

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Petr Chromý

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti

Petr Chromý

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petr Chromý**
Osobní číslo: **Z18103**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

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:

- BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.
- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 149 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
- MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
- VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph. D. v. r.
děkanka

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

Prohlašuji:

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

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Petr Chromý v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Toto poděkování bych rád směřoval hlavně k mojí vedoucí práce, paní Mgr. Zuzaně Červenkové, která mě i spoustu dalších provázela v tomto studiu a chtěl bych ji poděkovat za její ochotu, srdečnost, věcné připomínky ke psaní této bakalářské práci, a hlavně trpělivost. Dále bych rád poděkoval mojí rodině, která mě vždy ve všem podporovala a motivovala.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na tišení pooperačních bolestí, spokojenost pacientů s jejich léčbou bolesti a faktory, které ovlivňují spokojenost pacienta. V teoretické části se zaměřuje na vysvětlení základních pojmů pro pochopení bolesti, její zvládání a možnosti léčby. Rešeršní část se zabývá posouzením spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti a jaké faktory ovlivňují jejich spokojenost. Pro získání informací do rešeršní části byla využita metoda literární rešerše. Studie pro literární rešerši byly vyhledány v zahraniční databázi Web of Science.

KLÍČOVÁ SLOVA

Spokojenost pacienta, tišení bolesti, management bolesti, pooperační bolest

TITLE

Patient satisfaction with postoperative pain relief

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the postoperative pain, patients satisfaction with their pain treatment and factors that affect patients satisfaction. The theoretical part focuses on explaining the basic concepts for understanding pain, it's management and their treatment options. The practical part deals with the assessment of patient's satisfaction with the postoperative pain relief and what other factors affect their satisfaction. The method of literary research was used to obtain information in the practical part. Studies for literary research were searched in the foreign web of science database.

KEYWORDS

Patient satisfaction, pain relief, pain management, postoperative pain

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 11 |
| CÍLE PRÁCE..... | 13 |
| 1 Teoretická část..... | 14 |
| 1.1 Definice bolesti..... | 14 |
| 1.2 Rozdělení bolesti..... | 14 |
| 1.2.1 Typy bolesti podle délky trvání..... | 14 |
| 1.2.2 Typy bolesti podle místa vzniku..... | 15 |
| 1.3 Fyziologie a anatomie bolesti..... | 16 |
| 1.3.1 Typy nocisensorů..... | 16 |
| 1.3.2 Látky stimulující vznik bolesti..... | 16 |
| 1.3.3 Vedení bolestivých vzruchů..... | 17 |
| 1.3.4 Fáze vedení bolesti..... | 17 |
| 1.4 Složky bolesti..... | 17 |
| 1.5 Operace..... | 18 |
| 1.5.1 Dělení operací..... | 18 |
| 1.6 Pooperační péče..... | 18 |
| 1.7 Incidence a intenzita pooperační bolesti..... | 19 |
| 1.8 Psychologie člověka prožívajícího bolest..... | 19 |
| 1.9 Historie léčby bolesti..... | 19 |
| 1.10 Způsoby léčby bolesti..... | 20 |
| 1.10.1 Farmakoterapie..... | 20 |
| 1.10.2 Invazivní metody..... | 21 |
| 1.10.3 Rehabilitace..... | 21 |
| 1.10.4 psychoterapie..... | 21 |
| 1.10.5 Akupunktura..... | 21 |
| 1.11 Úloha nelékařského zdravotnického pracovníka při léčbě bolesti..... | 22 |

| | | |
|--------|---------------------------------------|----|
| 1.11.1 | Ošetřovatelství | 22 |
| 1.11.2 | Měření bolesti | 22 |
| 1.11.3 | Diagnostika a hodnocení bolesti | 23 |
| 1.12 | Spokojenost pacienta | 24 |
| 2 | Literární rešerše | 25 |
| 2.1 | Metodika přehledu | 25 |
| 2.2 | Výsledky | 25 |
| 2.3 | Hodnocení vybraných studií | 27 |
| 3 | Diskuse..... | 43 |
| 4 | Závěr | 47 |
| 5 | Použitá Literatura..... | 48 |

SEZNAM TABULEK

| | | |
|------------------|----------------------------|-----------|
| Tabulka 1 | Seznam studií | 26 |
|------------------|----------------------------|-----------|

SEZNAM ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CNS – Centrální nervová soustava

CT – Počítačová tomografie

IASP – Mezinárodní asociace pro studium bolesti

JIP – Jednotka intenzivní péče

MRI – Magnetická rezonance

NLZP – Nelékařský zdravotnický personál

NRS – Numerická škála bolesti

NSAID – Nesteroidní antiflogistika

RTG – Rentgenové záření

USG – Sonografické vyšetření

VAS – Visuální analogová škála bolesti

VRS – Verbální škála bolesti

WHO – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Jedním z cílů medicíny je úleva od bolesti a utrpení způsobených různými nemocemi. Vymezení bolesti, bylo přijato Mezinárodní společností pro výzkum bolesti v roce 1979 ve znění: „Bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, prožitek spojený se skutečným či možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození.“ Bolest je vždy subjektivní. Při styku s bolestí bychom měli uvažovat o pacientově prožitku, nikoli o tom, zda z fyziologického hlediska je, nebo není možné, aby takovou bolest prožíval. Prožívání bolesti je zhoršováno úzkostí, nejistotou a obavami, naopak bolest se lépe snáší, má-li pro daného člověka smysl. (Baštecká a kol., 2003, s. 122)

Americká algeziologická společnost (American Pain Society Quality Improvement Committee) uveřejnila v roce 1995 v časopise JAMA názor, že pooperační bolest by měla být považována za pátou vitální známku, která by měla být po operaci sledována stejně jako ostatní čtyři (vědomí, oběh, dýchání a vnitřní prostředí). Vypracovaný protokol léčby akutní pooperační léčby bývá i součástí požadavků mezinárodních akreditačních komisí. Přesto studie v zahraničí i v ČR poukazují na to, že je stále ještě poměrně vysoký počet pacientů, kteří po operaci trpí intenzivní bolestí se všemi nežádoucími akutními i chronickými následky, které to s sebou přináší. Sledováním příčin nedostatečné léčby pooperační bolesti bylo opakovaně konstatováno, že hlavním problémem není nedostatek vhodných léčiv nebo ovládnání speciálních technik, ale organizace. (Málek, 2011, s. 118)

Obecně platí, že první den po operaci má bolesti po chirurgickém výkonu téměř 100 % pacientů, logicky je to tedy více než před operací. Mírnění bolesti je základním etickým požadavkem, a proto by se měl každý lékař v této oblasti neustále vzdělávat a složitější případy přenechat specialistům-algeziologům. Dnes je již obecně přijímán fakt, že léčba bolesti přináší kromě subjektivního utrpení i pozitivní vliv na hojení a léčbu pooperační rány. Je podstatné náležitě vyšetřit charakter a původ každé pooperační bolesti, aby nebyla za bolest z operační rány mylně považována bolest jiná, signalizující další přidružené onemocnění. (Rokyta a kol., 2009, s. 34)

Každý student se zaměřením na zdravotnictví i zdravotnický personál by měl chápat důležitost tohoto problému, samostatně se v této oblasti vzdělávat a aktivně bojovat za zlepšení situace. Pro zdravotnický personál je klíčové si uvědomit, že hodnocení a léčba pooperační bolesti patří mezi nejdůležitější součást jejich péče o pacienta, neboť právě oni jsou v nejužším kontaktu s pacientem. (Rokyta a kol., 2009, s.33)

Ve spoustě studií zaměřujících se na bolest je popsán paradox, že spokojenost pacientů s pooperačním průběhem sama o sobě není zárukou toho, že je dostatečná analgezie. Převážná většina autorů jako důvod tohoto paradoxu udává, že spokojenost pacienta s léčbou pooperační bolesti je multifaktoriální. (Málek a Ševčík, 2009, s. 26, 27)

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část rešeršní. Teoretická část se zabývá vysvětlením základních pojmů týkajících se bolesti, fyziologie, anatomie, jejího zvládnutí, typů operací a pooperační péče, způsobů léčby a úlohy nelékařského zdravotnického personálu. Dále se také zabývá vysvětlením pojmu spokojenosti pacienta. Rešeršní část byla zaměřena na vyhledání, popsání a zhodnocení vhodných studií pro získání poznatků o spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti a faktorů, které ovlivňují jeho spokojenost.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části:

1. Vysvětlit základní pojmy týkající se bolesti a jejího zvládnání.
2. Popsat možnosti léčby bolesti a úlohy zdravotní sestry při její léčbě.
3. Popsat, co je to spokojenost pacienta.

Cíle rešeršní části:

1. Získat poznatky o spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti.
2. Zjistit, jaké další faktory ovlivňují pacientovu spokojenost.

1 Teoretická část

1.1 Definice bolesti

Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně spojena. (International Association for the Study of Pain, 2020).

Bolest je definována jako nepříjemný pocit zapříčiněný vnějším násilím nebo poškozením anatomické a fyziologické povahy tkání a ústrojí. Jeho intenzitu určuje síla podnětu, nervové zásobení dané oblasti, stav nervového systému, vrozená povaha jedince a v danou chvíli „nálada nemocného“. Bolest však není možné vnímat jenom jako něco negativního. I přesto, že akutně vzniknutá bolest může být silně intenzivní a nepříjemná, je třeba ji chápat i jako určitý varovný signál, který často zabraňuje dalšímu poškození organismu. (Slíva, 2009, s. 91)

1.2 Rozdělení bolesti

1.2.1 Typy bolesti podle délky trvání

Základní dělení bolesti je podle časového průběhu. Dělí se na bolest akutní a bolest chronickou. Každý typ má své specifické příznaky, kterými je třeba se řídit a podle nich stanovit také následnou léčbu. (Adamus a kol., 2010, s. 119)

Akutní bolest

Akutní bolest má náhlý začátek, který vzniká hned po bolestivém podnětu. Trvá několik hodin, dnů, týdnů, maximálně tři měsíce. Akutní bolest je především příznak, který naléhavě informuje organismus o skutečnosti, že je tkáň poškozena úrazem, nemocí, operačním zákrokem či porodem. Bývá převážně snadno lokalizovatelná a svým projevem dává najevo, že je potřeba chránit organismus před dalším poškozením. Nese s sebou celou řadu senzorických, emočních a mentálních prožitků, které ovlivňují psychické myšlení i samotné jednání člověka. Reakce organismu na akutní bolest se projevuje řadou vegetativních příznaků např. hypertenzí, tachykardií, nadměrným pocením, nauzeou, ale také gastrointestinální a urinární dysfunkcí. Většinu těchto projevů však lze zmírnit vhodnými analgetickými postupy. Pokud člověk příznaky akutní bolesti potlačí, může dojít až ke chronifikaci bolesti. (Rokyta et al., 2012, s. 32)

Chronická bolest

Chronická bolest je progresivně se zhoršující bolest dlouhodobého charakteru, obvykle trvá 3-6 měsíců, může však být kratšího trvání, pokud přesahuje obvyklou dobu, která je pro dané poranění či onemocnění charakteristická. Často nelze prokázat souvislost mezi poškozením i z důvodu obtížné lokalizace místa bolesti. Chronické bolesti je nutné vnímat jako onemocnění samotné. Mnohdy se totiž projevuje i bez patologicky prokazatelného podkladu. Pacienti často trpí poruchami spánku a podrážděností, které mohou často vést až k rozvoji deprese. U pacientů postižených chronickou bolestí dochází často k duševní a sociální izolaci. Jelikož je bolest stále přítomna, zhoršuje velmi často kvalitu života. Nejčastějšími chronickými bolestmi jsou např. bolesti zad, osteoartritida, osteoporóza, revmatoidní artritidy či bolesti hlavy. (Rokyta a kol., 2009, s. 34)

1.2.2 Typy bolesti podle místa vzniku

Nociceptivní bolest

Nociceptivní bolest vzniká podrážděním nociceptivních receptorů bolesti v místě poškození. Ty reagují na termické, chemické a mechanické poškození tkáně na periférii těla. Je dobře lokalizovaná a dobře reaguje na analgetika. Nociceptivní bolest vzniká taktéž během operačních zákroků. (Rokyta et al., 2012, s. 49)

Neuropatická bolest

Bolest vzniká poškozením nebo onemocněním somatosenzorického systému. Primárně zasahuje struktury periferního centrálního nervového systému, ale i vegetativního nervového systému. Bolest proto nevzniká na receptorech bolesti, ale ve vzestupných vláknech nervového systému. Projevuje se neadekvátně bolestivou reakcí na nebolestivé podněty. (Rokyta et al., 2012, s. 233)

Viscerální bolest

Viscerální bolest je bolest, která je vyvolána bolestivým podnětem vnitřních orgánů, ale je vnímána jako bolest na povrchu těla. Bolest tohoto typu je špatně lokalizovatelná. Mezi hlavní podněty, které způsobují viscerální bolest, aniž by došlo k poškození vnitřních orgánů zvenčí, patří: rozšíření dutých orgánů, ischemie tkáně, zánětlivé onemocnění a svalové spazmy. (Rokyta et al., 2012 s. 280)

Psychogenní bolest

Psychogenní bolest je taková bolest, která nevzniká na nocireceptorech bolesti, ale v mozkové kůře a v CNS. Psychogenní bolest se vyskytuje pouze u lidí, kteří jsou psychiatricky nemocní, doprovází mnoho onemocnění, zejména schizofrenii a depresi. Jedná se o velmi nepříjemnou, intenzivní bolest. Její léčba spočívá převážně v užívání psychofarmak a psychoterapii. (Rokyta a kol., 2009, s. 24)

1.3 Fyziologie a anatomie bolesti

„Bolest vzniká jako přímé dráždění nocisensorů (nociceptorů) nebo jako následek zánětlivého procesu. Dochází k uvolnění látek, které dráždí nocisensory, a zároveň vzniká při zánětu edém tlakem dráždící nocisensory“. (Vaňásek et al., 2014, s. 9)

1.3.1 Typy nocisensorů

Vlastní nociceptory slouží pouze pro vnímání bolesti. Jsou to volná nervová zakončení. Mají na konci ztlustění, která nesou na povrchu receptory pro bolest se sodíkovými a draslíkovými kanály. Vedou informace z kůže a sliznic do míchy. Tyto senzory začínají fungovat ve chvíli, kdy bolest zesílí nad určitou míru.

Polymodální nocisensory reagují na teplo, chlad a mechanické dráždění a při výrazném zvýšení intenzity tepla nebo chladu reagují bolestivým pocitem.

Vysokoprahové mechanosenzory reagují na mechanické podněty (tlak, tah, vibrace) a při určité intenzitě se z normálního podnětu stane bolestivý podnět. (Vaňásek et al., 2014, s. 9)

1.3.2 Látky stimulující vznik bolesti

Bolestivý vzruch může vyvolat řada látek. První skupinou jsou látky, které způsobují zánětlivou reakci. Mezi tyto látky patří histamin, draslíkové ionty a bradykinin. Tyto látky pak způsobují zánětlivé podněty jako vasodilataci, zvýšenou propustnost cév a edém. Tyto podněty pak působí přímo na nocisensory a vzniká silná bolest jako u zánětu. Druhou skupinou jsou látky vyvolávající zvýšenou citlivost nocisenzorů, takže i malé podněty vyvolávají bolest. Mezi tyto látky patří cytokiny, leukotreiny, interleukin 1 a 6 a enzymy cyklooxygenázy 1 a 2. Ty jsou přítomny ve všech buňkách lidského těla. Jejich činnost roste během zánětlivého procesu a aktivují tvorbu prostaglandinů, které přímo zvyšují citlivost receptorů bolesti. Třetí skupinou jsou látky přímo působící na nocisensory. Jsou to draslíkové ionty, které se uvolňují na primárních aferentních zakončeních a samy vytvářejí bolest působením na sodíkové kanály, s kterými soutěží o další aktivity na buněčných membránách. (Vaňásek et al., 2014, s. 9)

1.3.3 Vedení bolestivých vzruchů

Bolest je vedena z míchy do mozku celkem pěti drahami. Mezi hlavní dráhy patří **spinotalamická** a **spinoretikulotalamická**. Třetí a čtvrté dráhy jsou **spinoparabrachiotalamické** a **spinoparabrachioamygdalární**. Ty mají začátek v míše a vedou bolest do nukleus parabrachialis v prodloužené míše a potom do hypotalamu, nebo amygdaly. Poslední pátou drahou se vedou viscerální bolestivé informace zadními provazci míšními do mozkového kmene a poté do dalších částí mozku. (Rokyta a kol., 2009, s. 23, 24)

1.3.4 Fáze vedení bolesti

Fáze vedení bolesti lze popsat jako proces, který probíhá ve čtyřech fázích:

Fáze transdukce – Při poranění tkání se začínají vyplavovat prostaglandiny a mediátory imunitní odpovědi. Tyto mediátory pak začínají dráždit nociceptory a vysílají tak impulzy bolesti z periferie do spinální míchy.

Fáze transmise – Bolestivý impulz prochází periferním nervovým vláknem do spinální míchy. Neurotransmitery dostanou impulz z periferního neuronu a přenesou ho na neuron druhého řádu, pak ho dále vedou přes prodlouženou míchu, thalamus až do mozkové kůry.

Fáze percepce – Impulz bolesti se přesune do mozkového kmene, thalamu a kůry mozkové a díky tomu si pacient uvědomí bolest.

Fáze modulace – Funguje tak, že neurony v mozkovém kmeni vyšlou signál zpět do spinální míchy za pomoci neurotransmiterů. Po vazbě na spinální míchu se neurotransmitery vrátí do buněk, aby se znovu použily a staly se tak zásobou pro následné případné uvolnění. Ze spinální míchy se vyše impulz do místa na periférii a dojde k motorické odpovědi. (Rošková, 2012)

1.4 Složky bolesti

Bolest se v organismu projevuje čtyřmi základními složkami, které se nazývají komponenta bolesti. Komponenta daného typu bolesti charakterizuje a určuje její projev:

- Komponenta senzorio-diskriminační slouží k rozlišování percepce bolesti. Zprostředkovává obrannou, informační a diagnostickou funkci.
- Komponenta aferentní (emocionální) zahrnuje psychické a psychologické změny v průběhu bolesti. Ty se projevují změnou nálady, stresem a úzkostí.
- Komponenta vegetativní (autonomní) se při bolesti projevuje pocením, zblednutím, poklesem krevního tlaku, zrychleným pulzem a zrychleným dechem

- Komponenta motorická spočívá na principu, že člověk, který pociťuje bolest, je vystaven stresu. Proto dochází k behaviorálnímu přístupu, kdy se člověk snaží zachovat podle zásady bojuj, nebo uteč. (Rokyta et al., 2012, s. 85)

1.5 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)

Operace se provádějí buď otevřeně, zjednáním širokého přístupu do tělesné dutiny, nebo miniinvazivně pomocí endoskopu a speciálních přístrojů zavedených do tělesných dutin malými incizemi. (Valenta et al., 2007, s. 15)

Indikace k operaci může být:

- vitální – operace je nezbytně nutná k záchraně života
 - absolutní – jiná možnost vyléčení nemocného neexistuje. pacient je ohrožen na životě
 - relativní – život není ohrožen a je možno uvažovat i o jiném způsobu terapie.
- (Valenta et al., 2007, s. 15)

1.5.1 Dělení operací

Operace můžeme dělit podle různých kritérií na léčebné a diagnostické, aseptické, septické, jednodobé, vícedobé, urgentní, akutní, plánované, technicky náročné a nenáročné. Léčebné operace pak můžeme dále dělit na kurativní, je-li předpokládáný výsledek úplné vyléčení, a paliativní, jestliže se dosáhne jen zlepšení stavu nemocného, aniž by základní onemocnění bylo zcela vyléčeno. Diagnostické operace se provádějí za účelem upřesnění nebo zjištění diagnózy. (Valenta et al., 2007, s. 15)

1.6 Pooperační péče

Po provedení operace je pacient vyveden z celkové anestezie. Podle závažnosti stavu nemocného, s přihlédnutím k typu prodělané operace a eventuálně peroperačním komplikacím, je pacient umístěn k další léčbě na dospávací pokoj. Zde pak operovaný setrvává pod dohledem sestry dvě hodiny do úplného procitnutí z celkové anestezie, do stabilizace dýchání a krevního oběhu. Z dospávacího pokoje je poté pacient umístěn na lůžko standardního oddělení, kde je dále léčen, nebo je propuštěn do domácího ošetřování, pokud je to možné. Na JIP (jednotka

intenzivní péče) jsou umístěni nemocní, kteří prodělali vážné operace, a především ti, kterým hrozí pooperační komplikace.

Na ARO (anesteziologicko – resuscitační oddělení) jsou umístěni nemocní, u kterých dochází k selhávání některých životních funkcí, nebo došlo k vážným komplikacím při operaci. Po zlepšení stavu je nemocný přemístěn na jednotku intenzivní péče nebo standardní oddělení. (Michalský, 2008, s. 27)

1.7 Incidence a intenzita pooperační bolesti

„Většina zahraničních prací týkajících se pooperační bolesti začíná konstatováním, že přes veškeré dostupné informace a doporučení k léčbě akutní pooperační bolesti je stále ještě vysoké procento pacientů, kteří mají po chirurgickém výkonu silné bolesti, v zahraniční literatuře se odhaduje mezi 30–40 %. Je známo, že v prožívání bolesti existují mezi různými populacemi rozdíly dané jak genetickým vybavením, tak i různým sociálním a kulturním zázemím, a proto se výsledky nedají jednoduše aplikovat v zemích s jinými podmínkami a tradicemi.“ (Málek a Ševčík, 2009, s. 26)

Důležité je si uvědomit, že spokojenost pacientů s pooperační léčbou a pooperačním průběhem sama o sobě není přímou zárukou toho, že je analgezie dostatečná. Častokrát bylo totiž popisováno, že i pacienti se silnou pooperační bolestí udávali spokojenost s léčbou. (Málek a Ševčík, 2009, str. 26)

1.8 Psychologie člověka prožívajícího bolest

Všechny nemoci, zvláště ty, které doprovází bolesti, vyvolává u pacienta emocionální a behaviorální reakce. Prožitek a chování, které může být přizpůsobené nějaké odpovídající situaci, ale také sociálně nežádoucí chování, narušující a ztěžující proces vyrovnávání se s psychickou zátěží. Z nepatologických reakcí se v těchto případech nejčastěji můžeme setkat s regresí, úzkostí, hněvem a sklíčeností. Ze sociálně nežádoucích reakcí se pak můžeme setkávat např. s úporným hněvem, s poruchou přizpůsobení provázenou depresemi až hlubokou depresí, a nakonec poruchou přizpůsobení doprovázenou úzkostnou náladou. Emocionální reakce můžeme považovat za nepřizpůsobivé v případě, že narušují pacientovu kvalitu života nebo jeho celkové fungování. (Janáčková, 2007, s. 70)

1.9 Historie léčby bolesti

Už od pradávných začátků naší lidské existence je naší snahou odstranit, nebo alespoň snížit bolest. Nejjednoduššími způsoby ke snížení bolesti se zakládaly na instinktivním chování jako

lízání, vyvolávání tlaku, sání a ochlazování zanícené rány, odstraňování kožních parazitů, hledání úlevové polohy, nebo vyvolání zvracení po nevhodném jídle. Průběhem času a postupným získáváním zkušeností z lovu a následným porcováním zvířat, lidé získali nemalou představu o stavbě těla, což velmi pomohlo léčebným postupům při fixaci zlomenin a nápravě vymknutých kotníků. Získané znalosti o léčebných účincích bylin, plodů a pramenů si navzájem předávali a věřili i v nadpřirozenou sílu různých čarovných talismanů. (Říhová, 2005, s. 8)

Prvními prostředky pro tišení bolesti byly výtažky z rostlin a alkoholové nápoje. Mezi tyto první účinné prostředky patřila šťáva ze zelených nezralých makovic, která se přiložila na bolestivá místa nebo se přidávala do mléka pro lepší spánek. Z této rostliny se později začala vytvářet opiová tinktura. Největší rozmach však nastal až poté co se z opia izoloval bílý prášek nazývaný morphin. Přesto však největším problémem byla nedostatečná anestezie a nedostatečné tišení bolesti při chirurgických výkonech, což představovalo utrpení pacienta a obtížnější provedení pro operátora. V 19. století nastal velký pokrok při objevení schopnosti éteru vyvolat spavost a letargii a bylo tak možno provést chirurgické výkony v celkové éterové anestezii. Roku 1921 se poprvé objevila epidurální anestezie. V roce 1947 John J. Bonica se stal první lékařem, který založil ambulanci léčby bolesti, dále poté vydal publikaci zabývající se léčbou bolesti. Od té doby se postupem času skupina lékařů, kteří se věnovali léčbě bolesti, zvětšovala a založila mezinárodní organizaci IASP (International Association for the Study of Pain). (Vaňásek, 2014, s. 5–6)

1.10 Způsoby léčby bolesti

1.10.1 Farmakoterapie

Základní strategií v léčbě bolesti je třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace. Dle něj se u mírných bolestí (VAS 0–3) podávají analgetika 1. stupně (neopioidní analgetika). U bolestí středních (VAS 4–6) se kombinují neopioidní analgetika se slabými opioidními analgetiky a u silných bolestí (VAS 7–10) se vymění slabá opioidní analgetika za silná, opět v kombinaci s neopioidními analgetiky. V případě velkých onkologických bolestí se doporučuje přeskočit 2. stupeň a podávat silné opioidy ihned. Vedle analgetik se v léčbě chronické bolesti používají i koanalgetika a léky tlumící vedlejší účinky analgetik. (Hakl, 2013, s. 50)

1.10.2 Invazivní metody

Neuromodulační postupy vedou k zajištění nedestruktivního a reverzibilního přístupu k léčbě silných chronických bolestí. Neuromodulační metody lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří neurostimulační metody: periferní nervová stimulace (PNS), stimulace míchy nebo zadních míšních kořenů (SCS), hloubková mozková stimulace (DBS), stimulace motorické mozkové kůry (MCS), transkraniální magnetická stimulace (TMS) a transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (DCS). Druhou skupinu tvoří: komorová (intraventrikulární) nebo dlouhodobá epidurální a subarachnoidální (intraspinální), intraartikulární, aplikace léčiv, převážně opioidů, pomocí implantabilních infuzních pump. Dále se provádějí periferní nervové blokády, sympatikové blokády a neurolyzy specifických plexů. (Hakl, 2013, s. 106)

Radiofrekvenční léčba bolesti je minimálně invazivní metodou, která působí na nervovou tkáň aplikací střídavého elektrického pole o vysoké frekvenci. Provádí se u vertebrogenních bolestí i sympatikem udržovaných bolestí. Další indikací jsou poruchy při prokrvení končetin a neuropatické bolesti míšních nervů. (Hakl, 2013, s. 106)

1.10.3 Rehabilitace

Léčebná rehabilitace zahrnuje prevenci a léčbu druhotných změn, nácvik kompenzačních mechanismů, dosažení a udržení určitého stupně zdatnosti a nácvik substitučních mechanismů. Cílů léčebné rehabilitace je možné dosáhnout pomocí oborů fyzioterapie včetně kinezioterapie, ergoterapie, balneoterapie, fyzikální terapie a myoskeletální medicíny. (Hakl, 2013, s. 72)

1.10.4 psychoterapie

V rámci psychoterapie se snaží především o snížení intenzity bolesti a o získání kontroly pacienta nad bolestí. Je to snaha naučit pacienta akceptovat zbytkovou bolest a žít s ní. Pracuje se i na rozvoji sebeúdržavných mechanismů. Je možné používat metody hypnózy a relaxace. (Hakl, 2013, s. 128)

1.10.5 Akupunktura

Metoda akupunktury je založená na stimulaci určitých bodů na kůži a struktur pod ní, které leží v různé hloubce. Efekt akupunktury je převážně psychoregulační, analgetický, imunomodulační a upravující motoriku. Mezi druhy stimulace akupunkturních bodů nepatří jen používání jehel, ale také moxování, magnetopunktura, elektropunktura, akupresura a farmakoakupunktura. (Hakl, 2013, s. 134)

1.11 Úloha nelékařského zdravotnického pracovníka při léčbě bolesti

Úloha nelékařského zdravotnického pracovníka při péči o pacienta s bolestí je naprosto zásadní. Zatím doposud NLZP nemají kompetence k tomu, aby rozhodli o indikaci léčby analgetik či opioidů, ale mají naprosto zásadní roli v diagnostice a hodnocení účinnosti léčby bolesti. NLZP jsou zpravidla prvními v kontaktu s pacienty a předávají informace lékařům a dalším členům zdravotnického týmu. Role NLZP v péči o pacienta s bolestí je převážně v naslouchání, vyhodnocování, informační a edukativní. Důležitá role je také zájem a pochopení. (Vaňásek, 2014, s. 49)

1.11.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelské povolání má jedno z nejhumnějších posláních. Jeho hlavním posláním je služba člověku, péče o udržení a rozvoj jeho zdraví, které bývá považováno za jednu z nejvyšších hodnot lidského života. Tam, kde vyléčení člověka není možné, se sestra snaží o zmírnění obtíží a vede nemocného k důstojnému konci života. (Vytejková, 2011, s. 13)

Mezi základní potřeby, které může nelékařský zdravotnický personál poskytnout pacientovi v pooperačním období, je potřeba psychické vyrovnanosti. Pacienti jsou po operačních výkonech vystaveni cizímu prostředí, pečují o ně a jejich intimní záležitosti neznámí lidé, mají obavy o své zdraví a většinou prožívají nějakou bolest. K tomu, aby byl pacient psychicky vyrovnan, přispívá uspokojování jeho potřeb. U pacienta je důležité vytvořit pocit jistoty a bezpečí včetně odstranění či minimalizace bolestí. (Kapounová, 2007, s. 23)

1.11.2 Měření bolesti

„Nejsme schopni bolest objektivně změřit, ale jsme povinni ji pacientovi věřit. Bolest je to, co pacient říká, že ho bolí.“ (Vaňásek et al., 2014, s. 7)

Nejčastěji využívaná metoda na měření bolesti je takzvaná vizuální analogová škála (VAS), která nám udává základní informace o intenzitě bolesti. Tato metoda měření bolesti je však jenom subjektivní a nedá se vyvrátit ani potvrdit. Existuje několik modifikací VAS. Nejběžnější je horizontální úsečka, na které jsou z druhé strany číslice od 0 do 10. 0 znázorňuje stav zcela bez bolesti a 10 znázorňuje nejvyšší představitelnou bolest pro daného jedince. Pokud pacient používá přímo číslice, hovoříme o číselné škále (numeric rating scale – NRS). (Málek a Ševčík, 2009, s. 23)

Alternativou číselné stupnice může být též rozšiřující se barevná výseč nebo škála obličejů bolesti. Tato alternativní metoda je převážně využívána u malých dětí (Málek a Ševčík, 2009, s. 24)

Pro posouzení intenzity bolesti u novorozenců, kojenců a batolat se využívá hodnocení jejich křiku, pláče, výrazu jejich tváře a celkového chování dítěte. (Rokyta, 2006, s. 173)

1.11.3 Diagnostika a hodnocení bolesti

Při diagnostice bolesti je důležité zjištění celkové anamnézy pacienta (osobní, rodinné, sociální, farmakologické, alergické) a určení základních charakteristik bolesti.

V anamnéze se také zaměřujeme na příčinu a okolnosti vzniku bolesti, rychlost nástupu, lokalizaci, iradiaci, charakter bolesti a doprovodné symptomy (nauzea, zvracení, třes, pocení apod.). Při fyzikálním vyšetření věnujeme pozornost místu maximálních potíží, ale i vzdáleným strukturám, které mohou s bolestí souviset. (Málek a Ševčík, 2009, s. 22)

Dotazy, na které bychom se měli ptát pacienta s bolestmi:

- Kde to bolí?
- Jaká je to bolest?
- K čemu se dá přirovnat?
- Odkdy to bolí?
- Jak často to bolí a jak dlouho bolesti trvají?
- Jak jsou bolesti silné?
- Víte, co bolest vyvolává?
- Po čem se bolesti zesilují?
- Ve kterou denní dobu jsou bolesti nejsilnější a mění se v průběhu dne?
- Po čem se bolesti zmírňují?
- Co jste dosud užíval na bolest?
- Na jaká další onemocnění se léčíte?
- Jaké další léky, vedle analgetik užíváte?
- Probouzíte se pro bolest? Jak spíte?

Dále je potřeba udělat klinické vyšetření pacienta a je-li k zjištění vzniku bolesti potřeba, provádí se také pomocné vyšetřovací metody jako RTG, CT, MRI, USG, laboratorní vyšetření a mnoho dalších. (Rokyta, 2006, s. 173)

1.12 Spokojenost pacienta

Spokojenost je definována jako pozitivní ohodnocení určité dimenze zdravotní péče. Původ těchto dimenzí je empirický. Neexistuje jasný a teoretický koncept spokojenosti klientů, který by sloužil jako podklad výzkumných studií. Úroveň spokojenosti pacienta je závislá převážně na tom, jaké měl pacient onemocnění a jaký typ péče z medicínského hlediska mu byl poskytnut. Důležité jsou i sociálně demografické charakteristiky pacienta jako je věk, vzdělání, ekonomické postavení pacienta, kulturní a rodinné zázemí. (Pražský, 2013)

Spokojenost je složitý pojem a vyvolává otázky, zda ji vůbec lze vědecky měřit, a vede ke snahám o validaci jejího měření. Výsledky průzkumů spokojenosti pacientů mají mnoho limitů, mimo jiné jsou ovlivněny tím, jak, na co a v jaké situaci se ptáme. (Baštecká, 2015, s. 283–285)

Spokojenost je stav klienta, kdy výrobek nebo služba splňuje všechny očekávané požadavky klienta. Ve své podstatě tak ukazuje, do jaké míry byla očekávání klienta splněna. (Janečková, 2009, s. 171)

Dosáhnout spokojenosti pacientů není vůbec jednoduché, protože ani spokojenost sama není jednoduchá. Vzniká na základě mnoha vnitřních a vnějších faktorů. Je významně ovlivněna znalostmi, zkušenostmi, hodnotami, potřebami, citovým nastavením jedince i jeho schopnosti zvládat zátěžové situace. Potřeby pacienta mohou zahrnovat, jak technickou kvalitu péče (např. kvalitu výkonů, užívaných léků), tak mezilidskou kvalitu péče, což jsou např. potřeby mít individualizovanou péči, být v centru zajmu zdravotníků, cítit se bezpečně (Baštečka, 2015, s. 278).

Ve zdravotnických podmínkách byly stanoveny tři oblasti dimenze zdravotní péče. První oblast se zabývá spokojeností pacientů s technickou kvalitou péče, odbornými kompetencemi a chováním zdravotnického personálu. Druhá oblast se zaměřením na spokojenost pacientů s edukací o jejich nemoci a o jejím průběhu a třetí oblast se nazývá „hotelová služba“, kam spadá spokojenost pacientů s čistotou, hygienou v zařízení, stravou, jejím servírováním a s celkovým režimem péče. (Pražský, 2013)

2 Literární rešerše

2.1 Metodika přehledu

Informace k vypracování bakalářské práce na téma Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti byla zpracována jako literární rešerše pomocí vybrané vědecké databáze. Byl dodržen doporučený postup – stanovení rešeršní otázky, výběr klíčových slov, databází a vymezení časového období. (Mareš, 2013)

Rešeršní otázka: V jaké míře jsou dospělí hospitalizovaní pacienti spokojeni s tišením pooperační bolesti?

Klíčová slova: Spokojenost pacienta, tišení bolesti, management bolesti, pooperační bolest, hospitalizovaný pacient.

Key words: patient satisfaction, pain relief, pain management, postoperative pain

Vyhledávání: Pro vyhledávání byla použita akademická online služba Web of Science založena společností Thomson Reuters.

Pro vyhledávání na web of Science nebylo možné zaškrtnout věk a hospitalizaci předem, proto bylo pro zařazení nutné dočíst se v článcích, koho se studium týká. Vyřazovacím kritériem tak byl věk do 18 let a výkony bez hospitalizace.

Do hlavního vyhledávání byla zadána otázka „patients satisfaction with postoperative pain relief“. Vyhledávání probíhalo v letech 2000 až 2021 v názvech a v abstraktech plnotextových anglicky psaných studií (v češtině nebyl nalezen žádný výsledek). Po zadání těchto kritérií bylo nalezeno 844 studií. Po zhodnocení názvů a abstraktů byly vyřazeny studie, ve kterých nebyl obsažen např. primární výzkum, výzkum obsahoval nehospitalizované pacienty, děti, plný text nebylo možné zobrazit bez provedení platby nebo byly řešeny pouze operační přístupy.

2.2 Výsledky

Po zadání kritérií bylo nalezeno 844 různých studií ze zahraničí. Nebyly nalezeny žádné české studie. Po zhodnocení abstraktů studií bylo vyřazeno 555 studií. Přes 200 studií, i přes požadavek ve vyhledávání „Plný text“, buď plný text vůbec neobsahovalo, nebo byl plný text zpoplatněný, proto nebyly zařazeny k dalšímu hodnocení. Zbýlých 66 studií bylo hodnoceno na základě přečtení plného textu. Po tomto zhodnocení bylo vyřazeno 58 studií. Osm vhodných studií je použito do této rešerše. Názvy studií, země, autoři a rok vydání těchto studií jsou vypsána v tabulce č. 1 Seznam studií.

Tabulka 1 Seznam studií

| Autor | Originální název studie | Země, rok | Český překlad |
|--------------------------------|--|-------------------|--|
| SVENSSON Ingrid et al. | Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management | Sweden, 2001 | Vliv očekávání a skutečné zážitky s bolestí na spokojenost s pooperačním managementem bolesti |
| IDVALL Eva et al. | Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management | Sweden, 2002 | Hodnocení kvality péče v managementu pooperační bolesti pacientem a zdravotní sestrou |
| SAUAIA Angela et al. | Postoperative Pain Management in Elderly Patients: Correlation Between Adherence to Treatment Guidelines and Patient Satisfaction | USA, 2005 | Pooperační management bolesti u starších pacientů: Korelace Mezi dodržováním pokynů pro léčbu a spokojeností pacientem |
| ZOEEGA Sigridur | Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective | Iceland, 2014 | Kvalita managementu bolesti v nemocnici z pohledu pacienta |
| SUBRAMANIAN Pathmawathi et al. | Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. | Malaysia, 2016 | Prožitek bolesti pacientů po operaci a jejich spokojenost s tišením bolesti |
| MEIßNER, Winfried et al. | The Quality of Postoperative Pain Therapy in German Hospitals | Germany, 2017 | Kvalita léčby pooperační bolesti v německých nemocnicích |
| RAVINDHRAN Bharadhwaj et al. | Do Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain, NSAID or Narcotic Use? | 2019 | Snižují ledové zábaly pooperační bolest při řezu střední linie, NSAID nebo narkotika? |
| BIZUNEH Belay Yosef et al. | Assessment of Patient's Satisfaction and Associated Factors regarding Postoperative Pain Management at the University of Gondar Compressive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia | Ethiopia, 2020 | Hodnocení spokojenosti pacienta a s ním spojené faktory týkající se pooperačního managementu bolesti ve specializované nemocnici Gondarské univerzity, Severozápadní Etiopie |

2.3 Hodnocení vybraných studií

Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management

Autoři: Ingrid Svensson, Björn Sjöström, Hengo Haljamäe

Vydáno: European Journal of Pain (2001)

Cílem studie bylo posouzení jakékoli souvislosti mezi různými předoperačními i pooperačními faktory, skutečnými zkušenostmi s bolestí v pooperačním období a celkovou spokojeností pacienta s managementem bolesti.

Metodika

Náhodný vzorek chirurgických pacientů (n = 191) odpovídal na předoperační dotazník přítomnosti předoperační bolesti, očekávané pooperační bolesti, skutečné pooperační bolesti a vnímanou úlevu od bolesti. Předoperační dotazník byl navržen tak, aby popsal přítomnost předoperační bolesti, včetně úrovně bolesti pomocí VAS 0–100 mm. Pooperační dotazník obsahoval položky o skutečné pooperační bolesti, zkušenosti s bolestí včetně intenzity bolesti a ohodnocení poskytované úlevy od bolesti. Pro tento sběr dat o bolesti byla použita verbální škála hodnocení (VRS) založena na slovním ohodnocení bolesti (žádná, mírná, středně těžká, závažná a nesnesitelná).

Kritériem pro vyřazení ze studie byla těžká psychóza, demence nebo očekávaná potřeba asistované ventilace. Pacienti splňující inkluzní kritéria byli navštíveni v den přijetí do nemocnice a podrobnosti studie jim byly vysvětleny verbálně a písemnou formou. Po získání souhlasu pacienta byl předán předoperační dotazník. Pooperační dotazník byl vyplňován 72 hodin po operaci. Dotazníky byly vráceny do jednoho týdne od operace. Oba dotazníky byly vyplněny účastníky bez asistence personálu, aby se zabránilo zkreslení.

Respondenti

Pacienti, kteří měli naplánované ortopedické a otevřené chirurgické zákroky břicha, byli zahrnuti do studie pomocí tabulky náhodných čísel. U pacientů se očekávalo, že budou hospitalizováni nejméně po dobu tří dnů a budou schopni číst a psát švédsky. Z náhodného vzorku souhlasilo s účastí na studii 191 pacientů. 88 % pacientů, kteří byli sledováni v této studii, už dříve podstoupili nějaký chirurgický zákrok, a 53 % pacientů ze studie tvrdilo, že v té

době prožívají střední nebo silnou bolest. Bolest před chirurgickým zákrokem byla hlášena u 61 % pacientů. Bylo zjištěno, že současná předoperační bolest byla spojena s významně (str <0,001, Pitmanův test) delším trváním středně těžké až těžké bolesti (VAS>40 mm).

Výsledky studie

Z předoperačního dotazníku bylo zjištěno, že 46 % pacientů očekávalo středně těžkou bolest, 42 % pacientů očekávalo závažnou bolest, 8 % očekávalo mírnou bolest, 3 % očekávalo nesnesitelnou bolest a pouze 1 % pacientů očekávalo, že nebudou mít žádné bolesti. Skutečná zkušenost s celkovou intenzitou bolesti v pooperační fázi, jak uváděli pacienti, byla o něco nižší, než byla očekávána. Ze všech pacientů 76 % uvedlo, že v pooperační fázi pocítili středně těžkou až silnou bolest, a 5 % tvrdilo, že pocíťují nesnesitelnou bolest. Počet pacientů, kteří nezažívali žádnou nebo pouze mírnou bolest v pooperační fázi, byla podstatně vyšší (25 %) než je uvedeno v odpovědích na předoperačním dotazníku. Co se týká celkové spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti, většina respondentů (81 %) byla spokojena nebo dokonce velice spokojena s tišením pooperační bolesti. Nespokojených pacientů bylo celkem 8 % a 11 % si nebylo jisto, jestli jsou, nebo nejsou spokojeni s léčbou pooperační bolesti.

Závěr

Na základě studie je skutečná pooperační bolest spojena s předoperačním očekáváním bolesti. Nesrovnalost mezi skutečnou a očekávanou bolestí a pacientovou velkou vírou, že léky jim nejlépe pomohou od bolesti, poukazuje na to, že většina pacientů si stále není vědoma všech dostupných možností účinných při léčbě pooperační bolesti. Dle autorů v managementu bolesti je podstatná souhra mezi pacientem a zdravotním personálem. Dále je také důležité, aby u každého pacienta byla léčba bolesti individualizovaná.

Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management

Autoři: E. Idvall, E. Hamrin, B. Sjöström, M. Unosson

Vydáno: Qual Saf Health Care (2002)

Tato studie se zabývala popsáním a porovnáním kvality pooperační péče a managementem bolesti z pohledu pacienta a zdravotní sestry a zhodnocením rozdílů mezi skupinami pacientů

Metodika studie

Data byla zpracována ze spárovaného hodnocení pacienta a zdravotní sestry pomocí dvou dotazníků, kdy jeden byl pro pacienta a druhý pro zdravotní sestru. Dotazník pro pacienty byl nástrojem pro zjištění indikátoru kvality klinické péče. Skládal se ze 14 položek, dvou doplňujících otázek týkajících se spokojenosti pacientů a dalších tří doplňujících otázek zabývajících se intenzitou bolesti.

Dotazník pro zdravotní sestry se týkal převážně jejich názoru na to, jak byla individuální péče o pacienta prováděna. Dvanáct ze čtrnácti otázek bylo upraveno a použito v dotazníku pro sestry. Například otázka: „Dostal jste podporu nebo pomoc při hledání pohodlí, aby se zabránilo bolesti“ (otázka pro pacienta) byla pozměněna na: „Pacient dostal podporu nebo pomoc při hledání pohodlí, aby se zabránilo bolesti“ (otázka pro sestru). Dvě položky z dotazníku pro sestry byly vyloučeny, protože bylo obtížné je uspokojivě upravit.

Respondenti

Kritéria pro zařazení pacienta do studie byla: plánovaný chirurgický výkon, orientace místem, osobou, časem, věkem nejméně 18 let a minimálně jedním dnem hospitalizace na oddělení. Celkem tak bylo do studie zařazeno 209 hospitalizovaných pacientů z pěti různých oddělení: ortopedie, gynekologie a všeobecné chirurgie. Na dotazník odpovídali druhý den po operaci a data byla shromážděna ve dvou až třech pracovních dnech týdně po dobu 4 měsíců.

Ze zdravotních sester bylo do studie zařazeno 64 registrovaných sester ze stejných pěti chirurgických oddělení jako pacienti, kteří byli zařazeni do studie.

Výsledky studie

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 96 % (n=200). Sedm žen a dva muži, všichni ve věku > 70 let, se zúčastnit nechtěli. Důvody pro neúčast zahrnovaly přílišnou únavu nebo prostě neměli zájem o vyplnění dotazníku. Dva dotazníky byly v analýze vyřazeny, protože nebyly

dostatečně vyplněny. Ze zbývajících dotazníků (n=198) jich bylo plně dokončeno 160. Průměrný věk respondentů byl 62,1 let (rozmezí 20–87). Pacienti podstoupili různé chirurgické zákroky z ortopedie (36,4 %), gynekologie (19,7 %), všeobecné chirurgie (43,9 %). Epidurální analgezií pro pooperační úlevu od bolesti dostalo 31 % pacientů a pouze 3 % pacientů nedostalo žádnou pooperační analgezií.

Hodnocení pacienta pro klinickou kvalitu v pooperační léčbě bolesti (rozsah stupnice 14–70) bylo 58,6. Průměrné skóre pro jednotlivé položky bylo mezi 2,8 a 4,7 (rozsah stupnice 1–5).

Hodnocení zdravotní sestry pro klinickou kvalitu v pooperační léčbě bolesti (rozsah stupnice 12–60) bylo 48,1. Průměrné skóre pro jednotlivé položky bylo 3,3 a 4,8 (rozsah stupnice 1–5). Mezi dílčí škálou byly rozdíly mezi pacientem a sestrou, přičemž pacienti měli vyšší skóre než zdravotní sestry v otázce úrovně pooperační bolesti, což ukazuje na fakt, že se u pacientů vyskytla vyšší úroveň bolesti, než si zdravotní sestry myslely. Přesto však pacienti udávali vyšší spokojenost než zdravotní sestry, což naznačuje, že zdravotní sestry si jsou vědomé toho, že léčba bolesti by mohla být lepší.

Závěr

Tato studie ukázala rozdíly u hodnocení kvality péče při pooperační bolesti mezi pacientem a zdravotní sestrou. Rozdíly byly také zjištěny mezi podskupinami pacientů a v různých klinických podmínkách. Výsledky ze studie ukázaly největší rozdíl u otázky největší úrovně intenzity bolesti, což poukazuje na to, že pacienti prožívali vyšší úroveň bolesti, než si zdravotní sestry myslely. Podle autorů studie je největším problémem u této problematiky bariéra mezi zdravotní sestrou a pacientem, a to zejména v oblasti komunikace.

Postoperative Pain Management in Elderly Patients: Correlation Between Adherence to Treatment Guidelines and Patient Satisfaction

Autoři: Angela Sauaia, Sung-joon, Chris Leber, Kathleen Erbacher, Fredrick Abrams, Regina Fink

Vydáno: American Geriatrics Society (2005)

Cílem této studie bylo vyhodnotit spokojenost s léčbou pooperační bolesti u starších pacientů a definovat strategii zvládnání pooperační bolesti zdokumentované v lékařském záznamu, které předpovídají spokojenost pacientů.

Metodika

Pacienti byli dotazováni ohledně spokojenosti s léčbou bolesti během prvních 24 hodin po operaci a výsledky průzkumu byly shrnuty do celkového skóre. Nefarmakologické intervence, demografické variace a informace o chirurgickém zákroku a anestezii byly získány z jejich lékařských záznamů. Alespoň jedna nefarmakologická intervence ke zmírnění bolesti byla použita u všech pacientů.

Kritériem pro vyřazení ze studie byl věk mladší 65 let, reoperace nebo kritické podmínky do 24 až 48 hodin od operace, stálá intubace delší jak 48 hodin od operace, významně kognitivní deficit, neschopnost číst a mluvit anglicky, propuštění do 24 hodin po operaci.

Respondenti

Pro tuto studii bylo vybráno osm nemocnic v oblasti Denver a Colorado Springs. Tato studie byla zaměřená na starší populaci, takže všichni zúčastnění respondenti byli 65 let a starší. Pacienti, kteří byli zahrnuti do výzkumu, podstoupili otevřené chirurgické výkony včetně torakotomie pro koronární bypass tepny, operace srdeční chlopně, operace hrudních cév, resekce plíce. Laparotomie pro cholecystektomie, břišní hysterektomie, hyatální opravy kýly. Z ortopedických výkonů pacienti podstoupili totální endoprotézu kyčle nebo kolene.

Výsledky studie

Z 523 potenciálních respondentů dokončilo celkový průzkum 322 pacientů. Průměrný věk pacientů byl 73, 8 (rozmezí 65–91). Celkově 96,7 % pacientů pocítilo silnou bolest (NRS 8–10) 24 hodin po operaci, přesto byla většina pacientů spokojená s tišením pooperační bolesti. Přesné procento spokojených pacientů s tišením pooperační bolesti bylo 93 %. Polovina dotazovaných pacientů pověděla zdravotní sestře o své bolesti až tehdy, když už to nemohli

snést. Pacienti s torakotomií měli významně vyšší skóre udávané bolesti ($63,7 \pm 8,2$) než ti, kteří podstoupili ortopedické zákroky ($58,5 \pm 10,3$) nebo laparotomie ($58,5 \pm 12,6$).

Závěr

Při porovnání dotazníků a lékařských záznamů autoři zjistili, že pacienti udávali větší intenzitu bolesti v dotazníkovém průzkumu, než byla zaznamenána zaměstnanci v lékařském záznamu. Tato významná bariéra mezi pacientem a personálem má zásadní důsledky pro úspěšné léčení bolesti. Dle dalších výsledků tato studie naznačuje, že si pacienti nejsou plně vědomi dostupných možností léčby bolesti a také, že jsou málo předoperačně edukováni. Souhrnně tyto výsledky označují nedostatečnost komunikace zdravotního personálu a pacienta.

Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective

Autoři: Sigridur Zoega, Herdis Sveinsdottir, Gisli H. Sigurdsson, Thor Aspelund, Sandra E. Ward, Sigridur Gunnarsdottir

Vydáno: World Institute of Pain (2014)

Cílem této studie bylo posoudit epidemiologii bolesti (frekvenci, závažnost, interferenci), zjistit účast pacienta při léčbě bolesti a spokojenost pacientů s péčí zdravotnického personálu.

Metodika

Celkový počet zúčastněných pacientů (n=308), kteří byli hospitalizováni déle jak 24 hodin, byl ve věku 18 a více let. Informace o věku, pohlaví, diagnóze, operacích a další demografické údaje byly shromážděny z lékařských záznamů. Ke sběru údajů od pacientů byl použit dotazník od společnosti Outcome Questionnaire (APS-POQ-R), který byl přeložen do islandského jazyka.

Respondenti

Do studie se zapojilo celkem 308 pacientů. 51 % z celkového počtu pacientů byly ženy a 49 % byli muži. Věkový průměr všech respondentů byl 67,5 (rozsah 18–100). Většina pacientů (54 %) zahrnutých do této studie byla v důchodu. Nechirurgickou péčí v této studii potřebovalo celkem 208 (68 %) pacientů, do této péče patří rehabilitace, paliativní, interní a geriatrická péče. Chirurgickou péčí včetně operačních výkonů potřebovalo celkem 100 (33 %) pacientů, chirurgickou péčí v této studii zahrnovalo všeobecnou, urologickou, gynekologickou, kardiologickou, ortopedickou a neurologickou péči.

Výsledky studie

Celková míra odpovědí byla 73 %. Medián hospitalizace byl 11 dní. Prevalence bolesti za posledních 24 hodin od operace byla 83 % a nejhorší prožitá bolest byla 4,6 z toho u 35 % došlo k silné bolesti (7 a více na stupnici NRS od 0–10). K závažnému narušení běžných denních činností a k problémům se spánkem kvůli bolesti došlo u 29 % pacientů. Pouze sedmdesát pět pacientů (30 %) uvedlo, že dostalo informace o svých možnostech léčby bolesti, mezi tyto pacienty patří převážně mladší lidé. Ti, kteří tyto informace obdrželi, hodnotili jejich účast na léčbě bolesti lépe než ti, kteří takové informace nedostali, ale přesto byli pacienti obecně spokojeni s jejich léčbou bolesti. Skóre pro spokojenost pacienta s léčbou bolesti bylo 8,0 (rozmezí 0–10). Pacienti starší než 75 let byli spokojenější (9,0) než mladší (7,0).

Závěr

Podle výsledků studie většina pacientů neobdržela žádné informace o jejich možnostech léčby bolesti, ale ani to moc neovlivnilo jejich spokojenost a převážná většina byla spokojena s léčbou pooperační bolesti. Avšak bylo zjištěno, že u pacientů, kterým informace o jejich možnostech léčby byla poskytnuta, byla jejich bolest léčena lépe, udávali lepší úlevu od bolesti a kratší časový interval strávený v silných bolestech, což je podle autorů důležitý nálezný, který. Podle autorů byla účast pacientů při hodnocení bolesti důležitá a souvisela s lepšími výsledky. Bolest v nemocnici je nevyhnutelná, ale neměla by přetrvávat silná bolest. Ke změně však dle autorů nedojde, dokud nedojde ke shodě a společnému úsilí o zlepšení managementu bolesti.

Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients

Autoři: Pathmawathi Subramanian, Suguna Ramasamy, Kwan Hoong, Karuthan Chinna, Roshaslina Rosli

Vydáno: International Journal of Nursing Practice (2016)

Cílem této studie z Malajsie bylo zkoumat prožitek pacientů s pooperační bolestí a následnou spokojeností s jejím tišením.

Metodika

Sběr informací byl prováděn pomocí standardizovaného dotazníku Americké společnosti pro léčbu bolesti. Dotazník byl zaměřen na bolest, bolest narušující aktivity pacienta, bolest narušující pacientovu náladu, spokojenost s tišením pooperační bolesti a vedlejší účinky pooperační bolesti. Pro měření spokojenosti pacienta byl použit APS-POQ-R. Dotazník obsahoval 35 položek, které byly rozděleny do čtyř sekcí. Sekce A obsahovala 6 položek ohledně demografických charakteristik. Sekce B měla 16 položek týkajících se prožitku pacienta s pooperační bolestí za 24 hodin od operace, využívající numerickou škálu bolesti (rozsah 0–10). Tato část je zaměřena na výsledek bolesti, na pacientovu aktivitu, náladu a emoce. Sekce C se skládá ze sedmi položek s cílem zjistit preference pacientů se zvládnutím bolesti. Sekce D obsahuje šest položek zaměřujících se na úroveň spokojenosti pacienta s tišením pooperační bolesti.

Respondenti

Pacienti, kteří splňovali kritéria a souhlasili s účastí, byli zahrnuti do této studie. Kritéria pro zařazení byla: podstoupení chirurgického plánovaného nebo urgentního výkonu laparotomie, věk nad 18 let, psychická způsobilost a hospitalizace minimálně 24 hodin po operaci. Během studie prošlo touto operací celkem 119 pacientů a 107 z nich souhlasilo s účastí do studie. Ze 107 pacientů, kteří se účastnili studie, 64,5 % podstoupilo operaci horní části břicha a 35,5 % bylo na operaci dolní části břicha. Všichni pacienti byli požádáni, aby vyplnili dotazník 24 hodin po operaci.

Výsledky studie

Ze 107 pacientů bylo 50,5 % muži a 49,5 % ženy. Věkový průměr této studie byl $50,22 \pm 11,601$ let. Pro 54,2 % pacientů to byla jejich první operace. Nejhorší prožívaná bolest za 24 hodin od

operace byla $9,42 \pm 0,64$ s mediánem 9.00. Mezitím nejmenší hlášená bolest u pacientů byla $5,54 \pm 0,89$ s mediánem 5.00. Silná bolest byla převážně hlášená v prvních 24 hodinách od operace ($8,07 \pm 0,797$). 107 pacientů (100 %) jako nejhorší bolest udávalo, že prožívali silnou bolest (NRS 7–10). 84 % pacientů jako nejmenší bolest udávalo jako mírnou bolest (NRS 1–3). Převážná většina respondentů 97 % uvedla, že zaznamenala silnou bolest, která zasahovala do jejich aktivit na lůžku. 98,1 % udávalo úzkost, 74,8 % uvedlo, že se cítí depresivní z důvodu bolesti a 50,5 % se cítilo bezmocných. Jako vedlejší účinky bolesti 64,5 % prožívalo nauzeu, 44,1 % udávalo ospalost a 49,5 % pacientů zažívalo závratě.

Na otázku spokojenosti s tišením pooperační bolesti byla většina respondentů (89,7 %) spokojena s výsledkem léčby bolesti. 92,5 % pacientů bylo spokojeno s přístupem zdravotních sester, s přístupem lékařů bylo spokojeno 89,7 % pacientů. Věk a pohlaví pacienta netvořily podle výsledků spokojenosti žádný významný rozdíl. Každopádně se zjistilo, že byl významný rozdíl spokojenosti mezi etnickými původy pacienta a jejich úrovněmi vzdělání. Nejvyšší nespokojenost byla zaznamenána u Indů, menší u Malajsijců, nejmenší u Číňanů (více národností nebylo ve studii uvedeno). Nejméně spokojeni byli pacienti s terciálním stupněm vzdělání, nejvíce s primárním vzděláním.

Závěr

Ze studie se zjistilo, že nejvýznamnějším důvodem nespokojenosti pacienta bylo málo informací o jejich léčbě a nedostatečná komunikace zdravotníků s pacienty. I přesto, že většina pacientů udávalo spokojenost s tišením pooperační bolesti, se autoři studie shodli, že léčba bolesti je neefektivní a je potřeba ji zlepšit a dále zkoumat.

The Quality of Postoperative Pain Therapy in German Hospitals

Autoři: Winfried Meißner, Marcus Komann, Joachim Erlenwein, Ulrike Stamer, André Scherag

Vydáno: Deutsches Ärzteblatt International (2017)

V Německu byly na základě poznatků o neadekvátně tišené pooperační bolesti zavedeny nové směrnice. Proto se tým z Německa zaměřil na posouzení dopadu strukturálních a procedurálních změn v německých nemocnicích a na kvalitu tišení pooperační bolesti z pohledu pacienta.

Metodika

Vliv strukturálních specifických proměnných pro nemocnice byl hodnocen na základně QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie; Zlepšení kvality v pooperační léčbě bolesti). QUIPS je největší světový registr akutní bolesti a obsahuje údaje o parametrech kvality procesu a kvality výsledků z pohledu pacienta. Nemocnice účastníci se QUIPS získávají data z odpovědí jejich pacientů první den po operaci pomocí standardizovaného postupu s využitím dotazníku. Sběr dat pro tuto studii bylo prováděn od roku 2011 do roku 2014 ze čtyř často prováděných operací (laparoskopická cholecystektomie, laparoskopická herniotomie, totální endoprotéza kyčle a kolenního kloubu).

Pacienti hodnotili tři faktory: intenzitu bolesti po operaci pomocí numerické škály bolesti 0-10 (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest), pooperační omezení své soběstačnosti (ano/ne) a spokojenost s tišením pooperační bolesti na stupnici 0–15 (0 – zcela nespokojen, 15 – absolutně spokojen).

Respondenti

Studie se zúčastnilo celkem 167 589 pacientů ze 138 různých nemocnic (13 komunálních, 25 soukromých, 83 federálních 7 smíšených a 10 neznámých nemocnic). Žádná další data, jako je věk či pohlaví zúčastněných respondentů, nebyla ve studii zmíněna.

Výsledky studie

Výsledky intenzity pooperační bolesti, omezení soběstačnosti a spokojenosti s tišením pooperační bolesti se značně liší mezi jednotlivými nemocnicemi. Pacienti v deseti „nejhorších“ nemocnicích uváděli intenzitu bolesti $6,3 \pm 2,2$ ve srovnání s deseti „nejlepších“ nemocnicích byly výsledky $3,6 \pm 2,1$ (10 bodová NRS, průměr \pm směrodatná odchylka). Tato

velká variace byla nezávislá na typu operace. Velikost nemocnice neměla vliv na hodnocení bolesti. Rozdíl byl zaznamenán v souvislosti s úrovní poskytované péče. Vyšší úroveň bolesti, omezení soběstačnosti a nižší spokojenost pacienti uváděli spíše v univerzitních nemocnicích a specializovaných centrech než v nemocnicích standardní péče. Ze studie se zjistilo, že v nemocnicích, kde byli předem informováni a zapojeni do léčby, pacienti uváděli větší spokojenost s tišením bolesti a méně si stěžovali na omezení soběstačnosti.

Závěr

Výsledky studie jasně ukazují, že kvalita pooperační léčby bolesti se v německých nemocnicích značně liší v úrovních poskytované péče. Autoři také poukazují na to, že intenzita bolesti a spokojenost pacienta spolu vždy nesouvisí. Pacientova spokojenost je ovlivněna spoustou okolností, mezi které patří například komunikace, která je podle výsledku velice důležitá. Podle autorů je v současném stavu i nadále prostor pro zlepšení v oblasti pooperační péče.

Do Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain, NSAID or Narcotic Use?

Autoři: Bharadhwaj Ravindhran, Sendhil Rajan, Gayatri Balachandran, L. N. Mohan

Vydáno: Sociéte Internationale de Chirurgie (2019)

Cílem této studie bylo zaměřeni se na to, jaký má efekt kryoterapie pomocí zmražených gelových sáčků v pooperační fázi u pacientů po velké operaci břicha.

Metodika

Tato studie byla prováděna mezi červnem 2016 a zářím 2018. Během tohoto období bylo do studie zařazeno 75 pacientů. Kryoterapie byla prováděna pomocí zmražených gelových sáčků po dobu 24 hodin a byly aplikovány ihned, jakmile pacient dorazil na pooperační oddělení. Kritéria pro zařazení zahrnovala dospělého pacienta ve věku 18–64 let, který podstoupí otevřenou trans-peritoneální abdominální operaci řezem ve střední linii. Kritéria pro vyřazení pacienta byl laparoskopický zákrok, reoperace během stejné hospitalizace a pacienti, kteří nebyli ihned po zákroku extubováni. Epidurální analgezie a intraoperační lokální analgezie nebyly použity jako vylučující kritéria. Úleva od bolesti byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály (VAS). Porovnání mezi skupinami pacientů bylo měřeno Chi-kvadrantovým testem, Fisherovým testem anebo popřípadě Mann-Whiteovým U testem. Výsledky byly analyzovány pomocí Balíčku Statistiky pro sociální vědu pro Windows verzi 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Respondenti

Do studie se zapojilo celkem 75 pacientů, kteří byli rozděleni do dvou skupin. Kryoterapie pomocí zmražených gelových sáčků byla provedena pouze u jedné ze sledovaných skupin. Obě skupiny pacientů podstoupily operaci provedenou stejným chirurgickým týmem pod dohledem vedoucího chirurga ošetrovací jednotky. V první skupině byl věkový medián 53 a ve druhé 45. V obou skupinách bylo přesně 96,2 % s chronickým onemocněním (Diabetes mellitus, hypertenze, ischemická srdeční onemocnění a chronické onemocnění ledvin).

Výsledky studie

Celkový počet pacientů, kteří dokončili výzkum, byl 68. 33 pacientů ve skupině s kryoterapií a 35 pacientů ve skupině bez kryoterapie. Podle výsledků bylo skóre pooperační bolesti v pooperační den nižší ve skupině s kryoterapií ($3,97 \pm 0,6$) než ve skupině bez kryoterapie ($3,97 \pm 0,6$). Stejně tak byl medián užívání opiátů nižší ve skupině s kryoterapií než ve skupině

bez kryoterapie. Ve skupině s kryoterapií byla také od pacientů udávána větší spokojenost s tišením pooperační bolesti než ve skupině bez kryoterapie. Mezi skupinami však nebyl žádný významný rozdíl v užívání nesteroidních analgetik. Ze studie bylo také zjištěno, že skupina s kryoterapií měla menší výskyt infekce v místě chirurgického zákroku.

Závěr

Ze studie lze jasně poznat, že ledové obklady jsou jednoduchým a ekonomicky efektivním doplňkem standardní pooperační péče, který snižuje bolest, užívání omamných látek zvětšuje spokojenost pacientů s léčbou pooperační bolesti a podporuje včasnou rehabilitaci.

Assessment of Patient's Satisfaction and Associated Factors regarding Postoperative Pain Management at the University of Gondar Compressive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia

Autoři: Yosef Belay Bizuneh, Girmay Fitiwi Lema, Demeke Yilkal Fentie, Yophtahe Woldegerima Berhe, Henos Enyew Ashagrie

Vydáno: Pain Research and Management (2020)

Cílem studie bylo posoudit úroveň spokojenosti pacientů a související faktory týkající se pooperační bolesti.

Metodika

Tato průřezová studie byla prováděna od dubna do května 2018 na univerzitě v Gondaru. Sledovaná data byla shromážděna prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku. Úroveň spokojenosti byla měřena pomocí pětibodové Likertovy stupnice. Statistická analýza byla provedena pomocí softwaru SPSS verze 23. Dotazník byl respondentům předložen 24 hodin po operaci.

Respondenti

Studie se celkem zúčastnilo 418 pacientů a převážnou většinou pacientů (66,7 %) byly ženy. Respondenti byli v převážné většině (74,4 %) ve věku 18–39 let a průměrný věk respondentů byl $33,5 \pm 13,2$. 49 % pacientů bylo při operačním výkonu v celkové anestezii a 54,1 % pacientů mělo epidurální anestezii.

Výsledky studie

Ze zúčastněných 418 pacientů byla konečná míra odpovědí 98,58 %. Celkovou spokojenost s péčí vyjádřilo 72,2 % pacientů. Nejvyšší spokojenost pacienti udávali s komunikací s personálem a způsobem reakce od personálu, pokud si stěžovali na bolest (76,6 %). Nejnížší skóre spokojenosti bylo u předoperační edukace a obecné ošetrovatelské péče (51 %). S tišením pooperační bolesti bylo spokojeno 72 % a spokojenost s efektivností analgetik vyjádřilo 75,6 % pacientů. Celková spokojenost pacientů v kategorii ASA 1 (normální zdravý pacient) byla 71,4 % z 222 pacientů. Z kategorie ASA 2 (pacient s mírným systémovým onemocněním) bylo spokojeno 84,1 % z 58 pacientů a z kategorie ASA 3 (pacient se závažným systémovým onemocněním) a ASA 4 (pacient se závažným systémovým onemocněním, které neustále ohrožuje život) bylo spokojeno 57,9 % z 22 pacientů.

Závěr

V této studii bylo v porovnání s ostatními studiemi s touto problematikou nízké procento spokojenosti pacientu s managementem bolesti, což by podle autorů studie mohlo být zapříčiněno nevhodným zdravotnickým přístupem personálu, nedostatečnou edukací před operací, nedostatečnou komunikací s pacienty a nevhodně volenou farmakologickou léčbou. Ve studii bylo dále zjištěno, že závažnost onemocnění má souvislost s úrovní spokojenosti pacienta. Pacienti v kategorii ASA 1 (pacienti bez komplikujícího onemocnění) byli 3,5krát spokojenější než pacienti v kategorii ASA 3 (pacienti se závažným systémovým onemocněním) a ASA 4 (pacienti se závažným systémovým onemocněním, které neustále ohrožuje život).

3 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo získat poznatky o spokojenosti pacientů s pooperační bolestí a zjistit, jaké faktory ovlivňují pacientovu spokojenost. Poznatky pro tuto práci byly zjišťovány pomocí metody literární rešerše. Výsledky zahraničních studií, které byly použity v literární rešerši jsou porovnávány mezi sebou.

V první řadě bych rád napsal o mých očekáváních před začátkem psaní této bakalářské práce na téma Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti. Moje první myšlenka ohledně spokojenosti pacientů byla převážně ta, že spokojený pacient je hlavně takový pacient, který neprožívá žádné nebo jen mírné bolesti. Dle autora Jiřího Mála (2014, s. 28) je hodnota VAS 4 nejvyšší možná intenzita bolesti, kterou pacienti ještě dokážou tolerovat, ale stejně by měla být zahájena analgetická terapie. V průběhu mého průzkumu zahraničních studií jsem byl celkem překvapen, že ve výsledcích i pacienti s vysokou intenzitou bolesti udávali obecně vysokou spokojenost s tišením pooperační bolesti. Dalším velkým překvapením, kterou mi přichystala tato práce, je to, jak hodně komplikovaná a obtížná může být léčba bolesti a zcela upřímně říkám, že mě nikdy nenapadlo, jak mě tato práce dokáže zaujmout, ale přece se tak stalo.

Všechny prozkoumané studie z literární rešerše poukazují na fakt, že úroveň intenzity bolesti není jediným faktorem pro celkovou spokojenost pacienta s tišením pooperační bolesti. Intenzita bolesti je spíše ukazatel, zda je správně zvolená analgetická léčba, přesto je však tento faktor zásadní v problematice léčby pooperační bolesti. Ostatní faktory a jejich účinek by však neměly být podceňovány. Autoři z prozkoumaných studií, ale i naši autoři (Málek a Ševčík, 2014, s. 26) popisují paradox, kdy i pacienti se silnou pooperační bolestí udávají spokojenost s tišením pooperační bolesti. Jako důvod tohoto paradoxu autoři uvádějí, že spokojenost s tišením bolesti je multifaktoriální. Podle výše zmíněných autorů má významný vliv na pacientovu spokojenost s tišením pooperační bolesti přístup personálu, informovanost pacienta s jeho léčbou, komunikace mezi ním a zdravotním personálem a empatie.

Ve studii ze Švédska (2001) se zaměřili na posouzení souvislostí mezi předoperačními a pooperačními faktory, na skutečné zkušenosti s bolestí, a dále na spokojenost pacienta s jejich managementem bolesti. Respondenti z této studie uváděli středně těžkou až silnou míru bolesti jak už v předoperačním, tak i v pooperačním období, přesto však byla většina pacientů s tišením pooperační bolesti spokojena (81 %). Tým výzkumníků očekával, že spokojenější budou pacienti s mírnou nebo s žádnou intenzitou bolesti, avšak výsledky studie tento vztah

nepotvrzují. Dle autorů této studie je skutečná pooperační bolest spojena s předoperačním očekáváním bolesti.

Další tým výzkumníků ze stejné země měl v roce 2002 za cíl posoudit a porovnat kvalitu pooperační péče a kvalitu managementu bolesti z pohledu pacienta a zdravotní sestry. Ze studie jim však vyšlo podobné zjištění jako týmu ze Švédska o rok dříve. Z výsledků studie byl největší rozdíl v otázce intenzity bolesti, kde pacienti udávali a prožívali vyšší úroveň bolesti, než si zdravotní sestry myslely, ale přesto pacienti s porovnáním se sestrami udávali vyšší míru spokojenosti. Toto zjištění poukazuje i na fakt, že si zdravotní sestry jsou vědomy toho, že léčba bolesti by mohla být lepší.

Studie z Islandu z roku 2014, která se zaměřila na epidemiologii bolesti a kvalitu managementu bolesti v nemocničním prostředí, zaznamenala zajímavé výsledky, které znovu poukazují na paradox, že intenzita bolesti vždy nesouvisí s pacientovou spokojeností. Celkem 30 % respondentů byly poskytnuty informace o možnostech jejich léčby. Respondenti, kterým takové informace poskytnuty nebyly, byli sice obecně spokojeni s celkovou péčí, ale nebyla tak vysoká jak u respondentů, kteří byli lépe informováni.

Ze studie z Malajsie byly zjištěny podobné poznatky jako v předchozích popsáních studiích. Většina respondentů v prvních 24 hodinách po operaci nahlásila velkou míru intenzivní bolesti. Skoro u všech respondentů byla udávána úzkost a polovina se z důvodu bolesti cítila bezmocně. Přesto však byla většina respondentů spokojena s tišením pooperační bolesti i s přístupem sester a lékařů. Studie také zaznamenala rozdíly spokojenosti v souvislosti s demografickými údaji. Podle národnosti byla největší nespokojenost zaznamenána u Indů, menší pak u Malajsijců a nejmenší u Číňanů. Další rozdíl v souvislosti s demografickými údaji byla úroveň vzdělání. Nejvíce spokojeni byli pacienti s primárním vzděláním, a naopak nejméně spokojeni byli pacienti s terciálním stupněm vzdělání.

Studie ze Spojených států amerických, kde se autoři zaměřili na spokojenost s tišením pooperační bolesti u starších pacientů podstupujících větší chirurgické zákroky, vhodně dokresluje problematiku spokojenosti s tišením pooperační bolesti. Výsledky studie zaznamenaly, že celkem 96,7 % pacientů prožívalo silnou bolest v prvních 24 hodinách po operaci, přesto byla většina pacientů spokojena s jejich léčbou pooperační bolesti. Polovina dotazovaných pacientů hlásila bolest zdravotní sestře až tehdy, když už bolest nemohli snést. Respondenti jako důvod udávali obavu, že po jejich stížnosti na bolest bude následovat konflikt s personálem, a to jak z důvodu, že nebudou pochopení (zlehčování jejich bolesti), tak

z důvodu, že na ně personál nebude mít čas. Dalším důvodem respondentů, který udávali, byla obava z návykovosti léků na bolest.

Podle Americké společnosti pro bolest (American Pain Society) by zdravotníci měli být aktivnější při spolupráci s pacienty, jelikož bez aktivity pacientů se situace v léčbě bolesti nezlepší. Další výraznou překážkou účinné léčby bolesti je podle Americké společnosti pro bolest společenský strach z opiátů a ze závislosti. Dle doporučených postupů z roku 1996 vydaných Americkou společností pro bolest by pacienti měli hned při nástupu léčby získat informace o jejich léčbě a ujištění, že zdravotnický personál považuje účinnou léčbu bolesti za velmi důležitou.

K významnému zjištění došel tým z Etiopie, který z výsledku studie zjistil, že stav onemocnění pacienta má souvislost s úrovní spokojenosti pacienta. Stav onemocnění se určoval pomocí anesteziologického rizika podle Americké algeziologické společnosti (American Society of Anesthesiologists). Z výsledků je jasně vidět, že pacienti v kategorii ASA 1 (pacient bez komplikujícího onemocnění) byli 3,5krát spokojenější než pacienti v kategorii ASA 3 (pacient se závažným systémovým onemocněním) a ASA 4 (pacient se závažným systémovým onemocněním, které neustále ohrožuje život).

Zajímavé jsou také poznatky autorů z Německa. Z výsledků studie vyšlo najevo, že v univerzitních nemocnicích a specializovaných centrech je management bolesti vnímán pacienty jako horší než v ostatních typech nemocnic. Pacienti univerzitních nemocnic a specializovaných centrech udávali vyšší míru bolesti, větší omezení soběstačnosti a nižší celkovou spokojenost. Podle autorů není problém jistě v tom, že by tyto nemocnice neměly dostatečné vybavení, ale že bolesti možná není věnována dostatečná pozornost a také možné větší zatížení zdravotnických pracovníků.

Další zahraniční studie, která sice není zahrnutá do literární rešerše a kterou bych tady rád prodiskutoval je od autorů Laika Köse Tamer a Gülten Sucu Dağ, která byla publikována v roce 2020. Cílem této studie bylo prozkoumat zkušenosti s bolestí chirurgických pacientů podstupujících ortopedické, urologické, neurologické a chirurgické operační výkony a zjistit kvalitu ošetrovatelské péče při léčbě pooperační bolesti. Zajímavé výsledky ze studie získali autoři dotazováním pacientů, při jakých aktivitách se u nich nejčastěji objevila bolest. Z výsledků pak dále zjistili, že nejčastěji se u pacientů objevovala bolest při vstávání z postele, polohování, převazu operační rány a kašli. Z těchto výsledků autoři poukazují na fakt důležitosti plánované, včasné a efektivní léčby bolesti při snižování bolestivých stavů, které by

jistě zvýšilo spokojenost pacienta. Pacienti v této studii udávali, že kvalita pooperační léčby bolesti byla nízká. To podle autorů mohlo být způsobeno tím, že v nemocnici, kde se tento výzkum prováděl nebyl použit žádný protokol pro léčbu bolesti. Proto je dle autorů důležité vyvinout protokoly o léčbě bolesti v nemocnicích. Jak už v předešlých studiích, tak i v této studii je zmíněno lepší hodnocení pacienta, pokud byli před i po operaci edukováni o léčbě bolesti. Z výsledků je totiž jasně vidět, že pacienti, kteří takové zaškolení dostali, dávali vyšší skóre spokojenosti ale i vyšší skóre managementu bolesti i když jim to neovlivnilo jejich intenzitu prožité bolesti. Dle autorů studie by edukace pacienta měla být zařazena do standartních činností ošetrovatelské péče.

Z výsledků všech zahraničních studií se poukazuje na fakt, že spokojenost pacienta vždy nesouvisí s mírou intenzity bolesti a převážně všechny studie se shodují na faktorech, které ovlivňují pacientovu spokojenost. Ze studií z Islandu, z Německa i ze Spojených států amerických je očividné, že velký vliv na spokojenost pacienta má organizace, přístup jednotlivých pracovníků, empatie, edukace a komunikace. Podle autorů z Etiopie je stav onemocnění pacienta dalším faktorem, který ovlivňuje jeho spokojenost. Ze studie z Malajsie bylo zaznamenáno, že spokojenost pacienta by mohla být také ovlivněna etnickým původem i úrovní vzdělání. Dle autorů (Laika Köse Tamer a Gülten Sucu Dağ, 2020) další velký vliv na celkovou spokojenost, ale i na tišení pooperační bolesti je dobře naplánovaná analgetická léčba, aby se zamezilo bolestivým stavům při vstávání z postele, polohování, nebo rehabilitaci.

4 Závěr

V této bakalářské práci byly hlavní cíle rozděleny do teoretické a rešeršní části. V teoretické části bylo hlavním cílem vysvětlit základní pojmy bolesti, vylíčit historii léčby bolesti, popsat možnosti její léčby, objasnit úlohy zdravotní sestry při léčbě bolesti a vysvětlit, co znamená pojem spokojenost pacienta ve vztahu péče o něj samotného. Hlavním cílem pro rešeršní část bylo získat poznatky o spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti a dílčím cílem bylo zjistit, jaké další faktory ovlivňují pacientovu spokojenost.

Na základě prostudované literatury byla teoretická část rozdělena do dvanácti kapitol, které zahrnovaly informace o definici bolesti, typech bolesti, fyziologii a anatomii bolesti, složky bolesti, typech operací, pooperační péče, incidenci bolesti, psychologii člověka v bolesti, historii léčby bolesti, způsoby léčby bolesti, úlohy nelékařského zdravotnického personálu při léčbě bolesti a spokojenost pacienta. Cíle teoretické části byly úspěšně splněny.

Pro rešeršní část k nalezení studií a článků byla použita databáze Web of Science. Studií pro rešeršní část bylo nalezeno více než 800, ale pouze 8 studií vyhovovalo předem daným kritériím. Osm vhodných zahraničních studií poukazuje na širokou škálu faktorů ovlivňujících spokojenost pacientů. Z výsledků studií vyplývá, že většina pacientů byla spokojena s tišením pooperační bolesti, přestože udávali velkou intenzitu bolesti. Autoři studií došli ke stejnému závěru jako tuzemští autoři (Málek a Ševčík, 2014, s. 26, 27) kteří popisují, že intenzita bolesti nemusí vždy souviset se spokojeností pacienta. Podle autorů mezi hlavní faktory ovlivňující spokojenost pacienta jsou především přístup personálu, komunikace s pacientem, empatie, délka čekání na analgetikum a za jak dlouho se analgetický účinek projeví. Studie se nezabývaly zjišťováním, s čím jsou pacienti nespokojeni, přesto však na některé důvody nespokojenosti pacientů poukázaly. Především se jednalo o nedostatečnost edukace a informovanost před operací nebo špatnou komunikací zdravotnického personálu s pacienty. Dalším negativním vlivem na spokojenost pacientů bylo velké pracovní zatížení pracovníků a nejednotný přístup k problematice managementu bolesti. Tento negativní vliv byl popsán ve studii z Německa od autorů (MEISSNER, 2017). Hlavní cíl pro rešeršní část-získat poznatky o spokojenosti pacientů s tišením pooperační bolesti-se mi podařilo naplnit. Avšak dílčí cíl rešeršní části dle mého názoru zcela nezachytil všechny faktory, které ovlivňují spokojenost pacienta a bude potřeba další výzkumné a průzkumné práce ke zjištění dalších faktorů.

5 Použitá Literatura

ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Announces Revised Definition of Pain. *Iasp-pain.org* [online]. Washington D. C.: International Association for the Study of Pain, 2020, 16. 7. 2020 [cit. 2021-5-27]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

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

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

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

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 149 s. ISBN 978-80-204-3522-4.

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

MAREŠ, Jiří. Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. *Pedagogická orientace*. Praha, 2013, **23**(4), s. 427–454. ISSN 1805-9511. Dostupné z: doi:10.5817/PedOr2013-4-427

MICHALSKÝ, Rudolf a Ivana VOLFOVÁ. SLEZSKÁ UNIVERZITA. ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, 2008, 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.

PRAŽSKÝ, Bohumil. *Zdravi.euro.cz: Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče* [online]. 2013, 21. 1. [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: [Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče - Zdraví.Euro.cz](https://www.zdravi.euro.cz/kvality-pece-zdravi-euro-cz)

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. Bolest: monografie algeziologie. Praha: Tigris, 2006, 684 s. ISBN 80-903750-0-6.

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

ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest, fyziologie, fáze a léčba. [online], 2012. [cit. 2019-01-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>

ŘÍHOVÁ, Milada a kolektiv. 2005. Kapitoly z dějin lékařství. Praha: Karolinum, 139 s. ISBN 80-246-1021-3.

SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. Farmakoterapie bolesti: praktický průvodce. Praha: Maxdorf, c2009. ISBN 978-80-7345-182-0.

VALENTA, Jiří. UNIVERZITA KARLOVA. Základy chirurgie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Galén: Karolinum, c2007, 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.

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

VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3419-4.