



AKUTNÍ BOLEST JAKO TÉMA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Ludmila Koucká**
Vedoucí práce: Bc. Petra Podrazilová, DiS.





ACUTE PAIN AS A NURSING TOPIC

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Ludmila Koucká**
Supervisor: Bc. Petra Podrazilová, DiS.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ludmila Koucká**
Osobní číslo: **Z10000151**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

- 1) Zmapovat znalosti všeobecných sester o akutní bolesti
- 2) Zjistit četnost monitorace akutní bolesti u pacientů všeobecnými sestrami
- 3) Zmapovat využívání hodnotících škál u akutní bolesti
- 4) Zmapovat používání nefarmakologických metod ke zmírnění bolesti

Východiska (abstrakt):

Ve své práci bych chtěla teoreticky a empiricky zmapovat znalosti všeobecných sester při sledování a hodnocení bolesti. Cílem je zjistit zda všeobecné sestry sledují, vyhodnocují bolest a zda využívají i nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti v ošetrovatelské praxi.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Všeobecné sestry umí definovat akutní bolest
- 2) Všeobecné sestry se aktivně zajímají o akutní bolest u pacientů
- 3) Všeobecné sestry využívají u pacientů hodnotící škálu k monitoraci akutní bolesti
- 4) Všeobecné sestry upřednostňují farmakologickou léčbu před nefarmakologickými metodami

Metoda: Kvantitativní

Technika: Dotazník

Místo a čas výzkumu: Lůžková oddělení Nemocnice s poliklinikou(NsP)Semily, podzim 2013

Vzorek: Všeobecné sestry ve všech směnách NsP Semily, předpokládá se oslovení přibližně 100 respondentů

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

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

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Bc. Petra Podrazilová, DiS.

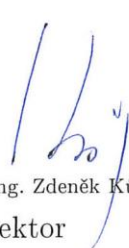
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. Bolest. Vyd.2. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
2. ROKYTA, Richard a kolektiv. Bolest a jak s ní zacházet. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
3. ADAMUS, Milan a kolektiv. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
4. HAKL, Marek a kolektiv. Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2473-0.
5. MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. Léčba pooperační bolesti. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.
6. SLÍVA, Jiří, Tomáš DOLEŽAL. Farmakoterapie bolesti. Diferenciální diagnóza, farmakoterapie, chyby a omyly. Vyd.1. Praha: Maxdorf s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7345-182-0.
7. KOZÁK, Jiří a kolektiv. Opioidy v léčbě bolesti. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. ISBN 978-80-204-2122-7.
8. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. Ošetrovatelství 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
9. GULÁŠOVÁ, Ivica. Bolest jako ošetrovatelský problém. Vyd.1. Martin: Osveta spol. sr.o., 2008. ISBN 978-80-8063-288-5.
10. JANÁČKOVÁ, Laura. Bolest a její zvládání. Vyd.1. Praha: Portál s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
11. BÍŘEŠOVÁ, Edita. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče. Sestra. 2011, č. 7/8, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
12. PIECKOVÁ, Lenka. Management bolesti-charakteristika bolesti, její rozdělení. Sestra. 2011, č. 7/8, s. 37-38. ISSN 1210-0404.
13. ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest-fyziologie, fáze a léčba. Sestra. 2012, č. 4, s. 48-51. ISSN 1210-0404.
14. GANDHI, Kishor, James W. HEITZ, Benjamin VAGHARI. Acute Pain Management in the Postanesthesia Care Unit. Anesthesiology the Clinics. 2012, č. 30, s. 145-147. ISSN 1932-2275.
15. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Vyd.1. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
16. KOLEKTIV autorů. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1720-4.

Studentka
Ludmila KOUCKÁ
Z10000151
Chuchelna 59
513 01 SEMILY

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 12. července 2013
č.j.: 13/8515/027434-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 28. 6. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/027434-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2014.

Je nutné ale doplnit zahraniční literaturu.

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG a podepsaný formulář odevzdat na studijním oddělení.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 27. 6. 2014

Podpis: 

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Bc. Petře Podrazilové, DiS. za odborné vedení a podnětné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem dotazovaným respondentům, kteří mi pomohli při realizaci průzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji všem, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Anotace

Jméno a příjmení autora Ludmila Koucká
Instituce: Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Název práce: Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče
Vedoucí práce: Bc. Petra Podrazilová, DiS.
Počet stran: 96
Počet příloh: 7
Rok obhajoby: 2014

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je bolest jako ošetrovatelský problém. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, posuzováním jednotlivých druhů bolesti, diagnostikou bolesti, plánováním, realizací a hodnocením sesterských činností vedoucích ke snížení pacientovy bolesti. Závěrem hodnotí vliv bolesti na kvalitu života pacienta a vymezuje roli sestry ve sledování bolesti. Empirická část zahrnuje vlastní výzkumné šetření jehož cílem bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o bolesti, jejím sledování, hodnocení a využívání nefarmakologických metod k zmírnění bolesti. Byly stanoveny cíle práce, výzkumné předpoklady a konstruován dotazník, který byl předložen anonymním respondentům a následně vyhodnocen. Součástí empirické části je diskuze, doporučení pro praxi a závěr. Výzkumné šetření probíhalo na jednotlivých lůžkových odděleních Nemocnice s Poliklinikou v Semilech.

Klíčová slova: Bolest. Sledování bolesti. Všeobecná sestra. Nefarmakologická léčba.

Anotation

Name and surname: Ludmila Koucká
Institution: Technical university of Liberec
Institute of Health Studies
Title: Acute pain as a nursing topic
Supervisor: Bc.Petra Podrazilová, DiS
Pages: 96
Apendix: 7
Year: 2014

Summary:

Thema of my bachelor thesis is a pain as a nursing problem. Theoretical part outlines some basic terms, recognition some types of pain, diagnostic of pain, planning, implementation and evaluation nursing activities leading to eliminate patient's pain. In the end of this part I assess pain effect on quality of patient's life and I delimitate nurse's part in monitoring pain. Empirical part comprises research investigation, which goal was to chart knowledges of general nurses about pain, pain monitoring, evaluation and application of nonpharmacological methods of pain relief. Goals of thesis were made out, research questions and then was constructed questionnaire, which was then submitted to anonymous respondents and consequently evaluated. A content of empirical part is discussion, references for practice and conclusion. Research investigation took place on patient departments of Nemocnice s Poliklinikou v Semilech.

Key words: Pain. Pain monitoring. General nurse. Nonpharmacological therapy.

Obsah

1 Úvod.....	12
2 Teoretická část práce	14
2.1 Bolest	14
2.1.1 Definice bolesti	14
2.1.2 Druhy bolesti.....	14
2.1.3 Etiologie bolesti	16
2.1.4 Fyziologie a fáze bolesti	16
2.2 Posuzování bolesti	18
2.2.1 Fyziologické měření bolesti.....	19
2.2.2 Psychologické metody měření bolesti, hodnotící škály.....	19
2.2.3 Edukace nemocných	22
2.3 Diagnostika bolesti	22
2.3.1 Bolest akutní	22
2.3.2 Bolest chronická	23
2.4 Léčba bolesti.....	23
2.4.1 Způsoby léčby bolesti	24
2.4.2 Farmakologická léčba bolesti	24
2.4.3 Nefarmakologická léčba bolesti.....	25
2.4.4 Doplnkové metody tišení bolesti	26
2.4.5 Invazivní metody léčby.....	27
2.5 Plánování sesterských činností proti bolesti	27
2.6 Realizace sesterských činností proti bolesti.....	28
2.7 Hodnocení sesterských činností proti bolesti.....	29
2.8 Role všeobecné sestry ve sledování bolesti	29
2.8.1 Sestra a léčba bolesti.....	30
3 VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	12
3.1 Cíle výzkumu	32
3.2 Hypotézy	32
3.3 Metodika výzkumu	33
3.4 Charakteristika souboru	34
3.4 Vyhodnocení položek dotazníku	37
4 Diskuze	65
5 Návrh doporučení pro praxi.....	72
6 Závěr	73
7 Seznam bibliografických citací.....	74
8 Seznam příloh	77
Seznam tabulek	
Seznam grafů	

1 Úvod

Jedním z nejzávažnějších problémů péče o člověka je bolest. Bolest je velmi důležitá. Například může jedince přimět k tomu, aby se zabýval jejími příčinami, vyhledal pomoc nebo si odpočinul. Musíme zohlednit i její všeobecný biologický význam, protože má ochrannou funkci, to znamená, že varuje organismus, když není něco v pořádku, signalizuje onemocnění. Pokud tento důležitý signál chybí, ztrácí smysl, vysiluje pacienta a zhoršuje průběh onemocnění.

Snaha ovlivnit bolest je přirozená. Snažíme se odstranit nebo alespoň zmírnit pacientovo utrpení různými způsoby. Mimo poměrně širokého spektra léčiv, existuje i mnoho alternativních způsobů, jak ulevit člověku trpícímu bolestí. Mnohdy jsou nefarmakologické metody tišení bolesti opomíjeny, přestože mají své místo při tlumení jak akutní, tak chronické bolesti.

Smyslem poslání sestry je ulehčovat pacientovi v jeho těžké situaci. Sestra je součástí týmu a je zprostředkovatelkou mezi pacientem a lékařem. Bývá většinou osobou, které pacient svěří své trápení. Sestra musí důvěřovat pacientovi, že pociťuje bolest, bagatelizace pacientových stesků může vést k dlouhodobým negativním účinkům na proces uzdravování.

Sestra má také nezastupitelnou roli ve sledování a tlumení bolesti. V současnosti se používá množství různých hodnotících škál k objektivizaci pacientových obtíží. Přestože je bolest subjektivní příznak a je pociťována velmi individuálně, její hodnocení je nezbytné k hodnocení účinků analgetické i doplňkové léčby.

Nepostradatelnou podmínkou pro hodnocení bolesti sestrou jsou základní vědomosti o bolesti. Péče o nemocného s bolestí vyžaduje neustálé vzdělávání.

Sestra, která chce poskytovat úlevu, by měla přijmout rozdíly ve vnímání bolesti mezi jednotlivými nemocnými a způsobech zacházení s ní.

Bolest akutní i chronická vyžaduje vyrovnaný vztah mezi zdravotníkem a pacientem a holistický, neboli celostní, přístup ze strany veškerého personálu.

Téma bolesti jsem si vybrala proto, že tato problematika nás provází celý profesní i soukromý život. I přes to, že se stále mluví o pacientově právu na odpovídající léčbu bolesti, nemocní nebývají správně léčeni, a co je horší, jejich stesky jsou zdravotníky podceňovány. Cílem práce je zmapovat znalosti všeobecných sester o bolesti, jejím

hodnocení a o možnostech využití alternativních metod v léčbě bolesti. K uskutečnění výzkumného šetření byl použit dotazník. Výstupem této práce je standard, který by měl být pomůckou při správném posuzování bolesti na lůžkových odděleních, kde byl průzkum prováděn. Práce je věnována nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

2 Teoretická část práce

2.1 Bolest

2.1.1 Definice bolesti

„Bolest je nepříjemným senzorickým a emocionálním prožitkem spojeným se skutečným nebo potencionálním poškozením tkání.“ Definice je obecně platná a vytvořena Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP = International Association for the Study of Pain - Pain Definitions, 1994) a přijata Mezinárodní zdravotnickou organizací (WHO). Definice obsahuje podstatný dodatek - že prožívání bolesti, ať už jakéhokoli typu, je vždy subjektivní, to znamená, že není odvislé od věku, pohlaví, rasy či etnika. (Rokyta, 2012)

Bolest je součástí lidského života a do určité míry je potřebná a důležitá. V akutní podobě upozorňuje na ohrožení organismu - například na začínající problém nebo na problém právě vzniklý (např. s počátkem angíny bolest v krku, po pádu bolest naraženého kolene) , nebo upozorňuje na tělesnou, ale i duševní nepohodu. (Rokyta, 2009)

„Bolest má dva hlavní významy:

1. Signální, jako bolest akutní, která nám oznamuje, že něco v organismu není v pořádku, že se děje něco špatného, že tkáň je poškozena nebo hrozí další poškození.

2. Patognomický, jako bolest chronická, která je nemocí sama o sobě. Představuje nozologickou jednotku a je předmětem diagnostiky a léčby zvláštní lékařské disciplíny – algeziologie.“ (Rokyta, 2009, s.15)

2.1.2 Druhy bolesti

Základní a nejjednodušší rozdělení bolesti je podle doby jejího trvání na akutní a chronickou. Mezi další druhy bolesti patří bolest rekurentní, nádorová, fantomová a psychogenní. Bolest má 2 složky - fyzickou a duševní. Často jsou tyto dvě modalities chápány jako zcela odlišné, avšak jsou navzájem propojené.

Rozdělení a správné určení druhu bolesti má svůj nezastupitelný význam v její správné terapii. (Málek, 2009)

Akutní bolest je symptomem onemocnění či úrazu, chronická a opakující se bolest je

specifickým zdravotnickým problémem, samostatným onemocněním.

Akutní bolest: jedná se bolest trvající několik hodin, maximálně několik dnů nebo týdnů, vzniká na základě poškození tkáně nebo orgánu (např. při úrazu), mechanicky nebo nemocí, při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž, pacienti reagují fyziologickými změnami (prudké zvýšení krevního tlaku, prohloubení dýchání, nárůst svalového napětí, neklid, agrese k okolí i k sobě samému), je obvykle ostrého charakteru. Akutní bolest je charakterizována jako varování před nebezpečím, má důležitý ochranný význam, protože zabraňuje dalšímu poškození organismu. Dominující emoce doprovázející akutní bolest je anxiozita – úzkost, která však může přejít až do agresivity.

Akutní a subakutní bolest mohou také často doplňovat poruchy fyziologického rytmu, například poruchy spánku (zhoršené usínání, nedostačující hloubka spánku, předčasné probouzení se, neklidný spánek) a jiné různorodé obtíže, například nechutenství, ztráta libida a podobně. (Hakl, 2011)

Chronická bolest: je buď stálá, nebo opakující se v delším období. Pomalu se rozvíjí a trvá delší dobu (více než tři až šest měsíců). Způsobuje změny životního stylu, narušuje rodinný a pracovní život pacienta, způsobuje změny psychické (sociální izolace, pasivita, egocentrismus, deprese atd.) a fyzické (únava, hubnutí, nechutenství atd.). Obtížně určujeme počátek bolesti. Charakter bolesti je oproti akutní bolesti častěji tupý, hůře lokalizovatelný. Dochází ke snížení prahu bolesti, proto i menší podnět způsobí pacientovi bolest. (Rokyta, 2012)

Odlišnost v biomedicínské funkci akutní a chronické bolesti je ten, že akutní bolest organismu pomáhá přežít, chronická bolest má naopak většinou destruktivní funkci na organismus. Bolest, která působí dlouhodobě vyvolává strach, úzkost i obavy, deprese, pocity méněcennosti. Trpící myslí na svoji bolest neustále, vyskytují se u něj více poruchy spánku, nechutenství atd. Kromě poruchy fyzické a psychické dochází i k poruše sociální – obvykle se pacient straní kolektivu, jsou narušeny partnerské a rodinné vztahy.

Rekurentní bolest: představuje přechod mezi akutní a chronickou bolestí. Vyskytuje se v oblasti hlavy, břicha, hrudníku a páteře. Opakovaně se vrací, intenzita se mění. Může být ostrá i tupá. Neplní funkci varovného signálu a je chápána jako psychosomatická, stresová bolest.

Nádorová bolest: je jí označována řada různých bolestivých stavů, kterými mohou trpět pacienti s nádorovým onemocněním. Bolest může mít u onkologicky nemocných řadu příčin. Může být způsobena přímo nádorem, ale také souvisí s onkologickou léčbou.

Průlomová bolest: je dočasné, náhlé a krátkodobé vzplanutí bolesti nebo její síly u pacientů se stabilizovaným bolestivým syndromem. Objevuje se buď spontánně, nebo jsou jejím vyvolavatelem různé faktory. Průlomová bolest se vyskytuje u chronických bolestivých stavů, které mohou vznikat z různých příčin. Objevení se této bolesti znamená pro pacienta další utrpení. (Hakl, 2011)

Fantomová bolest: je reálná bolest, kterou pociťuje postižený v neexistující části těla, například v amputované dolní končetině. Je třeba odlišit ji od fantomového pocitu, tj. pocitu, že chybějící část je ještě stále přítomná. Fantomová bolest je nejspíše důsledkem dráždění poškozených dendritů přerušovaných nervů, ne drážděním běžných receptorů. Lze jí předcházet správnou operační technikou, pokud se rozvine je obtížně řešitelná běžnými analgetiky. (Kozierová, 1995)

Psychogenní bolest: nemá zjevný organický původ, má však biologický základ. Převažuje zde psychická složka. Je možné ji léčit psychoterapeuticky, psychofarmakologicky, případně neurochirurgicky, jelikož běžná analgetika zpravidla nezabírají.

Neuropatická bolest: vzniká při poškození periferních nervů, je nepřesně lokalizovaná a má různý charakter – od palčivých pocitů po tupou i ostrou bolest. Doprovází často neurologické či metabolické onemocnění. Je řešitelná dobrou kompenzací základního onemocnění. (Hakl, 2011)

2.1.3 Etiologie bolesti

Etiologie bolesti je různorodá. Příčiny bolesti můžeme dělit na vnitřní - souvisí s onemocněním či vrozenou vadou jednotlivých orgánů či orgánových systémů, nebo na zevní - chemické, biologické nebo fyzikální noxy. Bolest může být ale také způsobena psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolest). Bolest z vnitřních příčin může být hůře lokalizovatelná, může vyzařovat, oproti zevním příčinám, které bývají přesně lokalizovatelné, viditelné na kožním krytu. (Rokyta, 2012)

2.1.4 Fyziologie a fáze bolesti

Pocity bolesti vznikají v centrálním nervovém systému spojením procesů začínajících

v receptorech kůže nebo vnitřních orgánů – mechanoreceptory – tzv. nociceptory, výjimečně i jiné receptory, od nichž se impulzy dostávají do mozku – do center bolesti. Reakce na bolest představuje nejvnitřnější a nejsilnější nepodmíněnou reakci organismu. Vnímání a vedení bolesti je složitý proces. Jednotlivé fáze vzniku a přenosu bolesti jsou následující:

1.Transdukce - po zranění tkáně následuje přeměna mechanických, chemických a tepelných informací na elektrickou aktivitu. Elektrická aktivita je vedena do míchy a do mozku jako signál bolesti.

2.Transmise - bolestivý impulz prochází z periferního nervového vlákna do míchy. Neurotransmitery přenesou impulz z periferního neuronu na neuron druhého řádu a dále přes prodlouženou míchu a thalamus do mozkové kůry.

3.Percepce - bolestivý impulz se dostane do mozkového kmene, thalamu a kůry a pacient si uvědomí bolest.

4.Modulace – předpokládá se, že uvnitř organismu existují přirozené mechanismy, které modulují přenos a vnímání bolesti. Modulace probíhá, když neurony v mozkovém kmene vyšlou signál zpět do spinální míchy pomocí neurotransmiterů – serotonin a norepinefrin. Po vazbě na spinální míchu se neurotransmitery vrátí zpět do buněk proto, aby se znovu použily a staly se zásobou pro následné uvolnění. Ze spinální míchy se vede impulz do místa na periférii a dojde k motorické reakci. (Kolektiv autorů, 2006)

Dráha bolesti je tří neuronová. V periférii se nachází nociceptor – volné nervové zakončení, které reaguje na různé podněty (chemické, termické, tlakové atd.), ten je senzorickým aferentním vláknem spojen s neuronem v zadních rožích míšních. Odtud se dráha bolesti dělí na rychlou a pomalou. Rychlá dráha bolesti vede přímo k thalamu (dráha spino-thalamická), pomalá dráha bolesti vede nejprve do retikulární formace a poté k thalamu (dráha spino-retikulo-thalamická). (Thalamus je součást mezimozku, tvoří část stěny 3.komory mozkové). Retikulární formace je zodpovědná za emoce, psychické naladění doprovázející bolest. Poslední drahou je spojení thalamu s kůrou mozkovou (dráha thalamo-kortikální). V kůře mozkové dochází ke zpracování bolesti lokalizace, intenzita, kvalita bolesti. Rychlá dráha bolesti vede ostrou, bodavou bolest, pomalá dráha bolesti vede špatně lokalizovatelnou, tupou bolest. Známe 3 druhy nervových vláken vedoucích bolest. Vlákná A-alfa - jsou dobře myelinizovaná, vedou ostrou bolest. Oproti tomu vlákna C -gamma - jsou nemyelinizovaná, vedou tupou bolest.

Mezi nimi jsou vlákna A/B alfa beta, která zprostředkovávají taktilní podněty. (Čihák, 2004)

2.2 Posuzování bolesti

Dva pacienti se stejným organickým (etiologickým) podkladem bolesti ji mohou prožívat a popisovat značně odlišně, jelikož je bolest dána především subjektivním prožitkem. Bolest není vůbec jednoduché objektivně zhodnotit je velmi individuální, není ovlivněna pouze tělesnou patologií, ale velkou roli zde hraje osobnost pacienta, jeho kulturní zvyky, sociální status. Každý pacient může mít dramaticky odlišný práh bolesti, její toleranci a odlišné vyjadřování různé intenzity bolesti.

Bolest se projevuje verbálně i nonverbálně, pokud nacházíme disproporci mezi verbálním hodnocením bolesti a nonverbálním projevem pacienta, máme sklon pochybovat o bolestech pacienta. Avšak aby bolest byla co nejlépe vyšetřena, je důležité dodržovat základní pravidlo, že bolest je cokoliv pacient za bolest označí a objevuje se kdykoliv pacient řekne, že se objevuje. Pacientova interpretace bolesti a její intenzity je nejpřesnější a nejspolehlivější způsob hodnocení bolesti. Jestliže pacient oznamuje, že pociťuje bolest, je nutné toto respektovat a dle toho následně jednat, aby byla bolest co nejdříve zmírněna a pacient netrpěl. (Kolektiv autorů, 2006).

Jelikož je bolest pociťována a prožívána pouze individuálně, byly vyvinuty metody, které napomáhají vyjádřit kvantitativně subjektivní pocit pacienta. Kvantitativní zhodnocení bolesti pacienta je v ošetrovatelském procesu i v pro hodnocení účinku analgetických opatření velmi potřebné. Umožňuje lépe dávkovat léčebné prostředky k potlačení bolesti. Zpravidla se hodnotí individuální vnímání bolesti, její intenzita a charakter. (Staňková, 2001)

Nejčastější oblasti ošetrovatelského hodnocení jsou dle Staňkové (2001):

- měření fyziologických funkcí,
- hodnocení bolesti,
- měření kvality psychiky pacienta,
- měření soběstačnosti,
- měření rizika komplikací.

Měření bolesti neboli dolometrie má k dispozici řadu různých metod. Patří sem jednak metody fyziologické, ale i metody psychologické.

Do skupiny fyziologického měření bolesti patří metody měření evokovaných potenciálů, svalového napětí a zjišťování autonomní nervové činnosti.

Do skupiny psychologického hodnocení patří zejména hodnocení chování pacienta sestrou a také pacientovo sebehodnocení bolesti využitím hodnotících škál, dotazníků a standardizovaných psychologických testů. (Rokyta, 2009)

2.2.1 Fyziologické měření bolesti

Evokované potenciály jsou elektrické signály, které vycházejí z mozku v odpovědi na senzorické podněty. Jde o měření podobné elektroencefalografu. Rozdíl je v tom, že se měří elektrické potenciály jen v místech mozku, kde se soustřeďuje aktivita přicházející z daného receptoru. Zjistilo se, že tyto údaje souhlasí se subjektivním hodnocení bolesti. Mají však omezenou působnost.

Měření svalového napětí elektromyografií k určení intenzity bolesti je značně nespolehlivé, nepodává validní výsledky. Zjistilo se, že u některých pacientů se toto napětí např. při bolesti zad enormně zvyšuje, u jiných naopak snižuje. (Rokyta, 2012).

2.2.2 Psychologické metody měření bolesti, hodnotící škály

Psychologové se v kontaktu s pacientem snaží odpovědět na tyto otázky (Boroňová, 2010):

- kde to bolí - lokalizace bolesti
- jak moc to bolí - intenzita bolesti
- kdy to bolí - časový průběh bolesti
- jak to bolí - kvalita bolesti
- jak se dá daná bolest zmírnit, případně co bolest zhoršuje - terapie a psychoterapie bolesti

Škály na hodnocení bolesti hodnotí intenzitu bolesti, což je jeden z nejvíce subjektivních aspektů bolesti. Tyto škály nabízejí několik výhod:

- jednoduché na použití,
- rychlý výsledek,

- odhalí problémy, které poté mohou vést k dalším vyšetřením
- odhalí účinnost intervence ke snížení bolesti, když se používají před a po intervenci

Existuje mnoho druhů hodnotících škál, před výběrem hodnotící škály je důležité zvážit pacientův věk, zrak, schopnost číst a schopnost porozumět dané škále. Bolest hodnotíme zpravidla 4x denně, event.dle potřeb a stavu pacienta upravujeme. (Bírešová, 2011)

V praxi se využívají neverbální i verbální metody hodnocení bolesti nebo se na specializovaných pracovištích léčby bolesti využívají jednoduché prostředky, které slouží k psychofyzikálním vyšetřením.(Rokyta, 2012)

Škála hodnotící intenzitu bolesti

Neverbálně se může bolest hodnotit u pediatrických pacientů a u dospělých, kteří mají problémy s jazykem dané země. Běžná hodnotící škála se skládá z různých obličejů, kdy na začátku škály je usmívající se obličej a na konci škály zamračený, plačtivý obličej.

Při použití této škály je důležité pacientovi vysvětlit, že každý obličej znamená osobu u které se postupně zhoršuje bolest. Pacienta požádáme, aby vybral obličej, který nejlépe charakterizuje jeho pocity. (Kolektiv autorů, 2006)

Vizuální analogová škála (VAS)

Je nejužívanější metodou numerického hodnocení intenzity bolesti. Pomocí této škály hodnotí pacient intenzitu popisované bolesti na horizontální úsečce, na níž jsou místo obličejů číslice od 0 do 10. Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, kterou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS 3, proto na VAS 4 je nutno léčebně reagovat. Pacienta je nutno poučit, že má udělat značku v místě úsečky, která určuje intenzitu jeho vlastní bolesti. Je důležité brát na zřetel, že pro některé pacienty (děti, starší osoby) může být tato škála příliš abstraktní. (Málek, 2009)

Číselná hodnotící škála

Číselnou škálu lze využít k zaznamenání intenzity bolesti ale i k vyjádření její změny v průběhu léčby k hodnocení bolesti. Lze ji používat verbálně, kdy pacient zhodnotí svoji bolest číslem od 0 do 10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 nejhorší představitelná bolest. Tuto škálu lze použít i jako vertikální nebo horizontální úsečku s popisnými slovy a čísly. (Rokyta, 2012)

Slovně popisná škála

U této škály hodnotící bolest si pacient vybere popis své bolesti ze seznamu přídavných jmen, která jsou následující: žádná, protivná, nepříjemná, hrozná, strašná a agonizující.

Tato škála je stejně jako číselná škála rychlá a jednoduchá. Má ale několik nevýhod: omezuje více pacientovy možnosti, jelikož je zde menší výběr oproti např. VAS škále, pacienti mají tendenci vybírat spíše střední hodnocení bolesti (nepříjemná), než extrémní popisky (agonizující) a někteří pacienti nemusí rozumět všem přídavným jménům. (Kolektiv autorů, 2006)

McGillský dotazník bolesti

Tento dotazník přináší informace o intenzitě bolesti i o jejích kvalitách. Dotazník zahrnuje dvacet kategorií popisu bolesti v několika skupinách: senzorické složky, emoční složky, vyhodnocovací a různé pojmy. Stupnice od 0 do 5 umožňuje pacientovi vyjádřit intenzitu bolesti. Součástí dotazníku je i nákres lidského těla, který umožňuje pacientovi bolest lokalizovat. (Rokyta, 2012)

Tento dotazník je k dispozici v krátké a dlouhé verzi. Krátká verze používá 15 popisujících slov a trvá méně než 5 minut. Dlouhá verze dotazníku obsahuje 78 popisujících slov a trvá zhruba 20 minut. McGillský dotazník se může používat jako základní zhodnocení i jako pravidelné vyšetření. (Rokyta, 2012)

Průvodce k hodnocení bolesti (Paint assessment guide)

Dotazník je poněkud zdoluhavý, ale může pomoci sesbírat důležité informace o celkovém pacientově stavu a jeho bolesti. Tyto dotazníky se mohou lišit v jednotlivých zdravotnických zařízeních. (Kolektiv autorů, 2006)

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Jako nástroje měření bolesti používáme i dotazníky bolesti. Ve světě je nejčastěji využíván dotazník Brief Pain Inventory (dále jen BPI).

V České republice používáme zkrácenou formu BPI. V každodenní klinické praxi je třeba zvážit, zda jsou z hlediska léčby všechny získané informace relevantní a zda vyplňování dotazníku není pro pacienta zbytečnou zátěží. Dotazník předkládá pacientovi systematické otázky. Výsledek dotazníku má za úkol dopomoci k pochopení pacientovi bolesti, k zhodnocení efektu zavedené léčby a k určení vlivu bolesti na jeho denní aktivity. (Bolest, 2012)

Zaznamenání neverbálních projevů bolesti

Mezi neverbální projevy patří paralingvistické projevy (pláč, naříkání), mimické projevy, pohyby končetin, posturologické projevy (schoulení se, nahrbení), aktivita autonomního nervového systému (zrudnutí kůže, lapání po dechu). Všechny těchto projevů si všímáme, zaznamenáváme je následně do dokumentace. (Piecková, 2011)

2.2.3 Edukace nemocných

V dnešní době je nutné edukovat pacienta, zejména o jeho právu na efektivní léčbu bolesti, o způsobu hodnocení a metodách léčby bolesti. Edukace je velmi důležitá, výzkumy ukazují, že poučení pacienti s dostatečnými informacemi hlásí nižší intenzitu bolesti, požadují méně analgetik a mají kratší dobu pobytu v nemocnici. Nedostatečně informovaní pacienti se mylně domnívají, že „dobrý pacient to musí vydržet“, že „bolest formuje charakter“, že se stanou na léku závislí, že vedlejší účinky jsou horší než samotná bolest, a že je třeba nechat silný lék na dobu „až bude hůř“. Mnohdy se pacienti domnívají, že lékař se potřebuje soustředit na léčení jejich nemoci a tak ho nechťejí rozptylovat stížnostmi na bolest. Jindy se pacienti domnívají, že zdravotníci o jejich bolesti vědí a dělají vše, co je v jejich silách. Používání pravítek VAS, která jsou na první pohled velmi jednoduchá, vyžaduje edukaci a velkou spolupráci nemocných. Komplikovaná edukace bývá u chronicky nemocných, kteří ve snaze zbavit se svých potíží nadsazují výsledek. Zkušená sestra, která zná projevy akutní i chronické bolesti, dokáže bolest posoudit a cíleným rozhovorem se s nemocným shodne na stupni intenzity jeho bolesti. (Rokyta, 2012)

2.3 Diagnostika bolesti

Základem k léčbě bolesti je její diagnostika a následně zhodnocení její intenzity a míry účinku její léčby. Lékař hodnotí typ bolesti, rozhoduje o její terapii, o následných vyšetřovacích metodách. Sestra informuje zpravidla lékaře o bolesti pacienta, bolest a její intenzitu sleduje, hodnotí účinek terapie. (Málek, 2009)

2.3.1 Bolest akutní

Nejčastěji poúrazová, pooperační, či při akutním onemocnění. Diagnostika je vedena rychlostí vzniku bolesti, lokalizací bolesti a ostrou charakteristikou bolesti. Při

diagnostickém procesu je riziko z prodlení, týká se to hlavně akutních onemocnění, úrazových stavů. Je často výrazný nonverbální projev bolesti, doprovodné fyziologické změny.

Pacientovi je odebrána anamnéza, je vyšetřen pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem, je provedeno základní laboratorní vyšetření, zobrazovací metody (RTG, UZ, CT), měříme základní fyziologické funkce. Po nasazení léčby dochází zpravidla k rychlé úlevě od bolesti.(Málek, 2009)

2.3.2 Bolest chronická

Diagnostika je zde těžší, bolest je hůře lokalizovatelná. Je menší nonverbální projev, fyziolog. změny jsou minimální, nebo nejsou žádné. Laboratorní výsledky bývají zpravidla bez patolog. výchylek. Zobrazovací vyšetření bývají méně účinná.

Pacientovi je odebrána anamnéza, provedeno celkové fyzikální vyšetření, vyhotoveny základní krevní odběry, zobrazovací vyšetření. Často jsou potřebná další speciální vyšetření (endokrinologické, onkologické, metabolické, revmatologické ...).

K léčbě často nestačí pouze analgetika, ale je nutná i léčba všech přidružených onemocnění, nasazení antidepresiv. (Rokyta, 2009)

2.4 Léčba bolesti

Léčba bolesti vždy byla povinností zdravotníků. Její neléčení a tím působení utrpení nemocným v dnešním 21. století je neetické, jelikož v dnešní době máme již velké množství možností léčby bolesti. Léčba bolesti má své ekonomické dopady pro společnost, jelikož se při správné léčbě pacient brzy vrací do pracovního procesu. Neopominutelné jsou však sociální důsledky léčby bolesti pro pacienta, pacient bez bolesti se lépe socializuje. (Málek, 2009)

Cílem léčby bolesti je snížit intenzitu bolesti na přijatelnou úroveň nebo v ideálním případě bolest pacientovi odstranit úplně. Nejdůležitějším faktorem je určení příčiny bolesti a její odstranění, pokud to lze. Pokud příčinu nemůžeme odstranit (nádorová bolest, fantomová bolest), potlačujeme pouze intenzitu bolesti.

Strategii léčby bolesti volíme odlišně u bolesti akutní i chronické. Pacient potřebuje srozumitelné informace o plánu, včetně jasného vysvětlení každé změny léčby.

Nevysvětlené a náhlé změny vyvolávají nedůvěru pacienta v léčebný tým. Návaznost léčby je proto velmi důležitá. Při zahájení léčby je vhodné řídit se doporučením WHO - použít třístupňový analgetický žebříček. (Rokyta,2012)

2.4.1 Způsoby léčby bolesti

Léčbu můžeme dělit na nefarmakologickou, farmakologickou a invazivní metody. Pro akutní terapii bolesti je podle novějších poznatků medicíny uznávaným postupem multimodální přístup k léčbě bolesti. Kombinuje se aplikace farmakoterapie a technik léčby bolesti, které působí odlišnými mechanismy a jejich účinky se tedy sčítají. Multimodální přístup zlepšuje například pooperační léčbu bolesti a redukuje výskyt pooperačních komplikací, jako jsou nevolnost a zvracení. Monoterapie bývá méně úspěšná z hlediska úlevy od bolesti a je vysokým rizikem pro podléčení bolesti. (Málek, 2009)

Chronická bolest by měla být léčena multidisciplinárně s využitím týmové spolupráce algeziologa, neurologa, psychiatra, rehabilitačního lékaře a psychologa. Indikací k přijetí pacienta na pracoviště léčby bolesti je nejčastěji nejasný chronický bolestivý stav. Hospitalizace by měla stanovit správnou diagnózu a měla by nastavit vhodnou analgetickou terapii, eventuálně navrhnout a provést specializované intervenční výkony.

2.4.2 Farmakologická léčba bolesti

Tvoří základ léčby akutní i chronické bolesti. Podle intenzity bolesti je léčba rozdělena do tří základních stupňů a tvoří analgetický žebříček podle WHO.

1.stupeň - mírná bolest - neopioidní analgetika

2.stupeň -středně silná bolest- slabý opioid a neopioidní analgetikum (+ event. antidepressiva)

3.stupeň – silná bolest - silný opiát a neopioidní analgetikum (+ event. antidepressiva)

Náplasti, krémy, gely: vyznačují se jednoduchou aplikací. Například anestetický krém se aplikuje na kůži a znecitlivuje příslušné místo. Aplikuje se zejména dětem, které by opakovaně měly dostávat injekce. Léčivé přípravky z náplastí pronikají do těla v rovnoměrných dávkách. Jedna náplast může působit jeden až několik dní. Jejich účinnost se zvyšuje s kombinováním s jinými formami analgetik. Náplasti obsahují především opioidní analgetika, krémy a gely obvykle analgetika typu NSAID. Nežádoucí účinky jsou často kožní reakce.

Neopiodní analgetika: působí centrálně i periferně v organismu. Kromě analgetického účinku mívají i účinek antipyretický (snižují tělesnou teplotu), protizánětlivý. Tato skupina zahrnuje paracetamol, pro minimum nežádoucích účinků lék první volby, metamizol a nesteroidní protizánětlivé léky (NSPZL, NSAID), které mají nežádoucí účinky typu alergií, dráždění nebo i krvácení sliznice gastrointestinálního traktu. Neopiodní analgetika jsou vhodné k tlumení mírných a středně silných bolestí.

Opioidní analgetika: vznikly odvozením od prototypu – morfinu, který se izoluje ze šťávy makovic (opium). Působí přes opioidní receptory na supraspinální či spinální úrovni. Působí pouze proti bolesti. Ve vyšších dávkách způsobují ospalost, obluzení. Může na ně vzniknout návyk. Mezi nežádoucí účinky dále patří zácpa, retence močová, tlumení dýchacího centra, svědění, zmatenost.

Opioidní analgetika se dělí podle síly analgetického účinku na slabá (dihydrokodein, kodein, tramadol), silná (morfin, hydromorfon, fentanyl, oxykodon a další). Slabé opioidy je vhodné kombinovat s neopiodními analgetiky, protože se vzájemně zvyšuje jejich účinek a tím vzniká možnost ke snížení dávek. Silné opioidy jsou určeny k léčbě neztišitelných, velmi silných bolestí. Postup pro léčbu opioidy u nádorové bolesti určují pravidla. (Hakl, 2011)

2.4.3 Nefarmakologická léčba bolesti

Většinou je kombinována s farmakologickou léčbou. Hlavní je psychologický přístup k pacientovi, algeziolog (lékař zabývající se terapií bolesti) by měl k pacientovi zaujmout aktivní empatický postoj. Strach, úzkost a bezmocnost pacienta zhoršují nejen akutní bolest, ale samozřejmě také zhoršují průběh chronické bolesti.

Hypnóza: je stav přechodně změněné pozornosti pacienta, kdy se po různých podnětech vyskytují různé jevy, jako jsou změny vědomí a paměti a sklon k autosugesci.

Fyzikální terapie: zahrnuje léčbu chladem, teplem, imobilizací, masáží, akupunkturu a TENS.

Chlad: snižuje otok a svalový spasmus, je ke krátkodobému použití pro nebezpečí vzniku traumatu.

Teplo: uvolňuje svalové spasy, zlepšuje prokrvení a mobilitu, nevhodné na krvácející rány.

Imobilizace: znehybnění omezuje bolest, ale je žádoucí na nezbytně nutnou dobu pro

riziko vzniku otlaků a trombózy.

Masáže: patří k mechanickým stimulačním metodám, zlepšují prokrvení a lymfatickou drenáž, mají pozitivní vliv na psychiku. Nelze je použít u čerstvých kožních defektů, u maligních onemocněních, zánětu a hluboké žilní trombóze.

Akupunktura: patří mezi stimulační metody, odborník na akupunkturu vpíchne dlouhé tenké jehly do těla na určitých místech, čímž se zablokuje vedení bolestivého impulsu do mozku.

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS): přes kožní elektrody jsou stimulována bolestivá místa přesně určeným elektrickým proudem. Efekt byl prokázán zejména u méně intenzivních bolestí. (Málek, 2009)

2.4.4 Doplnkové metody tišení bolesti

Aromaterapie: využívá esenciální oleje různých aromatických rostlin, často se kombinuje s masážemi a hydroterapií. Aromatické oleje se mohou inhalovat v podobě par nebo se aplikují formou obkladů. Pomáhá odbourat vedlejší negativní účinky při cytostatické léčbě (např. inhalace 1% esenciálního oleje máty peprné, snižuje nevolnost).

Magnetoterapie: terapie magnetickým polem. Používají se při ní přístroje, které produkují trvalé (kontinuální) nebo přerušované (pulzující) magnetické pole. Ovlivňují pozitivně biologické vlastnosti tkání tím, že mění vodivost nervů a jejich reaktivitu.

Používání terapeutického dotyku: jde o přenášení energie z jedné osoby na druhou s cílem posílit uzdravovací proces nemocného nebo zraněného. Metoda je odvozená od přikládání rukou spojených s východními filozofiemi. Terapeutický dotyk je nezávislou ošetrovatelskou funkcí, která se může používat samostatně nebo s jinými technikami proti bolesti. Může začít zmírňovat bolest už za několik minut a jeho efekt může přetrvávat několik hodin až dní. (Kozierová, 1995)

Placebo: léčba (např. podávání přípravků nebo různé ošetrovatelské výkony), která u pacienta vyvolá efekt na psychologickém podkladu, ne pro své fyzikální či chemické vlastnosti. Pacient očekává zmírnění bolesti, či jiný předpokládaný účinek. Placebo může být ve formě tablet, roztoků atd. Placebo má fyziologický efekt (v některých případech dochází k uvolňování endorfinů – silná přirozená analgetika), může pomáhat pacientovi při uzdravování. K podání placeba sestra potřebuje souhlas lékaře. To, že

v placebo nejsou aktivní chemické látky, neznámá, že sestra může samostatně rozhodnout o jeho podání. Důležité je, aby sestra věděla, proč jej podává. Placebo se nesmí použít jako „trest“ pro „těžké“ pacienty, ani jako důkaz, že pacient nemá skutečné bolesti. (Koziérová, 1995)

2.4.5 Invazivní metody léčby

Jedná se o blokády nervů přechodného nebo trvalého charakteru. Při přechodné bloádě lékař aplikuje léčebnou látku do postižené oblasti. Nejvíce užívaná je infiltrace léku do bolestivého bodu, intraartikulární aplikace, epidurální aplikace při bolesti bederní páteře, subarachnoidální kontinuální blokáda při selhání neinvazivních metod léčby, blokády periferních nervů. U ireverzibilních metod se jedná se o chirurgické řešení s trvalými následky. Provádí se jako poslední možnost při nesnesitelné bolesti.

Kordotomie – blokuje se bolest a vnímání teploty pod úrovní přerušení spinotálamického anterolaterálního traktu. Obvykle se provádí při bolestech v dolních končetinách a trupu.

Rizotomie – přerušuje přední nebo zadní nervové kořeny mezi gangliem a míchou. Přerušování předních motorických kořenů zastavuje křečovitý pohyby, které provázejí paraplegii. Přerušování zadních senzitivních nervových kořenů vylučuje bolest z oblastí, které jsou příslušným nervem inervované.

Neurektomie – přerušují se periferní nebo hlavové nervy. Tímto výkonem se zmírňuje lokální bolest, například v předkolení nebo v noze při cévních poruchách. *Sympatektomie* – přerušují se nervové dráhy v sympatickém oddílu vegetativního nervového systému. Tento výkon pomáhá odstranit vazospasmy, zlepšuje zásobení periferie krví.

2.5 Plánování sesterských činností proti bolesti

Všeobecná sestra plánuje ošetrovatelské intervence, jejichž cílem je předcházet bolesti u pacienta, případně ji zmírnit nebo zcela potlačit, aby pacient byl schopen návratu k zcela běžným denním aktivitám. (Boroňová, 2010)

Důležité je podat pacientovi relevantní informace, které potřebuje. Nadbytek či nedostatek informací mohou u pacienta vyvolávat zmatek. Prospívají informace

o bolesti a jejích mechanismech bolest zvládat. O tom jak jsou informace pro pacienty důležité, svědčí například výzkum prováděný s pacienty před operací. Jedna část pacientů byla seznámena s tím, jak pooperační bolest vypadá, jak probíhá, byli seznámeni s tím jak mají správně dýchat a jak měnit polohu těla. Tento jednoduchý postup vedl k rapidnímu snížení analgezie a zkrácení hospitalizační doby, oproti skupině pacientů, která s těmito informacemi seznámena nebyla. (Nešpor, 2004)

Při plánování ošetrovatelské péče u pacienta s bolestí všeobecná sestra vybírá nejvhodnější postupy pro snížení bolesti. Ošetrovatelská péče může zahrnovat i více ošetrovatelských strategií pro akutní a chronickou bolest. (Boroňová, 2010)

Příklady ošetrovatelských postupů:

- použité postupy, které pacientovi pomáhaly odstranit či zmírnit bolest dříve,
- pomoc pacientovi rozeznat činnosti, které mohou stupňovat nebo zmírňovat bolest,
- informovat pacienta o neinvazivních metodách zmírnění bolesti,
- pomoc pacientovi určit opatření na změnu životního stylu,
- odvrátit pozornost od bolesti,
- opačné stimulace jako jsou tlak, masáže, teplo, chlad,
- představy, terapeutické dotyky a relaxační metody,
- imobilizace části těla,
- podávání léků předepsaných lékařem

2.6 Realizace sesterských činností proti bolesti

Ošetrovatelský výkon může zahrnovat jednu nebo více strategií zmírnění bolesti. Léčba bolesti sestrou se skládá z nezávislých a závislých činností. Neinvazivní metody může sestra dělat všeobecně samostatně, ale analgetika může podat pouze po ordinaci lékaře. Rozhodnutí o samotné aplikaci, už ale záleží na kompetentním zhodnocení sestry. Je vhodné kombinovat farmakologické a nefarmakologické postupy, abychom u pacienta dosáhli optimální úlevy. (Koziérová, 1995)

V léčbě bolesti lze uplatňovat farmakologickou i nefarmakologickou léčbu se zohledněním pacienta jako jedinečnou osobnost, protože každému vyhovuje jiný

přístup a postup. (Kolektiv autorů, 2006).

Jeden z nedostatků ve správném postupu léčby bolesti je neuspokojivé vzdělávání lékařského, ošetrovatelského a pomocného zdravotnického personálu, pacientů a jejich rodin. Nedostatečná znalost, chybné pojetí a setrvávání některých mýtů, které se týkají léčby bolesti, zabraňují optimální analgezii u mnoha pacientů. (Rokyta, 2012)

2.7 Hodnocení sesterských činností proti bolesti

Hodnocení bolesti by mělo obsahovat srozumitelnou anamnézu bolesti a fyzikální vyšetření zaměřené na odpověď organismu. Bolest je nepříjemný pocit, který každý prožívá individuálně. Hodnocení bolesti je důležité pro následné vyhodnocení efektivity léčby. Při vyhodnocování všeobecná sestra shromažďuje jednotlivé údaje patřící k výsledným parametrům. I přesto, že je bolest subjektivní, informace získáváme od pacienta. Objektivní údaje můžeme získat zejména u pacientu trpících akutní bolestí, kde můžeme pozorovat změnu vitálních funkcí, chování a gest. (Boroňová, 2010)

Zhodnotit úlevu od bolesti je pro ošetrovatelský tým významné, z hlediska správného nastavení léčby. Mohou používat stejné techniky jako k hodnocení intenzity bolesti. Hodnocení bolesti pomocí škály VAS je standardizovaným postupem, někdy ovšem může být posouzení intenzity bolesti dle VAS pro pacienty obtížné. Pacient, proto může vyjádřit své subjektivní pocity s účinností léčby pomocí slovní stupnice (bez bolesti- mírná bolest- silná bolest, nebo bolest při pohybu, ruší spánek ..). Informace o bolesti, jejím charakteru, průběhu, léčbě a úlevě od bolesti je nutno zapisovat do ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Doporučeným intervalem po operačním výkonu je na standardním oddělení po 3 hodinách a na jednotkách intenzivní péče po 1 hodině. Výhodou je vizualizace bolesti, na druhou stranu takové sledování přináší další zatížení sestry. (Rokyta, 2012)

2.8 Role všeobecné sestry ve sledování bolesti

Moderní pojetí ošetrovatelství prosazuje celostní pojetí člověka, to znamená respektování jeho tělesné, psychické, emoční, sociální a spirituální bytosti. Sestra je odborník na ošetrování a nositel hmatatelné úlevy. Trpící člověk očekává pomoc od

zdravotnického personálu, který by si měl uvědomovat složitou povahu bolesti u jednotlivých pacientů. Etický postoj k nemocným znamená brát člověka takového jaký je, respektovat jeho chování, které může být změněno nemocí, vyslechnout jeho názory a problémy. Podstatné je nemocného považovat za partnera, uznávat jeho individualitu, chápat jeho názor na nemoc a na ošetřování. Pacientům s bolestí a utrpením musí sestra věnovat zvláštní pozornost. Úkolem sester je zde minimalizace nepříznivých vjemů, snaha pacienta aktivizovat a zapojovat do normálního života do té míry, do které to dovoluje jeho zdravotní stav. Pacientovi s bolestí je zejména důležité poskytovat psychickou podporu. (Dučaiová, 2011).

Významným aspektem péče o pacienta s bolestí je naslouchat a porozumět tomu, co nám nemocný říká. Zásady ošetrovatelské péče o pacienta s bolestí zahrnují několik doporučení, kterými by se měli zdravotníci řídit. V první řadě nepodceňovat stesky nemocného, projevit zájem a vyslechnout o jeho obtíže. Nechat pacienta vylíčit bolest vlastními slovy, popřípadě taktně klást doplňující otázky, netvrdit nemocnému, že ho to nemůže bolet, důvěřovat mu. Snažit se, jeli to možné, využívat všechny zkušenosti s léčbou bolesti a použít i nefarmakologickou léčbu. Žádat aktivní podíl pacienta na tišení bolesti například spolupráci s rodinou. Pomáhat pacientovi odvést pozornost od bolesti jiným směrem - čtení, hudba, návštěva, televize a jiné. Nabízet nemocnému relaxační techniky. Navození kladného vztahu s pacientem a srozumitelné komunikace s pacientem pomůže zlepšit výsledky léčby. Všeobecná sestra by měla uplatňovat morální hodnoty u pacientu trpících bolestí. Především profesionální hodnoty jsou vyjádřené ve vstřícnosti a v empatii k pacientovi. Ošetrovatelská etika je zaměřená na profesionální ošetrovatelskou péči. (Dučaiová, 2011).

2.8.1 Sestra a léčba bolesti

Úloha sestry při léčbě bolesti je nezastupitelná, mimo jiné musí umět rozlišit bolest akutní a chronickou. Porozumění bolesti je klíčem ke správné léčbě a vhodnému přístupu k pacientovi. Posoudit bolest objektivně je náročné, tento proces vyžaduje zkušenou a vzdělanou sestru, která je schopna zhodnotit její kvalitu a kvantitu. Sestra je společníkem pacienta, tráví s ním nejvíce času, sleduje jeho reakci na léčbu, jeho aktivitu a chování během dne i kvalitu spánku v noci. (Rokyta, 2012)

Bolest nelze měřit objektivně, a proto záleží především na sestře, jejích zkušenostech a znalostech, jak dokáže potíže nemocného posoudit. Bolest může být kvalitně léčena

jen při dobré komunikaci mezi sestrou a pacientem. Komunikační bariéry, které mohou vzniknout ze strany pacienta v závislosti na jeho věku, funkčních problémech nebo intelektu, je třeba vzít v úvahu.

Odpovědnost za úlevu od bolesti nenese jen sestra, ale také pacient, který však musí být seznámen s jejími možnostmi.

Sestry s dlouholetou praxí mívají s poskytováním úlevy od bolesti problémy. Mají tendenci pacienty „škatulkovat“ a ani jim neposkytují možnost osobně a samostatně zhodnotit probíhající nebo již ukončenou terapii. Často jim nutí vyjádření bolesti slovy: „*To Vás přece nemůže bolet!*“, čímž porušují nejednu zásadu jednání s pacientem trpícím bolestí, který se pak následně obává sdělovat své potíže a bolesti. Sestra a pacient žijí každý ve svém světě. Má-li dojít k empatii a porozumění, je nutné pochopit svět toho druhého. Důležitý význam pro harmonický vztah mezi sestrou a pacientem má nejen haptický kontakt - pohlazení či podání ruky, ale také akceptace pacienta, která spočívá v jeho přijetí za rovnocenného partnera na uzdravovacím procesu. Základem pro vytvoření takového vztahu je opět schopnost umění komunikace.(Trachtová, 2013)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

Předmětem výzkumu je zmapovat znalosti všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních o bolesti, její monitoraci a hodnocení a využívání nefarmakologických metod k jejímu zmírňování. V empirické části se zabýváme vlastním výzkumným šetřením, kdy jsme stanovili cíl práce, výzkumné předpoklady, sestavili dotazník, který jsme po vyplnění respondenty vyhodnotili a jednotlivé výsledné hodnoty uvedli do tabulek a grafů. Součástí empirické části je i vyhodnocení výzkumných otázek, diskuze, doporučení pro praxi a závěr.

3.1 Cíle výzkumu

- 1) Zmapovat znalosti všeobecných sester o akutní bolesti
- 2) Zjistit četnost monitorace akutní bolesti u pacientů všeobecnými sestrami
- 3) Zmapovat využívání hodnotících škál u akutní bolesti
- 4) Zmapovat používání nefarmakologických metod ke zmírnění bolesti

3.2 Hypotézy

- 1) Více než 60% všeobecných sester umí definovat akutní bolest

Tuto hypotézu jsme stanovili po prostudování odborné literatury. (Málek a kol., 2009; Hakl a kol., 2013)

- 2) Více než 50% všeobecných sester se aktivně zajímá o akutní bolest u pacientů

Hypotéza byla stanovena na podkladě bakalářské práce jejímž cílem bylo zmapovat deklarované znalosti nelékařských profesí o fenoménu bolesti. (Soukupová, 2012)

- 3) Více než 60 % všeobecných sester zná a využívá k monitoraci akutní bolesti u pacientů škálu hodnotící bolest

Hypotézu jsme definovali v návaznosti na bakalářskou práci (Neužilová,2009), která se zabývá připraveností sester k hodnocení bolesti.

- 4) Všeobecné sestry upřednostňují farmakologickou léčbu před nefarmakologickými metodami.

Problematikou využívání alternativních metod léčby bolesti v ošetrovatelské praxi se ve svém výzkumu zabývá Švidová (2012).

3.3 Metodika výzkumu

Jedná se o výzkumné šetření, jejímž cílem je jednorázově zmapovat znalosti všeobecných sester o bolesti, využívání způsobu sledování a hodnocení bolesti a používání nefarmakologických metod v praxi. Zvolili jsme techniku kvantitativního výzkumu s použitím nestandardizovaného dotazníku, který byl použit k výzkumnému šetření. Otázky jsou formulovány jako otázky uzavřené, polouzavřené s možností výběru nabízených odpovědí a otevřené s možností vyjádření vlastního názoru respondentů.

Dotazník obsahuje 25 položek (příloha A). Otázky byly formulovány tak, aby byly jednoduché a srozumitelné pro respondenty. U některých otázek byly záměrně zařazeny i nesprávné možnosti odpovědí ke zjištění znalostí respondentů. Na konci dotazníku byl respondentům dán prostor pro vyjádření vlastního názoru. Dotazník byl anonymní a dobrovolný.

Zpracování výsledku výzkumu včetně grafů a tabulek bylo realizováno v programu OpenOffice je běžně dostupný a umožňuje jednoduché zpracování tabulek a grafů. Pro přehlednost byly použity tabulky, grafy a slovní popis výsledku. Jsou uvedeny absolutní četnosti a relativní četnosti, jejichž výsledné hodnoty byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Příprava k výzkumnému šetření probíhala studiem literatury a získáváním informací na odborných konferencích. Před výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení Nemocnice v Semilech v říjnu 2013. Po drobných úpravách dotazníku jsme přistoupili k samotnému zkoumání, které probíhalo v období od 15.12.2013 do 31.1.2014. O distribuci dotazníků jsme požádali vrchních sestry jednotlivých oddělení. Dotazníků bylo rozdáno 100(100%) z toho byla dotazníková návratnost 81(81%), které budeme dále považovat za 100%. Získané dotazníky byly zpracovány všechny, nezodpovězené položky jsme považovali za neznalost respondentů, proto jsme žádné dotazníky nevyřazovali. Výběr respondentů byl záměrný. Výzkumný vzorek byl tvořen respondenty z lůžkových oddělení Nemocnice s poliklinikou Semily. Do souboru byli zařazeni všichni zdravotničtí pracovníci, kteří splňovali podmínky o nelékařských zdravotnických povoláních dle § 4 zákona 96/2004Sb.

Byla podána žádost o souhlas s realizací výzkumného šetření (příloha B) a žádost k umožnění revize směrnice „Péče o pacienta s bolestí“ (příloha C), které byly

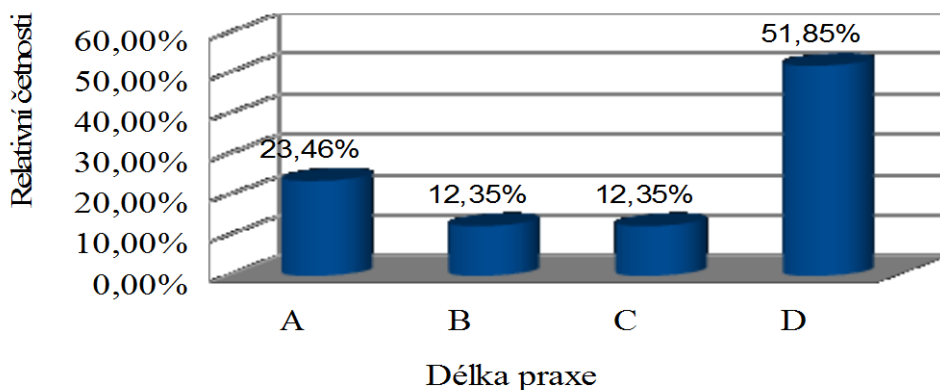
předloženy na ředitelství Nemocnice s poliklinikou v Semilech. S výzkumným šetřením souhlasilo vedení nemocnice i vrchní sestry jednotlivých oddělení, kde výzkumné šetření probíhalo.

3.4 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 81 respondentů a soubor tvořily pouze ženy. Náš vzorek charakterizuje respondenty dle délky praxe, dosaženého vzdělání a pracoviště. Nejpočetnější skupina respondentů 42 (51,85%) uvedla svoji dosavadní délku praxe 16 a více let. Délku praxe v rozmezí 11-15 let uvedlo 10 (12,35 %) respondentů, stejně jako rozmezí 6-10 let, méně než 5 let praxe uvedlo 19 (23,46%) respondentů. Tabulka č.1 a graf č. 1 poskytují informace o délce dosavadní praxe respondentů.

Tabulka 1: Dosavadní praxe

	Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Méně než 5 let	19	23,46%
B	6- 10 let	10	12,35%
C	11- 15 let	10	12,35%
D	16 a více let	42	51,85%
Celkem		81	100,00%

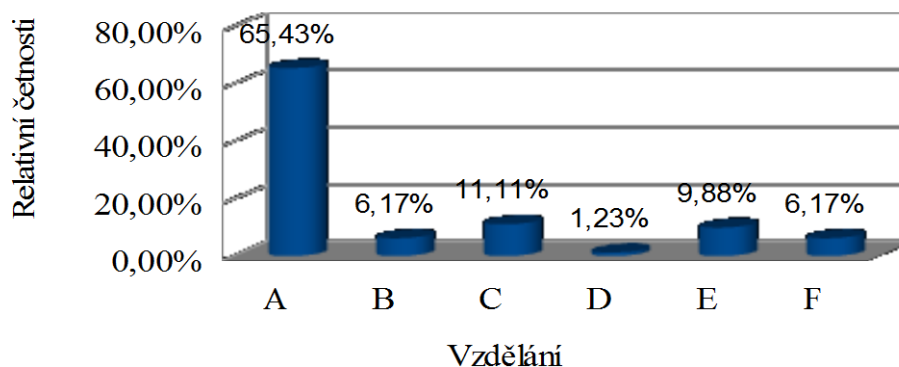


Graf 1: Dosavadní praxe

Další charakteristikou našeho souboru je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 81 (100,00 %) respondentů, uvedlo nejvíce dotazovaných odpověď střední odborné 53 (65,43%). Odpověď vyšší odborné uvedlo 5 (6,17 %) respondentů. Odpověď bakalářské uvedlo 9 (11,11 %) respondentů. Magisterské vzdělání uvedl pouze 1 (1,23 %) respondent. Doplněné specializační vzdělání v oboru ARIP uvedlo 8 (9,88%) respondentů a specializační v chirurgii nebo ortopedii 5 (6,17%) dotázaných. Tabulka č.2 a graf č.2 mapuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Tabulka 2 : Dosažené vzdělání

	Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	střední odborné	53	65,43%
B	vyšší odborné	5	6,17%
C	bakalářské	9	11,11%
D	magisterské	1	1,23%
E	specializační v : ARIP	8	9,88%
F	Chirurgii / ortopedii	5	6,17%
Celkem		81	100,00%

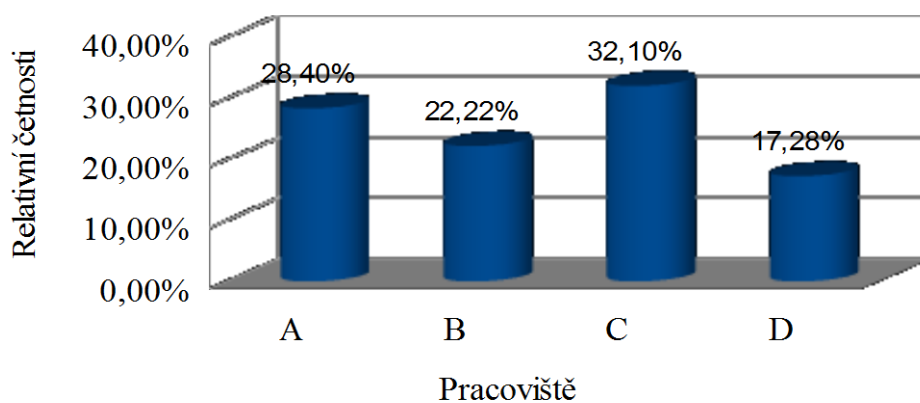


Graf 2: Dosažené vzdělání

Zastoupení respondentů dle jednotlivých pracovišť znázorňují tabulka č. 3 a graf č.3. Nejvíce 26 (32,10%) respondentů bylo z interního oddělení, z oddělení chirurgie bylo 23 (28,40%) respondentů, z ortopedického oddělení 18 (22,22%) a pracujících v intenzivní péči 14 (17,28%) respondentů.

Tabulka 3: Pracoviště respondentů

	Pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	chirurgické	23	28,40%
B	ortopedické	18	22,22%
C	interní	26	32,10%
D	intenzivní péče	14	17,28%
	Celkem	81	100,00%



Graf 3: Pracoviště respondentů

3.4 Vyhodnocení položek dotazníku

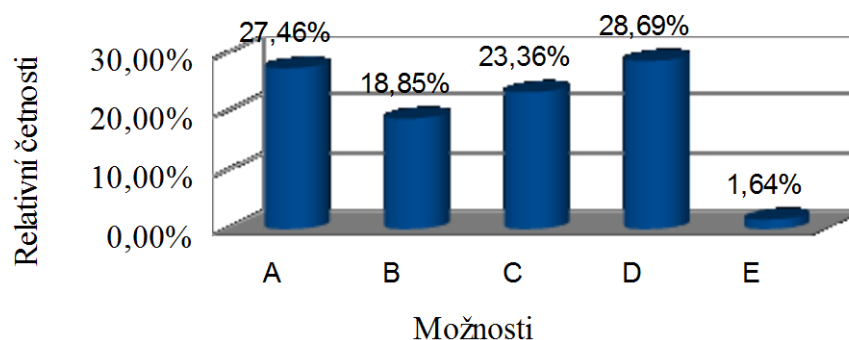
Jednotlivé odpovědi u každé položky byly zpracovány do tabulek, kde jsou uvedeny jejich absolutní a se zaokrouhlením na dvě desetinná místa relativní četnosti. Následně jsou tyto údaje zobrazeny v grafech s relativními četnostmi. Ke každé tabulce s grafem uvádíme krátký a přehledný slovní popis.

Dotazníková položka 4: Definice bolesti.

V položce č. 4 měli dotazovaní označit správná tvrzení o bolesti. Výsledky této položky byly zpracovány dle jednotlivých četností daných možností. Tabulka 4A a graf 4A znázorňují spektrum odpovědí. Celkem bylo zaznamenáno 244 (100%) odpovědí. Správně označili respondenti v 67 (27,46%) odpovědích možnost A (je významný subjektivní příznak), v 46 (18,85%) odpovědích možnost B (signalizuje nebezpečí poškození), v 57 (23,36%) odpovědích možnost C (má ochrannou funkci) a v 70 (28,69%) odpovědích možnost D (je nepříjemný tělesný a duševní pocit provázející onemocnění). Nesprávné tvrzení -možnost E (je objektivní příznak) označili respondenti ve 4 (1,64%) odpovědích.

Tabulka 4 A: Definice bolesti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	je významný subjektivní příznak	67	27,46%
B	signalizuje nebezpečí poškození	46	18,85%
C	má ochrannou funkci	57	23,36%
D	je nepříjemný tělesný a duševní pocit provázející onemocnění	70	28,69%
E	je objektivní příznak	4	1,64%
Celkem		244	100,00%

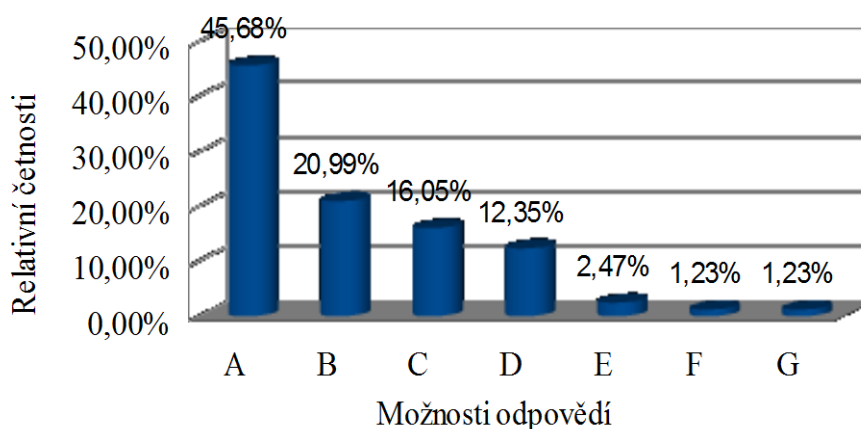


Graf 4 A: Definice bolesti

Tato položka byla také zpracována s ohledem na kombinací možností odpovědí. Tabulka 4B a graf 4B znázorňují zastoupení složení jednotlivých odpovědí. Všechna správná tvrzení označilo 37 (45,68%) dotázaných, kombinaci tří správných možností 17 (20,99%), dvě správné možnosti 13(16,05%) a pouze jednu správnou možnost označilo 10 (12,35%) respondentů. Kombinaci chybné odpovědi s dvěma správnými možnostmi uvedli 2 (2,47%) dotázaní a shodně 1(1,23%) dotázaný označil nesprávné tvrzení a kombinaci jedné správné s nesprávnou možností.

Tabulka 4 B: Definice bolesti 2

	Kombinace odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	ABCD(všechny správné odpovědi)	37	45,68%
B	ABC/ABD/ACD/BCD(tři správné odpovědi)	17	20,99%
C	AC/AD/BD/CD(dvě správné odpovědi)	13	16,05%
D	A/D(jedna správná odpověď)	10	12,35%
E	ACE/CDE(dvě správné a jedna chybná odpověď)	2	2,47%
F	DE(jedna správná a jedna chybná odpověď)	1	1,23%
G	E(chybná odpověď)	1	1,23%
Celkem		81	100,00%



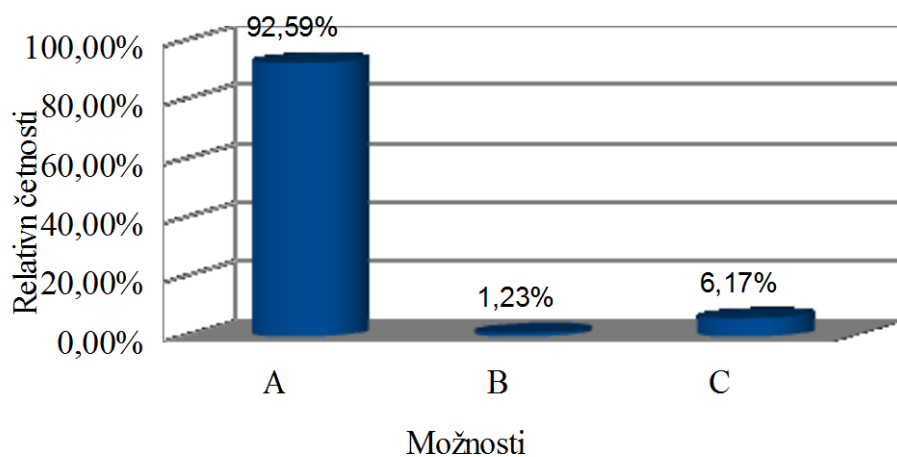
Graf 4B: Definice bolesti 2

Dotazníková položka 5: Bolest naléhavě informují o poškození.

V položce 5 měli dotazovaní označit správné tvrzení o bolesti. Tabulka č. 5 a graf č.5 znázorňují odpovědi dotazovaných. 75 (92,59%) dotázaných označilo správnou možnost akutní, což je modusem této položky. Nesprávné možnosti: chronická označil 1 (1,23%) dotázaný a průlomová označilo 5 (6,17%) dotázaných.

Tabulka 5: Bolest naléhavě informující o poškození

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	akutní	75	92,59%
B	chronická	1	1,23%
C	průlomová	5	6,17%
Celkem		81	100,00%



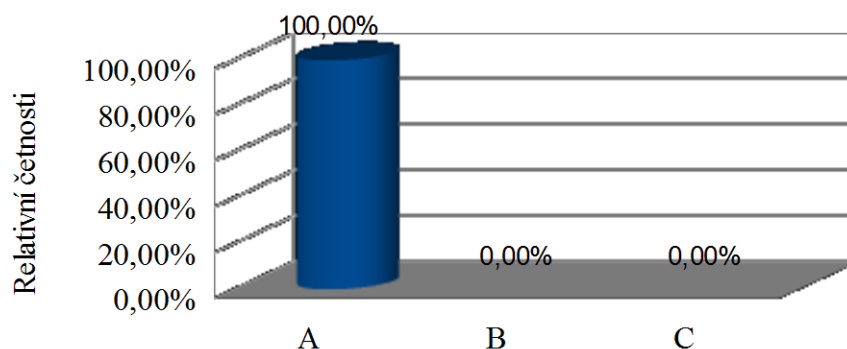
Graf 5: Bolest naléhavě informující o poškození

Dotazníková položka 6: Trvání akutní bolesti.

V položce 6 měli respondenti označit délku trvání akutní bolesti. Správnou možnost (hodiny, dny, do 1 měsíce) označilo všech 81 (100%) respondentů.

Tabulka 6: Trvání akutní bolesti.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	hodiny, dny do 1 měsíce	81	100,00%
B	3-6 měsíců	0	0,00%
C	několik let	0	0,00%
Celkem		81	100,00%



Graf 6: Trvání akutní bolesti

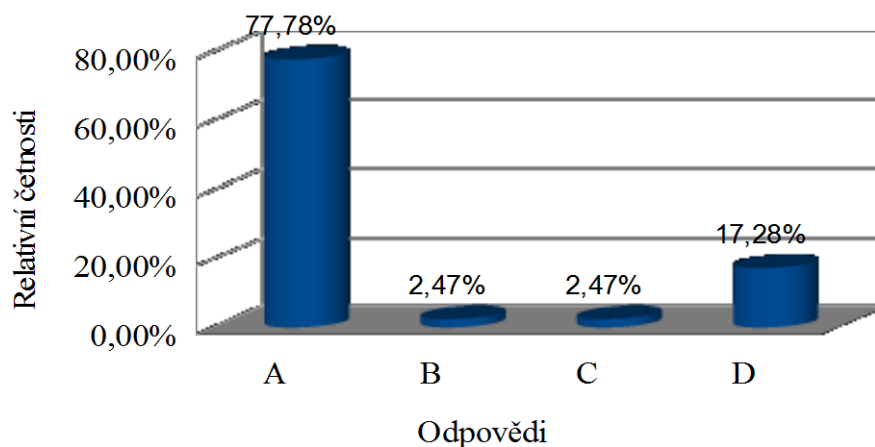
Možnosti

Dotazníková položka 7: Popis průlomové bolesti

V položce 7 měli respondenti popsat vlastními slovy: “Co je průlomová bolest?” Tabulka č.7 a graf č.7 znázorňují odpovědi respondentů. Bylo zaznamenáno větší spektrum odpovědí, které lze shrnout do čtyřech skupin. Správný popis lze označit za modus této položky, který zvolilo 63 (77,78%) dotázaných, shodně 2 (2,47%) respondenti uvedli „náhlé zhoršení akutní bolesti“ a „neslyšela jsem pojem“, 14 (17,28%) respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Tabulka 7 : Průlomová bolest.

	Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Zhoršení stabilní chronické bolesti(bolestivá ataka během analgetické léčby)	63	77,78%
B	Náhlé zhoršení akutní bolesti	2	2,47%
C	Neslyšela pojem,asi u např. u onko pac.,neví	2	2,47%
D	Nezodpovězeno	14	17,28%
Celkem		81	100,00%



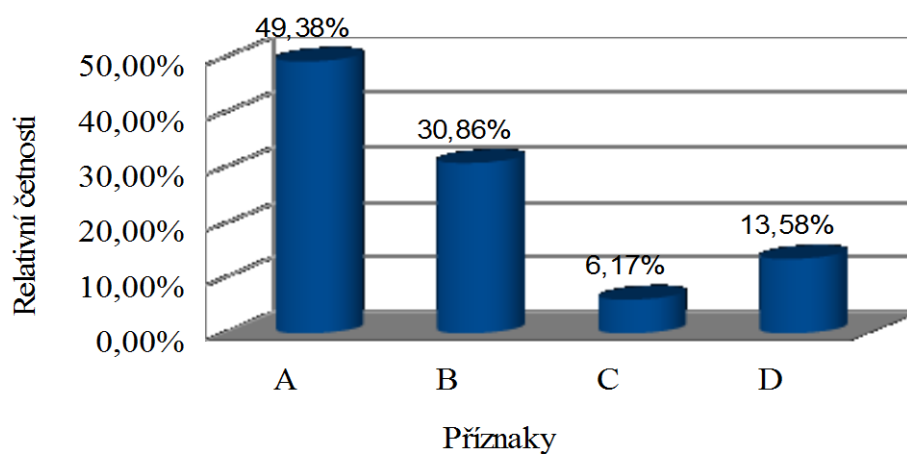
Graf 7: Průlomová bolest

Dotazníková položka 8: Další příznaky akutní bolesti

V položce 8 měli respondenti doplnit které další příznaky lze pozorovat u akutní bolesti. Tabulka č.8 a graf č.8 znázorňují spektrum odpovědí. Byl získán přehled odpovědí, kde respondenti uvedli správné příznaky akutní bolesti, které lze rozdělit do tří skupin: fyzické projevy (A) udalo 40 (49,38%) dotázaných, neverbální projevy (B) 25 (30,86%) dotázaných, psychické (C) uvedlo 5 (6,17%) dotázaných. Tuto otázku nezodpovědělo 11 (13,58%) respondentů.

Tabulka 8: Další příznaky akutní bolesti.

	Příznaky	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Pocení, zvýšení TK, TF, dech, nevolnost	40	49,38%
B	Neverbální projevy (pláč, křik, grimasy, třes)	25	30,86%
C	Strach, úzkostlivost, vydešenost, zhoršený psychický stav	5	6,17%
D	Nezodpovězeno	11	13,58%
Celkem		81	100,00%



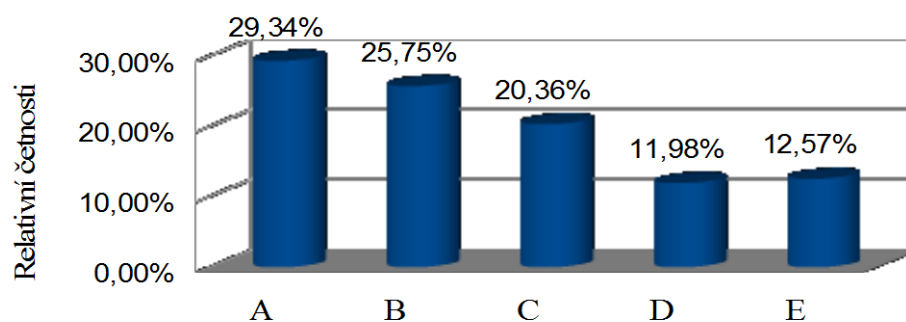
Graf 8: Další příznaky akutní bolesti

Dotazníková položka 9: Druhy akutní bolesti na pracovišti

V položce 9 se měli respondenti odpovědět s jakým typem akutní bolesti se setkávají. Tabulka č.9 a graf č.9 znázorňují kombinace odpovědí. Celkem bylo získáno 167 (100%) odpovědí. Z toho v 49 (29,34%) odpovědích uvedli respondenti s pooperační, v 43 (25,75%) odpovědích s postraumatickou, v 34 (20,36%) odpovědích s bolestí při NPB, ve 20 (11,98%) odpovědích s bolestí při koronárních příhodách a v 21 (12,57%) odpovědích uvedli respondenti s jiným typem bolesti.

Tabulka 9.Druhy bolesti na pracovišti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	pooperační	49	29,34%
B	posttraumatickou	43	25,75%
C	při NPB (náhlá příhoda břišní)	34	20,36%
D	při koronárních příhodách	20	11,98%
E	jinou(chronickou/nádorovou)	21	12,57%
Celkem		167	100,00%



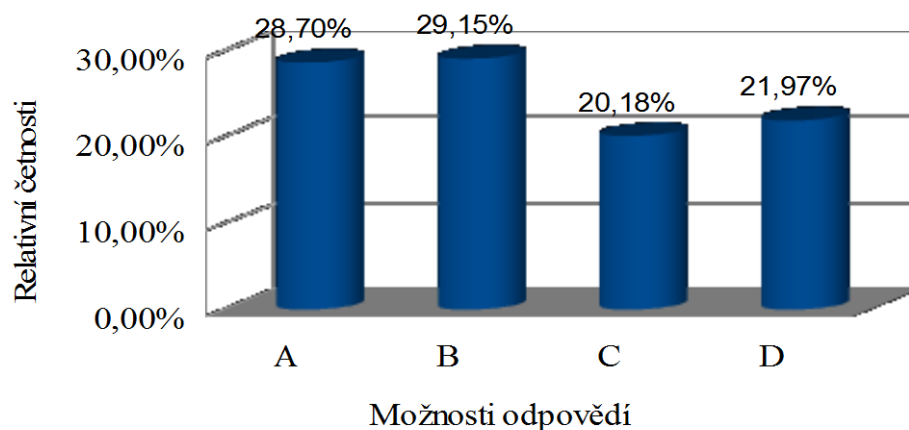
Graf 9: Druhy bolesti na pracovišti

Dotazníková položka 10: Zjišťování bolesti

V položce 10 měli respondenti uvést jakým způsobem zjišťují zda pacient trpí bolestí. Tuto položku lze posoudit s ohledem na jednotlivé uvedené možnosti. Tabulka č.10A a graf č.10A znázorňují spektrum odpovědí. Celkem bylo získáno 223 (100%) odpovědí. V 64 (28,70%) odpovědích respondenti označili možnost „pacient verbalizuje bolest“, v 65 (29,15%) odpovědích označili možnost „pacient vykazuje příznaky bolesti“, v 45 (20,18%) odpovědích označili respondenti možnost „aktivně se ptám, pokud je pacient v období bez bolesti“ a v 49 (21,97%) odpovědích možnost „ptám se, pokud pacient vykazuje příznaky bolesti“.

Tabulka 10A: Zjištění bolesti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Pacient verbalizuje bolest	64	28,70%
B	Pacient vykazuje příznaky bolesti	65	29,15%
C	Aktivně se ptám, pokud je pacient v období bez bolesti	45	20,18%
D	Ptám se, pokud pacient vykazuje příznaky bolesti	49	21,97%
Celkem		223	100,00%

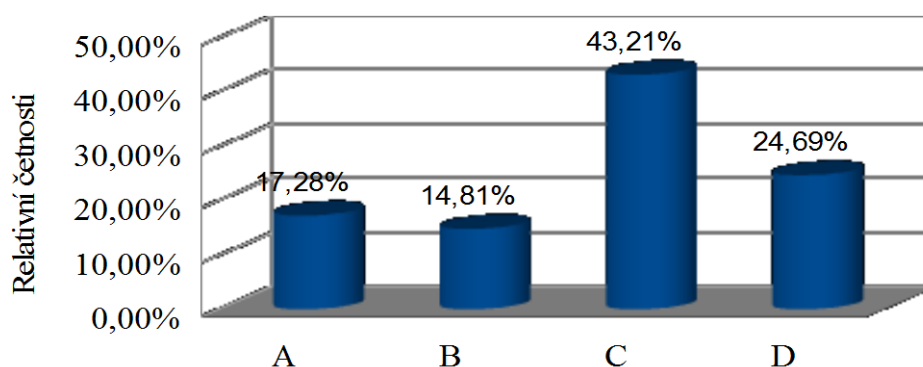


Graf 10A: Zjištění bolesti

V položce 10 lze také vysledovat jaké kombinace možností zjišťování bolesti dotazovaní používají. Pouze jeden způsob zjišťování bolesti užívá 14 (17,28%) dotázaných, dva způsoby 12 (14,81%), největší skupina dotázaných 35 (43,21%) využívá tři způsoby a 20 (24,69%) dotázaných všechny nabízené možnosti jak zjistit bolest u pacienta.

Tabulka 10B: Zjišťování bolesti 2

	Kombinace možností	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	A/B/C/D(jeden způsob)	14	17,28%
B	AB/AD/BC/BD(dva způsoby)	12	14,81%
C	ABC/ABD/ACD/BCD(tři způsoby)	35	43,21%
D	ABCD(všechny nabízené možnosti)	20	24,69%
Celkem		81	100,00%



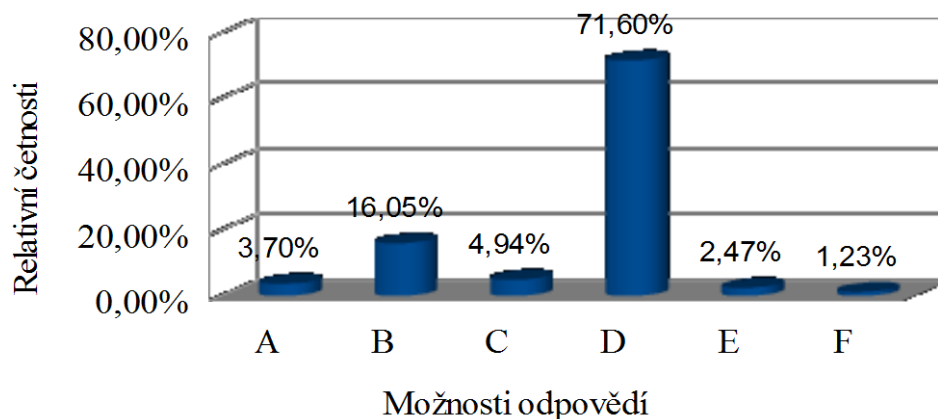
Graf 10B: Zjišťování bolesti 2

Dotazníková položka 11: Sledování projevů bolesti

Tabulka č.11 a graf č.11 zobrazují jaké projevy bolesti sledují respondenti u pacientů. 3 (3,70%) dotázaní sledují pouze verbální projevy, 13 (16,05%) dotázaných projevy verbální i neverbální, projevy verbální a paralingvistické sledují 4 (4,94%) dotázaní. Největší skupina 58 (71,60%) dotázaných sleduje projevy verbální, neverbální i paralingvistické. Neverbální a paralingvistické projevy bolesti sledují 2 (2,47%) respondenti a 1 (1,23%) dotázaný sleduje pouze paralingvistické projevy bolesti.

Tabulka 11: Sledování projevů bolesti

	Projevy bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	verbální	3	3,70%
B	verbální a neverbální	13	16,05%
C	verbální a paralingvistické	4	4,94%
D	verbální , neverbální a paralingvistické	58	71,60%
E	neverbální a paralingvistické	2	2,47%
F	paralingvistické (pláč, vzdechy, nařikání)	1	1,23%
Celkem		81	100,00%



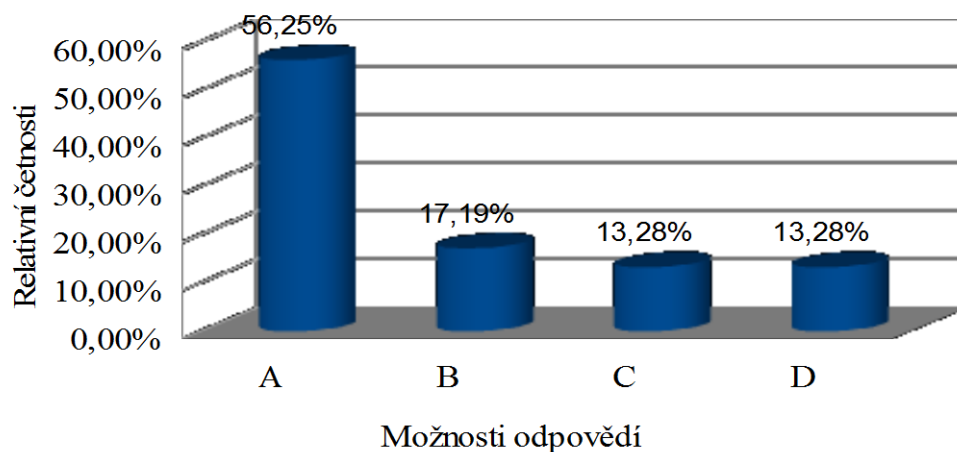
Graf 11: Sledování projevů bolesti

Dotazníková položka 12: Reakce na projevy bolesti

V položce 12 měli respondenti odpovědět na dotaz jakým způsobem reagují na projevy bolesti u pacientů. Tabulka č. 12A a graf č.12A znázorňuje spektrum odpovědí. Modusem této položky je odpověď 72 (56,25%) respondentů, kteří uvedli, že podají analgetika dle ordinace, v 22 (17,19%) odpovědích pomůžou respondenti upravit polohu pacienta a shodně v 17(13,28%) odpovědích respondenti podají led/teplý obklad nebo pacienta psychicky povzbudí.

Tabulka 12A: Reakce na projevy bolesti 1

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	podám analgetika podle ordinace	72	56,25%
B	pomohu upravit pacientovu polohu	22	17,19%
C	podám led / teplý obklad	17	13,28%
D	pacienta psychicky povzbudím	17	13,28%
Celkem		128	100,00%

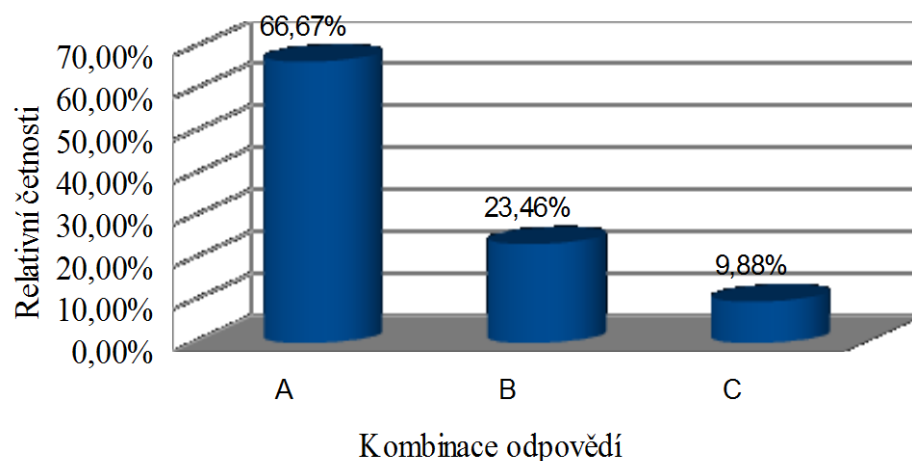


Graf 12A: Reakce na projevy bolesti 1

Položka 12 byla zpracována i způsobem, z něhož vyplývá, že 54 (66,67%) dotázaných podá pouze analgetika dle ordinace, 19 (23,46%) z dotázaných kombinuje podání analgetik a úpravu polohy nebo podání teplého či studeného obkladu, 8 (9,88%) respondentů využije k zmírnění bolesti pouze úpravu polohy, podání obkladu nebo pacienta psychicky povzbudí. Tabulka č. 12B a graf č. 12B znázorňují spektrum odpovědí.

Tabulka 12B: Reakce na projevy bolesti 2

	Kombinace odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	A	54	66,67%
B	AB,ABC,ABD,ABCD,AC	19	23,46%
C	B,C,CD,D	8	9,88%
Celkem		81	100,00%



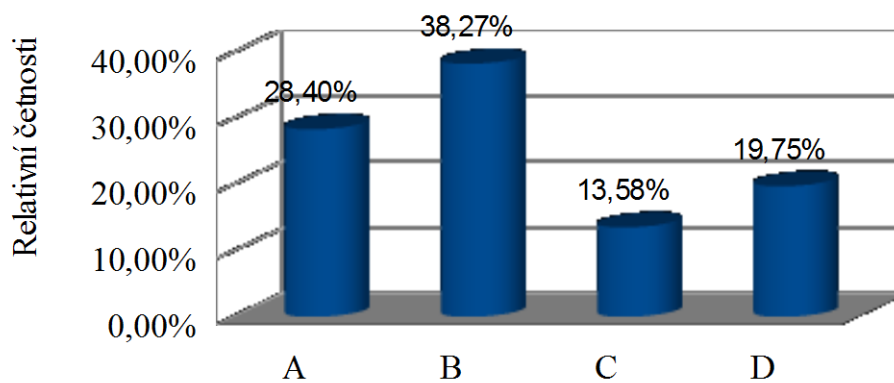
Graf 12B: Reakce na projevy bolesti 2

Dotazníková položka 13: Emocionální ovlivnění

V položce 13 měli respondenti vyjádřit, zda je akutní bolest pacientů emocionálně ovlivňuje. Tabulka č. 13 a graf č.13 znázorňuje spektrum odpovědí. V 23 (28,40%) případech byla odpověď „ano“, 31 (38,27%) respondentů uvedlo možnost „ano, pokud neúčinkují analgetika“, 11 (13,58%) respondentů uvedlo „pouze při krutých bolestech“ a 16 (19,75%) respondentů uvedlo možnost „neovlivňuje, bolest беру jako součást onemocnění“.

Tabulka 13: Emocionální ovlivnění

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	ano	23	28,40%
B	ano, pokud neúčinkují analgetika	31	38,27%
C	pouze při krutých bolestech	11	13,58%
D	Neovlivňuje, bolest беру jako součást one	16	19,75%
Celkem		81	100,00%



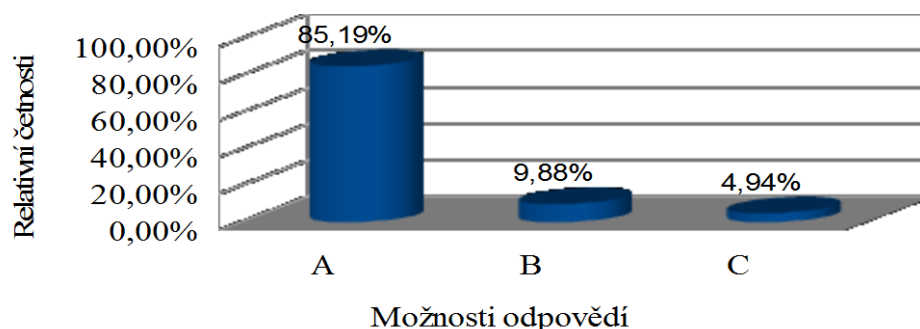
Graf 13: Emocionální ovlivnění
Možnosti odpovědi

Dotazníková položka 14: Hodnocení bolesti součást dokumentace

Tabulka č.14 a graf č. 14 znázorňuje odpovědi na otázku zda je hodnocení bolesti součástí zdravotnické dokumentace. Z celkového počtu 81 (100%) respondentů jich 69 (85,19%) uvedlo „ano“, 8 (9,88%) „ne“ a 4 (4,94%) respondenti „nevím“.

Tabulka 14: Hodnocení bolesti součást dokumentace

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	ano	69	85,19%
B	ne	8	9,88%
C	nevím	4	4,94%
Celkem		81	100,00%



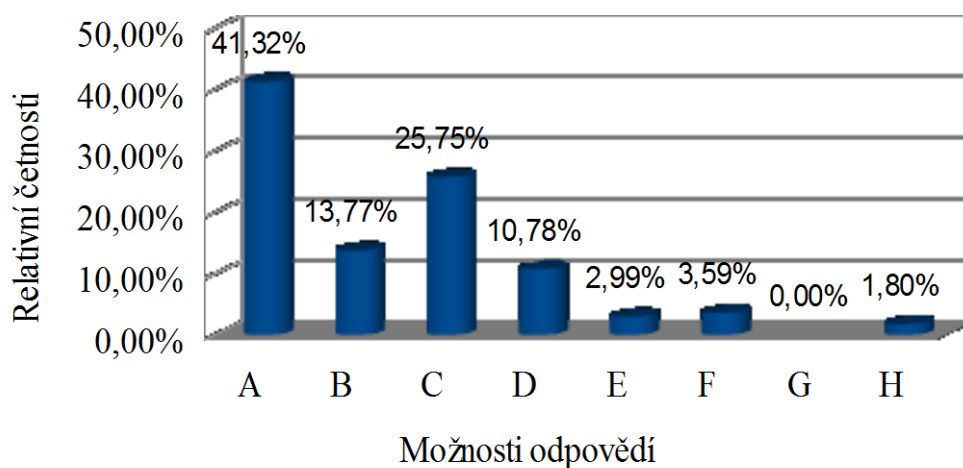
Graf 14 : Hodnocení bolesti -součást dokumentace

Dotazníková položka 15: Škály užívané k hodnocení bolesti

Položka 15 mapuje znalost škál používaných k hodnocení bolesti. Záměrně byly nabídnuty možnosti škál, které nejsou určeny k hodnocení bolesti. Tabulka č.15A a graf č.15A znázorňuje spektrum odpovědí. Nejvíce odpovědí 69 (41,32%), uvádí možnost VAS, možnost NRS 23 (13,77%) odpovědí, možnost Smile-scala 43 (25,75%) odpovědí, možnost VRS 18 (10,78%) odpovědí. Možnost „Nortonová „ užívaná k hodnocení rizika vzniku dekubitů uvedli respondenti v 5 (2,99%) odpovědích, možnost „Bartelův test „ užívaný k měření soběstačnosti uvedli respondenti v 6 (3,59%) odpovědích. Žádná z odpovědí neuvádí možnost „Minimental test“užívaný k měření kvality psychiky. Ve 3 (1,80%) odpovědích dotazovaní nevěděli jaká škála se k měření bolesti užívá.

Tabulka 15A: Škály užívané k hodnocení bolesti.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	VAS (vizuální analogová stupnice)	69	41,32%
B	NRS (numerická ratingová stupnice- čísel	23	13,77%
C	Smile-scala (Škála obličejů bolesti)	43	25,75%
D	VRS (verbální ratingová stupnice = intenzi	18	10,78%
E	Nortonová	5	2,99%
F	Bartelův test	6	3,59%
G	Minimental test	0	0,00%
H	nevím	3	1,80%
Celkem		167	100,00%

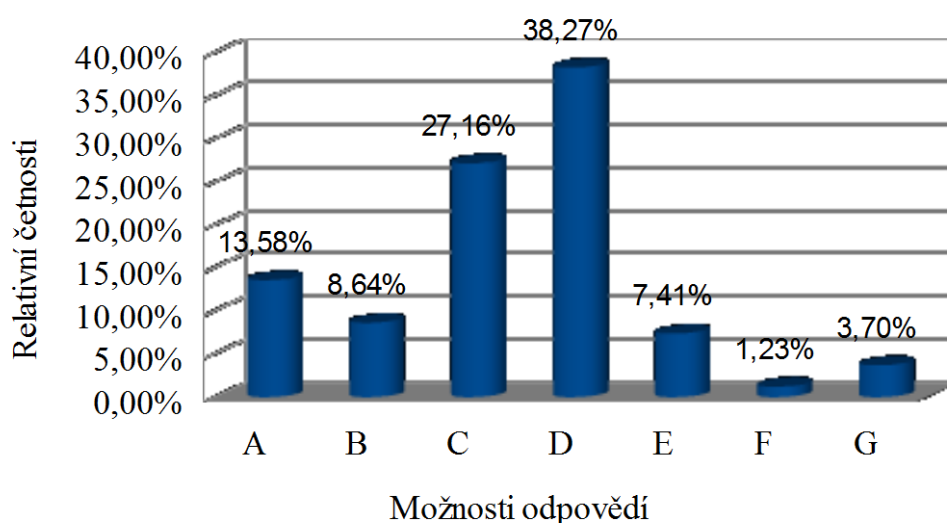


Graf 15A: Škály užívané k hodnocení bolesti.

Položka 15 je zpracována ještě způsobem, kterým lze zjistit kolik škál respondenti znají. Všechny správné nabízené možnosti označilo pouze 11 (13,58%) dotázaných, tři možnosti označilo 7 (8,64%), dvě správné možnosti 22 (27,16%) a pouze jednu správnou možnost označilo nejvíce 31 (38,27%) dotázaných. Dvě správné v kombinaci s dvěma nesprávnými možnostmi uvedlo 6 (7,41%) dotázaných, pouze nesprávnou možnost označil 1 (1,23%) respondent a 3 (3,70%) dotázaní nevědí která škála se užívá k hodnocení bolesti. Tabulka 15B a graf 15B zobrazují kombinace zvolených odpovědí.

Tabulka 15B: Škály užívané k hodnocení bolesti 2

	Kombinace odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	všechny správné možnosti	11	13,58%
B	tři správné možnosti	7	8,64%
C	dvě správné možnosti	22	27,16%
D	jedna správná možnost	31	38,27%
E	dvě správné a dvě nesprávné	6	7,41%
F	nesprávná možnost	1	1,23%
G	neví	3	3,70%
Celkem		81	100,00%



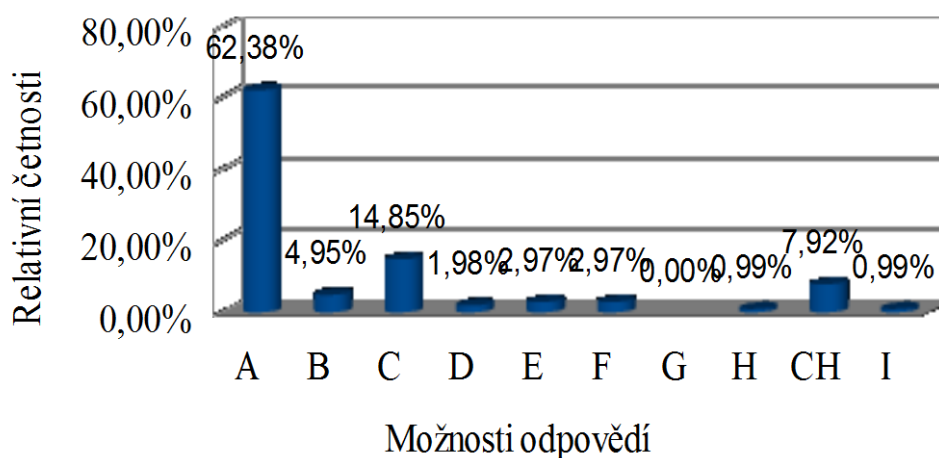
Graf 15B: Škály užívané k hodnocení bolesti 2

Dotazníková položka 16: Nejčastěji užívané škály

V položce 16 měli dotazovaní označit, které škály používají v praxi. Tabulka č. 16 graf č.16 znázorňují spektrum odpovědí. V nejvíce 63 (62,38%) odpovědích respondenti označili možnost A (VAS), v 5 (4,95%) odpovědích možnost B (NRS), v 15 (14,85%) odpovědích zvolili dotazovaní možnost C (Smile-scala), 2 (1,98%) odpovědi byly možnost D (VRS). Shodně ve 3 (2,97%) odpovědích označili respondenti možnost E (Nortonová) a F (Bartelův test), které se k hodnocení bolesti nepoužívají. V 1 (0,99%) případech byla shodná odpověď „téměř všechny“, stejně jako odpověď „žádnou“. V 8 (7,92%) případech respondenti na otázku neodpověděli.

Tabulka 16: Nejčastěji užívané škály

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	VAS (vizuální analogová stupnice)	63	62,38%
B	NRS (numerická ratingová stupnice-číseln	5	4,95%
C	Smile-scala (Škála obličejů bolesti)	15	14,85%
D	VRS (verbální ratingová stupnice = intenzi	2	1,98%
E	Nortonová	3	2,97%
F	Bartelův test	3	2,97%
G	Minimental test	0	0,00%
H	Téměř všechny	1	0,99%
CH	Nezodpovězeno	8	7,92%
I	Žádnou	1	0,99%
Celkem		101	100,00%



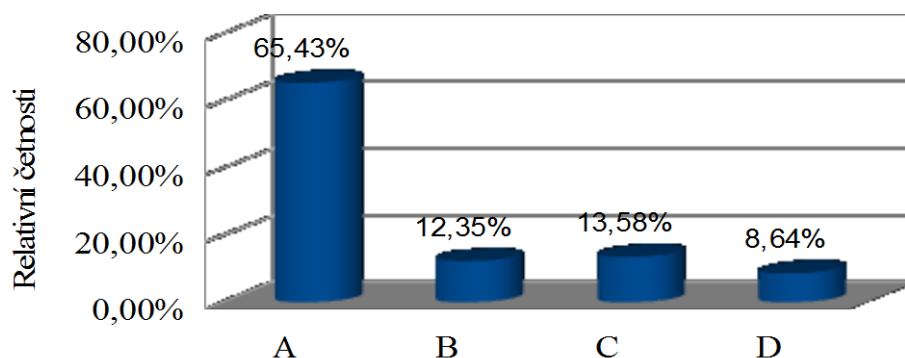
Graf 16: Nejčastěji užívané škály

Dotazníková položka 17: Použití hodnotící škály

Tabulka č.17 a graf č. 17 informují o četnosti použití škály ke zhodnocení bolesti. V 53 (65,43%) případech uvedli respondenti, že použijí hodnotící škálu vždy, v 10 (12,35%) případech téměř vždy, v 11 (13,58%) případech zřídka a v 7 (8,64%) případech respondenti nikdy nepoužijí škálu k hodnocení bolesti.

Tabulka 17: Použití hodnotící škály

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	vždy	53	65,43%
B	téměř vždy	10	12,35%
C	zřídka	11	13,58%
D	nikdy	7	8,64%
Celkem		81	100,00%



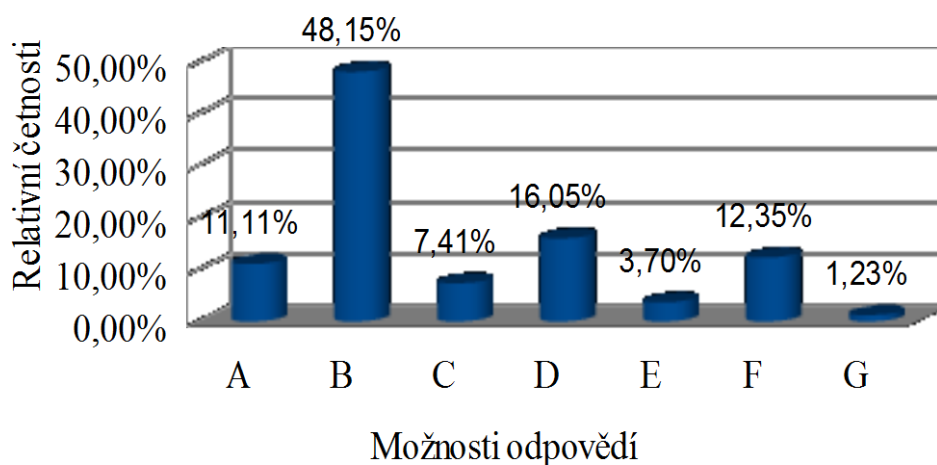
Graf 17: Použití hodnotící škály

Dotazníková položka 18: Důležitost hodnocení bolesti

Položka 18 informuje o tom jak důležité je pro dotazované hodnocení bolesti u pacientů. Tabulka č. 18 a graf č. 18 zobrazují spektrum odpovědí. Pro 9 (11,11%) dotázaných má hodnocení bolesti prvořadou důležitost, 39 (48,15%) dotázaných považuje hodnocení za velmi důležité, 6 (7,41%) za hodně důležité a 13 (16,05%) dotázaných za důležité, 3 (3,70%) dotázaní uvedli odpověď „dle stavu“, v 1 (1,23%) případě dotázaný uvedl, že není hodnocení bolesti důležité. 10 (12,35%) dotázaných na tuto otázku neodpovědělo.

Tabulka 18: Důležitost hodnocení bolesti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Prvořadá důležitost	9	11,11%
B	Velmi důležité	39	48,15%
C	Hodně důležité	6	7,41%
D	Důležité	13	16,05%
E	Podle stavu	3	3,70%
F	Nezodpovězeno	10	12,35%
G	Není	1	1,23%
Celkem		81	100,00%



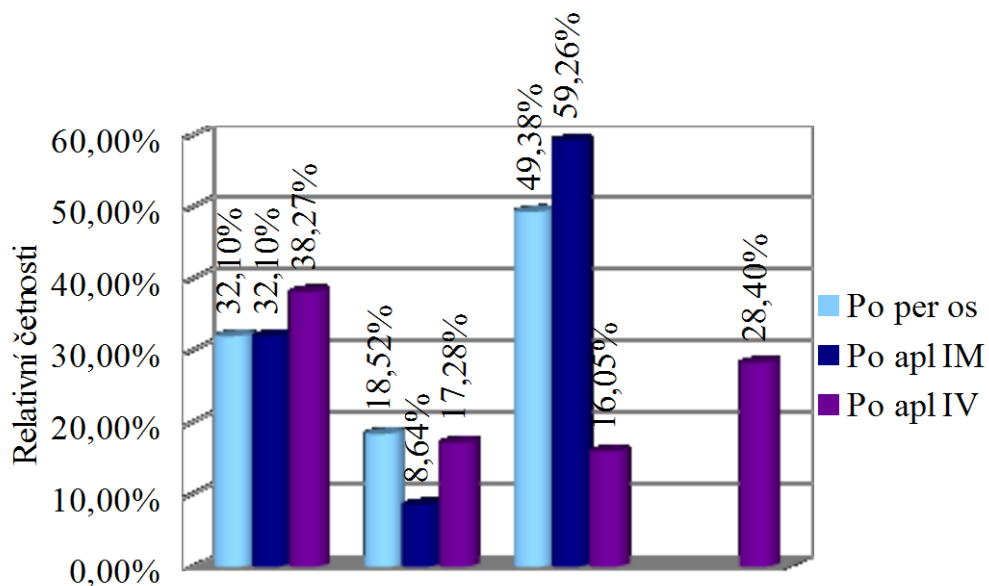
Graf 18: Důležitost hodnocení bolesti

Dotazníková položka 19: Předpoklad účinků léků

V položce 19 měli dotazovaní popsat za jak dlouho očekávají zmírnění bolesti po podání per os, po i.m. a po i.v. podání analgetika. Zaznamenali jsme různé spektrum odpovědí, které jsou zobrazeny v tabulce a grafu č. 19. Po per os podání respondenti očekávají zmírnění bolesti nejčastěji za 1 hodinu a to ve 40 (49,38%) případech, zmírnění od 31 minut do 1 hodiny 15 (18,52%) dotázaných a v rozmezí od 15 do 30 minut čeká zmírnění bolesti 26 (32,10%) dotázaných. Po aplikaci i.m. předpokládají respondenti úlevu od bolesti po 30 minutách v 48 (59,26%) případech, od 16 do 30 minut v 7 (8,64%) případech a úlevu po 5-15 minutách od i.m. aplikace předpokládá 26 (32,10%) dotázaných. Po i.v. podání očekávají respondenti úlevu za 2-5 minut v 31 (38,27%) případech, za 6-10 minut ve 14 (17,28%) a za 15 minut v 13 (16,05%) případech. Úlevu až za 30 minut po i.v. podání léku uvádí 23 (28,40%) respondentů.

Tabulka 19: Předpoklad účinku léků

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Po per os	15-30min	26	32,10%
	31 min- 1h	15	18,52%
	1h	40	49,38%
Celkem		81	100,00%
Po apl IM	5-15 min	26	32,10%
	16-30 min	7	8,64%
	30 min	48	59,26%
Celkem		81	100,00%
Po apl IV	2 min -5 min	31	38,27%
	6-10 min	14	17,28%
	15 min	13	16,05%
	30 min	23	28,40%
Celkem		81	100,00%



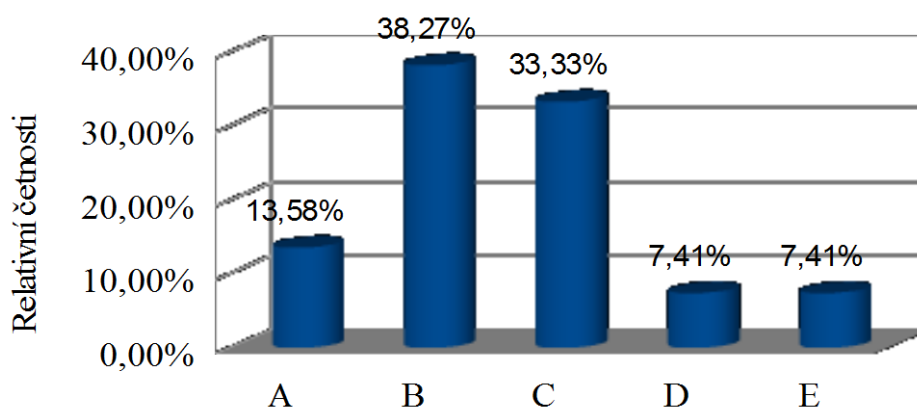
Graf 19: Předpoklad účinku léků

Dotazníková položka 20: Ověření účinků analgetik

V položce 20 měli dotázaní uvést jak se přesvědčí o účinnosti podané analgezie. V tabulce č. 20 a grafu č. 20 jsou znázorněny odpovědi. 11 (13,58%) dotázaných uvedlo, že se pacienta dotáže a zhodnotí bolest dle VAS, nejvíce 31 (38,27%) dotázaných se pacienta zeptá, 27 (33,33%) dotázaných uvedlo odpověď dotazem a pozorováním pacienta, 6 (7,41%) dotázaných uvedlo, že pacient verbalizuje zmírnění bolesti. V 6 (7,41%) případech dotázaní na otázku neodpověděli.

Tabulka 20: Ověření účinků analgetik

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Dotáží se pacienta a zhodnotím bol. dle VAS	11	13,58%
B	Zeptám se pacienta	31	38,27%
C	Dotaz a výraz obličeje a sledováním pac.	27	33,33%
D	Pac verbalizuje zmírnění bolesti	6	7,41%
E	Bez odpovědi	6	7,41%
Celkem		81	100,00%



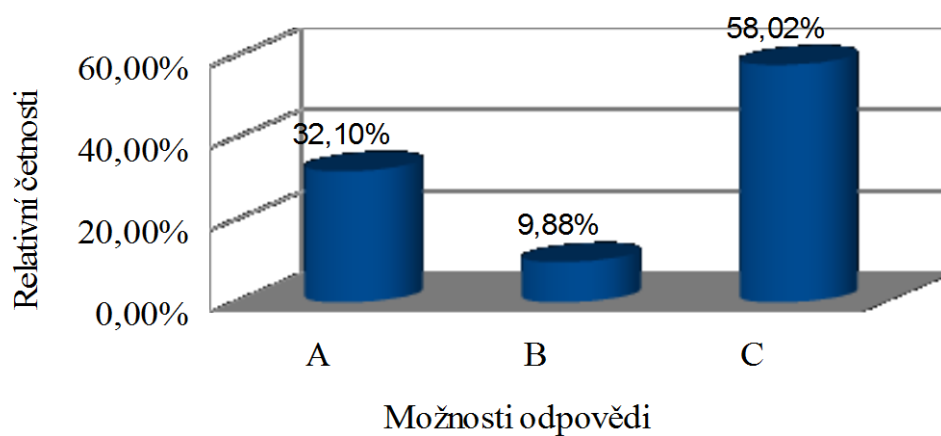
Graf 20: Ověření účinku analgetik

Dotazníková položka 21: Činnosti uplatňované při léčbě

Tabulka č.21 a graf č.21 mapují jaké činnosti dotazovaní uplatňují při léčbě bolesti. V 26 (32,10%) případech uvedli dotazovaní možnost A (aplikaci analgetik), v 8 (9,88%) možnost B (aplikaci nefarmakologických metod) a v nejvíce případech 47 (58,02%) uvedli dotazovaní možnost C (kombinaci analgetik s nefarmakologickou metodou).

Tabulka 21: Činnosti uplatňované při léčbě

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	aplikaci analgetik	26	32,10%
B	aplikaci nefarmakologických metod	8	9,88%
C	kombinaci analgetik s nefarmakologickou metodou	47	58,02%
Celkem		81	100,00%



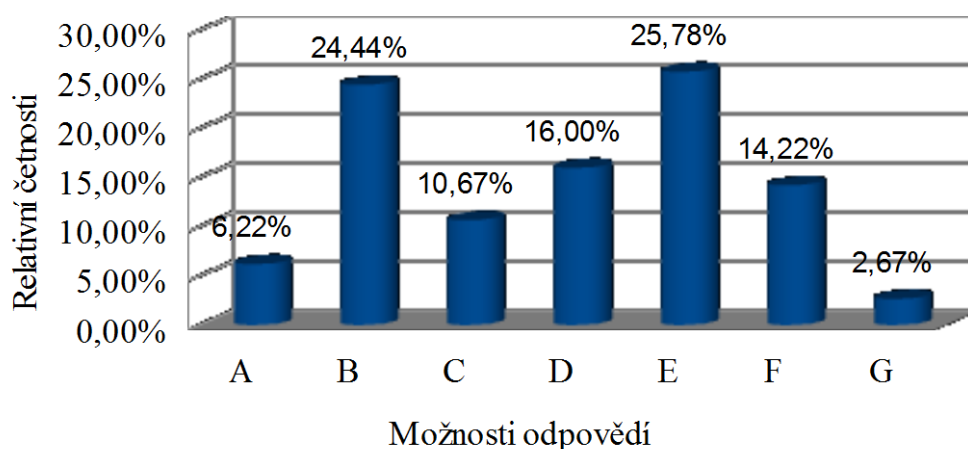
Graf 21: Činnosti uplatňované při léčbě

Dotazníková položka 22: Znalost nefarmakologických metod

Výsledky této otázky lze hodnotit ze dvou pohledů, za prvé jaké nefarmakologické metody dotazovaní znají a za druhé kolik metod dotázaní znají. Tabulka 22A a graf 22A zobrazují znalosti nefarmakologických metod k zmírnění bolesti. Celkem bylo zaznamenáno 225 (100%) odpovědí. Z toho v 14 (6,22%) odpovědích uvedli dotazovaní jako způsob nefarmakologického ovlivnění bolesti rehabilitaci, v 55 (24,44%) odpovědích „ledování“, v 24 (10,67%) odpovědích „teplo“, v 36 (16,00%) případech „alternativní medicína“, v 58 (25,78%) odpovědích uvádějí dotazovaní „úprava polohy, polohování“, v 32 (14,22%) odpovědích „psychická podpora“ a v 6 (2,67%) případech dotazovaní neznají žádnou nefarmakologickou metodu k zmírnění bolesti.

Tabulka 22a: Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Rehabilitace	14	6,22%
B	Ledování/chlazení	55	24,44%
C	Teplo	24	10,67%
D	Alternativní medicína	36	16,00%
E	Polohování/úprava polohy	58	25,78%
F	Psychická podpora/psychoterapie	32	14,22%
G	Bez odpovědi / nezná	6	2,67%
Celkem		225	100,00%

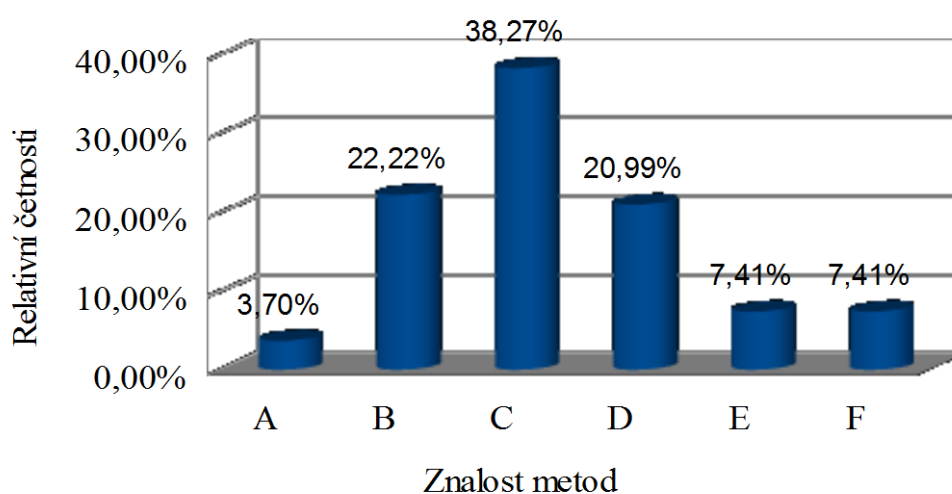


Graf 22A: Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti

Tabulka 22B a graf 22B znázorňují kolik druhů nefarmakologických metod respondenti znají. Znalost pouze jedné nefarmakologické metody uvedli 3 (3,70%) dotázaní, dvě metody zná 18 (22,22%) respondentů. Nejvíce dotázaných 31 (38,27%) uvedlo znalost tří metod, čtyři metody uvedlo 17 (20,99%) a šest metod zná 6 (7,41%) dotázaných. Rovněž 6 (7,41%) dotázaných nezná žádnou nefarmakologickou metodu k ovlivnění bolesti.

Tabulka 22B: Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti (počet)

	Znalost metod	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	jednu	3	3,70%
B	dvě	18	22,22%
C	tří	31	38,27%
D	čtyři	17	20,99%
E	šest	6	7,41%
F	nezná žádnou/ neví	6	7,41%
Celkem		81	100,00%



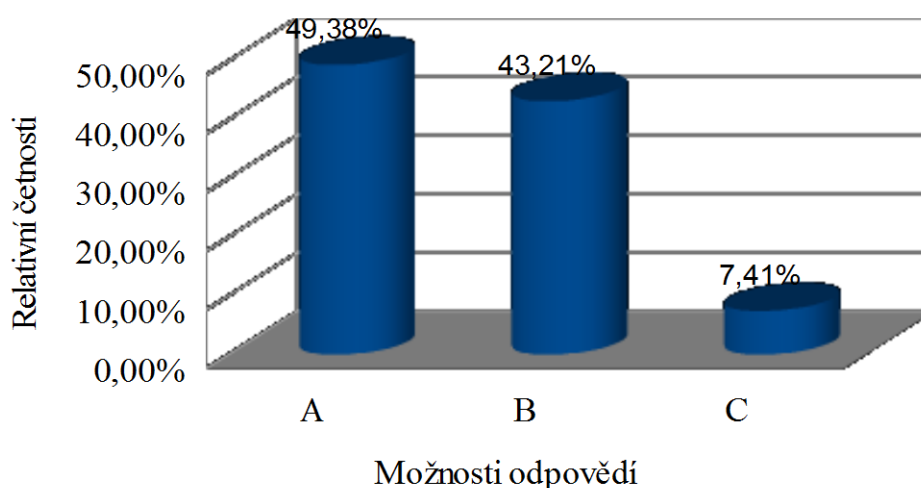
Graf 22B: Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti-počet

Dotazníková položka 23: Nabízení nefarmakologických metod ke zmírnění bolesti

V položce 23 měli respondenti odpovědět na dotaz zda nabízejí pacientům nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti. V tabulce č. 23 a grafu č. 23 je zobrazeno spektrum odpovědí. 40 (49,38%) respondentů uvedlo možnost A „ano“, 35 (43,21%) respondentů možnost B „pouze jako doplnění analgetické léčby“ a 6 (7,41%) respondentů uvedlo možnost C „ne, spoléhám na účinek analgetik“.

Tabulka 23: Nabízení nefarmakologických metod k zmírnění bolesti

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Ano	40	49,38%
B	pouze jako doplnění analgetické léčby	35	43,21%
C	ne, spoléhám na účinek analgetik	6	7,41%
Celkem		81	100,00%



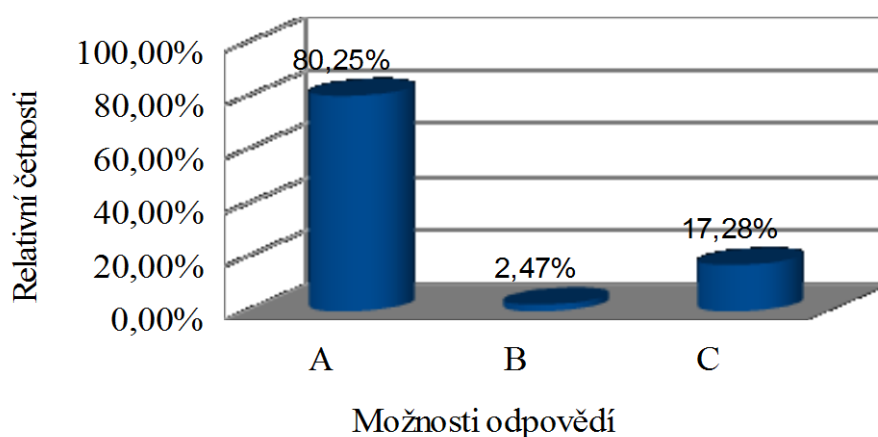
Graf 23: Nabízení nefarmakologických metod k zmírnění bolesti

Dotazníková položka 24: Zvýšené využití nefarmakologických metod

Položka 24 mapuje názor dotázaných zda více využívat nefarmakologické metody k léčbě bolesti. Tabulka č.24 a graf č. 24 zobrazují odpovědi dotázaných. 65 (80,25%) dotázaných zvolilo možnost „ano“, 2 (2,47%) dotázaní možnost „ne“ a 14 (17,28%) dotázaných možnost „nevím“.

Tabulka 24: Zvýšené využití nefarmakologických metod

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	Ano	65	80,25%
B	ne	2	2,47%
C	Nevím	14	17,28%
Celkem		81	100,00%



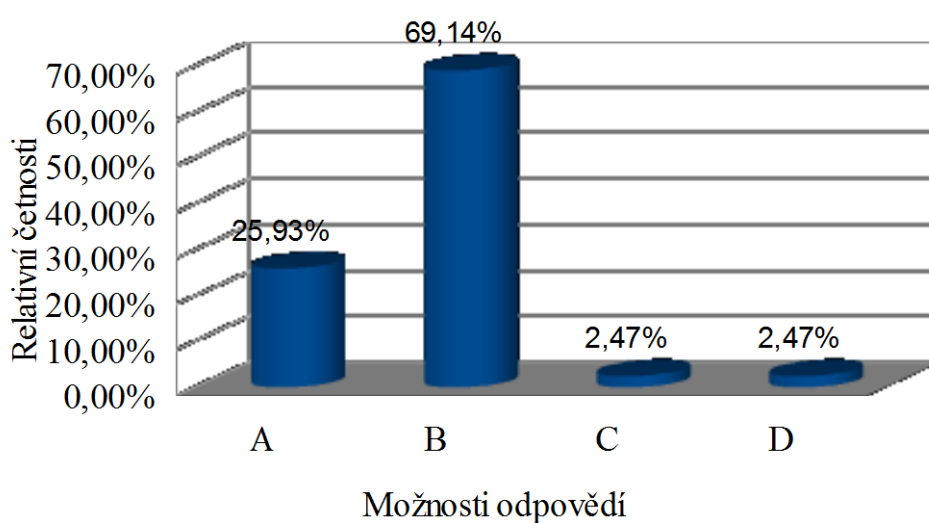
Graf 24: Zvýšené využití nefarmakologických metod

Dotazníková položka 25: Účinnost nefarmakologické léčby

Položka 25 mapuje názor dotazovaných na účinnost nefarmakologické léčby. Tabulka č. 25 a graf č. 25 zobrazují spektrum odpovědí. 21 (25,93%) dotázaných věří v účinnost nefarmakologické léčby, 56 (69,14%) věří v účinnost v kombinaci s analgetiky, 2 (2,47%) dotázaní v účinnost nefarmakologické léčby nevěří a 2 (2,47%) dotázaní nevědí zda je nefarmakologická léčba účinná proti bolesti.

Tabulka 25: Účinnost nefarmakologické léčby

		Absolutní četnost	Relativní četnost
A	ano	21	25,93%
B	ano, v kombinaci s analgetiky	56	69,14%
C	ne, proti bolesti jsou jen analgetika	2	2,47%
D	Nevím	2	2,47%
Celkem		81	100,00%



Graf 25: Účinnost nefarmakologické léčby

4 Diskuze

Teoretickou část práce jsme věnovali popisu bolesti, jejímu rozdělení, metodám léčby, hodnocení a úlohou sestry ve sledování bolesti. V praktické části se zabýváme výzkumem rozsahu znalostí všeobecných sester o akutní bolesti, způsobu jejího hodnocení, znalostí a využíváním nefarmakologických metod k tlumení bolesti. Pro výzkumné šetření jsme stanovili čtyři hypotézy. V této kapitole ověřujeme zda jsou či nejsou v souladu s výzkumem. Hypotézy jsme stanovili v návaznosti na odbornou literaturu a bakalářské práce, které se zabývají podobným tématem. (Neužilová, 2009; Stoklasová, 2012; Soukupová, 2012; Švidová, 2012)

Vzorec pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz.

Hx- KDYZ(Ne>Ano) = NENÍ V SOULADU

Hx- KDYZ(Ne<Ano) = JE V SOULADU

Hypotéza č.1

Více než 60 % všeobecných sester umí definovat akutní bolest.

Tento předpoklad jsme ověřovali dotazníkovou otázkou 4, 5, 6, 7 a 8. Z dotazníkového šetření vyplývá, že znalosti dotazovaných o bolesti jsou uspokojivé až na drobné nedostatky. Lze tvrdit, že hypotéza **je v souladu**. Hypotézu podporují následující výsledky analýzy.

Obecné znalosti dotazovaných o bolesti jsme prokazovali v dotazníkové položce č. 4. Přestože všechna správná tvrzení o bolesti označilo pouze 37 (45,68%) dotázaných (tab. č.4B) a tři správné možnosti 17 (20,99%), myslíme si, že tento výsledek podporuje stanovenou hypotézu. Překvapilo nás jen, že čtyři dotázaní považují bolest za objektivní příznak nemoci. Pozitivně hodnotíme, že 75 (92,59%) dotázaných (tab.č. 5) uvedlo správnou odpověď „akutní“ na dotaz, která bolest informuje organismus o tkáňovém inzultu a brání tak jeho dalšímu poškození. Literatura uvádí dobu trvání akutní bolesti zřídka déle než jeden měsíc (Málek a kol.,2009) potěšilo nás, že všichni dotázaní označili tuto možnost (tab.č. 6). Ráda bych zmínila i následující dílčí položku, která měla objasnit znalosti všeobecných sester o bolesti. V literatuře je uvedený popis průlomové bolesti jako náhlé vzplanutí dobře kontrolované základní bolesti. (Hakl a kol.,2013) Potěšující je, že správný popis průlomové bolesti uvedlo 63 (77,78%)

dotázaných (tab. č. 7). V dotazníkové položce č.8 měli všeobecné sestry uvést jaké příznaky mohou pozorovat při akutní bolesti. Výsledky lze hodnotit pozitivně vzhledem nadpoloviční většině správných odpovědí. Byl získán přehled odpovědí (tab.č.8), kde respondenti uvedli správné příznaky akutní bolesti, které jsme rozdělili do tří skupin: fyzické projevy udalo 40 (49,38%) dotázaných, neverbální projevy 25 (30,86%) dotázaných, psychické uvedlo 5 (6,17%) dotázaných. Bohužel tuto otázku nezodpovědělo 11 (13,58%) respondentů, domníváme se proto, že neznají příznaky akutní bolesti.

Hypotéza č.2

Více než 50 % všeobecných sester se aktivně zajímá o akutní bolest u pacientů.

Tento předpoklad jsme ověřovali dotazníkovou otázkou 10. Po vyhodnocení odpovědí můžeme konstatovat, že výsledek **není v souladu** hypotézou .

V položce 10 měli respondenti uvést jakým způsobem zjišťují zda pacient trpí bolestí. V 45 (20,18%) odpovědích označili respondenti možnost „aktivně se ptám, pokud je pacient v období bez bolesti“ a v 49 (21,97%) odpovědích možnost „ptám se, pokud pacient vykazuje příznaky bolesti“.

Výsledky dotazníkového šetření nás překvapili. Bohužel ani při součtu těchto dvou položek z otázky (tab. č.10) nedosáhnou odpovědi nadpoloviční většiny, abychom mohli říci že se všeobecné sestry aktivně zajímají o pacientovu bolest. Průzkum ukázal, že pacient musí vykazovat příznaky bolesti nebo přímo sdělit své obtíže. Toto zjištění tedy hypotézu nepodporuje. Soukupová (2012) ve své bakalářské práci mapuje deklarované znalosti sester o fenoménu bolesti a její zjištění je v podstatě shodné, v 55,17 % sestry hodnotí bolest až na základě verbálního vyjádření pacienta.

Hypotéza č.3

Více než 60 % všeobecných sester zná a využívá k monitoraci akutní bolesti u pacientů škálu hodnotící bolest

Hypotézu jsme definovali v návaznosti na bakalářskou práci (Neužilová,2009), která se zabývá připraveností sester k hodnocení bolesti.

Hypotézu jsme ověřovali dotazníkovou otázkou 15, 16, 17, 18. Po vyhodnocení odpovědí můžeme tvrdit, že hypotéza **je v souladu**.

V dotazníkové položce č. 15 jsme se zajímali o to kolik respondenti znají škál

používaných k hodnocení bolesti. Zajímavým zjištěním pro nás bylo, že všechny správné nabízené možnosti označilo pouze 11 (13,58%) dotázaných, tři možnosti označilo 7 (8,64%) dotázaných, dvě správné možnosti 22 (27,16%) a pouze jednu správnou možnost označilo nejvíce 31 (38,27%) dotázaných (tab.15B). Bohužel 3 (3,70%) dotázaní nevědí, která škála se užívá k hodnocení bolesti. Neužilová (2009) ve svém výzkumu zjistila znalost alespoň jedné škály u 100% dotázaných. Naši dotázaní uvedli znalost alespoň jedné škály k hodnocení bolesti pouze v 95,05%. Domníváme se, že rozdíl ve výzkumu může být dán jinou formulací dotazníkové otázky a také tím, že jsme do výběru záměrně zařadili škály, které se neužívají k hodnocení bolesti. Mezi škálami používanými k hodnocení bolesti převažuje znalost škály VAS v 41,32% následuje Smile-scala (škála obličejů) 25,75% odpovědích. (tab. č.15A) Výsledky těchto dvou vyhodnocení otázek přijetí hypotézy nepodporují, protože nebylo dosaženo více než 60% správných odpovědí.

Hypotézu podporují tři následující výsledky analýzy.

Druhy hodnotících škál používaných v praxi se zabývala otázka č.16. (tab. č.16) Neužilová (2009) ve svém výzkumu zjistila využití škály VAS ve 41,47 % případů, v našem výzkumu využití této škály uvedla nadpoloviční většina, tedy 63 (62,38%) dotázaných. Domníváme se, že tento rozdíl je dán odlišným místem výzkumu a také tím, že v nemocnici kde byl náš průzkum prováděn je škála VAS doporučena k hodnocení bolesti. Přestože, průzkum probíhal na odděleních, kde většinou nejsou hospitalizováni dětské pacienty, druhou nejčastější odpovědí byla v 15 (14,85%) případech možnost Smile-scala. Můžeme se domnívat, že je tato škála využívána pro špatně komunikující pacienty. V 8 (7,92%) případech respondenti na otázku neodpověděli, domníváme se proto, že tito dotázaní škály k monitoraci bolesti nevyužívají.

Příjemně nás překvapily výsledky položky 17, ve které nalezneme informace o četnosti použití škály ke zhodnocení bolesti. V 53 (65,43%) případech uvedli respondenti, že použijí hodnotící škálu vždy, v 10 (12,35%) případech téměř vždy, v 11 (13,58%) případech zřídka a pouze v 7 (8,64%) případech respondenti nikdy nepoužijí škálu k hodnocení bolesti. (tab. č.17)

Zjišťovali jsme také jak důležité je pro dotazované hodnocení bolesti u pacientů. Byli jsme mile překvapeni že, pro 9 (11,11%) dotázaných má hodnocení bolesti prvořadou důležitost, 39 (48,15%) dotázaných považuje hodnocení za velmi důležité, 6 (7,41%) za

hodně důležité a 13 (16,05%) dotázaných za důležité. Méně příjemné již bylo zjištění že, pro 1 (1,23%) dotázaného není hodnocení bolesti důležité a 10 (12,35%) dotázaných na tuto otázku neodpovědělo. (tab.č. 18) Stoklasová (2009) ve své práci zjistila, že 81% sester považuje měření bolesti za stejně důležité jako sledování ostatních fyziologických funkcí. V našem výzkumu sice pouze 66,67% dotázaných připisuje hodnocení bolesti větší důležitost, ale je pozitivní, že je to tak pro nadpoloviční většinu dotázaných.

Hypotéza č.4

Všeobecné sestry upřednostňují farmakologickou léčbu před nefarmakologickými metodami.

Tento předpoklad jsme ověřovali dotazníkovou otázkou 12, 21, 22, 23, 24 a 25. Po vyhodnocení odpovědí můžeme tvrdit, že hypotéza **je v souladu**.

Hypotézu podporují následující výsledky analýzy.

Nejčastější reakce dotázaných na projevy bolesti u pacientů monitorovala položka dotazníku č. 12. Výsledek nás v podstatě nepřekvapil (tab. č.12A), nejvíce respondentů 72 (56,25%) uvedlo, že podá analgetika dle ordinace, 22 (17,19%) respondentů odpovědělo, že pomůže upravit polohu pacienta a shodně 17(13,28%) respondentů podá led/teplý obklad nebo pacienta psychicky povzbudí. Vyhodnocením položky 12 jsme získali i další výsledek, (tab. 12B) z něhož vyplývá, že 54 (66,67%), tedy nadpoloviční většina dotázaných, podá pouze analgetika dle ordinace, 19 (23,46%) z dotázaných kombinuje podání analgetik a úpravu polohy nebo podání teplého či studeného obkladu, jenom 8 (9,88%) respondentů využije k zmírnění bolesti úpravu polohy, podání obkladu nebo pacienta psychicky povzbudí. Výsledek analýzy podporuje stanovenou hypotézu.

Také jsme zjišťovali jaké činnosti všeobecné sestry uplatňují při léčbě bolesti (tab. č.21). V 47 (58,02%) případech uvedli dotazovaní podání analgetika společně s nefarmakologickou metodou, v 26 (32,10%) případech dotazovaní aplikují výhradně analgetika a jenom 8 (9,88%) dotázaných uplatní nefarmakologickou metodu k zmírnění bolesti.

Zajímali nás také znalosti nefarmakologických metod k zmírnění bolesti. Většina sester uvedlo znalost více druhů nefarmakologických metod (tab. č. 22B), nejvíce dotázaných 31 (38,27%) uvedlo znalost tří metod, čtyři metody uvedlo 17 (20,99%) a šest metod zná 6 (7,41%) dotázaných. Překvapilo nás 6 (7,41%) dotázaných neznalostí žádné

nefarmakologické metody k ovlivnění bolesti. Vyhodnocení položky přineslo i přehled znalostí nefarmakologických způsobů ovlivnění bolesti (tab. č. 22A). Nejčastější odpovědí byla úprava polohy, polohování, v 59 (26,22%) případech, dále v 55 (24,44%) případech využití ledování. Za zmínku stojí i další odpovědi jako alternativní medicína v 36 (16,00%), psychická podpora v 32 (14,22%), aplikace tepla v 24 (10,67%) a nakonec rehabilitace v 14 (6,22%) odpovědích.

Zajímavým zjištěním je vyhodnocení položky 23, kde 40 (49,38%) respondentů uvedlo, že nabízí pacientům nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti. Menší část dotázaných 35 (43,21%) uvádí nefarmakologickou léčbu pouze jako doplnění k analgetikům a 6 (7,41%) respondentů spoléhá jen na účinek analgetik (tab. č. 23).

Zjistili jsme také pozitivní názor dotázaných na využívání nefarmakologických metod k léčbě bolesti. 65 (80,25%) dotázaných uvedlo ochotu více tyto metody využívat v praxi (tab. č. 24). Naproti tomu v následující položce (tab. č. 25) více jak polovina tedy 56 (69,14%) dotázaných věří v účinnost nefarmakologických metod pouze společně s analgetiky a jen 21 (25,93%) dotázaných je přesvědčeno o jejich účinnosti.

V dotazníkovém šetření všeobecné sestry prokázali uspokojivou znalost nefarmakologických metod a snahu více tyto metody využívat, mohli bychom tedy předpokládat častější využívání nefarmakologických metod v praxi, z výsledků analýzy však vyplývá, že všeobecné sestry upřednostňují podání analgetik a nefarmakologické metody využívají pouze jako doplnění léčby. K podobným závěrům ve svém výzkumu došla i Švidová (2009).

Za povšimnutí a komentář ještě stojí i několik dalších oblastí z našeho výzkumu.

Zajímavý je výsledek položky 13, ve které měli dotazovaní vyjádřit zda je akutní bolest pacientů emocionálně ovlivňuje (tab. č. 13). Nejvíce dotázaných 31 (38,27%) ovlivňuje bolest při neúčinnosti analgetik, ve 23 (28,40%) případech respondenty bolest pacienta emocionálně ovlivňuje, 11 (13,58%) dotázaných je ovlivněno pouze při krutých bolestech pacienta a 16 (19,75%) respondentů bolest neovlivňuje, bere ji jako součást onemocnění. Z vyhodnocení této položky vyplývá, že ošetřovat pacienta s bolestí je pro většinu dotazovaných psychicky náročné a ovlivňuje je.

Pozitivní zjištění je povědomí respondentů o existenci hodnocení bolesti v jejich dokumentaci, kdy 69 (85,19%) dotázaných uvedlo, že hodnocení bolesti je součástí dokumentace. Zarážející je ovšem odpověď 12 dotázaných, které odpověděli „ne“ či

„nevím“. Domníváme se, že tyto sestry jsou nedostatečně informovány nebo se hodnocení bolesti nevěnují.

Překvapující výsledky jsme zaznamenali v položce č. 19, kde měli dotazovaní popsat za jak dlouho očekávají zmírnění bolesti po podání per os, po i.m. a po i.v. podání analgetika. Zaznamenali jsme různé spektrum odpovědí (tab.č. 19). Po per os podání respondenti očekávají zmírnění bolesti nejčastěji za 1 hodinu a to ve 40 (49,38%) případech tento interval je poměrně dlouhý. Literatura (Martínková a kol., 2007) uvádí nástup účinků obvykle do 30 minut po podání, tento interval uvedlo pouze 26 (32,10%) dotázaných, zmírnění od 31 minut do 1 hodiny uvádí 15 (18,52%) dotázaných. Úlevu od bolesti po aplikaci i.m. předpokládají respondenti po 30 minutách v 48 (59,26%) případech, od 16 do 30 minut v 7 (8,64%) případech. Dle výše uvedené literatury se nástup účinku po i.m. aplikaci obvykle dostavuje do 10-15 minut, v tomto intervalu očekává úlevu pouze 26 (32,10%) dotázaných. Účinek po aplikaci i.v. se dostavuje dle literatury do 2 minut. V tomto intervalu očekává úlevu 31 (38,27%) respondentů. Po i.v. podání očekává úlevu až za 30 minut 23 (28,40%) respondentů, za 6-10 minut 14 (17,28%) dotázaných a za 15 minut 13 (16,05%) respondentů. Domníváme se, že tyto delší intervaly uvedli dotázaní ne kvůli neznalosti, ale protože jsou analgetika často podávána v krátkodobé infuzi. Udávané intervaly také souvisí s doporučením uvedeným ve směrnici, která je určena k péči o pacienta s bolestí. Zde je doporučeno hodnocení efektivity léčby po per os podání do 60 minut a po parenterálním podání do 30 minut.

V položce č. 20 dotázaní uváděli jakým způsobem se přesvědčí o účinnosti podané analgezie (tab. č. 20). Mile nás překvapilo, že 11 (13,58%) dotázaných se pacienta dotáže a zhodnotí bolest dle VAS, nejvíce 31 (38,27%) respondentů se pacienta pouze zeptá a 27 (33,33%) dotázaných se přesvědčí o účinnosti analgezie dotazem na úlevu a pozorováním pacienta, 6 (7,41%) dotázaných uvedlo, když pacient verbalizuje zmírnění bolesti. Zjištěný výsledek je pozitivní, protože většina dotázaných sester se pacienta ptá po podání analgetika na úlevu od bolesti.

Na konci dotazníku byl dán respondentům prostor pro vyjádření vlastního názoru. Velmi nás potěšil zájem všeobecných sester o problematiku bolesti, přestože návratnost dotazníků byla pouze 81%. Bylo zaznamenáno několik zajímavých postřehů. Sestry se nebrání využívání alternativních postupů k ovlivnění bolesti ať už samostatně nebo spolu s farmaky. Dále sestry uvádějí nedostatek odborně školených pracovníků, kteří

by poskytovali nefarmakologickou léčbu. Pro příklad uvádím několik odpovědí tlakové body, jehličky, masáže, míčkování. Jedna z dotazovaných si stěžovala na nadměrnou administrativu, kterou sledování bolesti přináší.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištění, která byla popsána v předchozí kapitole je nutné apelovat na soustavné vzdělávání sester, proto bychom doporučili rozvíjet jak teoretické, tak praktické dovednosti pomocí absolvování různých odborných seminářů, certifikovaných kurzů a podporou samostudia ošetřujícího personálu.

Je vhodné doporučit sestrám využívání i nefarmakologických intervencí k ovlivňování bolesti. Důležité je, aby sestry používaly škály k hodnocení bolesti a tím zlepšovaly kvalitu ošetrovatelské péče.

Ošetřující personál by se měl podílet na edukaci pacientů a jejich nejbližších o bolesti a její terapii.

Odborné vzdělání se soustřeďuje na medicínskou stránku zdravotní péče a chybí psychologické a komunikační dovednosti. Jednou z cest je zlepšit vědomostní vybavenost zdravotnických pracovníků pro komunikaci s pacienty novými výukovými programy a dosáhnout tak vyšší úrovně zdravotní péče. Ke zlepšení spolupráce sestry s lékařem při hodnocení bolesti doporučuji zavést společné odborné semináře s tematikou zaměřující se na význam sledování a hodnocení bolesti. Pro lepší orientaci sester v problematice bolesti jsme vypracovali nový standardizovaný ošetrovatelský postup „Ošetrovatelský postup u pacienta s bolestí“ (příloha D). Smyslem tohoto standardu je dát návod pro ošetřující personál jakým způsobem poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Dále bych chtěla doporučit provádění interních auditů na tento standard. Kontrolní kritéria k auditu Ošetrovatelský postup u pacienta s bolestí (příloha E), jsou vypracována podle nejnovějších dostupných poznatků tvorby standardů a problematiky týkající ošetřování osob trpících bolestí.

Získané výsledky bakalářské práce budou zohledněny a následně aplikovány v praxi při hodnocení bolesti na pracovištích, kde probíhalo průzkumné šetření. Výsledky šetření budou poskytnuty náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a manažerce kvality.

6 Závěr

V předkládané bakalářské práci jsme si kladli za cíl zmapování znalostí všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních o bolesti, jejím hodnocení a využívání nefarmakologických metod k zmírnění bolestí. Sledování bolesti je stále více aktuální problematika, proto bylo zvoleno toto téma a realizováno průzkumné šetření. V teoretické části jsme popsali aktuální problematiku a přiblížili téma bolesti z pohledu všeobecných sester.

Výzkumná část se zabývá vlastním průzkumným šetřením, kde jsme pracovali s vyplněnými dotazníky. Respondentky tohoto průzkumu byly všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních Nemocnice v Semilech. Získaná data byla následně zpracována do tabulek a grafů. V průzkumném šetření byly stanoveny čtyři cíle a k nim čtyři hypotézy. Výsledky tří hypotéz jsou v souladu s výzkumným předpokladem a jedné v souladu nejsou. Problematika sledování bolesti je velmi obsáhlé a aktuální téma. Starat se o pacienta s bolestí je velmi náročné a zatěžující pro ošetřující personál. Nároky na ošetrovatelskou péči se stále zvyšují. Je snaha neustále zlepšovat kvalitu péče poskytované sestrami. Jistě do této oblasti patří i péče o pacienty trpící bolestí. Vzhledem k tomu, že ošetřující personál tráví s nemocnými nejvíce času, by měly být znalosti na co nejvyšší možné úrovni. Utrpení, strach, bezmocnost, to vše pacienti v nemocničním zařízení prožívají. Sestra je osobou, která toto vše může zmírnit svou péčí, lidským přístupem a znalostmi. Důležité je, aby si sestra uvědomila, jak důležitou úlohu v této situaci zastává. Doufáme, že vyvozená data budou prospěšná, nebo alespoň povedou k zamyšlení.

7 Seznam bibliografických citací

Monografie

ADAMUS, Milan a kolektiv. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 193s. ISBN 978-80-902876-4-8.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie* 3.Vyd. 2. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-4.

HAKL, Marek a kolektiv. *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. 231 s. ISBN 978-80-204-2473-0.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Vyd.1. Praha: Portál s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.

KOLEKTIV autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

KOZÁK, Jiří a kolektiv. *Opioidy v léčbě bolesti*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. 119 s. ISBN 978-80-204-2122-7.

MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. *Léčba pooperační bolesti*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. 143 s. ISBN 978-80-204-1981-1.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kolektiv. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.

NEŠPOR, Karel. *Bolest se dá zvládnout : jak zmírnit bolest vlastními silami*. Vyd.1. Praha : NLN, 2004. 167 s. ISBN 80-7106-362-2.

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. *Bolest*. Vyd.2. Praha: Tigis, 2012. 684 s. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

STANĚKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství. Část 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Brno: IDV PZV, 2004. 55 s. ISBN 80- 7013-323-6.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd.3. Brno: NCONZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

Odborná periodika

BÍŘEŠOVÁ, Edita. *Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče*. Sestra. 2011, č. 7/8, s. 38-40. ISSN 1210-0404.

DUČAIOVÁ, Jarmila. *Etika bolesti a utrpení*. Sestra. 2011, č. 7/8, s. 34-37. ISSN 1210-0404.

PIECKOVÁ, Lenka. *Management bolesti-charakteristika bolesti, její rozdělení*. Sestra. 2011, č. 7/8, s. 37-38. ISSN 1210-0404.

ROŠKOVÁ, Silvia. *Bolest-fyziologie, fáze a léčba*. Sestra. 2012, č. 4, s. 48-51. ISSN 1210-0404.

Bakalářské práce

NEUŽILOVÁ, Jana. *Připravenost sester pro hodnocení bolesti*. Brno: 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. 107 s.

SOUKUPOVÁ, Eva. *Bolest a její analgetická terapie*. Brno: 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. 90 s.

Diplomová práce

STOKLASOVÁ, Radka. *Hodnocení bolesti u seniorů z pohledu sestry*. Brno: 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. 103 s.

Zákony

ČESKO. Zákon č. 96/2004 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Zahraniční zdroje

GANDHI, Kishor, James W. HEITZ, Benjamin VAGHARI. *Acute Pain Management in the Postanesthesia Care Unit*. Anesthesiology the Clinics. 2012, č. 30, s. 145-147. ISSN 1932-2275.

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolešť ako ošetrovateľský problém*. Vyd.1. Martin: Osveta spol. S r.o., 2008. ISBN 978-80-8063-288-5.

KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVEROVÁ. *Ošetrovateľstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. Sv. 2. Vyd. 1. Martin: Osveta, 1995. 638 s. ISBN 80-217-0528-0.

ŠVIDOVÁ, Beáta. *Využitie alternatívnych metód liečby bolesti v ošetrovateľskej starostlivosti*. In Súčnosť podporných profesií při starostlivosti o pacienta, klienta. Prešov: Univerzitná knihovna Prešovskej univerzity, 2012. s.136-147. ISBN 978-80-555-0512-1. Dostupné také z <http://www.pulib.sk/web/kniznica/.../svidova.pdf>

8 Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Protokol k provádění výzkumu

Příloha C Žádost o umožnění přezkoumání ošetřovatelského standardu

Příloha D Návrh ošetřovatelského standardu

Příloha E Kontrolní kritéria k auditu

Příloha F Škály k hodnocení bolesti

Příloha 1 Záznam bolesti z ošetřovatelské dokumentace se škálou VAS a obličejů bolesti.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Dosavadní praxe

Tabulka 2 Dosažené vzdělání

Tabulka 3 Pracoviště respondentů

Tabulka 4A Definice bolesti

Tabulka 4B Definice bolesti 2

Tabulka 5 Bolest naléhavě informující o poškození

Tabulka 6 Trvání akutní bolesti

Tabulka 7 Průlomová bolest

Tabulka 8 Další příznaky akutní bolesti

Tabulka 9 Druhy bolesti na pracovišti

Tabulka 10A Zjišťování bolesti

Tabulka 10B Zjišťování bolesti 2

Tabulka 11 Sledování projevů bolesti

Tabulka 12A Reakce na projevy bolesti 1

Tabulka 12B Reakce na projevy bolesti 2

Tabulka 13 Emocionální ovlivnění

Tabulka 14 Hodnocení bolesti- součást dokumentace

Tabulka 15A Škály užívané k hodnocení bolesti

Tabulka 15B Škály užívané k hodnocení bolesti 2

Tabulka 16 Nejčastěji užívané škály

Tabulka 17 Použití hodnotící škály

Tabulka 18 Důležitost hodnocení bolesti

Tabulka 19 Předpoklad účinku léků

Tabulka 20 Ověření účinků analgetik

Tabulka 21 Činnosti uplatňované při léčbě

Tabulka 22A Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti

Tabulka 22B Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti - počet

Tabulka 23 Nabízení nefarmakologických metod k zmírnění bolesti

Tabulka 24 Zvýšené využití nefarmakologických metod

Tabulka 25 Účinnost nefarmakologické léčby

Seznam grafů

Graf 1 Dosažené vzdělání

Graf 2 Dosavadní praxe

Graf 3 Pracoviště respondentů

Graf 4A Definice bolesti

Graf 4B Definice bolesti 2

Graf 5 Bolest naléhavě informující o poškození

Graf 6 Trvání akutní bolesti

Graf 7 Průlomová bolest

Graf 8 Další příznaky akutní bolesti

Graf 9 Druhy bolesti na pracovišti

Graf 10A Zjišťování bolesti

Graf 10B Zjišťování bolesti 2

Graf 11 Sledování projevů bolesti

Graf 12A Reakce na projevy bolesti 1

Graf 12B Reakce na projevy bolesti 2

Graf 13 Emocionální ovlivnění

Graf 14 Hodnocení bolesti- součást dokumentace

Graf 15 A Škály užívané k hodnocení bolesti

Graf 15 B Škály užívané k hodnocení bolesti 2

Graf 16 Nejčastěji užívané škály

Graf 17 Použití hodnotící škály

Graf 18 Důležitost hodnocení bolesti

Graf 19 Předpoklad účinku léků

Graf 20 Ověření účinků analgetik

Graf 21 Činnosti uplatňované při léčbě

Graf 22 A Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti

Graf 22 B Znalost nefarmakologických metod zmírnění bolesti - počet

Graf 23 Nabízení nefarmakologických metod k zmírnění bolesti

Graf 24 Zvýšené využití nefarmakologických metod

Graf 25 Účinnost nefarmakologické léčby

Příloha A

Dobrý den milá kolegyně, milý kolego.

Dovoluji si Vás oslovit se svým dotazníkem, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče“. Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze k mým výzkumným účelům. Vyplnění dotazníku Vám zabere asi 15 minut. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte **všechny** správné odpovědi.

Předem děkuji za Vaši ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Ludmila Koucká

Studentka 3. ročníku kombinovaného studia ošetrovatelství
Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci

-
1. Jaká je délka Vaší dosavadní praxe?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 6- 10 let
 - c) 11- 15 let
 - d) 16 a více let
 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) úplné střední odborné
 - b) vyšší odborné
 - c) bakalářské
 - d) magisterské
 - e) specializační v oboru:.....
 3. Na jakém oddělení pracujete?
 - a) chirurgickém
 - b) ortopedickém
 - c) interním
 - d) intenzivní péči
 4. Bolest:
 - a) je významný subjektivní příznak
 - b) signalizuje nebezpečí poškození
 - c) má ochrannou funkci
 - d) je nepříjemný tělesný a duševní pocit provázející onemocnění
 - e) je objektivní příznak
 5. Bolest, která naléhavě informuje organismus o tkáňovém inzultu a brání tak dalšímu poškození se nazývá:
 - a) akutní
 - b) chronická
 - c) průlomová

6. Jako akutní bolest definujeme bolest trvající:

- a) hodiny, dny do 1 měsíce
- b) 3-6 měsíců
- c) několik let

7. Popište co je průlomová bolest. (prosím doplňte vlastními slovy)

.....

8. Které další příznaky lze pozorovat u akutní bolesti? (prosím doplňte vlastními slovy)

.....

.....

9. Na Vašem pracovišti se setkáváte s akutní bolestí:

- a) pooperační
- b) posttraumatickou
- c) při NPB (náhlá příhoda břišní)
- d) při koronárních příhodách
- e) jinou

10. Jak zjistíte, že pacient trpí bolestí ?

- a) Pacient verbalizuje bolest
- b) Pacient vykazuje příznaky bolesti
- c) Aktivně se ptám, pokud je pacient v období bez bolesti
- d) Ptám se, pokud pacient vykazuje příznaky bolesti

11. Jaké projevy bolesti u pacientů sledujete?

- a) verbální
- b) neverbální
- c) paralingvistické (pláč, vzdechy, naříkání)
- d) verbální i neverbální

12. Jak nejčastěji reagujete na projevy bolesti u pacientů? (označte jednu možnost)

- a) podám analgetika podle ordinace
- b) pomohu upravit pacientovu polohu
- c) podám led / teplý obklad
- d) pacienta psychicky povzbudím

13. Ovlivňuje Vás emocionálně akutní bolest pacienta?

- a) ano
- b) ano, pokud neúčinkují analgetika
- c) pouze při krutých bolestech
- d) Neovlivňuje, bolest beru jako součást onemocnění

14. Je hodnocení bolesti součástí Vaší zdravotnické dokumentace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Které z následujících hodnotících škál se užívá k hodnocení bolesti ?

- a) VAS (vizuální analogová stupnice)
- b) NRS (numerická ratingová stupnice-číselná škála)
- c) Smile-scala (Škála obličejů bolesti)
- d) VRS (verbální ratingová stupnice = intenzita současné bolesti)
- e) Nortonová
- f) Bartelův test
- g) Minimental test

16. Jaké škály používáte nejčastěji v praxi ?

.....

17. K zhodnocení intenzity bolesti použijete hodnotící škálu:

- a) vždy
- b) téměř vždy
- c) zřídka
- d) nikdy

18. Za jak důležité považujete hodnocení bolesti u pacientů ?

.....

19. Za jak dlouho po aplikaci analgetika předpokládáte zmírnění bolesti ?

- Po per os podání
- Po aplikaci IM
- Po aplikaci IV

20. Jak se přesvědčíte o účinnosti podané analgezie? (prosím, doplňte vlastními slovy)

.....

21. Jaké činnosti uplatňujete při léčbě bolesti?

- a) aplikaci analgetik
- b) aplikaci nefarmakologických metod
- c) kombinaci analgetik s nefarmakologickou metodou

22. Znáte nefarmakologické metody ke zmírnění akutní bolesti? (prosím, doplňte vlastními slovy)

.....

23. Nabízíte pacientům nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti ?

- a) Ano
- b) pouze jako doplnění analgetické léčby
- c) ne, spoléhám na účinek analgetik

24. Myslíte si, že nefarmakologické metody léčby bolesti by se měly více využívat při léčbě?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Je nefarmakologická léčba bolesti účinná?

- a) ano
- b) ano, v kombinaci s analgetiky
- c) ne, proti bolesti jsou jen analgetika

Zde je prostor pro vaše poznámky či názor:

Děkuji Vám za spolupráci a velmi si vážím Vašeho času věnovanému tomuto dotazníku.

S přáním krásného dne

Ludmila Koucká

Příloha B

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta KOUCKA LUDMILA			
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 10 00 15A	Ročník TŘETÍ	
Téma práce AKUTNÍ BOLEST JAKO TÉMA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE			
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován NSP v SEMILECH			
Jméno vedoucího práce Bc. PETRA PODRAŽILOVÁ, DiS.			
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Podražilová		
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis Podražilová		
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis Bc. Melana Hejduková Místnost ošetrovatelské péče		
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován MULTIOBOROVÁ YIP INTERNÍ ODDELENÍ YIP ORTOPEDIE SEMILY	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis J. Krápková Bc. Podolská I.		
Datum zahájení výzkumu	15. 12. 2013		
Datum ukončení výzkumu	31. 1. 2014		
Počet oslovených respondentů (personálu)	100		
Počet oslovených respondentů (klientů)	/		
Poznámka:			

V **SEMILECH** dne **15. 12. 2013**

.....
podpis studenta

Příloha C

Ředitelství nemocnice s poliklinikou Semily
3.května 421
Semily 513 31

V Semilech, 26.5.2014

Žádost o umožnění přezkoumání ošetrovatelského standardu

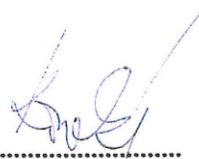
Vážení, obracím se na Vás se žádostí o umožnění přezkoumání ošetrovatelského standardu „Péče o pacienta s bolestí“.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií při Technické univerzitě v Liberci a návrh ošetrovatelského standardu bude součástí mé bakalářské práce na téma „Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče“.

Tento návrh bude použit ke studijním účelům, ale může být využit i jako předloha k přezkoumání standardního postupu péče ve Vašem zdravotnickém zařízení. Zavazuji se, že po ukončení studia poskytnu návrh k nahlédnutí.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.
S pozdravem

Koucká Ludmila
Chuchelna 59
Semily 513 01
ludmila.koucka@seznam.cz


.....

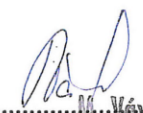
S přezkoumáním standardu souhlasím:

ANO ☒

NE ☐


Bc. Holena Hejduková
Náměstek ošetrovatelské péče

.....


M. Vávra
MANAŽER KVALITY

Příloha D Návrh ošetrovatelského standardu

Standardní ošetrovatelský postup

Návrh

Název SOP: Ošetrovatelský postup u pacienta s bolestí

Charakteristika standardu	Standardní ošetrovatelský postup - Péče o pacienta s bolestí
Oblast péče	Individualizovaná a kontinuální- po celou dobu obtíží pacienta
Cílová skupina pacientů	Pacienti trpící bolestí, po operačních a diagnostických výkonech
Místo použití	Standardní lůžková oddělení a jednotky intenzivní péče
Poskytovatelé péče pro něž je standard závazný	Zdravotničtí pracovníci, kteří splňují podmínky o nelékařských zdravotnických povoláních dle §4 zákona 96/2004 Sb.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
Vypracoval	
Schválil	Vedoucí zaměstnanec úseku (náměstek pro léčebně preventivní péči)
Odborný garant	Lékař pro léčbu bolesti
Nabývá účinnosti dne	
Frekvence kontroly	1* za 2 roky
Revize standardu provedena dne	
Kontrolu vykonává	Manažer/ka kvality, náměstek pro ošetrovatelskou péči
Kontaktní osoba	Manažer/ka kvality, náměstek pro ošetrovatelskou péči

DEFINICE SOP

Ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí je ošetrovatelský proces, který má zajistit standardizované postupy při zjišťování přítomnosti bolesti, plánování a realizaci ošetrovatelských výkonů, hodnocení a zaznamenávání účinků léčby.

VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ

Bolest je významný subjektivní příznak, signalizuje nebezpečí poškození, má ochranou funkci a je nepříjemný tělesný a duševní pocit provázející onemocnění. Bolest by měla být vyhodnocována u všech pacientů. Správná léčba bolesti zlepšuje spolupráci pacienta, posiluje imunitu, zlepšuje trávení, urychluje hojení např. pooperačních ran a je také prevencí srdečních a oběhových komplikací.

Akutní bolest je krátkodobá, pro organismus účelná, je považována za symptom onemocnění a trvá obvykle několik hodin až dnů zřídka déle než 1 měsíc. Bolestivý vjem je doprovázen vegetativní reakcí (zrychlení akce srdeční, zvýšení tlaku, rozšíření zornic, pocení) dalšími příznaky jsou paralýza střev, retence moči, katabolizmus, hyperglykemie a má i silný emoční doprovod.

Chronická bolest je samostatným onemocněním. Za chronickou bolest můžeme považovat bolest trvající déle než 3–6 měsíců. Stejně tak za chronickou bolest považujeme také bolest kratšího trvání, pokud přesahuje dobu pro dané onemocnění či poruchu obvyklou. Doprovodné příznaky chronické bolesti jsou poruchy spánku a chování, deprese, poruchy osobnosti, poruchy libida, sociální izolace a zhoršená kvalita života.

Fantómová bolest je bolest v odstraněné části těla.

Průlomová bolest je náhlé vzplanutí jinak dobře kontrolované základní bolesti.

Hodnocení bolesti by mělo obsahovat srozumitelnou anamnézu bolesti a fyzikální vyšetření zaměřené na odpověď organismu. Hodnocení bolesti je důležité pro následné vyhodnocení efektivity léčby.

Lokalizace - pacient sdělí kde to bolí, místo je možno zakreslit do obrázku lidského těla nebo slovně zapsat

Intenzita - sestra zjistí jak velká je pacientova bolest, ke zjištění intenzity bolesti existuje řada metod, v praxi se používá nejvíce škála VAS ta umožňuje znázornit sílu bolesti na 10 bodové přímce, kde 0 je žádná bolest a 10 nejhorší představitelná bolest, pro zjištění intenzity bolesti u dětí a hůře komunikujících pacientů lze využít Škálu obličejů bolesti (Smile-scala).

Sestra sleduje doprovodné projevy bolesti a zaznamenává je do dokumentace.

Ošetřování nemocného s bolestí zahrnuje: respektování individuální citlivosti, pomoc zaujmout úlevovou polohu, poskytovat šetrnou ošetrovatelskou péči, snahu nenechávat nemocného o samotě, zajištění klidného prostředí, podání analgetika dle ordinace lékaře.

Ošetrovatelské intervence:

Léčba bolesti sestrou se skládá z nezávislých a závislých činností.

Nezávislé činnosti jsou:

Úlevová poloha, znehybnění, léčba teplem, léčba chladem, lehká masáž, používání představivosti, odvádění pozornosti, terapeutický dotyk, snižování strach a úzkosti.

Závislé činnosti:

Farmakoterapie: WHO (Světová zdravotnická organizace) stanovila třístupňový žebříček pro podávání analgetik.

- I. stupeň – neopioidní analgetika
- II. stupeň– slabý opioid + neopioidní analgetikum + pomocný lék
- III. stupeň – silný opioid + neopioidní analgetikum + pomocný lék (antidepresiva, myorelaxancia, spasmolytika)

Nefarmakologické postupy: lékař může pacientovy doporučit – hydroterapii, trankutánní elektickou stimulaci, akupunkturu, hypnózu, znehybnění (ortéza, dlaha) a jiné.

Invazivní postupy: lékař provádí subarachnoidální, epidurální blokády, blokády periferních nervů a chirurgické přerušení nervu.

VAS -vizuální analogová škála

Per os - podání ústy

i.m. - intramuskulární

i.v. - intravenózní

CÍL

Smyslem tohoto standardu je dát návod pro ošetřující personál jakým způsobem poskytovat kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Pacientovi je včas, provedeno a zaznamenáno hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace a je mu poskytnuta odpovídající ošetrovatelská péče.

Cílem léčby bolesti je snížit intenzitu bolesti na přijatelnou úroveň nebo v ideálním případě bolest pacientovi odstranit úplně.

Dílčí cíle:

Zhodnotit bolest u pacienta do jedné hodiny po provedení ošetrovatelské intervence ovlivňující bolest.

Nepřekročit stanovenou úroveň bolesti (VAS<4/10), nejvyšší přípustná hodnota VAS 3.

Kontinuálně hodnotit bolest – v závislosti na léčbě ...analgetika, podpurná terapie. Sledovat intenzitu bolesti a doprovodné příznaky bolesti.

Sledovat účinnost léčby – nástup účinku, změna intenzity bolesti.

Minimalizovat a zaznamenávat nežádoucí účinky.

Zhodnotit bolest u pacienta před provedením ošetrovatelské intervence ovlivňující bolest.

Provádět ošetrovatelské intervence nezávislé i závislé.

Vést ošetrovatelskou dokumentaci.

Indikace a kontraindikace

Ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí je indikována u každého pacienta s bolestí.

Kontraindikace nejsou známy.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři, všeobecné sestry se specializací a zdravotničtí asistenti a ošetrovatelky v rozsahu svých kompetencí.

S2 Pomůcky

Posuvné měřítko/otočné kolečko - Škála VAS -10 bodová, škála obličejů bolesti

Nástroje k mírnění bolesti (analgetika dle ordinace lékaře, kompenzační pomůcky, led a pod).

S3 Dokumentace

Dokumentace pacienta s ordinací.

Ošetrovateľská dokumentace se záznamem o bolesti.

S4 Prostředí

Standardní lůžková oddělení, jednotky intenzivní péče.

KRITÉRIA PROCESU

OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

P1 Sestra vyhodnotí riziko bolesti u každého pacienta.

P2 Sestra u pacienta s bolestí založí záznam o bolesti v ošetrovateľské dokumentaci.

P3 Sestra si k pacientovi vezme vizuální analogovou škálu v podobě pravítka/ otočného kolečka a dokumentaci.

P4 Sestra vysvětlí pacientovi důvod hodnocení bolesti a jeho výhody.

P5 Sestra naučí pacienta používat škálu hodnotící bolest.

P6 Sestra se kontrolními otázkami ujistí, zda pacient všechno chápe, respektuje přání a soukromí pacienta.

P7 Sestra zhodnotí pacientovu bolest (lokalizaci, intenzitu, doprovodné znaky).

P8 Sestra provede zápis zjištěných údajů do záznamu o bolesti v ošetrovateľské dokumentaci, při zaznamenání hodnoty VAS>3 okamžitě informuje lékaře.

. Povinnosti po výkonu

P9 Sestra stanoví ošetrovateľskou diagnózu bolest a určí plán péče.

P10 Na základě plánu péče provede sestra ošetrovateľské intervence závislé nebo nezávislé a zaznamená je do dokumentace.

P11 Při ordinaci analgetik sestra zaznamená do dekurzu datum, čas aplikace, podepíše se a provede zápis do záznamu o bolesti (čas/hodnota VAS) při aplikaci. Sleduje případné nežádoucí účinky, provádí o nich zápis a hlásí jejich přítomnost lékaři.

P12 Celý proces hodnocení a zapsání se opakuje do 30 min. po parenterálním podání léku, do 1 hodiny po per os podání léku. Postupuje se dle bodů P1, P3, P7, P8, P10, P11, P12, P16.

P13 Pokud je u hospitalizovaného pacienta očekávána bolest sestra provádí hodnocení a zaznamenání bolesti minimálně 1* za 12 hod. na jednotkách intenzivní péče a 1* za 24hod. na standardních odděleních.

P14 U pacientů po invazivních výkonech se kontroluje intenzita bolesti a provádí záznam do dokumentace, v den výkonu každé 3 hodiny, v další dny dle stavu pacienta, minimálně dle bodu P13.

P15 U chronické bolesti neměnného charakteru a intenzity lze provést záznam jednou za směnu.

P16 Ošetrovatelská diagnóza bolest a záznam se ukončuje, pokud pacient nehlásí přítomnost bolesti déle než 24 hodin.

- **Provedení záznamu do dokumentace**

Zdravotničtí pracovníci založí pacientovi s bolestí záznam o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci. Hodnocení intervencí zapíše do dokumentace.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Pacient má vedený záznam o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.

V2 Pacient má sníženou či odstraněnou bolest po provedených intervencích.

V3 Pacient je dostatečně informovaný.

KOMPLIKACE

Bariéry v léčbě: - neměření bolesti

- nedostatečně poučený pacient
- nedostatek času nebo organizační aspekty
- nedostatek chuti se problematice věnovat

Nežádoucí účinky léčiv: - nevolnost a zvracení

- sucho v ústech
- ospalost a útlum
- zácpa
- krvácení z GIT
- alergická reakce

ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

Analgetika se podávají dle ordinace lékaře, která obsahuje název léku, sílu, formu, způsob aplikace, maximální dávku za den s minimálním rozestupem, datum a podpis.

Sestra sleduje nežádoucí účinky analgetik, o jejich přítomnosti informuje lékaře a provede o nich zápis do ošetrovatelské dokumentace.

Nedostatečně kontrolovaná pooperační bolest může vést k rozvoji komplikací.

Nelékařský personál se musí věnovat bolesti po celou dobu obtíží pacienta.

U každého pacienta s bolestí se zahajuje monitorace a léčba.

PŘÍLOHY Záznam bolesti z ošetrovatelské dokumentace se škálou VAS a obličejů bolesti. (č.1)

POUŽITÁ LITERATURA

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. *Bolest*. Vyd.2. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

HAKL, Marek a kolektiv. *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2473-0.

MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. *Léčba pooperační bolesti*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.

KOLEKTIV autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1720-4.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd.3. Brno: NCONZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVEROVÁ. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. Sv. 2. Vyd. 1. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: SAK, o.p.s. TIGIS, spol. s r.o., 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.

Příloha 5.- *Šablona standardního ošetrovatelského postupu*. MZ ČR. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-osetrovatelske-pece_2889_15.html.

Příloha E Kontrolní kritéria k auditu

Kontrolní kritéria k auditu: Ošetřovatelský postup u pacienta s bolestí

Pracoviště :

Datum:

Auditoři:

Výsledky: 23 bodů- výborně 22- 19 - vyhovující 18- 15 - nekomplexní péče 14 a méně
– nevyhovující

Po vyplnění bude formulář předán manažerce kvality

<u>Kód</u>	<u>Kontrolní kritéria</u>	<u>Metody hodnocení</u>	<u>Ano</u>	<u>Ne</u>
<u>Kritéria struktury</u>				
S1	Hodnocení bolesti provádí kompetentní osoba.	Pozorováním sestry		
S2	Sestra má k dispozici škály k hodnocení bolesti . Sestra dokáže vyjmenovat závislé a nezávislé ošetřovatelské intervence	Dotazem na sestru Kontrola pomůcek		
S3	Sestra má k dispozici standard „Ošetřovatelský postup u pacienta s bolestí“. ošetřovatelskou dokumentaci a dokumentaci s medikací.	Dotazem na sestru Pohledem do dokumentace		
S4	Hodnocení je prováděno ve vhodném prostředí.	Pozorováním sestry Kontrola prostředí		
<u>Kritéria procesu</u>				
P1	Sestra vyhodnocuje riziko bolesti u každého pacienta.	Dotazem na pacienta		
P2	Sestra založila záznam o bolesti v ošetřovatelské dokumentaci.	Pohledem do dokumentace		
P3	Sestra si k pacientovi vzala vizuální analogovou škálu v podobě pravítka/ otočného kolečka a dokumentaci.	Pozorováním sestry Dotazem na pacienta		
P4	Sestra vysvětlila pacientovi důvod hodnocení bolesti a jeho výhody.	Dotazem na pacienta		
P5	Sestra poučila pacienta jak používat škálu hodnotící bolest.	Pozorováním sestry Dotazem na pacienta		
P6	Ujistila se sestra zda chápe všechny informace.	Dotazem na pacienta		
P7	Sestra hodnotí u pacienta bolest (lokalizaci, intenzitu, doprovodné znaky)	Dotazem na pacienta Pohledem do dokumentace		
P8	Sestra provádí zápis zjištěných údajů do záznamu o bolesti, při VAS >3 informuje lékaře.	Pohledem do dokumentace Dotazem na sestru		
P9	Je stanovena ošetřovatelská diagnóza bolest a stanoven plán péče.	Pohledem do dokumentace		

P10	Sestra provádí závislé a nezávislé intervence, provádí o nich záznam.	Pohledem do dokumentace		
P11	Při ordinaci analgetik má sestra zaznamenáno do dekurzu datum, čas aplikace, podpis a zápis do záznamu o bolesti (čas/hodnota VAS)	Pohledem do dokumentace		
P12	Proces hodnocení a zapsání se opakuje do 30 min. po parenterálním podání léku, do 1 hodiny po per os podání léku	Pohledem do dokumentace Dotazem na pacienta		
P13	Na standardním oddělení je bolest hodnocena minim.1*za 24 h na JIP za12 h*	Pohledem do dokumentace		
P14	Po invazivních výkonech je bolest sledována po 3 hodinách.	Pohledem do dokumentace Dotazem na pacienta		
P15	U pacienta s chronickou a neměnnou bolestí je proveden záznam 1* za směnu.	Pohledem do dokumentace		
P16	Záznam bolesti je ukončen až po 24 h , kdy pacient nehlásí bolest.	Pohledem do dokumentace		
<u>Kritéria výsledku</u>				
V1	Pacient má správně vedený záznam bolesti.	Pohledem do dokumentace		
V2	Pacient má sníženou či odstraněnou bolest po provedených intervencích.	Dotazem na pacienta		
V3	Pacient má dostatek informací.	Dotazem na pacienta		

Zdroj : vlastní

Příloha č.1 Záznam bolesti z ošetrovatelské dokumentace se škálou VAS a obličejů
bolesti

Zdroj: NsP Semily

ZÁZNAM O BOLESTI														
Datum/čas														
Denní Hodina/VAS														
Noční Hodina/VAS														
Lokalizace bolesti														
 0  2  4  6  8  10 0 žádná bolest 5 10 maximální bolest														
Terapie	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural							
	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty							
	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky							
	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB							
	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha							
	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora							
Neverbální signály bolesti	Ledování	Ledování	Ledování	Ledování	Ledování	Ledování	Ledování							
	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč							
	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání							
	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy							
	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek							
	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid							
Vegetativní signály bolesti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti							
	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.							
	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné							
	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie							
	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe							
	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze							
Podpis sestra:	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení							
	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea							
	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení							

