ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť z pohľadu pacienta

Nursing diagnosis Chronic Pain from the patients' perspective

Alica Slamková *, Ľubica Poledníková

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Nitra, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-06-29

Received in revised form:

2016-08-25

Accepted: 2016-09-30

Published online: 2016-11-30

Keywords:

Chronic pain

Palliative care

Nursing diagnosis

Defining characteristics

Fehring's clinical diagnostic validity model

ABSTRACT

Chronic pain is one of the priority problems in palliative care. The study objective was the validation of the nursing diagnosis of Chronic Pain (00133) in patients in palliative care. It is a retrospective study. To evaluate the defining characteristics of the nursing diagnosis, we used the patient-focused clinical diagnostic validity model of Fehring, which uses information obtained directly from patients. We designed a questionnaire-type measurement tool containing 15 defining characteristics of the nursing diagnosis of Chronic Pain (00133). The sample included $n = 83$ patients in palliative care who were treated for pain for at least six months. The defining characteristics were rated by the patients on the Likert-type scale (from 1 – not at all characteristic of me, to 5 – very characteristic of me). After data collection, we calculated weighted scores (WS) for each of the defining characteristics. We used correlation analysis to analyze the relationships between the risk factors. None of the 15 defining characteristics were considered major by the patients. Seven defining characteristics were considered minor: pain (0.68), changes in sleep pattern (0.55), altered ability to continue previous activities (0.54), fatigue (0.52), atrophy of the involved muscle group (0.51), fear of re-injury (0.51), and restlessness (0.50). Eight defining characteristics were discarded by the patients. A statistically significant relationship was found between eight pairs of the minor defining characteristics, $p < 0.01$. The study results suggest the essential defining characteristics that may help nurses in identifying and defining an accurate nursing diagnosis in clinical practice.

S Ú H R N

Kľúčové slová:

chronická bolesť

paliatívna starostlivosť

ošetrovateľská diagnóza

definujúce charakteristiky

Fehringov model klinickej diagnostickej validity

Chronická bolesť patrí k prioritným problémom v paliatívnej starostlivosti. Cieľom výskumu bola validácia ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133) u pacientov v paliatívnej starostlivosti. Práca má charakter retrospektívnej štúdie. Na posúdenie definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy sme použili Fehringov model klinickej diagnostickej validity zameraný na pacienta, ktorý využíva informácie od pacientov. Vytvorili sme hodnotiaci nástroj dotazníkového typu, ktorý obsahoval

* **Korespondenční autor:** PhDr. Alica Slamková, PhD., Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovenská republika; e-mail: aslamkova@ukf.sk
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.09.002>

KONTAKT XVIII/4: 254–260 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

15 definujúcich charakteristík diagnózy Chronická bolesť (00133). Výskumnú vzorku predstavovalo $n = 83$ pacientov v paliatívnej starostlivosti, liečených pre bolesť minimálne šesť mesiacov. Definujúce charakteristiky boli pacientmi hodnotené na Likertovej škále (od 1 – nie je vôbec charakteristické pre mňa, do 5 – veľmi charakteristické pre mňa). Po zbere údajov sme pre každú definujúcu charakteristiku vypočítali vážené skóre (VS). Na posúdenie vzájomných vzťahov medzi rizikovými faktormi sme použili korelačnú analýzu. Z celkového počtu 15 definujúcich charakteristík neurčili pacienti ani jednu ako hlavnú. Sedem zaradili k vedľajším: Bolesť (0,68), Zmeny vo vzorci spánku (0,55), Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách (0,54), Únava (0,52), Atrofia zasiahnutých svalových skupín (0,51), Strach z opakovaného zranenia (0,51) a Nepokoj (0,50). Osem definujúcich charakteristík pacienti vyradili. Štatisticky významný vzťah sme zistili medzi ôsmimi párami vedľajších definujúcich charakteristík na úrovni $p < 0,01$. Výsledky výskumu poukazujú na nosné definujúce charakteristiky, ktoré môžu pomôcť sestram v identifikácii a formulovaní presnej ošetrovateľskej diagnózy v klinickej praxi.

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Paliatívna starostlivosť predstavuje osobitný druh starostlivosti, ktorý si vyžaduje kvalitné odborné, morálne a komunikačné zručnosti a vedomosti. V paliatívnej starostlivosti dominuje celostný prístup, preto v nej nemôžeme oddeliť zdravotnú, sociálnu, psychologickú a duchovnú zložku. Za tradičné piliere paliatívnej starostlivosti považujeme kontrolu symptómov, predovšetkým liečbu bolesti a psychosociálnu podporu [1]. Bolesť je závažný symptóm vyskytujúci sa u pacientov v terminálnej fáze ochorenia. Až jedna tretina pacientov s rakovinou a dve tretiny s pokročilým nenádorovým ochorením trpia bolesťou, ktorá ovplyvňuje kvalitu ich života [2,3].

Bolesť je definovaná podľa Medzinárodnej asociácie pre štúdium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) z roku 1979 ako „neprijemná senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá sa vzťahuje k aktuálnemu alebo potenciálnemu poškodeniu tkaniva, alebo je popisovaná v termínoch takéhoto poškodenia [4]. Zdravotnícki pracovníci, ktorí sa špecializujú na liečbu bolesti, označili problematiku bolesti u pacientov v paliatívnej starostlivosti za najväčšiu etickú dilemu. Významným problémom liečby týchto pacientov býva nedostatočné zmiernenie bolesti. Výsledky mnohých štúdií poukazujú na potrebu dôkladnej liečby bolesti u pacientov na konci života, pretože neliečená bolesť spôsobuje zbytočné utrpenie a má negatívny dopad na kvalitu života pacientov [5]. Bez ohľadu na to, či je príčina známa alebo ide o bolesť bez zrejmej organickej podstaty, prestáva byť takáto bolesť symptómom ochorenia a stáva sa syndrómom *sui generis*, t.j. chorobou chronickej bolesti [6].

Pri hodnotení bolesti majú primárnu zodpovednosť sestry. Úloha sestry začína jej hodnotením a pokračuje prípravou plánu starostlivosti a jeho realizácie. V priebehu tohto procesu sestra poskytuje informácie pacientovi, jeho rodine ale aj ostatným členom multidisciplinárneho tímu [3]. V interakcii s pacientom si sestra má uvedomiť, že bolesť je subjektívna skúsenosť, nie je možné ju objektivizovať, merať alebo vážiť. Pri jej diagnostike sme preto

vždy odkázaní predovšetkým na slová a prejavy trpiaceho [7]. Bolesť je vždy to, čo pacient označí za bolesť [8]. Sestry majú zodpovednosť pri hodnotení bolesti, podieľajú sa na vytváraní liečebného plánu, uplatňujú sa v oblasti farmakoterapie, nefarmakologických postupov a v edukácii pacienta a jeho rodiny. Pravidelné zhodnotenie bolesti prispieva aj ku kvalite komunikácie medzi sestrou a pacientom [9]. Mareš a Otterová [10] udávajú, že sestra svojím správaním a komunikáciou s pacientom môže ovplyvňovať jeho nádej alebo beznádej a tým prispieť aj k zvládaniu bolesti. Dôležitou vlastnosťou sestier je tak isto umenie počúvať a byť empatická, bolesť predvídať, sledovať a hodnotiť. Poznať a vedieť použiť dostupné spôsoby liečby, mať prehľad o nových trendoch a vedieť odovzdať všetky potrebné informácie pacientovi a jeho rodine [11].

Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz NANDA International vytvára priestor pre používanie štandardnej terminológie aj v európskych krajinách. Predpokladom jeho používania je proces validácie, t. z. potvrdenie, že diagnóza presne odráža problém pacienta, a tiež, že k záveru sme dospeli na základe zozbieraných relevantných údajov [12]. V klasifikačnom systéme NANDA International 2012–2014 je ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť (00133) zaradená do Domény 12: Komfort; Triedy 1: Telesný komfort. Nedostatočne liečená bolesť znamená pre pacienta narušenie komfortu, t. z. ovplyvnenie kvality jeho „pohodlia, pokoja“, ako uvádza Veľký psychologický slovník [13]. Komfort predstavuje aj jedno z pozitívnych kritérií ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré uvádza Kolcaba [14]. Prvá dimenzia jej teórie komfortu pozostáva z troch stavov – úľava, ľahkosť a transcendencia. Druhá dimenzia komfortu obsahuje kontexty: fyzický, psychospirituálny, sociálny a environmentálny [14]. Starostlivosť o komfort pacienta s chronickou bolesťou predstavuje teda holistický, individualizovaný, kreatívny a efektívny proces, ktorý obsahuje akcie zo strany ošetrojúceho personálu podporujúce pohodlie pacienta.

Definícia uvedenej ošetrovateľskej diagnózy uvádza, že ide o „neprijemný zmyslový a emocionálny zážitok, spôsobený skutočným alebo možným poškodením tkaniva alebo opísaný pomocou termínov pre takéto poškodenie [4];

náhly alebo pomalý nástup ľubovoľnej intenzity od miernej po silnú, neustávajúcu alebo opakovanú, bez očakávaného alebo predvídateľného konca a s trvaním dlhším ako 6 mesiacov“ [15]. K ošetrovateľskej diagnóze je priradených 17 určujúcich znakov a dva súvisiace faktory. V klasifikačnom systéme NANDA International 2015–2017 [16] je definícia upravená, presne vymedzuje minimálny časový údaj, kedy hovoríme o chronickej bolesti, t. z. v časti s trvaním dlhším ako 6 mesiacov na „doba trvania dlhšia ako tri (> 3) mesiace“. Počet definujúcich charakteristík sa zmenil na deväť, pričom niektoré boli vyradené a iné doplnené. Pozitívne je doplnenie definujúcich charakteristík, ktoré udávajú potrebu využitia konkrétnych hodnotiacich škál pre chronickú bolesť. Išlo o nasledujúce diagnostické znaky: Dôkaz o bolesti s použitím štandardizovanej škály na posudzovanie správania ovplyvneného bolesťou u tých, ktorí nie sú schopní komunikovať verbálne (napr. Škála bolesti pre novorodencov; Škála pre posúdenie bolesti u seniorov s obmedzenou schopnosťou komunikovať); Sprostredkovaná informácia o správaní ovplyvnenom bolesťou/o zmenách v aktivitách (napr. rodinný príslušník, opatrovateľ); Sebavýpoveď o charakteristikách bolesti s použitím štandardizovaného nástroja na posudzovanie bolesti (napr.: McGill dotazník bolesti (MPQ), Krátky dotazník bolesti (BPI)). Súvisiace faktory boli zmenené z počtu 2 na 35, pričom podrobnejšie špecifikujú príčinné faktory vzniku tejto diagnózy.

Nakoľko ľudské správanie je zložitá a sestry nemôžu „vedieť“, čo prežívajú iní ľudia [17], je pre myslenie sester a technické procesy dôležité, aby existovali interpersonálne procesy spolupráce s príjemcami a ďalšími poskytovateľmi starostlivosti.

Primárnosť subjektívneho aspektu práve pri hodnotení bolesti nás motivovala k validácii ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133) s využitím Fehringovho modelu klinickej diagnostickej validity zameraného na pacienta (*Patient-focused clinical diagnostic validity model*), ktorý využíva informácie získané priamo od pacientov. Chceli sme zistiť, ako pacienti vnímajú a hodnotia jednotlivé symptómy, nakoľko aj oni môžu byť príčinou nedostatočnej liečby svojej bolesti. Niekedy zatajujú bolesti z obáv, že ich stav sa zhorší, alebo predpokladajú, že bolesť je nevyhnutná a neliečiteľná.

Metodika a charakteristika súboru

Cieľom výskumu bola validácia ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133). Práca má charakter retrospektívnej štúdie zameranej na validáciu ošetrovateľskej diagnózy s použitím Fehringovho modelu – modelu klinickej diagnostickej validity zameraného na pacienta (*Patient-focused clinical diagnostic validity model*), ktorý využíva informácie získané priamo od pacientov.

Na posúdenie významnosti definujúcich charakteristík sme vytvorili hodnotiaci nástroj dotazníkového typu, ktorý obsahoval 15 položiek a identifikačné údaje. Pozostával z definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133) (NANDA I, 2012–2014), ktorá obsahuje síce 17 definujúcich charakteristík, ale dve

položky sme z výskumu vyradili. Išlo o definujúce charakteristiky: Výraz tváre (napr. strata lesku v očiach, ubitý pohľad, fixný alebo roztrúsený pohyb, grimasa) a Pozorované ochranné správanie. Uvedené položky si vyžadovali objektívne hodnotenie sestrami a nedali sa hodnotiť samotnými pacientmi.

Definujúce charakteristiky boli pacientmi hodnotené na Likertovej škále (od 1 – nie je vôbec charakteristické pre mňa, do 5 – veľmi charakteristické pre mňa). Po zbere údajov sme pre každú definujúcu charakteristiku vypočítali vážené skóre (VS).

Na štatistickú analýzu dát sme použili postupy deskriptívnej štatistiky. Pre každú definujúcu charakteristiku sme vypočítali základné štatistické hodnoty: aritmetický priemer ($\bar{x}$), smerodajnú odchýlku (SD) a tiež vážené skóre (VS). Vážené skóre sa získalo súčtom hodnôt priradených každej odpovedi a jeho následným vydelením celkovým počtom odpovedí. K jednotlivým odpoveďiam boli priradené hodnoty: 5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,5; 2 = 0,25; 1 = 0. Za hlavné definujúce charakteristiky sme považovali tie, ktoré dosiahli hodnotu VS viac ako 0,75, za vedľajšie tie, ktoré boli v rozmedzí 0,5–0,75. Charakteristiky, ktoré mali hodnotu menej ako 0,50, sa podľa Fehringa vyradujú [18]. Sila vzájomného vzťahu medzi definujúcimi charakteristikami bola zisťovaná pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu (r) s následným určením hladiny kritickej štatistickej významnosti tejto korelácie (p). Zber údajov sa uskutočnil v období september 2014–máj 2015.

Výskumný súbor predstavovalo 83 pacientov. Do výskumného súboru boli zaradovaní pacienti z NsP v Leviciach (Interné oddelenie, Oddelenie pre dlhodobu chorobu) a pacienti z Fakultnej nemocnice v Nitre (Oddelenie rádioterapie a klinickej onkológie). U pacientov bola stanovená ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť (00133). Respondenti súhlasili so spoluprácou, boli emocionálne a intelektuálne schopní odpovedať a hodnotiť reprezentatívnosť každej definujúcej charakteristiky vo vzťahu k vlastnej bolesti. Išlo o pacientov v paliatívnej starostlivosti, u ktorých sa minimálne 6 mesiacov uskutočňovala liečba bolesti (NANDA I, 2012–2014) a ich aktuálny zdravotný stav umožnil účasť na výskume. O indikácii paliatívnej starostlivosti u pacientov sme získavali informácie od ošetrovateľských lekárov. Z celkového počtu 83 pacientov 20 využívalo aj nefarmakologické prostriedky pre liečbu bolesti (fyzikálne: elektroterapia – TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulation – Elektrická stimulácia nervov cez kožu), psychologické: relaxačné techniky – autogénny tréning, muzikoterapia).

Z celkového počtu 83 bolo 38 mužov (46 %) a 45 žien (54 %) (tab. 1).

U pacientov sa vyskytovali nasledujúce lekárske diagnózy podľa MKCh-10: C00–C14 Zhubné nádory (ZN) pery, ústnej dutiny a hltanu (16,9 %), C15–C26 ZN tráviacich orgánov (21,7 %), C30–C39 ZN dýchacích a vnútrohrudníkových orgánov (7,2 %), C40–C41 ZN kostí a kĺbovej chrupky (1,2 %), C43–C44 Melanóm a iné zhubné nádory kože (1,2 %), C50–C50 ZN prsníka (14,5 %), C51–C58 ZN ženských pohlavných orgánov (6,0 %), C60–C63 ZN mužských pohlavných orgánov (13,3 %), C64–C68 ZN močovej sústavy (1,2 %), C69–C72 ZN oka, mozgu a iných častí

Tabuľka 1 – Demografické údaje

	Muži	%	Ženy	%	Spolu	%
	38	45,8	45	54,2	83	100
18–30 r.	3	3,6	3	3,6	6	7,2
31–50 r.	6	7,2	4	4,8	10	12,0
51–70 r.	18	21,7	21	25,3	39	47,0
71 r. a viac	11	13,3	17	20,5	28	33,8
x = 61,96	SD = 16,23		min = 24		max = 90	
x = aritmetický priemer; SD = smerodajná odchýlka; min – minimálne; max – maximálne						

centrálnej nervovej sústavy (3,6 %), C81–C96 ZN pôvodom alebo s predpokladaným pôvodom z lymfatického, hemopoetického a príbuzného tkaniva (3,6 %) a 160–169 Cievne choroby mozgu (9,6 %).

Pre stanovenie ošetrovateľskej diagnózy a pre potrebu osobného kontaktu s pacientmi boli vybrané 4 sestry (2 sestry NsP Levice, 2 sestry FN Nitra), ktoré sa nepodieľali na validácii ošetrovateľskej diagnózy, ale splňali modifikované kritériá pre zaradenie do súboru expertov [19]. Pri stanovení ošetrovateľskej diagnózy postupovali sestry na jednotlivých pracoviskách podľa krokov diagnostického algoritmu, pričom pri prvom kroku – určení aspoň jednej definujúcej charakteristiky – postupovali podľa hodnotiaceho nástroja, ktorý obsahoval jednotlivé definujúce charakteristiky podľa NANDA I, 2012–2014 [15]. V druhom kroku – vyhľadávanie súvisiacich faktorov vychádzali sestry z dvoch, ktoré uvádza NANDA I, 2012–2014 [15], a to Chronické telesné postihnutie a Chronické psychosociálne postihnutie, vzhľadom k vnímaniu bolesti ako konceptu

„totálnej bolesti“. V treťom kroku zisťovali sestry, či sú pacienti v stave, ktorý je opísaný v definícii tejto ošetrovateľskej diagnózy [15].

Na začiatku výskumu sme požiadali vedenie zdravotníckych zariadení o jeho umožnenie. Odpovede etických komisií boli v oboch prípadoch kladné.

Výsledky

Súbor pacientov z celkového počtu definujúcich charakteristík neurčil ani jednu ako hlavnú. Šesť definujúcich charakteristík určili ako vedľajšie (tab. 2) a deväť vyradili. K vyradeným položkám patrili: Anorexia (VS 0,38), Kódový/číselný záznam (0,46), Depresia (0,34), Ochranné správanie (0,36), Podráždenosť (0,43), Obmedzená interakcia s ľuďmi (0,42), Zameranie sa na seba (0,41), Reakcia sprostredkovaná sympatikom (0,49).

Tabuľka 2 – Vedľajšie definujúce charakteristiky

	Definujúca charakteristika	x	SD	VS
1	Bolesť	3,74	1,22	0,68
2	Zmeny vo vzorci spánku	3,21	1,21	0,55
3	Zmenená schopnosť pokračovať v predch. aktivitách	3,17	1,45	0,54
4	Únava	3,06	1,24	0,52
5	Atrofia zasiahnutých svalových skupín	3,05	1,31	0,51
6	Strach z opakovaného zranenia	3,02	1,43	0,51
7	Nepokoj	2,99	1,19	0,50
x = aritmetický priemer; SD = smerodajná odchýlka; VS = vážené skóre				

Z nasledujúcej tabuľky 3 vyplýva, že existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi ôsmimi párami vedľajších definujúcich charakteristík na úrovni $p < 0,01$. Môžeme teda hovoriť o pozitívnom vzťahu medzi takmer všetkými vedľajšími definujúcimi charakteristikami, okrem definujúcich charakteristík Atrofia zasiahnutých svalových skupín a Únava, kde štatistická analýza nepoukázala na signifikantnú závislosť medzi týmito dvoma údajmi.

Zaujímalo nás porovnanie hodnotenia jednotlivých diagnostických znakov podľa pohlavia. Hodnotenie sa približne zhodovalo, nezistili sme štatisticky významné

rozdiely na úrovni $p < 0,05$ ani pri jednej definujúcej charakteristike.

Diskusia

Cieľom príspevku bolo hodnotenie definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133) [15] s využitím modelu klinickej diagnostickej validity zameraného na pacienta (Patient-focused CDV model).

Tabuľka 3 – Korelácie medzi vedľajšími definujúcimi charakteristikami

		Vedľajšie definujúce charakteristiky		
		Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách	Atrofia zasiahnutých svalových skupín	Zmeny vo vzorci spánku
Vedľajšie definujúce charakteristiky	Únava	0,347**	0,186	0,357**
	Strach z opakovaného zranenia	0,404**	0,411**	0,350**
	Bolesť	0,440**	0,368**	0,335**

** Korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0,01$

V súčasnej dobe sa čoraz viac zdôrazňuje význam validačných štúdií ošetrovateľských diagnóz, v súvislosti s rozvojom presného názvoslovia, ktoré popisuje ošetrovateľské javy [20]. Validácia ošetrovateľskej diagnózy vyjadruje, ako presne diagnostické znaky a príslušná etiológia popisujú reakciu klienta na aktuálne či potenciálne zdravotné problémy, čiže ošetrovateľskú diagnózu [21]. V našich podmienkach sa výskumom pri použití modelu klinickej diagnostickej validity zameraného na pacienta (Patient-focused CDV model) venovali iba niektorí autori, napr. Kolegarová a Zeleníková [22], ktoré hodnotili definujúce charakteristiky ošetrovateľskej diagnózy Preťaženie opatrovateľa. Whitley [23] v štúdiu pri validácii ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť tak isto použila model CDV.

Zeleníková a Žiaková [24] analyzovali 50 vybraných validačných štúdií publikovaných v 12 konferenčných zborníkoch – Classification of Nursing Diagnoses: Conference Proceedings of North American Nursing Diagnosis Association a periodikách – Nursing Diagnosis, International Journal of Nursing terminologies and classification a Kontakt. Zistili, že z 25 štúdií, v ktorých bol použitý niektorý z Fehringových modelov, bol model CDV aplikovaný v 7 štúdiách.

Výskumu v oblasti chronickej bolesti sa venovali aj Zeleníková a Maniaková [25]. Hlavným cieľom ich práce bola validácia definujúcich charakteristík a súvisiacich faktorov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť v Slovenskej a Českej republike, ale s využitím Fehringovho modelu validity diagnostického obsahu. Súbor slovenských expertov označil ako hlavné tri diagnostické znaky (Bolesť – VS 0,82; Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách – VS 0,75; Depresia VS 0,75), kým českým súborom expertov bola uvedená iba jedna definujúca charakteristika ako hlavná a to Bolesť (VS 0,87). Výsledky nášho výskumu v zmysle identifikácie hlavných diagnostických znakov sa nezhodujú s týmito výsledkami. Pacienti ani jeden diagnostický znak nezaradili ako hlavný. Bolesť zaradili na prvé miesto z vedľajších diagnostických znakov s VS 0,68. Definujúcu charakteristiku Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách tak isto respondenti zaradili k vedľajším (VS 0,54) a Depresiu dokonca vyradili (VS 0,34). Z vedľajších diagnostických znakov boli zhodné so súborom českých expertov nasledujúce: Zmeny vo vzorci spánku, Únava, Strach z opakovaného zranenia a Atrofia zasiahnutých svalových skupín. So súborom slovenských expertov boli zhodné vedľajšie diagnostické znaky: Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách, Atrofia zasiahnutých svalových skupín, Zmeny vo vzorci spánku a Strach z opakovaného zranenia. Dôvody, prečo

pacienti nezaradili ani jednu definujúcu charakteristiku ako hlavnú, môžu byť rôzne. Napr. efektívna liečba bolesti, nakoľko sme výskum uskutočňovali u hospitalizovaných pacientov, prípadne určitý pocit bezpečia, ktorý majú pacienti v súvislosti s hospitalizáciou. Rozdiely pri validácii ošetrovateľskej diagnózy uvádza aj Mullins [26], ktorý sa zamerával na hodnotenie ošetrovateľskej diagnózy Bezmocnosť prostredníctvom sestier aj pacientov.

Kľúčovou definujúcou charakteristikou tejto diagnózy je Bolesť. Ako uvádzajú Sláma a Bystrický [27], bolesť je jedným z najčastejších symptómov pokročilých štádií ochorenia, ktorými sa paliatívna medicína zaoberá. Zásadne ovplyvňuje komfort a náladu, radosť zo života, nádej i spoluprácu pri liečbe. Vzhľadom k subjektívnemu charakteru bolesti je dôležité, aby boli pacienti zapojení do jej hodnotenia [28]. Vnímanie bolesti, teda aj prelomovej bolesti ako subjektívnej skúsenosti zdôrazňujú autori Webber et al. [29], ktorí vo svojom výskume porovnávajú hodnotenie prelomovej bolesti pacientmi a lekármi. Z výskumnej vzorky pacientov 35 % hodnotilo svoju prelomovú bolesť ako nedostatočne kontrolovanú, zatiaľ čo 72 % lekárov uviedlo dostatočnú kontrolu. Bolesť ako primárny problém v paliatívnej starostlivosti je vnímaný aj laickou verejnosťou. Poukazujú na to výsledky výskumu Mackovej [30], ktorá uskutočnila výskum v Českej republike so zameraním na identifikáciu úrovne povedomia verejnosti o paliatívnej starostlivosti. Z celkového počtu odpovedí 785 viac ako polovica respondentov sa domnievala, že by paliatívna starostlivosť mala zabezpečiť najmä liečbu bolesti. Vplyv bolesti na aktivity denného života prezentujú vo svojom výskume Mercadent et al. [31], ktorí uvádzajú, že až u 80,6 % pacientov výskumnej vzorky mala prelomová bolesť výrazný negatívny vplyv na ich každodenný život. V našom výskume zaradili pacienti definujúcu charakteristiku Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách k vedľajším s VS 0,54.

Jedným z častých prejavov pokročilého ochorenia spojeného s chronickou bolesťou býva únava. Únava je charakterizovaná ako extrémna vyčerpanosť, ktorú ani adekvátny odpočinok nezlepší. Únavu ako významný symptóm u nevyliciteľne chorých zdôrazňujú vo svojom výskume aj Bouvette et al. [32]. Pacienti hovoria o strate psychickej i fyzickej energie, záujmu o okolie, vyčerpaní rezerv, poruchách spánku, koncentrácie a pod. [33, 34]. Dôležitosť hodnotenia únavy ako významného syndrómu v paliatívnej starostlivosti uvádzajú aj Peters et al. [35], ktorí uskutočnili výskum u 137 pacientov s rôznymi neliečiteľnými typmi nádorových ochorení. Z uvedeného celkového počtu až 47 % respondentov uviedli ťažkú únavu. Podstatne

vážnejšia únava bola pozorovaná, keď pacienti mali väčšiu bolesť, dýchavičnosť, stratu chuti do jedla, nevoľnosť, vracanie alebo zápchu. Tak isto Farbicka a Nowicki [36], ktorí sa venovali problematike rakoviny pľúc, uvádzajú, že tento symptóm je periodicky pozorovaný u 70 % pacientov s rakovinou pľúc, zatiaľ čo u 30 % z nich pretrváva stále. Únavový syndróm zhoršuje fungovanie jedinca v každodennom živote, avšak nie vždy je mu venovaná náležitá liečba a pozornosť. V našom výskume zaradili pacienti únavu k vedľajším definujúcim charakteristikám s dosť nízkym váženým skóre (VS 0,52). Tento výsledok sa zhoduje s výsledkom výskumu autoriek Zeleníková a Maniaková [25], kde vzorka slovenských expertov určila pre daný znak VS 0,54, zatiaľ čo expertky z Čiech ho vylúčili.

Liečba bolesti vyžaduje komplexné zhodnotenie, vrátane psychosociálneho posúdenia, ktoré zahŕňa vplyv bolesti na náladu, zvládanie záťažových situácií, spánok [37, 38]. V našom výskume dosiahol diagnostický znak Spánok druhé najvyššie hodnotenie s VS 0,55.

Zeleníková a Maniaková [25] vo svojom výskume uvádzajú výsledky hodnotenia súvisiacich faktorov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133). Sestry pripisovali zvýšenú významnosť súvisiacemu faktoru Chronické telesné postihnutie (Slovensko – VS 0,81 a Česko VS 0,77) v porovnaní so súvisiacim faktorom Chronické psychosociálne postihnutie (Slovensko – VS 0,70 a Česko VS 0,64). Ďalší autori Gilbert a Smith [39], ktorí sa vo svojom výskume zamerali na kvalitu života pacientov s reštriktívnym pľúcnym ochorením v paliatívnej starostlivosti, uvádzajú, že mnohé symptómy ako strach, sociálnu izoláciu, úzkosť a depresiu pacienti uvádzali často ako neriešené. V našom výskume zaradili respondenti znaky, ktoré hovoria o prežívaní chorých, k vedľajším diagnostickým znakom: Strach z opakovaného zranenia (VS 0,51) a Nepokoj (VS 0,50). Depresiu, Ochranné správanie, Podráždenosť a Obmedzenú interakciu s ľuďmi dokonca vyradili, čo môže znamenať primerané riešenie týchto problémov. Zaujímavé je hodnotenie diagnostického znaku: Kódový/číselný záznam (VS 0,46), ktorý respondenti vyradili, predstavuje nízku frekvenciu hodnotenia bolesti pomocou stanovených meracích nástrojov. Rovnaké výsledky prezentujú vo svojom výskume aj Zeleníková a Maniaková [25], kedy obidva súbory expertov uvedený diagnostický znak vyradili. Pravidelné a presné hodnotenie bolesti pacientom v spolupráci so sestrou prostredníctvom kvalitných meracích škál je však veľmi dôležité. Pri chronickej bolesti opakovanej intenzity nižšej ako 2 je možné uskutočňovať hodnotenie bolesti menej často. U pacientov so silnou bolesťou (škála 6 a viac pri prelomových bolestiach) častejšie [40]. Pre pacienta s chronickou bolesťou je vhodné, aby si viedol aj tzv. „Denník bolesti“. V ňom si zaznamenáva všetky potrebné údaje v súvislosti s bolesťou, ktoré môžu skvalitniť liečbu bolesti.

Záver

Chronická bolesť patrí medzi primárne problémy v paliatívnej starostlivosti. Efektívnu liečbu ovplyvňuje kvalita posúdenia. Významnú úlohu pri posudzovaní bolesti majú sestry. Pravidelné hodnotenie chronickej bolesti s využitím

kvalitných meracích nástrojov významne ovplyvňuje liečbu bolesti pacienta. Nedostatkem súčasnej klinickej praxe na mnohých pracoviskách je však nízka miera ich využívania. Efektívna liečba bolesti má pozitívny vplyv aj na celkové prežívanie ochorenia pacientom, na jeho náladu, úroveň a ochotu komunikovať, motiváciu k ďalšej liečbe.

Výsledky nášho výskumu predstavujú čiastkový výstup z projektu, ktorý je zameraný na vzdelávanie členov interdisciplinárneho tímu v oblasti paliatívnej starostlivosti. Ošetrovanie pacientov s chronickou bolesťou patrí k nosným témam tohto projektu. Výsledky výskumu uvádzajú najčastejšie problémy, ktoré ovplyvňujú život pacientov s chronickou bolesťou, pričom nejde o hodnotenie odborníkov na základe objektívnych údajov, ale o subjektívne výpovede jednotlivých pacientov. Ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť (00133) poskytuje ucelený pohľad na symptomatológiu chronickej bolesti.

Výsledky nášho výskumu sa nestotožňujú so všetkými diagnostickými znakmi navrhovanými klasifikačným systémom NANDA I. Napriek tomu poukazujú na nosné definujúce charakteristiky, ktoré môžu pomôcť sestram v identifikácii a formulovaní presnej ošetrovateľskej diagnózy v klinickej praxi. Na základe výsledkov výskumu, tak ako zdôrazňujú autori analýz rôznych štúdií zameraných na validáciu ošetrovateľských diagnóz, je vhodné opakovanie výskumu, rozšírenie vzorky respondentov, prípadne porovnanie respondentov podľa veku a ďalších regiónov Slovenska.

K efektívnemu riešeniu chronickej bolesti prispieva okrem vládnej politiky a dostupnosti liekov aj kvalitné vzdelávanie zdravotníkov, v našom prípade sestier. Je potrebné, aby sa sestry špecializovali aj v našich podmienkach v oblasti liečby bolesti. Pre získanie objektívnych informácií pri hodnotení bolesti, zameraných na psychosociálnu a duchovnú oblasť, vyplýva nutnosť kvalitnejšej komunikácie, so zameraním na získanie dôvery pacientov. Tak isto je dôležité si uvedomiť, že zvládanie chronickej bolesti má byť interdisciplinárnou záležitosťou.

Konflikt záujmov

Autorky prehlasujú, že nie sú si vedomé žiadneho konfliktu záujmu týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Podakovanie

Príspevok bol vypracovaný v rámci projektu KEGA : Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť (022UKF-4/2015)

LITERATÚRA

- [1] Špatenková N et al. O posledných veciach človeka. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén; 2014.
- [2] O'Connor M, Aranda S. Paliatívni péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing; 2005.

- [3] Ferrell B, Coyle N (eds). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press; 2006.
- [4] International Association for the Study of Pain. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6(3):249–52.
- [5] Ferrell BR, Novy D, Sullivan MD, Banja J, Dubois MY, Gitlin MC et al. Ethical dilemmas in pain management. *Journal of Pain* 2001;2(3):171–80.
- [6] Kulichová M. Bolest – definícia, patofyziológia, terminológia. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2008;1(3):109–11.
- [7] Martuliak I, Otrubová Z. Liečba bolesti v paliatívnej medicíne. In: Dobriková-Porubčanová P et al. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha; 2005, s. 111–130.
- [8] Twycross R, Wilcock A. *Symptom Management in Advanced Cancer*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002.
- [9] Richards A, Edwards S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing; 2004.
- [10] Mareš J, Otterová E. Naděje jako moderátor bolesti. *Bolest* 2001;4(3):138–48.
- [11] Kašpárková J, Fessler V. Chováme se k nemocným s bolestí správně aneb léčíme správně bolest? *Bolest* 2006;9(3):159–63.
- [12] Holmanová E, Žiaková K, Čáp J. Metodologické poznámky k problematice validizácie ošetrovateľských diagnóz. *Kontakt* 2006;8(1):25–30.
- [13] Hartl P, Hartlová H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál; 2010.
- [14] Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19(6):1178–84.
- [15] Herdman TH. *NANDA International. Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing; 2013.
- [16] Herdman TH, Kamitsuru S (eds). *NANDA International. Nursing Diagnoses 2015–2017. Definitions and Classification*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
- [17] Munhall PL. „Unknowing“: Toward another pattern of knowing in nursing. *Nurs Outlook* 1993;41(3):125–8.
- [18] Fehring RJ. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley ME (ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St. Louis: Mosby; 1986, pp. 183–90.
- [19] Zeleníková R, Žiaková K, Čáp J, Jarošová D, Vrublová Y. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. *Kontakt* 2010;12(4):407–13.
- [20] Vörösová G, Solgajová A, Archalousová A. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada; 2015.
- [21] Copeland-Owen S, Dibenedetto T, Furney F. Validation of the nursing diagnosis „knowledge deficit: restorative measures“. In: McLane AM (ed.). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the seventh conference*. Mosby: St. Louis; 1987, pp. 199–202.
- [22] Kolegarová V, Zeleníková R. Hodnocení definujících charakteristik ošetrovateľské diagnózy Přetížení pečovatele. *Ošetrovateľství a porodní asistence* 2011;2(4):282–7.
- [23] Whitley GG. A Comparison of Two Methods of Clinical Validation of Nursing Diagnosis. In: Rantz MJ. (eds). *Classification of Nursing diagnosis: Proceedings of the twelfth conference NANDA*. Glendale: Cinahl; 1997, pp. 103–10.
- [24] Zeleníková R, Žiaková K. Validizačné štúdie ošetrovateľských diagnóz. *Ošetrovateľství a porodní asistence* 2010;1(1):1–9.
- [25] Zeleníková R, Maniaková L. Chronic Pain: Content Validation of Nursing Diagnosis in Slovakia and the Czech Republic. *International Journal of Nursing Knowledge* 2015;26(4):187–93.
- [26] Mullins DL. Powerlessness: Concept Analysis and Validation of the Defining characteristic. In: Carroll-Johnson (eds). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott; 1994, pp. 208–10.
- [27] Sláma O, Bystrický Z. Hodnocení a základní typologie chronické nádorové bolesti. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Galén: Praha; 2007, s. 39–91.
- [28] Peterson SJ, Bredow TS (eds). *Middle Range Theories. Application to Nursing Research*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- [29] Webber K, Davies AN, Cowie MR. Disparities Between Clinician and Patient Perception of Breakthrough Pain Control. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(5):933–7. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.309.
- [30] Macková M. Pohled české veřejnosti na paliativní péči. *Aktuální otázky sociální politiky* 2014;8(1):60–9.
- [31] Mercadante S, Lazzari M, Reale C, Cuomo A, Fusco F, Marchetti P et al. Italian Oncological Pain Survey (IOPS): a multicentre Italian study of breakthrough pain performed in different settings. *Clin J Pain* 2015;31(3):214–21. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000161.
- [32] Bouvette M, Fothergill-Bourbonnais F, Perreault A. Implementation of the pain and symptom assessment record (PSAR). *J Adv Nurs* 2002;40(6):685–700.
- [33] Kabelka L, Sláma O. Únava. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Galén: Praha; 2007, s. 191–3.
- [34] Stetz KM, Haberman MR, Holcombe J, Jones LS. 1994 Oncology Nursing Society Research Priorities Survey. *Oncol Nurs Forum* 1995;22(5):785–9.
- [35] Peters ME, Goedendorp MM, Verhagen CA, van der Graaf WT, Bleijenberg G. Severe fatigue during the palliative treatment phase of cancer: an exploratory study. *Cancer Nurs* 2014;37(2):139–45. Doi: 10.1097/NCC.0b013e318291bd2d.
- [36] Farbicka P, Nowicki A. Palliative care in patients with lung cancer. *Contemp Oncol* 2013;17(3):238–45. Doi: 10.5114/wo.2013.35033.
- [37] Brant J. Léčba bolesti. In: O'Connor M, Aranda S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada; 2005, s. 89–99.
- [38] Krivohlavý J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada; 2002.
- [39] Gilbert CR, Smith CM. Advanced lung disease: quality of life and role of palliative care. *Mt Sinai J Med* 2009;76(1):63–70. Doi: 10.1002/msj.20091.
- [40] Vorlíček J, Abrahámová J, Vorlíčková H a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada; 2006.