

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Stanislava Popilková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení bolesti v souvislosti s převazy chronických ran u pacientů
hospitalizovaných v geriatrickém centru

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Stanislava Popilková**
Osobní číslo: **Z21347**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Hodnocení bolesti v souvislosti s převazy chronických ran u pacientů hospitalizovaných v geriatrickém centru**
Téma práce anglicky: **Assessment of pain related to chronic wound dressings in patients hospitalized in a geriatric center**
Zadávací 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 výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5272-6.
KOUTNÁ, Markéta. Aktuální trendy v hojení ran. *Praktické lékařství*. 2020, 16(3), 154-158. ISSN 1801-2434. Dostupné z: doi:10.36290/lek.2020.024
KOZÁK, Jiří. Bolest a její nová definice. *Medicína pro promoci*. 2020, 21(3), 185-189. ISSN 1212-9445. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/tituly/mpp/archiv/748>
MEZERA, Vojtěch a Ivo BUREŠ. *Chronické nehojící se rány v geriatрии*. *Vnitřní lékařství*. 2018, 64(11), 1098-1104. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-11/chronicke-nehojici-se-rany-v-geriatrii-106812>
ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

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

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Hodnocení bolesti v souvislosti s převazy chronických ran pacientů hospitalizovaných v geriatrickém centru jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 4. 2023

Bc. Stanislava Popilková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych především poděkovala mé vedoucí diplomové práce Mgr. Zuzaně Červenkové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a trpělivost po celou dobu zpracovávání. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a kolegyním z práce za podporu a pomoc během studia na vysoké škole. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování záznamového archu.

ANOTACE

Diplomová práce na téma „Hodnocení bolesti v souvislosti s převazy chronických ran pacientů hospitalizovaných v geriatrickém centru“ se zabývá v první kapitole stručně problematikou bolesti. Druhá kapitola je zaměřena na procedurální bolest a třetí kapitola se věnuje nehojícím se ránám, hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou a její léčbou. Poslední kapitola je zaměřená na kompetence všeobecných sester v péči o nehojící se rány. Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jak pacienti s chronickou ránou vnímají bolest v souvislosti s převazy. Výzkumná část je zpracována pomocí záznamových archů jejich analýzou a interpretací.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, procedurální bolest, nehojící se rána, hodnocení bolesti u nehojící rány, kompetence všeobecných sester

TITLE

Assessment of pain related to chronic wound dressings in patients hospitalized in a geriatric center.

ANNOTATION

The diploma thesis on the topic "Assessment of pain in connection with dressings of chronic wounds of patients hospitalized in a geriatric center" deals briefly with the issue of pain in the first chapter. The second chapter is focused on procedural pain and the third chapter is devoted to non-healing wounds, assessment of pain related to non-healing wounds and its treatment. The last chapter is focused on the competence of general nurses in the care of non-healing wounds. The main goal of the research part is to find out how patients with a chronic wound perceive pain in connection with dressings. The research part is processed using record sheets by their analysis and interpretation.

KEYWORDS

pain, procedural pain, non-healing wound, assessment of pain in non-healing wounds, competence of general nurses

Obsah

Úvod.....	15
1 Cíl práce.....	16
Teoretická část.....	18
2 Bolest.....	18
2.1 Význam bolesti.....	18
2.2 Vznik bolesti.....	19
2.3 Dělení bolesti.....	19
2.4 Hodnocení bolesti.....	22
2.4.1 Anamnéza.....	22
2.4.2 Neverbální metody hodnocení bolesti.....	23
2.4.3 Verbální hodnocení bolesti.....	24
2.5 Léčba bolesti.....	26
2.5.1 Nefarmakologická léčba bolesti.....	26
2.5.2 Farmakologická léčba bolesti.....	26
3 Procedurální bolest.....	28
4 Nehojící se rána.....	30
4.1 Hodnocení bolesti u nehojících se ran.....	31
4.2 Léčba nehojících se ran.....	31
4.2.1 Nefarmakologická léčba.....	33
4.2.2 Farmakologická léčba.....	36
5 Role a kompetence všeobecných sester Se SPECIALIZACÍ V managementu nehojící se rány.....	38
5.1 Kompetence všeobecné sestry v péči nehojící se rány.....	38
5.2 Kompetence sester specialistek v péči nehojící se rány.....	38
Výzkumná část.....	41
6 Metodika výzkumného šetření.....	41
6.1 Cíle práce.....	41

6.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
6.3	Sběr dat.....	42
6.4	Výzkumný vzorek	43
6.5	Analýza zpracovaných dat	43
7	Diskuze	55
	Výzkumná otázka č. 1a: Jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí?.....	55
	Výzkumná otázka č. 1b: Jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí?	56
	Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány?.....	57
	Výzkumná otázka č. 3: Trpí pacienti s chronickou ránou stejnou bolestí před, během nebo po převazu.....	58
	Výzkumná otázka č. 4: Potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikaci v souvislosti s převazy?	59
	Výzkumná otázka č. 5: Trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi?.....	60
	Výzkumná otázka č. 6: Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou?.....	61
8	Závěr	62
9	Použitá literatura	65
10	Přílohy.....	71

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A PŘÍLOH

Obrázek 1: Schématické rozdělení vhodného krytí dle charakteru rány.	35
Tabulka 1: Melzackova škála verbální stupnice bolesti	25
Tabulka 2: Hodnocení dle konceptu TIME	33
Tabulka 3: Pohlaví a věk respondentů	43
Tabulka 4: Typy chronických ran	44
Tabulka 5: Délka léčby chronických ran	44
Tabulka 6: Pociťovaná bolest	45
Tabulka 7: Charakter bolesti chronické rány	45
Tabulka 8: Možnosti úlevy od bolesti.....	46
Tabulka 9: Zájem zdravotníků o bolest pacienta v souvislosti s převazem chronické rány	46
Tabulka 10: Intenzita bolesti před, během a po převazu	48
Tabulka 11: Výčet pacientů a jejich intenzita bolesti před, během a po převazu.....	49
Tabulka 12: Popisná statistika hodnocení bolesti před, během a po převazu.....	50
Tabulka 13: Porovnání bolesti před, během a po převazu	51
Tabulka 14: Podání léků proti bolesti	52
Tabulka 15: Četnost intenzity bolesti během převazu	53
Tabulka 16: Hodnocení bolesti	53
Graf 1: Hodnocení bolesti před, během a po převazu.....	51
Příloha A: Margolesova mapa bolesti.....	71
Příloha B: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence.	72
Příloha C: Krátký inventář bolesti.	73
Příloha D: Mini Mental State Exam	74
Příloha E: MCGILL Malzackov dotazník bolesti.....	74
Příloha F: Záznamový arch.....	75

SEZNAM ZKRATEK, POJMŮ A ZNAČEK

Algeziologie	Medicínský vědní obor zabývající se léčbou chronické bolesti.
Algeziolog	Lékařský odborník zabývající se léčbou chronické bolesti.
Alodynie	Nadměrná citlivost a reakce bolestivosti na podněty, které normálně bolest nevyvolávají.
Antibakteriální efekt	Veškeré přípravky a aktivní látky, které ničí bakterie a mikroby a zabraňují jejich vzniku.
Aseptický přístup	Způsob práce za sterilních podmínek. (za nepřítomnosti bakterií)
Biofilm	Obecně představuje tenkou vrstvu mikroorganismů, která osídluje cizorodé povrchy a fyziologicky a morfologicky se odlišuje od volně žijících bakterií. Biofilm vytvářejí bakterie na povrchu rány, jako obranu proti lokálně či systémově aplikovaným antibiotikům. Biofilm zvyšuje rezistenci bakterií na antiseptika a obraně organismu pacienta.
Centrální hypoxie	Označuje nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních.
CNS	Centrální nervový systém.
Civilizační choroby	Skupina nemocí, které přímo souvisejí s moderním způsobem života v dnešní společnosti (diabetes mellitus, arteriální hypertenze, aj.)
Dermatitidy	Záněty kůže.
Diabetes mellitus	Chronické metabolické onemocnění, při kterém organismus není schopen dodávat dostatečné množství inzulínu.
Diskomfort	Tělesná, duševní nebo sociální nepohoda.
Dispenzární péče	Odborná lékařská péče, jejímž účelem je systematické dlouhodobé sledování a ovlivňování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího závažnou nemocí, s cílem předcházení komplikacím.
Erudice	Důkladné vzdělání.
Epidermis	Pokožka.
Etiologie	Nauka, která se zabývá příčinou vzniku konkrétního onemocnění.

Etnika	Souhrn jedinců sdílejících společnou etnicitu. (kulturní praktika – náboženství, tradice atd.)
Farmaka	Léčiva.
Gastropatie	Nezánětlivé onemocnění žaludku.
GIT	Gastrointestinální trakt.
IASP	International Association for the Study of Pain. (Mezinárodní asociace pro studium bolesti)
Iatrogenní poranění	Poškození, ke kterému došlo při poskytování zdravotní péče, ať lékařem či jiným zdravotnickým personálem.
Imobilita	Nehybnost, neschopnost pohybu.
Incidence	Počet nově nemocných s určitou diagnózou za konkrétní časový úsek.
Indikace	Relativní nebo absolutní důvod k diagnostickému či léčebnému zásahu.
Interdisciplinární	Mezioborový
Kognitivní funkce	Poznávací funkce, jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky a jsou uložena v různých částech mozku. Jde o ucelenou strukturu schopností, které na sebe navazují a jsou vzájemně propojeny (paměť, koncentrace, řečové schopnosti, prostorová orientace aj.)
Komplexní léčba	Má za cíl dovést pacienta ke kvalitnímu životu a trvalé abstinenci a motivovat k dalšímu doléčení po propuštění.
Komorbidity	Současný výskyt více nemocí u jednoho pacienta.
Konkomitantní choroby	Souběžné nemoci.
Kontraindikace	Stav nebo faktor, který je důvodem k vyloučení určitého lékařského výkonu, medikace, vyšetření apod.
Kontinuální bolest	Bolest, která je přítomna trvale nebo převážnou část doby, i když její intenzita kolísá.
Konzilia	Odborný medicínský termín, již je označena porada lékařů různých specializací.

Macerace	Rozmáčení okrajů rány vzniklé působením tekutiny, zpravidla zánětlivým výpotkem.
Malnutrice	Nedostatečná výživa.
Mezenterium	Výchlípka břišní stěny, která tvoří uvnitř břicha listy, na kterých jsou zavěšena střeva. Kromě toho, že slouží jako závěs (opora) pro střevní kličky, obsahuje mezenterium i mízní uzliny, které pomáhají v obraně před záněty v břišní krajině.
Migrace buněk	Aktivní pohyb buněk.
MRSA	Meticilin–rezistentní zlatý stafylokok.
Nekróza	Odúmrť tkáně.
Neuromatrix	Model, který ukazuje, jak se bolest tvoří a vyvíjí, a odkazuje na optimální strategii její léčby.
Neuropatie	Stav, který postihuje nervy. To může způsobovat různé příznaky, jako je bolest, necitlivost, brnění a slabost.
Osteomyelitida	Zánětlivé onemocnění kostí.
Percepce bolesti	Vnímání bolesti.
Peristomální kůže	Jedná se o kandidózu, trauma, alergickou kontaktní dermatitidu anebo nejčastější komplikaci–iritační kontaktní dermatitidu, která se projevuje zarudnutím, mokváním a bolestivostí.
Polyneuropatie	Skupina poruch periferních nervů. Jde většinou o vícečetné systémové postižení, které vzniká působením různých vnitřních i vnějších vlivů. Snížená citlivost v končetinách, potlačení pálení a brnění, palčivé bolesti.
Placebo efekt	Přípravek neosahující účinnou látku, jehož léčebný efekt je vyvolaný přesvědčením pacienta, že je léčen.
Prevalence	Označuje podíl počtu jedinců trpících danou nemocí k počtu všech jedinců ve sledované populaci.
Radioterapie	Léčba zářením používána k léčbě zhoubných nádorů.

Ranné infekce	„Nozokomiální infekce“ neboli infekce získaná v nemocničním prostředí. Zdrojem infekce je sám pacient či jiný pacient a zdravotnický personál.
Reepitelizace	Obnova epitelu.
Rehabilitační péče	Lékařský obor. Proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, poškozeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou znovu zařadit člověka do aktivního společenského života.
Retenční kapacita	Zadržení tekutiny.
Rezistence	Úplná nebo zvýšená odolnost určitého organismu např. na určité antibiotikum.
Saturace	Nasycenost krve kyslíkem.
Secernující defekt	Sekrece z rány.
Senzoricko-diskriminační složky	Základní povědomí o bolesti (obraná, informativní a diagnostická funkce).
Tkáňová hypoxie	Nedostatek kyslíku ve tkáních.
V.A.C. systém	(Vacuum Assisted Closure) je neinvazivní léčebná metoda, při které je lokální negativní tlak využíván k podpoře hojení ran a drenáže tekutin či infekčních sekretů z rány.
VAS	Vizuální analogová škála bolesti.
Vazokonstrikce	Proces, při kterém dochází ke stažení cév.
WHO	World Health organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá hodnocením bolesti v souvislosti s převazy chronických ran pacientů hospitalizovaných v geriatrickém centru. Za chronické rány jsou označovány ty, kterým léčba trvá déle než 4 až 6 týdnů. Jejich hojení je rozděleno do tří fází: exsudativní, proliferační a remodelační. V každé této fázi dochází k různým mechanismům hojení, které jsou ovlivňovány systémovými nebo lokálními faktory. V některých případech může být komplikací sama lokální terapie defektu, celkový stav pacienta a psychosociální aspekty. Do psychosociálních aspektů kromě nadměrné ranné sekrece, zápachu, omezení pohybových a běžných denních aktivit zařazujeme i bolest. (Poláková, 2018, s. 13)

Každý člověk vnímá bolest individuálně, ale velká změna přichází ve stáří, kde se snižuje citlivost receptorů bolesti, tedy vnímavost bolesti je menší. Toto může být jeden z důvodů vzniku chronické rány, která může být spojena s chronickou bolestí. Chronickou bolestí je postihnuto 30–50 % obyvatel. Její intenzita je podstatně větší než dokazuje objektivní nález. (Rokyta a kol., 2017)

Při ošetřování jakékoli rány, diagnostiky a léčby může vznikat procedurální bolest. Jedná se o bolest, somatickou a časově vymezenou s psychickým diskomfortem, vzniklou při instrumentálních bolestivých výkonech za pomoci zdravotnických nástrojů (aplikace injekce, debridement rány a další). (Palyzová, 2007, Sochor, Sláma, 2015, Kelnarová, 2016)

Před několika lety se objevil nový způsob hojení ran (moist wound healing). Dnes jsou touto metodou (vlhké hojení ran) úspěšně léčeni pacienti s defekty. I přesto, že vlhké hojení ran se v České republice využívá několik let, stále vztah zdravotníků k modernímu hojení není jednotný. (Koutná, 2010)

Aby došlo k vyléčení nehojící se rány nebo aspoň k její kompenzaci je často nezbytná multioborová spolupráce odborníků. Člověk strádá po stránce tělesné, duševní, duchovní a sociální. Do všech těchto stránek lidské bytosti musí směřovat i léčebné a ošetrovatelské postupy. Tuto spolupráci propaguje Česká společnost pro léčbu ran. Bez komplexního přístupu není možné nehojící se defekt zvládnout. (Mezera, Bureš, 2018, s. 1104, Pražský, 2012)

1 CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části

Cílem teoretické části je popsat problematiku hodnocení bolesti u pacientů s chronickou ránou v souvislosti s převazy.

Cíle výzkumné části

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jak pacienti s chronickou ránou vnímají bolest v souvislosti s převazy.

Dílčí cíle:

1. Cílem je zjistit, jakým typem chronické rány a jak dlouho pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí.
2. Cílem je popsat zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány.
3. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou trpí stejnou bolestí před, během nebo po převazu.
4. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou potřebují analgetickou medikaci v souvislosti s převazy.
5. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně netrpí bolestmi.
6. Cílem je zjistit, kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou.

Výzkumné otázky a hypotézy:

1. 1 a. Jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí?
1 b. Jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí?
2. Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány?
3. Trpí pacienti s chronickou ránou stejnou intenzitou bolesti před, během nebo po převazu?
 H_{01} Neexistuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.
 H_{a1} Existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

4. Potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikaci v souvislosti s převazy?
5. Trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi?
6. Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou?

TEORETICKÁ ČÁST

2 BOLEST

„Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popsána v termínech takového poškození.“ Takto zněla do roku 2019 aktuální definice bolesti. V srpnu 2019 byly publikovány předběžné závěry z jednání pracovní skupiny IASP (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), na jejichž základě a připomínkách široké odborné komunity proběhla v roce 2020 úprava stávající definice bolesti, která nyní zní: *„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.“* Definice se pokouší, o vysvětlení a správné pochopení mechanismů bolesti a jejich projevu. (Kozák, 2020)

Vnímání bolesti je individuální. Jinak bude vnímat bolest mladý než starý člověk. U starých lidí se projevuje bolest ve dvou reakcích. Staří lidé by měli vnímat bolest méně, a důvodem je snížení senzitivity receptorů bolesti, jakožto u všech receptorů v organismu ve stáří. Dále u starších lidí dochází k omezené reakci tlumení bolesti, tím může docházet k cítění větší intenzity bolesti, než je tomu v produktivním věku. Velký rozdíl je ve vnímání bolesti u mužů a žen. Ženy se stejným bolestivým podnětem dříve a intenzivněji vnímají bolest než muži. Ovšem v době před porodem a při porodu u žen dochází k vyplavování endogenních opiátů a tím dochází ke snížení vnímání bolesti. Posledním rozdílem ve vnímání bolesti je etnika. Každá kultura si bolest vysvětluje jinak a s tím souvisí i jejich vnímání bolesti. (Rokyta a kol., 2017, s. 8–10)

Bolest je součástí lidského života a setkáváme se s ní prakticky celý život. Každý prožívá bolest s různou intenzitou, rozměrem, účelem a vzniká z různé příčiny. Proto je důležitá diagnostika bolesti. (Tóthová, Hellerová, 2021, s. 105)

2.1 Význam bolesti

Bolest může být onemocnění samotné, tak i příznak jiného onemocnění. Má informační charakter, informuje nás, že v organismu dochází k nějaké patofyziologii. Může být i varovným signálem, který donutí pacienta přijít do nemocnice a tím mu zachrání život.

Bolest nepostihuje jen fyzickou stránku organismu, ale také emocionální. Pokud je přítomna dlouhodobá bolest, člověka to může poznamenat například nespavostí, sníženou imunitou

a na kvalitě života. Každý jedinec reaguje a snáší bolest jiným způsobem. Bolest se může promítnout ve změně chování jako například agresivitou, podrážděností, depresí. (Kelnarová a kol., 2016, s. 12–13)

2.2 Vznik bolesti

Projevy bolesti ovlivňují čtyři základní složky, které zároveň rozhodují o charakteru bolesti a to: senzorio-diskriminační, afektivní (emocionální), vegetativní (autonomní) a motorická.

Ke vzniku bolesti dochází při přímém dráždění nocisenzorů či jako následek zánětlivého procesu. Uvolňují se látky, díky kterým dochází ke dráždění nociceptorů a při zánětu tlakem dráždících nociceptory vzniká edém.

Nociceptory dělíme do tří skupin:

Volná nervová zakončení, která nesou na povrchu receptory bolesti.

Polymodální nocisenzory, které kromě bolesti vnímají chlad, teplo a mechanické dráždění.

Pokud dojde k výraznému vzestupu tepla či chladu, receptory reagují bolestivým pocitem.

Vysokoprahové mechanosenzory reagující na mechanický podnět jako např.: tlak, vibrace.

Při překročení prahu bolesti se stane podnět bolestivým. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 9–11; Rokyta a kol., 2009, s. 21)

Nocisenzory jsou umístěné na periferii (kůže, sliznice vnitřních orgánů) nebo centrálně (mícha, prodloužená mícha, mozková kůra), kde jich je mnohem méně, a jejich funkce je jiná než nocisenzorů periferních. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 9–11)

Vzniklé periferní bolestivé podněty jsou vedeny do míchy, zadních rohů míšních, do šedé hmoty míšní, kde je informace zpracována a vedena dráhami do vyšších mozkových center.

V mozku se informace dostane až do thalamu, který je důležitý v percepci bolesti. (Málek, Ševčík a kol., 2021, s. 16, Janáčková, 2007, s. 25–32)

2.3 Dělení bolesti

Každý lékař by měl umět rozlišit akutní bolest od chronické bolesti, a to zejména praktičtí lékaři, ke kterým cesta lidí trpících bolestí vede jako první. (Rokyta a kol., 2017, s. 11)

Bolest se dá rozdělit do několika kritérií a to:

Podle délky trvání

Akutní bolest je krátkodobý příznak, který netrvá déle než 3 měsíce a je varovným signálem organismu. Délka trvání bolesti je závislá na trvání vyvolávající příčiny. Tato bolest je považována za fyziologickou, smysluplnou pro své plnění ochrany organismu. Vzniká ihned po vyvolávající příčině a v jejím místě je dobře ohraničená. (Hakl a kol., 2019, s. 29–30) Pokud je akutní bolest vyléčena, bolest odezní a nevrací se. Jen v případě kolikových bolestí, nebo pokud není bolest nepřetržitá, jako například u anginy pectoris, se akutní bolest objevuje opakovaně, ale po odstranění příčiny mizí. (Rokyta a kol., 2019, s. 11–12) „*Některé opakující se bolesti, zejména ty, u nichž je původ nejasný, by asi měly být považovány za nezařaditelné jak mezi akutní, tak mezi chronické.*“ (Daneš, 2018, s. 16) Mezi akutní bolest řadíme pooperační, traumatickou, porodní bolest a další. Akutní bolest může přejít v bolest chronickou. (Hakl a kol., 2019, s. 30)

Chronická bolest trvá déle než 3 měsíce a není závislá na trvání vyvolávající příčiny. Rozdílem akutní bolesti od chronické je, že chronická bolest není varovným signálem. Člověk trpící touto bolestí je omezován v běžném životě, jak po fyziologické stránce, tak po emocionální. Celkově ovlivňuje kvalitu života, proto se chronická bolest stává nemocí sama o sobě. Ve vyspělých státech, především díky vyspělé diagnostice bolesti, bylo zjištěno, že chronickou bolestí trpí 50 % populace. (Hakl a kol., 2019, s. 29–31, Rokyta a kol., 2017, s. 11–12)

Podle původu

Onkologická (nádorová) bolest vzniká v souvislosti s onkologickým onemocněním. Je způsobena růstem nádoru, diagnostikou a terapeutickými postupy spojené s nádorovým onemocněním. O průlomové bolesti se jedná v případě akutní zhoršené bolesti, která je náhlá a obvykle medikamentózně ovlivnitelná. (Hakl a kol., 2019, s. 32–33, Lukáš, Hoch, Nevorál, 2019, s. 20)

Neonkologická bolest je nejčastější chronická bolest, která není způsobena onkologickým onemocněním, ale především degenerativním postižením pohybového aparátu. K terapii neonkologické bolesti jsou použity veškeré lékové skupiny, dokonce i silné opioidy. Důležitými faktory pro zvolení správné terapie této bolesti je intenzita a patofyziologie bolesti. (Hakl a kol., 2019, s. 32–33)

Podle patofyziologie

Nociceptivní bolest vzniká na podkladě podráždění nociceptorů (receptor bolesti). Z hlediska umístění receptorů se bolest dělí na dva typy. Viscerální bolest, která vychází z orgánů či vnitřností. Somatická bolest zahrnuje bolest nej povrchnějších vrstev kůže, cév, prochází svaly, šlachami a nervy atd. (Hakl a kol., 2019, s. 31)

Somatická bolest neboli tělesná se dále dělí na povrchní a hlubokou. Povrchní somatická bolest vzniká drážděním kožních povrchních nervů. Hluboká neútrobní bolest vzniká na podkladě dráždění svalů, vazů, cév atd.

Viscerální (orgánová) bolest je tupá, neostrá a nepřesně ohraničená na podkladě dráždění vnitřních orgánů. Bolest vzniká spasmy či rozpětím sliznice orgánu, ischemií nebo tahem mezenteria. Bolest není jednoznačně lokalizovatelná. (Lukáš, Hoch, Nevorál, 2019, s. 21–22)

Neuropatická bolest souvisí s dysfunkcí nervového systému. Je to bolest pálivá, bodová, píchavá, k zhoršení dochází v klidu a v noci s doprovodem alodynii. Rozlišuje se na dva typy neuropatické bolesti. Periferní neuropatická bolest s jednostranně lokalizovatelnými neuropatiemi a systémovými polyneuropatiemi. Centrální neurogenní bolesti například stav po cévní mozkové příhodě. Základními léky v terapii této bolesti jsou antikonvulziva a antidepressiva.

Dysautonomní bolest jsou různé bolestivé stavy vzniklé nejčastěji po úrazu nebo chirurgickém zákroku. Terapie se provádí za kombinací farmakoterapie a invazivních technik.

Psychogenní bolest vzniká na podkladě psychické složky. Vyskytuje se především u pacientů s depresivní poruchou, neuróz, kdy si nejčastěji pacienti stěžují na bolest břicha či zad. Proto základem terapie jsou psychofarmaka a psychoterapie.

Směšená bolest je stav, kdy se dva a více typů bolestí objeví u jednoho jedince současně, například nociceptivní a neuropatická bolest. Terapie je složitá. (Hakl a kol., 2019, s. 31–32)

Fantomova bolest je bolest, kdy člověk vnímá bolesti v části těla, která již neexistuje (amputace). Více než polovina pacientů po amputaci trpí touto bolestí. K fantomovým bolestem může dojít i při amputaci jiných částí těla než jenom končetin. (Málek, Ševčík a kol., 2021, s. 20–21)

2.4 Hodnocení bolesti

Bolest je modifikována fyziologickými a psychologickými faktory, výchovou, předešlou zkušeností s bolestí, prognózou onemocnění, spánkovou deprivací, rasou, pohlavím a vlivy prostředí.

Určitá skupina lidí je více ohrožena nedostatečnou diagnostikou a kontrolou bolesti, a proto vyžadují zvláštní pozornost. Jde především o děti, geriatrické pacienty a osoby s komunikačním postižením (kognitivní poruchy, jazyková bariéra). (Málek, Ševčík a kol., 2021, s.17 a 27)

Pro zhodnocení bolesti je mnoho technik, jak změřit a sledovat prožívání bolesti. Základem správné diagnostiky bolesti, tak i ostatních onemocnění, je důkladný sběr anamnézy od pacienta. Pokud nelze učinit sběr anamnestických údajů od pacienta, z jakéhokoliv důvodu, dotazován je rodinný příslušník či jiný doprovod pacienta. Dále je důležité pravidelné hodnocení bolesti pro stanovení správné a efektivní léčby. (Janáčková, 2007, s. 39, Rokyta a kol., 2009, s. 35)

2.4.1 Anamnéza

Základem léčby bolesti je důležité nejprve provést důkladné a přesné diagnostikování bolesti, které zajistí pacientovi dostatečnou a správnou terapii bolesti. Diagnostika bolesti není lehká. Bolest je velmi individuální a subjektivní. Pokud pacient tvrdí, že cítí bolest, mělo by se mu věřit. Každý člověk má jiný práh bolesti a toleranci k ní. (Kolektiv autorů, 2006, s. 39)

Důležité otázky v anamnéze bolesti jsou ty, které se zaměřují na lokalitu, intenzitu, časový průběh bolesti, vyvolávající, zhoršující a úlevové faktory. Neměly by být opomenuty ani dotazy směřující na zjištění psychického stavu nemocného, pocitů, zkušeností a očekávání, tedy na zjištění celkového vlivu bolesti na denní aktivitu a kvalitu života. Nedílnou součástí je i farmakologická a sociální anamnéza. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 12)

Bolest má za následek zvýšení krevního tlaku a hladiny stresových hormonů, a hlavně kortizolu, který negativně ovlivňuje proces hojení nejvíce v čistící fázi. Pro volbu správné léčebné strategie je důležité získat veškeré informace týkající se bolesti nemocného. Zde je velice důležitá role všeobecných sester, které sledují pacienta při provádění ošetrovatelských činností a zároveň provádějí i hodnocení bolesti. Sledují verbální i neverbální projevy bolesti. Tento efektivní přístup k nemocnému a její znalosti významně ovlivňují léčbu bolesti u pacienta s nehojící se ránou. Sestra efektivně spolupracuje s lékařem a lékař v ní nevidí jen

podřízenou, ale profesionálního partnera v péči o pacienta. Důležité je, aby sestry znaly determinující faktory vnímání a zvládnání bolesti. Determinující faktory lze rozdělit do několika skupin, a to na fyziologicko–biologické faktory, mezi které patří věk a pohlaví. Dále na psychologické faktory, které sledují osobnostní rysy, aktuální míru psychického stavu (úzkost, deprese). Kulturní, etnické a sociální faktory – kultura, etnikum, rasa či vyznání. Mezi faktory životního prostředí patří denní doba, chlad, teplo, ultračervené a ultrafialové záření. (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 41–45)

Diagnostika bolesti dále zahrnuje fyzikální vyšetření a případně využití laboratorních vyšetření v souvislosti s dalším postupem léčby. Hodnocení bolesti se neprovádí jen při prvním kontaktu s pacientem, ale i v průběhu hospitalizace několikrát denně. Sestra se při hodnocení bolesti zaměřuje na lokalizaci (v ráně, mimo ránu, celá končetina), intenzitu bolesti, charakteru (typu bolesti – pálivá, bodavá apod.), časový průběh bolesti (délka trvání, denní doba, nástup, změna intenzity), faktory ovlivňující bolest (převazy, pohyb, zmírňující apod.) a další faktory anamnézy (farmakologická anamnéza, vitální funkce, laboratorní výsledky, komorbidity). (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 41–45)

Dále zde všeobecná zdravotní sestra může využít projevy bolesti a její hodnocení v plánování ošetrovatelských intervencí z pohledu managementu bolesti. (Tóthová, Hellerová, 2021, s. 106)

2.4.2 Neverbální metody hodnocení bolesti

Měřicí nástroje usnadňují a objektivizují práci všeobecných sester při realizaci ošetrovatelské péče. Zvyšují kvalitu diagnostického procesu, zlepšují efektivitu péče. Zhodnocená data je možné porovnávat. Zvyšují autonomii, slouží k získávání velkého počtu dat. Zjišťují objektivní stav pacienta a sledují pokrok v péči a další. (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015, s. 39–40)

Hodnotících metod bolesti je spousta, avšak jedno mají společné, a to že žádná nezachycuje vlastní bolest objektivně. I když doplníme hodnocení bolesti o laboratorní vyšetření či jiné diagnostické metody, ani tehdy není tento nedostatek vyřešen. Ale i přes tento nedostatek škály na hodnocení bolesti významně napomáhají k posouzení bolesti a jeho dopadu na jedince. (Opavský, 2011, s. 76)

Některé druhy neverbálních hodnotících škál bolesti:

Vizuální analogová škála (VAS) – škála od 1 do 10 nebo od 1 do 100. Toto hodnocení je velmi subjektivní, kdy pacient přiřadí určité číslo své bolesti. Pacient přiřazuje intenzitu bolesti dle barvy, stupnice, rozšiřující se úsečky apod. Bodové hodnocení je uvedeno z druhé strany hodnotícího nástroje, které však nemocný nevidí. (Rokyta a kol., 2017, s. 12, Pokorná a kolektiv, 2013, s. 177)

Numerická (číselná) škála – podobná jako VAS škála. K měření intenzity bolesti se využívá bodová úsečka. Začíná 0 (žádná bolest) a končí 10 či 100 (silná bolest). Dále může být numerická škála od 0 do 5. 0 – nepocítujete bolest; 1–2 – mírná bolest, lze se soustředit na rozhovor, odvést pozornost od bolesti; 3–5 – střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění; 6–9 – silná bolest, bolestivé grimasy, soustředění na bolest; 10 – nesnesitelná bolest, pacient neovládne své chování (známky šoku, může vyvolat i smrt).

Profil bolesti a mapa bolesti – tyto škály se nejvíce využívají při dlouhodobé péči o nemocné. Jejich výhodou je časové srovnání a vývoj bolesti. Mapa bolesti by měla být upřednostňována zdravotními sestrami u wound managementu než jiný způsob hodnocení bolesti. A to s ohledem na to, že lze tak lépe sledovat lokalizaci a šíření bolesti. Viz příloha A. (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 46–47)

U lidí s demencí se využívá stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence Pain Assessment In Advanced Dementie (PAINAD). Tato metoda spočívá v tom, že před zhodnocením chování pacienta sledujeme minimálně 5 minut. Každá oblast je rozdělena na 3 stupně s různým bodovým ohodnocením. Zdravotník vybere stupeň, který nejvíce charakterizuje nemocného. Hodnocení lze provádět v různých situacích jako například při odpočinku, při ošetřování, po podání medikace aj. Dosažené bodové ohodnocení se pohybuje v rozmezí 0 až 10 bodů. Bodové rozpětí 1–3 znamená mírnou bolest, 4–6 střední bolest a 7–10 velkou bolest. Viz příloha B. (Pokorná a kolektiv, 2013, s. 188)

2.4.3 Verbální hodnocení bolesti

Verbální škály hodnocení bolesti hodnotí intenzitu a kvalitu bolesti za pomoci slovního vyjádření nemocného. Jejich výhodou je snadné a rychlé vyšetření bolesti u některých dětí, nevidomých, starších či dezorientovaných pacientů. (Málek, Ševčík a kolektiv, 2021, s. 29, Opavský, 2011, s. 78)

Vybrané verbální hodnotící metody bolesti:

Nejvíce využívanou škálou je **intenzita současné bolesti (PPI – present pain intensity)**. Kdy 0 znamená, že pacient nepocítuje žádnou bolest, 1 označuje bolest mírnou, 2 středně silnou, 3 bolest silnou, 4 bolest krutou a 5 bolest nesnesitelnou. (Málek, Ševčík a kolektiv, 2021, s. 29)

Verbální škály jsou standardizované stupnice bolesti, které slovním popisem vyjadřují míru bolesti. Nejjednodušší jsou složeny ze čtyř stupňů intenzity bolesti, a to žádná, mírná, středně silná a silná bolest. Nejčastěji se používá šesti stupňová škála, která je hodnocena obdobně od žádné bolesti až po nesnesitelnou (viz tabulka 1). Nevýhodou je rozdíl subjektivního vnímání bolesti pacientem a zdravotníkem.

Tabulka 1: Melzackova škála verbální stupnice bolesti

0	Žádná bolest
1	Mírná bolest
2	Nepříjemná bolest
3	Intenzivní bolest
4	Krutá bolest
5	Zcela nesnesitelná bolest

Zdroj: Pokorná a kolektiv, 2013, s. 180

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory) se používá zejména u onkologické bolesti, která se mapuje během posledních 24 hodin. Jeho vyplnění zabere zhruba 15 minut. Buď to ho vyplňuje sám pacient nebo zdravotní pracovník. Hodnotí se intenzita bolesti v průběhu dne, zejména jak bolest ovlivnila daného pacienta a jaký efekt přinesla podaná farmaka, která pacient použil k tišení bolesti. Viz příloha C. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 14, Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 172–175)

Dotazník McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire–MPQ) je významný pro klinickou praxi v algeziologii. Dotazník nezjišťuje pouze intenzitu bolesti, ale i její kvalitu, zastoupení složek senzorio-diskriminačních, emočních a celkové vyhodnocení bolesti. Součástí dotazníku je vizuální analogová škála, PPI a mapa bolesti. Veškeré součásti dotazníku se hodnotí, a tím lze dosáhnout nejdokonalějšího subjektivního obrazu o bolesti nemocného. Používá se u chronické nenádorové bolesti. Obsahuje 78 popisujících slov. Viz příloha E. (Opavský, 2011, s. 79, Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 13)

2.5 Léčba bolesti

Na každý typ bolesti působí efektivně rozdílná terapie bolesti. Co působí proti jednomu typu bolesti, nemusí efektivně působit na jiný typ bolesti a tak je tomu i u jedinců postižených bolestí. Každému pacientovi vyhovuje jiná léčba bolesti, proto je důležitá diagnostika a multidisciplinární přístup, který vytvářejí individuální plán léčby bolesti pro určitého pacienta. (Opavský, 2011, s. 18–19)

2.5.1 Nefarmakologická léčba bolesti

Zejména pro lidi trpící chronickou bolestí mohou být vhodnější nefarmakologické metody léčby bolesti. Například akupunktura, při které se zavádějí jehličky do specifických bodů na těle, a tím dojde ke snížení vnímání bolesti. Nervové blokády za pomoci injekcí znečitlivující skupinu nervů, které vedou bolest z konkrétní části těla. Transkutánní elektrická nervová stimulace, kdy dochází ke stimulování mozkových opioidních systémů a systému brány bolesti, čímž je dosaženo úlevy od bolesti. Biofeedback, což je technika mysli a těla, kdy se člověk naučí efektivněji ovládat své orgány a automatické procesy jako srdeční frekvenci pomocí svých myšlenek. Podle výzkumu v roce 2019 může hrát roli v používání biofeedbacku virtuální reality. Dále relaxace, odpočinek, psychoterapie, rehabilitace a použití tepla a chladu na bolestivé místo. A v poslední řadě různé operace nervů, mozku a páteře. (Opavský, 2011, s. 18–19)

2.5.2 Farmakologická léčba bolesti

Léčba bolesti zahrnuje multidisciplinární přístup. Nejčastěji se do léčby bolesti zapojují obory analgeziologie, psychologie, rehabilitace, neurologie a sociální poradenství. Společně se tyto obory a jejich terapie zaměřují na centrální nervový systém, snížení citlivosti a vnímavosti pacienta k bolesti, kognitivní, emoční a motorické aspekty bolesti. Působí na neuromatrix centrálního nervového systému a tím ovlivňují vnímání bolesti z různých částí těla. Tato teorie neuromatrixu se především zaměřuje na chronickou bolest s prokazatelným dopadem na struktury CNS. Ale lze ji využít i u akutní bolesti, která působí na periférii v místě poškození a dále dochází k šíření symptomů do CNS a jeho neuromatrixových struktur. Tento proces neuromatrixové teorie probíhá u každého jedince. Vliv na neuromatrix má dokonce placebo efekt, jako výsledek složitého souboru sociokulturních a psychických vlivů a reakcí tím, že změní odpověď neuromatrixu v mozku a dojde ke snížení vnímání bolesti. Z praxe a odborných sdělení vyplývá, že první podání analgetik v jakékoli podobě je mnohem účinnější

něž při opakovaných aplikacích, zejména u pacientů s chronickou bolestí efekt slábne, což je přisuzováno vlivu CNS na vnímání bolesti. (Kozák, 2020)

U pacientů trpících mírnými až středně silnými bolestmi neboli bolestí prvního stupně, dle WHO analgetického žebříčku, se podávají neopioidní analgetika. Mezi tato patří nesteroidní antirevmatika, která jsou nevhodná k dlouhodobému užívání u pacientů, kteří užívají steroidy a antikoagulantia. Další kontraindikací jsou gastropatie, vředové choroby GIT, ledvinná insuficience a nevhodnost použití u většiny pacientů starších 65 let. U těchto pacientů se upřednostňuje podání Paracetamolu a Metamizolu. Nesteroidní antirevmatika mají protizánětlivý a analgetický účinek a volí se spíše u mladších pacientů, kteří netrpí konkomitantními chorobami a jsou bez komplikací. Při dlouhodobém užívání však může dojít k prodlouženému krvácení a gastropatii, kterým lze předejít užíváním inhibitoru protonové pumpy (Omeprazol, Helicid). (Vondráčková, 2014, s. 155–158)

U středně silné a silné bolesti jsou užívány slabé opioidy, popřípadě v kombinaci s analgetiky z prvního stupně. U pacientů, kteří trpí kontinuální bolestí, pak jsou podávány slabé opioidy s pomalým uvolňováním užívané po 12 hodinách. Před převazem či při zhoršení bolesti je možné podat ke slabým opioidům nesteroidní antiflogistika či Paracetamol, Metamizol. Za slabé opioidy jsou považovány léky obsahující Tramadol a Dihydrocodein. Dále je možné podat kombinaci účinných látek Tramadolu s Paracetamolem (Zaldiar). U Tramadolu je dlouhodobou komplikací u starších lidí negativní ovlivnění kognitivních funkcí a má hodně interakcí s jinými léčivy. Někteří pacienti trpí silnými bolestmi a ti spadají indikací do užívání silných opioidních látek (Morfín). Vždy se začíná co nejmenší dávkou opioidních analgetik. Převazy jsou u některých pacientů bolestivé, a i po převazu může bolest přetrvávat několik hodin. Proto je vhodné pacientovi podat analgetika určitou dobu před zahájením převazu. Neúspěšná léčba by měla být prokonzultována s algeziologem. (Vondráčková, 2014, s. 155–158)

I přesto, že léčba bolesti postupem času pokročila, stále nedokážeme každou bolest zvládnout. Častými chybami je nesprávné užívání analgetik, nedostačující dávka, nevhodně nasazená terapie či závislost. Důležité je správné užívání a kombinování s jinými druhy analgetik a lékovými skupinami. (Kozák, 2022)

3 PROCEDURÁLNÍ BOLEST

Každý člověk v průběhu svého života podstoupí některou ze zdravotních procedur. Některé z těchto procedur mohou působit jedinci bolest, které se říká procedurální, i přesto že tyto procedury mají pomoci v diagnostice, léčbě či prevenci dané choroby. Při těchto výkonech jsou zdravotničtí pracovníci odpovědní za bezpečnost a minimalizaci poškození pacienta. (Wrona a kol., 2022, s. 583–584)

Procedurální bolest většinou trvá krátce, její intenzita narůstá a rychle klesá. Je velmi traumatizující především u pacientů s chronickými nemocemi, u kterých bude zapotřebí více opakujících výkonů. Zdroje této bolesti mohou být rozděleny do tří kategorií. Bolesti mírné intenzity, jako aplikace injekcí, zavádění invazivního vstupu, stomatologické výkony, aj. Do střední intenzity procedurální bolesti lze podřadit výkony, jako jsou punkce kostní dřeně, lumbální punkce nebo sutura poranění. Pod silnou intenzitu bolesti lze zařadit léčbu zlomenin a popálenin nebo endoskopická vyšetření.

Procedurální bolest je ovlivněna mnoha rizikovými faktory, a to věkem, pohlavím, předchozí zkušeností, zdravotnickým personálem, prostředím, kognitivními schopnostmi, osobností, druhu výkonu a celkovým zdravotním stavem pacienta. Intenzitu procedurální bolesti lze ovlivnit přístupem, komunikací zdravotního personálu, dostatečnou edukací, rozptýlením pacienta a farmakologicky. (Dostálková, 2022)

Procedurální bolest v souvislosti s převazem chronické rány je pro mnoho pacientů s defektem nejhorší zkušeností v prožívání bolesti. Bolest se při převazu může vyskytnout prakticky kdykoliv. Důležitá je role zdravotnického personálu, který o defekt pečuje. Pokud v minulosti měl pacient špatné zkušenosti s bolestí v souvislosti s převazem, pak tato negativní zkušenost ovlivňuje intenzitu bolesti a schopnost vyrovnat se s dalšími převazy. Dlouhotrvající účinky neefektivně tlumené procedurální bolesti ovlivňují hojení a vyvolávají u pacienta psychosociální problémy. (Koutná, 2017)

Popisovanou bolest pacientem lze rozdělit do 3 typů:

Necyklická akutní bolest rány, která se objevuje v průběhu ošetřování defektu, a to z příčiny ostrého debridementu, odstraňování drénu apod. Této bolesti lze předcházet aplikací analgetik.

Cyklická akutní ranná bolest má pravidelný interval výskytu, např. při výměně převazového materiálu, přikládání kompresivní bandáže apod. Této bolesti se předchází

navlhčováním krytí při jeho odstraňování z rány, přestávkami při ošetřování defektu, aplikací analgetik a zvolením vhodného nepřilnavého krytí apod.

Chronická bolest rány. Jedná se neuropatickou bolest, kterou pacient pociťuje po celou dobu léčby defektu (bez manipulace a ošetřování defektu). K potlačení bolesti se používají nefarmakologické (teplo, chlad, poloha) a farmakologické postupy. Tato bolest nemá varovný signál. Dochází k ní z důvodu poškození nervového systému v důsledku poruch metabolismu (diabetes mellitus), zánětlivých procesů (neuralgie), chronické ischemie (arteriální insuficience), chemoterapie a radioterapie. (Stryja, 2010, s. 17–16)

4 NEHOJÍCÍ SE RÁNA

Nehojící se rána vzniká na multifaktoriálním podkladě. Kdy za vznik nehojící se rány odpovídá sám pacient (celkový stav, lokální komplikace, septické stavy), osoba poskytující zdravotní a ošetrovatelkou péči (schopnost diferenciální diagnostiky a využití terapeutických materiálů) a instituce poskytovatele péče (ekonomické faktory, komunikace). (Pokorná, Saibertová, Juřeníková a další, 2014)

V managementu ošetrování ran se lze setkat se snahou o definování a klasifikaci rány z hlediska průběhu hojení. Autoři Vowden, Apelqvist a Moffattová (2008, s. 2–9) popsali tři skupiny pacientů dle průběhu hojení jejich ran. První skupinu tvoří pacienti, u nichž se rána zhojí včas (akutní rána). Druhou pacienti, u kterých hojení trvá delší dobu, než se očekávalo (chronická). A poslední skupinu tvoří pacienti, u nichž nikdy nelze dosáhnout plného vyléčení rány navzdory vynaloženému úsilí k jeho vyléčení (nehojící se rána). (Hlinková, Nemcová, Hul'ová a kol., 2019, s. 14)

Nehojící se ráně předchází akutní poranění organismu, které se nehojí obvyklým procesem hojení zejména z časového hlediska a výsledkem není anatomická a funkční integrita tkáně, zejména z důvodu opakovaného traumatu, ischemií či lokálních infekcí. Nehojící se rány jsou defekty, které se i přes adekvátní terapii hojí dlouhou dobu, obvykle po dobu 6–9 týdnů nevykazují tendenci k hojení. Hojení je tedy narušeno časově i patofyziologicky. Hojení rány stagnuje a na povrchu stoupá množství zestárých buněk, které nemají schopnost buněčného dělení. K úspěšné terapii může dojít pouze, pokud dojde k odstranění těchto buněk a dalších nežádoucích faktorů. (Holubová, 2019, s. 207–210, Mezera, Bureš, 2018, s.1098–1104, Holubová, 2021, s. 142–148, Mrázová, Pokorná, Krejcar, 2012, s. 83–86)

Pokud nedojde při vhodném ošetrování rány ke zlepšení a zhojování, je to známkou narušeného hojení. Komplikací nehojící se rány je mnoho. Velkou roli v ošetrování rány hraje velikost a hloubka rány, lokalizace, přítomnost ischemie, zánětu nebo infekce, malnutrice, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus atd. U pacientů trpících těmito nehojícími se defekty dochází k výraznému snížení kvality života, a to zejména v důsledku bolestivosti rány, snížené pohyblivosti či zhoršení sociální situace. Někteří pacienti s nehojící se ránou mají možnost ošetření rány v domácím prostředí. Tato možnost může pomoci zmírnit psychickou traumatizaci. (Holubová, 2019, s. 207–210, Mezera, Bureš, 2018, s. 1098–1104, Vyhlídalová, Zeleníková, 2020, s. 13–18)

Mezi nejčastější nehojící se rány, které dělíme dle etiologie, řadíme bércové vředy arteriální, venózní či smíšené etiologie. Dále pak kožní vředy v terénu lymfedému, dekubity, syndrom diabetické nohy, traumatické a ostatní rány či komplikované operační rány, které se hojí per secundam neboli za přítomnosti infekce. (Krupová, Pokorná, 2019, s. 40–43, Mezera, Bureš, 2018, s. 1098–1104)

4.1 Hodnocení bolesti u nehojících se ran

Proces hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou je velmi problematický. Nehojící se rána je socioekonomický problém a péče o pacienty s nehojící se ránou je složitá a vyžaduje multioborovou péči. Základem hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou je zhodnocení celkového stavu a posouzení nehojící se rány. (Holubová, 2019, s. 207–210)

Důležité v hodnocení bolesti u pacienta trpící nehojící se ránou je zhodnotit způsob života, který je odrazem nehojící se rány. Zdravotník pokládáním otázek zjišťuje informace o defektu a o účinnosti jeho již zahájené terapie. Standardně se používá fyzikální vyšetření rány. Pohledem si lze všimnout pohyblivosti pacienta, použití kompenzačních pomůcek, celkového vzhledu, oblečení, obuvi a hygieny. Pozornost musí být věnována i samotnému defektu. Kontroluje se stav prosáknutí obvazu či oblečení, jeho čistota a zápach. Po sejmutí obvazového materiálu je nutné posoudit barevné změny defektu včetně okrajů rány a okolí, umístění, velikost, přítomnost podminování či píštělí, spodiny rány, množství a charakter sekretu, zápach, infekce, cizích těles a v jaké fázi hojení se rána nachází, dle konceptu TIME (viz tabulka 2). Pro zhodnocení úspěšnosti či neúspěšnosti terapie defektu lze využít vizuální záznam v podobě fotodokumentace defektu, pokud byla vedena. Pokud rána velikostí zasahuje ke kosti, je potřeba udělat zobrazovací vyšetření k vyloučení osteomyelitidy. (Kubátová, Fridrichová, Nejedlá, 2017, Vyhlídalová, Zeleníková, Pokorná, 2019, s. 15–22, Mezera, Bureš, 2018, s. 1098–1104)

4.2 Léčba nehojících se ran

Hojení ran je fyziologický, komplexní a dynamický proces, u kterého dochází k obnově porušených struktur a funkcí tkání. Hojení je složitý biologický a přirozený obranný proces, při kterém dochází k dělení buněk. Hojení defektu probíhá ve čtyřech fázích, které se vzájemně překrývají, navazují na sebe a nelze je oddělovat.

První fází je fáze hemostázy, kdy dochází k vazokonstrikci cév a srážení krve. Takto je zabráněno krevním ztrátám, a tvoří se provizorní matrix (hmota), která dovoluje migraci

buněk. Zde navazuje fáze zánětlivá (exsudativní), kdy se organismus pokouší odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. Fáze je charakterizována zánětem a migrací buněk, které mají za úkol fagocytózu (rozpoznání a pohlcení cizorodých částic). Často v místě defektu dochází k nekróze. Ta se v první řadě musí z defektu odstranit, aby mohlo dojít k úspěšnému zhojení rány. Při nekomplikované ráně trvá tato fáze čištění tři dny od poranění. Tato fáze přechází do fáze granulační (proliferace). Zde dochází k postupné tvorbě a zrání nové granulační tkáně. Vytváří se nové krevní zásobení a tvorba kožního krytu (epitelizace). To, že v ráně dojde k tvorbě granulační tkáně, neznamená úspěšné zhojování defektu. I v této fázi se mohou objevit komplikace (infekce, hypergranulace, kritická kolonizace, stagnace hojení). Pokud se nevyskytnou žádné komplikace a dojde k uzavření rány novým epitelem, hojení přechází do poslední fáze, a to fázi epitelizační. Proces epitelizace probíhá z okrajů nebo z epitelizačních ostrůvků uvnitř defektu. Dochází k migraci buněk po vlhké spodině. To vede k úbytku cév v granulační tkáni a nová tkáň se zpevňuje a přeměňuje v jizevnatou. I o takto zpevňující se tkáň je důležité pečovat. (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 18–19, Hlínková, Nemcová, Huřo a kol., 2019, s. 18)

Léčbu bolesti v souvislosti s převazem nehojící se rány ovlivňuje mnoho faktorů. Faktory můžeme rozdělit na systémové a lokální. Do systémových patří věk, pohlaví, diabetes mellitus, výživa, obezita, stres, léky a radioterapie, imunita, centrální hypoxie, přidružená onemocnění, spánek, psychický stav, systémové infekce, způsob života, návykové látky (kouření, alkohol), inkontinence, imobilita a narušené smyslové vnímání. Mezi lokální faktory se zařazuje oxygenace (okysličení), hloubka, velikost, spodina rány, lokalizace, okraje a okolí rány, stáří rány, teplota, přítomnost cizích těles, lokální infekce rány. Dále je důležité uvažovat nad možností, že nehojící se rána by mohla být projevem jiné nemoci. (Hlínková, Nemcová, Huřo a kol., 2019, s. 20–27, Pokorná, Mrázová, 2012, s. 19–21. Mezera, Bureš, 2018, s. 4–8)

U každého pacienta s nehojícím se defektem je potřeba individuálně posoudit bolest a nepřehlížet ji. Dlouhotrvající bolest má za následek vyčerpání nemocného a dochází ke snížení kvality života, vyvolává stresovou situaci a zasahuje do imunitního systému, což má za následek narušené hojení rány. Léčba bolesti je stejně důležitá jako hojení rány. (Pospíšilová, Hakl, Faustmannová, 2016, s. 132)

Spolupráce pacienta při převazu je velmi důležitá ne jenom pro ulehčení zdravotnímu personálu při převazech ran, ale zejména pro zmírnění bolesti v souvislosti s nehojící

se ránou. Pacienta je možné zapojit do odstraňování starého převazového krytí. Důležité je naslouchat a komunikovat s pacientem, aby jeho pozornost byla odvedena od aktuální procedurální bolesti vzniklé během převazu. Dále zdravotní pracovník pracuje, tak aby svým přístupem činil minimální traumatizaci pacienta, např. dělá mezi jednotlivými úkony převazu pauzy, zvlhčuje krytí, dodržuje aseptický přístup, intervaly převazů, aj. (Koutná, 2017, s. 52–53)

4.2.1 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba nebo lokální terapie nehojících ran se provádí podle systému TIME (viz tabulka 2). Důležité je zajistit optimální vlhkost, stav spodiny například zmenšením otoku a exsudátu, snížením bakteriální zátěže a odstraněním překážek narušujících hojení defektu. Základem je příprava spodiny rány, aby mohlo dojít ke sledování a kontrolování efektivity a vývoje procesu hojení.

Tabulka 2: Hodnocení dle konceptu TIME

Zkratka	Význam	Poznámka
T	Tkáně	Jaké typy tkání jsou v defektu? Živé–mrtvé?
I	Infekce	Je infekce přítomno v ráně? Přítomnost biofilmu.
M	Mokvání	Jak moc defekt secernuje? Dochází k mokvání okolí?
E	Epitelizace	Jaké jsou okraje rány? Stahují se?

Zdroj: Kubátová, Fridrichová, Nejedlá, 2017

T–Tissue (péče o tkáň). Zde se provádí čištění rány za pomoci debridementu. Provádí se za pomoci skalpelu, nůžek, exkochleační lžičky, pinzety apod. V případě přítomnosti nekróz, infekcí a povlaků v ráně jsou doporučeny oplachy a laváže. Oplach rány především vyčistí od zbytku sekretu, hnisu, krevních sraženin, povlaků, nekróz a redukuje mikrobiální osídlení, pokud je přítomno v ráně. Dále oplachem rány je podpořeno prokrvení spodiny rány a fáze granulace a epitelizace. Po odstranění nekrotické tkáně a nežádoucích faktorů bývá další komplikací bakteriální zátěž v defektu. (Švestková, 2015, s. 187–191, Šíma, 2020, s. 153–156, Mrázová, Pokorná, Krejcar, 2012, s. 83–86, Bureš, Mezera, 2018, s. 4–8)

I–Infection (kontrola zánětu, kolonizace a infekce rány). Pokud je přítomna lokální infekce v defektu, objevuje se bolestivost, otok, zvýšená sekrece, zarudnutí okolí, rozpad granulační tkáně, podminování okrajů, zápach, hnisavá sekrece a hojení rány je narušeno. Povrch chronického defektu je fyziologicky osídlen (kolonizován) bakteriemi. K ověření přítomnosti infekce kromě klinických známek ranné infekce se provádí kvantitativní a kvalitativní mikrobiologické vyšetření (hluboký a povrchní stěr z defektu) spodiny rány. V případě přemnožení bakterií dochází k proniknutí bakterií do hlubších vrstev spodiny a dochází k rozvoji klinických příznaků ranné infekce. Výskyt biofilmu byl prokázán až u 60 % nehojících se ran. Bakterie a jejich biofilm výrazně ovlivňují hojení rány prostřednictvím produkce destruktivních enzymů a toxinů a podporují zánětlivý stav organismu. V případě dlouhodobé kolonizace bakteriemi v defektu je vhodné použít materiály vlhkého krytí s aktivním uhlím, nanokrystalickým stříbrem, jódem a další. Lze použít i řízenou podtlakovou terapii, která podporuje v ráně i okolí migraci epitelu, tvorbu granulací, snižuje kolonizaci bakteriemi, odvádí exsudát, zvyšuje průtok krve, obsah kyslíku a kontrakci rány. (Švestková, 2015, s. 187–191, MeDitorial, 2015)

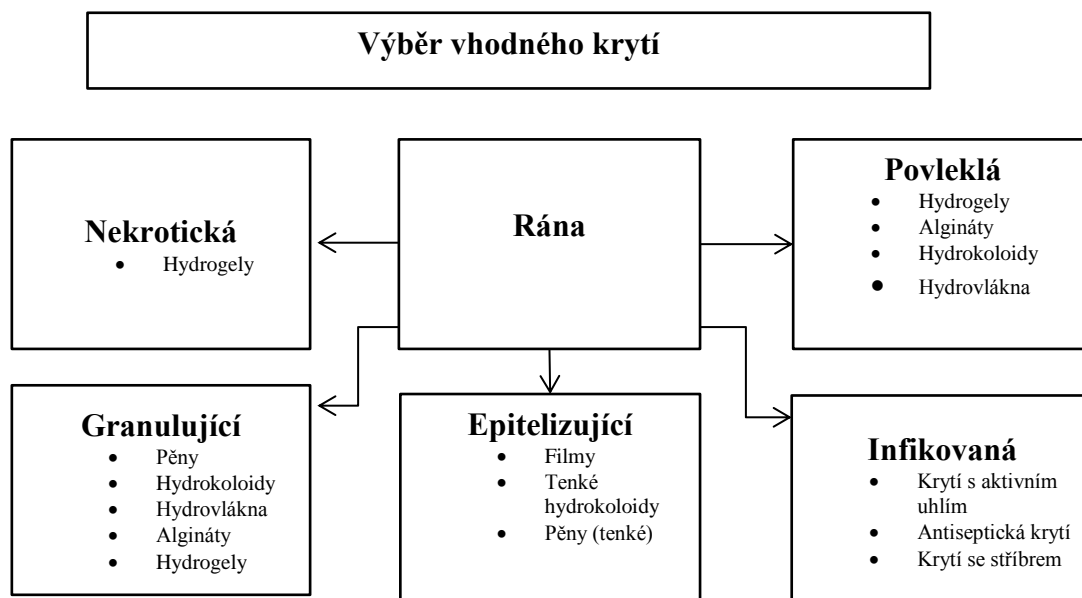
M–Moisture imbalance (dosažení optimální vlhkosti na spodině rány). Základem terapie nehojícího defektu je optimální vlhkost. Při udržení rány v optimální vlhkosti dochází k rychlejší reepitelizaci a nezvyšuje výskyt infekce. Nejčastěji ranná sekrece bývá vnímána jako nadbytečná tekutina na spodině rány. To je ale chybou. Exsudát obsahuje kromě vody a iontů, živiny, růstové faktory, protilátky, prekurzory mezibuněčné hmoty a působky imunitního systému. Neadekvátní terapie exsudátu vede ke zpomalení hojení a může dojít ke ztrátám tělesných tekutin, maceraci okolí, přítomnosti infekce, vysychání spodiny a okolí rány. Ani pro pacienta není chybné hospodaření s exsudátem nic příjemného. Pacient může pociťovat diskomfort, bolestivost a psychické strádání. Za použití moderní vlhké převazové terapie s kombinací kompresní terapií lze udržet optimální vlhkost v ráně. V případě silně secernujících defektů se aplikují algináty, pěnová krytí, krytí s vysokou retenční kapacitou. U středně silně secernujících defektů navíc hydrokoloidy, ale rána nesmí být infikovaná. Na slabě secernující defekty lze použít pěnové krytí, hydrokoloidy, hydrogely a semipermeabilní filmy. (Švestková, 2015, s. 187–191, MeDitorial, 2015)

Nesmí se zapomenout na péči o okolí rány. Okolí rány je křehké, lehce dojde k jeho poškození a vyžaduje pozornost ošetřovatelského personálu. Nejvíce ohroženo je bezprostřední okolí, které je považováno do 4 cm od defektu. Ale je potřeba věnovat pozornost i širokému okolí defektu. Poškození okolí způsobuje nepřiměřená vlhkost defektu,

zánět a tření. Projevem nedostačující péče o okolí rány je zarudnutí, macerace, ztráta kůže aj. Při každém převazování defektu je důležité očistit okolí rány a zhodnotit jej. Dále je nutné pokračovat v ošetření defektu a okolí rány dle fáze hojení a systému TIME. (Procházková, Pokorná, 2017, s. 204–208)

E–Edge of wound (kontrola a podpora epitelizace). Tato etapa představuje konečnou fázi hojení defektu. V této fázi dochází k dělení buněk epidermis na okrajích rány nebo z ostrůvků v ráně, a jejich migrace po skluzné ploše rány směrem od okrajů za podpory optimální vlhkosti spodiny rány. Může i zde vzniknout komplikované hojení z důvodu předčasného stárnutí fibroblastů na spodině rány, ischemie, hypoxie okrajů a spodiny rány, vysychání spodiny rány při převazech rány. V této fázi hojení se využívají zejména pěnová a filmová krytí, která podporují epitelizaci a mechanickou ochranu rány. (Švestková, 2015, s. 187–191, MeDitorial, 2015, Bureš, Mezera, 2018, s. 4–8)

Základem procesu hojení je výběr vhodného materiálu vlhkého hojení. Každé zdravotnické zařízení a pracoviště má jiné zkušenosti s různými materiály vlhkého hojení, které používají. Takže na každém pracovišti dochází k odlišnému výběru různých typů materiálů k fázovému hojení. Není možné předpokládat, že nehojící se rána bude „vyléčena“ pouhou aplikací vybraných lokálních převazových materiálů. (Mrázová, Pokorná, Krejcar, 2012, s. 83–86)



Obrázek 1: Schématické rozdělení vhodného krytí dle charakteru rány. Mezera, Bureš, 2018, s. 1100

Ideální krycí materiál doposud neexistuje. Vhodně zvolený převazový materiál musí odpovídat dané fázi, ve které se nehojící rána nachází, kopírovat spodinu rány a zajišťovat optimální vlhkost a komfort. Z důvodu různorodosti defektů s multifokálním důvodem, je tedy péče o rány interdisciplinární. Při péči o nehojící se rány je důležité dodržovat standardizované postupy a postupovat dle nejnovějších poznatků, které vedou ke zvyšování počtu zhojených defektů. Hojení vlhkou metodou se stále vyvíjí a do praxe jsou zaváděny nové převazové techniky a materiály. Bohužel ne všechny defekty jsou zhojitelné, ale lze alespoň docílit stabilizace. Defekt je zbaven výrazné sekrece, zápachu a zmírnění bolesti, kdy nemocnému s nehojící se ránou je zajištěna určitá kvalita života. (Švestková, 2015, s. 187–191, Šíma, 2020, s. 153–156, Mrázová, Pokorná, Krejcar, 2012, s. 83–86, Koutná, 2020, s. 154–158)

Důležitou součástí léčby nehojících se ran je dostatečná výživa, a to hlavně dostatečný příjem bílkovin. Nejen bílkoviny jsou důležité k léčbě nehojících se ran. Dále je potřeba zinek, selen, měď a vitamíny A, E a C. Ve výjimečných případech je nutné zvolit parenterální výživu, kdy je nemocný ve vážném těžkém zdravotním stavu nebo jako doplněk, při nedostatečném příjmu bílkovin, který nelze zajistit přirozenou cestou. (Grofová, 2019, s. 130–132)

K doplnění komplexní léčby je možno nemocného s chronickým defektem poslat na hyperbarickou oxygenoterapii. Kde léčba spočívá v inhalaci 100 % kyslíku za vyššího tlaku než atmosférického. Důsledkem hyperbarické oxygenoterapie je snížení zánětlivé reakce, odloučení nekrózy, zklidnění a vyčištění rány, pomáhá snížit bolestivost, napomáhá k fázi granulace a epitelizace, což vede ke zhojení defektů. (Kormundová, 2012, s. 52–53)

4.2.2 Farmakologická léčba

Nehojící se rána způsobuje nemocnému řadu zdravotních problémů (časté převazy, infekce, nedostatek spánku, imobilita) a tím dochází ke snížení kvality života u pacienta s takovým to defektem. Jedním z častých problémů je bolest. Příčinou bolesti může být opakovaná traumatizace rány při převazech. Proto se moderní převazové techniky zaměřují na minimalizaci rizika iatrogenního poranění při převazech a tlumení bolesti. (Stryja, 2010, s. 14–22)

V rámci celkové terapie nehojících se ran je součástí i farmakologická léčba bolesti, někdy i za pomoci konzilií ambulancí pro léčbu bolesti. Je důležité před výběrem analgetik znát celkový stav pacienta, anamnézu bolesti, komorbiditu, užívané léky a lokální nález (příčinu defektu). Pacientovi jsou předepsána analgetika podle intenzity, charakteru bolesti (bodavá,

pálivá, vystřelující) a podle toho, kdy k bolesti dochází (při a po převazu, ráno, v noci, kompresi). Správná diagnostika a průběžné sledování bolesti v souvislosti s defektem má za následek vytvoření efektivního plánu zvládnání bolesti u jednotlivých pacientů. Pro hodnocení bolesti v ráně je vhodné zavést deník bolesti, kde se průběžně hodnotí klinický stav pacienta. Pokud nemocný se zdravotníkem vyhodnotí, že léčba bolesti není adekvátní a nevede k jejímu zmírnění, je nutné terapii léčby přehodnotit a změnit. (Vondráčková, 2014, s. 155–158, Stryja, 2010, s. 14–22).

U pacientů s chronickými bolestmi a defekty se nevyužívá jen farmakologická léčba analgetiky, ale také antibiotika a antiseptika, a to v případě osídlení nehojící se rány bakteriemi. Antibiotika lze použít celkově či lokálně na defekt. Častým problémem je rezistence na antibiotikum, proto se přistupuje rozvážně k jejich používání a provádějí se kultivační stěry z defektů, díky kterým se zjistí, na která antibiotika jsou dané bakterie z defektu citlivé. Před vyhodnocením stěry z defektu lze aplikovat antibiotika či antiseptika lokálně a tím zmírnit bakteriální zátěž. Mnohem efektivnější než lokální antibiotika jsou nasazená lokální antiseptika, u kterých nehrozí rezistence. Ke snížení bakteriální zátěže lokálně pomáhá i správné zvolení převazového materiálu na ránu a debridement rány. (Wound source, 2018, Hlínková, Němcová, Huřo a kol., 2019, s. 38)

5 ROLE A KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER SE SPECIALIZACÍ V MANAGEMENTU NEHOJÍCÍ SE RÁNY

Nejen pracovník ve zdravotnictví se v průběhu praxe setká s nehojící se ránou. Zvyšující se incidence nehojících se ran v populaci souvisí s vysokým výskytem civilizačních chorob. Proto je důležitá znalost a správné použití převazového materiálu a fáze hojení ran. (Stehlíková, 2017) Všeobecná sestra vykonává veškeré činnosti dle svých kompetencí, které jsou pevně ukotvené v legislativě, vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Česko, 2011)

5.1 Kompetence všeobecné sestry v péči nehojící se rány

Všeobecná sestra, bez odborného dohledu a bez indikace lékařem, v souvislosti s péčí o nehojící se rány vyhodnocuje potřeby pacientů, projevy jejich onemocnění, rizikových faktorů. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně jej hodnotí. (Česko, 2011)

5.2 Kompetence sester specialistek v péči nehojící se rány

Všeobecná sestra se specializací vykonává činnost bez odborného dohledu a indikace, poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Edukuje pacienty či jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení. Koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace. Hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. (Česko, 2011)

Absolvováním specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, dosáhne všeobecná sestra odborného označení „Sestra pro péči v chirurgických oborech“. Po absolvování odborného vzdělání může bez odborného dohledu a indikace lékaře hodnotit a ošetřovat nehojící se rány, doporučovat vhodné krycí materiály aj. Dokončením

certifikovaných kurzů zaměřených na ošetrovatelskou péči o nehojící se rány a defekty (např. v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně) bude zdravotnický pracovník moci odborně vyhodnocovat stav nehojící se rány včetně komplikací, určovat vhodné postupy lokálního ošetření včetně výběru převazových materiálů a koordinovat jejich změny, edukovat a vykonávat poradenskou činnost v sebestarání o nehojící se ránu. Certifikovaný kurz „pro všeobecné sestry v podiatrii“, který pořádá Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze, umožňuje všem sestřím získat odbornou způsobilost k ošetření plantárních hyperkeratóz a k základnímu čištění plantárních ulcerací u diabetiků. Součástí absolvování postgraduálního studia lze absolvovat mezinárodní kongresy, sympozia (v Pardubicích pod garancí České společnosti pro léčbu ran), celostátní konference provázené workshopy, ústavní semináře, e-learningové vzdělávání, kurzy pod vedením firem distribuujících zdravotnické prostředky aj. (Kudlová, 2021, str33)

Po absolvování oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech, všeobecná sestra získává kompetence bez odborného dohledu a indikací lékaře a může již samostatně plánovat obsah, rozsah i časovou náročnost ošetrovatelské péče, počet a rozsah ošetrovatelských výkonů s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta, odeslat pacienta do péče jiných zdravotnických pracovníků, např. praktickému lékaři či lékaři specialistovi (diabetologovi, cévnímu chirurgovi, podiatrovi), stomické sestře, nutričnímu terapeutovi apod. Rovněž může předepisovat vymezené zdravotnické prostředky pacientům, jako jsou terapeutické krytí a obvazový materiál k ošetření nehojících se ran (obvazový materiál, náplasti, prostředky vlhkého hojení), diabetické pomůcky, stomické pomůcky aj. Specialistka sama indikuje, předepisuje a aplikuje obvazové materiály pro fázové hojení ran, ošetřuje akutní a chronické rány a defekty včetně peristomální kůže a dermatitidy u pacientů po radioterapii. Dále v jejich kompetencích je extrahování (odstraňovat) stehů u nehojících se ran, edukování pacienta a jeho blízkých osob, poskytování domácí péči, spolupráce s osobami blízkými pacienta při zajištění ošetrovatelské péče o pacienta v jeho domácím prostředí, poskytování paliativní péče, koordinace multidisciplinární týmové spolupráce při zajištění péče o pacienta v terminální fázi nemoci a terminálním stavu a péči o osoby blízké pacienta v terminálním stavu a umírajících. (MZČR, 2010)

Vzdělávací program v oboru Ošetrovatelská péče v geriatrii umožňuje všem sestřím bez odborného dohledu a indikace lékaře edukovat geriatrického pacienta a jeho blízké osoby v oblasti prevence onemocnění, a přitom spolupracovat s fyzioterapeutem, nutriční sestrou aj. Dále může provádět poradenskou a dispenzární činnost zaměřenou na problematiku

onemocnění geriatrických pacientů a seniorů, hodnotit a ošetřovat nehojící se rány a vybrat vhodné krycí materiály. Bez odborného dohledu, ale po indikaci lékařem může poskytovat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a dispenzární péči u geriatrického pacienta. (MZČR, 2010)

Všeobecná sestra se specializací v oboru Domácí péče a hospicová péče provádí veškeré ošetrovatelské výkony v sociálním prostředí pacienta bez odborného dohledu a indikace lékaře. Zavádí a ukončuje domácí péči, plánuje obsah, rozsah i časovou náročnost ošetrovatelské péče s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta. Odesílá pacienta do péče jiných zdravotnických pracovníků (diabetolog, chirurgie atd.), vyhotovuje ambulantní ošetrovatelskou zprávu. Předepisuje kompenzační, inkontinenční, stomické zdravotnické prostředky, terapeutické krytí a obvazový materiál k ošetření nehojících ran. Indikuje, předepisuje a aplikuje profylaktické krytí, obvazový materiál pro fázové hojení ran a ošetření akutní i chronické rány včetně peristomální kůže a dermatitidy u pacientů po radioterapii. V jejich kompetencích je také extrahování stehů u nehojících ran a zajišťování cévních vstupů (PICC, PORT, epidurální katétr). Provádí edukační činnost pacientů a jejich blízkých. Poskytuje paliativní péči nemocnému a provází osoby blízké terminálním stavem pacienta. (MZČR, 2010)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce se zabývá popisem výzkumného vzorku, sběrem a analýzou dat. Je zde popsáno vyhodnocení jednotlivých otázek vytvořeného dotazníku.

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit jak pacienti s chronickou ránou vnímají bolest v souvislosti s převazy.

Dílčí cíle:

1. Cílem je zjistit, jakým typem chronické rány a jak dlouho pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí.
2. Cílem je popsat zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány.
3. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou trpí stejnou bolestí před, během nebo po převazu.
4. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou potřebují analgetickou medikaci v souvislosti s převazy.
5. Cílem je zjistit, zda pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně netrpí bolestmi.
6. Cílem je zjistit, kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou.

Výzkumné otázky a hypotézy:

1. 1a. Jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí?
1b. Jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí?
2. Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány?
3. Trpí pacienti s chronickou ránou stejnou intenzitou bolesti před, během nebo po převazu?
 H_{01} Neexistuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.
 H_{a1} Existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

4. Potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikaci v souvislosti s převazy?
5. Trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi?
6. Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou?

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována na základě kvantitativní metody anonymního dotazníkového šetření za pomoci vytvořeného záznamového archu, které bylo provedeno u pacientů s chronickými defekty hospitalizovaných v geriatrickém centru v nejmenované nemocnici. Záznamový arch byl inspirovaný bakalářskou prací paní Šrekové (2017).

Pacienti pro zařazení do výzkumu museli být schopni a ochotni spolupracovat, být hospitalizováni na oddělení geriatrie s chronickou ránou. Schopnost spolupráce byla zhodnocena z dokumentace a na základě provedeného krátkého kognitivního testu, který je používán na oddělení geriatrického centra ve vybrané nemocnici. Z výzkumného šetření byli vyřazeni ti pacienti, kteří měli dlouhodobou opiátovou léčbu nebo byli narkomani. Respondenti byli tázáni na jednotlivé položky z vytvořeného záznamového archu, který byl tvořen několika zjišťovacími otázkami pro zodpovězení všech cílů. Viz příloha F.

Pacienti svou intenzitu bolesti hodnotili a zaznamenávali podle numerické škály bolesti 0–10. Čím vyšší intenzitu bolesti pacienti pociťovali, tím vyšší bodové hodnocení měli zaznamenat. Numerická škála bolesti byla využita u otázky č. 7, kde pacienti měli zhodnotit a zaznamenat intenzitu své bolesti před, během a po převazu. Ke zjištění, zda pacienti trpí nadměrnou bolestí, byla využita numerická škála, kdy síla bolesti od stupně 5 po 10 je označována jako středně silná až velmi silná.

Je zde důležité podotknout, že údaje o zájmu zdravotníků o bolest pacientů mohou a nejspíše jsou zkreslené z důvodu vyplňování za pomoci všeobecné převazové sestry na oddělení geriatrie. Je pravděpodobné, že pacienti na tuto otázku neodpovídali podle skutečností.

6.3 Sběr dat

Sběr dat byl proveden za pomoci záznamového archu v období od května 2022 do ledna 2023, a to u pacientů s chronickou ránou hospitalizovaných na geriatrickém centru v nejmenované nemocnici. Záznamový arch byl s pacienty vyplňován za pomoci převazové sestry

geriatrického centra. Zhodnocení schopnosti spolupráce pacientů byla posuzována na základě informací z dokumentace a za pomoci sociálních pracovníků, které s pacienty provádí kognitivní šetření za pomoci testu Mini-mental state examination, který se hodnotí vždy při přijetí pacienta na oddělení. Dále se přehodnocuje, pokud dojde u pacienta ke zlepšení či zhoršení kognitivních funkcí. Viz příloha D a odkaz na celý dotazník.

6.4 Výzkumný vzorek

V rámci výzkumného šetření bylo vyplněno celkem 83 záznamových archů. Z tohoto počtu bylo vyřazeno 9 archů, a to z důvodu nesplnění podmínek pro zařazení do výzkumu (kognitivní test). Podmínky pro zařazení do výzkumného šetření splnilo 74 záznamových archů.

6.5 Analýza zpracovaných dat

Zpracování získaných dat bylo provedeno za pomoci programu EXCEL (Microsoft Corporation) a STATISTICA CZ (TIBCO Software) verze 14. K zodpovězení hypotéz byl použit t-test pro závislé vzorky. Tento test se používá k porovnání průměrů dvou proměnných u jedné skupiny osob. Hladina významnosti byla zvolena 5 %. Pro porovnání rozdílů mezi dvěma relativními četnostmi byl použit binomický test v software Statistica pod názvem „test rozdílů mezi dvěma poměry“. Hladina významnosti byla zvolena 5 %.

Tabulka 3: Pohlaví a věk respondentů

Věk	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
41–60 let	2	7	3 %	9 %
61–80 let	23	23	31 %	31 %
81–95 let	9	10	12 %	14 %
Celkem	34	40	100 %	

Tabulka 3 znázorňuje absolutní a relativní četnost zastoupení žen a mužů a jejich věkovou hranici. Z celkového počtu 74 respondentů byly ženy zastoupeny v počtu 34 (46 %) a muži v počtu 40 (54 %). Nejčetnější věkovou skupinou u obou pohlaví bylo v rozmezí 61–80 let a to 31 % (n=23) respondentů. Ve věkovém rozmezí 81–95 let bylo 9 (12 %) žen a 10 (14 %) mužů. Nejméně zastoupená věková skupina byla 41–60 let, kde byly 2 (3 %) ženy a 7 (9 %) mužů.

Výzkumná otázka č. 1a: Jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí?

Tabulka 4: Typy chronických ran

Typ rány	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bércové vředy	14	19 %
Dekubitus	27	36 %
Syndrom diabetické nohy	8	11 %
Jiné	25	34 %
Celkem	74	100 %

Z tabulky 4 je vidět zastoupení chronických ran u respondentů hospitalizovaných v geriatrickém centru. Největší skupinu chronických ran tvořily dekubity, kterými trpělo 36 % (n=27) respondentů. Druhou nejčetnější skupinu tvořila odpověď jiné, tuto uvedlo 34 % (n=25) respondentů. Z těchto 25 respondentů uvedlo 15, že měli operační ránu hojící se per secundam. 5 respondentů bylo po amputacích dolních končetin, 3 respondenti měli píštěl a 2 respondenti měli gangrénu. Bércovými vředy trpělo 19 % (n=14) respondentů a nejméně hospitalizovaných pacientů bylo se syndromem diabetické nohy, a to pouhých 11 % (n=8) respondentů.

Výzkumná otázka č. 1b: Jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí?

Tabulka 5: Délka léčby chronických ran

Délka léčby chronické rány		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 měsíce – 1 rok	46	62 %
1 rok – 5 let	11	15 %
6 let – 10 let	9	12 %
11 let – 15 let	6	8 %
více než 15 let	2	3 %
Celkem	74	100 %

Z tabulky 5 je patrné, že nejvíce respondentů se léčilo s chronickou ránou 3 měsíce až jeden rok, a to v počtu 46 (62 %). Jeden rok až 5 let se léčilo 11 (15 %) respondentů, 6 let až 10 let 9 (12 %) respondentů. 6 (8 %) respondentů se léčilo 11 let až 15 let. A pouze 2 (3 %) respondenti se léčili s chronickou ránou více než 15 let.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány?

Tabulka 6: Pociťovaná bolest

Jak často pociťujete bolest?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepociťuji bolest	0	0 %
Párkrát do týdne	44	59,5 %
Několikrát za den	24	32,4 %
Neustále	6	8,1 %
Celkem	74	100 %

Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou shrnuty v tabulce 6. Nejvíce respondentů uvedlo, že pociťovalo bolest párkrát do týdne, a to 59,5 % (n=44). 32,4 % (n=24) respondentů vnímalo bolest několikrát za den a 8,1 % (n=6) respondentů trpí bolestí nepřetržitě. Žádný z respondentů nezaškrtl možnost, že bolestí netrpí. Nutno zde podotknout, že všichni respondenti mají nastavenou chronickou analgetickou medikaci.

Tabulka 7: Charakter bolesti chronické rány

Charakter bolesti		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tupá	7	9 %
Vystřelující	3	4 %
Bodavá	9	12 %
Ostrá	4	5 %
Pulzující	25	34 %
Pálivá	6	8 %
Škubavá	14	19 %
Řezavá	2	3 %
Kousavá	0	0 %
Svědivá	3	4 %
Jiná	1	1 %
Celkem	74	100 %

V rámci dotazníkového šetření byli respondenti dotazováni na charakter jejich bolesti v souvislosti s převazem. Odpovědi na tuto otázku byly zpracovány do tabulky 7. Nejvíce se vyskytoval mezi respondenty pulzující charakter bolesti, a to v 25 (34 %) případech. Bolestí provázenou škubavým charakterem trpělo 14 (19 %) respondentů, bodavou bolestí 9 (12 %) respondentů, tupou bolestí 7 (9 %) respondentů a pálivou bolestí 6 (8 %) respondentů. V malém zastoupení pociťovali bolesti ostré, a to 4 (5 %) respondenti, vystřelující a svědivou

bolest pociťovalo stejné zastoupení respondentů, a to v počtu 3 (4 %). Pouze 2 (3 %) respondenti trpěli řezavou bolestí, 1 (1 %) respondent vybral možnost jiné. Tento respondent nedokázal charakterizovat svoji bolest. Žádný z respondentů nevybral možnost kousavý charakter bolesti.

Tabulka 8: Možnosti úlevy od bolesti

Možnosti úlevy od bolesti		
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Léky proti bolesti	27	36 %
Úlevová poloha	19	26 %
Débridement	6	8 %
Obklady	3	4 %
Moderní nepřilnavé krytí rány	17	23 %
Jiné	2	3 %
Celkem	74	100 %

Na základě vyjádření četností v tabulce 8 bylo zjištěno, že nejvíce respondentům, a to 27 (36 %), pomohly od bolesti analgetika. Jako druhou nejčastější možnost úlevy od bolesti zvolili respondenti úlevovou polohu, tuto odpověď označilo 19 (26 %) respondentů. 17 (23 %) respondentům pomohlo k úlevě od bolesti moderní nepřilnavé krytí rány. 6 (8 %) respondentům ulevovalo od bolesti provedení débridementu a 3 (4 %) respondentům obklady neboli dostřiky rány, které se provádějí 3x denně. Pouze 2 (3 %) respondenti zvolili možnost jiné, z toho 1 respondentovi pomohla péče o defekt za pomoci V.A.C. systému a dalšímu respondentovi ulevil od bolesti výplach píštěle Povidonum Iodinum roztokem. Po použití testu rozdílů mezi dvěma poměry však nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi použitím léků proti bolesti, využitím úlevové polohy a použitím moderního nepřilnavého krytí rány ($p > 0,05$). Lze tvrdit, že všechny tyto metody ulevují pacientům stejně.

Tabulka 9: Zájem zdravotníků o bolest pacienta v souvislosti s převazem chronické rány

Zájem zdravotníků o bolest pacientů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	59	80 %
Někdy	15	20 %
Ne	0	0 %
Celkem	74	100 %

Tabulka 9 shrnuje subjektivní názor pacientů, zda se zdravotnický personál dostatečně zajímal o bolest pacientů s chronickou ránou. Nejvíce respondentů, a to 80 % ($n=59$) bylo spokojeno

se zájmem zdravotního personálu o jejich prožívání bolesti v souvislosti s převazem chronické rány. Zbýlých 20 % (n=15) respondentů vybralo možnost někdy. I toto má svůj důvod, jelikož převazy na oddělení nejmenované nemocnice provádí v pracovní dny všeobecná převazová sestra, která se zabývá celou svoji pracovní dobu pouze převazy. Z toho důvodu není v časovém presu, jako když převazy ve dnech, kdy není přítomna všeobecná převazová sestra, provádí jiná všeobecná sestra, a může se pacientům a péči o jejich defekty věnovat na 100 %. Žádný z respondentů neoznačil odpověď NE, tedy že by nebyl spokojen se zájmem zdravotníků o bolest během převazu.

Tabulka 10: Intenzita bolesti před, během a po převazu

Pacient	Bolest před převazem	Bolest během převazu	Bolest po převazu	Pacient	Bolest před převazem	Bolest během převazu	Bolest po převazu
1	3	7	4	38	1	2	1
2	2	6	3	39	2	2	2
3	2	7	3	40	2	2	1
4	2	4	2	41	2	5	3
5	4	5	3	42	3	5	3
6	4	6	3	43	2	5	3
7	3	3	3	44	3	4	2
8	3	4	3	45	4	5	3
9	2	3	2	46	4	6	3
10	4	4	4	47	8	8	7
11	2	2	2	48	5	5	4
12	4	6	4	49	3	6	4
13	3	5	4	50	5	8	4
14	4	6	3	51	2	2	2
15	3	4	3	52	4	5	3
16	3	3	3	53	5	6	3
17	4	6	4	54	5	5	4
18	3	5	3	55	2	4	3
19	4	6	3	56	5	7	4
20	2	2	2	57	2	3	2
21	3	3	3	58	4	5	4
22	3	3	3	59	3	3	3
23	3	5	3	60	2	2	2
24	3	4	4	61	3	5	3
25	3	4	5	62	3	3	3
26	4	4	4	63	3	5	3
27	2	5	3	64	2	3	3
28	3	4	4	65	2	4	3
29	3	3	3	66	2	4	3
30	3	5	4	67	3	5	3
31	2	3	2	68	1	3	3
32	2	3	2	69	4	6	4
33	3	5	4	70	4	7	5
34	4	7	6	71	2	2	2
35	3	6	4	72	3	6	4
36	2	5	3	73	3	4	3
37	2	5	5	74	3	5	5

Tabulka 10 zobrazuje intenzitu bolesti udávanou pacienty na škále 0–10 před převazem, během a po převazu. Červeně jsou označeni pacienti a jejich hodnoty intenzity bolesti, u kterých se intenzita bolesti při převazu zvýšila o více než dva stupně před převazem. Z výsledků vyplývá, že všichni pacienti trpěli bolestí před, během i po převazu chronické rány. Rozdíl je v intenzitě bolesti. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka četností (Tabulka 11).

Výzkumná otázka č. 3: Trpí pacienti s chronickou ránou stejnou intenzitou bolesti před, během nebo po převazu?

H_{01} Neexistuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

H_{a1} Existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

Tabulka 11: Výčet pacientů a jejich intenzita bolesti před, během a po převazu

Intenzita bolesti	Před převazem		Během převazu		Po převazu	
	n	%	n	%	n	%
1	2	3	0	0	2	3
2	23	31	8	11	12	16
3	28	38	13	18	35	47
4	15	20	13	18	19	26
5	5	7	21	28	4	5
6	0	0	12	16	1	1
7	0	0	5	7	1	1
8	1	1	2	3	0	0
Celkem	74	100	74	100	74	100

Z tabulky 11 je přehledněji vidět hodnocení a intenzita bolesti pacientů (n=74) zařazených do výzkumu před, během a po převazu. Ačkoliv pro výzkum byla zvolena numerická škála 0–10, tak všichni respondenti měli bolesti, ale nikdo z pacientů netrpěl bolestmi na stupni 9 a 10.

Před převazem nejvíce (n=28, tj. 38 %) pacientů hodnotilo svoji bolest stupněm 3. 23 (31 %) pacientů pocíťovalo bolest na stupni 2 numerické škály. 15 (20 %) pacientů označilo bolest na stupni 4 a 5 (7 %) pacientů na stupni 5 numerické škály. 2 (3 %) pacienti vnímali bolest na stupni 1 a pouze 1 (1 %) pacient vnímal bolest na stupni 8.

Během převazu 21 (28 %) pacientů přiřadilo svoji bolest 5 stupni na numerické škále. 3 a 4 stupeň vybralo stejný počet pacientů, a to 13 (18 %). 12 (16 %) pacientů označilo bolest

na stupni 6 a 8 (11 %) pacientů na stupni 2. 7 stupeň zvolilo 5 (7 %) pacientů a pouze 2 (3 %) pacienti trpěli bolestí na stupni 8 numerické škály. Žádný z pacientů neoznačil odpovídající bolest na stupni 1.

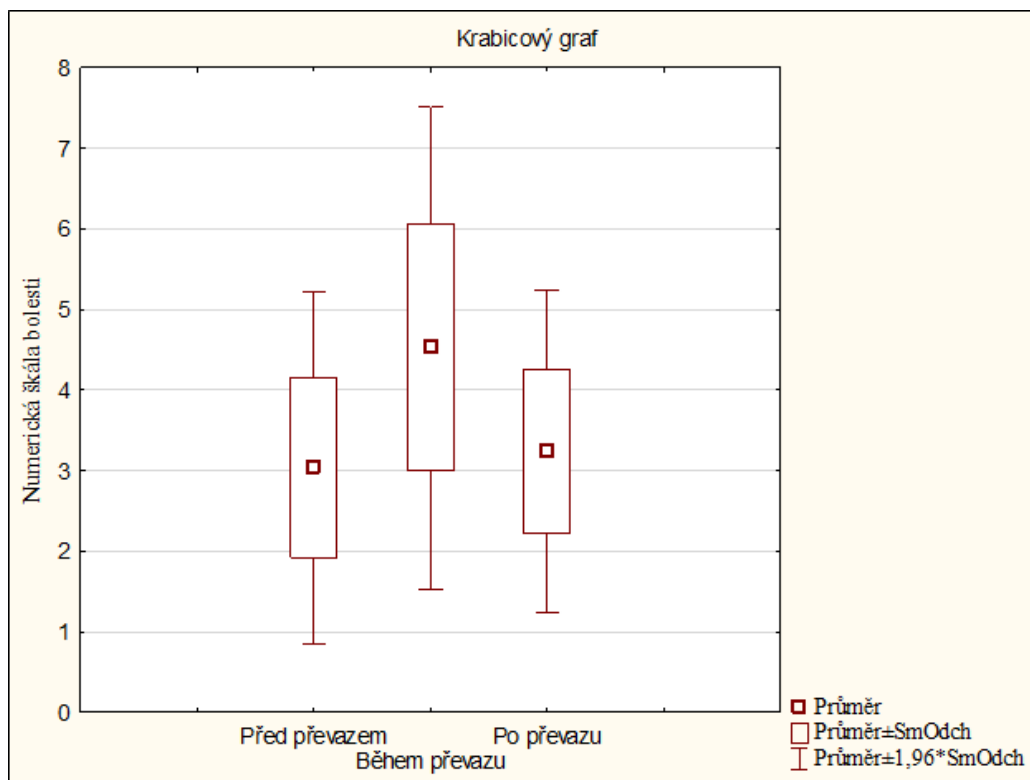
Po převazu nejvíce pacientů (n= 35, tj. 47 %) pocívalo bolest na stupni 3, dalších 19 (26 %) pacientů na stupni 4 numerické škály. 12 (16 %) pacientů vybralo stupeň 2 a 4 (5 %) pacienti zvolili stupeň 5. Stejným počtem (n=1, tj. 1 %) pacientů přirovnalo bolest na stupni 6 a 7 numerické škály. Pouze 2 (3 %) pacienti označili bolestivost na stupni 1.

Na tuto výzkumnou otázku byly respondenti tázáni 7 otázkou ze záznamového archu, kde měli dle numerické škály bolesti 0–10 ohodnotit svoji bolest před, během a po převazu.

Tabulka 12: Popisná statistika hodnocení bolesti před, během a po převazu

Proměnná	Popisné statistiky								
	Platných N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Dolní kvartil	Horní kvartil
Před převazem	74	3	3	3	28	1	8	2	4
Během převazu	74	4,5	5	5	21	2	8	3	6
Po převazu	74	3,2	3	3	35	1	7	3	4

Z tabulky 12 je možné zjistit, že nejvíce pacientů, a to 28 uvedlo, že před převazem pocívali bolest na stupni 3. Stejnou míru intenzity bolesti pocívalo 35 pacientů i po převazu. Naopak během převazu byla nejčastější odpověď uváděna míra intenzity bolesti 5. Tuto odpověď označilo celkem 21 pacientů.



Graf 1: Hodnocení bolesti před, během a po převazu

Rovněž z grafického zobrazení je patrné, že není významný rozdíl mezi pocíťovanou bolestí před převazem a po převazu. Rozptyl hodnot před převazem byl ovlivněn odpovědí jednoho pacienta, který uvedl, že jeho bolest dosahovala hodnoty 8. Vyšší míru intenzity bolesti pocíťovali pacienti během převazu. Nejčastěji označili bolest na stupni 3 až 6, a to více jak 50 % pacientů.

Tabulka 13: Porovnání bolesti před, během a po převazu

Proměnná	t-test pro závislé vzorky			
	Průměr	Sm.odch.	Platných N	p
Před převazem	3	1		
Během převazu	4,5	1,5	74	0,000000
Před převazem	3	1		
Po převazu	3	1	74	0,058252
Během převazu	4,5	1,5		
Po převazu	3	1	74	0,000000

K vyhodnocení hypotézy, zda existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti před, během a po převazu, byl využit statistický test pro závislé vzorky (t-test) při zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$. Z tabulky 13 je patrné, že porovnávány byly vždy dvě hodnoty mezi

sebou. Nejprve byly porovnány hodnoty před převazem a během převazu, kdy byla zjištěna hodnota $p < 0,05$. Stejný výsledek byl zjištěn i u porovnání bolesti během převazu a po převazu. Pouze u porovnání hodnot před převazem a po převazu nedošlo k významnému rozdílu, hodnota $p > 0,05$. Tento závěr byl již patrný předchozí tabulky 12 a grafu 1. Na základě tohoto testu bylo zjištěno, že hypotéza H_{01} je nutné zamítnout a přijmout hypotézu alternativní H_{a1} . Tzn., že bylo zjištěno, že existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

Výzkumná otázka č. 4: Potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikaci v souvislosti s převazy?

Tabulka 14: Podání léků proti bolesti

Kdy potřebujete podat léky proti bolesti?				
	Ženy	Relativní četnost	Muži	Relativní četnost
Před převazem	16	47 %	21	52,5 %
Během převazu	1	3 %	3	7,5 %
Po převazu	8	24 %	8	20 %
Nepotřebuji léky proti bolesti	9	26 %	8	20 %
Celkem	34	100 %	40	100 %

Tabulka 14 ukazuje podání léků na bolest ženám vs mužům. Nejvíce respondentů (tj. 16 žen a 21 mužů) z obou pohlaví odpovědělo, že léky proti bolesti potřebují podat před převazem. Během převazu potřebuje tlumit bolest minimum respondentů (tj. 1 žena a 3 muži). Po převazu pocítuje velkou bolest 8 respondentů u obou pohlaví a vyžadují její tlumení. 9 žen a 8 mužů nepotřebuje léky proti bolesti v souvislosti s převazem. Pro data ve všech řádcích tabulky 14 byl proveden test rozdílů mezi poměry. Na jeho základě nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi ženami a muži v tom, kdy potřebují podat léky proti bolesti v souvislosti s převazem chronické rány ($p > 0,05$).

Každý z respondentů zařazený do tohoto výzkumu měl chronickou analgetickou medikaci. Někteří dvojkombinaci či trojkombinaci analgetik. Každý z respondentů snáší bolest individuálně, má jinou chronickou ránu a přidružená onemocnění.

Výzkumná otázka č. 5: Trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi?

Hranice výskytu nadměrné bolesti byla stanovena podle numerické škály bolesti, a to označením bolesti stupněm 5 a vyšším. Z etického hlediska však nelze stanovit procentuální

hranici, která by vymezila, že při jejím překročení pacienti trpí nadměrnou bolestí při převazu. Každý člověk je originál, vnímá a prožívá bolest jinak.

Tabulka 15: Četnost intenzity bolesti během převazu

Intenzita bolesti	Během převazu		Kumulativní relativní četnost
	n	%	
2	8	11	11 %
3	13	18	28 %
4	13	18	46 %
5	21	28	74 %
6	12	16	91 %
7	5	7	97 %
8	2	3	100 %
Celkem	74	100	100 %

Tabulka 15 znázorňuje intenzitu bolesti během převazu pacientů s chronickou ránou. Nadměrná bolest byla stanovena pomocí numerické škály bolesti, která od stupně 5 po 10 je označována jako středně silná až velmi silná bolest. Během převazu chronických ran trpělo nadměrnou bolestí 54 % (n=40) pacientů, což je v tabulce 15 označeno červeně. Celkem 14 pacientům z celého výzkumného souboru se intenzita bolesti během převazu zvýšila o více než dva body numerické škály, jak bylo zřejmé z tabulky 10. Statisticky nebyl prokázán významný rozdíl mezi skupinou pacientů, kteří trpěli snesitelnou bolestí a skupinou pacientů, kteří trpěli nadměrnou bolestí ($p > 0,05$). Je však nutné především hodnotit klinickou významnost, nikoli statistickou, neboť lze považovat za velmi neetické, že 54 % pacientů z výzkumného vzorku trpí nadměrnou bolestí.

Výzkumná otázka č. 6: Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou?

Tabulka 16: Hodnocení bolesti

Kdy se Vás poprvé zdravotnický personál ptá na bolest?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před převazem	0	0 %
Během převazu	7	9 %
Po převazu	0	0 %
Sám/a informuji o bolesti	53	72 %
Nikdy	0	0 %
Jindy	14	19 %
Celkem	74	100 %

Z hodnocení bolesti uvedeného v tabulce 16 je patrné, že zdravotnický personál se dostatečně zajímal o vnímání bolesti nemocného. Nejvíce pacientů tj. 53 informovalo o své bolesti dříve, než se personál stačil zeptat. Ze 14 pacientů, kteří zvolili variantu jindy, se u 13 pacientů poprvé personál ptal na bolest při provádění ranní hygieny a u 1 pacienta během dne. V průběhu převazu se nejvíce o bolesti pacientů zajímala převazová sestra, proto se zbytek personálu moc neinformoval o bolesti.

7 DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak pacienti s chronickou ránou vnímají bolest v souvislosti s převazy. Do výzkumu bylo zařazeno 74 pacientů, z toho 34 žen a 40 mužů, kterým byly prováněny převazy nehojících se ran a byly hospitalizováni na oddělení geriatric v nejmenované nemocnici. Bylo vytvořeno 6 cílů a 6 výzkumných otázek a 1. otázka byla tvořena dvěma podotázkami, na které byl vytvořen záznamový arch. Dále byla stanovena jedna hypotéza.

Výzkumná otázka č. 1a: Jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí?

Z analýzy dat bylo zjištěno, že nejvíce pacientů, a to 27 (36 %) bylo hospitalizováno na geriatrickém oddělení s dekubity. Druhou, nejpočetnější skupinu tvořili pacienti (n=25 tj., 34 %), kteří svou ránu nepodřadili pod tři konkrétně v dotazníku uváděné nejčastější možnosti chronických ran. Z této skupiny 25 pacientů jich 15 (20 %) trápila operační rána hojící se per secundam, 5 (7 %) pacientů bylo po amputaci dolní končetiny, u 3 (4 %) se vyskytovaly píštěle a 2 (3 %) se léčily a gangrénou. Dále 14 (19 %) pacientů sužovaly bércové vředy, aniž by tyto byly rozděleny dle původu. A pouze 8 (11 %) pacientů trpělo syndromem diabetické nohy.

K podobnému výsledku došla Šerková (2017) ve svém výzkumu v bakalářské práci na téma „*Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou*“. Do jejího výzkumu bylo zapojeno pouze 35 respondentů. Z toho 14 (40 %) respondentů trpělo bércovými vředy venózní etiologie. Stejným zastoupením respondentů, a to v počtu 8 (23 %) trpělo dekubity a syndromem diabetické nohy. Zbylých 5 (14 %) respondentů uvedlo možnost jiné, z toho 4 respondenti uvedli hojení rány per secundam či její rozpad. Poslední respondent trpěl ránou onkologickou.

Krupová a Pokorná (2019) ve své studii „*Kvalita života pacientů s nehojící se ránou*“, jejímž cílem bylo zdokumentovat a analyzovat problematiku kvality života u souboru 191 (80 žen a 111 mužů) pacientů hospitalizovaných s nehojící se ránou dle typu rány. U pacientů starších 65 let bylo vyžadováno zhodnocení kognitivních funkcí. Do jejich studie se zapojilo nejvíce pacientů s bércovými vředy, a to 86 (45 %). 38 (20 %) pacientů bylo hospitalizováno s traumatickou ránou, 20 (10 %) pacientů s ostatními ránami kam bylo zařazena pyoderma, gangréna, hidradenitis suppurativa, malignity a další. Komplikovaná rána trápila 18 (9 %)

hospitalizovaných pacientů a 15 (8 %) dekubity. Nejméně byli zastoupeni pacienti s onemocněním syndromu diabetické nohy, těchto bylo 14 (7 %).

Švestková (2015) přikládala velký význam stárnutí populace. Uvedla, že s přibývajícím stárnutím populace bude více chronicky nemocných, a to s chronickými defekty v souvislosti s diabetem, onemocněním periferních cév a zhoršenou mobilitou. Nejčastější chronické defekty u geriatrických pacientů rozdělila na: venózní, arteriální, diabetické (neuropatické) vředy a dekubity.

Mezera, Bureš (2018) popisují výskyt bércových vředů u dospělých lidí s prevalencí 0,15–1 %. Uvádí, že ve věku nad 80 let je výskyt přibližně 10krát vyšší než u celé populace. Dalších 20 % činí bércové vředy arteriální etiologie a smíšené bércové vředy se vyskytují u 15–20 % pacientů s žilní a arteriální nedostatečností. Dekubity se vyskytují nejen v případě hospitalizací, ale v souvislosti s imobilitou a u ležících lidí kdekoli. U hospitalizovaných pacientů nad 70 let se vyskytují dekubity u 2/3. Studie v zahraničí došla k závěru, že u osob nad 75 let souvisí úmrtnost (80 %) s výskytem dekubitů.

Z výsledků tedy vyplynulo, že nejčastější chronické rány byly bércové vředy různé etiologie, dekubity, hojení operační rány per secundam, syndrom diabetické nohy a jiné neboli ostatní rány.

Výzkumná otázka č. 1b: Jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí?

Z výsledků bylo zjištěno, že 46 (62 %) pacientů bylo léčeno s chronickou ránou 3 měsíce až 1 rok. Rok – 5 let bylo léčeno 11 (15 %) pacientů, dalších 9 (12 %) podstoupilo terapii defektu 6–10 let. 6 (8 %) pacientů trpělo chronickou ránou 11–15 let a poslední 2 (3 %) pacienti trpěli chronickou ránou více než 15 let.

Šreková (2017) došla k trochu odlišnému výsledku, že 12 (34 %) respondentů bylo léčeno s chronickou ránou méně než rok. 16 (46 %) respondentů trpělo defekty rok – 5 let a 4 (11 %) respondenti už 6–10 let. Žádný z respondentů neuvedl, že by se léčil 11–15 let. U 3 (9 %) respondentů probíhala léčba již více než 16 let. Průměrnou dobou léčby kratší, než rok byly zde 4 měsíce.

Švestková (2015) tvrdí, že existují i defekty nezhojitelné, ale lze u nich dosáhnout stabilizace, zbavit ránu zápachu, nadbytečné sekrece a bolesti. Mezera, Bureš (2018) tvrdí, že přibližně

93 % žilních bérceových vředu lze zhojit během 1 roku. U zhojených defektů během 3 měsíců je až 70 % riziko recidivy. Zbýlých 7 % se hojí celý život.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány?

K této výzkumné otázce byly vyhotoveny 4 tabulky s výsledky pacientů zařazených do výzkumu. Nejprve bylo zapotřebí zjistit, jak často pacienti pociťují bolest, což ukazuje tabulka 6. Všichni pacienti trpěli bolestí v souvislosti s chronickou ránou. 44 (59,5 %) pacientů cítilo bolest párkrát do týdne. 24 (32,4 %) pacientů několikrát za den trpělo bolesti spojenými s defektem a 6 (8,1 %) pacientů trpělo nepřetržitými bolestmi. Dále bylo potřeba zjistit charakter bolesti, který znázorňuje tabulka 7. 25 (34 %) pociťovalo bolest jako pulzující, 14 (19 %) jako šubavou. 9 (12 %) pacientů přirovnalo bolest k bodání a 7 (9 %) pacientů jako tupou bolest. Pálivý charakter bolesti vybralo 6 (8 %) pacientů, ostrou bolest 4 (5 %) pacienti, vystřelující a svědivou bolest 3 (4 %) pacienti a řezavou 2 (3 %) pacienti. 1 (1 %) pacient vybral možnost jiné a nedokázal svou bolest popsat. Nikdo z dotazovaných nepřirovnal svoji bolest jako kousavou. Tabulka 8 znázorňuje možnost úlevy od bolesti, která pacientům nejvíce pomohla od bolesti. Z výsledků vyplývá, že nejvíce pacientům (n=27, tj. 36 %) pomohly od bolesti léky proti bolesti a úlevová poloha v zastoupení 19 (26 %) pacientů. Moderní nepřilnavé krytí ulevovalo od bolesti 17 (23 %) pacientům, provedení débridementu 6 (8 %) pacientům, obklady 3 (4 %) pacientům a 2 (3 %) pacienti zvolili možnost jiné. Jednomu pacientovi ulevily od bolesti proplachy píštěle a druhý si ulevil od bolesti za pomoci V.A.C. systému. V neposlední řadě bylo potřeba zjistit zkušenost pacientů se zdravotním personálem, který prováděl převazy, zda se dostatečně během převazu zajímal o bolest. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 9. 59 (80 %) pacientů bylo spokojeno se zájmem o bolest zdravotníků během převazu. 15 (20 %) bylo spokojeno s dotazováním, popřípadě aplikací analgetik, přerušáním převazu atd., ohledně bolesti pouze v některých případech. Žádný z pacientů nevnímal nedostatek pozornosti zdravotního personálu o bolest během převazu chronické rány. Jak již bylo zmíněno v analýze dat, na tomto geriatrickém centru, kde byly pacienti hospitalizováni, mají převazovou sestru, která je v pracovní dny převazuje. Během víkendů a svátků či její dovolené tuto práci přebírá jiná všeobecná sestra.

Šreková (2017) došla k výsledkům, že nejvíce respondentů, a to 16 (46 %) trpělo bolestmi několikrát za den. Bolestmi vyskytující se párkrát do týdne trpělo 13 (37 %) respondentů a neustálou bolestí trpělo 6 (17 %) respondentů. Šreková analyzuje i následující problematiku ohledně charakteru bolesti, kde 17 (49 %) respondentů trpělo šubavou bolestí, 9 pacientů

řezavou, bodavou a ostrou pociťovalo stejný počet respondentů, a to 8. Tupá a pálivá bolest tížila 7 respondentů. Nejméně byly zastoupeny charaktery bolesti vystřelující, pulzující, kousavá, a to stejným počtem respondentů (n=4, tj., 11 %). Ve své práci se Šreková zabývala i pozorností bolesti během převazu. Měla pouze dvě varianty odpovědí, a to ANO a NE. 30 (86 %) respondentům se zdála pozornost zdravotního personálu dostačující a pouze 5 (14 %) respondentům jejich péče během převazu ohledně bolesti připadala dostačující.

Koutná (2017) tvrdí, že důležitá je spolupráce pacienta při převazu zejména pro zmírnění bolesti v souvislosti s nehojící se ránou. Pacient může být zapojen do odstraňování starého převazového krytí. Důležité je naslouchání a komunikace s pacientem, která ho může přivést na jiné myšlenky, a odvedou jeho pozornost od prováděcího převazu a bolestit, která jej doprovází. Dále zdravotní pracovník pracuje tak, aby svým přístupem činil minimální traumatizaci pacienta, např. provádí mezi jednotlivými úkony převazu pauzy, zvlhčuje krytí, dodržuje aseptický přístup, intervaly převazů, aj.)

Výzkumná otázka č. 3: Trpí pacienti s chronickou ránou stejnou bolestí před, během nebo po převazu.

Dle výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastější intenzita bolesti pacientů před převazem byla na stupni 3 numerické škále bolesti, ta byla zaznamenána u 28 (38 %) pacientů. 23 (31 %) pacientů zvolilo na škále stupeň 2 a 15 (20 %) pacientů stupeň 4. Nadměrnou bolestí trpělo 5 (7 %) pacientů na škále 5 a 1 (1 %) pacient na škále 8. Pouze 2 (3 %) pacienti pociťovali mírnou bolest na škále 1.

Pacienti během převazu udávali nejvíce bolestivost na stupni 5, tuto možnost označilo 21 (28 %) pacientů. Stupeň 3 a 4 byl zastoupen stejným počtem pacientů, a to 13 (18 %). 12 (16 %) pacientů trpělo bolestmi na stupni 6, dalších 8 (11 %) na stupni 2. 5 (7 %) pacientů trpělo bolestmi na stupni 7 a pouze 2 (3 %) pacienti na stupni 8.

Po převazu byla nejčastěji pociťovaná intenzita bolesti na stupni 3, a to 35 (47 %) pacienti. 19 (26 %) pacientů vnímalo bolest na stupeň 4, dalších 12 (16 %) na stupni 2. 5 stupeň zvolili 4 (5 %) pacienti a 2 (3 %) pacienti stupeň 1. Stupeň 6 a 7 na numerické škále vybral pouze 1 (1 %) pacient.

Ke stejnému výsledku došla Šerková (2017). Do výzkumu bylo zapojeno 35 respondentů a všichni pociťovali bolest spojenou s převazem nehojící se rány. Bylo zjištěno, že 25 (71 %)

respondentů udávalo nejvyšší bolestivost během převazu. 7 (20 %) respondentů trpělo nejvíce bolestí po převazu a 3 (9 %) respondenti trpěli velkými bolestmi už před převazem.

Koutná, Pokorná, Nováková a Cetlová (2017) ve své studii „Validizace ošetrovatelké diagnózy akutní a chronická bolest dle NANDA International u pacientů s ránou“ s cílem zhodnotit určující znaky dle NANDA International ošetrovatelských diagnóz „akutní bolest“ (00132) a „chronická bolest“ (00133), jejich význam pro pacienty a ověřit subjektivní pocity pacientů s různými typy ran a bolestí dle definujících charakteristik diagnóz, se 180 respondenty hodnotila bolest za pomoci numerické škály bolesti 0–10. Bolest byla hodnocena v době zapisování do dotazníku. 35 respondentů pociťovalo bolest na stupni 5. 3 a 4 stupeň byl zastoupen stejným počtem respondentů, a to 26. 21 respondentů v době vyplňování dotazníku pociťovalo bolest na stupni 2 a na stupni 1 dalších 20 respondentů. 18 respondentů vnímalo bolest na stupni 8, 13 respondentů na stupni 6 a 9 respondentů na stupni 7. 8 respondentů trpělo nesnesitelnými bolestmi na nejvyšším stupni, a to 10, a zbylých 5 respondentů trpělo bolestmi na stupni 9. Z výsledků bylo vidět, že někteří pacienti při vyplňování trpěli nesnesitelnou bolestí. Tato studie úplně nezapadá do výsledků tohoto výzkumu, ale byla velmi zajímavá a s takovými naměřenými hodnotami bolesti na numerické škále jsem se dosud v praxi nesečkala.

K této výzkumné otázce byla vytvořena hypotéza, zda existuje nebo neexistuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, za pomoci popisné statistiky, že průměrná a nejčastější intenzita bolesti pacientů před převazem a po převazu se významně neodlišovala, průměrná bolest byla stejná, a to na numerické škále bolesti 3. Pacienti během převazu průměrně vnímali bolest na numerické škále mezi 4–5. U 14 pacientů se intenzita bolesti zvýšila o více než 2 body při provádění převazu, což je patrné z tabulky 10. Pro testování hypotézy byl zvolen t-test pro závislé vzorky. Na základě t-testu byla H_{01} zamítnuta a přijata hypotéza alternativní H_{a1} , tedy že existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu.

Výzkumná otázka č. 4: Potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikací v souvislosti s převazy?

Dle získaných a vyhodnocených dat, nejvíce respondentů (ženy 16, tj. 47 % a muži 21, tj. 52,5 %) potřebovalo podat analgetickou medikaci před převazem. Během převazu pouze 1 (3 %) žena a 3 (7,5 %) muži a po převazu 8 (24 %) žen a 8 (20 %) mužů. Léky proti bolesti

v souvislosti s převazem nepotřebovalo 9 (26 %) žen a 8 (20 %) mužů. Z výsledků vyplívá, že pacienti s nehojící se ránou potřebují analgetickou medikaci. Důležitým údajem bylo, že každý pacient měl chronickou analgetickou medikaci. Někteří dvoj až troj kombinaci analgetik.

Bureš a Mezera (2018) tvrdí, že bolest omezuje pacientovu kvalitu života. Proto je důležité nastavit řádnou analgezii, za hospitalizace je možno využít více cest podání analgetik. Tlumení bolesti by mělo být účinné hlavně během převazů nehojících se ran.

Kubátová, Fridrichová, Nejedlá (2017) uvádí, že před převazem zjišťujeme alergie a bolestivost předchozího převazu nehojící rány a dle potřeby aplikujeme analgetika. Aplikace analgetik před převazem by měla být maximálně hodinu.

Výzkumná otázka č. 5: Trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky byla stanovena míra nadměrné bolesti na numerické škále 5 a vyšší. Z výsledků vyplývá, že během převazu pacienti trpí (n=21, tj., 28 %) nejvíce bolestí na stupni 5 numerické škály bolesti. 12 (16 %) pacientů trpělo bolestmi na stupni 6. 5 (7 %) pacientů trpělo bolestmi na stupni 7 a pouze 2 (3 %) pacienti na stupni 8. Bolestí na numerické škále 5 a vyšší trpělo celkem 40 osob, tedy 54 % respondentů zařazených do výzkumu.

Ztotožňuji se s výsledky Woo (2015) který do své studie na téma „*Zprostředkující účinek úzkosti mezi očekáváním a bolestí při výměně obvazu na ránu*“, zapojil 96 respondentů s nehojící se ránou, u kterých byla zhodnocena bolest 11 bodovou numerickou škálou a úzkost pomocí Six-items State-Trait Anxiety Inventory (STAI-6) před převazem. Dále byla hodnocena bolest během převazu (před sejmutím obvazu, při sejmutí obvazu, čištění rány a přiložení obvazu). Nejhorší bolestí trpěli respondenti při sejmutí krytí a čištění rány. Z výsledků studie bylo zjištěno, že pokud respondent očekával, že by mohl být převaz bolestivý, již tato domněnka v něm mohla vzbudit úzkost, která může vést ke zvýšené bolesti.

Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinou pacientů, kteří trpěli snesitelnou bolestí a skupinou pacientů, kteří trpěli nadměrnou bolestí ($p > 0,05$). Především je nutné hodnotit klinickou významnost, nikoli statistickou, neboť lze považovat za velmi neetické, že 54 % pacientů z výzkumného vzorku trpí nadměrnou bolestí. Lze konstatovat, že u pacientů dochází k procedurální bolesti v souvislosti s převazem.

Je nutné podotknout, že samotná léčba bolesti v souvislosti s nehojící se ránou je důležitá. Podstatná je i samotná terapie defektu z hlediska léčby bolesti. Správně zvolenou terapií rány lze dosáhnout minimalizace bolesti. Toto tvrdí Pospíšilová, Hakl, Faustmannová (2016).

Výzkumná otázka č. 6: Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s chronickou ránou?

Výsledky výzkumu na tuto otázku byly zpracovány do tabulky 16. Na základě těchto výsledků bylo zjištěno, že pacienti v 53 (72 %) případech informovali o své bolesti sami dřív, než se stačil zdravotnický personál zeptat. 7 (9 %) pacientů se zdravotní personál poprvé na pocíťování bolesti ptal během převazu. Posledních 14 (19 %) pacientů zvolili variantu jindy. Z toho 13 pacientů uvedlo, že na bolest byly dotazováni poprvé hned ráno během hygieny a u 1 pacient byl dotazován až někdy během dne.

Šerková (2017) v této oblasti dosáhla obdobných výsledků, kde 18 (51 %) respondentů uvedlo, že na bolest byli tázáni při převazu. 14 (40 %) respondentů se zdravotnický personál ptal na bolest již před převazem a zbylí 3 (9 %) respondenti byli dotazováni až po převazu.

Informace o zájmu zdravotníků o bolest pacienta mohou být zkreslené. Důvodem mohlo být, že vyplňování probíhalo za pomoci všeobecné převazové sestry na oddělení geriatric. I když byl záznamový arch anonymní, mohli pacienti nabýt dojmu, že by jejich odpověď mohla ovlivnit chování zdravotního personálu během hospitalizace.

8 ZÁVĚR

Tématem diplomové práce bylo „*Hodnocení bolesti v souvislosti s převazy chronických ran u pacientů hospitalizovaných v geriatrickém centru*“. Cílem teoretické části bylo popsat problematiku hodnocení bolesti u pacientů s chronickou ránou v souvislosti s převazy.

Teoretická část diplomové práce se zabývala v první kapitole problematikou bolesti, její charakteristikou, vznikem, dělením, hodnocením a léčbou. Druhá kapitola se věnovala problematice procedurální bolesti. Třetí kapitola se zaměřovala na nehojící se ránu, hodnocení bolesti u nehojících ran a léčbu těchto defektů. Poslední teoretickou částí byla čtvrtá kapitola, která se zabývala rolemi a kompetencemi všeobecných zdravotních sester v managementu nehojících se ran.

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jak pacienti s chronickou ránou vnímají bolest v souvislosti s převazy. Bylo zjištěno, že každá osoba vnímá intenzitu bolesti jinak. Je důležité také zdůraznit, že každý z respondentů má jiný práh bolesti, a i druh nehojící rány se lišil. Dále bylo stanoveno 6 dílčích výzkumných cílů, 6 průzkumných otázek a 1. otázka byla rozdělena na dvě podotázky. Poté byla stanovena 1 hypotéza. V neposlední řadě byly analyzovány a interpretovány výsledky sběru dat za pomoci přehledných tabulek a grafů.

První výzkumnou otázkou (1a) bylo zjistit, jakým typem chronické rány pacienti zařazení do výzkumného vzorku trpí? Otázka (1b) směřovala na zjištění, jak dlouho se pacienti zařazení do výzkumného vzorku s chronickou ránou léčí? Z analýzy dat na výzkumnou otázku č. 1a bylo zjištěno, že nejvíce pacientů, a to 27 (36 %) leželo na geriatrickém oddělení s dekubity. Druhou nejčetnější skupinou pacientů (n=25 tj., 34 %) tvořila odpověď jiné. Dále 14 (19 %) pacientů sužovaly bércové vředy, bez rozlišení dle původu. A pouze 8 (11 %) pacientů trpělo syndromem diabetické nohy. Výzkumnou otázkou 1b bylo zjištěno, že 46 (62 %) pacientů bylo léčeno s chronickou ránou 3 měsíce až 1 rok. Rok–5 let bylo léčeno 11 (15 %) pacientů, dalších 9 (12 %) podstupovalo terapii defektu 6–10 let. 6 (8 %) pacientů trpělo chronickou ránou 11–15 let a poslední 2 (3 %) pacienti trpěli chronickou ránou více než 15 let. Z těchto výsledků bylo patrné, že zastoupení chronických ran bylo různého typu a tak i doba terapie byla různá. Velkou roli hráli i jiné faktory pro léčbu chronické rány, např. další nemoci, přítomnost infekce, recidivy, osobnost aj.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké jsou zkušenosti pacientů související s bolestí jejich chronické rány? Z dat vyplynulo, že každý pacient zařazený do výzkumu měl jiné zkušenosti

v souvislosti s nehojící se ránou. Už z důvodu různorodosti etiologie defektu, charakteru bolesti a její intenzity, doby léčby, osobnosti samotné a v neposlední řadě ošetřování chronické rány zdravotnickým personálem.

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda trpí pacienti s chronickou ránou stejnou intenzitou bolesti před, během nebo po převazu? Bylo zjištěno, že u respondentů zařazených do tohoto výzkumu, existuje významný rozdíl mezi vnímáním bolesti pacientů před, během a po převazu nehojící se rány. Tyto výsledky již byly zřejmé z popisné statistiky, kde byly viditelné rozdíly v intenzitách bolesti. Před převazem a po převazu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vnímání bolesti, průměrná pocíťovaná bolest dosahovala stupně 3 numerické škály. Před převazem na tomto stupni cítilo bolesti 38 % pacientů a po převazu 47 % pacientů. Během převazu činila průměrná pocíťovaná bolest mezi 4–5 (4,5) numerické škály bolesti.

Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda potřebují pacienti s chronickou ránou analgetickou medikaci v souvislosti s převazy? Dle provedených výpočtů nejvíce (n=37) pacientů potřebovalo analgetickou medikaci před převazem. Během převazu pouze 4 pacienti a po převazu 16 pacientů. Léky proti bolesti nepotřebovalo podat 17 pacientů. Je tedy zřejmé, že více jak polovina pacientů potřebovala podat analgetickou medikaci v souvislosti s převazem.

Pátou výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda trpí pacienti s chronickou ránou v souvislosti s převazy nadměrně bolestmi? Byla stanovena hranice výskytu nadměrné bolesti, tedy hodnot 5–10 numerické škály bolesti. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinou pacientů, kteří trpěli snesitelnou bolestí a skupinou pacientů, kteří trpěli nadměrnou bolestí ($p > 0,05$).

Nelze stanovit hodnotu, která by byla považována za správnou, proto zde byla hodnocena klinická významnost, nikoli statistická. Lze považovat za velmi neetické, že 54 % pacientů z výzkumného vzorku trpělo nadměrnou bolestí. Je možné konstatovat, že převazy prováděné na tomto geriatrickém oddělení způsobovaly pacientům nadměrné bolesti.

Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, Kdy se zdravotnický personál poprvé ptá hospitalizovaných pacientů na bolest spojenou s nehojící se ránou? Sběr dat prokázal, že v 72 % informovali pacienti o své intenzitě bolesti sami, dřív než se zdravotnický personál stačil zajímat. Během převazu je dotazováno 9 % pacientů a zbylých 19 % zvolilo variantu jindy. Tyto data nemusí být pravdivá, jak již bylo zmíněno v diskusi diplomové práce.

Doporučení pro praxi: S bolestí se v průběhu života setká každý a je nejčastější příčinou vyhledání odborné pomoci. Bolest v souvislosti s chronickou ránou je negativní faktor, který nás upozorňuje na narušení hojení a snižuje kvalitu života. V praxi bývá často podceňována. Důležité je si uvědomit, že nikdo z nás není stejný, tak i snášenlivost bolesti je u každého jiná. Ovšem je důležité zhodnotit, zda daná osoba netrpí závislostí na analgetikách. Dále je důležité nastavit vhodnou chronickou analgetickou medikaci a popřípadě konzultace s ambulancí bolesti. S ohledem na tento výzkum doporučuji hodnotit bolest vždy před převazem, hlavně u pacientů, kteří mají rozsáhlejší defekty a bolest vnímají intenzivněji a popřípadě aplikovat analgetika. Rovněž bych doporučila aplikovat analgetika před převazem u pacientů, kterým se bude provádět débridement, odstraňování nekrotických tkání aj. Horáček (2020) by doporučoval inhalační analgetika. Vdechované analgetikum nejen tlumí bolest, ale zvyšuje práh bolesti a má uvolňující a tišící účinek. V neposlední řadě se nesmí zapomenout na adekvátní terapii defektů. Pokud nedojde ke správnému zhodnocení rány a celkového zdravotního stavu, nemůže být dobře stanovená diagnóza, a tak dojít ke vhodné léčbě. Velký vliv by měl být kladen na zdravotní personál, který by měl správně vyhodnotit danou fázi hojení, ve které se rána nachází a zvolit tak vhodné moderní krytí. Po každém převazu zdravotník srozumitelně a důkladně dokumentuje stav a vývoj rány. Pacienty je nutné poučit o důležitosti dodržování hydratace a bohaté stravy na bílkoviny a vitamíny, které jsou nezbytné v procesu hojení ran.

9 POUŽITÁ LITERATURA

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zákony pro lidi, částka 20/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

DANEŠ, Luděk. *Bolest a sexuální dysfunkce mužů*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0677-6.

DOSTÁLKOVÁ, Kateřina. *Buzzy očima dítěte*. Pardubice, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Iveta Černohorská.

GROFOVÁ, Zuzana. *Vliv nutrice na hojení chronických ran a defektů*. Medicína pro praxi. 2019, 16(2), 130-132. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/02/12.pdf>

HAKL, Marek. *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.

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-271-0620-2.

HOLUBOVÁ, Adéla. *Multidisciplinární péče o pacienty s nehojící se ránou v terénu diabetické nohy*. Praktický lékař. 2021, 101(3), 142-148. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2021-3-12/multidisciplinari-pecce-o-pacienty-s-nehojici-se-ranou-v-terenu-diabeticke-nohy-127918>

HOLUBOVÁ, Adéla. *Předběžné výsledky výzkumného šetření týkajícího se hodnocení nehojících se ran*. Dermatologie pro praxi. 2019, 13(4), 207-210. ISSN 1802-2960. Dostupné také z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2019/04/11.pdf>

HORÁČEK, M. Jak správně podávat inhalační anestetika [online]. Praha: *Prolékaře.cz*, 2020 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2020-supplementum-a/jak-spravne-podavat-inhalacni-anestetika-126499>

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

KELNAROVÁ, Jarmila a A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy* [online]. 2. Praha: Grada Publishing, 2016 [cit. 2023-02-15]. ISBN 978-80-271-9281-6. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=72tNDQAAQBAJ&pg=PA12&hl=cs&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1720-4.

KORMUNDOVÁ, Martina. *Vliv hyperbarické oxygenoterapie na nehojící se defekty*. Pracovní lékařství. 2012, 64(1), 52-53. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-archiv-cisel>

KOUTNÁ, Marie. *Kompetence sester v hojení ran*. *Florance* [online]. Praha: Poradna pro léčbu rány, KARIM, VFN Praha, 2010, 2010 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/kompetence-sester-v-hojeni-ran/>

KOUTNÁ, Markéta. Aktuální trendy v hojení ran. *Praktické lékařství*. 2020, 16(3), 154-158. ISSN 1801-2434. Dostupné z: doi:10.36290/lek.2020.024

KOUTNÁ, Markéta. *Využití Aliance 3N v managementu bolesti u nemocných s chronickou ránou*. Olomouc, 2017, 245 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Školitelka doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

KOUTNÁ, Markéta, Andrea POKORNÁ, Lada, NOVÁKOVÁ a Lada CETLOVÁ. Validizace ošetrovatelské diagnózy akutní a chronická bolest dle NANDA International u pacientů s ránou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2017, 80 (Suppl.1), 54-60. ISSN 1210-7859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2017S54

KOZÁK, Jiří. Bolest a její nová definice. *Medicína po promoci*. 2020, 21(3), 185-189. ISSN 1212-9445. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/tituly/mpp/archiv/748>

KRUPOVÁ, Lenka a Andrea POKORNÁ. *Kvalita života pacientů s nehojící se ranou*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2019, 82(Suppl. 1), 40-43. ISSN 1210-7859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2019S40

KUBÁTOVÁ, Lucie, L. FRIDRICHOVÁ a Markéta NEJEDLÁ. *Co vše musíme vědět při léčbě nehojící se rány*. Florence. 2017, 13(5), 8-10. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

KUDLOVÁ, Pavla. *Hojení ran* [online]. 2. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2021 [cit. 2023-02-15]. ISBN 978-80-7678-056-9 (online; pdf). Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/50138/Kudlova_Hojeni%20ran_2_vydani_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LUKÁŠ, Karel, Jiří HOCH a Jiří NEVORAL, ed. *Bolest břicha*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5249-8.

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-696-2.

MeDitorial, s.r.o. *Základy léčby nehojících se ran* [online]. Praha: Prolékaře.cz, 2015 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/zaklady-lecby-nehojicich-se-ran-47/zaklady_lecby_nehojicich_se_ran-44

MEZERA, Vojtěch a Ivo BUREŠ. *Chronické nehojící se rány v geriatрии*. Vnitřní lékařství. 2018, 64(11), 1098-1104. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-11/chronicke-nehojici-se-rany-v-geriatrii-106812>

MRÁZOVÁ, Romana, Andrea POKORNÁ a Miroslav KREJCAR. *Možnosti v hojení ran*. Medicína pro praxi. 2012, 9(2), 83-86. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/11.pdf>

MZČR. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2016, 3.4. 2023 [cit. 2023-04-07].

Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.

PALYZOVÁ, Daniela. *Procedurální bolest v dětském věku*. UK 3. LF a FNKV, klinika dětí a dorostu Praha [online]. Praha, 2007, 2007(4), 197-204 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2007/04/04_Palyzova_BOLEST_4_07.pdf?fbclid=IwAR1rX5eKUEOOPOzDH1tS9H4qrbqg0PVLM7XZJXNDvCeAeVD11zRjK9_y-YE

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea, Simona SAIBERTOVIÁ, Petra JUŘENÍKOVÁ a A KOLEKTIV. *Sorrorigení rány, jejich identifikace, prevence a léčba* [online]. Praha, 2014 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://uzv.med.muni.cz/media/3327519/sorrorigeni-rany-jejich-identifikace-prevence-a-lecba.pdf>. Projekt. 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLÁKOVÁ, Hana. *Když se rány nehojí*. Léčba ran [online]. 2018, 2018(3), 13-14 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.flipsnack.com/lecbaran/lecba_ran_-3_18.html

POSPÍŠILOVÁ, Alena, Marek HAKL a Olga FAUSTMANNOVÁ. *Chronická rána a bolest*. Bolest. 2016, 19(3), 125-133. ISSN 1212-0634. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/>

PRAŽSKÝ, Bohumil. *Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovou bolestí*. *Zdraví.euro.cz* [online]. Oblastní nemocnice Náchod: Redakce, 2012, 13.4.2012 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/osetrovatelsky-proces-u-pacienta-s-nadorovou-bolesti/>

PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ. *Péče o okolí rány*. Dermatologie pro praxi. 2017, 11(4), 204-208. ISSN 1802-2960. Dostupné z: doi:10.36290/der.2017.037

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

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

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

SOCHOR, MUDr. Marek a O. SLÁMA. *Management chronické a akutní bolesti u pacientů s nádorovými chorobami. Klinická onkologie* [online]. Liberec, 2015, 2(28), 94-98 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/192/4656.pdf>

STEHLÍKOVÁ, Kateřina. *Moderní přístupy v hojení chronických ran*. Remedica. 2017, 27(5), 498-501. ISSN 0862-8947. Dostupné také z: <http://www.remedica.cz/Archiv-rocniku/e.folder.aspx>

STRYJA, Jan. *Jak minimalizovat trauma a bolest v léčbě ran. Hojení ran* [online]. 2010, 2010(2), 14-22 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Jan-Stryja/publication/228589629_Jak_minimalizovat_trauma_a_bolest_v_lecbe_ran/links/56d339de08ae4d8d64a776ca/Jak-minimalizovat-trauma-a-bolest-v-lecbe-ran.pdf

ŠÍMA, Petr. *Současné možnosti krytí ran s ohledem na patofyziologii hojení*. Časopis lékařů českých. 2020, 159(3-4), 153-156. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/soucasne-moznosti-kryti-ran-s-ohledem-na-patofyziologii-hojeni-123301>

ŠREKOVÁ, Zuzana. *Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Romana Procházková.

ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Léčba nehojících se ran u geriatrických pacientů*. Geriatrie a gerontologie. 2015, 4(4), 187-191. ISSN 1805-4684. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2015-4-6/lecba-nehojicich-se-ran-u-geriatrickych-pacientu-57061>

TÓTHOVÁ, Valérie a Věra HELLEROVÁ, ed. *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN, 2021. ISBN 978-80-7422-817-9.

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

VONDRÁČKOVÁ, Dana. *Bolesti u bércových vředů a jejich léčení*. *Medicína pro praxi*. 2014, 11(4), 155-158. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/04/05.pdf>

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5538-0.

VYHLÍDALOVÁ, Dana a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Využití krytí s obsahem medu v léčbě nehojících se ran u seniorů*. *Praktický lékař*. 2020, 100(1), 13-18. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-1-20/vyuziti-kryti-s-obsahem-medu-v-lecbe-nehojicich-se-ran-u-senioru-122259>

VYHLÍDALOVÁ, Dana, Renáta ZELENÍKOVÁ a Andrea POKORNÁ. *Využití škály PWAT při posuzování fotodokumentace nehojících se ran u seniorů v domácí zdravotní péči a hodnocení shody mezi hodnotiteli*. *Ošetrovatelstvo* [online]. 2019, 9(1), 15-22 [cit. 2023-02-13]. ISSN ISSN 1338-6263. Dostupné z: https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2019/15-vyuziti-skaly-pwat-pri-posuzovani-fotodokumentace-nehojicich-se-ran-u-senioru-v-domaci-zdravotni-peci-a-hodnoceni-shody-mezi-hodnotiteli.pdf

WOO, K. Y. Unravelling nocebo effect: the mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change. *Journal of Clinical Nursing*. 2015, 24(13/14), 1975-1984. ISSN 1365-2702.

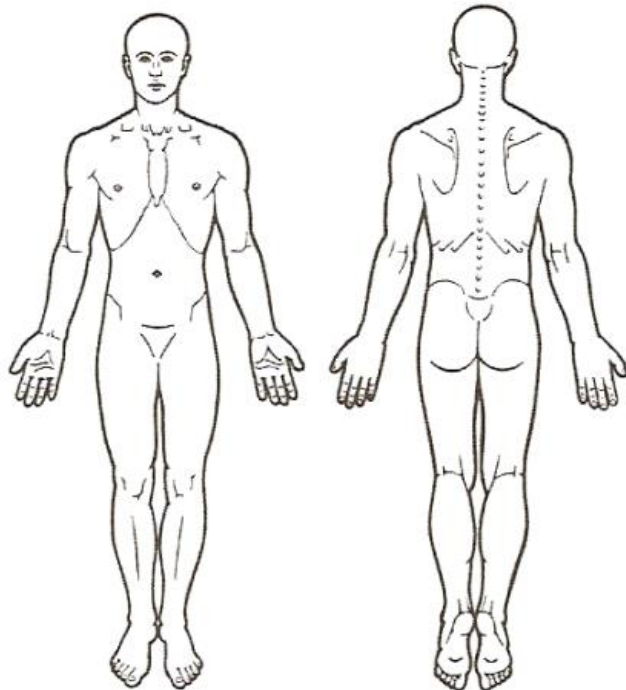
WOUNDSOURCE, Editoři. *Pochopení kontinua infekce ran* [online]. USA: Blog WoundSource Practice Accelerator, 2018 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://www.woundsource.com/blog/understanding-wound-infection-continuum>

WRONA, Sharon K. a A KOLEKTIV. *Procedural Pain Management: Clinical Practice Recommendations*. *ScienceDirect* [online]. 2022, 5(23), 583-584 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904222001424>

10 PŘÍLOHY

Příloha A: Margolesova mapa bolesti. Zdroj: Pokorná a kolektiv, 2013, s. 179

ZÁZNAM LOKALIZACE BOLESTI



oblast bolesti označte křížkem ☒

Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)				
	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrpené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

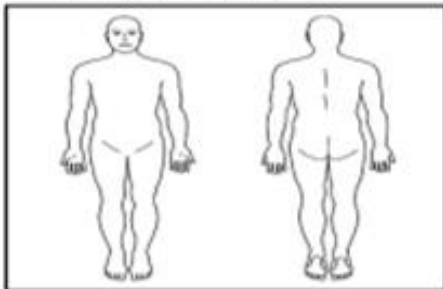
BRIEF PAIN INVENTORY (česká verze)

ID nemocného.....
Datum.....

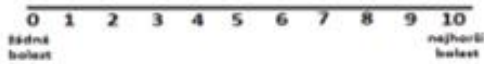
1.) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, zub, výron kotníku). Cítil(a) jste dnes jinou než takovou všední bolest?

ANO NE

2.) Na obrázku označte místa, která vás bolí. Nejbolstivější označte ☒



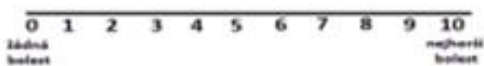
3.) Ohodnoňte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejhorší bolesti za posledních 24 h.



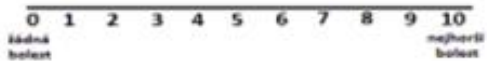
4.) Ohodnoňte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejmenší bolesti za posledních 24 h .



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



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



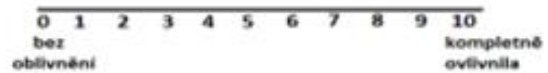
7.) Jaké léky užíváte proti bolesti, či jakou léčbu proti bolesti jste podstoupil(a)?

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

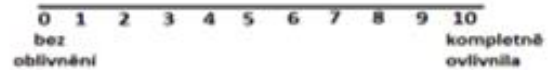


9.) Označte číslo, které popisuje, jak bolest v posledních 24 h ovlivnila vaši

CELKOVOU AKTIVITU:



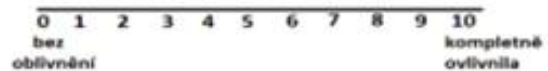
NÁLADU:



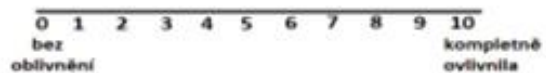
SCHOPNOST CHODIT:



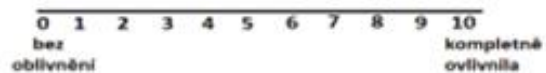
BĚŽNOU PRÁCI (DOMA I MIMO DOMOV):



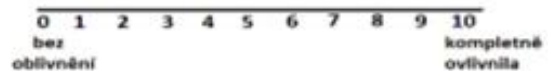
VZTAHY S JINÝMI LIDMI:



SPÁNEK:



RADOST ZE ŽIVOTA:



Příloha D: Mini Mental State Exam

Počet bodů	Orientační hodnocení
27–30	bez poruchy kognitivních funkcí, při spodní hranici vhodné další sledování
25–26	hraniční nález, podezření na MCI, doporučeno podrobné neuropsychologické vyšetření
18–24	lehká demence
6–17	středně těžká demence
< 6	těžká demence

Viz odkaz na celý dotazník MMSE. <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/mmse.htm/>

Příloha E: MCGILL Malzackov dotazník bolesti

http://www.edusan.sk/lekar/odbor_clanky/mcgill_malzackov_dotaznik_bolesti.htm

Příloha F: Záznamový arch

ZÁZNAMOVÝ ARCH

Číslo pacienta:

Věk:

Pohlaví:

Typ rány:

- Dekubitus (proleženina)
- Bércové vředy
- Syndrom diabetické nohy
- Jiné

OTÁZKY POKLÁDANÉ PACIENTŮM

1. Jak dlouho se s nehojící ránou léčíte?

- 3 měsíce až rok
- Rok – 5 let
- 6 let – 10 let
- 11 let – 15 let
- Více než 15 let

2. Máte bolesti spojené s nehojící se ránou?

- Ano
- Ne

3. Jak často pociťujete bolest?

- Nepociťují bolest
- Párkrát do týdne
- Několikrát za den
- Neustále

4. Vyberte jednu možnost, která nejvíce popisuje Vaši bolest souvislosti s převazem?

- Tupá
- Vystřelující
- Bodavá
- Ostrá
- Pulzující
- Pálivá
- Škubavá
- Řezavá
- Kousavá
- Svědivá
- Jiná.....

5. Kdy potřebujete podat léky proti bolesti?

- Před převazem
- Během převazu
- Po převazu
- Nepotřebuji léky proti bolesti

6. Jaká ze zmíněných možností Vám nejvíce ulevuje od bolesti v souvislosti s převazem? Zaškrtněte jednu odpověď prosím.

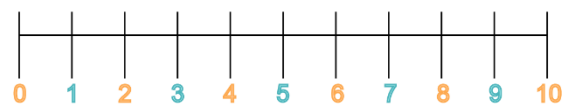
- Léky proti bolesti
- Úlevová poloha
- Débridement (čištění pomocí pinzet, skalpelu, nůžek či exkochleační lžičky)
- Obklady (Dermacyn, Prontosan, atd)
- Moderní nepřilnavé krytí rány
- Jiné.....

7. Pokud trpíte bolesti ohodnoťte intenzitu bolesti na stupnici od 0-10 a to před převazem, v průběhu převazu a po převazu, kdy 0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest, co jsem kdy zažil/a

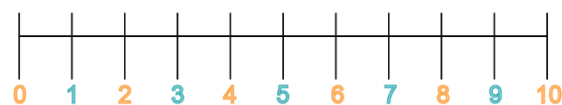
Před převazem



Během převazu



Po převazu



8. Kdy se vás poprvé zdravotnický personál ptá na bolest?

- Před převazem
- Během převazu
- Po převazu
- Sám/a informuji o bolesti
- Nikdy
- Jindy.....

9. Myslíte si, že zdravotnický personál se při převazech dostatečně zajímá o způsobovanou bolest Vaší osobě? Např. dotazuje se Vás na bolest a nabízí léky proti bolesti, přeruší na chvíli převaz, zvlhčuje přischlé krytí.

- Ano
- Někdy
- Ne