



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Problematika hodnocení a tišení bolesti seniorů
v domovech pro seniory**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Vladislava Panova

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika hodnocení a tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2023

.....

(Vladislava Panova)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, a především za poskytnuté cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat sestřám domovů pro seniory, které se zúčastnili mému výzkumnému šetření a rádi spolupracovali. V neposlední řadě také děkuji své drahé matce Mgr. Lidií Panove a moje největší opoře, nejlepší kamarádce Bc. Anastázii Šustové, díky které jsem vůbec nastoupila a dodělala studium.

Problematika hodnocení a tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce „Problematika hodnocení a tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory“ se zabývá výzkumem ošetrovatelské péče o seniory s bolestí, které jsou trvalé ubytované v sociálním zařízení tzv. domovech pro seniory. Výzkumné šetření probíhalo ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje.

Práce se skládá ze dvou částí: teoretické a empirické. Teoretická část je rozdělená na 3 jednotlivé kapitoly. První je o gerontologii a geriatrii, popisuje různé pohledy na stárnutí, aspekty stáří, vzhled společnosti k seniorům atd. Druhá projasňuje pojem bolesti a spojené s ní oblasti: anatomie a fyziologie, sběr anamnézy u pacienta, terapie atd. Třetí se jedná o sociálních zařízeních a legislativách.

Empirická část byla provedena kvalitativním výzkumným šetření, metodou polostrukturovaného rozhoru. Analýza dat proběhla formou otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“. Dále vytvořené kódy byly roztríděny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Podle zjištěných dat můžeme říct, že sestry jsou dobře informované o metodách hodnocení bolesti svých klientů na základě standardizovaných metod a osobní zkušenosti při práci s nimi. Dobře znají farmakologické a nefarmakologické metody tišení bolesti a výborně umí spolupracovat s členy multidisciplinárního týmu, kteří mají na starosti uskutečnění části daných metod. Ale byl objeven nedostatek určitého standartu pro hodnocení bolesti u seniorů trpící syndromem demenci, který je potřeba v budoucnu vytvořit nejen pro sociální, ale i pro zdravotnické zařízení. Jsou tady popsány i možné komplikace nebo překážky v práci sester domovů pro seniory v případě spolupráci s multidisciplinárním týmem a rodinnými příslušníky klientů.

Výsledky bakalářské práci mohou sloužit pro další výzkum v oblasti práce sester v sociálních zařízeních a ošetrovatelské péče o seniory s bolestí s neschopnosti k verbálnímu projevu.

Klíčová slova

Bolest; geriatrie; demence; domovy pro seniory

The issue of evaluating and alleviating pain in the elderly in nursing homes

Abstract

The bachelor's thesis "The issue of evaluating and alleviating pain in the elderly in nursing homes" deals with research into the nursing care of elderly people with pain who are permanently housed in social facilities, so-called nursing homes. The research was conducted in selected homes for the nursing homes in the South Bohemian Region.

The thesis consists of two parts: theoretical and empirical. The theoretical part is divided into 3 individual chapters. The first is about gerontology and geriatrics, it describes different perspectives on aging, aspects of old age, society's view on the elderly, etc. The second clarifies the concept of pain and related areas: anatomy and physiology, collection of patient history, therapy, etc. The third tells about social facilities and legislation.

The empirical part was carried out by a qualitative research investigation, using a semi-structured interview method. Data analysis took place in the form of open coding, using the "pencil and paper" method. The codes created further were classified into individual categories and subcategories.

According to the obtained data, we can say that nurses are well informed about the methods of pain assessment of their clients based on standardized methods and personal experience while working with them. They know well the pharmacological and non-pharmacological methods of pain relief and they are excellent at cooperating with the members of the multidisciplinary team who oversee implementing some of the given methods. In addition to the good aspects, the lack of a certain standard for the assessment of pain in seniors suffering from dementia syndrome is discovered, which needs to be created in the future not only for social, but also for medical facilities.

The results of the bachelor's thesis can be used for further research in the field of nurses' work in social facilities and nursing care for elderly people with pain and inability to express themselves verbally.

Key words

Pain; geriatric; dementia; nursing homes

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Problematika stáří	9
1.1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří	9
1.1.2 Aspekty stáří	10
1.1.3 Zdravotní změny ve stáří	11
1.1.4 Demence	12
1.1.5 Senior z pohledu společností	14
1.2 Bolest.....	15
1.2.1 Definice a charakteristika bolesti.....	15
1.2.2 Anatomie a fyziologie bolesti.....	16
1.2.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti	18
1.2.4 Odběr anamnézy u pacienta s bolestí	18
1.2.5 Metody hodnocení bolesti	19
1.2.6 Terapie bolesti.....	19
1.2.7 Problematika léčby bolesti ve stáří	21
1.3 Senior v sociálním systému	22
1.3.1 Zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	22
1.3.2 Domovy pro seniory.....	23
1.3.3 Ošetrovatelská péče o seniory v DpS.....	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3 Metodika.....	29
3.1 Metodika práce.....	29

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4	Výsledky výzkumného šetření	30
4.1	Charakteristika probandů.....	30
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	31
4.2.1	Kategorie 1 – Obecná ošetrovatelská péče o seniory s bolestí	31
4.2.2	Kategorie 2 – Specifika ošetrovatelské péče o seniory s bolestí a neschopností verbálního projevu.....	35
4.2.3	Kategorie 3 – Způsoby tišení bolesti seniorů	37
4.2.4	Kategorie 4 – Práce s multidisciplinárním týmem.....	39
5	Diskuse.....	43
	Závěr.....	54
	Seznam literatury.....	56
	Seznam tabulek	64
	Seznamy příloh.....	65
	Seznam zkratk.....	73

Úvod

Bolest je jedním ze základních a nejnepříjemnějších projevů jakýchkoliv akutních a chronických onemocnění. Je subjektivním symptomem, který je těžko ověřit, a spousta pacientů se dosud setkávají s podceněním. Bolest seniorů, jako celá gerontologie a geriatry, je předmětem ještě většího nezájmu ze strany společnosti. Bolest starších jedinců je chápána veřejností jako součást stárnutí aneb jako způsob přitáhnutí pozornosti ke svoji osobnosti. Ale bolest není ničím z toho, je to příznakem nemoci, který musíme řešit a pečlivě se starat o trpící jedinci. (Klvetová, 2017). Bolest ovlivňuje život seniorů, dělá je závislémi na jiných osobách, kromě toho má obrovský vliv na psychiku, a proto se stává příčinou nervozity až deprese. (Štěpánková, 2014).

S ohledem na rozsah tématu bylo zvoleno jeho specifikování a tato bakalářská práce je zaměřena zkoumání činnosti všeobecných sester v problematice řešení bolesti v domovech pro seniory. Domovy pro seniory jsou státními nebo soukromými sociálními zařízeními pobytového typu, ve kterých jsou poskytovány pečovatelské a zdravotnické služby. Daný typ zařízení existuje pro zajištění pobytu a služeb pro jedince potřebující částečnou nebo celodenní péče. (Burda, Šolcová, 2016). Všeobecné sestry jsou částí multidisciplinárního týmu domovů pro seniory, zdravotnického úseku. Ony nesou větší odpovědnost, protože nemají celodenní přítomného lékaře, oproti sestrám v nemocnici. (Zrubáková, Krajčík, 2016). Ony postupují dle pokynů lékaře, ale v případě akutní situace samy posuzují o poskytnutí pomoci klientům domova pro seniory. Kvůli tomu vyžaduje jejich práce prohloubení znalosti v oblasti geriatry, gerontopsychologie, gerontosociologie a základů práva. (Malíková, 2020). Ošetrovatelská péče o seniory v sociálním zařízení není ohraničená podáním prášků ve správný čas, ale vyžaduje zájem sestry, empatický přístup, vhodnou komunikaci, pomoc v adaptování v novém prostředí a spolupráce s dalšími členy multidisciplinárního týmu. (Malíková, 2020).

Tato bakalářská práce zkoumá, jak sestry provádí hodnocení bolesti seniorů na svém oddělení/stanice, jak postupuje s klienti s neschopností k verbálnímu projevu, a zmapuje různé metody tlášení bolesti, které zařízení může realizovat.

1 Současný stav

V moderní době se lidé často nezabývají myšlenkami na stárnutí, mají pocit, že se právě jich stáří netýká, ale není tomu tak. Stárnutí je důležitou a nelehkou fází lidského života, o níž máme dosud stále málo představ. Je to individuální proces, který je odstartován dovršením pohlavní zralosti (Kalvach et al., 2014). Existuje celá řada rizikových faktorů, fyziologických a psychických změn, které mohou ovlivnit život jedince, někdy i otočit o všech 180 stupňů. Tato práce je zaměřena nejen na stárnutí jako jev, ale i na jeden z nejčastějších a nejméně příjemných faktorů ovlivňujících život seniorů. Jedná se o bolest, která bývá většinou projevem nějakého onemocnění nebo přeměn v těle. Bolest je každému známá a je signálem k starosti. Má velké množství projevů a tvarů, nejsou ale vždy jasné příčiny jejího vzniku. Pro zdravotníky není jednoduché bolest hodnotit, tišit a diagnostikovat příčinu, protože se jedná o jeden ze subjektivních symptomů. Je to komplikovaný proces i při vhodné spolupráci mezi geriatrickým pacientem a zdravotnickým personálem (Klevetová, 2017). Kvůli tomu sehrává při práci s pacientem, který trpí bolestí, svou roli sociální strana. Dle lidského faktoru zdravotničtí pracovníci často podceňují stížnosti pacientů na bolest a neberou na vědomí, nakolik tento symptom může snížit kvalitu života jedince. S příchodem stáří jedinci zvládají bolesti ještě hůře (dle řady změn jako kognitivních apod.) a pro zdravotnické pracovníky znamená stále větší problém, jak tuto bolest diagnostikovat a pacientovi pomoci, čímž se zvyšuje riziko zhoršení kvality života seniora (Štěpánková et al., 2014).

Daná práce je rozdělena do 3 částí, které se v průběhu výzkumu spojují: Gerontologie – základní informace o pojmech spojených se stárnutím, aspektech stáří, sociogerontologii a zdravotnické péči o seniory; Bolest – definice, anatomické a fyziologické aspekty, druhy a možnosti tišení; Část života seniorů v sociálních zařízeních (právní stránka otázky a ošetrovatelská péče o seniory v soc. zařízeních).

1.1 Problematika stáří

1.1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

Stáří je poslední etapou života člověka, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace

nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. Rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnilo aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2007).

Odborná literatura poskytuje nemalé množství definic stárnutí a stáří, dle kterých můžeme konstatovat, že stárnutí je multifaktoriální jev. Věk a fyzický stav korelují, čímž vytvoří charakteristiku stárnutí, jež je používána nejčastěji (Jarošová, 2006). Změny v těle a psychice nenastupují synchronně, jde o individuální a nerovnoměrné transformace každého jedince (Mühlpachr, 2004). Jak uvádí Pacovský, považujeme stárnutí za přechodnou vývojovou periodu, jež se nachází mezi dospělostí a stářím.

Čím se liší stárnutí od stáří? Stáří je koncem celoživotního procesu, který je pojmenován stárnutí. První pojem je již poslední etapou ontogeneze, zatímco poslední je multifaktoriální komplexní jev, který můžeme do určité míry ovlivnit. K faktorům patří genetická výbava jedince, životní styl a působení zevního prostředí na něj (Ondrušová, 2019).

1.1.2 Aspekty stáří

Zde rozdělíme etapu stáří na několik aspektů: kalendářní, biologický, psychický a sociální.

Kalendářní stárnutí lze změřit pomocí data narození, ale nelze se řídit pouze jím, protože věk velice slabě koreluje s ostatními druhy stáří (např. biologickými změnami v těle jedince). Ale daný aspekt je důležitý pro kvantitativní výzkum, když sbíráme data v rámci jedné věkové skupiny (Mlýnková, 2011).

„Biologický věk“ označuje fyzický stav jedince. I když degradace fyziologických funkcí začíná většinou po třicátém roce věku, člověk ji začíná pozorovat teprve v průběhu stáří (Mlýnková, 2011). Biologické změny se projevují i zevně, když se objevují první vrásky, změny na kůži, člověk se už od pohledu stává křehkým a slabým, protože jeho svaly jsou ochablé. Tím se snižuje kapacita plic, imunita seniora, kvůli tomu je senior více ohrožen vznikem onemocnění, např. srdeční, respirační nebo nádorové. Zpomalená motorika a zhoršená rovnováha představují riziko pádu, což může skončit zlomeninou, která v mnoha případech už nedokáže správně srůst (Suchomelová, 2016).

Psychické stárnutí je charakterizováno změnami v kognitivních funkcích (paměť, inteligence, schopnost učení, ochota přijímat změny), klesá schopnost adaptace na novou realitu, mění se i osobnostní rysy seniora. Tyto změny lze většinou ovlivnit aktivním, zdravým životním stylem a vhodným denním režimem (Ondrušová, 2019). Ondrušová (2019) uvádí v publikaci „Pět pé optimální adaptace na stáří“ zásady pro duševní pohodlí seniorů. Jsou definované jako „perspektiva, prozíravost, pružnost, porozumění a potěšení“. Kvalitu psychického stavu ve stáří musíme hodnotit s ohledem na prožitky jedince, protože stáří, tak i reakce na ně nemůžeme vnímat odděleně od předchozích etap života. Jde o individuální záležitost, na kterou má vliv společnost, reakce okolí, vztahy s blízkými lidmi a celkové pozitivní klima (Kubalčíková et al., 2015).

Sociální strana problematiky je také velmi důležitá. Výzkumem v této oblasti se zabývá gerontosociologie, jež dělí stárnutí na individuální a populační (Sýkorová, 2007).

Začneme populačním stárnutím. Není pro nikoho tajemstvím, že naše populace stárne, tedy že počet obyvatel staršího věku se každoročně zvětšuje. Stav stárnoucí populace částečně ovlivnila pandemie covidu-19, ale její počet překročil 2 miliony. To znamená, že společnost musí být připravená na stárnutí populace nejen ekonomicky. Nejdůležitější je sociální stránka života, tzn. nepřipustit jakoukoliv diskriminaci (ageismus) a zabránit vytlačování seniorů na okraj společenského zájmu. Tomu pomáhají sociokulturní aktivity, možnost vzdělávání (univerzity třetího věku), politika aktivního stárnutí, podpora autonomie jednotlivců a zajištění péče o nejstarší a nesoběstačné seniory (Sýkorová, 2007). Populační stárnutí začíná odchodem do důchodu, což znamená ukončení aktivního pracovního života. Tímto okamžikem se pro jedince změnil nejen jeho postavení ve společnosti a společnosti k němu, ale i jeho vztah k sobě samému (individuální stárnutí). Klasickou charakteristikou individuálního stárnutí je extrémní omezení mezilidských kontaktů, komunikace, ztráta soběstačnosti v důsledku nedostatku sil nebo onemocnění, ovdovění, ztráta sebeúcty atd. (Čeledová, 2016).

1.1.3 Zdravotní změny ve stáří

Ve vyšším věku nastává zvýšený výskyt polimorbidity a je vyšší celková morbidita v porovnání s ostatním obyvatelstvem ČR. Hlavně u seniorů se projevují chronická a degenerativní onemocnění spolu s větším rizikem komplikací, projevů nežádoucích účinků farmakologické terapie aj. Mezi nejčastější onemocnění řadíme kardiovaskulární choroby, hlavně ischemickou chorobu srdeční se všemi jejími formami, hypertenzi

a cévní mozkové příhody. Jako další v řadě geriatrických chorob najdeme postižení pohybového aparátu – osteoporózu, artrózu, revmatoidní artritidu (Kalvach et al., 2004). Je větší riziko projevu DM druhého typu, což je metabolická porucha postihující 90 % lidí ve věku nad 65 let, 95 % nad 70 let (Weber, 2008). Z toho vyplývá, že sestra v rámci ošetrovatelské péče o seniory v jakémkoliv zařízení, ať už zdravotnickém, nebo sociálním, by ke každému měla přistupovat individuálně, s ohledem na jeho osobní, rodinné i pracovní anamnézy (Schuler a Oster, 2010). Stárnutí, stáří a smrt jsou nevyhnutelné a s tímto vědomím seniory mnohdy zanedbávají zdravý životní styl, vhodnou stravu, dostatečný pohyb a sociální kontakty. To vede ke zhoršení zdraví celé velké části české populace. V náplni práce zdravotní sestry by proto měla být i zvýšená pozornost věnovaná starším pacientům, kontrole jejich zdravotního stavu formou pozvánek na preventivní prohlídky a vyšetření, ale i psychologická podpora a motivace pacientů ke zlepšení životního stylu a změně škodlivých návyků (Minibergerová a Dušek, 2006).

1.1.4 Demence

Demence je jedna z chronických neurodegenerativních chorob. Jde o syndrom, jehož příčinou je onemocnění mozku. Tento pojem je nejčastěji spojován s Alzheimerovou demencí, ale existuje i další její druhy (Kabelka, 2022 Bookport). Syndrom demence se rozděluje podle Mezinárodní klasifikace nemocí, známé jako MKN-10. Dle MKN-10 ho řadíme k organickým duševním poruchám a rozlišujeme primární (Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence), sekundární (vaskulární, která je způsobena mozkovým infarktem; metabolickou, toxickou, při Parkinsonově chorobě atd.) a smíšenou (Fertaľová, 2020). Všechny její formy se shodují v tom, že dochází ke zhoršení kognitivních funkcí jedince – paměti, myšlení, učení, intelektu, orientace (Kabelka, 2022). Především difuzní změny v mozkové kůře mají vliv na paměť. A pak se postupně ustoupí moc k logickému uvažování, soudnosti a výkonné funkce. Časem dojde i k nekognitivním projevům, např. emočním poruchám. Není však přítomna kvalitativní změna vědomí. Syndrom vede k postupné ztrátě i sociálních funkcí seniora, obzvláště soběstačnosti, činnosti, sociálního kontaktu s rodinou a známými (Fertaľová, 2020). Behaviorální symptomy demence se rozdělují na neagresivní a agresivní. Příkladem neagresivních změn chování jsou opakování slov nebo otázek v rozhovoru, bloudění nebo únik z domova, aktivní sběratelství jakýchkoliv věcí. Agresivní se projevují jako křik, nadávky, rozhodné odmítání splnění úkolů a pokynů od ostatních

osob (např. příjem stravy, oblékání, hygiena) a vybíjení si hněvu na věcech (Rusina a kol., 2019). Důležité je upozornit, že daná onemocnění nejsou vyléčitelná a největším rizikovým faktorem je pro ně věk. Včasná diagnostika a terapie můžou ale pomoci ve zpomalení jejího rozvoje (Šáteková, 2021).

Alzheimerova demence je nejčastější formou demence, proto se jí bude věnovat část výzkumu dané práce.

Diagnostikování syndromu demence je možné na základě komplexního neuropsychologického vyšetření. Existuje typologie základních postižení při demenci dle Vostrého (2018), jež jsou pojmenována A-B-C-D, kde A je postižení aktivit denního režimu, B – psychologické a behaviorální změny, C – změny kognitivních funkcí a D – deprese. Kromě toho se provádí CT, MR, EEG a různá laboratorní vyšetření včetně odběru mozkomíšního moku (Šáteková, 2021).

Terapie směřuje ke zpomalení prohlubování demence a projevů nežádoucích symptomů. Kvůli tomu, že syndrom demence je nevyléčitelnou chorobou, terapie je chápána jako paliativní a všechny její intervence včetně plánu péče o takového jedince jsou směřované spíše na maximálně možné zlepšení jeho života než na úplné uzdravení (kto-to, kogda-to). Farmaterapie u Alzheimerovy demence preferuje inhibitory acetylcholinesterázy, jež funguje dle stadia onemocnění individuálně. Např. v pozdních fázích brzdí neuropsychiatrické projevy AD, ale v časných epizodách ovlivňuje kognitivní funkce (Rusina a kol., 2020). Nefarmakologické způsoby léčby popsala Fertaľová (2020) jako smysluplné zpracovávání denních aktivit seniora, vhodné použití volného času a zlepšení některých kognitivních funkcí (např. komunikace). Upozorňuje na důležitost individuálního, holistického, multidisciplinárního přístupu k osobám trpícím demencí. To se týká jak chování k pacientovi, tak i výběru vhodných aktivit. Kognitivní aktivizace dle Zrubákové (2019) představuje princip činnosti, s níž senior nejen příjemně tráví čas, ale má i možnost udržet v dostatečně dobré kondici svoji paměť, řeč atd. Příkladem takové aktivizace je práce s biografii nebo životním příběhem jedince nebo skupinové volnočasové aktivity pro zlepšení socializace a vyhnutí se sociální izolaci.

Péče o seniora s demencí je mnohostranná a vyžaduje od osob, které ji poskytují, trpělivost, zájem a velký rozsah znalostí. Není to práce pro každého a nutí budoucí sestru nebo jiného člena multidisciplinárního týmu k dostatečné přípravě (kto-to, kogda-to). Kabelka (2018) ve svojí knize o péči o seniory s demencí používá klasifikaci P-PA-IA,

kteřá byla publikována Českou alzheimerovskou společností. P znamená podpora, pomoc ve smyslu vytvoření vhodného prostředí pro péči, PA – programované aktivity pro osoby s demencí a AI – individualizované aktivity/asistence. Daná metoda by mohla mít vyhovující výsledek péče.

1.1.5 Senior z pohledu společnosti

Otázka postavení společnosti k seniorům vychází z předešlé podkapitoly teoretické části. Týká se sociálního stárnutí, ale z jiného úhlu pohledu. Názor společnosti je nejčastěji plný mýtů a stereotypů. Ale největším problémem mezi vztahy seniorů a společnosti je ageismus, z něhož vychází většina stigmatizujících faktů o jedincích seniorského věku.

Výzkum v oblasti reakcí společnosti na stáří zpracovali v roce 2003 Vidovičová a Rabušic a později v roce 2012 organizace Eurobarometr 378 Active Ageing. V roce 2003 se během kvantitativního výzkumu ukázalo, že 72 % dotazovaných má negativní postoj jak ke stáří, tak i ke stárnutí populace celkem, 24 % bylo neutrálních a pouze necelých 5 % vyjádřilo pozitivní názor na stárnutí populace a stáří. V roce 2012 organizace Active Ageing odhalila, že 71 % Informentů v následujících 20 letech očekává nárůst podílu seniorů, 17 % má názor, že se počet lidí staršího věku nezmění, ale 8 % myslí na úpadek seniorské společnosti. Důležité je upozornit, že ve skupině EU15 (státy, které tvořily Evropskou unii před jejím rozšířením v letech 2004–2007) bylo zaznamenáno vyšší očekávání nárůstu seniorské skupiny než v NMS12 (12 států připojených k EU po roce 2007; k této skupině patří i Česká republika). Celkový podíl Informentů očekávajících rozšíření seniorské skupiny z EU15 je 77 %, ale z NMS12 – 47 % (Vidovičová, 2014).

Na začátku podkapitoly byl použit pojem ageismus, který si nyní zaslouží vysvětlení. Ageismus znamená diskriminaci na základě věku, ale není problémem jen seniorů, projevy ageismu od starší generace mohou trpět také děti či mládež. To je vzájemný jev mezi různými věkovými skupinami. Negativní předsudky nebo stereotypy mohou vést k odmítnutí provedení medicínského výkonu (nikoliv na základě odborných, úhradových či kapacitních důvodů). Příkladem může být korekce zraku laserem v oftalmologii, kterou je odmítána u zájemců po dosažení věku 45 let), frailtizmus (diskriminace na základě křehkosti u seniorů/jedinců) – další příznak ageismu uplatněného ve společenském vědomí (Čevela et al., 2012). Jak se může ageismus zmírnit? První a nejdůležitější krok je pozorovat a přerušovat jakékoliv projevy ageismu v osobních postojích a ve svém okolí. Není to jednoduché, protože si lidé často ani neuvědomují, že jejich názory

a myšlenky obsahují diskriminační znaky (Tošnerová, 2002). Aktivní stáří může být vhodnou prevencí ageismu, protože zboří stereotypy o stárnutí na vlastním příkladu. Nejtěžší je prakticky ztělesnit daný příklad, protože při odchodu do důchodu jedinec často neví, co má dělat se nabytým volným časem. Hledat hobby, vyzkoušet svoji sílu ve sportu, pořídit si mazlíčka – toto všechno bude užitečné nejen při boji s ageismem, ale i ke zlepšení života seniora (Haškovcová, 2010). Další postup má vycházet od různých sociálních organizací, podporujících seniory, jako jsou „Senioři České republiky“, „Jednota důchodcov na Slovensku“, „Život 90“, „Krása pomoci“ atd. Uvedené organizace mohou nabídnout kurzy, akce pro seniory, pořádají různé společenské akce proti diskriminaci na základě věku nebo pro pomoc lidem v tísní, poskytují pomoc samy a spolupracují s rozličnými fondy.

1.2 Bolest

1.2.1 Definice a charakteristika bolesti

Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (Sofaer, 1997).

Empatie vůči pacientům byla zařazena do vzdělávání zdravotnického personálu poměrně nedávno, pacienti se ještě stále setkávají s následky „staré školy“ a pozorují mentorské chování zdravotníků, podceňování vážnosti subjektivních symptomů a neetické komentáře k rozhodnutím, postupům atd. Často se stává, že při různých zákrocích klientům řeknou, že nejsou pravdivé žaloby nebo že nemocný je „hypocondrický“, někdy dokonce odmítnou poskytnout pomoc při bolestivém syndromu. Každý alespoň jednou v životě slyšel: „Vás to nemůže bolet,“ přestože jedinec skutečně trpí (Sofajer, 1997).

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením nebo je popisována ve smyslu takového poškození“ (Mezinárodní asociace pro studium bolesti, Podvýbor pro taxonomii, 1979).

Akutní bolest – intenzivně informuje organismus o poškození tkáně, které bylo vyvoláno úrazem nebo nějakou chorobou. Výhody diagnostiky akutní bolesti jsou v její snadné lokalizaci a v reakci organismu, jenž má svoje vlastní projevy, podobné reakci na stres. Léčba akutní bolesti je zaměřená na to, co ji vyvolalo. Akutní bolest může trvat od několika dní do týdnů (Ševčík et al., 1994).

Chronická bolest – je bolest, která není způsobená život ohrožujícím onemocněním a trvá déle než 6 měsíců. Příčinou daného symptomu může být nejenom poškození tkáně, ale např. psychické poruchy. Občas můžeme za chronickou považovat bolest, překračující obvyklou dobu pro dané onemocnění. Kromě toho musíme rozlišit chronickou nenádorovou a nádorovou bolest (Lippincott, 2003). U pacientů seniorského věku jsou nejčastější příčiny chronické bolesti: onkologie, bolest po CMP, pooperační nebo posttraumatická bolest, diabetická periferní neuropatie, osteoartróza, ISCH DK, postherpetická neuralgie atd. (Schwan et al., 2019).

Můžeme ještě rozdělit bolest podle původu: nocicepční (vnímavou na periférii těla), neuropatickou (vzniká mimo receptory, ale v průběhu nervu, příčinou, které dysfunkce NS), psychogenní (vzniká v limbickém centrálním nervovém systému a mozkové kůře) (Rokyta, 2012).

Podle charakteru rozdělíme bolest na: tupou, řezavou, pálivou, bodavou, vystřelující atd.

Bolest se dá rozdělit na několik druhů: kolikovitá (prudká, narůstající bolest, způsobená spazmy hladkých svalů), fantomová (reakce NS po amputaci, když pacient cítí bolest v místě chybějící končetiny), ischemická (bolest vyvolaná nedokrvenou tkání a následnou hypoxií), zánětlivá (je vyvolována zánětem v tkáni, doprovázená šubáním v postižené oblasti) atd. (Kapounová, 2007)

1.2.2 Anatomie a fyziologie bolesti

Základem pro výzkum nocicepční bolesti je neurologie, protože vzniká na základě dráždění nociceptorů nebo nocisensorů, primárních aferentních neuronů se specifickým nervovým zakončením, pomocí kterých organismus odliší neškodlivý podnět od potenciálně škodlivého. Daná informace dojde do CNS a zpracuje jako odpověď reakci organismu na dráždivý podnět (Rokyta, 2012).

Nociceptory se dělí na 3 typy: primární – sodíkové a draslíkové kanály, volná nervová zakončení se ztluštěním na konci a receptory pro rozeznání bolesti; polymodální – pro vnímání tepla a chladu, mechanického dráždění, které při nadměrné intenzitě odpovídají pocitem bolesti; a vysokoprahové mechanizátory – vnímání mechanických podnětů. Dle intenzity vlivu na nociceptor může se také objevit pocit bolesti (Vaňasek, 2014).

Dráha bolesti – neurologická cesta přenosu impulsu od nociceptoru přes CNS a odvetné reakce do přiměřeného orgánu. Má několik fází: transdukce, transmise, percepce a modulace (Pražský, 2012).

Transdukce anebo stimulace receptoru je umožněná přímým a nepřímým způsobem. Přímý – je poškození receptorové buňky. Nepřímý – pomocí uvolněných chemických látek, například aminokyselinou bradykininem. Ta vyvolává silnou vazodilataci, zvýší se permeabilita kapilár, která provokuje kontrakce hladkého svalstva a stimuluje receptory bolesti. Poté impuls startuje z periferie do spinální míchy. Transmise, tzn. bolestivý impuls prochází z periferního nervového vlákna do míchy. Cesta impulsu je přeložená z periferního neuronu na neuron druhého řádu, prodlouženou míchu a thalamus a dál mozkové kůry pomoci neurotransmiterů (Při percepci jde impuls do mozkového kmene, thalamu a kůry). V dané fázi si pacient uvědomí bolest. Modulace probíhá tak, že neurotransmitery (serotonin a norepinefrin) stimuluji dopravu signálu z mozkového kmene zpátky do spinální míchy. Signál opačně opakuje cestu impulsu z míchy do periferie, čímž dojde k motorické reakci. Kromě toho se zúčastní i hypothalamus, tzv. hypothalamický pacemaker, který řídí serotonin. Hypothalamický pacemaker má vliv na časovou závislost a rytmicitu bolestí. Tak probíhá modulace bolesti (Pražský, 2012).

Psychogenní bolest duševního původu. Psychosomatická bolest se liší od předstírání tím, že pacient ji doopravdy prožívá a cítí. Příčinou podobného bolestivého syndromu je psychická porucha, která má v důsledku vliv na somatický stav. Nejtěžší projev je při schizofrenii, představuje duševní utrpení pacienta, jež je v mnohém větší než fyzické (Rokyta, 2017).

Neuropatická bolest. Jedná se o poškození periferních a centrálních nervových vláken a neuronů, kvůli nimž se objeví daný typ bolesti. Je jedním z obtížně léčitelných bolestivých stavů. Neuropatie je nejčastěji následkem nebo komplikací jiné choroby, například DM. Výskyt v dnešní evropské populaci je cca 7–8 %, ale je důležité upozornit, že s věkem riziko vzniku neuropatie narůstá (Hakl a Haklová, 2016).

1.2.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Především musíme upozornit, že v celé medicíně je nezbytný psychologický faktor v léčbě čehokoliv, ať už je to bolest somatická, nebo psychické onemocnění. Existující vztah mezi tělem a psychikou může jedince, jak zachránit, tak zabít. Často zdravotníci pozorují, když se nemocný vzdá a organismus reaguje zhoršením stavu, nebo naopak u správně naladěného jedince dokáže zvítězit nemoc.

Práh bolesti – je individuální hranice pocitu stejné intenzity bolesti pro každého jedince. Někdo má pocit, že umírá bolestí, ale druhý při stejném výkonu nevyjadřuje jakoukoliv nespokojenost. V dnešní době neexistuje výzkum, který by jistě sdělil souvislost mezi prahem bolesti a osobností člověka. Existuje předpoklad, že extroverti mají vyšší práh bolesti než introverti, víc o prožívání bolesti mluví (Doengens, 2001).

1.2.4 Odběr anamnézy u pacienta s bolestí

Bolest dle mezinárodní taxonomie NANDA je ošetrovatelskou diagnózou a je zaznamenána v podkapitole 12 „Komfort“ jako: diagnózy č. 00132 Akutní bolest a č. 00133 Chronická bolest.

Při odběru anamnézy u pacienta s bolestí je pro sestru důležitý teprve její vlastní zájem, protože se jedná o subjektivní symptom a dostatečné vyptávání se klienta zvýší šance na efektivní diagnostiku a léčbu. Získání nejvyššího množství informací je primárním cílem v dané metodě diagnostiky. Můžeme se dozvědět o typu, intenzitě, lokalizaci bolesti a o tom, jak ovlivní skutečný stav a život pacienta. Vzhledem k individualitě problému je potřeba při odběru anamnézy postupovat na základě jednotlivých schéma, používat dotazníky, různé škály atd. (Rokyta, 2012).

Křivohlavý (1992) formuloval některé z vhodných dotazů ke sběru anamnézy bolesti, které rozdělují celé spektrum informací na jednotlivé oblasti: lokalizace, kvalita, intenzita, časový faktor a ostatní faktory ovlivňující bolest.

Ale pro vhodnou diagnostiku syndromu bolesti je důležité dávat pozor ještě na vlastní posouzení pacienta v porovnání s vlastními pocity (např. ostrá, vystřelující bolest), v pozorování souvislostí změny symptomu se svojí činností a ve zhodnocení chronické medikace, kterou užívá (Rokyta, 2012).

1.2.5 Metody hodnocení bolesti

Hodnocení a zaznamenání bolesti pacienta je důležité v průběhu celé léčby, díky nim se dozvíme nejen o stavu pacienta, ale i o efektu provedených intervencí (Tóthová, Hellerová, 2021).

Existují různé škály pomáhající v měření bolesti, z nichž k nejčastěji používaným patří: VAS (vizuální analogová škála), NRS (numerická škála), barevná analogová škála, obličejová škála. Kromě daných metodik hodnocení bolesti v praxi můžeme využít dotazník MPQ (McGill Pain Questionnaire) nebo SF-MPQ (Short Form McGill Pain Questionnaire), který je zkrácenou verzí MPQ; mapu bolesti, dotazník verbálního hodnocení bolesti a deník bolesti a její léčby (Pokorná, 2013).

1.2.6 Terapie bolesti

O vhodném postupu léčby bolesti si rozhoduje lékař na základě typu, lokalizace, intenzitě a projevů bolesti. Například pokud jde o bolest chronickou, metoda léčení musí být komplexní. Má obsahovat farmakologické intervence, léčebno-fyzickou rehabilitace a jako doplněk psychoterapii nebo práci s psychologem. V daném problému je nejdůležitější přerušení cyklu bolesti (Schwan et al., 2019).

Jedna z prvních metod léčby je farmakoterapie, konkrétně u akutní bolesti. Pro jednotlivé chorobné stavy jsou používány různé formy a skupiny léčiv. Před předpisem jakékoliv terapie lékař postupuje dle třístupňového analgetického žebříčku WHO. Na začátku byl určen jenom pro léčbu nádorové bolesti, ale kvůli jednoduchému použití je v dnešní době využíván i při jiných druzích bolestí. V žebříčku je rozdělení na tři stupnice dle intenzity bolesti a skupiny léčivého přípravku: 1. stupeň – mírná bolest (VAS 0–4) a neopioidní analgetikum, 2. stupeň – středně silná bolest (VAS 4–7) a proti ní slabý opioid +/- neopioidní analgetikum, 3. stupeň – silná bolest (VAS 7–10) a silné opioidy +/- neopioidní analgetikum. Důležitým upozorněním bude použití žebříčku dle akutní a chronické bolesti. Při bolesti akutní lékař postupuje dle stupnice shora-dolů „step down“, ale při chronické zdola-nahoru „step up“ (Hakl a Ševčík, 2009).

1. stupeň – neopioidní analgetika. Nejčastějšími využívanými neopioidními analgetiky jsou: analgetika-antipyretika (paracetamol, metamizol), COX 2 neselektivní NSA (ibuprofen, diklofenak, naproxen, indometach), COX 2 preferenční NSA (nimesulid,

meloxicam) COX 2 selektivní NSA (celecoxib, etorikoxib, parekoxib) (Doležal et al., 2010).

2. stupeň – slabé opioidy. K řadě slabých opioidů se řadí kodein, dihydrokodein (DHS Continus), tramadol (Tramal). Co se týká kombinace opiátů a nopioidních analgetik, existuje kombinace kodein + paracetamol (např. Korylan, Ultracod, Talvosilen), nebo tramadol + paracetamol (např. Zaldiar, Doreta) (Nosková, 2010).

3. stupeň – silné opiáty. K silným opiátům patří morfin (vodní roztoky, tablety, sirupy, injekce), fentanyl (náplasti Durogesic, Fentalis, Matrifen, Dolforin), buprenorfin (náplasti Transtec, Buprenorfin), oxycodon (tablety Oxycontin, Oxycodon, Dolcodon), hydromorfon (tablety Palladone, Journista), tapentadol (tablety Palexia) (Sláma a kol., 2022).

Musíme upozornit na placebo efekt. Placebo (lat. výraz „placebo Domino in regione vivorum“ – budu se líbit) představuje léčivo bez obsahu farmakologicky účinné látky, ale je upraven úplně stejně jako skutečný medikament (Heřt a kol, 1997). Zpočátku se tak jmenovali ve Francii lidé, kteří předstírali na pohřbech, že jsou rodinní příslušníci, aby se zadarmo najedli a napili. V moderní medicíně přiřadil podobný pojem Henry K. Beecher jedné skupině léčiv ve výzkumu kurativních praktik bez pomoci pravé farmakologie. Napsal několik důležitých knih o výzkumu v oblasti placebo jako „The Powerful Placebo“ a „Surgery as placebo“, kde popsal mechanismus účinku placebo a vytvořil schéma shrnující jeho experimenty s podáním chirurgickým pacientům s pooperační torakální bolestí analgetik a placebo otevřeným, resp. maskovaným způsobem. Dané schéma je důležité pro pochopení principu léčby bolesti, protože nám jasně popisuje, že v terapii bolesti existuje nejen farmakologická strana, ale i psychologická (Höschl, Rokyta, 2015). Psychologický účinek je závislý na očekávání nemocného od podaných analgetik, kvůli tomu nemůže být metoda použitelná u pacienta v bezvědomí. Pokud pacient věří, že mu to pomůže, tělo reaguje negací bolesti nebo zlepšením celkového stavu. Při opačné náladě efekt se sníží nebo úplně zmizí.

Psychoterapie je současnou nefarmakologickou metodou léčby, která pomáhá pacientům zvládnout komplikace chronické bolesti, poruchy spánku, poruchy nálady atd. Psycholog také během povídání s klientem odhalí symptomy psychogenní bolesti nebo další diagnózu, která ji způsobuje. Nejčastějším postupem psychoterapie je kognitivně-behaviorální terapii nebo CBT, v současné době je CBT psychologickou léčbou první

linie chronické bolesti (Dale a Stacey, 2015). V léčbě pomocí CBT se využívají dva základní přístupy: kognitivní restrukturalizace a zvládání bolesti a stresu pomocí nácviku speciálních postupů. Souhrn technik CBT je velmi široký a obsahuje takové způsoby, jako stupňování tělesné aktivity, relaxace pomocí např. muziko- nebo arteterapie, provádění sebereflexe/ biofeedbacku atd. (Rokyta, 2012).

Rehabilitace je vhodná jak na zmírnění bolesti, tak i na zlepšení celkového fyzického stavu jedince. To mohou být rehabilitační cvičení, pravidelný kurz jógy, dechová cvičení atd. Má pozitivní vliv na psychiku pacienta, na jeho fyzickou pohyblivost (Dale a Stacey, 2015).

1.2.7 Problematika léčby bolesti ve stáří

Geriatrický pacient trpící bolestí může na ni reagovat jinak než jedinec středního nebo mladšího věku. „Neadekvátní reakce“ na akutní bolest může být vyjádřena agresivním chováním, neklidem nebo nespecifickými symptomy – nechutenstvím a slabostí. Jsou změny i při zvládání bolesti – starší generace ji mnohem hůře snáší. Příkladem jsou pacienti na chirurgických odděleních, kde je nízká pooperační renovace pacientů geriatrického věku a je vyšší riziko komplikací.

Chronická bolest u seniorů je vnímaná společností a samotným jedincem jako něco, co souvisí se stárnutím, kvůli čemu 45–50 % pacientů užívá analgetika, zatímco 25 % nedostává žádnou léčbu, i když 2/3 obyvatel sociálních zařízení hodnotí svoji bolest jako nesnesitelnou. To je příčinou zvýšeného výskytu psychologických problémů až onemocnění v oblasti psychiatrie, kardiologie atd. (Němčiková, 2003).

Častou příčinou nesnadné diagnostiky v geriatricii je zvýšené riziko komorbidity. Komorbidita je pojem označující současný výskyt více nemocí u jednoho jedince. Příkladem může být kombinace somatických a psychologických/psychických potíží: bolestivý syndrom a syndrom demence, která je součástí Alzheimerovy choroby (Šáteková, 2021). Zvěřová (2017) uvádí, že demence je nejčastější z psychických poruch u pacientů ve vyšším věku a hlavním faktorem, který vede k invaliditě seniorů a jejich závislosti na okolí. Daná organická duševní nemoc vzniká na základě postižení mozku, a to buď makroskopického nebo mikroskopického. Demence se projevuje snížením kognitivních, poznávacích, exekutivních a výkonných funkcí ve srovnání s původní kapacitou. Pokračuje pak projevem behaviorálních a psychologických příznaků –

poruchy chování, emotivita, cyklus spánku a ztrátu soběstačnosti (Vostrý, 2021 Bookport). Kvůli tomu, že demence představuje komplexní postižení, existuje tzv. ABC demence: A – Activities of daily living, B – behavior, C – cognition. A – Denní aktivity jedince. Na začátku demence ovlivňuje složité profesní aktivity, ale v progresi dochází k postižení bazálních aktivit jako sebepečce, oblékání, osobní hygiena, vaření, samostatné stravování atd. B – psychologické a behaviorální změny. U 70–90 % pacientů se projevují poruchy emotivity, chování, spánku apod. C – kognitivní symptomy demence. Zhoršení paměti, vnímání, pozornosti a snížení intelektu, motivace (Pokorná, 2013).

Vzhledem k výše uvedeným informacím je možné rozlišit hlavní problémy při léčbě bolesti u seniorů a péče o něj ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Diagnostika subjektivního, individuálního symptomu bolesti u geriatrického pacienta vyžaduje od zdravotníka nejen zájem, aktivní zapojení do léčebného procesu, ale také kreativní myšlení, aby bylo dosaženo nejjednodušší cestou správného postupu diagnostiky, léčby a zlepšení života jedince. Metody hodnocení a měření bolesti jsou širší než u klienta středního věku: fyziologické, biochemické a psychologické nebo kombinace několika metod (Pokorná, 2013). Při fyziologické metodě používáme elektromyografii pro měření svalového napětí, elektroencefalograf pro zjištění evokovaných potenciálů a pomocí měření teploty kůže se zjišťují autonomní nervové činnosti (Peatfield, 2018). Biochemická metoda spočívá v měření hladiny pohlavních hormonů, hormonů kůry nadledvin, biochemie plazmy (LDL, HDL, cholesterol, glukóza atd.). Poslední metoda je psychologická a záleží na hodnocení chování nemocného, sebevědomí, emoční reakci na bolest.

1.3 Senior v sociálním systému

1.3.1 Zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

„Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotnických služeb“ (§ 45 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Zákon č. 372/2011 obsahuje informace o podmínkách pro poskytovatele zdravotních služeb v zdravotnických a sociálních zařízeních, povinnostech a právech zdravotníků a pacientů/klientů, o formách zdravotní péče, mlčenlivosti, způsobilosti personálu k výkonu zdravotnického povolání. Kromě toho jsou uvedeny postupy pro zdravotníky při umírání a úmrtí pacienta, péči o zemřelého a sankce v peněžní hodnotě v případě jejich porušování (Hosák, 2015). Svůj záměr poskytování zdravotnických služeb musí sociální zařízení nahlásit příslušnému krajskému úřadu. Dále není potřeba žádných nových opatření, zdravotnická péče může být umožněná, pokud odpovídá standardům vyplývajícím ze zákona č. 372/2011. To by se mělo týkat i kvality, bezpečnosti péče a mlčenlivosti personálu (Tomeš a Šámalová, 2017).

„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (§ 1 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon č. 108/2006 představuje všechny možné druhy sociální péče pro seniory, ze kterých jedinec má možnost si vybrat. Je na výběr mezi ambulantními a terénními službami, případně poradentstvím. Cena úhrady daných služeb je stanovená a regulována zákonem, platí ji sám senior (Suchá et. al., 2019). Část druhá se věnuje informacím o příspěvcích na péči – je to státem zajištěná finanční podpora jedinců závislých na pomoci jiných osob. Jsou popsány podmínky nároků na příspěvek, výše příspěvku, změna, četnost, forma výplat apod. (§ 7–30 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Další z variant sociální pomoci seniorům je domov důchodců. Tam se zajišťuje ubytování, integrace do kolektivu či společnosti, ošetrovatelská péče, uspokojování potřeb, vzdělávání atd. Dle zákona jsou vytvořené podmínky pro vhodné poskytování péče o seniory ze všech oblastí života (Dvořáčková, 2012).

1.3.2 Domovy pro seniory

V dnešní době pro seniory existuje spousta různých zařízení včetně pobytových pro jedince potřebující částečnou nebo celodenní péče. Jedná se o sociální zařízení pobytového typu, která jsou známá jako domovy pro seniory (Burda a Šolcová, 2016). Dané zařízení poskytuje seniorům nejen ubytování, ale pravidelné stravování pod

kontrolou nutriční terapeutky, zdravotní péči, péči o každodenní potřeby klienta, rehabilitaci, socializaci a pomoc v adaptaci v novém prostředí. Práce sestry v podobných zařízeních je velmi náročná širokým spektrem vyžadovaných dovedností a znalostí, zvýšenou zodpovědností kvůli nedostupnosti lékaře oproti nemocnici atd. (Matoušek et al, 2013). Ale i v situaci, že lékař není celodenně v zařízení, sestra při poskytování zdravotnické péče nebo rehabilitace postupuje vždy dle ordinace lékaře a je s ním v kontaktu v případě akutní potřeby (Zrubáková a Krajčík, 2016). Pro úspěšnou a méně obtížnou práci sestry v domově pro seniory je potřeba se zaměřit na její vzdělávání v rámci geriatrie, gerontopsychologie, gerontosociologie a v oblasti práva spojeného s poskytnutím zdravotnické péče v sociálních zařízeních (Malíková, 2020). Důležité je upozornit na obtížné podmínky, ve kterých sestry pracují a které se často stávají příčinou vyhoření (Matoušek et al., 2013). Sestry hrají velkou roli i při adaptaci jedince v novém prostředí včetně hodnocení veškerých rizik s tím spojených, protože odchod člověka do domova pro seniory je obrovskou změnou v jeho životě a vzniká u klienta možnost vzniku stresu, deprese, úzkostí a dalších nežádoucích následků (Haškovcová, 2012).

1.3.3 Ošetřovatelská péče o seniory v DpS

Ošetřovatelská péče o geriatrického pacienta v sociálním zařízení začíná vhodnou komunikací nejen s klientem, ale s jeho rodinou, sociálními pracovníky a ošetřujícím lékařem. Správná spolupráce každého člena daného multidisciplinárního týmu zajišťuje dokonalou péči o potřeby a vhodný denní režim klienta. Edukační dovednosti sestry budou hrát významnou roli při adaptaci klientů v novém prostředí a kolektivu, v nácviu používat potřebné kompenzační pomůcky atd. Kromě toho je sestra spojená s ostatními zdravotnickými zařízeními pro dostatečnou kontrolu a včasnou péči o zdravotní stav seniora. Samozřejmě při práci s geriatrickým pacientem či klientem se nesmí zapomenout na paliativní péči, pomoc při důstojném a klidném umírání atd. (Malíková, 2020).

Především sestra má za úkol se přizpůsobit individuálním požadavkům komunikujících subjektů. Věk je také faktorem při výběr sestry s vhodným přístupem ke klientovi. Pravděpodobnost vzájemného porozumění je závislá na komunikační schopnosti naslouchajícího, ale omezí i další možné konfliktní situace nebo nespolečnosti (Pokorná, 2010). Kromě toho potřebuje vědět, zda pacient má nějaké poruchy vedoucí k nedostatečnému pochopení při komunikaci, například zhoršený sluch. Vhodnou taktikou pro sestru bude mluvit kratšími větami, zpomaleně, hlasitě, s použitím prvků

neverbální komunikace, jako jsou gesta rukou, udržování zrakového kontaktu (Minibergerová a Dušek, 2006). Zajištění komfortního prostředí je dalším důležitým faktorem, na který musí sestra obrátit svou pozornost. Pacient se má cítit dobře, nesmí podléhat stresu. V tom může pomoci spolupráce s rodinou, protože pro někoho rozhovor „teta“ se zdravotnickým personálem je naopak příčinou zhoršení nálady, jiný klient jedná rád z očí do očí. Projev úcty a respektu, obzvláště poznání osobní historie jedince, pomůže správnému směřování dialogu (Malíková, 2020).

Dle Pokorné (2010) existují různé bariéry komunikace se seniory: interní a externí. Interní (vnitřní) bariéry spočívají v jistotě z neúspěchu, fyzické nebo psychické nepohodlí, negativní emoce, psychologická nepřipravenost na cokoli, jako např. na změny prostředí, ztrátu blízkého člověka atd. Důvodem pro dané bariéry jsou zdravotní stav pacienta a schopnosti. Naopak externí bariéry jsou ze zevního prostředí jako hluk, šum a komunikační zahlcení (Pokorná, 2012). Venglářová (2007) ale rozděluje bariéry do tří kategorií: ze strany klienta, zdravotníka a prostředí. Ze strany pacienta to mohou být neochota komunikovat nebo nedůvěra k personálu, ale nejčastěji klienti mluví otevřeně při dostatečné připravenosti zdravotníka k rozhovoru. Příčinou bariér ze strany klienta mohou být témata týkající se intimity, vztahu s rodinou nebo financí. Téma jako umírání je i původem bariér ze strany zdravotníka, který měl předchozí negativní zkušenost nebo má strach obtěžovat klienta podobnými tématy ihned po prvním setkání. Na konci jsou bariéry prostředí vycházející z hluku, šumu, nedostatečných časových podmínek nebo soukromí.

Další část činnosti sestry v domovech pro seniory představuje samotný ošetrovatelský proces, který dle Mikšové et al. (2006) obsahuje pět základních fází: sběr ošetrovatelské anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelského plánu, zhodnocení dosažení cíle a efektu poskytnuté péče.

Sběr ošetrovatelské anamnézy je komplexním procesem, ve kterém sestra komunikuje s pacientem, s jeho rodinou, hodnotí stav, soběstačnost, úroveň bolesti při jejím výskytu pomocí různých tabulek a dotazníků. Každé zařízení si stanovuje postup při odběru anamnézy a hodnocení samo, ale málo se vzájemně liší, protože se jedná o stejnou potřebnou informaci. Při sběru dat je důležité umět odlišovat důležitou, přesnou informaci od zkreslené, skutečnost problému od předpokladů. Komunikační schopnosti sestry by se tady musely nejvíc projevit, protože na této fázi závisí úspěšnost celého

ošetřovatelského procesu (Tóthová et al., 2014). Sestra čerpá informace i ze zdravotnické dokumentace, která je poskytnutá rodinou klienta nebo nemocnice, pokud jde o překlad z oddělení. V dané fázi jde o proces hodnocení bolesti, jak bylo zmíněno dříve, a sběr informací o zdravotním stavu, nynějším onemocnění způsobujícím bolest a léčbě předepsané lékařem. Nejčastěji postupy tišení bolesti, léčebné intervence a rehabilitační doporučení sestra kompletně dostává při nástupu klienta nebo poté od ošetřujícího lékaře. V případě jakýchkoliv změn ve stavu pacienta nebo provedení ošetřovatelské činnosti musí sestra zaznamenat všechno do odpovídající dokumentace (Staňková, 2009). Nejčastěji využívané stupnice a škály při odběru anamnézy jsou: stupnice Nortonové, Barthelův test základních denních činností, Knolla pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, Glasgowská stupnice, VAS škála pro hodnocení bolesti aj. (Mastiliáková, 2004).

Druhá fáze je stanovení ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy pro ošetřovatelský proces v ČR jsou čerpané z mezinárodní taxonomie NANDA. Diagnóza se stanoví z anamnézy, která ukáže na skutečný, nebo potenciální problém klienta, dále nazývaný jako ošetřovatelský problém (Staňková, 2009). Existují i diagnózy „wellness“, jejichž cílem je zlepšení zdraví pacienta. Pokud sestra chce docílit zlepšení kvality života a zdraví pacienta na úroveň určité oblasti, může využít daný typ diagnóz pro odpovídající ošetřovatelský plán (Tóthová et al., 2014).

Plánování je třetí fáze. Sestra stanoví cíle, výsledná kritéria a intervence, kterých potřebuje dosáhnout pro zbavení se ošetřovatelského problému. V průběhu plánování vytvoří sestra písemný plán ošetřovatelské péče a rozhodne o době jeho vyplnění, plán může být připraven na několik hodin až dní. Dle plánu bude zajištěna klientovi individualizovaná a komplexní péče (Tóthová et al., 2014). Očekávané výsledky nesmí být přehnané, ale měly by odpovídat skutečným možnostem klienta a zařízení. Dle plánu vytvořeného sestrou, výsledných kritérií a intervence postupuje nejen ona, ale celý ošetřovatelský tým. Kvalita ošetřovatelského plánu závisí na profesionálních znalostech a praktických zkušenostech sestry, spolupráci pacienta a jeho rodiny a možných dostupných prostředcích (Staňková, 2009).

Při čtvrté fázi realizace se uskuteční intervence sestavené sestrou v ošetřovatelském plánu ve stanovený čas. Zde je nejdůležitější spolupráce pacienta a pečujícího týmu pro dosažení nejlepšího výsledku. Dle diagnózy jsou vedené různé záznamy péče, například

bilance, polohovací záznam, tabulka bolesti dle VAS škály atd. Při práci s klientem by ho měl personál podporovat verbálně i neverbálně, projevovat zájem o jeho stav a pocity. Rodina by také mohla pomoci při dosahování cíle a mohla by se zúčastnit některých intervencí (Staňková, 2009).

Poslední etapa ošetrovatelského procesu je hodnocení provedených intervencí pomocí výsledných kritérií stanovených sestrou během plánování. V průběhu dané fáze sestra posuzuje, zda cíle jejího ošetrovatelského plánu byly splněny, nebo zda plán potřebuje korekce, změnu atd. Zabývá se tím, zda došlo ke zlepšení, stabilizování, nebo naopak zhoršení zdravotního stavu klienta (Tóthová et al., 2014). Pozitivní hodnocení vykonané práce může být formou psychologické podpory pro pacienta a motivací pro další spolupráci. Zúčastnit se procesu hodnocení má nejen sestra, ale i sám pacient (Staňková, 2009). Není možné ukončit ošetrovatelský proces, dokud není odstraněn problém pacienta (Tóthová et al., 2014).

Činnost sestry není omezena jenom na činnosti uvedené výše, ale pokračuje při předepsané chronické léčbě. Má být připravena nejen poskytnout potřebnou pomoc, ale i prostě vyslechnout klienta, projevit zájem o jeho názor a život v sociálním zařízení. Podobný přístup by mohl zlepšit náladu, duševní pohodu pacienta i jeho celkový stav.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat možnosti hodnocení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester.

Cíl 2: Zmapovat možnosti tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest v domovech pro seniory?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest klientů s neschopností verbálního projevu?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem všeobecné sestry tiší bolest klientů?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro praktickou část dané bakalářské práce byla využita strategie kvalitativní, formou polostrukturovaného rozhovoru. V rámci výzkumu byli prováděny rozhovory se sestrami pracujícími ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje. Rozhovory byly vedeny se všeobecnými sestrami, které pracují na různých stanicích se standardním či zvláštním režimem. Realizace výzkumu proběhla na základě schválení žádostí s vrchními sestrami třech příslušných domovů pro seniory a souhlasem s informátorkami. Všechny informanti jsou informované o anonymitě v průběhu celého výzkumu. Dle souhlasu s informanty rozhovory zaznamenány na diktafon, ale 3 ze zvolených 10 pracovišť odmítli takovou metodu a místo toho bylo použito zápis rozhovoru do Microsoft Wordu. Struktura rozhovoru byla vypracována ve spolupráci s vedoucí bakalářské práce a obsahovala 17 zásadních a 3 úvodní otázky. (Příloha č. 1) Úvodní otázky pro efektivnější sbírání dat byli nechány až naposledy, od začátku jsme se věnovali hlavním otázkám. V počátku se rozhovor zaměřil na diagnostiku a hodnocení bolesti: její příčiny, diagnózy, verbální a neverbální projevy, četnost hodnocení bolesti na oddělení atd. Poté jsme přišli na problematiku hodnocení bolesti u klientů se schopnosti a neschopnosti k verbálnímu projevu (např. s demencí). Dál byli dotazováni postupy tišení bolesti: farmakologické a nefarmakologické. A na konci rozhovoru šlo o práci s multidisciplinárním týmem. Otázky byly strukturovány tak, aby nedošlo k jednoznačné odpovědi. Získané informace poté byly doslovně zadané do Microsoft Word, přes který s nimi bylo pracováno. Pro zpracovávání dat byla využita metoda otevřeného kódování a techniky „tužka-papír“. (Švaříček a Šedřová, 2014) Poté výsledky byly rozděleny na jednotlivé kategorie a podkategorie, ale respondentky byly označeny jako S1-S10. Sběr dat proběh v únoru roku 2023.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 10 sestrami z 3 vybraných domovů pro seniory, po 3–4 z každého. Z důvodu zachování anonymity dotazované informantky v dané práci byli označeny jak S1-S10 a nejsou prohlášeny názvy sociálních zařízení. Časový rozsah každého rozhovoru byl 30-60 minut. Rozhovoru se zúčastnily všeobecné a staniční sestry.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Charakteristika probandů

Tab. 1 Charakteristika probandů

Sestra	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe v daném domově pro seniory	Věk	Status na oddělení
S1	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	17 let	56	Sestra na oddělení
S2	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	1 rok	40	Staniční sestra
S3	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	2 roky	38	Sestra na oddělení
S4	Všeobecná sestra – vysoká škola	31 rok	57	Staniční sestra
S5	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	19 let	60	Staniční sestra
S6	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	4 roky	50	Sestra na oddělení
S7	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	2 roky	53	Staniční sestra
S8	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	6 let	37	Staniční sestra
S9	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	4 roky	57	Staniční sestra
S10	Všeobecná sestra – střední zdravotnická škola	17 let	48	Sestra na oddělení

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro lepší a jednodušší zpracovávání dat byla vytvořena Tabulka č. 1, v níž jsou popsána úvodní data všech probandů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Obsahuje data o nejvyšším dosaženém vzdělání, délce praxe v příslušném domově pro seniory, pracovním zařazení na oddělení/stanici a věku sester.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Výsledky rozhovorů byly rozděleny do 4 kategorií, které se člení do 8 podkategorií: obecná a specifická ošetrovatelská péče o seniory s bolestí, metody zvládání bolesti a spolupráce se členy multidisciplinárního týmu.

4.2.1 Kategorie 1 – Obecná ošetrovatelská péče o seniory s bolestí

Kategorie se zaměřuje na úvodní informace týkající se bolesti klientů domovů pro seniory a na úlohu sestry ošetřující seniora s bolestí. Odpovědi sester byly velmi rozmanité na základě vlastních zkušeností a v rámci podmínek oddělení. Ale při zpracovávání se ukázalo, že se informace některých probandů shodují.

Příčiny vzniku bolesti seniorů

Daná podkategorie se zabývá nejčastějšími příčinami vzniku bolesti u seniorů a diagnózami s ní spojenými. Data se liší především na základě toho, jací klienti jsou ubytovaní na vybraném oddělení. A přestože je každý případ individuální, objevila se i opakování některých informací.

Všechny informátorky (S1–S10) se shodly v tom, že nejčastější příčinou bolesti u seniorů je onemocnění pohybového aparátu. S1 uvádí: „*Od 40 let vlastně už si začínají jedinci stěžovat na různé druhy bolesti a klienti domovů pro seniory jsou nejčastěji částečně nebo celkem imobilní a odkázáni na nás (tzn. pracovníky domova). Tak samozřejmě je bolí defacto všechno: nohy, ruce, klouby, páteř. Odvíjí se to od toho, jestli jsou chodící, nebo ne atd.*“ Běžné jsou také klouby, svaly a kosti po starých traumatech atd. V praxi se S2 setkávala např. s artrózou 3. a 4. stupně, S9 – s imobilizačním syndromem a osteoporózou, S10 – koxartrózou s neúčinnou terapií. S2, S4, S5, S6 dodaly, že se často setkávají s bolestí kvůli komplikacím DM, jako jsou diabetická noha, nekrózy a gangrény. Jedná se i o bolesti po amputaci, a to jak reakce na samotnou ránu, tak i projev jiného druhu bolesti – fantomové. S2 popsala případ, se kterým pracovala sama: „*Máme tady klientku po amputaci diabetické nohy, která mívala fantomové bolesti v období použití protézy. Ale časem to přešlo kvůli tomu, že se začala pohybovat na vlastním vozíčku*“.

Dle informací od S3, S4, S5, S7, S8, S9 představují další neméně závažné původce bolesti onkologická onemocnění a terminální stadium, jež mohou být navzájem propojené, nebo se mohou projevat zvlášť. „*My jsme měli onkologickou pacientku, ale paní už umřela a měla právě průlomové bolesti v průběhu onemocnění a vyžadovala při zahájení paliativní péče podání opiátu subkutánně,*“ uvedla S8.

Prvky hodnocení bolesti seniorů

Hodnocení bolesti zahrnuje široký souhrn intervencí, které provádí sestra na oddělení, aby dosáhla kvalitního výsledku a následně vhodné terapie bolesti. Co se týká postupů hodnocení bolesti u seniorů sestrou v domově pro seniory, sestra je povinná provést několik intervencí: zmapovat typ bolesti, zhodnotit nejenom intenzitu, ale i další její oblasti, správně ji zaznamenat a zkontrolovat ordinace lékaře pro poskytnutí pomoci klientovi.

O typu bolesti se všechny informátorky vyjádřily jednoznačně – chronická bolest je nejčastějším typem bolesti u seniorů. Poté ale S2 a S4–S6 doplnily svou odpověď odkazem na předešlou podkategorii. Jedná se o fantomové bolesti, které jsou spojené s amputací. Typ průlomové bolesti spojené s onkologickou diagnózou doplnila S8. S1: „*Akutní bolest se samozřejmě vyskytuje, ale ve výjimečných případech. Nejčastěji to jsou bolesti hlavy na změnu počasí nebo bolesti břicha kvůli zácpě. Všechno z toho se dá vyřešit pomocí analgetik z naší lékárny. Pokud by šlo o akutní problém, který je potřeba urgentně řešit, voláme záchranku.*“ Domovy pro seniory se velmi liší od nemocnic tím, že nedisponují celodenní přítomností lékaře. Kvůli tomu nesou sestry ještě větší zodpovědnost za zdraví klientů a v urgentních případech jsou odkázané na službu RZP. S5: „*Vždy když je to problém, který si nedokážeme vyřešit vlastními silami, zavoláme záchranáře. Samozřejmě jsme v kontaktu s lékařem stanice, ale pokud nemůžeme pomoci my, najdeme toho, kdo bude moct pomoc poskytnout.*“

O četnosti hodnocení bolesti klientů informátorky neodpovídaly jednoznačně. Rozdělily se do několika skupin. První skupina si byli jistá, že není vůbec potřeba systematicky provádět hodnocení bolesti. Postupovaly tak jenom v případě, že se klient sám obrátil pro pomoc na zdravotnický personál stanice, nebo projevil bolest neverbálně. V dané skupině se shodly S1, S2, S6. S6: „*Nejsme v nemocnici, abychom zatěžovaly naše klienty testy, které v danou dobu nepotřebují. Provádíme hodnocení bolesti jen tehdy, když je potřeba.*“ Druhá skupina informantek byla toho názoru, že na každý případ vzniku bolesti jsou

stanovena pravidla, která rozhodují o tom, jak často hodnotit bolest, jaké pomůcky a nástroje k tomu používat atd. Např. S3 popsala: „*Na stanici hodnotíme bolest u klientů v terminálním stadiu po 2 hodinách pro kontrolu účinnosti podaných analgetik. Kromě toho u předepsané léčby bolesti, kde stabilně podáváme analgetika, máme provést záznam o intenzitě bolesti dle VAS škály. To je zhruba po 8 hodinách.*“ S4–S9 vždy provádí hodnocení bolesti před podáním transdermálních opiátů (tzn. formou náplasti), tj. po 72 hodinách. S10 by hodnotila bolest před každým podáním jakýchkoliv analgetik, a to buď na každý den předepsaný novalgin, nebo opiáty jednou za 3 dny. S4–S10 uskutečňují hodnocení bolesti spolu s dalšími testy při příjmu nového klienta sociálního zařízení. S5: „*Musíme už od začátku zjistit veškeré informace o osobě nastupující k nám: o zdravotním stavu, o soběstačnosti atd. Provádíme při nástupu spoustu různých testů a hodnocení bolesti s další konzultací s lékařem je jedním z nich. Někdo už bude mít nastavenou léčbu, někomu ji nastaví náš pan doktor.*“

Na pozorování neverbálních projevů bolesti se sestry znovu shodly. S1–S9 nejčastěji sledovaly zhoršení nálady, nervozitu, nesnášenlivost dotyku od ostatních osob. S7 se zmínila o jiných možných neverbálních projevech: „*Máme tady ležícího pana, který je schopný říct, co ho trápí, ale většinou neverbálně, a to i grimasou v obličeji a bráněním při nějakému polohování.*“ „*...úlevové polohy hledají, když se s nimi (klienti) manipuluje, musí se otáčet, zvedat, krmit; vidíte utrápený výraz v obličeji,*“ odpověděla S8. S10 uvedla, že nemá v současnosti době klienty neschopné se vyjádřit verbálně, takže nedává velký pozor na neverbální projevy bolesti.

Všechny informantky odpověděly, že základní metodou hodnocení bolesti daných domovů pro seniorů je škála VAS, ale existují i další specifické metody, které souvisí se zvyky nebo standardy na oddělení. S2 argumentovala takto: „*Při hodnocení bolesti jde o komunikaci, tak kromě té VAS škály používáme jenom naše znalosti o každém jednotlivém klientovi.*“ Rozdílné postupy při hodnocení bolesti se objevily u S4, S5 a S8. Například S4 a S5 používají obličejové škály bolesti, na pracovišti S8 mají vlastní standard pro hodnocení bolesti, kde je popsáno četnost provedení, potřebné škály a možnost si poznamenat, jak se projevuje bolest klienta. S8: „*Nám to moc vyhovuje tím, že všechno máme na stejném papíře, nemusíme koukat do ostatní dokumentace. Při práci s tím sestřička vypíše nový papír a ostatní kolegové budou moct snáze posoudit změny ve stavu klienta. To ušetří čas a práci.*“

Během hodnocení bolesti sestry pozorují nejenom její intenzitu nebo sílu, ale další oblasti. Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumu, odpověděly, že dávají pozor na lokalizaci, četnost, čas, kdy se bolest objevila, a její typ. S5: *„Čím víc zjistíme informací, tím rychleji pochopíme, co je příčinou bolesti klienta. Něco nemůžeme vyléčit, ale aspoň vyjit v remise, zlepšit stav. To důrazně zvýší kvalitu života klienta.“* S8 dodala: *„Právě v naší tabulce při hodnocení bolesti máme možnost udělat stručný popis. A nápověda nám připomene, na co se ještě zeptat.“* S7: *„Důležitý tady je, co dělal klient, než se ta bolest objevila. Činnost člověka může způsobit vypuknutí bolesti. Např. po pádu, při nesprávném postavení nohou během chůze, naražení na něco loktem atd.“*

Pro zaznamenání bolesti klientů sestry využívají dopředu připravené škály, v nich je vymezené místo pro poznámky a data, která sestra dostane od klienta a jež získá během pozorování. Na každém oddělení mají svůj počítačový systém, do kterého se dublují informace ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Přes daný systém jde spousta informací a práce, kterou jinak nedá udělat. Jde o objednání stravy, komunikace s ostatními členy multidisciplinárního týmu a také zaznamenání bolesti. S1: *„Máme v počítače záznamy bolesti a ty my vyplňujeme, to jsou stejné informace jako v těch deskách, co používáme k hodnocení bolesti. Zapišeme informace i do hlášení pro další službu, ale nemusíme tak dopodrobna. Další kolegyně si budou moct přečíst hlášení, papíry a kouknout do počítače. Samozřejmě i slovně předáváme informace při střídání služby.“* S8: *„Záznamy v počítači nám dovolují rychle najít všechno, co potřebujeme pro další práci s klientem. Ale papírový duplikát vyhovuje, když jsme právě u klienta na pokoji, nebo kdyby došlo k výpadku počítačového systému.“* S3: *„Může se zdát, že děláme zbytečnou práci, když zadáváme informace o klientovi na papír a pak do „Cygnusu“ (vnitřní počítačový systém). Ale duplikát dokumentace lze použít pro pracovníky, kteří smí do dokumentace, ale nemají přístup do počítače.“* Jak ukazuje praxe, potřeba fyzických záznamů přetrvává. Přiznáme, vyplňování doplňkových protokolů ubírá část pracovního času sester, ale výhodu daná činnost rozhodně má.

4.2.2 Kategorie 2 – Specifika ošetrovateľskej péče o seniory s bolesťou a neschopnosťou verbálneho projevu

Klienti domovů pro seniory jsou jedinci s individuálními příběhy, prožitky a potřebami. Někteří potřebují jiný přístup ošetrovateľského a zdravotnického personálu vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Kategorie popisuje specifiku práce všeobecných sester u klientů s neschopností verbálně projevit bolest, kterou trpí. Jsou zmapovány způsoby hodnocení bolesti u daných klientů a porovnání jejich porovnání mezi jednotlivými odděleními, kde bylo provedeno výzkumné šetření.

Diagnózy spojené s neschopností verbálního projevu

Nejčastějšími diagnózami uváděnými všemi informantkami se staly demence, a to buď Alzheimerova, nebo Parkinsonova, a stavy po CMP. Dané diagnózy ovlivňují schopnost projevit se verbálně, ale fungují odlišně. Zatímco syndrom demence má vliv na psychokognitivní funkce, CMP brzdí fyzickou možnost jedince k verbálnímu vyjadřování. Pokud jeden typ diagnóz zhoršuje kvalitu života jedince nemožností vyjádřit svoje potřeby sestřím verbálně, druhý rozhodně komplikuje práci zdravotnického a ošetrovateľského personálu. Nejčastěji se postup pro hodnocení bolesti u pacientů po CMP moc neliší od obecné metody. S10: *„Stav po CMP přerušil naši komunikaci, ale vědomí našich klientů je v pořádku. Naším úkolem je zpracovávat takovou metodu pro každého klienta po CMP, abychom se mohly o ně kvalitně postarat a naučit se chápat, co potřebuje.“* Ale práce s pacienty s demencí vyžaduje individuální přístup a zvláštní postup pro dosažení výsledku, který by se co nejvíce přiblížil k realitě, a nastavení vhodné terapie. Ne každé pracoviště, kde probíhal výzkum, mělo dostatečné metodiky pro hodnocení bolesti u seniorů s demencí. S1, S2, S3, S6 a S10 neměly příliš představu o tom, jak by mohly probíhat vhodné intervence pro zjištění dostatečných informací o syndromu bolesti klienta s neschopností verbálního projevu. S4, S5, S7 a S9 měly vlastní připravené tabulky a popsané postupy, podle nichž sestra postupuje během poskytování pomoci klientovi s bolestí. S8 neměla přesný standard, ale vycházela z vlastní zkušenosti a připravila si něco podobného, jako mají např. na stanici S9.

Specifické metody hodnocení bolesti u seniorů s neschopností verbálního projevu

První skupina informantek, jedná se o S1–S3 a S6 argumentovala tím, že dostatečně dobře znají své klienty, jejich léčbu, zvyky, potřeby a péči o ně. Dle sester jsou dané znalosti dobrým základem pro vhodné hodnocení bolesti a v případě projevu symptomu akutní bolesti se můžou obrátit na lékaře nebo nemocnici. S2 odpověděla: *„Kvůli tomu, že každé 2 hodiny naše klienty polohujeme, tak dotykem zjistíme, pokud se objevila nějaká bolest.“* S1: *„My si vždy všimneme změn nálady nebo chování klienta. A už můžeme posoudit, že klienta něco trápí, a se zeptat ho na to.“* Druhá skupina popsala stručně postup hodnocení bolesti u klienta s neschopností verbálního projevu. Základ je stejný jako u první skupiny odpovědí: Sestry nebo ošetrovatelský personál zjistí projevy bolesti u klienta během polohování. Poté sestra používá tabulku, do které si vyplní záznam o charakteru dýchání, obtížné řeči (občasné nebo hlasité sténání, pláč atd.), výrazu obličeje, potřebě utěšování. Pod každým symptomem je počet bodů, které na závěr hodnocení sestra spočítá a výsledek zanesse do počítačového systému. Dané informace jsou připravené pro práci lékaře, který dál nastaví potřebnou léčbu. S5 poskytovala pro danou bakalářskou práci škálu PAINAD – stupnice pro měření bolesti u klientů s pokročilou demencí, která je k dispozici v přílohách (Příloha č. 5). Kromě výše uvedených bodů obsahuje daná škála i kolonku pro detailní popis typu bolesti a dalších oblastí, které jsou v rámci měření bolesti hodnocené. Pokud se jedná o stavy CMP, může stačit VAS škála samotná, nebo spolu s FPS – face pain scale (obličejová škála). S4 dodala k dané metodě: *„Klient zvládne ukázat prstem číslo dle škály, kterou mu ukáže pracovnice, anebo ukázat prstem přímo do papíru, nebo kývnout, když se sestra bude vyptávat. To všechno záleží na možnostech klienta.“* Pro hodnocení bolesti u seniorů s demencí používá S8 škálu VAS, ale dává pozor na neverbální projevy klienta a reakci na komunikaci a manipulaci s ním. Dle S8: *„Je to vhodnou metodou pro dosažení veškerých informací o stavu klienta, protože ty lidi známe, vidíme je skoro každý den a už máme představu, jak se chovají, v jakých případech. Já a moje kolegyně víme, kdo hůře snáší bolesti, kdo je takový „držák“, který odmítne prášky do chvíle, když už to bude nesnesitelný.“*

4.2.3 Kategorie 3 – Způsoby tišení bolesti seniorů

Pro zlepšení stavu klientů a vhodné tišení bolesti jsou využity různé způsoby z kategorií rozdělených na farmakologické a nefarmakologické. Každá z metod je používána zdravotnickým personálem individuálně dle potřeb a reakce seniorů. Kromě toho se spektrum nabízených metod liší mezi jednotlivými zařízeními.

Farmakologické metody tišení bolesti

Na začátku tématu týkajícího se farmakologických metod bolesti je důležité upozornit, že o provedení léčby bolesti rozhoduje lékař. O spolupráci s lékařem v domovech pro seniory bude pojednáno v poslední, 4. kategorii, která se zabývá spoluprací s multidisciplinárním týmem pracujícím v domovech pro seniory. Lékař může nastavit novou léčbu stejně jako upravit starou nebo ji úplně zrušit. Lékárna v domovech pro seniory je vždy individuálně sestavena dle potřeb klientů a předpisů lékařů daných zařízení. Existují tam ale některé nevýhody, které popsala S3: *„Kvůli tomu, že lékárna není tak zásobena jako v nemocnici, musíme vždy vycházet z receptu lékaře a musíme stihnout lék objednat do určité doby. Může se stát, že před víkendem nám dojde nějaký lék, který si pak musíme půjčovat z jiné stanice. Nebo jsem zažila situace, kdy později odpoledne nám vrátili klienta z hospitalizace a ten měl nastavená antibiotika, ale nedali mu jich potřebné množství pro doléčení u nás. Už bylo pozdě je objednávat na dnešek, tak dcera klienta došla s receptem do veřejné lékárny.“* S1–S10 zmínili, že někteří klienti užívají opiáty ve tvaru náplasti, která se mění pravidelně jednou za 72 hodin, tzn. každé 3 dny. S6: *„Začínáme nejnižší dávkou a dle potřeby to opatrně postupně navýšíme. Tady jde o závislosti k analgetikům, které se snažíme vyhnout co nejvíce.“* Jako slabé opioidní analgetikum se na stanicích používá Tramal s účinnou látkou Tramadol. Mezi silná opioidní analgetika jsou považovány: Fentanyl ve formě náplasti pro subkutánní aplikace a Morphin připravený pro injekční podání. Kromě toho sestry uvedly další léčivé přípravky, které mají na svém oddělení. S8 popisovala klienta, jenž měl předepsaný Nimesil 100 mg, S4, S5, S7 a S9 – zmínily informace o Algifenových kapičkách, Zaldiaru 37,5 mg a Doretě 650 mg. Každá terapie bolesti je sledována lékařem stanice. Způsob podání se liší od analgetických přípravků užívaných klientem. To jsou tablety, náplasti a injekce. S10: *„Injekce jsou poslední volbou. Nejčastěji je využíváme v paliativní péči pro dostatečné a rychlé ztlumení bolesti v terminálním stadiu.“*

Kromě toho se jako farmakologické metody tišení bolesti používají různé masti s analgetickým účinkem. S2, S4, S5, S7, S8, S8 zahrnuly do svých odpovědí použití masti „Ibalgin“ s ibuprofenem a ochlazující emulze. Danou informaci poskytly S1–S4, S9 a S10. S4 to popsala takto: *„Používáme masti samostatně anebo v komplexu s masáží, které provádí naše fyzioterapeutky dle potřeb klientů.“* S2 dodala: *„Je to vždycky příjemný. Pomůže nejenom chladivá mastička, ale i příjemné pocity od masírování, které zrelaxuje ztuhlé svaly. To zbaví bolesti a zlepší náladu klienta.“*

Nefarmakologické metody tišení bolesti

Nefarmakologické metody tišení bolesti můžeme rozdělit na fyzické a duševní. Fyzické metody představují polohování, fyzioterapie, masáže, tejpování, chlazení. Polohování se provádí na všech dotazovaných pracovištích, existuje samostatný záznam, dle kterého postupují sestry a ošetrovatelský personál. Fyzioterapie je další klasickou nefarmakologickou metodou tišení bolesti, o které hovořily všechny informantky. Fyzioterapeutka nebo rehabilitační sestra mohou provádět fyzioterapeutické cvičení skoro pro všechny klienty, a to buď chozením po chodbě s chodítkem nebo rozcvičení a protažení na lůžku. Daná metoda je vhodná nejen pro tišení bolesti, ale pro prevenci kontraktur svalů končetin, dočasné imobilizace klienta atd. O masáže má klient možnost požádat jak místní fyzioterapeutku, tak si může objednat externí masérku, které personál oddělení pomůže v přípravě prostředí. O dané metodě se zmínily S2–S5, S7–S10. O tejpování mluvila jenom S10, ale je důležité upozornit, že danou metodu může poskytnout jenom lékař. Chlazení se také často používá při léčbě bolesti a má velký úspěch, občas ho využívají sami klienti bez pomoci sester.

Na odděleních S8–S10 mají kromě už uvedených metod možnost poskytovat svým klientům magnetoterapie a ultrazvukovou terapii, kterou předepisuje lékař stanice, ale provádí fyzioterapeut. S9: *„To jsou vhodné metody pro léčbu nejen bolesti, ale zlepšení stavu pohybového aparátu klienta. A pokud můžeme aspoň trochu vyřešit základní problém, zvýšíme šance, že bolest se neobjeví nebo v menší intenzitě.“* S10: *„Naši klienti to mají rádi. Vidí na vlastní oči, že probíhá nějaký proces pro tišení bolesti, tak to má větší účinek. Očekávají dobrý výsledek a sami si pomáhají v tom psychosomatické. To není stejné jako polknout prášek.“*

Duševní metody zmírnění bolesti jsou komunikace se seniorem, kterou mohou uskutečnit jak sestra, tak i rodinný příslušník a psychoterapie při práci s psychologem nebo psychoterapeutem. S4 tak odpověděla na danou otázku: „*Komunikace, protože někteří lidi jsou úzkostní. A k tomu každý vnímá tu bolest, někdo mlčí do poslední chvíle, ale druhému fakt stačí promluvit trochu o ty bolesti, aby se mu ulevilo. Můžeme vždycky podat prášek, ale jde i o lidský kontakt, pozornost, naši klienti ji chtějí. Pomáhá i to vysvětlení, protože se cítí jistější, že vy chápete, co se s ním děje a proč se objevila ta bolest.*“ Možnost setkání s psychologem provádí na oddělení S8–S10. Je to externí pracovník s vlastními ordinačními hodinami, během nichž může poskytovat klientům DpS skupinovou terapii se zaměřením na vyřešení jediného obecného problému, nebo individuální posezení. Existuje ještě možnost spirituálních potřeb klientů pomáhajících ke snížení bolesti, např. sobotní mše, návštěvy faráře atd. To je dostupné ve všech domovech pro seniory, kde se výzkum prováděl. S4–S7 mají ve svém zařízení malou kapli ke konání katolických bohoslužeb, ale existuje i možnost klientovi jiné víry na požádání umožnit setkání s představiteli jiných náboženství.

4.2.4 Kategorie 4 – Práce s multidisciplinárním týmem

Multidisciplinární tým je pojem, jímž rozumíme skupinu pracovníků, kde každý hraje vlastní roli pro dosažení společného výsledku. Sestry pracující v sociálních zařízeních pobytového typu každý den spolupracují v podobném týmu s velkým počtem kolegů jiných oborů a pozic. Kromě toho sestry v domovech pro seniory vhodnou formou zapojují do ošetrovatelského procesu i rodinné příslušníky klientů. Spolupráce s nimi je popsána ve vlastní podkapitole.

Spolupráce v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární tým je velmi rozsáhlý pojem. V multidisciplinárním týmu jsou lékař, fyzioterapeutky, rehabilitační sestry, psychologové, rodinní příslušníci a další. Největší její část tvoří zdravotníci.

Každá stanice má jednoho nebo více doktorů, kteří si sami určí ordinační hodiny, ale jsou průběžně v kontaktu se sestrami pomocí e-mailu a telefonu. S4–S10 mají na svých stanicích 2 lékaře, kteří pokrývají celý pracovní týden. S1–S3 mají jenom jednoho doktora, ale ordinační hodiny se liší: jeden dochází 2× za týden, jiný 5× za měsíc. Kvůli tomu nese větší odpovědnost za zdraví klientů sestra. „*Spolupráce s lékařem je velmi*

náročná, protože musí do domova docházet. Máme 2 doktory, ale jedna paní doktorka za nějakou dobu tady chodit nebude. Ale lékař, co zůstane, má svoji ordinaci a chodí jenom 2 dny v týdnu,“ dodala S7. S8: *„Máme na patře 2 lékařky. Jedna chodí pondělí–středa a druhá úterý–čtvrtek. Spolupráce je dobrá, protože alespoň 4 dny v týdnu tady dopoledne někoho máme.“* S2 dodala: *„Náš pan doktor je úžasně hodný, je furt s námi v kontaktu a rychle reaguje na maily. Jsme si jisti, že nezůstaneme sami v případě nějakého problému.“*

Dalšími nezbytnými členy multidisciplinárního týmu jsou fyzioterapeutky a rehabilitační sestry, které jsou na každé stanici, ale v různém počtu. U S8–S10 mají dvě vlastní rehabilitační sestry na oddělení, na stanicích S1–S7 chodí po celých budovách v určitý čas. S1 dodala: *„My s ní konzultujeme ohledně toho, jak s klientem pohybovat, o jeho stavu atd. Protože při příjmu klienta si nejsme jisti, s jakými problémy k nám přijel. Dostáváme informace ohledně vhodného polohování, manipulace s klientem, jak správně a bezpečně pomoci mu při zvedání.“* Před začátkem práce na oddělení komunikuje rehabilitační sestra nebo fyzioterapeutka se sestrami, aby získala potřebné informace o klientech, a po provedení práce zase informace předává. Sestry mají možnost požádat o nové intervence při provedení fyzioterapie nebo o převzetí dalšího klienta, který to vyžaduje. Na druhou stranu dané pracovnice mají přístup k dokumentaci a počítačovému systému domova pro seniory a mohou si dle potřeby zjistit informace o klientech samy. Žádná z dotazovaných informantek si nestěžovala na kvalitu poskytované rehabilitační péče o klienty i s ohledem na malý počet pracovníků v dané oblasti. S7 to popsala takto: *„Oni jsou šikovní. Vždy jsou odkázány na nás a po práci s klientem předávají informace o tom, jak to probíhalo, jak reagoval klient, jaká jsou zhoršení a zlepšení atd. Kvůli pojišťovně musíme každé 3 měsíce dávat klientům pauzu ve fyzioterapii, i když on to fakt potřebuje. Ale naše rehabilitačky nám nabídnou něco, čím by se to mohlo nahradit.“* Další důležitá role rehabilitačních sester a fyzioterapeutek spočívá v tom, že učí zdravotnický a ošetrovatelský personál vhodné metody pro ochranu vlastního pohybového aparátu. Např. to může být postup při zvedání pacienta, aby se vyhnuli zbytečnému namáhání zad. S9: *„Nám moc pomoh ten čas, který jsme strávili s fyzioterapeutkami naší stanice. Ona nám ukázala, v kolika lidech máme zvedat klienta po pádu, jak správně chytit klienta, abychom mu neublížili, protože většina má papírovou kůži, a další. Mohli jsme to vyzkoušet na kolezích a zjistit, jaké pocity mají klienti při manipulaci s nimi.“*

Za psychický stav klientů je zodpovědný psychiatr, který je ve všech zařízeních, jež se zúčastnila výzkumného šetření. Psychiatr dochází dle samostatně nastavených ordinačních hodin pravidelně jednou za měsíc. V případě potřeb klientů může přijít mimořádně a upravit nebo nastavit novou léčbu. Sestry z domova pro seniory mají na něj kontakt, jako mají i na praktického lékaře oddělení, jenž je dostupný v jakoukoliv dobu. Je odpovědný za přípravu receptů na léčiva, která později objednájí sestry stanice přes lékárnou domova pro seniory. S6: *„Paní psychiatřička nás navštěvuje jednou za měsíc. Ona začíná konzultaci s námi: jaký změny u koho z klientů pozorujeme, potom prochází každého klienta, popovídá si s ním, provede testy a na základě výsledku vypisuje léky.“* Psycholog není častým členem multidisciplinárního týmu v domovech pro seniory. Ale na stanicích S8–S10 mají právě v nabídce pro ubytované seniory skupinové či individuální setkání s psychologem. Informace získané během setkání jsou chráněné mlčelivostí, ale sám klient má právo se podělit s personálem stanice o danou informaci. S8: *„Psycholog je vždycky externí pracovník, ale má přístup ke zdravotnické dokumentaci oproti nám, kteří nesmí sahat do informací poskytnutých psychologovi. Ale kvůli tomu, že nás klienti často považují za část svojí rodiny, podělí se s námi o to, jak to probíhalo.“*

Kromě toho S4–S7 sdělily, že na jejich odděleních začala fungovat paliativní sestra, která má na starosti klienty v terminálním stadiu. Je spojena telefonicky a e-mailem se sestrami a lékaři oddělení a dochází dle domluvených hodin poskytovat pomoc jak personálu v péči o klienty v terminálním stadiu, tak i samému klientovi k ulehčení důstojného odchodu. S7: *„Začala tady fungovat paliativní externí sestra, která dochází v případě potřeby. Ona nám moc pomáhá, protože je zaměřena jen na klienty v terminálním stadiu a může poskytnout lepší péči, odlehčit poslední dny, být s nimi a podpořit. Je s nimi skoro do poslední chvíle.“* S6: *„Ona (paliativní sestra) s námi konzultovala model Kübler-Rossové při práci s rodinou umírajícího klienta a o tom, jak s ní správně komunikovat po ztrátě.“*

Za posledního člena multidisciplinárního týmu považují S8–S10 pracovníky ambulance bolesti, kam jejich klienti dojíždí spolu s doprovodem. Mají právo upravovat analgezií seniorů a ovlivňovat změny v terapii bolesti, konzultovat se sestrami z domovů pro seniory otázku tišení bolesti klientů atd. S9: *„My spolupracujeme s ambulancí bolesti a postupujeme dle předepsaných doporučení.“*

Spolupráce s rodinnými příslušníky klientů domovů pro seniory

Spolupráce s rodinnými příslušníky je individuální, protože klient může nemít rodinu a příbuzné. Žádná z informantek nemohla jednoznačně odpovědět na danou otázku. S1 má pozitivní názor na situaci: „*Spolupráce s rodinnými příslušníky je velmi rozdílná, protože existují různé rodiny: ochotné a aktivní, ale i méně. Nejčastěji chtějí spolupracovat, jsou doprovodem pro klienta na různá vyšetření nebo vyzvedne potřebné léky v případě, že recept po návratu z hospitalizace přijde později a ostatní věci. Musím přiznat, že spolupráce ve většině případů je výborná.*“ S7 se naopak setkávala nejčastěji s projevem nezájmu rodin klientů: „*Samozřejmě jsou příbuzní, kteří projevují zájem, např. dcera jednoho z klientů jela s ním do ordinace externího lékaře jako doprovod. Ale je strašně málo spolupracujících rodin, většina neprojevuje zájem o komunikaci s námi a klienty.*“ S10 vyprávěla o tom, že ne vždycky má zájem rodiny dobrý účinek: „*S rodinnými příslušníky je spolupráce. Máme ty, kteří pomáhají jako doprovod klienta nebo v průběhu hospitalizace jsou spojkou mezi námi a klientem, protože nemocnice nám nesmí poskytovat žádné informace. Ale existují takové rodiny, které chtějí snížit počet užívaných léků co nejvíc a jakýmkoliv způsobem. Vyžadují to od nás bez ohledu na to, že klient danou léčbu potřebuje nebo není možnost změnit terapii. To je velký nátlak na sestry a lékaře.*“

5 Diskuse

Daná bakalářská práce se věnuje úlohám sestry v problematice hodnocení a tišení bolesti klientů domovů pro seniory. Hlavní cíle vycházely z tématu práce: zmapovat možnosti hodnocení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester a uvést možnosti tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory. Na základě cíle a metodiky práce byly tvořeny výzkumné otázky: Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest v domovech pro seniory? Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest klientů neschopných verbálního projevu? Jakým způsobem všeobecné sestry tiší bolest klientů? K naplnění cílů byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru, výzkumný vzorek plnily sestry různých domovů pro seniory Jihočeského kraje. Celkem bylo dotazováno 10 všeobecných sester pracujících na různých pozicích na oddělení.

Rozhovory se sestrami zahrnovaly problematiku obecného hodnocení bolesti seniorů a měření bolesti seniorů s neschopností verbálního projevu (tzn. syndrom demence a stavy po CMP), tišení bolesti farmakologickými a nefarmakologickými metodami a práce s multidisciplinárním týmem v rámci dané problematiky. Otázky ohledně práce s multidisciplinárním týmem se týkaly spolupráce sester s jejich kolegy jako lékaři, rehabilitačními sestrami, fyzioterapeutkami, psychology a rodinnými příslušníky klientů domovů pro seniory. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě na stanicích vybraných sociálních zařízení. Každý rozhovor trval cca 30–40 minut, během nichž respondentky odpověděly na 17 otázek s následným doplňováním a doptáváním.

Bolest je náročná v diagnostice, protože je subjektivním symptomem, který je schopen popsat jenom pacient. Dle Sofaera (1997) bolest existuje, jenom když pacient o ní informuje zdravotníka, a je tím, co řekne jenom on sám. Bolest může být vyvolána různými příčinami, projevuje se u každé osoby individuálně a navazují na ni další problémy pro pacienta. Např. bolest omezuje pohyb, snižuje kvalitu života, vyvolává ztrátu soběstačnosti atd. (Schwan et al., 2019). Rokyta (2015) upozorňuje, že společnost vnímá projev bolestivého syndromu u seniorů jako nezbytnou část stárnutí a kvůli tomu často podceňují jejich stížnosti. S ohledem na empatii, kterou se učí budoucí zdravotníci a medicí, zůstává bolest nejvíce podceňovaným symptomem a příčinou utrpení pacientů kvůli nedůvěře ošetřujícího personálu (Sofaer, 1997). Druhým nejvíce podceňným problémem pro zdravotnictví a možná i celou společnost je stárnutí. Ageismus je jevem

všudypřítomným, ale není předmětem zájmu široké společnosti. Jde o diskriminaci osob na základě věku, v dané práci se jedná o jedince staršího věku (Čevela et al., 2012). V dnešním období existují různé společenské organizace bojující s ageismem, ale otázka podcenění stáří a problémů seniorů zůstává dosud nevyřešena (Vidovičová, 2014).

Prvním cílem empirické části je zmapovat možnosti hodnocení bolesti seniorů sestrami domovů pro seniory. Pro vhodné hodnocení bolesti kohokoliv je důležitý vlastní zájem a zapojení zdravotníků do procesu. Kvůli tomu má sestra dávat pozor na spoustu faktorů při provádění měření bolesti (Rokyta a kol., 2012). Důležité je znát diagnózu, která bolest vyvolala, typ bolesti, čas projevů, faktory ovlivňující bolest, farmakologickou anamnézu a další jednotlivé oblasti (Křivohlavý, 1992).

Nejčastějšími onemocněními spojenými s bolestí v domovech pro seniory jsou choroby pohybového aparátu, komplikace DM, stavy po amputaci a onkologická onemocnění.

O nemocích pohybového aparátu zmínily všechny informantky, to jsou: artrózy různých stupňů, osteoporózy, imobilizační syndrom, stará traumata. S1 dodala: *„Od 40 let vlastně už si začínají jedinci stěžovat na různé druhy bolestí a klienti domovů pro seniory nejčastěji jsou částečně nebo celkem imobilní a odkázáni na nás (tzn. pracovníky domova). Tak samozřejmě jí bolí všechno defacto: nohy, ruce, klouby, páteř. Odvíjí se to od toho, jestli jsou chodící, nebo ne atd.“*. Souhlasím s ní, že aktivita a mobilizace seniora má vliv na projevy bolesti pohybového aparátu a čím méně je jedinec soběstačný, tím větší bolesti může pociťovat. Dalším nejčastějším vyvolavatelem bolesti jsou komplikace DM, obzvláště 2. typů. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2015 počet pacientů s DM 2. typu dosáhl čísla 786 586, což je 84,8 % od všech typů DM. A Pallová (2010) uvádí, že u senioru DM 2. typu je převážným, až 95 % ve věku na 70 let. Nedodržování režimu pro dané onemocnění (ze strany jedince, ne zdravotnického personálu) se stává příčinou toho, že klienti trpí na různé komplikace vyvolávající bolest. To mohou být diabetická noha, neuropatie atd. Následkem diabetické nohy je amputace jako fatální možné vyřešení tohoto problému a ona provokuje projev fantomové bolesti. Tenhle problém zmínila S2: *„Máme tady klientku po amputaci diabetické nohy, která mívala fantomové bolesti v období použití protézy. Ale časem to přešlo kvůli tomu, že se začala pohybovat na vlastním vozíčku“*. A jako poslední zmíněnou, ale stejně častou příčinou bolesti u seniorů je onkologie. Ona trápí jedince průlomovými bolestmi a chronickými nepříjemnými pocity spojené s ní a léčbou. *„My jsme měli onkologickou*

pacientku, ale paní už umřela a měla právě průlomové bolesti v průběhu onemocnění a vyžadovala při zahájení paliativní péče podání opiátu subkutánně,“ oznámila S8 během rozhovoru.

Jak je uvedeno výše, když sestra ví původ syndromu bolesti, více chápe, co může udělat pro svého klienta. Ale nejenom to je důležitý vědět při poskytování ošetrovatelské péče o seniora s bolestí. Velkou role hraje správné a vhodné hodnocení bolesti, její záznam a pozornost ošetřující sestry. Hodnocení bolesti seniorů v domovech pro seniory probíhá pomocí VAS škály, která je doplněná nebo upravená dle zvyklosti oddělení, ale výsledek a koncepce dané škály zůstává stejnými. O tom jednoznačně odpověděli všichni informantky. Kromě toho ve vlastní dokumentace mohou sestry popsat další oblasti jako typ, intenzita, lokalizace, faktory ovlivňující bolest, čas atd. Podobné záznamy jsou vhodné, jak popsala S8: *„Nám to moc vyhovuje tím, že všechno máme na stejném papíře, nemusíme koukat do ostatní dokumentace. Při práci s tím sestřička vypíše nový papír a ostatní kolegyně budou moct snáze posoudit změny ve stavu klienta. To ušetří čas a práci.“* Dle S5, čím víc zjistíme informace, tím lépe budeme chápat pocity klienta a to, jak mu můžeme pomoci.

Dle všech informantek, chronická bolest se je nejčastějším typem bolesti vyskytujícím u klientů domovech pro seniory. Akutní bolest se může projevit, ale neobjevuje se tak často. Další typy bolesti jsou průlomová a fantomová. Průlomovou bolest popsal Sláma (2011) na konferenci „2. pražské mezioborové onkologické kolokvium“. Je to náhodné zhoršení syndromu bolesti u jedince s trvalou, chronickou bolestí. Nejčastěji jí trpí pacienti s onkologickou diagnózou. O ní hodně povídala S8, protože sama zažila péče o klientku s podobným typem bolesti. A druhý pojem je bolest fantomová, která se projevuje u pacientů po amputaci končetiny, oni mají pocit bolesti v místě, kde už nic není. (Hakl, 2016). Jak je uvedeno výše, v domovech pro seniory taky jsou klienti s podobnými diagnózami a S2 osobně se setkávala s nimi v praxi.

Dále sestry mohou pozorovat různé neverbální projevy bolesti u svých klientů. To je důležitější u klientů s neschopností k verbálnímu projevu, ale o tom bude zmíněno později. S1-S9 pozorovali zhoršení nálady, neochotu k dotyku, nespokojenosti atd. S7 ještě dodala, že může to být i grimasa obličeje, bránění při polohování, ale S8 odkazovala na hledání úlevových poloh. Samozřejmě nejvíce neverbální informace sestry dostanou při manipulaci s pacienty. O dotyku povídali všichni informantky, jak o způsobu

pochopit, kde bolí u klienta i bez dotazování, například mohou pozorovat svalové napětí a dle toho určit, že konkrétní místo bolí.

Většina sester hodnotí bolest nepravidelně, dle individuálních potřeb klienta nebo podle nastavené léčby. Část sester má názor, že není potřeba provádět hodnocení regulérně, protože sociální zařízení není nemocnici a zbytečné kontroly stavu vyvolávají stres. To jsou sestry S1, S2, S6. Tyto tři informantky hodnotily bolest jenom v případě potřeby klienta nebo podání opiátů. Ostatní sestry se tím zabývají častěji a mají na to nějaký postup, dle kterého pracují. S3 popsala: *„Na stanice hodnotíme bolest u klientů v terminálním stadiu po 2 hodinách pro kontrolu účinnosti podaných analgetik. Kromě toho u předepsané léčbě bolesti, kde stabilně podáváme analgetika, máme provést záznam o intenzitě bolesti dle VAS škály. To je zrubá po 8 hodinách“*. S10 by hodnotila bolest i při podání trvalé předepsaných neopioidních analgetik. Souhlasila bych s názorem, že bylo by vhodné mít nějaký jediný standart nebo postup pro vhodnou a zjednodušenou práci sester, ale nehodnotit bolest klienta při podání analgetik dle stálé ordinace lékaře.

Práce sester je náročná kvůli různým faktorům. To může být kvůli nezdravotnickému prostředí, kde není vždy k dispozici potřebný inventář nebo není přítomen lékař na oddělení. Ale důležité je upozornit i na práci sester s odlišnými klienti, kteří mají svoje individuální potřeby, stav a úroveň soběstačnosti. V bakalářské práci jsou popsáni i případy, kdy sestra hodnotí bolest u klienta s neschopností k verbálnímu projevu. Příčinou této komplikace jsou různé onemocnění, pro příklad jsem použila jenom dvě nejčastější diagnózy, se kterými setkávaly informantky. Jsou to stavy po CMP a demence. Obě onemocnění ovlivňují jiným způsobem schopnosti k verbalizaci a komunikaci. Příčinou CMP je přerušování prokrvením mozku, které vede k přerušování nebo ztrátě schopnosti ke kontrolovaným pohybům, polykání, udržení stolici a moči atd (Pfeiffer, 2007). Mohou se objevit zhoršené kognitivní funkce, ale při výzkumném šetření se podobní pacienti neobjevili. S jedince po CMP sestry komunikují prostřednictvím gestiky rukou a hlavy, mimiky, občas písma a na základě daných metodik mohou posoudit o bolesti klienta. Používají škálu VAS zvlášť nebo v souvislosti s FPS – face pain scale (obličejová škála). S4 dodala k dané metodě: *„Klient zvládne ukázat prstem číslo dle škály, kterou mu ukáže pracovnice, anebo ukázat prstem přímo do papíru, nebo kývnout, když se sestra bude vyptávat. To všechno záleží na možnostech klienta.“* Kvůli tomu práce s podobnými klienti není rozdílná od klasického hodnocení bolesti. V případě, že klient trpí demencí, je narušená komunikace kvůli psycho-kognitivnímu vlivu onemocnění.

Nejedná se jenom o Alzheimerové demenci, která je nejčastějším typem dané choroby, existují další dle MNK-10: primární (demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence), sekundární (vaskulární, která je způsobena mozkovým infarktem; metabolickou, toxickou, při Parkinsonově chorobě atd.) a smíšená (Fertařová, 2020). Hodnocení bolesti u klientů s pokročilou demencí je složitá kvůli neurologickým deficitům přítomným u těchto jedinců. Bohužel v Česku není obecný standard na hodnocení bolesti u pacientů/klientů s demencí, proto každé zařízení má hodnocení přizpůsobené vlastním potřebám. Některé z dotazovaných sester (S1-S3 a S6) nepoužívají žádné specifické nástroje a apelují tím, že znají svoji klienti, protože s nimi pracují dlouhodobě. S1: „*My si vždy všimneme změn nálady nebo chování klienta. A už můžeme posoudit, že klienta něco trápí, a se zeptat ho na to.*“ Sestry odkazovali i na pravidelné polohování, kvůli čemu mohli včas zjistit, že klienta něco trápí. S2 odpověděla: „*Kvůli tomu, že každé 2 hodiny naše klienty polohujeme, tak dotykem zjistíme, pokud se objevila nějaká bolest.*“ Ostatní sestry postupují dle škály PAINAD nebo mají vlastní nástroje pro měření bolesti seniorů s demencí vytvořené na základě dané škály. PAINAD je mezinárodní škála pro pacienty s pokročilou demencí, ale je vhodná aj pro použití na ranějších stádiích nemoci. Zahrnuje záznam o charakteru dýchání, bolestivé řeči (občasné nebo hlasité stenání, pláč atd.), výrazu obličeje, potřebě utěšování. (Montoro-Lorite, 2017) Jednotlivé body poté sestry spočítají a k výsledku dopíší informace o klientovi, kterou neobsahovala daná škála. Na základě toho lékař může dostatečně hluboko posoudit o stavu klienta a o úpravě léčby. Dle mého názoru je to zcela vhodná metoda hodnocení bolesti u seniorů s demencí, která přináší zdravotnickému personálu podrobnější přehled o pocitech seniora a větší možnost pro pomoc. Doporučila bych ostatním pracovištím používat škálu v praxi. Kromě toho existuje jiná škála hodnocení bolesti seniorů s demencí, se kterou jsem během výzkumného šetření nesetkala. Jedná se o škále MOBID-2 (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2), kterou používal Martin Elstad Myrenget (2023) s kolektivem autorů ve výzkumu vhodných léčebných metodik u pacientů s demencí. Danou škálu přiložila do češtiny a publikovala Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. (Příloha č. 6). Ve formuláři je popsáno, co a kdy má sestra pozorovat u pacienta s demencí, jak má chovat a postupovat v případě objevení bolesti. Dále obsahuje otázky ohledně možné předešlé bolesti pacientu a škály s jednotlivými body a oblasti těla, kde bolí nejvíce. MOBID-2 by mohli využít nejenom zdravotníky, ale i sestry domovů pro seniory, nebo si využít to spolu s PAINAD.

Senioři jsou jedinci s vyšším rizikem vzniku bolesti a demence, a na sestřích leží odpovědnost pro včasný a dostupný způsob poskytování pomoci a péče daným jedincům (Achterberg, 2019).

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat možnosti tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester. Především rozdělíme metody tišení bolesti na farmakologické a nefarmakologické. Každá z metod má být vybraná individuálně dle potřeb a přání seniora.

Dle Hakla et al. (2013) na prvním místě v terapii bolesti u kohokoliv je farmakologická léčba, to se potvrdilo ve výsledcích výzkumného šetření.

Všechna zdravotnická a sociální zařízení poskytující zdravotní péči postupují dle analgetického žebříčku WHO, jenž je rozdělen na 3 skupiny: neopioidní, slabá opioidní a silná opioidní analgetika a jejich kombinace. Často se analgetika používaná pro tišení bolesti seniorů opakují od jednoho pracoviště na druhé, ale také se někdy odlišují. Začátek je na nejnižším stupni analgetického žebříčku – neopioidní analgetika. Novalgin jako slabé analgetikum používají běžně na všech odděleních, kde se provádělo výzkumné šetření. Každá z dotazovaných informantek začínala stanoveným léčivem. Další možná neopioidní analgetika, se kterými setkávají sestry domovů pro seniory v práci, jsou Ibalgin, Paralen, Diclofenak, Aulin. S8 ještě popisovala využívání Nimesil 100mg na svém oddělení, když S4, S5, S7 a S9 dodali informace o padání klientům Algifenových kapek, Zaldiaru 37,5 mg a Dorety 650 mg. Jako slabý opioidní analgetikum se na stanicích používají Tramal s účinnou látkou Tramadol. Mezi silné opioidní analgetika jsou považována: Fentanyl ve formě náplasti pro subkutánní aplikace a Morphin připravený pro injekční podání. S1-S10 zmínili, že některé klienti užívají opiáty ve tvaru náplasti, která se mění pravidelně jednou za 72 hodiny, tzn. každý 3 dny. S6: *„Začínáme nejnižší dávkou a dle potřeby to opatrně postupně navýšíme. Tady jde o závislosti k analgetikům, které se snažíme vyhnout co nejvíce.“* Kromě toho farmakologická léčba zahrnuje různé masti s analgetickým, chladivým nebo hřejivým účinkem. S2, S4, S5, S7, S8, S8 oznámily ve svoje odpovědi použití masti „Ibalgin“ s ibuprofenem a ochlazující emulze. Danou informace poskytli S1-S4, S9 a S10. S4 popsala to tak: *„Používáme masti samostatně anebo v komplexu s masáží, které provádí naše fyzioterapeutky dle potřeb klientů.“* S2 dodala: *„Je to vždycky příjemný. Pomůže nejenom chladivá mastička, ale i*

příjemné pocity od masírování, které zrelaxuje ztuhlé svaly. To zbaví bolesti a zlepší náladu klienta.“

Zajištěním farmakologické terapie se zabývá lékař, který po vizitě nebo při komunikaci se sestrami sociálního zařízení předepíše recept na vhodné léky a poté sestry léky objednají z lékárny, která s domovem spolupracuje. Lékárny na oddělení jsou přizpůsobené dle potřeb klientů a chronické medikace. To je občas velkou komplikací pro sestry, o ní povídala S3, „*Kvůli tomu, že lékárna není tak zásobená jako v nemocnici, musíme vždy vycházet z receptu lékaře a musíme stihnout lék objednat do určitého času. Může se stát, že před víkendem nám dojde nějaký lék, který si pak musíme půjčovat z jiné stanice. Nebo jsem zažila situace, kdy později odpoledne nám vrátili klienta z hospitalizace a ten měl nastavená antibiotika, ale nedali mu dostatečně pro doléčení u nás. Už bylo pozdě objednávat to na dnešek, tak dcera klienta dojela s receptem do společné lékárny“.* Spolupráce s lékařem stanice je taky náročná, protože není přítomen na oddělení tak často, jak v nemocnici. Ordinační hodiny lékaři v domovech pro seniory si určují sami a odlišují se od stanice ke stanici. Jedna stanice má jednoho, druhá – více. Např. S4-S10 mají na svých stanicích 2 lékaře, které pokrývají celý pracovní týden. Jeden má oddělení na starosti první půlku týdne, druhý – další půlku. Nebo existuje varianta, že lékaři chodí na stejný čas, ale rozdělili mezi sebou stanice, ale občas se stává i to, že v určitý okamžik není žádný lékař k dispozici. Samozřejmě není to jednoduché pro sestry i když oni jsou v kontaktu s doktorem prostřednictvím mailu a telefonu. Občas se stává i to, že v určitý okamžik není žádný lékař k dispozici. Samozřejmě to není jednoduchá situace pro sestry, i když jsou v kontaktu s lékařem prostřednictvím mailu a telefonu. Občas sestry musí sami posoudit a rozhodnout o tom, jaké intervence provést, volat-li záchranku atd. „*Spolupráce s lékařem je velmi náročná, protože musí docházet. Máme 2 doktory, ale jedna paní doktorka za nějakou dobu tady chodit nebude. Ale pan dokt, co zůstane, má svoji ordinaci a chodí jenom 2 dny v týdnu,*“ dodala S7. S8, „*Máme na patře 2 lékařky. Jedna chodí pondělí–středa a druhá úterý–čtvrtek. Spolupráce je dobrá, protože alespoň 4 dny v týdnu tady dopoledne někoho máme.*“ S1-S3 mají jenom jednoho doktora, ale ordinační hodiny se liší: jeden dochází 2x za týden, jiný 5x za měsíc. Ale sestry mají více pozitivní vztah k dané situaci, jak pověděla S2: „*Náš pan doktor je úžasně hodný, je furt s námi v kontaktu a rychle reaguje na maily. Jsme si jisti, že nezůstaneme sami v případě nějakého problému.*“ Ani lékař není jediným členem

multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracují sestry v domovech pro seniory. O dalších členech multidisciplinárního týmu je popsáno níže.

Dle Schwana (2019) terapie bolesti nesmí být jen ve formě farmaterapii, ale obsahovat další nefarmakologické metody léčby bolesti: léčebno-fyzickou rehabilitace, psychoterapii a posezení s psychologem, jako doplněk. Domovy pro seniory mohou nabídnout celé spektrum různých služeb pro doplnění farmakologické terapie. Dané služby si můžeme rozdělit na fyzické a duševní. K fyzickým se odnáší polohování, fyzioterapie, masáže, tejpování, chlazení. (Gordon, 2022) S1-S10 stejně popisovali skoro všechny metody, ale jenom S10 popsala použití tejpů, je potřeba k tomu dodat, že danou metodu může poskytnout jenom lékař. Polohování je částí denní práce sester a ošetrovatelského personálu oddělení, existuje k tomu záznam pro dostatečnou informovanost kolegyň o tom, jaké polohy už byly využity dnes. Fyzioterapie provádí fyzioterapeutky a rehabilitační sestry, kteří taky aktivně zapojují sestry do procesu a dostatečně komunikují o stavu klientů. Provádí různé druhy fyzioterapie: rozcvičení na lůžku pro imobilizování, procházky po chodbě s chodítkem, ranní rozcvičení před snídaně, občas léčebnou jógu atd. (Jandová, 2022) Sestry S2-S5 a S7-S10 projasnili, že fyzioterapeutky provádí masáže, ale klienti mohou si objednat externí masérku. Po práci s klienti rehabilitační sestry a fyzioterapeutky provádí malý brífink s předáním informace o provedené práci. S7 popsala to tak: *„Oni jsou šikovní. Vždy jsou odkázány na nás a po práci s klientem předávají informace o tom, jak to probíhalo, jak reagoval klient, jaká jsou zhoršení a zlepšení atd. Kvůli pojišťovně musíme každé 3 měsíce dávat klientům pauzu ve fyzioterapii, i když on to fakt potřebuje. Ale naše rehabilitačky nám nabídnou něco, čím by se to mohlo nahradit.“* Kromě toho sestry mohou dostat užitečnou informaci od těchto kolegyň ohledně manipulace s pacienty, o jejich problémech. S1 dodala: *„My s ní konzultujeme ohledně toho, jak s klientem pohybovat, o jeho stavu atd. Protože při příjmu klienta si nejsme jisti, s jakými problémy k nám přijel. Dostáváme informace ohledně vhodného polohování, manipulace s klientem, jak správně a bezpečně pomoci mu při zvedání.“* Nebo takhle popsala nedávný sraz s fyzioterapeutkami ohledně zvedání pacientů S9: *„Nám moc pomoh ten čas, který jsme strávili s fyzioterapeutkami naší stanice. Ona nám ukázala, v kolika lidech máme zvedat klienta po pádu, jak správně chytit klienta, abychom mu neublížili, protože většina má papírovou kůži, a další. Mohli jsme to vyzkoušet na kolezích a zjistit, jaké pocity mají klienti při manipulaci s nimi.“*

Chlazení je taky populární metodou, kterou užívají senioři i sami bez dohledu sester. Na stanicích S8-S10 kromě už uvedených metod mají možnost poskytovat svým klientům magnetoterapie a ultrazvukovou terapie, kterou předepisuje lékař stanice, ale provádí fyzioterapeut. S9: *„To jsou vhodné metody pro léčbu nejen bolesti, ale zlepšení stavu pohybového aparátu klienta. A pokud můžeme aspoň trochu vyřešit základní problém, zvýšíme šance, že bolest se neobjeví nebo v menší intenzitě.“* S10: *„Naši klienti to mají rádi. Vidí na vlastní oči, že probíhá nějaký proces pro tišení bolesti, tak to má větší účinek. Očekávají dobrý výsledek a sami si pomáhají v tom psychosomatické. To není stejné jako polknout prášek.“*

Jako duševní metody chápeme komunikace se seniorem, kterou provádí pracovníci domovů a rodinné příslušníky; a psychoterapie. S4: *„Komunikace, protože někteří lidé jsou úzkostní. A k tomu každý vnímá tu bolest, někdo mlčí do poslední chvíle, ale druhému fakt stačí promluvit trochu o ty bolesti, aby se mu ulevilo. Můžeme vždycky podat prášek, ale jde i o lidský kontakt, pozornost, naši klienti ji chtějí. Pomáhá i to vysvětlení, protože se cítí jistější, že vy chápete, co se s ním děje a proč se objevila ta bolest.“* Ne každé oddělení může poskytnout služby externího psychologa nebo psychoterapeuta. S1-S10 mají svého psychiatra, který navštěvuje jednou za měsíc a opravuje psychiatrickou léčbu, povídá se s klienti atd. Nemůžeme říct, že to stačí pro dobrou psychoterapii. Možnost setkání s psychologem provádí na oddělení S8-S10. To je externí pracovník, který má svoje určité ordinační hodiny, má přístup k dokumentaci. Klienti si mohou přes sestru zapsat na popovídání s ním a pak se zúčastnit skupinové terapie nebo individuálnímu setkání. S8: *„Psycholog je vždycky externí pracovník, ale má přístup ke zdravotnické dokumentaci oproti nám, kteří nesmí sahat do informací poskytnutých psychologovi. Ale kvůli tomu, že nás klienti často považují za část svojí rodiny, podělí se s námi o to, jak to probíhalo.“* Spolupráce s psychiatry není tak náročná pro sestry domovů pro seniory, protože není tak ostrá potřeba oproti praktickému lékaři. I přesto psychiatr je částí multidisciplinárního týmu, se kterým sestry pracují. S6: *„Paní psychiatrička nás navštěvuje jednou za měsíc. Ona začíná konzultaci s námi: jaký změny u koho z klientů pozorujeme, potom prochází každého klienta, popovídá si s ním, provede testy a na základě výsledku vypisuje léky.“* Na S4-S7 senioři mají možnost využít katolickou kapli během sobotních mší, osobně se setkat s farářem. Pokud klient je příslušníkem jiné konfese, pracovníky sociálního zařízení rádi klientovi objednájí setkání s představiteli jiných náboženství.

Nakonec bych chtěla popsat další členy multidisciplinárního týmu v domovech pro seniory, s nimiž se sestry mohou, ale nemusí setkat. Např. paliativní sestra, která začala fungovat na stanicích S4-S7. Má na starosti klienti v terminálním stadiu a spolupracuje se sestrami oddělení, provádí konzultace pro ně. Komunikuje se sestrami telefonicky, mailem a osobně, když je na oddělení dle domluvených hodin. S7: *„Začala tady fungovat paliativní externí sestra, která dochází v případě potřeby. Ona nám moc pomáhá, protože je zaměřena jen na klienty v terminálním stadiu a může poskytnout lepší péči, odlehčit poslední dny, být s nimi a podpořit. Je s nimi skoro do poslední chvíle.“* S6: *„Ona (paliativní sestra) s námi konzultovala model Kübler-Rossové při práci s rodinou umírajícího klienta a o tom, jak s ní správně komunikovat po ztrátě.“*

Sestry ambulance bolesti jsou také považovány za členy multidisciplinárního týmu, protože taky upravují léčbu bolesti klientů, spolupracují na zlepšení jejich stavu. Probíhá to pomocí ambulantních zpráv a mailů nebo předávají informace klienti a jeho příbuzným. Taková spolupráce funguje u S8-S10. S9: *„My spolupracujeme s ambulancí bolesti a postupujeme dle předepsaných doporučení.“*

A v neposlední řadě velkou spolupráce potřebují sestry od rodinných příslušníků seniorů, ale ne vždy ona odpovídá očekáváním. Sestry popsali rozdílné názory při rozhovoru o rodinách klientů. Např. S1 má pozitivní názor na situace: *„Spolupráce s rodinnými příslušníky je velmi rozdílná, protože existují různé rodiny: ochotné a aktivní, ale i méně. Nejčastěji chtějí spolupracovat, jsou doprovodem pro klienta na různá vyšetření nebo vyzvedne potřebné léky v případě, že recept po návratu z hospitalizace přijde později a ostatní věci. Musím přiznat, že spolupráce ve většině případů je výborná.“* S7 naopak měla špatnou zkušenost se spolupráce s rodinné příslušníky a projevem nezajmu rodin klientů jak k nim, tak k personálu domovů pro seniory: *„Samozřejmě jsou příbuzní, kteří projevují zájem, např. dcera jednoho z klientů jela s ním do ordinace externího lékaře jako doprovod. Ale je strašně málo spolupracujících rodin, většina neprojevuje zájem o komunikaci s námi a klienty.“* Ale i zájem rodiny může škodit nebo být příčinou různých komplikací v práci sester oddělení. O tom popisovala S10: *„S rodinnými příslušníky je spolupráce. Máme ty, kteří pomáhají jako doprovod klienta nebo v průběhu hospitalizace jsou spojkou mezi námi a klientem, protože nemocnice nám nesmí poskytovat žádné informace. Ale existují takové rodiny, které chtějí snížit počet užívaných léků co nejvíce a jakýmkoliv způsobem. Vyžadují to od nás bez ohledu na to, že klient danou léčbu potřebuje nebo není možnost změnit terapii. To je velký nátlak na sestry a lékaře.“*

Sestrám nezbývá nic jiného než se smířit se situace. Není to pesimistický, ale realistický vzhled na spousta věci v práci sester domovů pro seniory a zdravotníků celkem, se kterými se denně setkávají.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje problematice hodnocení a tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory. Prvním cílem práce bylo zmapovat způsoby hodnocení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester. K prvnímu cíli se vázaly dvě výzkumných otázek. První otázka zněla: Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest v domovech pro seniory? Druhá byla více specifická: Jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí bolest klientů s neschopností verbálního projevu? V této práci klienti s neschopností k verbálnímu projevu jsou jedince v demenci a stavů po CMP.

Na základě provedeného výzkumného šetření můžeme říct, že sestry jsou dostatečně informované o nejčastějších příčinách bolesti svých klientů a o metodách hodnocení bolesti. Všechna pracoviště, na kterých probíhali rozhovory, používají škálu VAS pro běžné hodnocení bolesti klientů, doplněné možností zapsání dalších informací spojených s bolestí: lokalizace, čas, typ, četnost atd. Výsledky hodnocení jsou zaznamenány ve formě dokumentace a záznamu v rámci vnitřního počítačového systému „Cygnum“. Výzkum prokázal, že ne všechny sestry mají dostatek informace o specifických metodách hodnocení bolesti senioru s neschopností k verbálnímu projevu, obzvláště s syndromem demence, a spoléhali na svoji informovanost o klientech a vlastní zkušenost. U sester, které měli představu o práci s klienti s bolestí a neschopností k verbálnímu projevu, byla dobrá strategie pro hodnocení bolesti seniorů s syndromem demence. Sestry používaly specifické nástroje jako škála PAINAD.

Druhým cílem bylo zmapovat možnosti tišení bolesti seniorů v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester, ze kterého vychází totožná výzkumná otázka. Ohledně farmakologické terapie jsem neměla žádné připomínky. Sestry na základě ordinace lékaře podávají léčiva všech 3 skupin dle analgetického žebříčku WHO. Farmakoterapie se zavádí opatrně, postupně aby se zamezilo vyvolávání závislosti na analgetikách u klientů. Některé komplikace jsou spojené s tím, že lékárna oddělení je zásobena dle potřeb klientů a při zavedení jiné léčby sestry musí stihnout objednat nový lék ze smluvené spolupracující lékárny na základě receptu lékaře. Kromě toho lékař není vždy přítomen na oddělení. Sestry pak musí s lékařem komunikovat prostřednictvím mailu a telefonu. Co se týká nefarmakologických metod, domovy pro seniory nabízí různé způsoby tišení bolesti, například fyzioterapii, masáže, léčbu chladem a teplem, polohování a další. Jedná se o základní metody, které poskytují všechna sociální zařízení, kde byl provedeno

výzkumné šetření. Některá pracoviště nabízí klientům magnetoterapie, tejpování, psychoterapie (skupinová a individuální) a spirituální služby.

Na závěr bych ráda zmínila, že i přes náročnost práce sester, jsou vnímavé a pozorné k potřebám a stavu svých klientů. Domovy pro seniory jsou místem pro poslední etapu života klientů a péče je ve většině případů výborná. Mají velký multidisciplinární tým pro dostatečné uspokojování potřeb klientů a spolupráce je dle provedeného výzkumu dobrá. Jediné, co bych mohla doporučit, bylo by vytvoření národního standardu pro hodnocení bolesti klientů s neschopností verbálního projevu, aby byla práce všeobecných sester daných sociálních zařízení více účelná.

Seznam literatury

1. ACHTERBERG, W., LAUTENBECHER, S., HUSEBO, et al., 2019. *Pain in dementia*. *Pain Rep.* 25;5(1):e803. doi: 10.1097/PR9.0000000000000803.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
3. CROOMS, R., GELFMAN, L., 2020. Palliative Care and End – of – Live Considerations for the Frail Patient. *Anesthesia & Analgesia* [online]. 130(6), 1504–1515 [cit. 2023-03-03]. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004763. Dostupné z: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2020/06000/Palliative_Care_and_End_of_Life_Considerations_for.9.aspx
4. ČELEDOVÁ, L., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
5. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
6. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. DALE., R., STACEY, B., 2016. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am* [online]. 100(1), 55–64. [cit. 2023-03-03]. DOI: 10.1016/j.mcna.2015.08.012. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712515001509?via%3Dihub>
8. DOENGENS, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Přel. 1. Suchardová. 2. vyd.* Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
9. DOLEŽAL, T. et al., 2010. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti. In: *Remedia.cz* [online]. 15. 3. 2010 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Bolest/Metodicke-pokyny-pro-farmako-terapii-nadorove-bolesti/8-T-NO.magarticle.aspx>
10. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 25 s. ISBN 978-80-904668-8-3.

11. FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. s. 128. ISBN 978-80-271-2479-4.
12. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
13. GORDON, A., ZIV, A., MÜLLER, I., 2022. *Život bez chronické bolesti: jak vystoupit z jejího začarovaného kruhu*. Praha: Audiolibrix, s. 224. ISBN 978-80-88407-49-2.
14. HAKL, M., HAKLOVÁ, O., 2016. Léčba neuropatické bolesti se zaměřením na opioidy. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 30(3), 21–22 [cit. 2023-03-03]. DOI: 10.36290/far.2016.025. Dostupné z: https://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-201603-0005_Lecba_neuropaticke_bolesti_se_zamerenim_na_opioidy.php
15. HAKL, M., ŠEVČÍK, P., 2009. Farmakoterapie bolesti. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 23(4), 171–173 [cit. 2023-03-03]. ISSN 1803-5353. Dostupné z: https://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-200904-0005_Farmakoterapie_bolesti.php
16. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Panorama. 129 s. ISBN 80-7038-158-2.
17. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
18. HEŘT., J., a kol., 1997. *Homeopatie: clusterová medicína: antroposofická medicína: medicína pro třetí tisíciletí?* Praha: Lidové noviny, s. 393. ISBN 80-7106-230-8.
19. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
20. HOSCHL, C., ROKYTA, R., 2015. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite, s. 288. ISBN 978-80-88046-03-5.
21. JANDOVÁ, D., 2022. *Léčebná rehabilitace u neurologických diagnóz*. 2. vyd., Praha: Raabe, s. 268. ISBN 978-80-7496-491-6.
22. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: ZSF OU. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

23. KABELKA, L., a kol., 2022. *Syndrom křehkosti*. Praha: Grada, s. 408. ISBN 978-80-271-3178-5.
24. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta, s. 341. ISBN 978-80-204-5049-4.
25. KALVACH, Z. et al., 2014. Stáří a stárnutí v současném světě. In: ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, s. 16. ISBN 978-80-247-4544-2.
26. KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 861. ISBN 80-247-0548-6.
27. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, s. 368. ISBN 978-80-247-6986-8.
28. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 224. ISBN 978-80-271-0102-3.
29. KŘIVOHLAVÝ, J., 1992. *Bolest – její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, s. 66. ISBN 80-7013-130-6.
30. KUBALČIKOVÁ, K. et al., 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie* [online]. Brno: Masaryková Univerzita. 29 s. [cit. 2023-03-03]. ISBN 978-80-210-7865-9. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fss/kspsp/knihy_esf/Kubalcikova-e-kniha.pdf
31. LIPPINCOTT, W., 2003. *Pain management made incredibly easy*. 2nd ed. London: Springhouse. 352 p. ISBN 978-1582552279.
32. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
33. MASTILIAKOVÁ, D., 2004. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
34. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 567 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

35. MERSKEY, H., ALBE FERRSAD, D., BONICA, J., *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. PAIN 1979;6:249–52.
36. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
37. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
38. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
39. MONTORO-LORITE, M., CANALIAS-REVERTER, M., 2018. *Advanced dementia pain management protocols*. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 28(3):194-204. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.06.003.
40. MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. 23 s. ISBN 80-210-3345-2.
41. MYRENGET, M., BORCHGREVINK, P., BUTLER, S., 2023. *Chronic pain conditions and use of analgesics among nursing home patients with dementia*. 1;164(5):1002-1011. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002794.
42. NĚMČIKOVÁ, L., 2003. *Farmakoterapie bolesti*. Bratislava: Slovak Academic Press.
43. NOSKOVÁ, P., 2010. Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interní medicína pro praxi* [online]. 12(4), 200–204 [cit. 2023-03-03]. ISSN 1803-5256. <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/04/07.pdf>
44. ONDRUŠOVÁ, J., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 16 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
45. PALLOVA, A., 2010. *Diabetes Mellitus u seniorů*. Brno: Masarykova Univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetrovateľství.
46. PEATFIELD, R., DODICK, D. MINĎAŠ, M., 2018. *Bolesti hlavy*. Bratislava: Raabe, s. 103. ISBN 978-80-8140-313-2.

47. PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, s. 351. ISBN 978-80-247-1135-5.
48. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, s. 160. ISBN 978-80-247-3271-8.
49. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada, s. 193. ISBN 978-80-247-4316-5
50. PRAŽSKÝ, B., 2012. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. In: *Zdravi.euro.cz* [online]. 13. 4. 2012 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>
51. ROKYTA, R., 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: TIGIS. 474 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
52. ROKYTA, R., a kol. 2015. *Léčba bolesti ve stáří*. 2: vyd. Praha: Mladá fronta, s. 110. ISBN 978-80-204-3945-1.
53. ROKYTA, R., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 167 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
54. RUSINA, R., MATĚJ, R., 2019. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. S. 447. ISBN 978-80-204-5123-1.
55. SÁTEKOVÁ, L., 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada. s. 191. ISBN 978-80-271-1695-9.
56. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-802-4730-134.
57. SCHWAN, J., et al., 2019. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin* [online]. 37(3), 547–560 [cit. 2023-03-03]. DOI: 10.1016/j.anclin.2019.04.012. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012>
58. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., ŠEVČÍK, P., 2011. Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí. Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí. In: *Linkos.cz* [online]. 27. 6. 2011 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/#leky>

59. SLÁMA, O., 2011. Průlomová bolest – Nejčastější klinické formy, způsoby hodnocení a základní strategie léčby – Paliativní sekce. In: *Linkos.cz* [online]. 28. 1. 2011. Dostupné: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prulomova-demence-nejcastejsi-klinicke-formy-zpusoby-hodnoceni-a-zakladni-strateg/>
60. SLÁMA, O., a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. vyd. Praha: Galén, s. 352. ISBN 978-80-7492-627-3.
61. SOFAER, B., 1977. *Bolest – Příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 23 s. ISBN 80-7169-309-X.
62. STAŇKOVÁ, M., 2009. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
63. STEVENSON, A., 2010. *Oxford Dictionary of English*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press. 2069 p. ISBN 978-01-995-7112-3.
64. Stručný přehled činnosti oboru diabetologie za období 2007–2016, 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--statistika-vybranych-oboru-lekarske-pece--diabetologie>
65. SUCHÁ, J. et al., 2019. *Praktický rádce pro život seniora*. Praha: Albatros Media. 25 s. ISBN 978-80-264-2769-8.
66. SUCHOMELOVÁ, V., 2016. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů. 303 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
67. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
68. ŠEVČÍK, P. et al., 1994. *Bolest s možností její kontroly*. Brno: Instituce pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 236 s. ISBN 80-7013-171-3.

69. ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicinských a společenských věd*. Praha: Karolinum. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
70. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
71. TOMESŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
72. TOŠNEROVÁ, T., 2002. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
73. TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
74. TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V., 2021. *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN, s.r.o., s. 225. ISBN 978-80-7422-817-9.
75. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
76. VAŇASEK, J., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
77. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-6497-9.
78. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262--8.
79. VOSTRÝ, M., 2018. *Education of people with dementia as part of cognitive rehabilitation using modern media* [online]. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí and Labem. January 2018 [cit. 2019-10-19]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/325741723_Education_of_people_with_dementia_as_part_of_cognitive_rehabilitation_using_modern_media
80. VOSTRÝ, M., S. FISCHER, I. ŽUKOV, J. VETEŠKA a B. LANKOVÁ, 2020. *Účinnost kombinované terapie u osob trpících Parkinsonovou nemocí*. Česká a slovenská psychiatrie. Roč. 116, č. 5, s. 229-233. ISSN 1212-0383.

81. VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, s. 173. ISBN 978-80-271-2866-2.
82. VIDOVIČOVÁ, L., 2014. Stárnutí české společnosti. In: ŠTĚPÁNKOVÁ, H., et al., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicinských a společenských věd*. Praha: Karolinum, s. 32. ISBN 978-80-246-2628-4.
83. WEBER, P., 2008. Diabetes mellitus – specifika a komplikace ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 10(10), 456–460. ISSN 1212-7299.
84. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
85. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4756. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
86. ZRUBÁKOVÁ, K., BORTOŠOVIČ, I., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada. s. 173. ISBN 978-80-271-2207-3.
87. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.
88. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam tabulek

Tab. 1 Charakteristika probandů.....	30
--------------------------------------	----

Seznamy příloh

Příloha č. 1 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami DpS

Příloha č. 2 Záznam pro hodnocení bolesti S1-S3

Příloha č. 3 Záznam pro hodnocení bolesti S4

Příloha č. 4.1 Záznam pro hodnocení bolesti S8-S10

Příloha č. 4.2 Záznam pro hodnocení bolesti S8-S10

Příloha č. 5 Škála PAINAD

Příloha č. 6 Škála MOBID-2

Příloha č. 1 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami DpS

1. Jaké jsou nejčastější příčiny bolesti u seniorů?
2. Jaké nejčastější diagnózy jsou spojené s bolestí?
3. Jak často sestra na oddělení hodnotí bolest klientů?
4. Jaký typ bolesti se vyskytuje nejčastěji?
5. Jaký neverbální projev pozoruje sestra u klientu s bolestí?
6. Jaká nástroje používá sestra při hodnocení bolesti klientů?
7. Popište, jaké oblasti jsou v rámci bolesti hodnocené?
8. Jaké jsou nejčastější diagnózy klientů s neschopností verbálního projevu?
9. Jak probíhá pozorování změn u neschopných k verbalizaci klientů s bolestí?
10. Jak probíhá hodnocení bolesti u klientů s neschopností verbálního projevu?
11. Jaká specifická nástroje se používá pro hodnocení bolesti klientů s demencí?
12. Jak je zaznamenána bolest klientů?
13. Jaké existují farmakologické postupy tišení bolesti klientů?
14. Jaké existují nefarmakologické postupy tišení bolesti klientů?
15. Jak probíhá spolupráce s lékařem pro tišení bolesti klientů a zlepšení jejich stavu?
16. Jak probíhá spolupráce s členy multidisciplinárního týmu pro tišení bolesti klientů a zlepšení jejich stavu?
17. Jak probíhá spolupráce s rodinnými příslušníky klientů s bolestí?
18. Kolik Vám je let?
19. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
20. Jak dlouho pracujete na oddělení?

Zdroj: vlastní zpracování

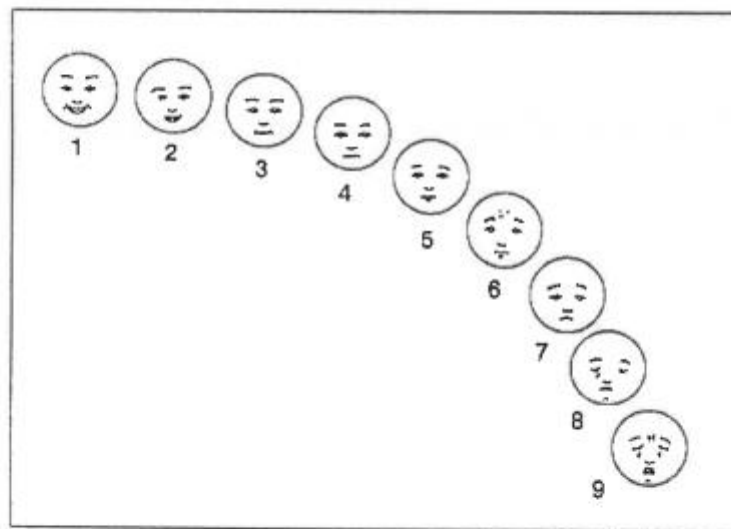
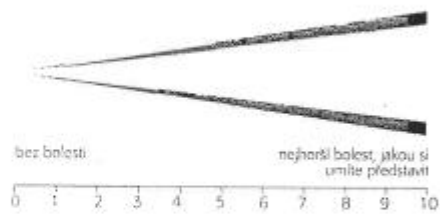
Příloha č. 2 Záznam pro hodnocení bolesti S1-S3

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM					
ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šipkou)					
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest ↑ 10 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 5 ↓ 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)					
ČAS Kdy to bolí?					
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?					
REAKCE NEMOCÉHO NA BOLEST					
PODPIS SESTRY					

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 3 Záznam pro hodnocení bolesti S4

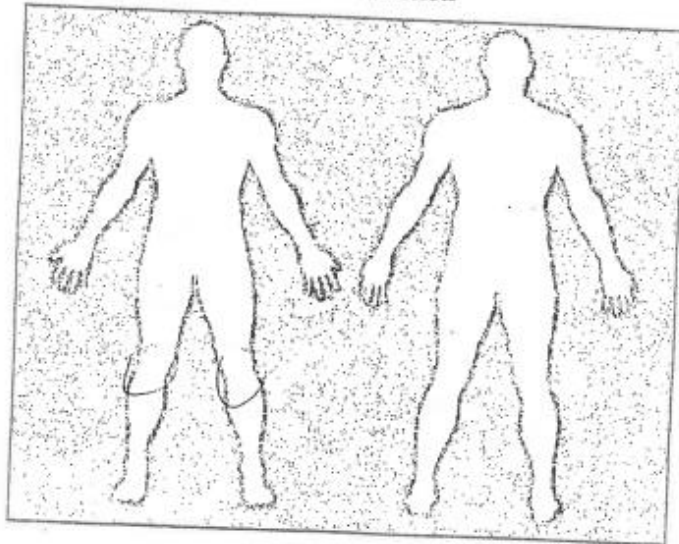


Vizuálna analógová škála pre hodnotenie intenzity bolesti u detí

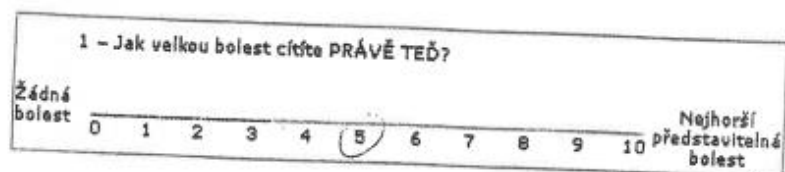
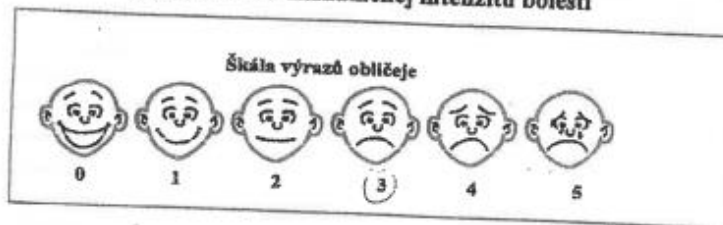
Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 4.2 Záznam pro hodnocení bolesti S8-S10

Mapa bolesti: zakresli lokalitu bolesti



Škála bolesti: zaznamenej intenzitu bolesti



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 5 Škála PAINAD

Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence

Škála PAINAD

	0	1	2	Počet bodů
dýchání	normální	Občas namáhavé Krátké období hyperventilace	Hlučné, ztížené Dlouhé období hypoventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá řeč	žádná	Občasný sten nebo záupnění Negativní, nebo odmítavá řeč	Opakované utržené volání Hlasité sténání Úpění nebo pláč	
výraz obličeje	neutrální nebo úsměv	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	Napjatost Neklidné přecházení neklid	Strnulost Sevržené pěsti Kolena přitážená k tělu Tahání, nebo odtlačování Udeření	
utěšování	není nutné	Je možné rozptýlit Nebo uklidnit hlasem, nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit, nebo uklidnit	
součet				

Stupnice má 5 položek. Celkové skóre je počet bodů od 0 do 10

Je vhodnou měřicí škálou pro srovnání s vizuální analogovou stupnicí

2 4 6 8 10

mírná bolest obtěžující silná, stresující velmi silná bolest nesnesitelná bolest

Datum hodnocení	Průběh léčby bolesti	Pocity uživatele, místo a typ bolesti. Co vyvolá bolest? Co uleví od bolesti?	Podpis pracovníka
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		
	0 2 4 6 8 10		

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 6 Škála MOBID-2

Rodné číslo


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

Oddělení

--	--	--	--

Datum vyšetření

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

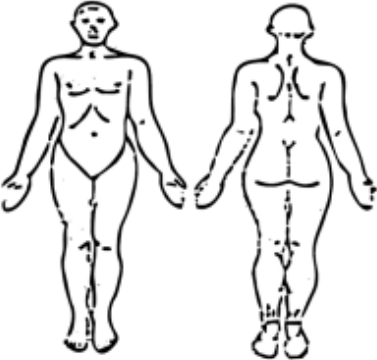


Škála MOBID 2

Pozorně sledujte pacienta a jeho chování v průběhu ranní toalety. Svě sledování začněte předtím, než začnete s péčí a mobilizací. Klidně a srozumitelně pacientovi vysvětlete, co budete dělat. Pečlivě a s citem provádějte níže uvedené aktivity. Pokud pacient dává najevo bolest, daný pohyb přerušete. Výsledky pozorování zapište do následující tabulky (popis pohybu, pohyb vykonáván vždy postupně).

	sténání křik	bolestivá grímasa	obránné gesto	Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 – žádná bolest, 10 – maximální možná bolest										
				0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
1. postupné otevírání obou dlaní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
2. horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
3. flexe a extenze v kolenech a kyčlích	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
4. otočení v posteli na obě strany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
5. posazení se na postel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Pozorovali jste dnes nebo v posledních dnech (týdnu), že by měl pacient bolest v některé části těla, která by mohla být způsobena nemocí, či infekcí, poraněním, nebo chronickou ranou? Zakreslete místo bolesti do obrázku.



Test provedl/a:

Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte:
0 – žádná bolest, 10 – maximální možná bolest

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
6. hlava, ústa krk	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
7. oblast hrudníku	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
8. břicho	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
9. pánev, genitál	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
10. kůže	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Celkem MOBID	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Výsledek:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Zdroj: Česká Alzheimerova společnost s.r.o.

Seznam zkratek

atd. – a tak dále

CBT – kognitivně-behaviorální terapie

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

Např. – například

Škála VAS – Vizuální analogova škála

Škála FSP – Face Pain Scale (obličejová škála)

Škála MOBID-2 – Mobilization - Observation - Behavior - Intensity - Dementia - 2 (škála bolesti pro pacienti s demence)

Škála PAINAD – Pain Assessment In Advanced Dementia (škála bolesti pro pacienti s pokročilou demenci)

tzv. - takzvaný

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace