

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Petra Felcmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika pooperační bolesti

Petra Felcmanová

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Felcmanová**
Osobní číslo: **Z17024**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Problematika pooperační bolesti**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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:

ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzioní medicíny s léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.
MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
ROKYTA, Richard a kolektiv. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.
VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. 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 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

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 směrnici 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 15.7.2020

Petra Felcmanová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Zuzaně Červenkové za odborné vedení této bakalářské práce, za vstřícnost, trpělivost, cenné rady a za čas, který mi věnovala. Dále děkuji své rodině za podporu a motivaci během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřená na problematiku bolesti v pooperačním období u pacientů po chirurgickém výkonu. Teoretická část práce popisuje aspekty pooperační bolesti, diagnostiku, farmakologickou a nefarmakologickou terapii a operační výkon. V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala intenzitu bolesti bezprostředně po výkonu a v následujících několika hodinách a celkovou spokojenost respondentů s tišením jejich bolesti.

KLÍČOVÁ SLOVA

pooperační bolest, analgetika, hodnocení bolesti, léčba, spokojenost, intenzita bolesti

TITLE

Problematics of postoperative pain

ANNOTATION

This Bachelor's work is focused on the issue of pain in the post-operative period in post-surgical patients. The theoretical part of the work describes aspects of postoperative pain, diagnostics, pharmacological and non-pharmacological therapy and the surgical procedure. In the practical part, I asked in a survey about the intensity of the pain immediately after the procedure and in the next few hours and the overall satisfaction of the respondents with their pain relief.

KEYWORDS

Postoperative pain, analgesics, pain assessment, treatment, satisfaction, pain intensity

OBSAH

ÚVOD	11
1 CÍL PRÁCE	12
2 TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1 Bolest.....	13
2.1.1 Definice bolesti	13
2.1.2 Historie léčby bolesti	13
2.1.3 Rozdělení bolesti.....	14
2.1.4 Dělení bolesti dle časového průběhu	15
2.1.5 Diagnostika pooperační bolesti.....	16
2.1.6 Terapie akutní pooperační bolesti.....	18
2.2 Operace	23
2.3 Rozdělení chirurgických operací.....	23
2.4 Operační přístupy	23
2.5 Indikace a kontraindikace k provedení operace	24
2.6 Perioperační ošetrovatelská péče	24
2.6.1 Předoperační příprava	24
2.6.2 Intraoperační období	25
2.6.3 Pooperační období a role všeobecné sestry o pacienta s akutní pooperační bolest	25
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST	27
3.1 Průzkumné cíle.....	27
3.2 Průzkumné otázky.....	27
3.3 Metodika průzkumu	27
3.3.1 Charakteristika místa sběru dat.....	27

3.3.2	Charakteristika dotazníku	28
3.3.3	Zařazovací kritéria do průzkumu	29
3.3.4	Předprůzkum	29
3.3.5	Realizace sběru dat	30
3.4	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	31
4	DISKUZE	42
5	ZÁVĚR	49
6	POUŽITÁ LITERATURA	51
7	PŘÍLOHY	54

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Věkové zastoupení respondentů, n=50	31
Obrázek 2: Pohlaví respondentů, n=50.....	31
Obrázek 3: Graf hodnot VAS bezprostředně po operaci, n=50.....	33
Obrázek 4: Graf hodnot VAS 30 minut po operaci, n=50.....	33
Obrázek 5: Graf hodnot VAS 1 hodinu po operaci, n=50.....	34
Obrázek 6: Graf hodnot dle škály VAS 90 minut po operaci, n=50.....	34
Obrázek 7: Graf hodnot dle škály VAS 2 hodiny po operaci, n=50.....	35
Obrázek 8, Graf hodnot dle škály VAS 3 hodiny po operaci, n=50.....	35
Obrázek 9: Graf hodnot dle škály VAS 4 hodiny po operaci, n=50.....	36
Obrázek 10: Graf hodnot dle škály VAS 8 hodin po operaci, n=50.....	36
Obrázek 11: Graf aktivního zájmu lékařů o pacientovu bolest, n=50	37
Obrázek 12: Graf aktivních návrhů možností tišení bolesti ze strany lékaře, n=50	37
Obrázek 13: Graf možnosti výběru čím bolest utiшит, n=50.....	38
Obrázek 14: Graf možnosti diskuze respondenta s lékařem, co je pro tišení jeho bolesti nejlepší, n=50	38
Obrázek 15: Graf aktivního zájmu sester o bolest pacienta, n=50	39
Obrázek 16: Graf aktivních návrhů sester pro tišení bolesti pacienta, n=50	39
Obrázek 17: Graf možnosti výběru čím bolest tiшит, n=50.....	40
Obrázek 18: Graf diskuze pacienta se sestrou o tom, co je nejlepší pro tišení jeho bolesti, n=50	40
Obrázek 19: Graf, zda se sestry aktivně snaží vytvořit takové prostředí, aby se cítil/a respondent dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítmí...), n=50.....	41
Obrázek 20: Graf celkové spokojenosti respondentů s léčbou jejich pooperační bolesti, n=50	41
Tabulka 1: Přehled operačních výkonů, které podstoupili respondenti, n=50.....	32

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
COX	enzym cyklooxygenáza
GCS	Glasgow Coma Scale (Glasgowská stupnice vědomí)
JIP	jednotka intenzivní péče
NSA	nesteroidní antirevmatika /antiflogistika
např.	například
p. n. l.	před naším letopočtem
tj.	to je
tzv.	takzvaně
VAS	Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála bolesti)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem pooperační bolesti a je rozdělená do dvou částí. Teoretická část práce je zaměřená na klasifikaci bolesti, na diagnostiku a léčbu. V průzkumné části je sledován vývoj pooperační bolesti na dospávacím pokoji a na standardním oddělení a sledovaná byla i spokojenost respondentů s léčbou pooperační bolesti.

Bolest k lidské existenci neodmyslitelně patří. Je to citlivý jev, ve kterém se odráží nepříjemný smyslový a emoční zážitek, který je spojený s aktuálním či potencionálním poškozením. Bolest je u každého člověka individuální. Pooperační bolest spadá do akutní bolesti. V České republice se ročně podá více než 800 tisíc celkových a regionálních anestezií. S větší či menší bolestí je spojen každý operační či diagnostický výkon, a proto není divu, že právě bolest patří k nejvýznamnějším obavám pacientů. Ze studií zemí s vysoce rozvinutým zdravotnictvím je patrné, že ve 21. století není u třetiny až poloviny pacientů dobře tlumená pooperační bolest. Významnou úlohu multidisciplinárního přístupu při léčbě a zvládnutí bolesti hraje zdravotnický pracovník (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 23; Zacharová, Haluzíková, 2013, s. 372).

Kvalitní analgezie je důležitá, protože snižuje přechod akutní bolesti do chronické formy a výskyt pooperačních komplikací, pozitivně ovlivňuje psychiku nemocného a dále umožňuje časnější rehabilitaci a zkracuje dobu pobytu v nemocnici (Hakl a kol., 2019, s. 29-30).

Málek uvádí, že nedostatečná léčba pooperační bolesti není kvůli nedostatku léčiv, ale hlavní příčinou je v organizaci. Protokol o sledování a léčbě pooperační bolesti by měl být založený u každého pacienta. Slouží ke sledování intenzity bolesti, účinnosti léčby nebo případných komplikací. Do toho záznamu by měla sestra oddělení zavést záznam alespoň 4 x za den (Málek a kol., 2011, s. 119).

1 CÍL PRÁCE

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

1. Popsat problematiku pooperační bolesti.
2. Popsat farmakologickou a nefarmakologickou terapii pooperační bolesti.
3. Shrnout úlohu všeobecné sestry v léčbě pooperační bolesti.

CÍLE PRŮZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE

1. Zjistit, zda je bolest u pacientů 8 hodin po operaci udržována v rozmezí 0–4 dle VAS (0–10).
2. Zjistit spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti.
3. Zjistit, zda si pacient může vybrat metodu tlumení své bolesti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Bolest

„*Bolest je to, co pacient říká, že ho bolí.*“ (Vaňásek a kol., 2014, s. 7)

Charakterizuje se jako subjektivní prožitek, který zahrnuje tři základní dimenze – senzoricou, emoční a kognitivně vyhodnocovací. Dále se dělí na dva základní typy: bolest akutní, která je popisována jako symptom nemoci a na bolest chronickou, která je diagnózou sama o sobě. Bolest nelze objektivně měřit, jedná se pouze o subjektivní pocit, a proto jsme povinni ji pacientovi věřit. Bolest se dá většinou odstranit, pokud se použije správný lék ve správné dávce a aplikuje-li se správným způsobem (Vaňásek a kol., 2014, s. 7).

2.1.1 Definice bolesti

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze bolest definovat: „*Bolest je nepříjemný senzorický a emocionální zážitek, spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo který je v termínech takového poškození popisován.*“ (Adamus a kol., 2010, s. 115)

2.1.2 Historie léčby bolesti

V dávné minulosti lidé bolest přisuzovali působení démonů a na svou obranu používali kouzla, amulety a zařikávání. Také byla často bolest chápána jako trest, který byl způsobený různými božstvy.

Primitivní kultury již využívaly jednoduchých, ale přesto účinných metod k tlumení bolesti a to například tlakem, studenou vodou, alkoholem nebo rostlinnými či živočišnými produkty. Usuzuje se, že člověk z doby kamenné používal k tlumení bolesti ostré rybí kosti ke stimulaci některých míst na těle. Staří Číňané ve 3. a ve 2. tisíciletí p. n. l. založili techniku zvanou akupunktura. Ve středověku byla využívána i balneoterapie. Řekové k léčbě revmatických postižení kloubů používali elektrické výboje úhoře *Scriborinus longum*.

V Mezopotámii před 3. tis. – 2. tis. p. n. l. se vytvořila „farmakoterapie“. Maková šťáva (opium) byla jedním z prvních účinných léků proti bolesti. Do Evropy se dostala až v období renesance. Opiovou tinkturu vynalezl švýcarský lékař Paracelsus. Od 16. století se opium zneužívalo jako droga. Jako lék proti bolesti a jako sedativum se dodávalo lékařům a lékárníkům v 18. a 19. století. Významný objev přišel v roce 1805, kdy německý lékárník Serturmer izoloval z opia bílý prášek – „morphin“.

Významným problémem bylo tlumení bolesti při chirurgických výkonech, protože operace bez adekvátní anestezie byla nesmírně traumatizující pro pacienta, ale i velice obtížná pro operátora. Zubní lékař William Morton provedl první vytrhnutí stoliček v celkové éterové anestézii v roce 1846. První epidurální anestezie přichází s rokem 1921.

První lékař, který se začal systematicky věnovat chronické bolesti, byl John J. Bonica. V roce 1947 založil první ambulanci léčby bolesti. V roce 1953 vydal „Management of Pain“, publikaci věnující se problematice bolesti. Rok 1974 přináší založení mezinárodní organizace IASP (International Association for the Study of Pain). V roce 1990 byla založená i česká Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB). Rok 2004 přináší vznik samostatného léčebného oboru Paliativní medicíny a léčby bolesti (Vaňásek a kol., 2014, s. 5–6).

2.1.3 Rozdělení bolesti

Nociceptivní bolest

Jedná se o bolest, která je dobře lokalizovaná, vzniká na základě podráždění nociceptivních receptorů v tkáních a velice dobře reaguje na analgetika. Příkladem této bolesti je bolest při artritidě či artróze (Adamus a kol., 2010, s. 118).

Neuropatická bolest

Příčinou vzniku je poškození centrálního, periferního nebo vegetativního nervového systému. Příkladem je postherpetická, diabetická či ischemická neuropatie. V terapii se používají antikonvulziva, antidepressiva, antiarytmika, slabě reaguje na opioidy (Adamus a kol., 2010, s. 118).

Viscerální bolest

Bolest, která je provázena vegetativní symptomatikou a je špatně lokalizovatelná. V terapii se používají slabé a silné opioidy, ostatní analgetika totiž redukují přenesenou bolest. Příkladem této bolesti je například tumor žaludku nebo dráždivý močový měchýř (Adamus a kol., 2010, s. 118).

Psychogenní bolest

U této bolesti převažuje, až dominuje psychogenní komponenta. Jedná se o depresi, simulaci či poruchy osobnosti. Při léčbě se užívají psychofarmaka (Adamus a kol., 2010, s. 118).

Smíšená bolest

Skládá se z více předchozích typů bolestí. Terapie je kombinovaná – záleží, jaký typ bolesti převažuje. Používají se i specializované výkony, např. portové systémy, radiofrekvence.

Typickým příkladem je FBSS (Failed back surgery syndrom) – jedná se o kombinaci neuropatické, nociceptivní a psychogenní bolesti (Adamus a kol., 2010, s. 118).

2.1.4 Dělení bolesti dle časového průběhu

2.1.4.1 Akutní bolest

„Jedná se o nepříjemný sensorický, emoční a mentální pocit (prožitek) spojený s doprovodnými vegetativními a psychickými reakcemi a změnami chování.“ (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 13).

Zaznamenáváme ji ihned po bolestivém podnětu. Vzniká poškozením tkáně či orgánu mechanicky nebo nemocí a může trvat i několik hodin, dnů, týdnů, ale maximálně 3 měsíce. Jedná se o varovný signál organismu před možným poškozením, který přivádí nemocného k lékaři (Vaňásek a kol., 2014, s. 7). Pokud dojde k potlačení tohoto signálu, může začít chronifikace bolesti (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 13). Spouští neuroendokrinní, imunitní a zánětlivé reakce, proto ji řadíme mezi silné stresory. Následkem je např. zvýšená hladina stresových hormonů, imunosuprese, zvýšený srdeční výdej a zvýšená spotřeba kyslíku při tachykardii (Adamus a kol., 2010, s. 129). Tato bolest se dá dobře lokalizovat a příznivě reaguje na léčbu analgetiky (Vaňásek a kol., 2014, s. 7).

Pooperační bolest

Představuje typický příklad akutní bolesti. V České republice se za několik let podalo více než 800 000 celkových a regionálních anestezií, které ve většině případů představují operační zákroky. Hlavní obavou pacientů chystajících se na operační zákrok, je hlavně pooperační bolest. Každý operační výkon je spojený s menší či větší pooperační bolestí. Dle několika studií ze zemí s vysoce rozvinutým zdravotnictvím je patrné, že až u poloviny pacientů není správně tlumena pooperační bolest (Málek a kol., 2011, s. 118–119). Americká algeziologická společnost (American Pain Society Quality Improvement Committee) uvedla v časopise JAMA z roku 1995, že by pooperační bolest měla být považována za pátou vitální známku, která by měla být stejně tak sledována a korigována jako ostatní čtyři (vědomí, oběh, dýchání a vnitřní prostředí) (Málek a kol., 2011, s. 118).

2.1.4.2 Chronická bolest

V chronickou bolest se může lehce změnit bolest akutní, pokud jsou varovné signály ze strany pacienta bagatelizované, anebo pokud je špatně léčená (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 13; Hakl a kol., 2019, s. 29–30). Jedná se o bolest, která trvá delší dobu, obvykle 3–6 měsíců. Není výjimkou, že může trvat kratší dobu nebo naopak delší. Tato bolest se stává již onemocněním (Vaňásek a kol., 2014, s. 7). Chronická bolest ztrácí charakter ochranného signálu, který

informuje organismus o možném vzniku poškození. Příčina vzniku není vždy známá a to způsobuje, že se nemocní setkávají s nepochopením doma, ale i v zaměstnání a v odborných kruzích. Často ji doprovází specifické příznaky jako je například nespavost, nechutenství, sociální nejistota až sociální izolace. Snižuje kvalitu života jedince, protože působí depresi, úzkost i fyzické utrpení. S chronickou bolestí jsou spojené i změny psychiky. V léčbě se uplatňují specializovaná pracoviště, která mají multidisciplinární charakter. Spolupracují s neurology, onkology, chirurgy, neurochirurgy a ortopedy. Při komplexní analgetické léčbě se využívá i rehabilitační léčba, psychologická podpora nemocného a jeho blízkých, péče psychiatra a analgetická radioterapie (Adamus a kol., 2010, s. 132).

2.1.5 Diagnostika pooperační bolesti

Správná diagnostika typu a intenzity bolesti je nezbytná pro adekvátní a cílenou léčbu akutní bolesti. Vyžaduje vysoce profesionální přístup a to z několika hledisek – etického, psychologického a odborného (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 22).

Anamnéza bolesti

Rozhovor je přizpůsobený stavu pacienta. U akutní bolesti, která je způsobená traumatem, může trvat několik sekund, ale naopak u chronické bolesti je rozhovor delší (Vaňásek a kol., 2014, s. 12). Při rozhovoru se zaměřujeme na příčinu a okolnosti vzniku bolesti, lokalizaci, rychlost nástupu, charakter bolesti, iradiaci a doprovodné symptomy (třes, nauzea, zvracení) (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 22). Dále se zajímáme o psychický stav pacienta, jeho pocity, zkušenosti a očekávání, na vliv nemoci na denní aktivity a kvalitu života pacienta. Nezapomínáme ani na farmakologickou a sociální anamnézu (Vaňásek a kol., 2014, s. 12).

Při pooperační bolesti hraje významnou roli typ a rozsah chirurgického traumatu, typ anestezie, pooperační komplikace a kvalita pooperační péče. Při fyzikálním vyšetření se klade pozornost na místo maximálních potíží, ale i na vzdálené struktury, které mohou s bolestí souviset (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 22).

2.1.5.1 Nástroje pro hodnocení bolesti

K hodnocení bolesti používáme nástroje, které se dělí na dvě skupiny: unidimenzionální-jednoduché a na multidimenzionální – vícerozměrné. U některých autorů se setkáme s dělením metod hodnocení bolesti na verbální a neverbální. Všechny metody hodnocení bolesti mají společné zachycení pouze subjektivního hodnocení bolesti (Vaňásek a kol., 2014, s. 12).

2.1.5.2 Verbální metody hodnocení bolesti

Intenzita současné bolesti (Present Pain Intensity)

Využívá se slovního vyjádření pacienta. Jde o snadné a rychlé vyšetření bolesti u starších osob, dezorientovaných pacientů i u nevidomých a u některých dětí (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 25).

„Pro zhodnocení bolesti jsou pacientovi nabídnuty jednotlivé kategorie, ze kterých si vybere tu, která nejvíce odpovídá skutečnosti: 1- žádná, 2- mírná, 3- střední, 4- silná, 5- nesnesitelná.“
(Vaňásek a kol., 2014, s. 12)

2.1.5.3 Neverbální metody hodnocení bolesti

Vizuální analogová škála (VAS)

Vizuální analogovou škálu tvoří deset stupňů (viz. příloha A). Během léčby se sleduje vývoj hodnot VAS v čase (Adamus a kol., 2010, s. 119). Pacient na úsečce (nebo trojúhelníku) vyznačí bolest, která odpovídá jeho skutečné bolesti. Na začátku úsečky je „žádná“ bolest a na konci je „nesnesitelná“ bolest (Vaňásek a kol., 2014, s. 13). Hodnocení bolesti je individuální, avšak můžeme říci, že za uspokojivou můžeme považovat bolesti v rozmezí VAS od 0 až do 4 (Adamus a kol., 2010, s. 120). Hodnocení musí být prováděno také s ohledem na pohyb pacienta - hodnota VAS stoupá a záleží na rozsahu pohybu (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 23).

Rozmezí bolesti na škále VAS:

- 1–3 mírná bolest
- 3–6 střední bolest
- 6–9 velmi silná bolest
- 10 největší bolest, kterou si nemocný dokáže představit

Numerická škála (Numering Rating Scale-NRS)

Pacient označí na číselné úsečce s hodnotami od 0 do 10 hodnotu, která nejvíce odpovídá skutečné bolesti. Číslo 0 označuje žádnou bolest a číslo 10 se označuje jako nesnesitelná bolest (Vaňásek a kol., 2014, s. 13).

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

Tuto škálu využíváme u dětí a u osob se zhoršenou schopností komunikace, kdy nedovedou přesně popsat svou bolest. Obličejové by měly vyjadřovat stav pohody až po stav nejvyššího utrpení (viz. příloha B) (Vaňásek a kol., 2014, s. 13).

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

Jedná se o konkrétní záznam místa bolesti (viz. příloha C). Pacient na mapě vyznačí bolesti jednotlivých částí těla podle toho, kde danou bolest pociťuje a případnou propagaci do jiných oblastí. Bolesti můžeme od sebe barevně odlišit (Vaňásek a kol., 2014, s. 13).

2.1.5.4 Multidimenzionální metody hodnocení bolesti

Jsou to metody, které hodnotí intenzitu a charakter či kvalitu nemoci a její dopad na afektivní posouzení bolesti nemocným. K dispozici je řada dotazníků, avšak nejrozšířenější je krátká verze dotazníku McGillovy univerzity. Při akutní pooperační bolesti se rutinně nevyužívají (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 25).

Krátká forma McGillovy univerzity (Short- Form McGill Pain Questionnaire-SF-MPQ)

Využívá se k podrobnějšímu posuzování bolesti, kdy se zaměřením na senzoricke a afektivní dimenzi a z údajů můžeme vypočítat celkový index bolesti. Tato verze obsahuje 15 popisujících slov a vyplnění většinou trvá okolo 5 minut (viz. příloha D). Součástí dotazníku je mapa bolesti, vizuální analogová škála a verbální hodnocení právě prožívané bolesti, jako je tomu u plné formy McGillova dotazníku (Vaňásek a kol., 2014, s. 13–14).

2.1.6 Terapie akutní pooperační bolesti

Hlavním cílem v léčbě bolesti je snížení její intenzity na přijatelnou úroveň nebo v ideálním případě bolest pacientovi odstranit úplně. Farmakoterapie je základem léčby akutní pooperační bolesti (Rokyta, 2017, s. 60). Nefarmakologické postupy, jako doplňková terapie, snižují úzkost pacientů a zvyšují jejich spokojenost s léčbou (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 29). Správně nastavená analgezie snižuje výskyt pooperačních komplikací, zkracuje dobu hospitalizace, umožňuje časnější rehabilitaci a má pozitivní vliv na psychiku nemocného (Hakl a kol., 2019, s. 30).

2.1.6.1 Farmakoterapie

ZPŮSOBY PODÁNÍ

K léčbě používáme rychle působící léky dle potřeby. Cesta podání je intravenózní, subkutánní perorální nebo rektální. Adamus (2010, s. 129) uvádí, že aplikace léků intramuskulárně zbytečně zatěžuje nemocného, protože je provázená nestandardní farmakodynamikou.

Perorální způsob: Nejčastěji užívaná metoda podávání léků. Její hlavní výhody jsou neinvazivnost, jednoduchost a samoobslužný způsob podání. Ale pro pooperační analgezii má spoustu nevýhod. Pacient totiž musí být schopen lék spolknout a absorbovat ho. To, ale může být problém, když pociťuje nevolnost či zvrací (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 32). Vyznačuje se pomalejším nástupem účinku, také obtížnější titrací dávky léku a to může vést spíše k poddávkování analgetiky (Málek a kol., 2011, s. 119).

Rektální způsob: Hlavní výhodou podání per rektum spočívá v tom, že vstřebaná látka neprochází játry. Nevýhodou je, že tato metoda není příliš akceptována pacienty, a další nevýhody jsou obdobné jako u perorálního podání (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 33).

Intramuskulární a subkutánní podání: Patří mezi nejčastěji používané způsoby podávání analgetik v pooperačním období. U pacientů lze takto dosáhnout uspokojivé analgezie, a to i přes velký rozptyl v absorpci místa, a i přes nepříjemnou a bolestivou aplikaci. Hlavní výhodou této aplikace je použití u osob, které nemohou přijímat analgetika per os a parenterální způsob podání často vyvolá i silný placebo efekt (Málek a kol., 2011, s. 119). Kontraindikací aplikace intramuskulární injekce je porucha hemokoagulace. Bylo také prokázáno, že po aplikaci intramuskulárních injekcí může dojít k poškození nervových struktur, či ke vzniku hematomu. Proto je například aplikace opioidů subkutánní či intravenózní (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 33).

Intravenózní podání: Intravenózní podání analgetik zajišťuje rychlejší nástup účinku, než umožňují předchozí způsoby aplikace a působí i při nižších dávkách. Velká nevýhoda spočívá v zajištění žilního vstupu, mimo jiné je spojená s vyšším rizikem omylu ze strany podaných léků a vzniku vedlejších účinků (Málek a kol., 2011, s. 120).

ANALGETIKA

Rozdělujeme je na dvě velké skupiny: opioidní a neopioindní analgetika.

Neopioindní analgetika: Vyznačují se tím, že tlumí bolest snížením tvorby látek (prostaglandinů), které zvyšují vnímání bolesti. Také tlumí enzym (cyklooxygenázu-COX), který je důležitý pro syntézu prostaglandinů (Rokyta, 2009, s. 83).

Analgetika-antipyretika: Kyselina acetylsalicylová patří k nejznámějším léčivům (Aspirin, Acylpyrin), která se používají ke snížení horečky a při nemocech z nachlazení. Analgetické účinky se projeví u dospělého člověka až při vyšších dávkách. Kontraindikace je např. vředová choroba a zvýšená krvácivost. Tato léčiva jsou na celém světě dostupná bez lékařského předpisu (Rokyta, 2009, s. 83).

Paracetamol je oblíbené analgetikum s antipyretickými účinky, které má minimální nežádoucí účinky. V intravenózní formě se velice často užívá na léčbu pooperační bolesti. K jeho kladům také patří možnost kombinace s ostatními analgetiky (Hakl a kol., 2019, s. 51). U dospělého člověka, který má hmotnost nad 50 kg, se podává intravenózně paracetamol v dávce 1 g až čtyřikrát denně, maximálně 4 g za den a minimální časový interval mezi jednotlivými dávkami jsou 4 hodiny (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 36).

Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (NSA): Patří k velice oblíbené lékové skupině v léčbě bolesti, a to zejména tam, kde je příčina zánětlivá. Vyskytují se v různých lékových formách. Používají se tablety, kapsle, čípky, gely, krémy sirupy aj. (Slíva, Doležal, 2009, s. 22). Nejčastěji užívané léky jsou ibuprofen (Ibalgin, Brufen, Nurofen) a diklofenak (Olfen, Veral, Voltaren, Dolmina). Patří mezi velmi účinná analgetika, která dle rozsáhlých výzkumů tlumí bolest se stejnou pravděpodobností jako morfin (silný opioid). Takto příznivé jsou dávky 25 mg diklofenaku nebo 200 mg ibuprofenu. Mezi nežádoucí účinky patří krvácení do trávicího traktu (především do žaludku) (Rokyta, 2009, s. 84). Ibuprofen se může užívat od tří měsíců věku, při hmotnosti vyšší 6 kg. Kontraindikací ibuprofenu je jeho užívání v těhotenství, ale může se použít v období laktace. Ale diklofenak se nesmí užívat v těhotenství ani během kojení (Málek a kol., 2011, s. 122).

Opioidní analgetika

„**Opiáty**“ patří podobně jako paracetamol mezi nejbezpečnější analgetika. Téměř žádný opioid po terapeutických dávkách a neinjekčním podání neohrožuje život pacienta. Mezi nežádoucí účinky patří zácpa, nauzea, zvracení a kožní projevy. Všechna opioidní analgetika jsou dostupná pouze na lékařský předpis (Rokyta, 2009, s. 85).

Slabší opioidy: Nejčastěji užívaný je tramadol (Tramal, Tralgit). Dle výzkumu lze účinek tramadolu zvýšit současným podáváním paracetamolu. Hlavní výhoda tramadolu je, že nezpůsobuje zácpu a ani závislost (Rokyta, 2009, s. 85). Maximální denní dávka tramadolu je 400 mg. Podává se v tabletách, které mají bifázický efekt a účinkují až 24 hodin, dále v čípkách a v injekční formě (Hakl a kol., 2019, s. 54). Slabší opioid je i kodein, ten má ale analgetický účinek dost slabý, a proto se v terapii využívá prakticky jen v kombinacích, nejlépe s paracetamolem (Korylan, Ultracod, Talvosilen.) U chronických bolestí se setkáme s užíváním dihydrokodeinu s prodlouženým účinkem (Rokyta, 2009, s. 85).

Silné opioidy: Hlavním představitelem je morfin – který je klasickým standardem v léčbě silné bolesti. Formy aplikace morfinu jsou v injekční podobě i v perorálním podání. Projevuje se rychlým uvolněním a tím i rychlejším nástupem nebo se řízeně uvolňuje a působí 12 hodin, což je vhodné na chronickou bolest. Dalším takovým opioidem je oxykodon (Oxycontin) a hydromorfon (Palladone-SR). Náplasti fentanyl (Durogesic) či buprenorfin (Transtec) umožňují tlumení bolestí až po tři dny. Užívá se i řada injekčních opioidních analgetik, např. piritramid (Dipidolor) a pethidin (Dolsin) (Rokyta, 2009, s. 86). Podávání opioidů má své kontraindikace. K nejčastějším patří útlum dechového centra, křečové stavy, delirium tremens, zvýšený nitrolební tlak, přecitlivělost na některou složku aj. (Slíva, Doležal, 2009, s. 31).

2.1.6.2 Nefarmakologické postupy

Vyznačují se malými vedlejšími účinky a invazivitou, ale bohužel i malou účinností. Slouží především jako adjuvantní složka terapie (Málek a kol., 2011, s. 119). V akutní pooperační terapii se s nefarmakologickými postupy setkáme pouze ojediněle.

FYZIKÁLNÍ METODY

Chlad: Využíváme ho na snížení místního otoku a svalového spazmu. Dlouhodobá aplikace je nepříjemná. Chlad zvyšuje práh bolesti. Především se využívá např. po extrakci zubu (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 30). Můžeme ho aplikovat formou studených zábalů, gelů, ledovou masáží (Vaňásek a kol., 2014, s. 31).

Imobilizace: Snižuje bolest, ale dlouhodobé znehybnění se nedoporučuje, kvůli riziku hluboké žilní trombózy, dekubitů a svalové atrofie. Hlavním cílem pooperační analgezie je potlačení bolesti při pohybu (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 30).

Akupunktura: Jsou to stimulační metody, které mají nenahraditelné místo v léčbě akutní a chronické bolesti. Je prokázané, že akupunktura v perioperačním období snižuje výskyt pooperační nevolnosti a zvracení (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 31). Délka trvání je 20–30 minut (Vaňásek a kol., 2014, s. 32).

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS): Využívá vrátkové teorie bolesti, a to tak, že pomocí kožních elektrod se stimulují nervová vlákna definovaným elektrickým proudem. V pooperační analgezii může vést ke snížení spotřeby analgetik, ke zlepšení rehabilitace a plicních funkcí. Nevýhodou této metody je nákladné pořízení přístroje a velká spotřeba elektrod či zácvek pacienta (Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 31).

2.2 Operace

„Operace je specifická diagnostická nebo léčebná procedura, kdy je zasahováno do integrity nemocného. Vlastní operace spočívá v protěti kůže eventuálně sliznice, podkoží a hlubších struktur, přehledném zpřístupnění patologického ložiska a úpravě nebo odstranění tkáně či orgánu. Operace je ukončena opětovným obnovením integrity prořatých tkání chirurgickým sešitím výjimečně slepením tkání.“ (Michalský, Volfová, 2008, s. 20)

2.3 Rozdělení chirurgických operací

Léčebné operace

Radikální operace se využívají v takových případech, kdy se předpokládá úplné vyléčení pacienta (např. odstranění zaníceného apendixu). Paliativní operace se využívají ke zlepšení stavu, i když vlastní příčina není zcela vyléčena (např. odstranění bolesti, odstranění střevní neprůchodnosti) (Slezáková, 2019, s. 14).

Diagnostické operace

Slouží ke zjištění nebo upřesnění diagnózy (např. biopsie, probatorní laparotomie), ale i tato operace se může v průběhu výkonu změnit v operaci léčebnou (Slezáková, 2019, s. 14).

2.4 Operační přístupy

Klasický operační přístup je násilným a nepřirozeným zásahem do organismu, protože se provede široký přístup do tělní dutiny (Slezáková, 2019, s. 14–15).

Miniinvazivní operační přístup se provádí pomocí videosystému a speciálních přístrojů, které se zavedou do tělních dutin bodovými incizemi (např. laparoskopicky, torakoskopicky, artroskopicky atd.). Endoskopickým přístupem snížíme operační zátěž, pooperační bolest a redukují se i pooperační komplikace. Také se zkracuje délka hospitalizace i doba rekonvalescence. Z estetického hlediska je lepší kosmetický výsledek. Endoskopická technika však neumožňuje přímé palpační vyšetření orgánu rukou (Slezáková, 2019, s. 14).

Robotická chirurgie se provádí například systémem Da Vinci. Do těla pacienta se udělá několik malých řezů, přes které se dostávají chirurgické nástroje. Operatér sedí u speciálního ovládacího panelu a operuje pacienta. Takovéto zákroky jsou přesnější a bezpečnější. Velkou výhodou této operace je, že pacient i po dlouhém zákroku je v daleko lepším stavu, než by byl v případě klasické operace. Také jizvy jsou menší a lépe se hojí (Slezáková, 2019, s. 14).

2.5 Indikace a kontraindikace k provedení operace

Operace z **vitální indikace** znamená, že je nezbytná okamžitá operace pro záchranu pacienta. Příkladem takové operace může být masivní břišní krvácení nebo polytrauma kombinované s penetrujícím poraněním dutiny břišní. **Absolutní indikace** nastává v případě, že neexistuje jiná možnost k vyléčení pacienta a pacient je ohrožený na životě (např. úrazové krvácení do dutiny břišní poraněnou slezinou). **Relativní indikace** znamená, že pacient není ohrožen na životě a je tedy možné zvažovat i jiné možnosti léčby. Příkladem je vyřeznutí meziobratlové ploténky. Z časového hlediska se jedná o **akutní (urgentní) indikaci**, kdy se k operaci přistupuje co nejrychleji. Udělá se jen nejnútější předoperační příprava nebo je operace i bez přípravy (např. u tepenného krvácení nebo u akutní appendektomie). Na **odkladné (plánované) výkony** se domluví vhodná doba pro pacienta i pro zdravotnické zařízení. Příkladem je plánované odstranění žlučových kamenů (Slezáková, 2019, s. 14–15).

Absolutní kontraindikace znamená, že je bezprostředně ohrožen život pacienta (např. akutní infarkt myokardu). **Relativní kontraindikace** se mohou zmírnit vhodnou předoperační přípravou. Jedná se například o pacienta s diabetem mellitem (Slezáková, 2019, s. 14–15).

2.6 Perioperační ošetrovatelská péče

„Perioperační ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu.“ (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 133)

Podle vztahu k operačnímu výkonu se rozděluje na tři fáze: předoperační, intraoperační a pooperační. Tato péče se odehrává převážně na operačním oddělení, a proto ji převážně poskytují perioperační sestry a anesteziologické sestry (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 133).

2.6.1 Předoperační příprava

Představuje bezprostřední předoperační přípravu, která začíná na standartním oddělení, kdy se pacient připravuje na samotný výkon. Pro většinu operací platí příprava všeobecná, která zahrnuje aplikaci očistného klyzmatu, oholení operačního pole, celotělovou koupel, zabandážování dolních končetin, sundání šperků a protetických pomůcek, odložení oděvu, vymočení, aplikace premedikace a nakonec transport na operační sál. Pro některé operace je bezprostřední příprava rozšířená a speciální (Jedličková a kol., 2012, s. 155).

2.6.2 Intraoperační období

Nastává, když je pacient přeložený na operační desku a v prostoru operačního traktu (Jedličková a kol., 2012, s. 155).

Perioperační bezpečnostní procedura WHO – 1. Krok

Jakmile je pacient uložen na operační stůl, je velice důležité se představit. Potom se ptáme na pacientovo jméno, na předpokládaný operační výkon a na stranu – pokud hrozí stranová záměna, zkontrolujeme označení místa výkonu na pacientově těle a zjišťujeme známé alergie. Dbáme na maximální respektování studu pacienta, proto je zakryt jednorázovou příkrývkou, prostěradlem, anebo i vyhřívací poduškou. Horní a dolní končetiny jsou zabezpečeny pásy. Na hlavu se pacientovi nasadí pokrývka. Po těchto úkonech následuje převezení na konkrétní operační sál dle operačního programu, kde si pacienta přebírá operační tým. Intraoperační péče je ukončena, když se pacient předává na dospávací pokoj, na standardní oddělení a na JIP, ARO. Pokud se jedná o ambulantní zákrok, je ukončena odchodem pacienta (Jedličková a kol., 2012, s. 155).

2.6.3 Pooperační období a role všeobecné sestry o pacienta s akutní pooperační bolestí

„Bezprostřední pooperační období je období ukončení a doznívání anestezie, obnovení bdělosti a vědomí a návratu obranných reflexů.“ (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47) Po ukončeném operačním výkonu, dle typu výkonu, je pacient převezen rovnou z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, kde se zotavuje z anestezie a postupně se navracejí funkce organismu (Jedličková a kol., 2012, s. 156). Z hlediska práce sester se jedná o velmi rizikové období,

kdy se péče o pacienta zaměřuje na sledování vitálních funkcí, na pooperační komplikace a jejich projevy, na zvládnutí bolesti a také na psychický stav pacienta. Mezi základní intervence všeobecné sestry v rámci bezprostřední pooperační péče patří vést dokumentaci (akutní kartu), aplikovat infuzní terapii k doplnění ztrát tekutin, sledovat bilanci tekutin (pacient by se měl vymočit v rozmezí 6–8 hodin od operace), po odeznění účinků anestezie zajistit postupnou realimentaci, aplikovat léky dle ordinace lékaře (analgetika, antikoagulancia), pečovat o pohybový režim a hygienu, sledovat odpad z drénů, krvácení, fyziologické funkce, operační ránu, příznaky pooperačních komplikací a celkový stav pacienta dle dostupných škál a testů (např. Glasgow Coma Scale) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 48–49). Také je důležité, aby pacient ležel alespoň dvě hodiny po výkonu ve vodorovné poloze bez polštáře, kvůli

prevenci zapadnutí jazyka nebo vdechnutí slin. Když se pacient po operačním výkonu vrací na standardní oddělení, opouští dospávací pokoj. Zde rovněž probíhá sledování fyziologických funkcí, vědomí a operační rány. Po stabilizaci stavu je pacient předán anesteziologickou sestrou a lékařem na standardní oddělení všeobecné sestře a lékaři. Některé operační výkony vyžadují speciální pooperační péči (Jedličková a kol., 2012, s. 156).

Pro pacienta s bolestí, je role všeobecné sestry v systému péče naprosto zásadní. Sestra má důležité postavení v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti léčby. Zajišťuje komunikaci s pacientem, předává získané informace lékařům a dalším členům zdravotnického týmu. Proto je důležité, aby nebyla narušená komunikace mezi členy zdravotnického týmu, protože se to může negativně projevit v samotné péči o pacienta. Sestra využívá role naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. Pacient od sestry potřebuje hlavně pochopení, její zájem a čas (Vaňásek a kol., 2014, s. 49).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato kapitola obsahuje metodologii průzkumu a prezentaci získaných výsledků. Výsledky jsou zařazené po jednotlivých částech záznamového archu.

3.1 Průzkumné cíle

1. Zjistit, zda je bolest u pacientů 8 hodin po operaci udržována v rozmezí 0–4 dle VAS (0–10).
2. Zjistit spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti.
3. Zjistit, zda si pacient může vybrat metodu tlumení své bolesti.

3.2 Průzkumné otázky

1. Je pooperační bolest v prvních 8 hodinách po operaci udržována v rozmezí 0–4 dle VAS (0–10)?
2. Jsou pacienti s léčbou pooperační bolesti celkově spokojeni?
3. Má pacient možnost výběru tlumení své bolesti?

3.3 Metodika průzkumu

Průzkumná část práce obsahuje charakteristiku respondentů, popis sběru dat a zpracované výsledky průzkumu, který má kvantitativní charakter. Byl použitý nestandardizovaný dotazník.

Dotazníkové šetření bylo zaměřené na bezprostřední pooperační období, které je charakterizované jako velice rizikové, protože se mohou vyskytnout pooperační komplikace, a proto je důležité kontinuální sledování pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47, 48).

Adamus (2010, s. 119) uvádí hodnoty na škále VAS 0–4 jako uspokojivé a Hakl (2019, s. 33) tvrdí, že hodnoty VAS 3–4 jsou obecně označovány za dlouhodobě snesitelné. Ve výsledcích, kde byla měřena intenzita pooperační bolesti jsou akceptovatelné hodnoty označené modře a neakceptovatelné červeně.

3.3.1 Charakteristika místa sběru dat

Průzkum proběhl na oddělení všeobecné chirurgie v nemocnici, která poskytuje akutní péči a řadí se do akciové společnosti jednoho kraje. Na dospávacím pokoji jsou v tomto zařízení pacienti prvních 15 minut od probuzení, pokud nevznikne nějaká komplikace. Když nemocný reaguje na oslovení a je při vědomí, pacienta si přebírá personál standardního oddělení všeobecné chirurgie.

3.3.2 Charakteristika dotazníku

Pro tuto práci byl použitý nestandardizovaný dotazník (viz. příloha F), který má kvantitativní charakter a skládá se z několika částí. Jde o soubor otázek, které jsou předem připravené a jsou na určitém formuláři. Měl by zahrnovat veškeré podstatné problémy, abychom na ně získali odpovědi. Formulace otázek v dotazníku musí být jednoznačná, aby pravdivé odpovědi byly poskytnuty bez obtíží. Proto se obvykle zkouší správnost formulace otázek předvýzkumem (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Dotazník pro sběr dat v této práci byl použitý v jiných průzkumech v tomto zdravotnickém zařízení a byl mírně upraven pro potřeby tohoto průzkumu. Byl převzat od Mgr. Zuzany Červenkové, která jej připravila v rámci projektu SGS_2017_015 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví. Vzhledem k plánované komparaci získaných dat je třeba používat dotazník se stejnými položkami. Výsledky průzkumů jsou předávány manažerům zdravotnického zařízení a v minulosti získané výsledky byly předneseny na odborných konferencích.

Dotazník se skládá ze čtyř částí. Do **první části** dotazníku jsou zaznamenávána data získaná ze zdravotnické dokumentace pacienta a akutní karty (viz. příloha E). Pooperační bolest na dospívacím pokoji je vzhledem k organizaci práce v tomto zdravotnickém zařízení hodnocena bezprostředně po operaci. Další hodnocení bolesti a fyziologických funkcí proběhla na standardním oddělení. Měřilo se 4x po 30 minutách, kdy po uplynutí této doby byla nutná kontrola chirurgickým lékařem. Dále se měřilo po 3 a 4 hodinách od operace a nakonec po 8 hodinách. K hodnocení pooperační bolesti na všech zařízeních byla použita Vizuální analogová škála (VAS) od 0 do 10.

Se staniční sestrou oddělení, kde průzkum probíhal, bylo dohodnuto, že dotazníkové šetření bude zaměřené na sledování intenzity pooperační bolesti do 8 hodin po operačním výkonu. Tento čas byl zvolen na základě předchozích průzkumů provedených v jiných nemocnicích v regionu (Svobodová, Sršeň) a po zkušenostech odborníků z tohoto oddělení.

Druhá část dotazníku slouží k obeznámení respondenta s významem průzkumného šetření. Je do ní vložený test hodin, který slouží ke zhodnocení kognitivních poruch a demence. Respondent měl do vytvořeného kruhu doplnit čísla tak, jak je to na hodinách a následně přiřadit správně ručičky hodin tak, aby ukazovaly 11 hodin a 10 minut. Jedná se o rychlou a snadnou screeningovou zkoušku, při níž pacient musí nakreslit bez předlohy hodiny, ciferník a ručičky, které ukazují požadovaný čas. Je to vhodný ukazatel kognitivních deficitů a funkčních poruch mozku. Hodnocení testu spočívá ve správnosti provedení jednotlivých částí hodin (kruh, číslice,

ručičky). Postižení kognitivních funkcí se vyznačuje tím, že ručičky nebo číslice chybí nebo se číslice opakují, je špatně čas nebo jsou zmnožené ručičky (Schuler, Oster, 2010, s. 58; Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 108–109).

Tabulka ve **třetí části** dotazníku slouží k získání základních informací o pohlaví a věku respondenta. Tato část byla kroužkovací. Pacient měl ještě vypsát vlastními slovy, po jakém zákroku je. V **poslední části** záznamového archu byl respondent tázaný na adekvátní tlumení jeho bolesti, na aktivní zájem lékařů a sester o jeho bolest, zda byl edukován o možnostech tlášení bolesti a také na celkovou spokojenost s léčbou pooperační bolesti na daném oddělení. Tato část obsahuje 10 otázek a respondent odpovědi kroužkoval.

3.3.3 Zařazovací kritéria do průzkumu

Respondenti, kteří byli zařazeni do průzkumného šetření, museli splňovat několik zásadních kritérií. V první řadě byl zásadní jejich písemný souhlas s provedením průzkumu a s nahlédnutím do dokumentace, který respondenti udělují již při příjmu na oddělení. Ústní souhlas byl získán vždy před rozdáním záznamového archu. Dále to musel být pacient, který byl dospělý s GCS: 14–15 b, spolupracující, byl po chirurgickém výkonu a souhlasil se zařazením do průzkumu. Další podmínkou pro zpracování dat z vyplněného dotazníku byla pacientova úspěšnost v kognitivním testu hodin, který byl součástí dotazníku. Celkově bylo do průzkumného šetření zapojeno 50 respondentů.

3.3.4 Předprůzkum

Před vlastním průzkumným šetřením, byl proveden předprůzkum, který proběhl v září 2019, aby byla ověřena správná formulace a srozumitelnost otázek, které byly v dotazníku uvedené. Dále bylo ověřováno, že je realizovatelný zamýšlený postup, tj. kombinace sběru dat ze zdravotnické dokumentace a získávání dat cíleným dotazníkovým šetřením (viz realizace sběru dat). Bylo rozdáno 6 dotazníků respondentům, kteří byli po operaci první a druhý den. Otázky a tabulka na zaznamenávání VAS v dotazníku byly vyhodnocené jako adekvátní a srozumitelné a získané výsledky byly konzultované s paní Mgr. Červenkovou.

3.3.5 Realizace sběru dat

Průzkumnému šetření předcházely písemný souhlas od náměstkyně ošetrovatelské péče a staniční sestry daného oddělení, které byly seznámeny s dotazníkovým šetřením a daly souhlas k provedení průzkumného šetření. Vedení nemocnice si nepřálo uvádět název zařízení a to bylo přísně respektováno. Průzkum byl povolený od 1. 9. 2019 až do 29. 2. 2020. Sběr dat probíhal od října 2019 do února 2020.

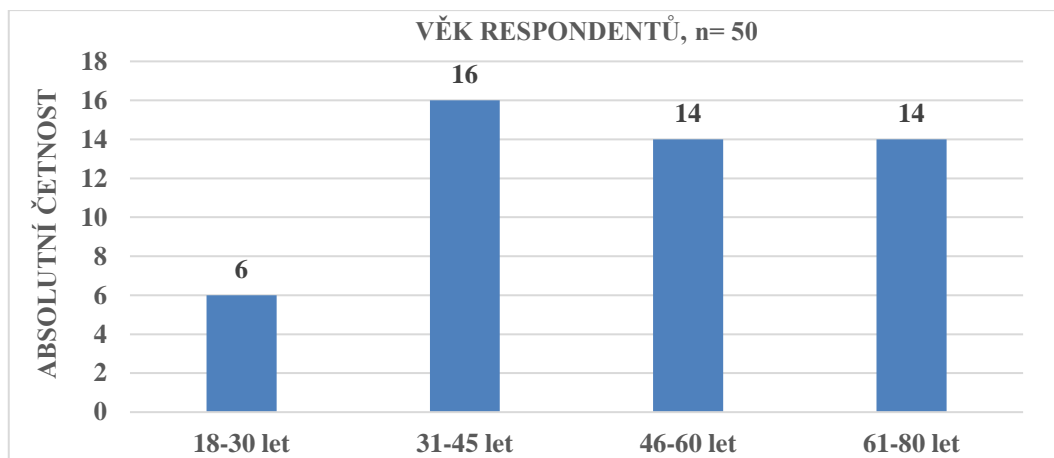
Dotazníky byly rozdávány po předchozím rozhovoru s ošetřující sestrou, která mi sdělila informace o druhu operace, pooperačním dnu, příjmu na oddělení a vyloučila pacienty, kteří byli po operaci přeloženi na oddělení s intenzivní péčí. Respondenti před rozdělením dotazníků, byli vždy i ústně upozorněni, že je jejich účast na průzkumu zcela anonymní a dobrovolná. Také jim bylo sděleno téma a hlavní cíl průzkumného šetření. První část dotazníku byla doplněna ze zdravotnické dokumentace a následně byl dotazník poskytnut pacientovi, který dotazník vyplnil sám. Anonymita byla zajištěna tak, že respondenti po vyplnění vložili záznamový arch do obálky, která byla součástí dotazníku, pečlivě ji zalepili a následně vhodili dotazník do schránky oddělení nebo ho dali ošetřujícímu personálu, který byl s probíhajícím průzkumem seznámen.

Respondenti vyplňovali dotazník během 1. – 3. pooperačního dne. Celkově bylo rozdáno na všeobecné chirurgii 60 dotazníků. Vrátilo se 56 dotazníků, to je 93 %. Z průzkumu bylo vyřazeno šest dotazníků, pro špatné zakreslení testu hodin.

Výsledky šetření byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel.

3.4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

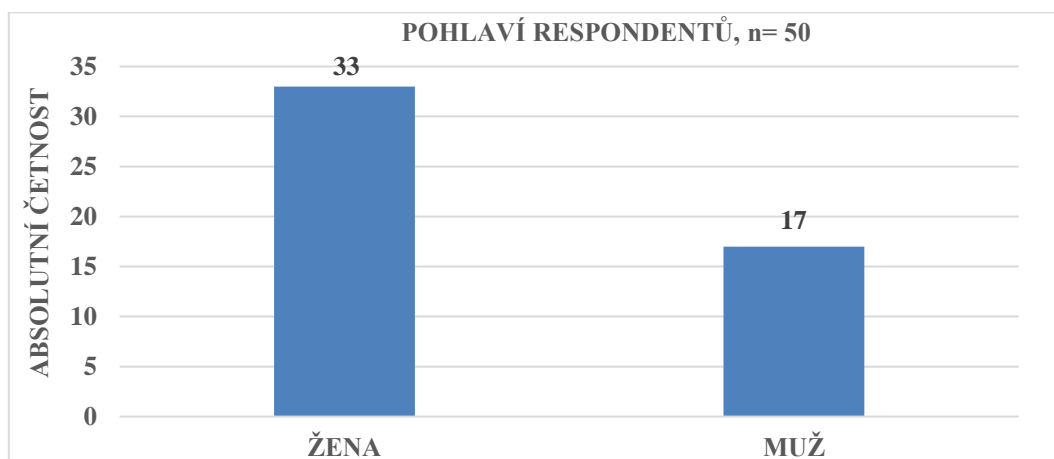
Věk respondentů



Obrázek 1: Věkové zastoupení respondentů, n=50

Z grafu lze vyčíst věk padesáti respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Nejpočetnější kategorie respondentů byla ve věku 31–45 let, kde bylo 16 (32 %) osob. Skupina ve věkovém rozmezí 46–60 let byla zastoupená 14 (28 %) respondenty a mezi 61–80 lety bylo taktéž 14 (28 %) respondentů. Nejméně byla zastoupená skupina mezi 18–30 lety, kde bylo 6 (12 %) respondentů.

Pohlaví respondentů



Obrázek 2: Pohlaví respondentů, n=50

Do průzkumného šetření se z celkového počtu 50 respondentů, zapojilo 33 (66 %) žen a 17 (34 %) mužů.

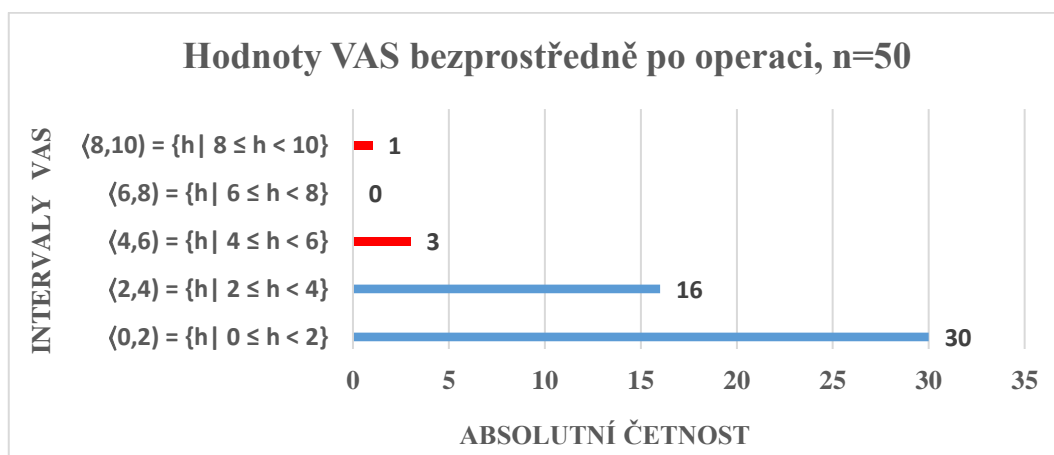
Operační výkon

VÝKON	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Laparoskopická cholecystektomie	24	48 %
Klasická cholecystektomie	6	12 %
Hemoroidektomie	2	4 %
Sinus pilonidalis	1	2 %
Apendektomie	5	10 %
Ileus / operace střeva	6	12 %
Amputace	2	4 %
Herniektomie	1	2 %
Odstranění syntetického materiálu	1	2 %
Stabilizační operace	1	2 %
Nekrektomie	1	2 %
Osteosyntéza	1	2 %
CELKEM	50	100 %

Tabulka 1: Přehled operačních výkonů, které podstoupili respondenti, n=50

Tabulka znázorňuje, že z padesáti respondentů byl nejvíce zastoupen operační výkon laparoskopická cholecystektomie, kterou podstoupilo 24 (48 %) respondentů. Stejný počet 6 (12 %) respondentů byl na klasické cholecystektomii a operaci střeva z důvodu ileu, kterou rovněž podstoupilo 6 (12 %) respondentů. Dále 5 (10 %) respondentů podstoupilo apendektomii a 2 (4 %) respondenti podstoupili operaci hemeroidů. Amputaci podstoupili rovněž 2 (4 %) respondenti. Další výkony prodělal vždy jen jeden respondent. Patří sem sinus pilonidalis 1 (2 %), herniektomie 1 (2 %), odstranění syntetického materiálu 1 (2 %), stabilizační operace 1 (2 %), nekrektomie 1 (2 %), osteosyntéza humeru 1 (2 %) a revize dutiny břišní 1 (2 %).

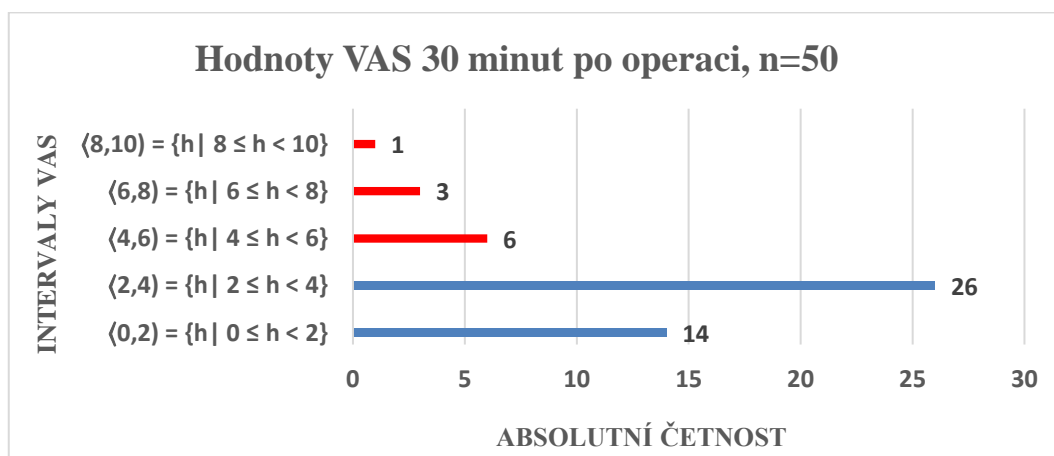
Intenzita pooperační bolesti bezprostředně po operaci



Obrázek 3: Graf hodnot VAS bezprostředně po operaci, n=50

Graf znázorňuje pooperační bolest respondentů ihned po operaci hodnocené dle škály VAS. Nejvíce respondenti uvádějí hodnotu v intervalu bolesti od $\langle 0,2 \rangle$ a to uvedlo 30 (60 %) respondentů. Interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ uvedlo 16 (32 %) respondentů. Další 3 (6 %) respondenti uvedli interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$ na škále VAS. Jeden respondent (2 %) uvedl, že měl bolest v intervalu $\langle 8,10 \rangle$. Žádný respondent neuvedl interval bolesti $\langle 6,8 \rangle$.

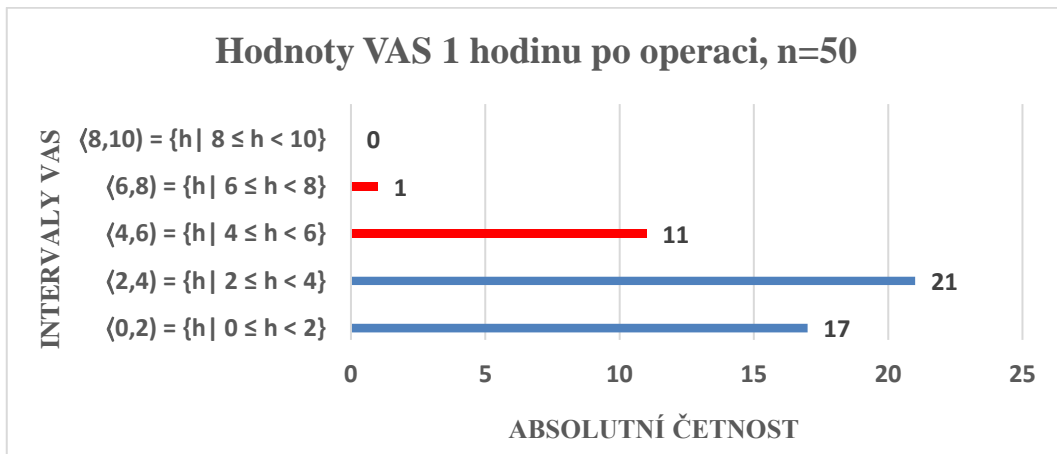
Intenzita pooperační bolesti 30 minut po operaci



Obrázek 4: Graf hodnot VAS 30 minut po operaci, n=50

Z grafu lze vidět intenzitu pooperační bolesti 30 minut po operaci, která byla hodnocená dle škály VAS. Interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ uvedlo nejvíce 26 (52 %) respondentů. Dále 14 (28 %) respondentů uvedlo interval bolesti $\langle 0,2 \rangle$. Šest respondentů (12 %) uvedlo, že měli bolest v intervalu $\langle 4,6 \rangle$. Další 3 (9 %) respondenti hodnotili interval bolesti $\langle 6,8 \rangle$ a jeden respondent (2 %) uvedl, že měl bolest v intervalu $\langle 8, 10 \rangle$.

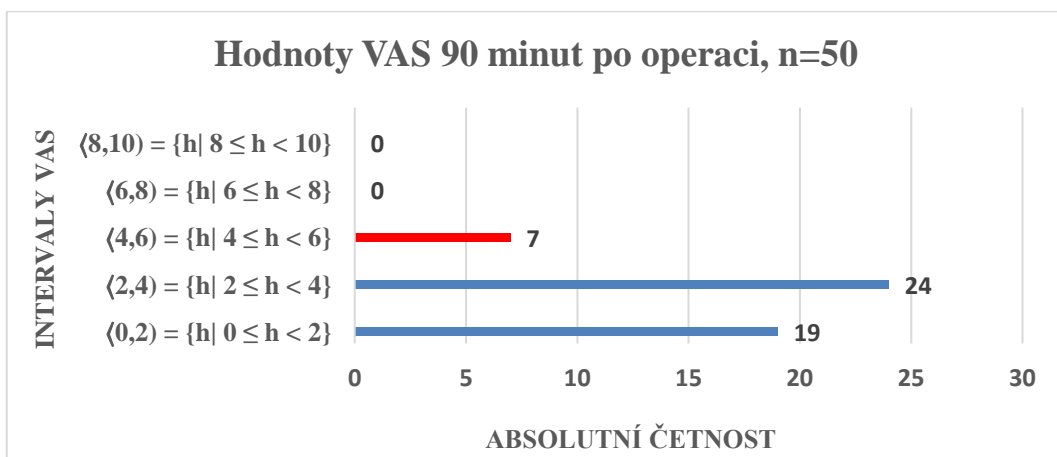
Intenzita pooperační bolesti 1 hodinu po operaci



Obrázek 5: Graf hodnot VAS 1 hodinu po operaci, n=50

Graf znázorňuje interval bolesti hodnocený dle škály VAS 1 hodinu po operaci. Nejvíce respondentů 21 (42 %) uvedlo, že měli bolest v intervalu $\langle 2,4 \rangle$ a 17 (34 %) respondentů uvedlo interval bolesti $\langle 0,2 \rangle$. Dalších 11 (22 %) respondentů mělo bolest v intervalu $\langle 4,6 \rangle$ a jeden respondent (2 %) uvedl, že měl bolest v intervalu $\langle 6,8 \rangle$. Žádný respondent neuvedl, že měl bolest v intervalu $\langle 8,10 \rangle$

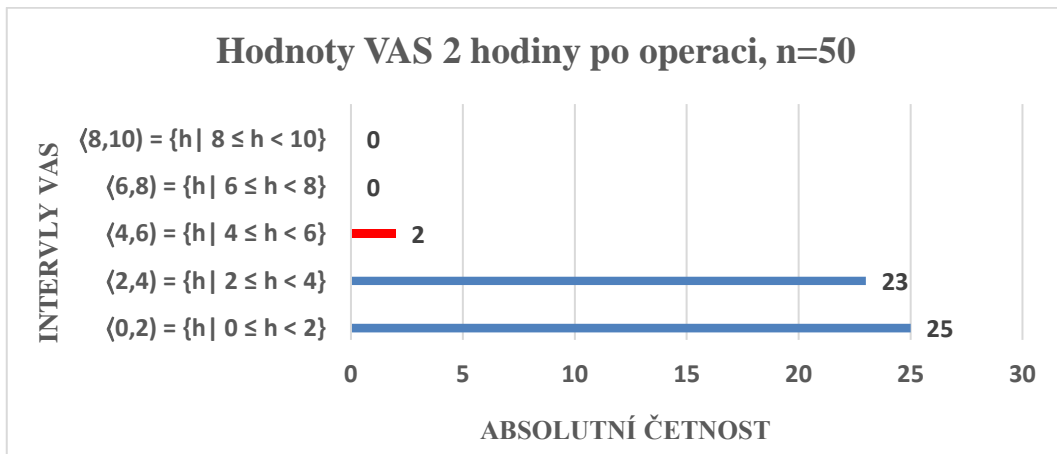
Interval pooperační bolesti 90 minut po operaci



Obrázek 6: Graf hodnot dle škály VAS 90 minut po operaci, n=50

Na grafu lze vidět pooperační bolest hodnocenou dle škály VAS 90 minut od operace. Nejvíce respondentů 24 (48 %) uvedlo interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ a 19 respondentů (38 %) uvedlo interval bolesti $\langle 0,2 \rangle$. Dále interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$ uvedlo 7 (14 %) respondentů. Nikdo neuvedl interval bolesti $\langle 6,8 \rangle$ a $\langle 8, 10 \rangle$.

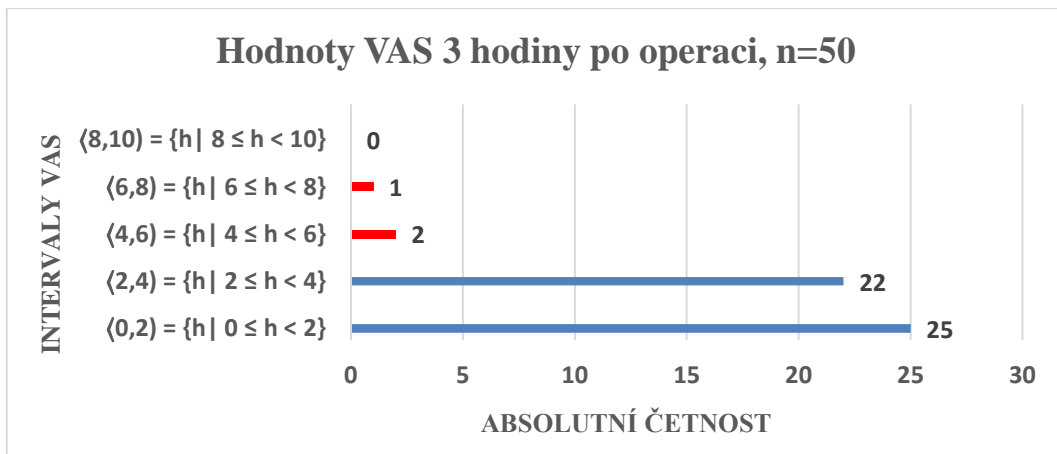
Intenzita pooperační bolesti 2 hodiny po operaci



Obrázek 7: Graf hodnot dle škály VAS 2 hodiny po operaci, n=50

Dvě hodiny od operačního výkonu z celkového počtu padesáti respondentů odpovědělo 25 respondentů (50 %), že měli bolest v intervalu $\langle 0,2 \rangle$ a dalších 23 respondentů (46 %) uvedlo interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$. Dva respondenti (4 %) uvedli, že měli bolest v intervalu $\langle 4,6 \rangle$. Nikdo z respondentů neuvedl, že by měl bolest v intervalu $\langle 6,8 \rangle$ a $\langle 8,10 \rangle$.

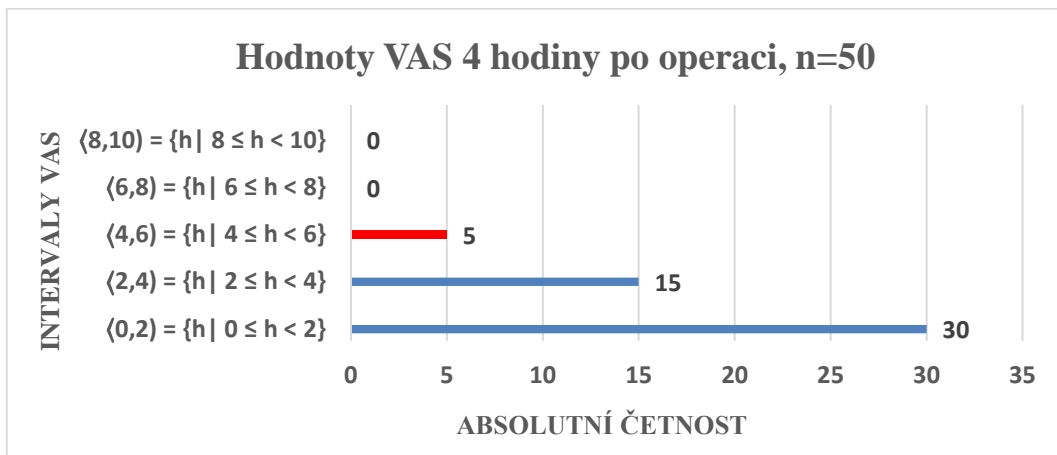
Intenzita pooperační bolesti 3 hodiny po operaci



Obrázek 8, Graf hodnot dle škály VAS 3 hodiny po operaci, n=50

Graf znázorňuje, že 25 respondentů (50 %) uvedlo interval bolesti $\langle 0,2 \rangle$ a 22 respondentů uvedlo, že měli bolest v intervalu $\langle 2,4 \rangle$. Dva respondenti (4 %) uvedli interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$ a jeden respondent (2 %) uvedl interval bolesti $\langle 6,8 \rangle$. Žádný z respondentů neuvedl interval bolesti $\langle 8,10 \rangle$.

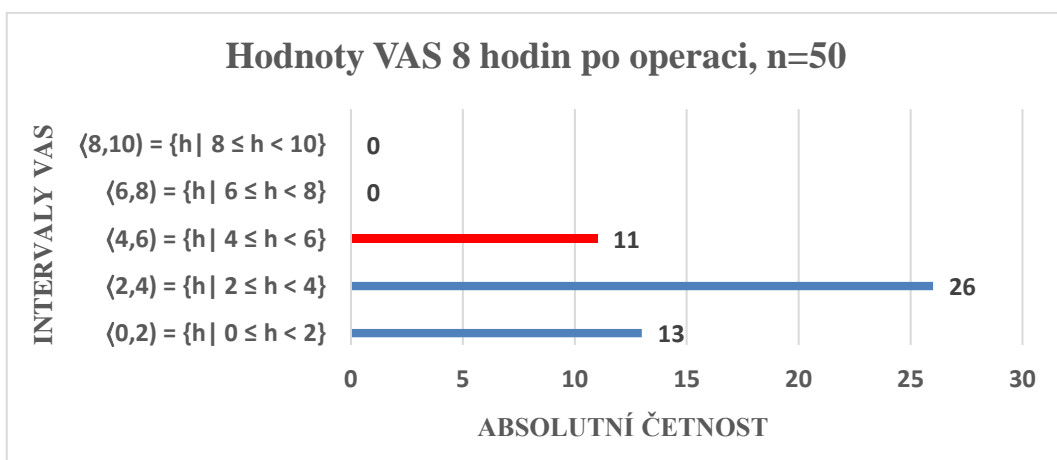
Intenzita pooperační bolesti 4 hodiny po operaci



Obrázek 9: Graf hodnot dle škály VAS 4 hodiny po operaci, n=50

Čtyři hodiny po operaci 30 respondentů (60 %) mělo bolest v intervalu $\langle 0,2 \rangle$. Dále 15 respondentů (30 %) uvedlo, že měli bolest v intervalu $\langle 2,4 \rangle$ a 5 respondentů (10 %) uvedlo interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$. Nikdo neuvedl interval bolesti $\langle 6,8 \rangle$ a $\langle 8,10 \rangle$.

Intenzita pooperační bolesti 8 hodin po operaci

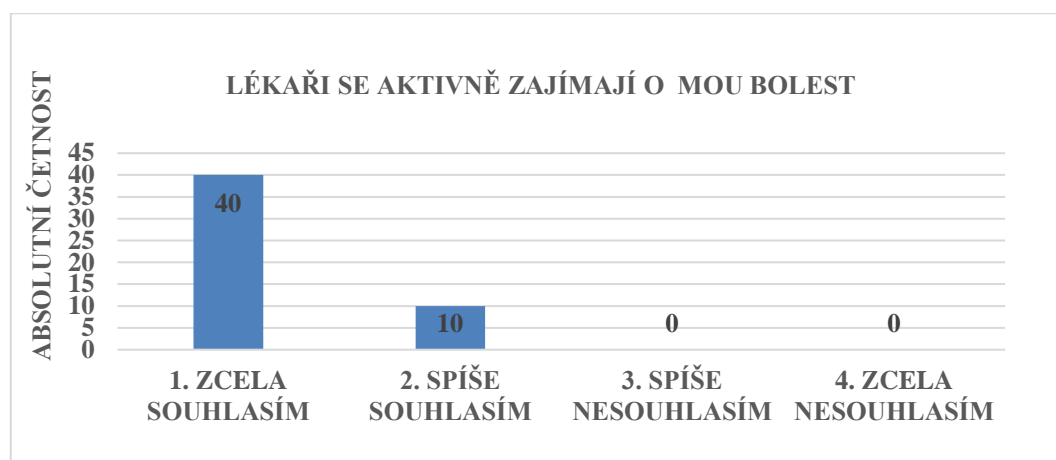


Obrázek 10: Graf hodnot dle škály VAS 8 hodin po operaci, n=50

Graf znázorňuje intervaly pooperační bolesti po 8 hodinách od operace, kde 26 respondentů (52 %) uvedlo interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ a dále 13 respondentů (26 %) uvedlo, že měli bolest v intervalu $\langle 0,2 \rangle$. Interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$ uvedlo 11 respondentů (22 %). Nikdo z respondentů neuvedl intervaly bolesti $\langle 6,8 \rangle$ a $\langle 8,10 \rangle$.

Jednotlivé položky dotazníku zaměřené na spokojenost respondentů s přístupem lékařů

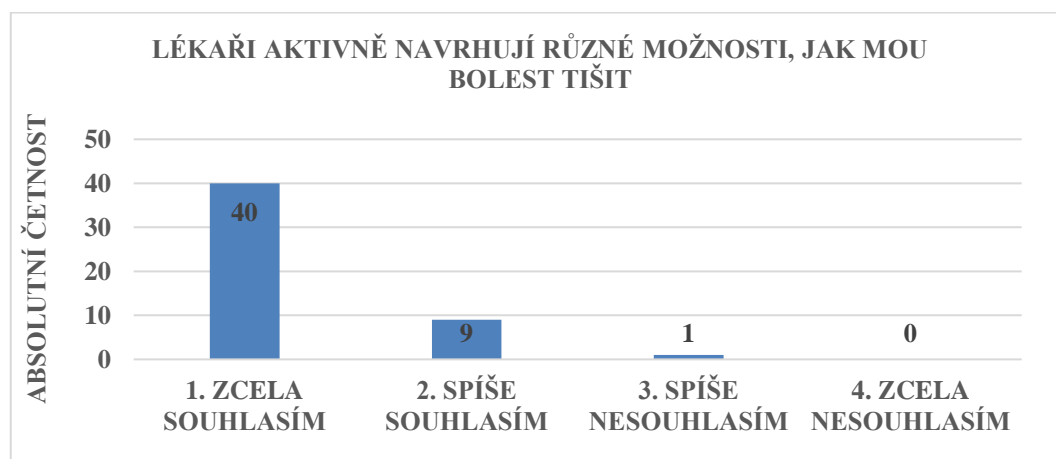
Otázka č. 1.



Obrázek 11: Graf aktivního zájmu lékařů o pacientovu bolest, n=50

Na otázku, zdali se lékař zajímal o pacientovu bolest převažují kladné odpovědi. Celkově 40 (80 %) respondentů, odpovědělo, že zcela souhlasí a 10 (20 %) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí. Žádní respondenti neodpověděli, že spíše nebo zcela s danou problematikou nesouhlasí.

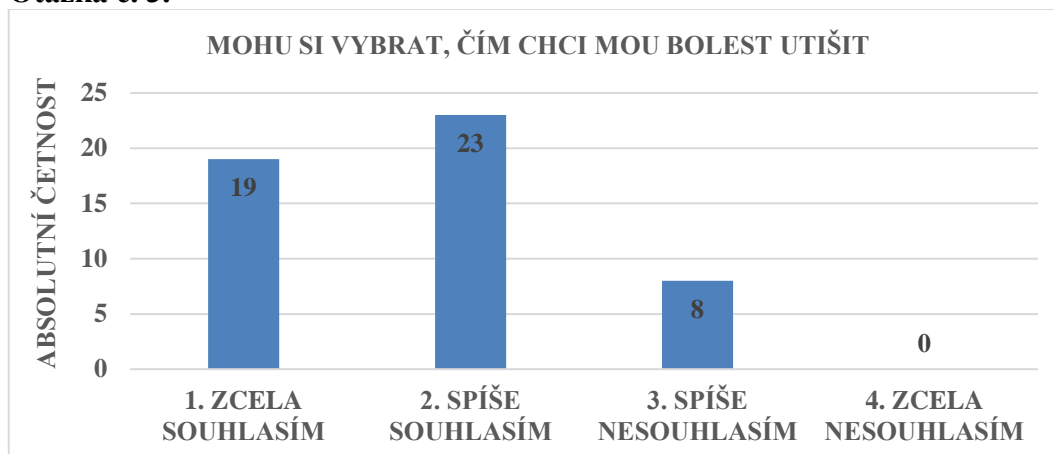
Otázka č. 2.



Obrázek 12: Graf aktivních návrhů možností tišení bolesti ze strany lékaře, n=50

Druhá otázka se zabírala aktivními návrhy lékařů na tišení bolesti pacienta. Zcela souhlasím, uvedlo 40 respondentů, tudíž 80 %. Dalších 9 (18 %) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí. Pouze 1 (2 %) respondent uvedl, že spíše nesouhlasil. Žádný respondent neodpověděl, že zcela nesouhlasí.

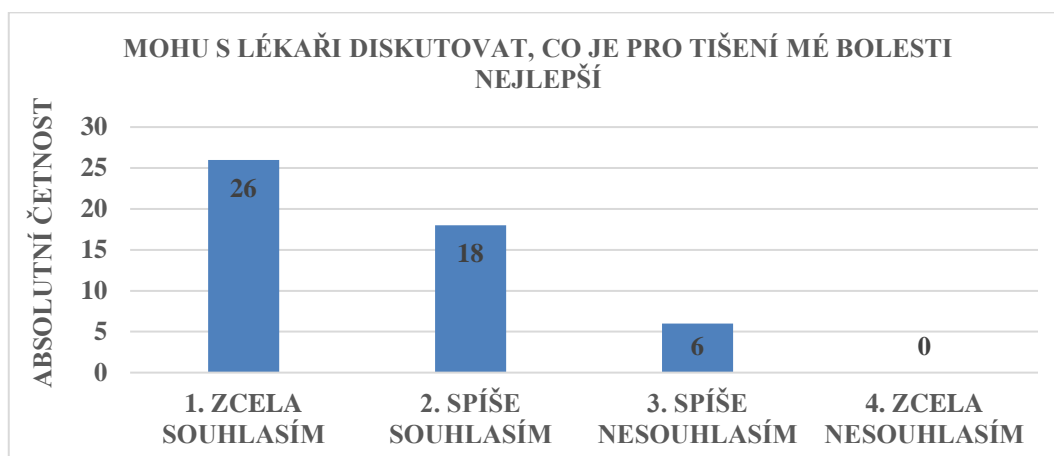
Otázka č. 3.



Obrázek 13: Graf možnosti výběru čím bolest utišit, n=50

Otázka třetí směřovala na lékaře, zdali si pacient může vybrat čím bolest utišit. Na tuto otázku odpovědělo 23 (46 %) respondentů spíše souhlasím. Zcela souhlasím, uvedlo 19 (38 %) respondentů a 8 (16 %) uvedlo, že spíše nesouhlasí.

Otázka č. 4.

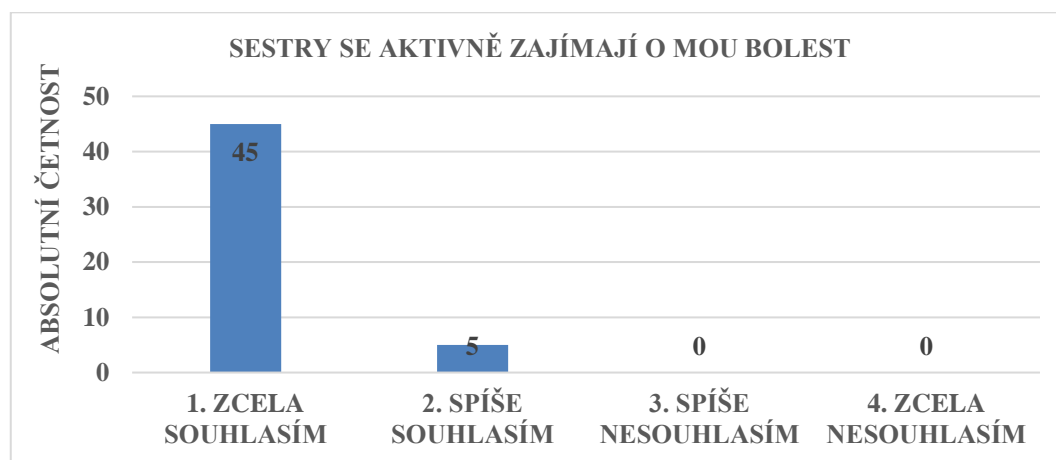


Obrázek 14: Graf možnosti diskuze respondenta s lékaři, co je pro tišení jeho bolesti nejlepší, n=50

Otázka čtvrtá byla zaměřená na diskuzi pacienta s lékařem o nejlepším tišení jeho bolesti. Zcela souhlasím uvedlo 26 (52 %) respondentů. Dalších 18 (36 %) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí a 6 (12 %) respondentů spíše nesouhlasí. Žádný respondent neuvedl, že by zcela nesouhlasil.

Jednotlivé položky dotazníku zaměřené na spokojenost respondentů s přístupem sester

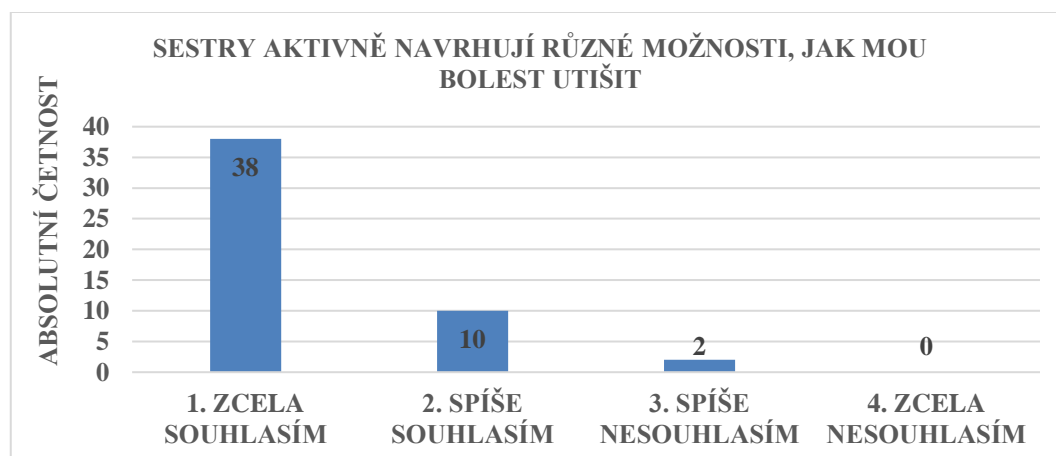
Otázka č. 5.



Obrázek 15: Graf aktivního zájmu sester o bolest pacienta, n=50

Z celkového počtu padesáti respondentů, na otázku, zdali sestry mají aktivní zájem o pacientovu bolest, uvedla většina respondentů, že zcela souhlasí, což představuje 45 tázaných (90 %). Spíše uvedlo zbylých 5 (10 %) respondentů. Žádný respondent nevedl, že by nesouhlasil.

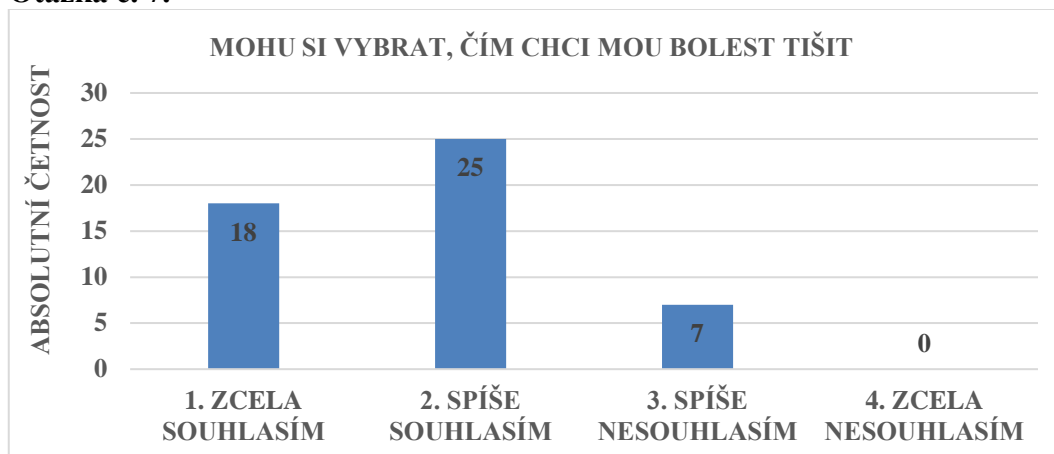
Otázka č. 6.



Obrázek 16: Graf aktivních návrhů sester pro tlášení bolesti pacienta, n=50

Otázka šestá se zajímala o to, jestli sestry aktivně navrhují pacientovi, jak bolest utišit. Na tuto otázku 38 (76 %) respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí. Spíše souhlasím, odpovědělo 10 (20 %) respondentů a zbylí 2 (4 %) respondenti uvedli, že spíše nesouhlasí. Žádný respondent nevedl, že zcela nesouhlasí.

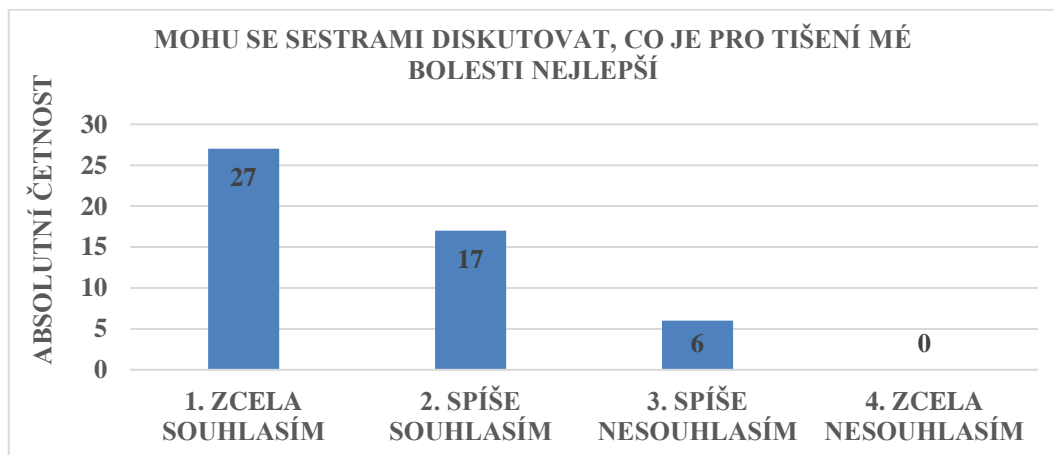
Otázka č. 7.



Obrázek 17: Graf možnosti výběru čím bolest tišit, n=50

Sedmá otázka byla zaměřená na to, jestli měl pacient možnost výběru čím bolest tišit. Zdali mají výběr, zcela souhlasilo 18 (36 %) respondentů. Spíše souhlasilo 25 (50 %) respondentů a 7 respondentů s tímto tvrzením spíše nesouhlasilo. To je 14 % respondentů. Žádný respondent nevedl, že by zcela nesouhlasil.

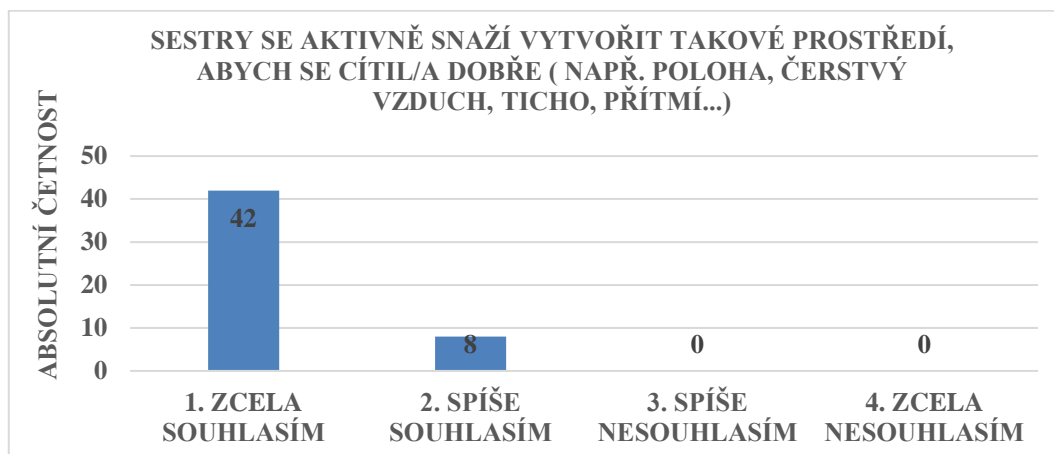
Otázka č. 8.



Obrázek 18: Graf diskuze pacienta se sestrou o tom, co je nejlepší pro tišení jeho bolesti, n=50

Graf zobrazuje, jestli měli pacienti možnost vést diskuzi se sestrami o tom, co je pro tišení jeho bolesti nejlepší. Na tuto otázku 27 (54 %) respondentů odpovědělo zcela souhlasím. Dalších 17 respondentů, tedy 34 % uvedlo, že spíše souhlasili. Spíše nesouhlasím, uvedlo 6 (12 %) respondentů. Zcela nesouhlasím, nikdo nevedl.

Otázka č. 9.

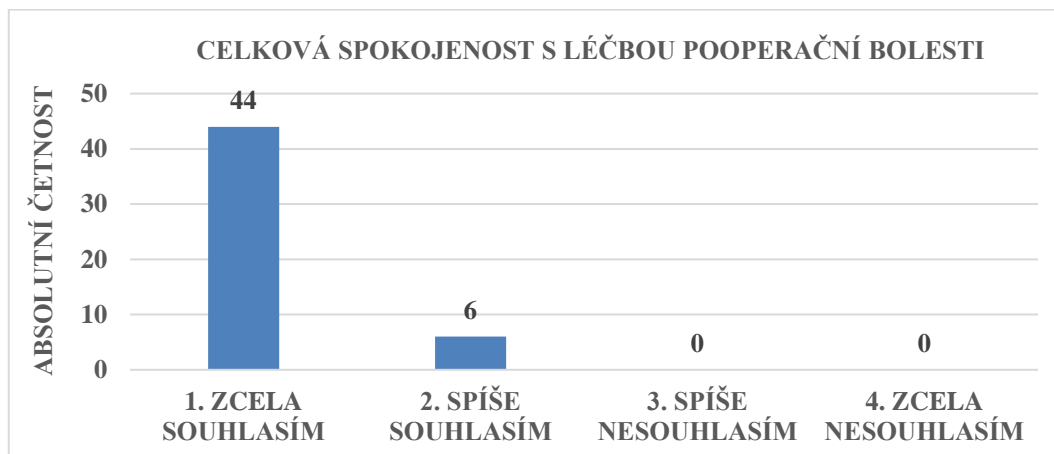


Obrázek 19: Graf, zda se sestry aktivně snaží vytvořit takové prostředí, aby se cítil/a respondent dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítmí...), n=50

Poslední otázka, která byla zaměřená na sestry, se zabývala aktivním přístupem sester k vytvoření takového prostředí, aby se pacient cítil dobře. Zcela souhlasilo 42 respondentů (84 %). Dalších 8 respondentů spíše souhlasilo, tedy (16 %). Žádný z respondentů nevedl, že by s tímto tvrzením nesouhlasil.

Průzkumná otázka, zaměřená na celkovou spokojenost pacienta

Otázka č. 10.



Obrázek 20: Graf celkové spokojenosti respondentů s léčbou jejich pooperační bolesti, n=50

Desátá otázka byla zaměřená na celkovou spokojenost respondentů s léčbou jejich pooperační bolesti. Odpovědi byly převážně kladné a 44 (88 %) respondentů uvedlo, že zcela souhlasilo a 6 (12 %) respondentů spíše souhlasilo. Nikdo nevedl, že by nesouhlasil.

4 DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřená na sledování pooperační bolesti v prvních 8 hodinách po operačním výkonu. Diskuze se zabývá zodpovězením tří průzkumných otázek a porovnáním výsledků s dalšími zdroji.

Průzkumná otázka č. 1: Je pooperační bolest v prvních 8 hodinách po operaci udržována v rozmezí 0–4 dle VAS (0–10)?

Pro sběr dat pro tuto bakalářskou práci byla bolest v pooperačním období zaznamenávána do vytvořeného záznamového archu, do kterého byly hodnoty opisované ze zdravotnické dokumentace pacienta (z akutní karty). Po přeložení na standardní oddělení personál hodnotil pooperační bolest 4 x po 30 minutách po operačním výkonu a dále po 3 a 4 hodinách a po 8 hodinách od operace. Pooperační bolest byla sledována u 50 respondentů. Zapojilo se 33 (66 %) žen a 17 (34 %) mužů, kteří byli první až třetí den po operaci. Dle Adamuse (2010, s. 38) jsou hodnoty na škále VAS 0–4 uspokojivé. Hakl (2019, s. 33) tvrdí, že hodnoty VAS 3–4 jsou obecně označovány za dlouhodobě snesitelné.

Bezprostřední pooperační bolest byla zaznamenávána na dospávacím pokoji do akutní karty, do níž byly údaje psány i na standardním oddělení. Následně jsem hodnoty dopsala do záznamového archu. Z padesáti respondentů bezprostředně po výkonu 30 (60 %) respondentů uvedlo hodnotu v intervalu bolesti od $\langle 0,2 \rangle$. Interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ mělo 16 (32 %) respondentů. Další 3 (6 %) respondenti označili interval bolesti $\langle 4,6 \rangle$ na škále VAS. Jeden respondent (2 %) uvedl, že měl bolest v intervalu $\langle 8,10 \rangle$. Aritmetický průměr je 1,20, který svědčí o vhodně zvolené analgezii na dospávacím pokoji. V průzkumném šetření Sršeň (2019, s. 31) zjistil, že ze 40 respondentů ihned po operaci 24 (60 %) respondentů udávalo VAS 0. Dále 3 (7,5 %) respondentů měli bolest VAS 3. Neakceptovatelné hodnoty VAS 5, 6, 7, 8 sdělilo 16 (40 %) respondentů. Sršeň uvedl, že aritmetický průměr bezprostředně po operaci byl 2,38 a je tedy skoro dvojnásobně vyšší než hodnoty v tomto průzkumu.

Při hodnocení pooperační bolesti 30 minut po operaci v rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 uvedlo 40 (80 %) respondentů. Interval bolesti $\langle 0,2 \rangle$ mělo 14 (28 %) respondentů a interval bolesti $\langle 2,4 \rangle$ sdělilo 26 (52 %) respondentů. Při tomto hodnocení se objevilo více neakceptovatelných hodnot dle škály VAS v intervalech $\langle 4,6 \rangle$, $\langle 6,8 \rangle$, které uvedlo 9 (18 %) respondentů. Interval $\langle 8,10 \rangle$ sdělil jeden respondent (2 %), tedy pacient č. 2, který bezprostředně po operaci udával VAS 0. Po zjištění této bolesti, byl pacientovi aplikován ošetřující sestrou opiátové analgetikum (Dippidor). Lze vidět, že se zde pooperační bolest

zhoršila, aritmetický průměr zde je 2,11. Svobodová (2019, s. 40) ve své práci uvádí, že nejvyšší hodnota byla VAS 7, kterou měli 2 (5 %) respondenti. Rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 v jejím průzkumu sdělilo 27 (67,5) respondentů a její aritmetický průměr činil 3,63. Je z toho patrné, že její zjištěné hodnoty VAS byly vyšší. Sršeň (2019, s. 32) v průzkumu došel k aritmetickému průměru 2,72, tedy i v jeho měření došlo k mírnému nárůstu intenzity pooperační bolesti.

Měření 1 hodinu po operaci přineslo podobné výsledky. Rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 mělo 38 (76 %) respondentů. Tedy interval bolesti (0,2) uvedlo 17 (34 %) respondentů a 21 (42 %) uvedlo interval bolesti (2,4). Hodnoty na škále VAS v intervalu (4,6) mělo 11 (22 %) respondentů. Nejvyšší bolest v intervalu (6,8) sdělil jeden respondent č. 2, (2 %). Aritmetický průměr činí 2,13. Svobodová (2019, s. 41) ve svém průzkumu došla ke zlepšení bolesti a aritmetickému průměru 2,78. Výsledky si jsou tedy podobné. Snížení intenzity bolesti uvádí i Sršeň (2019, s. 32), kdy 36 (90 %) respondentů sdělilo rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10. Jeho aritmetický průměr činí 1,85, který svědčí o dobrých výsledcích.

Hodnocení bolesti po 90 minutách přineslo zlepšení. 19 respondentů (38 %) uvedlo interval bolesti (0,2) a 24 (48 %) respondentů mělo bolest v intervalu (2,4). Interval bolesti (4,6) zapsalo 7 (14 %) respondentů. Respondent č. 2 uvedl zlepšení bolesti a to v intervalu (0,2). Aritmetický průměr je 1,83 a je i zde patrné zlepšení.

Rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 při **měření po 2 hodinách** celkového počtu padesáti respondentů uvedlo 48 (96 %) respondentů. Interval bolesti (0,2) sdělilo 25 (50 %) respondentů. 23 (46 %) respondentů uvedlo interval bolesti (2,4). Neakceptovatelné hodnoty uvedli 2 (4 %) respondenti, jejich interval bolesti byl (4,6). Aritmetický průměr činí 1,42. V tomto čase probíhá na standardním oddělení kontrola pacienta lékařem, který zhodnotí jeho stav i bolesti. Průzkum Svobodové (2019, s. 42, 50) ukázal jiné hodnoty zjištěné po 2 hodinách měření. Autorka uvedla, že VAS 0–4 mělo 70 % pacientů, ale 17,5 % pacientů uvedlo VAS 8, 9 a 10. Takové zhoršení přikládala překladu pacienta z dospávacího pokoje na standardní oddělení (přesun pacienta z lůžka na lůžko). Její výsledky ukázaly průměrnou VAS 3,2.

Při hodnocení bolesti po 3 hodinách uvedlo 47 (94 %) respondentů, že měli bolesti v rozmezí VAS 0–4. Došlo zde ke zhoršení bolesti u dvou respondentů č. 15 a č. 45 (4 %), kteří měli při měření po dvou hodinách intervaly bolesti (0,2) a (2,4), ale zde udávali interval bolesti (4,6). Jeden respondent č. 41 (2 %) udal interval bolesti (6,8), ale při měření po 2 hodinách měl VAS v intervalu (0,2). Aritmetický průměr je 1,58. Soudková (2018, s. 46) ve své diplomové práci

zjistila, že při měření 3 hodiny po operačním výkonu měli respondenti průměrnou bolest dle VAS 1,03, přičemž nejvyšší hodnota naměřená na stupnici VAS byla 5.

Podobné výsledky přineslo i **hodnocení bolesti po 4 hodinách** od výkonu, kdy rozmezí dle VAS 0–4 mělo 45 (90 %) respondentů a 5 respondentů (10 %) uvedlo interval bolesti (4,6). Aritmetický průměr činí 1,49. Tyto zjištěné údaje poukazují na to, jak je důležité hodnotit bolest pravidelně, protože se může kdykoliv zhoršit a je proto důležité toto kritérium nepodceňovat. V porovnání s výzkumným šetřením Soudkové (2018, s. 46), která uvádí, že po 4 hodinách byla průměrná bolest dle VAS 1,68 a nejvyšší hodnotu respondenti uvedli VAS 7. I tyto zjištěné údaje dokazují nezbytnost hodnocení bolesti pravidelně, protože se může kdykoliv zhoršit, proto je důležité toto kritérium nepodceňovat.

Většina respondentů byla odoperována dle operačního plánu, proto **8 hodin po výkonu** bylo měřeno odpoledne nebo večer. Rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 uvedlo celkově 39 respondentů. Interval bolesti (0,2) zaznamenalo 13 respondentů (26 %) a 26 respondentů (52 %) mělo interval bolesti (2,4). Zbylých 11 (22 %) respondentů označilo interval bolesti (4,6). Vařečková (2019, s. 38) ve svém průzkumném šetření zjistila, že rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 uvedlo 27 (67,5 %) respondentů ze 40 (100 %) respondentů, kteří byli po chirurgických výkonech. Dále vyhodnotila, že 13 respondentů (32,5 %) mělo bolest na škále VAS 5 a 6. VAS 5 zaznamenalo 8 (20 %) respondentů a VAS 6 uvedlo 5 (12,5 %) respondentů. V průzkumné části Svobodová (2019, s. 43) zjistila, že ze 40 respondentů (100 %) bolest v rozmezí 0–4 na škále VAS 0–10 sdělilo 24 (60 %) respondentů 8 hodin po operaci. Dále uvedla, že 5 (12,5 %) respondentů mělo VAS 5. Na VAS 6 a 7 se shodli 3 (7,5 %) respondenti. VAS 8 uvedli 4 (10 %) respondenti a VAS 9 označil 1 (2,5 %) respondent. V průzkumném šetření Vařečkové (2019, s. 38) mělo neakceptovatelnou bolest 8 hodin po výkonu 27 (67,5 %) respondentů, tudíž o 16 (32 %) více respondentů než v této práci a u Svobodové (2019, s. 43) uvedlo neakceptovatelnou bolest 16 (40 %) respondentů, tudíž o 5 (10 %) respondentů více než v tomto průzkumu. Proto je možné se domnívat, že tišení pooperační bolesti je lépe organizované na pracovišti, kde byl proveden tento průzkum. Ale přesto je potřebné se nad zjištěnými výsledky zamyslet a provést potřebná opatření, aby pooperační bolest byla adekvátně tlumená. V průzkumném šetření Hrabačkové (2016, s. 36, 46) respondenti uváděli, že největší bolesti měli právě odpoledne, večer a v noci. Z toho vyplývá, jak je důležité snížení pooperační bolesti kontinuálně. I Slezáková (2007, s. 122) v literatuře píše, že se intenzita bolesti v průběhu dne mění a je ovlivněna i faktory jako je kašel, vyprazdňování a spánek. Proto je důležité sledovat projevy bolesti po celých 24 hodin (reakce na analgetika, největší bolest,

její příčinu). U pacienta s bolestí je nutné vést tzv. záznam o bolesti, do kterého se zaznamenává aktuální stav bolesti klienta a způsob léčby. To tvrdí i Málek (2011, s. 118–119), který uvádí, že problémem není nedostatek vhodných analgetik a ovládání speciálních technik, ale hlavní nedostatek je v organizaci práce. Intenzitu bolesti je nezbytné pravidelně měřit a zaznamenávat (tzv. vizualizace bolesti) a na zjištěné hodnoty je třeba adekvátně reagovat. Každému pacientovi by se měl založit protokol o sledování a léčby pooperační bolesti, který obsahuje náležitosti jako je intenzita bolesti, účinnost léčby a případné komplikace. Tento záznam by měl být vyplněný nejméně 4 x denně sestrou oddělení. Pokud analgezie je nedostatečně účinná, je nezbytné, aby sestra kontaktovala ošetřujícího lékaře, který může změnit dávkování analgetik či vyhledat pomoc u lékaře specialisty. Zmírnění bolesti patří mezi základní práva nemocných a léčba bolesti je odborná i etická povinnost zdravotníků (Bartůněk, Jurásková, Heczková, 2016, s. 213).

Průzkumná otázka č. 2: Jsou pacienti s léčbou pooperační bolesti celkově spokojeni?

V průzkumné šetření jsem se zabývala také otázkou, zda jsou respondenti spokojeni s terapií pooperační bolesti. Na to byly zaměřené otázky č. 1, 5, 9 a otázka č. 10. Otázky č. 1 a č. 5 zjišťovaly aktivní zájem sester a lékařů o bolest pacienta. 80 % respondentů zcela souhlasilo, že se lékaři aktivně o jejich bolest zajímají a 20 % zúčastněných uvedlo, že spíše souhlasí. U sester v otázce č. 5, uvedlo 90 % respondentů, že zcela souhlasili a 10 % spíše souhlasili. Vaníček (2018, s. 29, 32) se ve svém dotazníkovém šetření zabýval stejnými otázkami. U lékařů zjistil, že 54,8 % respondentů zcela souhlasilo a 38,7 % spíše souhlasilo. A 2 respondenti (6,5 %) odpověděli, že spíše nesouhlasili. U sester zcela souhlasilo 87,1 % a 12,9 % spíše souhlasilo. V bakalářské práci se Johanidesová (2019, s. 38) zabývala tím, jak se všeobecné sestry zajímaly o pacientovu pooperační bolest. Uvedla, že 43 % respondentů se ptaly každou 0,5 hodinu a každou hodinu uvedlo 42 % respondentů. Dále získala odpovědi každé dvě hodiny u 8 % respondentů a 3x denně uvedlo 7 % respondentů. Výsledek šetření dokazuje, že sestra je ta, která získává informace od pacienta a komunikuje s ním častěji než lékaři. V dotazníkovém šetření Barákové (2015 s. 43), která zjišťovala, kdo se druhý pooperační den zajímal o pacientovu bolest zjistila, že z 89 % to byla sestra, lékař u 47 % respondentů.

V deváté otázce, která je zaměřená na sestry, zjišťuji, zdali sestry pacientům vytvoří takové prostředí, aby se cítili dobře. Tedy jestli jim pomohou najít správnou polohu nebo nacvičí vykašlávání, sed, zajistí čerstvý vzduch a přítmí. 84 % respondentů uvedlo „zcela souhlasím“

a 16 % odpovědělo „spíše souhlasím“. Podobné výsledky získal i Vaníček (2018, s. 35) ve své práci, kde zjistil, že 87,1 % zcela souhlasilo a 12,9 % spíše souhlasilo. Stejnou otázkou se zaobírala i Silnicová (2019, s. 38) u které, 92,5 % respondentů zcela souhlasilo s tím, že se sestry snažily vytvořit příjemnější prostředí pro pacienty. S utrpením se sestra setkává každodenně. Její úkol spočívá v tom, aby nejrůznější projevy nepohody nebo bolesti postřehla, rozpoznala a aby pacientovi od ní pomohla. Sestra může reagovat na pacientovo utrpení pomocí komunikace, naslouchání, rozpoznání příčin bolesti a utrpení. Sestra pacientovi pomáhá, podává léky a plní ordinace lékaře, ale zároveň se stává i tím, kdo je vtažen do osobního vztahu s pacientem (Heřmanová a kol., 2012, s. 90–91).

V desáté průzkumné otázce jsem se respondentů ptala, zdali jsou s léčbou pooperační bolesti spokojeni. Z padesáti respondentů, kteří podstoupili průzkumné šetření jich 44 (88 %) uvedlo, že zcela souhlasí a 6 (12 %) respondentů, že spíše souhlasí. Tyto výsledky považuji za velice dobré. Vaníček (2018, s. 36) na tuto otázku získal u 80,6 % dotázaných, že zcela souhlasilo a 19,4 % spíše souhlasilo se spokojeností pooperační léčby. Uvedl, že získané odpovědi hodnotí kladně. Golčiterová (2015, s. 46) se ve své diplomové práci zabývala spokojeností s tlumením bolesti na pooperačních odděleních gynekologie. Na její otázku, odpovědělo „velmi spokojena“ 48 % respondentek a 46,20 % uvedlo, že byly spíše spokojené. Také napsala, že 3 (5,80 %) respondentky uvedly, že hodnotí spokojenost neutrálně. Hronešová (2011, s. 36) se ve své bakalářské práci zajímala o spokojenost pacientů s tlumením bolesti na standardním oddělení i na JIP. Dozvěděla se, že 93 % respondentů ze standardního oddělení bylo spokojeno a z JIP 92 %. Také zjistila, že „spíše nespokojeni“ byli respondenti na standardním oddělení 7 % a na JIP 8 % tázaných. J. Málek (2009, s. 13–14) ve svém epidemiologickém průzkumu prokázal, že 18,5 % pacientů, označuje bolest jako nejhorší zážitek pooperačního období, dokonce až ve 36 % případů je bolest příčinou stížností po operaci. Sám autor konstatuje, že asi 30 % nemocných po operaci potřebuje zlepšit léčbu bolesti, což představuje čtvrt milionu pacientů v České republice za rok. Dostupnost pooperační analgezie je velice důležitá ke kvalitnímu zvládnutí organizace léčby pooperační bolesti. Je také nezbytné přijmout fakt, že základním právem každého pacienta s bolestí je její tišení a to je povinnost každého pracoviště, které takového nemocného ošetřuje.

Získané výsledky jak v této práci, tak i ve zmíněných pracích lze hodnotit kladně. Jde vidět, že pro sestry je pacient prioritou a berou svou činnost vážně, snaží se pacientovi vyhovět, uspokojit jeho potřeby a dávat jim najevo, že jsou v nemocnici pro ně.

Průzkumná otázka č. 3: **Má pacient možnost výběru tlumení své bolesti?**

Průzkumné šetření bylo zaměřené i na to, jestli může pacient diskutovat se sestrami/lékaři o jeho bolesti a zda je mu umožněno zvolit si, jak ji chce tlumit. V dotazníkovém šetření jsou na to zaměřené otázky č. 2, 3, 4, 6, 7, 8.

Otázky č. 2 a č. 6 byly zaměřené na lékaře i sestry. Zajímala jsem se, zda aktivně navrhnou možnosti tišení bolesti. U lékařů uvedlo 80 %, že zcela souhlasí, 18 % spíše souhlasí a jeden (2 %) respondent uvedl, že spíše nesouhlasí. Výsledky u sester byly horší. Zde 76 % uvedlo, že zcela souhlasí, spíše souhlasilo 20 % respondentů a dva (4 %) respondenti uvedli, že spíše nesouhlasí. V dotazníkovém šetření Tvrdíka (2018, s. 44) na otázku, zda je respondentům nabídnuto adekvátní tlumení bolesti, uvedl, že 88 % respondentů zcela souhlasilo a 12 % spíše souhlasilo. Je tedy patrné, že jeho výsledky šetření byly lepší než v tomto průzkumu. V průzkumném šetření Svobodové (2019, s. 46) jsou podobné výsledky jako v této práci. Autorka se zajímala podobně jako Tvrdík, zda je aktivně nabízeno adekvátní tlumení. Uvedla, že 82,5 % respondentů zcela souhlasilo a 12,5 % spíše souhlasilo, ovšem 5 % respondentů zde uvedlo, že spíše nesouhlasili.

Otázka č. 7 se zabývá pacientem a jeho možností výběru léčby bolesti prostřednictvím sester. „Zcela souhlasím“ uvedlo 36 % respondentů, 50 % „spíše souhlasím“. 14 % respondentů odpovědělo, že „spíše nesouhlasím“. Tedy 86 % respondentů měla možnost zvolit si terapii dle svého uvážení a rady sester. V průzkumném šetření Vaníčka (2018, s. 33–34) „zcela a spíše souhlasím“ uvedlo 54,8 % respondentů. Objevují se tu ale daleko více záporné odpovědi. Spíše a zcela nesouhlasím v jeho šetření uvedlo 45,2 % tázaných respondentů.

Na lékaře byla takto zaměřená otázka č. 3. „Zcela souhlasím“ odpovědělo 38 % respondentů a „spíše souhlasím“ 46 % respondentů. Spíše nesouhlasilo 16 % respondentů. Tedy 84 % respondentů mělo možnost si zvolit, čím by chtěli léčit svou pooperační bolest. Oproti tomu Vaníček (2018, s. 30–31) ve svém dotazníkovém šetření měl jiné výsledky. Uvedl, že více než 60 % respondentů si nemohlo zvolit, čím léčit své pooperační bolesti. Je vidět, že získaná data v této práci jsou převážně kladně hodnocená a oddělení, kde probíhal tento průzkum, se snaží co nejvíce zavděčit pacientovi.

Dále jsem se zajímala, zda pacienti mohou s lékaři a sestrami diskutovat o tom, co je pro tišení jejich pooperační bolesti nejlepší. Takto byly zaměřené **otázky č. 4 a 8**. Respondenti uvedli odpovědi, ze kterých jsem zjistila 88 % kladných odpovědí, uvedených u lékařů i sester. Záporných bylo tedy jen 12 %. Tato data lze hodnotit velice dobře. Pro srovnání opět přikládám

výsledky, které získal Vaníček (2018, s. 34) ve svém průzkumu. U lékařů 60 % respondentů uvedlo, že s lékaři nemají možnost diskuze. U sester 54,9 % odpovědí bylo kladných, ale 45,2 % respondentů označilo odpověď záporně.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, s. 139–140) ve své publikaci poukazují na to, že při zjišťování kvality a intenzity bolesti je třeba řídit se tím, co pacient říká a jak bezprostředně reaguje a jedná, protože každý člověk je jiný, jinak se chová a jinak danou bolest a situaci s ní spojenou prožívá. Práh bolesti je u každého jedince jiný. Na stejný podnět někdo reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, ale jiný člověk označuje tyto podněty jako bolestivé. Prožívání a hodnocení bolesti je vždy subjektivní záležitostí, bolest nelze předem objektivně potvrdit ani vyloučit.

5 ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce bylo cílem popsat problematiku pooperační bolesti, tedy od historie až po rozdělení pooperační bolesti i dle časového průběhu a její diagnostiky. Další cíl byl změřený na farmakologickou a nefarmakologickou terapii pooperační bolesti a dále na roli a úlohu všeobecné sestry při léčbě pooperační bolesti.

V průzkumném šetření byly stanovené tři průzkumné cíle. Respondenti uváděli bolesti v určitém rozmezí, a proto jsou i výsledky průzkumu uvedené v intervalech. Největší průměrnou bolest v intervalu (8,10) uvedl jeden respondent bezprostředně po operaci a později při překladi na standardní oddělení. Lze se tedy i domnívat, že brzký přesun respondentů z lůžka na lůžko z dospávacího pokoje na standardní oddělení mohl způsobit větší bolesti. Ve větší míře se neakceptovatelné hodnoty objevily po 8 hodinách od výkonu v intervalu (4,6), který uvedlo 22 % respondentů, a proto se zde stále nabízí prostor pro zlepšování tlumení pooperační bolesti. Respondenti s léčbou pooperační bolesti byli spokojeni, protože výsledky nebyly negativní. Je zajímavé, že i respondent, který měl největší bolesti v intervalu (8,10) uvedl, že zcela souhlasí se spokojeností. Respondenti dále rovněž souhlasili s tím, že lékaři i sestry přistupují aktivně k léčbě pooperační bolesti. Průzkum také ukázal, že sestra se o pacienta zajímá více než lékař, a proto je právě její role a úloha nezbytná a důležitá. Kladně hodnocená byla i otázka, která se zaměřovala na aktivitu personálu oddělení, aby se pacient cítil dobře, která spočívala např. v nácvičku vykašlávání, sedu a vyhledání úlevové polohy pacienta. Výsledky, zda sestry a lékaři aktivně navrhnou možnosti tlumení bolesti, byly převážně souhlasné, ale u lékařů uvedl jeden respondent nesouhlasnou odpověď a u sester takto odpověděli dva respondenti. Dále u sester uvedlo 86 % a u lékařů 84 % respondentů, že měli možnost vybrat si, čím bolest tišit. Možnost diskuze se sestrou a lékařem v tom, co je pro tišení pacientovy bolesti nejlepší, byla v 88 % kladně zastoupená u sester i lékařů. Tento průzkumný cíl měl ukázat, zda má pacient v tišení bolesti také své slovo. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že v převážné většině takovou možnost respondent měl a je tedy možné výsledky považovat za kladné, protože zdravotnický personál ve většině případech umožní pacientovi výběr při tlumení bolesti dle jeho uvážení.

Ze získaných výsledků plyne, jak je nezbytná správná komunikace, zájem a empatie mezi zdravotnickým personálem a pacientem, protože management bolesti je velice důležitý indikátor kvality péče. Proto by měly být pravidelné semináře a vzdělávání zdravotnického personálu v této problematice. Komunikace s pacienty má svá úskalí, ale je možné

se na ně i připravit, protože právě zdravotnický personál je zodpovědný za kvalitu a spokojenost s poskytnutou péčí.

Limity této práce jsou především v nízkém počtu respondentů. Vzhledem k průzkumnému charakteru práce nebyl proveden reprezentativní výběr počtu respondentů a výsledky této práce se vztahují pouze na skupinu respondentů, kteří byli osloveni. Dalším faktorem je různorodost operačních výkonů, které nebyly zohledňovány. Zjištěné informace budou předány manažerům daného zdravotnického zařízení, kde průzkum probíhal v rámci dlouhodobé spolupráce s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice, a budou propojeny s výsledky studentů, kteří se danou problematikou také zabývali. Tyto zjištěné výsledky mohou být nápomocné ke zlepšení kvality managementu bolesti.

6 POUŽITÁ LITERATURA

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

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi* [online] 2012, **14**(1),23-25[cit.2020-04-30]. ISSN 1803-5256.

Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>.

HAKL, Marek a kolektiv. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5272-6.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-2462-998-8.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.

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

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

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

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

Mapa bolesti M. S. Margoles. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče*. [online]. Hradec Králové: MultiMedia SoftWare [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5831.pdf>

- MICHALSKÝ, Rudolf a Ivana VOLFOVÁ. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7248-464-5.
- ROKYTA, Richard a kolektiv. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.
- ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-182-0.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2. Přepřacované vydání*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-22702.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.
- WICHISOVÁ, Jana a Petr PŘIKRYL a Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jana HALUZÍKOVÁ. Bolest a její zvládnání v ošetrovatelské péči. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, **15**(11-12), 372-374 [cit. 2020-04-30]. ISSN 12127299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.

AKADEMICKÉ PRÁCE

BARÁKOVÁ, Kamila. *Pooperační bolest po laparoskopických výkonech (pohled pacienta, pohled sestry)*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

GOLČITEROVÁ, Alena. *Management bolesti v perioperačním období*. Pardubice, 2015. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

HRABÁČKOVÁ, Dana. *Péče o pacienta s bolestí – standardní operační postup*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.

HRONEŠOVÁ, Michaela. *Problematika tlumení pooperační bolesti*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.

JOHANIDESOVÁ, Pavla. *Zvládání pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

SOUDKOVÁ, Veronika. *Management bolesti u pacientů po totální endoprotéze kyčle a kolene v perioperačním období*. Pardubice, 2018. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

SILNICOVÁ, Klára. *Pooperační bolest v kardiochirurgii*. 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.

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

TVRDÍK, David. *Hodnocení míry pooperační bolesti*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková.

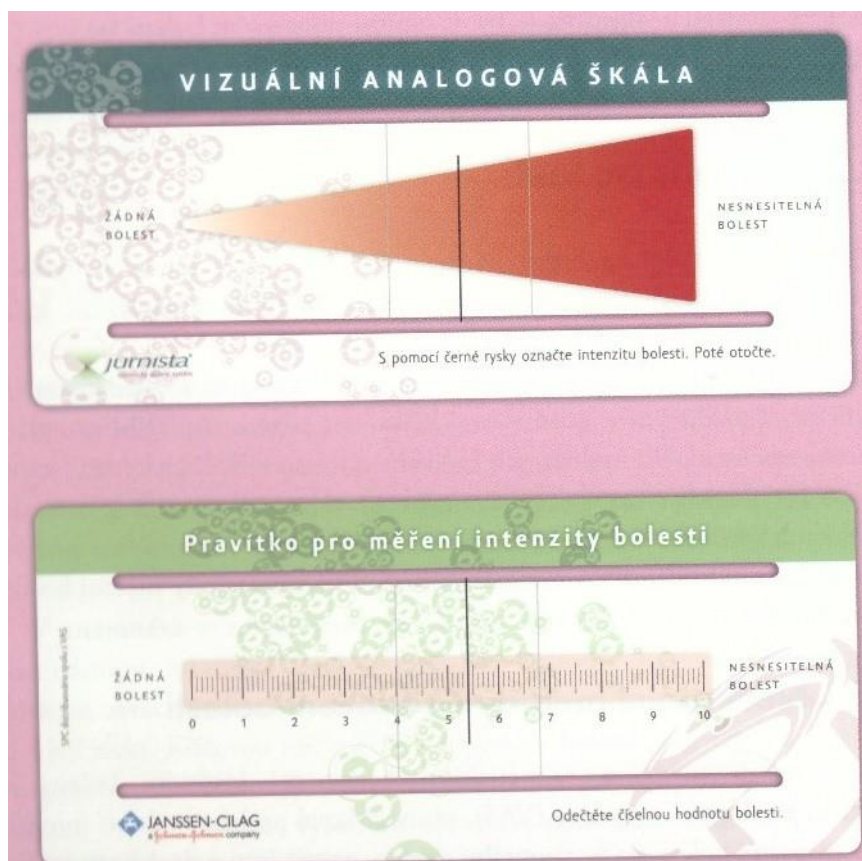
VANÍČEK, Petr. *Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková.

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

7 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – <i>Vizuální analogová škála a numerická škála</i>	55
PŘÍLOHA B – <i>Obličejová škála bolesti</i>	56
PŘÍLOHA C – <i>Mapa bolesti dle M. S. Margolese</i>	57
PŘÍLOHA D – <i>Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity</i>	58
PŘÍLOHA E – <i>Akutní karta zdravotnického zařízení</i>	59
PŘÍLOHA F – <i>Záznamový arch</i>	60

PŘÍLOHA A – *Vizuální analogová škála a numerická škála*

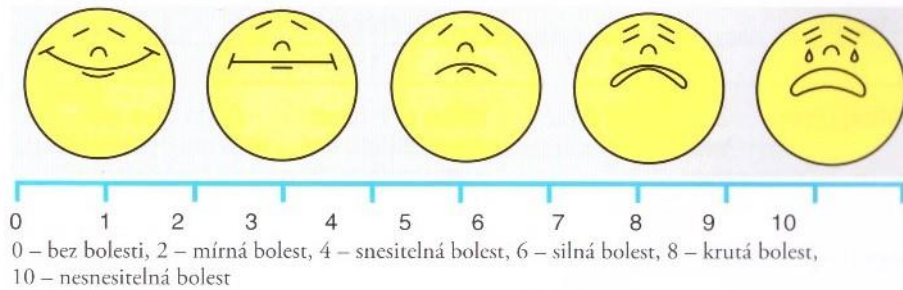


Zdroj: Málek, Ševčík a kol., 2009, s. 24

PŘÍLOHA B – Obličejová škála bolesti

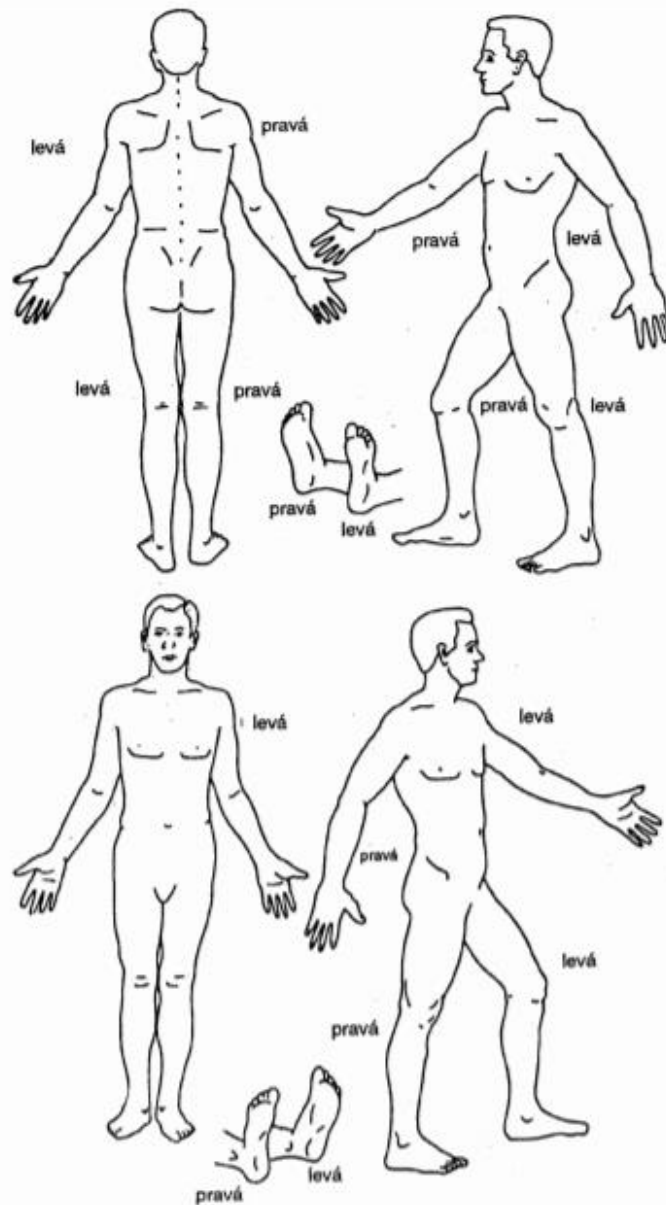
POOPERAČNÍ ANALGEZIE U DĚTÍ

Vizuální analogová škála hodnocení bolesti u dětí



Zdroj: Málek. Ševčík a kol., 2009, s. 109

Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)



Zdroj: Mapa bolesti M. S. Margoles. In: *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. Hradec Králové: MultiMedia SoftWare [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5831.pdf>

PŘÍLOHA D – Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity

Deskriptor bolesti	žádná–0	mírná–1	středně silná–2	silná–3
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá – palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé na dotyk)				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující – vyčerpávající				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá – krutá				

Zdroj: Vaňásek a kol., 2014, s. 53

PŘÍLOHA E – Akutní karta zdravotnického zařízení

AKUTNÍ KARTA

Datum: _____ List č.: _____

Čas	TK	P	SpO ₂	Vědomí zornice	VAS	Záznamy lékaře / sestry	Příjem		Výdej		
							per os sonda	i.v.	moč	sonda	drén

Legenda: NILZP, který ukončuje zápis do formuláře, stvrdí záznam podpisem a razítkem
 Zkratky: TK - tlak krevní | P - puls | SpO₂ - saturace krve kyslíkem | VAS - vizuální analogová škála bolesti | i.v. - podání léku intravenózně

IL_ZD_NPK_08
Verze 01.1/2

Zdroj: Akutní karta zdravotnického zařízení, ve kterém bylo provedené průzkumné šetření. Zveřejnění bylo ústně schváleno vedením nemocnice. Vzhledem k zachování anonymity, není uveden název zdravotnického zařízení.

PŘÍLOHA F– *Záznamový arch*

DATUM:	BOLEST DLE VAS	ANALGETIKA
Bezprostředně po operaci:		
4x po 30 minutách:		
2x á 1 hodina		
1x po 8 hod.		

Vážená paní / pane,

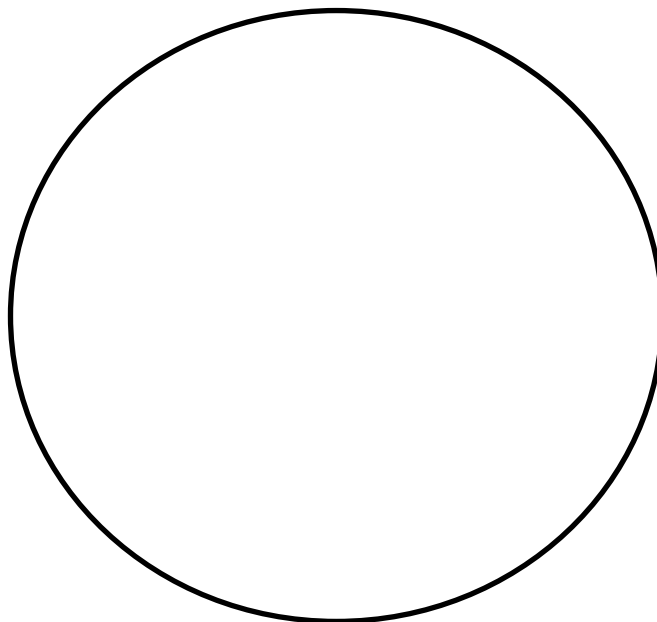
Jmenuji se Petra Felcmanová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě zdravotnických studií v Pardubicích, katedře Ošetřovatelství. Chtěla bych Vás tímto poprosit, o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Cílem je zhodnotit spokojenost s tišením pooperační bolesti pacientů na tomto oddělení.

Dotazník je zcela dobrovolný a anonymní. Zakroužkujte vždy jednu odpověď. Vyplněný dotazník vložte do obálky a následně ho prosím, vhod'te do schránky naproti recepci sester.

Předem Vám velice děkuji za Váš čas a ochotu a spolupráci.

Petra Felcmanová

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.



Vyplňte, prosím, tabulku. Zakroužkujte shodné pole nebo odpověď dopište.

Oddělení: Všeobecná chirurgie				
Věk:	18-30 let	31-45 let	46-60 let	61- 80 let
Pohlaví:	MUŽ		ŽENA	
Operační výkon: (svými slovy)				

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 navrhuji 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 tišení 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 navrhuji 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 tišení 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, přítomí...)

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
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------