

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Centra pro léčbu bolesti a podíl práce sestry v nich
diplomová práce

Autor práce: Bc. Eliška Forštová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 20. května 2013

Abstrakt

Bolest je většinou jedním z prvních průvodních příznaků upozorňujících na různá onemocnění. Ztrpčuje život pacientů a snižuje kvalitu jejich života po tělesné, duševní i emocionální stránce. Závisí na individualitě každého člověka, jakým způsobem svou bolest prožívá, jakým způsobem se jí poddá či do jaké míry se jí nechá ovlivňovat. Její nevýhodou je, že ji nelze jednoznačně objektivně kvantifikovat. Častým pochybením zdravotnického personálu je u pacientů podhodnocování její intenzity, charakteru a průběhu. Díky tomu se pacienti ve vztahu se zdravotnickým personálem projevují mnohem zdrženlivěji, dochází k nárůstu jejich nespokojenosti, což je bohužel v rozporu s progresí jejich léčby. Měly by to být právě sestry, na které se pacienti mohou s důvěrou obrátit, kdykoliv potřebují. Neboť zejména sestry jsou prostředníkem mezi pacientem a lékařem, čímž zastávají ve všech zdravotnických zařízeních významnou roli. Na druhou stranu jejich péče o pacienty s bolestí je velmi náročná. Proto bylo důležité zmapovat podíl práce sester v institucích pro léčbu bolesti, konkrétně v ambulancích bolesti, vliv na jejich psychiku, postoj vůči pacientům, jejich názory na instituce bolesti včetně informací o fungování ambulančí, metodách a možnostech léčby a údaje o péči, která je pacientům poskytována.

V teoretické části bylo nejprve důležité definovat bolest, podle jakých kritérií ji lze dělit, způsoby jejího měření, metody léčby, charakterizovat typy institucí zabývajících se léčbou bolesti, stručně popsat nejčastější onemocnění a nakonec definovat práci sester a jejich ošetrovatelskou roli v institucích bolesti.

Bylo stanoveno šest cílů: zjistit nejčastější diagnózu v ambulancích bolesti, nejčastější metody léčby bolesti, dále jak sestry vnímají pacienty ambulančí bolesti, jak sestry pečují o psychický stav těchto pacientů, jaká režimová opatření jim doporučují a nakonec zmapovat instituce zabývající se léčbou bolesti v České republice. Na základě těchto cílů bylo vymezeno šest výzkumných otázek: 1. Která nejčastější diagnóza se vyskytuje v ambulancích bolesti? 2. Jaké nejčastější metody jsou využívány při léčbě bolesti? 3. Jaká je úspěšnost metod léčby dle sester? 4. Jak sestry vnímají pacienty, kteří navštěvují ambulance bolesti? 5. Jak sestry pečují o psychický stav pacienta v ambulancích bolesti? 6. Jaká režimová opatření sestry doporučují pacientům při léčbě bolesti?

K dosažení stanovených cílů a zodpovězení výzkumných otázek byl proveden kvalitativní výzkum, přičemž technikou sběru dat byl polokonstruovaný rozhovor s předem vytvořenými otázkami. Výzkum byl proveden v celém Pardubickém kraji, aby byla dosažena co nejvyšší vypovídací hodnota o situaci v jednom z krajů. Do výzkumného souboru byly zařazeny čtyři sestry pracující v ambulanci bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s. a po jedné ze sester z Orlickoústecké nemocnice, a.s. a Vysokomýtské nemocnice, a.s. Kritérium přijetí sester do výzkumného souboru bylo stanovení minimální doby zaměstnání v instituci zabývající se léčbou bolesti (alespoň tři roky). A to v souladu s předpoklady o jejich nabytých zkušenostech a znalostech chodu těchto institucí. Z rozhovorů byl se souhlasem respondentek pořízen audiovizuální záznam. Pro zpracování výsledků byly rozhovory následně kategorizovány. Součástí praktické části je i obsahová analýza, která zahrnuje základní informace o institucích zabývajících se léčbou bolesti v České republice a pro jejíž zpracování byly podkladem internetové zdroje.

Z výsledků vyplývá, že se pacienti léčí v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji nejčastěji s chronickými bolestmi zad. Dále jsou to pourazové stavy, bolesti spojené s pásovým oparem, pooperační stavy, bolesti kloubů a bolesti spojené s onkologickými onemocněními.

Nejčastěji používanou metodou k měření bolesti je vizuální analogová škála měření bolesti. Z výsledků je také patrné, že způsob léčby, resp. použitá metoda, závisí pouze na individualitě jednotlivých pacientů. Prospěšná je zejména kombinace jednotlivých metod. Nejprve se při léčbě bolesti přistupuje k ordinování farmak – zejména analgetik, do kterých patří i opiody. Navzdory obavám profesionální i široké veřejnosti z rozvoje závislosti u pacientů, kterým jsou naordinovány opioidy, je sestry z ambulaní bolesti v Pardubickém kraji při léčbě bolesti berou jako relativně běžný jev. Nesmírně významné jsou ale psychologické možnosti léčby, neboť mnoha pacientům se bolesti zhoršují s vyšší mírou psychické zátěže. Problémem proto může být, že ambulance bolesti v Pardubickém kraji nespolupracují s žádnými konkrétními psychology. Zdravotnický personál se alespoň snaží vést s pacienty při jejich návštěvě dlouhé empatické rozhovory. Navíc z výzkumného šetření vyplynulo, že základem úspěchu ve vztahu pacient-sestra je právě správné vedení efektivní komunikace, která je znakem bezpečné péče o pacienty a jejíž provedení vyžaduje výborné naslouchací dovednosti.

Správně vedená komunikace může vést ke stanovení priorit v léčbě bolesti, což je ku prospěchu jak pacientů, tak sester.

Pacientům s bolestmi je také doporučeno dodržovat režimová opatření tak, aby nedocházelo ke zhoršení jejich stavu. Jde zejména o změnu životního stylu, stravovacích návyků a přiměřenou dávku pohybových aktivit. Závisí ale na každém pacientovi, zda se jimi skutečně řídí. Pacienti je totiž příliš dodržovat nechtějí.

Výsledky výzkumu také ukázaly, že se sestry při výkonu svého povolání snaží o co největší míru profesionality. I přesto ale z rozhovorů vyplynulo, že je často jejich přístup k pacientům ovlivněn nejen individuálními vlastnostmi, prožíváním, chováním a názory pacientů, ale i jejich úděly a průběhem nemoci spojené s bolestí. Sestry totiž musí při svých pracovních povinnostech zvládat nejen vlastní emociální a psychické vytížení, ale mísí se v nich velmi často i pocity pacientů, o které pečují. Vůči pacientovi tak pociťují bezmocnost, přičemž ta může ohrožovat jejich profesionalitu. Přesto se snaží být pro ně při léčbě bolesti oporou.

Ukázalo se také, že ačkoliv algeziologie jako obor medicíny existuje již řadu let a je plně uznáván odbornými institucemi, je o její existenci, působení a náplni práce laická veřejnost, bohužel ale i řada lékařů a sester, jen velmi málo informována. Alarmující ovšem je, že existovaly limity i u sester zahrnutých ve výzkumném šetření, které pracují přímo v ambulancích bolesti, jak ve znalostech v obecné léčbě bolesti (např. neznalost údajů zapisovaných do pacientovy dokumentace při hodnocení bolesti), tak v oblasti sebevzdělávání, která je z jejich strany způsobena nezájmem a nedostatečnou mírou aktivity. Proto byla jako součást diplomové práce vypracována příručka nejen pro pacienty, která přináší podrobné informace o léčbě bolesti, obtížích pacientů a dále porozumění péči o ně. Příručka sice primárně slouží pacientům jako propagační materiál např. do čekáren ambulancí bolesti, lze ji ale jednoznačně doporučit i sestřím pro pochopení komplexní problematiky léčby bolesti.

Závěrem lze říci, že ambulance bolesti v Pardubickém kraji fungují bezproblémově. Navíc vzhledem k tomu, že byla zmapována situace v jednom z krajů republiky, dalo by se s nadsázkou říci, že lze výsledky diplomové práce vztáhnout celoplošně na celou Českou republiku.

Klíčová slova: pacient – bolest – sestra – ošetrovatelská péče – centra pro léčbu bolesti – ambulance bolesti

Abstract

Pain is one of the first symptoms that alert you to the various diseases. It affects and reduces the quality of patient's life and their physical, mental and emotional abilities. It depends on man how feels the pain, how succumbs to it or how much affects him. But the pain cannot be clearly quantified. The medical staffs often underestimate patient's intensity, character and process of pain. As a result, the patients are more reserved in relation to the medical staffs. Unfortunately, there is an increase of dissatisfaction which is in conflict with the progress of their treatment. And there should be the nurses for contact with patients when they want it. Especially the nurses are the mediator between the patient and the doctor; thereby they perform the important roles in the health care centres. On the other hand, the patient care is very difficult. Therefore it was important to determine the quantity of nurse's work in the pain management institutions, particularly the pain management clinics, an affect their psyche, an attitude to patients, their view of the pain management institutions, including information about the pain management clinics processing, the methods and the provided care.

At first, it was important to define the pain, its types and measurement, the pain treatment methods, describe the pain management institutions and the most common diseases and finally the work of nurses and their nursing role in the pain management institutions.

There were determined six aims: to find out the most common diagnosis and methods of pain treatment in the pain management institutions, as well as how nurses perceive the patients and care for their mental status in the pain management clinics, the daily routines which the nurses recommend to the patients and finally find out information about the pain management institutions in the Czech Republic. Based on the aims there were determined six research questions. Firstly, what is the most common diagnosis in the pain management clinic? Secondly, what are the most common methods for pain treatment? Thirdly, how are successful the methods of pain treatment by nurses? Fourth, how nurses perceive the patients of pain treatment clinics? Fifthly, how nurses care for patient's mental status in the pain treatment clinic? Sixthly, what daily routine nurses recommend to the patients with pain treatment?

The research part of this thesis was processed as a form of qualitative research, a half-designed interview was chosen as a technique of data collection. The research was done in the entire Pardubice region, in order it maximizes the information value. The research group consists of six nurses of pain management clinics – four nurses from hospital in Pardubice, one from Ústí nad Orlicí and one from Vysoké Mýto. It was established the minimum period of employment for nurses in the pain management institutions (at least three years) as a prerequisite for admission to the research group. It was in accordance with the assumptions that the nurses have experience and knowledge about the pain management in these institutions. The interviews were recorded with permission of the respondents and subsequently were categorized. The content analysis is also a part of the results and includes basic information about the pain treatment institutions in the Czech Republic. It has been prepared based on Internet.

The results showed that patients have often the chronic back pain in the pain management clinics in Pardubice region. In addition, there are the post-traumatic conditions, the pain associated with shingles, the post-operative pain, the joint pain and the pain associated with cancer.

The visual analog scale is the most common method for pain measurement. The results also showed that the used treatment method depend on only patient. And especially the combination of the treatment methods is more helpful for patients. At first, patients take drugs, especially analgesics, which also include opioids. Despite of concerns of experts and general public from the development of addiction, the nurses from the pain management clinics are not afraid to prescribe the opioids to patients. Also the psychological methods of pain treatment are very important, because the pain of many patients become worse with higher levels of psychological stress. It can be problem that the medical staffs from the pain management clinics in Pardubice region don't cooperate with some psychologists. At least, they have the long empathetic interviews when patients visit the pain management clinic. In addition, the research showed that the key to success in nurse-patient relationship is the effective communication, which means the safe patient care and which requires nurse's excellent listening skills. The right conducted communication can lead to determining the priorities in the pain treatment. And it is a benefit for both patients and nurses.

The nurses also recommended the daily routines as to the prevention of the deterioration of their physical condition for patients with pain. There include changes in lifestyle and eating habits and physical activity. But it depends on each patient whether they actually follow them. Because the patients don't want to follow them.

The results also showed that the nurses try to be professional in their work. Although it was revealed that they are influenced by characteristics, experiencing, behaviours and views of patients, but also patient's fate and disease progression. The nurses control not only their own emotional and mental workload, but also they feel the experiences of patients in their care within them. So they feel the helplessness which it can threaten their own professionalism. However, they try to be the support for patients during the pain treatment.

It has been also shown that although pain management as a discipline of medicine has been here for many years and is fully recognized by experts, the public knows little information of its existence and work, but unfortunately it is the same for a number of doctors and nurses. It is worrying that the nurses working in the pain management clinics have the limited knowledge about general pain treatment (e.g. lack of information about the pain assessment, which is given in patient's medical report) and also in self-education, which is due to the lack of interest and activity. Based on these results of the thesis, an information booklet has been prepared which could have great benefits not only for patients and which provides detailed information about pain treatment, patient's problems and their care. The information booklet is mainly for patients (e.g. as promotional material in doctor's waiting rooms), but it can be recommended for nurses to understand the pain issue.

In conclusion, the pain management clinics in Pardubice work well. Furthermore, it was described the situation of pain treatment in one of regions, so we can say that the results of the thesis can be applied to the entire Czech Republic.

Keywords: patient – pain – nurse – nursing care – centres for pain treatment – pain management clinic

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. května 2013

.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své školitelce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za předané praktické znalosti, trpělivý přístup, cenné poznatky a připomínky při sepisování této diplomové práce. Chtěla bych také velmi poděkovat sestrám pracujícím v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti) za projevenou ochotu, pomoc a podíl na výzkumné části, která je součástí této diplomové práce. Ráda bych také poděkovala svým rodičům a především své sestře za všestrannou podporu, pomoc a pochopení.

OBSAH

Úvod.....	14
1	Současný stav 16
1.1	Bolest 16
1.1.1	Rozdělení bolesti 19
1.1.2	Akutní bolest 21
1.1.3	Chronická bolest..... 23
1.2	Léčba bolesti..... 25
1.2.1	Metody měření bolesti 25
1.2.2	Farmakologické léčení bolesti 28
1.2.3	Jiné možnosti léčby bolesti..... 34
1.2.4	Psychologické zvládnání bolesti..... 37
1.2.5	Alternativní léčení bolesti..... 39
1.3	Centra pro léčbu bolesti..... 41
1.3.1	Typy léčeben bolesti 41
1.3.2	Nejčastější onemocnění léčené v centrech pro léčbu bolesti..... 43
1.3.3	Role sester v centrech pro léčbu bolesti 44
2	Cíle práce a výzkumné otázky..... 50
2.1	Cíle práce 50
2.2	Výzkumné otázky 50
3	Metodika výzkumu 51
3.1	Metodika a technika výzkumu..... 51
3.2	Charakteristika výzkumného souboru 52
4	Výsledky 53

4.1	Výsledky rozhovorů se sestrami.....	53
4.2	Shrnutí výsledků praktické části.....	77
4.2.1	Identifikační údaje respondentek.....	77
4.2.2	Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti).....	78
4.2.3	Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti)	79
4.2.4	Metody a možnosti léčby bolesti.....	81
4.2.5	Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů.....	82
4.2.6	Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti)	83
4.3	Výsledky obsahové analýzy	85
5	Diskuze	92
6	Závěr.....	115
7	Seznam použitých zdrojů.....	118
	Přílohy.....	127

Seznam použitých zkratk

AIDS	syndrom získaného selhání imunity (z <i>angl.</i> Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ARIP	ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CT	počítačová tomografie (z <i>angl.</i> computer tomography)
DBS	hluboká mozková stimulace (z <i>angl.</i> deep brain stimulation)
DIBDA	dotazník interference bolestí s denními aktivitami
EEG	elektroencefalograf
EMG	elektromyografie
IASP	Mezinárodní společnost pro studium bolesti (z <i>angl.</i> International Association for the Study of Pain)
i. m.	intramuskulárně
i. v.	intravenózně
IVES	intravesikální elektrická stimulace (z <i>angl.</i> intravesical electrical stimulation)
MCS	stimulace motorické kůry (z <i>angl.</i> motor cortex stimulation)
MPQ	metoda měření bolesti prostřednictvím dotazníku (z <i>angl.</i> McGill Pain Questionnaire)
MRI	magnetická rezonance
NMDA	<i>N</i> -methyl-D-aspartátové
ORL	otorinolaryngologie
PCA	pacientem kontrolovaná analgezie
PNS	periferní nervová stimulace
p. o.	per os
RTG	rentgen
rTMS	repetitivní transkraniální magnetická stimulace (z <i>angl.</i> repetitive transcranial magnetic stimulation)
s. c.	subkutánně
SCS	míšní stimulace (z <i>angl.</i> spinal cord stimulation)

SSLB	Společnost pro studium a léčbu bolesti
TENS	transdermální nervová elektrostimulace
UZ	ultrazvuk
VAS	vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace (z <i>angl.</i> World Health Organization)

Úvod

*„Zabývají se svými bolestmi,
zvětšujeme je,
přemýšlejí o svých slabostech,
posilujeme je.“*

Gottfried Keller

Bolest provází člověka odnepaměti. Je většinou jedním z prvních příznaků řady onemocnění, které člověku signalizují, že něco v jeho organismu není v pořádku. Ztrpčuje život pacientů, snižuje hodnotu jejich života a je spojena s utrpením jak po tělesné, tak po duševní stránce. Je zřejmé, že postoj k bolesti závisí na individualitě každého pacienta. Její intenzita, průběh a charakter jsou poměrně často podhodnocovány. Přestože ji nelze jednoznačně posoudit v globálním měřítku podle jednoho systému, neměla by být opomíjena její dostatečná léčba. Malé povědomí pacientů o léčbě bolesti, ale bohužel i některých zdravotnických pracovníků, dále ztráta sebedůvěry a kvality života pacientů, minimální využití nových poznatků v léčbě bolesti, ale i náročná práce z pozice zdravotnického personálu mohou být příčinami nedostatečné léčby bolesti.

Během své odborné praxe na různých odděleních nemocnic jsem se často setkávala s pacienty trpícími bolestí. Jednoznačně ovlivňovala jejich život, postoje, nálady a stanoviska. Na druhé straně ale bolest pacientů svým způsobem měla vliv i na život sester. Proto by sestry měly nejen naslouchat potřebám pacientů, vyhodnotit jejich sdělení a zaujmout správný postoj k jejich léčbě prostřednictvím využití prvků komunikace, procesu empatie a trpělivosti, ale mít i primární znalosti o bolesti, na jejichž podkladě by dokázaly lépe pochopit pacienty, a přenést osvojené poznatky do praxe.

V dnešní době je bolest léčena nejen na různých odděleních nemocničních zařízení, ale i na specializovaných k tomu určených pracovištích (např. v centrech, poradnách, odděleních a ordinacích pro léčbu bolesti a také v hospicové péči). Vzhledem k tomu, jak je bolest obecně a její hodnocení neuchopitelné, bylo předmětem této diplomové práce zmapovat úlohu sester v některých výše uvedených institucích. Nutno podotknout, že se v České republice jednotlivá pracoviště zaměřená na léčbu bolesti ve svých funkcích poměrně překrývají, neexistují mezi nimi jasné hranice, proto jsou víceméně pro laickou i odbornou veřejnost obecně pojmenována ambulancemi

bolesti. Lze ale konstatovat, že mají stejnou náplň jako centra pro léčbu bolesti. Navíc vzhledem k předmětu výzkumu, který měl být proveden v rámci Pardubického kraje, bylo nutné spokojit se s ambulancemi bolesti, neboť se v tomto kraji nevyskytuje jediné centrum pro léčbu bolesti.

1 Současný stav

1.1 Bolest

Bolest provází člověka odnepaměti, ačkoliv nejstarší písemné zprávy o ní pochází až ze 4. tisíciletí př. n. l. z Egypta. Zde se také ve 13. století př. n. l. poprvé objevují informace o používání opia při jejím zmírnění. Obecně vzato byla bolest léčena zejména léčiteli/šamany, kteří využívali nejen rostlinné, živočišné a alkoholové produkty, ale i sílu kamenů, amuletů a lektvarů. V Číně vznikla ve 2. až 3. tisíciletí př. n. l. akupunktura jako metoda potlačující bolest. V období starověkého Řecka byly již hojně využívány rostliny s narkotickými účinky. Při rozmachu křesťanství se od používání jakýchkoliv produktů k potlačení bolesti upustilo, protože bolest byla součástí utrpení Ježíše Krista.

V moderní době prošlo lékařství značným rozvojem, ačkoliv obor zabývající se léčbou bolesti (algeziologie) je jedním z nejmladších. Za jejího zakladatele je považován lékař John J. Bonica, který upozoroval na nutnost léčby bolesti a nezbytnost spolupráce s jinými lékařskými odborníky. R. 1947 založil multidisciplinární pracoviště léčby bolesti (Multidisciplinary Pain Clinic) ve Všeobecné nemocnici v Tacomě v USA ve státě Washington. Ve stejném roce William K. Livingston poukázal nejen na fyzický vliv, ale i na psychický vliv bolesti na člověka. V r. 1973 byla založena Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP), která následně začala vydávat časopis IASP Pain (Kozák a Vrba, 2002; Podsedníčková a Černická, 2005).

V České republice první významnou osobou zabývající se bolestí je lékař Dimitrij Miloschewsky, díky němuž vznikla v r. 1974 Komise pro studium a léčbu bolesti, který v r. 1977 otevírá i první ambulanci pro léčbu bolesti ve Fakultní nemocnici Bulovka. V r. 1987 se Komise přeměňuje na Sekci pro studium a léčbu bolesti a v r. 1990 zde vzniká Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB), která spolupracovala s evropskou částí IASP. V r. 1992 následovalo vytvoření Metodického pokynu pro budování pracovišť léčby bolesti. A v r. 1999 byla i SSLB přijata do IASP (Kozák a Vrba, 2002; Podsedníčková a Černická, 2005).

IASP definuje bolest jako: „nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně“ (O’Conner et al., 2005). Výše uvedená definice tedy charakterizuje bolest jako problém nejen fyzický, ale i emocionální a psychický. Pro ošetřovatelskou péči je velice významná i definice podle McCafferyho, která vystihuje bolest jako „to, co pacient označí za bolest, a vyskytuje se vždy, když to pacient říká“ (O’Conner et al., 2005).

Samotný mechanismus vnímání bolesti začíná bolestivým impulzem, jenž vychází z poškozené části organismu a který zároveň vede k podráždění periferních nervových vláken (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007). Následuje biochemická reakce, při níž dochází k uvolňování bradykininu, který způsobí silnou vazodilataci a stimulaci receptorů bolesti – tzv. nociceptorů, které jsou uloženy především v kůži, dále ve svalech, kloubech, míše, truncus cerebri, thalamu a mozkové kůře (Mikšová et al., 2006; Kapounová, 2007). Podněty bolesti jsou z periferních nervů dále vedeny do míchy a následně po aferentních nervových senzitivních vláknech do thalamu. Po té postupují do mozkové kůry, kde jsou vyhodnoceny, a pomocí eferentních vláken jsou informace vedeny zpět do postižené oblasti (Kapounová, 2007).

Organismus člověka vnímá jednotlivé druhy bolesti různými částmi nervové soustavy. Neuropatická bolest neboli neurogenní bolest vzniká poraněním, dysfunkcí nebo přechodnou poruchou v periferním nebo centrálním nervovém systému. Jiným druhem bolesti je bolest psychogenní, která se vyskytuje u psychiatricky nemocných lidí (př. schizofrenici, pacienti s depresí). Jde o velmi intenzivní bolest, jež svým působením převyšuje somatickou bolest. Vzniká v limbickém centrálním nervovém systému a mozkové kůře (Rokyta, 2009a).

I reakce organismu člověka na různé druhy bolesti jsou odlišné. Existují dva druhy odpovědí organismu na bolest. Sympatikoadrenální (stresová) reakce organismu spočívá zejména ve zvýšené tepové frekvenci, zvýšeném krevním tlaku a stavu bledosti (Mikšová et al., 2006). Stresové stavy také ovlivňují hladkou svalovinu střev, resp. dochází ke zrychlení metabolismu, což může vést k častým průjmům až velké ztrátě tělesné hmotnosti. Je tedy důležité, aby byla včas nasazena správná léčba, která vede k minimalizaci zdravotních komplikací a rychlejšímu a efektivnějšímu uzdravení (Richards a Edwards, 2004). Naopak při parasympatické reakci dochází ke snížené tepové frekvenci, navíc postižený může na bolest reagovat změnou chování (unavenost,

neklid) a psychického stavu (strach, úzkost) (Mikšová et al., 2006), což může následně ovlivnit výsledky lékařských vyšetření (krevních, zobrazovacích atd.) (Richards a Edwards, 2004). Z výše uvedeného vyplývá, že primárním úkolem zdravotnického personálu je tedy správně posoudit bolest a vyhodnotit její účinky na organismus pacienta.

Obecně lze říci, že je bolest vnímána pacienty velmi individuálně a její prožívání také závisí na různých faktorech – např. pohlaví, národnost, zvyky, genetika aj. Bylo například zjištěno, že ženy prožívají bolest intenzivněji než muži (Mikšová et al., 2006). Vnímání bolesti je také podmíněno geneticky. Existují totiž pacienti, kteří bolest snášejí lépe než ostatní pacienti (Marek, 2005). Na druhou stranu je zřejmé, že bolest ovlivňuje člověka jako celek, má vliv mj. i na jeho myšlení a chování (Mikšová et al., 2006). Bolest by tedy měla být vedle krevního tlaku, tepu, dechu a tělesné teploty chápána jako pátá vitální funkce z několika důvodů (O'Conner et al., 2005; Hsiao et al., 2013). Je stejně jako ostatní vitální funkce dobře měřitelná a navíc sestra se s ní při ošetřování pacientů setkává velmi často. Jde zejména o pacienty v terminálním stádiu vývoje nemoci – pacienti s onkologickým onemocněním (90 %), pacienti s onemocněním AIDS (80 %) a pacienti v terminálním stadiu onemocnění orgánů (60 %) (O'Conner et al., 2005).

Zvláštním přístupem k léčení bolesti je sedace pro pacienty v terminálním stádiu, kterou lze snadno interpretovat jako druh léčby vedoucí a přetrvávající až do smrti. Tento výklad je ale zavádějící, protože stírá hranici mezi sedací a eutanázií (Payne et al., 2004). Na druhou stranu pozitivní postoj odborníků k sedaci je obvykle v kontrastu s pohledem široké veřejnosti, kde jde zejména o etické hledisko a podle níž má sedace blízko k eutanázii (Payne et al., 2004; Engström et al., 2007). Proto se častěji používá termín paliativní sedace, jejímž hlavním úkolem je především zmírnění symptomů a snaha o zmírnění pacientova utrpení (Payne et al., 2004). Obecně je paliativní sedace sledování medikace u pacientů, u nichž se vzhledem k symptomům a progresi onemocnění očekává smrt do několika málo hodin či dnů, ke zmírnění nesnesitelných symptomů navozením různých stupňů bezvědomí, ale ne smrti (Lynch, 2003). Dále Lynch (2003) uvádí, že i paliativní sedace může být léčebnou alternativou pro pacienty trpící nesnesitelnou bolestí, kteří nereagují na jakoukoliv jinou léčbu a jsou v terminálním stádiu vývoje nemoci.

1.1.1 Rozdělení bolesti

Bolest lze dělit podle několika kritérií. Obecné třídění spočívá v dělení na bolest fyzickou, sociální, emoční a spirituální. Fyzická bolest je nejlépe rozpoznatelná, a tedy léčitelná, a je nejčastěji způsobená zraněním. Bolest sociální je často vyvolána ztrátou blízkého, anebo dlouhodobým odloučením od rodiny. Emoční bolest vzniká mj. při šikaně nebo psychickém terorizování a u tohoto druhu bolesti se sestra nejčastěji setkává s hněvem či smutkem. Spirituální bolest nastává nejčastěji při náboženském strádání, kdy pacient na tuto bolest často reaguje ztrátou smyslu svého života či pocíťováním strachu z neznáma (Munzarová, 2005).

Bolest lze také dělit podle druhů bolestivých stimulů. Jedná se o stimul mechanický (fyzikální), který nejčastěji souvisí s poraněním tkání (operační výkon), dále tepelný (popáleniny, omrzliny), chemický (poleptání kyselinami), který může mít za následek ischemii tkání nebo spasmus svalů, a nakonec biologický (vnitřní onemocnění) (Mikšová *et al.*, 2006).

Bolest se dále může členit dle místa vzniku, resp. charakteru bolesti (somatická, viscerální, neurogení, myofasciální, analgie, procedurální bolest), dle postižení orgánů (kolikovitá, ischemická, zánětlivá, úrazová, klaudikační), dle časových faktorů (epizodní, průlomová, bolest na konci dávky) a dle průběhu bolesti (akutní, chronická, rekurentní).

Nejčastější bolestí podle místa vzniku, resp. charakteru, je somatická bolest (O'Conner *et al.*, 2005). Většinou jde o povrchové poranění kůže nebo bolest vycházející z pohybového ústrojí (hloubková somatická bolest) (Mikšová *et al.*, 2006) či z různých tkání. Obecně lze ale říci, že je somatická bolest dobře lokalizovatelná a pacienti ji popisují jako nepřetržitou až „hryzavou a hlodavou“ (O'Conner *et al.*, 2005). Bolest viscerální (útrobní) vystupuje z orgánů dutiny hrudní a břišní (Mikšová *et al.*, 2006) a je většinou podmíněna patologickými procesy v dutinách (O'Conner *et al.*, 2005). Dochází při ní ke stahům hladké svaloviny orgánů, které jsou způsobeny nedostatečným prokrvením, anebo výskytem zánětu (Mikšová *et al.*, 2006). Pacienti ji také často udávají jako velmi vzdálenou od místa skutečného postižení. Z těchto důvodů nelze přesně určit postižený orgán v dutině břišní, který pacienta bolí. Navíc přichází nárazově v různých intervalech, a pacientům tak může podobným charakterem

připomínat křeče (O'Conner *et al.*, 2005). Dalším druhem bolesti dle místa vzniku je již v předchozí kapitole zmíněná neuropatická, resp. neurogenní bolest, která vzniká při dráždění nervových vláken a nervových drah. Patří sem i tzv. fantomová bolest po amputacích. Principem je dráždění nervu v amputovaném pahýlu, který v mozkové kůře představuje amputovanou část (Mikšová *et al.*, 2006). Charakterizuje ji brnění, pálení, vystřelování bolesti či jako bolest při zásahu elektrickým proudem (O'Conner *et al.*, 2005). Mezi bolestí podle místa vzniku patří i myofasciální bolest, pro niž je charakteristické vnímání v jiné části těla než místo jejího vzniku. Tato bolest je často diagnostikována u onemocnění svalů různých částí pohybového aparátu člověka (např. bolestivý syndrom pánve, bolestivý syndrom horních a dolních končetin atd.) (Jarošová, 2010). Dalším druhem bolesti podle vzniku je tzv. analgie. Jde o zranění, která sice za normálních okolností organismus pacienta pociťuje velmi intenzivně, nicméně za jistých podmínek (př. válečný konflikt, sportovní vrcholové výkony) je pacienti vnímají jako nebolestivá. Jiným typem bolesti podle charakteru je procedurální bolest, která je způsobena porušením nervů při operačních výkonech. Navíc může v místě operačního výkonu vzniknout pooperační zánět (Mikšová *et al.*, 2006; Seidl, 2008; Fricková, 2011).

Bolest lze dělit také podle postižených orgánů. Sem patří kolikovitá bolest způsobená stahy hladké svaloviny, ischemická bolest, která je charakterizována nedostatečným prokrvením orgánu, dále zánětlivá bolest, úrazová bolest a klaudikační bolest způsobená námahou dolních končetin, která v klidovém stavu většinou mizí (Mikšová *et al.*, 2006; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Bolest lze také členit dle časového hlediska. Sem patří epizodní bolest vznikající při pohybu nebo aktivitě pacienta. Pacient ji může předvídat, a tak její nástup užíváním analgetik oddálit. Dále se sem řadí průlomová bolest, která je nepředvídatelná a která vzniká při výskytu opětovných příznaků chronického onemocnění (exacerbace). V tomto případě se může následně bolest „sumarizovat“ (tzv. superponovat) až k jiné bolesti, která ale už může být léčena analgetiky (O'Conner *et al.*, 2005). Průlomová bolest je charakterizována rychlým nástupem (obvykle během 3 - 5 minut), ale krátkým trváním (okolo 30 - 60 minut). Tuto bolest může pacient pociťovat 3 - 4krát za den. Částečnou prevencí je vhodné užívání analgetik, která mají velmi rychlý účinek (Krch, 2011). Dalším druhem bolesti podle časových faktorů je bolest, která vzniká na konci dávky. Jde o bolest, která se vyskytuje před podáním další dávky analgetik. Prevencí

proti této bolesti by proto měly být zvýšené dávky léků, anebo snížení časového intervalu mezi jednotlivými podáváním léků (O'Conner *et al.*, 2005).

Bolest se také dělí dle průběhu na akutní, chronickou a rekurentní. Akutní bolest trvá pouze omezenou dobu (hodiny, dny) a měla by odeznít do šesti měsíců. Pokud tato bolest přetrvává více než šest měsíců, jedná se o bolest chronickou, která se rozvíjí pomalu a intenzivně zasahuje do běžného života pacienta. Přejdem mezi akutní a chronickou bolestí je rekurentní bolest, jejíž intenzita se v čase mění, a je chápána spíše jako psychosomatická (Mikšová *et al.*, 2006). Pro lepší orientaci jsou základní rozdílné charakteristiky bolesti akutní a chronické představeny v tabulce v příloze 1. V příloze 2 jsou pak uvedeny v tabulce projevy akutní a chronické bolesti na organismus pacienta.

1.1.2 Akutní bolest

Akutní bolest se dostavuje většinou ihned po vyvolaném bolestivém podnětu. Jde o krátkodobou, ale za to intenzivní bolest, která v konečném důsledku způsobuje nadměrnou zátěž pacienta. Lze ji charakterizovat jako velmi pálivou a ostrou, která vychází především z kůže, svalstva nebo kloubů. Zároveň ale plní v přeneseném významu i ochrannou funkci, protože přiměje pacienta neprodleně vyhledat odbornou pomoc, čímž nevědomky zabraňuje k dalšímu poškozování organismu (Kapounová, 2007). Navíc dle etiologie je akutní bolest popsána také jako signální, protože upozorňuje na fyziologické nesrovnalosti v lidském organismu (Rokyta, 2009a).

Akutní bolest lze rozdělit dle mechanismu působení (poúrazová, pooperační) a dle behaviorální odezvy (psychická, fyziologická, biochemická). Obecně lze říci, že akutní bolest je nejčastěji způsobena zraněním nebo zánětem. Nicméně poranění plní i regenerační funkci, neboť poškozené místo a jeho okolí je citlivé na podněty, a proto je pacient brání před kontaktem s okolím (Payneová *et al.*, 2007). Z hlediska mechanismu působení může poúrazová bolest vyvolat u pacienta až pro organismus nebezpečné šokové stavy. V tomto případě není důležitá pouze léčba a ošetření, ale také včasná mobilizace pacienta (např. po zlomeninách). Dalším případem, kdy se sestra může setkat s akutní bolestí, je pooperační bolest, která se vyskytuje jako průvodní jev různých chirurgických výkonů (léčebných i diagnostických) často využívajících

fyzikální postupy (např. uzavěr krevního řečiště za pomoci termokoagulace). Proto by léčba pooperační bolesti měla začít již před vlastním operačním výkonem (Rokyta, 2009a).

Dle behaviorální odezvy lze akutní bolest rozdělit na základě odpovědi organismu na psychické reakce (sténání, pláč), změnu chování (úlevová poloha, grimasy) a fyziologické a biochemické změny (zvýšená produkce hormonu serotoninu) (Janáčková, 2007). Ze zkušeností sester při ošetřování pacientů vyplývá, že z fyziologického hlediska jsou nejčastějšími reakcemi pacientů na akutní bolest změny dýchání (snížení vitální kapacity plic, dechového objemu, snížená činnost bránice) a zvýšený svalový tonus, u kterého následuje zvýšená spotřeba kyslíku, a tím pádem i zvýšená činnost srdce, což může mít za následek rozvoj ischemie nebo akutního infarktu myokardu. Další častou reakcí, se kterou se může sestra u pacientů setkat, je snížení hybnosti z obavy opětovného vzplanutí bolesti, čímž může dojít i k žilní trombóze. Pacienti s akutní bolestí také často zvrací, mají zvýšenou glykémii a potíže s močením (Rokyta, 2009a). Prožívání akutní bolesti rovněž často provází reflexní citová reakce, kdy je pacient panický, zmatený a citově utlumený, což může mít za následek ztrátu smyslu pro realitu. Paralelně s tímto se pacient většinou stále vrací k činnosti, při které akutní bolest vznikla, a hledá vhodná řešení dané situace. Snaží se zvyknout na příznaky, které stále přetrvávají, a zaměřuje se na odstranění následků (Janáčková, 2007).

Z hlediska vnímání akutní bolesti pacienty byla vypracována typologie na základě jejich přístupu. Pacient s optimistickým laděním většinou příznaky bagatelizuje, zatímco pacient s pesimistickým laděním se přehnaně obává o své zdraví, má strach z okolí, očekává různé komplikace, což může vést až k depresivním stavům. Předěl mezi těmito dvěma přístupy vymezuje pacient-realista, který věří ve schopnosti sester a lékařů, v úspěšné vyléčení a snaží se této skutečnosti i sám napomoci (Janáčková, 2007).

Léčení akutní bolesti probíhá povětšinou bez problémů, proto by i terapie měla začít co nejdříve a nejefektivněji, neboť nedostatečné léčení nebo neléčení akutní bolesti by mohlo přejít až do chronického stádia (Rokyta, 2009a). Při léčení akutní bolesti se většinou používají analgetika paracetamolového typu (např. Panadol, Paralen aj.), ale také léky metamizolového typu (např. Novalgin) (Topinková, 2005).

1.1.3 Chronická bolest

Z etiologického hlediska je chronická bolest patognomická, čili je ve své podstatě nemocí sama o sobě. Pro svou komplexnost vlivu na život pacienta by měla být chronická bolest léčena multidisciplinárním týmem lékařů především z oborů algeziologie, neurologie, psychologie, psychiatrie a rehabilitace (Rokyta, 2009a).

Základní odlišnou charakteristikou chronické bolesti od bolesti akutní je její doba trvání, která činí 3 - 6 měsíců a déle (Payenová, 2007). Chronická bolest je také často diagnostikována u stavů, u kterých bolestivý stav přesahuje obvyklou dobu onemocnění (nejčastěji u poúrazových stavů) (Rokyta, 2009a).

Obecně lze chronickou bolest rozdělit na nezhoubnou (např. bolest hlavy, zad) a zhoubnou (onkologická onemocnění). Nezhoubná bolest není život ohrožující stav, ale má tvrdý dopad na život pacienta. Nezhoubná chronická bolest se nejčastěji vyskytuje v pohybovém aparátu (vertebrogenní bolesti) a hlavě (migrény) (Payenová, 2007). U vertebrogenních bolestí se jedná především o bolesti dolní části zad, bolesti zad po operacích páteře, osteoartritidy, revmatoidní artritidy, osteoporózy, fibromyalgie a u myofasciálního syndromu (Fricková, 2011). Mezi další známé nezhoubné mechanismy spouštějící chronickou bolest patří neuralgie (intenzivní bolest pociťovaná v průběhu nervu bez přítomnosti dráždění receptorů), Brownův-Sequardův syndrom (porucha hlubokého cití a hybnosti pacienta), poškození thalamu (nezišitelná bolest), poškození frontálního laloku (bolest je často vnímána bez utrpení) a již dříve popsaná fantomová bolest (Kalvach, 2004). Nejčastějším původcem chronické bolesti jsou onkologická onemocnění, která spadají pod zhoubné bolesti. Dle typu nádorového onemocnění se chronická bolest může dále dělit na bolest vyvolanou nádorem (prorůstání nádorů do okolních tkání, metastázy), bolest vyvolaná diagnostikou nebo onkologickou léčbou (diagnostické procedury, punkce, chemoterapie), bolest bez přímé souvislosti s onkologickým onemocněním (migrény, degenerativní onemocnění kostí) a bolest spojená s pokročilým onemocněním (dekubity, chronické rány, imobilita) (Sláma, 2007).

Z hlediska vnímání chronické bolesti pacienty se sestry nejčastěji setkávají s nepatologickou emocionální reakcí pacientů, která se může projevovat úzkostí, hněvem, sklíčeností, poruchami přizpůsobení provázené depresemi a úzkostí a regresí.

Úzkost v tomto ohledu vyplývá z dřívějších zkušeností s bolestí, které většinou souvisí se strachem, hrůzou a s obávanými předtuchami o průběhu. Dalším častým doprovodným znakem, který může nastat při ošetřování pacientů s bolestmi, je hněv. Pacient se snaží pochopit bolest a důvod, proč musel být zrovna on postižen nemocí. Stav hněvu také velmi často souvisí s náboženskou vírou pacienta, který si klade otázky, proč právě jeho Bůh, ve kterého tak věří, se na něj hněvá a trestá ho. Pacientův hněv často přeroste v úporný hněv, který má za následek odcizení svému okolí, blízkým a rodině. Dalším projevem je sklíčenost pacienta z nastalé situace, která souvisí s výskytem chronické bolesti (např. ztráta zaměstnání, přátel atd.). Pacient může trpět i poruchami přizpůsobení, která je emociální odpovědí organismu související s intenzivní sklíčeností, jež vede až k depresivním stavům pacienta a může často vyústit až v úzkostné poruchy osobnosti (Janáčková, 2007). Následkem tohoto lze říci, že zatímco lékaři léčí bolest jako prvotní příznak, spouštěcím mechanismem může být právě deprese, která by měla být léčena primárně a které by si měla sestra při ošetřování všimnat především (Češková, 2009). Při stavu regrese se pacient vrací do dětských let a na bolest reaguje dětsky (Janáčková, 2007). Ve spojení s chronickou bolestí se často hovoří i o poruchách klidného spánku. Pacient může být také podrážděný, trpět nechutenstvím a zácpou (Kapounová, 2007). Všechny tyto aspekty ovlivňují náladu pacienta, jeho osobnost a také sociální vztahy, proto by si sestra měla všimnat změn pacientova chování. Dalšími charakteristickými projevy chronické bolesti mohou být pláč, vzdychání, neobvyklé postoje a gesta, grimasy, kulhání, ulevování bolestivé končetině, vyhledávání úlevových poloh, návštěva lékaře, studium příbalových letáků medikamentů, které by mohly pacientovi pomoci, nákupy zdravotnických nástrojů, žádosti o důchod a různé podpory (Rokyta, 2009a).

Typické pro chronickou bolest je také její výskyt ještě dlouho po samotné léčbě původního onemocnění. Často totiž organismus pacienta trpící chronickou bolestí nedisponuje dostatečnými reparačními mechanismy pro návrat k normálním fyziologickým funkcím. Zvláštním případem jsou traumatické úrazy (např. při amputacích), při kterých se pacientův organismus trpící chronickou bolestí nemůže úplně zahojit (Payenová, 2007).

Při léčbě chronické bolesti byl prokázán pozitivní vliv pravidelného cvičení. Dochází při něm k vyplavování endorfinů, které účinně blokuji pocity bolesti a zároveň

navozují pocit relaxace (Rasmussen a Farr, 2009). Cvičení také způsobuje úbytek hmotnosti, což vede k menší námaze pohybového aparátu. Existuje několik druhů cvičení. Prvním je aerobní cvičení, které spočívá ve fyzické námaze po dlouhou dobu s cílem dosáhnout zvýšení účinnosti transportu kyslíku v organismu (např. běh, chůze, fotbal). Naopak anaerobní cvičení je oproti aerobnímu krátkodobé a je zaměřeno na zvyšování svalové hmoty (např. posilování). Posledním typem je cvičení vyznačující se protahováním, koordinací a relaxací (např. balet, jóga) (Sullivan *et al.*, 2012).

Na rozdíl od akutní bolesti není léčba chronické bolesti tak jednoznačná. Vyžaduje zejména vyšší dávky medikamentů především opioidního typu, kooperaci multidisciplinárního týmu lékařů a individuální přístup zdravotnického personálu.

1.2 Léčba bolesti

Bolest provází člověka od prvopočátku, proto je jeho přirozenou snahou postupně zmírňovat její účinky až k úplnému potlačení. Neléčená bolest má zásadní negativní dopad na každodenní život člověka. Může vést ke vzniku řady zdravotních komplikací jako např. snížené dýchání, což může v konečném důsledku způsobit nedostatečné zásobení organismu kyslíkem, a dále neschopnost pacienta kvůli bolesti odkašlávat s následkem zvýšené sekrece hlenu v plicích, který může vést k atelektáze a infekčnímu postižení plic. Kvůli bolesti je také pacient méně pohyblivý, proto je vyšší riziko vzniku dekubitů, hluboké žilní trombózy a následné plicní embolie (Richards a Edwards, 2004). Proto by sestra měla vypracovat nejen ošetrovatelský plán, ale i plán rehabilitačního cvičení a také spolupracovat s fyzioterapeutem.

1.2.1 Metody měření bolesti

Před vlastní léčbou je ale důležité nejprve posoudit míru bolesti a její dopad na zdravotní stav pacienta. Tyto informace slouží nejen ke správné léčbě, odstranění bolestivých příznaků, ale i ke zkvalitnění života pacienta. Bolest by měla být hodnocena i z hlediska vlivu na pacienta po psychosociální, duchovní, kulturní a existenciální stránce.

Sestry by měly rovněž zhodnotit nejen fyziologické projevy bolesti, ale také projevy behaviorální, které mohou leccos napovídat o individuálním prožívání bolesti

pacientem. Mohou se např. projevovat ve formě špatného našlapování na nohu, která pacienta bolí. Navíc by také měla být sestra schopna správně odhadnout, zda je pacient soběstačný při obstarávání každodenních činností (O'Conner *et al.*, 2005).

Pro zajištění vypovídací schopnosti jednotlivých metod měření bolesti je třeba dodržovat určité zásady. Jde zejména o správné používání vhodných pomůcek na měření bolesti a vhodný výběr hodnotící techniky. Vybraná metoda měření bolesti by měla odpovídat potřebám pacienta a také charakteru (bodavá, řezavá, tupá, ostrá atd.) a intenzitě (slabá, střední, silná, nesnesitelná) bolesti (Mikšová *et al.*, 2006; Richards a Edwards, 2004). V praxi existuje několik metod měření bolesti. Nejčastější metodou, kterou sestry používají v nemocnici, je tzv. vizuální analogová stupnice intenzity bolesti (VAS). Mezi další hojně využívané metody patří číselné hodnocení bolesti, verbální hodnocení, mapa bolesti a srovnávací metoda měření bolesti. Méně využívané metody jsou bourbonnais, Londýnská tabulka bolesti, McGill Pain Questionnaire (MPQ) a dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA).

Nejznámější metodou je vizuální analogová stupnice intenzity bolesti, tzv. VAS škála, která je určena pro vyšetření a pozorování změn bolesti v čase. Sestra předloží pacientovi škálu (nejčastěji cca 10 cm dlouhý papírek) se stupnicí od jedné (nejnižší stupeň bolesti) do deseti (nesnesitelná bolest), přičemž pacient subjektivně určuje, jak velkou bolest v daném čase pociťuje (Mikšová *et al.*, 2006). Tuto stupnici může pacient také doplnit dalšími údaji o hodnocení bolesti – např. informacemi o charakteru bolesti a lokalizaci. Na podobném principu jako metoda VAS funguje i číselné hodnocení bolesti. Další často sestrami využívaná metoda měření bolesti ve zdravotnických zařízeních je metoda verbální. Charakterizuje ji stupnice od nuly (bez bolesti) do pěti (nesnesitelná bolest) a pacient navíc ještě slovy charakterizuje intenzitu své bolesti (Richards a Edwards, 2004). Mapa bolesti je další hojně využívanou metodou charakterizující míru pacientovy bolesti. Jde o list papíru, na němž je znázorněna postava člověka zepředu i zezadu, na které pacient označí bolestivou oblast a její intenzitu vyjádří barevně. Srovnávací metoda (tourniquetové vyšetření) využívá manžety, které jsou obvykle používané při měření krevního tlaku, pro zjištění maximální tolerance bolesti (nejčastěji ischemické). Pacient v pravidelném rytmu svírá a rozevívá pěst, v níž má nafouknutou gumovou manžetu. Opakovaný pohyb způsobuje

stupňující se bolest v čase až do okamžiku, kdy pacient sám vyhodnotí, že je míra vzniklé bolesti stejná jako bolest, která ho postihla (Mikšová *et al.*, 2006).

Mezi méně používané techniky měření bolesti patří tzv. bourbonnais. Jde o metodu využívající dva nástroje určené pro pacienty, které se vzájemně doplňují. První díl se skládá ze stupnice bolesti v rozsahu od nuly (žádná bolest) do deseti (nesnesitelná bolest) a druhý díl ze seznamu vhodných slovních výrazů popisujících bolest. Pacient trpící bolestí přiřazuje vhodná vyjádření jednoznačně charakterizující jeho bolest k číslům, která odpovídají míře jeho bolesti. Další méně známou technikou měření bolesti je tzv. Londýnská tabulka bolesti, na níž je znázorněno lidské tělo, kam pacient zaznamená místo bolesti a pomocí verbální škály bolest ještě popíše (Richards a Edwards, 2004).

Některé metody měření bolesti využívají dotazníky – MPQ a DIBDA. U MPQ jde o měření bolesti prostřednictvím dotazníku, v němž jsou otázky zjišťující charakter bolesti prostřednictvím slov ve škále od jedné do patnácti (bušivá, vystřelující, bodává, ostrá, křečovitá, hlodavá, palčivá, tupá, tíživá, bolestivé na dotyk, pukající, vyčerpávající, protivná, strašná, mučivá). Dalším typem měření bolesti pomocí dotazníku je tzv. DIBDA. Slouží k diagnostikování schopností pacienta vykonávat každodenní činnost. Podobně jako u MPQ dotazníku je charakter bolesti vyjádřen pomocí slov na stupnici od nuly do pěti (nula – pacient je bez bolesti; jedna – pacient bolest má, ale neobtěžuje ho při vykonávání denních činností; dva – bolest je přítomna, pacient jí věnuje pozornost, ale může zároveň vykonávat každodenní aktivity; tři – bolest je přítomna, denní činnosti se vykonávají hůře s různými chybami; čtyři – bolest je přítomna, denní aktivity je těžké vykonávat a pacient musí vynaložit značné úsilí, aby tyto činnosti splnil; pět – bolest je velice silná, pacient proto není schopen vykonávat běžné denní aktivity) (Rokyta, 2009a).

Při stanovení míry bolesti nelze opomenout ani využití zobrazovacích technik (např. CT, UZ, fluoroskopie). Jejich význam spočívá zejména v přesné lokalizaci místa bolesti (např. vyhřezlá ploténka), proto by měly být součástí každé ambulance, aby nedocházelo k neúčelným invazivním zásahům do organismu pacienta a v některých případech i zbytečným riskantním zákrokům (Rathmell a Manion, 2012).

Jednotlivé metody měření bolesti by měly sloužit zejména ke správnému určení intenzity bolesti a následně vhodné léčbě. Je úkolem sestry správně zhodnotit všechna

místa bolesti a dohlížet společně s lékařem na správnou léčbu (O'Conner *et al.*, 2005), neboť nezmírňování bolesti je z pohledu morálky a etiky nepřijatelné (Richards a Edwards, 2004).

Obecně je vnímání bolesti velmi subjektivní pocit, který nelze nijak přesně objektivně změřit. Proto je důležitá důvěra sester v pacientův subjektivní vjem bolesti (Mikšová *et al.*, 2006) a pravidelné posuzování jejího dopadu na pacientův stav. Navíc častý zájem sester o pacienta pociťujícího bolest také přispívá ke kvalitnější komunikaci mezi nimi a může z psychologického hlediska pacientovu bolest zmírnit. Na druhou stranu se často stává, že sestry pacientovu bolest podhodnocují, anebo ji nesprávně posoudí, což může mít vliv nejen na život pacienta, ale i na jeho rodinu (Richards a Edwards, 2004). Je ale potřeba zdůraznit, že pacienti i sestry mají často obavy z podávání opioidů, které jsou nejčastějšími podávanými medikamenty při léčbě bolesti, ale u kterých se také nejčastěji rozvíjejí příznaky závislosti (Závodová a Sláma, 2012).

1.2.2 Farmakologické léčení bolesti

Léčebné postupy medicíny k potlačení či úplné eliminaci bolesti lze rozdělit na metody invazivní a neinvazivní. Zatímco invazivní metody spočívají v podávání látek do páteřního kanálu, v blokádě nervů vedoucích bolest nebo nervů ovlivňujících místní prokrvení, do častějších neinvazivních metod spadá farmakoterapie, psychoterapie a fyzikální terapie (Janáčková, 2007). V dnešní době se přistupuje nejprve k farmakologické léčbě pomocí analgetik (Rokyta, 2009a), přičemž ta existují ve víceru druzích: neopioidní, slabá opioidní, silná opioidní a adjuvantní analgetika (Kozák, 2008). Obecně lze říci, že hlavní zásadou léčby bolesti je nejprve podávat slabá analgetika neopioidního typu, následně přejít k silným analgetikům neopioidního typu a teprve posléze použít slabé až silné opioidy dle potřeby (Šafránková a Nejedlá, 2006). Při výběru léčby a použití daných medikamentů by měl lékař brát zřetel zejména na samotný účinek a dobu účinku léku, poločas rozpadu, druh aplikace, nežádoucí účinky a způsob dávkování léku. Samozřejmě záleží i na věku a váze pacienta, dále na jeho anamnéze a snášenlivosti předchozího užívání opioidů (O'Conner *et al.*, 2005).

Analgetika neopioidní se dále dělí na slabá, do kterých patří salicyláty (Acylpirin), paracetamol (Paralen), nesteroidní antirevmatika (Ibalgin),

spazmoanalgetika (Algifen), a na silná, kam patří léky s podobným účinkem, jako mají opioidy (Tramal) (Šafránková a Nejedlá, 2006). Z praxe vyplývá, že při méně problematických bolestech podává sestra pacientům dle ordinací lékaře zejména nesteroidní antirevmatika. Jejich účinek je založen na inhibici produkce prostaglandinů, čímž dochází k potlačování zánětu. Mohou mít ale i vedlejší účinky. Starší druhy antirevmatik (Ibuprofen, Diklofenak) navíc blokují i jiné než prozánětlivé enzymy, čímž mohou způsobit ulcerace žaludku a střev, pokles funkce ledvin a sníženou tvorbu trombocytů. Novější nesteroidní antirevmatika selektivně inhibují pouze enzym odpovědný za vznik zánětu a poranění tkáně, což má za následek nižší výskyt dysfunkcí gastrointestinálního traktu i ledvin. Na druhou stranu ale existují studie naznačující, že tato novější antirevmatika přispívají k rozvoji tromboembolie (O'Conner *et al.*, 2005). Z literatury dále vyplývá, že i Paralen je jedním z prvních léků podávaných při léčbě bolesti. Navíc jej také sestry většinou podávají jako doplňkový medikament, a to zejména u bolestí kostí a svalstva (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Při léčbě bolesti jsou často ordinována analgetika opioidní, která se dále dělí na slabá a silná. Mezi analgetika opioidní slabá patří analgetika v kombinaci s kodeinem (Korylan) a dále opioidní silná, kde jsou hlavními zástupci Morfin a Dipidolor. Je důležité podotknout, že užívání silných opioidních analgetik podléhá zákonným normám, což vyžaduje zejména důsledný zodpovědný přístup sester. Existují ale i opioidní léky, které by neměly být při léčbě bolesti ordinovány – např. Dolsin (Petidin), jenž má za následek akumulaci neurotoxického metabolitu v krvi způsobujícího zmatenost a křeče. Další medikamenty, které by se neměly používat při léčbě bolesti, jsou pentazocin (Fortral) a butorfanol (Beforal) se zvýšeným rizikem závislosti, výskytu stavu zmatenosti a navíc ještě mohou snižovat účinky jiných silných opioidů. Nicméně krátkodobé užívání těchto léků je pro pacienty šetrné, ale pro pacienty s chronickou bolestí jsou nevhodné (Kalvach, 2011). Obecně lze říci, že podle některých autorů by analgetika s opioidní složkou neměla být podávána dle vzniku bolesti, ale především dle intenzity bolesti, a měla by být využívána jak u nádorových, tak i nenádorových bolestí (Kozák, 2008). Ovšem opioidní analgetika se aplikují především u pacientů v terminálním stádiu nemoci při paliativní péči (O'Conner *et al.*, 2005). Sem patří zejména pacienti s onkologickým onemocněním. Proto Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) v r. 1990 vyhotovila

system snižování bolesti prostřednictvím analgetik (Kapounová, 2007) a rozdělila je do tří částí (viz příloha 3). První část je kombinací VAS metody na měření bolesti a stupnice užívání analgetik. Druhou částí je časový rozvrh aplikace léků v pravidelných dávkách a časových intervalech, což je v rozporu s metodou užívání analgetik dle potřeby. Třetí část klade důraz na podávání léků proti bolesti především p. o. Nejde-li podání těchto léků ústy, hledají se jiné vhodné způsoby podávání analgetik (O'Conner *et al.*, 2005).

Sestry mohou analgetika aplikovat několika způsoby: perorálně (ústy), nazálně (nosem) a parenterálně, kam patří intramuskulární (do svalu), intravenózní (do žíly) s poměrně rychlým nástupem účinku (10 - 15 minut) a subkutánní (pod kůží) podání. Dále může sestra analgetika aplikovat transdermálně (na kůži) a rektálně (do konečníku), epidurálně (do prostoru mezi lebkou a tvrdou plenou mozkovou) nebo subarachnoideálně (do mozkomíšního moku). A v některých případech si pacient může řídit farmakoterapii sám dle své potřeby – tzv. PCA metoda (pacientem kontrolovaná analgezie). Pacient si při nástupu bolesti pomocí dávkovače reguluje častost předem nastavené dávky medikamentu (Šafránková a Nejedlá, 2006). Sestry nejhojněji aplikují analgetika v nemocnici parenterálně, resp. subkutánně pod kůží. Další možnou aplikací je pohodlné a pro pacienty velmi oblíbené transdermální podávání prostřednictvím náplastí nebo krémů, které je použito jako alternativní podání léků, pokud není možné aplikovat medikamenty p. o. Užívá se hlavně u pacientů s neměnnou mírou bolesti. Tímto způsobem se aplikuje např. fentanyl. Oblíbenost této metody u pacientů je způsobena zejména možností aplikace ve svém domácím prostředí. Jak již bylo řečeno, při transdermální aplikaci jsou využívány zejména krémy, kterými se mažou především děti, a náplasti, ze kterých jsou v pravidelných intervalech uvolňovány bolest tlumící látky, proto se tyto náplasti mění jednou za tři dny (dle pokynů výrobce). Transdermální aplikace by ale měla být pro lepší tlumící účinek kombinována s jinými analgetiky (Rošková, 2012). V nemocnici se také využívá podávání léků rektální cestou. Jde pro sestry o pohodlnější způsob aplikace, na druhou stranu mnohým pacientům nemusí vyhovovat (O'Conner *et al.*, 2005). Léky na snížení bolesti lze také aplikovat epidurálně nebo subarachnoideálně (Šafránková a Nejedlá, 2006). Tato aplikace využívá principu přerušování vedení nervových vzruchů na základě vstříknutí anestetik (lokálních) nebo opioidních do epidurálního, resp. subarachnoideálního prostoru (Kapounová, 2007).

U pacientů, kteří trpí dlouhodobou bolestí a nereagují na méně invazivní metody léčby, se zavádí epidurální katétr pro kontinuální aplikaci farmak (Kapounová, 2007; O'Conner *et al.*, 2005). Tato aplikace se ale nedoporučuje u pacientů, kteří jsou léčeni v domácích podmínkách, a to především kvůli špatné dostupnosti speciální péče při komplikacích (O'Conner *et al.*, 2005).

Z hlediska dávkování by měla být první dávka opioidů nižší a následně by měla být zvyšována dle intenzity bolesti, dokud není dosaženo vhodného analgetického účinku. Předem určená dávka (titrace) musí být dostatečně expanzivní, aby zbavila pacienta bolesti v co nejkratším čase, ale nevyvolala nežádoucí účinky. Analgetika by měla sestra podávat v pravidelných dávkách (v odstupech alespoň čtyř hodin), přičemž další by měla být podána ještě před odezněním účinků předchozích analgetik, aby se předešlo nástupu bolesti. Pokud jsou totiž léky podávány v pravidelných intervalech, udržuje se tímto správná terapeutická hladina léku v krevním řečišti, čímž se předchází, tzn. „peak-and-trough“ efektu. Tento efekt se dá vysvětlit jako výskyt bolesti u pacienta v jednotlivých časových intervalech ve vlnách, tzn. od stavu bez bolesti až po bolestivý vrchol. Navíc ve chvíli, kdy pacient pocítí průlomovou bolest, měl by dostat dávku analgetik navíc (O'Conner *et al.*, 2005).

Z analgetik má nejrychlejší nástup účinku Morfin při i. v. (5 min) a s. c. podání (15 min). Další léky s kratším účinkem jsou Tramadol a Morfin podávaný p. o. (Sláma, 2007).

U analgetik, především opioidů, je také důležité poukázat na vedlejší účinky. Nejčastějším vedlejším účinkem při podávání opioidů, se kterými se může sestra při léčbě bolesti setkat, je útlum dechového centra a zácpa, které lze efektivně předcházet podáváním laxativ. Dalšími vedlejšími příznaky může být nevolnost a zvracení, což může být projevem potencionální alergie na tyto medikamenty. Proto by se měla sestra správně dotazovat na dřívější vedlejší účinky, aby od sebe správně rozeznala alergické projevy a vedlejší účinky léků. Dalšími vedlejšími účinky mohou být tiky (myoklonus), proto by měl lékař při léčbě zhodnotit střídání různých opioidů. Navíc u morfinových opioidů může docházet ke svědění (pruritus). Při ošetřování pacientů se sestra také může setkat s útlumem vědomí až deliriem, zmateností a neklidem. Je proto nutné, aby důsledně kontrolovala stav vědomí pacienta a patřičně zajistila jeho bezpečnost (O'Conner *et al.*, 2005).

Bohužel je ale nutné konstatovat, že řada sester nemá uspokojující vědomosti o bolesti vnímané pacienty a způsobech jejího léčení. Většina z nich se totiž domnívá, že si tímto způsobem pacienti řeší potencionální psychickou a fyzickou závislost na opioidových medikamentech. Dalo by se ale říci, že např. psychická závislost u lidí v paliativní péči je ten nejmenší problém, protože tyto pacienti potřebují snižovat bolest na co nejmenší možnou hodnotu, čímž dochází ke zkvalitňování zbylého život. Sestry si totiž často pletou pojem adikce, jako psychickou závislost na užívanou látku s vlivem na psychiku pacienta, s pojmem bolest. V kontrastu s bolestí může být adikce ovlivněna také genetickými faktory a prostředím, ve kterém pacient žije. Zvláštním případem je tzv. tolerance na analgetika, která označuje stav, kdy sestra musí pacientovi podat zvýšenou dávku analgetik, než je množství dávky podané ostatním pacientům, aby došlo ke zmírnění dopadu jeho bolesti. Jiný případ nastává po vysazení farmak na léčbu bolesti, které mají antagonistické účinky. Dochází totiž k fyzické závislosti – tzv. neuroadaptaci (O’Conner *et al.*, 2005). Proto je důležité, aby se sestra tázala pacientů zejména na farmakologickou anamnézu, která by mohla negativně ovlivnit léčbu bolesti (Topinková, 2005). Nicméně i při dlouhodobém aplikování těchto léků vzniká psychická i fyzická závislost. Lze konstatovat, že s psychickou závislostí se sestra setkává méně často než s fyzickou. Po vysazení opioidů se fyzická závislost projevuje abstinenčními příznaky (průjem, bolesti hlavy aj.), na druhou stranu se ale závislost nemusí projevit, pokud jsou opioidy vysazovány postupně (3 - 4 týdny) (Šafránková a Nejedlá, 2006). Sestra by se také měla zajímat o předchozí léčbu analgetiky, jejich působení na pacienta a výskyt nežádoucích účinků. Další dotazy by měly směřovat i na jiné anamnézy (rodinná, pracovní). Měly by být také zhodnoceny funkční schopnosti pacienta, a to jak fyzická výkonnost a soběstačnost, ale i celková kvalita života (Topinková, 2005). Sestra by měla také sledovat nežádoucí účinky analgetik (Šafránková a Nejedlá, 2006). Na druhou stranu mohou pacienti záměrně tajit svou bolest před sestrou či lékařem, protože mají obavy, že se jejich stav zhorší, bolest je nevyhléditelná, patří k umírání a je nevyhnutelná. Pacienti také nechtějí obtěžovat sestry, aby nebyli označeni za „problémové“ pacienty (O’Conner *et al.*, 2005).

Pokud se lékař rozhodne podávat pacientovi léky na bolest, měl by vždy brát v úvahu pravidlo tzv. „dvojitého efektu“, který byl církví popsán již v 17. století. Jde o vznik rizika nežádoucího vlivu na organismus při podávání léků, nicméně toto riziko

je podstoupeno s dobrým úmyslem. V praxi to znamená, že opioidy, které jsou podávány pacientům pro snížení bolesti v dobré víře, mají i vedlejší negativní účinky (např. závislost). Přesto dle etických postupů je podávání těchto léků správné a žádoucí (O'Conner *et al.*, 2005).

Zvláštní skupinou léků tlumících bolest jsou adjuvantní analgetika, jejichž primárním účinkem není tlumení bolesti, ale za určitých okolností mohou od bolesti ulevovat (Payenová, 2007). Jde o léky, které mají nezávislý analgetický účinek, zvyšují efekt dalších medikamentů a zmírňují příznaky související s bolestí (např. úzkost). Mnohdy jsou předepisovány u speciálních somatických, viscerálních a neuropatických příznaků bolesti. Tyto druhy léků se užívají ve všech stupních léčby bolesti dle analgetického žebříčku WHO (viz příloha 3) (O'Conner *et al.*, 2005). Patří sem antikonvulziva, kortikosteroidy, antidepressiva, blokátory kanálů NMDA-receptorů, antispasmodika, svalová relaxancia, bifosfonáty, kalcitonin, lokální anestetika a kapsaicin. Antikonvulsiva (např. Biston) mají tlumící účinek na nervovou soustavu a využívají se hlavně při léčbě neuropatické bolesti. Reakce pacientů na jejich léčbu je ale značně individuální. Tyto medikamenty jsou zároveň antiepileptiky (O'Conner *et al.*, 2005; Šafránková a Nejedlá, 2006). Při léčbě bolesti se také mohou využívat kortikosteroidy (např. dexamethazon, prednizolon), které napomáhají v léčbě především otoku mozku, kompresi míchy, neuropatické a viscerální bolesti a bolesti kostí (O'Conner *et al.*, 2005; Payenová, 2007). Nežádoucími vedlejšími účinky jsou hlavně steroidní psychóza a gastrointestinální potíže (O'Conner *et al.*, 2005). Také některá antidepressiva (např. amitriptylin) mohou ulevit některým pacientům trpícím neuropatickou bolestí (Rokyta, 2009a). Stejně jako předchozí léky mají i antidepressiva vedlejší účinky např. sucho v ústech (anticholinergní účinky), zejména protože jsou podávány p. o. (O'Conner *et al.*, 2005). Blokátory kanálů NMDA-receptorů (*N*-methyl-D-aspartátové), které se účastní dějů v centrální nervové soustavě, se obvykle užívají v případě, že pacient s neuropatickou bolestí špatně reaguje na standardní analgetika v kombinaci s antidepressivem či antiepileptikem. Nevýhodou užívání těchto léků je jejich poloočas rozpadu v krevním řečišti, čímž se zvyšuje riziko akumulace a vedlejších účinků. Dalšími medikamenty jsou antispasmodika (př. hyoscin), které odstraňují spasmus hladké svaloviny a které se užívají při zvětšení vnitřních orgánů a při kolice. Svalová relaxancia (např. Diazepam) se užívají v případě bolestivých svalových křečí

(Payenová, 2007). Bifosfonáty jsou ordinovány při léčbě bolesti na sklonku života, a to především při léčbě bolesti vyvolané kostními metastázami. Při léčbě bolestí kostí také pomáhá kalcitonin. Dalšími medikamenty pomáhající při léčbě neuropatické bolesti patří lokální anestetika (např. mexiletin) a kapsaicin jako přírodní alkaloid (O'Conner *et al.*, 2005).

V souvislosti s adjuvantní léčbou bolesti je ještě důležité zmínit placebo efekt, tedy zlepšení zdravotního stavu po podání neúčinné látky. Při této formě léčby je ale důležité, aby zdravotnický personál nesnižoval sílu tohoto efektu ironickými poznámkami (Janáčková, 2007).

Na odlišné reakce na farmakologickou léčbu bolesti u různých skupin lidí lze poukázat na příkladu starších lidí. V jejich případě dochází při medikaci analgetiky ke snížené funkci ledvin a jater (Gloth, 2001), dále ke změnám rozložení tělesného tuku, což má vliv na distribuci léků rozpustných v tucích a jejich pozdější eliminaci (Davis a Srivastava, 2003). Obecně lze říci, že jsou starší lidé více citliví na nežádoucí účinky opioidů (Tumer a Lowenthal, 1992).

U některých pacientů se v případě neúčinné farmakologické léčby bolesti přistupuje i k jiným možnostem léčby, které si také kladou za cíl ulevit pacientovi od bolesti.

1.2.3 Jiné možnosti léčby bolesti

Nepomáhá-li léčba analgetiky, přechází se k jiným možnostem léčby. Sem patří zejména chirurgická léčba, rehabilitace, léčba elektrostimulací a biofeedback.

Mezi invazivní chirurgické úkony snižující dopad bolesti lze zařadit neurolytický blok celiakálního plexu, implantabilní port a programovaná implantabilní infuzní pumpa (Šafránková a Nejedlá, 2006). Přibližně 1 - 5 % pacientů tyto invazivní výkony vyžaduje. Kupříkladu pro pacienty s viscerální bolestí břicha je nejúčinnější neurolytický blok (neurolyza) celiakálního plexu. Nejčastěji jde o přerušení drah vedoucích bolest prostřednictvím aplikace injekce alkoholu do plexus coeliacus (perkutánně nebo laparoskopicky). Některé studie uvádějí, že někteří pacienti žijí po tomto zákroku déle. Zároveň ale navrhují, že je to díky zlepšení soběstačnosti a kontroly bolesti. Výhodou této metody je dobrá snášenlivost pro pacienty a zkvalitnění života

s bolestí (O'Conner *et al.*, 2005; Payenová, 2007). V léčbě bolesti se také často užívá aplikace implantabilních portů. Principem je rychlý a snadný přístup do cévního řečiště či epidurálního a subarachnoideálního prostoru. Tyto porty jsou běžně používány při léčbě bolesti onkologických pacientů. Rozměry, kapacity a účel portů se liší dle výrobců. Některými výrobci garantovaná životnost portů činí přibližně dva až tři tisíce vpichů speciální jehlou (tzv. Huberova jehla). Jde o jehlu se speciálně zakončeným hrotem tak, aby membrána v portu nebyla při vytahování a opětovném zavádění poškozena. Navíc při aplikaci léků a ošetřování pacienta s portem je nutným požadavkem zachování přísně aseptických podmínek (Rokyta *et al.*, 2006). Dalším invazivním zákrokem je zavádění programových implantabilních infuzních pump. Používají se u pacientů, kterým nemohou být léky podávány p. o. nebo jinou cestou a zároveň doba jejich „zbývajícího“ života přesahuje alespoň tři měsíce. Technika spočívá v implantaci pumpy s řízeným uvolňováním na subarachnoideální katétru (Rokyta *et al.*, 2006).

Neopomenutelnou součástí léčby bolesti by měla být i rehabilitace. Proto by měla sestra při léčbě bolesti spolupracovat i s rehabilitačními pracovníky. Principem rehabilitace je napravení narušených fyziologických funkcí. K dosažení vytyčeného cíle je důležité využívat specifické léčebné metody složené z pohybové léčby, léčby prací a klasické rehabilitační formy. Příkladem rehabilitační léčby může být léčba teplem, chladem, vodoléčba, elektroléčba, trakce (oddálení obratlových těl, kloubních ploch), pohybová léčba (léčebná tělovýchova), manuální léčba (masáže, manipulace, mobilizace), sádrování a ortézy (Rokyta *et al.*, 2006). Jejich pozitivní vliv lze spatřovat zejména u onemocnění souvisejících s pohybovým aparátem (Rokyta, 2009a).

Součástí rehabilitační léčby je i fyzioterapie, která využívá při léčbě přírodní prostředky. Jde o různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic), podle nichž lze fyzioterapii dělit do několika skupin (Janáčková, 2007). Patří sem fototerapie, sonoterapie, magnetoterapie, vakuová léčba, pneumoterapie, radiační léčba, mechanoterapie aj. Při fototerapii je využívána světelná energie (infračervené záření, ultrafialové světlo, laserový paprsek) k ovlivňování metabolismu tkání. Principem sonoterapie je využití zvukové energie přeměněné v energii ultrazvukových vln, které se odráží v hloubi tkání. Magnetoterapie je léčba trvalým nebo přerušovaným magnetickým polem, které

ovlivňují biologické vlastnosti těla. Principem vakuové léčby je střídání podtlaku a stabilního tlaku ve vzduchotěsných válcích, kam pacient vkládá své končetiny. Podobné vakuové léčbě je pneumoterapie. U ní je ale dosahováno proměnlivého tlaku napouštěním a vypouštěním vzduchu ve speciálních textiliích. Při radiační léčbě jsou používány rentgenové lampy. Princip mechanoterapie spočívá ve využívání různých tlaků a tahů působících na lidské tělo (Janáčková, 2007). Všechny tyto metody si kladou za cíl nejen diagnostiku a léčbu, ale také prevenci onemocnění především pohybového aparátu člověka. Jejich využití je v dnešní době velmi rozšířené.

Další možností je léčba bolesti elektrickým proudem prostřednictvím transdermální nervové elektrostimulace (TENS). Principem je stimulace nervových zakončení v pokožce, kdy pacient pociťuje „bzučící“ vibrování. Tato technika zmírňuje prožívání bolesti, neboť mozek pacienta upírá pozornost k vibracím na pokožce. Je využívána především při revmatoidní artritidě, bolestech krku, zad, porodních bolestech a bolestech spojených s metastázami (Payenová, 2007). Na podobném principu, kdy sestra přiloží pacientovi na kůži elektrody, které stimulují periferní nervy, je i metoda periferní nervové stimulace (PNS) (Sladká, 2010). Účinek této metody spočívá v blokádě sodíkových kanálů, čímž je zabráněno potencionální akci. Další hojně používanou neurostimulační metodou je stimulace motorické kůry (MCS), která je využívána zejména při léčbě fantomové bolesti, neuropatické bolesti a bolesti zad. Mezi neurostimulační metody patří i míšní stimulace (SCS), kterou je stimulována bederní mícha a která se využívá především u chronických bolestí zad a neuropatických bolestí. Hluboká mozková stimulace (DBS) se využívá při léčbě otřesů zejména u Parkinsonovy choroby a roztroušené skleróze (Rokyta a Fricová, 2012). Poslední dobou jsou prostřednictvím DBS léčeny i bolesti zad (Rokyta *et al.*, 2006). Existuje ještě několik typů neurostimulačních metod léčby bolesti – např. intravezikální elektrická stimulace (IVES), stimulace vagu a repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) (Rokyta a Fricová, 2012).

Při léčbě bolesti stojí za zmínku i tzv. biofeedback – biologická zpětná vazba. Jde o terapeutický přístup zahrnující měření fyziologických funkcí pacienta (krevní tlak, tep, teplota, svalové napětí, pocení), které jsou následně pacientovi vhodně vizuálně prezentovány (např. jako záblesky nebo záznamy z osciloskopu ve formě tónů nebo

řady cvaknutí). Díky tomu je pacient schopen tyto fyziologické funkce do jisté míry ovlivňovat svou vůlí, a tím je i částečně ovládat (Payenová, 2007).

Z výše uvedeného je zřejmé, že jsou významná nejen farmaka, ale i jiné způsoby léčby bolesti. Podobně jako u medikamentů je jejich cílem zmírnění dopadů bolesti na život pacienta, zlepšení jeho životní filozofie a zkvalitnění jeho života.

1.2.4 Psychologické zvládání bolesti

Při léčbě bolesti poslední dobou nabírá na významu i psychologická pomoc, která by měla být poskytována společně s farmakologickou a invazivní léčbou a s jinými možnostmi léčby bolesti. Mezi nejčastější způsoby psychologického zvládání bolesti patří hlavně kognitivně-behaviorální terapie, relaxační techniky, reflexologie, sugesce, autogenní trénink, hypnóza, meditace, imaginativní techniky a dynamická psychoterapie (Vše o léčbě bolesti, 2006).

V praxi je relaxační technika nejčastěji používanou. Snižuje psychosomatické napětí prostřednictvím uvolnění svalstva, které se často objevuje při bolesti v podobě svalových křečí (Payenová, 2007; Rokyta, 2006). Uvolňování svalstva by mělo probíhat v klidném prostředí na pohodlném lehátku. Oblíbenými metodami při relaxační technice jsou především techniky dýchání, využívání lidské představivosti, poslech hudby a meditace. Správně prováděná relaxační technika by měla vést ke snížení dráždění autonomního nervstva, a tím ke snížení napětí svalů. Další pozitivum lze spatřovat i v odvedení pozornosti pacienta od bolesti (Payenová, 2007). Některé studie prokázaly, že se u pacientů podstupujících relaxační techniku zmírnila míra bolesti, a tím pádem mohly být při léčbě použity i nižší dávky opioidů. Navíc u pacientů využívajících relaxační techniky byl zjištěn i menší výskyt průlomových bolestí (O'Conner *et al.*, 2005). Ze závěrů výše uvedených studií tedy jasně vyplývá, že by relaxační techniky měly mít své místo při léčbě bolesti a že je velmi důležitá podpora sester při aplikaci těchto metod.

Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změna pacientova myšlení a chování, čímž se usiluje o zvýšení způsobilosti pacienta ke zvládnutí zátěží s důrazem na zlepšení jeho psychického stavu, a tím i kvality života. Terapie je strukturována na základě

pacientova dosahování dílčích cílů tempem určeným terapeutem (nejčastěji po malých krocích) (Payenová, 2007).

Další metodou psychologického zvládnání bolesti je metoda podobná akupresuře – tzv. reflexologie, při které se stlačují tlakové body na lidském těle, především v oblasti dlaní a chodidel. Bylo zjištěno, že se u pacientů s rakovinou prsu nebo plic při aplikaci této metody na chodidlech nohou zmírnila jejich úzkost a strach (O'Conner *et al.*, 2005).

Mezi metody psychologického zvládnání bolesti patří i sugesce, při které se terapeut pomocí daných strategií snaží pacientovi navodit pozitivní myšlenky, představy, pocity a postoje. Zvláštním případem sugesce je autosugesce, při které se pacient naučí používat tyto strategie sám (Rokyta *et al.*, 2006). Existuje i jiná forma sugesce, tzv. heterosugesce, při kterém pacient přijímá to, co je mu terapeutem zadáno. Při těchto technikách je podstatný zejména pozitivní vztah mezi terapeutem a pacientem podpořený prvky kvalitní komunikace (Gulášová, 2008). Další metodou psychologického zvládnání bolesti je autogenní trénink, který využívá autosugesce s celkovým psychickým uvolněním pacienta. Používání této metody ale vyžaduje pacientův trénink (Rokyta *et al.*, 2006).

Mezi další metody psychologického zvládnání bolesti patří hypnóza, meditace, imaginativní techniky a dynamická psychoterapie. Při hypnóze je pacientovo vědomí zúžené nebo změněné, kdy dochází ke změně činnosti pacientova mozku a přesunutí jeho pozornost jinam, což vede k fyziologickým změnám jeho organismu. Další metodou je meditace, při níž se pacient bez zapojování vlastní vůle snaží poddat současnosti. Imaginativní techniky využívají představivosti pacienta, a to dvěma způsoby: buď může pacient nechat svou představivost bezmyšlenkovitě plynout, anebo se snaží vytvořit si určitou konkrétní představu. Dynamická psychoterapie se používá u pacientů s chronickou bolestí, jimž se tato bolest stala již všedním životem, je neopomenutelnou součástí pacientova života, a pomáhá mu tak udržovat vnitřní stabilitu. Terapie se zaměřuje na osobnost pacienta před onemocněním, tedy i před projevy bolesti. Obecně lze říci, že se zabývá narušeným sebevědomím pacienta a jeho schopností formovat mezilidské vztahy. Snaží se o pozitivní ovlivnění pacientova stavu (zmírnění úzkosti a strachu) a zlepšení kvality života za pomoci ovlivnění psychofyziologických a psychosomatických pochodů (Rokyta *et al.*, 2006; Janáčková,

2009). Dynamická psychoterapie je velmi časově náročná a může se odehrávat jak v rodinném, tak i v individuálním nebo skupinovém prostředí (Rokyta *et al.*, 2006).

Pro zvládnání bolesti potřebují pacienti i psychologickou pomoc. Proto by neměla být při ošetřování opomíjena. Do jisté míry je sestra zprostředkovatelem mezi pacientem a lékařem. Z tohoto důvodu by měla být v každé situaci pro pacienta i laickým psychologem.

1.2.5 Alternativní léčení bolesti

Z předchozích kapitol je zřejmé, že farmakologické zvládnání bolesti má vedle psychologického zvládnání bolesti své neopomenutelné místo. V poslední době nabírá na významu i alternativní léčení bolesti, na které se ale medicína dívá spíše skepticky. I přes negativní náhled zdravotnického personálu je třeba uvést charakteristiku základních technik alternativního léčení bolesti ke zformování komplexního obrazu o léčbě bolesti.

Rostoucí zájem o alternativní metody léčení bolesti vychází zejména z řad pacientů samotných či jejich rodinných příslušníků nebo známých, a to po vyčerpání možností při použití medicínských a psychologických metod mírnění bolesti. Z literatury vyplývá, že přínosem alternativní léčby je nejen zvýšení účinků užívaných farmak, ale také zlepšení kvality pacientova života (O'Conner *et al.*, 2005). Mezi základní techniky alternativního léčení bolesti patří především akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem a jóga.

Jednou z významných možností alternativní léčby je akupunktura pracující s bioenergiemi (Rokyta, 2009a). Byla objevena v Číně před 5000 lety (Vše o léčbě bolesti, 2006) a její název se skládá z latinských slov *acus* neboli jehla a *punktura* neboli nabodnutí (O'Conner *et al.*, 2005). Techniky akupunktury využívají nejen známé vpichování jehel do těla, ale také tzv. moxování neboli využívání tepla vzniklého při pálení různých bylin. Jak již bylo řečeno výše, jde o metodu pracující s bioenergiemi. V čínském podání jde o energii čchi a je chápána jako energie, která se vyskytuje po akupunkturálních drahách. Obecně lze říci, že dráhy jsou spojeny s různými emocemi, které jsou dále propojeny s různými orgány – např. játra jsou spojena s hněvem, srdce s radostí, nervové napětí se slezinou, smutek s plícemi a strach s ledvinami (Rokyta,

2009a). Dráhy jsou ale také spojeny s ročními obdobími či denním obdobím. V návaznosti na tyto dráhy jsou napojeny i emoce člověka (Krejčová, 2007). Cíl této metody spočívá v náhradě ztracené energie, čímž dochází k uzdravování lidského těla (Vše o léčbě bolesti, 2006). Existuje řada studií, které naznačují, že akupunktura napomáhá při zmírňování bolesti. Zjistilo se například, že se pacientům podstupující tuto proceduru zvýšil práh bolesti, čímž došlo k poklesu hodnocení jejich vlastní bolesti, a tím i následnému snížení dávky medikamentů (O'Conner *et al.*, 2005). Obecně se uvádí, že akupunktura pomáhá např. u bolestí zad, artritidě, syndromu karpálního tunelu, bolesti zubů, bolesti hlavy, neuralgii trigeminu a periferní neuropatii (Vše o léčbě bolesti, 2006). Hlavní výhodou akupunktury je zejména její bezpečnost. Dosud nebylo prokázáno ani jedno smrtelné úmrtí na základě jejího použití. Dalším nesporným pozitivem jsou spolupráce pacienta během procedury, příjemnost a lacinost pro pacienty, výskyt menšího počtu komplikací a následků pro pacienta než u jiných léčebných metod, ale také vhodnost i u pacientů, u kterých byly ostatní způsoby léčby zavrhnuty. Na druhou stranu i tato metoda má své nevýhody. Sem patří neúplná analgezie či nedostatečná relaxace svaloviny pacienta. Navíc výsledky procedury mohou být u jednotlivých pacientů a léčených orgánů rozdílné. Je proto nutné, aby si terapeut pečlivě vybíral pacienty, na které lze aplikovat tuto metodu (Růžička, 2003).

Další metodou alternativní léčby bolesti je aromaterapie prostřednictvím inhalace nebo aplikování různých vonných a esenciálních olejů vyráběných z rostlin (zejména stonky, listy, květy a semena), které mohou mít jak relaxační, tak stimulační účinky. Oleje jsou nejčastěji vyráběny z rostlin bazalky, eukalyptu, heřmánku, pelargónie, levandule, rozmarýnu a čajovníku. Princip mechanismu působení rostlinných olejů spočívá ve vstřebávání do tkání, kde interagují s hormony a enzymy, čímž dochází ke změnám krevního tlaku a dalších fyziologických funkcí. Tato technika zmírňuje stres, brání vzniku různých nemocí a některá onemocnění může dokonce i léčit. Je využívána především při bolestech hlavy, svalových obtížích, revmatoidní artritidě, pásovém oparu a premenstruačním syndromu (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Muzikoterapie neboli terapie hudbou je léčba za pomoci rytmických zvuků. Rytmy napomáhají při relaxaci organismu, navozují pocity pohody a klidu, zlepšují komunikaci. Součástí muzikoterapie je nejen poslech hudby, ale i tvorba hudby, zpěv, tanec a hudební cvičení (Vše o léčbě bolesti, 2006). Terapie by měla v sobě především

zahrnovat jak relaxační techniky, tak i reflexologii a představivost (O'Conner *et al.*, 2005).

Jako doplňková terapie je často využívána terapie dotykem. Hlavní myšlenkou je existence tzv. univerzální životní síly, která prostupuje prostorem, čímž udržuje všechny živé organismy při životě. U zdravých lidí tato síla prostupuje celým tělem a živí všechny orgány v těle, oproti tomu nemocný člověk vykazuje energetické pole nevyrovnané (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Jóga je jedna z nejstarších metod protahování lidského těla, která přispívá k udržení osobního zdraví. Její hlavní součástí je správné dýchání, pohyb, meditace a správný postoj. Jóga se často cvičí při diabetu, onemocněních srdce, migrénách, vysokém krevním tlaku, onkologických onemocněních, bolestech zad, krku a revmatoidní artritidě (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Léčba chronické bolesti je velice zdoluhavá činnost, proto se řada pacientů obrací i k alternativním možnostem léčby. Nicméně dosažené výsledky této léčby jsou oproti medicínské léčbě značně diskutabilní.

1.3 Centra pro léčbu bolesti

Centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti) poskytují pomoc všem pacientům, kteří se potýkají s bolestí. V dnešní medicíně plní nenahraditelnou funkci a jejich působení zkvalitňuje život pacientů trpících bolestí. V současné době kromě center pro léčbu bolesti existují ale i jiné typy léčeben zabývající se bolestí.

1.3.1 Typy léčeben bolesti

Z důvodu nutnosti speciálního léčení bolesti byly vytvořeny různé instituce, které se zabývají její léčbou. Všechny si kladou za cíl efektivně zmírňovat či úplně eliminovat dopady bolesti. Patří sem centra pro léčbu bolesti, oddělení léčby bolesti, poradny pro léčbu bolesti, ordinace pro léčbu bolesti a hospice.

Mezi instituce zabývající se léčbou bolesti patří centra pro léčbu bolesti, která se specializují na léčbu bolesti pacientů s nádorovými onemocněními. Charakteristické pro tato centra je nejen klinická, ale také výzkumná a výuková činnost. Nejčastěji jde o samostatná oddělení fakultních nemocnic především ambulantního typu, nicméně

pacient se může setkat i s lůžkovým centrem pro léčbu bolesti. Existují ale i samostatná centra pro léčbu bolesti nepřidružená pod velké nemocnice. Na ošetřování pacientů s bolestí by se měl podílet multidisciplinární tým složený nejen z lékařů a sester, ale i psychologů, rehabilitačních a sociálních pracovníků a navíc i dalších odborných pracovníků dle požadavků oddělení. Navíc lékaři v tomto zdravotnickém týmu by měli být nejméně třech různých specializací – zejména anesteziolog, psycholog a algeziolog (Janáčková, 2007). Tato instituce zajišťuje pacientům celkovou algeziologickou péči. Léčba bolesti v těchto centrech začíná algeziologickým vyšetřením, vyhodnocením pacientovy bolesti a návrhem účinné terapie (Rokyta, 2009a). V řadě případů algeziolog předepíše pacientovi především analgetika dle druhu jeho obtíží. Navíc mu také předepíše léky na kvalitnější spánek, odpočinek a jiné podpůrné léky (Kozák, 2010).

Dalším pracovištěm zabývajícím se léčbou bolesti jsou speciální oddělení léčby bolesti. Tato oddělení jsou stejná jako výše uvedená centra, pouze se nezabývají výzkumnou a výukovou činností. Oddělení léčby bolesti mohou být ambulantního, lůžkového i smíšeného typu (Janáčková, 2007).

Poradny pro léčbu bolesti jako další typ léčeben bolesti jsou určeny především pro pacienty s chronickou bolestí. V těchto zařízeních je bolest léčena pouze ambulantně, navíc bez kooperace speciálního multidisciplinárního týmu. Poradny se totiž nachází v nemocnicích buď jako izolované, anebo jako součást vybraných oddělení (např. neurologického). Léčení bolesti v nich by tedy mělo probíhat v pravidelné spolupráci s ostatními odděleními. Velký důraz je kladen především na spolupráci s psychiatrem a psychologem. Poradny se specializují zejména na léčbu bolesti hlavy, končetin a zad. Jejich specializací jsou ale také specifické bolesti (např. fantomová bolest, neuralgie aj.) (Janáčková, 2007).

Mezi léčebny bolesti patří i ordinace pro léčbu bolesti. Pro ně jsou typické i alternativní přístupy léčení (akupunktura a hypnóza). Zde probíhá léčení bolesti pouze ambulantně, navíc bez spolupráce s multidisciplinárním týmem. Pacienti jsou do této ordinace často cíleně odesíláni svými ošetřujícími lékaři (Janáčková, 2007).

Posledními jmenovanými léčebnami bolesti jsou hospice, které jsou zřizovány za účelem poklidného a důstojného odchodu ze života nejčastěji pacientům v terminálních stádiích onkologických onemocnění (Janáčková, 2007).

Léčebny bolesti mohou být také děleny dle stupně organizace. Nejvyšší stupeň tvoří pracoviště přidružená k fakultním nemocnicím, navíc s vlastní pedagogickou a výzkumnou činností. Druhý stupeň tvoří léčebny s vlastním multioborovým týmem a ambulantní i lůžkovou péčí, které jsou součástí větších zdravotnických zařízení. Většinou jsou označovány jako oddělení nebo centra pro léčbu bolesti. Třetím stupněm jsou poradny pro léčbu bolesti často přiřčené k různým oddělením nemocnic (ARO, neurologie). Tyto instituce často pravidelně spolupracují s lékaři alespoň dvou dalších oborů a také s psychologem nebo psychiatrem. Čtvrtý stupeň tvoří samostatné ambulance, které úzce nespupracují s ostatními lékaři-specialisty a v rámci svého působení se zabývají některou z metod léčení bolesti (Podsedníčková a Černická, 2005).

1.3.2 Nejčastější onemocnění léčené v centrech pro léčbu bolesti

Centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti) léčí složité případy pacientů, u nichž předchozí léčba nebyla úspěšná. Většinou jde o pacienty s chronickými bolestmi původu onkologického i neonkologického. Onemocnění léčené v centrech bolesti lze rozdělit podle příčin na bolest způsobenou nádorem, léčbou/diagnostikou, celkovým oslabením pacienta a způsobené bez vztahu k nádorovému onemocnění.

Bolest způsobená nádorem se nejčastěji vyskytuje u nádorů kostí a slinivky břišní, na druhou stranu nejméně se objevuje u leukémie či lymfomů. U tohoto typu se vyskytují zejména povrchové, viscerální, ischemické a neuropatické bolesti. Dále do této kategorie patří bolest způsobená léčbou nebo diagnostikou. Sem patří operační výkony, ozařování, chemoterapie a různé invazivní výkony. Bolesti způsobené celkovým oslabením pacienta jsou především různé infekce, dekubity, tromboflebitidy, zácpa, neuralgie a paraneoplastické syndromy. Bolesti jiného než nádorového typu jsou bolesti zad (prosté bolesti zad, bolesti bederní páteře, failed back surgery syndrom), bolesti hlavy (primární – tenzní bolesti hlavy, migrény, cluster headache; sekundární – posttraumatické bolesti hlavy, orofaciální bolest, neuralgie trigeminu), fibromyalgický syndrom, myofasciální syndrom, revmatoidní artritida (osteoartritida), fantomová bolest a bolesti spojené s pásovým oparem (postherpetická neuralgie), reflexní sympatickou dystrofií a lymfskou boreliózou (Vorlíček *et al.*, 2004).

Podrobněji jsou jednotlivá onemocnění spojená s bolestí rozepsána v příloze 4.

1.3.3 Role sester v centrech pro léčbu bolesti

Sestra plní při výkonu svého povolání řadu rolí. Patří mezi ně nejen poskytování ošetrovatelské péče, ale i např. role komunikátorky, učitelky, advokátky, výzkumnice a nositelky změn. Všechny tyto funkce vytváří obraz o pracovní náplni sestry, a dokreslují tak celkový ošetrovatelský proces pro pacienty s bolestí.

Sestra poskytující ošetrovatelskou péči plní především roli vztahů, které se vytváří mezi ní a pacientem s bolestí. Tyto vztahy jsou typické pro holistické chápání pacienta s bolestí, které zohledňují jeho zdraví a prostředí (Farkašová, 2006). Navíc ve většině případů má s pacientem častější a užší kontakt než má pacient s lékařem (Jarošová, 2000).

Neméně významná úloha je její role komunikátorky (Venglářová a Mahrová, 2006). Zvládání bolesti zejména u pacientů s chronickou bolestí je velice náročné jak pro psychiku nemocného, tak i pro jeho rodinu. Náročný je tento proces i pro sestry samotné. Z toho důvodu je obtížná i komunikace mezi nimi. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky, především na její profesionalitu, ale také na její osobnost, vyspělost a autoregulační mechanismy. Často tedy může docházet mezi pacienty, popř. jejich rodinou, a sestrou ke konfliktům. Ke zmírnění těchto konfliktů by si měla sestra u pacientů všimnout nejen tělesné, ale i duševní stránky, což by jí mohlo pomoci pochopit mentalitu pacienta, a pěstovat tak vztah mezi nimi (Čechová *et al.*, 2004).

Pacienti mohou mít také různé obavy ze svého onemocnění. Jde zejména o strach z dalšího vývoje jejich onemocnění. Tyto domněnky jsou navíc ještě podporovány dalšími nezbytnými vyšetřeními, různými zákroky, které musí pacient podstoupit, a neustupujícími nebo zhoršujícími se příznaky. Jednou z dalších obav, co tíží pacienty, je změna jejich tělesné konstituce/schématu či ztráta části těla. U tohoto druhu obav se pacienti nejčastěji strachují, jak je přijme jejich blízké okolí a zda od svých blízkých nebudou potřebovat pomoc, byli by totiž pro své okolí akorát přítěží. Bolest také často může vyvolávat obavy ze smrti. Její míra je ale založená především na smýšlení pacienta, jeho náboženství a přesvědčení. V těchto případech je tedy velmi důležitá komunikace. Ovšem neméně důležité je také, jakým způsobem sestra vykonává činnosti spojené s péčí o nemocného (Čechová *et al.*, 2004). Sestra by totiž měla k nemocnému

vždy přistupovat s úctou, respektem a měla by brát ohled na jeho přání (Venglářová a Mahrová, 2006).

Hlavním zdrojem komunikace mezi sestrou a pacientem je rozhovor, který je povětšinou na vážné téma. Ošetřující personál by měl hodnotit tato témata s velkou vážností a hlavně citlivým přístupem, často se totiž týkají umírání, utrpení a smrti. Jde o situace, které mohou sestry uvádět do rozpaků (Křivohlavý a Pečenková, 2004). V těchto případech je proto velmi vhodné využít techniku tzv. nedirektivního vedení rozhovoru, který vychází z poznatků psychoterapie a jehož principem je nedirektivnost, empatie a emoční blízkost (Čechová *et al.*, 2004). Typickými znaky nedirektivnosti je podpora pacientů a pomoc sestry ve sdílnosti informací. Sestra ale nesmí mít nad pacientem převahu a nesmí prosazovat své názory a postoje. Dalším prvkem nedirektivního vedení rozhovoru je empatie, díky níž by se sestra měla vcítit do pocitů pacienta. Úlohou empatie je především pochopení problémů pacienta, a tedy odhad dalšího pacientova jednání. Díky tomu může sestra následně zvolit vhodný typ komunikace s pacientem. Posledním výše uvedeným principem nedirektivního rozhovoru je emoční blízkost, jíž dává sestra pacientovi na vědomí, že má zájem o jeho situaci a životní příběh. Z praktického hlediska je v těchto situacích vhodně zvoleným tématem rozhovoru např. rodina, práce a zájmy pacienta. Správným vedením rozhovoru, postojem a jednáním dává sestra pacientovi najevo, že ho vnímá jako celek, jako člověka (Venglářová a Mahrová, 2006).

Dále lze konkrétně vymezit dovednosti, které by měla sestra mít při jednání s pacientem s bolestí. Patří sem aktivní naslouchání, podpora nemocného vést rozhovor, reflexe, vyjádření porozumění, úcta a autentičnost. V případě aktivního naslouchání sestře nestačí pouze poslouchat a chápat slova, ale měla by i správně porozumět kontextu rozhovoru (Fabien a Quaghebeur, 1997). Dále by také měla podporovat pacienta k rozhovoru čili správně klást otázky, reflektovat řečená sdělení, ujistit se, zda správně rozuměla, vyjadřovat své porozumění směrem k pacientovi, ctít a respektovat pacienta v každém směru jejich činnosti a komunikace a nakonec by se měla vyjadřovat s co největší mírou upřímnosti (autentičnost). Na druhou stranu by ale měla dávat pozor, aby nepoškodila či neublížila pacientovi (Venglářová a Mahrová, 2006).

Z literatury vyplývá, že pacienti mají zájem zejména o informace o svém zdravotním stavu – typ onemocnění, důvody, prognóza do budoucna, různé cíle

vyšetření, další možnosti léčby, komplikace a celkové následky léčby a onemocnění. Pro pacienta je důležité znát všechny informace, protože na jejich základě se rozhodne o léčbě. Navíc právo na informace je také zakotveno v právech pacientů (Botíková, 2009).

Další úlohou sestry při výkonu povolání je její role učitelky. Učení je proces interakce mezi učitelem a vyučovaným, při kterém by měly být dosaženy určité vytyčené cíle. V centrech pro léčbu bolesti je cílem tohoto procesu předání pacientovi co nejvíce informací, poznatků, postojů, přesvědčení a technických zručností pro sebebepěči (Farkašová, 2006). Proces role sestry jako učitelky lze rozdělit do čtyř kroků. Prvním z nich sestra posuzuje učební potřeby pacienta s bolestí. Druhým krokem je plánování a vytyčení cílů a strategií, které bude sestra u pacienta s bolestí vykonávat. Ve třetím kroku, realizaci, si sestra prakticky klade za cíl, co nejvíce pacientovi pomoci a vyhovět mu. Poslední krokem je vyhodnocení, při němž sestra zjišťuje, jaké informace si pacient s bolestí pamatuje z celého výukového procesu. Sestry z center pro léčbu bolesti by také neměly opomíjet význam prevence u pacientů s léčbou bolesti, aby zabránily dalšímu poškození zdraví pacienta (Kozierová *et al.*, 1995).

Sestra má také úlohu advokátky, resp. obhájkyne práv pacientů s bolestí. Musí mu dostatečně vysvětlit jeho práva a patřičně je odůvodnit. Ostatnímu zdravotnickému personálu také prezentuje názory a různé požadavky pacienta s ohledem na obhajobu jeho zájmů. Míra uplatnění tohoto postoje vypovídá o projevení zájmu ze strany sestry (Farkašová, 2006).

Obecně lze advokacii pacienta prezentovat jako projevení zájmu o celkovou situaci pacienta s bolestí, správné rozpoznání pacientových potřeb, systematické zjišťování účinků na změnu situace pacienta, upřednostňování pacientových potřeb nad svými, snaha podílet se na budování dobrých pracovních vztahů. Obhajování pacientů vychází z víry, že každý pacient má právo na výběr prostředků, které považuje za vhodné, má právo uplatňovat svůj názor a má právo jakkoliv zacházet s těmito vybranými prostředky. Advokacii lze také definovat jako zájem o určité činnosti ze strany sestry pracující v centrech pro léčbu bolesti. Tyto činnosti by měly přinést změnu pro pacienta i organizaci. Sestra advokátka by měla efektivně napomáhat prospěchu pacientových potřeb a přitom dbát na ochranu jeho práv (Kozierová *et al.*, 1995). Podle pacientů by také měla sestra v roli advokáta vědět, koho ještě přizvat do zdravotnického týmu, měla

by se aktivně zúčastňovat schůzek, které jsou pořádané nemocnicí a případné stížnosti pacienta by měla řešit s vrcholným managementem (Škrla, 2003).

Sestra může také působit jako výzkumnice. V klíčové situaci sjednotí různé vědecké poznatky s výsledky ošetrovatelské péče a zdůvodní také pohnutky svého počínání (Mastiliaková, 2002). Je tedy zřejmé, že stejně jako v jiných oblastech života, i výzkum v ošetrovatelství přispívá k rozvoji teoretických a vědeckých poznatků o ošetrovatelství a pomáhá aplikovat tyto poznatky do praxe (Bártlová, 2008).

Co se týče pacientů s bolestí, výzkum se zabývá dosud získanými znalostmi spojenými s péčí o pacienty s bolestí, pochopení genetických, fyziologických, sociálních a behaviorálních mechanismů bolesti, dále posiluje informace o náplních a strukturách poskytujících ošetrovatelskou péči a zabývá se etickým kodexem ošetrovatelské péče o pacienty s bolestí. Sestra v roli výzkumnice by měla mít na paměti, že výzkum provádí za účelem přispění vědomostí pro ostatní. Navíc vědomosti získané při výzkumu může dále uplatnit v ambulanci bolesti. A pokud má být výzkum důvěryhodný, musí ho sestra provádět systematicky a také měla by mít na paměti, že některé oblasti výzkumu se mohou měnit v čase/místě (Bártlová, 2008).

Sestra by měla být také nositelkou změn, resp. sama by měla podněcovat různé změny, anebo se snaží podněcovat ostatní lidi ke změně. Usměrnovat proces změn by měla především prostřednictvím informací.

Sestra pracující v centrech pro léčbu bolesti je ve většině případů formálně určený nositel změny. To znamená, že zastává v procesu změn zodpovědnou funkci, od které se očekávají změny ve prospěch pacienta, které u něj budou vykonány. Dále je interní nositelkou změn, což znamená, že je součástí děje/systému. Má zkušenosti se situacemi, které mohou nastat v centrech pro léčbu bolesti. Úspěšní nositelé změn by měli mít vůdcovské vlastnosti, a to především ovlivňování lidí se záměrem dosáhnout cíle (Kozierová *et al.*, 1995).

Dobrý nositel změn musí být i dobrým komunikátorem, dále musí mít schopnost navodit přátelské interpersonální vztahy, být sebekritický a také kritický k postojům ostatních lidí (Farkašová, 2006). Mezi úlohy nositele změn patří i schopnosti správně a vhodně definovat problém, systematicky vypracovat plán pro změnu, vymýšlet vhodné alternativy v různých situacích, poskytovat podporu a usměrňování a především počítat s pozitivními i negativními následky, které mohou nastat při změnách.

V neposlední řadě by měla poskytnout pomoc při hodnocení. Z výše uvedeného vyplývá, že sestra jako nositelka změn by měla pacientovi s bolestí věřit a on by jí měl důvěřovat (Kozierová *et al.*, 1995).

Lze tedy shrnout, že úloha sester v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti) je nezastupitelná. Stejně jako v ostatních medicínských oborech jsou totiž hlavními prostředníky mezi pacienty a lékaři. Obyčejně jsou také většinou prvními osobami, se kterými se pacient setká ve zdravotnických zařízeních. Proto je velmi důležitá důvěra pacientů v sestry a jejich schopnosti nejen pracovní, ale i schopnosti porozumění a empatie. Zvláštní důraz by měl být kladen i na jejich vhodnou kvalifikaci (studium, specializace), aby byly schopné efektivně řešit nastalé situace a uměly zacházet s „problémovými“ pacienty. Relativně náročnou pracovní povinností sestry je správné posouzení fyzického a psychického stavu pacienta trpícího bolestí. Mezi další hlavní úlohy sestry pracující v centrech je i její role konzultanta a školitele jednak pro pacienta samotného a jednak pro jeho rodinu a známé. Ošetřovatelství je totiž velmi náročná profese. Pro dostatečnou podporu pacienta s bolestí je nutné, aby sestra uznala jeho bolest jako svou vlastní bolest, dále aby si vždy našla čas na pacienta ve svém náročném pracovním harmonogramu a byla připravena ze strany pacienta na odpor. Sestra by také měla být ve všech případech empatická nikoliv příliš kritická a dále správně motivovaná a také ochotná se i nadále sebevzdělávat (Jennings, 2004).

Hlavními povinnostmi sester v centrech pro léčbu bolesti při péči o pacienty jsou také koordinace péče, vzdělávání lékařského i nelékařského personálu, odpovědné a pravidelné posuzování potřeb pacienta včetně jeho rodiny, velká podpora pacienta a návrhy alternativních technik léčby. Sestra musí mít také na paměti, že se pacienti často stydí sdělovat své obtíže z obavy výsměchu, pobytu v neznámém prostředí a přítomnosti cizích lidí. Sestra by se proto měla často a správně tázat, a neustále se tak informovat o jeho obtížích. V případě fyzických onemocnění by se sestra měla dotazovat na popis bolesti, její symptomy a nežádoucí účinky léčby. Naopak v sociální dimenzi jsou problémy pacienta, o které by se měla sestra zajímat, často způsobeny změnou sociálních rolí a funkcí v rodině, finančními problémy spojenými s onemocněním (pracovní neschopnost, ztráta hodnoty příjmu, výdaje, exekuce), problémy v oblasti přátelství, koníčků a izolací od okolí v nemocničním (nebo i domácím) prostředí. V oblasti psychiky by se sestra měla zajímat zejména

o pacientovy pocity spojené s onemocněním, strachu ze smrti a především umírání. Dále spolu s pacientem probrat způsob, jak se vypořádat se ztrátou sociálních rolí, a možnosti adaptace na negativní životní situace (Payenová, 2007).

Zvláštním případem při léčení bolesti je paliativní sedace používaná především u pacientů v terminálním stádiu nemoci. Payne *et al.* (2004) zdůrazňují, že 15 - 36 % všech onkologických pacientů v terminálním stádiu umírají s příznaky nemoci, které mohou být kontrolovány pouze prostřednictvím sedace. V tomto kontextu je úlohou sestry především pomoci pacientovi ke klidné a důstojné smrti, čímž během postupující nemoci zároveň roste i její odpovědnost. Jde zároveň i o novou zkušenost pro rodinu, příbuzné a známé pacienta. Je povinností sestry podpořit nejen pacienta, ale i jeho rodinu a známé pro zachování kontinuity a udržení kontroly nad průběhem onemocnění a také se snažit zodpovědět na všechny kladené otázky, kdykoliv je to možné. Pomoci pacientovi i rodině v průběhu onemocnění je nedílnou součástí ošetrovatelské péče (Kaasa *et al.*, 1998).

Je tedy jasné, že role sestry v ošetrovatelském procesu pacientů s bolestí je náročná, zejména proto, že bolest je velmi subjektivní vjem. Proces pochopení a porozumění mezi ní a pacientem je náročný nikoliv ale nedosažitelný. Je tedy na osobnosti každé sestry, jaký postoj vůči pacientům samotným a svému povolání zaujme a jakým způsobem bude své životní poznatky přenášet do praxe.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zjistit, která diagnóza se nejčastěji vyskytuje v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti).
- Cíl 2: Zjistit, jaké nejčastější metody jsou využívány při léčbě bolesti.
- Cíl 3: Zjistit, jak sestry vnímají pacienty, kteří navštěvují centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti).
- Cíl 4: Zjistit, jak sestry pečují o psychický stav pacienta v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti).
- Cíl 5: Zjistit, jaká režimová opatření sestry doporučují pacientům při léčbě bolesti
- Cíl 6: Zmapovat centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti) v České republice.

2.2 Výzkumné otázky

1. Která nejčastější diagnóza se vyskytuje v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti)?
2. Jaké nejčastější metody jsou využívány při léčbě bolesti?
3. Jaká je úspěšnost metod léčby bolesti dle sester?
4. Jak sestry vnímají pacienty, kteří navštěvují centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti)?
5. Jak sestry pečují o psychický stav pacienta v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti)?
6. Jaká režimová opatření sestry doporučují pacientům při léčbě bolesti?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polokonstruovaný rozhovor na základě předem vytvořených otázek, který probíhal u vybraných respondentek. Empirická část zahrnuje obsahovou analýzu zpracovanou především prostřednictvím internetových zdrojů, ve které jsou uvedeny základní informace o jednotlivých institucích bolesti v České republice.

Rozhovor určený respondentkám, resp. sestrám pracujícím v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), sestával celkem z šedesáti otázek (příloha 5). První tři otázky sloužily k identifikaci dané respondentky. Následovalo osm otázek týkající se obecných informací o centru pro léčbu bolesti. Dalších devět otázek se zaměřilo na zjištění náplně centra pro léčbu bolesti. Následujících třináct otázek zjišťovalo možnosti a metody léčby bolesti v daném centru. Dalších devět otázek bylo cíleno na zjištění nejčastějších onemocnění léčených v daném centru pro léčbu bolesti, doporučená režimová opatření a pocity pacientů těchto center. Rozhovor uzavíralo osmnáct otázek týkající se názorů a pocitů sester-respondentek na práci v centru pro léčbu bolesti. V případě potřeby byly položeny ještě doplňující nebo upřesňující otázky, které celkově dokreslovaly řešený problém.

Většina respondentek souhlasila s audiovizuální dokumentací svých odpovědí (diktafon) za podmínky dodržení anonymity.

Sběr těchto dat probíhal v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti) v Pardubickém kraji (Pardubice, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto) v měsících únor až březen 2013.

Obsahová analýza dat byla zpracována především s pomocí internetových zdrojů. Informace jsou uskupeny do tabulek a jsou rozděleny podle jednotlivých krajů České republiky. Obsahují informace o názvu a druhu instituce, adresu, telefonního číslo, ordinační dobu, zda pracoviště spadá pod nemocnici či je soukromé.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti) v Pardubickém kraji – čtyři v Pardubické krajské nemocnici, a.s., jedna ve Vysokomýtské nemocnici, a.s. a jedna v Orlickoústecké nemocnici, a.s.

Požadavkem pro výběr respondentek do výzkumného souboru byla především délka jejich praxe v institucích bolesti. Minimální doba byla stanovena na tři roky. A to proto, že dle předpokladů tyto sestry již mají zkušenosti s chodem oddělení stejného či podobného typu, čímž jsou zároveň schopné objektivně odpovídat na kladené otázky.

Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem hlavních a vrchních sester daných nemocnic a oddělení.

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

SESTRA 1

Sestře 1 je 54 let a pracuje v ambulanci bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně nadstavbovou specializaci jako porodní asistentka.

Ambulance v Pardubické krajské nemocnici, a.s. funguje po celý pracovní týden. V průběhu týdne ve zdejší ambulanci pracují celkem čtyři sestry. Sestra 1 zde pracuje jeden den v týdnu už deset let. Zbylé dny v týdnu pracuje jako sestra na ARO oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s.

➤ Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):

Respondentka charakterizovala ambulanci takto: „Ambulance vznikla zřejmě pro zkvalitnění péče o pacienty, i když, abych řekla pravdu, důvod vzniku nevím přesně. Každopádně to bylo na popud zdejšího primáře. Myslím si, že zdejší ambulance funguje přibližně dvanáct let. Něco podobného tu ale bylo i dříve, ale na poliklinice. Naše ambulance je přidružená pod nemocnici a nemá k dispozici lůžkovou péči. Ale v případě potřeby, např. po výkonu, kdyby se pacientův stav zhoršil, jsou k dispozici třeba lůžka na ARO oddělení. Je to ale pouze přibližně na půl dne spíše pro případ pozorování. V případě špatných hodnot tlaku či oběhových nesrovnalostí se pacienti překládají na jiná oddělení, kdyby se jejich fyziologické hodnoty zhoršily.“

„Výzkumnou činností se ambulance asi zabývá, ale já ne vzhledem k tomu, že zde pracuje během týdne více sester. S jednou lékařkou spolupracuje „páteční“ sestra. Z tohoto důvodu neznám ani konkrétní informace o výzkumné činnosti.“ Respondentka dále uvedla, že v ambulanci neprobíhá klasická výuková činnost, ale „co se týče sester, tak ty mohou jezdit na každoroční kongres Dnů bolesti, kde jsou celkem zajímavé přednášky. Lékaři se školí ještě po nějakých seminářích a jedna z lékařek v ambulanci edukuje studenty místní vysoké školy.“ Respondentka ještě doplnila, že neví „o tom, že by se u nás školili i jiní pracovníci“.

Respondentka také uvedla, že spolupracují „s psychology, případně jiný druh potíží řešíme přes neurologické, ortopedické a neurochirurgické ambulance v rámci naší nemocnice. Často také praktikujeme osobní rozhovor s pacientem. Pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje, tak další pracovníky doporučíme, ale pacienti si jejich služby musí zařídit a vyjednat sami.“

➤ **Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):**

Za rok tato ambulance ošetří „zřejmě více než 500 pacientů. Musela bych to spočítat v kartotéce, kolik obsahuje karet. Myslím si ale, že jsou v ní i karty pacientů, kteří už sem nedochází. Kartotéku totiž třídíme jednou za čas. Pacienti se nemusí odhlašovat, pouze oznámí nebo se omluví, že už nás nepotřebují a už dále k léčbě bolesti nedochází.“

Na otázku, zda jsou do ambulance pacienti odesílání spíše na základě doporučení lékaře-specialisty nebo obvodního lékaře, respondentka uvedla, že „je to asi tak půl na půl. Někteří pacienti dokonce i na doporučení známých.“ Tazatelka tedy položila upřesňující otázku: „Takže můžu přijít i já, když mě něco začne bolet a nemusím mít doporučení od nějakého lékaře?“ Respondentka odpověděla: „Ano, můžete přijít i bez doporučení. Samozřejmě je lepší objednat se, protože jsme poměrně vytíženi.“

Frekvence docházení pacientů do ambulance záleží na více faktorech. „Závisí to na nich a také hlavně na objednání a po domluvě s lékařem, který nutnost návštěvy zhodnotí i dle druhu bolesti.“

Zdejší ambulance léčí především chronickou bolest. Akutní bolest se dle respondentky „léčí jinak a rozhodně ne ve zdejší ambulanci“. Respondentka dále uvedla, že „nejčastějším druhem léčené bolesti je neuropatická a úrazová bolest“. Tazatelka položila ještě doplňující otázku: „Léčíte mnoho onkologických pacientů?“ Na to respondentka odpověděla: „Dříve tady v ambulanci pracovali i onkologové, dnes už tomu tak není. Myslím si, že se onkologická léčba bolesti už tak zlepšila, že to zvládají sami na onkologickém oddělení. Proto sem onkologičtí pacienti už moc nedochází.“

Pacienti mohou přijít i mimo objednané termíny. „Pokud jde o akutní případ, tak pacienta vezmeme i mimo objednané termíny. Nehrozí tedy, že bychom pacienty odmítli.“

Dle respondentky převažují pacienti spíše ženského než mužského pohlaví. *“Nemám to přesně spočítané, ale odhadem bych řekla, že jde tak ze dvou třetin o ženy. “*

Ve zdejší ambulanci používají běžnou metodu měření bolesti. *„Používáme klasickou VAS škálu s hodnotami od jedné do deseti. Zapisujeme také typ bolesti a dále nevím, to je asi všechno. U typu bolesti ještě uvádíme, zda je ostrá, pálivá, křečovitá apod. Dále do dokumentace uvádíme, jak dlouho bolest trvá, kdy je častější – v poledne, po ránu, večer či v noci. “*

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

Ohledně farmakologické léčby bolesti ve zdejší ambulanci respondentka uvedla, že *„jsou nejvíce předepisována analgetika. A buď perorální formou, takže tablety, anebo v těžších případech náplastová forma opiátů. A z chirurgických metod to jsou epidurály nebo kaudální bloky.“* Navíc ještě doplnila: *„Hodně se předepisují ta opiátová analgetika. Začíná se nejdříve s těmi slabšími, pak se postupně přechází na ta silnější.“* Na dotaz ohledně účinnosti a snášenlivosti léků pacienty zdejší ambulance odpověděla: *„Záleží na pacientovi, je to individuální.“*

Respondentka dále uvedla, že se při léčbě opiáty *„někdy vyskytují vedlejší účinky. Každý pacient je snáší jinak. Jsou třeba spaví nebo se jim chce zvracet. Takže se jim léky musí změnit nebo vyměnit. Závislost na opiátech se vyskytne v případech, kdyby si pacienti bolest vymýšleli, tak pak v tom bude závislost, ale pokud mají těžké bolesti, tak opiáty potřebují a zde si myslím, že závislost nehrozí. Jinak je tomu i v případě, pokud by se opiáty nasadily 25letému člověku, který může spadnout k závislosti, ale pokud někdo trpí bolestmi v 65 letech, tam tady podle mě závislost nehrozí.“*

„Nejčastější používanou formou podávaných medikamentů jsou náplasti, pacienti je také mají nejradši. Také občas praktikujeme infuzní léčbu. Injekce podáváme výjimečně. Asi jen intravenózní injekce. Jinak výjimečně aplikujeme intramuskulární injekce, a to v případě, pokud se pacienti nemohou hnout. Ale jinak chodí na infuzní léčbu.“

Co se týče jiných možností léčby, *„používáme asi jen kaudál a epidurál. A to asi není tak strašně často“. V případě psychologického zvládnání bolesti je „součástí týmu i psycholog. Anebo návštěva pacienta zde v ambulanci probíhá také tak, že jsou tu někteří pacienti u lékaře klidně i hodinu. Takže více méně je to také jakoby*

psychologické zvládnání bolesti. Navíc zdejší lékařka už třeba na pacientech pozná, že se něco děje. Proto se pak i zajímá, co se stalo a snaží se to s pacienty rozebrat. Psychologické zvládnání bolesti je určitě důležité. Psychika dělá hodně, spousta nemocí je přes „hlavu“. Někteří pacienti se sem chodí třeba jen vypovídat a povídat si s námi. Některé pacienty ani snad nic nebolí, ale chtějí si jen popovídat. Jeden čas zdejší lékařka praktikovala i alternativní možnosti léčby, ale nějak na to zde nejsou vhodné podmínky. Nebo by se spíš musela věnovat jenom tomu, což zde nejde. Zkoušela akupunkturu, ale už od toho upustila.“

„Myslím si, že každá metoda léčby bolesti má svůj smysl. Je to značně individuální. Někdy „opichy“ nebo epidurály či kaudály pomohou třeba na půl roku a organismus se alespoň vyčistí od léků. Tyto léky se také nemohou píchat neustále, takže pokud to odlehčí alespoň na chvíli, tak proč ne.“

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

Ve zdejší ambulanci jsou nejčastěji léčeny „hlavně bolesti zad, pak stavy po boreliózách, pásovém oparu, poúrazové stavy a nakonec onkologičtí pacienti. Obecně převládají neonkologičtí pacienti, je jich více.“ Také se zde „nevyskytuje nějaký typ onkologických onemocnění, kterých by bylo speciálně více“.

V souvislosti s léčbou bolesti také ambulance doporučuje režimová opatření. „Říkáme pacientům, aby se šetřili, případně upravili nějakým způsobem životní styl, stravu, pohyb. Dále doporučujeme např. lázeňskou léčbu. Těžko ale říci, zda se doporučovanými režimovými opatřeními skutečně řídí. Někteří říkají, že dodržují, ale nedodržují. Na druhou stranu zase někteří pacienti se snaží dodržovat a vykonávat vše, co jim tady doporučíme, ale je to strašně individuální. Řekla bych, že naše doporučení dodržují spíše pacienti, kteří mají větší bolesti. Snaží se změnit.“

Respondentka dále uvedla, že „pacienti tak nějak psychicky zvládají léčbu bolesti. Výjimečně tu pacienti pláčou, ale spíše ne. Ale to když jsou na tom psychicky špatně, ale většinou ne. Většinou se tu ale snaží popsat bolest tak nějak reálně.“

„Myslím si, že sem pacienti chodí rádi a že jsem jim určitě při léčbě oporou. No, celkově se jim snažíme nějak pomoci. Občas pomáháme i v oblasti rodinných a soukromých problémů, ale to je jen zřídka.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

„Práce v ambulanci mi byla nabídnuta. Vzala jsme ji jako rozšíření nějaké své odbornosti, působnosti. Podle mě je to zajímavá práce.“ Dále dle respondentky: „Není úplně nutné doplňovat si vzdělání, ale je třeba vědět nějaké nové možnosti léčby, což se dozvídáme např. na Dnech bolesti. Tato konference je velice přínosná. S prací v ambulanci jsem spokojená, protože je často vidět, že těm lidem pomůžeme. Nebo třeba v případě úmrtí onkologických pacientů, někdy přijde někdo z rodiny poděkovat, že jsme jim pomohli.“

Respondentka dále uvedla, že úlohou sestry při léčbě bolesti je „určitě být oporou, pak chování jako kamarád. Máme většinou s těmi pacienty lepší vztahy, než má s nimi jejich obvodní lékař. Třeba s nimi probíráme jejich těžkosti i po telefonu, když se u nás objednávají.“ Na druhou stranu „někdy je méně času na pacienty, než je potřeba. Ale snažíme se mít ten objednávkový systém, abychom měli na každého pacienta tak půl hodiny. Může se ale stát, že máme méně, když přijde někdo mimo objednaný čas, ale to se stává výjimečně. Snažíme se jim tedy dostatečně věnovat.“

Respondentka se ale nedomnívá, že je náročnější práce sestry v této instituci v kontrastu s ostatními medicínskými obory. „Není to nijak extra odlišné. Pomáhat pacientům mě ale víceméně naplňuje. Důležité je hlavně mít trpělivost, ale zase někdy si to člověk nesmí brát úplně osobně, protože by se celé dny zabýval jen jednotlivými pacienty.“

„Pacienty vnímám značně individuálně. Některé příznivě, ale některé zase ne. Měli jsme tady minulý týden pacienta, který měřil 160 cm a vážil 130 kg a nadával, že s ním nikde nic nedělají, to by mu člověk nejraději něco řekl. V průběhu léčby ale často zaznamenám pacientův čím dál optimističtější náhled na svět. Jsou i pacienti, kde byla změna o 100 % k lepšímu.“

Pro respondentku spíše není důležitý pouze první dojem ze setkání s pacientem, který by ovlivnil její následná jednání s ním. „Vždycky ta bolest je na podkladě něčeho a lidé k tomu tak přistupují. Ale bez problému sem asi nikdo nikdy nepřijde.“ Navíc pacienti s rozvojem ambulančí „přistupují k léčbě s větší zodpovědností“.

Problémem může být, že respondentka připouští, že si výjimečně nosí pohnuté osudy pacientů i za brány ambulance. „Většinou onkologické pacienty. A ještě speciálně, jde-li o mladé onkologické pacienty.“ Navíc „někteří pacienti ovlivňují můj

náhled na svět. Člověk si pak řekne, že je něco třeba jen banalita.“ Na otázku, zda na sobě někdy pociťovala příznaky syndromu vyhoření, uvedla: „No, to asi každý, když už dělám ve zdravotnictví takhle dlouho.“

„Myslím si, že jsou ambulance celkem správně využívány. Ale asi by to chtělo ještě větší osvětu, více informovat. Myslím si totiž, že někteří pacienti mají tu bolest zbytečně. Obecně by chtělo, aby o této ambulanci více věděli třeba i obvodní lékaři, aby sem pak mohli lidi posílat. Já si myslím, že už jde o vysokou kvalitu při léčbě bolesti v dnešní době. A navíc se dají pacienti odtud poslat do ordinací bolesti do Prahy nebo Brna, kde ještě dělají další věci.“ Tazatelka položila doplňující otázku, zda posílají do ordinací v Praze či Brně pacienty zdejší ambulance, na což respondentka odpověděla, že „výjimečně ano“.

Nakonec rozhovoru respondentka uvedla, že „nemohu posoudit jinde, ale myslím, že je zde dostatečný počet ambulancí. Jsme tu pět dní v týdnu. Jak to ale chodí jinde, nevím. Ale obecně si myslím, že je to tady v pořádku.“

SESTRA 2

Rozhovor se sestrou 2 proběhl v ambulanci bolesti v Orlickoústecké nemocnici, a.s. Sestra 2 ve věku 58 let má vystudovanou střední zdravotnickou školu a specializaci ARIP.

V této ambulanci pracuje již čtyři roky. Zdejší ambulance funguje pouze jeden den v týdnu. Sestra 2 proto po ostatní dny v týdnu pracuje na lůžkovém ARO oddělení Orlickoústecké nemocnice, a.s.

➤ Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):

Při charakteristice zdejší ambulance respondentka uvedla, že „vzniklo asi tak před deseti lety z důvodu rozvoje léčby bolesti. Tyto ambulance vznikaly tak nějak celoplošně. Prostě to bylo žádoucí, aby vzniklo. Naše ambulance je přidružená pod nemocnici a nemá lůžkovou část.“

„Zkoušeli jsme u nás výzkumnou činnost, vznikaly i nějaké publikace. Ale že by to byl nějak úplně výzkum, to těžko říci.“ Ohledně výukové činnosti: „Chodíme maximálně

po ostatních odděleních, kdyby sestry potřebovaly, ale jinak nikoho neškolíme ani needukujeme. Nemáme na to prostředky.“

„Zdejší lékař je odborností anesteziolog. Pokud ale pacient potřebuje, pošleme ho za psychologem v naší nemocnici. To máme vyjednané. Pokud ovšem pacienti chtějí, mohou jít za svým psychologem, v tom jim nebráníme. Je to pro ně i lepší, mají-li nějakého svého vyhlídnutého psychologa. Navíc vzhledem k nedostatku prostředků nemocnice můžeme pacientovi maximálně ještě doporučit rehabilitačního pracovníka. Žádní další pracovníci kromě předchozích vyjmenovaných se na péči nepodílejí.“

➤ **Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):**

„Za rok ve zdejší ambulanci ošetříme asi přibližně 200 pacientů, kteří jsou sem posíláni jak z nemocnice, tak i na doporučení obvodního lékaře.“

Frekvence návštěv pacienta v ambulanci „je podle toho, jak má pacient nastavenou léčbu. Třeba co se náplastí týče, tak je pacienti mají předepsané na tři měsíce. A pokud to pacientům vyhovuje, tak přijdou až za tři měsíce. Mají-li ale nějaké problémy, zavolají a domluví se s námi a nějak to vyřešíme. Je to také značně individuální.“

Nejčastěji do ambulance dochází „pacienti s chronickou bolestí“. Pacienti mohou přijít i mimo objednané termíny, „většinou po telefonické domluvě“. Respondentka dále uvedla, že u nich v ambulanci asi také převažují pacienti ženského pohlaví. „Ale já to nějak nepozoruji. Spíš si asi myslím, že je to možná tak nějak rozložené.“

Ohledně metod měření bolesti: „Nemáme speciální metody měření bolesti. Používané běžné metody měření – VAS. Do pacientovy dokumentace si údaje většinou zapisuje lékařka. Takže já nevím, co se tam dále zapisuje. Ale zapisuje si do ní snad charakter, intenzitu a asi i časový faktor.“

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

„V naší ambulanci při léčbě bolesti používáme většinou náplastí, protože pacienti je lépe snášejí. Mají také u nich největší úspěch. Pak také pacienti dochází na infuzní léčbu. Potom se tady ordinují různé obstríky a také kaudály. Je to značně rozmanité a individuální. Dělali jsme i neurostimulaci.“

„Nejvíce předepisujeme analgetika. Jsou také upřednostňována před chirurgickou léčbou. Na druhou stranu ale někteří pacienti by u nás byli pořád. Při léčbě nejdříve začínáme se slabými analgetiky a postupně, pokud je potřeba, se přechází na silnější. Je to opět strašně individuální. V případě pacientů s těžkými chronickými bolestmi, kde se už vyzkoušela všemožná léčba, se pak skončí medikací těžšími opiáty.“ Účinek jednotlivých léků na pacienty „je opět strašně individuální. Náplasti by se měly měnit po třech dnech, někteří pacienti to mění už po dvou dnech, protože jim to prý třetí den už vůbec nepomáhá. Takže zase mají větší spotřebu náplastí. Je to tedy individuální, rozdílné pacient od pacienta.“

Při léčbě opiáty se respondentka setkala s vedlejšími účinky. „Například opiátové náplasti mají určitě nějaké vedlejší účinky. Někteří pacienti třeba trpí halucinacemi nebo jim je špatně od žaludku. Proto někteří pacienti opiáty brát nemohou. Také si ale myslím, že někteří lidé mohou být na opiátech závislí. U perorálních léků je závislost asi nebezpečnější. Protože léky, které by jim měly vydržet tři měsíce, někdy už třeba nemají za dva měsíce, takže v těchto případech se závislost asi vyskytne.“

Nejčastější forma podávání medikamentů „u nás v ambulanci jsou náplasti a asi tablety. Injekce nepodáváme, maximálně ve výjimečných stavech. Jinak intravenózně jen infuze. Dále využíváme kaudály a epidurály. O jiných metodách léčby nevím. Nevím o ničem, maximálně ten psycholog.“ Nicméně dle jejího názoru používání metod psychologického zvládnání bolesti na pacienta „je individuální. Psychika dělá mnoho a je strašně důležitá.“ Ve zdejší ambulanci nepoužívají žádné alternativní metody léčby bolesti. „Nejsou k tomu prostory a prostředky.“

Dále respondentka zhodnotila úspěšnost léčby jednotlivých metod léčby bolesti v tamní ambulanci. „Tak podle pacientů to nemohu zcela posoudit, protože je to individuální, ale strašně si chválí infuzní léčbu. Pak také náplasti, které jsou hodně využívány.“

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

„V naší ambulanci pacienti přichází nejčastěji s bolestmi zad a pak onkologičtí pacienti. Zde v nemocnici máme onkologii a snažíme se s nimi spolupracovat. Dále často přicházejí pacienti po pásových oparech, pak s bolestmi hlavy, ty jsou také

poměrně časté, ale nejsou zase tak hrozné. A dále už nevím. Možná ještě pacienti po amputacích s fantomovou bolestí. Ale převažují spíše neonkologicky nemocní pacienti nad onkologicky nemocnými.“ Na dotaz, zda převažují v případě onkologicky nemocných pacientů nějaká onemocnění vyskytující se s vyšší hojností ve zdejší ambulanci, respondentka odpověděla: *„Jednou jsme si schválně začali sami dělat takovou statistiku, protože nás překvapilo, že je poměrně vysoký výskyt rakoviny pankreatu. Řekla bych, že to snad bylo i v určité oblasti, kde pacienti bydleli, tak jsem si myslela, jestli tam někde kdysi nebyly nějaké patogeny, které to teď způsobují.“*

Co se týče doporučovaných režimových opatření, tak respondentka uvedla, že *„snad ani žádná obecná doporučení nejsou. Spíš co každému pacientovi vyhovuje. V průběhu léčby si to už pacient sám tak nějak vypořádá, co mu vyhovuje a co ne. A následně si podle toho sám upraví režim. My jim doporučujeme např. klid, protože někteří pacienti po infuzích proleží celý den a zase někteří jsou vitálnější. Závisí na individualitě pacienta, zda se jimi pacient řídí.“*

„Obecně ale pacienti po psychické stránce zvládají bolest docela dobře. Snažíme se jim při léčbě pomáhat, jak to jen jde. Myslím si, že jsem pro ně snad oporou. Sestra je pro pacienty důležitý člen týmu. Všechno proto s pacientem probíráme.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

Ohledně práce respondentky ve zdejší ambulanci respondentka uvedla: *„Dostala jsem nabídku pracovat zde, a tak jsem to zkusila. Je to zajímavá práce. Jezdíme na semináře na Dny bolesti. Naposledy jsme byli někde v Olomouci. Obvykle jezdíme s lékaři. Jsem spokojená s prací. Jak už jsem říkala, je to zajímavá práce. Hlavně jsem už starší a člověk hledá spíš už takovou klidnější práci a tohle je dobrá práce.“*

Podle respondentky by měla být sestra především *„kamarád, ale také to nejde vždycky, občas jsem taková vrba.“* Domnívá se také, že nejsou opomíjeny žádné činnosti při výkonu povolání sestry *„alespoň v rámci ambulance bolesti“*. Myslí si také, že není nijak zvlášť náročná práce sestry v této instituci v kontrastu s ostatními medicínskými obory. *„Každá práce má něco. Tady jsou třeba chronicky nemocní pacienti či onkologičtí pacienti, kdy se jim snažíte pomoci. Je to stejně obtížná práce jako na ostatních odděleních.“* Práce v ambulanci ji ale naplňuje. *„Jsem ráda, že mohu pacientům pomoci. To určitě. Jinak bych to asi nedělala.“* Sestra v ambulanci by měla

být podle respondentky „vyrovnaná, komunikativní, dobře naladěná, neměla by být vzteklá a schopná spolupracovat s různým typem pacientů.“ Pacienty vnímá obyčejně. „Tak samozřejmě, že jsou někteří, kteří mi jsou nesympatičtí, ale v této práci to na sobě člověk nemůže dát znát, takže se snažím tvářit a chovat ke všem pacientům stejně.“ V průběhu léčby také zaznamenává optimističtější náhled na svět některých pacientů. „Přijdou mi někdy takoví veselejší.“ Také podle svých slov nemůže dát na první dojem z pacienta. „To sestra v této ambulanci nemůže dělat.“

Respondentka dále uvedla, že s rozvojem ambulaní pacienti přistupují k léčbě bolesti zodpovědněji. „Ale spousta lidí o nich moc neví. Když vidím, co všechno možného na pacientech obvodní lékaři zkouší, tak mě jímá hrůza. Bylo by lepší, kdyby sem pacienty posílali ihned a nedělali na nich různé pokusy.“

Problémem je, že si „někdy nosím pohnuté osudy i domů. Víte co, onkologicky nemocní pacienti, hlavně když to jsou mladí lidé, tak si to někdy vezmete domů, ale někdy je to těžké. Záleží na situaci. Určitě mě ale problémy pacientů, o které pečují, ovlivňují. Z toho pak plyne, jak sám člověk řeší blbosti.“ Z výše uvedeného vyplývá, že respondentka někdy pociťovala syndrom vyhoření. „To víte, na člověka se občas všechny problémy nahrnou.“

„Nevím, jestli jsou ambulance bolesti správně využívány. Vezmu-li to obecně, je jejich málo. I dle počtu pacientů, je jich prostě málo. Takže bych ambulance určitě rozšířila a ještě bych o nich více informovala. Myslím si ale, že je splněna hlavní funkce těchto institucí. Pacienti jsou na tom pak obyčejně lépe.“ Podle respondentky by se ale měl navýšit počet zařízení tohoto typu. „Je to opravdu velmi potřeba.“

SESTRA 3

Sestře 3 je 52 let a pracuje v ambulance bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně nadstavbovou specializaci ARIP.

Ambulance v Pardubické krajské nemocnici, a.s. funguje po celý pracovní týden. V průběhu týdne ve zdejší ambulanci bolesti pracují celkem čtyři sestry. Sestra 3 zde pracuje dva dny v týdnu už téměř patnáct let. Zbylé dny v týdnu pracuje jako anesteziologická sestra na ARO oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s.

➤ **Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

Podle respondentky je tu ambulance „stejně jako já, tzn. od roku 1998, takže patnáct let. V počátku to bylo hlavně na popud onkologů, kteří chtěli řešit nějakým způsobem pacienty v terminálním stavu a hlavně bolest spojenou s onkologickými onemocněními.“ Zdejší ambulance je přidružená pod nemocnici a nemá vlastní lůžkovou péči, ale má vlastní výzkumnou činnost, „ale já nejsem součástí výzkumu. V minulém roce tu byl výzkum léků, ale nevím, z jaké to bylo společnosti, ale byly to léky na zácpu. Probíhá tu ale výuková činnost. Jedna lékařka zde edukuje posluchačky bakalářského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Jinak tu žádní další pracovníci školeni nejsou.“

„Naše ambulance spolupracuje se zdejší psychiatrií a neurologií. A pokud je potřeba, tak posíláme na rehabilitační pracoviště za zdejšími zaměstnanci.“

➤ **Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):**

Respondentka přesně zjistila počet pacientů docházejících do ambulance bolesti. „Ročně je to asi 1500 pacientů. Za rok 2012 to bylo 1238 pacientů nebo 1600 pacientů v roce 2008.“

„Do naší ambulance jsou pacienti posíláni na základě doporučení lékaře-specialisty i obvodního lékaře. Je to tak na půl. Musím ale říci, že někdy k nám posílají pacienty specialisté z nemocnice, i když musím říct, že dlouhá léta vůbec ani netušili, že tady jsme. Začátky byly těžké.“ Pacienti dochází do ambulance „podle potřeby a domluvy. Také záleží hlavně na léčbě, jaká je u nich prováděna.“ Nejčastěji se zde léčí „s chronickou, ale nenádorovou bolestí. Mimo objednané termíny ale přijít nemohou. Měli by se vždycky předem domluvit, je to tak lepší.“ Na dotaz, zda převažuje nějaké pohlaví mezi pacienty docházející do zdejší ambulance, respondentka uvedla: „No, to bych tak jasně netvrdila, máme tady i precitlivělé muže. Pacienty s chronickou bolestí mají rozházenou hlavně psychiku a nerozlišuje se, jestli je to muž nebo žena.“

„K měření bolesti používáme klasickou vizuální analogovou škálu s hodnotami od jedné do deseti. Tu uvádíme i do dokumentace pacienta.“

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

„V naší ambulanci často léčíme pacienty kombinovanou léčbou. Používáme jednak analgetika, dále často předepisujeme antidepresiva, pak také léky na neuropatickou bolest, které se používají i v neurologii u záchvatovitých křečových stavů. Strašně záleží na typu bolesti a na diagnóze pacienta. Nicméně asi stejně jako všude jinde, jsou i v naší ambulanci nejvíce používána analgetika.“ Co se týče vedlejších účinků opiátů, respondentka uvedla: *„Setkala jsem se s tím. Jenže opiáty se používají čím dál více. Nejen pro nádorová onemocnění, ale i na nenádorovou bolest. Čas od času se setkáváme se závislostí i tady.“*

Ohledně formy podávaných medikamentů respondentka uvedla: *„U nás samozřejmě nejvíce používáme tablety. Ale také dost často používáme náplasti. Máme tady i náplastovou formu těch pentanolů, opiátů i na pro průlomovou bolest. Injekčně podáváme infuze, a to intravenózně. Intramuskulárky také občas používáme, pícháme Novalginy aj.“*

„Z jiných možností léčby používáme epidurál a kaudál. Neurostimulaci moc nepoužíváme. Pacienty pro léčbu bolesti neurostimulací posíláme do Prahy na specializovaná pracoviště.“ Respondentka dále uvedla, že jsou pro léčbu bolesti důležité i metody psychologického zvládnání bolesti. *„Většinou posíláme k psychologům nebo se domlouváme s oddělením psychiatrie. Někteří pacienti tuto formu léčby potřebují. Proto si tu s námi také rádi, velice rádi, povídají. Ještěže na ně máme dostatek času. Dokonce zde kdysi jedna lékařka před mateřskou dovolenou měla kurz akupunktury. A myslím si, že to bylo pro pacienty zajímavé. Teď si tento způsob léčby pacienti vyhledávají sami, my jim nebráníme ve vyzkoušení jakýchkoliv alternativních způsobů. Lékařka jim i doporučí nějaké možnosti, které by mohli zkusit. Podle mého názoru je ale potřeba jednotlivé metody strašně kombinovat a hlavně záleží na příčině problémů pacienta.“*

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

„Do zdejší ambulance dochází nejčastěji pacienti s bolestmi zad, po operacích plotýnek, nádorovou bolestí a onkologičtí pacienti. Každopádně neonkologických pacientů je určitě více. U onkologických pacientů jsme si poslední dobou všimli, že jde

zejména o pacienty z urologie, kteří mají karcinomy prostaty. No a u těch pacientů s nenádorovými onemocněními jde nejčastěji o bolesti zad.“

„V průběhu léčby pacientům doporučujeme dodržovat režimová opatření – zejména klidový režim, že se mají šetřit, dávat na sebe pozor a upravit harmonogram dne podle onemocnění. Většinou se jimi řídí, měli by. Někteří pacienti to ale i přehánějí a pořád shánějí nějakou pomoc někde jinde, kombinují to. A je až s podivem, že jim je tady zatěžko zaplatit 30 Kč za ošetření a někde jinde jim nevadí vynaložit tisíce za alternativní způsoby.“

„Pacienti mají při léčbě bolesti většinou strach, úzkost nebo trpí depresivními stavy. A všechno okolo tohoto nebo podobné příznaky. Proto se snažím nebo někdy mám pocit, že jsem pro pacienty oporou. Za ta léta se na nás pacienti těší, někteří nám děkují, mluví o tom, jak jsme příjemní, jak se na ně usmíváme, že se jim někdy i uleví, když sem přijdou.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

„Práce v ambulanci mi byla nabídnuta v době, kdy to tu vznikalo, a já jsem pracovala na anestezii. Ještě tedy pracuji. V ambulanci pracuji dvakrát týdně, ale nechtěla bych to dělat každý den. Jsem ráda, že se střídáme a že střídám práci během týdne. Byla to nabídka, kdy se mi v té době zdálo spíše potřebné jít sem pracovat, a nic podobného zde v nemocnici nebylo. Abych se udržovala, účastním se Dnů bolesti. Zde jsou velice zajímavé přednášky. A když je příležitost i někde jinde, také tam jezdím. S prací v ambulanci ale tak nějak jsem spokojená. Akorát by to tu třeba chtělo lepší prostory. My na ty infuze totiž tady máme strašně málo místa.“

K dotazu na hlavní úlohu sestry pracující v ambulanci respondentka uvedla: „Myslím si, že pacienti nechtějí důvěřovat jen svému lékaři, ale je pro ně důležitá i ta sestra, která jim to vysvětlí a poučí je spíše takovým přístupnějším způsobem. Myslím si, že je zde sestra vytižena tak akorát, že nejsou opomíjeny nějaké činnosti při výkonu našeho povolání. Na druhou stranu je to tu náročnější. Ale ne fyzicky nebo odborně, ale po psychické stránce. Někdy člověk má svých starostí dost a poslouchat tady problémy druhých. To také vždycky nejde. Práce ve zdejší ambulanci mě ale naplňuje. Dělán to ráda. Důležité je mít hlavně trpělivost a hodně empatie.“

„Podle mého názoru jsou naši pacienti vcelku nešťastní lidé. Myslím si ale, že naopak se v průběhu léčby odhadem asi tak třetina pacientů tak nějak vylepší. Nevím, kolik přesně procentuálně.“

„Někdy mě první dojem z pacienta ovlivní. Myslím si ale, že je spíše důležité navzájem se poznat. Pár pacientů z toho má takový ten koníček, ale člověk k nim musí přistupovat stejně, i když je to obtížné. Myslím si ale, že pacienti obecně přistupují k léčbě zodpovědněji než v minulosti.“

Respondentka připustila, že si občas pohnuté osudy některých pacientů nosí i za brány ambulance, ale dále uvedla: *„No, snažím se to vytěsnit. Ale někdy to prostě nejde. Samozřejmě, že některé problémy pacientů, o které tady pečujeme, člověka ovlivní.“* V souvislosti s předchozími tvrzeními na dotaz, zda někdy na sobě pozorovala příznaky syndromu vyhoření, odpověděla: *„Nevím, jestli zrovna prací v ambulanci bolesti, ale někdy určitě ano.“*

„Domnívám se, že co se ambulancí týče, měla by se zlepšit spolupráce s odborníky. Myslím si, že např. každému nemusí vyhovovat daný psychiatr. A také hlavně rozšířit ambulance. Podle mého názoru jsou splněny hlavní funkce těchto ambulancí. Je tu poskytováno maximum péče i snaha uplatňovat novinky, co jsou na zdejším trhu, aby se hned vyzkoušely, jestli dobře zabírají. A asi není potřebné výrazně navýšit počet zařízení tohoto typu. Spíše jak jsem již řekla, bylo by potřeba zvýšit kapacitu a prostory. Nemyslím si, že by toho mělo být více.“

SESTRA 4

Rozhovor se sestrou 4 proběhl v ambulanci bolesti ve Vysokomýtské nemocnici, a.s. Sestře 4 je 33 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a studuje ve 2. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Zdejší ambulance funguje čtyři dny v týdnu, kde sestra 4 pracuje na plný úvazek po celý týden už po čtyři roky.

➤ **Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

Respondentka charakterizovala zdejší ambulanci takto: „Ambulance vznikla v roce 2003. A přesný důvod neznám, pravděpodobně kvůli rozšíření péče v nemocnici. Je tedy přidružená pod nemocnici a ne, skutečně v naší ambulanci nemáme lůžkové oddělení. Probíhají tady ale studie. Prováděli jsme výzkum na sublinguální fentanyl. A teď bude nový výzkum, ale nepamatuji si, o čem bude. Neprobíhá tu ale žádná výuková činnost a nejsou zde školeni ani žádní jiní pracovníci.“

„Lékař je tu pouze jeden. Je to anesteziolog algeziolog a má atestaci z paliativní medicíny. Potřebujeme-li další pracovníky, odesíláme pacienty dále, protože tady nejsou nějakí specialisté. Je to totiž příliš malá nemocnice. Nikoho jiného, než jsem já a lékařka, na léčbu nemáme.“

➤ **Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):**

„Počítala jsem zhruba množství pacientů za měsíc, kteří k nám dochází do ambulance. Ale pak jsem si řekla, že je to zkreslený údaj především tím, že někteří pacienti dochází i několikrát za měsíc. Takže přesné číslo říct nemůžu. Třeba jeden pacient přijde někdy desetkrát. Takže číslo je tak nějak přibližně 250 - 300 za měsíc. Ale skutečně, kdyby přišel každý pacient jen jednou, tak to činí možná asi tak 80 - 90 pacientů za měsíc.“

„Nejčastěji k nám posílají pacienty neurologové. Také je ale často posílají ortopedi. No a obvodní lékaři nám pacienty posílají také. Obvykle k nám pacienti dochází, jsou-li bez problémů, tak jednou za tři měsíce. A když mají problémy, tak zavolají, a domluví se s námi. V naší ambulanci nejčastěji léčíme chronickou bolest, neuropatickou bolest a poúrazovou bolest.“

„Pacienti mohou obyčejně přijít i bez objednání, ale většinou si stejně zavolají. Už jsou tak naučení a my se s nimi domluvíme. Někdy se může stát, že tady bude plná čekárna a že tady budou pacienti čekat, a někdy zase, že tu bude málo lidí. Tak jim raději poradíme, aby si předem zavolali. Většinou to tak dělají. Anebo se přijdou osobně domluvit, jakoby to zkusit. Když uvidí, že je tady hodně lidí, tak na mě ťuknou a domluvíme se na termínu, a když tady nikdo není a lékařka neřeší nějaký problém, tak je vezmeme. To se ale děje zřídka, že by se sem přišli domluvit osobně, opravdu

spíše volají. Hlavně jak je máme naobjednané, tak občas bývá mezi těmi pacienty nějaké místečko.“

V případě pocíťování bolesti podle pohlaví respondentka uvedla: „No, možná, že ty ženy sem opravdu chodí častěji než muži, takže asi ano.“

Ohledně způsobu měření bolesti se respondentka vyjádřila: „Nemáme speciální systém, máme běžně používaný. Já tomu pořádně nerozumím, protože si to lékařka dělá sama. Máme ten systém se stupnicí od nuly do deseti. Lékařka mi pak vždycky už jen nadiktuje hodnotu, např. VAS je 4. A podle této škály si hodnoty zapisuje do lékařských papírů sama lékařka. Ještě hodnotí charakteristiku bolesti a základní věci, kdy je to bolí atd.“

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

„Nejčastěji předepisujeme analgetika, pak nějaká epileptika a antidepressiva. Používáme všechny druhy analgetik a hodně záleží na pacientovi a na druhu jeho bolesti. Zdejší lékařka nepreferuje nějaký oblíbený či neoblíbený lék, to snad ani nejde. Ona sama rozhoduje, jaký lék je asi tak nejvhodnější dát určitému pacientovi. Jejich snášenlivost a účinnost závisí na individualitě každého pacienta.“

„Při léčbě opiáty jsem se jako s vedlejšími účinky setkala se zácpou, to je asi tak nejčastější. A pak asi s různými vyrážkami z náplastí. Jinak nevím. Navíc někteří pacienti mohou být na opiátech závislí. Ty léky se musí vysazovat postupně. Ale s nějakou velkou závislostí jsem se za tu dobu neseťkala.“

„Nejčastěji dáváme pacientům léky ve formě náplastí a infuzí. Pak asi i obštriky a tablety. A co injekcí týče, asi tedy jen intravenózně. Žádné jiné injekce nepodáváme.“

„Využíváme i jiné možnosti léčby – kaudály, obštriky, pak nějaké popliteální bloky. Toto všechno tady u nás pícháme. Bohužel ale na další možnosti léčby, jako je psychologické zvládání bolesti, na to tu není čas a prostor. Ale speciálně podle mého názoru jsou tyto metody důležité. Psychika je totiž velmi důležitá věc. Ani další metody, jako je alternativní zvládání bolesti, nepoužíváme. Ale občas to někteří pacienti vyžadují a mají o tom docela dost načteno. Řada z nich jezdí do Svitav k nějakému Vietnamcovi, který má nějakou rehabilitaci. Dělá to na kódy pojišťovny, takže za to pacienti neplatí. A prý tam má docela dost plno. Jinak lékařka tu také jednu dobu prováděla alternativní metody, když jsem nastupovala. Měla vyhrazené jedno odpoledne na akupunkturu.“

Snad měla nějaký jednoletý kurz, ale říkala, že je to málo, že by to chtělo rozvíjet. Pak se to už ani nevyplatilo, aby jí pacienti zaplatili pár korun. Navíc si myslím, že 95 % pacientů mají to konkrétní onemocnění způsobené „přes hlavu“. Já to vidím i tady. Sem chodí takoví ti sociálně, ale ani ne sociálně slabí pacienti, takoví ti lidé, co mají nějaké problémy, ta nižší vrstva asi. Mají-li problém, zase se jim rozjede bolest a začnou k nám chodit. Ale jakmile se problém vyřeší nebo zmizí, tak zase přestávají chodit a takhle to je pořád dokola.“

Podle respondentky je důležitá kombinace jednotlivých metod léčby, nelze tedy vytrít nějakou formu léčby, která by byla úspěšnější. *„Tak většinou se tyto metody pacienti snaží kombinovat dohromady. Ale třeba kaudály pícháme docela často a to si pacienti docela chválí, že cítí velkou úlevu. Jak u koho jsou jednotlivé metody úspěšné, to nemůžu říct takhle celoplošně.“*

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

„Nejčastěji k nám dochází neonkologičtí pacienti. Většinou asi trpí nějakými poúrazovými stavy. Onkologických pacientů máme málo. Teď tu máme pacienta s rakovinou prostaty nebo s rakovinou slinivky břišní. Ale my jich moc nemáme. Hlavně si myslím, že by sem měli lékaři pacienty posílat hned a ne čekat, až se bolest rozjede. V případě neonkologických pacientů převažují hlavně bolesti zad.“

„Snažíme se pacientům doporučovat i režimová opatření. Ale myslím si, že je to úplně zbytečné, protože to stejně nedodržují. Ale nějaké cvičení by mohli dodržovat, ale to je čistě na nich. Myslím si ale, že to nedodržují. I když někteří pacienti jsou takoví cílevědomí a snaží se. Takže asi tato skupina, ale těch je po málu.“

„Myslím si, že pacienti zvládají léčbu bolesti docela dobře. Ale záleží na tom, co od léčby a celkově od toho očekávají. Chodí sem docela rádi, takže si myslím, že jsem jim při léčbě oporou.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

Co se týče nabídky práce v ambulanci, respondentka uvedla, že *„nebyla jiná možnost.“* Dále uvedla, že je určitě nutné doplňovat si vzdělání ke kvalifikaci sestry pro práci v ambulanci. *„Je dobré, o tom něco vědět. A také navštěvuji nějaké semináře.“*

S prací v ambulanci ale spokojená víceméně je. „*Do práce se chodit musí.*“ A k vlastnostem, které by měla mít podle ní sestra pracující v ambulanci, podotkla: „*Sestra pracující v ambulanci by podle mě měla být příjemná, ochotná a splnit každé přání.*“

Podle respondentky „*by se také toho dalo využívat daleko více, mít více času a věnovat ho více pacientům*“, při dotazu, zda jsou nějaké činnosti při výkonu povolání sestry v ambulanci opomíjeny. Nedomnívá se ale, že je práce sestry v ambulanci náročnější. „*Určitě existují daleko náročnější než toto povolání. Ale na psychiku je to tu docela náročné.*“ Práce v ambulanci, a tedy i pomoc pacientů s bolestí ji naplňuje, „*ale už ne tak těm simulujícím*“.

Při dotazu na vlastnosti sestry, která pracuje v ambulanci pro léčbu bolesti, respondentka uvedla, že by měla být „*komunikativní, veselá, bez předsudků, cílevědomá, ochotná a měla by mít spoustu dalších vlastností. Tady se spolupracuje s pacienty, kteří mají bolest, a sama si dokážete představit, jak vám je, když trpíte bolestí. Tudíž tady pacienti nebývají v pohodě, proto by se podle toho měla chovat i zdejší sestra. Určitě by neměla být hrubá a měla by umět jednat s lidmi.*“

„*Pacientům se snažím vyhovět po všech stránkách. Snažím se je vnímat dobře, i když to někdy jde velice špatně.*“ Občas respondentka zaznamenává i posun v pacientově optimističtějším náhledu na svět v průběhu léčby bolesti, ale „*občas se setkáváme i s opačným náhledem.*“ Podle svých slov také nemůže dát na první dojem z pacienta. „*Ale někteří pacienti, myslím tím ty hypochondři, si ten důchod nějak vyběhat musí.*“ Také jí nepřijde, že s rozvojem ambulančí pacienti přistupují k léčbě zodpovědněji než v předchozích letech. A stejně tak se bránila i při dotazu, zda si pohnuté osudy některých pacientů spojených s jejich onemocněními nosí domů. „*Ne, ne, ne, nemůžu.*“

Dále respondentka uvedla, že si nemyslí, že ovlivňují konkrétní problémy pacientů, o které pečuje, její náhled na svět. „*Nemůžou mě ovlivňovat, protože bych se z toho asi zbláznila.*“ V souladu se vším uvedeným ovšem bylo trochu překvapující vyjádření: „*V poslední době na sobě asi pociťuji syndrom vyhoření. Je toho hodně – škola, domácnost, rodina, práce, nějaké moje osobní problémy.*“

„*Myslím si, že ambulance bolesti nejsou správně využívány. Chtělo by to nějakou větší osvětu, aby obvodní lékaři posílali pacienty sem k nám. Ale myslím tím vhodné*“

pacienty, protože někteří obvodní lékaři sem posílají hned své pacienty, aniž by vyzkoušely nějaké dostupné léky. Takže nejdříve aby zkusili nějaké přípravky, a pokud by to dále nešlo, ať je sem pošlou. Přijde mi totiž zbytečné posílat sem lidi, kteří, když to řeknu hloupě, si vezmou Ibalgin a mají po bolestech. Dále si myslím, že v této oblasti určitě bude docházet k dalšímu postupu. Vždycky farmaceutické nebo jiné firmy vyvinou něco novějšího, lepšího.“

„Obecně vzato si myslím, že je kapacita ambulancí dobrá. Spíše kdyby se o těchto ambulancích více vědělo, bylo by to dobré. Málo se o nich ví.“

SESTRA 5

Rozhovor se sestrou 5 proběhl v ambulanci bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Sestra 5 ve věku 50 let má vystudovanou střední zdravotnickou školu a nadstavbovou specializaci ARIP.

Ambulance v Pardubické krajské nemocnici, a.s. funguje po celý pracovní týden. V průběhu týdne ve zdejším centru pro léčbu bolesti pracují celkem čtyři sestry. Sestra 5 zde pracuje jeden den v týdnu už dvanáct let. Po zbytek týdne pracuje jako anesteziologická sestra na ARO oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s.

➤ Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):

Respondentka charakterizovala ambulanci takto: *„Ambulance bolesti vznikla v roce 1998. Vznikla z důvodu velkého rozmachu léčby bolesti. Naše ambulance je přidružená pod nemocnicí. Spádově patří pod ARO oddělení zdejší nemocnice. Lůžková péče zde bohužel není, ale občas bychom jí potřebovali. Ani žádná výzkumná činnost se tady neprovádí. Já tedy spíše o žádné nevím. Ale výuková činnost zde probíhá. Jedna lékařka, která pracuje v ambulanci v pondělí a ve čtvrtek, přednáší bakalářkám na zdejší univerzitě. Ale jinak tu žádní jiní pracovníci školeni nejsou.“*

„Na péči o pacienty se podílí odborníci z řad algeziologie, onkologie, psychiatrie, psychologie, neurochirurgie, ortopedie a další z naší nemocnice dle stavu a potíží nemocného. Další, kdo o nemocné pečují, jsou obvodní lékaři a zdravotní a pečovatelská služba v terénu. Zajišťují péči o epidurální katetry, aplikace injekcí a veškerou pomoc u onkologicky nemocných. Spolupráce s nimi je na jedničku.“

➤ **Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):**

„Naší ambulanci projde měsíčně v průměru 110 pacientů. Většina pacientů přijde na doporučení specialisty, část pacientů je od obvodního lékaře. Noví pacienti, než se nastaví léčba, k nám dochází po 14 - 21 dnech. Po nastavení léčby je termín návštěv jednou za tři měsíce nebo podle aktuální potřeby pacienta. Ve zdejší ambulanci se nejčastěji setkávám s chronickou, neuropatickou, viscerální a somatickou bolestí. Pacient nás může navštívit i bez objednání. Lepší je ale předem domluvený termín. A pacienty z onkologie ošetříme bez problémů i bez objednání.“

Na dotaz, zda se v ambulanci léčí s bolestí více žen než mužů, respondentka uvedla: *„Myslím, že je to vyrovnané.“*

„K měření bolesti používáme VAS metodu s hodnotami od nuly do deseti. Pacienti mají deníky bolesti, kde si zaznamenají, jak velká bolest je postihne. V ambulanci se pak do zprávy píše, jak velkou bolest pacient má, dále jaké léky užívá a v jakém je psychickém stavu.“

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

„V naší ambulanci bolesti nejčastěji předepisujeme opiáty, analgetika a antidepressiva. Nejvíce však analgetika. Předepisují se všechny typy analgetik. Záleží na pacientech, které léky jim více vyhovují, které lépe snášejí.“

K opiátům respondentka uvedla: *„U onkologicky nemocných je léčba opiáty tou nejlepší volbou. Těmi vedlejšími účinky myslíte např. zácpu? Výjimečně jsem se setkala i se závislostí.“*

Nejčastější formou podávaných léků jsou *„náplasti a tablety. Injekce moc neaplikujeme. Nejčastěji intravenózně infuze a pak nějaké léky intramuskulárně.“*

Podle slov respondentky nevyužívají v této ambulanci žádné jiné možnosti léčby při léčbě bolesti. Nicméně dále uvedla, že *„komunikace s pacientem a psychologický pohovor je samozřejmě součástí léčby“*. Podle ní jsou metody psychologického zvládnání bolesti pro lepší snášenlivost a zotavování pacienta velice důležité. Ve zdejší ambulanci doporučují i alternativní metody léčby. *„Pacienti mají možnost volby, záleží na nich, co si vyberou. Ale shrnu-li to, všechny metody léčby jak farmakologická, tak psychologická spolu úzce souvisí.“*

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

„Nejčastěji léčíme onkologické nemoci, bolesti zad, bolesti kloubů, neuropatické bolesti, postherpetické bolesti a poúrazové stavy. Každopádně převažují pacienti s neonkologickými onemocněními, a to zejména bolestmi zad a kloubů. U onkologicky nemocných není žádné onemocnění, které by převažovalo.“

„Svým pacientům doporučujeme režimová opatření. Záleží, o jaké onemocnění se jedná. Někdy se jimi pacienti řídí, záleží na pacientovi. Dělají to pro sebe a pro svoje zdraví.“

„Každý pacient má jinou psychiku, tudíž reaguje na bolest jinak. Nejde to tedy zobecnit. Musíte mít ke každému osobní přístup. Je nutné naladit se na pacientův psychický stav. Proto si myslím, že jsem pro ně při léčbě oporou. Podpora sestry je pro pacienta důležitá.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

Podle respondentky *„práce ve zdejší ambulanci byla jedna z možností nabídky práce“*. Ohledně doplňování si vzdělání a kvalifikace pro práci sestry v této instituci respondentka odpověděla: *„Jezdíme na semináře, máme příslušnou literaturu.“* Se svou prací v ambulanci spokojená je. *„Z pohledu úlohy sestry v ambulanci můžu říci, že zde sestra pracuje jako v jiných ambulancích.“* Z hlediska pacientů se domnívá, *„že by pro některé pacienty mohlo být vyšetřeno více času“*. Při porovnání práce ve zdejší ambulanci s prací v ostatních medicínských oborech respondentka uvedla: *„Mohu porovnat tuto práci jen s prací sestry na oddělení ARO a je to srovnatelné.“* Obecně vzato respondentku naplňuje pomáhat pacientům s bolestí. Vnímá je *„jako pacienty“*. *„Jistě, někdy dám i na první dojem z pacienta.“* Sestra by podle ní měla být *„správný, trochu psychologický, přístup k jednotlivým pacientům. Zhruba u dvou třetin pacientů vidím v průběhu léčby posun k optimismu. Myslím si ale, že pacienti s rozvojem ambulancí moc zodpovědněji k léčbě bolesti nepřístupují.“*

„Někdy se mi stane, že si nosím osudy pacientů domů. Ale je to výjimečné. Nicméně musím říct, že mě neovlivňují problémy nemocných, o které pečují. Ani jsem snad nikdy nepociťovala syndrom vyhoření.“

„Podle mého názoru nejsou ambulance bolesti efektivně využity, ale plní hlavní funkci. Proto si myslím, že není potřeba zvýšit nebo rozšiřovat tyto ambulance. Někdy by stačila pouze lepší komunikace u obvodního lékaře.“

SESTRA 6

Sestře 6 je 46 let a pracuje v ambulanci bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně nadstavbovou specializaci ARIP.

Ambulance v Pardubické krajské nemocnici, a.s. funguje po celý pracovní týden. V průběhu týdne ve zdejší ambulanci bolesti pracují celkem čtyři sestry. Sestra 6 zde pracuje jeden den v týdnu. Na postu sestry ve výše uvedené ambulanci pracuje už sedm let. Zbylé dny v týdnu pracuje jako anesteziologická sestra na ARO oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s.

➤ Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):

Obecné poznatky o ambulanci respondentka shrnula takto: *„Naše ambulance vznikla z popudu zdejšího primáře asi tak před patnácti lety, přesně to ale nevím. Důvodem bylo zřejmě rozšíření péče o pacienty v nemocnici. Je přidružená pod oddělením ARO a nemá vlastní lůžkovou část.“*

Co se výzkumné činnosti týče: *„V loňském roce jsme pracovaly s jednou lékařkou na dvojité slepé studii. Jednalo se o léčbu zácpy při léčbě opiáty.“* Ve zdejší ambulanci probíhá i výuková činnost, jde o *„sestry studující na vysoké škole či lékaře před atestací. Jinak zde žádní pracovníci školení nejsou.“* Dle respondentky jsou lékaři pečující o pacienty ze *„všech potřebných oddělení naší nemocnice“*.

➤ Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti):

Na dotaz o počtu pacientů, kteří dochází k léčbě do ambulance, respondentka uvedla: *„Neumím odhadnout, zhruba 600 pacientů za rok. Ti jsou k nám odesíláni jak na základě doporučení lékařů z nemocnice či specialistů, tak i obvodního lékaře. Obvykle ošetříme osm až deset pacientů za den. Zpočátku, než se léčba nastaví, docházejí pacienti častěji – po dvou až třech týdnech, pak po dvanácti týdnech.“*

Nejčastěji tu léčíme chronickou, neuropatickou, myofasciální a postherpetickou bolest. Pacienti sem mohou přijít i bez objednání, ale lepší je to po telefonické domluvě.“

Ohledně převahy jednoho pohlaví při pociťování bolesti, respondentka uvedla: „Nepřijde mi, že by převažovalo jedno pohlaví.“

„V naší ambulanci používáme na měření bolesti metodu VAS s hodnotami od nuly do deseti. Hodnoty VAS se pak vyplňují do deníku bolesti pacienta. Do dokumentace pacienta se ještě uvádí přesný zápis pacientova slovního hodnocení, dále typu, místa, intenzity a trvání bolesti.“

➤ **Možnosti a metody léčby bolesti:**

„U nás v ambulanci předepisujeme pacientům nejvíce analgetika, dále třeba neuroleptika a antidepresiva. Nejvíce ale předepisujeme ta analgetika, ale zároveň bereme v úvahu i pacientovy potřeby. Výběr léků tedy závisí hlavně na pacientovi. A co se týče opiátů, podle mého názoru léčba opiáty je jedna z nejvyzkoušenějších, nejlépe říditelných a nejprověřenější. Na druhou stranu u některých pacientů se ve spojení s opiáty mohou vyskytnout vedlejší účinky jako zácpa, malátnost, slabost a nauzea. Nebo třeba závislost. Pokud se závislost vyskytne, přistoupí se k rotaci opiátů.“

„V naší ambulanci jsou nejčastější formou podávaných medikamentů asi náplasti, tablety, kapsle, masti, gely a injekce i. v. a s. c. V podstatě nic nepreferujeme, léčba musí vyhovovat hlavně pacientovi. V ambulanci péči aplikujeme i infuze a u onkologických pacientů i epidurální podávání analgezie.“

Na dotaz, zda využívají při léčbě bolesti i jiné možnosti léčby, respondentka uvedla: „Provádíme epidurální podávání analgezie. Jinak chirurgické zákroky neprovádíme, odesíláme na vyšší pracoviště. Dále např. doporučujeme psychologa. Nebráníme pacientovi v alternativách. Snažíme se motivovat ho k přiměřené aktivitě a zájmům. Určitě jsou ale psychologické metody zvládnání bolesti velmi důležité, pacient pak lépe zvládá bolest. A jak jsem již řekla, nebráníme pacientům v hledání jiných možností léčby. V minulosti jedna lékařka zkoušela akupunkturu, ale časem od toho upustila. Záleží na každém pacientovi, co mu vyhovuje, která metoda léčby je pro něj nejlepší.“

➤ **Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů:**

„Pacienti k nám chodí hlavně s bolestmi zad, kloubů (po operaci i bez), s onkologickou a posttherpetickou bolestí a občas s migrénami. Převažují ale pacienti s neonkologickými onemocněními. To jsou hlavně ty bolesti zad a pohybového aparátu. U onkologických onemocnění nemůžu zhodnotit, jestli nějaké karcinomy převažují.“

„Pacientům doporučujeme dodržovat při léčbě režimová opatření – nejčastěji najít vhodnou aktivitu i odpočinek, tělocvik, rehabilitaci, relaxaci a používání vhodných pomůcek (např. holí, vozičku). Zda se jimi řídí, závisí na každém pacientovi. To víte, osobnost je osobnost. V podstatě nelze vymezit typ pacienta, který by dodržoval režimová opatření více. Ale pokud pacient dodržuje alespoň trochu režimová opatření, je úspěch v léčbě daleko větší.“

„Někteří pacienti zvládají léčbu bolesti velmi těžce. Trpí bolestmi celého těla, apatií vůči okolí, nechutí žít či naříkají nad životem. Proto se snažím být pro pacienty při léčbě oporou. Snažíme se je tady vyslechnout, jejich všechny stesky a trápení.“

➤ **Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti):**

„Ve své podstatě jsem si i přála v ambulanci pracovat, je to jiná náplň práce než na sále. Takže jsem spokojená s touto prací. Pro práci tady je samozřejmě nutné udržovat si určitou úroveň znalostí. Jde hlavně o samostudium a objíždění různých seminářů.“

„Sestra pracující v ambulanci by podle mého názoru měla být empatická, vlídná, hodná, veselá, umět vyslechnout, poradit i zorganizovat si práci a především by měla být komunikativní. Problémem může být, že někteří pacienti vyžadují více času než jiní pacienti. Ve srovnání s ostatními obory medicíny je ale např. práce na operačních sálech (anestezie) velmi psychicky náročná. Mnohdy jde o život pacientů. V ambulanci jim mnohdy pomůžeme důstojně odejít. Myslím tím zejména onkologické pacienty. Ale dá se říci, že mě tato práce naplňuje. Je to potřebná práce. Snažím se pacienta vnímat jako člověka, který přišel pro pomoc k někomu, kdo mu ji může dát. Při léčbě také často dochází k posunu vnímání bolesti pacientem, a tím se mění i pacientův náhled na svět. Určitě je optimističtější.“ Dále respondentka ohledně prvního dojmu z pacienta uvedla:
„Myslím si, že nedám na první dojem z pacienta. Doufám, že ne. Ale je pravda, že mnozí

pacienti chodí k lékaři rádi. Řekla bych ale, že pacienti nepřístupují k léčbě s rozvojem těchto institucí zodpovědněji než v předchozích letech.“

„Abych řekla, snad se mi nestává, že by mě osudy některých pacientů natolik ovlivňovaly. Snad ne. I když, někdy možná, ale je to výjimečné, mohou jejich onemocnění nebo problémy změnit mé nahlížení na svět nebo problémy druhých.“
V souvislosti s výše uvedeným při dotazu, zda pocítovala někdy syndrom vyhoření, respondentka odpověděla: *„Kdysi snad.“*

„Přijde mi, že jsou ambulance správně využívány. I tak by to chtělo více spolupracovat s vyššími ambulancemi. Ale zřejmě je jejich funkce splněna. Pokroky jsou velké, limity jsou snad ze všech stran zejména od pojišťoven. A k dotazu, zda by měl jejich počet navyšovat? Co vím, tak v našem kraji jich je dost. A navyšovat kapacitu v naší ambulanci? Máme ordinaci každý den, pokud je lékař nepřítomen, snažíme se zajistit alespoň předepsání léků od jejich kolegů. Takže spíše ne.“

4.2 Shrnutí výsledků praktické části

Vzhledem k velkému počtu otázek určených šesti respondentkám pracujícím v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji (Pardubice, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto) byly pro lepší přehlednost hlavní výsledky shrnuty do šesti kapitol dle otázek uvedených v příloze 5. Navíc byly navzdory kvalitativnímu šetření vypracovány tabulky, které slouží zejména k rychlé a přehledné orientaci nejčastějších odpovědí respondentek tak, aby se daly porovnat péče a zvyklosti dané ambulanci bolesti (viz přílohy 6 - 13).

4.2.1 Identifikační údaje respondentek

Z hlediska věku byl soubor respondentek rozložen spíše ve věkové hranici mezi 46 - 58 lety s výjimkou jedné respondentky, které bylo 33 let (sestra 4). Všechny respondentky absolvovaly střední zdravotnickou školu, přičemž čtyři (sestra 2, 3, 5 a 6) z šesti respondentek mají ještě specializaci ARIP, jedna z nich má specializaci porodní asistentka (sestra 1) a jedna si doplňuje vzdělání bakalářským studiem na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové (sestra 4). Jak již bylo zmíněno výše,

průzkumného šetření se zúčastnily sestry z Pardubické krajské nemocnice, a.s. v Pardubicích (čtyři sestry), Orlickoústecké nemocnice, a.s. v Ústí nad Orlicí (jedna sestra) a Vysokomýtské nemocnice, a.s. ve Vysokém Mýtě (jedna sestra). Další ambulance bolesti v Pardubickém kraji je podle webových stránek pouze v Chrudimi, kde ale ordinuje pouze lékař. Po telefonickém rozhovoru s tímto lékařem bylo prý od letošního roku z rozpočtových důvodů ve zdejší ordinaci zrušeno místo sestry.

Všechny sestry v daných ambulancích mají praxi nejméně 4 roky. Nejdelší praxe u jedné z respondentek (sestra 3) činila patnáct let, nejkratší pak čtyři roky (sestra 2 a 4). Jednotlivé ambulance se také liší počtem dní v týdnu, po které ordinují. Prakticky celý pracovní týden ordinuje pouze ambulance bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s., kde se postupně střídají čtyři sestry (tři sestry po jednom dni, jedna sestra dva dny v týdnu). Ambulance bolesti ve Vysokomýtské nemocnici, a.s. ordinuje čtyři dny v týdnu (mimo pátku), kde slouží jedna sestra. Naproti tomu ambulance bolesti v Orlickoústecké nemocnici, a.s. funguje pouze jeden den v týdnu (pouze čtvrtek), tím pádem zde pracuje jen jedna sestra. Všechny sestry, vyjma respondentky 4 pracující v ambulanci bolesti ve Vysokomýtské nemocnici, kde je po celý týden, pracují ostatní dny v týdnu na oddělení ARO v dané nemocnici buď na pozici sestry na lůžkovém oddělení ARO, anebo jako anesteziologické sestry.

4.2.2 Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti)

Na otázku doby fungování ambulance v Pardubicích se tři (sestra 3, 5 a 6) ze čtyř sester shodly na době patnácti let, jedna sestra uvedla dvanáct let (sestra 1). Ambulance v Ústí nad Orlicí a ve Vysokém Mýtě funguje shodně už deset let. Nejčastěji uváděnými důvody vzniku ambulancí byly rozvoj léčby bolesti, rozšíření péče v nemocnici, zkvalitnění péče a z podnětů onkologů pro léčbu bolesti onkologicky nemocných pacientů. Všechny ambulance jsou přidruženy pod tamější nemocnice. Ani jedna z ambulancí nemá vlastní lůžkovou část. Z rozhovorů ale vyplynulo, že víceméně mohou využívat ostatní oddělení v nemocnicích, pod které jsou přidruženy. Tento fakt ale uvedla pouze jedna ze sester (respondentka 1).

Co se týče výzkumné činnosti, pět (sestra 1, 2, 3, 4 a 6) ze šesti sester uvedlo, že v dané ambulanci tato činnost probíhá, z čehož plyne, že všechny ambulance zahrnuté

v průzkumném šetření mají vlastní výzkumnou činnost. V případě výukové činnosti jsou v ambulancích v Pardubické krajské nemocnici, a.s. nejčastěji edukováni posluchači a posluchačky Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V ambulanci v Ústí nad Orlicí je školen v případě potřeby pouze zdravotnický personál (zejména sestry) na ostatních odděleních tamější nemocnice. Respondentka 4 z Vysokého Mýta uvedla, že u nich žádná výuková činnost neprobíhá. Všechny respondentky zařazené v průzkumném šetření shodně uvedly, že školení jiných pracovníků v jejich ambulanci neprobíhá.

Ohledně dotazu na odbornost lékařů z multidisciplinárního týmu v dané ambulanci se pět ze šesti sester shodlo na dostupnosti (sestra 1, 3, 5 a 6) či omezené dostupnosti (sestra 2) lékařů s jinými zaměřenými pouze v rámci dané nemocnice. Respondentka 4 z Vysokého Mýta uvedla, že tamější ambulance je bez multidisciplinárního týmu, že zde pracuje lékař se specializací anesteziolog-algeziolog s atestací z paliativní medicíny. Z dalšího rozhovoru ale vyplynulo, že v podstatě i Vysokomýtská nemocnice, a.s. disponuje omezenou dostupností lékařů s různou odborností v rámci nemocnice.

Na dotaz, kteří další pracovníci se podílejí na ošetřování pacientů s bolestí, tři (sestra 2, 4 a 6) ze šesti respondentek uvedly, že žádní. Zbylé tři respondentky (sestra 1, 3 a 5) uvedly, že jejich ordinace poskytují pouze doporučení na jiná pracoviště (např. rehabilitace, domácí péče).

4.2.3 Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti)

Respondentky z Pardubické krajské nemocnice, a.s. (sestra 1, 3, 5 a 6) se nebyly schopné dohodnout na počtu pacientů, kteří docházejí do ambulance. Nicméně sestra 3 si dala práci se sumarizací pacientů ve zdejší ordinaci za rok 2012 (1238 pacientů) a srovnala to s rokem 2008 (1600 pacientů). Z výpočtu vyplynulo, že jde zhruba o 1500 pacientů za rok. Je tedy zřejmé, že se tomuto údaji ze zbylých sester přiblížila pouze sestra 5, která uvedla 110 pacientů za měsíc, což činí 1320 pacientů za rok. Na druhou stranu z celého průběhu rozhovoru se sestrou 6 vyplynulo, že zde ošetří osm až deset pacientů za den a protože v ambulanci pracuje pouze jeden den v týdnu, je jasné, že údaj o počtech ošetřených pacientů za rok brala pouze za jeden den v týdnu, po který

v ambulanci pracuje. Jde tedy o 416 - 520 pacientů za rok, což přibližně odpovídá údaji, který uvedla respondentka 6 (cca 600 pacientů za rok). K téměř stejnému výsledku se dobrala i sestra 1, která, stejně jako sestra 6, počítala pouze „své“ pacienty docházející do ambulance jeden den v týdnu (více než 500 pacientů za rok).

Do ambulance bolesti ve Vysokém Mýtě dochází k léčbě přibližně osmdesát až devadesát pacientů za měsíc, to znamená 960 - 1080 pacientů za rok. Na druhou stranu ambulance bolesti v Ústí nad Orlicí ošetří ročně přibližně pouze 200 pacientů. Je to ale dáno tím, že zde ambulance funguje pouze jeden den v týdnu.

Další otázka se týkala toho, zda jsou častěji do ambulance odesíláni pacienti lékařem-specialistou (např. neurolog, ortoped) či obvodním lékařem. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že pacienty do ambulancí odesílají stejnou měrou lékaři-specialisté i obvodní lékaři.

Všechny respondentky na dotaz, jak často dochází pacienti do ordinací, odpověděly dle potřeby. Podle respondentek to závisí i na léčbě a konzultaci s tamějším lékařem. Respondentka 4 např. uvedla: „*Jsou-li bez problémů, tak jednou za tři měsíce. A když mají problémy, tak zavolají a domluví se s námi.*“ Respondentka 5 chod ordinace ještě upřesnila: „*Noví pacienti, než se nastaví léčba, k nám docházejí po 14 - 21 dnech. Po nastavení léčby je termín návštěvy jednou za tři měsíce nebo podle potřeby pacienta.*“

Vzhledem ke shodným negativním odpovědím na dotaz, zda dané ambulance mají i lůžkovou část, nebylo významné dotazovat se na důvod hospitalizace v ambulancích.

Všechny respondentky v ambulancích bolesti se shodly, že nejčastějším druhem bolesti vyskytujícím se u pacientů je chronická bolest. Dále čtyři (sestra 1, 4, 5 a 6) ze šesti respondentek uváděly, že další hojně vyskytující se bolestí je bolest neuropatická. Mezi další uváděné bolesti patřila pórůzová, viscerální, somatická, myofasciální a postherpetická bolest.

Většina respondentek (sestra 1, 2, 4, 5 a 6) uvedla, že sice není nutné objednat se k ošetření v ambulanci předem, ale vždy je lepší se předem domluvit (např. telefonicky).

Z výsledků výzkumu uvedeného v literární rešerši vyplývá, že ženy pociťují bolest mnohem více než muži. Bylo proto zajímavé zjistit, jak je to v ambulancích bolesti zařazených v průzkumném šetření. Dalo by se říci, že pouze polovina tázaných

respondentek (sestra 1, 2 a 4) se shodla, že tomu tak je. Zbylé sestry (respondentky 3, 5 a 6) uvedly, že žádné rozdíly v prožívání bolesti mezi pohlavími nepozorují. Sestra 3 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. dokonce uvedla, že k nim do ambulance dochází i řada „*přecitlivělých mužů*“.

Informace o náplni ambulancí bolesti doplnily otázky na metody používané pro měření bolesti. Všechny respondentky shodně uváděly, že jedinou používanou metodou měření bolesti je VAS. Dále uvedly, že do pacientovy dokumentace jsou uváděny mimo hodnoty z VAS škály i např. typ bolesti, intenzita bolesti, časový faktor a místo bolesti.

4.2.4 Metody a možnosti léčby bolesti

Nejčastějším druhem předepisovaných léků pro pacienty ambulancí bolesti byla analgetika, epidurály, kaudály, antidepresiva, epileptika a neuroleptika. Všechny respondentky uvedly, že absolutně nepoužívanějšími medikamenty při léčbě bolesti jsou analgetika. Podle všech respondentek také záleží na individualitě pacienta, jak je snáší. Stejně tak všechny uvedly, že se při léčbě bolesti pomocí opioidů setkaly s jejich vedlejšími účinky – nejčastěji uváděné byly nauzea, zácpa, slabost, halucinace, malátnost, spavost a vyrážky z opioidových náplastí. Co se užívání opioidů týče, všechny se shodly, že se u pacientů ambulancí bolesti setkaly se závislostí na opioidech.

Nejčastější formou podávané medikace v ambulancích bolesti jsou náplasti a tablety, dále infuze, obstríky, masti, gely a kapsle. Zřídka jsou aplikovány injekce. Jsou-li ale naordinovány, nejčastější formou aplikace je i. v., dále i. m. a s. c.

Následovaly otázky týkající se jiných než farmakologických možností léčby. Tři (sestra 1, 3 a 6) ze čtyř respondentek v Pardubicích a i respondentky z Ústí nad Orlicí (sestra 2) a Vysokého Mýta (sestra 4) uvedly, že využívají i chirurgické možnosti léčby (např. kaudály, epidurály, obstríky a popliteální bloky). Stejně tak i psychologické možnosti léčby jsou při léčbě bolesti využívány (sestra 1, 2, 3, 5 a 6) – nejčastěji ve formě odeslání za doporučeným psychologem, popř. delšími empatickými rozhovory s pacienty v ambulancích. Všechny respondentky se ale shodly, že jsou psychologické možnosti léčby nesmírně důležité pro celkový zdravotní stav pacientů ambulancí.

Do výzkumu byl zařazen i dotaz na tolik diskutované alternativní možnosti léčby bolesti. Nicméně ani jedna z ambulancí je nenabízí. Dle respondentek v Pardubické

krajské nemocnici, a.s. (sestra 1, 3, 5 a 6) ale v minulosti jedna lékařka používala akupunkturu, byla ale omezena nejen časovými a rozpočtovými možnostmi nemocnice, ale i nedostatkem času pro sebevzdělávání v této oblasti vzhledem k zaměstnání lékařky. I respondentka 4 z Vysokého Mýta uvedla, že se u nich v minulosti používala akupunktura.

Na dotaz zhodnocení všech možností léčby bolesti respondentky víceméně shodně odpovídaly, že závisí hlavně na individualitě každého pacienta (sestra 1, 2, 4 a 6) a že je v řadě případů velmi účinná kombinace metod (sestra 3 a 5).

4.2.5 Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů

Nejčastějším onemocněním léčeným v ambulancích bolesti jsou podle respondentek bolesti zad (sestra 1, 2, 3, 5 a 6). Dále jsou to poúrazové stavy (respondentka 4), bolesti spojené s pásovým oparem, pooperační stavy, bolesti kloubů a bolesti spojené s onkologickými onemocněními. Všechny se také shodly, že v daných ambulancích vždy převažují pacienti neonkologicky nemocní nad pacienty s onkologickým onemocněním. V případě onkologických pacientů u většiny respondentek nelze blíže specifikovat druh onkologického onemocnění, které postihuje pacienty ambulancí častěji (sestra 1, 4, 5 a 6). Jen sestra z Ústí nad Orlicí (respondentka 2) se podívovala nad vyšším výskytem rakoviny pankreatu. Dokonce konstatovala, že „*snad to bylo i v určité oblasti, kde žili*“, což v ní vyvolalo myšlenku, zda nemůže jít i o patogeny, které tuto formu rakoviny způsobují. Jedna ze sester (respondentka 3) v Pardubické krajské nemocnici, a.s. navzdory všem ostatním sestřím pracujícím v ambulanci uvedla, že se u nich vyskytuje ve vyšší míře karcinom prostaty. Jak již bylo řečeno výše, u neonkologických pacientů se nejhojněji vyskytují bolesti zad, dále bolesti kloubů, hlavy, pohybového ústrojí, fantomova bolest a bolesti spojené s pásovými opary.

Na otázku, zda jsou pacientům doporučována určitá režimová opatření, pozitivně odpověděly všechny respondentky. Nejčastěji jde o úpravu životního stylu, klid, určitá forma pohybu a lázně. Podle většiny respondentek ale závisí na individualitě pacienta, zda se jimi řídí (sestra 1, 2, 3, 5 a 6). Sestra 4 z Vysokého Mýta uvedla, že se jimi

pacienti spíše neřídí. „*Snažíme se pacientům doporučovat i režimová opatření. Ale myslím si, že je to úplně zbytečné, protože to stejně nedodržují. Ale nějaké cvičení by mohli dodržovat, ale to je čistě na nich. Myslím si ale, že to nedodržují. I když někteří pacienti jsou takoví cílevědomí a snaží se. Takže asi tato skupina, ale těch je po málu.*“ Víceméně se všechny shodně vyjadřovaly, že pacienti v mnoha případech nejsou ochotní dodržovat režimová opatření. A stejně tak nelze vymezit typ pacienta, který se režimovými opatřeními řídí ve větší míře. Pouze sestra 1 uvedla: „*Řekla bych, že naše doporučení dodržují spíše pacienti, kteří mají větší bolesti. Snaží se změnit.*“

Podle respondentek závisí na individualitě pacienta, jak jsou schopní se vypořádat s léčbou bolesti po psychické stránce. Sestra 3 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. k tomu uvedla: „*Pacienti mají při léčbě bolesti většinou strach, úzkost nebo trpí depresivními stavy.*“ Také sestra 6 uvedla: „*Někteří pacienti zvládají léčbu bolesti velmi těžce. Trpí bolestmi celého těla, apatií vůči okolí, nechutí žít či naříkají nad životem.*“ V souladu s výše uvedenými výsledky, kdy se všechny respondentky vyjádřily, jak je důležitá psychická stránka léčby bolesti, také uvedly, že se snaží být pro pacienty oporou.

4.2.6 Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti)

Součástí průzkumného šetření byl i individuální názor každé respondentky na jejich práci v ambulanci. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo v podstatě, že jde o zajímavou (sestra 1, 2 a 6) nebo důležitou práci (sestra 3), popř. nebyla jiná možnost nabídky práce (sestra 4). Všechny sestry vyjádřily větší či menší nutnost doplňovat si vzdělání kvůli práci v ambulanci bolesti. Řada z nich uvedla, že jezdí každoročně na kongres – Dny bolesti, kde je řada zajímavých seminářů (sestra 1, 2 a 3). Všechny sestry také shodně uvedly, že jsou víceméně spokojené s prací v ambulanci.

Z odpovědí na úlohu sester pracujících v ambulancích vyplynulo, že by měly být v podstatě pro pacienty oporou („*kamarádká, příjemná, ochotná, splnit každé přání, empatická, hodná, vlídná, veselá, komunikativní, umět vyslechnout, poradit a zorganizovat si práci*“). Respondentka 3 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. uvedla:

„Myslím si, že pacienti nechtějí důvěřovat jen svému lékaři, ale je pro ně důležitá i ta sestra, která jim to vysvětlí a poučí je spíše takovým přístupnějším způsobem.“

Na dotaz, zda si myslí, že jsou nějaké činnosti při výkonu povolání sestry v ambulancích opomíjeny, většina odpověděla záporně. Nicméně některé (sestra 1, 4, 5 a 6) připojily poznámku, že by bylo lepší vymezit více času např. na konzultaci s pacienty a řešení jejich problémů a trápení. Pět (sestra 1, 2, 4, 5 a 6) ze šesti respondentek také uvedlo, že práce sestry v ambulancích bolesti není náročnější v kontrastu s ostatními medicínskými obory. Nicméně sestra 3 uvedla, že tomu tak skutečně je a zdůraznila hlavně psychickou stránku věci. Všechny respondentky jsou také naplněny prací v ambulanci. Navíc respondentka 4 ještě uvedla: *„Práce v ambulanci, a tedy i pomoc pacientům s bolestí mě naplňuje, ale už ne tak těm simulujícím.“* Mezi vlastnosti, které by měla mít sestra při výkonu svého povolání v ambulancích bolesti dle respondentek, patří zejména komunikavnost, trpělivost, empatie, dobrá nálada, správný přístup, veselost a být bez předsudků.

Na otázku, jak sestry vnímají pacienty, nejčastěji odpověděly, že záleží na individualitě pacienta (respondentka 1, 2 a 4), dále že je berou jako pacienty (sestra 5 a 6) nebo že jsou pacienti v podstatě nešťastní lidé (sestra 3).

Součástí průzkumu bylo také zjistit, zda v průběhu léčby dochází u pacienta k optimističtějšímu náhledu na svět. Na tuto otázku odpověděly respondentky pozitivně. Některé z nich doplnily i hrubý odhad počtu pacientů, u kterých k tomu skutečně dochází. Respondentka 4 dále uvedla: *„Občas zaznamenávám i posun v pacientově optimističtější náhledu na svět v průběhu léčby bolesti, ale občas se setkávám i s opačným náhledem.“*

Pozitivním faktem je i skutečnost, že dle výsledků rozhovorů sestry víceméně nedávají na první dojem z pacienta. Sestra 3 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. k tomu navíc uvedla: *„Někdy mě první dojem z pacienta ovlivní. Myslím si ale, že je spíše důležité navzájem se poznat. Pár pacientů z toho má takový ten koníček, ale člověk k nim musí přistupovat stejně, i když je to obtížné.“* Sestra 4 z Vysokého Mýta odpověděla: *„Podle mě nemůžu dát na první dojem z pacienta, ale někteří pacienti, myslím tím ty hypochondři, si ten důchod nějak vyběhat musí.“* Sestra 6 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. uvedla: *„Myslím si, že nedám na první dojem z pacienta. Doufám, že ne. Ale je pravda, že mnozí pacienti chodí k lékaři rádi.“*

Některé respondentky (sestra 1, 2 a 3) se také domnívají, že s rozvojem ambulancí a jejich rozšiřováním dochází k zodpovědnějšímu přístupu k léčbě bolesti ze strany pacientů ve srovnání s minulostí. Respondentka 2 z Ústí nad Orlicí odpověď ještě doplnila: „*Ale spousta lidí o ambulancích bolesti neví. Když vidím, co všechno možného na pacientech obvodní lékaři zkouší, tak mě jímá hrůza. Bylo by lepší, kdyby sem pacienty posílali ihned a nedělali na nich různé pokusy.*“

Z profesionálního hlediska je ale už méně pozitivní, že si většina respondentek (sestra 1, 2, 3 a 5) připouští, i když minimálně, osudy některých pacientů. Jde zejména o mladé onkologicky nemocné pacienty (sestra 1 a 2). Je tedy jasné, že jim osudy pacientů nejsou lhostejné a nedokážou se od jejich problémů úplně oprostít. Stejně tak i onemocnění či problémy pacientů mají vliv na náhled na svět u většiny respondentek (sestra 1, 2, 3 a 6). V souladu s předchozími výsledky je vcelku zřejmé, proč téměř všechny respondentky (sestra 1, 2, 3, 4 a 6) někdy v průběhu své praxe pociťovaly syndrom vyhoření. Jen sestra 5 z Pardubické krajské nemocnice, a.s. syndrom vyhoření nikdy nepociťovala.

Tři (sestra 1, 3 a 6) ze šesti sester se také domnívají, že jsou ambulance bolesti správně využívány. Na druhou stranu respondentka 4 z Vysokého Mýta se domnívá, že tomu tak není. Problémem je podle ní malá osvěta i mezi obvodními lékaři. Nicméně v kontrastu s tímto sdělením dále uvedla, že zase „*někteří obvodní lékaři sem své pacienty posílají hned, aniž by vyzkoušely nějaké dostupné léky*“. Přijde jí „*totiž zbytečné posílat sem lidi, kteří si vezmou Ibalgin a mají po bolestech.*“

Pozitivní ale je, že se ale všechny respondentky domnívají, že je splněna hlavní funkce těchto ambulancí. Na druhou stranu si ale řada z nich myslí, že by bylo potřeba zakládat nové ambulance bolesti, popřípadě rozšiřovat ty stávající (sestra 2 a 3), nebo alespoň minimálně rozšiřovat povědomí a zvyšovat informovanost o nich (sestra 1, 2 a 4).

4.3 Výsledky obsahové analýzy

Součástí výsledků diplomové práce je i obsahová analýza institucí bolesti v České republice včetně základních informací o chodu daných pracovišť, která byla vypracována na základě dostupných internetových zdrojů (<http://www.lecba->

bolesti.cz/centra-pro-lecibu-bolesti; <http://www.linkos.cz/lecba-bolesti-2/mapa-pracovist-pro-lecibu-bolesti/>; www.linkaprotiboolesti.cz; <http://www.pain.cz/home.php>;
<http://www.mammahelp.cz/lecba-bolesti.php>).

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Hlavní město Praha					
Praha - Nemocnice na Františku	Na Františku 8, Praha 1, 110 00	224810111, 224 810 213	Po - Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Poliklinika	Palackého 5, Praha 1, 110 00	222928328	Út - Čt: 8:00 - 14:30	Poliklinika	Ambulance bolesti
Praha - Všeobecná fakultní nemocnice	U nemocnice 2, Praha 2, 128 08	224962243	Po - Pá: 9:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Nemocnice na Žižkově	Kubelíkova 16, Praha 3, 130 00	222 724 630, 222 724 737	Po: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní Thomayerova nemocnice	Vídeňská 800, Praha 4, 140 59	261083755	St: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - CENTROMED	A. Staška 80, Praha 4, 141 00	261 006 221, 261 006 278, 267 006 210	není uvedena	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Praha - Poliklinika	Šustova 1930, Praha 4, 148 00	272 935 722, 602 327 625	Po - Čt: 8:00 - 14:00	Poliklinika	Centrum léčby bolesti
Praha - Nemocnice Na Homolce	Roentgenova 2, Praha 5, 150 30	257272398	Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní nemocnice v Motole	V Úvalu 84, Praha 5, 150 30	224435583	Po - Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Praha	Dukel. hrdinů 13, Praha 7, 170 00	233379053	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní nemocnice Bulovka	Budínova 2, Praha 8, 180 81	266082242	Po - Pá: 8:30 - 14:30	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Praha - Poliklinika	Lovosická 440, Praha 9, 190 00	266010204	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Poliklinika	Léčba bolesti
Praha	Náchodská 469, Praha 9, 193 00	602941224	po telefonické domluvě	Soukromé	Léčba bolesti
Praha – Fakultní nemocnice Král. Vinohrady	Šrobárova 50, Praha 10, 100 34	267163287	Út - Čt: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Praha	Chmelová 2920, Praha 10, 100 00	271 750 114, 272 650 413, 607 503 856	Po, Út, Čt: 9:00 - 16:00	Soukromé	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Jihočeský kraj					
České Budějovice	B. Němcové 54, České Budějovice, 370 87	387 878 357, 387 878 358	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Písek	O. Ševčíka 1031, Písek, 397 01	382214637	Po, Út, Pá: 8:00 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Prachatice	Nebahovská 1015, Prachatice, 383 20	388 600 111, 388 600 236	není uvedena	Nemocnice	Ambulance bolesti
Příbram	U nemocnice 84, Příbram, 261 01	318 641 111, 318 641 204	Út, Čt: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Strakonice	Radamyšelská 339, Strakonice, 386 29	383 314 111	není uvedena	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jihomoravský kraj					
Brno - Fakultní nemocnice u sv. Anny	Pekářská 53, Brno, 656 91	543 182 558, 543 182 577	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Brno	Tyršova 56, Brno, 612 00	541 217 726	Po - Pá: 9:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Brno - Masarykův onkologický ústav	Žlutý kopec 7, Brno, 656 53	543 132 607	Po, Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Brno - Fakultní nemocnice Bohunice	Jihlavská 20, Brno, 639 00	547 193 271	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Oddělení léčby bolesti
Brno - Centrum léčebné RHB	Viniční 235, Brno - Židenice, 615 00	533 306 373, 533 306 376	Po - Pá: 7:00 - 15:30	Soukromé	Ambulance bolesti
Břeclav - nemocnice	U nemocnice 1, Břeclav, 690 74	519 315 111, 519 315 782	Po - Pá: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Kyjov - nemocnice	Strážovská 976, Kyjov, 697 33	518 601 111, 518 601 332	Pá: 7:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Znojmo - nemocnice	MUDr. J. Jánského 11, Znojmo, 670 35	515 215 111, 515 215 488	Po: 8:00 - 14:00, St: 12:30 - 15:30	Nemocnice	Ambulance bolesti
Karlovarský kraj					
Karlovy Vary	Bulharská 5, Kar. Vary, 360 01	608 136 306	Po, Út: 8:00 - 17:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Sokolov - nemocnice	Slovenská 35, Sokolov, 365 01	352 520 296	St: 9:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Kraj Vysočina					
Havlíčkův Brod - nemocnice	Husova 2624, Havlíčkův Brod, 580 01	569 472 111, 569 472 509	není uvedena	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jihlava - nemocnice	Vrchlického 59, Jihlava, 586 33	567 157 111, 569 157 240	Po, St, Pá: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Nové Město na Moravě - nemocnice	Žďárská 610, Nové Město na Moravě, 592 31	566 801 813, 566 801 803	Po, St, Čt: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Královéhradecký kraj					
Hradec Králové - Fakultní nemocnice	Sokolská 581, Hradec Králové, 500 05	495 833 538, 721 833 349	Po, Čt: 11:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Náchod - nemocnice	Purkyňova 446, Náchod, 547 01	491 601 241, 491 261 263	Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Trutnov	Říční 102, Trutnov, 541 01	499 814 787, 724 088 601	Po: 8:00 - 17:00, Út - Pá: 8:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Liberecký kraj					
Česká Lípa - nemocnice	Purkyňova 1849, Česká Lípa, 470 01	487 954 214	Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jablonec nad Nisou - nemocnice	Nemocniční 15, Jablonec nad Nisou, 466 60	483 345 111	není uvedena	Nemocnice	Ambulance bolesti
Liberec - nemocnice	Husova 10, Liberec, 460 63	485 312 128	Po, St, Pá: 9:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Semily	3. května 421, Semily, 513 31	481 661 229	Po: 13:00 - 15:00	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Turnov - nemocnice	28. října 1000, Turnov, 541 01	481 364 410	Út, Čt: 9:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Moravskoslezský kraj					
Bruntál	Kavalcova 10, Bruntál, 792 01	606 720 773, 554 715 108	Po - Pá: 18:00 - 21:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Frýdek - Místek	8. pěšího pluku 85, Frýdek Místek, 738 01	558 900 111	Pá: 16:30 - 18:00	Poliklinika	Ambulance bolesti
Haviřov - poliklinika	Dělnická 1132, Haviřov, 736 01	596 491 829	Po - Út: 15:30 - 17:00, Čt: 7:00 - 17:00	Poliklinika	Ambulance bolesti
Krnov	I. P. Pavlova 9, Krnov 794 11	554 690 274, 554 690 275	Po - Pá: 7:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Opava - nemocnice	Olomoucká 86, Opava, 746 79	553 766 111, 553 766 270	Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Opava - nemocnice	Sušilova 1, Opava, 746 01	553 695 131, 553 695 541	Po - Pá: 7:00 - 16:30	Soukromé	Ambulance bolesti
Orlová - nemocnice	Vydmuchov 339, Orlová, 734 12	596 583 563	St: 7:30 - 15:30	Nemocnice	Pracoviště léčby bolesti
Ostrava - nemocnice	Nemocniční 20, Ostrava, 728 80	596 193 164	Po - Čt: 13:00 - 15:20	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Ostrava - Fakultní nemocnice	Tř. 17. listopadu 1790, Ostrava, 708 52	596 983 152	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Rýmařov - nemocnice	Hornoměstská 16, Rýmařov, 795 01	554 253 331	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Oddělení chronické bolesti
Třinec	Lesní 511, Třinec, 739 61	558 324 032	není uvedena	Soukromé	Ambulance bolesti
Olomoucký kraj					
Olomouc - Fakultní nemocnice	I. P. Pavlova 6, Olomouc, 775 20	585 853 453, 585 854 679	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Oddělení léčby bolesti
Olomouc	Tř. Míru 115, Olomouc, 771 40	585 412 286, 585 636 380, 585 636 385	Čt: 15:30 - 18:30	Soukromé	Centrum léčby bolesti
Přerov - nemocnice	Dvořákova 75, Přerov, 750 00	581 271 110	Po - Pá: 6:30 - 14:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Šumperk - nemocnice	Nerudova 41, Šumperk, 787 52	583 332 054	Po: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Prostějov	Lidická 86, Prostějov, 797 36	582 315 111, 582 315 885	Út: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Pardubický kraj					
Chrudim	Václavská 570, Chrudim, 537 27	469 653 045, 728 776 424	není uvedena	Soukromé	Ambulance bolesti
Pardubice - nemocnice	Kyjevská 44, Pardubice, 532 03	466 651 260	Po - Pá: 8:15 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Ústí nad Orlicí - nemocnice	Čs. Armády 1076, Ústí nad Orlicí, 562 18	465 564 348	Čt: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Vysoké Mýto - nemocnice	Hradecká 167, Vysoké Mýto, 566 01	465 467 215, 465 467 210	Po - Čt: 8:00 - 17:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Plzeňský kraj					
Plzeň - Fakultní nemocnice	Alej Svobody 80, Plzeň, 304 60	377 104 955, 377 104 956	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Rokycany - nemocnice	Vodušská 750, Rokycany, 337 22	371 762 155, 724 112 988	Čt: 16:00 - 20:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Chodová Planá	Pohraniční stráž 129, Chodová Planá, 348 13	374 793 124	není uvedena	Soukromé	Pracoviště léčby bolesti
Středočeský kraj					
Benešov - Nemocnice Rudolfa a Stefanie	Máchova 40, Benešov, 256 01	317 756 377	Út: 12:00 - 15:00, St: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Beroun	Wágnerovo náměstí 1541, Beroun, 266 01	311 610 429	Po, Čt, Pá: 7:00 - 15:30, Út: 9:00 - 17:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Čáslav - nemocnice	Jeníkova 348, Čáslav, 286 01	327 305 265	Po, Čt: 8:00 - 15:00, Út, St, Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Kladno - PLATON	Vašíčkova 3081, Kladno, 272 04	312 267 993	není uvedeno	Soukromé	Ambulance bolesti
Kutná Hora	Vojtěšská 237, Kutná Hora, 284 00	327 503 261	Po, Čt: 8:00 - 14:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Mladá Boleslav - nemocnice	V. Klementa 147, Mladá Boleslav, 293 01	326 742 308	Po, St, Pá: 13:00 - 14:30	Nemocnice	Ambulance bolesti
Slaný - nemocnice	Tř. politických vězňů 576, Slaný, 274 01	312 575 355	Po: 8:30 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Telefonní číslo	Ordinační doba	Soukromé/nemocnice	Druh
Ústecký kraj					
Litoměřice - nemocnice	Žitenická 18, Litoměřice, 412 01	416 723 666	Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Litvínov	Žižkova 151, Litvínov, 436 01	478 012 144	Po: 8:00 - 13:30, St 13:30 - 17:00	Soukromé	Oddělení léčby bolesti
Most - nemocnice	J. E. Purkyně 270, Most, 343 64	476 172 265	Po, Út, Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Most	Kmochova 1850, Most, 343 01	476 102 315	Út, Čt: 14:00 - 17:00	Soukromé	Oddělení léčby bolesti
Teplice	Vrchlického 7, Teplice, 415 01	417 534 348	Po - Pá: 7:45 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Teplice	Duchovská 53, Teplice, 415 29	417 519 111, 417 519 594	Po - Pá: 8:00 - 12:00, 13:00 - 14:30	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Ústí nad Labem - Masarykova nemocnice	Sociální péče 3316, Ústí nad Labem, 401 213	475 682 218, 475 682 219	Po, St, Pá: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Ústí nad Labem	Pasteurova 7, Ústí nad Labem, 401 13	475 211 551	není uvedeno	Soukromé	Ambulance bolesti
Zlínský kraj					
Zlín - nemocnice ATLAS	Tř. T. Bati 135, Zlín, 760 01	577 522 631	Út, Čt: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Uherské Hradiště	Purkyňova 365, Uherské Hradiště, 686 68	572 529 632, 572 529 635	Po: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Valašské Meziříčí	Kálalova 846, Valašské Meziříčí, 757 01	571 613 471	Po - Pá: 7:00 - 16:00	Soukromé	Ordinace léčby bolesti

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na úlohu sester v centrech pro léčbu bolesti, resp. ambulancích bolesti v Pardubickém kraji. Léčba bolesti se prolíná všemi obory medicíny a je nejčastějším průvodním jevem celé řady onemocnění. Její dopady negativně ovlivňují nejen pacienty, ale i o ně pečující zdravotnický personál, což se většinou prolíná s neefektivní léčbou bolesti, která se stává celosvětovým fenoménem (Schreiber *et al.*, 2013). Bylo prokázáno, že neefektivní léčení bolesti vede k emocionálním a fyziologickým dysfunkcím, může vést až k rozvoji chronické bolesti (Gillaspie, 2010) a narušuje sociální vazby a kontakty (Cox, 2010). Existuje totiž těsná korelace mezi spokojeností pacientů a efektivní léčbou bolesti (Baró *et al.*, 2004). Je jasné, že klíčovým faktorem spokojenosti pacienta je jeho pocit, že zdravotnický personál odvádí svou práci perfektně a poskytnutá léčba je adekvátní (Bozimowski, 2012). Sestry jsou v tomto procesu hlavními zdravotnickými pracovníky, jsou v úzkém kontaktu s pacienty a vykonávají rozhodující funkce v poskytování ošetrovatelské péče (Hsiao *et al.*, 2013). Bylo proto důležité zmapovat podíl práce sester ve vybraných institucích zabývajících se léčbou bolesti, aby byly ilustrovány úsilí, námaha a vytíženost sester nejen po fyzické stránce, ale i vliv na psychickou stránku jejich osobnosti.

Na základě těchto informací bylo stanoveno šest cílů diplomové práce. Závěry výzkumu vycházejí z výsledků autentických rozhovorů se šesti sestrami pracujícími v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji. Z toho čtyři sestry pracují v ambulanci bolesti v Pardubické krajské nemocnici, a.s., jedna sestra v Orlickoústecké nemocnici, a.s. a jedna ve Vysokomýtské nemocnici, a.s.

Jak již bylo zmíněno v úvodu diplomové práce, ačkoliv měla být tato práce zaměřena pouze na centra pro léčbu bolesti, byl veškerý výzkum proveden v ambulancích bolesti. Jednak se terminologie institucí zabývajících se léčbou bolesti v České republice značně překrývá a jednak v Pardubickém kraji byly pouze ambulance bolesti. Z literatury totiž vyplývá, že jsou centra pro léčbu bolesti definována jako povětšinou samostatná oddělení fakultních nemocnic především ambulantního typu, která se specializují na léčbu bolesti pacientů s onkologickými onemocněními, jejichž součástí je i multidisciplinární tým složený nejen z lékařů a sester, ale i psychologů,

rehabilitačních a sociálních pracovníků a dalších pracovníků nemocnice, kteří jsou pro léčbu bolesti pacientů nezbytní. Dále vykazují nejen klinickou, ale i výzkumnou a výukovou činnost (Janáčková, 2007). Centra také poskytují celkovou algeziologickou péči – algeziologické vyšetření, vyhodnocení bolesti pacienta a návrh účinné terapie (Rokyta, 2009a). Z výše uvedeného vyplývá, že centra dle definice mají s ambulancemi zahrnutými ve výzkumu společně hlavně vlastní výzkumnou a výukovou činnost. Rokyta (2009b) uvádí, že je v České republice bezmála stovka pracovišť specializovaných na léčbu bolesti a z toho několik velkých multidisciplinárních center při větších nemocnicích (zejména fakultních). Z vypracované obsahové analýzy seznamu pracovišť zabývajících se léčbou bolesti v České republice vyplývá, že v České republice je aktuálně těchto center sedm – tři v Praze a po jednom v Brně, Ostravě, Olomouci a Plzni. Z nich je pět přidruženo pod fakultní nemocnice a jedno pod polikliniku v Praze. Centrum pro léčbu bolesti v Olomouci je soukromá instituce.

V Pardubickém kraji je celkem osm nemocnic (Chrudim, Litomyšl, Moravská Třebová, Pardubice, Polička, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto) a řada menších poliklinik, ale žádná fakultní nemocnice (nejbližší je v Hradci Králové). Nelze tedy splnit jeden z předpokladů, že centra pro léčbu bolesti jsou většinou součástí větších nemocničních celků, kterými jsou např. fakultní nemocnice. Navíc v souladu s výsledky výzkumu provedených v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji bylo zjištěno, že nejčastější onemocnění léčená ve zdejších ambulancích bolesti jsou neonkologická onemocnění, což je v rozporu s výše uvedenou definicí, že se centra pro léčbu bolesti specializují na onkologicky nemocné pacienty.

Dále dle terminologie samotným ambulancím bolesti v rámci Pardubického kraje vedle center pro léčbu bolesti nejvíce odpovídají speciální oddělení léčby bolesti, která jsou v hierarchii na nižším stupni než centra a která se od center liší pouze v tom, že nemají vlastní výzkumnou a výukovou činnost. A pak poradny pro léčbu bolesti, které zase nemají vlastní multidisciplinární tým, ale nachází se většinou v nemocnicích buď jako izolované, anebo jako součást vybraných oddělení, kde je jistá spolupráce s ostatními odborníky, kteří jsou pro léčbu bolesti nezbytní. Navíc tyto poradny se specializují na léčbu bolesti hlavy, končetin, zad a na specifické bolesti (fantomová bolest). Velký důraz je kladen zejména na spolupráci s psychologem a psychiatrem. Jiným typem léčeben bolesti jsou ordinace pro léčbu bolesti bez multidisciplinárního

týmu, kam jsou pacienti posíláni svými obvodními lékaři, a pro něž je typické i praktikování alternativních metod léčby (např. akupunktura) (Janáčková, 2007).

Je tedy více než jisté, že terminologie institucí zabývajících se léčbou bolesti dle Janáčkové (2007) není v rámci České republiky jednotná. Ambulance bolesti zahrnuté ve výzkumné části diplomové práce totiž splňují část předpokladů center pro léčbu bolesti (nejen klinická, ale i vlastní výzkumná a výuková činnost, poskytování celkové algeziologické péče), část předpokladů poraden pro léčbu bolesti (nemají vlastní multidisciplinární tým, jsou přidružené pod nemocnice, kde je řada specialistů dosažitelná v rámci nemocnice, specializují se na neonkologická onemocnění, důraz se klade zejména na spolupráci s psychologem) a část předpokladů ordinací pro léčbu bolesti (pacienti jsou odesíláni do ordinací ambulancí bolesti i svými ošetřujícími lékaři, občasně používání alternativních metod). Ve své podstatě tedy nezáleží, jaký název daná instituce zabývající se léčbou bolesti nese. Důležité ovšem je, že všechna tato pracoviště splňují základní myšlenky, a to ulevit pacientovi od bolesti, a zlepšit tak jeho životní podmínky.

Podsedníčková a Černická (2005) uvádějí jiné dělení léčeben bolesti – dle stupně organizace. Nejvýše jsou instituce přidružené k fakultním nemocnicím, které mají navíc vlastní pedagogickou a výzkumnou činnost. Do druhého stupně lze zařadit léčebny s vlastním multidisciplinárním týmem, které jsou součástí větších zdravotnických zařízení, a kam patří oddělení nebo centra pro léčbu bolesti. Dalším stupněm v hierarchii jsou poradny pro léčbu bolesti, které jsou často přidružené k jiným oddělením dané nemocnice (ARO, neurologie) a které pravidelně spolupracují s lékaři alespoň dvou dalších oborů a dále také s psychologem nebo psychiatrem. Nejnižším stupněm ve zmiňovaném žebříčku jsou samostatné ambulance, které úzce nekooperují s ostatními lékaři-specialisty a v rámci své činnosti se nejčastěji zabývají některou z metod léčby bolesti (Podsedníčková a Černická, 2005).

Je tedy zřejmé, že dle stupně organizace léčeben bolesti lze ambulance zahrnuté ve výzkumu přiřadit ke třetímu stupni pomyslné hierarchie, ačkoliv by se dalo říci, že jejich činnosti odpovídají z větší či menší části celému spektru. S prvním stupněm mají např. společnou vlastní výzkumnou a výukovou činnost. Obecně lze ale konstatovat, že z hlediska terminologie rozdělení podle stupně organizace dle Podsedníčkové

a Černické (2005) odpovídá ambulancím bolesti v Pardubickém kraji více než výše uvedené třídění dle Janáčkové (2007).

Jak již bylo zmíněno, výzkumného šetření se zúčastnilo šest respondentek, které odpovídaly na otázky rozdělené do šesti sekcí podle tématu (viz příloha 5). První série otázek se dotazovala na identifikační údaje respondentek. Výzkumného šetření se zúčastnilo pět respondentek, které tvořily vesměs spíše starší věkovou kategorii, a jedna respondentka mladší věkové kategorie. Všechny absolvovaly střední zdravotnickou školu a všechny mají nadstavbovou specializaci nebo dále studují. Zajímavé ale je, že většina z nich má specializaci ARIP. Navíc všechny, kromě sestry 4 z Vysokomýtské nemocnice, a.s., pracují na ARO oddělení tamějších nemocnic. Zřejmě je nepsaným pravidlem, že sestra musí mít předchozí zkušenosti s prací na tomto oddělení. Navíc z rozhovorů vyplynulo, že ambulance bolesti víceméně nepřímě spadají pod ARO oddělení, což je v souladu s historickými aspekty. Jak uvádí Kozák (2002) po druhé světové válce se totiž výrazně začala prosazovat anesteziologie jako samostatný obor medicíny a následně léčba bolesti jako její nedílná součást. Kromě toho základy léčby bolesti v českých zemích položil začátkem sedmdesátých let 20. století anesteziolog Dimitrij Miloschewsky z Fakultní nemocnice Bulovka v Praze. Z jeho iniciativy vznikla v r. 1974 Komise pro studium a léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace a v r. 1977 Milochewsky otevřel ambulanci pro léčbu bolesti v této nemocnici (Kozák, 2002).

Nelze jednoznačně definovat korelaci mezi velikostí nemocnice a počtem dní v týdnu, po které ambulance funguje. Jde zejména o případ nemocnic v Ústí nad Orlicí a Vysokém Mýtě, které jsou velikostí srovnatelné, ale ambulance v nich fungují odlišný počet dnů (Ústí nad Orlicí – jeden den v týdnu; Vysoké Mýto – čtyři dny v týdnu). Důvodem může být stanovení různých priorit nemocnice, rozpočtové podmínky, systém financování a zvyklosti dané nemocnice. Na druhou stranu zcela dle očekávání ambulance v Pardubicích funguje po celý pracovní týden a ve srovnání s ostatními ambulancemi bolesti v Pardubickém kraji i po nejvíc dnů v týdnu. Zatímco v Ústí nad Orlicí a ve Vysokém Mýtě zajišťuje péči o pacienty pouze jedna sestra, v Pardubicích jde o čtyři sestry. Je tomu tak zřejmě proto, že je na tento post potřeba sestra znalá ošetrovatelské praxe u pacientů s bolestmi z oddělení ARO (např. znalost medikamentů). Nemocnici se tak zřejmě vyplatí tyto čtyři sestry zaměstnat na částečné

úvazky jak na ARO oddělení, tak v ambulanci bolesti, než přijmout někoho nového, kdo by třeba neměl tak úzký a především opakovaný kontakt s aktuálními trendy v oboru.

Neočekávaně bylo poměrně náročné zjistit obecné informace o ambulancích zahrnutých ve výzkumu. V původním znění otázek určených respondentkám totiž byly tyto dotazy úplně vynechány (např. časový údaj a důvod vzniku centra, lůžková péče). Na webových stránkách jednotlivých nemocnic lze dohledat pouze značně zjednodušené až neúplné informace. Jak uvádí Rokyta (2009b), ačkoliv algeziologie jako obor existuje již řadu let a je plně uznáván odbornými institucemi, je o její existenci laická veřejnost jen velmi málo informována. Tato zjištění korespondují s výsledky výzkumu, ve kterém se čtyři respondentky vyjádřily, že je potřeba značně šířit osvětu a povědomí o těchto ambulancích nebo zakládat nové, popř. rozšiřovat ty stávající. Neboť nejen pacienti z řad laické veřejnosti, ale i řada praktických lékařů a dokonce i lékařů-specialistů vůbec netuší o jejich existenci. V důsledku toho zejména pacienti s chronickými bolestmi často po tom, co vystřídají při řešení svého onemocnění řadu specialistů z oboru rehabilitace, neurologie, ortopedie a dalších, pociťují velký problém s další léčbou a mnohdy nevědí, na koho se mají obrátit (Rokyta, 2009b). Je jasné, že z finančních i časových důvodů nelze objíždět lékaře (např. obvodní) a podávat jim informace o ambulancích bolesti. Dle mého názoru by ale poskytnutí dostatečných informací na současných webových stránkách jednotlivých zdravotnických zařízení pro začátek postačovalo. Pacient se tak může dostatečně připravit na nastávající situaci v ordinaci, díky čemuž se pak může v ambulanci chovat více uvolněně a jsou-li mu empatickým přístupem nakloněny i sestry, popř. lékař, dochází k poměrně rychlému posunu v léčbě bolesti. Jsou-li totiž pacienti dobře informováni o léčbě a jejím průběhu, budou s největší pravděpodobností celkově spokojeni. Bylo totiž prokázáno, že jsou-li pacienti dobře informováni např. před operačním výkonem, snáší mnohem lépe pooperační bolest, a tím trpí i menší mírou úzkosti (Sjöling *et al.*, 2003). Lze se tedy domnívat, že podobné výsledky by vyšly i v případě ambulantně léčené chronické bolesti.

Informace o institucích bolesti ale nejsou jen na webových stránkách příslušných nemocnic. Existuje i řada internetových stránek zabývajících se bolestí a její léčbou. Jedny z nich jsou stránky Linky proti bolesti (www.linkaprotibolesti.cz) založené při

Centru pro léčení a výzkumu bolestivých stavů Fakultní nemocnice Motol v Praze. Tyto webové stránky ale neslouží jen k prostému popisu bolesti a charakterizaci její léčby, ale jsou i pro pacienty, kteří se potřebují poradit o svém zdravotním stavu s odborným lékařem nebo zjistit nejbližší pracoviště léčby bolesti v jeho okolí. Studie totiž ukazují, že až 90 % lidí ve středním věku má osobní zkušenosti s chronickou bolestí. Navíc jak již bylo zmiňováno, řada pacientů neví, na koho se obrátit a často se také stává, že ani jejich ošetřující lékař neumí pacientovi poradit (Rokyta, 2009b).

Dalším příkladem webových stránek zabývajících se léčbou bolesti jsou www.lecba-bolesti.cz. Lze na nich najít obecné informace o bolesti, jak vzniká, jak se šíří, terminologie, hodnocení bolesti, cíle léčby bolesti, seznam center pro léčbu bolesti, podpůrné aktivity, poradna u lékaře a navíc také různá videa dokreslující problematiku.

Nicméně i když respondentky samy upozorňovaly na nedostatečnou informovanost o ambulancích, nebyly všechny přesvědčivě schopné odpovědět, jak dlouho ambulance v dané nemocnici vlastně funguje. Stejně tak i důvody vzniku ambulancí jednoznačně a přímo nevedly. Většina z nich vyjádřila jen své domněnky (rozvoj léčby bolesti, rozšíření péče v nemocnici, zkvalitnění péče a na popud onkologů u léčby bolesti onkologicky nemocných pacientů), z nichž ale vyplynulo, že jde v podstatě o reakci na celosvětovou snahu řešit tento fenomén. Kromě toho dále vyplynulo, že míra povědomí široké veřejnosti, ale i ošetřujících lékařů, o ambulancích bolesti v Pardubickém kraji rozhodně neodpovídá poměrně dlouhé době jejich fungování (10 let – Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto; 15 let – Pardubice).

S výše uvedenými výsledky souvisí i další závěry z výzkumu. Sestry dle svých váhavých odpovědí nemají úplné povědomí o činnosti ambulancí, ve kterých působí. Vyplynulo to z dotazu na výzkumnou a výukovou činnost dané ambulance. Zřejmě tedy dochází ke špatnému přenosu informací při komunikaci lékař-sestra, což jednoznačně upozorňuje na pracovní bariéry ambulancí, na kterých je možné cíleně pracovat a eliminovat je. Podobné výsledky vyšly i z dotazu na výukovou činnost. Je třeba předem upozornit, že edukační činnost se týká pouze velké nemocnice v Pardubicích, kam docházejí na výuku povětšinou studenti místní vysoké školy, což uvedly jen některé sestry. Je ale dost možné, že sem na praxi dochází i studenti Lékařské fakulty v Hradci Králové, což jen posiluje povědomí o fungování ambulancí, a rozšiřuje tak obzory i budoucím lékařům.

V souladu s již zmiňovanými definicemi institucí pro léčbu bolesti dle Janáčkové (2007) ve výzkumném šetření vyšlo najevo, že všechny ambulance bolesti nemají vlastní multidisciplinární tým složený z lékařů různých oborů. Je to opět argument pro nejednotnost užívané terminologie těchto institucí v České republice. Nicméně všechny respondentky z ambulancí se shodly, že jsou lékaři různých oborů dostupní nebo omezeně dostupní v rámci dané nemocnice dle její velikosti. Navíc řada z nich uvedla, že v případě nutnosti pacienta odesílají na „vyšší“ pracoviště (nejčastěji do Prahy nebo Brna). Respondentky ale přímo nespecifikovaly pracoviště, kam jsou pacienti posíláni. V ambulancích bolesti zahrnutých ve výzkumu se většinou střídají stále stejní lékaři a stejné sestry. Jejich počet je opět dán velikostí nemocnice. Lékaři mají anesteziologickou specializaci, což je v kontextu popisu historického vývoje dle Kozáka (2002). Jedna z respondentek uvedla, že lékař z místní ambulance bolesti je specializací anesteziolog-algeziolog s atestací z paliativní medicíny. Je tedy zřejmé, že je léčba bolesti na vzestupu, nemocnice ji berou jako závažnou věc, kterou nechtějí odbývat. Dle výzkumu s ambulancemi spolupracují většinou psychologové a rehabilitační pracoviště dané nemocnice, popř. domácí péče. Bohužel ale spolupráce funguje na bázi pouhého doporučení.

Zajímavé také bylo, že se respondentky v Pardubické krajské nemocnici, a. s. nebyly schopné dohodnout na přibližném počtu pacientů docházejících do ambulancí bolesti, což opět svědčí o jejich neznalostech poměrů v dané ambulanci. Nicméně jak ze všech rozhovorů s respondentkami z Pardubic vyplynulo, je to způsobeno střídáním čtyř sester v jedné ambulanci po celý pracovní týden, kdy se sestry navzájem moc neznají a prakticky spolu nekomunikují, protože po zbytek týdne pracují jako anesteziologické sestry ale na různých odděleních nemocnice. Některé totiž uváděly pouze počet pacientů, se kterými přijdou do styku jen ony samy, ačkoliv mají všechny přístup v kartotéce ke kompletním údajům o pacientech. Což opět jen poukazuje na fakt, že se sestry příliš nezajímají o chod ambulance. Z výzkumu ale jasně vyplývá, že velikost nemocnice, potažmo počet ordinačních dní ambulance bolesti, úzce souvisí s počtem ošetřených pacientů s bolestmi za daný časový úsek.

Literatura je k praktickým lékařům ohledně léčby bolesti většinou skeptická. Vyčítá jim, že léčí bolesti pacientů značně neefektivně a někteří praktici dokonce konstatují, že už nejsou schopni pacientům jakkoliv dále pomoci (Vorlíček, 2001), což

poukazuje na nedostatek jejich vědomostí o ambulancích. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že jsou pacienti ve stejné míře odesíláni do ambulančí jak lékaři-specialisty, tak obvodními lékaři, z čehož lze vyvodit dva závěry. Buď se v tomto ohledu situace v České republice lepší a praktičtí lékaři už v hojnějším počtu zaznamenali, že existují i instituce, které se specializují na léčbu bolesti, anebo v míře neznalostí o ambulancích bolesti není mezi ošetřujícími lékaři a lékaři-specialisty prakticky žádný rozdíl. Pravděpodobně bude pravda někde uprostřed, je tedy stále co zlepšovat.

Zcela dle předpokladů je jasné, že frekvence návštěv pacientů v ambulancích bolesti je dána aktuálními potřebami pacientů. Přejde-li do ambulance nový pacient, dochází do ordinace častěji, než se pro něj adekvátně nastaví léčba (většinou po dvou až třech týdnech). Nemají-li pacienti obtíže, dochází do ordinací většinou jednou za tři měsíce. Na druhou stranu v případě potíží, se pacient většinou předem telefonicky domluví se zdravotnickým personálem ambulance na návštěvě. Je tedy jasné, že se lékaři i sestry v ambulancích zahrnutých do výzkumného šetření snaží vyjít pacientům maximálně vstříc, aby omezili dopady bolesti na život pacientů.

Jak uvádí prof. Richard Rokyta (2013), přední odborník na bolest a její léčbu v České republice, největším problémem dnešní doby je bolest chronická, což koresponduje s výsledky provedeného výzkumného šetření. Statistiky uvádí, že ve vyspělých zemích postihuje v průměru každého třetího člověka. V zemích jako např. USA, kde jsou statistiky vedeny velmi důsledně, dlouhodobou bolestí trpí dokonce až 50 % populace. Obecně lze říci, že pozná-li lékař příčinu chronické bolesti, lze ji až v 90 % vyléčit. Rokyta (2013) ale míní, že jde o příliš optimistické tvrzení. Problémem je, že samotná farmakoterapie odstraní potíže způsobené chronickou bolestí pouze ve výjimečných případech. U pacientů s chronickou bolestí by se proto měly farmakologické možnosti léčby kombinovat s jinými možnostmi léčby. Jednou z nejvíce doporučovaných je rehabilitace z důvodu zlepšení fyzických a psychických schopností pacienta, čímž při správném cvičení zároveň dochází k minimalizaci bolesti pacienta (Vše o léčbě bolesti, 2006). Navíc chronická bolest má oproti ostatním druhům bolesti mnohem výraznější emocionální prožívání (Kalvach, 2004), což opět koresponduje s tvrzeními některých respondentek, které uvedly, že řadě pacientů se v případě zhoršení jejich psychického stavu zintenzivňuje i prožívání jejich bolesti. Kromě toho neléčená chronická bolest může vést ke snížené hybnosti, nechutenství, malnutrici až

kachexii, neschopnosti plnit sociální role a v některých případech až k sociální izolaci (Sláma, 2007). Proto by se sestry z ambulancí měly snažit důsledně plnit tři nejdůležitější cíle při léčbě bolesti: snížit pacientovu bolest, zlepšit jeho výkonné schopnosti a kvalitu jeho života (Vše o léčbě bolesti, 2006). Je proto trochu škoda, že pouze některé sestry uvedly, že hlavním cílem při léčbě bolesti je snížení bolesti pacienta, a tím zlepšení kvality pacienta. Pravděpodobně to lze přičítat automatickému konání sester při výkonu svého povolání, aniž by to považovaly za nutné zmiňovat.

Zajímavé bylo zjistit, zda mezi pacienty ambulancí bolesti v Pardubickém kraji převažuje jedno pohlaví. Z literatury totiž vyplývá, že ženy prožívají bolest intenzivněji než muži (Mikšová *et al.*, 2006), proto ji také častěji řeší s odborníky. Ženy mají totiž oproti mužům nižší práh bolesti, snáze tedy bolest vnímají, ale na druhou stranu se s ní lépe vyrovnávají (Rokyta, 2006). Na ochranu proti bolesti produkuje organismus člověka endogenní opioidy – endorfiny a enkefaliny (Rokyta, 2013). Z pohledu ženy může být lepší reakce na bolest způsobena kolísající hladinou endorfinů a navíc i estrogenů, kdy vyšší koncentrace obou těchto látek přispívají k tlumení bolesti (Rokyta, 2006). Navíc jsou na bolest více trénované (např. pravidelnými menstruačními cykly) a prožívají jiné spektrum bolestí. Vedle toho se u nich ale častěji vyskytuje deprese, která s bolestí úzce souvisí. Muži mají naopak vyšší práh bolesti, bolest u nich tedy nastoupí později. Také se s bolestí různě vyrovnávají. Úsměvným příkladem je klasická chřipka. Jak uvádí Rokyta (2013), žena si jde sama uvařit čaj a vezme si Aspirin, zatímco muž musí být obskakován, přestože ho to bolí méně. Navíc zde působí i sociální hledisko, které zcela nesmyslně diktuje, že ženy musí vydržet více, neboť jsou na to biologicky trénované. Ze všech uvedených sdělení plyne, že z hlediska terapie by se měla bolest mužů a žen léčit odlišně. Příkladem může být užívání morfinu, kdy jeho medikace působí na muže daleko silněji (Rokyta, 2013). Naopak opioidy u žen zhoršují epizodickou paměť, což pro muže neplatí (Rokyta, 2009a).

Takto jasný výsledek ale z výzkumného šetření nevzešel. Dalo by se říci, že se pouze polovina dotazovaných respondentek shodla, že ženy jsou k pocíťování bolesti vnímavější. Některé dokonce namítaly, že se u nich v ordinaci léčí i řada přecitlivělých mužů. Ony totiž rozdíl ve vnímání a interpretaci bolesti jsou značně individuální. Závisí na mnoha faktorech. Jednak jde o subjektivní faktory, kdy každý jedinec interpretuje bolest jinak, a jednak faktory dané výchovou (Rokyta, 2006).

Mimo výše uvedená zjištění bylo také předmětem výzkumu zjistit odpověď na **výzkumnou otázku 2: Jaké nejčastější metody jsou využívány při léčbě bolesti?**, s níž ale úzce souvisí i **výzkumná otázka 3: Jaká je úspěšnost metod léčby bolesti dle sester?** Proto se řada dotazů výzkumného šetření určených pro respondentky zabývala možnostmi a metodami léčby bolesti a konkrétními pohledy a názory respondentek na jednotlivé metody.

K náležitému hodnocení bolesti pacienta je zcela zásadní vztah důvěry mezi ním a lékařem. Pacient při popisování své bolesti musí pociťovat, že lékař nebere jeho popis jako stěžování, ale jako samozřejmou součást hodnocení celkového zdravotního stavu. Jak již bylo několikrát řečeno, bolest je čistě subjektivním prožitkem. Zatím neexistuje žádná laboratorní metoda, která by ji umožnila kvantifikovat. Proto musí lékař věřit pacientovu popisu intenzity, kvality i časového průběhu bolesti. Reakce zdravotníků typu: „*To vás přeci nemůže tolik bolet!*“ mohou mít nedozírné následky pro vztah pacient-zdravotnický personál (Závadová a Sláma, 2012). Navíc zejména sestry by měly pacientovu bolest tak nějak v přeneseném významu pociťovat, jako by to byla bolest jejich vlastní. Standardně se pro hodnocení bolesti používají různé typy dotazníků, které umožňují vizualizovat údaje o pacientově bolesti. Mezi nejznámější a nejčastěji používané patří VAS metoda (Závadová a Sláma, 2012), která je i nejčastěji používanou metodou hodnocení bolesti v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji, což jen potvrzuje jejich snahu držet krok s ostatními institucemi pro léčbu bolesti. Na druhou stranu ale Vorlíček (2001) uvádí, že většina českých lékařů ji nepoužívá, což je zřejmě způsobeno nedostatečnými obecnými znalostmi v oboru algeziologie. Podle Klementové (2010) se ale v praxi nejvíce osvědčila stupnice, která vznikla spojením VAS, numerické ratingové škály bolesti a vizuální škály smíchu. I tak je ale hodnocení intenzity bolesti stále předmětem výzkumu. Výhradně číselné hodnocení bolesti postavené na psychologickém posouzení může být totiž nedostačující a v některých případech může vést k nepříznivým výsledkům (Bozimowski, 2012). Proto někteří výzkumní pracovníci v oblasti algeziologie pracují na biochemickém hodnocení bolesti. Nyní testují svá zjištění na pacientech v pooperační péči (Fricová *et al.*, 2010). Byla by to zcela nová možnost posouzení bolesti pro zdravotnický personál, která by zároveň udávala jasnou hodnotu intenzity prožívané bolesti.

Lze konstatovat, že posuzují-li lékař a sestra pacientovu bolest, je nutné, aby se zaměřili nejen na současnou bolest, ale aby získali od pacienta i popis průběhu jeho bolesti – kdy se poprvé objevila, jak a čím byla léčena a jak léčba zabrala. Dále se musí ptát na obvyklou bolest, nejhorší a nejmenší bolest, kterou pacient zažil během posledního týdne nebo alespoň za poslední den, a také na slovní popis bolesti. Důležitými údaji jsou také klidové bolesti a bolest vázaná na pohyb (Závadová a Sláma, 2012). Nezastupitelná by měla být úloha sester, které by měly mít prvotní odpovědnost za hodnocení pacientovy bolesti a měly by se aktivně podílet na léčebném plánu (O'Conner *et al.*, 2005). Měly by si utvořit také představu o dopadu bolesti na běžný život pacienta (např. na jeho pracovní schopnost, schopnost základní sebeobsluhy, vliv na rodinný a společenský život). Také by se měly zajímat o interpretaci bolesti pacientem či význam, který může bolest pro pacienta a jeho nejbližší představovat. Taktéž spirituální či náboženské pozadí může ovlivňovat chápání bolesti, a tedy i úspěch léčby. Teprve poté je hodnocení bolesti úplné (Závadová a Sláma, 2012). Je proto alarmující, že téměř všechny respondentky uváděly, že si informace a doplňující údaje o bolesti pacienta zapisuje do dokumentace sám lékař a ony vlastně nevědí, jaké všechny údaje se zapisují, což poukazuje na bariéry, které brání otevřené empatické komunikaci mezi sestrou a pacientem. Sestra si tak nemůže vytvořit dostatečně cílený vztah, aby pacienta pochopila a nepodhodnotovala jeho evaluaci bolesti, a tím jeho bolest neprohlubovala.

Zásadní problém však představuje správné rozpoznání bolesti, především její diagnostika a následně pak volba adekvátní léčby. Při léčbě bolesti by se vždy mělo začít nejjednoduššími přístupy, to znamená odstraněním bolesti pokud možno fyziologickými metodami (např. rehabilitací). Další léčba bolesti je většinou kombinací farmakologických a nefarmakologických metod (zejména psychologických). Přičemž by se měly farmakoterapie a psychoterapie prolínat celým procesem léčby bolesti (Rokyta, 2006), což shodně uváděly všechny respondentky zařazené ve výzkumu. A pouze tehdy, selžou-li všechny konzervativní metody, lze přistoupit k metodám intervenčním (např. chirurgickým) (Rokyta, 2006). Také je důležité zmínit, že vhodná léčba bolesti může být úspěšná pouze tehdy, pokud je proces aktivní, systematický, interdisciplinární a dochází k těsné spolupráci mezi zdravotnickým personálem a pacientem (Jennings, 2004). Nutno však podotknout, že co se pacienta týče,

nejdůležitější je přístup čistě individuální (Rokyta, 2006) s ohledem na jeho potřeby a osobnost. Stejně poznatky vyplynuly i z výzkumného šetření, kdy se respondentky v odpovědích na některé otázky odkazovaly především na individualitu každého pacienta. I tak je ale vždy nutné použít všechny dostupné metody léčby bolesti (Rokyta, 2006).

Zcela dle předpokladů, a tedy i v souladu s literaturou, se v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji nejčastěji předepisují analgetika, která tlumí bolest ovlivňováním centrální nervové soustavy v thalamu a mozkové kůře, čímž mění vnímání a interpretaci bolesti (Rošková, 2012). S tím souvisí i ordinování opioidů, které jsou samozřejmě často předmětem diskuzí pro své četné a různě vyjádřené nežádoucí účinky. Ty jsou však dle Rokyty (2013) značně přeceňovány. Většina nežádoucích účinků opioidů je předvídatelná a obvykle neohrožuje zdraví nebo život pacienta. Některé z nich obvykle po krátkém čase ustoupí (např. spavost, únava, nevolnost), další zůstávají po celou dobu léčby (např. zácpa). Některé odezní samy, jiné lze potlačit jinými léky (Závadová a Sláma, 2012). Pacienty ambulancí bolesti v Pardubickém kraji při léčbě opioidy nejčastěji zatěžují nauzea, zácpa, slabost, halucinace, malátnost, spavost a vyrážka z opioidových náplastí. Nauzea a zvracení, které provázejí zejména zahájení léčby nebo navyšování dávek opioidů, se vyskytují až u 70 % pacientů. Přístup by proto měl být preventivní. Avšak pacienti, kteří jsou upozorněni na možnou nevolnost a kteří jsou poučeni o tom, že obvykle po pár dnech sama ustoupí, často ani nevyžadují podávání léků na nevolnost (antiemetik). Na druhou stranu zácpa, na rozdíl od nevolnosti, provází pacienta po celou dobu užívání opioidů. Ty totiž prodlužují čas průchodu střevního obsahu trávicí trubicí, a zvyšují tak resorbované tekutiny. Ke zvládnutí zácpy jsou podávána laxativa, která je ale nutné velmi často kombinovat. Mezi další vedlejší účinky léčby opioidy patří sedace, únava a ospalost. Vyskytují se téměř u všech pacientů při zahájení léčby nebo při zvýšení dávek opioidů. Obvykle ale během dvou až čtyř dnů zcela ustoupí. Naproti tomu v literatuře často diskutovaná a obávaná deprese dechového centra (O'Conner *et al.*, 2005) je velmi vzácný nežádoucí účinek, který nezmínila ani jedna respondentka. Vyskytuje se především tam, kde pacient dostane nepřiměřeně vysoké dávky opioidů. Obecně je problémem, že neexistují žádná jasně daná doporučení pro výběr a dávkování vhodného opioidu pro konkrétního pacienta (Závadová a Sláma, 2012).

V případě léčby opioidy se zdravotnický personál obává nejen jejich vedlejších účinků, ale i vytvoření závislosti. Avšak etické principy je zavazují k poskytování péče každému pacientovi včetně těch, u kterých existuje podezření ke sklonu k návykovosti. Problémem je, že se často neubrání používání nevhodných termínů (např. „feťák“), jimiž vytváří jen předsudky a překážky pro ostatní zdravotnický personál (Cain a Hammes, 1994). Dle předního specialisty na bolest v České republice, prof. Vorlíčka, se vytvoření závislosti u pacienta přihodí dost vzácně. Nebývá to prý ani 1 % případů. Z několika tisíc pacientů, kteří prošli klinikou, na které působí, se to stalo asi čtyřem z nich. Všichni byli ale úspěšně vyléčeni pomocí klasické odvykací kúry (Vorlíček, 2001). Jiná studie se zaměřila na identifikaci souvislostí mezi léčbou bolesti a rozvojem závislosti. Bylo prokázáno, že tomu tak je až u 40 % pacientů. Nicméně nezdá se, že by se u těchto pacientů jednalo o poruchu užívání návykových látek. Přibližně 20 % z nich vykazovalo chování svědčící spíše o zneužívání návykových látek a pouze u 2 - 5 % bylo prokázáno chování svědčící o závislosti (Webster a Webster, 2005).

Přestože je ze strany lékařů a sester obava z rozvoje závislosti u pacientů jednou z obvykle uváděných překážek při efektivní léčbě bolesti, všechny sestry z ambulancí bolesti v Pardubickém kraji se sice se závislostí na opioidech už setkaly, ale berou ji jako relativně běžný jev, který je nikterak neznepokojuje. Svým chováním tak nevědomky podporují teorii „dvojitého efektu“ (O'Conner *et al.*, 2005). Postoj sester z ambulancí bolesti v Pardubickém kraji tak vyjadřuje stav, který se snaží přední odborníci na bolest nastolit ve všech institucích zabývajících se léčbou bolesti. Neboť strach z předepisování opioidů je dán především přeceňováním jejich potenciálu.

Kromě toho brání rychlejšímu prosazení efektivní léčby bolesti i další falešné mýty o opioidech. Tradují se jak mezi pacienty, tak i mezi řadou lékařů. Jde např. o tvrzení, že lékař musí zvyšovat dávky léků až na nepřijatelnou hranici. Jenže dle Vorlíčka u opioidů neexistuje žádná horní hranice. Řídí se stavem pacienta a účinná dávka bývá většinou dlouhodobě stabilní. Obdobným výrokem je, že opioidy člověka otupí a vyřadí z normálního života. Vorlíček k tomuto ale uvádí, že se při správné léčbě nesníží aktivita pacienta ani jeho psychické nebo rozumové schopnosti (Vorlíček, 2001).

Poměrně diskutovaná je i rotace opioidů, kterou zmínila jedna z respondentek z Pardubic a která je běžně používanou u pacientů s prokázanými nedostačujícími

reakcemi na zvyšující se dávky opioidů nebo zkušenostmi s nežádoucími účinky, které se nepodařilo efektivně odstranit. Zatímco některé studie se přiklání k praktikování výše uvedených závěrů do praxe, klinické zkušenosti prokázaly spíše výhody při přechodu z jednoho opioidu na druhý (Vissers *et al.*, 2010).

Další překážkou pro využití indikovaných opioidů představuje fakt, že v České republice pacienti s bolestí procházejí nejprve ordinací praktického lékaře, který musí v případě jejich preskripce žádat o zvláštní recept, což pro něj znamená administrativní překážku. Navíc si nezanedbatelná část praktických lékařů v České republice tyto recepty ani nevyzvedla. Předepsání speciálních receptů je užitečné zejména tehdy, má-li to pacient např. na onkologii daleko a lékař ví, co mu předepsat a v jakém dávkování (Vorlíček, 2001; Rokyta, 2013). Jak uvádí Rokyta (2013) dále, Česká republika patří dlouhodobě ve spotřebě opioidů, což je jedno z kritérií účinnosti léčby bolesti, do spodní třetiny v Evropě. A to i přesto, že se jejich spotřeba za posledních deset let celosvětově výrazně zvýšila (Jungquist *et al.*, 2011). Nutno ale podotknout, že už je léčba opioidy v českých nemocnicích dostatečně a korektně využívána, ale v širším kontextu nikoliv (Rokyta, 2013).

Problémem také bylo, že si skoro žádná ze sester nevzpomněla na léčbu bolesti pomocí adjuvantních analgetik, která ale mají při léčbě nezastupitelné místo a prolínají se všemi třemi stupni analgetického žebříčku léčby bolesti dle WHO (viz příloha 3) (O'Conner *et al.*, 2005; Vše o léčbě bolesti, 2006; Kapounová, 2007). Na druhou stranu ale z výzkumu vyplynulo, že se zdravotnický personál pečující o pacienty s bolestí snaží dodržovat tento analgetický žebříček, podle nějž by se měly léky podávat nejprve p. o. a až po té by měly přijít na řadu i jiné formy podávání (O'Conner *et al.*, 2005). Dle respondentek jde o oblíbenou formu podávání medikamentů, neboť je pro většinu pacientů příjemnější a lépe ji snášejí (Vše o léčbě bolesti, 2006). Pacienti si také velmi chválí opioidové náplasti díky snadné aplikaci a neinvazivitě. Bylo totiž prokázáno, že 75 - 85 % pacientů trpících bolestí dosáhne úlevy při podávání léků p. o., transdermálně nebo rektálně. Dalších 5 - 20 % pacientů vyžaduje podávání medikamentů i. v. nebo s. c. cestou (O'Conner *et al.*, 2005), což je ve shodě s výsledky průzkumu, kdy jsou zřídka pacienti aplikováni injekce. Zbýlých 2 - 6 % pacientů musí podstoupit invazivní techniky zmírňování bolesti (O'Conner *et al.*, 2005). V případě pacientů z ambulancí bolesti v Pardubickém kraji jde zejména o epidurální a kaudální léčbu,

aplikaci obštríků a popliteálních bloků. Neurostimulační techniky ambulance bolesti z Pardubického kraje neposkytují, ale v případě potřeby pacienty odesílají na „vyšší“ pracoviště (nejčastěji do Prahy nebo Brna).

Řada respondentek také uvedla, že jsou při léčbě bolesti ordinována antidepressiva. Jak uvádí Češková (2009), depresivní stavy často doprovázejí bolest a často ztěžují její průběh. Bolest z deprese se může projevovat jako bolesti hlavy, svalů, zad, které jsou medicínsky nepodloženy a lékaři nemůžou najít jejich příčinu (Češková, 2009). Proto je při léčbě bolesti velmi důležitá i psychoterapie (Rokyta, 2006), na což značně poukazovaly i všechny respondentky. Problémem je, že s žádnými ambulancemi zahrnutými ve výzkumu úzce nespolupracují konkrétní psychologové, kteří by měli komplexní náhled nad různými pacienty ambulancí. Odeslání za psychologem je tedy pouze na bázi doporučení. Na druhou stranu ale některé respondentky uvedly, že řada pacientů má svého vlastního psychologa, proto jim jiné psychology nevnucují. Kromě toho se lékaři i sestry ordinací bolesti snaží pacientům maximálně věnovat a vyslechnout je prostřednictvím dlouhých empatických rozhovorů, což řadě pacientů velmi pomáhá, jak shodně uvedly některé respondentky.

Často diskutovanými možnostmi léčby bolesti je používání alternativních praktik. Ačkoliv je k nim medicínský svět více než skeptický, mnoho pacientů s bolestmi (např. s rakovinou) se na ně obrací, aby jim pomohly dostat se do fyzické, emociální a duševní pohody (Running *et al.*, 2011). Patří sem i akupunktura, jejíž efektivnost závisí na přítomnosti cholecystokininu v organismu pacienta, který patří k přirozeným tlumičům bolesti. Nicméně je-li jeho koncentrace v organismu nízká, ani akupunktura nezajistí pacientovi úlevu od bolesti. Díky tomu je až třetina pacientů na léčbu akupunkturou necitlivá (Rokyta, 2006). V současné době žádná ambulance zařazená ve výzkumu tyto techniky nenabízí. Jinak tomu bylo ale v minulosti v Pardubicích a ve Vysokém Mýtě, kde se praktikovala právě akupunktura.

Je také nutné upozornit na nedostatečnou nebo neefektivní léčbu bolesti, která je tolik diskutovaným tématem odborníků na bolest. Hlavní příčinou neefektivní léčby bolesti, kdy např. praktický lékař svému pacientovi tvrdí, že mu už nedokáže pomoci, jsou podle Vorlíčka (2001) hlavně nedostatečné vědomosti většiny lékařů a sester, zejména však praktických lékařů. V minulosti totiž společnost nekladla, a tedy ani lékaři a sestry, takový důraz na správnou léčbu bolesti jako dnes. Tento stav není

typický pouze pro Českou republiku. Např. i v nejvyspělejších zemích světa nemívá správně léčenou bolest 30 - 40 % pacientů se zhoubným nádorem. Podle Vorlíčka se ale situace v České republice začíná pomalu měnit. Vznikají nejrůznější instituce pro léčbu bolesti. Specialisté na léčbu bolesti navíc začínají učit své kolegy z jiných medicínských oborů správným léčebným postupům (Vorlíček, 2001). Z hlediska zdravotnického personálu může být nedostatečná léčba bolesti také způsobena nepřesnou diagnostikou a podceněním intenzity bolesti, dlouhými intervaly mezi dávkami nebo zase naopak nízkým dávkováním, upřednostňováním slabých opioidů před silnými, strachem ze závislosti, neznalostí léků a speciálních postupů, které se mohou při léčbě bolesti využít a nedostatkem psychické podpory (Vorlíček *et al.*, 2004). Překážky při léčbě bolesti na straně sester lze odstranit hlavně jejich vzděláváním, dále např. uplatňováním pokroků ve farmakologii, aplikací nových metod a technik (Grinstein-Cohen *et al.*, 2009). Na druhou stranu u pacientů jde zejména o nechuť hlásit bolest, dále mají starost, že bolest je známkou zhoršení onemocnění a stejně jako sestry i oni mají obavy ze závislosti (Running *et al.*, 2011).

Závěrem lze konstatovat, že respondentky při komplexním zhodnocení všech možností léčby bolesti shodně odpovídaly, že závisí hlavně na individuálním přístupu každého pacienta, jaká forma léčby nebo jejich kombinace je vhodná, což je ve shodě s názory a přístupy předních odborníků na bolest v České republice (Rokyta, 2006; Vorlíček, 2001). Pro pacienta je také nesmírně důležitý přístup zdravotnického personálu jako jedno z měřítek poskytování kvalitní péče a adekvátní léčby. Proto by měly sestry dodržovat v terapii bolesti určité zásady. Patří sem týmovost a multidisciplinárnost léčby, důležitá je edukace a self-monitoring, používání farmakologické i nefarmakologické léčby a v případě potřeby pacienty neprodleně odesílat i na specializovaná pracoviště (Topinková, 2005). Pozitivním zjištěním je, že všechny uvedené zásady respondentky dodržují, anebo se je alespoň snaží dodržovat. Je zřejmé, že účinná kontrola bolesti je důležitá nejen kvůli pacientovi samotnému, ale také kvůli zdravotnickému personálu, který může při nedostatečné léčbě bolesti a s ní spojeném utrpení prožívat silné pocity frustrace a selhání (Závadová a Sláma, 2012).

Cílem výzkumu bylo také zjistit odpověď na **výzkumnou otázku 1: Která nejčastější diagnóza se vyskytuje v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti)?** Jak již bylo zmíněno výše, chronická bolest je největším problémem současné

doby (Rokyta, 2013). Stejně tak i v ambulancích bolesti v Pardubickém kraji se pacienti nejčastěji léčí s chronickými bolestmi. A vzhledem k tomu, že vyspělou civilizaci trápí zejména nárůst pacientů s bolestmi zad (Rokyta, 2009a), nebylo překvapením, že absolutně nejčastějším onemocněním jsou právě bolesti zad. Jejich rozšíření souvisí s vyspělostí dnešní civilizace, která se vyznačuje využitím moderních technologií s cílem maximalizovat celkové pohodlí lidí, díky čemuž dochází k rapidnímu poklesu fyzické námahy. Znáмым příkladem jsou „sedavá“ zaměstnání. V západních zemích jde také o jednu z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti či odchodu do invalidního důchodu (Rokyta, 2009a). Bylo by tedy žádoucí, aby se lékaři a sestry z ambulancí bolesti zaměřily na studium posledních trendů a sebevzdělávání v oblasti bolestí zad. Nedostatečné znalosti zdravotnického personálu jsou totiž jedny z poměrně snadno definovatelných bariér, které brání efektivní terapii bolesti (Gillaspie, 2010). Naopak pacienti by mohli v případě chronických bolestí zad zapracovat na vyšší míře pohybu, změně životního stylu a stravy, což jim ostatně všechny respondentky doporučují v rámci režimových opatření.

Předmětem výzkumného šetření bylo také zjistit odpověď na **výzkumnou otázku 6: Jaká režimová opatření sestry doporučují pacientům při léčbě bolesti?** Respondentky nezmiňovaly režimová opatření pro konkrétní onemocnění, protože se ale v ambulancích bolesti nejčastěji vyskytují chronické bolesti zad, mluvily hlavně o nich. Dle Rokyty (2009a) je obecnou prevencí bolestí zad dodržování životního stylu, jehož součástí by měly být správné stravovací návyky k prevenci nadváhy a hlavně přiměřená pohybová aktivita, což shodně uváděly téměř všechny respondentky. Cílem pohybové terapie je snížení bolestí páteře, posílení zádových svalů, udržování pružnosti páteře, zlepšení držení těla, zvýšení tělesné kondice, nácvik relaxačních prvků, aby se tímto předešlo přetížení a zhoršení zdravotního stavu (Tisoňová a Fulová, 2012). Dále ale uvedly, že závisí hlavně na individualitě pacienta, zda se doporučovanými režimovými opatřeními skutečně řídí. Podle jejich názoru je ve valné většině případů nedodržují. I tak je ale nezbytné, pokud bolest již vznikla a nejedná se o závažné postižení zad, aby sestry motivovaly pacienta k aktivnímu zapojení do léčby. Vznik chronických bolestí zad bývá totiž následkem podcenění akutních bolestí zad, jejich správné léčby a hlavně následného režimu. Za rizika lze považovat nerealistické snahy pacienta o rychlou léčbu s následným nedodržováním pohybového režimu a aktivit,

psychická labilita s nevlí k řešení problému, pasivita, sociální problémy a nedostatek ekonomického zabezpečení. Sestry by také měly pacienty s chronickou bolestí zad poučit o pravidlech a zásadách: upozornit na léčitelnost pacientova zdravotního stavu, ale zmínit možnou dlouhodobost obtíží, u prostých bolestí zad opakovaná a drahá vyšetření nepřinesou léčebný efekt a hlavně osud pacientova onemocnění a obtíží záleží na pacientovi samotném. Na druhé straně by se sestry měly při hodnocení nezávažných bolestí zad vyvarovat radikálních tvrzení, kterými mohou pacienta vyděsit a způsobit u něj nepřiměřené obavy z budoucí léčby (Rokyta, 2009a). Je jasné, že je pro sestry poměrně náročné přesvědčit pacienty, že dodržováním určitých režimových pravidel, pomohou hlavně sami sobě. Jedna z respondentek v Pardubicích ale uvedla, že podle ní režimová opatření dodržují spíše pacienti, kteří trpí většími bolestmi. I přesto je nutné pacienty v každém případě motivovat, aktivizovat k činorodosti a rehabilitaci právě kvůli nárůstu výskytu bolestí zad a stálému poklesu věkové hranice jimi trpících pacientů (Rokyta, 2009a). Výběrem vhodné metody a formy edukace lze totiž výrazně podpořit motivaci pacienta za převzetí aktivní zodpovědnosti za své zdraví (Tisoňová a Fulová, 2012).

Součástí výzkumného šetření bylo také zjistit odpověď na **výzkumnou otázku 5: Jak sestry pečují o psychický stav pacienta v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti)?** Jak uvádí Rokyta (2006), bolest je proces, který si člověk zapamatovává. Proto je nebezpečný zejména v dětství, kdy zapamatování bolesti může člověka celý život pronásledovat a děsit. Zde se dopouští mnoha chyb nejenom laici, ale i ošetřující zdravotnický personál, protože strašení bolestí je jednou z největších chyb, které v tomto ohledu existují (Rokyta, 2006). Vzhledem k tomu, že u člověka vnímá bolest mozková kůra a také ji interpretuje, je dle Rokyty (2006) při odstraňování bolesti velmi důležitá právě psychoterapie, která působí na tuto oblast mozku. Je více než pozitivní, že jsou v tomto ohledu respondentky poučeny, neboť všechny maximálně vyzdvihovaly nedostižný význam psychologických možností terapie bolesti. Upozorňovaly hlavně na dlouhé empatické rozhovory s pacienty během jejich pravidelných návštěv v ambulancích. Hlavní úlohou sestry by totiž podle Míkové (2006) měla být snaha odhalit zejména psychické příčiny pacientovy bolesti, což je ve shodě se závěry výzkumného šetření, kdy některé z respondentek upozorňovaly, že pacienti mají řadu onemocnění způsobených „*přes hlavu*“. Měly by jim k tomu pomoci

mj. kompletace informací o pacientovi prostřednictvím komplexního pozorování, rozhovorů, dotazníků a fyzikálních vyšetření (Mikšová, 2006). Projevovaný zájem sester může totiž v pacientech vzbuzovat pocit jejich sounáležitosti. Díky tomu je velká naděje, že pacienti budou sestrám více důvěřovat, což jen podporuje progresi léčby. Proto se všechny respondentky snaží být pro pacienty ambulancí oporou. Na druhou stranu některé respondentky poukazovaly na občasný nedostatek času na pacienty, což může být limitující pro pokroky v léčbě. Na jejich obranu lze ale konstatovat, že je těžké předem odhadnout dostatečný čas vymezený na konkrétního pacienta. Sestry by také mohly zlepšit psychický stav pacienta jeho prostým informováním a průběžným vzděláváním a také nepřetržitým poskytováním informací týkající se podstaty bolesti a její léčby. Pacient se tak stává odborníkem na svou bolest (Baštecká *et al.*, 2003).

Pocit sounáležitosti je pro pacienty nesmírně důležitý. Protože jak uvedla jedna respondentka z Pardubické krajské nemocnice, a.s., pacienti trpí při léčbě většinou strachem, úzkostmi nebo depresí, které hrají centrální roli v prožívání a toleranci bolesti a jež jsou s vnímáním a prožitkem bolesti ve vztahu přímé úměrnosti (Vymětal, 2003). Podpora sester vůči pacientům je ale jen půl úspěchu. Jak totiž všechny respondentky uvedly, psychologický přístup pacienta k zvládnutí bolesti závisí hlavně na jeho individualitě.

Chronická onemocnění pacienta se úzce dotýkají také zdravotnického personálu. Jednak proto, že je pacient na léčbu často rezistentní a jednak kvůli častým vztahovým problémům vznikajícím mezi pacientem a zdravotnickým personálem, který se cítí bezmocně vůči pacientovi, jenž očividně trpí. Přičemž tato bezmocnost může ohrožovat profesionální sebevědomí ošetřujícího personálu. Proto mají mnozí lékaři i sestry tendenci postiženého chronickou bolestí psychiatrizovat (např. nazývat ho hypochondrem či hysterkou) nebo jej podezírat ze simulace a vědomé účelovosti (Vymětal, 2003). Podobné poznatky vplynuly i z výzkumného šetření, kde se některé respondentky neubránily tvrzení, že léčí některé simulující anebo příliš přecitlivělé pacienty, což může ohrožovat jejich profesionální náhled. I sestra je jen člověk, který se neubrání subjektivnímu hodnocení situace. Jak ale uvádí Vymětal (2003) dále, stejně tak i pacient se nemusí ve vztahu s lékaři a sestrami cítit dobře právě proto, že vypozeruje jejich nedůvěru, netrpělivost a zvětšující se odstup.

Je tedy jasné, že ačkoliv se sestry podle svých vlastních slov snaží dělat maximum pro zlepšování psychického stavu pacientů, mohou stále pracovat na své profesionalitě, i když je to v mnoha ohledech obtížné. S těmito zjištěními úzce souvisí i **výzkumná otázka 4: Jak sestry vnímají pacienty, kteří navštěvují centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti)?** Sestra by měli mít správné osobnostní vybavení – charakter, vlastnosti, být empatictí, zodpovědní, ochotní se vzdělávat, umět správně ovládat komunikační dovednosti, vytvářet si s pacienty dobré vztahy, dále by měli mít trpělivost, obětavost, ochotu pečovat o pacienty s bolestí (Gulášová, 2008). Prakticky stejným způsobem charakterizovaly respondentky vlastnosti, které musí mít sestry pracující v těchto ambulancích. Kromě toho ještě doplnily trpělivost, dobrou náladu, správný přístup, veselost a být hodná a bez předsudků.

Ze všech nezbytných vlastností, které by sestra měla mít, respondentky vyzdvihovaly zejména komunikativnost. Komunikační dovednosti jsou nyní vnímány jako základní pilíř pro všechny zdravotnický personál. Podle Lyndona *et al.* (2011) je totiž efektivní komunikace znakem bezpečné péče o pacienty, jejíž provedení vyžaduje výborné naslouchací schopnosti, administrativní podporu a kolektivní závazky k posunu tradiční hierarchie a stereotypu zdravotnického personálu. Většina sester, ale i lékařů, vidí poruchy v komunikaci u „ostatních“, nikoliv u sebe, jak vyplynulo z výzkumu, kdy bylo provedeno 45 hloubkových rozhovorů se sestrami, lékaři a porodními asistentkami ve čtyřech zahraničních nemocnicích. Každý z nich uznal, že poruchy v komunikaci mohou představovat bezpečnostní problém při péči o pacienty. Nicméně pouze dva zdravotníci připustili obtíže s vedením efektivní komunikace (Lyndon *et al.*, 2011), což je alarmující a lze se domnívat, že je to jeden ze základních problémů současného zdravotnictví, a tedy i ambulancí bolesti v Pardubickém kraji. Efektivní komunikace ze strany zdravotnického personálu může být také zmařena nepozorností např. kvůli nedostatku spánku nebo prací na směny (Lyndon *et al.*, 2011), čímž se svým způsobem lze zastat lékařů a sester pracujících v ambulancích bolesti. Obecně je zdokonalování komunikačních prvků postaveno zejména na respektu, zdvořilosti, spolupráci a kompetenci (Lyndon *et al.*, 2011). Např. správně vedená diskuze s pacientem a jeho rodinou může vést ke stanovení priorit při léčbě, na které je potřeba se zaměřit, zejména jsou-li v kontextu se stanovenými cíli léčby. Řada zahraničních publikací totiž upozorňuje na množství stížností od pacientů a jejich rodin, které se týkají buď přímo,

anebo nepřímo špatné komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Healthcare Commission, 2009).

V procesu komunikace by sestra měla mít také na paměti, že při jednání s pacientem existují tři hlavní hodnoty – spravedlnost, odpovědnost a laskavost. Spravedlností se rozumí respekt, úcta k právu, k tomu, co je danou společností formulováno v zákonech, předpisech a právních ustanoveních a také nestranné rozhodování. Laskavostí se rozumí ohled na pacienta, pozornost jemu věnovaná, zájem o něj. A nakonec odpovědností se rozumí jednání, v němž sestra projevuje vědomí povinnosti (Kutnohorská, 2007).

Jak již ale bylo řečeno výše, naladění sester je dáno i aktuálním rozpoložením a prožitými subjektivními zkušenostmi. Navíc všechny vyjmenované osobnostní vlastnosti mohou mít sestry jenom tehdy, jsou-li se svým zaměstnáním spokojené. Potěšující bylo, že respondentky spokojené jsou. Také je pozitivní, že se většina z nich zmínila, že je práce v ambulanci bolesti zajímavá a důležitá, že je naplňuje. A je také prospěšné, že většina z nich neshledává práci v ambulanci náročnější oproti ostatním medicínským oborům. Všechna tato zjištění jen podporují jejich profesionální pohled na své zaměstnání.

Jedna respondentka z Pardubic a dále respondentky z Ústí nad Orlicí a Vysokého Mýta vnímají pacienty ambulaní bolesti dle jejich individuality, z čehož plyne, že samy připustily, že na ně mohou působit pacienti a jejich osudy, které brání jejich čistě profesionálnímu pohledu na pacienta. Prakticky stejně by se dal klasifikovat i názor ještě jedné sestry z Pardubic. Naproti tomu dvě zbylé sestry z Pardubic konstatovaly, že pacienty berou jen jako pacienty. Je tedy jasné, že alespoň podle svého názoru pracují čistě profesionálně.

Podle názoru respondentek se pacientům v průběhu jejich léčby mění náhled na svět k optimističtějšímu ladění, z čehož lze vyvozovat, že jsou všechny sestry přesvědčené, že dělají maximum, aby tomu tak bylo. Jejich profesionalitu také podpořilo tvrzení, že se nesnaží dávat na první dojem z pacienta. Je ale nutné podotknout, že v řadě případů byly odpovědi respondentek spíše váhavé, což opět nahrává leckde subjektivnímu posuzování situací a pacientů. A jak již bylo uvedeno v odpovědi na předchozí výzkumnou otázku, některé z nich se neubránily tvrzení,

že léčí i simulující anebo příliš přecitlivělé pacienty, což podle Vymětala (2003) poukazuje na problém sester s vlastní bezmocností a profesionálním přístupem.

Projev občasného subjektivního přístupu sester při výkonu svého povolání podpořila i odpověď na otázku, zda na ně mají vliv osudy jejich pacientů. Většina z nich odpověděla, že výjimečně ano, zejména pokud jde o mladé onkologicky nemocné pacienty. Což je ve shodě s literaturou, kdy O'Hara *et al.* (1996) uvádí, že je pro sestry obtížné zvládat především situace, kdy je umírajícím pacientem mladý člověk. Je tedy jasné, že jim osudy pacientů nejsou lhostejné a že se nedokážou od jejich problémů úplně oprostit. Tomuto závěru nahrává i odpověď většiny respondentek, které uvedly, že úděly pacientů, o které pečují, mění jejich náhled na svět. Sestry musí během své práce zvládat nejen vlastní emoční a psychické vyčerpání, ale mísí se v nich velmi často i pocity pacientů, o které pečují. Enormní psychickou a emocionální zátěž pro ně představuje zejména péče o pacienty v terminálním stádiu (O'Hara *et al.*, 1996).

Se všemi uvedenými fakty souvisí i syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je duševní stav, který se často objevuje u lidí, jež pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů – člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený, má pocit bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání. Je charakterizováno únavou (zejména emoční), bezmocností, beznadějí a plíživostí (Baštecká *et al.*, 2003). Není tedy vůbec překvapivé, že všechny sestry z výzkumného šetření kromě jedné respondentky někdy pociťovaly během své profesionální kariéry syndrom vyhoření.

Obecně lze dle Normanna *et al.* (1999) přístup sester k pacientům shrnout do tří stanovisek. Buď je jejich pohled na pacientovo onemocnění neutrální s přáním důstojného dožití a pokojné smrti v případě terminálního onemocnění, nebo si příliš připustí pacientův osud, anebo naopak jejich problémy vidí vzdáleně. Poslední dva zmiňované přístupy souvisí s možnými výčitkami sester o jejich profesionalitě. Druhý přístup ovlivňuje jejich vlastní úsudek, při třetím postoji naopak sestry ztrácejí svou citlivost vůči pacientům a řídí se vlastními potřebami a pocity.

Závěrem je ještě nezbytné k problematice ambulancí bolesti v Pardubickém kraji zmínit jejich prostorové řešení. Ambulance v Pardubické krajské nemocnici, a.s. nemá oddělené prostory pro lékaře a sestru. Lze říci, že to není dobré řešení z hlediska

navazování blízkých vztahů s pacientem. To může způsobovat problém, zejména pokud je pacient objednan na jiné dny a přijde do styku pokaždé s jinou sestrou. Navíc v ambulanci je obecně málo místa s omezenými možnostmi rozmístění stojanů pro infuzní léčbu. Čekárna je pak nedostatečně vybavena informačními plakáty a brožurami pro pacienty. Oproti tomu ambulance bolesti ve Vysokém Mýtě disponuje oddělenými místnostmi pro lékaře a sestru. Navíc mají i samostatnou místnost přizpůsobenou pro infuzní léčbu, kde mají pohodlná křesla a infuzní stojany. Ambulance i čekárna působí velmi útulným dojmem. Pozitivní také je, že má sestra poměrně dlouhou pracovní dobu, což evokuje pocit, že je zde pro pacienty. Ambulanci v Ústí nad Orlicí nebylo možné posoudit, protože rozhovor se sestrou proběhl na její přání na oddělení ARO.

Je zřejmé, že je potřeba více zapojit sestry do léčby bolesti, podporovat jejich vzdělání, profesionální přístup a zdokonalování komunikace mezi nimi a pacientem. Podstatné také je důvěřovat pacientovu subjektivnímu hodnocení bolesti tak, aby nedocházelo k jejímu podhodnocování.

6 Závěr

Bolest je většinou prvním z průvodních znaků upozorňující na různá onemocnění ve všech medicínských disciplínách. Její značnou nevýhodou je, že ji nelze objektivně kvantifikovat. Proto je nezbytné, aby sestry důvěřovaly pacientovu subjektivnímu zhodnocení. Na druhou stranu je pozitivní, že v dnešní době existuje již celá řada institucí zaměřených pouze na její léčbu.

V diplomové práci bylo stanoveno šest cílů: zjistit nejčastější diagnózu v ambulancích bolesti, nejčastější metody léčby bolesti, dále jak sestry vnímají pacienty ambulancí bolesti, jak sestry pečují o psychický stav těchto pacientů, jaká režimová opatření jim doporučují a nakonec zmapovat instituce zabývající se léčbou bolesti v České republice. Na základě těchto cílů bylo stanoveno šest výzkumných otázek: 1. Která nejčastější diagnóza se vyskytuje v ambulancích bolesti? 2. Jaké nejčastější metody jsou využívány při léčbě bolesti? 3. Jaká je úspěšnost metod léčby dle sester? 4. Jak sestry vnímají pacienty, kteří navštěvují ambulance bolesti? 5. Jak sestry pečují o psychický stav pacienta v ambulancích bolesti? 6. Jaká režimová opatření sestry doporučují pacientům při léčbě bolesti?

Diplomová práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, přičemž technikou sběru dat byl prokonstruovaný rozhovor na základě předem vytvořených otázek určených vybraným respondentkám. Zmapování institucí léčby bolesti v České republice bylo provedeno s pomocí internetových zdrojů.

Cílem diplomové práce tedy bylo prostřednictvím rozhovorů se sestrami kvalitativně určit podíl jejich práce v ambulancích bolesti v rámci Pardubického kraje. Nutno podotknout, že všechny rozhovory provázel „syndrom krátkých odpovědí“, a to i přes usilovnou snahu respondentky rozmluvit. Lze jen spekulovat, zda za tím stála jejich obava ze sdělení příliš mnoha informací, anebo jejich nízká ochota zúčastnit se výzkumného šetření.

Co se týče konkrétních odpovědí na výzkumné otázky, bylo zjištěno, že do ambulancí bolesti v Pardubickém kraji dochází pacienti nejčastěji s chronickými bolestmi zad. Dále zvolená metoda léčby bolesti závisí pouze na individualitě pacientů. Je ale výhodné jednotlivé metody kombinovat. Nadmíru vyzdvihovala byla zejména psychoterapie. Proto sestry vedou s pacienty dlouhé empatické rozhovory, aby jim

prokázaly dostatečnou sounáležitost. Přístup sester k pacientům je ovlivněn individuálními vlastnostmi, prožíváním, chováním a názory pacientů. Je tedy jasné, že lidé si mezi sebou vyhovují pouze na základě subjektivního vnímání. I přesto je ale nutné ocenit, že se sestry snaží být pro pacienty maximální oporou a berou své povolání více než vážně. Ohledně režimových opatření jsou pacientům doporučována zejména změna životního stylu a stravovacích návyků a také přiměřená dávka pohybu.

Jak již bylo řečeno, přestože sestry usilují při výkonu svého povolání o maximální objektivnost, neubránily se subjektivním náhledům na pacienty, jejich bolest a prožívání, což má za následek omezení profesionálního přístupu. Na druhou stranu se ale v tomto povolání nelze ubránit malé míře subjektivizace. Díky tomu může snadno docházet i k podhodnocování intenzity, průběhu a charakteru pacientovy bolesti. Alespoň částečným řešením by bylo, kdyby sestry braly bolest konkrétního pacienta jako svou vlastní.

Také navzdory všem očekáváním existují jasné limity ve znalostech sester jak v obecné léčbě bolesti, tak v oblasti sebevzdělávání, která je mj. způsobena nezájmem a nedostatečnou aktivitou z jejich strany a která může mít vliv na ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům ambulancí bolesti. Komplexní posouzení a znalosti o farmakologickém působení medikamentů umožňují sestřím léčit pacienta efektivně. Navíc rozšíření jejich znalostí by se dalo přístupnějším způsobem zčásti přenést i na pacienty, a informovat je tak o možnostech a výsledcích léčení bolesti. Spokojenost pacientů je totiž závislá na splnění a překročení jejich očekávání. Na druhou stranu i přes tyto nedostatky, fungují ambulance bolesti v Pardubickém kraji bezproblémově s odkazem na hlavní myšlenky léčby bolesti.

Dále bylo zjištěno, že nejen řada pacientů, ale i zdravotnického personálu (lékaři specialisté i praktičtí lékaři, ostatní sestry) nemají povědomí o existenci, působení a náplni institucí zabývajících se léčbou bolesti. Proto byla vypracována příručka nejen pro pacienty (příloha 14), která si klade za cíl přinést podrobné informace o léčbě bolesti, obtížích pacientů a dále porozumění ošetrovatelskému procesu o pacienty s bolestí. Příručka sice primárně slouží pacientům jako propagační materiál např. do čekáren ambulancí bolesti, lze ji ale jednoznačně doporučit i sestřím pro pochopení komplexní problematiky léčby bolesti a její srovnání mezi různými pracovišti

zabývající se léčbou bolesti. Předlohou pro vypracování této příručky byly závěry výzkumu plynoucí z diplomové práce.

Závěrem lze konstatovat, že diplomová práce přinesla nejen odpovědi na výzkumné otázky tak, aby byly splněny její cíle, ale i řadu dalších zajímavých informací o chodu ambulancí bolesti v Pardubickém kraji. S nadsázkou lze říci, že situace v jednom z krajů, vypovídá o poměrech v ostatních krajích. Výsledky diplomové práce lze tedy celoplošně vztáhnout na celou zemi, čímž byl získán obraz situace léčby bolesti v České republice. Zmapování práce sester v ambulancích bolesti z různých hledisek je jen skromným začátkem, který by si zasloužil podrobné zkoumání dalších dílčích cílů týkajících se tohoto tématu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARÓ, E. et al. (2004). Assessing satisfaction with pain medication in primary care patients: Development and psychometric validation of a new measure. *Clinical Therapeutics*[online], roč. 26, č. 7, s. 1124-1136 [cit. 2013-04-06]. ISSN 01492918. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291804901853>
2. BÁRTLOVÁ, S. (2008). *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.
3. BAŠTECKÁ, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8735-3.
4. BOTÍKOVÁ, A. (2009). Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra*, roč. 19, č. 6, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
5. BOZIMOWSKI, G. (2012). Patient Perceptions of Pain Management Therapy: A Comparison of Real-Time Assessment of Patient Education and Satisfaction and Registered Nurse Perceptions. *Pain Management Nursing* [online], roč. 13, č. 4, s. 186-193 [cit. 2013-04-06]. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152490421000072X>
6. CAIN, J., M. a B., J. HAMMES. (1994). Ethics and pain management: Respecting patient wishes. *Journal of Pain and Symptom Management* [online], roč. 9, č. 3, s. 160-165 [cit. 2013-04-06]. ISSN 08853924. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0885392494901252>
7. COMMISSION FOR HEALTHCARE AUDIT AND INSPECTION (2009). *Healthcare Commission Spotlight on complaints*. London. ISBN 978-1-84562-211-4.
8. COX, F. (2010). Basic principles of pain management: assessment and intervention. *Basic principles of pain management: assessment and intervention* [online], roč. 25, č. 1, s. 36-39 [cit. 2013-04-06]. ISSN 0029-6570. Dostupné z:

<http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-basic-principles-of-pain-management-assessment-and-intervention>

9. ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a H. KUČEROVÁ. (2004). *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-733-3028-8.
10. ČEŠKOVÁ, E. (2009). Psychiatrie, bolest a její léčba. *Zdravotnické noviny: Lékařské listy*, roč. 10, č. 26, s. 26-27. ISSN 0044-1996.
11. DAVIS, M. P. a M. SRIVASTAVA. (2003). Demographics, Assessment and Management of Pain in the Elderly. *Drugs* [online], roč. 20, č. 1, s. 23-57 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1170-229x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.2165/00002512-200320010-00003>
12. ENGSTRÖM, J. et al. (2007). Palliative sedation at end of life - A systematic literature review. *European Journal of Oncology Nursing* [online], roč. 11, č. 1, s. 26-35 [cit. 2013-04-06]. ISSN 14623889. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388906000482>
13. FABIEN, M. a M. QUAGHEBEUR. (1997). *LEMON 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3238-8.
14. FARKAŠOVÁ, D. (2006). *Ošetřovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3227-8.
15. FRICOVÁ, J. et al. (2010). The influence of pre-emptive analgesia on postoperative analgesia and its objective evaluation. *Archives of Medical Science* [online], roč. 5, č. 3, s. 764-771 [cit. 2013-04-07]. ISSN 1734-1922. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/doi/10.5114/aoms.2010.17093>
16. GILLASPIE, M. (2010). Better Pain Management After Total Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing* [online], roč. 29, č. 1, s. 20-24 [cit. 2013-04-06]. ISSN 0744-6020. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
17. GLOTH, F. M. a AGSF. (2001). Pain Management in Older Adults: Prevention and Treatment. *Journal of the American Geriatrics Society* [online], roč. 49, č.

- 2, s. 188-199 [cit. 2013-04-06]. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1532-5415.2001.49041.x>
18. GRINSTEIN-COHEN, O. et al. (2009). Improvements and Difficulties in Postoperative Pain Management. *Orthopaedic Nursing* [online], roč. 28, č. 5, s. 232-239 [cit. 2013-04-09]. ISSN 0744-6020. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
19. GULÁŠOVÁ, I. (2008). *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-288-5.
20. HSIAO, J., W. Wen-Chu a J. CHEN. (2013). Factors of accepting pain management decision support systems by nurse anesthetists. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online], roč. 13, č. 1, s. 16 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1472-6947. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/16>
21. JANÁČKOVÁ, L. (2009). Bolest a psychoterapie. *Zdravotnické noviny*, roč. 58, č. 10, s. 28-30. ISSN 0044-1996.
22. JANÁČKOVÁ, L. (2007). *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-102.
23. JAROŠOVÁ, D. (2000). *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-858-6655-2.
24. JAROŠOVÁ, H. (2010). Bolesti zad – bolesti dolního úseku páteře (low back pain) – z pohledu internisty. *Postgraduální medicína*, roč. 12, příl. 3, s. 50-53. ISSN 1212-4184
25. JENNINGS, P., J. (2004). The role of the outpatient clinic nurse in monitoring opioid therapy. *Current Pain and Headache Reports* [online], roč. 8, č. 4, s. 284-288 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1531-3433. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11916-004-0009-9>
26. JUNGQUIST, C., R., S. KARAN a M., L. PERLIS. (2011). Risk Factors for Opioid-Induced Excessive Respiratory Depression. *Pain Management Nursing* [online], roč. 12, č. 3, s. 180-187 [cit. 2013-04-07]. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904210000160>

27. KAASA, S. et al. (1998). Compliance in quality of life data: a Norwegian experience. *Statistics in Medicine* [online], roč. 17, č. 5-7, s. 623-632 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1097-0258, Dostupné z: <http://cmr.cochrane.org/?CRGReportID=2521>
28. KALVACH, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
29. KALVACH, Z. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-263.
30. KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.
31. KLENER, P. (2006). *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1252-6.
32. KOZÁK, J. (2008). Bolest jako stresor a současné možnosti farmakoterapie. *Postgraduální medicína*, roč. 10, č. 5, s. 495-500. ISSN 1212-4184.
33. KOZÁK, J. (2010). Bolest: Aktuální pohled na léčbu. *Zdravotnické noviny*, roč. 10, č. 16. ISSN 0044-1996.
34. KOZÁK, J. a I. VRBA. (2002). Historie a současnost léčby bolesti. *Zdravotnické noviny*. 2002, roč. 51, č. 25, s. 5-7. ISSN 1805-2355
35. KOZIER, B., G., L., ERB a R. OLIVIERI. (1995). *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
36. KREJČOVÁ, G. (2007). Bolest a nemoc nám obecně více přinášejí. *Sestra*, roč. 07, č. 6. ISSN 1210-0404.
37. KRCH, J. (2011). Průlomová bolest a nové možnosti léčby. *Postgraduální medicína*, roč. 13, č. 8, s. 900-907. ISSN 1212-4184.
38. KŘIVOHLAVÝ, J. a J. PEČENKOVÁ. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.

39. KUTNOHORSKÁ, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-692.
40. LYNDON, A., M., G. ZLATNIK a R., M. WACHTER. (2011). Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online], roč. 205, č. 2, s. 91-96 [cit. 2013-04-09]. ISSN 00029378. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811004686>
41. LYNCH, M. (2003). Palliative Sedation. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online], roč. 7, č. 6, s. 653-657 [cit. 2013-04-09]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/openurl.asp?genre=article>
42. MAREK, J. (2005). *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0839-6.
43. MASTILIAKOVÁ, D. (2002). *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9
44. MIKŠOVÁ, Z. et al. (2006). *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 1. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
45. MUNZAROVÁ, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
46. NORMANN, H., K., K. ASPLUND a A. NORBERG. (1999). Nurses' attitudes towards patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing* [online], roč. 8, 3-4, s. 353-359 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1365-2702.
47. O'CONNOR, M et al. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
48. O'HARA, P. et al. (1996). Patient death in a long-term care hospital. A study of the effect on nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing* [online], roč. 22, č. 8, s. 27-35 [cit. 2013-04-10]. ISSN 00989134. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1021720094?accountid=9646>

49. PAYNE, S., J. SEYMOUR a Ch. INGLETON. (2004). *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. 1. vyd. Berkshire: Open University Press. ISBN 03-352-1243-3.
50. PAYNEOVÁ, S., J. SEYMOUR a Ch. INGLETON. (2007). *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-808-7029-251.
51. PODSEDNÍČKOVÁ, J. a M. ČERNICKÁ. (2005). Historie a současnost léčby bolesti. *Zdravotnické noviny*. 2005, roč. 54, č. 50, s. 2-7. ISSN 1805-2355.
52. RASMUSSEN, N. A. a L., A. FARR. (2009). Beta-endorphin response to an acute pain stimulus. *Journal of Neuroscience Methods* [online], roč. 177, č. 2, s. 285-288 [cit. 2013-04-10]. ISSN 01650270. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165027008006298>
53. RATHMELL, J., P. a S., C. MANION. (2012). The Role of Image Guidance in Improving the Safety of Pain Treatment. *Current Pain and Headache Reports* [online], roč. 16, č. 1, s. 9-18 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1531-3433. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11916-011-0241-z>
54. RICHARDS, A. a S. EDWARDS. (2004). *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.
55. ROKYTA, R. a J. FRICOVÁ. (2012). Neurostimulation Methods in the Treatment of Chronic Pain. *Physiological research* [online], roč. 61, č. 2, s. 23-31 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/61%20Suppl%202/61_S23.pdf
56. ROKYTA, R. (2006). Bolest - její vnímání a interpretace. *Lékařské listy*, roč. 55, č. 12, s. 3-6. ISSN 1210-0404.
57. ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. (2006). *Bolest: Monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris. ISBN 80-235 00000-0-0.
58. ROKYTA, R. (2009a). *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-127.

59. ROKYTA, R. (2009b). Linka proti bolesti. *Sestra*, roč. 58, č. 10, s. 4. ISSN 1805-2355.
60. ROKYTA, R. (2013). *Bolest je vždycky zlá, někdy je ale i splátkou za okamžiky, kterých nelitujeme.* 2013. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/rozhovory/predstavujeme/445834>
61. ROŠKOVÁ, S. (2012). Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*, roč. 22, č. 4, s. 48-51. ISSN 1210-0404.
62. RUNNING, A. et al. (2011). Oncology Pain and Complementary Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online], roč. 15, č. 4, s. 374-379 [cit. 2013-04-07]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/openurl.asp?genre=article>
63. RŮŽIČKA, R. (2003). *Akupunktura v teorii a praxi.* 3. vyd. Olomouc: Poznání. ISBN 80-866-0610-4.
64. SEIDL, Z. (2008). *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-332.
65. SCHREIBER, J., A. et al. (2013). Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention. *Pain Management Nursing* [online]. [cit. 2013-04-06]. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904212001889>
66. SJÖLING, M. et al. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* [online], roč. 51, č. 2, s. 169-176 [cit. 2013-04-06]. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839910200191X>
67. SLADKÁ, J. (2010). Současné přístupy k léčbě bolesti. *Sestra*, roč. 59, č. 13, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
68. SLÁMA, O. (2007). *Paliativní medicína pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2625-055.

69. SULLIVAN, A., B. et al. (2012). The Role of Exercise and Types of Exercise in the Rehabilitation of Chronic Pain: Specific or Nonspecific Benefits. *Current Pain and Headache Reports* [online], roč. 16, č. 2, s. 153-161 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1531-3433. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11916-012-0245-3>
70. ŠAFÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd.. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-485.
71. ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetřovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-777.
72. TISOŇOVÁ, V. a J. FULOVÁ. (2012). Úloha sestry v prevenci a léčbě bolesti páteře. *Sestra*, roč. 22, č. 5, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
73. TOPINKOVÁ, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2365-6.
74. TUMER, N. a D. LOWENTHAL. (1992). Geriatric Pharmacology: Basic and Clinical Considerations. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* [online], roč. 32, č. 1, s. 271-302 [cit. 2013-04-06]. ISSN 0362-1642. Dostupné z: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.pa.32.040192.001415>
75. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
76. VISSERS, K., C., P. et al. (2010). Opioid Rotation in the Management of Chronic Pain: Where Is the Evidence?. *Pain Practice* [online], roč. 10, č. 2, s. 85-93 [cit. 2013-04-09]. ISSN 15307085. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1533-2500.2009.00335.x>
77. VONDRÁČKOVÁ, D. (2007). Nádorová bolest a její léčení. *Postgraduální medicína*, roč. 07, č. 09. ISSN 1212-4184.
78. VORLÍČEK, J. (2001). *Zbytečný strach z opioidů při léčbě bolesti*. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/zbytecny-strach-z-opioidu-pri-lecbe-bolesti-139138?category=profesni-aktuality>

79. VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ. (2004). *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
80. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
81. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4722-405.
82. VYMĚTAL, J. (2003). *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8740-X.
83. WEBSTER, L., R. a M., R. WEBSTER. (2005). Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-Treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine* [online], roč. 6, č. 6, s. 432-442 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x>
84. ZÁVADOVÁ, I. a O. SLÁMA. (2012). Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, č. 4, s. 431-438. ISSN 1212-4184.

Přílohy

- Příloha 1:** Základní charakteristiky akutní a chronické bolesti
- Příloha 2:** Rozdílné příznaky a projevy akutní a chronické bolesti na organismus pacienta
- Příloha 3:** Analgetický třístupňový žebříček dle WHO
- Příloha 4:** Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti
- Příloha 5:** Rozhovor s podkladovými otázkami určený sestřám pracujícím v centrech (ambulancích) pro léčbu bolesti
- Příloha 6:** Identifikační údaje respondentek
- Příloha 7:** Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti)
- Příloha 8:** Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulance bolesti)
- Příloha 9:** Metody a možnosti léčby bolesti I
- Příloha 10:** Metody a možnosti léčby bolesti II
- Příloha 11:** Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů
- Příloha 12:** Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti) I
- Příloha 13:** Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti) II
- Příloha 14:** Léčba bolesti – příručka nejen pro pacienty

Příloha 1: Základní charakteristiky akutní a chronické bolesti

ROKYTA, R. (2009a). *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada.
ISBN 978-802-4730-127.

Charakteristika	Akutní bolest	Chronická bolest
Délka trvání	Hodiny, dny	Měsíce až roky (nejméně 3-6 měsíců)
Význam	Pozitivní – ochranná funkce	Negativní – biologicky neúčinná
Lokalizace	Velmi dobrá	Nesnadná
Příčina	Spíše periferní	Spíše centrální
Postup bolesti	Rychlé zlepšení	Progresivně se zhoršuje

Příloha 2: Rozdílné příznaky a projevy akutní a chronické bolesti na organismus pacienta

ROKYTA, R. (2009a). *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-127.

Akutní bolest	Chronická bolest
Pocení	Poruchy spánku a chování
Tachykardie	Depresivní stavy
Tachypnoe	Změny osobnosti
Vazokonstrikce	Zhoršená kvalita života
Rozšíření zornic	Sociální izolace
Paralýza střev	Obstipace
Retence moči	Ztráta zaměstnání
Katabolismus	Sebevražedné myšlenky
Hyperglykémie	Sexuální nechuť

Příloha 3: Analgetický třístupňový žebříček dle WHO

O'CONNOR, M et al. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

Stupeň I.	neopioidní analgetika (paracetamol, Ibuprofen, ketazon aj.)
	psychofarmaka
	adjuvancia dle charakteru bolesti
Stupeň II.	slabé opioidy (Morfin, Sufentanyl, kodein aj.)
	neopioidní analgetika
	spasmolytika, psychofarmaka, hypnotika, adjuvancia
Stupeň III.	silné opioidy (Morfin, sufentanyl, kodein, aj.)
	adjuvancia (antidepresiva, neuroleptika, lokální anestetika)
	kortikoidy

Příloha 4: Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti

Mezi nejčastěji léčená onemocnění v centrech pro léčbu bolesti patří bolesti zad, k jejichž nárůstu došlo zejména v civilizovaných zemích. Na vznik těchto onemocnění má vliv především vyspělost současné civilizace a její způsob života vyznačující se neustálou podporou moderními technologickými vymoženostmi s cílem zvýšit celkové pohodlí lidí a minimalizací jejich fyzické námahy (např. „sedavá“ zaměstnání). Navíc jde o onemocnění, která jsou jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti i odchodu do invalidního důchodu. Nejčastější příčiny, které mají za důsledek vznik bolesti páteře je poškození meziobratlových plotének, poruchy struktury a tvaru obratlů a páteře, poruchy vazů a svalů páteře, psychosociální faktory a pooperační stavy (Rokyta, 2009a).

Bolesti zad lze rozdělit podle několika hledisek. Jednak podle doby trvání obtíží na akutní, které trvají méně než 6 týdnů, subakutní trvající 6-12 týdnů a chronické bolesti zad, které jsou stálé nebo opakující se obtíže v období delším než tři měsíce, a jednak dle diagnostiky a strategie léčby na prosté bolesti zad, bolesti bederní páteře, failed back surgery syndrom a jiná závažná onemocnění páteře (Rokyta, 2009a).

Prosté bolesti zad souvisejí vždy s pohybem a vyskytují se především u lidí v produktivním věku. Projevují se v oblasti bederní či křížové páteře, přičemž mohou pronikat i do okolí (např. stehy). Pokud se pacient nepřetěžuje a udržuje stálou tělesnou aktivitu, má bolest slábnoucí tendence (Rokyta, 2009a).

Téměř 75 % lidí bude někdy trpět bolestmi bederní páteře. Mohou vzniknout při zvedání těžkých předmětů, dlouhodobém řízení automobilu nebo chronickém kašli (kouření). Bolesti bederní páteře mohou vystřelovat až do hýždí, perianální oblasti a nohou. Lze rozlišit dva typy těchto bolestí. Bolest vznikla z důvodu poranění svalů a šlach. Pacienti ji pociťují většinou v místě vzniku a bolest dále nikam nevystřeluje. Nebo může jít o kořenovou bolest (syndrom) (Vše o léčbě bolesti, 2006), která je způsobena primárními a sekundárními nádory páteře, míchy, poraněním páteře, zánětlivými pochody páteře a osteoporózou (Rokyta, 2006b). Většinou jde o pálivou bolest, která vyzařuje do oblasti hýždí, zad a nohou. Léčba kořenové bolesti je velmi náročná, protože typ bolesti se často neshoduje s jejím zdrojem. Sestra by měla hledat možné organické příčiny, které mohou způsobovat bolesti bederní páteře. Mezi

vyšetření, která se provádí při diagnostikování bolestivosti bederní páteře a která mohou objevit abnormality a patologické jevy, patří zejména MRI a CT. V některých případech se mohou provádět i laboratorní vyšetření (vyšetření krve a moči), která slouží především k vyloučení zánětů a rakoviny. Léčba se provádí především terapií perorálními a injekčními analgetiky, fyzioterapií a chirurgickými zákroky (dekomprese nervového kořene, spinální fúze) (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Failed back surgery syndrom jsou přetrvávající bolesti zad a končetin vznikající většinou po operaci v oblasti bederní páteře. Tento syndrom lze diagnostikovat na základě fyzikálních vyšetření (RTG, MRI, CT a EMG). Při léčbě syndromu se uplatňují klidový režim, antiflogistika, případně při zánětech antibiotika. Reoperace nejsou v tomto případě doporučovány (Rokyta, 2006b).

Dále mezi poměrně často léčená onemocnění v centrech pro léčbu bolesti patří bolesti hlavy, jimiž trpí přibližně 35 % dospělé populace. Samotné bolesti hlavy lze dělit z několika hledisek. Nejčastěji se dělí podle příčiny na primární a sekundární. Primární bolesti hlavy, kam patří tenzní bolesti hlavy, migrény a cluster headache, vznikají bez podílu jiných onemocnění. Zatímco sekundární bolesti hlavy vznikají jako doprovodný příznak jiného základního onemocnění a patří sem posttraumatické bolesti hlavy, orofaciální bolesti, bolesti čelistního kloubu, neuralgie trigeminu (Rokyta, 2009a). Bolesti hlavy lze dělit také na civilizační bolesti hlavy (cluster headache, migréna), sekundární bolesti hlavy (často se vyskytují u dětí, bolesti hlavy spojené s různými onemocněními) a bolesti hlavy vyskytující se při vážném onemocnění (mozkové nádory, krvácení do mozku aj.) (Janáčková, 2007).

Nejčastěji se u dnešní populace vyskytují tenzní bolesti hlavy. Bolest trvá od třiceti minut až do sedmi dní. Bolest má tupý, tlakový až stahující charakter. Její intenzita může být mírná až střední nebo pacienta bolí celá hlava. Dalším příkladem bolesti hlavy jsou migrény, které jsou zároveň nejznámějším onemocněním hlavy. Zajímavé je, že jimi trpí spíše ženy než muži. Vyznačuje se nespecifickými počátečními příznaky (únava, nesoustředěnost, přecitlivělost na běžné podněty, ztuhnutí svalů), které přetrvávají několik hodin. Migrény se rozlišují podle přítomnosti tzv. předzvěsti migrény – aury. Aura se nejčastěji projevuje ve formě zrakové. Bolest je pulsující, její intenzita je střední až vysoká a pacienta bolí jen polovina hlavy. Navíc se bolest zhoršuje při obtížných aktivitách (např. při chůzi do schodů). Také je často doprovázena

nevolností, zvracením a světloplachostí. Dalším typem migrény je transformovaná migréna (chronická). Jde o méně intenzivnější bolesti hlavy, které se ale opakují častěji, s mírnějšími nevolnostmi a zvracením. Za vznikem transformované migrény často stojí nadměrné užívání analgetik. Mezi příznaky této bolesti hlavy patří denní bolesti hlavy, bolest je tupá, tlaková až stahující. (Rokyta, 2009a).

Jak již bylo řečeno výše, sekundární bolesti hlavy jsou většinou průvodním příznakem jiného onemocnění a mohou se projevovat jako náhlé poruchy vědomí, meningeální syndrom, poruchy citlivosti až ochrnutí, poruchy zraku a řeči. V případě výskytu těchto příznaků by měl být neprodleně vyhledán lékař a pacient by měl podstoupit řadu vyšetření (např. RTG, CT, EEG, MRI, vyšetření mozkomíšního moku, ORL, oční a interní vyšetření). Typickým zástupcem sekundárních bolestí hlavy jsou posttraumatické bolesti hlavy, které vznikají většinou po poranění hlavy. Pacienti při nich často trpí světloplachostí, zvracením a často stěžují si na bolest celé hlavy. Dále orofaciální bolesti, jejichž původcem jsou nejčastěji zubní obtíže (např. neošetřený zubní kaz, zánět zubní dřeně, záněty ozubice). Dále neuralgie trigeminu, jež se projevuje jako záchvatovitá bolest a je lokalizována v oblasti nervu trigeminu (Rokyta, 2009a).

Fibromyalgický syndrom je popisován jako citlivé body nebo bolestivé svaly, které se nacházejí na několika oblastech na těle. Typickým znakem je, že postihuje více ženy než muže, speciálně ve věku okolo 40 let. Příznaky onemocnění se podobají psychickým obtížím, proto lze tento syndrom snadno zaměnit. Příčina fibromyalgického syndromu stále nebyla úplně objasněna. Syndrom je pro pacienta bolavý, vyčerpávající a obtěžující. Ke zmírnění bolesti nedojde ani při aktivitě. Ztuhlost svalů je častá a zmírňuje ji pouze trochu chůze. Někteří pacienti mohou pociťovat i křeče a spasmus. Pacient může bolest udávat na různých místech, ale nejčastěji jde o bolest v týlu, zádech, ramenou, hrudní stěně, loktech, kyčlích a kolenou. Syndrom je závislý na čase a jeho bolestivost se projevuje nejvíce ve večerních hodinách. Léčbu syndromu provádí ve většině případů revmatologové (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Myofasciální bolestivý syndrom je bolest, která je lokalizovatelná v určitých místech (svaly krku, ramenní pletenec, bederní páteř). Syndrom může vzniknout následkem akutního nebo chronického namožení svalu nebo může být spojen s jinými onemocněními (artritida). Bolest je u syndromu lokalizovatelná nad spouštěcími body

(svaly). Může být hluboká, tupá až pálivá. Léčba syndromu spočívá především v odstranění spouštěcích mechanismů, které se diagnostikují pomocí manuální palpace. Jinak se pacientovi podávají analgetika a nesteroidní antirevmatika (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Revmatoidní artritida může postihovat malé i velké klouby. Každopádně se častěji vyskytuje u žen. Bolest se u artritidy projevuje spíše ráno (období klidu) a je charakterizována jako pálivá. Typické je střídání období zánětu a bolestivosti s obdobím klidu. Revmatoidní artritidu lze diagnostikovat pomocí krevních testů. Léčba spočívá v mírné aktivitě pacienta a fyzikální terapii. Z medikamentů se předepisují především analgetika, kortikosteroidy a další léky.

Osteoartritida je degenerativní onemocnění kloubů, které je jednou z nejčastějších forem artritidy. Jedná se o rozpad chrupavky v nosných (kolena) a prstních kloubech (Vše o léčbě bolesti, 2006). Onemocnění ale nepostihuje pouze chrupavku, ale celý kloub (Rokyta, 2006a). Na rozvoji tohoto onemocnění mají vliv genetické faktory, úrazy a prodělané operace. Bolesti jsou hluboké, spojené se ztuhlostí a omezením pohybu v postižených kloubech (Vše o léčbě bolesti, 2006). Bolestivost se zhoršuje v průběhu dne a při aktivitě. Klidové bolesti jsou příznakem již pokročilé osteoartritidy (Rokyta, 2006b). Léčbu zahrnují jednak farmaka (nesteroidní antirevmatika, analgetika) a jednak fyzikální léčba (teplo, chlad) a cvičení. Poslední z možností léčby je totální endoprotéza kloubu (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Fantomová bolest končetiny je druh bolesti, který bývá přítomen po amputacích. Bolest může po čase vymizet. Obvykle pacienti fantomovu bolest popisují jako drtivou, trhavou, pálivou, křečovitou a vystřelující. Léčba bolesti není jednoduchá, sestra by měla pacientovi pomoci adaptovat se. Terapie začíná již před operací, kdy jsou pacientům podávány epidurálně opioidy v kombinaci s lokálními anestetiky. Po operaci se kromě analgetické léčby podávají také myorelaxancia nebo vazodilatancia v kombinaci s biofeedbackem. Využití při zmírňování fantomové bolesti má i TENS (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Dalším typem bolesti, který se léčí v centrech pro léčbu bolesti, jsou bolesti spojené s pásovým oparem. Pásový opar vzniká v důsledku aktivace spících virů varicely. Viry v lidském těle zůstávají po prodělaných planých neštovicích (Klener, 2006), kde posléze infikují především nervy. Léze oparu se vytvoří na kůži podél

postižených nervů. Problémy s varicelou vznikají většinou vlivem poruch imunity, ale mohou vzniknout i u jinak zdravých lidí. Mechanismus vzniku onemocnění i jeho bolestivých stavů není znám. Bolestivost bývá silná, hluboká, ostrá a bodavá. Mohou ji doprovázet i bolesti hlavy, malátnost, nauzea a subfebrilie. Bolesti přetrvávají po zhojení lézí mnohdy i týdny či měsíce. Pokud je bolestivost v počátečních stádiích onemocnění vysoká, zvyšuje se tím riziko vzniku postherpetické neuralgie. Léčba pásového oparu spočívá v podávání vysokých dávek opiátových analgetik, antivirotik a pokud to léčba vyžaduje, přechází se na nervové blokády (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Jak již bylo řečeno výše, postherpetická neuralgie vzniká na podkladu pásového oparu. Rozvine se asi u 10 - 15 % lidí, kteří oparem onemocněli, nejčastěji však u seniorů. Bolest je stálá, hluboká, pálivá, někteří pacienti ji mohou pociťovat, jako elektrické šoky nebo ostré bodnutí. Pokožka je velmi citlivá jen na lehký dotek. Bolest pacient lokalizuje v místech lézí, ale někdy se může rozšířit i do jiných míst. Neuralgie se v tomto případě léčí antidepresivy (především amitriptylinem). Někteřím pacientům postačí jen zmírňovat bolest pomocí gelů (Lidoderm gel), mastí a náplastí, které se aplikují na nervová zakončení. Co se opiátů týče, podávají se v malých dávkách. Chirurgická léčba se v tomto případě příliš nepoužívá (resekce a ablace nervů), protože nebylo prokázáno, že by byla účinnější než farmakologická léčba (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Reflexní sympatická dystrofie je chronické onemocnění nervů, kdy jsou její patologické změny viditelné na kůži a kostech. Příčiny onemocnění nejsou ještě zcela známy. Mohou souviset s různými traumaty končetin (Vše o léčbě bolesti, 2006). Jde o zevní poranění (poranění kostry, měkkých tkání, nervů, operace, popáleniny, přetížení svalů a vazů) a vnitřní poranění (záněty, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a různé intoxikace) (Rokyta, 2006a). Bolesti jsou při reflexní sympatické dystrofii velmi silné, pálivé, bušivé, vystřelující a pacienti je vnímají jako velmi blízko poraněné části (Vše o léčbě bolesti, 2006). Onemocnění můžeme diagnostikovat pomocí scintigrafie, MRI a denzitometrie (Rokyta, 2006b). Dystrofie se léčí pomocí analgetik, antidepresiv, myorelaxancií, lokálních anestetik a TENS (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Lymskou boreliózu způsobuje bakterie druhu *borrelia burgdorferi* přenesená na člověka nejčastěji klíšťaty. Většina případů boreliózy probíhá asymptomaticky (> 90 %). Onemocnění probíhá ve třech stádiích. Pro první stadium je charakteristický

výskyt červené skvrny, která se objeví v místě přisátí klíštěte. Ve druhém stádiu dochází k rozsevu *borrelie* krevní cestou a příznaky jsou závislé na druhu orgánu, který je infekcí postižen (postižení nosných kloubů – kolena). Pro třetí stadium jsou typické atrofické změny a probíhajícím zánětlivě-degenerativním onemocněním především na velkých kloubech a kůži. Léčí se především antibiotiky, ale nemoc může zanechat trvalé následky (bolest) (Klener, 2006).

Je tedy zřejmé, že mohou do center pro léčbu bolesti docházet pacienti s různými onemocněními. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou často bolestí paralyzováni, je na místě, aby jim bylo v těchto centrech poskytnuto od zdravotnického personálu patřičné zázemí a pochopení, přátelský přístup a notná dávka empatie. A právě sestry by měly plnit tyto funkce, a zprostředkovat tak pacientovi co nejlepší podmínky pro léčbu.

Příloha 5: Rozhovor s podkladovými otázkami určený sestřám pracujícím v centrech (ambulancích) pro léčbu bolesti

➤ **IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY:**

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte vzdělání a specializaci?
3. Jak dlouho pracujete v centru pro léčbu bolesti a na jakém postu?

➤ **OBECNÉ OTÁZKY O DANÉM CENTRU PRO LÉČBU BOLESTI (AMBULANCI BOLESTI):**

4. Kdy vzniklo toto centrum pro léčbu bolesti? Z jakého důvodu vzniklo?
5. Je toto centrum přidružené pod nemocnici nebo jde o samostatné centrum?
6. Je zde k dispozici i lůžková péče? Pokud ano, jaká je kapacita lůžkové části?
7. Je součástí centra pro léčbu bolesti i výzkumná činnost? Pokud ano, jaká? Pokud ne, proč?
8. Probíhá v tomto centru i výuková činnost? Pokud ano, jaká? Pokud ne, proč?
9. Jsou na Vašem pracovišti školeni i jiní pracovníci (např. sestry z ostatních pracovišť)?
10. Jaké odbornosti jsou lékaři z multidisciplinárního týmu pečující o pacienty?
11. Kteří další pracovníci se podílejí na ošetřování pacientů s bolestí? Co konkrétně dělají?

➤ **NÁPLŇ CENTRA PRO LÉČBU BOLESTI (AMBULANCE BOLESTI):**

12. Kolik přibližně pacientů k Vám dochází na léčení bolesti?
13. Jsou pacienti posíláni do centra spíše na základě doporučení lékaře-specialisty (např. z nemocnice) nebo obvodního lékaře?
14. V jakém časovém rozpětí k Vám pacienti dochází na léčení (každý týden, čtrnáct dní apod.)?
15. V případě, že má centrum i lůžkovou část, jaké onemocnění je nejčastějším důvodem pro hospitalizaci? Jak dlouho jsou u Vás pacienti obvykle hospitalizováni?

16. S jakým druhem bolestí se při léčbě nejčastěji setkáváte (např. akutní, chronická)?
17. Mohou do Vašeho centra přijít pacienti i mimo objednané termíny (např. v případech, kdy se u nich náhle rozvine bolest nebo se musí vždycky předem domluvit)?
18. Z výzkumů vyplývá, že ženy pociťují bolest více než muži? Převažuje proto mezi Vašimi pacienty nějaké pohlaví? Jak je to ve Vašem centru?
19. Existuje několik metod měření bolesti. Používáte nějakou z běžně používaných, anebo máte nějaký svůj speciální měřicí systém?
20. Jak zapisujete intenzitu bolesti do pacientovy dokumentace? Jaké všechny údaje jsou do ní zapisovány?

➤ **MOŽNOSTI A METODY LÉČBY BOLESTI:**

21. Bolest je často léčena zejména farmakologicky. Proto jaké druhy či kombinace léků jsou u Vás předepisovány pacientům?
22. Z literatury vyplývá, že jsou nejhodněji používána analgetika. Dalo by se říci, že jsou i ve Vašem centru nejčastěji ordinována nebo jak je to u Vás?
23. Existuje více typů analgetik – opioidní, neopoidní a adjuvantní. Preferují lékaři na Vašem pracovišti nějaká z nich?
24. Myslíte si, že jsou některé léky účinnější nebo je pacienti lépe přijímají/snášejí?
25. Co si myslíte o léčení bolesti opioidy? Setkal/a jste se někdy s vedlejšími účinky při požívání opioidů v léčbě bolesti? Pokud ano, s jakými?
26. Máte pocit, že pacienti léčení opioidy mohou být časem na opioidových medikamentech závislí? Setkal/a jste se s případem, kdy se pacientova léčba zvrhla v závislost? Jak je to u vás?
27. Jakou formu mají podávané medikamenty (např. náplasti, injekce, tablety)? Která z nich je u Vás nejpoužívanější?
28. Jakým způsobem (injekce) jsou medikamenty proti bolesti podávány? Který z nich je u Vás nejpoužívanější?

29. Využíváte i jiné možnosti léčby při léčbě bolesti – např. chirurgické zákroky? Pokud ano, jak často k nim přistupujete a ve kterých případech?
30. Používáte i jiné metody při léčbě bolesti (např. psychologické zvládání bolesti)? Pokud ano, jaké? Pokud ne, proč? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?
31. Myslíte si, že jsou metody psychologického zvládání bolesti důležité pro lepší snášenlivost a zotavování pacienta? Jaký je Váš názor?
32. V poslední době jsou pacienti nebo jejich rodinní příslušníci/přátelé také často nakloněni alternativnímu zvládání bolesti v kontrastu s medicínskými odbornými kruhy. Jaký je Váš názor na tyto možnosti léčby? Jak se na tuto problematiku nahlíží ve Vašem centru? Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientů?
33. Můžete nějakým způsobem dle Vás zhodnotit úspěšnost jednotlivých metod léčby bolesti (např. farmakologické, psychologické apod.)?

➤ **NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ LÉČENÁ V CENTRECH PRO LÉČBU BOLESTI (AMBULANCÍCH BOLESTI), REŽIMOVÁ OPATŘENÍ, POCITY PACIENTŮ:**

34. Jaké nejčastější onemocnění/problémy spojené s bolestí jsou léčeny ve Vašem centru pro léčbu bolesti?
35. Dá se říci, že převažují pacienti s onkologickými anebo pacienti s nekonkologickými onemocněními? Jak je to u vás?
36. V případě onkologicky nemocných pacientů existují nějaká onemocnění vyskytující se s vyšší hojností ve Vašem centru? Pokud ano, jaká a z jakého důvodu je podle Vás dané onemocnění častější?
37. Naopak jaká převažují onemocnění v případě nekonkologicky nemocných pacientů?
38. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření související s bolestí? Jaká to jsou opatření?
39. Řídí se pacienti doporučenými režimovými opatřeními?
40. Lze vymezit typ pacienta, který dodržuje režimová opatření více? Pokud ano/ne, proč si myslíte, že tak činí?

41. Jak pacienti zvládají psychicky obecně léčbu bolesti? Co je nejčastějším příznakem bolesti po psychické stránce?
42. Myslíte si, že jste pacientům s bolestí při léčbě oporou? Co konkrétné činíte pro to, aby to tak bylo?

➤ **NÁZORY A POCITY SESTRY NA PRÁCI V CENTRU PRO LÉČBU BOLESTI (AMBULANCI BOLESTI):**

43. Přál/a jste si pracovat v této instituci nebo to byla jedna z možností nabídky práce? Pokud jste si mohl/a vybrat, proč jste si zvolil/a práci v centru pro léčbu bolesti?
44. Je nutné doplňovat si vzdělání a kvalifikaci pro práci sestry (např. různá školení apod.) v této instituci? Pokud ano, doplňujete si jej a jakým způsobem?
45. Jste spokojen/á se svou prací? Pokud ano, jak konkrétně. Pokud ne, proč?
46. Jaká je podle vás úloha sestry při léčbě bolesti v těchto centrech?
47. Myslíte si, že jsou nějaké činnosti opomíjeny při výkonu povolání sestry – např. v důsledku nedostatku časových a personálních prostředků?
48. Myslíte si, že je náročná práce sestry v této instituci v kontrastu s ostatními medicínskými obory? Pokud ano, proč?
49. Naplňuje Vás pomáhat pacientům s bolestí?
50. Jaké by podle vás měla mít sestra vlastnosti při výkonu povolání v těchto institucích?
51. Jak vnímáte pacienty, kteří navštěvují Vaše centrum?
52. Zaznamenáváte posun k pacientově optimističtějšímu náhledu na svět v průběhu léčby bolesti?
53. Je pro Vás první dojem ze setkání s pacientem rozhodující pro následná jednání s ním? Nemyslíte si, že někteří z nich mají z onemocnění „koníček“ a dali by se brát v přeneseném slova smyslu jako hypochondři?
54. Myslíte si, že s rozvojem center pacienti přistupují k léčbě bolesti zodpovědněji než v předchozích letech?

55. Nestává se Vám, že byste si pohnuté osudy některých pacientů spojených s jejich onemocněními nosil/a i za brány centra pro léčbu bolesti, např. domů? Nebo se dokážete absolutně oprostít od pracovních povinností?
56. Ovlivňují konkrétní onemocnění/problémy pacientů, o které pečujete, Váš náhled na svět?
57. Pociťoval/a jste někdy na sobě příznaky syndromu vyhoření?
58. Myslíte si, že jsou centra pro léčbu bolesti správně využívána? Co by se podle Vás mělo změnit? Co byste zlepšil/a?
59. Jak nahlížíte na pokroky při léčbě bolesti v dnešní době? Máte pocit, že je splněna hlavní funkce těchto institucí ulevit pacientům a pomoci zlepšit jejich kvalita života? Anebo existují ještě nějaké limity, které nejsou překonány – např. z pohledu farmaceutických firem (farmaceutické lobby).
60. Mělo by se podle Vás výrazně zvýšit množství zařízení tohoto typu a/nebo by měla být navýšena kapacita stávajících zařízení?

Příloha 6: Identifikační údaje respondentek

Identifikace	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Věk	54 let	58 let	52 let	33 let	50 let	46 let
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ
Specializace	porodní asistentka	ARIP	ARIP	studuje - LF UK v HK	ARIP	ARIP
Nemocnice	Pardubice	Ústí n. O.	Pardubice	Vysoké Mýto	Pardubice	Pardubice
Doba zaměstnání sestry v centru	10 let	4 roky	15 let	4 roky	12 let	7 let
Práce sestry v centru - dny/týden	1	1	2	4	1	1
Centrum otevřeno - dny/týden	5	1	5	4	5	5
Oddělení nemocnice sestry - ostatní dny	ARO - sestra	ARO - sestra	ARO - anesteziolog. sestra	x	ARO - anesteziolog. sestra	ARO - anesteziolog. sestra

Příloha 7: Obecné otázky o daném centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti)

Obecné otázky o centru	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Doba fungování centra	12 let	10 let	15 let	10 let	15 let	15 let
Důvod vzniku centra	zkvalitnění péče	rozvoj léčby bolesti	na popud onkologů	rozšíření péče v nemocnici	rozvoj léčby bolesti	rozšíření péče v nemocnici
Samostatné x přidružené pod nemocnici	přidružené	přidružené	přidružené	přidružené	přidružené	přidružené
Lůžková péče v centru	ano, ale na jiných odděleních nemocnice	NE	NE	NE	NE	NE
Výzkumná činnost v centru	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
Výuková činnost v centru	ANO - posluchače VŠ studia	ANO - ostatní zdravotnický personál v nemocnici	ANO - posluchače VŠ studia	NE	ANO - posluchače VŠ studia	ANO - posluchače VŠ studia
Školení jiných pracovníků v centru	NE	NE	NE	NE	NE	NE
Odbornost lékařů v centru	dostupnost v rámci nemocnice	omezená dostupnost v rámci nemocnice	dostupnost v rámci nemocnice	bez multidiscipl. týmu	dostupnost v rámci nemocnice	dostupnost v rámci nemocnice
Ostatní ošetřující v centru	pouze doporučení	NE	v případě potřeby rehabilitace	NE	doporučení na domácí péči	NE

Příloha 8: Náplň centra pro léčbu bolesti (ambulace bolesti)

Náplň centra	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Počet pacientů	> 500/rok	200/rok	1500/rok	≈ 80-90/měsíc	110/měsíc	≈ 600/rok
Doporučení k ošetření v centru od	lékaře-spec. i obvod. lékaře	lékaře-spec. i obvod. lékaře	lékaře-spec. i obvod. lékaře	lékaře-spec. i obvod. lékaře	lékaře-spec. i obvod. lékaře	lékaře-spec. i obvod. lékaře
Frekvence návštěv pacientů	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby
Důvod hospitalizace	není lůžková část	není lůžková část	není lůžková část	není lůžková část	není lůžková část	není lůžková část
Nejčastější druh bolesti u pacientů	chronická, neuropat., pouřazová	chronická	chronická	chronická, neuropatická, pouřazová	chronická, neuropat., viscerální, somatická	chronická, neuropat., myofasc., postherpetická
Nutnost objednání předem	NE - v případě akutních případů	NE - ale nutná dohoda předem	ANO - lepší dohoda předem	NE - lepší dohoda předem	NE - lepší dohoda předem	NE - lepší dohoda předem
Převaha pacientů centra dle pohlaví	ANO - ženy	spíše ANO - ženy	NE	ANO - ženy	NE	NE
Používaná metoda pro měření bolesti	VAS	VAS	VAS	VAS	VAS	VAS
Zápis bolesti do dokumentace	VAS, typ, doba trvání, čas. faktor	charakter, intenzita, čas. faktor	VAS	VAS, charakter, čas. faktor	VAS, intenzita	typ, místo, intenzita, čas. faktor

Příloha 9: Metody a možnosti léčby bolesti I

Možnosti a metody léčby v centru I	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Druh předepsovaných léků	analgetika, epidurál, kaudál	analgetika, kaudál	analgetika, antidepresiva	analgetika, epileptika, antidepresiva	analgetika, opioidy, antidepresiva	analgetika, neuroleptika, antidepresiva
Analgetika – nejpoužívanější léky při bolesti	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Snášenlivost léků pacienty	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta
Vedlejší účinky při léčbě opioidy	ANO - spavost, nauzea	ANO - nauzea, halucinace	ANO	ANO - zácpa, vyrážky z náplastí	ANO - zácpa	ANO - zácpa, slabost, nauzea, malátnost
Výskyt závislosti na opioidech u pacientů	ANO - závisí na okolnostech	ANO - závisí na okolnostech	ANO	ANO	ANO	ANO
Forma podávané medikace	náplasti, infuze	náplasti, tablety	tablety, náplasti	náplasti, infuze, obstríky, tablety	náplasti, tablety	náplasti, tablety, masti, gely, injekce, kapsle

Příloha 10: Metody a možnosti léčby bolesti II

Možnosti a metody léčby v centru II	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Způsob podávání injekcí	injekce výjimečně - i. v., i. m.	injekce výjimečně – i. v.	i. v., i. m.	i. v.	injekce výjimečně - i. v., i. m.	i. v., s. c.
Chirurgické možnosti léčby	ANO - kaudál, epidurál, obstříky	ANO - kaudál, epidurál	ANO - kaudál, epidurál	ANO - kaudál, obstříky, popliteál. bloky	NE	ANO - epidurál
Psychologické možnosti léčby	ANO - psycholog	ANO - psycholog	ANO - psycholog	NE - nedostatek času	ANO - psycholog	ANO - psycholog
Význam psych. možnosti léčby dle sester	ANO - značný	ANO - značný	ANO - značný	ANO - značný	ANO - značný	ANO - značný
Alternativní možnosti léčby	v minulosti ANO - akupunktura	NE - nejsou prostředky a možnosti	v minulosti ANO - akupunktura	v minulosti ANO - akupunktura	NE - pouze je doporučujeme	v minulosti ANO - akupunktura
Zhodnocení úspěšnosti léčby dle sester	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	nutná kombinace metod	dle individuality pacienta	nutná kombinace metod	dle individuality pacienta

Příloha 11: Nejčastější onemocnění léčená v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti), režimová opatření, pocity pacientů

Nejčastější onemocnění, režim.opatření, pocity pacientů	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Nejčastější onemocnění léčená v centrech	bolesti zad, boreliózy, pás. opary, poúraz. stavy	bolesti zad a hlavy, onkolog. onem., pás. opary, amputace	bolesti zad, onkolog. onem., pooperační bolest	poúrazové stavy	bolesti zad a kloubů, onkolog. onem.	bolesti zad a kloubů, onkolog. onem.
Převaha onkolog. x neonkolog. pacientů	neonkologických	neonkologických	neonkologických	neonkologických	neonkologických	neonkologických
Onkolog. pacienti - nejčastější onemocnění	nelze blíže specifikovat	karcinomy pankreatu	karcinomy prostaty	nelze blíže specifikovat	nelze blíže specifikovat	nelze blíže specifikovat
Neonkolog. pac. - nejčastější onemocnění	bolesti zad	bolesti zad a hlavy, pás. opary, fan. bolest	bolesti zad	bolesti zad	bolesti zad a kloubů	bolesti zad, bolesti pohyb. ústrojí
Doporučení režimových opatření	ANO - úprava stylu, stravy, pohyb, lázně	ANO - klid	ANO - klid, úprava stylu	ANO - pohyb	ANO - dle onemocnění	ANO - úprava stylu, klid, pohyb
Řídí se pacienti režimovými opatřeními	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	NE	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta
Typ pacienta dodržující režimová opatření	ANO - pacienti s většími bolestmi	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta
Psychické zvládnání bolesti pacienty	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	strach, úzkost, deprese	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta
Je daná sestra pacientům při léčbě oporou?	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Příloha 12: Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti) I

Názory a pocity sestry na práci v centru I	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Názor na práci v centru	zajímavá práce	zajímavá práce	důležitá práce	nebyla jiná možnost	jedna z možností nabídky práce	zajímavá práce
Sebe-vzdělávání	částečně - Dny bolesti	částečně - Dny bolesti	částečně - Dny bolesti	ANO	ANO	ANO
Spokojenost s prací v centru	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Úloha sestry v centru	opora pro pacienty	opora pro pacienty	opora pro pacienty	opora pro pacienty	stejně jako v jiných ambulancích	opora pro pacienty
Opomíjené činnosti	kvůli nedostatku času	NE	NE	kvůli nedostatku času	kvůli nedostatku času	kvůli nedostatku času
Náročnější práce sestry v centru než na ostat. odd.?	NE	NE	ANO - po psychické stránce	NE	NE	NE
Pocit naplnění z práce v centru	ANO	ANO	ANO	ANO, ale ne simulujícím pacientům	ANO	ANO
Vlastnosti sester v centrech	trpělivost	vyrovnaná, komunikativní, dobře naladěná	trpělivost, empatie	komunikativní, veselá, bez předsudků	správný, psychologický přístup	empatická, hodná, veselá, komunikativní
Vnímání pacientů v centrech	dle individuality pacienta	dle individuality pacienta	nešťastní lidé	dle individuality pacienta	jako pacienty	jako pacienty

Příloha 13: Názory a pocity sestry na práci v centru pro léčbu bolesti (ambulanci bolesti) II

Názory a pocity sestry na práci v centru II	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Pacientův optimist.náhled na svět při léčbě	ANO	ANO	ANO - zhruba 1/3 pacientů	někdy ANO	ANO - zhruba 2/3 pacientů	ANO
Hodnocení pacienta dle prvního dojmu	NE	NE	spíše NE	NE	někdy ANO	NE
Zodpovědnější přístup pacientů s rozvojem center	ANO	ANO	ANO	NE	spíše NE	NE
Vliv osudů pacientů na práci sester v centru	výjimečně ANO (mladí onkol.pac.)	výjimečně ANO (mladí onkol.pac.)	výjimečně ANO	NE	výjimečně ANO	spíše NE
Vliv osudů pac. na pohled na svět	ANO	ANO	ANO	NE	NE	výjimečně ANO
Výskyt syndromu vyhoření u sester	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
Správné využívání center z pohledu sestry	ANO	neví	ANO	NE	NE	ANO
Je splněna hlavní funkce center z pohledu sestry	ANO	ANO	ANO	ANO - v budoucnu se ještělepší	ANO	ANO
Možnost navýšení počtu/rozšíření, vyšší inform.	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE

LÉČBA BOLESTI

PŘÍRUČKA nejen PRO PACIENTY

2013

Bc. Eliška Forštová

OBSAH

ÚVOD	4
1 CHARAKTERISTIKA BOLESTI	6
1.1 Co je bolest?.....	6
1.2 Mechanismus vzniku bolesti.....	6
2 ROZDĚLENÍ BOLESTI	7
2.1 Dělení bolesti dle charakteru	7
2.2 Dělení bolesti dle časového hlediska	8
2.3 Dělení bolesti dle postižení orgánů	8
2.4 Dělení bolesti dle průběhu	9
3 MĚŘENÍ BOLESTI	10
4 LÉČBA BOLESTI	12
4.1 Farmakologická léčba bolesti	12
4.1.1 Analgetika neopioidní	13
4.1.2 Analgetika opioidní	15
4.1.3 Analgetika adjuvantní	17
4.2 Chirurgická léčba	19
4.3 Rehabilitace	20
4.4 Neurostimulace	20
4.5 Biofeedback (biologická zpětná vazba)	21
4.6 Psychologické léčení bolesti	22
4.6.1 Kognitivně-behaviorální terapie	22
4.6.2 Relaxační techniky	22
4.6.3 Reflexologie	22
4.6.4 Sugescie	23
4.7 Alternativní léčba	23
4.7.1 Akupunktura	24

4.7.2	Aromaterapie	24
4.7.3	Muzikoterapie.....	24
4.7.4	Jóga.....	25
4.7.5	Cvičení.....	25
5	INSTITUCE LÉČBY BOLESTI.....	26
5.1	Centra pro léčbu bolesti.....	26
5.2	Oddělení léčby bolesti.....	28
5.3	Poradny pro léčbu bolesti	28
5.4	Ordinace pro léčbu bolesti	28
5.5	Hospic	29
6	DESET RAD PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ.....	29
7	SEZNAM PRACOVÍŠT ZABÝVAJÍCÍCH SE LÉČBOU BOLESTI V ČESKÉ REPUBLICE ABECEDNĚ PODLE KRAJŮ.....	32
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	38



Zdroj: <http://www.crossfitsouthbay.com/2013/01/stopping-pain-at-its-source-childhood/>

ÚVOD

Bolest provází člověka odnepaměti. Je většinou jedním z prvních příznaků řady onemocnění, které člověku signalizují, že něco v jeho organismu není v pořádku. Ztrpčuje život lidí, snižuje hodnotu jejich života a je spojena s utrpením jak po tělesné, tak po duševní stránce. Je zřejmé, že postoj k bolesti závisí na individualitě každého pacienta. Její intenzita, průběh a charakter jsou poměrně často podhodnocovány. Přestože ji nelze jednoznačně posoudit v globálním měřítku podle jednoho systému, neměla by být opomíjena její dostatečná léčba. Malé povědomí pacientů o léčbě bolesti, ale bohužel i některých zdravotnických pracovníků, dále ztráta sebedůvěry a kvality života pacientů, minimální využití nových poznatků v léčbě bolesti, ale i náročná práce z pozice zdravotnického personálu mohou být příčinami nedostatečné léčby bolesti.

Na druhé straně ale bolest pacientů má svým způsobem vliv i na život zdravotnického personálu zejména sester. Do jisté míry jsou sestry zprostředkovatelem mezi pacienty a lékaři. Proto by měly nejen naslouchat potřebám pacientů, vyhodnotit jejich sdělení a zaujmout správný postoj k jejich léčbě využitím správných prvků komunikace, procesu empatie a trpělivosti, ale mít i primární znalosti o bolesti, na jejichž podkladě by dokázaly lépe pochopit pacienty, a přenesly tak osvojené poznatky do praxe.

Ke zlepšení pochopení ošetrovatelského procesu o pacienty s bolestí, pochopení jejich obtíží, podrobných informací o bolesti samotné a její léčbě může být přínosem tato příručka, která sice primárně slouží zejména pacientům, lze ji ale jednoznačně doporučit i sestřím pro porozumění celkové problematice léčby bolesti. Součástí příručky jsou i různá kritéria dělení bolestivých stavů a nejčastější metody měření bolesti. Jak již bylo zmíněno výše, velká pozornost je věnována jednotlivým možnostem léčby bolesti (farmakologická, chirurgická a alternativní). Příručku také obsahuje deset obecných rad pro pacienty s chronickou bolestí, kterými by se měli tyto pacienti

řídít. Příručku uzavírá seznam institucí zabývajících se léčbou bolesti v České republice seřazených abecedně podle krajů, kde jsou uvedeny potřebné informace o každém pracovišti (zejména adresa, telefonní číslo, ordinační hodiny). V každé instituci bolesti Vás velmi rádi vyslechnou a poskytnou Vám obětavou pomoc.



Zdroj: http://www.propedeutika.cz/priz_pohyb.html

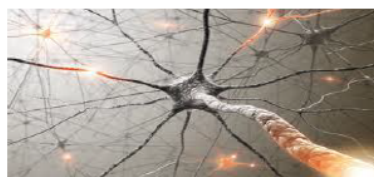
1 CHARAKTERISTIKA BOLESTI

1.1 Co je bolest?

Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain, IASP) definuje bolest jako: „nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně“. Výše uvedená definice tedy charakterizuje bolest jako problém nejen fyzický, ale i emocionální a psychický.

1.2 Mechanismus vzniku bolesti

Samotný mechanismus vnímání bolesti začíná bolestivým impulzem, jenž vychází z poškozené části organismu a který zároveň vede k podráždění nervů, které spojují centrální nervový systém se všemi ostatními částmi těla (periferní nervová vlákna). Následuje biochemická reakce, při níž dochází k uvolňování specifické látky (enzymu bradykininu), která způsobí silné rozšíření cév (vasodilataci) a stimulaci receptorů bolesti – tzv. nociceptorů, jež jsou uloženy především v kůži, dále ve svalech, kloubech, míše, mozkovém kmeni, thalamu a mozkové kůře. Podněty bolesti jsou z periferních nervů dále vedeny do míchy a následně po přívodných (aferentních) nervech, které vedou podněty do mozku, do thalamu. Po té prostupují do mozkové kůry, kde jsou vyhodnoceny, a pomocí odvodných (eferentních) nervů, které vedou podněty z mozku, jsou informace vedeny zpět do postižené oblasti.



Zdroj: <http://chiropractorlongbeach-thejoint.com/afraid-of-steroid-injections-safe-back-pain-treatments-that-work/>

2 ROZDĚLENÍ BOLESTI

Bolest se může členit dle místa vzniku, resp. charakteru bolesti (somatická, viscerální, neurogenní, myofasciální, analgie a procedurální bolest), dle postižení orgánů (kolikovitá, ischemická, zánětlivá, úrazová, a klaudikační), dle časových faktorů (epizodní, průlomová a bolest na konci dávky) a dle průběhu bolesti (akutní, chronická a rekurentní).

2.1 Dělení bolesti dle charakteru

- **Somatická:** Jedná se o bolest, která většinou vychází z kůže (povrchové poranění), anebo z pohybového ústrojí (hluboká somatická bolest).
- **Viscerální:** Bolest vystupující z orgánů dutiny hrudní a břišní, ve většině případů bývá podmíněna patologickými jevy v dutinách.
- **Neurogenní:** Bolest, která vzniká při dráždění nervových vláken a nervových drah. Patří sem i tzv. fantomová bolest po amputacích. Principem je dráždění nervu v amputovaném pahýlu, který v mozkové kůře představuje amputovanou část.
- **Myofasciální:** Bolest, pro niž je charakteristické její vnímání v jiné části těla než místo jejího vzniku. Tato bolest je často diagnostikována u onemocnění svalů různých částí pohybového aparátu člověka (např. bolestivý syndrom pánve, bolestivý syndrom horních a dolních končetin atd.)
- **Analgie:** Jde o zranění, která sice za normálních okolností organismus pacienta pocítuje velmi intenzivně, nicméně za jistých podmínek (př. válečný konflikt, sportovní vrcholové výkony) je pacienti vnímají jako nebolestivý.

- **Procedurální:** Bolest, která je způsobená porušením nervů při operačních výkonech. Navíc může v místě operačního výkonu vzniknout pooperační zánět.

2.2 Dělení bolesti dle časového hlediska

- **Epizodní:** Vzniká při pohybu nebo aktivitě. Každopádně ji lze předpovídat, a tak její nástup užíváním analgetik oddálit. Dále se sem řadí průlomová bolest, která je nepředvídatelná a která vzniká při výskytu opětovných příznaků chronického onemocnění.
- **Průlomová:** Bolest je charakterizována rychlým nástupem (obvykle během 3-5 minut), ale krátkým trváním.
- **Bolest na konci dávky:** Jde o bolest, která se vyskytuje před podáním další dávky analgetik. Prevencí proti této bolesti by proto měly být zvýšené dávky léků, anebo snížení časového intervalu mezi jednotlivými podáváním léků.

2.3 Dělení bolesti dle postižení orgánů

- **Kolikovitá:** Bolest způsobená stahy hladké svaloviny (např. střev, žlučníku nebo močového traktu).
- **Ischemická:** Bolest, která je charakterizována nedostatečným prokrvením orgánu.
- **Zánětlivá:** Bolest způsobená zánětlivými pochody.
- **Úrazová:** Bolest způsobená úrazem a místo bolesti odpovídá místu vzniku úrazu.
- **Klaudikační:** Bolest způsobená námahou dolních končetin, která v klidovém stavu většinou mizí.

2.4 Dělení bolesti dle průběhu

- **Akutní:** Tato bolest se dostavuje většinou ihned po vyvolání bolestivého podnětu. Jde o krátkodobou, ale za to intenzivní bolest, která v konečném důsledku způsobuje nadměrnou zátěž organismu člověka. Lze ji charakterizovat jako velmi pálivou a ostrou, která vychází především z kůže, svalstva nebo kloubů. Akutní bolest také plní oznamovací funkci o fyziologických nesrovnalostech v lidském organismu.
- **Rekurentní:** Bolest nastává při přechodu mezi akutní a chronickou bolestí, jejíž intenzita se v čase mění, a je chápána spíše jako psychosomatická (vzájemné působení mezi psychikou a tělesnou stránkou organismu).
- **Chronická:** Jde o bolest, která přetrvává 3-6 měsíců a déle. Chronická bolest je také často diagnostikována u stavů, u kterých bolestivý stav přesahuje obvyklou dobu onemocnění (onkologická/neonkologická onemocnění).



Zdroj: <http://www.presentermedia.com/index.php?target=closeup&maincat=clipart&id=5228>

3 MĚŘENÍ BOLESTI

Před vlastní léčbou je ale důležité nejprve posoudit míru bolesti a její dopad na zdravotní stav pacienta. Tyto informace slouží nejen ke správné léčbě, odstranění bolestivých příznaků, ale i ke zkvalitnění života pacienta. Bolest by měla být hodnocena i z hlediska vlivu na pacienta po psychosociální, duchovní, kulturní a existenciální stránce.

Všechny druhy bolesti se dají změřit. Správné kroky měření bolesti ovlivňují efektivní a rychlou léčbu bolesti, a tím i spokojenost pacientů.

- **VAS (vizuální analogová škála):** Jde o nejčastěji používanou metodu měření bolesti. Je určena pro vyšetření a pozorování změn bolesti v čase. Sestra pacientovi předloží škálu (nejčastěji cca 10 cm dlouhý papírek) se stupnicí od jedné (nejnižší stupeň bolesti) do deseti (nesnesitelná bolest), přičemž si sám subjektivně určí, jak velkou bolest v daném čase pociťuje. Tato stupnice může být také doplněna dalšími údaji o hodnocení bolesti – např. informacemi o charakteru bolesti a její lokalizaci.

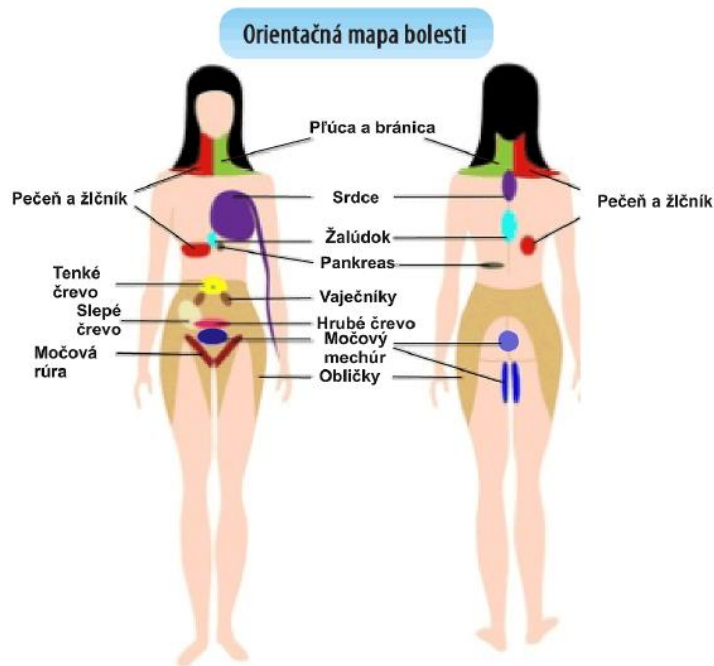


Zdroj: <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=8498>

- **Číselné hodnocení bolesti:** Funguje na podobném principu jako VAS metoda.

- **Verbální hodnocení bolesti:** Charakterizuje ji stupnice od nuly (bez bolesti) do pěti (nesnesitelná bolest) a pacient ještě charakterizuje slovy intenzitu své bolesti.

- **Srovnávací metoda (tourniquetové vyšetření):** Využívá manžety, které jsou obvykle používány při měření krevního tlaku, pro zjištění maximální tolerance bolesti (nejčastěji ischemické). Pacient v pravidelném rytmu svírá a rozevívá pěst, v níž máte nafouknutou gumovou manžetu. Opakovanými pohyby se stupňuje bolest v čase až do okamžiku, kdy pacient sám vyhodnotí, že je míra vzniklé bolesti stejná jako bolest, která ho postihla.
- **Mapa bolesti:** Jde o list papíru, na němž je znázorněna postava člověka zepředu i zezadu, na které pacient označí bolestivou oblast a její intenzitu vyjádří barevně.



Zdroj: <http://www.777888.eu/sk/vnutorne-organy/>

4 LÉČBA BOLESTI

4.1 Farmakologická léčba bolesti

V dnešní době se při léčbě bolesti přistupuje nejprve k farmakologické léčbě pomocí analgetik, přičemž ta existují ve vícero druzích: neopiátová, slabá opiátová, silná opiátová a adjuvantní analgetika.

Obecně lze říci, že hlavní zásadou léčby bolesti analgetiky je nejprve podávat slabá analgetika neopiátového typu, následně přejít k silným analgetikům neopiátového typu a teprve posléze použít slabé až silné opiáty dle potřeby

- **Analgetika neopioidní** se dále dělí na slabá, do kterých patří antipyretika (Acylpirin), paracetamol (Paralen), nesteroidní antirevmatika (Ibalgin), spazmoanalgetika (Algifen), a na silná, kam patří léky s podobným účinkem, jako mají opiáty (Tramal).
- Při léčbě bolesti jsou často ordinována **analgetika opioidní**, která se dále dělí na slabá a silná. Mezi analgetika opiátová slabá patří analgetika v kombinaci s kodeinem (Korylan) a dále opiátová silná, kde jsou hlavními zástupci Morfin a Dipidolor.
- Zvláštní skupinou léků tlumících bolest jsou **adjuvantní analgetika**, jejichž primárním účinkem není tlumení bolesti, ale za určitých okolností mohou od bolesti ulevovat. Jde o léky, které mají nezávislý analgetický účinek, zvyšují efekt dalších medikamentů a zmírňují příznaky související s bolestí (např. úzkost). Mnohdy jsou předepisovány u speciálních somatických, viscerálních a neuropatických příznaků bolesti. Patří sem antikonvulziva, kortikosteroidy, antidepressiva, blokátory kanálů specifických receptorů (NMDA receptory), antispamodika, svalová relaxancia, bifosfonáty, kalcitonin, lokální anestetika a kapsaicin.

4.1.1 Analgetika neopioidní

a) Antipyretika

- **Acylpirin**: Ordinuje se při mírných až středních bolestech různého původu. Nejčastěji jde o bolesti hlavy, kloubů, svalů, zubů a zad. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku, onemocnění jater a ledvin.
- **Anopyrin (400mg)**: Používá se při léčbě bolesti mírné až střední intenzity různého původu. Nejčastěji jsou to bolesti hlavy, kloubů, svalů, zubů, zad a při horečkách. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku, astma bronchiále a různých krvácivých stavech.
- **Godasal**: Ordinuje se při léčbě mírné až střední intenzity bolesti různého původu. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, vředové chorobě trávicího traktu, onemocnění jater a ledvin, astma bronchiále a krvácivých stavů.
- **Aspirin**: Používá se při léčbě bolestí hlavy, zubů, krku (chřipka), svalů, kloubů, zad a bolestí spojených s lehkou artritidou. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku.
- **Paralen**: Ordinuje se při bolestech zubů, hlavy, svalů, kloubů a většinou neznámé etiologie. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při těžké nedostatečnosti jater a ledvin a akutní hepatitidě.
- **Panadol**: Používá se při léčbě bolestí mírné až střední intenzity, bolestech hlavy, migrén, zubů, revmatické bolesti, bolestí zad, kloubů a svalů. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při těžké jaterní nedostatečnosti a akutní hepatitidě.

- **Zaldiar**: Ordinuje se při léčbě střední až silné bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, intoxikaci alkoholem a léky a při těžkém poškození jater.

b) Nesteroidní antirevmatika

- **Veral (gel)**: Používá se při léčbě projevů revmatismu, lokalizovaných projevech revmatických onemocnění, poúrazových a pooperačních otoků a zánětů. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Dolmina (gel)**: Ordinuje se při projevech revmatismu, zánětů šlach, vazů a kloubů. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Voltaren (gel)**: Ordinuje se na lokální léčbu poúrazových stavů pohybového ústrojí a na revmatická onemocnění. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a při astma bronchiále.

- **Dolgit (krém)**: Používá se při lokální léčbě akutních i chronických bolestivých a zánětlivých stavů pohybového ústrojí, povrchových zánětů žil a při poranění pohybového ústrojí. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku. Přípravek se nesmí nanášet na otevřené rány.

- **Ibalgin**: Ordinuje se při léčbě zánětů a degenerativních onemocnění kloubů, revmatismu a onemocnění páteře. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku, při poruchách hemokoagulace a srdečních onemocnění.

- **Diclofenak**: Léčí se jím zánětlivá a degenerativní onemocnění pohybového ústrojí, poúrazových a pooperačních stavů. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při bronchospasmu a astma bronchiále.

- **Algifen:** Používá se při bolestech hladké svaloviny (stahy trávicí soustavy např. žlučník a další). Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku, onemocnění jater a ledvin.
- **Novalgín:** Ordinuje se při silných akutních nebo chronických bolestech. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při astma bronchiále.



Zdroj: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/126340-leky-na-spani-a-proti-uzkostem-jsou-silne-navykove.html>

4.1.2 Analgetika opioidní

a) Slabé opioidní léky

- **Korylan:** Používá se při tlumení pooperačních nebo nádorových bolestí a bolesti zad. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při onemocnění jater a ledvin a při akutní hepatitidě.
- **Spasmopan:** Ordinuje se při léčbě bolesti hladkého svalstva (spazmy trávicí soustavy, žlučových a ledvinových). Nesmí se používat při onemocnění jater a ledvin.
- **Tramadol:** Používá se při léčbě střední až silné bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při intoxikaci alkoholem a léky.

- **Tramal:** Ordinuje se při léčbě středně silné až silné bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při intoxikaci alkoholem a léky.
- **Tralgit:** Používá se při léčbě akutní nebo chronické středně silné až silné bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při intoxikaci alkoholem a léky.

b) Silné opioidní léky

- **Fortral:** Ordinuje se při středně těžkých a těžkých bolestech, při mírnění bolesti v onkologii, ortopedii a revmatologii. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při hypertenzi.
- **Transtec (náplasti):** Ordinuje se při středně silných až silných bolestech, především u nádorových onemocnění a u bolestí, které nereagují na neopioidní analgetika. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.
- **Morphin (ampule):** Ordinuje se při léčbě silných akutních bolestí a při léčbě nádorové bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při plicních onemocněních.
- **Oxytocin:** Používá se při léčbě středně silné až velmi silné bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při plicních onemocněních (astma bronchiále), onemocněních jater a při špatných funkcích střev.
- **Dolsin:** Používá se při léčbě silných akutní bolesti a léčbě nádorové bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při různých křečových stavech, onemocněních jater a hyperthyreóze.
- **Durogesic (nápl.):** Slouží k tlumení chronických bolestí a úporných bolestí vyžadující dlouhodobé plynulé podávání ovoidních medikamentů. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Dipidolor:** Používá se při silných a velmi silných bolestech, které doprovází nádorová onemocnění. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při plicním onemocnění a u pacientů v komatu.

4.1.3 Analgetika adjuvantní

a) Antidepresiva

- **Wellbutrin:** Používá se při terapii depresivních onemocnění. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při bulimii a anorexii.

- **Efectin:** Ordinuje se při léčbě těžkých depresí a úzkostí. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Velaxin:** Ordinuje se při léčbě depresí a úzkosti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Nortrilen:** Používá se při depresích, projevech nedostatku zájmu a apatii. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při nedávném infarktu myokardu a jiných srdečních onemocnění.

b) Kortikosteroidy

- **Dexamed:** Ordinuje se při různých alergických reakcích, při status astmatici a různých kožních onemocnění. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při rozsáhlých infekcích.

- **Prednison:** Ordinuje se při revmatických onemocněních, alergických reakcích, hematologických, očních, trávicích, neurologických, respiračních a dalších onemocněních. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku a dalších onemocnění trávicího ústrojí, dále při akutním glaukomu a dekompenzovaném diabetu mellitu.

c) Neuroleptika (antipsychotika)

- **Tisercin:** Ordinuje se při akutních psychotických stavech a těžké úzkosti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku a dále při tuberkulóze a glaukomu.
- **Tiapridal (Tiapria):** Intenzivně se podává pacientům s neustupující bolestí. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.
- **Dogmatil:** Ordinuje se na depresi a na různé psychické potíže. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.
- **Sulpirol:** Používá se při léčbě schizofrenie a psychických potíží. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při intoxikaci léky, epilepsii, a při diagnóze Parkinsonovy choroby.



Zdroj: <http://www.ulekare.cz/clanek/systemovy-lupus-erythematosus-3-dil-2374>

d) Antiepileptika

- **Rivotril:** Používá se při léčbě epileptických záchvatů a panických poruchách. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při onemocnění jater, plic a při spánkové apnoe.
- **Neurontin:** Ordinuje se při léčbě epileptických záchvatů a léčba neuropatické bolesti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

- **Lyrica**: Ordinuje se při léčbě neuropatické bolesti, epilepsie a úzkosti. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku.

e) Antihistaminika

- **Prothazin**: Používá se při léčbě úzkosti, napětí, alergických reakcí, astmatu bronchiálně a poruchách spánku. Nesmí se používat při alergii na účinnou látku, dále při intoxikace léky.



Zdroj: <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704879704575236373207643604.html>

4.2 Chirurgicalká léčba

Mezi invazivní chirurgické úkony snižující dopad bolesti na život pacientů lze zařadit neurolytický blok celiakálního plexu, implantabilní port a programovanou implantabilní infuzní pumpu.

- **Neurolytický blok (neurolyza) celiakálního plexu** – nejčastěji jde o přerušení drah vedoucích bolest prostřednictvím aplikace injekce alkoholu do plexus coeliacus.

- Při léčbě bolesti se také často užívá aplikace **implantabilních portů**, jejichž principem je rychlý a snadný přístup do cévního řečiště či epidurálního a subarachnoideálního prostoru.

- **Implantabilní infuzní pumpy** se používají u pacientů, kterým nemohou být léky podávány zejména ústy. Technika spočívá v implantaci pumpy s řízeným uvolňováním na subarachnoideální katétr

4.3 Rehabilitace

Neopomenutelnou součástí léčby bolesti by měla být i rehabilitace. Jejím principem je napravení narušených fyziologických funkcí. K dosažení vytyčeného cíle je důležité využívat specifické léčebné metody složené z pohybové léčby, léčby prací a klasické rehabilitační formy. Příkladem rehabilitační léčby může být léčba teplem, chladem, vodoléčba, elektroléčba, trakce (oddálení obratlových těl, kloubních ploch), pohybová léčba (léčebná tělovýchova), manuální léčba (masáže, manipulace, mobilizace), sádrování a ortézy.

Součástí rehabilitační léčby je i **fyzioterapie**, která využívá přírodní prostředky při léčbě. Jde o různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic), podle nichž lze fyzioterapii dělit do několika skupin. Patří sem fototerapie, sonoterapie, magnetoterapie, vakuová léčba, pneumoterapie, radiační léčba, mechanoterapie aj.

4.4 Neurostimulace

Dalšími možnostmi léčby bolesti je využití neurostimulačních technik, jejichž principem je potlačování bolesti a uvolňování těla pacienta pomocí elektrických impulzů.

- **Transdermální nervová elektrostimulace (TENS)** – Principem je stimulace nervových zakončení v pokožce, kdy pacient pociťuje „bzučící“ vibrování. Tato technika zmírňuje prožívání bolesti, neboť mozek pacienta upírá pozornost k vibracím na pokožce. Je využívána především při revmatoidní artritidě, bolestech krku, zad, porodních bolestech a při bolestech spojených s metastázami.

- Na podobném principu, kdy sestra pacientovi přiloží na kůži elektrody, které stimulují periferní nervy, je i **metoda periferní nervové stimulace**

(PNS), účinek této metody spočívá v blokadě sodíkových kanálů, čímž je zabráněno potencionální akci.

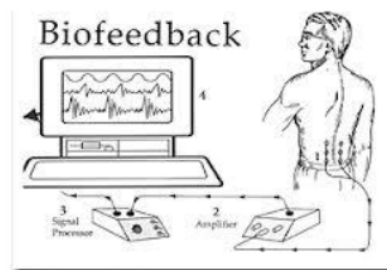
- Mezi neurostimulační techniky patří i **stimulace motorické kůry (MCS)**, která je využívána zejména při léčbě fantomové bolesti, neuropatické bolesti a bolestech zad.

- **Mišní stimulace (SCS)**, kterou je stimulována bederní mícha a která se využívá především u chronických bolestí zad a neuropatických bolestí.

- **Hluboká mozková stimulace (DBS)** se využívá při léčbě třesů zejména u Parkinsonovy choroby a roztroušené skleróze. Poslední dobou jsou prostřednictvím DBS léčeny i bolesti zad.

4.5 **Biofeedback (biologická zpětná vazba)**

Jde o terapeutický přístup zahrnující měření fyziologických funkcí (krevní tlak, tep, teplota, svalové napětí, pocení), které jsou následně vizuálně prezentovány (např. jako záblesky nebo záznamy z osciloskopu ve formě tónů nebo řady cvaknutí). Díky tomu je pacient schopen tyto fyziologické funkce do jisté míry ovlivňovat svou vůlí, a tím je i částečně ovládat.



Zdroj: http://www.behavmedfoundation.org/products/overview_biofeedback_psychophysiology.html

4.6 Psychologické léčení bolesti

Mezi nejčastější způsoby psychologického zvládnání bolesti patří hlavně kognitivně-behaviorální terapie, relaxační techniky, reflexologie, sugesce, autogenní trénink, hypnóza, meditace, imaginativní techniky a dynamická psychoterapie.

4.6.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změna pacientova myšlení a chování, čímž se usiluje o zvýšení jeho způsobilosti ke zvládnání zátěží s důrazem na zlepšení jeho psychického stavu, a tím i kvality života. Terapie je strukturována na základě dosahování dílčích cílů tempem určeným terapeutem (nejčastěji po malých krocích).

4.6.2 Relaxační techniky

Snižují psychosomatické napětí prostřednictvím uvolnění svalstva, které se často objevuje při bolestech v podobě svalových křečí. Uvolňování svalstva by mělo probíhat v klidném prostředí na pohodlném lehátku. Oblíbenými metodami při relaxační technice jsou především techniky dýchání, dále využívání lidské představivosti, poslech hudby a meditace.

4.6.3 Reflexologie

Při reflexologii se stlačují tlakové body na lidském těle, především v oblasti dlaní a chodidel. Bylo zjištěno, že se při aplikaci této metody na chodidlech nohou u pacientů s rakovinou prsu nebo plic zmírila jejich úzkost a strach

4.6.4 Sugescie

Jde o techniku, při které se terapeut pomocí daných strategií snaží u pacienta navodit pozitivní myšlenky, představy, pocity a postoje.



Zdroj: <http://www.luciespa.cz/>

4.7 Alternativní léčba

V poslední době nabírá na významu i alternativní léčení bolesti, na které se ale medicína dívá spíše skepticky. Rostoucí zájem o alternativní metody léčení bolesti vychází zejména z řad pacientů samotných či jejich rodinných příslušníků nebo známých, a to po vyčerpání možností při použití medicínských a psychologických metod mírnění bolesti. I přes negativní náhled zdravotnického personálu je třeba uvést charakteristiku základních technik alternativního léčení bolesti k dotvoření komplexního obrazu o léčbě bolesti. Mezi základní techniky alternativního léčení bolesti patří především akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem a jóga.

4.7.1 Akupunktura

Jednou z významných možností alternativní léčby je akupunktura, která pracuje s bioenergiemi. Techniky akupunktury využívají nejen známé vpichování jehel do těla, ale také tzv. moxování neboli využívání tepla vzniklého při pálení různých bylin. Cíl této metody spočívá v náhradě ztracené energie, čímž dochází k uzdravování lidského těla.

Obecně se uvádí, že akupunktura pomáhá např. u bolestí zad, artritidě, syndromu karpálního tunelu, bolesti zubů, bolesti hlavy, neuralgii trigeminu a periferní neuropatii.

4.7.2 Aromaterapie

Inhalace nebo aplikování různých vonných a esenciálních olejů vyráběných z rostlin (zejména stonky, listy, květy a semena), které mohou mít jak relaxační, tak stimulační účinky. Oleje jsou nejčastěji vyráběny z rostlin bazalky, eukalyptu, heřmánku, pelargónie, levandule, rozmarýnu a čajovníku.

4.7.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli terapie hudbou je léčba za pomoci rytmických zvuků. Rytmus napomáhá při relaxaci organismu, navozují pocity pohody a klidu a zlepšují komunikaci.

Součástí muzikoterapie je nejen poslech hudby, ale i tvorba hudby, zpěv, tanec a hudební cvičení.

Terapie by měla v sobě především zahrnovat jak relaxační techniky, tak i reflexologii a představivost.

4.7.4 Jóga

Jóga je jedna z nejstarších metod protahování lidského těla, která přispívá k udržení osobního zdraví. Její hlavní součástí je správné dýchání, pohyb, meditace a správný postoj.

Jóga se často cvičí při diabetu, onemocněních srdce, migrénách, vysokém krevním tlaku, onkologických onemocněních, bolestech zad, krku a revmatoidní artritidě.



Zdroj: <http://www.misajoga.cz/news/prvni/>

4.7.5 Cvičení

Při léčbě chronické bolesti byl prokázán pozitivní vliv pravidelného cvičení. Dochází při něm k vyplavování endorfinů, které účinně blokují pocity bolesti a zároveň navozují pocit relaxace. Cvičení také způsobuje úbytek hmotnosti, což vede k menší námaze pohybového aparátu.

Existuje **několik druhů cvičení**:

- Prvním je **aerobní cvičení**, které spočívá ve fyzické námaze po dlouhou dobu s cílem dosáhnout zvýšení účinnosti transportu kyslíku v organismu (např. běh, chůze, fotbal).

- Naopak **anaerobní cvičení** je oproti aerobnímu krátkodobé a je zaměřeno na zvyšování svalové hmoty (např. posilování).
- Posledním typem je **cvičení vyznačující se protahováním, koordinací a relaxací** (např. balet, jóga).



Zdroj: <http://zdrava-dieta.eu/nejlepsi-cviky-a-cviceni-na-hubnuti-bricha/>

5 INSTITUTE LÉČBY BOLESTI

Z důvodu nutnosti speciálního léčení bolesti byly vybudovány různé instituce, které se zabývají její léčbou. Všechny si ale kladou za cíl efektivně zmírňovat či úplně eliminovat dopady bolesti. Patří sem centra pro léčbu bolesti, oddělení léčby bolesti, poradny pro léčbu bolesti, ordinace pro léčbu bolesti a hospice.

Kompletní seznam pracovišť zabývajících se léčbou bolesti v České republice abecedně podle krajů včetně mapy je uveden dále.

5.1 Centra pro léčbu bolesti

Mezi instituce zabývající se léčbou bolesti patří centra pro léčbu bolesti, která se specializují na léčbu bolesti pacientů s nádorovými onemocněními. Charakteristické pro tato centra je nejen klinická, ale také

výzkumná a výuková činnost. Nejčastěji jde o samostatná oddělení fakultních nemocnic především ambulantního typu, nicméně se lze setkat i s lůžkovým centrem pro léčbu bolesti. Existují ale i samostatná centra pro léčbu bolesti nepřidružená pod velké nemocnice.

Na ošetřování by se měl podílet multidisciplinární tým složený nejen z lékařů a sester, ale i psychologů, rehabilitačních a sociálních pracovníků a navíc i dalších odborných pracovníků dle požadavků oddělení. Navíc lékaři v tomto zdravotnickém týmu by měli být nejméně třech různých specializací – zejména anesteziolog, psycholog a algeziolog.

Jde o instituce zajišťující celkovou algeziologickou péči. Léčba bolesti v centrech začíná algeziologickým vyšetřením, vyhodnocením pacientovy bolesti a návrhem účinné terapie. V řadě případů algeziolog pacientovi předepíše především analgetika dle druhu jeho obtíží. Navíc mu také předepíše léky na kvalitnější spánek, odpočinek a jiné podpůrné léky.



Zdroj: <http://www.linkaprotiboleti.cz/index.php?id=0500>

5.2 Oddělení léčby bolesti

Dalším pracovištěm zabývajícím se léčbou bolesti jsou speciální oddělení léčby bolesti. Tato oddělení jsou stejná jako výše uvedená centra, akorát ve své náplni nezahrmují výzkumnou a výukovou činnost.

Oddělení léčby bolesti mohou být ambulantního, lůžkového i smíšeného typu.

5.3 Poradny pro léčbu bolesti

Poradny pro léčbu bolesti jako další typ léčeben bolesti jsou určeny především pro pacienty s chronickou bolestí. V těchto zařízeních je bolest léčena pouze ambulantně, navíc bez kooperace speciálního multidisciplinárního týmu. Poradny se totiž nachází v nemocnicích buď jako izolované, anebo jako součást vybraných oddělení (např. neurologického).

Léčení bolesti v nich by tedy mělo probíhat v pravidelné spolupráci s ostatními odděleními. Velký důraz je kladen především na spolupráci s psychiatrem a psychologem. Poradny se specializují zejména na léčbu bolesti hlavy, končetin a zad. Jejich specializací jsou ale také specifické bolesti (např. fantomová bolest, neuralgie aj.).

5.4 Ordinance pro léčbu bolesti

Mezi léčebny bolesti patří i ordinance pro léčbu bolesti. Pro ně jsou typické i alternativní přístupy léčení (akupunktura a hypnóza).

Zde probíhá léčení bolesti pouze ambulantně, navíc bez spolupráce s multidisciplinárním týmem. Pacienti jsou do této ordinace často cíleně odesíláni svými ošetřujícími lékaři.

5.5 Hospic

Posledními jmenovanými léčebnami bolesti jsou hospice, které jsou zřizovány za účelem poklidného a důstojného odchodu ze života nejčastěji pacientům v terminálních stádiích onkologických onemocnění.



Zdroj: http://365painfreedays.blogspot.cz/2010_09_01_archive.html

6 DESET RAD PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ

1. **Buďte realisté**

Buďte k sobě upřímní a zjistěte si všechno, co můžete, o svém zdravotním stavu. Měli byste se smířit se skutečností, že se můžete setkávat s bolestí každý den. Snažte se vypořádat se strachem, obavami a zhoršenou náladou, které patří k Vašemu onemocnění.

2. **Zapojte se**

Pracujte sami na zlepšení svého zdraví. Máte-li zájem o nemedicínské léčebné metody, poraďte se raději se svým lékařem. Váš zdravotní stav mohou také zlepšit dietní opatření.

3. Učte se odpočívat a rozptýlit se

Naučte se správně dýchat, relaxovat, rozptýlit se. To umožní Vaší mysli a tělu přerušit nepříjemné pocity spojené s bolestí.

4. Rozpoznávejte své myšlenky a pocity

Vaše tělo ovlivňuje vaše myšlení, a to působí zpětně na vaše tělesné pocity. Rozpoznání myšlenek a pocitů je nezbytné, pokud chcete změnit svůj vztah k bolesti.

5. Pohybujte se bezpečně

A také opatrně, v mezích svých možností.

6. Stanovte své priority

Zeptejte se sami sebe, co chcete dělat. Nevadí, když odpovíte spíše, co byste dělat měli.

7. Stanovte si realistické cíle

Rozdělte si velké úkoly do menších kroků. Zvolte si svůj rytmus, přizpůsobujte aktivitu bolesti a úrovní energie. Budete se cítit lépe.

8. Znejte svá práva

Máte právo na náležitou léčbu se vstřícným jednáním zdravotníků, můžete odmítnout, co si nepřejete, a nejste nuceni dělat více, než při své nemoci dokážete.

9. Komunikujte

Zřetelná a účinná komunikace s rodinou, přáteli a kolegy snižuje úzkost, napětí, stres a utrpení. Učení se, jak dosáhnout svých potřeb, je důležitou součástí zvládnutí bolesti

10. Znovu objevte naději

Použitím všech těchto postupů zjistíte, že můžete skutečně znovu získat kontrolu nad svou bolestí, zjistíte svůj pocit dobré pohody, vystoupíte z kruhu bolest-napětí-úzkost-stres, uspokojíte také lépe své potřeby a zmírníte i jiné obtíže.



Zdroj: <http://www.zaria.cz/clanek/psychologie/rychle-formy-relaxace/100>

7 SEZNAM PRACOVIŠŤ ZABÝVAJÍCÍCH SE LÉČBOU

BOLESTI V ČESKÉ REPUBLICE ABECEDNĚ PODLE KRAJŮ

Město	Adresa	Tel. číslo	Ord. doba	Soukr./nemoc.	Druh
Hlavní město Praha					
Praha - Nemocnice na Františku	Na Františku 8, Praha 1, 110 00	22481011, 224 810 213	Po - Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Poliklinika	Palackého 5, Praha 1, 110 00	222928328	Út - Čt: 8:00 - 14:30	Poliklinika	Ambulance bolesti
Praha - Všeobecná fakultní nemocnice	U nemocnice 2, Praha 2, 128 08	224962243	Po - Pá: 9:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Nemocnice na Žižkově	Kubelíkova 16, Praha 3, 130 00	222 724 630, 222 724 737	Po: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní Thomayerova nemocnice	Videňská 800, Praha 4, 140 59	261083755	St: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - CENTROMED	A. Staška 80, Praha 4, 141 00	261 006 221, 261 006 278, 267 006 210	NEUVEDENO	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Praha - Poliklinika	Šustova 1930, Praha 4, 148 00	272 935 722, 602 327 625	Po - Čt: 8:00 - 14:00	Poliklinika	Centrum léčby bolesti
Praha - Nemocnice Na Homolce	Roentgenova 2, Praha 5, 150 30	257272398	Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní nemocnice v Motole	V Úvalu 84, Praha 5, 150 30	224435583	Po - Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Praha	Dukel. hřidinů 13, Praha 7, 170 00	233379053	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Praha - Fakultní nemocnice Bulovka	Budínova 2, Praha 8, 180 81	266082242	Po - Pá: 8:30 - 14:30	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Praha - Poliklinika	Lovosická 440, Praha 9, 190 00	266010204	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Poliklinika	Léčba bolesti
Praha	Náchodská 469, Praha 9, 193 00	602941224	Po telefonické domluvě	Soukromé	Léčba bolesti
Praha - Fakul. nemocnice Král. Vinohrady	Šrobárova 50, Praha 10, 100 34	267163287	Út - Čt: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Praha	Chmelová 2020, Praha 10, 100 00	271 750 114, 272 650 413, 607 503 856	Po, Út, Čt: 9:00 - 16:00	Soukromé	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Tel.číslo	Ord.doba	Soukr./nemoc.	Druh
Jihočeský kraj					
České Budějovice	B. Němcové 54, České Budějovice, 370 87	387 878 357, 387 878 358	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Písek	O. Ševčíka 1031, Písek, 397 01	382214637	Po, Út, Pá: 8:00 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Prachatice	Nebahovská 1015, Prachatice, 383 20	388 600 111, 388 600 236	NEUVEDENO	Nemocnice	Ambulance bolesti
Příbram	U nemocnice 84, Příbram, 261 01	318 641 111, 318 641 204	Út, Čt: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Strakonice	Radamyšelská 339, Strakonice, 386 29	383 314 111	NEUVEDENO	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jihomoravský kraj					
Brno - Fakultní nemocnice u sv. Anny	Pekářská 53, Brno, 656 91	543 182 558, 543 182 577	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Brno	Tyřšova 56, Brno, 612 00	541 217 726	Po - Pá: 9:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Brno - Masarykův onkologický ústav	Žlutý kopec 7, Brno, 656 53	543 132 607	Po, Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Brno - Fakultní nemocnice Bohunice	Jihlavská 20, Brno, 639 00	547 193 271	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Oddělení léčby bolesti
Brno - Centrum léčebné RHB	Viniční 235, Brno - Židenice, 615 00	533 306 373, 533 306 376	Po - Pá: 7:00 - 15:30	Soukromé	Ambulance bolesti
Břeclav - nemocnice	U nemocnice 1, Břeclav, 690 74	519 315 111, 519 315 782	Po - Pá: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Kyjov - nemocnice	Strážovská 976, Kyjov, 697 33	518 601 111, 518 601 332	Pá: 7:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Znojmo - nemocnice	MUDr. J. Jánského 11, Znojmo, 670 35	515 215 111, 515 215 488	Po: 8:00 - 14:00, St: 12:30 - 15:30	Nemocnice	Ambulance bolesti
Karlovarský kraj					
Karlovy Vary	Bulharská 5, Kar. Vary, 360 01	608 136 306	Po, Út: 8:00 - 17:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Sokolov - nemocnice	Slovenská 35, Sokolov, 365 01	352 520 296	St: 9:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Tel.číslo	Ord.doba	Soukr./nemoc.	Druh
Kraj Vysočina					
Havlíčkův Brod - nemocnice	Husova 2624, Havlíčkův Brod, 580 01	569 472 111, 569 472 509	NEUVEDENO	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jihlava - nemocnice	Vrchlického 59, Jihlava, 586 33	567 157 111, 569 157 240	Po, St, Pá: 8:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Nové Město na Moravě - nemocnice	Zďárská 610, Nové Město na Moravě, 592 31	566 801 813, 566 801 803	Po, St, Čt: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Královohradecký kraj					
Hradec Králové - Fakultní nemocnice	Sokolská 581, Hradec Králové, 500 05	495 833 538, 721 833 349	Po, Čt: 11:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Náchod - nemocnice	Purkyňova 446, Náchod, 547 01	491 601 241, 491 261 263	Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Trutnov	Říční 102, Trutnov, 541 01	499 814 787, 724 088 601	Po: 8:00 - 17:00, Út - Pá: 8:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Liberecký kraj					
Česká Lípa - nemocnice	Purkyňova 1849, Česká Lípa, 470 01	487 954 214	Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Jablonec nad Nisou - nemocnice	Nemocniční 15, Jablonec nad Nisou, 466 60	483 345 111	NEUVEDENO	Nemocnice	Ambulance bolesti
Liberec - nemocnice	Husova 10, Liberec, 460 63	485 312 128	Po, St, Pá: 9:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Semily	3. května 421, Semily, 513 31	481 661 229	Po: 13:00 - 15:00	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Turnov - nemocnice	28. října 1000, Turnov, 541 01	481 364 410	Út, Čt: 9:00 - 13:00	Nemocnice	Ambulance bolesti



Zdroj: <http://www.studio32.cz/novinky/#.UXFcsKK-2So>

Město	Adresa	Tel.číslo	Ord.doba	Soukr./nemoc.	Druh
Moravskoslezský kraj					
Bruntál	Kavalcova 10, Bruntál, 792 01	606 720 773, 554 715 108	Po - Pá: 18:00 - 21:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Frydek - Místek	8. pěšího pluku 85, Frydek Místek, 738 01	558 900 111	Pá: 16:30 - 18:00	Poliklinika	Ambulance bolesti
Haviřov - poliklinika	Dělnická 1132, Haviřov, 736 01	596 491 829	Po - Út: 15:30 - 17:00, Čt: 7:00 - 17:00	Poliklinika	Ambulance bolesti
Krnov	I. P. Pavlova 9, Krnov 794 11	554 690 274, 554 690 275	Po - Pá: 7:00 - 12:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Opava - nemocnice	Olomoucká 86, Opava, 746 79	553 766 111, 553 766 270	Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Opava - nemocnice	Sušilova 1, Opava, 746 01	553 695 131, 553 695 541	Po - Pá: 7:00 - 16:30	Soukromé	Ambulance bolesti
Orlová - nemocnice	Vydmuchovej 339, Orlová, 734 12	596 583 563	St: 7:30 - 15:30	Nemocnice	Pracoviště léčby bolesti
Ostrava - nemocnice	Nemocniční 20, Ostrava, 728 80	596 193 164	Po - Čt: 13:00 - 15:20	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Ostrava - Fakultní nemocnice	Tř. 17. listopadu 1790, Ostrava, 708 52	596 983 152	Po - Pá: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Rýmařov - nemocnice	Hornoměstská 16, Rýmařov, 795 01	554 253 331	Po - Pá: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Oddělení chronické bolesti
Třinec	Lesní 511, Třinec, 739 61	558 324 032	NEUVEDENO	Soukromé	Ambulance bolesti
Olomoucký kraj					
Olomouc - Fakultní nemocnice	I. P. Pavlova 6, Olomouc, 775 20	585 853 453, 585 854 679	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Oddělení léčby bolesti
Olomouc	Tř. Míru 115, Olomouc, 771 40	585 412 286, 585 636 380, 585 636 385	Čt: 15:30 - 18:30	Soukromé	Centrum léčby bolesti
Přerov - nemocnice	Dvořákova 75, Přerov, 750 00	581 271 110	Po - Pá: 6:30 - 14:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Šumperk - nemocnice	Nerudova 41, Šumperk, 787 52	583 332 054	Po: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Prostějov	Lidická 86, Prostějov, 797 36	582 315 111, 582 315 885	Út: 7:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Tel.číslo	Ord.doba	Soukr./nemoc.	Druh
Pardubický kraj					
Chrudim	Václavská 570, Chrudim, 537 27	469 653 045, 728 776 424	NEUVEDENO	Soukromé	Ambulance bolesti
Pardubice - nemocnice	Kyjevská 44, Pardubice, 532 03	466 651 260	Po - Pá: 8:15 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Ústí nad Orlicí - nemocnice	Čs. Armády 1076, Ústí nad Orlicí, 562 18	465 564 348	Čt: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Vysoké Mýto - nemocnice	Hradecká 167, Vysoké Mýto, 566 01	465 467 215, 465 467 210	Po - Čt: 8:00 - 17:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Plzeňský kraj					
Plzeň - Fakultní nemocnice	Alej Svobody 80, Plzeň, 304 60	377 104 955, 377 104 956	Po - Pá: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Centrum léčby bolesti
Rokycany - nemocnice	Vodušská 750, Rokycany, 337 22	371 762 155, 724 112 988	Čt: 16:00 - 20:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Chodová Planá	Pohraniční strážě 129, Chodová Planá, 348 13	374 793 124	NEUVEDENO	Soukromé	Pracoviště léčby bolesti
Středočeský kraj					
Benešov - Nemocnice Rudolfa a Stefanie	Máchova 40, Benešov, 256 01	317 756 377	Út: 12:00 - 15:00, St: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Beroun	Wagnerovo náměstí 1541, Beroun, 266 01	311 610 429	Po, Čt, Pá: 7:00 - 15:30, Út: 9:00 - 17:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Čáslav - nemocnice	Jeníkova 348, Čáslav, 286 01	327 305 265	Po, Čt: 8:00 - 15:00, Út, St, Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Kladno - PLATON	Vašíčkova 3081, Kladno, 272 04	312 267 993	NEUVEDENO	Soukromé	Ambulance bolesti
Kutná Hora	Vojtěšská 237, Kutná Hora, 284 00	327 503 261	Po, Čt: 8:00 - 14:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Mladá Boleslav - nemocnice	V. Klementa 147, Mladá Boleslav, 293 01	326 742 308	Po, St, Pá: 13:00 - 14:30	Nemocnice	Ambulance bolesti
Slaný - nemocnice	Tř. politických vězňů 576, Slaný, 274 01	312 575 355	Po: 8:30 - 12:00	Nemocnice	Ambulance bolesti

Město	Adresa	Tel.číslo	Ord.doba	Soukr./nemoc.	Druh
Ústecký kraj					
Litoměřice - nemocnice	Žitenická 18, Litoměřice, 412 01	416 723 666	Čt: 13:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Litvínov	Žižkova 151, Litvínov, 436 01	478 012 144	Po: 8:00 - 13:30, St 13:30 - 17:00	Soukromé	Oddělení léčby bolesti
Most - nemocnice	J. E. Purkyně 270, Most, 343 64	476 172 265	Po, Út, Pá: 8:00 - 12:00	Nemocnice	Poradna pro léčbu bolesti
Most	Kmochova 1850, Most, 343 01	476 102 315	Út, Čt: 14:00 - 17:00	Soukromé	Oddělení léčby bolesti
Teplice	Vrchlického 7, Teplice, 415 01	417 534 348	Po - Pá: 7:45 - 15:00	Soukromé	Ambulance bolesti
Teplice	Duchovská 53, Teplice, 415 29	417 519 111, 417 519 594	Po - Pá: 8:00 - 12:00, 13:00 - 14:30	Soukromé	Poradna pro léčbu bolesti
Ústí nad Labem - Masarykova nemocnice	Sociální péče 3316, Ústí nad Labem, 401 213	475 682 218, 475 682 219	Po, St, Pá: 9:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Ústí nad Labem	Pasteurova 7, Ústí nad Labem, 401 13	475 211 551	NEUVEDENO	Soukromé	Ambulance bolesti
Zlínský kraj					
Zlín - nemocnice ATLAS	Tř. T. Bati 135, Zlín, 760 01	577 522 631	Út, Čt: 8:00 - 15:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Uherské Hradiště	Purkyňova 365, Uherské Hradiště, 686 68	572 529 632, 572 529 635	Po: 8:00 - 14:00	Nemocnice	Ambulance bolesti
Valašské Meziříčí	Kálalova 846, Valašské Meziříčí, 757 01	571 613 471	Po - Pá: 7:00 - 16:00	Soukromé	Ordinace léčby bolesti



Zdroj: <http://saveyourself.ca/articles/pain-tips.php>

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Breviř*. 20. vyd. Praha: Medical tribune CZ, 2011. ISBN 978-80-87135-26-6.
2. http://365painfreedays.blogspot.cz/2010_09_01_archive.html
3. http://www.behavmedfoundation.org/products/overview_biofeedback_psychophysiology.html
4. <http://chiropractorlongbeach-thejoint.com/afraid-of-steroid-injections-safe-back-pain-treatments-that-work/>
5. <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704879704575236373207643604.html>
6. <http://saveyourself.ca/articles/pain-tips.php>
7. <http://www.777888.eu/sk/vnutorne-organy/>
8. <http://www.crossfitsouthbay.com/2013/01/stopping-pain-at-its-source-childhood/>
9. <http://www.linkaprotibolesti.cz/index.php?id=0500>
10. <http://www.luciespa.cz/>
11. <http://www.misajoga.cz/news/prvni/>
12. http://www.propedeutika.cz/priz_pohyb.html
13. <http://www.studio32.cz/novinky/#.UXFcsKK-2So>
14. <http://www.ulekare.cz/clanek/systemovy-lupus-erythematosus-3-dil-2374>
15. <http://www.zaria.cz/clanek/psychologie/rychle-formy-relaxace/100>
16. <http://zdrava-dieta.eu/nejlepsi-cviky-a-cviceni-na-hubnuti-bricha/>
17. <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=8498>
18. JANÁČKOVÁ, L. (2007). *Bolest a její zvládní*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-102.
19. KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.
20. KOZÁK, J. (2008). Bolest jako stresor a současné možnosti farmakoterapie. *Postgraduální medicína*, roč. 10, č. 5, s. 495-500. ISSN 1212-4184.

21. KOZÁK, J. (2010). Bolest: Aktuální pohled na léčbu. *Zdravotnické noviny*, roč. 10, č. 16. ISSN 0044-1996.
22. MIKŠOVÁ, Z. et al. (2006). *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
23. O'CONNOR, M et al. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
24. PAYNEOVÁ, S., J. SEYMOUR a Ch. INGLETON. (2007). *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-808-7029-251.
25. RICHARDS, A. a S. EDWARDS. (2004). *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.
26. ROKYTA, R. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-127.
27. ROKYTA, R. a J. FRICOVÁ. (2012). Neurostimulation Methods in the Treatment of Chronic Pain. *Physiological research* [online], roč. 61, č. 2, s. 23-31 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/61%20Suppl%202/61_S23.pdf
28. ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. (2006). *Bolest: Monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris. ISBN 80-235 00000-0-0.
29. SLADKÁ, J. (2010). Současné přístupy k léčbě bolesti. *Sestra*, roč. 59, č. 13, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
30. ŠAFÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd.. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-485.
31. ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-777.
32. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
33. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4722-405.

