



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení bolesti v chirurgii

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Vendula Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, PhD.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení bolesti v chirurgii jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. 5. 2019

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, PhD., za odborné vedení, ochotu a vstřícnost při zpracování práce. Ráda bych poděkovala i PhDr. Sadílkovi za ochotu a trpělivost při zpracování empirické části diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu a pacientům za ochotu a spolupráci při zpracovávání empirické části práce.

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení bolesti v chirurgii

Abstrakt

Bolest může být varovným signálem, ale v chirurgii je spojena zejména s lékařskými zákroky. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat používané hodnotící škály bolesti, které se u chirurgických pacientů v praxi využívají, zjistit názor chirurgických sester na tyto škály a zkušenosti pacientů. Dále vytvořit doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů.

V empirické části práce bylo využito kvantitativního i kvalitativního šetření. V rámci kvantitativního šetření byly vytvořeny dva dotazníky – pro sestry (nestandardizovaný dotazník) a pro chirurgické pacienty (kombinace nestandardizovaného dotazníku se standardizovaným). Jako kvalitativní metoda byla použita metoda focus group s chirurgickými pacienty a sestrami.

Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji používanou škálou v praxi je vizuální analogová škála a verbální hodnocení. Ačkoli jsou tyto metody hojně využívány, naše výsledky naznačují, že nejsou zcela dostačující. Respondenti z řad sester i pacientů chtěli v hodnocení doplnit především přesnější slovní popis a zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem a sestrou.

Mezi nejčastější projevy bolesti z pohledu pacientů patřila omezená hybnost a soběstačnost, emoční labilita, verbální projevy a z pohledu sester omezená hybnost, nespolupráce, omezená soběstačnost a verbální projevy. Mezi způsoby, které pacienti nejčastěji využívají k tlumení bolesti, jsou léky podle ordinace lékaře, úlevová poloha, spánek a odpočinek. Spokojeno se spoluprací se sestrou i lékařem v hodnocení a léčbě bolesti je více než 90 % pacientů.

Na základě analýzy dat byl navržen postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Jeho srozumitelnost a využitelnost byla ověřována metodou focus group s chirurgickými sestrami a pacienty. Sestry i pacienti hodnotili doporučený postup vcelku kladně. Možná úskalí vnímali v nutnosti dostatečné spolupráce sestry s pacientem a dostatku času pro realizaci navrženého hodnocení.

Výzkumné šetření bylo realizováno na území Jihočeského kraje a je zpracováno v rámci řešení týmového grantového projektu GAJU – Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství (059/2018/S).

Klíčová slova

Bolest; hodnocení bolesti; měření bolesti; hodnotící škály bolesti

The use of evaluation and measurement tools for assessment of pain in surgery

Abstract

Pain can be a warning sign, but in surgery it is associated mainly with medical procedures. The aim of the research survey was to map out the pain rating scales that are used in practice in surgical patients, to determine the opinion of surgical nurses on these scales and patient experience. Furthermore, the paper was aimed at the creation of a recommended procedure for evaluation of pain in surgical patients.

In the empirical part of the thesis, quantitative and qualitative research was used. In the quantitative research, two questionnaires were created – for nurses (a non-standardized questionnaire) and for surgical patients (a combination of a non-standardized and standardized questionnaire). The focus group method with surgical patients and nurses was used as a qualitative method.

The research survey shows that the most commonly used scale in practice is the visual analogue scale and verbal evaluation. Although these methods are widely used, our results suggest that they are not entirely sufficient. Respondents from the groups of nurses and patients wanted to add more accurate verbal description to the evaluation and increase the frequency of pain evaluation by a doctor and nurse.

The most frequent symptoms of pain from the perspective of patients included: limited mobility and self-sufficiency, emotional lability, and verbal manifestations. And from the perspective of nurses: limited mobility, non-cooperation, limited self-sufficiency and verbal manifestations. Among the methods that are used most often by patients to relieve pain are medicines prescribed by the doctor, relief positions, sleep and rest. More than 90% of patients are satisfied with the cooperation with the nurse and the doctor in the evaluation and treatment of pain.

Based on the data analysis, a procedure for assessing pain in surgical patients has been proposed. Its clarity and usability were verified using the focus group method with surgical nurses and patients. Both the nurses and the patients assessed the recommended procedure quite positively. Possible pitfalls were perceived in the necessity of sufficient nurse-patient cooperation and enough time to implement the proposed assessment.

The research survey was carried out in the territory of the South Bohemian region and is processed as part of the resolution of the GAJU team grant project – Use of Measuring Instruments in Nursing Practice (059/2018/S).

Keywords

Pain; pain evaluation; pain measurement; pain rating scale

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Historie bolesti	9
1.2 Definice bolesti.....	12
1.2.1. Dělení bolesti.....	12
1.2.2 Faktory ovlivňující bolest	15
1.2.3 Fyziologie bolesti.....	18
1.3 Hodnocení bolesti.....	21
1.3.1 Škály a prostředky pro hodnocení bolesti.....	24
1.3.2 Funkce a význam škál v ošetrovatelství	29
1.3.3 Role sestry při hodnocení bolesti a specifika chirurgických pacientů	30
1.4 Léčba bolesti	32
1.4.1 Farmakologické způsoby léčby bolesti	32
1.4.2 Nefarmakologické způsoby léčby bolesti	35
1.4.3 Role sestry při léčbě bolesti	37
2. Praktická část.....	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
2.3 Hypotézy	39
3. Metodika výzkumu.....	40
3.1 Použitá metoda	40
3.2 Výzkumný soubor	41
4. Výsledky	42
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu – sesterský dotazník	42
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – patientský dotazník	60

4.3 Focus group s chirurgickými sestrami.....	84
4.4 Focus group s chirurgickými pacienty	87
5. Diskuze	90
6. Závěr.....	102
7. Seznam použitých zdrojů	104
8. Přílohy.....	111

Úvod

Bolest je jedna z nejčastějších příčin, která v dnešní době dovede člověka k lékaři. Bolest se může objevovat jako varovný signál organismu nebo může doprovázet lékařské zákroky. V současnosti je častým řešením zdravotních problémů právě operace. Operace je náročná situace, po které se může u pacienta objevit hned několik typů komplikací. Proto je nutné, aby zdravotnický personál důkladně sledoval všechna hlediska zdravotního stavu. Jedním z nich je i monitorování bolesti. Bolesti různého typu a charakteru se objevují téměř u všech pacientů po operaci. Aby mohl personál adekvátně reagovat a léčit bolest, je nezbytným předpokladem zajistit vhodný nástroj měření bolesti.

Nástrojů pro měření a hodnocení bolesti je mnoho. Vybrat konkrétní škálu tak, aby byla jednoduchá, a přitom co nejvíce efektivní, je často velmi obtížné. Existuje celá řada škál a každá má své výhody a nevýhody. Při aplikaci musí být zohledněn stav pacienta, věk, úroveň inteligence a mnoho dalších hledisek. Ideální měřicí nástroj pro hodnocení bolesti by měl být jednoduchý, srozumitelný, lehce aplikovatelný, nenáročný na čas, ale měl by vypovídat o prožívané bolesti co nejvíce. Je nutné, aby si ošetřující personál osvojil používání těchto měřicích nástrojů tak, aby bylo možné zaznamenávat vývoj bolesti a nastavit tak adekvátní léčbu.

Výzkum v diplomové práci je realizován na území Jihočeského kraje a je zpracován v rámci řešení týmového grantového projektu GAJU – Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství (058/2018/S).

1. Současný stav

1.1 Historie bolesti

Bolest je součástí lidského života odnepaměti. Stejně stará je i snaha o její léčbu. Byly objeveny předměty a kresby z doby kamenné, z kterých můžeme usuzovat, že se tehdejší lidé snažili mírnit bolesti pomocí stimulace rybími kostmi na určitých místech těla (Hřib a Hakl, 2005). Dalšími důkazy, kde je znázorněno tišení bolesti, jsou babylonské hliněné destičky, egyptské papyry nebo nálezy ze starověké Persie a Tróje. Primitivní kultury používaly k tlumení bolesti banální, ale zároveň účinné způsoby, kterými byly například tlak nebo studená říční voda (Neradílek et al., 2012).

Vznik bolesti byl podle prvotních lidí způsoben démony. Od toho se odvíjí i způsob ochrany před bolestí. Chránit je měly amulety, chřestítka, zaříkávání nebo kouzla. Bolest mohla být také na lidi seslána různými božstvy jako trest. To například dokládá i původ názvu bolesti, anglicky pain, který pochází z latinského poena, což znamená trest. Podle kultury se poté začaly objevovat teorie vzniku bolesti. Číňané okolo roku 2600 před Kristem přicházejí s teorií dvojice protichůdně působících sil, které se navzájem doplňují – yin a yang. Pokud jsou tyto síly v nerovnováze, dochází k rozvoji bolesti (Rokyta et al., 2012). Technikou tlumení bolesti, která jim byla velice blízká, je stimulace akupunkturálních bodů (Hřib a Hakl, 2005). Egypťané zase věřili, že bolest způsobují duchové mrtvých, ti měli vstupovat do těla člověka během noci nosními dírkami nebo ušními otvory. Proto vyvolávali u lidí postižených bolestí zvracení, kýchání a pocení. Bolest hlavy řešili i trepanací (Rokyta et al., 2012). Zajímavou technikou té doby byla i elektroléčba, k níž byly používány opakované elektrické výboje elektrických ryb (Hřib a Hakl, 2005). Bolest si vysvětlovali různě i příslušníci určitého náboženství. Například buddhistická filozofie zastávala názor, že bolest je způsobena zmařením lidské touhy. Hinduisté zase razili teorii, že bolest má centrum v srdci. Teorií bolesti se zabývali i významní filozofové a lékaři, jako byli Hippokrates, Platón, Aristoteles. Hippokrates věřil, že bolest vzniká porušením rovnováhy čtyř tekutin, které má člověk v těle (krev, hlen, žlutá a černá žluč). Platon považoval za centra vnímání srdce a játra a bolest byla způsobena pohybem atomů k nim. Aristoteles vysvětloval bolest zvýšenou citlivostí na tlak, který má původ v srdci (Rokyta et al., 2012).

Postupem času se teorie vyvíjely a zpřesňovaly. Důležitou roli v historii bolesti hraje i renesance. Zde měl významné postavení umělec a vědec Leonardo da Vinci, který zastával teorii, že bolest se z těla přenáší míchou do třetí mozkové komory. Teorie a názory na bolest se lišily ještě dlouho potom, ani v 18. století neexistoval na ni jednotný pohled (Rokyta et al., 2012).

Společně s poznáním bolesti se rozšiřovaly i způsoby jejího tlumení. Některé byly již uvedeny výše, další budou přiblíženy zde. Nejprve byly k tišení bolesti používány především byliny a rostliny. Nejúčinnějším byl bezpochyby výtažek z máku polního, který používali mimo jiné i Číňané (Rokyta et al., 2012). Zkušenosti s makovou šťávou měli i Řekové, kteří rozdělovali tuto šťávu dle zpracování na šťávu vytlačovanou z nezralých makovic, která se nazývala meconium, a na šťávu získanou naříznutím nezralých makovic, ta se nazývala opos (Hřib a Hakl, 2005). Velmi často se v 19. století užívala také opiová tinktura pod názvem Laudanum, což byla směs opia a alkoholu (Rokyta et al., 2012). V té době se opium dodávalo lékárníkům a lékařům velmi často. Stále častěji se ale začalo zneužívat jako droga. Německý lékárník Serturmer izoloval v roce 1803 z opia krystaly silného analgetika. Jednalo se o bílý prášek, který pojmenoval Morphin podle boha spánku Morphea (Hřib a Hakl, 2005). Další významnou osobností, která se zasloužila o objev léku proti bolesti, byl Felix Hoffman, který byl chemikem ve firmě Bayer. Syntetizoval kyselinu acetylsalicylovou z vrbové kůry luční trávy, která se prodávala pod názvem Aspirin. Aspirin byl prvním účinným analgetikem neovoidního typu (Rokyta et al., 2012). Lékař, který se jako první věnoval léčbě bolesti systematicky, byl John J. Bonica. Tento muž založil první ambulanci léčby bolesti, jmenovala se Pain Clinic. V roce 1953 vydal první ucelenou knihu o léčbě bolesti s názvem Management of Pain (Hřib a Hakl, 2005).

V České republice se léčba bolesti do systému zdravotní péče zařadila až po listopadu roku 1989. Jejím zakladatelem se stal anesteziolog a primář pražské nemocnice Na Bulovce Dimitrij Miloschewsky. Miloschewskyho prosazení moderní léčby bolesti a vytvoření nového samostatného oboru usiloval již dlouho, ale nesetkal se se vstřícností od představitelů české medicíny té doby. Hlavním důvodem bylo i to, že do moderní léčby bolesti byla zahrnuta složka psychosociální a spirituální a to by bývalo mohlo ohrozit ideologii té doby. Zatímco v zahraničí se setkáváme s označením oboru jako pain management, multidisciplinary pain treatment, Schmerztherapie a podobně, v České republice se tento obor nazval algeziologie (Rokyta et al., 2015).

Jak už jsme zmínili, bolest provází lidstvo odjakživa. Předmětem zkoumání kliniků a vědců se však stala až v druhé polovině 20. století. Ačkoli moderní medicína již dnes umí vyřešit mnoho zdravotních problémů, bolest i nadále ve zdravotnictví přetrvává (Rokyta et al., 2012). V medicínských kruzích se dlouhé roky věřilo, že bolest je pouze signál a má jen ochranný význam. V krajních případech se sice připouštělo, že bolest je nepříjemný prožitek, který je vhodné tlumit, ale spíše se pozornost zaměřila na to, že bolest je užitečné varování, které má jedince posunout směrem k úniku před trvajícím somatickým ohrožením nebo ke změně svého chování a jednání tak, aby byl organismus schopný řešit vzniklá poranění (Daneš, 2018). Zbavit trpícího člověka bolesti je velmi náročný úkol. To si odborníci uvědomovali a na tento popud začali tvořit v druhé polovině 20. století ve vyspělých zemích týmy odborníků lékařských i nelékařských profesí, které se komplexně zaměřovaly na bolest (Rokyta a Höschl, 2015). Za průkopníka v teorii bolesti jako samostatného onemocnění vyžadujícího komplexní terapii a multidisciplinární přístup považujeme amerického anesteziologa J. J. Bonica. Bonica založil v roce 1961 první pracoviště, které neslo název Pain clinic. Další pracoviště vznikala podle tohoto vzoru (Pachl a Roubík, 2005).

V teoriích o bolesti byl stěžejní rok 1965, kdy ze spolupráce psychologa z McGill University v Montrealu Ronalda Melzacka a britského fyziologa z University College London Patricka Walla vyšla vrátková teorie. Tato teorie byla postavená na vrátkovém mechanismu, který měl být lokalizovaný v míše. Mechanismus byl uzavřen, pokud byla drážděna normální rychle vedoucí dotyková nervová vlákna a otvíral se za předpokladu, že byla drážděna a stimuly byly vedeny pomalu vedoucími bolestivými nervovými vlákny. Takzvaná vrátka byla uzavřena tehdy, pokud se přehradil proud těchto stimulů a obnovila se stimulace tlustých vláken. Tato teorie vyvolala obrovský zájem vědců a rozběhl se cyklus mnoha nových klinických pozorování. Ačkoli byla teorie časem znatelně upravována, podnítila mnoho vědců k výzkumné činnosti, která se zabývala právě bolestí. Na popud této teorie vznikalo množství výzkumných prací o patofyziologických mechanismech bolesti (Rokyta et al., 2012).

1.2 Definice bolesti

Bolest provází lidstvo od nejstarších dob a můžeme říct, že je s člověkem spojena po celou dobu jeho života (Daneš, 2018). Autoři publikací o bolesti se shodují v tom, že je velmi obtížné bolest definovat. Opavský (2011) vysvětluje obtížnost definování tím, že bolest je velmi subjektivně vnímaná záležitost každého jedince. Navíc je ovlivněna množstvím faktorů, například fyzickými, psychickými, duchovními, sociálně kulturními nebo také předchozími zkušenostmi s bolestí. Každý člověk, který si bolest prožil, by definoval tento prožitek po svém. Charakteristika bolesti by byla ovlivněna především jejím typem a intenzitou (Opavský, 2011). Definice bolesti pocházejících od odborníků zabývajících se tímto tématem je nespočet. Pro názornost je jich zde několik uvedeno. Bolest je složitý jev, jenž signalizuje hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením (Sternbach, 1968). Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (McCaffery, 1983). Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for The Study of Pain – IASP) a Světová zdravotnická organizace (WHO) definovaly bolest takto: „*Bolest je nepříjemný senzorický a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením, nebo je popisována pojmy takového poškození*“ (Mersky a Bogduk, 1994, s. 210). Rokyta et al. (2012) definuje bolest jako nepříjemný smyslový a pocitový zážitek, spojený se skutečným nebo možným poškozením tkáně, nebo zážitek popisovaný slovy, která takovému poškození odpovídají.

Terminologie bolesti je uvedena v příloze číslo 1.

1.2.1. Dělení bolesti

Bolest se dá rozdělit do skupin dle různých hledisek. Například dle délky trvání se bolest dělí na *akutní a chronickou*. Málek et al. (2014) uvádí, že akutní bolest je jeden z nejčastějších symptomů, se kterým se lidé jdou poradit k lékaři. Na lékaři je, aby bolest, kterou pacient pociťuje, zařadil do kategorie akutní, nebo chronické. Akutní bolest je časově omezená (Rokyta et al., 2017). Literatura se rozchází v časovém definování akutní bolesti. Například Pokorná et al. (2013) akutní bolest vymezuje na časové období sekund, hodin, dnů, a to do maximální délky trvání 3–6 týdnů. Oproti tomu Rokyta et al. (2012) akutní bolest časově vymezuje až do 3–6 měsíců trvání. Tento typ bolesti ve většině případů pacienta přinutí v krátkém časovém období (v průběhu

minut, hodin nebo dní) vyhledat lékaře (Málek et al., 2014). Akutní bolest má známou příčinu, je to signál organismu (Rokyta et al., 2017). McGonigle et al. (2006) ve své publikaci uvádí, že možnými příčinami jsou úrazy, popáleniny, záněty, infekce nebo chirurgické a operační postupy. Akutní bolest většinou vyvolá fyziologickou reakci organismu pacienta. Fyziologická reakce se projevuje hypertenzí, tachykardií, zvýšeným pocením, tachypnoí, mydriázou zornic a neklidem (Rokyta et al., 2012). Do skupiny akutní bolesti řadíme i bolest pooperační. Operace je provázena vždy menší, či větší pooperační bolestí. Ačkoli je zdravotnictví na velmi dobré úrovni, uvádí se, že u třetiny až poloviny pacientů není pooperační bolest dobře tlumena. Proto strach z operace u pacientů i nadále přetrvává. Přitom se ale bolesti lze poměrně snadno vyhnout nebo ji lze řešit. V dnešní době je dostatek léků proti bolesti a taktéž i poznatků o organizaci léčby bolesti, jež lze zahrnout do každodenní praxe. Bohužel se v České republice do praxe nezahrnuje tak, jak by to bylo třeba. Ovlivňuje to mnoho faktorů, mezi ně patří omezené finanční zdroje, nedostatek času a také nedostatek jednoduchých a jasných doporučení pro léčbu pooperační bolesti (Málek, 2014).

Druhou skupinou, pokud dělíme bolest dle délky trvání, je bolest chronická. O té hovoříme tehdy, když trvá déle než 3–6 měsíců (Rokyta, 2012). McGonigle et al. (2006) ve své publikaci píše, že chronická bolest může člověka doprovázet celý život. Na rozdíl od bolesti akutní, která je varovným signálem pro organismus, bolest chronická tento význam nenesí. Dalo by se říct, že žádný význam nemá (Daneš, 2018). Chronická bolest se považuje za složitější případ algeziologie. Odlišnost od akutní bolesti tkví také v tom, co bolest způsobuje. U akutní bolesti většinou známe důvod vzniku bolesti, a léčba se tedy zaměřuje na tuto konkrétní příčinu. V případě chronické bolesti je to opět komplikovanější, tentokrát tím, že není zřejmá její příčina (Rokyta et al., 2017). Rokyta et al. (2012) uvádí odlišnosti chronické bolesti od bolesti akutní – je hůře lokalizovatelná, tupá, hluboká a hlavně trvalá. Na chronickou bolest mohou nasedat další obtíže, například nespavost, nechutenství, zácpa, podrážděnost, psychomotorická retardace, ale také bolestivé chování nebo sociální izolace (Rokyta et al., 2015). Kromě fyzické stránky člověka, bolest postihuje, a to dosti významně, i jeho psychickou stránku. Proto jsou pacienti někdy odesíláni na psychiatrická pracoviště. Chronická bolest bývá velmi složitě léčitelná. Pro adekvátní léčbu je nutné její správné hodnocení. V praxi se využívají různé typy dotazníků či jiných pomůcek, například vizuální analogová škála nebo McGillova škála. Ty budou podrobněji rozebrány v kapitole 1.3

Hodnocení bolesti. Pro léčbu chronické bolesti je stěžejní stanovit vhodnou farmakologickou léčbu v kombinaci s nefarmakologickými postupy (Rokyta, 2017).

Další rozdělení bolesti může být podle nádorového procesu, jde o *nádorovou a nenádorovou bolest*. Nádorová bolest je souhrnné označení pro bolestivé stavy způsobené onkologickým onemocněním. U onkologicky nemocných je bolest jedním z nejobávanějších příznaků. Podle typu nádoru je bolest různé intenzity a charakteru. Nejčastěji jsou s velkou bolestí spojovány nádory slinivky břišní, žaludku, kostí a jícnu. Tento typ bolesti můžeme ještě dále dělit dle vztahu k nádorovému onemocnění, a to na tři podskupiny. První z nich je bolest vyvolaná nádorem, sem zařazujeme kostní metastázy, prorůstání nádoru do měkkých struktur. Druhou podskupinou jsou bolesti vyvolané diagnostikou nebo protinádorovou léčbou. Do této skupiny patří bolestivé diagnostické postupy (punkce), bolestivá neuropatie po chemoterapii, chronické bolesti po onkologických operacích. Třetí podskupina jsou bolesti bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním, řadíme sem například migrénu (Vorlíček et al., 2012). Oproti nádorové bolesti vzniká bolest nenádorová bez jakéhokoli propojení s nádorovým procesem (Opavský, 2011).

Jinou možností je dělení bolesti z *pohledu holistického pojetí člověka*. Toto dělení vychází z teorie holismu, kde člověka bereme jako celistvou bytost, a zahrnujeme sem všechny složky, a to biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Biologická neboli fyzická bolest je nejjednodušší identifikovatelná složka z hlediska holismu. Psychická neboli duševní bolest je souhrn pocitů určovaný emoční kvalitou. Sociální bolest souvisí s možnou nebo skutečnou izolací od sociálního kontaktu. Spirituální neboli duchovní bolest se váže na utrpení nebo odloučení od svého nejhlubšího já, nebo jde o pocit ztráty smyslu (Dučaiová, 2011).

Další variantou dělení je *dle charakteru bolesti*. Rozeznáváme somatickou, viscerální a neuropatickou bolest. Somatická bolest vychází z kůže, svalů a kloubů. Je dobře lokalizovatelná. Jedná se o stálou bolest, označovanou také jako „pobolívání“. Viscerální bolest vychází z vnitřních orgánů nebo tělních dutin. Velmi těžko se lokalizuje. Bolesti přicházejí ve vlnách a často mívají podobu křečí. Neuropatická bolest vychází z centrálního nebo periferního nervového systému. Pacienty je tato bolest popisována jako brnění, pálení nebo vystřelování (O'Connor et al., 2005).

1.2.2 Faktory ovlivňující bolest

Každý člověk je nenapodobitelné individuum, proto každý reaguje na bolest odlišně. Reakci na bolest ovlivňuje nespočet faktorů působících v danou chvíli na člověka. Proto se může stát, že i stejný člověk reaguje na bolest prožívanou v jiném čase odlišným způsobem. Ovlivněný je především kulturou, ze které člověk prožívající bolest pochází, očekáváním bolestivého zážitku, předchozí zkušeností s bolestí, souvislostí, v níž se bolest objevuje, a neposledně také emočními a kognitivními reakcemi organismu. Pokud chceme bolesti porozumět, musíme odhalit všechny fyziologické a psychické reakce člověka (McGonigle et al., 2006).

Bolest je spojená s celou řadou vnějších a vnitřních faktorů, které musíme vnímat. Bartůněk et al. (2016) uvádí, že sledovat musíme tyto faktory: faktory biologické, které jsou spojené s poraněním tkáně, senzitivací receptorů nebo toxicitou léčby, faktory psychologické, které zahrnují hněv, hostilitu, lékovou závislost, frustraci či manipulaci s okolím, faktory sociální, kam patří osamění a sociální výhody a nevýhody, a faktory kulturní, které představují dané náboženství, tradice a společenskou významnost situace.

Člověka ovlivňuje několik na sebe vzájemně působících faktorů. Jeden ze zásadních je práh bolesti, který je u každého jedince odlišný. Představuje konkrétní intenzitu podnětu, která musí působit na člověka tak, aby pocítil bolest. Jedinec dokáže vnímat konkrétní podnět jako bolest až od jistého momentu, kdy intenzita přesáhne tento práh, který může být odlišný u stejného člověka v různých situacích, záleží na ostatních faktorech, které na jedince působí (Bartůněk et al., 2016).

Dále je významný i časový úsek, tím jsou myšleny různé životní etapy nebo části dne. Intenzivněji je bolest vnímána lidmi, kteří se právě nacházejí v tíživé životní situaci nebo pro něž je situace nad jejich síly. I v průběhu dne se může vnímání bolesti měnit. Uvádí se, že intenzivněji je vnímaná bolest v průběhu odpoledne či v nočních hodinách ve srovnání s ránem (Bartůněk et al., 2016).

Základní postoje k bolesti si člověk vytváří již od dětství (Bartůněk et al., 2016). Rodina totiž poskytuje dítěti první předlohy bolestivého chování, které si dítě osvojí, přebírá do budoucna tento model prožívání bolesti, stává se pro něj normou (Plevová et al., 2012). Dříve existovala představa, že novorozenci a malé děti bolest necítí, tato domněnka byla ale vyvrácena. Vnímání bolesti se rozvíjí i v dětském věku. Na její hodnocení u všech věkových kategorií by měl být brán zřetel, protože jinou bolest prožívají například

adolescenti a jinou dospělí lidé nebo senioři. Zejména seniorům by se měla věnovat pozornost v tomto ohledu. Je sice pravdou, že ve stáří se otupují všechny receptory, tedy i receptory bolesti, proto by se mohlo zdát, že bolest bude vnímána méně. Jenže starší organismus má omezené některé reakce na tlumení bolesti, a proto se stává, že je navíc ještě vyšší než v produktivním věku. Bolest je tedy vnímána velmi individuálně (Rokyta et al., 2017). Některé studie uvádějí, že bolest je nejlépe akceptovaná ve vývojovém období střední dospělosti, tedy ve 30–50 letech (Bartůněk et al., 2016).

Další z faktorů, který ovlivňuje vnímání bolesti, je pohlaví. Udává se, že muži snášejí bolest hůře než ženy (Pálková, 2011). Ačkoli ženy mají nižší práh bolesti, takže bolestivý vjem zaregistrují dříve a intenzivněji než muži, mají některé mechanismy, které vnímání bolesti snižují. Mezi ně patří vyplavování endogenních opioidů před porodem nebo v období menstruačního cyklu. Ze společenského hlediska je zakotvená i teorie, že žena musí bolest vydržet, kdežto muži často propadají fenoménu nazvaným únik do bolesti (Rokyta et al., 2017).

Vnímání bolesti je ovlivněno i etnickými, kulturními a sociálními faktory a hodnotami. Kultura působí na socializaci a utváří zkušenosti, které v sobě zahrnují i bolestivý zážitek a způsob, jak ho přijímat a zvládat (Bartůněk et al., 2016). Existují srovnávací studie etnik, které například prokazují, že žluté etnikum má vyšší práh bolesti než etnikum bílé. V tomto ohledu musíme brát v úvahu i trénink. V některých zemích je tradicí zasvěcování do mužství, které obnáší například přejít žhavé uhlí nebo sjet se zabodnutou skobou do břicha po liáně přes řeku, přičemž zasvěcovaný muž nesmí projevit známky bolesti. Existuje i pojem stresová analgezie, kdy dojde k vyloučení některých stresových hormonů do krve a tím se zabrání vzniku bolesti. Tyto případy byly zaznamenány například ve válkách, kdy voják byl velmi těžce poraněn, ale bitvu dobojoval. Účinek stresové analgezie je znám dodnes například ve sportu, kdy sportovec dohraje zápas s nalomenou nebo i zlomenou kůstkou (Rokyta et al., 2017). V některých kulturách může být bolest považována za trest, například v židovských nebo křesťanských etikách. V jiných kulturách zase bolest doprovází rituály. Obecně je ale bolest, která doprovází rituály, lépe snášena (Bartůněk et al., 2016).

Dalším faktorem, který ovlivňuje vnímání bolesti, je typ osobnosti. Obecně snáší introverti bolest hůře než extroverti (Pálková, 2011). Dále se dá říci, že bolest je lépe akceptovatelná lidmi, kteří jsou emočně stabilní. Lidé s pozitivním psychickým

naladěním zvládají bolesti lépe než úzkostní neurotičtí pacienti. Pokud se lidé nudí nebo mají deprese, na bolest se více upínají. Je nutné dodat, že emoční naladění stejně jako úzkost, strach a tenze jsou i výsledkem vzájemného vztahu s ošetřujícím personálem (Bartůněk et al., 2016).

Výrazným faktorem je i okolí člověka trpícího bolestí. Přítomnost ostatních lidí dokáže ovlivnit jeho reakce. Jedinec může ve společnosti vnímat bolest mírněji. Mezi způsoby lepšího zvládnání bolesti patří například neporušené kladné mezilidské vztahy, pevné rodinné zázemí a vhodná komunikace, která podpoří psychický stav člověka trpícího bolestí. Právě vhodná komunikace a profesionální přístup k člověku mohou navodit uklidnění a zvýšit tím toleranci bolesti (Bartůněk et al., 2016). Bolest vždy musíme posuzovat ze širšího sociálního aspektu. Bolestivý stav ovlivňují i změny, jako jsou manželská krize, soudní řízení nebo propuštění z práce. Tyto situace mohou vyvolat až účelové chování, kdy člověk bere bolest jako vysvětlení svého selhání nebo oddaluje kvůli bolesti řešení problémů. Tento fakt musíme brát při hodnocení faktorů bolesti také v potaz (Kozák et al., 2010).

Pooperační bolest

Samostatnou kapitolou jsou bolesti, které jsou způsobené operací. K předchozím uvedeným faktorům se přidávají ještě další, uvedené níže. Abdalarhainm et al. (2011) uvádí, že efektivní pooperační léčba bolesti pokazuje na kvalitu péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Pooperační bolest ovlivňuje zejména lokalizace, druh a délka trvání operačního výkonu. Dále záleží na typu a velikosti incize a následném chirurgickém traumatu při operaci. Pacientovu bolest ovlivňuje i fyzický a duševní stav, zahrnující v sobě i jeho postoj k bolesti. Zásadní je předoperační psychologická a farmakologická příprava, která velmi ovlivňuje stav pacienta po výkonu. Dalším faktorem, který má vliv na pooperační bolest, je použitý typ anestezie při operaci. Zařazujeme sem i tišení bolesti před operačním výkonem a po něm. Pooperační bolest může ovlivnit i vznik chirurgických komplikací, i když se možné komplikace ošetřující personál snaží snížit na minimum. S tím souvisí i kvalita pooperační péče, na které se podílejí sestry, lékaři, fyzioterapeuti, psychologové a další odborníci.

Pokud je nám známa lokalizace, typ a délka trvání operace spolu s typem a rozsahem incize, lze předpokládat intenzitu a délku trvání bolestí po operaci. Pokud se bude jednat například o rozsáhlé operace ledvin, hrudníku, nadbříšku nebo konečníku, lze očekávat

silnou bolest, která bude trvat více než 48 hodin. Silnou bolest s délkou trvání do 2 dní lze očekávat po cholecystektomii nebo prostatektomii. Po operacích srdce či kyčelních kloubů předpokládáme, že intenzita bolesti bude střední a bude trvat déle než 48 hodin (Málek et al., 2014). Naopak kratší trvání bolesti střední intenzity se objevuje po appendektomiích (Smart et al., 2008). Všechny tyto faktory nelze ovlivnit pouze analgezií, nezbytná je i kvalitní ošetrovatelská péče a důsledná rehabilitace (Málek et al., 2014).

1.2.3 Fyziologie bolesti

Stimuly, které mohou zavinit poškození tkáně, často vyvolávají pocit bolesti někdy i navíc pohyb, který oddaluje organismus od zdroje nebezpečí. Bolestivý počitek s sebou nese i vegetativní reakce organismu, jako jsou tachykardie, hypertenze, mydriáza nebo zvýšené pocení (Langmeier et al., 2009). Hodně mechanických, termických nebo chemických stimulů vede k pocíťování bolestivého vjemu. Zprávy o ničivých a bolestivých stimulech jsou přenášeny do mozkových center receptory a neurony, které se liší od těch, jež do mozku nesou pouze neškodné somatosenzorické zprávy (Barash et al., 2015).

Bolestivý vjem je vyvolán podrážděním periferních nervových vláken, která jsou citlivá na bolest. Dráždění těchto nervových vláken vyvolá biochemickou reakci organismu. Z této tkáně směřuje vzruch aferentními nervovými sensitivními vlákny do thalamu. Odtud pokračuje vzruch do ústřední mozkové kůry (gyruspostcentralis), zde dojde ke zpracování stimulu. Z mozku pak eferentními vlákny dojde odpověď až k postiženému orgánu, tím si člověk bolest uvědomí (Rošková, 2012).

Jak již bylo zmíněno, bolest je vyvolána podrážděním periferních nervových vláken, která obsahují speciální receptory, takzvané nociceptory (nocisenzory). Jedná se o volná nervová zakončení na aferentních nervových vláknech nacházejících se v kůži, ve svalech, v srdci a cévách, v kloubních pouzdrech a také ve stěně trávicí trubice (Rokyta, 2015). Některé tkáně ovšem naopak tato volná zakončení nemají nebo jich mají jen nepatrné množství, a proto se dá říci, že nebolí. Mezi nebolestivé tkáně patří například tkáň centrální nervové soustavy, která sice bolest registruje, ale sama nebolí, nebo také některé tkáně oka či vlastní kostní tkáň (Rokyta et al., 2016). Daneš (2018) uvádí, že oblastí s malým počtem receptorů jsou také játra, která tedy nebolí, bolest vychází

z jejich obalu. Podobně je to u žlučníku a žlučových cest, plic a sleziny, kde opět bolest vychází z obalu těchto orgánů. Volným zakončením jsou přisuzovány různé vlastnosti podle toho, kde se nacházejí.

Má se za to, že existují čidla mající odlišný práh citlivosti. Popisují se prudké a silné bolesti z kůže a méně silné tupé bolesti, které vycházejí z hlubokých struktur (Daneš, 2018). Na jednom cm² kůže se nachází asi sto volných nervových zakončení, která jsou schopna vnímat bolest (Rokyta et al., 2016). Předpokládá se, že nocisenzory jsou specializované na určitý druh stimulu, proto se dělí na termosenzory, mechanosenzory, chromosenzory. Polysenzory nebo polymodální senzory jsou pak senzory, které dokážou vnímat a zpracovat několik druhů stimulů (Daneš, 2018). Zatímco některé smyslové receptory jsou schopné se na dlouhodobě působící podněty adaptovat, mezi ně patří například receptory čichové a receptory dotyku, receptory bolesti se adaptují velmi obtížně a ve většině případů vůbec ne (Kittnar et al., 2011).

Jiným dělením je dělení nocisenzorů na vysokoprahové, polymodální a vlastní nocisenzory. Prvním z nich jsou vysokoprahové mechanoreceptory, které pociťují příjemné stimuly, jako jsou pohlazení nebo jemné stlačování kůže. Řadíme sem Vaterova-Paciniho tělíska nebo Merkelovy disky. Tyto mechanoreceptory se podílejí na nízkoprahovém nastavení. Pokud však podnět zesílí, změní se na receptory vysokoprahové, to platí například ve chvíli, kdy člověka někdo zraní. V tu chvíli začne vnímat bolest. Druhým typem jsou polymodální nocisenzory. Tyto senzory mají za úkol především vnímat bolest, která vznikla na podkladě chladu nebo tepla. Mezi senzory, které vnímají teplo a chlad patří Ruffiniho a Krauseho tělíska. Teplo i chlad můžeme vnímat kladně, pokud ale je jeden z těchto činitelů intenzivnější, mohou způsobit popáleniny, nebo naopak omrzliny, které jsou značně bolestivé. Třetí jsou vlastní nocisenzory, které mají za úkol vést informaci z kůže a sliznic do míchy. Reagují jen tehdy, pokud je podnět natolik silný, že je podráždí. Proto se jim také říká mlčící senzory (Rokyta et al., 2017).

Kožní nocisenzory lze dále dělit následovně. Kožní nocicepční vlákna C, která mají za úkol reagovat na velmi silné mechanické, termické a určité chemické stimuly. Kožní vlákna typu A jedna, která reagují na silné mechanické stimuly a mají v neporaněné kůži vysoký práh pro termické stimuly. Má se za to, že ohlašují bolest z dlouhotrvající stimulace. Kožní vlákna typu A dvě reagují na mechanické a termické podněty. Vzruch

je veden velmi rychle a nástup účinku je taktéž pohotový, proto se míní, že jako první ohlašují bolest. Poslední je takový typ nociceptorů, který odpovídá na silné chladové a mechanické podněty. Tyto receptory se nacházejí v kůži, ale byly objeveny obdobné i v jiných tkáních, jako jsou svaly, klouby nebo zubní dřeň (Pachl a Roubík, 2005).

V současné době již existují důkladnější informace o přenosu vzruchu nervovými drahami od nociceptorů až k centru. Stručně jde říci, že dráha je tříneuronová a prochází dvěma druhy nervových vláken. První typ představují vlákna nemyelinizovaná, která jsou také nazývána vlákna C. Druhý typ nervových vláken představují vlákna A - delta, kterým se říká také vlákna pomalá. Tato vlákna směřují do zadních míšních rohů a společně s transmisivními buňkami a přítomností sympatiku formují při ascendentní dráze prvotní regulační systém pro kategorizaci podnětů před centrálním stupněm. Zde pravděpodobně dojde k vytvoření vědomého subjektivního vjemu bolesti (Daneš, 2018).

Nocicepce v sobě zahrnuje tři odlišné procesy, které nutně doprovázejí bolestivý počitek. Jsou to transdukce, transmise a modulace (Rokyta et al., 2012). První fází tohoto procesu je tedy transdukce. Je to takový děj, kdy vnější bolestivé, škodlivé nebo tkáň porušující stimuly spustí reakci daných receptorů na okrajových částech sensorických neuronů. V této fázi se mění mechanické, chemické nebo termické stimuly na elektrickou aktivitu nervové soustavy (Rokyta et al., 2012). Je to děj, kdy termické, mechanické či chemické stimuly působí na molekuly receptoru, jež se nacházejí na volných nervových zakončeních, tím se umožní extracelulárnímu sodíku vstoupit do buňky přes sodíkové kanály. To má za následek vznik akčního potenciálu (McGonigle et al., 2006). Mechanismus, který má za následek vznik akčního potenciálu, je podobný zánětlivým procesům. Při porušení tkáně se uvolňuje kyselina arachidová, jak již bylo řečeno, mění se množství iontů jak sodíku, tak vodíku a draslíku. Dále se uvolňují prostaglandiny, serotonin, histamin, interleukin, bradykinin a další. Při bolestivé stimulaci je vyplavována substance P, která má za úkol vyvolat vazodilataci, tím zvýšit propustnost cév, což má za následek vznik edému (Rokyta et al., 2016).

Druhou fází tohoto procesu je transmise. Je to fáze, při které dochází k předání elektrického impulzu depolarizovanými neurony do centrální nervové soustavy. Z těchto podnětů se poté vybírají pouze relevantní informace. Tato fáze se tedy uskutečňuje v zadních rožích míšních, kde je impulz převeden do spinotalamické části.

Talamus informace roztřídí a jednotlivé bolestivé vzruchy expeduje do různých částí mozku, kde dojde k následnému zpracování (McGonigle et al., 2006).

Třetí fází je modulace. To je velmi komplikovaný souhrn dějů. Zde se přeměňují funkce periferních a transmisních neuronů (Rokyta et al., 2012). Jde o vnitřní, či vnější způsoby snížení, nebo naopak zvýšení bolesti. K potlačení, nebo naopak umocnění bolestivých upozornění je využívána látka gelové povahy, která obklopuje interneurony. Bolest lze modulovat mnoha vlivy. Jedním z těch vnějších způsobů, které se využívají, je podání léků proti bolesti. Modulace může být ovlivněna i kognitivními vlivy, které mohou bolest mírnit, například prostřednictvím odvracení pozornosti, nebo mohou bolest zvyšovat, například prostřednictvím nevhodné komunikace. Během fáze modulace může být odezva na nociceptivní stimuly snížena. Stimuly z mozku jsou přenášeny do míchy, aktivují uvolňování látek, jako jsou například serotonin, norepinefrin či endogenní opioidy. Jmenované látky se spojují s opioidními receptory a zamezí tak uvolnění neurotransmiteru. To má za následek omezení přenosu bolestivých impulzů (McGonigle et al., 2006).

1.3 Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti je velmi obtížné vzhledem k tomu, že bolest ovlivňuje nespočet faktorů a je velmi subjektivní. Někdy dochází k nevhodnému přístupu ošetřujícího personálu, který je způsoben nedostatkem vědomostí. Ošetřující personál někdy začne pochybovat o bolesti pacienta, který jí verbalizuje. Tento přístup je zcela neprofesionální a neměl by se vyskytovat. Je to například situace, kdy pacient nevypadá na to, že by měl bolesti, nemá její fyziologické známky a ani mimika tváře nenaznačuje prožívanou bolest. Dalším příkladem pochybností ošetřujícího personálu o bolestech pacienta je, pokud pacient spí, protože někteří si myslí, že když pacient spí, nemůže prožívat bolest. Opak je ale pravdou. Pacient i přes velkou bolest může usnout, někteří dokonce spánek využívají jako metodu ke zvládnání prožívané bolesti. Další metodou vyrovnávání se s bolestí, kterou mohou pacienti využívat a zmást tím ošetřující personál, je vtipkování. Některé sestry nebo lékaři se mohou domnívat, že pokud pacient vtipkuje, nemůže mít velké bolesti. Opět se ale jedná o metodu zvládnání bolesti. Tyto a další obdobné mýty by měli mít zdravotníci na paměti a vyvarovat se neprofesionálního chování, které vyplývá z toho, když mýtům uvěří. Pacientův názor je

hlavním, nejpřesnějším a nejspolehlivějším tvrzením, podle kterého můžeme hodnotit bolest. Proto je nezbytné tento názor ctít a nebagatelizovat (McGonigle et al., 2006). Pro vhodnou léčbu bolesti je nezbytná správná diagnostika jejího typu a intenzity bolesti. To vyžaduje vysoce kvalifikovaný multidisciplinární tým odborníků. Pacient by vždycky měl být zapojen do dění okolo něj a z ošetřujícího personálu by měl vycítit zájem o svou osobu a ochotu pomoci (Málek et al., 2014).

Hodnocení bolesti nazýváme alometrií či jinak dolorimetrií (Rokyta et al., 2012). Základním prvkem, na který se při hodnocení bolesti musíme bezpodmínečně zaměřit, je sběr anamnézy. Orientujeme se hlavně na důvody a okolnosti vzniku bolesti, tempo vypuknutí, její lokalizaci, šíření a povahu (Málek et al., 2014). Dále sledujeme, jestli jsou chvíle, kdy je pacient bez bolesti, a s tím souvisí i to, co bolest zvětšuje, co naopak snižuje. Pokládají se i otázky na kvalitu spánku, zda ho bolest narušuje, a pokud tomu tak je, kolikrát se pacient během noci kvůli bolesti vzbudí (Rokyta et al., 2009). Pacient má možnost vyjádřit se, jaké léky mu vyhovují a tlumí dobře bolesti, jaké naopak nezabírají a jaké léky u něj vyvolaly vedlejší účinky (například nevolnosti) či alergie. Délka anamnézy, kterou je nutné zaznamenat, je závislá na tom, co bolest způsobilo. Pokud se jedná o traumata nebo akutní bolesti vzniklé například na podkladě náhlé příhody břišní nebo ischemie, je nutné otázky zredukovat a ptát se pouze na zásadní věci, abychom nepoškodili pacienta oddalováním řešení bolesti (McGonigle et al., 2006).

McGonigle et al. (2006) uvádí ve své publikaci PQRST abecedu bolesti. Ta je používána jako pomůcka ke zjištění veškerých důležitých informací o bolesti, aniž bychom něco vynechali. V podstatě tato pomůcka zahrnuje vše, co je uvedené výše. Pod písmenem P se skrývají otázky typu: Co bolest vyvolává nebo zvětšuje? Co bolest snižuje? Takže P v sobě zahrnuje to, co bolest provokuje či co člověku pomáhá. Q zahrnuje kvalitu bolesti. To zahrnuje charakteristiku bolesti, zda to ovlivňuje běžné aktivity a zda má i jiné příznaky. Písmeno R označuje lokalizaci (region) a šíření bolesti (radiace). S je označení síly bolesti neboli informace o intenzitě prožívané bolesti. Posledním písmenem této pomocné abecedy je T, které označuje délku trvání bolesti. Od kdy trvá, zda začala postupně, v jaké denní době je největší a naopak kdy je nejnižší (McGonigle et al., 2006).

Pokud bychom se měli zaměřit na jednotlivé oblasti hodnocení podrobněji, prvním z hodnoceného by byla lokalizace. Účelem je dozvědět se, kde přesně bolest vzniká a také to, kam popřípadě vyzařuje. Logicky tedy pokládáme otázku: Kde to bolí? Od pacienta vyžadujeme nejen slovní popis, ale i názornou demonstraci na svém těle. Perfektní pomůckou k lokalizaci jsou mapy bolesti, které budou více rozpracované v další kapitole - viz kapitola 1.3.1 Škály a prostředky pro hodnocení bolesti. Zjednodušeně lze říci, že do nich pacient zaznamenává oblasti, kde se bolest vyskytuje. Ošetřující personál se musí vyvarovat sugestivních otázek, které již v otázce naznačují správnou lokalizaci (Pokorná et al., 2013).

Intenzita je jedním z nejpodstatnějších faktorů, které pacientovu celkovou bolest ovlivňují. Jak už bylo několikrát zmíněno, bolest je zcela subjektivní prožitek, proto může intenzitu určit pouze a jenom pacient, který bolest prožívá. Problém, který vyvstává, je správné zaznamenání udávané intenzity bolesti pacientem. Je prokázáno, že pacienti často nerozlišují opravdovou intenzitu bolesti a stres, který způsobuje. Další významný problém se projevuje tam, kde je oslabená nebo zcela znemožněná komunikace s pacientem, například při komunikaci s malými dětmi, pacienty s demencí nebo s pacienty, kteří jsou v delirantním stavu. V těchto případech je nutné kromě názoru pacienta doplnit ještě pečlivé pozorování znaků bolestivého chování. V problematice měření intenzity bolesti existuje celá řada nástrojů, jež dělíme na unidimenzionální neboli jednoduché a na multidimenzionální (vícerozměrné). Nástroje budou více rozpracovány v následující kapitole. Obecně můžeme tvrdit, že ty, které se využívají, mají jasný přínos pro hodnocení bolesti, avšak zatím pořád není k dispozici nástroj, který by měl jednotnou standardizovanou metodologii pro hodnocení bolesti, která by brala v potaz veškeré relevantní klinické faktory (Vorlíček et al., 2012).

Další významnou oblastí při hodnocení bolesti je kvalita. Ta stejně jako ostatní potřebuje systematický postup a zkušenosti. Typická otázka, která se využívá právě při hodnocení kvality bolesti, je: Jak to bolí? K diagnostikování prožívané bolesti se nejčastěji používají dotazníkové metody (Opatovský, 2011). Charakter se může lišit i podle typu prožívané bolesti, která se dělí na somatickou, viscerální a neuropatickou. Při somatické bolesti pacienti popisují její charakter jako stále trvající pobolívání, hřezavou nebo hlodavou bolest. Viscerální bolest je popisována vlnovitým charakterem a křečemi. Neuropatická bolest je pak popisována jako brnění, pálení nebo vystřelování.

Dotazníky, které jsou zmíněny, budou podrobněji rozebrány v další kapitole - viz kapitola 1.3.1 Škály a prostředky pro hodnocení bolesti (O'Connor et al., 2005).

Časový průběh bolesti představuje další poznatek, který musíme získat při hodnocení. Hojně využívanou metodou při hodnocení časového průběhu bolesti jsou deníky bolesti. Nástroj bude opět podrobněji rozebrán v následující kapitole. Na základě těchto informací lze dělit bolest na epizodní, průlomovou a bolest na konci dávky. Epizodní bolest pacient pociťuje při fyzické aktivitě, většinou ji lze předvídat. Pokud ji předvídáme, je možné jí také včasným podáním analgetik předejít. Bolest průlomová je taková, kterou nelze předpokládat. Nasedá na jinak dobře kontrolovatelnou stálou bolest. Můžeme ji spojovat s některými ošetrovatelskými úkony, jako je například polohování. Bolest na konci dávky se objevuje bezprostředně před užitím další plánované dávky léků proti bolesti. Pro vyřešení tohoto problému je nutné poupravit velikost dávky analgetik nebo zkrátit časový interval mezi jednotlivými dávkami (O'Connor et al., 2005).

1.3.1 Škály a prostředky pro hodnocení bolesti

Jak již bylo řečeno výše, vyšetřování a diagnostika bolesti má nespočet specifik, a proto je tolik náročná. Sběr anamnézy a informací o bolesti si žádá nejen vysokou úroveň komunikačních schopností, ale i dostatek času (Rokyta et al., 2012). Měření bolesti lze rozdělit do dvou kategorií. První z nich obsahuje objektivní metody jejího měření, ty se ale využívají především v experimentální medicíně, a hlavně u chronické bolesti. Objektivní metody v sobě zahrnují algezimetr, plantar-test, změny hladin kyslíkových radikálů, hladiny glykemie a cholesterolu a dalších ukazatelů, jako jsou změny ve fyziologických funkcích (změny srdečního rytmu) nebo třeba změny v chování člověka. Všechny uvedené faktory nám mohou poskytnout informaci o intenzitě bolesti. Ostatní používané metody jejího měření jsou subjektivní (Málek et al., 2014).

Ke zjednodušení sběru informací o bolesti se v klinické praxi využívají neverbální a verbální metody hodnocení. Používané škály mají oproti rozhovorům několik výhod. Velkou výhodou je jednoduchost použití, časová nenáročnost oproti rozhovorům a zjištění problémů, na které je nutné se více zaměřit. Další zcela zásadní výhodou je, že pokud se budou provádět před intervencí ke snížení bolesti a po ní, odhalí, zda byla daná intervence účinná a bolest zmírnila (McGonigle et al., 2006).

Škál na hodnocení bolesti existuje mnoho. Při výběru té správné je nutné se zamyslet nad věkem, kvalitou zraku, schopností čtení, ale také nad schopností škále porozumět (McGonigle et al., 2006). Využívané škály lze dělit na jednoduché a vícerozměrové. Do jednoduchých metod zařazujeme vizuální analogovou škálu (VAS), numerickou (číselnou) škálu (NRS), verbální škálu, škálové hodnocení dopadu bolesti na denní aktivity, profil bolesti a mapu bolesti, která je na hranici mezi jednoduchými a vícerozměrnými škálami. Do vícerozměrných metod řadíme krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI), McGillův dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire – MPQ), krátká verze McGillova dotazníku bolesti (Short-form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ), deník bolesti/kalendář léčby bolesti, dotazník copingu bolesti, průvodce k hodnocení bolesti, průběžné záznamy hodnocení bolesti pro pacienty s monitorováním účinnosti analgetické terapie, dotazník SCL-90, minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI) a dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA). Uvedeným škálám a metodám hodnocení bolesti budou věnovány další odstavce textu (Pokorná et al., 2013).

Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale – VAS) je asi jedna z nejhojněji využívaných metod při měření intenzity bolesti. Je velmi oblíbená především kvůli své jednoduchosti a srozumitelnosti. Preferována je také kvůli rychlosti sdělení a možnosti opakovaného měření. Škále je jednoduché porozumět, proto je velmi spolehlivým nástrojem. Nevýhodou je však její jednostranné zaměření pouze na intenzitu bolesti (Křivohlavý, 1992). Existuje několik jejích variant, které se liší barvami či průběhem úsečky. Nejčastěji se využívá horizontální úsečka. Její nejkrajnější levý bod označuje stav, kdy je člověk úplně bez bolesti. Naopak nejkrajnější pravý bod znázorňuje největší představitelnou bolest pro člověka. Jiné varianty této škály například směřují zleva doprava nahoru tak, aby znázornily zvyšující se bolest, kterou pacient prožívá, nebo jsou vertikální a přirovnávají se ke stupnici na teploměru. Prokázalo se, že tato metoda je zcela validní a spolehlivá jak u dospělých, tak také u dětí. Při použití této metody musíme klást důraz na vymezení časového úseku, za který pacient intenzitu bolesti hodnotí. Objevují se totiž nezanedbatelné rozdíly v tom, když pacient hodnotí bolest v posledních 24 hodinách nebo aktuální prožívanou bolest. Vizuální analogová škála hodnotí nejen intenzitu bolesti, ale při použití i po provedení intervence proti bolesti hodnotí účinnost této intervence. Ošetřující personál má tedy informace o takzvaném

ústupu bolesti (VAS for pain relief). Tato metoda se hojně využívá při hodnocení terapeutického efektu (Rokyta et al., 2012).

Numerická hodnoticí škála (Numeric Rating Scale – NRS) je další možností pro hodnocení intenzity bolesti u pacientů. Jedná se opět o úsečku, kde na levém okraji je nula, tedy stav bez bolesti, a na pravém okraji je nejvyšší číslo, nejčastěji 10, které znázorňuje maximální bolest. I zde lze využít hodnocení terapeutického efektu (Rokyta et al., 2012). Z výsledků výzkumu Goranssona et al. (2015), který prováděli u 217 pacientů s akutní bolestí na urgentním příjmu ve švédské nemocnici za použití škály VAS a NRS, vyplynulo, že využití numerické škály je pro pacienty snazší. Pacienti sdělovali, že numerická škála je pro ně srozumitelnější než vizuální analogová škála a více odráží popis jejich bolesti.

Škála obličejů bolesti (Face PainScale) ukazuje mimiku obličejů od stavu naprosté pohody až po největší utrpení. Škála byla vytvořena především pro děti, které ještě nejsou schopny slovy nebo číslicemi projevit intenzitu bolesti (Málek et al., 2014). V současné době se tato škála kromě dětí využívá i u jiných skupin osob, např. i u osob se sníženými kognitivními schopnostmi. Tato škála je stejně jako předcházející velmi jednoduchá a její použití je rychlé (Pokorná et al., 2013). Myndysová et al. (2017) aplikovali kombinovanou vizuální analogovou škálu s numerickou škálou (VAS/NRS) a s obličejovou škálou bolesti Faces Pain Scale na pacienty po cévní mozkové příhodě. Z výsledků tohoto výzkumu vzešlo, že uplatnění škály (VAS/NRS) je široké a dá se používat u pacientů napříč medicínskými obory. Bahreini et al., (2015) uvádí, že kombinace několika škál hodnocení bolesti se v zahraničí využívá poměrně často.

Verbální škála slouží k hodnocení intenzity slovy. Opět je to jednoduchá a rychlá metoda, která se může použít i u starších osob, dezorientovaných pacientů nebo u nevidomých lidí. Nejčastěji je využívána škála intenzity současné bolesti (Present Pain Intensity – PPI), kde jsou tyto stupně – žádná bolest (lze označit jako 0), mírná bolest (lze označit jako 1), středně silná bolest (lze označit jako 2), silná bolest (lze označit jako 3), krutá bolest (lze označit jako 4), nesnesitelná bolest (lze označit jako 5) (Málek et al., 2014). Tato škála se využívá například v Anglii, může být mírně zavádějící, a proto je nutné, aby došlo k doslovnému překladu popisu bolesti (Bech et al., 2015).

Mapy bolesti slouží k zaznamenávání i několika druhů bolesti, které právě pacient prožívá na odlišných místech těla. Mapy se liší dle zařízení, kde mají jasně stanovená pravidla pro zaznamenávání bolestí. Mohou se lišit grafickými znaky nebo třeba barvami, které označují intenzitu nebo jiný charakter bolesti (Rokyta et al., 2012).

Krátká verze dotazníku McGillovy univerzity (Short-form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ) je světově nejrozšířenější multidimenzionální metodou. Dotazník hodnotí nejen intenzitu, ale i kvalitu či charakter bolesti, kterou pacient prožívá (Málek et al., 2014). Obsahuje v sobě i vizuální analogovou škálu a verbální posouzení současně prožívané intenzity bolesti. Původní nezkrácená verze byla samotným autorem postupem času kvůli své náročnosti při vyplňování upravena na krátkou verzi, která je v současné době velmi využívána. Zkrácená verze obsahuje deskriptory bolesti rozdělené do patnácti tříd. Všechny části dotazníku lze skórovat a součtem lze získat celkový index bolesti. Lze v něm nalézt slovní popis k měření sensorické, afektivní a hodnotící oblasti bolesti. Krátká forma v sobě zahrnuje těchto 15 deskriptorů bolesti: tepavá nebo bušivá, vystřelující, bodavá, ostrá, křečovitá, hlodavá, palčivá, tupá přetrvávající, tíživá, citlivá na dotek, jako by mělo prasknout, unavující nebo vyčerpávající, protivná, hrozná, mučivá. V různých verzích dotazníku se objevují odlišnosti v překladech těchto slov. Prvních jedenáct deskriptorů, které jsou v dotazníku, zahrnuje sensorickou dimenzi, zbývající představují dimenzi afektivní. Členění na tyto dimenze má zásadní význam především z psychologického hlediska. Pokud budou v dotazníku nejvíce označeny právě afektivní deskriptory, je zde vyšší riziko negativního ovlivnění psychického stavu pacienta prožívanou bolestí. V tomto případě je velmi vhodné přizvat k léčbě bolesti psychologa či psychiatra a rozvíjet léčbu bolesti ve spolupráci s nimi (Rokyta et al., 2012). Do českého jazyka byl tento dotazník přeložen a předběžně standardizován roku 1990 Šolcovou et al. (Knotek et al., 2002). V roce 2009 došlo k jeho dalším úpravám pro zpřehlednění a upřesnění prožívané bolesti. Hlavními úpravami bylo přidání deskriptorů. V nové verzi je tedy 22 popisů bolesti, které pacient může prožívat. V nové verzi je i úprava stupnice intenzity ze slovního popisu na klasickou numerickou škálu u každé vlastnosti popisující bolest. Revidovaný dotazník byl ověřen studií, která prokázala vynikající spolehlivost a srozumitelnost (Dworkin et al., 2009).

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI) je hodnocení bolesti za posledních 24 hodin. V dotazníku se získávají informace o lokalizaci, hodnocení bolesti a o tom, jak bolest ovlivňuje kvalitu života (Pokorná et al., 2013).

Hodnocení bolesti dle Hospital Broussais v sobě zahrnuje několik tabulek s číselnou škálou bolesti, záznam vitálních funkcí (krevní tlak a pulz), záznam léčby bolesti, nežádoucí účinky léků, pozorování sestry a projevy bolesti. Efektivita podaných analgetik je sledována a zaznamenávána, a to před podáním analgetik a dvě hodiny po podání, zaznamenávají se i jejich nežádoucí účinky (Pokorná et al., 2013).

Kalendář bolesti nebo deník bolesti zaznamenává identifikační údaje pacienta, číselnou škálu bolesti, denní numerické zápisy síly bolesti, zápisy lékaře o analgetikách (název léku, dávkování). Nevýhodou této metody může být to, že někteří pacienti sebezpozorování až přehánějí a obtíže zveličují (Pokorná et al., 2013).

Dotazník copingu bolesti přináší informace o přizpůsobení se pacienta na bolest. Coping je považován za rozhraní mezi adaptivním a maladaptivním vývojem bolestivého stavu. Pokud pacient bolest zvládá vlastními dispozicemi a má odhodlání zvládnout ji, aktivizuje se coping, tedy aktivní přístup k léčbě a adaptivní chování. Pokud coping selže, výsledkem je vyhýbavé chování, naučené bolestivé chování, forenzní chování, vydírání okolí nebo trestání rodiny. Podle vyhodnocení copingových strategií se volí i další léčebné strategie bolesti u pacienta (Pokorná et al., 2012).

Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA) napomáhá lidem trpícím bolestí charakterizovat a upřesnit prožívané bolesti. Tento dotazník vhodně doplňuje jiné metody. Pacient si vybírá mezi pěti možnostmi. První z nich zahrnuje stav, kdy je pacient bez bolesti. Druhá možnost připouští, že pacient bolesti má, ale významně ho neomezují a nenarušují denní činnosti. Třetí možnost také připouští bolest, od které se již ale nelze úplně distancovat. Nezabraňuje ovšem provádění denních činností a pracovních činností bez chyb. Čtvrtá možnost zahrnuje bolesti, které jsou silné, nelze se od nich odpoutat, narušují provádění denních činností, při nichž pacient chybí nebo činnosti provádí se značnými obtížemi. Pátá možnost zahrnuje bolest, která je natolik silná, že denní činnosti pacient provádí pouze s nejvyšším vypětím svých sil. Poslední možnost, kterou dotazník nabízí, jsou bolesti natolik silné, jež znemožňují provádění denních činností, nutí vyhledávat úlevovou polohu a odbornou pomoc lékaře (Rokyta et al., 2012).

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI) se využívá u pacientů s chronickou bolestí. Zahrnuje 566 otázek formou pravdivé a nepravdivé. Tyto otázky prozkoumají osobnostní charakteristiky pacienta. Smyslem dotazníku je moci předvídat reakci pacienta na léčbu bolesti (McGonigle et al., 2006).

Dotazník SCL – 90 (Symptom Checklist 90) má za úkol zaregistrovat u pacienta deprese, somatizaci, hostilitu nebo paranoidní myšlenky (O'Connor, 2005).

Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí (Pain Assessment In Advanced Dementia – PAINAD). U některých skupin osob je hodnocení bolesti velmi náročné a nelze u nich využít předchozí uvedené metody, právě proto vznikla tato škála. Vycházela z přehledu literatury, rozhovorů s pečovateli, kteří mají s touto problematikou hojné zkušenosti, a také dvou starších stupnic. První z nich je DS-DAT, která se zaměřuje na nepohodlí pacientů s pokročilou fází demence. Druhá stupnice – FLACC je škála bolesti určená pro děti. Je poměrně časově nenáročná na použití, stačí krátké pozorování pacienta. Obsahuje pět dimenzí, a to dýchání, bolestivou vokalizaci, výraz obličeje, řeč těla, utěšování. Do hodnocení se zahrnuje svráštění čela, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev, postavení horních a dolních končetin. Každá z pěti dimenzí má svou stupnici od nuly do dvou. Výhodou této škály je snadná využitelnost v klinické praxi. Mohou ji využívat všichni zdravotníci a není náročná na čas (Pokorná et al., 2013).

1.3.2 Funkce a význam škál v ošetrovatelství

Hodnoticí a měřicí nástroje v ošetrovatelství mají za úkol zjednodušit práci zdravotnických pracovníků. Pomáhají hlavně objektivizovat posuzování pacienta v klinické praxi. Tendence používání objektivizujících nástrojů a škál se zvyšuje, ale i přesto ještě nejsou běžnou součástí každého oddělení. Odlišná situace je v zahraničí, podle Bendingera a Plunketta (2016), kde sestry v zahraničí nejen používají hodnoticí škály zcela běžně, ale také je upravují a přizpůsobují svým pacientům. Haedtke et al. (2018) a Bellido-Vallejo et al. (2017) konstatují, že v zahraniční literatuře lze obecně nalézt daleko více publikací, které se věnují právě problematice měřicích nástrojů, než v české odborné literatuře. Měřicí nástroje a škály jsou stále specifické a upravené podle daného zařízení, proto je obtížné informace předávat dále například při překladau pacienta do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení (Pokorná et al., 2013).

Škálování je postup, kterým určujeme postavení jevů z hlediska měřitelné kvality. Empirický rozměr se stanovuje číselnými hodnotami za pomoci stupnic. Škála je metoda nebo nástroj, jejíž dílčí položky jsou seřazené do jasně vymezeného rozsahu (Vörösová et al., 2015).

Jak již bylo uvedeno, hodnoticí a měřicí škály zjednodušují práci zdravotnických pracovníků, a proto by měly být tyto nástroje bezpodmínečnou a nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Funkcí škál je jasně stanovit předmět pozorování a způsob vyhodnocení. Na podkladě nabytých informací identifikujeme, objektivizujeme a zaznamenáváme problémy, které souvisejí s ošetrovatelskou péčí. Výsledkem je pak zkvalitnění ošetrovatelské péče se zaměřením na zjištěné problémy (Bóriková a Fúrová, 2003). Obrovskou výhodou těchto metod je získání dat s použitím odborné terminologie a také formální záznam informací (Tomagová, 2009). Jako nevýhodu lze uvést náročnost při překladu škál z originálu do českého jazyka. Je nutné se vyrovnat s několikasupňovým překladem a validizací nástrojů. Někdy tyto fáze ovšem chybí (Bóriková a Fúrová, 2007).

V současnosti má ošetrovatelský personál, ať už pro všeobecné sestry, porodní asistentky, nebo dětské sestry, velký výběr měřicích a hodnoticích metod. Ty jsou zaměřené na řadu oblastí, například na oblast sebepéče, výživy, vnímání bolesti, mobility, vědomí, kognitivních funkcí, polykání a dýchání (Taliánová et al., 2013). Vörösová et al. (2015) uvádí ještě další oblasti, jako je posouzení psychických potřeb, zvládání a tolerance stresu, zátěžových situací a onemocnění, reakce na onemocnění a na hospitalizaci. Dovednosti zdravotnického personálu používat měřicí a hodnoticí škály jsou podle zkušeností z praxe různé. Bezesporu závisí na způsobu edukace, použité metodě a také procesu upevnění znalostí a dovedností o používání těchto technik. Záleží i na frekvenci používání těchto škál v denní praxi zdravotníků. Bezchybné a jednotné využívání měřicích a hodnoticích metod je nezbytně nutné k dosažení kvalitních informací o pacientově stavu (Taliánová et al., 2013).

1.3.3 Role sestry při hodnocení bolesti a specifika chirurgických pacientů

Bolest je velmi složitý jev, na jehož hodnocení a léčbě se podílí celá řada odborníků. Jedním z klíčových je sestra. Její role jsou v kontaktu s pacientem nezastupitelné. Než vůbec lze pacientovu bolest léčit, je nutné ji správně zhodnotit. K odpovídajícímu

zhodnocení bolesti je bezpodmínečně nutná spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem, nejčastěji sestrou a lékařem. Aby pacient byl ochoten spolupracovat, musí sestra navodit příjemnou a důvěrnou atmosféru a dodržovat jisté zásady. Sestra navazuje správný vztah s pacientem a tento první kontakt dále rozvíjí. Respektuje pacientovo vnímání bolesti a jeho problémy nijak nezlehčuje. Vyjadřuje svou účast a pochopení, které přináší pacientovi jistou úlevu. Pacienta chápe jako partnera, který má právo se podílet na rozhodování o hodnocení a léčbě bolesti. Toleruje projevy chování způsobené bolestí, kterou pacient prožívá. Získává důvěru pacienta, projevuje pochopení a tím zbavuje strachu. Zásadní je práce s hodnotícími a měřícími nástroji bolesti. Tyto techniky by měla sestra zvládat bez problémů a měla by zajistit pacientovi dostatečný časový prostor k popisu a hodnocení bolesti. Měla by se vyvarovat při diagnostickém rozhovoru sugestivních otázek. Sestra svou komunikaci vhodně upraví tak, aby se stala prostředkem boje proti strachu a úzkosti. Profesionální přístup sestry zajistí správnou diagnostiku bolesti a zmírnění utrpení pacienta (Zacharová a Haluzíková, 2013). K tomuto složitému postupu má sestra k dispozici ošetrovatelský proces, který jí v práci pomáhá (Mastiliáková, 2014).

Nedílnou součástí hodnocení bolesti, které je v rukách sestry, je monitorace bolesti. Sestra zapisuje informace o bolesti, především čas a danou intenzitu, ale i možné nežádoucí účinky. Pokud je k dispozici pravidelný a pečlivý záznam o pacientově bolesti, může lékař podle něj určit adekvátní léčbu. Pokud je pacient řádně edukován o dané škále, která se k hodnocení používá, chápe pak zdravotník intenzitu nebo stupeň bolesti stejně jako pacient. Je-li záznam prováděn pečlivě a v pravidelných intervalech, kdy zaznamenáváme bolesti v průběhu dne, před podáním analgetik, ale i po jejich podání, lze z něj vyčíst efekt podaného léčiva. Sestra, která je vzdělaná v oblasti hodnocení bolesti a vykonává svou práci svědomitě, dokáže lékaři významně pomoci v nasazení vhodné léčby bolesti a tím i pacientovi mírnit jeho utrpení (Lakomá et al., 2017).

Chirurgické ošetrovatelství se zaměřuje především na pacienty, kteří prodělali nebo čekají na operaci či invazivní zákrok. Sestra se zaměřuje na podporu pacienta ve všech fázích jak před invazivním výkonem, tak i po něm. Pacient potřebuje podporu při diagnostické fázi, v době předoperačních příprav, které jsou fyzicky i psychicky velmi náročné, intraoperační fázi, bezprostřední pooperační fázi a při přípravě na propuštění do domácí péče a rekonvalescenci (Torrance a Serginson, 2006).

Pacient je vystaven nejen operačnímu výkonu samotnému, ale i rizikům a komplikacím, které se na operační výkon vážou. Přichází do kontaktu s celou řadou odborníků, jako jsou sestry, chirurgové, anesteziologové, internisté, rentgenologové, onkologové, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a další. Efektivní komunikace nejen mezi pacientem a zdravotnickým personálem, ale i v rámci multidisciplinárního týmu je zde naprostou nutností (Janíková a Zeleníková, 2013).

Chirurgický zákrok je velmi náročný pro organismus pacienta a může ovlivnit kterýkoli jeho systém. Sestra by proto měla být připravená správně hodnotit a zasahovat proti problémům, které mohou nastat. Proděláním chirurgického zákroku se značně rozšiřuje spektrum potenciálních a aktuálních ošetřovatelských diagnóz (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.4 Léčba bolesti

V léčbě bolesti je hlavním záměrem snížit, nebo úplně odstranit bolest pacienta za vzniku minimálních vedlejších účinků. Existují dva hlavní způsoby léčby bolesti. Aby se dosáhlo co možná nejlepších výsledků při léčbě, je vhodné tyto způsoby kombinovat. Jedná se o nefarmakologický a farmakologický přístup léčby (Rokyta et al., 2009). Do nefarmakologických způsobů léčby řadíme psychoterapii, akupunkturu a tradiční čínskou medicínu, homeopatii, využití fyzikálních metod nebo transkutánní elektrické nervové stimulace (Málek et al., 2014). Farmakologický způsob léčby bolesti v sobě zahrnuje podávání farmakologických přípravků, které snižují bolest. Farmakologie tvoří základ léčby bolesti, ať už akutní, nebo chronické (Rokyta et al., 2017).

1.4.1 Farmakologické způsoby léčby bolesti

Jak již bylo zmíněno výše, farmakologie je základem pro léčbu bolesti. Má za úkol snížit, nebo úplně odstranit bolest, kterou pacient pociťuje. Léčbu bolesti můžeme dělit podle její intenzity, kterou pacient udává do tří základních stupňů tvořících analgetický žebříček. Ten poskytuje jednoduché pokyny pro správnou léčbu bolesti a používání analgetik. Je přizpůsoben tak, aby byl použitelný lékaři napříč odbornostmi. První stupeň žebříčku je charakterizován mírnou intenzitou bolesti, která odpovídá hodnotě numerické škály 1–3. Vhodnou léčbou jsou nesteroidní analgetika. Druhý stupeň

žebříčku zahrnuje středně silnou bolest, která se označuje na numerické škále čísly 4–6. K léčbě se využívá slabý opioid a neopioidní analgetikum. Třetí stupeň žebříčku je vyhrazen pro silnou bolest, označovanou na numerické škále hodnotami 7–10. Zde je vhodné k léčbě využít silné opioidy, možno i v kombinaci s neopioidním analgetikem (Rokyta et al., 2017).

Analgetika lze podávat několika způsoby. Perorální podávání je v medicíně nejčastěji užívanou formou podání léků. Velikou výhodou tohoto způsobu je neinvazivnost, jednoduchost a pacient lék může užívat sám. Jejich nevýhodou jsou například některé pooperační stavy, kdy pacient trpí nevolnostmi nebo zvracením. To zapříčiní nemožnost polknout nebo absorbovat lék. Další nevýhodou je pomalý nástup účinku léku. Rektální způsob podání analgetik je výhodný proto, že vstřebaná látka z rektální sliznice obejde průchod játry. Nevýhodou je pomalý nástup účinku, a navíc tento způsob podání není pacienty kladně přijímán. Podání intramuskulární a subkutánní je nejčastější formou v pooperačním období pacienta. Tento způsob je výhodný proto, že pacient nemusí lék přijímat per os, nevyžaduje spolupráci pacienta a má silný placebo efekt. Mohou nastat ale komplikace v podobě poškození nervových struktur nebo vznik hematomů. Proto je preferováno podávání subkutánní. Intravenózní podání léků se vyznačuje rychlým nástupem účinku, vyšší účinností při nižších dávkách a jednodušší titrace. Nevýhodou je nutnost mít zajištěný žilní vstup. Regionální aplikace farmak je výhodná hlavně pro výrazné eliminování systémových účinků látek. Zahrnuje techniky od infiltrace rány před uzavřením po blokády jednotlivých nervů, nervových pletení až po blokády centrální – epidurální, subarachnoidální (Málek et al., 2014).

Analgetika můžeme dělit do dvou skupin, a to na neopioidní a opioidní. Podstatou účinku neopioidních analgetik je snížení tvorby látek (prostaglandinů) zvyšujících vnímání bolesti. Opioidní analgetika fungují tak, že aktivují opioidní receptory v centrálním nervovém systému. Tyto hlavní dvě skupiny analgetik dále můžeme ještě dělit (Rokyta et al., 2017).

Neopioidní analgetika dále dělíme na analgetika, antipyretika a nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (NSA). Do skupiny analgetik-antipyretik řadíme kyselinu acetylsalicylovou, která patří asi k nejznámějším léčivům (Aspirin, Acylpyrin). Využívá se hlavně ke snížení horečky a při nachlazení, v malých dávkách k prevenci infarktu, analgetických účinků dosahuje u dospělých až při vyšších dávkách. Dalším zástupcem

v této skupině léků je paracetamol (Paralen, Panadol, Medipyrin). V terapeutických dávkách je jedním z nejbezpečnějších a nejpoužívanějších léků. Léky, které obsahují paracetamol nebo kyselinu acetylsalicylovou, jsou na celém světě volně prodejné (Rokyta et al., 2017).

Nesteroidní antiflogistika – antirevmatika (NSA) jako například ibuprofen (Ibalgin, Nurofen, Brufen) a diklofenak (Dolmina, Olfen, Veral a Voltaren) jsou u nás nejužívanějšími neopioidními analgetiky. Léky s nižšími dávkami těchto látek jsou volně prodejné. Léčiva, která naopak obsahují vyšší dávky těchto látek, jsou pouze na lékařský předpis, jelikož se v těchto dávkách mohou zvyšovat rizika nežádoucích účinků (Rokyta et al., 2017).

Užívání neopioidních analgetik s sebou nese i jistá rizika v podobě nežádoucích účinků. Mezi typické a často se objevující nežádoucí účinky patří epigastrické potíže (například pyróza, bolesti v epigastriu, dyspepsie), nevolnost, zdravení, meteorismus, abnormální hodnoty jaterních testů, bolesti hlavy, závratě, kožní reakce, otoky, zvýšená krvácivost projevující se především epistaxemi či modřinami. Mezi závažné nežádoucí účinky patří gastrointestinální krvácení, kardiovaskulární rizika (vyšší riziko městnavého srdečního selhání) a renální rizika (Rokyta et al., 2012).

Opioidní analgetika působí na opioidních receptorech, které se nacházejí v centrální nervové soustavě i mimo ni. Slabé opioidy jsou typické pro svůj stropový účinek, kdy navyšování dávky nevede k dalšímu analgetickému účinku. Silné opioidy tuto vlastnost nemají. Dále je typické, že zpravidla neutlumí silnou bolest úplně, působí ale na náladu pacienta a způsobují potlačení negativních pocitů s bolestí spojených. Kvůli těmto účinkům na náladu člověka jsou zneužívány k rekreačním účelům, proto platí pro zacházení s opioidy speciální předpisy. Jak již bylo zmíněno, opioidní analgetika se dělí na dvě skupiny, a to na slabé a silné opioidy (Málek et al., 2014).

Slabé opioidy zahrnují Tramadol, Kodein, Dihydrokodein. Tramadol vyniká některými typickými vlastnostmi, a sice nepůsobí pouze na opioidních receptorech, ale inhibuje zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Používá se v mnoha lékových formách (parenterální, perorální a rektální). Pokud se podává samostatně, je účinný pouze u mírné bolesti, v kombinaci s neopioidními analgetiky se ale účinnost velmi zvyšuje. Nevýhodou je častý výskyt nežádoucích účinků, jako jsou nauzea, zvracení a závratě.

Kodein se po podání v těle částečně mění na morfin. Využívá se hlavně ve směsích (Málek et al., 2014).

Silné opioidy zahrnují například Morfin, Piritramid, Petidin, Fentanyl. Morfin je často využíván jako základní analgetikum pro porovnání účinnosti dalších analgetik. Může se podávat různými způsoby (per os, intramuskulárně, subkutánně, intravenózně, epidurálně, intraartikulárně). Po podání se mění na účinný morfin-6-glukuronid, který se vylučuje ledvinami. Piritramid má podobné účinky jako morfin, ale účinek je delší. Petidin má vedle svého opioidního účinku ještě jednu vlastnost, a sice působí jako slabé lokální anestetikum. U nás je hojně využíván, i když má řadu nevýhod. Jednou z nich je to, že ze začátku je účinek léku krátkodobý, po čase se ale v těle kumuluje. Fentanyl je krátkodobý účinný opioid. Intravenózní využití je limitováno na operační sály, dospávací pokoje a jednotky intenzivní péče (Málek et al., 2014).

I podávání opioidních analgetik s sebou nese nežádoucí účinky. Mezi ty patří zácpa, nauzea, únava a ospalost, zvracení, pruritus, retence moči, pocení, závratě, zmatenost a halucinace, hypotenze, útlum dýchání a psychologická závislost. I když nežádoucích účinků je mnoho, patří opioidy mezi nejbezpečnější analgetika. Nežádoucí účinky totiž ve většině případů neohrožují závažně zdraví nebo život. Některé nežádoucí účinky odezní samovolně, jiné se dají potlačit farmaky, další se přestanou objevovat po změně opiátu (Rokyta et al., 2012).

1.4.2 Nefarmakologické způsoby léčby bolesti

Jedním z nefarmakologických způsobů léčby bolesti je rehabilitace. Jedná se o soubor nefarmakologických léčebných metod, které jsou nezbytné pro léčbu především pohybového systému. Některé metody rehabilitace jsou velmi staré, například využívání tepla, které podporuje cirkulaci krve, chladu, který mírní otoky a způsobuje znecitlivění, masáže nebo elektrický proud. Postupem času a vývojem medicíny se zdokonalovala i rehabilitace a vyvíjely se metody pohybové léčby (Neradílek, 2017). Lze také využít relaxační techniky, které bývají velmi účinné (Rokyta et al., 2012).

Další nefarmakologickou metodou je akupunktura a využívání tradiční čínské medicíny, kam lze zařadit kromě akupunktury také bylinnou léčbu, různé typy cvičení, masáže, dietetické opatření, relaxační a koncentrační cvičení a meditace. Akupunktura je

metoda, která zachází s vitální silou. Tradiční čínská medicína se zaměřuje na celkový stav, oproti tomu klasická západní medicína se zaměřuje pouze na symptom. Akupunkturu lze dělit na celotělovou a ušní. Ucho je totiž jedna z reflexních zón člověka a projektují se do něj poruchy z celého organismu, lze ji tedy na tomto místě i zpětně ovlivnit. Akupunkturu lze provádět klasicky jehlou. Akupunkturní body lze ale stimulovat i tlakem, laserem, elektrickým proudem, magnety, baňkami a jinými prostředky. Z pohledu léčby bolesti je vhodné zmínit, že existuje na těle 13 bodů, přes které je možné bolest léčit. Existují ale typy bolesti, které akupunkturou léčit nelze, jsou to například kauzální onkologické bolesti, akutní bolesti břicha, které vyžadují chirurgický zákrok, nebo třeba akutní bolesti na hrudi (Vondřich, Vondřichová, 2016).

Velmi významným nefarmakologickým způsobem léčby bolesti je psychoterapie. Problém, který se u pacienta prožívajícího bolest objevuje, je utrpení. Jedná se o subjektivní prožitek pacienta, který má své trápení. To může vzniknout právě na základě bolesti či psychického stavu a depresí (Rokyta et al., 2017). Psychoterapie je používána jako podpůrná léčba. Měla by doplňovat všechny způsoby léčby bolesti (Vlček et al., 2010). Někdy je vhodné a přínosné do psychoterapie zapojit i rodinu pacienta. Jindy je zase vhodná skupinová terapie, jež navozuje u pacienta pocit pochopení a podpory, je zde i větší motivační prvek k dosažení daného cíle. Nejvyužívanější formou je kognitivně behaviorální model terapie zaměřený na analýzu a změnu v oblasti myšlení, ale také v oblasti zjevného chování (Raudenská, Javůrková, 2011).

Dalším způsobem nefarmakologické léčby bolesti je homeopatie. Ta funguje na základě principu, že podobné se léčí podobným. Výhodou homeopatických přípravků je téměř absence nežádoucích účinků. Homeopatie se zaměřuje na léčebné potence vlastního organismu a podporuje je. Tuto metodu není vhodné používat u pacientů, kteří mají velké poškození materiálních struktur, např. u bolestí onkologického původu. Naopak je vhodné ji využít u bolestí hlavy, zad, funkčních bolestí zažívacího traktu či pooperačních bolestí (Vondřich, Vondřichová, 2016).

Nefarmakologickým způsobem léčby bolesti jsou i neuromodulační metody. Sem spadá například neurostimulační metoda zadních míšních provazců. Její podstatou je stimulace zadních míšních provazců, které tlumí bolest. Dále sem zařazujeme stimulaci motorické mozkové kůry. Je účinná při fantomové bolesti nebo pahýlových bolestech a jiných.

Kromě těchto invazivních metod jsou ještě další neinvazivní metody, například repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Při této metodě se stimuluje magnetickou cívkou přes kalvu. Stimulace se musí opakovat přibližně po půl roce tak, aby byla stále účinná. Další neinvazivní metodou je transkraniální stimulace stejnosměrným proudem. Funguje na principu dráždění nebo tlumení mozkové kůry proudem. Je to velmi jednoduchá metoda, kterou může pacient provádět sám doma (Rokyta et al., 2017).

Mezi další způsoby léčby můžeme zahrnout muzikoterapii, která ovlivňuje vnímání bolesti, využívá se k relaxaci a uvolnění (Gerlichová, 2014). Také můžeme zmínit aromaterapii ovlivňující limbický systém, pachy totiž způsobují uvolňování endorfinů v mozku a tím ovlivňují vnímání bolesti (Bartůněk et al., 2016).

1.4.3 Role sestry při léčbě bolesti

„Velká převaha ženy je především v tom, že je matkou, za druhé v tom, že je sestrou; totiž milosrdnou sestrou. Muž dovede být muži bratrem v církvi nebo v boji; ale zřídka dovede být bratrem nemocného. Dovedl by ho léčit nebo aspoň povyrážet; ale neumí ho tiše a jemně doprovázet tou cestou bolesti, aby nebyl sám. Je hrubě aktivní; neumí tak dobře svou činnost rozložit v droboučké a trpělivé skutky. Viděl jsem při práci lékaře, rychlé a odhodlané jako při útoku; viděl jsem sestřičky při jejich tichém bdění; a já nedovedu říci, kdo z nich byl krásnější.“ (Čapek, 1929).

Sestra má v léčbě bolesti nezastupitelné místo. Nejen že aplikuje farmakologické léky, které snižují nebo úplně odstraňují bolest, ale především pečuje o psychickou stránku pacienta. Sestra konzultuje s pacientem vývoj a efektivitu léčby bolesti a zaznamenává pokroky nebo stagnaci. Do léčby se snaží zapojit rodinu nebo blízké přátele pacienta. Sestra by měla znát i nefarmakologické způsoby léčby a podle situace či charakteru bolesti umět doporučit správný způsob tohoto nefarmakologického postupu, který by doplnil ten farmakologický. Mezi tyto postupy můžeme řadit například psychologické specifické přístupy jako relaxační metody, modulaci dolního prahu bolesti nebo kognitivně behaviorální postupy (Zacharová, Haluzíková, 2013).

Sestra by měla umět i odreagovat či vhodně zaměstnat pacienta tak, aby prováděná činnost redukovala bolest. V neposlední řadě by měla poskytnout nebo zrealizovat

pacientovi kontakt s ambulancí bolesti (Zacharová, Haluzíková, 2013). Aby byla sestra schopná odvádět kvalitní práci a byla kompetentní podílet se na léčbě bolesti, musí se neustále vzdělávat v tomto oboru a účastnit se odborných konferencí (Gavendová, 2005). Další oblastí, která je v kompetenci sester, je edukace, která by měla být samozřejmou součástí práce sestry. Platí to i na oblast léčby bolesti (Tisoňová, 2012).

Sestra musí především myslet na to, že pacienty je nutné motivovat. Motivovaný pacient přebírá zodpovědnost za své zdraví a je aktivní v procesu uzdravování, což je neodmyslitelnou součástí také léčby bolesti (Tisoňová, 2012).

2. Praktická část

2.1 Cíle práce

Cíl 1 – Zjistit, jaké hodnotící nástroje bolesti se používají v praxi u chirurgických pacientů.

Cíl 2 – Zjistit názor chirurgických sester na používané hodnotící škály v současné praxi.

Cíl 3 – Zjistit zkušenosti pacientů se škálami bolesti, které se využívají.

Cíl 4 – Vytvořit doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 – Jaké hodnotící nástroje se používají u chirurgických pacientů?

2.3 Hypotézy

Hypotéza 1 – Názor sester na používání hodnotících škál se liší v závislosti na vzdělání.

Hypotéza 2 – Názor sester na používání hodnotících škál se liší v závislosti na délce praxe.

Hypotéza 3 – Slovně popisné metody jsou vhodnější pro sledování bolesti u chirurgických pacientů než vizuální analogová škála.

3. Metodika výzkumu

3.1 Použitá metoda

Zpracování empirické části, bylo provedeno prostřednictvím kvalitativního a kvantitativního šetření. Kvantitativní šetření bylo realizováno pomocí standardizovaného a nestandardizovaných dotazníků. Výběr respondentů probíhal náhodně. Vybírali jsme pro náš výzkum pacienty hospitalizované na chirurgickém oddělení a sestry, které na chirurgickém oddělení pracují. Nestandardizované dotazníky pro sestry i pro pacienty byly vytvořeny na základě teoretických poznatků, prostudované literatury a vlastních zkušeností. Po vytvoření těchto dotazníků byla provedena pilotáž pro ověření srozumitelnosti se čtyřmi sestrami a pěti pacienty. Přípomínky byly zapracovány do dotazníků. Dotazníky byly dále konzultovány se statistikem. Po úpravě odhalených nedostatků, byly dotazníky distribuovány.

Nestandardizovaný dotazník pro sestry obsahoval 31 otázek. Otázky, které se v dotazníku objevovaly, byly uzavřené, polouzavřené s možností dopsat vlastní variantu odpovědi, filtrační a škálové. Nestandardizovaný dotazník je součástí příloh – viz příloha 2.

Dotazník pro chirurgické pacienty obsahoval celkem 43 otázek. Byl tvořen nestandardizovanou částí, která čítala 42 otázek a standardním dotazníkem (McGillův dotazník bolesti), který byl označen číslem otázky 43. Jako v sesterském dotazníku i v dotazníku patientském se objevovaly otázky uzavřené, polouzavřené s možností dopsat vlastní variantu odpovědi, filtrační a škálové. Standardizovaný dotazník - zkrácená verze McGillova dotazníku bolesti, byl již popsán v předchozí kapitole (viz kapitola 1.3.1 Škály a prostředky pro hodnocení bolesti). Dotazník pro pacienty je obsahem příloh – viz příloha 3.

Dotazníky byly distribuovány na chirurgická oddělení nemocnic Jihočeského kraje. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem hlavní sestry, vrchních sester a staničních sester oddělení. Bylo realizováno v období od března do konce dubna 2019. Celkem bylo distribuováno 320 sesterských dotazníků, z nichž se vrátilo 253 (79,06 %) vyplněných dotazníků. Patientských dotazníků bylo také distribuováno 320 kusů, z nichž se vrátilo 218 (68,13 %). Z počtu 218 dotazníků muselo být 13 dotazníků vyřazeno pro neúplnost vyplnění. Získaná data z dotazníků byla dále zpracována a

vyhodnocena v programu SASD, verze 1.4.10. (Statistická analýza sociálních dat). Pro jednotlivé ukazatele byly vytvořeny frekvenční tabulky, dále byly vypočítávány absolutní a relativní četnosti. Následně byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byl aplikován podle charakteru znaků a počtu pozorování test chí-kvadrát dobré shody – X^2 (Pearson Chi – Square) a test nezávislosti.

Kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí analýzy dokumentace a literatury. Dále byla použita metoda focus group, která ověřovala srozumitelnost navrženého postupu pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Metoda focus group byla provedena se sestrami pracujícími na chirurgii a chirurgickými pacienty. Focus group je kvalitativní metoda výzkumu. Jde v podstatě o skupinový rozhovor na určité téma, v malém počtu účastníků (Mikuláščík, 2010). I v tomto případě byla účast založena na základě dobrovolnosti. Setkání se sestrami i pacienty probíhalo na chirurgickém oddělení. Focus group se sestrami trval necelou hodinu. Focus group prováděný s pacienty trval 30 minut. Náměty, které vzešly z rozhovoru, byly zaznamenávány do záznamového archu – viz příloha 6.

3.2 Výzkumný soubor

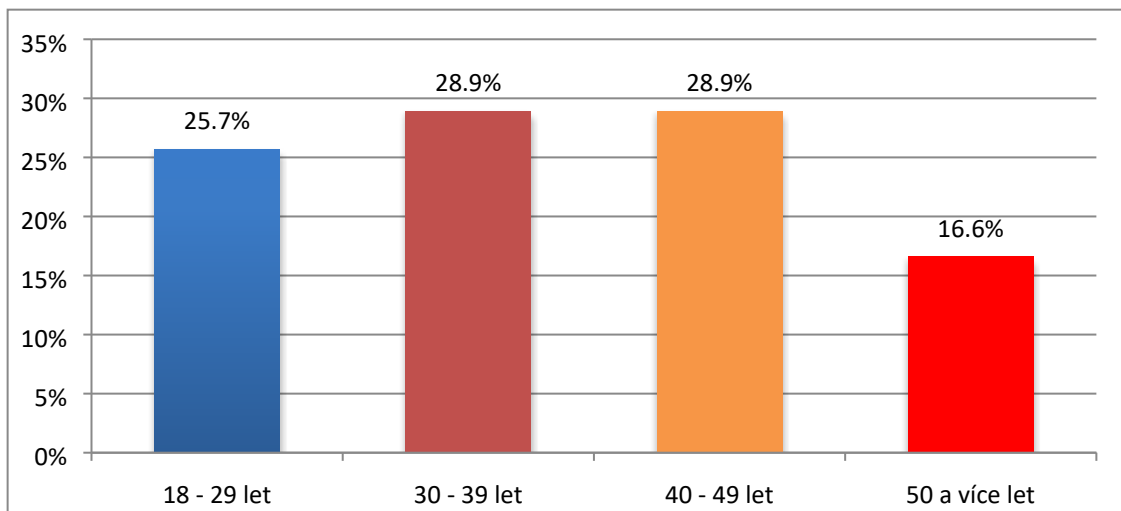
Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření byl tvořen pacienty hospitalizovanými na chirurgických odděleních a sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení. Výběr respondentů probíhal náhodně. Náhodně jsme oslovovali pacienty, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení a sestry, které na chirurgickém oddělení pracují. Respondenti byli seznámeni s dotazníky a se záměrem výzkumu. Poté se samostatně rozhodli, zda dotazníky vyplní či nikoli. Výzkumný soubor sester ve výsledku činilo 253 respondentů a výzkumný soubor pacientů tvořilo 205 respondentů.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 5 dospělých chirurgických pacientů a druhý výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících na chirurgickém oddělení. I v tomto případě byl výběr náhodný. Respondenty jsme také vybírali podle ochoty s námi spolupracovat. Respondenti byli nejprve informováni o záměru výzkumu, o tématu a o průběhu setkání. Podle svého uvážení pak rozhodli, zda se chtějí účastnit výzkumu a přispět svými zkušenostmi s hodnocením bolesti.

4. Výsledky

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu – sesterský dotazník

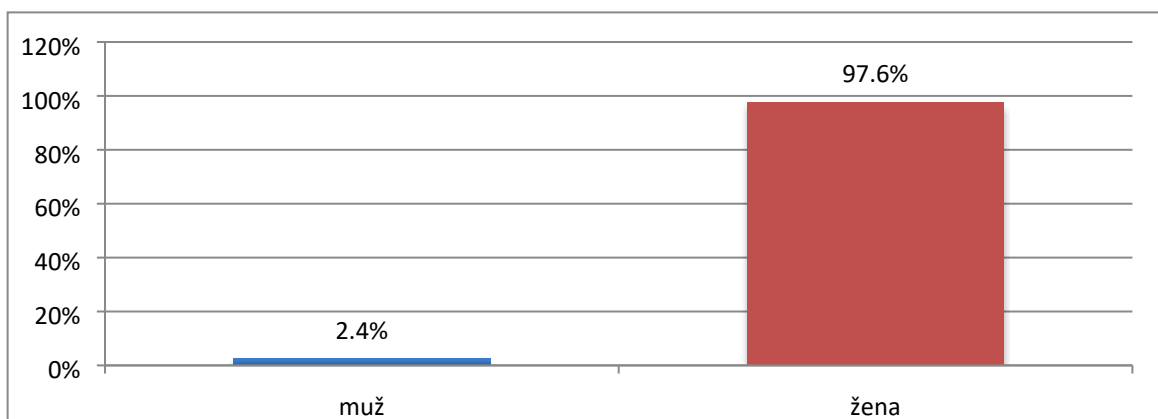
Graf 1 - Věk respondentů (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) respondentů, bylo 65 (25,7 %) respondentů ve věku 18 – 29 let, 73 (28,9 %) respondentů ve věku 30 – 39 let, 73 (28,9 %) respondentů ve věku 40 49 let a 42 (16,16 %) respondentů ve věku 50 a více let.

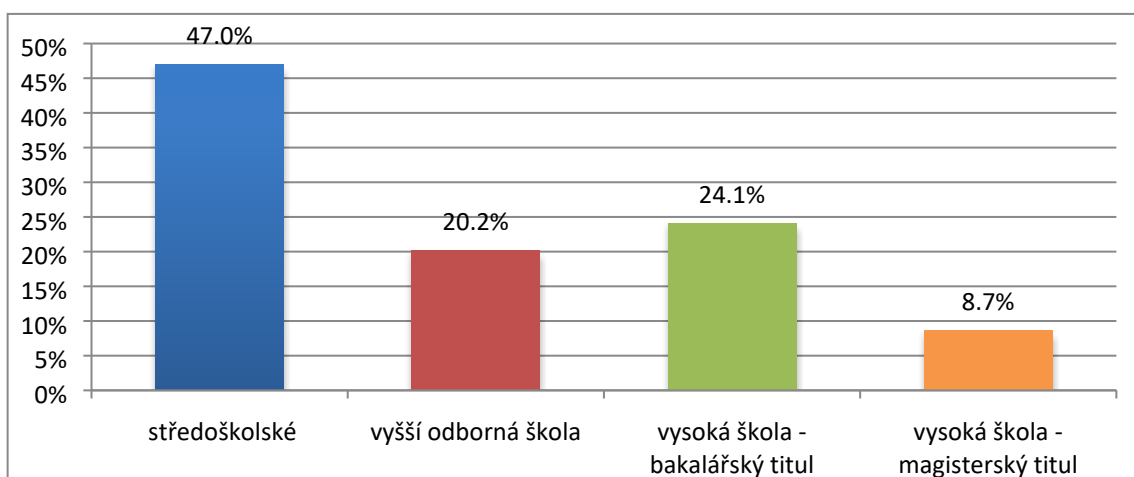
Graf 2 – Pohlaví respondentů (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) respondentů, bylo 6 (2,4 %) respondentů mužského pohlaví a 247 (97,6 %) respondentů bylo ženského pohlaví.

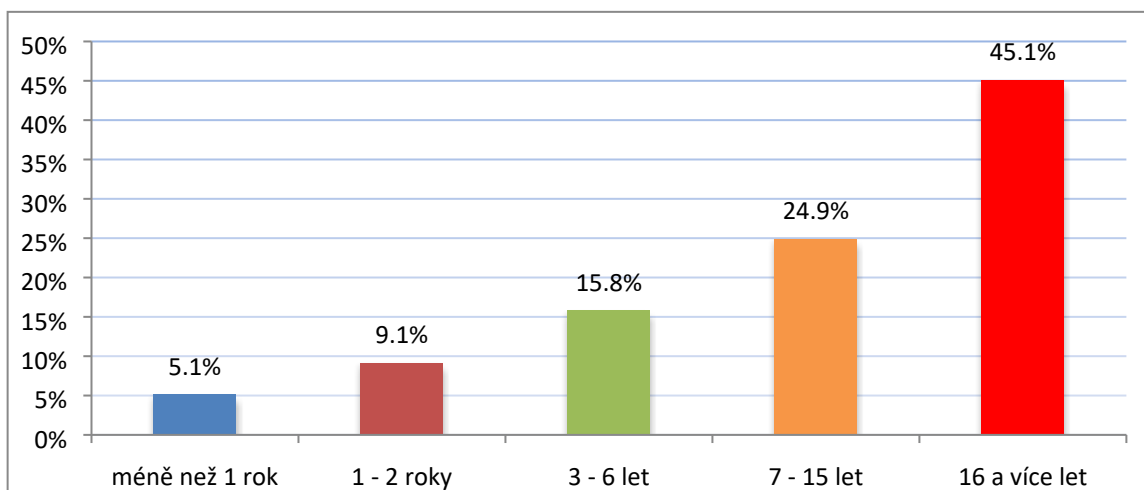
Graf 3 – Vzdělání respondentů (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) respondentů, mělo 119 (47 %) respondentů středoškolské vzdělání, 51 (20,2 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání, 61 (24,1 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání – bakalářský titul a 22 (8,7 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání – magisterský titul.

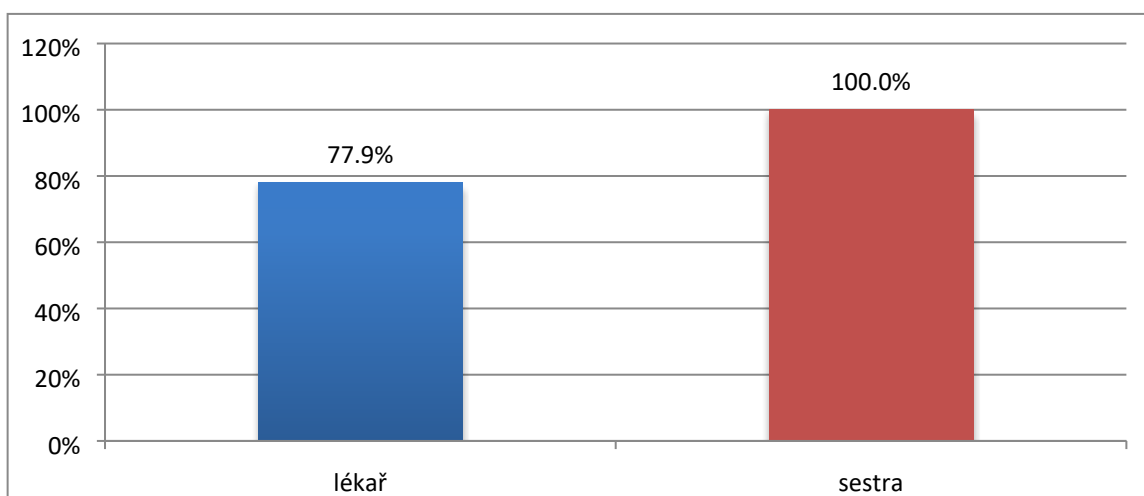
Graf 4 – Délka praxe respondentů (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) respondentů, mělo 13 (5,1 %) respondentů délku praxe méně než 1 rok, 23 (9,1 %) respondentů mělo délku praxe 1-2 roky, 40 (15,8 %) respondentů mělo délku praxe 3-6 let, 63 (24,9 %) respondentů mělo délku praxe mezi 7-15 lety a 114 (45,1 %) respondentů mělo délku praxe 16 a více let.

Graf 5 – Kdo realizuje hodnocení bolesti na oddělení (N = 253)

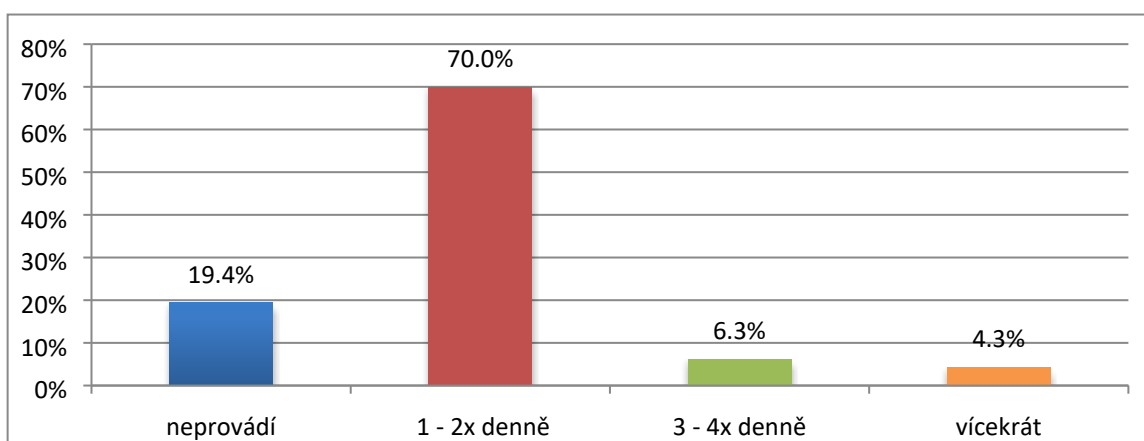


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Respondenti ve 197 (77,9%) případech odpověděli, že bolest na oddělení hodnotí lékař a ve 253 (100%) případech uvedli, že hodnocení provádí i sestra.

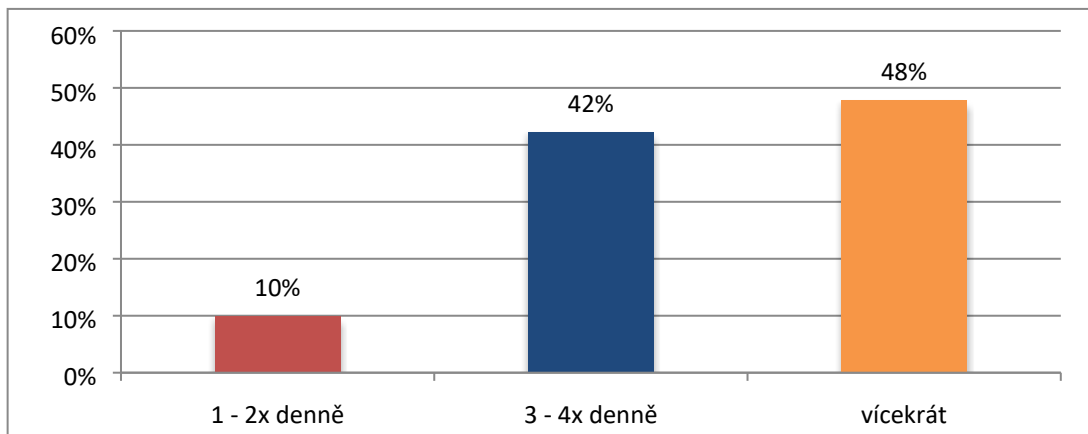
Graf 6 – Kolikrát denně hodnotí bolest lékař (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Ve 177 (70,0 %) případech hodnotí lékař bolest 1 – 2 x denně, v 16 (6,3 %) případech hodnotí bolest 3 – 4 x denně, v 11 (4,3 %) případech hodnotí bolest 5 x a vícekrát za den, v 49 (19,4 %) případech nehodnotí lékař bolest vůbec.

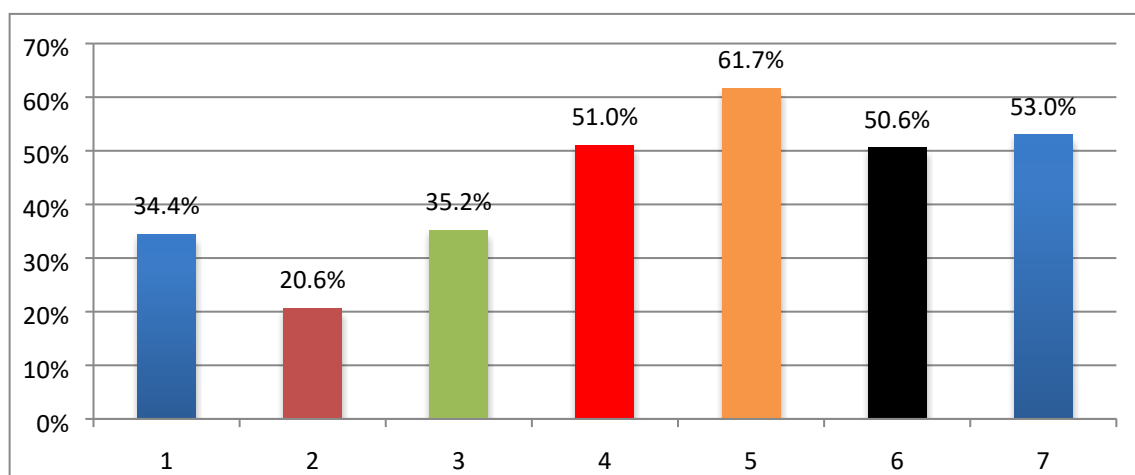
Graf 7 – Kolikrát denně hodnotí bolest sestry (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) respondentů si možnost neprovádím, nezvolil žádný, možnost 1 – 2 x denně zvolilo 25 (9,9 %) respondentů, možnost 3 – 4 x zvolilo 107 (42,3 %) respondentů a 121 (47,8 %) respondentů zvolilo možnost 5 a vícekrát.

Graf 8 – Respondenti využívají tyto škály (N = 253)



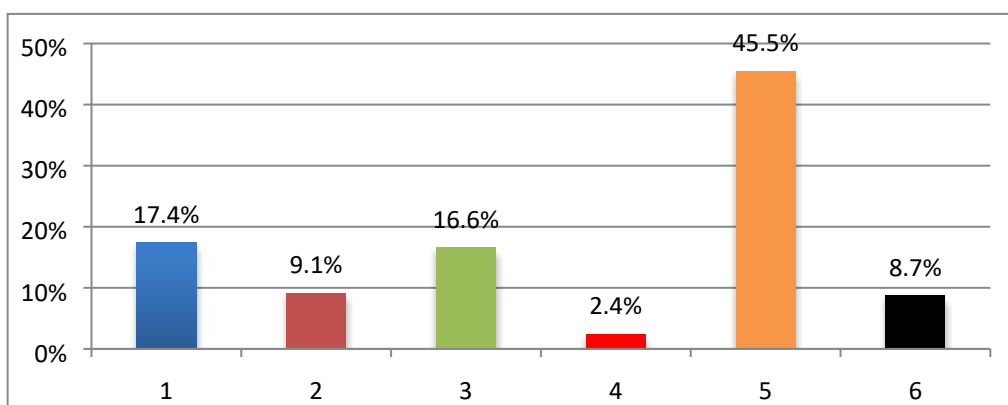
Legenda: 1 – agrese; 2 – apatie; 3 – únava, ospalost; 4 – nespoupráce; 5 – omezená hybnost; 6 – omezená soběstačnost; 7 – verbální projev

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Nejvíce využívanou škálou je vizuální analogová škála s celkovým počtem označení 129 (51 %), druhou nejpoužívanější škálou je verbální hodnocení, které je označováno v 89 (35,2 %) případech, třetí nejpoužívanější škálou je záznam hodnocení bolesti s celkovým počtem označení v 74 (29,2 %) případech, dále 32 (12,6 %) respondentů využívá obličejovou škálu, 12 (4,7 %) respondentů používá mapu bolesti, barevnou analogovou škálu označilo 6 (2,4 %) respondentů, 1 (0,4 %) respondent označil možnost jiné, 29 (11,5 %) nevyužívá při hodnocení bolesti žádnou škálu.

Graf 9 – Co chtějí doplnit sestry v hodnocení bolesti (N = 253)



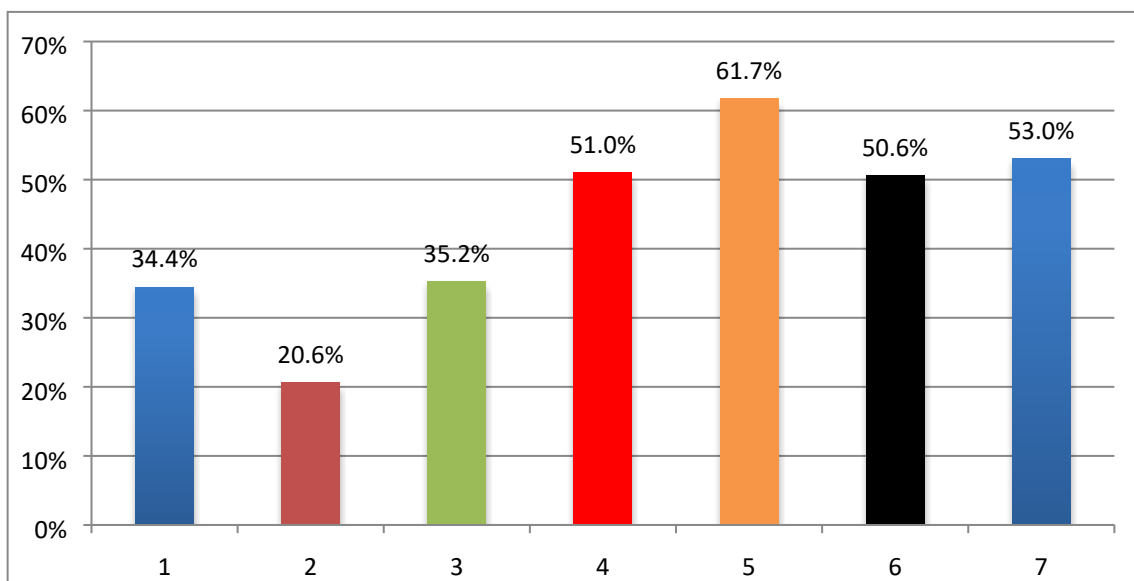
Legenda: 1 – přesnější slovní popis; 2 – obrázek k zakreslení; 3 – zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem; 4 – zvýšit frekvenci hodnocení bolesti sestrou; 5 – nic; 6 – nevím

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Nejčastější odpovědí s celkovým počtem 115 (45,5 %) bylo, že sestry nechtějí doplnit nic, 22 (8,7 %) respondentů neví, co by doplnili, 27 (10,7 %) dotazovaných otázku přeskočilo. Sestry by nejčastěji v 44 (17,4 %) případech doplnily přesnější slovní popis bolesti, dále v 42 (16,6 %) případech zvýšení frekvence hodnocení lékařem, ve 23 (9,1 %) případech by uvítaly obrázek k zakreslení a v 6 (2,4 %) případech by chtěly zvýšit frekvenci hodnocení bolesti sestrou.

Graf 10 – Projevy bolesti pozorované sestrami (N = 253)



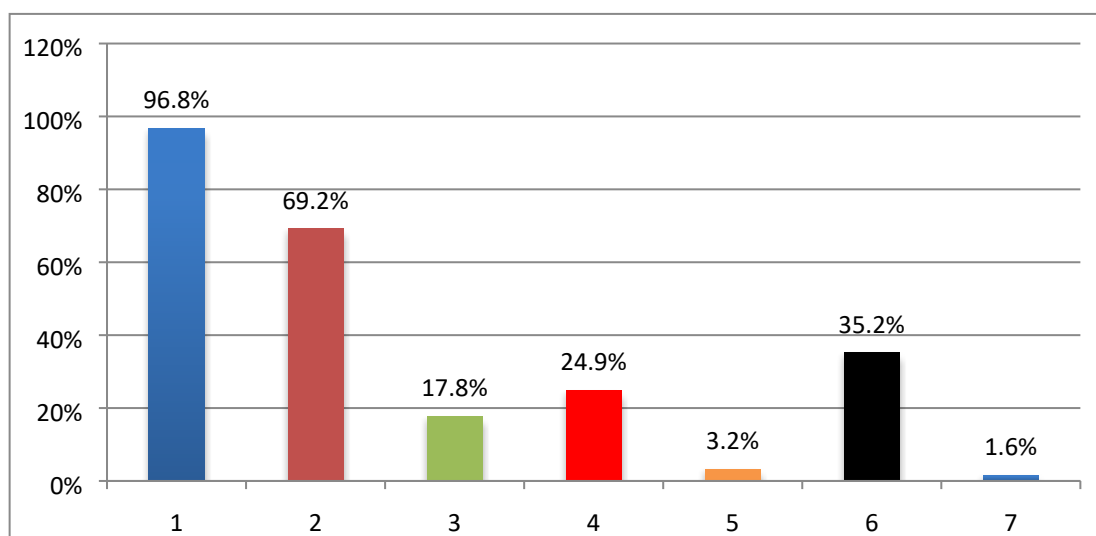
Legenda: 1 – agrese; 2 – apatie; 3 – únava, ospalost; 4 – nespolupráce; 5 – omezená hybnost; 6 – omezená soběstačnost; 7 – verbální projevy

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Nejčastěji označovaným projevem bolesti byla omezená hybnost a to v 156 (61,7 %) případech. Druhým nejčastějším projevem byl verbální projev, který byl označen 134x (53,0 %). Dále byla označena možnost nespolupráce ve 129 (51,0 %) případech a omezená soběstačnost v 128 (50,6 %) případech. Menší počty označení mají únava, ospalost – 89 (35,2 %), agrese – 87 (34,4 %), apatie – 52 (20,6 %) a 2x (0,8 %) byla označena možnost jiné.

Graf 11 – Nejčastěji doporučované způsoby tlumení bolesti sestrou (N = 253)



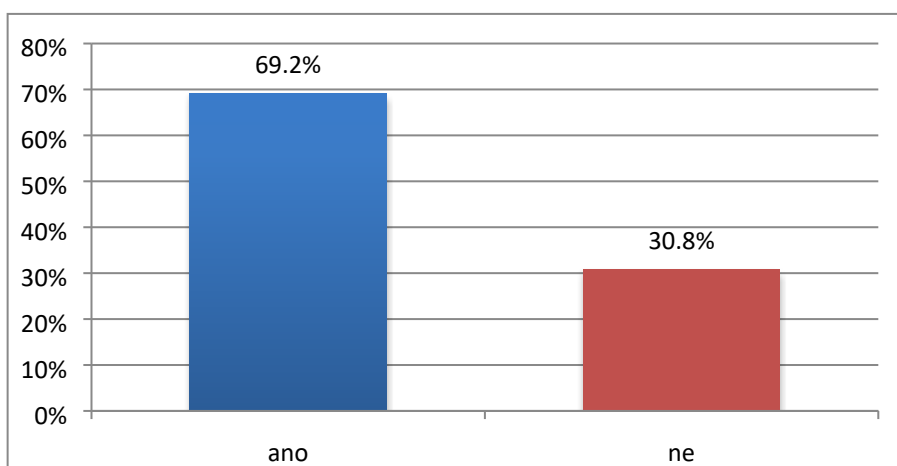
Legenda: 1 – léky dle ordinace lékaře; 2 – úlevová poloha; 3 – rehabilitace, cviky; 4 – homeopatický přípravek; 5 – studené obklady; 6 – suché teplo; 7 – odpočinek, spánek

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

S celkovým počtem 245 (96,8 %) označení je nejdoporučovanějším způsobem tlumení bolesti užívání léků dle ordinace lékaře. Druhým nejzobnačovanějším způsobem je úlevová poloha, která byla zvolena 175 (69,2 %) respondenty. Odpočinek a spánek doporučuje 89 (35,2 %) respondentů, studené obklady doporučuje 63 (24,9 %) respondentů a rehabilitaci (cviky) doporučuje 45 (17,8 %) respondentů. 13 (5,2 %) označilo jiné způsoby a to homeopatický přípravek, suché teplo, nebo zvolili možnost jiné. Možnost akupunktura a akupresura nezvolil žádný z respondentů.

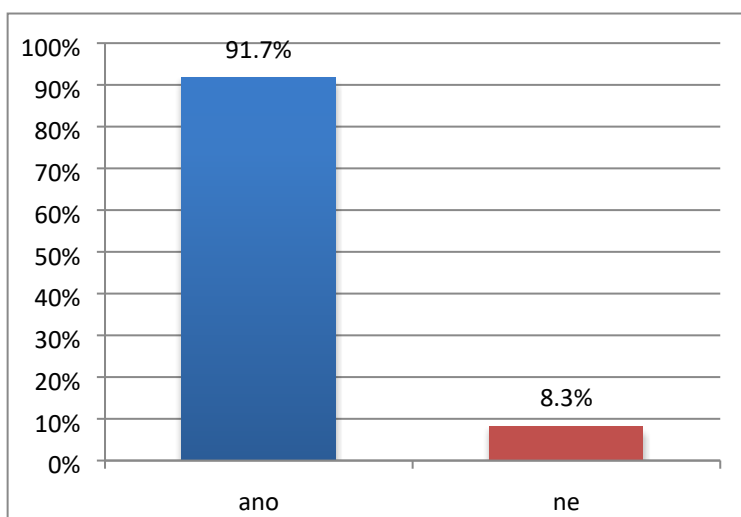
Graf 12 – Pacient si může vybrat formu léku proti bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

175 (69,2 %) respondentů uvádí, že na jejich oddělení si pacient může vybrat formu léku proti bolesti. 78 (30,8 %) respondentů uvádí, že není možné, aby si pacient na jejich oddělení vybral formu léku proti bolesti.

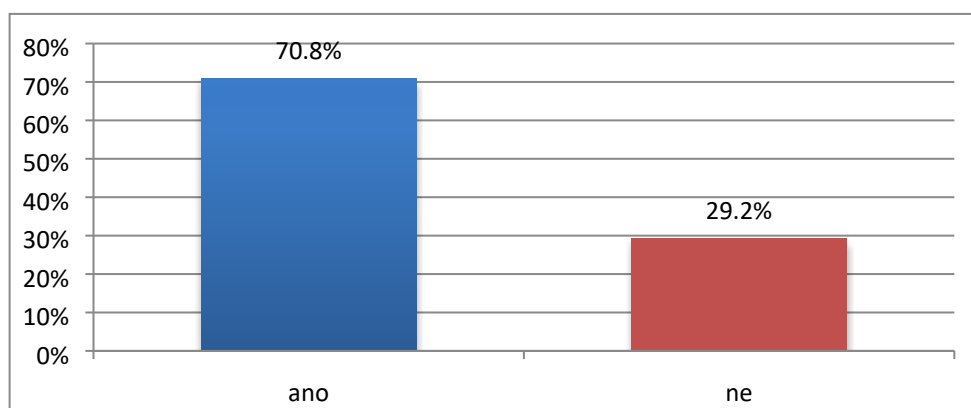
Graf 13 – Požadavek zpětné vazby pacienta na podané léky proti bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

232 (91,7 %) respondentů udává, že požadují zpětnou vazbu od pacienta na podané léky proti bolesti. 21 (8,3 %) respondentů udává, že nepožadují zpětnou vazbu od pacienta na podané léky proti bolesti.

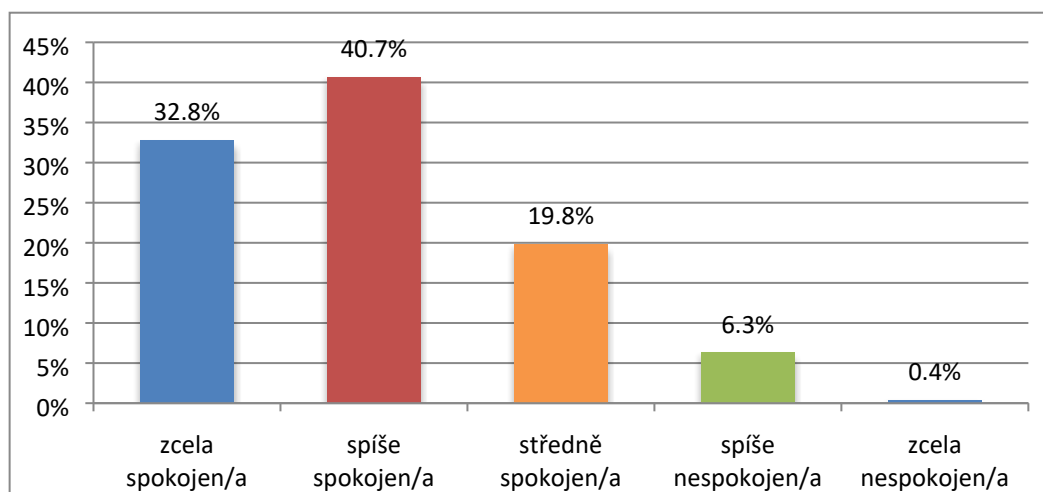
Graf 14 – Záznam reakce pacienta na podané léky proti bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 253 (100 %) sester, 179 (70,8 %) respondentů udává, že zaznamenávají reakci pacienta na podané léky proti bolesti. 74 (29,2 %) respondentů udává, že nezaznamenávají reakci pacienta na podané léky proti bolesti.

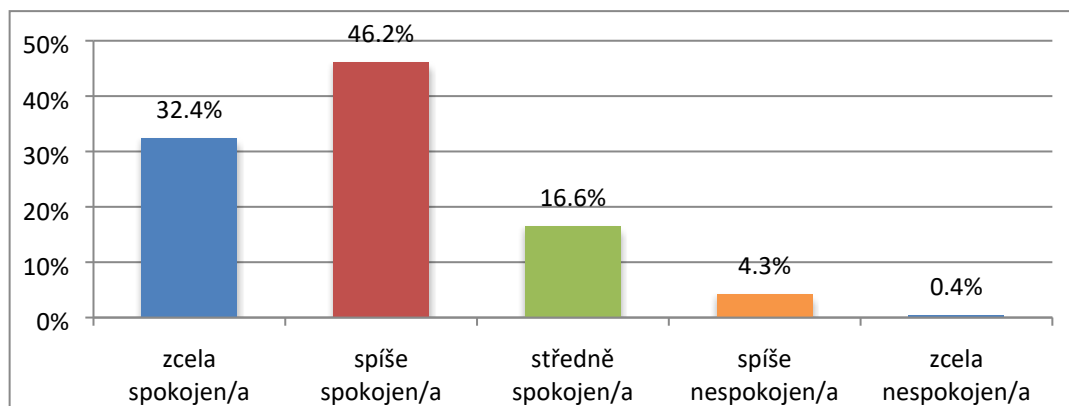
Graf 15 – Spokojenost sester se spoluprací s lékařem ohledně hodnocení bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost zcela spokojen/a označilo 83 (32,8 %) respondentů, možnost spíše spokojen/a označilo 103 (40,7 %) respondentů, možnost středně spokojen/a označilo 50 (19,8 %) respondentů, možnost spíše nespokojen/a označilo 16 (6,3 %) respondentů, možnost zcela nespokojen/a označil 1 (0,4 %) respondent.

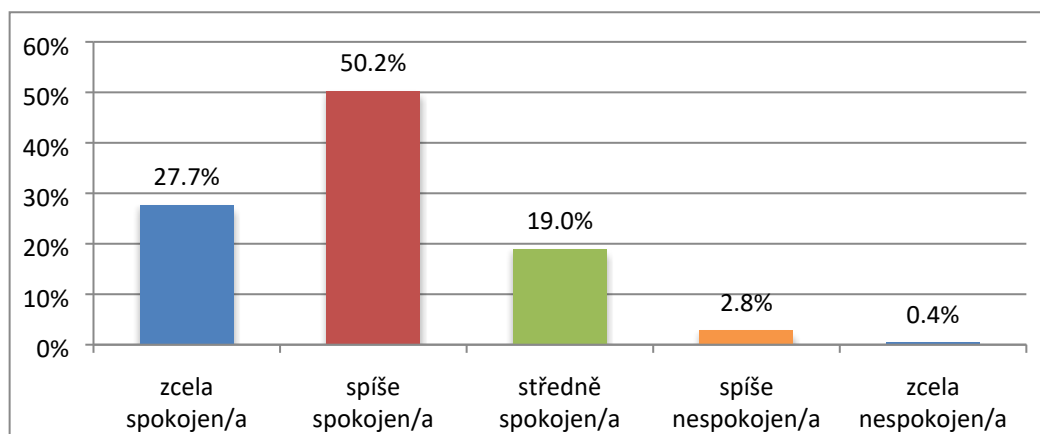
Graf 16 – Spokojenost sester se spoluprací s lékařem ohledně léčby bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z pohledu spokojenosti sester se spoluprací s lékařem při léčbě bolesti, byla možnost zcela spokojen/a označena 82 (32,4 %) respondenty, možnost spíše spokojen/a označilo 117 (46,2 %) respondentů, možnost středně spokojen/a označilo 42 (16,6 %) respondentů, možnost spíše nespokojen/a označilo 11 (4,3 %) respondentů, možnost zcela nespokojen/a označil 1 (0,4 %) respondent.

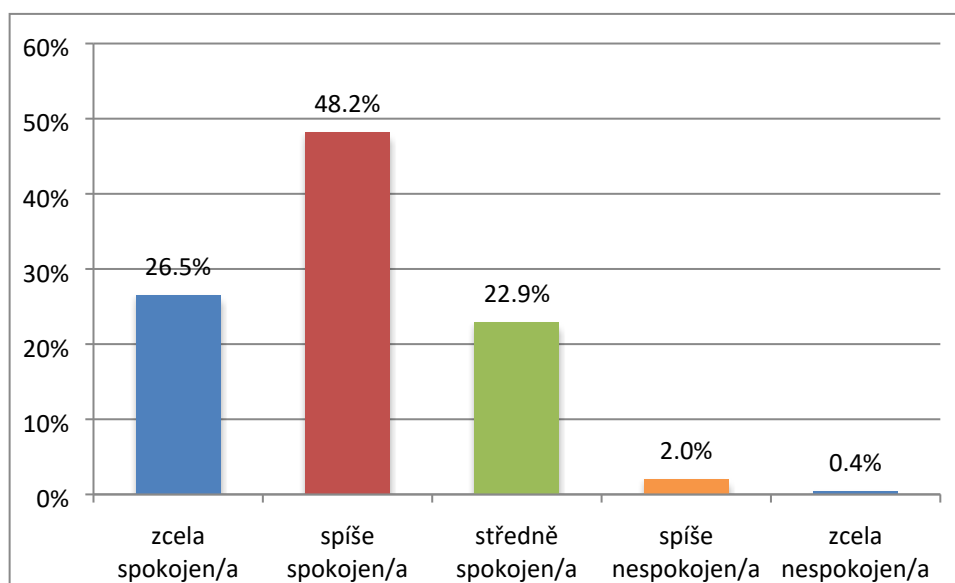
Graf 17 – Spokojenost sester s pacienty ohledně hodnocení bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Z pohledu spokojenosti sester se spoluprací s pacientem při hodnocení bolesti, byla možnost zcela spokojen/a označena 70 (27,7 %) respondenty, možnost spíše spokojen/a označilo 127 (50,2 %) respondentů, možnost středně spokojen/a označilo 48 (19,0 %) respondentů, možnost spíše nespokojen/a označilo 7 (2,8 %) respondentů, možnost zcela nespokojen/a označil 1 (0,4 %) respondent.

Graf 18 - Spokojenost sester s pacienty ohledně léčby bolesti (N = 253)



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost zcela spokojen/a označilo 67 (26,5 %) respondentů, možnost spíše spokojen/a označilo 122 (48,2 %) respondentů, možnost středně spokojen/a označilo 58 (22,9 %) respondentů, možnost spíše nespokojen/a označilo 5 (2,0 %) respondentů, možnost zcela nespokojen/a označil 1 (0,4 %) respondent.

Analýza vztahů mezi vybranými položkami

Tabulka 1 - Souvislost vzdělání sester s názorem na používání škál.

Souvislost vzdělání sester s/se ...	<i>N</i>	HODNOTA χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	Stat. význ.
ČETNOSTÍ PROVÁDĚNÍ HODNOCENÍ BOLESTI	253	9,501	6	0,147	n.s.
ŠKÁLOU POUŽÍVANOU K HODNOCENÍ BOLESTI	253	30,139	21	0,089	n.s.
POŽADAVKEM NA DOPLNĚNÍ HODNOCENÍ BOLESTI	253	38,794	18	<0,01	**
S TÍM, PODLE ČEHO HODNOTÍ U PACIENTA BOLEST	253	8,445	9	0,490	n.s.

Zdroj: vlastní výzkum

χ^2 - chí kvadrát; *p* - test nezávislosti; *df* - stupně volnosti

n.s.- *Statisticky nevýznamný rozdíl*

* - *Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$*

** - *Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$*

*** - *Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$*

Analýza vztahu prokázala významnou souvislost mezi vzděláním sester a jejich požadavky na doplnění hodnocení bolesti. Ukazuje se, že sestry se středoškolským vzděláním významně častěji uvádějí, že není potřebné při hodnocení bolesti nic doplňovat, sestry s vysokoškolským vzděláním (Bc.) významně častěji doporučují přesnější slovní popis.

Tabulka 2 - Souvislost vzdělání sester s názorem na dostatečnost využívaných škál.

Souvislost vzdělání sester s/se ...	N	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ MAPY BOLESTI	226	29,105	15	<0,05	*
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ VERBÁLNÍHO HODNOCENÍ	226	41,188	15	<0,001	***
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ BAREVNÉ ANALOGOVÉ STUPNICE	226	40,727	15	<0,001	***
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ ZÁZNAMU HODNOCENÍ BOLESTI	226	24,636	15	0,055	n.s.
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ OBLIČEJOVÉ ŠKÁLY	226	34,193	15	<0,01	**

Zdroj: vlastní výzkum

χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s.- Statisticky nevýznamný rozdíl

* - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$)

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$)

*** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$)

Analýza vztahu dat prokázala statisticky významnou souvislost mezi vzděláním sester a jejich hodnocením dostatečnosti mapy bolesti. Ukazuje se, že sestry se středoškolským vzděláním významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je mapa bolesti dostačující pro hodnocení bolesti, sestry s vysokoškolským vzděláním (Bc., Mgr.) ji významně častěji hodnotí jako dostačující.

Analýza vztahu dat prokázala statisticky významnou souvislost mezi vzděláním sester a jejich hodnocením dostatečnosti verbálního hodnocení. Ukazuje se, že sestry se středoškolským vzděláním významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je verbální hodnocení bolesti dostačující, sestry s vysokoškolským vzděláním (Mgr.) významně častěji hodnotí verbální hodnocení jako zcela dostačující, sestry s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním (Bc.) významně častěji hodnotí verbální hodnocení jako spíše dostačující.

Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi vzděláním sester a jejich hodnocením dostatečnosti barevné analogové stupnice. Ukázalo se, že sestry se středoškolským vzděláním významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je hodnocení bolesti prostřednictvím barevné analogové stupnice dostačující, sestry s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním (Bc.) významně častěji hodnotí barevnou analogovou stupnici jako spíše dostačující nebo středně dostačující.

Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi vzděláním sester a jejich hodnocením dostatečnosti obličejové škály. Platí, že sestry se středoškolským vzděláním významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je hodnocení bolesti prostřednictvím obličejové škály dostačující, sestry s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním (Bc.) významně častěji hodnotí obličejovou škálu jako spíše dostačující nebo středně dostačující.

Tabulka 3 - Souvislost délky praxe sester s názorem na používání škál.

Souvislost délky praxe s/se ...	N	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
ČETNOSTÍ PROVÁDĚNÍ HODNOCENÍ BOLESTI	253	30,422	8	<0,001	***
ŠKÁLOU POUŽÍVANOU K HODNOCENÍ BOLESTI	253	27,027	28	0,517	n.s.
POŽADAVKEM NA DOPLNĚNÍ HODNOCENÍ BOLESTI	253	56,414	24	<0,001	***
TÍM, PODLE ČEHO HODNOTÍ U PACIENTA BOLEST	253	5,921	12	0,920	n.s.

Zdroj: vlastní výzkum

χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s.- Statisticky nevýznamný rozdíl

* - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$)

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$)

*** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$)

Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe sestry a četností provádění hodnocení bolesti. Ukazuje se, že sestry s delší praxí 3 a více let významně častěji uvádějí, že provádějí hodnocení bolesti častěji, tj. 5x a vícekrát denně, sestry s praxí 1 – 2 roky tak významně častěji činí 3x – 4x denně.

Analýzou vztahu byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe sester a jejich požadavky na hodnocení doplnění bolesti. Platí, že sestry s delší praxí (7 let a více) významně častěji uvádějí, že není potřebné při hodnocení bolesti něco doplňovat.

Tabulka 4 - Souvislost délky praxe sester s názorem na dostatečnost využívaných škál.

Souvislost délky praxe s/se ...	N	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ MAPY BOLESTI	226	44,403	20	<0,01	**
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ VERBÁLNÍHO HODNOCENÍ	226	27,832	20	0,113	n.s.
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ BAREVNÉ ANALOGOVÉ STUPNICE	226	48,696	20	<0,001	***
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ ZÁZNAMU HODNOCENÍ BOLESTI	226	20,286	20	0,440	n.s.
NÁZOREM NA DOSTATEČNOST VYUŽÍVÁNÍ OBLIČEJOVÉ ŠKÁLY	226	49,783	20	<0,001	***

Zdroj: vlastní výzkum

X^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s.- Statisticky nevýznamný rozdíl

* - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$)

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$)

*** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$)

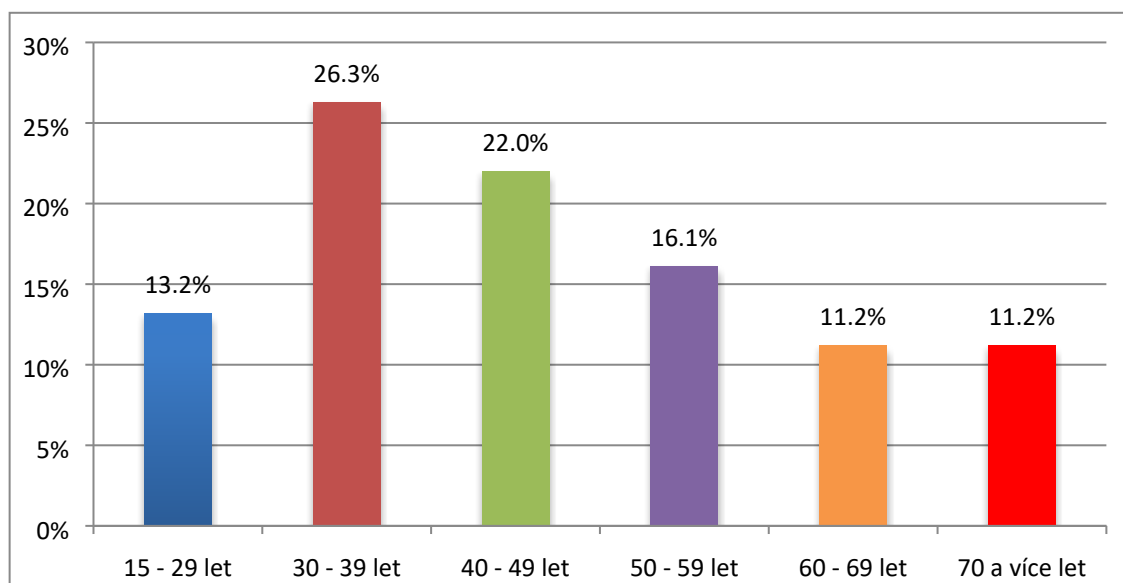
Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe sester a jejich hodnocením dostatečnosti mapy bolesti. Platí, že sestry s nejdelší praxí (16 a více let) významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je mapa bolesti dostačující pro hodnocení bolesti, sestry s praxí 3 – 6 let ji významně častěji hodnotí jako středně dostačující.

Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe sester a jejich hodnocením dostatečnosti barevné analogové stupnice. Ukazuje se, že sestry s nejdelší praxí (16 a více let) významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je hodnocení bolesti prostřednictvím barevné analogové stupnice dostačující.

Analýza vztahu prokázala statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe sester a jejich hodnocením dostatečnosti obličejové škály. Ukazuje se, že sestry s nejdelší praxí (16 a více let) významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je hodnocení bolesti prostřednictvím obličejové škály dostačující.

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – patientský dotazník

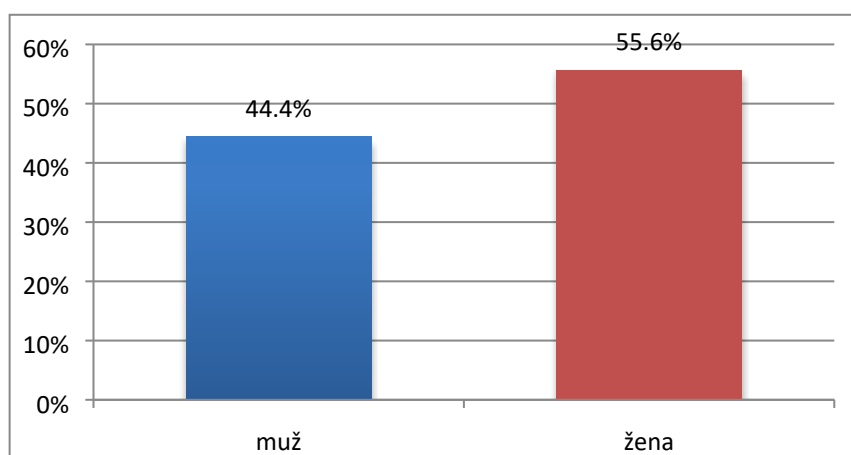
Graf 19 – Věk respondentů (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 205 (100 %) respondentů bylo 27 (13,2 %) ve věku 15 – 29 let, 54 (26,3 %) respondentů ve věku 30 – 39 let, 45 (22,0 %) respondentů ve věku 40 – 49 let, 33 (16,1 %) respondentů ve věku 50 – 59 let, 23 (11,2 %) ve věku 60 – 69 let a 23 (11,2 %) ve věku 70 a více let.

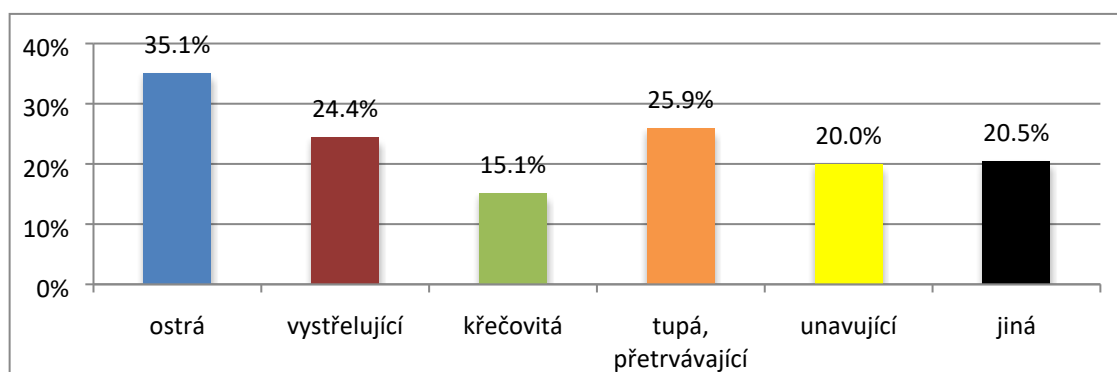
Graf 20 – Pohlaví respondentů (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 205 (100 %) respondentů bylo 91 (44,4 %) respondentů mužského pohlaví a 114 (55,6 %) respondentů bylo ženského pohlaví.

Graf 21 – Charakteristika bolesti při příjmu do nemocnice (N = 205)

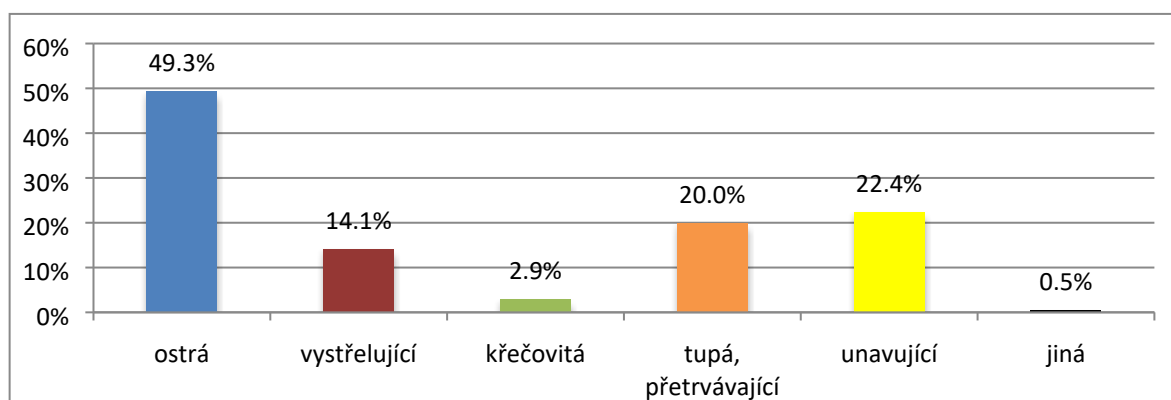


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z celkového počtu 205 respondentů označilo svou bolest jako ostrou 72 (35,1 %) respondentů, jako vystřelující 50 (24,4 %) respondentů, jako křečovitou 31 (15,1 %), jako tupou, přetrvávající 53 (25,9 %) respondentů, jako unavující 41 (20,2 %) respondentů možnost jiná označilo 42 (20,5 %) respondentů.

Graf 22 – Charakteristika bolesti po operačním výkonu (N = 162)

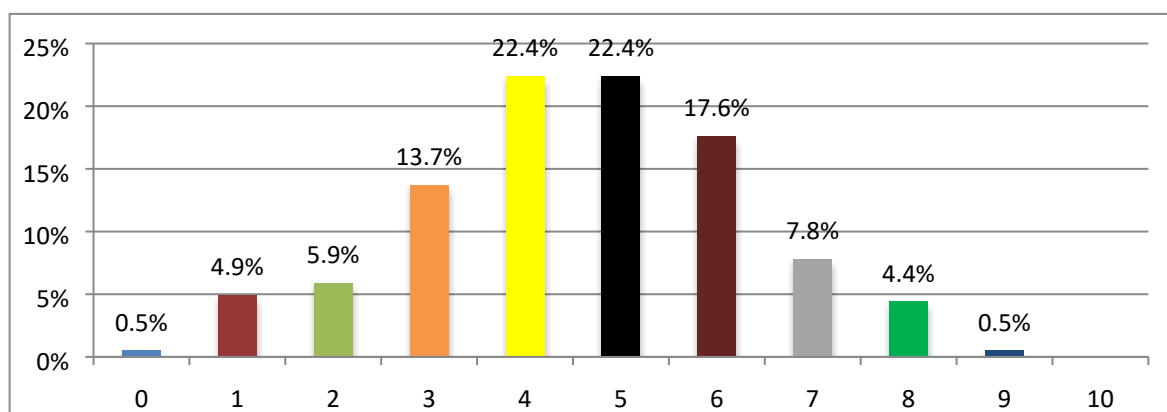


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z celkového počtu 162 respondentů, kteří prodělali operační výkon, označilo svou bolest jako ostrou 101 (49,3 %) respondentů, jako vystřelující 29 (14,1 %) respondentů, jako křečovitou 6 (2,9 %), jako tupou, přetrvávající 41 (20,0 %) respondentů, jako unavující 46 (22,4 %) respondentů. Možnost jiná označil 1 (0,6 %) respondent.

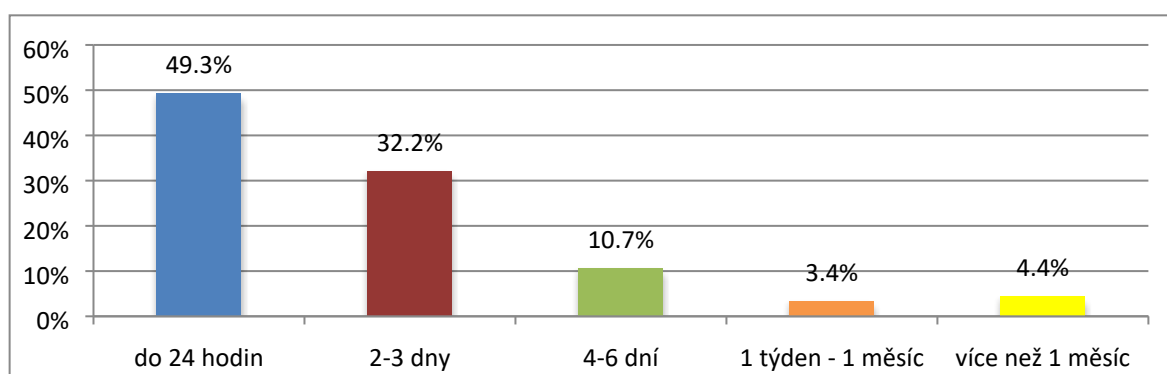
Graf 23 – Intenzita bolesti podle vizuální analogové škály (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Na vizuální analogové škále byla ve 46 (22,4 %) případech označena hodnota intenzity bolesti 4, stejný počet tedy 46 (22,4 %) označení měla hodnota intenzity bolesti 5. Dále byla v 36 (17,6 %) případech označena hodnota intenzity bolesti 6. Dalších 28 respondentů (13,7 %) označilo hodnotu intenzity bolesti 3. Respondenti dále označovali hodnotu intenzity bolesti 7 a to v 16 (7,8 %) případech, hodnotu 2 ve 12 (5,9 %) případech, hodnotu 1 v 10 (4,9 %) případech, hodnotu 8 v 9 (4,4 %) případech, hodnota 0 a 9 byla označena v obou případech 1 (0,5 %) respondentem. Hodnotu intenzity bolesti 10 neoznačil nikdo.

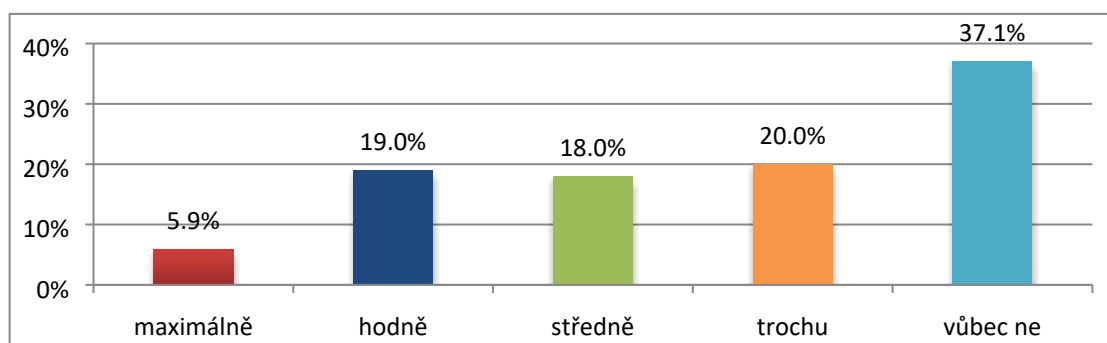
Graf 24 – Délka trvání pocíťované bolesti v aktuální intenzitě (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti pocíťovali bolest v dané intenzitě nejčastěji do 24 hodin a to v 101 (49,3 %) případech. Dalších 66 (32,2 %) respondentů uvádělo, že pocíťují bolest v dané intenzitě 2 – 3 dny. Bolest v dané intenzitě pocíťovalo mezi 4 – 6 dny 22 (10,7 %) respondentů. Více než jeden měsíc pocíťovalo bolest 9 (4,4 %) respondentů a zbývajících 7 (3,4 %) respondentů pocíťovali bolest v dané intenzitě 1 týden až jeden měsíc.

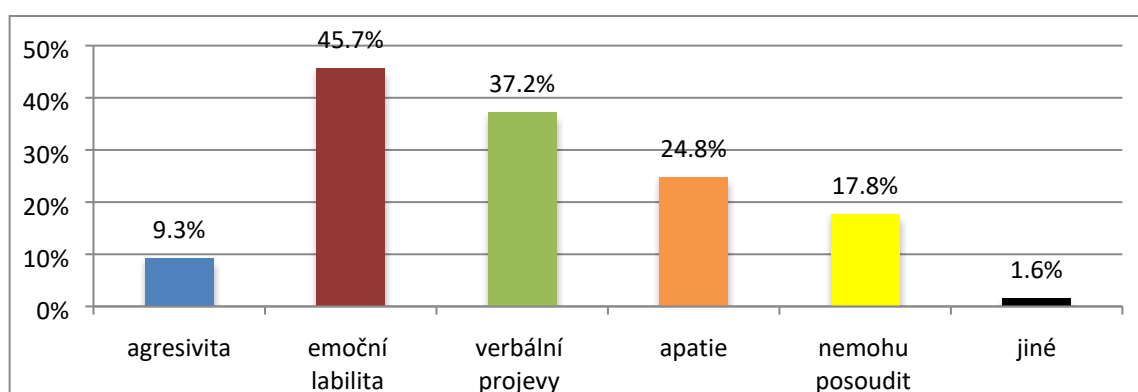
Graf 25 – Ovlivnění psychického stavu bolestí (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

To, že by bolest ovlivňovala psychický stav pacienta volbou možností „vůbec ne“ vyloučilo 76 (37,1 %) dotázaných chirurgických pacientů. Určitou míru ovlivnění psychického stavu bolestí připustilo volbou možnosti „trochu“ 41 (20,0 %) respondentů, volbou možnosti „středně“ 37 (18,0 %) respondentů, volbou možnosti „hodně“ 38 (19,0 %) respondentů a volbou možnosti „maximálně“ 12 (5,9 %) respondentů.

Graf 26 – Psychické projevy organismu způsobené bolestí (N = 129)

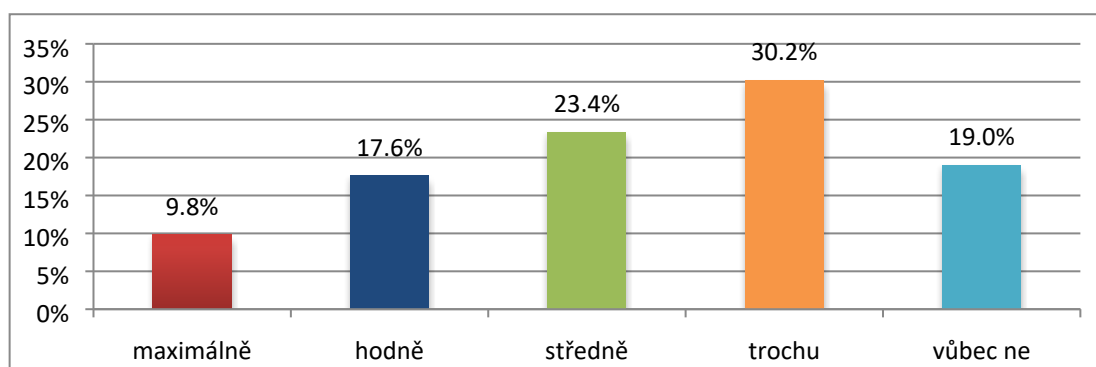


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z celkového počtu 129 (100 %) respondentů, u nichž je psychický stav ovlivněn bolestí, označilo 59 (28,8 %) respondentů možnost emoční labilita. Další nejčastěji označovanou možností byly verbální projevy s počtem 48 (23,4 %) označení. Dále apatie a to v počtu 32 (15,6 %) označení, možnost nemohu posoudit v počtu 23 (11,2 %) označení, možnost agresivita v počtu 12 (5,9 %) označení a 2 (1,0 %) respondenti označili možnost jiné a 1 (0,5 %) respondent neodpověděl.

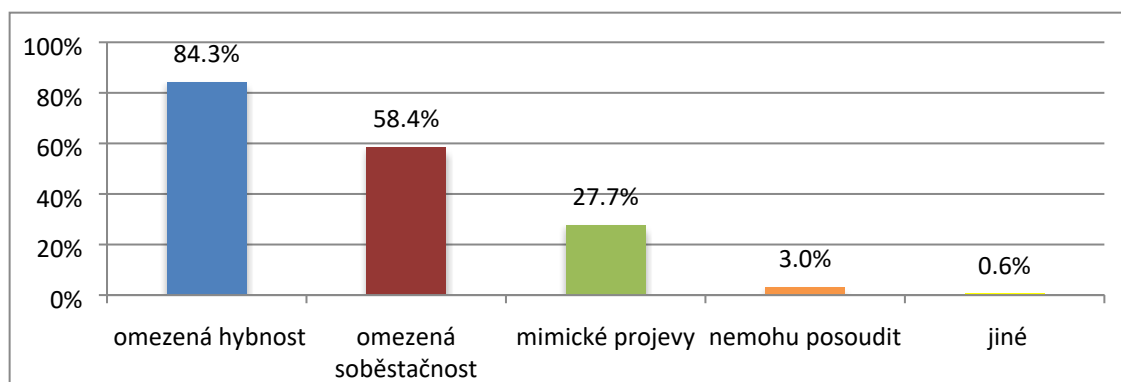
Graf 27 - Ovlivnění fyzického stavu bolestí (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů označilo možnost - bolest ovlivňuje fyzický stav trochu a to 62 (30,2%), dále 48 (23,4%) respondentů označilo možnost „středně“. Dalších 39 (19,0%) respondentů uvedlo, že bolest vůbec neovlivňuje fyzický stav, 36 (17,6%) respondentů uvedlo, že bolest ovlivňuje fyzický stav hodně a 20 (9,8%) respondentů označilo možnost „maximálně“.

Graf 28 – Fyzické projevy organismu způsobené bolestí (N = 166)

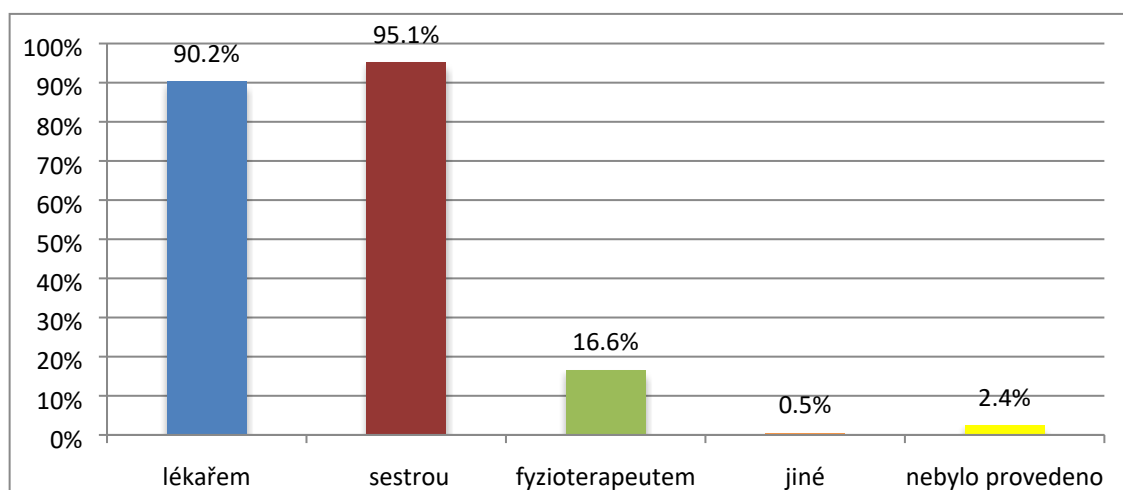


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z celkového počtu 166 (100 %) respondentů, u nichž je fyzický stav ovlivněn bolestí, nejčastěji označovali možnost omezená hybnost a to v počtu označení 140 (68,3 %). Další nejčastěji označovaná možnost byla omezená soběstačnost s počtem označení 97 (47,3 %). Možnost mimické projevy byla zvolena 46 (22,4 %) respondenty. Z celkového počtu 166 (100 %) respondentů označilo - možnost nemohu posoudit 5 (2,4 %) respondentů. Zbývající 1 (0,5 %) respondent označil možnost jiné a 1 (0,5 %) respondent neodpověděl.

Graf 29 – Kým bylo provedeno hodnocení bolesti (N = 205)

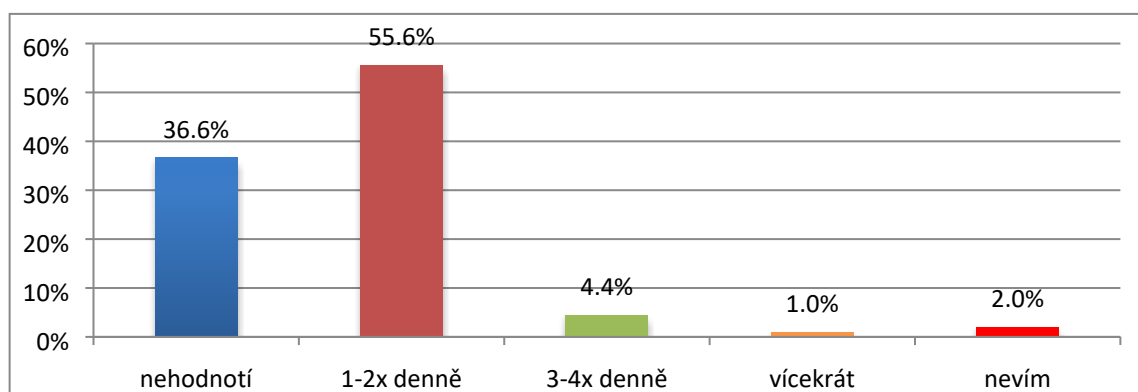


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

U 185 (90,2 %) respondentů bylo provedeno hodnocení bolesti lékařem, u 195 (95,1 %) respondentů bylo provedeno sestrou, u 34 (16,6 %) respondentů bylo provedeno fyzioterapeutem. 5 (2,4 %) respondentů udává, že u nich hodnocení bolesti nebylo provedeno, 1 (0,5 %) respondent označil možnost, že bolest hodnotí někdo jiný. Možnost hodnocení bolesti bylo provedeno kaplanem, nikdo nevyužil.

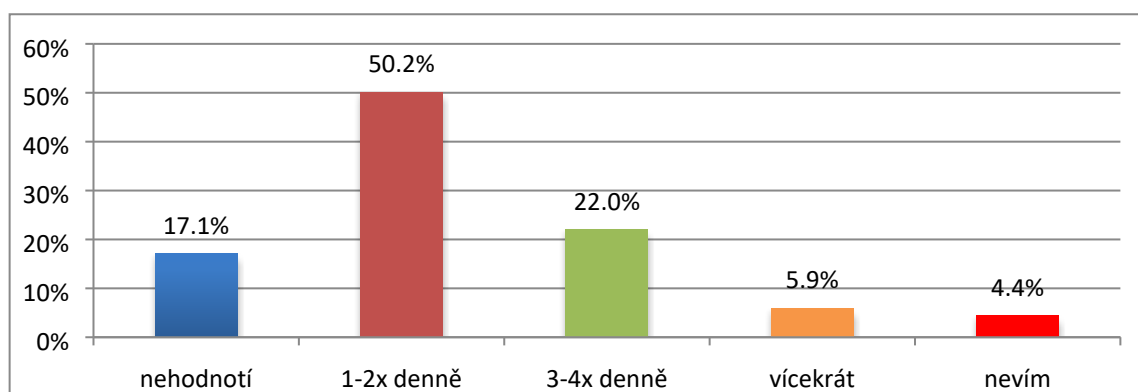
Graf 30 – Jak často hodnotí lékař bolest před operačním výkonem (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji označovanou odpovědí je možnost – lékař hodnotí bolest 1 -2 x denně, tuto možnost označilo 114 (55,6 %) respondentů. Další nejčastěji označovaná možnost je – lékař bolest před operačním výkonem nehodnotí a to s počtem označení 75 (36,6 %). 9 (4,4 %) respondentů označilo možnost – lékař hodnotí bolest 3 – 4x denně. 4 (2,0 %) respondentů označilo možnost – nevím. 2 (1,0 %) respondenti označili možnost – lékař hodnotí bolest 5 a vícekrát za den. 1 (0,5 %) respondent neodpověděl.

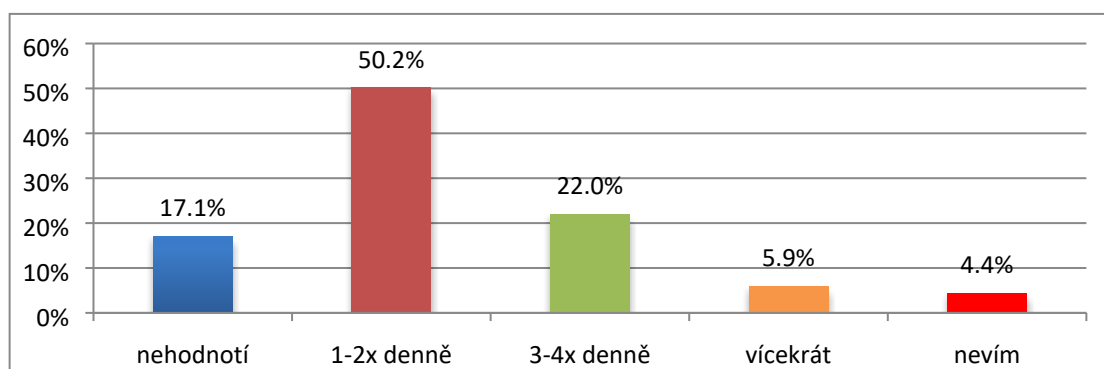
Graf 31 – Jak často hodnotí sestra bolest před operačním výkonem (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejoznačovanější odpověď je, že sestra hodnotí bolest před operačním výkonem 1 – 2x denně s počtem označená 103 (50,2 %). Dalších 45 (22,0 %) respondentů označilo možnost – sestra hodnotí bolest před operačním výkonem 3-4x denně. Následujících 35 (17,1 %) respondentů udává, že sestra bolest nehodnotí. U 12 (5,9 %) respondentů je označena odpověď, že sestra hodnotí bolest 5 a vícekrát denně. Možnost - nevím označilo 9 (4,4 %) respondentů. Zbývající 1 (0,5 %) respondent neodpověděl.

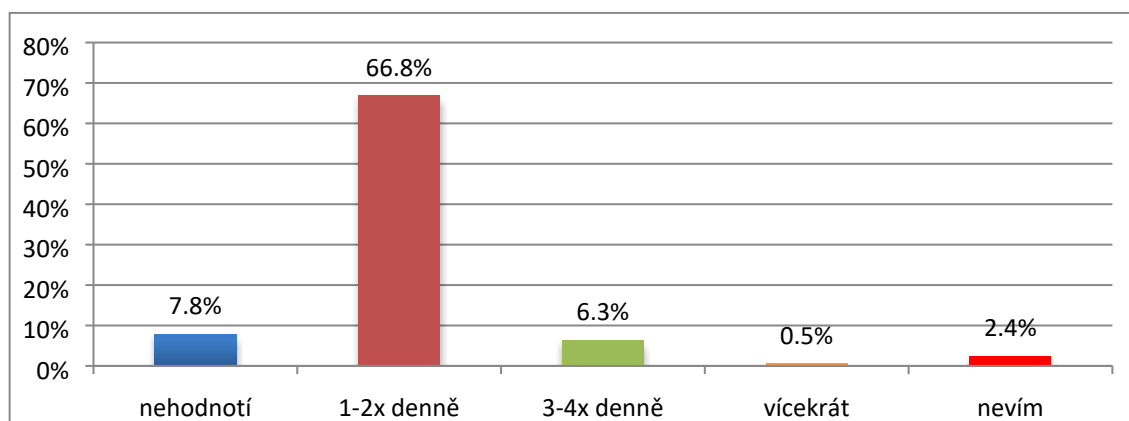
Graf 32 – Jak často hodnotí lékař bolest po operačním výkonu (N = 172)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 172 (100 %) respondentů, kteří prodělali operační výkon, udává 137 (66,8 %) respondentů, že lékař hodnotí bolest 1 – 2x denně. Následujících 16 (7,8 %) respondentů uvádí, že lékař bolest po operačním výkonu nehodnotí. Dalších 13 (6,3 %) respondentů udává, že lékař hodnotí bolest po operačním výkonu 3 -4x denně. Možnost nevím, využilo 5 (2,4 %) respondentů. Zbývající 1 (0,5 %) respondent odpověděl, že lékař provádí hodnocení 5 a vícekrát denně.

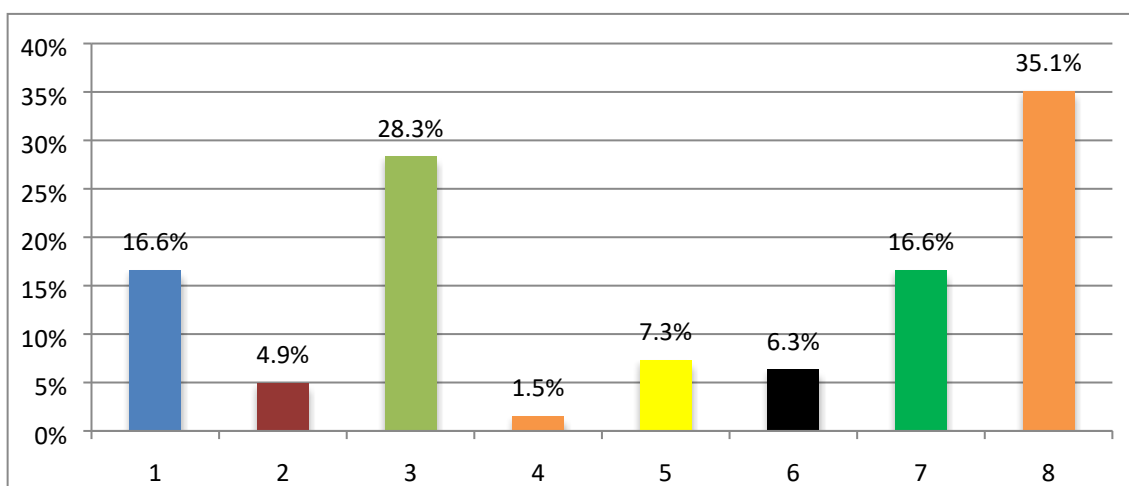
Graf 33 – Jak často hodnotí sestra bolest po operačním výkonu (N = 172)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 172 respondentů nejvíce respondentů – 89 (43,4 %) označilo možnost 3 – 4x denně. Dalších 47 (22,9 %) respondentů zvolilo možnost – sestra hodnotí bolest po operaci 5 a vícekrát. Následujících 27 (13,2 %) respondentů označilo možnost – sestra hodnotí bolest po operačním výkonu 1 – 2x. Možnost nevím označilo 7 (3,4 %) respondentů a 2 (1,0 %) respondenti uvádí, že sestra bolest po operačním výkonu nehodnotí.

Graf 34 – Jaké hodnotící škály používá sestra při hodnocení bolesti (N = 205)



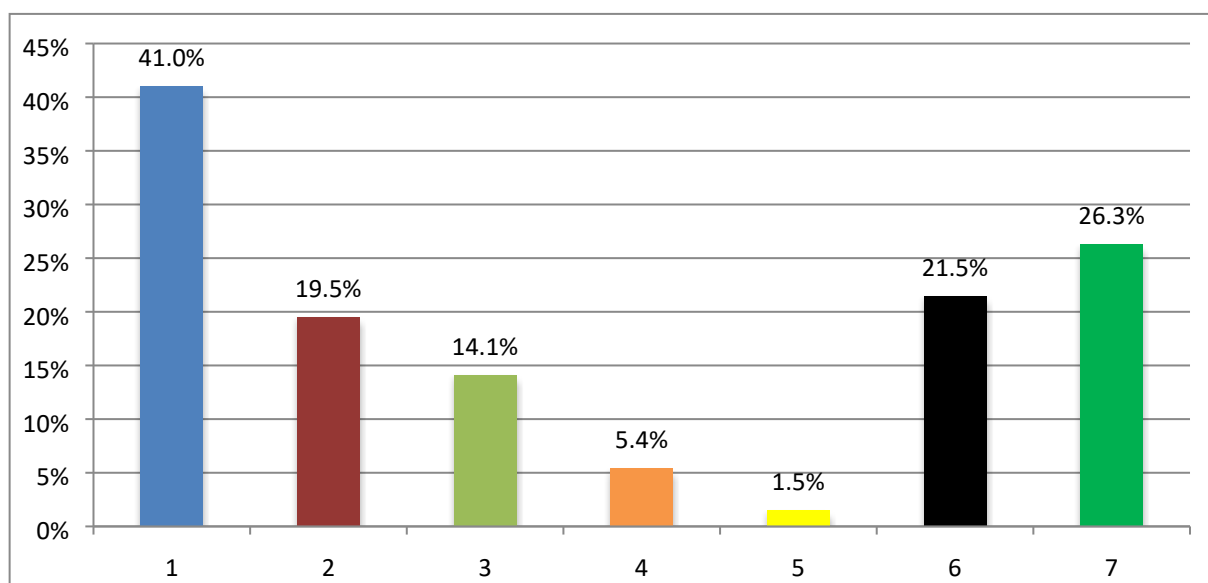
Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: 1 – vizuální analogová škála; 2 – mapa bolesti; 3 – verbální hodnocení; 4 – barevná analogová škála; 5 – záznam bolesti; 6 – obličejová škála; 7 – nevyužívám při hodnocení žádnou škálu; 8 - nevím

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Nejčastější označovanou odpovědí byla možnost nevím s počtem označení 72 (35,1 %), Další nejčastěji označovanou možností s počtem 58 (28,3 %) označení je verbální hodnocení. Poté 34 (16,6 %) respondentů uvádí, že sestra nevyužívá při hodnocení žádnou škálu a 34 (16,6 %) respondentů udává, že sestra využívá k hodnocení vizuální analogovou škálu. Následujících 15 (7,3 %) respondentů označilo možnost – záznam hodnocení bolesti. Dalších 13 (6,3 %) respondentů udává, že sestra využívá pro hodnocení bolesti obličejovou škálu. Mapu bolesti zvolilo 10 (4,9 %) respondentů. A 3 (1,5 %) respondenti označili možnost – barevná analogová stupnice. Jinou pomůcku sestry nevyužívaly.

Graf 35 – Co chtějí pacienti doplnit v hodnocení bolesti (N = 205)



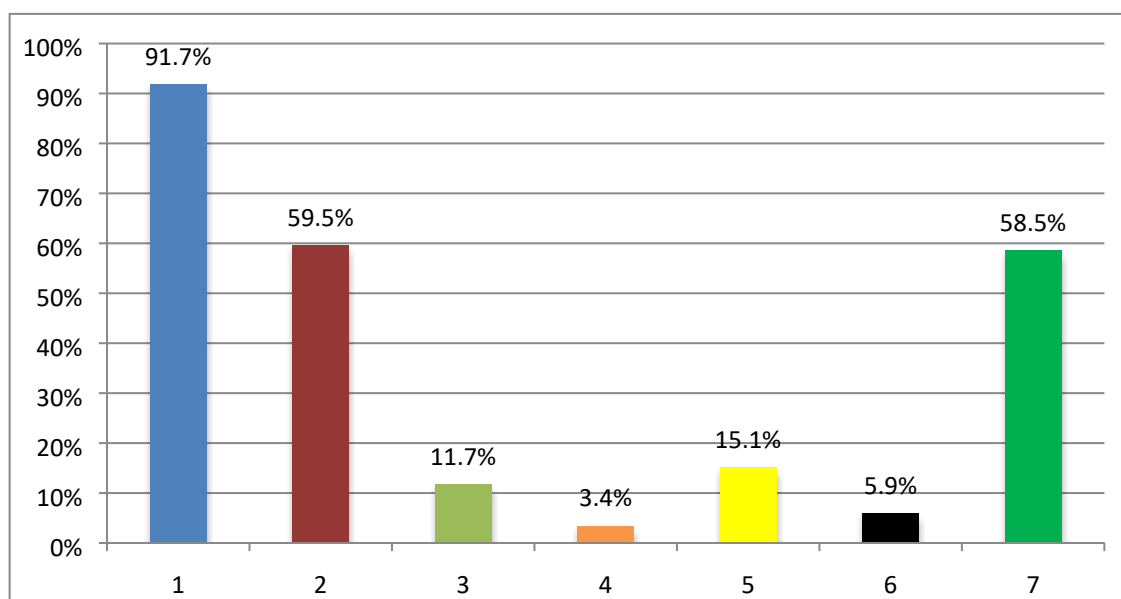
Legenda: 1 – přesnější slovní popis; 2 – obrázek k zakreslení; 3 – zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem; 4 – zvýšit frekvenci hodnocení bolesti sestrou; 5 – jiné; 6 – nic bych nedoplňoval/a; 7 – nevím

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z výsledků je patrné že, 84 (41,0 %) respondentů by chtělo doplnit v hodnocení bolesti přesnější slovní popis. Následujících 54 (26,3 %) respondentů neví co by chtěli v hodnocení bolesti doplnit a 44 (21,5 %) respondentů by nic nechtěli doplnit. Dalších 40 (19,5 %) respondentů by chtělo doplnit obrázek k zakreslení bolesti. Zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem by chtělo 29 (14,1 %) respondentů a 11 (5,4 %) respondentů by rádo zvýšilo frekvenci hodnocení bolesti sestrou. Zbývající 3 (1,5 %) respondenti by doplnili něco jiného.

Graf 36 – Jaké způsoby tlumení bolesti pacienti využívají (N = 205)



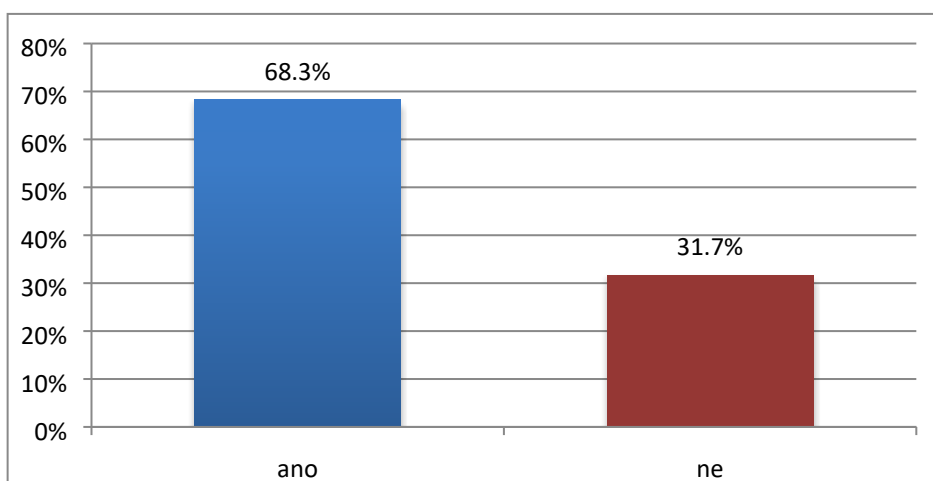
Legenda: 1 – léky dle ordinace lékaře; 2 – úlevová poloha; 3 – rehabilitace, cviky; 4 – homeopatický přípravek; 5 – studené obklady; 6 – suché teplo; 7 – odpočinek, spánek

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka - Součet relativních četností převyšuje 100 %, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Nejčastějším využívaným způsobem tlumení bolesti jsou léky dle ordinace lékaře a to s počtem označení 188 (91,7 %). Dalším nejčastěji zvoleným způsobem tlumení bolesti je úlevová poloha s celkovým počtem označení 122 (59,5 %). Třetí nejvyžívanější způsob tlumení bolesti je odpočinek a spánek, to označilo 120 (58,5 %) respondentů. Dalších 31 (15,1 %) respondentů označilo, že používá k tlumení bolesti studené obklady. 24 (11,7 %) respondentů používá k tlumení bolesti rehabilitaci a cviky. Následujících 12 (5,9 %) respondentů používá k tlumení bolesti suché teplo. Homeopatického přípravku využívá k tlumení bolesti 7 (3,4 %) respondentů. A 3 (1,5 %) respondenti používají k tlumení bolesti jinou metodu. Akupresuru používá k tlumení bolesti 1 (0,5 %) respondent. Akupunkturu nevyžívá k tlumení bolesti nikdo.

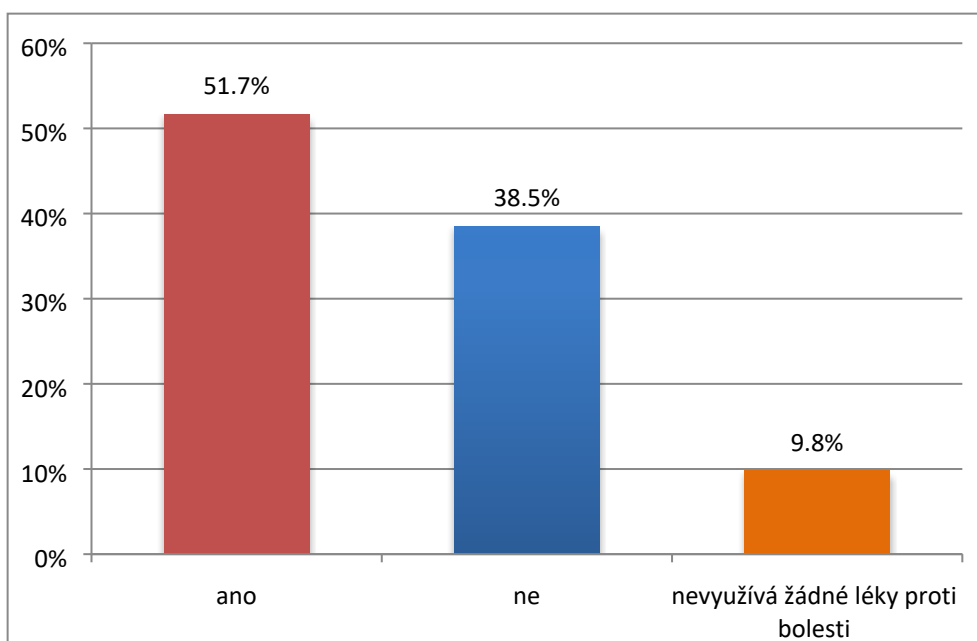
Graf 37 – Možnosti pacienta zvolit si způsob tlumení bolesti (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

140 (68,3 %) respondentů udává, že si mohou zvolit způsob tlumení bolesti. Zbývajících 65 (31,7 %) respondentů uvádí, že není možné, aby si vybrali způsob tlumení bolesti.

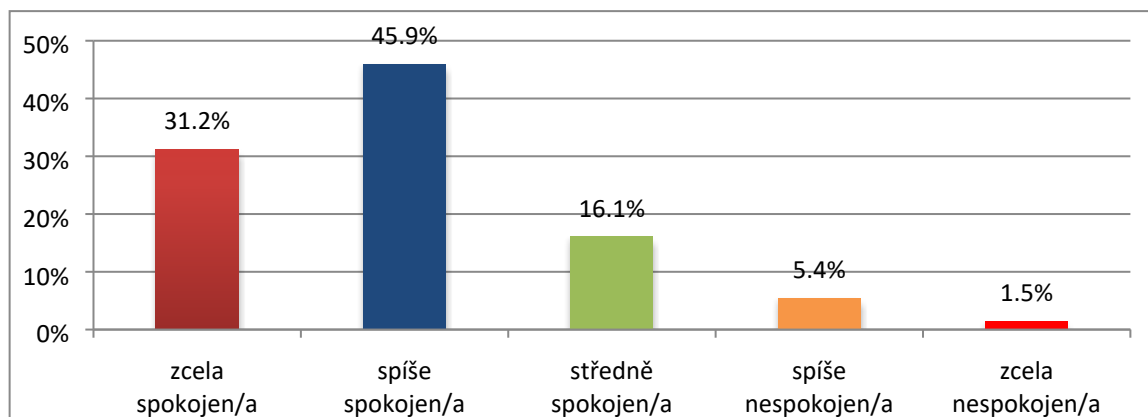
Graf 38 – Možnosti pacienta zvolit si lékovou formu (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumného šetření vyplývá, že 106 (51,7 %) respondentů si může vybrat formu léku proti bolesti. Oproti tomu 79 (39,5 %) respondentů udává, že si nemohou vybrat formu léku proti bolesti a 20 (9,8 %) respondentů nepoužívá k tlumení bolesti léky.

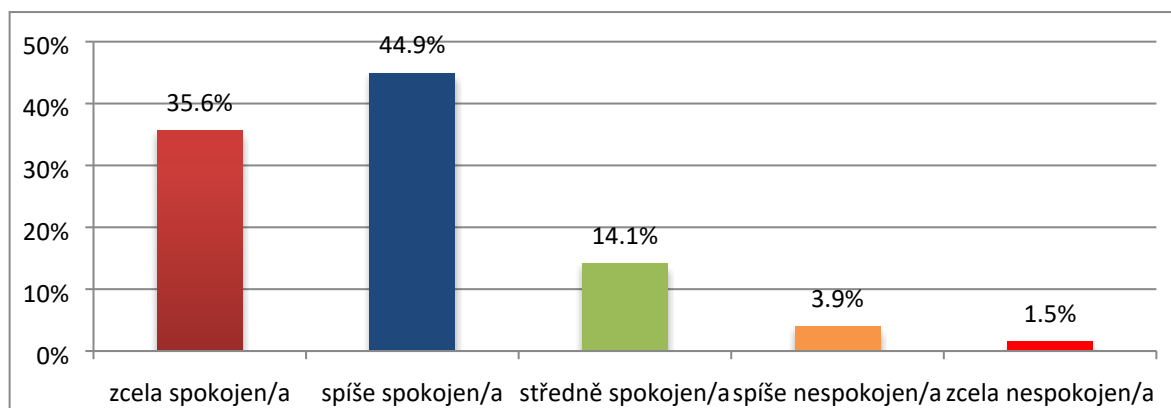
Graf 39 – Spokojenost pacientů se spoluprací s lékařem při hodnocení bolesti (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů udává, že jsou spíše spokojeni se spoluprací s lékařem při hodnocení bolesti a to 94 (45,9%). Dalších 64 (31,2%) respondentů udává, že jsou zcela spokojeni, 33 (16,1%) respondentů je středně spokojeno. Dalších 11 (5,4%) respondentů je spíše spokojeno a 3 (1,5%) respondenti jsou zcela nespokojeni.

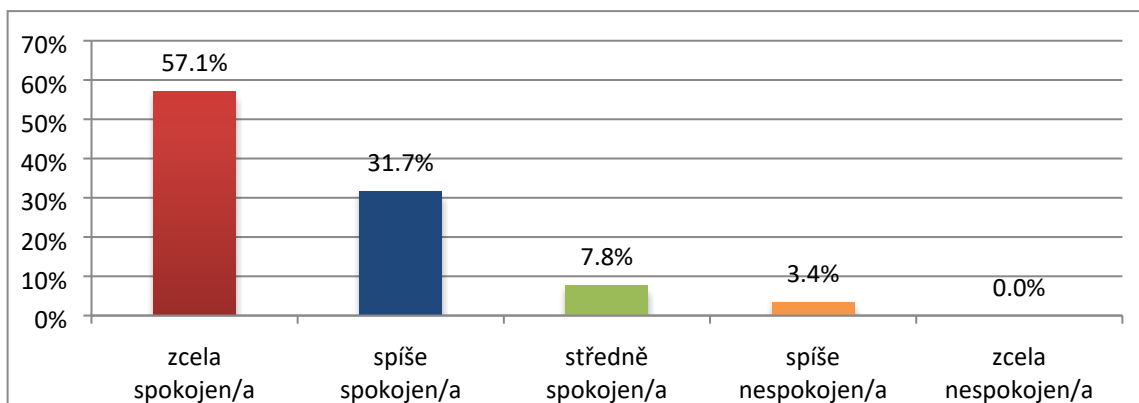
Graf 40 – Spokojenost pacientů se spoluprací s lékařem při léčbě bolesti (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Z pohledu spokojenosti pacientů se spoluprací s lékařem při hodnocení bolesti, byla možnost zcela spokojen/a označena v 92 (44,9 %) případech, dále 73 (35,6 %) respondentů bylo zcela spokojeno se spoluprací s lékařem ohledně léčby bolesti, 29 (14,1 %) respondentů bylo středně spokojeno, 8 (3,9 %) respondentů bylo spíše nespokojeno a 3 (1,5 %) respondenti byli zcela nespokojeni se spoluprací lékaře při léčbě bolesti.

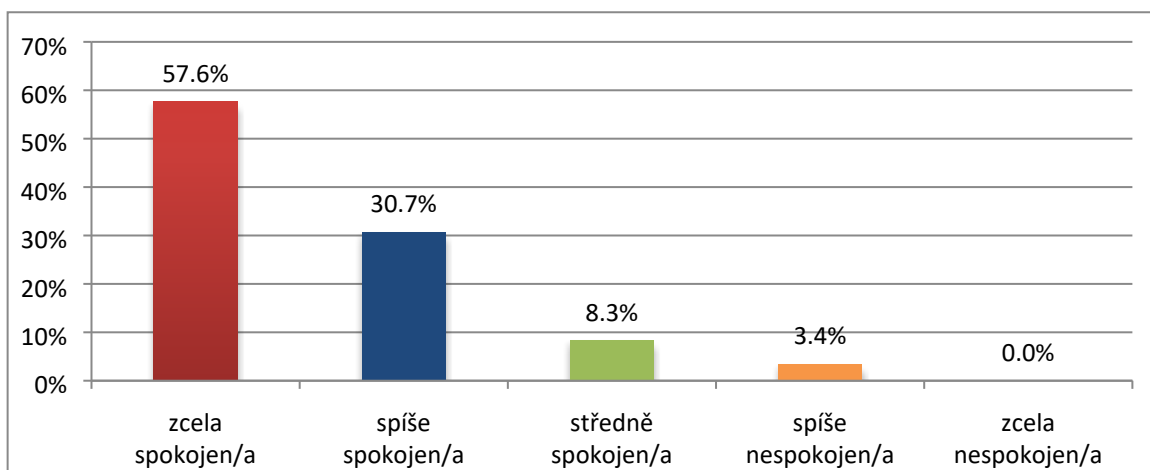
Graf 41 – Spokojenost pacientů se spoluprací se sestrou při hodnocení bolesti (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Z pohledu spokojenosti pacientů se spoluprací se sestrou při hodnocení bolesti, byla možnost zcela spokojen/a využita 117 (57,1 %) respondenty, možnost spíše spokojen/a byla využita 65 (31,7 %) respondenty, možnost středně spokojen/a byla využita 16 (7,8 %) respondenty a 7 (3,4 %) respondentů je spíše nespokojeno. Možnost zcela nespokojen neoznačil nikdo.

Graf 42 – Spokojenost pacientů se spoluprací se sestrou při léčbě bolesti (N = 205)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejhojněji využívanou odpovědí byla možnost zcela spokojen/a se spoluprací se sestrou ohledně léčby bolesti, a to ve 118 (57,6 %) případech, následovalo 63 (30,7 %) odpovědí respondentů, kteří byli spíše spokojeni. Dalších 17 (8,3 %) respondentů udává, že je středně spokojeno se spoluprací se sestrou při léčbě bolesti a 7 (3,4 %) respondentů je spíše nespokojených. Možnost zcela nespokojen/a nebyla využita.

Tabulka 5 - Souvislost intenzity pocíťované bolesti s vybranými znaky

	do 24 hodin	2-3 dny	4-6 dní	1 týden - 1 měsíc	více než 1 měsíc	Suma
0 - 3 bez bolesti - slabá bolest	35	8	3	2	3	51
	17,10%	3,90%	1,50%	1,00%	1,50%	24,90%
4 - 6 středně silná bolest	57	48	15	2	6	128
	27,80%	23,40%	7,30%	1,00%	2,90%	62,40%
7 - 10 silná - nejhorší možná bolest	9	10	4	3	0	26
	4,40%	4,90%	2,00%	1,50%	0,00%	12,70%
Suma	101	66	22	7	9	205
sloupcová	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	-----
celková	49,30%	32,20%	10,70%	3,40%	4,40%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Stav bez bolesti až slabou bolest pocíťuje do 24 hodin 35 (17,10 %) respondentů, 8 (3,90 %) respondentů pocíťuje tuto bolest 2 – 3 dny, 3 (1,50 %) respondenti pocíťují bolest 4 – 6 dnů, 2 (1,00 %) respondenti pocíťují bolest v této intenzitě 1 týden až 1 měsíc, 3 (1,50 %) respondenti pocíťují bolest v této intenzitě více jak 1 měsíc.

Středně silnou bolest pocíťuje do 24 hodin 57 (27,80 %) respondentů, 48 (23,40 %) respondentů pocíťuje tuto bolest 2 – 3 dny, 15 (7,30 %) respondenti pocíťují bolest 4 – 6 dnů, 2 (1,00 %) respondenti pocíťují bolest v této intenzitě 1 týden až 1 měsíc, 6 (2,90 %) respondenti pocíťují bolest v této intenzitě více jak 1 měsíc.

Silnou až nejhorší představitelnou bolest pocíťuje do 24 hodin 9 (4,40 %) respondentů, 10 (4,90 %) respondentů pocíťuje tuto bolest 2 – 3 dny, 4 (2,00 %) respondenti pocíťují bolest 4 – 6 dnů, 3 (1,50 %) respondenti pocíťují bolest v této intenzitě 1 týden až 1 měsíc, žádný pacient nepocíťuje bolest v této intenzitě více jak 1 měsíc.

Analýza vztahů mezi vybranými položkami

Tabulka 6 - Souvislost intenzity pocíťované bolesti s vybranými znaky

Souvislost intenzity s/se ...	N	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
DÉLKOU POCÍŤOVANÉ BOLESTI V SOUČASNÉ INTENZITĚ	205	20,882	8	<0,01	**
MÍROU OVLIVNĚNÍ PSYCHICKÉHO STAVU BOLESTÍ	205	22,537	8	<0,01	**
MÍROU OVLIVNĚNÍ FYZICKÉHO STAVU BOLESTÍ	205	44,222	8	<0,001	***

Zdroj: vlastní výzkum

χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s. - Statisticky nevýznamný rozdíl

* - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$)

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$)

*** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$)

Analýzou vztahu se prokázala statisticky významná souvislost mezi intenzitou pocíťované bolesti a délkou pocíťované bolesti v současné intenzitě. Platí, že čím déle bolest trvá, tím je pacienty významně častěji hodnocena jako intenzivnější. Jako nejslabší je bolest hodnocena v případě, kdy trvá do 24 hodin.

Analýzou vztahu se prokázala statisticky významná souvislost mezi intenzitou pocíťované bolesti a mírou ovlivňování psychického stavu ze strany bolesti. Ukazuje se, že čím je bolest intenzivnější, tím výrazněji ovlivňuje psychický stav pacientů.

Analýzou vztahu se prokázala statisticky významná souvislost mezi intenzitou pocíťované bolesti a mírou ovlivňování fyzického stavu ze strany bolesti. Ukazuje se, že čím je bolest intenzivnější, tím výrazněji ovlivňuje fyzický stav pacientů.

4.3 Focus group s chirurgickými sestrami

Tabulka 7 - Charakteristika respondentek - sestry

Respondent	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe	Pracovní zařazení
1	41	Žena	Středoškolské	20 let	JIP
2	37	Žena	Středoškolské	14 let	JIP
3	25	Žena	Vysokoškolské- magisterský titul	1,5 roku	JIP
4	24	Žena	Vysokoškolské – bakalářský titul	1 rok	Standardní oddělení
5	32	Žena	Středoškolské	11 let	Standardní oddělení

Zdroj: vlastní výzkum

Hlavní témata:

- Názor na použití Vizuální analogové škály a Numerickou škálu při hodnocení bolesti.
- Názor na použití Mapy bolesti při hodnocení bolesti.
- Názor na použití Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity při hodnocení bolesti.
- Názor na vytvořený doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů.

Názor na použití Vizuální analogové škály a Numerické škály při hodnocení bolesti

Respondentky se shodly na názoru, že Vizuální analogová škála i Numerická škála jsou velmi jednoduchým nástrojem pro hodnocení bolesti. Dá se využít v jakémkoli prostředí (ambulance, standardní oddělení, jednotka intenzivní péče) a bez přílišného zatížení pacienta. Mezi silné stránky této metody zařadily přehlednost, jednoduchost metody, srozumitelnost pro pacienty a výstižnost míry intenzity bolesti, kterou pacient pociťuje. Naopak mezi slabé stránky zařadily jednostranné zaměření metody. Shodly se na názoru, že metoda vyjadřuje pouze míru intenzity, ale nevypovídá o jiných vlastnostech bolesti jako je lokalita či charakter bolesti. Jedna z respondentek navrhla, že by se škála

mohla využívat v kombinaci s jinou metodou, uváděla například mapu bolesti, tak aby byly informace o bolesti komplexnější a využitelnější.

Názor na použití Mapy bolesti při hodnocení bolesti

Respondentky se shodly na tom, že za svou praxi se setkaly s Mapou bolesti, do které se zaznamenávala pouze lokalita a propagace bolesti, nikoli intenzita či charakter. Proto hodnotí metodu jako neúplnou, kdy se dozví jen některé vlastnosti bolesti. Uvádají, že metoda je přínosná hlavně pokud lokalitu a propagaci zakresluje přímo sám pacient, nedojde totiž k překroucení, ke kterému by mohlo dojít, pokud by zakreslovala sestra podle pokynů pacienta. Jako další výhodu uvádí přímé zapojení pacienta do hodnocení bolesti. Jedna z respondentek udává, že pokud by byla zakreslená lokalita a propagace doplněná o charakter a intenzitu, byla by podle ní metoda komplexní a využitelná pro kvalitní hodnocení bolesti.

Názor na použití Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity při hodnocení bolesti

Respondentky vidí na této metodě obrovské pozitivum především v kombinaci charakteru s intenzitou bolesti u každého bodu. Výběr charakteristik bolestí hodnotí jako vyčerpávající. Domnívají se, že jsou zde zahrnuty všechny charaktery bolesti, takže pacient může označit tu, která je nejpřesnější. Formální stránka je podle jejich názoru přehledná a je jasně stanovené jak dotazník vyplňovat. Nevýhody shledávají především v tom, že možností charakteristik je příliš, to může pacienta zaskočit, zmást nebo vést k označení i těch možností, které bolest necharakterizují. Jedna z respondentek poukazuje i na skutečnost, že některé označení charakteru bolesti může být pro lidi nesrozumitelné nebo neví co si pod touto možností představit. Uvádá, že některé z charakteristik objevující se v dotazníku jsou příliš abstraktní. Respondentky se shodují na tom, že metoda je velmi kvalitní, ale sestra musí věnovat čas vysvětlení metody pacientovi, jinak pak bude metoda neefektivní. Jedna z respondentek uvádí, že by bylo vhodné, aby kromě vysvětlení od sestry měl pacient k dispozici vytištěnou škálu tak, aby si mohl znovu možnosti přečíst a vybrat ty, které nejlépe charakterizují prožívanou bolest.

Názor na vytvořený doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů

Respondentky hodnotily Doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů pozitivně. Hodnotily materiál jako stručný, bez nadbytečných informací, ale zároveň jako ucelený s veškerými důležitými informacemi. Materiál oceňují i pro jasnou strukturovanost a přehlednost. Pozitivně bylo ohodnoceno i zařazení instrukcí pro vyplňování dokumentace hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Shodly se na tom, že je dobré mít jednotný postup pro vyplňování dokumentace, aby se následně nestalo, že každý bude dokumentaci vyplňovat či chápat jinak. To by mohlo vést ke zkreslení získaných informací a nasazení nesprávné léčby bolesti.

Samotnou dokumentaci pro hodnocení bolesti shledávají jako přehlednou a kompletní. Respondentky udávají, že informace které se získají vyplněním dokumentace, jsou ucelené a je možné získat informace o všech vlastnostech bolesti, které jsou v danou chvíli potřeba. Jako další pozitivum je i možnost sledování vývoje bolesti postupem času. Kladně hodnotí i to, že informace o bolesti jsou pohromadě, uvedené na jednom místě. Jedna z respondentek uvádí, že je velikou výhodou, že sestra nebo lékař při pohledu do dokumentace uvidí nejen lokalitu a propagaci, intenzitu a charakter právě prožívané bolesti, ale i léky proti bolesti, které pacient již dostal nebo může ještě dostat.

Možné úskalí, které zde respondentky vidí, je ve spolupráci s pacientem. Ačkoli by měla dokumentaci vyplňovat sestra, říkají, že by bylo vhodné, aby lokalitu a propagaci zakresloval sám pacient, aby nedošlo ke zkreslení. Dále navrhuji, aby pacient dostal vtyštěnou Krátkou verzi McGillova dotazníku bolesti. Pacient si bude moci projít všechny charakteristiky a poté sdělí sestře intenzitu charakteristik bolesti, které jsou u něho aktuální. Jedna z respondentek vidí problém v tom, že intenzita bolesti, hodnocená vizuální analogovou škálou po dvou hodinách, je vyplňována příliš často a sestru to časově vytíží. Další z respondentek poukazuje na problém plýtvání papíru. Při každodenním zhodnocení bolesti u pacienta se vždy vyplňují podle pokynů k vyplňování dokumentace tabulky, mapa bolesti a Krátka verze McGillova dotazníku bolesti se vyplňuje pouze za předpokladu, že nastala nějaká změna v těchto oblastech hodnocení. Pokud tato změna nenastala, mapa bolesti ani Krátka verze McGillova dotazníku bolesti se nevyplňují. Proto se může stát, že je vyplněna několik dnů pouze malá část listu.

4.4 Focus group s chirurgickými pacienty

Tabulka 8 - Charakteristika respondentů - pacienti

Respondent	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání
1	56	Žena	Středoškolské vzdělání s maturitou
2	47	Muž	Středoškolské vzdělání s výučním listem
3	29	Žena	Vysokoškolské- magisterský titul
4	36	Muž	Středoškolské vzdělání s maturitou
5	33	Žena	Vysokoškolské- bakalářský titul

Zdroj: vlastní výzkum

Hlavní témata:

- Názor na použití Vizuelní analogové škály a Numerickou škálu při hodnocení bolesti.
- Názor na použití Mapy bolesti při hodnocení bolesti.
- Názor na použití Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity při hodnocení bolesti.
- Názor na vytvořený doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů - dokumentace.

Názor na použití Vizuelní analogové škály a Numerickou škálu při hodnocení bolesti

Vizuelní analogová škála je jediná ze škál, které jsme při metodě Focus group řešili, kterou znali nebo se s ní setkali všichni respondenti. Uvádí, že touto metodou je jejich bolest hodnocena nejčastěji. Shodují se na tom, že u nich byla metoda dostačující v případě, kdy byla bolest krátkodobá. Například jeden z respondentů uvádí, že tato metoda byla použita při hodnocení bolesti po operaci pupeční kýly, která byla provedena laparoskopicky. Bolest se pomocí vizuelní analogové škály hodnotila 2 dny po operaci, poté byl respondent propuštěn domů. Uvádá, že na tento typ pooperační

bolesti byla škála dostačující. Nyní je hospitalizován s jiným typem onemocnění, kde byl nutný daleko rozsáhlejší operační zákrok. Respondent uvádí, že nyní už je vizuální analogová škála nedostačující a uvítal by možnost charakterizovat vlastnosti bolesti podrobněji. Má pocit, že nedostatečná informovanost personálu o jeho bolesti, způsobuje neadekvátní tlumení bolesti. Ostatní respondenti souhlasí s výpovědí.

Názor na použití Mapy bolesti při hodnocení bolesti

Tři z pěti respondentů uvádějí, že se již s mapou bolesti setkali. Setkali se s ní v ambulantní sféře, nikoli při hospitalizaci v nemocnici. Shodují se na tom, že je metoda velmi cenná hlavně pokud mohou bolest zakreslit do mapy sami. Jeden z respondentů uvádí zkušenost s mapou bolesti. Při popisu lokality bolesti se nemohl s hodnotícím personálem domluvit na přesné lokalitě. Personál se vyjadřoval odbornými výrazy, které označovaly lokalitu či propagaci bolesti, kterým respondent nerozuměl a proto nepopsal lokalitu správně. Situace se vyřešila tím, že respondent sám zakreslil do mapy lokalitu a propagaci.

Názor na použití Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity při hodnocení bolesti

Respondenti se shodují na tom, že se nikdy nesetkali s takovou verzí Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity, která jim byla předložena. Dva z respondentů uvádí, že se setkali se seznamem některých charakteristik, které jsou uvedeny i v tomto dotazníku, ale nikdy nebyl doplněn o možnost označení intenzity a nebyl takto rozsáhlý. Respondenti si nejprve prošli dotazník samostatně, dva z respondentů dotazník zpočátku nepochopili, bylo nutné verbální vysvětlení či doplnění. Po seznámení s dotazníkem se shodli respondenti, že jsou charakteristiky bolesti velmi různorodé, proto si může každý vybrat. Dva respondenti udávají, že některé charakteristiky bolesti si nedovedou představit, že jsou pro ně příliš abstraktní (sžíravá bolest, bolest jako při zasažení elektrinou). Pokud by byla tato metoda použita při hospitalizaci, bylo by podle respondentů nezbytné, aby dotazník viděli a sami si mohli charakteristiky přečíst, udávají, že pokud by sestra pouze vyjmenovala charakteristiky, nebyli by schopní určit přesně bolest. Pokud by sami vyplňovali dotazník, bylo by podle respondentů nutné, aby je sestra řádně poučila a postup vysvětlila. Kdyby hodnocení proběhlo podle výše uvedených zásad, myslí si, že by hodnocení bylo přínosné a přesné.

*Názor na vytvořený doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů
– dokumentace*

Dokumentace byla s respondenty vyplněna a následně byla zjišťována úplnost, pochopitelnost a přesnost sdělení dokumentace. Jak již bylo uvedeno výše, respondenti by raději mapu bolesti vyplňovali sami, předešlo by se tak ke komunikačním problémům, které by mohly nastat. Rádi by sami vyplňovali i Krátkou verzi McGillova dotazníku bolesti, obávají se ale, že při příjmu do nemocnice by na to nebyl dostatek času a byl by na ně kladen velký nápor. Pod tímto tlakem by i přes vysvětlení postupu vyplňování mohli označit možnosti nepřesně.

Pokud by byl vysvětlen postup vyplňování, zajištěn dostatek času a byla by spolupráce a ochota ze strany sestry, respondenti se shodují, že by hodnocení bylo komplexní a přesné. Respondenti uvádí, že by sestra měla při zahájení léčby bolesti informovat o formě podání léku, které má pacient k dispozici, o frekvenci, jak často může léky užívat a jaké nežádoucí účinky mohou léky mít, pacient kolikrát ani nevím, že je to následek užitého léku proti bolesti. Kdyby sestra poskytla veškeré tyto informace, byli by respondenti spokojeni.

5. Diskuze

Výzkumné šetření diplomové práce se zaměřovalo na zjištění používání škál pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. V současnosti je nepřehledné množství škál pro hodnocení bolesti. Zvolit škálu tedy může být značně obtížné, zvláště proto, že u bolesti je nutné brát v potaz mnoho hledisek. Účelem tohoto výzkumného šetření bylo zmonitorovat používané škály a na základě připomínek od chirurgických sester a pacientů ke škálám a hodnocení bolesti následně vytvořit návrh postupu pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Metodou focus group s chirurgickými sestrami a chirurgickými pacienty jsme ověřili srozumitelnost a přehlednost dokumentu a zaznamenali připomínky a možná úskalí, která by doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů mohl přinést, pokud by se zrealizoval v praxi.

Bolest je jedním z hlavních problémů, který musí zdravotníci v nemocnici řešit. Jak uvádí Málek et al. (2014), do hodnocení a léčby bolesti by měl být zapojen celý multidisciplinární tým. Z výsledků výzkumu vyplývá, že hodnocení bolesti lékařem, bylo provedeno u 90 % oslovených pacientů. Hodnocení bolesti sestrou bylo realizováno u 95 % oslovených, 17 % oslovených také udává, že hodnocení bylo provedeno fyzioterapeutem. Vorlíček et al. (2006) uvádějí, že někdy spolupráce s fyzioterapeutem ohledně hodnocení léčby bolesti může být pro pacienta velmi přínosná. Oproti tomu výsledky výzkumu se sestrami obsahují jednomyslnou kladnou odpověď na otázku, zda sestra realizuje hodnocení bolesti u pacientů. Zde výsledek činil 100 % hodnocení bolesti sestrou, ale 80 % sester uvedlo, že na jejich oddělení realizuje hodnocení bolesti také lékař. Je vhodné se zaměřit na to, čím je tento rozdíl v pohledu pacienta a sestry na hodnocení bolesti způsoben. Je možné, že pacientova bolest byla hodnocena pouze formou běžného hovoru pacienta a sestry, takže si pacient ani neuvědomil, že šlo o záměrné hodnocení bolesti. Je zde ale také možnost, že hodnocení nebylo realizováno vůbec.

Problematikou hodnocení bolesti u pacienta se zabývá i Bírešová (2011). Bírešová (2011) ve svém výzkumu, který byl realizován v odborných ambulancích, domovech pro seniory, ambulancích intenzivní medicíny, zařízeních sociálních služeb a podobně, uvádí, že sestry hodnotí bolest u pacientů pouze ve 48 %, 38 % sester nechává hodnocení bolesti na lékaři a 14 % sester bolest vůbec neřeší. Hodnocení bolesti by mělo být jak pro sestru, tak pro lékaře denní automatickou činností. Proto je

podivuhodné, že výsledky nedosahují celých 100 %. Poukazuje to na skutečnost, že tato oblast má stále nedostatky, a to i přes fakt, že je na problematiku bolesti výrazně zaměřováno jak pregraduální, tak i postgraduální vzdělávání a existuje mnoho publikací, které se touto problematikou zabývají. Paans et al. (2011) uvádějí, že mezi čtyři skupiny faktorů, které ovlivňují používání a přesnost ošetrovatelských diagnóz, což akutní i chronická bolest jsou, patří diagnostické kompetence, prostředky a vzdělávání v oblasti diagnostiky, složitost a komplexnost situace pacienta a nemocniční politika. Myslím si, že především první tři faktory úzce souvisí s hodnocením bolesti a zaměřují se na to, aby sestra bez problému zvládala hodnocení bolesti za pomoci škál a osvojila si tuto techniku v každodenní praxi. Tak aby byly dosaženy ty nejlepší výsledky, je stále nutné sestry edukovat o managementu bolesti, motivovat k celoživotnímu vzdělávání, například právě v problematice bolesti. Je nutné, aby se sestry neustále rozvíjely a nestagnovaly.

Bolest, ať už ta, která vzniká druhotně na základě jiné nemoci či lékařského zákroku, nebo bolest jako samostatná diagnóza, velmi ovlivňuje organismus člověka, jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Na tuto skutečnost je nutné myslet. S tímto výrokem souhlasí i Ptáček et al. (2011), uvádějí, že bolest výrazně ovlivňuje psychiku pacienta. Z provedeného výzkumu je patrné, že bolest ovlivnila psychický stav až u 63 % dotazovaných pacientů. Nejčastěji uváděným psychickým projevem bolesti byla emoční labilita, dále se často objevovaly verbální projevy a apatie. Byla zjištěna i statisticky významná souvislost ($p < 0,01$) mezi prožívanou intenzitou bolesti a mírou ovlivnění psychického stavu (viz tabulka 6 na straně 76). Ukázalo se, že čím větší je intenzita bolesti, tím více to ovlivňuje psychickou stránku pacienta. Myslím si, že projevy, které jsou uvedené, se objevují velmi často a mnohdy na ně zdravotníci neumějí reagovat. Projevy připisují spíše osobnostním charakteristikám člověka a již neřeší původ těchto komplikací. Na tuto problematiku upozorňují i Vopeláková et al. (2006), uvádějí zásady, které má sestra dodržovat při komunikaci s pacientem trpícím bolestí. Především má naslouchat a neoznačovat trpícího pacienta jako simulanta či hypochondra (Vopeláková et al., 2006). Konflikt, který často následuje, je způsoben právě prožívanou bolestí a projevy by se daly mírnit vhodnou komunikací a léčbou bolesti a tím předejít nepříjemným situacím jako jsou verbální konflikty. Vrba (2017) uvádí, že pokud je psychická stránka pacienta narušena významně, je vhodné zapojit do léčby i psychologa či psychiatra.

Ovlivnění fyzického stavu bolestí uvádí v našem šetření až 81 % pacientů. Nejčastějšími projevy ovlivnění fyzického stavu je omezená hybnost, soběstačnost a mimické projevy. Ve výzkumné části byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi pocíťovanou intenzitou bolesti a mírou ovlivnění fyzického stavu ($p < 0,001$). Stejně jako platilo u předchozího, že čím vyšší míra intenzity, tím větší ovlivnění psychického stavu, platí to i zde. Čím větší intenzitu bolesti pacient prožívá, tím větší je fyzické ovlivnění bolestí. Stejně tak jako by sestry měly dbát na to, aby bolest nenarušila psychickou stránku pacienta, tak by měly dbát i na to, aby projevy narušení fyzické stránky byly co nejmenší. Důraz by se měl zaměřit hlavně na každodenní úkony, které pacient vykonává, jako je hygiena, rehabilitace nebo přijímání potravy. Bartůněk et al. (2016) uvádějí, že je nutné pro práci sestry zjistit, nakolik je omezena pacientova hybnost a jak je soběstačný při provádění běžných denních aktivit. Sestra by si měla být vědoma toho, že pacient má omezenou hybnost a soběstačnost, a podle toho pacientovi dopomoci, aniž by prožívanou míru bolesti zvýšila. Někdy se však stává, že personál zapomíná na to, že pacienta bolest omezuje v pohybu a jsou na něj kladeny nároky, které jsou neadekvátní. To nejenže zvyšuje intenzitu bolesti, ale narušuje i psychický stav. Linhartová (2007) zjišťovala ve svém výzkumu, co se pacientům nelíbilo v komunikaci s lékařem, a jednou z odpovědí byla právě výpověď, že lékař pacientovi bolest nevěří. Takové závěry snižují celkovou kvalitu péče.

Proto lze za pozitivní považovat výsledky vztahující se k otázce nejčastějších projevů bolesti u pacienta, tak jak je vnímá sestra. Jako nejčastější projev, se kterým se setkávají u pacientů trpících bolestí, označily omezenou hybnost (62 % sester). Je samozřejmé, že pacient, který pocíťuje bolest, bude v určité míře v pohybu limitován. Sestry by měly na tuto skutečnost myslet a kromě dostatku času na pacienta by měly zajistit i vhodné pomůcky k pohybu a edukovat pacienta o správném postupu běžných denních aktivit (například vstávání z lůžka, chůze po schodech). Sestra by měla zjistit míru deficitu sebepečce, který z omezené hybnosti plyne. Na základě toho poté zvolí formu pomoci. Může se jednat o pouhou edukaci pacienta nebo o částečnou, případně úplnou kompenzaci. Tyto formy kompenzace jsou popsány v modelu Oremové (Halmo, 2015). Kromě omezené hybnosti sestry označovaly také verbální projev (53 % sester). Sestra by měla být schopná vnímat verbální i neverbální projevy pacienta a podle toho posuzovat jeho celkový stav. Dalším projevem bolesti, se kterým se sestry setkávají, je nespolupráce. Myslím si, že zde záleží na umění sestry vytvořit intimní, důvěrnou

a pozitivní atmosféru mezi ní a pacientem. Pokud tuto schopnost sestra má, domnívám se, že tento problém ve velké míře zmizí. Sestra musí umět pacientovi také vysvětlit, proč je dané úkony nutné vykonat. Pokud pacient nabude dojmu, že dané výkony jsou prováděny pro zlepšení jeho zdravotního stavu, spolupráce bude jistě vyšší. Dále 51 % sester uvádí, že se setkává u pacientů s omezenou soběstačností, která navazuje na omezenou hybnost. Projevy, jako jsou únava a ospalost jsou také poměrně častými, dokazuje to naše šetření, kde tuto možnost označilo 35 % sester. Projevy nejčastěji souvisí s rozsahem chirurgického výkonu, onemocněním samotným, změnou prostředí pobytu pacienta, provozem oddělení a také s psychickým rozpoložením pacienta. Agrese je také označovaným projevem bolesti. S tímto projevem se setkává ve své praxi až 35 % sester. Obecně se v současnosti řeší problém narůstající agrese pacientů vůči sestram. Zacharová (2009) uvádí, že agrese může být vyvolána strachem, úzkostí, nespokojeností s hospitalizací, diagnózou se špatnou prognózou, ale právě i silnou bolestí. Na místě je zde adekvátní komunikace a včasné řešení konfliktů. To potvrzuje i Pekara (2016), uvádí, že sestry je možné předem připravit na problémové situace tohoto typu, ty poté lépe zvládají reálnou situaci a správnou komunikací dokážou konflikt zažehnat. S apatií se setkává 20% sester. Stejně jako u nespokojenosti záleží na schopnosti sestry zapojit pacienta do péče o své zdraví.

Jak jsme již na začátku zmínili, vybrat správnou škálu, která by byla zcela vyhovující, je značně obtížné. Přesto je používání škál v ošetrovatelství velmi důležité. Podle Taliánové et al. (2013) se používáním škál zajistí nejen dobrá kvalita ošetrovatelské péče, ale i kvalita života pacienta. Škál existuje v ošetrovatelství celá řada a zcela jistě určitá oddělení budou preferovat určité škály. Nicméně škály pro hodnocení bolesti jsou aktuální napříč medicínskými obory. Ačkoli se samozřejmě musí přizpůsobovat věku a mentálnímu vyspění pacientů. Bířešová (2011) se ve svém výzkumu Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče zajímala o znalost škál sestrami. Zjistila, že 34 % sester zná 1 – 2 škály pro hodnocení bolesti, 14 % zná více než 3 škály a 52 % sester nezná žádné škály. Jednou z našich otázek ve výzkumu bylo, jaké hodnotící škály využívají sestry při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Ptali jsme se pacientů i sester. Ve výzkumném šetření 35 % pacientů nevědělo, jakou škálu sestry využívají. Nejčastěji pak pacienti uváděli, že sestry využívají verbální hodnocení (téměř 30 % dotazovaných). Druhou nejčastěji využívanou škálou byla vizuální analogová škála (17 %). Ve výzkumu Taliánové et al. (2013) je uvedeno, že

vizuální analogová škála je čtvrtou nejčastěji užívanou škálou v ošetrovatelství. Vyplývá to i z kvalitativního výzkumu, který jsme prováděli pomocí metody focus group. Vizuelní analogová škála byla jedinou škálou, kterou znali všichni účastníci. Pokorná et al. (2013) také uvádějí, že vizuelní analogová škála je jednou z nejpoužívanějších škál při hodnocení bolesti. Během své praxe na různých odděleních jsem se také nejčastěji setkala s používáním vizuelní analogové škály pro hodnocení bolesti. I sestry ve výzkumu nejčastěji uváděly, že používají vizuelní analogovou škálu (51 % sester). Druhou nejčastěji využívanou škálou bylo verbální hodnocení (35 % sester) a třetí nejčastěji využívanou škálou pak záznam hodnocení bolesti, který uvedlo 29 % sester.

Ukázalo se, že 17 % dotazovaných pacientů ve výzkumu uvedlo, že sestra při hodnocení nevyužívá žádnou škálu. Zde ale může být výsledek zkreslen například tím, že si pacient neuvědomuje, že sestra provádí hodnocení bolesti škálou, může se domnívat, že se jedná pouze o rozhovor mezi ním a sestrou. Myslím si, že využívání škál má pozitiva především v tom, že hodnocení je jednotné. Není zkreslené tím, že každý den hodnotí bolest jiná sestra. Tuto výhodu zmiňují i Pokorná et al. (2013). Pokud není na oddělení jasný postup, jak hodnotit a zapisovat bolest do dokumentace, nastává problém. Bolest není pečlivě zaznamenávána, není možné sledovat progresi či ústup bolesti, není zaznamenána úspěšnost či neúspěšnost léčby bolesti eventuálně nežádoucí účinky léčby bolesti. Pokud nemáme zaznamenány podrobné informace o bolesti, stěží proti ní můžeme vést úspěšný boj.

Dalším bodem, kterým jsme se v našem výzkumu zabývali, bylo zjistit, co by chtěli do hodnocení bolesti doplnit sestry i pacienti. Nejčastější odpovědí u pacientů byla přesnější slovní popis. Tuto možnost vybralo 41 % pacientů. Myslím si, že to souvisí především s tím, že je nejvíce používaná vizuelní analogová škála pro hodnocení bolesti. Tato škála je, jak uvádějí Pokorná et al. (2013), jednoduchá, zaměřená pouze na jednu vlastnost a tou je intenzita. Pokud se zaměříme pouze na tuto vlastnost, zcela opomeneme další důležité vlastnosti bolesti, jako je právě charakteristika bolesti, která bývá často zásadní pro léčbu. Což vyplynulo i z metody focus group, která byla prováděna s chirurgickými pacienty. Jeden z pacientů uváděl, že vizuelní analogová škála je vhodná tehdy, pokud se jedná o krátkodobou bolest, v tomto případě to byla pooperační bolest po laparoskopické operaci pupeční kýly bez komplikací. Když ovšem tento pacient prodělal daleko rozsáhlejší operační výkon, hodnotil tuto metodu jako

zcela nedostačující. Chtěl by doplnit charakteristiku a jiné vlastnosti bolesti. Pacient udával, že nedostatečné informace, které personál získal použitou vizuální analogovou škálou, měly za následek neadekvátní léčbu jeho bolesti. Z toho vyplývá, že je nutné zaměřit se na hodnocení bolesti komplexně, s tím souhlasí i Vorlíček et al. (2012).

Dalším bodem, který chtěli pacienti doplnit, byl obrázek pro zakreslení lokality a propagace bolesti. Jak uvádějí Čeledová et al. (2018) akutní bolest je varovným signálem organismu. Tento bod je tedy stěžejní například v situaci, kdy jde o akutní náhle vzniklou bolest, kde zjišťujeme příčinu této bolesti. Přesná lokalita a propagace nám může velmi zjednodušit cestu k diagnóze. Některá onemocnění mají totiž charakteristickou lokalitu a propagaci bolesti, takže pokud pečlivě zaznamenáme tyto skutečnosti, lékař se může zaměřit na onemocnění, pro která je tato bolest typická a urychlí se tím proces diagnostiky a tím i nasazení adekvátní léčby. Tuto tezi ve své publikaci uvádějí i Lukáš et al. (2011). Při kvalitativní metodě výzkumu focus group s chirurgickými pacienty jsme se dozvěděli i to, že by rádi vyplňovali mapu bolesti sami. Chtějí tím docílit přesného zakreslení, které není ovlivněno tím, že by sestře nebo jinému zdravotnickému personálu vysvětlovali lokalitu a šíření. Jak uvádí i Piecková (2011), mapa bolesti je subjektivní metoda hodnocení bolesti. Proto by bylo i z mého pohledu přínosnější, aby mapu bolesti vyplňoval přímo pacient.

Zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem chtělo 14 % dotazovaných pacientů. Myslím si, že je nutné, aby se lékaři zajímali o prožívanou bolest u pacientů při každé vizitě. Stav bez bolesti nebo pouze mírná/snesitelná bolest usnadní proces uzdravování či hojení u pacienta a tím dosáhneme lepšího výsledku. Jak uvádí Pospíšilová (2010), při hojení defektů je nutné zaměřit se na pacienta komplexně, tedy i na léčbu bolesti. Bolest, která bude včas odhalena, může odkrýt počínající komplikace, které mohou být vyřešeny včas tak, aby neztížily průběh nemoci či nezhoršily zdravotní stav pacienta.

Ačkoli jsme pro nedostatek pozorování nemohli potvrdit ani vyvrátit hypotézu číslo 3 - Slovně popisné metody jsou vhodnější pro sledování bolesti u chirurgických pacientů než vizuální analogová škála – můžeme na základě zjištěných dat říci, jak dlouho a v jaké intenzitě respondenti aktuální bolest pociťovali a jaké dopady to pro ně mělo. Lze také konstatovat, že v dotaznících pacienti velmi často uváděli, že by chtěli doplnit přesnější slovní popis a jiné charakteristiky. Proto se můžeme domnívat, že použití

samotné vizuální analogové škály je pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů dnes již nedostačující. To dokládají i výsledky z focus group. Tam pacienti uváděli, že vizuální analogová škála není zcela dostačující.

V dotazníku jsme se ptali i sestry, co by chtěly doplnit v hodnocení bolesti u pacientů. Téměř v 50 % sestry odpovídaly, že nechtějí doplnit nic. Myslím si, že je to způsobené hlavně tím, že sestry nejsou ochotné rozšiřovat dokumentaci a bojí se, že jim přibude, jak samy říkají, další „papír“ na vyplňování. Sestry často hodnotí dokumentaci jako velmi rozsáhlou, zbytečnou a zatěžující. Uvádějí, že díky vyplňování velkého množství dokumentace nemají čas na pacienta. Myslím si, že některé sestry neberou v úvahu to, že doplnění některých vlastností bolesti do dokumentace by bylo obrovským přínosem jak pro hodnocení, tak následnou léčbu bolesti pacienta. Vondráček et al. (2003) uvádějí fakt, že zatímco lékaři se snaží svou administrativu zjednodušovat, administrativa ošetrovatelské péče se rozrůstá. Ve výzkumu byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a tím, co by chtěly při hodnocení bolesti doplnit. Ve výzkumu se ukázalo, že sestry se středoškolským vzděláním častěji označovaly možnost, že nic v hodnocení bolesti nechtějí doplnit. Oproti tomu sestry s vysokoškolským vzděláním (bakalářský titul) významně doporučovaly doplnit přesnější slovní popis bolesti.

Hypotéza – Názor sester k používání hodnoticích škál se liší v závislosti na vzdělání – se potvrdila na základě předchozího odstavce a také dalších informací vyplývajících z výzkumu. Ve výzkumu se zjistilo, že sestry se středoškolským vzděláním častěji odpovídaly, že neví, zda je dostačující při hodnocení mapa bolesti či verbální hodnocení. Oproti tomu sestry s vysokoškolským vzděláním tyto metody považují významně častěji za dostačující.

Z výzkumu vyplývá, že 17 % sester by chtělo doplnit při hodnocení bolesti přesnější slovní popis. Pokud se používá pouze nejčastěji využívaná škála – vizuální analogová škála – dozvíme se informace pouze o intenzitě, což bývá nedostačující. K tomu, abychom komplexně zhodnotili bolest, je nutné doplnit i jiné vlastnosti. Proto jsme do vytvořené dokumentace doporučeného postupu pro hodnocení bolesti zařadili nejen hodnocení intenzity bolesti, ale i popis charakteru bolesti a lokalitu a propagaci bolesti.

Stejně jako pacienti chtěli zvýšit frekvenci hodnocení lékařem, sestry jsou stejného názoru. Necelých 17 % sester si myslí, že je to nezbytné. Hodnocení a léčba bolesti je

v kompetenci sester, ale stejně tak je i v kompetenci lékaře. Sestra je tou osobou, která tráví s pacientem převážnou část dne, proto může posoudit, zda se charakter bolesti a intenzita v průběhu dne mění, zda nasazená léčba bolesti je adekvátní a dostačující, a v neposlední řadě i vyslechnout pacienta, zda je s hodnocením a léčbou bolesti spokojen. Sestra by měla být poté prostředníkem mezi pacientem a lékařem v řešení dalšího postupu hodnocení a léčbě bolesti. Jak uvádějí i Vorlíček et al. (2012) harmonická spolupráce sestry a lékaře je obrovským přínosem pro pacienta.

To, že je hodnocení a léčba bolesti v kompetenci sester, je patrné i z toho, že akutní a chronická bolest se nachází v taxonomii NANDA. Herdman a Kamitsuru (2015) uvádějí v publikaci ošetřovatelské diagnózy akutní bolest (00132) a chronickou bolest (00133). Z toho vyplývá, že sestra se bolestí ve své praxi musí intenzivně zabývat. Toho jsou si sestry vědomy a necelé 3 % sester z výzkumu by ještě zvýšila frekvenci hodnocení bolesti u pacientů. Očima pacientů to je vnímáno obdobně a necelých 6 % respondentů z výzkumu by také rádo zvýšilo frekvenci hodnocení bolesti sestrou. Otázkou zůstává, kolikrát denně je hodnocení bolesti dostačující. Myslím si, že odpověď na tuto otázku je značně složitá. Musíme brát zřetel na mnoho faktorů, například na to, jak dlouho je pacient po výkonu, jak intenzivní bolesti pacient prožívá, zda je adekvátně nasazená léčba. Myslím si, že frekvence hodnocení by měla být upravena podle typu oddělení a celkového stavu pacienta. Z analýzy vztahů ve výzkumné části vyplynulo, že se frekvence hodnocení bolesti sestrou liší ve vztahu k délce praxe. Ukázalo se, že sestry s délkou praxe 3 a více let hodnotí bolest 5× a více za den. Sestry s praxí 1–2 roky významně častěji volily možnost 3–4× denně.

Ve výzkumné části byla také prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a požadavky na doplnění hodnocení bolesti. Ukázalo se, že sestry s delší praxí (7 a více let) častěji volily možnost, že není nutné při hodnocení bolesti něco doplňovat. Názor sester se lišil s ohledem na délku praxe i na dostatečnost využívaných škál. Sestry s nejdelší praxí (16 a více let) významně častěji uváděly, že nevědí, zda je mapa bolesti dostačující škálou pro hodnocení bolesti. Sestry s praxí 3 – 6 let tuto škálu častěji hodnotily jako středně dostačující. Obdobně to platí i s názorem na barevnou analogovou škálu. Sestry s nejdelší praxí (16 a více let) významně častěji uvádějí, že nevědí, zda je metoda dostačující. I u hodnocení bolesti za použití obličejové škály uváděly sestry s nejdelší praxí (16 a více let), že nevědí, zda je škála dostačující.

Hypotézu – Názor sester k používání hodnotících škál se liší v závislosti na délce praxe – jsme potvrdili na základě výše uvedených informací. Z výzkumu je patrné, že existují statisticky významné rozdíly v názorech sester, jak ve frekvenci hodnocení, používání škál, tak i v požadavcích na doplnění hodnocení bolesti, s ohledem na délku praxe.

Za zmínku jistě stojí i to, jak jsou sestry spokojené se spoluprací s lékařem ohledně hodnocení léčby a bolesti. Nejvíce sester označilo možnost spíše spokojen/a, a to 103 (necelých 41 %) sester, 83 (necelých 33 %) sester je zcela spokojeno se spoluprací s lékařem ohledně hodnocení bolesti, 50 (necelých 20 %) sester bylo středně spokojeno, 16 (6 %) sester bylo spíše nespokojeno a 1 (0,4 %) sestra byla zcela nespokojena. Myslím si, že je pozitivní, že se sestry kloní ke kladným odpovědím na tuto otázku. Spolupráce sestry a lékaře je velmi důležitá. Tato spolupráce je někdy narušována nepochopením rolí a odpovědnosti vyplývající z konfliktu mezi lékařstvím a ošetřovatelstvím (Plevová et al., 2011).

Co se týče spolupráce pacienta s lékařem a sestrou při hodnocení a léčbě bolesti, pacienti se vyjadřovali ve většině případů kladně. Souhrnně lze říct, že spokojeno bylo 191 (93 %) pacientů (zahrnuty možnosti zcela spokojen/a, spíše spokojen/a, středně spokojen/a), nespokojeno pak bylo 14 (7 %). Se spoluprací s lékařem ohledně léčby bolesti bylo 194 (94,6 %) pacientů spokojeno. Zbývajících 11 (5,4 %) pacientů bylo nespokojeno. Ačkoli možnost nespokojenosti byla zvolena poměrně málo pacienty, bylo by možné tento počet ještě snížit. Především si myslím, že by k tomu mohlo vést, kdyby se zlepšila komunikace mezi pacientem a lékařem. Jak uvádějí Ptáček et al. (2011), rozhovor je nejsilnější a nejcitlivější nástroj, který lékař má, a měl by ho umět dokonale využít.

Z pohledu spokojenosti pacientů se spoluprací se sestrou při hodnocení bolesti se vyjádřilo 198 (96,6 %) kladně – zahrnuty možnosti zcela spokojen/a, spíše spokojen/a, středně spokojen/a. Pouze 7 (3,4 %) pacientů vyjádřilo nespokojenost. Co se týče spokojenosti pacientů se sestrou při léčbě bolesti, jsou výsledky obdobné, 198 (96,6 %) pacientů vyjádřilo spokojenost, pouze 7 (3,4 %) pacientů vyjádřilo nespokojenost. I přes to, že výsledky považuji za velmi dobré, je nutné stále péči o pacienty rozvíjet a zdokonalovat.

Na základě zkušeností z praxe, výsledků dotazníků a prostudované literatury jsme vytvořili doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů, včetně

dokumentace bolesti (viz příloha 4 a 5). Doporučený postup jsme poté podrobili metodě focus group s chirurgickými sestrami a chirurgickými pacienty. Jak uvádí Mikuláščík (2010) jedná se o skupinový rozhovor na dané téma, za účasti malého počtu účastníků. Obě setkání probíhala v přátelské atmosféře. Náměty a postřehy účastníků byly zaznamenávány do záznamového archu. Z focus groupu s pacienty vyplynul názor na používání vizuální analogové škály, který si myslím, že je velice trefný. Jeden z respondentů uváděl, že vizuální analogová škála je snadno pochopitelná a jednoduchá na použití, ale díky svému jednostrannému zaměření najde své uplatnění u krátkodobé bolesti. Pokud se hodnotí dlouhodobější bolest například po rozsáhlém operačním výkonu, je nutné zajistit i jiné vlastnosti bolesti; s tímto názorem souhlasí i Pokorná et al. (2013). Respondent uváděl, že nedostatečná informovanost personálu o jeho bolesti, způsobená použitím nedostatečné vizuální analogové škály, měla za následek neadekvátní tlumení bolesti. Co se týče mapy bolesti, byla hodnocena kladně, avšak za předpokladu, že si budou moci bolest do mapy zakreslit sami. Má se tím předejít chybnému zakreslení, pokud by pacient sestře lokalitu bolesti pouze popisoval. Tato prosba by jistě šla zrealizovat. Jak totiž uvádějí Rokyta et al. (2012) pravidla zaznamenávání se liší podle zařízení, proto by se mohlo stanovit, že pacienti mapu vyplní sami. Zkrácená verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity byla přijata také kladně. Možné problémy, které mohou vzniknout při použití, vyplývají především z vysoké míry abstraktnosti charakteristik. Doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů – dokumentaci, která s respondenty byla vyplněna, hodnotí jako komplexní a přesný. Málek et al. (2014) uvádějí, že dotazník hodnotí nejen intenzitu, ale i charakter a kvalitu bolesti. Respondenti by ale vyžadovali, aby mohli mapu bolesti a zkrácenou verzi dotazníku McGillovy univerzity, vyplnit sami. Důvodem je nedostatek času, který by jim zdravotnický personál poskytl při společném vyplňování. Respondenti se dále shodli na tom, že by sestra měla při zahájení léčby bolesti informovat o formě podání léků, které má pacient k dispozici, o frekvenci, jak často může léky užívat a jaké nežádoucí účinky mohou léky mít, pacient kolikrát ani neví, že je to následek užitého léku proti bolesti. Kdyby sestra poskytla veškeré tyto informace, byli by respondenti spokojeni.

Focus group s chirurgickými sestrami přinesl také zajímavé náměty a připomínky k jednotlivým bodům. Sestry hodnotily vizuální analogovou škálu stejně jako pacienti jako nedostačující, kvůli jejímu jednostrannému zaměření. Doporučují tuto metodu

zkombinovat například s mapou bolesti, tím by se stal popis bolesti celistvějším. Kombinaci škál doporučují i Slezáková et al. (2010). Při hodnocení mapy bolesti se sestry shodly s pacienty na tom, že je přínosnější, pokud mapu vyplňuje sám pacient. Na zkrácené verzi dotazníku bolesti McGillovy univerzity vidí veliké pozitivum především v tom, že je zde kombinace charakteru s intenzitou. Kladně hodnotí i množství charakteristik. Rokyta et al. (2009) uvádějí, že dotazník je zaměřený na charakter bolesti a její výstižný popis. Množství charakteristik se ale může stát i negativem, a to v případech, kdy toto množství pacienta zaskočí, může jej zmást nebo vést k označení i těch charakteristik, které bolest nevystihují. Sestry se shodují na tom, že metoda je vhodná za předpokladu, že se sestra pacientům bude plně věnovat při vysvětlování a objasňování metody. To, že je nezbytně nutné si udělat na pacienta dostatek času a využít především empatii, uvádějí i Tomová a Křivková (2016). Jedna z respondentek se domnívá, že by hodně pomohlo, kdyby měl pacient vytištěnou škálu před sebou, aby se mohl na charakteristiky zcela soustředit. Námí vytvořený doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů sestry hodnotily jako stručný, bez nadbytečných informací, ale zároveň jako ucelený, obsahující veškeré potřebné informace. Ocenily i strukturovanost a přehlednost materiálu. Samotnou dokumentaci hodnotí jako přehlednou a kompletní. Pozitivně hodnotí to, že veškeré informace ohledně hodnocení a léčby bolesti jsou uvedeny na jednom místě. Personál nemusí procházet několik stran dokumentace, aby zjistil veškeré informace o bolesti, zde je lokalita, propagace, intenzita a charakter na jednom místě. A nejen informace o hodnocení, ale i o léčbě, například je zde možné vidět léky proti bolesti, které pacient již dostal nebo ještě může dostat. Možná úskalí sestry nacházejí ve spolupráci s pacientem. Ačkoli by dokumentaci měla vyplňovat sestra, říkají, že by bylo vhodné, kdyby mapu bolesti a zkrácenou verzi dotazníku bolesti McGillovy univerzity vyplňoval sám pacient. Je to z důvodů, které jsme již výše uváděli. Jedna z respondentek vidí problém ve frekvenci hodnocení intenzity bolesti, která je v dokumentaci každou druhou hodinu. Domnívá se, že to sestru časově vytíží. Pravdou je, že nikde není jasně dáno, jaká frekvence pro hodnocení bolesti je ideální. O'Connor et al (2006) uvádějí, že bolest se často označuje jako „pátá fyziologická funkce“, protože hodnota bolesti musí být hodnocena a zaznamenávána pravidelně – alespoň tak, jak jsou zaznamenávány fyziologické funkce. Další z respondentek poukazuje na problém plýtvání papíru. Při každodenním zhodnocení bolesti u pacienta se vždy vyplňují podle pokynů k vyplňování dokumentace tabulky, mapa bolesti a krátká verze

McGillova dotazníku bolesti se vyplňuje pouze za předpokladu, že nastala nějaká změna v těchto oblastech hodnocení. Pokud tato změna nenastala, mapa bolesti ani krátká verze McGillova dotazníku bolesti se nevyplňují. Proto se může stát, že je vyplněna několik dnů pouze malá část listu.

Myslím si, že obě setkání byla podnětná. Přípomínky, které respondenti měli, by se musely zohlednit, pokud by se doporučený postup aplikoval do praxe. Myslím si, že podněty, které respondenti uváděli, byly ve většině případů pravdivé. Především by byl problém v časovém vytížení personálu, pokud by měli vysvětlovat každému pacientovi postup při vyplňování. Zároveň se také domnívám, že přínosy této metody by byly vysoké a jednoznačně by převážily negativa. Pokud by sestry byly dostatečně motivovány a věděly, proč používají právě tento postup, určitě by se dal postup integrovat do ošetrovatelské dokumentace.

6. Závěr

Záměrem diplomové práce na téma Využití hodnoticích a měřicích nástrojů pro hodnocení bolesti v chirurgii bylo zmapovat, jaké hodnoticí škály a metody se v současné praxi využívají. Škál, které pro hodnocení bolesti existují, je velké množství, a proto je složité, vybrat tu pravou. Vždy se musí brát ohled na požadavky pacienta a oddělení. Aby byly škály přínosné, musí být vhodně používány, proto jsme zjišťovali i názor sester na škály. Metody, které se používají, nebývají úplně dostačující, proto jsme se ve výzkumu zaměřili i na to, co by chtěli sestry a pacienti v hodnocení bolesti doplnit.

Z prostudované literatury, z analýzy dokumentace, z dotazníkového šetření a z vlastních zkušeností z praxe jsme zjistili, že je nejvíce využívaná vizuální analogová škála a verbální hodnocení bolesti. Jak tyto dvě nejpoužívanější, tak ani ostatní nebývají komplexní a sestry i pacienti by rádi do hodnocení zařadili i jiné vlastnosti bolesti. Nejčastěji uváděnými vlastnostmi, které by do hodnocení pacienti zařadili, byl přesnější slovní popis, obrázek k zakreslení lokality a propagace bolesti a zvýšená frekvence hodnocení bolesti lékařem. Názory sester na používání škál se podle výzkumného šetření liší v závislosti na délce praxe i na vzdělání. Obecně ale lze říci, že sestry by rády doplnily přesnější slovní popis a zvýšily frekvenci hodnocení bolesti lékařem.

Na základě statistického zpracování dat jsme potvrdili hypotézu číslo 1 – Názor sester k používání hodnoticích škál se liší v závislosti na vzdělání. Zjistili jsme, že názor sester se liší především v postoji na dostatečnost či nedostatečnost používaných metod. Středoškolsky vzdělané sestry častěji nevěděly, zda jsou metody jako mapa bolesti nebo verbální hodnocení dostačující. Vysokoškolsky vzdělané sestry tuto metodu častěji hodnotily jako dostačující. Dále byl rozdíl hlavně v tom, co chtějí v hodnocení bolesti doplnit. Středoškolsky vzdělané sestry častěji volily možnost nic, sestry s vysokoškolským vzděláním častěji doporučovaly doplnit přesnější slovní popis.

Dále jsme potvrdili hypotézu číslo 2 – Názor sester k používání hodnoticích škál se liší v závislosti na délce praxe. Zde jsme prokázali rozdíly především ve frekvenci hodnocení. Sestry s praxí 3 a více let hodnotí bolest 5×a vícekrát denně, kdežto sestry s praxí 1–2 roky hodnotí bolest 3–4× denně. Dále zde byla statisticky významná

souvislost s tím, co chtějí sestry v hodnocení bolesti doplnit. Sestry s praxí 7 a více let častěji volily možnost, že nechtějí doplňovat při hodnocení bolesti nic.

Hypotézu číslo 3 – Slovně popisné metody jsou pro sledování bolesti u chirurgických pacientů vhodnější než vizuální analogová škála – jsme pro nedostatek pozorování nemohli vyvrátit ani potvrdit. Ale na základě často opakující se odpovědi v patientských dotaznících, odpovědi, že by rádi doplnili v hodnocení bolesti přesnější slovní popis a na základě výsledků z focusgroup, kdy jeden z respondentů přímo udává, že vizuální analogová škála je v některých případech nevhodná, se můžeme domnívat, že je tato metoda nedostačující a některá ze slovně popisných metod může být vhodnější.

Na základě zpracovaných dat z dotazníků, prostudované literatury a vlastních zkušeností jsme vytvořili návrh postupu pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Srozumitelnost a využitelnost jsme následně prověřili metodou focus group s chirurgickými sestrami a pacienty. Doporučený postup byl přijat poměrně kladně jak ze stran sester, tak i pacientů. Sestry ohodnotily kladně přehledné zpracování doporučeného postupu pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů a stejně tak i dokumentaci, která se k tomuto doporučenému postupu váže. Velké pozitivum vidí především v tom, že v námi navržené dokumentaci, jsou veškeré informace o bolesti, včetně hodnocení a léčby, na jednom místě. Pacienti, s kterými byla námi navržená dokumentace vyplněna, oceňují především komplexnost hodnocení. Naopak možnou hrozbu vidí v tom, že dokumentace je náročnější na vyplňování, proto vyžaduje plnou spolupráci sestry s pacientem a delší časový prostor pro vyplňování. Popřípadě by uvítali, pokud by bylo možné, aby část hodnocení bolesti (mapu bolesti a zkrácenou verzi McGillova dotazníku bolesti) mohli vyplňovat sami.

Abychom mohli adekvátně léčit bolest, je nutným předpokladem kvalitní zhodnocení bolesti. Kvalitní hodnocení by mělo obsahovat komplexní vlastnosti bolesti, nemělo by se zaměřovat pouze na jednu vlastnost. Za nezbytně nutné vlastnosti, které potřebujeme vědět, považujeme především lokalitu a propagaci bolesti, charakter bolesti a intenzitu. Z toho jsme vycházeli i v námi vytvořené dokumentaci pro hodnocení bolesti. Tato práce a její výstup by mohla být pomyslným „odrazovým můstkem“ pro komplexnější hodnocení bolestí u pacientů na chirurgických odděleních. Protože jenom s kvalitním hodnocením bolesti můžeme dosáhnout kvalitní léčby bolesti.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ABDALRAHIM, M., et al. 2011. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*. 11(4). p. 250-255. doi 10.1016 /j.nepr.2010.11.016.
2. BAHREINI, M., 2015. Original Contributions: A Comparison of Three Self-Report Pain Scales in Adults With Acute Pain. *Journal of Emergency Medicine*. 48 (1). p. 10-18. doi: 10.1016 /j.jemermed.2014.07.039.
3. BARASH, P. G., et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vydání. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
4. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BECH, R. D., et al., 2015. The Verbal Rating Scale Is Reliable for Assessment of Postoperative Pain in Hip Fracture Patients. *Pain Research and Treatment*. [databáze]. 3. 1-7. doi 10.1155/2015/676212 [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bech+R.+D.+et+al.+The+Verbal+Rating+Scale+Is+Reliable+for+Assessment+of+Postoperative+Pain+in+Hip+Fracture+Patients.+Pain+Research+and+Treatment.+2015%3B+3%3A+1-7>.
6. BELLINDO-VALLEJO, J.C., PANCORBO-HIDALGO, P. L., 2017. Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Spanish Version of the Nursing Outcome „Pain Control“ in Primary Care Patients with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*. [databáze]. 18(5). 337-350. doi 10.1016 /j.pmn.2017.04.001. [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28602451>.
7. BENDINGER, T., PLUNKETT, N., 2016. Measurement in pain medicine. *BJA Education*. 16(9): 310 -315. ISSN 2058-5349.
8. BÍREŠOVÁ, E., 2011. Implementace sofistikovaných hodnotících škála bolesti do ošetrovatelské praxe. *Sestra*. 21(7-8). s. 38-40. ISSN 1210-0404.
9. BORIKOVÁ, I., FÚROVÁ, A., 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meriace škály v ošetrovateľskej praxi. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútorném lekárstve*. Martin: JLF UK, 2003, s. 11-13. ISBN 80-88866-28-6.

10. BORIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2007. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.
11. ČAPEK, K., 1929. *Sestry. Lidové noviny*. [online]. [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/nazory/nedelni-fejeton-karla-capka.A120524_163633_ln_nazory_glu.
12. ČELEDOVÁ, L., et al., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
13. DANĚŠ, L., 2018. *Bolest a sexuální dysfunkce mužů*. Praha: Grada. 145 s. ISBN 978-80-271-0677-6.
14. DUČAIOVÁ, J. 2011. Etika bolesti a utrpení. *Sestra*. 21 (7/8). 34-37 s. ISSN 1210-0404.
15. DWORKIN, R., H., 2009. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*. [databáze] 144(1-2). 35-42. doi 10.1016/j.pain.2009.02.007. [cit. 2018-01-08]. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19356853>.
16. ERIKSSON, K., et al., 2014. Numeric rating scale. *Applied Nursing Research*. [databáze] 27(1). 41-46. doi 10.1016/j.apnr.2013.10.006. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089718971300116X?via%3Dihub>.
17. GAVENDOVÁ, L., 2005. Úloha sestry při léčbě bolesti. *Sestra*. 15(6). 25-26 s. ISSN 1210-0404.
18. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.

19. GÖRANSSON, K., et al., 2015. Pain rating in the ED — a comparison between 2 scales in a Swedish hospital. *American Journal of Emergency Medicine*. [databáze] 33(3). 419-422. doi 10.1016/j.ajem.2014.12.069 [cit. 2018-12-16]. Dostupné z: [https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(14\)00990-5/fulltext](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(14)00990-5/fulltext).
20. HAEDTKE, CH., et al., 2018. The Characteristic of Pain in Patients Diagnosed with Depression and Heart Failure. *Pain Management Nursing*. [databáze] 18(6). 353-362. doi 10.1016/j.pmn.2017.05.005. [cit. 2019-01-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5705402/>.
21. HALMO, R., 2015. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. 231 s. ISBN 978-80-247-9654-3.
22. HERDMAN, T., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie 2015 – 2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
23. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovateľská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
24. KITTNAR, O., et al., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
25. KOZÁK, J., et al., 2010. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen. 90 s. ISBN 978-80-87327-45-6.
26. KŘIVOHLAVÝ, J., 1992. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
27. LAKOMÁ, B., et al., 2017. Role sestry při léčbě bolesti u onkologického pacienta. *Florence*. 13(9). 10-12 s. ISSN 1801-464X.
28. LANGMEIER, M., et al., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
29. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

30. LUKÁŠ, K., et al., 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-7156-4.
31. MÁLEK, J., et al. 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
32. MÁLEK, J., et al. 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 152 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
33. MASTILIÁKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-9268-2.
34. MCCAFFERY, M., 1968. *Nursing the patient in pain*. Lippincott Nursing Series. London: Harper and Row. 426 s. ISBN 978-00-6318-239-4.
35. MCGONIGLE, B. L., et al. 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
36. MERSKEY, H., BOGDUK, N., 1994. *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: ISAP Press. ISBN 0-931092-05-1.
37. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
38. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
39. MYNDYSOVÁ, P., et al., 2017. Comparison of Three Self- Report Pain Scales in Czech Patients with Stroke. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. [databáze] 8(1). 572-579. doi 10.15452/CEJNM.2017.08.000. [cit. 2019-01-07]. Dostupné z: <https://periodika.osu.cz/ojs/index.php/cejnm/article/view/47/9>.
40. NERADÍLEK, F., et al., 2012. a Historie a současnost výzkumu a léčby bolesti. In: ROKYTA, R. et al. 2012. *Bolest*. 2. vydání. Praha: Tigis. s. 16-21. ISBN 978-80-8732-302-1.
41. O'CONNOR, M., et al. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

42. OPAVSKÝ, J., 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
43. PAANS, W., et al. 2011. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. [online] 20(17-18). [cit. 2019-05-01] Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x>
44. PACHL, J., ROUBÍK, K., 2005. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. Praha: Karolinum. 376 s. ISBN 80-246-0479-5.
45. PÁLKOVÁ, V., 2011. Bolest – problém který nás zajímá. *Urologie pro praxi*. 12(2). 129-30. ISSN 1213-1768.
46. PEKARA, J., 2015. Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
47. PIECKOVÁ, L., 2011. Management bolesti – charakteristika bolesti, její hodnocení. *Sestra*. 21(7-8). s. 37-38. ISSN 12010-0404.
48. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
49. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřících nástrojů v ošetrovatelské praxi. *Pediatric pro praxi*. 13(3). 193-97. ISSN 1213-0494.
50. POKORNÁ, A., et al. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
51. POSPÍŠILOVÁ, A., 2010. Přístupy k léčbě chronických ran. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen. s. 12-24. ISBN 978-80-87327-36-4.
52. PTÁČEK, R., et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-7267-7.
53. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

54. ROKYTA, R. et al. 2012. *Bolest*. 2. vydání. Praha: Tigris. 748 s. ISBN 978-80-8732-302-1.
55. ROKYTA, R., et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada. 723 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
56. ROKYTA, R., et al., 2016. *Fyziologie*. 3. vydání. Praha: Galén. 434 s. ISBN 978-80-7492-238-1.
57. ROKYTA, R., et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
58. ROKYTA, R., HÖSCHEL, C., 2015. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite. 288 s. ISBN 978-80-88046-03-5.
59. ROŠKOVÁ, S., 2012. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 22(4). 48-51. ISSN 1210-0404.
60. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha- Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-6918-9.
61. SMART, K. M., et al., 2008. Towards of mechanisms-based classification of pain in musculoskeletal physiotherapy. *Physical Therapy Reviews*. 13(1). 1-10. doi 10.1179/174328808X251984.
62. STERNBACH, A. G., 1968. *Pain: a psychophysiological analysis*. New York: Academic Press. 185 s. ISBN 978-01-2667-240-4.
63. TALIÁNOVÁ, M., et al., 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 3(1), 25-30. ISSN 1338-6263.
64. TISOŇOVÁ, V., 2012. Úloha sestry v prevenci a léčbě bolestí páteře. *Sestra*. 22(5). 28-30 s. ISSN 1210-0404.
65. TOMAGOVÁ, M., 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. *Profese on-line* [online], 2(2) s. 65-77. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: <http://www.pouzp.cz/text/cs/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov.aspx>.

66. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-9539-8.
67. TORRANCE, C., SERGINSON, E., 2006. *Surgical Nursing*. 12th ed. London: Baillière Tindall. 448 p. ISBN 978-0-7020-1969-2.
68. VLČEK, J., et al., 2010. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
69. VONDRÁČEK, L., et al., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 72 s. ISBN 978-80-247-6090-2.
70. VONDRŮCH, I., VONDRŮCHOVÁ, Z., 2016. *Celostní přístup v léčbě bolesti*. Brno: Emitos. 147 s. ISBN 978-80-87171-49-3.
71. VOPELÁKOVÁ, J., RAITMAJEROVÁ, A., 2006. Péče o pacienta s bolestí na chirurgickém oddělení. *Sestra*. 16(6). s. 55-56. ISSN 1210-0404.
72. VORLÍČEK, J., et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-7769-6.
73. VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5926-5.
74. VRBA, I., 2017. Současné možnosti ovlivnění chronické bolesti. *Remedia*. 27(1). s. 69-77. ISSN 0862-8947.
75. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. 11(10). s. 471. ISSN 1212-7299.
76. ZACHAROVÁ, E., HALUZÍKOVÁ, J., 2013. Bolest a její zvládnutí v ošetrovatelské praxi. *Interní medicína pro praxi*. 15(11-12). s. 372-74. ISSN 1212-7299.

8. Přílohy

Příloha číslo 1 – Terminologie bolesti

Příloha číslo 2 – Dotazník pro sestry

Příloha číslo 3 – Dotazník pro pacienty

Příloha číslo 4 – Doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů

Příloha číslo 5 – Doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů
dokumentace

Příloha číslo 6 – Záznamový arch – Focus group

Příloha číslo 1

Terminologie bolesti

Bolest – nepříjemný senzorický a emoční zážitek, spojený s faktickým či potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný jako takové poškození (McGonigle et al., 2006).

Alodynie – bolest, kterou vyvolává podnět, který běžně bolest nevyvolává (Rokyta et al., 2012).

Analgezie – snížení vnímání bolesti (Málek, 2011).

Dysestezie – nepříjemný mimořádně silný počitek, který je spontánní nebo vyvolaný.

Hyperalgezie – zvýšená reakce na podnět, který bolest běžně způsobuje.

Hyperestezie – zvýšená senzitivita na stimulaci.

Hyperpatie – zvýšený senzitivní práh pro tepelné, bolestivé nebo dotykové podněty.

Pokud dojde k překročení tohoto prahu, stimul je vnímán bolestivě a nepříjemně. Tvoří se mimořádně bolestivá reakce na nebolestivé nebo jen mírně bolestivé stimuly.

Hypoalgezie – menší míra citlivosti na stimulaci než je obvyklé.

Kauzalgie – vzniká na základě traumatického poškození nervu. Jde o soubor příznaků, mezi které patří – palčivé bolesti, alodynie a hyperpatie. Obvykle se objevuje v kombinaci s vazomotorickou a sudomotorickou dysfunkcí, časem nastupují trofické změny (Rokyta et al., 2012)

Neuralgie – silná bodavá bolest, která vzniká na základě postižení nervového systému.

Neuropatická bolest – bolest, která se váže na zánět nebo degeneraci periferních nervů (McGonigle, 2006).

Neurogenní bolest – bolest, která vzniká primárním porušením, dysfunkcí nebo přechodnou poruchou nervového systému ať už periferního nebo centrálního.

Neuropatie – jedná se o poškození funkce nebo patologickou změnu nervu.

Nociceptor – jde o senzor, který zachytí škodlivý stimul nebo reaguje na stimul, který by mohl být nebezpečný při dlouhodobém působení.

Nociceptivní podnět – jedná se o stimul, který poškozuje normální tkáně.

Parestezie – neobvyklý vjem, který je nebolestivý, jde spíše o brnění či mravenčení (Rokyta et al., 2012).

Management bolesti – tento pojem v sobě zahrnuje všechny klíčové faktory pro úspěšnou terapii bolesti. Patří sem hodnocení, pozorování, dokumentace, léčba bolesti farmakologickými i nefarmakologickými způsoby atd. (McGonigle, et al. 2006).



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U CHIRURGICKÝCH PACIENTŮ

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství**

Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Vaše zkušenosti jakožto sester pracujících na chirurgickém oddělení jsou pro nás v této oblasti velmi cenné. Napomohou k popsání současného stavu v hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit, zda současné hodnocení bolesti a její léčba je adekvátní a dostatečná. Pokud výzkum ukáže, že není některá z oblastí dostatečná, bude to podnětem řešení a vylepšení. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývá výhoda účasti na zlepšení péče, nevýhodou může být věnování času k vyplnění dotazníku.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;

Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;

Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;

Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;

Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

1. Kolik je Vám let?

2. Jakého jste pohlaví?

- 1) muž
- 2) žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- 1) středoškolské
- 2) vyšší odborná škola
- 3) vysoká škola – bakalářský titul
- 4) vysoká škola – magisterský titul

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 1) méně než 1 rok
- 2) 1–2 roky
- 3) 3–6 let
- 4) 7–15 let
- 5) 16 a více let

5. Kdo realizuje na Vašem oddělení hodnocení bolesti? (možno označit více možností)

- 1) lékař
- 2) sestra
- 3) jiná osoba (doplňte).....

6. Jak často provádí lékař hodnocení bolesti u pacientů na Vašem oddělení?

- 1) neprovádí
- 2) 1–2× denně
- 3) 3–4× denně
- 4) vícekrát

7. Jak často provádíte hodnocení bolesti u pacientů?

- 1) neprovádím
- 2) 1–2× denně
- 3) 3–4× denně
- 4) vícekrát

8. Jakou škálu používáte k hodnocení bolesti? (můžete označit více možností; pokud nevyužíváte žádnou škálu, nevyplňujte následující otázku, pokračujte otázkou č. 11)

- 1) vizuální analogová škála
- 2) mapa bolesti
- 3) verbální hodnocení
- 4) barevná analogová stupnice
- 5) záznam hodnocení bolesti
- 6) obličejová škála
- 7) nevyužívá při hodnocení žádnou škálu (*pokračujte otázkou č. 11*)
- 8) jinou (doplňte).....

9. Nakolik je podle Vás využívána škála dostačující? (v každém řádku vyberte jednu možnost)

		1	2	3	4	5	6
	Použitá škála	Zcela dostačující	Spíše dostačující	Středně dostačující	Spíše nedostačující	Zcela nedostačující	Nevím
A	Mapa bolesti						
B	Verbální hodnocení						
C	Barevná analogová stupnice						
D	Záznam hodnocení bolesti						
E	Obličejová škála						
F	Jiné:						

10. Co byste chtěl/a doplnit v hodnocení bolesti? (můžete označit více odpovědí)

- 1) přesnější slovní popis
- 2) obrázek k zakreslení
- 3) zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem
- 4) zvýšit frekvenci hodnocení bolesti sestrou
- 5) nic
- 6) nevím
- 7) jiné (doplňte).....

11. Máte na oddělení standard pro hodnocení bolesti? (pokud odpovíte „ne“, následující otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou č. 13)

- 1) ano
- 2) ne (*pokračujte otázkou č. 13*)

12. Jsou součástí standardu škály pro hodnocení bolesti?

- 1) ano
- 2) ne
- 3) nevím

13. Podle čeho hodnotíte u pacienta bolest? (můžete označit více možností)

- 1) verbální výpověď pacienta
- 2) pozorováním pacienta
- 3) číselná škála, kterou pacient vyplní
- 4) jiné (doplňte)

14. Jak zaznamenáváte lokalitu bolesti? (můžete označit více možností)

- 1) slovní popis
- 2) zakreslení
- 3) nezaznamenávám
- 4) jiné (doplňte).....

15. Jak zaznamenáváte propagaci (= šíření) bolesti? (můžete označit více možností)

- 1) slovní popis
- 2) zakreslení
- 3) nezaznamenávám
- 4) jiné (doplňte).....

16. Zaznamenáváte znovu po dobu hospitalizace lokalitu bolesti?

- 1) ano
- 2) ne

17. Zaznamenáváte znovu po dobu hospitalizace propagaci (= šíření) bolesti?

- 1) ano
- 2) ne

18. Jaké projevy bolesti pozorujete nejčastěji v chování a jednání pacienta? (můžete označit několik možností)

- 1) agrese
- 2) apatie
- 3) únava, ospalost
- 4) nespokojenost
- 5) omezená hybnost
- 6) omezená soběstačnost
- 7) verbální projev
- 8) jiné (doplňte).....

19. Jaký způsob tlumení bolesti doporučujete svým pacientům? (můžete označit několik možností)

- 1) léky dle ordinace lékaře
- 2) úlevová poloha
- 3) akupunktura
- 4) akupresura
- 5) rehabilitace (cviky)
- 6) homeopatický přípravek
- 7) studené obklady
- 8) suché teplo
- 9) odpočinek, spánek
- 10) jiné (doplňte)

20. Jaké způsoby tlumení bolesti doporučujete nejčastěji? (můžete označit maximálně 3 možnosti)

- 1) léky dle ordinace lékaře
- 2) úlevová poloha
- 3) akupunktura
- 4) akupresura
- 5) rehabilitace (cviky)
- 6) homeopatický přípravek
- 7) studené obklady
- 8) suché teplo
- 9) odpočinek, spánek
- 10) jiné (doplňte)

21. Jaké způsoby tlumení bolesti doporučuje lékař nejčastěji? (můžete označit maximálně 3 možnosti)

- 1) léky dle ordinace lékaře
- 2) úlevová poloha
- 3) akupunktura
- 4) akupresura
- 5) rehabilitace (cviky)
- 6) homeopatický přípravek
- 7) studené obklady
- 8) suché teplo
- 9) odpočinek, spánek
- 10) jiné (doplňte)

22. Je na Vašem oddělení možné, aby si pacient vybral formu léku?

- 1) ano
- 2) ne

23. Co je rozhodující při podání léků (jakou formu léku či typ léku proti bolesti podat) proti bolesti?

- 1) aktuální intenzita bolesti pacienta
- 2) medikace dle rozpisu
- 3) denní doba
- 4) přání pacienta

- 5) plánovaný výkon
- 6) jiné (doplňte)

24. Požadujete na Vašem oddělení od pacienta zpětnou vazbu na podané léky proti bolesti?(pokud odpovíte „ne“, na následující otázky č. 25 a 26 neodpovídejte, pokračujte otázkou č. 27)

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 27)

25. Požaduje na Vašem oddělení zpětnou vazbu na podané léky proti bolesti sestra?

- 1) ano
- 2) ne

26. Požaduje na Vašem oddělení zpětnou vazbu na podané léky proti bolesti lékař?

- 1) ano
- 2) ne

27. Zaznamenáváte na Vašem oddělení reakce na podané léky proti bolesti?

- 1) ano
- 2) ne

28. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s lékařem ohledně hodnocení bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

29. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s lékařem ohledně léčby bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

30. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s pacientem ohledně hodnocení bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

31. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s *pacientem* ohledně *léčby* bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U CHIRURGICKÝCH PACIENTŮ

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetřovatelství**

Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetřovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení bolesti u chirurgických pacientů. Vaše zkušenosti jakožto pacienta na chirurgickém oddělení jsou pro nás v této oblasti velmi cenné. Napomohou k popsání současného stavu v hodnocení bolesti a případně k odhalení možností, jak toto hodnocení zlepšit. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit, zda současné hodnocení bolesti a její léčba je adekvátní a dostatečná. Pokud výzkum ukáže, že není některá z oblastí dostatečná, bude to podnětem řešení a vylepšení. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývá výhoda účasti na zlepšení péče, nevýhodou může být věnování času k vyplnění dotazníku.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mě z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;

Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;

Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;

Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;

Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

1. Kolik je Vám let?

2. Jakého jste pohlaví?

- 1) muž
- 2) žena

3. Kolikrát jste za poslední rok ležel/a (= byl/a hospitalizován/a) v nemocnici?

- 1) 1×
- 2) 2–3×
- 3) 4–5×
- 4) vícekrát

4. Jaké přívlastky nejlépe charakterizují Vaši bolest – bolest při příjmu do nemocnice? (můžete označit maximálně 3 možnosti)

- 1) ostrá
- 2) vystřelující
- 3) křečovitá
- 4) tupá, přetrvávající
- 5) unavující
- 6) jiné (doplňte)

5. Prodělal/a jste při poslední hospitalizaci operační výkon? (pokud odpovíte ne, otázky číslo 5 až 8 nevyplňujte, pokračujte otázkou číslo 9)

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou číslo 9)

6. Jak dlouho jste po operačním výkonu?

- 1) do 24 hodin
- 2) 1–2 dny
- 3) 3–5 dní
- 4) 6 a více dní

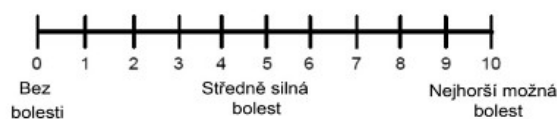
7. Jaké přívlastky nejlépe charakterizují Vaši bolest – bolest před operačním výkonem? (můžete označit maximálně 3 možnosti)

- 1) ostrá
- 2) vystřelující
- 3) křečovitá
- 4) tupá, přetrvávající
- 5) unavující
- 6) jiné (doplňte)

8. Jaké přívlastky nejlépe charakterizují Vaši bolest – bolest po operačním výkonu? (můžete označit maximálně 3 možnosti)

- 1) ostrá
- 2) vystřelující
- 3) křečovitá
- 4) tupá, přetrvávající
- 5) unavující
- 6) jiné (doplňte)
- 7) operační výkon jsem neprodělal/a

9. Jak hodnotíte v současnosti pociťovanou intenzitu bolesti na škále od 0 do 10? (na škále označte číslo)



10. Jak dlouho pociťujete bolest?

- 1) do 24 hodin
- 2) 2–3 dny
- 3) 4–6 dní
- 4) 1 týden – 1 měsíc
- 5) více než 1 měsíc

11. Jak dlouho pociťujete bolest v této aktuálně prožívané intenzitě?

- 1) do 24 hodin
- 2) 2–3 dny
- 3) 4–6 dní
- 4) 1 týden – 1 měsíc
- 5) více než 1 měsíc

12. Nakolik ovlivňuje bolest Váš psychický stav? (pokud odpovíte „vůbec ne“, následující otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou číslo 14)

- 1) maximálně
- 2) hodně
- 3) středně
- 4) trochu
- 5) vůbec ne (pokračujte otázkou číslo 14)

13. Označte projevy organismu způsobené bolestí (můžete označit více možností)

- 1) agresivita
- 2) emoční labilita
- 3) verbální projevy
- 4) apatie
- 5) nemohu posoudit
- 6) jiné (doplňte)

14. Nakolik ovlivňuje bolest Váš fyzický stav? (pokud odpovíte „vůbec ne“, následující otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou číslo 16)

- 1) maximálně
- 2) hodně
- 3) středně
- 4) trochu
- 5) vůbec ne (pokračujte otázkou č. 16)

15. Označte projevy organismu způsobené bolestí (můžete označit více možností)

- 1) omezená hybnost
- 2) omezená soběstačnost
- 3) mimické projevy
- 4) nemohu posoudit
- 5) jiné (doplňte)

16. Hodnocení Vaší bolesti bylo provedeno (můžete označit více možností)

- 1) lékařem
- 2) sestrou
- 3) fyzioterapeutem
- 4) kaplanem
- 5) jiné (doplňte)
- 6) nebylo provedeno

17. Jak často hodnotí ošetřující personál Vaši bolest po přijetí do nemocnice/před operačním výkonem? (v každém řádku označte křížkem jednu možnost)

		1	2	3	4	5
Hodnotící osoba		Nehodnotí	1–2× denně	3–4× denně	Vícekrát	Nevím
A	Lékař					
B	Sestra					
C	Fyzioterapeut					
D	Kaplan					
E	Pokud hodnotí bolest někdo jiný, doplňte					

18. Jak často hodnotí ošetřující personál Vaši bolest po operačním výkonu? (v každém řádku označte jednu možnost; pokud jste operační výkon neprodělal/a, tuto otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou číslo 19)

		1	2	3	4	5
	Hodnotící osoba	Nehodnotí	1–2× denně	3–4× denně	Vícekrát	Nevím
A	Lékař					
B	Sestra					
C	Fyzioterapeut					
D	Kaplan					
E	Pokud hodnotí bolest někdo jiný, doplňte					

19. Jaké pomůcky používá při hodnocení bolesti lékař? (můžete označit více možností; pokud označíte možnost „nevyužívá při hodnocení žádnou škálu“ nebo „nevím“, následující otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou č. 21)

- 1) vizuální analogová škála
- 2) mapa bolesti
- 3) verbální hodnocení
- 4) barevná analogová stupnice
- 5) záznam hodnocení bolesti
- 6) obličejová škála
- 7) nevyužívá při hodnocení žádnou škálu (pokračujte otázkou č. 21)
- 8) jinou (doplňte)
- 9) nevím (pokračujte otázkou č. 21)

20. Nakolik charakterizovala použitá škála Vaši bolest? (v každém řádku označte jednu možnost; pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce „nevyužívá při hodnocení žádnou škálu“ nebo „nevím“, tuto otázku vynechejte a pokračujte otázkou č. 21)

		1	2	3	4	5	6
	Použitá škála	Zcela charakterizovala	Spíše charakterizovala	Středně charakterizovala	Spíše necharakterizovala	Zcela necharakterizovala	Nevím, nebyla použita
A	Mapa bolesti						
B	Verbální hodnocení						
C	Barevná analogová stupnice						
D	Záznam hodnocení bolesti						
E	Obličejová škála						
F	Jiné						

21. Jaké pomůcky používá při hodnocení bolesti sestra? (můžete označit více možností; pokud označíte možnost „nevyužívá při hodnocení žádnou škálu“ nebo „nevím“, následující otázku nevyplňujte, pokračujte otázkou č. 23)

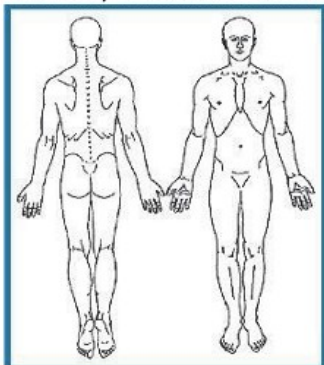
- 1) vizuální analogová škála
- 2) mapa bolesti
- 3) verbální hodnocení
- 4) barevná analogová stupnice
- 5) záznam hodnocení bolesti
- 6) obličejová škála
- 7) nevyužívá při hodnocení žádnou škálu (pokračujte otázkou č. 23)
- 8) jinou doplňte.....
- 9) nevím (pokračujte otázkou č. 23)

22. Nakolik charakterizovala použitá škála Vaši bolest? (v každém řádku označte jednu možnost; pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce „nevyužívá při hodnocení žádnou škálu“ nebo „nevím“, tuto otázku vynechejte a pokračujte otázkou č. 23)

		1	2	3	4	5	6
	Použitá škála	Zcela charakterizovala	Spiše charakterizovala	Středně charakterizovala	Spiše necharakterizovala	Zcela necharakterizovala	Nevím, nebyla použita
A	Mapa bolesti						
B	Verbální hodnocení						
C	Barevná analogová stupnice						
D	Záznam hodnocení bolesti						
E	Obličejová škála						
F	Jiné:						

23. Co byste chtěl/a doplnit v hodnocení bolesti? (můžete označit více odpovědí)

- 1) přesnější slovní popis
- 2) obrázek k zakreslení
- 3) zvýšit frekvenci hodnocení bolesti lékařem
- 4) zvýšit frekvenci hodnocení bolesti sestrou
- 5) jiné (doplňte).....
- 6) nic bych nedoplňoval/a
- 7) nevím

24. Prosím, zakreslete oblast v současnosti pociťované bolesti.

Oblast, kde pociťujete bolest, označte kruhem.

Pokud bolest někam vystřeluje, označte tento směr šipkou.

Hvězdou zakreslete místo, kde pociťujete největší bolest.

25. Jaký způsob tlumení bolesti využíváte? (můžete označit několik možností)

- 1) léky dle ordinace lékaře
- 2) úlevová poloha
- 3) akupunktura
- 4) akupresura
- 5) rehabilitace (cviky)
- 6) homeopatický přípravek
- 7) studené obklady
- 8) suché teplo
- 9) odpočinek, spánek
- 10) jiné (doplňte)

26. Nakolik je Vámi využívaný způsob tlumení bolesti efektivní? (v každém řádku označte křížkem jednu možnost)

		1	2	3	4	5	6
	Způsob tlumení bolesti	Maximálně	Hodně	Středně	Trochu	Vůbec ne	Nevím, nevyužívám
A	Léky dle ordinace lékaře						
B	Úlevová poloha						
C	Akupunktura						
D	Akupresura						
E	Rehabilitace (cviky)						
F	Homeopatický přípravek						
G	Studené obklady						
H	Suché teplo						
CH	Odpočinek, spánek						
I	Jiné:						

27. Jaký způsob tlumení bolesti preferujete? (v každém řádku označte křížkem jednu možnost)

		1	2	3	4	5
	Způsob tlumení bolesti	Maximálně	Hodně	Středně	Trochu	Vůbec ne
A	Léky dle ordinace lékaře					
B	Úlevová poloha					
C	Akupunktura					
D	Akupresura					
E	Rehabilitace (cviky)					
F	Homeopatický přípravek					
G	Studené obklady					
H	Suché teplo					
CH	Odpočinek, spánek					
I	Jiné:					

28. Přiřadte ke způsobům tlumení bolesti, kdo Vám ho doporučil (v každém řádku lze označit více možností dle toho, kdo způsob tlumení doporučil)

		1	2	3	4	5	6
	Způsob tlumení bolesti	Lékař	Sestra	Fyzioterapeut	Kaplan	Někdo jiný	Nikdo nedoporučil
A	Léky dle ordinace lékaře						
B	Úlevová poloha						
C	Akupunktura						
D	Akupresura						
E	Rehabilitace (cviky)						
F	Homeopatický přípravek						
G	Studené obklady						
H	Suché teplo						
CH	Odpočinek, spánek						
I	Jiné:						

29. Můžete si vybrat způsob tlumení bolesti?

- 1) ano
- 2) ne

30. Jaký typ léku užíváte? (pokud odpovíte „nevžívám žádné“, nevyplňujte otázky č. 31 až 36 a pokračujte otázkou č. 37)

- 1) napište lék.....
- 2) nevím
- 3) nevžívám žádné (pokračujte otázkou č. 37)

31. Můžete si vybrat formu léku proti bolesti?

- 1) ano
- 2) ne

32. Nakolik je užívaný lék dostačující?

- 1) zcela dostačující
- 2) spíše dostačující
- 3) středně dostačující
- 4) spíše nedostačující
- 5) zcela nedostačující

33. Jak často si musíte říct o lék proti bolesti sám/sama?

- 1) nikdy
- 2) 1× denně
- 3) 2–3× denně
- 4) 4 a víckrát denně
- 5) méně často

34. Jakou formu léků proti bolesti preferujete?

- 1) injekce
- 2) tablety
- 3) prášek rozpustný ve vodě
- 4) gel
- 5) infuze
- 6) náplasti
- 7) kapky
- 8) jiné (doplňte)

35. Pociťujete po aplikaci léků proti bolesti nějaké vedlejší účinky? (pokud odpovíte „ne“, vynechte otázku č. 36, pokračujte otázkou č. 37)

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 37)

36. Označte vedlejší účinky, které pociťujete po aplikaci léků proti bolesti – způsob aplikace
(v každém řádku lze označit více možností)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Forma léku	Únava	Nevolnost	Zvracení	Hematomy	Pálení v místě aplikace	Závratě	Kožní reakce	Jiné	Nevím, nevyužívám
A	Injekce									
B	Tablety									
C	Prášek rozpustný ve vodě									
D	Gel									
E	Infuze									
F	Náplasti									
G	Kapky									
H	Jiné (doplňte)									

37. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s lékařem ohledně hodnocení bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

38. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s lékařem ohledně léčby bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

39. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací se sestrou ohledně hodnocení bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

40. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací se sestrou ohledně léčby bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a

41. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s fyzioterapeutem ohledně hodnocení bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a
- 6) s fyzioterapeutem ohledně hodnocení bolesti nespolupracuji

42. Nakolik jste spokojen/a se spoluprací s fyzioterapeutem ohledně léčby bolesti?

- 1) zcela spokojen/a
- 2) spíše spokojen/a
- 3) středně spokojen/a
- 4) spíše nespokojen/a
- 5) zcela nespokojen/a
- 6) s fyzioterapeutem ohledně léčby bolesti nespolupracuji

43.

Krátká verze McGillova dotazníku bolesti – 2 (SF-MPQ-2)

V tomto dotazníku je uveden seznam slov, která popisují různé druhy bolesti a souvisejících příznaků. Prosím přeškrtněte symbolem **X** čísla, která nejlépe popisují intenzitu každé bolesti a souvisejících příznaků, kterou jste pociťoval/-a během posledních 7 dnů. Pokud slovo nepopisuje Vaši bolest ani související příznaky, použijte číslo 0.

1. Pulzující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
2. Vystřelující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
3. Bodavá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
4. Ostrá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
5. Křečovitá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
6. Šířavá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
7. Palčivá – spalující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
8. Tupá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
9. Těžká bolest (pocit tlaku)	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
10. Citlivost na dotek	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
11. Prudká bolest, jako by se bolestivá část chtěla rozskočit nebo explodovat	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
12. Unavující – vyčerpávající	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
13. Působící nevolnost	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
14. Vzbuzující strach	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
15. Mučivá – krutá	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
16. Bolest jako při zasažení elektřinou	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
17. Mrazivá, chladná bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
18. Trýznivá	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
19. Bolest způsobená slabým dotekem	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
20. Svědění	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
21. Brnění nebo mravenčení	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné
22. Znečitlivění	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možné

SF-MPQ-2 © R. Melzack a Iniciativa pro metody, měření a hodnocení bolesti v klinických studiích (IMMPACT), 2009. Všechna práva vyhrazena.

Doporučený postup pro hodnocení bolesti u chirurgických pacientů

Definice bolesti

„Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením, nebo je popisována pojmy takového poškození“ (Merskey a Bogduk, 1994, s. 210).

Rokyta et al. (2012) definuje bolest jako nepříjemný smyslový a pocitový zážitek, spojený se skutečným nebo možným poškozením tkáně, nebo zážitek popisovaný slovy, která takovému poškození odpovídají.

Dělení bolesti

1. Podle délky trvání

- akutní – vymezuje se do délky trvání 6 měsíců
 - většinou má známou příčinu, signál organismu
 - fyziologická reakce organismu – hypertenze, tachykardie, neklid, tachypnoe, zvýšené pocení
 - léčba příčiny vzniku bolesti
- chronická – trvající déle než 3-6 měsíců
 - hůře lokalizovatelná, tupá
 - způsobuje další potíže – nespavost, nechutenství, zácpa, sociální izolace

2. Podle charakteru bolesti

- somatická bolest – vychází z kůže, svalů a kloubů
 - dobře lokalizovatelná
- viscerální bolest – vychází z vnitřních orgánů, tělních dutin
 - těžko lokalizovatelná
- neuropatická bolest – vychází z centrálního nebo periferního nervového systému

3. Podle původu

- nádorová – v souvislosti s nádorovým procesem
- nenádorová – nemá souvislost s nádorovým procesem

Hodnocení bolesti

- lokalizace a propagace
- intenzita
- kvalita a charakter
- časový průběh bolesti
- faktory ovlivňující bolest
- účinnost požívané léčby

Využívané hodnotící škály

1. Vizuální analogová škála (VAS) a Numerická škála (NRS) – příloha 1

- jedna z nejhojněji využívaných metod hodnocení bolesti
- výhody: jednoduchost, srozumitelnost, možnost opakovaného měření
- nevýhody: jednostranné zaměření pouze na intenzitu
- vhodné i pro hodnocení terapeutického efektu

2. Verbální škála – příloha 2

- hodnocení intenzity bolesti slovy
- výhody: jednoduchost, rychlost, možnost využití u starších, dezorientovaných či nevidomých osob
- nevýhody: jednostranné zaměření pouze na intenzitu
- obvykle 5 stupňů bolesti – žádná – mírná – středně silná – krutá – nesnesitelná

3. Mapa bolesti – příloha 3

- jasně dané grafické znaky či barvy, kterými se zaznamenávají různé druhy intenzity v různé lokalitě
- výhody: možnost zakreslení lokality, intenzity či charakteru
- nevýhody: časově náročnější metoda

4. Zkrácená druhá verze dotazníku McGillovy univerzity – příloha 4

- výhody: možnost zaznamenat intenzitu, charakter či kvalitu bolesti, srozumitelnost a spolehlivost metody
- nevýhody: časově náročnější metoda

Léčba bolesti

1. Farmakologické způsoby léčby

- základ pro léčbu bolesti
- třístupňová strategie léčby bolesti
 1. mírná bolest – léčba: nesteroidní analgetika
 2. středně silná bolest – léčba: slabý opioid + neopioidní analgetikum
 3. silná bolest – léčba: silný opioid + neopioidní analgetikum

2. Nefarmakologické způsoby léčby

- rehabilitace (využití tepla, chladu, masáže, relaxační metody, pohybové metody)
- akupunktura, akupresura
- psychoterapie
- homeopatie
- muzikoterapie, aromaterapie

Postup pro vyplňování dokumentace

První strana

- První stranu vyplnit při příjmu pacienta
- Pokud je pacient bez bolesti, vyplnit pouze datum přijetí, alergie na analgetika a zaznamenat, že bolest není
- Mapa bolesti – lokalitu bolesti zakreslete kruhem
 - propagaci, šíření bolesti zakreslete šipkou
- Krátká verze dotazníku McGillova dotazníku bolesti – symbolem X označte aktuálně prožívanou intenzitu bolesti u každého druhu bolesti

Další strany

- Mapa bolesti – **pokud se lokalita a propagace (šíření) změnilo, zakreslete, pokud ne, nevyplňujte**
 - lokalitu bolesti zakreslete kruhem
 - propagaci, šíření bolesti zakreslete šipkou
- Krátká verze dotazníku McGillova dotazníku bolesti
 - symbolem X označte aktuálně prožívanou intenzitu bolesti u každého druhu bolesti
 - **pokud se změnil druh prožívané bolesti nebo její intenzita, vyplňte dotazník, pokud ne, nevyplňujte**

- Tabulka číslo jedna – VAS – napište intenzitu (0-10) právě prožívané bolesti
 - Souvislosti – vypište v souvislosti s čím, se zvýšila bolest (rehabilitace, převaz, vyšetření, ošetřovatelský výkon, hygiena atd.)
 - pokud není zřejmá souvislost, okénko proškrtněte
- Tabulka číslo dva – Název léku – dle ordinace lékaře
 - Forma léku – např. p. o., i. m., s. c., i. v.
 - Maximální frekvence – dle ordinace lékaře (např. á 6 hodin)
 - Čas podání – kdy byl lék aplikovaný
 - VAS před podáním – intenzita (0-10) bolesti před podáním léku
 - VAS po podání léku- intenzita (0-10) bolesti 1 h po podání léku
 - Nežádoucí účinky – pokud se vyskytly, zaznamenat (např. nevolnost, zvracení, závratě, alergická reakce atd.)

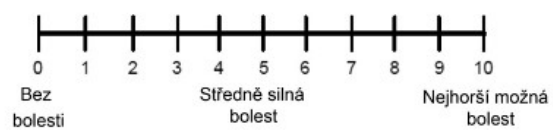
Použitá literatura

MERSKEY, H., BOGDUK, N., 1994. *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: ISAP Press. ISBN 0-931092-05-1.

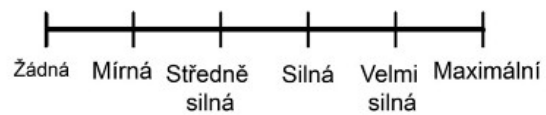
ROKYTA, R. et al. 2012. *Bolest*. 2. vydání. Praha: Tigris. 748 s. ISBN 978-80-8732-302-1.

Přílohy:

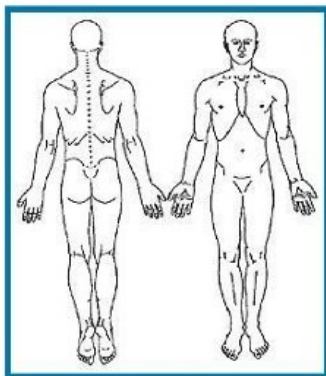
Příloha 1



Příloha 2



Příloha 3



Příloha 4

Krátká verze McGillova dotazníku bolesti – 2 (SF-MPQ-2)

V tomto dotazníku je uveden seznam slov, která popisují různé druhy bolesti a souvisejících příznaků. Prosím přeškrtněte symbolem **X** čísla, která nejlépe popisují intenzitu každé bolesti a souvisejících příznaků, kterou jste pocítoval/-a během posledních 7 dnů. Pokud slovo nepopisuje Vaši bolest ani související příznaky, použijte číslo 0.

1. Pulzující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
2. Vystřelující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
3. Bodavá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
4. Ostrá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
5. Křečovitá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
6. Sžíravá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
7. Palčivá – spalující bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
8. Tupá bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
9. Těžká bolest (pocit tlaku)	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
10. Citlivost na dotek	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
11. Prudká bolest, jako by se bolestivá část chtěla rozskočit nebo explodovat	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
12. Unavující – vyčerpávající	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
13. Působící nevolnost	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
14. Vzbuzující strach	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
15. Mučivá – krutá	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
16. Bolest jako při zasažení elektrinou	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
17. Mrazivá, chladná bolest	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
18. Trýznivá	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
19. Bolest způsobená slabým dotekem	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
20. Svědění	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
21. Brnění nebo mravenčení	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
22. Znečitlivění	žádná	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná

SF-MPQ-2 © R. Melzack a Iniciativa pro metody, měření a hodnocení bolesti v klinických studiích (IMMPACT), 2009. Všechna práva vyhrazena.

Vyplnit při příjmu

Datum přijetí:

Alergie na analgetika: ne ano – jaké:

Bolest: ano ne

Jak dlouho bolesti trvají? a) do 12 h

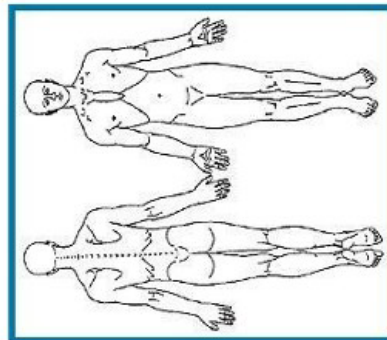
b) 13-24 h

c) 1-2 dny

d) 3-7 dní

e) déle než 7 dní

Zakreslete lokalitu a propagaci bolesti



Krátká verze McGillova dotazníku bolesti – 2 (SF-MPQ-2)

V tomto dotazníku je uveden seznam slov, která popisují různé druhy bolesti a souvisejících příznaků. Prosím přeškrtněte symbolem X čísla, která nejlépe popisují intenzitu každé bolesti a souvisejících příznaků, kterou jste pocítovali/a během posledních 7 dnů. Pokud slovo nepopisuje Vaši bolest ani související příznaky, použijte číslo 0.

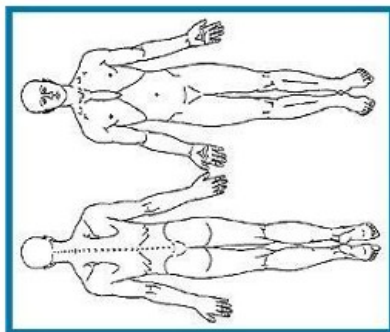
1. Putující bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
2. Vystřelující bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
3. Bodavá bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
4. Ostrá bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
5. Křečovitá bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
6. Sžiravá bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
7. Pačivá – spatující bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
8. Tupá bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
9. Těžká bolest (pocit tlaku)	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
10. Citlivost na dotek	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
11. Prudká bolest, jako by se bolestivá část chvěla rozkocit nebo explodovat	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
12. Unavující – vyčerpávající	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
13. Působící nevolnost	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
14. Vzbuzující strach	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
15. Mučivá – krutá	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
16. Bolest jako při zasažení elektrinou	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
17. Mrazivá, chladná bolest	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
18. Trýznivá	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
19. Bolest způsobená slabým dotekem	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
20. Svědění	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
21. Brnění nebo mravenčení	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
22. Znečitlivění	Žádné	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná

SF-MPQ-2 © R. Melzack a Inicialva pro metody, měření a hodnocení bolesti v klinických studiích (IMMPACT), 2009. Všechna práva vyhrazena.

Datum: _____

Pooperační den: _____

Pokud se změnila lokalita či propagace bolesti – zakreslete



Hodina VAS	7	9	11	13	15	17
Souvislost						
Hodina VAS	19	21	23	1	3	5
Souvislost						

Léky proti bolesti

Název léku	Forma léku	Max. frekvence	Čas podání	VAS před podáním	VAS po podání	Nežádoucí účinky

Krátká verze McGillova dotazníku bolesti – 2 (SF-MPQ-2)

V tomto dotazníku je uveden seznam slov, která popisují různé druhy bolesti a souvisejících příznaků. Prosim přečtěte si symbol X čísla, která nejlépe popisují intenzitu každé bolesti a souvisejících příznaků, kterou jste pocítoval/-a během posledních 7 dnů. Pokud slovo nepopisuje Vaši bolest ani související příznaky, použijte číslo 0.

1. Pulzující bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
2. Vystřelující bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
3. Bodavá bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
4. Ostrá bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
5. Křečovitá bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
6. Šíravá bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
7. Palčivá – spalující bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
8. Tupá bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
9. Těžká bolest (pocit tlaku)	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
10. Citlivost na dotek	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
11. Prudká bolest, jako by se bolestivá část chtěla rozskočit nebo explodovat	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
12. Unavující – vyčerpávající	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
13. Působící nevolnost	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
14. Vzbuzující strach	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
15. Mučivá – krutá	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
16. Bolest jako při zasažení elektrickou energií	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
17. Mrazivá, chladná bolest	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
18. Trýznivá	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
19. Bolest způsobená slabým dotekem	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
20. Svědění	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
21. Bmění nebo mravenčení	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná
22. Znečištění	Zabírá	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší možná

SF-MPQ-2 © R. Melzack a inovátorů bolesti v klinických studiích (IMMPACT), 2008. Všechna práva vyhrazena.

Příloha číslo 6 – Záznamový arch – Focus group

Záznamový arch – Focus group s chirurgickými sestrami/pacienty

1)Náзор na použití Vizuíální analogové škály a Numerickou škálu při hodnocení bolesti (klady, zápory, srozumitelnost, přehlednost, přesnost, vypovídající hodnota, možnost využití)

2)Náзор na použití Mapy bolesti při hodnocení bolesti (klady, zápory, srozumitelnost, přehlednost, přesnost, vypovídající hodnota, možnost využití)

3) Náзор na použití Zkrácené verze dotazníku bolesti McGillovy univerzity při hodnocení bolesti (klady, zápory, srozumitelnost, přehlednost, přesnost, vypovídající hodnota, možnost využití)

4) Náзор na vytvořený doporučený postup při hodnocení bolesti u chirurgických pacientů – dokumentace (klady, zápory, srozumitelnost, přehlednost, přesnost, vypovídající hodnota, možnost využití)