



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi  
sestry

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Bc. Kateřina Bláhová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

*Bc. Kateřina Bláhová*

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce, doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za její odborné i lidské vedení, čas a rady, které mi při psaní této práce i během celého studia poskytla. Dík rovněž patří všem, kteří se účastnili výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celé doby studia.

# Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry

## Abstrakt

Práce je věnována vymezení problematiky managementu bolesti, role sester v rámci práce s pacientem s bolestí a zejména vnímání bolesti pacientů sestrami.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a přiblížit postupy managementu bolesti a zároveň zviditelnit, jak sestry vnímají a prožívají péči o pacienta s bolestí.

Vypracování empirické části práce bylo provedeno formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a pacienty. Rozhovorů se zúčastnilo 12 sester a 8 pacientů. Na podkladě výsledků výzkumného šetření jsme zvolili jako doplňkovou metodu skryté zúčastněné pozorování. Pozorováno bylo celkem 6 sester při péči o pacienty v pooperačním období.

Sestry hodnotí bolest pacientů nejčastěji pomocí VAS, a však často hodnotu subjektivně odhadují. Zjištěné hodnoty zapisují pravidelně do dokumentace. Pro zvýšení efektivity hodnocení bolesti sestry doporučují větší spolupráci s lékaři. Zároveň sestry dokážou reagovat na verbalizaci bolesti pacientem i vnímat odlišnost komunikace v této situaci. V tišení bolesti pacientů u sester převládá aktivní přístup. Sestry mají základní poznatky o nefarmakologickém tišení bolesti. Vnímání bolesti sestrami je částečně ovlivněno dobou praxe a vlastním prožitkem bolesti. Negativně jsou sestrami vnímány situace, kdy intervence managementu bolesti nejsou u pacienta dostatečně účinné, nemohou kontaktovat lékaře nebo nemohou jednat podle svého nejlepšího uvážení. V tomto ohledu vykazují sestry známky distresu. Problém progreduje při práci s pacienty s chronickou bolestí. Sestry mají jen omezené možnosti rozšíření vzdělání v oblasti managementu bolesti a komunikace s pacientem s bolestí. Pacienti hodnotí péči sester o svou bolest většinou kladně, ale zároveň z jejich citací plynou pro sestry četná doporučení.

Z empirického šetření vyplývá, že sestra se setkává s pacienty s bolestí při výkonu ošetrovatelské praxe takřka každý den a v tišení i hodnocení bolesti hraje nezastupitelnou roli. Toto exponování bolesti pacientů v sestrách zanechává většinou negativní emoční prožitky, jako je bezmoc, smutek nebo strach z komplikací. Jejich prožitky jsou ovlivněny více faktory. Celkově je problematika vnímání bolesti sestrami v porovnání s technikami managementu bolesti často opomíjená. Přesto je z pohledu

psychické zátěže sester nezpochybnitelným faktorem, který si zaslouží hlubší prozkoumání.

### **Klíčová slova**

Bolest; Emoce; Hodnocení bolesti; Management bolesti; Vnímání

# **The perception of pain versus pain management in the nursing profession**

## **Abstract**

The thesis deals with a definition of pain management issues, role of nurses working with patients in pain and, particularly, perception of pain of patients by nurses.

The objective of the research was to identify and to study pain management procedures and, at the same time, to present how nurses perceive and experience the care of patients in pain.

The empirical part of the thesis was performed through qualitative investigation using semi-structured interviews with nurses and patients. The respondents included 12 nurses and 8 patients. Based on results of the investigation covert participatory observation was selected as a complementary method. 6 nurses were observed while taking care of patients during a post-surgery period.

Most frequently, nurses rate pain of patients by means of VAS (Visual Analogue Scale), however, they quite often assess the value subjectively. Nurses then record the found values regularly into the patient's chart. Nurses would also appreciate more cooperation with physicians in order to increase efficiency of pain rating. Nurses are able to respond very well to patient's verbalization of pain and they perceive differences in communication in such situations. The majority of nurses choose pro-active approach to pain alleviation. Nurses have the basic knowledge about non-pharmacological pain alleviation. Perception of pain by nurses is partly affected by length of their practice and by their own experience with pain. Nurses perceive negatively those situations when pain management interventions are not sufficiently effective, when they cannot contact physicians or when they cannot act based on their own discretion. In such situations nurses demonstrate signs of distress. This problem aggravates when nurses work with patients suffering from chronic pain. Nurses have only limited opportunities to improve their education in pain management and communication with patients in pain. Patients in pain mostly see the care provided by nurses positively but they have also provided numerous recommendations for the nurses.

The empirical research has shown that nurses meet with patients in pain nearly every day while performing their nursing practice and that assessment of pain plays an

important role in pain alleviation. In most cases the exposure of nurses to patients in pain causes their negative emotional experience, such as sadness or fear of complications. Their experience is affected by several factors. In general, the issues of pain perception by nurses in comparison with pain management techniques are often neglected. Nevertheless, from the viewpoint of mental stress, pain perception is an indisputable factor that deserves more detailed investigation.

**Key words**

Pain; Emotion; Pain management; Pain rating; Perception of pain

## Obsah

1	Současný stav .....	11
1.1	Bolest.....	11
1.1.1	Bolest a její patofyziologie .....	13
1.1.2	Dělení bolesti .....	14
1.1.3	Hodnocení bolesti .....	16
1.1.4	Být bez bolesti jako potřeba člověka .....	19
1.1.5	Zvládání bolesti a faktory ovlivňující léčbu bolesti.....	20
1.2	Role sester v léčbě bolesti.....	22
1.2.1	Ošetrovatelský proces v léčbě bolesti .....	23
1.2.2	Intervence sester .....	25
1.2.3	Léčba bolesti .....	28
1.3	Vnímání bolesti sestrou .....	30
1.3.2	Komunikace s pacientem trpícím bolestí.....	32
1.3.3	Distres / stres sester.....	33
1.3.4	Strategie zvládání stresu .....	34
1.3.5	Pracovní zátěž a její dopady na sestry .....	36
2	Cíl práce a výzkumné otázky .....	38
2.1	Cíle práce .....	38
2.2	Výzkumné otázky .....	38
2.3	Operacionalizace pojmů .....	39
3	Metodika.....	40
3.1	Popis metodiky práce.....	40
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	41
4	Výsledky.....	42
4.1	Identifikační údaje komunikačních partnerů v rozhovorech .....	42
4.2	Seznam kategorií a podkategorií pro rozhovory.....	44
4.3	Identifikační údaje sester v pozorování .....	62
4.4	Seznam kategorií pro pozorování .....	63
5	Diskuse .....	66
6	Závěr.....	75
7	Seznam použitých zdrojů .....	77



8	Seznam příloh.....	83
9	Seznam zkratek.....	92

## Úvod

Téma práce bylo zvoleno na podkladě osobních zkušeností a zájmů. S pacienty trpícími bolestí se během své sesterské praxe setkávám velice často a domnívám se, že si tato problematika zaslouží věnovat více pozornosti, než jí bylo věnováno doposud.

Bolest je v mnoha ohledech závažným aspektem každodenní práce zdravotníků. Přesto je její vliv na celkové zdraví pacienta v ošetrovatelské praxi často podceňován. Samotný termín *bolest* je velmi specifický, a to zejména pro svou subjektivitu chápání a prožívání. Tato subjektivita prožívání není specifická pouze pro pacienta, ale rovněž pro sestru, která je bolesti pacientů ze spektra zdravotnických pracovníků exponovaná nejvíce.

Techniky managementu bolesti nabývají v novodobém ošetrovatelství na významu. Sestra se stává více samostatnou a to i v situacích řešení bolesti pacientů. Jsou prozkoumány různé metody i formy tišení bolesti, které jsou publikovány v české i zahraniční literatuře. Tyto techniky, spočívající ve farmakologických i nefarmakologických intervencích, jsou v ošetrovatelské i lékařské praxi více či méně známé a praktikované. Přestože je na ně primárně kladen velký důraz, nejsou zcela vždy efektivní nebo používány správným způsobem, což přináší různé důsledky.

I proto jsme se v této diplomové práci zaměřili, mimo řekněme tvrdé techniky managementu bolesti, na problematiku často opomíjenou, která spočívá v samotném vnímání bolesti pacientů sestrami. Protože to, jak sestra vnímá bolest pacientů, může úzce souviset s hodnocením a léčbou bolesti. Každá sestra prožívá nějakým způsobem bolest svých pacientů. Je možné, že se definovaný předpoklad i vyvíjí. Obojí si přejeme touto prací objasnit a zviditelnit. Chceme poukázat na možnou psychickou zátěž sester v souvislosti s péčí o pacienty s bolestí.

Správným, zodpovědným a efektivním vedením managementu bolesti by mohlo být dosaženo lepších terapeutických výsledků, efektivnějšího hodnocení bolesti i snížení psychické zátěže sester.

# 1 Současný stav

## 1.1 Bolest

I když by mohlo někomu připadat, že bolest je poměrně snadně definovaný a jednoduchý vjem, je to ve skutečnosti zcela komplexní zážitek. Ovlivňuje ho kultura, předchozí zkušenosti s bolestí, emoční a kognitivní reakce nebo přímý kontext, ve kterém se bolest objevuje (Munden ed. et al., 2006). Bolest je nepříjemným vjemem / pocitem, který patří k primárním a podstatným symptomům změn v organismu. Její biologickou podstatou je upozornit na patologické procesy v lidském těle, vznik onemocnění, přímé i potenciální poškození tkání. Mimo vlastní změny v organismu, onemocnění či patologický proces, je bolest ovlivňována i nervovou činností organismu a psychickým rozpoložením (Vokurka et al., 2016). Proto má jako smyslová zkušenost mezi ostatními počítky zcela výjimečné postavení (Dylevský, 2009). Každá lidská bytost se bolesti instinktivně brání, neboť touží po tělesné i duševní slasti, což přítomnost bolesti značně narušuje (Neradielek et al., 2012). Každý jedinec může reagovat na bolest odlišně, a dokonce i tentýž člověk může reagovat na bolest různým způsobem v průběhu času (Munden ed. et al, 2006).

Gulášová (2008) udává, že bolest prožívá a pociťuje v průběhu svého života každá lidská bytost, a to zejména v souvislosti s tím, že bolest je součástí řady chorobných procesů probíhajících v lidském organismu. Zároveň tvrdí, že může být v některých situacích vygradovaná až do utrpení. Bolest funguje taktéž jako obranný mechanismus. Upozorňuje bytost právě na probíhající patologický proces nebo poranění a podněcuje člověka k řešení problému (Munden ed. et al., 2006). Současně lze bolest označit za jeden z nejstarších a nejznámějších popisovaných příznaků onemocnění (Neradielek et al., 2012).

Doposud nebyla vytvořena jednotná a hlavně jednoznačná definice bolesti, a to z důvodu její obrovské subjektivity. Gulášová (2008) uvádí, že bolest je natolik subjektivní vjem, že nám nezbyvá než věřit, co pacient považuje za bolest a v jaké intenzitě ji cítí. Nejpoužívanější definici vytvořila Mezinárodní společnost pro léčbu bolesti IASP, která se významným podílem účastní na rozvíjení managementu bolesti a aplikaci EBN. Bolest definovala ve svých dokumentech z roku 1979 a 1994 takto: „Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální zážitek multidimenzionálního rázu spojený s akutním či potencionálním poškozením tkáně nebo je v termínech takového poškození popisován.“ Tuto definici později přijala i WHO (IASP, 2012). Ze sesterského pohledu můžeme uvést definici Margo McCaffery, mezinárodně

uznávané expertky v managementu bolesti. „*Bolest je to, co člověk označí za bolest a existuje vždy, když to člověk říká*“. Právě tato definice ukazuje na obrovskou subjektivitu prožívání bolesti. Ze všech definic vyplývají v podstatě tři základní aspekty. Bolest je fyzický i emocionální prožitek. To, že zobrazovacími metodami nedokážeme detekovat poškození tkáně neznamená, že pacient nemá bolest. Bolest je sice ve většině případů spojována s poškozením tkání, ale taktéž to nemusí být pravidlem (Berman et al., 2016).

Snaha jakkoliv působit na tišení bolesti je známa od počátku lidstva. Již od starověku byl úsilí o tišení bolesti přikládán božský význam: „*Divinum est opus sedare dolorem. Hippocrates*“ (Lejčko, 2006 s. 9). Bolest byla často považována za trest božstev seslaný na lidstvo. Současně mohla plnit i funkci vykoupení z hříchů. Samotný anglický termín *pain*, označující v češtině bolest má původ v latinském slově *poena*, výrazu pro trest (Neradielek et al., 2012). Terapeutické mírnění bolesti bylo v historii vždy považováno za přední etickou zásadu lékařské profese. Postoj k tišení bolesti a konkrétní intervence se tvořily ruku v ruce s náboženstvím, etnickými zvyklostmi a ideologiemi (Lejčko, 2006).

Neradielek et al. (2012) se ve své publikaci zabývá podrobnou historií léčby bolesti. Historie léčby bolesti v českých zemích je spjata s chirurgem Arnoldem Jiráskem, který v roce 1959 publikoval i první knihu zabývající se bolestí v operačních oborech. Zároveň vytvořil definici bolesti ještě před definováním bolesti IASP a WHO. Samotnou léčbou bolesti se jako první zabýval anesteziolog Dimitrij Miloschewský, který založil roku 1974 Komisi pro studium a léčbu bolesti, nyní Společnost pro studium a léčbu bolesti, která byla roku 1989 přijata do IASP. Miloschewský byl zároveň zakladatelem první ambulance pro léčbu bolesti, v současnosti je takových ambulancí na území České republiky několik desítek.

I přes neustálý progres v informovanosti a přístupu k léčbě bolesti lze konstatovat, že léčba bolesti je v celosvětovém pojetí nedostačující (Lejčko, 2006). K nejvýznamnějším příčinám neuspokojivé léčby bolesti patří: neporozumění sester a ostatního zdravotnického personálu podstatě a intenzitě bolesti, nedostatečná spolupráce mezi lékařem a sestrou, nedostatečné znalosti v oblasti farmakoterapie a její přímé aplikace, opomíjení zpětné vazby od pacienta (Miloschewsky, 2004). Bolest už dávno není pouze medicínským, ale i ošetrovatelským problémem. Sestra zaujímá v managementu bolesti a celkové ošetrovatelské péči o pacienta s bolestí nezastupitelnou pozici. Zároveň je nepostradatelným partnerem lékaře v diagnostickém

i léčebném procesu v boji s bolestí (Gulášová, 2008). Proto je i nadále nutné zvyšování povědomí nejen o patofyziologii, ale i o komplexním managementu bolesti v medicínské i ošetrovatelské praxi (Lejčko, 2006).

### ***1.1.1 Bolest a její patofyziologie***

Jedním z klíčových termínů v celé patofyziologii bolesti je nocicepce. Jde o soubor identifikovatelných a měřitelných elektrochemických jevů, které probíhají mezi podnětem a vjemem bolesti (Vlachová a Vyklický, 2012). Nocicepce je proces příjmu, vedení a zpracování signálů o poškození/patologickém procesu na úrovni nervů. Je to neurální proces, který sám o sobě není bolestí (Munden ed. et al., 2006). Nocicepce probíhá ve čtyřech specifických fázích: transdukcii, transmisi, percepci a modulaci. Při transdukcii dochází ke stimulaci nociceptoru bolestivým podnětem. Transmise znamená přenos informace o bolesti pomocí A a C vláken do mozku. Percepcí rozumíme rozeznání bolestivého stimulu v mozku, jeho intenzitu, charakter, lokalizaci. Modulace znázorňuje zpětný chod informace z mozku, který spouští obranou reakci (Berman et al., 2016). Bolest se tedy do mozku dostává stále stejnými mechanismy, ale její vnímání a projevy jsou zcela subjektivního rázu (Janáčková, 2007). Bolest je za každých podmínek subjektivním příznakem a je prožívána jako tělesný fenomén, ne jen jako pouhý proces senzorní percepcie. Je pokládána za nezávislý vjem, pro jehož vznik jsou podstatné specifické senzory bolesti, tzv. nociceptory (taktéž algosenzory, nocireceptory nebo nocisenzory) (Miloschewsky, 2004).

Nociceptor je dle IASP popisován jako výchozí aferentní, tedy přívodný neuron se specifickým zakončením. Pomáhá rozlišit neškodný podnět od potenciálně poškozujícího (fyzikálního, chemického). Získanou informaci navíc zvládne dále zpracovat a předat do CNS (Vlachová a Vyklický, 2012). Rozlišit lze v základě tři typy nociceptorů. Receptory senzitivní na silné mechanické podráždění – mechanosenzitivní nociceptory. Receptory reagující na snížení a zvýšení tělesné teploty, přičemž bolestivě mohou vnímat teplotu vyšší již jak 45°C – termosenzitivní nociceptory. Polymodální receptory jsou schopné reagovat na různé druhy dráždění, která ohrožují integritu tkání (Larsen Miloschewsky, 2004).

Na podnět bolesti reagují nociceptory. Lokalizované jsou v periferních tkáních na povrchu (kůže, fascie), orgánových soustavách (svaly, peritoneum, vnitřní orgány), ale taktéž tkáních centrálních (mícha, hypothalamus) (Silbernagl a Lang, 2012). Pleteň

nervových zakončení nociceptorů je tak hustá, že na 1 cm<sup>2</sup> kůže nebo sliznice připadá až 100 volných nervových zakončení detekujících bolestivý podnět (Dylevský, 2009). Aktivace nociceptoru může mít řadu příčin (Silbernagl a Lang, 2012). Nocireceptory používají nervové impulzy pro zprostředkování zprávy k dalším nervovým buňkám, které v návaznosti dopraví zprávu o bolesti přes nervy a míchu do mozku. Tento proces spustí autonomní reflexní reakce, jakými jsou tachykardie, hypertenze, bradypnoe/tachypnoe nebo napnutí postižených svalových partií (Munden ed. et al., 2006). V laickém vyjádření bolest vzniká při přímém i nepřímém poškození tkání a dle toho je také definována. Bolest je schopna vyvolat fyzikální, chemická nebo biologická noxa. Současně je bolest ovlivnitelná i psychickými faktory (Rokyta et al., 2009).

Zajímavou schopností CNS je, že zvládne bolestivou informaci nejen zpracovat, ale zároveň si ji uložit do paměti tzv. *memory-like* procesem. Memory-like proces znamená, že si tělo dokáže zapamatovat bolest jako nepříjemnou zkušenost. Na tomto základě se postupně vybudují podmíněné reakce na bolestivý stimul, až odpor k situaci, kdy bolest vzniká. Memory-like proces je z tohoto pohledu určitým obranným mechanismem (Janáčková, 2007). Stres se jakožto důležitý modifikační mechanismus účastní na antinocicepci, tedy určitém snížení vnímání bolesti. Díky tomuto mechanismu dokáže organismus v řadě extrémních situací bolest nevnímat. Při stresové reakci dojde k aktivování descendentního antinociceptivního systému, který dokáže v závislosti na intenzitě stresového impulzu bolest tlumit. Reakce mezi nociceptivním a antinociceptivním systémem jsou poměrně složité a navzájem se ovlivňují. Roli hrají endogenní systémy organismu, které se mohou vzájemně potencovat nebo působit synergicky (Yamamotová, 2012). Rokyta taktéž udává, že bolest je součástí stresu, který vyvolává reakce ve třech základních systémech, a to imunologickém, endokrinním a neurogenním i s jeho rozšířením – psychikou. Aby byly řešeny všechny složky a nedošlo k diferenciaci jednotlivých složek, zkoumá tuto problematiku samostatná lékařská věda, psychoneuroendokrinoimunologie (Rokyta, 2013).

### **1.1.2 Dělení bolesti**

Bolest lze dělit z řady úhlů pohledu. Můžeme identifikovat a dělit bolest dle původu, délky jejího trvání, intenzity, dle její patofyziologie nebo příčiny, která bolest vyvolává (Hakl, 2013). Dle původu vzniku lze bolesti rozlišit na somatické a viscerální. Somatické bolesti lze dále dělit na povrchové a hluboké. Povrchové somatické bolesti

vznikají na kůži, jsou jasné, dobře lokalizovatelné. Po přerušení dráždění poměrně rychle odeznívají. Hluboká somatická bolest má původ ve svalovém, kloubním a kosterním systému. Je popisována spíše jako tupá a hůře lokalizovatelná (Miloschewsky, 2004). Viscerální bolest, neboli bolest útrobní, je oproti somatické jen obtížně lokalizovatelná. Nociceptory, snímající a přenášející viscerální bolest, jsou lokalizované ve vnitřních orgánech a somatických strukturách. Například ve střevech, žaludku a ostatních dutých břišních orgánech je bolest vyvolávána rozepětím, které může vyvolat například infekce – např. bolest při apendicitidě (Munden ed et al., 2006).

Dle délky trvání rozeznáváme bolest na akutní a chronickou. Akutní bolest je „krátkodobá“. Trvá v řádu dnů až týdnů, ale celou délkou svého trvání nepřekračuje tři měsíce (Hakl, 2013). Vzniká nečekaně a je v úzkém vztahu s náhlým somatickým problémem (Munden ed. et al., 2006). Příkladem můžeme uvést bolest při říznutí, popálenině, zlomenině a mnoha dalších. Právě akutní bolest má určitý smysluplný význam, protože plní své bazální poslání = aktivovat a chránit člověka před dalším poškozením. Pokud se dotknete horkého předmětu, váš nocicepční systém přeneše informaci o poškození tkáně a vy díky obrannému reflexu ucuknete, čímž zabráníte dalšímu poškození (Janáčková, 2007). Vzniká prakticky ihned po působení vyvolávající příčiny a lze ji poměrně dobře lokalizovat (Hakl, 2013). Doprovází ji vegetativní a psychické reakce se změnami chování (Ševčík et al., 2012). Akutní bolest lze dále dělit na prolongovanou a rekurentní (Munden ed. et al., 2006). Největším rizikem akutní bolesti je její transformace a přechod do bolesti chronické (Hakl, 2013). Odborníci popisují chronickou bolest, jako bolest trvající déle jak 3 až 6 měsíců. O definování délky trvání chronické bolesti existují ovšem mnohé neshody. NANDA uznává pro definici chronické bolesti minimální délku trvání 3 měsíce (Berman et al., 2016). O chronické bolesti můžeme říci, že je opakem akutní. V první řadě délka jejího působení nekoresponduje s vyvolávající příčinou a oproti akutní bolesti ztrácí smysluplnost a poslání obranného mechanismu. Limituje člověka v běžných denních činnostech. Narušuje spánek, působí na sociální vazby, a tudíž celkově snižuje kvalitu lidského života (Hakl, 2013). Její působení není ostře ohraničeno. Může vznikat pozvolna nebo z akutní bolesti a trvat i po zbytek celého života člověka (Munden ed. et al., 2006). Podrobnější rozdělení akutní a chronické bolesti viz příloha 1.

Dle intenzity lze bolest dělit za pomoci standardních škál se stupnicí 0-10 do tří stupňů. Mírná bolest by měla mít na škále intenzity do 1-3, střední bolest 4-6, silná bolest 7-10 (Berman et al., 2016).

Patofyziologové dělí bolest na nociceptivní, neuropatickou, dysautonomní, psychogenní a smíšenou (Hakl, 2013). Nociceptivní bolest je někdy označována za bolest periferní. Její příčinou je stimulace volných nervových zakončení biologickými, chemickými nebo mechanickými noxami. Tato bolest se dá dělit na již zmíněnou somatickou a viscerální (Doležal et al., 2009). Za nociceptivní bolest můžeme považovat bolesti pohybového aparátu (Hakl, 2013). Její léčba ve většině případech není náročná. Po odeznění příčiny nebo podání analgetik mizí (Doležal et al., 2009).

Vznik neuropatické bolesti je podmíněn dysfunkcí nervového systému. Lze ji dále dělit na periferní s lokalizovatelnými neuropatiemi a se systémovými polyneuropatiemi (diabetická) nebo centrální neurogenní bolest. Má pichlavý, palčivý, bodavý charakter. K jejímu progresu dochází zejména v noci (Hakl, 2013).

U psychogenní bolesti převažuje psychická složka osobnosti. U některých psychických poruch, zejména depresivních, je bolest projekcí primárně nesomatických potíží. Dle toho je odlišná i léčba. Smíšená bolest zahrnuje situace, kdy se účastní více typů bolestí současně (Hakl, 2013).

Dle příčiny vzniku bolesti lze bolest dělit na onkologickou a neonkologickou. Neonkologická bolest není oproti onkologické způsobena nádorovým onemocněním. Onkologická bolest je komplexním problémem (Munden ed. et al., 2006). Není to jednorázová záležitost, ale sdružení bolestivých syndromů, které jsou proměnné a svázané s progresí onkologického onemocnění. Postupem času dostává charakter chronické bolesti (Rokyta, 2011). Může mít původ v samotné příčině, probíhajícím onkologickém procesu, ale může ji způsobit i léčba. Není to nijak zanedbatelný problém. Bolest prožívá 70-90% pacientů s onkologickým onemocněním. K onkologické bolesti přiřazujeme i bolest průlomovou (Munden ed. et al., 2006).

### ***1.1.3 Hodnocení bolesti***

Munden ed. et al. (2006) i Bernman et al. (2016) označují bolest za pátou fyziologickou funkci, a to z důvodu, že by hodnoty bolesti měly být systematicky opakovaně monitorovány a zaznamenávány minimálně stejně často jako fyziologické funkce. Dle standardů JCAHO musí být informace o monitoraci bolesti dokumentovány způsobem, který umožní znovuzhodnocení (Munden ed. et al., 2006). The Joint Commission posílila nové standardy týkající se hodnocení, dokumentace a léčby bolesti, které jsou platné od ledna 2018. Je v nich mimo jiné zmíněno, že nemocniční



zařízení musí mít povinně stanovená kritéria pro hodnocení bolesti. Kritéria musí být objektivně posouditelná a znovuhodnotitelná. Zároveň musí být škály a způsoby hodnocení bolesti konzistentní s věkem, stavem a rozumovými schopnostmi pacienta. Zdravotnické zařízení má reagovat na bolest pacienta na základě stanovených kritérií už při přijetí pacienta do péče nebo při ambulantní návštěvě. Nadále potom při hospitalizaci musí provádět opakovaná hodnocení a záznamy do dokumentace (JCI, 2017).

Jak již bylo zmíněno, bolest je subjektivní vjem. Nejspolehlivější indikátor přítomnosti bolesti a její intenzity je v tomto případě pacientovo vlastní slovní hodnocení (Berman et al., 2016). K zabezpečení efektivní léčby bolesti je nutné provést podrobné a exaktní vyšetření bolesti, což je vzhledem k subjektivitě pocíťování a prožívání bolesti velmi obtížné (Munden ed. et al., 2006). Z hlediska hodnocení bolesti je nutné zaměřit se na celkovou anamnézu pacienta, délku trvání bolesti a její průběh v čase. Dále je nutné znát charakter bolesti a faktory působící na její průběh. Topografii bolesti je nutno zaznamenávat graficky, například do „pain figure“- mapy bolesti (Doležal et al., 2009). Příklad mapy bolesti naleznete v příloze 2. Při zaznamenání intenzity bolesti je důležité vzít v potaz všechny související faktory, které mohou bolest modifikovat. Když se intenzita změní, sestra musí sama zhodnotit možnou příčinu. Například nečekané ukončení akutní bolesti břicha při NBP může signalizovat rupturu apendixu a náhlou změnu zdravotního stavu (Berman et al., 2016). Musíme brát na zřetel, že bolest je modifikována náladou pacienta, očekáváním, bažením po pocitu kontroly a v neposlední řadě sociokulturními faktory. Každý člověk je k bolesti rozdílně tolerantní a má jinak nastaven práh bolestivosti (Munden ed. et al., 2006).

Bolest lze hodnotit slovně pomocí rozhovoru, ale jako nejpoužívanější nástroje se k hodnocení bolesti využívají skórovací škály. Jejich vlastností je, že dokážou kvantifikovat samotnou intenzitu bolesti. Ve srovnání s rozhovory je jejich použití rychlejší, jednodušší, praktičtější. Při správném použití odhalí i účinnost provedené intervence (Munden ed. et al., 2006). V praxi sestry obvykle k hodnocení bolesti používají méně spolehlivé metody, jako jsou změny vitálních funkcí, pozorování pacientova chování a prvků neverbální komunikace (Berman et al., 2016).

Hakl udává, že visuální analogová škála neboli VAS je nejčastěji používaným nástrojem pro hodnocení bolesti. VAS je deseticentimetrová úsečka se stupnicí 0-10 případně 0-100. Na levém konci úsečky leží 0, která znamená nejmenší možnou bolest. Druhý konec úsečky vyjadřuje maximální představitelnou intenzitu bolesti. Při

využívání VAS v praxi pacient označí na úsečce místo odpovídající jeho intenzitě bolesti a sestra do dokumentace zaznamená intenzitu číslem, které odpovídá označenému bodu (Hakl, 2013). Existuje však více forem VAS, tak jak uvádí Pokorná (2013b). Zobrazení VAS viz příloha 3.

Dalším nástrojem pro hodnocení bolesti je numerická hodnotící škála NRS. Oproti VAS využívá NRS čistě číselného označení a ne grafického znázornění. Princip zůstává stále stejný. 0 označuje stav pacienta bez bolesti, 10 označuje bolest maximální (Munden ed. at al., 2006). Znázornění NRS naleznete v příloze 4.

Ne všichni pacienti ovšem dokážou pochopit a použít pro hodnocení intenzity bolesti numerické stupnice (Pokorná et al., 2013b). Patří mezi ně zejména malé děti, staří lidé s poruchou poznávacích funkcí nebo komunikace a lidé, kteří mají určitou jazykovou komunikační bariéru. Pro tyto pacienty můžeme využít zjednodušenou obličejovou hodnotící škálu (FACES Rating). Obličejové měřítko obsahuje číselnou stupnici spolu s ilustrovaným výrazem obličeje tak, aby intenzita bolesti mohla být správně zdokumentována (Berman et al., 2016). Je důležité si uvědomit, že výraz tváře člověka nemusí odpovídat obrázku. Pacient označí obrázek, který vyjadřuje, jakou intenzitu bolesti pociťuje (Munden ed. at al., 2006).

Dalším způsobem, jak hodnotit intenzitu bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni používat číselné škály, je vytyčit intenzitu bolesti v souvislosti s mírou zasahování bolesti do života. Například hodnocení 0 = žádná bolest, 2 = uvědomuje si bolest pouze pokud se na ni zaměří, 4 = dokáže potlačit bolest a pokračovat v činnostech, 6 = bolest nelze ignorovat, narušuje fungování, 8 = bolest narušuje pacientovu schopnost soustředit se, 10 = paralyzující, nejsilnější bolest, jakou si pacient dokáže představit. Věří se, že míra výše bolesti zasahující do fungování člověka, je dobrým markrem pro hodnocení intenzity bolesti, zvláště pro osoby s chronickou bolestí (Berman et al., 2016).

Z hlediska hodnocení bolesti u specifických skupin pacientů existují speciální škály hodnocení bolesti pro děti od dvou měsíců do sedmi let, které hodnotí reakce dítěte na bolest – výraz obličeje pohyby nohou, aktivitu, pláč, utišitelnost. Hodnocení je rovněž 0-10 b. (Berman et al., 2016). Speciální škály pro hodnocení bolesti jsou definované i pro seniory a pacienty s demencí. Zástupcem takovéto škály je PAINAD. Vzhledem k rozmanitosti subjektivity bolesti a chování pacientů s různými fyzickými a rozumovými schopnostmi, napříč věkovými hranicemi není možné, aby existoval jeden jediný univerzální prostředek hodnocení bolesti. Hodnotící nástroj by měl být ideálně

vybrán každému pacientovi „na míru“ (Pokorná et al., 2013b). Při hodnocení bolesti seniorů bychom kromě základních škál pro hodnocení bolesti měli využít i psychologicky zaměřené dotazníky (MacGillovy univerzity) nebo dotazníky hodnotící všední denní činnost (ADL) (Rokyta, 2012).

Velmi důležitým prvkem, zejména v diagnostice a léčbě chronické bolesti, je vedení deníku bolesti, kde pacient zaznamenává intenzitu a charakter bolesti v rámci celého dne. Deník může vést nepřetržitě a lékař dle pacientových záznamů reaguje například změnou terapie (Doležal et al., 2009).

#### ***1.1.4 Být bez bolesti jako potřeba člověka***

Výraz potřeba je obecně chápán z několika hledisek, z biologického, psychologického, sociálního a ekonomického. Biologické hledisko znázorňuje porušení homeostázy organismu člověka, ne vždy musí vyvolat psychickou odezvu. Z psychologického hlediska ale neuspokojená potřeba psychickou odezvu podnítl. Psychologické hledisko je spjato se sociálním, vyjadřuje nedostatky v sociálním životě člověka. Zbývající ekonomické hledisko je projevem touhy člověka něco vlastnit nebo moci užívat (Trachtová et al, 2013). Šamánková et al. (2011) ve své publikaci zmiňuje podrobnější rozdělení potřeb, doplňuje zde potřeby, například dělené dle podstaty člověka o estetické, kulturní, duchovní a potřeby sebevyjádření. Zmiňuje se o rozdělení potřeb dle počtu osob (kolektivní, individuální), dle naléhavosti, dle četnosti a času, dle obsahu (materiální, nemateriální) a dle způsobu vyvolání (hlavní, doplňkové).

Teorii potřeb se zabývali významní autoři jako H. Murray, E. R. Hilgard, V. I. Frankl, E. P. Fromm, V. Vroom, A. H. Maslow, R. L. Atkinsonová, R. C. Atkinson nebo E. E. Smith (Šamánková, 2011). Jednou z nejznámějších teorií potřeb je Maslowova teorie hierarchie potřeb, kterou později modifikovali Atkinson, Atkinsonová a Smith. Maslowova hierarchie potřeb dělí potřeby dle naléhavosti do pyramidového žebříčku. V základech nalezneme potřeby fyziologické, dále potřeby jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty. Na vrcholu pyramidy leží potřeba seberealizace. Rozšířená Maslowova teorie zahrnuje navíc potřeby estetické a kognitivní (Trachtová et al., 2013).

Z pohledu sesterské péče je za charakteristický znak současného moderního ošetrovatelství považováno soustavné, systematické posuzování a uspokojování potřeb pacientů. Sestra by se měla zabývat člověkem v holistickém pojetí a respektovat lidskou

bytost jako celek, ne jen jako diferencovaný sled částí. Měla by si uvědomit, že v takovémto kontextu se mohou potřeby pacientů navzájem ovlivňovat (Trachtová et al., 2013).

Berman et al. (2016) tvrdí, že bolest je pro člověka více než symptom nebo porušená potřeba být bez bolesti. Je to problém nejvyšší priority. Šamánková (2011) zmiňuje potřebu *být bez bolesti* za jednu z šesti nejdůležitějších potřeb v rámci ošetrovatelské péče a řadí ji na stejnou úroveň jako ostatní smyslové percepce mezi potřeby slyšet, vidět, hmatat nebo ochutnat.

Zdravý jedinec si je schopný saturovat své potřeby ve většině případů sám, bez pomoci druhých. Navíc autorka zmiňuje, že běžné bolesti zdravého jedince jsou většinou nepodstatné, bez většího významu. Úskalí nastává v nemoci, kdy jsou pacientovy potřeby nemocí někdy modifikované, nově vzniklé, nebo zcela zanikají. Navíc se mění i schopnost pacienta saturovat své potřeby samostatně. Mezi základní potřeby v nemoci patří právě potřeba být bez bolesti, která je mnohdy narušena. (Šamánková, 2011).

Stejně, jako je individuální vjem bolesti, jsou i potřeby člověka a proces jejich uspokojování zcela jedinečné. Potřeba je vyjádření nedostatku. Pro každého jedince je neuspokojená potřeba motivací k odstranění této slabiny (Trachtová, 2013). Proto se v rámci vyhledávání a saturace pacientových potřeb musíme snažit o objektivní úsudek v hodnocení jeho jednání a chování z pohledu celého ošetrovatelského týmu (Šamánková, 2011).

Bolest může být natolik intenzivní a silná, že vyplní celou mysl člověka (Gulášová, 2008). Perzistující bolest přispívá k nespavosti, ztrátě váhy, obstipaci, hypertenzi, celkové zhoršení kondice, chronickému stresu a vzniku deprese. Naruší jeho role ve společnosti i rodině, ovlivní interpersonální vztahy, omezí člověka v pracovním procesu, volnočasových aktivitách a zájmech. Bolest dokáže naprosto změnit dosavadní život člověka a jeho hodnoty (Berman et al., 2016).

### ***1.1.5 Zvládání bolesti a faktory ovlivňující léčbu bolesti***

Dle Bermanové et al. (2016) by sestra pro pochopení zvládání bolesti pacientů měla být schopna rozlišit schopnost tolerance bolesti od prahu bolesti. Tolerance znamená maximální možné množství bolestivých podnětů, které je schopen člověk vydržet, aniž by se snažil od bolesti uniknout nebo hledal úlevu. Oproti tomu práh

bolesti je nejmenší možný podnět, který osoba označí za bolestivý. Zajímavostí je, že práh bolesti se v průběhu života mění jen minimálně, ale tolerance bolesti je poměrně variabilní.

Zvládání bolesti je velice variabilní a je ovlivňováno mnohými faktory. Zvládání bolesti se liší kultura od kultury, má i jistý náboženský podtext. Svoji roli zde hrají zkušenosti člověka i jeho emocionální rozpoložení. Postoj a názor pacienta k určité bolestivé situaci, jeho domněnky a víra, že svými silami dokáže bolest porazit, jsou schopny taktéž přímo působit na pacientovu náladu a schopnost vyrovnat se s náročnou situací. Významným faktorem ve zvládání bolesti je například věk pacienta, vliv sociálního učení a kontext, ve kterém bolest působí (Munden ed. et al., 2006). Malé děti obecně lépe snáší bolest ve známém prostředí s podporou rodičů, což vyplývá z jejich úzkých citových vazeb (Berman et al., 2016). Ovlivňujícím faktorem je i vzdělání, temperament, typ osobnosti, zdravotní uvědomění a mnohé další (Šamánková, 2011).

U starých pacientů je naopak vlivem involučních změn v organismu, zejména degenerací nervových buněk bolest prožívána méně intenzivně. Dochází i ke změnám v nocicepčním systému. S rostoucím věkem roste mírně i práh bolestivosti pro stimulaci bolesti (Rokyta, 2012). Takto snížené vnímání bolesti může být klinicky velmi významné, protože bolest může být mnohdy jediným příznakem ukazujícím na probíhající změnu v organismu nebo patologický proces. Díky tomu může dojít k pozdní diagnostice problému (Kozák, Vrba, 2012). U starých lidí je obrovský vliv psychiky na léčbu bolesti, ale i všech ostatních onemocnění. Navíc senioři o proto lidem v produktivním věku nepřikládají bolesti takový význam (Rokyta, 2012). Bolest je v období staří hojně se vyskytujícím symptomem, ale stejně často je bohužel její význam podhodnocen. Terapie je buď nedostatečná, nebo zcela chybná (Kozák, Vrba, 2012).

Bermanová et al. (2016) udává, že k problému z hlediska diagnostiky a léčby bolesti dochází například u matek samoživitelek, které si nemohou dovolit při léčení jejich stavu přijít o práci, a tím finančně ohrozit své děti. Osoby v takovéto situaci se snaží zastírat bolest, její příčiny i příznaky, aby mohly nadále pracovat a starat se o rodinu (Berman et al., 2016). Podobná situace nastává u těhotných žen, které často potlačují bolest a odmítají analgetickou léčbu, aby nevystavovaly své nenarozené dítě chemickým látkám (Munden ed. et al., 2006).

Sestra by si měla uvědomovat i vliv hospitalizace na pacientovo vnímání a prožívání bolesti. Pro pacienta cizí nemocniční prostředí, kde je hluk, umělé světlo a

aktivita ze stran personálu nemocnice, může působit na zesílení prožívání pacientovy bolesti. Pacient, který je sám bez podpory, může prožívat bolest hůře a intenzivněji. Naopak pacient v příjemném prostředí s podporou personálu a blízkých osob může prožívat bolest mnohem mírněji a reagovat lépe i na její léčbu (Berman et al., 2016).

Bolest lze modifikovat prostřednictvím způsobu, jakým člověk zpracovává informace o bolesti a do jaké míry se na bolest soustředí. Pokud se pacient příliš soustředí na tělesné signály nemoci, může se domnívat, že dochází k progresi onemocnění, a bolest prožívá intenzivněji (Munden ed. et al., 2006).

Mezi faktory zasahující do efektivní léčby bolesti patří dle Miloschewského (2004) spolupráce a komunikace mezi sestrou a lékařem. Sestra i lékař by si měli plně uvědomovat výsadu svého postavení v péči o pacienty, neboť jsou celosvětově představiteli pomáhajících profesí ve zdravotní péči. Měli by dokázat profesionálně vnímat, co jejich role ve světle péče o pacienta znamená (Trešlová, 2010).

## ***1.2 Role sester v léčbě bolesti***

Sesterská profese je profesí pomáhající. Bazálním principem ošetrovatelské péče je samotné ošetřování a doprovázení pacientů v naprosto specifických situacích lidského života (Špirudová, 2015). Dále autorka tvrdí, že sesterská profese je profesí reálnou, skutečnou a sestry ji jako pomáhající skutečně vnímají. Dle Gulášové (2008) mají sestry v managementu bolesti výsadní postavení. Jsou totiž oproti lékařům v intenzivnějším styku s pacienty. Právě sestry musí dokázat propojit odborné znalosti, dovednosti, zkušenosti z klinické praxe, empatii a prostředky verbální a neverbální komunikace do celku, který uplatní v aplikaci ošetrovatelského procesu.

Role sester se vyvíjí stejně, jako se vyvíjí v rámci času i samotné ošetrovatelství. Role jsou tedy historicky podmíněné a stále se vyvíjí. Dále dle Farkašové et al. (2009) charakterizují roli sestry tři základní znaky. V první řadě musí sestra při práci vycházet z potřeb pacientů a pochopení jeho problémů. Dále musí být schopná zabezpečit pacientovi pocit jistoty a bezpečí. V neposlední řadě musí sestra dokázat být emocionálně neutrální.

Jak již bylo zmíněno, za charakteristický znak současného moderního ošetrovatelství je považováno soustavné, systematické posuzování a uspokojování potřeb pacientů. Sestra by se měla zabývat člověkem v holistickém pojetí a respektovat lidskou bytost jako celek, ne jen jako diferencovaný sled částí. Měla by si uvědomit, že

v takovémto kontextu se mohou potřeby pacientů navzájem ovlivňovat (Trachtová, 2013).

Efektivní management bolesti je důležitý aspekt ošetrovatelské péče, který podporuje léčení, působí na prevenci komplikací, zmenšení utrpení a prevenci rozvoje netišitelných bolestivých stavů. Z hlediska managementu bolesti musí sestra chránit právo a potřebu pacienta být bez bolesti (Berman et al., 2016). Sestra má oproti ostatním zdravotnickým pracovníkům intenzivnější kontakt s pacientem. Proto je vhodné, aby se podílela a prováděla hodnocení bolesti při styku s pacientem právě ona. Využívat může již zmíněné hodnotící škály (Munden ed. et al., 2006). Sestra vykonává i konkrétní intervence léčby bolesti, které Bermanová et al. (2016) dělí na farmakologické a nefarmakologické.

V souvislosti s tím, že bolest je ovlivněna i kulturními a sociálními faktory, musí mít sestry vědomosti i z multikulturního a transkulturního ošetrovatelství. K tomu, aby sestry byly kulturně kompetentní k péči o pacienty z rozdílných kultur, musí být informované o rozdílech ve vnímání bolesti, jejich projevech, reakcích na bolest a postoji k bolesti. Musí dokázat empaticky respektovat obavy pacientů a rozvíjet své dovednosti mírnění bolesti kulturně citlivým způsobem (Berman et al., 2016)

### ***1.2.1 Ošetrovatelský proces v léčbě bolesti***

Ošetrovatelský proces obecně znázorňuje systém systematického plánovaného přístupu, kterým chceme dosáhnout předem definovaného výsledku. Pro ošetrovatelský proces existuje řada definic. Základem však zůstává celistvý výkon ošetrovatelské praxe s důrazem na individuální potřeby pacienta, předcházení a řešení jeho problémů (Tóthová, 2014a). Úkolem zdravotnického zařízení je při ošetrovatelské péči nalézt metody umožňující saturaci minimálně základních biologických potřeb pacienta a pokusit se o nalezení cest k naplnění ostatních potřeb (Šamánková, 2011).

V evropském ošetrovatelství se nejčastěji setkáváme s pětifázovým ošetrovatelským procesem, který zahrnuje fáze: zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení (Tóthová, 2014a).

Fáze zhodnocení a diagnostiky byly rozebrány již v předešlých kapitolách, proto se dále budeme věnovat převážně fázím plánování, realizaci a vyhodnocení.

Ve fázi zhodnocení hodnotíme zdravotní stav pacienta. Sestra zde získává podrobné informace o pacientovi. Odebírá od pacienta i okolí ošetrovatelskou

anamnézu a anamnézu bolesti. Sběr všech dat musí být soustavný a spořádaný (Tóthová et al., 2014a). V případě managementu bolesti to znamená zjistit vyvolávající impuls bolesti, dobu trvání, charakter bolesti, lokalizaci. Faktory, které nemocnému od bolesti ulevují nebo bolest naopak provokují (Gulášová, 2008).

V diagnostické fázi analyzujeme a syntetizujeme získané údaje. Cílem je identifikovat zdravotní problémy pacienta a formulovat je do ošetrovatelských diagnóz (Tóthová, 2014a). V problematice bolesti rozlišujeme dle NANDA taxonomie ošetrovatelské diagnózy *akutní bolest* 00132, která je dle Chromé a Sikorové (2013) považována za v klinické praxi nejčastěji používanou ošetrovatelskou diagnózu. Dále je to ošetrovatelská diagnóza *chronická bolest* 00133. Obě základní diagnózy pro bolest patří do domény komfortu. K diagnózám bolesti se dále přidávají další, které z bolesti vyvstávají, jako porušený spánek, intolerance aktivity, zhoršená pohyblivost, riziko nevyvážené výživy, beznaděj, bezmoc, riziko narušení vztahů a mnohé další (NANDA International, 2016).

Plánování. Ve třetí fázi ošetrovatelského procesu stavíme na zhodnocení stavu pacienta a vytvořených ošetrovatelských diagnózách. V rámci této fáze určujeme pořadí ošetrovatelských diagnóz. Stanovujeme pořadí strategií a intervencí, které budeme u pacienta aplikovat. Pořadí určujeme dle priorit stavu pacienta. Nejedná se tedy pouze o mechanické řazení ošetrovatelských diagnóz dle jejich naléhavosti, ale o proces, kdy je ideálně sestra spolu s pacientem v přímé interakci a na řazení ošetrovatelských diagnóz pracují společně. Jen tak dosáhneme respektování potřeb a přání pacienta a vytvoříme efektivní plán péče (Tóthová et al., 2014a). Úspěch plánu pro management bolesti je závislý na zvolení správného cíle. Pro pacienta musíme najít vhodný a reálný cíl. To znamená, že cíl nemusí nutně znamenat, že pacient nebude mít nebo nemá žádnou bolest. Vhodný cíl bude respektovat diskomfort pacienta s bolestí, která je ale na tolerovatelné úrovni, a dovolí pacientovi zapojit se do péče o svoji osobu (Munden ed. et al., 2006). S tím souhlasí i Gulášová (2008) a doplňuje, že dalším zaměřením cílů má být i zmírnění utrpení a zvýšení kvality života.

Tóthová et al. (2014a) dodává, že v postupu určování prioritních strategií a intervencí je nezbytné kritické myšlení. Kritické myšlení sestře umožňuje analyzovat svůj přístup, pochopit vzájemné vztahy, neustále hodnotit svoji činnost i uvažování, dokázat získat informace z validních zdrojů a posoudit možnosti řešení problémů. Tím dosáhne pochopení všech souvislostí a lepšího rozhodování ve své činnosti. Kritické myšlení klade na sestru nároky. Sestra musí být schopna využít veškeré své rozumové



schopnosti, argumentovat, ale tvořit i protiargumenty. Tímto přístupem by měla zvýšit svoji odolnost vůči manipulaci. (Špirudová, 2015).

Ve fázi realizace uskutečňujeme naplánované strategie a intervence, které zaznamenáváme do ošetrovatelského plánu. V této fázi je rovněž nutné znovu posoudit stav pacienta a případně aktualizovat a pozměnit strategie tak, aby bylo dosaženo vytyčeného cíle. K realizaci intervencí je nutné, aby sestra disponovala jistými kognitivními, interpersonálními a technickými dovednostmi (Tóthová et al., 2014a).

Bermanová et al (2016) rozlišuje intervence sester na farmakologické a nefarmakologické. Farmakologické intervence jsou prováděny většinou na základě ordinace lékaře, kdy jsou podávána analgetika různé síly v daných intervalech (Gulášová, 2008). Existují ovšem i země, kde je praktikována preskripce analgetik sestrou, Česká republika mezi tyto země nepatří (Kroezen et al., 2012).

Pátá fáze obsahuje vyhodnocení, kde zjišťujeme, v jakém rozsahu byly vytyčené cíle splněny a jak byly účinné. Hodnocení je prováděno za pomoci charakteristických kritérií. Celé hodnocení umožňuje zpětnou vazbu, kterou lze využít při vyhledávání dalších pacientových potřeb (Tóthová et al., 2014a).

### **1.2.2 Intervence sester**

Farkašová et al. (2009) uvádí, že sestra musí mít takové kompetence, aby se mohla podílet na rozvoji a realizovat činnosti, které podporují a upevňují zdraví.

Gulášová (2008) považuje za základ veškerých intervencí sestry v léčbě a zvládnutí bolesti verbální informování pacienta o tom, že sestra důvěřuje pacientovi, že má bolest a dokáže ho ubezpečit, že ona je zde proto, aby se mu pokusila pomoci. To znamená, že staví zejména na důvěře a vzájemném vztahu sestra x pacient. S tím souhlasí i Zacharová (2017), která dodává, že sestra by pro pacienta měla být v tomto ohledu autoritou. Musí získat pacientovu důvěru, kterou jistě podpoří svým celkovým vstupováním. Slíbí pouze to, co je reálné. Neslibuje tedy, že bolest zcela zmizí, ale ubezpečí pacienta, že bolest bude slábnout, stane se snesitelnější.

Dle Bermanové et al. (2016) je management bolesti z pohledu sesterských intervencí složen ze dvou základních typů intervencí – farmakologického a nefarmakologického. Gulášová (2008) do nezbytných intervencí přiřazuje kontinuální, systematické hodnocení bolesti (viz kapitola 1.1.3 *Hodnocení bolesti*). Dále akceptování pacientových reakcí na bolest a pružné reagování na ně. Sledování nežádoucích účinků

analgetik, schopnost předpokládat přítomnost bolesti u bolestivých procedur. V neposlední řadě vytvoření plánu - jako preventivní opatření proti bolesti.

Sestry v rámci intervencí praktikují poznatky i o strategiích zvládnání a vyrovnávání se s bolestí. Strategie jsou možnosti, jakým způsobem působit na pacientovu bolest, aby došlo k jejímu zmírnění. Dělí se na skryté a zjevné, aktivní a pasivní. Do skrytých strategií zvládnání bolesti můžeme zařadit odvrácení pozornosti, podání dostatečného množství informací, ubezpečení o tom, že bolest je řešitelná a lze ji snížit nebo nabídnutí konkrétního řešení problému. Zjevné strategie zahrnují farmakoterapii, metody relaxace a dostatečný čas odpočinku. Obecně lze říci, že aktivní strategie přináší snahu fungovat a vedou k adaptivnímu fungování. Pasivní strategie jako redukce aktivit vedou k zhoršení psychického stavu a zhoršení bolesti. Z toho plyne, že zdravotnický personál by se v dlouhodobém kontextu měl věnovat podpoře aktivních strategií zvládnání bolesti (Munden ed. et al., 2006).

Protože právní řád České republiky nedovoluje preskripci léčiv sestrou, podávání analgetik či opiátů proti bolesti tedy zůstává vázáno na ordinaci lékaře, budeme se věnovat více nefarmakologickým intervencím. V posledních letech sice dochází k trendu preskripce léčiv, mezi něž patří i analgetika, nelékařskými pracovníky, to znamená i sestrami. Sestrám je pravomoc preskripce léčiv umožněna zákony pouze v některých zemích. Jako příklad můžeme uvést Nizozemí, Španělsko a Finsko. Regulované možnosti preskripce léčiv sestrami mají mimo jiné ve Velké Británii, USA, Švédsku a Austrálii (Kroezen et al., 2012). Kvůli zmíněným farmakologickým intervencím (mimo preskripci léčiv sestrou) by zdravotničtí pracovníci dle Kozáka a Vrby (2012) měli mít základní znalosti z farmakologie a povědomí o změnách farmakokinetiky u dětí, v období dospělosti a ve stáří. Například u seniorů je absorpce léčiv podávaných per os ovlivněna změnami v gastrointestinálním systému, malnutricí, chirurgickými výkony v oblasti GIT.

Zacharová (2017) uvádí ve své publikaci zajímavou informaci o tišení bolesti pomocí farmak. Zdravotníci totiž dle autorky často podávají analgetika mechanicky, čímž podporují pasivitu pacienta, který pak i nadále vyžaduje tišení bolesti farmakologickými cestami, místo aby se snažil aktivně účastnit na překonání obtíží a možné změně způsobu života. V tomto řekněme monotónním a jednostranném farmakologickém přístupu se zrcadlí pohodlnost zdravotníků. Zdravotník už nechce řešit příčinu bolesti. Stačí mu, když bolest ztiší farmaky, a příčina ho přestává zajímat, pro něj je totiž v daný moment problém vyřešen.

Nefarmakologický management bolesti se v posledních době stává jakýmsi trendem. Příčinou zřejmě je, že lidé chtějí v první řadě zvládnout bolest sami bez intervence lékaře. Zdravotníci ve většině příkladů mohou aplikovat tyto metody na rozdíl od farmakoterapie taktéž snáze. Pouze zřídka aplikace nějaké metody vyžaduje lékařský předpis. V základě lze nefarmakologický management dělit do tří skupin, na kognitivní a behaviorální terapie (psychologický přístup), fyzikální terapie a alternativní, doplňkové terapie (Munden ed. et al. 2006).

Gulášová (2008) zdůrazňuje význam nefarmakologických způsobů tlášení bolesti s využitím psychologických prostředků. Vyjádření Gulášové (2008) významně rozšiřuje Zacharová (2017). Mezi nefarmakologické psychologické prostředky vedoucí k tlumení bolesti dle autorky patří **racionální psychoterapie**, která stojí na logickém kritickém myšlení pacienta. Sestra se snaží vysvětlit příčiny bolesti a mechanismus, jak vnikla, redukuje chybné interpretace příčin bolesti, vede pacienta ve směru životního zaměření. **Sugestivní působení** se naopak vyhýbá kritickému myšlení. Sestra využívá své autority, snaží se přesvědčovat nebo navodit očekávání. Zároveň neslibuje nemožné (Zacharová, 2017). Se sugestivním působením souvisí i účinek placebo efektu (Janáčková, 2007; Gulášová, 2008; Rokyta et al., 2009). **Autogenní trénink** spočívá v metodách relaxace, koncentrace a autosugesce. Pomocí **odreagování** je snaha eliminovat působení negativních emocí. **Zaměstnávání pacienta** musí být vhodné, přizpůsobené jeho věku i stavu. Sestra může využít rozhovor, nabídnutí četby nebo poslechu hudby. **Psychologické postupy** spočívají v relaxačních technikách, imaginativních technikách, biologické zpětné vazbě a kognitivně-behaviorálních postupech (Zacharová, 2017).

Mimo psychologické působení může sestra využít i konvenčnější fyzikální metody, jako je aplikace tepla nebo chladu, zábaly, masáž, vibrace, cvičení a imobilizace určité tělesné partie. Nutností je, aby sestra rozuměla, jakým způsobem metoda účinkuje a dokázala ji správně aplikovat (Munden ed. et al., 2006).

Alternativní a doplňkové metody spočívají v holistickém pojetí člověka. Většinou nepůsobí pouze na místo problému, ale ovlivňují celou osobnost. Alternativní terapií je zcela nahrazována konvenční terapie. Například místo aplikace analgetik pacient zvolí aplikaci akupunktury, chiropraxe. Doplňkové terapie jsou používány současně s terapií konvenční. Sestra je může aplikovat nebo doporučit bez ordinace lékaře. Jedná se například o aromaterapii, muzikoterapii, terapii dotykem nebo jógu (Munden ed. et al., 2006). Tyto metody jsou v ošetrovatelství poměrně moderní a nové, avšak například

právě u aromaterapie nebyl v léčbě bolesti v roce 2017 prokázán dle výzkumu kolektivu V. Dimitriou (2017) statisticky významný efekt analgetické léčby.

### **1.2.3 Léčba bolesti**

Pokorná (2013a) tvrdí, že základ pro správnou léčbu bolesti pramení z celkového porozumění bolesti s účinným určením problémů člověka a porozumění modifikace bolesti dle situací. S tím souhlasí i Kozák a Vrba (2012), kteří přidávají svůj medicínský pohled a doplňují, že pro dobrou léčbu bolesti je nutné zejména její včasné rozpoznání, diagnostika příčiny a náležité zhodnocení. Po zahájení terapie je nutné pravidelné monitorování účinnosti intervence a vedlejších nežádoucích účinků. Platí pravidlo, že klady analgetické léčby by měly převyšovat nežádoucí účinky (Vrba, 2009). Při ošetřování nemocného s bolestí mají zdravotničtí pracovníci tři základní cíle. Snížit intenzitu bolesti na co nejnižší možnou úroveň, zvýšit a zlepšit funkční schopnosti pacienta a tím z celkového pohledu zvýšit jeho kvalitu života i do budoucnosti (Munden ed. et al., 2006).

The Joint Commission uvádí, že zdravotnické zařízení musí rozvíjet management a plán léčby bolesti na základech praxe založené na důkazech, přičemž zařízení respektuje zdravotní stav pacienta, jeho anamnézu a cíl, kterého v léčbě bolesti chceme dosáhnout (JCI, 2017).

Yamamotová (2012) tvrdí, že jedním z nejpřirozenějších analgetik, které je dostupné bez ordinace lékaře, je potravina nebo nápoj sladké chuti. Sacharóza v lidském těle působí nejen na redukci bolesti, ale také na snížení tepové frekvence a negativních emočních projevů. Jistou nevýhodou je, že muži na sladké, coby prvek analgezie reagují jen minimálně. Tento mechanismus je nejsilnější u dětí a žen.

Celkový výběr a řízení analgetické terapie jsou odvozeny z pacientových údajů. Rozhoduje konkrétní klinický stav, charakter a intenzita bolesti. Farmakoterapie se liší u akutní a chronické bolesti. Při výběru konkrétního léčiva ze skupiny analgetik se u akutní bolesti prosazuje postup „*shora dolů*“, kdy se od silných analgetik podávaných nejlépe parenterálně postupně přechází na slabší podávaná per os. U chronické bolesti je přístup opačný. Preferován je postup „*zdola nahoru*“, kdy se dávky a síla analgetik postupně navyšují. Nejvhodnější formou podávání analgetik u chronické bolesti je transdermální podávání, rektální podávání a podávání per os (Vrba, 2009).

Samostatnou kapitolu v léčbě bolesti zaujímá léčba nádorových bolestí u onkologických pacientů. Základním kamenem pro léčbu tohoto typu bolesti je farmakoterapie dle analgetického žebříčku WHO, který znázorňuje schematický postup výběru analgetik od nejslabších po silné opioidy (Sláma et al., 2012). U chronické bolesti, zejména té onkologické, je nutné vybavit pacienta vhodnou medikací pro akutní řešení průlomové bolesti (Vrba, 2009).

Zvláštní postavení v analgetické terapii chronické bolesti má neuromodulace. Neuromodulací rozumíme proces, kdy třídy neurotransmiterů nervového systému regulují rozdílné populace neuronů. V rámci neurochirurgie mluvíme o procesu, kdy umělá zařízení modifikují nervový systém a pochody v něm (Masopust, 2014). Neuromodulace je léčebná i paliativní metoda, která je schopna ulevit od bolesti a zároveň snížit spotřebu ostatních léčiv proti bolesti. Zkvalitňuje život pacienta a zvýší šanci pacienta na návrat k jeho zaměstnání a volnočasovým aktivitám (Houdek et al., 2007).

Novorozenci a malé děti reagují na podání farmak odlišně od dospělých. Dávky farmak se upravují nejčastěji dle věku, váhy nebo tělesného povrchu malého pacienta (Fedora et al., 2012).

Další specifikum přináší léčba bolesti ve stáří. Staří je u většiny pacientů spojeno s polymorbiditou. Nejméně 10 % lidí nad 65 let trpí minimálně jedním chronickým onemocněním, jakým je hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, CHOPN a další. Organismus starých lidí má navíc odlišné metabolické pochody. Dochází k farmakokinetickým a farmakodynamickým změnám, k přidružení dalších chorob a vzniku zmíněné polymorbidity. Léčbou několika onemocnění a bolesti současně může dojít i k lékovým interakcím (Rokyta, 2012). Dle statistických údajů je ve vyspělých státech seniorům předepisováno průměrně 4-8 léků (Kozák, Vrba, 2012). U starých lidí narůstá procento akutních onemocnění probíhajících bez zjevné bolestivé symptomatologie (Fricová, 2012). Léčba bolesti ve stáří se tedy musí odvíjet i od změn v percepci u starých lidí, kde dochází k degeneraci nervových buněk. Starší pacienti také nepřikládají bolesti takový význam a berou ji více jako součást stárnutí než jako symptom nějaké změny v organismu (Rokyta, 2012). Že je bolest u seniorů problém skučně významný svědčí výzkum Zannochiho et al. (2008), který uvádí, že až 82,9 % hospitalizovaných seniorů trpí bolestí a u poloviny z nich bolest markantně ovlivňuje kvalitu jejich života. Že se jedná o poměrně rozsáhlý problém, svědčí i tvrzení Kozáka a Vrby (2012), že senioři jsou v obyvatelstvu díky klesající porodnosti a prodlužující se

délkou života nejrychleji rostoucí skupinou. Proto by farmakologie bolesti ve stáří měla být v první řadě bezpečná, efektivní, prostá a individuální. Jako lék první volby by měl být ve vyšším věku dle Americké geriatrické společnosti nasazen Paracetamol. NSA by měla být využívána v co nejnížší míře. Léčba by měla být zahájena co nejnížšími dávkami s postupným navyšováním. Při silné bolesti by mělo být zváženo podávání opioidních analgetik, samozřejmě vhodnou formou. Zvážit by se mělo i zavedení antidepressiv (Fricová, 2012).

### ***1.3 Vnímání bolesti sestrou***

Sestra je v ošetrovatelské praxi denně exponována lidskému utrpení, bolesti, nemoci i smrti pacientů, které prožívá a musí zpracovat. To pro ní může být psychickou zátěží a v dlouhodobém hledisku rizikem plynoucím k syndromu vyhoření (Komačková, 2009). Vévoda (2013) ve své publikaci zmiňuje, že vystavení sestry zejména lidskému utrpení a bolesti, které jsou v její profesi, jak je uvedeno výše takřka všudypřítomné, může způsobit selhání její profesionální obrany. Sestra tedy nemusí dokázat uhájit svůj profesionální přístup, ale přenáší nechtěně zátěž na svojí osobu.

Další názor na vnímání bolesti sestrami pramení z výzkumu S. Nagy (1998). Expozice bolesti pacientů může dle autora vzbudit emocionální strach, který má důsledky na zdraví sestry. Může také narušit schopnost sestry efektivně zvládat a řešit bolest. Současně autor poukazuje, že větší úzkost je pozorována u sester pracujících s pacienty, kteří nedokážou přesně bolest vyjádřit nebo s trpícími silnými bolestmi (popáleninová traumata). Zároveň je u těchto sester posílena schopnost kontroly nad zvládnutím bolesti jejich pacientů.

Výzkumné šetření S. J. Slatyer (2013) taktéž prokazuje, že vystavení sester bolesti pacientů přináší sestram emoční potíže. Některé sestry se při práci s těmito pacienty a tišení jejich bolesti cítí bezmocně. Problém graduje, pokud bolest nereaguje na terapii nebo pokud sestra vyčerpala možnou dávku indikovaných farmak. Bezmoc zvyšuje i práce s pacienty s dlouhodobou silnou bolestí.

Blondal s Halldorsdottir (2009) uvádí, že vcítění do pacienta a uvědomění si prožitku pacientovy bolesti sestru motivuje, aby ze soucitu a altruismu jednala. Tato silná motivace pramení i z morální povinnosti, osobních znalostí, zkušeností a přesvědčení.

Soucit donutí sestru k jednání, protože je to emoce. Zkušenost, kdy se sestra podílí na strachu, obavách, ale i zlosti a projevech radosti pomocí vcítění. Předpokladem pro správné vcítění je sebeuvědomění vlastních pocitů a emocí. Pokud se sestra chce správně vcítit do pacienta a identifikovat jeho pocity, musí mít jistou osobnostní výbavu, ale také musí dokázat pracovat sama na rozvoji vlastní osobnosti. Jedním ze základů správného, zdravého vcítění je umění naslouchat (Janáčková, 2007). Z výzkumu Komačkové (2009) vyplývá, že mladé sestry mají lepší schopnost vcítit se do pacienta, ale zároveň to na ně vrhá větší psychickou zátěž a žádá si těžší práci v realizaci strategií zvládnání stresu.

Stejně jako pacient vnáší do prožívání bolesti a její terapie své zkušenosti a postoje, vnáší i ošetřující personál do tohoto vztahu svou autobiografii bolesti. Lidé, kteří osobně prožili bolest nebo měli člověka trpícího bolestí ve své blízkosti, mají k bolesti jiný přístup (Gulášová, 2008). Právě z podstaty vlastních přesvědčení si sestry utváří vlastní soudy o pacientově bolesti a utrpení. Tento fakt může být pro pacienta i sestru jak přínosem, tak jistou nevýhodou. Sestry tak poměrně často očekávají, že pacienti se stejným onemocněním nebo po stejné operaci budou na bolest, způsob a frekvenci jejího tlášení reagovat podobně (Sofaer, 1997). Tím opomíjí individualitu a subjektivitu prožitku bolesti (Gulášová, 2008). S tvrzením autorky Sofaer (1997) koresponduje i výzkumné šetření J. C. Craig (2014), které potvrzuje tendenci sester k utváření vlastních osobních názorů na bolest pacienta a současně nedostatečné pochopení bolesti.

Je nutno si uvědomit, že bolest pacienta emočně působí na sestru, ale i sestra vysílá zpětné signály k pacientovi, které se projeví v pacientově zvládnání bolesti. Tento vztah můžeme nazvat uzavřeným kruhem, kdy chování jednoho subjektu vyvolá reakci toho druhého a naopak (Rinstedt, 2013). I proto sestry potřebují znalosti o samotném managementu bolesti, poznatky z etiky, psychologie, stejně jako příznivé organizační prostředí. Pak budou schopné vykonávat ošetrovatelskou praxi v souladu se svými morálními a profesními povinnostmi týkajícími se ošetřování pacientů s bolestí (Blondal, Halldorsdottir, 2009). Současně Mareš (2016) vyzdvihuje nutnost dalších výzkumů v této oblasti, která je eticky složitá, neboť poznatků o prožívání zdravotnického personálu v rámci řešení a rozhodování v eticky a morálně složitých situacích doposud není mnoho.

### **1.3.2 Komunikace s pacientem trpícím bolestí**

S rozvojem ošetrovatelské praxe jsou kladeny i větší požadavky na zdravotníka. Mimo medicínské znalosti a ošetrovatelské dovednosti jsou důležité i jeho znalosti na poli mezilidských vztahů. Ošetrovatelství je totiž o neustálé interakci odehrávající se zejména mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Sestra, jakožto zdravotnický pracovník, musí při jednání s pacientem i ostatními spolupracovníky respektovat všechny morální a lidské zásady vzájemné interakce a komunikace (Zacharová, 2006).

Kauzální léčba bolesti tkví nezpochybnitelně zejména ve farmakologických, chirurgických a fyzioterapeutických intervencích. Podceňovaná je ovšem stránka psychologického přístupu, vytvoření vztahů důvěry a zbavení tak pacienta nadměrného strachu nebo úzkosti právě komunikačními dovednostmi (Janáčková, Weiss, 2008).

Zacharová (2006) tvrdí, že žádná situace v interakci několika lidí není zcela ideální. I při komunikaci v klinické praxi ošetrovatelství se na straně pacienta i sestry vyskytují rozličné překážky, které neumožňují vedení kvalitní komunikace. Mezi překážky komunikace patří obecně vnější vlivy, tichý hlas, jazykové překážky, intelektové překážky. Pokud komunikační překážky dáme do vztahu s naším tématem, tak autorka uvádí, že fyziologické překážky, mezi něž patří právě bolest, únava nebo spánková deprivace patří mezi jedny z nejdůležitějších.

Janáčková a Weiss (2008) dokonce tvrdí, že pacient prožívající silnou bolest je úzkostný, má strach a bolest ho dokáže zcela ochromit. Dále doplňují, že intenzita bolesti může být mírněna, pokud ji pacient může volně projevit, je na bolest připraven a získá pocit, že bolest je řešitelná. To znamená, že pacientovi musíme dát určitý prostor k prožívání bolesti, vhodně ho připravit na bolestivé procedury a nesnažit se bolest bagatelizovat. Zacharová (2006) doplňuje, že zapomenout nesmíme ani na překážky emocionálního rázu, které u pacienta s bolestí hrají taktéž významnou roli. Opora, empatie i soucit jsou schopné tišit napětí pacienta s bolestí po fyzické a psychické stránce a v důsledku toho bolest tišit. Přehlédnout v komunikaci a tišení bolesti nelze ani význam lidského doteku (Janáčková, Weiss, 2008). Trešlová (2010) navíc zmiňuje význam lidského porozumění, schopnosti naslouchat, vyjádřit zájem a úctu.

Zcela specifická je komunikace s dětmi. U dětí je prožitek bolesti spojen se strachem. Malé děti mají díky absenci zkušeností nevýhodu. Neví, jak si od bolesti ulevit, proto je nutné učit je bolest zvládat. Jako příklad můžeme uvést ukázání úlevové polohy nebo odvedení jejich pozornosti (Janáčková, Weiss, 2008).



Mezi nedostatky a překážky v komunikaci s pacientem ze strany sestry patří i neochota vyslechnout pacienta, vnucování subjektivně zaměřených intervencí, nadměrné ujišťování o uzdravení nebo slibování, že pacient bude zcela bez bolesti, popírání emocí a mnohé další (Zacharová, 2017).

Sestra by měla dokázat vyhodnotit, zda pacient komunikovat nemůže (afázie), neumí (jazyková bariéra) nebo nechce (působení bolesti) (Zacharová, 2006). Zároveň Trešlová (2010, s. 82-83) uvádí: „*Efektivní – účinná – produktivní komunikace závisí na tom, zda lékař chce, umí a může komunikovat, a na schopnosti přizpůsobení se situaci.*“ Celkové osvojení problematiky komunikace má tedy přímý vliv na vztah sestra-pacient i na vztahy v pracovním týmu (Zacharová, 2006).

### **1.3.3 Distres / stres sester**

Stres je obecně označován za stav organismu, kterým tělo reaguje na působící zátěž (Vokurka et al., 2016). Stres je výsledkem nerovnováhy mezi všemi požadavky vynaloženými na člověka a jeho schopnostmi a možnostmi je zvládat. Takže vše, co člověka nějakým způsobem zatěžuje, může být stresorem. Opakem jsou schopnosti nebo vlastnosti, kterými osoba disponuje, co je schopna snést, vydržet, zvládnout. Obecně vše, co osobě napomůže při zvládnání stresové situace, nazýváme salutory. Ideální situace nastává dle autora při rovnováze stresorů a salutorů (Křivohlavý, 2010).

Křivohlavý (2010, s. 24) popisuje stres takto: „*Situaci člověka ve stresu můžeme přirovnat do určité míry ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se změní v kus ledu.*“

V průběhu stresové reakce se uplatňují evolučně velmi staré mechanismy. Principem účinku těchto mechanismů je umožnit přežití člověka. Dochází k aktivaci především činnosti nadledvin a sympatického nervového systému, který zrychlí srdeční činnost, tlak krve a celkově zvýší výkonnost organismu. Tato specifikace je namístě zejména pokud jde o náhle vzniklý stres, kdy se chce organismus bránit nebo utéct před nebezpečím (Vokurka et al., 2016). Pokud se budeme bavit o stresu komplexněji, je nutné pochopit i jeho úrovně. Stres lze dělit na eustres a distres. Eustres nám v celkovém vyznění i přes zátěž člověka přinese něco kladného, pozitivního nebo emočně příjemného. Například stres před zkouškou studenta aktivuje k činnosti a může vést k jejímu zvládnutí. Distres je jistým opakem eustresu. Požadavky kladené na osobu

významně přesahují jeho možnosti a přináší negativní ovlivnění organismu (Křivohlavý, 2010).

V rámci zdravotnických profesí, do kterých sestra bezpochyby patří, se můžeme zabývat i morálním distresem. Je jedním z poměrně nových termínů české literatury, poprvé jej zde použil a rozpracoval prof. Mareš. Morální distres se liší od somatického, duchovního a psychologického právě svým etickým rozsahem. Vzniká, pokud sestra nemůže konat svoji práci podle toho, co považuje za správné. Je okolnostmi morálně nucena na situaci nereagovat nebo reagovat v rozporu se svým vnitřním morálním přesvědčením. Termín morální distres má v zahraničí delší historii a zároveň mnoho různých definic a lze jej chápat z různých úhlů pohledu (Mareš, 2016).

Klíčové je pro morální distres uvědomění si morálního problému. To závisí na schopnostech sestry uvědomit si vlastní pocity a uvažovat nad nimi i nad konkrétními situacemi. Z toho vyplývá, že morální distres se nedostavuje u osob automaticky, ale je závislý na hodnotovém žebříčku a přesvědčení sestry o tom, co je správné (Wilkinson, 1989).

Jako příkladem můžeme uvést. Pokud morální distres aplikujeme na problematiku vnímání bolesti, dojdeme k závěru, že morální distres u sestry může vyvolat situace, kdy lékař neordinoval po operaci pacientovi analgetika. Pacient verbalizuje bolest, ale sestra bez ordinace lékaře nemůže pacientovi analgetika podat, i když by v rámci svého morálního přesvědčení chtěla pacientovi co nejefektivněji ulevit od bolesti.

#### ***1.3.4 Strategie zvládnání stresu***

Pro správné pochopení práce se zátěží parafrázujeme slova Venglářové et al. (2011), která tvrdí, že člověk si v průběhu svého života utváří názory, představy o tom čeho by chtěl v životě dosáhnout a čím by chtěl jako osobnost být. Autorka klade důraz na sebepoznání, tzn. nepřetržité uvědomění vlastních pocitů, schopností, ale i nedostatků ve všech situacích. Z toho vyplývá, že sestra může porozumět chování nemocných, jejich reakcím a emocím pouze pokud zná dobře sama sebe. Je třeba si uvědomit důležitost tohoto sebepoznání. Protože i pouze pokud zná dobře sama sebe, může se sebou efektivně pracovat.

Komačková (2009) tvrdí, že vzdělání sester v oblasti efektivního zvládnání zátěžových situací může pomoci jejich zručnosti, dovednosti hodnocení a schopnosti zvládat situace v pracovním procesu i osobním životě. Mohou tím tedy pomoci sobě

samotné, pacientovi i jeho blízkým ve zvládnání náročných životních situací, které pramení nejen z jeho zdravotního stavu.

Dělením copingových strategií, tedy strategií pro zvládnání stresu, se zabývá řada autorů v České republice – viz níže, ale dle výzkumného článku Komačkové (2009) i řada zahraničních autorů. Komačková kupříkladu navrhuje tři strategie zvládnání stresu. První strategie je vlastně znalostní. Sestra by měla dokázat stres identifikovat a snažit se reagovat. Druhá strategie by sestře měla pomoci rozpoznat konkrétní stresory a řídit jejich vliv. Třetí strategie je zaměřená na změnu a zdravý životní styl. Výzkum autorky prokazuje závislost délky praxe sester s mírou využívání strategií mentálního úniku. Sestry s delší praxí tedy využívají strategie mentálního úniku a úniku do humoru méně než sestry s krátkou dobou praxe.

Vévoda et al. (2013) řadí mezi strategie působící pozitivně při zvládnání stresu sociální podporu, motivaci k práci, dostatečnou personální výbavu pracoviště, jasné vytyčení kompetencí, jistou benevolenci při rozhodování a redukci přesčasové práce. Jedním z nejdůležitějších faktorů je dle autora dodržování efektivních zásad psychohygieny.

Vymětal (2009) rozděluje strategie zvládnání stresu na krátkodobé a dlouhodobé. Do krátkodobých řadí intervence určené k bezprostřední redukci stresu působícího na organismus. Například dechová cvičení, pohybovou aktivitu, přenesení pozornosti nebo možnost se napít. Dlouhodobé strategie zvládnání stresu snižují zátěž postupně, jejich aplikace trvá déle. Patří mezi ně pravidelná pohybová aktivita, zdravá životospráva, plánování nebo věnování se zálibám.

Křivohlavý (2010) se v dělení zvládnání stresových strategií zaměřuje na Lazarovy strategie zaměřené na řešení problému a strategie orientované na emoce. Navíc autor nabízí řadu přímých intervencí pro práci se stresem. Autor také demonstruje cíle osob uvedených do stresových situací. Tyto osoby se nejčastěji snaží snížit hladinu zátěže, tolerovat i neúnosnou zátěž, zachovat si pozitivní tvář pro okolí, zlepšit životní podmínky a pokračovat v sociální interakci uvnitř týmu.

Ze slov právě zmíněných autorů tedy vyplývá, že zvládnání stresu a práce s ním není nikterak lehká záležitost, zároveň však není stres neřešitelný a sestře je nabízena řada možností k jeho řešení. Komačková (2009) shrnuje problematiku následovně. Pro zvládnání stresu je zapotřebí efektivní řešení problémů na pracovišti i v soukromém životě sestry. Je třeba řešit nejen stresové situace, ale i pocity a využívat dostupných

možností lidské, sociální podpory. Zároveň se snažit redukovat, odbourávat fyziologické reakce indukované stresem.

### ***1.3.5 Pracovní zátěž a její dopady na sestry***

Profese sestry byla, je a bude vždy profesí náročnou. Náročnou nejen po fyzické, ale i psychické stránce, která právě v současnosti vykazuje nemalé následky na zdraví a výkon sestry. Psychická zátěž u zdravotnických pracovníků vyvstává již z podstaty ošetřování. Je to práce s lidmi a zároveň pro lidi. Sestra se může potýkat s řadou komunikačních potíží, dostávat se do komplikovaných sociálních interakcí a navíc je na ni kladen tlak neustálého zvyšování nároků a požadavků na péči (Komačková, 2009).

Činitelé pracovní zátěže při práci jsou vymezeny Nařízením vlády č. 361/2007 Sb., které stanovuje podmínky pro ochranu zdraví při práci. Psychickou zátěží při práci a podmínkami ochrany zdraví v souvislosti s psychickou zátěží se zabývá část druhá, hlava V. Práce s psychickou zátěží je tedy dle nařízení vlády vymezena: prací spojenou s monotonií, prací v nuceném pracovním tempu, prací v třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu, práce vykonávaná v noci.

Pracovní zátěž sester je dle Zaghlouliho a Abou El Eneina (2009) popisována jako fyzická a emoční reakce vyplývající z interakce sestry a prostředí, ve kterém pracovní činnost vykonává. Autoři tvrdí, že problém nastává, pokud požadavky kladené na sestru v prostředí přesahují její schopnost zvládnutí zátěže.

Hodnocení psychické pracovní zátěže je poměrně obtížné, zejména kvůli vysoké subjektivitě. Obtížné neznamená nemožné. Psychickou pracovní zátěž lze monitorovat a hodnotit psychologickými výkonovými testy, psychofyziologickými technikami se zaměřením na fyziologickou reakci organismu na psychickou zátěž nebo biochemickými metodami, které hodnotí vylučování hormonů. Všechny tyto metody se zakládají na subjektivní odezvě organismu na psychickou zátěž (Vévoda et al, 2013).

Osobnost sestry, její schopnosti a charakteristika mohou mít také přímý vliv na psychickou pracovní zátěž (Kadučáková, 2011). Kikuchi et al (2013) doplňuje, že na snášení psychické zátěže má vliv i temperament jedince.

Riahi (2011) tvrdí, že enormní psychická zátěž a exponování stresu mají na psychiku jedince negativní dopad. U takovýchto jedinců se projevují příznaky neklidu, únavy, emočního vysílení, vznik depresivních stavů a syndromu vyhoření. S čímž

souhlasí i Kikuchi et al. (2013), která konkretizuje negativní dopad psychické zátěže na psychické zdraví sester v nemocničních zařízeních.

Komačková (2009) zmiňuje, že stres, do kterého se jedinec dostává při práci, náleží v Evropě k nejvíce negativním faktorům v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví. Jistým varovným signálem o psychické zátěži sester je i výzkumné šetření Tsai a Liu (2012), které poukazuje na větší riziko vzniku depresivních stavů u zdravotnických pracovníků oproti většinové populaci. Navzdory prokázaným, výše zmíněným faktům, si sestry dle výzkumu Madziové a Janíkové (2013) nejsou významu psychické zátěže při ošetřování pacientů plně vědomé nebo psychickou zátěž jako potenciální hrozbu pro své zdraví nevidí. Pokud sestry například měly vybrat mezi činiteli, které je v pracovní procesu nejvíce ohrožují, vybraly v 85% biologické hrozby. Pouze 2% sester označila psychickou zátěž a stres na pracovišti.

Dle teorie Victorie Henderson by na pracovišti mělo být docíleno, aby žádný člen ošetřovatelského týmu nekladl na ostatní členy týmu přehnané nároky, které by znemožňovaly vykonávání jeho jedinečné funkce. Dále by členové ošetřovatelského týmu neměli být vyrušováni nezdravotnickými činnostmi, které by zapříčiňovaly zanedbáváním jeho funkce a role v týmu (Pavlíková, 2006).

Jak již bylo zmíněno, profese sestry, která je psychicky i fyzicky náročná, je potenciálním rizikem pro vznik syndromu vyhoření (burn-out syndrom) (Venglářová et al. 2011). Burn-out syndrom může být definován jako fyzické, psychické a emocionální vyčerpání provázené pocitem osobního neúspěchu (Friganovic et al., 2017). Pro syndrom vyhoření je primárně typický zejména projev v psychice člověka, v našem případě sestry. Až po té dochází k projevům na fyzickém stavu. Pokud tyto dva komponenty spojíme, dojdeme k názoru, že syndrom vyhoření je komplexním psychosomatickým problémem. Tělo člověka se postupem času a vystavování stresu stává tělesně, psychicky i emocionálně vyčerpané, což je problém nejen v povolání sestry. Autorka v publikaci zmiňuje i rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření a jeho jednotlivé fáze (Venglářová et al. 2011).

Zajímavostí může být výzkum kolektivu Gómeze-Urquiza (2017), který pokazuje na riziko vzniku burn-out syndromu v souvislosti s věkem sester. Konkrétně sestry v mladém věku jsou syndromem vyhoření ohroženy více a autor doporučuje další prozkoumání této problematiky.

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

*Pro výzkumné šetření diplomové práce byly stanoveny následující cíle:*

**Cíl 1** Zjistit, jak sestry vnímají bolest pacientů.

**Cíl 2** Zjistit, jak sestry reagují, v případě, že poskytované intervence managementu bolesti nejsou dostatečně účinné.

**Cíl 3** Zjistit, jak sestry hodnotí bolest pacientů.

**Cíl 4** Zjistit názor pacientů na tišení bolesti sestrami.

### **2.2 Výzkumné otázky**

*V souvislosti s vytyčenými cíli práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:*

- 1 Jakým způsobem sestry zaznamenávají sledování bolesti do dokumentace?
- 2 Jakými prvky sestry hodnotí bolest pacientů?
- 3 Jaký je názor sester na hodnocení bolesti a její efektivitu?
- 4 Jak sestry reagují na verbalizaci bolesti pacientem?
- 5 Jaké intervence, napomáhající zvládnání bolesti, sestry podnikají samostatně bez indikace lékaře?
- 6 Jaké emoce a prožitky sestry pociťují při péči o pacienty s bolestí?
- 7 Jak sestry mění postoj k vnímání bolesti v průběhu praxe?
- 8 Mají sestry možnost a zájem vzdělávat se v oblasti zvládnání pacientovy bolesti?
- 9 Mají sestry možnost a zájem vzdělávat se v oblasti jednání s pacientem s bolestí?
- 10 Jak pacienti s bolestí hodnotí péči sester o jejich osobu?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

**Bolest** - „Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální zážitek multidimenzionálního rázu spojený s akutním či potencionálním poškozením tkáně nebo je v termínech takového poškození popisován“ (IASP, 2012).

**Emoce** – Citové hnutí mysli (Vokurka et. al., 2016).

**Hodnocení bolesti** - Nemocniční zařízení musí mít povinně stanovená kritéria pro hodnocení bolesti. Kritéria musí být objektivně posouditelná a znovuhodnotitelná. Zároveň musí být škály a způsoby hodnocení bolesti konzistentní s věkem, stavem a rozumovými schopnostmi pacienta. Zdravotnické zařízení má reagovat na bolest pacienta na základě stanovených kritérií už při přijetí pacienta do péče nebo při ambulantní návštěvě. Nadále potom při hospitalizaci musí provádět opakovaná hodnocení a záznamy do dokumentace (JCI, 2017).

**Nefarmakologické intervence sestry** – intervence mimo podání ordinovaných farmakologických preparátů, mohou být lékařem ordinované i plně v kompetencích sestry. Např. aplikace tepla a chladu, emoční podpora, komunikace a další (Munden ed. et al., 2006).

**Management** – systematický proces řízení, vedení, plánování, koordinace a vedení se záměrem dosáhnout cíle (Kalnický ed. et al., 2012).

**Management bolesti** - forma terapie, která využívá koordinovaný a interdisciplinární přístup k zmírnění utrpení a zlepšení kvality života lidí zažívajících bolest (NLK – Tezaurus, 2018).

## 3 Metodika

### 3.1 Popis metodiky práce

Pro vypracování empirické části diplomové práce na téma „*Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry*“ byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl prováděn v období února až dubna 2018 pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a pacienty. Šetření probíhalo na standardních oddělení, odděleních intenzivní péče i v ambulantní sféře. Před provedením výzkumného šetření bylo získáno povolení k výzkumu a souhlas vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení. Podmínkou provedení výzkumu bylo dodržení anonymity respondentů i celého zdravotnického zařízení. S ohledem na dodržení anonymity všech zúčastněných neuvádíme souhlas s výzkumným šetřením. Záznam o povolení k výzkumu je dostupný u autorky práce.

Polostrukturované rozhovory byly provedeny dle podkladu uvedeného v příloze 5. Otázky byly koncipovány tak, aby vycházely ze stanovených cílů práce a teoretických poznatků. Dotazy na sestry jsme zaměřili na zjištění praktik a technik využívaných v managementu bolesti. Zároveň jsme chtěli zachytit postoj sester k vnímání bolesti jako takové, jejich emoční prožitky a zátěž. Rozhovory s pacienty byly koncipovány tak, aby částečně zajistily zpětnou vazbu na odpovědi sester a vysvětlily, jak pacienti vnímají péči o svou bolest ze strany ošetřujícího personálu. V průběhu rozhovoru došlo dle odpovědí respondentů k pokládání doplňujících otázek. Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem dotazovaných anonymně. Rozhovory byly se souhlasem všech respondentů zaznamenávány na záznamové zařízení, současně ale respondenti uveřejnění hlasových záznamů odmítají. Na přiloženém CD, označeném jako příloha 6, proto naleznete kompletní přepisy rozhovorů s jejich převedením do spisovné češtiny.

Pro kategorizaci dat získaných z rozhovorů byla zvolena metoda barvení textu. Na základě barvení textu bylo stanoveno 6 kategorií a 2 podkategorie.

Na poznatky, které vycházely z jisté inkongruence mezi odpověďmi sester a pacientů, jsme reagovali zařazením další doplňkové výzkumné metody, a to skryté zúčastněné pozorování. Pracovní záznamový arch naleznete v příloze 7. V této části jsme pozorovali, jak sestry skutečně reagují na bolest verbalizovanou pacientem. Hodnotili jsme práci s dokumentací, komunikaci i celkové verbální a neverbální projevy sester při poskytování ošetrovatelské péče. Poznatky z pozorování byly průběžně



zapisovány do záznamového archu. Celkem bylo uskutečněno 6 pozorování. Získaná data byla posléze zpracována a jejich výsledky naleznete ve 3 kategoriích.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Základní výzkumný soubor tvořilo celkem 12 sester a 8 pacientů. Dále byl výzkumný soubor rozšířen o 6 pozorovaných sester. Rozsah souboru byl dán na základě teoretické nasycenosti odpovědí respondentů. Kritériem pro výběr respondentů sester byla kvalifikace všeobecné sestry s minimální dobou praxe jednoho roku. Celkem bylo pro rozhovor se sestrami osloveno 17 sester ze 4 různých oddělení, z toho 12 souhlasilo s výzkumným šetřením a jeho podmínkami. Pro výzkumný soubor z řad pacientů bylo osloveno 10 respondentů, z nichž 8 souhlasilo s podmínkami výzkumu. Kritériem pro výběr tohoto souboru byla hospitalizace v nemocničním zařízení s minimální dobou pobytu 3 dny nebo aktivní docházení na stanici ambulance bolesti.

Pro výběr a získání respondentů pro rozhovory byla zařazena snow-ball technika.

Výběr respondentů pro pozorování byl realizován prostým výběrem. Pozorováno bylo 6 sester, které byly pozorovány vždy během jedné pracovní směny při řešení bolesti pacientů v pooperačním období.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů v rozhovorech

Tabulka 1 Identifikační údaje sester v rozhovorech

Označení respondenta	Délka praxe v oboru (roky)	Vzdělání v oboru
S1	28	středoškolské, PSS
S2	31	středoškolské, PSS
S3	10	středoškolské
S4	2	vysokoškolské, Bc.
S5	25	středoškolské
S6	22	středoškolské, ARIP
S7	2,5	vysokoškolské, Bc.
S8	24	středoškolské, ARIP
S9	4	vysokoškolské, Bc.
S10	32	vysokoškolské, Mgr.
S11	9,5	středoškolské
S12	1	středoškolské, Dis.

(Zdroj vlastní)

Tabulka číslo 1 má za úkol identifikovat a charakterizovat skladbu výzkumného vzorku z řad sester v rozhovorech. Všechny dotazované sestry byly ženy. Označení respondenta sestry je v tabulce označeno písmenem „S“, k němuž dle pořadí ve výzkumném šetření náleží i číselné označení „S1-S12“. Délka praxe je označené v letech. Sestra s nekratší dobou praxe má praxi v oboru jeden rok. Naopak sestra s nejdelší dobou praxe pracuje v oboru 32 let. V posledním sloupci nalezneme nevyšší dosažené vzdělání sester. Ve výzkumném vzorku jsou zahrnuty sestry se středoškolským a vysokoškolským vzděláním i specializačním studiem.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů v rozhovorech

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Délka hospitalizace x ambulance bolesti	Diagnóza
P1	muž	76	8. den / 4 roky ambulance bolesti	Aortobifemorální bypass + vertebrogenní algický syndrom
P2	žena	51	12. den	Parciální colectomie
P3	žena	20	8. den	Necrectomie + plastika v oblasti nártu
P4	žena	26	4. den	Laparoskopická operace cholelithiasy
P5	muž	45	3. den	Operace varixů DK
P6	žena	19	8. den	Stomatochirurgická operace maxily s mezičelistní fixací
P7	žena	50	5. den	LAHV
P8	muž	53	4. den	Excize lipomu stehna

(Zdroj vlastní)

Tabulka číslo 2 identifikuje skladbu výzkumného souboru pacientů. Označení respondenta z řad pacientů znázorňuje písmeno „P“, ke kterému náleží číselné označení, dle pořadí ve výzkumném šetření. Dále lze v tabulce nalézt rozčlenění pacientů dle pohlaví. Třetí sloupec znázorňuje věk pacientů. Věkové rozpětí výzkumného souboru bylo 19-76 let. Ve čtvrtém sloupci naleznete, kolikátý den hospitalizace pacienta byl rozhovor prováděn. Posledním údajem v tabulce je stručná hlavní diagnóza pacienta.

## ***4.2 Seznam kategorií a podkategorií pro rozhovory***

**Kategorie 1** Hodnocení bolesti sestrami

**Kategorie 2** Vnímání bolesti pacientů sestrami

**Podkategorie 2.1** Změny ve vnímání bolesti sestrami

**Podkategorie 2.2** Zátěž v profesi sestry

**Kategorie 3** Sestry a management bolesti

**Kategorie 4** Vzdělávání sester

**Kategorie 5** Hodnocení pacientů

**Kategorie 6** Doporučení pacientů

## Kategorie 1 Hodnocení bolesti sestrami

Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že hodnocení bolesti pacientů je pro sestry běžnou denní pracovní záležitostí. To dokládá i názor sestry S11: *„Bolest prostě hodnotíme každý den a to vícekrát.“*. Všechny dotazované sestry využívají při hodnocení bolesti hodnotící škály. Nejčastěji dotazované sestry využívají Visuální analogovou škálu, na níž se shoduje devět sester. Nejlépe je tento názor vyjádřen citací: *„Já se ptám nejčastěji na škálu VAS od 1 do 10, kdy jedna je malá bolest a 10 je maximum, co si dokáží představit“* (S4). Sestry v rozhovorech nerozlišovaly rozdíl mezi visuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou, což podkládá citace sestry S11: *„Vlastně hodnotíme tou stupnicí VAS, což je škála vlastně od 1 do 10, kdy 10 znamená největší bolest, kterou si dokáže ten pacient představit.“* Sestry S2, S7, S9 a S10 používají přímo grafické znázornění visuální analogové škály a číselné zaznamenání, což vystihují výroky: *„Slovně se ptáme pacienta na škálu bolesti. Máme tu i pravítko na bolest s takovým červeným trojúhelníkem, na kterém se dá ukázat intenzita bolesti.“* (S9) Polovina dotazovaných sester zná ještě využití obličejové škály: *„Ne, jinou škálu asi neznám. Pak už máme jen obličejovou“* (I2). Sestra S10 pracující na ambulanci bolesti zná jako jediná více možností hodnocení bolesti i škál. Přičemž upozorňuje i na zaznamenávání okolností bolesti, lokalizace, ovlivňujících faktorů, vývoji bolesti v čase a zejména větší spolupráci mezi ošetřujícím personálem a pacientem, viz její výrok: *„Na hodnocení bolesti máme dotazníky, které jsou zaměřené jednak na intenzitu, jednak na charakter, na lokalizaci, na to jsou takové speciální mapy člověka, kde to pacient nebo ve spolupráci s pacientem zaznamenáváme. Zaznamenáváme i časové údaje, kdy je nějaká špička té bolesti, kdy bolest není, kdy je, jak dlouho trvá, za jakých podmínek vznikla a přidáváme k tomu faktory, které s tím souvisí. Nejen při tom vstupním vyšetření, které je opravdu podrobné, ale pak při každé kontrole se hodnotí minimálně intenzita bolesti a nějaké změny ve smyslu změny charakteru bolesti. Navíc necháváme pacienta vést si takový deník bolesti, kam zaznamenává, co mu bolest provokuje, zhoršuje, ulevuje. Je tam vidět ten vývoj léčby bolesti“* (S10). Naopak sestra S1 při hodnocení pacientů využívá pouze slovní vyjádření typu: *„Tady se bolest hodnotí prakticky jen na slovní dotaz. Zeptám se pacienta, jestli má bolesti. Když má bolesti, dostanete od bolesti injekci nebo něco jiného.“* (S1)

Při hodnocení bolesti spoléhá většina dotazovaných sester na verbalizaci bolesti pacientem, což prokazují výroky: *„Hodnotím dle jeho verbálního projevu, prostě mi to*

řekne.“(S4) nebo „Podle toho, že mi pacient řekne, že ho něco bolí“ (S2). Sestry S9 a S11 uvádí při hodnocení bolesti na prvním místě neverbální projev pacienta, jako: „Podle pacientovy polohy, řeči, jakým stylem mluví a pak, že mi to i přímo řekne, že má bolest“ (S9). Pokud sestry měly jmenovat neverbální projevy bolesti, shodly se nejčastěji na změně mimiky pacienta, kterou uvádí 10 sester z 12, dále na poloze pacienta, kterou uvádí 7 sester, popřípadě omezeném pohybu, který doplňují sestry S1 a S8. Toto hodnocení je podloženo výroky: „Mimika, omezený pohyb, celková taková zkroušenost, nechtějí se bavit, jsou zkroučení v lůžku nebo vyhledávají různé úlevové polohy.“ (S8) a „Mimika, úlevové polohy, soustředění na tu bolest, takže jsou často neteční nebo naopak až přehnaně podráždění“ (S7). Sestry S4, S5, S7, S11 a S12 uvádí jako neverbální projev bolesti podrážděnost, psychomotorický neklid a negativismus, což vystihuje sestra S5: „Neverbálním ukazatelem, když se po nás ohání rukama, brání se nám, sahá si na části těla, které si myslíme, že ho bolí.“ Sestry S9 a S11 navíc doplňují do neverbálních projevů přímo agresí: „Poloha pacienta, výraz v obličeji a grimasy, agrese“ (S9). Z výpovědí sester S4 a S8 je patrné, že mezi neverbální projevy bolesti lze řadit i změny ve fyziologických funkcích, viz citace sestry S8: „Tak to jde objektivně vidět třeba na monitorech nebo na fyziologických funkcích, když je sledujeme. Rozběhnou se pulzy, zvedne se tlak krve.“ Sestra S10 shrnuje téma hodnocení bolesti následovně: „Hodnocení závisí na souhře toho objektivního, co můžeme vidět a toho, co nám ten pacient subjektivně udává.“

V souvislosti s hodnocením bolesti vedou sestry záznamy v dokumentaci pacientů a to jak v dekurzu pacienta, tak v ošetrovatelské části dokumentace. Sestry S4, S6, S7, S8 a S9 udávají, že zapisují hodnoty visuální analogové škály přímo do dekurzu pacienta. Polovina sester vede zvlášť záznam monitoringu bolesti, což je vyjádřeno výroky S1: „Zaznamenáváme do záznamu monitorace bolesti, tam je právě kolonka VAS. To je taková mřížka, kde je časová osa a pak čísla 0-10 pro intenzitu bolesti.“ Ve spojitosti se zaznamenáváním a hodnocením bolesti vedou sestry taktéž ošetrovatelské diagnózy akutní a chronické bolesti, jak zobrazuje S8: „Píšeme hodnotu VAS do dekurzu a intervence do ošetrovatelských diagnóz.“ Sestra S10 se odlišuje v hodnocení a zaznamenávání bolesti od ostatních. Udává, že hodnocení bolesti na jejím pracovišti je v úzké spolupráci s lékařem, to dokládá tvrzením: „Tohle nevím, jak Vám mám vysvětlit. Je toho poměrně dost a tady fungujeme hodně ve spolupráci s lékařem. S pacientem se sbírá v první řadě s lékařem kompletní anamnéza bolesti a pak při každé kontrole hodnotíme společně změnu, jak zabírají léky, jak se bolest u pacienta vyvíjí a podobně.“

Při hodnocení bolesti má většina sester na pracovišti daný interval, v kterém minimálně musí u pacienta s bolestí bolest hodnotit. Udávají, že v tomto čase musí být vždy proveden záznam v dokumentaci. Tuto situaci nejlépe vystihuje S1: *„Tady hodnotíme po šesti hodinách, to by měl minimálně být záznam v ošetrovatelské dokumentaci.“* Zároveň tyto sestry při hodnocení bolesti upozorňují zvláště na vlastní úsudek, kdy mají bolest hodnotit. To podkládáme příslušným výrokem (S8): *„Šestihodinový interval, to musí být vždy záznam v dekurzu, ale když vidím, že se pacient kroutí v posteli nebo si myslím, že ho něco bolí, tak se ho zeptám na bolest kdykoliv a nenechám ho trpět. Je to i na Vašem uvážení.“* Z této většiny sester se vymyká pouze sestra S10, která vzhledem k ambulantnímu provozu nemá daný žádný interval pro hodnocení bolesti. Bolest hodnotí při každé individuální návštěvě pacienta: *„Tak v ambulantním provozu se bolest nehodnotí jako na lůžkových odděleních. Nehodnotíme po hodinách. Nelze říct, že bychom měli nějaký standard. Hodnotíme bolest při každé návštěvě pacienta. V začátcích jsou ty návštěvy pacienta častější, minimálně třeba jednou za čtrnáct dní, aby se nastavila léčba tak, aby to fungovalo. Paku už pacient docházel více méně dle jeho potřeby.“*

K subjektivnímu úsudku patří i informace, že část sester udává, že věří pacientovi, že má bolesti, ale mají pochyby o její intenzitě, jak vyjadřuje S4: *„Bolest jim věřím vždy, ale někdy si nemyslím, že je to taková síla bolesti, jakou udávají.“*

Sestry jsme se dále dotazovali na hodnocení a zaznamenávání nežádoucích účinků analgetické léčby. Všechny dotazované sestry se shodují, že v případě podezření na nežádoucí účinek analgetické terapie hodnotí reakce vizuálně a informují lékaře. Nejlépe toto tvrzení vyjadřuje sestra S7: *„To objektivně uvidíte. Většinou je pacientům špatně od žaludku - zvrací, občas se objeví nějaké kožní projevy. Anafylaktický šok jsem zatím nezažila. Musíme co nejdřív informovat lékaře.“* Sestry S1, S2, S4, S6, S9, S10 a S11 vyzdvihují nutnost provedení zápisu o reakci do dokumentace, což dokládá ciatce sestry S6: *„Slovně to píšeme do dokumentace a informujeme lékaře. Lék ani stejnou účinnou látku už pak nepodáváme.“* Sestry S9 a S10 upozorňují na zjištění příčin reakce a informování pacienta o reakci, která u něj nastala a po jakém léku vznikla, aby to pacient mohl uvést i u jiných lékařů: *„Musí tam být vidět, jaká reakce to byla a po podání čeho, abychom to příště nepodávali. Taky by to měl vědět ten pacient, aby to případně řekl při další hospitalizaci.“* (S9) a *„Musí se zjistit, jestli je to z příčiny léku nebo z nějaké lékové interakce. Přípravek se tedy většinou dál pacientovi nepodává.“* (S10)

V situaci, kdy měly sestry hodnotit efektivitu hodnocení bolesti na jejich pracovišti, se většina dotazovaných sester přiklání k názoru, že efektivita hodnocení bolesti na jejich pracovišti je na dobré úrovni a dosavadní systém hodnocení bolesti by ponechaly. Tento názor formuluje nejlépe sestra S8: *„Hodnocení si myslím, že je poměrně efektivní, samozřejmě má své mezery, ale i tak si myslím, že má dobrou úroveň.“* Odporují jim sestry S3, S9 a S12, které v hodnocení bolesti nevidí efektivitu ani význam, což podtrhují výroky: *„Efektivita je dle mě žádná.“* (S3) a *„Ne nemyslím, že je to k něčemu“* (S12.) Pokud by sestry měly něco pro zvýšení efektivnosti a využitelnosti změnit, požadovaly by větší spolupráci lékařů tak, jak to vyjadřuje sestra S12: *„Aby to hodnocení bolesti k něčemu bylo, měli by si ho číst i lékaři a reagovat na to.“* na čemž se shodují sestry i S1, S3, S5, S6.

## **Kategorie 2 Vnímání bolesti pacientů sestrami**

Jednou ze základních otázek bylo zodpovědět, jak sestry vnímají bolest svých pacientů. Obecně si většina dotazovaných sester představuje pod výrazem „*bolest*“ jakkoli nepříjemný prožitek subjektivního rázu, který na pacienta silně působí, viz tvrzení S7: *„Subjektivní pocit, který musíme respektovat, protože pouze ten pacient nám může říct nebo vyjádřit, jak ho to bolí“.* Sestry S1, S3, S4 a S6 vnímají bolest navíc jako signál nějakého problému nebo komplikace, která se v organismu odehrává, a to specifikují v zastoupení sestry S5 následovně: *„Bolest je určitě vyjádření organismu, že něco není v pořádku, kdy dochází ke změnám stavu.“* Sestra S2 zmiňuje, že bolest nepůsobí pouze na pacienta, ale týká se více zainteresovaných lidí kolem: *„Bolest je nepříjemný stav, zážitek, který ovlivňuje pacienta, vlastně nejen pacienta, všechny okolo.“*

Sestry byly dále dotazovány, jak vnímají bolest pacientů z hlediska emočních prožitků. Polovina sester z výzkumného souboru pociťuje při práci s pacienty s bolestí lítost a soucit. Nejlepším tvrzením je vyjádření S5: *„Určitě to v nás zanechává nějakou stopu. Nejspíš to bude soucit. Sami podle těch našich pocitů i informujeme lékaře, aby změnilo nebo navýšilo terapii.“* Sestry S3, S6 a S10 udávají při práci s pacienty se zejména dlouhodobou bolestí pocitu beznaděje: *„Když vidíte někoho umírat v bolestech, tak na to se nedá koukat. Nemůžete nic dělat. To Vás bolí taky, ať se na venek tváříte jakkoliv statečně nebo se snažíte vtipkovat.“* (S6)

Rozhovory jsme zjišťovali, co sestry osobně vede k řešení a tišení pacientovi bolesti. Sestry uvádí, že impulzem pro řešení pacientovi bolesti je pro ně pocit soucit



(S1, S2, S6, S8, S9, S10, S11). Tytéž sestry vede k řešení pacientovy bolesti představa vlastní bolesti nebo bolesti svých blízkých, což vystihuje sestra S9: „*Určitě představa té bolesti a také, že to bolí někoho mě blízkého.*“ Sestru S7 vede k řešení pacientovi bolesti lidskost: „*Tak snad lidskost, ne? Je neetické neřešit bolest, dle mě.*“ Sestru S4 vede k řešení pacientovy bolesti mimo jiné strach z možných komplikací: „*Určitě je to strach z komplikací, soucit s pacientem, empatie a pocit aby si nemysleli, že je zanedbávám. Nevím, jak bych tento pocit jinak popsala.*“ Jediná sestra S12 uvádí, že řešení pracovní bolesti je pro ni pracovní povinnost: „*I přes všechno to cítění je to pro mě prostě povinnost a práce tišit bolest.*“

Z rozhovorů sester vyplývá, že sestry vnímají i odlišnosti v komunikaci s pacienty s bolestí. Kromě sester S1 a S2 se všechny dotazované sestry shodují, že komunikace s pacientem s bolestí je odlišná a vyžaduje jiný přístup než u pacienta bez bolesti, viz tvrzení: „*Komunikace je jiná, je to o tom celkovém jednání s pacientem.*“ (S9) A opačný názor sestry S12, která udává, že komunikace s pacientem není modifikovaná bolestí, ale závislá na osobnosti pacienta: „*Osobně si myslím, že komunikace není úplně změněná bolestí, je to spíš dané osobností a charakterem. Je to hrozně individuální.*“ Dle sester S4, S8 a S11 je u pacientů při komunikaci větší riziko agrese a podrážděnosti pacienta, což vnímají negativně. Tento pocit a postoj znázorňuje S11: „*No určitě, protože ta agresivita může někdy dost prudce vzrůst. Bolest ji taky může vyprovokovat. Když už to vidíte, tak se začínáte bát. Ten člověk je takový jiný. Nevolila bych přístup „řuču řuču“, to určitě ne, spíš stručnější, ale ukázat, že mám zájem tu jeho bolest řešit, že pro něj něco dělám.*“ Na to reagují sestry S2, S3, S4, S9 a S11, které doporučují volit u pacientů s bolestí citlivější a opatrnější komunikační přístup, což je zastoupeno výrokiem S4: „*Tak určitě ten člověk je podrážděný, unavený a chce ode mě, abych mu pomohla, ta komunikace je prostě jiná. Musím být ohleduplnější a oni i očekávají více mé pozornosti myslím*“ V rozhovorech se u sester S5, S6 a S10 objevil i názor, že bolest a soustředění na ni může způsobit komunikační bariéru. To nejlépe vystihuje S10: „*Je tam takové to bolestivé chování. Někdy může být i taková soustředěnost na sebe. Myslím si, že ta komunikace je náročnější. Protože pacientova schopnost komunikovat a nějak se vyjadřovat může být hodně ovlivněná tou bolestí.*“ Sestry S3, S4, S9 a S11 udávají, že pacient vycítí jejich komunikační přístup i v péči o bolest, což shrnuje S9: „*Musí se trochu opatrněji a netvářit se úplně jako spasitel lidstva. Ten člověk prostě cítí, jaký k němu máme přístup, jestli nám záleží na jeho problému/bolesti.*“

## Podkategorie 2. 1 Změny vnímání bolesti sestrami

V návaznosti na odpovědi sester jsme zjišťovali, jak se vnímání bolesti sester vyvíjí v čase s dobou praxe a jaké má další ovlivňující faktory. Přestože kromě sester S1, S2, S5 a S10, které přiznávají, že v průběhu praxe prošly změnou v postoji k bolesti pacientů, což nám dokládá S10: *„Když to srovnám jako hned po střední škole? No to jsem o bolesti nevěděla vůbec nic. Myslím, že jsem se od té doby hodně posunula.“* Ostatní sestry neudávají změnu ve vnímání a prožívání bolesti pacientů. Přesto uvádí nepřímou všechny dotazované sestry v dalších odpovědích změny a znaky vývoje ve vnímání bolesti. Mezi tyto změny patří vnímání odpovědnosti za tišení bolesti, kterou udávají sestry S4, S7, S9 S12, to je podloženo vyjádřením: *„Myslím, že zatím se ten postoj po dvou letech praxe moc nezměnil. Možná jen oproti škole v tom, že jako student jsem neměla za aplikaci analgetik a hodnocení bolesti tu zodpovědnost. Teď se musím sama rozhodnout, co můžu nebo nemůžu kdy podat nebo když analgetika nemám ordinovaná, tak je na mě abych zajistila, aby je lékař napsal.“* (S7) nebo *„No, předtím to na škole jako student v rámci praxe neměla tu zodpovědnost. Prostě jsem sestře řekla, že pacient má bolest a tím to pro mě haslo. Teď už si říkám, že je to na moje triko a tahle změna pro mě byla těžká. Převzít tu odpovědnost“* (S4). Sestry S4, S5, S6 udávají změnu ve vnímání bolesti na podkladě zkušeností z hlediska důvěry, kdy s lety praxe pacientům bolest věří více či méně. To dobře vyjadřuje S5: *„Já osobně si teď myslím, že někteří lidé to na nás dost hrají oproti tomu, když jsem začínala.“* U sester dochází i vývoji vnímání hodnocení bolesti, kdy sestry S4, S6, S9, S12 subjektivně intenzivněji, hůře hodnotí a vnímají bolest pacientů po velkých operacích nebo v těžkých stavech, což projevují následovně: *„Ale třeba když je to jen opravdu malý výkon a ten člověk tam vyvádí, tak si řeknu: Sakra před tebou jsem viděla stovky pacientů po stejném výkonu a žádný takto nevyváděl/nevyváděla. Možná jim tu bolest úplně nevěřím, myslím si, že přehrávají. Naopak u pacientů po těžkých operacích jim tu bolest věřím víc a jsem sama překvapená, co u nich v uvozovkách „jen bolest“ dokáže.“* (S4) a *„Taky je rozdíl, jestli je ten pacient jen po malém zákroku nebo velké operaci“* (S6).

Dále jsme chtěli zviditelnit, jak osobní prožití bolesti u sester ovlivňuje / ovlivnilo jejich vnímání bolesti pacientů a přístup k nim. Sestry S4, a S9 udávají, že neprožily takovou bolest, která by změnila jejich pohled na ošetrovatelskou praxi o pacienty s bolestí: *„Po pravdě já jsem asi neměla takovou zkušenost, aby mě nějak ovlivnila. Neprodělala jsem žádnou operaci, tak ani nevím, jak to bolí“* (S9). Většina

dotazovaných sester udává, že prožití vlastní bolesti změnilo jejich pohled na pacienty s bolestí i prožitky, které z problematiky vyvstávají, což shrnuje výrok sestry S10: *„Opravdu to můj názor změnilo hodně. Teprve teď to chápu, úplně to vidím.“* Sestry S6, S10, S11 a S12 udávají, že vlastní prožitek bolesti u nich způsobil větší vcítění do pacientů. Jak je vyjádřeno sestrou S6: *„Doslova si dokážu živě představit, jak to pacienty bolí, co prožívají a snažím se jim nabízet analgetika aktivně.“* Sestry S2, S6 a S10 na podkladě vlastních zkušeností s bolestí aktivně nabízí analgetika, což zdůvodňují tím, že si pamatují, jakou jim osobně v konkrétních situacích analgetika přinesly úlevu. Tuto situaci formuluje přímo S2: *„Třeba už vím, že když mi dala sestra něco na bolest, po čem mi nebylo dobře, tak jaký to byl pocit, když bolesti nemůžete nic. Když místo úlevy od bolesti ještě třeba zvracíte. Naopak, když vám analgetika zaberou, tak je to jak kouzlo. Snažím se nabízet analgetika aktivně minimálně na noc nebo ráno, když budou pacienti rehabilitovat.“* Naopak sestry S1 a S5 tvrdí, že na podkladě vlastních zkušeností se dá spousta bolesti překonat. Pacienti dle těchto sester často nadužívají, až zneužívají analgetickou terapii. To dosvědčuje citace S1: *„Myslím si, že má poměrně vysoko práh bolesti a každý to neseme nějak jinak. Já si prožila ledvinovou koliku. Tady bych řekla, ze zkušenosti, co mám, že se bolest řeší až moc a analgetika se nadužívají. Jde o ten přístup. Myslím si, že podle toho svého postoje bych na ty lidi byla mnohem tvrdší. Myslím si, že v pohledu bolesti jsou pacienti často až „rozmachaní“. Jsou zvyklí, že dostanou pravidelně po 6 hodinách a kolikrát by to ani nebylo potřeba.“*

V rozhovorech byla zviditelněna i myšlenka, že každý zdravotnický pracovník by měl mít zkušenost s vlastní silnou bolestí, aby pochopil, co vše prožitek bolesti ovlivní a jak pacienta v této situaci ovlivní ošetřující personál, viz citace sestry S10: *„Nepřála bych zdravotníkům, aby je něco bolelo, ale myslím, že každý zdravotník by si měl projít nějakou takovou situací, kdy ho něco opravdu bolí. Pak se daleko lépe vcítíte do těch pacientů, když si tím projdete sám, to určitě. A uvidíte to i z druhé strany, jak se k vám chová personál, co byste od nich chtěli nebo potřebovali.“* Sestry S3, S7 a S8 udávají, že prožitek vlastní bolesti je v profesní sféře neovlivnil.

## **Podkategorie 2. 2 Zátěž v profesi sestry**

Pokud sestry měly přímo odpovědět, co vnímají jako zátěž v profesi sestry, tak se jejich názory dělí. Sestry S3 a S11 uvádí, že z jejich pohledu je zátěž v profesi sestry primárně fyzického původu, což vyjadřuje následovně S3: *„Nejmenovala bych práci s bolestí, jako zátěž. Pro mě zátěž v profesi sestry znamená rozhodně fyzickou zátěž.“*

*Bolest pacientů pro mě není vyloženě zátěží.“ Zbytek sester zařazuje práci s pacienty s bolestí do psychické zátěže a udává, že tento problém je výraznější při práci s pacienty s obtížně tišitelnou nebo chronickou bolestí. To nejlépe znázorňuje výrok S9: „Urcitě bolest pacientů dlouhodobě psychická zátěž je. Hlavně ty situace, kdy už má ten pacient vyčerpáno, nemůžete mu nic dát a stéle ho to hodně bolí. Zátěž i vtom, že je to na denním pořádku pracovat s bolestí.“ Naopak vyřešenou, ztišenou bolest sestry za problém nepovažují, tak jak to vyjadřuje S7: „Vyřešenou bolest, která zareagovala na analgetika, jako zátěž neberu, to tu má každý. Jako zátěž беру bolest, která mi nereaguje na podané léky nebo léky z nějakého důvodu nemůžu dát.“*

U sester S5, S7, S9 a S12 se v rámci odpovědi na otázku vnímání bolesti pacientů objevují známky distresu, což prokazují odpovědi: *„Spíš se jim snažíte pomoci, abyste je neviděla, jak se trápí. Mnohdy je to obtížné nebo nemůžete dělat, co byste chtěla.“* (S5) nebo *„Štve mě to a stresuje, až když ta bolest nejde z nějakého důvodu řešit nebo nemůžu jednat, jak bych chtěla. Když si pacientovi snažím dlouhodobě pomoci a nezabírá to, tak to vidím jako problém a zátěž“* (S12). Sestra S10, pracující na ambulanci bolesti uvádí, že dlouhodobá práce s pacienty s chronickou bolestí pro ni je vyčerpávající a přiznává syndrom vyhoření. To je podloženo její výpovědí: *„Musím říct, že ambulance bolesti hodně vyčerpává. Ti pacienti se hodně opakují, chodí stále ti stejní se stejnými problémy, stěžují si. Jsou to pacienti převážně s chronickou bolestí, kde není většinou šance, že budou úplně bez bolesti. Potom je to na to psychiku zdravotníka hrozná. Vidíte ty pacienty, jak se to nelepší. Těch, kteří tam skončí léčbu a jsou dobří, těch je málo. Postupem času cítíte apatii a beznaděj. Nechuť angažovat se víc než je potřeba. Myslím, že jsem reálně začínala mít syndrom vyhoření.“*

Zaměřili jsme se i na zátěž sester cílenou přímo na problematiku managementu bolesti. Zjišťovali jsme, jak sestry vnímají situace, jako: vnímání sester a reakce na situace, kdy pacient verbalizuje bolest a v dokumentaci není od lékaře ordinováno analgetikum nebo vnímání situace, kdy pacient udává bolest i po pravidelně/ právě aplikované analgetické terapii. V obou situacích se všechny dotazované sestry shodují, že se snaží informovat lékaře. Tuto informaci prokazuje sestra S9: *„Kontaktuji lékaře, že mám tento problém, jestli by se na pacienta nepodíval.“* Situace, kdy pacient i po právě/pravidelně podávané farmakoterapii verbalizuje bolest je zátěžová a nepříjemná pro 8 z 12 sester, což je zastoupeno citací S6: *„Trochu stres sehnat lékaře, jinak asi nijak.“* Čtyři sestry tuto situaci vnímají jako zátěžovou pouze v případě, že trvá dlouhodobě, viz vyjádření S5: *„Pokud to není dlouhodobá záležitost a při příští aplikaci*

*se pacientovi uleví, tak je to v pořádku. Pokud se to opakuje, tak to na vás působí špatně.“ Tři ze sester mají v této situaci strach z komplikací, tak jak to nejlépe vyjadřuje S9: „Bojím se, že se vzniká nějaká komplikace.“ Sestry S1 a S3 pacientům bolest v této situaci nevěří: „To je komplikované. Když mi pacient půlhodiny po aplikaci opiátu řekne, že to nemělo žádný efekt, tak to pacientovi nevěřím. Sama jsem zažila, že do deseti minut po aplikaci opiátu pocítí člověk minimálně v hlavě, že se něco děje“(S1).*

Situaci, kdy sestry nemají u pacienta s bolestí naordinovaná analgetika, vnímá taktéž většina sester negativně, co je dobře vyjádřeno sestrou S11: *„Není to úplně příjemná situace.“* Sestry S1 a S12 se v této situaci snaží využít nefarmakologických intervencí, jako je doporučení úlevové polohy: *„Volám lékaře a když ho nemůžu sehnat, tak zkouším ty prostředky, co můžu využít sama jako sestra. Doporučuji úlevovou polohu třeba.“(S12)* Sestry S4 a S11 podají farmaka samostatně nebo dle telefonické ordinace a požadují po lékařích zpětné dopsání léku do dekurzu, tak jak to shrnuje S4: *„Stalo se mi to, ale zatím naštěstí pouze párkrát. To jsem volala lékaři a ten to nebral, takže jsem podala Algifenové kapky a pak jsem lékaře poprosila, aby mi je tam dopsal.“* Sestra S10, pracující na ambulanci bolesti vylučuje, že by u nich léčený pacient neměl ordinovaná analgetika: *„To se na ambulanci bolest asi úplně nestane, aby lékař nenapsal analgetika, když tam kvůli nim pacient jde.“*

### **Kategorie 3 Sestry a management bolesti**

Většina dotazovaných sester dokáže svými slovy správně charakterizovat, co je management bolesti, přestože nezná přesnou definici. To nejlépe formuluje S10: *„Management no, lidově řečeno zajistit bolest ze všech stránek pohledu. Ze všech stran, tak aby ten pacient byl spokojený a v nejlepší variantě ho nic nebolelo, pokud to jde. Nejdřív tedy musíme nějak zhodnotit všechny ty faktory, které bolest ovlivňují, lokalizaci, intenzitu a tak dále. Následně pak spolupráce s lékařem, protože někdy to bez analgetik skutečně nejde. Tak pomocí farmakologických i nefarmakologických prostředků tu bolest tišit.* Sestra S3 nezná význam termínu management bolesti: *„Vůbec nevím, co si pod managementem bolesti představit.“* Tři z dotazovaných sester se dopouští chybného výkladu, viz citace sestry S5: *„Vůbec netuším, co si pod tím představit. Možná nervovou soustavu, která bolest přenáší.“*

Sestry byly dále ve výzkumném šetření dotazovány na situace, jak reagují v případě, že pacient verbalizuje bolest. Z odpovědí vyplývá, že verbalizace bolesti pacientem odstartuje u sester celý proces úkonů, které musí vykonat. Většina sester se

shoduje, že v této situaci jde nejprve zkontrolovat dokumentaci a zjišťuje, co může pacientovi podat za farmaka, dále podá příslušný ordinovaný lék a zaznamená opět do dokumentace snížení bolesti. Nejlépe toto tvrzení shrnuje sestra S12: *„Tak se ho zeptám, jestli bude chtít na bolest, dojdou se kouknout do dokumentace, jestli mu mohu něco podat a co. Pak podám nějakou tu medikaci. Po podání léku zaznamenám, že byl lék podán a pacienta se dojdou zeptat, jestli je to lepší a to opět zapíšu.“* Sestry S2, S10 a S11 zdůrazňují, že si i přes verbalizaci bolesti pacientem pacienta osobně zhodnotí, tak jak vyjadřuje S10: *„Určitě se trochu snažím sledovat to jeho chování. Někdy si to potvrdíte i objektivně, když má někdo velké bolesti, tak má vyšší i tlak a pulz, takže se to dá trochu zobjektivizovat.“* Pouze polovina sester udává, že se před podáním farmak ptá pacienta na intenzitu a lokalizaci bolesti, viz vyjádření S4: *„Když mi řekne, že má bolest, tak se zeptám, jak je ta bolest silná a kde je to bolí. Pak se ptám, kdy je to bolí. Jestli, když při pohybu nebo stále. Kouknu se do dokumentace a nabídnu jim, co můžu podat.“*

V rámci managementu bolesti jsme zjišťovali, jak sestry pracují s anamnézou bolesti pacienta a jak je historie pacientovi bolesti včleněna do péče o něj. Sestry S3 a S12 nezjišťují pacientovu historii bolesti ani anamnézu bolesti: *„Nezjišťuji žádné takovéto věci, pouze lékové alergie.“* (S3) Sestry S2, S6, S8 a S11 se v tomto ohledu spoléhají na již sebraná data uvedená v příjmových či překladových zprávách, což podkládáme výrokem sestry S11: *„Většinou to pacienti mají napsáno ve zprávách od lékaře, v překladové, příjmové i propouštěcí. Já se jich ptám jenom v rámci sesterské ošetrovatelské anamnézy, jestli je něco třeba dlouhodobě nebolí. Jinak, že bych se jich ptala na přímou zkušenost třeba s analgetiky a jinými léky to ne.“* Sestry S4, S7 a S9 zjišťují nějakým způsobem historii pacientovi bolesti, ale ne cíleně, tak jak to verbalizuje S9: *„Občas nám pacient řekne, že už má zkušenosti a že mu víc zabrala třeba infuze nebo, že mu po něčem nebylo dobře.“* Pouze sestry S1, S5 a S10 zjišťují nebo se snaží zjišťovat historii a anamnézu pacientovi bolesti: *„No většinou se zeptám, ale to neznamena, že bych mu lék, který je zvyklý brát doma dala jen tak. Pak se ptám třeba, když vím, že se léčí na onkologii a vím, že mají náplasti, tak kdy se jim mění, jestli si je doma mění sám, jestli náplasti musím shánět nebo je má pacient u sebe a tak.“* (S1) Z rozhovorů však vyplývá, že i když se sestry snaží zjišťovat informace o bolesti pacienta, tak žádná ze sester, kromě sestry S10, neví takřka nic o zvládnání bolesti pacientem v domácím prostředí: *„O zvládnání bolesti pacientem doma nic nezjišťuji.“*

(S2), což je v rozporu se sestrou S10: „Z hlediska bolesti prostě musíme vědět vše. Chceme vědět, i co si pacient nějak naordinoval sám a co už vyzkoušel.“

Sestry měly za úkol zodpovědět, jak postupují při terapii pacientovy bolesti z hlediska farmakologických a nefarmakologických intervencí. Všechny dotazované sestry se shodují, že v rámci léčby bolesti využívají farmakoterapii. Nejčastěji tyto sestry využívají injekčních forem léčiv, perorálních léčiva nebo čípky. To nejlépe zastupuje citace sestry S12: „Využíváme, jak těch ošetrovatelských intervencí, tak medikace dle ordinace lékaře, injekce, tabletky, čípky, kapky.“ Šest dotazovaných sester dodává, že se setkávají i s aplikací léčiv do epidurálního katétru, což zastupuje citace S6: „Máme tu opioidní i neopoidní analgetika, která aplikujeme pomocí injekcí, infuzí nebo do epidurálního katétru.“ Rovněž šest sester využívá na svém pracovišti v rámci tišení bolesti svodné blokády pro určité části těla, což je podloženo výrokem S3: „Využíváme injekce do svalu, pod kůži, čípky per rectum, masti, epidurál, náplasti, iv., blokády určitých partií, u nás u pacientek po ablaci prsu.“ Sestry S5, S11 a S10 využívají na svých pracovištích aplikaci analgetik místně opichem, jak zobrazuje S5: „Tablety analgetik, infuze, čípky, masti, náplasti, opiátové preparáty, opichy, takže místní analgezie.“ Polovina sester se setkává s aplikací analgetik transdermálně pomocí náplastí i krémů a gelů: „Náplasti, ty tu moc nejsou, masti, krémy a gely.“ (S8) nebo „Používáme tabletky, infuze, injekce, čípky, náplasti.“ (S11) Sestry S6 a S10 se v rámci tišení bolesti setkaly s využitím alternativních metod, jakými jsou akupunktura, akupresura nebo aromaterapie, což přímo specifikuje S10: „Znám i ty řekněme alternativní, jako je akupunktura, akupresura možná trochu i aromaterapie.“

Rovněž všechny dotazované sestry potvrzují, že v rámci léčby bolesti používají nefarmakologické intervence, což považují za doplnění farmakoterapie a někdy za lépe vyhovující, méně invazivní metodu. To je nejlépe vyjádřeno S6: „Tak může to být taková doplňková terapie bolesti nebo právě nemáme zrovna už nic naordinované.“ Na S6 navazuje a doplňuje S3: „Tak někdy i tyto nefarmakologické intervence pacientům stačí a nemusíme je dopovát analgetiky.“ Nejčastější odpovědí na nefarmakologické intervence byla aplikace tepla/ chladu nebo doporučení úlevové polohy, což dobře formuluje S1: „Můžu maximálně doporučit polohu a led nebo teplý obklad by se dal využít.“ Sestry S2, S6 a S10 využívají k snížení bolesti rozptýlení pacienta a odvedení pozornosti, viz citace S10: „Úlevová poloha, snažíme se je trochu zabavit a odvést pozornost od bolesti, to funguje hlavně u dětí. Ale myslím, že to odvádění pozornosti není marné ani u dospělých.“ Zároveň sestra S10 doporučuje využívat v rámci tišení

bolesti sladké chuti a to je zejména u dětí: „*Hlavně u dětí, sacharóza na štětičku se může dát dětem do úst.*“ Sestra S9 vidí terapeutický účinek léčby bolesti i v dotyku a kontaktu s pacientem: „*Někdy teda třeba pomůže, že se nás chytnou za ruku, třeba při těch převazech.*“

Dále byly sestry dotazovány na využívání placebo efektu v rámci managementu bolesti. Většina dotazovaných sester se shodla, že ve své praxi v rámci tišení bolesti využila nebo využívá placebo efekt, tak jak to vyjadřuje S12: „*Ano, využíváme tohoto efektu.*“ Souhlasící sestry se dále liší v tom, zda placebo efektu použily záměrně (S3, S4, S5, S8, S11 a S12) nebo nezáměrně (S7 a S9). To podkládáme citacemi: „*Dá se kapat infuze s čistým F1/I a pacientovi se řekne, že tam je analgetikum, i když tam není. Nebo se aplikuje im. jen vitamín a řekne se, že je to analgetikum, ale to im. jsem zatím nikdy nedávala. Každopádně to lidem hrozně pomůže kolikrát.*“ (S12) a „*Dala jsem pacientovi kapat čistý zavodňovací roztok a on mi pak řekl, jak mu ta kapačka na bolest výborně zabrala. Tak už jsem mu nevymlouvala, že v ní nic nebylo. Takže tomuto účinku věřím*“ (S7). V opozici jsou sestry S2, S6 a S10, které placebo efektu nevyužívají a jeho podávání v rámci tišení bolesti považují za neetické. Takto to vystihují sestry S10 a S2: „*Na ambulanci bolesti se placebo efekt nevyužívá. Myslím, že by to bylo neetické.*“ (S10) a „*Myslím, že tohoto účinku ani nevyužíváme. Osobně ho nepodporuji.*“ (S2) Sestry se shodují na tom, že účinek placebo efektu spočívá v psychice pacienta, celkovém přístupu k pacientovi, důvěře, potažmo sugestivním působení. Nejlépe tuto situaci znázorňují citace: „*V tom sugestivním působení, podsouváme mu něco, co není úplně pravda, ale on tomu věří. Někdo řekl: Věř a víra tvá tě uzdraví.*“ (S8) nebo „*V psychice pacienta. Jak moc věří tomu, co mu dáváme.*“ (S7)

Všechny dotazované sestry ví, kam odeslat pacienta, pokud léčba bolesti pacienta není dostatečně účinná. Sestry se shodly, že by s lékařem domluvily konzultaci s lékařem ambulance bolesti nebo by pacienta přímo předaly do péče ambulance bolesti. Toto tvrzení nejlépe formuluje S9: „*Domlouváme konzultaci s ambulancí bolesti nebo je tam přímo odešleme, ale moc často se to nestává.*“ Výjimku tvoří sestra S10 pracující na ambulanci bolesti, která udává, že z jejich pohledu není kam dál specializovaněji pacienta odeslat: „*Z pohledu ambulance bolesti už není kam dál pacienta poslat. Můžete si vyžádat konsilia více lékařů, ale specializovanější pracoviště už není.*“



#### Kategorie 4 Vzdělávání sester

Sestry měly odpovídat, jaké mají možnosti v oblasti rozšíření vzdělávání v ohledu managementu bolesti. Sestry S1, S2, S3 a S11 udávají, že nemají možnost rozšířit si své vzdělání v oblasti managementu bolesti. To poměrně specificky formuluje S3: *„Ke vzdělávání nemůžu říct nic, protože mi přijde, že žádné neprobíhá. Do dnes jsem neznala ani termín management bolesti. Nikdy jsem nabyla na žádném semináři týkající se bolesti a ani mi nebyl nabídnut.“* Ostatní sestry oponují a tvrdí, že mají možnost rozšířit si své vzdělání v oblasti managementu bolesti nebo vzděláváním přímo prošly. Sestry S4, S7, S10 a S11 uvádí, že si vědomosti v souvislosti s managementem bolesti rozšířily v rámci vysokoškolského vzdělání, jak tvrdí přímo S12: *„Myslím, že na bolest ve škole hodně apelovali v potřebách člověka. Myslím, že na školách se o bolesti učí dost.“* Sestry S5, S6, S8 a S9 mají možnost rozšířit si vědomosti v rámci seminářů a konferencí. To dokládá S6: *„Jsou nemocniční semináře. Myslím, že bylo vyloženě téma na zvládání bolesti pacientem.“*

Dále sestry hodnotily připravenost absolventů škol a univerzit v rámci managementu bolesti. Většina dotazovaných sester hodnotí, že absolventi jsou připraveni na práci s bolestí po teoretické stránce, ale potřebují vyzrálost a získat víc zkušeností, což dokládá: *„Teoreticky jsou možná absolventi škol připraveni na péči o pacienty s bolestí lépe než my. Ale určitě rozhoduje vyzrálost. Jestli nastoupí do péče o pacienty osmnáctiletá dívka nebo jestli to je nějaká bakalářka/magistra, která v těch 25 přemýšlí už trochu jinak. Myslím, že hrozně moc se získá praxí, ten přístup k lidem s bolestí se ve škole dle mě úplně naučit nedá“* (S2). Sestry S7 a S8 hodnotí absolventy jako nepřipravené a kladou důraz na získání zkušeností: *„Myslím, že úplně připraveni nejsou, Právě v té komunikaci, často nevědí, jak reagovat, když začíná být pacient neklidný a chybí jim ty praktické zkušenosti“* (S8). Sestra S6 považuje v práci o pacienta s bolestí důležitější osobnostní výbavu sestry než dosažené vzdělání a věk: *“Ten přístup hrozně záleží na člověku, jak je nastavený, někdo má větší empatii k člověku jiný ne. Každá sestra dle mě bolest lidí vnímá jinak podobně jako každý pacient má jiný práh a prožívání bolesti. Nemyslím, že by to nějak záleželo na věku nebo dosaženém vzdělání. Myslím, že něco určitě pochytily ve škole, ale stejně se musí dál hodně učit, aby pochopili souvislosti.“*

Navázali jsme otázkou o možnosti rozšíření vzdělání v oblasti komunikace s pacientem s bolestí. Sestry S3, S4, S5, S10 a S12 udávají, že nemají možnost rozšířit

si vzdělání v problematice komunikace, což nejlépe vystihuje S10: „*Popravdě seminář zaměřený ryze na problematiku pacientů s bolestí a komunikaci s nimi jsem nezaznamenala.*“ Sestry S1, S2, S6, S7, S8, S9 a S10 mají nebo měly možnost rozšířit své komunikační dovednosti. Nejčastější možnost, kterou tyto sestry udávají, jsou semináře a vysokoškolské vzdělání. To zobrazují specificky citace: „*Rozšíření nevím, asi budou nějaké semináře, ale ve škole jsme komunikaci měli přímo jako předmět.*“ (S9) nebo „*Osobně jsem byla nedávno na semináři, která se tedy netýkala přímo komunikace, ale byli tam i kazuistiky a přednášející ukazovala, jak v kterých případech komunikačně postupovat. Třeba když je pacient agresivní a podobně. Bylo to zajímavé*“ (S8). O semináři zaměřeném přímo na komunikaci s pacientem s bolestí však neví žádná z dotazovaných sester, jak potvrzuje S1: „*Semináře o komunikaci jsou, ale že by byly přímo na bolest, to jsem nepostřehla.*“ Sestry S3 a S6 doporučují v rámci rozšíření vzdělání samostudium: „*Tak tady to bude asi samostudium a hodně o osobním přístupu, jak se chce člověk zlepšit. Když si chcete nějaké informace najít, tak si je najdete*“ (S6).

Poslední věcí, kterou jsme v rámci vzdělávání od sester zjišťovali, je názor na preskripci analgetik a léčiv sestrou. Pouze jediná sestra plně podporuje názor preskripce analgetik sestrou: „*Já si myslím, že bychom psaní analgetik jako sestry rozuměly lépe než doktoři.*“ (S3). Sestry S1, S7, S9 a S11 spíše souhlasí s preskripcí analgetik sestrou, ale mají výhrady, jako sestra S9: „*To by bylo možné i dobré, mít tu možnost. Ale byla by to ohromná zodpovědnost a já nevím, jestli bych ji vůbec chtěla přijmout, myslím, že úplně ne. Někdy by to bylo dobré, když zrovna nemůžeme sehnat lékaře.*“ Sestry S2, S4, S5, S6, S8, S10 a S12 tvořící více než polovinu dotazovaných, nesouhlasí s možností preskripce analgetik sestrou, což vystihuje S2: „*Myslím si, že předepisování jakýchkoliv léků, včetně analgetik by sestry dělat neměly.*“ Svůj názor sestry S5, S7, S8, S10 a S11 zdůvodňují tím, že pro preskripci analgetik nemají patřičné znalosti z oblasti farmakoterapie, což přímo vyjadřuje názor sestry S10: „*Myslím, že jako sestry na to nejsme připravené, co se týká vědomostí z farmakoterapie. To není jen vědět vedlejší účinky, ale takové to hlubší porozumění tomu, jak léky v organismu fungují, farmakokinetika, farmakodynamika. Myslím si, že to by musely být opravdu sestry, které mají v tomto ohledu vyšší vzdělání. Ale myslím, že na tohle nejsme v současné době připravené, ani absolventi vysokých škol ne.*“ Sestry S2, S4, S5, S6, S8 a S9 vidí problém v odpovědnosti za celkovou preskripci léčiv a možné nežádoucí účinky farmak, což v tomto rozsahu nechtějí přijmout. Sestra S2 shrnuje problematiku následovně:

*„Myslím, že to nese obrovskou odpovědnost a v dnešní době už bychom jako sestry nebyly ničím chráněné. Takhle můžeme říct: jednala jsem dle ordinace lékaře a interakci léků, která z jeho ordinace vznikla, nežádoucí reakce, nepadne na moji hlavu. Muselo by být zajištěno, abychom někde měly zastání. Myslím, že by to nikdo teď nechtěl, já tedy určitě ne. V dnešní době Vás k soudu dostanou takřka za cokoliv, tak proč jim dávat další možnost, kde se do Vás mohou trefit.“*

### **Kategorie 5 Hodnocení pacientů**

Všichni dotazovaní pacienti se shodují, že v celkové ošetrovatelské péči, zejména péči o jejich bolest hrály hlavní roli sestry. Toto tvrzení dokládá nejlépe výrok P6: *„Dle mého názoru, hrála v léčbě mé bolesti hlavní roli sestra. Prakticky veškerý kontakt probíhal se sestrou. Obcházela pravidelně oddělení a ptala se na tu škálu bolesti a následně mi dala ty léky.“* Pacienti P1, P2, P3, P5, P6 navíc dodávají, že jejich kontakt s lékařem byl omezen pouze na lékařskou vizitu, viz tvrzení P2: *„Sestru jsem v porovnání s lékařem viděla během mého pobytu v nemocnici mnohokrát. Lékaře jsem viděla jen při vizitě.“* Pokud měli pacienti jmenovat, v čem pro ně spočívala v rámci léčby péče sester, udávali nejčastěji hodnocení bolesti a podávání farmakoterapie. Sestry při zjišťování bolesti a dotazování na bolest v rámci hospitalizace využily hodnotící škály u pacientů P6, P7 a P8. V těchto třech případech byla využita vždy numerická škála, jak vyjadřuje P7: *„Ptala se mě pravidelně sestra i lékař při vizitě. Sestra mě odkazovala na škálu 0-10 a poprvé mi řekla, že 0 je bez bolesti a 10 je největší bolest. Lékař se ptal tedy jen, jestli se ta bolest lepší nebo horší a jestli dokážu říct, odkud vychází“* Navíc pouze v případě pacienta P7 sestra i vysvětlila, jak se se škálou pracuje. Pacient P1 docházející i na ambulanci bolesti dokládá, že se sestrami využíval více hodnotících prvků: *„Sestra i lékař se mnou vyplňovali různé dotazníky a tabulky, teď už nevím, co vše obsahovaly. Zapomněl jsem také, že jsem si právě musel psát takový deníček, kdy mě to bolí nejvíc, kdy nejméně, co ty záda zhoršilo a tak.“* Pacienti P2, P3, P4 a P5 vyvracejí používání jakýchkoliv hodnotících škál. Dotazování na bolest u těchto pacientů probíhalo formou např.: *„Sestry se mě ptaly, jestli mě to bolí nebo ne“* (P3) nebo *„Sestry se mě ptaly pouze otázkami: Bolí Vás to? Nebolí? Bolí, tak můžete dostat injekci. Ale nikdo se mě nezeptal, jak moc mě to bolí.“* (P2)

Z rozhovorů vyplývá, že kromě pacienta P1, docházejícího na ambulanci bolesti, nebyla od žádného hospitalizovaného pacienta zjišťována historie jeho bolesti, což nám dokládají výroky: *„O historii mé bolesti se zdravotníci nezajímali vůbec. To nikoho při*

*hospitalizaci nijak nezajímalo, jak dlouho mě to bolí nebo co už jsem si prošla“ (P2) nebo „Ptali se mě pouze na předchozí operace, narkózy, ale přímo na bolest se neptal nikdo“ (P6). Pacientka P4 uvádí, že nepovažovala za důležité sdělovat zdravotnickému personálu informaci o historii své bolesti: „No prakticky to sestry nezjišťovaly nijak, ale ani já jsem sama nepovažovala za podstatné sdělovat, že se občas vezmu na bolení hlavy Ibalgin.“*

Všichni respondenti se shodují, že při léčbě jejich bolesti byla využívaná farmakoterapie, což vyjadřují výroky: „Řekli mi, že pokud mě něco bolí a chci něco proto bolesti, tak mi dají kapačku nebo injekci do zadku“ (P4) a „Nejdřív mi sestry nabízely injekce a asi druhý den po operaci už tabletky“ (P7). Pacienti P1, P4 dostali od sester možnost vybrat si způsob aplikace analgetika, viz výrok P1: „Sestra se mě ptala, jestli chci něco na tu bolest a když teda zjistili, že něco můžu dostat, tak mi dala vybrat mezi injekcí a infuzí“. Šesti dotazovaným pacientům nebylo umožněno vybrat si způsob aplikace analgetika. Nikdo z těchto pacientů nebyl informován, co za analgetikum dostane aplikováno, což prokazuje odpověď P8: „Sestra se mě zeptala, jestli chci infuzi proti bolesti, nedala mi jinou možnost nebo čemu bych dával přednost. Přišla a řekla: Dám Vám lék do žíly, do půl hodiny byste měl cítit úlevu. Nevím, co to bylo za lék, ale zabral.“

Kromě pacienta P6 bylo ze strany sester využito u všech i nefarmakologických intervencí. Pacientů P1, P3 a P5 byla doporučena a umožněna elevace končetiny. To dokládá odpověď P1: „Kromě léků mi doporučili, ať se snažím mít nohu nahoře“. Pacientům P3, P5 a P8 byla aplikována terapie chladem, konkrétně chladné obklady. Tuto intervenci přímo dokládá P3: „Sestra mi dala na nohu chladivý gel a řekla, ať se snažím mít nohu co nejvíc nahoře, aby mi neotékala.“ U pacientů P4 a P7 proběhla v rámci minimalizace bolesti edukace o úlevové poloze a ukázka vstávání z lůžka po operačním výkonu. To nejlépe vyjadřují citace: „Já jsem se ptala, jestli si mohu lehnout na bok a sestra mi řekla, že pokud mi to bolest dovolí, tak si mohu lehnout, jak uznám své možnosti“ (P4) a „Ne, led jsem nevyžadovala, žádnou polohu mi sestra nedoporučila, ale ukázala mi, jak mám vstávat z postele.“ (P7) U pacienta P2 byla v rámci tišení bolesti aplikována terapie dotykem, což předkládá vyjádřením: „Mám zkušenost, že mi na ambulanci vystříhali nějaké zanícené vnitřní stehy, jestli jsem to dobře pochopila. Každopádně to byla nepředstavitelná bolest. Podotýkám, že se to celé provádělo bez náznaku umrtvení. Ale v této situaci si vybavuji sestru, která mě v té chvíli držela za ruku.“

Většina pacientů i přes některé nedostatky hodnotí péči sester o jejich bolest pozitivně. To dobře vyjadřují P4 a P3: *„Byla to má první zkušenost s nemocničním zařízením. Sestry byly milé, ochotné a řekla bych, že i starostlivé. Byla jsem ráda, že o mě mají zájem, takže si nemohu stěžovat.“* (P4) a *„Sestry byly úžasné. Zajímaly se o mě, ptaly se mě dostatečně. Vůbec nemám pocit, že bych trpěla bolestí“* (P3). Tato tvrzení sice dokládají spokojenost pacientů s péčí sester, a však jsou v rozporu s názorem pacienta P2: *„Péči sester o mě samotnou a zejména mojí bolest hodnotím podprůměrně. Nejsem vůbec spokojená.“* Pacient P5 hodnotí kladně péči o pooperační bolest, ale nedostatek vidí v důvěře a postroji ošetřujícího personálu k jeho celkové bolesti. *„Ano, co se týče té nohy, tak jsem spokojený, ale bolela mě příšerně hlava a na to jsem prakticky nic nedostal, tak jsem si říkal o prášky na bolest nohy v domnění, že mi to zabere i na hlavu. Přijde mi, že mi sestry ani lékař bolest hlavy asi nevěřili.“*

### **Kategorie 6 Doporučení pacientů**

Z rozhovorů pacientů P1, P2 a P5 vyplývá, že pacienti sestrám doporučují zajímat se více o historii bolesti a celkový zdravotní stav: *„Doporučil bych také jim, aby se zajímaly o můj celkový stav. Ne, jen o bolest operované nohy, která mě prakticky nebolela, ale i o to, že trpím často na silné migrény“*(P5) nebo *„Doporučila bych jim více se o bolest pacientů zajímat, jednou na té posteli můžou ležet i oni“*(P2). Pacienti P4 a P6 by uvítali větší informovanost o průběhu léčby bolesti, aplikovaných farmakoterapii, což je přímo podloženo výrokem P4: *„Uvítala bych, kdyby mi sestry řekly, co mi vlastně dávají a daly mi třeba vybrat kam mi co dají, jestli do žíly nebo prášek nebo injekci někam. Taky bych chtěla vědět, jak dlouho bude lék působit a za jak dlouho zabere.“* Pacienti P1 a P8 by uvítali zlepšení komunikace ve vztahu sestra x pacient: *“Zpracoval bych na komunikaci. Chápu, že toho sestry mají mnoho, ale mohly by být citlivější a příjemnější“* (P8). Pacient P2 doporučuje zlepšit hodnocení bolesti, zejména hodnocení intenzity bolesti, to dokládá výpovědí: *„Doporučila nebo vytkla bych, že se nestačí jen zeptat, jestli to bolí nebo ne. Může to bolet malinko nebo hodně a mění se to. Myslím, že kdyby se mě takto ptaly, tak se dalo předejít těm komplikacím, které u mě vznikly.“* P2 by ocelil ujištění, že mu sestra bolest věří: *„Také bych chtěla, aby mi personál alespoň nějak naznačil, že mi tu bolest věří.“* Pacienti P3 a P7 by na přístupu a péči sester o jejich bolesti neměnili nic. To nejlépe vystihuje citace P7: *„Nemohu sestrám nic vytknout, jejich péče o mě byla velmi dobrá.“*

### 4.3 Identifikační údaje sester v pozorování

Tabulka 3 Identifikační údaje sester v pozorování

Označení respondenta	Délka praxe v oboru (roky)	Vzdělání v oboru
S13	11	středoškolské, Dis.
S14	4	vysokoškolské, Bc.
S15	27	středoškolské, PSS
S16	34	středoškolské
S17	2	vysokoškolské, Bc.
S18	28	středoškolské, PSS

(Zdroj vlastní)

Tabulka číslo 3 má za úkol identifikovat a charakterizovat skladbu výzkumného vzorku z řad sester v skrytém zúčastněném pozorování. Všechny dotazované sestry byly ženy. Označení respondenta sestry je v tabulce označeno písmenem „S“, k němuž dle pořadí ve výzkumném šetření náleží i číselné označení „S13-S18“. Délka praxe je označené v letech. Sestra s nekratší dobou praxe má praxi v oboru dva roky. Naopak sestra s nejdelší dobou praxe pracuje v oboru 34 let. V posledním sloupci nalezneme nevyšší dosažené vzdělání sester. Ve výzkumném vzorku jsou zahrnuty sestry se středoškolským a vysokoškolským vzděláním i specializačním studiem.

#### **4.4 Seznam kategorií pro pozorování**

**Kategorie 1** Verbální a neverbální projev sestry

**Kategorie 2** Přístup sestry k pacientovi s bolestí

**Kategorie 3** Dokumentace a hodnocení bolesti

#### **Kategorie 1 Verbální a neverbální projev sestry**

Verbální projev sester byl ve většině případů klidný a srozumitelný. Vymyká se sestra S15, jejíž projev hodnotíme jako výrazný až prudký. Tato sestra používala fráze typu: „*To už Vás tolik nemůže bolet, musíte něco vydržet.*“ „*Kdybyste se hýbal, jak Vám říkám, tak Vás to nebolí.*“ Za dveřmi pokoje se sestra o pacientovi, který opakovaně vyžadoval analgetika a často verbalizoval bolest, vyjadřovala jako o hysterickém, viz citace: „*Zase jedna hysterka*“ (S15) Opakem je sestra S16 z jejíhož verbálního projevu je znatelný soucit a osobní angažovanost v problematice pacientovy bolesti, což je viditelné v její citaci: „*Mě to snad bolí i za něj.*“ Její tvrzení bylo rovněž použito mimo přímý kontakt s pacientem.

Z hlediska neverbálního projevu sester při přímém jednání s pacientem nedocházelo k žádným výrazným projevům. Mimika sester byla nevýrazná. Úsměv byl pozorován pouze s u sestry S13. Na sestrách při jednání s pacientem objektivně nebylo znát prožívání pacientovy bolesti. Většina sester se snažila udržovat oční kontakt při komunikaci s pacientem a zjišťování jeho bolesti. Naopak sestry S15 a S17 nedodržují oční kontakt vždy. Zároveň sestry S13, S14 a S18 při komunikaci s pacientem dodržují jistou individualitu. Komunikují vždy s jedním konkrétním pacientem a následně přechází k dalšímu. Individualitu nerespektují S15, S16, S17. Tyto sestry komunikují i s více pacienty najednou a to i přes celý pokoj.

Mimo přímé aplikace analgetik nedocházelo mezi sestrami a pacienty k fyzickému kontaktu. Osobní prostor pacientů byl dodržován. Výjimku tvoří sestra S4, která při převazu nabídla jednomu z pacientů svou ruku na stisknutí a po ruce ho pohládila.

## **Kategorie 2 Přístup sestry k pacientovi s bolestí**

V pozorováních bylo zjištěno, že všechny pozorované sestry nabízí pacientům analgetika aktivně opakovaně během své směny. Sestra S14 iniciativně při dotazech na bolest kontroluje operační ránu a drenáže. Sestry S13, S16 a S17 dávají pacientům aktivně vybrat formu nebo druh analgetika, což dokládá výrok sestry S13: „*Od pana doktora máte psanou injekci nebo infuzi, mohu Vám teď dát obojí, co byste radši?*“ Rovněž S16 využívá nefarmakologických intervencí, jako je aplikace chladu. Sestry S17 a S18 doporučují pacientů aplikaci analgetik před spánkem a ráno před vstáváním.

Prostor pro odpovědi pacientů nechávají 3 z pozorovaných sester. Sestra S17 odpoví pacientům pouze na jejich dotaz, sama v tomto ohledu aktivní není. Sestra S18 nechává prostor pro dotazy pacienta asi v polovině případů. Sestra S15 neoponechává prostor pro dotazy pacientů vůbec.

Dále jsme se zaměřili, jak sestry přistupují k informování pacienta a edukaci v souvislosti s intervencemi managementu bolesti. Sestry S14, S16, S7 a S18 informují pacienty o účincích analgetik, konkrétně, za jak dlouhou dobu by analgetika měla začít zabírat. Sestry S16 a S18 upozorňují pacienty i na nežádoucí účinky analgetik a edukují pacienty, co mají při jejich výskytu dělat. Sestry S13, S17 a S18 edukují pacienty o úlevových polohách a klidovém režimu. S14 doplňuje postup při pooperačním vstávání z lůžka.

## **Kategorie 3 Dokumentace a hodnocení bolesti**

Všechny pozorované sestry pracují s dokumentací. Každá mírně odlišným způsobem. Sestry S13, S15, S16, S17, S18 zaznamenávají aplikaci analgetik do dokumentace zpětně po podání léčiva. Jediná sestra S14 zaznamenávala a podávala analgetika v přímé spolupráci se zdravotnickou dokumentací. Ve všech případech pozorování podávaly sestry analgetika z předepsané ordinace lékaře uvedené v dokumentaci.

Všechny sestry vedou současně se záznamy v dekurzu ošetřovatelskou diagnózu akutní bolest. Všechny sestry taktéž shodně zaznamenávají hodnotu VAS do dokumentace před i po podání analgetik. Avšak žádná ze sester během pozorování nevyužila žádnou hodnotící škálu, stupnici nebo pravítko. Dotazy na bolest probíhaly následovně: „*Budete chtít něco na bolest?*“ (S15) „*Budete chtít něco proti bolesti?*“ (S17) nebo „*Chcete něco na bolest?*“ (S18) Přestože do dokumentace zapisují



číselnou hodnotu VAS, na intenzitu bolesti se pomocí VAS neptají. Z toho vyplývá, že sestry určují a zaznamenávají hodnotu VAS intuitivně a zcela subjektivně.

Pouze sestry S13 a S14 se pacienta snaží doptávat nějakým způsobem na intenzitu bolesti, lokalizaci a možnou příčinu, viz citace: „*Bolí Vás teď něco? Kde Vás to bolí? Jak dlouho Vás to bolí? Budete chtít dát něco proti bolesti?*“ (S13) „*Bolí vás teď něco? Bolí vás ta rána nebo něco jiného? Jak moc Vás to Bolí. Chtěl/a byste něco proti bolesti nebo to není ta zlé?*“ (S14) Přesto ani tyto sestry nevyužívají žádnou hodnotící škálu a hodnotí bolest pacientů subjektivně.

## 5 Diskuse

Zaměřením práce je zmapovat techniky managementu bolesti praktikované v ošetrovatelské praxi, reakce pacientů na poskytovanou terapii a zejména vnímání bolesti pacientů sestrami.

Doposud nebyla, z důvodu obrovské subjektivity bolesti, vytvořena jednotná a hlavně jednoznačná definice bolesti. To v rozhovorech potvrzují i sestry, kdy se žádná z nich neshoduje na totožné definici.

V první řadě je nutné si uvědomit, že bolest již dávno není pouze medicínským problémem, ale i ošetrovatelským. S tím souhlasí Gulášová (2008), která doplňuje, že sestra zaujímá v managementu bolesti a celkové ošetrovatelské péči o pacienta s bolestí nezastupitelnou pozici. Zároveň je nepostradatelným partnerem lékaře v diagnostickém i léčebném procesu v boji s bolestí. Tato skutečnost se projevuje nejen v rozhovorech pacientů, ale i pozorováních. Dotazovaní pacienti dokonce uvádí, že jejich léčba a hodnocení bolesti probíhali výhradně v interakci mezi nimi a sestrou. Tuto skutečnost znázorňuje citace P2: „*Sestru jsem v porovnání s lékařem viděla během mého pobytu v nemocnici mnohokrát. Lékaře jsem viděla jen při vizitě.*“

Všechny sestry chápou, že bolest je subjektivní vjem, který musí pacientovi věřit. K tomu se sestry vyjadřují následovně: „*Subjektivní pocit, který musíme respektovat, protože pouze ten pacient nám může říct nebo vyjádřit, jak ho to bolí*“ (S7). Gulášová (2008) v této souvislosti přímo uvádí, že bolest je natolik subjektivní vjem, že nezbývá než věřit, co pacient považuje za bolest a v jaké intenzitě ji cítí. Subjektivita je v péči o bolest pacientů nezpochybnitelným problémem. Proto je neustálá snaha o její zobjektivizování. Dle Munden ed. et al. (2006) je tato snaha vyjadřována pomocí tvorby různých skórovacích škál.

Dostáváme se tedy k hodnocení bolesti. Jak již bylo nespočetněkrát zmíněno, bolest je subjektivním vjemem, prožitkem. Z názorů dotazovaných sester vyplývá, že je pro sestry nejefektivnější, pokud pacient sám dokáže slovně vyjádřit a popsat svou bolest, tak jak uvádí S4: „*Hodnotím dle jeho verbálního projevu, prostě mi to řekne.*“ S tímto názorem souhlasí Bermanová et al (2016), která pacientovo vlastní slovní hodnocení považuje za nejspolehlivější indikátor přítomnosti, intenzity, charakteru i vývoje bolesti. Jako další signál bolesti, podle kterého sestry usuzují, že pacient prožívá bolest, patří neverbální projevy pacienta. Jako jsou úlevová poloha nebo změněná mimika. Část sester se snaží zobjektivizovat známky bolesti pomocí změny základních

fyziologických funkcí zobrazených na monitorech. Sestra S8 vyjadřuje svůj názor následovně: „*Tak to jde objektivně vidět třeba na monitorech nebo na fyziologických funkcích, když je sledujeme. Rozběhnou se pulzy, zvedne se tlak krve.*“ To je v souladu s tvrzením Ševčíka et al. (2012), který tvrdí, že bolest je doprovázena vegetativními příznaky, psychickými změnami i změnami chování. Tuto informaci ovšem poměrně devaluje opět názor Bermanové et al. (2016), která tvrdí, že hodnocení bolesti na podkladě změn vitálních funkcí, chování pacienta nebo projevů neverbální komunikace je značně nespolehlivé. Možná tedy právě z tohoto důvodu dle JCI (2017) musí mít pro hodnocení bolesti každé zařízení poskytující zdravotní péči povinně stanovená konkrétní kritéria, která budou objektivně posouditelná a znovuhodnotitelná. Hodnocení pomocí těchto kritérií musí být při hospitalizaci pacienta prováděno opakovaně a pravidelně zaznamenáváno do dokumentace. V našem výzkumném souboru bylo potvrzeno, že sestry mají na svém pracovišti standardy týkající se hodnocení bolesti. Mezi kritéria, která musí při hodnocení bolesti dodržovat, patří například dodržení intervalu hodnocení bolesti a využívání hodnotících škál. Z publikace Bermanové et al. (2016) pramení i tvrzení, že hodnocení bolesti by se mělo opírat o objektivně zjistitelné známky bolesti, ale i subjektivní hodnocení pacienta, tak jak vyjadřuje v rozhovorech i S10: „*Hodnocení závisí na souhrě toho objektivního, co můžeme vidět a toho, co nám ten pacient subjektivně udává.*“

Visuální analogová škála (VAS) je dle Hakla (2013) nejčastěji používaným nástrojem hodnocení bolesti. Tento názor podporují i údaje z našeho výzkumného šetření, kdy sestry jako hodnotící prvek bolesti udávají prakticky pouze VAS a obličejovou škálu. Tuto situaci negativně hodnotí Pokorná (2013b), která by uvítala, aby byl hodnotící nástroj ve formě škál vybrán každému pacientovi individuálně, dle jeho možností a potřeb, tedy dle toho, co mu bude více vyhovovat. Zároveň popírá existenci univerzálního hodnotícího prostředku bolesti.

Zajímavostí je, že většina sester si pod pojmem VAS, která je grafickou škálou, představují spíše NRS, což je čistě číselné označení. V rozhovorech je tato informace znázorněna například citací S4: „*Já se ptám nejčastěji na škálu VAS od 1 do 10, kdy jedna je malá bolest a 10 je maximum, co si dokáží představit.*“ Další zajímavostí výzkumu je, že všechny sestry udávají, že hodnotí bolest pomocí VAS. Avšak z rozhovorů pacientů vyplývá, že sestry tuto škálu ve většině případů ve spolupráci s pacientem nevyužívají tak, jak vyjadřuje P2: „*Sestry se mě ptaly pouze otázkami: Bolí Vás to? Nebolí? Bolí, tak můžete dostat injekci. Ale nikdo se mě nezeptal, jak moc mě to*

*bolí.*“ Námi provedené pozorování tuto skutečnost pouze potvrzuje. Žádná z pozorovaných sester v péči o pooperační bolest pacientů na lůžkových odděleních nevyužila v přímém kontaktu s pacientem VAS, přesto byl v dokumentaci vždy číselný záznam VAS proveden. Sestry ve výzkumném souboru tedy dle našeho názoru zakládají hodnocení prakticky pouze na vlastním subjektivním úsudku. Dle provedeného výzkumu jsme došli k závěru, že sestry subjektivně hůře hodnotí bolest pacientů po velkých operacích v porovnání s bolestí pacientů po malých výkonech. Tuto poměrně zajímavou informaci nám znázorňuje výrok sestry S4: *„Ale třeba když je to jen opravdu malý výkon a ten člověk tam vyvádí, tak si řeknu: Sakra před tebou jsem viděla stovky pacientů po stejném výkonu a žádný takto nevyváděl/nevyváděla. Možná jim tu bolest úplně nevěřím, myslím si, že přehrávají. Naopak u pacientů po těžkých operacích jim tu bolest věřím víc a jsem sama překvapená, co u nich v uvozovkách „jen bolest“ dokáže.*“ K obdobnému závěru došla i Sofaer (1997) nebo aktuálněji výzkumné šetření J. C. Craig (2014).

Budeme-li brát na zřetel názor Munden ed. et al (2006), která tvrdí, že správné použití skórovacích škál odhalí účinnost provedených intervencí, postrádá dosavadní hodnocení bolesti pacientů pomocí VAS smysl. Sestry samotné přesto udávají, že nastavené hodnocení bolesti by ponechaly, a většina ho považuje za efektivní. Prostor pro zvýšení efektivity využitelnosti hodnocení vidí sestry ve větší spolupráci s lékaři. To vyjadřuje i S12: *„Aby to hodnocení bolesti k něčemu bylo, měli by si ho číst i lékaři a reagovat na to.*“

Při hodnocení bolesti a její účinné terapii je dle Doležala et al (2009) brát v potaz celkovou anamnézu pacienta, délku trvání bolesti a její vývoj v čase. Bohužel žádná z dotazovaných sester, kromě pracujících na ambulanci bolesti, nepřikládá historii pacientovy bolesti větší význam. I proto je alarmující, že sami pacienti v rozhovorech doporučují, aby se sestry a zdravotničtí pracovníci při léčbě jejich bolesti zajímali o jejich celkový stav a historii bolesti tak, jak vyjadřuje P5: *„Doporučil bych také jim, aby se zajímaly o můj celkový stav. Ne, jen o bolest operované nohy, která mě prakticky nebolela, ale i o to, že trpím často na silné migrény.*“

Munden (2006), Neradielek (2012) i Vokurka (2012) se shodují, že bolest funguje mimo jiné jako obranný mechanismus. Upozorňuje člověka na právě probíhající patologický proces nebo poranění a podněcuje ho k řešení problému. Munden (2006) dodává, že biologickou podstatou bolesti je právě upozornit na patologické procesy v lidském těle, vznik onemocnění, přímé i potenciální poškození tkání. Tohoto faktu

využívají i sestry, které například prudké vzplanutí bolesti nebo neefektivní tišení bolesti často považují za signál vznikajících komplikací nebo změny stavu pacienta, na který musí reagovat. Jedním z vyjádření, které zastupují tuto myšlenku, je i: *„Bolest je určitě vyjádření organismu, že něco není v pořádku, kdy dochází ke změnám stavu“* (S5). Úskalím je například bolest ve stáří, kdy může dle Kozáka a Vrby (2012) snížené vnímání bolesti zastřít progresivní změny ve zdravotním stavu, tím způsobit opožděnou diagnostiku a pozdní terapii. Tuto skutečnost vnímají i sestry, což potvrzuje S2: *„Kolikrát pacienti ani neví, jestli je to bolest, kterou by měli řešit, říct nám o ní nebo to k tomu výkonu nebo onemocnění patří. To tedy hlavně starší pacienti.“*

Dle Bermanové et al (2016) je management bolesti z hlediska sesterských intervencí dělen na dva základní typy – farmakologické a nefarmakologické. Toto tvrzení podporují i výsledky našeho výzkumu. Farkašová et al (2009) uvádí, že pro rozvoj a realizování ošetrovatelské praxe musí mít sestra určité kompetence. Pokud bychom se tedy zabývali farmakologickými intervencemi, budou zde sestry odkázány na ordinace lékaře, protože právní řád České republiky nedovoluje preskripci léčiv sestrou, včetně analgetik. Poměrně zajímavým zjištěním pramenícím z rozhovorů se sestrami je, že by sestry ocenily výhody, planoucí ze samostatné preskripce léčiv, ale v konečném výsledku o ni nemají zájem. Obávají se zvýšené odpovědnosti a nedostatečných znalostí z oblasti farmakoterapie tak, jak vyjadřuje S9: *„To by bylo možná i dobré, mít tu možnost. Ale byla by to ohromná zodpovědnost a já nevím, jestli bych ji vůbec chtěla přijmout, myslím, že úplně ne.“* Tuto obavu vyjadřují i Kozák s Vrbou (2012) a doporučují, aby se zdravotničtí pracovníci cíleně vzdělávali v oblasti farmakologie a související farmakokinetiky i farmakodynamiky.

Nefarmakologické intervence managementu bolesti jsou již v kompetencích sester více začleněné. Gulášová (2008) se Zacharovou (2017) považují za základ těchto sesterských intervencí důvěru a efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem. Janáčková a Weiss (2008) považují psychologický přístup a komunikační dovednosti za často podceňované. I pacienti z výzkumného souboru vyjadřují, že je pro ně důležité, aby jim zdravotnický personál jejich bolest věřil, jak vyjadřuje P2: *„Také bych chtěla, aby mi personál alespoň nějak naznačil, že mi tu bolest věří.“* Častou odpovědí sester je, že bolest pacientovi věří, avšak občas nevěří intenzitu, kterou udává. Viz vyjádření S4: *„Bolest jim věřím vždy, ale někdy si nemyslím, že je to taková síla bolesti, jakou udávají.“* Pokud se zaměříme na komunikaci, tak sestry z výzkumného souboru vnímají odlišnosti v komunikaci mezi pacientem s bolestí a bez bolesti. S4 tuto informaci

znázorňuje následovně: „*Tak určitě ten člověk je podrážděný, unavený a chce ode mě, abych mu pomohla, ta komunikace je prostě jiná. Musím být ohleduplnější a oni i očekávají více mé pozornosti myslím.*“ Podobný názor má i Zacharová (2006), která klade mezi nejvýznamnější komunikační překážky ty fyziologické, mezi něž patří právě bolest.

Z nefarmakologických intervencí sestry v celém našem výzkumném šetření nejčastěji používají aplikaci tepla a chladu, dále edukaci o poloze a postupu vertikalizace po operaci. Munden ed. et al (2006) souhlasí s tímto názorem, ale podmiňuje jej správnou aplikací a nutností sestry rozumět, jakým způsobem konkrétní metoda funguje. Část sester spatřuje intervenci i v dotyku a odvedení pozornosti, což kladně hodnotí i pacienti. P2 se o této problematice vyjadřuje následovně: „*Ale v této situaci si vybavuji sestru, která mě v té chvíli držela za ruku. V tu chvíli to byla jediná opora.*“ Janáčková a Weiss (2008) apelují právě na nepřehlížení významu lidského dotyku v tišení bolesti. Ymamotová (2012) zařazuje do nefarmakologických intervencí využití sladké chuti. Tuto intervenci využívá jedna z dotazovaných sester při práci s dětmi, viz S10: „*Hlavně u dětí, sacharóza na štětičku se může dát dětem do úst.*“

Z rozhovorů sester vyplývá, že sestry vnímají odlišnosti komunikace s pacientem s bolestí a bez bolesti, jak již bylo výše zmíněno. Význam komunikace ve vztahu sestra pacient zdůrazňuje i Trešlová (2010). Zacharová (2016) staví bolest na úroveň komunikační bariéry a zastává názor, že sestra by měla dokázat vyhodnotit, zda pacient komunikovat nemůže (afázie), neumí (jazyková bariéra) nebo nechce (působení bolesti). Myslíme, že sestry v našem výzkumném šetření jsou tyto situace schopné rozeznat. Janáčková a Weiss (2008) tvrdí, že pacient prožívající bolest je v komunikaci úzkostný, má strach a bolest ho může zcela ochromit. Oproti tomu sestry v našem výzkumu zmiňují jako nejčastější projev bolesti v komunikaci agresi pacienta. To uvádí například S11: „*Někteří jsou dost agresivní. Bolest agresi taky může vyprovokovat. Když už to vidíte, tak se začínáte bát. Ten člověk je takový jiný. Nevolila bych přístup „ťuťu ňuňu“, to určitě ne, spíš stručnější, ale ukázat, že mám zájem tu jeho bolest řešit, že pro něj něco dělám.*“

Přestože sestry vnímají odlišnost komunikace s pacientem s bolestí, v pozorováních bylo prokázáno, že se v rámci komunikace nechovají při komunikaci vždy korektně, viz záznam z pozorování, kdy sestra komentovala stav pacienta: „*To už Vás tolik nemůže bolet, musíte něco vydržet.*“ „*Kdybyste se hýbal, jak Vám říkám, tak Vás to nebolí.*“

„Zase jedna hysterka" (S15). Jednání této sestry hodnotíme v rámci komunikace s pacientem jako nevhodné a pro pacienta devalvující.

V rámci komunikace sestry v našem výzkumu používají v léčbě bolesti i sugestivní působení, které propaguje i Zacharová (2016). Nejčastěji efektu sugestivní komunikace tyto sestry využívají při zařazení placebo efektu v léčbě bolesti. Sestra S8 se o problematice vyjadřuje následovně: „Ano, tohoto efektu využíváme a zabírá... V tom sugestivním působení, podsouváme mu něco, co není úplně pravda, ale on tomu věří. Někdo řekl: *Věř a víra tvá tě uzdraví*“. Účinky placebo efektu vyzdvihuje i Janáčková (2007), Gulášová (2008) nebo Rokyta et al. (2009). Otázkou v této situaci zůstává, jestli byl v placebo efekt ordinován lékařem nebo použit z iniciativy sestry.

Prvotní cíl naší práce spočíval ve zmapování vnímání a prožívání sester bolesti pacientů. Tomuto aspektu péče o pacienta s bolestí se budeme věnovat v následující části. Komačková (2009) tvrdí, že sestra je exponována lidskému utrpení, bolesti, nemoci i smrti pacientů denně. Tyto situace, které prožívá, musí i náležitě zpracovat, což pro ni může být v dlouhodobém kontextu psychickou zátěží a rizikem plynoucím k syndromu vyhoření. Pracovali jsme tedy s obdobným předpokladem a pokoušeli se ho více objasnit. V našem pozorování bylo potvrzeno, že sestra se s bolestí pacientů setkává denně mnohokrát. Naši domněnku z části potvrzuje názor Vévody (2013), který souhlasí s Komačkovou (2009) a doplňuje, že dlouhodobé vystavení sestry lidskému utrpení a bolesti může způsobit selhání profesní obrany sestry. Sestra tedy v této situaci nemusí dle autora dokázat uhájit svůj profesionální přístup a nechtěně přenáší zátěž na svoji osobu. Sestry v našem výzkumu udávají, že v nich práce s pacienty s bolestí zanechává jistou emoční stopu, ale samy ji nedokážou přesně specifikovat, viz citace S5: „*Určitě to v nás zanechává nějakou stopu.*“

Zajímavostí je výzkum S. Nagy (1998), kde je uvedeno, že expozice bolesti pacientů může v sestrách vzbudit strach, který může mít i důsledky na jejich zdraví. Tato informace se objevila i v našem výzkumném šetření, kdy sestry skutečně v některých situacích spojených s léčbou bolesti pacientů verbalizují pocit strachu. Nejčastěji pocit strachu z komplikací, což dokládá i výrok S4: „*Určitě je to strach z komplikací.*“

Výzkum S. Nagy (1998) současně poukazuje, že větší úzkost a zátěž vyvstává z péče o pacienty trpícími silnými, obtížně těšitelnými bolestmi, jako jsou bolesti u popáleninových traumat. S popáleninovými traumaty jsme se v našem výzkumném šetření nesetkali. Setkali jsme se ale s podobnou situací, kdy sestry subjektivně hůře

vnímají bolest pacientů, která je obtížně tišitelná nebo dlouhodobě intenzivní. To vyjadřuje citace S12: „*Když se pacientovi snažím dlouhodobě pomoci a nezabírá to, tak to vidím jako problém a zátěž.*“ Totožný výsledek má i výzkumná práce Slatyer (2013), kde uvádí, že emoční problémy sester se vyskytují zvýšeně právě při exponování sester dlouhodobé bolesti pacientů. U jedné z dotazovaných sester bylo dokonce dlouhodobé vystavování bolesti pacientů důvodem k přeložení na jiné oddělení, viz citace S10: „*Ti pacienti se hodně opakují, chodí stále ti stejní se stejnými problémy, stěžují si. Jsou to pacienti převážně s chronickou bolestí, kde není většinou šance, že budou úplně bez bolesti. Potom je to na tu psychiku zdravotníka hrozné. Vidíte ty pacienty, jak se to nelepší. Těch, kteří tam skončí léčbu a jsou dobří, těch je málo. Byl nejvyšší čas odtud odejít.*“ Zároveň se ve výzkumu Slatyer (2013) objevuje informace, že z hlediska emočních prožitků se u sester vystavovaných dlouhodobé bolesti vyskytuje již zmiňovaný strach, úzkost a bezmoc. Právě pocit bezmoci se ukazuje i mezi sestrami v našem výzkumném šetření. Sestra S6 tento problém popisuje následovně: „*Když vidíte někoho umírat v bolestech, tak na to se nedá koukat. Nemůžete nic dělat. To Vás bolí taky, ať se na venek tváříte jakkoliv statečně nebo se snažíte vtipkovat.*“

Sestry v námi provedeném výzkumu hodnotí negativně i situace, kdy například sestra vyčerpala možnou dávku indikovaných farmak nebo analgetika nejsou ordinována. To koresponduje i s výzkumem Slatyer (2013).

Pokud se budeme zabývat, co je pro sestry v našem výzkumném šetření emočním vodítkem k řešení bolesti pacienta, je to nejčastěji soucit a představa vlastní bolesti nebo bolesti blízkých. To znázorňuje citace S6: „*Je to soucit a představa, že to bolí mě nebo moje děti.*“ Blondal s Halldorsdottir (2009) uvádí, že vcítění do pacienta a uvědomění si prožitku pacientovy bolesti sestru taktéž motivuje, aby ze soucitu a altruismu jednala. Tato silná motivace dle autorů pramení i z morální povinnosti, osobních znalostí, zkušeností a přesvědčení. V tomto ohledu musíme vzít v potaz i názor Janáčkové (2007), která uvádí, že předpokladem pro správné vcítění je sebeuvědomění vlastních pocitů a emocí. Pokud se tedy sestra chce správně vcítit do pacienta a identifikovat jeho pocity, musí mít jistou osobnostní výbavu, ale také musí dokázat pracovat sama na rozvoji vlastní osobnosti.

Dle Gulášové (2008) stejně jako pacient vnáší do prožívání bolesti a její terapie své zkušenosti a postoje, vnáší i ošetřující personál do tohoto vztahu svou autobiografii bolesti. Lidé, kteří osobně prožili bolest nebo měli člověka trpícího bolestí ve své blízkosti, mají k bolesti jiný přístup. S tímto tvrzením koresponduje i náš výzkum, kdy



sestry s delší dobou praxe využívají více svých zkušeností a zároveň svojí délku praxe berou jako jistý benefit, viz tvrzení S10: „*No, po škole, to jsem o bolesti nevěděla vůbec nic. Myslím, že jsem se od té doby hodně posunula. Vnímám to jinak, vím mnohem více a to mi pomáhá.*“ Délku praxe tedy u sester z našeho pohledu považujeme za ovlivňující faktor vnímání bolesti. Za další ovlivňující faktor vnímání bolesti považujeme prožití vlastní bolesti. Tuto skutečnost nám potvrzuje opět Gulášová (2008) i výsledky odpovědí sester, z kterých vyplývá, že právě tyto ovlivňující faktory mají přímý vliv na jednání sestry a vnímání bolesti pacientů. Sestra S6 se o svých zkušenostech vyjadřuje následovně: „*Já když jsem po operaci viděla, jak to bolí a jak to pomůže, když si nechám něco dát, tak s nimi soucítím hodně. Možná i díky tomu se je občas díky té vlastní zkušenosti snažím přesvědčit, aby si nechali pacienti dát analgetika večer na spaní nebo ráno před hygienou a cvičením, protože jsem si prožila, jak díky bolesti nemůžete pořádně spát ani se hýbat.*“ Možnou nevýhodou tohoto vnímání je i tendence sester k utváření vlastních, až moc subjektivních, názorů na bolest pacientů a s tím například nedostatečné pochopení bolesti pacientů. Tuto myšlenku zmiňuje ve své práci i Craig (2014). Přesto byla v našem výzkumném šetření zviditelněna myšlenka, že každý zdravotnický pracovník by měl mít zkušenost s vlastní silnou bolestí, aby pochopil, co vše prožitek bolesti ovlivní a jak pacienta v této situaci ovlivní ošetřující personál, viz citace sestry S10: „*Nepřála bych zdravotníkům, aby je něco bolelo, ale myslím, že každý zdravotník by si měl projít nějakou takovou situací, kdy ho něco opravdu bolí. Pak se daleko lépe vcítíte do těch pacientů, když si tím projdete sám, to určitě. A uvidíte to i z druhé strany, jak se k vám chová personál, co byste od nich chtěli nebo potřebovali.*“ S touto myšlenkou do jisté míry souhlasíme.

V rámci zdravotnických profesí, do kterých sestra bezpochyby patří, se můžeme zabývat i morálním distresem, který je v české literatuře poměrně novým termínem. Morální distress se liší od somatického, duchovního a psychologického právě svým etickým rozsahem. Mareš (2016) tvrdí, že morální distress vzniká, pokud sestra nemůže konat svoji práci podle toho, co považuje za správné. Je okolnostmi morálně nucena na vzniklou situaci nereagovat nebo reagovat v rozporu se svým vnitřním morálním přesvědčením. Tato situace se v ošetrovatelské péči o pacienty s bolestí vyskytla během našeho šetření mnohokrát. Například v momentě, kdy sestra nemá lékařem naordinovaná analgetika, ale chtěla by pacientovi z podstaty svého morálního přesvědčení ulevit, nebo když pacient trpí bolestí, sestra už vyčerpala indikované množství analgetik a již nesmí další podat, přestože by chtěla. Právě tyto situace se

projevily v našem výzkumném šetření, jak dokládá S5: „*Spíš se jim snažíte pomoci, abyste je neviděla, jak se trápí. Mnohdy je to obtížné nebo nemůžete dělat, co byste chtěla. Třeba byste chtěla dát léky, ale nikdo je nenapsal.*“

Z tohoto důvodu Vévoda et al. (2013) k redukci stresu a jako prevenci syndromu vyhoření doporučuje dodržování efektivních zásad psychohygieny. Tento aspekt v našem šetření nebyl zkoumán, proto doporučujeme jeho hlubší prozkoumání v budoucích výzkumech.

Farkašová et al. (2009) zmiňuje, že sestra musí dokázat být v péči o pacienta emocionálně neutrální. Otázkou zůstává, je-li to v případě denního exponování sester bolesti pacientů vůbec možné. Závěrem souhlasíme s Marešem (2016), který vyzdvihuje nutnost dalších výzkumů v této oblasti, která je eticky velmi složitá, neboť poznatků o prožívání zdravotnického personálu v rámci takto eticky a morálně složitých situací, dle názoru autora i našeho, není mnoho.

Tóthová (2014b) vyjadřuje, že je nezbytné, aby měla sestra v klinické praxi odpovídající vzdělání a dále se kontinuálně vzdělávala. S jejím názorem souhlasí i Farkašová (2009). Pokud se budeme zabývat vzděláváním sester v oblasti managementu bolesti a komunikace s pacientem s bolestí, tak bohužel drtivá většina respondentek z našeho šetření prokazuje, že žádné takovéto vzdělávání nepodstoupila. Výjimkou jsou vysokoškolsky vzdělané sestry, které v rámci pregraduálního vzdělávání prošly alespoň částečným vzděláním v této problematice v rámci výuky ošetrovatelského procesu v péči o nemocné nebo v rámci volitelných předmětů, jak udává S7: „*Ve škole jsme probírali bolest v rámci potřeb pacienta a pak byl i volitelný předmět zaměřený přímo na bolest. Myslím, že to bylo něco ve smyslu Bolest jako ošetrovatelský problém.*“ Část sester ví o sporadickém pořádání seminářů a konferencí o bolesti, avšak žádná z dotazovaných se ho nezúčastnila, přestože by o ně měly zájem. Ostatní sestry o žádném vzdělávání nevědí nebo se ho taktéž nezúčastnily.

V rámci kontinuálního vzdělávání v oblasti vnímání a managementu bolesti navrhujeme mentální mapu, která by mohla sloužit jako základní podklad pro vypracování semináře nebo kurzu. Mentální mapa viz příloha 8.

## 6 Závěr

Zaměřením této diplomové práce s názvem *Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry* je přiblížit zdravotnickým pracovníkům postupy managementu bolesti i zviditelnit, jak sestry vnímají práci o pacienta s bolestí a co pro ně tato situace znamená. Součástí práce bylo zjistit i názor pacientů na péči sester o jejich bolest, což utváří jistou zpětnou vazbu.

Práce sestry je z povahy povolání fyzicky i psychicky náročná. Sestry se při výkonu tohoto pomáhajícího povolání setkávají s bolestí pacientů každý den. Techniky managementu bolesti zahrnující hodnocení bolesti i její léčbu jsou často zkoumány a v literatuře dobře popisovány. Toto tvrzení formulujeme nejen z tvrzení dotazovaných komunikačních partnerek, ale i na podkladě české a zahraniční literatury. V souvislosti s tímto faktem jsme práci zaměřili právě na, z našeho pohledu, dosud často opomíjenou problematiku zátěže sester a vnímání bolesti pacientů, zejména sestrami.

Pro práci byly definovány 4 cíle zaměřené na vnímání bolesti pacientů sestrami, hodnocení bolesti, reakce sester na průběh intervencí managementu bolesti i na pocity a názory pacientů podstupujících léčbu bolesti. V souvislosti s vytyčenými cíli bylo formulováno 10 výzkumných otázek. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a pacienty. Celkově tvořilo výzkumný soubor 12 sester a 8 pacientů. Na podkladě jisté inkongruence mezi odpověďmi sester a pacientů jsme do výzkumného šetření zařadili skryté zúčastněné pozorování, kde bylo pozorováno 6 sester.

V rámci managementu bolesti sestry vědí, jak reagovat na verbalizaci bolesti pacientem. Dále jsou schopné samostatně využívat prostředků nefarmakologického tišení bolesti. Situace, kdy poskytované intervence managementu bolesti nejsou dostatečně účinné, sestry vnímají negativně, ale vědí, jak se při nich zachovat. Z výzkumného šetření vyplývá, že expozice sester bolesti pacientů zanechává ve většině sester emoční stopy, jako je pocit bezmoci, smutek nebo strach. Tento problém vykazuje progresi zejména v situacích, kdy sestry pečují o pacienty s chronickou nebo obtížně tišitelnou bolestí. V některých momentech péče o pacienta s bolestí sestry vykazují známky distresu. Své prožitky projevují pro okolí jen minimálně, avšak mezi kolegy své pocity dokáží ventilovat. Dále bylo prokázáno, že vnímání bolesti pacientů sestrami je ovlivněno částečně dobou praxe, osobními zkušenostmi a vlastní prožitou bolestí. Sestry mají omezené možnosti ve vzdělávání v oblasti komunikace s pacientem

s bolestí i možném rozšíření znalostí v managementu bolesti. Z hlediska hodnocení bolesti pacientů sestry dle výzkumného šetření mají znalosti používání alespoň VAS. Přesto však z odpovědí pacientů i pozorování vyplývá, že VAS sestry ve většině případů nevyužívají a spoléhají na svůj subjektivní úsudek, který následně interpretují i do dokumentace pacienta. Sestry samotné považují hodnocení bolesti za dostatečné, avšak v rámci zvýšení efektivity by ocenily při hodnocení větší spolupráci s lékaři.

Výsledky získané od pacientů nám přináší určitou zpětnou vazbu. Pacienti jsou i přes nedostatky spokojeni s péčí sester o jejich bolest. Zároveň z jejich odpovědí vyplývají pro sestry četná doporučení, jako je: více zájmu o historii pacientovy bolesti a celkový stav, potřeba pacienta být informován o aplikované terapii nebo zlepšení komunikace ve vztahu sestra x pacient a zejména potřeba důvěry v tomto vztahu.

#### *Doporučení pro praxi*

Práce by mohla sloužit jako podklad pro edukační materiály pro sestry či tvorbu seminářů, aby se problematika vnímání bolesti sestrami a managementu bolesti dostala do širšího povědomí zdravotnických pracovníků. To by mohlo ovlivnit nejen kvalitu života pacientů s bolestí a jejich spokojenost s léčbou, ale i psychickou zátěž sester.

Problematiku managementu bolesti a vnímání bolesti považujeme za zajímavou a důležitou, ale její význam je často nedoceněn nebo přímo podceněn. I proto bychom doporučili navázat na tuto práci dalšími studii.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BERMAN, A. et al., 2016. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. issue 10. Harlow: Pearson. s. 1512. ISBN 978-1-292-10610-6.
2. BLONDAL, K., HALLDORSOTTIR. S., 2009. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 18(20), s. 2897–2906, doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x.
3. CRAIG, J. A., 2014. *Nursing Knowledge and Attitudes toward Pain Management*. Boiling Springs. Diplomová práce. Gardner-Webb University School of Nursing.
4. DIMITIOU, V. et al., 2017. The Use of Aromatherapy for Postoperative Pain Management: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 32 (6), 530-541, doi: 10.1016/j.jopan.2016.12.003.
5. DOLEŽAL, T. et al., 2009. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. *Bolest*. Praha: Tegis, 4-27. ISSN 1212-6861.
6. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
7. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2009. *Ošetrovatelstvo – teória*. 3.vyd. Martin: Osveta. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
8. FEDORA. M. et al., 2012. *Dětská anesteziologie*. 1.vyd. Brno: NCONZO. 268 s. ISBN 978-80-7013-544-0.
9. FRICOVÁ, J., 2012. Algeziologické vyšetření geriatrického pacienta. In: ROKYTA. R. et al., *Léčba bolesti ve stáří*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 20-33. ISBN 978-80-204-2662-8.
10. FRIGANOVIC, A. et al., 2017. Healthy settings in hospital - How to prevent burnout syndrome in nurses. *Acta Clinica Croatica*. 56(2), 292-298, ISSN 0353-9466.
11. GÓMEZ-URQUIZA, J. L. et al., 2017. Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing and Health*. 40(2),. 99-110, doi: 10.1002/nur.21774.
12. GULÁŠOVÁ, I., 2008. *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém*. 1.vyd. Martin: Osveta. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.

13. HAKL, M., 2013. Dělení a hodnocení bolesti. In: HAKL. M. et al., *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2.vyd. Praha: Mladá fronta, 31-36. ISBN 978-80-204-2902-5.
14. HOUDEK, M. et al., 2007. Neuromodulace. 1.vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-0429-6.
15. CHROMÁ, J., SIKOROVÁ, L., 2013. Acute pain at children in NANDA International nursing. *Kontakt*. 15(2), 158-164. ISSN 1212-4117.
16. International Association for the Study of Pain, 2012. *Education: AISP Taxonomy* [online]. Washington: International Association for the Study of Pain. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
17. International Association for the Study of Pain, 1979. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage, *Pain Medicine*. 6(3), 249-252, ISSN: 1526-4637.
18. JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládnutí*. 1.vyd. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
19. JANÁČKOVÁ, L., WEISS. P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. vyd. 1. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
20. KADUČÁKOVÁ, Helena. 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. In: STANČIAK, Jaroslav, a CETLOVÁ, Lada (ed.). *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií, 299-307. ISBN 978-80-87035-37-5.
21. KALNICKÝ, J. ed. et al. 2012. *Obecný management*. vyd. 1. Ostrava: Repronis. 121 s. ISBN 978-80-7329-305-5.
22. KIKUCHI, Y. et al., 2013. Job stress and temperaments in female nurses. *Occupational Medicine*. 63(2), 123-128, doi: 10.1093/occmed/kqs212.
23. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdravé sestry. *Sestra*. 19(7-8), 26-28. ISSN: 1210-0404.
24. KOZÁK, J., VRBA, I., 2012. Specifika a komplikace léčby bolesti ve stáří. In: ROKYTA, R. et al., *Léčba bolesti ve stáří*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 34-70. ISBN 978-80-204-2662-8.
25. KROEZEN, M. et al., 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional

- control. *International Journal of Nursing Studie*, 49(8),1002-1012, ISSN 0020-7489.
26. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres – Příručka pro duševní pohodu*. 1.vyd. Praha: Grada. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
  27. LEJČKO, J., 2006. Předmluva k českému vydání. In: MUNDEN, J. ed et al., *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 9-10. ISBN 80-247-1720-4.
  28. MADZIOVÁ, S., JANÍKOVÁ, E., 2013. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelstvi a porodní asistence*. 4(1), 546-552. ISSN 1804-2740.
  29. MAREŠ, J., 2016. Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt*. 18(3), 151-159. ISSN 1212-4117.
  30. MASOPUST, V. et al., 2014. Neuromodulace. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014(2), 138-152, ISSN 1802-4041
  31. MILOSCHEWSKY, D., 2004. Pooperační bolest a analgezie. In: LARSEN, R. et al., *Anestezie*. 2.vyd. Praha: Grada, 779-811. ISBN 80-247-0476-5.
  32. MUNDEN, J. e dat al., 2006. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
  33. NAGY, S., 1998. A coparison of the effect of patients' pain on nurses working in burns and neonatal intensit care units. *Journal of advanced nursing*. 27(2), 335-340, ISSN 1365-2648.
  34. NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*.1.vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
  35. Nařízení vlády č 361/2007 Sb. kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, 2007. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [cit.2018-04-04] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361/zneni-20160129>.
  36. NERADIELEK, F. et al., 2012. Historie a současnost výzkumu a léčby bolesti. In: ROKYTA, R. et al., *Bolest*. 2.vyd. Praha: Tigis, 20-26. ISBN 978-80-87323-02-1.
  37. NLK-TEZAURUS, 2018. *Management bolesti*. [online]. Medvik.cz - Tezaurus Medical Subject Headings. [cit.2018-04-04]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=829027&type=3>.
  38. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
  39. POKORNÁ, A. et al., 2013. a *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1.vyd. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

40. POKORNÁ, A. et al., 2013. b *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1.vyd. Praha: Grada. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
41. RIAHI, S., 2011., Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of Nursing Management*. 19(6), 721-731, doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x .
42. RINSTEDT, C. 2013. Pain and nurses' emotion work in a paediatric clinic: treatment procedures and nurse-child alignments. *Communication & Medicine*. 10(1), 51-56, ISSN 1613-3625.
43. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 16-27. ISBN 978-80-247-3012-7.
44. ROKYTA, R., 2011. *Typy onkologických bolestí a jejich efektivní řešení*. [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze. [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: <https://www.koaliceprozdravi.cz/soubor/typy-onkologickych-bolesti-a-jejich-efektivni-reseni/>
45. ROKYTA, R., 2012. Teorie stárnutí a možnosti léčby bolesti ve stáří. In: ROKYTA, R. et al., *Léčba bolesti ve stáří*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 11-19. ISBN 978-80-204-2662-8.
46. ROKYTA, R., 2013. Patofyziologie bolesti. In: HAKL, M. et al., *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2.vyd. Praha: Mladá fronta, 16-25. ISBN 978-80-204-2902-5.
47. SILBERNAGL, S., LANG, F., 2012. *Atlas patofyziologie*. 2.vyd. Praha: Grada. 416 s. ISBN978-80-247-3555-9.
48. SLÁMA, O. et al., 2012. Symptomatická léčba nádorové bolesti. In: ROKYTA, R. et al., *Bolest*. 2.vyd. Praha: Tigris, 405-419. ISBN 978-80-87323-02-1.
49. SLATYER, S. J., 2013. *The role of empowerment in the care of patients who experience severe pain : the nurse's perspective*. Bentley. Disertační práce. Curtin University.
50. SOFAER, B., 1997. *Bolest-Průručka pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
51. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
52. ŠEVČÍK, P. et al., 2012. Akutní bolest. In: ROKYTA, R. et al., *Bolest*. vyd. 2. Praha: Tigris, 202-232. ISBN 978-80-87323-02-1.



53. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství 1: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1.vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
54. THE JOINT COMMISSION., 2017. Joint Commission Enhances Pain Assessment and Management Requirements for Accredited Hospitals. *The Official Newsletter of The Joint Commission*. [online] 37(7), 1-3, [cit. 2017-12-12] Dostupné z: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint\\_Commission\\_Enhances\\_Pain\\_Assessment\\_and\\_Management\\_Requirements\\_for\\_Accredited\\_Hospitals1.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_Enhances_Pain_Assessment_and_Management_Requirements_for_Accredited_Hospitals1.PDF)
55. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014a. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2.vyd. Kroměříž:Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
56. TÓTHOVÁ, V. 2014,b Editorial: Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání? *Kontakt*. České Budějovice: Johanus, 16(3), 197-180. ISSN: 1212-4117.
57. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
58. TREŠLOVÁ, M. 2010. Význam komunikace ve vztahu sestry-lékař. In: BÁRTLOVÁ. S. et al., *Vztah sestry-lékař*. 1.vyd. Brno:NCONZO. 82-92. ISBN 978-80-7013-526-6.
59. TSAI, Y.C., LIU, C. H., 2012. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research*. 12(199), 1-8, doi: 10.1186/1472-6963-12-199.
60. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada.. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
61. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sestry a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
62. VLACHOVÁ, V., VYKLICKÝ, L., 2012. Buněčné a molekulární mechanismy nocicepce. In: ROKYTA. R. et al., *Bolest*. 2.vyd. Praha: Tigis. s. 48-65. ISBN 978-80-87323-02-1.
63. VOKURKA, M. et al., 2016. *Praktický slovník medicíny*. 11.vyd. Praha: Maxdorf. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.
64. VRBA, I., 2009. Opioidy v léčbě chronické nenádorové bolesti. In: *Opioidy v léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta. s. 27-50. ISBN 978-80-204-2122-7.
65. VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1.vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.

66. WILKINSON, J. M., 1989. Moral mistress in nursing practice: a labor and delivery nurse's experience. *Journal Obstetrics and Gynecology*. 23(1), 16-29, ISSN 0884-2175.
67. YAMAMOTOVÁ, A. 2012. Mechanismy stresové analgezie. In: ROKYTA. R. et al., *Bolest*. vyd. 2. Praha: Tigris. s. 74-73. ISBN 978-80-87323-02-1.
68. ZAGHLOUL, A. A. ABOU EL ENEIN, N.Y., 2009. Nurse stress at two different organizational settings in Alexandria. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2009(2). 45-51. ISSN 1178-2390.
69. ZACHAROVÁ, E., 2006. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-056-6.
70. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2.vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
71. ZANOCCHI, M. et al., 2008. Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristic, influence of quality of life. *Arch Gerontol Geriatr*. 47(1), 121-128, doi. 10.1016/j.archger.2007.07.003

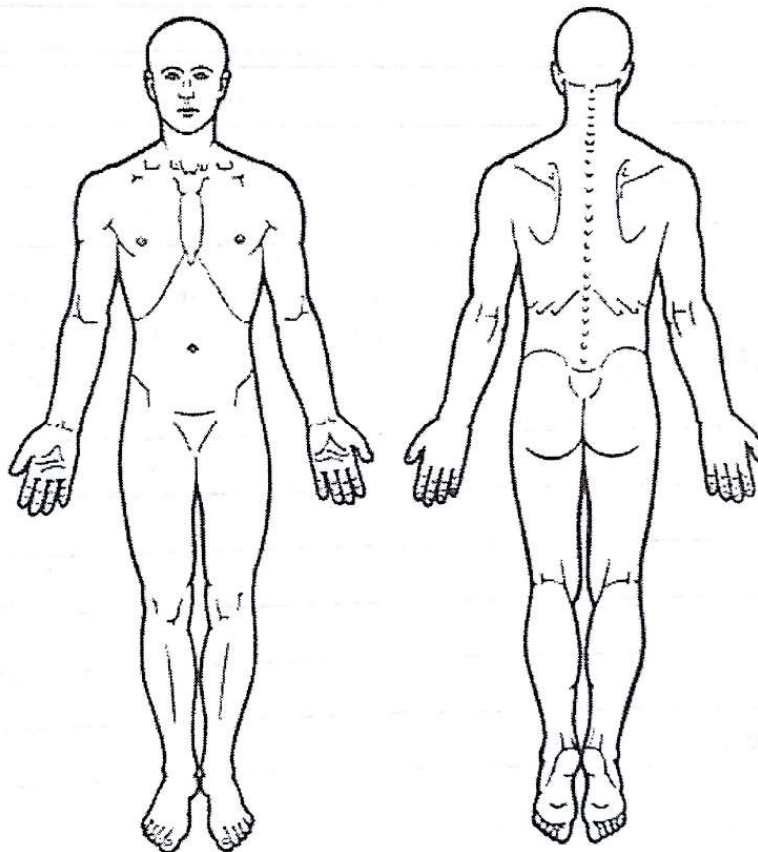
## 8 Seznam příloh

Příloha 1	Tabulka rozdílů mezi akutní a chronickou bolestí
Příloha 2	Mapa bolesti
Příloha 3	Zobrazení vizuální analogové škály
Příloha 4	Zobrazení numerické hodnotící škály
Příloha 5	Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami a pacienty
Příloha 6	Přepisy rozhovorů (přiložené CD)
Příloha 7	Záznamový arch pro skryté zúčastněné pozorování sester
Příloha 8	Mentální mapa

**Příloha 1** Tabulka rozdílů mezi akutní a chronickou bolestí (Doležal et al., 2009)

	Akutní bolest	Chronická bolest
Charakter	Symptom	Syndrom, onemocnění sui generis
Biologický význam	Pozitivní, signál nemoci, obrana organismu	Negativní, škodlivý, destruktivní
Patofyziologické mechanismy	Relativně jednoduché	Komplexní, složené
Vegetativní odpověď	Bezprostřední, krátkodobá, ↑ tonus sympatiku, stresová reakce	Udržovaná, nevýrazná
Psychická reakce	Anxieta	Deprese
Chování	Ochranné, reaktivní	Naučené, bolestivé
Léčbu určuje a řídí	Praktik, specialista	Algeziolog, tým odborníků
Rozsah terapie	Monomodální, farmakoterapie je klíčová	Multimodální, biopsychosociální, komplexní
Farmakoterapie	Analgetika	Analgetika, adjuvantní a pomocné léky
Analgetický efekt farmakoterapie	Výrazný	Často nevýrazný
Strategie farmakoterapie dle WHO analgetického žebříčku	„Stop down“	„Stop up“

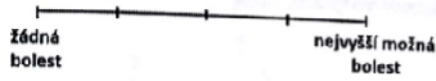
## ZÁZNAM LOKALIZACE BOLESTI



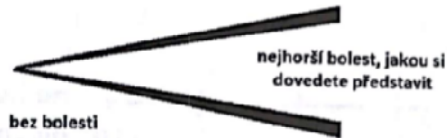
Oblast bolesti označte křížkem 

**Příloha 3** Zobrazení vizuální analogové škály (Pokorná et al., 2013b)

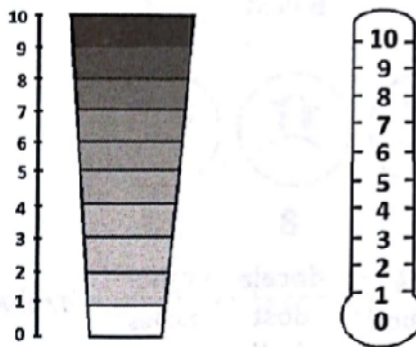
**TYPY ZOBRAZENÍ VIZUÁLNÍ ANALOGOVÉ ŠKÁLY**



**horizontální úsečka**



**rozvírající se úsečky**



**vertikální úsečka**

**teploměr**

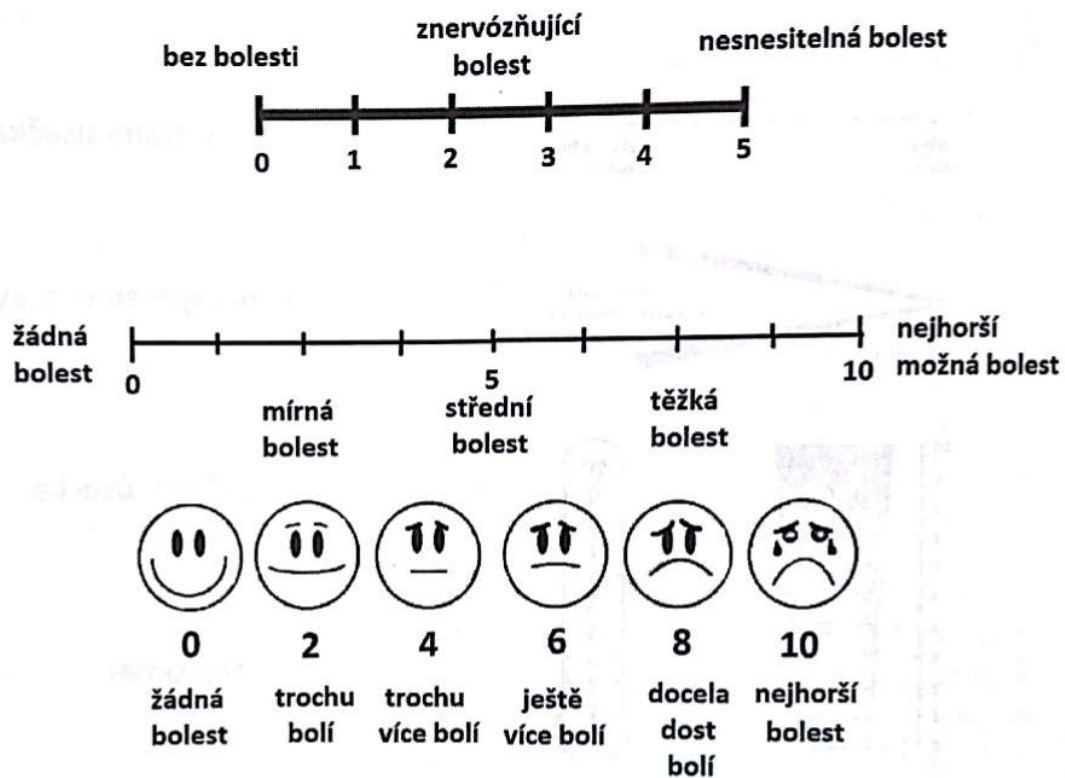


**pravítko**



**obličej**

## NUMERICKÁ HODNOTICÍ ŠKÁLA



Vyberte číslo, které odpovídá vaší bolesti.

## Podklad - Otázky pro polostrukturované rozhovory k DP

(Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry)

---

### SESTRY

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:

Délka praxe v oboru:

1. Jak byste charakterizovala bolest a co pro Vás bolest osobně znamená?
2. Co si představíte pod pojmem management bolesti?
3. Můžete mi popsat, jakým způsobem hodnotíte bolest na vašem pracovišti?
  - a. Jaké škály hodnocení bolesti využíváte?
  - b. Jaké máte intervaly pro hodnocení bolesti?
  - c. Jakým způsobem zaznamenáváte sledování bolesti do dokumentace?
4. Jak hodnotíte/ usuzujete, že má pacient bolest?
  - a. Co jsou pro Vás hlavní neverbální ukazatele bolesti?
5. Jak je pacientova historie bolesti zanesena do Vaší péče o něj?
  - a. Co víte o bolesti a jejím zvládnání pacientem doma?
6. Jaký máte názor na hodnocení bolesti na Vašem pracovišti a její efektivitu?
  - a. V čem by dle Vás šla zlepšit?
7. Jak se mění Váš postoj k vnímání bolesti v průběhu praxe?
  - a. Porovnala byste ho prosím například v době nástupu do praxe a teď?
8. Jak prožití Vaší silné bolesti změnilo pohled na bolest ve Vaší praxi?
  - a. Jak tato zkušenost změnila Váš pohled na bolest pacientů a její prožívání v praxi?
9. Představte si, že by léčba vaší bolesti nereagovala na terapii, co by vám dle vás přineslo úlevu?
10. Jak vnímáte bolest pacientů?
  - a. Jaké emoce a prožitky pociťujete při péči o pacienty s bolestí?
11. Co Vás osobně vede k řešení pacientovi bolesti? (soucit, vlastní představa bolesti, empatie)
12. Co pro vás představuje v práci zátěž? (Je to i práci s pacienty s bolestí?)



13. Jak reagujete na verbalizaci bolesti pacientem?
14. Jaká je pro Vás komunikace s pacientem s bolestí?
15. Jak reagujete, pokud pacient verbalizuje bolest i přes pravidelně/právě aplikovanou analgetickou terapii.
  - a. Jak tuto situaci vnímáte?
16. Jak reagujete v situaci, kdy nemáte lékařem naordinovaná analgetika?
17. Jaké intervence, napomáhající zvládnutí bolesti, podnikáte samostatně bez indikace lékaře?
  - a. Proč?
18. Jaké metody a formy tlášení bolesti využíváte na vašem pracovišti nejčastěji / s jakými jste se setkala (epidurál, pumpa, intranasální, intradermální...)?
  - a. Jaké techniky léčby bolesti znáte?
19. Můžete mi říct, co na Vašem pracovišti děláte s pacienty, jejichž bolest v rámci oddělení nejste schopni řešit? (specializovanější pracoviště)
20. Používáte někde placebo efekt v léčbě bolesti proč a jak?
  - a. Řekněte mi, v čem myslíte, že spočívá účinek placebo?
21. Jaký máte názor na preskripci analgetik sestrou?
22. Co můžete říci ke vzdělávání v oblasti managementu bolesti
  - a. Jaké máte možnosti rozšíření vzdělání v komunikaci s pacientem?
  - b. Jakým způsobem jsou dle Vás čerství absolventi univerzit, VOŠ a SZŠ připraveni na práci s pacienty s bolestí?

## **PACIENTI**

1. Jak od Vás zjišťoval zdravotnický personál historii Vaší bolesti?
  - a. Jak byla během hospitalizace sledována Vaše bolest?  
(Charakter, síla)
2. Jakým způsobem vám byla nabídnuta léčba bolesti?
  - a. Jaké intervence Vám pro tlášení bolesti nabídla sestra?
3. Popište prosím, jak se podílely na léčbě Vaší bolesti sestry?
4. Jak hodnotíte péči sester o Vaši osobu, co se týče léčby bolesti?
5. Co byste sestřám doporučil/a pro oblast péče o Vaši bolest?

**Příloha 7** Záznamový arch pro skryté zúčastněné pozorování sester

(Zdroj vlastní)

**Záznamový arch č.**

Skryté zúčastněné pozorování

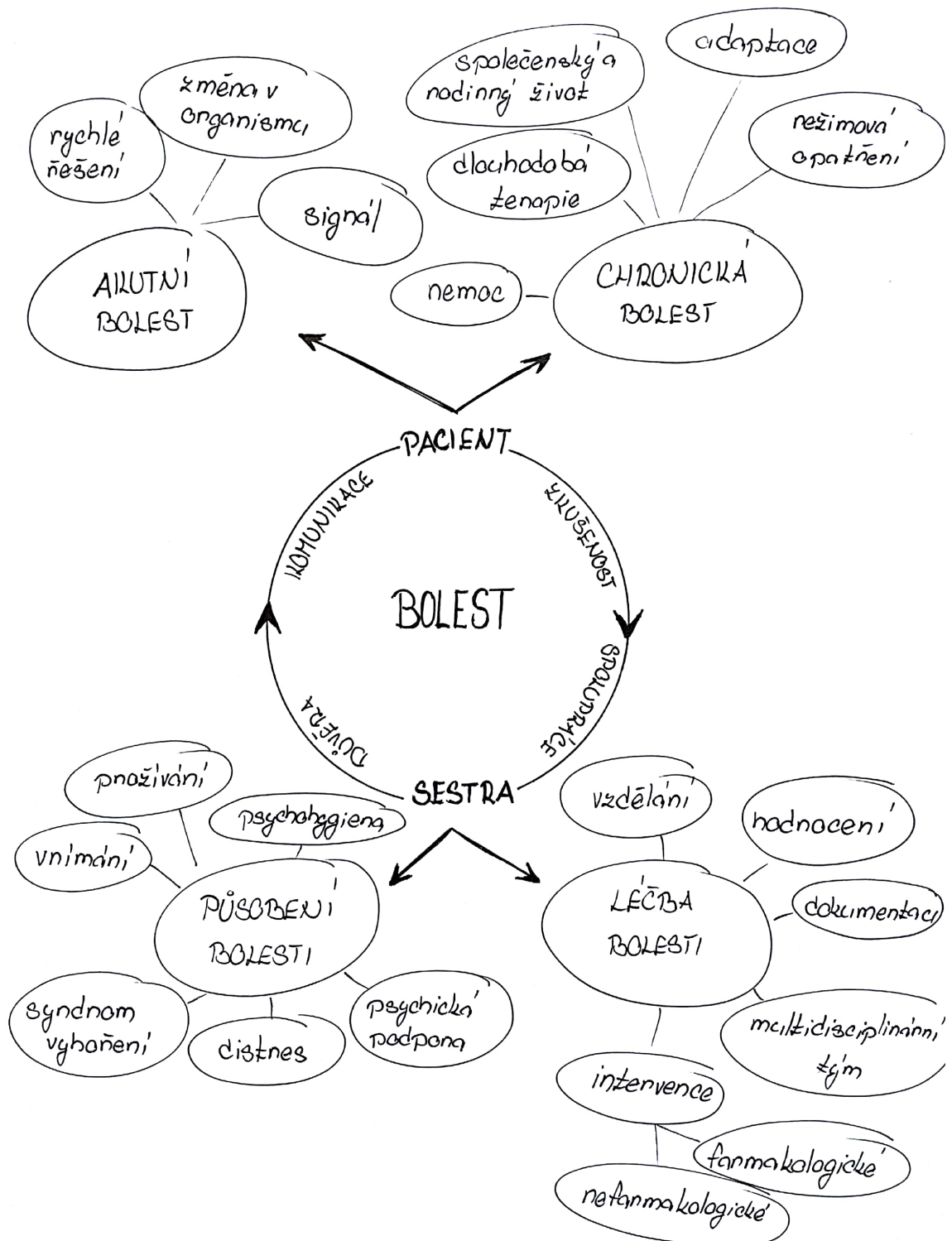
---

Sestra:

verbální projev sestry	
neverbální projev sestry	
posturika sestry	
přístup sestry	
hodnocení bolesti	
práce s dokumentací	
prostor pro pacienta	
informování pacienta a edukace	

Příloha 8 Mentální mapa

(Zdroj vlastní)



## 9 Seznam zkratek

ADL	Activities of Daily Living = dotazník všedních denních činností
CNS	Centrální nervová soustava
DK	Dolní končetina/y
GIT	Gastrointestinální trakt
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IASP	International Association for the Study of Pain = Mezinárodní společnost pro léčbu bolesti
JCI	Joint Commission International = Spojená komise pro akreditace zdravotnických zařízení
LAHV	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association = Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
NLK	Národní lékařská knihovna
NRS	Numerical rating scales = Numerická hodnotící škála
PSS	Pomaturitní specializační studium
VAS	Visuální analogová škála
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace