



KOMPARACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ V HOSPICI A LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Petra Frýbová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Pelcová





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Institute of Health Studies



A COMPARISON OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN IN A HOSPICE AND IN A LONG-TERM CARE FACILITY

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Petra Frýbová**
Supervisor: Mgr. Alena Pelcová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Frýbová**
Osobní číslo: **Z12000038**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou
bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Porovnat management bolesti zajišťovaný všeobecnými sestrami u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
2. Porovnat metody, které všeobecné sestry používají k tišení chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
3. Zjistit, zda jsou rozdíly v přístupu všeobecných sester k psychosomatickým aspektům chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Bolest doprovází téměř všechna onemocnění. Odstraňování nebo zmírňování bolesti významně snižuje utrpení nemocných a rozhodujícím způsobem ovlivňuje kvalitu jejich života. Protože i léčba chronické bolesti se velmi často podceňuje, je primárním úkolem všeobecných sester bolest správně monitorovat, hodnotit, obhajovat pacientův zájem a snažit se, aby bolest všech pacientů byla správně léčena. Všeobecné sestry by měly být schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy chronické bolesti a snažit se o jejich řešení, a to i ve spolupráci s rodinou. Bolest nemá pouze kognitivní složku, ale také složku emocionální. A proto by bylo vhodné, aby si všeobecné sestry uvědomily, že musí pacienta chápat z holistického pohledu jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, protože tyto úrovně se navzájem ovlivňují a mají vliv na kvalitu života pacienta. Praktickým výstupem bakalářské práce bude manuál Doporučení k postupu při léčbě a zmírňování chronické bolesti pro všeobecné sestry.

Výzkumné předpoklady:

1. Jak je prováděn všeobecnými sestrami management bolesti u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných?
2. Jaké metody využívají všeobecné sestry k tišení chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných?
3. Jaké jsou rozdíly v přístupu všeobecných sester k psychosomatickým aspektům chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných?

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat: Ke sběru dat bude využito nestandardizovaného dotazníku. Pro zpracování dat budou využity matematické a statistické metody.

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum bude realizován v rozmezí července - prosince 2014 v hospicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Vzorek:

Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry pracující v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných.

Přibližně 60 respondentů.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Základní seznam odborné literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 54-57. ISSN 1210-0404.

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

HEŘMANOVÁ, Jana a kol. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

KLEMENTOVÁ, Renáta. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století?. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 48-49. ISSN 1210-0404.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

NOSKOVÁ, Pavlína. Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interní medicína pro praxi*. 2010, 12(4), 200-204. ISSN 1212-7299.

ONDŘIOVÁ, Iveta a kol. Chronická bolest vs. kvalita života nemocného. *Sestra*. 2013, 23(7-8), 29-32. ISSN 1210-0404.

ROKYTA, Richard a kol. Léčba bolesti ve stáří. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2662-8.

ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 2012, 22(4), 48-51. ISSN 1210-0404.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. vyd. Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y. et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society*. 2012, 17(5), 341-346. ISSN 1203-6765.

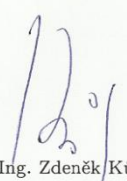
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Pelcová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2015**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

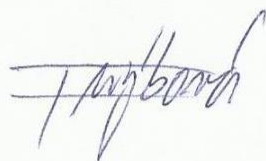
Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 23. 6. 2015

Podpis:



Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Aleně Pelcové za vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi věnovala při konzultacích. Vážím si informací a rad, které mi poskytla. Moje poděkování patří i mé rodině za všestrannou podporu. Děkuji také všem, kteří mi celkem v pěti zdravotnických zařízeních umožnili a pomohli při provedení výzkumu.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Petra Frýbová
Instituce:	Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci
Název práce:	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných
Vedoucí práce:	Mgr. Alena Pelcová
Počet stran:	72
Počet příloh:	11
Rok obhajoby:	2015

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s chronickou bolestí, a to ve dvou porovnávaných zařízeních, v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných. Teoretická část se věnuje charakteristice bolesti, její léčbě, etickým aspektům a úkolům všeobecné sestry v léčbě bolesti, která má důležitou úlohu v této péči. Jejím úkolem je správně monitorovat chronickou bolest (s využitím vhodných škál pro hodnocení chronické bolesti), kontrolovat ji v odpovídajících časových intervalech, zejména po podání analgetik, zaznamenávat chronickou bolest do příslušné dokumentace (záznamy o chronické bolesti). Neméně důležitým jejím úkolem je, aby byly uspokojeny pokud možno všechny potřeby (bio-psycho-sociální-spirituální potřeby) pacienta. Výzkumná část se věnuje porovnávání kvantitativního výzkumu s použitím nestandardizovaného dotazníku mezi všeobecnými sestrami v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných. Výstupem bakalářské práce je manuál Doporučení k postupu při léčbě a zmírňování chronické bolesti pro všeobecné sestry.

Klíčová slova: bolest, chronická bolest, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných

Annotation

Name and surname:	Petra Frýbová
Institution:	Institut of Health Studies Technical university of Liberec
Title:	A comparison of nursing care of patients with chronic pain in a hospice and in a long – term care facility
Superevisor:	Mgr. Alena Pelcová
Pages:	72
Appendix:	11
Year:	2015

Summary:

This bachelor thesis focuses on the treatment and care of patients with chronic pain in two compared facilities, which are a hospice and a long-term care facility. The theoretical part deals with the characteristics of pain, its' treatment, ethical aspects and the tasks of a nurse in the treatment of pain, which plays an important role in this care. Her task is to correctly monitor chronic pain (while utilizing a suitable scale for evaluating chronic pain), to check it in certain time intervals, especially after administering painkillers, to record the chronic pain into proper documentation (entries on chronic pain). Finally, the nurse should ensure that all of the patient's needs are met (bio-psycho-social-spiritual needs). The research part focuses on the comparison of the quantitative research with the help of non-standardised questionnaires for nurses working in a hospice or a long-term care facility. The result of the bachelor's thesis is the manual Recommended procedures in the treatment and alleviation of chronic pain for nurses.

Key words: pain, chronic pain, hospices, long-term facilities

OBSAH

OBSAH	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
1 ÚVOD.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	13
2.1 Vymezení pojmu bolest.....	14
2.2 Charakteristiky bolesti.....	14
2.3 Aspekty a doprovodné známky chronické bolesti.....	19
2.4 Léčba bolesti.....	20
2.5 Psychosomatické aspekty chronické bolesti.....	25
2.6 Úloha všeobecné sestry v léčbě a tišení chronické bolesti.....	26
2.7 Hospice a léčebny dlouhodobě nemocných.....	27
3 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	30
3.1 Cíl práce a výzkumné předpoklady.....	30
3.2 Metodika výzkumu.....	31
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza.....	33
3.5 Ověření cílů a výzkumných předpokladů.....	57
4 DISKUZE.....	60
5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
6 ZÁVĚR.....	67
7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	68
8 SEZNAM TABULEK.....	70
9 SEZNAM GRAFŮ.....	71
10 SEZNAM PŘÍLOH.....	72
11 PŘÍLOHY	

Seznam použitých zkratk

apod.	a podobně
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
např.	například
NNP	Nemocnice následné péče
NSA	Nesteroidní antiflogistika
ONP	Oddělení následné péče
příp.	případně
s.c.	subkutánní
TENS	Transkutánní elektrická stimulace nervu
tzv.	takzvaně

1 ÚVOD

„Bolest je to, co člověk cítí, když říká, že ho to bolí...“

Margo McCaffery (Hakl a kol., 2013, s. 5)

Bolest je pocit, který je jednou ze součástí našeho života. S bolestí se setkáváme prakticky každý den, doprovází téměř všechna onemocnění. Mnohdy je varovným signálem pro obranu těla před poškozením. Odstraňování nebo zmírňování bolesti snižuje utrpení nemocných a ovlivňuje kvalitu jejich života. Léčba chronické bolesti se velmi často podceňuje, proto je důležitým úkolem sester bolest správně monitorovat, hodnotit, mít na zřeteli pacientův zájem a snažit se, aby bolest všech pacientů byla správně léčena. Proto se v této práci snažím zjistit a porovnat úroveň ošetrovatelské péče u pacientů s chronickou bolestí v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných. Všeobecné sestry jsou důležitým článkem v pomoci pacientovi také jinými metodami tišení bolesti, než jsou farmakologické, tedy podání léků dle ordinace lékaře.

Bolest je odjakživa součástí našeho života, rodíme se v bolestech, s bolestí se setkáváme během našeho života a s bolestmi často umíráme. Jestliže prožíváme psychickou bolest, jistým způsobem ji pociťujeme i jako bolest fyzickou, která může být i daleko intenzivnější. Pacienta bychom měli vždy chápat v bio-psycho-sociální (spirituální) jednotě, všimnout si jeho neverbálních projevů bolesti, jeho změn v psychice, respektovat jeho veškeré potřeby, monitorovat bolest a snažit se o co nejvíce možné tišení bolesti.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje tomu, co to bolest je, jak ji můžeme rozdělovat, chronické bolesti jako takové, metodám hodnocení a tišení bolesti, ošetrovatelské péči u pacientů s chronickou bolestí, a dále pak charakteristice a zaměření zařízení, které ve své práci porovnávám, tedy hospice a léčebny dlouhodobě nemocných (Janáčková, 2007). Výzkumná část se zabývá popisem stanovených cílů a výzkumných předpokladů, metodikou výzkumu a dále porovnáním (komparací) ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných. Obsahem porovnání je monitorování, možnosti léčby a užití prostředků k léčbě a tišení chronické bolesti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je věnována tématům jako: vymezení pojmu bolest, její charakteristika, tolerance, léčba, etické aspekty a úkoly všeobecných sester k léčbě bolesti. Druhá část teorie se zabývá problematikou a charakteristikou hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných.

2.1 Vymezení pojmu bolest

Existuje mnoho definic bolesti, proto jsou zde uvedeny jen některé nejznámější, jako jsou například tyto:

„Všeobecně akceptovanou definicí bolesti je dle IASP – International Association for the Study of Pain (Mezinárodní organizace pro studium bolesti): „Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením nebo se jako takový popisuje. Bolest je vždy subjektivní“ (Masár, 2000).“ (Rošková, 2012, s. 48).

„Podle WHO je bolest komplexní, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní, je prožívána jako tělesný fenomén, a není tedy pouhým procesem sensorického vnímání“ (Dvořáčková, 2010, s. 54-55).

Bolest upozorňuje na to, že s organismem není něco v pořádku. Příčinou může zranění, onemocnění, nebo psychický problém. Bolest je třeba chápat vždy jako subjektivní pocit pacienta. Ten se může také odlišovat podle etnika, pohlaví, rasy a věku. Obecně lze říci, že bolest je smyslový prožitek, který je doprovázený emocionálním zážitkem a jestliže pacient trpí fyzicky a psychicky, je možné, že dojde ke snížení nejrůznějších schopností, případně i také k narušení žebříčku hodnot a mezilidských vazeb. Bolest tedy nemusí být pocíťována jen v důsledku tkáňového poškození, ale může mít i jinou příčinu, například poruchu na nervové dráze nebo poruchu centrální nervové soustavy, může být také vyvolána psychologickým popřípadě emočním podnětem (Janáčková, 2007).

V praxi bychom měli pacientovi trpícímu bolestí vždy věřit, že bolest má. Také si musíme uvědomit, že každý člověk je individuum a prožívá bolest jinak a respektovat to. Nesmíme také bolest chápat pouze na základě biologických aspektů, ale také na základě psychosociálních aspektů prožívání bolesti. V úvahu je třeba brát i faktory, které mohou ovlivňovat prožívání bolesti. Ty mohou být např. etnické a kulturní,

osobnostní a psychické (biologické a psychologické), zkušenosti a věk, očekávání pacienta, charakter bolesti, její význam, lokalizace a mezilidské vztahy (Dušová, 2007). U pacienta pociťujícího bolest v návaznosti na nějaký stres, který vytváří takzvaný *circulus vitiosus* (vyvolává především chronickou bolest) – viz příloha č. 2, se prosazují další fenomény z hlediska psychologického, například beznaděj, nespavost, úzkost, strach. Díky těmto projevům může dlouhodobá bolest způsobit i depresi (Hakl a kol., 2013).

Pro úplnost teoretické části je uvedena fyziologie bolesti - viz příloha č. 1.

2.2 Charakteristiky bolesti

Abychom mohli bolest správně diagnostikovat, musíme zjistit všechny její charakteristiky. Patří sem lokalita bolesti, její intenzita, charakter, časový průběh a závislost.

Lokalita bolesti - bolest může mít ohraničené místo, ale také se může difuzně šířit nebo také vystřelovat nebo vyzařovat jak distálně, tak proximálně, mediálně nebo laterálně. Pro lokalizaci bolesti se pacienta tážeme ústně („Kde vás to bolí?“). K určení lokality bolesti se také využívá tzv. mapa bolesti. Pacient nebo všeobecná sestra, zakresluje do zobrazení lidské postavy oblasti, které ho bolí nebo i případně zakresluje, kam se bolest propaguje (Mikšová a kol., 2006).

Intenzita bolesti - je jedním z nejvíce osobních hledisek bolesti. Pacienta se ptáme „Jak moc Vás to bolí?“. Výhodné je použití škál, např. se dají jednoduše použít, hodnocení trvají kratší dobu, odhalí i jiné problémy, které vyžadují další vyšetření. Když se použijí před a po zásahu, dá se zjistit, jestli byla intervence účinná. K hodnocení intenzity bolesti můžeme použít různé hodnotící škály, jako jsou například:

- **Obličejová škála** - ta je určena k neverbálnímu hodnocení bolesti především u pediatrických pacientů od 3 let, u dospělých, kteří mají problémy s jazykem v dané zemi nebo také u pacientů, kteří mají problém s řečí. Pacient na škále vybere obličej, který nejvíce vystihuje jeho bolest (na škále 0 – 5) – viz příloha č. 3.
- **Vizuálně analogová škála (VAS)** - jedná se o úsečku, její levý konec (bod 0) znamená žádnou bolest a pravý konec (bod 10) představuje nejhorší možnou bolest, kterou pacient pociťuje (Pavlíček, 2009) – viz příloha č. 4.

- **Číselná hodnotící škála (NRS)** - je asi nejčastěji používanou škálou pro hodnocení intenzity bolesti. Pacienta se ptáme, jak by označil velikost svoji bolesti na úsečce (0 -10). 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená nejhorší bolest, kterou si umí pacient představit. Můžeme použít také vertikální nebo horizontální úsečku místo verbálního hodnocení intenzity bolesti (Kolektiv autorů, 2006).
- **Verbální diagnostikování intenzity bolesti** - jedná se o slovní vyjádření toho, „jak moc to bolí“. Nevýhodou je, že nemusí být vždy přesné. Proto je vždy lepší využít tzv. slovní stupnici, která rozlišuje pět stupňů intenzity bolesti:
 - 0 – žádná
 - 1 – nepatrná (nenarušuje běžný život pacienta)
 - 2 – mírná (zhoršuje kvalitu života, pacient chce, aby bolest zmizela)
 - 3 - střední (pacient není schopen se ničemu věnovat, žádá úlevu)
 - 4 – krutá (pacient není schopen říci, kde ho to bolí)
 - 5 – nesnesitelná (pacient se neovládá a nekontroluje své chování)
- **Srovnávací tourniketová metoda měření intenzity bolesti** - pokud měříme intenzitu bolesti, můžeme určit bod (intenzitu bolesti), díky němu jsme schopni hodnotit novou intenzitu bolesti. Autorem této metody je D. Lewis, ten ji pojmenoval jako „ischemickou metodu měření intenzity bolesti“. Při této metodě hodnocení intenzity bolesti se postupuje jako u měření krevního tlaku. Na paži se navlékne gumová manžeta, nafoukne se a vyzveme pacienta, aby svíral a rozevíral pěst. Těmito pohyby vzniká nejprve mírná bolest a ta se postupně zvětšuje. Svírání pěsti pacient provádí do té doby, kdy sám sdělí, že ta daná bolest odpovídá té intenzitě bolesti, kterou momentálně pacienta obtěžuje (Janáčková, 2007).

Charakter bolesti – pro zjištění charakteru bolesti u pacienta, se ptáme otázkou „Jak Vás to bolí?“. Pacient nám sdělí, jaká je kvalita jeho bolesti. Bolest může být: bodavá, putující, bušivá, řezavá, difuzní, silná, dráždivá, stálá, štípavá, hlodavá, křečovitá, tupá, ostrá, palčivá, pálivá, vystřelující, škubavá, svíravá, atd. (Mikšová, 2006). Podle charakteru bolesti můžeme odlišit bolest somatickou, viscerální nebo neuropatickou.

- **Somatická bolest:** je bolest, která vychází z tkání. Je to například bolest při výskytu kostních metastáz nebo zánětu měkkých tkání. Tato bolest se dá dobře lokalizovat. Pacient ji charakterizuje jako bolest „kontinuální“, „pobolívání“, nebo jako „hryzavou“ bolest.

- **Viscerální bolest:** má souvislost s chorobným procesem v břišních a hrudních orgánech. Tato bolest se velmi špatně lokalizuje.
- **Neuropatická bolest:** bolest, která pochází z centrálního nebo také periferního nervového systému. Pacient ji cítí především jako „brnění“, „vystřelování“ nebo „pálení“ (O'Connor, 2005).

Dále bolest můžeme dělit dle její patofyziologie a to na:

- **Nociceptivní** – vzniká díky podráždění nociceptorů, mezi které patří nocisenzory (to jsou nervová zakončení, která jsou volná a jsou aktivována jen při bolestivé stimulaci), mechanosenzory (to jsou Vaterova-Paciniho tělíska) a také receptory polymodální (ty reagují na chlad a na teplo).
- **Dysautonomní** – jedná se o komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I), dříve se mu říkalo algodystrofie. Tento syndrom představuje různé bolestivé stavy, ty většinou vzniknou v důsledku úrazu, popřípadě chirurgického zákroku. U této bolesti je vhodné využít léčbu farmakoterapií spolu s invazivní technikou.
- **Psychogenní** – u této bolesti jsou v popředí problémy s psychikou, jedná se většinou o poruchy, které jsou spojené s poruchami depresivními. Patří sem ale také některé neurózy, ty se projeví bolestí somatickou.
- **Neuropatickou** – jedná se o bolest způsobenou poruchou nervového systému. Je to bolest většinou píchavá, bodavá, pálivá, šlehavá, ke zhoršení přichází převážně v noci a v klidu.
- **Fantomovou** – jedná se o bolest, kterou pociťuje postižený v neexistující části těla, např. v amputované končetině - zejména dolní.
- **Smišenou** – patří sem stavy, které jsou způsobeny předchozími typy bolesti. Terapie je zde složitá, používají se často invazivní metody, jako jsou kaudální blokády nebo neuromodulace (Hakl a kol., 2013; Gulášová, 2008).

Časový průběh bolesti - je nutné se zaměřit na nástup bolesti, dobu trvání bolesti, ale také frekvenci bolesti. Dále také na okolnosti, které zhoršují bolest nebo ji naopak zmírňují. Všeobecné sestry by se měly zajímat o tyto faktory:

- **Epizodní bolest (incident pain)** - je přítomna při pohybu nebo určité činnosti. Většinou se dá předpovídat a můžeme jí zabránit podáváním analgetik např. v určité době před plánovanou aktivitou, která bolest vyvolává.
- **Průlomová bolest (breakthrough pain)** - je bolest, která má souvislost se zhoršením nebo novým vzplanutím bolesti.

- **Bolest na konci dávky (end-of-dose pain)** - tato bolest se objevuje těsně před podáním další dávky analgetik. Řešením je zvýšení dávky léku nebo zkrácení časového intervalu podávání analgetik (O'Connor, 2005).

Závislost bolesti – je třeba získat informace o tom, v jaké souvislosti bolest vzniká. Bolest může vznikat například v klidu, po námaze, v noci, ve dne, nebo také při změně počasí a také po požití stravy. Pro hodnocení časového průběhu bolesti ji zaznamenáváme na tzv. záznamové liště (neboli diagramu), kde jsou zaznamenány i další potřebné informace související s bolestí. Pro zobrazení „toku“ bolesti se zaznamenává průběh času (dny, týdny) vodorovně a vertikálně se zaznamenává intenzita bolesti. Tato metoda se převážně používá u akutních bolestí nebo při zjištění působení léků (Mikšová, 2006).

Tolerance bolesti - jak člověk snáší bolest je u každého individuální a je důležité uvědomit si, že bolest ovlivňuje řada vnitřních a vnějších faktorů. Jedním z vnitřních faktorů, které ovlivňují toleranci k bolesti, je práh bolesti. Tato tolerance bolesti může být odlišná i v různých časových úsecích (v rámci dne, období nebo životní situace apod.). Velmi důležité může být to, jaký význam pacient bolesti přikládá a také to, jakou velikost bolesti očekává. Nepříznivě na toleranci bolesti působí také úzkost a strach (Janáčková, 2007).

„Tolerance k bolesti je zcela individuální a obecně závisí na: prahu bolesti, různých časových úsecích, významu, který je jí přikládán, etnických a kulturních rozdílech, očekávání velikosti nastávající bolesti, míře úzkosti, strachu a tenze, vzájemných vztazích“ (Janáčková, 2007, s. 18).

Druhy bolesti - podle délky trvání je možné dělit bolest na akutní (ta je signálem poškození a ohrožení – její ohraničení je vázáno na vyhojení nebo vyléčení nemoci) a chronickou (ta už nemá fyziologickou signální roli). Chronická bolest, kterou se tato práce zabývá, už nemá fyziologickou signální roli, ale souvisí se stavem, kdy už nelze odstranit příčinu prvotního onemocnění, nebo se jedná o degenerativní změny. Specifický charakter v tomto pohledu má nádorová bolest, která může mít znaky akutní i chronické bolesti. (Dušová, 2007; Kolektiv autorů, 2006; Rokyta a kol., 2009).

Akutní bolest - Jedná se o symptom, který upozorňuje na to, že v těle není něco v pořádku a také má charakter ochranný. Tato bolest se dá lépe snášet a dá se předvídat její konec, když se zahojí poraněná část dané tkáně, akutní bolest odeznívá. Akutní bolestí je většinou bolest, která je způsobena úrazem nebo po operaci. Doprovázejícími příznaky (tzv. vegetativní příznaky) jsou díky stresové

odpovědi organismu zvýšený puls, nevolnost, nadměrné pocení, krevní tlak, dýchání (Dvořáčková, 2010).

„Tato bolest je krátkodobá, udává se, že délkou svého trvání nepřekračuje 3 měsíce, respektive délka jejího trvání odpovídá vyvolávající příčině“ (Hakl a kol., 2013, s. 31). Akutní bolest pacient pociťuje většinou hodiny, někdy ale také dny, má pro něj význam pozitivní, působí pro organismus jako výstražná funkce. Většinou je lokalizovaná na danou oblast těla a příčina bývá převážně periferní. Akutní bolest je specifická tím, že se rychle zlepšuje, jelikož dobře odpovídá na léčbu. Kdyby došlo k nedostatečné léčbě akutní bolesti, je poté rizikem, že může dojít ke vzniku bolesti chronické, ta se poté léčí velice dlouho a těžce (Rokyta a kol., 2009).

- **Chronická bolest** - Chronická bolest je nyní poměrně velkým zdravotnickým problémem. U většiny pacientů, kteří trpí chronickou bolestí, není dostatečná úleva od bolesti. *„Chronická bolest, nazývaná také jako syndrom chronické nenádorové bolesti, se vyznačuje stížností na bolest tělesnou nebo útrobní, trvající déle než 3-6 měsíců“* (Nosková, 2010, s. 200). Jako chronickou bolest můžeme označit i bolest, která trvá kratší dobu, podmínkou je, že musí přesahovat dobu pro dané onemocnění popřípadě obvyklou poruchu (Nosková, 2010). Například podle studie zveřejněné v Kanadě v časopisu Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society v roce 2012 se chronická bolest vyskytuje u 40-80 % pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných (Tousignant-Laflamme et al., 2012).

Důležité je uvědomit si, že chronická bolest již není varovný signál, ale stává se nemocí sama o sobě. Může se jednat o bolest trvalou nebo bolest, která se opakuje v intervalech. Zapříčiňuje tělesné utrpení a doprovází ji psychické projevy, jako jsou: deprese, beznaděj, frustrace. Může docházet ke změnám životního stylu nebo způsobit narušení jak osobního, tak pracovního života. Dalšími poruchami mohou být poruchy spánku, poruchy chuti, zácpy, změny osobnosti (Dvořáčková, 2010).

„Nejčastěji uváděné chronické bolesti jsou: bolesti pohybového aparátu, bolesti hlavy, bolesti obličeje, bolesti u nádorového onemocnění, fantomové bolesti, bolesti po traumatech“ (Dvořáčková, 2010, s. 56). Chronická bolest se může pojít se změnou přirozených pochodů v orgánech a ve tkáních, k tomu je ještě doprovázena změnami psychologickými, jako jsou: pozornost, vnímání, myšlení, chování, atd., ale také změnami, které se týkají sociální oblasti. Je nutné si těchto změn všimnout, jelikož zasahují do bio-psycho-sociální celistvosti daného jedince.

„Chronická bolest se proto považuje za stav sui generis, tj. stav svého druhu“ (Opavský, 2010, s. 76). To znamená, že u člověka trpícího chronickou bolestí může dojít ke změně cirkadiálního rytmu.

Pokud pacient trpí chronickou bolestí, většinou mu tato bolest nedovoluje přemýšlet nad něčím jiným. Proto by mělo být prioritou snažit se o to, aby se tato bolest dala zvládnout. Nynější léčba chronické bolesti udělala pokrok, existují mnohé prostředky, které se dají použít k jejímu odstranění nebo alespoň mírnění. Efektivní léčba spočívá v dostatečném podání léků proto, aby byla zvládnuta. Nemělo by být podáno pacientovi ani více, ani méně léků. Je také důležité respektovat, pokud se pacient rozhodne bolest do určité míry překonávat, např. pokud nebude chtít léky proti bolesti, i když bolest má. Chronickou bolest lze podle původu dělit na nenádorovou (neonkologickou) a nádorovou (onkologickou).

Chronická nenádorová (neonkologická) bolest je nejčastější. Příčinou chronické nenádorové bolesti je hlavně degenerativní onemocnění pohybového aparátu.

Chronická nádorová (onkologická) bolest je spojena se vznikem onkologického onemocnění, růstem samotného nádoru, případně s postupy terapeutickými a také diagnostickými (Hakl a kol., 2013; Opavský, 2010; Svatošová, 2011).

2.3 Aspekty a doprovodné známky chronické bolesti

Mezi aspekty chronické bolesti patří:

- **Fyziologický-somatický aspekt** – při stejném fyziologickém poškození je intenzita bolesti individuálně odlišná u každého pacienta.
- **Kognitivní a emocionální procesy zpracování chronické bolesti** – pacient na začátku chronické bolesti přemýšlí, co s ním bude, může mít různá přesvědčení nebo také představy. Důležitou roli zde hraje také jeho víra, to jsou kognitivní procesy. Procesy emocionální jsou takové, které přinášejí pacientovi obavy, popř. strach, může se u něho objevit až deprese v souvislosti s tím, co bude následovat.
- **Behaviorální aspekt** – tyto hlediska se projevují hlavně tím, jakým způsobem se pacient s chronickou bolestí chová a jak jedná.
- **Sociální aspekt** – u pacienta se mohou vyskytnout finanční problémy v důsledku chronické bolesti, jelikož ta ovlivňuje i situaci v zaměstnání, také určitou sociální

izolaci. Mohou být narušeny vztahy v rodině, ale také sexuální život pacienta (Dušová, 2007).

Doprovodným znakem chronické bolesti je i tzv. bolestivé chování (nevědomé). Je to projev, který můžeme objektivně sledovat. Mezi další znaky patří: bolestivé grimasy, pláč, vzdychání, zaujetí úlevové polohy, kulhání, dále to mohou být i časté návštěvy lékaře, případně i další příznaky (Rokyta a kol., 2009). „*Doprovodné příznaky chronické bolesti jsou: poruchy spánku a chování, zácpa, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, ztráta zaměstnání, nebezpečí suicida, poruchy libida*“ (Rokyta a kol., 2009, s. 35). Další aspekty jsou uvedeny v kapitole s názvem Psychosomatické aspekty chronické bolesti.

2.4 Léčba bolesti

Všeobecné sestry a zdravotničtí pracovníci jsou v kontaktu s nemocí, bolestí a utrpením neustále. V léčbě bolesti je z pohledu zdravotnických pracovníků odjakživa v popředí nutnost odstranění nebo překonání bolesti. „*Tišení bolesti se vždy považovalo za etickou prioritu lékařské profese. Již ve starověku byl snahám o zmírňování bolesti přisuzován velký význam a tato činnost byla označována za božskou: Divinum est opus sedare dolorem*“ (Dvořáčková, 2010, s. 54). Důstojnost člověka je také obsažena v právech nemocných a povinnostech zdravotníků. I v existujících kodexech pracovníků ve zdravotnictví (všeobecných sester) je zdůrazněn význam respektování lidské důstojnosti. Lidská práva jsou zakotvena také ve *Všeobecné deklaraci lidských práv (1948)*. Obsažena jsou také v *Deklaraci práv onkologických pacientů* a rovněž v *Dokumentu Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné – Ochrana lidských práv a důstojnost smrtelně nemocných a umírajících z roku 1999 (v části 7)*. Práva pacienta bývají však ovlivněna mnoha faktory, např.: „*malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti, častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby*“ (Heřmanová a kol., 2012, s. 76-79).

Lékaři z Austrálie také vytvořili deklaraci práv pacientů s bolestí, ve které se uvádí například: „*právo na uznání bolesti, právo na hodnocení a léčbu bolesti, právo na výsledky hodnocení bolesti, právo na vhodnou efektivní strategii léčby bolesti, atd.*“

(Rokyta a kol., 2009, s. 39). Měli bychom si také uvědomovat, že pokud pacient trpí bolestí, může to nějakým způsobem ovlivňovat i jeho rodinu. Známy je i fakt, že bolest má kromě významu somatického také podklad emocionální nebo i duševní, může se týkat i sociálních aspektů (Heřmanová a kol., 2012).

„Utrpení není synonymum pro bolest, není totéž co bolest, je ale s bolestí propojeno. Fyzická bolest je spojena s psychickou, sociální a duchovní tísní. Bolest, která přetrvává beze smyslu, se stává utrpením“ (Heřmanová a kol., s. 95).

K léčbě bolesti musíme volit odlišný přístup podle toho, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. U akutní bolesti se především jedná pouze o farmakoterapii, kdežto u chronické bolesti se jedná o léčbu multimodální a také multidisciplinární. U chronické bolesti se kombinují různé metody léčby a většinou je zapotřebí mezioborová spolupráce při zvládnání chronických bolestivých stavů. Nejčastěji se pro léčbu chronické bolesti využívají terapeutické přístupy, jako jsou např.: farmakoterapie, postupy rehabilitační, léčebné postupy invazivní, psychoterapeutické metody, alternativní medicína, ale také sociální podpora. Správné je určit si reálné cíle, které je třeba dál plnit. Mezi ně patří: odpočinout si a vyspat se bez bolesti v klidném prostředí a jako poslední pohyb bez bolesti (Hakl a kol., 2013; Svatošová, 2011).

Farmakologické metody tišení bolesti – jsou jedním ze základních pilířů léčby chronické bolesti je účelně řízená a dostačující farmakoterapie. Proto, aby mohla být zvolena vhodná strategie při léčbě chronické bolesti, musí být u pacienta provedena anamnéza, která by se měla v první řadě zaměřit na to, jak dlouho bolest trvá, na lokalizaci bolesti, dále kam se bolest propaguje, na charakter bolesti a také její časový průběh. Zjišťujeme i to, jaké léky na bolest pacient užíval, jejich efekt, případně na výskyt nežádoucích účinků. Základním způsobem léčby bolesti je tzv. třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO), ten byl původně vytvořený pro léčbu nádorové bolesti. Tento analgetický žebříček (viz. příloha č. 5) využívá dvou základních analgetických skupin – neopioidní analgetika (I. stupeň) a opioidní (II. a III. stupeň) analgetika. Podle tohoto žebříčku u bolestí mírných (VAS 0-3) podáváme analgetika I. stupně. Při středně silné bolesti (VAS 4-6) použijeme slabé opioidy II.stupně, případně i neopioidní analgetika, při silné bolesti (VAS 7-10) se používají silné opioidy III.stupně, případně i neopioidní analgetika. Pokud se jedná o bolesti onkologické, které jsou velmi silné, doporučuje se přeskočit II. stupeň žebříčku WHO, jedná se o tzv. systém elevator (výtah). Je to tedy krok, při kterém přejdeme

z neopioidních analgetik na silné opioidy (Hakl a kol., 2013). „*Vedle analgetik se ve farmakoterapii chronické bolesti využívá i tzv. adjuvantních analgetik (koanalgetika), jež mohou tlumit některé specifické bolestivé stavy (např. neuropatickou bolest)*“ (Hakl a kol., 2013, s. 50).

Jako koanalgetika jsou označovány pomocné lékové skupiny podávané spolu s analgetiky k léčbě jiných indikací (epilepsie, deprese). Obvykle se dělí do tří skupin – víceúčelová adjuvantní analgetika - antidepressiva, kortikosteroidy, adjuvantní analgetika pro neuropatickou bolest - antiepileptika, anestetika, adjuvantní analgetika pro muskuloskeletální bolest - centrální myorelaxancia (Hakl a kol., 2013; Kolektiv autorů, 2006).

- **Neopioidní analgetika** - používají se pro léčbu mírné a středně silné bolesti, u silné bolesti je nutné kombinovat je s opioidy. Do této skupiny patří léky, jakou jsou Paracetamol a Metamizol. Paracetamol je analgetikum, které nemá protizánětlivé účinky, jedná se o analgetikum první volby, jelikož má minimální nežádoucí účinky. Často se kombinuje s ostatními analgetiky. Metamizol má nástup účinku do 30 minut, není vhodný k dlouhodobému podávání, jelikož může způsobit agranulocytózu.

Další skupinou používaných neopioidních analgetik jsou nesteroidní antiflogistika. Pokud se používají NSA dlouhou dobu, dochází ke zvyšování rizika poškození ledvin, mohou vznikat ulcerace, popřípadě krvácení v zažívacím systému, proto se u NSA současně podávají antiulcerózní látky (Hakl a kol., 2013; Rokyta a kol., 2009). Nejčastěji používaná neopioidní analgetika jsou uvedena v příloze č. 6.

- **Opioidní analgetika** - dle síly účinku dělíme opioidy na slabé, mezi které patří dihydrokodein, kodein, tramadol, dále potom na opioidy silné do kterých řadíme morfin, piritramid, buprenorfin, fentanyl, oxycodon, hydromorfon. Slabé opioidy mají tzv. *stropový efekt*, to znamená, že mají maximální účinnou dávku. Zvýšit účinek lze kombinací slabých opioidů s analgetiky neopioidními. Opioidy silné se používají především u silné bolesti nebo u bolesti, která je neztížitelná, kterou se nedaří dostatečně zlepšit pomocí neopioidních analgetik a pomocí slabých opioidů. Dávky, které by se měly podávat za den, nejsou u silných opioidů stanoveny a také u nich není limitace stropovým efektem. Jak se má postupovat poté určují pravidla, která jsou vytvořena pro léčbu opioidy u chronické nenádorové bolesti. Avšak faktor, který omezuje jejich využití, je přítomnost nežádoucích účinků.

Nežádoucí účinky, které se vyskytují často, jsou například závratě, ospalost, zmatenost, nevolnost, zácpa a zvracení, a další - viz příloha č. 7, 8. Faktory, díky kterým se sníží nežádoucí účinky, je hlavně hydratace pacienta a dostatečně provedená kompenzace interních onemocnění. Pokud se nežádoucí účinky vyskytnou, měla by se zahájit jejich léčba, nesmí však dojít k vysazení léčby opioidní terapie (Hakl a kol., 2013; Rokyta a kol., 2009).

- **Způsob podávání analgetik** - úlevy od bolesti u pacientů ve velké většině dosáhneme neinvazivní cestou, to znamená per os, per rectum, nebo transdermálně. Dále můžeme využít invazivní cesty, tj. injekční nitrožilní aplikací, podkožní aplikací nebo aplikací do svalu nebo využitím spinální analgezie. Důležité je začít podávat analgetika jednoduchým způsobem a také co nejméně invazivním způsobem. Ke změně způsobu podání analgetika by mělo dojít, pokud bolest i přes zvýšení dávek není zlepšena, nebo pokud má lék vedlejší účinky, ale také pokud nadále nemůžeme lék podávat způsobem, kterým jsme ho doposud podávali. Dalším způsobem podání analgetik transdermální cestou je aplikace, které se využívá často u pacientů, kteří mají bolest stabilní. Pro toto transdermální podání se využívá především fentanyl, důležité je uvědomit si, že ale nepůsobí okamžitě. Podávání léků per rectum většině pacientů nevyhovuje, i když je jejich aplikace jednoduchá. Volbou pro podávání léků per rectum je komplikované podávání ústy, pokud pacient nereaguje. U léků podávaných per rectum je rychlost jejich absorpce odlišná. U některých léků může dojít k rychlejší absorpci než per os. Při využití parenterálního podávání opioidů (s.c., i.m., i.v.) se upřednostňuje s.c. podání v bolusových dávkách. K podání léku i.m. se moc nepřistupuje, jelikož je bolestivé a vstřebání daného léku nemusí být stabilní. Podání léku i.v. přináší rychlou úlevu od bolesti, u velké většiny opioidních analgetik nastoupí účinek během 10 – 15 minut. Pokud se jedná o pacienty, kteří onemocněli rakovinou, mohou mít zavedený centrální žilní katetr. Poslední možností je podání léku spinální cestou, ta se volí, pokud pacient nereaguje na metody uvedené výše (méně invazivní metody). Zde se většinou přidávají lokální anestetika k podávaným opioidům (O'Connor, 2005).

Nefarmakologické metody tišení bolesti - nefarmakologické metody tišení bolesti se často kombinují s léčbou farmakologickou, důležitou roli zde hraje psychologický přístup k pacientovi. Úzkost, bezmocnost a strach u pacienta zhorší jeho akutní např. pooperační bolest a rozhodně zhoršuje bolest chronickou. Úzkost a deprese jsou

charakteristické doprovodné příznaky pacientů, kteří trpí chronickou bolestí. Nacvičení relaxačních technik a technik pro odpoutání od bolesti jsou pro pacienty s chronickou bolestí velmi důležité. Každý pacient, který trpí chronickou bolestí, by měl být vyšetřený psychologem popř. psychiatrem, což je důležité pro komplexní léčbu (O'Connor, 2005).

Nefarmakologické metody tišení bolesti zahrnují relativně konzervativní postupy (zábaly, vířivka, atd.), nebo postupy, které působí na smysly (masáže, aromaterapie). Také se využívá elektřina (stimulace nervu, vibrace), uvolňující techniky (jóga, meditace) nebo také některé z moderních technik, jako je biofeedback (biologická zpětná vazba). Nefarmakologické metody tišení bolesti můžeme rozdělit do tří kategorií:

- **Terapie fyzikální** – hydroterapie, terapie teplem, terapie chladem (kryoterapie), terapie vibracemi (tato technika je založená na principu elektrické masáže), TENS (do periferních nervů nebo do bolestivé oblasti je přenášen střídavý elektrický proud), cvičení popř. imobilizace.
- **Alternativní a doplňkové terapie** – tyto terapie se zabývají celým člověkem komplexně (tělem, myslí, duchem, nejen určitými příznaky). Do této terapie řadíme aromaterapii, terapie hudbou (muzikoterapie), terapie dotykem (založená na energetickém poli, které tvoří ucelení těla, mysli, emocí a tušení), jóga, masáže, chiropraktická léčba (tvrzení, že převážná většina zdravotních problémů je způsobena nesprávným postavením obratlů, může být léčena manipulací), akupunktura (zavedení tenkých jehel pod kůži na dobu 20 – 30 minut).
- **Kognitivní a behaviorální terapie** – dochází při nich k tomu, že pacient cítí zlepšení bolesti a dále i k vědomí, že má bolest pod kontrolou. Umožní pacientovi spolupodílet se na managementu bolesti. Mezi používané metody patří: meditace, biofeedback (pomocí elektronických monitorů dovedeme pacienta k tomu, aby se naučil vědomě kontrolovat a ovládat svoje vlastní tělesné funkce (pulz, dýchání, krevní tlak) díky regulaci myšlenek, napětí jednotlivých svalů, dýchání. Další možností je využití hypnózy, kde díky změněnému stupni vědomí dojde k nasměrování pozitivních změn v chování, ale také popřípadě k léčbě zdravotních poruch (Kolektiv autorů, 2006).
- **Snížení bolesti pomocí psychologických prostředků** – je další možností nefarmakologické léčby chronické bolesti, mezi které se řadí např.:

Racionální psychoterapie – patří sem upřesňování souvislostí, příčiny a také léčba nemoci, rovněž i snaha o odstranění špatných postojů a názorů pacienta na nemoc.

Sugestivní působení, které má za cíl zmírnění bolesti. Daný podnět obejde rozhodující myšlení. Dochází k účinku v somatické a také v psychické oblasti.

Autogenní trénink, patří sem relaxace, koncentrace. Důležitou roli zde hraje uvolnění svalového napětí, to vede k psychickému uvolnění a k ovlivnění orgánových pochodů, které jsou ovládány vegetativní nervovou soustavou.

Odreagování neboli abreakce, při které dochází k odstranění nebo alespoň k potlačení negativních emocí a myšlenek, které provázejí vnímání bolesti.

Vhodné zaměstnání nemocného, sem můžeme zařadit činnosti, jako je četba, sledování televize nebo rozhlasu, rozhovory (na vhodně vybraná témata), vyprávění.

Specifické psychologické postupy, u těch dochází ke snížení bolesti a úzkosti. Jedná se např. o relaxační metody, techniky imaginativní (např. představa velikosti, tvaru a barvy bolesti). Mezi další psychologické prostředky řadíme **vztah důvěry mezi zdravotníkem a pacientem, projevy empatie, dostatečné informace, projevy soucitu, atd.** (Zacharová a kol., 2007).

2.5 Psychosomatické aspekty chronické bolesti

V dnešní moderní medicíně je preferován celostní (holistický) přístup, protože bolest nepředstavuje jen zdravotní problém, ale i komplex psychosociálních, etických, společenských a dalších problémů. U pacienta si nemůžeme odmyslet jeho náladu, emoční a celkový stav, ale také jeho aktuální sociální a životní situaci. Základem, díky kterému vznikl název psychosomatické poruchy, je tzv. bio-psycho-sociální-(spirituální) model. To znamená, že u pacienta musí být zohledněny nejen problémy tělesné, ale také duševní, sociální a určité duchovní strádání. Bolest, která trvá dlouhodobě, ovlivňuje psychické naladění člověka, vycházející z konstitučního psychologického typu dané osoby. Proto je nutné, aby docházelo ke včasnému detekování případných změn chování, např. pasivity pacienta nebo ztráta motivace ke zvládnutí bolesti. Velkým problémem je, pokud pacient pociťuje bezmocnost nebo nezvladatelnost bolesti, to zvyšuje omezení pacienta a intenzitu bolesti. Podstatným problémem jsou také potíže spojené se sociálními faktory u bolestí, které trvají dlouho. Pacienti, kteří trpí

chronickou bolestí, daleko častěji uvádějí nedostatečnou podporu ze strany rodiny, ale také zdravotnicko-sociálních pracovišť. Tělesná bolest má jistě blízké propojení s problémem a utrpením jiného rázu. I ne moc velká bolest by mohla vést k utrpení, pokud pacient pociťuje, že by mohla být příčinou nějakého závažného onemocnění. Avšak opačně, pokud pacient pociťuje velkou tělesnou bolest, nepociťuje ji jako nesnesitelnou v případě, když ví, že brzy skončí a také zná její důvod. Léčba různých chronických onemocnění neodstraňuje příčinu těchto nemocí, pouze se snaží mírnit a tlumit nebo odstraňovat příznaky. Dochází tedy k tomu, že se zmírňují důsledky daného onemocnění, ale není hledána jejich příčina. (Hakl, 2013; Holub, 2011; Munzarová, 2008; Opavský, 2010).

2.6 Úloha všeobecné sestry v léčbě a tišení chronické bolesti

Chronická bolest je velmi často podceňována. Trpí jí převážně senioři. Bohužel chronická bolest u pacientů nebývá dostatečně diagnostikována, a proto nedochází ke správným léčebným postupům, popřípadě nedochází k léčbě chronické bolesti vůbec. Řešení tohoto problému spočívá v edukaci všeobecných sester pracujících v těchto zařízeních (Tousignant-Laflamme et al., 2012). Posuzování bolesti by mělo patřit k hlavním úlohám všeobecné sestry, důležitou roli mají i komunikační a psychosociální dovednosti všeobecné sestry, její empatie a otázky mířené na pacienta. Měla by také umět odpovídat na pacientovy otázky a dbát na to, aby docházelo ke správné léčbě bolesti (Marková, 2010).

Hodnocení intenzity bolesti patří k hlavním úkolům všeobecné sestry. Bolest je vhodné hodnotit 4x denně (ráno, v poledne, večer a v noci). Podle průběhu spánku lze usoudit, zda pacient trpí bolestí (časté probouzení, neklidný spánek, problémy s usínáním, atd.). Důležitá je komunikace s pacientem, který trpí bolestí. Pro takovou komunikaci existují zásady, jako např.: všimnout si pacienta, sledovat projevy bolestivého chování, posuzovat nonverbální projevy pacienta. Nepospíchat, jestliže nám pacient něco chce sdělit a nebagatelizovat pacientovy problémy (Klementová, 2010). Mnohé faktory ovlivňují to, jaká je povaha bolesti. Mezi takové faktory patří např. poškození tkáňové, ale také i zevní vlivy. Proto je třeba brát v úvahu stránku jak fyzikální, tak i psychologickou. Díky tomu má všeobecná sestra možnost pomoci pacientovi, který trpí bolestí, aniž by

tomu předcházela ordinace lékaře. Metody, které všeobecné sestry používají ke zmírnění bolesti, přizpůsobují pro konkrétního pacienta, tak aby s nimi sám pacient byl spokojen. Důležité je poté pacienty učít používat tyto techniky. Samozřejmostí výběru dané techniky je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, také věku, osobnosti příp. i vzdělání pacienta. Mezi používané metody řadíme: odvádění pozornosti, ať už pomocí her, ručních prací, návštěv, rozhovorem s pacientem, atd. Vhodné jsou i různé odborné přednášky, pro které má všeobecná sestra popřípadě připravené materiály a pomůcky. Této metodě se říká přímé poučování. Možné je i využití představivosti. To znamená, že pacient si představuje, co vidí, slyší, prožívá a cítí. Poté ho požádáme, aby nám tyto pocity popsal. Dalším faktorem, který ovlivňuje bolest je prostředí. Mělo by být takové, aby bolest pomáhalo mírnit nebo i léčit. A to nejen prostředí ve smyslu architektonickém, ale prostředí, které vytváří především vstřícnost, empatie a trpělivost zdravotnického týmu. Bolest bývá také doprovázená strachem, úzkostí, nejistotou – viz příloha č. 9. Další metodou je aplikace tepla nebo chladu, použití analgetických mastí a další metody uvedené výše (nefarmakologické metody). Všeobecná sestra má v léčbě bolesti nezastupitelnou roli. Pochopení bolesti je jedním z hlavních kroků k tomu, aby mohla být nejen správně léčena, ale také aby všeobecná sestra zacházela s pacientem, který trpí bolestí, vhodným přístupem. Je nutné dbát především na to, že každý pacient je individualita, a proto i reakce pacienta na bolest jsou u každého jiné. Všeobecná sestra musí pacienta znát, navázat s ním kontakt a získat si důvěru pacienta, díky tomu může vybrat vhodný ošetrovatelský postup k mírnění, popřípadě odstranění bolesti. Řídí se samozřejmě lékařskou diagnózou, anamnézou a tím, jakou léčbu lékař doporučil. Všeobecná sestra je s pacientem většinu času, proto by měla sledovat jeho reakce jak na léčbu, ale i na prostředí, jeho chování, spánek, aktivity. Informace, které se o jeho bolesti dozví, je potřeba zaznamenávat. Dobře ošetřovaná bolest může být tehdy, pokud dobře funguje komunikace mezi pacientem a zdravotnickým týmem. U některých pacientů může být problémem jazyková bariéra, problémem může být osobnostní povaha, kdy se pacient nechce svěřit se svým trápením. Zde je nutné, aby všeobecná sestra pomohla pacientovi vyjádřit jeho pocity a problémy. Některé všeobecné sestry se ne dostatečně zajímají o to, jak účinkují a jak dlouho působí daná analgetika nebo se nezamyslí, zda je indikace vhodná. Bohužel problém někdy tkví i v nedostatečném informování lékaře. Přístup, kterým všeobecné sestry jednají s pacientem s chronickou bolestí, je ovlivněný také různými faktory.

S pomocí k úlevě od bolesti mají někdy problém všeobecné sestry, které mají dlouholeté zkušenosti z praxe a např. vyjádřením „*To Vás přece nemůže bolet*“ vede pacienta ke strachu sdělit své potíže. Výkon ošetrovatelské péče je pro všeobecné sestry náročný, má vysoké nároky, může působit napětí i příp. nějaké změny, které se poté mohou negativně odrážet v jejich okolí (Dušová, 2007).

2.7 Hospice a léčebny dlouhodobě nemocných

Hospicová (paliativní) péče je komplexně poskytovaná péče. A to nemocným, u kterých se vyskytuje nevyléčitelné onemocnění, především v pokročilém stádiu. Jsou to převážně umírající pacienti, zajišťována je ale také péče o jejich příbuzné. Paliativní medicína se nesnaží léčit, ale spočívá v mírnění obtíží, jako je bolest, dušnost nebo také komplikace (zvracení). Snaží se o co nejkvalitnější péči pro umírajícího člověka, ať už po stránce zdravotní péče, tak i o co nejvyšší naplnění zbývajících života pacienta. Hospic není a nesmí být místem, kde by se mělo napomáhat ke zkrácení života, ba naopak, má docházet ke zmírňování obtíží pacienta a co nejvyšší zkvalitnění jeho života. Další náplní hospiců je také podpora rodiny pacienta. Zdravotnický personál může napomoci k řešení problémů v rodině, ale třeba i k odstranění komunikační bariéry. Pomoc rodině je poskytována také po úmrtí rodinného příslušníka, napomáhá ke zvládnutí zármutku a úzkostí po úmrtí blízkého člověka. Péče paliativní nemusí být pouze konečná, ale také dočasná, mnohdy i opakovaná a to především v obdobích, kdy se stav pacienta zhorší, popř. při komplikacích. Paliativní péče se důsledně snaží uspokojit individuální přání a potřeby pacienta. Je složena z interdisciplinární spolupráce a klade důraz na celostní pohled na nemocného (aspekty lékařské, psychologické, sociální, existenciální, spirituální). Indikací k přijetí do hospice jsou nejen nádorová onemocnění, ale také neléčitelná pokročilá onemocnění, kterými jsou např. interní (např. AIDS, jaterní cirhóza, atd.) nebo neurologická onemocnění, ale také syndrom demence (Kalvach a kol., 2011; Marková a kol., 2009).

Následná péče a zdravotně-sociální péče je poskytována pacientovi v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) nebo také nemocnicích následné péče (NNP) popř. odděleních následné péče (ONP). Jsou to zařízení, která poskytují péči pacientům, kteří mají stanovenou diagnózu a léčbu. Stav přijatého pacienta musí být stabilizovaný, tedy

takový, který není indikovaný k akutní péči, ale zároveň také není indikován k možné domácí péči. Poskytované služby léčení dlouhodobě nemocných jsou jako léčebné, zde se jedná především o diagnostické výkony, terapie u zhoršení stavu pacientů. Dále to jsou služby rehabilitační, ošetrovatelské, paliativní (hospicově sociální „nadstandard“, monitorace obtíží, především bolesti), sociální, speciální (zvláště pro bezpečnost a náplň času pro osoby s pokročilým syndromem demence). Indikací k přijetí do LDN jsou pacienti se sníženou soběstačností, sebeobsluhou, potřebou zdravotní péče a její ošetrovatelské náročnosti, imobilní pacienti, inkontinentní, s progredujícím syndromem demence nebo také s chronickými a nehojícími se ranami. Primárně jsou hospitalizováni geriatřičtí pacienti, často ale také i mladší pacienti, umírající lidé v terminální fázi nevléčitelných nemocí, jako jsou onemocnění onkologická (Kalvach a kol., 2011).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části práce jsou uvedeny cíle a výzkumné předpoklady hypotézy. Podkladem k tomu byl předvýzkum a prostudovaná literatura vztahující se k tématu bakalářské práce. Dále je zde uvedena metodika výzkumu a jeho realizace dotazníkovým šetřením. Výsledkem je analýza šetřením získaných informací.

3.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady

Cíle práce:

1. Porovnat management bolesti zajišťovaný všeobecnými sestrami u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
2. Porovnat metody, které všeobecné sestry používají k tišení chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
3. Zjistit, zda jsou rozdíly v přístupu všeobecných sester k psychosomatickým aspektům chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

Výzkumné předpoklady – byly stanoveny na základě provedeného předvýzkumu:

1. Předpokládám, že více než 30 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných používá u pacientů s chronickou bolestí mapu bolesti k určení lokalizace chronické bolesti.
2. Předpokládám, že se liší druh používané škály pro hodnocení chronické bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
3. Předpokládám, že existuje rozdíl v preferovaném výběru metod, které všeobecné sestry používají k tišení bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.
4. Předpokládám, že více než 60 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných kontroluje účinek podaných analgetik u pacientů s chronickou bolestí do 1 hodiny po jejich podání.

5. Předpokládám, že existuje rozdíl v uspokojení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

3.2 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Metodou použitou pro výzkum byl nestandardizovaný dotazník určený všeobecným sestřím (viz příloha č. 12). Po předvýzkumu provedeném se souhlasem (Protokoly k provádění předvýzkumu – viz příloha č. 10) na Oddělení následné péče v Krajské nemocnici v Liberci, a.s. (5 všeobecných sester) a v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci (5 všeobecných sester), byly provedeny některé drobné úpravy a upřesnění v dotazníku. Na základě toho byly stanoveny výzkumné předpoklady. Vlastní dotazníkové šetření bylo realizováno v těchto zařízeních: Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic sv. Alžběty v Brně, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna, Oddělení následné péče, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Léčebna dlouhodobě nemocných a lůžka následné péče Jaroměř, Oblastní nemocnice Náchod a.s. Nestandardizovaný dotazník obsahoval v úvodu kromě vlastního oslovení ještě pokyny pro jeho vyplnění. Dotazník má 20 otázek. Z toho je 16 otázek uzavřených a 4 polouzavřené. Prvních 5 otázek tvoří demografické údaje (pracoviště, věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe) respondentů, dalších 15 otázek pak je zjišťovacích.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro dotazníkové šetření bylo po domluvě s vrchními sestrami výše uvedených pracovišť (Protokoly k provádění výzkumu – viz příloha č. 11) osloveno celkem 55 všeobecných sester z hospiců a 60 všeobecných sester z LDN (ONP). V Hospici Anežky České v Červeném Kostelci bylo rozdáno 15 dotazníků a navraceno také 15. V Hospici sv. Alžběty v Brně bylo rozdáno 20 dotazníků, navraceno bylo 19 dotazníků. Dalším osloveným zařízením byl Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna. Tam bylo rozdáno také 20 dotazníků a navraceno rovněž 20. Na Oddělení následné

péče, Krajské nemocnice Liberec, a.s. bylo rozdáno 30 dotazníků a z toho navraceno 29. Posledním zařízením, kde bylo rozdáno a také navraceno 30 dotazníků, byla Léčebna dlouhodobě nemocných a lůžka následné péče Jaroměř, Oblastní nemocnice Náchod a.s. Konečný počet dotazníků, se kterým budu následně pracovat, je tedy 54 dotazníků z hospiců a 59 dotazníků z LDN (ONP).

3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza

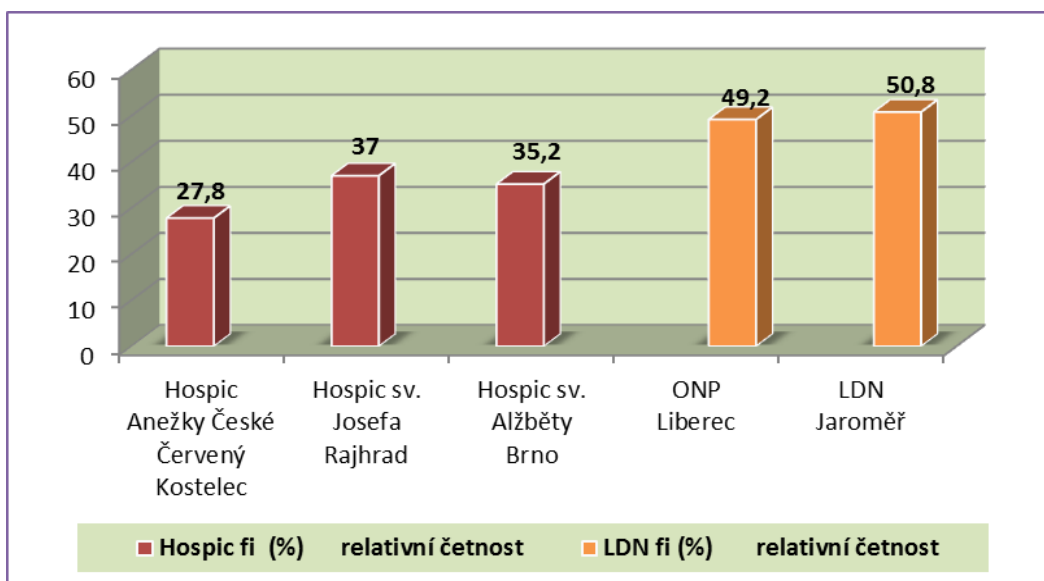
Ke zpracování výsledů výzkumu byl použit program Microsoft Office Excel 2010. Hodnoty získané výzkumem jsou uvedeny v tabulkách s absolutní a relativní četností odděleně pro srovnávané typy zařízení. Vyhodnocení výsledků je zaokrouhleno max. na jedno desetinné místo.

Dále je uvedeno vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami ve srovnávaných typech zařízení podle položek, které odpovídají otázkám dle nestandardizovaného dotazníku.

Položka č. 1 Počty respondentů ve srovnávaných zdravotnických zařízeních

Tabulka č. 1: Počty respondentů ve srovnávaných zdravotnických zařízeních

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
Hospic Anežky České Červený Kostelec	15	27,8		
Hospic sv. Josefa Rajhrad	20	37		
Hospic sv. Alžběty Brno	19	35,2		
ONP Liberec			29	49,2
LDN Jaroměř			30	50,8
celkem	54	100	59	100



Graf č. 1: Počty respondentů ve srovnávaných zdravotnických zařízeních

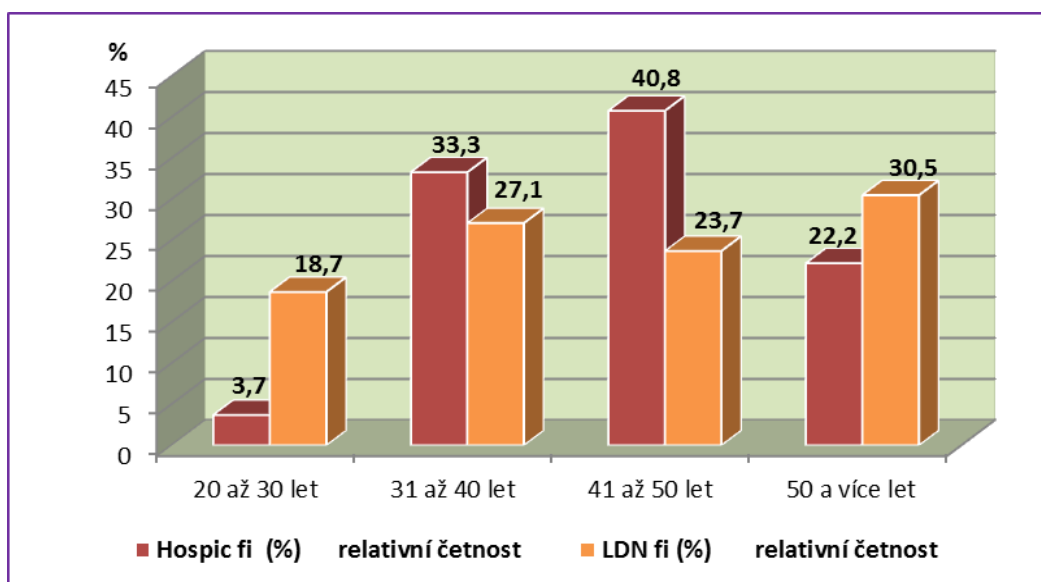
Interpretace:

Podíl respondentů v porovnávaných typech zařízení je poměrně vyrovnaný. V celém dalším dotazníkovém šetření jsou porovnávána 3 zařízení hospicového typu s celkovým počtem 54 všeobecných sester a proti tomu 2 zařízení typu LDN, v nichž je celkem 59 všeobecných sester.

Položka č. 2 Věk respondentů

Tabulka č. 2: Věk respondentů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
20 až 30 let	2	3,7	11	18,7
31 až 40 let	18	33,3	16	27,1
41 až 50 let	22	40,8	14	23,7
50 a více let	12	22,2	18	30,5
celkem	54	100	59	100



Graf č. 2: Věk respondentů

Interpretace:

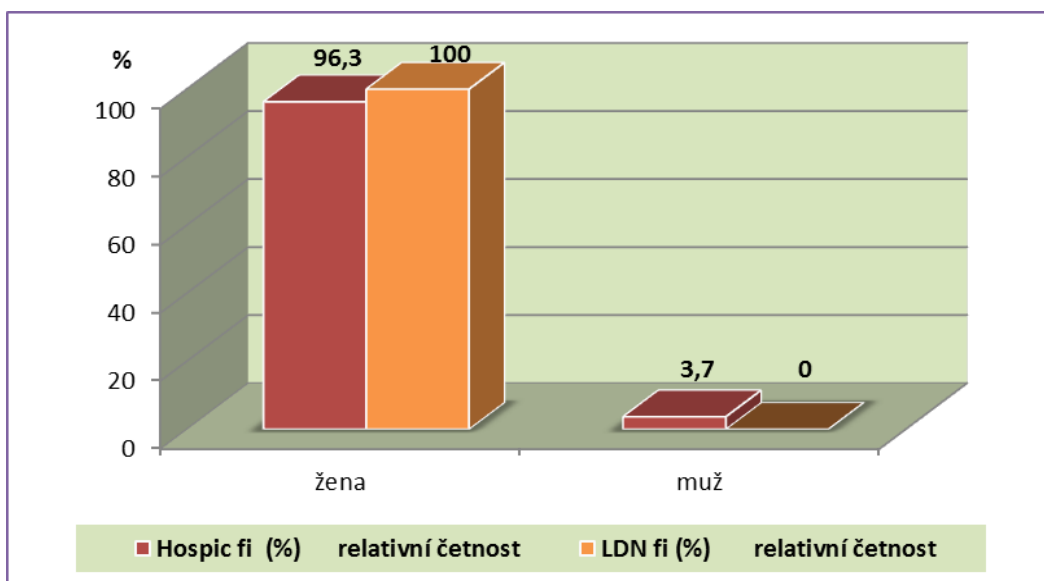
Věkový podíl všeobecných sester je vyjádřený v procentech z jejich celkového počtu ve srovnávaných typech zařízení - hospice a LDN.

V zařízeních hospicového typu je procentní podíl všeobecných sester ve věku do 30 let významně nižší (3,7 %), nejvyšší procentní podíl je pak ve věku mezi 41 až 50 lety (40,8 %). V zařízeních typu LDN je sice procentní podíl všeobecných sester ve věku do 30 let také nejnižší (18,7 %), ale je podstatně blíže průměrnému věku. Největší podíl v těchto zařízeních tvoří skupina nad 50 let (30,5 %).

Položka č. 3 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
žena	52	96,3	59	100
muž	2	3,7	0	0
celkem	54	100	59	100



Graf č. 3: Pohlaví respondentů

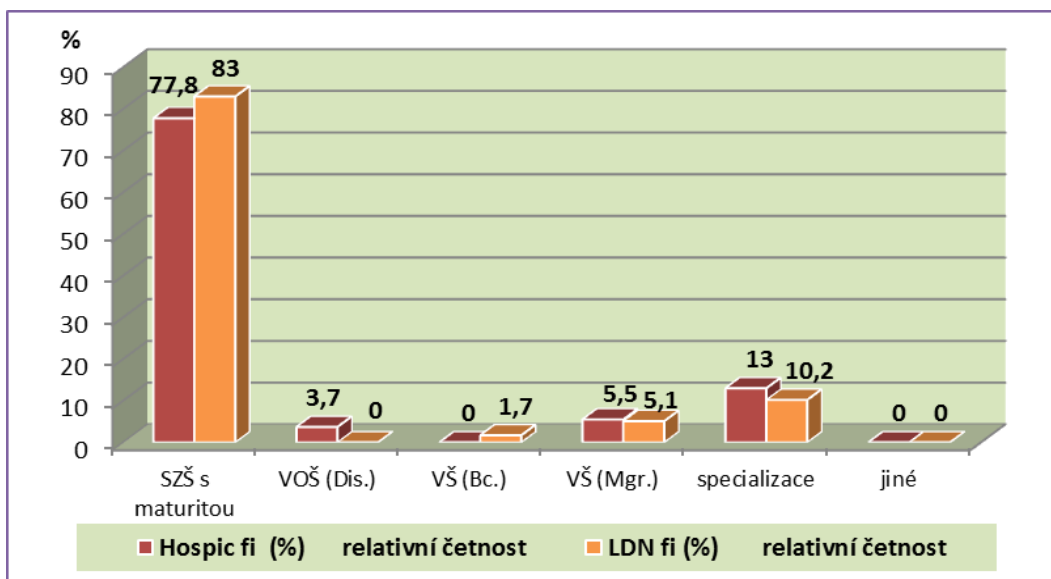
Interpretace:

Dotazníkovým šetřením byl také zjišťován podíl žen a mužů zařazených na pozici všeobecná sestra z jejich celkového počtu v zařízeních typu hospic a typu LDN. V naprosté většině jsou na této pozici ženy (u hospiců 92,6 %, v LDN je to 100 %). Pouze výjimečně jsou na této pozici muži, a to zřejmě k povaze vykonávaných činností v Hospici (7,4 %).

Položka č. 4 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
SZŠ s maturitou	42	77,8	49	83
VOŠ (Dis.)	2	3,7	0	0
VŠ (Bc.)	0	0	1	1,7
VŠ (Mgr.)	3	5,5	3	5,1
specializace	7	13	6	10,2
jiné	0	0	0	0
celkem	54	100	59	100



Graf č. 4: Vzdělání respondentů

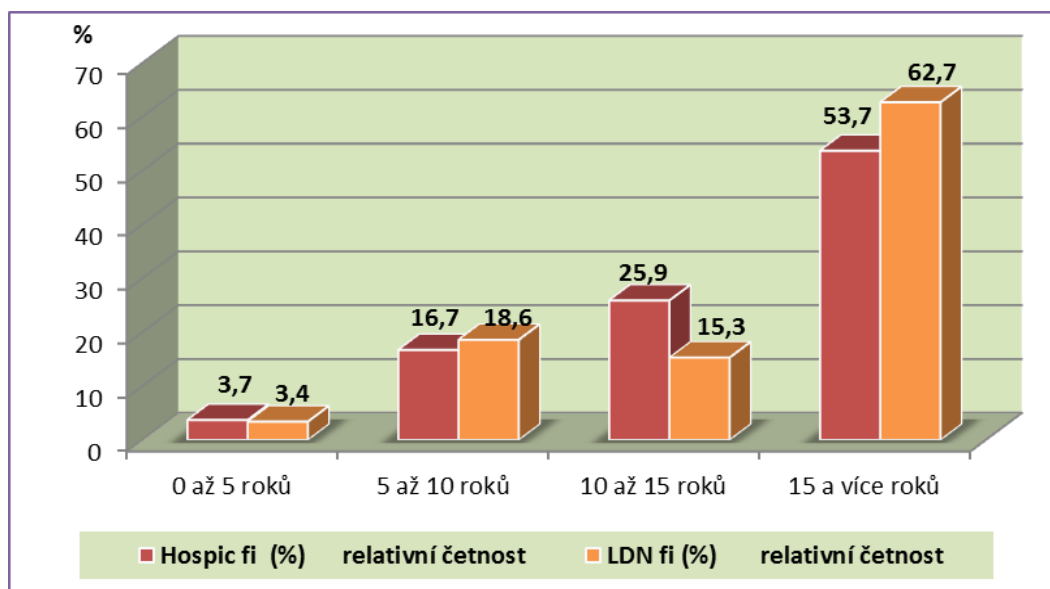
Interpretace:

Podle dotazníkového šetření je zde vyjádřen podíl všeobecných sester podle dosaženého vzdělání. V obou srovnávaných zařízeních výrazně převažují absolventky Střední zdravotnické školy s maturitou (u hospiců 77,8 %, v LDN 83 %). Menší skupinou jsou absolventky SZŠ s následnou specializací (v hospicích 13 %, v LDN 10,2 %). Ještě menší skupinu tvoří sestry s vysokoškolským vzděláním (Bc., Mgr.), což odpovídá zřejmě jejich zařazení na vedoucí funkci (vrchní sestra ...).

Položka č. 5 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Tabulka č. 5: Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
0 až 5 roků	2	3,7	2	3,4
5 až 10 roků	9	16,7	11	18,6
10 až 15 roků	14	25,9	9	15,3
15 a více roků	29	53,7	37	62,7
celkem	54	100	59	100



Graf č. 5: Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

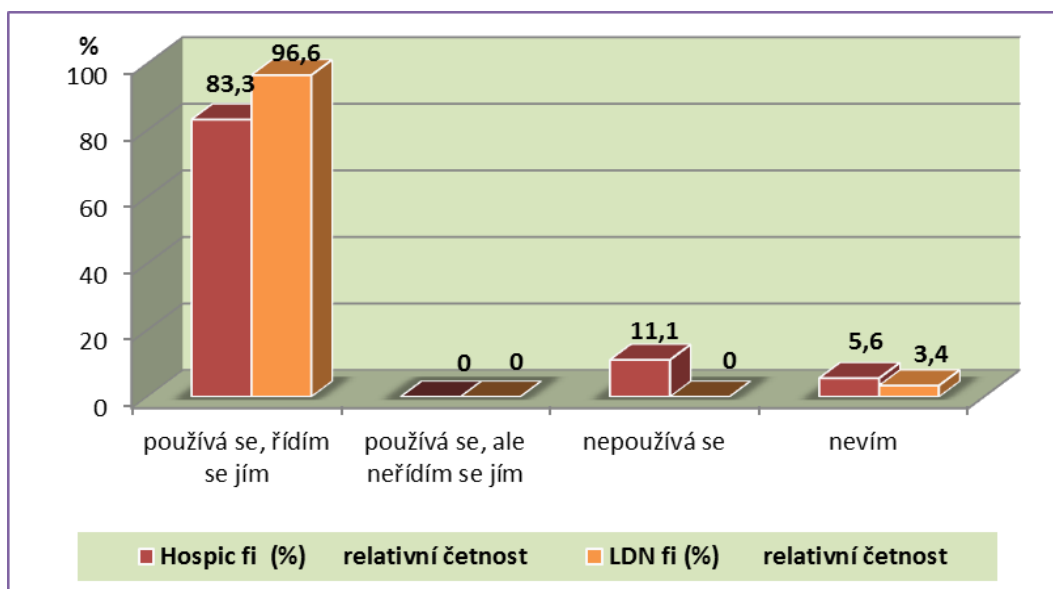
Interpretace:

Podle výsledků dotazníkového šetření je v obou typech srovnávaných zařízení evidentní převaha sester s více než patnáctiletou praxí ve zdravotnictví (v hospicích 53,7 % v LDN 62,7 %). Je zřejmé, že všeobecné sestry spojují od počátku svou profesní dráhu spíše s nemocnicemi nebo ambulancemi, což je logické. To dokládá zjištěný podíl všeobecných sester s praxí do 5 roků - v hospicích je 3,7 % a v LDN 3,4 % a podobně i těch s praxí do 10 roků je v hospicích 16,7 % a v LDN 18,6 %. Malá část z nich až po získání praktických zkušeností přechází do zařízení typu Hospic a typu LDN.

Položka č. 6 Používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti u pacientů

Tabulka č. 6: Používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti u pacientů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
používá se, řídím se jím	45	83,3	57	96,6
používá se, ale neřídím se jím	0	0	0	0
nepoužívá se	6	11,1	0	0
nevím	3	5,6	2	3,4
celkem	54	100	59	100



Graf č. 6: Používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti u pacientů

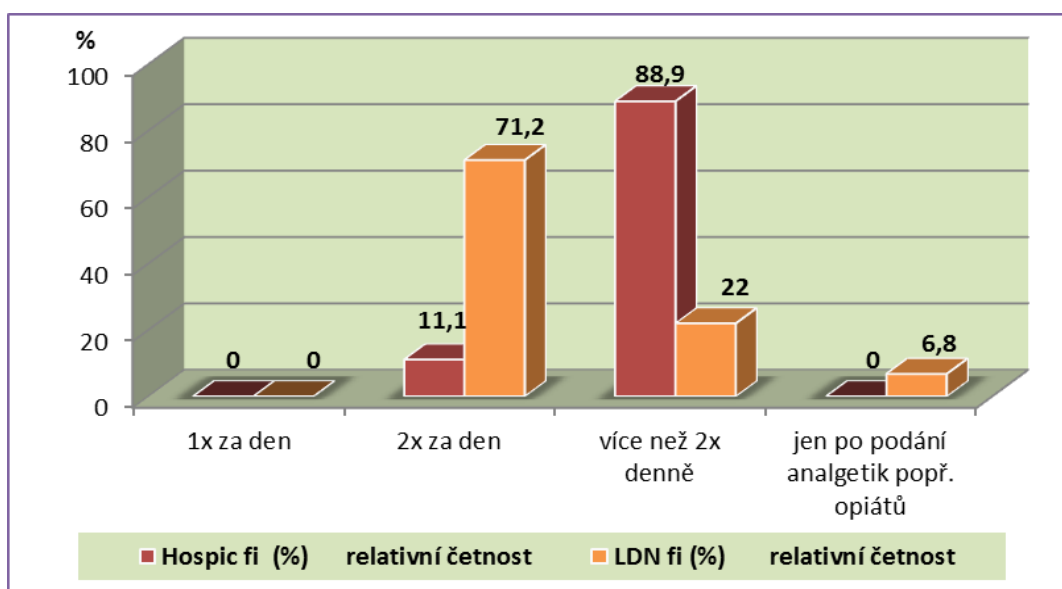
Interpretace:

Dotazníkovým šetřením byl zjišťován stav používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti u pacientů ve srovnávaných zařízeních. Z něho vyplývá, že takovýto standard je v obou typech zařízení – Hospic i LDN – zaveden a používán (v hospicích 83,3 %, ještě výraznější je to u LDN 96,6 %) a jen ve výjimečných případech se nepoužívá (v hospicích 11,1 %). To je zřejmě spíše způsobeno neinformovaností.

Položka č. 7 Monitorace chronické bolesti během dne

Tabulka č. 7: Monitorace chronické bolesti během dne

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
1x za den	0	0	0	0
2x za den	6	11,1	42	71,2
více než 2x denně	48	88,9	13	22
jen po podání analgetik popř. opiátů	0	0	4	6,8
celkem	54	100	59	100



Graf č. 7: Monitorace chronické bolesti během dne

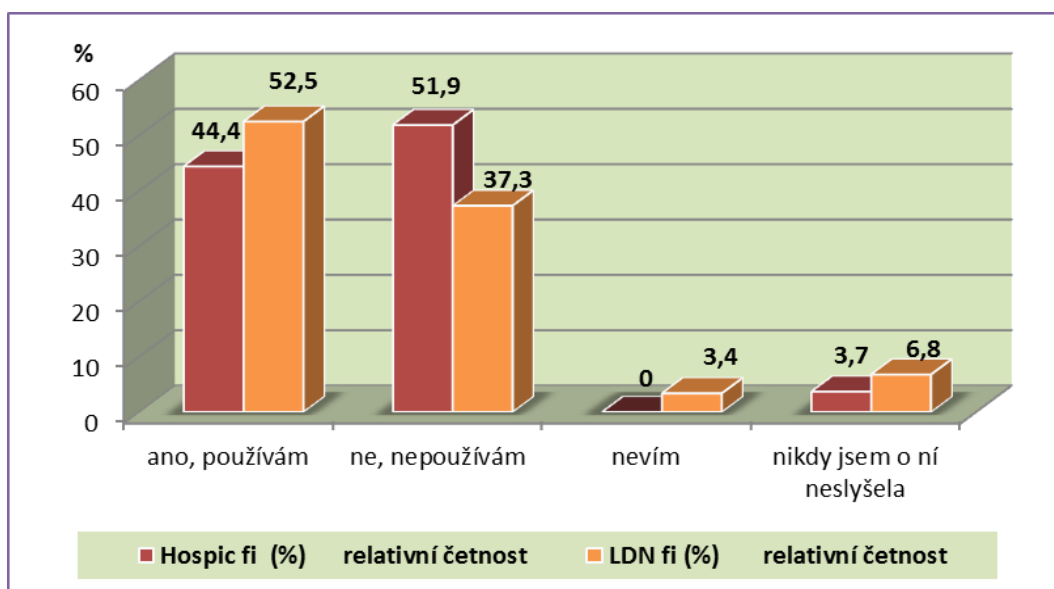
Interpretace:

Další položkou dotazníkového šetření je četnost monitorování chronické bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v průběhu dne. U hospiců je toto monitorování častější (více než 2x denně 88,9 %), což vyplývá z příčin, pro které jsou pacienti v takovém zařízení hospitalizováni. Nemoc u nich bývá v pokročilém stadiu, obvykle je i provázena bolestí a většinou se postupně její průběh zhoršuje. U zařízení typu LDN se obvykle jedná o pacienty poměrně stabilizovanější, takže je i monitorování bolesti méně časté (nejčastěji 2x denně 71,2 %).

Položka č. 8 Využití mapy bolesti k určení lokality chronické bolesti u pacienta

Tabulka č. 8: Využití mapy bolesti k určení lokality chronické bolesti u pacienta

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
ano, používám	24	44,4	31	52,5
ne, nepoužívám	28	51,9	22	37,3
nevím	0	0	2	3,4
nikdy jsem o ní neslyšela	2	3,7	4	6,8
celkem	54	100	59	100



Graf č. 8: Využití mapy bolesti k určení lokality chronické bolesti u pacienta

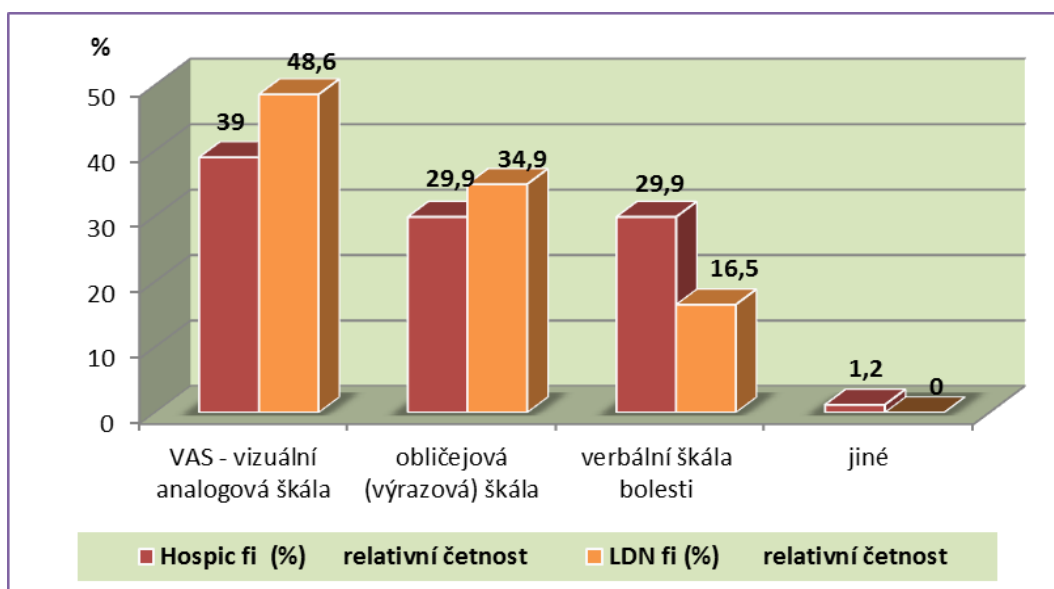
Interpretace:

Dotazníkové šetření dokumentuje používání mapy bolesti ke zjišťování lokality chronické bolesti u pacienta a jejímu zaznamenávání. Z toho je zřejmé, že častěji je mapa bolesti užíváno v zařízeních typu LDN (52,5 %), poněkud méně pak v hospicích (44,4 %). Spíše výjimečně se vyskytuje neznalost této pomůcky (3,7 % v hospicích, 6,8 % v LDN).

Položka č. 9 Metody používané pro zjišťování intenzity chronické bolesti

Tabulka č. 9: Metody používané pro zjišťování intenzity chronické bolesti

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
VAS - vizuální analogová škála	30	39	53	48,6
obličejová (výrazová) škála	23	29,9	38	34,9
verbální škála bolesti	23	29,9	18	16,5
jiné	1	1,2	0	0
celkem	77	100	109	100



Graf č. 9: Metody používané pro zjišťování intenzity chronické bolesti

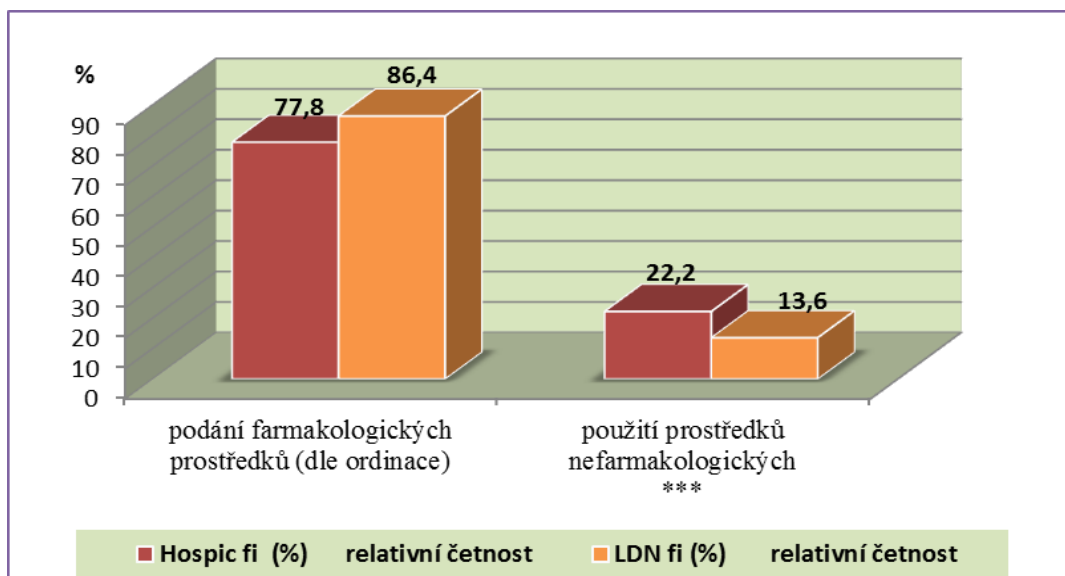
Interpretace:

O tom, jaké metody užívají všeobecné sestry pro zjištění intenzity chronické bolesti pacientů, vypovídá další položka dotazníkového šetření. Běžné je užívání více metod všeobecnými sestrami v obou typech zařízení. V hospicích je použití u všech tří konkrétních metod poměrně vyrovnané (29,9 až 39 %), v LDN převažuje používání VAS (48,6 %), méně pak obličejové škály (34,9 %) a nejméně pak verbální škály (16,5 %).

Položka č. 10 Výběr metod k tišení chronické bolesti u pacientů

Tabulka č. 10: Výběr metod k tišení chronické bolesti u pacientů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
podání farmakologických prostředků (dle ordinace)	42	77,8	51	86,4
použití prostředků nefarmakologických ***	12	22,2	8	13,6
celkem	54	100	59	100
*** nefarmakologické :				
akupresura	0	0	0	0
aplikace tepla/chladu	4	9,6	7	31,8
relaxační cvičení	2	4,8	0	0
aromaterapie	8	19	0	0
úlevová poloha	12	28,6	9	40,9
masáž	0	0	1	4,6
rehabilitace	8	19	5	22,7
muzikoterapie	8	19	0	0
jiné	0	0	0	0

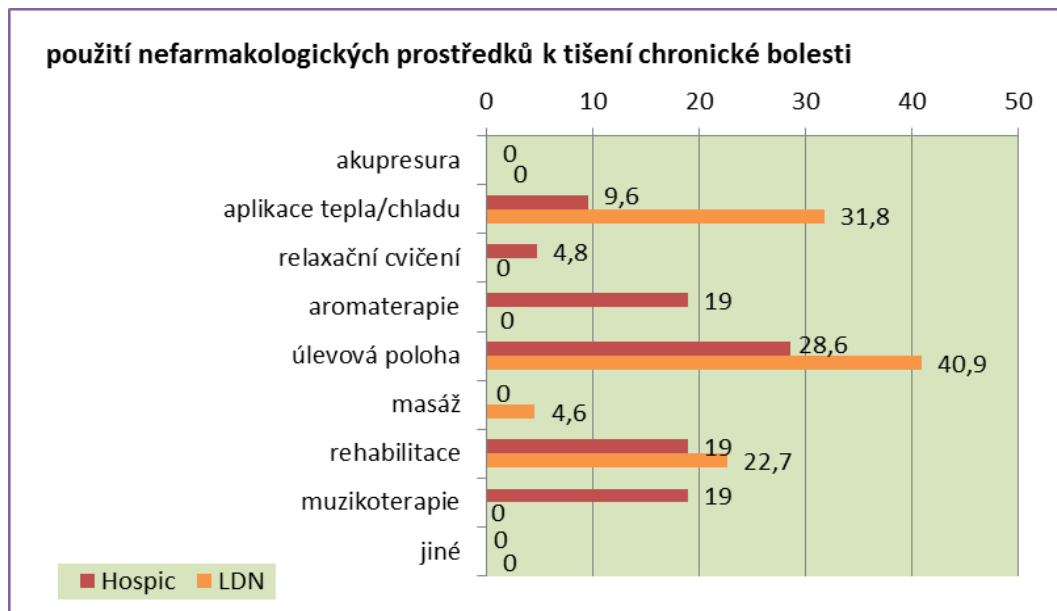


Graf č. 10: Výběr metod k tišení chronické bolesti u pacientů

Interpretace:

Z šetření vyplývá, že v používání metod k tišení chronické bolesti jednoznačně dominuje podávání farmakologických prostředků (v hospicích 77,8 %, v LDN 86,4 %).

Využití nefarmakologických prostředků je spíše doplňkovou volbou, a to ještě spíše v hospicích (22,2 %) než v LDN (13,6 %). Vyhodnocení tohoto doplňujícího rozlišení pak poskytuje následující graf č. 10a.



Graf č. 10a: Použití jednotlivých druhů nefarmakologických prostředků k tišení chronické bolesti u pacientů

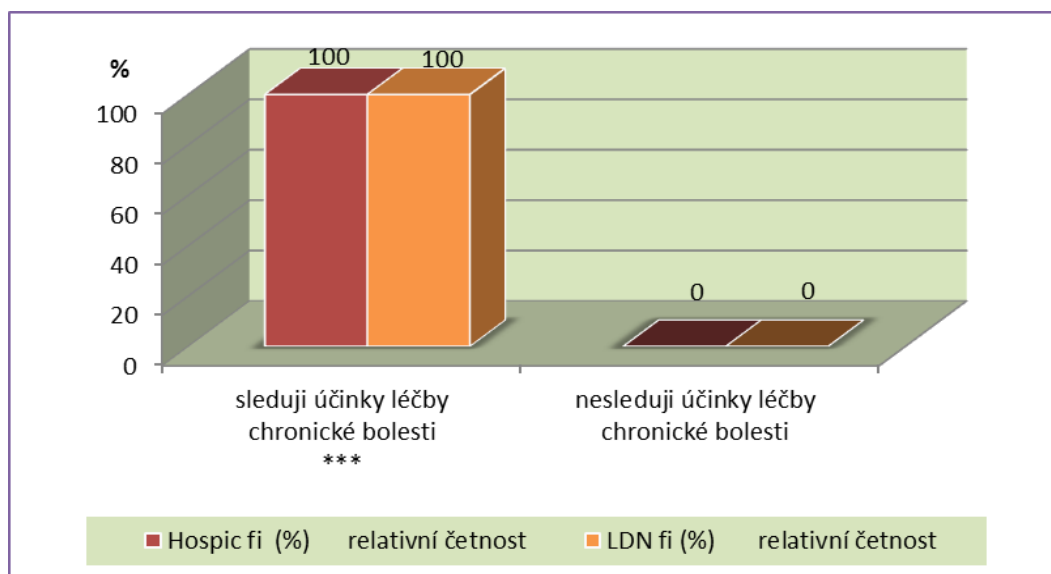
Interpretace:

Zobrazena je podrobněji četnost používání jednotlivých druhů nefarmakologických prostředků uvedených v tabulce č. 10. Zřejmé je, že nejčastější v obou typech zařízení je použití úlevové polohy (hospice 28,6 %, LDN 40,9 %), dále pak aplikace tepla/chladu (LDN 31,8 %) a podobně pak rehabilitace (v hospicích 19 %, v LDN 22,7 %). Následují pak další méně využívané prostředky. Je možné říci, že výsledky získané tímto šetřením bylo možné předpokládat.

Položka č. 11 Sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů a používané způsoby

Tabulka č. 11: Sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
sledují účinky léčby chronické bolesti ***	54	100	59	100
nesledují účinky léčby chronické bolesti	0	0	0	0
celkem	54	100	59	100
***sledují z toho :				
z verbálních projevů	52	55,3	56	68,3
ohodnocením mimických projevů	36	38,3	25	30,5
jinak	6	6,4	1	1,2

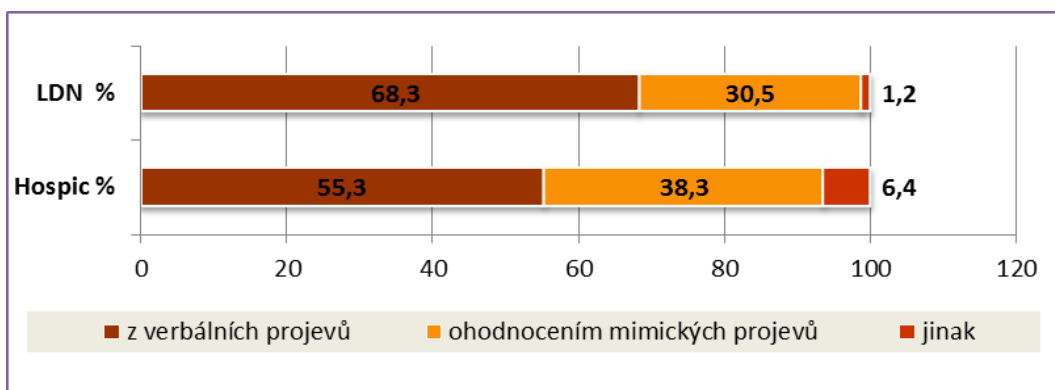


Graf č. 11: Sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů

Interpretace:

Z informací o sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů je vidět, že všeobecné sestry považují tuto činnost za naprosto zásadní (v obou zařízeních 100 %) a ani v jednom případě se nevyskytuje to, že by se sledování této léčby nevěnovaly.

Použitý způsob sledování účinků léčby je pak zobrazen v následujícím doplňujícím grafu.



Graf č. 11a: Způsob sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů.

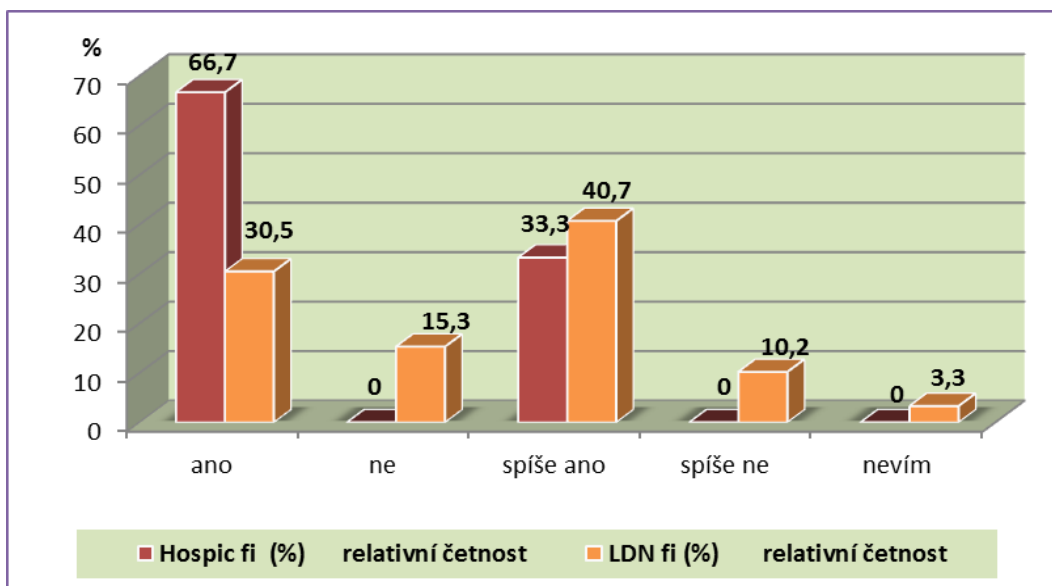
Interpretace:

Tento doplňující graf dle výsledku dotazníkového šetření podrobněji ukazuje na způsoby sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů. V obou typech zařízení je to většinou z verbálních projevů (v hospicích 55,3 %, v LDN 68,3 %), přibližně z jedné třetiny je pak využíváno vlastní ohodnocení mimických projevů (v hospicích 38,3 %, v LDN 30,5 %). Jen v sedmi případech potom jde o sledování jiným způsobem, a to s využitím VAS (v hospicích 6,4, v LDN 1,4 %).

Položka č. 12 Úspěšnost dosažení zmírnění chronické bolesti u pacientů, kteří chronickou bolestí trpí

Tabulka č. 12: Úspěšnost dosažení zmírnění chronické bolesti u pacientů, kteří chronickou bolestí trpí

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
ano	36	66,7	18	30,5
ne	0	0	9	15,3
spíše ano	18	33,3	24	40,7
spíše ne	0	0	6	10,2
nevím	0	0	2	3,3
celkem	54	100	59	100



Graf č. 12: Úspěšnost dosažení zmírnění chronické bolesti u pacientů, kteří chronickou bolestí trpí

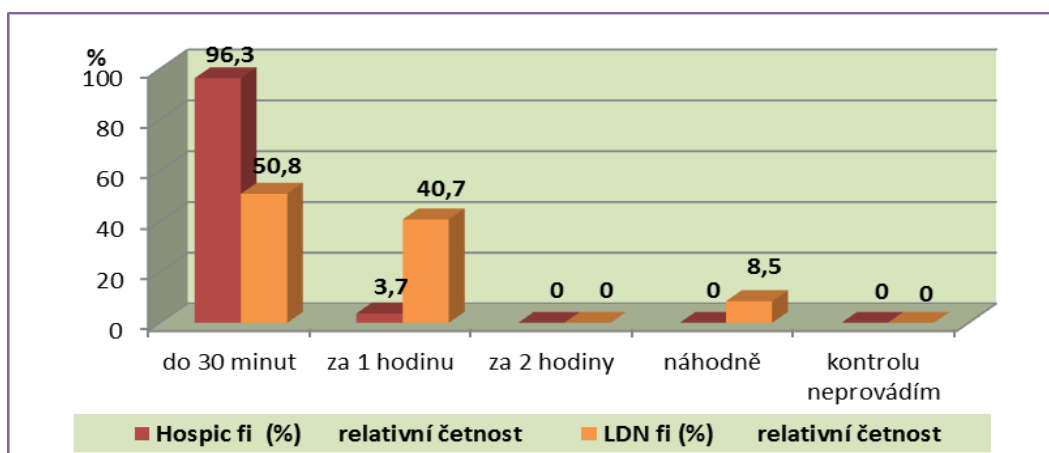
Interpretace:

Další šetření podává informaci o tom, jak všeobecné sestry porovnávaných zařízení vnímají výsledky snahy o zmírnění chronické bolesti u pacientů, které ošetřují. Že k tomuto zmírnění skutečně dochází, se domnívá 66,7 % sester z hospiců, v LDN je to jen 30,5 %. Že ke zmírnění spíše dochází se domnívá 33,3 % sester z hospiců a 40,7 % sester z LDN. V zařízeních typu LDN si myslí 10,2 % sester, že ke zmírnění chronické bolesti spíše nedochází a 15,3 % si myslí, že k tomu nedochází.

Položka č. 13 Kontrola účinku farmakologických prostředků (analgetik popř. opiátů) k tišení chronické bolesti po jejich aplikaci

Tabulka č. 13: Kontrola účinku farmakologických prostředků (analgetik popř. opiátů) k tišení chronické bolesti po jejich aplikaci

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
do 30 minut	52	96,3	30	50,8
za 1 hodinu	2	3,7	24	40,7
za 2 hodiny	0	0	0	0
náhodně	0	0	5	8,5
kontrolu neprovádím	0	0	0	0
celkem	54	100	59	100



Graf č. 13: Kontrola účinku farmakologických prostředků (analgetik popř. opiátů) k tišení chronické bolesti po jejich aplikaci.

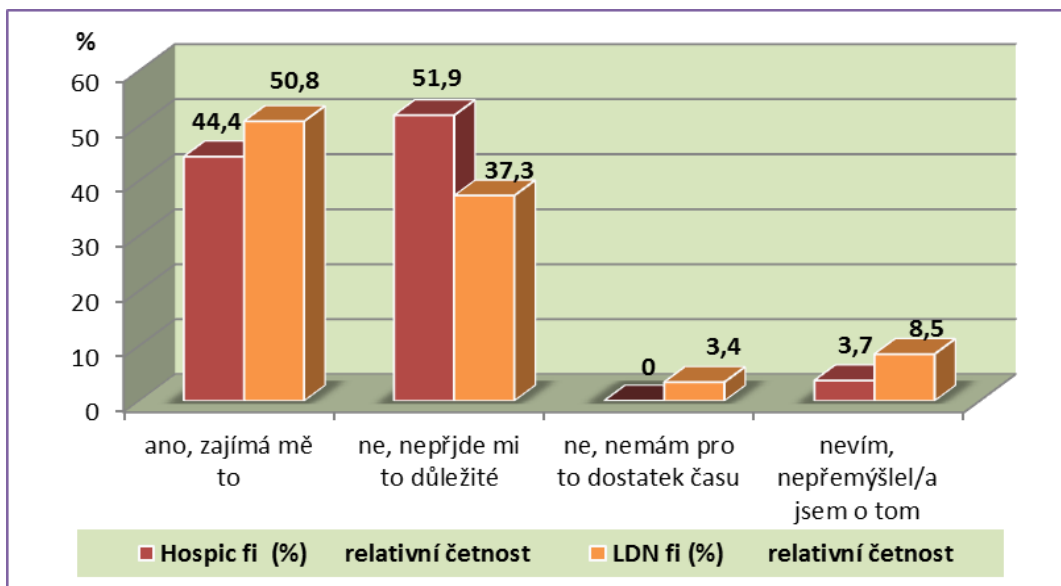
Interpretace:

Šetření podává informaci, po jaké době všeobecné sestry kontrolují účinky farmakologických prostředků (analgetik popř. opiátů) po jejich podání pacientovi trpícímu chronickou bolestí. V hospicích je to většinou už do 30 minut (96,3 %) a jen malá část za 1 hodinu (3,7 %). V zařízeních typu LDN je to do 30 minut přibližně polovina (50,8 %), další část provádí kontrolu za 1 hodinu (40,7 %). Je z toho zřejmé, že sestry berou v úvahu dobu možného začátku účinkování aplikovaných analgetik popř. opiátů a rovněž i momentálního stavu pacienta.

Položka č. 14 Zájem o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti

Tabulka č. 14: Zájem o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
ano, zajímá mě to	24	44,4	30	50,8
ne, nepřijde mi to důležité	28	51,9	22	37,3
ne, nemám pro to dostatek času	0	0	2	3,4
nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom	2	3,7	5	8,5
celkem	54	100	59	100



Graf č. 14: Zájem o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti

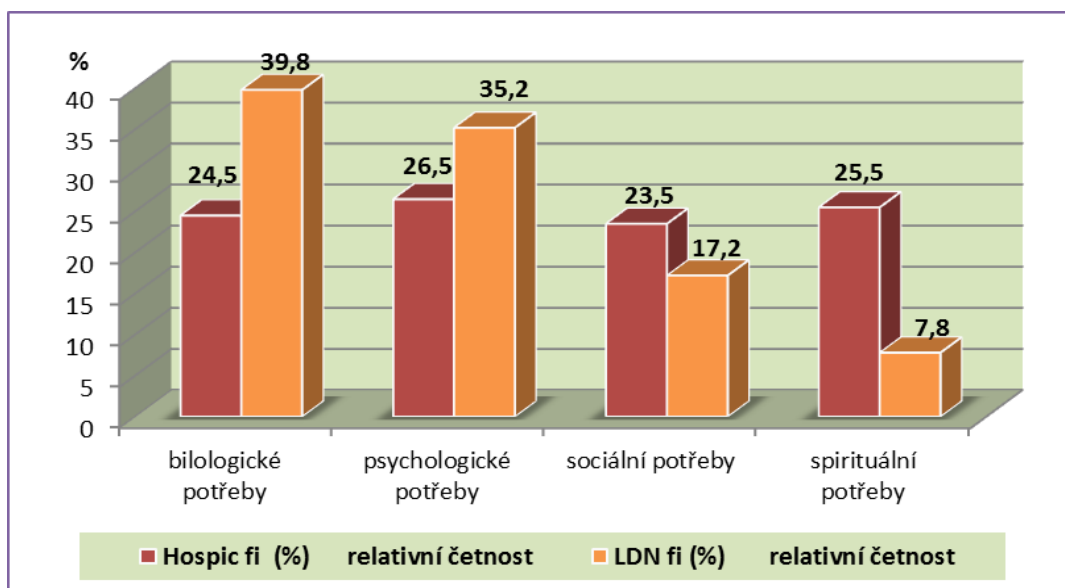
Interpretace:

Dotazníkové šetření podává přehled o přístupu všeobecných sester ve srovnávaných zařízeních k zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti. Dá se říci, že zájem a nezájem tvoří téměř vyrovnané skupiny. V hospicích je to tak, že o nové metody se zajímá 44,4 % a nezajímá se 51,9 %. V zařízeních typu LDN se o nové metody zajímá 50,8 % a nezajímá se 37,3 %. Jen malá část sester o tom nepřemýšlela (v hospicích 3,7 % a v LDN 8,5 %) nebo na to nemá dostatek času (v LDN 3,4 %).

Položka č. 15 Uspokojování potřeb u pacienta s chronickou bolestí

Tabulka č. 15: Uspokojování potřeb u pacienta s chronickou bolestí

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
biologické potřeby	50	24,5	51	39,8
psychologické potřeby	54	26,5	45	35,2
sociální potřeby	48	23,5	22	17,2
spirituální potřeby	52	25,5	10	7,8
celkem	204	100	128	100



Graf č. 15: Uspokojování potřeb u pacienta s chronickou bolestí

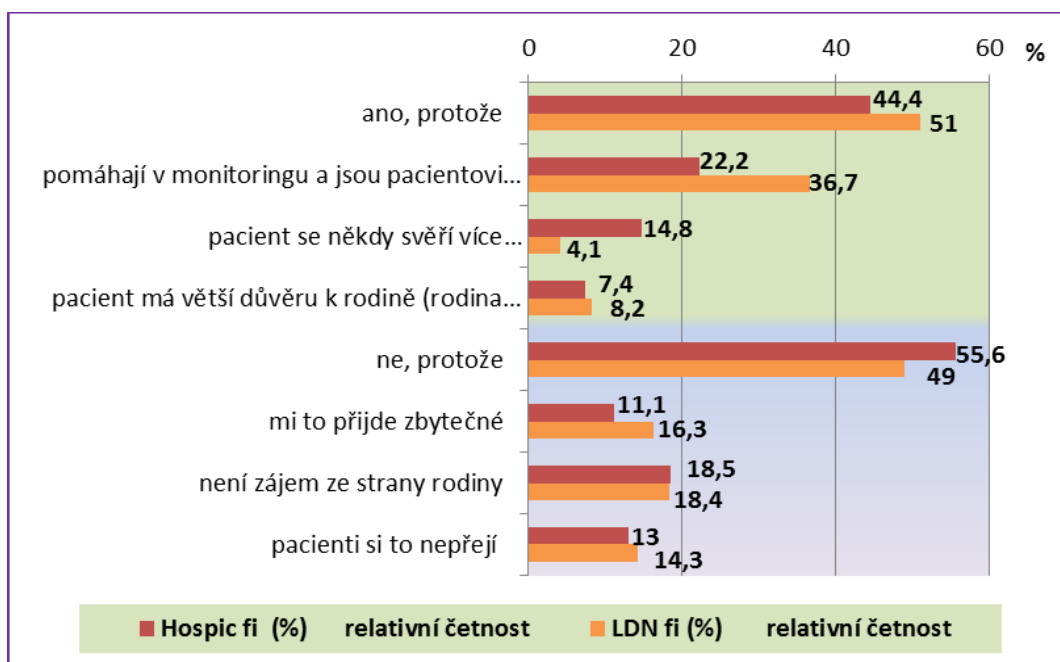
Interpretace:

Výsledky tohoto dotazníkového šetření ukazují na přesvědčení všeobecných sester ze srovnávaných zařízení, kam by měla směřovat snaha o uspokojení potřeb pacienta s chronickou bolestí. V hospicích je snaha o uspokojení potřeb ve všech oblastech v podstatě na stejné úrovni (biologické 24,5 %, psychologické 26,5 %, sociální 23,5 %, spirituální 25,5 %). V zařízeních typu LDN je zřetelnější pragmatičtější přístup, kde nejvyšší důležitost je přikládána upokojení potřeb biologických 39,8 %, dále pak psychologických 35,2 %, sociálních 17,2 % a spirituálních 7,8 %.

Položka č. 16 Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty s chronickou bolestí

Tabulka č. 16: Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty s chronickou bolestí

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
ano, protože	24	44,4	30	51
pomáhají v monitoringu a jsou pacientovi oporou	12	22,2	15	36,7
pacient se někdy svěří více rodině než personálu	8	14,8	9	4,1
pacient má větší důvěru k rodině (rodina musí být poučena)	4	7,4	6	8,2
ne, protože	30	55,6	29	49
mi to přijde zbytečné	6	11,1	10	16,3
není zájem ze strany rodiny	10	18,5	11	18,4
pacienti si to nepřejí	7	13	8	14,3
celkem	54	100	59	100



Graf č. 16: Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty s chronickou bolestí

Interpretace:

Dotazníkové šetření se zabývá tím, zda se všeobecné sestry snaží do péče o pacienta s chronickou bolestí zapojit i jeho rodinné příslušníky. Z výsledku vyplývá, že se o to

snaží 44,4 % sester v hospicích a 51 % v LDN. Tomuto poměru odpovídá i doplňující argument, že rodinní příslušníci pomáhají v monitoringu a jsou oporou pacientovi (22,2 % v hospicích a 36,7 % v LDN). To zřejmě nasvědčuje tomu, že v hospici jsou hospitalizováni pacienti právě proto, že stadium jejich nemoci spojené s bolestí už vyžaduje odbornou péči, která je v hospicích právě na mírnění chronické bolesti zaměřena. Proto také z provedeného šetření vyplývá, že v zařízeních typu LDN, jejichž určení není primárně zaměřeno na léčbu chronické bolesti, je snaha o zapojení rodinných příslušníků vyšší.

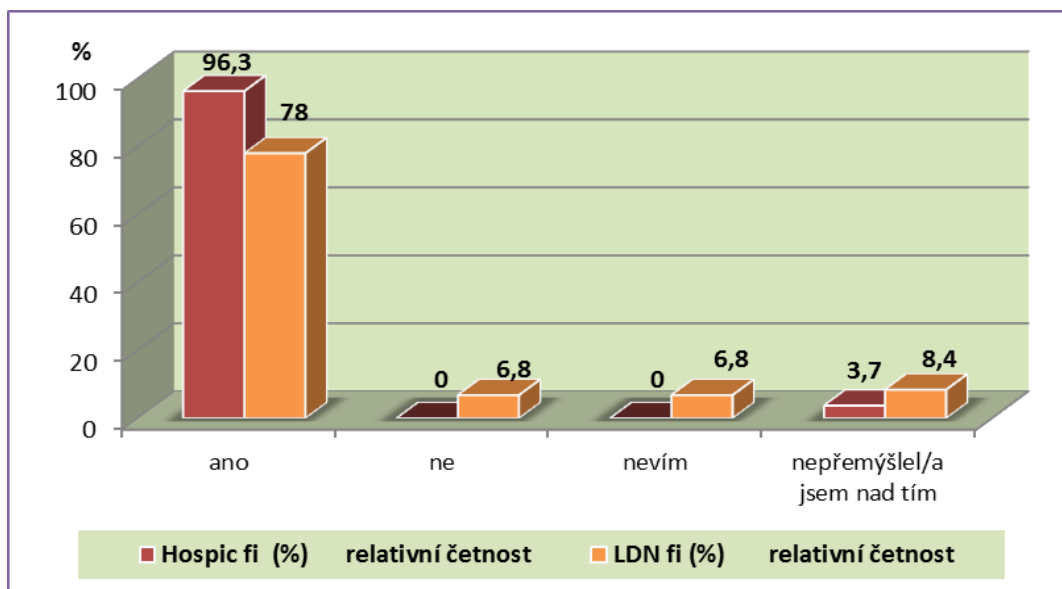
V opačném poměru je pak to, že všeobecné sestry ve srovnávaných zařízeních nemají snahu zapojovat rodinné příslušníky do péče o pacienta s chronickou bolestí (v hospicích 55,6 %, v LDN 49 %) a tomu také odpovídají i doplňující ukazatele (není zájem ze strany rodiny – v hospicích 18,5 %, v LDN 18,4 % a pak také, že si to pacient nepřeje - v hospicích 13 % a v LDN 14,3 %).

Jen menší část sester se domnívá, že zapojování rodinných příslušníků do péče o pacienta s chronickou bolestí je zbytečné (v hospicích 11,1 % a v LDN 16,3 %).

Položka č. 17 Vliv prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován

Tabulka č. 17: Vliv prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
ano	52	96,3	46	78
ne	0	0	4	6,8
nevím	0	0	4	6,8
nepřemýšlel/a jsem nad tím	2	3,7	5	8,4
celkem	54	100	59	100



Graf č. 17: Vliv prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován

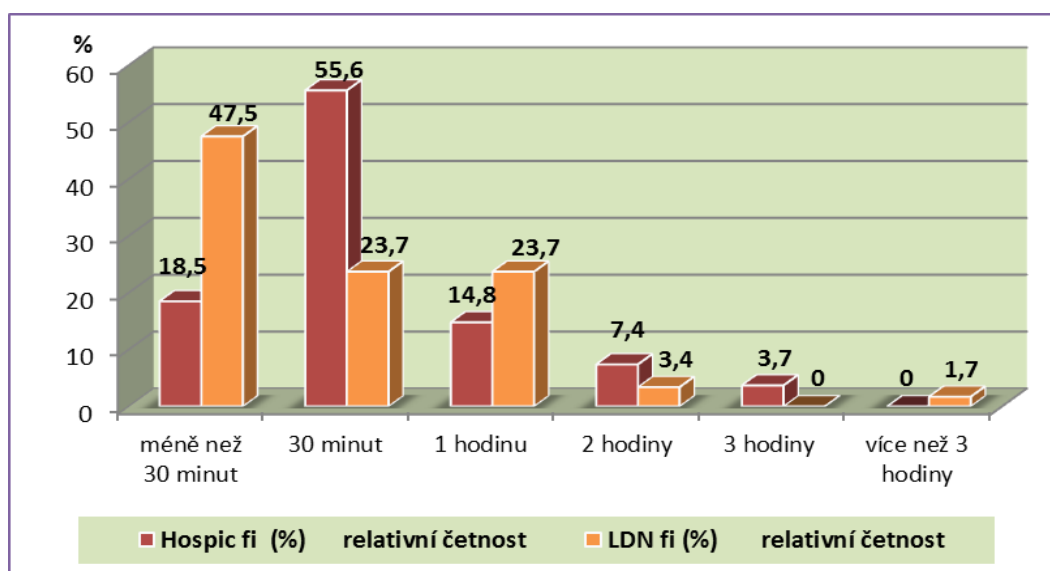
Interpretace:

Toto šetření je obrázkem o názoru všeobecných sester z obou srovnávaných typů zařízení. Vyplývá z něj, že na pacienta s chronickou bolestí (a zřejmě by to mělo i obecnější platnost) má prostředí, ve kterém je hospitalizován, významný vliv. Myslí si to 96,3 % sester v hospicích a 78 % sester v LDN. Jen malá část sester si myslí, že to takový význam nemá (6,8 % v LDN), nebo o tom nepřemýšlela (3,7 % v hospicích, 8,4 % v LDN), příp. na to nemá názor (6,8 % v LDN).

Položka č. 18 Čas věnovaný za směnu komunikaci s pacientem s chronickou bolestí

Tabulka č. 18: Čas věnovaný za směnu komunikaci s pacientem s chronickou bolestí

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
méně než 30 minut	10	18,5	28	47,5
30 minut	30	55,6	14	23,7
1 hodinu	8	14,8	14	23,7
2 hodiny	4	7,4	2	3,4
3 hodiny	2	3,7	0	0
více než 3 hodiny	0	0	1	1,7
celkem	54	100	59	100



Graf č. 18: Čas věnovaný za směnu komunikaci s pacientem s chronickou bolestí

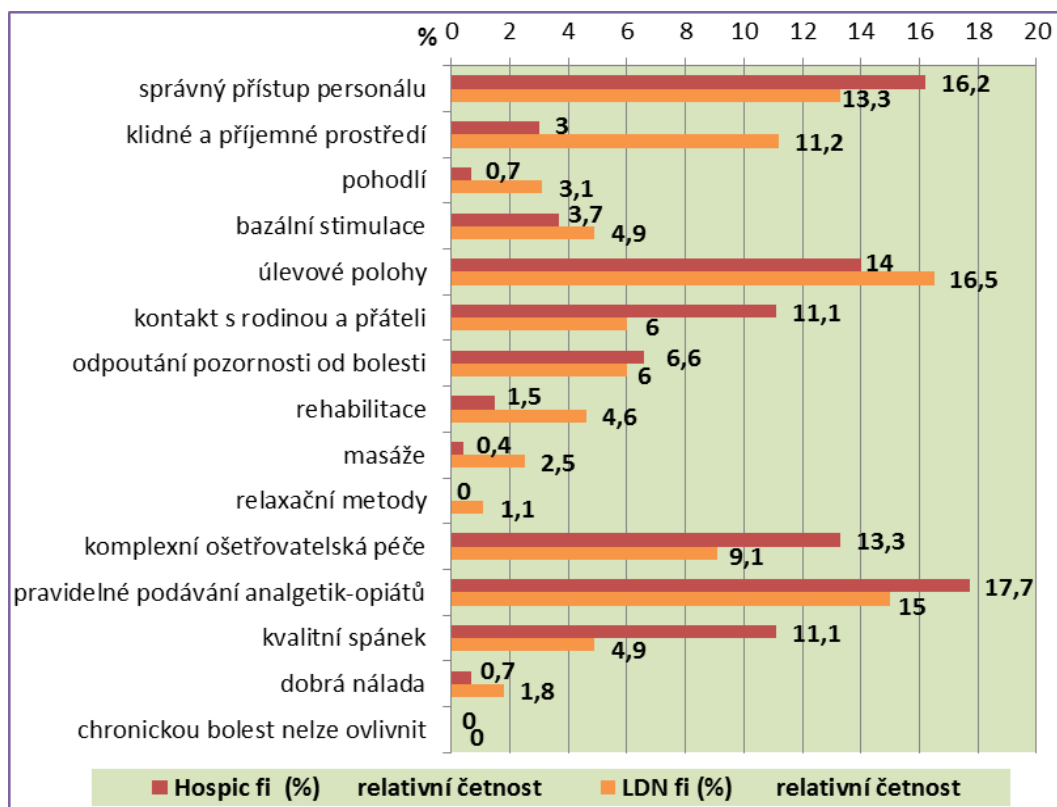
Interpretace:

Tato informace dokumentuje, jaký čas věnují všeobecné sestry samotné komunikaci s pacientem trpícím chronickou bolestí. Je z toho zřejmé, že přes řadu dalších činností a povinností jí přikládají důležitost, protože je oboustranně prospěšná. V hospicích i v LDN největší podíl připadá na dobu do 1 hodiny. Delší doba zřejmě bude souviset se závažností stavu pacienta. V hospicích je nejčastěji uváděná doba 30 minut (55,6 % sester), v LDN je to nejčastěji méně než 30 minut (46,9 %).

Položka č. 19 Faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

Tabulka č. 19: Faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
správný přístup personálu	44	16,2	38	13,3
klidné a příjemné prostředí	8	3	32	11,2
pohodlí	2	0,7	9	3,1
bazální stimulace	10	3,7	14	4,9
úlevové polohy	38	14	47	16,5
kontakt s rodinou a přáteli	30	11,1	17	6
odpoutání pozornosti od bolesti	18	6,6	17	6
rehabilitace	4	1,5	13	4,6
masáže	1	0,4	7	2,5
relaxační metody	0	0	3	1,1
komplexní ošetrovatelská péče	36	13,3	26	9,1
pravidelné podávání analgetik-opiátů	48	17,7	43	15
kvalitní spánek	30	11,1	14	4,9
dobrá nálada	2	0,7	5	1,8
chronickou bolest nelze ovlivnit	0	0	0	0
celkem	271	100	285	100



Graf č. 19: Nejčastější faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

Interpretace:

Výsledky tohoto dotazníkového šetření podávají obrázek o tom, které faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů považují všeobecné sestry ve srovnávaných typech zařízení za nejvýznamnější.

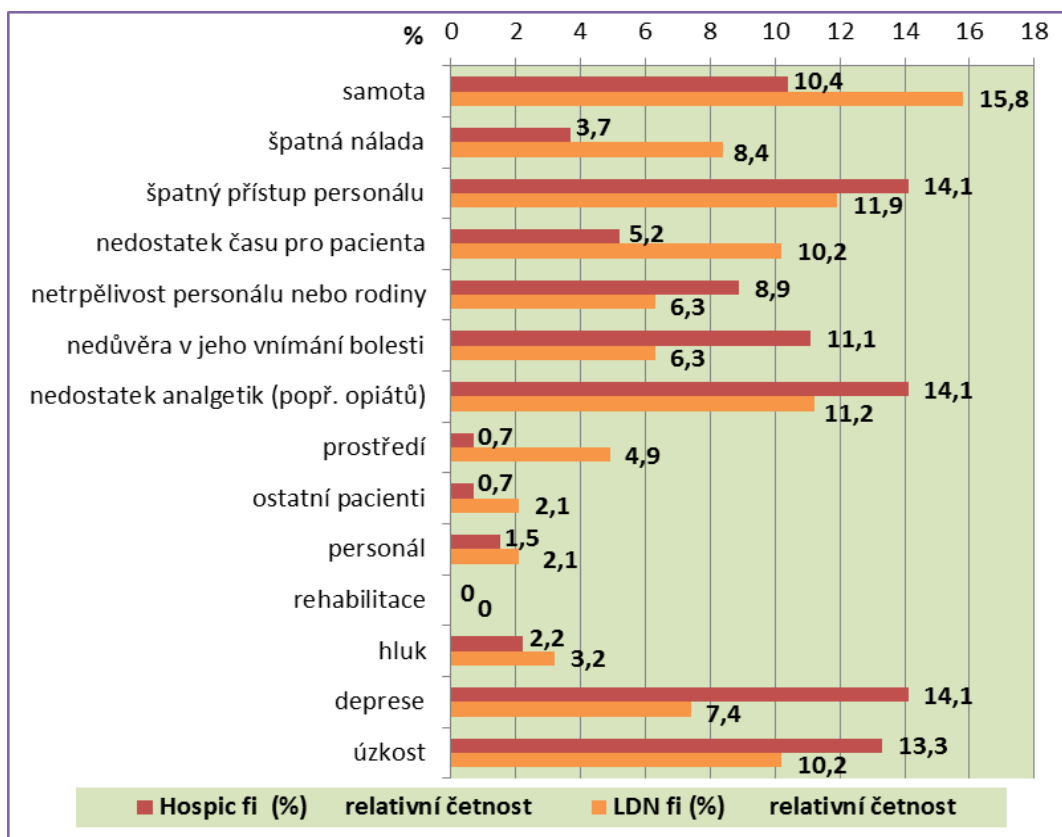
V hospicích je to pravidelné podávání analgetik/opiátů (17,7 %), další v pořadí je pak obecnější faktor – správný přístup personálu (16,2 %), následuje užívání úlevových poloh (14 %) a komplexní ošetrovatelská péče (13,3 %) a dále pak kvalitní spánek (11,1 %) a kontakt s rodinou (11,1 %). Ostatním faktorům přisuzují menší význam.

V zařízeních typu LDN všeobecné sestry přikládají největší význam užívání úlevových poloh (16,5 %), následuje pravidelné podávání analgetik/opiátů (15 %), dalším v pořadí je správný přístup personálu (13,3 %), dále pak klidné a příjemné prostředí (11,2 %) a komplexní ošetrovatelská péče (9,1 %). Méně významu pak přisuzují ostatním faktorům. Lze tedy říci, že v obou typech zařízení je největší význam přikládán takovým základním faktorům s pozitivním působením - pravidelnému podávání léků, užívání úlevových poloh a obecně správnému přístupu personálu.

Položka č. 20 Faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

Tabulka č. 20: Faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

	Hospic		LDN	
	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost	n_i absolutní četnost	f_i (%) relativní četnost
samota	28	10,4	45	15,8
špatná nálada	10	3,7	24	8,4
špatný přístup personálu	38	14,1	34	11,9
nedostatek času pro pacienta	14	5,2	29	10,2
netrpělivost personálu nebo rodiny	24	8,9	18	6,3
nedůvěra v jeho vnímání bolesti	30	11,1	18	6,3
nedostatek analgetik (popř. opiátů)	38	14,1	32	11,2
prostředí	2	0,7	14	4,9
ostatní pacienti	2	0,7	6	2,1
personál	4	1,5	6	2,1
rehabilitace	0	0	0	0
hluk	6	2,2	9	3,2
deprese	38	14,1	21	7,4
úzkost	36	13,3	29	10,2
celkem	270	100	285	100



Graf č. 20: Faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů

Interpretace:

Výsledky tohoto dotazníkového šetření podávají obrázek v protikladu k předchozí položce, tedy o tom, které faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů považují všeobecné sestry ve srovnávaných typech zařízení za nejvýznamnější.

V hospicích mezi negativními faktory jsou na čele nedostatek analgetik, deprese, špatný přístup personálu (všechny 14,1 %), následuje úzkost (13,3 %) a nedůvěra personálu v pacientovo vnímání bolesti (11,1 %), dalším faktorem v pořadí je samota (10,4 %). Ostatním faktorům pak přisuzují menší důležitost.

V zařízeních typu LDN sestry přisuzují největší význam samotě (15,8 %), následuje špatný přístup personálu (11,9 %) a nedostatek analgetik/opiátů (11,2 %), další v pořadí pak jsou úzkost a také nedostatek času pro pacienta (obojí 10,2 %). Menší důležitost pak přisuzují ostatním faktorům.

I v případě faktorů s negativním působením na pacienta lze najít také takové základní – nedostatek aplikovaných léků a špatný přístup personálu, které pak negativně ovlivňují stav pacienta v obou typech porovnávaných zařízení.

3.5 Ověření cílů a výzkumných předpokladů

V této části jsou uvedeny cíle práce a ověření výzkumných předpokladů, které bylo provedeno na základě výsledků z provedeného výzkumu. Tyto předpoklady nebyly testovány statisticky, jejich vyhodnocení bylo provedeno matematickou metodou.

Ověření cíle č. 1:

Cíl č. 1: Porovnat management bolesti zajišťovaný všeobecnými sestrami u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. K tomuto cíli byly stanoveny dva výzkumné předpoklady.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že více než 30 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných používá u pacientů s chronickou bolestí mapu bolesti k určení lokalizace chronické bolesti.

K tomu se vztahuje otázka z dotazníku č. 8. – viz tab. č. 8. Respondenti měli na výběr čtyři odpovědi. U obou porovnávaných zařízení uvedlo více než 30 % všeobecných sester, že používá k určení lokality chronické bolesti u pacienta mapu bolesti. V léčebně dlouhodobě nemocných ji používá 52,5 % a v hospici 44,4 % všeobecných sester.

Závěr: Výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumného šetření a potvrzuje, že více než 30 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných používá u pacientů s chronickou bolestí mapu bolesti k určení lokalizace chronické bolesti.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že se liší druh použité škály pro hodnocení chronické bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

K tomu se vztahuje otázka z dotazníku č. 9. – viz tab. č. 9, str. 41. Zde byly na výběr také čtyři odpovědi. Převažuje užívání více metod (druhů škál) všeobecnými sestrami v obou typech zařízení. V hospicích je použití u všech tří konkrétních metod poměrně vyrovnané (29,9 až 39 %), v LDN převažuje používání VAS (48,6 %), méně pak obličejové škály (34,9 %) a nejméně pak verbální škály (16,5 %). Čtvrtá byla možnost uvedení jiné eventuality, kterou využilo pouze 1,8 % respondentů z hospice. V ní respondenti uváděli „celkovou řeč těla pacienta“, což nejspíše odpovídá potřebě zjistit

míru chronické bolesti u pacientů v terminálním stavu, kteří nemohou uvést subjektivní názor. Druh používané škály se ve srovnávaných zařízeních liší.

Závěr: Výzkumný předpoklad je v souladu s výzkumným šetřením a potvrzuje, že se liší druh použité škály pro hodnocení chronické bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

Ověření cíle č. 2:

Cíl č. 2: Porovnat metody, které všeobecné sestry používají k tišení chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. K tomuto cíli byly stanoveny také dva výzkumné předpoklady.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že existuje rozdíl v preferovaném výběru metod, které všeobecné sestry používají k tišení bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

K tomu se vztahuje otázka z dotazníku č. 10 – viz tab. č. 10, str. 42, ve které měli respondenti na výběr ze dvou možností odpovědi, kdy první byla: použití farmakologických prostředků (dle ordinace lékaře) a druhá: použití nefarmakologických prostředků, kde měli respondenti na výběr z metod, kde mohli použít více odpovědí (z nefarmakologických metod). V LDN v 86,4 % převažuje použití farmakologických a v 13,6 % nefarmakologických prostředků. V hospici 77,8 % farmakologických a 22,2 % nefarmakologických prostředků.

Závěr: Výzkumný předpoklad není v souladu s výsledky výzkumného šetření, které ukázalo, že metody, které používají všeobecné sestry v obou srovnávaných zařízeních jsou v převážné míře s užitím farmakologických prostředků.

Výzkumný předpoklad č. 4: Předpokládám, že více než 60 % všeobecných sester v obou zařízeních kontroluje účinek podaných analgetik u pacientů s chronickou bolestí do jedné hodiny po jejich podání.

K tomuto výzkumnému předpokladu se vztahuje otázka z dotazníku č. 13 – viz tab. č. 13, str. 46. Zde měli respondenti na výběr pět možností výběru odpovědí. V LDN 50,8 % všeobecných sester kontroluje účinek podaných analgetik do 30 minut po jejich podání a 40,7 % za 1 hodinu po podání a 8,5 % všeobecných sester provádí kontrolu účinku náhodně. V hospici 96,3 % všeobecných sester kontroluje účinek podaných analgetik do 30 minut po jejich podání a 3,7 % z a1 hodinu po podání.

Závěr: Výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumného šetření a potvrzuje, že více než 60 % všeobecných sester v obou zařízeních kontroluje účinek podaných analgetik u pacientů s chronickou bolestí do jedné hodiny po jejich podání.

Ověření cíle č. 3:

Cíl č. 3: Zjistit, zda jsou rozdíly v přístupu všeobecných sester k psychosomatickým aspektům chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. K tomuto cíli byl stanoven jeden výzkumný předpoklad.

Výzkumný předpoklad č. 5: Předpokládám, že existuje rozdíl v uspokojení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

K tomu se vztahuje otázka z dotazníku č. 15 – viz tab. č. 15, str. 48. Zde byly na výběr čtyři možnosti odpovědí s možností označit i více odpovědí. Označení všech čtyř odpovědí by odpovídalo holistickému přístupu k pacientovi, tedy uspokojování potřeb bio-psycho-socio-spirituálních. V hospicích je snaha o takový přístup velmi významná, když uspokojování potřeb pacienta ve všech čtyřech oblastech (bio-psycho-socio-spirituálních) uplatňuje 48 všeobecných sester z celkového počtu 54. V zařízeních typu LDN je zřetelnější asi více pragmatičtější přístup, kde vyšší důležitost klade na uspokojení potřeb biologických (51) a psychologických (45) z celkového počtu 59 všeobecných sester. Jen asi 15% z nich uplatňuje komplexní.

Přístup k psychosomatickým aspektům chronické bolesti		
	Hospic	LDN
	absolutní četnost	absolutní četnost
biologické potřeby	50	51
psychologické potřeby	54	45
sociální potřeby	48	22
spirituální potřeby	52	10
celkem všeobecných sester	54	59

Závěr: Výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumného šetření, že existuje rozdíl v uspokojení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

4 DISKUZE

Bakalářská práce je věnována ošetrovatelské péči o pacienty s chronickou bolestí ve dvou typech porovnávaných zařízení, kterými byly hospice a léčebny dlouhodobě nemocných. V diskuzi je proveden rozbor stanovených cílů a výzkumných předpokladů. Pro analýzu dat bylo použito celkem 113 dotazníků. Z toho bylo 54 dotazníků z hospiců (konkrétně se jedná o 15 dotazníků z Hospice Anežky České, 19 dotazníků z Hospice Brno, 20 dotazníků z Hospice Rajhrad) a 59 dotazníků z léčeben dlouhodobě nemocných (konkrétně se jedná o 29 dotazníků z Oddělení následné péče Liberec a 30 dotazníků z Léčebny dlouhodobě nemocných Jaroměř).

Cílem č. 1 bylo *porovnat management bolesti zajišťovaný všeobecnými sestrami u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných*. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9, 11, 19 a 20 dotazníku pro všeobecné sestry. K monitoraci chronické bolesti v průběhu dne se vztahuje otázka č. 7. V zařízeních LDN je v 71,2 % monitorování prováděno 2x za den, pouze ve 22 % více než 2x za den a 6,5 % respondentů odpovědělo, že provádí monitoraci jen po podání analgetik popř. opiátů. V hospici je v 11,1 % monitorování prováděno 2x za den a v 88,9 % více než 2x za den. Jak uvádí Bc. Klementová v článku s názvem „Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století?“, bolest by se měla hodnotit minimálně 4krát denně – ráno, v poledne, večer, v noci (Klementová, 2010), což se provedeným výzkumem potvrzuje jen v zařízeních hospicového typu. Pro doplnění porovnání managementu bolesti mohou posloužit také výsledky otázky č. 19 (viz tab. č.19, str. 54). V té se zjišťují faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů. V hospicích to je pravidelné podávání analgetik/opiátů (17,7 %), dalším je potom správný přístup personálu (16,2 %), také užívání úlevových poloh (14 %) a komplexní ošetrovatelská péče (13,3 %). V LDN mezi pozitivními faktory nejčastěji všeobecné sestry uvádějí užívání úlevových poloh (16,5 %), poté pravidelné podávání analgetik/opiátů (15%) a správný přístup personálu (13,3 %). Z toho lze usoudit, že v obou typech srovnávaných zařízení jsou uváděny podobné pozitivní faktory poměrně zásadně ovlivňující chronickou bolest, což je jistě uspokojivé zjištění. V protikladu proti předchozímu jsou výsledky šetření podle otázky č. 20 dotazníku (viz tab. č. 20, str. 55), kde všeobecné sestry uvádějí faktory, které negativně ovlivňují chronickou bolest. V hospicích je v popředí nedostatek podávaných analgetik, deprese, špatný přístup personálu

(14,1 %), dále pak úzkost (13,3 %) a nedůvěra personálu ve vnímání bolesti pacientem (11,1 %) a také samota (10,4 %). V LDN, na rozdíl od hospiců, všeobecné sestry přisuzují větší význam především samotě (15,8 %), špatnému přístupu personálu (11,9 %), nedostatku analgetik/opiátů (11,2 %) a dále pak úzkosti a také nedostatku času pro pacienta (obojí 10,2 %). Hodnocení pozitivních a negativních faktorů vzhledem k chronické bolesti v obou typech porovnávaných zařízení odpovídají poznatkům popsaným v knize „*Bolest' ako ošetrovateľský problém*“, jejíž autorkou je Doc. PhDr. Ivica Gulášová, PhD. Zmiňuje se tam jak o faktorech ovlivňujících pociťovanou bolest, tak i o sesterské anamnéze a podobně. V souvislosti s tím je třeba mít na paměti základní termíny - holizmus, individualizmus a komunikaci. To znamená, že každý člověk, tedy i pacient, je zvláštní a proto je třeba zjišťovat, v jaké situaci se nalézá nyní a co je pro něho v této situaci důležité. Nemusí se někdy shodovat to, co si myslíme my (zdravotníci) s tím, co si myslí samotný pacient (Gulášová, 2008). Informace získané na otázku č. 6 (viz tab. č. 6, str. 38) byly potěšujícím zjištěním. Touto otázkou je zjišťováno používání standardu pro postup a zmírňování chronické bolesti u pacientů. Respondenti zde měli čtyři možnosti odpovědi. Výsledkem je, že v LDN 96,6 % všeobecných sester používá standard a řídí se jím, 3,4 % vybralo odpověď „nevím“. V hospicích 83,3 % respondentů standard používá a řídí se jím, 5,6 % odpovědělo, že neví a 11,1 % standard nepoužívá. Toto nepoužívání standardu bylo poměrně překvapující, jelikož hospicová zařízení se zaměřují především na tišení bolesti, proto bych předpokládala, že se standard v těchto zařízeních bude používat. K cíli č. 1 byly stanoveny dva výzkumné předpoklady.

K prvnímu výzkumnému předpokladu se vztahuje otázka č. 8 dotazníku pro všeobecné sestry (viz tab. č. 8, str. 40) pro zjištění používání mapy bolesti k určení lokality bolesti. Vyplývá z ní, že v obou porovnávaných zařízeních jsou ke zjišťování lokality chronické bolesti mapy bolesti využívány, a to v zařízeních typu LDN poněkud více (52,5 %) a v hospicích poněkud méně (44,4 %). Poměrně značná část všeobecných sester mapu bolesti nepoužívá (51,9 % v hospicích a 37,3 % v LDN). Překvapujícím zjištěním pro mne bylo, že 3,7 % respondentů z hospiců a 6,8 % respondentů z LDN uvedlo, že o mapě bolesti nikdy neslyšelo. Využívání mapy bolesti patří k nejvhodnějším formám používaným v praxi k určení lokality bolesti popřípadě jejímu šíření do jiné části těla, jak například uvádí Laura Janáčková ve své publikaci *Bolest a její zvládání* (Janáčková, 2007).

První výzkumný předpoklad k tomuto cíli se potvrdil - více než 30 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných používá u pacientů s chronickou bolestí mapu bolesti k určení lokalizace chronické bolesti.

K druhému předpokladu se vztahuje otázka č. 9 dotazníku pro všeobecné sestry (viz tab. č. 9, str. 41). Z výsledků vyplývá, že v zařízeních typu hospic je téměř shodně využíváno VAS (39 %), obličejové (výrazové) škály (29,9 %), verbální škály (29,9 %) a jako doplňující hodnocení je uváděna celková řeč těla a pozorování (1,2 %). Použití takového doplňujícího hodnocení bolesti lze přisoudit tomu, že posuzovaný pacient s chronickou bolestí je např. v pokročilém stádiu nemoci (terminálním) a není schopen porozumět hodnotícím škálám a vyjádřit subjektivní názor na svoji bolest. To jsem zaznamenala například v diplomové práci Renáty Grossové Klementové, která se zabývala léčbou bolesti u seniorů ve FN Brno. Tam i ona dochází k podobným zjištěním u seniorů. V této práci Klementová uvádí, že při monitorování bolesti u pacientů v chirurgických oborech je podle názoru všeobecných sester schopno vyjádřit svou bolest 79,01 % z nich, ale u pacientů v interních oborech je toho schopno jen 46,91 % (Grossová Klementová, 2012). Ve srovnávaných zařízeních typu LDN všeobecné sestry převážně využívají VAS (48,6 %), poněkud méně pak obličejovou (výrazovou) škálu (34,9 %) a ještě méně pak verbální škálu bolesti (16,5 %). Domnívám se, že v těchto zařízeních (LDN) je převaha pacientů, kteří jsou schopni podle škály svou bolest vyjádřit, proto lze ve větší míře používat VAS. U pacientů v hospici nelze využívat v takové míře VAS, nejspíše kvůli stavu (terminální stádium) nebo diagnózám (např. demence) pacientů.

Druhý výzkumný předpoklad k tomuto cíli se rovněž potvrdil - druh použité škály pro hodnocení chronické bolesti všeobecnými sestrami u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných se liší.

Cílem č. 2 bylo *porovnat metody, které všeobecné sestry používají k tišení chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných*. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10, 12, 13, 14 dotazníku pro všeobecné sestry. Za zmínku stojí výsledek vyplývající z otázky č. 12 (viz tab. č. 12, str. 46) k tomu, zda v porovnávaných zařízeních dochází ke zmírnění chronické bolesti u všech pacientů, kteří chronickou bolestí trpí. Zatímco v hospici uvádí 66,7 % všeobecných sester, že ano, v LDN tuto stejnou odpověď zvolilo jen 30,5 % všeobecných sester. Možnost spíše ano zvolilo 33,3 % respondentů z hospice a 40,7 % z LDN. Možnosti ne, spíše ne a nevím

se v odpovědích z hospice nevyskytovaly. V LDN 15,3 % všeobecných sester odpovědělo, že nedochází ke zmírnění chronické bolesti u pacientů a 10,2 %, že spíše ne. Poslední možnost výběru - nevím - využilo 3,3 %. Podle mého názoru to svědčí o tom, že v zařízeních hospicového typu je právě tišení bolesti (nejen fyzické, ale i duševní) za podstatné. Myslím si, že všeobecné sestry v nich to považují za jeden ze svých hlavních úkolů. Naproti tomu v zařízeních LDN jsou pacienti a širším spektrem zdravotních problémů, takže zmírnění bolesti je jedním z řady dalších problémů pro všeobecné sestry a z toho pak vyplývá, že ke zmírňování bolesti dochází u menšího podílu pacientů. K problému chronické bolesti např. uvádí MUDr. Pavlína Nosková ve svém článku s názvem „*Chronická bolest, diagnostika, terapie*“. Konkrétně zde uvádí, že 40-60 % pacientů trpících chronickou bolestí nepociťuje její dostatečnou úlevu (Nosková, 2010).

K cíli č. 2 byly stanoveny také dva předpoklady.

K třetímu předpokladu se vztahuje otázka č. 10 dotazníku pro všeobecné sestry (viz tab. č. 10, str. 42). Odpovědi pak ukazují, že převažující je tišení chronické bolesti pomocí farmakologických prostředků dle ordinace lékaře (77,8 % v hospici a 86,4 % v LDN). Výrazně menší podíl připadá na použití prostředků nefarmakologických (22,2 % v hospici a 13,6 % v LDN). Z nefarmakologických prostředků je v hospicových zařízeních nejčastěji používanou metodou úlevová poloha (28,6 %), další v pořadí je pak rehabilitace, aromaterapie a muzikoterapie (19 %) a v menší míře aplikace tepla nebo chladu (9,6 %) a relaxační cvičení (4,8 %). Sama bych ale předpokládala, že aplikace tepla nebo chladu bude v pořadí užití například před aromaterapií a muzikoterapií. Stejně srovnání v zařízeních LDN ukazuje, že nejčastější používanou nefarmakologickou metodou je rovněž využití úlevové polohy (40,9 %), téměř stejný podíl zaujímá aplikace tepla nebo chladu (31,8 %), méně potom rehabilitace (22,7 %). Jako spíše doplňující je pak masáž (4,6 %), která je podle mých zkušeností z praxe spíše součástí provádění hygieny u pacientů. Myslím si, že řadou těchto a dalších technik nefarmakologických přístupů se všeobecným sestram otevírají další možnosti pomoci pacientům s bolestí, aniž by musely čekat na ordinaci lékaře, což také uvádí Bohdana Dušová v publikaci s názvem „*Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*“. Výběr takových možností samozřejmě závisí na zdravotním stavu, věku a osobnosti pacienta (Dušová, 2007).

Třetí výzkumný předpoklad k tomuto cíli se nepotvrdil – protože výsledky výzkumného šetření ukázaly, že metody, které používají všeobecné sestry v obou srovnávaných zařízeních jsou v převážné míře s užitím farmakologických prostředků.

Ke čtvrtému předpokladu se vztahuje otázka č. 13 dotazníku pro všeobecné sestry (viz tab. č. 13, str. 47). Podle vyhodnocení výsledků provádí v hospici kontrolu účinku farmakologických prostředků k tišení bolesti (analgetika popř. opiáty) po jejich podání do 30 min. většina, to je 96,3 % všeobecných sester a zbývající 3,7 % za 1 hodinu po podání těchto prostředků. To nasvědčuje zřejmě tomu, že použité farmakologické prostředky v těchto zařízeních jsou především opiáty, jejichž účinek nastupuje do několika minut. Tímto se zabývá např. MUDr. Pavlíček v článku Léčba bolesti v časopisu Sestra z roku 2009, kde uvádí, že po i.v. Morfinu nastupuje účinek po 15-ti minutách s trváním 4 – 5 hodin, nebo po aplikaci Dipidoloru po i.v. aplikaci popřípadě i.m. aplikaci dochází k nástupu účinku po 2 - 5-ti minutách s trváním 4 – 6 hodin (Pavlíček, 2009). V porovnávaných zařízeních typu LDN převažuje taktéž kontrola po podání farmakologických prostředků do 30 minut (50,8 %), méně častá pak je kontrola za 1 hodinu po podání (40,7 %) a náhodně prováděná kontrola (8,5 %). Podle mého názoru není v těchto zařízeních tak naléhavá kontrola účinku aplikovaných farmakologických prostředků v krátké době po jejich podání vzhledem k tomu, že se k léčbě onemocnění, nepoužívají v takové míře opiáty k tišení chronické bolesti.

Čtvrtý výzkumný předpoklad k tomuto cíli se potvrdil - více než 60 % všeobecných sester v hospici i v léčebně dlouhodobě nemocných kontroluje účinek podaných analgetik u pacientů s chronickou bolestí do 1 hodiny po jejich podání.

Cílem č. 3 bylo zjistit, zda jsou rozdíly v přístupu všeobecných sester k psychosomatickým aspektům chronické bolesti u pacientů v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18 dotazníku pro všeobecné sestry. Zde za zmínku stojí výsledky vyplývající z otázky č. 16 (viz tab. č. 16, str. 50), která měla být informací o snaze zapojovat do péče o pacienty chronickou bolestí rodinné příslušníky (mohlo zde být uvedeno více odpovědí). V hospici 44,4 % sester považuje za důležité zapojovat rodinné příslušníky do péče o pacienty s chronickou bolestí (především, protože pomáhají v monitoringu a jsou pacientovi oporou). Celkem 55,6 % všeobecných sester si myslí, že rodinní příslušníci nejsou do péče zapojeni především z důvodu nezájmu ze strany rodiny

(18,5 %). Také v LDN značná část všeobecných sester považuje za důležité zapojovat rodinné příslušníky do péče o pacienty s chronickou bolestí (51 %), nejvíce proto, že pomáhají v monitoringu a jsou pacientovi oporou (36,7 %). Dále si potom 49 % všeobecných sester myslí, že rodinní příslušníci nejsou zapojeni do péče také z důvodu nezájmu ze strany rodiny (18,4 %) a potom i proto, že jim to přijde zbytečné (16,3 %). Podle mého názoru se v tom může projevovat nezdravý jev současné společnosti, kdy v okruhu rodiny stojí v popředí osobní zájmy a péče o nemocného se odsouvá, nebo přenáší jinam. K této problematice také směřuje PhDr. Iveta Ondriová, PhD. ve svém článku s názvem „*Chronická bolest vs. kvalita života nemocného*“ uvádí, že optimální léčba spočívá v multidisciplinárním přístupu a nezastupitelné místo má lidský přístup k pacientovi, jeho pochopení a motivování ke společnému cíli bolest vyléčit nebo ji alespoň zmírnit natolik, aby byla kvalita života uspokojivá. Dalším důležitou informací v tomto článku je to, že je tam zdůrazněna nutnost edukace nejen pacienta, ale i jeho rodiny a všech, kteří se o něj starají (Ondriová, 2013).

K cíli č. 3 byl stanoven jeden předpoklad.

K pátému předpokladu se vztahuje otázka č. 15 (viz tab. č. 15, str. 49). Výsledky vyjadřují rozložení uspokojení potřeb pacienta s chronickou bolestí v jednotlivých oblastech. U hospiců je uspokojení potřeb pacienta ve všech oblastech na přibližně stejné úrovni (biologické 24,5 %, psychologické 26,5 %, sociální 23,5 %, spirituální 25,5 %). Myslím, že v těchto zařízeních je s ohledem na pacienta vyvíjena snaha všeobecných sester ke komplexnímu uspokojení jeho potřeb. Z definice zdraví, která říká, že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka, jsou odvozovány i čtyři okruhy potřeb pacienta. Tak to také uvádí ve své knize „*Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*“ MUDr. Marie Svatošová (Svatošová, 2012). V zařízeních LDN převažuje především uspokojení potřeb biologických (39,8 %) a psychologických (35,2 %), méně pak jsou uspokojeny potřeby sociální (17,2 %) a spirituální (7,8 %). Tím se, podle mého názoru, potvrzuje už obecně rozšířené povědomí o potřebě poskytování komplexní péče o pacienty s chronickou bolestí a by bylo jistě žádoucí, aby ve všech čtyřech okruzích bylo uspokojování potřeb pacienta co nejvyrovnanější, a tedy komplexní, bez ohledu na jeho diagnózu.

Pátý výzkumný předpoklad k tomuto cíli se potvrdil - existuje rozdíl v uspokojení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb u pacientů s chronickou bolestí v hospici a u pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných.

5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků provedeného výzkumného šetření je zřejmé, že ve srovnávaných zařízeních je ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou bolestí na solidní úrovni. Je ale třeba se v této problematice dále vzdělávat a získávat další informace. V dnešní době, se stále více řeší problematika chronické bolesti a pacientů s touto diagnózou stále přibývá a právě proto považuji za potřebné, aby i všeobecné sestry se dále vzdělávaly v ošetrovatelské péči o tyto pacienty a snažily se u nich o co nejefektivnější a nejúčinnější tišení chronické bolesti. Jako výstup této bakalářské práce byla vypracována brožura nazvaná „*Doporučení pro všeobecné sestry k postupu ke zmírnění chronické bolesti*“, která by mohla být nápomocná všeobecným sestřám v léčebnách dlouhodobě nemocných i v hospicích k ucelení informací o ošetrovatelské péči o pacienta s chronickou bolestí. Brožura je vypracována jednoduše v bodech, tak, aby všeobecné sestry získaly přehled o problematice, která je zajímavá. Potom si případně mohou prostudovat v příslušné literatuře, která je uvedena na konci brožury informace, které jsou pro ně zajímavé a také užitečné pro praktické využití. Brožura je doplněna používanými škálami pro hodnocení bolesti a také obrázky, ve kterých pacienti vyjadřují pomocí kresby svoje pocity při prožívání chronické bolesti. Myslím, že díky těmto kresbám si mohou všeobecné sestry uvědomit, jak se jimi ošetrovaný pacient může v konkrétní situaci cítit. To může přispět k lepšímu a ucelenějšímu náhledu na tuto problematiku.

6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce bylo porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných. Problematika chronické bolesti je v dnešní době velmi frekventovaná, ale také často bohužel podceňovaná. Musím podotknout, že i přes obecně rozšířené negativní zkušenosti s chronickou bolestí spojené (někdy právem, někdy neprávem) s léčebnami dlouhodobě nemocných byly pro mne výsledky v této práci poměrně potěšujícím zjištěním. Kladným zjištěním pro bylo především to, že nejsou až tak velké rozdíly v poskytované péči o pacienty trpící chronickou bolestí v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Avšak z výsledků, které byly zjištěny, je zřejmé, že je třeba se zaměřit především na poskytování komplexní péče o pacienta s chronickou bolestí, to znamená chápat pacienta ve všech souvislostech, tzn. jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotu, což je u této diagnózy velice důležité a často velmi opomíjené. Důležité je, aby si ošetřující personál uvědomil nejen to, jak je chronická bolest stresující pro pacienta, ale že také narušuje veškeré sociální vztahy a že dokáže z nejskvělejšího člověka udělat člověka, který žije jen svojí bolestí. Jak je uvedeno již v úvodu práce, je nutné bolest pacientovi vždy věřit, jelikož je subjektivním pocitem. Toto však není mnohdy respektováno. Přesto si myslím, že většina všeobecných sester, které pečují o pacienty s chronickou bolestí má o tuto problematiku zájem a je ochotna získávat další poznatky, které by byly užitečné pro co nejlepší poskytování ošetrovatelské péče.

7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie:

- 1) DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Vydání 1. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 60. ISBN 978-80-7368-461-7.
- 2) HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 237. ISBN 978-80-204-2902-5.
- 3) HEŘMANOVÁ, Jana a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 200. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 4) HOLUB, Miroslav. *Zdraví a nemoc: základní pohled na psychosomatiku*. Vydání 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, s. 80. ISBN 978-80-7372-751-2.
- 5) JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Vydání 1. Praha: Portál, 2007, s. 191. ISBN 978-80-7367-210-2.
- 6) KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 220-225. ISBN 978-802-4740-263.
- 7) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 355. ISBN 80-247-1720-4.
- 8) MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Vydání 1. V Praze: Cesta domů, 2009, s. 8. ISBN 978-80-254-4552-5.
- 9) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 10) MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ, Renáta HERNOVÁ, Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 112-124. ISBN 80-247-1442-6.
- 11) MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii aneb, Být, či nebýt?*. Vydání 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 11. ISBN 978-807-1953-043.
- 12) O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 89-99. ISBN 80-247-1295-4.
- 13) ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 174. ISBN 978-80-247-3012-7.

- 14) ROKYTA, Richard a kol. *Léčba bolesti ve stáří*. Vydání 1. Praha: Mladá fronta, 2012, s. 57. ISBN 978-80-204-2662-8.
- 15) SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Vydání 1. Praha: Galén, 2007, s. 43. ISBN 978-80-7262-505-5.
- 16) SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vydání 7. Karmelitánské nakladatelství, 2011, s. 152. ISBN 978-80-7195-580-1.
- 17) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ, Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 43-49. ISBN 978-80-247-2068-5.

Odborná periodika:

- 18) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 54-57. ISSN 1210-0404.
- 19) KLEMENTOVÁ, Renáta. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století?. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 48-49. ISSN 1210-0404.
- 20) NOSKOVÁ, Pavlína. Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interní medicína pro praxi*. 2010, 12(4), 200-204. ISSN 1212-7299.
- 21) ONDŘIOVÁ, Iveta a kol. Chronická bolest vs. kvalita života nemocného. *Sestra*. 2013, 23(7-8), 29-32. ISSN 1210-0404.
- 22) OPAVSKÝ, Jaroslav. Specifika a rozdíly ve vyšetřování a v přístupu k pacientům s akutní nebo chronickou bolestí. *Medicína pro praxi*. 2010, 7(2), 76-79. ISSN 1214-8687.
- 23) PAVLÍČEK, Petr. Léčba bolesti. *Sestra*. 2009, 19(2), 41-43. ISSN 1210-0404.
- 24) ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 2012, 22(4), 48-51. ISSN 1210-0404.

Zahraniční zdroje:

- 25) TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y. et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society*. 2012, 17(5), 341-346. ISSN 1203-6765.

8 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Počty respondentů ve srovnávaných zdravotnických zařízeních.....	33
Tabulka č. 2	Věk respondentů.....	34
Tabulka č. 3	Pohlaví respondentů.....	35
Tabulka č. 4	Vzdělání respondentů.....	36
Tabulka č. 5	Délka praxe respondentů ve zdravotnictví.....	37
Tabulka č. 6	Používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti.....	38
Tabulka č. 7	Monitorace chronické bolesti během dne.....	39
Tabulka č. 8	Využití mapy bolesti k určení lokality chronické bolesti u pacienta.....	40
Tabulka č. 9	Metody používané pro zjišťování intenzity chronické bolesti.....	41
Tabulka č. 10	Výběr metod k tišení chronické bolesti u pacientů.....	42
Tabulka č. 11	Sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů a používané způsoby...	44
Tabulka č. 12	Úspěšnost dosažení zmírňování chronické bolesti u pacientů.....	46
Tabulka č. 13	Kontrola účinku farmakologických prostředků k tišení chronické bolesti.....	47
Tabulka č. 14	Zájem o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti.....	48
Tabulka č. 15	Uspokojování potřeb u pacienta s chronickou bolestí.....	49
Tabulka č. 16	Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty s chronickou bolestí.....	50
Tabulka č. 17	Vliv prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován.....	52
Tabulka č. 18	Čas věnovaný za směnu komunikaci s pacientem s chronickou bolestí.....	53
Tabulka č. 19	Faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů.....	54
Tabulka č. 20	Faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů.....	55

9 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Počty respondentů ve srovnávaných zdravotnických zařízeních.....	33
Graf č. 2	Věk respondentů.....	34
Graf č. 3	Pohlaví respondentů.....	35
Graf č. 4	Vzdělání respondentů.....	36
Graf č. 5	Délka praxe respondentů ve zdravotnictví.....	37
Graf č. 6	Používání standardu pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti.....	38
Graf č. 7	Monitorace chronické bolesti během dne.....	39
Graf č. 8	Využití mapy bolesti k určení lokality chronické bolesti u pacienta.....	40
Graf č. 9	Metody používané pro zjišťování intenzity chronické bolesti.....	41
Graf č. 10	Výběr metod k tišení chronické bolesti u pacientů.....	42
Graf č. 11	Sledování účinků léčby chronické bolesti u pacientů a používané způsoby.....	44
Graf č. 12	Úspěšnost dosažení zmírňování chronické bolesti u pacientů.....	46
Graf č. 13	Kontrola účinku farmakologických prostředků k tišení chronické bolesti.....	47
Graf č. 14	Zájem o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti.....	48
Graf č. 15	Uspokojování potřeb u pacienta s chronickou bolestí.....	49
Graf č. 16	Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty s chronickou bolestí.....	50
Graf č. 17	Vliv prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován.....	52
Graf č. 18	Čas věnovaný za směnu komunikaci s pacientem s chronickou bolestí.....	53
Graf č. 19	Faktory pozitivně ovlivňující chronickou bolest u pacientů.....	54
Graf č. 20	Faktory negativně ovlivňující chronickou bolest u pacientů.....	55

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Fyziologie bolesti

Příloha č. 2 Circulus vitosus, který vyvolává bolest, zejména chronickou

Příloha č. 3 Obličejová škála

Příloha č. 4 Vizualní analogová škála a numerická škála

Příloha č. 5 Analgetický žebříček WHO

Příloha č. 6 Nejčastější používaná neopioidní analgetika

Příloha č. 7 Vedlejší účinky opioidů - léčba

Příloha č. 8 Nežádoucí účinky způsobené opioidy

Příloha č. 9 Faktory podílející se na vnímání bolesti

Příloha č. 10 Protokoly k provádění předvýzkumu

Příloha č. 11 Protokoly k provádění výzkumu

Příloha č. 12 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 13 Doporučení pro všeobecné sestry ke zmírňování chronické bolesti – Brožura

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Fyziologie bolesti

Na periferii těla vnímáme bolest nazývanou nociceptivní prostřednictvím receptorů bolesti. Tak jsou nazývány zvláštní jednotky tzv. nociceptory nebo-li nocisenzory a ty se zařazují do tří skupin:

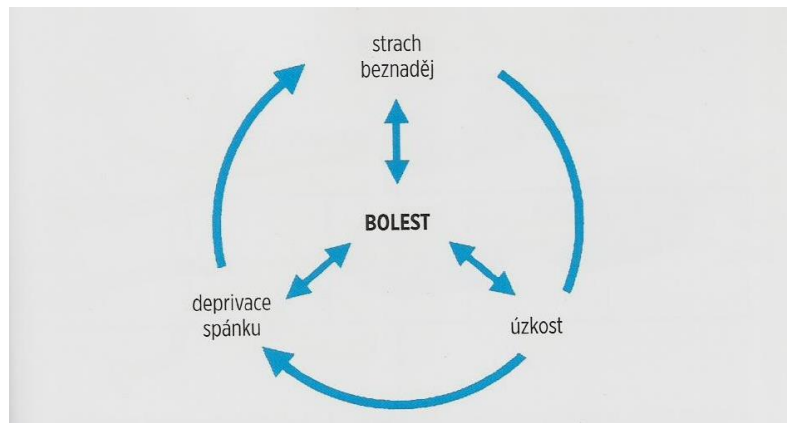
- Vysokoprahové mechanoreceptory jsou takové, které vnímají bolest způsobenou tahem, tlakem a vibrací a jako receptory bolesti reagují na silnější podráždění.
- Polymodální nocisenzory vnímají některé typy bolestivých stimulací - chlad, teplo. Jejich intenzivní stimulace se projevuje bolestivě.
- Vlastní nocisenzory jsou receptory, které vnímají pouze bolest. Jedná se o nervová zakončení přenášející informace ze sliznic a kůže do míchy. Funkce těchto volných nervových zakončení začíná teprve, když bolest překročí určitou mez. Proto se také tyto receptory nazývají jako „mlčící“.

Vjemy z těchto receptorů jsou z periferie vedeny do míchy pomalu vedoucími vlákny. Odtud je potom bolest vedena a vnímána v povrchních vrstvách Rexedových zón v šedé hmotě míšni bolest somatická (povrchní) a v hlubších vrstvách těchto zón je vnímána bolest hluboká a útrobní (viscerální).

Z míchy je pak bolest vedena do mozku pěti dráhami, z nichž hlavní jsou spinotalamická (vede z míchy postranními a předními míšními provazci do talamu a bočních jader talamu) a spinoretikulotalamická (vede z míchy přes retikulární formaci v mozkovém kmeni do středových částí talamu). Spinotalamickou dráhou je vedena akutní a rychlá bolest a spinoretikulotalamickou dráhou je vedena do limbického systému bolest hluboká, viscerální (útrobní) a chronická.

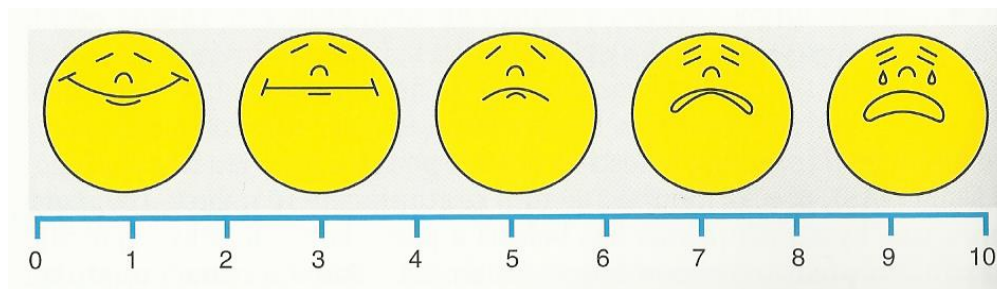
Za zvláštní druh bolesti je považována bolest psychogenní. Ta vzniká v limbickém centrálním nervovém systému a v mozkové kůře. Nepochází tedy z periferních nociceptorů (nocisenzorů). Vyskytuje se pouze u psychiatricky nemocných lidí nebo často může souviset s řadou onemocnění např. při depresi, schizofrenii. Je důležité si uvědomit, že tento druh bolesti je velmi silný, nepříjemný (intenzitou může přesahovat somatickou bolest). Léčení musí vycházet především z psychologického návrhu léčby (Rokyta a kol., 2009).

Příloha č. 2 Circulus vitosus, který vyvolává bolest, zejména chronickou



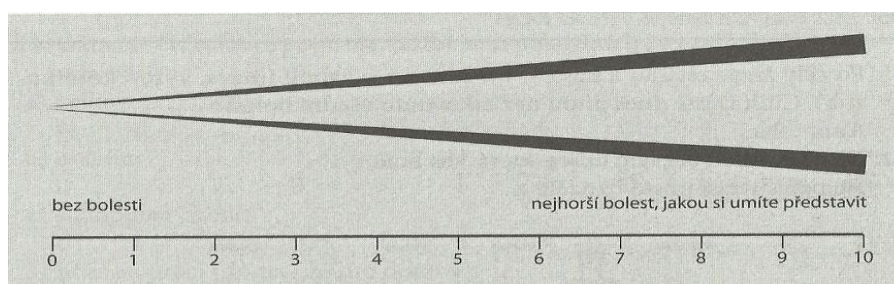
Obr. č. 1 - Circulus vitosus (Hakl, 2013, s. 17)

Příloha č. 3 Obličejová škála



Obr. č. 2 – Obličejová škála bolesti (Hakl, 2013, s. 36)

Příloha č. 4 Vizuální analogová škála a numerická škála



Obr. č. 3 – VAS a numerická škála (Sláma a kol., 2007, s. 43)

Příloha č. 5 Analgetický žebříček WHO

1. stupeň – mírná bolest		2. stupeň – středně silná bolest		3. stupeň – silná bolest	
		Slabé opioidy + neopioidní analgetikum		Silné opioidy +/- neopioidní analgetikum	
Neopioidní analgetikum					
+/- koanalgetika a pomocná léčiva					

Obr. č. 4 - Analgetický žebříček WHO (Hakl, 2013, s. 50)

Příloha č. 6 Nejčastější používaná neopioidní analgetika

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)	Poznámka
analgetika/antipyretika					
paracetamol	p. o., p. r., i. v.	30 min	4x 500–1000	4x 1000	Jednotlivé dávky opakovat nejdříve po 24 hodinách.
metamizol	p. o., i. v.	30 min	4x 500	6x 1000	Není vhodný k dlouhodobé léčbě – riziko závažné agranulocytózy.
COX-2 neselektivní NSA					
ibuprofen	p. o.	15–20 min	4x 400	4x 600	
diklofenak	p. o., p. r., i. m., i. v.	30 min	3x 50	3x 50	
naproxen	p. o.	2 hod	2x 250	2x 500	
indometacin	p. o., p. r.	60 min	2x 50	2x 100	
COX-2 preferenční NSA					
nimesulid	p. o.	30–60 min	2x 100	2x 100	Pacienty lépe snášen než ostatní neselektivní NSA.
meloxikam	p. o., p. r.	90 min	1x 15	1x 15	Pacienty lépe snášen než ostatní neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti.
COX-2 selektivní NSA					
celecoxib	p. o.	45 min	2x 100	2x 200	Nižší riziko gastrotoxicity a krvácení než neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti.
etorikoxib	p. o.	30 min	1x 60	1x 120	Nižší riziko gastrotoxicity a krvácení než neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu bolesti při dnavé artritidě, revmatoidní artritidě a osteoartróze.
parecoxib	i. v., i. m.	10 min	40	80	

Obr. č. 5 - Neopioidní analgetika (Hakl, 2013, s. 53)

Příloha č. 7 Vedlejší účinky opioidů - léčba

Vedlejší účinek	Léčba
zácpa	Hlavní je prevence. Pacientovi doporučíme, aby užíval laxativa, která změkčují stolicí a stimulují střevní činnost. Často hodnotíme střevní zvuky a funkci střeva, ptáme se pacienta či jeho rodiny.
nevolnost a zvracení	Často jsou mylně označovány jako „alergie“. Pokud pacient řekne, že má na opioidy alergii, musíme se zeptat na projevy a informaci si vyjasnit. Podívejte se na další léky, které pacient bere a které by mohly tento problém způsobit. Jestliže jsou nevolnost a zvracení úporné, podávají se antiemetika podle hodin po dobu 3–7 dnů (zejména u vysoce rizikových pacientů), zvažuje se změna opioidu.
útlum, delirium, zmatenost, neklid	Kontrolujte stav vědomí pacienta, zejména při zahájení léčby a zvýšení dávky. Pacient musí být zabezpečen v lůžku se zvednutými postranicemi, pod dohledem rodinného příslušníka nebo sestry, která na něj dohlídí. Uvažujte, které další příčiny by mohly způsobit poruchu vědomí, snažte se zjistit, zda útlum a zmatenost nesouvisejí s procesem umírání. Uvažujte o změně opioidu, podání haloperidolu, olanzapinu či levomepromazinu na neklid nebo podrážděnost, zvažujte podání psychostimulancií, která by měla zvrátit útlum pacienta.
pruritus	Pruritus (svědění) se nejčastěji vyskytuje u morfinu, ale musíme zvážit také jiné možné příčiny. Je možné podat antihistaminy. Při přetrvávajícím svědění může být nutné opioidy střídat.
myoklonus (tiky nebo trhavé pohyby)	Monitorujte nekontrolované pohyby, tiky, škubání. Uvažujte o střídání opioidů a podání benzodiazepinu.
útlum dechového centra	Je nutné pravidelně měřit frekvenci dýchání po dobu jedné minuty. Musíte si uvědomit, že útlum dýchání a útlum vědomí jsou dva různé fenomény. Pokuste se zjistit, zda je útlum dýchání důsledkem podání opioidů, nebo přirozeného procesu umírání. Pokud je příčinou opioid, podejte naloxon. Nepodávejte jej však příliš rychle, mohlo by to navodit průlomovou bolest a krizi. Nejvyšší prioritou je pohodlí pacienta.

(Autorská prezentace podle materiálů z Holdsworth et al., 1995; Ferris, 1999; Rozan, Kahn & Warfield, 1995; Bruera et al., 1989; Lichter, 1993; Maddocks et al., 1996)

Obr. č. 6 – Vedlejší účinky opioidů a jejich léčba (O'Connor, 2005, s. 96)

Příloha č. 8 Nežádoucí účinky způsobené opioidy

- Nevolnost a zvracení
- Zácpa
- Útlum (sedace, únava, ospalost)
- Zmatenost (delirium), insomnie (živé sny)
- Útlum dechového centra (bronchokonstrikce)
- Pruritus, retence moči, alergie
- Pocení, útlum hypotalamo-hypofyzární osy
- Svalová rigidita, bradykardie, mióza, otoky
- Psychotoxický účinek – deprese, dysforie, euforie
- Poruchy rovnováhy – pády
- Vznik fyzické závislosti, nebezpečí vzniku závislosti psychické je velmi nízké
- Rozvoj tolerance, vznik hyperalgezie a změny v imunomodulaci

Obr. č. 7 – Nežádoucí účinky způsobené opioidy (Rokyta a kol., 2012, s. 57)

Příloha č. 9 Faktory podílející se na vnímání bolesti

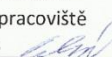

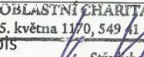



Obr. č. 8 – Faktory podílející se na vnímání bolesti (Marková, 2010, s. 97)

Příloha č. 10 Protokoly k provádění předvýzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Hospic Anežky České v Červeném Kostelci	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	7. 11. 2014	
Datum ukončení výzkumu	12. 11. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka: PROVEDENÍ PŘEDVÝZKUMU		



V Liberci


dne 6. 11. 2014



 podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Oddělení následné péče (Léčebna dlouhodobě nemocných), Krajská nemocnice Liberec, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	7. 11. 2014	
Datum ukončení výzkumu	12. 11. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka: PROVEDENÍ PŘEDVÝZKUMU		

V Liberci

dne 6. 11. 2014



 podpis studenta


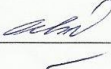


Krajská nemocnice Liberec, a.s.
 Mgr. Marie Bryauřová
 ředitelka ošetrovatelské péče

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
 MUDr. Daniel Pospíšil
 přímař
 Oddělení následné péče

Příloha č. 11 Protokoly k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Hospic sv. Alžběty v Brně	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis 
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis 
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis 
Datum zahájení výzkumu	16. 1. 2015	
Datum ukončení výzkumu	13. 3. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	20	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci

dne 5. 1. 2015



podpis studenta

Hospic sv. Alžběty o.p.s.





Kamenná 36, 639 00 Blatno

IČO: 266 04 582

-1-

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	13. 1. 2015	
Datum ukončení výzkumu	13. 3. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	20	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci

dne 5. 1. 2015


.....
podpis studenta

 Charita
 Česká republika
 DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
 OBLASTNÍ CHARITA RAJHRAD
 DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA
 664 61 Rajhrad, IČO: 449 90 280
 Tel.: +420 547 232 233, Fax: +420 547 232 247

 Charita
 Česká republika
 DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
 OBLASTNÍ CHARITA RAJHRAD
 DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA
 664 61 Rajhrad, IČO: 449 90 280
 Tel.: +420 547 232 233, Fax: +420 547 232 247

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Léčebna dlouhodobě nemocných a lůžka následné péče Jaroměř, Oblastní nemocnice Náchod a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Mgr. Renata Dušková	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Mgr. Jana Morávková	
Datum zahájení výzkumu	12. 1. 2015	
Datum ukončení výzkumu	13. 3. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	30	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD a.s.
Purkyňova 446
547 60 NÁCHOD
hlavní sestra

V Liberci

dne 5. 1. 2015



podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Frýbová Petra	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z12000038	Ročník 3.
Téma práce	Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Oddělení následné péče (Léčebna dlouhodobě nemocných), Krajská nemocnice Liberec, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>[Signature]</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>[Signature]</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Marie Fryaufová KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s. Oddělení ošetrovatelské péče podpis <i>[Signature]</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím MUDr. Daniel Rospíšil KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s. Husova 357/10, Liberec I-Staré Město 460 01 Liberec IČ: 27283933 Oddělení následné péče Tel.: 48 531 1111 primář Oddělení následné péče podpis <i>[Signature]</i>	
Datum zahájení výzkumu	12.1.2015	
Datum ukončení výzkumu	13.3.2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	30	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci

dne 5.1.2015

[Signature]
podpis studenta

Příloha č. 12 Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,

jmenuji se Petra Frýbová a jsem studentkou studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro moji bakalářskou práci na téma Komparace ošetrovatelské péče o pacienty s chronickou bolestí v hospici a léčebně dlouhodobě nemocných. Výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Dotazník je určen všeobecným sestřám a je zcela anonymní a dobrovolný. Pokud není uvedeno jinak, označte jednu Vám nejbližší odpověď. U volných odpovědí vypište odpověď do připravených řádků. Pište prosím hůlkovým písmem.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při zpracování.

1. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete:

- Hospic
 Léčebna dlouhodobě nemocných (nebo také ONP, CEDR)

2. Uveďte prosím Váš věk: let

3. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena Muž

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- Střední zdravotnická škola s maturitou Vysokoškolské vzdělání - Mgr.
 Vyšší odborná škola zdravotnická Specializace
 Vysokoškolské vzdělání - Bc. Jiné (prosím uveďte):

5. Uveďte prosím délku Vaší praxe ve zdravotnictví:

- 0 – 5 let 10 – 15 let
 5 – 10 let 15 let a více

6. Používáte a řídíte se ve Vašem zdravotnickém zařízení standardem pro postup při léčbě a zmírňování chronické bolesti u pacientů?

- Ano, řídím se jím Ne
 Ano, ale neřídím se jím Nevím

7. Kolikrát za den monitorujete chronickou bolest u pacientů?

- 1 x za den více než 2 x denně
 2 x za den jen po podání analgetik popř. opiátů

8. Používáte k určení lokality chronické bolesti u pacienta mapu bolesti?

- Ano Nevím
 Ne Nikdy jsem o ní neslyšel/a

9. Jakou metodu pro zjištění chronické bolesti využíváte ve Vašem zařízení (můžete uvést více odpovědí)?

- VAS – vizuální analogová škála 0-10
 Obličejová (výrazová) škála
 Verbální škála bolesti (0–žádná, 1–mírná, 2–středně silná, 3–silná, 4–krutá, 5–nesnesitelná)
 Jiné.....

10. Vyberte prosím, kterou metodu k tišení chronické bolesti u pacientů využíváte častěji (vyberte prosím jen jednu z variant).

- Podání farmakologických prostředků (dle ordinace lékaře)
 Použití nefarmakologických prostředků (prosím označte, jaké metody používáte, můžete označit více možností)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akupresura | <input type="checkbox"/> Masáž |
| <input type="checkbox"/> Aplikace tepla, chladu | <input type="checkbox"/> Rehabilitace |
| <input type="checkbox"/> Relaxační cvičení | <input type="checkbox"/> Muzikoterapie |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapie | <input type="checkbox"/> Jiné |
| <input type="checkbox"/> Použití jiné polohy pro úlevu (úlevová poloha) | |

11. Sledujete účinky léčby chronické bolesti u pacientů, pokud ano, jakým způsobem?

- Sleduji účinky léčby chronické bolesti
 Z verbálních projevů pacienta
 Vlastním ohodnocením mimických projevů pacienta
 Jinak
- Nesleduji účinky léčby chronické bolesti (prosím uveďte proč):

12. Myslíte si, že ve Vašem zařízení dochází ke zmírnění chronické bolesti u všech pacientů, kteří chronickou bolestí trpí?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nevím

13. Za jak dlouho po podání farmakologických prostředků (analgetik popř. opiátů) k tišení chronické bolesti provádíte u pacientů kontrolu jejich účinku?

- Do 30 minut
- Za 1 hodinu
- Za 2 hodiny
- Náhodně
- Kontrolu neprovádím

14. Zajímáte se o zavádění nových metod k léčbě a zmírňování chronické bolesti?

- Ano, zajímá mě tato problematika
- Ne, tato problematika mi nepřijde důležitá
- Ne, nemám pro tuto činnost dostatek času
- Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

15. Prosím označte, jaké potřeby se snažíte uspokojovat u pacienta s chronickou bolestí (můžete označit více možností):

- Biologické potřeby
- Psychologické potřeby
- Sociální potřeby
- Spirituální potřeby

16. Zapojujete do péče o pacienty s chronickou bolestí rodinné příslušníky (můžete uvést více odpovědí)?

- Ano, protože:
 - tím pomáhají v monitoringu a jsou pacientovi oporou
 - se pacient s chronickou bolestí někdy svěří více rodině než personálu
 - pacient má větší důvěru k rodině (ale rodina musí být poučena o jejich přístupu k nemoci a nežádoucích účincích léčby)
- Ne, protože:
 - mi to přijde zbytečné
 - není zájem ze strany rodiny

17. Má podle Vás vliv na chronickou bolest prostředí, ve kterém je pacient hospitalizován (např. vyvětraný pokoj, barevně vymalovaný pokoj, obrázky v pokoji, barevné povlečení, atd.)?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

18. Zkuste prosím určit, kolik času věnujete za směnu samotné komunikaci s pacientem s chronickou bolestí:

- Méně než 30 minut
- 30 minut
- 1 hodinu
- 2 hodiny
- 3 hodiny
- Více než 3 hodiny

19. Uveďte prosím 5 nejčastějších faktorů, které podle Vás POZITIVNĚ ovlivňují chronickou bolest u pacientů s chronickou bolestí:

- Správný přístup personálu
- Klidné a příjemné prostředí
- Pohodlí
- Bazální stimulace
- Úlevové polohy
- Kontakt s rodinou a přáteli (popř. s dobrovolníky)
- Odpoutání pozornosti od bolesti
- Rehabilitace
- Masáže
- Relaxační metody
- Komplexní ošetřovatelská péče – uspokojené všechny potřeby pacienta
- Pravidelné podávání analgetik (popř. opiátů)
- Kvalitní spánek
- Dobrá nálada
- Chronickou bolest nelze ovlivnit

20. Uveďte prosím 5 nejčastějších faktorů, které podle Vás NEGATIVNĚ ovlivňují chronickou bolest u pacientů s chronickou bolestí:

- Samota
- Špatná nálada
- Špatný přístup personálu
- Nedostatek času pro pacienta
- Netrpělivost personálu nebo rodiny
- Nedůvěra v jeho vnímání bolesti
- Nedostatek analgetik (popř. opiátů)
- Prostedí
- Ostatní pacienti
- Personál
- Rehabilitace
- Hluk
- Deprese
- Úzkost

Doporučení pro všeobecné sestry k postupu ke zmírňování chronické bolesti.



Obr. č. 1 (5)

Výstup bakalářské práce
Vypracovala: Petra Frybová
Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií
2015

...bolesti je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká..." (5)

> Obecné o chronické bolesti

- Jedná se o soubor příznaků.
- Dělíme ji na chronickou náđorovou a chronickou nenáđorovou bolest (podle příčiny, která ji vyvolává).
- Rozvíjí se pozvolna.
- Trvá delší čas → 3 - 6 měsíců a déle.
- Biologická funkce, která by zde byla užitečná, chybí.
- Určení lokalizace je obtížnější než u akutní bolesti.
- Je trvalá a může mít daleko větší intenzitu.
- Omezuje pacienta v běžných denních činnostech, ale i ve vztazích sociálních.
- Narušuje spánek.
- Kvalita života pacienta je snižena, může až vyvolávat depresi.
- Působí destruktivně.
- Projevuje se negativně ve všech oblastech života pacienta. (1, 2)

> Faktory, které ovlivňují chronickou bolest (může jich působit i více najednou)

- Kulturní faktory.
- Emocíe faktory.
- Okolii pacienta.
- Emoce.
- Očekávání.
- Přítomnost jiných lidí.
- Dřívější zážitky a zkušenosti.
- Věk pacienta, aud.

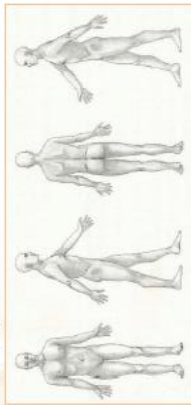


Obr. č. 2 Moje bolest kresba 30letého muže (3)

Komentář pacienta: Části mého těla, začazení, porouchané. Šrot. Pochybné mezi energií, životadárná síla. (3)

➤ Lokalizace bolesti

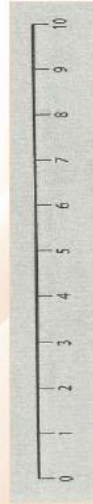
- Mapa bolesti – jedna se o vyjádření, „kde to pacienta bolí...“
 - Mapa využívá obraz lidského těla ve všech pohledech.
 - Pacient sám zakreslí místo, které ho bolí.
 - Sestra zakreslí místo, které pacienta bolí.
 - K upřesnění je možné využít barevných zakreslení (např. červená znamená bolest v hloubi těla, na rozdíl od modré, která znamená bolest povrchovou, atd.).
 - Další výhodou použití mapy bolesti je uvedení propagace bolesti, pokud se vyskytuje. (3)



Obr. č. 3 Mapa bolesti (4)

➤ Měření intenzity bolesti

- Číselná škála „0 – 10“ – „0“ je žádná bolest a „10“ nejhorší bolest, kterou si umí pacient představit.



Obr. č. 4 Číselná škála (8)

➤ Projevy pacienta s chronickou bolestí

- Zaujímání úlevové polohy (individuální pro každého pacienta).
- Bolestivé mimické projevy.
- Pláč.
- Pohybové problémy (např. kulhání).
- Nářkáni, vzdychání, atd. (2)

„...záobecně sestry jsou zodpovědné za to, že budou velmi pečlivě bolest hodnotit a zajistí dostatečnou úlevu...“ (6)

➤ Postup při hodnocení bolesti

- Ptát se na bolest pravidelně.
- Věřit pacientovi, jak popisuje bolest a možnosti, které jí zmírňují.
- Podávat léky včas, podle logického pořadí společně s ostatními léčebnými prostředky.
- Monitorování účinnosti nebo naopak neúčinnosti podávaných analgetik.
- Sledování a zaznamenávání žádoucích a nežádoucích účinků analgetik.
- Ptát se na pacientovy pocity.
- Podporovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu.

➤ Charakteristiky bolesti

- Lokalizace.
- Intenzita.
- Charakter bolesti.
- Časový faktor – kdy byl nástup bolesti, jak dlouho trvá, přičemž se také na její frekvenci a v neposlední řadě bereme ohled na faktory, které bolest u pacienta zhoršují nebo zmírňují. (1, 6)

> **Nefarmakologické metody využívající se k řešení chronické bolesti**

Nefarmakologické prostředky je dobré využívat v kombinaci s aplikací farmakologických prostředků k řešení chronické bolesti.

- Vztah důvěry mezi zdravotníkem a pacientem.
- Emocionální podpora.
- Relaxační techniky - 3 podmínky:
 1. kladné prostředí
 2. správná poloha
 3. kladná mysl
- Terapeutický dotyk.
- Odpoutávající techniky.
- Aplikace tepla, chladu.
- Aromaterapie.
- Rehabilitace; použití úlevové polohy.
- Muzikoterapie.
- Vhodné zaměšnění nemocného (arterterapie, atd.).
- Akupresura.
- Akupunktura.
- Masáže (reflexní).
- Aplikace mastí.
- Procedury s vodou (např. umývání, sprchy, zábaly, atd.).

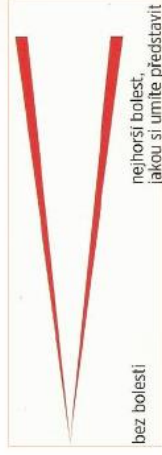
> **Cíle při chronické bolesti**

1. Zajistit kladný spánek pacienta
2. Zmírnit nebo odstranit bolest u pacienta v klidu.
3. Zmírnit nebo odstranit bolest u pacienta při tělesné aktivitě.

! Především se snažit o to, dosáhnout co nevyšší kvality života pro pacienta trpícího chronickou bolestí. (1)

„...charakteristickým znakem holistické péče je spolupráce...“ (6)

- Vizualní analogová škála

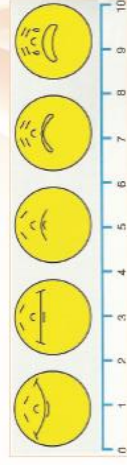


Obr. č. 5 Vizualní analogová škála (2)

- Slovní (verbální) škála –

0 (žádná)	1 (nepatrná)	2 (nízná)
3 (střední)	4 (krutá)	5 (nesnesitelná)

- Oblbějová (výrazová škála) – využívá se u dětí a u pacientů, s kterými se (z různých důvodů) hůře komunikuje. (2, 3)



Obr. č. 6 Oblbějová škála

> **Charakter bolesti**

Zde jsou uvedeny některé možnosti pro vyjádření charakteru bolesti:

Pálivá	Tupá	Palčivá	Stálá
Busňavá	Rezávavá	Punijící	Ostrá
Hlodavá	Dřízivá	Sviravá	Pronikavá
Dráždivá	Hlodavá	Vystřelující	Křečovitá, atd. (1)

Zdroje:

1. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolest jako onemocněníový problém*. Vydání 1. Martin: Osveta, 2008, s. 95. ISBN 978-80-8063-288-5.
2. HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současná přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. dopln. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 237. ISBN 978-80-204-2902-5.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. Vydání 1. Praha: Portál, 2007, s. 191. ISBN 978-80-7367-210-2.
4. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 355. ISBN 80-247-1720-4.
5. MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Vydání 1. V Praze: Cesta domů, 2009, s. 8. ISBN 978-80-254-4552-5.
6. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 89-99. ISBN 80-247-1295-4.
7. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 174. ISBN 978-80-247-3012-7.
8. SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Vydání 1. Praha: Galén, 2007, s. 43. ISBN 978-80-7262-505-5.

> Závěrem

- Všeobecná sestra se podílí na přípravě pacienta na léčbu bolesti a má v ní vyznamnou úlohu, ne pouze z odborné stránky, ale i ze stránky psychologické.
- Nejúčelnější přístup je individuální přístup k pacientovi.
- I přes to, že pacientova psychika je narušena bolestí, je více nervózní, všeobecná sestra musí být trpělivá a mít pochopení.
- Pohled na pacienta by měl být komplexní, dbát na potřeby – tělesné, psychologické, sociální a duchovní. (1)



Obr. č. 7 Moje bolest kresba osmadvacetileté pacientky (3)

Komentář pacienta: *Vězení. Divám se ven, všechno se tam hýbe, žije. Já tam nepařím, nemohu tam. Jsem svázaná něčím zřím. Obročena a nemůžu nic, jen se dívat.* (3)