

# Management bolesti při převazech ran

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra  
*Autor práce:* **Denisa Tyčová**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Kateřina Mařanová



# Management of Pain when Bandaging Wounds

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Author:* **Denisa Tyčová**  
*Supervisor:* Mgr. Kateřina Mařanová



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Kosolapová**  
Osobní číslo: **Z11000038**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Management bolesti při převazech ran**  
Zadávající 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:

Hlavní cíl práce: Zmapovat bolest pacienta léčeného agenturou domácí péče.

1. Zjistit, jaké nástroje k hodnocení bolesti u pacienta při převazech ran používají všeobecné sestry v agentuře domácí péče.
2. Zjistit, jaké intervence při řešení bolesti v rámci převazů ran používají všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče.
3. Zhodnotit spolupráci při řešení bolesti u pacienta mezi členy týmu pečujícího o pacienta.

Teoretická východiska:

Agentury domácí péče jsou jedním z nejdůležitějších článků při dlouhodobé péči o pacienta s chronickými defekty, proto je velmi důležité se touto problematikou zabývat. Vzhledem k demografickému vývoji české populace bude v budoucnu úloha agentur domácí péče nezastupitelná a to zejména při řešení bolesti u pacienta s chronickými defekty. Důležitou součástí této péče je edukační činnost sester.

Výzkumné otázky:

1. Používají sestry v agentuře domácí péče více jak ve 2/3, škálu bolesti VAS, při hodnocení bolesti při převazech ran?
2. Řeší sestry v agentuře domácí péče bolest u převazu ran více jak v 60% kombinací farmakologických a režimových opatření než každého opatření zvlášť?
3. Je spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu fungující u více jak 2/3 pacientů?

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat: Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby určen pro všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče.

Místo a čas realizace výzkumu:

Pilotní předvýzkum: listopad 2013 - pardubický kraj

Výzkumné šetření formou dotazníku: prosinec 2013 - leden 2014

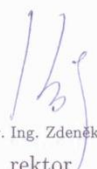
Vzorek:

Minimálně bude osloveno 50 všeobecných sester pracujících v agentuře domácí péče, pečujících o pacienta s defekty trpícího chronickou bolestí. Základním předpokladem výzkumného šetření bude ochota respondentů vyplnit anonymní dotazník.


Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: **50 - 70 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Mařanová**  
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2013**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs  
rektor



  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

## Příloha zadání bakalářské práce

### Seznam odborné literatury:

- BELL, C a G MCCARTHY. The assessment and treatment of wound pain at dressing change. *British Journal of Nursing* [online]. 2010, roč. 19, č. 11, p. 4 [cit. 2013-06-27]. DOI: 2010687119.
- HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-808-0632-571.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4721-507.
- Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň.* vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
- PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2682-2.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
- ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SVĚT, Libor. *Domácí péče v České republice*. In: BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 147- 172. ISBN 978-80-904668-0-7.
- ŠTURSOVÁ, Michaela. *Faktory ovlivňující léčbu bércových vředů u pacientů v agenturách domácí péče* [online]. Pardubice, 2010 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/37170>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Svobodová, Iva.
- VÍTOVÁ, Marcela. *Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR*. In: BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, s. 31-50. ISBN 978-80-904668-0-7.

Studentka  
**Denisa KOSOLAPOVÁ**  
Z11000038  
Jungmannova 1020  
530 02 PARDUBICE 2

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 1. července 2014  
č.j.: 14/8515/025981-02

**Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 26. 6. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/025981-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Management bolesti při převazech ran“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Studentka  
**Denisa TYČOVÁ**  
21100038  
Jungmannova 1020  
530 02 PARDUBICE – ZELENÉ PŘEDMĚSTÍ

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 7. srpna 2015  
č.j. 15/8515/029800-02

**Vyřádění k žádosti o ponechání tématu a prosloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 3. 8. 2015, zařídované pod č.j. 15/8515/029800-01, Vám sdíluji, že **souhlasím s ponecháním tématu bakalářské práce „Management bolesti při převazu ran“ a prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2016.**

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu  
Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec I

Studentka  
**Denisa TYČOVÁ**  
Z11000038  
Jungmannova 1020  
530 02 Pardubice

V Liberci dne 14.08.2015  
č.j.: 15/8515/029593-02

#### Rozhodnutí

Ředitel Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci posoudil v souladu s ustanovením § 54 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění platných předpisů (dále jen „zákon“), a čl. 27 Studijního a zkušebního řádu Technické univerzity v Liberci (dále jen „SZŘ“) žádost studentky

**Denisy TYČOVÉ, nar. 29.03.1980, bytem Jungmannova 1020, 530 02 Pardubice,**  
ze dne 03.08.2015 ve věci přerušení studia a rozhodl žádosti vyhovět a

#### studium přerušit

v době od 03.08.2015 do 31.08.2016.

#### Odůvodnění

Studentka požádala dne 03.08.2015 o přerušení studia. Podle § 54 odst. 1 zákona a čl. 27 SZŘ žádosti studentky bylo vyhověno. Podle čl. 27 odst. 3 SZŘ může ředitel přerušit studium i v průběhu semestru.

#### Poučení

Podle § 68 odst. 4 zákona lze podat žádost o přezkoumání tohoto rozhodnutí do 30 dnů ode dne doručení. Žádost o přezkoumání se podává rektorovi univerzity prostřednictvím ředitele ústavu.



  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu





## 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:

Podpis:

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Mařanové, že i přes svou časovou vytíženost si našla čas, který mi věnovala.

## **Anotace v českém jazyce**

Jméno a příjmení autora: Denisa Tyčová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Management bolesti při převazech ran

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová

Počet stran: 76

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2017

### **Souhrn:**

Bakalářská práce má za cíl zmapovat bolest při převazech ran. Teoretické část se zabývá bolestí jako takovou, jejím rozdělením, její léčbou, dále také přehledem o ráně jejím hojení. Součástí teoretické části je i charakteristika a cíl domácí péče. Výzkumná část za pomoci kvantitativního výzkumu a sběru dat metodou nestandardizovaného dotazníku hodnotí zkušenosti sester a spolupráci v týmu při převazech ran v domácí péči. Cílem bakalářské práce je návrh edukačního materiálu přínosného především pro nově příchozí sestry.

Klíčová slova: management, chronická bolest, převazy ran, pacient, domácí péče

## **Annotation**

The name and surname of author: Denisa Tyčová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

The name of this work: Management of Pain when Bandaging Wounds

The leader of this work: Mgr. Kateřina Maňanová

The number of pages: 76

The number of attachment: 4

The year of advocacy: 2017

Resume:

This thesis's aim is the management of a pain during wounds rebinding. The theoretical part deals with pain as such, with the partition of a pain and with its treatment. Also, it deals with the summary of wound and its healing. The theoretical part includes the characteristic and the aim of home care. The exploration part evaluates, with the assistance of quantitative research and collecting the data by the method of non-standardized questionnaire, experiences of nurses and their cooperation in a team during wounds rebinding in a home care. The aim of this thesis is the offer of an informational material which will be the benefit primarily for new-coming nurses.

Key words: management, chronic pain, wounds rebinding, patient, home care.

## **OBSAH**

OBSAH.....	13
Seznam použitých zkratek .....	15
I ÚVOD.....	16
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	18
1.Bolest .....	18
1.1 Druhy bolesti .....	18
1.1.1 Akutní bolest.....	19
1.1.2 Chronická bolest .....	19
1.2 Faktory ovlivňující bolest.....	20
1.3 Reakce organismu na bolest .....	21
2 Patofyziologie bolesti .....	22
2.1 Reflex .....	22
2.2 Receptory.....	23
3 Diagnostika bolesti .....	23
3.1 Ošetřovatelská anamnéza bolesti.....	24
3.2 hodnotící škály.....	24
4 Léčba bolesti .....	25
4.1 Farmakologická léčba.....	25
4.2 Nefarmakologická léčba .....	26
4.2.1 Psychologické metody léčby bolesti.....	26
5 Rána .....	27
5.1 Hojení ran .....	27
5.1.1 Fáze a proces hojení.....	28
5.2 Léčba ulcerací.....	28
5.2.1 Převaz rány a dokumentace rány .....	29
6 Domácí péče .....	29
6.1 Charakteristika domácí péče.....	30
6.2 Komplexní domácí péče a její cíl .....	30

III PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
7 Cíle práce a výzkumné otázky.....	32
7.2 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT .....	35
7.3 ANALÝZA CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	57
8 DISKUSE .....	61
9 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	67
10 ZÁVĚR.....	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	70
SEZNAM TABULEK .....	74
SEZNAM GRAFŮ .....	75
SEZNAM PŘÍLOH .....	76

## **Seznam použitých zkratk**

atd. - a tak dále

CNS - centrální nervová soustava

č. - číslo

DP - domácí péče

IASP - International Association for the Study of Pain (mezinárodní profesní organizace pro doktory a jiné zdravotní profesionály)

IS/STAG - informační systém studijní agendy

mg. - miligram

Mgr. - magistra

MZČR - ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. - například

NRS - numerická hodnotící škála

OL - ošetřující lékař

P - pacient

per os - perorální podání (ústí)

s. - strana

š. - škála

TUL - Technická univerzita Liberec

VAS - vizuálně analogová škála

WHO - světová zdravotnická organizace

## I ÚVOD

Bolest vyznačuje nepříjemný pocit člověka. Při onemocnění se bolest stává nedílnou součástí každého dne a někdy i minuty. Bolest při onemocnění může doprovázet pacienta až do jeho smrti, avšak necítit ji, to by nás mohlo ohrozit na životě, proto má v našem životě nezastupitelné místo. Druhým důležitým výrazem v mé práci je slovo management. Je převzaté z anglického jazyka, a to ze slova "*to manage*", které znamená "*řídít*", ale také můžeme říci, že je převzaté z francouzského jazyka, ve kterém slovo "*ménagement*", znamená "*ruka*", "*ruční ovládání*". V českém jazyce, především ve zdravotnictví, používáme termín "*sledování*". A právě sledování je z mého pohledu všeobecné sestry důležité při individuálním hodnocení míry bolesti.

Probakalářskou práci bylo zvoleno téma „Management bolesti při převazech ran“ v domácí péči. Hlavním důvodem tohoto výběru je to, že se současné době téma managementu bolesti stává čím dál více aktuálním a registrované sestry z domácí péče pracují s chronickou bolestí při převazech ran denně. Specifikace v domácí péči byla zvolena proto, že tato problematika je složitější než na oddělení v nemocnici, kde je dostupnost lékaře téměř neustálá. To znamená, že ordinace analgetik je zde okamžitá a celková péče o pacienta rychlejší než v agentuře domácí péče. Pro práci sestry při managementu bolesti v domácí péči je velmi důležitým faktorem samotné hodnocení bolesti, zejména pak škály, které používáme, protože bez řádného zhodnocení a zdokumentování bolesti při převazech ran ji nelze zcela objektivně zhodnotit. Dalším důležitým faktorem je použití farmak a jiných opatření ke zmírnění bolesti, kdy se sestra musí striktně řídit ordinací lékaře. Lékař je informován sestrou z domácí péče, která vede řádný záznam bolesti. Spolupráce je nutná nejen při řešení bolesti, ale i při další péči o klienta s ostatními členy týmu, mezi něž patří rodina, lékař, fyzioterapeut a další. Směrování ministerstva zdravotnictví a WHO spěje k rozšíření domácí péče, stejně jako je to i v jiných západoevropských zemích, kde je součástí každodenního života stárnoucí populace.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zabýváme bolestí jako takovou, jejími druhy, diagnostikou, anamnézou, lokalizací, fyziologií bolesti a léčbou. V další části se zaměřujeme na typy ran, fáze hojení a léčbu ulcerací. Nakonec charakterizujeme druhy a účinnost (efektivnost) domácí péče, která péči poskytuje. V praktické části se zabýváme výsledky výzkumu prováděného v domácí péči. Cílem



výzkumu je zjištění, jaké metody a hodnotící škály používají sestry v domácí péči, jakým způsobem tlumí bolest a jaké jiné prostředky používají k tlumení bolesti. V neposlední řadě je důležitá spolupráce a spokojenost s touto péčí mezi členy týmu, jak přímo v agentuře domácí péče, tak i s odborníky mimo ni a rodinou. Praktickým výstupem je informační materiál pro sestry.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Bolest

*"Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. ...Bolest je vždy subjektivní..." (dle WHO).*

Bolest chápeme jako nepříjemnou vjemovou a citovou zkušenost, kterou spojujeme se skutečným nebo možným poškozením organismu. To je důvodem, proč se tolik autorů zabývá bolestí, protože v ní hledají nějaký smysl, chtějí vědět, proč přichází, trvá, co znamená a co může signalizovat. Takové otázky si kladou nejen autoři knih, ale i lékaři a ostatní zdravotníci. Je to část jejich každodenní práce, kdy se systematicky snaží najít odpověď na tento problém. Dalším aspektem je pacient jako takový, kdy každý jedinec má vlastní představu o bolesti, proto nelze bolest definovat jako samostatný prvek, s nímž bychom se mohli potkat, ale vždy se setkáváme s nemocným člověkem, který trpí bolestí. Bolest a reakce na ni je výsledkem složitých principů a mnoha faktorů, proto ji je těžké identifikovat. Je závislá na vlastních fyziologických mechanismech a ne na ostatních senzorických vjemech. Proto je považována za symptom a v první řadě je důležité odhalení příčiny bolesti, aby mohlo následně dojít k jejímu odstranění či zmírnění. Může nás také informovat o rozsahu či lokalizaci postižení. Jde-li o bolest intenzivní, je pro pacienta velkou psychickou zátěží, která se řetězí s obavami a strachem. (Pospíšilová, 2016; Rokyta, 2012; Janáčková, 2007)

#### 1.1 DRUHY BOLESTI

Etiologie bolesti je mnohostranná. Bolest může být způsobena chemickými, biologickými nebo fyzikálními vlivy a v neposlední řadě psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolesti). Vzniká při poškození tkáně a dle toho je také definována. Nejjednodušším dělením bolesti je dělení na bolest signální a patogenní. Signální bolest signalizuje, že s organismem není vše v pořádku. Významem se dá přirovnat k horečce, která také chrání a upozorňuje na nebezpečí. Patogenní bolest představuje předmět diagnostiky a léčby, je samostatným

lékařským oborem a nazývá se algologie. Základním a nejdůležitějším dělením bolesti je dělení dle délky jejího trvání, a to na bolest akutní a chronickou. Toto rozdělení je důležité při volbě postupu léčby a stejně tak i reakci na vybranou léčbu. Toto platí také v oblasti domácí péče. (Kotková, 2016; Rokyta, 2012; Boroňová, 2010)

### ***1.1.1 Akutní bolest***

Tento stav je definován vegetativními i psychickými reakcemi se změnami chování. Jde vlastně o naléhavé upozornění organismu především na tkáňové poškození, které může být zapříčiněno úrazem, operačním zákrokem, nemocí atd. Má ochranný charakter. Akutní bolest je ohraničena a místo výskytu je i místem působení příčiny vzniku bolesti. Doba trvání bolesti se liší. Může to být v časovém rozsahu několika hodin až několika dní a měsíců. V případě, že délka trvání přesahuje tři měsíce, stává se z ní bolest chronická. Akutní bolest vůči chronické bolesti tedy považujeme za krátkodobou. Je významná pro výstražnou funkci organismu, na léčbu většinou dobře reaguje. Výhodou je rychlý nástup zlepšení, proto se s ní můžeme nejčastěji setkat po operacích a úrazech. Při nedostatečné léčbě může přejít v bolest chronickou, kdy je léčba zdlouhavá a obtížná. Reakcí na akutní bolest může být například snížení vitální kapacity plic, dechového objemu plic a zhoršení činnosti bránice, znemožnění zhluboka a dostatečně se nadechnout nebo odkašlat si, hromadění sekretu v dýchacích cestách. Mezi další reakce lze řadit zrychlený tep a zvýšenou srdeční činnost, při které se zvýší riziko ischemie a infarktu myokardu. Také může docházet ke snížení pohybu ze strachu z bolesti, a tím se zvyšuje riziko trombózy dolních končetin. Může se objevovat i zvracení, poruchy močení, hyperglykémie a zároveň i vznik chronické bolesti. (Hakl, 2011; Rokyta, 2012)

### ***1.1.2 Chronická bolest***

Za chronickou bolest označujeme bolest, která trvá déle než tři měsíce. Její charakter a intenzita se často mění a bývá spojována s funkční poruchou. Na rozdíl od akutní bolesti se chronická bolest hůře lokalizuje. Zpravidla se vyskytuje v dualitě s chronickým onemocněním a může přetrvávat i po vyléčení příčiny vzniku

bolesti. Bývá příznakem chronických chorob, ale může vznikat i bez prokazatelné příčiny, jako je tomu například ve stáří. Další možností vzniku chronické bolesti může být přechod z bolesti akutní. Tento typ bolesti nemá obrannou funkci. Může při ní docházet

k psychickým poruchám, také k poruchám spánku, ke ztrátě chuti k jídlu nebo k vynucené změně životního stylu. Chronická bolest se projevuje délkou svého trvání, nebo také zvyšující se spotřebou analgetik, nebo snižováním tělesné aktivity. Chronická bolest trvající měsíce až roky není biologicky užitečná, má negativní význam nejen pro pacienta, ale i pro jeho okolí, její lokalizace je často difúzní, příčina centrální a progresivně se zhoršující. Často bývá samostatným onemocněním, výjimečně se může k chronické bolesti zařadit i bolest kratšího trvání, a to pokud představuje dobu pro dané onemocnění či poruchu. Typickým projevem pacienta dlouhodobě trpícího chronickou bolestí je bolestivé chování, které je nevědomé a lze jej považovat za objektivně pozorovatelný a klasifikovatelný projev bolesti. Zjevnými projevy jsou bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, porucha mobility, zaujímání různých úlevových poloh, ale také časté návštěvy lékaře, nákupy léků, zdravotních přístrojů a literatury a snahy o přiznání odškodnění či důchodu. Nejen tyto symptomy lze zahrnout do syndromu chronické bolesti (Rokyta, 2012). Chronická bolest v domácí péči je častým problémem, se kterým se ošetřující sestra potýká. (Hakl, 2011; Topinková, 2010; Jarošová, 2007)

## 1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST

Reakci organismu na bolest mohou determinovat různé faktory, mezi které můžeme zahrnout typ bolesti, možnost ovlivnění bolestí nebo předchozí zkušenosti s bolestí. Faktory ovlivňující bolest jsou podle autorky Trachtové rozděleny do čtyř hlavních skupin, a to fyziologicko-biologické, psychicko-duševní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. Do faktorů fyziologicko-biologických patří fyziologie bolesti, vývojové faktory, věk, pohlaví, kultura a nemoc. Mezi psychicko-duševní faktory řadíme osobnost člověka, jeho nálady, strachy, úzkosti, celkové pocity, hostilitu, frustraci, emoce, inteligenci a jeho momentální psychický stav. Třetí skupinou jsou sociálně-kulturní faktory, jako je výchova, etnografické vlivy, osamělost, sociální závislost, mezilidské vztahy nebo víra. Poslední skupinou jsou faktory životního

prostředí, kam patří klimatické podmínky, teplo, chlad, ultračervené a ultrafialové záření(Trachtová, 2013).

### 1.3 REAKCE ORGANISMU NA BOLEST

Reakce organismu na bolest je individuální a je patofyziologickou odpovědí organismu na podnět, který bolest vyvolává. Mezi odpovědi na bolest organismu řadíme afektivní odpověď, parasympatickou odpověď, sympatikoadrenální odpověď a změny chování. **Afektivní odpověď organismu** se projevuje psychickými změnami, jako jsou strach, úzkost, deprese, zlost, beznaděj, bezmocnost, ale i únava a vyčerpání. Při **parasympatické odpovědi organismu** může docházet ke snížení srdeční akce, snížení systolického tlaku krve, nevolnosti, zvracení, zúžení zornic, synkopě, kolapsu, pomalé monotónní řeči. **Sympatikoadrenální odpovědi organismu** je naopak zvýšená srdeční akce, zvýšený systolický tlak krve, zvýšený svalový tonus, bledost, rozšířené zornice, rychlá řeč a zvýšený hlas. Mezi další změny patří **změny v chování** pacienta, které se mohou projevit sníženou aktivitou, unaveností, neklidem, nepřírozenou polohou, pláčem. (Pokorná, 2013; Boroňová, 2010)

**Psychické změny**, zahrnující například pocit strachu, jež je obrannou reakcí na dané nebezpečí, můžeme zahrnout mezi další reakce na bolest. Vzhledem k tomu, že úzkost patří mezi obranné reakce organismu na potencionální nebezpečí, proto může chronickou bolest provázet depresivní nálada. Typickým projevem je pláč, vztahovačnost, sebestřednost a horší spolupráce. Příčinou není jen bolest, co pacienta sužuje, ale i neschopnost vykonávat běžné denní aktivity, a to kvůli omezení, které může bolest způsobovat. Nemocní se cítí méněcenní a může u nich dojít až k projevům agrese vůči ošetřující sestře nebo jinému členovi rodiny, které někdy může vinit ze svého stavu. Pacient se těžko smíruje s omezením a s bolestí samotnou, a proto potřebuje dostatek empatie a času od všech členů týmu. (Pokorná, 2013; Dušková, 2007)

## 2 Patofyziologie bolesti

Bolest vzniká drážděním periferních nervových vláken, které jsou citlivé na bolest. Periferní nervy propojují CNS (centrální nervový systém) s receptory a výkonnými orgány. V periferním nervu je až několik tisíc nervových vláken, které jsou vzájemně spojeny vazivem, ty vytváří na povrchu vazivový obal. (Pospíšilová, 2016; Rokyta, 2012; Mikšová, 2010)

### 2.1 REFLEX

Reflex je základní funkční jednotkou nervové soustavy a je automatickou odpovědí organismu, která nastává na základě podráždění receptoru. Reflex probíhá po reflexní dráze, která se skládá z receptoru, dostředivé dráhy, CNS, odstředivé dráhy, výkonného orgánu a zpětnou vazbou mezi efektem a receptorem. Podle podmínek vzniku reflexů je dělíme na nepodmíněné a podmíněné (získané). Monosynaptický reflex je nejjednodušší druh reflexu, který se skládá jen ze dvou neuronů. První je aferentní (senzorický dostředivý) a ten vede vzruch přes jedinou synapsi (spojení) na druhý, eferentní (motorický odstředivý) neuron. Polysynaptický reflex je takový, kdy do reflexního oblouku je zapojen další minimálně jeden neuron (interneuron). Tento reflex nepodléhá velkým výkyvům, ale jeho prahová hodnota vzruchu není konstantní. Nepodmíněné reflexy jsou automatické, jednoduché reakce, které jsou vrozené a za odpovídajících podmínek přicházejí vždy stereotypně. Jejich vznik je dán geneticky. Vedle nepodmíněných reflexů jsou reflexy podmíněné, které vznikají učením. Jejich působení je však pouze dočasné, kdy se opakováním posilují a naopak, když chybí podněty, zanikají. Po určitém čase již nemusí být podnět primární, ale reakce na něj je přítomna stále. Další typ je operantní, kdy je důležité, aby podmiňování bylo spojené s určitou činností. Podmiňování může být pozitivní, které je za odměnu, nebo negativní, které je za trest. (Rokyta, 2012; Janáčková, 2007)

## 2.2 RECEPTORY

Receptory reagují na změny vnějšího i vnitřního prostředí, převádějí jednotlivé typy podnětů na vstupní informaci. Receptory spolu mohou vytvářet jednoduchá čidla nebo smyslové orgány. Receptory v kůži a podkoží reagují na teplo, chlad, mechanické či bolestivé podněty, čítí receptorů v kůži zprostředkovávají dendrity senzorických nervů. Receptor pro vnímání bolesti se nazývá nociceptor a je složen z myelinizovaných nervových zakončení a z nemyelinizovaných nervových zakončení (Rokyta, 2009).

Bolest nemusí vzniknout pokaždé při podráždění receptorů. Objeví se pouze, když se informace dostane do CNS, který jednotlivé stimuly rozpozná. Podle posledních průzkumů se ukazuje, že specializované kožní receptory, které jsou spojeny s vnímáním bolesti, uvolňují spojení mezi buňkami u kožních ran, a tím posilují schopnost buněk přesouvat se do rány a výrazně urychlit procesy hojení těchto ran (Boroňová, 2010).

## 3 Diagnostika bolesti

Bolest lze diagnostikovat celkem obtížně, jelikož je to vjem, který je zcela subjektivní, a proto je považován za nejzásadnější zdroj informací v diagnostice samotný pacient (Trachtová, 2013).

Je třeba brát každého pacienta jako bio-psycho-sociální bytost, ke které je potřeba přistupovat holisticky. Při správném rozhovoru s pacientem zapojujeme i pozorovací schopnosti, mohou nám totiž vypovědět více pacientovi. Sledujeme chování pacienta, soustředíme se i na neverbální projevy pacienta, a to hlavně na mimiku. Pro sestru v domácí péči je nutností, v rámci ošetrovatelského procesu, vypracování hodnocení bolesti. Ošetrovatelský proces je cyklický a pokračující proces, který existuje pro každý pacientův problém. Výsledkem tohoto procesu je posudek o péči, který vede ke zlepšení zdraví pacienta během pobytu v nemocnici či během domácí péče. Tento proces se nezaobírá pouze zlepšením pacientových fyzických potřeb, ale soustředí se i na sociální a emocionální potřeby pacienta. (Vajčíková, Blažková 2013) Ošetrovatelský proces má pět fází. První fází je **ošetrovatelská anamnéza**, při které sestra v domácí péči získává informace o pacientovi od samotného pacienta a hodnotí jeho stav na základě rozhovoru, který s ním vede. Druhou fází je **určení ošetrovatelské diagnózy**, kdy se stanoví potřeby

nemocného. Třetí fáze **plánuje**, tvoří plány a postupy k uspokojení potřeb nemocného. Čtvrtá fáze **realizuje plánované činnosti**. Přispívá ke zlepšení aktuálního zdravotního stavu, zlepšení soběstačnosti, snížení bolesti a vzniku intervence. Pátou fází **hodnotíme účinnost** efektivity ošetrovatelské péče za určitou časovou jednotku. (Trachtová, 2013; Šamánková, 2006)

### 3.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA BOLESTI

Anamnéza je rozhovor, který vedeme s pacientem, abychom zjistili potřebné informace. Získané informace nám mohou pomoci v diagnostice. Ptáme se na předchozí onemocnění, rodinnou anamnézu, pracovní anamnézu a mnoho dalších. Při zjišťování informací o bolesti se ptáme na její přítomnost, lokalizaci, intenzitu, časový průběh a kvalitu. Pozorujeme pacientovy reakce na bolest a jeho chování. Pozornost při zjišťování anamnézy bolesti se zaměřuje hlavně na to, jak dlouho bolest trvá, co jí předcházelo, kde ji lokalizujeme, kam vyzařuje, kdy nastává období bez bolesti a jaké jsou zhoršující faktory. Tyto informace sestra z domácí péče zaznamenává a průběžně hodnotí zlepšení či zhoršení stavu pacienta. (Trachtová, 2013; Rokyta, 2012)

### 3.2 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

Intenzita bolesti patří k nejvýznamnějším parametrům při převazech ran. Má význam pro volbu léčebných prostředků. Pro popsání bolesti, její intenzity a kvality, byly sestaveny verbální a analogové škály. Mezi nejčastěji používané patří **vizuální analogová škála (VAS)**, kterou se měří intenzita bolesti, a to i sestrami v domácí péči. Je to 10 cm vodorovná nebo svislá čára, která je rozdělena po centimetrech, kdy **I** vyjadřuje stav bez bolesti a **10** představuje bolest maximální, nesnesitelnou. Jednoduše se dá říci, že body, zaznamenané na vodorovné úsečce, jsou určující pro intenzitu bolesti. Další škálou pro měření bolesti je **kategoriální analogová stupnice**, která je tvořena formou posuvného pravítka, které dává pacientovi možnost použít kritéria jako například žádná bolest, lehčí bolest, obtížná bolest, rušivá bolest, mučivá bolest. (Vajčíková, Blažková, 2013; Pokorná, Mrázková 2012) Neméně



důležitou škálou je **numerická hodnotící škála** (NRS), kdy se jedná o číselnou hodnotící škálu sloužící k subjektivnímu hodnocení bolesti. Intenzita bolesti je přiřazena k určitému číslu. Používá se škála od 0 do 10 respektive 100 bodů. Je obdobou VAS, ale zde je na počátku úsečky bod 0, který se rovná žádné bolesti a na konci je bod 10 nebo 100, což se rovná bolesti nesnesitelné. **Verbální škála bolesti** používá k hodnocení bolesti vždy číslo, které vyjadřuje její intenzitu. 0 žádná bolest, 1 mírná bolest, 2 střední bolest, 3 silná bolest, 4 velmi silná bolest, 5 nesnesitelná bolest. Nejjednodušší se skládá ze 4 stupňů, určujících žádnou, mírnou, střední a silnou bolest, ale častěji se používá šestistupňová, kdy hodnotíme bolest od žádné po nesnesitelnou. U dětí se používají **grafické symboly**, kdy se dětem ukazují obličejové úsměvné až po bolestivě sevřené. (Hakl, 2011; Opavský 2011, Bartlová, 2010)

#### **4 Léčba bolesti**

U léčby bolesti musí být v první řadě zajištěna včasná diagnostika, podle které lékař volí plán léčby. Léčba chronických bolestí by měla být ošetřujícím lékařem vedena ve spolupráci s ostatními lékařskými specialisty, jako jsou např. neurolog, psycholog, psychiatr, rehabilitační lékař nebo alergolog. Cílem je bolest snížit nebo ji úplně odstranit, ale pokud možno s žádnými nebo minimálními vedlejšími účinky. Tuto péči zajišťují centra a ambulance bolesti, a to od vyhodnocení bolesti až po navržení účinné analgetické či neanalgetické léčby. Léčbu bolesti lze dělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Spolupráce se všemí specialisty a centrem bolesti je nedílnou součástí práce sestry v domácí péči. (Lejčko, 2015; Rokyta, 2012; Hakl, 2011)

#### **4.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Farmakologická léčba se zabývá léčbou jak akutní, tak chronické bolesti. Z praxe lze předpokládat, že každý dospělý člověk má nějakou zkušenost s užitím farmakologické léčby. Problémem laické veřejnosti při užívání farmak je ten, že rozeznává pouze názvy léků, ale již se nezajímá o jejich účinnou látku nebo vedlejší účinky užívání. V ambulancích bolesti se zaměřují na účinnou látku a její působení na bolest v organismu. (Lejčko, 2015; Hakl, 2011) Základní rozdělení farmakologické

léčby je na dvě skupiny, a to naneopioidní a opioidní. Sestra v domácí péči se při farmakologické léčbě musí spoléhat na pacienta samotného nebo jeho rodinu. Léky na bolest se musí většinou podávat třicet minut před převazem rány. U pacientů s demencí nebo s poruchou paměti způsobenou věkem, a tím spojeným kognitivním deficitem, musíme předpokládat, že nebudou užívat léky dle doporučení lékaře. Tím se léčba bolesti velmi komplikuje a je nutné zajistit pravidelné podávání léků. (Rokyta, 2012; Jarošová, 2007)

## **4.2 Nefarmakologická léčba**

Nefarmakologická léčba je důležitou součástí léčby, a to i proto, že její hlavní součástí je psychologický přístup. Deprese, úzkost, strach a bezmocnost jsou typickým průvodcem pacienta trpícího chronickou bolestí, a proto je nezbytnou součástí léčby vyšetření psychologem nebo psychiatrem. (Kotková, 2016; Vajčíková, Blažková, 2013;) Pro nefarmakologickou léčbu je důležitá úplná strategie psychologické léčby s využitím fyzikálních léčebných postupů. Metoda je zaměřena na vnitřní a vnější podmínky vzniku bolesti a důležitým faktorem jsou životní styl, prostředí, ze kterého pacient pochází, jeho životní hodnoty a jaký je jeho smysl života. Nejzákladnějším a nejdůležitějším cílem je dosažení zlepšení nebo úplné odstranění bolesti, a to zlepšením jak tělesného, tak i duševního stavu pacienta. Podle mého názoru je v domácí péči problematické pracovat s psychickou stránkou člověka, a to z důvodu velkého časového omezení. (Valerová, 2013; Rokyta, 2012)

### **4.2.1 Psychologické metody léčby bolesti**

Mezi léčebné postupy se řadí mnoho metod, ale základem je naučit pacienta relaxaci a vnitřního klidu, aby dokázal oprostit myšlenky od daného problému a přeměřovat jeho zájem na jiná témata, než vlastní bolest. Nedílnou součástí je vztah mezi terapeutem a pacientem, kdy je důležitý individuální přístup k pacientovi. Naopak je bezpodmínečně nutné, aby měl pacient k terapeutovi důvěru. Využívají se empatické rozhovory, v kterých se jedná o sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších

signálů, jak ústně, tak písemně či mimikou a gesty nebo dalším neverbálním chováním.(Kotková, 2016; Rokyta, 2012)

## **5 Rána**

*"Rána je obecně definována jako porušení kontinuity kožního povrchu a integrity organismu, porušení anatomické struktury a s ní související funkce kůže, způsobené rozmanitými příčinami."* (Pospíšilová, 2016, s. 125).

Nejčastější poškození kůže, vznik rány a vznik ulcerace na dolních končetinách jsou tepenné či žilní etiologie, a to tím, že dochází k nedostatečnému prokrvení dolních končetin. Tato onemocnění dolních končetin mívají příčinu žilní 7%, arteriální 8%, diabetické ulcerace 3%, povrchové rány 2% a jiné 14%. Z celkového množství všech pacientů se počet pacientů s otevřenou ulcerací pohybuje okolo 25% nemocných. (Pospíšilová, 2016; Pejznochová, 2010; Stryja, 2008)

### **5.1 HOJENÍ RAN**

Hojení rány je zcela přirozený obranný systém, který se nastavuje okamžitě při vzniku rány. U zdravého člověka hojení probíhá per primam,nebo-libez komplikací a za krátkou dobu. Pokud je člověk nemocný, nebo dojde ke zhoršení zdravotního stavu souvisejícího s chronickým onemocněním, je léčení mnohem komplikovanější a výrazně zdlouhavější. Hojení per primamintentionem je nejčastější po chirurgických zákrocích, bez infekce, s malým poškozením tkáně.Hojení per sekundam nastává tehdy, když se novátkáňtvoří zdlouhavě, objeví se zde defekt, případně se přidává infekce a dojde k celkovému zhoršení stavu. Většinou v těchto případech vzniká výrazná vazivová jizva. (Filická, 2013; Pejznochová, 2010; Stryja, 2008)

### **5.1.1 Fáze a proces hojení**

Granulační fázi hojení ran, při které dochází k výstavbě nového tkaniva, předchází některá z fází hojení, jako jsou čistící fáze, hemostáza, zvládnutí infekce a nekrotizace. Závěrečnou fází hojení ran je epitelizační fáze, při které se tvoří nový epitel kůže. Jednotlivé fáze na sebe navazují, ale mohou se i přeskačovat. Proces hojení ovlivňuje mnoho faktorů, ale některé jsou často důvodem chronické dlouhodobě se nehojící rány. Mezi vnitřní faktory způsobující komplikace patří špatné krevní zásobení, diabetes mellitus, snížení imunity, podvýživa, obezita, kouření, alkohol, ale i některé užívané léky. Proces hojení je fyziologický postup, kdy dochází k obnově struktury a funkce kůže. Je to velmi složitý mechanismus, který se skládá z několika aktivit, jako jsou zánětlivé (exudantní), proliferační, diferenciací a reepitelizační. U chronické rány dochází k nesprávnému řazení jednotlivých fází hojení ran. To však není účinné. Aby došlo ke zhojení rány, je nutné zajistit správnou posloupnost hojících fází. (Pejznochová, 2010; Stryja, 2008)

## **5.2 LÉČBA ULCERACÍ**

Součástí léčby ulcerací je farmakologická a kompresní terapie a striktní dodržování ordinací lékaře. Není doloženo, že užívání antibiotik způsobuje stoprocentní zlepšení, ani že urychlují léčení bércových vředů. Ke zlepšení léčby a rychlejšímu hojení se nejčastěji používá chirurgická excize lůžka bércového vředu. Další součástí léčby je ošetření nebo převaz ulcerace, které má sestra v domácí péči v kompetenci. Této kompetentnosti sestra dosáhne návštěvami odborných vzdělávacích seminářů a kurzů, které jsou zaměřeny na ošetřování ran a seznamování se s různými převazovými materiály a především technikami převazu. Léčba chronických ran je nejen v domácí péči velmi zdoluhavá. Hodnocení defektu je primárně v kompetenci sestry a z tohoto důvodu je zapotřebí dostatečná, podrobná a spolehlivá dokumentace pacienta o ráně. (Pokorná, Mrázková, 2012)

### **5.2.1 Převaz rány a dokumentace rány**

Převaz je opakované ošetření rány za účelem kontroly rány, aplikace léků, výplachů rány nebo ošetření granulace. Pro správný opakovaný převaz rány je důležité vedení bezchybné dokumentace. Dokumentace musí obsahovat vstupní hodnocení rány, anamnézu, jaká byla předchozí lokální terapie, faktory ovlivňující hojení rány, stav kůže, okolí rány, zápach z rány a celkový vzhled defektu. Záznam převazu rány je důležitý pro zajištění správné péče, ale i pro zpětné ověření adekvátního postupu léčby a materiálu. Dá se říci, že jde o kontrolní mechanismus pro správný postup hojení a převazu ran. Záznam se provádí vždy v rámci vstupního průběžného i výstupního posouzení rány. Kompetenci pro volbu materiálu a léčby má vždy lékař, ale průběžné hodnocení a záznam procesu hojení má v kompetenci všeobecná registrovaná sestra. Nedílnou součástí hodnocení v dokumentaci kromě reakce na terapii je i frekvence převazů, každodenní zhodnocení rány a celkového vzhledu rány (Pokorná, Mrázková, 2012). Převazový dekurzs každodenním záznamem převazu a zhodnocením rány je součástí pacientovy dokumentace a tím se stává složkou právního zajištění lékařských úkonů. Převaz musí probíhat vždy za zcela sterilních podmínek, což se týká nejen všech pomůcek, které přijdou do styku s ránou. Sestra pracuje šetrně, rychle, profesionálně a má pacientovi zajistit klid při převazu rány. Sestra při záznamu převazu bere na vědomía vždy hodnotí okolnosti týkající se rány, jako je její vzhled, zápach, exsudát, začervenání, otok a jiné důležité informace. Pacientovi vždy podá dostatek informací o úkonu, který právě provádí. V záznamu se nesmí nikdy škrtnat, vždy se píše modrým perem a čitelným písmem. (Stryja, 2008; Mikšová, Froňková, 2006)

## **6 Domácí péče**

Domácí péče je způsob ošetřování, které se datuje od počátku 12. století, kdy ho vykonávaly řeholní řády. Je to nejrychleji se rozvíjející zdravotnická péče v domácím prostředí a je nedílnou součástí v oblasti uzdravování. (Bártlová a kol., 2010; Jarošová, 2007)

## 6.1 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE

*"Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti."* (Bártlová a kol., 2010, s. 42).

Součástí domácí péče je uspokojování psychologických, fyziologických, duchovních a paliativních potřeb pacientů. *"Domácí péčepředstavuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví"*(Jarošová, 2007, s. 17). Pokroky z oblasti medicínské, ošetrovatelské a dalších oborů přispívají k tomu, že stoprocentní péči můžeme poskytovat i ve vlastním domácím prostředí. Na pacienta má domácí léčba ozdravující účinek a vede k zajištění jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Pacient je aktivním účastníkem péče. Domácí péče se rozvíjí z mnoha důvodů. Mezi hlavní důvody můžeme zařadit vysoké náklady na zdravotní péči v nemocnici, a také vysoké procento stárnoucí populace, která služby v domácím prostředí preferuje. Zároveň dochází k nárůstu speciálně upravených přístrojů pro využití v domácím prostředí. V neposlední řadě mezi faktory vedoucí k rozšíření domácí péče zahrnujeme politická rozhodnutí (samosprávy, neziskové sektory). Nedílnou součástí týmu domácí péče je rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog a nutriční terapeut a další dle individuálních pacientových potřeb. Nesmíme opomenout důležitost spolupráce rodiny a praktického lékaře. (Bártlová a kol., 2010; Jarošová, 2007)

## 6.2 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE A JEJÍ CÍL

Komplexní domácí péče je založena na interakci člověka s vlastním sociálním prostředím, kdy vnímá svou osobní kvalitu života. Zabýváme se zde v první řadě kontaktem klienta s komunitou z oblasti zdravotní a sociální péče. Poskytujeme převážně odbornou zdravotnickou péči, ale i sociální pomoc a péči, která odpovídá aktuálnímu sociálnímu prostředí. V neposlední řadě i laickou pomoc, které se účastní nejbližší osoby z rodiny a okolí pacienta. Úkolem laické pomoci je umožnit pacientovi vykonávat různé aktivity, které pacientův momentální zdravotní stav dovoluje. Tyto aktivity vykonává společně s rodinou v jeho domácím prostředí. Cílem domácí péče je dopomoci člověku a jeho rodině k zajištění bio-psycho-sociální pohody a zdraví v jeho

prostředí, zajistit důstojné umírání v terminálním stádiu nemoci v okruhu nejbližších. Dále zajišťujeme zdravotnické, sociální nebo pobyt v ústavním zařízení, kde bude pacientovi poskytnuta komplexní péče dle všech jeho potřeb. Snažíme se o zlepšení jeho soběstačnosti v každodenních činnostech a zároveň ho edukujeme k zodpovědnosti o své zdraví. Staráme se o dodržení léčebného režimu a zamezení negativních vlivů v jeho nedodržení. Jedním z nejdůležitějších cílů je zajištění kvality života od počátku péče až do skonu. (Bártlová a kol., 2010; Jarošová, 2007)

### III PRAKTICKÁ ČÁST

#### 7CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

##### Cíle práce

Hlavní cíl práce: Zmapovat bolest pacienta léčeného agenturou domácí péče.

- 1) Zjistit, jaké nástroje k hodnocení bolesti u pacienta při převazech ran používají všeobecné sestry v agentuře domácí péče.
- 2) Zjistit, jaké intervence při řešení bolesti v rámci převazů ran používají všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče.
- 3) Zhodnotit spolupráci při řešení bolesti u pacienta mezi členy týmu pečujícího o pacienta.

##### Výzkumné předpoklady

- 1) Používají sestry v agentuře domácí péče více jak ve 2/3, škálu bolesti VAS, při hodnocení bolesti při převazech ran?
- 2) řeší sestry v agentuře domácí péče bolest u převazů ran více jak v 60% kombinací farmakologických a režimových opatření než každého opatření zvlášť?
- 3) Je spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu fungující u více jak 2/3 pacientů?



## **7.1 METODIKA VÝZKUMU**

Tato kapitola bude zaměřena na zvolenou strategii a metodiku výzkumu, ve kterém budou rozebrány základní části výzkumného procesu.

Na základě dílčích výzkumných otázek byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. Tato strategie pracuje s kvantitativními daty. Samostatné šetření pak zahrnuje několik kroků v rámci kvantitativního výzkumného procesu.

Výzkum byl zaměřen na management bolesti při převazech ran. Výzkumné šetření bylo prováděno v pěti agenturách domácí péče, a to prostřednictvím kvantitativního výzkumu metodou nestandardizovaného dotazníku. Tento dotazník (příloha č. 3) je tvořen 18 otázkami zaměřenými na management bolesti při převazech ran v domácí péči. Oslovenými respondenty byly všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče. S realizací výzkumu souhlasili vedoucí pracovníci daného zdravotnického zařízení. Podmínkou výzkumného šetření byla ochota respondentů vyplnit dotazník. Dotazník byl anonymní. Do příloh je zařazena "Žádost o provedení výzkumu" (příloha č. 1) a "Protokol o výzkumném šetření" (příloha č. 2).

### **Výzkumná jednotka**

Za výzkumnou jednotku byly pro potřeby této práce zvoleny všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče v Pardubickém kraji, které se pravidelně setkávají s převazem ran, chronickou bolestí a jejím řešením.

### **Technika sběru dat**

Volba techniky sběru dat se odvíjí od zvolené výzkumné strategie. Vzhledem k výzkumným cílům a zadání této práce byl zvolen dotazník. Tento dotazník byl před konečným schválením podroben pilotnímu výzkumu. Ten byl proveden tak, že dotazníky byly rozdány deseti náhodně vybraným sestrám z agentur domácí péče. Dotazník byl tvořen otevřenými a polootevřenými otázkami. Respondent zaškrtoval dle svých znalostí a úsudku jednu či více odpovědí nebo je mohl částečně doplnit. Možnost zaškrtnutí více odpovědí bylo uvedeno u zadání otázky.

## **Vlastní sběr dat**

Vlastní sběr dat byl zahájen kontaktováním pěti agentur domácí péče působících v Pardubickém kraji. Do všech zařízení byly dotazníky osobně zaneseny a předány vrchní sestře i s obálkami, která je pak předala svým podřízeným. Spolu s dotazníky byly předány i instrukce k jejich vyplnění.

Sběr dat probíhal od 10.11.2016 do 10. 04.2017, bylo osloveno 50 respondentů. Osobně jsem předala dotazníky s obálkami vrchním sestřám, které je předaly svým podřízeným a následně po jejich vyplnění je vybraly zpět. Pro dodržení anonymity sestry po vyplnění vložily dotazníky do přiložené obálky, zalepily a až poté předaly k rukám vrchní sestry, od které jsem si je osobně vyzvedla. Návratnost byla 100 %.

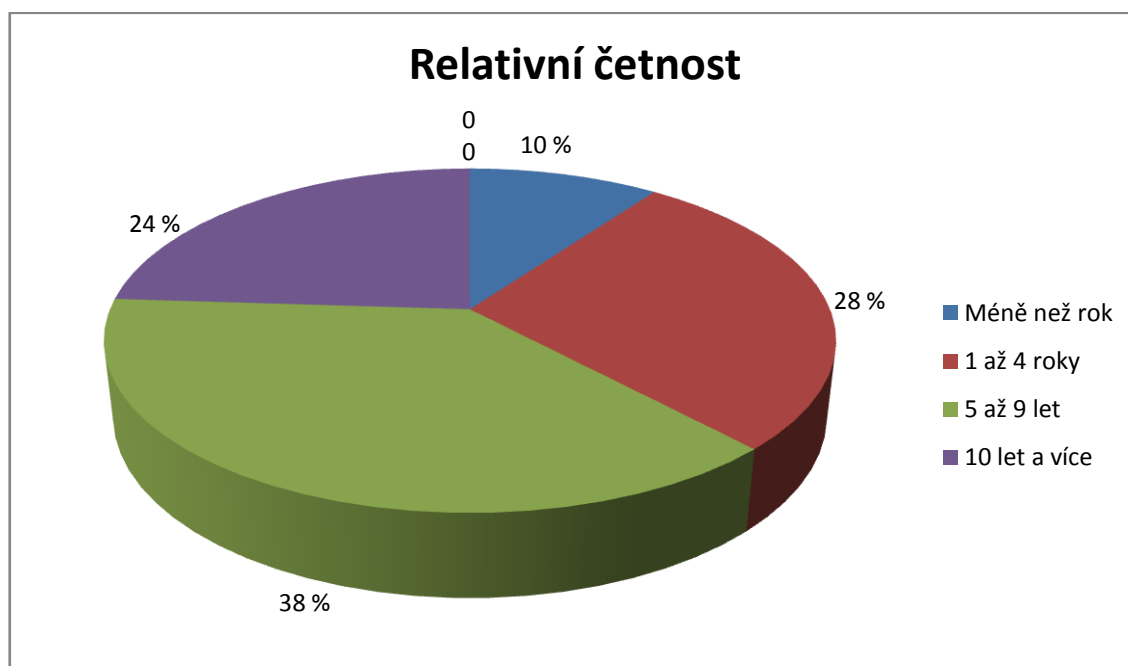
Otázky tvořící dotazník byly rozděleny na čtyři skupiny. První skupina se týkala zjišťování sociodemografických údajů o daném respondentovi, jako jsou věk, délka praxe, počet pacientů za měsíc a dosažené vzdělání. Druhá skupina otázek již byla zaměřena na management bolesti, jako je hodnocení bolesti pomocí škál, hodnocení jinými metodami, ovlivňující faktory, atd. Třetí skupina se zabývala terapií jak farmakologickou, tak režimovými opatřeními nebo kombinací obou možností avšim s tím souvisejícím. V poslední skupině zjišťuji složení týmu řešícího bolest u pacienta a jeho spolupráci s lékařem, rodinou pacienta či pacientem, atd. Odpovědi na tyto otázky byly vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů.

## 7.2 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

### Jak dlouho pracujete v domácí péči?

Tabulka č. 1: Délka praxe

Otázka č. 1	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Méně než rok	5	10
1 až 4 roky	14	28
5 až 9 let	19	38
10 let a více	12	24
Celkem	50	100



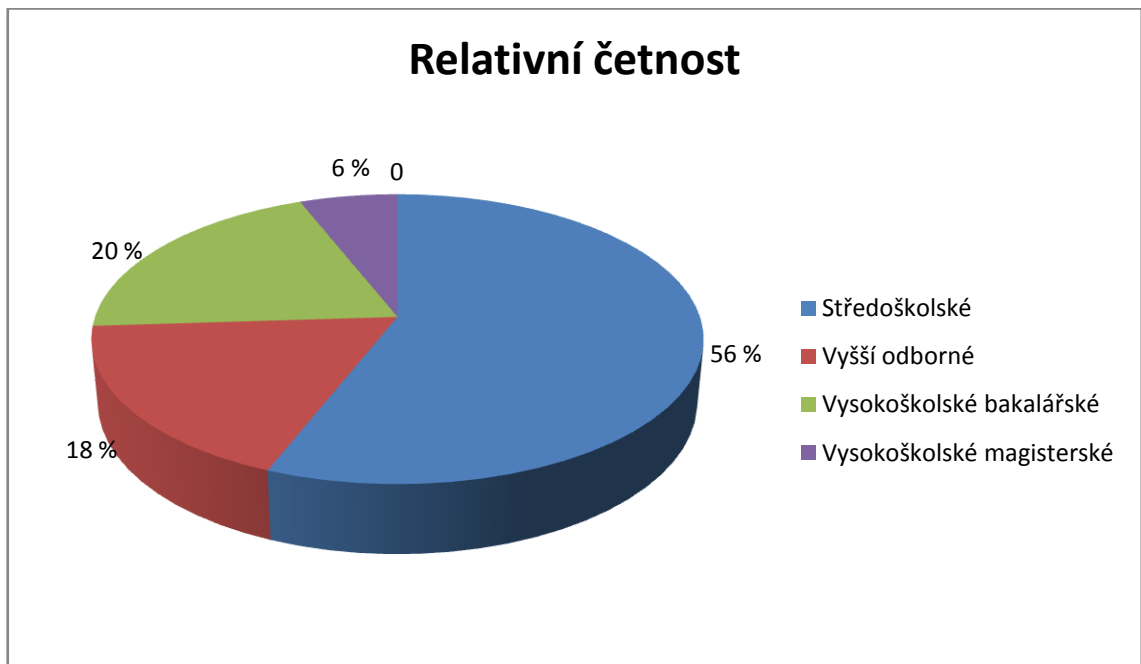
Graf č. 1: Délka praxe

Otázka: "Jak dlouho pracujete v domácí péči?" Na tuto otázku sestry mohly vybrat jednu ze 4 nabízených možností. Z celkového počtu 50 respondentů bylo nejčastěji uvedeno období 5 až 9 let, a to u 19 osob (38%). Druhá nejčastější odpověď byla 1 až 4 roky, a to u 14 osob (28%). Možnost 10 let a více vybralo 12 osob (24%), a odpověď méně než rok vybralo 5 dotazovaných (10%).

## Jaké je Vaše vzdělání?

Tabulka č. 2: Vzdělání

Otázka č. 2	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Středoškolské	28	56
Vyšší odborné	9	18
Vysokoškolské bakalářské	10	20
Vysokoškolské magisterské	3	6
Celkem	50	100



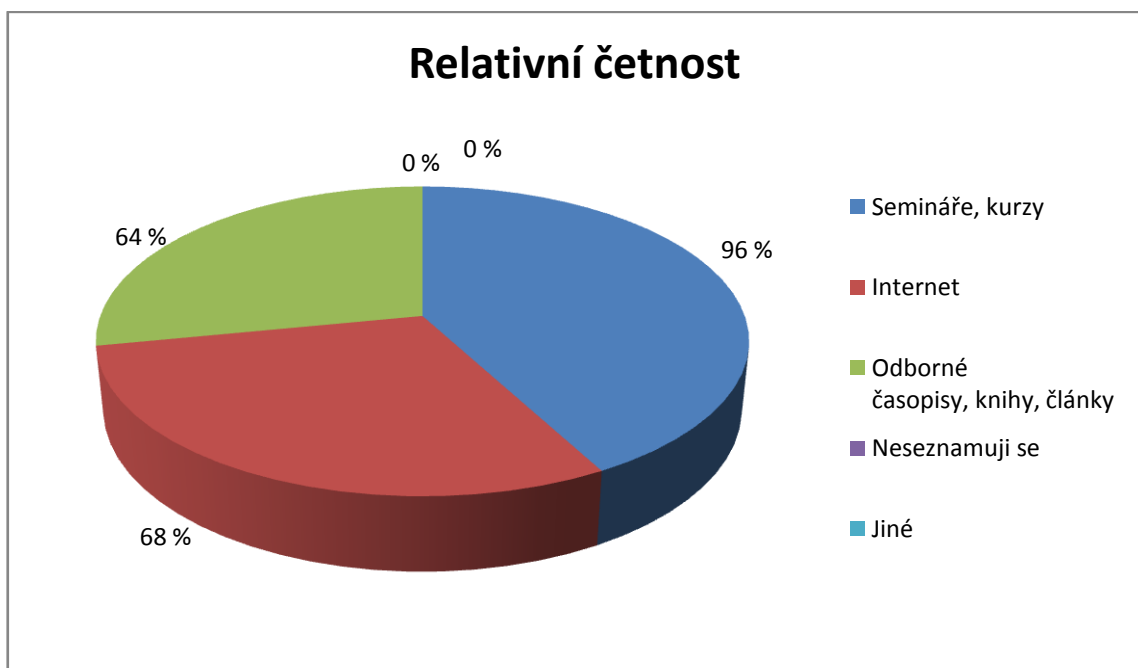
Graf č. 2: Vzdělání

Na otázku "Jaké je Vaše vzdělání?" mohly sestry odpovědět jednou ze čtyř nabízených možností. Z celkového počtu 50 respondentů bylo nejčastěji uvedené dosažené vzdělání u sester v DP středoškolské, a to u 28 osob (56%). Méně časté bylo vzdělání vysokoškolské bakalářské, a to u 10 osob (20%). Vyšší odborné udalo 9 respondentů (12%), vzdělání vysokoškolské magisterské mají 3 dotazované (6%).

## Jak získáváte informace v oblasti léčby bolesti?

Tabulka č. 3: Získávání informací

Otázka č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Semináře, kurzy	48	96
Internet	34	68
Odborné časopisy, knihy, články	32	64
Neseznamuji se	0	0
Jiné	0	0
Celkem	50	100



Graf č. 3: Získávání informací

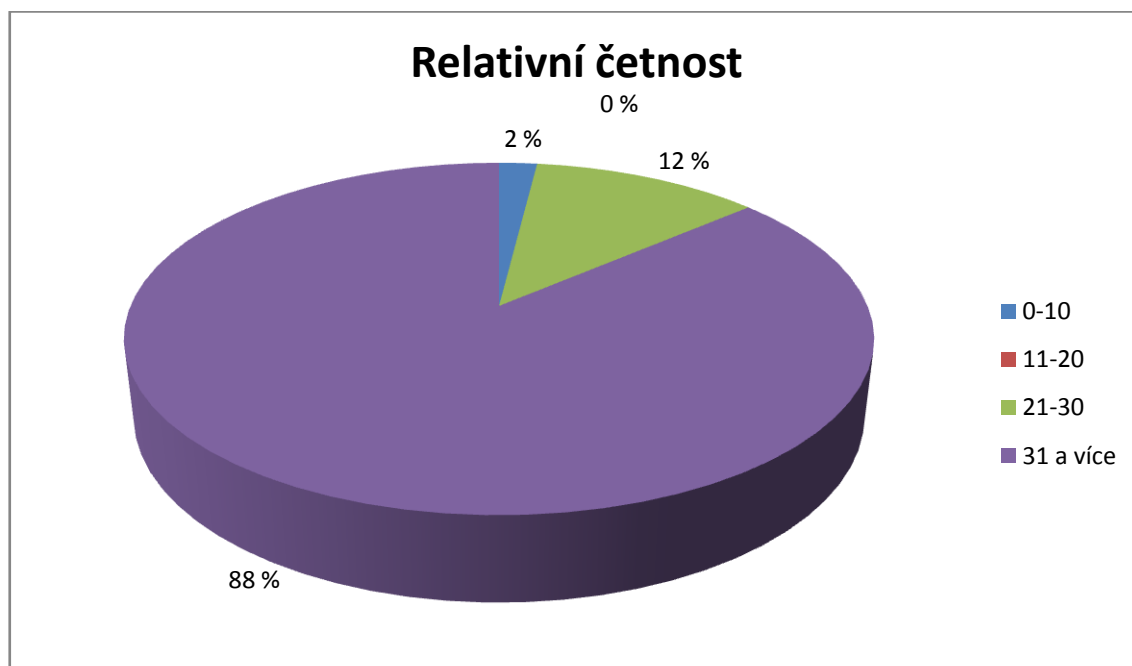
Otázka: "Jak získáváte informace v oblasti léčby bolesti?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnutí více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastěji se sestry v DP seznamují s informacemi o převazech ran a bolesti pomocí seminářů, a to 48krát (96%). Dalším zdrojem informací byl internet, a to 34krát (68%).

Odbornéčasopisy byly vybrány 32krát (64%). Žádný z respondentů neodpověděl možnostmi jiné ani neseznamujise.

### Kolik pacientů s chronickými ranami ošetříte za 1 kalendářní měsíc?

Tabulka č. 4: Počet pacientů/měsíc

Otázka č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0-10	1	2
11-20	0	0
21-30	6	12
31 a více	44	88
Celkem	50	100



Graf č. 4: Počet pacientů/měsíc

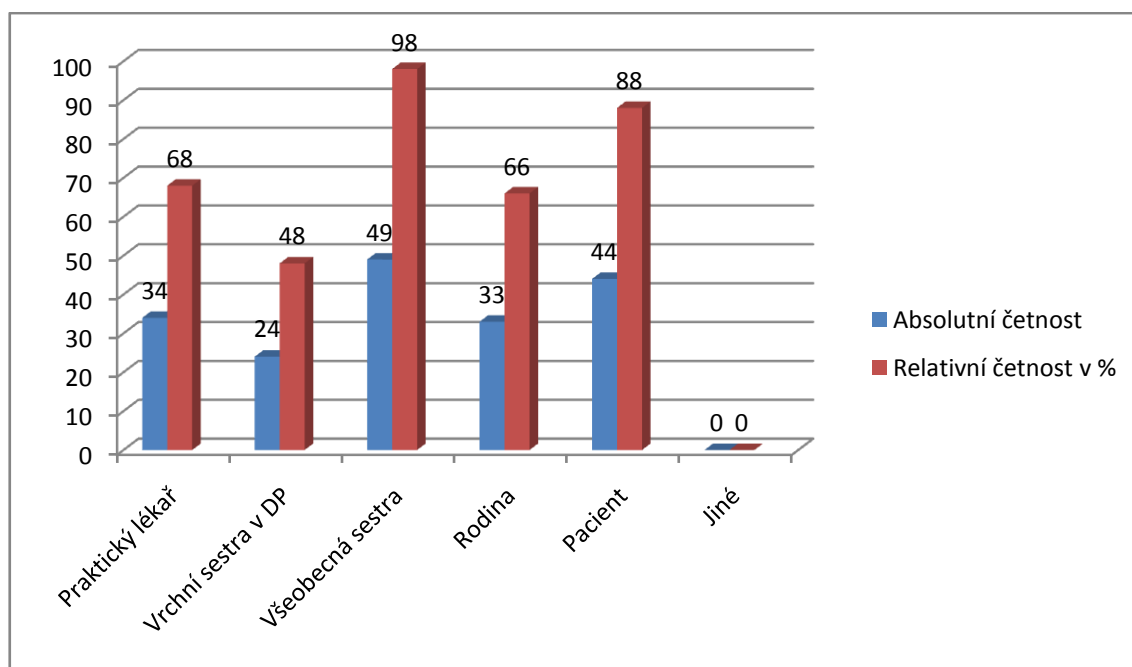
Otázka: "Kolik pacientů s chronickými ranami ošetříte za 1 kalendářní měsíc?" (myšleno i opakovaně). Na tuto otázku dvě sestry z DP zaškrtnly 2 odpovědi. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Téměř všechny odpověděly 31 a více, a to 44krát(88%). Další vybranou možností bylo 21-30 pacientů, a to 6krát (12%), a jedna

sestra vybrala variantu 0-10 pacientů (2%). Žádný z respondentů neodpověděl počet 11-20.

### Kdo se na Vašem pracovišti podílí na hodnocení bolesti u pacienta s chronickou ranou?

Tabulka č. 5: Kdo se podílí na hodnocení bolesti

Otázka č. 5	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Praktický lékař	34	68
Vrchní sestra v DP	24	48
Všeobecná sestra	49	98
Rodina	33	66
Pacient	44	88
Jiné	0	0
Celkem	50	100



Graf č. 5: Kdo se podílí na hodnocení bolesti?

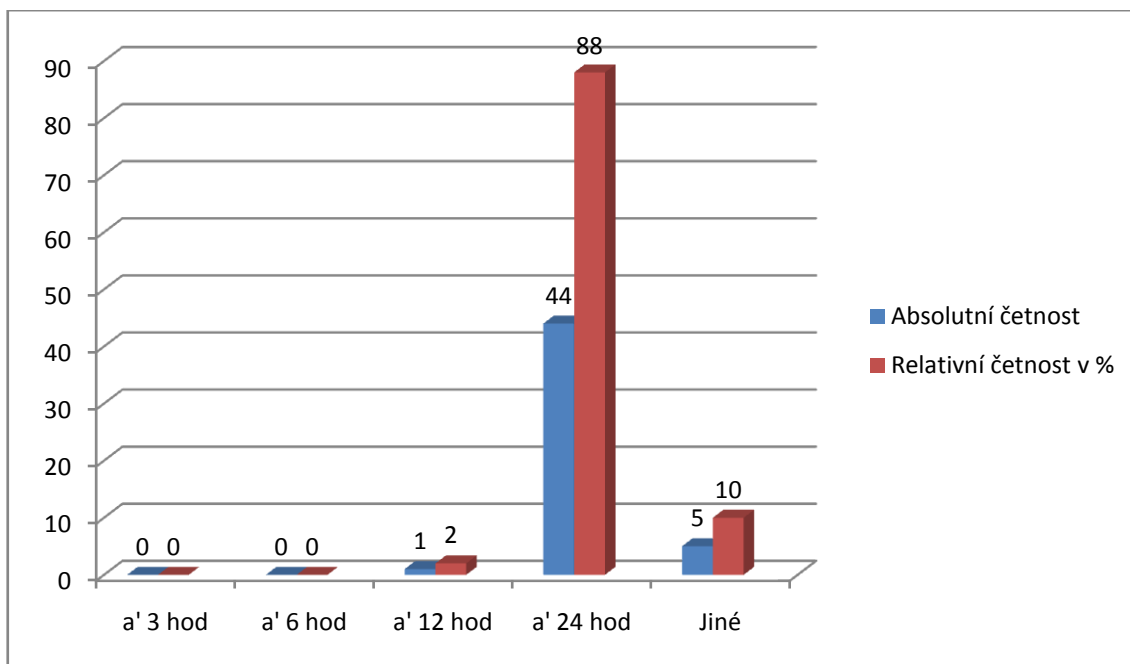
Otázka: "Kdo se na Vašem pracovišti podílí na hodnocení bolesti u pacienta s chronickou ranou?" Na tuto otázku byla možnost označit více odpovědí. Za 100% se považuje celkový počet odpovědí. Nejvíce se podílí všeobecná sestra, a to 49krát (98%). Poté pacient, a to 44krát (88%). Dalším v týmu řešení bolesti je praktický lékař, a to 34krát (68%). Dále rodina, a to 33krát (66%) a vrchní sestra 24 krát (48%). Žádný respondent neudal možnost jiné.

**Hodnotíte chronickou bolest u pacienta s ranou ve spolupráci s rodinou v DP pravidelně?**

Tabulka č. 6: Pravidelnost hodnocení bolesti

Otázka č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a' 3 hod	0	0
a' 6 hod	0	0
a' 12 hod	1	2
a' 24 hod	44	88
Jiné	5	10
Celkem	50	100





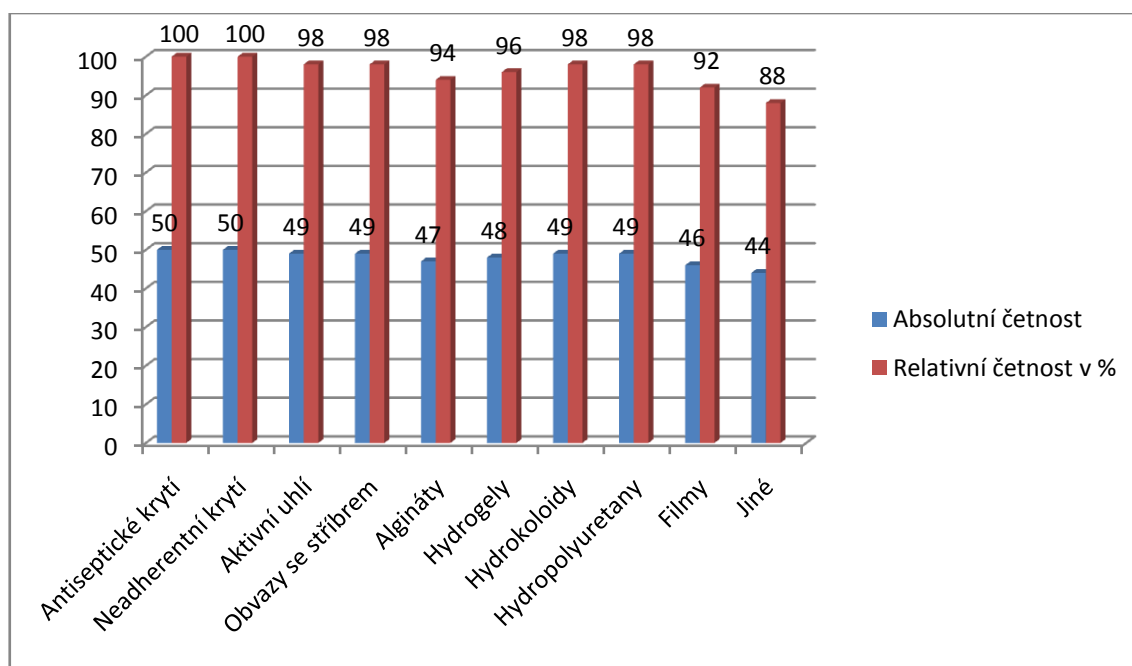
Graf č. 6: Pravidelnost hodnocení bolesti

Otázka: "Hodnotíte chronickou bolest u pacienta s ranou ve spolupráci s rodinou v DP pravidelně?" Na tuto otázku mohly sestry odpovědět pouze jednou z pěti nabízených možností. Nejčastěji se hodnotily vždy po 24 hodinách, a to u 44 osob (88%). V této otázce vybralo 5 osob (10 %) možnost jiné (četnost hodnocení se odvíjí od četnosti převazů). Variantu po 12 hodinách zvolila 1 osoba (2%). Žádný z respondentů nezakroužkoval a' 3 hod ani a' 6 hod.

**Jaké pomůcky (prostředky, materiály) z níže uvedených k zajištění kvalitní péče o chronickou ránu v DP používáte?**

Tabulka č. 7: Prostředky ke kvalitní péči

Otázka č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Antiseptické krytí	50	100
Neadherentní krytí	50	100
Aktivní uhlí	49	98
Obvazy se stříbrem	49	98
Algináty	47	94
Hydrogely	48	96
Hydrokoloidy	49	98
Hydropolyuretany	49	98
Filmy	46	92
Jiné	44	88
Celkem	50	100



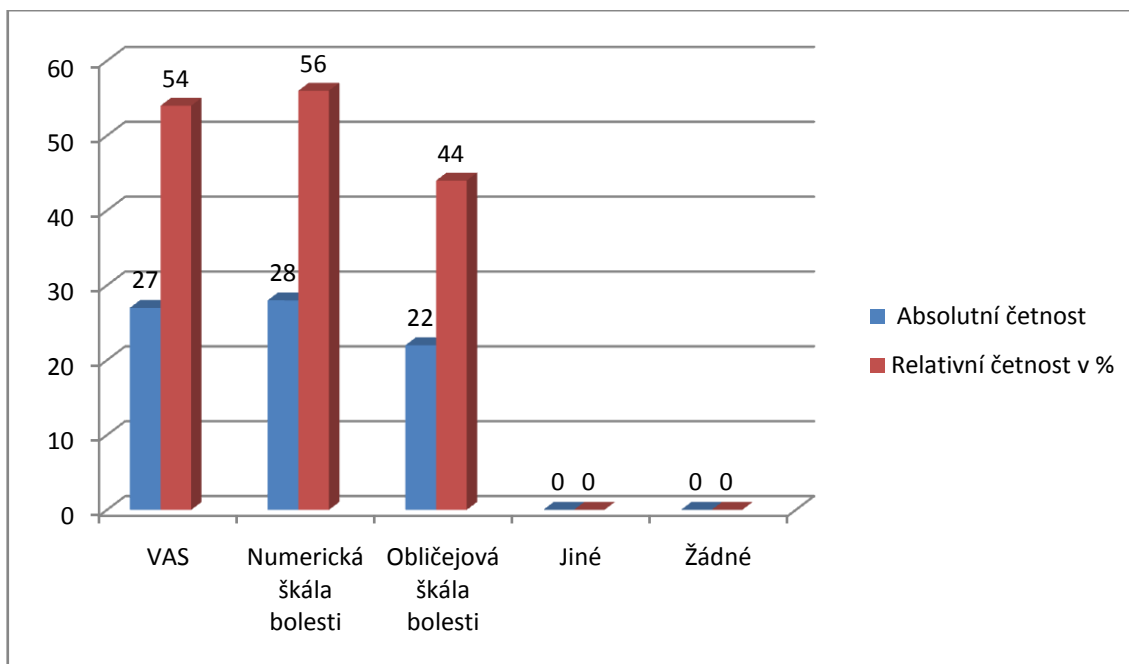
Graf č. 7: Prostředky ke kvalitní péči

Otázka: " Jaké pomůcky (prostředky, materiály) z níže uvedených k zajištění kvalitní péče o chronickou ránu v DP používáte?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejvíce sestry odpověděly, že používají materiál antiseptické krytí (inadine, bactigras) a neadherentní krytí (mepilex, solvaline, atrauman...), a to 50krát (100%). Druhým nejčastějším materiálem je aktivní uhlí (actisorb), obvazy se stříbrem (mepilex AG, silvercel), hydrokoloidy (granuflex), hydropolyuretany (suprasorb P, mepilex), a to 49krát (98%). Hydrogely (intrasite, comformable) se používají 48krát (96%), algináty (kaltostat) 47krát (94%), filmy (tegaderm, hydrofilm) 46krát (92%). Varianta jiné (flamigel, hyodine, TW) byla zvolena 44krát (88%).

**Jakou hodnotící metodu používáte při hodnocení chronické bolesti u pacienta v DP?**

Tabulka č. 8: Nejpoužívanější škála

Otázka č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
VAS	27	54
Numerická škála bolesti	28	56
Obličejová škála bolesti	22	44
Jiné	0	0
Žádné	0	0
Celkem	50	100



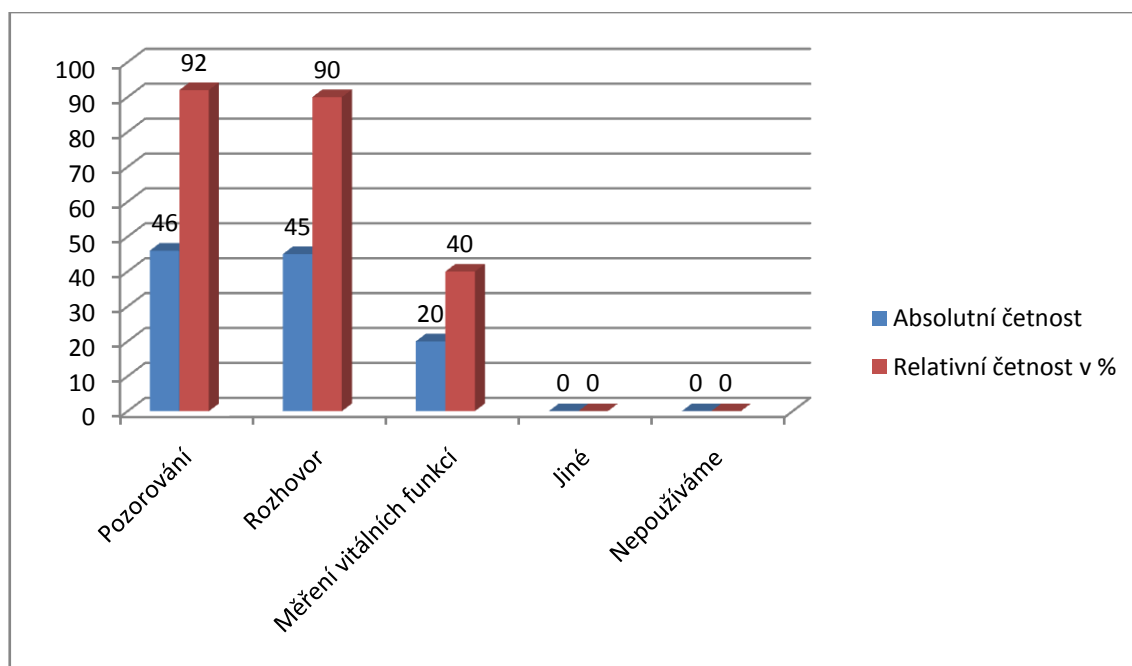
Graf č. 8: Nejpoužívanější škála

Otázka: "Jakou hodnotící metodu používáte při hodnocení chronické bolesti u pacienta v DP?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Jako nejčastější škála byla vybrána Numerická škála bolesti, a to 28krát (56%). Druhou vybranou možností byla VAS, a to 27krát (54%). Další možností byla Obličejová škála bolesti, a to 22krát (44%). Žádný z respondentů nevybral žádné ani jiné škály.

## Používáte mimo škály chronické bolesti i jiné metody hodnocení bolesti v DP?

Tabulka č. 9: Jiné metody hodnocení

Otázka č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pozorování	46	92
Rozhovor	45	90
Měření vitálních funkcí	20	40
Jiné	0	0
Nepoužíváme	0	0
Celkem	50	100



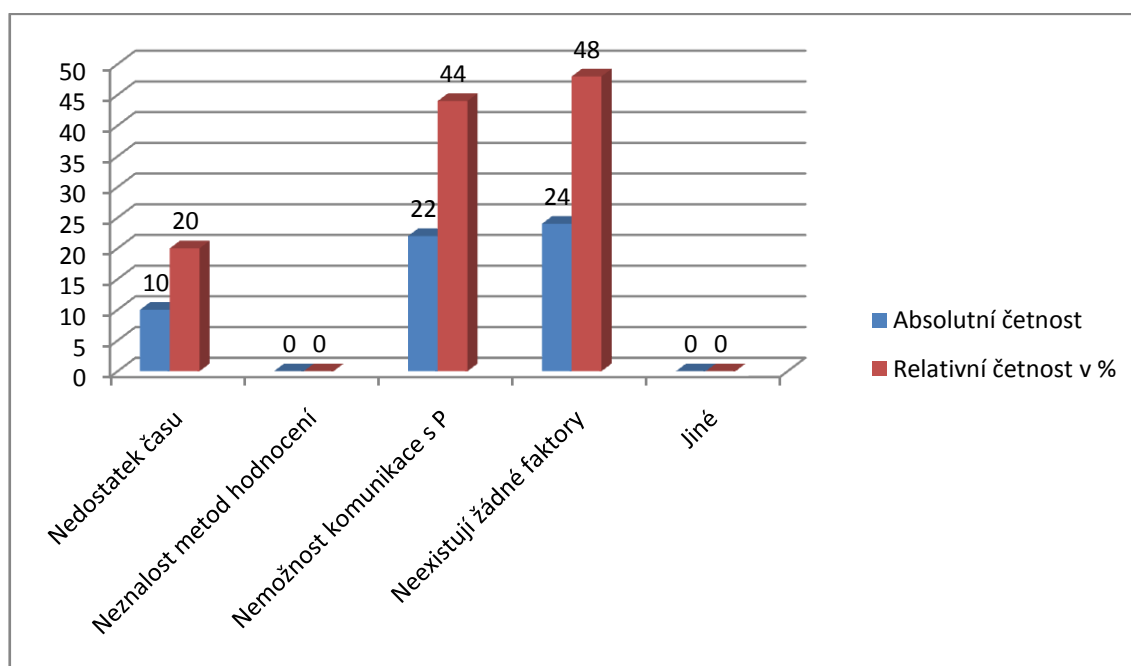
Graf č. 9: Jiné metody hodnocení

Otázka: "Používáte mimo škály chronické bolesti i jiné metody hodnocení bolesti v DP?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastější metodou bylo pozorování, a to 46krát (92%). Druhou byl rozhovor, a to 45krát (90%). Měření vitálních funkcí bylo označeno 20krát (40%). Nikdo z respondentů nevybral, nepoužíváme ani jiné.

## Jsou nějaké faktory, které Vám brání v hodnocení chronické bolesti?

Tabulka č. 10: Faktory bránící v hodnocení chronické bolesti

Otázka č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nedostatek času	10	20
Neznalost metod hodnocení	0	0
Nemožnost komunikace s P	22	44
Neexistují žádné faktory	24	48
Jiné	0	0
Celkem	50	100



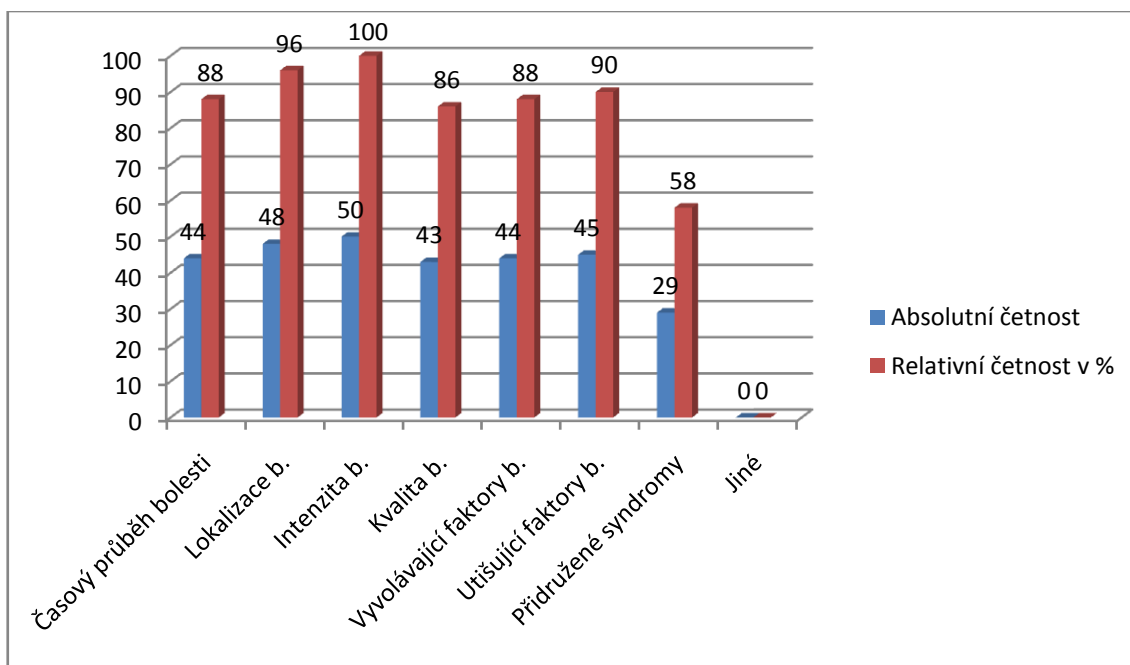
Graf č. 10: Faktory bránící v hodnocení chronické bolesti

Otázka: "Jsou nějaké faktory, které Vám brání v hodnocení chronické bolesti?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastější faktory, které brání v hodnocení chronické bolesti, bylo, neexistují žádné faktory, a to 24krát (48%). Nemožnost komunikace s pacientem byla označena 22krát (44%), nedostatek času 10krát (20%). Žádný z respondentů nezaškrtl neznalost metod hodnocení ani jiné.

## Jaké faktory při hodnocení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP sledujete?

Tabulka č. 11: Sledované faktory při bolesti

Otázka č. 11	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Časový průběh bolesti	44	88
Lokalizace b.	48	96
Intenzita b.	50	100
Kvalita b.	43	86
Vyvolávající faktory b.	44	88
Utišující faktory b.	45	90
Přidružené syndromy	29	58
Jiné	0	0
Celkem	50	100



Graf č. 11: Sledované faktory při bolesti

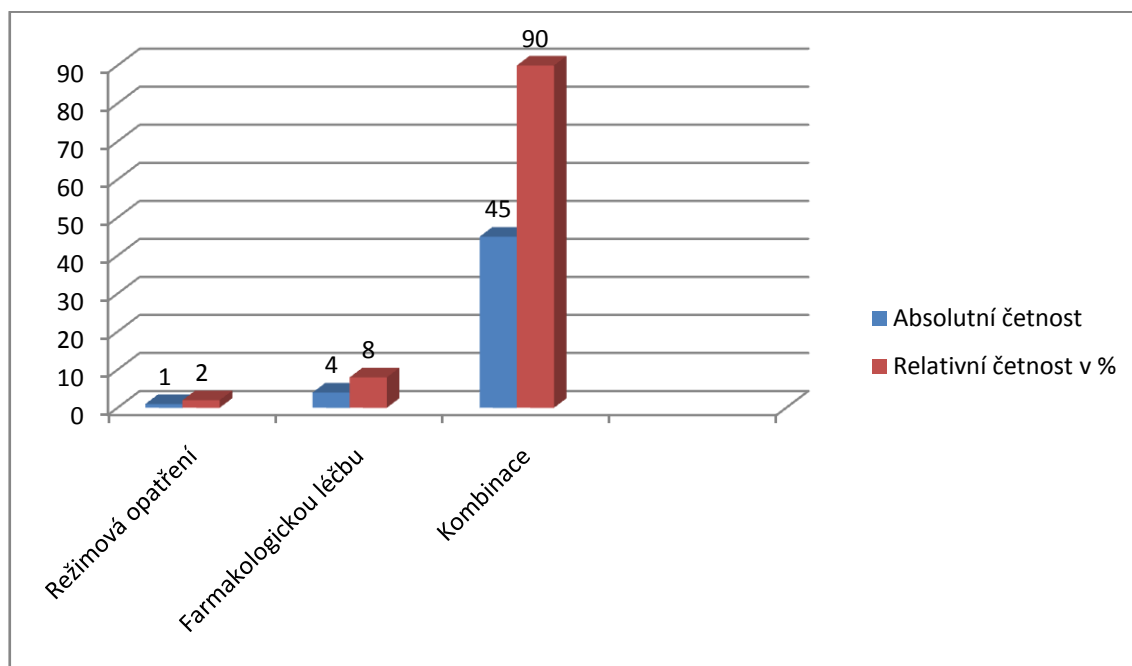
Otázka: "Jaké faktory při hodnocení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP sledujete?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100% se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastějším faktorem pro hodnocení bolesti

byla intenzita bolesti, a to 50krát (100%), lokalizace bolesti 48krát (96%), utišující faktory 45krát (90%), vyvolávající faktory a časový průběh bolesti 44krát (88%), kvalita bolesti 43krát (86%), přidružené syndromy 29krát (58%). Žádný z respondentů ne zvolil možnost jiné.

**Při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP častěji užíváte:**

Tabulka č. 12: Řešení bolesti

Otázka č. 12	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Režimová opatření	1	2
Farmakologickou léčbu	4	8
Kombinace	45	90
Celkem	50	100



Graf č. 12: Řešení bolesti

Otázka: "Při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP častěji užíváte:"  
 Na tuto otázku všichni odpověděli pouze jednou ze tří nabízených odpovědí. Nejčastěji se při řešení bolesti používá kombinace režimových opatření a farmakologické léčby,

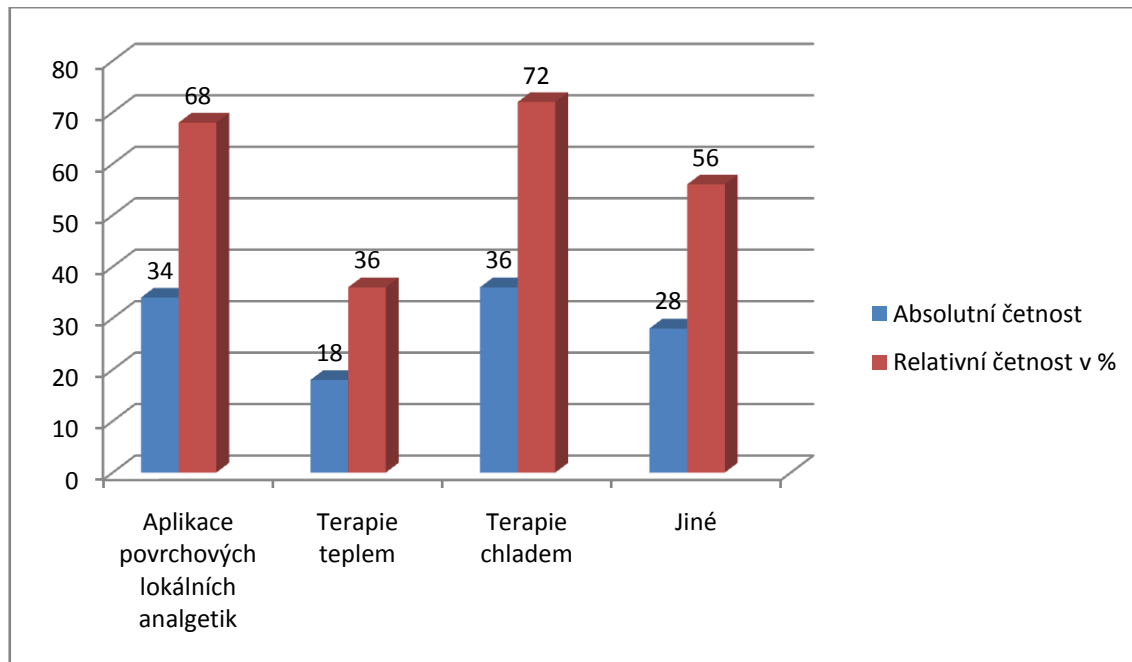


a to u 45 osob (90%). Farmakologickou léčbu uvedly 4 osoby (8%), režimová opatření 1 osoba (2%).

### Jaká nefarmakologická řešení a režimová opatření u pacienta s bolestí v DP nejčastěji používáte?

Tabulka č. 13: Režimová opatření (nefarmakologické léčba)

Otázka č. 13	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Aplikace povrchových lokálních analgetik	34	68
Terapie teplem	18	36
Terapie chladem	36	72
Jiné	28	56
Celkem	50	100



Graf č. 13: Režimová opatření (nefarmakologická léčba)

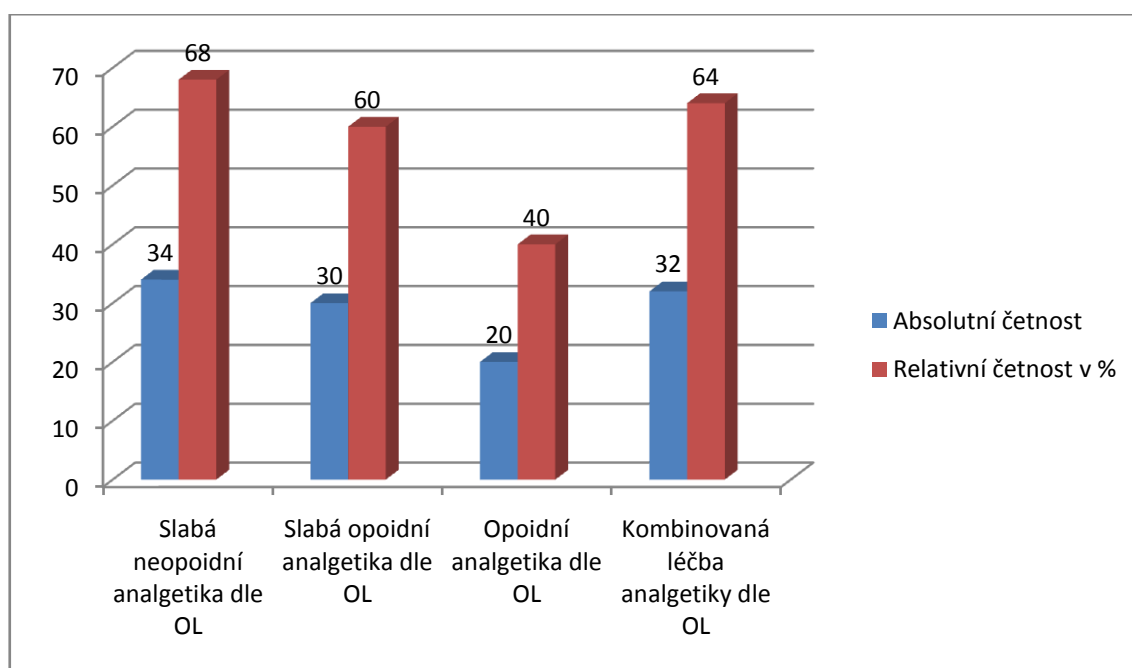
Otázka: "Jaká nefarmakologická řešení a režimová opatření u pacienta s bolestí v DP nejčastěji používáte?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastěji sestry užívají terapii chladem,

a to 36krát (72%), dále aplikací povrchových lokálních analgetik, a to 34krát (68%). Možnost jiné (elevace, polohování, elastické bandáže) byla zvolena 28krát (56%). Terapie teplem byla označena 18krát (36%).

**S jakou lékovou skupinou se při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou nejčastěji v DP setkáváte?**

Tabulka č. 14: Lékové skupiny

Otázka č. 14	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Slabá neopoidní analgetika dle OL	34	68
Slabá opoidní analgetika dle OL	30	60
Opoidní analgetika dle OL	20	40
Kombinovaná léčba analgetiky dle OL	32	64
Celkem	50	100



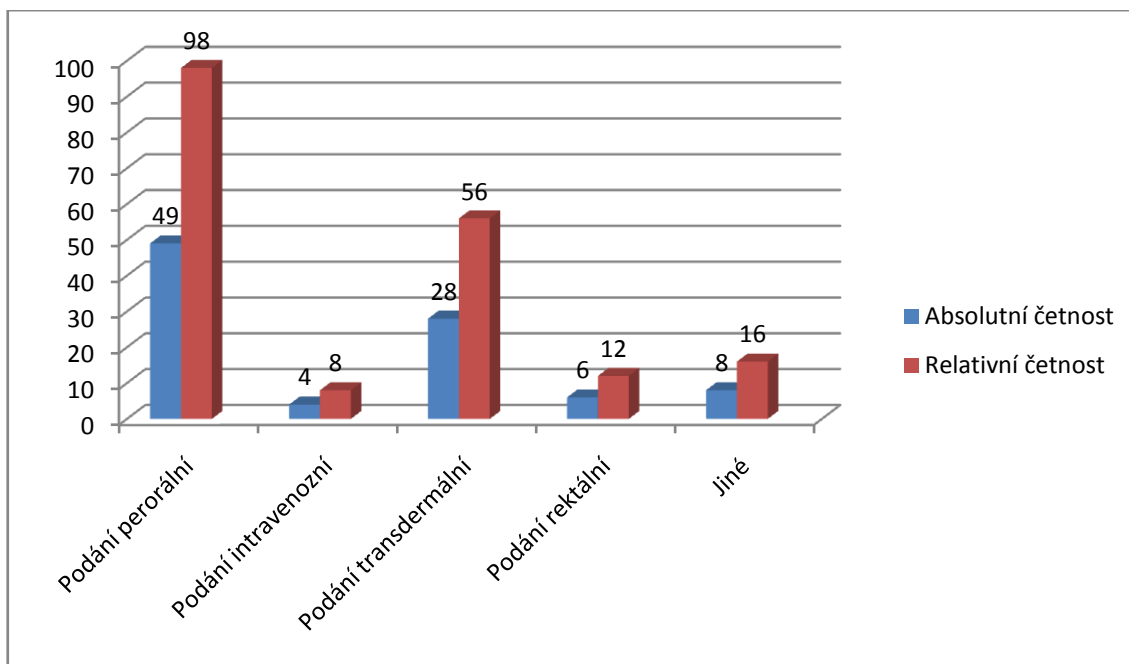
Graf č. 14: Lékové skupiny

Otázka: "S jakou lékovou skupinou se při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou nejčastěji v DP setkáváte?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Při řešení chronické bolesti byla nejčastěji používána léková skupina slabáneopoidní analgetika dle OL, a to 34krát (68%), kombinovaná léčba analgetiky dle OL 32krát (64%), slabá opoidní analgetika dle OL 30krát (60%), opoidní analgetika dle OL 20krát (40%).

**S jakou formou podání se nejčastěji při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP setkáváte?**

Tabulka č. 15: Forma podávání

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podání perorální	49	98
Podání intravenózní	4	8
Podání transdermální	28	56
Podání rektální	6	12
Jiné	8	16
Celkem	50	100



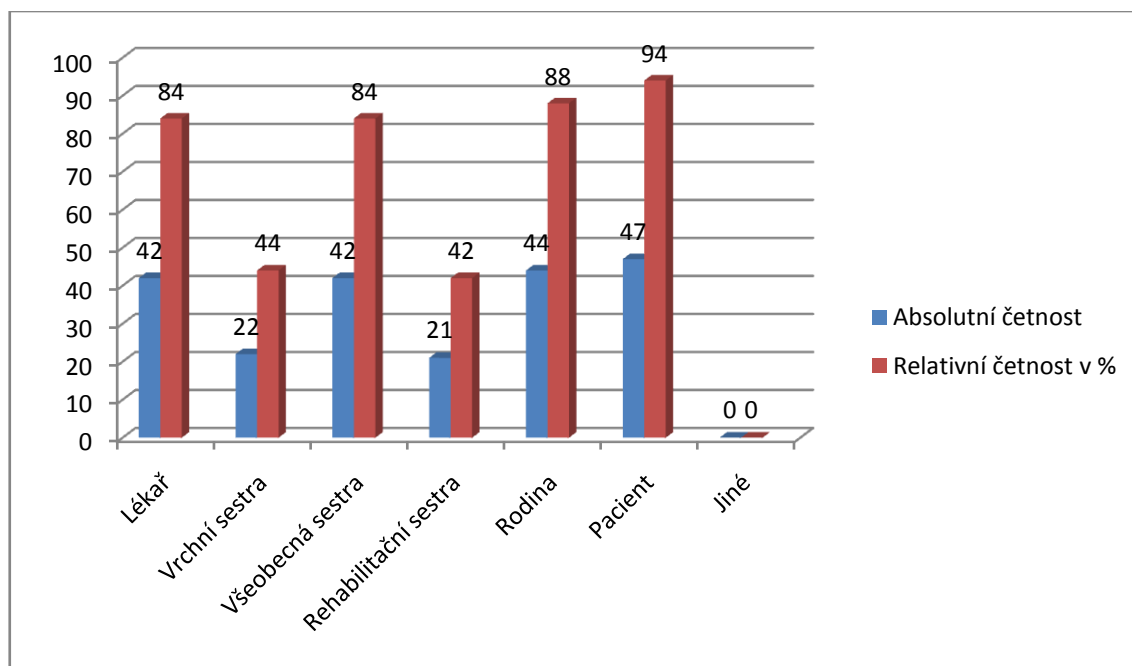
Graf č. 15: Forma podávání

Otázka: "S jakou formou podání se nejčastěji při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou v DP setkáváte?" Na tuto otázku byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Nejčastější formou podání dle sester v DP bylo perorální, a to 49krát (98%), další bylo podání transdermální, a to 28krát (56%), poté podání jiné (intramuskulární), a to 8krát (16%), podání rektální 6krát (12%) a podání intravenozní 4krát (8%).

## Kdo podle Vás tvoří tým v DP pečující o pacienta při léčbě chronické bolesti?

Tabulka č. 16: Tým v DP

Otázka č. 16	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Lékař	42	84
Vrchní sestra	22	44
Všeobecná sestra	42	84
Rehabilitační sestra	21	42
Rodina	44	88
Pacient	47	94
Jiné	0	0
Celkem	50	100



Graf č. 16: Tým v DP

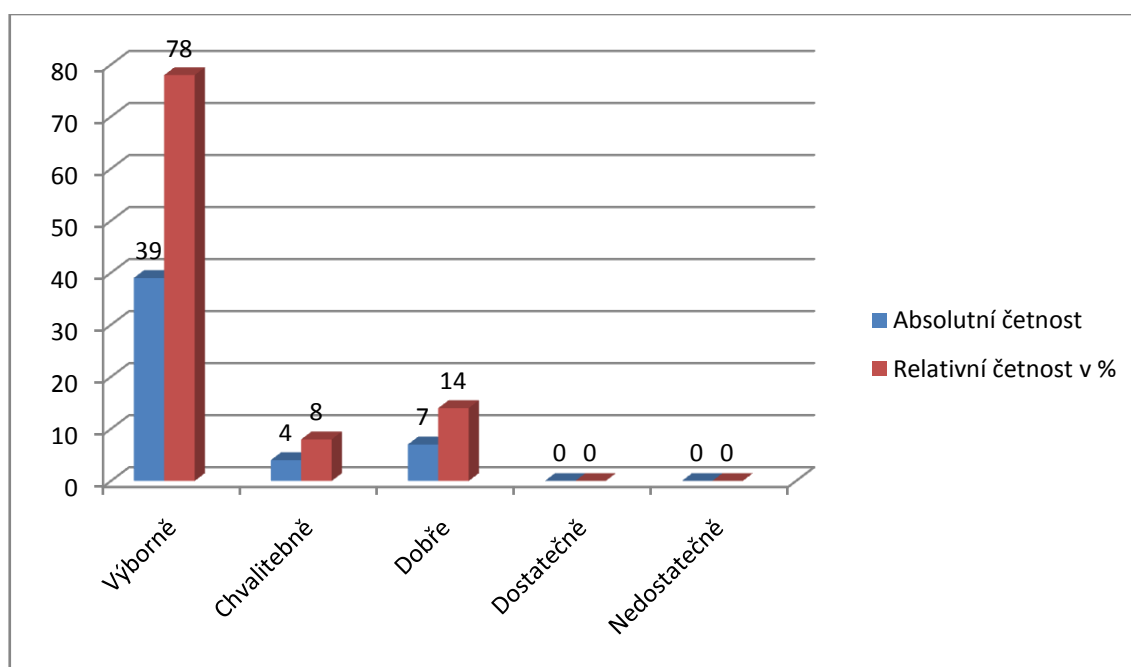
Otázka: "Kdo podle Vás tvoří tým v DP pečující o pacienta při léčbě chronické bolesti?" Na tuto otázku bylo možno zaškrtnout více odpovědí. Za 100 % se považuje celkový počet odpovědí. Možnost pacient byla vybrána 47krát (94%), rodina 44krát

(88%), lékař a všeobecnásestra42krát (84%), vrchnísestra22krát (44%) a rehabilitačnísestra21krát (42%). Žádný z respondentů nezaškrtl možnost jiné.

### Jak hodnotíte spolupráci Vašeho týmu v DP při léčbě chronické bolesti?

Tabulka č. 17: Hodnocení spolupráce

Otázka č. 17	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Výborně	39	78
Chvalitebně	4	8
Dobře	7	14
Dostatečně	0	0
Nedostatečně	0	0
Celkem	50	100



Graf č. 17: Hodnocení spolupráce

Otázka: "Jak hodnotíte spolupráci Vašeho týmu v DP při léčbě chronické bolesti?" Na tuto otázku všichni odpověděli pouze jednou z pěti nabízených možností. Nejčastěji hodnotily sestry spolupráci výborně, a to u 39 osob (78%), poté dobře, a to u

7

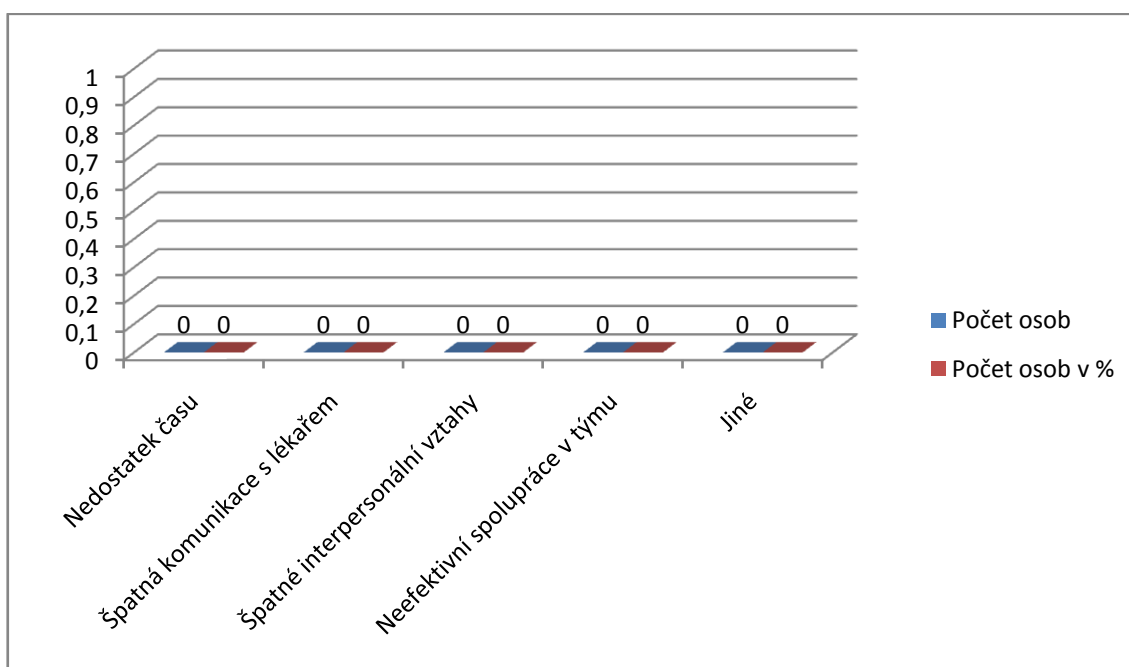
osob

(14%). Chvalitebně zhodnotily spolupráci 4 osoby (8%). Žádný z respondentů nezaškrtl dostatečně ani nedostatečně.

### **Pokud spolupráci v DP hodnotíte nedostatečně, proč?**

Tabulka č. 18: Důvod nedostatečného hodnocení

Otázka č. 18	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nedostatek času	0	0
Špatná komunikace s lékařem	0	0
Špatné interpersonální vztahy	0	0
Neefektivní spolupráce v týmu	0	0
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Graf č. 18: Důvod nedostatečného hodnocení

Otázka: "Pokud spolupráci v DP hodnotíte nedostatečně, proč?" Na tuto otázku neodpověděl žádný z respondentů.



### 7.3 ANALÝZA CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Tato kapitola se bude věnovat zhodnocení cílů práce a výzkumných otázek. Veškerá data pro zpracování byla získána na podkladě nestandardizovaného dotazníku. Analýza byla vypracována především na otázkách, které přímo souvisí jak s cíli práce, tak s výzkumnými otázkami.

#### **CÍL č. 1: Zjistit, jaké nástroje k hodnocení bolesti u pacienta při převazech ran používají všeobecné sestry v agentuře domácí péče.**

- pro tento cíl byly v analýze zpracovány z dotazníku otázky č. 8

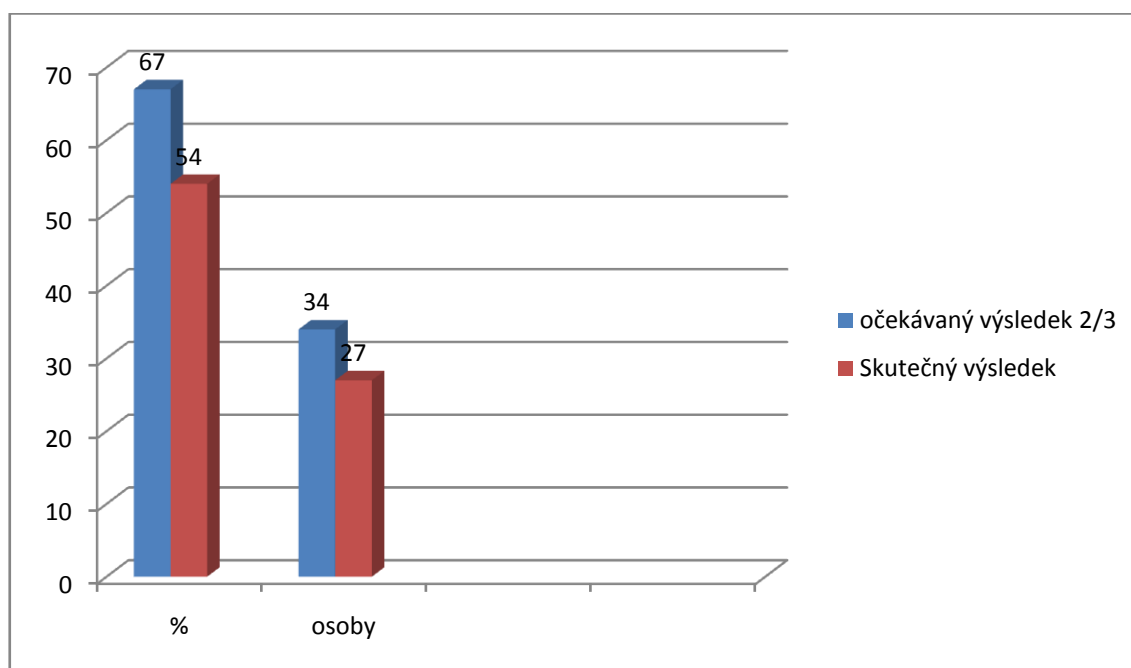
Výzkumem bylo zhodnoceno, že jako nástroje sestry v agentuře domácí péče používají nejvíce Numerickou škálu bolesti a pozorování pacienta.

#### **VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 1: Používají sestry v agentuře domácí péče více jak ve 2/3 škálu bolesti VAS při hodnocení bolesti při převazech ran?**

- pro tuto výzkumnou otázku byla zpracována z dotazníku otázka č. 8

Tabulka č. 19: Výzkumná otázka č. 1

	Očekávaný výsledek 2/3	Skutečný výsledek
%	67	54
Osoby	34	27



Graf č. 19: Výzkumná otázka č. 1

Výzkumem bylo zhodnoceno, že výzkumná otázka č. 1 nebyla potvrzena. Sestry v DP nepoužívají při hodnocení bolesti VAS více jak ve 2/3, což je u více než 34 osob. Na tuto otázku odpovědělo VAS pouze 27 respondentů.

### **VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 1 NENÍ V SOULADU S VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.**

#### **CÍL č. 2: Zjistit, jaké intervence při řešení bolesti v rámci převazů ran používají všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče.**

- pro tento cíl byla v analýze zpracována otázka č. 12

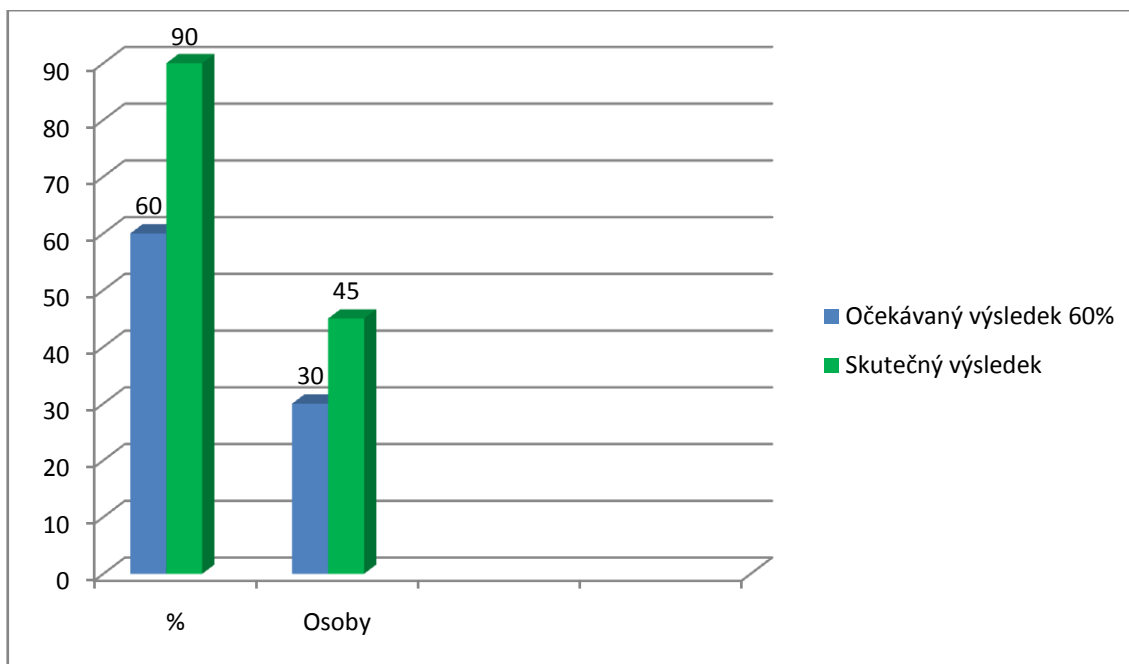
Výzkumem bylo zhodnoceno, že výzkumný cíl č. 2, což je intervence při řešení bolesti v rámci převazů, sestry v DP používají nejčastěji terapii chladem, slabáneopoidní analgetika dle OL a formu podání per os.

#### **VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 2: Řeší sestry v agentuře domácí péče bolest u převazů ran více jak v 60% kombinací farmakologických a režimových opatření než každého zvlášť?**

- pro tuto výzkumnou otázku byla zpracována z dotazníku otázka č. 12

Tabulka č. 20: Výzkumná otázka č. 2

	Očekávaný výsledek 60%	Skutečný výsledek
%	60	90
Osoby	30	45



Graf č. 20: Výzkumná otázka č. 2

Výzkumem bylo zhodnoceno, že výzkumná otázka č. 2 byla potvrzena. Sestry v DP řeší bolest kombinací farmakologických a režimových opatření více jak v 60%, což se potvrdilo u 45 respondentů (90%).

### **VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 2 JE V SOULADU S VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.**

#### **CÍL č. 3: Zhodnotit spolupráci při řešení bolesti mezi členy týmu pečujícího o pacienta.**

- pro tento cíl byla v analýze zpracována otázka z dotazníku č. 17

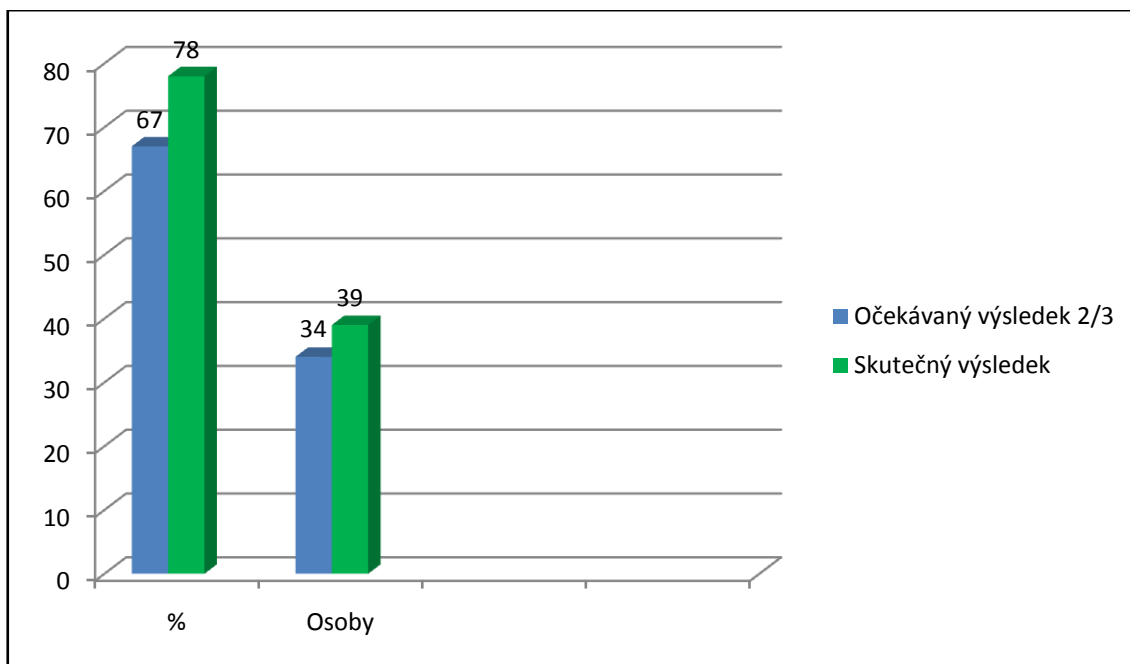
Výzkumem bylo zhodnoceno, že výzkumný cíl č. 3, což je spolupráce mezi členy týmu je fungující výborně.

### **VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 3: Je spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu fungující u více jak 2/3 pacientů?**

-pro tuto výzkumnou otázku byla v analýze zpracována z dotazníku otázka č. 17

Graf č. 21: Výzkumná otázka č. 3

	Očekávaný výsledek 2/3	Skutečný výsledek
%	67	78
Osoby	34	39



Graf č. 21: Výzkumná otázka č. 3

Výzkumem bylo zhodnoceno, že výzkumná otázka č. 3 byla potvrzena. Sestry v DP zhodnotily spolupráci mezi členy týmu fungující ve více jak 2/3 pacientů, což je více jak 34 osob. Na tuto otázku odpovědělo výborně 39 respondentů.

**VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 3 JE V SOULADU S VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.**

## 8 DISKUSE

Bolest dle IASP

*"Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený s aktuálním anebo potenciálním poškozením, anebo je jako takový popisován."* (Kotková, 2016, s. 164)

Bakalářská práce se zabývá tématem Management bolesti u převazu ran. V této práci byl stanoven jeden hlavní a tři další cíle, ke kterým byly definovány tři výzkumné otázky. Hlavním cílem byl management bolesti pacienta při převazech ran. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou za pomoci nestandardizovaného dotazníku vytvořeného pro všeobecné sestry domácí péče. Výzkumné šetření pomocí dotazníku bylo hodnoceno pouze u 50 respondentů a z tohoto důvodu nemohou být zjištěné výsledky považovány za absolutní.

První ze stanovených cílů práce bylo: "Zjistit, jaké nástroje k hodnocení bolesti pacienta při převazech ran používají všeobecné sestry v agentuře domácí péče". Na základě tohoto cíle definujeme výzkumnou otázku, a to: "Používají sestry v agentuře domácí péče více jak ve 2/3 škálu bolesti VAS při hodnocení bolesti při převazech ran?". Tomuto cíli a výzkumné otázce se věnovala pozornost v otázkách z dotazníku č. 5,6,7,8,9,10,11. V těchto otázkách jsme se respondentů dotazovali, kdo se podílí na jejich pracovišti na hodnocení chronické bolesti, jaká je četnost převazů, co používají za pomůcky ke kvalitní péči o chronickou ránu, jaké hodnotící metody používají, jaké další metody mimo škály VAS sestry v domácí péči používají, které faktory v hodnocení bolesti brání a které faktory při hodnocení chronické rány dále sledují. Tento okruh otázek týkající se prvního cíle a výzkumné otázky byl zhodnocen v dotazníku. Respondenti odpovídali dle svých zkušeností v každodenní praxi. Tato výzkumná otázka nebyla v souladu s výsledky výzkumného šetření. Na položenou otázku: "Kdo se na Vašem pracovišti podílí na hodnocení chronické bolesti?" respondenti odpověděli nejčastěji "Všeobecná sestra a pacient". Dle Ondriové je nejdůležitější při diagnostice bolesti sestra, která bolest jako takovou nejen posuzuje, ale díky svým schopnostem klást správné otázky, schopnosti empatie a ovládnutí základů psychologie, se stává její postavení v této oblasti zcela dominantní. Rokyta a Fricová tvrdí, že k optimálnímu výsledku léčby je nutná aktivní spolupráce sestry, lékaře a pacienta. Podle Stryji především tyto dva zdravotníci (lékař, sestra) provádějí převazy ran (tím i hodnotí). Bártová poukazuje na to, že sestra domácí péče je

v diagnostice bolesti zcela nezastupitelná, protože podává informace praktickému lékaři, který pacienta ošetřuje. Četnost převazů se odvíjí v první řadě od ordinace lékaře a podle odpovědí sester z domácí péče hodnotí bolest při převazu ran jednou za 24 hod, popřípadě v intervalech dle potřeby převazu. *"Převaz je opakované ošetření rány."* (Kelnarová, 2009, s. 124) Jarošová uvádí, že frekvence, výskyt a časový rozsah jsou aktuálně upravovány dle potřeb pacienta. Dle Stryji frekvence převazu chronických ran souvisí jak s momentálními potřebami, tak i s terapeutickým krytím. Bártová léčebný postup, četnost převazů atd. u pacientů v domácí péči připisuje registrujícímu lékaři. Pomůcky a prostředky k zajištění péče o chronickou ránu mají sestry dostačující, používají moderní převazové materiály, které tlumí bolest, snižují četnost převazů atd. Dle Jarošové materiální a technické vybavení pracoviště domácí péče dle vyhlášky MZČR č. 49/1993 Sb. zahrnuje i vybavení pomůckami určenými k ošetřování ran. Filická zdůrazňuje výhody vlhkého hojení ran, jako např. větší hygieničnost, čistotu při práci, jednoduchou manipulaci, jednorázové balení, vytvoření epitelu atd.

Respondenti uváděli, že faktory bránící hodnocení bolesti u většiny pacientů neexistují žádné, naopak sledují další faktory. Literatura Trachtové uvádí časový průběh bolesti, lokalizaci bolesti, intenzitu bolesti, kvalitu bolesti, vyvolávající faktory bolesti, utišující faktory bolesti a přidružené syndromy. Dle Jarošové sestry v domácí péči hodnotí pacienta hned při první návštěvě v jeho domově. Hakl doporučuje při současné strategii léčby bolesti zvolit účinnou farmakoterapii, při její racionální volbě zohlednit délku trvání bolesti, lokalizaci bolesti, její propagaci, její charakteristiku, časový průběh a zhoršující faktory. Mimo škálu bolesti používají další metody hodnocení jako je pozorování, rozhovor, měření fyziologických funkcí. Bílková označuje jako důležitou součást práce sestry objektivní hodnocení, do kterých zahrnuje měření fyziologických funkcí a hodnocení bolesti. Jarošová udává, že získávání objektivních dat je možné jen na základě fyzikálních vyšetření a přímým pozorováním pacienta. Dle Rozsypalové je zvýšený krevní tlak (hypertenze) způsoben i emočními prožitky, jako je rozrušení a bolest. Vajčíková a Blažková tvrdí, že sestra má dominantní postavení v posuzování bolesti, a to díky komunikační a psychosociální zkušenosti, kdy rozezná změny (např. hypoventilaci, hyperventilaci).

A nakonec vyhodnocujeme výzkumnou otázku č. 1 jako takovou, zda sestry používají VAS ve 2/3 u hodnocení u bolesti pacienta. Tyto 2/3 odpovídají nejméně 34 respondentům, ale v našem případě VAS zodpovědělo pouze 27 respondentů a proto

se výzkumná otázka nepotvrdila. Dle odpovědí z dotazníku vyplynulo, že nejčastěji používanou škálou bolesti je Numerická škála bolesti (28 respondentů). Domnívám se ale, že tento výsledek není v žádném případě alarmující. Naopak, je zřetelné, že sestry domácí péče hodnotící škály využívají a jsou jim přínosem v každodenní práci. Vajčíková a Blažková udávají, že k hodnocení bolesti se využívá VAS, poté verbální a dále numerická škála bolesti. Též Hakl poukazuje na to, že k hodnocení intenzity bolesti se nejvíce používá VAS, dále se užívá i číselná hodnotící škála (NRS), slovní a obličejová škála u dětí. Pospíšilová jako první stupnici udává bodovou, hned za ní verbální, numerickou a jako poslední VAS. A dle Stryji k diagnostice a určení intenzity bolesti slouží jako první numerická, druhá obličejová, třetí verbální škála, VAS vůbec neudává. Předpokládám, že při větším množství výzkumného vzorku by otázka v souladu s výsledky výzkumného šetření byla potvrzena.

V druhém ze stanovených cílů práce bylo: "Zjistit, jaké intervence při řešení bolesti v rámci převazů ran používají všeobecné sestry pracující v agentuře domácí péče". Na základě tohoto cíle definovala výzkumná otázka č.2, a to: "Řeší sestry v agentuře domácí péče bolest u převazů ran více jak v 60% kombinací farmakologických a režimových opatření než každého zvlášť?" Tomuto cíli a výzkumné otázce se věnovala pozornost v otázkách z dotazníku č. 12,13,14,15. V těchto otázkách jsme se respondentů dotazovali, jaké řešení chronické bolesti u pacientů častěji užívají, jaká režimová opatření a nefarmakologická řešení používají, dále s jakou lékovou skupinou se při farmakologické léčbě nejčastěji setkávají a nakonec s jakou formou podání. Tyto okruhy otázek se týkají druhého cíle a výzkumné otázky, respondenty jsou stále sestry v domácí péči, které vyplnily dotazník. Výzkumná otázka byla potvrzena. Na otázku z dotazníků: "Které řešení chronické bolesti u pacienta s ranou nejčastěji užíváte", sestry uvedly, že kombinaci režimových opatření (nefarmakologické léčby) a farmakologické léčby. Hakl udává, že úspěšná léčba bolesti musí obsahovat všechny úrovně vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti. Touto záležitostí by se dle něj neměl zabývat pouze praktický lékař a algeziolog, ale též psycholog, psychiatr, fyzioterapeut a další. Kotková připouští, že pacient s chronickou bolestí je různorodý a že kombinace terapie a fyzikální terapie má primárně analgetický účinek. Ondřiová a Rozsypalová se shodují v tom, že na ovlivnění bolesti se využívá teplo, chlad, které způsobují zmírnění a znecitlivění bolesti, navíc snižují otok a svalový spasmus. Z nefarmakologických řešení a režimových opatření byla udána aplikace

povrchových analgetik, terapie chladem, úlevová poloha a elastické bandáže. Kotková zdůrazňuje individuální volbu přístupu a terapií a její kombinaci. Ondriová v léčbě spojuje jak farmakologickou část, tak fyzikální terapii a vyzdvihuje výhody kompenzačních pomůcek. Jako lékovou skupinu sestry zvolily za 1. slabá neopoidní analgetika dle ošetřujícího lékaře, za 2. slabá opoidní dle ošetřujícího lékaře, za 3. kombinace léčby dle ošetřujícího lékaře, za 4. opoidní analgetika dle ošetřujícího lékaře. Dle Fricové a Rokyty je cílem léčby bolesti snížení intenzity bolesti, nebo ideálně ji odstranit úplně. Stryja chce nejen bolest správně diagnostikovat, ale také léčit. Bolest vázanou na převaz je dle něj nutno farmakologicky tlumit. Analgetický žebříček dle WHO je: základní stupeň I. neopoidní analgetika, stupeň II.-III. opoidní analgetika. Hakl při mírné bolesti (VAS 0-3) doporučuje analgetický I. stupeň, v případě nedostačujícího efektu, což je střední bolest (VAS 4-6) slabá opoidní analgetika a pokud se bolest nezmiří (VAS 7-10) opoidní analgetika. Fricová a Rokyta léčbu opoidy považují za nejúčinnější, a to z důvodu toho, že ovlivňují řadu orgánových systémů a funkcí a tím mají komplexnější účinek. Zástupci léků dle Hakla, Rokyty a Fricové jsou analgetika neopoidního typu - paracetamol a metamizol, slabá analgetika opoidního typu - tramadol a kodein, silná analgetika opoidního typu - morfin a fentanyl. Tomuto odpovídá i nejčastější forma podání, kterou je per os a poté intramuskulární. Dle Rozsypalové se řídí při podávání léků sestra vždy ordinací lékaře. Podání per os je podání ústy v pevné nebo tekuté formě, podání injekční má rychlejší účinek, proto se analgetika často takto podávají, aby nastalo rychlé utlumení bolesti. Per rectum je podání léčiva do konečníku, podávají se léčebné čípky pro zmírnění bolesti. A podání transdermální je, že se léky podávají místně na kůži. Patří sem gelová mazání, masti, krémy, pasty a v neposlední řadě opiátové náplasti k léčbě chronické bolesti, jako je fentanylmylan 75 mg a fentanyl 100 mg.

Vyhodnocení výzkumné otázky zda: "Řeší sestry v agentuře domácí péče bolest u převazu ran více jak v 60% kombinací farmakologických a režimových opatření než každého zvlášť?" Na tuto otázku sestry z domácí péče odpověděly, že bolest při převazech ran řeší kombinací farmakologických a režimových opatření v 90%, čímž se výzkumná otázka č. 2 potvrdila.

Třetím ze stanovených cílů bylo "Zhodnotit spolupráci při řešení bolesti u pacienta mezi členy týmu pečujícího o pacienta". Na základě tohoto cíle se definovala výzkumná



otázka č. 3 "Je spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu fungující u více jak 2/3 pacientů?" Tomuto cíli a výzkumné otázce se věnovala pozornost v otázkách z dotazníku č. 16,17 a popřípadě doplněním otázky č. 18, kterou žádná respondentka nevyužila. V těchto otázkách jsme se respondentů dotazovali, kdo podle nich tvoří tým pečující o pacienta při léčbě chronické bolesti a jak spolupráci týmu hodnotí. Tento okruh otázek týkající se třetího cíle a výzkumné otázky byl opět zhodnocen na podkladě dotazníku vyplněného sestrami z domácí péče. Výzkumná otázka byla potvrzena. Na tuto otázku sestry z domácí péče odpověděly, že tým pečující o pacienta při léčbě chronické bolesti tvoří lékař, všeobecná sestra, rodina a pacient. Pouze malé množství uvedlo možnost vrchní sestra a rehabilitační sestra. Takové zhodnocení otázky bylo očekáváno. Dle Jarošové je domácí zdravotní péče zajištěna multidisciplinárním týmem, kdy pracovníci poskytují péči klientovi dle jeho aktuálního stavu v jeho vlastním prostředí (rodina, sestra, lékař, sociální pracovníce, fyzioterapeut atd.). Právě to zajišťuje komplexnost domácí péče. Zástupcem a jednatelem domácí péče je vrchní sestra. Praktického lékaře však převážně informuje o ošetřování pacienta a jeho stavu sestra, která ho má na starost. Léčba, léčebné postupy, rozsah ošetrovatelské péče, četnost převazů indikuje ošetřující lékař na základě referencí této sestry. Tým domácí péče je lékař, sestra, další zdravotní pracovníci atd. Uvnitř agentury sestra informuje manažerku (vrchní sestra), další sestry, fyzioterapeuta, popř. další a mimo agenturu poskytuje informace lékaři, rodině a oni jí. A na prioritní otázku jak hodnotí spolupráci mezi těmito členy týmu, překvapivě sestry domácí péče vyhodnotily, že v 78% funguje výborně a žádná z respondentek nevybrala možnost dostatečně nebo nedostatečně.

Konečné vyhodnocení otázky: "Je spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu fungující u více jak 2/3 pacientů?" Na tuto otázku bylo zapotřebí, aby kladně odpovědělo 34 a více respondentek. Výsledkem mého výzkumného šetření bylo 39 respondentek, které označily variantu výborně, čímž se výzkumná otázka potvrdila.

Bártlová popisuje spolupráci tak, že sestry nebo vrchní sestra informují praktického lékaře o každé zdravotní změně pacienta, průběhu péče a domlouvá s ním následující léčbu. Tyto informace podává písemnou zprávou, v které zhodnotí dosavadní výsledky. Při zhojení defektu nebo výrazném zlepšení stavu s ním prokonzultuje další potřebnost domácí péče. Popřípadě péči domácí péče společně ukončí. Závěrem bych chtěla

souhlasit s Kabátovou, která doporučuje léčbu v domácím prostředí a to jak z důvodu psychické pohody pacienta, tak i pro lepší výsledky v léčbě chronické bolesti.

## **9 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Cílem bakalářské práce bylo zmapování bolesti pacienta, který je v péči agentury domácí péče. Z praktické části této bakalářské práce vyplývá, že sestry v dané problematice nemají žádné nedostatky a naopak se v ní velmi dobře orientují. Sestry domácí péče umějí bolest nejen dobře analyzovat, ale také hodnotit a řešit. Ve většině týmů sester domácí péče funguje spolupráce výborně. Žádná z dotazovaných sester nezvolila alternativu dostatečně nebo nedostatečně. Z těchto důvodů považuji výsledný informační materiál jako přínosný především pro nově příchozí sestry domácí péče, které z něho můžou čerpat nové informace.

## 10 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byl management bolesti při převazech ran. Hlavním cílem bylo zmapovat bolest pacienta léčeného agenturou domácí péče. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část práce vychází z odborné literatury, odborných periodik a internetových zdrojů. V této části se zabýváme základním pojmem bolest.

- co vůbec bolest je;
- jak se rozděluje;
- jak se diagnostikuje;
- co jí způsobuje;
- jak jí hodnotíme;
- Jak ji léčíme.

Dalším bodem teoretické části je rána

- rána a její hojení;
- léčba;
- převazy s vedením dokumentace;

Poslední okruh byl zaměřen na domácí péči, její charakteristiku a cíle.

Praktická část práce vychází z cílů a výzkumných otázek.

Stanoven byl jeden hlavní cíl (uveden výše) a tři dílčí cíle, ve kterých jsme se zaměřili na to, jaké nástroje sestry v domácí péči k hodnocení bolesti při převazech ran používají, jaké intervence při řešení bolesti využívají a zhodnocení spolupráce při řešení bolesti mezi členy týmu. Ke každému cíli byla stanovena úzce položená výzkumná otázka, na kterou jsme se v této části práce zaměřili. Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní metodou a realizovalo se pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 18 otázek přímo zaměřených k výzkumným otázkám. Otázky byly zaměřeny do 4 okruhů. Výzkumu se zúčastnilo 50 respondentů, a to sester z domácí péče. Jejich odpovědi byly zpracovány pomocí analýzy zjištěných dat.

Závěrem práce bylo zhodnoceno, že dvě výzkumné otázky jsou v souladu s výsledky výzkumných šetření a pouze jedna v souladu nebyla. Prokázalo se, že sestry jsou ve svých profesích dobře orientované, využívají všechny metody k hodnocení bolesti a jsou schopné spolupráce v týmu. Domnívám se, že tyto dovednosti a znalosti jsou základem pro správné řešení bolesti při převazech ran. Navrhovaný informační materiál bude přínosem pro nově nastupující sestry z domácí péče, kterým tyto zkušenosti ještě chybí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva a kolektiv. Komunitní ošetřovatelství pro sestry. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2010. ISBN 57-860-09.

BELL, C. a G. MCCANTHY. The assessment and treatment of wound pain at dressing change. British journal of nursing [online]. 2010, roč. 19, č. 11, p. 4 [cit. 2013-06-27] DOI: 2010687119

BOROŇOVÁ, Jana. Kapitoly z ošetřovatelství. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DUŠOVÁ, Bohdana. Chronická bolest jako ošetřovatelský problém. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 9788073684617.

FILICKÁ, Janka. Sestra 1/2013, s. 55-56. Vyd. Mladá fronta Praha. ISSN 1210-0404.

HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2473-0.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta. Komunitní ošetřovatelství. 1. čes. vyd. Martin: Osvěta, 2006. ISBN 978-808-0632-571.

JANÁČKOVÁ, Laura. Bolest a její zvládnání. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 191 s. ISBN 9788073672102.

JAROŠOVÁ, Darja a spol. Praktický lékař 3/2012, s. 150-153. Vyd. Praha. ISSN 0032-6739.

JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4721-504.

KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník/2. díl. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3106-3.

Kolektiv autorů. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4

KOTKOVÁ, Karla a spol. Bolest 4/2016, 19. ročník, s. 164-167. Vyd. Praha. ISSN 1212-0634.

KURUCOVÁ, Radka. Zátěž pečovatele. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2016. ISBN 978-80-247-5707-0.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renata HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1. Aktual. a dopl. vyd. Praha: GradaPublishing, 2006, ISBN 80-247-1443-4.

NOTOVNÁ, Jana a Zdeněk EIBEL. Diagnóza, listopad/prosinec 2012, ročník VIII., s. 18-19. Vyd. Praha. ISSN 1801-1349.

ONDŘIOVÁ, Iveta a spol. Sestra 7-8/2013, s. 28-30. Vyd. Mladá fronta Praha. ISSN 1210-0404.

OPAVSKÝ, Jaroslav. Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.

PAFKO, Pavel. Bulletin 3/2015, 25. ročník, s. 9-15. Vyd. Sdružení praktických lékařů ČR. ISSN 1212-6152.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010. ISBN 978-80-247-2682-2.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZKOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

POSPÍŠILOVÁ, Alena, Marek HAKL a Olga FAUSTMANNOVÁ. Bolest 3/2016, 19. ročník, s. 125-133. Vyd. Praha. ISSN 1212-0634.

ROKYTA, Richard a kolektiv. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotní obory. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, Richard. Bolest: monografie algeriologie. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROZSYPALOVÁ, Marie, Eva HAVADOVÁ, Alena ŠAFRÁNKOVÁ. Ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. Ošetřovatelství v chirurgii. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SVATKOVÁ, Jitka. Diagnóza březen/duben 2013, ročník IX., s. 10-12. Vyd. Praha. ISSN 1801-1349.

SVĚT, Libor. Domácí péče v České republice. In: BICKOVÁ, Lucie. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 147-172. ISBN 978-80-904668-0-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. Základy ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 272 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠEVČÍK, Pavel, Jiří VORLÍČEK. Bolest a možnost její zmírnění či odstranění. 1. vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2004. ISBN 80-239-3607-7.

ŠIMEK, J., Psychoterapie: ad Rokyta, R., Psychogenní bolest. Psychiatrie 2004. roč. 2. čís. 8.

ŠTURSOVÁ, Michaela. Faktory ovlivňující léčbu bércových vředů u pacientů v agenturách domácí péče [online]. Pardubice, 2010 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/37170>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Svobodová, Iva.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie: novelizace 2014. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2014. ISBN 978-80-86998-69-5.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 3. nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VALENTOVÁ, Iva. Florence, březen 2013, ročník IX., s. 17-20. vyd. Praha. ISSN 1803-464y

VÍTOVÁ, Marcela. Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR. In: BICKOVÁ, Lucie. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace



poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, s. 31-50.  
ISBN 978-80-904668-0-7.

ŽIŽLAVSKÝ, Martin. Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci. 1. vyd. Brno:  
Masarykova univerzita v Brně,2003. ISBN 80-210-3110-7.

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Délka praxe
Tabulka č. 2	Vzdělání
Tabulka č. 3	Získávání informací
Tabulka č. 4	Počet pacientů/měsíc
Tabulka č. 5	Kdo se podílí na hodnocení bolesti
Tabulka č. 6	Pravidelnost hodnocení bolesti
Tabulka č. 7	Prostředky ke kvalitní péči
Tabulka č. 8	Nejpoužívanější škála
Tabulka č. 9	Jiné metody hodnocení
Tabulka č. 10	Faktory bránící v hodnocení chronické bolesti
Tabulka č. 11	Sledované faktory při bolesti
Tabulka č. 12	Řešení bolesti
Tabulka č. 13	Režimová opatření (nefarmakologické léčba)
Tabulka č. 14	Lékové skupiny
Tabulka č. 15	Forma podávání
Tabulka č. 16	Tým v DP
Tabulka č. 17	Hodnocení spolupráce
Tabulka č. 18	Důvod nedostatečného hodnocení
Tabulka č. 19	Výzkumná otázka č. 1
Tabulka č. 20	Výzkumná otázka č. 2
Tabulka č. 21	Výzkumná otázka č. 3

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Délka praxe
Graf č. 2	Vzdělání
Graf č. 3	Získávání informací
Graf č. 4	Počet pacientů/měsíc
Graf č. 5	Kdo se podílí na hodnocení bolesti?
Graf č. 6	Pravidelnost hodnocení bolesti
Graf č. 7	Prostředky ke kvalitní péči
Graf č. 8	Nejpoužívanější škála
Graf č. 9	Jiné metody hodnocení
Graf č. 10	Faktory bránící v hodnocení chronické bolesti
Graf č. 11	Sledované faktory při bolesti
Graf č. 12	Řešení bolesti
Graf č. 13	Režimová opatření (nefarmakologická léčba)
Graf č. 14	Lékové skupiny
Graf č. 15	Forma podávání
Graf č. 16	Tým v DP
Graf č. 17	Hodnocení spolupráce
Graf č. 18	Důvod nedostatečného hodnocení
Graf č. 19	Výzkumná otázka č. 1
Graf č. 20	Výzkumná otázka č. 2
Graf č. 21	Výzkumná otázka č. 3

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1 - Žádosti o provedení výzkumu
- Příloha č. 2 - Protokoly o výzkumném šetření
- Příloha č. 3 - Dotazník
- Příloha č. 4 - Informační leták

## Příloha č. 1 - žádosti o provedení výzkumu

Žádost o výzkum

Dobrý den,

žádám Vás o povolení k provedení krátkého výzkumu se sestrami ve Vaší Domácí péči. Výzkum (můj dotazník) je zaměřen na zkušenosti sester při hodnocení bolesti při převazech ran, intervenci při řešení bolesti u převazů ran a spolupráci mezi členy týmu. Výsledky budou využity v Mé bakalářské práci na téma: "Management bolesti při převazech ran". Pokud by Vás výzkum zajímal a chtěli jste k nahlednutí výsledky, ráda Vám je poskytnu

  
Tyčová Denisa

Osobní číslo: D11000038

Studijní program: všeobecná sestra

Akademický rok: 2016/2017

Forma studia: kombinovaná

Fakulta zdravotnických studií TUL

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.  
Pardubická nemocnice  
Domácí ošetrovatelská péče -1-  
Kýleveská 44, 532 03 Pardubice  
IČ: 275 20 536, tel.: 466 61 111

Žádost o výzkum

Dobrý den,

žádám Vás o povolení k provedení krátkého výzkumu se sestrami ve Vaší Domácí péči. Výzkum (můj dotazník) je zaměřen na zkušenosti sester při hodnocení bolesti při převazech ran, intervenci při řešení bolesti u převazů ran a spolupráci mezi členy týmu. Výsledky budou využity v Mé bakalářské práci na téma: "Management bolesti při převazech ran". Pokud by Vás výzkum zajímal a chtěla jste k nahlednutí výsledky, ráda Vám je poskytnu

Tyčová Denisa



Osobní číslo: D11000038

Studijní program: všeobecná sestra

Akademický rok: 2016/2017

Forma studia: kombinovaná

Fakulta zdravotnických studií TUL

CENTRUM  
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB  
A POMOCI OCHRUDIM  
Soukenická 158  
537 01 CHRUDIM II  
IČO: 160 54 080 (5)

✓  
Žádost o výzkum

Dobrý den,

žádám Vás o povolení k provedení krátkého výzkumu se sestrami ve Vaší Domácí péči. Výzkum (můj dotazník) je zaměřen na zkušenosti sester při hodnocení bolesti při převazech ran, intervenci při řešení bolesti u převazů ran a spolupráci mezi členy týmu. Výsledky budou využity v Mé bakalářské práci na téma: "Management bolesti při převazech ran". Pokud by Vás výzkum zajímal a chtěla jste k nahlednutí výsledky, ráda Vám je poskytnu

Tyčová Denisa

Osobní číslo: D11000038

Studijní program: všeobecná sestra

Akademický rok: 2016/2017

Forma studia: kombinovaná

Fakulta zdravotnických studií TUL




Oblastní charita Pardubice  
charitní ošetrovatelská služba  
V Ráji 732  
530 02 Pardubice  
IČ: 464 92 160

ZUZANA ČEPKOVÁ  
vrchní sestra

✓  
Žádost o výzkum

Dobrý den,

žádám Vás o povolení k provedení krátkého výzkumu se sestrami ve Vaší Domácí péči. Výzkum (můj dotazník) je zaměřen na zkušenosti sester při hodnocení bolesti při převazech ran, intervenci při řešení bolesti u převazů ran a spolupráci mezi členy týmu. Výsledky budou využity v Mé bakalářské práci na téma: "Management bolesti při převazech ran". Pokud by Vás výzkum zajímal a chtěla jste k nahlédnutí výsledky, ráda Vám je poskytnu

  
Tyžová Denisa

Osobní číslo: D11000038

Studijní program: všeobecná sestra

Akademický rok: 2016/2017

Forma studia: kombinovaná

Fakulta zdravotnických studií  
KLP - CENTRUM, o.p.s.  
Jungmannova 2550  
530 02 Pardubice  
IČ: 275 34 804



Žádost o výzkum

Dobrý den,

žádám Vás o povolení k provedení krátkého výzkumu se sestrami ve Vaší Domácí péči. Výzkum (můj dotazník) je zaměřen na zkušenosti sester při hodnocení bolesti při převazech ran, intervenci při řešení bolesti u převazů ran a spolupráci mezi členy týmu. Výsledky budou využity v Mé bakalářské práci na téma: "Management bolesti při převazech ran". Pokud by Vás výzkum zajímal a chtěla jste k nahlednutí výsledky, ráda Vám je poskytnu

  
Tyčová Denisa

Osobní číslo: D11000038

Studijní program: všeobecná sestra

Akademický rok: 2016/2017

Forma studia: kombinovaná

Fakulta zdravotnických studií TUL

65	<b>Kamilka s.r.o.</b>
567	Čs. armády 2286
001	530 02 Pardubice
	tel.: 773 535 915
	IČ: 032 54 097

*M. Konec*

## Příloha č. 2 - protokoly o provedení výzkum

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.  
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice  
IC: 275 20 536







**NEMOCNICE  
PARDUBICKÉHO KRAJE**


### Provedení výzkumného šetření nebo výzkumu v NPK

Příjmení a jméno studenta	TYČOVÁ DENISA		
Název a adresa školy	TUL FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ		
Studijní program Studijní obor/ročník	OFTALMOLOGIE VĚDECKÁ SECTA 1.3.ROČNÍK		
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	bakalářské práce		
Téma práce	MANAGEMENT BOLESTI PŘI PŘEVÁŽENÍ KRAJ		
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Mjv. KATEŘINA HANČALOVÁ (katevina.mavrova@nemocnice.cz)		
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt			
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum <u>nebude</u> /bude spojen s finančním zatížením NPK Podpis: <i>M. Hančalová</i>		
Soubor respondentů, počet	SESTRA DP		
Metodika sběru dat	NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK		
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu	10. 11. 2016 / 10. 4. 2017		
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlášení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: <i>Denisa Tyčová</i>		
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky: <i>Denisa Tyčová</i>		
Souhlas odpovědného pracovníka NPK	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE	Podpis: <i>M. Hančalová</i> Nemocnice Pardubického kraje, a.s. Úsek personálního řízení pracoviště Pardubice -4- Kyjevská 44, 532 03 Pardubice IC: 275 20 536
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení	Podpis: <i>M. Hančalová</i>		
<b>Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat</b>			
<b>Nemocnice, klinika, oddělení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Počet respondentů</b>
Nemocnice Pardubického kraje, a.s. Pardubická nemocnice Domácí ošetrovatelská péče -1- Kyjevská 44, 532 03 Pardubice IC: 275 20 536, tel: 466 011 111	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>6</i>
			<i>6</i>

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU





Příjmení a jméno studenta	TYČOVÁ DENISA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ - VŠEOBECNÁ PÉČE	Osobní číslo studenta D 110000 38	Ročník 3.
Téma práce	MANAGEMENT BOLESTI PŘI PĚŠÍCH RAN	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	JUHAVA ZDRAVOTNICKÁ PÉČE KRMÍ ŠOKELICKA 158 ; 53701 CHLUDIM	
Jméno vedoucího práce	MgA. KATEŘINA MAŘANOVÁ	
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 LADA DANKOVÁ podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím LADA DANKOVÁ podpis 	
Datum zahájení výzkumu	10. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	6	
Počet oslovených respondentů (klientů)	/	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V ... PRAVIDLŮCH ..... dne ... 20. 3. 2017

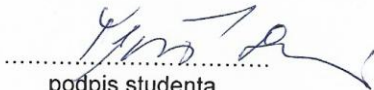
  
 podpis studenta



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	TYČOVÁ ZUZANA	
Studijní program/obor OVĚTČOVAPĚLSNÍ - VĚDECKÁ JEDNA	Osobní číslo studenta D11000038	Ročník 3.
Téma práce	MANAGEMENT ZOLENÍ PŘI PŘEVÁŽENÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	CHARITA; o. p. s. 432, PARDUBICE ZELDĚ PŘEDNĚMÍ 530 02	
Jméno vedoucího práce	MgA. KATEŘINA MAČAROVÁ	
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  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  <div style="text-align: right;">ZUZANA ČEPKOVÁ vrchní sestra podpis </div>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  <div style="text-align: right;">ZUZANA ČEPKOVÁ vrchní sestra podpis </div>	
Datum zahájení výzkumu	10. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	14	
Počet oslovených respondentů (klientů)	/	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V PARDUBICÍCH dne 20.3.2017

  
 podpis studenta





## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU





Příjmení a jméno studenta	TYČOVA' JELISA	
Studijní program/obor NETKOVATELSTVÍ - VŠEDNEČNÁ JESTLA	Osobní číslo studenta D 110000 38	Ročník 3.
Téma práce	MANAGEMENT SOCIETY NA PŘEMĚNĚ KAP.	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	SKP - CENTRUM o.p.s. JUNGMANNOVA 2550 ; IČE 530 02	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Kateřina MAJANOVÁ	
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  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;">   <b>SKP - CENTRUM, o.p.s.</b>            Jungmannova 2550            530 02 Pardubice            IČ: 275 34 804         </div>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;">   <b>SKP - CENTRUM, o.p.s.</b>            Jungmannova 2550            530 02 Pardubice            IČ: 275 34 804         </div>	
Datum zahájení výzkumu	10. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	14	
Počet oslovených respondentů (klientů)	/	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

v ... PARDUBICI dne 20. 3. 2017

.....  
podpis studenta



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	TYČOVA' DEJSA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ - VĚDECKÁ PRÁCE	Osobní číslo studenta D 11 0000 38	Ročník 3.
Téma práce	MANAGEMENT Bolesti při realizaci KAP	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	DP KAMILKA s.r.o., DŮM KULTURNÍ DOKLA GOLNEHO 2573; PARDUBICE 530 02	
Jméno vedoucího práce	MgV. KATEŘINA MARŠANOVÁ	
Vyřádkování vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input checked="" type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  MILUŠE KACEŘOVÁ 001	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Kamilka s.r.o.</b>          Čs. armády 2286          530 02 Pardubice          tel.: 778 555 915          IČ: 032 54 097       </div> <div style="text-align: right;">podpis </div>
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  MILUŠE KACEŘOVÁ v.s. <div style="text-align: right;">podpis </div>	
Datum zahájení výzkumu	10. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	10	
Počet oslovených respondentů (klientů)	/	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V PARDUBICÍCH dne 20. 3. 2017

  
 podpis studenta



### **Příloha č. 3 - dotazník**

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Denisa Tyčová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je získání informací pro výzkumnou část bakalářské práce na téma "Management bolesti při převazech ran". Získané informace budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte a případně doplňte. Velmi si vážím Vaší spolupráce, ochoty a času, který jste vyplnění dotazníku věnovali.

Denisa Tyčová

1. Jak dlouho pracujete v domácí péči?
  - a) Méně než rok
  - b) 1 až 4 roky
  - c) 5 až 9 let
  - d) 10 let a více
  
2. Jaké je Vaše vzdělání?
  - a) Středoškolské
  - b) Vyšší odborné
  - c) Vysokoškolské bakalářské
  - d) Vysokoškolské magisterské
  
3. Jak získáváte informace v oblasti léčby bolesti?
  - a) Semináře, kurzy
  - b) Internet
  - c) Odborné časopisy, knihy, články
  - d) Neseznamuji se
  - e) Jiné (doplňte)
  
4. Kolik pacientů s chronickými ranami ošetříte za 1 kalendářní měsíc? (jsou myšleni i opakovaně ošetření pacienti)
  - a) 0 - 10
  - b) 11 - 20
  - c) 21 - 30
  - d) 31 a více

5. Kdo se na Vašem pracovišti podílí na hodnocení bolesti u pacienta s chronickou ranou? (možno zaškrtnout více odpovědí)
- a) Praktický lékař
  - b) Vrchní sestra v domácí péči
  - c) Všeobecná sestra
  - d) Rodina
  - e) Pacient
  - f) Jiné (doplňte)
6. Hodnotíte chronickou bolest u pacienta s ranou ve spolupráci s rodinou pravidelně?
- a) a' 3 hodiny
  - b) a' 6 hodin
  - c) a' 12 hodin
  - d) a' 24 hodin
  - e) Jiné (jak často?)
7. Jaké pomůcky (prostředky, materiály) z níže uvedených k zajištění kvalitní péče o chronickou ránu používáte?
- a) Antiseptické krytí - inadine, bactigras, cutimedsorbact
  - b) Neadherentní krytí - atrauman, mepilex, solvaline
  - c) Aktivní uhlí - actisorb, carboflex
  - d) Obvazy se stříbrem - mepilex AG, attrauman AG, silvercel
  - e) Algináty - suprasorb A, kaltostat
  - f) Hydrogely - intasiteconformable, granufleg gel
  - g) Hydrokoloidy - granuflex, tegasorb
  - h) Hydropolyuretany - suprasorb P, mepilex
  - i) Filmy - tegaderm, hydrofilm
  - j) Jiné (tenderwett, flamigel, hyodine, krytí s medem)
8. Jakou hodnotící metodu používáte při hodnocení chronické bolesti u pacienta?
- a) VAS - vizuální analogová škála bolesti
  - b) Numerické škála bolesti
  - c) Obličejová škála bolesti
  - d) Jiné (jaké?)
  - e) Žádné



9. Používáte mimo škály chronické bolesti i jiné metody hodnocení bolesti?
- Pozorování
  - Rozhovor
  - Měření vitálních funkcí
  - Jiné (jaké?)
  - Nepoužíváme
10. Jsou nějaké faktory, které Vám brání v hodnocení chronické bolesti?
- Nedostatek času
  - Neznalost metod hodnocení
  - Nemožnost komunikace s pacienty
  - Neexistují žádné faktory, které by mi v tomto druhu péče bránily
  - Jiné (jaké?)
11. Jaké faktory při hodnocení chronické bolesti u pacienta s ranou sledujete? (možno označit více odpovědí)
- Časový průběh bolesti
  - Lokalizace bolesti
  - Intenzita bolesti
  - Kvalita bolesti (pálivá, bodavá, řezavá)
  - Vyvolávající faktory bolesti
  - Utišující faktory bolesti
  - Přidružené syndromy (nausea, závrať)
  - Jiné (jaké?)
12. Při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou častěji užíváte:
- Režimová opatření (nefarmakologické léčba)
  - Farmakologickou léčbu
  - Kombinace a) a b)
13. Jaká nefarmakologická řešení a režimová opatření u pacienta s bolestí nejčastěji používáte? (možno označit více odpovědí)
- Aplikace povrchových lokálních anestetik
  - Terapie teplem
  - Terapie chladem
  - Jiné (doplňte)

14. S jakou lékovou skupinou se při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou nejčastěji v domácí péči setkáváte? (možno označit více odpovědí)
- a) Slabáneopoidní analgetika dle ordinace lékaře
  - b) Slabáopoidní analgetika dle ordinace lékaře
  - c) Opidní analgetika dle ordinace lékaře
  - d) Kombinovaná léčba analgetiky dle ordinace lékaře
15. S jakou formou podání se nejčastěji při řešení chronické bolesti u pacienta s ranou v domácí péči setkáváte?
- a) Podání perorální
  - b) Podání intravenozní
  - c) Podání transdermální
  - d) Podání rektální
  - e) Jiné (doplňte)
16. Kdo podle Vás tvoří tým pečující o pacienta při léčbě chronické bolesti? (možno zaškrtnout více odpovědí)
- a) Lékař
  - b) Vrchní sestra
  - c) Všeobecná sestra
  - d) Rehabilitační sestra
  - e) Rodina
  - f) Pacient
  - g) Jiné (vypište)
17. Jak hodnotíte spolupráci Vašeho týmu při léčbě chronické bolesti?
- a) Výborně
  - b) Chvalitebně
  - c) Dobře
  - d) Dostatečně
  - e) Nedostatečně

18. Pokud spolupráci hodnotíte nedostatečně, proč?

- a) Nedostatek času
- b) Špatná komunikace s lékařem
- c) Špatné interpersonální vztahy
- d) Neefektivní spolupráce v týmu
- e) Jiné (jaké)

## MANAGEMENT BOLESTI PŘI PŘEVAZECH RAN

### Co je management bolesti?

Management bolesti je plán, který zahrnuje diagnostiku bolesti, dělení bolesti dle charakteru i jejího původu, objektivní a subjektivní měření bolesti, sledování bolesti a i její léčbu (Sochor, 2015).

### Co je bolest?

Bolest je psychický stav či pocit většinou spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně. Tento pocit vzniká v CNS je to nejsilnější nepodmíněná reakce organismu. Je vždy subjektivní (Rokyta, 2012).

*"Bolest je zvláštní druh citlivosti odlišný od ostatních smyslových modalit. Bolest nelze popsat tak, aby si o ní mohl udělat představu člověk, který jí nemá." (Palata, 2011).*



### Chronická bolest

Obr. 1

Je bolest, která trvá déle jak 3 měsíce a poté se sama stává nemocí. Bývá spojována s funkční poruchou a provázena psychickými změnami (jako je deprese, úzkost, podrážděnost, atd.). Pacientovi narušuje každodenní činnost (Rokyta, 2012).

### Subjektivní a objektivní hodnocení bolesti

*"Do subjektivního hodnocení bolesti se řadí cokoli, co pacient za bolest označuje, existuje vždy, když si na ní stěžuje."*

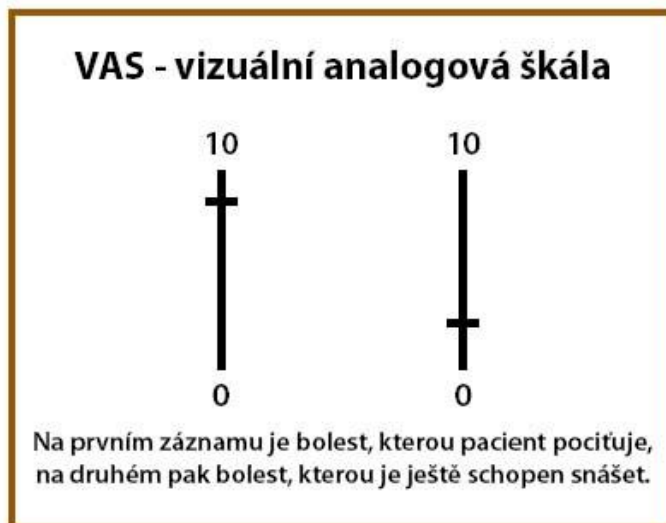


Obr. 2

Objektivní hodnocení bolesti je důležitá součást práce sestry. Řadíme sem pozorování, rozhovor, měření fyziologických funkcí a používání škál (Rozsypalová, 2002).

## ŠKÁLY:

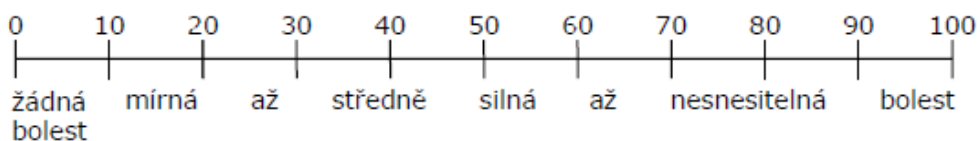
Vizuální analogová škála bolesti(VAS) - vodorovná nebo svislá čára, která je rozdělena po cm, od 1 (stav bez bolesti) až po 10 (nesnesitelná bolest).



Obr. 3

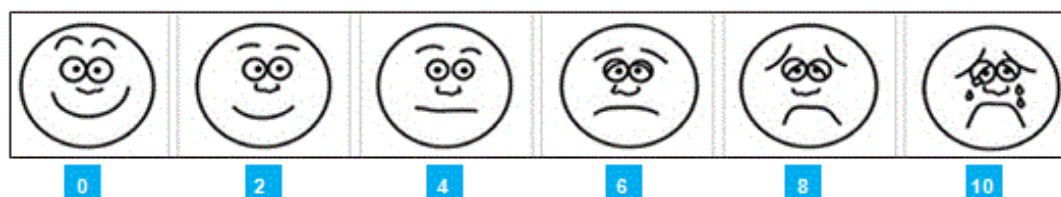
Numerická škála bolesti - číselná hodnotící škála, od 0 do 10 (či 100), obdobná škála jako VAS

### Numerická škála bolesti



Obr. 4

Obličejová škála(WONK - BAKERA) - škála za použití obličejů od usměvavého po bolestivě sevřený

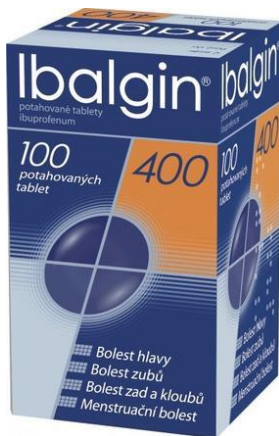


Obr. 5

## Faktory, které u pacienta s bolestí sledujeme

Faktory, které u pacienta s bolestí sledujeme, je časový průběh (kdy to bolí), lokalizaci bolesti (kde to bolí), intenzitu bolesti (jak moc to bolí), kvalitu bolesti (jaká je bolest = pálivá, bodavá, atd.), vyvolávající faktory (po čem a kdy se bolest objevuje nejčastěji) a utišující faktory (co na bolest pomáhá = úlevová poloha, elastická bandáž, léky) (Trachtová, 2013).

## Léčba bolesti



Léčbu bolesti dělíme na *farmakologickou a nefarmakologickou (režimová opatření)*. Nejúčinnější je jejich kombinace.

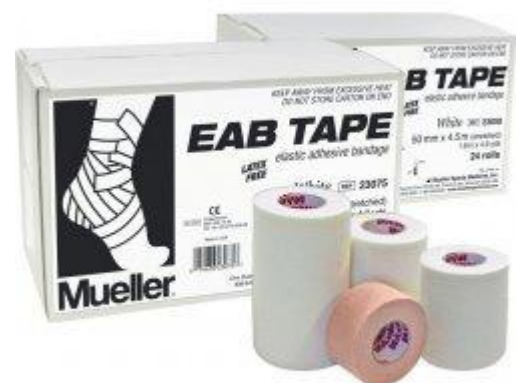
Farmakologická léčba je dle OL (a je to jednoduše řečeno) léčba léky a materiály s léčebnou látkou.

Nefarmakologická léčba znamená, že bolest lze účinně tlumit i bez užití léčiv, které chemicky působí na organismus. Zahrnujeme sem aplikaci tepla, chladu, úlevové polohy, použití elastických bandáží, psychoterapii a další.

Obr. 6 Kombinace = úspěšná léčba bolesti musí obsahovat všechny úrovně vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti. Takže bolestí se musí zabývat jak ošetřující lékař, algeziolog, tak i psycholog, fyzioterapeut atd. a teprve poté může být léčba 100% účinná (Hakl, 2011).



Obr. 7



Obr. 8

## Jak se chovat a co dělat pro správné jednání s pacientem s bolestí při převazu ran?

- Znat, co je bolest a vědět, jak jí dělíme a chápat, že chronická bolest dlouhodobě omezuje pacienta v každodenních činnostech.
- Poslouchat pacienta, brát vážně jeho stesky, aktivně mu naslouchat a mluvit s ním.
- Nechat pacienta popsat, jak ho to bolí, klást doplňující otázky.
- Pomáhat pacientovi s bolestí, např. relaxačními technikami.
- Pozorovat pacienta s bolestí (bolestivé projevy, grimasy).
- Znat hodnocení bolesti jak subjektivní, tak objektivní, používat škály (VAS, NRS, obličejovou), zaznamenávat pravidelně hodnocení.
- Hodnotit pravidelně záznamy o ráně i bolesti (všechny změny jak k lepšímu, tak k horšímu).
- Sledovat časový průběh bolesti, intenzitu bolesti, kvalitu bolesti, co jí ovlivňuje pro zlepšení či zhoršení (omezit nežádoucí faktory).
- Dodržovat správné postupy u převazů ran (aseptický přístup).
- Posuzovat pravidelně změny defektu a reagovat na ně (změnu převazového materiálu, chránit okolí, odebrat kultivaci, atd.).
- Komunikovat s lékařem, hlásit všechny změny.
- Poradit s úlevovou polohou, možnostmi aplikace tepla a chladu a kdy použít (zdůrazňovat jejich výhody a efektivnost).
- Doporučit elastické bandáže pro zlepšení prokrvení a proti otokům (dle typu rány - ischemická příčina, tepenná, atd.).
- Sledovat dle možností užívání analgetik a efekt jejich účinku.
- Používat režimová opatření a edukovat klienta.
- Kombinovat farmakologickou a režimová opatření pro lepší výsledek.

*Tento informační materiál vznikl jako praktický výstup bakalářské práce: "Management bolesti při převazech ran" Denisa Tyčová 2017.*

## Zdroje:

### Obrázek 1

Tonometr boso clinicus II, modrý. In: *Tonometr.cz: nejen pro profesionály* [online]. Jičín: COMPEK MEDICAL SERVICES, 2010 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.tonometr.cz/produkty/profesionalni-lekarske-tonometry-aneroidni-dvojita-hadice/tonometr-boso-clinicus-ii-stupnice-60mm-modry.htm>

### Obrázek 2

Tonometry, tlakoměry. In: *Szo.cz* [online]. Plzeň: KRÁSNÝ - zdravotnická technika, ©1998-2016 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/tonometry-tlakomery/>

### Obrázek 3

Jak přežít bolest II. část. In: *Stěžeň: časopis dialyzovaných a transplantovaných* [online]. Praha: Společnost Dialyzovaných a Transplantovaných, ©2007-2009 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/03/index.php?ap=bolest>

### Obrázek 4

Numerická škála bolesti. In: *Ose.zshk.cz* [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2012 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5833.pdf>

### Obrázek 5

Fyziologie bolesti. In: *Porodnice.cz* [online]. Kamenice: Mother-Care-Centrum spol., 2014 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/dite-a-z/fyziologie-bolesti>

### Obrázek 6

IBALGIN® 400. In: *Ibalgin.cz* [online]. Praha: Zentiva, 2017 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.ibalgin.cz/ibalgin/ibalgin-400/>

### Obrázek 7

Jak zmírnit bolest spojenou s výměnou krytí? In: *Modernihojeni.cz* [online]. Veverská Bítýška: HARTMANN – RICO, 2013 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://modernihojeni.cz/temata/zaklady-hojeni-ran/jak-zmirnit-bolest-spojenou-s-vymenou-kryti.html>

### Obrázek 8

Mueller EAB Tape. In: *PhysiQue®* [online]. Havant: Physique Management Company Limited, 2017 [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <https://www.physique.co.uk/Taping-Strapping/Elastic-Adhesive-Bandages-EAB/Mueller-EAB-Tape>