

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Petr Vaníček

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti

Petr Vaníček

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petr Vaníček**
Osobní číslo: **Z15079**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Spokojenost pacientů s tíšením pooperační bolesti**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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


Seznam odborné literatury:

1. **KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.**
2. **MÁLEK, Jiří. Praktická anesteziologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.**
3. **MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.**
4. **POKORNÁ, Andrea. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.**
5. **VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. Bolest v ošetřovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.**


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Červenková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 4. 2018

Petr Vaníček

PODĚKOVÁNÍ

Chtěl bych poděkovat vedoucí práce, paní Mgr. Zuzaně Červenkové, za odborné vedení při psaní mé práce. Díky jejím cenným radám a připomínkám mohla vzniknout tato práce.

Dále bych chtěl poděkovat svému partnerovi Radkovi za podporu během celého studia na univerzitě.

ANOTACE

Tato bakalářská práce na téma: „Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti“ je zaměřena na zjištění spokojenosti pacientů s léčbou pooperační bolesti. Svým obsahem je rozdělena do dvou částí na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část je rozdělena do sedmi kapitol a volně na ni navazuje část empirická. Empirická část je založena na průzkumné technice pomocí dotazníku. Svými cíli mapuje spokojenost a informovanost s léčbou pooperační bolesti.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, pooperační léčba bolesti, spokojenost, informovanost, pacient

TITLE

Satisfaction of patients with postoperative pain management

ANNOTATION

This Bachelor Thesis on "Satisfaction of Patients with Postoperative Pain Management" is focused on the determination of patients' satisfaction with the treatment of postoperative pain. Its content is divided into two parts on the theoretical and exploratory part. The theoretical part is divided into seven chapters and is connected freely with the empirical part. The empirical part is based on exploratory techniques using a questionnaire. Its goals map satisfaction and awareness with the treatment of postoperative pain.

KEYWORDS

pain, postoperative pain management, awareness, patient

OBSAH

0	ÚVOD	12
1	CÍL PRÁCE	13
1.1	Cíle teoretické části	13
1.2	Cíle průzkumné části	13
1.2.1	Průzkumné otázky	13
2	TEORETICKÁ ČÁST	14
2.1	Klasifikace bolesti	14
2.2	Úloha sestry v péči o pacienta s bolestí	15
2.3	Diagnostika a monitorace bolesti	16
2.4	Bolest jako ošetrovatelský problém	19
2.5	Mechanismus vzniku bolesti	20
2.6	Možnosti v léčbě bolesti	20
2.7	Způsoby podání analgetik	24
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST	26
3.1	Cíle průzkumné části	26
3.2	Průzkumné otázky	26
3.3	Metodologie průzkumu	26
3.3.1	Pilotní šetření	26
3.3.2	Charakteristika dotazníku	27
3.3.3	Charakteristika respondentů	27
3.3.4	Realizace průzkumného šetření	27
3.4	Výsledky	29
3.4.1	Prezentace dat	29
4	DISKUZE	39
5	ZÁVĚR	43

6	POUŽITÁ LITERATURA	45
7	PŘÍLOHY	47

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Lékaři se aktivně zajímají o mou bolest.	29
Obrázek 2 Lékaři aktivně navrhuji různé možnosti, jak mou bolest utišit.	30
Obrázek 3 Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utišit.	30
Obrázek 4 Mohu s lékaři diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.	31
Obrázek 5 Sestry se aktivně zajímají o mou bolest.	32
Obrázek 6 Sestry aktivně navrhuji různé možnosti, jak mou bolest utišit.	33
Obrázek 7 Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utišit.	33
Obrázek 8 Mohu se sestrami diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.	34
Obrázek 9 Sestry se aktivně snaží vytvořit takové prostředí, abych se cítil (a) dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítmí...)	35
Obrázek 10 S léčbou pooperační bolesti jsem celkově spokojen (a).	36
Obrázek 11 S péčí celkově jsem na tomto oddělení spokojen (a).	37
Obrázek 12 S péčí celkově jsem v této nemocnici spokojen (a).	37
Tabulka 1 Typ operačního výkonu	38

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

VAS	Vizuální analogová škála
MPG	McGill Pain Questionary – McGillský dotazník bolesti
PRI	Pain Reitink Index – sumární index bolesti
PAINAD	Pain Assessment In Advanced Dementia – měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí
COX	Cyklooxygenáza
NSA	Nesteroidní antirevmatika – antiflogistika
GIT	Gastrointestinální trakt – zažívací trakt
NÚ	Nežádoucí účinek
s. c.	Subkutánně – pod kůží
i. m.	Intramuskulárně – do svalu
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
GCS	Glasgow Coma Scale - Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

0 ÚVOD

Bolest provází člověka od nepaměti. V bolestech se rodíme, bolest nás vytrvale navštěvuje během života, v bolesti a s bolestí často umíráme. Již v první knize Bible najdeme tvrdý ortel Hospodinův nad ženou: „*Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti v těhotenství, syny budeš rodit v utrpení...*“ (Janáčková, 2007, s. 8).

V posledních letech se v České republice podá více než 850 tisíc celkových a regionálních anestezií ročně. V roce 2013 to bylo 856 259 anestezií. Každý z operačních výkonů je spojen s větší či menší pooperační bolestí (Málek, Ševčík, 2014, s. 13). Spokojenost pacientů s léčbou pooperační bolesti lze zařadit jako jeden z indikátorů kvality každého zdravotnického zařízení. Jelikož pracuji na chirurgickém oddělení již řadu let, tak vídím stav analgezie v pooperačních stavech relativně často. Cílem bakalářské práce je zjistit a prozkoumat spokojenost s léčbou pooperační bolesti a informovanost pacientů v souvislosti s léčbou pooperační bolesti.

Dostupnost pooperační analgezie pro všechny potřebné znamená zejména kvalitní zvládnutí organizace léčby pooperační bolesti a přijmutí a pochopení faktu, že dobrá analgezie je nejenom potřebná, ale i základním právem každého pacienta s bolestí a základní povinností každého pracoviště, které takového nemocného ošetřuje. K humanitnímu aspektu se připojují další medicínská a ekonomická hlediska související s opakovaně prokazovaným snížením morbidit, rychlejším zotavením a propuštěním pacienta z nemocnice (Málek, Ševčík, 2014, s. 14).

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Práce je zaměřena na sledování spokojenosti u pacientů v pooperačním období. V teoretické části se práce věnuje klasifikaci bolesti, diagnostice a monitoraci bolesti. Dále se zajímá o bolest jako ošetřovatelský problém a úkol všeobecné sestry v péči o pacienta s pooperační bolestí. Empirická část poskytuje informace o pooperační bolesti, které byly získány z oddělení všeobecné chirurgie a traumatologie nemocnice poskytující akutní péči, která je součástí akciové společnosti sdružující nemocnice jednoho kraje. Hlavním cílem bylo zjistit spokojenost a informovanost pacientů s léčbou pooperační bolesti. K průzkumnému šetření bylo použito dotazníkové šetření.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části

1. Shrnout informace o problematice akutní bolesti.
2. Shrnout úlohu všeobecné sestry v léčbě akutní bolesti.

1.2 Cíle průzkumné části

1. Zjistit spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti.
2. Zjistit informovanost pacientů v souvislosti s tišením pooperační bolesti.

1.2.1 Průzkumné otázky

1. Jsou pacienti spokojeni s léčbou pooperační bolesti?
2. Jsou pacienti dostatečně informovaní v souvislosti s léčbou pooperační bolesti?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Klasifikace bolesti

Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 14). Bolest je většinou odstranitelná, použije-li se správný lék, ve správné dávce a aplikuje-li se správným způsobem. Nedostatečně léčená nebo neléčená bolest negativně ovlivňuje život nemocného i jeho blízkých, omezuje životní aktivity a zhoršuje kvalitu života (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 7). Bolest můžeme dělit podle délky trvání na akutní a chronickou.

Akutní bolest je jedním z nejčastějších příznaků, pro které jsou lékaři konzultováni. Je symptomem, jenž naléhavě informuje organismus o tkáňovém inzultu (úrazem, chorobou, operačním zákrokem nebo porodem) a brání tak před jeho dalším poškozením. Jedná se o nepříjemný sensorický, emoční a mentální pocit (prožitek) spojený s doprovodnými vegetativními a psychickými reakcemi a změnami chování. Trvá zpravidla několik hodin až dnů, zřídka déle než 1 měsíc. Pokud nebudeme akutní bolest dostatečně léčit, hrozí riziko, že vznikne chronická perzistentní bolest, která se léčí velmi obtížně a zdlouhavě. Akutní bolest lze zpravidla dobře lokalizovat. Organismus reaguje fyziologickými změnami, které jsou v podstatě totožné s obrazem změn při stresu. Při vyšší intenzitě představuje akutní bolest velkou psychickou zátěž. Pooperační a poúrazovou bolest můžeme zařadit mezi bolestivé stavy a syndromy, které vznikají akutně. Poúrazová bolest vzniká nejčastěji necíleně jako následek mechanického, chemického poškození (poleptání) tkání nebo působením tepla nebo mrazu (popáleniny, omrzliny). Pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti (Málek, Ševčík, 2014, s. 13-15). Vzniká jako doprovodný efekt při různých chirurgických výkonech, ať už léčebných či diagnostických, opět jako následek mechanického nebo tepelné poškození tkání – hlavně termokoagulací, kterou během výkonu operatér zastavuje krvácení (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 32-33). Je to bolest krátkodobá, vyšší intenzity, která pro nemocného znamená velkou zátěž a má obvykle ochranný charakter (Kapounová, 2007, s. 137).

Chronická bolest je samostatným onemocněním. Za chronickou bolest můžeme považovat bolest trvající déle než 3–6 měsíců. Stejně tak považujeme za chronickou bolest také bolest kratšího trvání, pokud přesahuje dobu obvyklou pro dané onemocnění či poruchu. Nejčastějšími chronickými bolestmi jsou vertebrogenní bolesti, a to hlavně low back pain

(bolesti dolních zad), failed back surgery syndrom (bolest zad po operacích páteře), osteoartritida, revmatoidní artritida, osteoporóza, fibromyalgie, myofasciální syndrom a bolesti hlavy (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 34-35). Chronické pooperační bolesti začala být věnována pozornost až zhruba v 90. letech 20. století. Jde o bolest, která vznikla v souvislosti s chirurgickým výkonem a přetrvává déle, než je obvyklá doba hojení. Za tuto dobu se většinou považují maximálně 3 měsíce (podle některých autorů až 6 měsíců) po operaci. Nejčastější je fantomová bolest po amputacích končetiny, následuje chronická pooperační bolest po torakotomiích, operacích prsu, ale i po císařském řezu a operacích tříselné kýly, které jsou zejména u mužů v 1 % spojeny i s bolestí při pohlavním styku (Málek, Ševčík, 2014, s. 18). Podle původu se dělí i na nezhoubnou, která sice neohrožuje život nemocného, ale mění kvalitu života postižené osoby, a zhoubnou, která je trvalá a mění se pouze její intenzita v průběhu nemoci. Nemá ochranný ani signalizační význam (Kapounová, 2007, s. 137). Chronická nenádorová bolest je nejčastějším typem bolesti. Lidé těmito bolestmi trpí měsíce i roky. Chronická nenádorová bolest je definována jako bolest, která trvá více než 6 měsíců a není způsobena život ohrožujícím onemocněním (Kolektiv autorů, 2006, s. 169).

Průlomová bolest spojená s nádorovou bolestí během dne často velmi výrazně kolísá. Příčinou těchto fluktuací mohou být faktory související s vlastním bolestivým stavem a onkologickým onemocněním nebo jeho léčbou. Epizody výrazného vzplanutí bolesti, které se objevují u pacienta s jinak dostatečně kontrolovanou bolestí, se označují jako průlomová (breakthrough pain). Podle různých průzkumů trpí výraznými epizodami průlomové bolesti 50–70 % onkologicky nemocných. Průlomová bolest v užším slova smyslu označuje epizody bolesti, u kterých nelze identifikovat vyvolávající příčinu. Její výskyt tedy není predikovatelný. Kolísavá intenzita bolesti a výskyt epizod silné bolesti má výrazně negativní vliv na denní aktivity a bývá považován za negativní prognostický faktor pro efektivní léčbu bolesti (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 372-373). Průlomová bolest by se dala hodnotit i jako dočasné vzplanutí akutní bolesti u nemocného s chronickou nádorovou bolestí.

2.2 Úloha sestry v péči o pacienta s bolestí

Role všeobecné sestry je v systému péče o pacienta s bolestí naprosto zásadní. Naše sestry doposud nemají pravomoce v rozhodování o indikaci analgetik, ale mají naprosto zásadní postavení v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti léčby. Sestry jsou zpravidla první v kontaktu s pacientem, předávají informace lékařům a dalším členům zdravotnického týmu.

Narušená komunikace mezi členy týmu se může negativně projektovat i do samotné péče o pacienta. Role sestry v péči o pacienta s bolestí je role naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. Tato role vyžaduje vysoce specializované znalosti sestry v problematice fyziologie, analgeziologie, farmakoterapie, ale také psychologie. Především od sestry vyžaduje zájem, čas a pochopení (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 49).

2.3 Diagnostika a monitorace bolesti

Lékaři všech odborností a zdravotničtí pracovníci si musí uvědomit, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí a z toho vyplývající právo včasné a odborné léčby bolesti (Pokorná a kol., 2013, s. 101). Primárním cílem má být získání co nejvyššího počtu informací, které se týkají algického stavu, tak abychom na jejich základě byli schopni posoudit, o jaký typ bolesti se jedná, jakou má intenzitu a jak samotná bolest ovlivňuje aktuální stav dané osoby, včetně emočního ladění. Přitom je potřebné, zejména u nemocných s chronickými bolestmi, získat přehled o faktorech, které se na algickém syndromu podílejí a které jej ovlivňují. Vyšetřování pacientů s algickými syndromy, jak již bylo zmíněno, má mnoho specifík, kterými se liší od vyšetřování nemocných v některých tradičních oborech medicíny. Mezi nejvýznamnější patří subjektivita výpovědi o bolesti, co nejlepší úroveň komunikace a časovou náročnost (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 172). Hodnocení bolesti je označováno jako algometrie nebo také dolometrie. Bolest lze však vždy hodnotit pouze nepřímou, podle verbálních a neverbálních projevů. Je proto potřeba hodnotit jak subjektivní verbální, tak i fyziologické odpovědi. Řada studií ukazuje, že vztah mezi tím, jak bolest hodnotí profesionální zdravotníci, a tím, jak jí hodnotí sám pacient, je velmi problematický. Zdravotníci, včetně algeziologů, mají tendenci intenzitu bolesti u nemocných podceňovat (Pokorná a kol., 2013, s. 109). Z patofyziologického hlediska se bolest dělí na dva základní typy – nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest, někdy nazývána periferní, vzniká stimulací nervových zakončení mechanickými, termickými a chemickými (zánětlivými) inzulty. Je výrazem normální funkce nervového systému. Jsou dva typy nociceptivní bolesti: somatická a viscerální. Nociceptivní bolest bývá popisována jako tupá, šubavá, svíravá, ostrá, bolestivý tlak nebo prostě jako „bolení“. Somatická bolest je dobře lokalizovatelná, viscerální je difuzní, stěhovavá, někdy bývá přenesená a je špatně lokalizovatelná. Nociceptivní bolest většinou dobře reaguje na analgetika. Neuropatická bolest vzniká jako následek léze nebo onemocnění postihujícího somatosenzorický systém. Je výrazem poruchy jeho funkce. Podle topického postižení se rozlišuje neuropatická bolest periferní a centrální.

Poruchu nervového systému způsobují metabolické choroby, trauma, infekce, ischemie. Neuropatická bolest má dvě základní popisné charakteristiky. Je prožívána buď jako konstantní pálivá, palčivá bolest, nebo jako paroxysmální bolest charakteru bodání, píchání, vystřelování, může se projevit kombinací obou základních charakteristik. U neuropatické bolesti lze identifikovat pozitivní fenomény (bolest, dysestezie, parestezie), negativní fenomény (senzomotorický deficit) a autonomní dysfunkci. Neuropatická bolest reaguje většinou lépe na adjuvantní analgetika než na vlastní analgetika (Lejčko, Kozák. Obecná část in Rokyta R., Bolest, s. 4, 2016).

Bolest je individuální a subjektivní zkušenost, která je modifikována fyziologickými, psychologickými faktory, výchovou, prognózou onemocnění, spánkovou deprivací, ale i rasou, pohlavím a vlivy prostředí. (Málek, Ševčík, 2014, s. 24). Pro získání anamnézy se používá rozhovor s pacientem, který je přispůsobený stavu pacienta. U akutní bolesti způsobené traumatem může rozhovor trvat několik sekund, naopak u chronické bolesti bývá rozhovor delší. Během získávání anamnézy bolesti se zaměřujeme na lokalizaci bolesti, intenzitu, časový průběh, vyvolávající, zhoršující a úlevové faktory. Důležité jsou také informace o psychickém stavu pacienta, jeho pocitech, zkušenostech a očekáváních, o vlivu bolesti na denní aktivitu a kvalitu života pacienta. Cenné informace mohou být získány také z farmakologické nebo sociální anamnézy (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 12). V současné době je v klinické praxi využívána celá řada hodnotících a měřících technik, které poskytují informace o bolesti ve více dimenzích (multidimenzionální nástroje). Z použitých charakteristik bolesti, které nemocný označí, lze posoudit zastoupení dvou základních dimenzí bolesti – sensoricko-diskriminační (smyslové, které vypovídají o kvalitě, lokalizaci a intenzitě) a emoční čili afektivní (Pokorná a kol., 2013, s. 116).

Nejznámější metodou numerického hodnocení intenzity hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (VAS), pomocí které pacient hodnotí intenzitu popisované bolesti na horizontální úsečce, na níž jsou z druhé strany číslice od 0 do 10 (Málek, Ševčík, 2014, s. 24). Číselné hodnoty jsou na straně, která při hodnocení není nemocnému k dispozici. Pacient odvozuje intenzitu bolesti dle barvy, rozvírající se úsečky apod., bodové hodnocení je uvedeno na druhé straně hodnotícího nástroje (Pokorná a kol., 2013, s. 115). Ukázka VAS je v příloze A.

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale) se užívá pro vyjádření bolestí u dětí a lidí se zhoršenou schopností komunikace, kdy nedovedou přesně popsat svou bolest. Obličej

znázorňují stav pohody až po nejvyšší utrpení (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 13). Z hlediska obsahu se jedná o alternativu číselné stupnice vyjádřenou pomocí výrazů obličeje, které jsou seřazeny zleva doprava dle vnímané intenzity bolesti (Pokorná a kol., 2013, s. 115). Viz příloha B.

Mapa bolesti podle M. S. Margolese slouží ke konkrétnímu záznamu místa bolesti. Pacient vyznačí jednotlivé oblasti těla tam, kde bolest pociťuje a možnou propagaci do jiných oblastí (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 13). Ve své podstatě označují místa (v podobě plošných útvarů, např. mráčeků) bolesti dle intenzity (od 0 do 5) a dále barevně zakreslují pocity spojené se vzniklou bolestí do obrysů figuríny (modrá – bolest obecně, červená – pálivá, žlutá – tupá, zelená – svíravá) dle zvyklostí a dohody daného pracoviště. Mapy slouží jako pomocný diagnostický nástroj, který ovšem v praxi nenahrazuje důkladné klinické vyšetření (Pokorná a kol., 2013, s. 115-116). Viz příloha C.

McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary – MPG) je speciální, podrobný, standardizovaný a obecně považovaný za nejúčelnější dotazník zabývající se bolestí. Svým obsahem hodnotí množství dimenzí neuropatické bolesti (slovně nabízí popis k měření sensorické, afektivní a hodnotící oblasti bolesti) v 78 popisujících slovech, jejichž vyhodnocení zabere celkem 20 minut. Byla zpracována i zkrácená verze, která obsahuje 15 popisných termínů a vyplnění vyžaduje zhruba 5 minut. Deskriptory bolesti jsou rozděleny do zmíněných 15 tříd. Získané nálezy jsou skórovatelné, vypočítává se sumární index bolesti (Pain Rating Index – PRI) vznikající součtem hodnot přiřazených k jednotlivým deskriptorům bolesti. V klinické praxi může být využit k základnímu zhodnocení, ale i k pravidelnému a opakovatelnému vyšetření a sledování průběhu algických projevů (Pokorná a kol., 2013, s. 116). Viz příloha D.

Grafický záznam bolesti (podle Institutu Gustave Roussy) spočívá v numerickém hodnocení bolesti (bez bolesti 0, 10 maximální bolest) v zadaném časovém intervalu za doprovodu záznamu podaných analgetik. Viz příloha E.

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory) sleduje zejména onkologickou bolest během posledních 24 hodin. Hodnotí se intenzita bolesti v průběhu dne, jak daného pacienta ovlivnila a jak účinkovaly léky, které pacient užil. Vyplnění trvá pacientovi nebo personálu přibližně 15 minut (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 14). Viz příloha F.

Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí (Pain Assessment In Advanced Dementia – PAINAD) je škála, která byla vytvořena na podkladě přehledu literatury, rozhovorů se

zkušenými pečovateli a dvou starších stupnic: DS-DAT a FLACC. DS-DAT neboli stupnice nepohodlí je určena pro pacienty s pokročilou demencí. FLACC je škála bolestí pro malé děti. Pro použití škály postačí pouze krátké pozorování. Výhodou je, že může být použita všemi zdravotníky, a proto ji lze snadno a rychle využít v klinické praxi. Škála zahrnuje pět položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla, utěšování. Hodnotí se pokrčení čela, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních i dolních končetin. Každá položka má tříbodovou stupnici od nuly do dvou. Výhodou využití této metody je, že výsledek je srovnatelný s výsledkem stupnic pro měření bolesti u pacientů s normální psychickou funkcí, tedy běžnou VAS (Pokorná a kol., 2013, s. 119). Viz příloha G.

2.4 Bolest jako ošetrovatelský problém

Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz je nutné odlišit, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Základní ošetrovatelská diagnóza ve vztahu k bolesti je bolest akutní – stav, při kterém člověk prožívá a hlásí přítomnost vážného tělesného nepohodlí a bolestivých pocitů. Související faktory jsou patofyziologické faktory jako je onemocnění pohybového aparátu, poruchy prokrvení, zánětlivá onemocnění. Faktory spojené s onemocněním a léčením jako je úraz, diagnostické metody a operační zákrok. Charakteristické znaky bolesti mohou být subjektivní jako náznak nebo slovní popis bolesti, nebo objektivní, kdy u pacienta sledujeme změnu chování, zaměření se na sebe, změny v chování (neklid, častá změna polohy, chození, zvlíkání, sténání, křik). Neverbální projevy (bolestný výraz v obličeji, strnulé pohyby, schoulený postoj). Vegetativní projevy (pocení, tachykardie, zvýšený krevní tlak, mydriáza, zpomalené nebo zrychlené dýchání, zpomalená nebo zrychlená motilita žaludku a střev, nauzea, zvracení...). Změny ve svalovém tonu (ochablost až rigidita). S bolestí se spojují další ošetrovatelské diagnózy jako je například strach, úzkost, porucha hybnosti, porucha soběstačnosti, porucha spánku, snížená výkonnost, neschopnost adekvátního dýchání při pooperačních stavech a po operačních výkonech v dutině břišní.

Nemocný s bolestí chce, aby bylo jeho okolí přesvědčeno, že daná bolest existuje, udává zmírnění nebo odstranění bolesti, udává zmírnění únavy, nemá neverbální příznaky bolesti, neprojevuje neverbálně bolest, pokračuje v aktivitách, které měl před vznikem bolesti, umí kontrolovat svoji bolest (Trachtová a kolektiv, 2001, s. 134-135).

2.5 Mechanismus vzniku bolesti

Pro objektivní identifikaci bolesti s nastavením řádné kompenzace musí odborná populace zdravotníků znát patofyziologii bolesti, kterou lze popsat jako proces, jenž probíhá ve čtyřech fázích:

První fáze – transdukce – dochází ke zranění tkáně, které způsobuje vyplavení prostaglandinů a mediátorů imunitní reakce. Mediátory podráždí nociceptory a nastartují pohyb impulzů bolesti z periferie do spinální míchy.

Druhá fáze – transmise – je spojená s bolestivým impulzem procházejícím z periferního nervového vlákna do míchy. Neurotransmitery přenesou vyvolaný impulz z periferního neuronu na neuron druhého řádu a dále přes prodlouženou míchu a thalamus do mozkové kůry.

Třetí fáze – percepce – bolestivý impulz se dostane do mozkového kmene, thalamu a kůry mozkové, díky nimž si jedinec uvědomí bolest.

Čtvrtá fáze – modulace – probíhá tehdy, pokud neurony v mozkovém kmeni vyšlou signál zpět do spinální míchy pomocí neurotransmiterů – serotoninu a norepinefrinu. Po vazbě na spinální míchu se neurotransmitery vrátí zpět do buněk proto, aby znovu použily a staly se zásobou pro následné uvolnění. Ze spinální míchy je veden impulz do místa na periférii a dojde k motorické reakci. Modulace bolesti v hypothalamu má vztah k cirkadiánním rytmům a na základě toho vzniká pravděpodobně časová závislost a rytmicita bolestí. Je to tzv. hypothalamický pacemaker, který řídí serotonin (Pokorná a kol., 2013, s. 102).

Bolest vzniká jako přímé dráždění nocisenzorů (nociceptorů), nebo jako následek zánětlivého procesu. Dochází k uvolnění látek, které dráždí nocisenzory a zároveň vzniká při zánětu edém tlakem dráždící nocisensory. Nocisenzory jsou u plodu vytvořeny již v posledním trimestru gravidity, takže i předčasně narozené děti vnímají bolest (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 9).

2.6 Možnosti v léčbě bolesti

Počátkem druhé poloviny 20. století začaly sílit hlasy volající po účinnější pomoci nemocným trpícím bolestí. Nejednalo se jen o bolest u závažných úrazů, operací či zhoubných onemocnění, ale také o dlouhodobé bolesti nejrůznějšího původu. Léčebné postupy klasické medicíny rozdělujeme na tzv. invazivní a neinvazivní. Invazivní metody spočívají v podávání

látek do páteřního kanálu, v blokádě nervů vedoucích bolest nebo nervů ovlivňujících místní prokrvení. Neinvazivní metody zahrnují farmakoterapii, psychoterapii, fyzikální terapii (Janáčková, 2007, s. 76). Můžeme také říct, že léčbu bolesti dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou. Většina zahraničních prací týkajících se pooperační bolesti začíná konstatováním, že přes veškeré dostupné informace a doporučení k léčbě akutní pooperační bolesti je stále ještě vysoké procento pacientů, kteří mají po chirurgickém výkonu silné bolesti, v zahraniční literatuře se odhaduje mezi 30–40 %. Je známo, že v prožívání bolesti existují mezi různými populacemi rozdíly dané jak genetickým vybavením, tak i různým sociálním a kulturním zázemím, a proto se výsledky nedají jednoduše aplikovat v zemích s jinými podmínkami a tradicemi. Je nutné si uvědomit, že spokojenost pacientů s pooperační léčbou a pooperačním průběhem sama o sobě není zárukou toho, že je analgezie dostatečná. Opakovaně byl popsán paradox toho, že i pacienti se silnou pooperační bolestí udávali spokojenost s léčbou (Málek, Ševčík, 2014, s. 27-28). Léčba akutní pooperační bolesti je jedním ze základních kritérií hodnocení kvality zdravotnické péče a spokojenosti pacientů. Počet pacientů v každé nemocnici, u kterých musíme předpokládat nutnost léčby pooperační bolesti, se rovná počtu pacientů absolvujících operace nebo diagnostické výkony. V České republice je ročně operováno téměř 800 000 pacientů, to znamená, že se léčba pooperační bolesti týká ročně přibližně 8 % občanů České republiky (Málek, Ševčík, 2014, s. 125).

Nefarmakologická léčba je léčba bez využití farmakologických prostředků. U pacientů jsou tyto metody většinou kladně přijímány, a to z důvodu nízkých finančních nákladů a pocitu, že se mohou podílet na ovlivnění jejich zdravotního stavu (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 30).

Jedna z možností nefarmakologické léčby bolestí je léčebná rehabilitace. Léčebná rehabilitace se přímo podílí na terapii bolesti. Významnou složkou vzniku bolesti, především v pohybovém aparátu hrají svalové dysbalance, porucha motorických stereotypů, porucha postury. Použití metod rehabilitace a fyzikální medicíny v léčbě bolesti:

lokální terapie – teplo, chlad, elektrické proudy, magnetoterapie, fototerapie, manuální terapie, trakce,

ovlivnění systémových poruch vedoucích ke vzniku bolesti – pohybová léčba, reedukace pohybových stereotypů,

zlepšení celkové kondice – pohybová terapie,

ovlivnění psychiky – relaxační postupy, vodoléčba, pohybová léčba (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 204, s. 30).

Psychologické metody jsou v literatuře týkající se léčby pooperační bolesti popsány především v předoperační přípravě, přičemž výsledky jsou ambivalentní. Jako doplňková terapie snižují úzkost pacientů a zvyšují jejich spokojenost s léčbou, v některých studiích týkajících se hlavně abdominální hysterektomie vedly ke snížení spotřeby analgetik pooperačně nebo snížení skóre bolesti druhý nebo třetí pooperační den. Jedna z psychologických metod v nefarmakologické léčbě bolesti je hypnóza. Je to přechodný stav zaměřené pozornosti u pacienta, stav, při němž se spontánně nebo jako reakce na verbální a jiné podněty mohou vyskytovat různé jevy. Tyto jevy zahrnují změny vědomí a paměti a vyšší náchylnost k sugescím, reakcím a myšlenkám. Byla dokonce používána k tišení bolesti během operace před objevem celkové anestezie (1846). Zprávy o využití v pooperační analgezií jsou sporé a hypnóza není pro nedostatek důkazů potvrzujících jejich účinnost v tišení akutní bolesti jako součást pooperační analgezie doporučována (Málek, Ševčík, 2014, s. 30-31).

Využití fyzikálních metod, mezi které můžeme zařadit chlad, který zvyšuje práh bolesti, snižuje místní otok a svalový spasmus. Používá se krátkodobě po extrakci zubů, malých výkonech na koleni, drobných incizích a podobně. Dlouhodobá aplikace je nepříjemná a může způsobit trauma. Pro standardní pooperační analgezií nemá větší význam. Další z fyzikálních metod je teplo. Teplo uvolňuje svalové spazmy a zlepšuje mobilitu kloubů. V léčbě akutní pooperační bolesti se nevyužívá, zvyšuje riziko krvácení a tvorbu otoků. Lze použít nejdříve za 48 hodin po operaci ke zlepšení rehabilitace a místního prokrvení. Imobilizace snižuje bolest, ale dlouhodobé znehybnění není žádoucí, protože se zvyšuje riziko hluboké žilní trombozy, dekubitů, svalové atrofie, komplexního regionálního bolestivého syndromu (Málek, Ševčík, 2014, s. 31). Trakce, jejímž cílem je oddálení obratlových těl a kloubních plošek intervertebrálních kloubů při dráždění nervových kořenů. Také dochází k protažení svalů, což přerušuje spazmy vedoucí k bolesti a naopak (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 31).

Farmakologická léčba bolesti využívá k potlačení bolesti léky, které tlumí bolest (analgetika). Většina z nás má vlastní zkušenost s léky pro tlumení bolesti. Víme, že nám zmírnily nebo odstranily bolest například hlavy nebo zubů. Analgetika rozdělujeme do dvou velkých skupin: neopioidní a opioidní. Neopioidní analgetika tlumí bolest tím, že snižují tvorbu látek

(prostaglandinů), které zvyšují vnímání bolesti. Neopioidní analgetika totiž tlumí enzym (cyklooxygenázu, zkráceně COX), který je důležitý pro syntézu prostaglandinů (Rokyta a kol., 2009, s. 82-83). Prostaglandiny se podílejí na vzniku zánětlivé reakce a bolesti. Inhibice syntézy prostaglandinů vede na jedné straně k potlačení bolesti a zánětu, na druhé straně vede ke vzniku řady vedlejších účinků postihujících především žaludek, ledviny a plíce. Syntéza prostaglandinů je zajištěna dvěma izoenzymy cyklooxygenázy – COX-1 a COX-2. COX-1 hraje roli při syntéze prostaglandinů, které plní fyziologické funkce (buňky žaludeční sliznice, ledviny atd.). COX-2 hraje roli při vzniku lokální zánětlivé reakce, takže podávání inhibitorů COX-2 vede k selektivnějším tlumivým účinkům na zánětlivé reakce (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 15).

Opioidní analgetika tlumí bolest úplně jiným mechanismem – aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému. Každá z těchto dvou hlavních skupin analgetik se ještě dělí na dvě podskupiny: neopioidní analgetika na analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (zkráceně NSA), a opioidní analgetika na slabší a silnější opioidy (Rokyta a kol., 2009, s. 82-83).

Neopioidní analgetika u většiny nemocných s akutní bolestí docílí dostatečné analgezie jejich podáváním per os nebo parenterálně. Především to platí pro bolesti vyvolané zánětem, kde se využívá analgetik s protizánětlivým účinkem. Take bolest zubů lépe odpovídá na neopioidní analgetika než opiáty (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 35). NSA tlumí bolest podle metaanalit se stejnou pravděpodobností jako morfin u akutní bolesti. NSA lze považovat za velmi účinná analgetika. Dosavadní poznatky svědčí pro to, že analgetická účinnost čtených NSA se v průměru příliš neliší (u jednotlivých pacientů se však může značně lišit). Analgetický efekt NSA je závislý na velikosti dávky. Další výhodnou vlastností u NSA je minimální rozvoj tolerance i při dlouhodobém používání a není riziko fyzické závislosti. Jednou z hlavních nevýhod NSA je riziko závažných gastrointestinálních (GIT) nežádoucích účinků (NÚ), zejména krvácení do GIT. To je zvýšené nejen u vředové choroby a po vyšších dávkách, ale i u starších osob (nad 65 let), při současném podávání kortikosteroidů, antikoagulancií nebo dalších NSA. Kromě toho NSA poněkud zvyšují u seniorů riziko závažných kardiovaskulárních NÚ (infarktu myokardu, iktu, hypertenze, srdeční selhání) a poškození ledvin. Proto se doporučuje dávat u seniorů přednost paracetamolu, opioidům, případně jejich kombinaci před NSA. (Lejčko, Kršiak, Farmakologická příloha. In Rokyta R. Bolest, 2016, s. 6-7).

Opioidní analgetika svůj účinek rozvíjí aktivací opioidních receptorů. Nejvýznamnější je analgetický účinek, ale opioidy mají na lidský organismus komplexní vliv. U lidí se uplatňují tři druhy opioidních receptorů μ , κ , δ , přičemž ještě existují jejich podtypy (např. μ_1 a μ_2). Opioidní analgetika se liší ve své afinitě a vnitřní aktivitě vůči těmto receptorům, liší se i ve svých farmakokinetických vlastnostech a významně se může uplatňovat i biogenetická predispozice. Všechny tyto faktory jsou příčinou vysoké variability v individuální odpovědi na opioidy a zároveň podkladem pro provedení tzv. rotace (výměna jednoho opioidu za jiný pro nesnášenlivost nebo nedostatečnou účinnost). Opioidní analgetika patří podobně jako paracetamol mezi nejbezpečnější analgetika. Opioidy nejsou toxické pro parenchymatózní orgány, hematopoezu a nezasahují do funkce koagulačního systému. Jsou to analgetika vhodná pro polymorbidní pacienty. Mohou sice způsobit různé NÚ (nevolnost, zvracení, obstipace, sedace, porucha kognitivních funkcí, pruritus), ale téměř žádný z nich při adekvátním terapeutickém postupu neohrožuje život pacienta. Je-li vysoká intenzita bolesti respektována jako jediná indikace pro podání opioidů, riziko vzniku psychické závislosti (léková, chemická závislost, toxikomanie) u pacientů bez anamnézy abúzu (alkohol, psychofarmaka, jiná závislost) je nízké.

Slabé opioidy ve srovnání se silnými opioidy mají sice slabší analgetický efekt, ale s jejich NÚ (nevolnost, obstipace, ovlivnění kognitivních funkcí atd.) je nutno rovněž počítat. (Lejčko, Kršiak, Farmakologická příloha. In Rokyta R. Bolest, 2016, s. 7-9).

Akutní bolest patří mezi silné stresory, její nedostatečná léčba vede ke zvýšení morbiditativní mortality, prodlužuje délku hospitalizace, omezuje rehabilitaci, zvyšuje riziko chronifikace akutní bolesti. Pooperační bolest by měla být pravidelně sledována, její intenzita by v klidu neměla přesáhnout hodnotu 4 na numerické škále bolesti nebo hodnotu 6 při pohybu (Hakl, Fricová, Gabrhelík. Speciální část. In Rokyta R. Bolest, 2016, s. 18).

2.7 Způsoby podání analgetik

Perorální – perorální medikace je v medicíně nejčasteji používaná metoda podávání léků. Mezi hlavní výhody patří neinvazivnost, jednoduchost a samoobslužný způsob podání. Mnoho analgetik je dostupných pouze v perorální formě. Pro pooperační analgezií má nevýhody především v tom, že pacient musí být schopen polykat a absorbovat lék. To může být problém u některých pooperačních stavů nebo jejich častých komplikací, jakými jsou

nevolnost a zvracení. Perorální podávání analgetik po operaci je doporučeno všude tam, kde není kontraindikace.

Rektální – výhodou je to, že při vstřebávání z rektální sliznice se obejde průchod vstřebané látky játry (first pass effect). Nevýhody jsou podobné jako u perorálního způsobu, navíc tento způsob není pacienty příliš dobře akceptován.

Intramuskulární, subkutánní – intramuskulární (i. m.) podání je nečastějším způsobem aplikace analgetik v pooperačním období. U většiny pacientů lze tímto způsobem dosáhnout uspokojivé analgezie, přestože je velký rozptyl v absorpci z místa podání a aplikace může být nepříjemná a bolestivá. Je třeba myslet na to, že jednou z kontraindikací této aplikace mohou být i pooperační poruchy hemokoagulace. K výhodám patří to, že se dá použít u osob, které nemohou přijímat per os a je nezávislá na jejich spolupráci, parenterální způsob podání má i silný placebo efekt. Po intramuskulárním podání byly popsány případy poškození nervových struktur a častější vznik hematomů, proto se nyní preferuje tam, kde je možné (například u opioidů) používat spíše podání subkutánní (s. c.) nebo podání intravenózní. Pro opakované s. c. podání lze v podkoží nechat trvale tenkou jehlu či kanylu, což eliminuje opakované vpichy. Tímto způsobem lze podávat i malé objemy kontinuuálně.

Intravenózní – intravenózní podání má oproti předešlým způsobům výhodu rychlejšího účinku, účinnosti i při nižších dávkách a snadnější titrovatelnosti. Mezi nevýhody patří nezbytnost zajištění žilního přístupu, v literatuře je popsáno vyšší riziko omylu stran podané dávky a vyšší riziko vedlejších účinků (Málek, Ševčík, 2014, s. 33-34).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Následující kapitola prezentuje výsledky průzkumného šetření a metodologii průzkumu. Řazení výsledků odpovídá dotazníkovému šetření. Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel do tabulek a grafů.

3.1 Cíle průzkumné části

1. Zjistit spokojenost pacientů s tíšením pooperační bolesti.
2. Zjistit informovanost pacientů v souvislosti s tíšením pooperační bolesti.

3.2 Průzkumné otázky

1. Jsou pacienti spokojeni s léčbou pooperační bolesti?
2. Jsou pacienti dostatečně informovaní v souvislosti s léčbou pooperační bolesti?

3.3 Metodologie průzkumu

Tato část práce se zabývá charakteristikou respondentů, systémem sběru a zpracování dat. Celému výzkumu předcházelo studování odborné literatury a odborných článků, které se zabývají tématem bolesti. Na základě zjištěných informací byl použit kvantitativní výzkumný design s použitím nestandardizovaného dotazníku. Mezi výhody kvantitativního výzkumu patří testování valorizace teorií, rychlý přímočarý sběr dat, rychlá analýza s využitím počítačů, nevýhodou může být neschopnost sledovat celý „přirozený systém“ jak u člověka, tak i u společenských systémů a je nutné zkoumanou realitu redukovat. Získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách (Bártlová, Sadílek, Thótoová, 2008, s. 22-23).

3.3.1 Pilotní šetření

Celému průzkumu předcházelo provedení pilotního šetření, které mělo za úkol zjistit srozumitelnost otázek v dotazníku pro pacienty. V březnu roku 2017 byly provedeny tři pilotní rozhovory u pacientů, kteří byli druhý den po operačním zákroku. Vybraní pacienti museli nakreslit test hodin na přiložený papír pro zjištění kognitivních funkcí a poté byl

nahráván rozhovor. Zjištěná data byla vyhodnocena a na jejich základě byl ve spolupráci s vedoucí práce, v rámci projektu SGS_2017_015 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví, vypracován dotazník, který má celkem 13 otázek. Otázky v dotazníku jsem vyhodnotil jako adekvátní a efektivní pro následný průzkum. Všechny rozhovory proběhly u pacientů s ústním souhlasem.

3.3.2 Charakteristika dotazníku

V dotazníku se vyskytují dva typy otázek. Jedna otázka otevřená, ve které pacienti oznamují, po kterém jsou výkonu. Pro zbývajících 12 otázek byly použity otázky formou škály. Škála je formou otázky, kterou žádáme respondenta, aby řadil zkoumaný problém na určité kontinuum (Bártlová, Sadílek, Thóťová, 2008, s. 108). Dotazník je rozdělen do pěti oblastí. První oblast obsahuje seznámení s autorem a instrukce pro vyplnění dotazníku. Dále se zde nachází test hodin k posouzení kognitivních funkcí respondentů. Ve druhé části se nachází čtyři otázky, které se zabývají názory pacientů na postoje lékařů k jejich bolesti, třetí část obsahuje pět otázek týkajících se názorů pacientů na postoje sester k jejich bolesti. Ve čtvrté oblasti se nacházejí tři otázky zabývající se celkovou spokojeností. V poslední páté části dotazníku respondenti uváděli, po jakém jsou operačním zákroku. V dotazníku respondenti uváděli odpovědi, které jim byli nejbližší. Své odpovědi označili kroužkem. Dotazník je v příloze H.

3.3.3 Charakteristika respondentů

Vybraní respondenti museli splňovat určitá kritéria. Jednalo se o pacienty, kteří prodělali operační výkon, byli 1. – 4. den pooperační den, měli plný stav vědomí s GCS 15, věk nad 18 let, bez rozdílu pohlaví, s podaným ústním souhlasem do studie. Pacienti byli hospitalizováni na oddělení všeobecné chirurgie a oddělení traumatologie v nemocnici poskytující akutní péči, která je součástí akciové společnosti sdružující nemocnice jednoho kraje.

3.3.4 Realizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo prováděno od listopadu 2017 do ledna 2018, po předem zajištěném písemném schválení o provádění průzkumu na odděleních nemocnice. Vedení zařízení si nepřálo uvádět název zařízení, ale náměstkyně ošetrovatelské péče a primář oddělení byli seznámeni s dotazníkovým šetřením a dali souhlas s jeho provedením. Celkem bylo rozdáno

32 dotazníků. Dotazníky byly předávány osobně daným pacientům, kteří splňovali výše jmenovaná kritéria. Anonymita byla zjištěna tím, že vyplněné dotazníky pacienti vkládali do obálek, které následně vkládali do schránky, uložené na chodbě oddělení. Na oddělení všeobecné chirurgie bylo vyplněno celkem 17 dotazníků, na oddělení traumatologie bylo vyplněno 15 dotazníků. návratnost dotazníků byla 100 %, jeden dotazník byl pro svoji neúplnost, kde nebyl správně vyplněný test hodin, z šetření vyřazen. Celkem bylo vyhodnoceno 31 dotazníků. Data byla vyhodnocena pomocí programu Microsoft Office Excel do grafů a tabulek a následně popsána pomocí popisné statistiky.

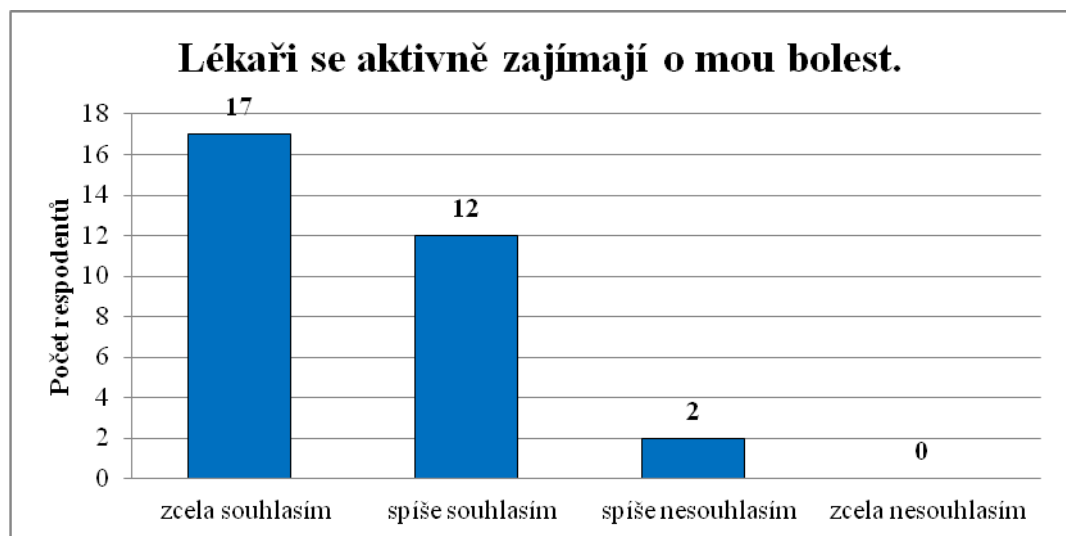
3.4 Výsledky

Následující kapitola prezentuje výsledky průzkumného šetření. Řazení výsledků odpovídá dotazníkovému šetření. Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel do tabulek a grafů.

3.4.1 Prezentace dat

První 4 otázky se zabývají názorem pacientů na postoje lékařů k jejich bolesti

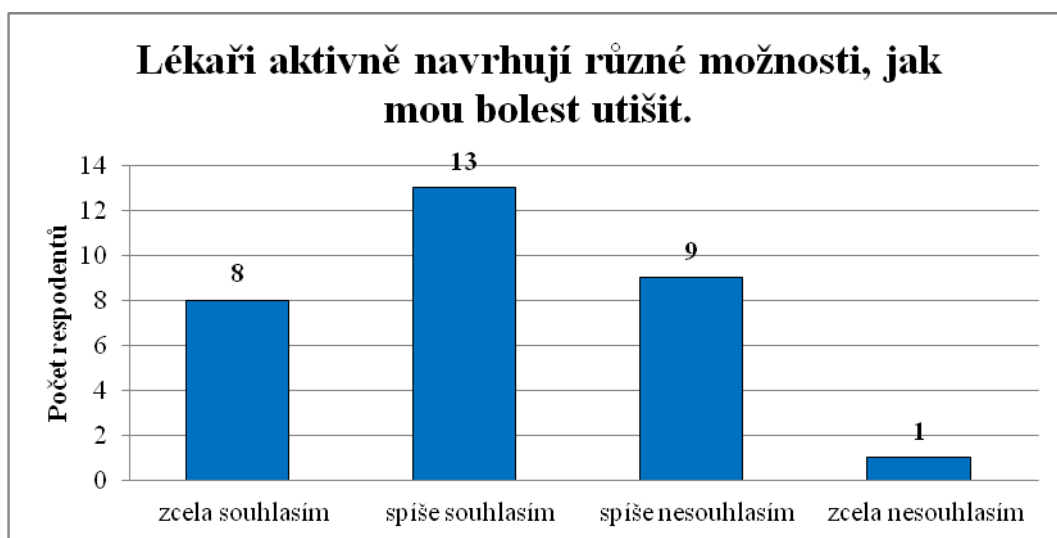
Otázka 1.



Obrázek 1 Lékaři se aktivně zajímají o mou bolest.

První otázka se zabývala tím, jestli se lékaři zajímají o bolest pacientů. Celkem 17 pacientů (54,8 %) zcela souhlasilo s tímto tvrzením. Spíše souhlasilo 12 respondentů (38,7 %). Pouze 2 (6,5 %) respondenti odpověděli, že spíše nesouhlasí. Zcela nesouhlasil ani jeden respondent. Kladně hodnotí tuto otázku celkem 93,5 %, to můžeme hodnotit jako velmi dobrý výsledek. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 1.

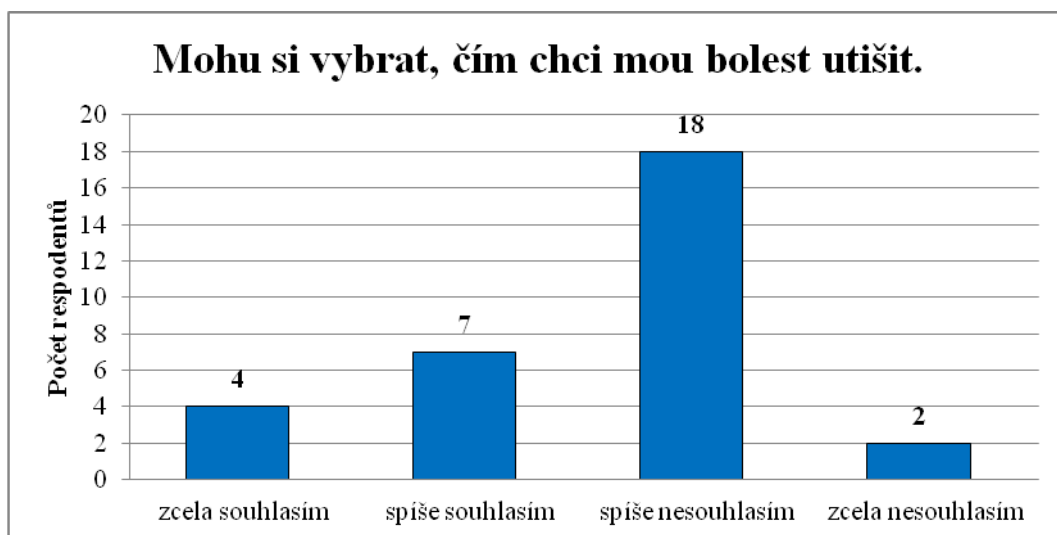
Otázka 2.



Obrázek 2 Lékaři aktivně navrhují různé možnosti, jak mou bolest utiřit.

Ve druhé otázce zcela souhlasilo 8 (25,8 %) respondentů, kteří tvrdili, že jim lékaři navrhují možnosti, jak jejich bolest utiřit. Spíše souhlasilo 13 (41,9 %) respondentů. Spíše nesouhlasilo 9 (29 %) respondentů a pouze jeden (3,2 %) respondent odpověděl, že zcela nesouhlasí. Ve druhé otázce převažuje kladné hodnocení u 67,7 % respondentů. To lze považovat za dobrý výsledek. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 2.

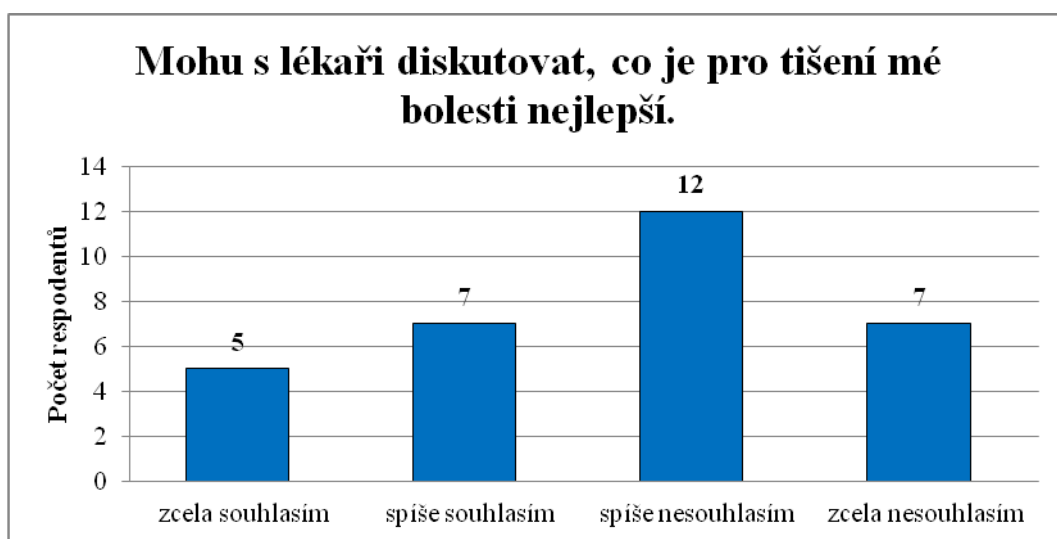
Otázka 3.



Obrázek 3 Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiřit.

V této otázce se přesouvá převážně kladné hodnocení do negativních čísel. Zcela souhlasili s tímto tvrzením pouze 4 (12,9 %) respondenti. Spíše souhlasí 7 (22,6 %) respondentů. Spíše nesouhlasí celých 18 (58,1 %) respondentů. To je nadpoloviční většina všech respondentů. Zcela nesouhlasí 2 (6,5 %) respondenti. Z této otázky vyplývá, že více jak 60 % respondentů, si u lékaře nemůže vybrat, čím bude chtít léčit svoji bolest v rámci léčby pooperační bolesti. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 3.

Otázka 4.



Obrázek 4 Mohu s lékaři diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.

V této otázce zůstává převaha respondentů nakloněna k negativnímu hodnocení. Celkem 5 (16,1 %) respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí. Spíše souhlasí 7 (22,6 %) respondentů. Nejvíce respondentů odpovědělo, spíše nesouhlasím, celkem 12 (38,7 %) respondentů. Zcela nesouhlasí 7 (22,6 %) respondentů. Stejně jako u otázky číslo 3 je i u této otázky více jak 60 % respondentů nakloněno tomu, že nemůže diskutovat s lékaři, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 4.

Následujících 5 otázek bylo směřováno na názor pacientů na sestry, které se o pacienta staraly.

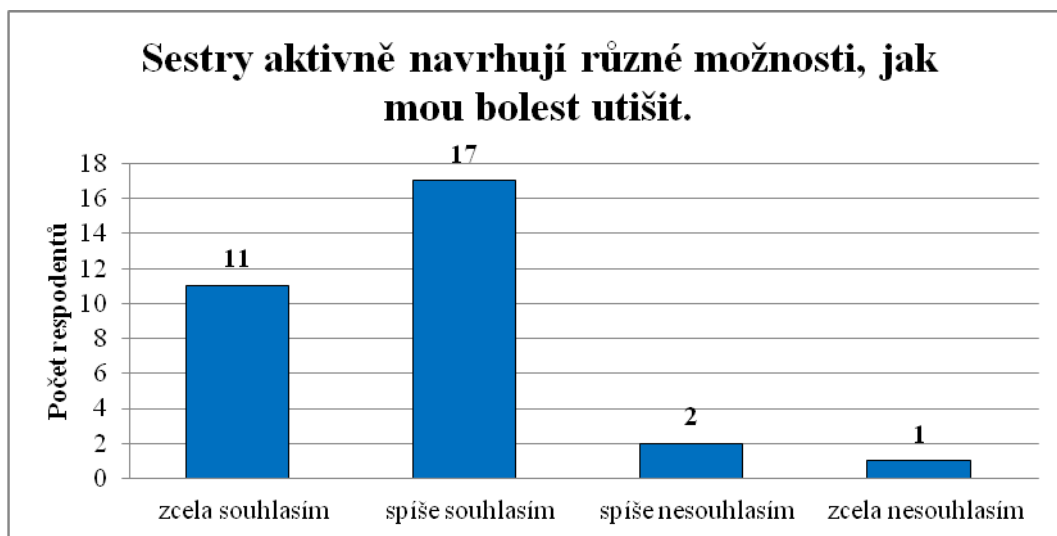
Otázka 5.



Obrázek 5 Sestry se aktivně zajímají o mou bolest.

Pátá otázka se zajímá o názor pacientů na to, zda se sestry zajímají o jejich bolest. Celkem 27 respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí, což odpovídá 87,1 % respondentů. Dále 4 respondenti odpověděli, že spíše souhlasí, což odpovídá 12,9 % respondentů. Žádný z respondentů neodpověděl, že by nesouhlasil s tímto tvrzením. Lze tedy konstatovat, všech 31 pacientů souhlasí s tím, že se sestry tohoto zařízení zajímají o bolest pacientů. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 5.

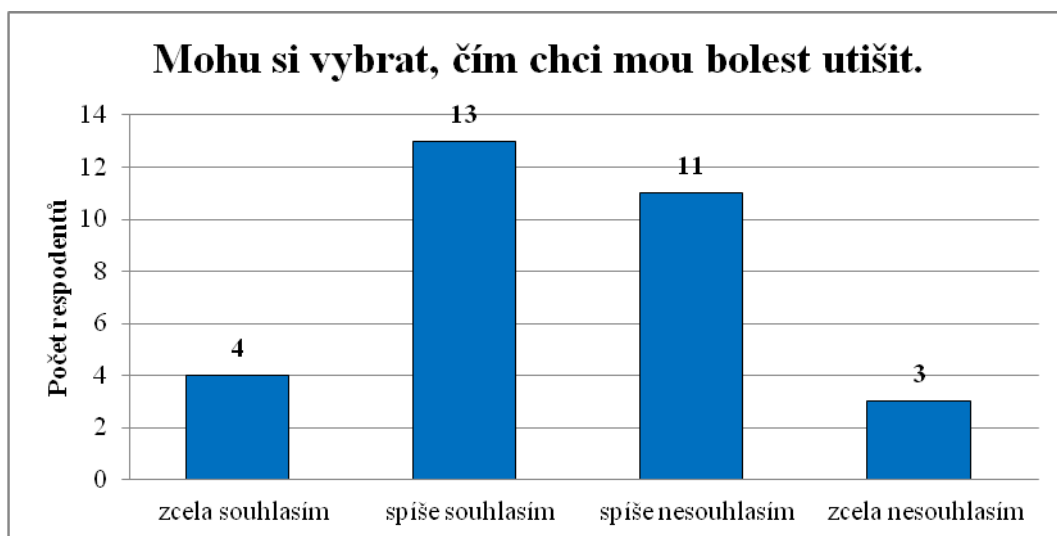
Otázka 6.



Obrázek 6 Sestry aktivně navrhuji různé možnosti, jak mou bolest utiřit.

V šesté otázce 11 respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí s tím, že sestry aktivně navrhuji různé možnosti, jak jejich bolest utiřit, to odpovídá 35,5 % respondentů. Spíše souhlasí s tímto tvrzením 17 respondentů, což odpovídá 54,8 % respondentů. Záporné hodnocení zvolili celkem tři respondenti. Z toho 2 spíše nesouhlasili s tímto tvrzením, což odpovídá 6,5 % respondentů a zcela nesouhlasil 1 respondent, tedy 3,2 % respondentů. Kladné hodnocení této otázky zvolila většina dotazovaných, přes 90 %. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 6.

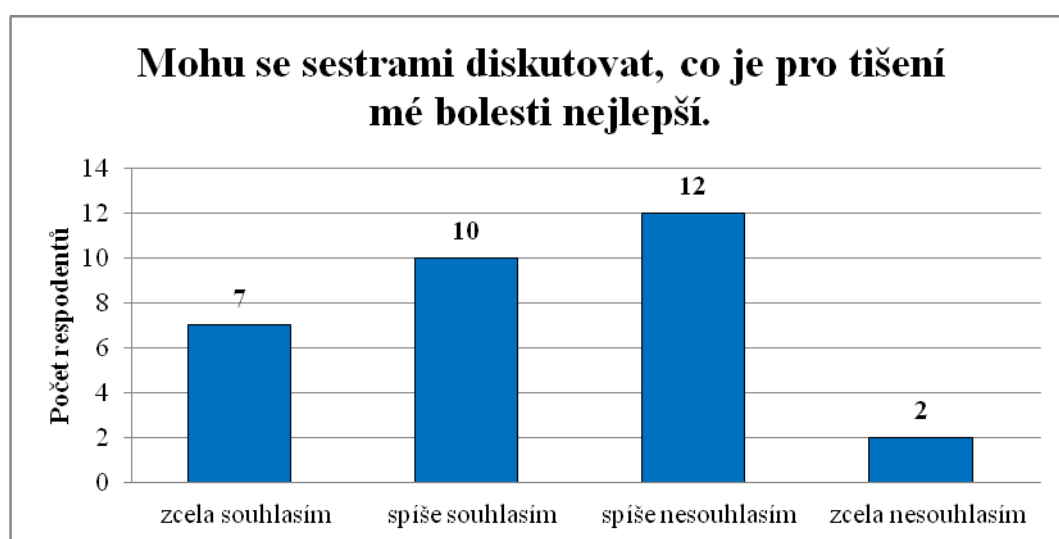
Otázka 7.



Obrázek 7 Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiřit.

Sedmá otázka se zajímá o to, jestli dávají sestry pacientovi vybrat, čím léčit jeho bolest. S tímto tvrzením zcela souhlasili jen 4 respondenti, tedy 12,9 % všech dotázaných. Spíše souhlasilo 13 respondentů, což odpovídá 41,9 % dotázaných. Spíše nesouhlasilo 11 respondentů, to odpovídá 35,5 % a zcela nesouhlasili 3 respondenti, což odpovídá 9,7 %. V této otázce již není kladné hodnocení o tolik převažující nad negativním. Poměr odpovídá 54,8 % ku 45,2 % pro odpovědi spíše a zcela nesouhlasím. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 7.

Otázka 8.



Obrázek 8 Mohu se sestrami diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.

Osmá otázka se zajímá, jak hodně se dá s ošetřujícími sestrami diskutovat o tom co je pro tišení bolesti pro daného pacienta nejlepší. Celkem 7 respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí s tímto tvrzením. To odpovídá 22,6 % respondentů. Spíše souhlasí celkem 10 respondentů, to odpovídá 32,3 % všech dotázaných. Spíše nesouhlasilo 12 respondentů, to odpovídá 38,7 %. Zcela nesouhlasí s tímto tvrzením 2 respondenti, to odpovídá 6,5 % respondentů. I v této otázce je poměr mezi kladným a záporným hodnocením velice těsný. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 8.

Otázka 9.

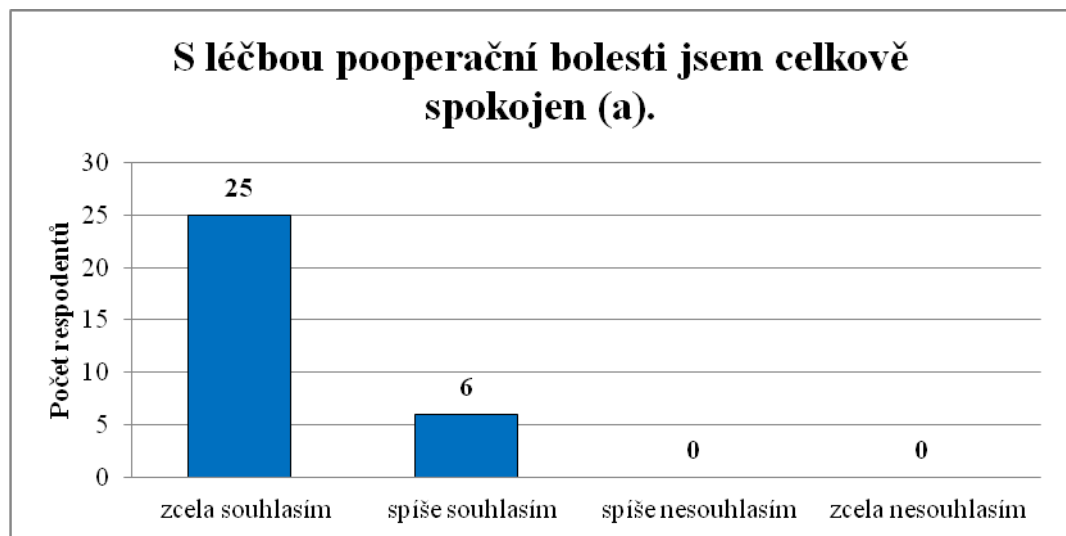


Obrázek 9 Sestry se aktivně snaží vytvořit takové prostředí, abych se cítil (a) dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítí...)

V poslední otázce zajímaví se o názor pacientů na sestry jsem zjišťoval, jak moc se sestry aktivně snaží vytvářet takové prostředí, aby se pacienti cítili dobře. Celkem 27 respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí s tímto tvrzením, což odpovídá 87,1 % respondentů. Zbývající 4 respondenti odpověděli, že spíše souhlasí s tímto tvrzením, to odpovídá 12,9 % dotázaných. V této otázce nikdo nezaškrtnl negativní hodnocení. Mohu tedy tuto otázku hodnotit jako se 100 % pozitivním hodnocením. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 9.

Následující otázky se zajímají o celkovou spokojenost pacientů.

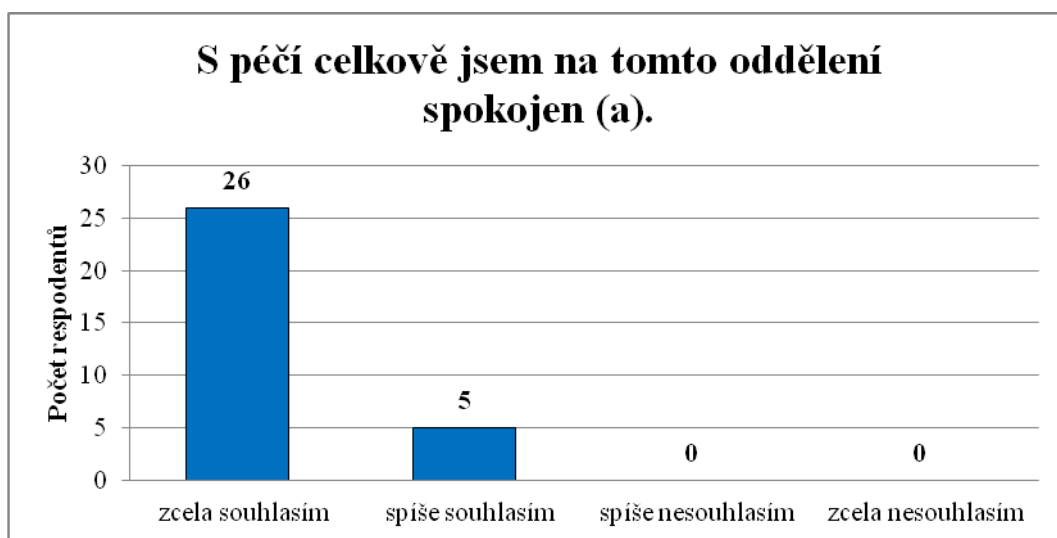
Otázka 10.



Obrázek 10 S léčbou pooperační bolesti jsem celkově spokojen (a).

V desáté otázce jsem zjišťoval, jak jsou pacienti spokojeni s léčbou pooperační bolesti. Zcela spokojeno bylo 25 respondentů, což odpovídá 80,6 % dotázaných. Spíše souhlasilo 6 respondentů, to odpovídá 19,4 % respondentů. Žádný z respondentů neodpověděl záporně, lze tedy tuto otázku hodnotit kladně, kdy 100 % dotázaných odpovědělo na otázku, zda jsou spokojeni s léčbou pooperační bolesti spokojeni, kladným hodnocením. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 10.

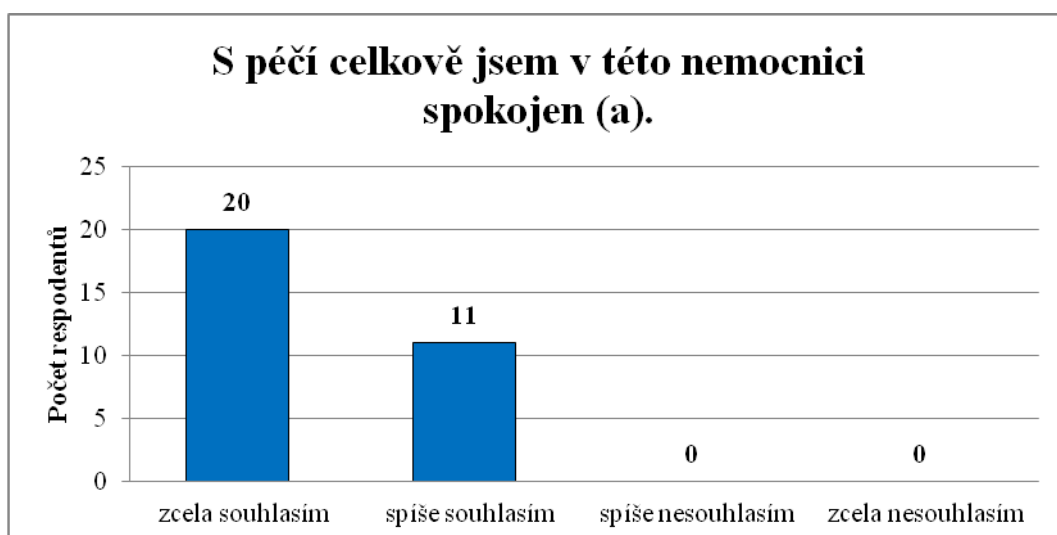
Otázka 11.



Obrázek 11 S péčí celkově jsem na tomto oddělení spokojen (a).

Jedenáctou otázkou jsem se zajímal o celkovou spokojenost s léčbou na oddělení. Zcela souhlasilo s tímto tvrzením 26 respondentů, což odpovídá 83,9 % respondentů. Zbývajících 5 respondentů odpovědělo, že spíše souhlasí, to odpovídá 16,1 %. Žádný z respondentů neodpověděl záporně, lze tedy i u této otázky říct, že je 100 % pacientů spokojeno s léčbou na oddělení chirurgie. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 11.

Otázka 12.



Obrázek 12 S péčí celkově jsem v této nemocnici spokojen (a).

Poslední otázka věnující se spokojenosti v dané nemocnici dopadla dobře. Zcela spokojeno bylo 20 respondentů, což odpovídá 64,5 % dotázaných. Zbývajících 11 respondentů odpovědělo, že spíše souhlasí s tvrzením, že jsou spokojeni s léčbou v dané nemocnici. Nikdo neodpověděl záporně a lze i u této otázky říct, že 100 % dotázaných je spokojeno s léčbou v této nemocnici. Výsledek je znázorněn na obrázku číslo 12.

V poslední otázce jsem se pacientů ptal, po jaké jsou operaci. Odpovídali vlastními slovy. Odpovědi jsem seřadil do následující tabulky číslo 1.

Tabulka 1 Typ operačního výkonu

výkon	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
Operace kýly	6	19,4
Apendektomie	3	9,7
Cholecystektomie	6	19,4
Sakrální dermoid	4	12,9
Operace střeva	4	12,9
Osteosynteza	4	12,9
Hemorhoidy	1	3,2
Thirshova platika	1	3,2
Perforovaný žaludeční vřed	1	3,2
Varixy dolní končetiny	1	3,2
celkem	31	100 %

Z tabulky lze vyčíst, že 6 pacientů prodělalo operaci kýly (19,4 %), stejně jako 6 pacientů po cholecystektomii (19,4 %). Dále 4 pacienti měli za sebou operaci sakrálního dermoidu (12,9 %). 4 pacienti podstoupili operaci střev (12,9 %) stejně jako osteosynteza zlomeniny, ta se také vyskytla u 4 pacientů (12,9 %). Výkon apendektomie se vyskytuje u třech pacientů (9,7 %). Další výkony mají pouze jedno zastoupení. Patří sem operace varixů na dolní končetině (3,2 %), operace perforovaného žaludečního vředu (3,2 %), jeden pacient byl po Thirshově plastice na bérce (3,2 %) a jeden pacient byl po operaci hemorhoidů (3,2 %).

4 DISKUZE

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na sledování spokojenosti pacientů s léčbou pooperační bolesti. Cílem bylo zjistit spokojenost s léčbou a informovanost pacientů v souvislosti s léčbou pooperační bolesti. Zmapovat faktory, které by to mohly ovlivnit. Tyto cíle byly naplněny pomocí odpovědí na dvě výzkumné otázky.

1. Jsou pacienti spokojeni s léčbou pooperační bolesti?

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřují otázky v dotazníku číslo 1, 2, 5, 6, 9 a 10. V otázkách 1 a 5 se zajímám, zda se lékaři a sestry aktivně zajímají o bolest pacientů. U lékařů zcela souhlasilo s tímto tvrzením 54,8 % respondentů. U sester to bylo dokonce 87,1 % respondentů. Ševčíková (2011) zjistila, že s hodnocením bolesti dle VAS bylo spokojeno 86 % respondentů, pozitivní hodnocení bylo i v případě vyjádření, zdali je pooperační bolesti věnována dostatečná pozornost, a to až v 98 %. K ještě více pozitivnímu výsledku přišla ve své práci Nováková (2016), která na otázku, zda zdravotnický personál zjišťoval jejich bolest, dostala pozitivní odpověď od 93,75 % respondentek. Za to Musilová (2015) ve své diplomové práci zjistila, že 69,09 % respondentů jí odpovědělo, že se jich všeobecná sestra ptá na bolesti několikrát denně. Na tomto porovnávacím výsledku je vidět, že sestra je ten, kdo s pacientem komunikuje více. Je velice pozitivní výsledek to, že žádný respondent neodpověděl, že zcela nesouhlasí s tvrzením, že se lékaři a sestry aktivně zajímají o jejich bolest. Pouze u lékařů dva respondenti odpověděli, že spíše nesouhlasí s tímto tvrzením. Tím můžu potvrdit to, že sestra s pacientem komunikuje více a zajímá se o pacientovy potřeby.

V otázkách 2 a 6 jsem se zajímal o to, zda lékaři a sestry aktivně navrhnou různé možnosti, jak mohou jejich bolest utišit. U lékařů z celkového počtu respondentů odpovědělo 8, že zcela souhlasí s tímto tvrzením, což činí 25,8 %, u sester je tento výsledek vyšší. Souhlasilo 11 (35,5 %) respondentů, že zcela souhlasí, že sestry navrhnou různé možnosti, jak bolest utišit. Větší počet respondentů spíše souhlasí, a to jak u lékařů, tak u sester. U lékařů je to 13 respondentů (41,96 %) u sester opět o něco více a to 17 respondentů (54,8 %). Negativně hodnotilo toto tvrzení více respondentů u lékařů. 9 (29 %) respondentů u lékařů a 2 (6,5 %) u sester. U každé skupiny jeden respondent zcela nesouhlasil s tímto tvrzením (3,2 %). Tyto odpovědi také ukazují na to, že sestry více komunikují s pacienty a jsou jim blíže. Málek uvádí, že většina zahraničních prací týkajících se pooperační bolesti začíná konstatováním, že přes veškeré dostupné informace a doporučení k léčbě akutní pooperační bolesti je stále ještě

vysoké procento pacientů, kteří mají po chirurgickém výkonu silné bolesti, v zahraniční literatuře se odhaduje mezi 30–40 % (Málek, Ševčík, 2014, s. 27).

Devátá otázka, ve které se zajímám, zda se sestry aktivně snaží vytvořit takové prostředí pro pacienta, aby se cítil dobře, tedy využití nefarmakologických prostředků k tišení bolesti. Celkem 87,1 % respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí s tímto tvrzením. Zbývajících 12,9 % respondentů odpovědělo, že spíše souhlasí. Opět je vidět na tomto výsledku, že sestry zaujímají nepostradatelnou složku v systému. Janáčková (2007) tvrdí, že relaxace spolu se správným dýcháním patří k neúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu způsobeného bolestí. Navodit pocit klidu, snažit se odbourat stres, to je úkol sester, které ho v tomto oddělení ovládají výborně.

Desátá otázka se věnuje celkové spokojenosti s léčbou pooperační bolesti. Málek tvrdí: *„Je nutné si uvědomit, že spokojenost pacientů s pooperační léčbou a pooperačním průběhem sama o sobě není zárukou toho, že je analgezie dostatečná. Opakovaně byl popsán paradox toho, že i pacienti se silnou bolestí udávali spokojenost s léčbou.“* (Málek, Ševčík, 2014, s. 28). Můj výsledek, kdy spokojenost s pooperační léčbou bolestí odpovědělo 83,9 %, že zcela souhlasí, je velmi pozitivní. Spíše souhlasí zbývajících 16,1 % respondentů. Respondenti odpovídali pouze kladně, takže součet obou skupin odpovědí činí 100 %, což je velice pěkný výsledek.

2. Jsou pacienti dostatečně informovaní v souvislosti s léčbou pooperační bolesti?

Na druhou průzkumnou otázku odpovídají otázky z dotazníku číslo 3, 4, 7, 8. V otázkách 3 a 7 jsem se zajímal, zda si pacient může vybrat čím svou bolest utiší. Z mého průzkumu vyplývá, že lékaři i sestry dávají pacientům vybrat pouze ve 4 případech. Kdy na odpověď, zcela souhlasím s tímto tvrzením, odpověděli u obou skupin shodně 4 respondenti. To odpovídá 12,9 % respondentů. Odpověď, spíše souhlasím, u lékařů zvolilo 7 respondentů (22,6 %) a u sester 13 respondentů (41,9 %). Zcela nesouhlasili s tímto tvrzením 2 respondenti u lékařů (6,5 %) a 3 respondenti u sester (9,7 %). Pucová (2012) ve své bakalářské práci uvádí, že je důležitá informovanost pacientů, kdy porovnávala informovanost pacientů ve dvou zařízeních. Její respondenti odpovídali, že zcela souhlasí a rozumí informacím v jednom zařízení 96 % a ve druhém 94,55 % respondentů, což je velice rozdílný výsledek v porovnání s mým zjištěním. Zajímavé je, že dotyční respondenti, kteří zaškrtnuli, že zcela nesouhlasí s tvrzením, že jim lékaři nebo sestry dávají vybrat čím jejich bolest utiší,

jsou celkově spokojeni s léčbou bolesti a péčí na oddělení. V nemocnici se vyskytuje bezpečnostní karta, s názvem sledování a hodnocení bolesti, z ní vyplývá, jak mají NLZP a lékaři postupovat, když pacient trpí bolestmi. Personál na odděleních této nemocnice pracuje dle stanovené bezpečnostní karty a řídí se jejími instrukcemi. Přesto by informace o léčbě měly být stejně důležité jako samotná léčba pooperační bolesti. Jelikož jen dobře informovaný pacient může dobře a kvalitně spolupracovat v léčbě.

V otázkách 4 a 8 jsem se zajímal o to, zda mohou pacienti diskutovat se sestrami a lékaři o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. Zcela souhlasilo s tímto tvrzením u lékařů 5 respondentů (16,1 %). U sester to bylo 7 respondentů (22,6 %). Spíše souhlasí s tímto tvrzením 7 respondentů u lékařů (22,6 %) a 10 respondentů u sester (32,3 %). Negativní hodnocení této otázky převažuje u lékařů, kdy odpovědělo 12 respondentů, že spíše nesouhlasí (38,7 %) a 7 respondentů zcela nesouhlasí (22,6 %). U sester také odpovědělo 12 respondentů, že spíše nesouhlasí (38,7 %), ale pouze 2 respondenti odpověděli, že zcela nesouhlasí s tímto tvrzením (6,5 %). Ačkoliv velká část respondentů odpovídala, že spíše a zcela nesouhlasí s tímto tvrzením, ale zároveň jsou spokojeni s léčbou bolesti. Z toho vyplývá, že spokojenost s léčbou pooperační bolesti není přímo závislá na informovanosti pacientů ze strany zdravotníků. V tomto zařízení mají pacienti k dispozici rádce pacienta, ve kterém je popsáno vše důležité o bolesti, pacient ho má od začátku až po konec hospitalizace u sebe a může do něho kdykoliv nahlédnout. Jsou v něm popsány škály bolesti a zásady, jak by se měl pacient chovat v případě bolesti. Rádce pacienta je v příloze CH, jeho zveřejnění bylo konzultováno s náměstkyní ošetrovatelské péče, iniciály nemocnice byly odstraněny. Všeobecné sestry tohoto oddělení pacienta seznamují s tímto rádcem při nástupu do nemocnice. Jedna ze zásad při ošetřování nemocných s bolestí je dle Kapounové (2007) umožnit pacientům prodiskutování svých obav a zajistit dostatek přesných informací, aby se zmírnil strach pacienta.

Celkem 11 respondentů uvedlo, že zcela nesouhlasí s některou z otázek 1–9. Při podrobnějším šetření bylo zjištěno, že daní pacienti, kteří odpovídali negativně, byli zároveň zcela spokojeni jak s léčbou bolesti a péčí na oddělení, ale i celková spokojenost s péčí v nemocnici je u nich hodnocena na položce zcela nebo spíše souhlasím. Když se zaměřím na to, po jakém jsou daní pacienti výkonu, vychází mi následující. Dva pacienti po osteosyntéze zlomeniny, dva po cholecystektomii, dva po operaci kýly, dále jeden pacient po operaci varixů dolní končetiny, jeden po operaci střev, jeden po Thirshově plastice bérků a jeden po operaci sakrálního dermoidu. Málek (2014) uvádí ve své publikaci předpokládanou intenzitu bolesti po různých

výkonech. Porovnávám údaje, které uvádí Málek s intenzitou pooperační bolesti u pacientů v mém šetření. Dle Mála pacienti po operacích kýl mohou trpět mírnou až krutou bolestí, pacienti po laparotomiích střední až krutou bolestí. Pacient po laparoskopické cholecystektomii může trpět mírnou až střední bolestí (Málek, Ševčík, 2014, s. 28-29). U tohoto srovnání je vidět, že po jmenovaných výkonech se mohou vyskytovat i kruté bolesti. Intenzita bolestí může být u každého jedince jiná, vzhledem k tomu, že v mém souboru respondentů jsou jak spokojení pacienti, tak i pacienti, kteří nesouhlasili s některým tvrzením, musí se s každým pacientem jednat individuálně. Nikdy nebude žádná tabulka nebo jiná pomůcka, která by nám mohla na 100 % říci, jak bude reagovat pacient v naší péči, jelikož každý z nás jsme jedinečný a reagujeme na různé podněty z okolí různě.

5 ZÁVĚR

Hlavním cílem teoretické části bylo shrnout informace o problematice akutní bolesti a úlohu všeobecných sester v léčbě akutní bolesti. Cílem průzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s léčbou akutní pooperační bolesti a zjistit informovanost pacientů o možnostech v léčbě bolesti.

Teoretická část práce se zabývá diagnostikou bolesti, její monitorací, léčbou, úlohou sester v léčbě bolesti, pojednává o bolesti jako o ošetrovatelském problému. Na základě prostudované literatury byla teoretická část práce rozdělena do sedmi kapitol. Materiály pro tvorbu teoretické části byly dobře dostupné a srozumitelné. Cíle teoretické části se mi podařilo naplnit.

Empirická část práce kopíruje pořadí otázek v dotazníku. Zjišťoval jsem informovanost, aktivitu v zájmu se o bolesti ze strany zdravotnického personálu, spokojenost pacientů s léčbou. Z výsledků vyplynulo, že zdravotnický personál dokáže vhodně řešit pooperační bolest, jelikož většina pacientů byla spokojena s léčbou pooperační bolesti. Z výsledků dále vyplynulo, že zdravotnický personál nemocnice aktivně zjišťuje bolest u svých pacientů. Jako nedostatek spatřuji ve skutečnosti, že personál nedostatečně komunikuje s pacienty o jejich bolesti a pouze se striktně řídí ordinací, která říká, že v případě určité výše bolesti dle stupnice VAS budou podány určitá analgetika. Z toho plyne, že pacient nemá možnost ve většině případů určit, jakým lékem bude léčit svou bolest. Je důležité si uvědomit, že každý pacient je jedinečný a každý může pociťovat svou bolest jinak. Stejně tak i způsob zmírnění nebo odstranění by měl být individuální. Dále z výsledků vyplynulo, že téměř všichni pacienti jsou zcela spokojeni s léčbou pooperačních bolestí v nemocnici. To mohu považovat za vynikající výsledek. Stejně tak i to, že se sestry snaží pacientům vytvořit lepší prostředí, aby se pacienti cítili dobře. Většina pacientů s tímto zcela souhlasí. Celková spokojenost s léčbou jak na oddělení, tak i celkově v nemocnici je na vysoké úrovni, žádný z pacientů nezaznamenal nesouhlasné stanovisko. Cíle průzkumné části se mi podařilo naplnit.

Léčba akutní bolesti by se neměla bagatelizovat, špatně léčená bolest může vézt ke vzniku komplikací, k prodloužení hospitalizace a v nejhorším případě ke vzniku chronické pooperační bolesti, která by měla za následek snížení kvality života postižených pacientů.

V závěru bych chtěl konstatovat, že nestačí mít dobré vybavení, správně vypracované standardní pracovní postupy, pravítka na stanovení VAS, dobře napsanou ordinaci, podle které sestra podá analgetikum, nebo technické vybavení k podávání analgetik. Tím důležitým

je komunikace, bez dobré a efektivní komunikace nemůže dojít k vzájemné spokojenosti. Přínos této práce vidím právě v tom, že se odhalil nedostatek v komunikaci s pacientem. Od zdravotnického personálu by měla k pacientovi přicházet vlídnost, empatie, porozumění, věřit v pacientovu bolest, jen tak může dojít k úspěšné léčbě bolestí u pacientů v pooperačním období. Chtěl bych tímto doporučit zařazení komunikačních seminářů do plánů vzdělávání nejen pro NLZP, ale i pro lékaře. Vedení zdravotnického zařízení, ve kterém byl prováděn průzkum, bude seznámeno s výsledkem mé práce. Komunikace s pacientem s bolestmi má svá specifika, na která by se mohl personál připravit. Zdravotnické zařízení, ve kterém byl prováděn průzkum, pořádá řadu komunikačních seminářů. Komunikace s pacientem s bolestí by mohlo být tématem komunikačního semináře, stejně tak i předmětem dalšího průzkumu. Jako další téma průzkumu vidím kvalitu života pacientů s bolestmi.

6 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

HAKL, Marek, Jitka FRICOVÁ a Tomáš GABRHELÍK. Speciální část: Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní bolesti. *Bolest*. Tigis, 2016, **19**(1), 15-18. ISSN 1212-0634.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KOZÁK, Jiří, ed. BOLEST: časopis pro studium a léčbu bolesti. *Bolest: časopis pro studium a léčbu bolesti*. 2016, **19**(1), 1-28. ISSN 1212-0634.

LEJČKO, Jan a Jiří KOZÁK. Obecná část. *Bolest*. Tigis, 2016, **19**(1), 4-5. ISSN 1212-0634.

LEJČKO, Jan a Miloslav KRŠIAK. Farmakologická část. *Bolest*. Tigis, 2016, **19**(1), 6-14. ISSN 1212-0634.

MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta – Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.

MUSILOVÁ, Veronika. *Sledování bolesti u pacientů po totální endoprotéze kolene*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

NOVÁKOVÁ, Markéta. *Monitorace bolesti a její tlumení první den po gynekologické operaci*. Pardubice, 2016. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková Ph.D.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

PUCOVÁ, Monika. *Bolest z pohledu sestry – informovanost pacientů v ambulanci bolesti*. Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Markéta Blažková.

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

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris, 2006. ISBN 80-903750-0-6.

ŠEVČÍKOVÁ, Alena. *Spokojenost pacientů po operaci plic s pooperační analgezií*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Mgr. Hana Pokorná.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 8070133244.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

7 PŘÍLOHY

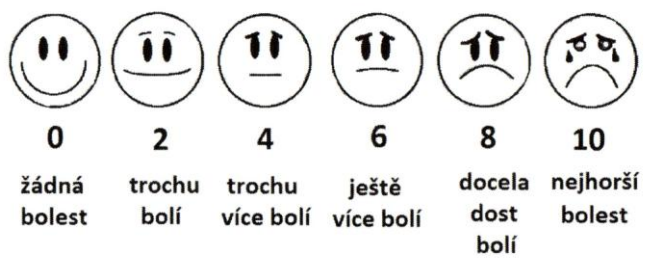
Příloha A – Ukázka škály VAS.....	48
Příloha B – Ukázka obličejové škály.....	49
Příloha C – Mapa bolesti podle M. S. Margolese.....	50
Příloha D – McGillský dotazník bolesti.....	51
Příloha E – Grafický záznam bolesti.....	52
Příloha F – Krátký inventář bolesti.....	53
Příloha G – Pain Assessment In Advanced Dementia – PAINAD.....	54
Příloha H – Dotazník.....	55
Příloha CH – Rádce pacienta.....	58

Příloha A – Ukázka škály VAS



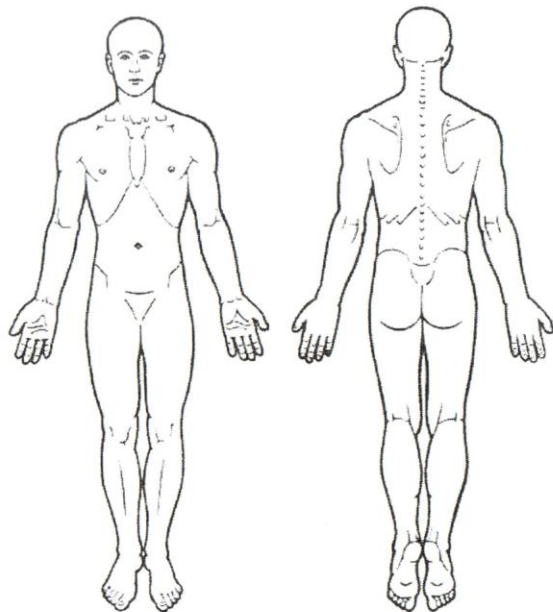
Zdroj: Málek, Ševčík, 2014, s. 25

Příloha B – Ukázka obličejové škály



Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 178

ZÁZNAM LOKALIZACE BOLESTI



Oblast bolesti označte křížkem 

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 179

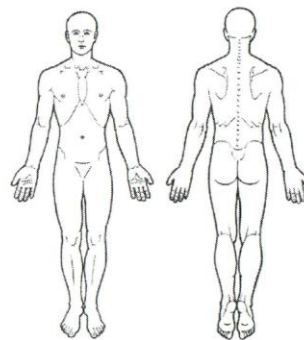
Příloha D – *McGillský dotazník bolesti*

McGillský dotazník bolesti
(zkrácená verze)

ID pacienta.....
Datum.....

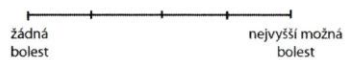
Přiřaď ke každému slovu ve sloupečku (charakterizující bolest) hladinu tvé bolesti. Zakroužkuj číslo odpovídající tvé bolesti nebo vynechej hodnocení hladiny bolesti u slova, které se tě netýká.

Bolest	Žádná	Mírná	Sřední	Silná
1. tepající	0	1	2	3
2. vyšetřující	0	1	2	3
3. bodavá	0	1	2	3
4. ostrá	0	1	2	3
5. křečovitá	0	1	2	3
6. hlodavá	0	1	2	3
7. palčivá	0	1	2	3
8. trvalá	0	1	2	3
9. tíživá	0	1	2	3
10. citlivá na dotek	0	1	2	3
11. řezavá	0	1	2	3
12. vyčerpávající	0	1	2	3
13. oslabující	0	1	2	3
14. vzbuzující strach	0	1	2	3
15. deprimující krutá	0	1	2	3



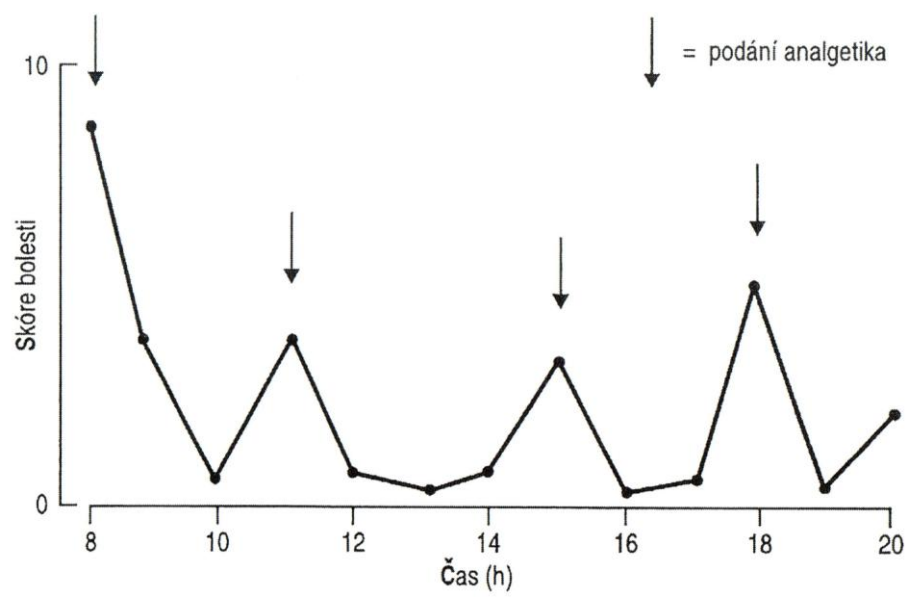
Oblast bolesti označte křížkem ☒

Urči na stupnici od 0 do 5, jaká je teď tvoje bolest.



Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 181

Příloha E – Grafický záznam bolesti



Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 182

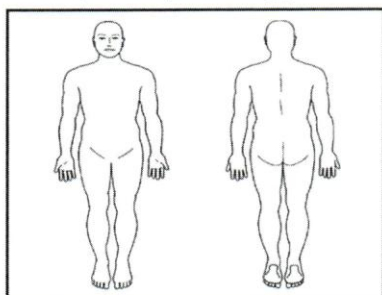
BRIEF PAIN INVENTORY (česká verze)

ID nemocného.....
Datum.....

1. Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, zub, výron kotníku). Cítil(a) jste dnes jinou než takovou všední bolest?

ANO NE

2. Na obrázku označte místa, která vás bolí. Nejbolestivější označte ☒



3. Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejhorší bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejhorší bolest

4. Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejmenší bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejhorší bolest

5. Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší průměrné bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejhorší bolest

6. Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejhorší bolest

7. Jaké léky užíváte proti bolesti, či jakou léčbu proti bolesti jste podstoupil(a)?

8. Jak velkou úlevu vám přinesly léky, či léčba proti bolesti v posledních 24 h? Označte %, které nejlépe vypovídá, jak moc léky či léčba uleví.

0 % 10 20 30 40 50 % 60 70 80 90 100 %
žádná uleva % naprostá úleva od bolesti

9. Označte číslo, které popisuje, jak bolest v posledních 24 h ovlivnila vaši

CELKOVOU AKTIVITU:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

NÁLADU:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

SCHOPNOST CHODIT:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

BĚŽNOU PRÁCI (DOMA I MIMO DOMOV):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

VZTAHY S JINÝMI LIDMI:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

SPÁNEK:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

RADOST ZE ŽIVOTA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

Příloha G – *Pain Assessment In Advanced Dementia* – PAINAD

(PAINAD = Pain Assessment In Advanced Dementia)

Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD = Pain Assessment In Advanced Dementia)				
	0	1	2	Počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci (vyslovování)	normální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ občasné namáhavé dýchání ▪ krátké období hyperventilace 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hlučné, ztížené ▪ dlouhá období hyperventilace ▪ Cheyneovo-Stokesovo dýchání 	
bolestivá vokalizace	žádná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ občasný sten/zaúpění ▪ tlumená negativní/odmítavá řeč 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ opakované utrápené volání ▪ hlasité sténání nebo úpění ▪ pláč 	
výraz obličeje	úsmev nebo neutrální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ smutný ▪ vyděšený ▪ zamračený 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bolestivé grimasy 	
řeč těla	relaxovanost	<ul style="list-style-type: none"> ▪ napjatost ▪ neklidné přecházení ▪ neklid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ strnulost ▪ sevřené pěsti ▪ kolena přitažena k tělu ▪ tahání nebo odtlačování ▪ udeření 	
utěšování	není nutné	<ul style="list-style-type: none"> ▪ je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit 	
součet				

Instrukce

Sledujte pacienta 5 minut před zhodnocením jeho chování. Hodnoťte chování podle následujících oblastí. Každá oblast je rozdělena na stupně, které jsou různě obodované. Vyberte stupeň, který nejvíce charakterizuje chování pacienta, jehož hodnotíte. Pacient může být sledován a hodnocen v různých situacích (při odpočinku, během příjemných činností, při ošetřování, po podání medikace).

Vyhodnocení

Celkový možný počet bodů je 0–10

1–3 mírná bolest

4–6 střední bolest

7–10 velká bolest

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 188

Příloha H – Dotazník

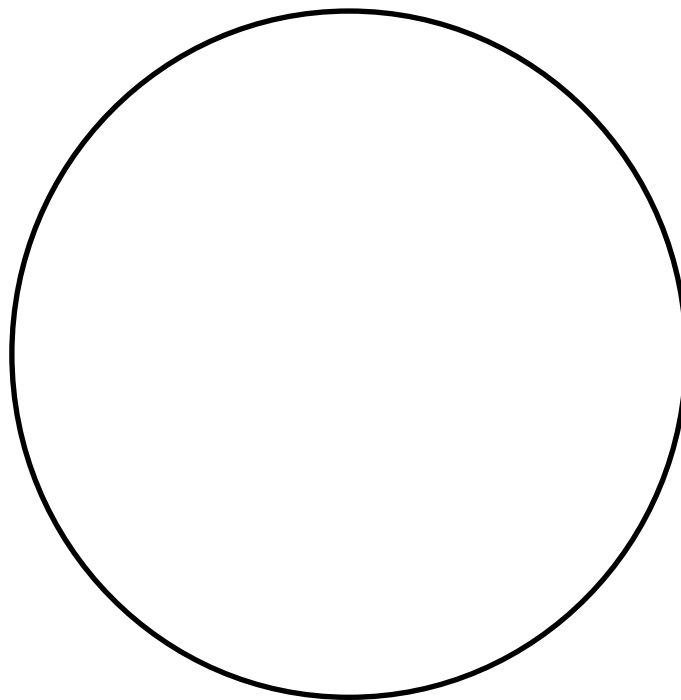
Vážený pane/ vážená paní,

jmenuji se Petr Vaníček a jsem studentem třetího ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na katedře ošetrovatelství Univerzity Pardubice. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o spolupráci na zpracování mé bakalářské práce. K provedení výzkumu potřebuji vyplnění následujícího dotazníku, jehož cílem je vysledovat spokojenost s léčbou pooperační bolesti na tomto pracovišti. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Prosím, zakroužkujte jednu odpověď. Vyplněný dotazník vložte do obálky a vhodte do schránky u recepce oddělení.

Předem Vám vřele děkuji za Vaši ochotu, čas a spolupráci.

Petr Vaníček

Vepište, prosím, do předkresleného kruhu čísla tak, jak jsou na ciferníku hodin, a pak doplňte ručičky tak, aby ukazovaly na 11 hodin a 10 minut.



A. LÉKAŘI

1. Lékaři se aktivně zajímají o mou bolest.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

2. Lékaři aktivně navrhují různé možnosti, jak mou bolest utiřit

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

3. Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiřit.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

4. Mohu s lékaři diskutovat, co je pro tlášení mé bolesti nejlepší.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

B. SESTRY

5. Sestry se aktivně zajímají o mou bolest.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

6. Sestry aktivně navrhují různé možnosti, jak mou bolest utiřit

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

7. Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiřit.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

8. Mohu se sestrami diskutovat, co je pro tlášení mé bolesti nejlepší.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

9. Sestry se aktivně snaží vytvořit takové prostředí, abych se cítil (a) dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítí...)

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

C. CELKOVÁ SPOKOJENOST

10. S léčbou pooperační bolesti jsem celkově spokojen (a).

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

11. S péčí celkově jsem na tomto oddělení spokojen (a).

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

12. S péčí celkově jsem v této nemocnici spokojen (a).

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

D. OPERACE

Můžete, prosím, napsat (vlastními slovy), po jaké jste operaci?

.....



Péče o pacienta s bolestí

Vážení pacienti, většina z Vás se při pobytu v nemocnici obává, jak bude snášet bolest. Záleží nám na tom, abychom Vaši bolest odstranili nebo alespoň zmírnili. K tomu je důležitá naše vzájemná spolupráce.

Co je bolest?

Bolest je takový stav těla nebo duše, kdy nás něco subjektivně bolí, něco pociťujeme jako nepříjemné. Je zprostředkována nervovým systémem a mozkovou kůrou a souvisí s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně. Rozeznáváme bolest akutní (úraz, akutní onemocnění, pooperační stav, ...) a chronickou (trvajících i několik měsíců).

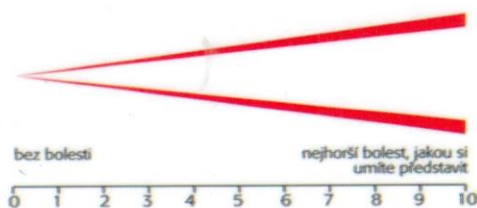
Svěřte se nám s Vaší bolestí.

Vaše sdělení o tom, jak bolest Vy osobně pociťujete, je velmi důležité pro její léčbu a zlepšení Vašeho zdravotního stavu. Když pociťte bolest, tak nám informaci co nejdříve sdělte. Společně budeme Vaši bolest a její intenzitu sledovat. To je nejlepší způsob, jak Vám účinně od bolesti pomoci.

Metody měření a sledování bolesti.

Budeme se Vás opakovaně ptát, jak silnou bolest cítíte. K určení míry Vaší bolesti nám pomáhá tzv. vizuální analogová škála. Je to stupnice, podle které Vy sami určíte, jak silně cítíte svou bolest. Stupnice má deset stupňů a každý z nich je popsán slovním vyjádřením intenzity bolesti. Zajímá nás: kde Vás bolí, kdy bolest začala, jak dlouho trvá, jaký má průběh a další změny.

1) VAS – Vizuální analogová škála



2) Škála obličejů



Vizuální analogová škála: pomocí této stupnice označíte, kam byste zařadili svou bolest z hlediska její síly od **0** (žádná bolest) do **10** (nejhorší bolest, jakou si dovedete představit). Bolest ve stupni **5**, je již považována za velmi nepříjemnou. Pokud se Vám zdá číselné označení složité, můžete použít jen slovní vyjádření (například: „trochu to bolí“ a sestra již ví, o jaký stupeň bolesti se jedná).

Léčba bolesti a podávání analgetik.

Analgetika jsou léky k tlumení bolesti. Druh a způsob podání analgetik určí vždy lékař. Při léčbě bolesti je pro nás důležitý Váš subjektivní pocit a vnímání bolesti, tedy určení stupně bolesti. Sestra je vždy po podání analgetik dotazovat, zda se vám ulevilo. Neobávejte se říci svůj pocit.

Analgetika lze podávat intravenózně, tedy přímo do žíly.

Flexila je žilní kanyla, kterou zavádíme z důvodu aplikace analgetik, infúzí, léků, antibiotik... Jedná se o ohebnou hadičku, která Vám nebude příliš vadit v pohybu, ale je nutné zachovat určitou opatrnost. Úleva od bolesti po podání analgetik do žíly je rychlá, nejpozději do 30 minut.

Analgetika lze podávat do svalu nebo pod kůži.

Jedná se o aplikaci pomocí jehly a stříkačky. Nástup účinku analgetika je obvykle do 30 minut.

Aplikace čípků do konečníku.

Je vhodná v pooperačním období. Úleva po zavedení čípku bývá obvykle do 30 minut.

Podávání tablet a kapslí.

Léky užíváte ústy, podání je tedy pohodlné a bezbolestné, ale je vhodné pro úlevu spíše mírnějších bolestí. První operační den není podávání tohoto druhu analgetik příliš vhodné. Úleva od bolesti po podání léků ústy bývá obvykle do jedné hodiny.

Jaké máme jiné možnosti?

K mírnění bolesti se používají i různé podpůrné metody: úlevová poloha, kdy vyhledáte polohu, ve které pociťujete bolest nejméně. Používáme chlad, kdy místo chladíme ledem nebo gelem. Ulevit od bolesti může také „podkládání“ nebo omezení pohybu třeba pomocí dlahy a podobně.

Děkujeme Vám za spolupráci při léčbě bolesti.

Zdroj: edukační leták nemocnice. Zveřejnění bylo ústně schváleno náměstkyní ošetrovatelské péče nemocnice, vzhledem k zachování anonymity není uveden název zařízení.