

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Lada Šrámková

**Sledování a hodnocení bolesti u pacientů v chronickém
hemodialyzačním programu
z pohledu všeobecné sestry**

Bakalářská práce

Vedoucí práce Mgr. Lenka Mazalová

OLOMOUC 2011

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Šrámková Lada
Instituce :	Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství
Název práce:	Sledování a hodnocení bolesti u pacientů v chronickém hemodialyzačním programu z pohledu všeobecné sestry
Název v AJ:	Watching and evaluating pain of patients in chronic hemodialysis programme from nurse's point of view
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Mazalová
Počet stran:	73
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova :	hemodialyza, bolest, onemocnění ledvin, dialyzační sestra, dialyzovaný pacient, hodnocení bolesti, ošetrovatelské intervence, ošetrovatelský záznam

Bakalářská práce se zabývá postoji všeobecných sester k problematice bolestivých stavů u hemodialyzovaných pacientů. Pomocí výzkumných otázek a stanovených cílů, práce předkládá stupeň připravenosti sester k hodnocení bolesti s ohledem na jejich vzdělanost, délku praxe a zkušenosti s charakteristickými bolestmi nemocných v dlouhodobé dialyzační péči. Dále se zabývá využitelností metod hodnocení bolesti a způsobu ošetrovatelského záznamu a současně se snaží zmapovat nejčastěji používané ošetrovatelské intervence. Spokojenost nemocných s tlumením bolesti z pohledu sester je předložena v posledním bodě společně s doporučením pro klinickou praxi. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí anonymního dotazníku, který dobrovolně vyplnily všeobecné sestry z pěti dialyzačních středisek.

The bachelor thesis deals with the approach of a nurse to painful phases of hemodialysed patients. Due to the stated questions and aims the paper shows how nurses are prepared to analyse pain regarding their education, practice and experience of long-term dialyzed patients. It also focuses on using methods analysing pain and the way of recording nurse data. At the same time it attempts to explore the most frequent

nurse interventions. Satisfaction of patients with pain killing from the point of view of a nurse is presented in the last part together with the recommendation for clinical practice. Quantitation was carried out using an anonymous questionnaire, which was filled in voluntarily by nurses from five dialysis centres.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 15.8. 2011

.....
podpis

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lence Mazalové za spolupráci a odborné vedení této bakalářské práce.

Olomouc 15.8. 2011

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	
1.1 Pacient s diagnózou chronického onemocnění.....	9
1.2 Základní pojmy hemodialyzační léčby.....	9
1.2.1 Konečné stadium chronických onemocnění ledvin.....	10
1.2.2 Příčiny ESRD - konečného stadia selhání ledvin.....	10
1.2.3 Náhrada funkce ledvin hemodialýzou.....	10
1.2.4 Technické předpoklady hemodialýzy.....	11
1.3 Cévní přístupy pro hemodialýzu.....	11
1.3.1 Trvalé cévní přístupy.....	12
1.3.2 Dočasné cévní přístupy.....	12
1.4 Příčiny bolestí u hemodialyzovaných pacientů.....	13
1.4.1 Fenomén bolesti jako předmět zkoumání.....	14
1.4.2 Obecná definice bolesti.....	14
1.4.3 Dělení bolesti dle časového průběhu.....	15
1.4.4 Nádorová, nenádorová a průlomová bolest.....	15
1.4.5 Psychosomatická problematika vnímání bolesti.....	16
1.5 Diagnostika a hodnocení bolesti.....	17
1.5.1 Metody hodnocení bolesti v hemodialyzační péči.....	18
1.6 Role dialyzační sestry v péči o pacienta s bolestí.....	19
1.6.1 Fyzikální vyšetření jako základ objektivní informace.....	19
1.6.2 Význam sociální komunikace v ošetrovatelské péči.....	19
1.6.3 Pohybová aktivita jako prevence bolesti.....	20
2 EMPIRICKÁ ČÁST	
2.1 Cíle práce.....	22
2.2 Metodika a organizace průzkumného šetření.....	24
2.2.1 Studium literatury a informačních zdrojů.....	24
2.2.2 Výběr a sestava výzkumné metody.....	24

3	PRAKTICKÁ ČÁST	
3.1	Realizace průzkumného šetření.....	25
3.2	Charakteristika průzkumného vzorku.....	25
3.3	Posouzení získaných dat a jejich grafické znázornění.....	26
3.4	Diskuse	45
3.5	Doporučení pro klinickou praxi.....	52
	ZÁVĚR.....	55
	LITERARURA A PRAMENY.....	56
	SEZNAM ZKRATEK	60
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	62
	SEZNAM TABULEK.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64
	PŘÍLOHY.....	65

ÚVOD

Na hemodialyzačním středisku Nemocnice Blansko pracuji od roku 1998. Denně se setkávám s chronicky nemocnými lidmi v terminálním stadiu selhání ledvin, kteří vyžadují léčbu umělou ledvinou. Ošetrovatelská nefrologická péče je velmi náročná, kdy všeobecná sestra musí disponovat dobrou orientací nejen v problematice nemocných v různých věkových kategoriích, ale musí počítat i s jejich různými systémovými chorobami, které přináší řadu komplikací. Neméně náročné je pro sestru i zvládnání obsluhy složitého přístrojového vybavení, které se neustále vyvíjí a modernizuje. Na to je potřeba neustále reagovat efektivním vzděláváním a doplňováním potřebných vědomostí. V popředí však zůstává kvalitní lidský přístup, bez kterého by sestra nemohla účinně naplňovat bio-psycho -sociální potřeby každého pacienta, které vychází z jeho aktuálního zdravotního stavu. Ve své práci jsem se rozhodla přiblížit problematiku nejzákladnější lidské potřeby a to potřebu každého člověka, nejen dialyzovaného, být bez bolesti. Spolupráce ošetrovatelského týmu je v tomto ohledu velmi důležitá, protože dialyzační sestry jsou pro pacienty prvními prostředníky, kterým se mohou se svými obtížemi svěřit. Ne vždy však nemocní přiznají bolest a ne vždy se setkávají s cíleným zájmem okolí jim prožívanou bolest věřit, protože pozornost je často soustředěna na prvořadou adekvátní hemodialyzační léčbu a na příznaky vyplývající z jejich základního onemocnění jako je hypertenze, anemie, hyperhydratace apod. Nezřídka si však pomocí projevů bolesti říkají o vyjádření pozornosti. Cílem tohoto projektu je tedy orientačně předložit postoje a připravenost dialyzačních sester ke sledování a hodnocení bolestí, kterými pacienti v chronickém hemodialyzačním programu určitě trpí.

Závěrem bych chtěla připomenout některé významné osobnosti v nefrologické ošetrovatelské péči, které velice příkladně ovlivnili nejen můj osobní přístup k pacientům léčených dialýzou. Je to paní Jindra Pavlicová, bývalá předsedkyně nefrologické sekce ČAS, úřadující předsedkyně nefrologické sekce paní Jindra Kracíková a paní Jitka Pancířová, globální manažerka kvality pro dialyzační střediska, které se neúnavně starají o naše vzdělávání a všeobecný profesní růst.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Pacient s diagnózou chronického onemocnění

Závažná chronická onemocnění ohrožují nemocného nejen na životě, ale také významně ovlivňují samotnou kvalitu jeho života. Přítomnost chronické nemoci se stává faktem, se kterým se postižený člověk musí vyrovnávat. Schopnost vyrovnávání se s touto skutečností je velmi individuální. Změny v chování, jimiž se chronicky nemocní lidé odlišují od zdravých jedinců se týkají především sociálního chování v interakci s druhými lidmi. Chronicky nemocní lidé se velmi často potýkají s fyzickými, ale i s psychickými změnami, které u nich nastávají. Trpí dlouhodobými a více či méně intenzivními bolestmi, mají pohybové obtíže a to nejen při chůzi, ale i při běžných situacích jako zvládnání sebeobsluhy a nebo chod své domácnosti. Psychické potíže jsou spojeny zejména s myšlenkovými (kognitivními) těžkostmi, které se týkají samotné a často nezvratné existence vleklé chronické nemoci (Křivohlavý, 2002).

Mezi skupinu chronických nemocí, které významně ovlivňují kvalitu života a jsou spojeny nejen s nepříznivou prognózou, ale i do budoucna s pozvolnou ztrátou životních sil a postupujícím tělesným a duševním strádáním, patří i progredující onemocnění ledvin (Bošková, 2009).

1.2 Základní pojmy hemodialyzační léčby

Pojmem chronické onemocnění ledvin **CKD** chronic kidney disease – je vyjádřen pokles funkce ledvin na úroveň výrazných změn ve složení extracelulární tekutiny, přičemž ledviny ještě vykazují schopnost udržení nároků homeostázy za bazálních podmínek, ne však již při výrazné zátěži. CKD má 5 stadií dle glomerulární filtrace (GF) (Řehořová,J.,Štěpánková,S.,Ševčík,J., www.medicinapropraxi.cz , 2010).

1.2.1 Konečné stádium chronických onemocnění ledvin

Konečné (terminální) stádium chronických onemocnění ledvin – **ESRD** (end-stage renal disease) **CKD V.** již vyžaduje léčení metodami dialýzou a transplantací – **RRT**(renal replacement therapy). Jedná se o stav, kdy ledviny nejsou schopny při medikamentózních a dietních opatřeních udržení rovnováhy vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek a bez náhrady jejich funkce by došlo ke smrti z důvodů urémie.

Urémie je soubor příznaků, vznikajících ze zadržování dusíkatých metabolitů bílkovin, z nerovnováhy iontů, vody, poruchami metabolickými a endokrinními.

Hyperazotemie je vyjádřena abnormálními laboratorními hodnotami dusíkatých látek jako je urea, kreatinin a kyselina močová

(Řehořová, J., Štěpánková, S., Ševčík, J., www.medicinapropraxi.cz , 2010).

1.2.2 Příčiny ESRD – konečného stadia chronických onemocnění ledvin

Nefroskleróza – ischemická choroba ledvin, vyvolaná dlouhotrvající hypertenzí patří k častým příčinám nezvratného stadia ledvin. Zahrnuje poškození ledvinných arterií i tepének, které bývají často spojené se zúžením a uzávěrem renálních tepen.

V USA je nejčastější příčinou cukrovka a hypertenze, v Evropě, v Austrálii i na Novém Zélandu glomerulopatie. V České republice strmě stoupá incidence diabetické neuropatie. Tito nemocní tvoří již více než 1/3 všech dialyzovaných (Lachmanová, 2008).

1.2.3 Náhrada funkce ledvin hemodialýzou

Hemodialýza je jedna z metod očišťování krve, která se provádí přístrojem - umělou ledvinou. Hemodialyzační přístroj je tvořen dialyzačním monitorem a dialyzátorem. Dialýza odstraňuje z krve produkty dusíkatého metabolismu – např. urea, kreatinin, vodu a koriguje hladinu iontů i významné odchylky acidobazické rovnováhy (Lachmanová, 2008).

Neexistuje přesný návod k zahájení dialyzační léčby, komplexní posouzení spočívá v klinických a biochemických ukazatelích. Chronická hemodialyzační léčba je ambulantní proces, kdy při hodnocení klinického stavu pacienta do popředí vstupuje spolupráce lékaře a dialyzační sestry. Velmi přínosná je v tomto ohledu primární sesterská péče (Kubišová, Dusilová-Sulková, 2010).

1.2.4 Technické předpoklady hemodialýzy

Dialýza je fyzikální jev založený na oddělování látek z roztoků o různé molekulové hmotnosti pomocí polopropustné - semipermeabilní membrány. Uplatňují se zde dva transportní mechanismy – difúze a filtrace (konvekce), kdy semipermeabilní membrána odděluje v dialyzátoru krev od dialyzačního roztoku (Lachmanová, 2008).

Pojem **difúze** je osvětlen jako přesun látek polopropustnou membránou podle koncentračního gradientu. Z prostředí s vyšší koncentrací látek jsou propouštěny látky do prostředí s nižší koncentrací, přičemž rychlost prostupu je závislá na rozdílu velikosti molekul roztoku a pórech membrány, avšak současně i na elektrickém náboji membrány.

Filtrace (konvekce) je vyjádřen jako přestup látek rozpuštěných v roztoku (Lachmanová, 2008).

1.3 Cévní přístupy pro hemodialýzu

V roce 1966 Italové Cimino a Brescia vytvořili vnitřní arteriovenózní spojku a tím došlo k významnému posunu hemodialýzy na velmi zásadní eliminační metodu. Založení cévního přístupu je podmínkou hemodialyzační léčby, kdy je tímto způsobem zaručen dostatečný přítok krve do hemodialyzačního přístroje (Bachleda et al, 2001).

1.3.1 Trvalé cévní přístupy

Cévní přístupy, které jsou vytvořené chirurgickým zákrokem, je možné rozdělit na arteriovenózní fistule (AVF) a grafty. Nativní spojky se zakládají spojením nativní žíly a tepny, grafty vznikají spojením nativní žíly a tepny za pomoci umělohmotné cévní náhrady. Funkce cévního přístupu je pečlivě monitorována fyzikálním vyšetřením ze strany ošetrovatelského personálu a k pravidlům šetrné punkce cévního přístupu patří přísné aseptické podmínky, rozmístění jehel alespoň 5 cm od sebe pomocí knoflíkové nebo žebříčkové metody, u nově založených AVF za použití punkční jehly s nejmenším průsvitem a monitorací krevního průtoku s udržení optimálních hodnot arteriálního tlaku (cca 250mmHg). K důležitým postupům patří také self-monitoring stran pacienta a náležitá edukace jak pečovat o cévní přístup. Edukace v péči o cévní přístup patří k základním ošetrovatelským postupům na každém hemodialyzačním středisku. Z komplikací, které bezprostředně ohrožují funkci AVF je významná infekce, stenóza, trombóza, ischemie končetiny a aneurysma. K povinnostem sestry patří případné komplikace neprodleně hlásit lékaři (Svojanovský, 2010).

K trvalým cévním přístupům lze zařadit také permanentní katetr s dakronovou manžetou, který je v současné době více využíván vzhledem k nárůstu nemocných vyšších věkových kategorií (Štílec, 2010).

1.3.2 Dočasné cévní přístupy

Dočasné cévní přístupy jsou užívány u pacientů s akutními komplikacemi při náhlém selhání ledvin, při intoxikacích a tam, kde z nějakého důvodu nelze použít trvalý cévní přístup. Centrální venózní katetr se zavádí Seldingerovou metodou do snadno přístupných centrálních žil, nejčastěji cestou vény jugularis interna, vény subclavia a vény femoralis za užití katétrů s dvěma vstupy, které jsou určeny pro efektivní hemodialýzu. Významnou komplikací dočasných katetrizací je infekce, proto je nezbytné dodržování přísných aseptických kautel jak při napojování pacienta na hemodialyzační monitor tak i při ukončení procedury a to výhradně ve dvojici ošetřujících sester, kdy jedna sestra pracuje sterilně a druhá sestra provádí asistenci (Lachmanová, 2008).

1.4 Příčiny bolestí u hemodialyzovaných pacientů

Bolest u dialyzovaných pacientů, převážně ta chronická významně snižuje kvalitu života a zasahuje do jejich životního stylu. Nemocní trpí nespavostí, mají sníženou chuť k jídlu, fyzickou zdatnost a pracovní schopnost. Stávají se více závislími na svém okolí, dochází k nárůstu strachu a úzkosti. Prevalence chronické bolesti u dialyzovaných pacientů dosahuje až ke 30 procentům.

K bolestem, které postihují běžnou populaci, se přidávají u pacientů v chronickém dialyzačním programu bolesti související s komplikacemi chronického selhání ledvin a dlouhodobé dialyzační léčby. K významným patří bolestmi kostí a svalů jako důsledku renální osteopatie. U dialyzovaných pacientů je také častější výskyt ischemických změn v oblasti kardiovaskulárního systému (Ságová,2010). Specifická ischemie srdce a cév je průkazná u dialyzovaných nemocných ve více jak 40%. Na vině je porušený metabolismus vápníku a fosforu v organismu. Tento problém tedy nezasahuje jen kosti a pohybový aparát, ale i srdce a cévy. Vysoké hladiny fosfátů evidentně ovlivňuje stěnu cév a podílí se na jejím tunutí. Kolísavé hodnoty hladiny hormonu příštítných tělísek – Parathormonu, podmiňují vznik mimokostních kalciových usazenin. Významným důvodem pro vznik oběhových komplikací u nemocných se selháním ledvin je tedy urychlený rozvoj aterosklerózy s vazivovou přeměnou a následnými kalcifikacemi na stěnách cév (Svoboda, 2010). Bolestmi jsou také provázeny ischemické komplikace spojené s arteriovenózní fistulí (tzv. Steal fenomén). Intenzita bolestí bývá zvýrazněna depresí a úzkostí, které jsou u pacientů na dialýze velmi časté.

Během dialyzační procedury pacienti trpí bolestmi hlavy, křečemi v dolních končetinách a zhoršujícími se bolestmi kostí a svalů v důsledku poklesu krevního tlaku. Pacienti se selháním ledvin jsou víc postiženi neuropatickou bolestí, jejímž projevem je tzv. syndrom neklidných nohou a syndrom karpálního tunelu (Ságová, 2006).

1.4.1 Fenomén bolesti jako předmět zkoumání

Nejzákladnějším příznakem nemoci a vlastně i jejím synonymem je odnepaměti bolest, proto se mnoho lidí domnívá, že tato nepříjemnost zkrátka k životu patří. Není však pravda, že by měla být snášena. V 50 letech 20.století vznikly první pokusy o spojení nadšených odborníků, kteří se zajímali o léčbu a možnosti ovlivnění bolesti. Později byl založen nový obor „*Léčba bolesti*“, ve kterém se setkávají anesteziologové, onkologové, psychiatři a psychologové, neurologové, fyzioterapeuti, traumatologové, všeobecné sestry, porodní asistentky a mnozí jiní. Moderní pojetí nemoci klade důraz na psychosomatický přístup k léčení (Vorlíček,J., www.ordinace.cz, 2008).

První mezinárodní organizace, která sdružuje multioborové odborníky zabývající se léčbou bolesti vznikla v roce 1974 (IASP – International Association for Study of Pain). Její česká obdoba vznikla v roce 1990 (SSLB – Společnost pro studium a léčbu bolesti). Jako samostatný obor je paliativní medicína a léčba bolesti vedena od roku 2004 (Hakl,M., www.internimedicina.cz, 2009).

1.4.2 Obecná definice bolesti

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, která je spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisovaná ve výrazech takového poškození. Dodatek, který se vztahuje k definici říká, že bolest je vždy subjektivní.“ Definice dle Asociace pro studium bolesti (IASP) schválena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1979 (Zacharová 2009,s.22).

Bolest má kognitivní (fyzickou) a emocionální složku, je to komplexní fenomén. Jde vždy o subjektivní pocit velmi nepříjemně vnímaný, který má u každého jedince individuální charakter. Často nabývá velmi silné intenzity a tím ovlivňuje lidské myšlení a chování. *„Bolest je zážitkem subjektivním a existuje vždy, když nám pacient oznamuje, že bolest má“* (Mikšová a kol. 2006, s.112).

1.4.3 Dělení bolesti dle časového průběhu

1. Akutní bolest je náhle vzniklá bolest, vázána na poškození tkáně. Je to užitečný varovný signál nemoci a má vegetativní doprovod tzn. strach a úzkost. Reaguje dobře na analgetickou léčbu. Po zhojení poškozené tkáně akutní bolest odeznívá.

2. Chronická bolest trvá déle než 6 měsíců a její příčina nebývá vždy známá. Ztrácí užitečný význam a vyznačuje se nedostatečnou reakcí na podaná analgetika. Vyžaduje víceoborový přístup k léčbě (Adamus et al,2010).

1.4.4 Nádorová a nenádorová bolest, průlomová bolest

Již tradičně se přistupovalo rozdílně k terapii chronické bolesti z maligních příčin (nádorová bolest) a odlišně k léčbě bolesti z benigních příčin (nenádorové bolesti)

1. Nádorová bolest - pacienti s bolestí, vznikající z důvodů nádorového onemocnění podstupují léčbu zaměřenou na zničení nádorového bujení a přerušení nocicepční dráhy a tím cíleně odstranit bolest a úzkost, která ji doprovází. Pokročilé nádorové choroby nastiňují u postižených omezenou životní prognózu a není problémem dlouhodobě odstranit bolest. Vliv dlouhodobého škodlivého účinku léčiv a návyku u těchto nemocných zde ze stejných důvodů nehraje roli.

2. Nenádorová bolest - cílem terapie u pacientů s nenádorovou bolestí je její vymizení a návrat postiženého do běžného života. Tito pacienti nemají změněnou životní prognózu a proto je důležité, aby prospěch a možná rizika neovlivnila kvalita života. Zde již má otázka rizika spojená s léčbou důležitou roli při rozhodování (Allan,Zenz, 1999).

3. Průlomová bolest je krátkodobá intenzivní bolest, která je přidružená k základní mírné bolesti (Ságová,2006).

1.4.5 Psychosomatická problematika vnímání bolesti

Je třeba si uvědomit, že se setkáváme především s nemocným člověkem, který trpí bolestí, vnímá ji a dává najevo svým chováním. Americký neurochirurg John Loeser a australský anesteziolog Michael Cousins publikovali v roce 1990 konceptuální model bolesti, který nabízí schéma umožňující orientaci v komplexních charakteristikách bolesti a poskytuje návod přístupu k jedinci postiženého bolesti. Rozlišuje čtyři hlavní stupně, na jejichž základě je možné u každého pacienta sestavit soubor účinných intervencí (Trachtová, 2004).

Základním biologickým prvkem bolestivého vjemu je nocicepce (somatická složka), která v sobě zahrnuje všechny procesy vyvolané zaktivovanými nocisenzory. Výsledným aktem je uvědomění si bolesti – bolesti jako sensorického vjemu (sensorická složka). Na bolest podle konceptuálního modelu navazuje složka afektivní, psychická reakce na bolest – utrpení, přičemž bolest nemusí být nutně příčinou utrpení z důsledku nějakého tělesného postižení. Utrpení může být zapříčiněno dlouhotrvající negativní emoce, která je zpracována do bolestivého vjemu. Jedná se o tzv. somatizaci.

Poslední komponentou konceptuálního modelu je bolestivé chování (behaviorální složka). Bolestivé chování je považováno některými odborníky za jediný pozorovatelný projev bolesti např. grimasování, pláč, vzdychání, vyhledávání úlevových poloh atd. Správná diagnostika a následné intervence jsou nejsložitějším problémem v léčbě zvláště chronické bolesti (Trachtová, 2004).

Faktory bio-psycho-sociální ovlivňující toleranci bolesti především úzce souvisí s typem, charakteristikou nemoci a s věkem nemocného. Neméně důležitou roli hraje aktuální psychický stav a předchozí zkušenosti s bolestmi různého typu. Také osobnostní zvláštnosti, rodinné podmínky, kulturní odlišnosti a finanční zázemí do značné míry podmiňují zvládání bolesti. Bolest je obtěžující a nesnesitelná nebo méně přijatelná, čím více znehodnocuje kvalitu života pacienta a zhoršuje jeho soběstačnost (Zacharová, E., www.solen.cz, 2008).

1.5 Diagnostika bolesti a metody hodnocení

V ošetrovateľskej péči na celom svete sú využívané sestrami vo všetkých medicínskych oblastiach najrôznejšie techniky méréni a hodnotení objektívneho stavu nemocného so zaměřením na jeho obtíže a poruchy. Cílem zájmu ošetrovateľského sledování jsou nejčastěji hodnoty fyziologických funkcí, hodnotení bolesti, méréni soběstačnosti a psychického stavu, méréni rizika vzniku komplikací. K základním lidským potřebám je být bez bolesti, a proto odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti patří k základním úkolům ošetrovateľského procesu (Staňková, 2001). Pokud bolest hodnotíme a máme ji účinně léčit, je třeba dodržovat rozlišení bolesti jako takové od pocitu disability (tzn. mít se zle) (Ságová, 2006).

Anamnestické údaje bolesti obsahují lokalizaci bolesti, intenzitu bolesti, kvalitu bolesti a typ bolesti. Pro bolest je charakteristický také její nástup, časový průběh, doprovodné symptomy a předcházející zkušenosti. Strukturovaný rozhovor s pacientem, který je cíleně směřován na bolest, obsahuje tedy dotazy výše uvedené.

K nejčastějším metodám hodnotení bolesti patří verbální vyjádření (PPI, Present pain intenzity), kdy nemocný udává pocit bolesti pomocí číselné stupnice 1 – 10, pomocí slov pak od slabé po nesnesitelnou nebo kombinací obou způsobů (Staňková, 2001). Neverbální vyjádření (např. obličejová škála – Faces pain scale využívaná u dětí a starých lidí) sleduje paralingvistické projevy jako je pláč, nářikání, grimasování, pohyby končetin a aktivitu nervového systému jako je zčervenání obličeje, hyperventilace, bušení srdce, atd. Vizuální analogové škály (VAS – Visual analogue scale) se používají jako úsečky nebo měřítka s posuvným jezdcem, kdy nemocný má možnost vyjádřit pouze intenzitu bolesti. Složitější formou jsou dotazníky, které hodnotí charakter i intenzitu bolesti, nemocní vyjadřují své pocity škálami a zároveň vyplňují speciální dotazníky (např. dotazník bolesti Mc Gillovy Univerzity MPQ, Mc Gill Pain questionnaire) (Adamus et al, 2010).

1.5.1 Využití metod hodnocení bolesti u hemodialyzovaných pacientů

Praxe ukazuje, že pacienti v dlouhodobé dialyzační péči vykazují všechny typy bolesti. Dialyzovaní nemocní trpí podobnou mírou bolesti jako pacienti se závažným onkologickým onemocněním. S nárůstem nemocných nad 65 let s přidruženými vážnými chorobami, kteří jsou zařazováni do chronického dialyzačního programu, je proto také více možné se setkat na dialýze s ischemickými bolestmi končetin s následnými špatně se hojícími defekty. V současné době je tento fenomén spojen s nárůstem pacientů s diagnózou diabetes mellitus (Ságová,M.,Znojová,M., www.umirani.cz 2005).

Vyšetření vyžaduje specifický individuální přístup k nemocnému a se zohledněním dopadu bolesti na jeho psychický stav, přičemž výhodou je využití dotazníkových metod. Jedním z nejužívanějších prostředků je krátká forma dotazníku McGillovy Univerzity – SF-MPQ, jehož obsahem je 15 verbálních deskriptorů bolesti. V dialyzační péči se osvědčují mapy bolesti, do kterých nemocný zakresluje body bolesti na svém těle. Přínosný je také dotazník týkající se dopadu bolesti na životní styl nemocného tzv. dotazník interference bolesti. Nepostradatelnou pomůckou je vizuální analogová škála (VAS) se svým grafickým vyjádřením. Četnost výskytu depresí a vlivu na kvalitu života je obrovská, zvláště u hemodialyzovaných pacientů, kterým i bez bolesti přináší život s umělou ledvinou značné psychické zatížení. Za tímto účelem jsou využity dotazníky zjišťující kvalitu života dialyzovaných nemocných, z nichž nejznámější je KDQOL. Jeho součástí jsou také položky týkající se bolesti a úrovně depresivity, jako je např. Bekova posuzovací škála depresivity - BDI a Gerietrická škála deprese- GDI. Ty však patří výhradně do rukou odborníků.

Farmakoterapie bolesti se opírá o třístupňový analgetický žebříček WHO pro nádorovou bolest, která se v současné době využívá i pro léčbu nenádorové bolesti. Lékaři postupují s ohledem na základní chronické onemocnění ledvin u svých pacientů a na problematiku spojenou s hemodialyzační léčbou. Ve volbě vhodného analgetika je rozhodující intenzita bolesti a nebolestivé podávání v pravidelných časových intervalech (Ságová,M. Znojová,M., www.umirani.cz, 2005).

1.6 Role dialyzační sestry v péči o pacienta s bolestí

Všichni pacienti bez rozdílu od sester očekávají pochopení jejich problému a s ním souvisejících obav. Zřetelné projevy podpory a vysoké profesní úrovně jsou proto nezbytné. Základním předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče jsou vzdělané sestry s ochotou zabezpečení vynikající péče. K jejich významným vlastnostem patří obyčejná lidská slušnost, vstřícnost a zájem o druhého (Staňková, 2002). Role dialyzační sestry při zvládnutí bolesti je nezastupitelná. PhDr. Marcela Znojová z interního oddělení významné pražské nemocnice uvádí: „ *Dialyzační léčba umožňuje, aby nemocný s chronickým selháním ledvin déle žil, ale zároveň mu připravuje život plný omezení, tělesných komplikací, psychické nepohody a nezřídka i bolesti*“ (Znojová, 2001, s.33).

Hodnota citlivého přístupu dialyzační sestry vstupuje do popředí zejména v okamžiku, kdy se nemocný potýká s velkým množstvím značně nepříjemných omezení a když pociťuje bolest. Ve všech těchto případech je kreativní všeobecná sestra, chápatel a empatická pro pacienta trpícího bolestí velkým přínosem (Znojová, M., www.stezen.cz, 2004).

1.6.1 Fyzikální vyšetření jako základ objektivní informace

Úloha sestry nespočívá v identifikaci konkrétního syndromu, ale jejím úkolem je upozornit lékaře na změnu stavu pacienta. Objektivní informace získané fyzikálním vyšetřením dávají možnost určit aktuální nebo potencionální ošetrovatelský problém a představují jednu z metod při objektivizaci a validizaci údajů při posuzování – to je v první fázi ošetrovatelského procesu. Fyzikálním vyšetřením sestra rozpoznává patologický stav pacienta (Zuzáková, 2009).

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.424/2004 Sb., pojednávající o činnostech zdravotnických pracovníků po získání odbornosti, § 4 odstavec 1, sestra provádí bez odborného dohledu a bez indikace lékaře úkony, kterými sleduje a hodnotí potřeby, úroveň soběstačnosti, projevy onemocnění a rizikových faktorů nemocných.

Za tímto účelem všeobecná sestra používá měřicí metody osvědčené v ošetrovatelské praxi, jako jsou např. škály intenzity bolesti, rizika proleženin, sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí a celkového stavu nemocného (Zuzáková, 2009, vyhláška 424/2004Sb, 55/2011Sb, www.mvcr.cz, 2011).

1.6.2 Význam sociální komunikace v ošetrovatelské péči

Pacienti v dlouhodobém hemodialyzačním programu trpí velmi často kombinací několika druhů bolestí, které jsou provázeny depresivními náladami. Deprese spouští kaskádu dalších jevů, které zhoršují aktuální situaci nemocného. Hněv a agresivita se stává běžnou reakcí na vzniklé problémy. Role sestry nejen při zvládnutí a terapii bolesti je všeobecně považována za nezastupitelnou. Chápání bolesti v jejím mnohostranném projevu směřuje ke správné léčbě a adekvátnímu přístupu k nemocnému. Náročnost problematiky spočívá v objektivním posouzení bolesti, což vyžaduje všeobecnou sestru vzdělanou a zkušenou. Pro vyřešení bolesti je komunikace zvláště přínosná, pokud je vedena cíleně a odborně. K hlavním zásadám komunikačních dovedností sestry patří:

1. Navázat dobrý vztah s pacientem
 2. Projevit empatii a porozumění
 3. Reagovat s pochopením, laskavostí a důvěryhodností
 4. Podávat pravdivé a srozumitelné informace
 5. Akceptovat pacientovo vnímání bolesti
 6. Umění naslouchat – uplatnění verbálních a neverbálních aspektů
 7. Tolerance bolestivých projevů
 8. Adekvátně vést cílený a volný rozhovor
 9. Projevit vysokou profesionalitu v přístupu k nemocnému
 10. Podpora přínosného zapojení pacienta do problému
- (Zacharová, E., www.solen.cz, 2008).

1.6.3 Pohybová aktivita jako prevence bolesti

Podle PhDr. Mahrové a MUDr. Svobody autorů publikace: „*Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů, „je cvičení během hemodialýzy součástí léčby na řadě dialyzačních center ve světě“*“ (Mahrová, Svoboda, 2009, s.144-145).Po absolvování motorických testů, které vyhodnotí pacientův aktuální stav, jsou vybrány vhodné pohybové aktivity. Cvičení je realizováno pod odborným dohledem fyzioterapeuta a nebo zaškolených dialyzačních sester. Pokud má nemocný o cvičení zájem, je vše zváženo dle klinického stavu a doporučeno ošetřujícím nefrologem. Cvičení v průběhu i mimo hemodialyzační proceduru má především preventivní charakter. Při nedostatku pohybu dochází ke snížení zejména kloubní pohyblivosti, zvýšené bolestivosti, následné ztrátě soběstačnosti, sebeobsluhy a tím nárůstu závislosti na druhých osobách. Řada dialyzačních středisek toto cvičení již delší dobu realizuje i u nás (Svoboda,Mahrová, 2009).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zmapovat úroveň připravenosti dialyzačních sester k hodnocení bolesti u pacientů v chronickém dialyzačním programu.

Část dotazníku: osobní údaje a vědomostní dotazy s položkami č.1 - 8

Výzkumné otázky

Jaká je vzdělanost a délka praxe všeobecných sester pracujících na hemodialýze?

Jaké mají všeobecné sestry znalosti týkající se bolesti?

Jaká je pro všeobecné sestry dostupnost vzdělávacích akcí související s problematikou bolesti?

Předpokládané výsledky

Dialyzační sestry jsou vysoce specializované v oborech nefrologie a intenzivní péče v nefrologii.

Sestry jsou dostatečně seznámeny se specifickými projevy bolesti nejen u hemodialyzovaných.

Cíl 2. Předložit zkušenosti všeobecných sester s charakteristikou bolesti hemodialyzovaných pacientů

Část dotazníku charakteristika bolestí dialyzovaných nemocných s položkami č. 9 - 13

Výzkumné otázky

Mají nemocní dostatečné informace o původu svých bolestí?

Jak častý je kontakt všeobecných sester s bolestí u pacientů v chronickém dialyzačním programu?

Mají pacienti obavy z bolesti a možných komplikací při punkci AV spojky a lze jim předcházet?

Předpokládané výsledky

Pacienti nejsou dostatečně informováni o původu svých bolestí.

Všeobecné sestry se setkávají s bolestí u pacientů v chronickém hemodialyzačním programu často, zejména pak s chronickou bolestí pohybového aparátu.

Z punkce AV spojky má více či méně obavy velká skupina nemocných.

Všeobecné sestry se snaží předcházet komplikacím trvalého cévního přístupu pro hemodialýzu.

Cíl 3. Zjistit četnost využití metod hodnocení bolesti v dialyzační ošetrovatelské péči. Část dotazníku sledování a hodnocení bolesti na hemodialyzačním středisku, položka č. 14 –17

Výzkumné otázky

Používají všeobecné sestry v dialyzační ošetrovatelské péči k hodnocení škály bolesti?

Provádí sestry záznam bolesti do dokumentace?

Jsou pacienti informováni o střediscích léčby bolesti?

Předpokládané výsledky

Škály bolesti a jiná grafická znázornění nejsou dialyzačními sestrami dostatečně využívány.

Sestry provádí záznam do dokumentace.

Pacienti mají dostatečné informace o střediscích léčby bolesti.

Cíl 4. Zmapovat nejčastěji užívané ošetrovatelské intervence a provést návrh doporučení pro klinickou praxi.

Část dotazníku týkající se využití ošetrovatelských intervencí k ovlivnění bolesti, položka 18 a 19

Výzkumné otázky

Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské zásahy sester při zjištění bolesti u hemodialyzovaných pacientů?

Předpokládané výsledky

V současné době je využíváno kromě běžných postupů i jiných preventivních možností ovlivnění bolesti např. cvičení na lůžku při dialýze za odborného dohledu fyzioterapeuta , které jsou však závislé na aktuálním zdravotním stavu nemocného.

2.2 Metodika a organizace průzkumného šetření

2.2.1 Studium literatury a informačních zdrojů

1. Studium vybrané literatury a informačních pramenů k tématu
2. Vyhledání informačních zdrojů dle klíčových slov
3. Výběr vhodných informací z nalezených literárních a internetových zdrojů

Dle klíčových slov byly vyhledány informační zdroje ve specializované knihovně Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) , 1 exemplář zapůjčen z Vědecké knihovny v Olomouci a 15 z lékařské knihovny Nemocnice Blansko. Celkově nalezeno 53 publikací a článků, po prostudování použito jen 13 článků. K prostudování bylo dále využita oficiálního periodika EDTNA/ERCA „*Journal of Renal Care*“ za období 2009-2010. Z anglického jazyka přeložen 1 článek z období března 2010, jehož tématem byl výzkum příznaků u pacientů nepodstupujících dialýzu, kde bolest byla zmíněna jen okrajově. Z internetových zdrojů byla na danou problematiku prohlédnuta databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca s Českou národní bibliografií lékařské literatury, jež je zpracována Národní lékařskou knihovnou v Praze, bylo nabídnuto 500 odkazů a využity dva (Ivanová, Juříčková 2005). V databázi vyhledávání vysokoškolských kvalifikačních prací bylo nalezeno 10 závěrečných prací s problematikou hemodialyzační léčby, z toho 4 práce se týkaly kvality života dialyzovaných nemocných., 1 práce se týkala problematiky cévních přístupů pro dialýzu, edukace, následné ošetrovatelské péče, sociální situace dialyzovaných pacientů a jedna práce byla konkrétně zaměřena na bolesti při léčbě hemodialýzou.

2.2.2 Výběr a sestava výzkumné metody

Metodou pro získávání informací o sledování a hodnocení bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v chronickém hemodialyzačním programu bude použit dotazník, v jehož úvodu je obsaženo požádání respondentů o vyplnění se srozumitelnými pokyny pro vyplňující. Dotazník je anonymní a obsahuje standardizovaný soubor 19 otázek a při jeho tvorbě je využito osobních zkušeností . Otázky jsou zavřené, polootevřené a otevřené.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Realizace průzkumného šetření

Na dané téma sledování a hodnocení bolesti u pacientů v chronickém hemodialyzačním programu bylo připraveno 80 dotazníků, rozdáno 70 dotazníků a vráceno 65 dotazníků, 5 dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno. Konečný počet uceleně vyplněných dotazníků je 60. Výsledky průzkumného šetření byly zpracovány kvantitativní metodou v systémech Microsoft Word a Microsoft Excel do četnostních tabulek a dále zpracovány formou popisné statistiky. Grafickém vyobrazení těchto nasbíraných údajů je uvedeno následně v dalších bodech kapitoly 3.

Dotazník obsahuje 19 položek a je souborem vlastní tvorby (příloha č.5).

Průzkum proběhl v časovém období od 19.1.2011 do 7.3.2011. Po oslovení a požádání hlavních sester vybraných pracovišť bylo rozdáno 70 dotazníků, vyplnění je zcela anonymní a využití určeno pouze k účelům vypracování závěrečné bakalářské práce. Respondenti byli seznámeni s jeho obsahem a požádání o vyplnění.

3.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Základní soubor šetření tvoří všeobecné sestry 5 hemodialyzačních středisek, jmenovitě dvě hemodialyzační střediska FN u sv.Anny v Brně, hemodialyzační středisko B.Braun Avitum Austerlitz Slavkov u Brna, hemodialyzační středisko nefrologického oddělení Nemocnice Blansko a nestátní hemodialyzační středisko Innef Brno.

O svolení byly požádány náměstkyně ošetrovatelské péče výše uvedených pracovišť. Průzkumný vzorek je tvořen sedmdesáti respondenty. Písemné žádosti k nahlédnutí v příloze č. 1- 4 (Kutnohorská, 2009)

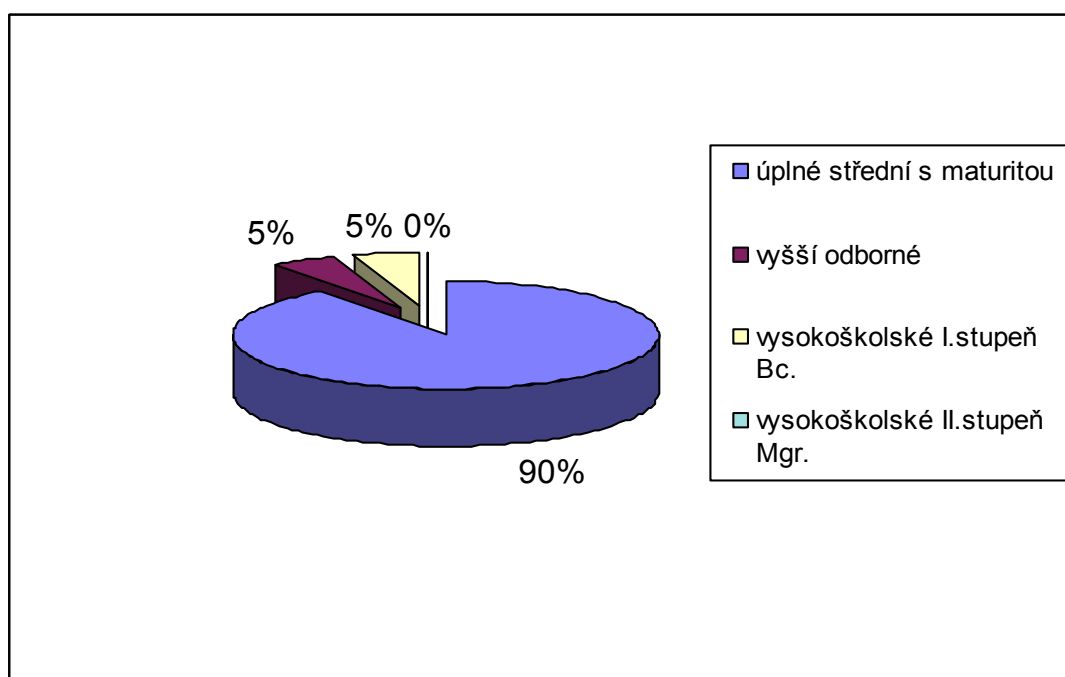
3.3 Posouzení získaných dat a jejich grafické zpracování

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

Z 60 (100%) respondentů 3(5%) absolvovalo I stupeň vysokoškolského vzdělání Bc., 3 (5%) vyšší odborné vzdělání Dis. a 54 (90%) střední zdravotnickou školu zakončenou maturitní zkouškou (viz tabulka a obr. č.1).

Tabulka č. 1 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
střední zdravotnická škola	54	90	90
vyšší odborné	3	5	95
vysokoškolské I.stupeň Bc.	3	5	100
vysokoškolské II.stupeň Mgr.	0	0	100
celkem	60	100	



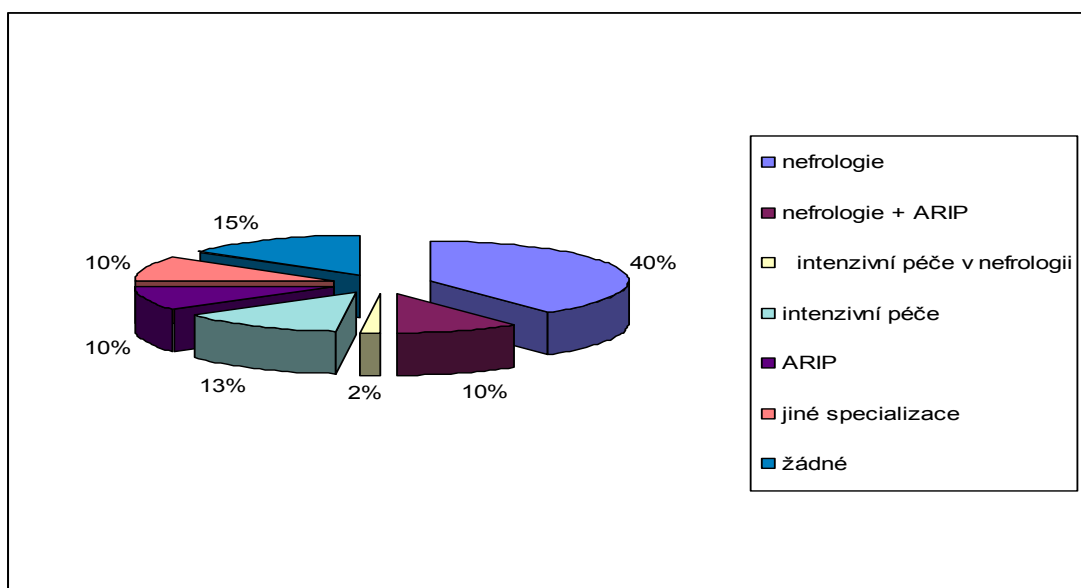
Obr. 1 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

2. Absolvovala jste pomaturitní specializační studium (PSS)?

Z 60 (100%) respondentů absolvovalo 24 (40%) postgraduální specializační studium (PSS) v oboru nefrologie V oboru intenzivní péče absolvovalo 8 (13%), ARIP 6 (10%) respondentů. 6(10%) respondentů absolvovalo nefrologii i ARIP. Jinou specializaci absolvovalo 6 (10%) v interních oborech , v chirurgii a v oboru management v ošetrovatelství. 9(15%) respondentů nemá žádnou specializaci (viz tabulka a obr.č.2).

Tabulka č. 2 Postgraduální specializace respondentů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
nefrologie	24	40	40
nefrologie + ARIP	6	10	50
intenzivní péče v nefrologii	1	2	52
intenzivní péče	8	13	65
ARIP	6	10	75
jiné specializace	6	10	85
žádné	9	15	100
celkem	60	100	



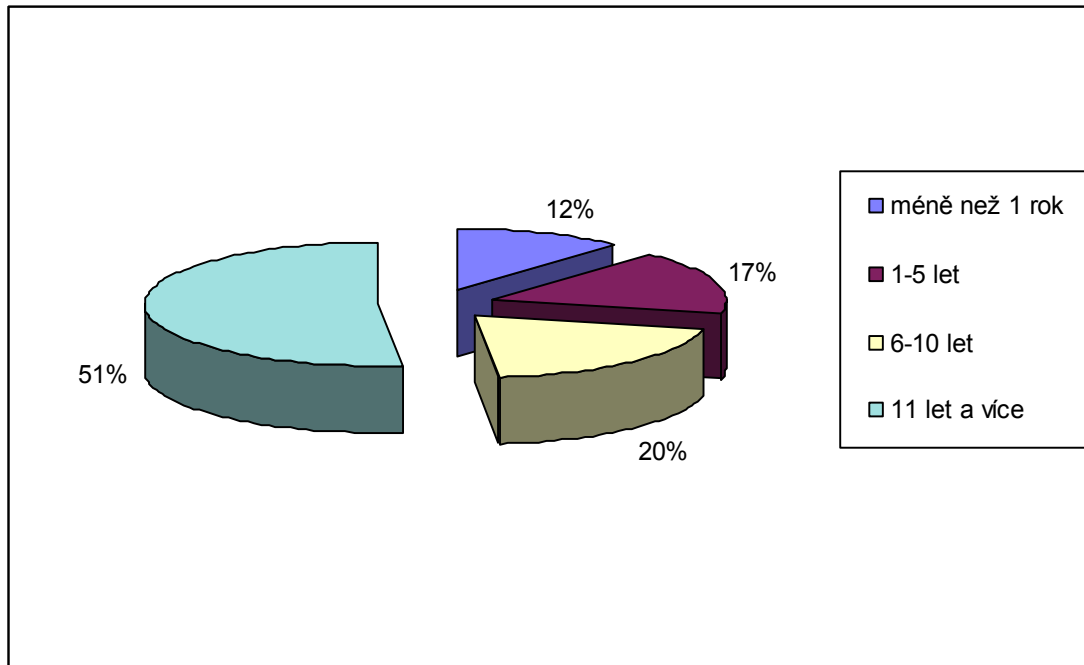
Obr. 2 Přehled postgraduální specializace respondentů

3. Jak dlouho pracujete na hemodialýze?

Z 60 (100%) respondentů 31(52%) odpovědělo, že pracuje na hemodialýze 11 a více let, 12(20%) 6-10 let, 10(17%) 1-5 let a méně než 1 rok uvedlo 7(12%) respondentů (viz tabulka a obr.č.3).

Tabulka č. 3 Přehled délky praxe respondentů na dialyzační jednotce

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
méně než 1 rok	7	12	12
1-5 let	10	17	28
6-10 let	12	20	48
11 let a více	31	51	100
celkem	60	100	



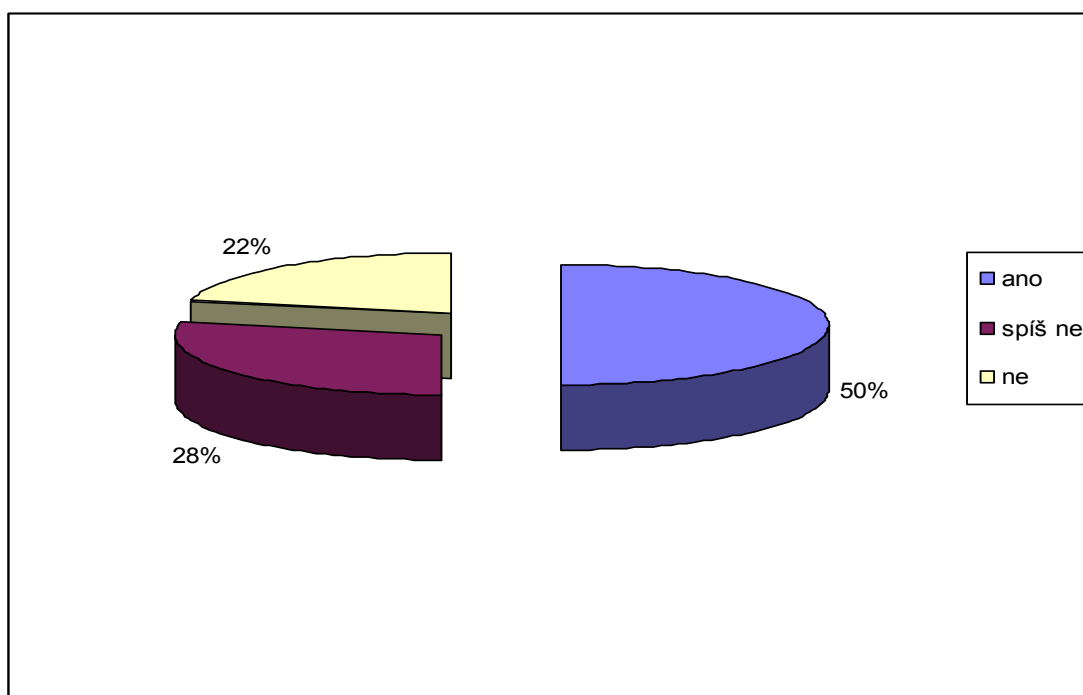
Obr. 3 Přehled délky praxe respondentů na dialyzační jednotce

4. Účastníte se v rámci svého pracoviště vzdělávacích akcí na téma bolest a její zvládnání?

Z 60 (100%) respondentů kladně odpovědělo 30 (50%). Spíš ne uvedlo 17 (28%) a 13 (20%) z celkového počtu se neúčastní žádných vzdělávacích akcí (viz tabulka a obr.č.4).

Tabulka č. 4 Účast na vzdělávacích akcích

Odpoověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano	30	50	50
spíš ne	17	28	78
ne	13	22	100
celkem	60	100	



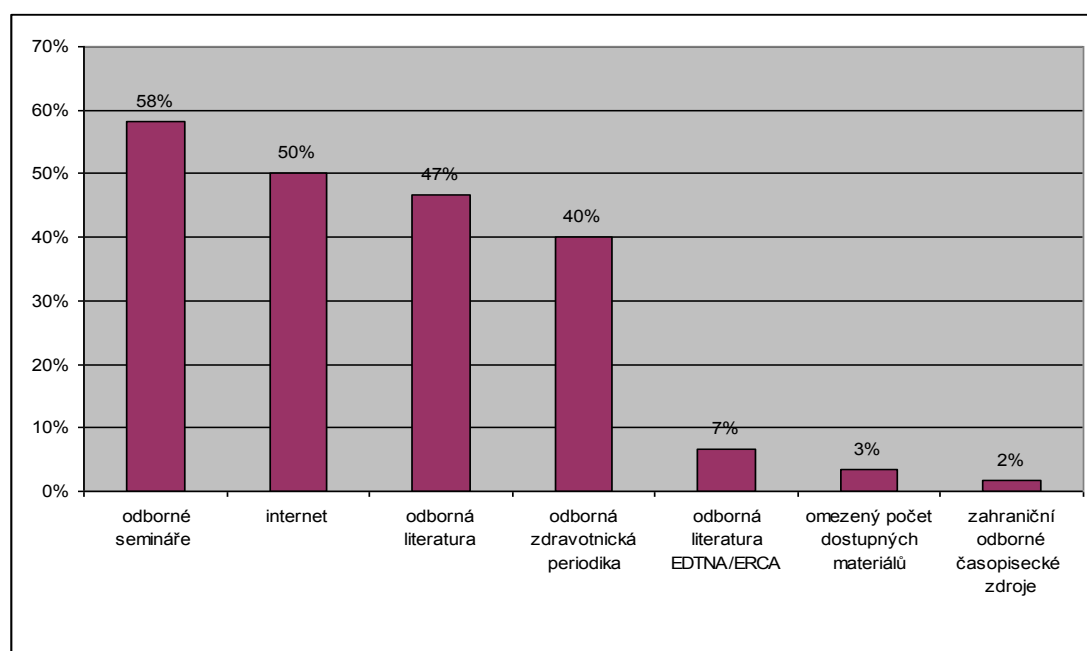
Obr. 4 Přehled účasti na vzdělávacích akcích

5. Jaké zdroje využíváte ke vzdělávání v oblasti zvládnání bolesti u dialýzovaných pacientů?

60(100%) respondentů mělo možnost volby více variant odpovědi k této otázce, proto byla každá varianta hodnocena samostatně. 35(58%) hlasovalo kladně ke vzdělávání na odborných seminářích, 30(50%) k návštěvám na internetu, 28(47%) ke studiu odborné literatury, 24(40%) k odborným zdravotnickým periodikům a 4(7%) hlasovali pro odbornou literaturu EDTNA/ERCA, 2(3%) hlasy pro omezenou dostupnost materiálů a 1(2%) pro zahraniční zdroje (viz tabulka a obr.č.5).

Tabulka č. 5 Přehled zdrojů vzdělávání respondentů

Varianta	Odpověď Ano		Nevyjádřilo se		Celkem	
	počet respondentů	v %	počet respondentů	v %	počet respondentů	v %
odborné semináře	35	58	25	42	60	100
internet	30	50	30	50	60	100
odborná literatura	28	47	32	53	60	100
odborná zdravotnická periodika	24	40	36	60	60	100
odborná literatura EDTNA/ERCA	4	7	56	93	60	100
omezený počet dostupných materiálů	2	3	58	97	60	100
zahraniční odborné časopisecké zdroje	1	2	59	98	60	100



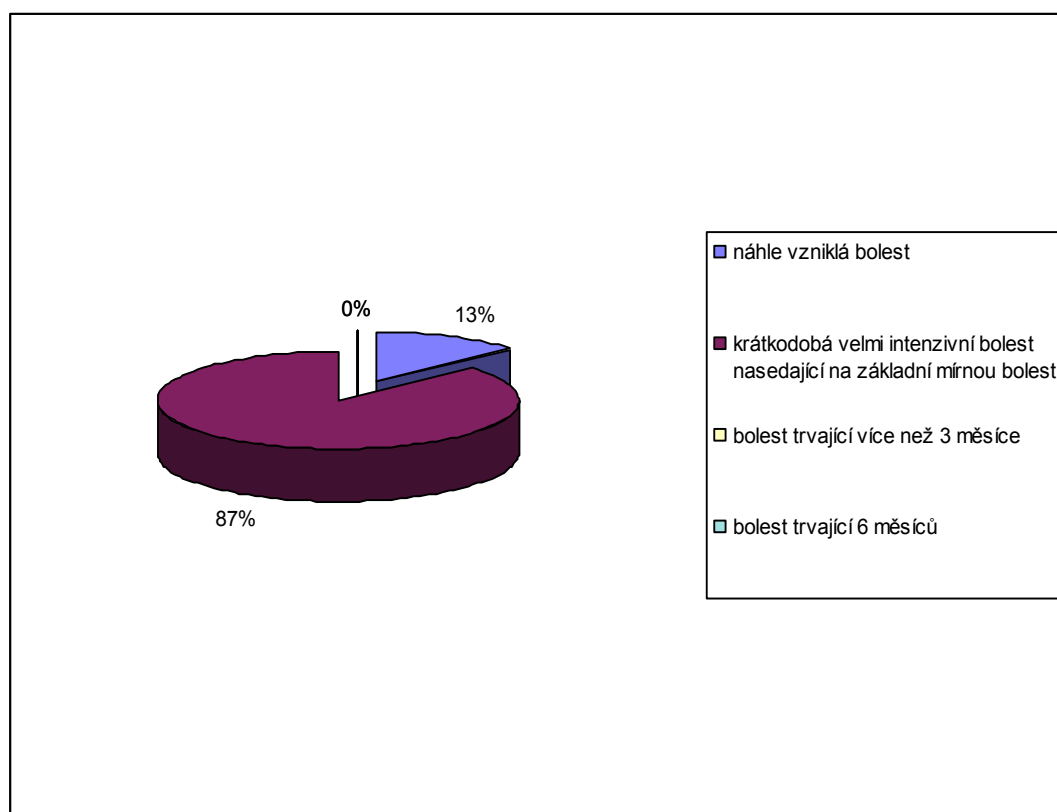
Obr. 5 Přehled zdrojů vzdělávání respondentů – poznámka 60 respondentů = 100%

6. Průlomová bolest je:

Z 60(100%) respondentů průlomovou bolest označilo správně 52(87%) a 8(13%) respondentů odpovědělo nesprávně (viz tabulka a obr.č.6).

Tabulka 6 Přehled vyjádření respondentů k průlomové bolesti

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
náhle vzniklá bolest	8	13	13
krátkodobá intenzivní bolest, přidružující se k základní mírné bolesti	52	87	100
bolest trvající více než 3 měsíce	0	0	100
bolest trvající 6 měsíců	0	0	100
celkem	60	100	



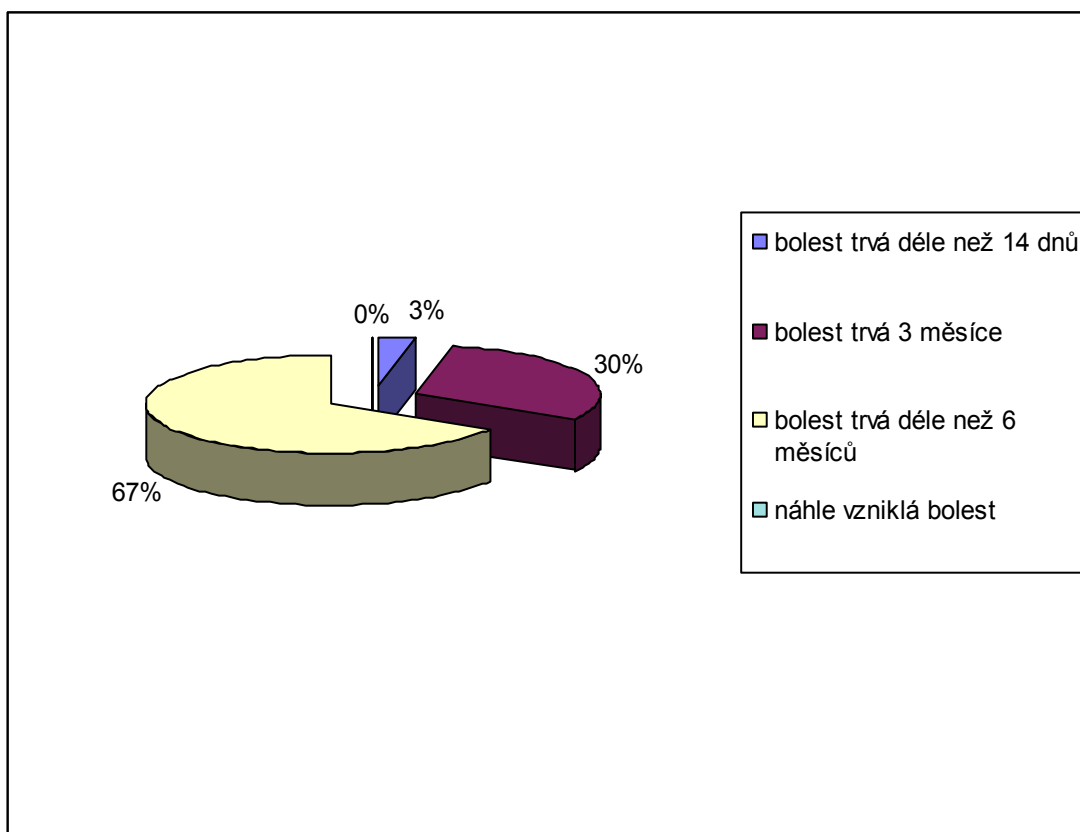
Obr. 6 Přehled vyjádření respondentů k průlomové bolesti

7. Chronická bolest je když:

Z 60(100%) respondentů označilo 40(67%) respondentů správně odpověď bolest v trvání déle jak 6 měsíců, 18 (30%) chronickou bolest v trvání 3 měsíce a 2(3%) označilo chronickou bolest v trvání delší než 14 dnů (viz tabulka a obr. č.7).

Tabulka č. 7 Přehled vyjádření respondentů k chronické bolesti

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
bolest trvá déle než 14 dnů	2	3	3
bolest trvá 3 měsíce	18	30	33
bolest trvá déle než 6 měsíců	40	67	100
náhle vzniklá bolest	0	0	
celkem	60	100	



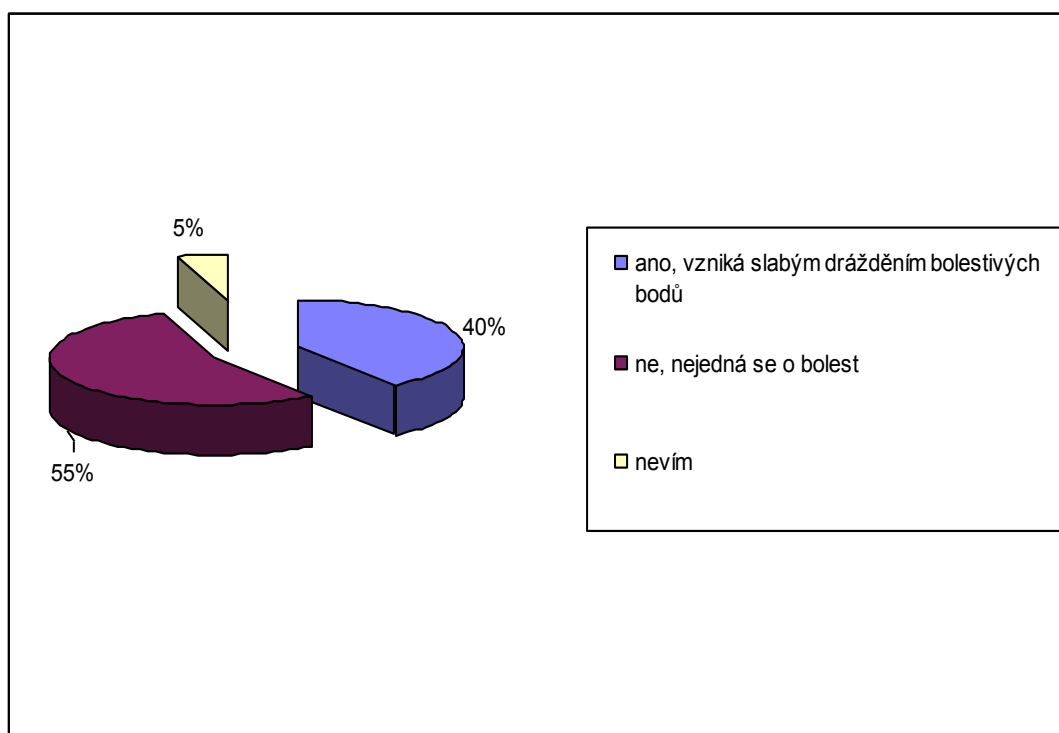
Obr. 7 Přehled vyjádření respondentů k chronické bolesti

8. Patří svědění (pruritus) do kategorie bolesti

Z 60 (100%) respondentů 24(40%) označilo pruritus jako kategorii bolesti a 33(55%) zvolilo zápornou odpověď a 3(5%) nedokázali odpovědět (viz tabulka a obr.č. 8).

Tabulka č. 8 Přehled vyjádření respondentů k pruritu

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, vzniká slabým drážděním bolestivých bodů	24	40	40
ne, nejedná se o bolest	33	55	95
nevím	3	5	100
celkem	60	100	



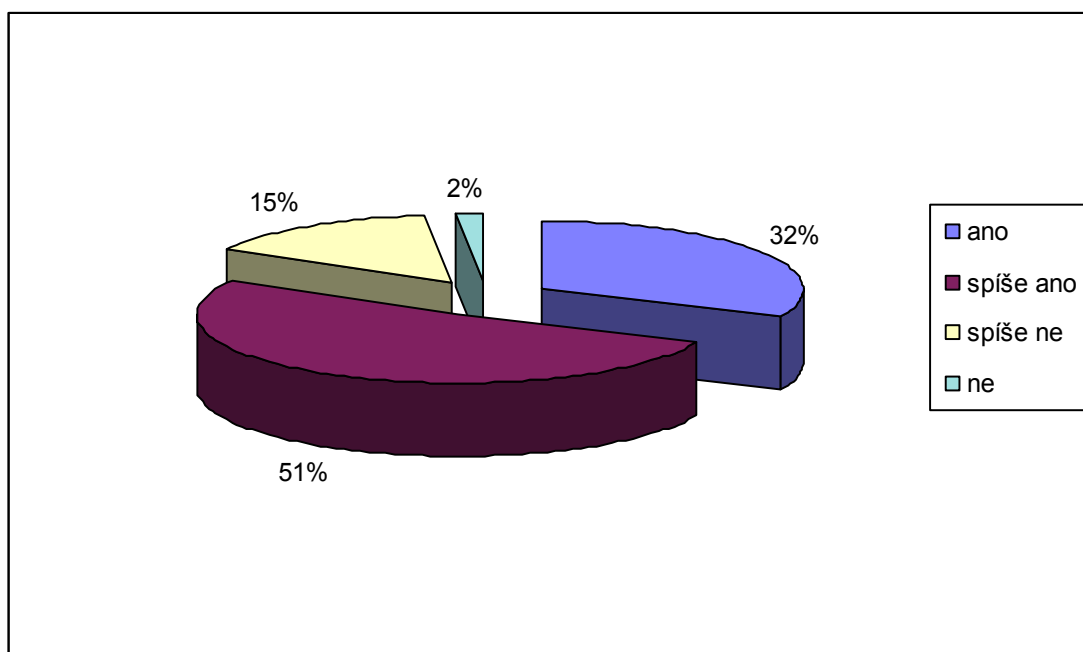
Obr. 8 Přehled vyjádření respondentů k pruritu

9. Mají vaši pacienti dostatečné informace o původu svých bolestí?

Z 60(100%) respondentů , 19(32%) odpovědělo kladně, spíš ano označilo 31(52%) respondentů, spíš ne 9(15%) a ne 1(2%) dotázaný (viz tabulka a obr.č.9).

Tabulka č. 9 Informovanost pacientů o původu bolestí dle názoru respondentů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano	19	32	32
spíše ano	31	51	83
spíše ne	9	15	98
ne	1	2	100
celkem	60	100	



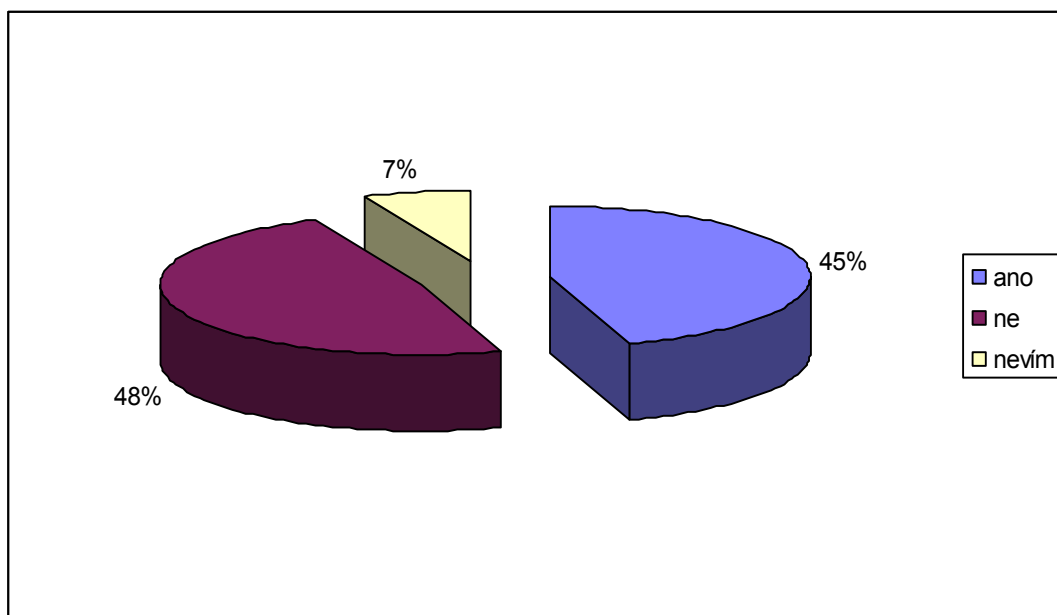
Obr. 9 Informovanost pacientů o původu bolestí dle názorů respondentů

10. Existuje na vašem pracovišti standardní plán ošetrovatelské péče o pacienta s bolestí?

Z 60(100%) respondentů se vyjádřilo kladně 27(45%) , 29(48%) uvedlo zápornou odpověď a 4(7%) respondenti neví, zda existuje na pracovišti standardní plán ošetrovatelské péče o pacienta s bolestí (viz tabulka a obr.č.10).

Tabulka č. 10 Existence standardního plánu ošetrovatelské péče o bolest na pracovištích respondentů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano	27	45	45
ne	29	48	93
nevím	4	7	100
celkem	60	100	



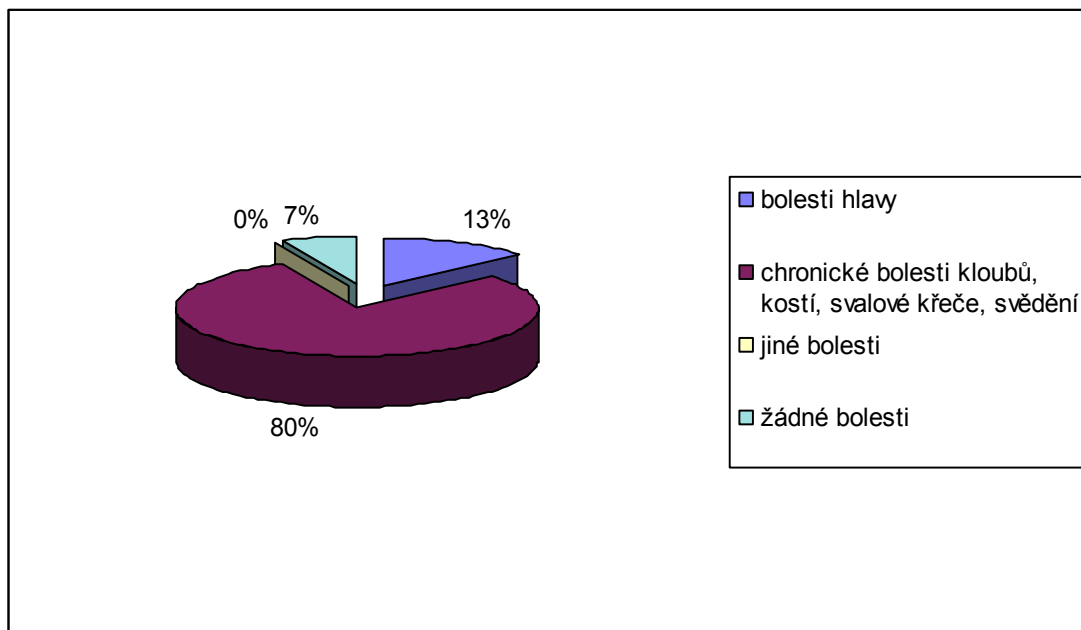
Obr. 10 Přehled existence standardního ošetrovatelského plánu na pracovištích respondentů

11. Jaké bolesti trápí pacienty nejčastěji:

Z 60 (100%) respondentů dle vlastních zkušeností 48(80%) uvedlo stížnosti pacientů na bolesti kloubů, kostí, svalové křeče a svědění, 8(13%) zaznamenalo bolesti hlavy, 4(7%) respondenti se nikdy neseťkali s bolestmi u svých pacientů (viz tabulka a obr.č.11).

Tabulka č. 11 Přehled zkušeností respondentů s lokalizací bolesti u dialyzovaných pacientů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
bolesti hlavy	8	13	13
chronické bolesti kloubů, kostí, svalové křeče, svědění	48	80	93
jiné bolesti	0	0	93
žádné bolesti	4	7	100
celkem	60	100	



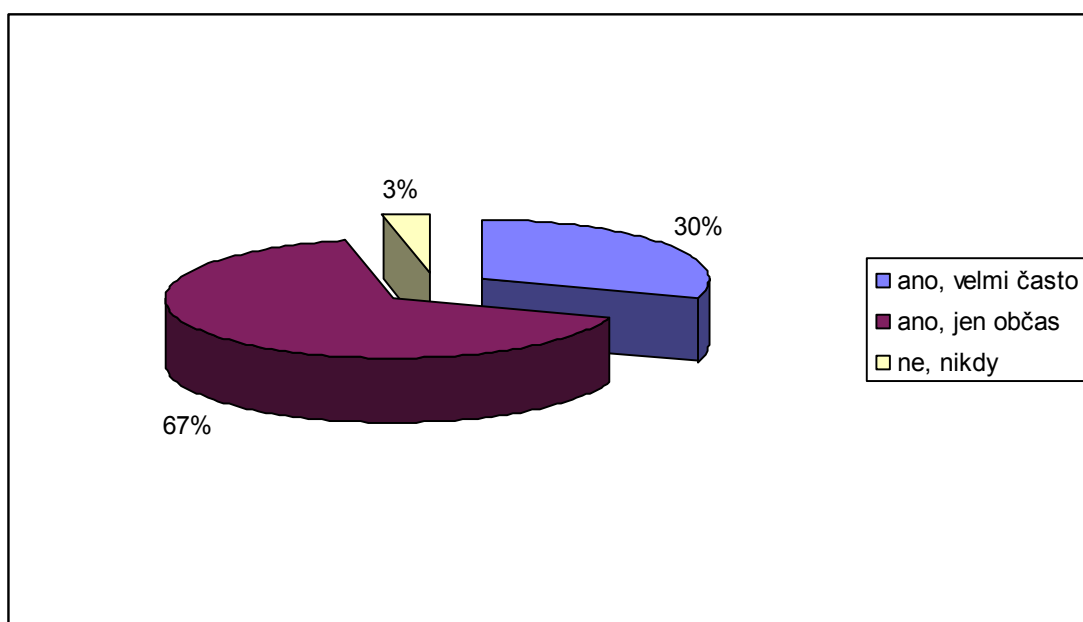
Obr. 11 Přehled zkušeností respondentů s lokalizací bolesti u dialyzovaných pacientů

12. Provází vaše pacienty při punkci AV fistule strach z bolesti a dalších komplikací včetně nechtěné hospitalizace?

Z 60(100%) respondentů 18(30%) odpovědělo ano velmi často, 40(67%) ano jen občas a ne nikdy odpověděli 2(3%) respondenti (viz tabulka a obr.č.12).

Tabulka č. 12 Přehled vyjádření respondentů k obavám pacientů z punkce AV fistule

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, velmi často	18	30	30
ano, jen občas	40	67	97
ne, nikdy	2	3	100
celkem	60	100	



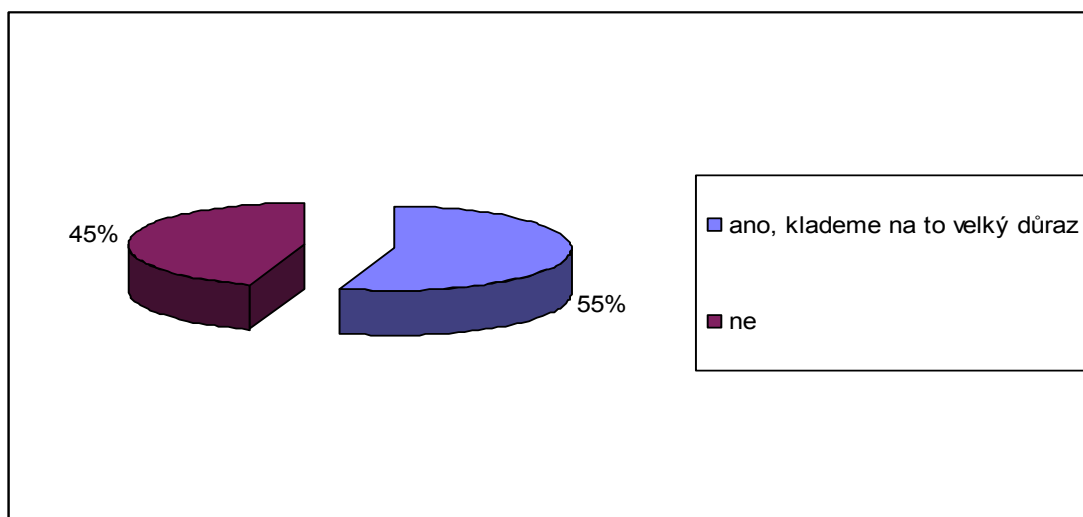
Obr. 12 Přehled vyjádření respondentů k obavám pacientů z punkce AV fistule

13. Jsou z tohoto důvodu při punkci komplikovaných a nově vytvořených AV fistulí na vašem pracovišti preferovány zkušenější sestry?

Z 60(100%) respondentů se 33(55%) vyjádřilo kladně, ne odpovědělo 27(45%) respondentů (viz tabulka a obr.č.13).

Tabulka č. 13 Náзор respondentů na využití osobních zkušeností při punkci AV fistule

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, klademe na to velký důraz	33	55	55
ne	27	45	100
celkem	60	100	



Obr. 13 Přehled názorů respondentů na využití osobních zkušeností při punkci AV fistule

14. Jaké používáte metody hodnocení bolesti?

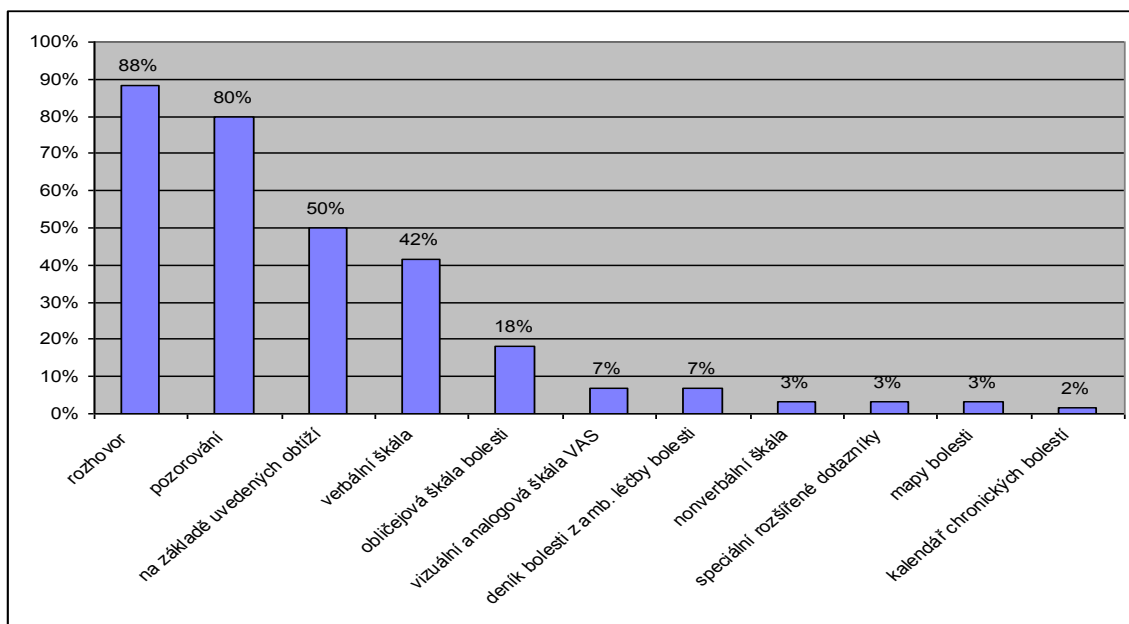
60 (100%) respondentů mohlo využít více variant odpovědí, proto byla každá varianta hodnocena samostatně. 53(88%) kladně hlasovalo pro rozhovor, 48(80%)

k pozorování, na základě uvedených obtíží zvolilo 30(50%), verbální škálu zvolilo 25(42%), obličejové škály bolesti 11(18%) VAS 4(7%) a deník bolesti 4(7%).

Nonverbální škálu zvolili 2(3%), rozšířené dotazníky 2(3%), mapy bolesti 2(3%) a kalendář chronických bolestí 1(2%) respondent (viz tabulka a obr.č. 14).

Tabulka č.14 Přehled využitelnosti metod hodnocení bolesti

Varianta	Odpověď Ano		Nevyjádřilo se		Celkem	
	Počet respondentů	v %	Počet respondentů	v %	Počet respondentů	v %
rozhovor	53	88	7	12	60	100
pozorování	48	80	12	20	60	100
na základě uvedených obtíží	30	50	30	50	60	100
verbální škála	25	42	35	58	60	100
obličejová škála bolesti	11	18	49	82	60	100
vizuální analogová škála VAS	4	7	56	93	60	100
deník bolesti z amb. léčby bolesti	4	7	56	93	60	100
nonverbální škála	2	3	58	97	60	100
speciální rozšířené dotazníky	2	3	58	97	60	100
mapy bolesti	2	3	58	97	60	100
kalendář chronických bolestí	1	2	59	98	60	100



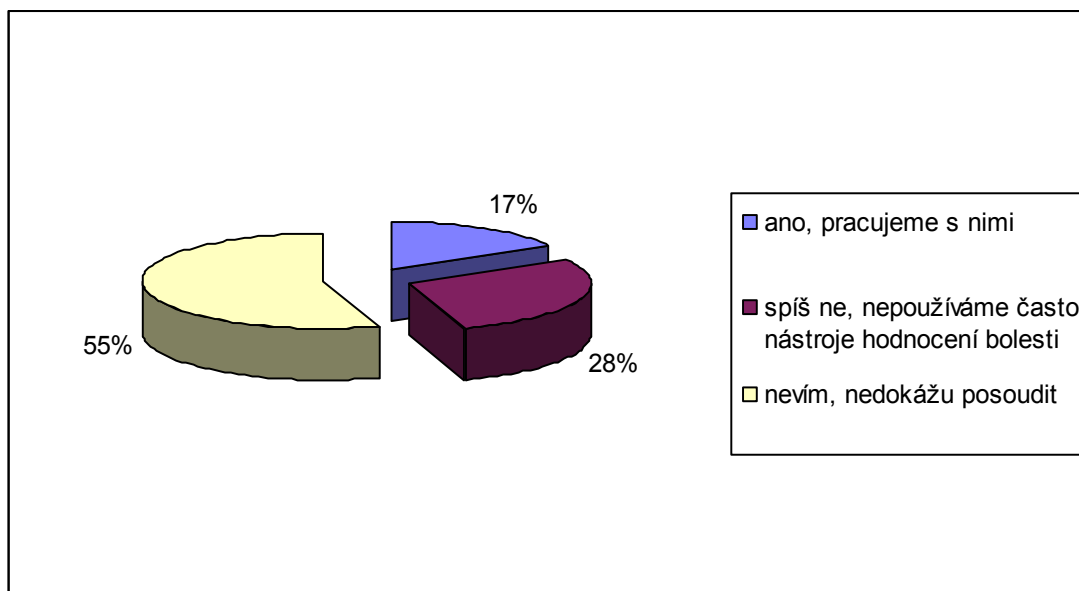
Obr. 14 Přehled využitelnosti metod hodnocení bolesti – pozn. 60 respondentů = 100%

15. Jsou metody hodnocení bolesti pro pacienty dostatečně srozumitelné?

Z 60 (100%) respondentů zvolilo 10(17%) respondentů kladnou odpověď, 17(28%) uvedlo spíš ne a nedokáže posoudit 33(55%)respondentů (viz tabulka a obr.č. 15).

Tabulka č. 15 Přehled názorů respondentů na srozumitelnost metod hodnocení bolesti pro pacienty

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, pracujeme s nimi	10	17	17
spíš ne, nepoužíváme často škály bolesti	17	28	45
nevím, nedokážu posoudit	33	55	100
celkem	60	100	



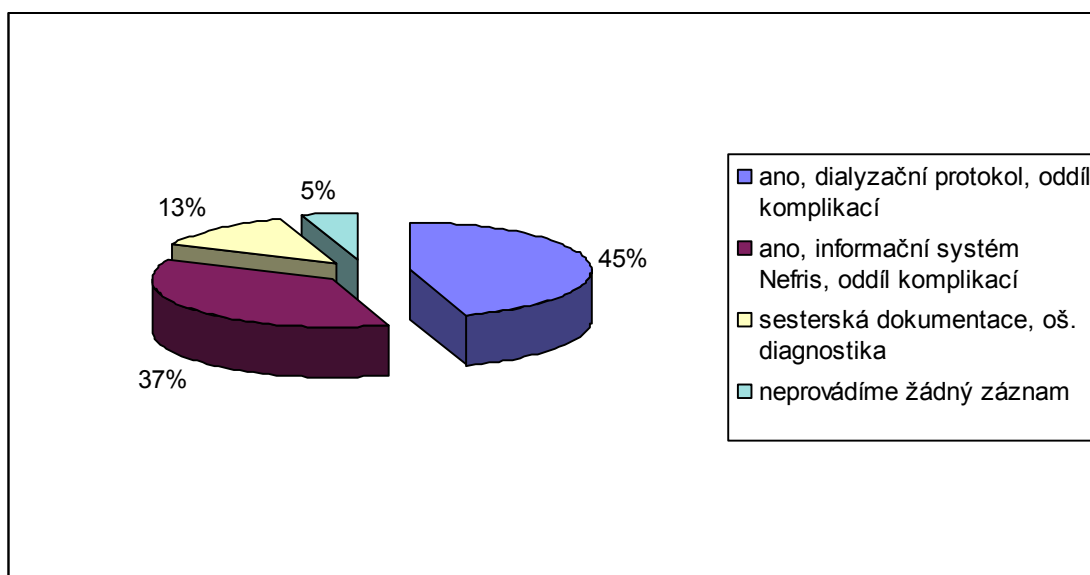
Obr. 15 Přehled názorů respondentů na srozumitelnost metod hodnocení bolesti pro pacienty

16. Jakým způsobem zaznamenáváte přítomnost bolesti a její hodnocení do dokumentace?

Z 60(100%) respondentů zvolilo 27(45%) záznam bolesti do dialyzačního protokolu, 22(37%) zvolilo záznam bolesti elektronicky pomocí informačních systémů, 8(13%) zvolilo elektronický záznam bolesti metodou oš. procesu pomocí ošetřovatelských diagnóz a žádný záznam uvedlo 3(5%) respondentů (viz tabulka a obr.č.16).

Tabulka č. 16 Přehled způsobů záznamů bolesti do dokumentace

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
dialyzační protokol, oddíl komplikací	27	45	53
informační systém Nefris, oddíl komplikací	22	37	82
ošetřovatelský proces, oš.diagnózy	8	13	95
neprovádíme žádný záznam	3	5	100
celkem	60	100	



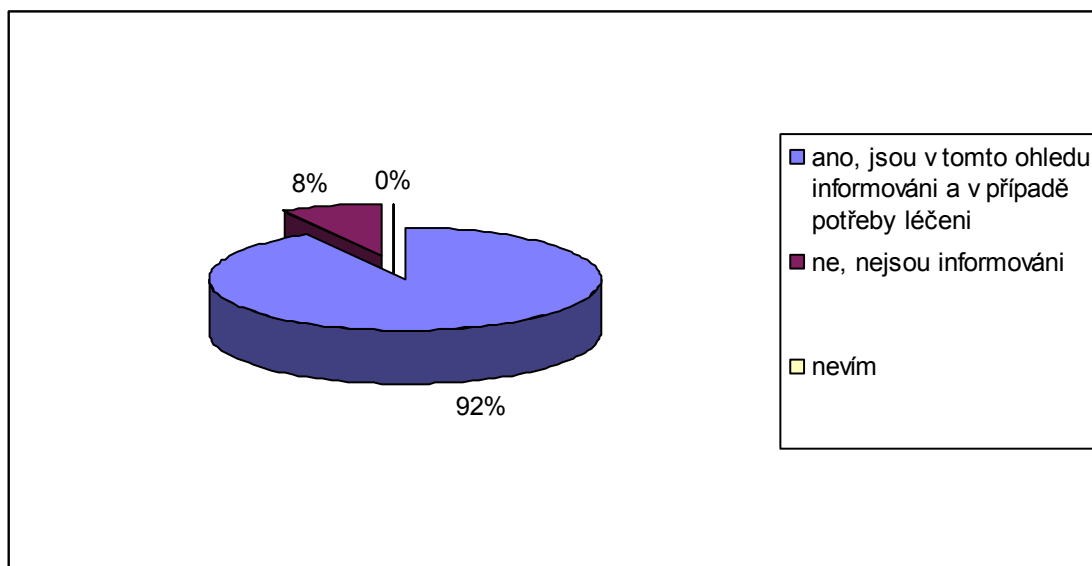
Obr. 16 Přehled způsobů záznamů bolesti do dokumentace

17. Mají vaši pacienti s chronickými bolestmi možnost terapie v ambulancích léčby bolesti?

Z 60(100%) respondentů 55 (92%) odpovědělo kladně a 5 (8%) záporně (viz tabulka a obr.č. 17).

Tabulka č. 17 Přehled informovanosti pacientů o ambulancích léčby bolesti z pohledu respondentů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, jsou v tomto ohledu informováni a v případě potřeby léčeni	55	92	92
ne, nejsou informováni	5	8	100
nevím	0	0	100
celkem	60	100	



Obr. 17 Přehled informovanosti pacientů o ambulancích léčby bolesti z pohledu respondentů

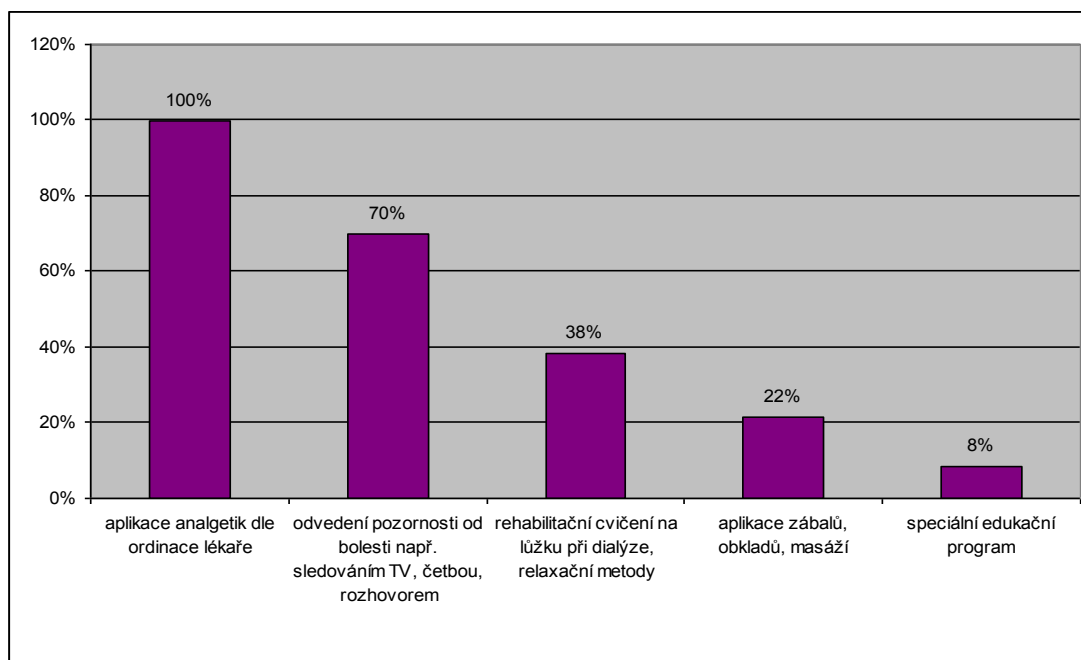
18. Jaké ošetrovatelské intervence používáte k odstranění bolesti?

60 respondentů (100%) mohlo využít více variant odpovědí, proto byla každá varianta hodnocena samostatně. 60 (100%) kladně hlasovalo pro aplikaci analgetik dle ordinace lékaře, 42 (70%) respondentů hlasovalo pro odvedení pozornosti od bolesti.

Rehabilitační cvičení a jiné relaxační techniky kladně označilo 23 (38%), zábaly a obklady 13 (22%) a speciálnímu edukační program 5(8%). (viz tabulka a obr.č.18).

Tabulka č. 18 Přehled způsobů ošetrovatelských intervencí využívaných respondenty

Varianta	Odpověď Ano		Nevyjádřilo se		Celkem	
	počet respondentů	v %	počet respondentů	v %	počet respondentů	v %
aplikace analgetik dle ordinace lékaře	60	100	0	0	60	100
odvedení pozornosti od bolesti např. sledováním TV, četbou, rozhovorem	42	70	18	30	60	100
rehabilitační cvičení na lůžku při dialýze, relaxační metody	23	38	37	62	60	100
aplikace zábalů, obkladů, masáží	13	22	47	78	60	100
speciální edukační program	5	8	55	92	60	100



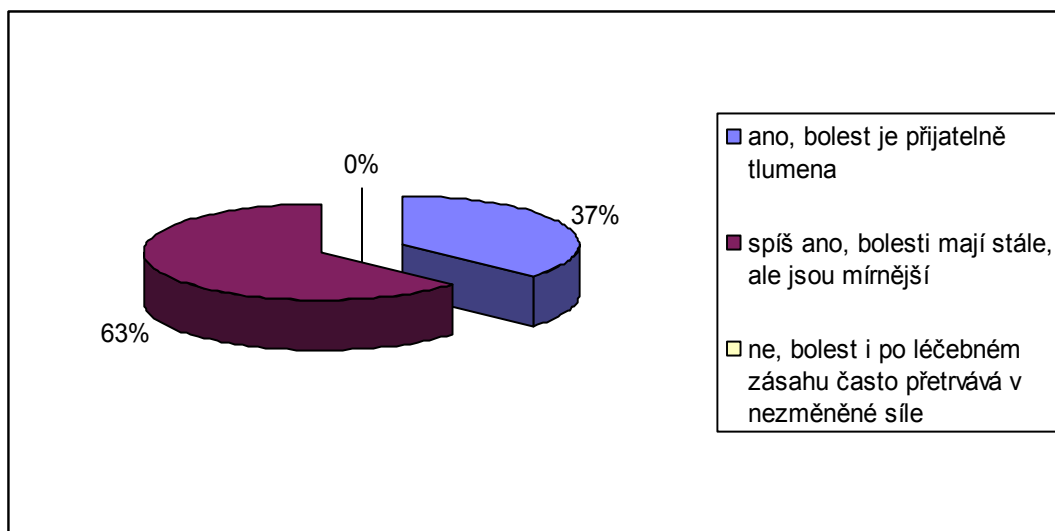
Obr. 18 Přehled způsobů ošetrovatelských intervencí využívaných respondenty – pozn. 60 respondentů = 100%

19. Vykazují vaši pacienti spokojenost s tlumením případných bolestí?

Z 60 (100%) respondentů, kladně odpovědělo 22(37%) respondentů. Spíše ano, ale bolesti mají stále v mírnější formě uvedlo 38(63%) a přetrvávající bolesti v nezměněné formě nezvolil žádný respondent (viz tabulka a obr.č.19).

Tabulka č. 19 Přehled názoru respondentů na tlumení bolesti u dialyzovaných pacientů

Odpověď	Počet respondentů	v %	v % kumulativně
ano, bolest je tlumena	22	37	37
spíše ano, bolesti jsou mírnější	38	63	100
ne, bolest i po léčebném zásahu často přetrvává v nezměněné síle	0	0	100
celkem	60	100	



Obr. 19 Přehled názorů respondentů na tlumení bolesti u dialyzovaných pacientů

3.4 Diskuse

Cílem projektu je zjišťování postojů, připravenosti a informovanosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči o bolest u nemocných v chronickém hemodialyzačním programu. Práce se snaží zachytit úroveň vědomostí a zkušenosti sledované skupiny respondentů s charakteristikou a prevalencí bolestí u pacientů v dlouhodobé dialyzační léčbě. Předposledním cílem ve stanovené sérii je zjištění využitelnosti metod hodnocení bolesti společně se záznamem do dokumentace. Poslední cíl mapuje nejčastěji užívané ošetrovatelské intervence a obsahuje doporučení pro klinickou praxi. Doporučení bylo sestaveno na základě vlastních praktických zkušeností. Celkem se šetření zúčastnilo 60 (100%) respondentů a v dotazu č.5, 14 a 18 měli možnost volby více variant vyjádření současně, v tomto případě byla hodnocena každá varianta samostatně. Pro srovnání bylo využito některých poznatků autorky Ivety Drábkové, která se věnovala stejnému tématu v roce 2008 ve své závěrečné bakalářské práci. K realizaci šetření bylo využito vlastního dotazníku, který obsahuje 19 otázek a je rozdělený na tři části.

Cíl č.1 (položky 1-8) mapuje úroveň vědomostí v oblasti péče o bolest, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe respondentů a zdroje vzdělávání.

90% respondentů uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou (SZŠ), 5% vyšší odbornou školu (DiS) a 5% respondentů dosáhlo prvního stupně vysokoškolského vzdělání (Bc). Druhý stupně vysokoškolského vzdělání (Mgr.) a vzdělání jiného typu neuvedl žádný z dotázaných respondentů.

40% respondentů absolvovalo postgraduální specializaci v oboru nefrologie, 13% v oboru intenzivní péče a 10% ARIP. 10% respondentů absolvovalo současně nefrologii i ARIP. 2% dotázaných respondentů absolvovalo intenzivní péči v nefrologii. Jiné specializace uvedlo 10% a žádné 15% respondentů z celkového počtu dotázaných.

Nejvyšší počet respondentů 51% pracuje na dialyzačním středisku 11 let a více, 6-10 let je zastoupeno ve 20%, dobu 1-5 let uvedlo 17% a méně než jeden rok 12% respondentů. Podle uvedených odpovědí na dialyzačních střediscích (dále jen DS) pracuje nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním a s postgraduální specializací v oborech nefrologie, ARIP a intenzivní péče.

Překvapivé bylo zjištění v minimálním počtu vysokoškolského vzdělání respondentů, ale z počtu uvedených odpovědí je možné usoudit, že na DS je velké zastoupení respondentů s dlouholetou praxí (11let a více) a specializací v oborech nefrologie a intenzivní péče.

Vzdělávací akce s problematikou péče o bolest navštěvuje 50% respondentů, spíše ne zvolilo 28% a záporně odpovědělo 22% respondentů. K otázce využití zdrojů vzdělávání v oblasti problematiky bolesti měli respondenti možnost volby více variant odpovědí současně, proto byla každá varianta hodnocena samostatně. Hodnocení bylo vztaženo k celkovému počtu respondentů 60(100%). Nejvyšší zastoupení hlasů 58% bylo zaznamenáno pro odborné semináře, 50% pro vzdělávání prostřednictvím internetu, pro odbornou literaturu 47%. Pro odborná zdravotnická periodika hlasovalo kladně 40%. 7% hlasů bylo zaznamenáno pro odbornou literaturu v zahraničních časopiseckých zdrojích Evropské asociace sester pro dialýzu a transplantaci (EDTNA/ERCA), 2% pro využití jiných zahraničních časopiseckých zdrojů. 3% z celkového počtu hlasovalo kladně pro omezenou dostupnost materiálů. Z odpovědí vyplývá, že sledovaná skupina respondentů preferuje vzdělávání ve formě odborných seminářů a k doplnění vědomostí využívají i jiné dostupné zdroje, nejčastěji prostřednictvím internetu a příspěvků v odborné literatuře a odborných časopisech.

K vědomostnímu dotazu co znamená průlomová bolest se vyjádřilo 87% respondentů správně a uvedli, že se jedná o krátkodobou velmi intenzivní bolest přidružující se k základní mírné bolesti, 13% označilo průlomovou bolest chybně jako náhle vzniklou bolest.

K dotazu co je chronická bolest, uvedlo správnou odpověď 67% respondentů z celkového počtu dotázaných, že chronická bolest trvá déle než 6 měsíců, 30% respondentů zvolilo bolest v trvání 3 měsíců. Kolektiv autorů v odborném časopise pro studium a léčbu bolesti však uvádí, že bolest může být považována za chronickou i při kratším trvání, pokud přesahuje dobu obvyklou pro léčbu daného onemocnění (Rokyta, Kozák et al, 2009).

Častým symptomem dlouhodobé hemodialyzační léčby je svědění (pruritus), proto jeden z dotazů byl cíleně položen k této problematice a týkal se vyjádření, zda patří svědění do kategorie bolesti. 40% respondentů zvolilo kladnou a chybnou odpověď. Zápornou a správnou odpověď udává 55%, nevím zvolilo 5% respondentů. Starší teorie udávaly svědění jako podhraniční typ bolesti (Jašková,E.Taraba,P., www.dermatologiepropraxi.cz ,2009), proto je možné se domnívat, že početnější skupina respondentů zvolila kladnou odpověď a označuje chybně pruritus jako druh bolesti, protože jeho důsledky jsou v ošetrovatelské péči bolesti velmi blízké. V tomto ohledu byl však očekáván menší počet chybných odpovědí , a z téhož důvodu byl předpokládaný výsledek potvrzen jen částečně.

Cíl č.2 předkládá zkušenosti respondentů s charakteristikou bolesti hemodialyzovaných pacientů. (položka 9- 13)

Informovanost pacientů o původu bolesti dle názoru respondentů označilo za jednoznačně dostačující 32% respondentů, spíše ano uvedlo 51% respondentů, spíše ne odpovědělo 15% dotázaných a jeden z dotázaných uvedl zápornou odpověď. Z předložených odpovědí se lze domnívat, že informovanost nemocných o tom, jak jejich bolesti vznikají, nejsou zcela dostačující.

Existenci standardního ošetrovatelského plánu v péči o pacienta s bolestí na pracovištích respondentů zvolilo 45% respondentů, zápornou odpověď uvedlo 48% respondentů a 7% neví, zda tento plán na pracovišti existuje. Standardizace ošetrovatelských výkonů zajišťuje vysokou kvalitu péče a ve srovnání s prací Drábkové je možné zaznamenat mírný vzestup počtu kladných odpovědí. Autorka ve své práci uvádí 73% záporných odpovědí z celkového počtu (Drábková,I., www.theses.cz, 2008).

Na lokalizaci bolesti vyslovilo orientačně názor 80% respondentů u pacientů výskyt chronické bolesti kloubů, kostí, svalové křeče a svědění, další skupina 13% zvolila bolesti hlavy a žádné bolesti neregistruje 7% respondentů. Největší zastoupení kladných odpovědí se týká bolestí pohybového aparátu, což dokládají i výsledky odborných studií, kde příčiny bolestí u 63,1% dialyzovaných jsou způsobeny muskuloskeletárním postižením (Ságová 2006).

S řadou bolestivých komplikací je také spojena punkce trvalého cévního přístupu - arteriovenózní fistule (AVF). Nemocné provází obavy z nezdaru a bolesti a napojení na dialyzační monitor je významným momentem celé procedury. Dle názoru respondentů se opravdu pacienti obávají tohoto výkonu, i když v mnoha případech to verbálně nevyjadřují. 30% respondentů uvádí, že pacienty provází obavy z bolesti a dalších komplikací velmi často, 67% respondentů uvádí obavy pacientů jen občas, 3% respondentů uvedli, že nemocní nemají nikdy strach. Vzhledem k předpokládaným výsledkům lze konstatovat, že nemocní dle oslovených respondentů, vykazují větší či menší obavy z bolesti při punkci cévního přístupu.

U komplikovaných a nově vytvořených AVF uvedlo 55% respondentů využití osobních zkušeností, záporně se vyjádřilo 45%. Lze se tedy domnívat, že pro zachování dlouhodobé funkčnosti cévního přístupu je jeho šetrná punkce, zvyšující se získáním zkušeností všeobecné sestry. Kriteriem celého procesu je celkové zhodnocení a analýza končetiny s cévním přístupem od poslední dialyzační procedury. K povinnostem všeobecné sestry v hemodialyzační péči patří fyzikální vyšetření AVF, kdy auskultuje přítomnost šelestu, palpuje přítomnost víření, zaznamenává případnou bolestivost a pohledem aktivně zjišťuje známky lokálního zánětu, krvácení a hematomu. Všechny výše uvedené změny značí zhoršenou funkci AVF, které sestra neprodleně hlásí lékaři. Všeobecná sestra disponující zkušenostmi v této problematice, může svým aktivním přístupem zabránit zbytečné traumatizaci, bolesti a s tím spojených stresových situací. Podle očekávaných výsledků je kontakt s bolestí v dialyzační péči velmi častý. Zejména bolest a obavy spojené s punkcí AVF jsou patrné a všeobecné sestry se v rámci svých kompetencí snaží předcházet komplikacím uvážlivým zásahem. Vzhledem k 55% vyjádření k této záležitosti však bylo předpokládáno, že oslovená skupina zvolí ve větším počtu kladnou odpověď.

Cílem č.3 bylo zmapovat využitelnost metod hodnocení bolesti v dialyzační ošetrovatelské péči a záznam bolesti do dokumentace.(položka 14-17)

K otázce způsobů hodnocení bolesti měla skupina respondentů možnost volby více variant vyjádření současně, proto byla každá varianta hodnocena samostatně a vztažena k celkovému počtu respondentů 60(100%).

Nejvyšší zastoupení 88% kladných hlasů bylo zaznamenáno pro zjišťování bolesti formou rozhovoru a 80% hlasovalo pro pozorování nemocného. Dalších 50% hlasů se vztahovalo k hodnocení bolesti na základě uvedených obtíží.

Z používaných škál bolesti sledovaná skupina hlasovala pro verbální škálu ve 42%, obličejovou škálu v 18% a VAS v 7%. Pro deník bolesti hlasovalo 7% a 3% pro mapy bolesti. Nonverbální škálu zvolily 3% kladných hlasů, pro rozšířené dotazníky hlasovalo také 3%. a kalendář chronických bolestí 2% hlasů. Zajímavé bylo zjištění, že dotazovaná skupina respondentů využívá mnoho variant hodnocení bolesti, avšak škály bolesti jsou zastoupeny ve větším počtu pouze u verbálního a grafického vyjádření pomocí obličejové škály. Podle očekávání je nejvíce hlasů zaznamenáno u varianty rozhovor, pozorování a hodnocení bolesti na základě uvedených obtíží s chybějícím podrobnější popisem bolesti a ve většině případů záznamem zpětné kontroly po aplikaci tišících prostředků. K posouzení bolesti pacienta sestra získává údaje, které se týkají lokalizace, intenzity, kvality, typu bolesti, vyvolávajících a utišujících faktorů a doprovodných symptomů. Všeobecná sestra dále hodnotí pacientovi zkušenosti s bolestí v minulosti, vliv na kvalitu života a zda pacient pociťuje strach, únavu a úzkost. Při posuzování bolesti sestra poskytne nemocnému prostor pro vlastní vyjádření, protože zkušenosti pacienta s bolestí jsou vždy jedinečné (Kozierová et al 1995).

Názory respondentů na srozumitelnost metod hodnocení bolesti pro pacienty byly vyjádřeny v 17% kladně, 28% dotázaných uvedlo spíše ne, protože metody hodnocení bolesti nepoužívají často a 55% respondentů nedovede tuto skutečnost posoudit. Nabízí se tedy domněnka, že v tomto případě chybí opět zpětná vazba, kdy pacientovo pochopení hodnotící metody není ze strany všeobecných sester kontrolována. Problém však spočívá v malém počtu použití hodnotících škál.

Z přehledu vyjádření oslovených respondentů k záznamu bolesti do dokumentace je patrné, že bolest zaznamenává 45% dotázaných do dialyzačního protokolu, který obsahuje oddíl pro záznam komplikací.

Další skupina 37% z celkového počtu dotázaných zaznamenává bolest elektronicky pomocí informačního systému Nefris, také do oddílu komplikací, 13% zaznamenává bolest metodou ošetřovatelského procesu prostřednictvím ošetřovatelských diagnóz a 5% respondentů bohužel neprovádí žádný záznam. Podle předpokládaného výsledku respondenti provádí záznam zatím nejčastěji do dialyzačního protokolu a v porovnání s prací autorky Drábkové je shoda především v tomto způsobu záznamu. V současné době jsou ze získaných dat patrná i kladná vyjádření i k využití informačních systémů za použití ošetřovatelské diagnostiky.

Informovanost možnosti léčby v ambulancích bolesti byla podle očekávání dostatečná, v tomto ohledu odpovědělo 92% respondentů kladně, 8% odpovědělo záporně, nevíme nevedl žádný ze sledované skupiny respondentů. Lze se tedy domnívat, že problematika vleklých bolestí je řešena ve spolupráci s odborníky a všeobecné sestry mohou tak být svým nemocným v případě potřeby nápomocny.

Podle očekávání bylo nejvíce kladných odpovědí zaznamenáno u rozhovoru, pozorování a na základě uvedených obtíží. Záznam neprovádí pouze 3 respondenti z celkového počtu dotázaných. Metodou ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské diagnostiky pracuje jen 8 respondentů a tímto způsobem ji také zaznamenává. Ve srovnání s podobnou prací autorky Drábkové je možné zaznamenat nárůst užití hodnotících škál, ale lze se však domnívat, že např. grafické znázornění pomocí VAS, která patří k standardnímu postupu hodnocení intenzity bolesti a umožňuje její rychlé hodnocení, je využívána jen minimálně a to jen čtyřmi kladnými hlasy.

Cílem č. 4 bylo zjistit jakými ošetřovatelskými intervencemi bolestivé případy oslovená skupina řeší. (položky 18-19) Pro přehled způsobů ošetřovatelských intervencí měla sledovaná skupina respondentů opět možnost volby více variant odpovědí současně a hodnocení bylo provedeno u každé varianty samostatně s ohledem na celkový počet respondentů, kdy 60 = 100%.

Pro analgetika dle ordinace lékaře hlasovalo 100%, pro odvedení pozornosti od bolesti 70%, pro rehabilitační cvičení na lůžku při dialýze společně s relaxačními metodami bylo zaznamenáno 38% kladných hlasů, kdy pod dohledem fyzioterapeuta nebo zaškolené všeobecné sestry pacienti absolvují sérii jednoduchých cviků v průběhu dialyzační procedury. Pro aplikaci zábalů a obkladů hlasovalo kladně 22% a pro edukační program se zaměřením na zmírnění bolesti 8% kladných hlasů.

Proti očekávaným výsledkům je rehabilitační cvičení při dialýze zatím zastoupeno u sledované skupiny jen ve 38%, tedy u necelé poloviny dotázaných respondentů. Tato varianta je odborníky považovaná jako prevence bolesti a prodloužení soběstačnosti hemodialyzovaných nemocných. Po předcházejícím důkladném vyšetření nefrologem a fyzioterapeutem je vybraným pacientům doporučena frekvence a způsob zátěže při cvičení. V tomto průzkumu je však zcela logicky volena varianta aplikace analgetik dle ordinace lékaře, kde respondenti hlasovali v plném počtu dotázaných.

Z přehledu orientačního názorů respondentů na tlumení bolesti u dialyzovaných pacientů vyplývá, že 37% dotázaných uvedlo dostatečné tlumení bolesti. Větší zastoupení respondentů však uvádí, že bolesti jsou mírnější, ale nejsou úplně odstraněny. Tuto skutečnost uvedlo 63% respondentů a je možné se domnívat, že nemocní někdy bolesti v mírné formě tolerují. Žádný z dotázaných neuvedl, že pacienti trpí dále bolestmi v nezměněné síle i po léčebném zásahu, ale z výsledků šetření vyplývá, že bolesti v mírné formě stále přetrvávají.

Jako doporučení pro praxi, která jsou inspirována výsledky toho šetření, bylo navrženo několik variant sledování a hodnocení bolesti u hemodialyzovaných pacientů a sestaveno do tabulky podle kritérií, která korespondují s příčinami bolestí u nemocných dlouhodobě léčených hemodialýzou (viz tabulka č.20).

3.5 Doporučení pro klinickou praxi

Návrh ošetrovatelského záznamu v péči o hemodialyzovaného pacienta trpícího bolestí

Cílová skupina: Pacienti zařazení do chronického hemodialyzačního programu

Místo použití: Hemodialyzační oddělení

Cíl ošetrovatelské péče:

Zvládnutí bolesti, vymizení bolesti, zmírnění bolesti, zlepšení kvality života

Dodržování předepsaného množství léčiv a režimu terapie

Sledování ,hodnocení pacienta a jeho bolesti – informace pro ošetřujícího lékaře

Využití nefarmakologických technik a prevence vzniku bolesti

Vybrané ošetrovatelské intervence v případě akutní a chronické bolesti :

- 1) Důkladné posouzení bolesti – lokalizace, charakter, nástup, mezidialyzační doba
- 2) Posouzení vnímavosti pacienta vůči bolesti – monitorace postojů, chování, vitálních funkcí, užívání léků proti bolesti, přítomnost faktorů, které pacientovu bolest zhoršují
- 3) Zhodnocení reakce nemocného na bolest – neverbální a verbální projevy, předchozí osobní zkušenosti, aktivní spolupráce pacienta při zvládnání bolesti, prevence
- 4) Grafické znázornění a dokumentace bolesti, včasná diagnostika bolesti, edukace pacienta , podávat analgetika dle ordinace lékaře a zaznamenávat jejich účinnost, informovat lékaře v případě nedostatečného tlumení, přesný záznam do dokumentace, zajistit klidné prostředí s využitím relaxačních technik a odvedením pozornosti od bolesti (Doenges, Moorhouse, 2001)
- 5) Posouzení informovanosti pacienta o původu jeho bolestí a možnostech prevence (viz tabulka č.20)

Tabulka č. 20 Návrh kritérií sledování a hodnocení bolesti u dialyzovaných pacientů

Ošetřovatelský záznam	Sledování a hodnocení bolesti	
AV spojka	víření šelest okolí klidné,bolestivé	
CVK	otok, zarudnutí obtížnost punkce edukace, forma, datum:	
orientační vyšetření stavu DKK	diabetik: záděrky, drobné ranky suchá kůže zánět, zarudnutí edukace, forma, datum:	otok, bolest ulcerace infekce jiné
Stav pacienta	spolupracuje nespolupracuje sklon k agresivitě úzkostný apatický	porucha sluchu porucha zraku porucha hybnosti vozík, opěrné hole bez handicapu
sociální situace	žije s rodinou žije sám zajištěny sociální služby	
Přítomnost bolesti, současný stav posouzení	akutní chronická v průběhu HD mimo HD nepřetržitě po námaze v klidu v noci ve dne po jídle při změně polohy při změně počasí	kategorizace dle Melzacka žádná bolest 0 mírná 1 středně silná 2 silná 3 krutá bolest 4 nesnesitelná 5 bolesti hlavy stenokardie pohybový aparát vertebrogenní bolesti svědění svalové křeče parestezie chladné končetiny
Podaná analgetika	čas podání efektivita nebo neúčinnost vedlejší účinky	
jiné	zábaly masáže četba, sledování TV, rozhovor	
zavedené cvičení na lůžku při HD	ano ne při cvičení bez problémů efektivita potíže při cvičení	
Datum: Primární sestra: Oš.diagnóza dle NANDA	oš. diagnóza č. určující znaky související faktory rizikové faktory cíl ošetřovatelské péče intervence	

ZÁVĚR

Ošetrovatelský postup v péči o nemocného s bolestí zvláště při hemodialýze není jednoduchou záležitostí jak pro lékaře tak pro sestry. Bolest je značně diskutovaným problémem a ukazuje se, že není vždy přijatelně tlumena. Všeobecné sestry však mají častější možnosti hodnocení reakce nemocných, protože jsou s nimi po celou dobu pracovní směny a mohou tak průběžně informovat lékaře o aktuálním zdravotním stavu pacienta.

V praktické části byly stanoveny čtyři cíle, jejichž úkolem bylo zjistit připravenost všeobecných sester řešit bolestivé případy při léčbě hemodialýzou s ohledem na jejich znalosti a zkušenosti s charakteristikou bolesti u dialyzovaných nemocných, využitelnosti metod hodnocení bolesti a užitím ošetrovatelských intervencí k ovlivnění bolesti. Z výzkumného šetření prvního cíle je patrné, že všeobecné sestry jsou specializované v oborech nefrologického ošetrovatelství, ARIP a intenzivní péče. Na vybrané vědomostní dotazy, týkající se bolesti chronické a průlomové odpověděly přijatelně, avšak specifický příznak dlouhodobé hemodialyzační léčby pruritus označily chybně ve 40%. V této problematice jsem očekávala větší zastoupení správných odpovědí, i když starší teorie uvádějí pruritus jako pohraniční typ bolesti a proto je možné se domnívat, že z tohoto důvodu skupina označila svědění jako bolest.

Druhým cílem a výsledky šetření je vyjádřeno časté setkání oslovených respondentů s bolestí u nemocných, kdy kromě dlouhodobých bolestí pohybového aparátu, vykazují někteří pacienti bolest zejména v momentě zahajování dialyzační procedury a samotnému výkonu předchází nepříjemná punkce cévní spojky. V tomto směru jsou všeobecné sestry obeznámeny s problematikou a dbají na dobrou funkci této, pro pacienty životně důležité cévy ve snaze předejít zbytečné traumatizaci. Z 55% kladného vyjádření k této problematice však nelze usuzovat, že se jedná o většinovou část oslovené skupiny. Z mého pohledu a zvyklostí našeho pracoviště však mohou potvrdit velkou ohleduplnost k zejména nově vytvořeným cévním přístupům, které vyžadují nemalou zkušenost sestry.

Třetí cíl mapuje používání hodnotících metod bolesti a zaznamenává největší zastoupení rozhovoru a pozorování pacienta, škál bolesti verbální a obličejové.

Větší využitelností grafických škál hodnocení bolesti a vybraných ošetrovatelských intervencí lze její ovlivnění v hemodialyzační péči zlepšit a rovněž získat nemocné ke spolupráci. Na mnoha pracovištích také z těchto důvodů probíhají akreditační šetření, jejichž základem je standardizace výkonů a zkvalitnění ošetrovatelské péče, včetně péče o bolest. Zavedení nových pokynů pro hodnocení bolesti je pak jejich součástí společně s kvalitním záznamem do ošetrovatelské dokumentace. Největší 53% část oslovených respondentů stále využívá pro záznam bolesti dialyzační protokol s oddílem komplikací a pouze 13% pracuje s metodou ošetrovatelského procesu prostřednictvím ošetrovatelských diagnóz. Také jen 37% respondentů zvolilo elektronický záznam pomocí informačního systému Nefris, který nabízí přehlednost a objektivizaci zdravotnické dokumentace.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat nejužívanější ošetrovatelské intervence a jednoznačně ve 100% oslovená skupina hlasovala pro analgetika dle ordinace lékaře a v 70% odvedení pozornosti od bolesti jinými způsoby. Rehabilitační cvičení při dialýze zvolila sledovaná skupina proti očekávaným výsledkům jen ve 38 %. Možným předpokladem nižšího počtu kladných odpovědí je aktuální zdravotní stav pacientů, kde volba této alternativy musí být pečlivě zvážena odborníky.

Získané údaje přináší několik změn, jako je rozvoj elektronické verze záznamu, používání grafického zobrazení bolesti a nové varianty ovlivnění bolestivých stavů. Její hodnocení však není stále ještě optimální. Z těchto důvodů jsem vypracovala návrh hodnocení bolesti u hemodialyzovaného pacienta.

Při naší práci se denně setkáváme s nemocnými, kteří jsou stresováni nejen náročnou léčbou, ale nezdědka je pro ně zatěžující i samotná docházka na dialýzu. Doprava a celá dialyzační procedura tak mnohdy zabere nemocnému skoro celý den. Z úst jedné starší pacientky našeho dialyzačního střediska jednou zaznělo, že si připadá doma jako na vzácné návštěvě. Vezme-li se v úvahu i skutečnost, kdy některým nemocným nebývá po hemodialyzační proceduře dobře a nezdědka trpí různými bolestmi a nevolností, je tento výrok člověka závislého na tak náročném léčbě víc než výstižný. Přesto velká část pacientů dokáže žít smysluplným životem, který jim mohou závidět i zdraví lidé.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ADAMUS,M. a kolektiv *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčba bolesti* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010 343s.

ISBN 978-80-244-2425-5

ALLAN,L.,ZENZ,M. překlad: Milan Opočenský. *Chronická bolest: Souhrn poznatků o léčbě chronické nenádorové bolesti opioidy*.1 vyd. Praha: Galén 1999 67s.

ISBN 80-7262-084-3

BACHLEDA, P. a kolektiv *Cévní náhrady v chirurgii arteriovenózních spojek k hemodialýze*. 1. vyd.Olomouc: Prodos 2001 111s. ISBN 80-7230-101-2

BOŠKOVÁ,H. *Chronicky nemocný v ústavní péči*. Sestra 1/2009,roč.19 s.48

ISSN 1210-0404

DOENGES,M.,MOORHOUSE,M.překlad: Ivana Suchardová *Kapesní průvodce zdravotní sestry* 2.přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2001 568s. ISBN 80-247-0242-8

DRÁBKOVÁ,I.*Problematika bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

[online] 2008[cit.2010-11-28v 15.00].Dostupné na WWW:

<http://www.theses.cz/id/g8a3a7>

HAKL,M. *Léčba bolesti v ČR- chronická bolest a trendy v invazivních postupech*. Interní medicína pro praxi 11(11)/2009 s.488. [online] 2011 [cit.2011-02-14] Dostupné z WWW:<<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/03.pdf>. Přehledové články

IVANOVÁ,K., JUŘÍČKOVÁ,L.*Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2005 98s.

ISBN 80-244-0992-5

JAŠKOVÁ, E., TARABA, P. *Pruritus – komplexní terapie* [online]. 2009 [cit. 2010-10-04 ve 23.10hod]. Dostupné z

WWW: <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/savepdfs/der/2009/03/04.pdf>>

Dermatologie pro praxi - přehledové články 125

KONTROVÁ, Ľ., BORBELIOVÁ, V. *Ošetrovateľské štandardy v nefrológii*. 1.vyd. Martin: Osveta 2006 83s. ISBN 80-8063-237-5

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. překlad: Tibor Baška a kolektiv. *Ošetrovateľstvo 2* 1.slovenské vyd. Martin: Osveta 1995 1474s. ISBN 80-217-0528-0, ISBN 0-201-09202-6 angl.orig.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2002 200s. ISBN 80-247-0179-0

KUBIŠOVÁ, M., DUŠILOVÁ-SULKOVÁ, S. Indikace k zahájení dialyzačního léčení. In *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2010, Kapitola č.5, s. 107 ISBN 978-80-247-3227-5

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2009 176 s. ISBN 978-80-247-3227-5

LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galen 2008 130s. ISBN 978-80-7262-552-9

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R. a ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I.* aktualizované a doplněné, v této podobě 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006 248s. ISBN 80-247-1442-6

ROKYTA, R., KOZÁK, J. a kolektiv. *Bolest: Časopis pro studium a léčbu bolesti. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti*. Přepřacované vydání. Bolest, Supplementum 2/2009 roč.12, s.11 ISSN 1212-0634

ŘEHOŘOVÁ,J.,ŠTĚPÁNKOVÁ,S.,ŠEVČÍK,J.*Spolupráce praktického lékaře se specialistou v péči o nemocné na dialýze.* [online]. 2010 [Cit. 2010-06-04 v 15hod] Dostupné z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/04.pdf>> |2010;7(6 a 7)| Medicina pro praxi

SÁGOVÁ,M, ZNOJOVÁ,M. *Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů:Základy diagnostiky a farmakoterapie.* [online] 2005 [cit.2010-07-05 v 21hod] Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/chronicka-bolest-hemodialyzovanych-pacientu.html>>. Postgraduální medicína 3/2005, roč.7 s.244-248 ISSN 1212-4184

SÁGOVÁ,M.Bolest a její léčba u dialyzovaných nemocných In *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2010 192s., kapitola 7, s.156 - 157 ISBN978-80-247-3227-5

SÁGOVÁ,M. *Bolest a její léčba u dialyzovaných nemocných.* Lékařské listy, Mimořádná příloha lékařských listů 3/2006, roč.55 č.5 s. 23-24

STAŇKOVÁ, M *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001 s.55 ISBN 80-7013-323-6

STAŇKOVÁ,M *Máme dost sil změnit ošetrovatelskou praxi?* Sestra 5/2002 roč.12 s.8 ISSN 1210-0404

SVOBODA,L.*Srdeční a oběhové komplikace u dialyzovaných nemocných.* Dialog: Časopis nejen pro dialyzované pacienty 5/2010 vychází jednou za dva měsíce, vydavatel: B.Braun Avitum s.r.o. Praha, s. 8-9 ISSN1803-7267

SVOBODA,L.,MAHROVÁ,A. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů.* 1.vyd. Praha: Triton 2009 269s. ISBN 978-80-7387-147-5

SVOJANOVSKÝ,J. Trvalé cévní přístupy pro hemodialyzu. In *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2010 192s., c s. 139
ISBN978-80-247-3227-5

ŠTILEC,R. Dočasný cévní přístup pro hemodialyzu. In *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2010, kapitola 7, s. 141-142

TRACHTOVÁ,E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* 2.nezměněné vyd. Brno: NCO NZO 2004 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Vyhláška č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR roč. 2004, částka 139, s.8096-8140 Vyhláška č. 55/2011 Sb, roč.2011, částka 20, s. 484, rozeslaná 14.3.2011 Dostupné z WWW :<<http://www.aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

VORLÍČEK,J. *Bolest a její léčba*. [online]. 2008 [cit. 2011-03-15].Dostupné z WWW:<<http://www.ordinace.cz/clanek/bolest-a-jeji-lecba/>

ZNOJOVÁ,M. *Dialyzační sestra z pohledu pacienta*.Sestra 10/2001, roč.11 s.33 ISSN 1210-0404

ZNOJOVÁ,M. *Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa*. Stěžen: Časopis dialyzovaných a transplntovaných 3/2004 roč.15, č.3 [online].2010 [cit.2010-05-24].Dostupné na WWW:<http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/0403html>

ZACHAROVÁ,E. *Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnání*. [noline].2008 [cit.2010-05-12 ve 14.15hod].Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/05/12.Pdf> > Interní Medicina pro praxi 2008; 10(5): 251-252

ZACHAROVÁ,E. *Bolest v klinické praxi*. Diagnóza v ošetrovatelství 9/2009,s.22-23
ISSN 1801-1349

ZUZÁKOVÁ,E. *Fyzikální vyšetření – metoda získávání a objektivizace údajů v ošetrovatelském procesu*. Sestra 1/2009, roč.19 s.29 ISSN 1210-0404

SEZNAM ZKRATEK

- AVF** - arteriovenózní fistule, chirurgické spojení tepny a žíly
- ARIP** - anestezie ,resuscitace, intenzivní péče – pomaturitní specializační studium pro nelékařské zdravotnické pracovníky
- BDI** - Bekova posuzovací škála depresivity
- CKD** - Chronic Kidney Disease, nověji užívaná terminologie chronického onemocnění ledvin
- CKD V** - chronické onemocnění ledvin, stádium 5
- CVK** - centrální venózní katetr
- CHRI** - chronická renální insuficience , chronická ledvinná nedostatečnost
- DS** - dialyzační středisko
- Dotazník KDQOL** – dotazník zjišťující kvalitu života dialyzovaných jedinců
- ESRD** - End Stage Renal Disease, konečné stádium chronických onemocnění ledvin
- EDTNA/ERCA** - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Associatin, Evropská asociace sester pro dialýzu a transplantaci/ Evropská asociace renální péče
- GF** - glomerulární filtrace
- GDI** - Geriatrická škála deprese
- HD** - hemodialýza
- IASP** - International Assotiation for Study of Pain, Mezinárodní společnost pro studium bolesti založená v roce 1974.
- IT** - informační technologie
- NANDA International** - Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace
- NEFRIS** - informační systém pro zdravotnickou dokumentaci
- PPI** - Prezent Pain Intenzity , verbální vyjádření intenzity bolesti
- RRT** - Renal Replacement Therapy, léčba náhradami funkce ledvin
- SSLB** - Společnost pro léčbu a studium bolesti v České republice
- VAS** -Vizual analogue scale, vizuální analogová škála pro hodnocení intenzity bolest
- WHO** - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr.1 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů.....	26
Obr.2 Přehled postgraduální specializace respondentů.....	27
Obr.3 Přehled délky praxe respondentů na dialyzační jednotce.....	28
Obr.4 Přehled účasti na vzdělávacích akcích.....	29
Obr.5 Přehled zdrojů vzdělávání respondentů.....	30
Obr.6 Přehled vyjádření respondentů k průlomové bolesti.....	31
Obr.7 Přehled vyjádření respondentů ke chronické bolesti.....	32
Obr.8 Přehled vyjádření respondentů k pruritu.....	33
Obr.9 Informovanost pacientů o původu bolestí dle názoru respondentů.....	34
Obr.10 Přehled existence standardního ošetrovatelského plánu o nemocného s bolestí pracovištích respondentů.....	35
Obr.11 Přehled zkušeností respondentů s lokalizací bolestí u dialyzovaných pacientů.....	36
Obr.12 Přehled vyjádření respondentů k obavám pacientů z punkce AV fistule.....	37
Obr.13 Přehled názorů respondentů na využití zkušeností při punkci AV fistule.....	38
Obr.14 Přehled využitelnosti metod hodnocení bolesti.....	39
Obr.15 Přehled názorů respondentů na srozumitelnost metod hodnocení bolesti pro pacienty.....	40
Obr.16 Přehled způsobů záznamů bolesti do dokumentace.....	41
Obr.17 Přehled informovanosti pacientů o ambulancích léčby bolesti z pohledu respondentů.....	42
Obr.18 Přehled způsobů ošetrovatelských intervencí využívaných respondenty.....	43
Obr.19 Přehled názorů respondentů na tlumení bolesti u dialyzovaných pacientů.....	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů.....	26
Tabulka č.2 Postgraduální specializace respondentů.....	27
Tabulka č.3 Přehled délky praxe respondentů na dialyzační jednotce.....	28
Tabulka č.4 Účast na vzdělávacích akcích.....	29
Tabulka č.5 Přehled zdrojů vzdělávání respondentů.....	30
Tabulka č.6 Přehled vyjádření respondentů k průlomové bolesti.....	31
Tabulka č.7 Přehled vyjádření respondentů ke chronické bolesti.....	32
Tabulka č.8 Přehled vyjádření respondentů k pruritu.....	33
Tabulka č.9 Informovanost pacientů o původu bolestí dle názoru respondentů.....	34
Tabulka č.10 Přehled existence standardního plánu ošetrovatelské péče o bolest na pracovištích respondentů.....	35
Tabulka č.11 Přehled zkušeností respondentů s lokalizací bolesti u dialyzovaných pacientů.....	36
Tabulka č.12 Přehled vyjádření respondentů k obavám pacientů z punkce AV fistule.....	37
Tabulka č.13 Názor respondentů na využití osobních zkušeností při punkci AV fistule.....	38
Tabulka č.14 Přehled využitelnosti metod hodnocení bolesti.....	39
Tabulka č.15 Přehled názoru respondentů na srozumitelnost metod hodnocení bolesti pro pacienty.....	40
Tabulka č.16 Přehled způsobů záznamu bolesti do dokumentace.....	41
Tabulka č.17 Přehled informovanosti pacientů o ambulancích léčby bolesti z pohledu respondentů.....	42
Tabulka č.18 Přehled způsobů ošetrovatelských intervencí využívaných respondenty.....	43
Tabulka č.19 Přehled názorů respondentů na tlumení bolesti u dialyzovaných pacientů.....	44
Tabulka č.20 Návrh kritérií sledování a hodnocení bolesti na dialyzační jednotce.....	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Žádost o provedení výzkumného šetření ve DS B.Braun Avitum Austerlitz Slavkov u Brna.....	64
Příloha 2	Žádost o provedení výzkumného šetření ve FN u sv.Anny, Brno, Pekařská 53	65
Příloha 3	Žádost o provedení výzkumného šetření v Nemocnici Blansko.....	66
Příloha 4	Žádost o provedení výzkumného šetření na DS Innef Brno, Kapitána Jaroše 25.....	67
Příloha 5	Dotazník pro dialyzační sestry	68

Příloha 1

Paní
Miroslava Marková
Vrchní sestra DS B. Braun Avitum Austerlitz Slavkov u Brna
Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

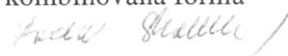
Vážená paní Marková,
v rámci výzkumného šetření k bakalářské práci se zabývám sledováním a hodnocením bolesti u hemodialyzovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry. Chtěla bych zjistit postoje, připravenost k hodnocení a zkušenosti sester s bolestí a jejím hodnocením u nemocných v chronickém hemodialyzačním programu.
Cílovou skupinou mého zájmu jsou všeobecné sestry, které pracují na hemodialyzačním středisku B. Braun Avitum Austerlitz Slavkov u Brna. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k realizaci tohoto šetření na výše uvedeném pracovišti.

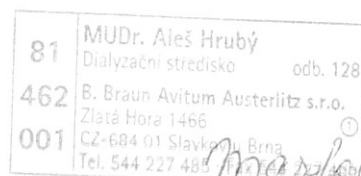
Výsledky budou zpracovány zcela anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit. Vyhodnocení bude uvedeno v mé závěrečné bakalářské práci a použito jako doporučení pro klinickou praxi.

Děkuji

Lada Šrámková – student FZV UPOL
4. ročník, Ošetrovatelství, bakalářský
program, kombinovaná forma



Datum: 19.1. 2011
Kontaktní adresa: Lysice, Zámecká 11



Příloha 2

Paní
Mgr. Jana Zvěřinová
Náměstkyně ošetrovatelské péče
FN u sv. Anny, Brno, Pekařská 53

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

v rámci výzkumného šetření k bakalářské práci se zabývám sledováním a hodnocením bolesti u hemodialyzovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry. Chtěla bych zjistit postoje, připravenost k hodnocení a zkušenosti sester s bolestí a jejím hodnocením u nemocných v chronickém hemodialyzačním programu.

Cílovou skupinou mého zájmu jsou všeobecné sestry, které pracují na hemodialyzačních střediscích FN u sv. Anny Brno. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k realizaci tohoto šetření na výše uvedených pracovištích.

Výsledky budou zpracovány zcela anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit. Vyhodnocení bude uvedeno v mé závěrečné bakalářské práci a použito jako doporučení pro klinickou praxi.

Děkuji

Lada Šrámková – student FZV UPOL
4. ročník, Ošetrovatelství, bakalářský
program, kombinovaná forma



Datum: 19.1. 2011

Kontaktní adresa: Lysice, Zámecká 11



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
U SV. ANNY V BRNĚ
656 91 BRNO, Pekařská 53
náměstkyně ředitele
pro ošetrovatelskou péči**

Příloha 3

Paní
Mgr. Jana Klesková
Hlavní sestra Nemocnice Blansko

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,
v rámci výzkumného šetření k bakalářské práci se zabývám sledováním a hodnocením bolesti u hemodialyzovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry. Chtěla bych zjistit postoje, připravenost k hodnocení a zkušenosti sester s bolestí a jejím hodnocením u nemocných v chronickém hemodialyzačním programu.
Cílovou skupinou mého zájmu jsou všeobecné sestry, které pracují na hemodialyzačním středisku Nemocnice Blansko. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k realizaci tohoto šetření na výše uvedeném pracovišti.

Výsledky budou zpracovány zcela anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit. Vyhodnocení bude uvedeno v mé závěrečné bakalářské práci a použito jako doporučení pro klinickou praxi.

Děkuji

Lada Šrámková – student FZV UPOL
4. ročník, Ošetrovatelství, bakalářský
program, kombinovaná forma

Lada Šrámková

Datum: 31.1. 2011
Kontaktní adresa: Lysice, Zámecká 11

*31/1/2011
Dokladu s provedením dotazníku šetření
s potvrzením, že výsledky šetření bude předána k použití
pro nemocnici Blansko. Úcty s uctíváním pro Břežskou*

Mgr. Jana KLESKOVÁ

2. 2011

Souhlasím

MAJDR. JINDRA BRABCOVÁ

Příloha 4

Paní
Miroslava Wimětalová
Vrchní sestra HDS Innef Brno, Kapitána Jaroše 25
Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní Wimětalová,
v rámci výzkumného šetření k bakalářské práci se zabývám sledováním a hodnocením bolesti u hemodialyzovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry. Chtěla bych zjistit postoje, připravenost k hodnocení a zkušenosti sester s bolestí a jejím hodnocením u nemocných v chronickém hemodialyzačním programu.
Cílovou skupinou mého zájmu jsou všeobecné sestry, které pracují na hemodialyzačním středisku Brno Innef. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník.



Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k realizaci tohoto šetření na výše uvedeném pracovišti.

Výsledky budou zpracovány zcela anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit. Vyhodnocení bude uvedeno v mé závěrečné bakalářské práci a použito jako doporučení pro klinickou praxi.

Děkuji

Lada Šrámková – student FZV UPOL
4. ročník, Ošetrovatelství, bakalářský
program, kombinovaná forma

Datum: 19.1. 2011
Kontaktní adresa: Lysice, Zámecká 11



Zápis v OR u KS v Brně oddíl B, vložka 3784
INNEF, a.s.
Hemodialyzační centrum Mendlovy nadace
tř. kpt. Jaroše 25, 602 00 BRNO
IČ: 26 30 25 60

INNEF, a.s.
Hemodialyzační centrum Mendlovy nadace
tř. kpt. Jaroše 25, 602 00 BRNO
IČ: 26 30 25 60
Zápis v OR u KS v Brně oddíl B, vložka 3784

Příloha 5

Dotazník pro všeobecné sestry:

Vážené kolegyně, vážení kolegové

Jmenuji se Lada Šrámková a jsem studentkou 4. ročníku kombinovaného bakalářského studia Ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro mou bakalářskou práci na téma „Sledování a hodnocení bolesti u hemodialyzovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry“.

Dotazník je zcela anonymní a je rozdělen na 3 části:

- 1.část osobní údaje a vědomostní otázky : č.1 – 8
- 2.část otázky zaměřené na charakteristiku bolesti hemodialyzovaných pacientů č. 9-13
- 3.část sledování a hodnocení bolesti na Vašem pracovišti č. 14 – 19

Jak postupovat při vyplnění dotazníku?

- Zakřížkujte vždy tu odpověď, která odpovídá skutečnosti
- U otázek, kde je uvedeno jinak, prosím doplňte odpovědi na vytečkovaný prostor
- U označených dotazů můžete užít více odpovědí

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku

S pozdravem Lada Šrámková

1. část:

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- úplné střední s maturitou
- vyšší odborné - Dis.
- vysokoškolské I. stupeň – Bc.
- vysokoškolské II. stupeň - Mgr.

2) Absolvoval/a jste postgraduální specializační studium v oboru

- nefrologie
- intenzivní péče
- ARIP
- ARIP a nefrologie
- intenzivní péče v nefrologii
- jiné - uveďte
- žádné

3) Jak dlouho pracujete na hemodialýze

- méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- 6 – 11 let
- 11 let a víc

4) Účastníte se v rámci svého pracoviště odborných seminářů na téma bolesti ?

- ano
- spíš ne
- ne

5) Jaké zdroje využíváte ke vzdělávání v oblasti zvládnutí bolesti u dialyzovaných?

- odborné semináře
- odborná literatura
- odborná zdravotnická periodika
- zahraniční odborné časopisecké zdroje

- odborná periodika EDTNA/ERCA
- internet
- mám k dispozici omezený počet dostupných materiálů

6) Průlomová bolest je :

- náhle vniklá bolest
- krátkodobá, velmi intenzivní bolest nasedající na základní mírnou bolest
- bolest trvající více jak 3 měsíce
- bolest trvající 6 měsíců

7) Chronická bolest je když:

- bolest trvá 3 měsíce
- bolest trvá déle jak 3-6 měsíců
- bolest trvá déle jak 14 dnů
- náhle vzniklá bolest

8) Patří svědění (pruritus) do kategorie bolesti?

- ano, vzniká slabým drážděním bolestivých bodů
- ne, nejedná se o bolest
- nevím

2. část:

9) Mají pacienti dostatečné informace o původu svých bolestí ?

- ano
- spíš ano
- spíš ne
- ne

10) Existuje na vašem pracovišti standardní plán ošetrovatelské péče o pacienta s bolestí?

- ano
- ne
- nevím

11) Trápí vaše pacienty nejčastěji – možnost uvedení více odpovědí

- bolesti hlavy
- bolesti kloubů ,kostí, svalů, svalové křeče, svědění
- jiné bolesti
- žádné bolesti

12) Provází vaše pacienty při punkci AV fistule strach z bolesti a dalších komplikací, včetně nechtěné hospitalizace ?

- ano, velmi často
- ano, jen občas
- ne , nikdy

13) Jsou z tohoto důvodu při punkci AV fistule preferovány na vašem pracovišti zkušenější sestry?

- ano, klademe na to velký důraz
- ne

pokud „ano“, uveďte prosím svůj názor:

.....
.....
.....

3. část:

14) Jaké používáte metody hodnocení bolesti? – možnost uvedení více odpovědí

- verbální škála
- nonverbální škála
- vizuální analogová škála VAS
- speciální rozšířené dotazníky
- obličejová škála bolesti
- mapy bolesti
- rozhovor
- pozorování
- na základě uvedených obtíží

15) Jsou metody hodnocení bolesti (např. vizuální analogová škála atd.) pro pacienty dostatečně srozumitelné ?

- ano, pracujeme s nimi velmi často
- spíš ne, nepoužíváme žádné nástroje hodnocení
- nevím, nedokážu posoudit

16) Zaznamenáváte přítomnost bolesti a její hodnocení do dokumentace ?

- ano – dialyzační protokol, oddíl komplikací
- ano – pomocí speciálního informačního systému Nefris, oddíl komplikací
- ošetrovatelský proces, oš. diagnózy
- neprovádíme záznam

17) Mají vaši pacienti s vleklými bolestmi možnost terapie v ambulancích léčby bolesti?

- ano, jsou v tomto ohledu informováni a v případě potřeby léčeni
- ne, nejsou informováni
- nevím

18) Jaké nejčastější ošetrovatelské intervence používáte? – možnost uvedení více variant

- aplikace analgetik dle ordinace lékaře
- speciální edukační program
- rehabilitační cvičení na lůžku při dialýze, relaxační metody
- aplikace zábalů, obkladů, masáží,
- odvedení pozornosti od bolesti např. sledování TV, četba, rozhovor

19) Vykazují vaši pacienti spokojenost s tlumením případných bolestí?

- ano, bolest je přijatelně tlumena
- spíš ano, bolesti mají stále, ale jsou mírnější
- ne, bolest i po léčebném zásahu často přetrvává v nezměněné síle