



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Bolest jako ošetrovatelský problém

Vypracovala: Erika Matiko
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce „Bolest jako ošetrovatelský problém“ se zabývá bolestí, jež je většinou jedním z prvních příznaků onemocnění. Člověk se s bolestí setkává po celý život. Její vnímání a prožívání je pro každého jedince zcela individuální.

Bolest zhoršuje kvalitu života člověka jak po stránce emocionální, tělesné, tak i duševní. Narušená kvalita života se vyskytuje zejména u chronické bolesti. Chronická bolest je totiž stav, který trvá déle než tři až šest měsíců a její příčina není vždy známá. Z optimisticky vyrovnaného člověka dokáže chronická bolest udělat člověka zcela podrážděného a deprimovaného. Změna celkového stavu pacienta trpícího chronickou bolestí tak může narušit jeho vztah ke zdravotnickému personálu, či vztah k blízkým osobám.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá definicí bolesti, její patofyziologií, dále popisuje typy bolesti dle poškozené tkáně, délky trvání a faktory ovlivňující bolest. Práce se také zabývá úlohou sestry při hodnocení bolesti a při léčbě chronické bolesti pomocí farmakologických i nefarmakologických metod.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na chronickou bolest, možnosti užívání nefarmakologických metod k jejímu zvládnutí a její vliv na partnerské vztahy. Před vypracováním bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda pacienti využívají i nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti. Druhým cílem bylo zjistit, jak hodnotí pacienti s chronickou bolestí její vliv na partnerské vztahy. Ke zjištění výše uvedených cílů byly stanoveny dvě hypotézy:

H1 – Ženy s chronickou bolestí využívají více nefarmakologických metod k zvládnutí chronické bolesti než muži.

H2 – Ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně její vliv na partnerské vztahy než muži.

K zpracování problematiky a zjištění stanovených cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden pomocí anonymního dotazníku, jehož cílem bylo získat informace k dané problematice. Podkladem pro zpracování dotazníku bylo vytvoření 23 otázek. Z toho bylo 14 uzavřených, 7 polootevřených a 2 otevřené otázky.

Výzkumné šetření probíhalo v období od března 2014 do dubna 2014 v Nemocnici České Budějovice, a. s. a v Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace. Dotazníky byly rozděleny na traumatologické, chirurgické a rehabilitační oddělení, dále do ambulance bolesti a na oddělení následné péče. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Vyplněných dotazníků se vrátilo 74.

První otázky byly zaměřené na identifikaci respondentů (pohlaví, věk). Dále následovaly otázky týkající se délky trvání chronické bolesti dotazovaných, zda využívají i nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti a zda byly o některých nefarmakologických metodách informovány ze strany sestry. Následovaly otázky zaměřené na to, zda chronická bolest ovlivňuje partnerské vztahy respondentů, jakou pozici zaujímá jejich partner ve vztahu a zda je partner o jejich zdravotním stavu obeznámen. Otázky, zda se sestry zajímají o to, jestli chronická bolest ovlivnila či neovlivnila partnerský vztah respondentů a zda jim nabídly některé možnosti, kam se obrátit s možnými problémy, obsahovaly poslední část dotazníku.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2010. Do tohoto programu byly všechny odpovědi respondentů zaznamenány. Pro tuto práci byly použity funkce typu sloupcové a výsečové grafy. Následně pro potvrzení, či vyvrácení hypotéz byl použit test shody χ^2 (chí kvadrát test). K tomuto testu bylo zapotřebí sestavení kontingenčních tabulek s použitím sledovaných znaků z přehledu odpovědí respondentů, které se týkaly zkoumaných hypotéz.

Z výsledků provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že nejen ženy, ale i muži využívají nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti. H1 – ženy využívají více nefarmakologických metod k zvládnutí chronické bolesti než muži se ale tímto výsledkem statisticky nepotvrdila. Nejvíce používanou nefarmakologickou metodou byla, s četností 28 odpovědí respondentů, zvolená masáž. Méně využívané nefarmakologické metody byly akupunktura, aromaterapie a TENS. Na otázku, zda respondenty sestra informovala o možnostech nefarmakologické léčby chronické bolesti, odpovědělo 36 % respondentů, že informování o možnostech nefarmakologické léčby byli. Zatímco 64 % respondentů o možnostech nefarmakologické léčby informováno nebylo. Nejvíce byli respondenti sestrou informováni o úlevové poloze, a

to s četností 14 odpovědí. Dále z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že rozdíl ve vnímání chronické bolesti jak u žen, tak i mužů je velice nepatrný. H2 – ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv chronické bolesti na partnerské vztahy, se tedy dle statistického hlediska nepotvrdila. Respondenti také uvedli, že chronická bolest v jejich partnerském vztahu nejvíce ovlivnila společné aktivity, jakými jsou zájmy, koníčky či zaběhlé zvyky, a to s četností 13 odpovědí.

Výsledky práce mohou být použity jako podklad pro zpracování článku do odborného časopisu.

Klíčová slova: bolest – chronická bolest – pacient – ošetrovatelská péče

Abstract

This bachelor degree thesis called **“Pain as caregiving problem”**, deals with the pain, which is mostly one of the first symptoms of illness. A man meets pain every day. Its perception differs depending on the character of the person.

The pain deteriorates the general condition of the person psychologically, emotionally and physically. Disturbed life quality can be seen particularly because of the chronic pain. Chronical pain is a state, which lasts more than 3 - 6 months, and which is of unknown cause. From a person, who was optimistic, can that sort of pain make a person, who is easy to get angry and depressed. Generally speaking, the change of the state of the patient can alter his / her attitude towards the medical personnel, even to his/her family members.

The theoretical part of the thesis deals with the pain definition, its pathophysiology, furthermore it describes various types of pain according to tissue damage, time how long the pain lasts, and factors, which can influence the pain. It points out the role of the nurse during pain evaluation and her role during chronic pain healing with or without the help of the medicaments.

The research part of the thesis is concentrated on chronic pain, possibilities of its healing without the help of the medicaments, and the pain influence on relationships between partners. Before starting working on the thesis, two goals were set: firstly, to find out whether the patients use for pain cure the methods without medicaments, too, and, secondly, how the patients with chronic pain evaluate its influence on the relationships with their partners. To find out more about these targets, two research hypotheses were set:

H1- Women with chronical pain use the method of cure without the medicaments even more than men

H2- Women with chronical pain think that the pain is less influential on their relationships with their partners, while men think differently.

During the research the method being used, was quantitative analysis. The data collection was made with the help of anonymous questionnaire, whose aim was to

gather information about the topic of the thesis. The questionnaire was based on 23 questions (14 closed, 7 semi-open and 2 open questions).

The research places were from March till April 2014 hospitals in České Budějovice (hospital in České Budějovice is a joint-stock company) and Pelhřimov (Pelhřimov hospital is contributory organisation). The questionnaires were distributed to traumatology department, surgical department, and rehabilitation department, further to outpatient's department specialised in pain treatment, and subsequent care department. The number of questionnaires was 100, out of which 74 was given back.

First questions asked the patients of their age and gender. Furthermore the patients had to answer the questions dealing with the lasting of the pain, whether they use methods without using medicaments as well for treatment of the pain, and whether the nurse had informed them of the methods of treatment without using any medication. Afterwards the patients were asked, whether the chronic pain somehow influenced the relationship with their partners, whether the partner knew the full extent of the illness, and what was the current position of the partner in their relationship. Questions asking the patients to tell whether the nurses were interested in the fact, whether the illness had influenced the relationship between partners, and whether the patients were informed of the possibilities, whom to contact, in case they had problems, were contained in the last part of the questionnaire.

For the evaluation of the questionnaire research there was used a Microsoft Office Excel 2010 programme, which logged in all the patients responses. This thesis contained following functions: bar chart, and pie chart, too. For the confirmation or disproving of hypotheses, was used a chi quadrat test χ^2 (For this test it was necessary to form the charts, in which were used the monitored features, which were selected out of the patients replies, which dealt with the researched hypotheses).

The results of the research show, that not only women, but men as well use methods without medicaments to treat the pain. The hypothesis, that women prefer the methods of treating the pain without medicaments even more than men (H1), was therefore not confirmed. The most used method to cure the pain without medicaments was massage (28 respondents). Less preferred methods were aromatherapy,

acupuncture, and TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation). On the question, whether the nurse had informed the clients on the possibilities of treatment of the pain without medicaments, 36% of people replied, that they were informed about these possibilities thanks to nurses, while 64% of people were not informed. 14% people stated, that the nurse suggested to them, which body position they should be in, to relieve the pain. The research showed, that the difference in perception of the chronic pain between men and women is relatively small. H2 hypothesis – that women, who are suffering from chronic pain, are perceiving in a less negative way an influence of their chronic pain on their relationship with their partners, was not confirmed. The respondents stated, that the chronic pain influenced in the relationship with their partners mostly such things as interests, hobbies, and routine habits (13 responses).

The results of the thesis can be considered a base for the article, which could be printed in some specialised magazines.

Keywords: pain - chronic pain – patient - caregiving

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě a 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 11. 8. 2014

.....

Erika Matiko

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení, cenné rady a připomínky během zpracovávání mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu, která mi pomáhala při studiu a psaní bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	12
1. SOUČASNÝ STAV	13
1.1 BOLEST	13
1.1.1 Patofyziologie bolesti	14
1.2 TYPY BOLESTÍ PODLE POŠKOZENÉ TKÁNĚ	15
1.3 DĚLENÍ BOLESTI DLE DÉLKY TRVÁNÍ	16
1.3.1 Akutní bolest	16
1.3.2 Chronická bolest	17
1.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ CHRONICKOU BOLEST	18
1.5 ÚLOHA SESTRY PŘI HODNOCENÍ CHRONICKÉ BOLESTI	20
1.6 ÚLOHA SESTRY PŘI LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI	23
1.6.1 Farmakologická léčba bolesti	25
1.6.2 Nefarmakologická léčba bolesti	28
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1 CÍL PRÁCE	31
2.2 HYPOTÉZY	31
3. METODIKA	32
3.1 POUŽITÁ METODA	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
3.3 PRŮBĚH A POPIS VÝZKUMU	33
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	34
4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NEMOCNICE PELHŘIMOV A NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE	34
4.2 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	53
4.2.1 Hypotéza H1	53
4.2.2 Hypotéza H2	54
5. DISKUZE	56
6. ZÁVĚR	63

7. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ	64
8. PŘÍLOHY	68
8.1 SEZNAM PŘÍLOH.....	68

Úvod

„Bolest – to je soud těla, že něco není v pořádku.“

Miloš Václav Kratochvíl

Již z výše uvedeného citátu vyplývá, že bolest je varujícím signálem a důležitým příznakem nefyziologických patologických procesů, které naznačují, že v lidském těle je něco v nepořádku. Bolest je velmi složitým smyslovým prožitkem, který je spojen s významným emocionálním zážitkem každého jedince, má mnoho definic a je objektem zkoumání již několik staletí.

Člověku trpícímu bolestí by měl každý zdravotnický pracovník umět pomoci bolest tišit, či odstranit, neboť v současné době existuje mnoho prostředků i ošetrovatelských postupů pro zmírnění, útlum a odstranění bolesti. Právě zdravotnický pracovník by měl chápat bolest jako závažný problém, zejména pak u osob trpících chronickou bolestí.

Téma „Bolest jako ošetrovatelský problém“ jsem si pro bakalářskou práci zvolila hlavně proto, že mě daná problematika zajímá a s bolestí se jako studentka oboru Všeobecná sestra setkávám v praxi.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části, a to na teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se zabývá definicí bolesti, patofyziologií bolesti, typy bolesti, úlohou sestry při hodnocení bolesti a úlohou sestry v léčbě bolesti. Výzkumná část se zabývá vlivem chronické bolesti u pacientů na jejich partnerské vztahy a zjišťuje, zda pacienti s chronickou bolestí využívají i nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti.

Během vykonávání odborné praxe v rámci studia se setkávám s pacienty z různých oddělení trpícími bolestí, ať už akutní či chronickou. Díky této bakalářské práci jsem mohla své vědomosti v dané problematice prohloubit o mnoho zajímavých informací.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Bolest

Bolest je nejstarším a nejznámějším příznakem onemocnění (1). Má ochrannou funkci a je varovným signálem, neboť upozorňuje člověka na poškození, ke kterému v organismu došlo. Svoji nepříjemností ho nutí odstranit příčinu bolesti. Příčina vzniku bolesti je mnohostranná. Bolest může vzniknout na základě chemického, biologického či fyzikálního poškození, ale také psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (2). Bolest je doprovázená emočními prožitky, jakými jsou úzkost, strach, tíseň, deprese, pocit beznaděje, zklamání, bezmoc, vztek, ale také i odhodlání, naděje a víra. Tyto pocity jsou u každého jedince odlišné a specifické. Pro každého člověka je tedy bolest subjektivní zkušeností (3).

Dle Mezinárodní asociace pro studium a léčbu bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) lze bolest charakterizovat jako: „Nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně (4, s. 89)“. Z uvedené definice vyplývá, že bolest je problém nejen fyzický, ale i emocionální a psychický (4). Proto by bolest neměla být podceňována a záměrně přehlížena jak ze strany lékařů, tak i sester (3), neboť Margo McCaffery uvádí, že: „Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, když to pacient říká (4, s. 89)“. Základním principem této definice je ochota zdravotnického personálu pacientovi pomoci a uvěřit mu, že bolest vnímá a cítí tam, kde tvrdí (5).

Při léčbě a zvládnutí bolesti v léčebném a ošetrovatelském procesu hraje podstatnou roli multidisciplinární přístup (6). Na tento jev již poukázal lékař John J. Bonica, který v roce 1947 založil multidisciplinární pracoviště pro léčbu bolesti. John J. Bonica byl také zakladatelem IASP (7).

První, kdo se zabýval léčbou bolesti u nás, byl anesteziolog Dimitrij Miloschewsky. V roce 1974 se stal spoluzakladatelem komise pro studium a léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace České lékařské společnosti J. E. Purkyně. O tři

roky později založil ambulanci pro léčbu bolesti ve Fakultní nemocnici Bulovka v Praze. V roce 1990 vznikla za jeho pomoci samostatná Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB), která spolupracovala s IASP. Dimitrij Miloschewsky se tak zapojil do celosvětově se šířícího zájmu o problematiku bolesti (1, 3).

1.1.2 Patofyziologie bolesti

Rozdíly ve vnímání bolesti jsou zcela individuální a závislé na subjektivním zpracování aferentních vstupů v centrálním nervovém systému (CNS) lidského organismu (1). CNS dokáže bolestivé informace nejen zpracovávat, ale také si je dokáže pamatovat. Jedná se o tzv. memory – like proces, kdy z nepříjemné zkušenosti vznikají později podmíněné nepříjemné reakce na bolest a odpor k situaci, v níž bolest vzniká (3).

Bolestivé signalizace vznikají u všech jedinců stejným způsobem, prostřednictvím nociceptorů. Nociceptor je aferentní neuron, který má specifické nervové zakončení. Dokáže odlišit potencionálně poškozující podnět od neškodného podnětu, zpracuje tyto informace a předává je dále do CNS (1).

Nociceptory lze rozdělit na termální, chemické a mechanické. Termální nociceptory upozorňují organismus na nebezpečí vzniklé z extrémní teploty (teplo, chlad). Chemické nociceptory mají za úkol hlídat přítomnost určitých látek v jejich blízkosti. Tyto nociceptory jsou zaměřené na detekci látek vznikajících při poškození buněk tkání. Mechanické nociceptory reagují na mechanické podněty, především na velký tah nebo porušení celistvosti kůže (vpich, řez) (8).

Nociceptory bolesti se nacházejí převážně v kůži (90 %), ale také ve sliznici, okostici, pohrudnici, pobřišnici, zubní dřeni, mozkových obalech a v některých velkých cévách. Nociceptory umístěné v kůži a hlubokých tkáních jsou s nervovými centry (mozek, mícha) spojeny dlouhými nervovými vodiči. Tyto vodiče se rozdělují na vlákna typu A a vlákna typu C. Vlákna typu A jsou myelinizovaná a mají čtyři podskupiny - alfa, beta, gama, delta. Podskupiny se liší pouze šířkou myelinu a rychlostí vedení vzruchu. Vlákna typu C jsou nemyelinizovaná, nemají tedy myelinovou pochvu a vzruchy vedou pomalu (1, 3). Dle různých typů bolestivých podnětů vede bolestivé impulzy převážně jedna nebo druhá skupina vláken (9).

Charakter vláken a vedení vzruchu odpovídá za typ bolesti. Nejprve se objevuje dobře lokalizovaná ostrá bodavá bolest vedená vlákny A – delta. Potom následuje tupá, špatně ohraničená bolest vedená C vlákny (8).

Organismus má také mechanismy, které samy tlumí vzniklou bolest. V mozku totiž vznikají endorfiny, které mají analgetické účinky. Dochází ke snížení recepčního pole receptorů (nociceptorů) v úrovni šedé hmoty míšni a sníží se počet bolestivých stimulů. Mozek, který bolest zpracuje, interpretuje a vnímá, zapojí psychologické fenomény, které vedou k subjektivnímu prožitku bolesti (10).

1.2 Typy bolestí podle poškozené tkáně

Bolest lze rozlišit podle poškozené tkáně na nociceptivní, neuropatickou, somatickou, viscerální a fantomovou (11). Typ bolesti poznáme podle toho, jak pacient bolest popisuje (4).

Nociceptivní bolest vzniká poškozením tkáně vnějším podnětem (spálenina, rána, pohmožděnina), nebo také následkem zánětu, nádoru či koliky. Při kolice se svaly vnitřních orgánů křečovitě stáhnou a dojde k přímému podráždění receptorů bolesti. Receptory, které vnímají nociceptivní bolest, se nacházejí skoro ve všech tkáních. Tento typ bolesti zahrnuje nemoci převážně zánětlivého charakteru (revmatoidní artritida, bolesti zubů) (11).

Neuropatická bolest vzniká tehdy, pokud jsou poškozeny periferní nebo centrální nervová vlákna a neurony (11). Neuropatická bolest se může vyskytovat střídavě, nebo i stále. Pacienti mohou tuto bolest popisovat jako svíravou, vystřelující, pálivou či píchavou. Neuropatická bolest nemá ochranný charakter jako bolest nociceptivní (12).

Somatická bolest se dělí na povrchovou a hlubokou (13). Hluboká somatická bolest vzniká v kostech, svalech, kloubech a pojivových tkáních. Často je taková bolest tupá. Hlubokou bolest mohou provázet vegetativní příznaky, jako jsou nevolnost, třes či pocení. Povrchová somatická bolest oproti tomu vzniká v kůži a sliznicích (11). Pacienti dokážou somatické bolesti dobře lokalizovat a mnohokrát je popisují jako stálé, bušivé a rozbolavělé. Somatické bolesti vyskytující se při rakovině mohou být např. výsledkem maligního nádoru kostí (12).

Viscerální bolest (útrobní) vzniká např. při zánětu či spazmech hladkého svalstva. Vychází z vnitřních orgánů (orgány zažívacího ústrojí, žaludku, střev, močových orgánů, plic). Pacienti tuto bolest často popisují jako ostrou a bušivou, ale také hlubokou, hlodavou či křečovitou bolest (zejména při obstrukci). Viscerální bolest nelze přesně lokalizovat (12, 14).

Fantómová bolest je definována jako bolestivý vjem způsobený amputací části těla, nebo ochrnutím některé oblasti těla. Pacienti trpící fantómovou bolestí mají pocit, že amputovaná končetina je přítomna. Tento typ bolesti jedinci obvykle popisují jako drtivou, trhavou, úpornou, intenzivní a nepřestávající bolest (14). V některých případech je tato bolest popisována jako pálení, křeče či šokující a vystřelující bolest (12).

1.3 Dělení bolesti dle délky trvání

1.3.1 Akutní bolest

Akutní bolest je nepříjemný senzorický, emoční a mentální pocit, který je spojen s vegetativními a psychickými reakcemi a změnami chování. Je to symptom, který organismus naléhavě informuje o tkáňovém poškození a brání tak před dalším poškozením. Akutní bolest má tedy ochrannou funkci a často také způsobuje obranný reflex. Zpravidla trvá několik hodin, dnů, občas i týdnů (15). Po odstranění poškození bolest rychle zmizí. Lze ji dobře lokalizovat. Při vyšší intenzitě představuje tato bolest velkou psychickou zátěž (1, 16).

Akutní bolest je vyvolaná stimulací nociceptivního systému vlivem poškození, tj. poraněním, onemocněním kůže. Jako příčiny vzniku akutní bolesti mohou být popáleniny, zánět, infekce či exacerbace chronického zdravotního problému (12). K akutně bolestivým stavům lze také zařadit poúrazovou a pooperační bolest. Poúrazová bolest vzniká nejčastěji následkem chemického (poleptání), mechanického poškození tkání, nebo působením tepla či chladu. Pooperační bolest vzniká po různých chirurgických výkonech, ať už léčebných či diagnostických. Jedná se opět o mechanické nebo tepelné poškození tkání (2).

Reakce organismu na akutní pooperační bolest může způsobit snížení vitální kapacity plic a zhoršení činnosti bránice. To způsobuje neschopnost pacienta se zhluboka a kvalitně nadechnout, či zakašlat. Při tomto úsilí se zvýší svalové napětí, které je doprovázeno zvýšenou spotřebou kyslíku. Omezením hybnosti ze strachu z bolesti hrozí u pacienta riziko vzniku trombózy hlubokých žil dolních končetin (2). Mezi příznaky akutní bolesti lze také zařadit pocení, zvýšený krevní tlak, zrychlený tep, zrychlené dýchání, bolestivý výraz tváře, vazokonstrikci, mydriázu, potíže s močením (retence), hyperglykémii, katabolismus a paralýzu střev. K negativním následkům akutní bolesti u klienta patří i zvracení (2, 12).

Léčba akutní bolesti spočívá v podávání analgetik pacientům, směrem od silnějších analgetických kombinací k slabším (17). Pokud se léčba akutní bolesti podcení, hrozí riziko vzniku chronické bolesti (15).

1.3.2 Chronická bolest

Chronická bolest je taková bolest, která trvá déle než je pro daný typ postižení tkáně či orgánu běžné, zpravidla tři (šest) měsíců (18). Její příčina není známá nebo je neodstranitelná (3). Obvykle nemá funkci varovného signálu. Může představovat určitý syndrom, nebo nabývat charakteru nemoci (18). Od akutní bolesti se bolest chronická liší neschopností těla uvádět své fyziologické funkce zpět k normální homeostatické úrovni (19), ale na základě diagnózy (hodnocení) a terapie (intervencí) ji lze získat pod kontrolu (18). Typické projevy pacienta s chronickou bolestí jsou bolestivé chování, bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, kulhání, zaujímání různých úlevových poloh. K dalším projevům lze zařadit také časté návštěvy lékaře, nákupy léků, zdravotnických přístrojů a literatury, snahy o přiznání odškodnění či důchodu (20). Chronickou bolest lze rozdělit na nenádorovou chronickou bolest a nádorovou chronickou bolest (12).

Chronická nenádorová bolest (CHNNB) je definována jako bolest, která se u jedince vyskytuje déle než šest měsíců, není však způsobená onemocněním, které ohrožuje život (12). Nejčastějšími příčinami CHNNB jsou: fibromyalgie, pásový opar, osteoartritida, periferní neuropatie a revmatoidní artritida. Většina pacientů trpících CHNNB prochází tzv. začarovaným kruhem, kdy se u nich vyskytují deprese, snižuje se chuť k sexuálnímu styku, mění se chování a také dochází k poruchám spánku. Tyto

poruchy ovlivňují jejich životní styl, představu o sobě, omezují sociální vztahy (3, 12). Pacienti s chronickou nenádorovou bolestí se léčí nejen pomocí farmakoterapie, operační léčby, ale i pomocí nefarmakologické léčby (22).

Nádorová chronická bolest (NCHB) je definována jako: „Sled bolestivých syndromů, které se stupňují v závislosti na progresi onemocnění a které v průběhu času chronifikují (18, s. 529)“. Od obecných chronických bolestivých stavů se liší tím, že její příčinu většinou známe (23). Tato bolest může být buď výsledkem vlastní nemoci, nebo může být způsobena léčbou. NCHB může u pacientů způsobit úzkost a deprese. K základním léčebným postupům NCHB patří využívání léčebných metod, které se především využívají v onkologii. Jedná se o radiologii a chemoterapii. Pokud je nádorová bolest nedostatečně léčená a nedoléčená, omezuje aktivitu, chuť k jídlu, či spánek pacienta. Klientovi nedovoluje uspokojovat jeho potřeby (12).

Změna celkového stavu pacienta s chronickou bolestí se netýká jen jeho samého, ale i jeho vztahu ke zdravotnickému personálu a mimořádně intenzivně jeho partnerských vztahů a rodiny. Chronická bolest tedy narušuje mezilidské vztahy, pracovní postavení či kariéru. Dokáže člověka optimistického a společensky založeného změnit na podrážděného a deprimovaného samotáře. Dalo by se říci, že chronická bolest působí negativně na kvalitu každodenního života jedince, neboť zasahuje do oblasti fyzické, psychické i sociální (21). Výsledky studií také prokázaly, že zhruba 65 % nemocných trpících chronickou bolestí není schopno plnit domácí denní povinnosti a účastnit se sociálních aktivit. Dále poukázaly na to, že lidé s chronickou bolestí přerušují vztahy s rodinou či přáteli a dochází u nich k neschopnosti vést intimní život jako dříve (2).

1.4 Faktory ovlivňující chronickou bolest

Faktory ovlivňující chronickou bolest umožňují zdravotníkům lépe pochopit chování a reakce trpícího člověka. Mezi faktory ovlivňující toleranci bolesti patří:

- kulturní a etnické faktory
- bio – psycho – sociální a duchovní faktory
- emoční faktory (24, 25).

Kulturní a etnické faktory hrají významnou úlohu v tom, jak jedinec bolest prožívá a jak na ni reaguje. U těchto faktorů zastupuje významnou roli způsob výchovy, samotný proces učení, proces socializace, zkušenosti každého člověka, včetně zážitku bolesti, utrpení či etnografické vlivy (24). Je jen na člověku, jaký význam bolesti připíše, zda ji bude brát jako součást nemoci, nebo ji bude považovat za trest, který musí přijmout. V Evropě platí tzv. osa sever – jih, kdy obyvatelé severní části Evropy projevují bolest méně, zatímco obyvatelé jižní části Evropy jsou ohledně bolesti citlivější. Příkladem také mohou být některé kultury Afriky a Středního východu, kde si jedinci sami navozují bolest a jejím prostřednictvím vyjadřují emoce či zármutek. Ke kulturním a etnickým faktorům patří také rozvoj individuality, hodnotová orientace, tradice, zvyky, vzorce chování a systém rolí (24, 25).

Bio – psycho – sociální a duchovní faktory souvisí s věkem. Je známo, že starší lidé snášejí a tolerují bolest lépe než lidé mladší. Je to dáno především jejich většími životními zkušenostmi a větší tolerancí. Tolerance bolesti je ovlivňována především individuální životní historií jedince, vnitřními postoji k bolesti a utrpení, které vzniklo na základě jeho zkušeností. Pokud člověk v dětském věku získal velmi negativní zkušenosti při diagnostikování a léčbě, těžce se svých negativních pocitů zbavuje i při racionálním vysvětlení. Pokud ovšem získal v dětství dobré zkušenosti s léčbou bolesti a jejím řešením, často i velikou bolest snáší snadněji a lépe než člověk se špatnými zkušenostmi (7). K výše uvedeným faktorům, ovlivňující chronickou bolest, lze dále zařadit typ onemocnění, aktuální psychický stav nemocného, finanční podmínky, sociálně – ekonomické podmínky či nižší vzdělání pacienta i jeho rodiny. Více náchylní k vzniku chronické bolesti a invalidizace jsou totiž lidé, kteří pracují ve fyzicky náročném zaměstnání (24).

Bolest má také vztah i k některým osobnostním rysům člověka, které ovlivňují práh bolesti. *Prahem bolesti* se rozumí moment, kdy člověk začíná určitou bolest vnímat. Znamená to, že čím více jedinec bolest vydrží, tím vyšší má práh bolesti. Práh bolesti a tolerance jsou u různých pacientů velmi odlišné. Rozdíl ve vnímání prahu bolesti je ovlivněn pohlavím, genetickou výbavou či výchovou (12, 26). Je obecně známo, že

muži mají vyšší práh bolesti než ženy, ale hůř ji snášejí. Naopak ženy bolest vnímají silněji, ale více ji vydrží. Nový výzkum vědců z britské univerzity v Bathu zjistil, že muže i ženy zasahují pocity při bolesti různou měrou. Dle vědců ženy bolest prožívají citově více a naproti tomu muži se soustředí jen na vjem bolesti a ne na pocity. To může být podle vědců i jedním z důvodů proč ji cítí méně (2, 26).

Emoční faktory doprovázejí každou nemoc a bolest vyvolává určitou citovou odezvu. K nejčastějším emocím doprovázejícím bolest patří strach a úzkost, které zesilují zážitek bolesti. Strach z bolesti může u pacientů způsobit fyzickou pasivitu a invaliditu, způsobenou strachem z pohybu. Smutek se u nemocných trpících chronickou bolestí vyskytuje především při uvědomění si ztráty zdraví a při dlouhodobě trvající bolesti. Smutek může přejít až v depresi či k suicidiálním tendencím. Depresivní nálady vznikají především z neschopnosti nemocného vést aktivní společenský život, nebo z neschopnosti vykonávat úkony běžného dne. Jestliže u klienta převládá pocit bezmoci a beznaděje, může docházet až ke ztrátě smyslu jeho života (24).

Běžnými reakcemi na chronickou bolest jsou také hněv a agresivita nemocného člověka. Hněv v tomto směru vyjadřuje negativní postoj k situaci, nebo také připravenost bojovat s ohrožením v rámci svého obranného mechanismu. Pokud se bolest stupňuje, může odvrátit pozornost nemocného od vnějšího světa, ve vážných situacích může způsobit změnu osobnosti (24). Snad proto hrají pro klienty s chronickou bolestí tak významnou roli vzájemné vztahy v rodině, kdy přítomnost blízkého člověka a jeho porozumění pro potíže či potřeby trpícího dokážou pacientovi pomoci snášet bolest. Na pacienta může působit uklidňujícím účinkem i dobrý vztah mezi ním a ošetřujícím personálem, neboť lidský přístup lékaře a sestry ho může zbavit úzkosti a zvýšit toleranci k bolesti (7).

1.5 Úloha sestry při hodnocení chronické bolesti

Při vyšetření klienta s chronickou bolestí je velmi důležité uplatňovat holistický přístup jak ze strany sestry, tak i lékaře (7). Aby sestra i lékař dokázali zhodnotit místo, charakter, intenzitu a délku trvání bolesti, měli by na nemocného pohlížet z holistického pohledu. Člověka s chronickou bolestí je totiž nutné vidět celostně (7).

Součástí hodnocení bolesti je používání vhodného nástroje (4): „Je důležité, aby se po celou dobu používal stejný nástroj a aby vybraný nástroj odpovídal potřebám pacienta v dané době (27, s. 52)“. Sestra má k dispozici při hodnocení chronické bolesti různé metody. Jednou z možností je anamnéza. Při zjišťování anamnézy poskytuje sestra pacientovi příležitost, aby svými slovy vyjádřil, jak pociťuje bolest. Tyto získané informace pomáhají sestře chápat, co bolest pro klienta znamená a jak ji překonává. Sestra také může získávat důležité informace od rodinných příslušníků, přátel, jiných zdravotnických pracovníků, psychologa, či ze zdravotnických záznamů. Zjištěné údaje pak sestra zaznamenává do pacientovy dokumentace. Údaje musí být jasné a srozumitelné (7).

Do sesterské dokumentace sestra zaznamenává vlastní hodnocení pacienta o jeho bolesti, osobní zkušenosti klienta s metodami, které mu pomáhají bolest mírnit. Dále zaznamenává faktory, které bolest nejen mírní, ale i vyvolávají, dobu a okolnosti bolesti (v noci, ve dne, v klidu, při pohybu), lokalizaci bolesti a po zhodnocení bolesti pacientem označuje její intenzitu do sesterské dokumentace. Je také nesmírně důležité, aby sestra dokázala zjistit všechna místa i typy bolesti a posoudila je individuálně, neboť různá bolest může vyžadovat různý způsob léčby (4).

K doplnění informací o charakteru bolesti pacienta lze využít i fyzikální vyšetření. Při tomto vyšetření sestra pozoruje pacienta, jeho chování a příznaky vyjadřující bolest, nepohodu či utrpení. Sestra se zaměřuje na sledování vitálních funkcí. Dalšími zjevnými příznaky, které mohou poukazovat, že klient trpí bolestmi, je změna barvy kůže, nepohoda, strach, časté změny polohy, pomalé pohyby, kulhání, bolestivý výraz ve tváři, aktivity ke snížení bolesti (užívání léků), podrážděnost, polehávání během dne, či zaťaté zuby (7, 12.).

Sestra při hodnocení intenzity bolesti využívá různé nástroje, podle kterých pacient označuje intenzitu a kvalitu vnímání bolesti (28). Tyto nástroje, nebo - li škály jsou snadné k používání a zaberou méně času. Škály mohou pomoci ke zjištění účinnosti intervence (terapie) pouze v případě, že byly provedeny před a po intervenci (12). Vždy je velmi důležité, aby sestra pacienta před použitím hodnotící škály edukovala a ověřila si, zda klient škále porozuměl. Sestra také musí pacientovi vysvětlit, jaké údaje o bolesti

zjišťuje, např. aktuální bolest, nejmenší či nejhorší bolest (29). Běžně používanými hodnotícími škálami jsou VAS (vizuální analogová škála), numerická hodnotící stupnice, verbální škála, obličejová škála a mapa bolesti.

Vizuální analogová škála (viz příloha 1) je vodorovná nebo svislá 10 cm dlouhá čára, která značí intenzitu bolesti slovy „žádná bolest“ na začátku úsečky a „nejvyšší možná bolest“ na konci úsečky (29). Pacient na úsečce označí křížkem místo, které vyjadřuje jeho prožitek bolesti. VAS se využívá především pro zjišťování momentálního stavu klienta, sledování změn v čase a sledování změn pocitů bolesti, např. úleva od bolesti (7). Pro lékaře i sestru je nezbytné umět hodnotit úlevu od bolesti. Pro vyjádření úlevy od bolesti může být pacientovi nabídnuta stupnice úlevy, pomocí které vyjádří účinnost léčby. Stupnice je značena od 0 do 4, kdy 0 označuje žádnou úlevu, 1 - malá úleva, 2 – mírná úleva, 3 – značná úleva a 4 – úplná úleva od bolesti (14).

Dalším způsobem hodnocení intenzity bolesti, kterou může sestra využít, je numerická škála (viz příloha 2). Při této metodě se používá číselná úsečka od 0 do 10, kdy na levém okraji je 0 označující stav bez bolesti a na pravém okraji je číslo 10, nejvyšší číselná hodnota, která označuje maximálně možnou intenzitu bolesti. K subjektivnímu posouzení změny stavu se používá další numerická škála, která popisuje celkový dojem změny stavu pacienta. Užívá sedmistupňovou škálu, kdy je 1 - velmi výrazně zlepšen stav, 2 - podstatně zlepšen stav, 3 - minimálně zlepšen stav, 4 - beze změn, 5 - minimálně zhoršen stav, 6 - podstatně zhoršen stav, 7 - velmi výrazně zhoršen stav (1).

Sestra dále může použít verbální škálu bolesti, při které klient slovně vypovídá o intenzitě své bolesti a vybere si z možností 0 - žádná bolest, 1 - mírná bolest, 2 - středně silná bolest, 3 - silná bolest, 4 - krutá bolest, 5 - nesnesitelná bolest (29).

Verbální škála je stejně jako numerická škála rychlá a jednoduchá, ale má i několik negativ, např. omezuje pacientovy možnosti, pacienti nemusejí rozumět všem přídavným jménům (12).

Škála obličejů (viz příloha 3) používá k znázornění intenzity bolesti šest různých podobě následujících výrazů. Tato škála začíná se spokojeným a usměvavým výrazem a

přechází ke smutnému až plačtivému výrazu. Tato metoda se užívá převážně u pediatrických pacientů nebo u pacientů, kteří mají problémy s řečí a nedokážou vyjádřit slovy, jakou bolest cítí. Sestra musí takovým pacientům vysvětlit, že každý výraz představuje osobu s progresivně horší bolestí a poprosí je, aby si vybrali obličej, který co nejvíce vystihuje to, jak se cítí. Také je důležité, aby sestra vysvětlila, že si mohou vybrat i obličej, který pláče, přesto, že sami nepláčou (12).

Mapa bolesti (viz příloha 4) je také metodou, kterou může sestra používat. Tyto mapy využívají k hodnocení intenzity bolesti plošné zobrazení lidské postavy (30). Pacient označí na mapě místo bolesti a barevně zakreslí sílu bolesti podle předem smluvených znaků pro rozlišení intenzity a kvality bolesti (31). Tím sděluje své subjektivní údaje sestře (7).

Aby mohl pacient intenzitu bolesti či úlevu od bolesti dobře popsat, je pro něj velmi důležitý přístup zdravotnického personálu. Zdravotnický personál svým kvalitním a laskavým jednáním totiž může pacientovu úlevu od bolesti podpořit (14).

1.6 Úloha sestry při léčbě chronické bolesti

Úloha sestry v léčbě pacienta s bolestí je nezastupitelná, neboť právě ona s pacientem tráví nejvíce času a mnohdy dokáže identifikovat bolestivé projevy nemocného jako první. Při výkonu svého povolání vykonává sestra plno rolí, které vytváří celkový obraz o její pracovní náplni. Jednou z rolí je poskytování ošetrovatelské péče. Dále plní role komunikátorky, učitelky, výzkumnice či nositelky změn. Sestra se pro klienta s chronickou bolestí stává společníkem, který ho pozorně vyslechne, dává mu prostor a čas pro vyjádření svých potíží. Dostatek času strávený s klientem je projevem sociální podpory sestry pro pacienta (7).

Zmírňování bolesti tvoří součást *ošetrovatelského procesu*, což je metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sled plánovaných činností, které sestra v ošetrovatelství využívá. Kvalitní ošetrovatelský proces závisí na zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u klienta (7).

Během ošetrovatelského procesu získává sestra co nejvíce potřebných informací

i údajů při ošetřování klienta s bolestí. Tyto údaje se týkají především lokalizace bolesti, kvality, typu, spouštěcích faktorů, zmírňujících faktorů a intenzity bolesti. Lokalizaci bolesti zaznamenávají pacienti pomocí různých metod (mapa bolesti), zatímco kvalitu bolesti hodnotí pacienti pomocí přídavných jmen přiřazujících stupně bolesti. Při určování typu bolesti se zjišťuje především doba vzniku, trvání či intervaly bez bolesti. Při zjišťování, co pacientovi pomáhá mírnit bolest, je důležité klientovi vysvětlit a zdůvodnit používání, či nepoužívání metod a následně pak zjistit účinnost, či neúčinnost těchto metod. Čím přesnější informace sestra o klientovi získá, tím může volit lepší a individuálnější přístup v jednání s pacientem a v ošetrovatelské péči. Při ošetřování klientů trpících bolestí je nutné, aby se sestra zaměřovala na jejich pocity a prožívání, které s chronickou bolestí souvisejí. Nesmírně důležité je také, aby byl klientovi poskytnut dostatečný prostor a čas pro vyjádření bolesti (7, 32).

Sestra pečující o pacienta s chronickou bolestí využívá ošetrovatelské diagnózy, které specifikuje diagnostický systém. Tento systém klasifikuje ošetrovatelské diagnózy dle určujících znaků, souvisejících rizikových faktorů, definic diagnóz a číselných kódů (názvy diagnóz). Diagnostický systém vyvinula organizace NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International). Pro sestru pečující o pacienta s chronickou bolestí je důležité znát, že chronická bolest se řadí do diagnostické domény komfort, třídy tělesný komfort - *chronická bolest* - 00133. Tato třída je určena ošetrovatelským diagnózám týkajících se problémů v oblasti pohodlí, klidu, či nepřítomnosti bolesti. Je zde také uvedena akutní bolest – 00132, či nauzea - 00134 (33).

Souvisejícími ošetrovatelskými diagnózami vztahujícími se k chronické bolesti mohou být zhoršená pohyblivost, porušený spánek, spánková deprivace, porušená chůze, deficit sebekpěče při stravování, hygieně, či oblékání, dále to mohou být strach, úzkost, beznaděj, bezmocnost, riziko pádu, riziko sebepoškození, riziko osamělosti, sociální izolace, neefektivní zvládnání zátěže, sexuální dysfunkce, riziko sebevraždy, přerušovaný život rodiny. V ošetrovatelském procesu určuje sestra ošetrovatelské výkony, které mají za úkol snížit intenzitu prožívání bolesti, anebo ji zmírnit tak, aby se pacient zvládl vrátit k běžným denním aktivitám a efektivněji tak zvládal bolest. Nejvhodnější

opatření pro snížení bolesti vybírá sestra společně s pacientem. Sestra také respektuje veškeré klientovy projevy bolesti, ať už verbální, nebo neverbální. Pomáhá pacientovi zaujímat úlevovou polohu, sleduje jeho aktivitu a chování během dne i kvalitu spánku v noci. Sleduje pacientovy reakce na léčbu, podává analgetika dle ordinace lékaře a učí klienta tyto léky správně užívat. Sestra pacienta s chronickou bolestí informuje i o možnostech nefarmakologických postupů vedoucích ke zmírnění bolesti, učí ho používat relaxační techniky (masáž, aktivní poslech hudby, rytmické dýchání). Relaxační techniky pomáhají pacientům trpícím bolestí zmírňovat úzkost z bolesti, uvolňují bolest ze svalového napětí a také odpoutávají pozornost od bolesti (7).

Sestra také pomáhá pacientovi stanovit opatření ke změně životního stylu, spolupracuje s ošetřujícím lékařem i jinými odborníky a také s nejbližšími a pro klienta důležitými osobami. Sestra by měla nemocného s chronickou bolestí přiměřeně aktivizovat, odvádět jeho pozornost vhodnou činností a dopřát mu soukromí. Musí také tolerovat změny chování klienta, podporovat ho při vyjádření jeho emocí či stavů. Klient by měl vycítit z chování sestry empatii, zájem o jeho osobu a o tišení jeho bolesti. (7, 13).

Pacientům s chronickou bolestí, ať již nádorového či nenádorového původu, poskytuje sestra také pomoc i v centrech pro léčbu bolesti (ambulancích bolesti). Povinností sestry pracující v ambulanci bolesti je odpovědné a pravidelné posuzování potřeb pacienta včetně jeho rodiny. Dále také podporuje pacienta a navrhuje alternativní techniky léčby bolesti. Sestra by se měla neustále informovat o obtížích, které pacienta tíží, neboť musí mít na paměti, že pacient se často stydí sdělovat své obtíže z pobytu v neznámém prostředí (19).

1.6.1 Farmakologická léčba bolesti

Léčba chronické bolesti je velmi komplikovaná (7). Světová zdravotnická organizace (SZO) v roce 1990 vypracovala k léčbě bolesti analgetický třístupňový žebříček (viz příloha 5), který má za úkol pomoci nejen sestram, ale i dalším zdravotnickým pracovníkům při léčbě bolesti. Tento žebříček obsahuje tři stupně, které popisují instrukce pro podávání analgetik a adjuvantních léků v souvislosti s intenzitou

a charakterem bolesti (4). Sestra při léčbě chronické bolesti podává dle ordinace lékaře neopioidní analgetika, opioidy a adjuvantní analgetika.

Neopioidní analgetika se používají k tlumení mírně intenzivní bolesti. Mezi tuto skupinu analgetik lze zařadit paracetamol, nesteroidní antiflogistika (NSA) a salicyláty. Paracetamol je lékem první volby pro mírnou bolest. Používá se ke snižování bolesti hlavy, svalů, horečky i celkové bolesti. Paracetamol je jedním z nejbezpečnějších neopioidních analgetik (4).

NSA mají protizánětlivý, analgetický a antipyretický účinek. Nežádoucími účinky při podávání NSA mohou být periferní otoky, hypertenze, žaludeční potíže. Jako zástupce NSA lze uvést Ibuprofen nebo Diklofenak (12).

Salicyláty mají stejné účinky jako NSA. Jsou to nejčastěji používaná analgetika. Jako jejich zástupce lze uvést např. Aspirin. Nežádoucími účinky při podávání salicylátů mohou být např. žaludeční problémy, nauzea, pocení (12).

Opioidy se používají především k tlumení střední až silné bolesti. Opioidní analgetika se dle intenzity analgetického účinku dělí na slabé a silné opioidy. Slabé opioidy jsou Kodein, Hydrokodein, Tramadol (Tramal), Valoren. Silné opioidy jsou morfin (Vendal), fentanyl (Durogesic náplasti), Dolsin. Při užívání opioidů může dojít k vedlejším účinkům jakými jsou zácpa, nevolnost a zvracení. Pacient by měl být s vedlejšími účinky těchto léků detailně seznámen (34, 35).

Adjuvantní analgetika jsou doplňkové léky, které se užívají při analgetické léčbě. Nejsou tedy hlavními medikamenty k tlumení bolesti (4). Jako zástupce lze uvést např. antikonvulziva (Karbamazepin, Gabapentin), antidepresiva (Imipramin, Amitriptylin). „Při adjuvantním podávání antidepresiv u nemocných trpících bolestí je třeba si uvědomit, že tyto preparáty mají analgetický účinek bez ohledu na to, zda je deprese přítomna či ne (3, s. 76)“. K výše uvedené lékové skupině lze také uvést benzodiazepiny (Diazepam, Oxazepam) a kortikosteroidy (mineralokortikoidy – Kortizon, glukokortikoidy – Prednison) (12). V souvislosti s adjuvantní léčbou stojí za zmínku i placebo efekt (3). Jedná se o podání látky, která nemá žádný léčebný účinek, přesto může pacientovi přinést úlevu (14). I přesto, že pacient na placebo terapii reaguje příznivě, neznamená, že netrpí skutečnou bolestí (3). Placebo látky by se měly podávat

velmi výjimečně a po důkladném uvážení u těch projevů bolesti, kde se dá oprávněně předpokládat, že se jedná o bolest vyvolanou psychickými problémy (14).

Sestra může výše uvedené léky, dle ordinace lékaře, podávat neinvazivní nebo invazivní cestou. Mezi neinvazivní cesty patří perorální, transdermální a rektální způsob podání. Při perorálním podání pacient přijímá lék (tablety, sirupy, kapky) ústy. Nevýhodou může být např. nepříjemná chuť léku, dráždění žaludeční sliznice, či pomalejší vstřebávání léků (nástup léků je přibližně 20 minut po podání). Pokud pacient zvrací, či není schopen polykat, perorální podávání léků se nevyužívá. U transdermálního podání se používají masti nebo náplasti (12). Při aplikaci náplasti se lék postupně po dobu 72 hodin uvolňuje přes neporušenou kůži do organismu. Náplast by se měla měnit 1x za 3 dny. Tato forma aplikace analgetik je vhodná pro všechny pacienty s chronickou bolestí. Rektální podání je aplikace léků, zejména čípků, do konečníku. Tento způsob aplikace léků se nabízí v případě, kdy u pacientů není možné perorální podávání analgetik (36). Rektální způsob by se neměl využívat v případě, kdy je to pro pacienta nepříjemné, nebo pokud má pacient bolesti v anální oblasti, např. v důsledku análního nádoru či zanícených hemoroidů (19).

Při invazivní metodě se používá injekční podávání léků. Sestra může léky podávat subkutánně - podávání léků do tukové tkáně pod kůži, intravenózně - podávání léku přímo do žíly, či intramuskulárně - podávání léku hluboko do svalu (12).

Pacientem řízená analgezie (PCA) je metoda, při které si klient sám aplikuje analgetikum (opioid), nejčastěji intravenózně, nebo do epidurálního prostoru, pomocí speciálního přístroje, který je k tomu určen. Při této možnosti léčby nastavuje lékař na přístroji předem velikost jednotlivé dávky, bezpečnostní interval i maximální celkovou dávku analgetik za dobu čtyř nebo šesti hodin. Bezpečnostní interval je doba, po kterou přístroj nedávkuje analgetikum ani když ho pacient spouští. Pacient tedy nemá možnost tyto parametry sám ovlivnit. „Základem úspěchu je před zahájením PCA podat nasyčovací dávku analgetik tak, aby byla bolest účinně potlačena ještě před nasazením přístroje. Použití vyžaduje spolupráci pacienta a jeho fyzickou schopnost obsluhovat ovládání přístroje (36, s. 1)“. Výhodou PCA, oproti jinému podávání opioidů, je větší spokojenost pacienta a kvalitnější analgezie (37).

1.6.2 Nefarmakologická léčba bolesti

Nefarmakologické metody nejenže tlumí bolest, ale mohou pacientům pomáhat odstraňovat stres, zlepšovat náladu, podporovat spánek a dodávat pocit kontroly nad bolestí. Tyto terapie se mohou používat jednotlivě, ale i kombinovaně s farmakoterapií. Sestra může pacientovi doporučit terapii teplem či chladem, pomocí vibrací, transkutánní elektrickou stimulací nervu, dále cvičení, aromaterapii, jógu, masáže, akupunkturu, terapii hudbou (muzikoterapie), meditace, biofeedback a hypnózu (12). Pacient se pomocí některé z výše zmíněných metod učí svoji bolest kontrolovat, ovlivňovat ji a žít s ní (3).

Terapie chladem snižuje citlivost k bolesti ochlazením nervových zakončení. Využívá metody studených zábalů, sáčků s ledem či ledových masáží. Ledová masáž se používá při krátkých bolestivých procedurách (lumbální punkce, odstranění hrudního drénu) (12).

Při *terapii teplem* se aplikuje suché teplo (nahřívací lahve, sáčky s chemickou látkou uvolňující teplo, elektrické podušky) či vlhké teplo (horké zábaly, teplé obklady, speciální nahřívací polštáře). Léčba teplem mírní bolest a zvyšuje práh bolesti (12).

Vibrace navozují necitlivost léčené oblasti, a tím zmírňují bolest. Tato metoda se používá u bolesti svalů, hlavy, chronické nenádorové i nádorové bolesti, neuropatické bolesti, či u fraktury. Terapie využívá vibrační polštářky, křesla či lůžka (12).

Transkutánní elektrická stimulace nervu používá k léčbě přenosný přístroj na baterie. Tento přístroj přenáší bezbolestný střídavý elektrický proud, který prostřednictvím povrchových elektrod skrz kůži stimuluje nervová vlákna a mění tak vnímání bolesti. Tato metoda je účinná u chronické nenádorové i nádorové bolesti, bolesti při zlomenině kosti, bolesti bederní páteře, při sportovních úrazech, u myofasciální bolesti, neurogenní bolesti, fantomové bolesti, při artritidě i menstruačních bolestech (12, 39).

Metodu *cvičení* mohou využívat pacienti s akutní i chronickou bolestí. Cvičení může pacientovi přinést některé výhody. Zvyšuje toleranci bolesti, pocit kontroly nad bolestí a tělesnými funkcemi, zvyšuje vytrvalost. Mírní bolest uvolněním endorfinů (přirozená analgetika těla), které navozují pocit pohody a mění vnímání bolesti (12).

Při *aromaterapii* se používá inhalace esenciálních olejů z různých rostlin (7). Ke snížení bolesti se používají oleje vyráběné z rostlin, jakými jsou bazalka, eukalyptus, heřmánek, pelargónie, levandule, rozmarýn či čajovník. Aromaterapie se využívá při bolesti hlavy, svalových problémech, artritidě, pásovém oparu a také při premenstruačním syndromu (12). Lze rozlišit několik způsobů použití aromaterapeutických látek. Tyto látky může pacient vdechovat, vstřebávat (koupele, masáže), či pod dohledem školeného lékaře v aromaterapii využít orální použití (3).

Jóga je jednou z nejstarších metod podporujících zdraví. Používá se ke zmírnění bolesti a úzkosti při bolestech zad a krku, onemocnění srdce, migrény, hypertenze či nádorového onemocnění. Základními prvky jógy jsou správné dýchání, pohyb, meditace a postoj (12).

Masáž je založena na kombinaci různých tahů a tlaků, které vznikají působením rukou maséra na kůži a měkké tkáně pacienta. Při masáži dochází k lepšímu prokrvení a uvolnění látek, které snižují vnímání bolesti. Masáž lze také naučit pacienty a jejich příbuzné pro terapii v domácím prostředí (7).

Akupunktura je metoda, při které se zavádějí tenké kovové jehly pod kůži do specifických míst. Tato metoda byla objevena v Číně před 5 000 lety (12). Název akupunktura se skládá z latinských slov *acus* - jehla a *punktura* - nabodnutí (4). Dle SZO se akupunktura provádí např. při bolesti zubů a hlavy, menstruačních bolestech, pooperačních bolestech, bolestech zad a podobně (3).

Terapie hudbou (muzikoterapie) může pomáhat ke snižování chronické bolesti. Má několik forem. Může to být poslech hudby, tvorba hudby, zpěv či pohyb do rytmu hudby. Při muzikoterapii je nezbytně nutné příjemné prostředí a příjemná hudba, která má pro pacienta nějaký význam (12).

Meditace je stav, při kterém se pacient bez zapojení vlastní vůle poddá současnosti (cesta do vlastního nitra) (3). Pacient při meditaci zaměří svoji pozornost pouze na jeden zvuk, obraz či rytmus vlastního dýchání. Tato metoda je velmi vhodná u chronické bolesti (12).

Biofeedback neboli biologická zpětná vazba je novou metodou léčení chronické bolesti, např. bolesti zad či hlavy (3). Tato metoda využívá elektronické monitory, aby

se pacienti mohli naučit vědomě kontrolovat autonomní funkce (dýchání, pulz, teplota pokožky). Pokud by se naučili měnit tyto funkce vůlí, mohli by tak získat schopnost kontroly bolesti i jiné nemoci bez používání medikamentů nebo jiných lékařských metod (12).

„*Hypnóza* je přirozený stav změněného a zúženého vědomí, při kterém se změní činnost mozku a přesouvá se pozornost (3, s. 80)“. Hypnóza pomáhá nemocnému odvrátit pozornost a zaměřenost od bolesti. Tato metoda se uplatňuje převážně při bolestech hlavy, zubů, bolestech po popáleninách či u onkologicky nemocných pacientů (14).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

C1: Zjistit, zda pacienti využívají i nefarmakologické metody k zvládnání chronické bolesti.

C2: Zjistit, jak hodnotí pacienti s chronickou bolestí její vliv na partnerské vztahy.

2.2 Hypotézy

H1: Ženy s chronickou bolestí využívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.

H2: Ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Výzkumná část bakalářské práce na téma „Bolest jako ošetřovatelský problém“ byla zpracovaná formou kvantitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl dotazník. Jednalo se o soustavu předem připravených a formulovaných otázek, na které klienti písemně odpovídali. Dotazník tvořilo 23 otázek, z toho 14 otázek bylo uzavřených, 7 otázek bylo polootevřených a 2 otázky byly otevřené. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci klientů (pohlaví, věk). Následovaly otázky zaměřené na problematiku chronické bolesti a nakonec i otázky týkající se problematiky partnerských vztahů a vlivu chronické bolesti na ně. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 15 dotazníků nevyplněných a 11 dotazníků bylo vyplněno jen z části. Výzkumný soubor tedy tvořilo 74 respondentů. Dotazník byl anonymní.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2010. Výsledky z dotazníkového šetření budou znázorněny prostřednictvím sloupcových a výsečových grafů s procenty. Pro účel výzkumu jsou sestaveny nulové a alternativní hypotézy. Nulové hypotézy se značí jako H_0 a alternativní hypotézy jako H_A . Hypotézy poté budou statisticky ověřeny pomocí Chí-kvadrát testu s hladinou významnosti 5 %. Pro Chí-kvadrát test budou sestaveny kontingenční tabulky se zkoumanými prvky.

U první zkoumané hypotézy H1 bude tedy:

- H_0 : Ženy s chronickou bolestí využívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.
- H_A : Ženy s chronickou bolestí nevyužívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.

A u druhé zkoumané hypotézy H2:

- H_0 : Ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.
- H_A : Ženy s chronickou bolestí nevnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.

Získané informace byly použity jen pro účely bakalářské práce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili respondenti trpící chronickou bolestí hospitalizováni na traumatologickém, chirurgickém a rehabilitačním oddělení, dále v ambulanci bolesti a na oddělení dlouhodobě nemocných. Dotazníky byly rozdány, po souhlasu hlavních a vrchních sester daných oddělení, v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace.

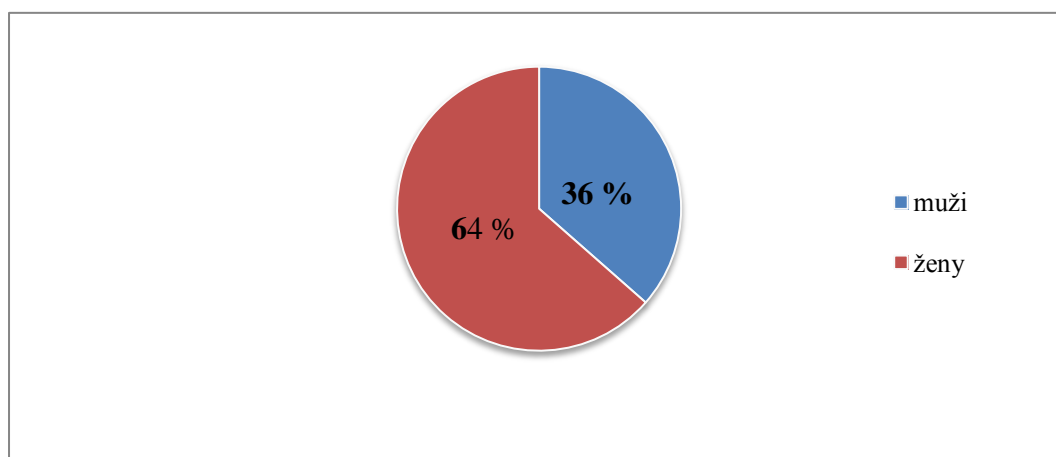
3.3 Průběh a popis výzkumu

Vlastní výzkum probíhal od března 2014 do dubna 2014. Výzkumný soubor tvořilo celkem 74 respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 27 mužů a 47 žen. Dotazníky byly rozdány respondentům prostřednictvím všeobecné sestry pracující na daném oddělení.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Výsledky dotazníkového šetření Nemocnice Pelhřimov a Nemocnice České Budějovice

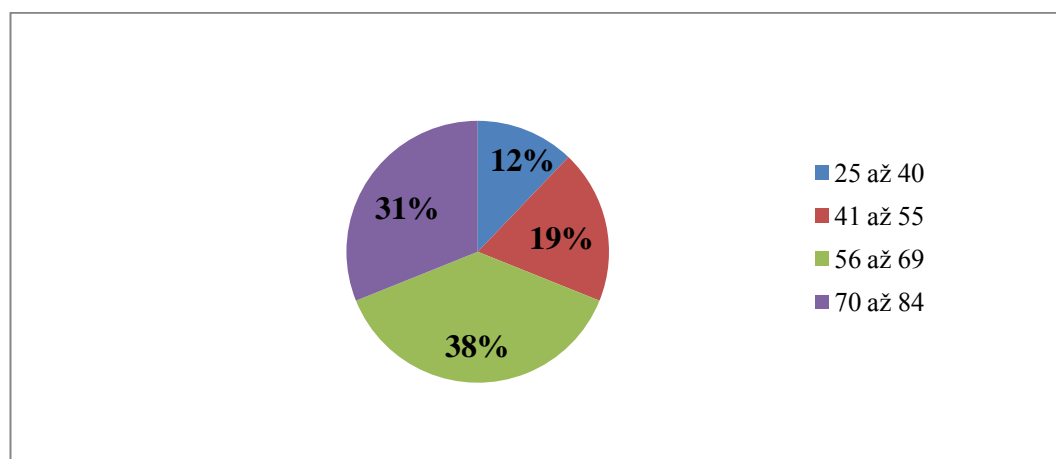
Graf 1 – Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 ukazuje, že z celkového počtu 74 (100 %) respondentů je 27 mužů (36 %) a 47 žen (64 %).

Graf 2 - Věk respondentů

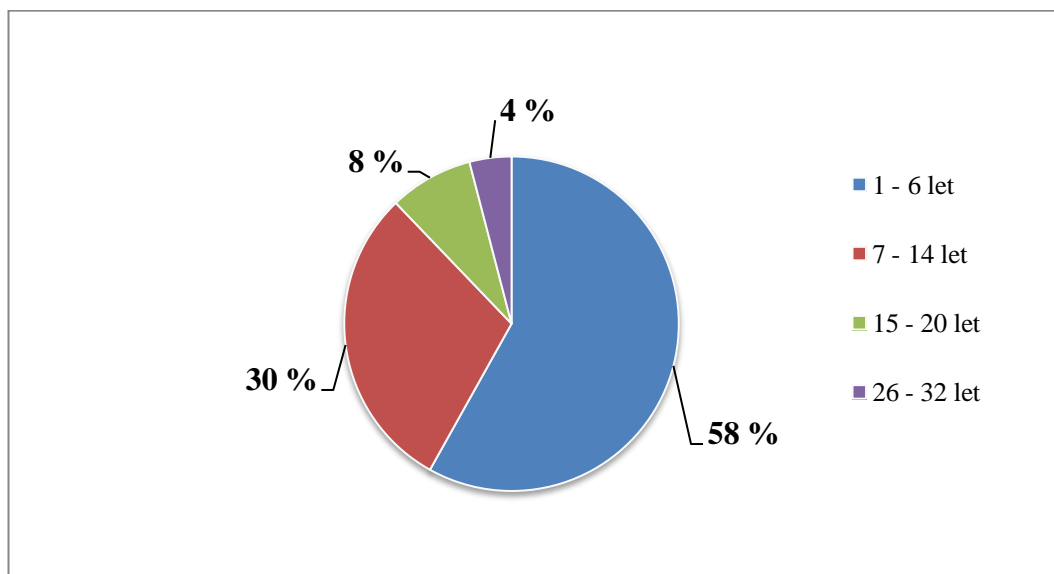


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje věk všech 74 (100 %) respondentů. Největší počet tvořili respondenti ve věku od 56 až 69 let (38 %). 31 % respondentů bylo ve věku od 70 do 84

let. 19 % respondentů bylo ve věku od 41 do 55 let a 12 % tvořili respondenti ve věku 25 až 40 let.

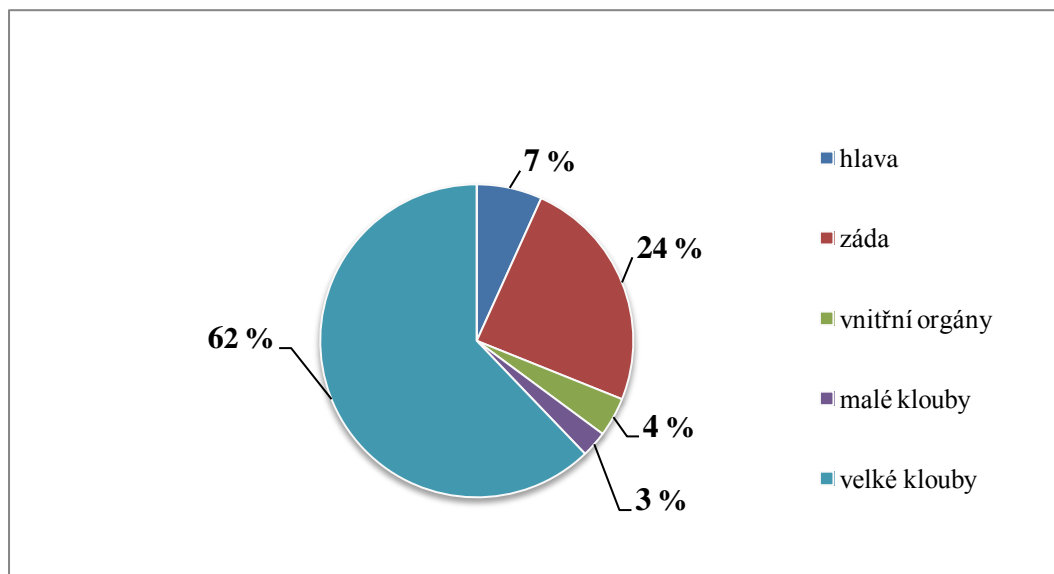
Graf 3 – Délka trvání chronické bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje délku trvání chronické bolesti. Na tuto otázku odpovídalo všech 74 (100 %) respondentů. 43 (58 %) respondentů uvedlo, že chronická bolest u nich přetrvává 1 – 6 let, 22 (30 %) respondentů trpí chronickou bolestí 7 – 14 let, u 6 (8 %) respondentů chronická bolest trvá 15 – 20 let, 3 (4 %) respondenti uvedli délku trvání chronické bolesti 26 – 32 let.

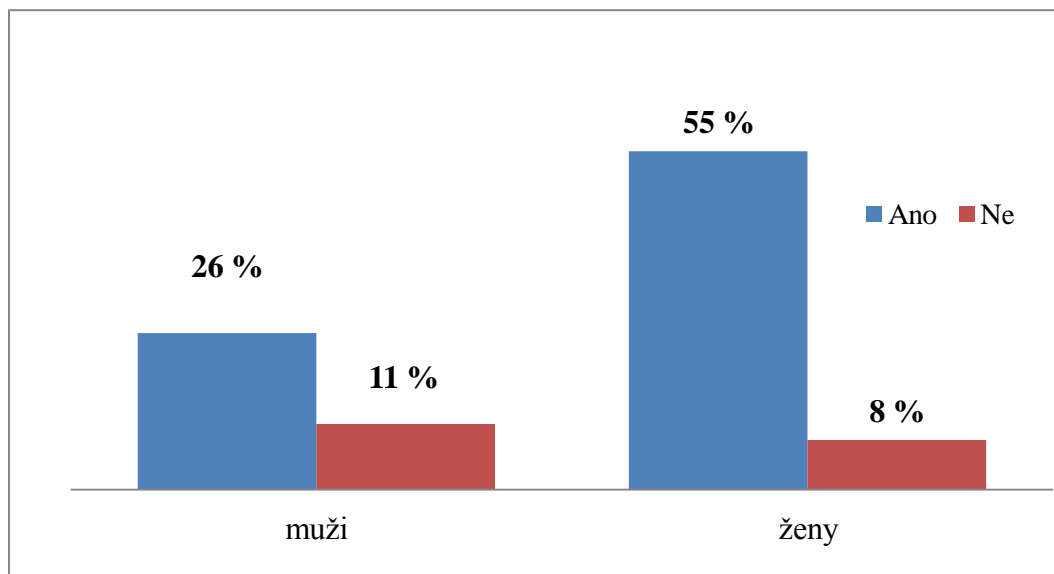
Graf 4 – Lokalizace chronické bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf zobrazuje lokalizaci chronické bolesti. Ze 74 (100 %) respondentů uvedlo 46 (62 %), že trpí bolestí velkých kloubů, 18 (24 %) respondentů lokalizovalo chronickou bolest v zádech, 5 (7 %) respondentů trpí chronickou bolestí hlavy, 3 (4 %) respondenti uvedli lokalizaci chronické bolesti ve vnitřních orgánech, 2 (3 %) respondenti lokalizovali chronickou bolest v malých kloubech.

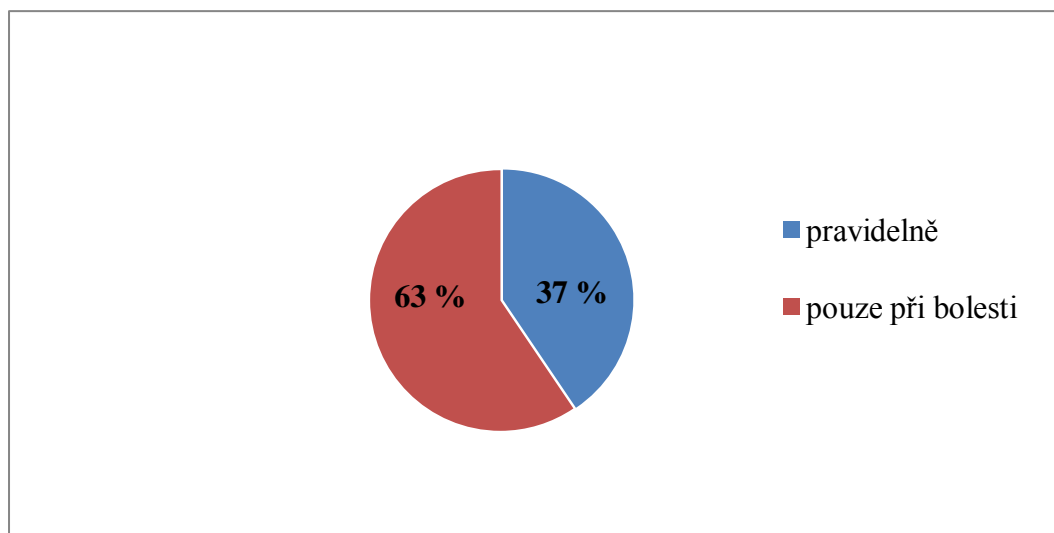
Graf 5 – Užívání léků proti bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje užívání léků proti bolesti a ukazuje, že ze 74 (100 %) respondentů užívá léky proti bolesti 60 (81 %) respondentů. Z toho 26 % (19) mužů a 55 % (41) žen. Léky proti bolesti neužívá 11 % (8) mužů a 8 % (6) žen.

Graf 6 - Užívání léků proti bolesti

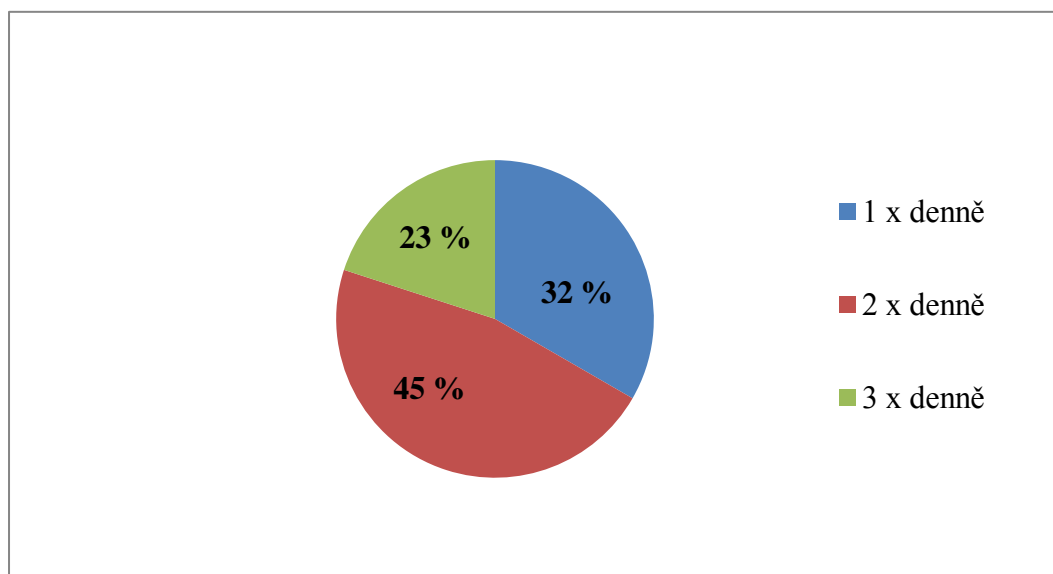


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 zobrazuje počet respondentů, kteří užívají léky proti bolesti pravidelně nebo pouze při bolesti. Celkem odpovídalo 60 (100 %) respondentů. Z toho 38 (63 %) pouze při bolesti.

respondentů užívá léky pouze při bolesti a 22 (37 %) respondentů užívá léky proti bolesti pravidelně.

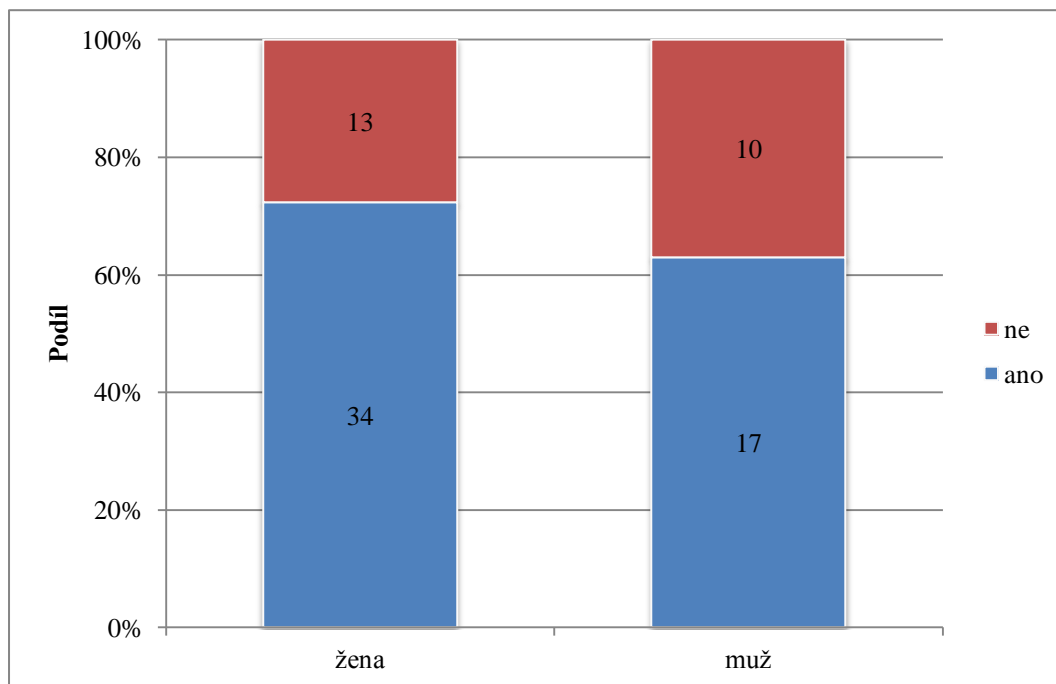
Graf 7 - Četnost užívání léků proti bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje odpovědi 22 (100 %) respondentů, kteří léky proti bolesti užívají pravidelně. 10 (45 %) respondentů užívá léky proti bolesti 2 x denně, 7 (32 %) respondentů užívá léky proti bolesti 1 x denně, 5 (23 %) respondentů užívá léky 3 x denně.

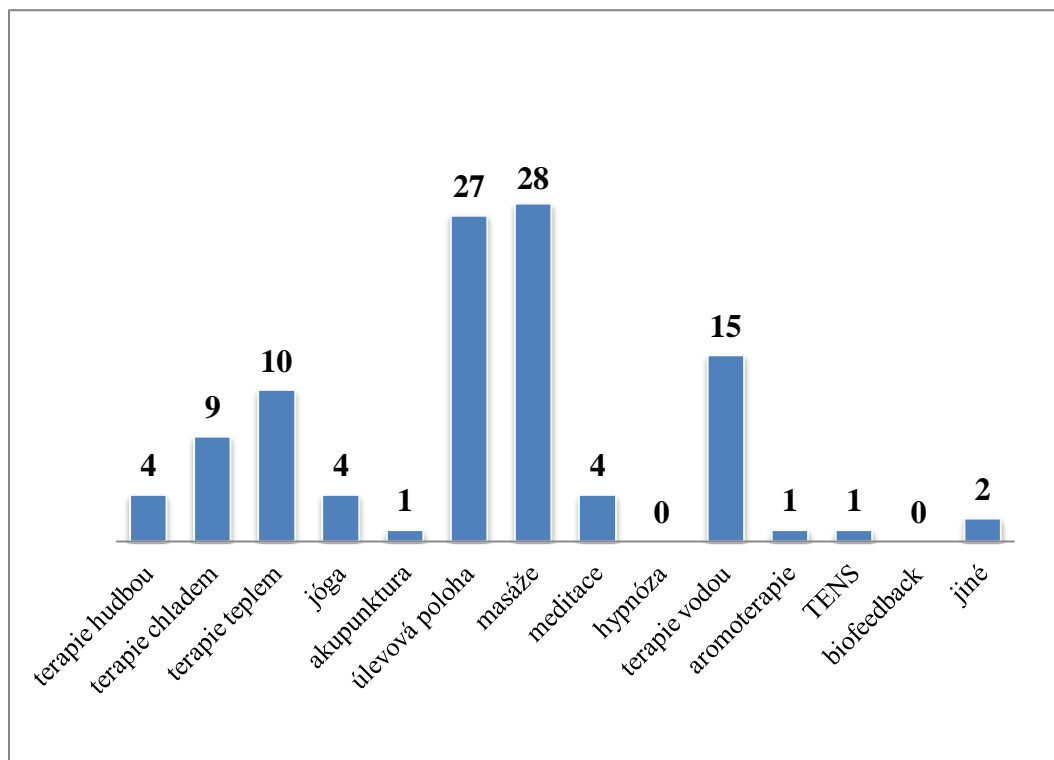
Graf 8 – Využívání jiných metod k zvládnání bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje počet respondentů, kteří využívají jiné metody k zvládnání chronické bolesti. Celkem odpovědělo 74 (100 %) respondentů, z toho 17 (23 %) mužů a 34 (46%) žen využívá jiné metody k zvládnání bolesti. K zvládnání bolesti nevyužívá jiné metody 10 (13 %) mužů a 13 (18 %) žen.

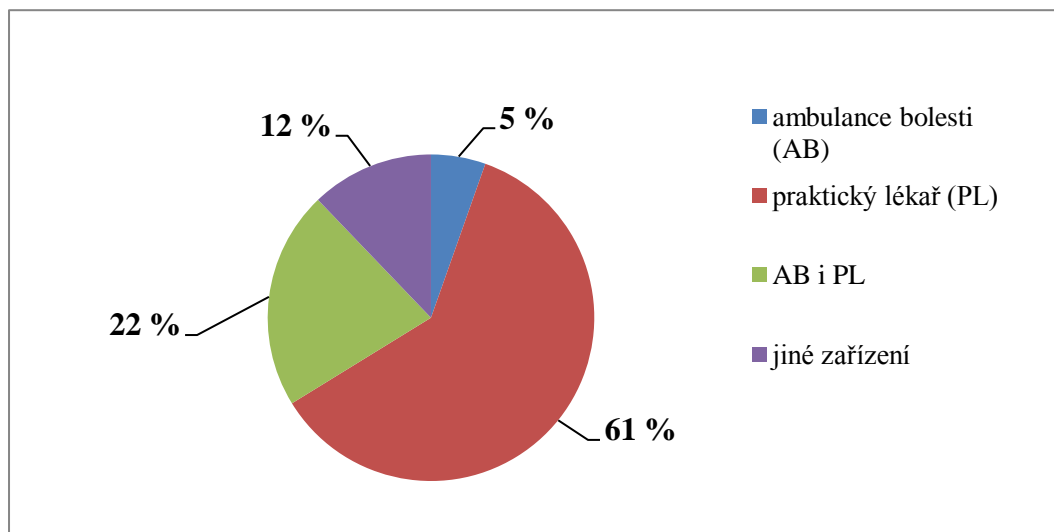
Graf 9 – Metody používané k tišení bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 popisuje četnost odpovědí z celkového počtu 106. Nejvyšší četnost byla zaznamenána u metody masáže - 28 odpovědí, úlevová poloha – 27 odpovědí, terapie vodou (vířivá koupel, sprchování) – 15 odpovědí, terapie teplem – 10 odpovědí, terapie chladem – 9 odpovědí, terapie hudbou – 4 odpovědi, jóga – 4 odpovědi, meditace – 4 odpovědi, jiné metody relaxace – 2 odpovědi, akupunktura – 1 odpověď, aromaterapie (inhalace, masáže vonnými oleji) – 1 odpověď, TENS – 1 odpověď. Hypnózu a biofeedback nezaznamenal nikdo – 0 odpovědí.

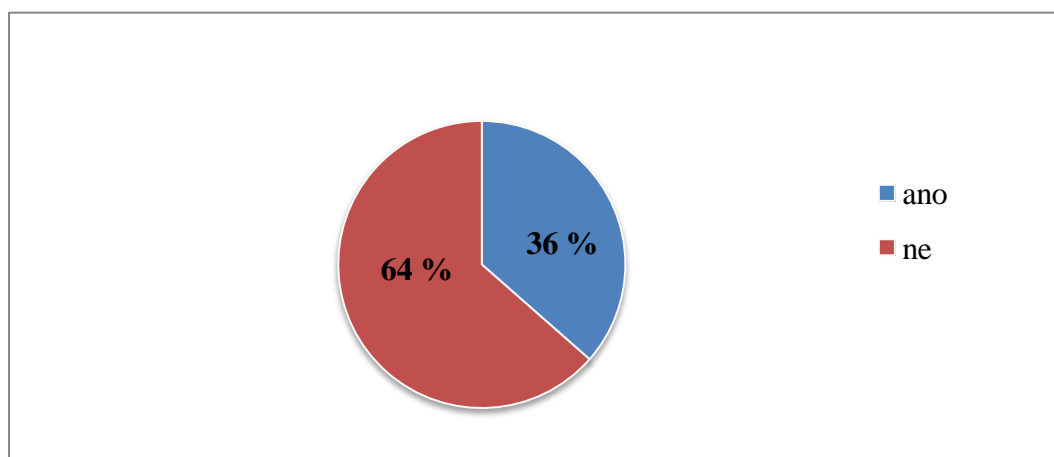
Graf 10 - Ambulance bolesti/praktický lékař



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje zařízení, které pacienti trpící chronickou bolestí navštěvují. 45 (61%) respondentů dochází pouze k praktickému lékaři, 16 (22 %) respondentů navštěvuje ambulanci bolesti i svého praktického lékaře, 9 (12 %) respondentů dochází do jiného zařízení. 4 (5 %) respondenti chodí do ambulance bolesti.

Graf 11 – Informovanost o nefarmakologické léčbě

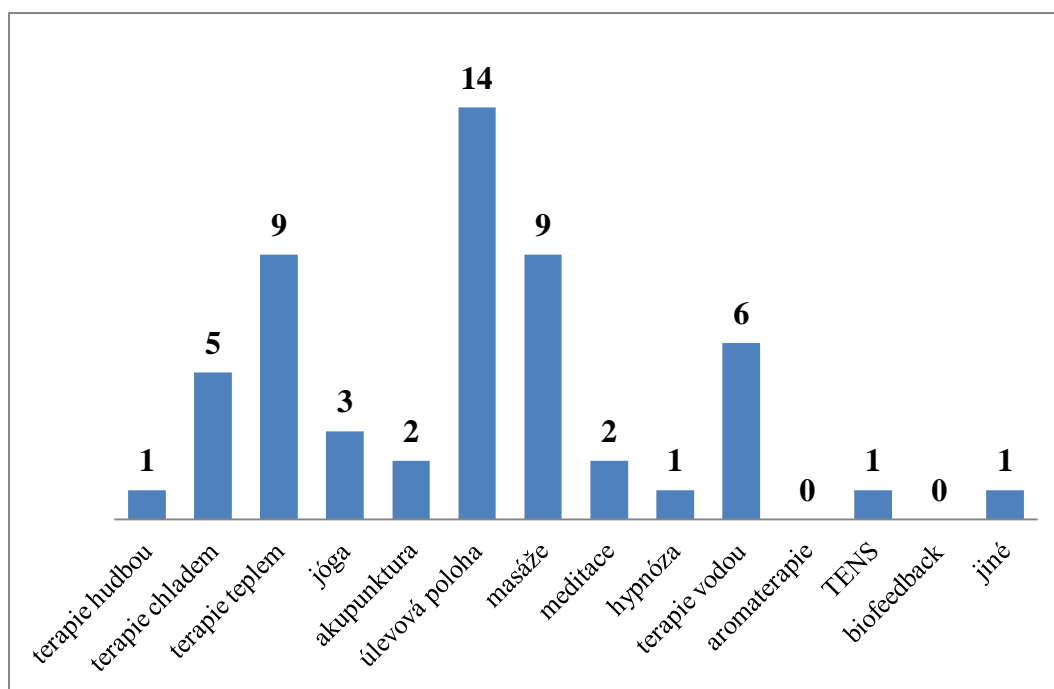


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 znázorňuje, kolik respondentů bylo sestrou informováno o nefarmakologické léčbě bolesti. Odpovídalo všech 74 (100 %) respondentů, z toho 27

(36 %) respondentů bylo o nefarmakologické léčbě bolesti sestrou informováno, zatímco 47 (64 %) respondentů o nefarmakologické léčbě bolesti nebylo ze strany sestry informováno.

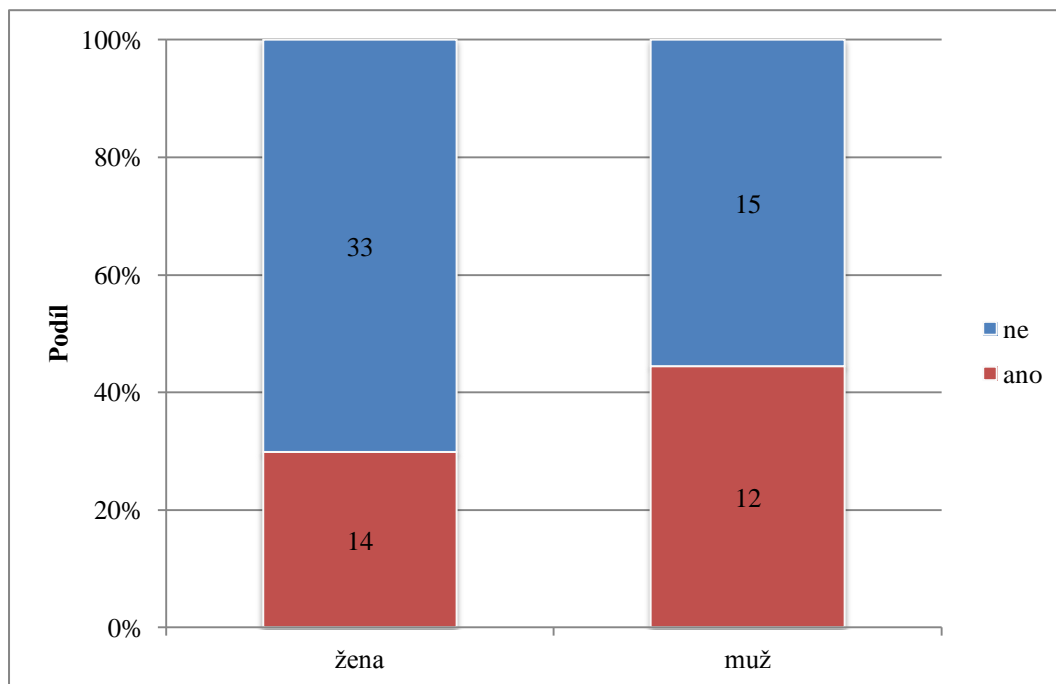
Graf 12 - Možnosti nefarmakologické léčby



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf znázorňuje četnost odpovědí o možnostech nefarmakologické léčby bolesti, o kterých byli respondenti informováni ze strany sestry. Celkem bylo získáno 54 odpovědí a nejvyšší četnost byla zaznamenána u možnosti úlevové polohy – 14 odpovědí, masáže – 9 odpovědí, terapie teplem – 9 odpovědí, terapie vodou (vířivá koupel, sprchování) – 6 odpovědí, terapie chladem – 5 odpovědí, jóga – 3 odpovědi, akupunktura – 2 odpovědi, meditace – 2 odpovědi, terapie hudbou – 1 odpověď, hypnóza – 1 odpověď, TENS – 1 odpověď, jiné – 1 odpověď. Aromaterapii a biofeedback nevedl nikdo.

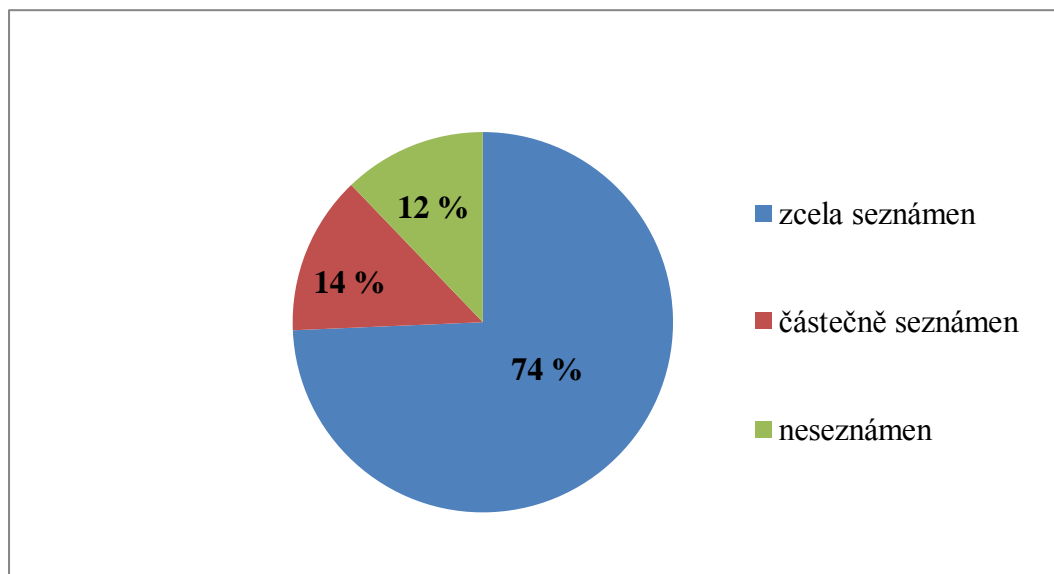
Graf 13 – Ovlivnění partnerských vztahů chronickou bolestí



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 znázorňuje, zda chronická bolest ovlivnila partnerské vztahy. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů uvedlo 33 (45 %) žen a 15 (20 %) mužů, že chronická bolest jejich partnerský vztah neovlivnila. U 14 (19 %) žen a 12 (16 %) mužů chronická bolest ovlivnila partnerský vztah.

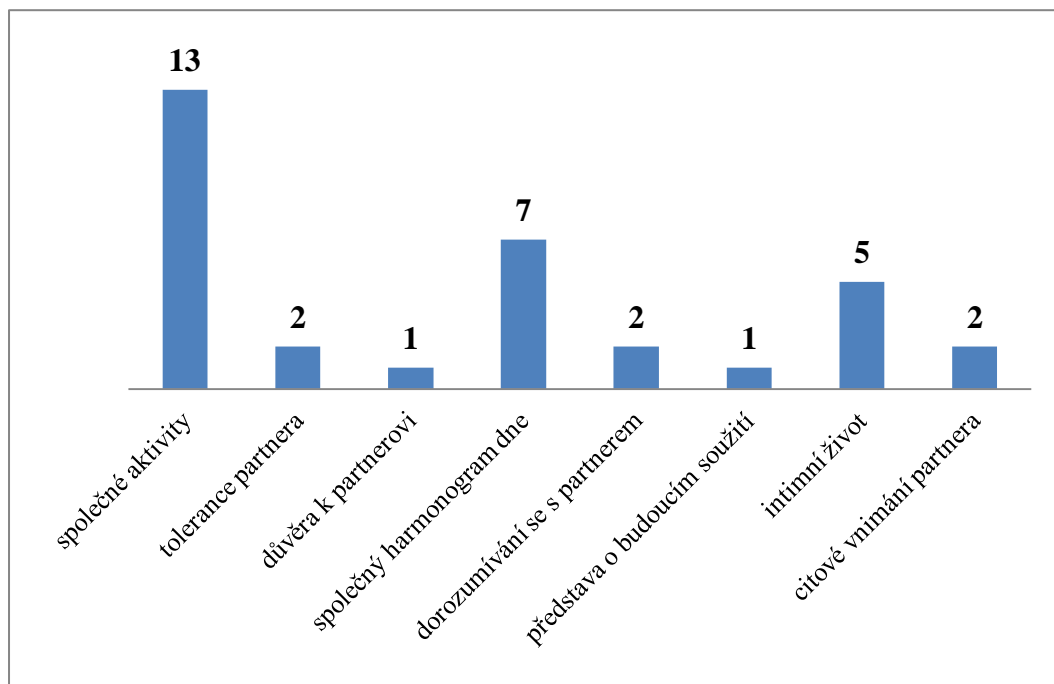
Graf 14 - Informovanost partnera o zdravotním stavu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 zobrazuje odpovědi všech 74 (100 %) respondentů na to, zda partner je, či není, seznámen s jejich zdravotním stavem. 55 (74 %) respondentů uvedlo, že partner je s jejich stavem zcela seznámen, u 10 (14 %) respondentů je partner s jejich zdravotním stavem částečně seznámen a u 9 (12 %) respondentů není partner se zdravotním stavem seznámen.

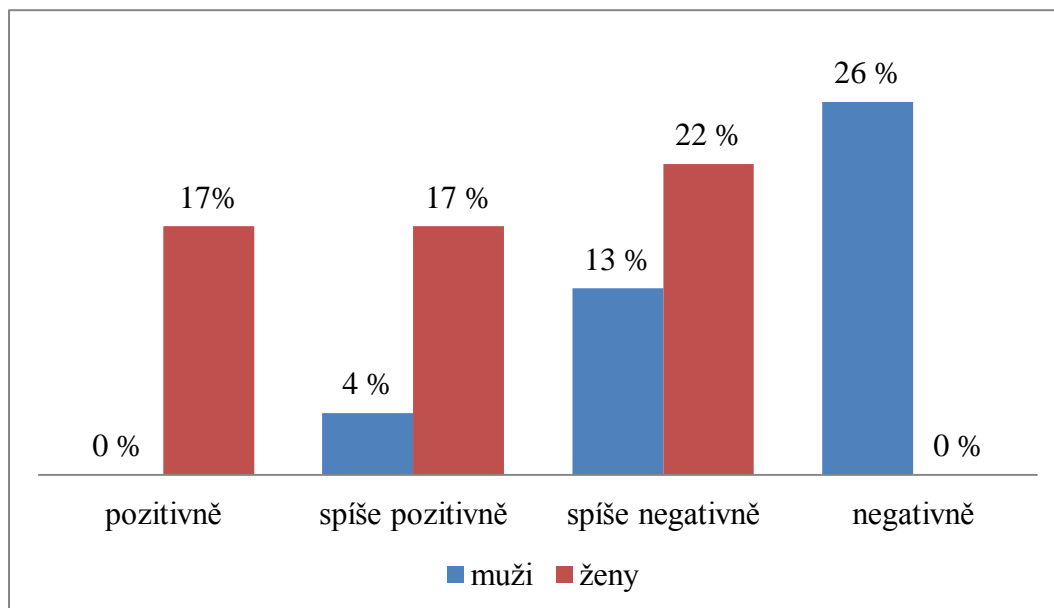
Graf 15 - Oblast partnerských vztahů ovlivněná chronickou bolestí



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje četnost odpovědí týkajících se oblasti partnerských vztahů, které ovlivnila chronická bolest. Celkem bylo získáno 33 odpovědí, kdy nejvyšší četnost zaznamenala možnost ve společných aktivitách (zájmy, koníčky, zaběhlé zvyky) – 13 odpovědí, ve společném harmonogramu dne – 7 odpovědí, v intimním životě – 5 odpovědí, v toleranci partnera – 2 odpovědi, v dorozumívání se s partnerem – 2 odpovědi, v citovém vnímání partnera – 2 odpovědi, v důvěře k partnerovi – 1 odpověď, v představě o budoucím společném soužití – 1 odpověď.

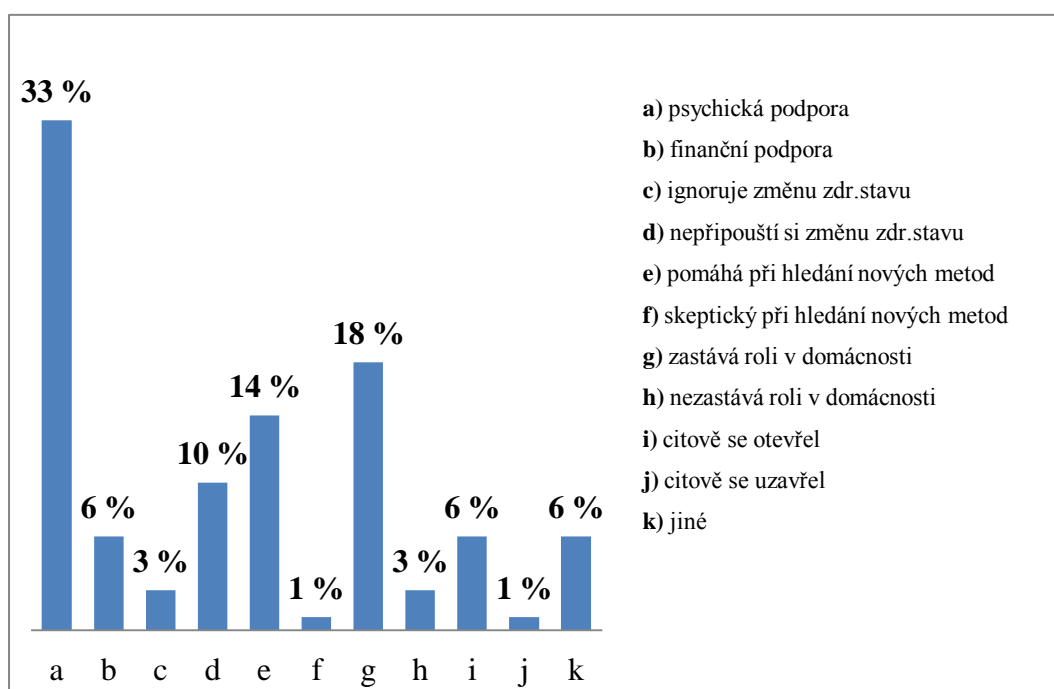
Graf 16 - Vnímání změn v partnerském vztahu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 zobrazuje, jak respondenti vnímají změny v partnerském vztahu. Na tuto otázku odpovídalo 23 (100 %) dotazovaných. Pozitivně změny vnímají 4 (17 %) ženy, muži uvedené změny pozitivně nevnímají, spíše pozitivně vnímají změny v partnerských vztazích 4 (17 %) ženy a 1 (4 %) muž, spíše negativně vnímá změny v partnerském vztahu 5 (22 %) žen a 3 (26 %) mužů a žádná žena vnímá změny v partnerském životě negativně.

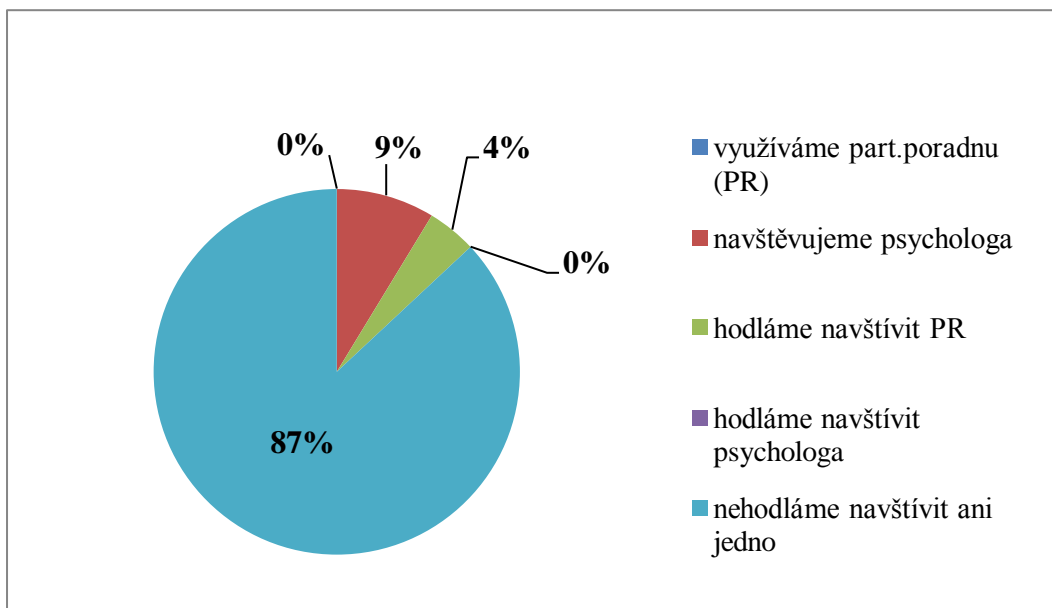
Graf 17 – Nynější pozice partnera ve vztahu



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf zobrazuje, jakou pozici nyní zaujímá ve vztahu partner dotazovaných respondentů. Na tuto otázku odpovídalo všech 74 (100 %) respondentů. 25 (33 %) respondentů odpovědělo, že je partner psychicky podporuje. 13 (18 %) respondentů odpovědělo, že partner zastává jejich roli v domácnosti, 11 (14 %) respondentů uvedlo, že partner napomáhá při hledání nových možností zvládnání bolesti. U 7 (10 %) respondentů si partner nepřipouští změnu jejich zdravotního stavu. 4 (6 %) respondenti uvedli, že je partner finančně podporuje, další 4 (6 %) respondenti odpověděli, že se jim jejich partner citově otevřel a 4 (6 %) respondenti uvedli jiné možnosti. 2 (3 %) respondenti zaznamenali, že partner ignoruje jejich změnu zdravotního stavu. 2 (3 %) respondenti uvedli, že partner jejich roli v domácnosti nezastává. 1 (1 %) respondent uvádí, že partner je skeptický při hledání nových možností zvládnání bolesti a další 1 (1 %) respondent uvedl, že se mu partner citově uzavřel.

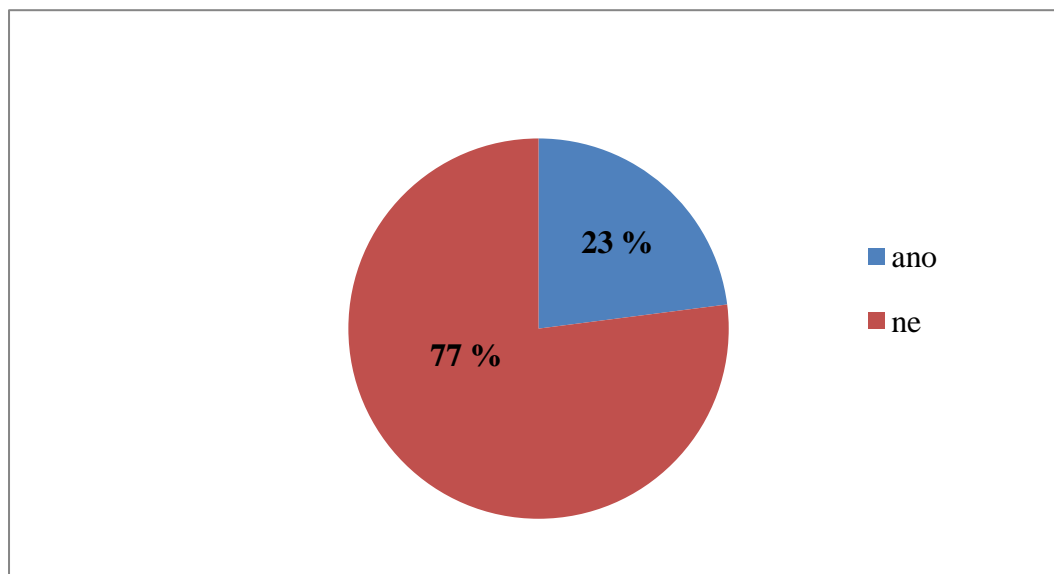
Graf 18 - Využívání některých možností pro harmonizaci vztahu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje možnosti, které respondenti se svými partnery využívají nebo chtějí využívat pro harmonizaci vztahu. Na tuto otázku odpovídalo 23 (100 %) dotazovaných. 20 respondentů (87 %) nehodlá využít ani jednu z uvedených možností, 2 (9 %) respondenti navštěvují se svými partnery psychologa, 1 (4 %) respondent hodlá s partnerem navštívit partnerskou poradnu. Nikdo z respondentů (0 %) nevedl, že využívá s partnerem partnerskou poradnu. Žádný z dotazovaných (0 %) nevedl, že hodlá s partnerem navštívit psychologa.

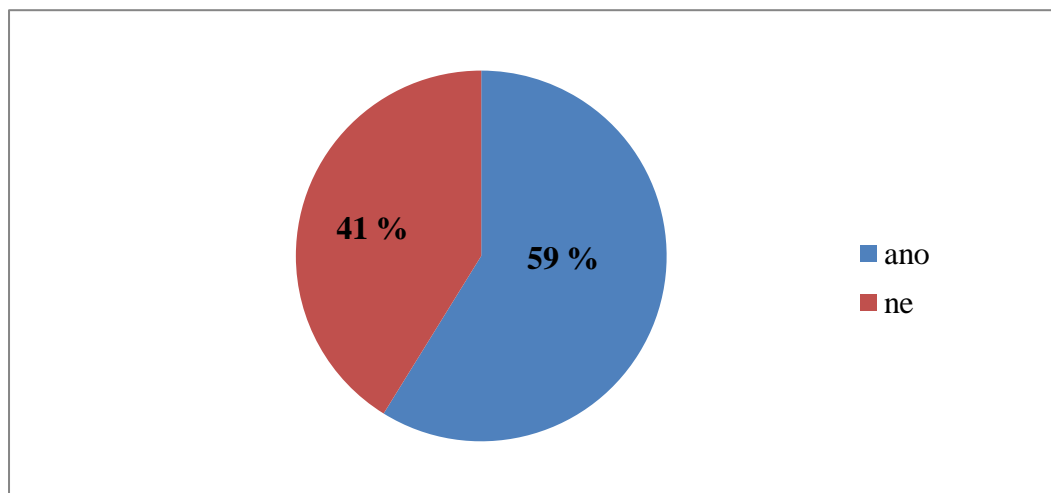
Graf 19 – Zájem sestry o partnerský život pacienta s chronickou bolestí



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf ukazuje, zda se sestra v ambulanci či na oddělení zajímala o partnerský život respondentů a především pak, zda chronická bolest jejich vztah ovlivnila, či neovlivnila. Na tuto otázku odpovídalo všech 74 (100 %) respondentů. 17 (23 %) respondentů odpovědělo, že se sestra zajímala o to, zda chronická bolest ovlivnila jejich partnerský život. 57 (77 %) respondentů uvedlo, že se sestra nezajímala.

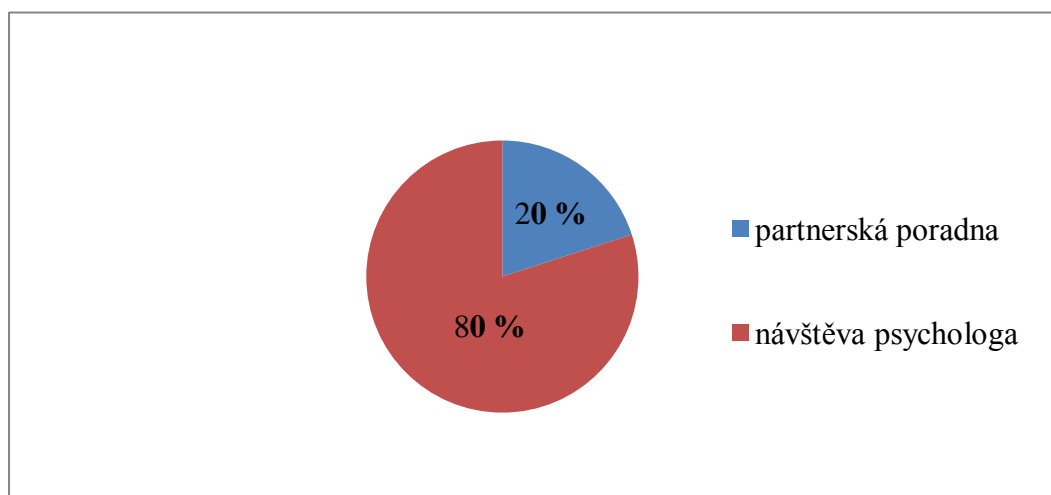
Graf 20 - Nabídka možností ze strany sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje, zda sestra nabídla respondentům, kam se mohou obrátit s vyřešením problémů v partnerském vztahu. Na tuto otázku odpovídalo 17 (100 %) respondentů. 10 (59 %) respondentů uvedlo, že sestra jim nabídla možnosti, kam se obrátit k vyřešení problémů. 7 (41 %) respondentů odpovědělo, že sestra jim možnosti k vyřešení problémů v partnerském vztahu nenabídla.

Graf 21 - Nabídnuté možnosti ze strany sestry

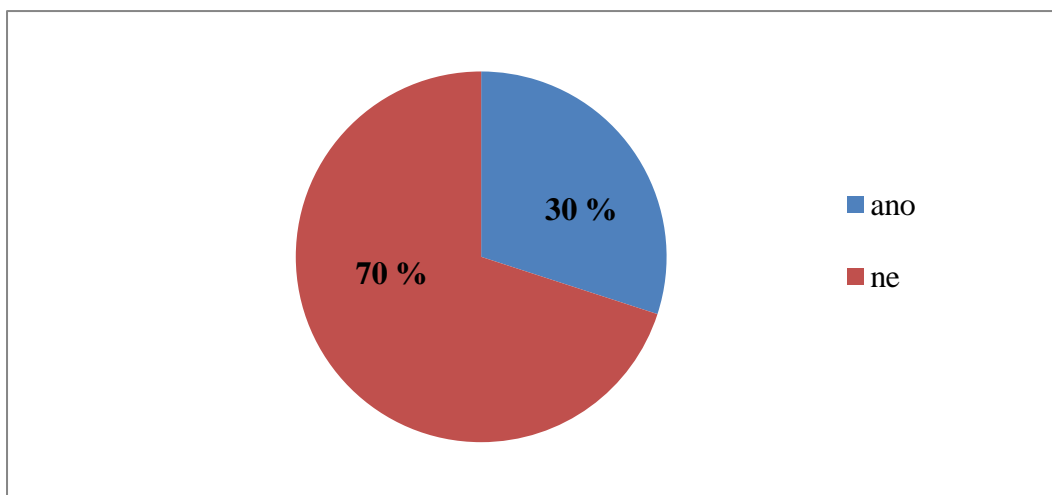


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21 znázorňuje odpovědi dotazovaných na to, jaké možnosti sestra respondentům nabídla. Odpovídalo 10 (100 %) respondentů. Sestra nabídla 8 (80 %) návštěvu psychologa.

respondentům jako možnost, která by vedla k vyřešení problémů, návštěvu psychologa. 2 (20 %) respondenti uvedli, že jim sestra nabídla možnost navštívit partnerskou poradnu.

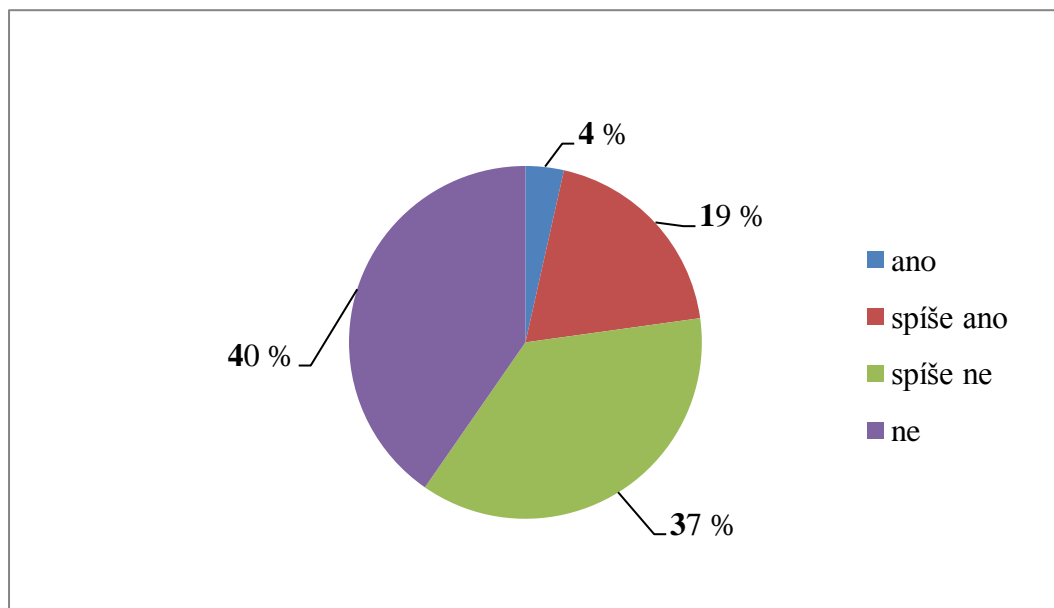
Graf 22 – Využití nabídnutých možností



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22 ukazuje odpovědi 10 (100 %) respondentů na to, zda využili nabídnuté možnosti ze strany sestry. 3 (30 %) respondenti využili možnosti, které jim sestra nabídla, 7 (70 %) respondentů nabídnuté možnosti nevyužilo.

Graf 23 – Uvítání zájmu sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf zobrazuje odpovědi respondentů na to, zda by uvítali zájem sestry o to, jestli chronická bolest ovlivňuje jejich partnerské vztahy. Na tuto otázku odpovídalo 57 (100 %) respondentů. 23 (40 %) respondentů by neuvítalo zájem sestry o jejich partnerské vztahy. 21 (37 %) respondentů odpovědělo, že zájem sestry o jejich partnerské vztahy by spíše neuvítalo. 11 (19 %) respondentů odpovědělo spíše ano, zájem by spíše uvítali. 2 (4 %) respondenti by zájem sestry o to, zda chronická bolest ovlivňuje jejich partnerský život, uvítali.

4.2 Statistické zpracování a ověření hypotéz

K ověření hypotéz byl použit Chí-kvadrát test. Pomocí tohoto statistického testu jsou testovány nulové hypotézy oproti alternativním hypotézám s hladinou významnosti 5 %. Hladina významnosti je porovnána výslednou hodnotou Chí-kvadrát testu, podle čehož lze určit, zda hypotézu H_0 zamítáme, tudíž přijímáme hypotézu H_A , či nikoli. Hypotézu H_0 zamítáme, pokud je hodnota Chí-kvadrát testu nižší než hladina významnosti. Hypotézu H_0 nezamítáme, pokud je hodnota Chí-kvadrát testu vyšší než hladina významnosti.

4.2.1 Hypotéza H1

- H_0 : Ženy s chronickou bolestí využívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.
- H_A : Ženy s chronickou bolestí nevyžívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 8 z dotazníkového šetření a graf č. 8 s výsledky dotazníkového šetření.

Tabulka 1 – Ověření hypotézy H1

Otázka č. 8	Četnosti		CELKEM	Procenta		Chí-kvadrát test
	ano	ne		ano	ne	
Žena	34	13	47	67 %	57 %	40,1%
Muž	17	10	27	33 %	43 %	
CELKEM	51	23	74	100 %	100 %	

Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazníkového šetření je patrné, že ženy, a to celých 67 % ze všech dotazovaných, jiné metody ke zvládnání chronické bolesti využívají. U mužů je to jen 33 %. Z četností a procentuálního vyjádření lze vyčíst, že u odpovědi ano, dotazovaní využívají jiné

metody k zvládnání chronické bolesti, je vyšší podíl u žen. U odpovědi ne je rozdíl nepatrný. Chí-kvadrát test u H1 vyšel 40,1% a v porovnání s hladinou významnosti 5 % musíme H_0 : Ženy s chronickou bolestí využívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži zamítnout. Rozdíl není tedy statisticky významný a přijímáme H_A : Ženy s chronickou bolestí nevyžívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži.

4.2.2 Hypotéza H2

- H_0 : Ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.
- H_A : Ženy s chronickou bolestí nevnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 13 z dotazníkového šetření a graf č. 13 s výsledky dotazníkového šetření.

Tabulka 2 – Ověření hypotézy H2

Otázka č. 13	Četnosti		CELKEM	Procenta		Chí-kvadrát test
	ano	ne		ano	ne	
Žena	14	33	47	54 %	69 %	20,4%
Muž	12	15	27	46 %	31 %	
CELKEM	26	48	74	100 %	100 %	

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky lze vyčíst, že 54 % žen uvedlo, že chronická bolest ovlivnila jejich partnerský život a 46 % mužů uvedlo, že chronická bolest ovlivnila jejich partnerský život. V rámci četností a procentuálního vyjádření je rozdíl nepatrný. I výsledná hodnota Chí-kvadrát testu je 20,4 %. Pokud tedy tuto hodnotu porovnáme s hladinou významnosti 5%, musíme H_0 : Ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na

partnerské vztahy než muži zamítnout. Na základě výsledků přijímáme H_A : Ženy s chronickou bolestí nevnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži. Rozdíl mezi muži a ženami není tedy statisticky významný.

5 DISKUZE

Cílem výzkumné části bakalářské práce na téma „Bolest jako ošetrovatelský problém“ bylo zjistit, zda pacienti využívají nefarmakologické metody k zvládnání chronické bolesti a jak pacienti s chronickou bolestí vnímají její vliv na partnerské vztahy.

Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů bylo 36 % mužů a 64 % žen (graf 1). Rokyta (2) uvádí, že ženy jsou schopny potlačovat bolest více než muži, protože mají s bolestí více zkušeností. Jako příklad uvádí menstruační bolesti a porodní bolesti. Díky těmto zkušenostem ženy oddalují léčbu bolesti do staršího věku. Naopak muži problémy s bolestí řeší ihned, proto nás také zajímal věk respondentů (graf 2). 38 % respondentů bylo ve věku od 56 do 69 let. 31 % respondentů bylo ve věku od 70 do 84 let. 19 % respondentů bylo ve věkovém rozmezí od 41 do 55 let a 12 % tvořili respondenti ve věku 25 až 40 let. Průměrný věk všech respondentů ve výzkumném vzorku je 61 let. Průměrný věk žen trpících chronickou bolestí je 63 let. Průměrný věk mužů trpících chronickou bolestí je 53 let. Z údajů o průměrném věku ve výzkumném vzorku lze tedy zjistit, že chronickou bolestí trpí více muži mladšího věku a naopak ženy staršího věku.

Rokyta uvádí, že chronická bolest trvá delší dobu, zpravidla více než 3 - 6 měsíců (2). Z výzkumného šetření vyplynulo, že u 58 % respondentů chronická bolest přetrvává 1 – 6 let, 30 % respondentů trpí chronickou bolestí 7 – 14 let, u 8 % respondentů chronická bolest trvá 15 – 20 let, 4 % respondentů uvedla délku trvání chronické bolesti 26 – 32 let.

Některé studie prokázaly, že lidé nejčastěji trpí degenerativním onemocněním kloubů a bolestí zad (2), proto nás zajímalo, kde se nejčastěji chronická bolest vyskytuje u respondentů. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů lokalizovalo 62 % chronickou bolest ve velkých kloubech. 24 % respondentů uvedlo, že trpí chronickou bolestí zad. Dle Janáčkové trpí bolestí v oblasti páteře zhruba 70 % dospělých lidí (3). 7 % dotazovaných trpí chronickou bolestí hlavy. Janáčková také uvádí, že bolesti hlavy patří mezi velmi časté obtíže, které v evropských státech trápí zhruba jednu třetinu dospělých po větší část života (3). 4 % respondentů uvádí chronickou bolest vnitřních

orgánů. Pouze 3 % respondentů lokalizovala chronickou bolest v malých kloubech. Z odpovědí respondentů vyplývá, že více než polovina respondentů trpí chronickou bolestí velkých kloubů (62 %), zatímco chronickou bolestí malých kloubů trpí nepatrné množství respondentů (3 %).

Rokyta uvádí (2), že ženy se s chronickou bolestí vyrovnávají spíše psychologicky, zatímco muži užívají spíše prostředky k jejímu potlačení. Proto jsme chtěli zjistit, kolik respondentů užívá léky proti bolesti. Léky proti bolesti užívá 81 % respondentů ze 100 %. Z toho léky proti bolesti užívá 26 % mužů a 55 % žen. 19 % dotazovaných léky proti bolesti neužívá, a to 11 % mužů a 8 % žen. Pravidelně užívá léky proti bolesti 37 % (22) respondentů a 63 % dotazovaných užívá léky pouze při bolesti. Z 22 respondentů (100 %), kteří užívají léky proti bolesti pravidelně, užívá 45 % 2 x denně léky proti bolesti, 32 % respondentů 1 x denně a 23 % respondentů 3 x denně.

V další otázce měli respondenti uvést, zda využívají nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti. Z celkového počtu 100 % respondentů uvedlo 23 % mužů a 46 % žen, že využívají nefarmakologické metody k zvládnutí chronické bolesti. Zatímco 13 % mužů a 18 % žen nefarmakologické metody nevyužívá. O'Connor uvádí (4), že u většiny pacientů lze dosáhnout úlevy od bolesti používáním nefarmakologických metod. Tyto metody by měly být součástí léčby bolesti a tak nás zajímalo, kterou z uvedených metod upřednostňují respondenti při tišení bolesti. Nejčastější odpověď z celkového počtu 106 odpovědí uvádí četnost 28 odpovědí respondentů metodu masáže. Dle Janáčkové jsou masáže u lidí trpících bolestí v široké oblibě, neboť při nich dochází k zlepšení prokrvení a uvolnění látek, které snižují vnímání bolesti a také uvolňují svalové napětí v důsledku stresu (3). Další položkou byla uvedena metoda využívání úlevové polohy s četností 27 odpovědí. Terapii vodou uvedlo 15 respondentů. Terapii teplem zaznamenalo 10 respondentů. Terapii chladem vybralo 9 respondentů. Terapii hudbou užívají 4 respondenti. Stejný počet respondentů využívá i jógu a meditaci (4). Jiné metody relaxace využívají 2 respondenti. Jednalo se o využívání přístroje Rebox a relaxace. Někteří z respondentů zvolili odpověď akupunktura, aromaterapie a TENS. Naopak hypnózu a biofeedback neuvedl ani jeden z dotazovaných.

Pacienti s chronickou bolestí se o léčbu bolesti během uplynulých let začali více zajímat, proto byly zřízeny speciální pracoviště pro léčbu bolesti. Zvýšil se tak počet klientů s bolestí v centrech a poradnách pro léčbu bolesti (3). Graf 10 poukazuje na to, zda respondenti vzhledem k jejich chronické bolesti navštěvují ambulanci bolesti, praktického lékaře či jiné zařízení. 61 % respondentů dochází pouze k praktickému lékaři, zatímco 22 % dotazovaných navštěvuje ambulanci bolesti i svého praktického lékaře. 12 % respondentů uvedlo, že dochází do jiného zařízení. V odpovědích uvedli, že navštěvují ortopedického lékaře. Pouze 5 % dotazovaných dochází do ambulance bolesti. I přesto, že Janáčková uvádí (3), že se počet klientů s bolestí v centrech a poradnách pro léčbu zvýšil, v našem výzkumném šetření tomu tak bohužel není. Doporučovala bych, aby praktičtí lékaři poradili svým pacientům s chronickou bolestí návštěvy těchto center, neboť tato centra a poradny pacientům poskytnou více informací.

To, zda informovala sestra, pracující na oddělení nebo v ambulanci, respondenty o využívání nefarmakologických metod k zvládnání bolesti, znázornil graf 11. Dušová uvádí, že sestry mohou pomoci klientům od bolesti doporučením nefarmakologických metod, aniž by musely čekat na souhlas lékaře (7). Z grafu ale vyplývá, že pouze 36 % respondentů sestra informovala o nefarmakologické léčbě, zatímco 64 % respondentů informováno nebylo. Sestra nejvíce informovala respondenty o úlevové poloze, a to s nejvyšší četností 14 odpovědí z celkového počtu 54 odpovědí. O možnosti užívání masáže bylo celkem zaznamenáno 9 odpovědí. Stejný počet odpovědí byl uveden u terapie teplem (9). O terapii pomocí vody sestra informovala pouze 6 respondentů. 5 respondentů uvedlo, že je sestra informovala o terapii chladem. Dalších 5 dotazovaných uvedlo, že jim sestra nabídla jako nefarmakologickou metodu jógu. O akupunkturu se sestra zmínila 2 respondentům a stejně tomu bylo i u meditace. Nepatrné množství respondentů uvedlo, že je sestra informovala o terapii hudbou, hypnóze, TENS a o jiných metodách. Plevová uvádí (38), že sestra může při ošetrovatelské péči využívat a doporučit nefarmakologické metody, které ovlivňují zvládnání bolesti u pacientů. V našem výzkumném šetření nejvíce sestra informovala respondenty o úlevové poloze

Plevová ale uvádí, že sestry nejčastěji nabízejí nefarmakologické metody jako jsou terapie hudbou, terapie teplem či chladem a masáže (38).

Ondriová a kol. uvádí (21), že změna celkového stavu pacienta s chronickou bolestí se netýká pouze jeho samého, ale zasahuje intenzivně i do jeho partnerských vztahů a rodiny. A tak jsme se zaměřili na to, zda chronická bolest ovlivňuje partnerské vztahy respondentů. Z výsledků výzkumného šetření ale vyplynulo, že více jak polovinu respondentů v partnerském vztahu chronická bolest nezasáhla. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů uvedlo 46 % žen a 22 % mužů, že chronická bolest jejich partnerský vztah neovlivnila. U 18 % žen a 14 % mužů chronická bolest ovlivnila partnerský vztah.

Dušová uvádí, že skutečnost, že partner je se zdravotním stavem respondenta zcela seznámen, hraje velkou roli, neboť pacient trpící bolestí potřebuje někoho, s kým může své obavy z bolesti sdílet (7) a tak nás zajímalo, zda jsou partneři respondentů seznámeni s jejich zdravotním stavem. Ze 74 (100 %) respondentů uvedlo 74 %, že partner s jejich zdravotním stavem je zcela seznámen. U 14 % respondentů je partner s jejich zdravotním stavem částečně seznámen a 12 % dotazovaných uvedlo, že partner není s jejich zdravotním stavem seznámen.

Následující otázkou bylo zjištěno, v jaké oblasti chronická bolest především ovlivnila partnerský vztah respondentů. Celkem bylo získáno 33 odpovědí. Nejvyšší četnost, 13 odpovědí, zaznamenala možnost ovlivnění partnerského vztahu ve společných aktivitách. 7 odpovědí bylo zaznamenáno u společného harmonogramu dne, v intimním životě bylo uvedeno 5 odpovědí. Dále respondenti uvedli, že chronická bolest ovlivnila jejich toleranci k partnerovi či dorozumívání se s partnerem. Chronická bolest u respondentů také ovlivnila citové vnímání k partnerovi, důvěru k partnerovi, představu o budoucím společném soužití s partnerem. Při shrnutí odpovědí na tuto otázku lze konstatovat, že chronická bolest ovlivňuje partnerské vztahy respondentů. Projevuje se to především v oblasti společných aktivit prováděných s partnerem, v narušení společného harmonogramu dne a v intimním životě. Vyplyvá z toho, že chronická bolest narušuje kvalitu partnerského života, což uvádí i Ondriová (21).

I přesto, že Ondriová (21) uvádí, že chronická bolest narušuje kvalitu partnerského života, a tak nás zajímalo, jak respondenti vnímají vzniklé změny v partnerském vztahu (graf 16). Celkem odpovídalo 23 (100 %) respondentů. Pozitivně změny vnímá 17 % žen, muži uvedené změny pozitivně nevnímají. Spíše pozitivně vnímá změny v partnerských vztazích 17 % žen a 4 % mužů. Spíše negativně vnímá změny v partnerském vztahu 22 % žen a 13 % mužů. Negativně vnímá vzniklé změny v partnerském vztahu 26 % mužů. Žádná žena nevnímá změny v partnerském životě negativně.

Graf 17 ukazuje, jakou pozici nyní ve vztahu zaujímá partner respondenta. Na tuto otázku odpovídalo všech 74 (100 %) respondentů. 33 % dotazovaných odpovědělo, že partner je psychicky podporuje. 18 % respondentů uvedlo, že partner zastává jejich roli v domácnosti. 14 % dotazovaných klientům partner napomáhá při hledání nových možností zvládnání bolesti. 10 % respondentů uvedlo, že partner si nepřipouští změnu jejich zdravotního stavu. 6 % dotazovaných partner podporuje finančně. 6 % respondentů se jejich partner citově otevřel. Jiné možnosti uvedlo 6 % dotazovaných. U 3 % respondentů partner ignoruje změnu jejich zdravotního stavu a další 3 % respondentů uvedla, že partner jejich roli v domácnosti nezastává. 1 % respondentů uvedlo, že partner je skeptický při hledání nových možností zvládnání bolesti a 1 % respondentů uvedlo, že se jim partner citově uzavřel. Dle mého názoru je pro pacienta s chronickou bolestí důležitá psychická podpora blízkých osob, např. partnerů. Klient s chronickou bolestí totiž potřebuje někoho, s kým může sdílet svoje obavy a někoho, kdo dokáže pozvednout jeho psychiku (7).

V následující otázce respondenti odpovídali, zda využívají nebo hodlají využít některá místa pro harmonizaci jejich partnerských vztahů. Ze 100 % respondentů uvedlo 87 % respondentů, že nehodlají navštívit partnerskou poradnu ani psychologa. 9 % dotazovaných navštěvuje se svým partnerem psychologa a 4 % respondentů hodlají s partnerem navštívit partnerskou poradnu. Výsledky vyplývající z této otázky mě překvapily, pacientům bych doporučovala navštívení psychologa či partnerské poradny v případě, že mají s partnerem problémy, neboť by to mohlo vést k harmonizaci jejich partnerského vztahu a navrácení se k bezstarostnému životu.

Publikace kolektivu autorů (12) uvádí, že sestra by měla provádět u pacientů sociální anamnézu, kde se ptá na případné problémy v rodině či v partnerském vztahu. Zajímalo nás tedy, zda se sestra na oddělení nebo v ambulanci, do které respondenti chodí, zajímala o to, jestli chronická bolest ovlivnila jejich partnerské vztahy (Graf 19). 23 % respondentů uvedlo, že se sestra zajímala, zda chronická bolest ovlivňuje jejich partnerský život, zatímco 77 % respondentů uvedlo, že se sestra nezajímala o to, zda chronická bolest ovlivňuje jejich partnerský život.

V následující otázce jsme se zaměřili na to, zda sestra nabídla pacientům s chronickou bolestí možnosti, kam se obrátit k vyřešení problémů v jejich partnerském vztahu. 59 % dotazovaných uvedlo, že sestra jim nabídla možnosti, kam se obrátit k vyřešení jejich problémů, naopak 41 % respondentů uvedlo, že sestra jim možnosti nenabídla. Dle mého názoru je důležité, aby se sestra zajímala o vliv chronické bolesti na partnerský život pacienta, neboť právě ona se mnohdy stává jediným společníkem pro vyjádření jeho pocitů a potíží. Sestra by se měla zajímat, jak chronická bolest ovlivňuje náladu pacienta, jak se vyrovnává s problémy a jak reaguje jeho rodina či partner na jeho zdravotní stav, jak uvádí publikace kolektivu autorů (12).

Graf 21 znázorňuje odpovědi 10 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že jim sestra nabídla možnosti k vyřešení jejich problémů v partnerském životě. Z výsledků vyplývá, že sestra 80 % respondentům nabídla jako možnost návštěvu psychologa a pouze 20 % respondentům sestra nabídla možnost navštívit partnerskou poradnu. Z nabídnutých možností 30 % respondentů uvedlo, že nabídnuté možnosti ze strany sestry využili a naopak 70 % respondentů nabídnuté možnosti nevyužilo. Doporučovala bych pacientům s chronickou bolestí, aby alespoň jednou navštívili psychologickou či partnerskou poradnu, neboť by získali odborný náhled na problémy vyskytující se v jejich partnerském vztahu.

Na otázku 23, zda by klienti uvítali zájem sestry o to, jestli chronická bolest ovlivňuje jejich partnerský život, odpovídalo celkem 57 (100 %) respondentů. 40 % respondentů by zájem sestry o jejich partnerský život neuvítalo. 37 % dotazovaných by zájem sestry spíše neuvítalo. 19 % respondentů by zájem sestry o jejich partnerský život spíše uvítalo a pouze 4 % dotazovaných by zájem sestry uvítalo. I přesto, že publikace

kolektivu autorů (12) doporučuje sestřám provádět sociální anamnézu, z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že pacienti nechtějí, aby se sestra o jejich vztah zajímala.

6 ZÁVĚR

Bolest se v lidském životě vyskytuje velmi často. Jedná se o komplex psychosociálních, etických, společenských a ekonomických problémů. V oblasti lidského organismu se jedná o vznik nefyziologických, patologických procesů. Každý člověk vnímá bolest subjektivně.

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjištění, zda pacienti využívají i nefarmakologické metody k zvládnání chronické bolesti. Druhým cílem bylo zjištění, jak hodnotí pacienti s chronickou bolestí její vliv na partnerské vztahy. Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě hypotézy. V první hypotéze bylo stanoveno, že ženy využívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži. V druhé hypotéze bylo dáno, že ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži. Pro potvrzení, či vyvrácení hypotéz bylo ve výzkumném šetření užito kvantitativního sběru dat. Pro sběr dat byla použita forma anonymního dotazníku.

Pro tento výzkum byli vybráni respondenti trpící chronickou bolestí v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Pelhřimov, p. o. Výsledky kvantitativního výzkumu byly následně zpracovány do grafů, ve kterých byly zaznamenány veškeré odpovědi respondentů.

Stanovené hypotézy se na základě výzkumného šetření a statistického zpracování nepotvrdily. Z vyhodnocení výzkumného šetření tedy nelze potvrdit, že ženy užívají více nefarmakologických metod k zvládnání chronické bolesti než muži. Dále nelze potvrdit, že ženy s chronickou bolestí vnímají méně negativně vliv na partnerské vztahy než muži.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity jako podklad pro zpracování článku do odborného časopisu.

7 SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

1. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Editor Richard Rokyta, Miloslav Kršiak, Jiří Kozák. Praha: Tigis, 2006, 684 s. ISBN 80-235-00000-0-0
2. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. obr. příl. ISBN 978-802-4730-127.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-807-3672-102.
4. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
5. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém*. Martin: Osveta, 2008, 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
6. ZACHAROVÁ, Eva. *Interní medicína pro praxi: faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí* [online]. Lázeňská 297/51, 779 00 Olomouc: Solen s.r.o., 2008 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/12.pdf>
7. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatel'ský problém*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.
8. *Jak bolest vzniká* [online]. 2009, 24. 2. 2010 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.lecba-bolesti.cz/jak-bolest-vznika>
9. DOSTÁLOVÁ, Květoslava. *Bolest* [online]. Ústav patologické fyziologie LF UP v Olomouci, 2013 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://pfyziolffup.upol.cz/castwiki/?p=3898>
10. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 208 s. ISBN 80-247-1190-7.
11. *Bolest: Různé druhy bolesti* [online]. 2003 - 2012 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/Bolest/nemoc/24>
12. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006, vi, 346 p. ISBN 80-247-1720-4.

13. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
14. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
15. *Bolest: Akutní a chronická bolest* [online]. 2013, 11. 6. 2013 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.ibalgin.cz/cps/rde/xchg/ibalgin/xsl/bolest.htm>
16. FÖLSCH, Ulrich R, Kurt KOCHSIEK a Robert F SCHMIDT. *Patologická fyziologie*. Vyd. 1. Překlad Richard Rokyta, Jan Mareš. Praha: Grada Publishing, 2003, 586 s. ISBN 80-247-0319-X.
17. HAKL, Marek. *Racionální léčba akutní bolesti* [online]. 9.3.2007 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2007/03/09.pdf>
18. DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství: učebnice pro nelékařské fakulty*. 2.,dopl. a přeprac.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-7262-496-6
19. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.
20. FRICOVÁ, Jitka. *Akutní a chronická bolest* [online]. 9.9.2011. 2011 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
21. ONDRIOVÁ, Iveta, Anna SINAIOVÁ, Jarmila DUČAIOVÁ a Blažena LITVÍNOVÁ. *Chronická bolest vs. kvalita života nemocného: Chronická bolest a kvalita života* [online]. 8.7.2013 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/chronicka-bolest-vs-kvalita-zivota-nemocneho-471141>
22. KONDROVÁ, Daniela a Dana VONDRÁČKOVÁ. *Medical tribune: Chronická nenádorová bolest v ordinaci praktického lékaře* [online]. 20.07.2010. Centrum léčby bolesti FN Na Bulovce, Praha, 2010 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18574>

23. KOUKAL, Milan. *Helpnet.cz: informační portál pro osoby se specifickými poruchami, nádorová bolest často kamarádí se smrtí* [online]. 2010, 2013 [cit. 2014-02-13]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/38732-3/prihlasit-se>
24. ZACHAROVÁ, Eva. *Interní medicína pro praxi: faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí* [online]. Lázeňská 297/51, 779 00 Olomouc: Solen s.r.o., 2008 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/12.pdf>
25. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2
26. *Prah bolesti* [online]. 20.9.2011 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://bolest-a-dalsi-priznaky.zdrave.cz/prah-bolesti/>
27. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Avicenum [Grada]. ISBN 80-247-0932-5.
28. *Sestra, odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky: Léčba bolesti*. Praha 10: Mladá fronta a.s., 2009, 2/2009. ISSN 1210-0404.
29. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Hodnocení bolesti useniorů* [online]. 2010 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>.
30. KOTVRDOVÁ. *Ošetrování nemocného s bolestí* [online]. CSZŠ Grohova, 15. 9. 2011 [cit. 2014-03-26]. Dostupné z: <http://www.grohova.cz/UserFiles/File/metodicke%20listy%20-%20Osetrovani%20nemoc.pdf>
31. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008, 549 s. Sestra. ISBN 978-802-4725-482.
32. TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2008, 196 s. ISBN 978-808-0632-700.
33. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

34. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
35. KRŠIAK, Miloslav, Jiří KOZÁK, Jan LEJČKO a Ondřej SLÁMA. *Farmakoterapie bolesti: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : 2004*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004, 17 s. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 80-903-5732-6.
36. *Léčba chronické bolesti účinně a bezpečně: Způsoby podávání opioidních analgetik*[online]. 2014 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/style=print/clanky/-227/>
37. *Farmakoterapeutické informace: Léčba akutní pooperační bolesti; pacientem řízená analgezie*. Praha 10: Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2009. ISSN 1211 – 0647. Dostupné z:http://www.sukl.cz/sukl/zari-2009?highlightWords=FI_9_09
38. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
39. ROŠKOVÁ, Silvia. *Bolest - fyziologie, fáze a léčba* [online]. Copyright 2014 Mladá fronta a. s., 2012 [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Vizuální analogová škála

Příloha 2 - Numerická škála

Příloha 3 - Škála obličejů

Příloha 4 - Mapa bolesti

Příloha 5 - Analgetický třístupňový žebříček

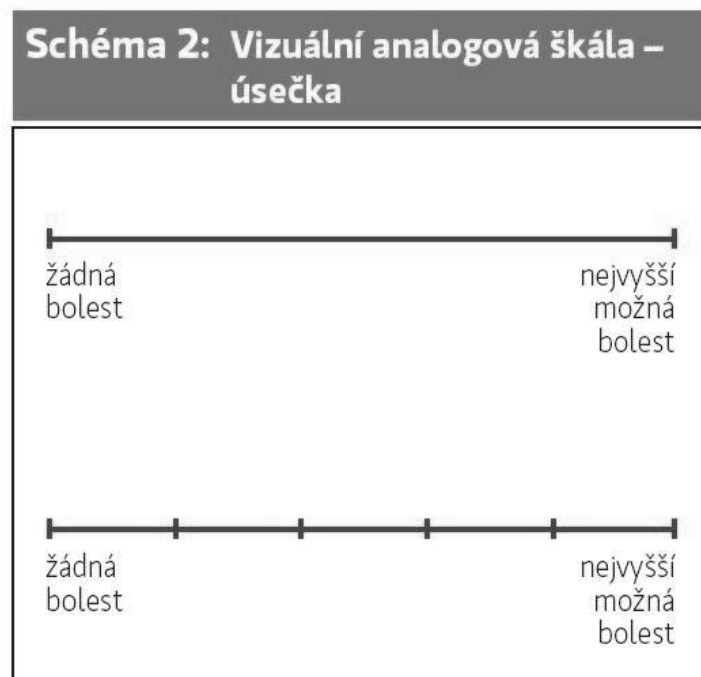
Příloha 6 - Dotazník

Příloha 7 - Souhlas k provedení výzkumného šetření v nemocnici Pelhřimov

Příloha 8 - Souhlas k provedení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice

Příloha 1

Vizuální analogová škála



Zdroj: DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Hodnocení bolesti u seniorů* [online]. 2010 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha 2

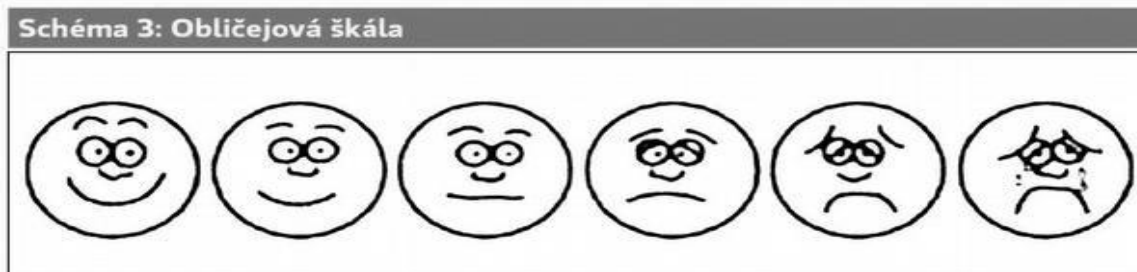
Numerická škála



Zdroj: *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

Příloha 3

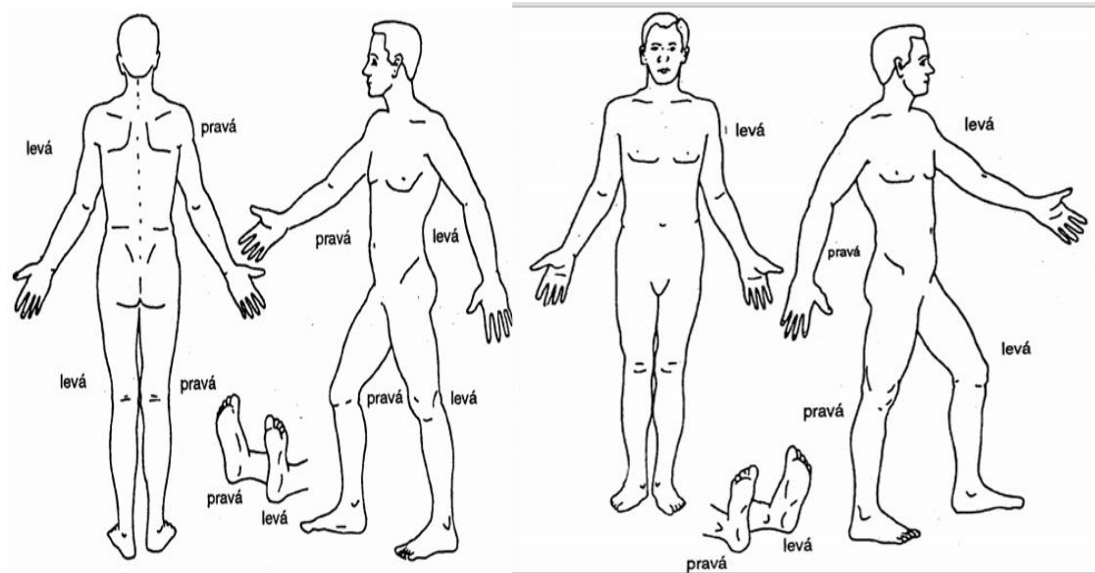
Škála obličejů



Zdroj: DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Hodnocení bolesti u seniorů* [online]. 2010 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha 4

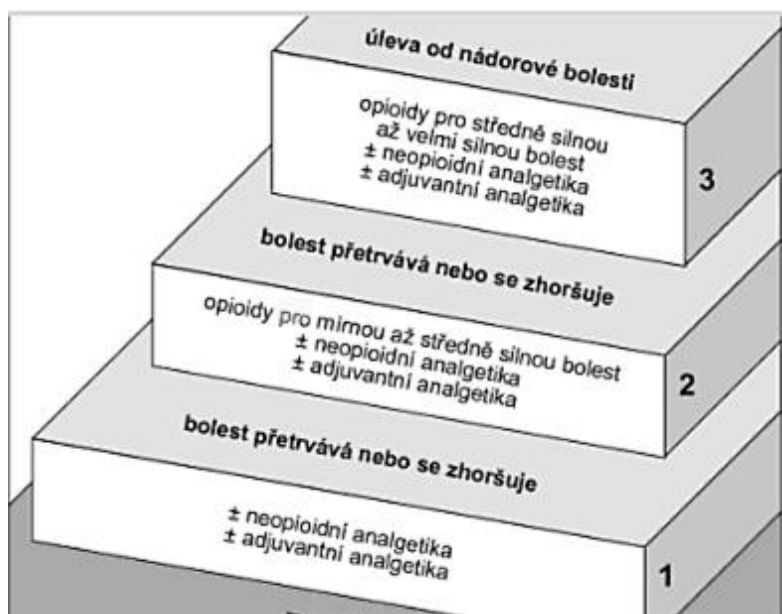
Mapa bolesti



Zroj: JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-807-3672-102.

Příloha 5

Analgetický třístupňový žebříček



Zdroj: O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

7. Léky pravidelně užíváte:

- a) 1 x denně
- b) 2 x denně
- c) 3 x denně
- d) vícekrát denně

8. Využíváte kromě léků jiné metody k zvládnání bolesti?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte k otázce č. 10)

9. Kterou z uvedených metod upřednostňujete při tišení bolesti?

(možnost zakroužkovat i více odpovědí)

- a) terapie hudbou
- b) terapie chladem
- c) terapie teplem
- d) jóga
- e) akupunktura
- f) úlevová poloha
- g) masáže
- h) meditace
- i) hypnóza
- j) terapie vodou (vířivá koupel, sprchování,...)
- k) aromaterapie (inhalace, masáže vonnými oleji,...)
- l) TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace)
- m) Biofeedback (biologická zpětná vazba)
- n) Jiné metody relaxace.....

10. Navštěvujete vzhledem k vaší chronické bolesti ambulanci bolesti nebo docházíte ke svému praktickému lékaři?

- a) Docházím do ambulance bolesti
- b) Navštěvuji pouze praktického lékaře
- c) Docházím do ambulance bolesti a navštěvuji i praktického lékaře
- d) Navštěvuji jiné zařízení.....

11. Informovala vás sestra na oddělení či v ambulanci, do které chodíte, o možnostech nefarmakologické léčbě bolesti?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte k otázce č. 13)

12. O jakých možnostech nefarmakologické léčby vás informovala sestra v ambulanci, do které docházíte? (možno i více odpovědí)

- a) terapie hudbou
- b) terapie chladem
- c) terapie teplem
- d) jóga
- e) akupunktura
- f) úlevová poloha
- g) masáže
- h) meditace
- i) hypnóza
- j) terapie vodou (vířivá koupel, sprchování,...)
- k) aromaterapie (inhalace, masáže vonnými oleji,...)
- l) TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace)
- m) Biofeedback (biologická zpětná vazba)
- n) jiné

13. Ovlivnila chronická bolest vaše partnerské vztahy?

- a) ano
- b) ne

(pokud odpovíte NE - otázku č. 15, 16, 18 prosím nevyplňujte)

14. Váš partner je s vaším zdravotním stavem:

- a) Zcela seznámen
- b) Částečně seznámen
- c) Neseznámen

15. V jaké oblasti především ovlivnila chronická bolest vaše partnerské vztahy?

(možno i více odpovědí)

- a) ve společných aktivitách (zájmy, koníčky, zaběhlé zvyky, ...)
- b) v toleranci partnera

- c) v důvěře k partnerovi
- d) ve společném harmonogramu dne
- e) v dorozumívání se s partnerem
- f) v představě o budoucím společném soužití
- g) v intimním životě
- h) v citovém vnímání partnera
- i) jiné

16. Jak vnímáte vzniklé změny ve vašem partnerském vztahu?

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) spíše negativně
- d) negativně

17. Váš partner nyní ve vztahu zaujímá pozici: (možno i více odpovědí)

- a) Podporuje vás psychicky
- b) Podporuje vás finančně
- c) Ignoruje změnu vašeho zdravotního stavu
- d) Nepřipouští si změnu vašeho zdravotního stavu
- e) Napomáhá při hledání nových možností zvládnání bolesti
- f) Je skeptický při hledání nových možností zvládnání bolesti
- g) Zastává vaši roli v domácnosti (např. úklid, příprava dětí do školy,...)
- h) Nezastává vaši roli v domácnosti
- i) Citově se vám otevřel
- j) Citově se vám uzavřel
- k) Jiné

18. Když nyní chronická bolest ovlivňuje váš partnerský život, využíváte nebo hodláte navštívit některé z následujících míst pro harmonizaci Vašeho vztahu?

- a) Využíváme partnerskou poradnu
- b) Navštěvujeme psychologa
- c) Hodláme navštívit partnerskou poradnu

- d) Hodláme navštívit psychologa
- e) Nehodláme využít ani jednu z výše uvedených možností

19. Zajímala se sestra v ambulanci, do které chodíte, zda vaše chronická bolest ovlivňuje váš partnerský život?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte k otázce č. 22)

20. Nabídla vám sestra možnosti, kam se obrátit k vyřešení vašich problémů?

- a) Ano (přejděte k otázce č. 20)
- b) NE

21. Jaké možnosti vám sestra nabídla?

- a) Partnerská poradna
- b) Návštěva psychologa
- c) Jiné.....

22. Využil/a jste takovou nabídku?

- a) Ano
- b) Ne

23. Uvítal/a byste, kdyby se sestra zajímala o to, zda ovlivňuje chronická bolest vaše partnerské vztahy?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Zdroj: Vlastní zdroj

Příloha 7

Souhlas k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Pelhřimov, p.o



tel: 565 355 105
fax: 565 324 645
e-mail: jdejmk@hospita-pe.cz
web: www.hospita-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
Mgr. Jitka Dejmková
Náměstek OP

Erika Matíko
studentka 3. ročníku
ZSF České Budějovice

V Pelhřimově dne 12. 3. 2014

Věc: Odpověď na „Žádost k provedení výzkumného šetření“ ze dne 6. 3. 2014

Vážená kolegyně,

S provedením kvantitativního výzkumu v Nemocnici Pelhřimov, který bude prováděn formou dotazníkového šetření pro účely Vaší bakalářské práce na téma Bolest jako ošetřovatelský problém, **souhlasím**.
Výzkum je možné provádět na ARO + ambulanci bolesti, ODN, chirurgickém oddělení II a ortopedii. Kontaktujte vrchní sestry těchto oddělení a domluvte s nimi další postup.

Přeji úspěšné ukončení studia.


Mgr. Jitka Dejmková

Příloha 8

Souhlas k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice, a.s

Paní Monika Kyselová

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Nemocnice České Budějovice

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro Kyselová,

Jsem Erika Matiko, studentka třetího ročníku Zdravotně – sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření k mé bakalářské práci na téma Bolest jako ošetrovatelský problém. Ve výzkumném šetření se chci zabývat především chronickou bolestí, využíváním metod k zvládnání chronické bolesti a jejím dopadem na partnerské vztahy.

Mám zájem oslovit klienty, kteří jsou hospitalizováni s chronickou bolestí v nemocnici České Budějovice.

Jako techniku výzkumu jsem zvolila formu dotazníku. Respondenti se tohoto výzkumu budou účastnit dobrovolně. Výsledky budou zpracovány anonymně a poslouží výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Velice Vám děkuji

Erika Matiko

Studentka 3. ročník

ZSF České Budějovice

Dne 17. 3. 2014 v Českých Budějovicích

21. 3. 2014

Souhlasím. Monika Kyselová

Mgr. Monika Kyselová, MBA
