

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Simona Husáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Pooperační bolest v gynekologii

Simona Husáková

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Husáková**
Osobní číslo: **Z17429**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Pooperační bolest v gynekologii**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HEITZ, James W. *Pooperační stav: příznaky, diagnostika, postupy*. Překlad. 1. vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0873-2.

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

ROKYTA, Richard, Miloslav KORŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest*. 2. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 18.5.2020

Simona Husáková

PODĚKOVÁNÍ

Moc děkuji paní Mgr. Zuzaně Červenkové, vedoucí mé bakalářské práce, za její čas, cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem respondentkám, které mi poskytly potřebné informace. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat Tiborovi, mým rodičům a blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumného charakteru a jejím cílem je přiblížit problematiku pooperační bolesti na gynekologickém oddělení. Teoretická část je zaměřena na bolest jako takovou, její historii, fyziologii, patofyziologii, hodnocení a léčbou. Dále jsou v teoretické části popsány některé z gynekologických operačních výkonů. Průzkumná část se zabývá vývojem pooperační bolesti, očekávanou bolestí již před operací a chováním zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí. Průzkumná část práce je koncipována jako polostrukturovaný rozhovor, doplněný o studii zdravotnické dokumentace. Bylo zjištěno, že bolest v čase 8 hodin po operaci není dostatečně tišena, přesto však byli pacienti ve většině případů spokojeni s terapií jejich bolesti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest, pooperační bolest, intenzita bolesti, analgetika, gynekologie

TITLE

Post-operative pain in gynecology

ANNOTATION

This bachelor thesis has a theoretical and investigative character and its aim is to take a closer look at the problematics of postoperative pain at gynecology ward. The theoretical part is about the pain itself, its history, physiology, pathophysiology, rating and cure. There are also described some of the gynecological surgeries. The investigative part considers development of postoperative pain, pain expected before the operation and the behavior of healthcare professionals in connection with postoperative pain. The practical part of the thesis is conceived as a semistructured interview supplemented with the study of medical documentation. It was revealed that the pain wasn't treated well in the time 8 hours after the surgery despite the fact patients were in most of cases satisfied with the pain treatment.

KEYWORDS

Pain, Post-operative pain, pain intensity, analgesics, gynecology

OBSAH

Úvod	11
Cíle práce	12
Cíle teoretické	12
Cíle průzkumné	12
1 Teoretická část.....	13
1.1 Bolest.....	13
1.2 Klasifikace bolesti.....	13
1.2.1 Typy bolesti dle místa vzniku	13
1.2.2 Typy bolesti z hlediska průběhu	14
1.3 Fyziologie bolesti a patofyziologie bolesti.....	14
1.4 Negativní vlivy pooperační bolesti	15
1.5 Hodnocení bolesti.....	16
1.5.1 Hodnocení intenzity bolesti	16
1.5.2 Hodnocení lokalizace bolesti	17
1.5.3 Hodnocení kvality bolesti	17
1.5.4 Hodnocení doby trvání bolesti.....	17
1.5.5 Hodnocení souvisejících faktorů.....	17
1.6 Léčba bolesti.....	18
1.6.1 Historie léčby bolesti.....	18
1.6.2 Léčba pooperační bolesti.....	18
1.6.3 Farmakologická léčba	19
1.6.4 Nefarmakologická léčba	21
1.7 Úloha sestry v perioperačním období.....	22
1.7.1 Předoperační příprava	22
1.7.2 Intraoperační péče	22

1.7.3	Pooperační péče	22
1.8	Klasifikace gynekologických operací	24
1.8.1	Dle velikosti.....	24
1.8.2	Dle operačních přístupů.....	24
1.9	Abdominální operace	25
1.9.1	Operace odstraňující dělohu	25
1.9.2	Další operace na děloze	25
1.10	Vaginální operace	26
1.11	Další velké gynekologické operace	26
2	Průzkumná část.....	27
2.1	Metodika průzkumu	28
2.2	Prezentace výsledků	30
2.2.1	Věk respondentek.....	30
2.2.2	Průběh bolesti	31
2.2.3	Výsledky otázek ze záznamového archu	39
3	Diskuze	44
4	Závěr	50
5	Použitá literatura.....	52
6	Přílohy.....	56

SEZNAM GRAFŮ

Obrázek 1: Rozdělení respondentek do věkových skupin. (n=40)	30
Obrázek 2: Graf míry bolesti ihned po operaci. (n=40)	31
Obrázek 3: Graf míry bolesti 30 minut po operaci. (n=40)	32
Obrázek 4: Graf míry bolesti 1 hodinu po operaci. (n=40)	33
Obrázek 5: Graf míry bolesti 2 hodiny po operaci. (n=40)	34
Obrázek 6: Graf míry bolesti 8 hodin po operaci. (n=40)	35
Obrázek 7: Graf míry bolesti 24 hodin po operaci. (n=40)	36
Obrázek 8: Graf míry bolesti 48 hodin po operaci. (n=40)	37
Obrázek 9: Graf znázorňující průměrnou intenzitu bolesti ve všech časových intervalech. (n=40)	38
Obrázek 10: Graf očekávané pooperační bolesti. (n=40)	39
Obrázek 11: Průměrná očekávaná bolest před výkonem a průměrná intenzita bolesti ihned po operaci. (n=40)	40
Obrázek 12: Graf intenzity bolesti v průběhu rozhovoru. (n=40).....	41
Obrázek 13: Graf očekávaného/skutečného chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí. (n=40).....	42

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Faktory zavírající/otevřející synaptická vrátka	15
Tabulka 2: Spokojenost respondentek s tišením bolesti.....	43
Tabulka 3: Porovnání očekávané intenzity bolesti ihned po operaci	62
Tabulka 4: Porovnání intenzity bolesti ihned po operaci	62
Tabulka 5: Porovnání intenzity bolesti 30 minut po operaci.....	62
Tabulka 6: Porovnání intenzity bolesti 60 minut po operaci.....	63
Tabulka 7: Porovnání intenzity bolesti 2 hodiny po operaci	63
Tabulka 8: Porovnání intenzity bolesti 8 hodin po operaci	63
Tabulka 9: Porovnání intenzity bolesti 24 hodin po operaci	64
Tabulka 10: Intenzita bolesti 48 hodin po operaci	64
Tabulka 11: Porovnání očekávaného a skutečného chování.	64

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

COX	cyklooxygenáza
EKG	elektrokardiogram
FEV1	jednovteřinový usilovný výdech
FRC	funkční reziduální kapacita
IASP	Mezinárodní asociace pro studium bolesti
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
NSA	nesteroidní antirevmatika
RV	reziduální objem
UZ	ultrazvuk
VAS	vizuální analogová stupnice
VH	vaginální hysterektomie
VT	dechový objem
WHO	Světová zdravotnická asociace

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku pooperační bolesti. Vysvětlit pojem bolest, její fyziologii, patofyziologii, diagnostiku a léčbu. Průzkumná část se týká sledování vývoje pooperační bolesti a spokojenosti respondentek s jejím tlumením. Bolest je hodnocena v daných časových intervalech. Sledování začíná již před operací, kdy pacientka sdělí očekávanou pooperační bolest, pokračuje bezprostředně po operaci na dopravní jednotce a poté na standardním oddělení gynekologie, kam je odvezena po dvou hodinách od operace. Intenzita bolesti je posuzována dle VAS (vizuální analogové stupnice). Stupeň bolesti je zapsán okamžitě po operaci, dále pak po třiceti minutách, jedné, dvou, osmi, dvaceti čtyřech a čtyřiceti osmi hodinách.

Pooperační bolest vzniká jako následek po chirurgických výkonech, především poškozením tepelným (nejčastěji při termokoagulaci, kterou operátor zastavuje krvácení) nebo mechanickým (Rokyta a kol. 2009, s. 33).

Při léčbě bolesti je nutné přistupovat individuálně, nejen protože každý jedinec vnímá tutéž bolest jinou intenzitou, ale také se každá analgetika liší účinností, nežádoucími účinky, kontraindikacemi, ale i možnostmi kombinace s dalšími analgetiky. Důležitými principy pooperační analgezie je časté měření intenzity bolesti a poté v případě bolesti podání analgetik zvolených individuálně dle potřeb pacienta (Málek a kol. 2016, s. 135).

Toto téma jsem si zvolila, protože bych v budoucnosti chtěla pracovat na chirurgickém oddělení, kde se budu s pooperační bolestí setkávat denně. Práci jsem spojila s gynekologickými operačními výkony, protože mě toto téma zajímá a chtěla jsem své znalosti o gynekologii prohloubit.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické

1. Přiblížit pojem bolest, její fyziologii, patofyziologii, metody léčení, hodnotící škály bolesti, rizika pooperační bolesti.
2. Popsat nejčastěji se vyskytující gynekologické operace.

Cíle průzkumné

1. Zjistit, jakou bolest pacientky před operací očekávají v porovnání s bolestí, kterou ihned po výkonu prožívají.
2. Zjistit intenzitu bolesti v období 48 hodin po operaci.
3. Porovnat, jaké chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí respondentky očekávaly s tím, jak se k nim zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali.
4. Zjistit spokojenost respondentek s tišením jejich bolesti.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Bolest

Definice bolesti, kterou vytvořila IASP (Asociace pro léčbu bolesti) a kterou přijala Světová zdravotnická asociace (WHO), říká, že je to nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika, proto je vždy subjektivní (Rokyta a kol. 2009, s. 21).

„Bolest je to, co pacient za bolest považuje, v místech, kde sám ukazuje“ (Mc Caffey, 1990).

Bolest je nám všem známá, je běžnou záležitostí našeho života. Veškeré lékařské obory na celém světě vždy měly a mají za cíl tlumení bolesti. Už i Hippokrates chápal medicínu jako odstraňování či tlumení bolesti (Munzarová, 2005, s. 74).

Na jednu stranu je pro nás bolest velice důležitá, protože nám dává signál, že v našem organismu není něco v pořádku. Ale na druhou stranu bolest, která trvá dlouho a přechází do chronické fáze, je velmi nepříjemná (Rokyta, 2015, s. 564).

1.2 Klasifikace bolesti

Existuje několik druhů bolesti, které můžeme rozdělit dle několika klasifikací. Kelnerová a kolektiv (2009) rozdělili bolest podle místa vzniku a z hlediska průběhu.

1.2.1 Typy bolesti dle místa vzniku

Somatická bolest může být povrchová, která vychází z kůže, nebo hluboká somatická, která vychází z pohybového aparátu, z vazivové tkáně. Je dobře lokalizovatelná. **Viscerální** neboli útrobní bolest vzniká při spazmech hladkého svalstva orgánů dutiny hrudní a břišní. **Myofasciální** bolest cítíme na jiném místě, než je zdroj bolesti. **Neurogenní** je vyvolána drážděním nervových vláken a drah. **Analgie** je například válečné zranění, které je za určitých situací vnímáno jako nebolestivé. **Procedurální** bolest se vyskytuje při instrumentálních bolestivých výkonech, například při punkci, injekci a dalších. **Psychickou** bolest člověk cítí při ztrátě důvěry, naděje a lidí, které máme rádi. Na tuto bolest nesmíme zapomínat (Kelnarová a kol. 2009, s. 15–16). **Kolikovitá** bolest je charakteristická při ledvinové či žlučnickové kolice. **Ischemická** bolest při nedostatečném prokrvení. **Zánětlivá** při zánětu a **fantomová** po amputacích (Kelnarová a kol. 2009, s. 15–16).

1.2.2 Typy bolesti z hlediska průběhu

Rekurentní bolest charakterizuje přechod mezi akutní a chronickou bolestí. **Chronická bolest** je trvalá, trvá déle než 3–6 měsíců a nelze určit, kdy začala. Často narušuje rodinný i pracovní život. **Akutní bolest** má ochranný význam a na rozdíl od chronické bolesti trvá méně než šest měsíců, dá se dobře lokalizovat (Kelarová a kol. 2009, s. 15–16; Vaňásek, 2014, s. 39).

Do akutní bolesti řadíme pooperační bolest, která vyžaduje perioperační péči. Každý operační či diagnostický výkon představuje riziko menší či větší bolesti, proto strach z bolesti je významnou obavou pacientů chystajících se k operaci. Přestože máme k mírnění bolesti v současné době dostatek léků a analgetických postupů, je z řady studií zřejmé, že ani ve 21. století není u třetiny až poloviny pacientů pooperační bolest dobře tlumena (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 23).

1.3 Fyziologie bolesti a patofyziologie bolesti

V kůži máme velké množství speciálních receptorů – nociceptorů, které nás mohou za určitých podmínek informovat o bolestivém podnětu. Jedná se o volná nervová zakončení na aferentních nervových vláknech v kůži, svalech, kloubních pouzdrech, stěně trávicí trubice, srdci a cévách. V každé tkáni je zastoupení těchto receptorů jiné. Podněty vedou z receptorů do míchy dvojím způsobem. Máme tzv. A δ vlákna, která jsou slabě myelinizována. Tyto vlákna vedou ostrou, dobře lokalizovanou a často povrchní bolest. Snadno reagují na podnět, který vedou stokrát rychleji než nemyelinizována C-vlákna. C-vláken je poměrně více a vedou pomalou, špatně lokalizovatelnou bolest. Tvoří přibližně 60 % všech aferentních nervových vláken. Potřebují však intenzivnější podnět (Rokyta, 2015, s. 23, 24). Dle vrátkové teorie jsou mezi periferními nervy a neurony v míše tzv. synaptická vrátka. Signály bolesti z periferních nervů soutěží s jinými nervovými signály o průchod vrátky. Tato synaptická vrátka otevírají či zavírají fyziologické faktory nebo psychologické faktory viz Tabulka 1. Tato teorie slouží k pochopení souhry psychických a tělesných faktorů bolesti. A vysvětluje, že bolest není nikdy pouze tělesná či psychologická, ale je seskupení obojího (Ayers, de Visser, 2015, s. 83).

Tabulka 1: Faktory zavírající/otevřující synaptická vrátka

Faktory zavírající/otevřující synaptická vrátka		
	OTEVÍRAJÍCÍ	ZAVÍRAJÍCÍ
FYZICKÉ	další zranění, nečinnost, drogy, alkohol	vhodná medikace, horko/chlad, masáž
BEHAVIORÁLNÍ	nadměrná aktivita, špatný spánek	cvičení, meditace, relaxace
EMOČNÍ	úzkost, deprese, stres, beznaděj	smích, láska, radost, štěstí
KOGNITIVNÍ	zaměření na bolest, obavy, katastrofické uvažování	zaměření na jiné věci, rozptýlení

1.4 Negativní vlivy pooperační bolesti

Pooperační bolest vede k mnoha patologickým jevům. Odpovědí na poškození tkání a stres jsou změny v kardiovaskulárním, plicním, gastrointestinálním, vylučovacím systému, postižení svalového metabolismu, imunitní, neuroendokrinní a metabolické změny. Tyto účinky lze zmírnit analgetickými terapeutickými postupy. Vliv na **změny respiračních funkcí** mají především operace nadbříšku a hrudníku. Omezují dechový objem (VT), funkční reziduální kapacitu (FRC), reziduální objem (RV) i jednovteřinový usilovný výdech (FEV1). Zvýšením napětí břišních svalů a omezením funkce bránice dochází k omezení plicní poddajnosti. Ve vážnějších případech dochází až k hypoxemii, hyperkapnií, retenci sekretů, atelektáze a pneumonii. Obava z bolesti pacientovi brání zhluboka dýchat a odkašlávat (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 23; Heitz, 2019, s.79–85). **Kardiovaskulární změny** způsobuje stimulace sympatiku, čímž dochází k tachykardii, zvýšení tepového objemu, srdeční aktivity a spotřeby kyslíku v myokardu. U rizikových pacientů se zvyšuje riziko vzniku srdeční ischemie až infarktu myokardu. Kardiovaskulární změny také ovlivňuje strach z bolesti, kdy se pacient vyhýbá pohybu. Žilní krev stagnuje, zvýší se agregace krevních destiček a hrozí vznik tromboembolické nemoci. **Gastrointestinální a urinální změny** souvisejí například s nauzeou a zvracením, dále s hypomotilitou močového měchýře a retencí moči. K těmto potížím může přispívat opioidní analgezie. **Neuroendokrinní a metabolické změny** způsobuje zvýšená produkce katecholaminů a katabolických hormonů (kortizon, glukagon, aldosteron aj.) a snížená sekrece anabolických hormonů (inzulín, testosteron). Dochází k imunosupresi, retenci sodíku a vody, zvýšení glykémie, ketolátek, laktátu a spotřeby kyslíku. Pooperační bolest má vliv i na **psychickou stránku** pacienta. (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 23; Heitz, 2019, s. 121).

1.5 Hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti používáme pojem algometrie či dolorimetrie. Pro správné stanovení léčby bolesti musíme zhodnotit její lokalizaci, typ, délku trvání, zmírňující a přitěžující okolnosti a především intenzitu. Hodnotíme jak verbální, tak i neverbální projevy. Výbor pro zdravotnickou politiku a výzkum (Agency for Healthcare Policy and Research – AHCPR 1994) vytvořil několik doporučení, kterých by se zdravotník při hodnocení bolesti měl držet. Mezi ně patří pravidelné a intenzivní dotazování se na bolest, důvěra k pacientovi při popisování jeho bolesti, vybrání vhodné léčby bolesti dle možností pacienta i zdravotnického zařízení, podávání léků včas a dle logického sledu a v neposlední řadě posilování pacienta a umožnění mu rozhodovat o způsobu léčby (Pokorná a kol., 2013, s. 109).

Při hodnocení bolesti by sestra měla sledovat i psychické a fyzické reakce na bolest. Často se objevuje tachykardie, tachypnoe, rozšířené zornice, hypertenze nebo naopak hypotenze, bledost, nevolnost, zvracení, nechut' k jídlu, strach, úzkost, zmatenost, deprese a spánková deprivace (Kolektiv autorů, 2009, s. 43–45).

1.5.1 Hodnocení intenzity bolesti

K tomu, abychom určili sílu bolesti, nám slouží škály hodnotící úroveň bolesti. Nejznámější a nejpoužívanější je škála VAS (Vizuální analogová škála), která má více modifikací. Jedná se o deseticentimetrovou osu (viz příloha A; škála 1) počínající pojmem „Žádná bolest“ a končící pojmem „Nejhorší bolest“. Požádáme pacienta, aby zakreslil na deseticentimetrové úsečce úroveň současné bolesti. Pravítkem změříme vzdálenost v centimetrech od hodnoty žádné bolesti po pacientovu značku. Dalším způsobem hodnocení bolesti je Numerická hodnotící škála (viz příloha A; škála 2), kdy nám pacient sdělí intenzitu bolesti buď slovně, nebo ji zakreslí na stupnici čísel od 0 do 10. Hodnota 0 značí žádnou bolest a hodnota 10 naopak bolest nesnesitelnou. U dětí se používá Obličejová škála (viz příloha A; škála 3). Zobrazuje šest obličejů s různými výrazy seřazenými opět od pocitu bez bolesti po nejhorší bolest. Další možností, jak nám pacient může sdělit intenzitu bolesti, jsou verbální škály, které využívají standardizované stupnice. Nejčastější je škála z šesti stupňovaných přídavných jmen intenzity bolesti: žádná, nepatrná, mírná, střední, strašná, zcela nesnesitelná (Kolektiv autorů, 2009, s. 43–45).

1.5.2 Hodnocení lokalizace bolesti

Pro lokalizaci bolesti se pacienta ptáme jednoduchou otázkou: „Kde vás to bolí?“. Pacient ukáže prstem nebo konkrétní místo slovně popíše. Další možností je použití mapy bolesti (viz příloha B). Na zobrazené lidské postavě pacient označí bolestivé oblasti a současně zakroužkuje intenzitu bolesti (Kelnarová a spol., 2009, s. 16).

1.5.3 Hodnocení kvality bolesti

Kvalita bolesti vyjadřuje, jak to bolí. Je popisována přídavnými jmény. Může být popisována jako pálivá, svíravá, řezavá, křečovitá atd. Do zdravotnické dokumentace se kvalita bolesti zapisuje přesně tak, jak ji pacient nazval (Pokorná a kol., 2013, s. 109–119).

1.5.4 Hodnocení doby trvání bolesti

Ke sledování časového průběhu bolesti se využívá škála VAS. Na vodorovnou osu se vyznačí časový průběh (hodiny, dny) a na svislou osu se zanesou intenzita bolesti. V jednotlivých časových obdobích je intenzita bolesti sestrou zaznamenávána (Pokorná a kol., 2013, s. 109–119).

1.5.5 Hodnocení souvisejících faktorů

Existuje řada činností, které bolest vyvolávají, ale i činností, které naopak bolest zmírňují. Je velmi důležité tyto faktory vyhledat, a tím bolesti předcházet. Například fyzická námaha, chlad, teplo, stres a strach často bolest vyvolávají. Faktory přinášející pacientům úlevu od bolesti mohou být aplikace tepla a chladu nebo podání analgetik (Pokorná a kol., 2013, s. 109–119).

1.6 Léčba bolesti

Prioritou všech zdravotníků by mělo být zmírnění bolesti pacientů, zvláště pokud je způsobena léčbou.

1.6.1 Historie léčby bolesti

Tlumení bolesti můžeme pozorovat ve všech obdobích lidské společnosti. Je popisováno v mnoha historických dokumentech, na babylónských hliněných destičkách, egyptských papyrech i nálezech ze starověké Tróje. Prvotní lidé využívali velice primitivní, ale účinné metody tlumení bolesti, např. tlaku nebo studené vody. Tito lidé věřili, že jim bolest způsobují zlí démoni a snažili se před nimi chránit kouzly, amulety a zařikáváním. Aby mohly odtéct zlé šťávy, způsobovali si rány, kterými tuto tekutinu odsávali zvláštními trubičkami a bolest přenášeli do neživých objektů. Bolest také vnímali jako trest od božstva. Z tohoto důvodu se na usmíření božstev stavěly svatyně, kde kněží používali kouzla k léčbě bolesti. V Číně se začala k úlevě od bolesti využívat dieta, masáže a vpichování jehel do různých bodů lidského těla, dnes se této metodě říká akupunktura. Egypťané věřili, že jim bolest způsobují duchové mrtvých, kteří do těla vstupují nosními dírkami či ušními otvory, proto bolest léčili zvracením, kýcháním, pocením a močením. Dále využívali teplo, chlad, masáže, dokonce i přikládání nilských elektrických ryb, které účinkovaly jako dnešní transkutánní elektrostimulace. Buddhistická filozofie tvrdila, že bolest je příčinou zmaření lidské touhy. Hinduisté zase věřili, že veškerá bolest pochází ze srdce a Řekové se domnívali, že bolest pochází z mozku.

Už od samého počátku bytí lidé hledají způsoby, jak bolest tlumit. V historii se proti bolestem používaly především byliny a rostliny. Egypťané v roce 1550 př. n. l. použili k léčbě bolesti výtažek z polního máku - opium, které se používalo po několik desítek století. V roce 1803 Friedrich Wilhelm Sertürner izoloval krystaly ze surového opia a nazval tuto látku morfinem. Podával se na špičce nože, nebo jako roztok do ran. V roce 1897 Felix Hofmann syntetizoval kyselinu acetylsalicylovou, a tak vzniklo analgetikum neopioidního typu - Aspirin (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012, s. 20, 21).

1.6.2 Léčba pooperační bolesti

Je známo, že akutní pooperační bolest je i přes velký výběr druhů analgetik a dalších alternativních způsobů jejího tlumení, nedostatečně léčena. Při jednodenních chirurgických zákrocích se 10-20 % pacientů vrací do domácího prostředí se střední až těžkou bolestí. Často jsou pacienti, u kterých se předpokládala jednodenní chirurgie, nuceni zůstat v nemocničním zařízení (Rokyta a kol, 2009, s. 16.). V České republice se za rok 2008 podalo

více než 800 000 celkových a místních anestezií. Především se podávají při operacích, u kterých lze předpovídat pooperační bolest. Ta je často intenzivní a přetrvává několik dní. Následkem nedostatečné pooperační analgezie je zvýšená morbidita a mortalita, nežádoucí účinky na oběhový, dýchací, trávicí a imunitní systém, zvýšené riziko deliria, deprese, poruch spánku, vzniku chronické pooperační bolesti a zhoršené kvality života. O pooperační analgezií by měl být pacient poučen již před operací (Málek, Ševčík a kol., 2008, s. 141).

1.6.3 Farmakologická léčba

Podání analgetik má za cíl snížit bolest na snesitelnou intenzitu nebo v lepším případě bolest úplně odstranit. WHO vytvořila dle intenzity bolesti analgetický žebříček, který usnadní výběr správného analgetika na danou bolest. Má tři stupně (viz příloha C). První stupeň je mírná bolest, která se tlumí neopioidními analgetiky. Druhý stupeň charakterizuje středně silnou bolest. Ta by měla být tlumena neopioidními analgetiky společně se slabými opioidy. A nakonec třetí stupeň zastupující silnou bolest, kterou tlumíme kombinací silných opioidů a neopioidních analgetik.

1.6.3.1 Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika se dělí na analgetika-antipyretika a nesteroidní-antirevmatika (NSA).

Analgetika-antipyretika

Dle chemického složení je dělíme na deriváty fenazonu a anilinu. Zástupci derivátů fenazonu jsou propyfenazon a metamizol. Anilinové deriváty zastupuje paracetamol, který má velmi slabé inhibiční účinky na periferní cyklooxygenázu, to znamená, že nemá protizánětlivé účinky. Inhibuje cyklooxygenázu pouze v centrální nervové soustavě, tím je vysvětlován antipyretický a analgetický účinek.

Inhibice cyklooxygenázy a NSA

V 70. letech anglický farmakolog John Robert Vane získal Nobelovu cenu za objev, že tlumením cyklooxygenázy dojde k protizánětlivému, analgetickému a antipyretickému účinku kyseliny acetylsalicylové. Cyklooxygenáza inhibuje syntézu prostaglandinů, které zvyšují citlivost receptorů pro bolest, způsobují vazodilataci a zvyšují propustnost kapilár, nastaví termoregulační centrum na vyšší teploty, zvyšují tvorbu žaludečních hlenů aj. Později se zjistilo, že existují dvě izoformy cyklooxygenázy. COX-1 (cyklooxygenáza-1) je produkována ve většině tkání, trombocytech, buňkách sliznice žaludku a ledvin. Produkce COX-2 (cyklooxygenáza-2) se zvyšuje při poškození organismu.

Podle míry inhibice COX-1 a COX-2 se NSA rozdělila do tří skupin. COX-neselektivní, které inhibují jak COX-1, tak i COX-2. Účinné látky těchto analgetik jsou piroxicam, naproxen, indometacin a ibuprofen. Meloxicam a nimesulit patří mezi analgetika, která tlumí především COX-2, ale při použití vyšších dávek inhibují i COX-1. Mezi poslední skupinu patří tzv. koxiby (celecoxib, parecoxib, rofecoxib aj.). Tato analgetika v doporučeném dávkování neovlivňují COX-1. Oproti neselektivním NSA mají selektivní NSA mnohem menší riziko nežádoucích účinků v gastrointestinálním traktu, astmatických reakcí i krvácivosti (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012, s. 116–119).

1.6.3.2 Opioidní analgetika

Obsahují derivát opia (máku). Fungují na základě přerušení neurotransmiterů podílejících se na přenosu signálu bolesti do mozku (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 213). Opioidní analgetika se dělí dle síly účinku na slabá a silná. Silné opioidy lze předepisovat pouze na opiatové předpisy, které jsou označeny modrým pruhem. Dělení opioidů na silné a slabé je dáno aktivací jejich receptorů a afinitou k nim. Receptory dělíme na tři základní typy μ , κ a δ , avšak existují i jejich podtypy μ_1 , μ_2 a další. Podle stimulace či blokády těchto receptorů dělíme opioidy na antagonisty, agonisty a smíšené agonisty-antagonisty. V účinnosti těchto analgetik dochází mnohdy k nedorozuměním. Často se totiž uvádí, že daný opioid má 100 krát vyšší účinnost. To ale neznamená, že by měl 100 krát vyšší analgetickou účinnost, ale že působí v dávce 100 krát nižší, ale se stejnou analgetickou účinností. Důležitý je i stropový efekt, který udává nejvyšší dávku opia, kdy ještě dochází k útlumu bolesti. Při dalším navyšování dávky se už bolest nesnižuje, pouze se mohou zesilovat nežádoucí účinky, které jsou například zácpa, nauzea, sedace, únava, zvracení, pocení, zmatenost, halucinace, hypotenze, útlum dýchání a mnoho dalších (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012, s. 129–135).

Slabé opioidy jsou agonisti nebo smíšené agonisti-antagonisti. Zástupci jsou kodein, tramadol, nalbupin, pentazocin, propoxyfen, butorfanol a dihydrokodein.

Silné opioidy se využívají v léčbě bolesti, které nelze tlumit neopioidními ani slabě opioidními analgetiky. Jsou plnými agonisty. Nejčastěji se využívá morfin pro jeho silnou analgetickou účinnost a dlouhý efekt působení. Další jeho výhodou je nízká cena. Fentanyl se používá v transdermální aplikaci především při chronických bolestech. Oxykodon má oproti morfinu rychlejší nástup účinku a u pacientů s renálními či jaterními poruchami není tak škodlivý. V Americe je dokonce povolené podávat oxykodon na bolesti zubů, zad a při artróze.

Dalšími zástupci silných opioidních analgetik jsou pethidin, piritramid, buprenorfin, hydromorfon, methadon, remifentanil, sufentanil a další (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012, s. 136–138).

1.6.4 Nefarmakologická léčba

K terapii bolesti nemusíme používat pouze léky, existuje mnoho jiných způsobů, jak bolest mírnit. Některé ze základních principů jsou například muzikoterapie, relaxace, hypnóza nebo pouze rozptýlení pozornosti (Kolektiv autorů, 2009, s. 47). V časném pooperačním období se používají jen některé z těchto metod, například polohování a chlazení. Další způsoby léčení bolesti mají význam v pozdějších dnech.

Často využívanou nefarmakologickou léčbou bolesti je léčba suchým či vlhkým teplem. Ta zmírňuje ztuhlost kloubů, bolesti a spasmy svalů, zlepšuje cirkulaci a zvyšuje práh bolesti. Tato terapie se využívá u léčby bolestí hlavy, svalů, uší a menstruačních bolestí. Mírní bolest zvýšením krevního průtoku, metabolismu tkání a snížením vazomotorického tonu. Ovlivňuje volná nervová zakončení a tím produkuje analgezii. Nahřívací pomůcka by měla mít teplotu mezi 40 – 43 stupni Celsia. Pomůcku je nutné zabalit do látky, aby nedošlo k podráždění a zčervenání pokožky (Kolektiv autorů, 2006, s. 97–102).

Ke znecitlivění tkáně vede i terapie chladem neboli kryoterapie. Za účelem snížení bolesti pokládáme na pokožku studené až zmrzlé obklady, které při svém vypařování odvádí teplo kůže, tím ji zchladí a kůže znecitliví (Rosina a spol, 2013, s. 71–72). Transkutánní elektrická neurostimulace využívá elektrického proudu. Je nesmírně důležité nastavit správnou intenzitu frekvence a délku trvání daného impulzu, při nesprávné frekvenci by mohlo dojít k poškození zdraví pacienta. Tato léčba je kontraindikována u pacientů s kardiostimulátorem, horečnatými stavy, aterosklerózou, Parkinsonovou nemocí a dalšími (Storck, 2010, s. 171–172).

1.7 Úloha sestry v perioperačním období

Perioperačním období se rozumí časový úsek začínající intenzivní přípravou pacienta na operační výkon a končící stabilizací zdravotního stavu po výkonu.

1.7.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava začíná již na standardním oddělení a předchází vzniku pooperačních komplikací. Zahrnuje přípravu na operační výkon (očistné klyzma, oholení operačního pole, umytí celého těla, bandáž dolních končetin, odložení oděvu, šperků, protetických pomůcek, vymočení, podání premedikace a nakonec transport na operační sál. Tato příprava je všeobecná a týká se většiny operačních výkonů. Avšak některé výkony vyžadují speciální rozšířenou přípravu. Jedná se o pacienty s přidruženými komorbiditami nebo s orgánovými dysfunkcemi. U těchto pacientů je nutností podrobnější předoperační vyšetření. Nedílnou součástí předoperační přípravy je také poučení pacienta o analgetickém postupu během hospitalizace, poučení nemocného o postupu posuzování intenzity bolesti (Jedličková a kol, 2012, s. 155–157).

1.7.2 Intraoperační péče

Intraoperační péče začíná přivezením pacienta do prostor operačního traktu, kde kvalifikovaný pracovník provede identifikaci pacienta a nasadí mu pokrývku hlavy. Dle operačního programu je pacient převezen na příslušný operační sál, kde si ho přebírá anesteziologický a chirurgický tým. Za analgezií během operačního výkonu a bezprostředně po něm odpovídá anesteziolog. Tato etapa končí předáním pacienta na dospávací pokoj, nebo pokoj intenzivní péče (Jedličková a kol, 2012, s. 155–157).

1.7.3 Pooperační péče

Pooperační péči zajišťují jednotky poanestetické péče. Jsou umístěny co nejbližší operačním sálům, aby se předešlo časovým prodlevám při transportu nestabilních pacientů. Pooperační péče je individuální u každého pacienta. Určuje ji stav pacienta. Rozsah sledování je dán ordinací lékaře. Doporučené sledované parametry jsou: vědomí, dýchání, krevní oběh, tělesná teplota, bolest, nauzea, zvracení, odpad z drénů, návrat svalové síly, diuréza a stav hydratace a volemie. Všechny hodnoty se zapisují do dokumentace tzv. akutní karty. Pacient je na dospávací jednotce do doby, dokud nemá stabilizovaný krevní oběh, spontánně nedýchá a nemá obranné reflexy (polykání, kašel). Nejčastěji po dvou hodinách je pacient převezen na standardní oddělení. Pacienti nestabilní, po rozsáhlých či komplikovaných operačních výkonech, jsou převezeni z operačního sálu přímo na oddělení intenzivní péče. Po stabilizaci

jsou předáni na standardní lůžkové oddělení, kde pokračujeme v měření vitálních funkcí (Herold, Černý, Cvachovec a kol., 2011, s. 2–3).

Lékař zapíše do pacientova chorobopisu ordinaci léků, infuzních roztoků, transfuzí, převazů operační rány, vyndání drénu, záznam o dietoterapii, pohybovém režimu i poloze, ve které by měl setrvávat. Lékař vytvoří individuální plán pooperační analgezie dle typu operačního výkonu, věku klienta a zdravotního stavu. Pro správný pooperační průběh je významné tlumení bolesti. Pokud se rána hojí bez komplikací, per primam, bolest vymizí do jednoho až dvou dnů. Někdy se do rány dostane infekce, začne krvácet, rozestoupí se nebo se vytvářejí píštěle. V tomto případě bude intenzivní bolest přetrvávat a jedná se o hojení per secundam (Slezáková a kol, 2010, s.36).

Analgetika volíme individuálně dle intenzity bolesti a stavu pacienta. Následuje sledování účinnosti analgetik a případná změna analgetik. Zvracení je častý pooperační jev, který tlumíme podáváním tzv. antiemetik. Dbáme na to, aby nedošlo k aspiraci. Jestliže dochází k opakovanému zvracení, zavádíme nasogastrickou sondu. Vlivem celkové anestezie dochází k neschopnosti se spontánně vymočit, pokud k tomu nedojde do 6 – 8 hodin, je nutné pacienta jednorázově vycévkovat. Pokud i poté nezačne pacient spontánně močit, je nutné mu zavést permanentní močový katétr. Důležitou roli hraje i včasná rehabilitace, která předchází nejen tromboembolické nemoci, ale i respiračním onemocněním, dekubitům apod. (Schneiderová, 2014, s. 10–11).

1.8 Klasifikace gynekologických operací

V historii gynekologie se klasifikace gynekologických operací měnily a dodnes neexistuje jednotná klasifikace.

1.8.1 Dle velikosti

Malé výkony

Operace, které může technicky provést jeden operatér při krátkodobé či lokální anestezii a pobyt pacientky ve zdravotnickém zařízení nebude delší než 24 hodin. Jedná se především o vaginální výkony prováděné na děložním hrdle a v dutině děložní. Mezi ně patří například sondáž dělohy, dilatace děložního hrdla, punkce Douglasova prostoru, punkce cysty, miniinterupce a další (Roztočil a kol, 2011, s. 396).

Velké výkony

Naopak u velkých výkonů je potřeba operatér minimálně s jedním asistentem. Operace je prováděna při celkové anestezii a pacientka je hospitalizována déle než jeden den. Jedná se například o ovariectomii, cystektomii, resekci ovarií, hysterectomii simplex a další (Roztočil a kol, 2011, s. 396).

1.8.2 Dle operačních přístupů

Abdominální přístup

Mezi abdominální přístupy patří laparotomie a laparoskopie. **Laparotomie** je chirurgické otevření dutiny břišní, které se provádí především u velkých operací. Jsou zde dvě možnosti řezů. Klasický podélný řez ve střední čáře mezi symfýzou a pupkem a příčný řez nad symfýzou. Oproti laparoskopii je při laparotomii větší pooperační riziko hernií a větší pooperační diskomfort (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 63, 64). **Laparoskopie** je metoda minimálně invazivní chirurgie, která umožňuje operovat v břišní dutině prostřednictvím jednoho nebo více vpichů. Využívá k tomu specializované vybavení. Laparoskopie umožňuje jak diagnostické, tak terapeutické zásahy (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 64; Schneiderová, 2014, s. 96).

Vaginální přístup

Při operacích s vaginálním přístupem je pacientka v gynekologické poloze. Tento přístup má lehčí pooperační průběh (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 63).

Laparoskopicko-vaginální přístup

Nejčastěji u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Ve snaze po menší pooperační ráně a bolestivosti se v dnešní době upřednostňují miniinvazivní zákroky pomocí endoskopických metod (Slezáková a kol., 2013, s. 32).

1.9 Abdominální operace

Abdominální operace jsou prováděny z přístupu břišní stěnou, buď laparoskopicky, nebo laparotomicky.

1.9.1 Operace odstraňující dělohu

Před operací je ženě do močového měchýře zaveden Foleyův permanentní močový katétr. Někteří lékaři doporučují kromě běžné dezinfekce operačního pole také dezinfekci pochvy nebo zavedení poševní tamponády (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 926–935).

Do operací odstraňující dělohu řadíme hysterektomii jednoduchou, radikální a rozšířenou. Jednoduchá hysterektomie spočívá v oddělení dělohy. U hysterektomie radikální je odstraněna nejen děloha, ale i její závěsný aparát a kraniální část pochvy. Rozšířená hysterektomie se často využívá při maligních onemocněních ovaria nebo u pokročilejších stádií karcinomu endometria s prorůstáním nádorových buněk na serózu dělohy. K hysterektomii a adnexektomii se připojují: laváž dutiny břišní nebo odběr cytologie ascitu, omentektomie, appendektomie, lymfadenektomie a další (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 926–935).

1.9.2 Další operace na děloze

Myomektomie je indikována při velikosti myomu větším než 5 cm, jeho rychlý růst nebo symptomy spojené s myomem (neplodnost, bolest, útlak orgánů, děložní krvácení apod.). Operace je zahájena hysteroskopií ke zjištění skutečné polohy myomu.

Operace pro vrozené vývojové vady dělohy jako jsou například poruchy splynutí Mullerových vývodů.

Ventrosuspenze dělohy zavěšení dělohy za děložní vaz (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 926–935).

1.10 Vaginální operace

Vaginálně se provádí především vaginální hysterektomie (VH) může být provedena samostatně, nebo současně s jinými výkony. Například s adnexektomií, s poševními plastikami či jinými rekonstrukčními zákroky, často také s diagnostickou laparoskopií. Mezi výhody VH patří minimální manipulace se střevy, operátor provede pouze jeden peritoneální otvor a není potřeba provést protěti břišní stěny, tím předejdeme následným rizikům spojeným s incizí. VH se může provádět i u obézních a vysoce rizikových pacientek. Další výhody jsou spojeny s krátkým operačním časem, malými krevními ztrátami, redukcí anestezie, analgetik, antibiotik a dalšími. Pro úspěšné zvládnutí operační techniky VH je nutné, aby měl operátor velmi dobrou znalost vztahu dělohy k jejímu okolí, úponů a vaskularizace (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118–120; Roztočil a kol., 2011, s. 411).

1.11 Další velké gynekologické operace

Adnexektomie může být jednostranná či dvojstranná. Jedná se o operaci, při které se odstraní vaječníky s vejcovody. Často se provádí současně s hysterektomií. **Ovarektomie** je odstranění celých vaječnicků, kdežto při **resekci ovarii** se odstraňuje pouze jejich část. Pokud je indikováno odstranění vejcovodů, jedná se o operační výkon **salpingektomie**. Dalšími častými abdominálními operačními výkony jsou **myomektomie**, při které se odstraňují myomy, ale děloha zůstává, a **cystektomie**, kdy se odstraňují cysty z vaječnicků. Zobrazení základních gynekologických operací viz příloha D.

Vaginální operace, které je nutno zmínit jsou **poševní plastiky**, které se provádí v případě sestupu pohlavních orgánů. Dále **vulvektomie**, neboli odstranění velkých a malých stydkých pysků, klitorisu ev. části hráze (Slezáková, 2011, s. 37).

2 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná a v následující kapitole bude popsána metodika šetření a výsledky samotného průzkumu.

Cíle průzkumné

1. Zjistit, jakou bolest pacientky před operací očekávají v porovnání s bolestí, kterou ihned po výkonu prožívají.
2. Zjistit intenzitu pooperační bolesti v prvních 48 hodinách.
3. Porovnat, jaké chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí respondentky očekávaly s tím, jak se k nim zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali.
4. Zjistit spokojenost respondentek s tišením jejich bolesti.

Průzkumné otázky

1. Jakou bolest pacientky před operací očekávají v porovnání s bolestí, kterou ihned po operaci prožívají?
2. Jakou intenzitu bolesti pacientky prožívaly v období 48 hodin po operaci?
3. a) Jaké chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí respondentky očekávaly?
b) Jak respondentky vnímaly chování zdravotnických pracovníků?
4. Jak byly respondentky spokojené s tišením jejich bolesti?

2.1 Metodika průzkumu

Průzkum má kvantitativní charakter a byl prováděn metodou polostrukturovaného rozhovoru a doplněn o studium zdravotnické dokumentace respondentky. Tato metoda šetření předchází riziku nepochopení otázky. Další výhodou je, že tazatel, který je při rozhovoru přítomný, si může zaznamenávat další poznámky a postřehy, které mohou mít vliv na odpovědi (Surynek, 2001, s. 83). Před zahájením průzkumu byl zajištěn souhlas náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry daného gynekologického oddělení. Šetření probíhalo od dubna 2019 do září 2019 v nemocnici, která je součástí akciové společnosti a sdružuje nemocnice jednoho kraje. Zkoumaný soubor tvořilo 40 respondentek, které musely splňovat tato kritéria: žena nad 18 let, pooperační stav (operace nebyla v souvislosti s porodem), po celkové anestezii, GCS 14 – 15, uspěla v testu kreslení hodin a souhlasí se zařazením do průzkumu. Záznamový arch (viz příloha E) je zaměřen na hodnocení pooperační bolesti ve 48 hodinách, v některých zdrojích nazváno jako „časné pooperační období“. V tomto čase dozívá anestezie a může nastat velké množství komplikací. Zároveň pacient prožívá nejintenzivnější pooperační bolest (Janíková, 2013, s. 47). V této práci byla bolest hodnocena v intervalech ihned po operaci, 30 minut, 1 hodinu, 2 hodiny, 8 hodin, 24 hodin a 48 hodin po výkonu. Data získaná do dvou hodin po operaci byla získaná ze zdravotnické dokumentace pacientky na dospávací jednotce. Ostatní informace pro průzkum poskytly respondentky na standardním oddělení a poté byly doplněny ze zdravotnické dokumentace. Tento záznamový arch byl převzat od Mgr. Zuzany Červenkové, která jej připravila v rámci projektu SGS_2017_015 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví a je i nadále používán ve více průzkumných studiích v nemocnicích v regionu. Pro účely získání dat byl využit tento univerzální záznamový arch, některá pole nebyla vzhledem k zaměření této bakalářské práce vyplňována (např. pohlaví, oddělení či použítá léčiva). V příloze E je uveden záznamový arch tak, jak ho využívají i jiní studenti a nevyužité položky jsou přeškrtnuty. Vzhledem k plánované komparaci získaných dat je třeba používat stejný záznamový arch. Tato metodika a výsledky předešlých průzkumů jsou předávány manažerům nemocnic, byly předneseny na konferencích a publikovány ve sbornících¹. Pro nejvyšší validitu obsahuje záznamový arch test kreslení

¹ Červenková Zuzana. 2018. Hodnocení managementu pooperační bolesti. Bolest, sborník konference: X. dialogy o bolesti, aktivitou proti bolesti. Praha.

Červenková Zuzana a kol. 2018. Kvalita péče a vysokoškolské kvalifikační práce. X. výroční odborná konference SAK: vzděláváním ke kvalitě a bezpečí zdravotních služeb. Praha

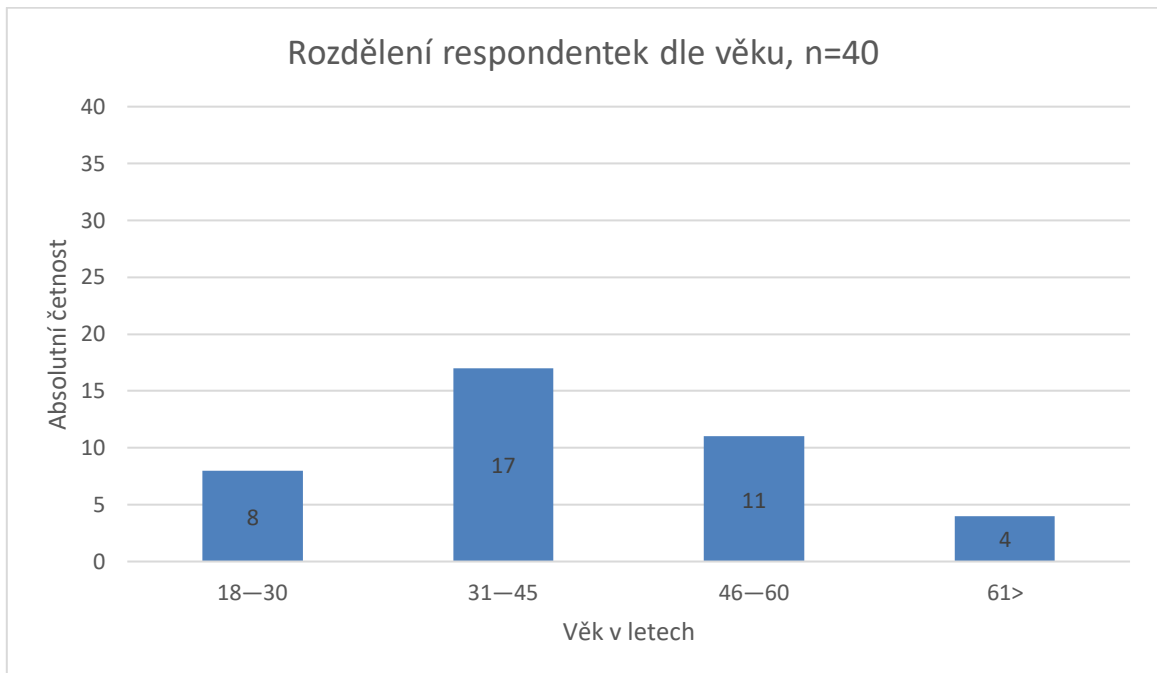
Červenková Zuzana. 2019. Management akutní pooperační bolesti: očekávání, spokojenost a zkušenosti pacientů. Pět nemocnic, jeden tým. Pardubice.

Červenková Zuzana a kol. 2019. Monitoring of progress in postoperative pain intensity. Proceedings: The 18th European Doctoral Conference in Nursing Science, p. 54, Graz.

hodin. Tento test se používá při vyšetření funkčních poruch mozku. Pacient má za úkol zakreslit do předem připraveného kruhu čísla tak, jak jsou na ciferníku a poté ručičky hodin, které ukazují na 11 hodin a 10 minut. Hodnocení bylo provedeno dle Shulmana (viz příloha F) a k výzkumu byly použity jen ty záznamy, které byly hodnoceny výborně. Rozhovor byl členěn do několika částí. První část obsahovala již zmíněný test kreslení hodin a zajišťovala validitu. Druhá část zjišťovala informace o respondentce. Její věk a operační výkon. Třetí část se týká pooperační bolesti. Intenzita bolesti byla zaznamenána pomocí škály VAS. Adamus (2010, s. 119) rozděluje bolest na akceptovatelnou a neakceptovatelnou. Nejvyšší hodnota, kterou bolest akceptovatelná nabývá je VAS 4 (Málek, 2016, s. 124). Pro zjišťování očekávané bolesti ihned po operaci a bolesti v průběhu rozhovoru byla použita jedenáctistupňová škála VAS, kdy pacient může být úplně bez bolesti, tj. VAS 0 nebo prožívat největší myslitelnou bolest, která se značí VAS 10. (Kolektiv autorů, 2009, s. 43–45). Průzkum začal před operací, kdy byla zjišťována očekávaná pooperační bolest, a pokračoval po operaci. Všeobecná sestra nebo porodní asistentka zkontrolovala, zda respondentka podepsala souhlas s nahlížením studentů do zdravotnické dokumentace. Pokud souhlas podepsala, šetření pokračovalo studiem záznamů z dospávací jednotky. Informace o pooperační bolesti a analgezii byly zapsány do záznamového archu. Následoval rozhovor s respondentkou na pokoji standardního oddělení.

2.2 Prezentace výsledků

2.2.1 Věk respondentek

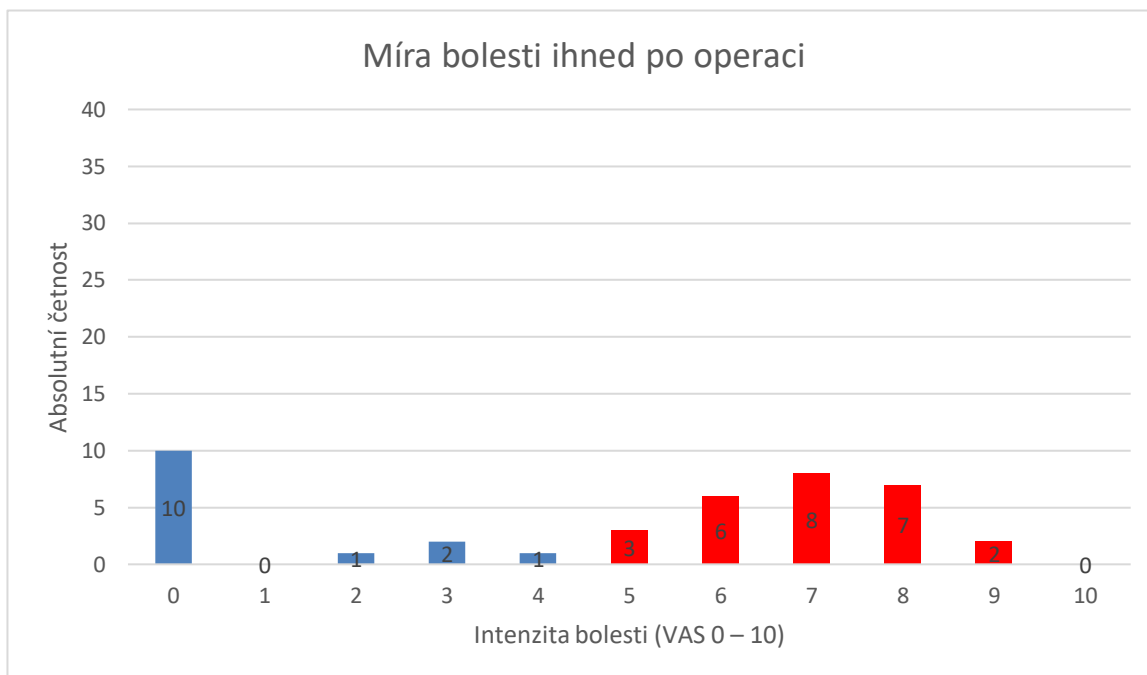


Obrázek 1: Rozdělení respondentek do věkových skupin. (n=40)

Z tohoto grafu lze vyčíst věkové zastoupení pacientek zařazených do průzkumu. Jedno z kritérií pro zařazení do průzkumu byl věk nad 18 let. Celkový počet respondentek je 40. Z grafu vyplývá, že 8 respondentek bylo ve věku 18 – 30 let. Největší zastoupení respondentek bylo ve věku 31 – 45 let. V tomto věkovém rozmezí bylo zařazeno 17 respondentek. Naopak nejmenší zastoupení respondentek bylo ve věku 61 a více. Jedná se pouze o 4 respondentky. Žen ve věku 46 – 60 let bylo do průzkumu zařazeno 11.

2.2.2 Průběh bolesti

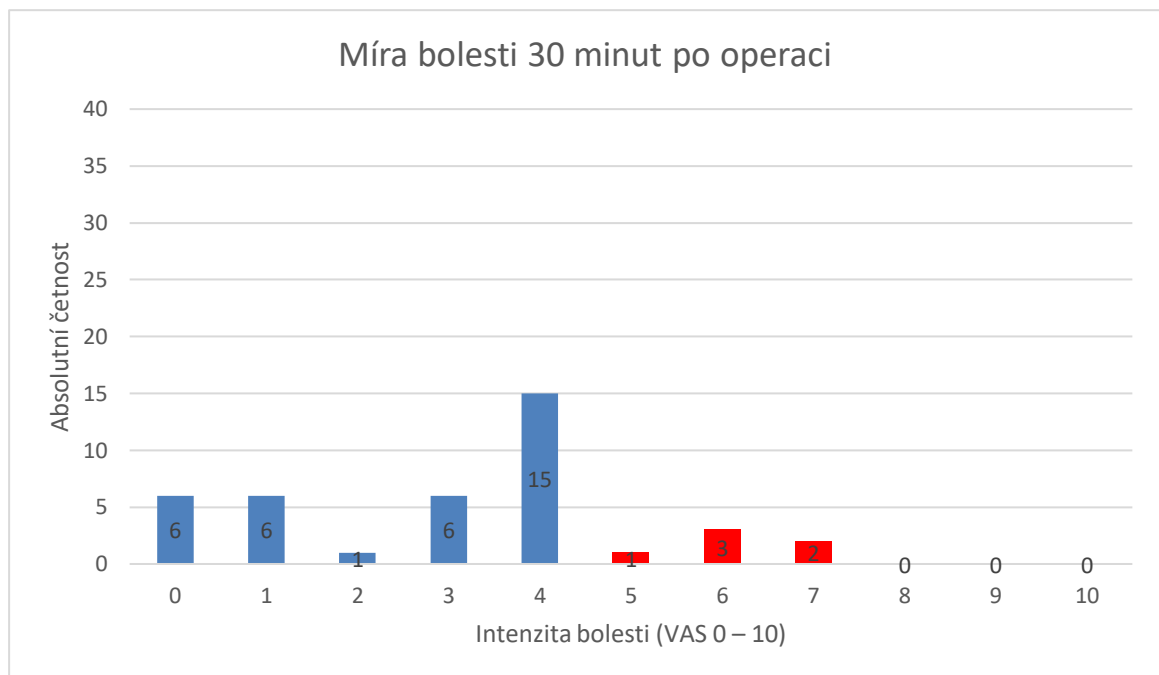
Intenzita bolesti ihned po operaci



Obrázek 2: Graf míry bolesti ihned po operaci. (n=40)

Intenzita bolesti ihned po operaci byla pomocí VAS zapsána všeobecnými sestrami na dospávací jednotce do zdravotnické dokumentace, odkud byly informace opsané. Pro lepší přehlednost je v grafech akceptovatelná intenzita bolesti znázorněna modře, intenzita neakceptovatelná červeně. Z grafu je možné vyčíst, že nejvíce respondentek bylo v tomto pooperačním období bez bolesti. Druhá nejčastěji udávaná hodnota byla VAS 7, kterou popisovalo 8 respondentek. VAS 8 bylo naměřeno u 7 respondentek. Hodnota VAS 6 byla zjištěna u 6 respondentek. VAS 3 a VAS 9 uváděly pouze dvě respondentky. Hodnoty VAS 2 a VAS 4 byly naměřeny shodně u jedné respondentky. Intenzitu bolesti VAS 5 popisovaly 3 ženy. Hodnoty VAS 1 a VAS 10 nebyly zjištěny u žádné z dotazovaných. V tomto pooperačním období byla naměřena nejvyšší průměrná hodnota z výsledků tohoto průzkumu. Jedná se o hodnotu pooperační bolesti VAS 4,8.

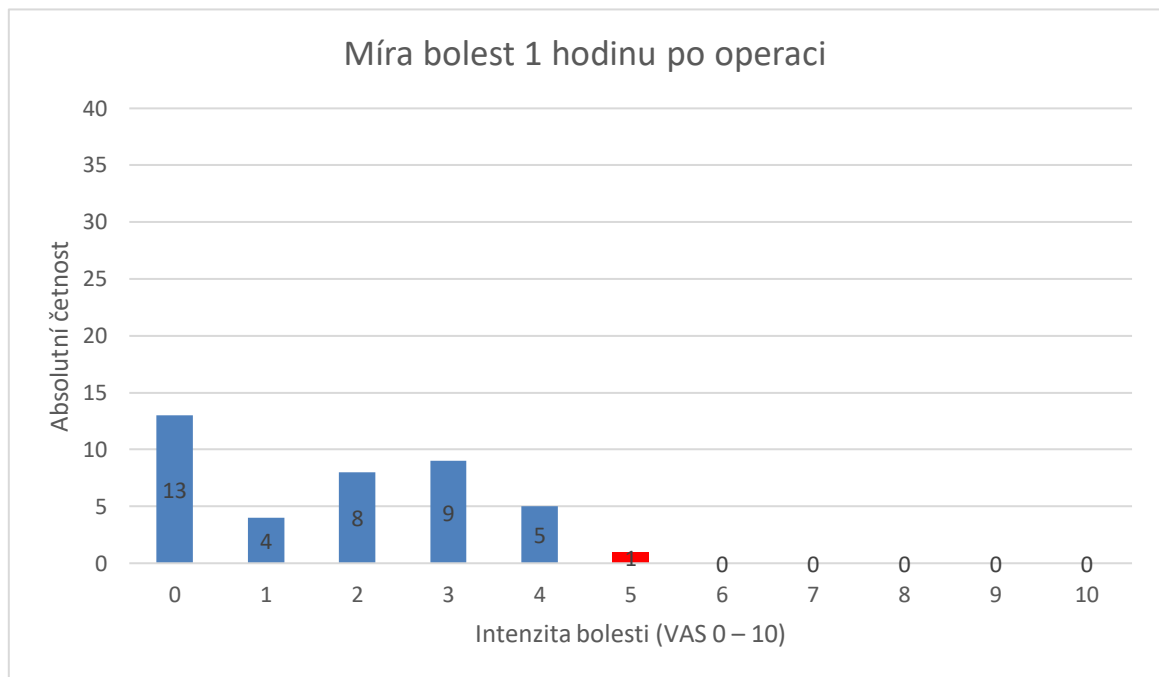
Intenzita bolesti 30 minut po operaci



Obrázek 3: Graf míry bolesti 30 minut po operaci. (n=40)

Použité informace byly opsané ze zdravotnické dokumentace z dospávací jednotky. Bylo zjištěno, že nejvíce pacientek cítilo 30 minut po operaci bolest intenzity VAS 4, jedná se o 15 žen. Druhými nejčastěji udávanými hodnotami byly VAS 0, VAS 1 a VAS 3. Tyto hodnoty byly zjištěny u 6 respondentek. VAS 2 a VAS 5 bylo popisováno shodně jednou pacientkou. Intenzita bolesti VAS 6 byla zjištěna u 3 žen. Dvě respondentky popisovaly půl hodiny po operaci bolest intenzity VAS 7. Půl hodiny po operaci byla zjištěna průměrná hodnota intenzity bolesti VAS 3.

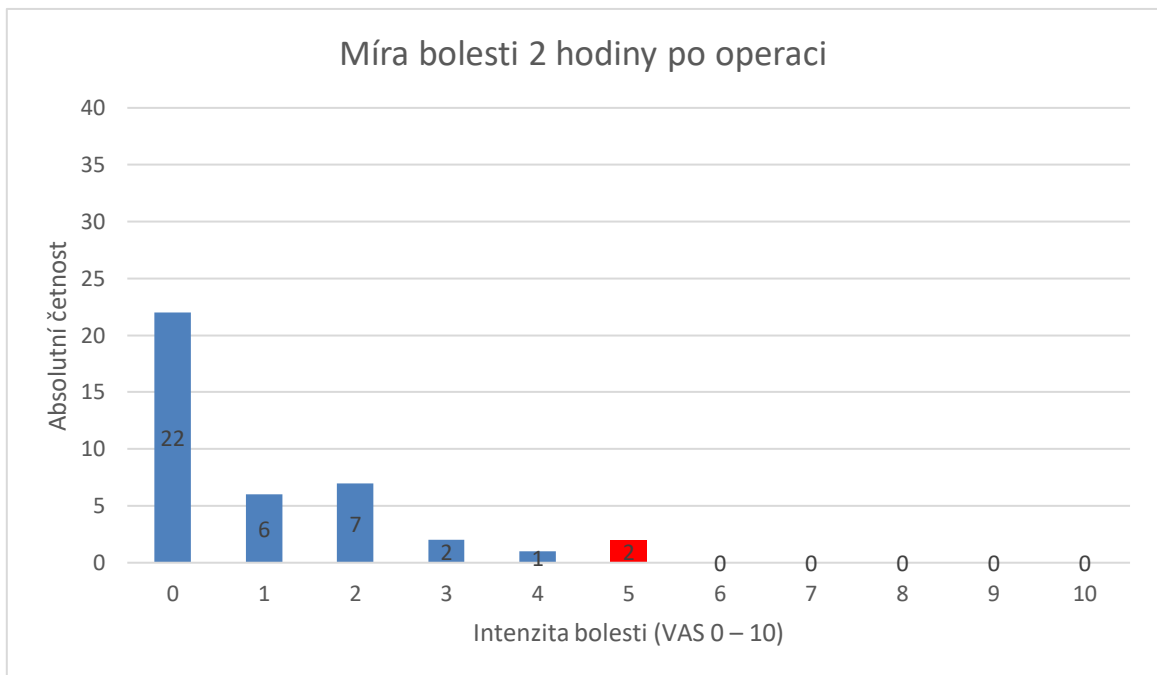
Intenzita bolesti 1 hodinu po operaci



Obrázek 4: Graf míry bolesti 1 hodinu po operaci. (n=40)

Do tohoto grafu byly použity zaznamenané informace ve zdravotnické dokumentaci již z dospávací jednotky. Tento graf ukazuje, že pouze jedna z žen hodinu po operaci prožívala bolest intenzity VAS 5. Pět žen udávalo v tomto pooperačním období hodnotu bolesti VAS 4. VAS 3 popisovalo devět respondentek. Osm žen udávalo bolest VAS 2. Intenzitu VAS 1 prožívaly 4 respondentky. Pacientek, které hodinu po operaci necítily žádnou bolest, bylo 13. Ostatní hodnoty nebyly zaznamenané u žádné z žen. Průměrná hodnota intenzity bolesti hodinu po operaci byla naměřena VAS 1,8.

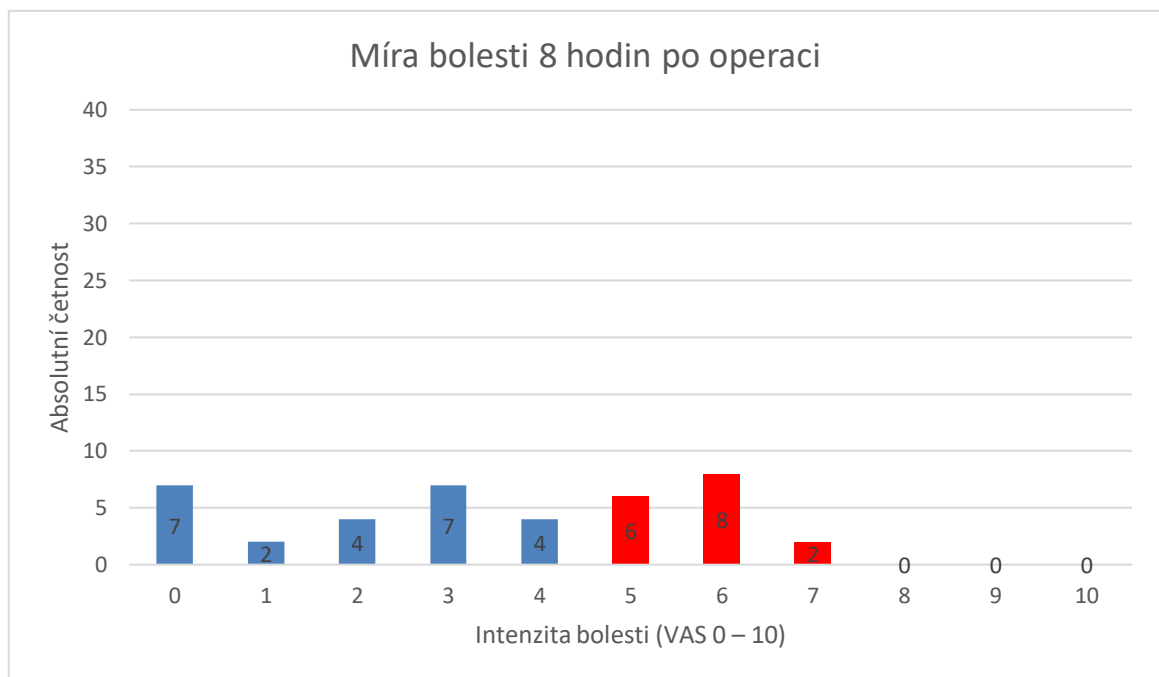
Intenzita bolesti 2 hodiny po operaci



Obrázek 5: Graf míry bolesti 2 hodiny po operaci. (n=40)

Použité informace byly opsané ze zdravotnické dokumentace z dospívací jednotky. Z grafu míry bolesti 2 hodiny po operaci lze vyčíst, že 22 respondentek necítily žádnou bolest. Hodnotu VAS 1 popisovalo 6 žen. O jednu respondentku více, čili 7 žen, uvedlo VAS 2. Shodně dvě respondentky popisovaly bolest intenzity VAS 3 a VAS 5. Pouze u jedné z dotazovaných byla zjištěna bolest VAS 4. V tomto pooperačním období byla naměřena nejnižší průměrná hodnota z výsledků tohoto průzkumu VAS 1.

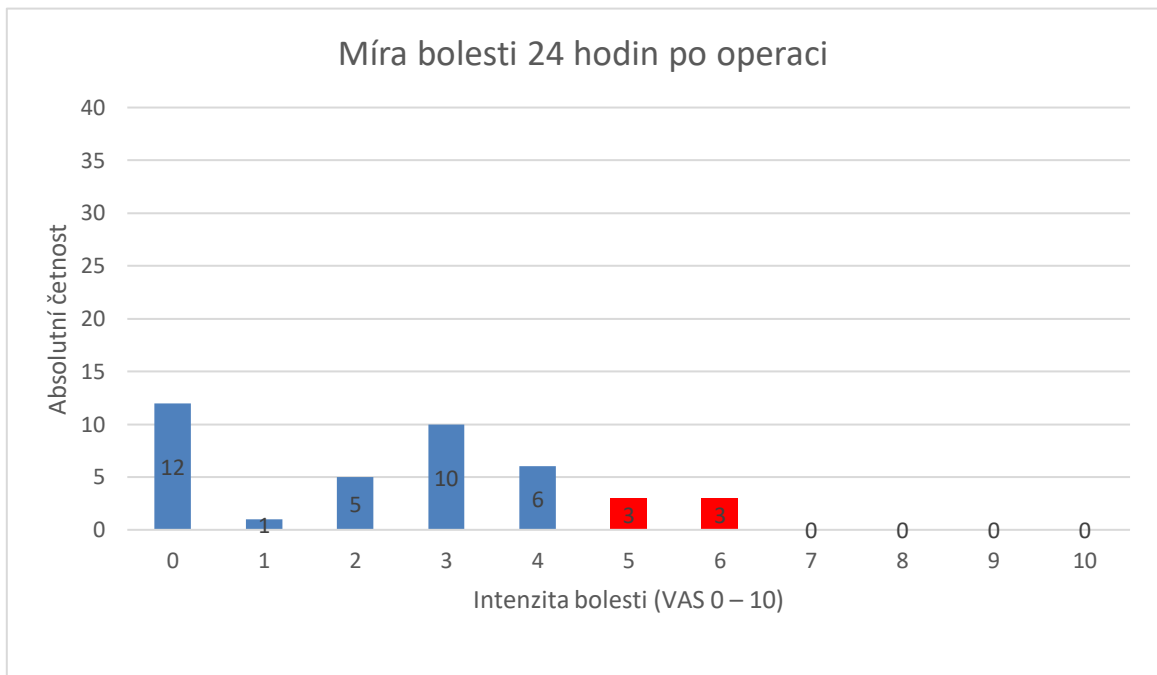
Intenzita bolesti 8 hodin po operaci



Obrázek 6: Graf míry bolesti 8 hodin po operaci. (n=40)

Tyto informace byly zjištěné na standardním oddělení gynekologie. Z grafu míry bolesti 8 hodin po operaci je vidět, že nejčastěji pacientky pociťovaly bolest VAS 6. Jedná se o 8 žen. Druhými nejčastěji udávanými hodnotami byly intenzity bolesti VAS 0 a VAS 3, uvedlo je shodně 7 žen. O jednu respondentku méně, tedy 6 dotazovaných, uvedlo bolest VAS 5. Intenzita bolesti VAS 2 a VAS 4 byla zaznamenána u 4 respondentek. VAS 1 a VAS 7 popisovaly shodně dvě respondentky. Ostatní hodnoty nebyly zaznamenány u žádné z dotazovaných. Průměrná hodnota intenzity bolesti značně vzrostla na VAS 3,5.

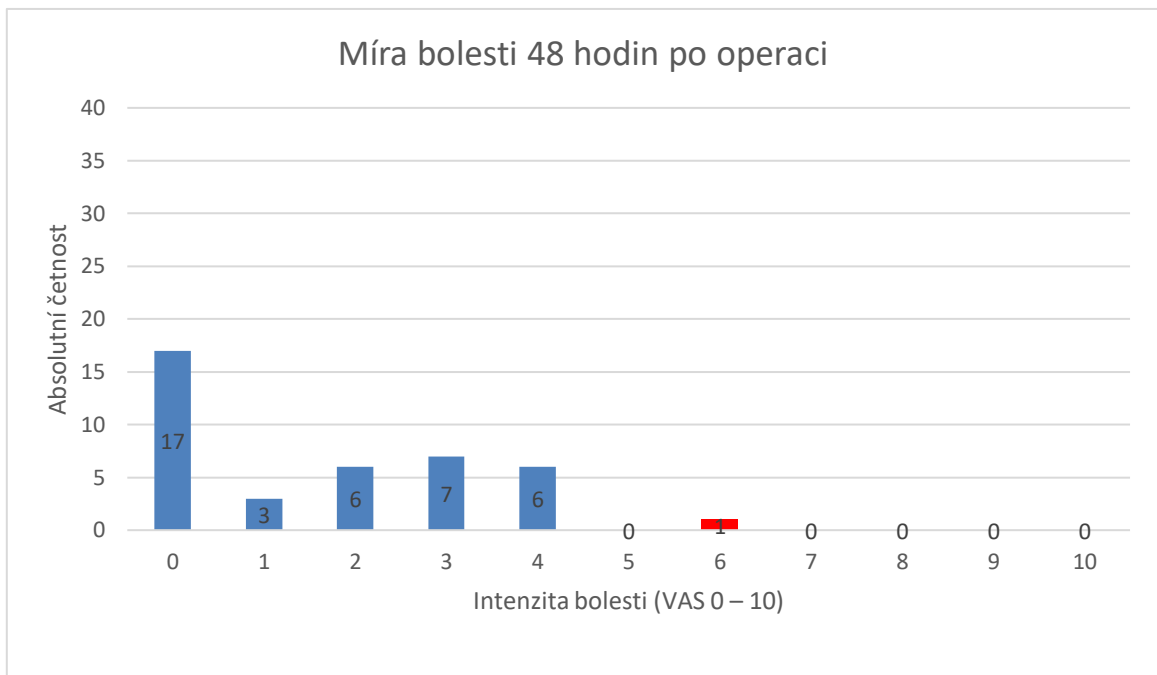
Intenzita bolesti 24 hodin po operaci



Obrázek 7: Graf míry bolesti 24 hodin po operaci. (n=40)

Obrázek č. 7 zobrazuje informace získané na standardním oddělení gynekologie. Je možné si povšimnout, že 24 hodin po operaci 12 žen necítilo žádnou bolest. Druhá nejčastější udávaná hodnota byla VAS 3, která byla zjištěna u 10 respondentek. VAS 2 byla popisována pěti ženami. O jednu respondentku více, tedy 6 žen, popisovalo bolest VAS 4. Tři ženy uváděly shodně intenzitu bolesti jak VAS 6, tak i VAS 5. Pouze u jedné respondentky byla zjištěna bolest VAS 1. Průměrná hodnota síly bolesti klesla na VAS 2,5.

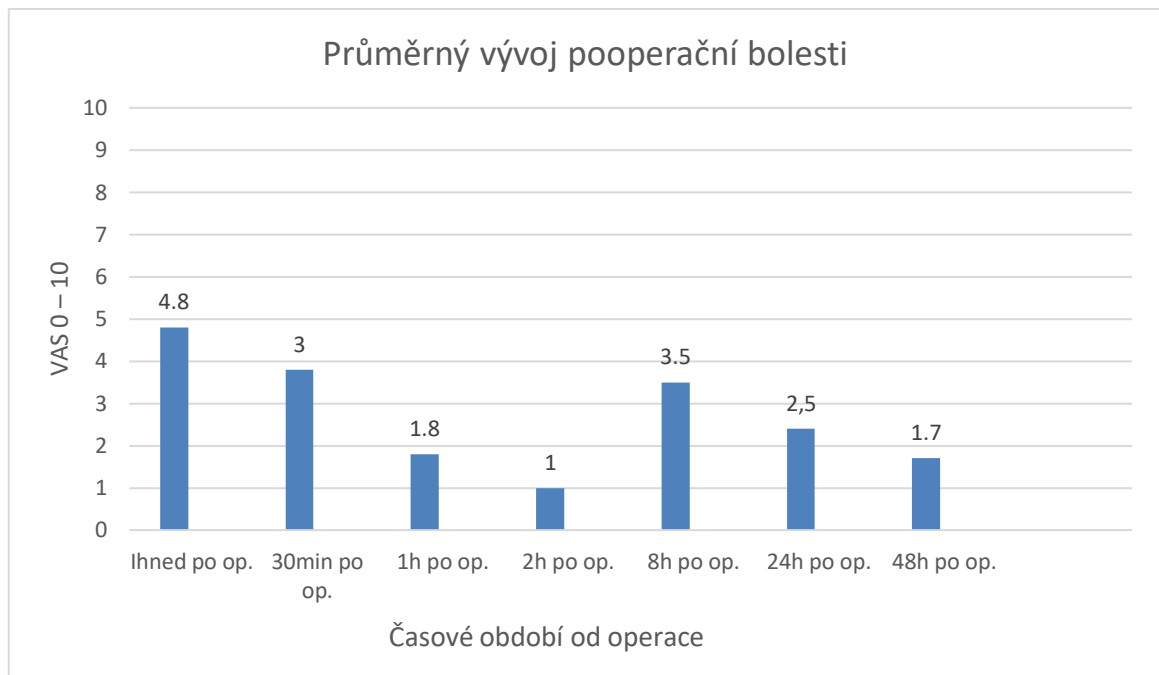
Intenzita bolesti 48 hodin po operaci



Obrázek 8: Graf míry bolesti 48 hodin po operaci. (n=40)

Obrázek č. 8 prezentuje informace získané ze standardního oddělení gynekologie. V tomto pooperačním období bylo zjištěno největší zastoupení žen, které necítily žádnou bolest. Jedná se přesně o 17 respondentek. Nejvyšší udávaná intenzita bolesti 48 hodin po operaci byla VAS 6, udávala ji 1 žena. Shodně 6 žen udávalo bolest intenzity VAS 2 a VAS 4. O jednu respondentku více, čili 7 respondentek, udávalo bolest VAS 3. U třech žen byla zjištěna intenzita bolesti VAS 1. Průměrná hodnota intenzity bolesti v tomto pooperačním období je rovna VAS 1,7.

Průměrná intenzita bolesti ve všech časových intervalech

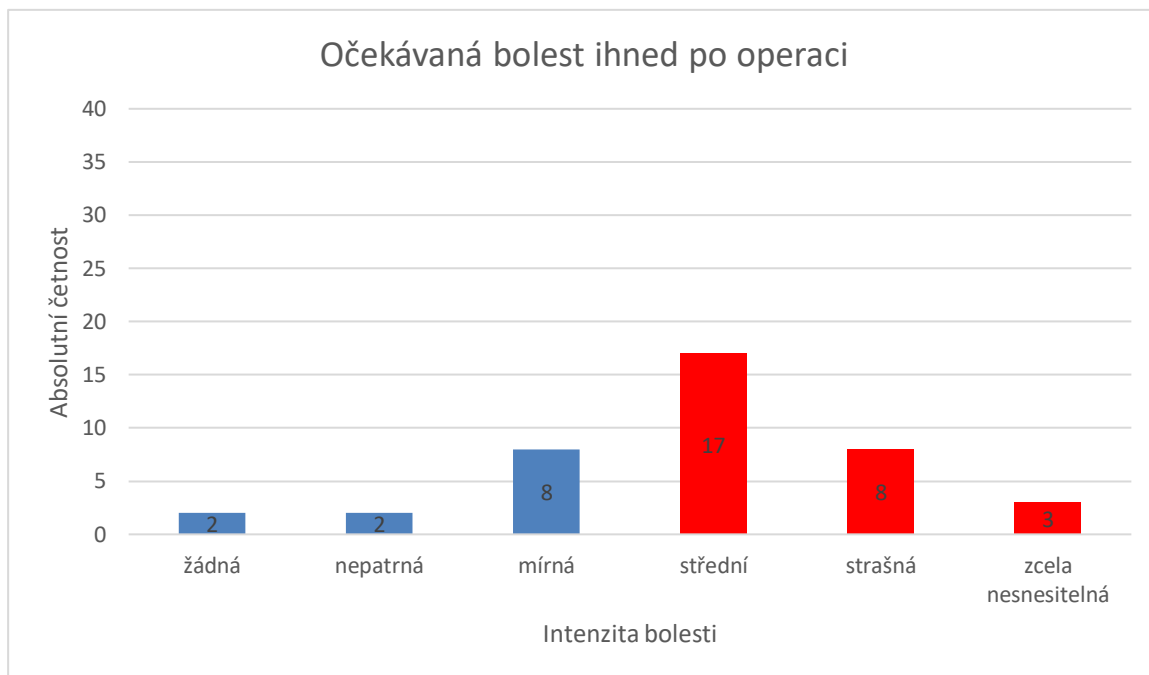


Obrázek 9: Graf znázorňující průměrnou intenzitu bolesti ve všech časových intervalech. (n=40)

Tento graf znázorňuje dle škály VAS průměrné intenzity bolesti ve všech časových intervalech. Nejsilnější bolest 4,8 prožívaly pacientky bezprostředně po operaci. Naopak nejmenší intenzita bolesti VAS 1 byla popisována 2 hodiny po operaci. Půl hodiny po operaci byla popisována bolest intenzity 3. Hodinu po operaci cítily pacientky bolest intenzity 1,8. Po 8 hodinách od operace intenzita bolesti opět vzrostla na 3,5. Přesně jeden den po operaci intenzita bolesti klesla na 2,5. Dva dny po operaci byla intenzita bolesti popisována hodnotou 1,7.

2.2.3 Výsledky otázek ze záznamového archu

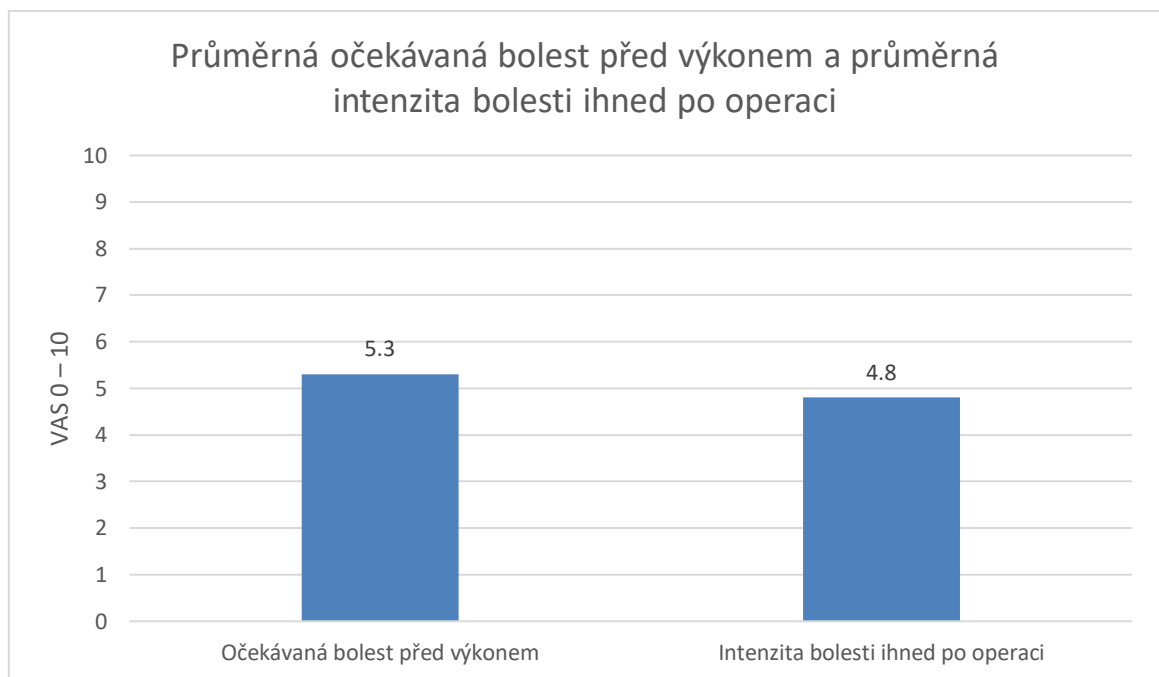
Očekávaná intenzita bolesti ihned po operaci



Obrázek 10: Graf očekávané pooperační bolesti. (n=40)

K zjištění očekávané bolesti ihned po operaci byla použita šestistupňová slovní škála. Ke slovním odpovědím, jakou respondentky očekávaly bolest, bylo přiřazeno číselné hodnocení bolesti. Respondentka může být úplně bez bolesti VAS 0. Pocit bolesti VAS 1 – 2 je nazván jako bolest nepatrná. Bolest VAS 3 – 4 je bolest mírná. Střední bolest označuje intenzitu VAS 5 – 6. Strašná bolest charakterizuje VAS 7 – 8 a zcela nesnesitelná bolest VAS 9 – 10 (Slezáková, 2014, s. 28). Na grafu vidíme, že 2 respondentky neočekávaly žádnou bolest spojenou s operačním výkonem. Stejně tak i 2 respondentky očekávaly nepatrnou pooperační bolest. Mírnou a strašnou bolest očekávalo 8 dotazovaných. Nejvíce pacientek očekávalo bolest střední intenzity 17 respondentek. Zcela nesnesitelnou pooperační bolest očekávaly pouze 3 respondentky.

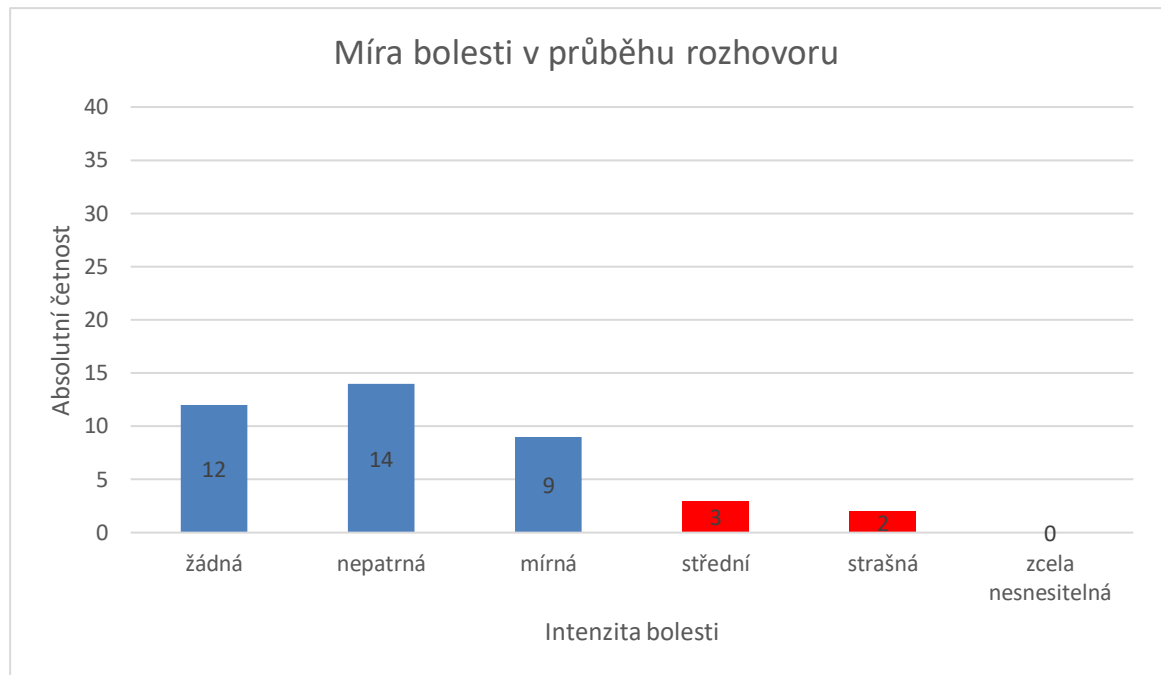
Porovnání očekávané pooperační bolesti s bolestí ihned po operaci



Obrázek 11: Průměrná očekávaná bolest před výkonem a průměrná intenzita bolesti ihned po operaci. (n=40)

Tento graf porovnává průměrné hodnoty očekávané bolesti před operací a bolesti ihned po operaci. Průměr očekávané bolesti (5,3) je o 0,5 vyšší než intenzita bolesti ihned po operaci (4,8).

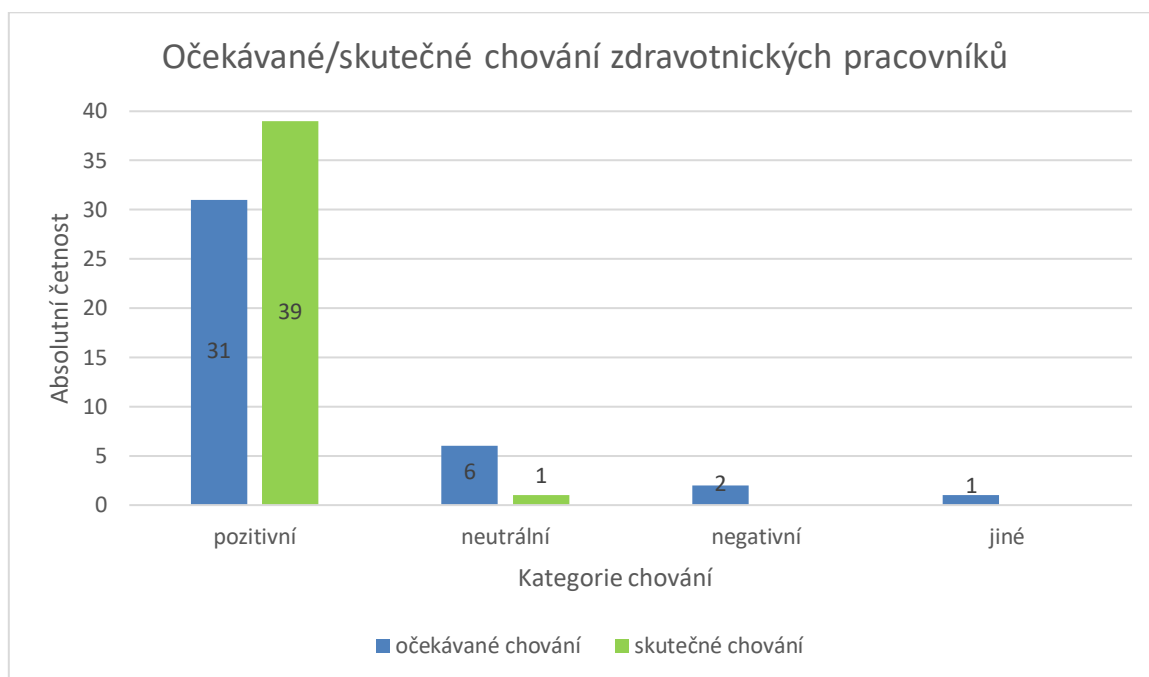
Intenzita bolesti v průběhu rozhovoru



Obrázek 12: Graf intenzity bolesti v průběhu rozhovoru. (n=40)

Pro zjištění bolesti v průběhu rozhovoru byla použita šestistupňová slovní škála. Na obrázku č. 12 je znázorněna bolest prožívaná během rozhovoru. Bolest není hodnocena ve stejném pooperačním období, protože rozhovor u každé z respondentek probíhal v jiný pooperační čas. Pacientky byly dotazovány na bolest v průběhu rozhovoru z etických důvodů, v případě bolesti, byl rozhovor přerušen a byla upozorněna sestra. V průběhu rozhovoru 12 respondentek nepocíťovalo žádnou bolest. Nejvíce respondentek pocíťovalo nepatrnou bolest, a to 14. Mírnou bolest během rozhovoru cítilo 9 pacientek. 3 z dotazovaných udávalo bolest střední. Strašnou bolest prožívaly pouze 2 respondentky. Zcela nesnesitelná bolest nebyla zaznamenána u žádné z pacientek.

Očekávané chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí v porovnání se skutečností



Obrázek 13: Graf očekávaného/skutečného chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí. (n=40)

Vlastními slovy odpovídaly respondentky na otázky, jaké očekávají chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí a jak se zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali. Pro vyhodnocení byly vytvořeny čtyři kategorie odpovědí: pozitivní, negativní, neutrální a jiné. Dle obrázku č. 13 je jasně viditelné, že převažuje pozitivní očekávání. Jedná se přesně o 77,5 % pozitivních odpovědí. Pouze 15 % tvořily neutrální odpovědi. Negativních odpovědí bylo zjištěno 5 % a 2,5 % odpovědí bylo zařazeno do kategorie jiné očekávání. U otázky, jak se zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali, byly zjištěny výborné výsledky. Celých 97,5 % odpovědí bylo pozitivních a pouze jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla, jedná se o zbylých 2,5 %. Jednotlivé odpovědi jsou vypsány v příloze H.

Dostupnost adekvátní analgezie

Tabulka 2: Spokojenost respondentek s tišením bolesti

Spokojenost respondentek s tišením bolesti		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela souhlasím	37	92,5 %
Spíše souhlasím	1	2,5 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Zcela nesouhlasím	0	0 %
Jiné	2	5 %
Celkem	40	100 %

Respondentky se vyjadřovaly k tvrzení: Pokud mám bolest, je mi nabídnuto adekvátní tlumení. Jsem s tlumením bolesti spokojena. Dle tabulky č. 2 můžeme vidět, že 92,5 % respondentek bylo s léčbou bolesti zcela spokojeno a pouze 2,5 % se spokojeností spíše souhlasilo. Jedna (2,5 %) z respondentek odpověděla, že analgetickou léčbu nevyužila a zbylých 2,5 % tvořila jedna pacientka, která odpověděla: „Raději bolest vydržím, aby se vědělo, co mě bolí, v čem je problém.“

3 DISKUZE

V této části budou zodpovězeny tři průzkumné otázky a získané výsledky porovnány s jinými bakalářskými pracemi.

Průzkumná otázka č. 1.: Jakou bolest pacientky před operací očekávají v porovnání s bolestí, kterou prožívají?

U všech 40 respondentek bylo zjišťováno, jakou intenzitu bolesti ihned po operaci očekávají. Škála VAS byla dle Slezákové (2014, s. 28) převedena do šestistupňové škály. Bolesti do hodnoty VAS 4 jsou všeobecně považovány za bolesti přijatelné (Adamus, 2010, s. 119; Málek, 2016, s.124). Dle výsledků tedy můžeme říct, že 30 % dotazovaných očekávalo přijatelnou bolest. Zbýlých 70 % respondentek očekávalo nepřijatelnou bolest, která je vyšší než VAS 4. Nejvyšší procento respondentek (42,5 %) očekávalo bolest o intenzitě 5 – 6, tato bolest je charakterizována jako bolest střední intenzity. Potěšujícím zjištěním je, že ihned po operaci se probudilo zcela bez bolesti 25 % dotazovaných. Tedy u některých dotazovaných realita překonala očekávání. Celkem 35 % respondentek cítilo ihned po operaci snesitelnou bolest do hodnoty VAS 4 a 65 % prožívalo bolest nepřijatelnou. Nejvyšší zastoupení (37,5 %) respondentek popisovalo bolest VAS 7 – 8.

Aritmetický průměr očekávané bolesti činí dle škály VAS 5,3. V porovnání se skutečně prožívanou bolestí ihned po operaci je o 0,5 stupně vyšší. Tedy aritmetický průměr bolesti ihned po operaci je roven 4,8. Ačkoli je průměr skutečně prožívané bolesti oproti bolesti očekávané nižší, obě hodnoty jsou charakterizovány jako neakceptovatelná bolest (Adamus, 2010, s. 119; Málek, 2016, s.124).

K porovnání výsledků tohoto výzkumu, byly vybrány bakalářské práce Svobodové (2019) a Vařečkové (2019), které také hodnotily pooperační bolest ve stejných časových intervalech. Tyto bakalářské práce slouží k projektu Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a zdravotnických zařízeních daného kraje. Nejedná se však o stejné zdravotnické zařízení. V průzkumech je bolest hodnocena škálou VAS. V absolutní četnosti dotazovaných jsou hodnoty shodné (40).

Respondentky tohoto průzkumu očekávaly i prožívaly horší bolest než respondenti průzkumu v práci Svobodové i Vařečkové (viz příloha G, tabulka č. 3 a 4). V práci Svobodové i Vařečkové byli zařazeni do průzkumu ženy i muži po chirurgickém výkonu.

Jiří Málek uvádí, že i přes širokou škálu dostupných analgetických metod a doporučení, existuje velké procento (30 – 40 %) pacientů, kteří po operaci trpí silnou bolestí. Toto tvrzení popisuje i Journal of Anesthesiology Clinical Pharmacology (2018). V prožívání bolesti existují mezi různými populacemi rozdíly, které jsou dány genetickým vybavením, sociálním i kulturním zázemím. Dále také popisuje, že ženy udávají bolesti větší intenzity (Málek, Ševčík a kol., 2014, s.27–28).

Průzkumná otázka č. 2.: Jakou intenzitu bolesti pacientky prožívaly v období 48 hodin po operaci?

V této práci je časné pooperační období chápáno jako období do 48 hodin po výkonu. Jedná se o čas, kdy doznívá anestezie a obnoví se bdělost, vědomí a obranné reflexy pacienta. Je to velmi rizikové období, kdy hlavním úkolem sestry je sledování vitálních funkcí. V tomto čase je vysoké riziko výskytu pooperačních komplikací (Janíková, 2013, s. 47).

Pro hodnocení bolesti v časném pooperačním období byla bolest měřena v těchto časech: ihned po operaci, 30 minut, 60 minut, 2 hodiny, 8 hodin, 24 hodin a 48 hodin. Data získaná do dvou hodin po operaci byla získaná ze zdravotnické dokumentace pacienta na dospávací jednotce. Zbylé informace pro průzkum poskytly respondentky na standardním oddělení. K porovnání výsledků této průzkumné otázky byla vybrána bakalářská práce se stejným počtem respondentů (40) a se stejnými časovými intervaly, kdy byla pooperační bolest zjišťována. Jedná se o práci Sršně (2019), která taktéž slouží k projektu Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a zdravotnických zařízení daného kraje. Průzkum obou prací probíhal ve stejném zdravotnickém zařízení.

Ihned po operaci 25 % dotazovaných necítilo žádnou bolest. Pouze jedna respondentka udávala bolest VAS 1 – 2, tj. 2,5 %. VAS 3 – 4 pocíťovalo 7,5 %. To znamená, že snesitelnou bolest ihned po operaci prožívalo pouze 35 %. Nepříjemnou bolestí trpělo 65 % pacientek a bylo potřeba ihned zahájit analgetickou léčbu. Přesněji 22,5 % pocíťovalo bolest intenzity VAS 5 – 6. Nejčastěji byla popisována bolest VAS 7 – 8. Jedná se o 37,5 %. Pouze u 5 % byla zjištěna bolest VAS 9 – 10. Průměrná bolest vychází VAS 4,8. Oproti průměrné bolesti udávané

Sršněm (VAS 2,38) je o mnoho vyšší (viz příloha G, tabulka č. 4). To může být dáno tím, že do průzkumu Sršně byli zařazeni i muži. Dle Rokyty (2009, s. 71) je vnímání bolesti u mužů a žen rozdílné. Práh bolesti je u žen nižší, a tak bolest více vnímají. Dále tvrdí, že mají ženy nižší reakci na opioidy. Méně známé je, že by se ženám v poměru k tělesné hmotnosti měly aplikovat vyšší dávky než u mužů. U žen není vhodné používat k analgezii pouze jeden druh opioidu, účinnější je kombinovaná terapie.

30 minut po operaci se intenzita bolesti značně změnila. Ačkoli se počet respondentek, které necítily žádnou bolest, snížil na 15 %, aritmetický průměr intenzity bolesti klesl na VAS 3. Snesitelnou bolest prožívalo 85 % a neakceptovatelnou bolest pouze 15 %. Pozitivním zjištěním je, že nikdo netrpěl bolestí intenzity VAS 9 – 10. V průzkumu Sršně (2019) vyšel aritmetický průměr pouze o 0,3 stupně nižší, tedy na VAS 2,7. Dále ve své práci popisoval, že žádnou nebo snesitelnou bolest pociťovalo 65 %, zbylých 35 % respondentů trpělo nesnesitelnou bolestí, tj. intenzita bolesti VAS 4 a vyšší (viz příloha G, tabulka č. 5).

60 minut po operaci aritmetický průměr intenzity bolesti prudce klesl na VAS 1,7. Počet dotazovaných, kteří necítily bolest, opět vzrostl, jedná se přesně o 32,5 %. Bolest intenzity VAS 1 – 2 se týkala 30 % pacientek. 35 % pociťovalo bolest VAS 3 – 4. To znamená, že žádnou nebo snesitelnou bolest popisovalo 97,5 % a pouze 1 z respondentek cítila bolest VAS 5 – 6. Při porovnání s výsledky průzkumu Sršně (viz příloha G, tabulka č. 6) byly zjištěny hodnoty přibližně stejné. Sršně (2019) 60 minut po operaci zjistil průměr bolesti VAS 1,85. V jeho průzkumu 90 % dotazovaných cítilo snesitelnou bolest a zbylých 10 % bolest nesnesitelnou.

2 hodiny po operaci vyšel aritmetický průměr intenzity bolesti v tomto průzkumu (VAS 1,03) i v průzkumu Sršně (VAS 1,18) nejnižší. Nejvyšší bolest VAS 5 – 6 byla popisována u 5 % respondentek. Zbylých 95 % prožívalo snesitelnou bolest nebo žádnou bolest necítilo. Přesněji 55 % dotazovaných necítilo žádnou bolest, 32,5 % cítilo bolest VAS 1 – 2 a naposled 7,5 % udávalo bolest VAS 3 – 4. Opět se výsledky tohoto průzkumu přibližně shodují s výsledky Sršně (2019). Ten ve své práci popisuje 55 % respondentů bez bolesti a pouze 7,5 % dotazovaných s bolestí vyšší než VAS 4 (viz příloha G, tabulka č. 7).

8 hodin po operaci se průměr intenzity opět zvedl na VAS 3,5. Míru bolesti mohlo ovlivnit to, že pacientky byly převezeny na standardní oddělení, kde jejich bolest byla méně intenzivně monitorována. Dále Vaňásek (2014) uvádí, že v tomto období přestává úplně působit anestezie, bolest se hodnotí a dle výsledků dostávají pacientky další analgetickou léčbu. Nejvyšší zaznamenaná hodnota byla VAS 7 – 8, tu pociťovalo 5 %. Bolest míry VAS 5 – 6 popisovalo 35 %. Tedy 40 % dotazovaných trpělo dle Adama (2010, s. 119) bolestí nepřijatelnou. Hodnota se opět shoduje s výsledkem Sršně (2019), který udává, že 42,5 % respondentů v jeho průzkumu popisovalo bolest vyšší než VAS 4 (viz příloha G, tabulka č. 8). Zbýlých 60 % respondentek tohoto výzkumu popisovalo bolest snesitelnou, z toho 17,5 % necítilo bolest žádnou.

24 hodin po operaci vychází aritmetický průměr VAS 2,45. Nejvyšší zaznamenaná míra bolesti byla VAS 5 – 6, tu cítilo 15 %. Nejvyšší zastoupení měla bolest hodnoty VAS 3 – 4, jedná se o 40 % respondentek. Dále 15 % popisovalo bolest VAS 1 – 2 a zbylých 30 % dotazovaných necítilo bolest žádnou. V tomto časovém intervalu se výsledky se Sršněm (2019) rozcházejí (viz příloha G, tabulka č. 9). Ačkoli se k sobě hodnoty aritmetických průměrů blíží, Sršeň (2019) udává, že 50 % jeho respondentů necítilo žádnou bolest a pouze 7,5 % prožívalo bolest snesitelnou. To může být dáno tím, že každý z průzkumů probíhal na jiném oddělení. Na gynekologickém oddělení je mnohem menší počet pacientů než na odděleních, kde probíhal průzkum Sršně. Proto je možné, že na gynekologickém oddělení mají více času na komunikaci s pacienty.

48 hodin po operaci byl poslední interval, kdy byla zjišťována intenzita bolesti. Aritmetický průměr klesl na hodnotu VAS 1,54. Nejvíce dotazovaných necítilo bolest 42,5 %. Pouze jedna pacientka udávala nesnesitelnou bolest hodnoty VAS 5 – 6, jedná se o 2,5 %. Zbýlých 55 % pociťovalo bolest snesitelnou. Sršeň (2019) v tomto časovém období popisuje průměr bolesti VAS 1,9. Žádnou bolest necítilo 62,5 % dotazovaných, 12,5 % cítilo bolest přijatelnou a bolest nepřijatelná byla zaznamenána u 25 % respondentů (viz příloha G, tabulka č. 10). Mezi výsledky průzkumů je rozdíl, který může být způsoben rozdílnými operacemi.

Průzkumná otázka č. 3:

a) Jaké chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s pooperační bolestí respondentky očekávaly?

Na tuto otázku odpovídaly respondentky vlastními slovy. Pro vyhodnocení byly vytvořeny čtyři kategorie odpovědí: pozitivní, negativní, neutrální a jiné. Dle přílohy G tabulka č. 11 je jasně viditelné, že převažuje pozitivní očekávání, jedná se o 77,5 %. Negativních odpovědí bylo zjištěno pouze 5 %. Jednotlivé odpovědi jsou vypsány v příloze H. Dle Zacharové (2017) by se každý zdravotník měl k pacientovi chovat jako k člověku, ne jako k případu. Měl by brát v úvahu všechny okolnosti působící na pacienta a odolávat emoční únavě. U zdravotníka se mohou vyskytnout negativa, která ovlivní spolupráci s pacientem. Může se jednat například o nežádoucí osobní rysy, únavu, stres nebo také nedostatek odborných informací (Zacharová, 2017, s. 84).

b) Jak respondentky vnímaly chování zdravotnických pracovníků?

K zjištění, jak respondentky vnímaly chování zdravotnických pracovníků, byly jednotlivé odpovědi rozděleny do stejných kategorií, jako u předchozí průzkumné otázky. Jednotlivé odpovědi jsou taktéž vypsány v příloze H. U otázky, jak se zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali, byly zjištěny výborné výsledky. Celých 97,5 % odpovědí bylo pozitivních a pouze jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla, jedná se o zbylých 2,5 % (viz příloha G; tabulka č. 11).

Štosková (Sestra, 2010) uvádí, že někteří lidé si stěžují na nedostatek empatie, nonverbálních projevů a neprojevení lítosti. Zamýšlí se nad tím, zda to není způsob, kterým se zdravotníci udržují v psychické rovnováze.

Průzkumná otázka č. 4:

Jak byly respondentky spokojené s tišením jejich bolesti?

Respondentky odpovídaly na dotaz, zda jim při bolesti bylo nabídnuto adekvátní tlumení a zda byly s tlumením bolesti spokojeny. Vybíraly z možností: zcela souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, zcela nesouhlasím a jiné. Zastoupení odpovědí je popsáno v tabulce č. 2. Celých 92,5 % respondentek vybralo odpověď zcela souhlasím. Pouze 2,5 %, tedy jedna respondentka vybrala odpověď spíše souhlasím. Zbýlých 5 % tvoří dvě respondentky, které vybraly možnost jiné, protože analgezií nevyužily. Ševčík a kol. (2008), uvádí: *„Opakovaně bylo zjištěno, že i pacienti s vysokou intenzitou pooperační bolesti udávají spokojenost s pooperační léčbou. Příčiny jsou multifaktoriální, kromě samotné intenzity bolesti sem patří především vstřícný přístup personálu, absence dalších pooperačních komplikací, interval mezi podáním analgetika a nástupem jeho účinku a intenzita bezprostřední úlevy od bolesti po podání analgetika“.*

4 ZÁVĚR

Část teoretická byla zaměřena především na problematiku akutní pooperační bolesti. Přiblížila pojem bolest, její historii, fyziologii a patofyziologii. Dále byly popsány metody léčení bolesti, hodnotící škály a rizika pooperační bolesti. Jelikož je tato práce zaměřena na gynekologické operace, jsou některé z nich v teoretické části popsány. V části průzkumné bylo stanoveno hned několik cílů. Prvním z nich bylo porovnat očekávanou pooperační bolest, která byla zjišťována již před operačním výkonem, s bolestí skutečně prožívanou ihned po operaci. Dalším cílem bylo popsat bolesti v daných časových intervalech. Dále bylo porovnáváno očekávané a skutečné chování zdravotnických pracovníků. Posledním cílem bylo zjistit dostupnost adekvátní analgezie a spokojenost respondentek s tišením bolesti. Zjištěné informace byly dále porovnány s výsledky jiných bakalářských prací.

Výsledky ukázaly, že pacientky před operací očekávaly silnější bolest (průměrná hodnota VAS 5,3), než ve skutečnosti po operaci prožily (průměrná hodnota VAS 4,8). To dokazuje, že je důležité pacienta před výkonem kvalitně poučit a odpovědět mu na všechny otázky, které ho napadají v souvislosti s operací, tím ho uklidníme a zmenšíme jeho obavy z operačního výkonu.

Nejvyšší aritmetický průměr intenzity bolesti VAS 4,83 byl zjištěn ihned po operaci. Poté intenzita bolesti klesala a dvě hodiny po operaci byl zjištěn nejnižší průměr z výsledků tohoto průzkumu VAS 1. Po dvou hodinách byly všechny respondentky převezeny zpět na standardní oddělení, kde intenzita bolesti opět začala stoupat. Po osmi hodinách od operace vzrostl aritmetický průměr bolesti na VAS 3,5. U 40 % respondentek byly zjištěny hodnoty bolesti, které jsou charakterizovány jako neakceptovatelné. Poté míra bolesti opět klesala. Výsledky této práce potvrdily výsledky získané Sršněm a Svobodovou. 24 hodin po operačním zákroku byla u 15 % respondentek zjištěna bolest neakceptovatelná, jednalo se o intenzitu bolesti VAS 5 a VAS 6. V období 48 hodin po operaci byla neakceptovatelná bolest zjištěna u 2,5 % respondentek. V současné době je mnoho způsobů, jak a čím bolest tišit, proto bychom měli bolest pravidelně vyhodnocovat a umožnit pacientům být, pokud možno bez bolesti.

Vysoké procento respondentek (77,5 %) očekávalo pozitivní chování zdravotnických pracovníků. Očekávání neutrálního chování bylo zastoupeno 15 % a pouze 5 % očekávalo negativní chování. Potěšujícím zjištěním je, že respondentky hodnotily skutečné chování zdravotnických pracovníků pozitivně (97,5 %), i přes bolest, kterou při hospitalizaci prožily. Skutečné chování zdravotnických pracovníků tak předčilo očekávané chování.

Každý zdravotník by se měl k pacientovi chovat jako k člověku, ne jako k případu. Měl by brát v úvahu všechny okolnosti působící na pacienta a odolávat emoční únavě.

Dalším pozitivním výsledkem je skutečnost, že 92,5 % respondentek bylo spokojeno s tišením jejich bolesti. 5 % respondentek analgezií vůbec nevyužilo. Zbylá 2,5 % tvořila respondentka, která s adekvátním tlumením bolesti spíše souhlasila. I pacienti s vysokou intenzitou pooperační bolesti udávají spokojenost s pooperační léčbou. Příčiny jsou multifaktoriální. Spokojenost pacientů neovlivňuje pouze bolest, kterou při hospitalizaci prožijí, ale i vstřícný přístup personálu, absence dalších pooperačních komplikací, interval mezi podáním analgetika a nástupem jeho účinku a další.

Výsledky této práce jsou limitovány malým počtem respondentů a tím, že vzhledem k průzkumnému charakteru práce nebyl proveden reprezentativní výběr vzorku respondentek, proto nelze zjištěná data zobecňovat. Výsledky této práce se vztahují pouze na skupinu respondentek, které byly v tomto průzkumu osloveny. Další příčinou možného zkreslení výsledků je fakt, že respondentky byly po různě závažných operacích.

Výsledky budou předány manažerům daného zdravotnického zařízení a budou propojeny s výsledky ostatních studentů zabývajících se touto problematikou v rámci dlouhodobé spolupráce zdravotnického zařízení s Fakultou zdravotnických studií. S výsledky budou seznámeni jak lékaři, tak nelékařští pracovníci, kteří se na pooperační péči podílejí.

5 POUŽITÁ LITERATURA

ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-802-4424-255.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 9788024752303.

BARTŮNĚK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ. *Základy z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-4343-1.

GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, 14(1) [cit. 2019-06-06]. Dostupné z:

<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>. ISSN 1803-5256.

HEITZ, James W. *Pooperační stavy: příznaky, diagnostika, postupy*. Překlad 1. vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0873-2.

Herold I, Černý V, Cvachovec K a kol. *Doporučení pro poskytování poanestetické péče*. Praha: ČSARIM, 2011. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporučení-pro-poskytování-poanestetické-peče-2011.pdf>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 2. ročník, 1. díl*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3105-6

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium: Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy: 1. vyd.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2548-2

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5632-5.

MÁLEK, Jiří a Pavel Ševčík. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. Vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3522-4.

MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kol. Léčba akutní pooperační bolesti. *Bolest* [online]. 2008, 10(3) [cit. 2019-06-27]. Dostupné z:

http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2008/03/04_Malek_Bolest_3_08.pdf. ISSN 1212-0634.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2

POKORNÁ Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ, Michaela SCHNEIDEROVÁ a Hana PINKAVOVÁ. *Ošetřovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea a kol. *Hodnocení v geriatрии: Hodnotící škály*. Praha: Grada, 2013. ISBN 80-247-8769-5.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie. 2*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROKYTA, Richard, Miloslav KORŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest. 2*. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

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

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9902-5.

ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0312.

ROSINA, Jozef, Jana VRÁNOVÁ, Hana KOLÁŘOVÁ a Jiří STANEK. *Biofyzika pro zdravotnické a biomedicínské obory. 1*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4237-3.

ROZTOČIL A KOL. *Moderní gynekologie. 1*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SAMINA Ismail, Ali S. Siddiqui, and Azhar Rehman. *Postoperative pain management practices and their effectiveness after major gynecological surgery: An observational study in a tertiary care hospital*. *Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018, 34(4), p. 478–484. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6360883/>.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 80-247-4414-7.

SCHULER, Matthias, Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III-gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie:2., doplněné vydání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7

STORCK, Ulrich. *Technika masáže v rehabilitaci*. 19. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2663-2.

SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-726-1038-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠEVČÍK, a kol. *Léčba akutní pooperační bolesti* [online]. 2008 [cit. 2018-0407]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/Guid_CSARIM_defin080609.pdf

ŠTOSKOVÁ, Hana. O odborné praxi, komunikaci a umírání. *Sestra*. 2010, 20(12), 8. ISSN 1210-0404.

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

ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

Akademické práce

SRŠEŇ, Mojmir. *Pooperační bolest, její očekávání, průběh a spokojenost pacientů*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková.

SVOBODOVÁ, Kristýna. *Bolest v pooperační péči*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková.

VAŘEČKOVÁ, Jana. *Intenzita pooperační bolesti a spokojenost pacientů s jejím tišením*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková.

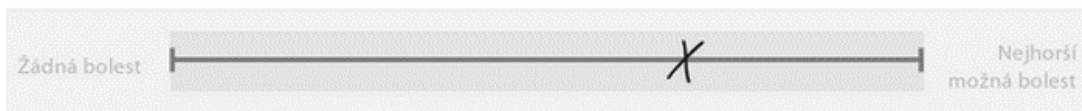
6 PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha B: Mapa bolesti (Kelnerová a spol., 2009, s. 16).....	57
Příloha A: Škály hodnotící intenzitu bolesti (Kolektiv autorů, 2009, s. 45)	57
Příloha C: Analgetický žebříček (Rokyta, 2017, s. 60).....	58
Příloha D: Základní typy gynekologických operací (Slezáková, 2011, s. 36)	58
Příloha E: Záznamový arch.....	59
Příloha F: Hodnocení testu kreslení hodin dle Shulmana (Schuler, Oster, 2010, s. 59)	61
Příloha G: Tabulky porovnávající intenzitu bolesti	62
Příloha H: Odpovědi respondentek. Jaké očekávaly chování zdravotnických pracovníků a jak se ve skutečnosti chovali?.....	65

Příloha B: Škály hodnotící intenzitu bolesti (Kolektiv autorů, 2009, s. 45)

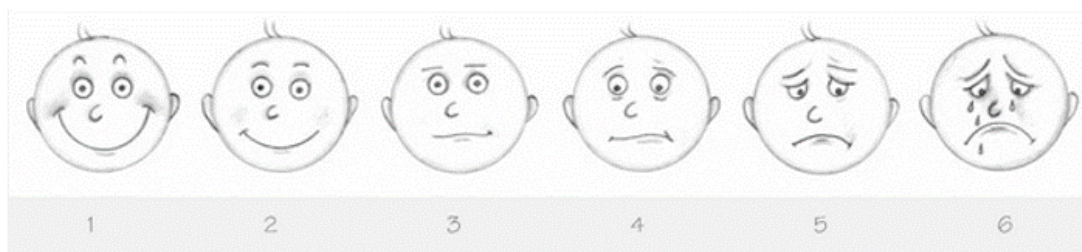
Škála 1 – Vizuální analogová stupnice



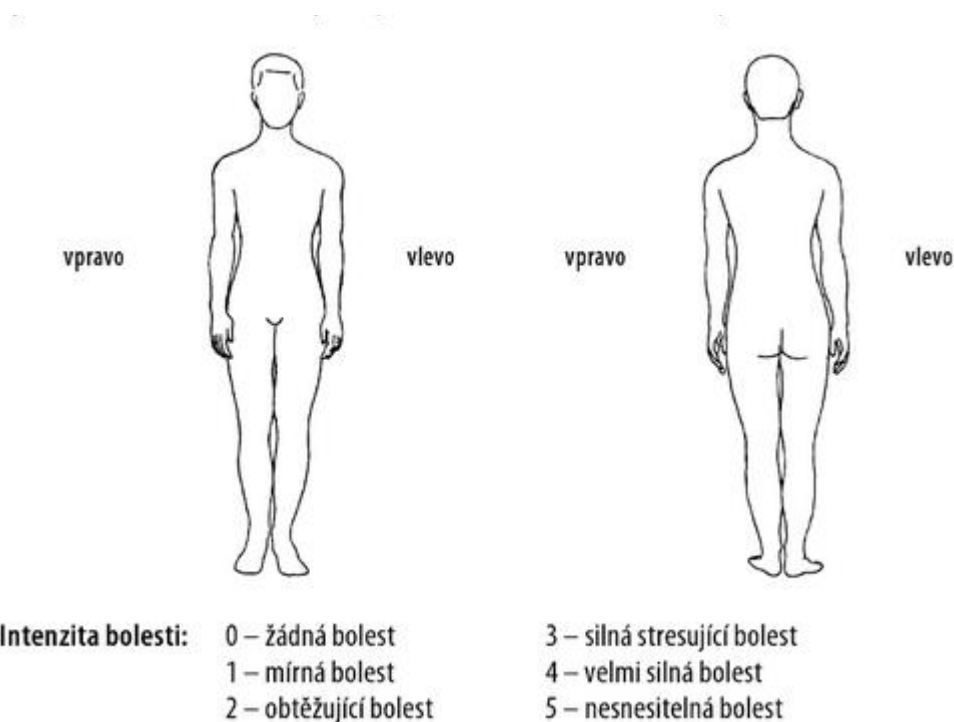
Škála 2 – Numerická analogová stupnice



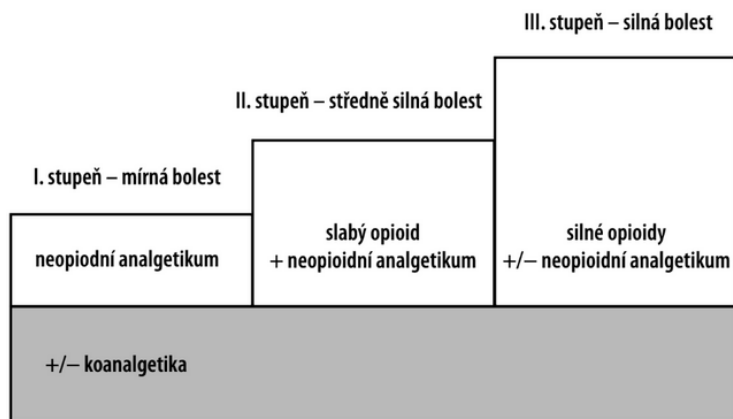
Škála 3 – Obličejová analogová stupnice



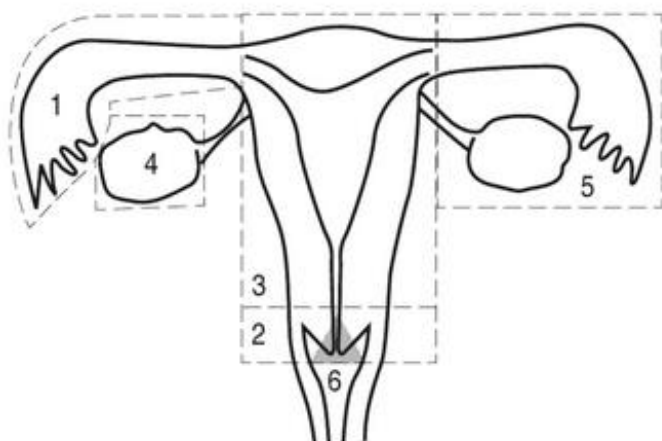
Příloha A: Mapa bolesti (Kelnerová a spol., 2009, s. 16)



Příloha C: Analgetický žebříček (Rokyta, 2017, s. 60)



Příloha D: Základní typy gynekologických operací (Slezáková, 2011, s. 36)

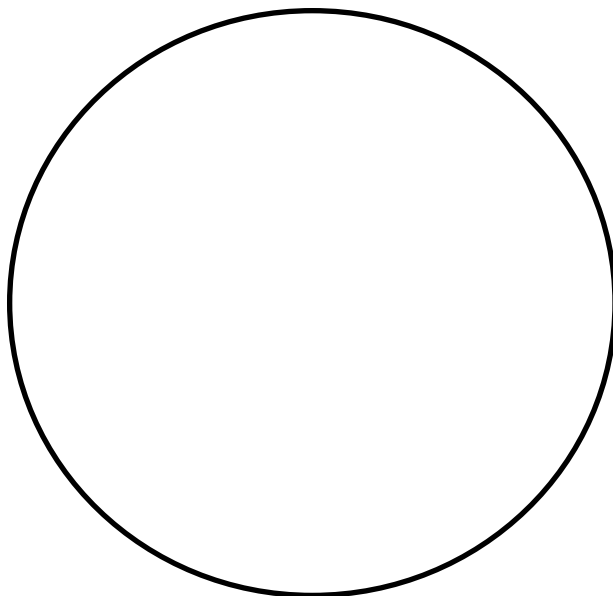


1. salpingektomie
2. hysterektomie
3. supravaginální hysterektomie
4. ovariectomie
5. adnexektomie
6. konizace (trojúhelníkové šedé pole)

Příloha E: Záznamový arch

RESPONDENT Č:

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.



Věk	18–30	31–45	46–60	61>
Pohlaví	muž		žena	
Výkon				
Odd.	Chirurgie	Gynekologie	Jiné	

Bolest ČAS	Bezprostředně po operaci	30 min	60 min	2h	8h	24h	48h	+48h	jiné
VAS (0–10)									
Léky									

VAS = vizuální analogová škála.

1. Očekávaná bolest před výkonem:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

2. Bolest bezprostředně po operaci:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

3. Bolest prožívaná během rozhovoru:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

Čas od operace:


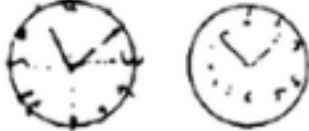

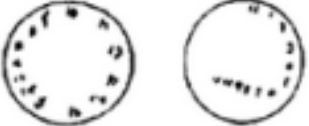
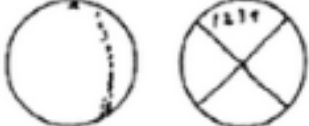

4. Pokud mám bolest, je mi nabídnuto adekvátní tlumení. Jsem s tlumením bolesti spokojen/a.

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

Subjektivně:

5. Jaké jste před operací očekával/a chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s vaší pooperační bolestí?

6. Jak se zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali?

<p>1 „Perfektní“</p> <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 správně zakresleny • dvě ručičky, které ukazují správný čas (11 hod 10 min) 	
<p>2 Mírná vizuálně-prostorová chyba</p> <ul style="list-style-type: none"> • odstupy mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • list otočen, takže číslice stojí na hlavě • pacient používá čáry („paprsek“) k orientaci 	
<p>3 Chybné hodiny, udržena vizuálně-prostorová představivost</p> <ul style="list-style-type: none"> • jen jedna ručička • 11 minut po desáté (apod.) vepsáno jako text • čas nezakreslen 	
<p>4 Vizuálně-prostorová dezorganizace středního stupně, správné zakreslení není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné meziprostory • číslice zapomenuty • perseverace: opakuje kruh, číslice na straně dvanáctky • pravo-levé převrácení (čísllice proti směru hodinových ručiček) • dysgrafie (nečitelné nakreslení číslic) 	
<p>5 Vizuálně-prostorová dezorganizace těžkého stupně</p> <ul style="list-style-type: none"> • jak popsáno pod 4, ale silněji vyjádřeno 	
<p>6 Hodiny nezakresleny vůbec (cave: vyloučit depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus o zakreslení hodin • ani vzdálená podobnost s hodinami • pacient napíše slovo nebo jméno 	

Příloha G: Tabulky porovnávající intenzitu bolesti

Tabulka 3: Porovnání očekávané intenzity bolesti ihned po operaci

Očekávaná intenzita bolesti ihned po operaci								
VAS		bez očekávání	přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
			0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	0	5	5	20	42,5	20	7,5
		0	30			70		
	práce Svobodové	2,5	5	22,5	15	22,5	15	12,5
		2,5	42,5			50		
	práce Vařečkové	0	5	35	35	20	5	0
		0	75			25		

Tabulka 4: Porovnání intenzity bolesti ihned po operaci

Intenzita bolesti ihned po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	25	2,5	7,5	22,5	37,5	5
		35			65		
	práce Svobodové	7,5	35	20	15	20	2,5
		62,5			37,5		
	práce Vařečkové	17,5	17,5	30	25	10	0
		65			35		

Tabulka 5: Porovnání intenzity bolesti 30 minut po operaci

Intenzita bolesti 30 minut po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	15	17,5	52,5	10	5	0
		85			15		
	práce Sršně	45	7,5	12,5	25	7,5	2,5
		65			35		

Tabulka 6: Porovnání intenzity bolesti 60 minut po operaci

Intenzita bolesti 60 minut po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	32,5	30	35	2,5	0	0
		97,5			2,5		
	práce Sršně	45	15	30	5	5	0
		90			10		

Tabulka 7: Porovnání intenzity bolesti 2 hodiny po operaci

Intenzita bolesti 2 hodiny po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	55	32,5	7,5	5	0	0
		95			5		
	práce Sršně	55	27,5	10	2,5	5	0
		92,5			7,5		

Tabulka 8: Porovnání intenzity bolesti 8 hodin po operaci

Intenzita bolesti 8 hodin po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	17,5	15	27,5	35	5	0
		60			40		
	práce Sršně	42,5	5	10	25	17,5	0
		57,5			42,5		

Tabulka 9: Porovnání intenzity bolesti 24 hodin po operaci

Intenzita bolesti 24 hodin po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	30	15	40	15	0	0
		85			15		
	práce Sršně	50	2,5	5	40	2,5	0
		57,5			42,5		

Tabulka 10: Intenzita bolesti 48 hodin po operaci

Intenzita bolesti 48 hodin po operaci							
VAS		přijatelná bolest			nepřijatelná bolest		
		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
Četnost respondentek v %	tato práce	42,5	22,5	32,5	2,5	0	0
		97,5			2,5		
	práce Sršně	62,5	2,5	10	15	10	0
		75			25		

Tabulka 11: Porovnání očekávaného a skutečného chování.

Porovnání očekávaného a skutečného chování.					
Četnost respondentek v %	chování	pozitivní	neutrální	negativní	jiné
	Očekávané chování	77,5	15	5	2,5
	Skutečné chování	97,5	0	0	2,5

Příloha H: Odpovědi respondentek. Jaké očekávaly chování zdravotnických pracovníků a jak se ve skutečnosti chovali?

číslo respondentky	Jaké očekáváte chování zdravotnických pracovníků v souvislosti s vaší pooperační bolestí?	Jak se zdravotničtí pracovníci ve skutečnosti chovali?
1	Doufám, že mě budou přemlouvat, zda něco analgetického nechci.	Funguje to! Léky fungují.
2	Budou empatické.	Adekvátně situaci.
3	Profesionální.	Profesionálně.
4	Obávám se.	Výborně s hvězdičkou.
5	Že mi s bolestí pomohou.	Příjemně.
6	Dobré, nebojím se.	Jsem spokojena.
7	Že mi vyhoví.	Jsem spokojená.
8	Že mi vyhoví.	Dobře – vyhověli.
9	Bez očekávání.	Moc pěkně.
10	Mám smíšené pocity.	Super.
11	Čekávám standardní chování.	Jejich chování bylo nadstandardní.
12	Standardní.	Nadstandardní.
13	Mám obavy.	Nad očekávání.
14	Neřeším to, doufám v příjemné sestřičky.	Příjemně.
15	Doufám, že mi budou bolest tlumit.	Vždy mi od bolesti pomohli.
16	Budou ochotni mi bolest tlumit.	Výborně, snaživě.
17	Slušné chování.	Výborně.
18	S gynekologií v této nemocnici mám dobré zkušenosti, nebojím se špatného chování.	Úžasně.
19	Očekávám dobré chování, protože to na gynekologii znám.	Ochotně, vstřícně.
20	Že mi vyhoví, pomohou.	Velmi pěkně, jsem spokojená.
21	Že mi pomohou.	Pomohli.
22	Nepřemýšlím o tom.	Chovají se moc pěkně.
23	Nebojím se, že by mi na bolest nic nedali.	Na bolest se sestra ptá, v případě bolesti mi je nabídnuto tlumení.
24	Jsem bez očekávání.	Bez odpovědi.
25	No, je to jenom práce. Víím, že tu jsou hodné sestřičky, ale že až takhle, to ne.	Jsem nad míru spokojená.

26	Čekávám milé chování.	Jejich chování bylo milé.
27	Na gynekologii jsem už ležela, takže vím, že tu jsou hodní a milí.	Příjemně.
28	To nejhezčí.	Chovali se krásně.
29	Čekávám velmi přívětivé, hodné, profesionální, chápající zdravotníky.	Dle očekávání.
30	Očekávám, že bolest budou řešit.	Ano, dle očekávání.
31	Nic neočekávám. Hlavně, aby to už bylo za mnou.	Moc pěkně.
32	Od známé jsem slyšela na gynekologické oddělení chválu, takže dobré. Neobávám se.	Skvěle.
33	Že budou ochotni mi pomoci.	Velmi příjemně.
34	Budou chápající.	Hezky.
35	Vstřícné.	Pěkně.
36	Očekávám milé chování.	Chovali se mile.
37	Že mi od bolesti pomohou.	Chovali se moc pěkně.
38	Očekávám milé chování.	Byli příjemní.
39	Že budou vstřícní.	Hezky, mile.
40	Vstřícné chování.	Jsou moc hodní.

očekávání	
	pozitivní očekávání
	negativní očekávání
	neutrální očekávání
	jiné

skutečnost	
	pozitivní zkušenost
	negativní zkušenost
	neutrální zkušenost
	jiné