

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U SENIORŮ TRPÍCÍCH BOLESTÍ**

bakalářská práce

Mgr. Alena Machová, RN

2008

Háková Eva

## **Abstract**

Ageing is an irreversible and nonrecurring biological process. Old age is the final stage of life. It is characterized by involuntal and mental changes. Ageing has a significant impact on the social status of a person. The typical attribute of old age is polymorbidity. The aged often suffer from chronic ailment that go together with pains.

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. Nociception is the physiological event that is accompanied by pain. Nonpharmaceutical therapies affect human mind and thus help to ease pain. These techniques enhance the quality of life and make life more comfortable.

The aim of my thesis was to make a survey of nonpharmaceutical inhibition of perception of pain at the nursing process in seniors staying at retirement homes or nursing homes.

Using a method of questionnaires as a quantitative research, I focused on the question of using alternative, nonpharmaceutical method of pain management after the previous assessment of a patient's condition.

To different medical care facilities, 120 questionnaires were handed out. The 85 questionnaires that were filled in correctly were used for evaluation .

The respondents were selected at random – 41 nurses from homes for seniors and 44 nurses working in long-term care facilities. From the Hvizdal retirement home I received only 13 questionnaires I could assess and from the Maj retirement home only 16 nurses handed in the questionnaires filled in correctly. I was given 12 correctly filled questionnaires from the retirement home in Jicin and 28 from the Gerontcentre in Hostinne. The total number of 85 correctly filled questionnaires is completed by those 16 from nurses working in the long-term care facility in Lomnice nad Popelkou.

The objective of my thesis has been achieved. The hypothesis H I – nurses working with seniors in medical care facilities use nonpharmaceutical therapies after the previous assessment of a patient's condition – was confirmed. The hypothesis H II – nurses use nonpharmaceutical therapies without the previous assessment of a patient's condition –was not confirmed.

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Machové, R.N. za ochotu a za cenné rady jako vedoucí mé bakalářské práce.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelský proces u seniorů trpících bolestí vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

## Obsah:

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Stáří a stárnutí .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Fyzické změny ve stáří.....	7
1.1.2 Psychické změny ve stáří.....	8
1.1.3 Sociální situace.....	9
1.1.4 Organizace ošetrovatelské péče o seniory.....	11
<b>1.2 Problematika bolesti ve stáří.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Bolest obecně.....	13
1.2.2 Typy bolesti.....	16
1.2.3 Bolest u seniorů.....	17
<b>1.3 Ošetrovatelský proces u seniorů.....</b>	<b>19</b>
1.3.1 Ošetrovatelský proces obecně.....	19
1.3.2 Hodnocení bolesti, ošetrovatelská diagnostika a plánování péče u seniorů s bolestí.....	21
1.3.3 Zvláštnosti nefarmakologického tišení bolesti u seniorů .....	24
1.3.4 Farmakologická terapie používaná k tišení bolesti u seniorů.....	27
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>30</b>
2.1 Cíl práce.....	31
2.2 Hypotézy.....	31
<b>3. Metodika.....</b>	<b>31</b>
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31

<b>4. Výsledky</b> .....	33
<b>5. Diskuze</b> .....	62
<b>6. Závěr</b> .....	68
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	69
<b>8. Klíčová slova</b> .....	73
<b>9. Seznam příloh</b> .....	74

## Úvod

Stárnutí je nezvratný a neopakovatelný biologický proces. Stáří je závěrečnou fází života. Dochází k involučním změnám tělesným a duševním. Mění se seniorovo sociální postavení, stává se čím dál více závislý na pomoci okolí. Protože jeho přátelé postupně odcházejí, starý člověk často trpí sociální izolací .

Pro období stáří je typická polymorbidita. Jde převážně o chronická onemocnění, jako je například onemocnění pohybového aparátu, osteoporóza, artróza, bolesti zad, bolesti hlavy, ischemické choroby srdce a dolních končetin. Tato onemocnění většinou provází bolest.

Vjem bolesti se nazývá nocicepce. Vzniká na podkladě působení nociceptorů, receptorů, které jsou citlivé na poranění. Nacházejí se v kůži a ve stěnách vnitřních orgánů. Nocicepce má čtyři fáze: transdukce, transmise, percepce a modulace.

Pro posouzení bolesti je důležité, aby sestra zjistila přesnou anamnézu bolesti. Musí znát specifika stárnutí. Všímá si verbálních a neverbálních projevů. Při rozhovoru se seniorem se ptá na intenzitu, lokalizaci, kvalitu a typ bolesti. Se staršími lidmi je někdy komunikace obtížnější. Mezi komunikační bariéry ze strany pacienta patří nedoslýchavost, porucha zraku, poruchy řeči a demence.

Při hodnocení bolesti sestra používá hodnotící škály bolesti. Obličejová škála je jednou z nejvhodnějších metod k hodnocení bolesti u seniorů.

Mnoho sester si mylně myslí, že bolest patří ke stáří a že staří lidé jsou méně citliví k bolesti, než jiné věkové skupiny. Bolest lze i v tomto věku úspěšně mírnit a léčit.

Nefarmakologické postupy mají vliv na psychiku a tím pomáhají snižovat bolest. Rozdělují se do tří skupin. První skupinu tvoří fyzikální terapie. Ve druhé skupině jsou zahrnuty alternativní a doplňkové terapie a třetí skupina obsahuje kognitivní a behaviorální terapie.

Pokud potřebuje senior částečnou pomoc, v České republice ji zajišťují v jeho vlastním bytě agentury domácí péče. Poskytují pečovatelskou a odbornou zdravotní péči. Ve větších městech fungují denní stacionáře. Senior, o kterého se nemůže nebo nechce starat rodina, žije v ústavním zařízení. Nejčastěji jsou to domovy pro seniory,

domy s pečovatelskou službou, domovinky a gerontocentra. Pokud senioři vyžadují dlouhodobou odbornou zdravotní péči, jsou umísťováni do léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Práce se starými lidmi mě vždycky přitahovala a bavila. Problematika stáří je mi blízká, a proto jsem si dané téma k mé bakalářské práci vybrala. Zajímalo mě, jak sestry hodnotí bolest u seniorů a jaký zauímají postoj k této problematice. Chtěla jsem porovnat, jaké nefarmakologické techniky sestry používají v domovech pro seniory a jaké v léčebnách dlouhodobě nemocných.



## 1. Současný stav

### 1.1 Stáří a stárnutí

„Stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka“ (9, s. 136). Stárnutí je nezvratný a neopakovatelný biologický proces. Stáří je závěrečnou fází života. Někdy se tato fáze označuje jako postvývojová, protože už nedochází k růstovým změnám, ale ve větší míře se projevují involuční změny. Lze ji rozdělit do tří na sebe navazujících období. Od šedesátého pátého do sedmdesátého čtvrtého roku se nazývá počínající stáří, od sedmdesátého pátého do osmdesátého devátého probíhá vlastní stáří. Pokud se člověk dožije více jak devadesáti let, je toto období označováno jako dlouhověkost. Americká geriatrická společnost nazývá seniory v první fázi jako mladé seniory, ve druhé fázi to jsou staří senioři, od osmdesáti pěti let a více jsou nazýváni jako velmi staří senioři (6).

V období stárnutí by mělo dojít k integraci všech složek osobnosti, kdy je starý člověk schopen přijmout svůj život takový, jaký byl s tím, co se mu povedlo, ale přijmout i to, co se mu v životě nepodařilo. Ve stáří dochází k hodnocení celého života. Člověk je zaměřen převážně do minulosti. Nemívá tendenci nic měnit, jelikož ví, že už to nelze. Měl by se naučit žít se svými negativními vlastnostmi. Pozitivní zkušenosti, životní úspěchy a společenské role se stávají nezměnitelnou součástí jeho osobnosti. Starý člověk rád připomíná sobě i svému okolí, čeho v životě dosáhl, jaké postavení ve společnosti zaujímal. Spojuje se nevědomí s vědomím a tím dochází k nalezení sebe sama, svého Já. Člověk získává vnitřní rovnováhu a to mu umožňuje odstup od svých dřívějších problémů. Vyrovnává se rozum a cit, dochází k citové stabilitě, k celkovému zklidnění. Díky životním zkušenostem je schopen chápat život v širších souvislostech jako součást celé společnosti. Protože si uvědomuje, že mu ubývá fyzických i psychických sil, snaží se získat kontrolu nad svým životem. To se projevuje odmítáním přijímat a učit se novým věcem. Získává větší pocit svobody ve svém životě. Nemusí se zaměřovat na výkon, profesní růst a postavení ve společnosti. Může provozovat činnosti, na které dosud neměl čas. Věnuje se svým zálibám, jako je kutilství nebo ruční práce, výletům a pod. Senior, přestože mu ubývá sil, se snaží a chce

být pro druhé lidi užitečný. Pomáhá své rodině s hlídáním vnoučat, pokud žije ve společné domácnosti svých dětí, pomáhá s drobnými domácími pracemi. Někteří se snaží být prospěšní celé společnosti. Pocit nepotřebnosti a neužitečnosti vede ke snižování sebevědomí a emoční labilitě. Okolo šedesátého roku života může na přechodnou dobu dojít k emoční nestabilitě, kdy se střídají pocity pohody s pocitem marnosti a nedostatku energie a motivace do života. Ubývají síly a tím se zpomaluje životní tempo. Staří lidé si uvědomují, že je třeba zaměřit se na to, co je skutečně podstatné, že mohou mít radost z toho, co zůstalo v jejich životě zachováno s vědomím, že už nic nelze měnit. Stávají se tak „Moudrým starcem“ či „Velkou matkou“, kteří dosáhli životní moudrosti a síly. Člověk, který se nedokázal smířit se svým životem, prožívá zoufalství, nespokojenost a chtěl by svůj život prožít znovu a lépe (23).

Senioři si uvědomují nevyhnutelnost stáří a neodvratnost smrti. Postupně se na smrt připravují. Snaží se zařídit si poslední věci. S blížící se smrtí se lidé vyrovnávají různým způsobem. Většina je s příchodem smrti smířena, jen někteří se nemohou smířit s odchodem z tohoto světa. Někteří rezignují a netečně čekají na smrt. Jiní utíkají do vzpomínek svého života nebo unikají do fantazie, kde si představují, že život nikdy neskončí a oni zůstanou nesmrtelní. Někteří se snaží dokončit životní dílo, snaží se, aby po jejich odchodu po nich něco zůstalo. Jiní mohou řešit svou nevyrovnanost se smrtí tím, že propadnou alkoholu, přejídají se, nepřiměřeně se chovají a pod. Lékařka Elizabeth Kubler-Ross popsala pět fází, kterými prochází umírající. První z nich je šok. Člověk popírá svou smrt, nechce si ji připouštět, odmítá ji. Ve druhé fázi, nazvané negace, je člověk agresivní, bouří se proti všemu a všem. Ve třetí fázi vyjednává, smlouvá, je ochoten dát cokoli za své uzdravení. Navštěvuje léčitele, chytá se každého slibu na uzdravení. Ve čtvrté fázi nastupuje smutek a deprese z blížícího se odchodu. Poslední fáze je smíření. Zde člověk odevzdává svůj život, je smířený nejen sám se sebou, ale také se svými nejbližšími, rodinou a přáteli. Přijímá smrt jako součást svého života (10).

Ve stáří dochází k involučním změnám fyziologickým, psychickým a sociálním.

### ***1.1.1 Fyzické změny ve stáří***

Seniorům ubývá svalová síla, obtížně se pohybují, mají problémy při cílených pohybech (navlékání jehly na nit). To může být způsobeno Parkinsonovou chorobou. Ve stáří jsou časté pády způsobené omezenou pohyblivostí, poruchou centrální nervové soustavy, zhoršením kognitivních funkcí, především vestibulárního aparátu, ortostatickou hypotenzí, závratí a celkovou nestabilitou. Někteří lidé mohou trpět osteoporózou a osteoartrózou, metabolickým kostním onemocněním, které je charakterizováno úbytkem kostní hmoty a následnými frakturami (21). Nejsou žádnou vzácností zlomeniny kostí, především je závažná zlomenina krčku kosti stehenní. Tito lidé jsou dlouhodobě odkázáni na pobyt na lůžku a může dojít až k imobilizačnímu syndromu. Díky nepohyblivosti dochází k tvorbě dekubitů, postupné inkontinenci moče a stolice, objevují se opruzeniny.

Dalším z častých onemocnění ve stáří je kornatění cév, dochází k ateroskleroze. Ta se může projevit v oblasti dolních končetin jako ischemická choroba dolních končetin, v mozkových cévách může způsobit cévní mozkovou příhodu. Pokud jsou poškozeny koronární cévy na srdci, dochází k ischemické chorobě srdeční a může dojít k infarktu myokardu. Velmi často dochází k hypertenzi, zvýšenému tlaku. Riziková jsou kuřáci, diabetici, lidé obézní, lidé trpící chronickou ischemickou chorobou srdeční a ti, kteří mají pozitivní rodinnou anamnézu. Ve stáří se snižuje rychlost dýchání a množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. 10 – 20 % seniorů onemocní chronickou obstrukční plicní nemocí. Ta je způsobena nejčastěji kouřením (21).

Staří lidé vlivem změn metabolismu těžko udržují tělesnou teplotu a obtížně se přizpůsobují změnám teplot. Mají sklon k zimomřivosti. Někteří jedinci mívají problémy se zažívacím traktem. Trápí je dyspeptické obtíže, především zácpa. V seniorském věku dochází ke změnám hmotnosti. Buď lidé přibírají na váze, nebo naopak dochází k úbytku tělesné hmotnosti. V důsledku nedostatečné nebo nevhodné výživy dochází k malnutrici. Ohroženi jsou lidé užívající léky s anorektickým účinkem, lidé, kteří si nejsou schopni dojít na nákup a uvařit si, senioři dlouhodobě hospitalizovaní a lidé umístění v ústavech. Ve stáří dochází také ke kognitivním

změnám. Dochází ke zhoršení zraku, u některých dochází k poškození sluchu. To má za následek omezení v sociálním kontaktu s ostatními lidmi.

### ***1.1.2 Psychické změny ve stáří***

V pozdějším věku dochází k celkovému zpomalení organismu, potížím v zapamatování a vybavování. Na celkový psychický stav má vliv několik faktorů. Je to sociokulturní prostředí, ve kterém senioři žijí, vlastní styl života, návyky a vzdělání, kterého dosáhli. Psychiku starých lidí ovlivňuje také postoj a očekávání společnosti.

Ve stáří postupně atrofuje mozek, klesá jeho hmotnost, zmenšují se neurony, zmenšuje se tloušťka mozkové hmoty, klesá počet synaptických spojení a tím dochází ke zhoršení kvality přenosu impulzů. Snižuje se tvorba nervových přenašečů, například dopaminu. Mění se průtok krve mozkiem. To má za následek zpomalení psychických funkcí (23).

Nastupují psychické změny. Mezi typické psychiatrické choroby ve stáří patří delirium způsobené užíváním některých léků, metabolickými poruchami, jako je dehydratace, hypo- nebo hyperglykémie, selhání ledvin a jater, hypoxémie a další. Dále může být způsobeno nejrůznějšími infekcemi, onemocněním centrální nervové soustavy, traumaty, onemocněním srdce. V neposlední řadě je delirium způsobeno ztrátou životního partnera nebo hospitalizací. Někteří senioři jsou postiženi demencí, chronickým postupně se zhoršujícím onemocněním. Nejčastější je Alzheimerova demence (21).

Zhoršuje se krátkodobá paměť, dlouhodobá bývá zachována. Staří lidé si nemohou vzpomenout, co dělali včera, ale mají v živé paměti zážitky z mládí. Na minulé zážitky vzpomínají většinou jen v dobrém. Zpomaluje se myšlení. Nové informace nemusí být vždy efektivně a dostatečně rychle spracovány. Starší lidé mají problém soustředit se na více podnětů najednou a tím zachycovat potřebné a důležité informace. Kvalita rozumových schopností závisí na sociálním prostředí a osobnosti člověka. Lidé s vyšší inteligencí a vyšším vzděláním, mívají rozumové schopnosti víc rozvinuty než lidé s nižším vzděláním. Je vhodné udržovat rozumové schopnosti vhodnými aktivitami. Snižování rozumové úrovně může mít za následek

demenci, onemocnění centrální nervové soustavy, kardiovaskulární onemocnění a onemocnění dýchacího ústrojí.

Osobnost se utváří a mění v průběhu celého života. Ve stáří se mění osobnost člověka. Senioři se stávají uzavřenějšími. Vliv na změnu osobnosti má míra adaptace na obtížné situace, které přicházejí ve vyšším věku. U seniorů lze naměřit nižší inteligenci. Přesto ještě může pokračovat osobní růst. Někteří vitální jedinci mají chuť učit se novým věcem. Navštěvují jazykové kurzy, učí se na počítači a práci s internetem a věnují se podobným aktivitám. Získávají moudrost nabytou životními zkušenostmi. Je dobré, pokud si člověk zachovává své zájmy a koníčky také ve stáří. Udržuje se jak ve fyzické, tak v psychické činnosti. Starší člověk se stává emočně vyrovnanějším. Už se tak snadno nenadchne pro nové (10).

### ***1.1.3 Sociální situace***

V dnešní společnosti je stáří chápáno jako období, kdy člověk ztrácí výkonnost a není již pro společnost ničím přínosný. Staří lidé jsou chápáni jako zátěž pro celou společnost. Ageismus je postoj, který považuje stáří za něco méněcenného. Zastánci tohoto postoje tvrdí, že mají senioři ve společnosti nízký sociální status, seniory odmítají a podceňují je, mohou k nim zaujímat až odpor. To vede k tendenci seniory izolovat a vyčleňovat je ze společnosti. Tento postoj nezřídka zastávají lidé, kteří mají obavu z vlastního stárnutí (23).

Komunikace v seniorském věku může být obtížnější z důvodů kognitivních a paměťových poruch. Vliv na způsob komunikace mají jazykové schopnosti seniora a úroveň zachované inteligence. Staří lidé často trpí nedoslýchavostí. Při rozhovoru nezachytí každé slovo a může jim uniknout celkový obsah. Rozhovor je unavuje a nejsou schopni se soustředit. Snaží domyslet si slova, která jim unikla, a tak může dojít k nedorozumění. To může mít za následek vztahovačnost a podezíravost. Po takové zkušenosti se starý člověk rozhovoru vyhýbá, odmítá se bavit s cizími lidmi. Starým lidem déle trvá, než novou informaci zpracují a to může narušovat vzájemnou komunikaci

s mladšími lidmi. Pomalost v komunikaci je typická pro Parkinsonovu nemoc. Senioři mají problémy s krátkodobou pamětí. Se sdělení si nezapamatují všechno a unikne jim tak podstata. Je proto vhodné, pokud se jim důležitá informace podá v tištěné nebo psané podobě. Porucha krátkodobé paměti způsobuje časté opakování již řečeného. Staří lidé nemají již takové jazykové schopnosti. Pomaleji se jim jednotlivá slova vybavují. Proto se vyjadřují jednodušším způsobem. Je vhodné, aby se s nimi komunikovalo na podobné úrovni, aby nedocházelo k nedorozuměním. Senioři většinou hovoří o své rodině a vzpomínají na minulé události a zážitky s dětství.

Na začátku období stáří má jedinec potřebu být užitečný pro druhé. Postupem času se více soustředí na sebe, na své problémy. Někteří senioři jsou přecitlivělí. Posupně ztrácí své přátele. Těžko nesou ztrátu svého životního partnera, musí se naučit přijmout novou roli vdovy nebo vdovce. Jsou ohroženi sociální deprivací a sociální izolací. Proto vyžadují podporu okolí, především své nejbližší rodiny, svých dětí. Domov se pro starší lidi stává pocitem jistoty a místem, kde se cítí bezpečně. Mají zažitý určitý životní styl, často na něm ulpívají a odmítají jakékoli změny. Jsou konzervativnější ve svém jednání.

Když lidé odejdou do starobního důchodu, jejich život se odehrává především ve vlastní rodině a jsou ohroženi sociální izolací. Ztrácí některé sociální role a také jejich denní aktivity se mění. Senioři obvykle žijí v několika sociálních skupinách. Nejdůležitější a nejvýznamnější je rodina. Rodina se pro seniory stává velmi významnou součástí jejich života. Získávají novou roli prarodičů. Tuto roli přijímají s radostí a většinou ji i silně emočně prožívají. Svým dětem i vnoučatům předávají své zkušenosti získané během života. Další sociální skupinu představují přátelé a známí. Lidé z této skupiny mají podobné zájmy, jsou si věkově bližší. Stává se, že vlastní rodina seniorovi nerozumí. Proto je dobré, když může navštěvovat své přátele. Tato sociální skupina má kompenzační význam. Pokud člověk žije v domovech pro seniory nebo v jiném ústavním zařízení, sdílí s ostatními podobný životní styl a stejné zázemí. I zde se mohou vytvořit hlubší vztahy mezi obyvateli stejného, ale také opačného pohlaví.

#### ***1.1.4 Organizace ošetrovatelské péče o seniory***

V České republice zajišťují péči u klienta v jeho vlastním bytě agentury domácí péče. Poskytují pečovatelskou a odbornou zdravotní péči. Zajišťují donášku drobného nákupu, donášku oběda, denní hygienu, pečují o inkontinentní nemocné, zajišťují hlídání seniora. Na základě ordinace obvodního lékaře zkušené sestry poskytují odbornou zdravotní ošetrovatelskou péči. Provádí ošetrovatelskou rehabilitaci, připravují a podávají léky, převazují rány, kožní defekty a bérkové vředy, ošetřují proleženiny, odebírají biologický materiál, měří fyziologické funkce, pečují o permanentní močové katétry, kolostomie, cévkují, aplikují klyzma a provádějí další výkony v rámci jejich kompetence.

Ve větších městech fungují denní stacionáře, které plní téměř stejnou funkci jako mateřské školky. Jsou určeny pro seniory, kteří nemohou zůstat doma sami a rodinní příslušníci se přes den o seniora nemohou postarat. Stacionář mohou navštěvovat lidé, kteří se cítí osamělí. Rodina ráno doveze seniora do zařízení a v odpoledních hodinách, když se vrací ze zaměstnání, si seniora vyzvednou. Pro seniory je připraven program, který zahrnuje terapeutické postupy, rehabilitaci a další zájmové činnosti. Personál podporuje u klienta soběstačnost a samostatnost (1).

Senior, o kterého se nemůže nebo nechce starat rodina, žije v ústavním zařízení. Nejčastěji jsou to domovy pro seniory (dříve domov důchodců) a domy s pečovatelskou službou, domovinky, gerontocentra. Pobyť a poskytování služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se řídí podle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. (viz příloha 2) Pokud vyžadují dlouhodobou odbornou zdravotní péči, jsou umístěováni na oddělení následné péče (ONP). Iva Holmerová, zakladatelka české alzheimerovské společnosti, stanovila některá kritéria, podle kterých se samotní senioři nebo jejich rodina mohou rozhodnout o přijetí do ústavní péče. V ústavním zařízení by se měli informovat o možnosti návštěv, o aktivitách, které pro klienty připravují. Měli by si všimnout přístupu personálu ke klientům, jak rozvíjí jejich soběstačnost, jakým způsobem servírují jídlo a zda se postarají o klienty, kteří se nezvládnou sami najíst. Pozorují, jak personál komunikuje mezi sebou, dále by měli

zaměřit svou pozornost na celkové prostředí a čistotu v zařízení, jak se v ústavě cítí, jak jsou přijímáni, jak personál komunikuje s klienty prostřednictvím neverbálních projevů. Mohou se klientů zeptat na spokojenost v zařízení, zda je respektována jejich důstojnost, jak je personál oslovuje.

Domovinka je určena ke krátkodobým pobytům. Slouží pro seniory, kteří jsou osamělí a nemohou se o sebe s ami postarat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a není pro ně prozatím místo ve zdravotnickém zařízení nebo domově pro seniory. Mohou ji využít rodinní příslušníci, kteří se krátkodobě nemohou o svého seniora starat, protože odjíždí na dovolenou, musí být sami hospitalizováni nebo z jiných důvodů. Seniorovi je v domovinkách zajištěn dohled, hygiena, stravování, úklid, praní prádla a další potřeby. Je mu poskytována také odborná ošetrovatelská péče (2).

V domovech pro seniory žijí lidé téměř soběstační. Jsou tu však lidé, kteří vyžadují častou ošetrovatelskou péči. Ta je poskytována týmem zdravotnických pracovníků 24 hodin denně. V některých zařízeních je také poskytována rehabilitační péče. Ve všech zařízeních by měl být pro seniory připravován volnočasový program, například ergoterapie, cvičení pro seniory, ruční práce a jiné aktivity. Je jim poskytována kompletní pečovatelská služba, jako je úklid, praní prádla a žehlení, zajištění minimálně tří hlavních jídel a pomoc při dalších činnostech, které klient potřebuje. Senioři žijí v pokojích většinou po dvou, mají společné nebo vlastní sociální zařízení, společenskou místnost. Poplatky za pobyt se řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb (26).

Na oddělení následné péče (ONP) jsou umístováni pacienti s chronickým onemocněním, kteří již nevyžadují standardní lůžko, ale kde je potřeba stálá a dlouhodobá ošetrovatelská péče vedoucí k doléčení závažného zdravotního stavu. Dále slouží pacientům, u kterých probíhá rehabilitace vedoucí k navrácení soběstačnosti a zlepšení pohyblivosti (3).

Pokud je senior umístěn do některého ústavního zařízení, ztrácí své osobní zázemí, svoji autonomii. Ztrácí část svojí identity, rodinu, místo, kde žijí, domov, ve kterém bydlí. Někteří senioři mohou pobyt vnímat jako čekání na smrt. Musí se naučit orientovat se v novém prostředí, přizpůsobit se dennímu režimu. Senioři často trpí



pocitem nejistoty a ztrátou bezpečí. Díky přílišné péči se staří lidé stávají rychleji nesoběstačnými. Přestože zde žijí s ostatními seniory, mohou se cítit sociálně izolováni. Záleží tak na aktivním přístupu sestry a ostatních pracovníků, aby měl senior uspokojeny všechny potřeby bio-psycho-sociální a duchovní.

## ***1.2 Problematika bolesti ve stáří***

### ***1.2.1 Bolest obecně***

Bolet je nepříjemná vjemová a emocionální zkušenost. Může provázet skutečné nebo potenciální poškozením tkáně. (16) Je ukazatelem poruchy funkce organismu. Zároveň ale chrání organismus před větším poškozením (4). Každý člověk vnímá bolest odlišně. Její intenzita je také závislá na denní době. Vjem bolesti se nazývá nocicepce. Vzniká na podkladě působení nociceptorů, receptorů, které jsou citlivé na poranění. Nacházejí se v kůži a ve stěnách vnitřních orgánů (7). Kůže je orgán, na kterém jsou miliony receptorů. Ty jsou drážděny podněty mechanickými, tepelnými a bolestivými z vnějšího prostředí. Volná nervová zakončení poškozených buněk dráždí chemické látky, jako je histamin, bradikinin, P substance, serotonin a jiné látky. Tím vyvolávají bolest (4). Nociceptory pomocí nervových impulzů vyšlou informaci o bolesti k jiným nervům. Ty ji přenesou do míchy a dále do mozku. Následně se aktivují mimovolní reakce - zvýší se krevní tlak, zrychlí se pulz, zrychlí se dech nebo naopak dojde k jeho zadržení a příslušný sval zareaguje flexí (odtažením) postižené části orgánu.

Je rozdíl mezi nocicepcí a zážitkem bolesti. Nocicepce je neurologickou reakcí a odpovědí pomocí reflexu, která je vyvolána poškozením tkáně nebo možným poškozením tkáně. Bolest je definována jako subjektivní nepříjemný sensorický a emoční zážitek, který provází poranění tkáně nebo potencionální poškození tkáně. Bolest nemusí být vždy provázena nocicepcí. Stejně tak u nocicepce nemusí vždy být přítomna bolest. Proto někteří lidé mají velké bolesti, přestože u nich není prokázáno žádné zjevné poškození (7).

Nocicepce má čtyři fáze: transdukce, transmise, percepce a modulace. V první fázi, trasdukci, dochází k přeměně mechanického, chemického nebo tepelného

vjemu na elektrickou aktivitu nervového systému. Speciální sensorická nervová zakončení, receptory v kůži, tkáních a vnitřních orgánech změny energii mechanickou, tepelnou a chemickou na elektrickou energii. Dojde k otevření sodíkových kanálů, díky kterým sodík z vnějšího prostředí vstupuje do buňky. Tímto vstupem způsobí depolarizaci molekuly receptoru a následně vznik akčního potenciálu. Elektrická energie jako signál bolesti je vedena do centrálního nervového systému, do míchy a poté do mozku (7).

Různé typy receptorů reagují na specifické podněty. Receptory, které jsou schopné reagovat pouze na jeden typ podnětu se nazývají unimodální. Jako polymodální se označují receptory, které jsou schopné reagovat na více podnětů. Receptory mají různou senzitivitu, počet akčních potenciálů, který způsobil podnět. Ty, které jsou umístěné ve vnitřních orgánech tělních stěnách, jsou nazývány somatoviscerální receptory. Dělí se do tří skupin.

První tvoří nociceptivní receptory. Aktivizují se při podnětu, který nezpůsobuje poškození ani bolest. Je to například dotek nebo pohyb vlasu. Nociceptory se aktivují při působení podnětu, který poškozuje tkáň. K aktivizaci takzvaných tichých receptorů dochází při zánětu nebo chemickém působení. Ty dokáží zesílit a rozšířit bolest a způsobit, že nebolestivé podněty působí bolestivé signály. Somatoviscerální receptory dokáží reagovat pouze na mechanické, termální a chemické podněty poškozující tkáň. Povrchové receptory umístěné na povrchu kůže se nazývají somatické nociceptory. Jsou popsány dva typy. Na začátku myelinizovaných sensorických nervových vlákních se nacházejí unimodální receptory. Říká se jim A-delta vlákna. Šíří vzruch rychlostí 15-20 metrů za sekundu. Při aktivaci způsobují ostrou nebo píchavou bolest dobře lokalizovanou. Začátky nemyelinizovaných sensorických vláken jsou obsazeny polymodálními receptory. Jsou označovány jako C vlákna a vedou vzruch rychlostí 0,5 – 2 metry za sekundu. Mají menší průměr než A-delta vlákna. Způsobují dlouhodobou difúzní bolest pálivého nebo tupého charakteru. Tyto receptory reagují na termální, mechanické a chemické podněty, na chemické látky vylučované při zánětu, nemoci nebo při cvičení. Pokud se například člověk spálí horkou vodou, aktivují se a-delta a C vlákna. Jelikož A-delta vlákna vedou vzruch

rychleji, člověk pocítí nejprve okamžitou ostrou lokalizovanou bolest a poté dlouhodobou pálivou bolest (7).

Ve druhé fázi, transmisi, nesou neurony elektrické impulzy do centrální nervové soustavy. Tento děj se odehrává v zadních rožích míchy, kam vstupují senzorické nervy. Neurotransmitery vedou dál bolestivé podněty do spinotalamického traktu. Talamus slouží k rozesílání bolestivých podnětů do jednotlivých částí mozku. V mozku jsou z těchto nociceptivních impulzů vybrány potřebné informace ke zpracování (7).

Třetí fáze, percepce, je odpověď centrální nervové soustavy na zánětlivé poškození, poranění periferního nervu či poškození části centrální nervové soustavy, která zprostředkovává bolestivý vjem. Percepce může ovlivnit minulý nebo současný zážitek bolesti a současný postoj jedince k bolesti. Mění se v závislosti na prostředí, nemoci a poranění člověka. Může trvat krátkou dobu nebo může být dlouhodobá. Příkladem percepce je alodynie. Jedinec vnímá bolest na normálně nebolestivý podnět. Člověk, který má poraněnou horní končetinu, vnímá bolestivě jemný dotyk druhé osoby. Termínem hyperalgie se rozumí vnímání přiměřeně bolestivého podnětu jako více bolestivého než obvykle. Dysestézie je označení pro vysoce nepříjemný vjem. Zvýšená citlivost na podněty se nazývá hyperestézie, naopak snížená citlivost se nazývá hypostézie (7).

Poslední fáze nocicepce se nazývá modulace. V této fázi se jedinec bolesti přizpůsobí. Buď se bolest sníží nebo zvýší. Sestra může tuto fázi ovlivnit podáním analgetik dle ordinace lékaře, odvracení od bolesti, použitím nefarmakologického tišení bolesti a dalšími způsoby. Tělo samo ovlivňuje vnímání bolesti pomocí kontrolního mechanismu ve středním mozku. Endorfíny, označované jako přirozená analgetika v těle nebo opiátová analgetika ve středním mozku, způsobí inhibiční reakci. Podněty postupují dále do míchy. Způsobí uvolnění látek serotoninu, norepinefrinu a endorfínů. Tyto látky se naváží na opioidní receptory. Tím zabrání uvolnění neurotransmiteru a následně potlačí přenos bolesti dál (7).

### ***1.2.2 Typy bolesti***

Bolest se dle délky trvání dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest mívá relativně rychlý nástup. Obvykle je rozpoznáno konkrétní poškození tkáně. Pacienti ji většinou přesně lokalizují. Může trvat několik sekund až několik týdnů. Většina odborníků se shoduje na tom, že lze za akutní bolest označit takovou, která trvá méně jak šest měsíců. Nejčastější příčiny akutní bolesti jsou traumata, popáleniny, záněty, infekce a chirurgické a operační postupy. Člověk trpící akutní bolestí má zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, je opocený, zaujímá vynucenou úlevovou polohu, má bolestivý výraz ve tváři. Je zvýšeně citlivý na světlo. Pokud se akutní bolest neztlumí vhodnými postupy, může způsobit infarkt myokardu, pneumonii, tvoření trombů, poruchu žaludečních a střevních funkcí. Člověk se vyhýbá společnosti, pomaleji dochází k jeho uzdravování. Může ho výrazně omezovat v běžných denních činnostech.

Chronická bolest je nejčastějším typem bolesti. Je tak označována bolest, která trvá více jak šest měsíců a není život ohrožující. Má obvykle nepravidelný nástup, který se často opakuje. Často se obtížně lokalizuje. Mezi nejčastější příčiny způsobující tento typ bolesti je fybromyalgie, pásový opar, osteoartritida, periferní neuropatie, revmatoidní artritida. Pokud bolest trvá velmi dlouho, naučí se jedinec s bolestí žít a vyrovnat se s ní. Sestra ani nikdo jiný nemusí na člověku trpícím chronickou bolestí poznat, že ho provází. Někdy může trvat celý život a může snižovat celkovou kvalitu života.

Dle lokalizace se určuje bolest somatická a viscerální. Somatická bolest vychází z kůže, svalů, kostí, hlubokých tkání a kloubů. Lidé ji dokáží dobře lokalizovat. Projevuje se jako stálá, ostrá a bušivá bolest. Naopak viscerální bolest vychází z vnitřních orgánů těla. Příčinou může být zánět nebo obstrukce orgánu. Tato bolest je popisována jako hluboká, křečovitá, hlodavá, ostrá nebo bušivá.

Pokud je poraněna sensorická část nervového systému, jde o bolest neuropatickou. Poraněná část předává do mozku bolestivé impulzy, přestože není poškozena žádná tkáň. Je to bolest svíravého, pálivého, píchavého charakteru, která vystřeluje do okolí. Pripomíná šoky. Může být způsobena útlakem nervu nádorem. Objevuje se při neuralgii trigeminu, pátého hlavového nervu. Při tomto onemocnění se

bolest projevuje v oblasti obličeje, ale také ve vlasové části hlavy. Postherpetická neuralgie se objevuje po zhojení pásového oparu. Často se objevuje u seniorů, kteří pásový opar prodělali. Periferní neuropatie se objevuje při degeneraci nervových funkcí na končetinách. Mezi příčiny patří diabetes mellitus, periferní onemocnění cév, roztroušená skleróza a další.

Při amputaci končetiny se často objevují fantomové bolesti. Jsou to bolesti v místech, kde byla amputovaná končetina. Lidé bolest popisují jako trhavou, křečovitou, pálivou nebo vystřelující. U některých bolest brzy vymizí, u některých přetrvává dlouhou dobu.

Migréna je nepříjemná bolest hlavy nejasné příčiny. Bolest je pulzující, střední až silné intenzity. Vyvolávajícími faktory mohou být blikající světla, deprese, stres, určitá jídla (čokoláda). Vliv mají také genetické faktory.

Většina lidí, kteří mají nádorové onemocnění, trpí bolestí. Bolest může být způsobena obstrukcí a útlakem okolní tkáně nádorem. Může ji vyvolat infekce, záněty či ischemie. Bolesti se objevují po chemoterapii, po radioterapii a po operacích, které mají za úkol odstranit či zmírnit příznaky. Bolest způsobuje zdravotnický personál diagnostickými metodami (odběr krve, biopsie tkáně, lumbální punkce a další metody) (7).

Dalšími typy bolesti je ischemická bolest charakterizována pálením, řezáním, svíráním. Vzniká v důsledku hypoxie svalové tkáně. Jde o stenokardie a klaudikační bolesti. Kolikovitá bolest je způsobena spasmu hladkého svalstva. Je prudká a postupně narůstá a může se stát až nesnesitelnou. Tato bolest se nejčastěji objevuje při zaklínění kamene v močových cestách, pak je to renální kolika, nebo ve žlučových cestách, ta se nazývá biliární kolika. Zánětlivá bolest se projevuje napínáním šubáním a tepáním v místě zánětu (22).

### ***1.2.3 Bolest u seniorů***

Starší lidé vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči. Zdravotnický personál musí proto zvolit odlišný přístup. Nejčastějším rysem onemocnění je polymorbidita. Jde převážně o chronická onemocnění, jako je například onemocnění pohybového aparátu,

osteoporóza, artróza, bolesti zad, bolesti hlavy, ischemické choroby srdce a dolních končetin. Onemocnění se navzájem prolínají a tím se obtížně diagnostikují, jelikož probíhají pod nespecifickými příznaky. Například akutní infarkt myokardu se nejdříve může probíhat pod obrazem cévní mozkové příhody. Některá onemocnění se nemusí objektivně projevit, a proto zůstávají nediodagnostikována. Senioři trpí převážně chronickou bolestí, která je způsobena chronickými onemocněními, jako je osteoartróza, osteoporóza, revmatoidní artritida, chronická ischemická choroba dolních končetin, angina pectoris, chronická obstrukční plicní nemoc a další onemocnění. Akutní bolest je u seniorů způsobena nejčastěji pády s následnými pohmožděními, poraněními nebo zlomeninami kostí. Objevuje se jako stenokardie u akutního infarktu myokardu, při hluboké žilní trombóze, pneumonii, někdy při vředové chorobě žaludku a duodena, dně, a dalších akutních onemocněních. Neléčená chronická, ale také akutní bolest, podstatně zhoršují kvalitu života seniorů. Staří lidé mohou být depresivní a úzkostní. Mívají problémy se spánkem. Nechutná jim jíst ani nechtějí pít a tak jsou ohroženi malnutricí a dehydratací. Vyhýbají se kontaktu s ostatními lidmi. Postupně dochází k poruchám pohyblivosti, funkčním poruchám a poruchám rehabilitace. U seniorů se dále může projevit imobilizační syndrom. Stávají se více závisými na zdravotnickém systému. Proto je důležité, aby bolest u těchto lidí byla včas a správně diagnostikována a mohla být co nejdříve a co nejefektivněji léčena. Existuje názor, že bolest je součástí stárnutí. Není tomu tak. Bolest i v tomto věku lze úspěšně mírnit a léčit. Staří lidé jsou stejně citliví k bolesti jako jiné věkové skupiny, citlivost k bolesti se s věkem nesnižuje. Senioři o své bolesti často nemluví. Nechtějí obtěžovat okolí, mají obavy ze závislosti na analgeticích, myslí si, že bolest je projevem slabosti. Někteří berou bolest jako trest. Bojí se, že léčba bolesti bude pro ně finančně nákladná. Je proto na sestře a lékaři, aby se nebáli otevřeně o bolesti s lidmi hovořit.

### ***1.3 Ošetrovatelský proces u seniorů***

#### ***1.3.1 Ošetrovatelský proces obecně***

Ošetrovatelský proces je logická vědecká metoda. Zajišťuje ošetrovatelskou péči, která se zaměřuje na seniora jako individuální bytost. Pokud sestry chtějí efektivně hodnotit bolest u seniorů, je nezbytné, aby postupovaly podle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Díky tomu poznají potřeby pacientů a mohou jim tak poskytovat profesionální a systematickou péči. Sestry pracují samostatně a řídí si vlastní práci. To jim přináší pocit seberealizace a uspokojení. Ošetrovatelský proces zvyšuje kvalitu poskytované péče. Ta se organizuje formou systému skupinové ošetrovatelské péče nebo formou systému primárních sester. Pokud sestry pracují formou skupinové ošetrovatelské péče, starají se o své pacienty, u kterých sesbírají ošetrovatelskou anamnézu a zajišťují u nich kompletní ošetrovatelskou péči. Informují ostatní členy ošetrovatelského týmu o jejich problémech a potřebách. Nesou za ně odpovědnost po celou dobu péče. Tento systém je vhodný u krátkodobé hospitalizace. U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, například v léčebnách dlouhodobě nemocných či domovech pro seniory, je vhodný systém primárních sester. Při přijetí do zdravotnického zařízení je pacient přidělen jedné sestře. Ta se o něho stará a nese za něj plnou odpovědnost po celou dobu pobytu (17).

Ošetrovatelský proces zahrnuje pět fází. V první fázi sestra sbírá anamnézu. Veškeré údaje se zaznamenávají do dokumentace. Anamnestické údaje musí být systematické a cílené. Sestra zjišťuje identifikační údaje, současný zdravotní a psychický stav, sociální situaci a náboženské přesvědčení.

Ve druhé fázi sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy na základě informací o nemocném, které předem spracovala. Nese za ně plnou odpovědnost. Ošetrovatelská diagnóza je stanovení aktuálních nebo potenciálních problémů pacienta. Na rozdíl od lékařské diagnózy nepopisuje chorobu jako takovou, ale zaměřuje se na to, jak nemoc zasahuje do běžného života člověka. Mění se podle aktuálního zdravotního stavu, zatímco lékařská diagnóza zůstává po celou dobu stejná. Obě diagnózy se vzájemně doplňují (18). NANDA International je mezinárodní

profesionální organizace sester, která v roce 2002 stanovila jednotnou Taxonomii II. Taxonomie obsahuje 172 ošetrovatelských diagnóz. Každá z nich má vlastní kód (12).

Ve třetí fázi sestra vypracovává plán ošetrovatelské péče. Respektuje při tom lékařskou diagnózu. Vše zapíše do ošetrovatelského plánu, který se skládá ze dvou částí. V první části si sestra stanoví cíle. Cíl musí být vždy zaměřen na nemocného, on se ho také aktivně účastní. Je vždy konkrétní, jasný a srozumitelný. Obvykle se cíle časují. Při plánování ošetrovatelské péče si sestra stanovuje cíle krátkodobé a dlouhodobé. Ve druhé části sestra plánuje ošetrovatelské intervence. K tomu musí mít vhodné odborné znalosti a dostatek zkušeností. Sestra plánuje ošetrovatelské intervence v souvislosti s lékařskou diagnózou a respektuje doporučení od lékaře. Při plánování činností je vhodná spolupráce s rodinou a nejbližšími přáteli pacienta (17, 18).

Ve čtvrté fázi se realizuje naplánovaný ošetrovatelský plán. Sestra ve spolupráci s pacientem, rodinou a ostatními členy ošetrovatelského týmu plní stanovené intervence a provádí záznam o provedených činnostech i o činnostech, které z nějakých důvodů nemohly být splněny. Sestra může také provádět intervence, které nebyly stanoveny v ošetrovatelském plánu. Intervence se mohou měnit v závislosti na změnách zdravotního stavu nemocného (17).

V páté fázi se hodnotí efektivita a účinnost poskytnuté péče. Určuje se, zda bylo dosaženo vytyčeného cíle. Sestra hodnotí jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. V této fázi sestra získává nové informace o pacientovi. Může tak plánovat další ošetrovatelskou péči a plnit cíle, kterých dosud nebylo dosaženo (17).

Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu na sebe plynule navazují a vzájemně se prolínají. Lze pracovat v jedné chvíli s více než jen jednou složkou procesu. Ošetrovatelský proces je přízpůsobivý, lze ho použít u všech lidí a lze ho aplikovat ve všech zdravotnických zařízeních.



### *1.3.2 Hodnocení bolesti, ošetrovatelská diagnostika a plánování péče u seniorů s bolestí*

Cílem hodnocení je, aby byl senior v co největší pohodě (3). U starých lidí se při hodnocení bolesti musí brát ohled na specifické požadavky. Hodnocení bolesti je komplexní problém, protože staří lidé mají více chorob najednou. Sestra nejprve hodnotí seniorovy kognitivní schopnosti, psychický stav a reakci na nemoc. Hodnotí jeho způsob chování a orientaci v čase a místě. Všímá si také komunikačních schopností seniora. Jaký je jeho stav výživy, jak je upravený a čistý. Zjišťuje jeho úroveň soběstačnosti a pohyblivosti. Dále se ptá na možné alergie a kožní problémy. Sbírá sociální anamnézu, ve které sestra zjišťuje, seniorovo rodinné a společenské zázemí, jaké má záliby. Ví o jeho kulturních duchovních názorech. Všímá si i jeho momentální nálady.

Pokud pacient sděluje, že má bolest, sestra mu musí věřit, protože bolest je subjektivní pocit. Když není známá příčina bolesti a pacient udává bolesti, přestože ani jeho chování tomu neodpovídá, může zdravotnický personál pochybovat o pravdivosti.

U chronické bolesti nemusí být vždy přítomny fyziologické známky. Tělo se již přizpůsobilo na bolest. Senior může usnout, přestože má velké bolesti. Někteří lidé používají spánek jako metodu ke zvládnutí bolesti.

Intenzita podnětů, které jsou potřeba, aby člověk cítil bolest, se označuje jako práh bolesti. Tolerance bolesti je doba, kdy si člověk otevřeně stěžuje na bolest, protože ta už dosáhla určité míry a trvání, kterou není možné snést. Pro hodnocení bolesti je důležité určit její práh a toleranci. U každého jednotlivce je práh a tolerance bolesti odlišná. Může se měnit také u stejného pacienta v závislosti okolnostech. Psychické obtíže, jako je strach, úzkost, nebo psychiatrická onemocnění, nejčastěji deprese a demence, zhoršují průběh bolesti. Senioři se závažnou demencí vyžadují odlišný přístup.

Pro posouzení bolesti je důležité, aby sestra získala správnou anamnézu bolesti. Všímá si verbálních a neverbálních projevů, například pláče, křiku, bolestivého výrazu

ve tváři, mračení se, neklidu, odstraňování nebo tření části těla. Při pozorování vyšetřovaného si sestra mimo jiné všímá způsobu držení těla a způsobu chůze (18).

Při rozhovoru se seniorem se ptá na intenzitu, lokalizaci, kvalitu a typ bolesti. Zjišťuje, které faktory bolest vyvolávají, jaké příznaky bolest doprovázejí a jaké má senior předchozí zkušenosti s bolestí. Ptá se, kdy se bolest objevila, jak se projevuje během dne, kdy je nejsilnější, do jaké míry ovlivňuje bolest jeho každodenní aktivity. Co dělá pro zmírnění bolesti, co mu pomáhá. Jak se senior cítí a z čeho má největší obavy (22). Sestra může informace získávat přímo od pacienta nebo jeho rodiny a známých. Cenné informace se může dovědět od pacientů, kteří jsou s vyšetřovaným na pokoji. V neposlední řadě si zdravotnický a pomocný personál vyměňují informace mezi sebou.

Se staršími lidmi je někdy komunikace obtížnější. Mezi komunikační bariéry ze strany pacienta patří nedoslýchavost, porucha zraku, poruchy řeči a demence. Senior s bolestí nebude většinou příliš sdílný. Nemusí mít k sestře důvěru, a proto se jí nechce svěřovat se svými obtížemi. Mezi komunikační bariéry ze strany sestry patří nejčastěji nedostatek času, hlučné prostředí a nedostatek soukromí nebo obava z témat o závažném onemocnění nebo o smrti. Sestra by měla umět aktivně naslouchat. Pokud senior vidí, že ho sestra neposlouchá, ztrácí zájem spolupracovat. Při rozhovoru by měla být sestra otočena směrem k seniorovi a udržovat s ním oční kontakt. Sestra klade vhodné dotazy, vyjadřuje pochopení a podporu (24). Při rozhovoru se starším pacientem používá jednoduchá slova a jednoduché věty. Na otázky odpovídá pokud možno jednoduše a přímo. Mluví klidně, pomalu a zřetelně, příjemným tónem. Pokud senior má některou z kognitivních poruch, může sestra použít alternativní způsoby komunikace psanou formou, pomocí obrázků nebo tabulek. Musí si dávat pozor na svou mimiku a gestiku. Sama také sleduje neverbální projevy nemocného, jeho výraz tváře, jakou zaujímá polohu, jak se celkově chová (8).

Při hodnocení bolesti sestra používá hodnotící škály bolesti (viz. příloha 3). Snadno se používají, práce s nimi nevyžaduje příliš času a dokáží odhalit důležité informace o bolesti. Používají se před začátkem léčby, ale také v jejím průběhu. Sestra může porovnat, jak jsou účinné intervence vedoucí ke zmírnění bolesti. Obličejová

škála je jednou z nejvhodnějších metod k hodnocení bolesti u seniorů. Škála obsahuje šest obličejů s různými výrazy tváře, od úsměvu až k plakajícímu obličejí. Senior ukáže na obličej, který vystihuje jeho momentální pocity. Vizuálně analogová škála (VAS) je čára, která měří deset centimetrů. Na levém okraji je napsáno „žádná bolest“, na pravém okraji „nejhorší možná bolest“. Sestra požádá pacienta, aby označil na čáře místo, které označuje intenzitu jeho bolesti. Poté změří vzdálenost od levého okraje k označení. Pro starší lidi může být tento způsob příliš abstraktní. Nejčastěji se k hodnocení bolesti používá číselná hodnotící škála (NRS). Na úsečce je deset čísel, od nuly do desíti. Nula znamená žádnou bolest a desítka nejhorší možnou bolest. Pacient určí číslo, které hodnotí jeho bolest. Tato škála je jednoduchá a rychlá, ale některým seniorům se může zdát nepochopitelná. Slovně popisná škála popisuje intenzitu bolesti přídatnými jmény „žádná“, „protivná“, „nepříjemná“, „hrozná“, „strašná“, „agonizující“. Její použití je rychlé a jednoduché, ale omezuje pacienta ve vyjádření svých pocitů. Někteří senioři nemusí rozumět všem slovům nebo je mohou vnímat jinak (7).

Po zhodnocení bolesti sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle problémů, které senior uvádí a kterých si sestra sama všimla. „Akutní bolest“ a „Chronická bolest“ jsou samy o sobě ošetrovatelskými diagnózami. S nimi souvisí další možné nejčastější ošetrovatelské diagnózy. S akutní bolestí souvisí diagnózy „Porušený spánek“, „Riziko dehydratace“, „Nedostatečná výživa“, „Zhoršená pohyblivost“, „Deficit sebekpěče“, „Strach“ a další. Chronická bolest může být provázána diagnózami, jako je „Únava“, „Porušené myšlenkové procesy“, „Beznaděj“, „Poškozená sociální interakce“, „Úzkost“, „Neefektivní zvládnání zátěže“, „Sociální izolace“ (12).

Na základě stanovených diagnóz a jejich příčin sestra určí cíl, čeho chce dosáhnout. U diagnózy „Akutní bolest“ může být cílem úplné odstranění bolesti nebo její zmírnění na takovou úroveň, která je pro pacienta snesitelná. Jako kritéria vedoucí k vyřešení problému sestra může uvést, že senior je klidný, senior nemá zrychlený pulz, nemá zvýšený tlak, není opocení, senior je schopen uspokojit základní potřeby, senior netrpí nechutenstvím, senior zaujímá vhodnou úlevovou polohu, senior aktivně rehabilituje, atd. Pokud senior trpí chronickou bolestí, je reálné dát si za cíl zkvalitnit

život seniora, zmírnit bolest tak, aby ho neomezovala v jeho životě. Jako základní kritérium je, aby senior byl schopen zajistit si základní potřeby a zůstal tak co nejméně závislý na ostatních lidech. Další kritéria, která sestra může zvolit: senior se nestraní společnosti, senior se cítí odpočatý, senior je vyrovnaný s nemocí a jiné.

Každého seniora trpícího bolestí sestra bere jako individuální bytost. Proto u každého volí specifický způsob hodnocení bolesti, stanovení cílů, kritérií a plánování ošetrovatelských intervencí, aby tak bolest mohla být efektivně zvládnuta a odstraňována.

### ***1.3.3 Zvláštnosti nefarmakologického tišení bolesti u seniorů***

Nefarmakologické postupy mají vliv na psychiku a tím pomáhají snižovat bolest a zmírňovat úzkost a stres. Zlepšují kvalitu spánku a dodávají dobrou náladu. Člověk trpící bolestí získává pocit, že svou bolest má pod kontrolou. Tyto techniky zvyšují kvalitu života a zlepšují pohodlí. Některé nefarmakologické techniky může provádět pouze školená sestra, některé se provádí pouze na lékařský předpis. Rozdělují se do tří skupin. První skupinu tvoří fyzikální terapie, ve druhé skupině jsou zahrnuty alternativní a doplňkové terapie a třetí skupina obsahuje kognitivní a behaviorální terapie.

Metody fyzikální terapie sestra může snadno použít a jsou relativně levné. Mezi často používanou techniku patří léčba teplem. Teplota zvyšuje prokrvení tkání a zrychluje jejich metabolismus. Sestra aplikuje vlhké nebo suché teplo. Vlhké teplo se aplikuje pomocí teplých zábalů a obkladů. Suché teplo může sestra aplikovat pomocí elektrické dečky nebo gelových sáček. Teplota pomáhá ke zlepšení cirkulace krve, zmírňuje ztuhlost v kloubech, snižuje spasmus a bolest ve svalech a zvyšuje práh bolesti. Používá se při bolestech hlavy a ucha. Seniori, především diabetici, mohou mít sníženou citlivost. Sestra proto musí dbát, aby teplota obkladu nepřesáhla čtyřicet až čtyřicet pět stupňů (7).

Terapie chladem, kryoterapie, se může použít u seniorů trpících revmatoidní artritidou. Chlad způsobí zúžení cév a tím snížení průtoku krve v postižené části těla. Chladný obklad zpomaluje vytvoření otoku a tvorbu modřin. Je vhodné ho

použít u seniorů, kteří upadli a pohmoždili se. Chladné i teplé obklady může sestra sama aplikovat na oddělení a v ústavních zařízeních. Je to nenáročný způsob a efektivně tím pomáhá seniorovi zmírnit bolest (7).

Transkutánní elektrická stimulace nervu (TENS) působí pomocí přístroje, který vysílá nebolestivý střídavý proud do postiženého místa (viz. příloha 4). Léčbu musí předepsat lékař. Je vhodná u seniorů s revmatoidní artritidou, při zlomeninách, při bolestech bederní páteře. Kontraindikována je u lidí s kardiostimulátorem a kognitivní poruchou. Tuto metodu by měl lékař důsledně zvážit, pokud má senior srdeční onemocnění (7).

Cvičení je vhodné k uvolnění těla i mysli. Vede seniory k aktivnímu způsobu života, posiluje soběstačnost a sebedůvěru. Senior se tak stává zodpovědným za své zdraví. Cvičení přináší radost a uspokojení. Sestra by měla dbát, aby nedocházelo k přetěžování a provádění bolestivých cviků. Cviky se musí přizpůsobit tělesné zdatnosti a zdravotnímu stavu seniora. Cvičení by měl vést zkušený fyzioterapeut nebo vyškolená sestra. Některé formy cvičení je vhodné konzultovat s lékařem (20). Uvolňující cviky sníží napětí ve svalech. Zahajují samotné cvičení a provádí se v průběhu a na konci cvičení. Dechová cvičení zlepšují funkci dýchacího systému a podporují výměnu dýchacích plynů ve tkáních. Jsou vhodné pro seniory, kteří se nemohou pohybovat (15).

Z alternativních způsobů zvládnání bolesti může sestra sama zvolit aromaterapii, muzikoterapii, terapii dotykem, různé druhy masáží a další metody. Při aromaterapii senioři inhalují různé esenciální oleje, které mají stimulační nebo relaxační účinky. Používá se například při bolestech hlavy, svalových problémech, revmatoidní artritidě. Vůně esenciálních olejů také přispívá k dobré náladě. Oleje musí sestra ředit podle doporučení výrobce, nesmí se aplikovat na podrážděnou pokožku ani používat ústy (7).

Muzikoterapii lze využít jako prostředek komunikace, jako formu relaxace, k podpoře hojení. Přispívá k celkové pohodě. Hudba napomáhá snižování chronické bolesti. Lze ji použít u nemocných rakovinou, Parkinsonovou chorobou a při poraněních mozku. Aromaterapie i muzikoterapie se používá v některých domovech pro seniory. Může ji provádět jak vyškolená sestra, tak pedagogický nebo sociální pracovník (7).

Terapie dotykem se používá ke zmírnění bolesti a úzkosti. Je založena na tvrzení, že tělo i mysl tvoří lidské energetické pole. V období nemoci nebo stresu je toto pole nevyrovnané. Vyškolená sestra pomocí dotyků nebo přiloženou rukou nad pokožkou nemocného manipuluje s energetickým polem a tím obnovuje rovnováhu. Existence energetického pole okolo těla není vědecky prokázáno. Pacienti, kteří tuto metodu prožili tvrdí, že jim přinesla uvolnění, zmírnila jejich bolest. Léčba dotykem nemá téměř žádné nežádoucí účinky, ale u seniorů by se neměla provádět s příliš velkou intenzitou ani příliš dlouho (7).

Masáž by měl provádět vyškolený masér nebo vyškolená sestra. Díky masáži dochází ke zlepšení mikrocirkulace. Napomáhá vyplavení kyseliny mléčné a škodlivých toxinů ze svalů. Masáž u seniorů je vhodnou formou relaxace a slouží jako prostředek k odvádění pozornosti od bolesti. Zmírňuje únavu a pomáhá od bolesti zad, ramen, rukou a nohou (7).

Mezi kognitivní a behaviorální přístupy vhodné pro seniory patří různé formy relaxace nebo odvádění pozornosti. Senior se naučí dovednosti, které vedou ke zmírnění nebo odstranění bolesti a které mění jeho reakci na bolest (7). Pokud chce sestra odvést pozornost od bolesti, může doporučit seniorovi vhodné činnosti jako je čtení, poslech radia nebo hudby, sledování televize, ruční práce a různé formy ergoterapie. Do péče může zapojit také rodinu, aby svého seniora aktivizovali k činnostem. Relaxace uvolňuje psychické i svalové napětí, které zhoršuje průběh nemoci.

Vhodnou metodou může být autogenní trénink, který může provádět více lidí najednou. Sestra může zvolit nižší stupeň, kdy klidným hlasem navozuje u zúčastněných pocity, tíhy a tepla v končetinách, klidného dechu, pravidelné srdeční činnosti, pocitu tepla v nadbřišku, chladného čela. Trénink uvolňuje svalové a psychického napětí a umožňuje lépe ovládat některé vegetativní funkce. Při relaxaci si mohou senioři v duchu říkat předsevzetí, čeho chtějí dosáhnout, jací chtějí být, jak se chtějí cítit. Předsevzetí mají být pozitivní a povzbuzující. Vhodnější je poloha v leže, ale lze provádět také v sedě. Vyšší stupeň spočívá v navození a sensorických prožitků se emočním doprovodem. Zkušenější dokáží meditovat sami o sobě. Autogenní trénink

se může použít u seniorů, kteří trpí neurózami a psychosomatickými poruchami. V praxi se tato metoda používá relativně často (19).

Autosugesce vede k přesvědčování sebe samotného o představách, myšlenkách a změně postojů nebo k provádění určitých činností. Je jednou z forem psychoterapie (22).

Mezi moderní způsoby tlumení bolesti patří biofeedback. Pomocí pozorování nebo poslouchání signálů se pacient pod dohledem terapeuta nebo vyškolené sestry naučí mít kontrolu nad různými autonomními funkcemi svého těla jako je dýchání, pulz, krevní tlak. Tím se postupně naučí ovlivňovat bolestivé pocity. Biofeedback se používá při léčbě chronické bolesti, například dlouhodobá bolest hlavy, bolesti zad, bolesti zažívacího traktu (7).

Psychoterapie je vhodnou metodou u lidí trpících chronickou bolestí. Je procesem, který v člověku vyvolává očekávání ve zlepšení jeho stavu. Je důležité vytvoření partnerského vztahu mezi terapeutem a pacientem, který je založen na vzájemné důvěře, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti. U seniorů s chronickou bolestí musí terapeut respektovat jejich počáteční negativní postoj, ztrátu motivace a udělat něco pro zlepšení bolesti. Pokud senioři trpí nevléčitelnou bolestivou chorobou, je třeba k nim přistupovat se zvýšenou citlivostí. Na skupinové psychoterapii v léčbě chronické bolesti by mělo být 4 nejvíce však 12 zúčastněných. Terapie by měla dávat příležitost k projevení pocitů a zvládnání problémů. Účastníci se mohou navzájem pozitivně ovlivňovat a vzájemně se motivovat (13).

#### ***1.3.4 Farmakologická terapie používaná k tišení bolesti u seniorů***

U starších lidí se k léčbě bolesti používá také farmakologická léčba (viz. příloha 5). Mezi používané léky, které sestra podává podle ordinace lékaře, patří analgetika, lokální anestetika, antidepresiva, myorelaxancia, antikonvulziva a další léky ovlivňující bolest. Analgetika se u seniorů v managementu bolesti používají nejčastěji. Pokud lékař zvolí vhodnou formu a správnou dávku, nejsou pro starého člověka nebezpečné, jak se někteří lékaři a sestry domnívali (7).

Analgetika se všeobecně dělí na opiátová a neopiátová. Mezi neopiátová analgetika patří léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik (Brufen), paracetamol (Paralen) a salicyláty (Aspirin). U seniorů sestra nejčastěji podává nesteroidní antirevmatika. Snižují střední a mírné bolesti. Pokud je lékař nemůže předepsat, podává se zpravidla paracetamol. Ten má také antipyretický účinek. Salicyláty nejsou vhodným lékem pro seniory, protože mohou mít toxické účinky (7).

Opiáty jsou léky, jejichž základem je morfin, ovlivňují centrální nervovou soustavu. Opiáty se mohou rozdělit do tří skupin. První z nich jsou agonisté. Sestra je podává dle ordinace lékaře k léčbě střední a silné akutní nebo chronické bolesti a u lidí v terminálním stadiu. Mezi léky z této skupiny patří kodein, fentanyl, hydroform a další. Další skupinu tvoří antagonisté. Nejsou samy o sobě analgetika, ale tlumí účinek agonistů a odstraňují jejich nežádoucí účinky, mezi které se řadí dechový útlum nebo útlum centrální nervové soustavy. Agonisté-antagonisté zmírňují bolest, ale zároveň snižují riziko nežádoucích účinků a toxicity. Opiáty nejsou pro starého člověka nebezpečné, pokud lékař zvolí vhodný typ a vhodnou dávku léku. Naopak jsou velmi účinné a senior může žít kvalitnější život bez silných bolestí (7).

Pacientem řízená analgezie se podává intravenózně nebo epidurálně. Senior si sám reguluje množství analgetik. Je vhodné, aby lékař ve spolupráci se sestrou, dříve než seniorovi nabídne tuto formu, nejprve zhodnotili jeho tělesný i mentální stav.

Adjuvantní analgetika se nepoužívají v první řadě jako analgetika. Mohou se podávat spolu s opiáty. Využívají se k léčbě chronické bolesti. Do této skupiny patří léky řady antikonvulziv, tricyklických antidepresiv a lokálních anestetik, která se podávají při neuropatické bolesti. Lokální povrchová anestetika mírní menší bolesti a podávají se přímo na sliznici nebo na kůži. Myorelaxancia a benzodiazepiny uvolňují spasmus svalů a krátkodobě tlumí bolest. Selektivní agonisté serotoninu na 5-HT<sub>1</sub> receptorech, takzvané triptany, a ergotaminové alkaloidy účinně působí na migrénu. Kortikosteroidy, jejichž nejznámějším představitelem je Prednison, tlumí zánět a mírní bolest. Látky pomáhající ke zvládnutí akutní nebo chronické bolesti se nazývají psychostimulancia. Patří mezi ně také kofein. Pokud senior užívá adjuvantní



analgetika, měla by sestra pečlivě sledovat možný vznik nežádoucích účinků a měla by pravidelně kontrolovat intenzitu bolesti (7).

Díky involučním změnám v organismu staršího člověka dochází ke změnám v metabolismu, absorpci, distribuci a vylučování léku. Trávicí trakt pracuje pomaleji, tím může docházet ke zpomalení distribuce léku v těle. Ledvinové funkce se ve stáří výrazně zpomalují, lék se z těla vylučuje pomaleji než u mladého člověka, a tak se optimální dávka léku může stát pro seniora toxická. Zpravidla lékař předepíše starším lidem nižší dávku analgetik, přesto se mohou objevit nežádoucí účinky, jako je zmatenost, zapomnětlivost, deprese, únava, vyrážky a další. Je důležité, aby si sestra všímala všech těchto změn a při jejich výskytu ihned informovala lékaře. Lékař musí volit vhodný způsob a přiměřenou dávku analgetik, který omezuje výskyt nežádoucích účinků (7).

Sama sestra může při běžném kontaktu se seniorem pomoci mírnit a zlepšovat průběh nemoci. Může mu věnovat čas a pohovořit si s ním. Termín compliance vyjadřuje harmonický vztah mezi zdravotnickým personálem a seniorem, který vede k navození vzájemné důvěry a porozumění. Sestra by měla v rámci svých kompetencí informovat pacienta o průběhu bolesti a metodách zmírňující bolest. Měla by umět vyjádřit empatii. Pokud to nebude seniorovi nepříjemné, může zvolit haptický kontakt, jako je podání ruky nebo pohlazení. Aktivně druhému naslouchá, přijímá pacienta jako partnera a dokáže ho povzbudit (22). Vhodný terapeutický přístup vede k vyjádření pocitů a uvolnění člověka trpícího bolestí.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zmapovat problematiku nefarmakologického tišení bolesti u seniorů s ohledem na hodnocení bolesti v rámci ošetrovatelského procesu v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech seniorů.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů po předchozím zhodnocení bolesti.

Hypotéza 2: Sestry pracující v domovech pro seniory používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů bez předchozího zhodnocení bolesti.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Téma je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkum byl proveden během ledna a února v roce 2008. Použili jsme techniku dotazníku. Většina otázek byla uzavřených, pouze otázka 15 byla otevřená. Na otázky sestry měly převážně možnost odpovědět jednou z nabízených odpovědí. U otázek 12, 13, 16, 23 a 31 mohly zvolit více odpovědí. U otázek 1 – 5 jsme zjišťovaly základní informace, pohlaví, orientační věk, jak dlouho sestry pracují ve zdravotnictví, ve kterém zařízení pracují a jak dlouho jsou v něm zaměstnány. U otázek 6 a 7 se zjišťoval obecný názor sester na problematiku bolesti u seniorů. Otázky 8 a 9 zjišťovaly, zda je v zařízení, ve kterém sestry pracují, zaveden ošetrovatelský proces a jak je organizována práce sester. Otázky 10 – 20 byly zaměřeny na hodnocení bolesti u seniorů. Bylo zjišťováno, zda sestry vůbec hodnotí bolest. Otázky se týkaly způsobu a techniky hodnocení bolesti a ošetrovatelské diagnostiky bolesti. Otázky 21 – 28 se zaměřily na používání nefarmakologických technik tišení bolesti sestrami. Zjišťovaly jsme názor sester na používání nefarmakologických technik sloužících k tišení bolesti. Sestry byly dotazovány, zda vůbec používají nefarmakologické techniky tišení bolesti a jaké konkrétní techniky používají v zařízeních, kde pracují. Otázky se zaměřily také na to, zda sestry zapojují do ošetrovatelské péče seniory a jejich rodinné příslušníky a přátele. Závěrečné otázky 29 – 31 se ptaly na to, zda se sestry vzdělávají v problematice bolesti u seniorů a z jakých zdrojů čerpají nové informace.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

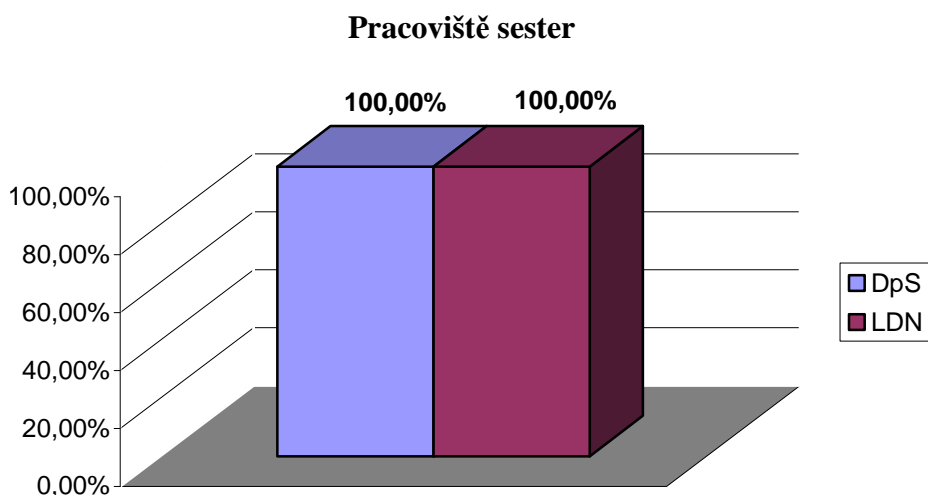
O vyplnění dotazníků bylo požádáno celkem sto dvacet sester, z toho šedesát sester z domovů pro seniory a šedesát sester z léčeben dlouhodobě nemocných. Výzkumný soubor byl vybrán náhodným způsobem. Dotazníky byly rozdány do Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, do Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, do Domova pro seniory v Jičíně, do Gerontocentra Hostinné

a do Léčebny dlouhodobě nemocných v Lomnici nad Popelkou. Celkem bylo vybráno osmdesát pět dotazníků. Zpracováno bylo čtyřicet jedna dotazníků z domovů pro seniory. Návratnost tedy byla 68,3 %. Z léčeben dlouhodobě nemocných bylo zpracováno čtyřicet čtyři dotazníků. Návratnost z těchto zařízení činila 73,3 %.

#### 4. Výsledky

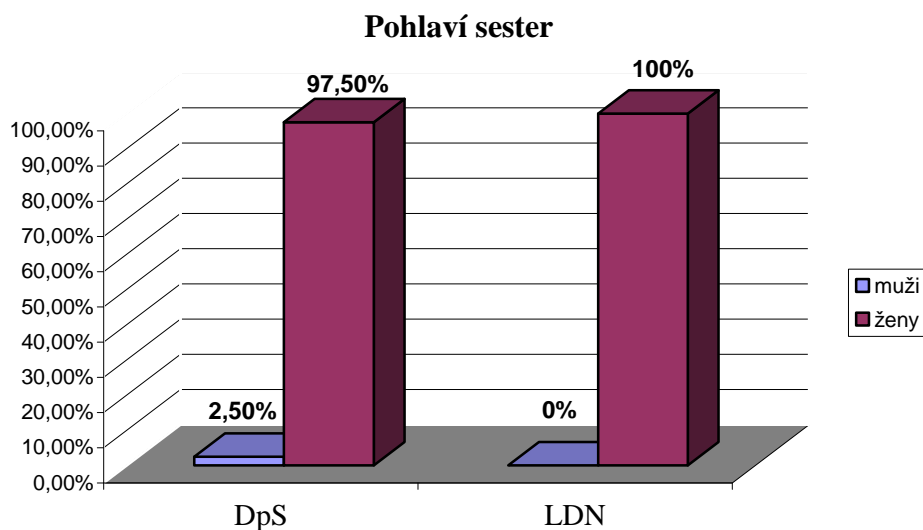
Čísla grafů nejsou totožná s čísly otázek v dotazníku. Zkratka DpS označuje Domov pro seniory a zkratka LDN označuje léčebny dlouhodobě nemocných.

**Graf 1**



V DpS vyplnilo dotazník 41 (100 %) sester a v LDN 44 (100 %) sester.

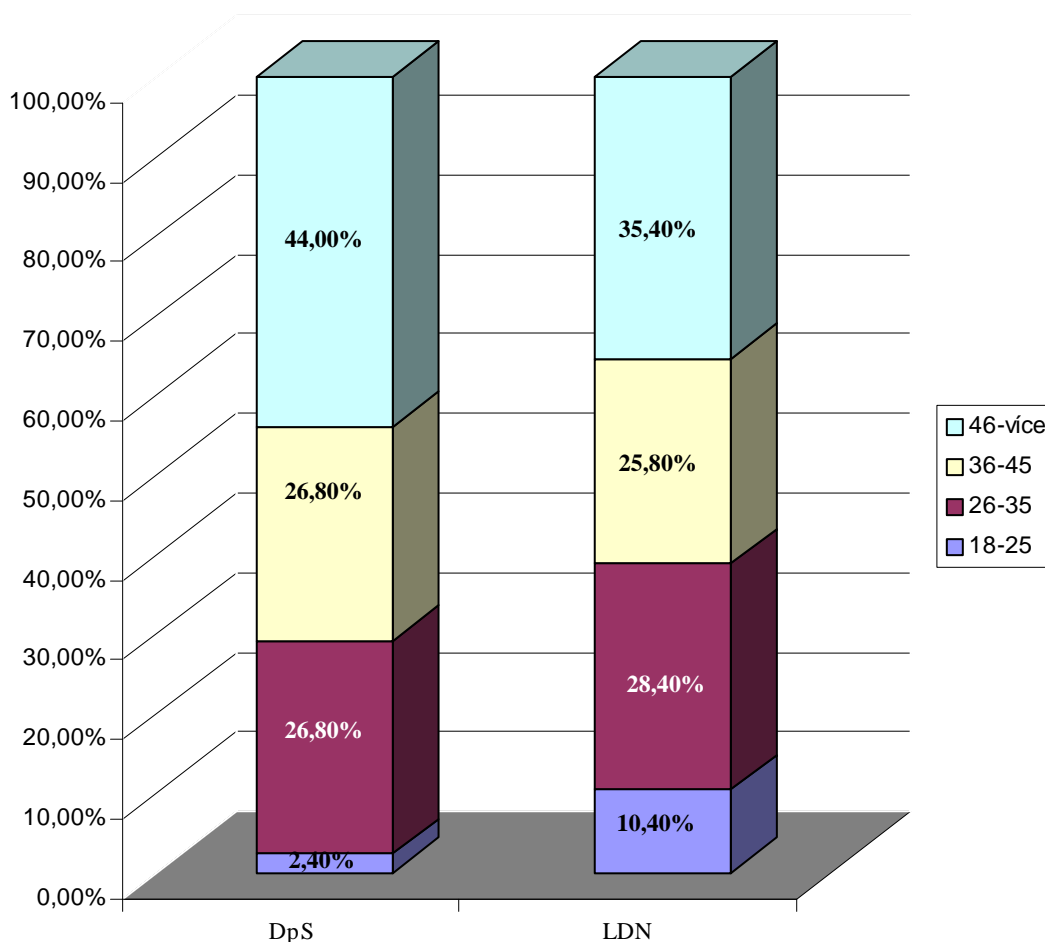
**Graf 2**



Z počtu 41 (100 %) sester z DpS bylo 40 (97,5 %) žen a 1 (2,5 %) muž. Z LDN bylo všech 44 (100 %) žen a žádný (0 %) mužského pohlaví.

**Graf 3**

**Věk sester**

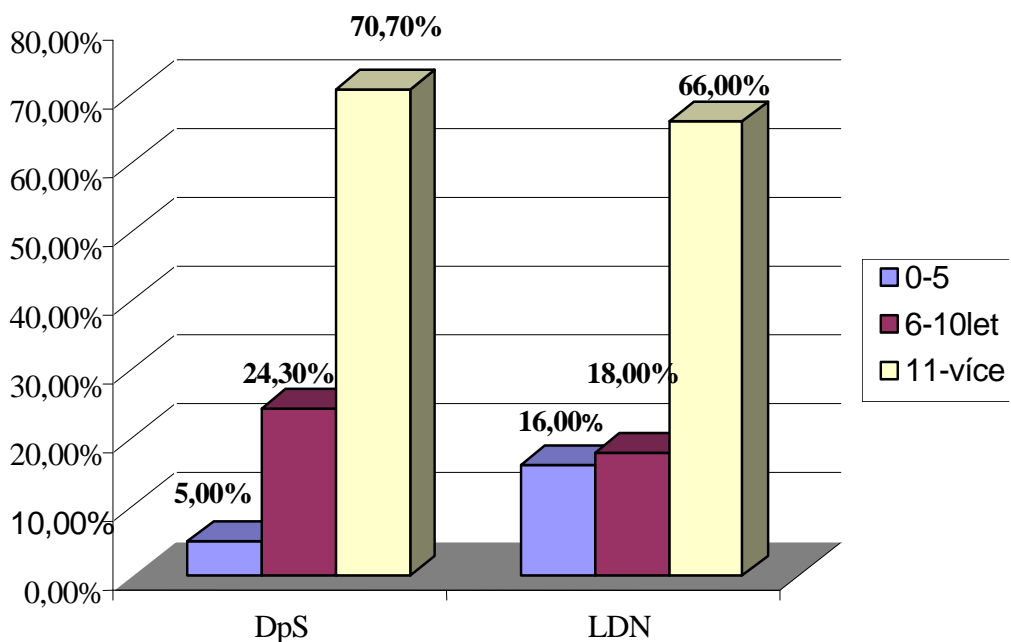


Z počtu 41 (100 %) sester z DpS byla 1 sestra (2,4 %) ve věku 18-25 let, 11 sester (26,8 %) v rozmezí 26-35 let, stejný počet sester 11 (26,8 %) ve věku 36-45 let a 18ti sestrám (44 %) bylo více než 46 let.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester z LDN bylo 5 (10,4 %) sester ve věku 18-25 let, 13 (28,4 %) ve věku 26-35 let, 12 (25,8 %) sester v rozmezí 36-45 věku a 16ti (35,4 %) sestrám bylo více než 46 let.

**Graf 4**

**Celková délka praxe ve zdravotnictví**

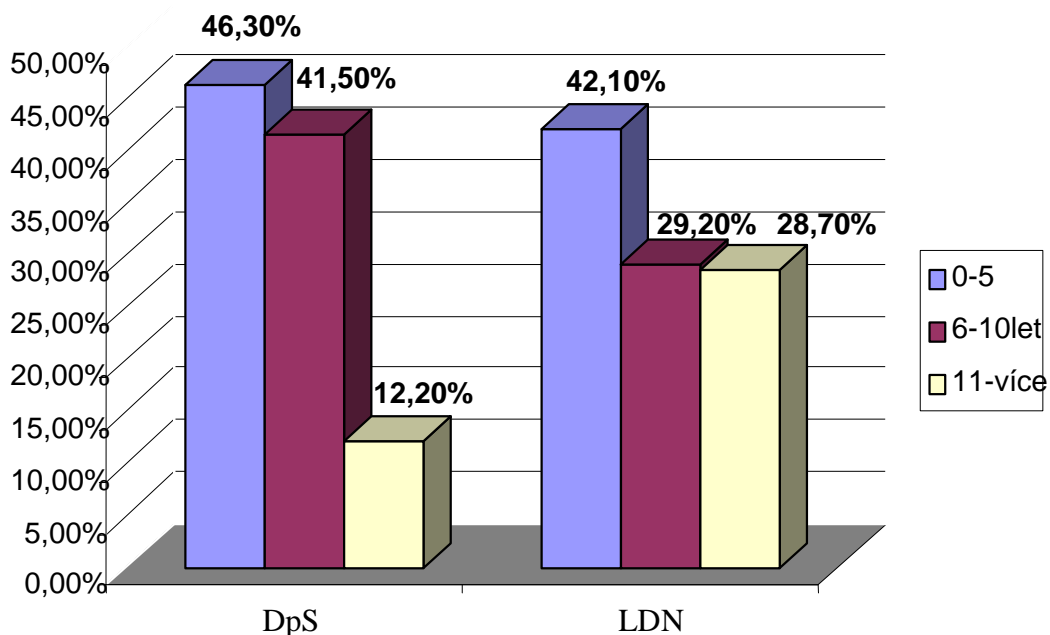


Ze 41 (100 %) sester, pracují v DpS 2 (5 %) sestry s délkou praxe ve zdravotnictví 0-5 let, 10 (24,3 %) sester s délkou praxe ve zdravotnictví 6-10 let a 29 (70,7 %) sester s délkou praxe více než 11 let.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester pracuje v LDN 8 (16 %) sester s délkou praxe 0-5 let, 9 (18 %) sester s délkou praxe 6-10 let a 29 (66 %) sester s délkou praxe ve zdravotnictví více než 11 let.

**Graf 5**

**Délka praxe v daném zařízení**



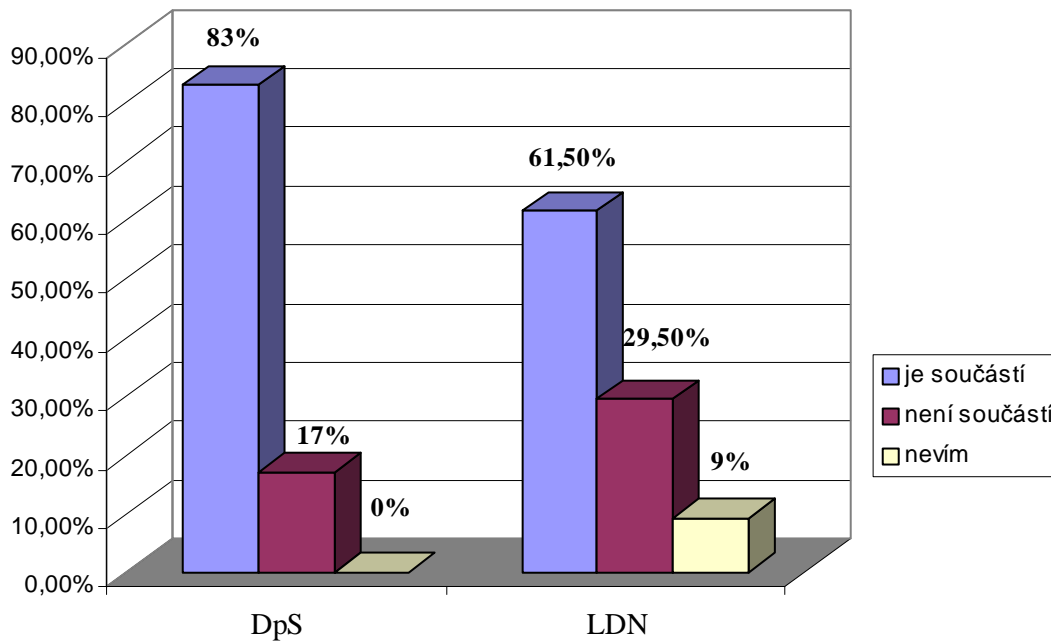
Z počtu 41 (100 %) sester pracuje 19 (46,3 %) sester v DpS v časovém rozmezí 0-5 let, 17 (41,5 %) sester tam pracuje 6-10 let a 5 (12,2 %) sester pracuje v DpS více než 11 let.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester pracuje v LDN 19 (42,1 %) sester v časovém rozmezí 0-5 let, 14 (29,2 %) sester v rozmezí 6-10 let a 13 (28,7 %) sester tam pracuje více než 11 let.



**Graf 6**

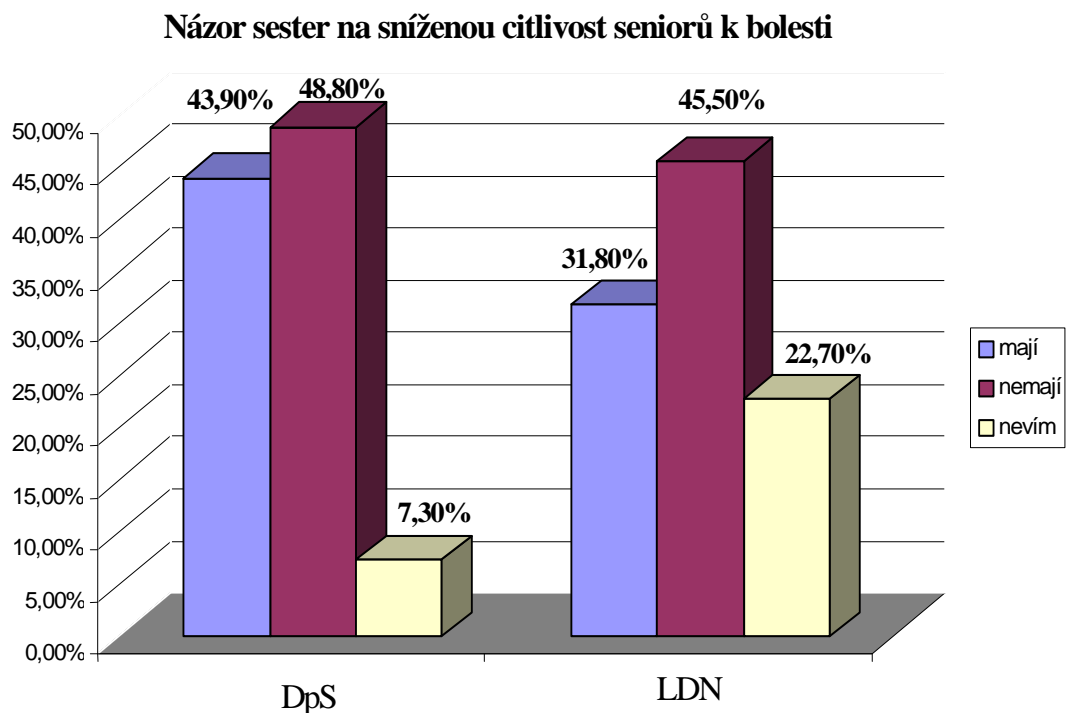
**Názor na bolest jako součást stárnutí**



Ze 41 (100%) sester, které pracují v DpS, považuje 34 (83 %) z nich bolest jako součást stárnutí a 7 (17 %) sester nepovažuje bolest jako součást stárnutí.

Z celkového počtu 44 (100%) sester pracujících na LDN, si 27 (61,5 %) myslí, že je bolest součástí stárnutí, 13 (29,5 %) sester si myslí, že není a 4 (9 %) sestry nejsou rozhodnuté, zda mají považovat bolest za součást stárnutí.

**Graf 7**

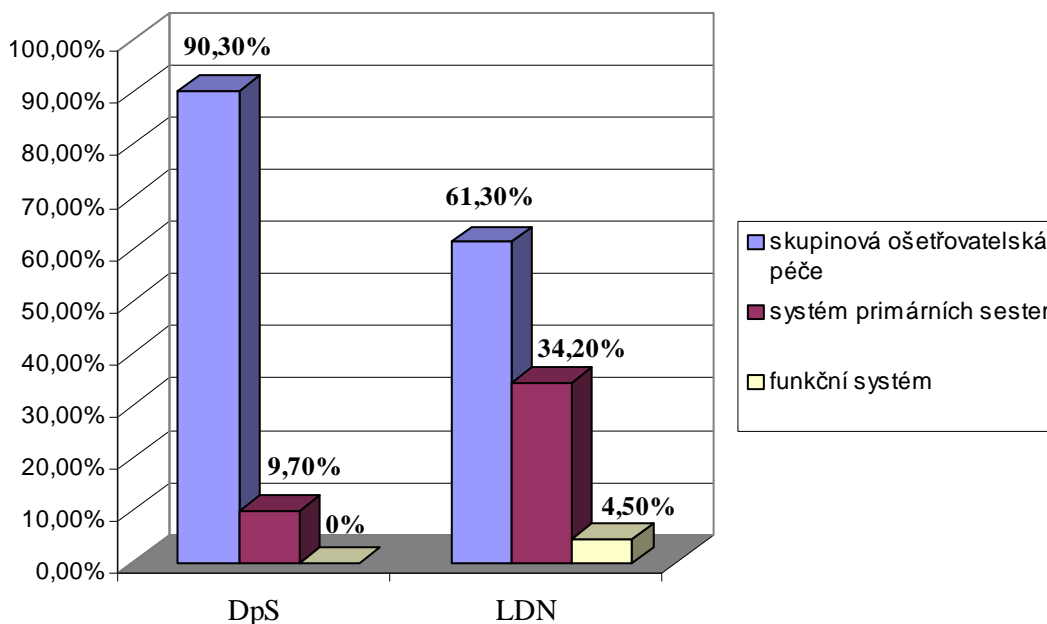


Z celkového počtu 41 (100 %) sester z DpS si 18 (43,9 %) sester myslí, že seniori mají sníženou citlivost k bolesti, 20 (48,8 %) si myslí opak a 3 (7,3 %) sestry nevědí, zda mají seniori sníženou citlivost k bolesti .

Ze 44 (100 %) sester z LDN se 14 (31,8 %) sester domnívá, že seniori mají sníženou citlivost k bolesti, 20 (45,5 %) si myslí opak a 10 (22,7 %) sester to nedokázalo posoudit.

**Graf 8**

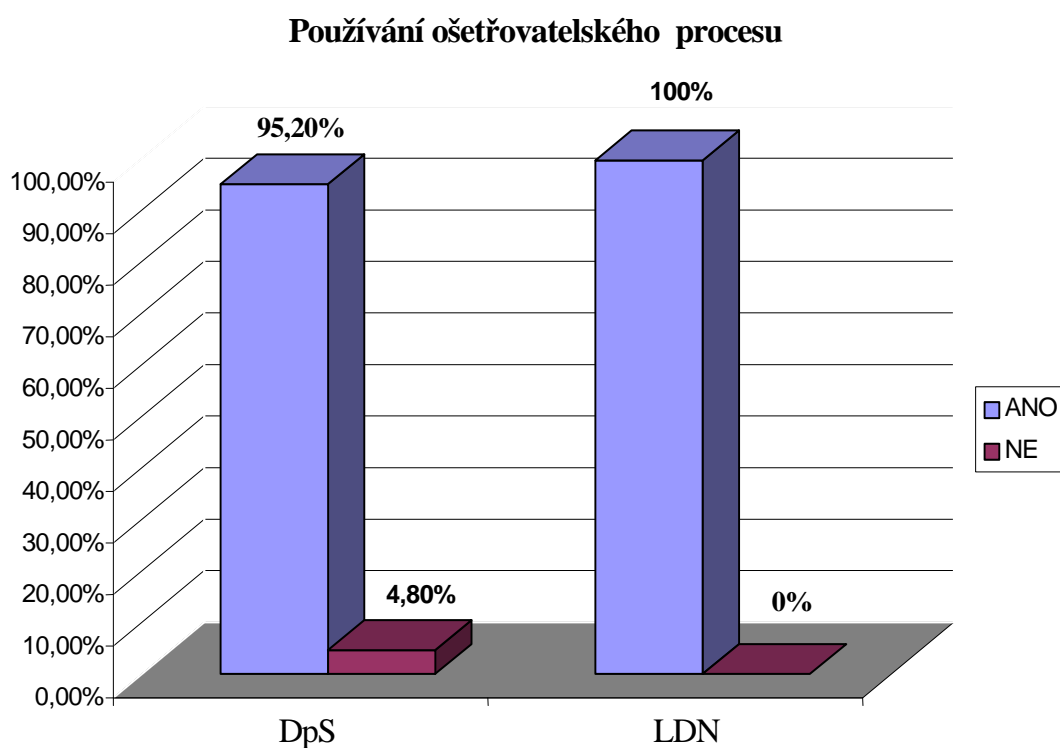
**Organizace ošetrovateľské péče**



V DpS z celkového počtu 41 (100 %) sester uvedlo 37 z nich (90,3 %), že je na jejich odděleních organizována práce formou skupinové ošetrovateľské péče, pouze 4 (9,7 %) sestry uvedly, že je u nich organizována práce formou systému primárních sester.

Na LDN z celkového počtu 41 (100 %) sester uvedlo 27 z nich (61,3 %), že je na jejich odděleních organizována práce formou skupinové ošetrovateľské péče, 15 (34,2 %) sester uvedlo, že je u nich organizována práce formou systému primárních sester a 2 (4,5 %) sestry uvedly jako formu ošetrovateľské péče funkční systém.

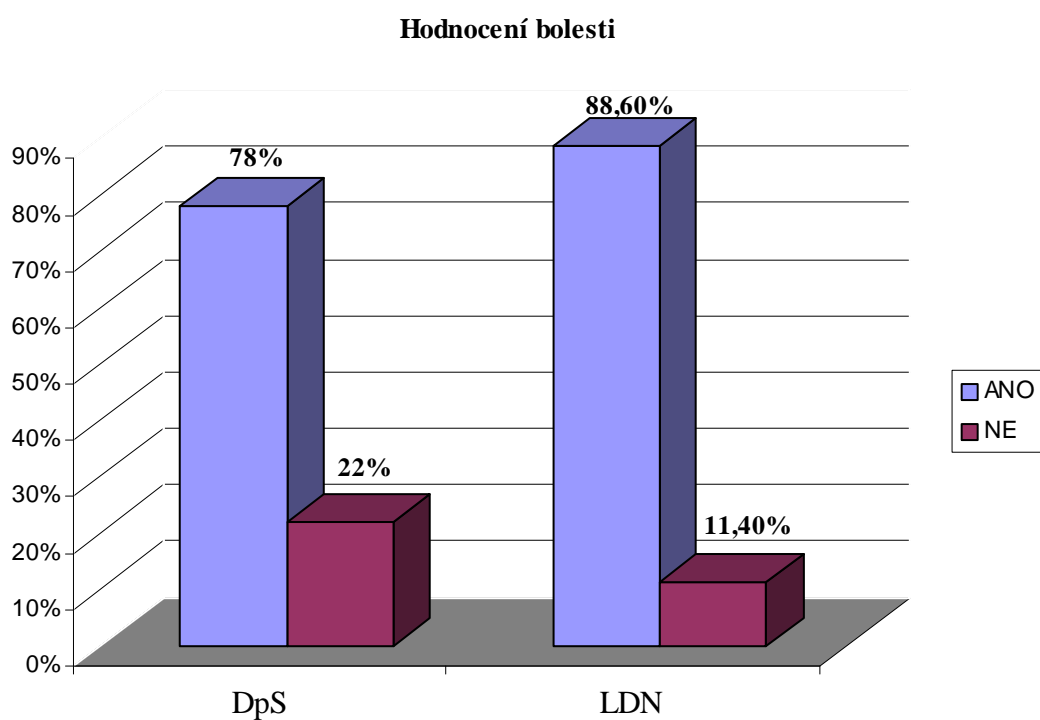
**Graf 9**



Ze 41 (100 %) sester pracujících v DpS jich 39 (95,2 %) uvedlo, že je na jejich odděleních zaveden ošetrovatelský proces, pouze 2 (4,8 %) sestry uvedly, že na jejich odděleních není zaveden ošetrovatelský proces.

Ze 44 (100 %) sester z oddělení následné péče uvedlo všech 44 (100 %) sester, že je na jejich odděleních zaveden ošetrovatelský proces.

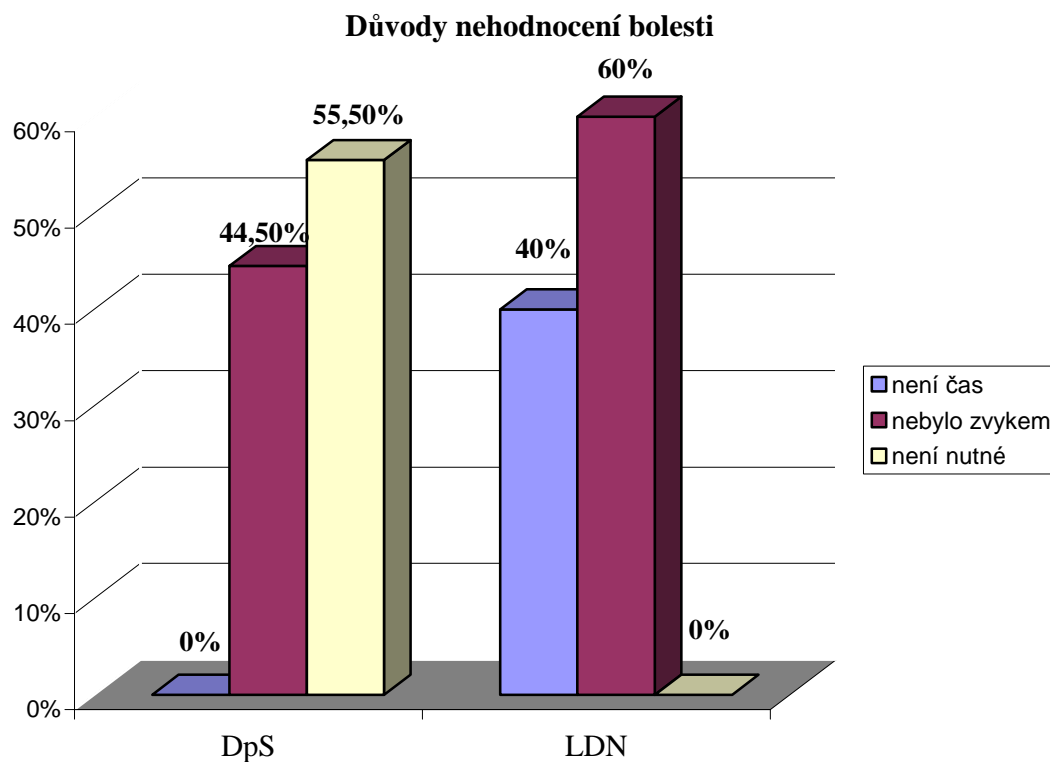
**Graf 10**



Z celkového počtu 41 (100 %) sester pracujících v DpS jich 32 (78 %) hodnotí bolest u seniorů a pouze 9 (22 %) sester uvedlo, že bolest nehodnotí.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester pracujících na LDN jich 39 (88,6 %) uvedlo, že bolest u seniorů hodnotí a 5 (11,4 %) uvedlo, že bolest u seniorů nehodnotí.

**Graf 11**

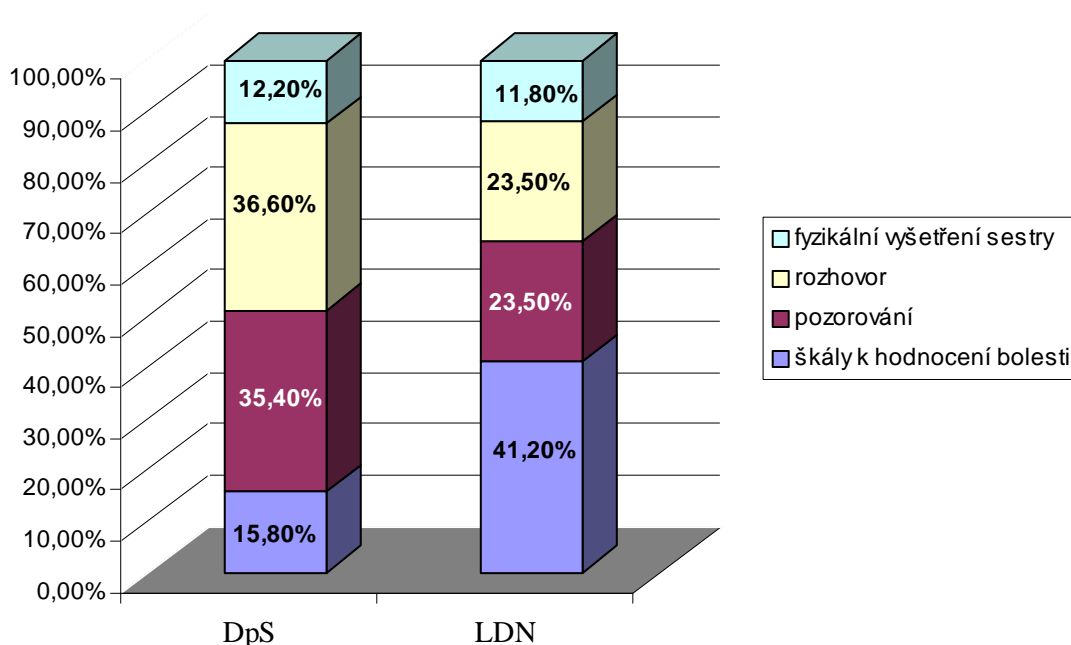


Z 9 (100 %) sester v DpS, které bolest nehodnotí, uvedly 4 (44,5 %) sestry jako důvod, že to u nich nebylo na oddělení zvykem a 5 (55,5 %) sester se domnívá, že není nutné bolest hodnotit.

Z 5 (100 %) sester na LDN, které nehodnotí bolest, 2 (40 %) sestry uvedly, že na to není dostatek času a 3 (60 %) sestry uvádí, že to na jejich oddělení nebylo zvykem.

**Graf 12**

**Používané techniky k hodnocení bolesti**

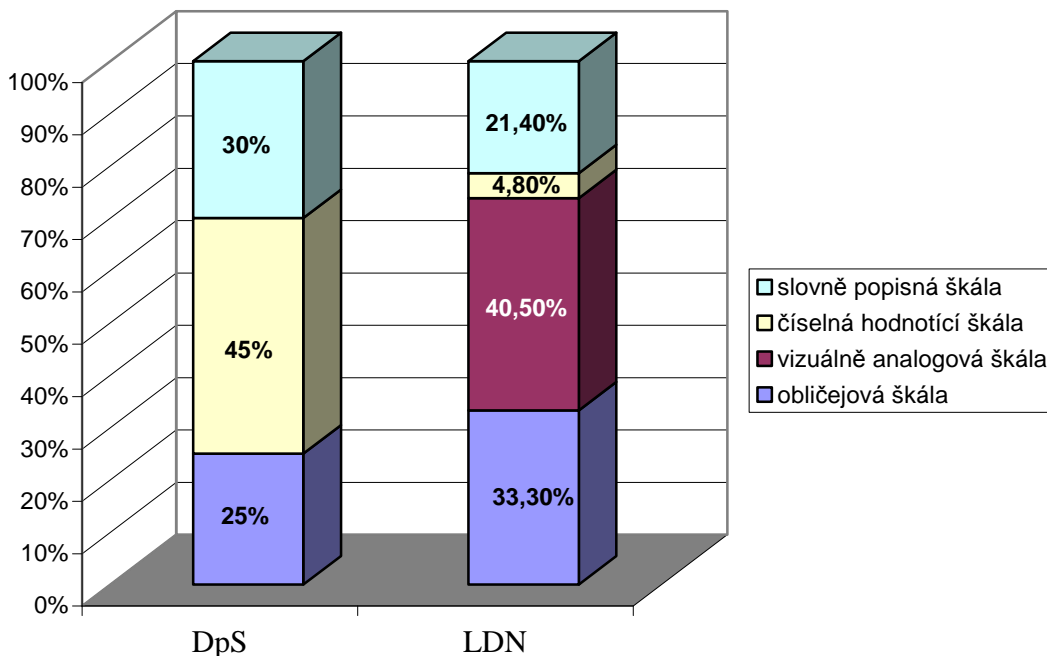


32 sester z DpS a 39 sester z LDN, které hodnotí bolest, mohlo zvolit více odpovědí. Ty zjišťovaly, jaké techniky sestry používají k hodnocení bolesti. Z celkového počtu 82 (100 %) odpovědí od sester, které pracují v DpS, v 13ti (15,8 %) odpovědích byly uvedeny škály k hodnocení bolestí, ve 29ti (35,4 %) pozorování, ve 30ti (36,6 %) rozhovor a v 10ti (12,2 %) odpovědích fyzikální vyšetření sestry.

Z celkového počtu 51 (100%) odpovědí od sester z LDN, ve 21 (41,2 %) odpovědích byly uvedeny škály k hodnocení bolestí, ve 12ti (23,5 %) pozorování, ve 12ti (23,5 %) rozhovor a 6ti ( 11,8 %) odpovědích fyzikální vyšetření sestry.

**Graf 13**

**Používané škály bolesti**



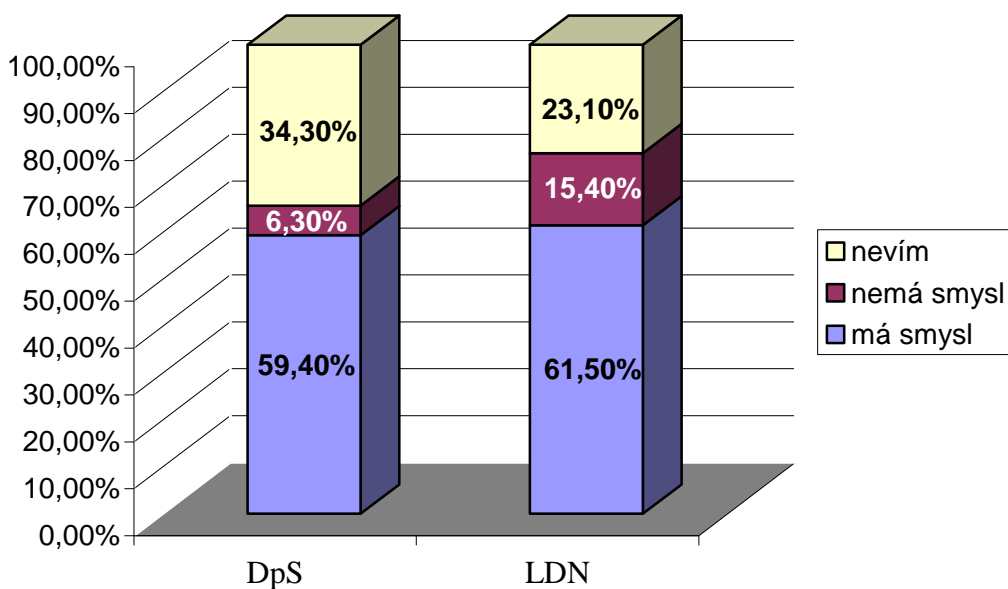
13 sester z DpS a 21 sester z LDN používající škály k hodnocení bolesti mohly zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 20 odpovědí od sester pracujících v DpS jich 5 (25 %) odpovědí označovalo obličejovou škálu, 9 (45 %) číselnou hodnotící škálu a 6 (30 %) slovně popisnou škálu.

Z celkového počtu 42 odpovědí od sester pracujících na LDN, jich 14 (33,3 %) odpovědí označovalo obličejovou škálu, 17 (40,5 %) vizuálně analogovou škálu, 2 (4,8 %) číselnou hodnotící škálu a 9 (21,4 %) slovně popisnou škálu.



**Graf 14**

**Názor sester na hodnocení bolesti u seniorů pomocí škál  
k hodnocení bolesti**

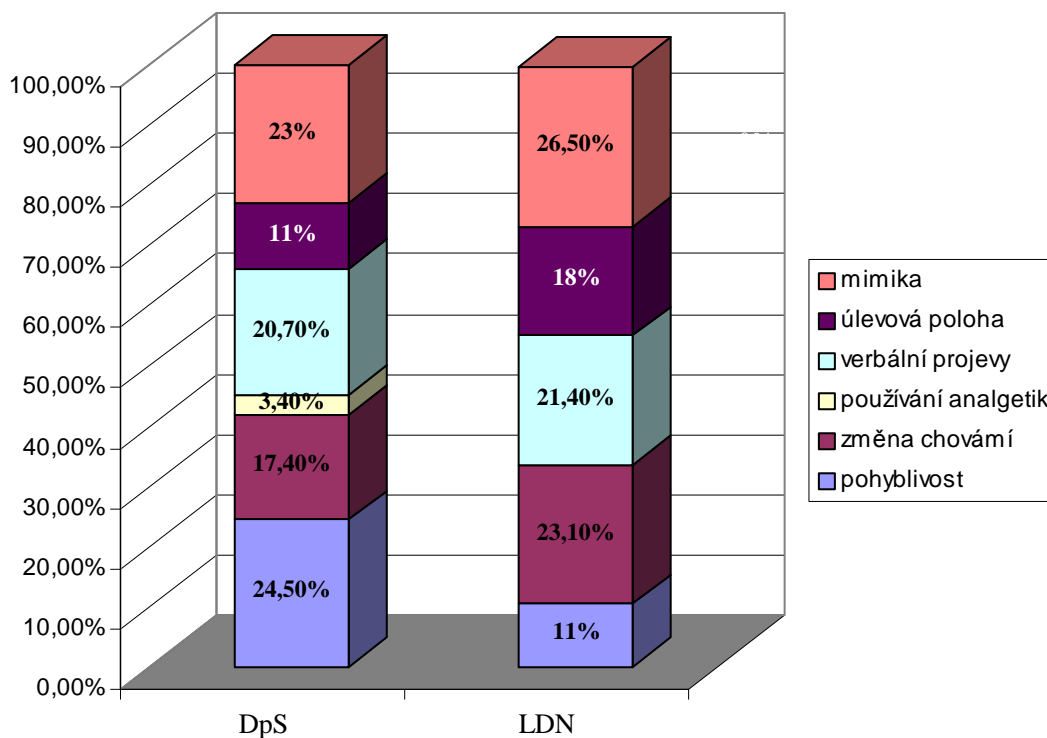


Z 32 (100 %) sester z DpS, které hodnotí bolest, si 19 (59,4 %) z nich myslí, že má smysl používat u seniorů škály k hodnocení bolesti, 2 (6,3 %) z nich se domnívají, že to nemá smysl a 11 (34,3 %) sester neví, zda to má smysl.

Z 39 (100 %) sester z LDN, které hodnotí bolest, si 24 (61,5 %) z nich myslí, že má smysl používat u seniorů škály k hodnocení bolesti, 6 (15,4 %) sester se domnívá, že to nemá smysl a 9 (23,1 %) neví, zda to má smysl.

**Graf 15**

**Zjišťování příznaků při hodnocení bolesti**

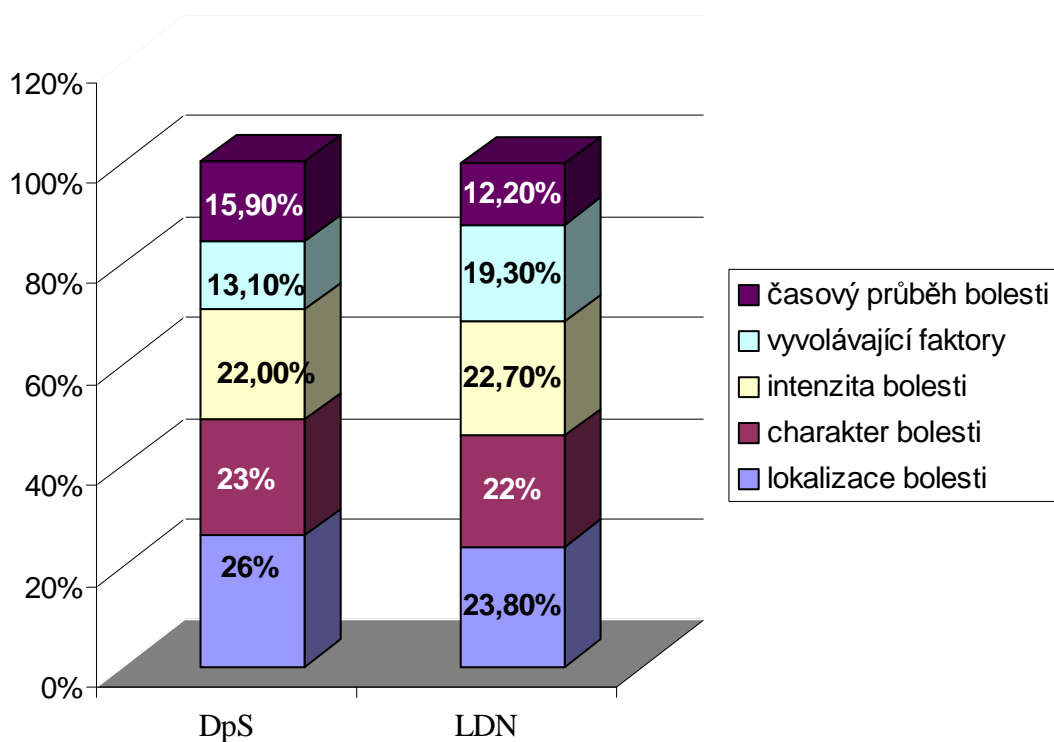


Tato otázka byla otevřená a zjišťovala, jakých příznaků si bude sestra všimnout, pokud chce hodnotit bolest. Z celkového počtu 115 (100 %) odpovědí od sester z DpS označovalo 26 (23 %) mimiku, 13 (11 %) úlevovou polohu, 24 (20,7 %) verbální projevy, 4 (3,4 %) používání analgetik, 20 (17,4 %) změnu chování a 28 (24,5 %) odpovědí označovalo pohyblivost.

Z celkového počtu 117 (100 %) odpovědí od sester z LDN označovalo 31 (26,5 %) odpovědí, 21 (18 %) úlevovou polohu, 25 (21,4 %) verbální projevy, 28 (23,1 %) změnu chování a 12 (11 %) odpovědí označovalo pohyblivost.

**Graf 16**

**Zjišťování informací o bolesti při rozhovoru**

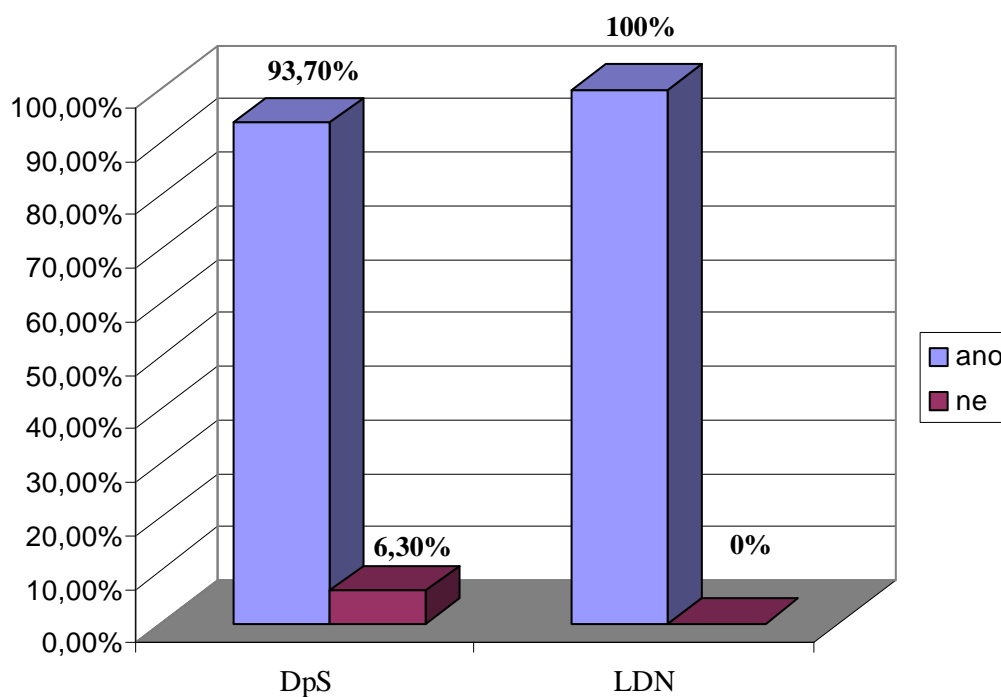


32 sester z DpS a 39 sester z LDN mohlo zvolit více odpovědí. V této otázce byly sestry hodnotící bolest, dotazovány, které faktory zjišťují při hodnocení bolesti. Z celkového počtu 123 (100 %) odpovědí od sester z DpS uvádělo 32 (26 %) odpovědí lokalizaci bolesti, 29 (23 %) charakter bolesti, 27 (22 %) intenzitu bolesti, 17 (13,1 %) vyvolávající faktory bolesti a 18 (15,9 %) časový průběh bolesti.

Z celkového počtu 155 (100 %) odpovědí od sester z LDN uvádělo 37 (23,8 %) odpovědí lokalizaci bolesti, 34 (22 %) charakter bolesti, 35 (22,7 %) intenzitu bolesti, 30 (19,3 %) vyvolávající faktory a 19 (12,2 %) časový průběh bolesti.

**Graf 17**

**Zaznamenání hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace**

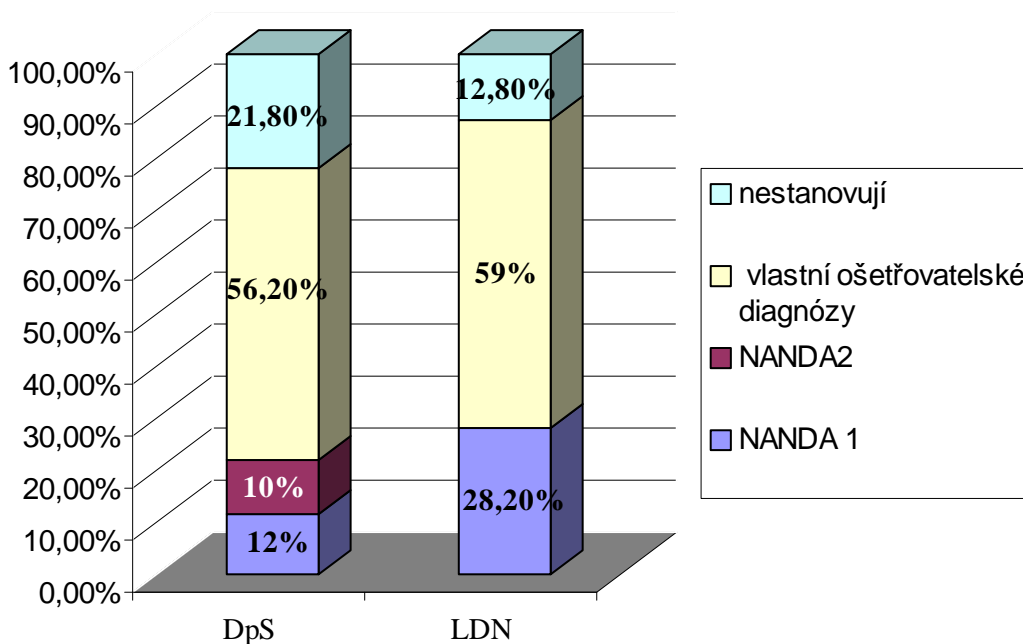


32 (100 %) sester z DpS, které hodnotí bolest, jich 30 (93,7 %) sester provádí záznam o hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace a pouze 2 (6,3 %) sestry nezaznamenávají výsledky hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace.

39 (100 %) sester z LDN, které hodnotí bolest, jich všech 39 (100 %) sester provádí záznam o hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace.

**Graf 18**

**Používané ošetrovateľské diagnózy**

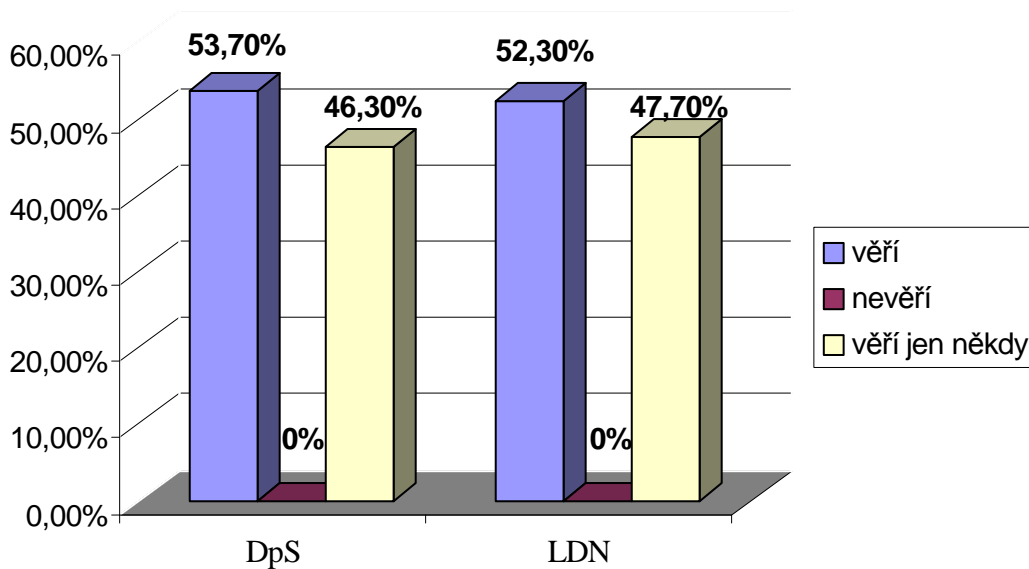


Z 32 (100 %) sester z DpS, ktoré hodnotí bolesť, k diagnostice bolesti, používajú 4 (12 %) sestry NANDA 1, 3 (10 %) sestry NANDA 2, 18 (56,2 %) sester tvoří vlastní diagnózy a 7 (21,8 %) sester žádné ošetrovateľské diagnózy nestanovuje.

Z 39 (100 %) sester z LDN, ktoré hodnotí bolesť, používa 11 (28,2 %) sester NANDA 1, 26 (59 %) sester tvoří vlastní diagnózy a 5 (12,8 %) žádné ošetrovateľské diagnózy nestanovuje.

**Graf 19**

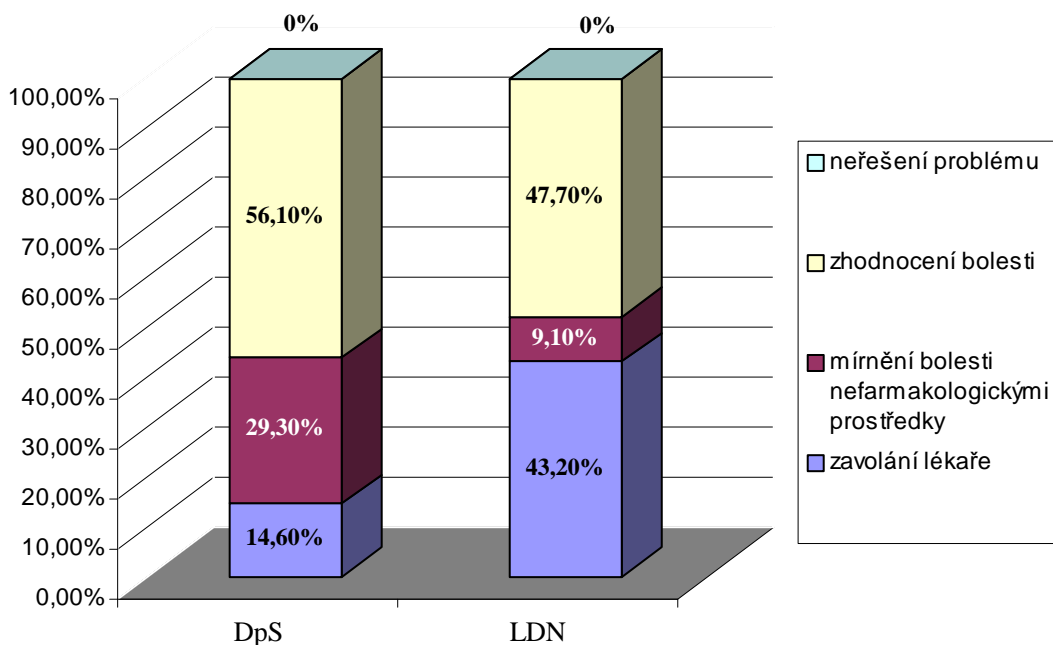
**Víra sester v bolest udávanou pacientem**



Pokud pacient sděluje, že má bolesti, ale jeho chování tomu neodpovídá a nejsou u něho přítomny objektivní příznaky, tak z 41 (100 %) sester z DpS mu to 22 (53,7 %) vždycky věří a 19 (46,3 %) sester to věří pacientům jen někdy. Ze všech 44 (100 %) sester z LDN pacientovi 23 (52,3 %) sester vždycky věří, pokud udává bolest a 21 (47,7 %) sester to věří pacientům jen někdy.

**Graf 20**

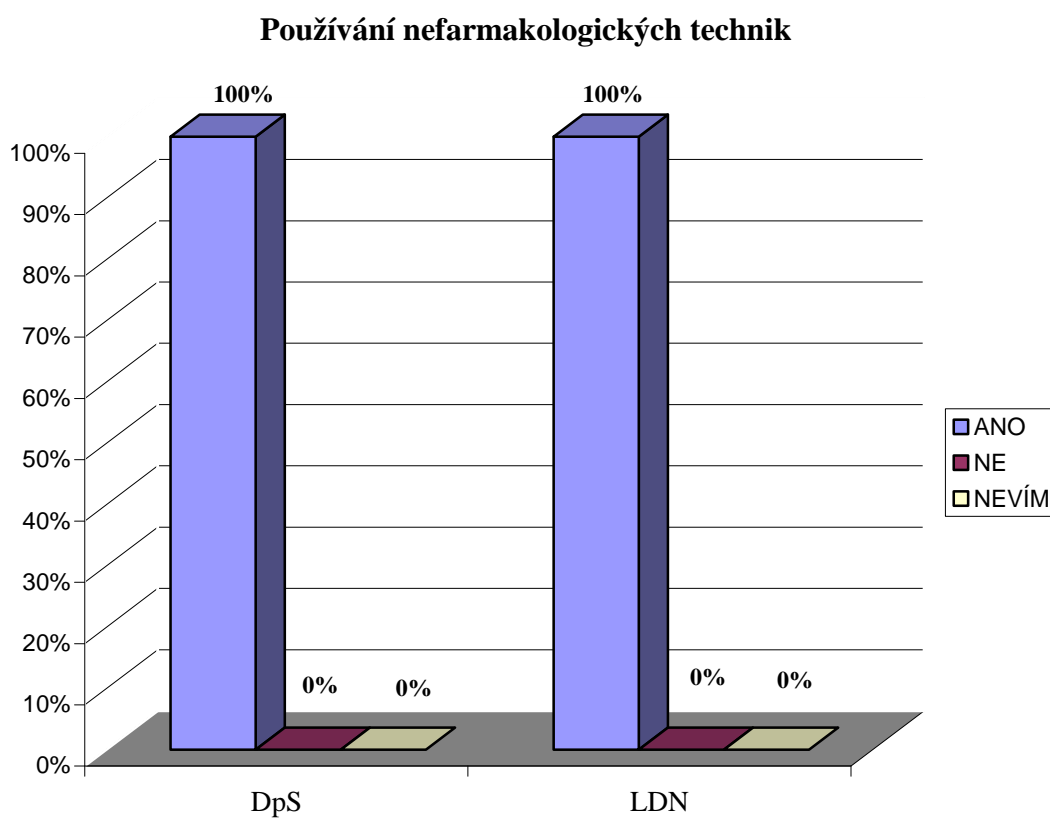
**První intervence při udávání bolesti pacientem**



Pokud pacient sděluje sestře, že má bolesti, z celkového počtu 41 (100 %) sester z DpS, by jako první 6 (14,6 %) sester zavolalo lékaře, 12 (29,3 %) sester by se snažilo zmírnit bolest nefarmakologickými prostředky a 23 (56,1 %) sester by nejprve zhodnotilo bolest.

Z celkového počtu 41 (100 %) sester z LDN, by jako první 19 (43,2 %) sester zavolalo lékaře, 4 (9,1 %) sestry by se snažily zmírnit bolest nefarmakologickými prostředky a 21 (47,7 %) sester by nejprve zhodnotilo bolest.

**Graf 21**



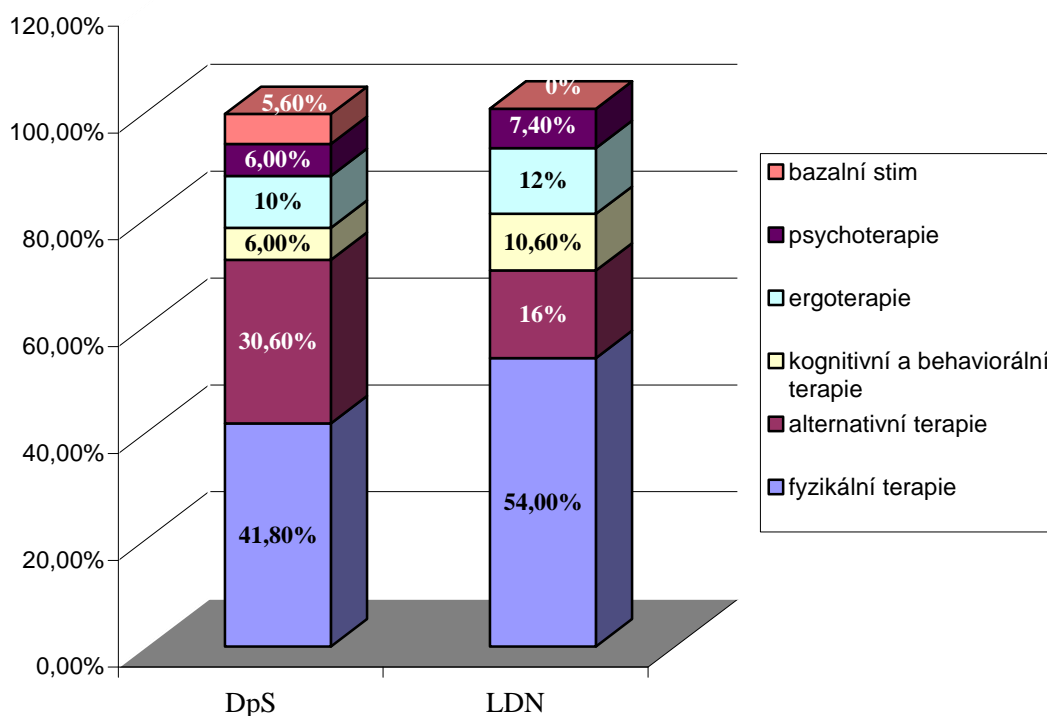
Všech 41 (100 %) sester z DpS uvádí, že používají na svých odděleních nefarmakologické techniky k tišení bolesti

Také všechny sestry z LDN, kterých je 44 (100 %) používají na svých odděleních nefarmakologické techniky k tišení bolesti



**Graf 22**

**Používané nefarmakologické techniky**

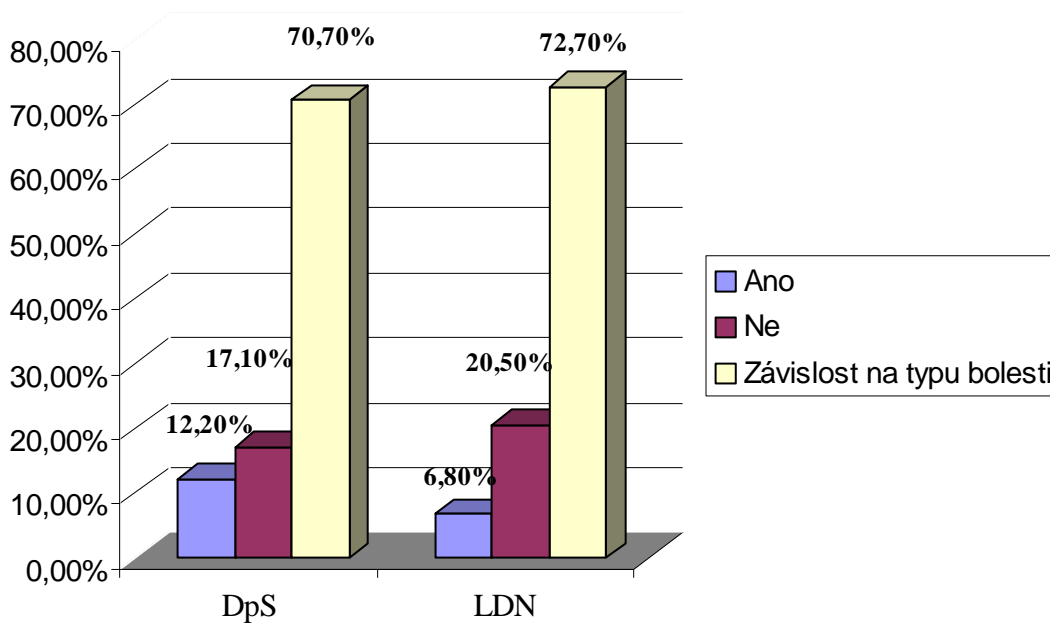


41 sester z DpS a 44 sester z LDN mohlo zvolit více odpovědí. V této otázce byly sestry dotazovány, jaké používají nefarmakologické techniky k tišení bolesti. Z celkového počtu 215 (100 %) odpovědí od sester z DpS, v 90ti (41,8 %) odpovědích byla uvedena fyzikální terapie, v 66ti (30,6 %) alternativní terapie, ve 13ti (6 %) kognitivní a behaviorální terapie, v 21 (10 %) ergoterapie, ve 13ti (6 %) psychoterapie a ve 12ti (5,6 %) odpovědích byla uvedena bazální stimulace.

Z celkového počtu 226 (100 %) odpovědí od sester z LDN bylo ve 122 (54 %) odpovědích uvedena fyzikální terapie, v 37 (16 %) alternativní terapie, ve 24 (10,6 %) kognitivní a behaviorální terapie, ve 27 (12 %) ergoterapie a v 16 (7,4 %) odpovědích byla uvedena psychoterapie.

**Graf 23**

**Preferování analgetik před nefarmakologickými metodami**

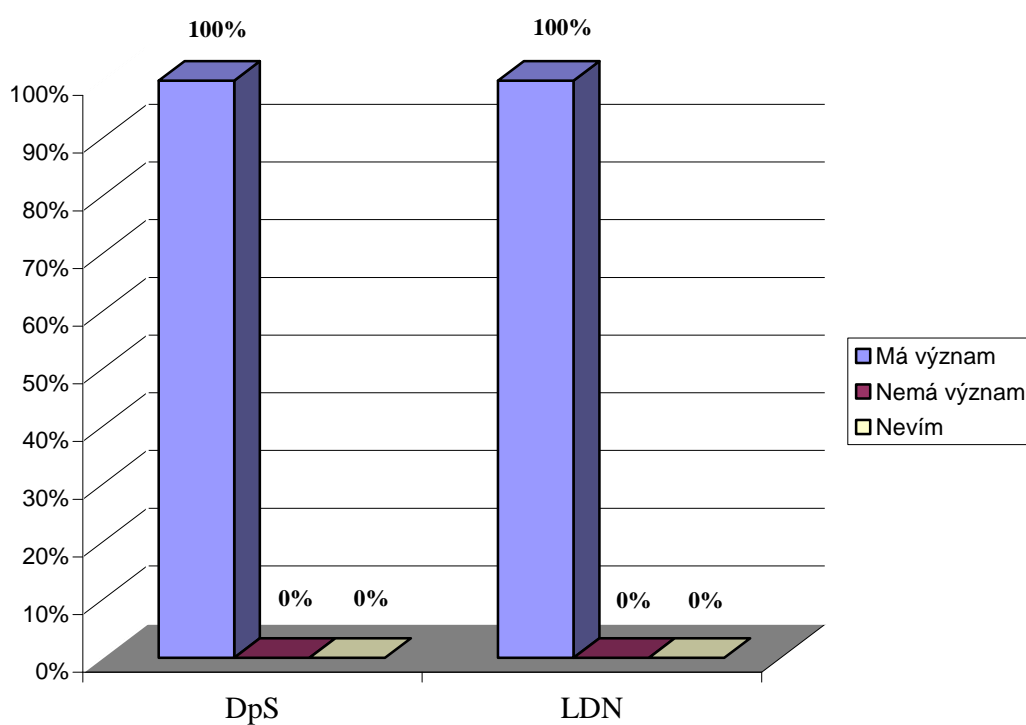


Z 41 (100 %) sester pracujících v DpS, 5 (12,2 %) sester k tišení bolesti u seniorů dává přednost podáváním analgetik před nefarmakologickými technikám, 7 (17,1 %) sester dává přednost nefarmakologickým technikám před analgetickou léčbou a 29 (70,7 %) sester uvádí že použití techniky záleží na typu bolesti.

Z 44 (100 %) sester pracujících na LDN, 3 (6,8 %) sestry k tišení bolesti u seniorů dávají přednost podáváním analgetik před nefarmakologickými metodami, 9 (20,5 %) sester dává přednost nefarmakologickým metodám před analgetickou léčbou a 32 (72,7 %) sester uvádí že použití zvolené techniky záleží na typu bolesti.

**Graf 24**

**Názor sester na spolupráci se seniorem při odstraňování bolesti**

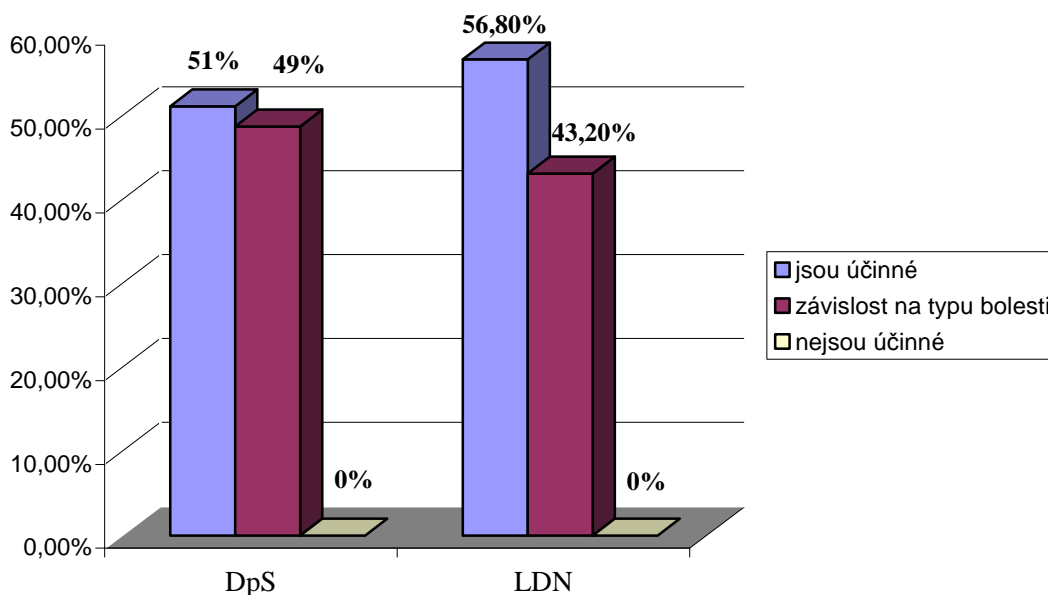


Všech 41 (100 %) sester z DpS považuje spolupráci se seniorem při odstraňování bolesti za důležitou.

Stejně tak všech 44 (100 %) sester z LDN považuje spolupráci se seniorem při odstraňování bolesti za důležitou.

**Graf 25**

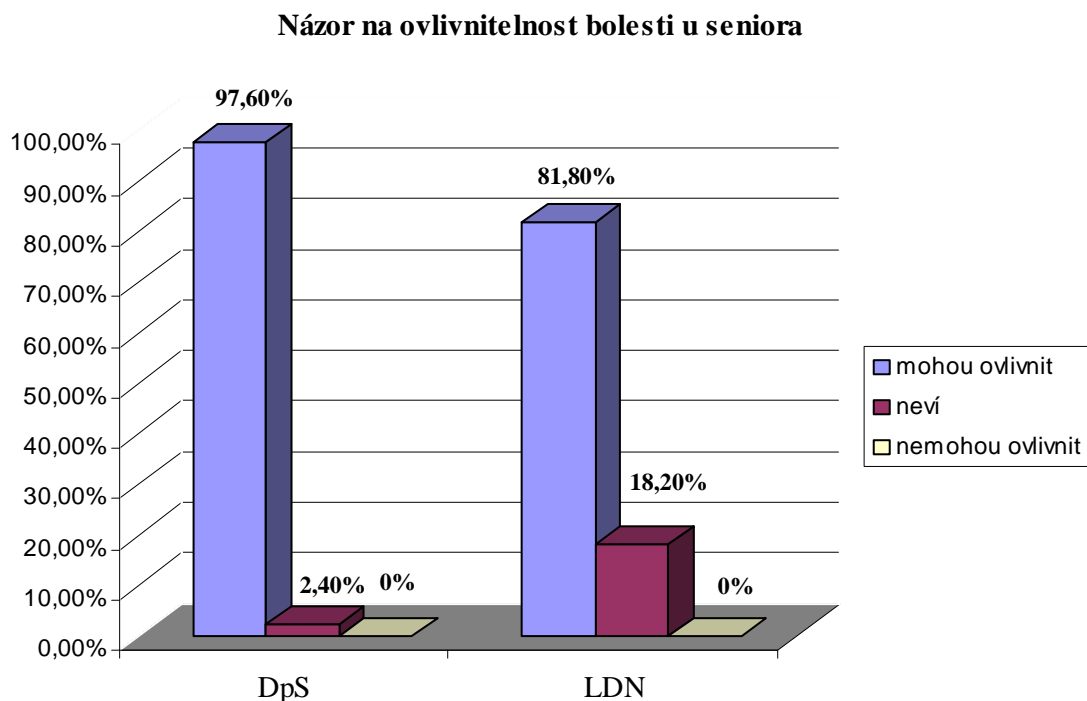
**Názor na účinnost nefarmakologických technik k tišení bolesti**



Ze 41 (100 %) sester pracujících v DpS si 21 (51 %) sester myslí, že je účinné používat nefarmakologické metody k tišení bolesti u seniorů a 20 (49 %) sester se domnívá, že účinnost nefarmakologických metod k tišení bolesti u seniorů závisí na typu bolesti.

Ze 44 (100 %) sester pracujících na LDN si 25 (56,8 %) sester myslí, že je účinné používat nefarmakologické metody k tišení bolesti u seniorů a 19 (43,2 %) sester se domnívá, že účinnost nefarmakologických metod k tišení bolesti u seniorů závisí na typu bolesti.

**Graf 26**

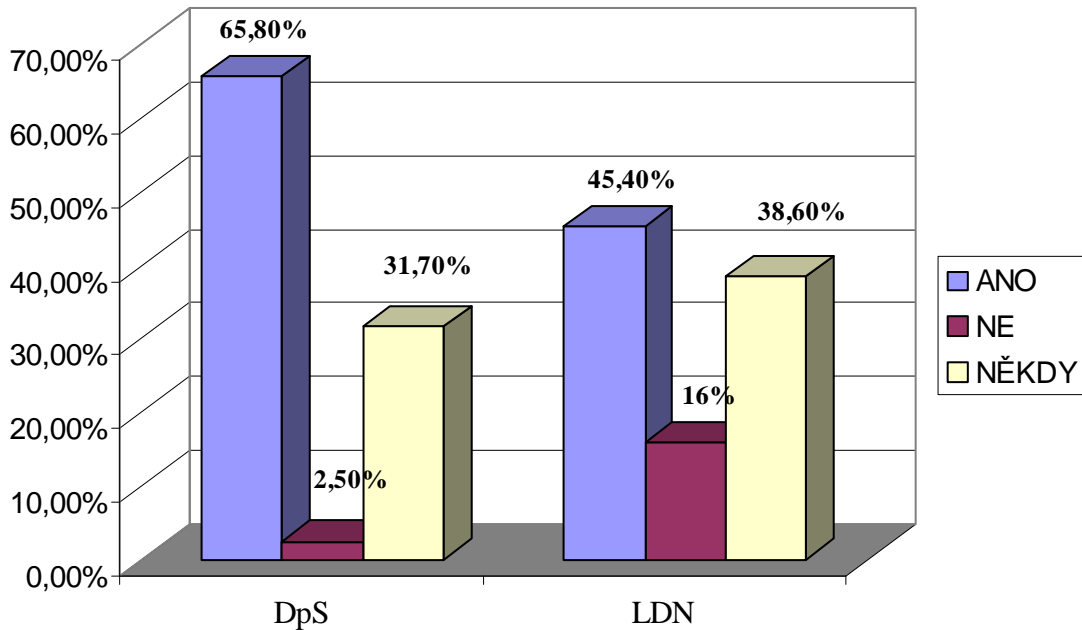


Ze 41 (100 %) sester pracujících v DpS se 40 (97,6 %) sester domnívá, že sestra může ovlivnit bolest u seniora a pouze 1 (2,4 %) sestra neví, zda sestra může ovlivnit bolest u seniora.

Ze 44 (100 %) sester pracujících na LDN se 36 (81,8 %) sester domnívá, že sestra může ovlivnit bolest u seniora a 8 (18,2 %) sester neví, zda sestra mohou ovlivnit bolest u seniora.

**Graf 27**

**Zapojení rodinných příslušníků sestrou do péče o seniora**

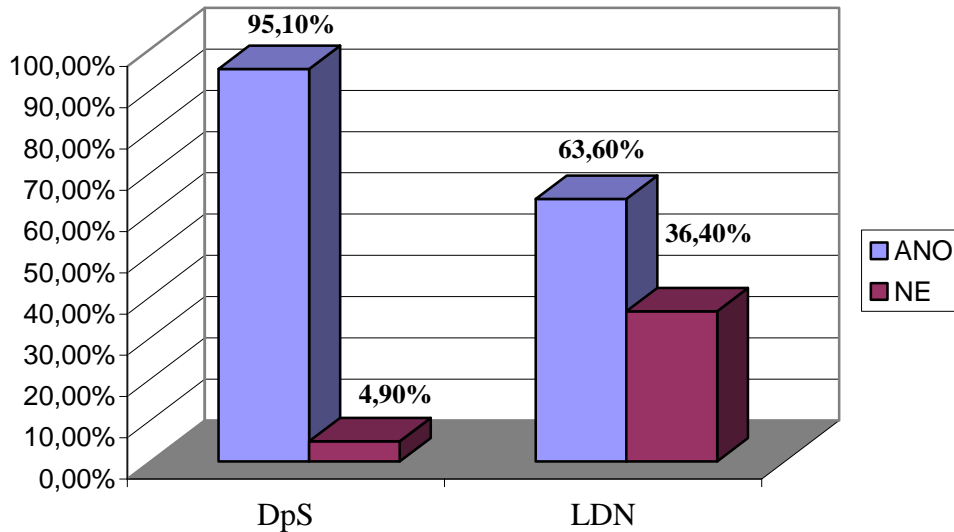


Z celkového počtu 41 (100 %) sester pracujících v DpS, 27 (65,8 %) sester zapojuje do péče o seniory rodinné příslušníky, pouze 1 (2,5 %) sestra nespolupracuje s rodinnými příslušníky a 13 (31,7 %) sester zapojuje jenom někdy rodinné příslušníky do péče o seniora.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester pracujících na LDN, 20 (45,4 %) sester zapojuje do péče o seniory rodinné příslušníky, 7 (16 %) sester nespolupracuje s rodinnými příslušníky a 17 (38,6 %) sester zapojuje jenom někdy rodinné příslušníky do péče o seniory.

**Graf 28**

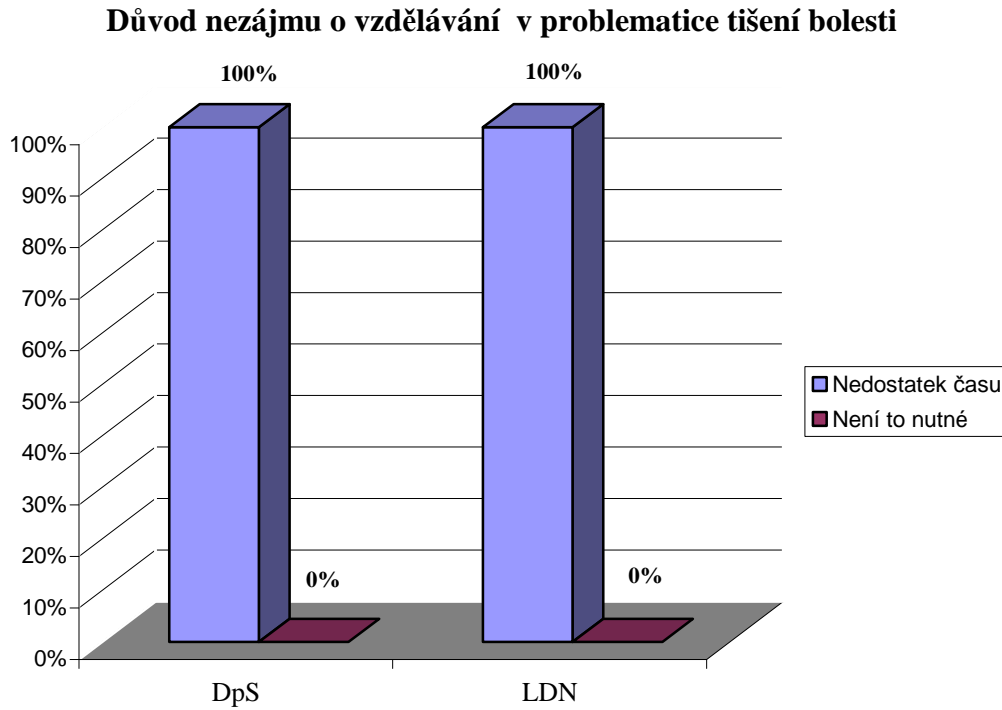
**Sebevzdělávání sester v problematice tišení bolesti**



Z celkového počtu 41 (100 %) sester pracujících v DpS se jich 39 (95,1 %) vzdělává v problematice tišení bolesti a pouze 2 (4,9 %) sestry se v této problematice nevzdělávají.

Z celkového počtu 44 (100 %) sester pracujících na LDN, se 28 (63,6 %) sester vzdělává v problematice tišení bolesti a 16 (36,4 %) sester se v této problematice nevzdělává.

**Graf 29**



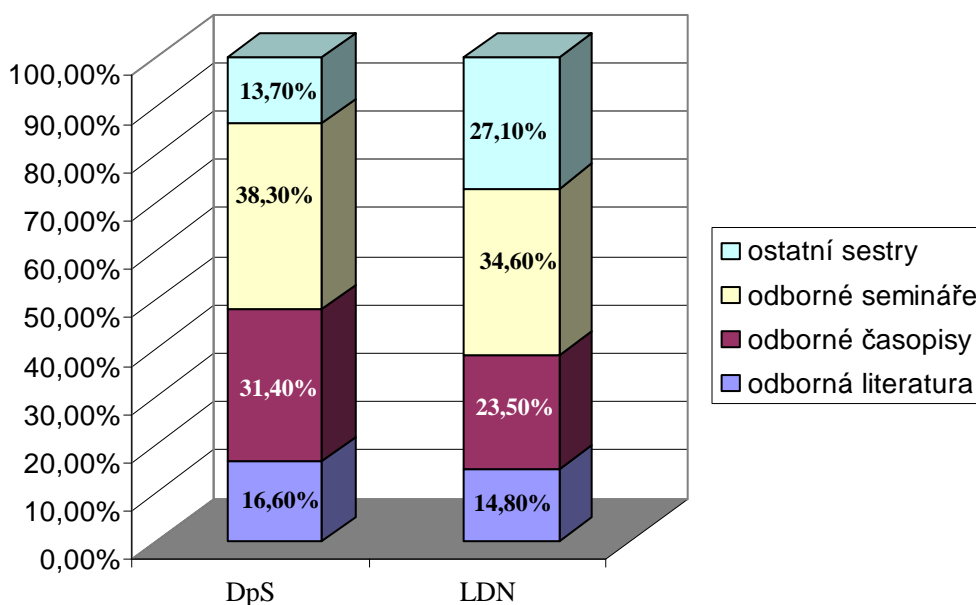
2 (100 %) sestry pracující v DpS, které se nevzdělává v problematice tišení bolesti, uvádí jako důvod, že na to nemají dostatek času.

16 sester(100 %) pracujících na LDN, které se nevzdělávají v problematice tišení bolesti, uvádí stejný důvod jako sestry v DpS.



**Graf 30**

**Zdroje sebevzdělávání o problematice tišení bolesti**



39 sester z DpS a 28 sester z LDN, které se vzdělávají v problematice tišení bolesti, mohlo zvolit více odpovědí. V této otázce byly sestry dotazovány, z jakých zdrojů čerpají informace. Z celkového počtu 102 (100 %) odpovědí od sester z DpS byla v 17ti (16,6 %) odpovědích uvedena odborná literatura, v 32 (31,4 %) odborné časopisy, v 39 (38,3 %) odborné semináře a ve 14ti (13,7 %) odpovědích byly uvedeny ostatní sestry.

Z celkového počtu 81 (100 %) odpovědí od sester z LDN, byla ve 12ti (14,8 %) odpovědích uvedena odborná literatura, v 19ti (23,5 %) odborné časopisy, ve 28 (34,6 %) odborné semináře a ve 22 (27,1 %) odpovědích byly uvedeny ostatní sestry.

## 5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit problematiku nefarmakologického tišení bolesti u seniorů s ohledem na hodnocení bolesti v rámci ošetrovatelského procesu. Porovnávali jsme postup sester, které pracují na oddělení následné péče a v domovech pro seniory. Zjišťovali jsme, zda sestry vůbec bolest u seniorů hodnotí, jaké techniky a postupy k tomu používají. Sestry mohly vyslovit vlastní názor na to, co si myslí o bolesti u seniorů. Zjišťovali jsme, zda je na všech odděleních zaveden ošetrovatelský proces, jak je na jejich odděleních organizována práce sester. Sestry byly dotazovány také na nefarmakologické postupy tišení bolesti, které používají na svých odděleních. Zjišťovali jsme jejich názor na používání těchto technik. Porovnávali jsme, zda sestry používají nefarmakologické techniky tišení bolesti po jejím předchozím zhodnocení, nebo bolest nehodnotí, ale tyto techniky přesto používají. Poslední otázky byly zaměřené na vzdělávání sester v problematice tišení bolesti.

Dotazník, který byl rozdán sestřám, sloužil k tomuto výzkumu. Obsahoval celkem 31 otázek, z toho 10 otázek bylo polootevřených a 21 otázek bylo uzavřených. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 85 sester, z toho 41 sester pracuje v domovech pro seniory a 44 sester pracuje v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Prvních 5 otázek bylo identifikačních. Dle výzkumu vyšlo, že v léčebnách dlouhodobě nemocných je všech 44 (100 %) sester pohlaví ženského. V domovech pro seniory je z 41 dotazových sester pouze 1 (2,5 %) sestra pohlaví mužského. Nejvíce sester pracuje v domovech pro seniory, kterým je více než 46 let a to 44 % (18). Stejně tak v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde pracuje 35,4 % (16) sester starších 46ti let. Dále byly sestry dotazovány, jak dlouho pracují ve zdravotnictví. Bylo zajímavé, že většina 70,7 % (29) sester z domovů pro seniory pracuje ve zdravotnictví více než 11 let, ale pouze 5 % (2) sester má praxi v rozmezí 0 – 5 let. Podobných výsledků bylo zjištěno také v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde 66 % (29) sester je s délkou praxe více než 11 let a jen 16 % (8) sester pracuje s délkou praxe ve zdravotnictví 0 – 5 let. Přestože sestry pracují ve zdravotnictví relativně dlouho, nejvíce sester z domovů pro seniory i z léčen dlouhodobě nemocných pracuje v daném zařízení v rozmezí

0 – 5 let, a to 46,3 % (19) ze sester pracujících v domovech pro seniory a 42,1 % (19) sester z léčeben dlouhodobě nemocných.

První hypotéza předpokládala, že sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných, používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů po předchozím zhodnocení bolesti. Ve druhé hypotéze stálo, že sestry pracující v domovech pro seniory používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů bez předchozího zhodnocení bolesti. Zjistili jsme, že 78 % (32) sester pracujících v domovech pro seniory bolest hodnotí a že všech 100 % (41) sester používá na svých odděleních nefarmakologické techniky k tišení bolesti. V léčebnách dlouhodobě nemocných 88,6 % (39) sester bolest hodnotí a také všech 100 % (44) sester uvádí, že používají nefarmakologické techniky k tišení bolesti. Z toho vyplývá, že první hypotéza byla potvrzena, kdežto hypotéza druhá se nepotvrdila.

Jak uvádí kniha Vše o léčbě bolesti (7), existuje názor, že bolest je součástí stárnutí. Není tomu tak. Bolest i v tomto věku lze úspěšně mírnit a léčit. Bylo proto překvapivé zjištění, že naprostá většina, a to 83 % (34) sester z domovů pro seniory a 61,5 % (27) sester pracujících v léčebnách dlouhodobě nemocných, považuje bolest za součást stárnutí. Staří lidé jsou stejně citliví k bolesti jako jiné věkové skupiny. Přesto se 43,9 % (18) sester z domovů pro seniory a 31,8 % (14) z léčeben dlouhodobě nemocných domnívá, že senioři mají sníženou citlivost k bolesti.

Pokud sestry pracují formou skupinové ošetrovatelské péče, starají se o své pacienty, u kterých sesbírají ošetrovatelskou anamnézu, a tak u nich zajišťují kompletní ošetrovatelskou péči. Informují ostatní členy ošetrovatelského týmu o jejich problémech a potřebách. Nesou za ně odpovědnost po celou dobu péče. Dle Staňkové (17) je tento systém vhodný u krátkodobé hospitalizace. U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, jako například v léčebnách dlouhodobě nemocných či domovech pro seniory, je vhodný systém primárních sester, jak uvádí Staňková (17). Téměř všechny sestry z domovů pro seniory a z léčeben dlouhodobě nemocných uvedly, že je na jejich oddělení organizována práce formou skupinové ošetrovatelské péče. Překvapivým zjištěním bylo, že 95,2 % (39) sester z domovů pro seniory a 100 % (44) sester z léčeben

dlouhodobě nemocných uvedlo, že je na jejich odděleních zaveden ošetrovatelský proces.

Cílem hodnocení bolesti je, aby byl senior v co největší pohodě. U starých lidí se při hodnocení bolesti musí brát ohled na specifické požadavky. Protože staří lidé mají více chorob najednou, musí se bolest hodnotit komplexně. Ve výzkumu bylo zjišťováno, jaké techniky sestry používají k hodnocení bolesti. Nejčastější odpovědí byl rozhovor, škály k hodnocení bolesti a pozorování, ale pouze 12,2 % (10) odpovědí od sester z domovů pro seniory a 11,8 % (6) odpovědí od sester z léčeben dlouhodobě nemocných uvádělo fyzikální vyšetření sestry.

Při hodnocení bolesti sestra používá hodnotící škály bolesti. Snadno se používají, práce s nimi nevyžaduje příliš času a dokáží odhalit důležité informace o bolesti. Jak uvádí kniha Vše o léčbě bolesti (7), nejčastěji se k hodnocení bolesti u seniorů používá číselná hodnotící škála. Použití slovně popisné je rychlé a jednoduché, ale někteří senioři nemusí dobře porozumět všem slovům. Vizualně analogová škála může být pro starší lidi příliš abstraktní. Ve 45ti % (9) odpovědích od sester z domovů pro seniory bylo uvedeno, že používají právě číselnou hodnotící škálu, ve 40,5 % (17) odpovědích od sester z léčeben dlouhodobě nemocných byla uvedena vizualně analogová škála a pouze 4,8 % (2) odpovědi značily číselnou hodnotící škálu. Sestry byly dotazované, zda si myslí, že má smysl hodnotit bolest u seniorů pomocí škál k hodnocení bolesti. Pouze 13 (15,8 %) odpovědí od sester z domovů pro seniory uvádělo, že používají škály k hodnocení bolesti. 59,4 % (19) sester z domovů pro seniory se domnívá, že má smysl hodnotit bolest u seniorů pomocí těchto škál. Je zajímavé, že 61,5 % (24) sester z léčeben dlouhodobě nemocných, se domnívá, že má smysl hodnotit bolest pomocí škál k hodnocení bolesti, ale 15,4 % (6) sester si naopak myslí, že to smysl nemá.

V další otázce sestry popisovaly, jakých příznaků si budou všímat, pokud chtějí hodnotit bolest u seniorů. Nejčastěji sestry odpovídaly, že si budou všímat mimiky, dále verbálních projevů a úlevové polohy. Jak uvádí Trachtová (22), při rozhovoru se seniorem by se měla sestry ptát na intenzitu, lokalizaci, kvalitu a typ bolesti. Zjišťuje, které faktory bolest vyvolávají, jaké příznaky bolest doprovázejí a jaké má senior

předchozí zkušenosti s bolestí. Zjišťuje, kdy se bolest objevila, jak se projevuje během dne, kdy je nejsilnější. Do jaké míry ovlivňuje bolest jeho každodenní aktivity, jak bolest působí na jeho psychiku. Sestry, které vyplnily dotazník, by při rozhovoru nejčastěji zjišťovaly lokalizaci bolesti, charakter bolesti a intenzitu bolesti. Pouze 13,1 % ( 17) odpovědí od sester z domovů pro seniory uvádělo vyvolávající faktory bolesti, ale je zajímavé, že 19,3 % (30) odpovědí od sester z léčeben dlouhodobě nemocných uvádělo stejnou odpověď. Předchozí zkušenosti s bolestí ani to, jak bolest ovlivňuje seniorův každodenní život, by nezjišťovala žádná sestra.

Překvapivým zjištěním bylo, že všechny sestry z léčeben dlouhodobě nemocných a 93,7 % (30) sester z domovů pro seniory zaznamenává hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace.

Po zhodnocení bolesti sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle problémů, které senior uvádí a kterých si sestra sama všimla. Podle NANDA 2 jsou samostatnými ošetrovatelskými diagnózami „Akutní bolest“ a „Chronická bolest. Bohužel bylo ve výzkumu zjištěno, že sestry téměř vůbec nepoužívají ke stanovení ošetrovatelských diagnóz NANDA 2, ji používá pouze 10 % (3) sester z domovů pro seniory a žádná sestra v léčebnách dlouhodobě nemocných. Většina sester, jak z domovů pro seniory, tak z léčeben dlouhodobě nemocných, si tvoří vlastní ošetrovatelské diagnózy.

Jak uvádí kniha Vše o léčbě bolesti, pokud pacient sděluje, že má bolest, sestra mu to musí věřit, protože bolest je subjektivní pocit. Přesto pouze 53,7% (22) sester z domovů pro seniory a 52,3% (3) sester z léčeben dlouhodobě nemocných vždycky věří pacientovi, pokud si stěžuje na bolest. Pokud pacient sděluje sestře, že má bolesti, 56,1 % (23) sester z domovů pro seniory a 47,7 % (21) z léčeben dlouhodobě nemocných by jako první intervenci provedly zhodnocení bolest. Pouze 14,6% (6) sester z domovů pro seniory by jako první volalo lékaře. Domníváme se, že důvodem je přítomnost lékaře pouze v určitou dobu. V léčebnách dlouhodobě nemocných slouží lékaři nepřetržitě, a proto 43,2% (19) sester z tohoto oddělení by v tomto případě ihned volalo lékaře.

Nefarmakologické postupy mají vliv na psychiku a tím pomáhají snižovat bolest a zmírňovat úzkost a stres. Zlepšují kvalitu spánku a dodávají dobrou náladu. Zpravidla

se rozdělují do tří skupin. První skupinu tvoří fyzikální terapie. Ve druhé skupině jsou zahrnuty alternativní a doplňkové terapie a ve třetí skupině kognitivní a behaviorální terapie. Ve výzkumu bylo zjišťováno, jaké nefarmakologické techniky k tišení bolesti používají sestry na svých odděleních. Zjistily jsme, že v Domově pro seniory v Jičíně se používá ke zmírnění bolesti koncept bazální stimulace. Jak uvádí Friedlová (5), bazální stimulace je zaměřena na všechny oblasti lidských potřeb. Je to komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept. Používá se u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními a u lidí s demencí. Lze ji použít jak u dospělých, tak také u dětí. Jak bylo zjištěno, tak z fyzikální terapie sestry nejčastěji používají léčbu chladem a léčbu teplem. Tyto metody může sestra snadno aplikovat a jsou relativně levné. Jak uvádí Roslawski (15), uvolňující cviky snižují napětí ve svalech. Jsou vhodné pro seniory, kteří se nemohou pohybovat. V 10,6 % (25) odpovědích z domovů pro seniory, bylo uvedeno, že sestry používají právě uvolňující cviky. Od sester z léčeben dlouhodobě nemocných bylo těchto odpovědí 16,7 % (38). Mezi alternativní způsoby zvládání bolesti patří například aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem a různé druhy masáží. Jak uvádí kniha Vše o léčbě bolesti (7), tyto techniky příznivě působí na bolesti hlavy a svalová onemocnění. Muzikoterapie přispívá k podpoře hojení. Hudba napomáhá snižování chronické bolesti. Přesto bylo v tomto výzkumu zjištěno, že se v domovech pro seniory ani v léčebnách dlouhodobě nemocných příliš nepoužívá. Psychoterapie je vhodnou metodou u lidí, trpících chronickou bolestí. Je procesem, který v člověku vyvolává očekávání ve zlepšení jeho stavu, jak uvádí Raudenská (13). Tato metoda je však používána velmi málo, jak bylo uvedeno pouze v 5,5 % (13) odpovědích od sester z domovů pro seniory a v 7,1 % (16) odpovědích od sester z léčeben dlouhodobě nemocných.

Přestože bylo zjištěno, že všechny sestry používají na svých odděleních nefarmakologické techniky k tišení bolesti, pouze 51 % (21) sester z domovů pro seniory a 56,8 % (25) sester z léčeben dlouhodobě nemocných si myslí, že jsou tyto techniky účinné. Bylo ale překvapivé, že 97,6 % (40) sester z domovů pro seniory a 81,8 % (36) sester z léčeben dlouhodobě nemocných se domnívá, že sestra může ovlivnit bolest u seniora.

U starších lidí se k léčbě bolesti používá také farmakologická léčba. Jak se domnívá 70,7 % (29) sester z domovů pro seniory a 72,7 % (32) z léčeben dlouhodobě nemocných, zvolení farmakologické nebo nefarmakologické techniky ke zmírnění bolesti záleží na typu bolesti.

Jak uvádí Vágnerová (23), nejdůležitější a nejvýznamnější sociální skupinou je pro seniora rodina. Proto je vhodné, pokud se do péče o seniora zapojují rodinní příslušníci. Dle tohoto výzkumu většina sester zapojuje do péči o seniora rodinné příslušníky.

Ve výzkumu jsme zjišťovali, zda se sestry dále vzdělávají v problematice tišení bolesti. 95,1 % (39) sester z domovů pro seniory a 63,6 % (28) sester z léčeben dlouhodobě nemocných se vzdělává v této problematice. Jako důvod, proč se sestry nevzdělávají v problematice bolesti, uvedly všechny nedostatek času. Nejvíce informací o této problematice, jak je uvedeno v 38,3 % (39) odpovědích od sester z domovů pro seniory a v 34,6 % (28) odpovědích od sester z léčeben dlouhodobě nemocných, získávají z odborných seminářů. Další informace čerpají z odborných časopisů a odborné literatury a také od ostatních sester.

Podle mého názoru sestry nemají příliš informací o problematice bolesti u seniorů. Podle výzkumu se domníváme, že většina sester si myslí, že seniori jsou více odolní k bolesti a že se s bolestí musí naučit žít. Mile mě překvapilo, že většina sester z obou oddělení bolest hodnotí a dokonce ji zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Z výzkumu vyšlo, že sestry se při hodnocení bolesti zajímají výhradně o fyzické projevy, ale psychika seniora není pro ně při hodnocení bolesti příliš důležitá. Jak jsme předpokládali, v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory se používá převážně fyzikální terapie. Byli jsme překvapeni, jak rozmanité množství nefarmakologických technik k tišení bolesti se používá v domovech pro seniory. Myslíme si, že je dobré, že také v léčebnách dlouhodobě nemocných se používá ergoterapie a psychoterapie.

## 6. Závěr

Výzkum byl zaměřen na to, jak sestry hodnotí bolest a jaké techniky k tomu používají. Dotazovali jsme se sester, jaký mají názor na bolest u seniorů. Zjišťovali jsme, jaké nefarmakologické techniky sestry k tišení bolesti používají a jaký mají názor na používání těchto technik. Ptali jsme se, zda se sestry vzdělávají v problematice tišení bolesti. Bylo zjištěno, že většina sester z domovů pro seniory a všechny sestry z léčeben dlouhodobě nemocných bolest hodnotí. Ve všech zařízeních domovů pro seniory a léčeben dlouhodobě nemocných používají sestry nefarmakologické techniky tišení bolesti. Z výzkumu jsme se také dozvěděli, že ve všech dotazovaných zařízeních léčeben dlouhodobě nemocných a domovů pro seniory je zaveden ošetrovatelský proces.

Tato práce měla za cíl zmapovat problematiku nefarmakologického tišení bolesti u seniorů s ohledem na hodnocení bolesti v rámci ošetrovatelského procesu v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory. Cíl práce byl splněn.

První hypotéza předpokládala, že sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů po předchozím zhodnocení bolesti. Tato hypotéza se potvrdila. Ve druhé hypotéze se předpokládalo, že sestry pracující v domovech pro seniory používají techniky nefarmakologického tišení bolesti u seniorů bez předchozího zhodnocení bolesti. Tato hypotéza se ovšem nepotvrdila.

Z výzkumu dále vyplývá, že sestry nemají dostatek informací o problematice bolesti u seniorů. Myslím si, že by se měla zlepšit informovanost sester pořádáním seminářů s touto problematikou a na odděleních by vrchní sestry měly zajistit dostatek odborné literatury.

Výsledky tohoto výzkumu budou prezentovány v říjnu na algeziologických dnech v Brně a v časopise Bolest. Dále budou zaslány vrchním sestřám do všech zařízení, která se výzkumu účastnila.



## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BOHANESOVÁ, M. Denní stacionář pro seniory [online]. Dostupné z WWW: <<http://fm.charita.cz/stacionar/>> [cit.2007-11-27].
2. Co je to domovinka? [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.dc-motylek.cz/projekty/ldn/>> [cit.2007-11-27].
3. Dobrovolníci v léčebně dlouhodobě nemocných [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.dc-motylek.cz/projekty/ldn/>> [cit.2007-11-27].
4. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480s.  
ISBN 80-86297-05-5.
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 170 s.  
ISBN 978-80-247-1314-4.
6. HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1.vyd: Germa, 2002. 110s.
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Přel. V. Di Cara. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 355s.  
ISBN 80-247-1720-4.
8. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2004. 211s.  
ISBN 80-8063-160-3.

9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s.  
ISBN 80-247-0179-0.
10. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. 368s.  
ISBN 80-247-1284-9.
11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264s.  
ISBN 80-247-1399-3.
12. Nanda [online] 16. 10. 2007. Dostupné z WWW:  
<http://sestra.org/index.php/NANDA> > [cit.2008-29-01].
13. RAUDENSKÁ. Psychoterapie v léčbě chronické bolesti [online].  
Dostupné z WWW: <[http://www.algos.cz/pro\\_odborniky/psychologicke\\_postupy\\_ke\\_zmirneni\\_bolesti.html](http://www.algos.cz/pro_odborniky/psychologicke_postupy_ke_zmirneni_bolesti.html)> [cit.2007-12-02].
14. Rámcový výklad k poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách [online].  
Dostupné z WWW:  
<[http://www.mzcr.cz/data/c2351/lib/uhrady\\_soc\\_sluzeb\\_ve\\_zdrav\\_zarizenich.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c2351/lib/uhrady_soc_sluzeb_ve_zdrav_zarizenich.pdf)>  
[cit.2007-11-27].
15. ROSLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2005.  
71s.  
ISBN 80-251-0774-4.

16. RUSÍN, Š. Fyziologie bolesti, typy bolesti [online] 3.1.2003. Dostupné z WWW:  
<[http://www.algos.cz/pro\\_odborniky/fyziologie\\_bolesti.html](http://www.algos.cz/pro_odborniky/fyziologie_bolesti.html)> [cit.2007-12-02].
17. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1.vyd. Brno, 1999. 49s.  
ISBN 80-7013-282-5.
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1.vyd. Brno, 2005. 66s.  
ISBN 80-7013-283-3.
19. ŠÁCHA, P. Autogenní trénink [online] 17. 11. 2006. Dostupné z WWW:  
< <http://www.clanky-o-zdravi.online-prodej.cz/autogenni-trenink.html> >  
[cit.2007-12-02].
20. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004.  
130s. ISBN 80-7178-920-8.
21. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270s.  
ISBN 80-7262-365-6.
22. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno,  
2001. 186s.  
ISBN 80-7013-324-8.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie 2*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s.  
ISBN 978-80-246-1318-5.

24. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s.  
ISBN 978-80-247-2170-5.
25. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6.vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490s.  
ISBN 80-85912-38-4.
26. Zdravotní péče [online]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=349464> >  
[cit.2007-11-27].

## **8. Klíčová slova**

Stárnutí

Bolest

Tišení bolesti

Domov pro seniory

Nefarmakologický léčebný postup

## **9. Seznam příloh**

**Příloha 1** – Dotazník

**Příloha 2** – Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení k aplikaci zák. č. 108/2006 Sb.,  
o sociálních službách

**Příloha 3** - Škály hodnocení bolesti

**Příloha 4** – Transkutánní elektrická stimulace nervu (TENS)

**Příloha 5** - Analgetický žebříček WHO

## Příloha 1 – Dotazník

### Dotazník

Vážená kolegyně,

jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který bude použit k mé bakalářské práci na téma Ošetrovatelský proces u seniorů trpících bolestí. Dotazník je zcela anonymní a údaje v něm budou použity pouze k výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce.

U otázek zakroužkujte vždy jednu odpověď, pouze u otázek 12, 13, 16, 23 a 31 můžete zakroužkovat více odpovědí. Pokud zaškrtnete odpověď „jiné“, doplňte prosím vhodnou odpověď. U otázky 15 se prosím rozepište.

**1. Jste:**

- A) muž
- B) žena

**2. Kolik je vám let?**

- A) 18 – 25 let
- B) 26 – 35 let
- C) 36 - 45 let
- D) 46 a více let

**3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- A) 0 – 5 let
- B) 6 – 10 let
- C) Více jak 10 let

**4. V jakém zařízení pracujete?**

- A) LDN
- B) DpS (domov pro seniory)

**5. Jak dlouho v tomto zařízení pracujete?**

- A) 0 – 5 let
- B) 6 – 10 let

C) Více jak 10 let

**6. Považujete bolest u seniorů za součást stárnutí?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

**7. Domníváte se, že seniori mají sníženou citlivost k bolesti?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

**8. Jak je na Vašem oddělení organizována práce sester?**

- A) Formou systému skupinové ošetrovatelské péče
- B) Formou systému primárních sester
- C) Formou funkčního systému
- D) Jinak (prosím uveďte jak):

.....  
....  
.....  
.....  
.....

**9. Je na Vašem oddělení zaveden ošetrovatelský proces?**

- A) Ano
- B) Ne

**10. Hodnotíte na Vašem oddělení bolest u seniorů?**

- A) Ano
- B) Ne

**11. Pokud ne, proč?**

- A) Není na to dost času
- B) Je nedostatek kvalifikovaného personálu
- C) Nikdy to na našem oddělení nebylo zvykem
- D) Není to nutné
- E) Jiné (napište prosím důvod)

.....  
.....  
.....  
.....



*Pokud ano, odpovídejte na otázky 12– 18 pokud ne, přejděte na otázku 19*

---

**12. Jaké techniky k tomu používáte?**

**(můžete zvolit více odpovědí)**

- A) škály k hodnocení bolesti
- B) pozorování
- C) rozhovor
- D) fyzikální vyšetření sestry
- E) Jiné: (prosím, napište jaké)

.....  
...  
.....  
...

**13. Pokud používáte škály k hodnocení bolesti, které z nich používáte u seniorů?**

**(můžete zvolit více odpovědí)**

- A) Obličejová škála
- B) Vizually analogová škála (VAS)
- C) Číselná hodnotící škála (NRS)
- D) Slovně popisná škála
- E) Jiné: (prosím, napište jaké)

.....  
.....  
...

**14. Myslíte si, že má smysl hodnotit bolest u seniorů pomocí škál k hodnocení bolesti?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

**15. Jakých příznaků si budete všimnout u seniorů, pokud budete hodnotit bolest? Prosím, napište:**

.....  
....  
.....  
....  
.....  
.....

.....  
.....  
**16. Jaké informace zjistíte při rozhovoru, pokud chcete hodnotit bolest?  
(můžete zvolit více odpovědí)**

- A) Lokalizaci bolesti
- B) Charakter bolesti
- C) Intenzitu bolesti
- D) Vyvolávající faktory bolesti
- E) Časový průběh bolesti
- F) Jiné:

.....  
.....  
.....

**17. Zaznamenáváte hodnocení bolesti do ošetrovatelské dokumentace?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Žádnou nemáme

**18. K ošetrovatelské diagnostice bolesti používáte:**

- A) NANDA 1
- B) NANDA 2
- C) Tvoříme vlastní ošetrovatelské diagnózy
- D) Ošetrovatelské diagnózy nestanovujeme

---

**19. Pokud Vám pacient sděluje, že má bolesti, ale jeho chování tomu neodpovídá a nejsou u něho přítomny objektivní příznaky, věříte mu to?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Někdy

**20. Pokud Vám pacient sděluje, že má bolesti, co uděláte jako první?**

- A) Zavoláte lékaře, aby danou situaci vyřešil
- B) Budete se snažit zmírnit bolest nefarmakologickými prostředky (obklad, úlevová poloha, aj.)
- C) Nejprve zhodnotíte bolest, její intenzitu a charakter
- D) Nebudete to řešit
- E) Jiné (prosím, napište jaké)

.....  
.....

**21. Používáte na Vašem oddělení nefarmakologické techniky k tišení bolesti?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

**22. Pokud ne, proč?**

- A) Není na to dost času
- B) Je nedostatek kvalifikovaného personálu
- C) Nikdy to na našem oddělení nebylo zvykem
- D) Není to nutné
- E) Jiné (napište prosím důvod)

.....  
.....  
.....  
.....

*Pokud ano, odpovídejte na otázky 19 a 25 pokud ne, pokračujte otázkou 26.*

---

**23. Jaké postupy na Vašem oddělení používáte?**

**(můžete zvolit více odpovědí)**

**A) fyzikální terapie:**

- 1, léčba teplem
- 2, terapie chladem (kryoterapie)
- 3, uvolňující cviky

**B) alternativní terapie:**

- 1, aromaterapie
- 2, muzikoterapie
- 3, terapie dotykem
- 4, různé druhy masáží

**C) kognitivní a behaviorální terapie:**

- 1, odvádění pozornosti
- 2, relaxace

**D) ergoterapie**

**E) psychoterapie**

**Jiné: (prosím, napište jaké)**

.....  
.....  
.....

- 24. Dáváte na vašem oddělení přednost tišení bolesti u seniorů pomocí analgetik před nefarmakologickými metodami?**
- A) Ano
  - B) Ne
  - C) Jak u kterého typu bolesti
- 25. Při odstraňování bolesti považujete spolupráci se seniorem za důležitou?**
- A) Ano
  - B) Ne
  - C) Nevím
- 
- 26. Myslíte si, že jsou účinné nefarmakologické metody používané k tišení bolesti u seniorů?**
- A) Ano
  - B) Ne
  - C) Jak které
  - D) Nevím
- 27. Myslíte si, že může sestra ovlivnit bolest u seniora?**
- A) Ano
  - B) Ne
  - C) Nevím
- 28. Zapojujete do péče o seniora jeho rodinné příslušníky?**
- A) Ano
  - B) Ne
  - C) Někdy
- 29. Vzděláváte se v problematice tišení bolesti?**
- A) Ano
  - B) Ne

**30. Pokud ne, proč?**

- A) Nemám na to dost času
- B) Nepovažuji to nutné
- C) Jiné (napište prosím důvod)

.....  
.....  
.....

**31. Pokud ano, jak?**

**(můžete zvolit více odpovědí)**

- A) Z odborné literatury
- B) Z odborných časopisů
- C) Z odborných seminářů
- D) Od ostatních sester
- E) Jinak: (Prosím, uveďte jak)

.....  
.....  
.....

**Děkuji Vám za spolupráci a pravdivé vyplnění.**

**Eva Háková**

## **Příloha 2 - Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení k aplikaci zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

### A. právní předpisy řešící danou problematiku

Podle § 22 písm. c) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, (dále jen „zák. č. 48/1997 Sb.“) je hrazenou péčí i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů.

V ustanovení § 27 odst. 6 zák. č. 48/1997 Sb. je již s platností od 1.4.1997 mimo jiné uvedeno, že „.... Náklady vzniklé další hospitalizací pojištěnce, který nemůže být propuštěn vzhledem k nezajištění další péče, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.“

Ve stejném paragrafu je uvedeno, že „o propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností (v hl. městě Magistrát hl. m. Prahy) příslušný podle místa pobytu pojištěnce. Obdobně postupuje u dětí a mladistvých se závažnou sociální problematikou v rodině.“

Zdravotnická zařízení mají od 1.1.2007 možnost poskytovat kromě zdravotní péče také sociální služby s tím, že nemusejí projít celým registračním procesem, jako když vzniká nové zařízení sociálních služeb, ale podle § 84 odst. 5 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (dále jen „zák. č. 108/2006 Sb.“) se **registrace** „*nevyžaduje u poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52. Při poskytování sociálních služeb jsou tato zdravotnická zařízení povinna dodržovat povinnosti stanovené poskytovatelům sociálních služeb v § 88 písm. b), c), h), a i).*“

V § 52 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb. je uvedeno, že „*ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.*“

Sociální služby, které budou muset lůžková zdravotnická zařízení poskytovat, zahrnují tyto základní činnosti (viz § 52 odst. 2 zák. č. 108/2006 Sb.):

- „ a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Podrobný rozsah jednotlivých úkonů je popsán v § 18 odst. 1 vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, (dále jen „vyhl. č. 505/2006 Sb.“).

Zdravotnická zařízení jako poskytovatelé sociálních služeb jsou povinna podle § 88 písm. b), c), h), a i) zák. č. 108/2006 Sb. :

- „b) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným,
- c) vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby,
- h) dodržovat standardy kvality sociálních služeb,
- i) uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby, pokud tomu nebrání důvody uvedené v § 91 odst. 3.“

Poskytovatel sociálních služeb může podle § 91 odst. 3 zák. č. 108/2006 Sb. odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud

- „ a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá,
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá, nebo
- c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis.“

Poskytnutí pobytové sociální služby se podle § 36 vyhl. č. 505/2006 Sb. vylučuje, jestliže

- „ a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití...“

## **B. Postup zdravotnického zařízení, které bude poskytovat sociální služby**

1. Podat žádost o zápis do registru poskytovatelů sociálních služeb dle § 85 zák. č. 108/2006 Sb.

Registr poskytovatelů sociálních služeb vede krajský úřad příslušný podle místa poskytování sociálních služeb.

Formuláře k registraci jsou ke stažení na internetových stránkách MPSV

<http://formulare.mpsv.cz/oksluzby-registr/cs/welcome/forms.jsp>

2. Tím, že zdravotnické zařízení ústavní péče bude zapsáno do registru poskytovatelů sociálních služeb, bude moci uzavírat s uživatelem, kterému bude poskytovat sociální služby, smlouvu o poskytování sociální služby a dále bude mít nárok na dotaci.
3. Smlouva o poskytování sociální služby, kterou uzavírá zdravotnické zařízení a uživatel sociální služby, musí být uzavřena v písemné formě a podle § 91 odst. 2 zák. č. 108/2006 Sb. obsahuje tyto náležitosti:
  - „ a) označení smluvních stran,
  - b) druh sociální služby,
  - c) rozsah poskytování sociální služby,

- d) místo a čas poskytování sociální služby,
  - e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v §§ 73 až 77 a způsob jejího placení,
  - f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
  - g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,
  - h) dobu platnosti smlouvy.“
4. Podle § 91 odst. 6 zák. č. 108/2006 Sb. „osobu, která není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností.“
  5. Osoba, které budou poskytovány sociální služby za úhradu, bude vždy hradit ubytování a stravu (dle § 73 odst. 3 zák. č. 108/2006 Sb.). Maximální výši úhrady za ubytování a celodenní stravu stanoví prováděcí právní předpis a v součtu činí 300,- Kč (ubytování 160,- Kč, celodenní strava 140,- Kč), přičemž uživateli sociální služby musí podle § 73 odst. 3 zák. č. 108/2006 Sb. po úhradě za ubytování a stravu zůstat alespoň 15% jeho příjmu.
  6. Poskytovatel sociálních služeb se ale může dohodnout v souladu s § 71 odst. 3 a 4 cit. zák. .... „, na spoluúčasti na úhradě nákladů s manželem (manželkou), rodiči nebo dětmi osoby, které je sociální služba poskytována, pokud tato osoba nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Příjmem se pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona o životním a existenčním minimu, s výjimkou příspěvku.“
  7. Osoba, která bude mít nárok na příspěvek na péči, jehož výše se bude pohybovat v rozmezí od 2.000,- Kč do 11.000,- Kč měsíčně podle stupně postižení, bude dále kromě ubytování a stravy hradit péči při poskytování pobytových služeb ve výši přiznaného příspěvku. V případě poskytování služeb v týdenních stacionářích je úhrada za péči stanovena maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku.
  8. Osoba se podle § 8 zák. č. 108/2006 Sb. považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve :
    - a) stupni I (lehká závislost),
    - b) stupni II (středně těžká závislost),
    - c) stupni III (těžká závislost),
    - d) stupni IV (úplná závislost).
  9. Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí podle § 11 odst. 2 zák. č. 108/2006 Sb. za kalendářní měsíc
    - a) 2.000,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
    - b) 4.000,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
    - c) 8.000,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
    - d) 11.000,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).
  10. Určení stupně závislosti je podkladem pro rozhodování o nároku na příspěvek na péči, přičemž stanovení stupně závislosti pro účely příspěvku na péči nahrazuje posuzování bezmocnosti a dále posuzování, zda je dítě dlouhodobě zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči. Tuto posudkovou činnost provádí úřady práce pro obecní úřady.



11. Komunikace mezi zdravotnickým zařízením a obcí III. stupně. Jestliže bude zdravotnické zařízení předpokládat ukončení léčby ze zdravotních důvodů, mělo by kontaktovat obec III. stupně podle místa trvalého bydliště pojištěnce se žádostí, aby pomohla dotyčné osobě zprostředkovat odpovídající služby. Obec buď sdělí, že má služby zajištěné, nebo že je zajištěné nemá. Tento proces by měl být činěn s předstihem, aby se nestalo, že u pojištěnce bude ukončena hospitalizace ze zdravotních důvodů, ale nebude určeno žádné zařízení, kde péče bude pokračovat. V případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje obecní úřad neprodleně tuto skutečnost zdravotnickému zařízení, ve kterém je osoba umístěna (viz § 92 zák. č. 108/2006 Sb.). V tomto okamžiku je zdravotnické zařízení, je-li zapsáno v registru poskytovatelů, oprávněno uzavřít s osobou smlouvu (viz bod 3 až 6 výše). Při odmítnutí uzavření smlouvy je pak zdravotnické zařízení oprávněno požadovat úhradu skutečných nákladů vynaložených na pobyt osoby ve zdravotnickém zařízení.
12. Pokud osoba nepobírá příspěvek na péči a je objektivně dovoditelné, že by jí nárok na příspěvek na péči vznikl, měla by být poučena o možnosti podat si žádost. Žádost se podává písemně na předepsaném tiskopisu, který vydává ministerstvo. „...pokud není osoba schopna jednat samostatně a nemá zástupce, zahajuje se řízení o příspěvku z úřední moci.“ (viz § 23 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb.)
13. Po uzavření smlouvy nastává režim poskytování sociálních služeb, přičemž je v zájmu obou stran, aby tento stav nebyl trvalý a bylo hledáno řešení kontinuity zajištění sociální služby nebo jiného způsobu zajištění péče mimo zdravotnické zařízení.
14. „Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“ Tolik citace § 7 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.
15. Dalším zdrojem financování při poskytování sociálních služeb budou dotace ze státního rozpočtu, které dostanou pouze zařízení zapsaná v registru. „Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb“ (viz § 101 odst. 2 zák. č. 108/2006 Sb.)  
Postup a formuláře jsou uvedeny na stránkách MPSV  
<http://www.mpsv.cz/cs/2910>  
Termíny pro podání žádosti o dotaci jsou:  
do 28. února 2007, do 30. května 2007 a do 29. srpna 2007.
16. Bude-li při poskytování sociálních služeb nutné poskytovat ve zdravotnickém zařízení ještě zdravotní péči nebo ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči,

bude příslušná zdravotní pojišťovna na základě uzavřeného dodatku ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hradit i výkony odbornosti 913.

17. Změna byla provedena vyhl. č. 620/2006 Sb. ze dne 20.12.2006, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhl. č. 620/2006 Sb.“). Všeobecnou sestrou se podle definice uvedené v této vyhlášce rozumí *„všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů, se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913“*. Odbornost 913 obsahuje 14 nových výkonů. Celá vyhl. č. 620/2006 Sb. je uvedena v příloze.
18. V případě poskytování zvláštní ambulantní péče podle § 22 zák. č. 48/1997 Sb. dojde ke shodnému financování jak ve zdravotnických zařízeních, tak v zařízeních sociálních služeb, a to z toho důvodu, že oba poskytovatelé musí mít kvalifikovaný zdravotnický personál a budou poskytovat shodné výkony.
19. Ve vyhlášce č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 (dále jen „vyhl. č. 619/2006 Sb.“), je zmínka o zvláštní ambulantní péči v příloze č. 1 bod B). Ústavní péče podle § 3 odst. 2 je zdravotní péče poskytovaná v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu. V bodě 2 b) přílohy č. 1 je uvedeno, že *„pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,- Kč.“*
20. Všechny výkony **odbornosti 913 – všeobecná sestra v sociálních službách** je možné hradit zdravotní pojišťovnou pouze po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Současně je nutné dodržet omezení a frekvenci u jednotlivých výkonů.
21. Definice, kdo je ošetřujícím lékařem, je uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb. v § 18 odst. 3  
*„Ošetřujícím lékařem se rozumí:*
  - a) *praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce ( dále „registrující lékař“),*
  - b) *lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,*
  - c) *lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.“*

22. Výkony odbornosti 913 lze zdravotní pojišťovnou uhradit jen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře a s tím, že musí být naplněn celý obsah výkonu. Výkony musí provádět pracovník s příslušnou kvalifikací, a to pouze ambulantně.
23. Podle obecných pravidel pro vykazování výkonů (viz kap. 2 vyhl. č. 134/1998 Sb.), je mimo jiné uvedeno, že „*pokud může být podle seznamu výkonů účtován výkon více než jednou, může být vyúčtován pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas jeho provedení uvedený v seznamu výkonů. Čas zahájení i čas ukončení těchto výkonů je nezbytnou součástí zdravotní dokumentace pacienta. Pokud nelze čas zahájení a ukončení výkonu z dokumentace jednoznačně určit, hradí zdravotní pojišťovna výkon v počtu jeden.*“ Dále z obecných pravidel plyne, že výkon hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn celý jeho obsah. Výkon musí být vždy řádně zdokumentován ve zdravotnické dokumentaci, protože zápis do dokumentace je nedílnou součástí všech zdravotních výkonů. Výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.
24. V případě poskytování zvláštní ambulantní péče jsou potřebné léky předepisovány na recept a zdravotnické pomůcky (např. plenkové kalhotky, katetry apod.) na poukaz. K předpisu je oprávněn ošetřující lékař.
25. Při tvorbě zákona č. 108/2006 Sb. byla provedena kalkulace předpokládaných příjmů pro zařízení poskytující sociální služby v souladu s § 52 cit. zák. na jeden den takto :
- úhrada uživatele sociálních služeb za ubytování max. 160,- Kč
  - úhrada uživatele sociálních služeb za stravu max. 140,- Kč
  - očekávaná průměrná výše příspěvku na péči cca 125,- Kč
  - očekávaná průměrná úhrada zdravotní péče  
zdravotní pojišťovnou cca 150,- Kč
  - účelová dotace MPSV – průměrně cca 375,- Kč
  - Průměrná celková úhrada na lůžko a den **950,- Kč**

Zdroj: Rámcový výklad k poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních

ústavní péče podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách [online].

Dostupné z WWW:

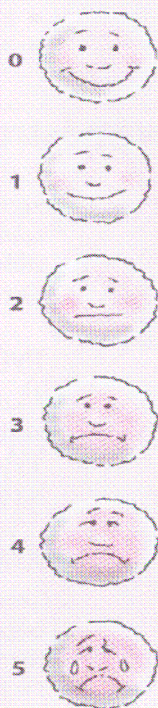
<[http://www.mzcr.cz/data/c2351/lib/uhrady\\_soc\\_sluzeb\\_ve\\_zdrav\\_zarizenich.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c2351/lib/uhrady_soc_sluzeb_ve_zdrav_zarizenich.pdf)>

[cit.2007-11-27].

### Příloha 3 - Škály hodnocení bolesti

#### Použití škály hodnotící intenzitu bolesti

Pediatrický pacient nebo dospělý, který má problémy s řečí, možná nedokáže vyjádřit, jakou bolest cítí. V takovém případě můžete použít škálu na hodnocení intenzity bolesti, uvedenou níže. Požádejte pacienta, aby si vybral obličej, který nejlépe vyjadřuje závažnost jeho bolesti, na škále 0–5.



#### Špičková technika

### Použití číselné hodnotící škály

Číselná hodnotící škála může pacientovi pomoci kvantifikovat jeho bolest. Požádejte ho, aby si vybral číslo od 0 (znamenající „žádná bolest“) do 10 (znamenající „nejhorší představitelná bolest“), které představuje jeho současnou bolest. Číslo vyjadřující bolest může buď zakroužkovat, nebo vyslovit.

Žádná bolest      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Nejhorší možná bolest

Zdroj: Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 355s.

ISBN 80-247-1720-4.

## Příloha 4 – Transkutánní elektrická stimulace nervu (TENS)

**Špičková technika**  
**Umístění elektrod TENS**

Při transkutánní elektrické stimulaci nervu (TENS) jsou elektrody umístěny okolo periferních nervů nebo okolo řezné rány, přenášejí jemné elektrické impulzy, které pravděpodobně blokují zprávy o bolesti.

**Perfektní umístění**  
Umístění elektrod je obvykle různé, dokonce i u pacientů s podobnými problémy. Elektrody mohou být umístěny několika způsoby:

- Aby se pokryla či ohraničila bolestivá oblast, např. u citlivosti svalů, spasmu svalů nebo bolesti kloubů,
- aby byla bolestivá oblast umístěna mezi elektrodami, např. při bolesti incize.

Níže uvedené obrázky ukazují možné umístění elektrod (tmavé čtverce) a oblast stimulace nervů (světlejší pruhy) u bolesti bederní páteře a dolních končetin.

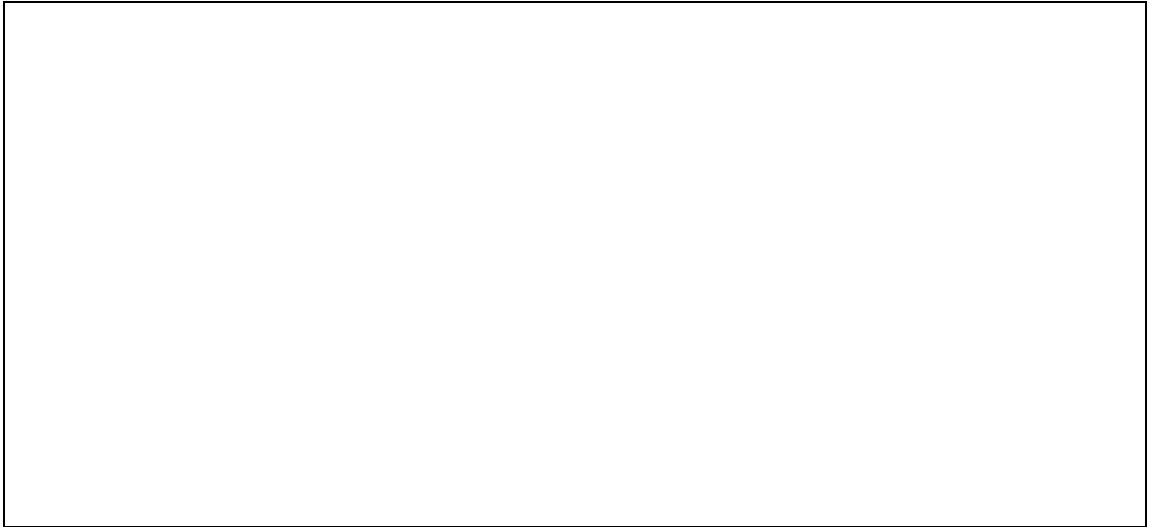
**Návod na správné umístění**

- Jestliže má pacient poraněn periferní nerv, umístíte elektrody proximálně k místu poranění (mezi mozek a místo poranění). To zabrání zvýšené bolestivosti.
- Jestliže místo není citlivé, umístíte elektrody do přilehlého dermatomu (oblast pokožky, inervovaná senzoryckými vlákny z jednoho spinálního nervu).
- Neumísťujte elektrody do hypersenzitivní oblasti, to může bolestivost zvýšit

Zdroj: Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 355s.

ISBN 80-247-1720-4.

## **Příloha 5 – Analgetický žebříček WHO**



### Zdroj:

HAKL, M.,HŘIB, R. Akutní bolest. [online]. Dostupné z WWW:  
< <http://www.remedia.cz/clanek.php?unit=347&parent=100001&action=79>>.  
[cit.2008-04-24].