

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Iveta Drábková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**PROBLEMATIKA BOLESTI U CHRONICKY DIALYZOVANÝCH
PACIENTŮ**
Bakalářská práce

PhDr. Andrea Hudáčková, R.N.

2008

Iveta Drábková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č.111/1998 Sb. v plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 4.5. 2008

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování PhDr. Andree Hudáčkové, R.N. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce.

ABSTRACT

Nursing from its foundation links humanization requirements and professionalism. The profession of a nurse as a provider of care is also connected with ethical requirements. To ensure quality nursing care the nurse must not only have expert knowledge, skills, competency but also the ability to deal with people, to cooperate, to learn, to teach and lead her co-workers, to negotiate and to think ethically.

The objective of the thesis was to find out the awareness of nurses about the issue of pain in dialyzed patients in the course of their basic disease, i.e. chronic renal failure and also to find out if nurses monitor the pain of patients. Another objective was to find out if nurses record the pain of chronically dialyzed patients into medical records and in what way is the pain recorded in the medical records. We focused also on satisfaction of patients with the nurse's attitude to their pain and what they expect from nurses in terms of their pain management.

Four hypotheses were stated in the quantitative part of the research. In the first hypothesis we assumed that nurses have knowledge of possible presence of pain in chronically dialyzed patients. The first hypothesis was confirmed. In the second hypothesis we assumed that nurses do not have knowledge about options of treatment in these patients. This hypothesis was rejected. In the third hypothesis we assumed that nurses monitor pain in chronically dialyzed patients. This hypothesis was confirmed. In the fourth hypothesis we assumed that nurses record pain into medical records. This hypothesis was rejected.

In the qualitative part of the research the aim was to find out if attention is given to specific pain of chronically dialyzed patients in the medical records. A hypothesis resulted from the research: Attention is not given to specific pain of chronically dialyzed patients in the medical records.

Furthermore, we tried to find out if the patients are satisfied with the attitude of nurses.

From the answers of interviewed patients emerged a finding that vast majority of them was satisfied with the attitude of the nurses. A hypothesis was stated: Patients are satisfied with the attitude of nurses to their pain. The last hypothesis of the

qualitative part of the research was formulated from the answers of the patients to a question what they expect from nurses in terms of management of their pain. A hypothesis was stated based on the results of the answers: Patients expect a sensitive and positive attitude from the nurses w treating their problems.

Keywords:

- pain
- hemodialysis
- nursing care
- medical records (nursing documentation)

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Fyziologie ledvin	4
1.1.1 Funkční fyziologie ledvin	4
1.1.1.1 Cévní zásobení ledvin	4
1.1.1.2 Regulace glomerulární filtrace a průtoku krve ledvinou	5
1.2 Chronické selhání ledvin	5
1.2.1 Stadia chronického selhání ledvin	6
1.2.2 Chronická renální insuficience	6
1.2.3 Faktory progresu chronické renální insuficience	6
1.2.3.1 Adaptivní změny nefronů a progresu	6
1.2.3.2 Mechanismy progresu chronického renálního selhání	7
1.2.4 Zpomalení progresu renální insuficience	7
1.2.5 Indikace k hemodialýze	8
1.2.5.1 Incidence a prevalence náhrady funkce ledvin	8
1.2.5.2 Indikace k chronické dialýze	8
1.2.5.3 Základní principy hemodialýzy	9
1.2.5.4 Komplikace při hemodialýze	9
1.2.6 Léčebný režim	10
1.3 Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů	10
1.3.1 Fyziologie bolesti	11
1.3.1.1 Nonicepce	11
1.3.1.2 Typy bolesti	12
1.3.2 Diagnostika bolesti	13
1.3.2.1 Nástroje na hodnocení bolesti	13
1.3.2.2 Anamnéza a fyzikální vyšetření	14
1.3.3 Léčba bolesti	15
1.4 Psychosociální problematika chronicky dialyzovaných pacientů	16
1.5 Úloha sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí	18
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	20

2.1	Cíl práce	20
2.2.	Hypotézy práce – kvantitativní část výzkumu	20
2.3	Výzkumné otázky – kvalitativní část výzkumu	20
3.	METODIKA	21
3.1.	Použité metody	21
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	21
4.	VÝSLEDKY	22
4.1	Výsledky dotazování sester	22
4.2	Výsledky dotazování pacientů	36
4.3	Výsledky obsahové analýzy dokumentů.....	41
5.	DISKUSE.....	42
6.	ZÁVĚR	50
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	52
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	55
9.	PŘÍLOHY	56

Motto:

„Být člověkem znamená být podroben moci strašného pána, jehož jméno je Bolest...
Kdo zůstal ušetřen utrpení, nechť se cítí být povolán mírnit utrpení druhých.

Albert Schweitzer

ÚVOD

Prevalence chronické bolesti u dialyzovaných pacientů je ve srovnání s běžnou populací značně vyšší. Pacienti na dialýze trpí bolestí ve stejné míře jako pacienti onkologičtí či pacienti se syndromem získané imunodeficiencie. Důležitou roli v životě těchto pacientů hraje dialyzační sestra, protože je to právě ona, s kým se pravidelně, často dlouhá léta, na hemodialyzačních střediscích setkávají.

V České republice bylo v roce 2006 celkem 92 dialyzačních středisek (89 pro dospělé a 3 pro děti). K 31.12.2006 bylo léčeno celkem 4 738 pacientů, provedeno bylo celkem 635 774 hemoelimačních výkonů na celkem 977 dialyzačních lůžkách (z toho 923 chronických a 54 akutních). V naší republice pracuje na dialyzačních střediscích celkem 1450 zaměstnanců, z toho 1051 sester (z toho 596 s odbornou atestací, což činí 57 %) (24). V rámci holistického přístupu se právě sestry musí starat o nemocné se selháním ledvin, sledovat jejich nejčastější problémy a v rámci svých kompetencí uspokojovat jejich potřeby.

Téma o problematice bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů jsem zvolila proto, protože si myslím, že úloha sestry při zjišťování, hodnocení a léčbě bolesti je nezastupitelná. Touto prací jsem chtěla zjistit úroveň znalostí sester, pracujících na hemodialyzačních střediscích, o této problematice. Čím je sestra vzdělanější, tím lépe dokáže bolest zhodnotit, protože porozumět bolesti je velmi důležité pro léčbu a spolupráci s pacienty.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Fyziologie ledvin

Ledviny jsou párový orgán, uložený v bederní krajině. Jsou chráněny tukovým pouzdem, vzadu vrstvou svalů, přední stěnou naléhají na dutinu břišní, od které jsou odděleny pobřišnicí (příloha 4).

Základní funkce ledvin je exkrece moče, v níž odcházejí produkty metabolismu; v nichž převažuje produkt přeměny bílkovin – močovina; vylučováním močoviny, solí a přebytku vody pomáhají ledviny udržovat vnitřní prostředí organismu a složení tělních tekutin – pokud jde o rovnováhu vody a o elektrolyty. Další funkcí ledvin je funkce endokrinní, protože produkují a do krve uvolňují renin, který ovlivňuje krevní tlak, erythropoetin, který ovlivňuje tvorbu červených krvinek a 1,2 – hydroxycholecalciferol, což je derivát vitamínu D3 a ten je zapojený do regulace metabolismu vápníku (3).

1.1.1 Funkční fyziologie ledvin

Základní funkční jednotka ledviny je nefron. Každá ledvina se skládá z 800 000 až 1 200 000 nefronů. Nefron je tvořen dvěma částmi – glomerulem a renálním tubulem. Existují dva druhy nefronů. Korové nefrony představují zhruba 85% nefronů v ledvině. Juxtamedulární nefrony jsou uloženy na rozhraní kůry a dřeně nadledvin. Tyto nefrony mají klíčovou úlohu v protiproudovém systému, kterým ledviny koncentrují moč (20).

1.1.1.1 Cévní zásobení ledvin

Každá ledvina je zásobena renální artérií, která je hlavní větví odstupující z břišní aorty. Ta se dále dělí na menší větve, až vzniknou aferentní arterioly. Z každé aferentní arterioly odbočují uvnitř Bowmanova pouzdra kapilární kličky, z kterých se tvoří sekundární – eferentní arterioly, které vystupují z glomerulů. Eferentní arterioly se rozpadají na peritubulární kapiláry, které obklopují renální tubuly. Krev v ledvinách protéká dvěma za sebou zařazenými kapilárními řečišti. Venózní část řečiště vzniká spojením peritubulárních kapilár a opouští ledvinu v jejím hilu. Průtok krve ledvinou je asi 1000 ml/min, což je 20% klidového srdečního výdeje. Tento vysoký průtok je

zapotřebí pro zachování vysoké glomerulární filtrace. Ta je základním předpokladem pro udržení stabilní a optimální vodní a elektrolytové bilance (20).

1.1.1.2 Regulace glomerulární filtrace a průtoku krve ledvinou

Za fyziologických podmínek je glomerulární filtrace obou ledvin asi 180 l/den a probíhá v oblasti glomerulárních kapilár (20).

Průtok krve ledvinou je za normálních okolností asi 20% srdečního výdeje, což ledvinám umožňuje vytvářet moč na principu glomerulární filtrace s využitím kinetické energie krve. Všechna krev procházející ledvinami protéká kůrou ledvin, protéká glomeruly. V ledvinách neexistují arterio – venózní nebo arterio – arteriální zkraty (20).

Charakteristickým znakem renální cirkulace je autoregulace. Stabilitu průtoku krve a glomerulární filtrace zabezpečují dva hlavní mechanismy. Myogenní, vlastní všem cévním řečištím a tubuloglomerulární zpětná vazba, která je vlastní pouze ledvinám (20).

1.2 Chronické selhání ledvin

Existují různé definice chronického renálního selhání, rozdílů jsou i v definicích v anglické či české literatuře. Výraz chronické renální selhání se často používá i pro nemocné, kteří zatím nevyžadují léčbu náhradou funkce ledvin eliminačními metodami. Pojem chronická renální insuficience vymezuje nemocné s nedostatečnou funkcí ledvin, u kterých zatím nedošlo k terminálnímu selhání ledvin. Konečné (nevratné) selhání funkce ledvin je fáze, kdy udržení homeostázy celého organismu není možné bez náhrady funkce ledvin (transplantace, hemodialýza, peritoneální dialýza). Uremie je komplex symptomů vyplývajících z retence odpadních látek metabolismu bílkovin, doprovázený poruchami homeostázy vody a elektrolytů, poruchami endokrinního systému a metabolismu. Často se používá pojmu uremický syndrom. Hyperazotemie je laboratorní symptom. Jedná se o abnormální hladiny dusíkatých látek jako následek poškození funkce ledvin. Často bývá zaměňována za uremii (20).

Chronické selhání ledvin představuje významné onemocnění s dalekosáhlými medicínskými, ekonomickými a sociálními následky. V současné době žije v naší republice přes 7 200 nemocných s nezvratným selháním ledvin. Transplantace ledvin,

hemodialyzační metody nebo peritoneální dialýza představuje pro tyto nemocné jediné terapeutické řešení. Výskyt nezvratného selhání ledvin je dobře sledovatelný údaj, díky evidenci v dialyzačních a transplantačních centrech. Data o výskytu chronické renální insuficience jsou nepřesné a prakticky nedohledatelné. Jsou tisíce případů, u kterých není chronická renální insuficience diagnostikována, mnoho nemocných je konfrontováno s přítomností choroby až v případě nezvratného selhání ledvin(20).

1.2.1 Stadia chronického selhání ledvin

Klinická klasifikace má čtyři stupně. Je to mírné snížení renální funkce, dále střední snížení, těžké snížení a konečné stadium renálního selhání.

Tato klasifikace je velmi nepřesná (vychází z hodnot sérového kreatininu a odhadu glomerulární filtrace podle clearance kreatininu), proto byla v roce 2002 vytvořena klasifikace nová, která vychází z doporučení *National Kidney Foundation*. Ta vychází z odhadu glomerulární filtrace pomocí korekční rovnice (20).

1.2.2 Chronická renální insuficience (CHRI)

CHRI rozumíme stadium chronických renálních onemocnění, kdy funkce ledvin klesne na takovou úroveň, že dochází k výrazným změnám ve složení extracelulární tekutiny. Současně se projevují i změny v metabolicko endokrinní funkci ledvin. Tyto změny jsou vystupňovány při zátěži organismu, jako je trauma, operace, zvýšený přívod bílkovin, tekutin, elektrolytů, infekce (19).

1.2.3 Faktory progresu chronické renální insuficience

1.2.3.1. Adaptivní změny nefronů a progresu:

Rychlost zániku fungujících nefronů je významně závislá na základním patologickém procesu. Jakmile dojde k zániku většiny nefronů, probíhají ve zbylých nefronech další funkční změny, které jsou nezávislé na základním onemocnění a vedou k postupnému zániku zbylých nefronů. Adaptivní změny v reziduálních nefronech lze charakterizovat po stránce funkční a morfologické. Z hlediska funkčního se jedná o zvýšení průtoku krve a glomerulární filtrace v reziduálních nefronech. Z hlediska

morfologického jde o zvětšení reziduálních glomerulů podmíněné hlavně jejich hypertrofií a u mladších jedinců i jejich hyperplázií (19).

Progresi chronických renálních onemocnění lze rozdělit do dvou fází – první, kdy zánik nefronů je podmíněn základním patologickým procesem, druhá, ve které se uplatňuje zánik nefronů mechanismem nezávislým na základním onemocnění (19).

K rozvoji glomerulosklerózy nedochází u všech jedinců stejně rychle. Významně se zde uplatňují i faktory genetické a věk nemocných. Z klinické praxe je známo, že u některých jedinců mohou být renální funkce ve stadiu renální insuficience stabilní po mnoho let (19).

1.2.3.2 Mechanismy progresu chronického renálního selhání

Současné znalosti o těchto mechanismech vycházejí z experimentálních modelů a klinických studií. Experimentální modely napodobují progresi chronického renálního selhání v laboratorních podmínkách. Kromě úvodního inzultu, který je způsoben primárním či sekundárním renálním onemocněním, se na progresi podílejí tyto rizikové faktory: věk, pohlaví, rasa, genetické dispozice, hypertenze, hyperlipidemie, obezita, proteinurie, hyperglykemie, hyperurikémie, hyperhomocystémie, kouření. Úvodní inzult vede k poškození renální struktury a dojde ke snížení počtu fungujících nefronů. Rizikové faktory se následně podílejí na urychlení progresu renálního selhání (19).

1.2.4 Zpomalení progresu renální insuficience

Progrese je komplikovaný proces, důležitou roli zde hrají faktory hemodynamické a nehemodynamické (19).

Významnou roli při zpomalení progresu má konzervativní léčba, čímž rozumíme postupy spočívající v úpravě či příznivém ovlivňování metabolických a funkčních odchylek cestou medikamentózní a dietní. Konzervativní léčebné postupy je důležité zahájit včas, v časném stadiu snížení renálních funkcí – tak, aby byla progrese zpomalena, respektive zastavena. Nejpozději v tomto stadiu by měla být objasněna etiologie základního onemocnění. Dříve, než se nemocní dostanou do pokročilého stadia, je potřeba je připravit k zařazení do dialyzačního a transplantačního programu.

Konzervativní léčba umožňuje překlenout období, kdy je nutno vyčkat řádného rozvoje čerstvě založené arterio – venózní fistule (19).

1.2.5. Indikace k hemodialýze

K hemodialýze jsou indikováni pacienti se selháním ledvin, ale vzácně i nemocní s některými chorobnými stavy bez selhání ledvin. Hemodialýzu z praktického hlediska dělíme na akutní a chronickou. Vlastní provedení je stejné. U akutní dialýzy je péče o pacienta náročnější a u nemocného je větší riziko vzniku dalších komplikací (13).

Chronické selhání ledvin lze léčit dvojím způsobem. Mimetělnými eliminačními metodami (hemodialýza, peritoneální dialýza) a transplantací ledviny. Tyto postupy, označované společným termínem náhrada funkce ledvin, jsou cíleny k tomu, aby co nejúčinněji nahradily poškozenou funkci vlastních ledvin (2).

Dárcovský a transplantační program má u nás dlouholetou tradici, především v transplantaci ledvin. První úspěšná transplantace ledvin u nás byla provedena v Praze dne 21.3. 1966 a nemocný s transplantovaným orgánem žil více jak tři roky (8).

1.2.5.1 Incidence a prevalence náhrady funkce ledvin

Incidence vyjadřuje počet nově přijatých pacientů do dialyzačně transplantačního programu v průběhu jednoho kalendářního roku. Je udávána v absolutních číslech či jako počet zařazených osob vztažený na jeden milión obyvatel.

Prevalence znamená počet pacientů léčených k určitému dni, obvykle k 31. 12. daného kalendářního roku.

Zatímco ve vyspělých zemích je léčba chronického selhání ledvin rutinní klinickou záležitostí, byť pod tlakem ekonomických možností dané země, pro většinu pacientů z rozvojových zemí zůstává dialyzační léčení nedostupné (18).

1.2.5.2 Indikace k chronické dialýze

Chronickou dialýzou se léčí pacienti s chronickým selháním ledvin. Chronickou dialýzou rozumíme pravidelně opakovanou hemodialýzu, nejčastěji v intervalu 2x až 3x týdně. Limitací k léčbě dnes není ani věk ani diagnóza, jak tomu bylo před rokem 1989.

Nevyřešenou otázkou zůstává přerušení léčby u pacientů, kteří během dialyzační léčby onemocněli další prognosticky infaustní chorobou (13).

Za kvalitu dialyzační léčby zodpovídá lékař. Za provedení dialýzy nese velkou zodpovědnost sestra, která pracuje podle pokynů lékaře. Bude to právě ona, která se bude s pacientem po dlouhou dobu pravidelně setkávat při hemodialýze a reagovat na jeho problémy spojené s tímto druhem léčby. Je statisticky ověřeno, že čím lépe jsou prováděny hemodialýzy, tím lepší je přežití nemocných (13).

1.2.5.3 Základní principy hemodialýzy

Během hemodialýzy se odstraňují nahromaděné zplodiny látkové přeměny a nadbytečná voda. Současně se upravuje i porucha acidobazické a elektrolytové rovnováhy. Proces je založen na přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku přes polopropustnou membránu (i obráceně). Na jedné straně membrány proudí krev a na druhé protisměrně protéká dialyzační roztok. Přejít látek přes membránu probíhá difúzí a konvekcí. U jednotlivých typů mimotělních eliminačních metod se relativní role difúze a konvekce liší (18).

1.2.5.4 Komplikace při hemodialýze

Hemodialýza je dosud nejužívanější bezpečnou a úspěšnou náhradní orgánovou léčbou. Nicméně i tato metoda přináší komplikace v průběhu vlastního provedení. Může se jednat o komplikace technického rázu, porucha přístroje nebo špatná obsluha, ale zejména komplikace zdravotní. Některé jsou svým výskytem časté, některé naopak vzácné či život ohrožující. Mezi nejčastější komplikace při hemodialýze patří hypotenze, dále pak křeče, disekvilibrační syndrom, akutní alergické reakce, iontové poruchy, horečka, bolesti hlavy, hypertenze, vzduchová embolie, hemolýza, krvácivé příhody, arytmie, orgánové a metabolické komplikace a v neposlední řadě problematika psychosociální (13).

1.2.6 Léčebný režim

Léčebný režim dialyzovaných pacientů je souhrn rad a pokynů, které se týkají dietních opatření, fyzické aktivity, informací o hemodialýze a vyjádření k pracovní schopnosti. Základem dobré spolupráce nemocného a ošetřujícího personálu, která je podmínkou dobré a účinné léčby, je dobrá informovanost nemocného (13).

1.3.Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů

Poslední desetiletí přinesla v medicíně důraz na kvalitu života nemocných. To vedlo mimo jiné k tomu, že snaha o zvládnání bolesti, která především snižuje u nemocných kvalitu života, je mnohem usilovnější. Pravdou je, že dnešní technicky vyspělá medicína zůstává proti bolesti téměř bezradná.

Snaha o léčení bolesti provází lidstvo celá staletí, algeziologie jako lékařský obor se prosazuje až 70. letech minulého století. Některá odvětví medicíny (onkologie, paliativní péče) mají tuto problematiku lépe zvládnutou, jiná odvětví se o to teprve snaží. Mezi tyto obory patří i oblast dialyzační léčby. Z různých studií vyplynulo, že výskyt chronické bolesti u dialyzovaných pacientů je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Povinností ošetřujícího personálu těchto nemocných je nejen dobře dialyzovat, ale také léčit bolest, která je pro život velmi obtěžující a znehodnocuje jeho kvalitu. Ukazuje se, že chronicky dialyzovaní pacienti vykazují podobnou míru bolesti jako pacienti s nádorovým onemocněním či se syndromem získané imunodeficiency (16).

U dialyzovaných pacientů se setkáváme se všemi typy bolesti, často nejde o jeden typ, ale o kombinaci několika druhů bolesti. K častým bolestem, které trápí běžnou populaci se dialyzovaným pacientům přidává ještě bolest specifická. Ta vychází právě ze základního onemocnění, které vedlo k chronickému selhání ledvin, tak z komplikací vzniklých v průběhu onemocnění a také z komplikací během léčby umělou ledvinou (např. bolesti kostí a svalstva při renální osteopatii, bolesti z poškození kloubů při ukládání beta-2-mikrobulinu, bolesti spojené s arteriovenózní fistulí, jako je steal fenomén nebo při punkci fistule dialyzační jehlou, bolesti hlavy a křeče při vlastní dialýze, neuropatická bolest projevující se jako syndrom neklidných nohou a syndrom karpálního tunelu) (15).

„Navzdory stále se zlepšujícím dialyzačním technologiím a péči o pacienty s renálním selháváním zůstává léčba chronické bolesti stále na okraji zájmu nefrologů nejen u nás, ale i v zahraničí. Dokladem toho je kanadská studie, při které bylo zjištěno, že téměř 75 % dlouhodobě dialyzovaných pacientů nemá adekvátně léčenou chronickou bolest.“ (17, str. 248).

1.3.1 Fyziologie bolesti

Bolest existuje odjakživa, stejně jako pokusy rozumět jí a snaha o její léčbu je stará jako lidstvo samo. Upozorňuje nás na poranění, nemoc, funguje jako ochranný mechanismus. Reakce na ni je u každého člověka odlišná. Bolest je komplexní prožitek ovlivněný kulturou z které člověk pochází, očekáváním bolesti, předchozími zážitky bolesti, kontextem, ve kterém se bolest objevuje a emočními a kognitivními reakcemi člověka. Abychom bolesti mohli lépe porozumět, je nutné znát její fyziologické aspekty, které se nazývají nonicepce, a aspekty psychologické (10).

1.3.1.1 Nonicepce

Znamená vjem bolesti a je výsledkem stimulace noniceptorů, což jsou speciální receptory umístěné v kůži nebo ve stěnách orgánů a jsou citlivé na poranění. Využívají nervových impulsů k vyslání zprávy k dalším nervům, které tuto zprávu dopraví do mozku a míchy. Tento proces je mimovolní (autonomní a reflexní) reakce. Nonicepce a bolest nejsou identické. Nonicepce je neurologická reakce a reflexní odpověď způsobená poškozením nebo možným poškozením tkáně. Naproti tomu bolest je nepříjemný sensorický a emoční prožitek spojený se skutečným poraněním nebo možným poškozením tkáně. Bolest je subjektivní, nonicepce nikoliv. Bolest se může objevit bez nonicepce a nonicepce nemusí nutně způsobit vnímání bolesti. Proto pacienti s některými bolestivými syndromy nemají zjevnou patologii, a přesto pociťují velké bolesti (10).

1.3.1.2 Typy bolesti

Bolest lze rozdělit do tří kategorií – akutní, chronická nenádorová a nádorová bolest.

Akutní bolest, přichází náhle, např. po úraze, po operaci, při akutním onemocnění. Trvá několik dnů až týdnů, způsobuje obranný reflex a spouští mimovolní tělesné reakce. Její příčina může být diagnostikována a léčena. Pokud je vyléčena příčina, tak vymizí, nebo jsou-li podávána analgetika. Neléčení akutní bolesti vytváří nebezpečí přechodu bolesti do chronické fáze (10).

Chronická nenádorová bolest - chronická bolest ztrácí svůj význam signálu možného poškození organismu. Za chronickou považujeme bolest, která trvá déle jak tři až šest měsíců. Představuje určitý syndrom nebo sama o sobě nabývá charakter nemoci. Významně se podílí na zhoršení kvality života nemocných, na délce pracovní neschopnosti i na pracovním výkonu. Často bývá podceňována ze strany lékařů i pacientů, je špatně léčena nebo neléčena vůbec (22).

Léčba chronické nenádorové bolesti se musí zaměřovat na dlouhodobý prospěch pacienta, ne jen na současnou bolest. Mělo by se kombinovat více léčebných metod (10).

Důležité je také pravidlo – věřit nemocnému, pokud si na chronickou bolest stěžuje a nikdy toto nezlehčovat. Správnou farmakologickou léčbu lze bolest zmírnit na snesitelnou úroveň. Vyžaduje to však vstřícný přístup státní správy, informovanost zdravotníků, jejich vzdělání v této problematice, informovanost nemocných i celé veřejnosti. Chronická bolest musí být chápána jako celospolečenský problém (21).

Pacienti s chronickou bolestí bývají často celkově frustrováni, jsou v depresi, plní beznaděje a bývají i agresivní. Tělesné utrpení je provázeno duševními, duchovními, sociálními a existenčními problémy. Bohužel se stává, že takovéto pacienty lékaři neradi vidí ve svých ordinacích, považují je za simulanty, hypochondry, protože si s nimi neví rady. Pacient pak upadá do pasivity, sociální osamělosti (25).

Zdravotnický personál musí mít k pacientovi aktivní empatický přístup, protože od pacienta s chronickou bolestí nelze očekávat vstřícnost. Nutná je také spolupráce s rodinou a jeho nejbližšími. Kromě empatie je nutné působit i vhodným fyzickým a slovním kontaktem. Pacient, který je na bolest připraven, jí snáší o poznání lépe, má ji

pod kontrolou. Tím, že pomáháme pacientovi získat kontrolu nad bolestí, zvýšíme i jeho sebevědomí. Všichni zdravotníci by si měli uvědomit, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí. Z toho vyplývá i právo na včasné a odborné léčení bolesti (7).

Nádorová bolest je komplexní problém, který vzniká v důsledku základní choroby nebo je způsoben léčbou. Nicméně většina typů této bolesti může být efektivně zvládnuta a utrpení zmenšeno či odstraněno. Bohužel nádorová bolest je často nedostatečně léčená, což výrazně omezuje pacientovu aktivitu, spánek, chuť k jídlu, provozování společenských aktivit, koníčků (10).

1.3.2 Diagnostika bolesti

Nesmíme zapomínat, že bolest je subjektivní prožitek a objektivní měření v praxi je tedy obtížné. Vyšetření vyžaduje specifický přístup k pacientovi, nezbytné také je zjištění dopadu chronické bolesti na psychiku pacienta (16).

Prvním pravidlem při hodnocení bolesti by měla být důvěra lékaře k pacientovi. Pacientovo hlášení přítomnosti bolesti, její popis, charakteristika intenzity je nejspolehlivějším způsobem hodnocení bolesti. Toto je nutno respektovat.

Práh bolesti znamená intenzitu podnětů, které jsou potřeba k tomu, aby člověk cítil bolest. Délka trvání a intenzita bolesti, kterou člověk snese, než si začne stěžovat je nazývána tolerance. Určení tolerance a prahu bolesti jsou zásadní pro diagnostiku bolesti a vytvoření plánu managementu bolesti. Tyto jsou u různých pacientů odlišné, mohou být odlišné i u stejného pacienta v závislosti na okolnostech (10).

Při sestavování anamnézy bolesti zjišťujeme i další aspekty bolesti, jako je lokalizace, intenzita, časový průběh bolesti, kvalita bolesti a její ovlivnitelnost. V hodnocení bolesti nám pomohou i neverbální projevy pacienta, zhodnotit můžeme i afektivní stránku bolesti (25).

1.3.2.1 Nástroje na hodnocení bolesti

K posouzení sensorické i afektivní složky kvality bolesti je u dialýzovaných pacientů používána krátká forma dotazníku Mc Gillovy univerzity – SF – MPQ (příloha5). Dotazník je jedním z nejužívanějších prostředků k hodnocení bolesti na celém světě, jeho česká verze vznikla v roce 1989. Zkrácená forma dotazníku obsahuje

15 verbálních deskriptorů bolesti, prvních 11 zachycuje složku zaměřenou na kvalitu bolesti a 4 deskriptory popisují složku afektivní. Pro upřesnění lokalizace bolesti jsou přínosné tzv. mapy bolesti, do kterých pacient zakresluje bolestivá místa na svém těle, eventuálně šipkou označí směr šíření bolesti. Ke zhodnocení dopadu bolesti na životní styl nemocných napomáhá dotazník interference bolesti s denními aktivitami. Nejznámější a nejčastěji používanou pomůckou k měření intenzity bolesti je vizuální analogová škála (VAS), která umožňuje vyjádřit bolest buď graficky, nebo pomocí několika stupňové verbální škály. Při grafickém vyjádření se používá úsečka dlouhá 100 mm. Vyšetřovaný nemocný na úsečce označí bod, který znázorňuje intenzitu vnímané bolesti. Vzhledem k tomu, že bolest ovlivňuje kvalitu života a často je spojena s depresí, v praxi využíváme pro hodnocení bolesti také dotazníky zjišťující kvalitu života. U dialyzovaných pacientů je nejznámější dotazník KDQOL, který obsahuje i položky měřící bolest a dotazníky depresivity (např. BDI – Beckova sebespozovací škála depresivity, GDI – Geriatrická škála deprese) (16).

1.3.2.2 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Přesné vyšetření bolesti poskytne informace, které jsou důležité pro sestavení plánu dalšího vyšetřování a léčení bolesti. Pacienti s chronickou bolestí potřebují podrobné vyšetření, je důležité zhodnotit tělesné a psychosociální faktory. Přesto se stává, že ani správně odebraná anamnéza a kvalitní vyšetřovací techniky nám nepřinesou definitivní nálezy, které jsou zapotřebí ke stanovení přesné diagnózy a zjištění příčiny chronické bolesti. Pro odebrání anamnézy je důležitý rozhovor s pacientem. U pacienta s chronickou bolestí je nutno si vymezit dostatečně dlouhý čas na tento rozhovor abychom získali informace, které by objasnily jeho pocity, chování, myšlenky, fyziologickou reakci na bolest, eventuálně zda jsou přítomny nějaké jiné podněty z vnějšího prostředí, které ovlivňují jeho reakci na bolest a jak bolest ovlivňuje jeho mentální stav, pracovní výkon, vztahy apod. (10).

Rozhovor s chronicky nemocným pacientem je jedním z nejtěžších úkolů pacienta i lékaře. Správně vedený rozhovor by měl pacienta nejen motivovat a vést ho k tomu, jak přijmout změnu svého zdravotního stavu, ale také mu pomoci přijmout fakt, že jeho onemocnění je nezvratné či nevléčitelné (11).

Cílem spolupráce lékaře, ostatních zdravotnických pracovníků a pacienta by měla být situace, kdy společnými silami bojují proti nepřízní osudu, proti nemoci a snaží se vyvarovat napětí či nepřátelství mezi sebou (4).

Důležité je zachytit stopy, které vedou k odhalení příčiny či důvodu zhoršení bolesti. Ptát se na předchozí zkušenosti s bolestí, na to zda již postoupil nějaký druh léčby. Zjistit jaké užívá léky, jak jsou analgetika, která užívá účinná, jaké bere množství a jak je s nimi spokojen. Zjistit vedlejší či nežádoucí účinky užívaných léků.

Součástí anamnézy jsou také informace z oblasti sociální. Je nutné zjistit do jaké míry ovlivňují pacienta emoce, očekávání, jak se dokáže vyrovnat s problémy, jak reaguje na jeho stav rodina, co si myslí pacient o sobě, o svém místě ve společnosti. Ptát se na koníčky, zájmy, kvalitu spánku, na jeho duchovní a kulturní názory. Zjistit z jaké pochází kulturní oblasti, protože v každé kulturní oblasti je reakce na bolest jiná. Nelze pacienty zařazovat automaticky a stereotypně. Nemělo by se stát, že budeme posuzovat pacienta podle sebe, a ne podle jeho názoru.

Po celou dobu rozhovoru také sledujeme u pacienta jeho chování, mimovolní příznaky, které vyjadřují bolest (10).

1.3.3 Léčba bolesti

Bolest bývá velmi obtížně léčitelná. K léčbě bolesti využíváme farmakologických a nefarmakologických metod. Při farmakologické léčbě chronické bolesti postupujeme podle žebříčku WHO, který byl původně navržen v r. 1986 jako postup pro léčbu nádorové bolesti (5).

Vzhledem k tomu, že léčba chronické bolesti je složitá, je vhodné využít spojení různých specializací jako je např. anesteziologie, onkologie, psychologie, psychiatrie, neurologie, neurochirurgie, fyzioterapie, radiologie, ale i využití alternativních metod (9).

U dialýzovaných pacientů často dochází během dialýzy k vystupňování bolesti a pacient se dožaduje analgetik. Tuto bolest nazýváme průlomovou. Medikaci, která se přidává k bazální léčbě nazýváme jako záchranou medikaci. Užívají se analgetika s rychlým nástupem účinku, s výhodou se využívá žilní přístup, kdy se během dialýzy aplikují NSA nebo opioidy (16). Pro cílenou léčbu bolesti dialýzovaných pacientů a

včasné ovlivnění specifických komplikací je nutná správně stanovená diagnóza a snaha o kauzální léčbu onemocnění ledvin. Bohužel většinu nefropatií kauzálně ovlivnit nelze, přesto má rozpoznání nemoci velký význam, protože nefroprotektivní léčbou lze výrazně zpomalit progresi onemocnění (5).

Nefarmakologický způsob léčeni bolesti se v posledních letech stává velmi populární mezi veřejností, ale i mezi zdravotníky. Nefarmakologické přístupy nabízejí pro každého něco. Lze je rozdělit do tří kategorií. Na fyzikální terapii, na alternativní a doplňkovou terapii a na kognitivní a behaviorální terapii. Lze je mezi sebou kombinovat, výhodou je, že kromě tlumení bolesti také pomáhají odstranit stres, podporují spánek, zlepšují náladu, pacientovi zvyšují sebevědomí zároveň s pocitem kontroly nad bolestí (10).

1.4 Psychosociální problematika chronicky dialyzovaných pacientů

Existence chronického onemocnění je fakt, se kterým se musí pacient postižený touto nemocí vyrovnávat, což ho dostává do stresu. Největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronická nemoc na sebepojetí pacienta, na to jak vidí sám sebe, jak se hodnotí a chápe. Právě jeho identita je chronickou nemocí postižena nejvíce. Před onemocněním byl někým jiným, než je nyní (11).

To, jak pacient hodnotí sebe samého, může ovlivňovat jeho způsob zvládání těžkostí spojených s chronickým onemocněním. Nejde jen o hodnocení sebe samého, ale také o celý soubor kladných i negativních emocí, které jsou s tímto spojeny. Navíc naše sebehodnocení ovlivní i to, jak nás budou vnímat ostatní lidé (12).

Dialyzovaní pacienti vedou vysoce abnormální život, protože jsou závislí na pravidelné proceduře a na ošetřujícím personálu. Jsou vystaveni stresu, četným zákazům a příkazům, jsou časově omezováni z důvodu pravidelné hemodialýzy, mění se jejich vzhled, dochází k sexuálním dysfunkcím, klesá jejich pracovní výkonnost apod. Všichni pacienti vědí, že tento způsob léčby je pro ně jediným možným, že bez hemodialýzy by nemohli žít. Velkou nadějí je pro ně úspěšná transplantace, ale ta bohužel pro celou řadu kontraindikací není dostupná všem.

Nemocní vědí o své chorobě různě dlouhou dobu, od několika dnů až po týdny, měsíce a roky. Zahájení léčby je pro ně vždy velký zlom ve způsobu života a nikdo jim

nemůže předpovědět jak dlouho bude tato léčba trvat. Pacienti zařazení do dialyzačního programu procházejí několika fázemi:

- a) Fáze překvapení, kdy si uvědomí závislost na přístroji, což přináší deprese, ale někdy též přechodné období euforie
- b) Fáze rozčarování, kdy se hemodialýza a vše okolo ní stává nenáviděným předmětem
- c) Fáze dlouhodobé adaptace, kdy se pacient snaží o akceptaci svázaného života

Tyto fáze se mohou během dlouhého dialyzačního života opakovat. Změna ve způsobu života se dotkne všech mezilidských vztahů, které si pacient vytvořil během života před zahájením léčby. Týká se všech členů rodiny, přátel, spolupracovníků.

Rozhodující vliv na psychiku pacienta jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu, může mít ošetřující personál, se kterým se pacient setkává pravidelně dvakrát až třikrát týdně na hemodialýze. Práce na hemodialyzačních střediscích má své specifikum v tom, že personál léčí po různě dlouhou dobu stále stejné nemocné, vídá stále stejné tváře a vytváří si k nim různý vztah. Personál vnímá své pacienty jako sympatické a nesympatické a zmenšit rozdíl mezi nimi vyžaduje velký stupeň profesionality. Bohužel jak sestry, tak lékaři nejsou k tomuto speciálně školeni a záleží na jejich osobním přístupu, na typu jejich osobnosti a zkušenostech, jak se s těmito problémy vyrovnají. Největší tíha padá na sestry, protože tráví s pacientem nejvíce času. Jsou u nich během celého procesu dialýzy, zajišťují transport na dialýzu a zpět, připravují pacienta k vlastní proceduře (13).

Moderní medicína má neuvěřitelné prostředky, jimiž může diagnostikovat a léčit nemoci. Pokrok lékařské vědy v posledních padesáti letech přinesl dramatický pokles úmrtnosti. Nové léčebné přístroje současné moderní medicíny ve skutečnosti mohou za to, že je stále těžší pro člověka žít s chronickými chorobami, které se vědě vytrvale vzpírají. Vyspělost medicíny nám umožňuje žít déle, současně s tímto narůstá délka života, tedy i ta část života, který prožíváme ve špatném zdravotním stavu. My všichni máme sklon předpokládat, že medicína dokáže diagnostikovat a vyléčit všechny naše nemoci. Při tomto přesvědčení pacienti s chronickými potížemi dochází k závěru, že je zdravotnický personál nebere dost vážně, že jsou jejich problémy přehlíženy. Východiskem je pomoci pacientům a zdravotníkům pochopit proces vnímání a

prožívání symptomů a jak využít toto vnímání k tomu, aby se pacient necítil hůře, ale naopak lépe (1).

1.5 Úloha sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí

Ošetrovatelství od svého vzniku spojuje humanizační požadavky a profesionalitu. Odborně je ošetrovatelská péče zajišťována sestrou či jiným zdravotnickým pracovníkem. Profese sestry jako ošetrovatelky je také spojena s morálními nároky. Při zajištění kvalitní ošetrovatelské péče nejde jen o odborné znalosti, dovednosti, zručnosti, ale je nutné mít též schopnost jednat s lidmi, umět spolupracovat, učit se, učit a řídit své spolupracovníky, jednat a uvažovat eticky (6).

„Lze konstatovat, že morálka v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému či klientovi, protože všechny ošetrovatelské úkony mají morální dopad.“ (6, str. 8).

Úloha sestry při zjišťování, hodnocení a léčbě bolesti je nezastupitelná. Čím je sestra vzdělanější a zkušenější, tím lépe dokáže bolest zhodnotit. Posoudit bolest je objektivně obtížné, proto porozumění bolesti v celé její šíři je velmi důležité pro další léčbu a spolupráci s pacientem. Sestra by neměla zapomínat, že bolest ovlivňuje velmi mnoho faktorů (sociální, kulturní, etnické vlivy, osobnost pacienta, pohlaví, věk, předcházející zkušenosti pacienta s bolestí, morálka a nálada pacienta, vlivy okolního prostředí). Každý člověk, tedy i pacient je individualita, která má vlastní reakce a projevy bolesti. Pokud sestra dobře zná pacienta, je mnohem snadnější zvolit ten správný ošetrovatelský přístup, dokáže s ním lépe komunikovat, získat jeho důvěru. Je důležité, aby znala jeho rodinné zázemí. Samozřejmostí je, aby znala také lékařskou diagnózu a léčebný postup. K pacientovi, který trpí bolestí je nutný individuální přístup. Pro budoucí dobrou spolupráci mezi pacientem, sestrou, lékařem a ostatními zdravotníky, je velmi důležité aby pacient získal pocit, že on a jeho problém je v popředí zájmu (10).

Po celou dobu je sestra v kontaktu s nemocným, shromažďuje informace, zapisuje, vyhodnocuje, klade otázky, ale nutné je také dát pacientovi dostatek času pro jeho vyjádření problému a co nejpozorněji ho vyslechnout. Pokud chceme, aby léčba

byla správná a účinná, je nutná dobrá komunikace mezi pacientem a zdravotníkem (10).

Z rozhovorů s dialyzovanými pacienty vyplynulo, ve kterých situacích je pro ně citlivý přístup sestry zvláště důležitý. V první řadě je to při napojování pacienta na hemodialyzační přístroj, což je klíčový moment celé hemodialýzy. Je zde mnoho úzkostného prožívání a to zejména při komplikacích s touto procedurou spojených. Holistický přístup sestry vystoupí do popředí také v okamžiku, kdy pacient začne prožívat či prožívá bolest. Často si pacienti prostřednictvím bolesti říkají o projevení zájmu, vyslechnutí, popovídání či pochopení. U dialyzovaných pacientů se také často setkáváme s depresí, což vyžaduje opět psychologický přístup sestry, protože často právě ona bývá první, kdo změny nálady u pacienta pozoruje. Zvýšeně vnímaví a citliví bývají také pacienti, kteří se v daném období života musí vyrovnávat s nějakou ztrátou něčeho či někoho, kdo měl v jejich životě velkou cenu. Důležitý je pro ně citlivý přístup okolí, možnost vyjádřit své trápení. Velkou bariéru v kontaktu s okolím pro dialyzované pacienty jsou také tělesná postižení typu nevidomosti. Ztráta zraku či sluchu je pro ně obrovský handicap a v tomto případě je citlivý psychologický přístup zdravotníků na místě (23).

Chronická bolest ovlivňuje skoro všechny aspekty života pacienta. Brání žít normální život, udržet si zaměstnání, zachovat cenné vztahy. Nutí člověka se zastavit a udělat něco k jejímu zmírnění. Na zdravotnickém personálu je, aby pomohl pacientovi se s chronickou bolestí vypořádat, podporovat ho, pomoci překonat beznaděj a sebezpochybování. Pokud se pacientovi podaří bolest zvládnout, vyrovnat se s ní, může mu to vrátit radost a naději, která se mu zdála být ztracená (10).

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost sester o problematice bolesti u dialyzovaných pacientů při jejich základním onemocnění, tj. chronické selhání ledvin.
2. Zjistit, zda sestry sledují bolest chronicky dialyzovaných pacientů.
3. Zjistit, zda sestry zaznamenávají bolest chronicky dialyzovaných pacientů do ošetrovatelské dokumentace.
4. Zjistit, jakým způsobem je v ošetrovatelské dokumentaci zaznamenávána bolest chronicky dialyzovaných pacientů.
5. Zjistit spokojenost chronicky dialyzovaných pacientů s přístupem sestry k problematice jejich bolesti.
6. Zjistit očekávání chronicky dialyzovaných pacientů od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti.

2.2 Hypotézy práce – kvantitativní část výzkumu

H 1 : Sestry mají znalosti o možném výskytu bolesti chronicky dialyzovaných pacientů.

H 2 : Sestry nemají znalosti o možnostech léčby bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů.

H 3 : Sestry sledují bolest chronicky dialyzovaných pacientů.

H 4 : Sestry zaznamenávají bolest chronicky dialyzovaných pacientů do ošetrovatelské dokumentace.

2.3 Výzkumné otázky – kvalitativní část výzkumu

1. Je v ošetrovatelské dokumentaci věnována pozornost specifické bolesti chronicky dialyzovaných pacientů?
2. Jsou pacienti spokojeni s přístupem sester k problematice jejich bolesti?
3. Co očekávají pacienti od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Jedná se o kvantitativně - kvalitativní výzkum, který byl realizován na Hemodialyzačním středisku v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., Nemocnice Prachatice a.s., Nemocnice Pelhřimov p.o. a IKEM, transplantační centrum, klinika nefrologie – hemodialýza Praha.

Sestrám, které pracují na těchto dialyzačních střediscích, byl rozdán anonymní dotazník. Tento dotazník obsahoval celkem 28 otázek. Jednalo se o otázky otevřeného, zavřeného a polootevřeného typu. S chronicky dialyzovanými pacienty byl uskutečněn polostandardizovaný rozhovor. Rozhovor byl uskutečněn na Hemodialyzačním středisku v Nemocnici České Budějovice a.s., v Nemocnici Český Krumlov a v Nemocnici Tábor a.s. Rozhovor byl veden otevřenou formou, obsahoval celkem 18 otázek, z toho 17 otázek bylo jasně formulovaných a 1 otázka byla doplňující. Rozhovor s pacienty byl realizován v průběhu jejich hemodialýzy a odpovědi na otázky zaznamenány písemnou formou. Třetí technikou sběru dat byla obsahová analýza vybrané ošetrovatelské dokumentace, která je na těchto střediscích používána. Analyzováno bylo celkem 6 dokumentů, tedy ze všech zkoumaných hemodialyzačních středisek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

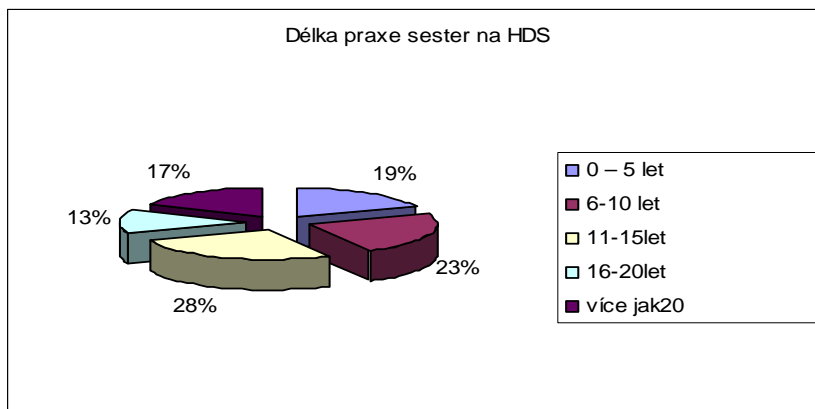
První výzkumný vzorek tvořily sestry pracující na dialyzačních střediscích. Druhý výzkumný vzorek tvořili chronicky dialyzovaní pacienti Nemocnice v Českých Budějovicích a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Český Krumlov. Třetí výzkumný vzorek tvořila zdravotnická dokumentace používaná na zkoumaných hemodialyzačních střediscích.

Výzkumné šetření bylo prováděno v období od ledna 2008 do dubna 2008. Bylo rozdáno celkem 65 dotazníků pro sestry a uskutečněno 12 polostandardizovaných rozhovorů s pacienty. Návratnost dotazníků byla 82 % (53 dotazníků), jeden dotazník bylo nutno vyřadit.

4. VÝSLEDKY

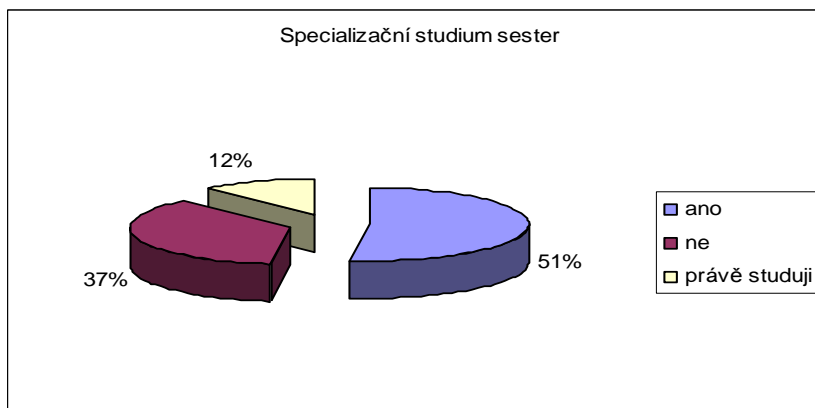
4.1 Výsledky dotazování sester

Graf 1



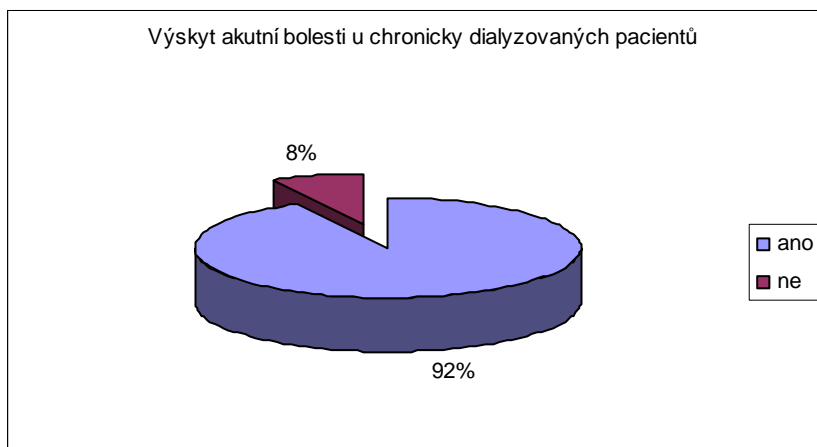
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 dotazovaných sester (100 %), 7 sester (13 %) pracuje na hemodialýze 16 -20 let, 9 sester (17 %) pracuje déle jak 20 let, 10 sester (19 %) pracuje 0 -5 let, 12 sester (23 %) pracuje 6 – 10 let a 14 sester (28 %) pracuje 11 – 15 let.

Graf 2



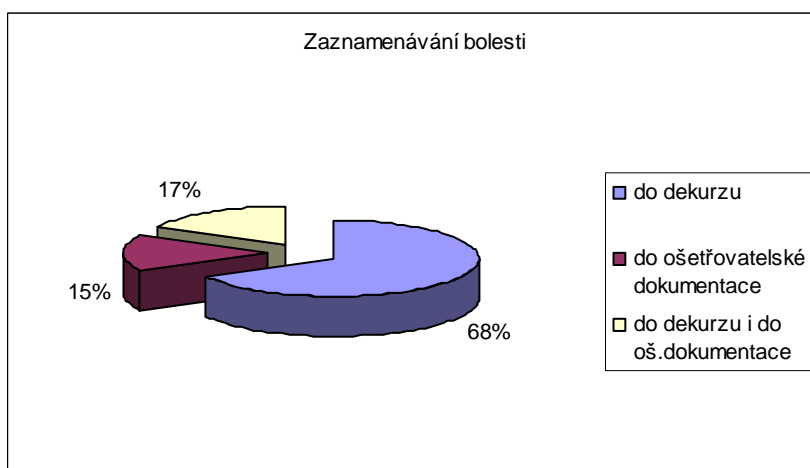
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 6 sester (12 %) právě absolvuje pomaturitní specializační studium zaměřené na práci sestry na hemodialýze. 19 sester (37 %) neabsolvovalo žádné pomaturitní specializované studium a 27 sester (51 %) absolvovalo pomaturitní specializační studium.

Graf 3



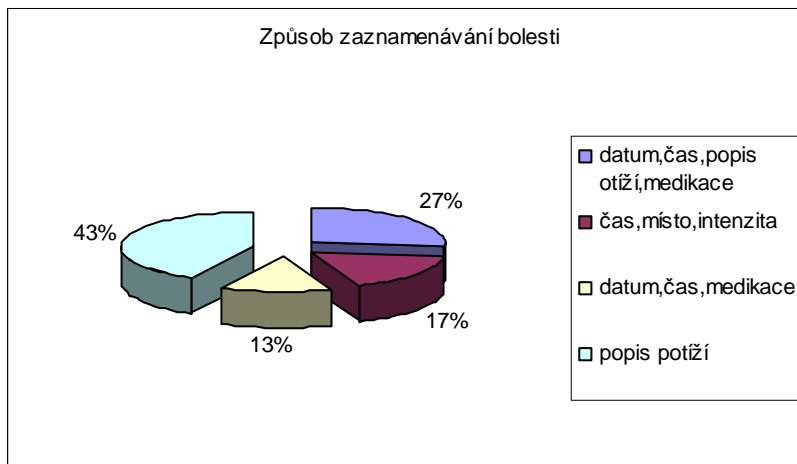
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), se 4 sestry (8 %) v průběhu hemodialýzy nesetkávají u chronicky dialyzovaných pacientů s náhle vzniklou akutní bolestí a 48 (92 %) sester se s touto bolestí setkává.

Graf 4



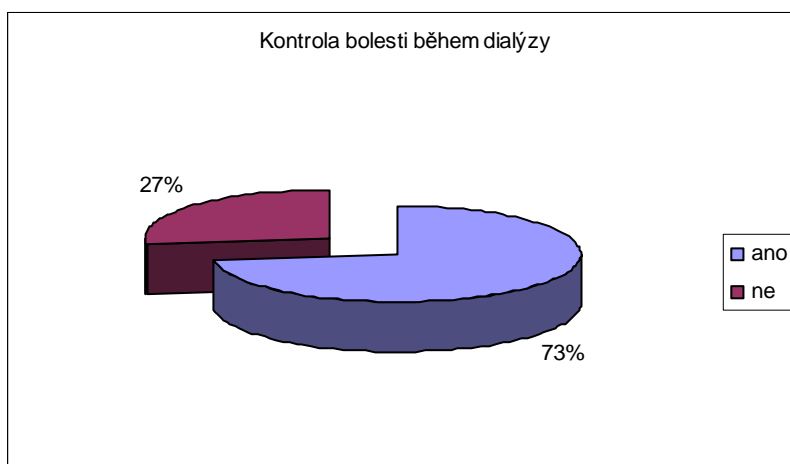
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 8 sester (15 %) zaznamenává bolest pacienta do ošetrovatelské dokumentace, 9 sester (17 %) zaznamenává tuto bolest do dekurzu i do ošetrovatelské dokumentace a 35 sester (68 %) zaznamenává bolest do dekurzu.

Graf 5



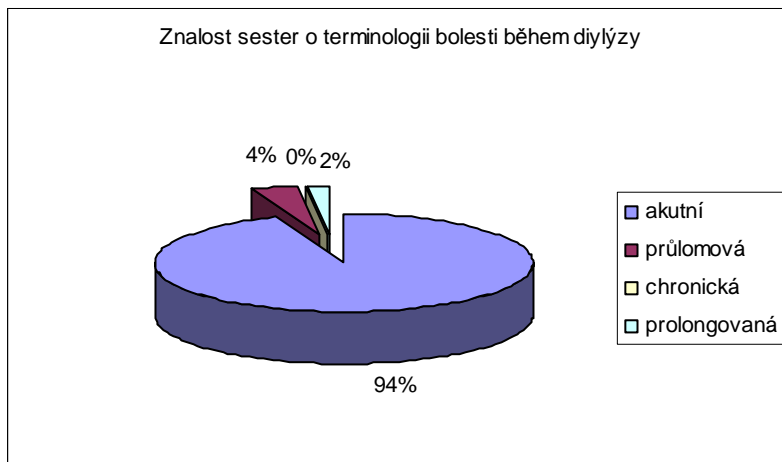
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 7 sester (13 %) zapisuje do dokumentace pacienta datum, čas a medikaci, 9 sester (17 %) zapisuje čas, místo a intenzitu bolesti, 14 sester (27 %) zapisuje datum, čas, popis potíží a medikaci a 22 sester (43 %) zapisuje do dokumentace popis potíží.

Graf 6



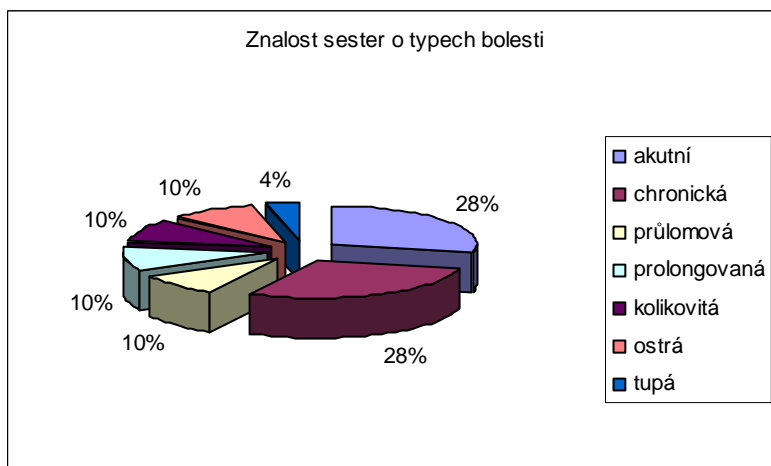
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 4 sestry provádí u pacientů s bolestí zvláštní kontrolu během hemodialýzy a 38 sester (73 %) tuto kontrolu neprovádí.

Graf 7



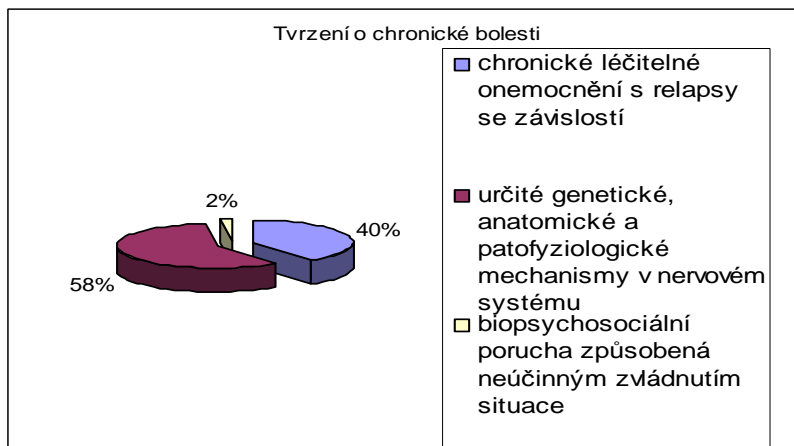
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), neodpověděla žádná sestra (0 %), že náhle vzniklá bolest během hemodialýzy se nazývá chronická, 1 sestra (2 %) odpověděla, že se tato bolest nazývá prolongovaná. 2 sestry (4 %) odpověděly, že se tato bolest nazývá průlomová, což byla správná odpověď a 49 sester (94 %) odpovědělo, že se tato bolest nazývá akutní.

Graf 8



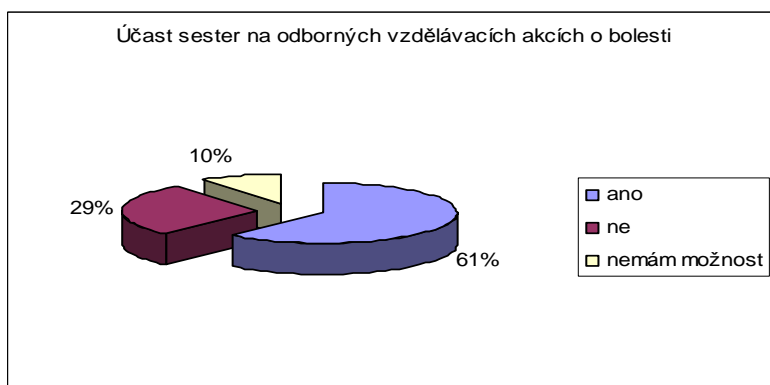
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 2 sestry (4 %) znají bolest tupou, 5 sester (10 %) zná bolest ostrou, 5 sester (10 %) zná bolest prolongovanou, 5 sester (10 %) zná bolest kolikovitou, 5 sester (10 %) zná bolest průlomovou, 15 sester (28 %) zná bolest chronickou a 15 (28 %) sester zná bolest akutní.

Graf 9



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 1 sestra (2 %) odpověděla, že chronická bolest je biopsychosociální porucha způsobená neúčinným zvládnutím situace. 21 sester (40 %) odpovědělo, že je to chronické léčitelné onemocnění s relapsy, které je spojeno se závislostí. 30 sester (58 %) odpovědělo správně, že chronická bolest může být vysvětlena určitými genetickými, anatomickými a patofyziologickými mechanismy v nervovém systému.

Graf 10



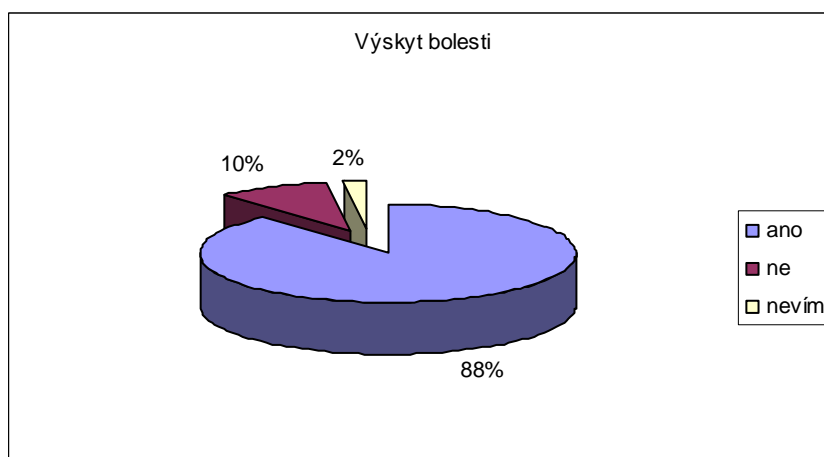
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 5 sester (10 %) nemá možnost se zúčastňovat odborných vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku bolesti. 15 sester (29 %) se nezúčastňuje odborných seminářů a 32 sester (61 %) se odborných seminářů zúčastňuje.

Graf 11



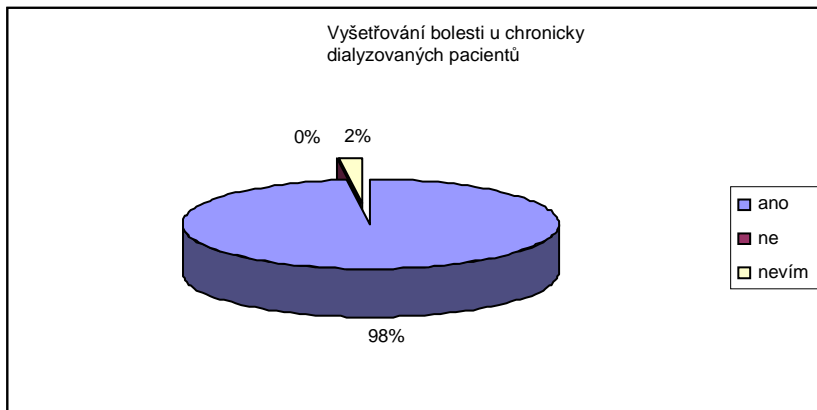
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), si 52 sester (100 %) myslí, že chronicky dialyzovaní pacienti mohou mít bolest i mimo vlastní hemodialyzační proceduru.

Graf 12



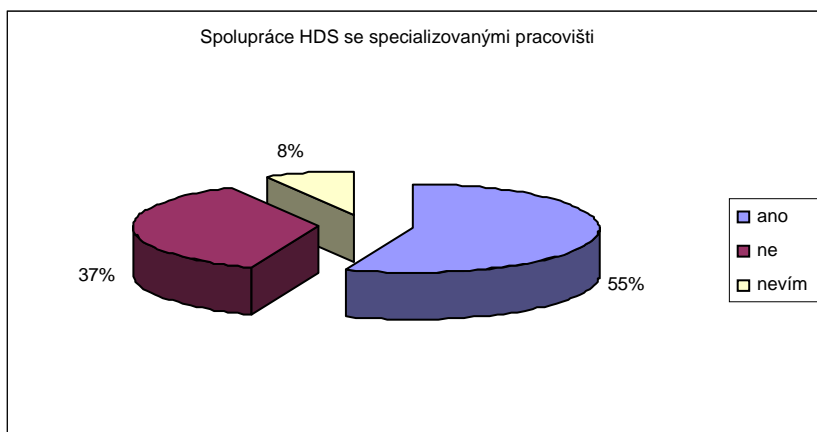
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 1 sestra (2 %) neví, zda si pacienti jejich hemodialyzačního střediska stěžují na déletrvající bolest mimo vlastní proces hemodialýzy. 5 sester (10 %) uvádí, že si pacienti jejich HDS nestěžují na tuto bolest a 46 sester (88 %) uvádí, že pacienti jejich HDS si na tuto bolest stěžují.

Graf 13



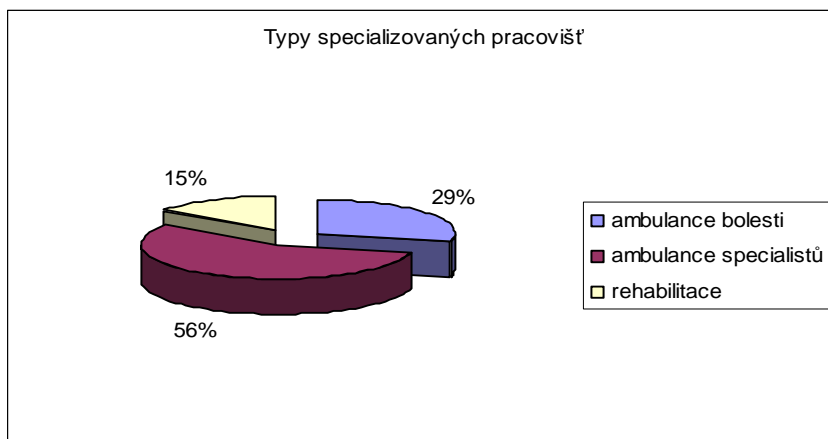
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), žádná sestra (0 %) neodpověděla na otázku, zda jsou pacienti s bolestí trvající déle než 3 měsíce vyšetřování záporně. 1 sestra (2 %) nevěděla, zda jsou pacienti s touto bolestí vyšetřování a 51 sester (98 %) uvedlo, že pacienti jsou vyšetřování vždy, pokud jejich bolest trvá déle než 3 měsíce.

Graf 14



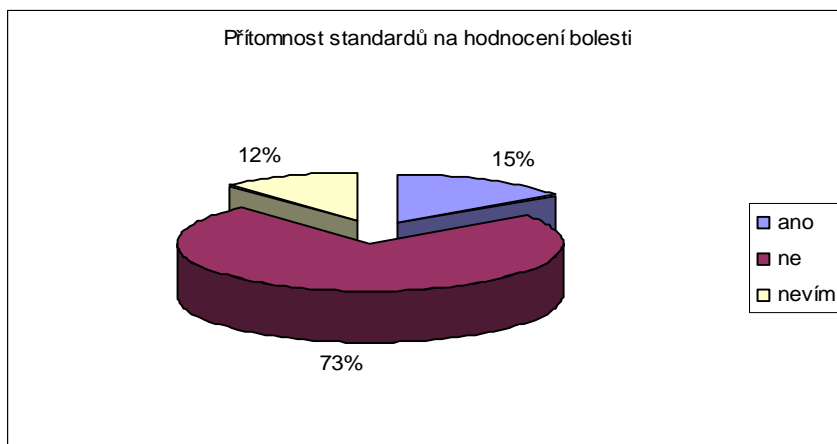
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 4 sestry (8 %) neví, zda jejich HDS spolupracuje s jinými pracovišti specializujícími se na vyšetřování a léčbu bolesti. 19 sester (37 %) uvádí, že jejich HDS nespolečuje se žádným z těchto pracovišť a 29 sester (55 %) respondentů spolupráci s odbornými pracovišti potvrzuje.

Graf 15



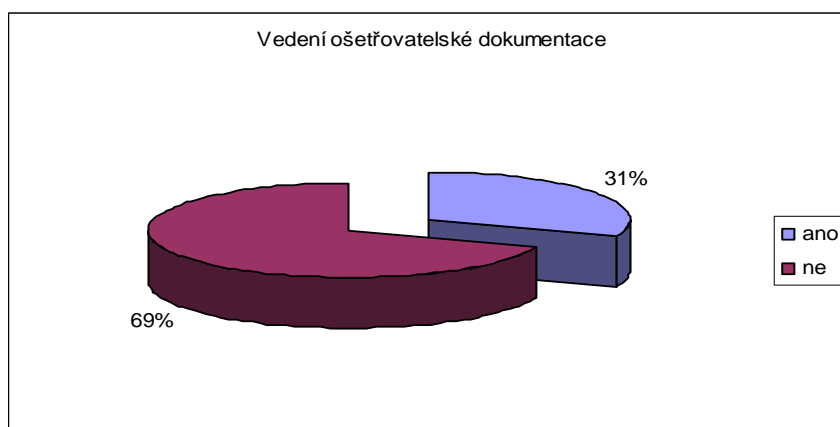
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 8 sester (15 %) uvádí, že jejich HDS spolupracuje při léčbě bolesti s rehabilitačním oddělením. 15 sester (29 %) uvádí, že spolupracují s ambulancí bolesti a 29 sester (56 %) uvádí, že spolupracují s ambulancemi specialistů (např. gastro, neurologie, ortopedie, cévní poradna, interna).

Graf 16



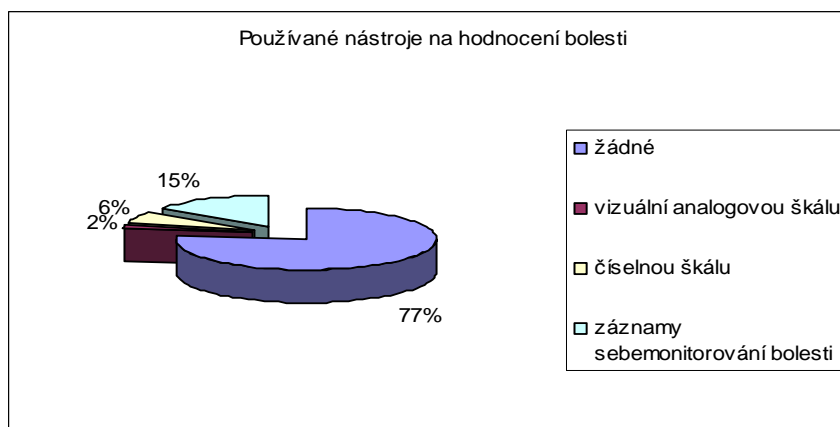
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 6 sester (12 %) neví, zda má jejich zařízení vypracované standardy na hodnocení bolesti. 8 sester (15 %) uvádí, že v jejich zařízení mají vypracovány standardy na hodnocení bolesti, 38 sester (73 %) uvádí, že ve svém zařízení standardy na hodnocení bolesti vypracovány nemá.

Graf 17



Z grafu vyplýva, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 16 sester (31 %) uvedlo, že na svojom pracovisku nevedou ošetrovateľskou dokumentaci a 38 sester (69 %) uvádí, že majú na svojom pracovisku zavedenou ošetrovateľskou dokumentaci.

Graf 18



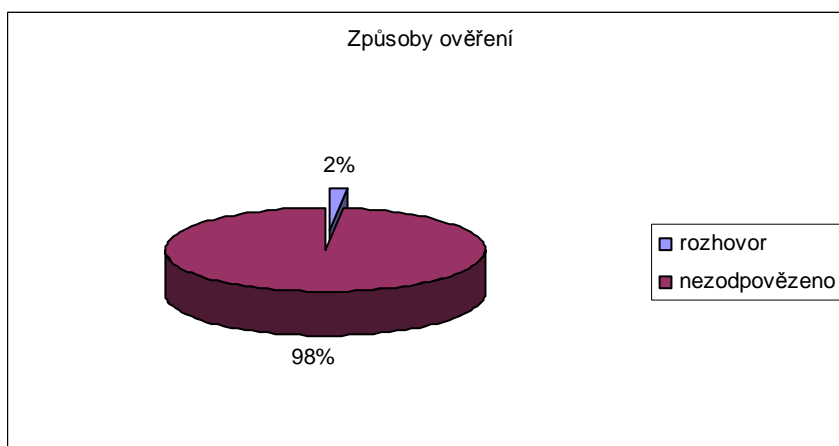
Z grafu vyplýva, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 1 sestra (2 %) užíva k hodnotení bolesti u pacientů vizuální analogovou škálu. 3 sestry (6 %) užívají číselnou škálu, 8 sester (15 %) užíva na svojom pracovisku záznamy sebemonitorování bolesti a 40 (77 %) respondentů neužíva na svojom pracovisku žádné nástroje k hodnotení bolesti.

Graf 19



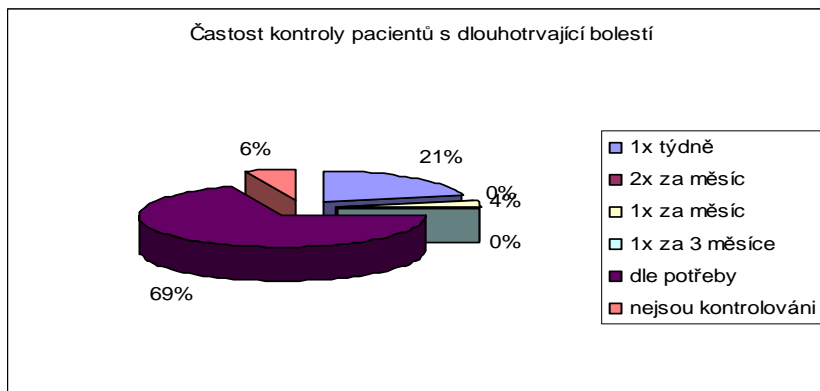
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), pouze 1 sestra (2 %) ověřuje, zda pacient správně chápe, jak nástroje na hodnocení bolesti používat. 51 sester (98 %) neověřuje, zda pacient chápe jak tyto nástroje používat.

Graf 20



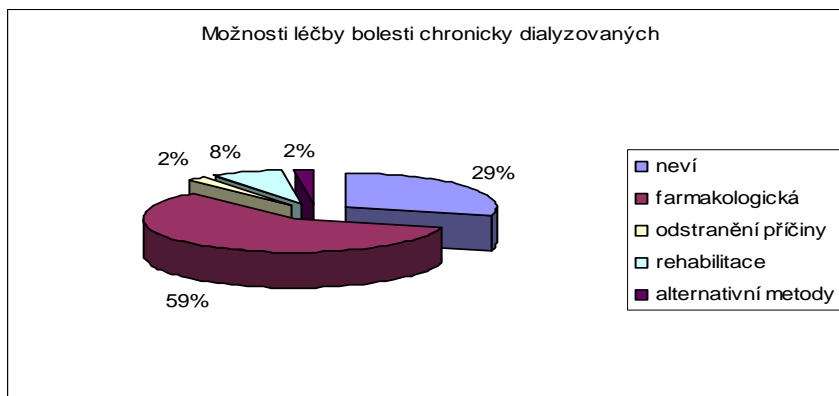
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 1 sestra (2 %) ověřuje, zda pacient chápe nástroje na hodnocení bolesti rozhovorem. 51 sester (98 %) neověřuje žádným způsobem.

Graf 21



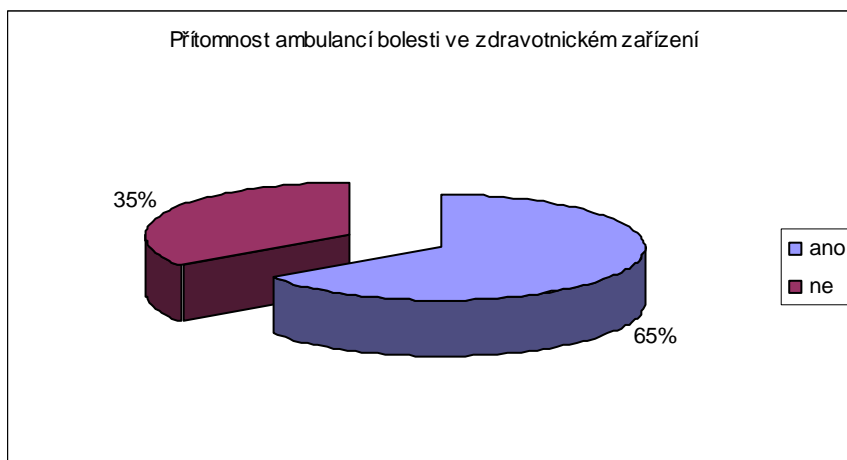
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), žádná sestra (0 %) nevedla variantu odpovědi, že jejich pacienti s dlouhotrvající bolestí jsou kontrolováni 2x za měsíc nebo 1x za 3 měsíce. 2 sestry (4 %) uvedly, že kontroly probíhají 1x za měsíc. 3 sestry (6 %) uvedly, že pacienti kontrolováni nejsou, 11 sester (21 %) uvedlo, že pacienti jsou kontrolováni 1x týdně. 36 sester (69 %) uvedlo, že pacienti jsou kontrolováni dle potřeby.

Graf 22



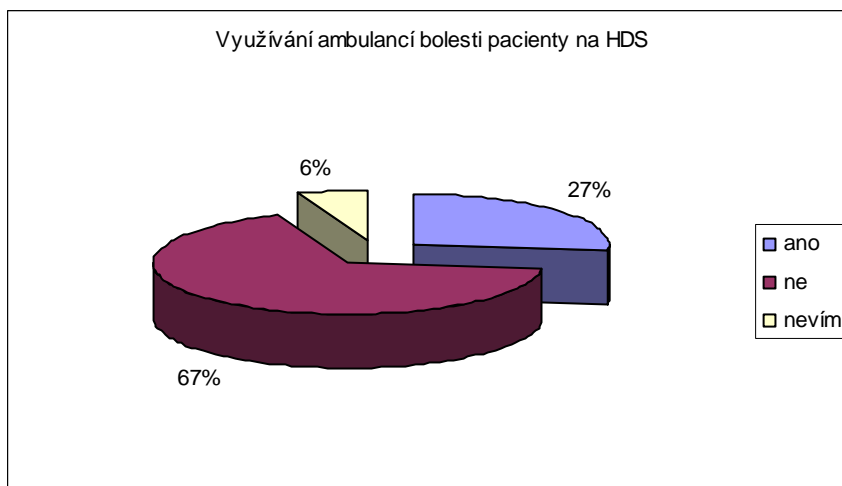
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 1 sestra (2 %) uvádí jako možnost léčby bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů alternativní metody, 1 sestra (2 %) uvádí jako možnost léčby odstranění příčiny bolesti. 4 sestry (8 %) uvádí jako léčbu bolesti rehabilitaci, 15 sester (29 %) vůbec neví jaké jsou možnosti léčby. 31 sester (59 %) uvádí možnost farmakologické léčby.

Graf 23



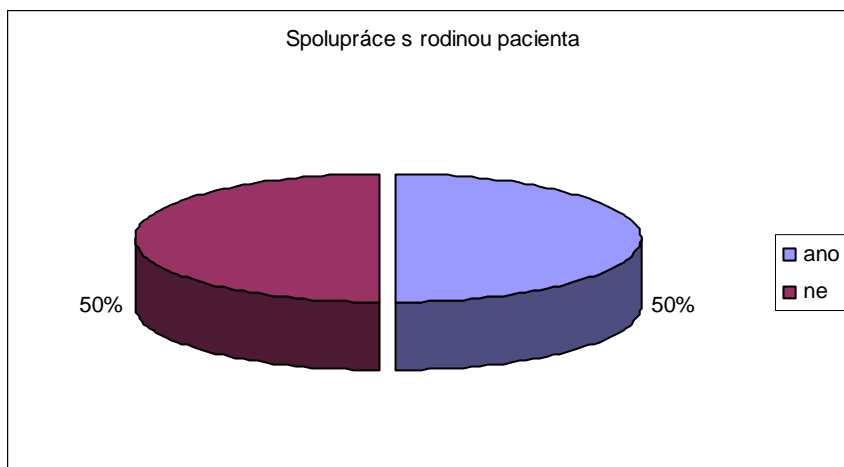
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 18 sester (35 %) neví, zda v jejich zařízení funguje ambulance pro léčbu bolesti a 34 sester (65 %) uvádí, že v jejich zařízení tato ambulance funguje.

Graf 24



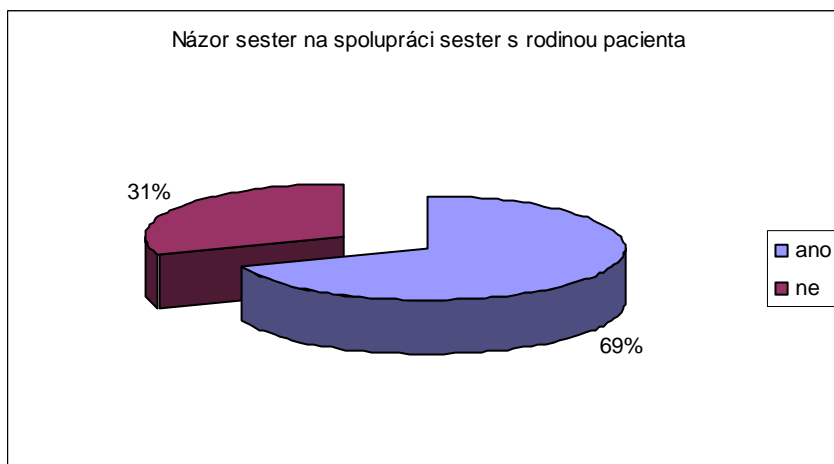
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 3 sestry (6 %) neví, zda jejich pacienti využívají služeb ambulance bolesti. 14 sester (27 %) uvádí, že jejich pacienti tuto ambulanci využívají a 35 sester (67 %) uvádí, že jejich pacienti ambulanci pro léčbu bolesti nevyužívají.

Graf 25



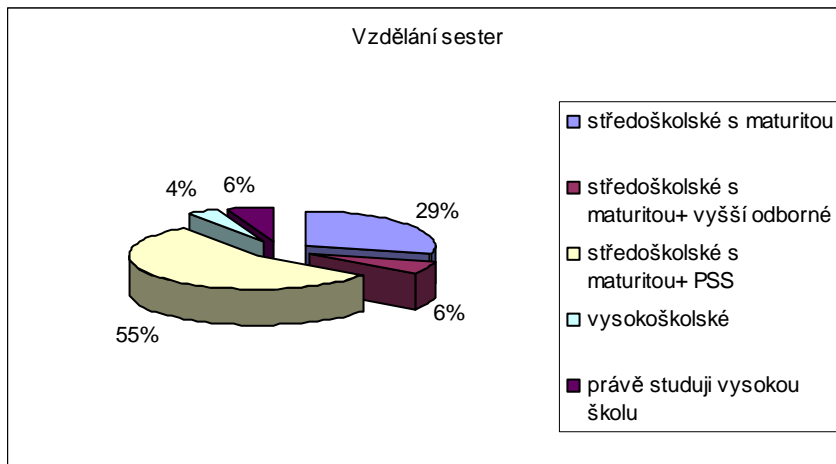
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 26 sester (52 %) uvádí, že jejich pracoviště spolupracuje při léčbě chronické bolesti s rodinou pacienta a 26 sester (50 %) uvádí, že s rodinou pacienta nespolupracuje.

Graf 26



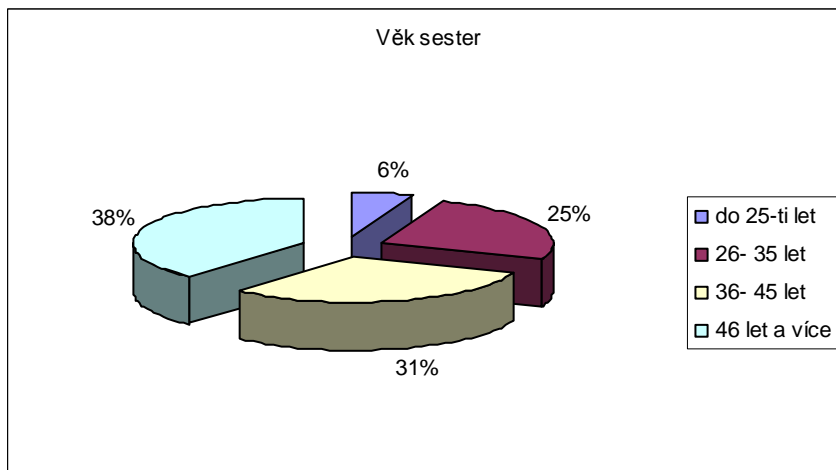
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 16 sester (31 %) si myslí, že spolupráce s rodinou pacienta není přínosná pro zlepšení kvality života pacienta s bolestí. 36 sester (69 %) si myslí, že spolupráce s rodinou je pro pacienta přínosem pro zlepšení kvality jeho života.

Graf 27



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 2 sestry (4 %) mají vysokoškolské vzdělání, 3 sestry (6 %) v současné době studují vysokou školu, 3 sestry (6 %) mají střeđoškolské vzdělání s maturitou + vyšší odborné. 15 sester (29 %) má střeđoškolské vzdělání s maturitou a 29 sester (55 %) má střeđoškolské vzdělání s maturitou + PSS.

Graf 28



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 52 sester (100 %), 3 sestry (6 %) je ve věku do 25ti let, 13 sester (25 %) je ve věku 26 – 35 let, 16 sester (31 %) je ve věku 36 – 45 let a 20 sester (38 %) je ve věku 46 let a výše.

4.2 Výsledky dotazování pacientů

Otázka č.1 Jak dlouho jste zařazen do dialyzačního programu?

Na tuto otázku pacienti odpovídali samozřejmě různě. Rámcově se zařazení do dialyzačního programu u dotazovaných pacientů pohybuje v rozmezí od 3 do 7 let .

Otázka č. 2 Kolikrát týdně docházíte na HD?

V odpovědi na tuto otázku se pacienti shodli, všichni jsou dialyzováni pravidelně 3x týdně.

Otázka č. 3 Stalo se vám někdy během HD, že se u vás vyskytla náhle akutní bolest?

I na tuto otázku pacienti odpovídají shodně. U každého u nich se více či méně bolest někdy vyskytla. Pro některé pacienty je nejvíce bolestivé samotné napichování AV fistulí a dále snášejí HD bez větších obtíží. Často se také u pacientů vyskytují křeče, což hodnotí také jako velmi nepříjemnou a bolestivou zkušenost. Mezi časté komplikace při samotné HD také uvádí bolesti hlavy a neuropatii dolních končetin.

Otázka č. 4 Bylo někdy nutné přerušit HD pro náhlou akutní nesnesitelnou bolest?

Většina pacientů uvádí, že zatím neměli tak kruté bolesti, aby musela být HD přerušena. Pouze u dvou pacientů se vyskytly silné křeče spojené se zvracením, hypotenzí, bolestmi hlavy, a proto byla u nich HD přerušena a byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení příslušného zdravotnického zařízení.

Otázka č.5 Jak jste byl/a pro tuto bolest vyšetřen/a, léčen/a a sledován/a v průběhu HD?

I zde se pacienti ve většině odpovědí shodují na postupu léčení jejich potíží. Vždy sestra přivolá lékaře, který pacienta fyzikálně vyšetří. Po domluvě s pacientem a v závislosti na intenzitě bolesti se domluví na tom, zda pacient žádá analgetika či zda je bolest snesitelná. V průběhu HD je pacient sledován sestrou, jednak slovně se sestra dotazuje

na přítomnost potíží a je také kontrolován TK,P, TT. Většinou je pacientům aplikován nějaký druh analgetik (mají již svá vyzkoušená), buď injekční nebo perorální cestou. Pokud potíže ustoupí a pacient se cítí dobře, odchází po HD domů. Když potíže přetrvávají, konzultuje s lékařem další postup léčby. Ve výjimečném případě musejí být pacienti hospitalizováni. Pokud ne, odchází domů s nějakým druhem analgetik. Další kontrola proběhne při další HD. Pokud se jejich potíže stupňují, přetrvávají, jsou odesláni k dalším vyšetřením.

Otázka č.6 Byl jste spokojen/a s reakcí a přístupem ošetřujícího personálu k vašemu problému?

Zde se odpovědi pacientů liší hned v několika bodech. Osm pacientů z celkového počtu dvanácti tázaných, odpovědělo, že jsou více spokojeni s přístupem sester. Péče o jejich osobu se jim zdála být dostatečná. Chválí sestry, ale stěžují si na nezáměr ze strany lékařů. Zbylí čtyři pacienti zase naopak nedají na lékaře dopustit, ale mají problém s některými sestrami na daném pracovišti. Jistě zde hrají roli i osobní sympatie mezi pacienty a ošetřujícím personálem.

Otázka č. 7 Trápí vás v současné době nějaký druh bolesti?

Zde jsou opět odpovědi shodné. V podstatě žádný z pacientů nebyl bez potíží. Všichni pacienti uvádějí nějaké zdravotní problémy. Mezi nejčastěji uváděné potíže lze zahrnout bolesti svalů, kloubů , nevolnosti, nechutenství, komplikace s AV fistulí a v neposlední řadě i problémy psychického rázu.

Otázka č. 8 Byl/a jste již někdy vyšetřován/a pro tyto potíže?

Ano, všichni pacienti byli nebo jsou vyšetřováni. Mnoho z nich již absolvovalo řadu vyšetření v odborných ambulancích nebo jsou ve fázi vyšetřování.

Otázka č. 9 Navštívil jste nějaké specializované pracoviště na léčbu bolesti?

Odpovědi na tuto otázku souvisely s dostupností těchto pracovišť v rámci daného zdravotnického zařízení. Všichni byli vyšetřeni v odborných ambulancích typu neurologie, ortopedie, gastro, cévní poradna apod. Tři pacienti navštívili ambulanci bolesti s dobrým výsledkem.

Otázka č. 10 Máte pocit, že je léčba vaší bolesti dostatečná?

Pocity z této otázky byly u pacientů spíše smíšené. Měli sice pocit, že již absolvovali řadu vyšetření, vyzkoušeli různá analgetika, někteří docházeli na rehabilitaci, ale ve finále se jim potíže vrátily nebo jenom zmírnily a po skončení léčby se objevily znovu.

Otázka č. 11 Vedete si záznamy o vaší bolesti?

Zde se pacienti naprosto shodují v tom, že si žádné záznamy nevedou. Svě potíže reprodukuje u lékaře pouze slovně.

Otázka č. 12 Setkal/ a jste se někdy s nástroji na hodnocení bolesti a víte co to je?

Zde část pacientů vůbec neví, že něco takového existuje. Nikdy se s tímto nesešli a ani jim něco takového nebylo nabídnuto. Na některých HDS tyto nástroje užívají a pacientům je nabídli, ale většinou se užívají velmi málo. Ti pacienti, kteří absolvovali vyšetření v ambulanci bolesti (3 pacienti), tyto nástroje znali, protože již byli jejich pomocí vyšetřováni.

Otázka č. 13 Používáte tyto nástroje pro domácí sledování bolesti?

Zde pouze čtyři pacienti v průběhu svého stonání tuto možnost využili, ale v podstatě měli pocit, že to nebylo přínosem pro jejich léčbu.

Otázka č. 14 Jste pravidelně sledován/a a vyšetřován/a pro bolest?

Všichni pacienti shodně uvádějí, že vlastně jsou sledováni při každé hemodialýze. Pravidelně také docházejí do nefrologických poraden a dle potřeby jsou vyšetřováni v dalších odborných ambulancích.

Otázka č. 15 Máte od ošetřujícího personálu dostatek informací týkajících se vašeho problému s bolestí?

Zde pacienti uvádějí, že vlastně někdy mají pocit, že se informace na ně valí ze všech stran. Nějaké informace mají od lékaře či sester, své poznatky si sdělují mezi sebou při vlastní dialýze, kde se pravidelně spolu setkávají. Spousta informací je v tisku, ať už odborném či neodborném, velké možnosti nabízí internet. Spíše mají problém jak se v tom všem zorientovat, co se jich týká a co ne.

Otázka č. 16 Pokud máte bolest, akutní či chronickou, obracíte se nejdříve se svým problémem spíše na sestru či na lékaře?

Tady odpovědi záležely spíše na vztahu pacient – sestra – lékař. Více pacientů, zde z celkového počtu 12ti tázaných pacientů, to bylo 7 respondentů, se spíše obrací nejprve na sestru, dotazují se na její radu či doporučení, připouští, že někdy stačí si jen o problému s někým pohovořit. Zbýlých 5 pacientů uvedlo, že o svém problému před sestrou nehovoří, protože mají pocit, že jim stejně nic přínosného neřekne a budou muset jít za lékařem tak jako tak.

Otázka č. 17 Jste spokojen/a s přístupem sester k vám a k vašemu problému?

Zde nejsou odpovědi tak jednoznačné. Někteří jsou spokojeni bezvýhradně, někteří mají větší či menší výhrady k chování sester. Vždy se v rámci jednotlivého zařízení najde podle pacientů jedna či dvě sestry, které jsou jim nesympatické, navzájem si „nesedí“ a jinému zase třeba vůbec nevadí. Skoro každý z nich má nějakou tu svou oblíbenou a je rád, když ona má zrovna službu při jeho HD. Z odpovědí dotazovaných pacientů

vyplývalo, že naprostá většina respondentů (9) je zcela spokojena a menšina (3) pacientů byla nespokojena s přístupem sester k jejich problémům.

Otázka č. 18 Vlastní prostor pro sdělení pacienta co očekává od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti.

Zde pacienti očekávají především citlivý přístup k jejich osobě. Obzvlášť pokud mají při HD akutní potíže, je jim zle, jsou bezradní, mnohdy se cítí trapně. V podstatě v první řadě potřebují někoho, komu mohou sdělit své potíže, někoho kdo je vyslechne a dá jim prostor na sdělení svého problému a nebude je přehlížet, či jejich potíže zlehčovat. Všichni jsou vážně nemocní, prošli spoustou ordinací, absolvovali mnohá vyšetření a ne vždy to bylo podle jejich představ. Vlastně nečekají od sestry to, že ona je vyléčí, odstraní jejich problém, na to podle jejich slov mají lékaře, ale to jak sestra zareaguje na jejich problém, jak s nimi bude jednat, jestli je šikovná při napojování na přístroj, dokáže s nimi hovořit nejen o tom, že mu „něco píchne“, ale dokáže vysvětlit co bude následovat, pochopit pacientovi obavy a strach z budoucnosti. Toto je pro ně asi vůbec to nejdůležitější při uspokojování jejich potřeb.

4.3 Výsledky obsahové analýzy dokumentů

Přestože na otázku, zda vedou na svém pracovišti ošetrovatelskou dokumentaci, odpovědělo 16 sester (31 %), že vedou ošetrovatelskou dokumentaci, bylo zjištěno, že tomu tak není. Na všech výše uvedených hemodialyzačních střediscích je užíván pouze dialyzační protokol (příloha č.3), který lze přirovnat k dekurzu vedeném na lůžkových odděleních.

Do protokolu jsou zaznamenávány osobní údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, bydliště), dále je zde uvedena trvalá medikace, podávané léky v průběhu HD, druh provedené HD. Jsou zde uvedeny hodnoty fyziologických funkcí před a po dialýze, výsledky laboratorních vyšetření. Před každou dialýzou je pacient zvážen, stejně tak po ukončení dialýzy, výsledky jsou zapsány do protokolu. Na druhou stranu protokolu lékař zaznamenává výsledky z vyšetření pacienta před zahájením dialýzy, jeho současný zdravotní stav.

Pokud se u pacienta vyskytne ošetrovatelský problém v průběhu HD, zapisují jej sestry také do tohoto protokolu. Bohužel v žádném z těchto protokolů není vyhrazeno místo pro záznamy sestry. Nejsou zde ani např. škály pro hodnocení bolesti. Samostatná ošetrovatelská dokumentace není vedena na žádném ze zkoumaných hemodialyzačních středisek.

5. DISKUSE

Na základě výsledků získaných tímto výzkumem jsme zjistili, že sestry jsou dostatečně informovány o problematice bolesti chronicky dialyzovaných pacientů. Jak vyplývá z grafu 3, 92 % dotazovaných sester se u chronicky dialyzovaných pacientů setkává s náhle vzniklou bolestí v průběhu hemodialýzy. Shodně vypovídali i dotazovaní pacienti, skutečně u každého z nich se v průběhu HD tato bolest vyskytla. Jak uvádí odborná literatura, tato bolest se nazývá průlomová (16). Bohužel v tomto případě sestry neodpovídaly správně. Jak ukazuje graf 7, naprostá většina sester (94 %) uvedlo, že se tato bolest nazývá akutní. O akutní bolesti hovoří i dotazovaní pacienti, jelikož mívají dost často v průběhu HD např. křeče, které se objevují náhle, akutně. Z rozhovorů s pacienty bohužel vyplynulo i to, že oni netrpí jen akutní bolestí, správně nazývanou průlomová, ale v podstatě žádný z dotazovaných pacientů, nebyl v té době bez obtíží, u všech se vyskytoval problém s déletrvající bolestí mimo vlastní hemodialýzu. Kromě bolesti se také u pacientů objevuje nechutenství, únava a potíže psychického rázu. V literatuře se uvádí, že se u dialyzovaných pacientů můžeme setkat se všemi typy bolesti, často jde o kombinaci několika druhů bolesti. K častým bolestem, které trápí běžnou populaci se dialyzovaným pacientům přidává ještě bolest specifická, která právě vychází z jejich základního onemocnění, které vedlo k chronickému selhání ledvin. Dále může vycházet z komplikací během léčby dialýzou nebo z komplikací, které vznikly v průběhu chronického onemocnění (bolesti kostí a svalstva při renální osteopatii apod.) (15). Znalosti sester o déletrvající bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů, kterou trpí mimo HD, byly v tomto případě doslova 100 %, jak vyplývá z grafu 11. S tvrzením, které uvádí odborná literatura za správné, že chronická bolest může být vysvětlena určitými genetickými, anatomickými a patofyziologickými mechanismy v nervovém systému (10), souhlasila většina dotazovaných sester. Jak vyplývá z grafu č. 9 s tímto tvrzením souhlasilo 58 % respondentek. K hypotéze H 1: Sestry mají znalosti o možném výskytu bolesti chronicky dialyzovaných pacientů, se dále vztahují grafy 8, 9 a 12. Na základě výsledků byla tedy hypotéza H 1 potvrzena.

Na první místo v léčbě bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů literatura klade léčbu farmakologickou a zároveň nutnost správného stanovení diagnózy a snahu o

kauzální léčení (5, 16). Zde se znalosti sester o možnostech léčby bolesti u chronicky dialyzovaných sester shodují s literaturou a jak vyplývá z grafu 22, 71 % dotazovaných sester uvedlo hned několik možností. Nejčastěji právě léčbu farmakologickou, ale také rehabilitaci a alternativní metody. Z výsledků dotazování pacientů vyplynulo, že všichni absolvovali řadu vyšetření, vyzkoušeli různé druhy analgetik, podstoupily různé fyzioterapeutické procedury. Bohužel odstranění jejich potíží bylo jen krátko nebo střednědobé a po nějakém čase se potíže opět vrátily s větší či menší intenzitou. Přiznávají, že to má velký vliv na jejich psychiku a výrazně to ovlivňuje kvalitu jejich života. Literatura shodně uvádí, že existence chronického onemocnění a bolesti je fakt, se kterým se musí pacient nějakým způsobem stále vyrovnávat, což ho samozřejmě dostává do stresu (12). Díky pokroku lékařské vědy a vyspělosti současné medicíny máme tendenci předpokládat, že medicína dokáže diagnostikovat a vyléčit všechny naše nemoci. Při tomto přesvědčení mohou pacienti snadno dojít k závěru, že je zdravotnický personál nebere dostatečně vážně a jejich problémy zůstávají přehlíženy. Proto je nutné pomoci pacientům a zdravotníkům pochopit proces vnímání a prožívání symptomů. Zároveň využít tohoto vnímání k tomu, aby se pacienti necítili hůře, ale naopak lépe (1). Pro léčbu bolesti je také vhodné využití mezioborové spolupráce, zejména oborů jako je anesteziologie, neurologie, neurochirurgie, ambulance bolesti a mnoho dalších. Jak vyplývá z grafu 23, 65 % sester uvedlo, že v jejich zařízení funguje ambulance bolesti a 67 % sester potvrdilo, že jejich pracoviště spolupracuje s touto ambulancí (graf 24). Také pacienti uvedli, že již byli v některém ze specializovaných pracovišť včetně ambulance bolesti vyšetřováni. Jak uvádí literatura, cílem zdravotnických pracovníků a pacienta by měla být situace, kdy společnými silami bojují proti nepřízni osudu, proti nemoci (6). Nejen jak se pacient dokáže vyrovnat s problémy, jaká jsou jeho očekávání, do jaké míry ho ovlivňují emoce, ale také jak na jeho stav reaguje rodina, do jaké míry je ochotna ke spolupráci (10). Pokud jde o rodinu, která je fungujícím celkem, je pro pacienta oporou a zázemím, tak je jistě spolupráce s touto rodinou přínosem pro zlepšení kvality života pacienta. S tímto názorem se ztotožňuje i většina dotazovaných sester, a to celkem 69 % jak vyplývá z grafu 26. Výsledky výzkumného šetření, které se vztahují k hypotéze H 2: Sestry nemají znalosti o možnostech léčby bolesti u

chronicky dialyzovaných pacientů, nepotvrzují tuto hypotézu, a tato hypotéza byla vyvrácena.

Velké množství odborné literatury, která se věnuje problematice bolesti, uvádí, že úloha sestry při zjišťování a hodnocení bolesti, včetně její léčby, je nezastupitelná (10). S tvrzením, že čím je sestra vzdělanější a zkušenější, tím dokáže bolest lépe zhodnotit, nezbyvá jistě než souhlasit. Je proto překvapivé, že třetina dotazovaných sester nemá zájem o další nové poznatky v této oblasti. Jak ukazuje graf 10, pouze 61 % respondentek se pravidelně zúčastňuje akreditovaných seminářů či odborných akcí zaměřených na problematiku bolesti. Jak uvedla většina dotazovaných pacientů, je to právě sestra, které hlásí své akutní potíže během HD jako první. Aby sestra dovedla správně zareagovat, vyhodnotit vážnost situace, aktivně se spolupodílela na léčbě, je další vzdělávání nezbytné. Vysokou kvalitu ošetrovatelské péče pro pacienty zaručuje také práce s vypracovanými standardy pro danou problematiku či ošetrovatelský postup. Jak vyplývá z grafu 16, uvedlo 73 % respondentek, že jejich pracoviště nemá vypracovány standardy na hodnocení bolesti, a dokonce 12 % dotazovaných sester toto ani nevědělo! Přestože literatura uvádí, že pokud chceme, aby léčba byla správná a účinná, je nutná dobrá komunikace mezi pacientem a sestrou (10), tak překvapivě 27 % dotazovaných sester odpovědělo, že vůbec neprovádí v průběhu HD zvláštní kontrolu u pacienta s bolestí. Přitom sami pacienti uvádí, že v průběhu dialýzy jsou sledováni sestrou, ta sleduje fyziologické funkce a slovně kontroluje zdravotní stav pacienta. Nejen, že sestra shromažďuje informace o pacientovi, zapisuje, vyhodnocuje, ale také musí dát pacientovi dostatek času pro jeho vyjádření problému a co nejpozorněji ho vyslechnout. Proto aby byly, informace co nejvíce výstižné existuje v dnešní době celá řada pomůcek a nástrojů, mezi ně samozřejmě patří i nástroje na hodnocení bolesti, které se dnes již na standardních odděleních, ARO a JIP nevyjímaje, používají. Proto bylo překvapivé zjištění, na které poukazuje graf 18, a to, že vysoké procento – 77 % sester pracujících na zkoumaných hemodialyzačních střediscích vůbec tyto nástroje nepoužívá. Zbýlých 23 % sester sice nějaký druh nástroje na hodnocení bolesti používá, ale jen 2 % z nich si u pacienta ověřuje, zda těmto nástrojům rozumí. Část dotazovaných pacientů uvedla, že se nikdy s nástroji na hodnocení bolesti nesetkala. Většina pacientů měla povědomí o těchto nástrojích a dokonce je i použily, zejména ti

pacienti, kteří byli vyšetřeni v ambulanci bolesti. Ale jak vyplynulo z výsledků, tak pacienti s akutními potížemi, nemají zájem o vyplňování tabulek, dotazníků apod., protože jejich pozornost je upnutá k tomu, aby byl jejich problém co nejdříve vyřešen a odstraněn. Naopak ti pacienti, kteří jsou nebo byli vyšetřováni pro déletrvající bolest, nástroje na hodnocení bolesti použili nebo v současné době používají. Nejčastěji se jedná o číselné a vizuální analogové škály, někdy také o mapy na zakreslování bolesti. Přestože pacienti i sestry shodně uvedly, že nástroje na hodnocení bolesti používají, tak bohužel ve zdravotnické dokumentaci (v tomto případě se jedná o dialyzační protokol), která byla součástí výzkumného šetření, není prostor pro záznamy bolesti, nejsou zde ani například předtištěné škály či mapy bolesti. Jak uvádí literatura, nesmíme zapomínat, že bolest je subjektivní prožitek a objektivní měření v praxi je obtížné (16). Proto je nutné využít jakýkoliv nástroj pro vyšetřování bolesti, který přispěje k upřesnění diagnózy a tím i k nastavení nejvhodnější léčby bolesti u těchto pacientů. Přestože 73 % dotázaných sester uvedlo (graf 6), že bolest u chronicky dialyzovaných pacientů sledují, otázkou zůstává do jaké míry je sledování bolesti ze stran sester kvalitní. Vzhledem k tomu, že téměř dvě třetiny sester se shodují v odpovědi na tuto otázku, a to tedy, že bolest u chronicky dialyzovaných pacientů sledují, byla tímto hypotéza H 3 potvrzena.

Ošetrovatelství ve 21. století mnohem více vychází z vědeckého poznání. Jedním z jeho pilířů se stává výzkum. Je nutné vytvářet a znát kvality ošetrovatelské péče, kterými jsou v první řadě ošetrovatelský standard a správně a důsledně vedená ošetrovatelská dokumentace. Zda a jakým způsobem sestry zaznamenávají bolest do ošetrovatelské dokumentace bylo také součástí tohoto výzkumného šetření. Překvapivě velké procento sester - 69 % , jak vyplývá z grafu 17 odpovědělo, že na svém pracovišti nevedou ošetrovatelskou dokumentaci. Zbýlých 31 % sice uvedlo, že na jejich pracovišti ošetrovatelská dokumentace vedena je, ale jak blíže ukázala obsahová analýza dokumentů ze zkoumaných středisek, ve skutečnosti tomu tak není. Ve skutečnosti se vždy jednalo o dialyzační protokol, který dotazované sestry zaměnili za ošetrovatelskou dokumentaci. Změny zdravotního stavu během hemodialýzy, bolest, komplikace do dialyzačního protokolu zaznamenávají jak sestry, tak lékaři. Ze sdělení dotazovaných sester i pacientů vyplynulo, že také užívají nástroje na hodnocení bolesti,

ale vzhledem k tomu, že ve zkoumané dokumentaci nebyl samostatný oddíl či kolonka pro záznam bolesti nebo předtištěné škály na hodnocení bolesti, lze usuzovat, že tyto nástroje jsou používány jako samostatný dokument. Z grafu 5 vyplývá jakým způsobem sestry do protokolu bolest zaznamenávají. Zde se odpovědi shodují, vždy jde o popis události, datum, čas, medikace. Vždy se, ale jedná o záznam v dialyzačním protokolu, ošetrovatelská dokumentace není vedena na žádném ze zkoumaných hemodialyzačních středisek. Co se týče vedení záznamů bolesti u pacientů, či používání nástrojů na domácí hodnocení bolesti, musíme také bohužel konstatovat, že ani pacienti si nevedou žádné záznamy bolesti. Jejich odpovědi se i v tomto shodují a dle jejich sdělení nemají potřebu si pořizovat záznamy. Jak vyplynulo z výsledků šetření, sestry zaznamenávají bolest chronicky dialyzovaných pacientů, ale pouze do dialyzačních protokolů. Z toho vyplývá, že hypotéza H 4: Sestry zaznamenávají bolest chronicky dialyzovaných pacientů do ošetrovatelské dokumentace, se nepotvrdila, byla tedy vyvrácena. Vzhledem k tomu, že na těchto hemodialyzačních střediscích není vedena ošetrovatelská dokumentace, nemůže být a není samozřejmě v této dokumentaci věnována pozornost specifické bolesti dialyzovaných pacientů. A to i navzdory tomu, že odborná literatura, která se zabývá tématy jako je poskytování zdravotní péče, ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, uvádí, že pečlivě vedená, přesná dokumentace přináší užitek jak poskytovatelům, tak uživatelům zdravotních služeb (14).

Úroveň vzdělání dotazovaných sester ukazuje graf 27. Zde bychom chtěli upozornit na velmi nízké procento vysokoškolsky vzdělaných sester (4 %), což je zcela proti současnému trendu a potřebám zdravotnictví v zajištění co nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Příznivé je alespoň zjištění, že 6 % z dotazovaných sester v současné době zvyšuje svou kvalifikaci studiem na vysoké škole a 12 % právě absolvuje pomaturitní specializační studium zaměřené na práci sestry na HDS.

Graf 1 a graf 28 ukazují délku praxe a věk respondentek. Z grafů vyplynulo, že více jak polovina dotazovaných sester (58 %), pracuje na HDS více jak deset let. Dalo by se jistě říci, že jejich praktické zkušenosti jsou velké. Z výsledků také vyplynulo, že ne všechny mají dostatek znalostí o problematice hemodialyzovaných pacientů, přesto nemají zájem např. o další vzdělávání, o spolupráci s rodinou pacienta (graf 10, graf 25).

Dialyzovaní pacienti vedou vysoce abnormální život, protože jsou závislí na pravidelné proceduře a na ošetřujícím personálu. Právě ošetřující personál má rozhodující vliv na psychiku pacienta. Práce na HDS má své specifikum v tom, že se personál po různě dlouhou dobu setkává se stále stejnými pacienty a vytváří si k nim různý vztah. Personál vnímá své pacienty jako sympatické a nesympatické a zmenšit rozdíl mezi nimi vyžaduje velký stupeň profesionality. Bohužel jak sestry, tak lékaři nejsou k tomuto speciálně školeni a záleží na jejich osobním přístupu, na jejich zkušenostech, na typu osobnosti, jak se těmito problémy vyrovnají. Protože nejvíce času s pacientem tráví sestry, padá největší tíha právě na ně. Jak vyplynulo z odpovědí pacientů, i oni mají mezi ošetřujícím personálem své více či méně oblíbené sestry a lékaře. O vzájemných sympatiích či antipatiích mezi sestrami a pacienty, lze usuzovat také z odpovědí pacientů na dotaz, zda se nejprve s problémem obrací na sestru či na lékaře. Zde se odpovědi právě lišily v závislosti na vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Potěšující bylo zjištění, že většina pacientů se nejprve s důvěrou obrací na sestru než na lékaře, protože si cení jejich zkušeností a znalostí. Otevřeně přiznali, že jim mnohdy stačí si o problému pohovořit, oceňují u sester tzv. lidský přístup. Jak se uvádí v literatuře – práce dialyzační sestry v sobě zahrnuje požadavek na vysokou odbornost, ale rovněž požadavek na lidské kvality a dobré zvládnutí psychologického přístupu k nemocným (23). Pokud sestra, která pracuje na dialýze neumí projevit pacientům náklonnost, nemá porozumění pro jejich nelehkou situaci, ztrácí tím část své odborné kapacity. Naopak sestra, která to umí a pomáhá snášet náročnost jejich léčby, jejich tělesné a psychické vyčerpání, působí už pouhou lidskou účastí hojivě a pacienti tak mohou snadněji přijímat svůj nelehký osud. Každý člověk je individualita, která má vlastní reakce a projevy bolesti. Pro budoucí dobrou spolupráci mezi pacientem, sestrou, lékařem a ostatními zdravotníky je důležité, aby pacient získal pocit, že on a jeho problém je v popředí zájmu zdravotníků (10). Výzkumným šetřením mezi pacienty jsme zjistily, že jsou spokojeni z přístupem sester k jejich problémům, tedy i k problematice jejich bolesti. Naprostá většina z dotázaných (9 pacientů z 12), ohodnotila přístup sester k jejich osobě kladně a bez výhrad.

Dialyzovaný pacient je vystaven stresu, který plyne z těžké nevléčitelné choroby a zároveň i z neobyčejně náročného způsobu léčení. V souvislosti s působením

stresu vzniká otázka, jak se pacient se stresem vyrovná. Dialyzační stres je podobný u všech pacientů, ale teprve způsob jakým se s ním vyrovná, rozhodne o tom, zda bude pacient dobře nebo špatně adaptovaný na dialýzu. Proto je důležité aby ošetřující personál pomohl pacientovi se s touto situací vypořádat. Aby pacient dokázal přijmout situaci takovou jaká je a dokázal si udržet naději na smysluplný život i za velmi nepříznivých okolností. Podporovat u pacienta vědomí, že lze mít život pod kontrolou i v nemoci, podporovat schopnost dívat se na problémy objektivně, s odstupem a nadhledem. V odpovědích na otázku, co pacienti očekávají od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti, byl jejich názor shodný. Nejdůležitější je pro ně citlivý přístup sestry, a to zvláště v některých vypjatých situacích. Jedná se zejména o napojování na přístroj, protože komplikace při napojování mohou znamenat, že HD neproběhne nebo bude neúčinná a pacient bude muset přijet druhý den znovu. Velmi důležitý je citlivý přístup sestry v situaci, kdy právě má pacient bolest. Ať už se jedná o běžnou bolest hlavy, kloubů, zad, vstřícnost a pochopení sestry dokáže pacientovi alespoň z části ulevit. Jak uvádí literatura, zdravotnický personál musí mít k pacientovi aktivní empatický přístup, protože od pacienta s bolestí nelze očekávat vstřícnost (7). Právě v důsledku dlouho trvajících potíží s bolestí mohou být pacienti až agresivní a jejich tělesné utrpení je provázeno duševními, duchovními, sociálními a existenčními problémy. Bohužel se stává, že tyto pacienty lékaři neradi vidí ve svých ordinacích. Nezáměr ze strany zdravotníků o problémy pacientů může vést k tomu, že pak upadají do pasivity a sociální osamělosti. Pokud jejich potíže s dlouhotrvající bolestí nejsou adekvátně vyšetřovány a léčeny, jsou také frustrováni, mají deprese, pocit beznaděje. Proto je nutné, aby právě u pacientů s dlouhotrvající bolestí byl přístup sester holistický a vedl k uspokojování potřeb pacientů, aby ošetřovatelské intervence vedly ke splnění cílů a zajistily tak vysokou kvalitu ošetřovatelské péče.

Pro zajímavost bychom zde ještě uvedli některé odpovědi z dotazníku, který nebyl použit pro statistické zpracování výsledků výzkumu. Jednalo se pouze o jeden dotazník a některé odpovědi dotazované sestry byly přinejmenším zarážející. Jednalo se o sestru, která pracuje na HDS více jak 11 let a její věk je vyšší než 46 let. Z odpovědí vyplynulo, že má středoškolské vzdělání, dále vyšší odborné a též PSS zaměřené na práci sestry na HDS a také se zúčastňuje odborných akcí a seminářů zaměřených na

problematiku bolesti. Dalo by se tedy konstatovat, že její teoretické i praktické znalosti budou na velmi dobré úrovni. Také na otázku, která směřovala ke grafu 9 odpověděla správně. Potvrdila, že se setkává s náhle vzniklou bolestí u chronicky dialyzovaných pacientů a tuto bolest zaznamenává do dialyzačního protokolu. Až k tomuto bodu se její odpovědi nelišily od ostatních. Ovšem na další otázky již odpovídala velmi odlišně a zvláště. Na otázku, jakým způsobem zaznamenává tuto bolest, odpověděla, že pacient nemá bolest, ale křeče, takže tedy zaznamenává křeče. Zvláštní kontrolu u pacientů s bolestí také neprovádí, protože když má pacient křeče, tak to oznámí sám !? K otázce: Jak často jsou pacienti s dlouhotrvající bolestí kontrolováni, s velkým vykřičníkem dopsala, že jejich pacienti žádnou takovou bolest nemají. Což by jistě bylo příznivé zjištění, ale literatura uvádí naprosto jiná fakta (16). Např. bolesti AV fistule, bolestivé vpichy při napojování na přístroj, bolesti hlavy, kloubů, svalů, neuralgické potíže a samozřejmě již zmiňované křeče. K možnostem léčby bolesti chronicky dialyzovaných pacientů se vyjádřila, v tom smyslu, že stačí správně určená suchá váha pacienta a vyrovnané suché prostředí. Což je opět velmi odlišný názor od odborné literatury i od ostatních dotazovaných sester. Bohužel ani spolupráci s rodinou nepovažuje za přínosnou pro zlepšení kvality života pacienta. Na závěr dotazníku připsala sdělení, abych vykonala exkurzi na HDS a tam došla ke zjištění, že hemodialýza jako výkon nebolí! Přestože literatura jednoznačně uvádí, že výskyt bolesti u dialyzovaných pacientů je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci (16), tato sestra zřejmě nemá povědomí o výskytu bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů, anebo tuto problematiku podceňuje a tím také zeslabuje důvěru pacientů v ošetřující personál. Snad pozitivním výsledkem tohoto výzkumu je, že se jednalo pouze o jednu sestru z celkového počtu dotazovaných sester.

6. ZÁVĚR

Prevalence chronické bolesti u dialyzovaných pacientů je ve srovnání s běžnou populací značně vyšší. Pacienti na dialýze trpí bolestí ve stejné míře jako pacienti onkologičtí či pacienti se syndromem získané imunodeficience. Důležitou roli v životě těchto pacientů hraje dialyzační sestra, protože je to právě ona, s kým se pravidelně, často dlouhá léta, na hemodialyzačních střediscích setkávají.

Cílem práce bylo zjistit informovanost sester o problematice bolesti u dialyzovaných pacientů při jejich základním onemocnění, tj. chronické selhání ledvin, zda sestry sledují bolest pacientů. Zároveň také zjistit, zda sestry zaznamenávají bolest chronicky dialyzovaných pacientů do ošetrovatelské dokumentace a jakým způsobem je v ošetrovatelské dokumentaci zaznamenávána bolest těchto pacientů. Zaměřili jsme se na to, jaká je spokojenost pacientů s přístupem sestry k problematice jejich bolesti a jaká mají očekávání chronicky dialyzovaní pacienti od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti.

V rámci kvantitativní části výzkumu byly stanoveny čtyři hypotézy. V první hypotéze jsme předpokládali, že sestry mají znalosti o možném výskytu bolesti chronicky dialyzovaných pacientů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 92 % sester se s touto bolestí setkává, proto byla hypotéza H 1 potvrzena. V druhé hypotéze jsme předpokládali, že sestry nemají znalosti o možnosti léčby bolesti u těchto pacientů. Vzhledem k tomu, že více jak dvě třetiny dotázaných (71 %) uvedlo několik možností léčby bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů, které se shodovaly s odbornou literaturou, byla hypotéza H 2 vyvrácena. Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že sestry sledují bolest chronicky dialyzovaných pacientů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že opět více jak dvě třetiny sester (73 %) tuto bolest u pacientů sleduje. Hypotéza H 3 byla potvrzena. Ve čtvrté hypotéze jsme předpokládali, že sestry zaznamenávají bolest do ošetrovatelské dokumentace. Přestože 31 % dotázaných sester odpovědělo, že je na jejich pracovištích vedena ošetrovatelská dokumentace, z výzkumného šetření vyplynulo, že tomu tak ve skutečnosti není. Sestry v odpovědích zaměňovaly ošetrovatelskou dokumentaci za dialyzační protokol. H 4: Sestry zaznamenávají bolest do ošetrovatelské dokumentace byla vyvrácena.

V kvalitativní části výzkumu jsme se zaměřili na to, zda je v ošetrovatelské dokumentaci věnována pozornost specifické bolesti chronicky dialyzovaných pacientů. Z obsahové analýzy dokumentů vyplynulo, že na zkoumaných hemodialyzačních není vedena ošetrovatelská dokumentace, ale pouze dialyzační protokoly. V těchto protokolech není vyhrazen zvláštní prostor pro sdělení sester, nejsou zde zobrazeny škály pro vyhodnocování bolesti. Byla stanovena hypotéza H 5: *V ošetrovatelské dokumentaci není věnována pozornost specifické bolesti chronicky dialyzovaných pacientů.*

Další výzkumnou otázkou z kvalitativní části výzkumu jsme se snažili zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s přístupem sester. Z odpovědí dotazovaných pacientů vyplynulo, že naprostá většina z nich (75 %) je s přístupem sester spokojena. Na základě těchto odpovědí jsme stanovili hypotézu H 6: *Pacienti jsou spokojeni s přístupem sester k problematice jejich bolesti.*

Co očekávají pacienti od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti vyplynulo z výsledků dotazování pacientů. Pacienti se shodli v tom, že nejvíce důležitý je pro ně citlivý přístup sester k jejich osobě a problémům, pochopení a vstřícné jednání. Z výsledků byla stanovena hypotéza H 7: *Pacienti očekávají od sester při řešení jejich problémů citlivý a vstřícný přístup.*

I když sestry pracují v biopsychosociální oblasti, určujícím fenoménem jejich profese je způsob lidské odpovědi, nikoliv chorobný proces. K důležitým součástem ošetrovatelského procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. K zajištění a udržení kvality ošetrovatelské péče také slouží ošetrovatelská dokumentace a ošetrovatelské standardy. Navrhovali bychom zavedení těchto atributů ošetrovatelské péče do těch pracovišť, kde nejsou zavedeny. Bylo by vhodné sestry motivovat k dalšímu vzdělávání, zapojit je do tvorby ošetrovatelských standardů na hodnocení bolesti, naučit je jak se standardy pracovat a tím i neustále zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče.

S výsledky této bakalářské práce bychom rádi seznámili sestry, které se zabývají touto problematikou, v rámci seminářů a sdělení na odborných konferencích a dále je plánována spolupráce s nefrologickou poradnou při Nemocnici České Budějovice a.s.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARSKY, J., A., DRANS, C., E. *Jak lépe žít se zdravotními problémy*. Praha: Portál, 2007. 189 s. ISBN 987-80-7367-298-0.
2. BEDNÁŘOVÁ, V., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Peritoneální dialýza*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. 334 s. ISBN 978-80-7345-005-2.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2002. 488 s. ISBN
4. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha a.s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6
5. DUSILOVÁ, S., SULKOVÁ, S. Význam včasné diagnózy chronických onemocnění ledvin. *Vnitřní lékařství*. Praha: 2006, roč. 52, č. 4, s. 300-301. ISSN 0042-773X
6. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: ID VZP, 11/1998. 60 s.
7. FRICOVÁ, J. *Etika a léčba bolesti*. Dostupné z: <http://www.umirani.cz>
8. HOCKOVÁ, J. Transplantační program. *Diagnóza*. Kutná Hora: 2007, roč. III., č. 8, s. 287. ISSN 1801-1349
9. KALINOVÁ, Z., KRBEČKOVÁ, M. Chronická bolest a její léčba. *Diagnóza*. Kutná Hora: 2007, roč. III., č. 9, s. 326-328. ISSN 1801-1349
10. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
13. LACHMANNOVÁ, J. *Očistovací metody krve*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 1999. 125 s. ISBN 80-7169-749-4.
14. MOORHOUSE, F., M., DOENGES, E., M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8

15. SÁGOVÁ, M. Bolest a její léčba u dialyzovaných nemocných. *Lékařské listy*. Praha: 2006, roč. 55, č. 5, s. 23-24
16. SÁGOVÁ, M. *Chronická bolest u hemodialyzovaných pacientů*. Dostupné z: <http://www.umirani.cz> [aktualizováno 29. 10. 2007]
17. SÁGOVÁ, M., ZNOJOVÁ, M. Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů – základy diagnostiky a farmakoterapie. *Postgraduální medicína*. Praha: 2005, roč. 7, č. 3, s. 244-248. ISSN 1212-4184
18. SULKOVÁ, S. *Hemodialýza*. 1. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.
19. TEPLAN, V. a kol. *Praktická nefrologie*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2006. 496 s. ISBN 80-247-1122-2.
20. TESAŘ, V., SCHÜCK, O. a kol. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2006. 650 s. ISBN 80-247-503-6.
21. VORLÍČEK, J. *Chronická bolest- chronický, ale řešitelný problém*. Dostupné z: <http://www.klubzap.cz> [7. 11. 2007]
22. VORLÍČEK, J. *Co je to bolest*. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz> [aktualizováno 15. 03. 2005]
23. ZNOJOVÁ, M. Dialyzační sestra z pohledu pacienta. *Sestra*. Praha: 2001, roč. 11, č. 10, s. 33-34. ISSN 1801-1349
24. Anon. *Přehled základních údajů o dialyzační léčbě v české republice v roce 2006*. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz> [aktualizováno 10.05.2007]
25. Anon. *Trochu více o bolesti*. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz> [aktualizováno 10. 05. 2007]

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest

Hemodialýza

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská dokumentace

9. SEZNAM PŘÍLOH

- 9.1 Dotazník pro zdravotní sestry
- 9.2 Soubor otázek pro pacienty
- 9.3 Dialyzační protokol
- 9.4 Obrázek č.1
- 9.5 Dotazník Mc Gillovy university

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Iveta Drábková a jsem studentkou III. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, která je zaměřena na problematiku bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů. Je anonymní a bude použit pouze jako součást mé práce. Prosím o zodpovězení všech otázek, jinak nemůže být dotazník použit. Děkuji za spolupráci.

1. Jak dlouho pracujete na HDS ?
 - a) 0 – 5 let
 - b) 6 – 10 let
 - c) 11 – 15 let
 - d) 16 – 20 let
 - e) více jak 20 let

2. Absolvoval/a jste pomaturitní specializační studium zaměřené na práci sestry na HDS?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) právě studuji

3. Setkáváte se na vašem pracovišti s tím, že se u chronicky dialyzovaných pacientů v průběhu hemodialýzy vyskytne náhle akutní bolest ?
 - a) ano
 - b) ne

4. Kam tuto bolest zaznamenáváte?
 - a) do dekurzu
 - b) do ošetřovatelské dokumentace
 - c) do dekurzu i do oš. dokumentace
 - d) nezaznamenává se

5. Napište prosím jakým způsobem zaznamenáváte do dokumentace bolest pacienta.

6. Provádíte v průběhu hemodialýzy zvláštní kontrolu u pacienta s bolestí?
 - a) ano
 - b) ne

7. Víte jak se náhle vzniklá bolest během hemodialýzy nazývá?
- a) akutní
 - b) průlomová
 - c) chronická
 - d) prolongovaná
8. Napište prosím jaké znáte typy bolesti:
9. Které tvrzení o chronické bolesti považujete za správné:
- a) je to chronické léčitelné onemocnění s relapsy, které je spojeno se závislostí
 - b) může být vysvětleno určitými genetickými, anatomickými a patofyziologickými mechanismy v nervovém systému
 - c) je to biopsychosociální porucha způsobená neúčinným zvládnutím situace
 - d) je to mentální porucha způsobená depresí
10. Zúčastňujete se akreditovaných seminářů či odborných vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku bolesti?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nemám možnost
11. Myslíte si, že chronicky dialyzovaní pacienti mohou mít bolest i mimo vlastní dialyzační proceduru?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
12. Stěžují si pacienti vašeho pracoviště na déletrvající bolest vyskytující se mimo vlastní hemodialýzu?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
13. Jsou vaši pacienti vyšetřováni vždy, pokud jejich bolesti trvají déle než 3 měsíce?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

14. Spolupracuje vaše HDS s jinými pracovišti, které se specializují na vyšetřování a léčbu bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Pokud ano, napište prosím s jakými. Pokud ne, pokračujte následující otázkou.

16. Má vaše zařízení vypracované standardy na hodnocení bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Vedete na vašem pracovišti ošetrovatelskou dokumentaci?

- a) ano
- b) ne

18. Jaké používáte nástroje na hodnocení bolesti?

- a) žádné
- b) vizuální analogovou škálu
- c) číselnou škálu
- d) dotazníky
- e) záznamy sebemonitorování bolesti
- f) mapy bolesti
- g) jiné.....

19. Ověřujete, zda pacient správně chápe, jak nástroje na hodnocení bolesti používat?

- a) ano
- b) ne

20. Napište prosím jakým způsobem:

21. Jak často jsou pacienti s dlouhotrvající bolestí kontrolováni?

- | | |
|-----------------|------------------------|
| a) 1 x týdně | d) 1x za 3 měsíce |
| b) 2 x za měsíc | e) dle potřeby |
| c) 1 x za měsíc | f) nejsou kontrolováni |

22. Víte jaké jsou možnosti léčby bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů?
Napište prosím jaké:

23. Funguje ve vašem zařízení ambulance pro léčbu bolesti:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Pokud ano, využívají pacienti tuto ambulanci? Pokud ne, pokračujte další otázkou.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Spolupracujete při léčbě bolesti s rodinou hemodialyzovaného pacienta?

- a) ano
- b) ne

26. Pokud ano, myslíte si, že je spolupráce s rodinou přínosná pro zlepšení kvality života pacienta?

- a) ano
- b) ne

27. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) středoškolské s maturitou + vyšší odborné
- c) středoškolské s maturitou + PSS
- d) vysokoškolské
- e) právě studuji vysokou školu

28. Kolik je vám let?

- a) do 25-ti let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 let a více

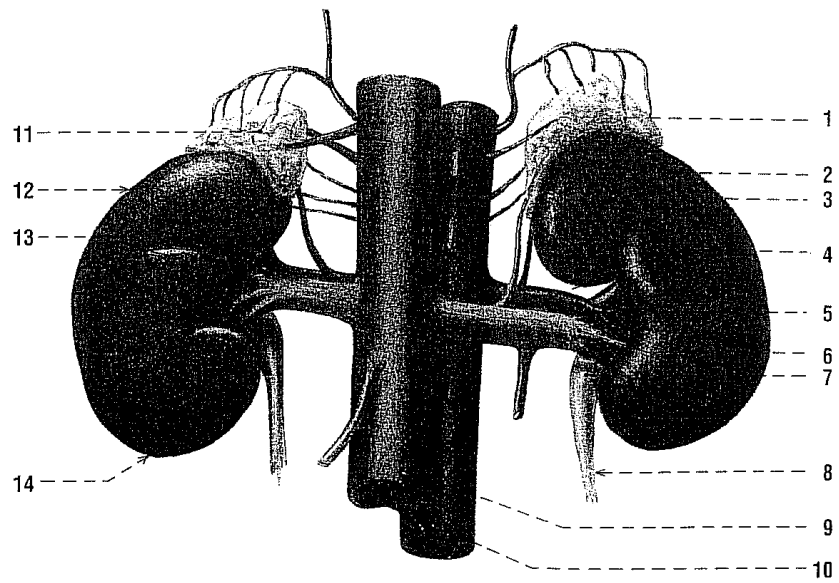
Příloha 2 Soubor otázek pro rozhovor s pacienty

1. Jak dlouho jste zařazen do dialyzačního programu?
2. Kolikrát týdně docházíte na HD?
3. Stalo se vám někdy během HD, že se u vás vyskytla náhle akutní bolest ?
4. Bylo někdy nutné přerušit HD pro náhlou akutní bolest ?
5. Jak jste byl pro tuto bolest vyšetřen, léčen a sledován v průběhu HD ?
6. Byl jste spokojen s reakcí a přístupem ošetřujícího personálu k vašemu problému ?
7. Trápí vás v současné době nějaký druh bolesti ?
8. Byl jste vyšetřován pro tyto potíže ?
9. Navštívil jste nějaké specializované pracoviště na léčbu bolesti ?
10. Máte pocit, že je léčba vaší bolesti dostatečná ?
11. Vedete si záznamy o vaší bolesti ?
12. Setkal jste se někdy s nástroji na hodnocení bolesti a víte co to je ?
13. Používáte tyto nástroje pro domácí sledování bolesti ?
14. Jste pravidelně sledován a vyšetřován pro bolest ?
15. Máte od ošetřujícího personálu dostatek informací týkajících se vašeho problému s bolestí ?
16. Pokud máte bolest, akutní či chronickou, obracíte se nejdříve se svým problémem spíše na sestru či na lékaře ?
17. Jste spokojen/a s přístupem sester j vám a k vašemu problému ?
18. Prostor pro vlastní sdělení pacienta k tomu, co očekává od sester v rámci řešení problematiky jejich bolesti:

Tab. – SF-MPQ, krátká forma dotazníku McGillovy univerzity

	ŽÁDNÁ none	MÍRNÁ mild	STŘEDNÍ moderate	SILNÁ severe
TEPAJÍCÍ throbbing	0	1	2	3
VYSTŘELUJÍCÍ schooting	0	1	2	3
BODAVÁ stabbing	0	1	2	3
OSTRÁ sharp	0	1	2	3
KŘEČOVITÁ cramping	0	1	2	3
HLODAVÁ gnawing	0	1	2	3
PALČIVÁ hot-burning	0	1	2	3
TRVALÁ aching	0	1	2	3
TÍŽIVÁ heavy	0	1	2	3
CITLIVÁ NA DOTEK tender	0	1	2	3
ŘEZAVÁ splitting	0	1	2	3
UNAVUJÍCÍ - VYČERPÁVAJÍCÍ tiring-exhausting	0	1	2	3
OSLABUJÍCÍ sickening	0	1	2	3
VZBUZUJÍCÍ STRACH fearful	0	1	2	3
DEPRIMUJÍCÍ - KRUTÁ punishing-cruel	0	1	2	3

Subjektivní stav: (bolesti, únava, chuť k jídlu, spánek, nálada, křeče...)				
Močení, diuréza (ml/24hod.):				
Status praesens:				
Psychický stav:				
Stav vědomí:				
Dušnost, kašel:				
Krvácivé projevy:				
Hlava				
Foetor uremicus:				
Krk				
Náplň krčních žil:				
Hrudník				
-plíce- poklep:	<i>plný, jasný</i>	<i>hypersonorní</i>	<i>přikrácený</i>	
poslech:	<i>dýchání skřípkové, čisté</i>	<i>oslabené</i>	<i>trubicové</i>	<i>zostřené</i>
vedlejší fenomény:				
-srdce- akce:				
úder hrotu:	<i>není patrný:</i>	<i>hmatný</i>	<i>zvedavý</i>	
pokleповě:	<i>nezvětšené</i>	<i>zvětšené doleva</i>	<i>zvětšené doprava</i>	
poslech:				
-břicho- celkově:				
játra:	<i>normální nález</i>	<i>zvětšená</i>	<i>bolestivá</i>	
slezina:	<i>normální nález</i>	<i>zvětšená</i>	<i>bolestivá</i>	
ledviny:	<i>normální nález</i>	<i>zvětšená</i>	<i>bolestivá</i>	
-končentiny-HK:				
DK:				
Jiné:				
Celkový stav:	<i>velmi dobrý</i>	<i>dobry</i>	<i>uspokojivý</i>	<i>špatný</i>
Jméno a podpis lékaře:				



Obr. 179. LEDVINY S NADLEDVINAMI a jejich cévy

- 1 levá nadledvina
- 2 extremitas superior levé ledviny
- 3 facies anterior levé ledviny
- 4 a. renalis sinistra
- 5 sinus renalis
- 6 v. renalis sinistra
- 7 pelvis renalis

- 8 ureter sinister
- 9 v. cava inferior
- 10 aorta abdominalis
- 11 pravá nadledvina
- 12 margo lateralis pravé ledviny
- 13 margo medialis pravé ledviny
- 14 extremitas inferior pravé ledviny