

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**ÚLOHA SESTRY PŘI LÉČBĚ NÁDOROVÉ BOLESTI
V ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH TYPU HOSPIC**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová
Autor práce: Jaroslava Weinerová**

2007

Abstract

The proposed bachelor thesis is entitled “The task of nurse in the dealing with pain in hospice facilities”. Pain is one of the most frequent symptoms of cancer disease. The majority of oncological patients is not afraid of the disease itself but of the pain vision. Especially in the hospice treatment, i.e., the treatment of patients in the terminal stage of their illness, we see that it is necessary to appease the pain efficiently in order to help to improve the quality of patient life.

In the theoretical part of this thesis, the terms such as lenitive and hospice treatment are described as well as forms and goals of hospice treatments. Furthermore, the pain physiology and resolution, factors influencing the pain, pain evaluation and pain treatment options are discussed. The task of medical treatment of pain and a unique role of nurse in this treatment is explained. Various applications of analgesics and possible ways of communication with the patient are also described. Options of alternative, non-pharmacological, cure for pain and a role of nurse in this treatment is mentioned. In the end, we discuss the lenitive treatment and pain healing of elders and restless patient.

Goals of the practical part of the thesis are the recording of the problem of tumor pain management in hospices from a nurse point of view and the investigation whether hospice staff uses the method of treatment process. Two work hypotheses related to this goal were proposed. The first one supposes that nurses employed in Czech hospices have enough knowledge about the pain management. The second hypothesis supposes that staff uses the method of treatment process. The research was conducted in hospices in Červený Kostelec, Brno, Rajhrad, Plzeň, Litoměřice, Most, Prachatice, Praha, Valašské Meziříčí and Olomouc, in home care Cesta domů in Praha, in mobile hospice Ondráček in Ostrava and in a mobile hospice in Benešov. We used a questionnaire research method. The questionnaire contained identification questions, questions focused on the work of nurses in the dealing with pain in hospices and questions related to the treatment in hospices. The achieved results confirmed the first hypothesis (nurses in Czech hospices have enough knowledge about the pain management). The second hypothesis (the staff uses the method of treatment process) was not approved.

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se jmenuje „Úloha sestry při léčbě bolesti ve zdravotnických zařízeních typu hospic.“ Většina onkologických nemocných má obavy právě z představy bolesti, nikoli z onemocnění samotného. Zvláště v hospicové péči, tedy v péči o nemocné v terminálním stavu, se setkáváme s tím, že je nezbytné bolest účinně tlumit a přispět tak ke zvýšení kvality života nemocného.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy paliativní a hospicová péče, formy a cíle poskytování hospicové péče. Dále se zde píše o bolesti, fyziologii a rozlišení, o faktorech ovlivňujících bolest, o hodnocení a možnostech léčby bolesti. Je vysvětlena úloha ošetrovatelského procesu při léčbě bolesti, nezastupitelné postavení sestry při léčbě bolesti, způsoby aplikace analgetik, způsoby komunikace s nemocným. Jsou zmíněny možnosti nefarmakologické léčby bolesti a role sestry při poskytování alternativních způsobů léčby bolesti. V závěru se věnujeme poskytování paliativní péče a léčby bolesti starým a neklidným nemocným.

Vlastní práce si klade za cíl zaznamenat problematiku managementu nádorové bolesti v hospicích z hlediska sestry a zjistit, zda ošetřující personál v hospicích pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Byly stanoveny 2 pracovní hypotézy, které se vztahují k daným cílům. První hypotéza předpokládá, že sestry pracující v českých hospicích mají dostatek kvalitních znalostí o managementu bolesti. Druhá hypotéza předpokládá, že ošetřující personál v českých hospicích pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Výzkum byl proveden ve vybraných hospicích a v domácí hospicové péči v Praze, v Ostravě a v Benešově. Pro sběr informací jsme použili metodu dotazníku. Dotazník obsahoval otázky identifikační, otázky zaměřené na práci sester při léčbě bolesti v hospicích a otázky, týkající se ošetrovatelského procesu v hospicích. Grafické znázornění bylo provedeno pomocí výsečových grafů v programu MS Office Excel. Cíl práce byl splněn. Výsledky provedeného výzkumu potvrdily první hypotézu. Sestry v českých hospicích mají dostatek znalostí o managementu bolesti. Hypotéza druhá, která předpokládala, že personál v českých hospicích pracuje metodou ošetrovatelského procesu, se nepotvrdila.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Úloha sestry při léčbě nádorové bolesti ve zdravotnických zařízeních typu hospic“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použité 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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Plzni dne

.....

Jaroslava Weinerová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Aleně Machové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Též děkuji svému manželovi a dceři za nekonečnou trpělivost.

V Plzni dne

.....

Jaroslava Weinerová

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	5
1.1 Historie a současnost paliativní medicíny	5
1.1.1 Paliativní péče.....	7
1.1.2 Roviny poskytované paliativní péče.....	8
1.2 Hospicová péče.....	9
1.2.1 Legislativa hospicové péče.....	9
1.2.2 Definice hospicové péče.....	9
1.2.3 Formy a cíle poskytování hospicové péče.....	10
1.2.4 Ošetrovatelský proces v hospicích.....	11
1.2.5 Význam ošetrovatelského procesu v hospicích.....	12
1.3 Potřeba tišení bolesti sestrou.....	14
1.3.1 Definice bolesti.....	15
1.3.2 Fyziologie bolesti.....	15
1.3.3 Teorie vstupní (vrátníkové) kontroly bolesti.....	18
1.3.4 Rozlišení bolesti.....	19
1.3.5 Faktory ovlivňující bolest.....	22
1.3.6 Hodnocení bolesti.....	23
1.3.7 Léčba bolesti.....	25
1.3.8 Historie léčby bolesti.....	26
1.3.9 Možnosti léčby bolesti.....	26
1.3.10 Medikamentózní léčba.....	27
1.4 Ošetrovatelský proces při léčbě bolesti.....	28
1.4.1 Ošetrovatelský proces při analgetické terapii onkologické bolesti.....	30
1.4.2 Způsoby aplikace analgetik.....	34
1.4.3 Ošetrovatelský proces při nefarmakologické léčbě bolesti.....	35
1.4.4 Ošetrovatelský proces u seniorů s bolestí.....	36

2	Cíle práce a hypotézy	39
2.1	Cíle práce	39
2.2	Pracovní hypotézy.....	39
3	Metodika a charakteristika výzkumného souboru	40
3.1.1	Dotazníková metoda	40
3.1.2	Charakteristika sledovaného souboru	40
4	Výsledky výzkumu	41
5	Diskuze	59
6	Závěr	65
7	Seznam literatury	67
8	Klíčová slova	70
9	Seznam příloh	71

Úvod

„Dnešní lidé se cítí jaksi nesví, jsou-li konfrontováni s bolestí, utrpením a smrtí. Obdivují mládí, zdraví, úspěch, výkon a užitečnost. V očích lidí nemoudrých pak vzniká představa, že dlouhodobé choroby a umírání jsou v rozporu s obdivovanými hodnotami a postrádají tudíž jakýkoliv smysl. Uvedený způsob myšlení se stává vážným ohrožením lidskosti člověka, v případě nevléčitelné nemoci a umírání může začít posuzovat jiného – nebo i sebe – jako něco, co nemá žádnou hodnotu a smysl.“

Doc. MUDr. Marta Munzarová

Od poloviny 20. století prochází medicína bouřlivým rozvojem. Objev antibiotik, možnosti podpory vitálních funkcí, objevy v anestezii, kardiologii či onkologii, imunologii a moderní technologie přinesly zásadní proměnu způsobu stonání. Změnilo se i vnímání pojetí života a smrti.

Rozvoj medicíny v druhé polovině 20. století a její úspěchy vedly k přesvědčení, že lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nevléčitelně nemocní a umírající se pak ocitali na pokraji zájmu zdravotníků. Kritika péče o tyto nemocné vedla k rozvoji hospicového hnutí, které naopak propaguje myšlenku, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti, nepříznivou prognózu, je možno vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života.

Přes všechny nesporné úspěchy má úspěšná, technická a specializovaná medicína své meze, ne každý boj s nemocí končí uzdravením. U většiny lidí (kolem 90 %) jsou poslední roky či měsíce života poznamenány postupnou progresí některého chronického onemocnění: nádory, chronickým srdečním selháváním, cévním onemocněním mozku, CHOPN, neurodegenerativním onemocněním, AIDS. Jsou to onemocnění, kdy současná medicína není schopna nabídnout úplné vyléčení.

Existuje řada důkazů, že i přes všechny pozitivní změny v posledním desetiletí, se velké většině pokročile nemocných a umírajících v naší zemi stále nedostává odpovídající péče. Závěr života provází bolest, osamělost, ztráta důstojnosti a další

formy utrpení. Lidé se přitom bojí více utrpení než smrti. Nevyléčitelná nemoc je také setkání se situací, se kterou žádný pacient nemá osobní zkušenost.

Ve své práci se zabývám problematikou léčby bolesti v hospicích z pohledu sestry. Bolest je symptom, kterého se pacienti a jejich rodiny na konci života nejvíce obávají. V hospicích se stal požadavek účinného tlumení bolesti samozřejmostí, stejně tak i dokonalá ošetrovatelská péče s využitím moderních pomůcek. Přesto však od celé řady svých bývalých kolegyň slýchám kritiku hospiců za neprofesionalitu, podceňování výsledků moderního výzkumu, včetně ošetrovatelského, a přílišného důrazu na duchovní aspekty péče. Předpokládám, že výsledky práce bude možno použít jako podklad pro semináře, zaměřené na zlepšení všeobecné informovanosti zdravotníků, studentů o charakteru a kvalitě ošetrovatelské péče v hospicích v oblasti tišení bolesti.

V České republice umírá ročně na malignity 100 000 nemocných. Česká republika dosud disponuje přibližně 260 lůžky v hospicích. Zbývá tedy přibližně 80 000 nádorově nemocných v terminální fázi, o které je třeba se kvalitně postarat.

Protože umírající nemocní se vyskytují téměř ve všech zdravotnických zařízeních, stává se paliativní péče základní součástí profesionální role zdravotníků.

1 Současný stav

1.1 *Historie a současnost paliativní medicíny*

Paliativní medicína je uváděna jako nová specializace. Jde ale však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Vždyť celá historie medicíny je především o tlumení symptomů, zvláště u tak závažných onemocnění, jako jsou zhoubné nádory. Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy péče nejen o jeho tělo, ale také duši a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých klášterech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, které se pilně věnovalo péči o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života. V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním je doprovázení umírajících. Tato komunita založila několik domů v Irsku, v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. V tomto hospici pracovala po Druhé světové válce Cecily Saundersová, zpočátku jako zdravotní sestra, po ukončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. V roce 1967 zakládá Cecily Saundersová v Londýně hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o terminálně nemocné poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem (28).

Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na samostatně stojící lůžkové hospice často navazovala domácí hospicová péče (někdy užívaný název „mobilní hospic“). Domácí forma hospicové péče se rozvinula především v USA a ve Velké Británii. Některé hospicové programy provozují tzv. denní hospicové stacionáře. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče (28).

Novou organizační formou hospicové - paliativní péče jsou specializované ambulance a konziliární paliativní týmy, které začínají působit v řadě nemocnic v západní Evropě a Americe. Lze říci, že v současné době je překonána nevráživost mezi hospicovou, paliativní péčí a akademickou medicínou. Hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a kde probíhá i klinický výzkum (28, 30).

Paliativní péče se v naší republice rozvinula až po roce 1989. Bylo vybudováno několik hospiců. První byl otevřen v roce 1995 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, následoval hospic Štrasburk v Praze. Od 1.4. 1998 slouží umírajícím Hospic sv. Lazara v Plzni. Další hospice postupně vznikají v různých krajích republiky (30).

První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v Babicích nad Svitavou. Ve FN Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. V posledních letech vzniklo několik agentur, které se zaměřují na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je značně limitován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Chybí zatím též koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevléčitelné a terminálně nemocné (5, 6).

Významnou oblastí pro rozvoj paliativní medicíny je vzdělávání. Paliativní medicína je vyučována na lékařských fakultách v rámci předmětu lékařská etika a klinická onkologie. Komplexněji je problematika paliativní medicíny vyučována v bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů (6, 28).

1.1.1 Paliativní péče

Neexistuje jednotná všeobecně přijímaná definice paliativní medicíny a paliativní péče. Profesor Vorlíček ve své knize Paliativní medicína uvádí několik definic, charakterizujících paliativní medicínu. Z lékařského hlediska je nejvýstižnější definice vytvořená ve Velké Británii v roce 1987: „Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života (28).“

Dále profesor Vorlíček uvádí definici WHO z roku 2002, ve které je zahrnuta komplexnost péče: „Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin (28).“

Je nutné neustále prosazovat paliativní péči jako komplexní, aktivní, účelnou, odbornou činnost s pozitivním přístupem k nemocnému, založenou na poznatcích moderní medicíny a ošetrovatelství. Není to jen „sezení u lůžka nemocného, držení za ruku či truchlení“, jak se stále ještě domnívají nejen laici, ale bohužel i někteří zdravotníci. Často převládá představa, že paliativní péče je laciná, méně profesionálně náročná, společensky méně významná. A přitom u některých nemocných je charakter a intenzita této péče podobná péči na jednotce intenzivní péče (28).

Cílem paliativní péče není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, poskytuje efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, aktivní nebo aktivizační program pro umírající, péči zmírňující (28, 6).

1.1.2 Roviny poskytované paliativní péče

Paliativní péče je poskytována ve třech rovinách. Paliativní přístup (základní péče) zahrnuje základní znalosti a dovednosti, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním. Patří sem schopnost rozpoznat základní fyzické a psychické symptomy a zajištění jejich řešení, schopnost porozumět tomu, co prožívá umírající a jeho rodina, komunikační dovednosti v oblasti potřeb a prožitků, patří sem též možnost konzultovat se specialisty v oblasti paliativní péče (28, 24).

V případě komplikované ošetrovatelské péče je možné požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí: např. stomickou sestru, sestru specialistku na hojení ran apod. Potom hovoříme o specializovaných intervencích. Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci se specializovaným vzděláním a se zkušeností s péčí o umírající a jejich rodiny (24).

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým ve složení: lékaři různých specializací, nutriční specialista, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, duchovní, další pracovníci dle potřeby, členové rodiny a přátelé, dobrovolníci a především ošetrovatelé a sestry (24, 30).

1.2 Hospicová péče

1.2.1 Legislativa hospicové péče

V souladu se světovými zkušenostmi se doporučuje minimální potřeba hospicových lůžek alespoň 5 lůžek na 100000 obyvatel (6, 20).

Hospicová péče v České republice má již svou legalizaci. Zatím se hospicová péče v České republice poskytuje v souladu s legislativou pro ošetrovatelská lůžka dle příslušných sazebníků Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 620/2006 Sb., která je platná od 1.1 2007. Číslo odbornosti léčby bolesti a paliativní medicíny má samostatný kód v bodu 18 citované vyhlášky (26, 30).

V současné době je zaváděno hodnocení kvality, vypracovávány standardy, hledá se vhodný model úhrady péče psychosociální a duchovních potřeb, které u některých nemocných jsou mnohdy důležitější než tělesné potíže (6, 30).

1.2.2 Definice hospicové péče

Základem hospicové péče je paliativní medicína. Definici hospicové péče uvádí Koncepce oboru Léčby bolesti a paliativní medicíny v České republice z roku 1999 „Hospicová péče je forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně - ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného (26).“

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. V hospicích je akceptován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích přítomni sociální pracovník, psycholog, kněz. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem (24).

Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného až do jeho posledních chvil. V hospicové péči se snaží personál naplnit dny nemocného životem, zpříjemnit den drobnou radostí, potěšením, maličkostí, která však může nabýt obrovského významu. Dále je snahou doprovázet nemocného i jeho příbuzné, poskytnout odbornou pomoc rodině umírajícího. Někdy je péče o příbuzné mnohem náročnější než péče o samotného nemocného (23).

1.2.3 Formy a cíle poskytování hospicové péče

Pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující, je domácí hospicová péče. V Čechách zatím není příliš rozvinuta. Od běžné domácí péče se liší tím, že je zaměřena cíleně na paliativní péči. Zaměstnanci domácí hospicové péče poskytují převážně psychoterapeutickou podporu nemocným a jejich rodinám, pomáhají při zabezpečení správné a účinné léčby bolesti. Tento typ péče předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí a často bývá příliš náročná pro rodinné příslušníky. Domácí hospicovou péči poskytuje např. mobilní hospic Ondráček v Ostravě, občanské sdružení Cesta domů v Praze, domácí hospicová péče v Čerčanech (24, 30).

Denní stacionáře poskytují denní péči o těžce nemocné. Náplní činností denních stacionářů je zabezpečení nemocných po stránce léčebné, ošetrovatelské, psychické i sociální v době, kdy se již o ně nemůže rodina postarat. Zabezpečují podání léků, infuzí, vhodné stravy. Největší význam denních stacionářů spočívá v nalezení společnosti, možnosti navázání kontaktů, vztahů (24).

Další formou je lůžková hospicová péče. Samostatné hospicové zařízení bývá obvykle pro 24 – 26 nemocných. Pokoje bývají jednolůžkové, doplněné lůžkem pro doprovázejícího člena rodiny nebo blízké osoby. Každý hospic má k dispozici též dvoulůžkové pokoje, na které jsou nemocní umísťováni podle svého přání. K charakteristickým rysům hospicové péče patří mimo jiné i snaha o vytvoření hezkého

prostředí. Režim dne si určuje nemocný sám, existuje možnost neomezených návštěv. Ošetřující postupují nedirektivně, se snahou o navázání partnerského vztahu mezi personálem a nemocným. Nemocný má možnost účasti na bohoslužbě, účasti na nejrůznějších aktivitách jako jsou např. vystoupení dětí, koncerty studentů, arteterapie, návštěvy canisterapeutů, pobyt v zimní zahradě, na terase (24) (viz příloha 1).

1.2.4 Ošetřovatelský proces v hospicích

V moderní ošetřovatelské péči je snahou postarat se o všechny stránky života nemocného, o rovnováhu mezi lékařskou léčbou a ošetřovatelskou péčí. Tohoto cíle lze dosáhnout spoluprací celého multidisciplinárního týmu, kde každý člen týmu má své nezastupitelné místo. Úkolem sestry je poskytovat odbornou péči dle ordinace lékaře a tím se podílet na paliativní léčbě, uspokojovat individuální potřeby nemocného, a tak vykonávat svoji odbornost. Ke své profesi potřebuje sestra velké množství znalostí a dovedností. Je to především sestra, která se stává klíčovou osobou v péči o nemocného na paliativním lůžku. Sestra musí znát základy práce fyzioterapeuta, ovládat základní rehabilitační úkony, stejně jako základy práce nutričního specialisty, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního. Sestra poskytuje systematickou, plánovanou ošetřovatelskou péči zaměřenou na získání co nejlepší kvality života nemocného (24, 29).

Sestra musí zvládnout komunikaci verbální i neverbální, rozhovor i naslouchání, krizovou intervenci, musí znát fáze prožívání nemoci nemocných, jejich blízkých i dokázat podat příbuzným nemocného základní informace. Dovednost terapeutické komunikace je nezbytná pro důkladné posouzení stavu nemocného. Při pátrání po tělesných symptomech se také sestra zaměřuje na tíseň, obavy z budoucnosti, strach ze ztráty kontroly, z léčby nepříjemných symptomů (7, 24).

Sestra musí reagovat na nově vzniklé situace. V případě příznaků a symptomů, které mohou být známkou střevní obstrukce, infekce, dechového selhání nebo neurologického poškození, musí sestra v paliativní péči ovládat základní fyzikální vyšetření, informovat přesně lékaře a tím zajistit včasnou a účinnou pomoc (7).

Sestra v hospici provází pacienta a jeho rodinu, pomáhá vyrovnávat se s pokročilým onemocněním, sníženou kvalitou života, nejistotou, zármutkem, musí odpovídat na otázky, které jsou pro nemocného často bolestivé. Sestra musí koordinovat péči a dobře komunikovat s celou řadou dalších odborníků, včetně ostatních zaměstnanců hospice, duchovních, dobrovolníků, studentů na stážích (7, 24).

1.2.5 Význam ošetrovatelského procesu v hospicích

Poskytování ošetrovatelské péče s využitím ošetrovatelského procesu představuje vysoce kvalifikovanou činnost a samostatnost v rozhodování sestry, která tuto péči plánuje a vykonává. Docentka Marta Staňková v Základech teorie ošetrování charakterizuje ošetrovatelský proces jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným, tedy její jednání a vlastní ošetrovatelskou péči (22). Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, ke kterým se sama rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. V moderním ošetrovatelství nejde pouze o ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelskou diagnózu, stanovení cílů, intervencí a hodnocení. Jedná se o metodu řešení ošetrovatelských problémů, kterou sestry používají k uspokojení všech potřeb nemocného v oblasti fyzické, duševní, sociální a duchovní. Je založena na komplexním (holistickém) přístupu sestry. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu i nemocným v terminálním stavu, u nichž již nelze očekávat vyléčení. Ošetrovatelský proces také zvyšuje profesní sesterskou kompetenci a tvořivost a přináší sestřím mnohem lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace (22, 24).

Sestra v hospici má obvykle dobrou příležitost zjistit a vyhodnotit tělesné i psychosociální problémy nemocných a jejich příbuzných a zprostředkovat jejich řešení. Rozpoznání a zmírnění obav pacientů a jejich rodin jednoznačně patří k práci sestry (17).

Při plánování ošetrovatelské péče a volbě ošetrovatelských intervencí bere sestra ohled na přání nemocného. Cíle volí krátkodobé, reálné. Pravidelně hodnotí stav nemocného a rovněž účinnost intervencí. Intervence by neměly způsobovat nežádoucí účinky (17, 21).

Práce ošetrovatelského týmu by měla být dobře zorganizovaná, aby každý člen týmu měl přesně vymezené úkoly. Ve většině hospiců patří k nejčastějším organizačním systémům systém primárních sester. Tento systém zajišťuje možnost poskytování individualizované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ihned po přijetí je nemocnému přidělena sestra, která za něj po celou dobu hospitalizace nese odpovědnost a zajišťuje jeho celkovou péči za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků. Primární sestra zná problematiku každého svého nemocného velmi podrobně, vede o něm ošetrovatelskou dokumentaci, plánuje a zhodnocuje péči, nese za nemocného plnou odpovědnost. Spolupracuje úzce i s rodinou nemocného. Výměna informací a jejich předávání členům týmu je zajištěna dokumentací a pravidelnými poradami (24).

Jednoduchá a kvalitní dokumentace je důležitou složkou ošetrovatelského procesu. Dokumentace je důležitý nástroj komunikace a slouží při volbě léčebných a ošetrovatelských intervencí (24) (viz příloha 2).

1.3 Potřeba tišení bolesti sestrou

Jedním z úkolů paliativní péče je zmírňování příznaků, které s sebou nese nevyлéčitelné nebo pokročilé onemocnění. Symptomy mají negativní dopad na kvalitu života i na schopnost nemocného zapojit se do denních aktivit. Je třeba odlišit příznak od symptomu. Příznak je něco, co je pozorovatelné našimi smysly, symptom označuje změnu funkce, kterou pociťuje nemocný člověk (7,17).

Dobrá léčba symptomů vyžaduje jasně definovaný lékařský a ošetrovatelský postup. Při léčbě symptomů je nutné přihlížet na vlivy psychické, sociální, duchovní, vlivy prostředí, věku, pohlaví, rasy, vzdělání a kultury. Vnímání a prožívání symptomů je ovlivněno duševním stavem pacienta i tím, jaký význam nemoci a symptomům dává. Někdy je nemocný i popírá. Obvykle je důvodem strach z léčby nebo si nemocný uvědomuje, že se jeho nemoc zhoršuje (2, 25).

Pro sestru znamená hodnocení symptomů soustavné systematické sledování fyzických, emocionálních, sociálních a duchovních problémů. Různé symptomy spolu často souvisejí, proto je není možné hodnotit izolovaně. Role sestry při diagnostice, hodnocení i léčbě symptomů je nezastupitelná. Sestra sleduje, hodnotí a dokumentuje: frekvenci, délku, trvání a intenzitu symptomu, vyvolávající faktory, lokalizaci, charakter. Zároveň stanoví, do jaké míry mění přítomný symptom schopnost člověka zapojit se do denních aktivit a především stupeň fyzického nebo duševního utrpení, které nemocnému působí (7, 21).

K nejčastějším symptomům patří bolest. Bolest je problém, který se týká každého člověka. Neexistuje člověk, který by se s bolestí nesetkal. Někteří lidé jsou schopni snášet bolest dobře, někteří ji naopak vůbec nesnášejí a nejsou schopni se s ní jakýmkoli způsobem vyrovnat. Bolest existuje odjakživa, stejně jako pokusy rozumět jí a léčit jí. Bolest se vyskytuje u tří čtvrtin pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění. V povědomí lidí je bolest hlavním přívrstkem nádorového onemocnění. Bolest je samostatná jednotka, je to prostě nemoc (16, 17) (viz příloha 3).

1.3.1 Definice bolesti

Snaha ovlivňovat bolest je stará jako lidstvo samo. Je to zvláštní druh citlivosti, odlišný od ostatních smyslových vjemů. Je to subjektivní vjem, i když může být provázena objektivně měřitelnými fyziologickými reakcemi. Existuje mnoho definic bolesti. Definice bolesti IASP z roku 1979 zní: „Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální pocit, spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně nebo je popisovaný jako poškození tkáně (28).“

Beatrice Sofaer v knize *Bolest*, příručka pro zdravotní sestry cituje definici podle Mc Caffery z roku 1983: „Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (21).“

1.3.2 Fyziologie bolesti

Bolest je složitý, komplexní děj s větším počtem zpětnovazebních regulací na úrovni míšni, mozkového kmenu a kortexu. Je nezávislá na ostatních sensorických systémech. Zahrnuje v sobě informaci o nociceptivním (bolestivém) podnětu a reakci na tuto informaci. Obě složky se na různých úrovních vzájemně ovlivňují (25).

Receptory bolesti se nazývají nociceptory a jsou to pravděpodobně volná nervová zakončení. Nociceptory jsou uloženy nerovnoměrně na periférii. Kůže a některé vnitřní tkáně, např. periost, povrch kloubů, stěny arterií, obsahují mnoho receptorů bolesti. Ve většině hlubokých tkání je jich málo. V plicních alveolách a v tkáních mozku se receptory bolesti prakticky nenalézají (27).

Nociceptory se dále dělí na mechanoreceptory, které vedou podráždění vláknů typu A a reagují na mechanické dráždění nízkoprahového charakteru, dále na termoreceptory, reagující na zvýšenou teplotu nad fyziologické hodnoty a polymodální nociceptory reagující na mechanické, chemické a tepelné podněty (27).

Receptor bolesti lze stimulovat přímo poškozením receptorové buňky, nebo nepřímo, uvolněnými chemickými látkami. Na podráždění se podílí prostaglandiny, histamin, serotonin, kininy, substance P. Univerzálním stimulem bolesti je bradykinin. Je to aminokyselina, která vyvolává silnou vazodilataci, zvyšuje permeabilitu kapilár, působí konstriktci hladkého svalstva. Předpokládá se, že se bradykinin tvoří při poškození tkání působením enzymů, které ho uvolňují z molekul přítomných v krvi. Takto uvolněný bradykinin se naváže na receptory bolesti a vyvolá jejich aktivaci, tedy vzruch. Dále spouští produkci zánětlivých chemických látek, např. histaminu, které dále zvyšují propustnost stěn kapilár. Do poškozené oblasti proniká víc tekutin a bílých krvinek. Tento přesun se projeví zčervenáním, otokem a prosáknutím postižené oblasti. Bradykinin dále stimuluje uvolňování prostaglandinu, který zesiluje účinek bradykininu a histaminu (10, 25).

Nociceptory odpovídají na bolestivé podněty podle lokalizace v těle, mění svůj práh. Některé nociceptory reagují až na silné bolestivé stimuly. V těle jsou miliony nociceptorů – přibližně 1 300 na každých 2,5 cm² kůže (25).

Bolest nemusí vzniknout při každém dráždění receptorů bolesti. Objevuje se jen tehdy, když se informace o bolesti přenesou přes spinální míchu do mozku, který rozpoznává jednotlivé stimuly. Z nociceptorů je veden impuls dvojím způsobem. Pomalými, nemyelinizovanými vlákny C a slabě myelinizovanými vlákny typu A. Vlákna typu A se dělí na podskupiny alfa, beta, gama a delta. Vlákna A delta vedou impulzy rychlostí 12 – 80 m/s. Předpokládá se, že přenášejí signály ostré, bodavé bolesti, která souvisí s povrchovou somatickou bolestí. Vlákna typu C mají menší průměr a vedou pomalejší signály, rychlostí 0,4 – 1 m/s. Přenášejí se jimi informace o difúzní, palčivé bolesti, která souvisí s hlubokou somatickou a viscerální bolestí. Bolest, přenášená vlákny typu C je méně lokalizovatelná, ale v porovnání s bolestí, která se přenáší vlákny typu A delta, trvá déle (27).

Vlákna jdou do míchy do zadních kořenů míšních, kde se nachází první neuron bolesti. Zadní rohy jsou rozděleny do několika vrstev: vrstvy I – X dle Rexeda. Pro vedení bolesti jsou důležité vrstvy I., II., III. a V. V povrchových vrstvách jsou zakončení somatosenzorických vláken, hlouběji se nalézají vlákna vedoucí bolest

viscerálního původu. Přenos bolestivých impulsů umožňuje v zadních rozích míšních uvolňování substance P, neurotransmiteru, který zabezpečuje přenos bolestivých impulsů do synoptické štěrbině a přes synapsi do neuronů II. řádu. Z míchy jsou vedeny bolestivé podněty spinothalamickými drahami přímo do thalamu, kde se nachází druhý neuron bolesti. Thalamus je považován na nejdůležitější nocicepční oblast CNS. Vlákná A delta vedou bolest rychlou a ostrou do ventrobazálního thalamu, vlákna C vedou bolest dlouhodobou a tupou, končí v intralaminárních jádrech thalamu. Některé vzruchy jsou vedeny přes retikulární formaci mozkového kmene do limbického systému a dále do thalamu, část vláken končí v hypothalamu. Z thalamu pokračuje impuls do analyzátorů v mozkové kůře, kde se nachází třetí neuron bolesti. Aktivita mozkové kůry je nezbytnou podmínkou zpracování bolestivých impulsů (27).

Při stimulaci receptorů bolesti se vyskytují i propioceptivní reflexy. Impulzy přecházejí přes senzitivní vlákna a přenášejí bolest do spinální míchy. Tam se přepojují na motorické neurony a impulzy přecházejí zpět přes motoneurony do svalu v lokalitě bolesti. Sval se kontrahuje, čímž plní obrannou funkci (10).

Nocicepce a zážitek bolesti nejsou identické. Bolest je subjektivní, nocicepce nikoli. Nocicepce znamená neurologickou reakci a reflexní odpověď způsobenou poškozením nebo možným poškozením tkáně. Nocicepce nemusí způsobit vnímání bolesti a bolest se může objevit i bez nocicepce (7).

Tělo umí samo modulovat nociceptivní vstupy a vnímání bolesti kontrolním mechanismem ve středním mozku. Externí opioid (jako morfin) a endogenní opioidní peptidy (endorfiny – přirozená analgetika v těle) zde spustí inhibiční reakci, která postupuje dolů do míchy. Sestupnou inhibici zprostředkují neurotransmitery, zejména serotonin a norepineferin. Stres, úzkost a strach typicky přispívají ke zvětšení bolesti. Za určité situace, např. rozsáhlé trauma, může ale zvýšené množství adrenalinu nebo látky P aktivovat sestupnou modulaci, a tím potlačit vnímání bolesti. Endogenní opioidní receptory mají, kromě inhibice bolesti, i další funkce: kardiovaskulární, respirační, endokrinní, behaviorální. Ovlivňují náladu, příjem potravy. Velmi důležitá je škála ovlivnění autonomních funkcí. Organismus se vždy nejprve snaží řešit problém bolesti sám, a teprve když na to nestačí, přicházejí na řadu exogenní vlivy, včetně lékařského zásahu (10, 25).

1.3.3 Teorie vstupní (vrátníkové) kontroly bolesti

Tato teorie byla vypracována v roce 1965 Melzackovem a Wallem. Snaží se vysvětlit rozdílné vnímání téže stimulace. Vychází ze složitých neurofyziologických procesů.

V míše existuje regulační mechanismus mezi periferními receptory a CNS, který řídí přenos nervových impulsů z periferních vláken k centrálním buňkám. Tento mechanismus dovoluje nervovým impulsům vyvolaným bolestivou stimulací, aby prošly a byly pocíťovány – interpretovány mozkiem. Rychlá vlákna A alfa jsou objemnější než pomalá vlákna A delta a C. Je-li vstup „otevřen“, mohou bolestivé podněty volně procházet. A obráceně, při uzavření neprojde ani jeden impuls. Míra otevření vstupu může být částečně ovlivněna propojením s CNS, což by vysvětlovalo vliv psychologických faktorů, např. úzkosti, na vnímání bolesti. Impulsy vedené A vlákny vedou k uzavírání vrátek. To znamená, že jedinci s převahou silných A vláken mají podstatně vyšší práh bolestivosti a bolest lépe snášejí (27).

Kromě vrátkové teorie existuje ještě řada dalších teorií bolesti. Odpovídají vždy určité historické etapě znalostí. Patří sem např. teorie specifiky, která vychází z Descartovy představy existence přímého spojení mezi periferií a centrem. Teorie kódů vychází z toho, že informace z periferie do centra je přenášena ve formě určitého kódu. K dalším teoriím patří teorie citová nebo neurosekreční a humorální teorie bolesti (25).

1.3.4 Rozlišení bolesti

Bolest akutní je bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem. Dostavuje se okamžitě po bolestivém podnětu a je většinou pálivá, ostrá. Vychází především z kůže, svalů, kloubů. Má ochranný charakter. Patří sem i bolest kolikovitá. Akutní bolest může být prolongovaná nebo rekurentní. Prolongovaná bolest může trvat dny až týdny. Rekurentní akutní bolest se objevuje také náhle, ale jinak z bezbolestného stavu. Vrací se v různě dlouhých intervalech. Příkladem může být migréna (28).

Chronická bolest trvá měsíce i déle. Nemá ochranný charakter, neohrožuje život, ale mění kvalitu života postiženého, psychiku a jeho způsob života. Problematická je lokalizace a určení kvality bolesti. Rozlišuje se chronická bolest nezhoubného původu a ostatní druhy (8, 28).

Chronická bolest nezhoubného původu je často provázena poruchami spánku, ztrátou chuti k jídlu, zácpou, přílišným zaujetím nemocí, změnami osobnosti a pracovní neschopností. Někteří lidé dokáží chronickou bolest snášet, působí vyrovnaně a vykonávají svou práci, i když se znaky deprese. Mezi chronické bolestivé stavy patří některé bolestivé syndromy, které jsou velmi obtížně léčitelné a často bývají i chybně diagnostikovány. Patří sem: přenesená bolest (referred pain), fantomová bolest, thalamická bolest. Přenesená bolest je viscerální, která se projevuje v příslušném míšním segmentu zásobující oblast viscerální i povrchovou, šíří se v dermatomech (Haedovy zóny). Bolest thalamická je vyvolána nejčastěji onemocněním CNS s postižením ventrálních thalamických jader. Patří k jedné z nejhůře ovlivnitelných

bolestí. Je přítomna výrazná bolest neurogenního původu - pálení, vystřelování, dystezie. Může přetrvávat změna motoriky a jednostranná symptomatologie (25, 27).

Neuropatická bolest je typem chronické bolesti, vyvolané nervy. Často nemá zjevnou příčinu a špatně reaguje na standardní léčbu bolesti. Není znám přesný mechanismus vzniku. K neuropatické bolesti se řadí fantomová bolest. Je to bolest vnímaná v amputovaných částech těla. Její podstatou jsou projekce v centrálních strukturách (28).

Nádorové bolesti bývají obvykle chronické a trvalé. Informují o tkáňovém poškození, to je vlastnost bolesti akutní. Jedná se o sled bolestivých syndromů, které se stupňují v závislosti na progresi onemocnění. Termín „nádorová bolest“ je souhrnným označením pro řadu bolestivých stavů. Jednotlivé bolestivé stavy se liší délkou trvání, příčinou a patofyziologií. Každý onkologicky nemocný trpí především organicky podmíněnými bolestmi. Psychologické faktory a psychický stav nemocného mohou velmi výrazně ovlivňovat práh bolesti a tím i intenzitu jejího vnímání. Nejčastěji se jedná o bolesti způsobené vlastním nádorem a jeho umístěním (60 – 90 %), méně často o bolesti v souvislosti s protinádorovou léčbou (10 – 25 %), s celkovým oslabením nemocného (5-20 %). Někdy se vyskytují bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění. Incidence bolestí je závislá na typu nádoru a jeho umístění. Nejčastěji se vyskytuje u nádorů lokalizovaných v kostech a slinivce, nejméně často u lymfomů a leukémií. Bolesti způsobené vlastním nádorem lze dělit na nociceptivní bolesti kostní a periostální, bolesti měkkých tkání, bolesti povrchové, viscerální a ischemické, na bolesti neuropatické. Odlišnou kategorii tvoří bolesti při nádorovém nebo ischemickém postižení některých mozkových nebo míšních struktur. Bolesti mohou být spojené s prorůstáním nádoru do různých struktur. Často jsou zasaženy nervové pleteně nebo se napíná pouzdro, obepínající orgán, ve kterém je nádor nebo metastázy. Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou vznikají v souvislosti s operačními výkony, s ozařováním nebo chemoterapií, v souvislosti s invazivními výkony, např. při kanylaci žil, chemické neurolyze, implantaci portů. V důsledku celkového oslabení nemocného se může objevit herpes zoster a postzosterové neuralgie, dekubity, plísňové infekce. Při nádorovém onemocnění se mohou vyskytovat i bolesti bez vztahu k tomuto

onemocnění. Bolestivý může být otok končetiny po operaci prsu, srůsty po prodělaných operacích, migrény a tenzní bolesti hlavy. Ve většině případů trpí onkologičtí nemocní bolestmi dvou a více typů současně (9, 28).

U většiny onkologicky nemocných však intenzita bolesti během dne v závislosti na různých faktorech velmi silně kolísá. Kromě trvalé chronické nemoci mívají pacienti během dne opakovaně epizody náhlého vzplanutí silných bolestí. Tyto epizody se označují jako průlomová nebo též epizodická bolest. Bolest epizodickou lze definovat jako akutní bolest, která se objeví nad úrovní trvalé bolesti bez ohledu na analgetickou léčbu. Má na nemocného negativní vliv, stresuje ho. Epizody trvají několik vteřin až několik desítek minut, mohou se vyskytovat jednou nebo několikrát za den. Je spojena s následným omezením funkce. Jedná se o opomíjený, obtížně zvladatelný problém. Bolest průlomová patří k epizodickým bolestem. Je to bolest, objevující se nad jinou, která je trvalá a dobře kontrolována pravidelnou léčbou. K epizodickým bolestem patří též bolest na konci dávky. Bolest se objevuje dříve než účinek pravidelně podávané analgetické dávky. Každý jednotlivý druh epizodické bolesti vyžaduje jiný léčebný přístup. IASP nabízí návod pro tlumení onkologické bolesti, nabízí i návod k tlumení epizodických bolestí. Nemůže však obsáhnout plnou složitost tohoto problému (3, 28).

Činností nemocného nebo činností ošetřovatelského týmu je vyvolána incidentní bolest. Zahrnuje bolesti, které jsou důsledkem postižení skeletu metastatickým procesem, objevuje se při různých pohybech nemocného, jako jsou např. chůze, sezení, kašel, hluboký nádech. Tito nemocní mají zavedenou vyhovující základní analgezií. Správné hodnocení bolesti může být obtížné, protože tyto nemocní mají již zafixované chování, kterým se snaží bolesti předejít (17, 28).

1.3.5 Faktory ovlivňující bolest

Bolest ovlivňují faktory fyziologicko-biologické, psychologicko – duchovní, sociálně – kulturní a faktory životního prostředí. Stejný podnět může způsobit velkou bolest u jednoho člověka, a minimální u druhého. K fyziologicko - biologickým faktorům řadíme fyziologii bolesti, věk, vývojové faktory, nemoc a druh onemocnění. Znalosti psychických faktorů, souvisejících s bolestí, pomáhají sestře pochopit reakce pacienta. Psychologické faktory mají významnou úlohu při vnímání a vyjádření bolesti. Vnímání bolesti je ovlivněno jedinečností jedince a jeho osobnostními rysy, smyslem, který bolesti přisuzuje a jeho duševním stavem. Odtud se také odvíjejí úspěšné obranné strategie (coping). Při pociťování bolesti se obvykle lidé vylekají. Strach z bolesti souvisí se strachem ze smrti. Pociťují pak větší bolest, protože bolest (zvláště akutní) vyvolává úzkost a úzkost naopak dokáže vnímání bolesti zesílit. Člověk v bolestech občas ztrácí sebeúctu, pacienti spatřují v bolesti trest, symbol zavržení nebo formu žádosti o pomoc. Nejčastěji lidé vnímají bolest jako hrozbu pro obraz těla, znetvoření. V popředí jsou dále obavy z bezmocnosti, omezení kontroly tělesných funkcí, závislosti na druhých. Nemocní se obávají se o rodinu, o stav rodinných financí, ztráty sociální pozice. Zkušenost nemocných může být ovlivněna utrpením blízkých, kteří zemřeli na nádorové onemocnění. U většiny nemocných trpících chronickými bolestmi dochází ke změnám v životě, nejsou schopni společenského fungování a mají potíže s úkony každodenního života. Mohou pociťovat deprese, někdy se projevuje zloba a frustrace až zoufalství. Protrahované bolesti nemocného unavují a tato únava je provázána snížením prahu bolesti. Každý pacient vnáší do každé bolestivé situace předchozí zkušenosti, může dokázat přizpůsobit své chování a intenzita bolesti se přitom nemění (2, 7, 25, 28).

Důležitou roli zde hraje kulturní zázemí, hodnotový systém, víra. V naší kultuře se obvykle dává přednost značné snášenlivosti bolesti, i když se tato snášenlivost může lišit u každého pacienta. Pacienti vyznávající určité hodnotové systémy někdy odmítají rady i léky. Sestra proto musí počítat s různou reakcí na bolest, na její vyjádření i reakcí na léčbu. Proto také základním znakem holistické péče je spolupráce a individuální přístup ke každému nemocnému (17, 27) (viz příloha 4).

1.3.6 Hodnocení bolesti

Hlavní překážkou v nedostatečné léčbě nádorové bolesti může být právě hodnocení bolesti. Prvním krokem jsou základní vědomosti o teorii bolesti a faktorech, které mohou ovlivňovat posuzování bolesti a úzkosti nemocného. Podmínkou pro sestru, která chce poskytovat účinnou úlevu, je akceptování rozdílů mezi jednotlivými pacienty v toleranci bolesti a ve způsobech zacházení s ní. Sestra, která zná různé způsoby léčby bolesti, může využít svého jedinečného postavení poskytovatelky péče a umožňuje jí to vybrat nejvhodnější ošetrovatelské výkony. Zvyšuje si tím vlastní sebedůvěru a projevuje odpovědnost. Pro zvládnutí bolesti je nesmírně důležitá spolupráce mezi sestrami a lékaři. Lékař předepisuje analgetickou léčbu, ale bez spolupráce sestry má velmi obtížný, někdy až nemožný úkol (7, 17, 21).

Při hodnocení bolesti je důležité, aby sestra získala anamnézu bolesti, provedla potřebná fyzikální vyšetření se zaměřením na fyziologickou a behaviorální odpověď nemocného na bolest. Do vyšetření jsou zahrnuty informace nejen od pacienta, ale i od jeho rodiny. Anamnéza je zaměřena na tyto charakteristiky bolesti: lokalizace a vyzařování bolesti, nástup bolesti a změny v čase, kvalita (charakter) bolesti, intenzita, vliv bolesti na spánek, příjem potravy, pohybové a jiné aktivity, dosavadní léčbu bolesti a její úspěšnost, faktory provokující a mírnící bolest, změny vnímání bolesti při psychické zátěži (7, 17, 21).

Snadněji lze lokalizovat bolest akutní než chronickou. Sestra zjišťuje, zda bolest vyzařuje a kam. Pacient by měl bolestivé místo popsat i ukázat. Lze použít i mapu bolesti – náčrt do předtištěných tělových schémat. Do dokumentace sestra zaznamenává údaje o časovém faktoru, které jsou zaměřeny na začátek a vývoj bolesti, na změny v průběhu dne, na informace, zda se jedná o bolest stálou nebo přerušovanou. Hodnocení sestry by se mělo týkat i faktorů, které bolest zhoršují či zmírňují. Patří sem i bolest epizodní, průlomová, bolest na konci dávky (7).

Nemocní dokáží popsat bolest různými přívlastky. Na základě tohoto popisu lze usuzovat na typ bolesti. Charakter bolesti rozlišuje bolest somatickou, viscerální a neuropatickou. Somatická bolest vychází z různých tkání s výjimkou viscerální a nervové. Příkladem je bolest při kostních metastázách. Somatická bolest se dobře

lokalizuje a nemocný ji popisuje jako stálou, hlodavou. Viscerální bolest souvisí s patologickým procesem v hrudních a břišních orgánech. Špatně se lokalizuje a pacient ji pociťuje ve vzdálenosti od postiženého místa. Tato bolest přichází často ve vlnách a může být popisována jako křeče. Bolest neuropatická vychází z centrálního nebo periferního nervového systému a pacient ji popisuje jako brnění, vystřelování, pálení (7, 17, 21).

Při měření intenzity bolesti sestra rozlišuje bolest malé intenzity, střední intenzity, velké a bolest nesnesitelnou. Na bolest malé intenzity lze při odpoutání pozornosti zapomenout, je možné při ní pracovat. Bolest intenzity střední upoutává pozornost, ruší spánek, radost ze zábavy, práci. Bolest velké intenzity nedovoluje již jiný výkon. Je provázena vegetativními projevy: pocením, slzením, tachykardií, vzestupem TK. Objevují se vasomotorické změny v obličeji zčervenání, zblednutí. Mohou povolit i svěrače, dojít k pomočení. K dalším projevům patří zrychlení či zpomalení peristaltiky a zvracení. Při bolesti nesnesitelné je nemocný bolestí schvácený, ztrácí schopnost adaptivního chování, křičí, nařiká. Pokud není bolest tlumena, dochází k rozvoji šoku a smrti (7, 28).

Sestra používá k hodnocení intenzity bolesti řadu různých škál. Každé pracoviště pracuje s jednou škálou dle vlastního výběru, pak je možné i srovnání v delším čase. Nejvíce se osvědčily 2 druhy škál: a to VAS a Melzackova škála (7, 25, 28) (viz příloha 5).

VAS - vizuální analogová škála je úsečka o délce 10 cm, levý konec je označen nulou – jako žádná bolest, a pravý 10 jako nejhorší bolest. Pacient na úsečce označí, za jak silnou považuje svoji momentální bolest. Bolest hodnocená počtem bodů 5 nebo více, již ovlivňuje kvalitu života nemocného. Pokud nemocný není schopen použít číselnou škálu, používá se škála verbální Melzackova škála má 5 stupňů: mírná bolest, nepříjemná bolest, silná bolest, krutá bolest, nesnesitelná bolest (25).

Některá pracoviště používají ještě nejrůznější pomůcky pro pacienty pro posuzování intenzity bolesti: např. posuvné pravítko, řadu obličejů s mimikou znázorňující pocity v závislosti na intenzitě bolesti (7, 27).

Kromě fyziologických projevů by sestra měla hodnotit i chování pacienta, které s bolestí souvisí. Toto hodnocení přináší informace o tom, jak je nemocný schopen zajistit si základní potřeby, jak bolest ovlivňuje jeho běžné aktivity i sociální život (7,10).

Neméně důležité je psychosociální a duchovní hodnocení bolesti. Zahrnuje vliv bolesti na náladu, spánek, zvládání obtížných situací, cílů pacienta. Při duchovním hodnocení se sestra zaměří, jak bolest ovlivňuje nahlížení nemocného na smysl vlastního bytí (17).

Psychologické, sociální a kulturní faktory ovlivňují toleranci bolesti. Je to intenzita bolesti, kterou je člověk ochoten snášet, aniž by požadoval úlevu. Tolerance bolesti je tedy velmi odlišná. Zvyšuje se s věkem. Nezbytná pro všechny členy ošetrovatelského týmu je dokumentace poznatků o hodnocení bolesti (10).

1.3.7 Léčba bolesti

Výzkum v oblasti bolesti (algeziologie) je poměrně rozsáhlý a je organizován v mezinárodní společnosti pro studium bolesti IASP (International Association for the Study of Pain), založené v roce 1973. Česká republika byla přijata do IASP v roce 1999 (28).

Situace v léčbě bolesti v České republice není nejlepší. Úroveň péče o nemocné s bolestí se sice postupně zlepšuje, ale existují rozdíly mezi jednotlivými zařízeními (6, 20).

1.3.8 Historie léčby bolesti

Opium znali Sumerové 8000 let před Kristem. Jeho účinky popsal Teophrastus z Efezu už ve 3. století před Kristem. Morfin se jako analgetikum užíval ve Starém Egyptě a Řecku. Záznamy o používání morfia pocházejí z roku 1550 před naším letopočtem, je možné je najít i v tzv. Ebersenově papyru. Morfin používal Galén, Celsus. V 17. století provedli první experimenty s opiem J. D. Major a S. Elsholtz. V roce 1806 byl z opia izolován morfin, v roce 1832 kodein, v roce 1848 papaverin. V roce 1973 byl objeven antagonistický účinek naloxonu. V roce 1975 Hans Kosterlitz objevil účinky endorfinů a enkefalinů. V roce 1988 byl morfin objeven v mozku. K jedním z nejdůležitějších objevů posledních let patří objev 2 typů endomorfínu. V posledních desetiletích byla objevena řada látek, s podobnými vlastnosti jako opium, které však s opiem nemají nic společného (28, 32).

Za průkopníka moderní terapie bolesti je považován americký anesteziolog J. J. Bonica, který rozpoznal, že bolest je samostatné onemocnění, vyžadující komplexní terapii a multidisciplinární přístup. V roce 1961 založil prvé pracoviště s názvem Pain clinic, které se stalo vzorem pro rozvoj dalších zařízení (31).

1.3.9 Možnosti léčby bolesti

Sestra pracující v hospicích ví, že bolesti u onkologických nemocných lze v 90 % případů úspěšně zvládnout. Sestra si uvědomuje, že léčebná strategie spočívá v první fázi na léčbu směřující k okamžitému snížení bolesti a ve druhé fázi v kontinuální kontrole bolesti po zbytek pacientova života. Sestra v hospici má zkušenost, že analgetická léčba sleduje několik cílů. Prvním cílem je upravit spánek, následuje cíl zbavit pacienta bolesti v období, kdy odpočívá v křesle nebo na lůžku. Nejvyšším cílem je zbavit pacienta bolesti ve stoje, při pohybu. Snaha je tedy zmírnit bolest na přijatelnou míru pro nemocného a tím zlepšit kvalitu jeho života (1, 28).

V hospicích se sestry mohou setkat s nemocnými po ukončení radioterapie. Ozáření vede ke zmenšení nádoru, a tím ke zmírnění bolesti. Radioterapie může pomoci při bolestech způsobených kompresí nervů a cév, stenózou dutých orgánů, při bolestech způsobených napínáním pouzdra metastaticky postižených orgánů, např. jater, sleziny, při kořenových bolestech způsobených prorůstáním tumoru. Lokální radioterapie je vhodná u mnohočetných kostních metastáz, kdy kromě analgetického efektu může zabránit hrozícím frakturám. Patří sem též např. ozáření lebky při mozkových metastázách nebo při infiltraci mozkových plen při hemoblastózách. Sestry mohou také ošetřovat nemocné s maligními ložisky ve skeletu, které mají schopnost vychytávat radiofarmakum, např. u nádorů prostaty. Radiofarmakum je aplikováno nemocným na příslušném pracovišti nitrožilně. Účinek léčby nastupuje pomalu, ale trvá měsíce (20, 28).

K dalším typům léčby patří paliativní chirurgický výkon, např. obnova průchodnosti trávicí trubice uzavřené nádorem, paliativní ortopedické výkony, vnitřní fixace patologických fraktur. Často se používá protinádorová chemoterapie. Hormonální léčba bývá účinná např. karcinomů prsní žlázy, děložního hrdla a prostaty (28).

V paliativní medicíně je nejpoužívanějším typem léčba symptomatická. Zahrnuje: farmakoterapii, psychologickou léčbu, invazivní postupy anesteziologické a neurochirurgické, fyzikální terapii a nefarmakologickou léčbu (8, 18) (viz příloha 6 - 9).

1.3.10 Medikamentózní léčba

Základem léčby jsou analgetika a často jsou podávány ještě léky doplňující. Analgetika jsou nasazována postupně podle síly jejich účinku. Světová zdravotnická organizace rozdělila analgetika do tří stupňů a k nim připojila intenzitu bolesti. Pro první stupeň mírné a středně silné bolesti jsou užívány léky, které se označují jako nesteroidní analgetika. Patří k nim kyselina acetylsalicylová, ibuprofen, diclofenac a také paracetamol a spasmolytika jsou určeny pro tuto intenzitu bolesti. Tyto léky není

vhodné kombinovat mezi sebou. Při silnější bolesti se mohou spojit s látkami dalšího stupně, určeného pro silné až kruté bolesti. Nazývají se slabé opioidy. Hlavním představitelem je tramadol a kodein. Kodein se v organismu přeměňuje na morfin a používá se samostatně nebo v různých analgetických směsích – Alnagon, Korylan nebo v retardované formě pro perorální použití - DHC continus. Mohou se s výhodou kombinovat s léky prvního stupně. Pro nejsilnější a nesnesitelné bolesti jsou určeny opioidy, léky třetího stupně. Základním představitelem je morfin. K dispozici jsou formy působící 12 až 24 hodin – MST continus, Vendal. Zpravidla se k nim užívají i léky z některého z předchozích stupňů. Opioidů je několik druhů a je možné je vzájemně zaměnit, pokud se účinnost jednoho sníží, může dobře působit jiný typ. Dělení opioidů na slabé a silné je používáno v praxi. Z farmakologického hlediska však patří všechny opioidy do jedné skupiny (8, 13, 18) (viz příloha 10, 11).

Informaci o užívání opioidů v jednotlivých evropských zemích obsahuje Frankfurtský konsensus roku 1998, přijatý odborníky 20 zemí Evropy, bohužel s minimální účastí východoevropských zemí. Součástí konsenzu jsou standardy pro léčbu bolesti. Jejich podstatou jsou indikace pro použití opioidů podle analgetického žebříčku z roku 1986 pro nádorovou bolest i pro léčbu nenádorové, jinak neztížitelné bolesti (19, 28).

1.4 Ošetřovatelský proces při léčbě bolesti

Při zajišťování léčby bolesti v hospicích má sestra nezastupitelnou úlohu. První a mimořádně důležitý krok v léčbě bolesti je její zhodnocení. Posoudit objektivně bolest je velmi náročné. Čím je sestra vzdělanější a zkušenější, tím lépe dokáže hodnotit bolest, její kvalitu i kvantitu. Každý nemocný je individualita a má vlastní reakce na bolest. Zážitek bolesti může být sdělován jak verbálně, tak nonverbálně. Již při příjmu pozoruje sestra pohyby, gestikulaci, mimické projevy nemocného. Sleduje, čemu se nemocný vyhýbá, co nedělá. Pacient těmito mimoslovními projevy reaguje na bolest rychleji než slovy. Při vyhodnocování fyziologických reakcí a změn se

zaměřuje sestra na sledování vitálních funkcí a dalších ukazatelů, např. na změnu barvy kůže, její suchost, pocení, výraz tváře. Indikátorem bolesti jsou zaťaté zuby, zavřené nebo doširoka otevřené oči. I znehybnění těla nebo jeho části může svědčit o bolesti, stejně jako zaujímání úlevové polohy, bezúčelné nebo rytmické pohyby těla (17, 21).

Individuální přístup k nemocnému začíná již od přijetí nemocného do hospice. Sestra a ostatní ošetřující nemocného přivítají a představí se. Zajistí nemocnému vhodnou a pohodlnou polohu, protože poloha nemocného je velmi důležitá pro odstranění bolesti. U některých nemocných je nutné ihned po uložení na lůžko reagovat na jejich obtíže a stesky. Bolest patří k těm nejčastějším, na které si nemocní ihned po převozu do hospice stěžují. Sestra nesmí na nemocného spěchat, je nutné mu dopřát dostatek času, aby mohl vyjádřit své obtíže i obavy. Na základě získaných informací zhodnotí sestra zdravotní i psychický stav pacienta. Určí priority, ošetrovatelské diagnózy a sestaví vstupní plán péče. Po příchodu nemocného je také stanovena jeho primární sestra. Sestra, která nemocného dobře zná, má snadnější úlohu při volbě nejvhodnějšího postupu v ošetrovatelské péči k odstranění bolesti. Primární sestra shromažďuje informace po celou dobu pobytu nemocného v hospici. Nestačí jen dávat otázky, ale nejdůležitější je nemocného vyslechnout. Sestra se také pokusí získat nemocného ke spolupráci. Ubezpečuje ho, že není nutné, aby trpěl nesnesitelnou nebo dlouhodobě trvající bolestí. Pro nemocného připraví bezpečné prostředí, aby si byl vědom, že veškeré jeho bolesti budou pod kontrolou a že jim lze předcházet. Sestra v hospici při ošetrování nemocného s bolestí v průběhu ošetrovatelského procesu zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu, provádí hodnocení stavu nemocného, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, plánuje péči. Sestra při plánování ošetrovatelské péče určuje takové ošetrovatelské výkony, jejichž cílem je předcházet bolesti nebo ji úplně odstranit, aby byl nemocný schopný vrátit se k běžným denním aktivitám. Ošetrovatelské výkony mohou zahrnovat jednu nebo více strategií (7, 17, 24).

Během realizace ošetrovatelského plánu se sestra zaměřuje na výkony spojené s léčbou bolesti. Terapii bolesti řídí lékař. Sestra však musí znát účinky jednotlivých léků, způsoby aplikace pravděpodobnou délku jejich působení. Velmi důležitá je znalost nežádoucích účinků léků (7, 25).

Sestra vede záznam o sledování bolesti, kde je zaznamenán čas, stupeň, charakter bolesti, množství a druh aplikovaného léku, účinek léku v určitých časových úsecích. Sestra zaznamenává i nežádoucí účinky, komplikace. Vysvětlí nemocnému, proč je dobré, aby byl veden písemný záznam o jeho bolesti. Správná léčba bolesti předpokládá dobrou komunikaci mezi nemocným, ošetřujícími, sestrou a lékařem. Komunikace též zahrnuje dokumentaci (17).

1.4.1 Ošetřovatelský proces při analgetické terapii onkologické bolesti

Především má sestra nezastupitelnou roli v léčbě v průlomové bolesti, může okamžitě reagovat a dle ordinace podat dostatečně silné analgetikum. Sestra se podílí na zajištění klidného spánku, odstranění nebo zmírnění bolesti při tělesném klidu (3).

K nezbytným znalostem sestry patří používaná analgetika neopiátového i opiátového typu. K nejčastěji používaným analgetikům neopiátového typu patří kyselina acetylsalicylová, Paralen, nesteroidní antirevmatika, spasmolytika. Sestra by měla znát vedlejší účinky těchto léků: gastrointestinální potíže, dyspepsie, riziko vzniku erozivní gastritidy až krvácení. Uvědomuje si, že Paralen může být hepatotoxický, nesteroidní antirevmatika, zvláště u starších nemocných, mohou působit neurotoxicky (28).

Sestra má přehled o vlastnostech opioidů. Musí znát zásady léčby opioidů, mít přehled o použití těchto léků, rozeznat jejich vedlejší účinky. Ví, že podle síly analgetického účinku se dělí opioidy na slabé a silné. K preparátům skupiny slabých patří léky obsahující kodein, který se v organismu přeměňuje na morfin. Příkladem kodeinového preparátu ze skupiny slabých opioidů je: dihydrokodein.– DHC continus. Dalším nekodeinovým preparátem je Tramadol. K vedlejším účinkům této skupiny patří zácpa, méně často nauzea, zvracení (18, 28).

K nejčastěji používaným analgetikům opiátového typu patří morfin. Je prvním lékem volby u nejsilnějších nádorových bolestí. Včasné zahájení léčby morfinem může zabránit ničujícímu působení bolesti u nemocného. Morfin není neurotoxický. Ani dlouhodobá aplikace nepůsobí závažnější orgánové postižení. Dlouhodobé používání též nepůsobí změny v oblasti chování, efektivity a kognitivních funkcí. Při respektování biologických a fyziologických zákonitostí a při vhodném postupu lze terapii morfinem kdykoli přerušit či ukončit. Tolerance k morfinu se vyvíjí nejvíce v prvních 3 týdnech. Pak při stabilizaci bolesti je nebezpečí vzniku tolerance velmi malé. Dávky morfinu lze postupně zvyšovat až k dosažení analgeticky účinné dávky. U morfinu není znám tzv. stropový efekt. Nebezpečí vzniku psychické závislosti při léčbě silných bolestí morfinem je při indikovaném, uvážlivém a kontrolovaném užívání velmi malé. Po stabilizaci dávkování bývají kognitivní a psychomotorické funkce málo ovlivněny (8, 18, 28).

Sestra zná způsoby použití morfinu. Morfin se nejčastěji používá ve formě vodných roztoků, tablet, čípků nebo dražé s protražovaným účinkem. Nejznámější používané preparáty jsou: Sevredol tablety, které jsou vhodné na začátku léčby pro nastavení dávky. Preparáty MST continus, Vendal retard, jsou přípravky s řízeným uvolňováním morfinu (18, 25, 28). Dalším opioidem je Dolsin, je slabší než morfin, má i kratší účinek a není vhodný u chronických bolestí (13, 28).

K často používaným lékům patří Fentanyl. Jako analgetikum je oproti morfinu 60 – 80 krát účinnější. Pro léčbu chronických stavů se používají fentanylové náplasti. Sestra se orientuje dobře ve způsobu aplikace těchto náplastí. Sestry jsou poučeny, že z farmakokinetických důvodů se doporučuje aplikovat náplast Durogesicu v ranních hodinách. Pro aplikaci náplastí je vhodná neochlupená oblast hrudníku, zad nebo paže. Pro sestru je důležité vědět, že se případné ochlupení odstraňuje pouze nůžkami, protože oholení může vyvolat drobné kožní léze, které mění resorpční kinetiku. Sestry umyjí před aplikací kůži pouze čistou vodou bez použití mýdla nebo jiných čistících prostředků. Sestra náplast přilepí bezprostředně po vyjmutí z obalu, lehce ji přitiskne plochou dlaně po dobu asi 20–30 vteřin. Sestra zkontroluje přilepení okrajů náplasti a při silnějším pnutí může ještě fixovat náplast pruhem lepicího obvazu. Po 72 hodinách

je třeba náplast vyměnit. Po odstranění náplasti účinnost doznívá asi 17 hodin. Zbytky náplasti sestra odstraní vodou a mýdlem. Pro novou aplikaci využije jinou kožní oblast (15).

Sestra ví, že některé opioidy, např. buprenorfin, by se neměly podávat dlouhodobě z důvodu vysoké hladiny metabolitů a omezené maximální dávky. Buprenorfin se používá také ve formě transdermálních náplastí pod názvem Transtec (19, 28).

Podobné analgetické účinky jako morfin má oxykodon – preparát Oxycontin. Je velmi dobře vstřebáván z trávicího traktu. Zkušená sestra ví, že lékař obvykle začíná s nejnižší možnou dávkou opioidu a zvyšuje její množství dle potřeby tak, aby poskytla úlevu od bolesti v krátké době a bez navození nepříjemných vedlejších účinků. Sestra také rozeznává vedlejší účinky jednotlivých opioidů. Patří k nim nejčastěji zácpa. Proto je nutné, aby sestra hned od začátku léčby opioidy věnovala maximální pozornost péči o pravidelnou stolici (13, 28, 29).

K dalším častým vedlejším účinkům patří nauzea a zvracení. Vyskytují se u 1/2 až 2/3 nemocných na začátku léčby. U většiny nemocných po čase mizí. Jestliže jsou nevolnost a zvracení úporné, podává sestra antiemetika pravidelně po dobu 3 - 7 dnů. Pokud se potíže nemírní, zvažuje se změna opioidů (13, 25, 28).

Ospalost, závratě, otupení mysli ustupují obvykle po několika dnech. Někdy tyto příznaky signalizují potřebu dohnat předchozí nespavost vyvolanou bolestí.

U některých nemocných může sestra pozorovat halucinace a zmatenost. Nebývají časté, ale mohou se vyskytnout zvláště u starších nemocných. Sestra musí kontrolovat stav pacienta, zejména při zahájení léčby a zvyšování dávky. Pacient musí být zabezpečený v lůžku se zvednutými postranicemi, pod dohledem sestry nebo rodinného příslušníka. Sestra též uvažuje, které další příčiny by mohly způsobit poruchu vědomí, zda útlum nebo zmatenost nesouvisí s procesem umírání (7, 17).

Často obávaný dechový útlum se při léčbě chronické bolesti a správném dávkování opioidů vyskytuje zřídka. Je nutné pravidelně měřit frekvenci dýchání. Ošetřující sestra by měla zjistit, zda je útlum dýchání důsledkem podávání opioidů nebo přirozeného procesu umírání. Pokud je příčinou opioid, je možné dle ordinace lékaře podat naloxon. Jeho rychlé podání však může způsobit průlomovou bolest (17).

Mezi vedlejší účinky opioidů ještě patří: fyzická a psychická závislost, tolerance a pruritus. Pruritus (svědění) se nejčastěji vyskytuje při léčbě morfinem, ale může mít i jiné příčiny (16). Každá sestra, pracující v hospici, má také znalosti o užití pomocných léků při léčení bolesti. Používají se léky, které mají určitý analgetický efekt, ale primární indikace není analgetická. Jsou označovány jako adjuvantní analgetika nebo také koanalgetika. Nepodávají se rutinně, jejich užití je vždy dáno stavem konkrétního nemocného. Jsou určeny pro specifické typy bolesti, případně zmírňují další příznaky objevující se u nemocných s maligními nádory nebo zvyšují účinek dalších léků pro větší pohodlí pacienta. Adjuvantní léky se podávají na všech stupních analgetického žebříčku dle WHO a často se předepisují u specifických příznaků somatické, viscerální a neuropatické bolesti (13, 18, 28).

Při neuropatické bolesti se podávají tricyklická antidepresiva. Sestra nemocného poučí, že léky mohou mít anticholinergní vedlejší účinky, např. sucho v ústech, dále podráždění, ospalost, potíže při močení, třes rukou, obtíže při usínání (7, 28).

Při neuropatické bolesti, zvláště u bolesti bodavé nebo vyzařující, se mohou též podávat antikonvulziva, jejich nežádoucím účinkem je útlum nemocného. Dále se mohou podávat při neuropatické bolesti lokální anestetika, léky ovlivňující metabolismus kostí, svalová relaxancia (5, 25, 28).

Sestra má také přehled o zásadách léčby kortikoidy. Ví, že příznivě ovlivňují náladu, ale zná i jejich vedlejší účinky. Při léčbě bolesti kostí a při hyperkalcemii, která je důsledkem kostních metastáz, se mohou podávat bisfosfonáty. Jsou vhodné zejména při léčbě bolesti na konci života. Snižují též možnost zlomeniny obratlů (28).

Sestry v hospicích jsou informovány i o používání dalších druhů léků. Účinek opioidů a práh bolesti mohou zvyšovat neuroleptika. Sestry znají indikace a vedlejší účinky při podávání benzodiazepinů. Stejně jako indikace k použití spasmolytik a pohlavních hormonů. Sestra může nemocným nabídnout po dohodě s lékařem malé množství alkoholu. Doporučuje se večer před spaním, protože alkohol zvyšuje práh bolesti a zlepšuje spánek (17, 28).

1.4.2 Způsoby aplikace analgetik

Sestra používá různé způsoby aplikace léků, z nichž každý má své výhody a nevýhody. Způsob aplikace ovlivní absorpci i distribuci léku a tím i účinek léku a reakci pacienta. Perorální podání analgetik je pro většinu pacientů nejpříjemnější a nejjednodušší. Perorální analgetika jsou ve formě tablet, kapslí nebo v tekuté formě. Rychlost absorpce závisí na tom, zda je lék vyroben pro okamžité či řízené uvolňování. Při sublingválním podání se dosahuje rychlé a vyhovující analgezie. Transdermální aplikace znamená pro sestru použití léku nejčastěji ve formě transdermální náplasti. Léky podávané sestrou rektálně mají pomalý nástup účinku a různou rychlost absorpce. Vzhledem k nestabilní absorpci je i zmírnění bolesti nestejně. Léky k subkutánnímu podání sestra aplikuje do tukové tkáně pod kůží. Absorpce a účinky léku závisí na konkrétním léku a jeho vlastnostech. Sestra lék podává v injekcích nebo pumpou. Při intramuskulární injekci se lék podává hluboko do svalu. Má rychlý nástup účinku, často se však objevuje bolest v místě aplikace injekce. Podání léku do žíly zajistí rychlý nástup účinku. Tato aplikace je vhodná u nemocných, kteří nemohou polykat, mají nauzeu a zvrací. Často při intravenózní aplikaci sestra používá pumpu. Lék může být aplikován též do epidurálního prostoru. Podávají se takto místní anestetika, narkotika a steroidy. Lék podaný injekcí do epidurálního prostoru ztlumí bolest průměrně během 2 až 10 dní, účinek trvá od dnů po měsíce. Kontinuální a intermitentní epidurální podání léku může být zajištěno zavedením katetru do epidurálního prostoru a připojením k pumpě. Opioidy podané epidurálně nepůsobí na motorický neuron, nenastává

motorická blokáda jako po lokálních anestetikech. Jejich účinek lze zrušit Naloxonem. Sestra musí znát výhody i komplikace epidurální aplikace. Výhoda spočívá v cíleném působení, v možnosti použití relativně nízké dávky, a tím i v menších celkových účincích. Nevýhodou jsou zejména možnosti vzniku infekce, poškození zavedeného katetru, místní krvácení a citlivost v místě vpichu. Dále vyšší závislost na zdravotnickém personálu, přísunu jednorázového materiálu a sterilních injekčních roztoků (7,17, 21, 25, 28).

1.4.3 Ošetřovatelský proces při nefarmakologické léčbě bolesti

Bolest je problém fyziologický, ale zároveň emocionální. Nejvhodnější je léčit bolest kombinací fyzikální a psychologické terapie (19).

Některé nefarmakologické a neinvazivní techniky mohou ovlivnit vnímání bolesti. Mají i další výhody. Pomáhají odstraňovat stres, zlepšují náladu, podporují spánek. Sestra se orientuje v rozdělení do hlavních kategorií: fyzikální, alternativní a doplňková terapie a nakonec kognitivní a behaviorální terapie. Do fyzikální terapie je možné zahrnout hydroterapii, která využívá k léčbě bolesti vodu. Voda uklidňuje, poskytuje podporu, nadnáší. Dále terapii teplem, která vede ke snížení bolesti a spasmů svalů, zmírnění ztuhlosti kloubů. Teplo může být vytvořeno nahřívací láhví, vlhké pak zábalem, obkladem nebo nahřívacím polštářem. Pro sestru je důležité, aby si před aplikací terapie teplem zjistila, zda je pacient schopen sdělit, jak se cítí, zvláště pokud má pacient kognitivní poruchu. Sestra pravidelně kontroluje pokožku v místě aplikace tepla a hodnotí pacientovu reakci na proceduru. Terapie chladem se používá častěji při bolesti akutní. Pro pacienty s chronickou bolestí může být cennou terapií cvičení. Zmírňuje bolesti uvolněním endorfinů, což navozuje pocit pohody a dodává nemocnému pocit, že má věci pod kontrolou. Sestra hodnotí intenzitu bolesti, omezení pohyblivosti. Ke stabilizaci patologických fraktur se používá v paliativní péči imobilizace ortézou. Ortézy zmírňují bolesti a snižují riziko dalšího poranění (6, 16, 9).

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby bolesti. Mnohé z nich může provádět přímo sestra. Např. odvádění pozornosti bývá velmi účinný prostředek pro utišení bolestí. Při aromaterapii se redukuje stres. Může ji provádět pacient sám nebo aromaterapii provádí zdravotník. Aromaterapeutický olej, nejčastěji z bazalky, eukalyptu, heřmánku, levandule, rozmarýny, lze aplikovat přímo na kůži jemnou masáží, může se přidat do koupele či vdechovat jako aerosol. Sestra musí upozornit nemocného, že se olej nesmí dostat do očí a na sliznice. Sestry mají přehled i o dalších používaných technikách: např. relaxaci, meditaci, terapii hudbou, představitelstvem, sledování televize, předčítání. Častou doplňkovou terapií je terapie dotykem, používá se nejčastěji při zmírňování bolesti a úzkosti (7, 17).

Tyto terapie se mohou do jisté míry překrývat. Kvalita vztahu mezi sestrou a pacientem někdy může ovlivnit ochotu nemocného některou z těchto technik používat nebo se jí naučit (1, 7, 21).

1.4.4 Ošetrovatelský proces u seniorů s bolestí

Početnou skupinu ošetřovaných nemocných v hospicích tvoří staří nemocní. Paliativní péče o zvyšující se počet starých pacientů patří k problémům, které řeší zdravotní systémy různých zemí. Pro geriatrickou medicínu je typické, že řada onemocnění probíhá odlišně. Také fáze onemocnění, kterými procházejí staří pacienti, nejsou tak vyhraněné (14, 17).

Sestra v hospici se velmi často setkává se všemi projevy deliria, od poruch mírných až k těžkým obrazům. Jednou z příčin deliria u onkologicky nemocných bývá hyperkalcemie. Vedle zmatenosti k jeho příznakům patří nauzea, zvracení, průjem nebo zácpa, polyurie. Hyperkalcemie se vyskytuje ve 20 % u nádorů prsů, ve 25 % u bronchiálních nádorů. Neklid neurotický bývá většinou projevem úzkostných stavů různé etiologie. Hlubší neklid může probíhat bez kvalitativních poruch myšlení nebo smyslových přeludů. Sestra si uvědomuje, že nemocný je ovlivňován svými emocemi, negativními afektivními poruchami. Nemocný si může nepřátelsky vysvětlovat dění

kolem sebe, může být i nebezpečný. Pro sestru je důležité vědět, že efektivní a správně načasovaná komunikace, včetně dokumentace, je základním předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče. Také je nezbytné, aby sestry znaly legislativu, týkající se paliativní péče. Každý agitovaný nemocný potřebuje světlo, klidné a důsledné prostředí, dále třeba i opakované vysvětlení, kde je a co se s ním děje. Pokud by ohrožoval sebe i okolí, je nutno zasáhnout farmakologicky (7, 14, 17).

Při hodnocení bolesti u starých nemocných musí sestra zachovávat holistický přístup a pečlivě hodnotit všechny vlivy. Je dokázáno, že s přibývajícím věkem stoupá tolerance bolesti. Zvláště náročná je ošetrovatelská péče o demenční nemocné. Sestry pečující o lidi s demencí, jsou často v nesnázích, když pacient není schopen o své bolesti komunikovat. U seniora, postiženého demencí, musí vzít sestra v úvahu změny kognitivní, behaviorální a afektivní schopnosti. Důležitá je i fyzická kondice nemocného. Většinou ale dokáží nemocní s mírnou až střední kognitivní poruchou popsat intenzitu bolesti. Poruchy kognitivních funkcí mohou být v rozsahu od jednoduché zmatenosti, přes přechodné delirium až k výrazné demenci. Léčba bolesti může záviset na tom, jak sestra interpretuje vyjádření pacienta, jak rozumí fyziologickým, sociálním a psychologickým potřebám pacienta. Lidé s demencí mohou mít stavy rozrušení, které nejsou příjemné pro ně, jejich blízké i personál. Člověk s demencí může být blízko smrti, ale je stále mobilní a agitovaný. Pokud je snahou zajistit těmto lidem důstojné umírání, je někdy nutné, aby sestra podávala zvýšené dávky antipsychotik. Sestra si současně uvědomuje zvýšené riziko vedlejších účinků, včetně extrapyramidových, anticholinergních a riziko vzniku ortostatické hypotenze. Při podávání léků je těžké rozlišit mezi potencionálními vedlejšími účinky a zmírněním symptomů. Zajištění důstojnosti u starých pacientů vyžaduje péči založenou na znalostech, pozorování a zájmu sester (14, 17).

Hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče je důležitou částí ošetrovatelského procesu. Protože bolest je subjektivní pocit, většinu údajů získává sestra od nemocného. Otázky jsou orientovány na úroveň pohody, energie, spánku, na účinnost jednotlivých výkonů na odstranění bolesti (7, 17, 21).

Zmírnění bolesti, stejně tak jako i ostatních symptomů, je klíčovou součástí všestranné paliativní péče. Pacient potřebuje někoho, na koho by se mohl obrátit, komu by mohl říci vše, co ho trápí. A tím „někým“ bývá obvykle sestra. Lidé, kteří netrpí bolestí, se mohou zaměřit na psychické a duchovní záležitosti, které dávají smysl jejich posledním dnům, a tím přispívají ke kvalitě života (17, 21).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zaznamenat problematiku managementu nádorové bolesti v hospicích z hlediska sestry.
2. Zjistit, zda ošetřující personál v hospicích pracuje metodou ošetřovatelského procesu.

2.2 Pracovní hypotézy

H 1: Sestry pracující v českých hospicích mají dostatek kvalitních znalostí o managementu bolesti.

H 2: Ošetřující personál v českých hospicích pracuje metodou ošetřovatelského procesu.

3 Metodika a charakteristika výzkumného souboru

3.1.1 Dotazníková metoda

Pro zjištění informací o problematice managementu bolesti a o ošetrovatelském procesu v českých hospicích byla použita anonymní dotazníková metoda, technikou sběru dat byl dotazník, tedy kvantitativní výzkum. Dotazníky, vztahující se k problematice managementu nádorové bolesti a ošetrovatelského procesu v hospicích, jsme sestavili na základě svých vědomostí a z prostudované literatury.

V dotazníku pro ošetrující sestry bylo položeno celkem 28 otázek. První 4 otázky byly identifikační, týkaly se pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe ve zdravotnictví. Otázka 5, 6, 7 zjišťovala možnost poskytování domácí hospicové péče. Otázka 8 a 9 je orientována na zjištění počtu ošetrujících sester k počtu uvedených lůžek v jednotlivých lůžkových hospicích. Otázka 10 zjišťuje druh používané ošetrovatelské dokumentace. Otázky 11 – 23 byly zaměřeny na práci sester při léčbě bolesti v hospicích. Otázky 24 - 28 se týkají ošetrovatelského procesu v hospicích. Šestnáct otázek bylo uzavřených, deset polouzavřených a tři otevřené. Výzkum byl proveden v měsících prosinci 2006 až v březnu 2007.

Grafické znázornění bylo provedeno pomocí výsečových grafů v programu MS Office Excel.

3.1.2 Charakteristika sledovaného souboru

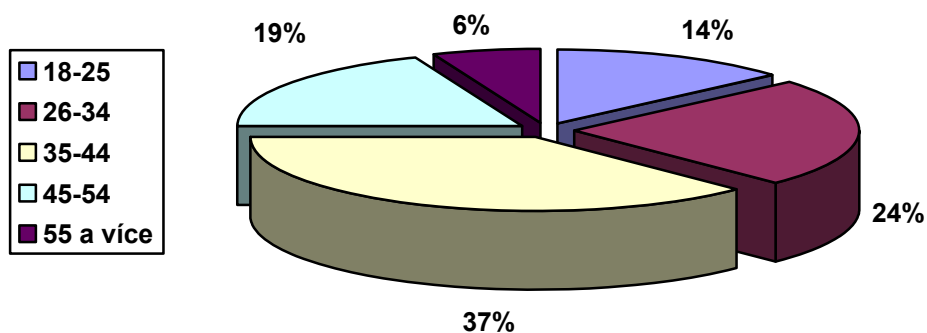
Výzkumu se zúčastnilo 96 (100 %) sester Hospice sv. Alžběty v Brně, Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, hospiců Štrasburk v Praze, sv. Štěpána v Litoměřicích, v Mostě. Domu hospicové péče Citadela ve Valašském Meziříčí, Hospice sv. Lazara v Plzni a sv. Jana N. Neumana v Prachaticích, Mobilního hospice Ondráček v Ostravě, Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci, domácí péče Cesta domů Praha, a Mobilního hospice Dobrého pastýře v Benešově.

4 Výsledky výzkumu

Celkem byl rozeslán 141 dotazník. Návratnost činila 70,2 %, tedy 99 dotazníků. Tři dotazníky nebylo možno zpracovat, protože byly vyplněny sanitáři.

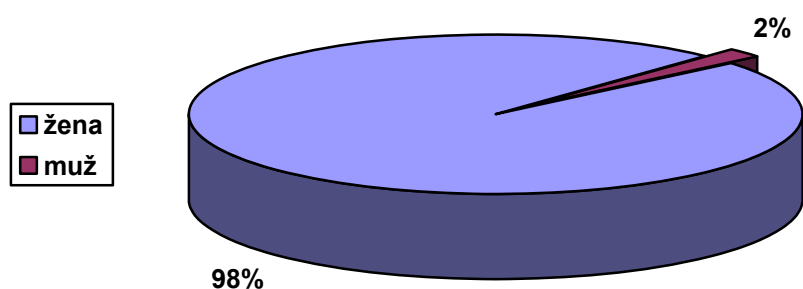
Pro lepší přehlednost při zpracování výsledků výzkumu bylo vyhodnocení některých otázek rozděleno do více grafů, proto číslování jednotlivých grafů neodpovídá číslování otázek v dotazníku.

Graf 1 Věk sester



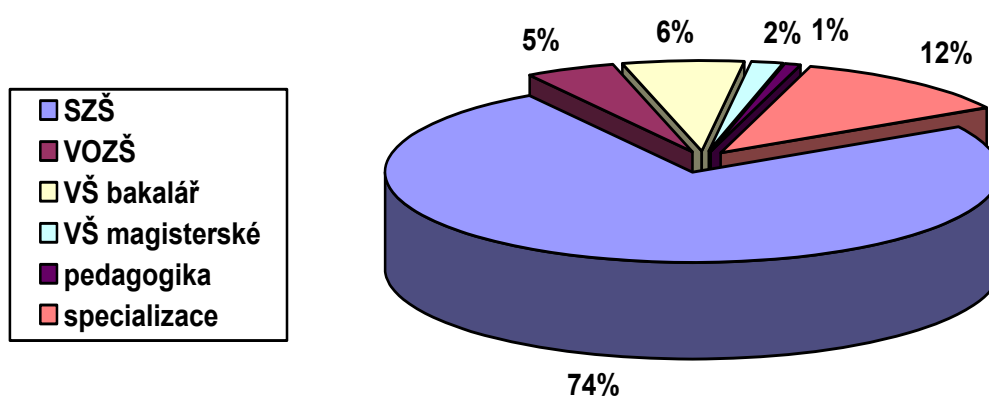
Z celkového počtu 100 % (96) sester patřilo 14 % (13) do kategorie 18-25 let, 24 % (23) sester bylo ve věku 26 – 34 let, 37 % (36) dotázaných bylo ve věku 35 – 44 let, 19 % (18) sester bylo ve věku 45 – 54 let a ve věku 55 a více bylo 6 % (6) sester.

Graf 2 Pohlaví



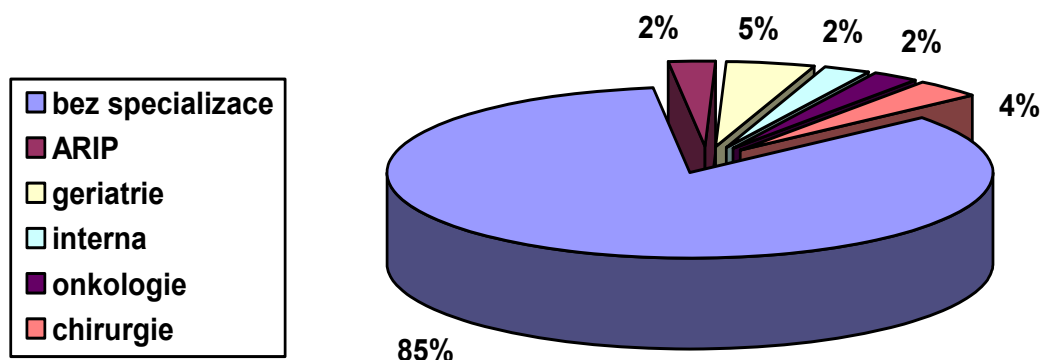
Z 100 % (96) dotázaných bylo 98 % (94) osob ženského pohlaví a 2 % (2) osoby pohlaví mužského.

Graf 3 Vzdělání sester



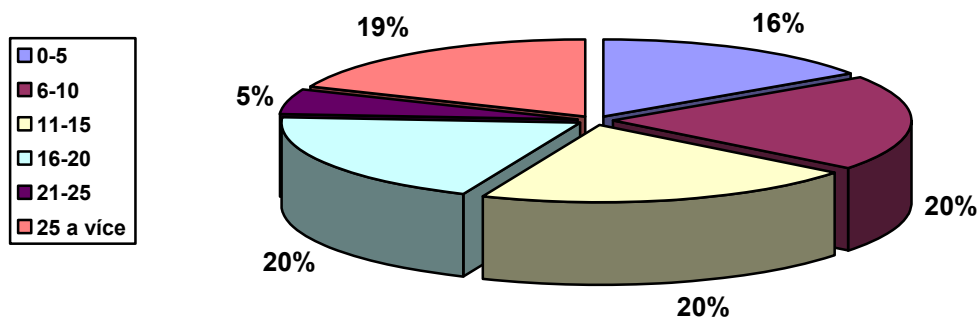
74 % (81) sester udává středoškolské odborné vzdělání, 5 % (5) sester má vyšší odborné vzdělání, 7 % (7) sester absolvovalo bakalářské studium a 2 % (2) magisterské vysokoškolské studium. 1 % (1) sestra má pedagogické vzdělání. 12 % (13) má ukončené specializační vzdělání.

Graf 4 Specializační obor



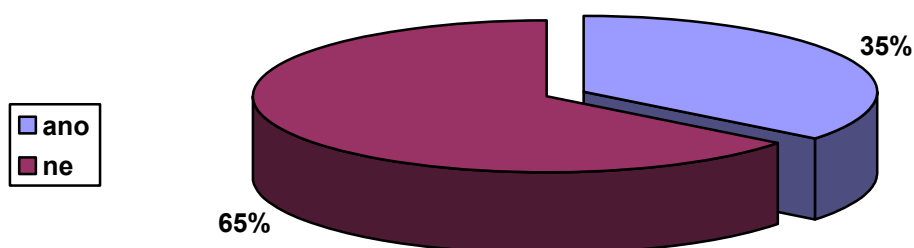
Z celkového počtu 100 % (81) dotázaných sester se středoškolským vzděláním bylo 85 % (68) sester bez specializace. 15 % sester (13) mělo dokončenou specializaci, a to 2 % (2) ARIP, 5 % (4) geriatrii, 2 % (2) interní specializaci, 2 % (2) onkologii a 4 % (3) chirurgii.

Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví



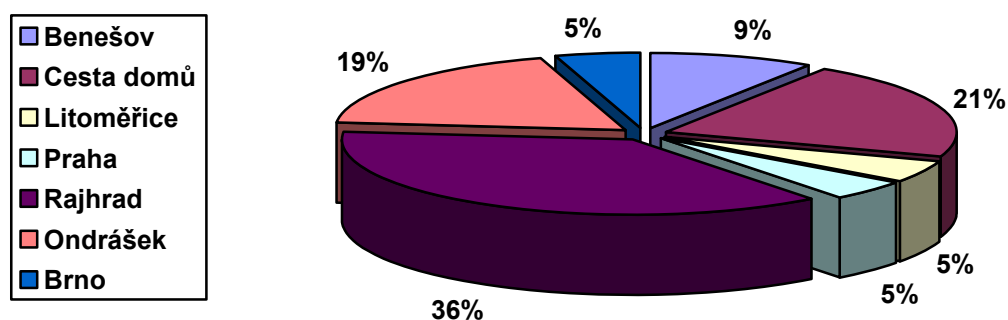
16 % (15) sester pracuje ve zdravotnictví do 5 let, 20 % (19) pracuje ve zdravotnictví 6-10 let, 20 % (20) pracuje 11-15 let, 16-20 let pracuje ve zdravotnictví 20 % (19) sester. 5 % (5) sester pracuje 21-25 roků, 19 % (18) sester pracuje ve zdravotnictví 25 a více let.

Graf 6 Poskytování domácí hospicové péče



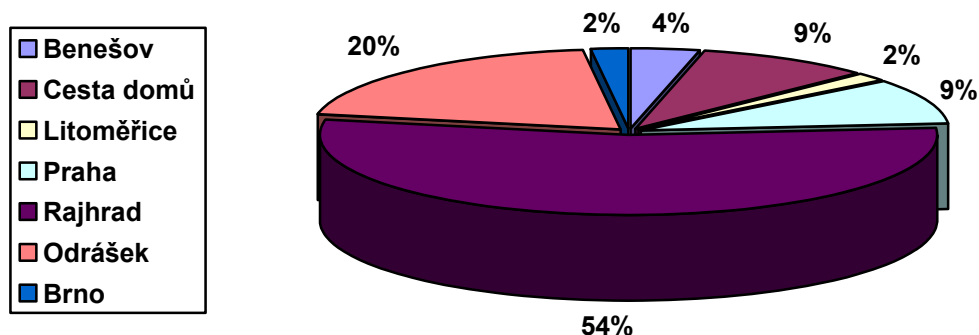
Ze 100 % (96) celkového počtu dotázaných 65 % (62) domácí hospicovou péči jejich zařízení neposkytuje a 35 % (34) domácí hospicovou péči poskytuje.

Graf 7 Počet sester zajišťujících denně hospicovou péči



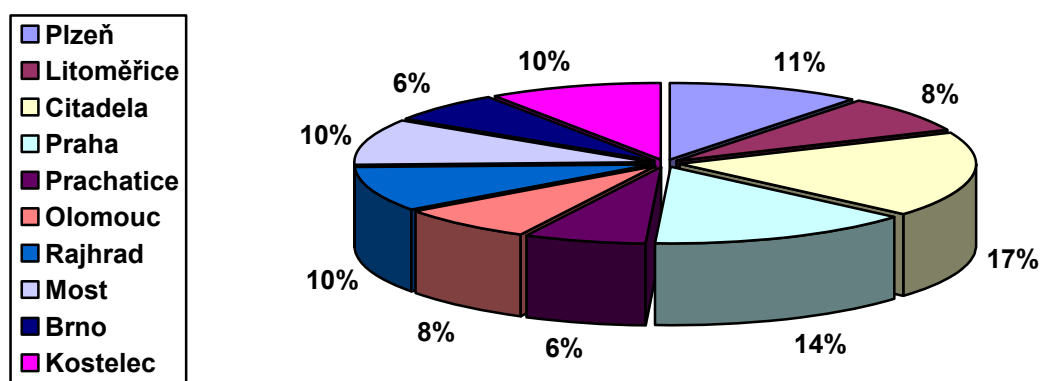
Ze 100 % (21,5) sester, které skutečně poskytují domácí hospicovou péči, poskytuje domácí hospicovou péči v Benešově 9 % (2) sestry, v Praze v Cestě domů 21 % (4-5 sester), v Litoměřicích 5 % (1) sestra, v pražském hospici 5 % (1) sestra, v Rajhradě 36 % (8) sester, v Ostravě v domácí péči Ondráček 19 % (4) a brněnském hospici 5 % (1) sestra.

Graf 8 Počet denně ošetřených nemocných v domácí hospicové péči



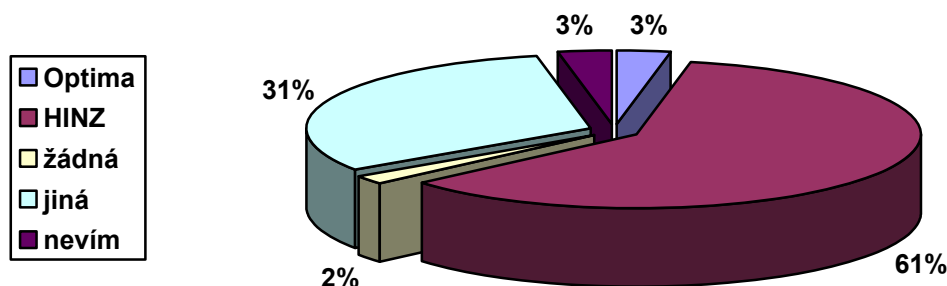
V domácí hospicové péči je celkově denně ošetřeno 55 nemocných (100 %). V Benešově jsou denně ošetřeni 4 % (2) nemocní, sestry domácí péče Cesta domů ošetří 9 % (5) nemocných, v Litoměřicích ošetří 1 % (1) nemocného, sestry pražského hospice Štrasburk ošetří 9 % (5) nemocných, domácí hospicová péče v Rajhradě ošetřuje denně 54 % (30) nemocných, v mobilním hospici Ondráček ošetřují denně 20 % (11) nemocných a v Brně 2 % (1) nemocného.

Graf 9 Průměrný počet ošetřovaných pacientů v hospici jednou sestrou



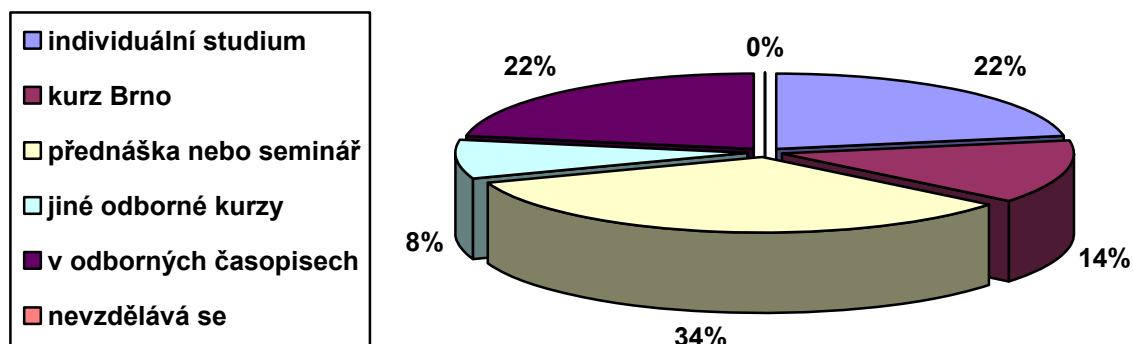
Největší procento ošetřených nemocných 1 sestrou připadá na hospic Citadela 17 % (4,8 pacienta). Hospic Praha 14 % (3,1 pacient), hospic Plzeň 11 % (2,8), hospic v Červeném Kostelci 10 % (2,5), hospic Most 10 % (2,5), Rajhrad 10 % (2,5), Litoměřice 8 % (2,0), Olomouc 8 % (2,0), Prachatice 6 % (1,7), Brno 6 % (1,7).

Graf 10 Druh ošetrovatelské dokumentace používané v hospicích



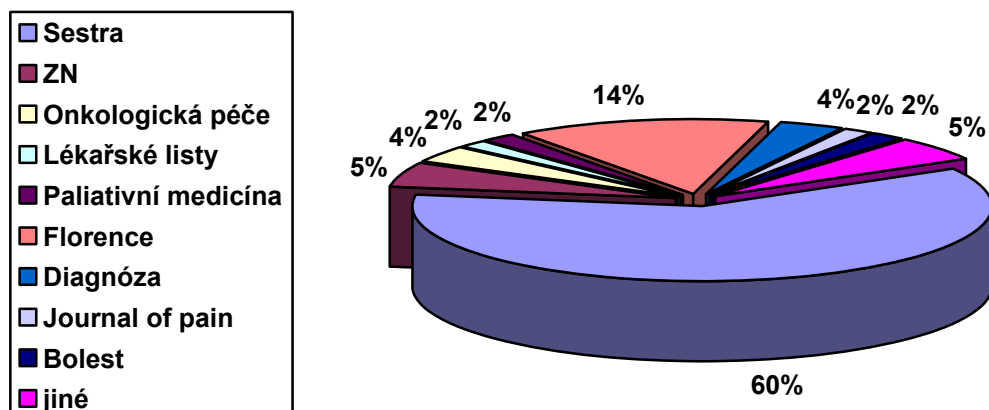
Nejčastěji používanou dokumentací je dokumentace typu HINZ, kterou používá 61 % (58) sester. Druhou nejčastěji používanou dokumentací je vlastní dokumentace, kterou využívá 31 % (30) všech dotázaných. 3 % (3) sester užívají dokumentaci Optima, 3 % (3) neví, jaký druh dokumentace používají. 2 % (2) sester nepoužívá žádnou dokumentaci.

Graf 11 Zdroje odborných znalostí o managementu bolesti



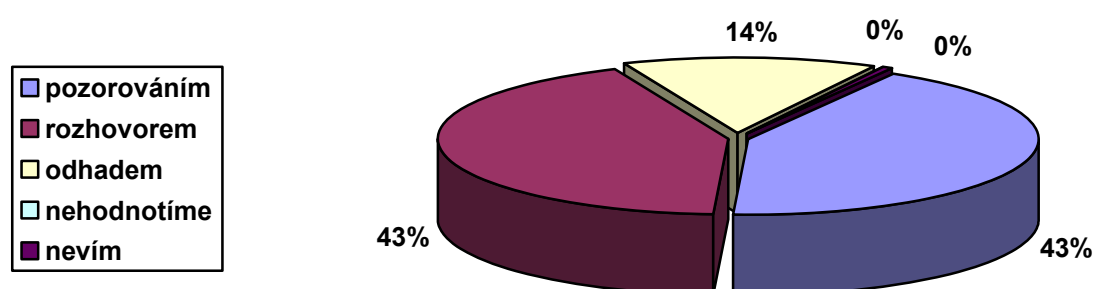
Odborné znalosti o managementu bolesti získalo 34 % (84) sester na přednáškách a seminářích, 22 % (56) sester individuálním studiem, 14 % (34) sester absolvovalo odborný kurz s tématikou bolesti v NCONZO v Brně, 8 % (21) sester navštívilo jiné odborné kurzy zaměřené na léčbu bolesti, 22 % (34) sester získává znalosti z odborných časopisů.

Graf 12 Studium managementu bolesti v odborných časopisech



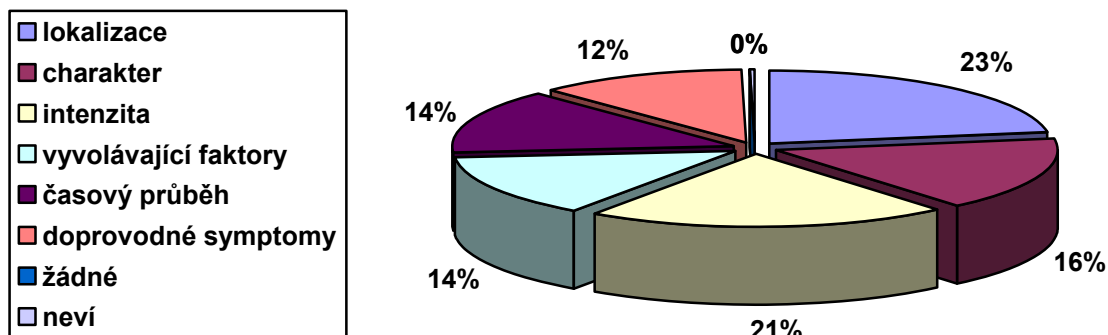
Sestry (34) mohly uvést několik titulů odborných časopisů. Součet všech uvedených možností je 100 % (56). Časopis Sestra tvořilo 60 % (34) odpovědí, časopis Florenc 14 % (8) z celkového počtu odpovědí. 5 % (3) odpovědí tvoří Zdravotnické noviny, 5 % (3) jiné časopisy bez uvedení názvu. Časopis Onkologická péče byl uveden ve 4 % (2) odpovědí, 4 % (2) odpovědí tvořily časopis Diagnóza, 2 % odpovědí (1) uvedly knihu Paliativní medicína, 2 % (1) časopisy Bolest, 2 % (1) Journal of pain a 2 % (1) odpovědí tvoří Lékařské listy.

Graf 13 Způsob hodnocení bolesti



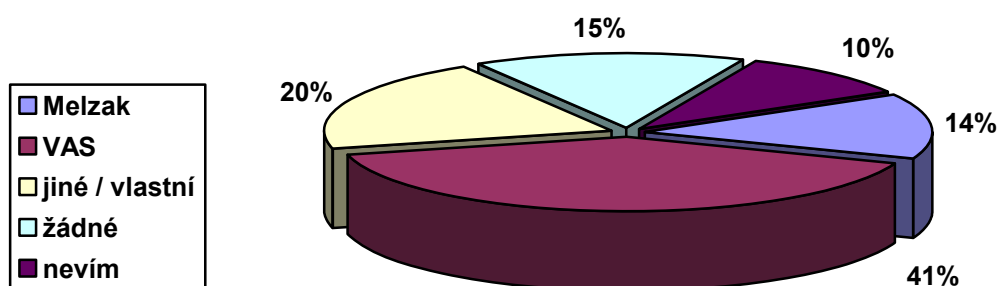
Sestry mohly uvést více možností odpovědí. Součet všech odpovědí je 222 (100 %). Pozorování tvoří 43 % odpovědí (96 sester). Hodnocení bolesti rozhovorem tvoří 43 % odpovědí (96 sester), hodnocení bolesti odhadem tvoří 14 % odpovědí (32 sestry).

Graf 14 Faktory hodnocené na bolesti



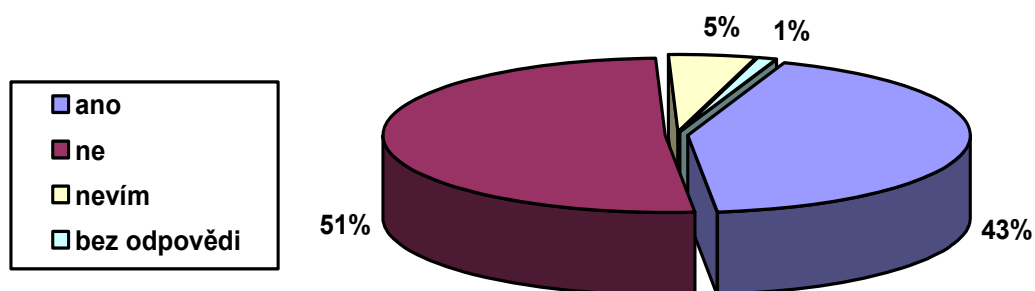
Většina sester uváděla několik hodnotících faktorů současně, průměrně 4,2 uvedené odpovědi na jednu sestru. Z celkového počtu 100 % (400) zaškrtnutých odpovědí činil faktor lokalizace bolesti 23 % (90 dotázaných). Intenzitu bolesti uvedlo 21 % (84 dotázaných). Vyvolávající faktory uvádí 14 % (55 dotázaných). Charakter bolesti hodnotí 67 % (65 dotázaných). Časový průběh uvedlo 59 % (57 dotázaných). Doprovodné symptomy při léčbě bolesti hodnotí 50 % (48 dotázaných). Možnost nevím uvedlo 1,04 % (1 dotázaná).

Graf 15 Používání škál k hodnocení bolesti



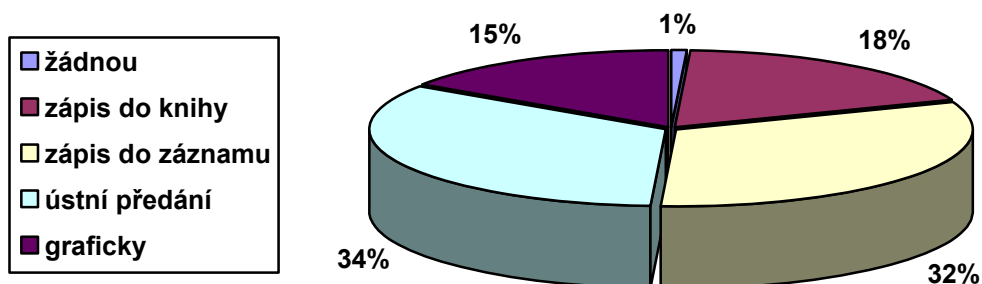
41 % (40) sester používá pro hodnocení bolesti VAS. 20 % (20) sester uvedlo používání jiné (vlastní) škály. Žádnou hodnotící škálu nepoužívá 15 % (15) sester, Melzackovu škálu používá 14 % (14) sester. 10 % (10) sester neví, jakou škálu používají.

Graf 16 Používání záznamu o průběhu bolesti vedeného nemocným



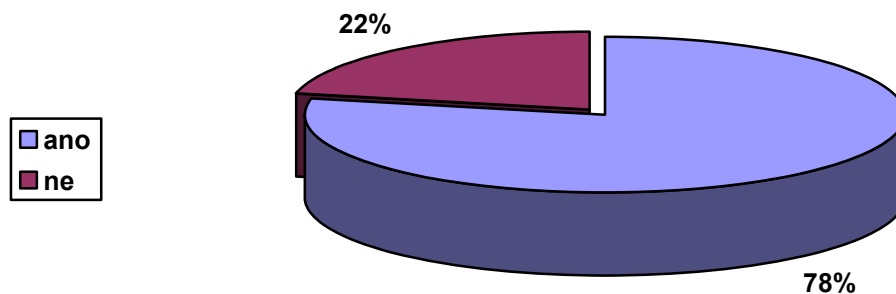
52 % (49) sester nepoužívá záznam o průběhu bolesti vedeného nemocným. 43 % (41) sester záznam o průběhu bolesti vedeného nemocným používá. 5 % (5) sester nevědělo. 1 % (1) sestra na otázku neodpověděla vůbec.

Graf 17 Forma předávání informací o průběhu bolesti nemocného



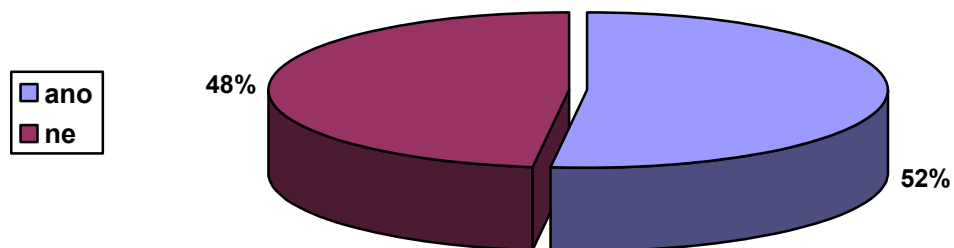
96 sester zaškrtnulo celkem 217 odpovědí. 34 % (72) odpovědí tvoří předávání informací ústně, 32 % (68) používá zápis do ošetrovatelské dokumentace. 18 % (39) provádí zápis o průběhu bolesti do knihy Hlášení sester. 15 % (33) tvoří užívání grafického záznamu. 1 % (2) nezvolilo žádnou odpověď.

Graf 18 Znalost neopioidních analgetik



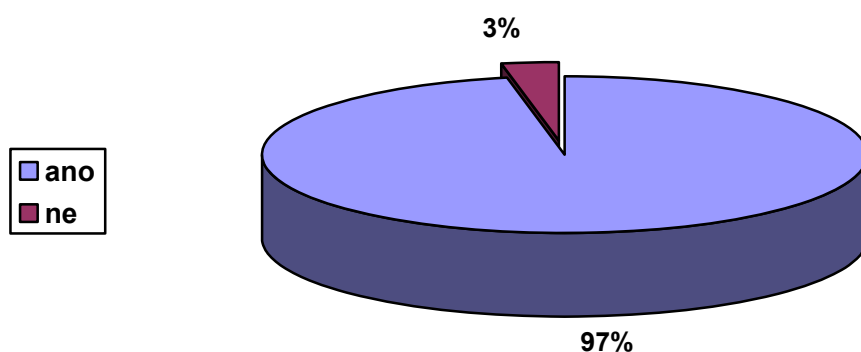
Z celkového počtu 100 % (185) odpovědí bylo 78 % (145) kladných, 22 % (40) záporných.

Graf 19 Znalost slabých opioidů



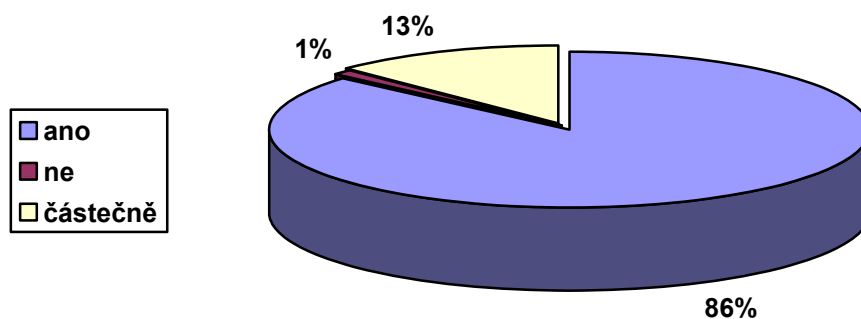
Z celkového počtu 100 % (125) odpovědí bylo 52 % (65) odpovědí kladných, 48 % (60) odpovědí záporných.

Graf 20 Znalost silných opioidů



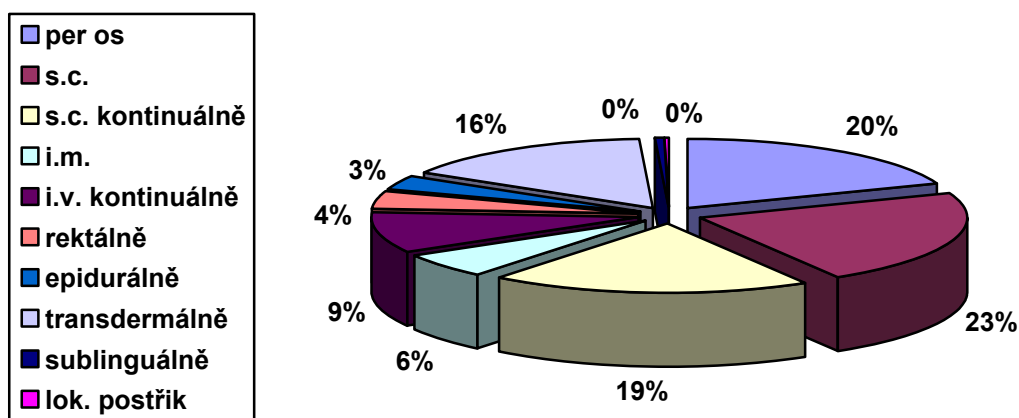
Z celkového počtu 100 % 188 odpovědí bylo 96 % (183) odpovědí kladných, 3 % (6) odpovědí záporných.

Graf 21 Názor sester na informovanost nemocných o možnostech tišení bolesti



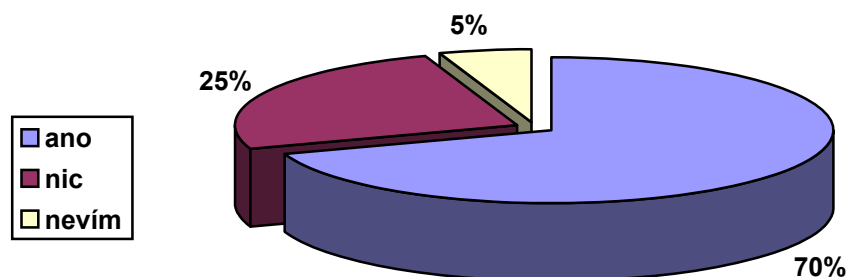
86 % (83) sester uvedlo, že nemocní jsou informováni o možnostech tišení bolesti. 13 % (12) se domnívá, že informovanost je částečná. Neinformovanost uvedlo 1 % (1).

Graf 22 Nejčastější způsob aplikace opioidů



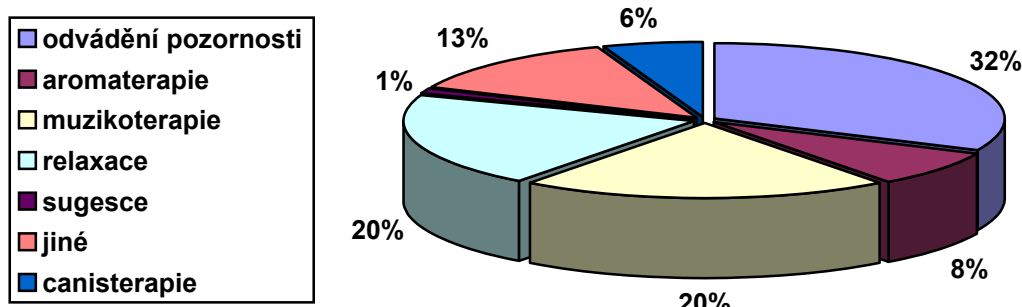
Sestry mohly zvolit i několik možností současně. Celkový počet odpovědí byl 100 % (412). 23 % (92) odpovědí tvoří aplikace opioidů subkutánně, 20 % (79) odpovědí tvoří podávání opioidů per os, 19 % (78) odpovědí tvoří podávání opioidů subkutánně kontinuálně, 16 % (64) odpovědí tvoří používání transdermální cesty aplikace, 9 % (39) odpovědí tvoří aplikace opioidů intravenózně, 6 % (24) odpovědí tvoří aplikace opioidů intramuskulárně, 4 % (17) odpovědí tvoří aplikace opioidů rektálně, 3 % (14) odpovědí využívá k aplikaci epidurální katetr.

Graf 23 Využívání alternativních způsobů léčby bolesti



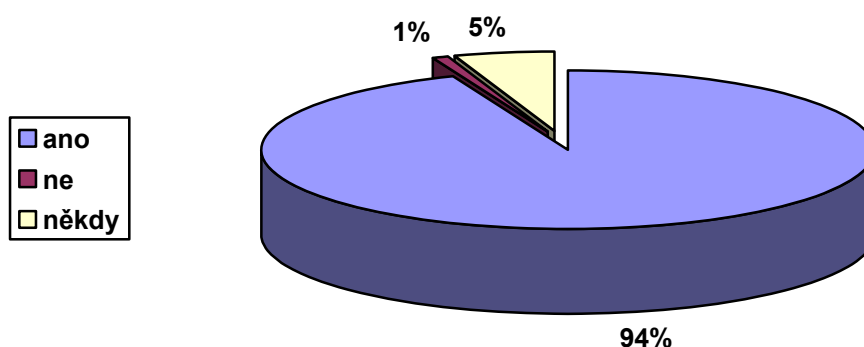
70 % (65) sester používá alternativní způsob léčby bolesti, 25 % (24) sester nevyužívá alternativní způsoby léčby bolesti. Možnost nevím zvolilo 5 % (5) sester.

Graf 24 Alternativní způsoby léčby bolesti používané sestrami



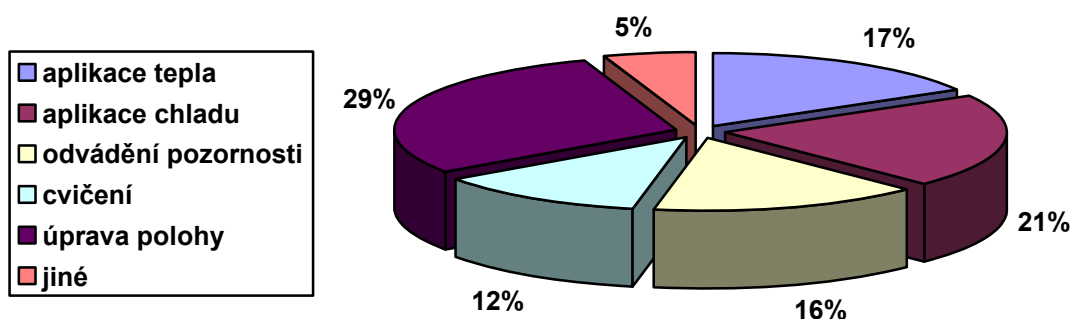
Z celkového počtu odpovědí 100 % (181) 33 % (58) sester používá metodu odvádění pozornosti, 20 % (37) sester využívá relaxaci a muzikoterapii, 8 % (14) užívá k tišení bolesti aromaterapii, 13 % (17) sester uvádí jiné druhy alternativních způsobů léčby bolesti, 1 % (2) sester uvedlo používání sugesce. 6 % (10) sester uvedlo používání canisterapie. Jako jiné alternativní způsoby byly uvedeny: relaxační masáž, ergoterapie, bazální stimulace, elektroléčba, arteterapie.

Graf 25 Využívání ošetrovatelských možností tišení bolesti



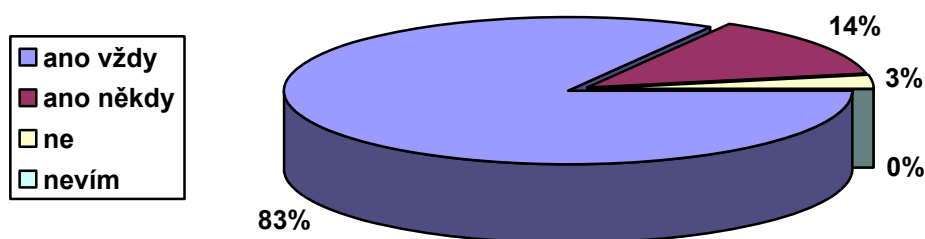
Ošetrovatelské možnosti tišení bolesti využívá 94 % (9) sester. Nevyužívá 1 % (1) sester. 5 % (5) sester zaškrtno možnost někdy.

Graf 26 Druhy ošetrovatelských možností tišení bolesti 2



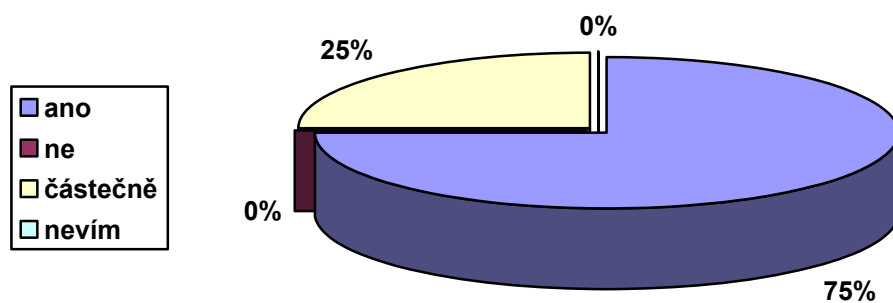
Z celkového počtu 100 % (273) odpovědí. 29 % (83) využívá možnosti úpravy polohy, 21 % (49) využívá působení chladu, 17 % (48) aplikuje teplo, 16 % (43) odvádí pozornost, 12 % (34) provádí cvičení, 5 % (16) odpovědí tvoří jiné možnosti tišení bolesti.

Graf 27 Dokumentace účinku analgetik po podání



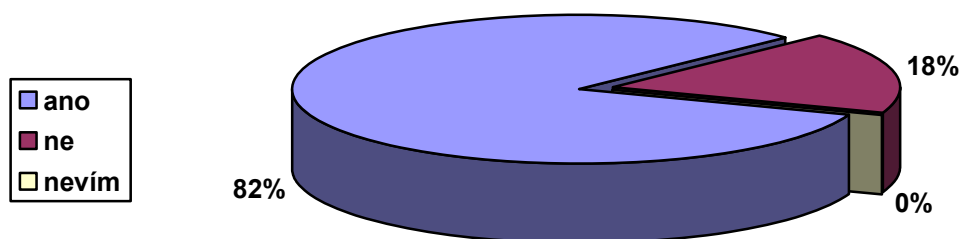
83 % (80) sester dokumentuje vždy účinek analgetik, 14 % (13) sester dokumentuje účinek analgetik někdy, 3 % (3) sester účinek analgetik nedokumentuje.

Graf 28 Využívání znalostí o problematice bolesti v praxi



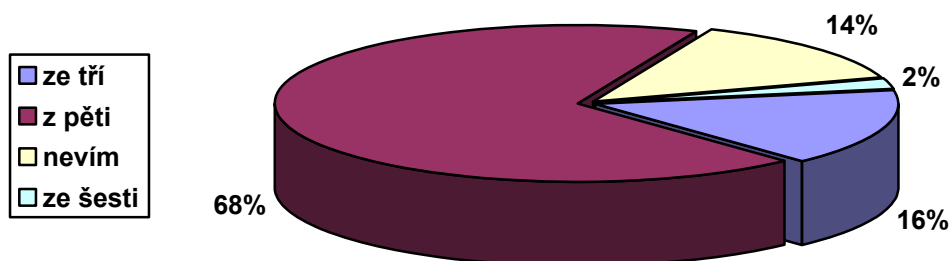
75 % (79) sester využívá znalosti o problematice bolesti, 25 % (17) sester využívá znalosti o problematice bolesti částečně.

Graf 29 Práce metodou ošetrovatelského procesu



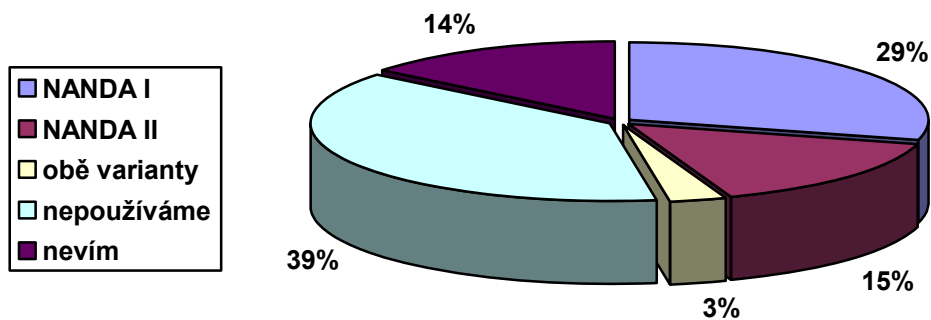
82 % (79) sester pracuje na pracovišti metodou ošetrovatelského procesu. 18 % (17) sester tuto metodu nepoužívá.

Graf 30 Znalost počtu fází ošetrovatelského procesu



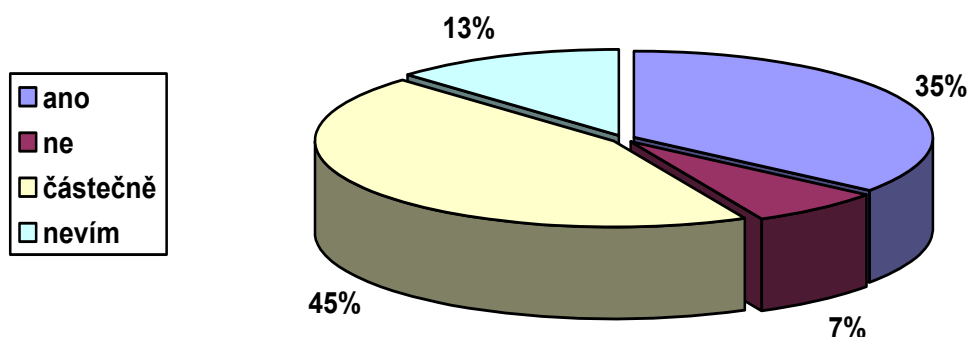
Z celkového počtu 100 % (96) sester 68 % (65) uvedlo, že ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází, 16 % (15) ze tří fází, 14 % (13) zvolilo možnost nevím, 2 % (2) sester odpověděla, že ošetrovatelský proces se skládá ze šesti fází.

Graf 31 Používání NANDA klasifikace



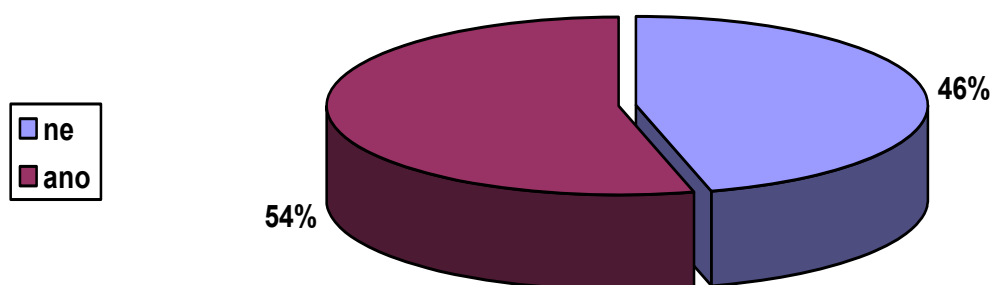
39 % (38) sester uvedlo, že nepoužívá žádnou klasifikaci, 29 % (29) sester používá ošetrovatelskou diagnostiku NANDA I, 15 % (15) sester uvedlo používání klasifikace NANDA II. 14 % (14) sester neví, jakou klasifikaci používá. 3% (3) sester používají klasifikaci NANDA I i NANDA II.

Graf 32 *Názor sester na přínos ošetrovatelského procesu pro nemocné*



45 % (43) sester se domnívá, že ošetrovatelský proces má přínos pro nemocného částečný, 34 % (35) sester se domnívá, že ošetrovatelský proces má kladný přínos, 13 % (12) zvolilo možnost nevím. 7 % (7) sester se domnívá, že ošetrovatelský proces nemá žádný přínos pro nemocného.

Graf 33 *Používání ošetrovatelských diagnóz u pacientů v hospici*



54 % (52) sester uvedlo používání ošetrovatelských diagnóz a 46 % (44) sester neuvedlo používání ošetrovatelských diagnóz.

Přehled nejčastěji uváděných ošetrovatelských diagnóz

Tabulka

akutní bolest	41
úzkost zvracení	23
strach	17
porucha integrity kůže	9
omezená hybnost v důsledku základního onemocnění	8
popírání bolesti	6
chronická bolest	5
poruchy spánku	5
riziko vzniku dekubitů	4
porucha příjmu potravy	3
riziko prŕlomové bolesti	3
riziko vzniku imobilizačního syndromu	3
bolest z důvodu manipulace	2
omezená hybnost z důvodu bolesti	2
riziko dehydratace	2
riziko infekce	2
změna nálady	2
zvracení v důsledku silné bolesti	2
nauzea	1
porucha dýchání	1
únava	1
zvracení	1

5 Diskuze

V diskuzi zodpovídáme otázky, týkající se znalostí sester léčby bolesti a zda sestry využívají v hospicích jako metodu práce ošetrovatelský proces. Do šetření bylo zařazeno 96 sester z českých hospiců.

První verze dotazníku byla rozdána k vyplnění a posouzení srozumitelnosti 10 sestrám Hospice sv. Lazara v Plzni. Na základě jejich připomínek pak vznikla konečná podoba dotazníku.

První otázky v dotazníku byly informační. Největší věková skupina sester (37 %) je ve věkovém rozmezí 35 – 44 let. Skupina sester (14 %) převážně ve věku 18 – 25 let pracuje v domácí hospicové péči. 98 % všech dotázaných tvořily ženy, 2 % ošetrojících sester jsou osoby mužského pohlaví (graf č. 1, 2).

Sestry, podílející se na výzkumu, pokrývají celou škálu vzdělání, od středoškolského až po vysokoškolské vzdělání. Jako nejvyšší dosažené vzdělání udává 85 % sester středoškolské odborné vzdělání, z této skupiny pak 15 % sester mělo dokončenou specializaci, nejvíce 5 % v geriatrici a 4 % sester v chirurgii (graf č. 3, 4).

Délka praxe všech respondentů se pohybovala po 20 % v kategoriích 6 – 10 let, 11 – 15 let i 16 – 20 let. 19 % sester pracuje ve zdravotnictví 25 a více let. Nejmenší kategorii tvořily sestry, pracující ve zdravotnictví 21 až 25 let (graf č. 5).

35 % účastníků výzkumu odpovědělo na možnost poskytování domácí hospicové péče kladně. V domácí hospicové péči Cesta domů poskytuje domácí hospicovou péči 4 – 5 sester denně, celkem poskytuje domácí hospicovou péči 21,5 sestry. Denně ošetří celkem 55 nemocných, jedna sestra ošetřuje denně průměrně 2,06 nemocného (graf č. 6). Průměrný počet lůžek na jedno zařízení hospicového typu je 29,7, průměrný počet sester na jedno zařízení je 11,1 sestra. Nejčastěji používanou ošetrovatelskou dokumentací je dokumentace typu HINZ, kterou používá 61 % sester, druhou nejčastěji používanou dokumentací je vlastní dokumentace, vytvořená podle potřeb zařízení. Zajímavé je zjištění, že 3 % sester neví, jaký typ dokumentace používají a 2 % sester neuvádějí žádnou dokumentaci (graf č. 10) i přes to, že nová koncepce ošetrovatelství řádné vedení ošetrovatelské dokumentace přikazuje (25). Odborné

znalosti o managementu bolesti získalo 34 % sester na přednáškách a seminářích, 22 % sester individuálním studiem a z odborných časopisů. 14 % sester absolvovalo odborný kurz s tematikou bolesti v NCONZO v Brně. Nejčastěji uváděným odborným časopisem byl časopis Sestra, který uvedlo 60 % dotázaných (graf č. 11, 12).

Při hodnocení bolesti používají sestry nejvíce metody pozorování a rozhovoru. Používání obou metod shodně uvedlo 43 % dotázaných. Odhadem hodnotí bolest 14 % sester. Většina sester při léčbě bolesti hodnotí průměrně 4,2 faktory současně. 90 sester hodnotí lokalizaci, 84 intenzitu, charakter bolesti hodnotí 65 sester, časový průběh uvedlo 57 sester. Vyvolávající faktory hodnotí 55 sester. Doprovodné symptomy při léčbě bolesti hodnotí 48 sester. Jedna sestra nevěděla, které faktory při léčbě bolesti hodnotí. Tyto výsledky odpovídají postupu při léčbě bolesti, který uvádí Ševčík ve své knize Bolest a možnost její kontroly, kdy prvním a mimořádně důležitým krokem v léčbě bolesti je její přesné zhodnocení (24). Pro hodnocení intenzity bolesti používá 41 % sester VAS, 20 % sester uvedlo používání jiné, většinou vlastní škály. Škálu dle Melzacka používá 14 % sester. Žádnou hodnotící škálu nepoužívá 15 % respondentů. 10 % sester nevědělo, jakou škálu používají. Škály na hodnocení bolesti kvantifikují intenzitu bolesti, proto je jejich používání při léčbě bolesti opodstatněné (graf č 15). Kolektiv autorů v knize Vše o léčbě bolesti uvádí výhody použití těchto škál, jejich jednoduchost, škály odhalují problémy, které potřebují pečlivější vyšetření a mohou pomáhat zjišťovat účinnost prováděných intervencí (6).

43 % dotázaných uvádí, že používá záznam o průběhu bolesti vedeného samotným nemocným. 5 % sester nevědělo, zda používají na pracovišti záznam o průběhu bolesti a jedna sestra neodpověděla vůbec (graf č. 16).

K dobré spolupráci multidisciplinárního týmu je nutná výměna informací mezi jednotlivými členy týmu. Z výsledků provedeného výzkumu vyplynulo, že sestry v hospicích informace předávají, především informace o průběhu bolesti. Celkem sestry uvedly 217 odpovědí, průměrně uvedla každá sestra 2 formy předávání informací. Ústně předává informace o průběhu bolesti 72 sester, 68 sester používá zápis do ošetrovatelské dokumentace, 39 % sester provádí zápis o průběhu bolesti do knihy Hlášení sester a 33 sester používá k záznamu o průběhu bolesti grafický záznam. 1 sestra odpověď neuvedla (graf č. 17).

Z výsledků provedeného výzkumu vyplynulo, že nemocní v hospicích a v domácí hospicové péči jsou informováni o možnostech tišení bolesti. Domnívá se tak 86 % sester, 13 % sester uvedlo, že informovanost je částečná, jedna sestra neví. Kolektiv autorů Kalvach, Mareš, Plaček, Sláma, Špínka ve své práci Umírání a paliativní péče v České republice uvádějí výsledky výzkumu veřejného mínění zaměřeného na péči o umírající, který ukázal, že veřejnost hodnotí nejlépe péči o tlumení bolesti. Přesto však pouze 7 % dotázaných se domnívá, že je bolest tlumena dobře a 35 % dotázaných na tuto problematiku nemá názor. Specializovaná moderní paliativní péče je dostupná pouze 1 % všech terminálně nemocných. Dostupná data naznačují, že celková situace v této oblasti je velmi neuspokojivá. Za hlavní příčinu tohoto stavu uvádějí autoři nedocení psychosociálních aspektů bolesti, nedostatečné hodnocení bolesti a nedostatečné znalosti a dovednosti lékařů a zdravotníků (5) (viz příloha 12).

Kalvach a kolektiv autorů dále ve své publikaci dále uvádějí, že obecnými předpoklady k účinné léčbě bolesti patří dostupnost analgetik a dostatečné znalosti a dovednosti zdravotníků v léčbě bolesti. V České republice je nízká preskripce opiátů, poměrně malá je i znalost definice bolesti. Většímu používání náplast'ových forem brání jejich stále vysoká cena (5, 4).

V dotazníku sestry uváděly znalost jednotlivých skupin analgetik podle třístupňového žebříčku WHO. Průměrně každá sestra uváděla 3 až 4 druhy léků. Na otázku znalosti neopioidních analgetik 96 sester uvedlo celkem 100 % (185) odpovědí 78 % (145) odpovědí bylo správných, 22 % (40) odpovědí bylo nesprávných.

Na otázku znalosti slabých opioidů 96 sester odpovědělo 125 odpovědí, 52 % (65) bylo správných a 48 % (60) nesprávných. Na otázku znalosti silných opioidů uvedly sestry celkem 100 % (188) odpovědí, z kterých bylo 96 % správných a 3 % nesprávné. Výsledky ukázaly, že sestry chybně uváděly druhy léků v jednotlivých lékových skupinách (graf č. 18, 19, 20).

K nejčastějším způsobům aplikace opioidů v hospicích patří subkutánní způsob, který uvádí 92 sester, 79 sester podává opioidy per os, 78 sester aplikuje opioidy subkutánně kontinuálně, 64 sester uvádí transdermální způsob aplikace. 39 sester podává opioidy intravenózně, 24 sester intramuskulárně, 17 rektálně. 14 sester aplikuje opioidy epidurálním katetrem a jedna sestra uvádí možnost ošetřování ran roztokem s morfinem. Dvě sestry napsaly jako možnou aplikační cestu PEG (graf č. 22). Neuvedly, jaký druh léků touto cestou podávají. Příbalové letáky s návodem k použití léků uvádějí, že tablety s řízeným uvolňováním je nutné podat v celku, nerozdrcené.

Management bolesti není pouze podávání léků. Otázka dotazníku číslo 20 byla zaměřena na možnosti volby alternativního způsobu léčby bolesti. 70 % sester odpovědělo, že používají některý z alternativních způsobů léčby bolesti. Záporně odpovědělo 25 % sester. Odpověď nevím zvolilo 5 % sester. Alternativní způsob tišení bolesti používá tedy větší procento sester, pracujících v hospicích, než uvádí Formánková ve své bakalářské práci Ošetřovatelská problematika bolesti u onkologicky nemocných. Autorka uvádí, že výsledky průzkumu mezi sestrami, ošetřující onkologicky nemocné, prokázaly pouze povrchní informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti a 26 % sester uvedlo, že tyto metody nezná. Většina sester ze sledovaného souboru byla staršího věku, s ukončeným středoškolským vzděláním. V hospicích 58 sester užívá metodu odvádění pozornosti, 37 sester využívá účinků relaxace a muzikoterapie, 14 sester užívá aromaterapii a 17 sester uvádí jiné druhy alternativních způsobů léčby bolesti, např. relaxační masáž, ergoterapii, bazální stimulaci, elektroléčbu. Dále sestry uvedly jako možnosti alternativních způsobů léčby bolesti péči o duchovno (2), vhodnou komunikaci (1), nedirektivní rozhovor (1), soucitnost (1), fyzický kontakt (1), psychoterapeutický rozhovor (1), pohlazení (1) (graf č. 23, 24).

Výzkum v hospicích a v domácí hospicové péči byl dále zaměřen na ošetrovatelské možnosti tišení bolesti. 94 % sester odpovědělo, že využívá ošetrovatelské možnosti k tišení bolesti. 83 sester využívá možnost úpravy polohy, 49 sester využívá působení chladu, 48 sester aplikuje teplo, 34 sester provádí u nemocných cvičení a 16 odpovědí uvádělo jiné možnosti tišení bolesti: rozhovor, jemná masáž, bazální stimulace, pohlazení, aplikace mastí, pěkné prostředí, přítomnost rodiny, vnímavý personál, hledání příčiny nemoci. Sestry v hospicích si uvědomují, že bolest je také emocionální fenomén. Využívají ošetrovatelské možnosti tišení bolesti a doplňují jimi farmakologickou léčbu (graf č. 25, 26).

Na otázku o dokumentaci účinků analgetik odpovědělo 83 % sester kladně, 14 % sester dokumentuje účinek analgetik někdy a 3 % sester účinek analgetik nedokumentuje vůbec (graf č. 27). Aby léčba bolesti byla individuální a dostatečně účinná, je nutné po podání utišujících léků zjistit jejich účinek, což uvádí i Trachtová v knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly názor sester v hospicích na využití jejich znalostí problematiky a léčby bolesti v praxi. 75 % sester odpovědělo, že znalosti využívá, 25 % sester znalosti využívá pouze částečně (graf č. 28).

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda sestry v hospicích pracují formou ošetrovatelského procesu. 82 % sester na otázku používání metody ošetrovatelského procesu odpovědělo kladně, 18 % sester záporně. Další otázka zjišťovala, zda sestry ví, z kolika fází se skládá ošetrovatelský proces. 68 % sester uvedlo, že se ošetrovatelský proces skládá z pěti fází, 16 % uvedlo fáze tři, 14 % sester neznalo odpověď a 2 % sestry odpověděly, že se ošetrovatelský proces skládá ze šesti fází. Jedna sestra uvedla svou poznámku, ve které se tázala, jak souvisí ošetrovatelský proces s tématem bakalářské práce. Z výsledků vyplývá, že sice 82 % sester uvádí, že pracují metodou ošetrovatelského procesu, ale jen 68 % sester ví, z kolika fází se ošetrovatelský proces skládá (grafy č. 29, 30). Metodické opatření 9 – Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví ČR klade důraz na náročnější a samostatnější práci zdravotnického personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu, doprovázeného

řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrojícího personálu (12, 25).

S ošetrovatelským procesem souvisí i ošetrovatelská diagnostika. V dotazníku jsme zkoumali používání ošetrovatelské klasifikace NANDA. 39 % sester uvedlo, že nepoužívají žádnou klasifikaci, 29 % sester používá klasifikaci NANDA I, 15 % sester uvádí používání klasifikace NANDA II. Odpověď nevím zvolilo 14 % sester. 3 % sester uvedlo současné používání klasifikace NANDA I i NANDA II (graf č. 31).

V závěru dotazníku jsme se dotázali sester na jejich názor na přínos metody práce sestry formou ošetrovatelského procesu pro nemocného. 35 % sester se domnívá, že tato metoda přínosem pro nemocného je, 45 % sester si myslí, že pouze částečně, 13 % sester neví a 7 % sester nevidí přínos žádný. V poznámkách sestry dále uváděly své připomínky k tomuto tématu. Většina sester se přiklání k názoru, že tato metoda ubírá čas, který by mohly strávit s pacientem, že se jedná o metodu komplikovanou, časově náročnou. Příčinou časových ztrát je podle sester zbytečná administrativa. Jedna sestra uvedla, že pacienti nepocítují, jakou metodou sestra pracuje. Zajímavý byl názor jedné sestry, která napsala: „Jedná se o pečlivou a svědomitou práci a účelnost. Jestli se nazve přímo ošetrovatelským procesem, to je, myslím, jedno.“ Domníváme se, že sestry chápou požadavky jednotlivých systémů péče. I to, že jedinečnost moderní ošetrovatelské péče spočívá v tom, že sestra umí propojit všechny ošetrovatelské činnosti tak, aby adekvátně reagovala na potřeby jednotlivce (graf č. 32).

Souvisí s tím i znalost ošetrovatelských diagnóz, nejčastěji používaných a vztahujících se k ošetrovatelské problematice bolesti na pracovišti. 54 % sester uvedlo alespoň jednu ošetrovatelskou diagnózu, 46 % neuvedlo žádnou ošetrovatelskou diagnózu, vztahující se k problematice bolesti. Některé z uvedených ošetrovatelských diagnóz ani diagnózami nejsou. Jedná se o ošetrovatelské problémy, které s ošetrovatelskými diagnózami souvisí. Přehled nejčastěji uváděných diagnóz a ošetrovatelských problémů je uveden v tabulce.

Výsledky potvrdily, že se sestry v ošetrovatelské diagnostice orientují pouze částečně, přesto, že 89 % sester uvádí, že pracují metodou ošetrovatelského procesu.

6 Závěr

Bolest a utrpení patří k tématům, kterým se většina lidí v naší společnosti vyhýbá. Důvodů je mnoho, patří k nim pověřivost, obavy a mnohé jiné důvody. Cílem práce bylo zaznamenat problematiku managementu nádorové bolesti v hospicích z hlediska sestry a zjistit, zda ošetřující personál v hospicích pracuje metodou ošetřovatelského procesu.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry mají zájem o vzdělávání v uvedené problematice, podílejí se na týmové práci. Dále z výzkumu vyplynulo, že sestry mají nedostatky v přehledu používaných analgetik na jejich pracovišti, i když výsledky výzkumu se lišily podle jednotlivých pracovišť. Sestry také znají způsoby alternativní léčby bolesti i ošetřovatelské možnosti tišení bolesti a umí je používat. Zajímavé je zjištění, že znalosti o managementu bolesti využívá pouze 75 % dotázaných. Těmito výsledky byla H 1, že sestry pracující v českých hospicích mají dostatek kvalitních znalostí o managementu bolesti, potvrzena.

H 2 předpokládala, že ošetřující personál v českých hospicích pracuje metodou ošetřovatelského procesu. Tato hypotéza se nepotvrdila. Sestry sice pracují s ošetřovatelskou dokumentací, dokumentují účinky analgetické terapie. Ale informace o fázích ošetřovatelského procesu, o ošetřovatelské diagnostice a klasifikaci NANDA jsou povrchní. Sestry jsou sice přesvědčeny o nutnosti holistického přístupu k nemocnému, zvláště v terminálním stavu, ale velké procento sester není přesvědčeno o přínosu ošetřovatelského procesu pro nemocného. O tomto zjištění svědčí i řada poznámek, které sestry v závěru dotazníkového šetření mohly uvést.

Na začátku své práce jsem uvedla, že sestra má nezastupitelné místo v léčbě bolesti. Je jen na ní, jak a kde se bude vzdělávat, jak k nemocnému bude přistupovat. Také projev opravdové účasti, podání ruky, řeč beze slov patří k léčbě bolesti v hospici (viz příloha 13, 14).

Předpokládám, že práce přispěje k zlepšení informovanosti zdravotníků a především studentů. Chybí zkušenost zdravotníků s kvalitní paliativní péčí. Lepší vzdělávání lékařů i ošetřovatelského personálu v oblasti léčby bolesti je považováno

za klíčový předpoklad pro zlepšení celkové úrovně léčby bolesti u pokročile nemocných. Práce bude poskytnuta jednotlivým hospicům, ve kterých probíhalo dotazníkové šetření a uveřejněna na webových stránkách knihovny Cesty domů.

Herec Petr Nárožný uvedl: „Právě proto má hospic svůj hluboký, nezaměnitelný smysl. Díky zkušenostem, péči a léčbě bolesti to opravdu nemusí být dům smutku, ale místo, které by na konci života bylo takovou samozřejmostí, jako je porodnice na jeho začátku.“

7 Seznam literatury

1. BAUER, J. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. 1. vyd. Praha: nadace Stop rakovině - Onkologie 2000 Praha, 1994. stran 64. ISBN 80-85824-09-4
2. BOLELOUCKÝ, Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1825-9
3. BYSTRICKÝ, Z. Epizodická bolest u onkologicky nemocných. *Umírání.cz informační a diskusní portál*. [on-line]. [cit. 8.3. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=235&lang=cs>>
4. FORMÁNKOVÁ, P. *Ošetrovatelská problematika bolesti u onkologicky nemocných*. České Budějovice, 2005. Bakalářská práce. JČU ZS DP 1404
5. GOLDMANOVÁ, G. Jak užívat léky proti chronické nádorové bolesti. *Umírání.cz informační a diskusní portál*. [on-line]. [cit. 29.3. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=286&lang=cs>>
6. KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. stran 182. ISBN 80-239-2832-5
7. kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. Přel. Mgr. V. Di Cara. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. stran 355. ISBN 80-247-1720-4
8. KOZÁK, J. *Opioidy a bolest*. Praha: Galén, Edice Symposium, 2001. stran 56. ISBN 80-7262-080-0
9. KOZÁK, J. *Chronická bolest a její léčba*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. stran 20
10. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ R. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. stran 1474. ISBN 80-217-0528-0
11. LIENERTHOVÁ, E. Léčba bolesti v paliativní medicíně. *Onkologická péče*. Brno: Bristol-Myers Squibb, 2000, roč. 4., č.1, s.1-3.

12. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003. stran 187, ISBN 80-246-0429-9
13. MILOSCHIEWSKY, D. *Analgetika minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. stran 148. ISBN 80-7254-043-2
14. NEUWIRTH, J, TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1995. stran 299. ISBN 80-7169-099-6
15. NOVOTNÝ, M. Durogesic – Nová cesta léčby nádorové bolesti. *Nové trendy v léčbě bolesti u nádorových onemocnění*. Praha: Janssen-Cilag, 1998. s.18-19
16. NOVOTNÝ, T. I samotná bolest může být nemocí. *Medical Tribune*. Praha: 2006, roč. 2., č. 16, s. 10-11.
17. O'CONNOR M, ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. Heřmanová, J. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. stran 324. ISBN 80-247-1295-4
18. ROKYTA, R. A KOL. *Jak na bolest*. Praha: Tigris s.r.o., 2003. ISBN 80-900130-3-1
19. ROKYTA, R. Bolest je všudypřítomná. *Medical Tribune*. Praha: 2006, roč. 2, č. 16, str.11
20. SLÁMA, O. Bolest a utrpení v terminální fázi. Paliativní medicína - Oficiální stránky paliativní medicíny SSLB ČLS SJEP. [on-line]. [cit. 17.4.2007]. Dostupné na WWW: <http://www.paliativnimedicina.cz/pm_clanky.php>
21. SOFAER, B. *Bolest, příručka pro zdravotní sestry*. Přel. Steinová – Frídová, D. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. stran 97. ISBN 80 7169-309-X
22. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrování*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. stran 193. ISBN 80-7184-243-5
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. stran 148. ISBN 80-902049-1-0

24. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL. *Naše hospice*. Praha: Občanské sdružení SPHP za podpory firmy Dahlhausen cz, 2002. stran 40
25. ŠEVČÍK, P. A KOL. *Bolest a možnosti její kontroly*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. stran 236. ISBN 80-7013-171-3
26. ŠPAČEK, M. Věstník ministra zdravotnictví České republiky. Česká asociace sester. [on-line]. [cit. 28.4.2007]. Dostupné na WWW:
<http://www.cnaa.cz/doc/vedecky_sekretar/metodicke_opatreni_mzcr_9_2004.pdf>
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. stran 185. ISBN 80-7013-285-X
28. VORLÍČEK J., ADAM Z., POSPÍŠILOVÁ Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. stran 537. ISBN 80-247-0279-7
29. WEINEROVÁ, J. Úloha sestry při léčbě bolesti. *Sestra*, Praha: 2003, ročník XII., č 2, s. 13. ISSN 1210-0404
30. Hospice.cz. Adresář. [on-line]. [cit. 22.8. 2006]. Dostupné na WWW:
<<http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>>
31. Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta. Základy anestezie a resuscitační péče. [on-line]. [cit. 16.4.2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.lf3.cuni.cz/>>
32. Zdravcentra.sk – primárna starostlivosť. Bolest. [on-line]. [cit. 16.4.2007]. Dostupné na WWW:
<https://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/13665_1393.html>

8 Klíčová slova

bolest

analgetikum

hospicová péče

komunikace

opioid

paliativní medicína

ošetřovatelský proces

Keywords:

pain

pain evaluation

pain appease

hospice treatment

lenitive treatment

treatment process

9 Seznam příloh

Příloha 1 Seznam hospiců v České republice

Příloha 2 Optimální personální zabezpečení pro samostatně stojící pracoviště
specializované paliativní péče

Příloha 3 Schéma vzniku bolesti a jejího podílu na strádání

Příloha 4 Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru

Příloha 5 Škály hodnotící intenzitu bolesti

Příloha 6 Denní záznam ošetrovatelské péče HSL (první strana)

Příloha 7 Denní záznam ošetrovatelské péče HSL (druhá strana)

Příloha 8 Denní záznam ošetrovatelské péče HSL (třetí strana)

Příloha 9 Denní záznam ošetrovatelské péče HSL (čtvrtá strana)

Příloha 10 Stupně podávání analgetik dle WHO

Příloha 11 Principy léčby bolesti dle WHO

Příloha 12 Celková spotřeba opioidů v mg/l na rok

Příloha 13 Informační leták Hospice sv. Lazara (první strana)

Příloha 14 Informační leták Hospice sv. Lazara (druhá strana)

Příloha 1 Seznam hospiců v České republice

Název	Adresa	Služby
Hospic sv. Alžběty v Brně	Kamenná 36 639 00 Brno	Lůžková péče ;Půjčovna pomůcek Jiné: Hospicová poradna
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně	Jiráskova 47 664 61 Rajhrad	Lůžková péče; Ambulantní péče. Lůžková a ambulantní rehabilitace. Sociální péče. Psycholog. Vzděl. centrum
Hospic Anežky České v Červeném Kostelci	5. května 1170 549 41 Červený Kostelec okres Náchod	Lůžková péče; Poradenská činnost. Transport. Stáže. Poradna a půjčovna zdravot. pomůcek, Čajovna,
Hospic Štrasburk v Praze	Bohnická 12 180 00 Praha 8 - Bohnice	Lůžková péče; Domácí hospicová péče Na vyžádání služby klinických psychologů a psychiatrů, psychoterapeuta a spirituální. Služby soc. pracovnice
Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích	Rybářské nám 662/4 412 01 Litoměřice	Lůžková péče; Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek; Poradenství. Stáže.
Hospic v Mostě	Svážná ul. 1528 434 00 MOST	Lůžková péče; Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek; Ambulance bolesti
Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí	Diakonie ČCE Žerotínova 1421 757 01 Valaš. Meziříčí	Lůžková péče Jiné: sociální poradenství, odborné stáže
Hospic sv. Lazara v Plzni	Sladkovského tř. 66 326 00 Plzeň	Lůžková péče
Hospic sv. Jana N. Neumana	Neumannova 144 Prachatice 383 01	Lůžková péče; Půjčovna pomůcek Jiné: Poradenské služby, stáže
Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava	Zd. Chalabaly 2 700 30 Ostrava - Bělský Les	Domácí hospicová péče Jiné: mobilní hospic, poradenství
Hospic v Jablonci nad Nisou		Lůžková péče
Hospic na Svatém Kopečku Olomouc	Sadové nám. 24 Olomouc – 779 00	Lůžková péče: poradenská činnost, stáže pro studenty, odborníky i laiky
Hospic sv. Lukáše	Charvátská ulice 700 30 Ostrava - Výškovice	Lůžková péče; Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek Jiné: poraden. činnost, stáže
Cesta domů	Bubenská 3 170 00 Praha 7	Domácí hospicová péče; Půjčovna pomůcek, Edukační centrum, knihovna
Hospic Dobrého Pastýře Čerčany	Sokolská ul. 257 22 Čerčany	Lůžková péče; Stacionáře, Domácí hospicová péče, Edukační centrum
Mobilní hospicová jednotka	Repinova 19 702 00 Ostrava	Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek: Poradenství
Dětský hospic	Malejovice, Posázaví	Lůžková péče

Příloha 2 Optimální personální zabezpečení pro samostatně stojící pracoviště specializované paliativní péče

lékaři

A2	1,0	vedoucí lékař s primářskou licenci
A1	1,0	
A0	1,0	
posílení ÚPS	0,5	

Vycházíme z minimálního personálního vybavení pracoviště interního charakteru.

klinický psycholog	0,5	
sociální pracovník (PSS, VŠ)	1,0	

SZP

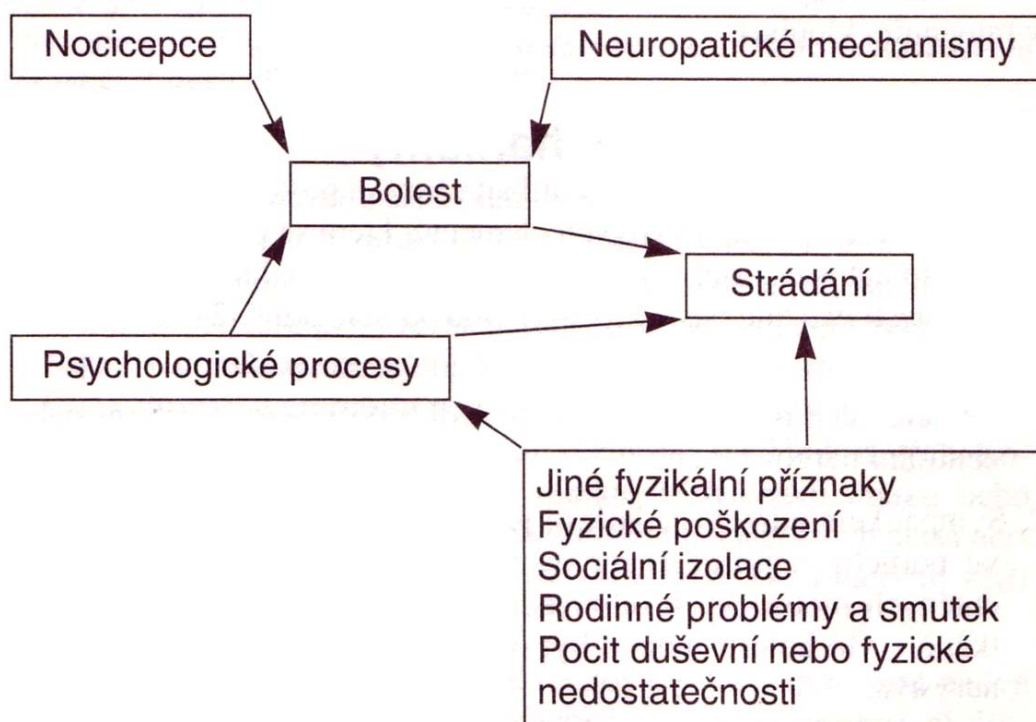
PSS nebo Bc, Mgr.	1,0	staniční sestra
ZS	19,0	
NZP, PZP	10,0	
rehabilitační sestra	1,0	
administr. pracovník, dokumentátorka	1,0	
dietní sestra	0,5	
pastorační pracovník	0,2	

Vycházíme z minimálního personálního obsazení běžného v zemích EU.

vedení zařízení a THP

ředitel (VŠ)	1,0	
vrchní sestra (Bc, Mgr, PSS)	1,0	
sekretářka	1,0	
správce	1,0	
provozní	1,0	
údržba	1,0	
účetní	2,0	
úklid	2,0	
edukační centrum	1,0	

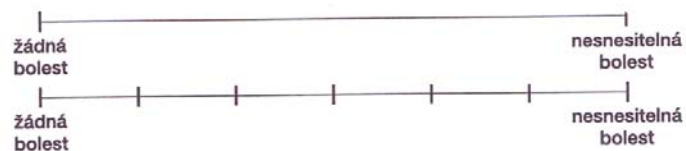
Příloha 3 Schéma vzniku bolesti a jejího podílu na strádání



Příloha 4 Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru

kosti	85–100 %
slinivka břišní	70–100 %
vaječníky a děložní čípek	40–100 %
tlusté střevo a konečník	50–95 %
plíce	45–85 %
dutina ústní	60–80 %
žaludek	60–75 %
prostata	40–75 %
prsní žláza	35–65 %
lymfomy	15–20 %

Příloha 5 Škály hodnotící intenzitu bolesti

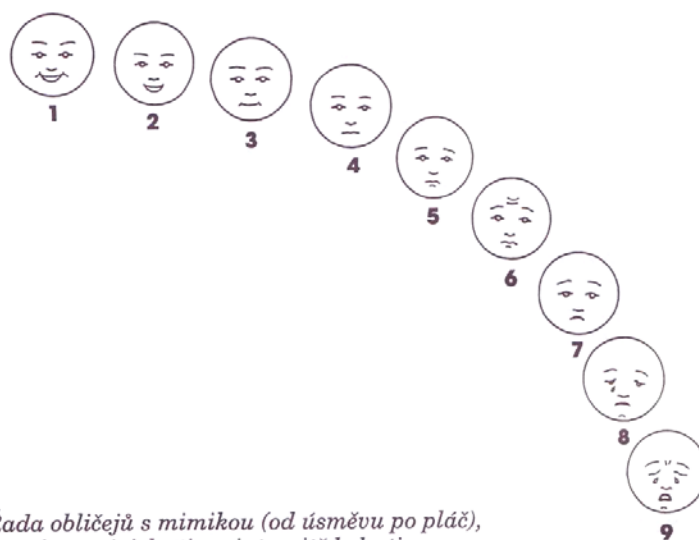


Vizuální analogová škála pro měření bolesti

Hodnocení bolesti u dětí




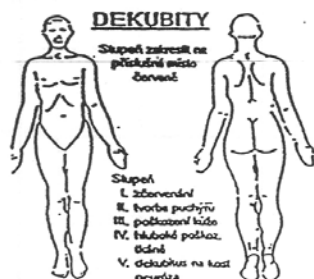
Teploměr jako vizuální analogová škála



Řada obličejů s mimikou (od úsměvu po pláč),
znázorňující pocity v závislosti na intenzitě bolesti.
Vizuální analogová škála pro děti nejmenších věkových skupin

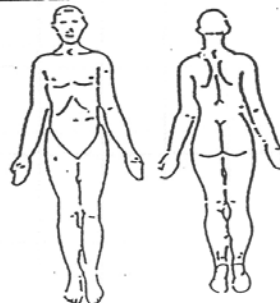
Příloha 6 Denní záznam ošetrovatelské péče HSL (první strana)

 Hospic sv. Lazara		DENNÍ ZÁZNAMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE						LIST č.
		JMÉNO A PŘÍJMENÍ						DIAGNÓZA
RODNÉ ČÍSLO						POKOJ		
Datum								
Dieta								
Příjem tekutin per os, i.v.								
Příjem potravy % sonda								
Stolice stomie čípek,								
Diuresa ml								
Zvracení								
Glykemie	R	P						
	V							
TK	R	P						
+P	V							
T °C								
	40							
	39							
	38							
	37							
	36							
ATB								
BOLEST DENNÍ/NOČNÍ								



Bolest

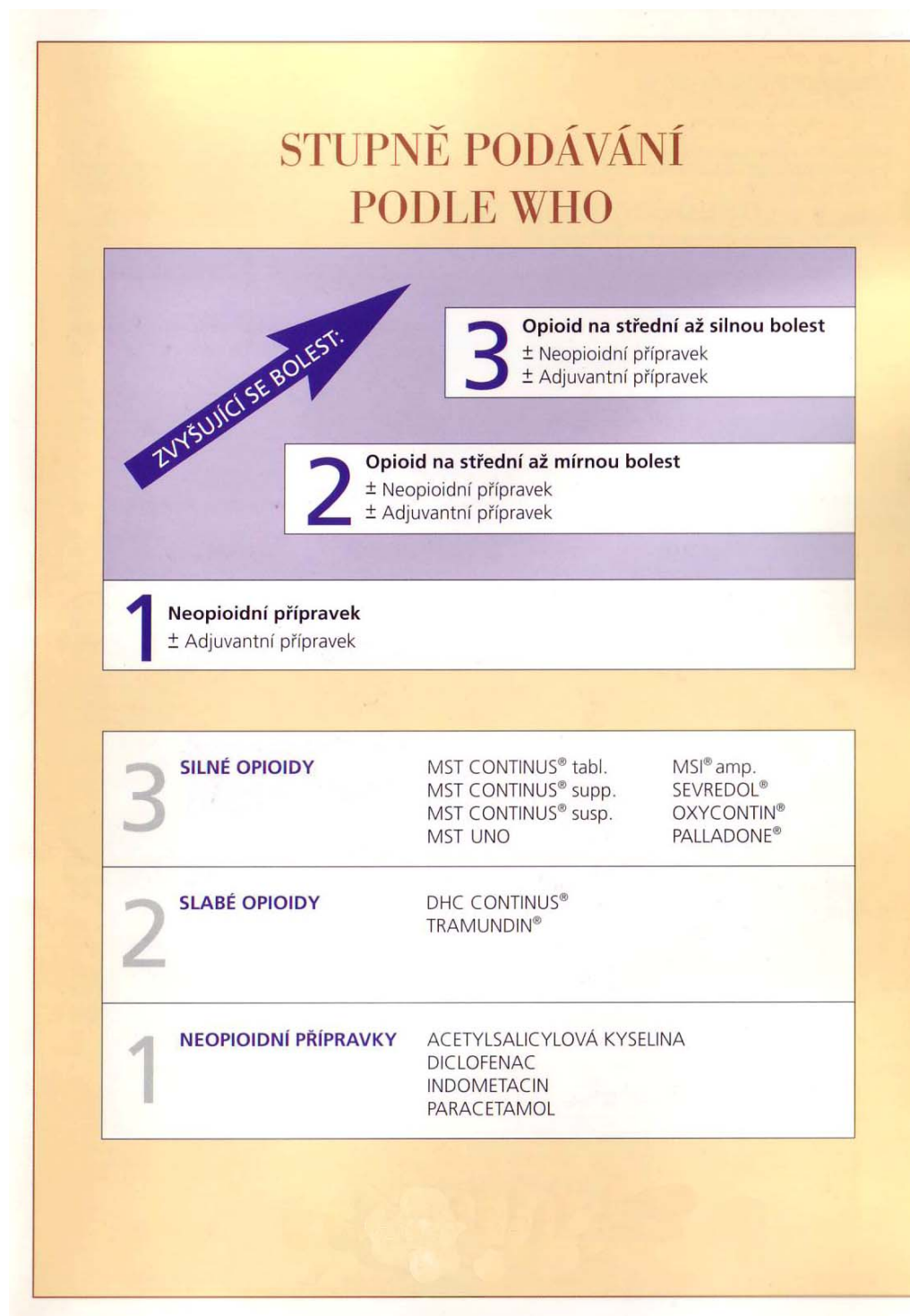
- 0 - Žádná
- 1 - Mírná
- 2 - Nepříjemná
- 3 - Silná
- 4 - Krutá
- 5 - Nesnesitelná



VAS


- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

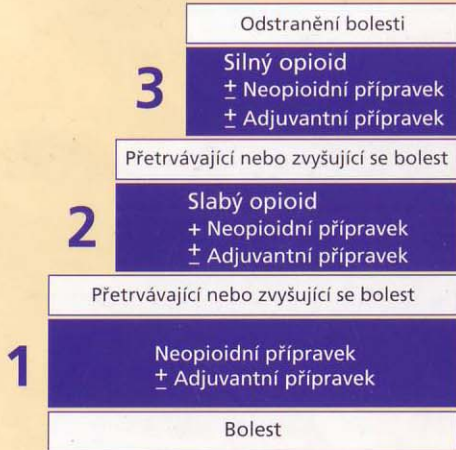
Příloha 10 Stupně podávání analgetik dle WHO



Příloha 11 Principy léčby bolesti dle WHO

PRINCIPY WHO

- orálně 
- v pravidelných časových intervalech 
- stupňovitě
- v přiměřeném dávkování
- s adjuvantními přípravky



Odstranění bolesti

3 Silný opioid
± Neopioidní přípravek
± Adjuvantní přípravek

Přetrvávající nebo zvyšující se bolest

2 Slabý opioid
+ Neopioidní přípravek
± Adjuvantní přípravek

Přetrvávající nebo zvyšující se bolest

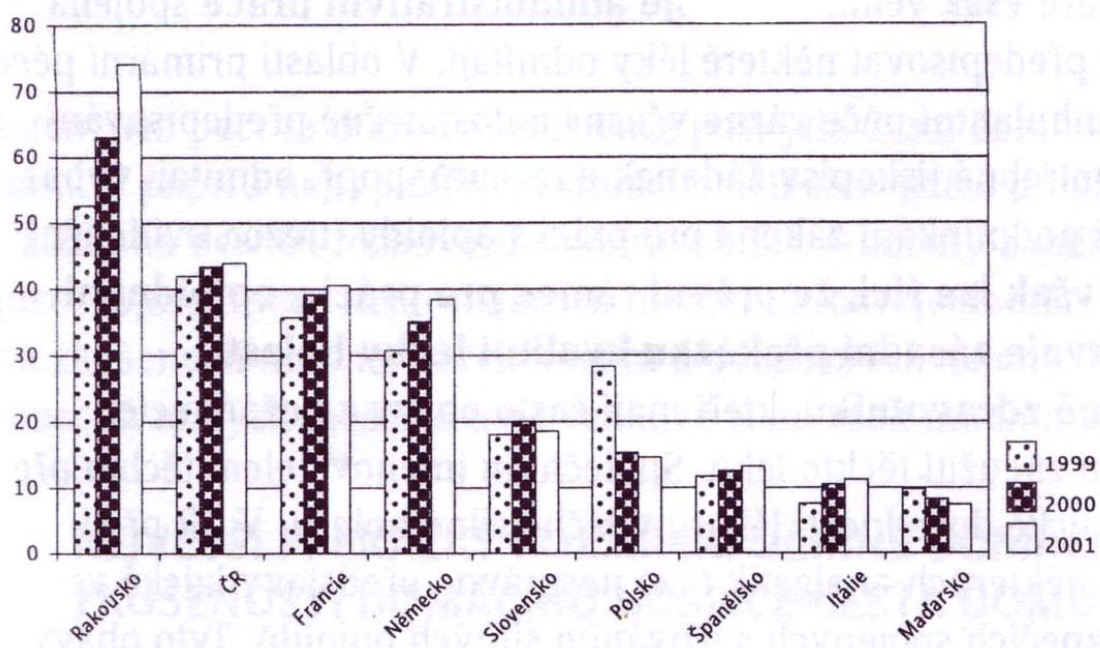
1 Neopioidní přípravek
± Adjuvantní přípravek

Bolest

Světová zdravotnická organizace doporučuje všude, kde je to možné, orální způsob aplikace.

Je-li to možné, analgetika (pro tlumení onkologických bolestí) mají být podávána perorální cestou.

Příloha 12 Celková spotřeba opiodů v mg/l na rok



Příloha 13 Informační leták Hospice sv. Lazara (první strana)



Příloha 14 Informační leták Hospice sv. Lazara (druhá strana)

Informace o hospici.

Hospice sv. Lazara v Plzni je nestátní neziskové zdravotnické zařízení – provozované občanským sdružením.

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou zejména na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší a na zmírnění obtíží, kterými se nemoc projevuje. Paliativní medicína zahrnuje péči lékařskou, ošetrovatelskou, sociální a duchovní.



Hospic je určen pro umírající nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje odbornou péči. V hospici se snažíme o zlepšení či alespoň udržení kvality života, která je utvářena spolupůsobením mnoha faktorů a pro každého člověka má jiný obsah. Neustupujeme od etických požadavků na zachování lidské důstojnosti až do konce a na přirozenou délku života bez jeho prodlužování nebo aktivního ukraování. Hospic není konkurentem zdravotnických zařízení, ale alternativou, která dává možnost výběru různých typů poskytnuté sociální a zdravotní péče. Hospic není zařízení typu nemocnice, LDN, či domova důchodců. Není určen k dlouhodobému nebo dokonce trvalému pobytu.

Financování hospice je vícezdrojové. Jedním ze zdrojů je i platba pacienta (odstupňovaná podle výše jeho příjmu).



Přijímání nemocných.

Nemocného přijímáme na základě podané žádosti (vyzvednout ji lze v recepci hospice, je ke stažení na internetu - www.hsl.cz, či ji můžeme zaslat poštou). Žádost kromě rodiny vyplní a nemocného doporučí ošetřující lékař (diagnóza, stávající léčba). Došlé žádosti se posuzují každé ráno v odborném konziliu podle následujících kritérií:



- 1) Nutnost paliativní léčby a péče
- 2) Nedostatečná / nemožná domácí péče
- 3) Nepotřebuje akutní nemocniční léčbu

Péče o nemocného.

Hospic poskytuje odbornou péči zaměřenou především na úlevu od bolesti podle nejmodernějších možností a přístupů. Nemocného vnímáme jako celek i s jeho rodinou. Respektujeme jej jako plnohodnotnou bytost s jeho jedinečným charakterem. Nabízíme mu oporu a pomoc v emocionálním vypětí spojeným s měnícími se potřebami a jejich uspokojováním. Snahou naší péče je zajistit nemocnému a jeho rodině, kteří procházejí různými fázemi nemoci a jejího přijetí, prostředí empatie, úcty a porozumění.

Hospic je vybaven moderními pomůckami a přístroji. O nemocného se starají lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé a sanitáři, fyzioterapeuté, sociální pracovníci, pastorační pracovníci, duchovní a dobrovolníci. Kapacita hospice je 28 lůžek.



20 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje zajišťují našim klientům a jejich rodinným příslušníkům intimitu a dostatečné soukromí. Návštěvy jsou možné kdykoli během dne. Pro ty, kteří chtějí nemocného doprovázet je na pokoji prístýlka k přespání.

Péče o duši nemocného.

Pastorační péče v našem hospici je individuální. Kněžská služba je zajištěna jednou týdně na celý den a na požádání je možné kdykoli kontaktovat i pastory z jiných denominací. Pastorační pracovníci je přítomna každý všední den. Dvakrát týdně sloužena v místní kapli mše svatá, které se mohou zúčastnit nemocní podle svého přání a aktuálního stavu. Z dalších aktivit, které pomáhají zlepšit psychický stav nemocných nabízíme arteterapii, canisterapii, společnost dobrovolníků a různé kulturní akce.