

Bolest u onkologicky nemocných pacientů

Petra Kadlecová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Kadlecová**

Osobní číslo: **H11083**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Bolest u onkologicky nemocných pacientů**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k danému tématu.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se problematiky bolesti a onkologie.

Popis role sestry při péči o onkologického pacienta.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu u všeobecných sester na onkologických odděleních a v hospicích pomocí dotazníkového šetření.

Využití metody rozhovoru u onkologicky nemocných pacientů s bolestí.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Obecná onkologie. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

KOLEKTIV AUTORŮ. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, Jiří. Onkologie. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-603-6.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Sedláková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

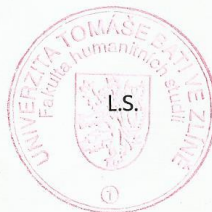
15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.2.2014

..... Kadlekova

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Bolest u onkologicky nemocných pacientů“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na nejčastější onkologické diagnózy, charakteristiku bolesti, diagnostiku a terapii bolesti. Důraz je také kladen na roli sestry v péči o onkologického pacienta.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního a kvalitativního průzkumu realizovaného formou dotazníků u všeobecných sester a formou rozhovorů s onkologicky nemocnými pacienty. Součástí je zpracování a grafické znázornění získaných dat s uvedenými slovními komentáři.

Klíčová slova: bolest, pacient, onkologie, hospic, role sestry

ABSTRACT

The topic of my Bachelor thesis is Pain in Oncology Patients. The thesis is divided into two parts: a theoretical and a practical.

The theoretical part focuses on the most common oncological diagnoses, pain characteristics, diagnosis and management of pain, as well as the special role of nurses in the care of oncology patients.

The practical part contains the outcomes of the quantitative and qualitative research which was implemented by a questionnaire containing the answers from the nurses and by an interview with the oncology patients. Moreover the practical part includes the elaboration and graphic illustration of the gained data with detailed commentaries.

Keywords: pain, patient, oncology, hospice, role of nurse

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení, ochotnou spolupráci, cenné rady a také za velkou trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu, čas a důvěru. Děkuji také mé rodině a přátelům za jejich podporu a toleranci během celého studia.

Motto:

„Není smrtelníka, jehož by se nedotkla bolest a nemoc.“

Marcus Tullius Cicero

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ONKOLOGIE	12
1.1 DEFINICE	12
1.2 ETIOLOGIE A PATOLOGIE NÁDORŮ.....	12
1.3 PŘÍZNAKY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	13
1.4 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.5 LÉČBA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.5.1 Chirurgická léčba.....	15
1.5.2 Radioterapie	16
1.5.3 Chemoterapie	16
1.5.4 Biologická léčba	17
1.5.5 Hormonální léčba	18
1.5.6 Imunoterapie	19
1.6 NEJČASTĚJŠÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY.....	19
1.6.1 Karcinom prsu	20
1.6.2 Karcinom plic	20
1.6.3 Karcinom žaludku	21
1.6.4 Karcinom děložního hrdla.....	22
1.6.5 Kolorektální karcinom	22
1.6.6 Leukémie.....	23
2 BOLEST	26
2.1 DEFINICE	26
2.2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE BOLESTI	26
2.3 TYPY BOLESTI	27
2.4 PŘÍZNAKY BOLESTI.....	29
2.5 HODNOCENÍ BOLESTI.....	29
2.6 DIAGNOSTIKA BOLESTI	32
2.7 TERAPIE BOLESTI	33
3 ROLE SESTRY V PÉČI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S BOLESTÍ	38
3.1 PŘÍSTUP K ONKOLOGICKÉMU PACIENTOVI.....	38
3.2 KOMUNIKACE S PACIENTEM.....	39
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	42
3.3.1 Podávání léků	42
3.3.2 Péče o hygienu.....	42
3.3.3 Péče o výživu a vyprazdňování.....	43
3.3.4 Rehabilitace a polohování.....	43
3.3.5 Péče o psychický stav pacienta a spánek	44
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 METODIKA PRÁCE	46

4.1	CÍLE PRÁCE.....	46
4.2	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY.....	47
4.3	METODA PRÁCE	46
4.4	REALIZACE PRŮZKUMU	47
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	47
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA.....	49
5.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	49
5.2	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ S ONKOLOGICKÝMI PACIENTY S BOLESTÍ.....	85
6	DISKUZE	91
	ZÁVĚR	99
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	101
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	104
	SEZNAM TABULEK	106
	SEZNAM GRAFŮ.....	107
	SEZNAM PŘÍLOH	108

ÚVOD

Snad každý člověk se ve svém životě setkal s bolestí. Bolest je osobním prožitkem, na který každý jedinec reaguje individuálně. Může mít pozitivní význam jako varovný signál, který nás upozorní, že v těle něco není v pořádku. Dlouhotrvající bolest, která je navíc spojena s onkologickým onemocněním, však negativně ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku člověka a snižuje kvalitu jeho života.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě zkušenosti z praxe, kdy jsem pečovala o onkologickou pacientku s bolestí. Téměř všichni onkologičtí pacienti trpí bolestí. Proto je důležité, aby zdravotníci měli dostatek vědomostí a zkušeností v péči o takto nemocné. Lhostejnost vůči pacientovi, nedůvěra v intenzitu bolesti, kterou udává nebo jakékoli mýty a předsudky ze strany zdravotnického personálu mohou významně negativně ovlivnit průběh nemoci.

V péči o onkologického pacienta s bolestí má nezastupitelnou roli sestra, která by měla být v kontaktu s nemocným a sledovat a hodnotit prožívání jeho bolesti. Pokud sestra provádí pravidelný záznam bolesti pomocí hodnotících škál, může tím výrazně přispět k efektivnější léčbě bolesti pacienta. Sestra musí umět komunikovat, musí být empatická, spolehlivá a nápomocná pacientovi v průběhu celého ošetrovatelského procesu. Lidským přístupem a zájmem o pocity a potřeby nemocného si sestra nejspíše získá jeho důvěru. Projevený zájem a věnovaný čas pacientovi je pro něj někdy mnohem více, než si dokážeme představit.

Existuje mnoho metod, jak lze bolest léčit, ať už jde o bolest nádorovou či nikoli. Lidé ale stále trpí bolestmi, které se lékařům vyléčit nedaří. V dnešní době existují ambulance, specializující se na léčbu bolesti, které hledají nejvhodnější způsob léčby pro každého pacienta. Ať už je bolest fyzické, psychické nebo neznámé příčiny, je potřeba snažit se ji odstranit nebo alespoň zmírnit. Bolest je stále aktuálním a často diskutovaným tématem jak v nemocnici, tak v běžném životě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE

1.1 Definice

Onkologie je vědní a klinický obor, který se zabývá terapií nádorů. Rozděluje se na konzervativní, chirurgickou a radiační onkologii. (Kolektiv autorů, 2007, s. 347)

„Klinická onkologie je relativně mladá disciplína, která vznikla z různých klinických oborů vyčleněním problematiky nádorových onemocnění. Klinická onkologie má tedy interdisciplinární charakter, neboť rozdílné projevy nádorových onemocnění v různých anatomických lokalizacích a široká škála diagnostických a léčebných postupů vyžadují úzkou mezioborovou spolupráci.“ (Klener, 2011, s. 17)

1.2 Etiologie a patologie nádorů

Vznik maligního onemocnění má komplexní příčiny. Část z nich jsou dědičné a část těchto příčin je způsobena vlivem okolního prostředí. Jsou to faktory vnitřní, genetické, které získáváme od rodičů a faktory zevní. Mezi zevní faktory můžeme zařadit kouření, pohybovou aktivitu, výživové faktory, infekce, ionizující záření a ultrafialové záření, chemickou karcinogenezi a chemoprolaxi. Tyto příčiny můžeme ovlivňovat, tedy zvyšovat či naopak snižovat riziko vzniku maligní choroby. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 21-30)

Nádory můžeme rozdělit na zhoubné (maligní) a nezhooubné (benigní). Růst benigních nádorů je ohraničený, nádory se nerozšiřují do okolní tkáně a nenapadají další orgány. Zřídka mají větší negativní dopad na organismus. *„Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání.“* Mechanismus, který kontroluje růst buněk, je poškozen trvale. Nárůst buněčné hmoty nádoru způsobuje napadání a ničení zdravé tkáně. Maligní nádory se vyznačují rychlým růstem, pronikají do okolí a metastázuji. Včas neléčené zhoubné nádory vedou ke smrti organismu. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 35)

„Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií“:

- T (tumor) – rozsah primárního nádoru. K písmenu T se připojují číslice - T1-T4, T0 (používá se v případě, že nelze zjistit primární ložisko) nebo TX (pokud nelze vymezit rozsah nádoru);
- N (noduli) – stav regionálních mízních uzlin. N1-N3 se označuje narůstající postižení regionálních uzlin, negativní nález se značí jako N0 a pokud nález nelze určit, používá se označení NX;
- M (metastases) – přítomnost (M1 – tato kategorie může být specifikována podle lokalizace) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 37; Klener, 2011, s. 31)

1.3 Příznaky nádorového onemocnění

Příznaky nádorového onemocnění mohou záviset na tom, kde se nádor nachází, jaká je jeho velikost a do jaké míry ovlivňuje okolní orgány nebo tkáň. Pokud jsou přítomny metastázy, mohou se příznaky objevit v různých částech těla. Zvětšováním karcinomu může docházet k útlaku okolních orgánů, cév a nervů a tím k projevení některých příznaků.

Mezi varovné signály onkologického onemocnění mohou patřit zažívací potíže, dlouhotrvající dráždivý kašel provázený expektorací, chrapot, občasná krvácení nebo výtok z tělních dutin, změny na prsou, nehojící se defekty kůže a sliznic, změny na kůži (mateřská znaménka), zduření a zatvrdnutí žláz. Dále také nevysvětlitelné hubnutí, nadměrná únava, horečka a bolest. Tyto příznaky se mohou objevit také u různých nenádorových chorob, proto je vždy nutná návštěva lékaře. (American Cancer Society, ©2014; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 40)

1.4 Diagnostika nádorového onemocnění

Základním předpokladem úspěšné léčby nádorového onemocnění je včasná diagnóza. Existuje široká škála diagnostických metod, které slouží k odhalení nádoru, pokud možno na počátku klinické fáze jeho růstu.

Anamnéza bývá často podceňována, ale bezesporu údaje o zaměstnání v rizikovém prostředí nebo zmínka o nádorovém onemocnění v rodině jsou cennými informacemi. Lékař se cíleně ptá na tzv. varovná znamení, které mohou patřit mezi příznaky nádorového onemocnění. **Fyzikální vyšetření** může aspekty odhalit povrchově rostoucí nebo kožní karcinomy. Pohmatem pátráme po zvětšených mízních uzlinách a palpací může zjistit i hluboko

uložené nádory v dutině břišní. Vyšetření prsních žláz a vyšetření per rectum by mělo být součástí prevence onkologických onemocnění.

Mezi **zobrazovací metody**, jejichž výběr záleží na lokalizaci nádoru, patří ultrasonografie, endosonografie, rentgenové vyšetření, výpočetní tomografie, magnetická rezonance, gammagrafie (scintigrafie) a také pozitronová emisní tomografie (PET), většinou v kombinaci s výpočetní tomografií (PET-CT) pro větší vypovídací hodnotu.

Vyšetření tzv. nádorových markerů, které jsou řazeny do **biochemických vyšetření**, má význam především pro sledování léčebné odpovědi. Jejich pozitivita nemusí být vždy zcela specifická. Je to souhrnné označení antigenů, enzymů nebo hormonů, jejichž přítomnost je do určité míry specifická pro některá onkologická onemocnění. Diagnostický význam především u hemoblastóz a také u solidních nádorů má **hematologické vyšetření**. Počátečním příznakem hemoblastózy může být trombocytopenie, trombocytóza může provázet bronchogenní karcinom nebo maligní lymfomy.

Mimořádný význam pro diagnostiku nádorů trávicího a močového ústrojí má **endoskopické vyšetření**, které umožňuje prohlédnout tato ústrojí v celém jejich rozsahu. Nejčastějšími metodami jsou esofagogastroduodenoskopie, enteroskopie, koloskopie, rektoskopie, cholangiopankreatikografie (ERCP), laparoskopie, bronchoskopie a další.

Vyšetření buněk v suspenzi (moč, výpotky) či v nátěrech (cervikovaginální stěry) se označuje jako **cytologie**. Tato metoda je vhodná především ke screeningu prekanceróz, ke včasnému zachytu recidivy nebo k průkazu zhoubných buněk v tělních dutinách. Cytologické vyšetření může hodnotit pouze morfologii buněk, proto je využíváno také metody **histologie**, která hodnotí tkáň, orgány nebo i celé orgánové soustavy. (Klener, 2001, s. 23-27; Fabian, Svoboda a Nenutil in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 35)

1.5 Léčba nádorových onemocnění

Terapie nádorových onemocnění klade vysoké nároky na pacienta i na ošetřující personál, je značně složitá a nákladná. Zhoubná nádorová onemocnění jsou velmi heterogenní skupinou nemocí a proto je jejich léčba tak komplikovaná. Současnými metodami léčby lze dosáhnout v mnoha případech kurativního účinku, ale tam, kde není možné podat léčbu s kurativním záměrem, se využívají léčebné možnosti k paliativnímu účinku. Protinádorová léčba je provázána mnoha nežádoucími účinky, kterým je nutno čelit intenzivní podpůrnou léčbou. K symptomatické léčbě, která zmírňuje nebo odstraňuje příznaky nádorového

onemocnění a zlepšuje kvalitu života pacienta, se přistupuje při vzniku rezistence vůči standardní léčbě. (Klener, 2011, s. 35)

1.5.1 Chirurgická léčba

V časných stádiích nádorů jsou chirurgické metody základem onkologické terapie. Časným stádiem je myšlen nádor nepřerůstající místo nebo orgán svého vzniku a jehož metastázy nepřesahují lymfatické uzliny, které jsou regionální pro tento orgán. Toto stádium se nazývá „lokoregionální“ rozsah choroby. U pokročilejšího nádorového onemocnění se chirurgická léčba stává součástí komplexní terapie spolu s radioterapií, chemoterapií, hormonální, biologickou či imunologickou léčbou.

Chirurgické výkony lze rozdělit do následujících kategorií:

- *„Diagnostické výkony, odběr materiálu k histologickému vyšetření a k patologickému ověření klinického stádia, pTNM klasifikace;*
- *Profylaktické operace;*
- *Kurativní léčebné výkony u pacientů s nepokročilými nádory;*
- *Operační výkony u pacientů s pokročilými nádory, které mohou spolu s další komplexní léčbou významně prodloužit přežití pacienta a popřípadě jej i vyléčit;*
- *Paliativní chirurgické výkony, které významně neovlivní délku přežití nemocného, ale zlepši kvalitu jeho života.“ (Fait in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 101)*

Operativní odstranění zhoubného nádoru se řídí určitými pravidly. Obecně platí pravidlo minimální manipulace s nádorem jako prevence rozsevu nádorových buněk během operace. Tato technika je označována jako no-touch. Naplnění tohoto pravidla závisí na lokalizaci, dostupnosti a rozsahu nádoru. Součástí techniky je přerušení cév zásobujících nádor. Požadavkem operace je také zajištění dostatečného lemu zdravé tkáně kolem resekovaného nádoru a odstranění přilehlých lymfatických uzlin. Samotný chirurgický výkon bývá dostačující pouze u lokalizovaných nádorů menšího rozsahu. V ostatních případech se léčba doplňuje ozařováním nebo chemoterapií. Někdy může být výhodné použití zmíněných metod v opačném pořadí. (Fait in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 107; Klener, 2011, s. 36)

1.5.2 Radioterapie

K základním možnostem protinádorové terapie patří léčba ionizujícím zářením. Radioterapii podstupuje až 70 % onkologických pacientů. V léčbě je využíváno zejména elektromagnetické a elektronové záření. Dle polohy zdroje záření se radioterapie dělí na zevní (teleterapie), kdy je zdroj záření mimo tělo pacienta a brachyterapii, při které je zdroj záření zaveden přímo do orgánu či tkáně s nádorem nebo do jeho těsné blízkosti. Využívají se lineární urychlovače, které oproti rentgenovému záření značně omezují poškození zdravých tkání. Cesiový ozařovač se používá pro ozařování povrchově uložených nádorů a nádorů kůže. Pro hloubkové ozařování je vhodný kobaltový ozařovač. Dokonalejším ozařovacím přístrojem je například Leksellův gama nůž nebo kybernetický nůž (Cyberknife). Tyto přístroje využívají velké množství úzkých paprsků, kterými je nádor ozařován pod různými úhly příslušnou dávkou záření s přesností na desetiny milimetru. Maximálně šetří zdraví pacienta a lze ozařovat i velmi malé nádory, které jsou v blízkosti životně důležitých orgánů. Ke zvýšení účinnosti je radioterapie kombinována s dalšími metodami, nejčastěji s chemoterapií. Ta může být podávána před zářením (neoadjuvantně), po ozáření (adjuvantně) nebo také před i po ozáření (sekvenčně). (Klener, 2011, s. 36-37; Hynková, Doleželová a Šlampa in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 113, 117)

Při radioterapii musíme počítat s nežádoucími účinky na zdravé tkáně. Mezi systémové příznaky, které se objevují při ozařování větších objemů, patří únava, nechutenství, nevolnost, zvracení, psychické změny a jiné. Lokální změny se projevují v ozařované oblasti. Podle nástupu jsou nežádoucí účinky hodnoceny jako časně, pozdní a velmi pozdní. (Hynková, Doleželová a Šlampa in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 122)

1.5.3 Chemoterapie

Chemoterapie znamená podávání léků s cytotoxickým účinkem. Cílem této skupiny léků je poškodit nádorovou DNA. Účinek těchto cytotoxických látek je ale neselektivní a projevuje se proto jak na nádorových buňkách, tak i na buňkách zdravých tkání. Nežádoucí účinky pramenící z poškození zdravých tkání jsou logickým důsledkem každé protinádorové chemoterapie. Mechanismus účinku cytostatik je různorodý z farmakologického hlediska i z hlediska jejich zásahu do buněčné kinetiky. Cytostatika se dávkuje dle individuálního vyšetření, podle hmotnosti pacienta a podle funkce ledvin a jater. Mají pozvolnější účinek než chirurgické odstranění nádoru nebo radioterapie. Principem cytostatické léčby je opakované podávání cytostatik v takových intervalech, aby nedošlo k podstatnému nárůstu

počtu maligních buněk, ale aby jejich počet postupně klesal. Při úzce specifickém mechanismu účinku jednotlivých cytostatik se dosáhne větší účinnosti současným podáním několika cytostatik s rozdílným mechanismem účinku. Mezi obecné zásady racionální chemoterapie patří zahájení včasné léčby, terapie kombinací cytostatik, volba dostatečně vysoké dávky cytostatik, cyklická (přerušovaná) léčba, dodržování optimálních intervalů mezi léčebnými cykly a léčba i po dosažení klinické remise. (Klener, 2011, s. 38-41; Adam, Bednařík, Vorlíček a kolektiv in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 129-131)

1.5.4 Biologická léčba

Biologická léčba, označovaná také jako cílená léčba, má za cíl blokovat nitrobuněčné pochody u nádorových buněk. Neuskutečňuje se biologickými přípravky, ale přesně definovanými chemickými látkami. Lze ji také označit jako „intracelulární chemoterapii“. Necílená chemoterapie inhibuje proliferaci a indukuje apoptózu nádorových buněk nespécifickým zásahem do replikace, transkripce, translace a průběhu mitózy. Poměrně specificky na konkrétní signální proteiny či signální dráhy působí cílená terapeutika. Rozdělení cílených léků většinou vychází z úrovně signální dráhy a je poměrně složité. (Klener, 2011, s. 58)

Léčba působí různými způsoby:

- Označí nádorové buňky, které se stávají více náchylné k destrukci imunitním systémem;
- Zvyšuje schopnost buněk imunitního systému ničit nádorové buňky;
- Oslabuje růst nádorových buněk, které se pod vlivem biologické léčby přibližují svým chováním normálním buňkám;
- Zamezuje buňkám, ve kterých nastaly některé přednádorové změny, v dokončení přeměny na nádorové buňky;
- Znemožňuje šíření nádorových buněk z místa vzniku nádoru do vzdálených míst těla.

Jedním z druhů biologické léčby je Interferon Alfa, který je součástí terapie u maligních nádorů ledvin, u maligního melanomu a některých onemocnění krve. Aplikuje se podkožně a z vedlejších účinků jsou nejčastější horečky. Interleukin 2 je dalším typem bioterapie, který se uplatňuje v léčbě nádorů ledvin a maligního melanomu. Oproti před-

chozímu typu má více nežádoucích účinků. Podává se nitrožilně nebo podkožně. V rámci klinických studií se využívá protinádorových vakcín, nádor infiltrujících lymfocytů a některých nově objevených látek ovlivňujících reaktivitu imunitního systému. (Komplexní onkologické centrum, ©2014)

Ve srovnání s klasickou chemoterapií se u biologické léčby nesetkáváme s úbytkem bílých krvinek, se zvýšením rizika infekcí, s pocity nevolnosti a pocity na zvracení, s vypadáváním vlasů a podobně. U bioterapie ale může dojít ke zvýšení krevního tlaku. Chemoterapie a biologická léčba se často kombinují. Bioterapii lze použít jako léčbu u určitého procenta některých karcinomů, ale nádor vždy musí splňovat některé molekulární předpoklady. (Petruželka, © 2009)

1.5.5 Hormonální léčba

Hormonální léčba je v onkologii používána déle než chemoterapie. Bylo zjištěno, že růst některých nádorových onemocnění je hormonálně závislý. Tato léčba se uplatňuje především v léčbě karcinomu prsu a karcinomu prostaty a má různé modalitty. Ablativní léčba spočívá v operativním odstranění ovarií nebo varlat (chirurgická kastrace), funkci vaječnicků lze utlumit také ozářením (radiační kastrace). Další možností je tzv. farmakologická kastrace, kdy se využívá superaktivních analogů gonadoliberinů nebo antagonistů gonadoliberinů. Kompetitivní léčba znamená podání antihormonů (antiestrogenů, antiandrogenů). Inhibiční léčba působí blokádu syntézy hormonu. V podání farmakologických dávek gestagenů, androgenů nebo i estrogenů spočívá aditivní léčba. V praxi se uplatňuje prakticky pouze léčba gestageny jako paliativní léčba karcinomu prsu u žen po menopauze.

„Hormonálně aktivní léčiva užívaná v onkologii lze rozdělit do následujících skupin:

- *Antiestrogeny;*
- *Inhibitory aromatázy;*
- *Estrogeny;*
- *Progesterony;*
- *Antiandrogeny;*
- *Androgeny;*
- *Antagonisté GnRH (gonadotropin-releasing hormone);*

- *Kortikosteroidy.*“

Hormonální léčba může být používána jako samostatná metoda, jako adjuvantní léčba nebo jako terapie neoadjuvantní, která má za cíl dosáhnout předoperačně zmenšení hormonálně senzitivního nádoru. (Klener, 2011, s. 46-47; Petráková a Vyzula in Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 149)

1.5.6 Imunoterapie

Jedná se o léčebnou metodu, která má za cíl obnovit porušenou funkci protinádorové imunity a zahrnout ji do léčby maligního nádorového onemocnění. Imunoterapie má proti radioterapii i chemoterapii tu přednost, že je schopna ničit nádorové buňky nezávisle na jejich generačním cyklu. V praxi se nejčastěji uplatňuje tam, kde byla hlavní nádorová masa odstraněna jiným způsobem.

Pasivní imunoterapie používá monoklonální protilátky, které nacházejí široké uplatnění především v diagnostice prvotních i metastatických ložisek. Využívá se hojně k léčbě nádorových onemocnění. Monoklonální látky jsou mířeny na povrchové buněčné znaky nádorových buněk, kde jejich vazba usnadňuje rozpoznání buňky imunologickými protinádorovými mechanismy. Z cytotoxických buněk jsou uvolňovány látky perforin a granzym, které mají význam pro indukci apoptózy. Aktivace komplementu, jehož složky pak penetrují buněčnou membránu a mají cytolytický účinek, je dalším mechanismem účinku monoklonálních protilátek. Téměř všechny používané protilátky zvyšují účinnost protinádorové chemoterapie. Konjugované látky, v nichž je na protilátku navázán radionuklid, cytostatická látka nebo toxin, posilují účinnost monoklonálních protilátek. Zářič je dopraven přímo k nádorovým buňkám, radiace je soustředěna pouze na nádorovou tkáň a nemá radiční účinek na zdravou tkáň.

Aktivní imunoterapie spočívá v používání nádorových vakcín. Cílem vakcinace je indukce protinádorových cytotoxických T-lymfocytů zvýšením exprese nádorových antigenů. Používají se různé druhy vakcín, například DNA vakcíny, vakcína na bázi nádorových nebo dendritických buněk. (Klener, 2011, s. 48)

1.6 Nejčastější onkologické diagnózy

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí. V České republice onemocní zhoubným nádorem každý čtvrtý občan a každý pátý na onkologické onemocnění umírá. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) vydává každoročně aktualizované

epidemiologické údaje ve formě speciální publikace. Incidence nádorů v ČR stále roste, ale oproti tomu dochází ke stabilizaci mortality. To může svědčit o úspěšné léčbě mnoha nádorových onemocnění. Nejčastějšími nádory jsou nádory plic, kolorektální karcinom, karcinom prsu, karcinom žaludku a další. (Klener, 2011, s. 9-10)

1.6.1 Karcinom prsu

Nejčastějším zhoubným nádorem žen je právě karcinom prsu. Jde až o 20 % všech nádorů u žen. Příčina karcinomu prsu není zcela jasná, ale jsou známy určité rizikové faktory, které mají souvislost se vznikem tohoto onemocnění. Mezi ně patří časný nástup první menstruace nebo pozdní menopauza, věk prvního porodu, kojení, genetická predispozice, benigní nádory prsu, kouření, alkohol, fyzická aktivita a další. Nádor může být zcela bez příznaků, jindy vede ke změně velikosti prsu, vtažení kůže, změnám kontury prsu, k asymetrii prsů, ke vpáčení bradavky a sekreci z bradavky. Nejčastější příznak však bývá hmatná rezistence v prsu či v podpaží. Nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu je samovyšetřování vlastních prsů. Ženy by se měly vyšetřovat druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Základními diagnostickými metodami jsou rentgenový snímek hrudníku, ultrasonografie břicha a scintigrafie skeletu. Dále se provádí hematologická a biochemická vyšetření a speciální vyšetření při určitých obtížích. Vyšetření estrogenových a gesteronových receptorů (ER, PgR) patří k nepostradatelnému vyšetření. V tkáňovém řezu se výsledky určují v procentech buněk, které vykazují pozitivitu na přítomnost ER. Mezi současné možnosti léčby karcinomu prsu je řazena chirurgická léčba, kdy se provádí typ výkonu (totální mastektomie, kvadrantektomie, lumpekтомie apod.) podle typu nádoru. Dalšími terapeutickými postupy jsou radioterapie, chemoterapie, hormonální a biologická léčba. (Abrahámová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 340, 343, 346, 351-354; Petráková, Tesařová, Novotný a kolektiv in Novotný, Vítek a kolektiv, 2012, s. 263)

1.6.2 Karcinom plic

Zhoubné nádory průdušek nebo nádory, které vznikají v plicním parenchymu se označují termínem karcinom plic, bronhogenní karcinom nebo plicní rakovina. Nejčastěji se vyskytuje mezi 55. až 80. rokem života. Kouření je považováno za nejčastější příčinu vzniku karcinomu plic. Faktory zevního a pracovního prostředí nebo chronické plicní onemocnění patří mezi potencionální rizikové faktory. V praxi se používá dělení na malobuněčné a nemalobuněčné karcinomy. Pro malobuněčné karcinomy je typický rychlý růst a výrazný

sklon k časnému metastazování. Ze začátku jsou velmi citlivé na radioterapii a chemoterapii, ale po čase se tumor stává rezistentním. Naopak nemalobuněčné bronchogenní karcinomy rostou pomaleji a metastazují později, k radioterapii a chemoterapii jsou však málo citlivé. Všechny symptomy, které se u tohoto onemocnění projeví, znamenají již relativně pokročilou nemoc. Jedná se o nově vzniklý dlouhotrvající kašel, vykašlávání krve, bolesti na hrudníku, chraptot a syndrom horní duté žíly, bolestivé pleurální dráždění, dušnost. Při stanovení diagnózy přichází na řadu po klinickém vyšetření zobrazovací vyšetření plic (rentgen, CT), bronchoskopie a někdy také PET vyšetření. Nutný je odběr histologického nebo cytologického vzorku, který slouží ke stanovení morfológické diagnózy. Pokud se prokáže karcinom plic, následuje vyšetření s cílem odhalit možné metastázy. Provádí se sonografické vyšetření břišní dutiny a retroperitonea a scintigrafie skeletu. Základními postupy léčby bronchogenního karcinomu jsou chemoterapie, radioterapie cílená na tumor a metastázy, preventivní ozáření mozku, chirurgické zákroky a biologická léčba v případě nemalobuněčného karcinomu plic. Nádor nelze vyléčit, ale je možné dočasně eliminovat potíže nemocného klasickou radioterapií. (Skřičková, J., Tomíšková, M., Babičková, L. a kolektiv, 2010; Skřičková in Abrahámová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 261-266)

1.6.3 Karcinom žaludku

Karcinom žaludku je jediným zhoubným nádorovým onemocněním u nás, jehož incidence i mortalita během posledních let klesá. Důvody souvisejí se změnami životního stylu a stravovacích návyků a také s nižším výskytem infekce *Helicobacter pylori*. Onemocnění je častější u mužů a zřídka se objevuje před 40. rokem věku. Ke vzniku karcinomu přispívá kouření, konzumace tvrdého alkoholu i genetická dispozice. Za prekancerózu se považují žaludeční polypy. Pocity tlaku v epigastriu, ztráta chuti k jídlu, nevolnost, zvracení, odpor k masu, slabost, anémie, hemateméza nebo meléna patří mezi příznaky tohoto onemocnění. Často se také zjišťuje okultní krvácení. Vyšetřovacími metodami jsou laboratorní vyšetření, gastrofibroskopie, endoskopická ultrasonografie, ultrasonografie, CT, také rentgenový snímek plic a eventuelně i scintigrafie kostí. Někdy se provádí rentgen žaludku s dvojitým kontrastem. Základní terapeutickou metodou je chirurgická léčba. V počátečních stádiích se provádí tzv. subtotální gastrektomie (Billroth I, Billroth II) a při pokročilejším nálezu se přistupuje k paliativním chirurgickým výkonům. Radioterapie má význam pouze jako paliace. Chemoterapie se provádí v současnosti u pokročilejších a generalizovaných forem karcinomu. Prognóza tohoto nádorového onemocnění je velmi špatná. V době diagnózy

je jen u 10 % pacientů proces omezen jen na žaludek, 1/3 nemocných má jaterní postižení a 80 % je diseminováno. (Abrahámová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 271-273)

1.6.4 Karcinom děložního hrdla

Maligní novotvary děložního hrdla (čípku) jsou nejčastějšími zhoubnými nádory ženských pohlavních orgánů. Není známá příčina vzniku karcinomu, ale jsou známé rizikové faktory, které mají s touto nemocí souvislost. Je to zejména styl sexuálního života ženy, sexuální promiskuita, brzký začátek pravidelného pohlavního života a kouření. Karcinom čípku nemusí ze začátku působit žádné potíže. Později se může objevit krvácení po pohlavním styku, výtok nebo bolest v podbřišku. Rozsah onemocnění určí gynekologické vyšetření včetně vyšetření per rectum. Diagnostika se odvíjí od kolposkopie, cytologie, biopsie, rentgen plic, sonografie břicha, CT břicha a malé pánve, cystoskopie, rektoskopie, popřípadě vylučovací urografie. Základní léčebnou metodou u nepokročilých stádií je chirurgická terapie. U neinvazivního karcinomu spočívá v konizaci čípku, u invazivního nepokročilého karcinomu se provádí radikální výkon, který spočívá v hysterektomii, oboustranné adnexetomii a odstranění příslušných uzlin. Při léčbě zářením se používá kombinace brachyterapie a zevního ozáření. Při chemoterapii má největší účinnost cisplatina a ifosfamid. Chemoterapie se provádí předoperačně ke zlepšení podmínek operability nebo paliativně. Sumární přežití všech stádií je přibližně 60 %. Neinvazivní karcinom bývá vyléčen ve 100 %. Prevence by měla směřovat k výchově k nekuřáctví a zdravé sexualitě. Nejdůležitější je sekundární prevence ve smyslu screeningu a okamžité léčení všech předrakovinných stavů a jejich dispenzarizace. (Feranec a Vítek in Novotný, Vítek a kolektiv, 2012, s. 298; Abrahámová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 370-371)

1.6.5 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom, jako jeden z nejčastějších zhoubných nádorů u nás, představuje 13-14 % ze všech onkologických nemocí. Častěji se objevuje u mužů a jeho četnost se téměř zdvojnásobila během posledních dvaceti let. Nejvyšší počty karcinomu tlustého střeva a konečníku jsou ve věkové kategorii 65-75 let. Úmrtnost na toto onemocnění je u nás na předním místě a pozvolná stoupá. Nejsou známy vlastní příčiny vzniku tohoto karcinomu. Faktory, které se podílí na rozvoji těchto nádorů, jsou dědičná dispozice, jiná než zhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku a faktory zevního prostředí (nevhodné stravovací návyky, nadměrná konzumace alkoholu, kouření, obezita). Karcinom se na po-

čátku vzniku může, ale nemusí projevovat. Později se však objevují místní i celkové příznaky. Mezi ně patří změny v četosti a charakteru stolice, zácpa, průjem nebo střídání zácpy a průjmu, časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění, přítomnost krve nebo hlenu ve stolici. Dalšími příznaky jsou bolest, nechutenství, nevolnost, slabost, únava, hubnutí, narůstající objem břicha, teploty nebo žloutenka. Časná diagnóza je klíčem k úspěšné léčbě. Vyšetření začíná klinickým vyšetřením zahrnující vyšetření per rectum, provádějí se odběry krve, zjišťují se nádorové markery a vyšetřuje se stolice. Endoskopická a rentgenologická vyšetření jsou základními metodami pro diagnostiku kolorektálního karcinomu. Dále se provádí ultrasonografie břicha a jater, CT břicha a malé pánve, rentgen plic, někdy také scintigrafie skeletu. Určení rozsahu onemocnění je nutné pro další léčebný postup. Jako první se většinou provádí chirurgické odstranění nádoru. Radioterapie tlustého střeva se neprovádí, ale naopak u karcinomu konečníku má tato metoda nezastupitelné místo. Při terapii kolorektálního karcinomu je využíváno také chemoterapie a biologické (cílené) léčby. Důležitý význam mají preventivní opatření, které směřují jednak k zabránění vzniku karcinomu, jednak ke včasné diagnóze, která umožní trvalé vyléčení. (Abrahámová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 276-283)

1.6.6 Leukémie

Pacienti s leukémií často mívají zvýšený počet bílých krvinek v krevním obraze. V některých případech může ale být počet bílých krvinek normální nebo i snížený. Leukémie se podle průběhu dělí na akutní a chronické. Akutní leukémie mají rychlý průběh, v případě neléčení by mohl pacient zemřít řádově za dny až týdny od stanovení diagnózy. Chronické leukémie mají průběh pomalejší. (Pour, Adam a Ševčíková in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 380-381)

Akutní lymfoblastická leukémie (ALL) je vysoce agresivní onemocnění kostní dřeně. V dospělosti je výskyt tohoto typu leukémie nízký, protože onemocnění je typické pro dětský věk. Nejčastějšími klinickými příznaky jsou slabost, únava, dušnost z anémie, slizniční krvácení, recidivující infekty, které špatně reagují na antibiotickou léčbu, bolesti břicha, svalů a kloubů. Rozpoznání příčiny těchto potíží není jednoduché, nápadný bývá rychlý rozvoj a postupné zhoršování během dnů. Objevit se mohou také příznaky z postižení jiných orgánů – hepatomegalie, splenomegalie, apod. Příčinou vzniku ALL mohou být karcinogenní faktory nebo může být příčina nejistá s výjimkou některých dědičných chorob. U nás vzácně se vyskytující může být leukémie způsobená virem Epsteinova a Barrové a lid-

ským T-lymfotropním virem typu I. Diagnózu lze stanovit z periferní krve, kde lze najít anémii, trombocytopenii a leukocytózu. Rychle a spolehlivě lze diagnózu stanovit z morfolo­gického, cytochemického a imunofenotypizačního vyšetření. Léčba je rozdělena do tří rizikových skupin podle nemocných na standardní, vysoké a velmi vysoké riziko. V léčbě se využívá chemoterapie a udržovací léčba nebo sledování pro první skupinu pacientů. Pacienti, kteří mají vysoké riziko, dostávají chemoterapii a poté je u nich indikováno provedení alogenní transplantace krvetvorných buněk od příbuzného nebo nepříbuzného dárce. Pro třetí rizikovou skupinu pacientů je indikováno podávání tyrozinkinázového inhibi­toru společně s chemoterapií a s následnou alogenní transplantací krvetvorných buněk. Někdy této léčbě předchází ještě léčba kortikoidy a cytostatiky v nižších dávkách za úče­lem cytoredukce. Léčebný proces je dlouhý, léčba trvá až několik let. (Folber a Doubek in Vorlíček, 2012, s. 152-156)

Pro akutní myeloidní leukémii (AML) je typická akumulace nezralých buněk v kostní dřeni a jejich následné vyplavování do periferní krve. AML tvoří až 80 % leukémií u do­spělých. Klinické příznaky vznikají jako důsledek nedostatku funkčních krvinek v cirkula­ci. Jedná se o projevy anemického syndromu, projevy trombocytopenie, zvýšený počet infekcí, teploty, neurologické příznaky, projevy lekostázy a jako kožní infiltráty. Ionizující záření, chemické látky, kouření, genetická predispozice a některé léky se uvádí jako rizika vzniku AML. K základním vyšetřením ke stanovení diagnózy patří krevní obraz a diferen­ciální rozpočet. Biochemické vyšetření prokáže zvýšenou hladinu kyseliny močové a lak­rátdehydrogenázy. K nevyhnutelným vyšetřením patří vyšetření kostní dřene. Na určení původu blastů se používá imunofenotypizace. U pacienta se suspektní akutní leukémií se provádí konvenční cytogenetika. Pokud selže cytogenetická analýza, může být použita fluorescenční in situ hybridizace (FISH). Léčba se dělí na indukční a postremisní terapii. Při indukční léčbě je podáván 3 dny antracyklin a 7 dnů cytarabin. Jde o tzv. režim 3+7. Postremisní terapie zahrnuje intenzivní konvenční chemoterapii, udržovací terapii a vysokodávkovou chemoterapii. (Tošková a Ráčil in Vorlíček, 2012, s. 158-165)

Chronická myeloidní leukémie (CML) je první chorobou, u které byla známá pro ni ty­pická chromozomální odchylka (Filadelfský chromozom). Tato genetická odchylka je spo­jena se vznikem fúzního genu bcr-abl a její přítomnost je hlavní diagnostickou podmínkou této nemoci. Jde o chorobu s nestabilní genetickou informací maligních buněk. Choroba, která není léčena, vede ke zvyšování agresivity onemocnění až k fázi akutní leukémie. Pří­znaky jsou velmi nespecifické a až u 30 % pacientů se onemocnění zjistí náhodně při vy-

šetření krevního obrazu. Někteří pacienti mohou udávat pocit plnosti po jídle, nechutenství, bolest v levém hypochondriu. S postupnou progresí CML se objevuje dušnost, tachypnoe, tachykardie, cyanóza, hučení v uších, závratě, hemoragie na očním pozadí, krvácivé nebo trombotické komplikace. Diagnostika CML se odvíjí od vyšetření diferenciálního krevního obrazu, nutné je prokázat specifickou chromozomální změnu průkazem genu bcr-abl. Dále se provádí biochemické vyšetření, cytologie a histologie kostní dřeně. Základem terapie je tzv. cílená léčba inhibitory tyrozinkináz. Tyto preparáty navodí remisi u většiny nemocných, ale je nutné jejich trvalé užívání, aby se předešlo návratu choroby. Alogenní transplantace je vyhrazena vysoce rizikovým pacientům z důvodu vysoké účinnosti zmíněných léků. (Pour, Adam a Ševčíková in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 383-385; Tošková a Ráčil in Vorlíček, 2012, s. 177-184)

Chronická lymfocytární leukémie (CLL) se řadí mezi nízcce agresivní lymfoproliferativní onemocnění. V západním světě tvoří CLL téměř 30 % všech diagnostikovaných leukémií. *„Její podstatou je klonální proliferace malých B-lymfocytů s typickým imunofenotypem v periferní krvi, kostní dřeni, lymfatických uzlinách, játrech, slezině či jiných orgánech.“* Diagnóza bývá stanovena náhodně, kdy je pacient v asymptomatickém období a jediným příznakem CLL je lymfocytóza v periferní krvi. Další příznaky onemocnění se shodují s obecnou symptomatologií maligních lymfomů. Celkové klinické příznaky, kterými jsou neinfekční teploty nad 38 °C, zvýšené noční pocení s výměnou prádla během spánku a váhový úbytek vyšší než 10 % za posledního půl roku, označujeme jako B symptomy. Zvětšené uzliny a později pak hepatosplenomegalie jsou detekovatelné již v časných stádiích CLL. V pokročilejším stádiu nemoci bývá přítomna anémie a trombocytopenie. *„Pro stanovení diagnózy CLL je v současnosti vyžadována přítomnost více než $5 \times 10^9/l$ klonálních B-lymfocytů v periferní krvi.“* Mezi vyšetření, která se využívají k diagnostice, řadíme průtokovou cytometrii, histologické vyšetření, cytogenetické vyšetření a sérové markery. Pacienti s časným stádiem onemocnění bývají pouze sledováni a nevyžadují terapii. Pokud je přítomen alespoň jeden z typických příznaků aktivity onemocnění, indikuje se u pacientů s CLL léčba. *„Alogenní transplantace je dnes jedinou potencionálně kurativní metodou v léčbě CLL. Na rozdíl od podání chemoterapie nabízí jedinečnou imunologicky zprostředkovanou dlouhodobou kontrolu onemocnění pomocí tzv. reakce štěpu proti leukémii.“* Alogenní transplantace je vhodná především pro mladší a fyzicky zdatné pacienty a viditelně také zlepšuje jejich kvalitu života. (Pannovská a Doubek in Vorlíček, 2012, s. 167-176)

2 BOLEST

2.1 Definice

„Bolest je definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání.“ (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 21)

„Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má. Bolest je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry.“ (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 125)

„Její jedinečná, nepříjemná, afektivní kvalita ji odděluje od ostatních smyslových prožitků a pro každého z nás je osobitou zkušeností.“ (Janáčková, 2007, s. 14)

2.2 Fyziologie a patofyziologie bolesti

Přesto, že je většinou vnímána negativně, má i pozitivní význam. V akutní podobě slouží jako varovný signál, ochranný mechanismus. V medicíně je bolest nepostradatelným příznakem, který umožňuje rozpoznání vyvolávající příčiny a její léčbu, což zároveň vede k odstranění nebo zmírnění bolesti. Reakce na bolest je individuální a člověk ji prožívá jinak také v závislosti na denní době. Bolest je ovlivněna několika faktory:

- *„Kulturou, ze které člověk pochází;*
- *Očekáváním bolesti;*
- *Předchozím zážitkem bolesti;*
- *Kontextem, ve kterém se bolest objevuje;*
- *Emočními a kognitivními reakcemi.“*

Bolest vytváří nocicepční soustavu – nocicepci, která je nezávislá na ostatních smyslových systémech. Nocicepce na rozdíl od bolesti není subjektivní. Bolest můžeme pociťovat i bez nocicepce. Proto někteří pacienti trpí bolestí i bez zjevné patologie. Periferní receptory nocicepčního systému nazýváme nociceptory. Tyto receptory bolesti jsou lokalizovány jak na periférii (svaly, klouby, kůže), tak i v centrální oblasti (mícha, mozkový kmen, thalamus a mozková kůra). (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 125-128; Kolektiv autorů, 2006, s. 11-12)

Receptory bolesti lze rozdělit do tří skupin:

- **Vysokoprahové mechanoreceptory** – vnímání bolesti pomocí běžných receptorů, které reagují na mechanické podněty (tlak, tah a vibrace);
- **Polymodální nocisenzory** – jsou citlivé na teplo a chlad, pro vnímání vyšších teplot slouží Ruffiniho tělíska a pro vnímání chladu to jsou Krauseho tělíska, příkladem je popálenina nebo omrzlina;
- **Vlastní nocisenzory** – volná nervová zakončení, která se vyskytují v kůži, sliznicích i dalších orgánech, vedou informaci do míchy, tyto receptory začínají fungovat při určité intenzitě bolesti. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 21-22)

2.3 Typy bolesti

Akutní bolest vzniká jako reakce na mechanické poškození tkáně. Představuje zátěž pro organismus, který odpovídá jasnými fyziologickými změnami. Daný jedinec bolest prožívá značně afektivně. (Janáčková, 2007, s. 50)

Akutní bolest je krátkodobá, trvá hodiny nebo dny při různé intenzitě, ne však déle než 6 týdnů. Je pro organismus účelná a dobře odpovídá na terapii. Akutní bolest lze lokalizovat na určitou oblast těla. Příčiny akutní bolesti mohou být popáleniny, úrazy, infekce, záňet, operační zákroky nebo exacerbace vleklého problému. Mezi příznaky akutní bolesti patří pocení, zrychlený tep, zrychlené dýchání, vazokonstrikce, mydriáza, retence moči a hyperglykémie. (Fricová in Rokyta a kolektiv, 2009 s. 32-35; Kolektiv autorů, 2006, s. 5)

Chronická bolest je samostatné onemocnění trvající déle než 3-6 měsíců. Jestliže bolest trvá déle než je pro dané onemocnění obvyklé, označujeme tuto bolest také za chronickou. Chronická bolest na rozdíl od akutní bolesti neslouží jako varovný a ochranný signál organismu a její lokalizace je obtížná. Příznaky chronické bolesti jsou poruchy spánku a chování, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace nebo poruchy libida. (Fricová in Rokyta a kolektiv, 2009 s. 34-35; Trachtová a kolektiv, 2005, s. 131)

Příčina bolesti je buď neznámá nebo těžce odstranitelná. Fyziologická reakce organismu není tak zřetelná jako u akutní bolesti. Chronická bolest působí dlouhodobě na psychiku člověka, který často prožívá bezmocnost, depresi, je podrážděný, trpí poruchami spánku, častá je změna chování, uzavření se do sebe a sociální izolace. (Janáčková, 2007, s. 57)

Dalším typem bolesti je **nádorová bolest**, která je často příznakem onkologického onemocnění. Pacienti trpí celou řadou bolestivých stavů. V době stanovení diagnózy udává bolest 30 % nemocných a ve vyšších stádiích nemoci trpí bolestí 80-90 % pacientů. Zánět, ischemie, infekce, diagnostické a terapeutické postupy, obstrukce, invaze nebo útlak tkáně nádorem mohou být příčiny nádorové bolesti. Intenzita bolesti se odvíjí od typu karcinomu. Nejčastěji se bolest vyskytuje při nádorech kostní tkáně, žaludku, jícnu, slinivky břišní a dělohy. Méně často bývá bolest přítomna u pacientů se zhoubným krevním onemocněním (leukémie, lymfomy).

Ve vztahu k nádorovému onemocnění lze bolest rozdělit do 3 skupin:

- Bolest vyvolaná nádorem (metastázy do kostí);
- Bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou (punkce, bolest po operaci, radioterapii);
- Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním (migréna, bolesti kloubů a páteře).

Nádorovou bolest lze také dělit dle převažujícího patofyziologického mechanismu:

- Nociceptorová somatická bolest, která je vyvolaná drážděním nociceptorů v kůži, kostech, svalech, kloubech a hlubokých tkáních. Pacienti bolest často popisují jako dobře lokalizovanou, stálou a ostrou;
- Nociceptorová viscerální bolest vzniká v důsledku dráždění nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve. Bolest je obvykle hluboká, křečovitá nebo hlodavá a neostře lokalizovaná;
- Jako důsledek poškození struktur periferního nebo centrálního nervového systému vzniká bolest neuropatická. Pacienti popisují bolest jako pálivou, brnivou, svíravou a vystřelující a přitom nenacházíme poškození příslušné tkáně. Neuropatická bolest nemá ochranný charakter;
- Při nádorovém onemocnění se může objevit také bolest smíšená, která má současně vlastnosti nociceptorové i neuropatické bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 216-218; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 130-131)

„Průlomová (epizodická) bolest bývá definována jako přechodné zhoršení bolesti u pacienta, který má relativně stabilní a adekvátně zmírněnou základní bolest.“ Bolest může

vzniknout při některých činnostech nebo pohybech nebo také zcela nečekaně. Při hodnocení bolesti u pacienta je důležité zaměřit se také na faktory, které bolest zhoršují nebo naopak zmírňují. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 207; Brant in O'Connor a Aranda, 2005, s. 92)

Dle různých průzkumů trpí průlomovou bolestí 40-70 % onkologicky nemocných pacientů, kteří pravidelně užívají analgetika. Epizoda průlomové bolesti trvá od několika sekund po několik hodin, přibližně však 30-60 minut. „*Průlomová bolest je tedy souhrnné označení pro pestrou skupinu bolestivých stavů.*“ Pro léčbu této bolesti se využívají farmakologické i nefarmakologické postupy, dle individuální charakteristiky každého pacienta. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 207)

2.4 Příznaky bolesti

U pacienta trpícího bolestí lze pozorovat široké spektrum příznaků vyjadřujících bolest. Některé příznaky lze ovládat, jiné jsou mimo volní kontrolu (rozšíření zornic, nadměrné pocení). Mezi zjevné příznaky signalizující bolest můžeme zařadit slovní vyjádření pacienta, vokalizaci (naříkání, sténání), změnu motorické aktivity, kulhání, výraz tváře, funkční omezení nebo užívání analgetik. Akutní bolest může mít vliv na zvýšení krevního tlaku a srdeční či dechové frekvence. (Kolektiv autorů, 2006, s. 59-60)

2.5 Hodnocení bolesti

Existuje mnoho způsobů, jak měřit bolest. Bolest můžeme hodnotit pomocí následujícího přehledu:

- Lokalizace bolesti;
- Intenzita bolesti;
- Časový průběh bolesti;
- Kvalita bolesti;
- Ovlivnitelnost bolesti. (Janáčková, 2007, s. 39)

Lokalizaci bolesti často zjišťujeme otázkou „Kde Vás to bolí?“. Pacient na bolestivé místo ukáže nebo svoji bolest slovně popíše. Obrazovou formou tohoto sdělení pacienta je **Mapa bolesti** (viz Příloha P I), na které je vyobrazené lidské tělo. Pacient na této mapě označí místo své bolesti. „*U některých onemocnění existují rozdíly mezi tím, kde to bolí na po-*

vrchu těla, a tím, kde leží orgán, který je (patologicky) postižen.“ Při bolestech, které nejsou lokalizovány na jednom místě, ale své místo mění, by měla být Mapa bolesti využívána opakovaně. Mapa bolesti nemůže nahradit klinické vyšetření, ale je pomocným diagnostickým prostředkem. (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 132; Janáčková, 2007, s. 40-42)

Intenzita bolesti udává, „jak moc to bolí?“. Pokud je intenzita bolesti slabá, je celkem snesitelná a pacient na ni při odpoutání pozornosti může zapomenout. Bolest střední intenzity stále odpoutává pacientovu pozornost, neumožňuje mu soustředit se, je neodbytná a narušuje spánek. Odezvou organismu je zrychlené dýchání a puls. Pokud bolest dosáhne velké intenzity, pacient je na bolest zcela soustředěný a mohou se u něj objevit některé vegetativní projevy jako slzení, tachykardie, vzestup krevního tlaku, pocení nebo zvracení. Bolest se jasně odráží i v mimice pacienta. Při této intenzitě bolesti se zrychluje střevní peristaltika a někdy také mohou povolít sfinktery. Jestliže se bolest stále stupňuje, stává se nesnesitelnou. Pacient pociťuje schvácenost, hlasitě nařiká, křičí, ztrácí schopnost adaptivního chování. Může se rozvinout šokový stav. (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 132-133; Staňková, 2004, s. 9-10)

Mezi nejčastější hodnotící metody intenzity bolesti patří:

- **Verbální škály** – pacient svoji bolest vyjadřuje pomocí čísla na stupnici od 1 do 10 nebo slovně popisuje bolest od slabé po nesnesitelnou nebo také oběma způsoby;
- **Neverbální škály** – sledují neverbální projevy pacienta, kterými jsou paralingvistické projevy, mimika, pohyby končetin nebo aktivita nervového systému, jsou využívány zejména u starých lidí a u dětí;
- **Vizuální škály** – jedná se o úsečky, pomocí nichž pacient vyjádří intenzitu své bolesti;
- **Dotazníky** – pacient škáluje sílu své bolesti a odpovídá na otázky, tím je hodnocena intenzita bolesti i její charakter. (Staňková, 2004, s. 10)

Škály pro hodnocení bolesti jsou jednoduché, časově méně náročné a při použití před a po intervenci mohou pomoci zjistit účinnost dané intervence. Nejčastěji používané škály jsou verbální škála, vizuální analogová škála a numerická škála bolesti. Při použití **verbální škály** pacient označí svoji bolest jako „žádnou“, „mírnou“, „středně silnou“, „silnou“ nebo „nesnesitelnou“. **Vizuálně analogová škála** (viz Příloha P II) je 10 cm měřící horizontální čára označená „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší možná bolest“ na druhém konci.

Pacient označí na této úsečce místo, které určí sílu jeho bolesti. Po změření úsečky k označenému místu získáme číslo, které udává hodnocení bolesti pacientem. Tato škála může být pro některé pacienty příliš abstraktní. **Numerická škála bolesti** (viz Příloha P III) je používána nejčastěji. Pacienta se ptáme, jak by zhodnotil svou bolest na úsečce od 0 do 10, přičemž 0 znamená „žádná bolest“ a 10 vyjadřuje „nejhorší představitelnou bolest“. Pacient také může použít horizontální nebo vertikální čáru s čísly nebo slovními popisky. U pediatrických pacientů nebo u pacientů s poruchou řeči můžeme použít obličejovou škálu bolesti. Pacienta požádáme, aby vybral obličej, který znázorňuje jeho bolest. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 132-133; Kolektiv autorů, 2006, s. 44-45)

U pacienta s nádorovou bolestí můžeme pro hodnocení bolesti využít dotazník **Brief Pain Inventory (BPI) – Krátký inventář bolesti** (viz Příloha P IV), který byl vytvořen v angličtině a je přeložen do více než deseti jazyků. V tomto dotazníku pacient hodnotí svou bolest za posledních 24 hodin. Vyplnění tohoto dotazníku trvá přibližně 15 minut a může jej vyplnit i samotný pacient. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 134-135; Kolektiv autorů, 2006, s. 46)

Časový průběh bolesti můžeme sledovat již zmíněnou metodou VAS. Lze si vytvořit křivku z naměřených hodnot získaných během dne včetně časových údajů, která bude vypovídat o změnách intenzity bolesti a o zdravotním stavu pacienta. Časový průběh bolesti je třeba sledovat především u pacienta po operaci nebo při užívání určitých léků, opiátů, ale také při změně léčby pacienta. (Janáčková, 2007, s. 46)

Při hodnocení **kvality bolesti** zjišťujeme „jak to bolí?“, jaký je charakter bolesti pacienta. Bolest lze popsat jako řezavou, vystřelující, tupou, svíravou, bodavou, pulzující, píchavou apod. Kvalitu bolesti lze měřit pomocí dotazníku McGillovy Univerzity (**MPQ - McGill Pain Questionnaire**) (viz Příloha P V), který využíváme v jeho zkrácené podobě. Dotazník je zaměřený na charakter bolesti a její výstižný popis. Touto metodou lze zjistit 3 druhy údajů o kvalitě bolesti: afektivní, sensorické a hodnotící. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 36; Trachtová a kolektiv, 2005, s. 132; Janáčková, 2007, s. 47)

Ovlivnitelnost bolesti je dalším důležitým aspektem při hodnocení bolesti. Je velmi důležité jaký vliv má bolest na denní aktivity pacienta. „**Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (0-5) (DIBDA)**“ (viz Příloha P VI), popisuje do jaké míry bolest ovlivňuje denní aktivity pacienta. Nula znamená, že pacient je zcela bez bolesti. Číslem 1 pacient

vyjadřuje bolest, která ho výrazně neruší a neobtěžuje a na kterou při činnosti může zapomenout. Pokud se od bolesti nedá úplně odpoutat, ale nezabraňují běžným denním aktivitám a pracovním činnostem bez chyb, označí pacient číslo 2. Dalším číslem vyjádří bolest, od které se nelze odpoutat, která narušuje běžné denní aktivity. Číslo 4 popisuje bolest, kdy pacient je schopen vykonávat běžné denní činnosti pouze s největším úsilím. Posledním číslem lze označit takovou bolest, která je silná tak, že pacient není vůbec schopen běžných denních činností a vyhledává úlevovou polohu.

Aby mohla být účinně zmírněna bolest pacienta, musíme ji vždy důkladně, přesně a pravidelně zhodnotit. Je důležité mít na paměti, že bolest je prožívána velmi subjektivně a je ovlivněna mnoha faktory. Lékaři ani sestry by neměli pacientovu bolest podhodnocovat. (Kolektiv autorů, 2006, s. 39; Rokyta a kolektiv, 2009, s. 35-37)

2.6 Diagnostika bolesti

Přesná diagnostika bolesti je základem pro individualizovaný plán managementu bolesti. Rychlé vyšetření může být dostatečné u pacientů s akutní bolestí, ale u pacientů s chronickou bolestí je zapotřebí podrobné vyšetření, které zhodnotí nejen tělesné ale i psychosociální faktory. Někdy i přes nejlepší vyšetření nelze určit příčinu chronické bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 56)

Anamnéza patří mezi základní diagnostické nástroje. Nejaktuálnějšími projevy bolesti jsou nonverbální projevy, kterými pacient reaguje na bolest rychleji než slovy. Zdravotníci těmto projevům někdy věří více než verbálnímu vyjádření pacienta. (Janáčková, 2007, s. 49) Anamnéza zpravidla začíná rozhovorem s pacientem, jehož délka se odvíjí podle typu bolesti. Při zjišťování anamnézy by měla sestra poskytnout pacientovi prostor, aby mohl vlastními slovy vyjádřit, jak se cítí a jak pociťuje svoji bolest. Pacient tím vyjádří, co pro něj bolest znamená a jak se s ní dokáže vypořádat. (Gulášová, 2008, s. 44)

U pacienta, který trpí chronickou bolestí, se snažíme získat informace, které by mohly objasnit jeho pocity, myšlenky, chování a také fyziologické reakce na bolest. Důležitými faktory jsou podněty z okolí, které by mohly mít vliv na změnu bolesti. Vhodné je zjistit, jak bolest ovlivňuje mentální stav pacienta, jeho vztahy a pracovní výkony. Během rozhovoru bychom měli zhodnotit kognitivní, afektivní a behaviorální složky pacientovy bolesti. Při anamnéze zjišťujeme, jak dlouho bolest trvá, co jí předcházelo, jaká je lokalizace bolesti, zda vyzařuje a jestli jsou nějaké bezbolestné momenty. Dále se ptáme, jaké faktory bolest

ovlivňují, co ji zhoršuje nebo naopak zlepšuje. Zjišťujeme, jaký dopad má bolest na kvalitu spánku pacienta, jak ovlivňuje jeho emoce, náladu a očekávání. V anamnéze se také zaměřujeme na další onemocnění, kterými pacient trpí nebo v minulosti trpěl, ptáme se na úrazy, prodělané operace, metabolická onemocnění apod. Při získávání anamnézy využíváme také hodnotících škál. (Kolektiv autorů, 2006, s. 56-59; Fricová in Rokyta a kolektiv, 2009, s. 153)

Farmakologická anamnéza je významná při diagnostice bolesti. Měli bychom znát všechny léky, které pacient užívá a zjistit případné nežádoucí účinky a lékové alergie, které se u něj objevily. Pokud pacient užívá léky na bolest, ptáme se, jak dlouho trvá, než tyto léky zaberou a jestli je pacient s léky spokojen. Pokud pacient bere opioidy, všímáme si, zda nemá obavy ze vzniku závislosti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 57-58)

Fyzikální vyšetření začíná pozorováním pacienta. Pacient může projevovat širokou škálu chování a příznaků, které signalizují bolest, nepohodu a utrpení. Některé příznaky lze ovládnout, ale jiné jsou mimo volní kontrolu (silné pocení, dilatace zornic). Pokud diagnostické testy neprokáží žádné tělesné příčiny, bolest může být zdravotníky označena jako psychogenní. To neznamená, že pacient simuluje, jsou to reálné bolesti spojené s psychickými faktory. Často to bývají bolesti hlavy, svalů, zad, žaludku a pánevní bolesti. Pečlivým hodnocením a přehodnocováním lze docílit možnosti úspěšného managementu bolesti i u pacientů s chronickou nebo zdánlivě neléčitelnou bolestí. (Kolektiv autorů, 2006, s. 59)

2.7 Terapie bolesti

První poradna pro léčbu bolesti byla založena v roce 1961 ve Washingtonu americkým anesteziologem J. Bonicou. V této poradně řešil problémy pacientů s bolestí společně s několika dalšími lékaři různých odborností včetně psychiatra. Tato interdisciplinární spolupráce s využitím multidisciplinárních intervencí se stala celosvětovým modelem nového přístupu k bolesti. Léčebné postupy lze rozdělit na tzv. **invazivní** a **neinvazivní**. Mezi invazivní metody řadíme subarachnoidální podání léků, epidurální anestezie, blokády periferních nervů a neurochirurgické metody. Neinvazivní metody zahrnují farmakoterapii, psychoterapii a fyzikální terapii. (Janáčková, 2007, s. 74-75)

Bolest, která je nekontrolovatelná nebo špatně kontrolovatelná negativně ovlivňuje tělesné i duševní zdraví pacienta. Bolest může být velmi obtížné léčit, proto bylo vyvinuto mnoho

farmakologických i nefarmakologických metod pro všechny typy bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 65)

Léčba **akutní bolesti** se odvíjí od intenzity bolesti, kterou pacient udává. Pacient by měl být informován o farmakologických i nefarmakologických možnostech tlumení bolesti. Při farmakologické léčbě bolesti se používají neopioidní analgetika, opioidy, adjuvantní analgetika nebo anestetika. Příkladem nefarmakologické terapie je relaxace. Při neléčené akutní bolesti hrozí riziko vzniku **chronické bolesti**, která se léčí velmi špatně a zdlouhavě. Při léčbě chronické bolesti obvykle nestačí pouze jedna farmakologická intervence. (Kolektiv autorů, 2006, s. 142-144, 170; Fricová in Rokyta a kolektiv, 2009 s. 32)

Komplexní onkologická léčba také zahrnuje terapii **nádorové bolesti**. Principem protinádorové (kauzální) terapie je zmenšení nebo odstranění nádoru pomocí chirurgických metod, chemoterapie, radioterapie, apod. Největší význam v praxi mají metody chirurgické (přímé odstranění nádoru) a radioterapie (zevní ozáření kostních metastáz). Symptomatická léčba má vliv na vznik, vedení a vnímání bolesti. Tyto postupy nemají na nádorové buňky vliv. Primárním pilířem léčby bolesti u onkologických onemocnění je farmakoterapie. Základní pravidla a postupy farmakologické terapie nádorové bolesti se neliší od postupů při léčbě nenádorové chronické bolesti. Charakter nádorové bolesti má specifický vliv na způsob, jakým pacient vnímá a zvládá svou bolest. Volba analgetika se proto odvíjí od intenzity bolesti udávané pacientem. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 199-202)

Analgetický žebříček WHO uvádí postupně silnější analgetika v kombinaci s adjuvantní léčbou v závislosti na intenzitě a typu bolesti:

- **První stupeň** – léčba mírné bolesti neopioidním analgetikem (analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika) v kombinaci s adjuvantní léčbou;
- **Druhý stupeň** – u nemocných se středně silnou bolestí, kombinace neopioidního analgetika a tzv. slabého opioidu (Kodein, Tramadol), adjuvantní terapie;
- **Třetí stupeň** – indikace u pacientů se silnou bolestí nebo u nemocných se střední intenzitou bolesti, u kterých se nedaří zmírnit bolest léky 2. stupně žebříčku WHO, kombinace silných opioidů, neopioidních analgetik a adjuvantní léčby. (Janáčková, 2007, s. 75; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 137-141)

Farmakologická léčba bolesti zahrnuje analgetika, které lze rozdělit do dvou skupin na neopioidní a opioidní:

Neopioidní analgetika snižují tvorbu látek (prostaglandinů) zvyšujících vnímání bolesti a tím tlumí bolest. Používají se k léčbě nociceptivní a neuropatické bolesti. Do této skupiny patří **Analgetika-antipyretika**, které patří mezi nejznámější léčiva nejčastěji používaná ke snížení horečky a při nemocech z nachlazení. Analgetické účinky mají u dospělého spíše ve vyšších dávkách. Účinnou látkou je buď kyselina acetylsalicylová (Aspirin, Acylpyrin) nebo paracetamol (Paralen, Panadol, Mexalon). **Nesteroidní antiflogistika (NSA)** zajišťují dočasnou úlevu od slabé až střední bolesti. Zejména u pacientů s kostními metastázami se používají jako podpůrná léčba. Výhody těchto léků spočívají v perorálním podání, nezpůsobují dechový útlum a útlum CNS a některé jsou volně prodejné. Typickými příklady jsou ibuprofen (Ibalgin, Brufen, Nurofen) a diklofenak (Olfen, Voltaren, Dolmina).

Opioidní analgetika primárně ovlivňují CNS. Patří mezi bezpečná analgetika, které ale stejně tak jako všechny léky mají své nežádoucí účinky. Způsobují zácpu, často celkový útlum, pocit na zvracení nebo zvracení. Obavy ze vzniku závislosti jsou většinou zbytečné. Všechny tyto léky jsou dostupné pouze na recept. Nejčastěji předepisovanými **slabšími opioidy** jsou tramadol (Tralgit, Tramal) a kodein většinou v kombinaci s paracetamolem, který zvyšuje analgetický účinek (Korylan, Panadol Ultra, Ultracod). U chronických bolestí je někdy používán dihydrokodein s prodlouženým účinkem. Morfin je nejznámějším zástupcem **silných opioidů**. Podání je možné injekční formou nebo také ústy, s rychlým nástupem účinku (Sevredol) nebo s řízeným uvolňováním působícím 12 hodin (MST Continus, Vendal). V perorální formě s účinkem až 12 hodin existuje také oxykodon (Oxycontin) a hydromorfon (Palladone-SR). Fentanyl (Durogesic) nebo buprenorfin (Transtec), které jsou ve formě náplastí, zajistí tlumení bolesti až po dobu tří dnů. V injekční formě se často používá piritramid (Dipidolor) a pethidin (Dolsin).

Jestliže u některých typů bolesti nestačí neopioidní a opioidní analgetika, je třeba je kombinovat s **adjuvantními analgetiky (koanalgetika)**. Jsou to léky, které zvyšují účinek základních analgetik. Jedná se například o antidepresiva, kortikoidy, bisfosfonáty, spasmolytika, myorelaxancia a jiné. Samostatnou kapitolou jsou lokální a celková anestetika. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 83-87; Kolektiv autorů, 2006, s. 65-71)

Pokud pacient trpí silnou bolestí, je vhodné indikovat silné opioidy bez předchozího podávání slabších analgetik. Podávání analgetik postupně od prvního stupně analgetického žebříčku dle WHO vede u řady pacientů k prodloužení doby s nevhodně mírněnou bolestí. Koanalgetika jsou indikována podle charakteru bolesti a lze je kombinovat s analgetiky na všech stupních žebříčku. U trvalé bolesti je třeba podávat analgetika v pravidelných intervalech, přičemž další dávka analgetik musí být podána před znovuobjevením bolesti. Vhodné je podávat analgetika co nejméně invazivním způsobem, který poskytuje odpovídající úlevu od bolesti. Současně je důležité hodnotit účinnost podaných léků a jejich nežádoucích účinků. Je také potřeba aktivně řešit další příznaky nádorového onemocnění, kterými jsou únava, deprese, úzkost, nevolnost a další. Invazivní analgetické metody je třeba zvažovat v případě nedostatečné úlevy od bolesti při použití systémového podávání analgetik. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 202)

K nefarmakologické léčbě bolesti se řadí fyzikální terapie, psychoterapie a alternativní a doplňková léčba. Do **fyzikální terapie** je zahrnuta elektroléčba, hydroterapie, léčba teplem nebo chladem, cvičení, masáže a další metody. Cílem těchto metod je podpora zdraví a rehabilitace pacientů trpících bolestí, nemocí nebo poraněním. (Kolektiv autorů, 2006, s. 97-98; Janáčková, 2007, s. 77-79)

Psychoterapie využívá psychologické a psychofyziologické prostředky k pozitivnímu ovlivnění zdravotního stavu a kvality života pacientů. Při bolestivých stavech se využívají psychoterapeutické metody, mezi které patří sugesce, hypnóza, relaxační techniky, odpoutávající techniky nebo biologická zpětná vazba. (Janáčková, 2007, s. 77-79; Gulášová, 2008, s.60)

Alternativní a doplňkové terapie jsou metody, které výrazně rozšiřují možnosti léčby pacientů s bolestí. Jsou často vyhledávané i při jiných zdravotních problémech. Alternativní terapie se používá většinou místo analgetické léčby. Doplňková terapie kombinuje farmakoterapii například s meditací. Dalšími metodami jsou aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem, jóga nebo akupunktura. (Kolektiv autorů, 2006, s. 116-129)

Základem léčby **průlomové (epizodické) bolesti** je podání doplňkové dávky rychle působícího analgetika při současném užívání zavedené dávky léků s řízeným uvolňováním. Velikost této záchranné dávky je individuální, ale obvykle je to 5-15 % celkové denní dávky opioidu. K přechodnému zhoršení bolesti může docházet v závislosti na některých po-

hybech a činnostech (kašel, chůze, převaz chronické rány). (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, s. 142-143)

Léčebný plán musí být vytvořen přímo pro konkrétního pacienta. Obvykle je kombinována jedna nebo více léčebných strategií a využívají se jak farmakologické tak i nefarmakologické postupy. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 207)

3 ROLE SESTRY V PÉČI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S BOLESTÍ

3.1 Přístup k onkologickému pacientovi

Nemoc a bolest působí stres a emocionální tíseň. Představují pro mnoho pacientů ohrožení jejich dosavadních primárních hodnot a ohrožení obvyklého způsobu života. Pacienti trpící bolestí bývají často celkově frustrováni. Dlouhotrvající bolest ovlivňuje nálady, pocity, myšlenky, postoje, sebepojetí, sociální vztahy i existenční podmínky. Pokud jsou pacientovy bolesti zpochybněny, může to u něj vést k pocitům bezmoci a beznaděje. Z ošetrovatelského hlediska je bolest ošetrovatelskou diagnózou vyjadřující problém pacienta. (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 132; Janáčková, 2007, s. 68-69)

Nezastupitelnou roli v ošetrovatelské péči sehraává sestra, která je nápomocná pacientům při zvládání nelehké životní situace. Po potvrzení onkologické diagnózy prochází pacient těžkým obdobím, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese, na které potom navazuje fáze vyrovnání nebo odevzdanosti. Psychická podpora pacientů s onkologickou diagnózou je potřebná a vyžaduje vysokou profesionalitu. Věk i osobnostní vlastnosti nemocného hrají důležitou roli v přístupu zdravotníků k pacientům. V dospělosti mají pacienti obavy ze ztráty zaměstnání, snížení ekonomického zabezpečení rodiny, ale i narušení vztahů mezi partnery. Ve stáří převládá spíše zvýšená emotivita, kdy pacienti prožívají smutek, pocity bezmoci, strachu ze samoty i smrti. Pacient potřebuje cítit podporu svého okolí, spoluúčast a zájem ze strany zdravotníků. Ti z pacientů, kteří mají silnou podporu ze strany rodiny a přátel, jsou při léčbě psychicky odolnější a mají větší motivaci k aktivnímu zapojení se do léčebného procesu. (Zacharová, 2011)

Pokud pacient neví, co se s ním bude dít, jak dlouho bude léčba trvat nebo pokud pacient nezná přesnou příčinu své bolesti, může se jeho bolest zbytečně zvyšovat. Celkovou situaci pacienta zhoršuje strach, nejistota a obavy. Sestra by svým chováním a jednáním měla obavy pacienta zmírnit. Kladný vliv na tlumení bolesti má harmonický vztah mezi nemocným a sestrou, informovanost pacienta, empatický přístup, haptický kontakt s nemocným, povzbuzování pacienta a akceptace pacienta jako sobě rovného.

K pacientovi s bolestí by sestra měla přistupovat podle těchto zásad:

- Všimnout si pacienta;

- Sledovat verbální i neverbální projevy nemocného;
- Mít dostatek času na pacienta, který sděluje svou bolest;
- Nebagatelizovat slovní stížnosti pacienta;
- Nikdy nemocnému neříkat věty typu „To Vás nemůže bolet.“, „To nic není.“ a neoznačovat pacienta slovy „simulant, hysterka, hypochondr“;
- Informovat pacienta před bolestivým zákrokem, jak dlouho bude vyšetření trvat, jak to asi bude bolet a v jakých místech;
- Chovat se důvěryhodně, empaticky;
- Posilovat aktivitu a iniciativu pacienta v boji s bolestí. (Trachtová a kolektiv, 2005, s. 139-140)

3.2 Komunikace s pacientem

Komunikace se v běžném životě řídí určitými pravidly, normami a etiketou. Ve zdravotnictví je komunikace v mnoha ohledech specifická. Sestra se v rámci ošetrovatelského procesu ptá na velmi citlivé záležitosti, dotýká se různých částí těla pacienta a také provádí bolestivé výkony. Proto je nezbytné, aby sestra uměla s pacientem vytvořit vztah založený na respektu a úctě a dokázala vytvořit pocit důvěry a bezpečí. Vytvoření tohoto vztahu je však nemožné bez efektivní komunikace. To vyžaduje předchozí vědomosti, zkušenosti, dovednosti a celoživotní vzdělávání se. Komunikace může probíhat verbálně nebo neverbálně, písemně nebo ústně, formálně či neformálně. Umění komunikovat je součástí odborné kompetence sester bez ohledu na to, kde sestra pracuje. Aby komunikace byla účinná, sestra musí umět pacientovi naslouchat, vnímat ho jako celostní osobnost, respektovat jeho názory a dokázat odhadnout jeho reakce. (Špatenková a Králová, 2009, s. 7-9; Gulášová, 2008, s. 85)

Neverbální komunikace, neboli komunikace beze slov, je definována jako řeč těla a obvykle doprovází verbální komunikaci. „Autorem nejčastěji používaného členění je Jaro Křivohlavý. Ten říká, že v neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme:

- *Výrazem obličeje – mimika;*
- *Přiblížením a oddálením – proxemika;*
- *Dotekem – haptika;*

- *Fyzickým postojem – posturologie;*
- *Pohybem – kinezika;*
- *Gesty;*
- *Pohledy;*
- *Úpravou zevnějšku.“*

Verbální komunikace probíhá pomocí slov. Jde o sdělování informací, které aby byly srozumitelné, musí být jasné co a jak chceme říct. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 39-41; Špatenková a Králová, 2009, s. 28, 35)

Pro všeobecné sestru je v rozhovoru s pacientem důležité následující:

- Úcta – projev toho, že si pacienta vážíme jako rovnocenného člověka v rozhovoru;
- Důvěryhodnost – vlastním správným chováním můžeme pacienta přesvědčit, že nám může důvěřovat;
- Ochota nejen přijímat, ale i dávat – pokud chceme, aby nám pacient v rozhovoru naslouchal, musíme také naslouchat my jemu;
- Ochota odložit masku – nehrát si na někoho jiného, nepředstírat a nezastírat skutečnosti, nebát se o vlastní pověst;
- Připravenost ke změnám a revizi postojů – jde o ochotu nelpět na svých vlastních postojích;
- Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru – pokud je nějaký problém v komunikaci, nebát se hledat příčinu a snažit se ji odstranit;
- Přátelská atmosféra – vzájemným přijetím se snažit o její vytvoření. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 29)

Některé vztahy mezi zdravotnickým personálem a pacienty mohou trvat pouze krátce, několik minut nebo pár hodin. Jiné ale trvají až týdny, měsíce nebo dokonce roky. Bez ohledu na délku kontaktu s pacientem by ho sestra vždy měla aktivně naslouchat, projevovat vůči osobnosti pacienta respekt, autentičnost, empatii, zájem, podporu, důvěru a důvěrnost. Projevit respekt k pacientovi lze jednoduchými kroky:

- Představit se pacientovi jménem a pracovním zařazením, vždy nosit jmenovku;

- Zeptat se pacienta, jak si přeje být osloven;
- Zajistit pacientovi pohodu a soukromí;
- Informovat pacienta o průběhu každého výkonu;
- Při provádění výkonů být vždy velmi taktní a citliví;
- Komunikovat s pacientem tak, abychom si byli jistí, že nás rozumí a chápe, co je mu sdělováno. (Špatenková a Králová, 2009, s. 22-23; Gulášová, 2008, s. 86)

Péče o pacienty, kteří jsou dlouhodobě nemocní, se mnohdy stává letitou záležitostí. Zdravotnický personál si vytváří vztah jak k samotnému pacientovi, tak i k jeho rodině. Závažné onemocnění je charakterizováno změnami v sociální, tělesné a psychické oblasti. Pacient mnohdy tráví více času v nemocničním zařízení než doma. Nemoc bývá doprovázena řadou nepříjemných symptomů. Jedním z nejčastějších je bolest. Velice důležité je přijmout pacientův popis a interpretaci bolesti a vyjádřit svůj postoj vůči pacientovi, který by měl být akceptující a nedevalvující. Sestra musí dát pacientovi najevo, že ho chápe a věří mu, jinak se pacient bude cítit nerespektovaný a nebude ochotný sdílet otevřeně své pocity. Tolerance bolesti kolísá v souvislosti se zdravotním stavem pacienta, charakterem bolesti, psychickým stavem a liší se také v různých životních obdobích. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 107; Špatenková a Králová, 2009, s. 93)

Pro efektivní verbální komunikaci by sestra měla pozorně naslouchat pacientovým verbálním i neverbálním projevům, projevovat svůj zájem, brát přání pacienta s plnou vážností a respektovat je, být pozitivní, vybízet pacienta, aby mluvil o tom, co ho trápí, všimnout si celkového stavu pacienta, respektovat pacientovo soukromí, komfort a důstojnost, nenuťt pacienta do komunikace, vyhýbat se mechanickým odpovědím, používat laskavý humor pro vyjádření radosti, optimismu, naděje a usmívat se. Sestra by také neměla zapomínat na význam mlčení, protože méně někdy může znamenat více a při komunikaci jde více o kvalitu než-li o kvantitu. Naopak by se sestra při komunikaci s pacientem měla vyvarovat chování, které by rozhovor negativně ovlivňovalo. Strach, že se s pacientem neshodne, namyšlenost, manipulace, pochyby o sobě i druhých, ztuhlost, nepochopení významu používaných slov, příliš velké očekávání, spěch nebo nezralost osobnosti patří k faktorům, které rozhovor brzdí. Také další nešvary jako je přikazování, moralizování, souzení, kritika, obviňování, podceňování pacienta, ironie nebo nevhodný humor komplikují verbální

komunikaci s pacientem. Chybná nebo nezvládnutá komunikace může vést až k poškození pacienta. (Špatenková a Králová, 2009, s. 36-37, 56, 123)

Spokojený pacient je cílem komunikace ve zdravotnictví. Pokud je zdravotník přátelský, informuje pacienta, akceptuje ho, naslouchá a zajímá se o něj, spokojenost pacienta roste. (Janáčková, 2007, s. 136)

3.3 Ošetřovatelská péče

Pacient přijatý na onkologické oddělení nikdy nemá pouze jeden ošetřovatelský problém. Přítomnost onkologického onemocnění výrazně ovlivňuje psychiku nemocného, ale také celou jeho fyziologii. Jedná se o obrovský zásah do života pacienta i jeho rodiny. Sestra může výrazně přispět ke zvládnutí nové životní situace svou edukační činností. Práce sestry na onkologickém oddělení je náročná a vyžaduje zodpovědnost, komunikativnost, empatii a lásku k člověku a svému povolání. (Palková a Dimunová, 2013)

3.3.1 Podávání léků

Cytostatika jsou ředěna v centrální přípravně za přísného dodržování bezpečnostní předpisů. Při ředění cytostatik se používá tzv. uzavřený systém. Systém pracuje bez otevřeného spojení mezi vnitřním a vnějším prostředím. Podávání cytostatik probíhá na pokojích pacientů přes intravenózní kanylu, kterou je pacientovi zavedena. Nejvhodnějším místem pro aplikaci kanyly je střed předloktí. Aby nedošlo k paravazálnímu podání cytostatik, které by způsobilo nekrózu okolní tkáně, musí sestra neustále kontrolovat průběh podávané infuze a poučit pacienta, aby oznamoval jakoukoli změnu. Pokud ale dojde k úniku cytostatika do podkoží, aplikace musí být okamžitě ukončena, sestra musí informovat lékaře, odsát roztok z kanyly, podat antidotum, přiložit studený obklad a netlačit na postižené místo, aby nedošlo k šíření roztoku do okolní tkáně. Pacientům jsou podávány také léky ve formě tablet, ale převažuje podávání léčiv i.v., i.m. nebo s.c. cestou. (Křčálová in Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 186; Palková a Dimunová, 2013)

3.3.2 Péče o hygienu

Ke každému pacientovi musí sestra přistupovat individuálně a taktně a provádět hodnocení celkové úpravy a vzhledu nemocného. Hygieně musí předcházet rozhovor s pacientem, kde a jak bude hygiena probíhat. Sestra si všímá každé změny na kůži (otoky, defekty, turgor), mobility a spolupráce pacienta, zaměřuje se na predilekční místa a na již vzniklé dekubity,

všímá si hydratace, přítomnost sekretů a exkretů na kůži, poruch kožní integrity, inkontinence, poruch termoregulace, změny na sliznici dutiny ústní i chování pacienta apod. Musí být respektováno soukromí pacienta, zajištěna bezpečnost a přítomnost všech pomůcek k hygieně. Pacientům po radioterapii by sestra měla věnovat zvýšenou pozornost. Může u nich vzniknout poškození kůže jako důsledek ozařování – radiodermatitida. Kůže může být začervenalá a mokvající. Důležité je předcházet mechanickému i chemickému dráždění. Nemokvající kůži je vhodné promazávat po dvou hodinách od ozařování. Sestra musí dbát na prevenci zanesení infekce a řídit se dle standardu při ošetřování narušené kožní integrity. (Palková a Dimunová, 2013; Procházková, 2013)

3.3.3 Péče o výživu a vyprazdňování

Po dobu chemoterapie a radioterapie dochází k narušení příjmu potravy u většiny pacientů. Až 80 % pacientů trpí nádorovou kaxechií, proto je nutné provádět nutriční screening a sledovat pacienty. Mohou trpět nechutenstvím, nauzeou, zvracením, průjmy, zácpou, poruchami činnosti trávení. Příčinou nechutenství může být bolest v dutině ústní, únava, odpor k jídlu, pocity plnosti, vymizení chuťových vjemů. Nevolnost a zvracení lze regulovat dodržáním režimových opatření. Doporučené je jíst v malých dávkách, častěji, vyhýbat se tučnému a smaženému jídlu, dávat přednost nízkotučným jídlům, zelenině, ovoci, mléku a mléčným výrobkům. Vhodné je cucání kostek ledu a zmrazené nápoje. Tekutiny by se měly přijímat až po jídle, nikoli zároveň s ním. Nejsou vhodné perlivé vody a neředěné džusy. Pacient by měl vyloučit konzumaci kávy a alkoholu. V případě přetrvávající nevolnosti by pacient měl užít antiemetika, která mu jsou předepsána lékařem. Pokud pacient jí příliš málo a větší porce nesnese, přichází na řadu přídatky ve formě sippingu (Nutridrink, Isosource). Pacienti mohou trpět zácpou nebo průjmy. Opioidy, antiemetika, snížená mobilita, dehydratace nebo překážka v trávicím traktu mohou způsobit zácpu. Naopak cytostatika, dlouhodobá léčba antibiotiky nebo dietní chyby způsobují průjmy. Sestra by pacienta měla edukovat o dostatečném pitném režimu, vhodných a nevhodných potravinách a denně monitorovat stolici u každého onkologického pacienta. (Palková a Dimunová, 2013; Navrátilová, 2010)

3.3.4 Rehabilitace a polohování

Jako prevence svalových kontraktur a dekubitů má u imobilních pacientů význam správné polohování spojené s rehabilitací. Lůžko pro imobilního pacienta by mělo být polohovací a mít antidekubitní matraci. Pro efektivní polohování sestra musí zajistit pomůcky a řídit

se polohovacím plánem, který konzultuje s fyzioterapeutem. Sestra obeznámí pacienta o výkonu a s pomocí dalšího personálu polohuje pacienta každé 2-3 hodiny. Všechny pozitivní i negativní změny sestra zaznamenává a hlásí lékaři. (Palková a Dimunová, 2013)

3.3.5 Péče o psychický stav pacienta a spánek

Sestra by měla být neustále v kontaktu s pacientem. Měla by využívat své komunikační dovednosti, aby komunikace byla účelná a efektivní. Empatickým přístupem si sestra může získat důvěru pacienta a zvýšit jeho ochotu spolupracovat. Psychickou pohodu ovlivňuje také informovanost pacienta a bolest. Pacient by dle svého stavu měl mít v nemocnici prostor pro seberealizaci a uspokojování svých potřeb, mezi které mohou patřit i duchovní potřeby. Sestra by neměla ovlivňovat přístup a vztah pacienta k víře, měla by respektovat jeho vyznání a pomoci mu najít duchovní pohodu, například prostřednictvím naděje, upevnění víry, čtení duchovní literatury nebo meditace. Pacient, pokud si to přeje, by měl mít zajištěný kontakt s knězem. Duchovní péče by měla být součástí všech ošetrovatelských intervencí.

Někteří onkologičtí pacienti mají problémy se spánkem, které mohou být způsobeny nemocničním prostředím, spolupacienty, nevyhovujícím lůžkem, strachem a obavami ze samotného onemocnění a léčby, strachem z budoucnosti, bolestmi nebo nežádoucími účinky léků. Sestra má za úkol zmapovat příčiny zhoršené kvality spánku, odstranit rušivé momenty a edukovat pacienta o nejvhodnějším večerním režimu a relaxačních metodách, omezit spánek pacienta během dne, aktivizovat pacienta. Před spánkem je vhodné důkladně vyvětrat místnost, případnou medikamentózní léčbu konzultovat s lékařem. (Palková a Dimunová, 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit intenzitu, lokalizaci, kvalitu, časový průběh a ovlivnitelnosti bolesti u onkologických pacientů

Cíl 2

Zjistit vliv bolesti na běžné denní aktivity onkologických pacientů

Cíl 3

Zjistit účinnost léčby bolesti u onkologických pacientů

Cíl 4

Zmapovat přístup všeobecných sester k onkologickým pacientům s bolestí

Cíl 5

Zjistit, zda všeobecné sestry využívají hodnotící škály k určení bolesti u onkologických pacientů

4.2 Metoda práce

Průzkum byl realizován pomocí dvou metod. U všeobecných sester byla zvolena kvantitativní metoda formou nestandardizovaného dotazníku (viz Příloha P VII). Dotazníkem je možno získat větší množství dat od více respondentů za krátký čas. U pacientů byla použita kvalitativní metoda ve formě polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha P VIII).

Dotazník je zcela anonymní a obsahuje celkem 29 otázek vztahujících se k předem stanoveným cílům. V úvodu dotazníku jsou respondenti seznámeni s tématem a účelem prováděného průzkumu a s pokyny k vyplnění dotazníku.

Otázky č. 1 – 5 slouží k získání osobních údajů o respondentovi. Otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 14 se vztahují k cíli č. 1. K cíli č. 2 se vztahují otázky č. 23, 24, 25, 26. Otázky č. 19, 20, 21, 28 jsou zaměřeny na cíl č. 3. K cíli č. 4 se vztahují otázky č. 17, 18, 22, 27, 29 a k cíli č. 5 otázky č. 6, 7, 13, 15, 16. Dotazník obsahuje převážně uzavřené otázky (č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 27), polootevřené otázky (č. 8, 13, 15, 19,

25, 26), otevřené otázky (č. 4) a k otázkám č. 18 a č. 28 jsou doplněny otevřené otázky pro případ odpovědi „ne“.

Rozhovor obsahoval celkem 17 otázek. Otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 7 se týkaly cíle č. 1. K cíli č. 2 se vztahovaly otázky č. 14, 15, 16. Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na cíl č. 3, otázky č. 10, 13, 17 na cíl č. 4 a otázky č. 2, 8, 9 se týkaly cíle č. 5. Otázky byly podle potřeby pacientům vysvětleny.

4.3 Organizace šetření a charakteristika průzkumné skupiny

Průzkum byl zaměřen na všeobecné sestry onkologických oddělení a hospiců a na onkologicky nemocné pacienty s bolestí. Pro získání potřebných dat k praktické části bakalářské práce bylo osloveno celkem 9 pracovišť, z toho 4 onkologické oddělení a 5 hospicových zařízení. Rozdání dotazníků všeobecným sestřím bylo umožněno na 4 pracovištích, kterými byly Komplexní onkologické centrum v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a.s., Hospic Hvězda v Malenovicích ve Zlíně, Onkologické oddělení ve Fakultní nemocnici v Olomouci a Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí. Na onkologických odděleních bylo rozdáno 38 dotazníků a 28 dotazníků bylo distribuováno v hospicích. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 66. Z daného počtu bylo vráceno 62 dotazníků, 35 dotazníků z onkologických oddělení a 27 dotazníků z hospicových zařízení. Návratnost tedy činila 94 %. Na onkologickém oddělení ve Zlíně byli osloveni 3 pacienti. Všichni z oslovených pacientů byli ochotni poskytnout rozhovor.

4.4 Realizace průzkumu

Průzkum prostřednictvím dotazníků probíhal od března do dubna. Dotazníky byly rozdány na pracovištích osobně nebo poslány poštou. Průzkumné dotazníkové šetření probíhalo za úzké spolupráce s vrchními sestrami každého pracoviště.

Rozhovory s onkologickými pacienty s bolestí probíhaly na pokojích Komplexního onkologického centra v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a.s. při zajištění soukromí. Pacienti byli seznámeni s průběhem rozhovoru a podepsali informovaný souhlas o poskytnutí rozhovoru.

4.5 Zpracování získaných dat

Získané údaje z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů a doplněny slovním komentářem. Výsledky byly uvedeny v absolutní a relativní četnosti.

Absolutní četnost (n) je vyjádření statistických jednotek v podobě počtu. V tabulkách označována jako AČ. Relativní četnost (%) je vyjádřena poměrem příslušné četnosti absolutního a celkového rozsahu souboru. V tabulkách označována jako RČ.

Všechny 3 rozhovory s onkologickými pacienty s bolestí byly vyhodnoceny společně a doplněny slovním komentářem. Respondenti byli označeni jako R1, R2 a R3. Jedná se o autentický přepis rozhovorů. Pohlaví a počet respondentů bylo znázorněno pomocí tabulky.

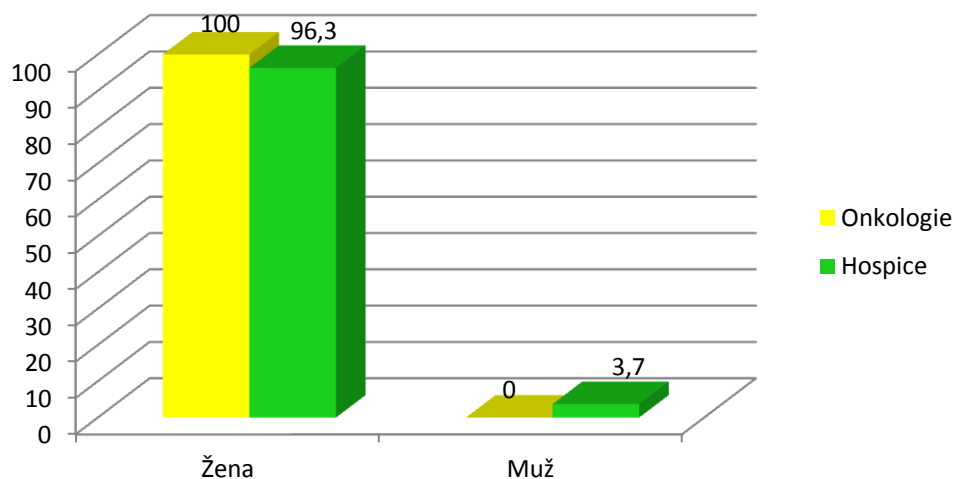
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

1) Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Žena	35	100	26	96,30
Muž	0	0	1	3,70
Celkem	35	100	27	100



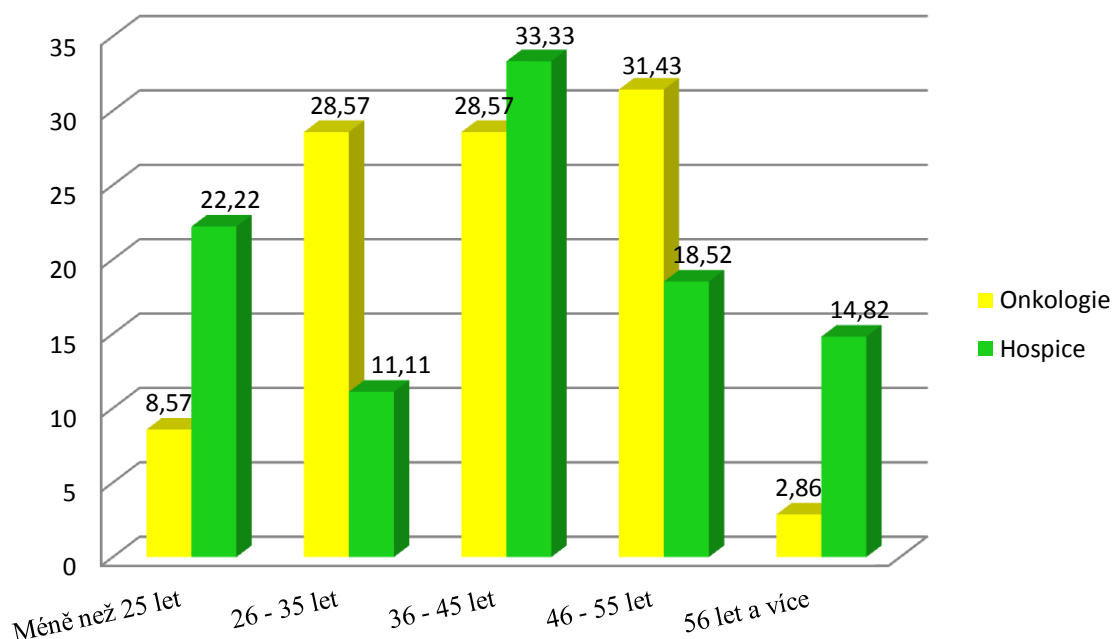
Graf 1 Pohlaví respondentů

Komentář: Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 35 žen (100 %) z onkologických oddělení a 26 žen (96,3 %) z hospicových zařízení. Mezi oslovenými respondenty byl pouze 1 muž (3,7 %) pracující v hospicovém zařízení.

2) Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Méně než 25 let	3	8,57	6	22,22
26 - 35 let	10	28,57	3	11,11
36 - 45 let	10	28,57	9	33,33
46 - 55 let	11	31,43	5	18,52
56 let a více	1	2,86	4	14,82
Celkem	35	100	27	100



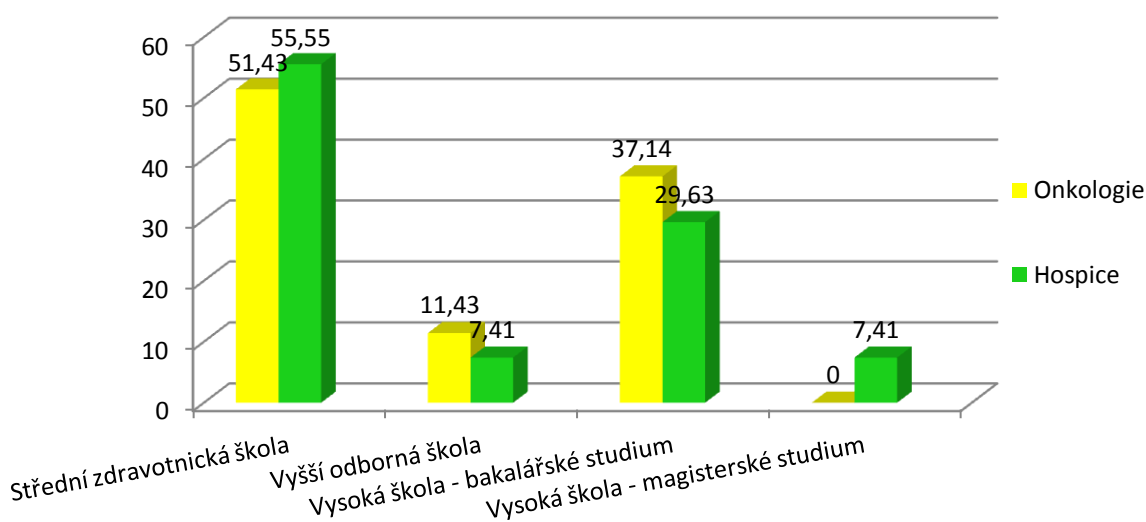
Graf 2 Věk respondentů

Komentář: Věk respondentů byl uspořádán do 5 věkových kategorií. Z celkového počtu 35 všeobecných sester pracujících na onkologických oddělení se do nejmladší věkové kategorie méně než 25 let zařadily pouze 3 sestry (8,57 %), do kategorie 26 – 35 let 10 sester (28,57 %), 10 sester (28,57 %) je ve věku 36 – 45 let, do věkové kategorie 46 – 55 let spadá 11 sester (31,43 %) a do nejstarší věkové kategorie se zařadila pouze 1 sestra (2,86 %). V hospicových zařízení pracuje 6 sester (22,22 %) mladších 25 let, 3 sestry (11,11%) věkového rozmezí 26 - 35 let, 9 sester (33,33 %) věkové kategorie 36 – 45 let, 5 sester (18,52 %) ve věku od 46 do 55 let a 4 sestry (14,82 %) ve věku 56 let a více.

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Střední zdravotnická škola	18	51,43	15	55,55
Vyšší odborná škola	4	11,43	2	7,41
Vysoká škola - bakalářské studium	13	37,14	8	29,63
Vysoká škola - magisterské studium	0	0	2	7,41
Celkem	35	100	27	100



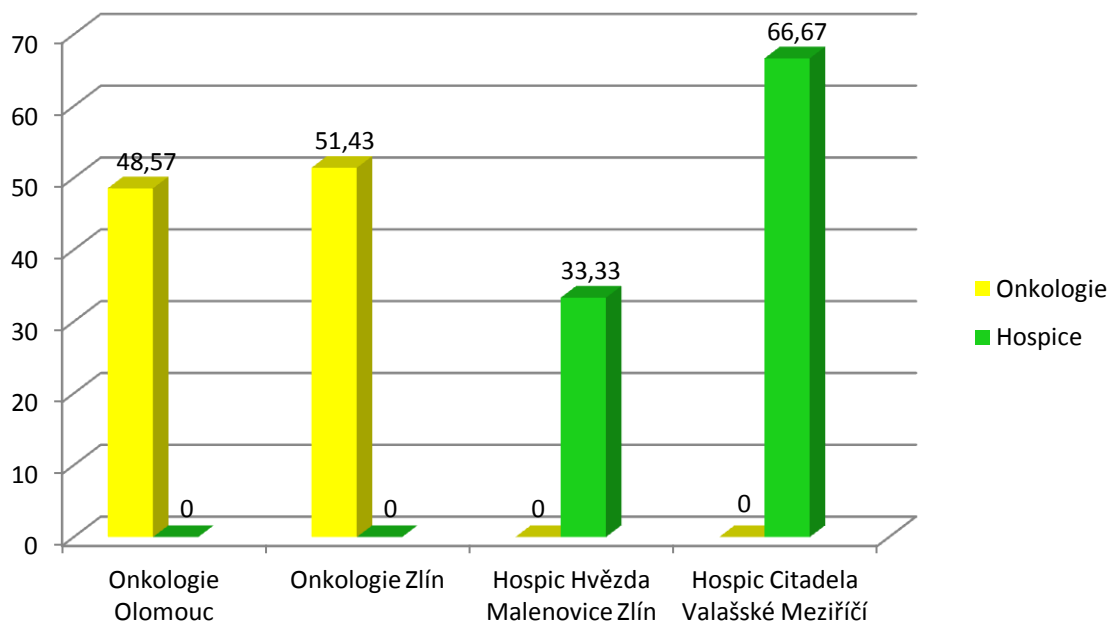
Graf 3 Vzdělání respondentů

Komentář: Na otázku, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, odpovědělo z onkologických oddělení 18 sester (51,43 %) střední zdravotnická škola, 4 sestry (11,43 %) vyšší odborná škola a 13 sester (37,14 %) vysoká škola – bakalářské studium. Na onkologických odděleních nepracuje žádná sestra s magisterským vzděláním. Střední zdravotnickou školu vystudovalo v hospicových zařízeních 15 sester (55,55 %), vyšší odbornou školu absolvovaly 2 sestry (7,41 %), 8 sester označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání bakalářské studium a 2 sestry (7,41 %) označily jako nejvyšší dosažené vzdělání magisterské studium.

4) Vaše nynější zaměstnání?

Tabulka 4 Zaměstnání respondentů

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Onkologie Olomouc	17	48,57	0	0
Onkologie Zlín	18	51,43	0	0
Hospic Hvězda Malenovice Zlín	0	0	9	33,33
Hospic Citadela Valašské Meziříčí	0	0	18	66,67
Celkem	35	100	27	100



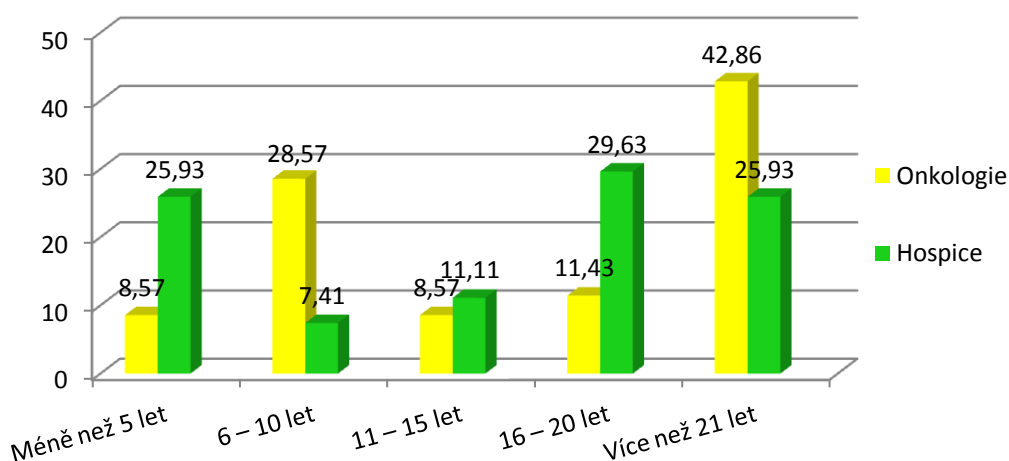
Graf 4 Zaměstnání respondentů

Komentář: Z celkového počtu 35 oslovených respondentů z onkologických oddělení pracuje 17 sester (48,57 %) na onkologickém oddělení v Olomouci a 18 sester (51,43 %) na onkologickém oddělení ve Zlíně. V hospicových zařízení bylo osloveno celkem 27 respondentů. Z tohoto počtu pracuje 9 sester (33,33 %) v Hospici Hvězda v Malenovicích ve Zlíně a 18 sester (66,67 %) v Hospici Citadela ve Valašském Meziříčí.

5) Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Tabulka 5 Délka praxe ve zdravotnictví

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Méně než 5 let	3	8,57	7	25,93
6 – 10 let	10	28,57	2	7,41
11 – 15 let	3	8,57	3	11,11
16 – 20 let	4	11,43	8	29,63
Více než 21 let	15	42,86	7	25,93
Celkem	35	100	27	100



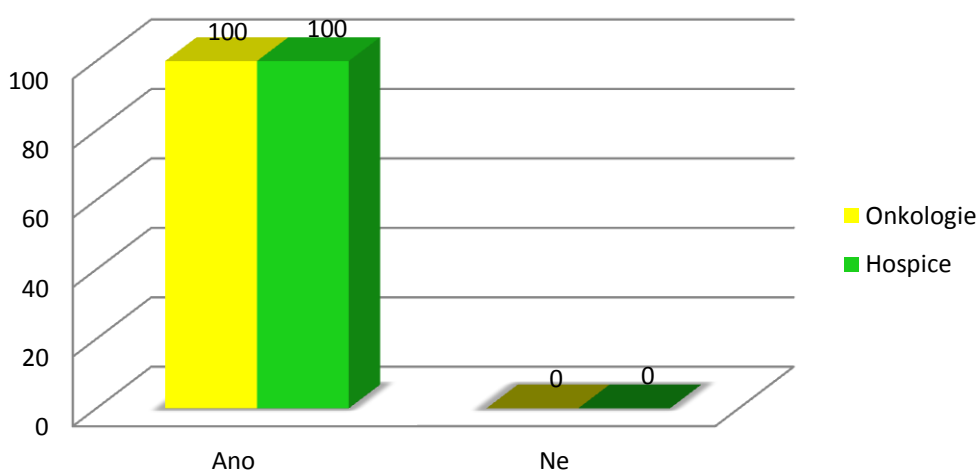
Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

Komentář: Méně než 5 let pracují ve zdravotnictví 3 sestry (8,57 %) onkologických oddělení. Odpověď 6 – 10 let praxe ve zdravotnictví označilo 10 sester (28,57 %). 11 – 15 let pracují ve zdravotnictví 3 sestry (8,57 %) a 16 – 20 let 4 sestry (11,43 %). Největší skupinou respondentů z onkologických oddělení bylo 15 sester (42,86 %), které pracují ve zdravotnictví více než 21 let. V hospicových zařízeních pracuje ve zdravotnictví méně než 5 let 7 sester (25,93 %). 2 sestry (7,41 %) označily jako délku své praxe 6 – 10 let. Odpověď 11 – 15 let délky praxe ve zdravotnictví označily 3 sestry (11,11 %). 8 sester (29,63 %) označilo možnost 16 – 20 let délky praxe ve zdravotnictví a 7 sester (25,93 %) pracuje ve zdravotnictví více než 21 let.

6) Je podle Vás důležité sledování a hodnocení bolesti u onkologických pacientů?

Tabulka 6 Důležitost sledování a hodnocení bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	35	100	27	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



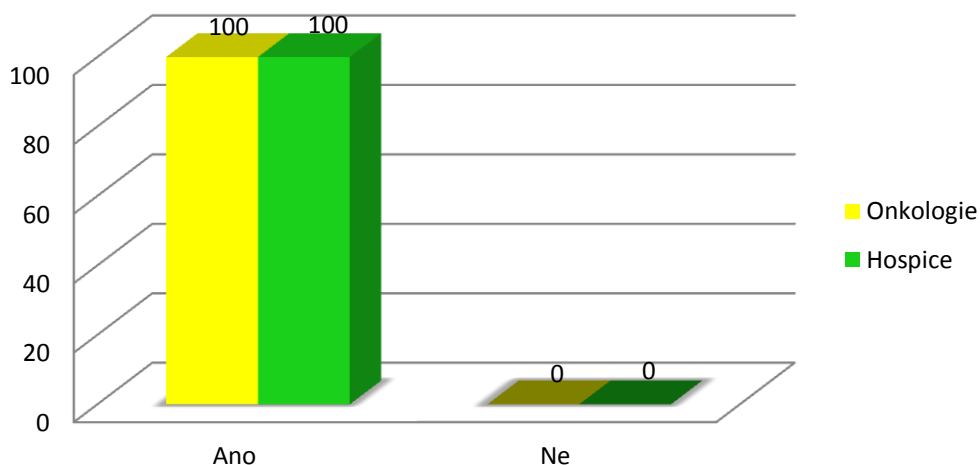
Graf 6 Důležitost sledování a hodnocení bolesti

Komentář: Všech 35 respondentů (100 %) onkologických oddělení odpovědělo na tuto otázku „ano“. Stejně tak všech 27 respondentů (100 %) hospicových zařízení zvolilo jako odpověď na tuto otázku možnost „ano“.

7) Sledujete a hodnotíte bolest u pacienta?

Tabulka 7 Sledování a hodnocení bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	35	100	27	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



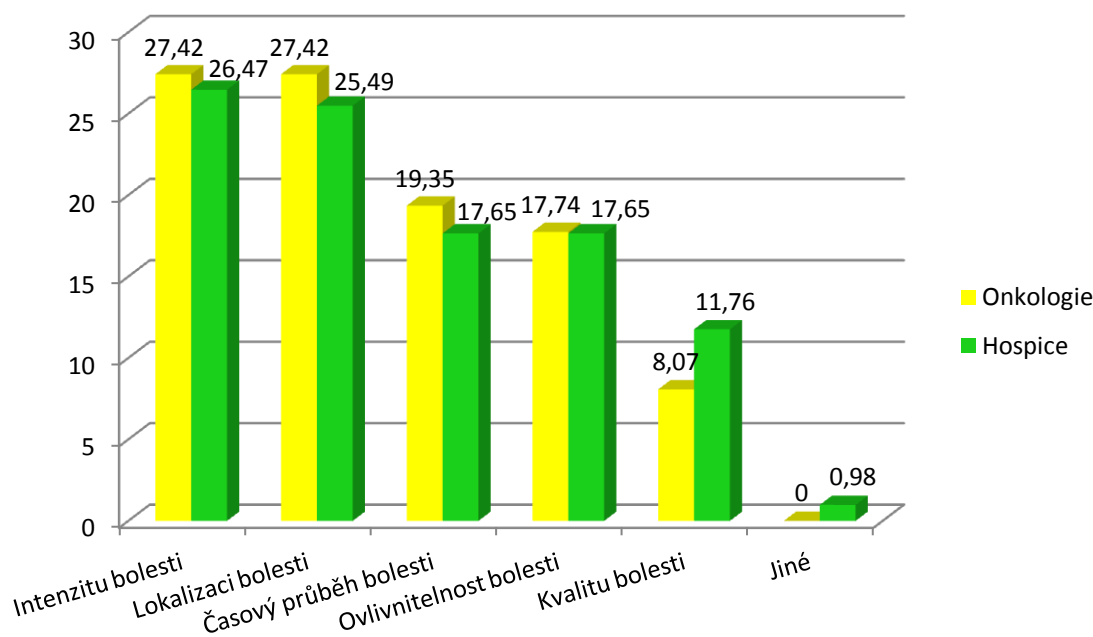
Graf 7 Sledování a hodnocení bolesti

Komentář: Všech 35 oslovených respondentů (100 %) onkologických oddělení na tuto otázku odpovědělo „ano“. Stejně tak 27 respondentů (100 %) hospicových zařízení zvolilo jako odpověď na tuto otázku možnost „ano“.

8) Jaké aspekty bolesti u pacienta zjišťujete? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 8 Aspekty bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Intenzitu bolesti	34	27,42	27	26,47
Lokalizaci bolesti	34	27,42	26	25,49
Časový průběh bolesti	24	19,35	18	17,65
Ovlivnitelnost bolesti	22	17,74	18	17,65
Kvalitu bolesti	10	8,07	12	11,76
Jiné	0	0	1	0,98
Celkem	124	100	102	100



Graf 8 Aspekty bolesti

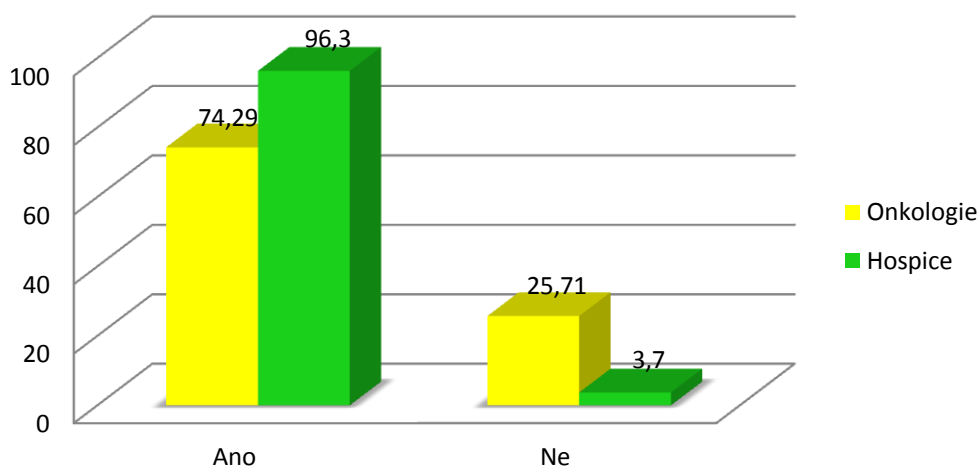
Komentář: 34 sester (27,42 %) onkologických oddělení zjišťuje intenzitu bolesti, na lokalizaci bolesti se pacienta ptá také 34 sester (27,42 %). 24 sester (19,35 %) zjišťuje časový průběh bolesti, 22 sester (17,74 %) ovlivnitelnost bolesti a 10 sester (8,07 %) se zaměřuje i na kvalitu bolesti. Možnost „jiné“ nezvolila žádná z dotazovaných sester. V hospicových zařízeních zjišťuje intenzitu bolesti 27 sester (26,42 %), 26 sester (25,49 %) se zaměřuje na lokalizaci bolesti, 18 sester (17,65 %) zjišťuje časový průběh bolesti a 18 sester

(17,65 %) se ptá na ovlivnitelnost bolesti. Na kvalitu bolesti se zaměřuje 12 sester (11,76 %). Možnost „jiné“ označila 1 sestra (0,98 %) a jako další aspekt bolesti uvedla reakce pacienta.

9) Sledujete, kdy je intenzita bolesti u pacienta největší v závislosti na denní době?

Tabulka 9 Intenzita bolesti v závislosti na denní době

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	26	74,29	26	96,30
Ne	9	25,71	1	3,70
Celkem	35	100	27	100



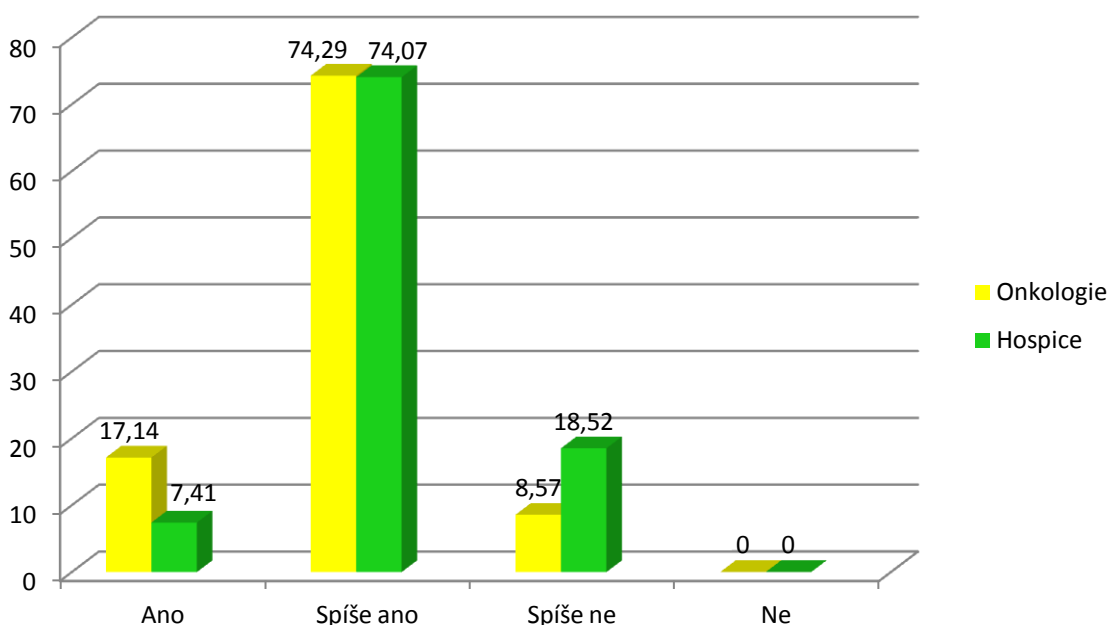
Graf 9 Intenzita bolesti v závislosti na denní době

Komentář: Z celkového počtu 35 sester onkologických oddělení sleduje intenzitu bolesti v závislosti na denní době 26 sester (74,29 %) a 9 sester (25,71 %) uvedlo, že intenzitu bolesti v závislosti na denní době nesleduje. V hospicových zařízeních z 27 sester sleduje 26 sester (96,3 %) intenzitu bolesti v závislosti na denní době a pouze 1 sestra (3,7 %) uvedla, že v závislosti na denní době intenzitu bolesti nesleduje.

10) Dokáže pacient vždy lokalizovat svou bolest?

Tabulka 10 Schopnost pacienta lokalizovat bolest

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	6	17,14	2	7,41
Spíše ano	26	74,29	20	74,07
Spíše ne	3	8,57	5	18,52
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



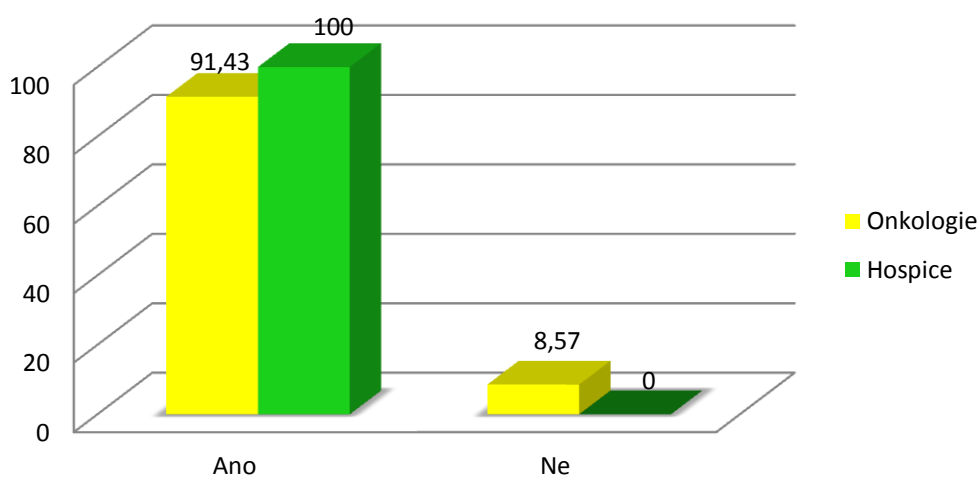
Graf 10 Schopnost pacienta lokalizovat bolest

Komentář: Na otázku, zda pacient dokáže vždy lokalizovat svou bolest, odpovědělo z 35 sester onkologických oddělení 6 sester (17,14 %) ano, 26 sester (74,29 %) spíše ano, 3 sestry (8,57 %) spíše ne. 2 sestry (7,41 %) z 27 sester hospicových zařízení odpověděla na tuto otázku ano, odpověď spíše ano zvolilo 20 sester (74,07 %) a 5 sester (18,52 %) odpovědělo na tuto otázku spíše ne.

11) Zjišťujete, za jakých okolností se bolest u pacienta zhoršuje?

Tabulka 11 Okolnosti zhoršující bolest

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	32	91,43	27	100
Ne	3	8,57	0	0
Celkem	35	100	27	100



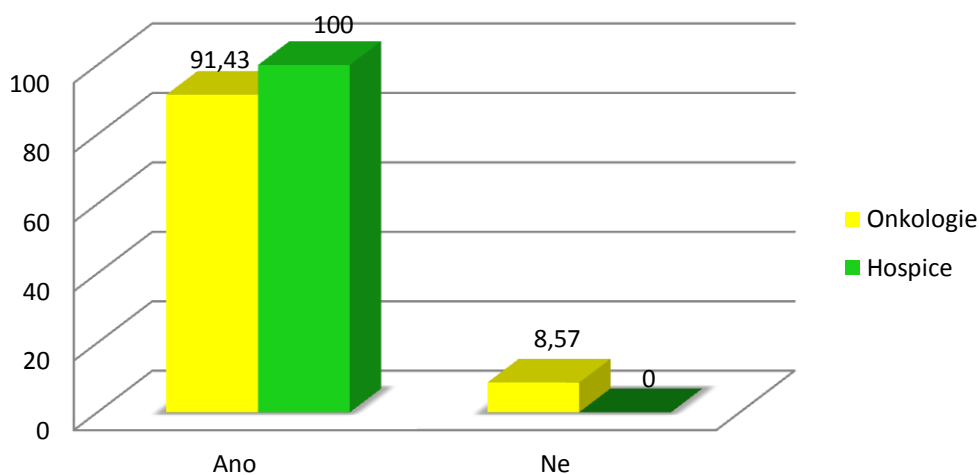
Graf 11 Okolnosti zhoršující bolest

Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení uvedlo 32 sester (91,43 %), že zjišťují, za jakých okolností se bolest u pacienta zhoršuje a 3 sestry (8,57 %) na tuto otázku odpověděly, že tyto okolnosti nezjišťují. Všechny 27 sester (100 %) hospicových zařízení uvedlo, že zjišťují okolnosti, které zhoršují pacientovu bolest.

12) Zjišťujete, za jakých okolností bolest u pacienta polevuje?

Tabulka 12 Okolnosti zmírňující bolest

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	32	91,43	27	100
Ne	3	8,57	0	0
Celkem	35	100	27	100



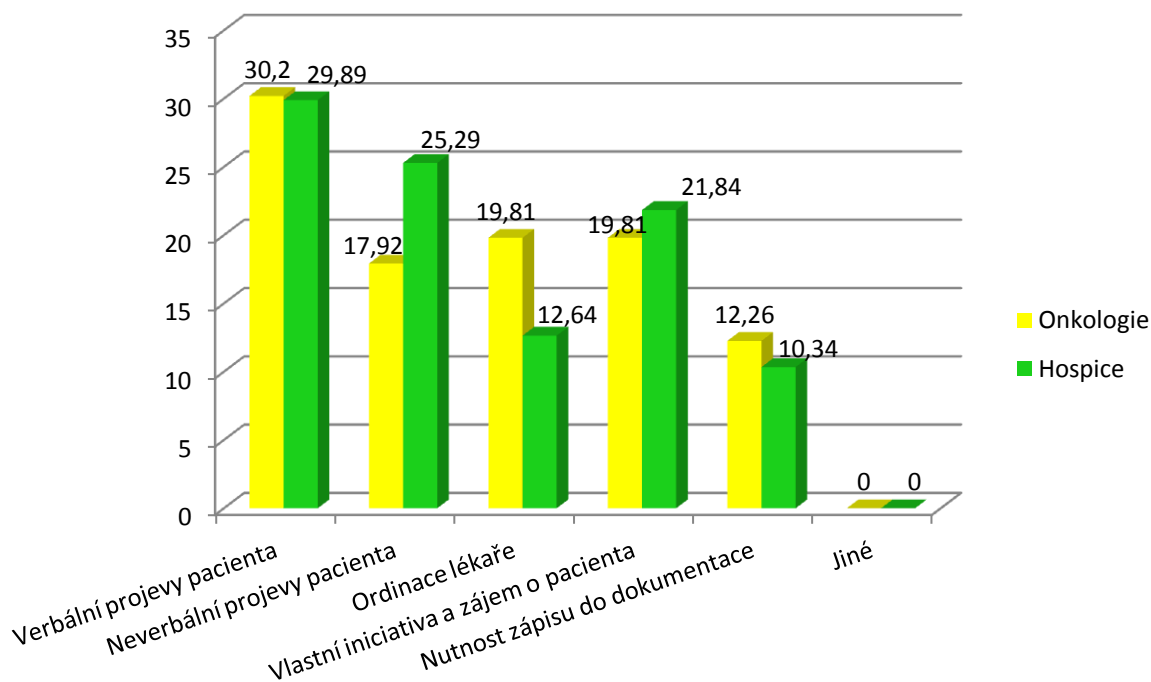
Graf 12 Okolnosti zmírňující bolest

Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení uvedlo 32 sester (91,43 %), že zjišťují, za jakých okolností bolest u pacienta polevuje a 3 sestry (8,57 %) na tuto otázku odpověděly, že tyto okolnosti nezjišťují. Všech 27 sester (100 %) hospicových zařízení uvedlo, že zjišťují za jakých okolností bolest u pacienta polevuje.

13) Co je pro Vás podnětem ke sledování a hodnocení bolesti u pacienta? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 13 Podněty ke sledování a hodnocení bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Verbální projevy pacienta	32	30,20	26	29,89
Neverbální projevy pacienta	19	17,92	22	25,29
Ordinace lékaře	21	19,81	11	12,64
Vlastní iniciativa a zájem o pacienta	21	19,81	19	21,84
Nutnost zápisu do dokumentace	13	12,26	9	10,34
Jiné	0	0	0	0
Celkem	106	100	87	100



Graf 13 Podněty ke sledování a hodnocení bolesti

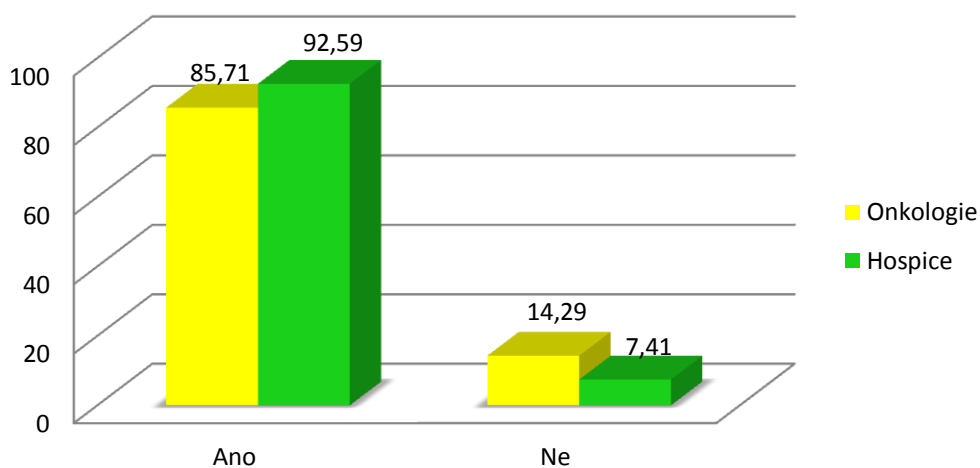
Komentář: Z grafu vyplývá, že verbální projevy pacienta jsou podnětem ke sledování a hodnocení bolesti pro 32 sester (30,2 %) z celkového počtu 35 sester onkologických oddělení. Jako podnět ke sledování a hodnocení bolesti pacienta označilo 19 sester (17,92 %) neverbální projevy pacienta, 21 sester (19,81 %) zvolilo možnost ordinace lékaře a také

21 sester (19,81 %) podnětem označilo vlastní iniciativu a zájem o pacienta. Pro 13 sester (12,26 %) je nutnost zápisu do dokumentace podnětem ke sledování a hodnocení bolesti. 26 sester (29,89 %) z 27 sester hospicových zařízení označilo podnětem ke sledování a hodnocení bolesti verbální projevy pacienta, neverbální projevy pacienta označilo 22 sester (25,29 %). Pro 11 sester (12,64 %) je podnětem ordinace lékaře, pro 19 sester (21,84 %) vlastní iniciativa a zájem o pacienta a nutnost zápisu do dokumentace je podnětem ke sledování a hodnocení bolesti pro 9 sester (10,34 %).

14) Sledujete a hodnotíte bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne?

Tabulka 14 Sledování a hodnocení bolesti opakovaně v průběhu dne

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	30	85,71	25	92,59
Ne	5	14,29	2	7,41
Celkem	35	100	27	100



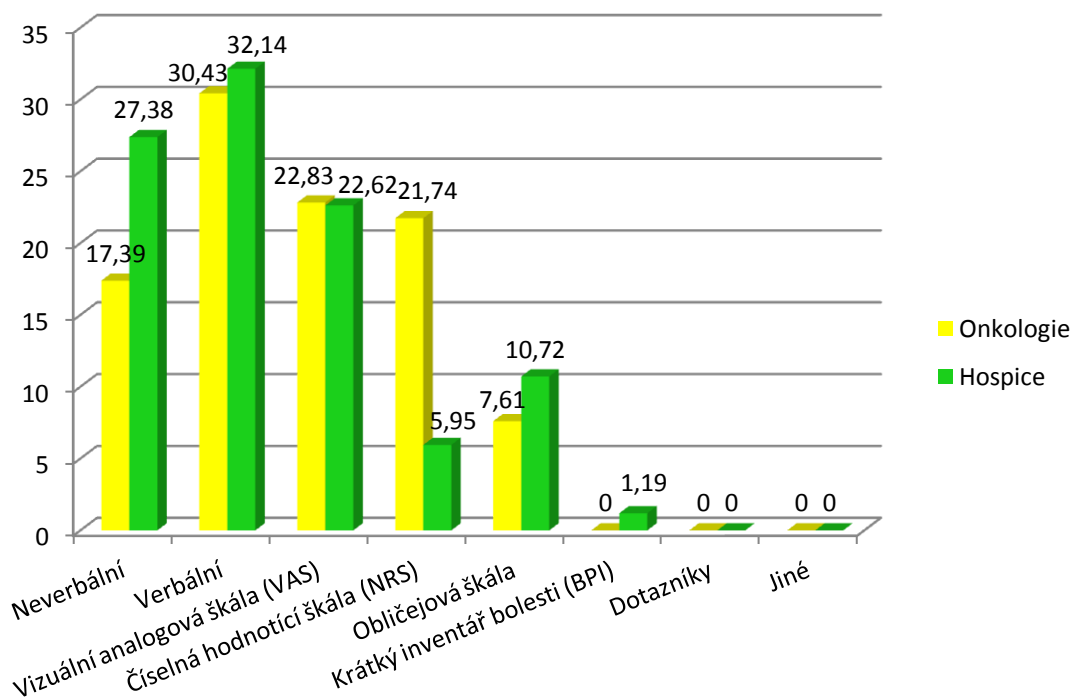
Graf 14 Sledování a hodnocení bolesti opakovaně v průběhu dne

Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení uvedlo 30 sester (85,71 %), že sledují a hodnotí bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne a 5 sester (14,29 %) na tuto otázku odpověděly, že bolest u pacienta opakovaně během dne nesledují a nehodnotí. 25 sester (92,59 %) z celkového počtu 27 oslovených sester hospicových zařízení uvedlo, že sledují a hodnotí bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne. 2 sestry (7,41 %) bolest opakovaně během dne nesledují a nehodnotí.

15) Jaké hodnotící metody ke zjištění bolesti pacienta využíváte? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 15 Hodnotící metody ke zjištění bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Neverbální	16	17,39	23	27,38
Verbální	28	30,43	27	32,14
Vizuální analogová škála (VAS)	21	22,83	19	22,62
Číselná hodnotící škála (NRS)	20	21,74	5	5,95
Obličejová škála	7	7,61	9	10,72
Krátký inventář bolesti (BPI)	0	0	1	1,19
Dotazníky	0	0	0	0
Jiné	0	0	0	0
Celkem	92	100	84	100



Graf 15 Hodnotící metody ke zjištění bolesti

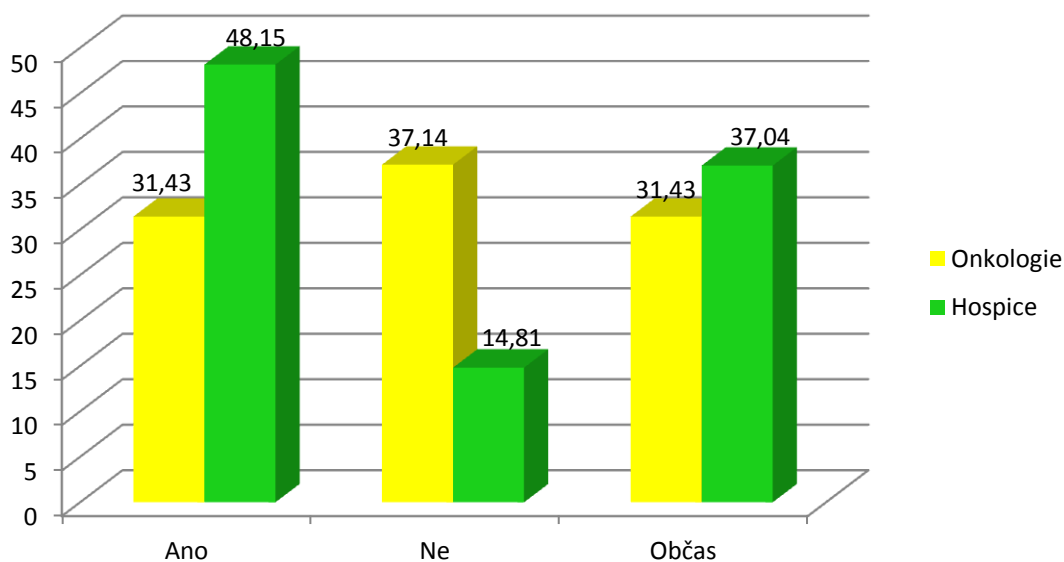
Komentář: Z grafu vyplývá, že neverbální metody ke zjištění bolesti u pacienta využívá 16 sester (17,39 %) z celkového počtu 35 sester onkologických oddělení. Verbální hodno-

tící metody využívá 28 sester (30,43 %). Metodu VAS používá 21 sester (22,83 %). 20 sester (21,74 %) využívá číselnou hodnotící škálu a 7 sester (7,61 %) obličejovou škálu. BPI, dotazníky a ani jiné metody sestry na onkologických odděleních nevyužívají vůbec. Z hospicových zařízení využívá neverbální metody 23 sester (27,38 %) z celkového počtu 27 sester. Verbální metody ke zjištění bolesti volí 27 sester (32,14 %), metodu VAS využívá 19 sester (22,62 %) a číselnou hodnotící škálu 5 sester (5,95 %). 9 sester (10,72 %) používá obličejovou škálu a pouze 1 sestra (1,19 %) využívá BPI. Dotazníky ani jiné hodnotící metody nevyužívá žádná z hospicových sester.

16) Číselný a slovní popis bolesti pacienta se občas může lišit. Kombinujete více metod k přesnějšímu určení bolesti pacienta?

Tabulka 16 Kombinace metod pro přesnější určení bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	11	31,43	13	48,15
Ne	13	37,14	4	14,81
Občas	11	31,43	10	37,04
Celkem	35	100	27	100



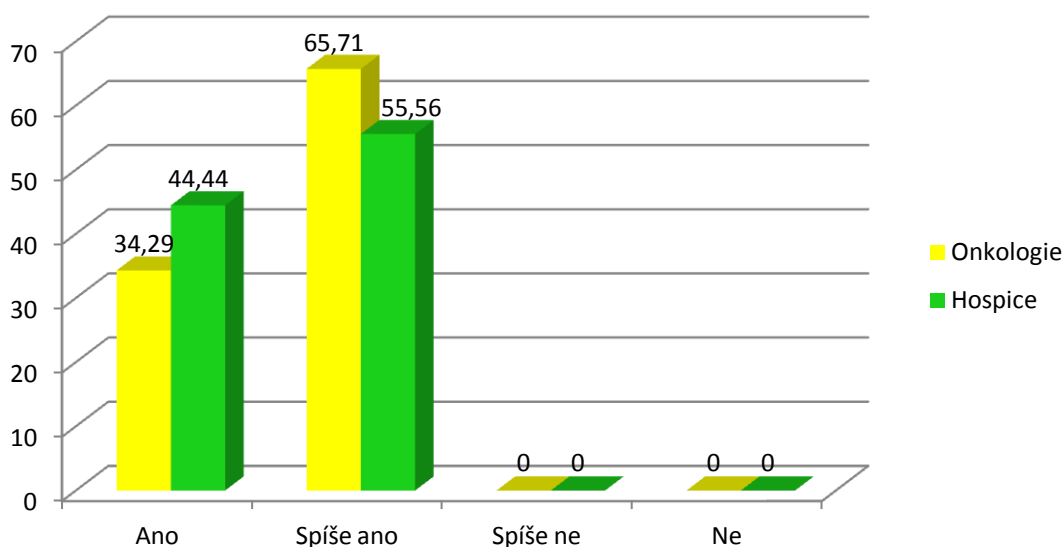
Graf 16 Kombinace metod pro přesnější určení bolesti

Komentář: 11 sester (31,43 %) z 35 oslovených sester onkologických oddělení uvedlo, že pro přesnější určení bolesti pacienta kombinují více hodnotících metod. 13 sester (37,14 %) uvedlo, že kombinaci metod nevyužívají a 11 sester (31,43 %) hodnotící metody k přesnějšímu určení bolesti u pacienta kombinuje občas. Z 27 oslovených sester hospicových zařízení jich 13 (48,15 %) kombinuje hodnotící metody, 4 sestry (14,81 %) hodnotící metody pro přesnější určení bolesti nekombinuje a 10 sester (37,04 %) občas využije kombinaci hodnotících metod.

17) Věříte pacientovu subjektivnímu popisu bolesti?

Tabulka 17 Důvěra v pacientův subjektivní popis bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	12	34,29	12	44,44
Spíše ano	23	65,71	15	55,56
Spíše ne	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



Graf 17 Důvěra v pacientův subjektivní popis bolesti

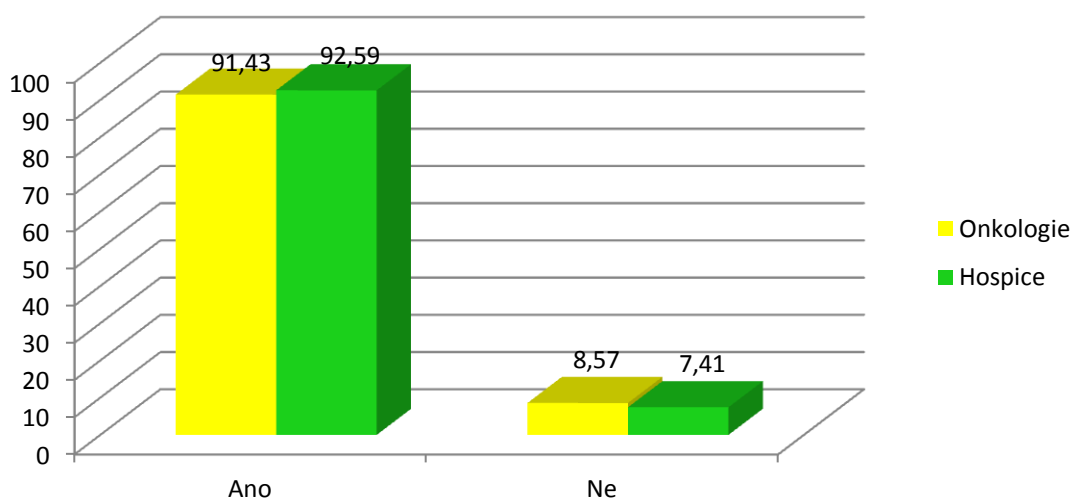
Komentář: Na otázku, zda sestry věří pacientovu subjektivnímu popisu bolesti, odpovědělo z 35 sester onkologických oddělení 12 sester (34,29 %) ano a 23 sester (65,71 %) spíše ano. 12 (44,44 %) z 27 sester hospicových zařízení odpovědělo na tuto otázku ano, odpověď spíše ano zvolilo 15 sester (55,56 %).

18) Shoduje se vždy Vámi zaznamenaná hodnota intenzity bolesti v dokumentaci se subjektivním vyjádřením pacienta?

Pokud jste na otázku č. 18 odpověděl/a „ne“, uveďte, prosím, proč?

Tabulka 18 Shoda zaznamenané intenzity bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	32	91,43	25	92,59
Ne	3	8,57	2	7,41
Celkem	35	100	27	100



Graf 18 Shoda zaznamenané intenzity bolesti

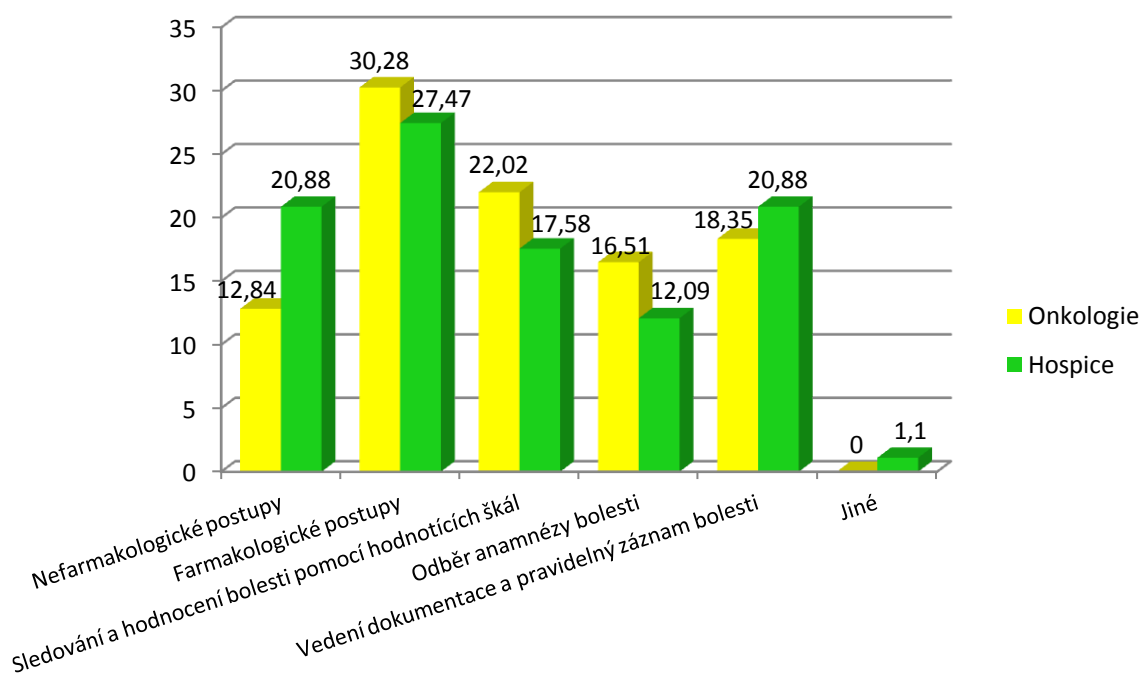
Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení uvedlo 32 sester (91,43 %), že jimi zaznamenaná hodnota intenzity bolesti v dokumentaci se vždy shoduje se subjektivním vyjádřením pacienta. 3 sestry (8,57 %) uvedly, že jejich záznam intenzity bolesti a subjektivní vyjádření pacienta se vždy neshoduje, protože pacient může být zmatený a někdy bolest lze těžko hodnotit. 25 sester (92,59 %) z celkového počtu 27 oslovených sester hospicových zařízení odpovědělo, že intenzita bolesti, kterou zaznamenaly do dokumentace se vždy shoduje se subjektivním vyjádřením pacienta. 2 sestry (7,41 %) uvedly, že jejich záznam

intenzity bolesti a subjektivní vyjádření pacienta se vždy neshoduje, protože pacient může zastírat svoji bolest.

19) Jak se podílíte na léčbě bolesti pacienta? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 19 Podíl na léčbě bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Nefarmakologické postupy	14	12,84	19	20,88
Farmakologické postupy	33	30,28	25	27,47
Sledování a hodnocení bolesti pomocí hodnotících škál	24	22,02	16	17,58
Odběr anamnézy bolesti	18	16,51	11	12,09
Vedení dokumentace a pravidelný záznam bolesti	20	18,35	19	20,88
Jiné	0	0	1	1,10
Celkem	109	100	91	100



Graf 19 Podíl na léčbě bolesti

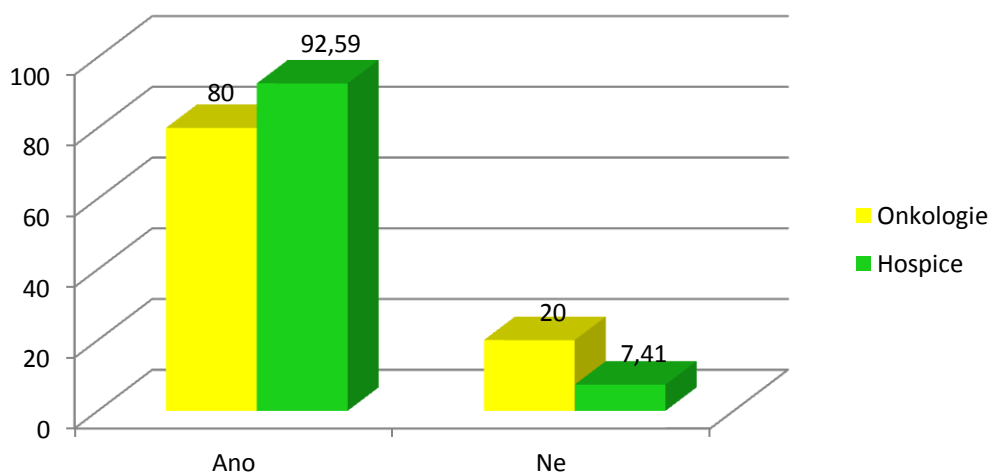
Komentář: 14 sester (12,84 %) z 35 oslovených sester onkologických oddělení se na léčbě bolesti pacienta podílí nefarmakologickými postupy, 33 sester (30,28 %) farmakologickými postupy. 24 sester (22,02 %) sleduje a hodnotí bolest pomocí hodnotících škál. 18 sester (16,51 %) odebírá anamnézu bolesti a 20 sester (18,35 %) se na léčbě bolesti pacienta podílí vedením dokumentace a pravidelným záznamem bolesti. Z 27 sester hospico-

vých zařízení se 19 sester (20,88 %) podílí na léčbě bolesti nefarmakologickými postupy, 25 sester (27,47 %) farmakologickými postupy. Bolest sleduje a hodnotí pomocí hodnotících škál 16 sester (17,58 %). 11 sester (12,09 %) se podílí na léčbě bolesti odběrem anamnézy bolesti a 19 sester (20,88 %) vedením dokumentace a pravidelným záznamem bolesti. 1 sestra (1,10 %) využila odpovědi jiné a uvedla, že využívá k léčbě bolesti pacienta sugesci.

20) Provádíte kontrolní hodnocení bolesti u pacienta po podání analgetika dle ordinace lékaře?

Tabulka 20 Kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	28	80	25	92,59
Ne	7	20	2	7,41
Celkem	35	100	27	100



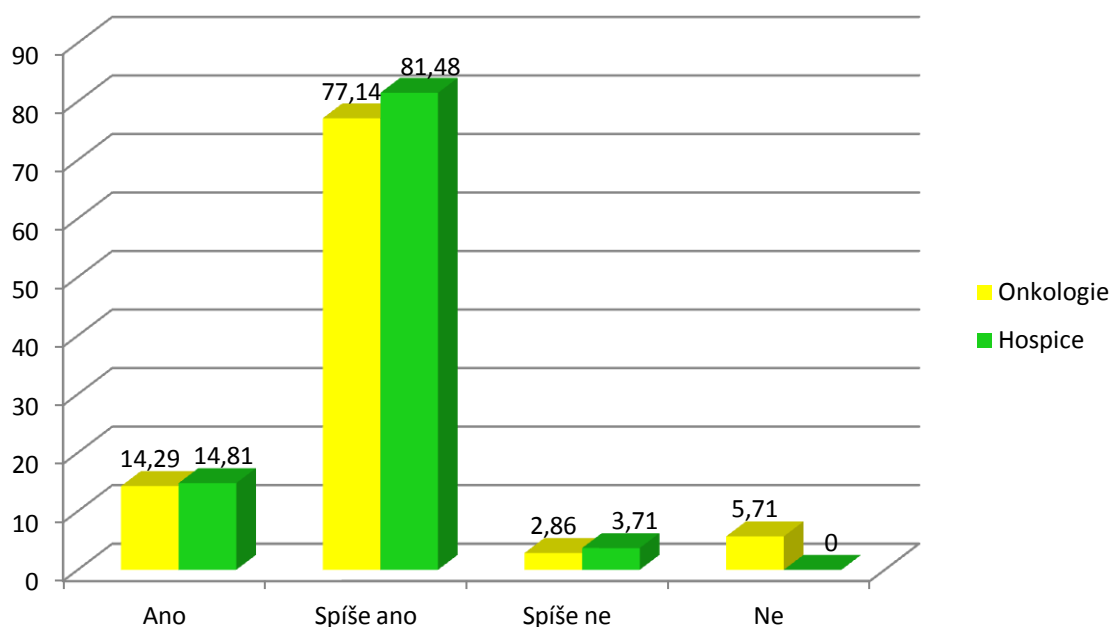
Graf 20 Kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika

Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení provádí kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika 28 sester (80 %). 7 sester (20 %) na tuto otázku odpověděly, že kontrolní hodnocení neprovádí. 25 sester (92,59 %) z celkového počtu 27 sester hospicových zařízení uvedlo, že provádí kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika. Kontrolní hodnocení neprovádí 2 sestry (7,41 %).

21) Myslíte si, že jsou onkologičtí pacienti spokojeni s analgetickou léčbou?

Tabulka 21 Spokojenost onkologických pacientů s analgetickou léčbou

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	5	14,29	4	14,81
Spíše ano	27	77,14	22	81,48
Spíše ne	1	2,86	1	3,71
Ne	2	5,71	0	0
Celkem	35	100	27	100



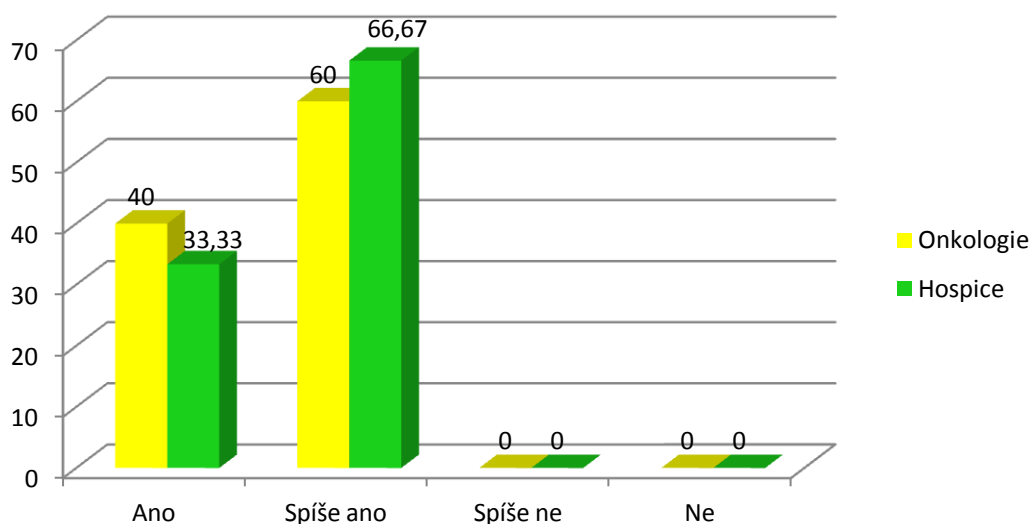
Graf 21 Spokojenost onkologicky nemocných pacientů s analgetickou léčbou

Komentář: Na otázku, zda si sestry myslí, že pacienti jsou spokojeni s léčbou jejich bolesti, odpovědělo z 35 sester onkologických oddělení 5 sester (14,29 %) ano a 27 sester (77,14 %) spíše ano. Odpověď spíše ne zvolila 1 sestra (2,86 %) a 5 sester (5,71 %) si myslí, že pacienti nejsou spokojeni s léčbou jejich bolesti. 4 sestry (14,81 %) z 27 sester hospicových zařízení odpovědělo na tuto otázku ano, odpověď spíše ano zvolilo 22 sester (81,48 %). Pouze 1 sestra (3,71 %) si myslí, že pacienti spíše nejsou spokojeni s léčbou jejich bolesti.

22) Pacienti trpící bolestí mohou být podráždění, nervózní až agresivní. Myslíte si, že zvládáte dobře péči o takové pacienty?

Tabulka 22 Zvládnání péče o pacienty s bolestí

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	14	40	9	33,33
Spíše ano	21	60	18	66,67
Spíše ne	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



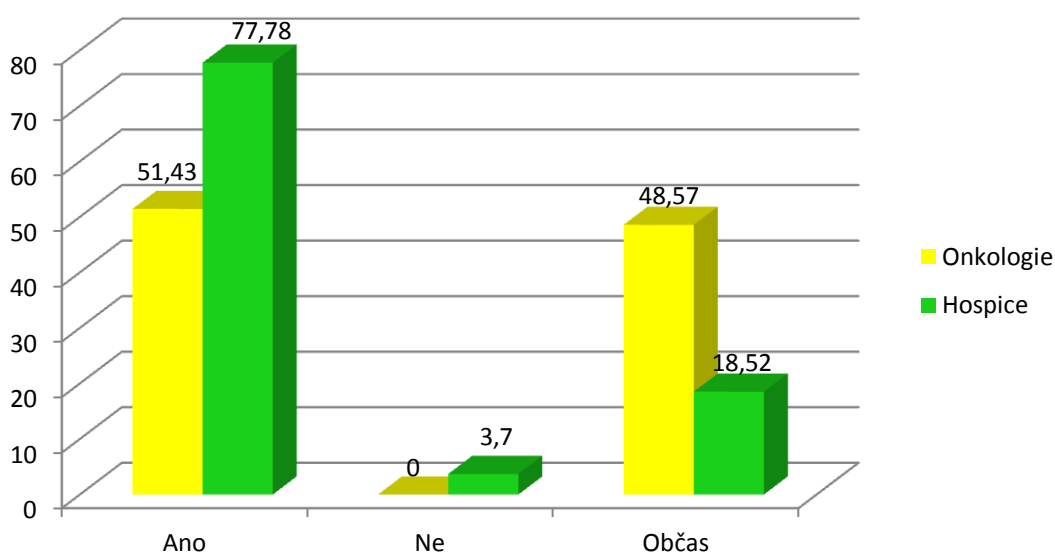
Graf 22 Zvládnání péče o pacienty s bolestí

Komentář: Z grafu vyplývá, že z 35 sester onkologických oddělení si 14 sester (40 %) myslí, že zvládají dobře péči o podrážděné, nervózní až agresivní pacienty trpící bolestí. 21 sester (60 %) zvolilo na tuto otázku odpověď spíše ano. 9 sester (33,33 %) z 27 sester hospicových zařízení odpovědělo na tuto otázku ano a odpověď spíše ano zvolilo 18 sester (66,67 %). Žádný z oslovených respondentů si nemyslí, že by nezvládal péči o tyto pacienty.

23) Pečujete často o pacienty, kteří kvůli své bolesti nejsou schopni zvládat běžné denní činnosti?

Tabulka 23 Péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	18	51,43	21	77,78
Ne	0	0	1	3,70
Občas	17	48,57	5	18,52
Celkem	35	100	27	100



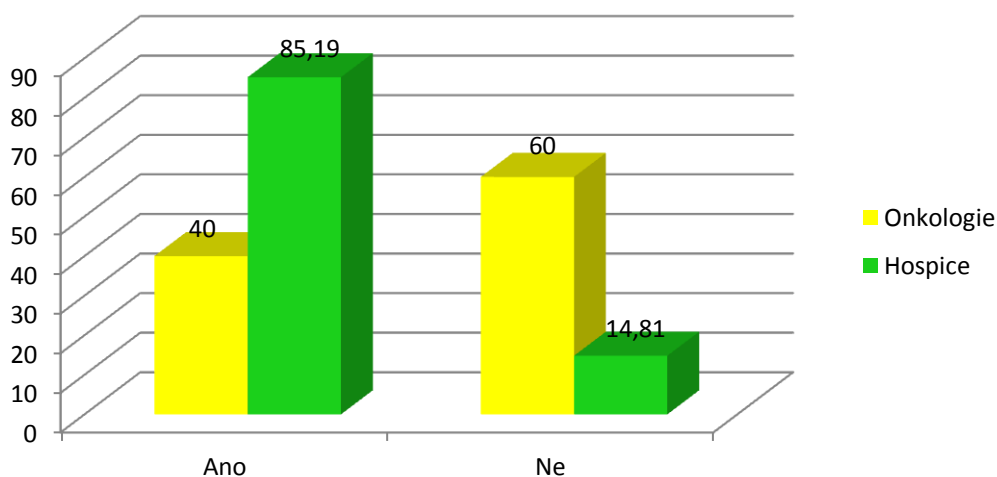
Graf 23 Péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti

Komentář: Z grafu vyplývá, že 18 sester (51,43 %) z celkového počtu 35 sester onkologických oddělení často pečují o pacienty, kteří nezvládají kvůli své bolesti běžné denní činnosti. Občas o tyto pacienty pečují 17 sester (48,57 %). Z celkového počtu 27 sester hospicových zařízení často o pacienty nezvládající kvůli bolesti běžné denní činnosti 21 sester (77,78 %), 1 sestra (3,7 %) uvedla, že o takové pacienty nepečuje a 5 sester (18,52 %) zvolilo odpověď občas.

24) Máte na Vašem pracovišti dostatek času na péči o pacienty, kteří přes svou bolest nezvládají běžné denní činnosti?

Tabulka 24 Čas na péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	14	40	23	85,19
Ne	21	60	4	14,81
Celkem	35	100	27	100



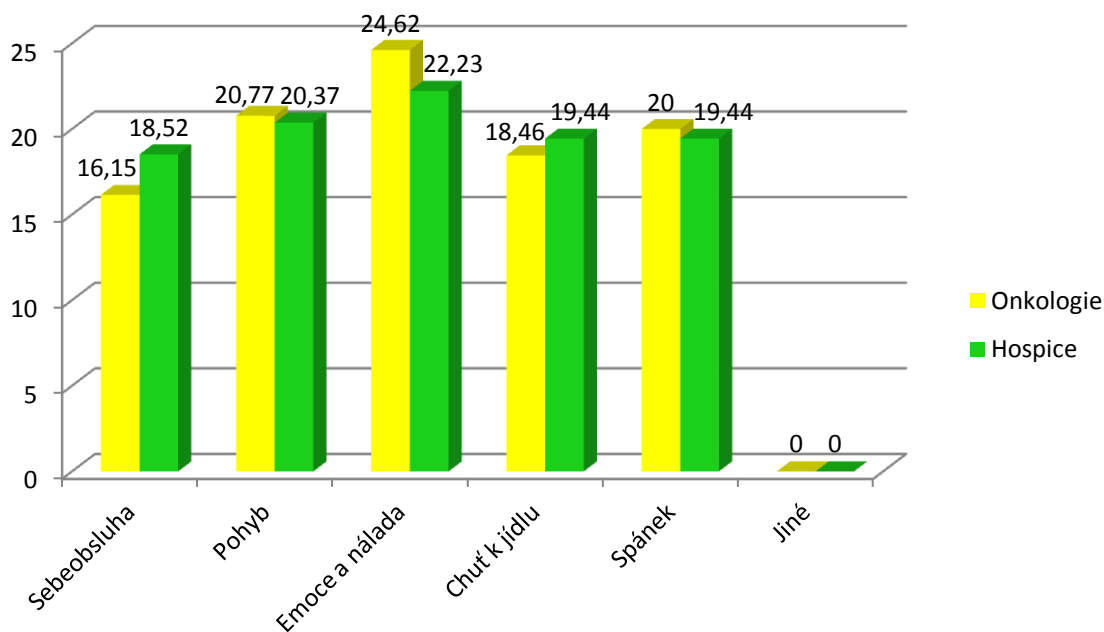
Graf 24 Čas na péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti

Komentář: Na otázku, zda mají sestry dostatek času na péči o pacienty, kteří přes svou bolest nezvládají běžné denní činnosti odpovědělo z 35 sester onkologických oddělení 14 sester (40 %) ano a 21 sester (60 %) ne. Z 27 sester hospicových zařízení 23 sester (85,19 %) odpovědělo, že mají dostatek času na péči o pacienty, kteří přes svou bolest nezvládají běžné denní činnosti. 4 sestry (14,81 %) uvedly, že na tyto pacienty dostatek času nemají.

25) Na jakou oblast má podle Vás bolest pacienta největší vliv? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 25 Vliv bolesti na pacienta

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Sebeobsluha	21	16,15	20	18,52
Pohyb	27	20,77	22	20,37
Emoce a nálada	32	24,62	24	22,23
Chuť k jídlu	24	18,46	21	19,44
Spánek	26	20	21	19,44
Jiné	0	0	0	0
Celkem	130	100	108	100



Graf 25 Vliv bolesti na pacienta

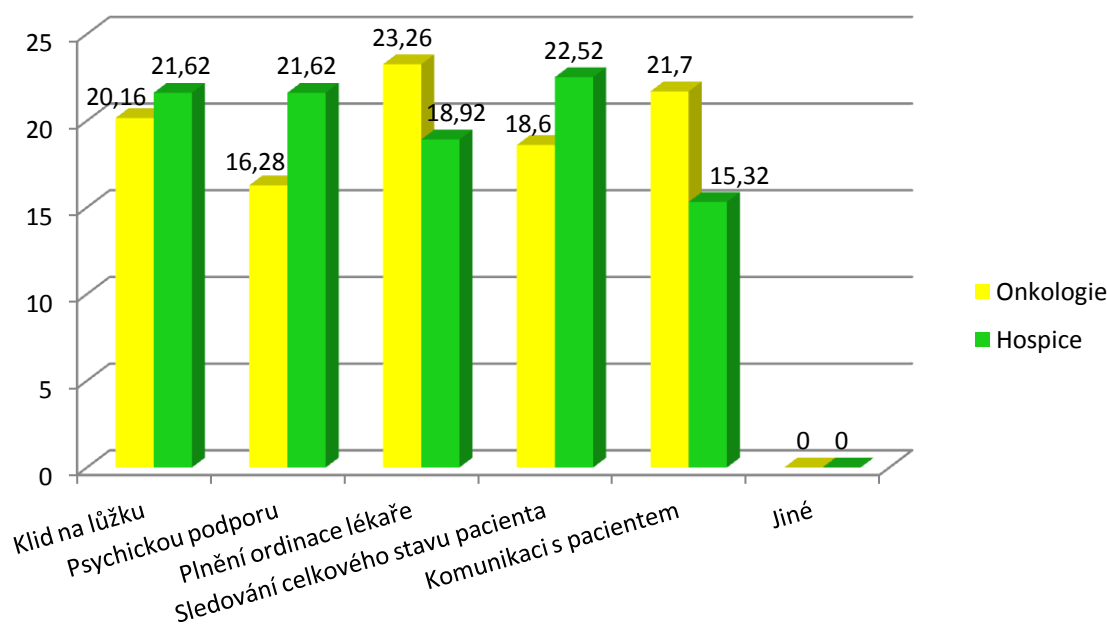
Komentář: Z grafu vyplývá, že z 35 sester onkologických oddělení si 21 sester (16,15 %) myslí, že bolest má největší vliv na sebeobsluhu pacienta. 27 sester (20,77 %) si myslí, že bolest nejvíce ovlivňuje pohyb pacienta. Emoce a náladu zvolilo 32 sester (24,62 %), chuť k jídlu 24 sester (18,46 %) a spánek 26 sester (20 %). Z 27 sester hospicových zařízení si 20 sester (18,52 %) myslí, že bolest nejvíce ovlivňuje sebeobsluhu. 22 sester (20,37 %) uvedlo jako odpověď pohyb. 24 sester (22,23 %) zvolilo pro odpověď emoce a náladu.

21 sester (19,44 %) si myslí, že bolest nejvíce ovlivňuje chuť k jídlu a rovněž 21 sester (19,44 %) uvedlo, že bolest má největší vliv na spánek pacienta.

26) Pokud pacienta bolest omezuje v jeho denních aktivitách, co se u takového pacienta snažíte zajistit? (Možnost více odpovědí)

Tabulka 26 Intervence u pacienta s bolestí

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Klid na lůžku	26	20,16	24	21,62
Psychickou podporu	21	16,28	24	21,62
Plnění ordinace lékaře	30	23,26	21	18,92
Sledování celkového stavu pacienta	24	18,60	25	22,52
Komunikaci s pacientem	28	21,70	17	15,32
Jiné	0	0	0	0
Celkem	129	100	111	100



Graf 26 Intervence u pacienta s bolestí

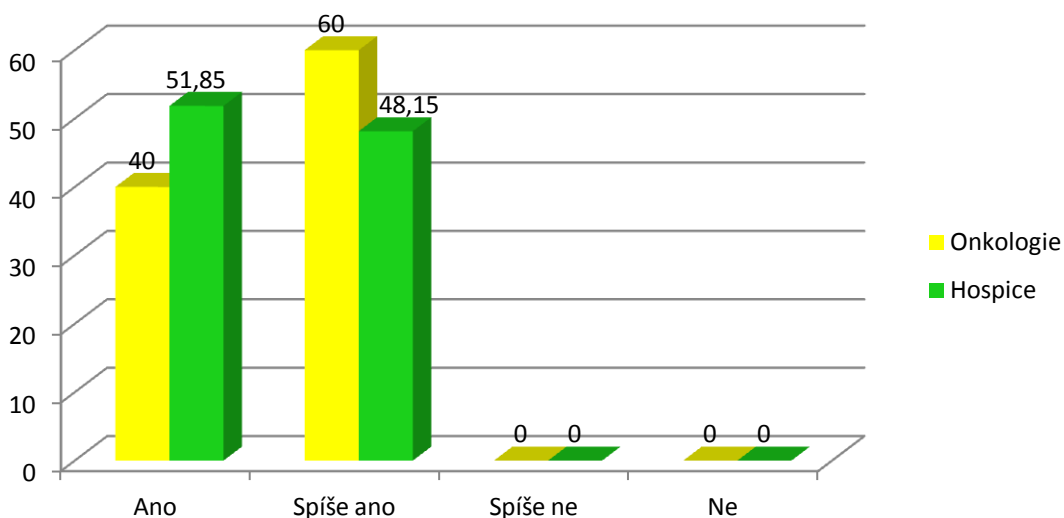
Komentář: Pokud pacienta bolest omezuje v jeho denních aktivitách, 26 sester (20,16 %) z celkového počtu 35 sester onkologických oddělení se snaží zajistit pacientovi klid na lůžku, 21 sester (16,28 %) psychickou podporu. 30 sester (23,26 %) plní ordinace lékaře, 24 sester (18,6 %) sleduje celkový stav pacienta a 28 sester (21,7 %) se snaží zajistit komunikaci s pacientem. Z 27 sester hospicových zařízení se 24 sester (21,62 %) snaží

u pacienta zajistit klid na lůžku. Taktéž 24 sester (21,62 %) zajišťuje pacientovi psychickou podporu. Ordinance lékaře plní 21 sester (18,92 %), 25 sester (22,52 %) sleduje celkový stav pacienta a 17 sester (15,32 %) se snaží zajistit komunikaci s pacientem.

27) Zhodnotil/a byste svůj postoj vůči pacientům s bolestí jako profesionální?

Tabulka 27 Přístup k pacientům s bolestí

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	14	40	14	51,85
Spíše ano	21	60	13	48,15
Spíše ne	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



Graf 27 Přístup k pacientům s bolestí

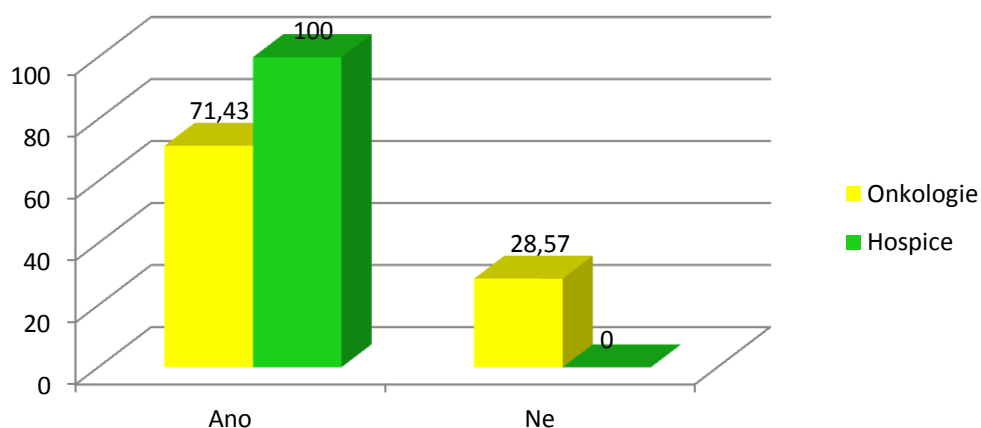
Komentář: Z 35 sester onkologických oddělení by svůj postoj vůči pacientům s bolestí zhodnotilo jako profesionální 14 sester (40 %). 21 sester (60 %) by svůj postoj vůči pacientům s bolestí zhodnotilo jako spíše profesionální. Odpověď ano zvolilo na tuto otázku 14 sester (51,85 %) z 27 sester hospicových zařízení a 13 sester (48,15 %) odpovědělo spíše ano. Žádný z oslovených respondentů si nemyslí, že by jeho postoj vůči pacientům s bolestí byl neprofesionální.

28) Je dle Vašeho názoru spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti na dobré úrovni?

Pokud jste na otázku č. 28 odpověděl/a „ne“, uveďte, prosím, proč?

Tabulka 28 Spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	25	71,43	27	100
Ne	10	28,57	0	0
Celkem	35	100	27	100



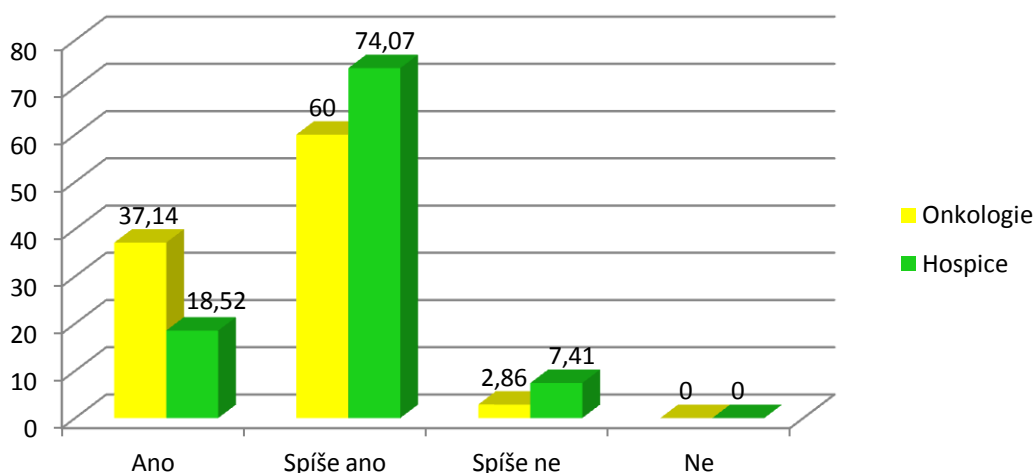
Graf 28 Spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti

Komentář: Z grafu vyplývá, že podle 25 sester (71,43 %) z 35 sester onkologických oddělení je spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti na dobré úrovni. Dle názoru 10 sester (28,57 %) je tato spolupráce na špatné úrovni. Jako zdůvodnění své odpovědi uvedly, že celková spolupráce s lékaři je na špatné úrovni, protože lékaři občas bolest pacientů podceňují, nechtějí předepisovat další analgetika a netráví tolik času u lůžek pacientů. Všech 27 sester (100 %) hospicových zařízení uvedlo, že podle jejich názoru je spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti na dobré úrovni.

29) Myslíte si, že máte dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí?

Tabulka 29 Znalosti a zkušenosti v péči o onkologické pacienty s bolestí

Možnosti	Onkologie		Hospice	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	13	37,14	5	18,52
Spíše ano	21	60	20	74,07
Spíše ne	1	2,86	2	7,41
Ne	0	0	0	0
Celkem	35	100	27	100



Graf 29 Znalosti a zkušenosti v péči o onkologické pacienty s bolestí

Komentář: Na otázku, zda si sestry myslí, že mají dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí, odpovědělo 13 sester (37,14 %) z 35 sester onkologických oddělení ano, 21 sester (60 %) spíše ano a 1 sestra (2,86 %) uvedla jako svoji odpověď spíše ne. Z 27 sester hospicových zařízení si 5 sester (18,52 %) myslí, že mají dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí. Odpověď spíše ano zvolilo 20 sester (74,07 %) a 2 sestry (7,41 %) si myslí, že spíše nemají dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí.

5.2 Výsledky rozhovorů s onkologickými pacienty s bolestí

Pohlaví a počet respondentů

Tabulka 30 Pohlaví onkologických pacientů

Možnosti	Počet respondentů
Žena	2
Muž	1
Celkem	3

Komentář: Průzkumného šetření prostřednictvím rozhovoru se zúčastnili celkem 3 respondenti, z toho 2 ženy a 1 muž.

1. Můžete nyní popsat svoji bolest?

R1: Bolí mě záda, dostala jsem už několik léků a přesto cítím ten střed zad a spodní část, tu bederní část zad.

R2: Je to v oblasti žaludku a v oblasti střev, hlavně navečer, při tom obědu ještě jako tak ne, ale potom musím používat prášky a veškeré kapky, protože to je neuvěřitelná bolest.

R3: No bolí to, bolí, člověk to musí nějak přetrpět.

Komentář: Všichni z respondentů uvedli, že v souvislosti s onkologickou diagnózou trpí bolestí.

2. Sledují sestry pravidelně Vaši bolest?

R1: Sledují a také mě vždy pomohly.

R2: Ano a to já si vždycky zazvoním, jak zazvoním, tak to ony už vědí, že mám křeče, to ony okamžitě přijdou a už mě dávají kapky nebo prášky od bolesti od těch křečí.

R3: Pořád, stále.

Komentář: Dva respondenti uvedli, že sestry jejich bolest sledují pravidelně. Jeden respondent uvedl, že v případě bolesti využívá signalizační zařízení.

3. Zjišťují sestry všechny tyto aspekty bolesti (intenzitu, lokalizaci, časový průběh, ovlivnitelnost, kvalitu bolesti) nebo pouze některé z nich? Které?

R1: Nevím jestli všechno, ale aspoň za mnou chodí.

R2: Tak ony to mají napsané v kartě a podle toho, co napíše doktorka, mi potom dávají prášky.

R3: Kontrolují mě, jestli mě to bolí.

Komentář: Všichni respondenti se shodli, že sestry se o pacienta zajímají, ale nikdo z respondentů nedokázal určit, jaké aspekty bolesti sestry zjišťují.

4. Zjišťují sestry, kdy je Vaše bolest nejintenzivnější v průběhu dne?

R1: Na to ještě neměly čas, protože jsem tady teprve od včerejška.

R2: Tak ne, že by po tom pátraly, to se nedá říct.

R3: Ne.

Komentář: Dva z respondentů odpověděli, že sestry nesledují, kdy je bolest v průběhu dne nejintenzivnější. Jeden z respondentů na tuto otázku nedokázal odpovědět z důvodu krátkého pobytu na oddělení.

5. Myslíte si, že vždy dokážete určit místo bolesti?

R1: Ano.

R2: To převážně ano.

R3: Tak vždy určitě ne, někdy to nejde.

Komentář: Dva respondenti si myslí, že vždy dokážou lokalizovat svoji bolest. Jeden respondent uvedl, že někdy nedokáže určit místo své bolesti.

6. Ptají se Vás sestry, kdy Vaše bolest polevuje nebo kdy se naopak zhoršuje?

R1: Ano, ptají se.

R2: Ano, na to se ptají, za jak dlouho a jak.

R3: Jo, to se ptají pořád. Jestli je to lepší nebo to není lepší.

Komentář: Všichni respondenti uvedli, že sestry zjišťují, kdy bolest pacientů polevuje nebo kdy se naopak zhoršuje.

7. Sledují sestry Vaši bolest v průběhu celého dne?

R1: Ano, ptají se mne jak to vypadá.

R2: Ano, to se taky ptají, jestli nemám například při jídle nebo po jídle. Tak se ptají, protože ví, že mám problémy, tak se ptají jestli mám nebo nemám bolest, jestli mi něco mají dát nebo ne.

R3: Ano, určitě.

Komentář: Všichni respondenti se shodli, že jejich bolest je sestrami sledována v průběhu celého dne.

8. Využívají sestry k hodnocení intenzity Vaší bolesti hodnotících škál (např. VAS, NRS, dotazníky,...)?

R1: Ano, to ano, využívají 1 – 5. Ony se mě ptají, jaké číslo.

R2: Ne, na to se mě neptaly. Ani na číselné ani žádné dotazníky.

R3: To ani tak velice ne. To se mě ptá doktorka u vizity.

Komentář: Jeden respondent uvedl, že sestry využívají k hodnocení jeho bolesti hodnotících škál. Dva respondenti se neseťkali s tím, že by sestra hodnotila jejich bolest pomocí hodnotících škál.

9. Setkal/a jste se někdy s kombinací těchto metod (např. VAS + NRS)?

R1: Také se mě k těm číslům (1 – 5) ptají, jak to bolí, tak ony si to určitě registrují.

R2: Ne.

R3: Ne.

Komentář: Jeden respondent uvedl, že se setkal s kombinací více metod k hodnocení bolesti. Dva respondenti se s kombinací těchto hodnotících metod neseťkali.

10. Myslíte si, že sestry věří intenzitě bolesti, kterou udáváte?

R1: Já si myslím, že ano.

R2: Oni to už na mě vidí. Já myslím, že tomu věří, protože kolikrát se svíjím v křečích, takže to poznají.

R3: Určitě jo, mají o tom přehled.

Komentář: Všichni respondenti se shodli na tom, že sestry věří intenzitě bolesti, kterou pacienti udávají.

11. Kontrolují u Vás sestry, zda bolest ustoupila po podání analgetika?

R1: Určitě. Dneska dopoledne zrovna a teď odpoledne taky, ve 12.

R2: Ano.

R3: Určitě.

Komentář: Všichni respondenti uvedli, že sestry kontrolují účinnost analgetika po jeho aplikaci.

12. Jste spokojen/a s léčbou Vaší bolesti?

R1: Ano, zatím je to tak, že si někdy řeknu, když je potřeba. Ale jinak je dostačující, protože kdyžtak mě může sestra podle lékaře přidat.

R2: Tak ono toho přibývá a ubývá. Spokojená jsem, jenom aby ta nemoc už byla za mnou, aspoň něco.

R3: Určitě jo.

Komentář: Všichni respondenti odpověděli, že jsou spokojeni s léčbou jejich bolesti.

13. Myslíte si, že sestry zvládají dobře péči o pacienty s bolestí?

R1: Já si myslím, že ano. Je jich tady poměrně dost. Jsou pečlivé, svědomité. Vždy mě odpojí (od infúze) když potřebuju, tak prostě jsou pozorné.

R2: Zvládají dobře péči o pacienty. Ale ony by potřebovaly tady přidat sester. Je jich tady málo na tolik lidí. Ale jako jsou příjemné sestry, když se zazvoní, tak ony přijdou.

R3: Stoprocentně.

Komentář: Všichni respondenti se shodli na tom, že sestry zvládají dobře péči o pacienty s bolestí. Jeden respondent si myslí, že na oddělení je sester dost a je s nimi spokojen. Druhý respondent si naopak myslí, že by bylo potřeba na oddělení více sester, ale s jejich péčí je také spokojen.

14. Věnují Vám sestry dostatek času při péči?

R1: Ano, určitě, jsou velice pečlivé.

R2: Ano.

R3: Určitě.

Komentář: Všichni respondenti uvedli, že jim sestry věnují dostatek času při péči.

15. Do jaké míry bolest ovlivňuje Vaše denní aktivity?

R1: Tak já nemůžu odejít, protože mě se motá hlava, když se postavím a bez doprovodu nemůžu jít ani na záchod, takže mě musí vlastně kontrolovat.

R2: Do hrozné někdy, že to se ani nedá vyjádřit ta bolest. Ty křeče to je, nevím, napravo se otočit, nalevo, na břicho se taky nemůžu otočit. To se nějak jinak nedá ještě popsat.

R3: No musím ležet, protože mám kapačku (infúzi) na celý den a musím ležet, musím to vydržet, je to léčba.

Komentář: Všichni respondenti odpověděli, že bolest jejich denní aktivity ovlivňuje. První respondent uvedl, že kvůli bolesti nemůže chodit sám bez doprovodu. Druhý respondent

uvedl, že k bolesti se přidávají křeče a je obtížné jejich zvládnutí. Denní aktivity třetího respondenta jsou podmíněny klidem na lůžku z důvodu terapie.

16. Na jakou oblast má Vaše bolest největší vliv (sebeobsluha, pohyb, emoce a nálada, chuť k jídlu, spánek, jiné)?

R1: Já si myslím, že nemůžu nic pro sebe udělat, takže ta samostatnost.

R2: Tož spát, já spím velice špatně. Jídlo mě nějak nechutná, protože se bojím, že něco pojím a že to půjde ze mě. Bojím se něco pojíst, abych zase nedostala křeče, ale když můžu, tak si dám tři lžičky něčeho.

R3: No já mám třeba nádory na jícnu, tak teď ještě docela pojím jak se dá, ale dokrmuji mě. Takže někdy ta chuť k jídlu. No a asi na sebeobsluhu.

Komentář: První respondent odpověděl, že u něj má bolest největší vliv na sebeobsluhu. Bolest druhého respondenta má největší vliv na spánek a chuť k jídlu. Třetí respondent uvedl, že jeho bolest má největší vliv na chuť k jídlu a sebeobsluhu.

17. Je přístup sester vůči Vám na profesionální úrovni?

R1: Já si myslím, že určitě.

R2: Ano.

R3: Já si myslím, že jo, že to má ještě větší úroveň, než jsem si představoval. Tady jsou všechny milé, opravdu.

Komentář: Všichni respondenti se shodli, že přístup sester vůči nim je na profesionální úrovni.

6 DISKUZE

Tato kapitola je zaměřena na zhodnocení cílů, které byly stanoveny v úvodu bakalářské práce. Ke zjištění potřebných informací byla použita kvantitativní i kvalitativní metoda. Dotazníkového šetření se účastnily všeobecné sestry ze dvou onkologických a dvou hospicových zařízení. Pro rozhovor byli osloveni 3 onkologičtí pacienti s bolestí, kteří ochotně poskytli rozhovor. Některé výsledky dotazníkového šetření byly srovnány pro podobnost tématu s citovanou bakalářskou prací Jitky Marečkové (2009), studentkou Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

Identifikační údaje respondentů

Pro dotazníkové šetření bylo osloveno 35 respondentů z onkologických oddělení a 27 respondentů z hospicových zařízení. Z celkového počtu 62 respondentů se průzkumu zúčastnilo 61 žen a pouze 1 muž. Tento údaj není překvapující, protože povolání všeobecné sestry vykonávají převážně ženy. Na onkologických oddělení pracuje nejvíce sester (31,43 %) ve věku 46 – 55 let, v hospicových zařízení je nejvíce sester (33,33 %) ve věku 36 – 45 let. V obou zařízeních je nejpočetnější skupina sester se středoškolským vzděláním a to 51,43 % sester z onkologických oddělení a 55,55 % sester z hospicových zařízení.

Druhým nejčastějším vzděláním je bakalářské studium. Nejvíce sester onkologických oddělení pracuje ve zdravotnictví déle než 21 let (42,86 %), v hospicových zařízeních je nejpočetnější skupina sester pracujících ve zdravotnictví 16 – 20 let (29,63 %).

Rozhovoru se zúčastnili 3 respondenti, z toho 2 ženy a 1 muž. Všichni respondenti byli osloveni na onkologickém oddělení. Věk respondentů není udáván z důvodu zachování anonymity.

Cíl č. 1: Zjistit intenzitu, lokalizaci, kvalitu, časový průběh a ovlivnitelnost bolesti u onkologických pacientů

K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 14 a otázky rozhovoru č. 1, 3, 4, 5, 6, 7.

Nejvíce sester z onkologických (27,42 %) i z hospicových (26,47 %) zařízení odpovědělo, že z aspektů bolesti nejčastěji zjišťují intenzitu bolesti. Lokalizaci bolesti u pacienta zjišťuje 27,42 % onkologických sester a 25,49 % sester z hospicových zařízení. Na časový průběh a ovlivnitelnost bolesti se zaměřuje již méně sester. Nejméně sester zjišťuje kvalitu

bolesti a pouze 1 sestra (0,98 %) z hospicových zařízení uvedla, že sleduje mimo jiné i reakce pacienta na bolest.

Intenzitu bolesti v závislosti na denní době sleduje převážná část oslovených respondentů a to 74,29 % onkologických sester a 96,3 % sester z hospicových zařízení.

Na otázku, dokáže-li pacient vždy lokalizovat svou bolest, odpovědělo 74,29 % onkologických sester a 74,07 % hospicových sester spíše ano. 17,14 % sester z onkologických zařízení si myslí, že pacient dokáže svoji bolest lokalizovat vždy. Z hospicových zařízení s tímto tvrzením souhlasí jen 7,41 % sester. K odpovědi spíše ne se přiklonilo 18,52 % sester z hospicových zařízení a pouze 8,57 % sester z onkologických zařízení. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry z hospicových zařízení se více setkávají s pacienty, kteří svou bolest spíše nedokážou lokalizovat.

Mile mne překvapilo, že všech 27 sester (100 %) hospicových zařízení uvedlo, že zjišťují, za jakých okolností bolest u pacienta polevuje a také co ovlivňuje zhoršování bolesti. Za jakých okolností bolest polevuje a kdy se zhoršuje zjišťuje 91,43 % sester onkologických oddělení a 8,57 % sester uvedlo, že se tímto nezabývá.

85,71 % sester onkologických a 92,59 % sester hospicových zařízení uvedlo, že sledují a hodnotí bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne. K odpovědi ne se vyjádřilo 14,29 % sester z onkologických oddělení a 7,41 % sester hospicových zařízení. Tyta čísla sice nejsou vysoká, ale přesto si myslím, že každá sestra by v průběhu celého dne měla sledovat bolest u pacienta.

Z rozhovorů vyplývá, že všichni pacienti trpí bolestí, ale svoji bolest nedokážou popsat ve všech aspektech, které jsou zmíněny v názvu cíle č. 1. Stejně tak při otázce, zda sestry zjišťují všechny aspekty bolesti, si pacienti nebyli jistí, ale uváděli, že sestry jejich bolest sledují a kontrolují. Pacientům byla položena otázka, zda sestry sledují, kdy je jejich bolest nejintenzivnější v průběhu dne. Dva respondenti uvedli odpověď ne, ale naopak z odpovědí sester vyplývá, že tento fakt hodnotí. Rozpor v odpovědích je nejspíše způsoben tím, že sestry neseznamují pacienty s hodnocením bolesti, které zaznamenávají do dokumentace v průběhu dne. Na otázku, zda si pacienti myslí, že vždy dokážou určit místo své bolesti, odpověděli dva respondenti ano a jeden respondent ne, což odpovídá i názorům sester. Respondenti uvedli, že sestry zjišťují, kdy jejich bolest polevuje nebo kdy se naopak zhoršuje. Tyto odpovědi také korespondují s uvedenými odpověďmi sester. Všichni respondenti také potvrdili odpovědi sester, že bolest pacientů sledují v průběhu celého dne.

Cíl č. 2: Zjistit vliv bolesti na běžné denní aktivity onkologických pacientů

K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 23, 24, 25, 26 a otázky rozhovoru č. 14, 15, 16.

Převážná část sester (77,78 %) hospicových zařízení uvedla, že pečují často o pacienty, kteří kvůli své bolesti nejsou schopni zvládat běžné denní činnosti. K možnosti občas se přiklonilo 18,52 % sester a překvapivé je, že 1 sestra (3,7 %) zvolila možnost ne. Z onkologických oddělení pečuje často o tyto pacienty 51,43 % sester a 48,57 % sester na tuto otázku odpovědělo, že o tyto pacienty pečují pouze občas. Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce o pacienty, kteří kvůli své bolesti nejsou schopni zvládat běžné denní činnosti, pečují sestry v hospicových zařízeních.

Na otázku, zda sestry mají na svém pracovišti dostatek času na péči o pacienty, kteří přes svou bolest nezvládají běžné denní činnosti, odpovědělo z onkologických oddělení nejvíce sester (60 %) ne a 40 % sester ano. Z hospicových zařízení možnost ano zvolilo 85,19 % sester a možnost ne pouze 14,81 % sester. Na základě těchto výsledků lze tvrdit, že více času na tyto pacienty mají sestry v hospicových zařízeních.

24,62 % sester onkologických a 22,23 % sester hospicových zařízení se shodlo, že největší vliv má bolest na emoce a náladu pacienta. Postupně sestry uváděly vliv bolesti také na pohyb, spánek, chuť k jídlu a sebeobsluhu.

Pokud pacienta bolest omezuje v jeho denních aktivitách, sestry z onkologických oddělení se v 23,26 % snaží nejvíce plnit ordinace dle lékaře, poté 21,7 % sester komunikuje s pacientem, 20,16 % sester zajišťuje klid na lůžku a 18,6 % sester sleduje celkový stav pacienta. Nejméně sester (16,28 %) zajišťuje pacientovi psychickou podporu. 22,52 % sester hospicových zařízení sleduje celkový stav pacienta, 21,62 % sester zajišťuje psychickou podporu a stejné procento sester zajišťuje klid pacienta na lůžku. Ordinace lékaře se snaží plnit 18,92 % sester a 15,32 % sester komunikuje s pacientem. Lze tvrdit, že všechny intervence u pacienta s bolestí jsou zajišťovány souběžně, ale překvapuje mne, že sestry psychickou podporu a komunikaci s pacientem řadí až na poslední místa.

Pacientům byla položena otázka, zda jim sestry věnují dostatek času při péči. Tuto otázku všichni pacienti zodpověděli kladně. Respondenti uvedli, že bolest jejich denní aktivity ovlivňuje a jako oblasti, na které má bolest největší vliv, uvedli sebeobsluhu a chuť k jídlu. Je zajímavé, že právě těmito oblastem sestry přikládaly nejmenší váhu.

Cíl č. 3: Zjistit účinnost léčby bolesti u onkologických pacientů

K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 19, 20, 21, 28 a otázky rozhovoru č. 11, 12.

Na otázku, jak se sestry podílí na léčbě bolesti pacienta, zvolilo nejvíce sester farmakologické postupy, a to 30,28 % sester z onkologických oddělení a 27,47 % sester z hospicových zařízení. Tento výsledek koresponduje s výsledkem otázky č. 15 z bakalářské práce studentky Jitky Marečkové (2009), která uvedla, že nejčastější používanou intervencí je právě podání analgetika dle ordinace lékaře. Nejméně jsou na onkologických oddělení využívány nefarmakologické postupy (12,84 %) a v hospicových zařízení je to odběr anamnézy bolesti (16,51 %). 1 sestra (1,1 %) z hospicových zařízení uvedla, že k léčbě bolesti pacienta využívá metody sugesce.

Kontrolní hodnocení bolesti u pacienta po podání analgetika dle ordinace lékaře provádí 80 % sester z onkologických oddělení a 92,59 % sester z hospicových zařízení. Potěšilo mne toto vysoké číslo, ale přesto 20 % sester onkologických oddělení a 7,41 % sester hospicových zařízení toto kontrolní hodnocení neprovádí.

77,14 % sester z onkologických oddělení a 81,48 % sester z hospicových zařízení si myslí, že pacienti jsou spíše spokojeni s léčbou své bolesti. Odpověď ano byla zastoupena 14,29 % sester z onkologických oddělení a 14,81 % sester z hospicových zařízení. Možnost spíše ne zvolila z každého pracoviště pouze 1 sestra. 2 sestry (5,71 %) onkologických oddělení si myslí, že pacienti jsou s léčbou své bolesti nespokojeni.

Podle názoru 71,43 % sester onkologických oddělení je spolupráce lékařů a sester na dobré úrovni. 28,57 % sester uvedlo, že tato spolupráce na dobré úrovni není z důvodu celkově špatné spolupráce s lékaři, podceňování bolesti pacienta, neochoty ordinovat další analgetika a také proto, že lékař tráví málo času u lůžek pacientů. Byla jsem mile překvapena, že všech 27 sester (100 %) hospicových zařízení jsou spokojeny se spoluprací mezi nimi a lékaři.

Pacientům byla položena otázka, zda u nich sestry kontrolují úlevu od bolesti po podání analgetika. Všichni tři respondenti na tuto otázku odpověděli ano a potvrdili tím tvrzení většiny sester. Na otázku, zda jsou pacienti spokojeni s léčbou jejich bolesti odpověděli také všichni tři respondenti ano. Jeden z respondentů uvedl, že pokud potřebuje, požádá sestru o analgetikum. Odpovědi sester a pacientů korespondují.

Cíl č. 4: Zmapovat přístup všeobecných sester k onkologickým pacientům s bolestí

K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 17, 18, 22, 27, 29 a otázky rozhovoru č. 10, 13, 17.

Otázku, zda sestry věří pacientovu subjektivnímu popisu bolesti, odpovědělo 65,71 % sester onkologických oddělení a 55,56 % sester hospicových zařízení spíše ano. Odpověď ano zvolilo 34,29 % sester onkologických oddělení a 44,44 % sester hospicových zařízení. Příjemným překvapením bylo, že nikdo z respondentů nezvolil možnost spíše ne ani ne.

Zaznamenaná hodnota intenzity bolesti v dokumentaci se subjektivním vyjádřením pacienta se shoduje u 91,43 % sester onkologických oddělení a u 92,59 % sester hospicových oddělení. Sice pouze 8,57 % sester onkologických oddělení a 7,41 % sester hospicových zařízení uvedlo, že jimi zaznamenaná hodnota intenzity bolesti v dokumentaci se s pacientovým subjektivním popisem bolesti neshoduje. Přesto si ale myslím, že by k tomuto docházet nemělo, protože pouze pacient ví, jaká jeho bolest je. Sestry jako důvod uvedly, že pacient může svou bolest zastírat.

Na otázku, zda si sestry myslí, že zvládají dobře péči o pacienty, kteří mohou být kvůli své bolesti podráždění, nervózní až agresivní odpovědělo 60 % sester z onkologických oddělení a 66,67 % sester z hospicových zařízení spíše ano. Odpověď ano zvolilo 40 % sester z onkologických zařízení a 33,33 % sester z hospicových zařízení. Nikdo z respondentů nevyužil možnosti spíše ne nebo ne.

Jako profesionální by svůj přístup zhodnotilo 40 % sester z onkologických oddělení a 51,85 % sester z hospicových zařízení. 60 % sester onkologických oddělení a 4,15 % sester hospicových zařízení by svůj přístup k pacientům zhodnotilo jako spíše profesionální. Nikdo z oslovených respondentů si nemyslí, že by jeho přístup k pacientům byl neprofesionální.

37,14 % sester z onkologických oddělení a 18,52 % sester z hospicových zařízení si myslí, že má dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí. Nejvíce respondentů v této otázce zvolilo odpověď spíše ano, 60 % sester z onkologických oddělení a 74,07 % sester z hospicových zařízení. Odpověď spíše ne uvedly z celkového počtu 62 respondentů pouze 3 sestry. Troufám si tvrdit, že je to z důvodu krátké praxe ve zdravotnictví.

Pacientům byla položena otázka, zda si myslí, že sestry věří intenzitě bolesti, kterou udávají. Všichni tři respondenti odpověděli, že předpokládají, že sestry jejich tvrzení věří. Všichni tři respondenti také uvedli, že sestry dobře zvládají péči o pacienty s bolestí. Stejně tak se všichni tři respondenti shodli na tom, že přístup sester vůči nim je na profesionální úrovni. Z těchto výsledků vyplývá, že tvrzení sester i pacientů jsou shodná a jsem tímto mile překvapena, protože ne každý pacient je takto spokojen s péčí v nemocničním zařízení.

Cíl č. 5: Zjistit, zda všeobecné sestry využívají hodnotící škály k určení bolesti u onkologických pacientů

K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 6, 7, 13, 15, 16 a otázky rozhovoru č. 2, 8, 9.

Všichni respondenti z onkologických i z hospicových zařízení uvedli, že je podle nich důležité sledování a hodnocení bolesti u onkologických pacientů. Tyto zjištěné údaje korespondují s výsledkem otázky č. 6 z bakalářské práce Jitky Marečkové (2009), studentky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Studentka uvedla, že pro 97,85 % sester je důležité sledovat hodnocení bolesti u onkologických pacientů.

Stejně tak všichni respondenti z obou zařízení uvedli, že sledují a hodnotí bolest u pacientů. Tyto výsledky mne příjemně potěšily.

Nejčastějším podnětem ke sledování a hodnocení bolesti jsou verbální projevy pacientů. Tuto odpověď zvolilo 30,2 % sester z onkologických oddělení a 29,89 % sester z hospicových zařízení. Druhým nejčastějším impulsem pro sledování a hodnocení bolesti na onkologických odděleních je ordinace lékaře (19,81 %) a také vlastní iniciativa a zájem o pacienta (19,81 %). V 17,92 % jsou pro sestry podnětem neverbální projevy. Nutnost zápisu do dokumentace je impulsem ke sledování a hodnocení bolesti pro 12,26 % sester. Pro 25,29 % sester hospicových zařízení je druhým nejčastějším podnětem pro sledování a hodnocení bolesti neverbální projevy pacienta. Dále je pro 21,84 % sester podnětem vlastní iniciativa a zájem o pacienta a pro 12,64 % sester ordinace lékaře. Pro 10,34 % sester je podnětem nutnost zápisu do dokumentace. Pozitivní na těchto výsledcích je, že více sester sleduje a hodnotí bolest na základě verbálního projev pacienta a vlastního zájmu o něj než pouhá nutnost zápisu do dokumentace.

Na otázku, jaké hodnotící metody ke zjištění bolesti pacienta sestry využívají, odpovědělo 30,43 % sester onkologických oddělení a 32,14 % sester hospicových zařízení verbální

metody. Tento výsledek se shoduje s výsledkem otázky č. 7 z bakalářské práce studentky Jitky Marečkové (2009), avšak v menším procentuálním zastoupení. Studentka uvedla, že verbální škála je u sester využívána v 95,70 %. Druhou nejčastěji používanou metodou je vizuální analogová škála pro 22,83 % sester z onkologických oddělení a pro 27,39 % sester hospicových zařízení jsou to neverbální metody. Jako třetí nejčastěji užívanou metodu označilo 21,74 % sester onkologických oddělení číselnou hodnotící škálu a 22,62 % sester hospicových zařízení označilo vizuální analogovou škálu. Dále sestry onkologických oddělení používají neverbální metody (17,39 %) a obličejovou škálu (7,61 %). 10,72 % sester hospicových zařízení používá obličejovou škálu, 5,95 % sester využívá číselnou hodnotící škálu a pouze 1 sestra (1,19 %) uvedla, že využívá krátký inventář bolesti. Z onkologických oddělení nevyužívá tuto metodu žádná sestra. Žádný respondent neuvedl používání dotazníků nebo jiných metod k hodnocení bolesti pacienta.

K přesnějšímu určení bolesti pacienta kombinuje více metod 31,43 % sester onkologických oddělení a 48,15 % sester hospicových zařízení. Metody nekombinuje 37,14 % sester onkologických oddělení a 31,43 % sester tyto metody kombinuje pouze občas. Oproti onkologickým oddělením nekombinuje tyto metody pouze 14,81 % sester hospicových zařízení a 37,04 % sester uvedlo, že kombinaci metod využívá pouze občas.

Všichni z oslovených pacientů uvedli, že sestry sledují pravidelně jejich bolest. Odpovědi sester se tedy shodují s odpověďmi pacientů. Na otázku, zda sestry využívají k hodnocení intenzity bolesti pacientů hodnotící škály, odpověděl jeden respondent ano a další dva respondenti uvedli, že se nesetkali s tím, že by sestry některé z hodnotících škál využívaly. Odpovědi těchto dvou respondentů se neshodují s tím, co uváděly sestry. Domnívám se, že je to právě proto, že pacienti neznají hodnotící škály nebo nejsou dostatečně seznámeni s jejich obsahem. Dva respondenti také uvedli, že se nikdy nesetkali s kombinací hodnotících metod. Jeden respondent uvedl, že k číselné hodnotící škále sestry používají verbální metody.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků, které vyplývají z průzkumného šetření, jsem si dovolila stanovit několik doporučení pro praxi:

- Seznamovat pacienty s hodnotícími škálami bolesti a vybízet je k přesnému popisu své bolesti;

- Sledovat bolest komplexně v průběhu celého dne a v závislosti na denní době;
- Vždy provádět kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika dle ordinace lékaře;
- Mezi hodnotící škály bolesti zařadit Krátký inventář bolesti a dotazníky k hodnocení bolesti.

ZÁVĚR

Na začátku zpracovávání mé bakalářské práce jsem si stanovila 5 cílů, jejichž účelem bylo zjistit aspekty bolesti u onkologicky nemocných pacientů, zmapovat vliv bolesti na běžné denní aktivity onkologických pacientů a zjistit účinnost léčby bolesti. Další cíl byl zaměřen na přístup všeobecných sester k onkologicky nemocným pacientům. Posledním cílem jsem chtěla zjistit, zda všeobecné sestry využívají hodnotící škály k určení bolesti u onkologických pacientů. Stanovené cíle byly splněny.

Teoretická část byla rozdělena do tří hlavních kapitol, ve kterých byly popsány příznaky, diagnostika a léčba onkologických onemocnění. Dále také nejčastější onkologické diagnózy, charakteristika, diagnostika a terapie bolesti. Část práce byla zaměřena na roli sestry v péči o onkologického pacienta, na komunikaci s pacientem a ošetrovatelskou péči.

V praktické části bylo provedeno vyhodnocení výsledků z kvantitativního a kvalitativního průzkumu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 všeobecných sester z onkologických a hospicových zařízení. Rozhovor byli ochotni poskytnout 3 onkologičtí pacienti s bolestí.

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že oslovení pacienti nebyli schopni komplexně popsat svoji bolest ve všech uvedených aspektech bolesti a také, že všeobecné sestry nehodnotí všechny tyto aspekty bolesti. Z výsledků je také zřejmé, že pacienti příliš neznají škály, kterými sestry hodnotí jejich bolest. Vzhledem k tomu by bylo vhodné vybízet pacienty k širšímu hodnocení jejich bolesti a seznamovat je s používanou hodnotící škálou. Proto jsem vytvořila příručku s názvem „Onkologickým pacientům“, ve které budou pacienti seznámeni s nejčastěji používanými hodnotícími škálami bolesti (viz Příloha P IX).

Domnívám se, že většina všeobecných sester se snaží ke sledování a hodnocení bolesti přistupovat zodpovědně. Bohužel se vždy najdou výjimky. V péči o onkologické pacienty je stále co vylepšovat. Ať už se to týká využívání hodnotících škál, spolupráce s lékaři při léčbě bolesti, pravidelného sledování a hodnocení bolesti u pacientů nebo kontroly bolesti po podání analgetik. Nemělo by docházet ani k rozdílu mezi hodnotou intenzity bolesti zaznamenanou v dokumentaci a tím, co udává pacient. I když z praxe vím, že intenzita, kterou pacient udává se může zdát nereálná, přesto bychom měli zaznamenat to, co říká pacient, bez ohledu na naše pocity. Každý pacient je individuální osobnost a bolest je subjektivním prožitkem každého jedince.

Na základě výsledků průzkumu jsem pro všeobecné sestry vytvořila „Desatero pro péči o onkologického pacienta“ (viz Příloha P X). Jedná se o doporučení, kterými by se všeobecné sestry při péči o onkologické pacienty měly řídit.

Závěrem bych chtěla dodat, že nejen analgetika zmírňují pacientovu bolest. Oslovení pacienti také uvedli, že jsou rádi za každou chvíli, kterou jim sestra ze svého času během svého dne věnuje. Proto bych chtěla zdůraznit, že někdy může být pro pacienty psychická podpora a projevený zájem více, než si dokážeme představit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

- [1] ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [2] GULÁŠOVÁ, Ivica, 2008. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-288-5.
- [3] JANÁČKOVÁ, Laura, 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.
- [4] KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.
- [5] KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
- [6] KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovateľský slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.
- [7] MAREČKOVÁ, Jitka, 2009. *Hodnocení bolesti u onkologických pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D.
- [8] NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK a kolektiv, 2012. *Onkologie v klinické praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2663-5.
- [9] ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- [10] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- [11] STAŇKOVÁ, Marta, 2004. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-323-6.
- [12] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava, KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [13] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela, MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [14] VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603-6.

- [15] VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.
- [16] VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dol. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

Internetové zdroje:

- [17] AMERICAN CANCER SOCIETY, ©2014. *Signs and symptoms of cancer* [online]. 13.8.2012. [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/signs-and-symptoms-of-cancer>.
- [18] KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM, ©2014. *Biologická léčba* [online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.koc.cz/pro-verejnost/typy-lecby/biologicka-lecba/>.
- [19] NAVRÁTILOVÁ, Jitka, 2010. *Výživa onkologického pacienta*. Sestra [online]. 8.6.2010, č. 6/2010. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyziva-onkologickeho-pacienta-452674>.
- [20] PALKOVÁ, Euba a Lucia DIMUNOVÁ, 2013. *Onkologická ošetrovatelská péče*. Sestra [online]. 2.1.2013, č. 12/2012. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>.
- [21] PETRUŽELKA, Luboš, ©2009. *Biologická léčba v onkologii*. Liga proti rakovině [online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/lekar-biologicka-lecba-v-onkologii/>.
- [22] PROCHÁZKOVÁ, Zdeňka, 2013. *Péče o hygienu nemocného*. Sestra [online]. 24.9.2013, č. 9/2013. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-hygienu-nemocneho-472148>.
- [23] SKŘIČKOVÁ, J., TOMÍŠKOVÁ, M., BABIČKOVÁ, L. a kolektiv, 2010. *Karcinom plic – aktuální stav léčby*. Zdravotnictví a medicína [online]. 18.1.2010, č. 1/2010. [cit. 2014-04-8]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/karcinom-plic-aktualni-stav-lecby-449238>.
- [24] VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Hodnotící škály*. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.

- [25] ZACHAROVÁ, Eva, 2011. *Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta*. Sestra [online]. 11.5.2011, č. 5/2011. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-osestrovani-onkologickeho-pacienta-459784>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ	absolutní četnost
ALL	akutní lymfoblastická leukémie
AML	akutní myeloidní leukémie
apod.	a podobně
BPI	Brief Pain Inventory – Krátký inventář bolesti
CLL	chronická lymfocytární leukémie
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
DIBDA	Dotazník interference bolesti s denními aktivitami
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie
FISH	fluorescenční in situ hybridizace
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
MPQ	McGill Pain Questionare
NSA	nesteroidní antiflogistika
PET	pozitronová emisní tomografie
R1	respondent 1
R2	respondent 2
R3	respondent 3
RČ	relativní četnost
s.	strana
s.c.	subkutánně
tab.	tabulka

tzv.	tak zvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	Vizuální analogová stupnice
WHO	Světová zdravotnická organizace
%	procento
°C	stupeň Celsia

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Pohlaví respondentů</i>	49
<i>Tabulka 2 Věk respondentů.....</i>	50
<i>Tabulka 3 Vzdělání respondentů.....</i>	51
<i>Tabulka 4 Zaměstnání respondentů</i>	52
<i>Tabulka 5 Délka praxe ve zdravotnictví</i>	53
<i>Tabulka 6 Důležitost sledování a hodnocení bolesti</i>	54
<i>Tabulka 7 Sledování a hodnocení bolesti</i>	55
<i>Tabulka 8 Aspekty bolesti</i>	56
<i>Tabulka 9 Intenzita bolesti v závislosti na denní době</i>	58
<i>Tabulka 10 Schopnost pacienta lokalizovat bolest</i>	59
<i>Tabulka 11 Okolnosti zhoršující bolest</i>	60
<i>Tabulka 12 Okolnosti zmírňující bolest.....</i>	61
<i>Tabulka 13 Podněty ke sledování a hodnocení bolesti.....</i>	62
<i>Tabulka 14 Sledování a hodnocení bolesti opakovaně v průběhu dne</i>	64
<i>Tabulka 15 Hodnotící metody ke zjištění bolesti</i>	65
<i>Tabulka 16 Kombinace metod pro přesnější určení bolesti</i>	67
<i>Tabulka 17 Důvěra v pacientův subjektivní popis bolesti</i>	68
<i>Tabulka 18 Shoda zaznamenané intenzity bolesti</i>	69
<i>Tabulka 19 Podíl na léčbě bolesti.....</i>	71
<i>Tabulka 20 Kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika</i>	73
<i>Tabulka 21 Spokojenost onkologických pacientů s analgetickou léčbou</i>	74
<i>Tabulka 22 Zvládání péče o pacienty s bolestí</i>	75
<i>Tabulka 23 Péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti</i>	76
<i>Tabulka 24 Čas na péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti.....</i>	77
<i>Tabulka 25 Vliv bolesti na pacienta.....</i>	78
<i>Tabulka 26 Intervence u pacienta s bolestí</i>	80
<i>Tabulka 27 Přístup k pacientům s bolestí.....</i>	82
<i>Tabulka 28 Spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti</i>	83
<i>Tabulka 29 Znalosti a zkušenosti v péči o onkologické pacienty s bolestí.....</i>	84
<i>Tabulka 30 Pohlaví onkologických pacientů</i>	85

SEZNAM GRAFŮ

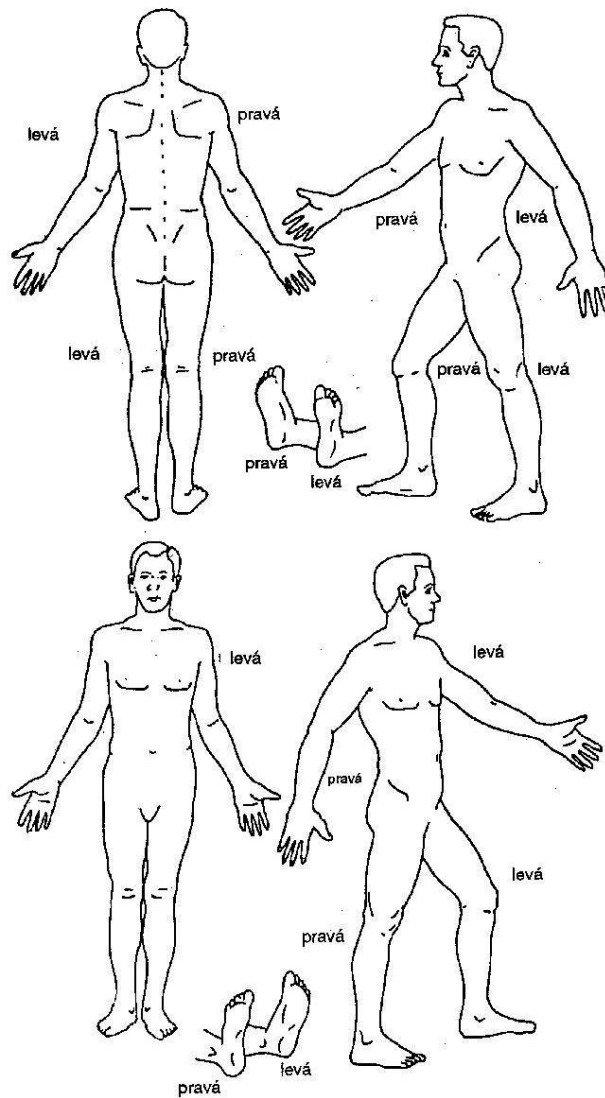
<i>Graf 1 Pohlaví respondentů</i>	49
<i>Graf 2 Věk respondentů</i>	50
<i>Graf 3 Vzdělání respondentů</i>	51
<i>Graf 4 Zaměstnání respondentů</i>	52
<i>Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví</i>	53
<i>Graf 6 Důležitost sledování a hodnocení bolesti</i>	54
<i>Graf 7 Sledování a hodnocení bolesti</i>	55
<i>Graf 8 Aspekty bolesti</i>	56
<i>Graf 9 Intenzita bolesti v závislosti na denní době</i>	58
<i>Graf 10 Schopnost pacienta lokalizovat bolest</i>	59
<i>Graf 11 Okolnosti zhoršující bolest</i>	60
<i>Graf 12 Okolnosti zmírňující bolest</i>	61
<i>Graf 13 Podněty ke sledování a hodnocení bolesti</i>	62
<i>Graf 14 Sledování a hodnocení bolesti opakovaně v průběhu dne</i>	64
<i>Graf 15 Hodnotící metody ke zjištění bolesti</i>	65
<i>Graf 16 Kombinace metod pro přesnější určení bolesti</i>	67
<i>Graf 17 Důvěra v pacientův subjektivní popis bolesti</i>	68
<i>Graf 18 Shoda zaznamenané intenzity bolesti</i>	69
<i>Graf 19 Podíl na léčbě bolesti</i>	71
<i>Graf 20 Kontrolní hodnocení bolesti po podání analgetika</i>	73
<i>Graf 21 Spokojenost onkologicky nemocných pacientů s analgetickou léčbou</i>	74
<i>Graf 22 Zvládání péče o pacienty s bolestí</i>	75
<i>Graf 23 Péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti</i>	76
<i>Graf 24 Čas na péče o pacienty nezvládající běžné denní činnosti</i>	77
<i>Graf 25 Vliv bolesti na pacienta</i>	78
<i>Graf 26 Intervence u pacienta s bolestí</i>	80
<i>Graf 27 Přístup k pacientům s bolestí</i>	82
<i>Graf 28 Spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti</i>	83
<i>Graf 29 Znalosti a zkušenosti v péči o onkologické pacienty s bolestí</i>	84

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	Mapa bolesti
PŘÍLOHA P II	Vizuálně analogová škála bolesti
PŘÍLOHA P III	Numerická škála bolesti
PŘÍLOHA P IV	Brief Pain Inventory (BPI) – Krátký inventář bolesti
PŘÍLOHA P V	Dotazník McGillovy univerzity
PŘÍLOHA P VI	Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (0-5) (DIBDA)
PŘÍLOHA P VII	Dotazník
PŘÍLOHA P VIII	Otázky k rozhovoru s onkologickým pacientem
PŘÍLOHA P IX	Příručka „Onkologickým pacientům“
PŘÍLOHA P X	„Desatero pro péči o onkologického pacienta“

PŘÍLOHA P I: MAPA BOLESTI

Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)



Převzato z: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Hodnoticí škály*. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.

PŘÍLOHA P II: VIZUÁLNĚ ANALGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI

Vizuální analogová škála bolesti



Převzato z: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Hodnotící škály*. Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.

PŘÍLOHA P III: NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI



Převzato z: KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

PŘÍLOHA P IV: BRIEF PAIN INVENTORY (BPI) – KRÁTKÝ INVENTÁŘ BOLESTI

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Tento inventář bolesti vám pomůže zhodnotit pacientovu bolest v posledních 24 hodinách.

Datum: 2/3/06

Čas: 11:00

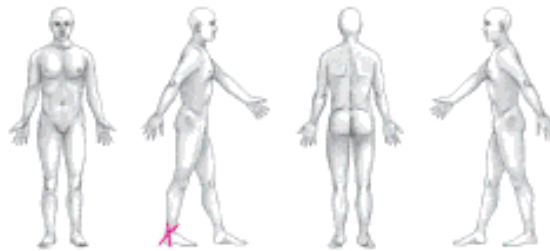
Příjmení: Rádová

Jméno: Matějka

1. Většina z nás má občas během svého života nějaké bolesti (např. menší bolesti hlavy, namožené svaly, bolesti zubů.) Zažili jste někdy jinou bolest než tyto obvyklé bolesti?

Ano x Ne

2. Na obrázku vybarvíte oblast, která vás bolí. Křížkem označte místo, kde to bolí nejvíce.



3. Prosím, zhodnoťte intenzitu nejhorší bolesti v posledních 24 hodinách.



4. Prosím, zhodnoťte intenzitu nejnižší bolesti v posledních 24 hodinách.



5. Prosím, zhodnoťte průměrnou intenzitu bolesti.



6. Prosím, zhodnoťte intenzitu bolesti, kterou pocítujete právě teď.



Krátký inventář bolesti (pokračování)

7. Jaké léčebné metody nebo léky na svou bolest máte/berete?

Ledová obložení, Paracet

8. Jak velkou úlevu vám tyto metody či léky přinesly v posledních 24 hodinách? Prosím zakroužkujte, kolikprocentní úleva nastala.



9. Prosím, zakroužkujte číslo, které popisuje, jak v posledních 24 hodinách bolest interferovala s vaší/vašimi:

Celkovou aktivitou



Náladou



Schopností chodit



Normální pracovní aktivitou (práce doma i mimo domov)



Vztahy s jinými lidmi



Spánkem



Radostí ze života



Přejato s povolením Pain Research Group, The University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 1991.

Převzato z: KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK MC GILLOVY UNIVERZITY

Zkrácená forma dotazníku, který je zaměřen na charakter bolesti a její výstižný popis.

Vyjádření charakteru a pocitu bolesti:

1. tepavá (bušivá)
2. vystřelující
3. bodavá
4. ostrá
5. křečovitá
6. hlodavá (jako zakousnutí)
7. pálivá – palčivá
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)
9. tíživá (těžká)
10. citlivé (bolestivé) na dotyk
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)
12. unavující – vyčerpávající
13. protivná (odporná)
14. hrozná (strašná)
15. mučivá – krutá

Převzato z: ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK INTERFERENCE BOLESTI S DENNÍMI AKTIVITAMI (0-5) (DIBDA)

0 Jsem bez bolestí.

1 Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.

2 Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v prováděných běžných denních a pracovních činnostech bez chyb.

3 Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.

4 Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.

5 Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/-na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.

Převzato z: ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Kadlecová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci zakončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „**Bolest u onkologicky nemocných pacientů**“. Součástí praktické části mé práce je mimo jiné i dotazník a tímto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění. Vždy prosím zakroužkujte pouze jednu odpověď, v případě možnosti více odpovědí budete u daných otázek upozorněni. Dotazník je zcela **anonymní** a výsledky budou použity pouze pro potřeby zpracování bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas i zodpovědný přístup při vyplňování tohoto dotazníku.

Děkuji za spolupráci.

Petra Kadlecová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola – bakalářské studium
- d) Vysoká škola – magisterské studium

4. Vaše nynější zaměstnání:

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) Méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) Více než 21 let

6. Je podle Vás důležité sledování a hodnocení bolesti u onkologických pacientů?

- a) Ano
- b) Ne

7. Sledujete a hodnotíte bolest u pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

8. Jaké aspekty bolesti u pacienta zjišťujete? (Možnost více odpovědí)

- a) Intenzitu bolesti
- b) Lokalizaci bolesti
- c) Časový průběh bolesti
- d) Ovlivnitelnost bolesti
- e) Kvalitu bolesti
- f) Jiné: _____

9. Sledujete, kdy je intenzita bolesti u pacienta největší v závislosti na denní době?

- a) Ano
- b) Ne

10. Dokáže pacient vždy lokalizovat svou bolest?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

11. Zjišťujete, za jakých okolností se bolest u pacienta zhoršuje?

- a) Ano
- b) Ne

12. Zjistíte, za jakých okolností bolest u pacienta polevuje?

- c) Ano
- d) Ne

13. Co je pro Vás podnětem ke sledování a hodnocení bolesti u pacienta? (Možnost více odpovědí)

- a) Verbální projevy pacienta
- b) Neverbální projevy pacienta
- c) Ordinace lékaře
- d) Vlastní iniciativa a zájem o pacienta
- e) Nutnost zápisu do dokumentace
- f) Jiné: _____

14. Sledujete a hodnotíte bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne?

- a) Ano
- b) Ne

15. Jaké hodnotící metody ke zjištění bolesti pacienta využíváte? (Možnost více odpovědí)

- a) Neverbální – paralingvistické sdělení (pláč, nařikání)
- b) Verbální – slovní popis bolesti pacienta
- c) Vizuelní analogová škála (VAS) – úsečka vyjadřující intenzitu bolesti
- d) Číselná hodnotící škála (NRS) – hodnocení bolesti číslem 0 – 10
- e) Obličejová škála – série šesti obličejů znázorňující změny mimiky dle intenzity bolesti
- f) Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI) – hodnocení bolesti za 24 hodin
- g) Dotazníky (Brief Pain Inventory, McGillův dotazník bolesti)
- h) Jiné: _____

16. Číselný a slovní popis bolesti pacienta se občas může lišit. Kombinujete více metod k přesnějšímu určení bolesti pacienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas

17. Věříte pacientovu subjektivnímu popisu bolesti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Shoduje se vždy Vámi zaznamenaná hodnota intenzity bolesti v dokumentaci se subjektivním vyjádřením pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste na otázku č.18 odpověděl/a „ne“, uveďte prosím proč?

19. Jak se podílíte na léčbě bolesti pacienta? (Možnost více odpovědí)

- a) Nefarmakologické postupy
- b) Farmakologické postupy - aplikace analgetik dle ordinace lékaře
- c) Sledování a hodnocení bolesti pomocí hodnotících škál
- d) Odběr anamnézy bolesti
- e) Vedení dokumentace a pravidelný záznam bolesti
- f) Jiné: _____

20. Provádíte kontrolní hodnocení bolesti u pacienta po podání analgetika dle ordinace lékaře?

- a) Ano
- b) Ne

21. Myslíte si, že jsou onkologičtí pacienti spokojeni s analgetickou léčbou?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

22. Pacienti trpící bolestí mohou být podráždění, nervózní až agresivní. Myslíte si, že zvládáte dobře péči o takové pacienty?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

23. Pečujete často o pacienty, kteří kvůli své bolesti nejsou schopni zvládat běžné denní činnosti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas

24. Máte na Vašem pracovišti dostatek času na péči o pacienty, kteří přes svou bolest nezvládají běžné denní činnosti?

- a) Ano
- b) Ne

25. Na jakou oblast má podle Vás bolest pacienta největší vliv? (Možnost více odpovědí)

- a) Sebeobsluha
- b) Pohyb
- c) Emoce a nálada
- d) Chut' k jídlu
- e) Spánek
- f) Jiné: _____

26. Pokud pacienta bolest omezuje v jeho denních aktivitách, co se u takového pacienta snažíte zajistit? (Možnost více odpovědí)

- a) Klid na lůžku a odpočinek
- b) Psychickou podporu
- c) Plnění ordinace lékaře
- d) Sledování celkového stavu pacienta
- e) Komunikaci s pacientem
- f) Jiné: _____

27. Zhodnotil/a byste svůj postoj vůči pacientům s bolestí jako profesionální?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

28. Je dle Vašeho názoru spolupráce lékařů a sester v hodnocení a léčbě bolesti na dobré úrovni?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste na otázku č. 28 odpověděl/a „ne“, uveďte, prosím, proč?

29. Myslíte si, že máte dostatek znalostí a zkušeností v péči o onkologické pacienty s bolestí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

PŘÍLOHA P VII: OTÁZKY K ROZHOVORU S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

1. Můžete nyní popsat svoji bolest?
2. Sledují sestry pravidelně Vaši bolest?
3. Zjišťují sestry všechny tyto aspekty bolesti (intenzitu, lokalizaci, časový průběh, ovlivnitelnost, kvalitu bolesti) nebo pouze některé z nich? Které?
4. Zjišťují sestry, kdy je Vaše bolest nejintenzivnější v průběhu dne?
5. Myslíte si, že vždy dokážete určit místo bolesti?
6. Ptají se Vás sestry, kdy Vaše bolest polevuje nebo kdy se naopak zhoršuje?
7. Sledují sestry Vaši bolest v průběhu celého dne?
8. Využívají sestry k hodnocení intenzity Vaší bolesti hodnotících škál (např. VAS, NRS, dotazníky,...)?
9. Setkal/a jste se někdy s kombinací těchto metod (např. VAS + NRS)?
10. Myslíte si, že sestry věří intenzitě bolesti, kterou udáváte?
11. Kontrolují u Vás sestry zda bolest ustoupila po podání analgetika?
12. Jste spokojen/a s léčbou Vaší bolesti?
13. Myslíte si, že sestry zvládají dobře péči o pacienty s bolestí?
14. Věnují Vám sestry dostatek času při péči?
15. Do jaké míry bolest ovlivňuje Vaše denní aktivity?
16. Na jakou oblast má Vaše bolest největší vliv (sebeobsluha, pohyb, emoce a nálada, chuť k jídlu, spánek, jiné)?
17. Je přístup sester vůči Vám na profesionální úrovni?

PŘÍLOHA P IX: PŘÍRUČKA „ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM“

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM

Přehled škál k hodnocení bolesti

Příručka k bakalářské práci „Bolest u onkologicky nemocných pacientů“



Autor: Petra Kadlecová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Sedláková

Tato příručka vznikla na základě výsledků z průzkumného šetření, které jsem prováděla v rámci své bakalářské práce s názvem „Bolest u onkologicky nemocných pacientů“ pod vedením Mgr. Markéty Sedlákové.

Většina pacientů nezná škály, kterými všeobecné sestry hodnotí jejich bolest a proto jsem se rozhodla vytvořit tento přehled.

Doufám, že Vám tato příručka pomůže lépe pochopit hodnotící škály a snáze určovat jejich intenzitu, lokalizaci a další aspekty bolesti. Pomocí těchto škál si také můžete vést vlastní záznam bolesti.



K vypracování příručky byla použita literatura uvedená v seznamu literatury v bakalářské práci.

Škály pro hodnocení bolesti jsou jednoduché, časově nenáročné a při dlouhodobějším záznamu bolesti mohou výrazně přispět k její efektivnější léčbě.

Je však potřeba se s nimi naučit pracovat a znát je, protože některé škály mohou být příliš abstraktní.

VERBÁLNÍ ŠKÁLA BOLESTI

Při použití verbální škály označte svoji bolest pomocí slov „žádná“, „mírná“, „středně silná“, „silná“ nebo „nesnesitelná“.

VIZUÁLNĚ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI (VAS)

Je to 10 cm měřicí horizontální čára označená slovy „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší možná bolest“ na druhém konci. Pomocí dalších slov si lze tuto škálu usnadnit. Na této úsečce označte místo, které určí sílu Vaší bolesti. Po změření úsečky k označenému místu zjistíte číslo, které udává intenzitu Vaší bolesti.

Vizuální analogová škála bolesti



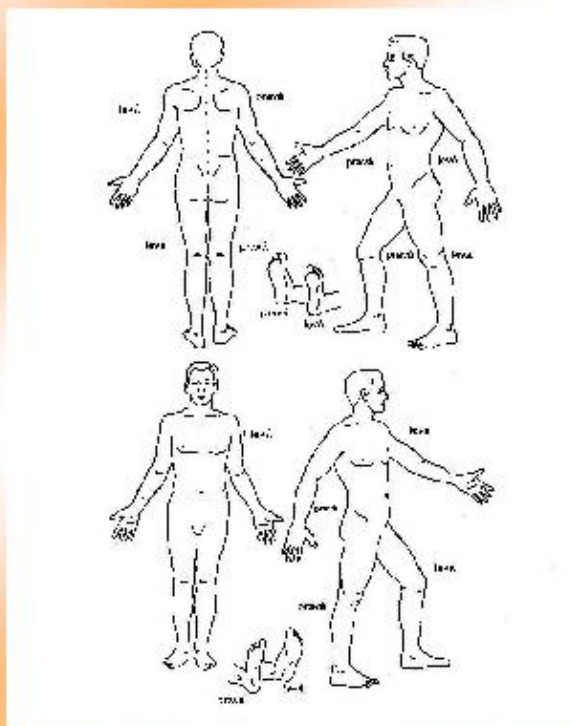
NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI

Tuto škálu používají všeobecné sestry nejčastěji. Sestra se Vás zeptá, jak byste zhodnotil/a svoji bolest pomocí čísel 0 - 10, přičemž 0 znamená „žádná bolest“ a číslo 10 odpovídá „nejhorší bolesti, jakou si dokážete představit“.

Žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší možná bolest
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

MAPA BOLESTI

Tato mapa slouží k určení lokalizace bolesti, tedy toho, kde Vás to bolí. Svůj popis můžete doplnit i slovním komentářem.



KRÁTKÝ INVENTÁŘ BOLESTI

V tomto dotazníku hodnotíte svoji bolest za posledních 24 hodin. Vyplnění Vám zabere přibližně 15 minut. Dotazník se zaměřuje na lokalizaci bolesti, léčebné metody a úlevu od bolesti a také na to, do jaké míry ovlivnila bolest níže uvedené oblasti.

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Tento inventář bolesti Vám pomůže zhodnotit pacientovu bolest v posledních 24 hodinách.

Datum: 2008

Čas: 10:00

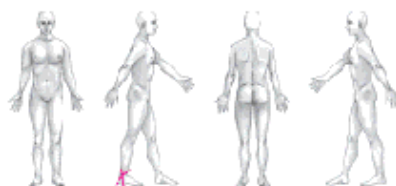
Příjemk: 123456

Jméno: Město

1. Většinou nás mi očas během svého života nějaké bolesti (např. menší bolesti hlavy, namožené svaly, bolesti zubů). Zadí jste někdy jinou bolest než tyto obvyklé bolesti?

Ano Ne

2. Na následná vybraná místa, která zde jsou, klikněte označte, kde to bolí nejvíce.



3. Posím, zhodnoťte intenzitu nejhorší bolesti v posledních 24 hodinách.



4. Posím, zhodnoťte intenzitu nejhorší bolesti v posledních 24 hodinách.



5. Posím, zhodnoťte průměrnou intenzitu bolesti.



6. Posím, zhodnoťte intenzitu bolesti, kterou pociťujete právě teď.



Krátký inventář bolesti (pokračování)

7. Jaké léčebné metody nebo léky na svoji bolest máte/berete?

Indikator bolesti: Právě

8. Jak velkou úlevu Vám tyto metody či léky přinesly v posledních 24 hodinách? Prosím, zakresťte tuhle, kolik procentní úlevu máte.



9. Prosím, zakresťte čísla, která popisují, jak v posledních 24 hodinách bolest interferovala s vašimi: a) Cílovou aktivitou



b) Návštěvou



c) Schopností chodit



d) Nejvyšší pracovní aktivitě (včetně práce i mimo domov)



e) Vztahy i jinými lidmi



f) Spárkem



g) Radostí z života



Přijato s posoulením Pain Research Group, The University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 1991

DOTAZNÍK INTERFERENCE BOLESTI S DENNÍMI AKTIVITAMI (DIBDA 0-5)

Tento dotazník má 6 kategorií, které určují, do jaké míry bolest ovlivňuje Vaše denní aktivity.

0 Jsem bez bolesti.

1 Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.

2 Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v prováděných běžných denních a pracovních činnostech bez chyb.

3 Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činnostech, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.

4 Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.

5 Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činnostech vůbec schopen/-na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.



PŘÍLOHA P X: „DESATERO PRO PÉČI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S BOLESTÍ“

DESATERO PRO PÉČI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S BOLESTÍ

- I. Při hodnocení bolesti sledujte všechny její aspekty (intenzitu, lokalizaci, časový průběh, ovlivnitelnost i kvalitu).
- II. Podporujte pacienta v popisu jeho bolesti.
- III. Sledujte bolest u pacienta opakovaně v průběhu dne.
- IV. K hodnocení bolesti využívejte hodnotící škály.
- V. Mezi hodnotící škály zařad'te také Krátký inventář bolesti nebo dotazníky. Nebojte se kombinovat více hodnotících metod.
- VI. Vždy seznamte pacienta s hodnotící škálou, kterou pro hodnocení jeho bolesti používáte.
- VII. Do dokumentace zaznamenávejte takovou intenzitu bolesti, kterou udává pacient. Jen on ví, jak moc to bolí.
- VIII. Vždy kontrolujte bolest po podání analgetika dle ordinace lékaře.
- IX. Zajímejte se o pacienta a komunikujte s ním nejen o věcech, týkajících se jeho nemoci.
- X. Pamatujte na empatický přístup a psychickou podporu.



Tento materiál vznikl na základě výsledků průzkumu z bakalářské práce s názvem „Bolest u onkologicky nemocných pacientů“.

Autor: Petra Kadlecová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Sedláková