplexního dopadu léčby na hodnotný život pacienta. Tyto informace zmiňuje také O'Connor (2005). Říká, že během ordinace opioidů je nutné myslet na účinek léčby, jeho trvání a pravděpodobné nežádoucí projevy. Sestry zařadily mezi další zásady odepisování opiátů z knihy opiátů a záznam podání do dokumentace. I tyto znalosti se shodují s literaturou. Šamánková (2006) uvádí nutnost uchovávání omamných látek v zamykatelném trezoru a zaznamenání aplikovaných opiátů do opiátové knihy. Dále sestry uvedly kontrolu spolknutí léku a podávání vhodné formy léku, která příliš neutlumí. Informace o kontrole spolknutí léku uvádí též Šamánková (2006). Sestry uvedly i informace o volbě aplikace léku po domluvě s lékařem, podávání léků dle potřeb pacienta. Tyto zásady uvádí také O'Connor (2005). Nejprve lze aplikovat nejnižší účinné množství a to upravovat dle potřeby, až po zajištění očekávaného

účinku. Dávku analgetik a podpůrných léků je možné ordinovat mimořádně, při výskytu neočekávané bolesti. Šamánková (2006) uvádí některé informace, o kterých se sestry ve výzkumu nezmínily. Uvádí obecná pravidla při zacházení s léky, mezi která řadí: mít umyté ruce před manipulací s léky, sdělit pacientovi informace, týkající se užití léků a léky připravovat pouze z vlastního balení. Některé sestry poskytly k tomuto cíli vyčerpávající informace, některé se vyjádřily stručně. Na nejdůležitějších zásadách se ale všechny shodly. Myslím si, že sestry uvedly všechny významné zásady, se kterými souhlasím i já.

Další informace ve výzkumném šetření se týkaly spolupráce sester s rodinou umírajícího pacienta. Sestry zhodnotily spolupráci kladně. Uváděly zde pobyt pacienta v domácím prostředí, snahu naučit rodinu manipulaci s pacientem, dále zdůraznily důležitost kontaktu pacienta s rodinou a rodinu jako psychickou oporu. Podobné informace uvádí též O'Connor (2005), která říká, že příbuzní se musí umět postarat o pacienta a musí vědět, kdy se mají tázat na pomoc. Je vhodné rodině poradit, jak zajistit polohování, hygienu či péči o pokožku. Sláma (2007) uvádí, že mnoho umírajících by chtělo zemřít v domácím prostředí. Ve výzkumném šetření se také objevily zápory spolupráce s rodinou. Mezi ty sestry řadily složitou komunikaci s rodinou, strach rodiny z návyku na opiáty, nízkou informovanost lékařem a strach, že péči rodina nezvládne. Sláma (2007) uvádí, že rodina při poskytování péče příbuznému cítí nejistotu. Myslím, že všechny informace, týkající se kladné spolupráce jsou důležité, v podkategorii záporů bych zdůraznila nízkou informovanost lékařem, kterou považuji v současné době za problém, který vyžaduje okamžité řešení.

6 Závěr

Teoretická část práce byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stadiu, trpící chronickou bolestí.

V empirické části byly pro zjištění potřebných informací použity hloubkové, strukturované rozhovory. Rozhovory byly provedené se všeobecnými sestrami, pracujícími na ONP. Během provádění výzkumu jsem neměla se sestrami žádné komplikace. Všechny byly ochotné mi poskytnout svůj čas k provedení rozhovoru. Zpracované výsledky z provedených rozhovorů jsou uvedeny ve výsledcích práce. Všechny výsledky poskytly odpovědi na výzkumné otázky a současně přispěly ke splnění stanovených cílů.

První výzkumná otázka se zabývala přínosem ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou bolestí v paliativní péči na ONP. Výzkumné šetření prokázalo, že ošetrovatelská péče je velice přínosná. Přináší zajištění základních potřeb, kontakt, informace o aktuálních změnách zdravotního stavu, podporu psychiky a dále blízkost personálu. Během provádění výzkumu se objevila také negativa ošetrovatelské péče, do kterých byly zařazeny vedlejší účinky léčby chronické bolesti. Ve výzkumu byla zjištěna netrpělivost pacientů při léčbě bolesti, rozpory v názorech sester a lékařů a nesprávná ordinace lékařem.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na postoje sester k pacientům v terminálním stadiu. Sestry zde definovaly projevy bolesti, kterých si nejčastěji u umírajících pacientů všimají, nedůvěru ve schopnost pacienta projevit bolest, aktivní zájem o pacientovu bolest, pozitivní přístup k umírajícím a nejčastější metody komunikace s umírajícím pacientem.

Třetí výzkumná otázka se věnovala ošetrovatelským postupům, které sestry na ONP používají u umírajících pacientů k tišení bolesti. V odpovědích na tuto otázku byla uvedena rehabilitace, tedy aplikace tepla, chladu, masáže a polohování pacientů. Medikamentózní léčba, která byla definována aplikací mastí, podáváním farmak a opiátů a spoluprací s ambulancí bolesti. Posledními metodami, které sestry uvedly,

byly invazivní zákroky. Výzkumné šetření zjistilo používání s. c. kanyl, portů, CŽK, přetětí nervů a amputace.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala vědomosti sester o současné léčbě bolesti v paliativní péči. Výzkumná otázka byla orientována na zásady v podávání analgetik a opiátů. Sestry měly o této problematice široké vědomosti. Uvedly všechny důležité zásady a znají také zásady, které jsou orientovány na potřeby pacienta. Mezi ty sestry uvedly volbu aplikace po domluvě s lékařem nebo aplikaci dle potřeby pacienta.

Některé výsledky mého výzkumu pro mne byly překvapivé. Zaujalo mne, že sestry používají takové množství ošetrovatelských postupů k tišení bolesti. Tyto výsledky mne přesvědčily o tom, že sestřám nejsou jejich pacienti lhostejní a mají o ně zájem. Dále jsem byla překvapená z informace, že lékaři neumí správně ordinovat léčbu, pacienti trpí bolestí a jsou nespokojeni.

Praktickým výstupem bakalářské práce je brožura pro sestry Podávání opioidů a Záznam o spotřebě omamných látek v příloze č. 6. Praktický výstup je určen pro všeobecné sestry.

7 Klíčová slova

Bolest

Sestra

Ošetrovatelská péče

Terminální stádium

Oddělení následné péče

8 Seznam použité literatury

1. VORLÍČEK, J., Y. POSPÍŠILOVÁ a Z. ADAM. *Paliativní medicína*. 2. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
2. JANÁČKOVÁ, J. *Bolest a její zvládnání*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
3. O'CONNOR, M., S. ARANDA. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. 1.vydání – české. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4 .
4. ŠEBEK, T. *Akutní bolest*. [online] [cit.2012-10-11] Dostupné z: <http://www.ibalgin.cz/Pages/akutni-bolest.aspx>.
5. FRICOVÁ, J. *Akutní a chronická bolest*. [online] [cit.2013-01-29] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329> (9.9.2011).
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
7. GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-288-5.
8. PAYNEOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ a CH. INGLETONOVÁ (eds.) *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
9. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
10. KREJČOVÁ, G. Bolest a nemoc nám obecně více přinášejí. *Sestra*. 2007, roč. XVII, č. 6, s. 46. ISSN 1210-0404 .
11. PIECKOVÁ, L. Management bolesti – charakteristika bolesti, její rozdělení. *Sestra*. 2011. roč. XXI, č. 7-8, s. 37. ISSN 1210-0404.

12. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Hodnocení bolesti u seniorů*. [online] [cit.2013-1-8] Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242> (9. 7. 2010).
13. FROŇKOVÁ, M., R. HERNOVÁ, Z. MIKŠOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1442-6.
14. SLÁMA, O. *Nádorová bolest*. [online] [cit.2012-11-18] Dostupné z:
<http://www.klubzap.cz/cz/redakce-cz/clanky/nadorova-bolest/r35> (19. 6. 2006).
15. SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK ET AL. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
16. MATĚJKA, J., RUNT. V., ŠEBOR, J. ml. A VALENTA, J. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum 2005. ISBN 80-246-0644-5.
17. KOZÁK, J. *Invazivní techniky v léčbě chronické bolesti*. [online] [cit.2013-01-29] Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/invazivni-techniky-v-lecbe-chronicke-bolesti-173468> (16. 6. 2006).
18. HUGO, J., M. VOKURKA a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Hospicové občanské hnutí Cesta domů. 2004. ISBN 80-239-2832-5.
20. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-4131-5.

21. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
22. FIRTHOVÁ, P., G. LUFFOVÁ a D. OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o. s., 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
23. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
24. YOUNGOVÁ, A. *Terminální stavy a paliativní péče*. [online] [cit.2012-12-09] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167> (18. 10. 2010).
25. KNOTT, L. *End of Life Care*. [online] [cit.2012-10-19] Dostupné z: <http://www.patient.co.uk/doctor/Terminal-Care.htm> (19. 7. 2012).
26. KADOCHOVÁ, M. Poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacienta. *Florence*. 2011, roč. VII, č. 10, s. 4. ISSN 1801-464X.
27. HÖFEROVÁ, H. *Péče o umírajícího a mrtvé tělo*. [online] [cit.2012-10-19] Dostupné z: http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/P%C3%A9%C4%8De_o_mrtv%C3%A9_t%C4%9Blo.pdf (květen 2011).
28. DOLEŽELOVÁ, I. Sestra v následné péči včera a dnes. *Florence*. 2011, roč. VII, č. 4, s. 3-4. ISSN 1801-464X.
29. PAVLÍČEK, P. Léčba bolesti. *Sestra*. 2009, roč. XIX, č. 2, s. 42. ISSN 1210-0404.
30. PLEVOVÁ, I. A KOLEKTIV, *Ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0 .
31. DUBCOVÁ, I. Etika umírání a smrti. *Sestra*. 2011, roč. XXI, č. 10, s. 44-46. ISSN 1210-0404.

32. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
33. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
34. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOLEKTIV. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
35. ŠPINKOVÁ, M. a Š. ŠPINKA. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
36. ŠVAŘÍČEK, R a K. ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. HÁJEK, E. *Náplast při léčbě bolesti*. [online] [cit.2013-06-30] Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498> (7. 2. 2008)

9 Seznam příloh

1. Hlubkový rozhovor
2. Seznam kódů
3. Vizuální analogová škála
4. Obličejová škála
5. Technika kódování metodou tužka a papír
6. Brožura pro sestry

Příloha 1 – Hlubkový rozhovor

Vzdělání, Věk, Délka praxe na ONP a jiných odděleních

- 1.) Jaké metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů na vašem oddělení používáte? (Jaké metody léčby bolesti u umírajících pacientů využíváte? Jaké metody znáte a odkud? Dáváte v léčbě bolesti na vašem odd. přednost farmakům nebo používáte i jiné neinvazivní či invazivní metody?)
- 2.) Jakými metodami sledujete účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů?
- 3.) Užívají u vás pacienti pouze 1 či více druhů léků proti bolesti najednou?
- 4.) Jak úspěšné je tišení bolesti na vašem odd., jsou s ním pacienti spokojeni? Jakými postupy hodnotíte ústup bolesti po podání léku?
- 5.) Jaké léky mohou pacienti trpící chronickou bolestí užívat v domácím prostředí?
- 6.) Jaké výhody přináší pro pacienta s chronickou bolestí ošetrovatelská péče?
- 7.) S jakými diagnózami, týkajícími se chronické bolesti, u vás bývají pacienti v terminálním stadiu hospitalizováni?
- 8.) Jaké vedlejší účinky, při léčbě chronické bolesti, jsou nejčastější?
- 9.) Zajímáte se o novinky v léčbě bolesti u umírajících klientů s chronickou bolestí? (časopisy, semináře, internet)
- 10.) Do jaké míry je pacient v terminálním stadiu schopen projevit svou bolest?
- 11.) Jaké jsou podle vás zásady podávání analgetik a opioidů klientům v terminálním stadiu? (časové intervaly, vznik návyku, záznamy o podaných medikamentech)
- 12.) Jak zapojujete do léčby chronické bolesti rodinu klienta?
- 13.) Hovoříte s pacienty o jejich bolesti? Znáte jejich názor na léčbu bolesti?
- 14.) Jak přistupujete k pacientům v terminálním stadiu s bolestí?
- 15.) Jaké potíže Vám činí péče o terminálně nemocného klienta, trpícího chronickou bolestí?
- 16.) Jak často navštěvujete pokoj, ve kterém leží terminálně nemocný klient a proč?
- 17.) Jak komunikujete s umírajícími klienty s chronickou bolestí? Využíváte např. prvky bazální stimulace? Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2 – Seznam kódů

Kategorizace výsledků rozhovorů technikou otevřeného kódování – seznam kódů

Kategorie „Metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů“

- rehabilitace

S1/1, S2/2, S3/1, S4/1, S5/1, S6/1, S7/1, S8/1: polohování

S1/1, S2/2, S5/1, S7/1, S8/1: aplikace tepla

S2/2, S5/1, S7/1, S8/1: aplikace chladu

S1/3: masáže

S3/1: nezatěžovat zbytečnou manipulací

- medikamentózní léčba

S1/3, S2/2, S3/2, S4/2, S5/2, S6/2, S7/3, S7/1: farmaka

S1/2: masti

S1/5, S2/2, S3/2, S4/2, S8/1: opiáty

S4/2: spolupráce s ambulancí bolesti

- invazivní léčba

S2/3: amputace

S3/3: přetětí nervů

S4/3, S4/4: s. c. kanyly, porty a CŽK

Kategorie „Účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů“

- subjektivní hodnocení

S1/6, S4/5, S5/5, S7/4: pohled, dotaz

S2/5, S3/4, S5/5, S7/4, S8/3: reakce pacienta

S5/5: fyziologické hodnoty, motorický neklid, agrese

S4/5: spolupráce s rodinou

S6/4: kvalitní spánek, celkový klid, pacient je veselejší, komunikativnější

- **objektivní hodnocení**

S1/7, S2/6, S3/5, S4/6, S8/3: VAS

S1/7: obličejové škály bolesti

Kategorie „Přínos ošetrovatelské péče“

- **pozitiva**

S1/10, S2/9, S4/8, S5/9: spokojenost pacientů

S1/15, 16: velké výhody, jistota, komunikace, rada, dostatek informací

S2/11, S3/10, S4/11, S5/11, S7/11: zajištění základních potřeb

S3/10, S6/12, S7/11: kontakt

S7/11: polohování

S5/11, S8/13: informace o aktuálních změnách zdravotního stavu

S3/24: časté návštěvy pokoje, nabídka jiné, vhodnější stravy a lepší péče

S6/11: podpora psychiky, lepší spolupráce sestry s pacientem a s rodinou

S5/11: blízkost personálu

- **negativa**

S1/10, S2/15, S3/13, S5/13, S7/15, S8/16: zmatenost

S1/11, S8/16: nechutenství

S1/19 a 20: dehydratace, závratě, sucho v ústech

S1/19, S2/15, S3/13, S5/13, S6/15, S7/15, S8/16: nevolnost

S2/15, S3/13, S5/13, S6/15, S8/16: zvracení

S6/15 a 16: vředy, pálení žáhy, spavost

S7/15 a 16: téměř předávkování, průjem, nedostatečná účinnost léku

S8/16: vznik návyku

S6/16, S8/16: zácpa

S2/8: pacienti nemají při léčbě trpělivost

S3/8, S8/6: rozpory v názorech sester a lékařů

S8/6 a 8: nesprávná ordinace lékařem, pacient se trápí

S5/8, S8/6: pacienti jsou nespokojení

Kategorie „Postoje sester k umírajícím pacientům s chronickou bolestí“

- důvěra sester ve schopnost projevit bolest

S1/22 a 23, S3/16, S7/18: při manipulaci a komplexní ošetrovatelské péči, nařikají, křičí

S2/17, S3/16, S5/15, S8/20: slovem a reakcemi

S4/17: mimikou a nepohodou

S6/19 a 20: uzavření, nekomunikují, nechutenství, agrese, zhoršená pohyblivost, snížené dodržování sebeděže a apatie

S7/18 a 19: odmítají péči, stravu a tekutiny, zaujímají úlevové polohy

- nedůvěra sester ve schopnost projevit bolest

S1/22, S2/18 : někteří bolest vůbec neprojeví

S4/17: těsně před smrtí bolest neprojeví

S5/15, S6/19, S8/19: nekomunikují

S3/17: sestra na pacientovi bolest pozná

- aktivní zájem sester

S1/30, S2/24, S3/22, S4/23, S5/20, S6/25, S7/23, S8/25: hovoří o bolesti

S1/30, S6/25, S8/25: sledování intenzity bolesti

S3/22: nabídka injekce místo tablet

S3/22, S5/20: změna léčby dle stavu pacienta

S8/25: inspirace předchozí účinnou léčbou

- přístup k pacientovi

S1/33, S2/26, S7/27: časté návštěvy

S1/33, S7/26: soukromí

S1/33, S6/28 a 29, S8/27: sledování stavu, bolesti a neklidu

S1/36, S4/28, S8/31: zájem o pacienta

S1/35, S3/27, S4/28, S6/29, S8/31: umírajícího pacienta navštěvují častěji než ostatní pacienty

S4/25, S8/27: empatie

S4/29, S5/21, S7/26, S8/27: intenzivnější péče

S3/26, S6/28: věnuji se všem stejně, nikoho neupřednostňuji

S2/27, S5/21, S7/30: polohování

S3/23, S8/28: opatrná péče

S4/26, S7/26: vyhovět přáním

S8/32 a 33: věnovat pacientovi čas, chytit ho za ruku, v přítomnosti sestry je pacient spokojenější

S2/26, S5/22, S8/27: ulevit od bolesti

S4/25, S8/28: zpříjemnit péči a více komunikovat

S5/22: pacienta zbytečně nezatěžovat

S6/33: pokoj blíže k sesterně

- **komunikace**

S1/38, S2/30, S3/29, S4/31, S5/25, S6/34, S7/31, S8/8: rozhovor

S1/39, S8/34: chytím pacienta za ruku

S1/38, S6/35: být na blízku, kontakt

S1/38, S2/30, S4/31, S5/25, S6/34, S7/31, S8/34: s umírajícím pacientem komunikuji stejně jako s ostatními pacienty

S7/32: s pacientem komunikuji spíše jako s malým dítětem

S/30, S3/28, S6/34, S7/31: využití prvků bazální stimulace

S3/29: přizpůsobit komunikaci stavu pacienta

S5/26: zájem o pacientovy problémy, snaha zajistit to, co pacienti chtějí

S7/32 a 33: pokud je pacient smířený, komunikace je snadnější

Kategorie „Spolupráce s rodinou“

- **klady**

S1/27, S8/23: pacient v domácím prostředí

S2/22: snaha naučit rodinu polohování, posazování a manipulaci

S3/21: do péče se zapojují členové rodiny, pracující ve zdravotnictví

S4/21 a 22, S6/23 a 24: kontakt s rodinou

S5/18: rodina by měla být psychickou podporou

S5/19: soukromí pro pacienta a rodinu

S6/23: aktivní zájem rodiny o pacienta

S7/21, S8/23 a 24: informace o podávání léků v domácnosti, naučit rodinu manipulaci s opiáty a s náplastmi, poučit o riziku zmatenosti pacienta

- zápory

S1/27 a 28: složitá komunikace, strach z návyku na opiáty, malá informovanost rodiny lékařem pro nedostatek času

S3/20: strach rodiny, že péči nezvládne

Kategorie „Vědomosti sester“

- zásady v podávání analgetik a opiátů

S1/24, S2/19, S3/18, S4/18 a 19, S5/16, S7/20, S8/22: podávání dle ordinace lékaře a dodržování časových intervalů

S1/24, 25 a 26: sledovat stav pacienta, dodržování gramáže léku, monitorace bolesti po podání, pozor na předávkování

S2/19, S5/16, S8/22: sledování hlavních a vedlejších účinků

S2/20, S3/18, S6/21, S8/21: odepisování opiátů z knihy opiátů, záznam podání do dokumentace

S2/20, S6/21: kontrola spolknutí léku

S2/20, S4/18: vhodná forma léku, která příliš neutlumí

S3/19: dle potřeby pacienta

S4/19 a 20: delší intervaly v podávání a později kontinuální podávání

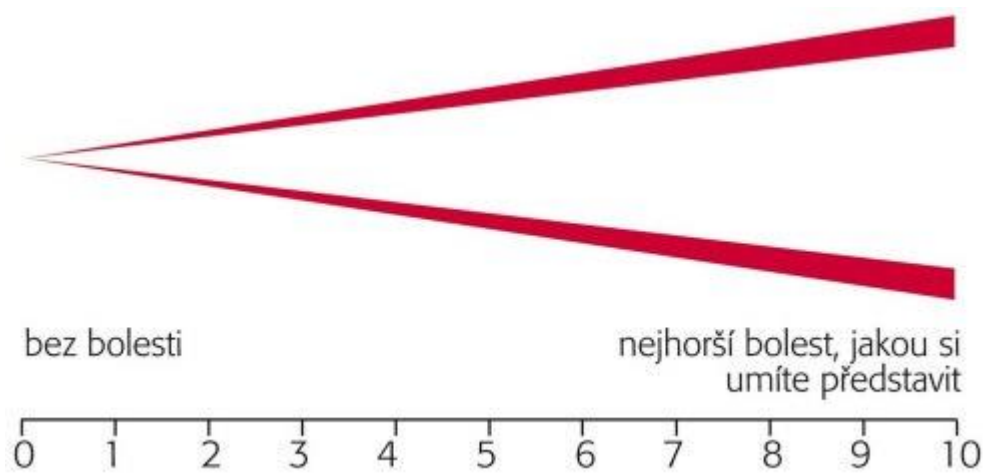
S5/16: volba aplikace po domluvě s lékařem (s. c., i. m.)

S6/21 a 22: správná aplikace a kontrola náplasti

S8/21 a 22: správná likvidace opiátů, zhodnocení účinku na VAS

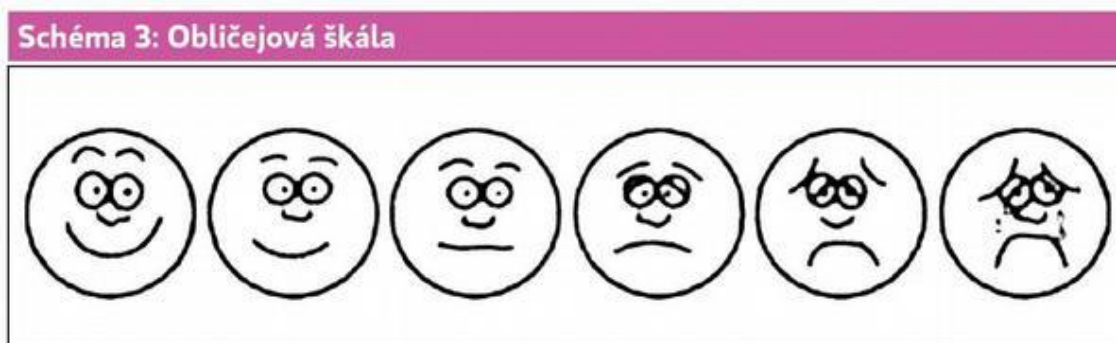
Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 3 - Vizuální analogová škála



Zdroj: Hájek, E. *Náplast při léčbě bolesti*

Příloha 4 – Obličejová škála



Zdroj: Dvořáčková, D. *Hodnocení bolesti u seniorů*

Příloha 5 – Technika kódování metodou tužka a papír

Přepis rozhovoru se sestrou 3

- Jaké metody ošetrovatelských postupů v léčbě chronické bolesti u umírajících pacientů na vašem oddělení používáte? (Jaké metody léčby bolesti u umírajících pacientů využíváte? Jaké metody znáte a odkud? Dáváte v léčbě bolesti na vašem odd. přednost farmakům nebo používáte i jiné neinvazivní či invazivní metody?)
 - 1 „Používám úlevové polohy a snažím se s pacientem zbytečně nemanipulovat. Při léčbě
 - 2 používám podávání analgetik a opiátů. Přednost při léčbě chronické bolesti dávám farmakům.
 - 3 Jako novou metodu léčby chronické bolesti znám přetětí nervů.“
- Jakými metodami sledujete účinnost léčby chronické bolesti u umírajících pacientů?
 - 4 „Účinnost léčby sleduji dle grimas pacienta, kontroluji ho po 2 hodinách a sílu bolesti
 - 5 zaznamenávám do VAS.“

Užívají u vás pacienti pouze 1 či více druhů léků proti bolesti najednou?

 - 6 „Užívají více léků, nejčastěji kombinace analgetik a opiátů.“
- Jak úspěšné je tišení bolesti na vašem odd., jsou s ním pacienti spokojeni? Jakými postupy hodnotíte ústup bolesti po podání léku?
 - 7 „Myslím si, že by to v dnešní době mělo být na vyšší úrovni, pacient by neměl mít bolest,
 - 8 sestra a lékař mají jinou představu o léčbě chronické bolesti.“
- Jaké léky mohou pacienti trpící chronickou bolestí užívat v domácím prostředí?
 - 9 „Analgetika i opiáty, pacienti je užívají spolehlivě.“
- Jaké výhody přináší pro pacienta s chronickou bolestí ošetrovatelská péče?
 - 10 „Velké, hlavně zajištění základních potřeb a kontakt.“
- S jakými diagnózami, týkajícími se chronické bolesti, u vás bývají pacienti v terminálním stadiu hospitalizováni?
 - 11 „Nejčastěji u nás míváme pacienty s onkologickými diagnózami, Alzheimerem a
 - 12 Parkinsonem.“
- Jaké vedlejší účinky, při léčbě chronické bolesti, jsou nejčastější?
 - 13 „Nejčastějšími vedlejšími účinky léčby chronické bolesti jsou nauzea, zvracení a zmatenost.“
- Zajímáte se o novinky v léčbě bolesti u umírajících klientů s chronickou bolestí? (časopisy, semináře, internet)
 - 14 „Ano, nejvíce mě zajímají semináře a časopisy – Sestra. Novinky se ale těžko zavádějí do
 - 15 praxe, je na to málo času a financí.“
- Do jaké míry je pacient v terminálním stadiu schopen projevit svou bolest?

16 „I umírající pacienti projevují svou bolest, při pohybu projevují bolestivé vzdechy a grimasy.
17 Bolest na pacientovi poznám.“

• Jaké jsou podle vás zásady podávání analgetik a opioidů klientům v terminálním stadiu?
(časové intervaly, vznik návyku, záznamy o podaných medikamentech)

18 „Podávání dle ordinace lékaře, dodržování časových intervalů, záznam do dokumentace nebo
19 podávání dle potřeb pacienta.“

• Jak zapojujete do léčby chronické bolesti rodinu klienta?

20 „Málo, příbuzní nevědí, co mají dělat, bojí se, že péči nezvládnou. Do péče se častěji zapojují
21 členové rodiny, kteří pracují ve zdravotnictví. Rodina má možnost častějších návštěv.“

• Hovoříte s pacienty o jejich bolesti? Znáte jejich názor na léčbu bolesti?

22 „Ano, nabízím injekce místo tablet, léčba se přizpůsobuje stavu pacienta.“

• Jak přistupujete k pacientům v terminálním stadiu s bolestí?

23 „Snažím se o opatrnou péči.“

• Jaké potíže Vám činí péče o terminálně nemocného klienta, trpícího chronickou bolestí?

24 „Lítost, snažím se o časté návštěvy pokoje, snažím se nabízet jinou, vhodnější stravu a lepší
25 péči.“

• Jak často navštěvujete pokoj, ve kterém leží terminálně nemocný klient a proč?

26 „Mám málo času, pacienta navštěvuji stejně často, jako ostatní pacienty, těsně před smrtí se
27 snažím pacienta navštěvovat častěji.“

• Jak komunikujete s umírajícími klienty s chronickou bolestí? Využíváte např. prvky bazální stimulace?

28 „Prvky bazální stimulace využívám jen úzce, mám málo času. S komunikujícím pacientem
29 komunikuji normálně, komunikaci se snažím přizpůsobit aktuálnímu stavu pacienta.“

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 6 – Brožura pro sestry

Brožura pro sestry

Podávání opioidů a Záznam o spotřebě omamných látek

Farmakologická léčba chronické bolesti

- ✓ Farmakologická léčba chronické bolesti by měla být naordinována podle analgetického žebříčku WHO, který má tři stupně:
 - 1) mírná bolest - neopioidní analgetikum a +/- koanalgetikum
 - 2) středně silná bolest - slabý opioid a neopioidní analgetikum
 - 3) silná bolest - silné opioidy a +/- neopioidní analgetika (1)
- ✓ opioidní analgetika – k léčbě chronické bolesti, pokud neúčinkuje jiná farmakologická i nefarmakologická léčba. Nejvhodnější jsou dlouhodobě působící opioidy nebo opioidy s řízeným uvolňováním (2)

Před užíváním opioidů upozornit pacienta na možná rizika: fyzická závislost a abstinční příznaky. Při zhoršení stavu pacienta léčbu opioidy zastavit. Na počátku léčby může pacient být spavý. Současně s opioidy je možné užívat adjuvantní analgetika. Díky nim má pacient bolest pod kontrolou a lze snížit podávání opioidů (2)

- ✓ slabé opioidy - codein a tramadol. Efektivní je podávání slabých opioidů a neopioidních analgetik, např. tramadol a paracetamol. Současné podávání několika slabých opioidů není účelné. Nesprávné je také stálé podávání slabých a silných opioidů současně.
- ✓ silné opioidy - morfin, oxycodon, fentanyl nebo buprenorphin, není stanovena maximální dávka na 24 hodin, dávkování dle přítomných nežádoucích účinků u pacienta (3)

Užívání opioidů

- ✓ per os - laciné, neinvazivní, stálé tlumení bolesti. Pokud je podání per os neúčinné, je nutné ↑ dávky, př. Tramadol

Nevýhody užívání per os - pomalý začátek účinkování, krátké časové rozmezí v dávkování (např. 4 hodiny), které může rušit činnosti pacienta (spánek). Nepodávat u pacientů s dysfagií, zažívacími potížemi a u pacientů s ordinací „nic per os“. Účinek ovlivňuje příjem stravy a činnost trávicího traktu

- ✓ per rektum - vhodné u pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou přijímat léky per os. Dávka a rychlost účinku odlišné od léku podaného per os, z důvodu neúplného a nepravidelného vstřebávání
- ✓ místní podání - forma náplastí s fentanylem - Durogesic. Jejich funkce trvá tři dny za podávání kontinuální dávky opiátu. Vhodné pro léčbu stálých bolestí a pro pacienty, kteří nemohou užívat léky per os

Nevýhody místního podání - podráždění pokožky náplastí, u vyhublých pacientů změna ve vstřebávání

- ✓ subkutánní tlumení - efektivní pouze u pacientů, kteří mají dostatečné místní prokrvení a vstřebávání, př. Dipidolor
- ✓ intravaskulární podání - hladina léku v krvi je stálejší, př. Fentanyl
- ✓ epidurální podání - přes zavedený katétr v epidurálním prostoru. Tento způsob léčby velmi snižuje množství opioidů pro tlumení bolesti dle potřeb pacienta, př. Morfin
- ✓ intranazální podání – forma spreje do nosu, při nemožnosti perorálního podání, rychlé vstřebání léku na sliznici, př. Butorphanol, Lidocain (2)

Nevhodné opioidy pro léčbu chronické nádorové bolesti

- ✓ pethidin (např. Dolsin) - při jehož pravidelném, dlouhodobém užívání se hromadí norpethidin nebo-li metabolit poškozující nervy a způsobující zmatenost a křeče podobné epilepsii. Krátkodobé užívání není rizikové (3)
- ✓ pentazocin (např. Fortral) - přináší nebezpečí vzniku závislosti a zmatenosti a také riziko vzniku opačného účinku jiných silných opioidů (3)

Zásady léčby opioidy

- ✓ vysvětlení příčiny bolesti pacientovi a jeho rodině
- ✓ cílem léčby opioidy je ztišení bolesti na přijatelný stupeň, nikoli její odstranění
- ✓ poučení pacienta a jeho rodiny o pravděpodobných nežádoucích účincích léčby a o možnostech jejich odstranění či zmírnění
- ✓ pokud je pacient na komplikace předem upozorněn, většinou je úspěšněji přijme
- ✓ je nutné neustále nacházet vyrovnanost mezi přijatelným ústupem bolesti a uspokojivou mírou nežádoucích účinků
- ✓ pro zvolení optimálního druhu opioidu a správné dávky je důležitá síla bolesti, současný zdravotní stav pacienta a skutečnost, zda pacient opioidy v minulosti užíval (3)



(6)

Zásady dlouhodobého užívání opioidů

- ✓ rozdělením čtyřiadvacetihodinové dávky opioidu s prodlouženým účinkováním je možné se snažit o mírnění či zamezení výkyvů v síle bolesti
- ✓ pacientům se stálou mírou bolesti se podávají pravidelně totožné dávky léků
- ✓ pokud pacienti trpí bolestí spíše v noci, je nutné přiměřeně navýšit dávku léku užívanou večer
- ✓ někteří z pacientů vyžadují na noc i dvojnásobnou dávku léku
- ✓ pokud pacienti mají nejsilnější bolest během denních činností, je možné navýšit dávku ranních opioidů (3)



(6)

Nežádoucí účinky opioidů

- ✓ **zácpa** - léčba zácpy spočívá v dostatečném příjmu tekutin a užívání laxativ (2)
- ✓ **nauzea a zvracení** - objevují se u 15 - 70% pacientů na počátku užívání těchto léků, většinou tyto příznaky mizí během dvou týdnů. Je nutné pacienta před léčbou informovat a podávat mu antiemetika (3)
- ✓ **únava a spavost** - často se vyskytují též na počátku léčby opioidy. Dále mohou být podmíněny soudobým užíváním sedativních léků (např. antidepressiva). Základním původem může být nahromadění metabolitů opioidů při odvodnění či zhoršené funkci ledvin. Prevencí únavy je vhodná ordinace léků, vysazení tlumivých léků, změna druhu podávaného opioidu, snížení celkově podávaných opioidů, příjem kofeinu či podávání methylphenidatu (např. Ritalin) nebo-li psychostimulancia. Ten má zmírnit útlum způsobený opioidy (3)
- ✓ **zmatenost a halucinace** - často se vyskytují u starších pacientů a po prvním týdnu užívání většinou odeznívají. V prevenci zmatenosti je důležité vyloučení odlišných příčin, kterými mohou být dehydratace, postižení CNS, snížená hladina sodíku v krvi nebo infarkt myokardu. Léčba spočívá v úpravě hydratace, snížení užívání opioidů nebo podávání antipsychotik (např. Tiapridal) (3)
- ✓ **útlum dechového centra** - je velice častým vedlejším účinkem léčby. Bývá přítomen u celkové sedace. Zvýšené riziko dechového útlumu se vyskytuje u pacientů s postižením dechové činnosti, kterým mohou být těžká CHOPN nebo pneumonie. Může se objevit při rychlém navýšení medikace o více než 50 % za 24 hodin. Při bolusovém i. v. podání silných opioidů nebo při intermitentním užívání sedativ (např. benzodiazepiny). U pacientů s frekvencí dechu více než osm dechů za minutu, bez respirační insuficience se sníží dávky opioidů. Také je důležité sledovat stav vědomí, frekvenci dechu a sílu bolesti. U pacientů s frekvencí dechu méně než osm dechů za minutu a projevy respirační

insuficience je ordinováno dočasné vysazení opioidů a aplikace malých dávek antagonisty opioidních receptorů naloxonu (např. Naloxon, Intrenon) (3)

Pravidla pro zacházení s opiáty

- ✓ aplikace opiátů dle ordinace lékaře, přesný zápis léku v dokumentaci pacienta s podpisem lékaře
- ✓ ampule jsou uchovávány v zamčené skřínce
- ✓ odepisování opiátů z opiátové knihy obsahuje číslo chorobopisu pacienta, jméno a příjmení pacienta, dobu aplikace, podpis lékaře a sestry, počet aplikovaných ampulek a počet zbývajících ampulek
- ✓ zacházení s návykovými látkami je řízeno zákonem č. 167/1998 a vyhláškou č. 304/1998
- ✓ dokumentace související s omamnými látkami se uchovává pět let
- ✓ v opiátové knize musí být datum odevzdání knihy do užívání, počet stran knihy, seznam omamných látek na oddělení, jméno přednosta oddělení a jeho zástupce, jméno pověřené osoby a jejich podpisové vzory
- ✓ rozbitá nebo neúplně použitá ampule opiátu se musí odevzdat vrchní sestře, která tuto skutečnost zapíše do evidence vyřazování omamných látek (4)
- ✓ výdej opiátů na recept s modrým pruhem
- ✓ sledování teploty při skladování a přepravě léčiv
- ✓ uchovávání opiátů samostatně od ostatních omamných látek, záznam o spotřebě opiátů oddělený od ostatní evidence léčiv s omamnými účinky (5)



(6)

Seznam použité literatury:

- 1) FRICOVÁ, J. *Akutní a chronická bolest*. [online] [cit.2013-01-29]
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329> (9.9.2011).
- 2) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
- 3) SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK ET AL. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- 4) NEKULOVÁ, L. *Informace ke zpracování standardu o zacházení s návykovými látkami*. [online] [cit.2013-06-30] Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/03/15.pdf> (březen 2004).
- 5) KRAVÁČKOVÁ, L. *Klinické hodnocení léčiv – IMP, non – IMP, opiáty, cytostatika*. [online] [cit.2013-06-30] Dostupné z: sukl.cz/file/8373_1_1/download/ (8. 4. a 16. 4. 2010).
- 6) SLÁMA, O. *Silné opioidy v léčbě nádorové bolesti*. [online] [cit.2012-10-19]
Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/akce/dokumenty/4058-Siln%C3%A9%20opioidy%20-klinick%C3%A9%20a%20ekonomick%C3%A9%20aspekty%20-IHOK-5-2012.pptx>.