

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách
domácí péče**

Drahoslava Víšková

Bakalářská práce

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Drahoslava VÍŠKOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Sběr informací, studium literatury o daném tématu
2. Stanovení metodiky práce, cílů, výzkumných záměrů
3. Konzultace výběru metod a skupiny respondentů s vedoucím práce
4. Sestavení vhodné metody, dotazníku
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků
6. Analýza a interpretace získaných dat
7. Diskuze ke zvolenému tématu, kritické zhodnocení a posouzení

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

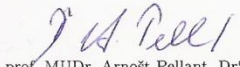
Seznam odborné literatury:

1. SOFAER, Beatrice. Bolest příručka pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-309-x.
2. VORLÍČEK, Jiří.; ADAM, Zdeněk. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. Bolest a její zvládání. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
4. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. 1. vyd. Ostravská univerzita v ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
5. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. a kol. Komunitní ošetřovatelství. 1. vyd. Osvěta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.

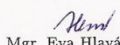
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne: 16. 1. 2010

Drahlava Víšková

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Marii Holubové za pomoc při vedení mé bakalářské práce. Také všem agenturám domácí péče, charitě ve Žďáře nad Sázavou, charitě v Ráji v Pardubicích a centru SKP v Pardubicích, které mi umožnily provést výzkum a získat tak podklad ke zpracování mé bakalářské práce.

Abstrakt

Tématem mé bakalářské práce je „Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče“.

Teoretická část práce je zaměřena na základní informace o chronické bolesti, na její hodnocení a měření, na lokalizaci a intenzitu bolesti. Zajímaly mně také pocity, myšlenky a deprese u nemocných, kteří trpí chronickou bolestí. Druhou část teorie jsem zaměřila na domácí péči, na její cíle a formy, jaké poskytuje služby, jaké má výhody. Zabývala jsem se také základními informacemi o agenturách domácí péče, ve kterých jsem prováděla výzkum.

Výzkumná část práce je zaměřena na získání informací od nemocných, kteří jsou ošetřováni agenturou domácí péče a trpí chronickou bolestí, od rodiny nemocného a od zdravotních sester, pracujících v agenturách domácí péče. K získání a zpracování výsledků jsem použila řízený rozhovor na základě vytvořeného dotazníku a pozorování. Zabývala jsem se hlavně psychologickou stránkou nemocného s chronickou bolestí a na jeho rodinu.

Klíčová slova: chronická bolest, agentury domácí péče, rodina, denní aktivity

Extract

The main topic of my thesis is „The chronic pain in the home care and in home care agencies.“

Theoretical part of my thesis is focused on basic information about chronic pain and its assessment and measurement location and intensity of pain. I was interested in feelings, thoughts and depressions of the patients who suffer chronic pain. The second part was focused on home care and its goals and forms and the services it provides and its advantages. I dealt with the basic information about home care agencies where I did the survey.

Research part of the thesis was concentrated on getting information from the patients who are in home care agency treatment and suffer chronic pain. I also tried to receive information from the patients families and from nurses as well who work in home care agencies.

I used the directed interview to get and process information and results. I used the prepared questionnaire and observation. I was mainly interested in psychological aspect of the patient suffering chronic pain and his family.

Key words: chronic pain, home care agencies, family, activities of daily living

Obsah

Úvod.....	9
Cíle.....	10
I. ČÁST TEORETICKÁ	11
1. Definice bolesti	11
1.1 Chronická bolest	11
1.1.1 Chronická bolest nezhojbného původu.....	12
1.1.2 Nádorová bolest	12
1.2 Hodnocení a měření bolesti	12
1.2.1 Lokalizace a topologie bolesti	12
1.2.2 Intenzita bolesti.....	13
2. Pocity a myšlenky pacientů	14
3. Sklíčenost, deprese a chronická bolest	15
4. Léčba.....	15
4. 1. Analgetika.....	15
5. Bolest nemocného a rodina v domácím prostředí.....	16
6. Definice domácí péče.....	17
6. 1 Co je to domácí péče?.....	17
6. 2 Cíl domácí péče	17
6. 3 Řízení domácí péče.....	18
6. 4 Služby v poskytování domácí péče.....	18
6. 5 Formy domácí péče.....	19
6. 6 Zdravotnický personál	19
7. Agentury domácí péče	20
II. ČÁST PRŮZKUMNĚ-VÝZKUMNÁ	22
1. Výzkumné otázky	22
2. Metodika výzkumu	23
3. Prezentace výsledků.....	24
4. Pozorování	46
4.1 Zdravotní sestry:	46
4.1.1 Charita Žďár nad Sázavou	46
4.1.2 Charita v Ráji Pardubice	46
4.1.3 SKP Pardubice	46
4.2 Pacienti:	47

5. Diskuze	48
6. Závěr	51
Seznam použité literatury	53
Příloha A	55
Příloha B	58
Příloha C	59
Příloha D	60
Příloha E	61

Úvod

Téma mé bakalářské práce je „Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče.“ Toto téma jsem si vybrala, protože bolest je známá každému. Zajímala mně bolest chronická, která pacienty obtěžuje dlouho a nikdo neví, zda bolest jednou skončí nebo ji bude muset snášet celý život.

Bolest je subjektivní, nepříjemný pocit, který nám pacient sděluje. Je to velice těžké, protože někdy se nám zdravotním sestram zdá, že pacient bolestí netrpí. Je obtížné se do pocitů pacienta vcítit, každý pacient je jiný a snáší bolest jinak. Některý pacient nařiká a my si myslíme, že trpí opravdu velkou a nesnesitelnou bolestí, ale stejně tak silnou bolest může prožívat i pacient, u kterého na první pohled není zřejmé, že bolestí trpí. Pro někoho např. odřenina při pádu může působit velkou bolest a vyžaduje ihned ošetření. Naopak jinému se to zdá jako pouhá banalita. To platí hlavně u sportovců, i když je zraněný, cítí povinnost dohrát zápas, kdežto osamělý člověk, kterého přepadne bolest uprostřed noci je z bolesti zoufalý a hlavou mu běží myšlenky typu, co se to s ním děje, kdy bolest přestane.

Každý člověk vnímá svou bolest jinak a záleží na pohlaví, věku, dědičnosti, náladě člověka, v jakém se právě nachází prostředí, na zkušenosti s bolestí, na osobnosti člověka. Osobnost člověka je vyjadřována vlastnostmi a chováním. Proto je důležité vědět, jak se daný člověk choval před nástupem bolesti, pak budou lépe vidět změny, které nastaly a jsou ovlivněny bolestí.

Mnoho nemocných s chronickou bolestí je léčeno doma, ve svém domácím prostředí prostřednictvím agentur domácí péče, která může být doplněna o péči sociální a pečovatelskou. Pacienti, jsou v prostředí, které je jim blízké, dobře ho znají a to vše přispívá ke snížení utrpení s bolestí. Jsou rádi, když mají u sebe svou rodinu, která je podporuje, a tím svou bolest snášejí lépe. Někteří nemocní svou rodinu nemají nebo se s rodinou nestýkají z důvodu špatných rodinných vztahů, proto jsou zde agentury domácí péče, které se z části snaží rodinu pacientovi nahradit. I sama rodina je ráda, když jim agentura domácí péče pomůže s péčí o jejich blízkého.

Cíle

1. Zjistit, nejčastější způsob tlumení chronické bolesti u pacientů v agenturách domácí péče.
2. Zjistit, zda pacient zvládá chronickou bolest lépe, když je u něj přítomna rodina.
3. Zjistit, jak ovlivňuje délka působení chronické bolesti psychiku pacienta.
4. Zjistit bolest pacienta v souvislosti s denními aktivitami.
5. Porovnat bolest spojenou s denními aktivitami u nemocných v domácím prostředí a ve zdravotnickém zařízení.

I. ČÁST TEORETICKÁ

1. Definice bolesti

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození.“
(Janáčková, 2007, s. 19)

„Bolest je složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením.“
(Sofaer, 1997, s. 23)

Pro nás jako pro zdravotní sestry je důležitá tato definice: *„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“*
(Sofaer, 1997, s. 23)

1.1 Chronická bolest

Chronickou bolest lze pokládat za „situaci“ a akutní bolest spíše za „událost“. Chronická bolest je bolest, která přetrvává déle, jak půl roku, přetrvává zvyklý časový průběh základního onemocnění či zranění. Bolest může být výsledkem chronicky probíhajícího onemocnění. Někdy chronická bolest může trvat celý život nemocného. Její příčina není většinou známá, je onemocněním sama o sobě. Je provázána celou řadou problémů, zejména na životní styl.
(Rokyta, 2000)

U lidí s chronickou bolestí dochází ke změnám v životě. Někteří nejsou schopni společenského života a mají potíže s úkony každodenního života a mohou prožívat až deprese. U lidí se sklonem ke skleslosti se může projevit až zoufalství a je pro ně obtížnější si s bolestí poradit. Proto je pro nemocného s chronickou bolestí velice důležitá rodina, ale ne každý má rodinu, která mu porozumí nebo je sám a žádnou rodinu už nemá. V těchto případech se snaží roli rodiny zastoupit agentury domácí péče.

Hlavně zdravotní sestra je pro jedince trpící chronickou bolestí velmi důležitá. Je velice těžké vcítit se do pocitu pacienta. Zdravotní sestra bude mít větší porozumění, pokud velkou bolest už zažila, než ta která ji nezažila nebo ji rodiče vychovali k přesvědčení „zatni zuby a vydrž“, takové sestry se vcítí do pacienta jen obtížně. (Sofaer, 1997; Kolektiv autorů, 2007)

1.1.1 Chronická bolest nezhoubného původu

Chronická bolest nezhoubného původu je bolest, která není způsobena nádorovým onemocněním. Je často provázena poruchou spánku, ztrátou chuti k jídlu, zácpou, změnami osobnosti a pracovní neschopností. Tyto bolesti mění kvalitu života postižené osoby.

(Kolektiv autorů, 2006)

U osob s chronickými bolestmi může dojít k procesu adaptace. I přes stálé bolesti si nemocný na bolest zvykne a dokáže ji snášet a navzdory jí dál fungovat. To platí jen u osob se silnou vůlí.

(Kolektiv autorů, 2006)

1.1.2 Nádorová bolest

Nádorová bolest je komplexní problém. Může být výsledkem nemoci nebo způsobena léčbou. Někdy je bolest způsobena tlakem nádoru na orgány, kosti, nervy, krevní cévy. U nemocných s onkologickým onemocněním je nutné pravidelně posuzovat poskytovanou úlevu od bolesti. Pokud není bolest zvládnuta, bolest pacienta vyčerpává a sťažuje utrpení. Je velice důležité přistupovat k nemocnému s úctou a respektovat jeho lidskou důstojnost, mít k němu celistvý přístup a uspokojovat jeho bio-psych-sociální i spirituální potřeby. Tito lidé potřebují často pomoc, aby se nějak vyrovnali s životem v bolestech a zaměřili se na zlepšení kvality života.

(Kolektiv autorů, 2006; Vorlíček, 1998)

1.2 Hodnocení a měření bolesti

Ne všichni pacienti vyjadřují bolest slovy. Proto je důležité sledovat stav pacient, jeho chování, mimiku. Tolerance bolesti je intenzita bolesti, kterou je pacient schopen snášet, a nevyžaduje úlevu. Bolesti se hodnotí s pacientem nikoliv na pacientovi.

(Janáčková, 2007)

1.2.1 Lokalizace a topologie bolesti

Nejjednodušší způsob je zeptat se pacienta, kde ho to bolí. On bolest ukáže na sobě nebo ji popíše slovně. Další způsob k určení lokalizaci bolesti je pomocí dotazníku, kde si pacient z uvedených možností vybere odpověď, kde ho to skutečně bolí. Tento způsob existuje v některých ambulancích bolesti, pacient dotazník vyplní v čekárně před vstupem do ordinace lékaře.

(Janáčková, 2007)

Nejpřesnější formou lokalizace bolesti je tzv. mapa bolesti. Na této mapě je celý obraz lidského těla, v pohledu zepředu a zezadu i z jednoho a druhého boku. Na této mapě bolesti pacient tužkou zakroužkuje část těla podle obrázku, kde ho to momentálně bolí.

Popřípadě může zakreslit šipkou, kam bolest zasahuje nebo kam vystřeluje nebo odlišit barvou například červenou pastelkou bolest hluboko v těle a modrou pastelkou bolest na povrchu. Mapa bolesti je uvedena v Příloze B. (Janáčková, 2007)

1.2.2 Intenzita bolesti

Metody pro zjištění intenzity bolesti se používají analogové stupnice intenzity bolesti, verbální metody diagnostikování velikosti bolesti. Bolest u nemocného může být různě silná. Čím je silnější, tím více nemocného objektivně nebo subjektivně zatěžuje. (Janáčková, 2007)

Nejčastěji se používá vizuální analogová škála bolesti. Je to grafické znázornění intenzity bolesti od žádné až po nejintenzivnější bolest (0 – 10). Používá se v ordinacích praktických lékařů, na pracovištích různých klinik, v lékařském výzkumu. V klinické praxi se nejčastěji používají teploměry bolesti. U dětí se používá k určení intenzity bolesti řada obličejů s mimikou od úsměvu po pláč. (Janáčková, 2007; Rozsypalová, 1999)

Verbální metody diagnostikování velikosti bolesti je slovní hodnocení bolesti. Tato metoda je nepřesná. Sdělení bolesti nemusí souhlasit se skutečnou bolestí pacienta. Proto je vhodné použít ještě vizuální analogovou škálu. (Janáčková, 2007)

Pro verbální posuzování bolesti je ve světě nejčastěji používán dotazník připravený Melzackem – McGill Pain Questionnaire (MPQ). Rozlišuje dvě formy bolesti a to senzoryckou a afektivní a celkové skóre, které měří souhrnný objem prožívané bolesti. SF – MPQ obsahuje 15 položek, slovních určení bolesti, uspořádaných do 3 stupnic. Senzoryckou složku měří PRI – S (Pain Ratin Index – Senzory, 11 položek) afektivní složku měří PRI - A (Affective, 4 položky) a celkové skóre měří PRIT – T (Total, 15 položek). Dotazník byl určen pro kvantitativní opatření klinických bolestí, které mohou být léčeny statisticky. Konstrukce dotazníku umožňuje psychometrický přístup v hodnocení algických stavů. Data, dohromady naznačují, že McGill Pain dotazník obsahuje informace o množství, které lze považovat statisticky, a je dostatečně citlivý pro detekci rozdílů mezi různými metodami ke zmírnění bolesti. Pro náročnost pro hodnocení a zpracování se původní verze používá v praxi méně často než stejným autorem připravená krátká verze tohoto dotazníku (short – form McGill Pain Questionnaire – SFMPQ). Aktuálně používaná krátká forma dotazníku McGillovy univerzity je uvedena v Příloze C. (Rokyta, 2000)

Časový aspekt bolesti je metoda, která se využívá u chronické bolesti. Touto metodou lze získat křivku, která nás informuje o změnách pacientova zdravotního stavu.

(Janáčková, 2007)

Pacient bolest vyjadřuje nejenom slovně, ale také mimo slovně. Mezi neverbální projevy patří paralingvistické projevy (vzdechy, sykání, pláč, naříkání, vzlykání), mimické projevy (grimasy, pitvoření obličeje), pohyby končetin (ustrnutí, ucuknutí, útěk od zdroje bolesti), posturologické nonverbální projevy (ustrnutí v určité poloze), aktivita autonomního nervstva (zvracení, zrudnutí kůže v obličeji i na těle, lapání po dechu, bušení srdce). (Janáčková, 2007)

2. Pocity a myšlenky pacientů

Nemoc a bolest vytváří tíseň a působí stres. Chronická bolest vede k široké škále negativních emocionálních reakcí. Dlouhodobá bolest vyvolává strach, úzkost a obavy. Člověk s bolestí je podrážděný, setkává se s celou řadou psychosociálních problémů. Je citlivý na sebemenší podněty, které hodnotí jako bolest. (Sofaer, 1997)

Chronická bolest představuje pro mnoho pacientů ohrožení jejich obvyklého způsobu života a ohrožení základních hodnot, na kterých stavěli svou sebeúctu. U chronické bolesti je to hrozba ztráty racionality, hrozba trvalé bolesti, hrozba ze smrti. (Kolektiv autorů, 2006)

Hrozba ztráty racionality je dlouhodobá bolest působící na mentální a kognitivní funkce, které ohrožuje. Bolest pacienty děsí a stresuje, mají strach z toho, že se „zblázní“. U hrozby trvalé bolesti se pacienti bojí utrpení. Bojí se, že účinek léků na bolest nebude dostačující. Pacienti často ztrácí víru v uzdravení. Bolest a utrpení souvisí i se strachem ze smrti, proto je velice důležité zachovat lidskou důstojnost, zajistit, aby pacient nebyl sám. A velice důležité je mírnit bolest pacienta. (Sofaer, 1997; Kolektiv autorů, 2006)

Někteří nemocní pociťují úlevu i po částečném zvládnutí bolesti. Jiní se snaží na bolest nějak zapomenout, i když u velmi silných a intenzivních chronických bolestech je to obtížné. Jsou i osoby, které se s bolestmi špatně a těžko vyrovnávají a nadávají na okolí. Někdo potřebuje zas mluvit o svých pocitech a bolestech, je mu lépe alespoň psychicky. U některých pacientů je bolest spojena s traumatizující událostí. Například úmrtí rodinného příslušníka, rozvod, úraz. Chronická bolest se v těchto případech projevuje somatizací (například v podobě bolesti některé části těla.)

Někteří pacienti se zdržují doma, zabývají se svou bolestí, dochází k sociální izolaci. S trvající bolestí se u nich prohlubují obavy o zdraví i přes všechna ujištění lékařů.

(Sofaer, 1997; Kolektiv autorů, 2006)

3. Sklíčenost, deprese a chronická bolest

Většina chronických bolestí vede ke sklíčenosti. U některých pacientů může být tak silná, že jejich pocity se prohlubují, jsou intenzivnější a ohrožují schopnost pracovat, plnit sociální role a navazovat sociální vztahy. Může dojít i ke ztrátě fyzické síly a potěšení z volného času. U některých pacientů může dojít až k depresivní náladě a k depresi samotné.

Depresivní nálada je reakce na stresující životní událost, která je silnější, než bychom očekávali u většiny jedinců. (Janáčková, 2007)

Pacienti s chronickou bolestí jsou podráždění jen nepatrnými podněty a běžnými poznámkami ze svého okolí. Uzavírají se před svým okolím, aby se vyhnuli rozporům. V situaci, kdy potřebují pomoc, se ocitají v izolaci a dochází k depresi.

Deprese vede ke změnám nálady, ke ztrátě zájmu či schopnosti mít radost. Dlouhotrvající deprese vede k fyzickým příznakům (nespavost, ztráta chuti k jídlu, únava), k psychologickým příznakům (nesoustředěnost, pocit viny a beznaděje). (Janáčková, 2007)

4. Léčba

Léčba chronické nenádorové bolesti se zaměřuje na dlouhodobý proces o pacientovi. K farmakologické léčbě se podávají analgetika. Operační léčba přináší pacientovi pouze částečnou a dočasnou úlevu od bolesti. Léčba je doplněna např. o alternativní metody (akupunktura, akupresura, atd...), rehabilitace, masáže, aplikace tepla a chladu.

Léčba nádorové bolesti je pomocí chemoterapie, radioterapie, léků k odstranění nežádoucích účinků těchto metod. (Kolektiv autorů, 2006)

4. 1. Analgetika

Analgetika dělíme do tří skupin. První skupinou jsou **neopioidní analgetika**. Používají se k léčbě bolesti způsobené stimulací receptorů citlivých na poranění a k léčbě neuropatické bolesti, také omezují zánět a snižují horečku. Do této skupiny patří Acetaminofen (Paracetamol), nesteroidní protizánětlivé látky – nesteroidní antiflogistika (fenoprofen, diklofenak, ibuprofen) a salicyláty (aspirin). (Kolektiv autorů, 2006)

Druhou skupinou léků jsou **opioidní analgetika**. Používají se k tišení bolesti, často maligního původu. Opioidy zahrnují opioidní agonisty, ty se používají k léčbě střední a silné bolesti (např. kodein, fentanyl). (Kolektiv autorů, 2006; Slíva, 2009)

Opioidní antagonisté blokují účinek opioidních agonistů, používají se ke zvrácení nežádoucích účinků léků způsobených opioidními agonisty jako je dechový útlum CNS, (např. naloxon hydrochlorid). (Kolektiv autorů, 2006; Slíva, 2009)

Smíšené agonisty – antagonisty, kde agonistický účinek zmírňuje bolest a antagonistický účinek snižuje riziko toxicity a lékové závislosti, (buprenorfin, butorfanol, pentazocin).

(Kolektiv autorů, 2006; Slíva, 2009)

Poslední skupinou jsou **adjuvantní analgetika**. Tato skupina léků se za určitých okolností používá jako analgetika. Mohou se podávat v kombinaci s opioidy nebo k samostatné léčbě chronické bolesti. Patří sem antikonvulziva, která léčí neuropatické bolesti, lokální anestetika při léčbě neuropatické bolesti nebo jako alternativa celkové anestezie (např. bupivacain, lidocain). Myorelaxancia, která se používají k podpoře celkové anestezie, k navození a udržení svalové relaxace u nemocných na ventilátoru (např. metocurine). (Slíva, 2009)

Látky používané ke krátkodobému tlumení bolesti a spasmu svalů (např. carisoprodol, chlorzoxazon). Tricyklická antidepresiva (TCA) se používají k léčbě neuropatické bolesti, (např. amitriptylin, imipramin), dále selektivní agonisté serotoninu na 5 – HT1 receptorech (triptany), zabraňují migréně nebo tlumí její příznaky (např. eletriptan, rizatriptan. SSRI inhibují zpětné vychytávání serotoninu. Ergotaminové alkaloidy se užívají k prevenci nebo přerušování migrény a bolesti hlavy (např. ergotamin, dihydroergotamin). Benzodiazepiny, zmírňují úzkost a spasmus svalů (např. diazepam, midazolam, oxazepam). Psychostimulancia se používají ke zvládnutí akutních i chronických bolestivých stavech (např. kofein, metylfenidát). Cholinergní blokátory, užívají se k léčbě spastických a hyperaktivních onemocnění GITU (např. alkaloidy, beladony). Kortikosteroidy se používají k léčbě bolesti a zánětu (např. kortison, hydrokortison, prednison). (Topinková, 1995; Kolektiv autorů, 2006)

5. Bolest nemocného a rodina v domácím prostředí

Zvládat bolest doma v okruhu svých blízkých je pro nemocného mnohem příjemnější, je v prostředí, které je mu blízké dobře ho zná.

Nemocný trpící chronickou bolestí může být soběstačný, částečně soběstačný nebo nesoběstačný, zcela odkázán na pomoc druhých. Úroveň soběstačnosti může být ovlivněna onemocněním, které má nebo je to způsobeno bolestí, která různě ovlivňuje až znemožňuje provádět denní činnosti a aktivity. Proto je pro nemocného důležitá podpora a péče rodiny.

(Sestra, 2009)

Rodinná péče však může přinášet problémy a komplikace, jak na straně pečujícího, tak na straně pečovaného. Problémem může být, že rodina není připravena, aby mohla pečovat o člověka s bolestí a se sníženou soběstačností. Pacienti nejsou připraveni na roli závislého, nechtějí zatěžovat a obtěžovat své blízké. Pro rodinu je péče velmi náročná, jak fyzicky tak psychicky. Často potřebuje pomoc sama rodina od lékaře například psychologa, psychiatra nebo pomoc od agentur domácí péče, aby se na chvíli uvolnila a nabrala nové síly pro péči o svého blízkého.

Nejsou zde jen negativa, má to také určitá pozitiva. Přináší rodině mnoho zkušeností, se kterými se ještě nesetkali, posiluje vzájemné vztahy, vytváří pocit sounáležitosti a lásky mezi nemocným a rodinou. Je důležité, aby rodina chtěla, uměla a měla možnost se o takového člověka postarat. (Sestra, 2009; Marilyn, 2001)

6. Definice domácí péče

Podle WHO: „*Je to jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.*“ (Jarošová, 2006, s. 55)

6. 1 Co je to domácí péče?

Domácí péče umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči v jejich domácím prostředí, které společně s jinými faktory mimo jiné přispívá k psychické pohodě člověka a lepšímu uzdravování. Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů. Mezi nejdůležitější patří vzrůstající ekonomický tlak (stoupající náklady na zdravotní péči), demografické stárnutí, nové technologie a přístroje vhodné pro užití v domácí péči.

Místem domácí ošetrovatelské péče může být místo trvalého bydliště, domov důchodců, popřípadě pokud nemocný pobývá v době potřeby u příbuzných.

(Jarošová, 2006. Hanzlíková, 2007)

6. 2 Cíl domácí péče

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině, dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím. Je velice důležité uspokojovat potřeby pacienta. Zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí. Udržovat a zvyšovat soběstačnost pacienta v běžných denních činnostech. (Jarošová, 2006; Hanzlíková, 2007)

Edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za své tělesné a duševní zdraví. Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta a rodiny.

(Jarošová, 2006. Hanzlíková, 2007)

6. 3 Řízení domácí péče

Domácí péče je řízena Ministerstvem zdravotnictví a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace. O rozsahu, obsahu i frekvenci domácí péče rozhoduje ošetřující lékař pacienta nebo ošetřující lékař za hospitalizace, maximálně po dobu 14 dnů po ukončení hospitalizace. Domácí péče je dostupná a nepřetržitá 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. V průběhu dne by pak měla být dostupnost na ošetřujícího lékaře a sociálního pracovníka. V noci je zajištěna dostupnost na zařízení přednemocniční neodkladné péče.

Poskytovatelem domácí péče může být agentura ošetřovatelské domácí péče, ošetřovatelská služba (sociální oddělení obce, charitativní nebo humanitní organizace, komunitní centra atd.), rodinný příslušníci, lékař prvního kontaktu. (Jarošová, 2006)

6. 4 Služby v poskytování domácí péče

V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetřovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, sociální péče a pomoci, ve vlastním sociálním prostředí, pacientům všech věkových kategorií, indikačních a diagnostických skupin podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který domácí péči indikuje. Jedná se o pacienty, u kterých si jejich zdravotní či duševní stav vyžaduje odbornou péči a pomoc druhé osoby.

Je poskytována základní zdravotní a sociální péče (např. zajištění osobní hygieny, prevence dekubitů, příjem tekutin a stravy, obklady), odborná zdravotní a sociální péče (sledování vitálních funkcí, odběry biologických materiálů, převazy, aplikace injekcí, edukace pacienta, rehabilitační péče aj.) a specializovaná zdravotní a sociální péče (např. aplikace diagnostických přístrojů, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný dohled).

Domácí péče zapůjčuje různé zdravotnické pomůcky a pomocná technická zařízení, aby zkvalitnila péči o nemocné v jejich domácnosti. (Jarošová, 2006)

Výhody domácí péče jsou hospodárnost, komplexnost, mnohostrannost, kde poskytuje služby více odborníků, individualizovaná péče, každý pacient je jedinečná bytost, která má své vlastní potřeby. (Jarošová, 2006)

6. 5 Formy domácí péče

Základní formy domácí péče jsou akutní, tato péče je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů. Je určena pacientům, kteří mají akutní krátkodobé onemocnění, které nevyžaduje pobyt v nemocnici. Péče je indikována pro pacienty například s kardiovaskulárním, neurologickým, gastrointestinálním, urologickým onemocněním, pro pacienty v pooperačním a poúrazovém stavu. (Jarošová, 2006)

Další formou je dlouhodobá domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců až několik let. Je nejrozšířenější formou domácí péče a je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to pacienti například po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, pacienti s plným i částečným ochrnutím nebo pacienti se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí.

Třetí forma domácí péče je preventivní. Tato péče je poskytována týdně nebo měsíčně. Je určena pacientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav pacienta a případné změny ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. (Jarošová, 2006)

Patří sem také domácí hospicová péče, která zahrnuje péči o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu života.

Další formou domácí péče je ad hoc (jednorázová domácí péče). Tato domácí péče se využívá pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických nebo jiných ošetřujících lékařů. Například jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu. Tato forma péče je indikována u těch případů, kdy z provozních důvodů (např. časové omezení ordinálních hodin lékaře) nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách u pacientů. (Jarošová, 2006)

6. 6 Zdravotnický personál

Odborný zástupce v domácí péči musí splňovat po ukončení kvalifikačním vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení z toho 2 roky odborné praxe u lůžka.

Zdravotnický personál v domácí péči vede zdravotnickou dokumentaci u každého pacienta. (Jarošová, 2006)

Obsahuje, návrh ošetřujícího lékaře na poskytování domácí ošetrovatelské péče, dohodu o poskytování péče mezi domácí péčí a pacientem, ošetrovatelskou dokumentaci, stará se o administrativní práce, nakupuje zdravotnický materiál, půjčuje pacientům kompenzační pomůcky. Je důležitá koordinace sester a celoživotní vzdělávání, účast na seminářích a konferencích.

Sestra manažerka je sestra s magisterským, minimálně s bakalářským vzděláním a specializací v domácí ošetrovatelské péči s minimálně dvouletou praxí u lůžka. Stojí v čele agentury domácí péče a stará se o provoz z odborné, finanční a materiálně-technické stránky ošetrovatelské péče. (Topinková, 1995; Jarošová, 2006)

7. Agentury domácí péče

Výzkumnou část této práce jsem prováděla na třech pracovištích, v charitě v Ráji v Pardubicích, v charitě ve Žďáře nad Sázavou a v centru SKP v Pardubicích.

Charita Pardubice byla zřízena arcibiskupem Karlem Otčenáškem v květnu 1992. Patří k mezinárodní rodině organizací Caritas. Poslání Charity je obsaženo v jejím názvu. Slovo „caritas“ vyjadřuje lásku, která se projevuje službou člověka k člověku. Tato charita v Pardubicích poskytuje podobné služby, jak charita ve Žďáře nad Sázavou, kde jsem také dělala svůj výzkum.

Posláním těchto dvou charit domácí péče je poskytovat odbornou zdravotní péči všem lidem, kteří z důvodu stáří, nemoci, či zdravotního postižení nejsou soběstační. Zdravotní sestry poskytují služby nemocným bez rozdílu věku, osobám se zdravotním postižením, seniorům, chronicky a akutně nemocným, imobilním, pacientům v terminálním stádiu nemoci a lidem s obtížnou dostupností lékařské péče. Pracují zde zdravotní sestry středoškolského, vyššího i vysokoškolského vzdělání, specializované sestry a pomáhají zde i dobrovolníci. Pečují o osoby v domácí péči na základě doporučení ošetřujícího lékaře a ve spolupráci s rodinnými příslušníky nepřetržitě sedm dní v týdnu.

Cílem služby je umožnit pacientům prožití důstojného života v domácím prostředí mezi svými blízkými. Zajistit nemocným komplexní službu tělesné, duševní, sociální i duchovní oblasti. Zdravotní sestry poskytují odbornou zdravotní péči (přípravu a podání léků, aplikace injekcí, infúzí), základní ošetrovatelskou péči (hygiena, stravování, úprava lůžka, polohování, vyprazdňování apod.), odběry biologického materiálu, měření a sledování fyziologických funkcí, převazy ran, péči o stomie, katétry, rehabilitační cvičení.

Sestry edukují pacienty a rodinné příslušníky v domácí péči, pečují o osoby v terminálním stádiu, provádí poradenskou činnost, zapůjčuje kompenzační a rehabilitační pomůcky pacientům.

Tyto charitní ošetrovatelské služby postupují dle zdravotních norem. Služby poskytují bezplatně, úkony jsou hrazeny z fondu zdravotních pojišťoven na základě potvrzení ošetřujícího lékaře.

Třetí agenturou domácí péče, kde jsem prováděla výzkum, byla SKP-CENTRUM (svaz křesťanské pomoci) poskytuje služby terénních zdravotních sester na základě indikace lékaře. Poskytuje ošetrovatelské a pečovatelské služby, které jsou podobné službám v předchozích agenturách. Mezi poskytované služby patří: komplexní péče o nepohyblivého pacienta s prevencí imobilizačního syndromu, převazy bércových vředů, operačních ran, dekubitů, péče o stomie, péče o cévky, cévkování, aplikace injekcí, intravenózní léčbu, odběry krve, výtěry, stěry z ran, rehabilitaci, podání léků, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při oblékání, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (mytí, příprava koupele a koupel, mytí vlasů), poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (donáška oběda, podávání stravy), pomoc při zajištění chodu domácnosti (drobné nákupy, běžný úklid domácnosti, praní, žehlení, převlečení lůžka), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při vyřízení příspěvku na péči, doprovod k lékaři nebo na vyšetření. Poskytnuté služby jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Zdravotní sestry se prokazují služebním průkazem s fotografií.

Oficiální stránky: <http://zdar.charita.cz/> <http://charita.pardubice.cz/> <http://skp-centrum.cz/>

II. ČÁST PRŮZKUMNĚ-VÝZKUMNÁ

1. Výzkumné otázky

1. Jaký je nejčastější způsob tlumení bolesti využívaný u pacientů léčených v agenturách domácí péče?
2. Má vliv přítomnost rodiny nemocného na vnímání a zvládání chronické bolesti?
3. Je rozdíl ve zvládání chronické bolesti u respondentů trpících chronickou bolestí méně než 5 let a více než 5 let?
4. Má intenzita bolesti na stupnici 0 – 5 vliv na denní aktivity (na stupnici interference bolesti)?
5. Mají pacienti nižší intenzitu bolesti v souvislosti s denní aktivitou v domácím prostředí nebo ve zdravotnickém zařízení? (porovnání s výsledkem práce Jaroslavy Burdychové, 2009)
6. Prožívají nemocní nejintenzivnější bolesti navečer a v noci než během dne?

2. Metodika výzkumu

Moje práce byla průzkumně - výzkumná. Spolupracovala jsem s charitou ve Žďáře nad Sázavou, s charitou v Ráji v Pardubicích a centrem SKP (svaz křesťanské pomoci) v Pardubicích.

K získání a zpracování výsledků jsem použila řízený rozhovor na základě vytvořeného dotazníku a pozorování. S každým respondentem jsem sama mluvila, aby bylo zajištěno, že všem otázkám rozumí, to bylo nutné vzhledem k věku respondentů.

Dotazník se skládal z 19 otázek. Použila jsem otázky identifikační, filtrační, otevřené, polozavřené, uzavřené dichotomické, uzavřené polytomické, uzavřené polytomické výčtové, uzavřené stupnicové komparativní. Vzhledem k tomu, že byl rozhovor prováděn osobně, byla 100% návratnost dotazníků.

Před začátkem výzkumu jsem prováděla pilotáž u 12 pacientů v charitě ve Žďáře nad Sázavou. Z 19 otázek v dotazníku jsem upravila dvě otázky. Otázku číslo 3 a otázku číslo 17. Jinak jsem svůj dotazník dále neupravovala a použila ho do svého výzkumu.

Z centra SKP v Pardubicích jsem získala 10 dotazníků. V charitě v Ráji v Pardubicích jsem získala 26 dotazníků. Ve Žďáře nad Sázavou jsem získala 32 dotazníků. Celkem jsem za svůj výzkum získala 68 dotazníků. Asi 10 pacientů, se kterými jsem se setkala, jsem musela vyloučit, protože mému dotazníku nevyhovovali. V práci nebyli porovnáváni respondenti, ve skupinách závislých na tom, kterou z agentur domácí péče využívali.

Pozorování probíhalo skrytě, sestry z agentur a pacienti o tom nevěděli. (informována byla vždy jen vrchní sestra). Pozorovala jsem chování a jednání pacientů a sester. A podle předem daných otázek, jsem si k sobě kroužkovala odpověď ano nebo odpověď ne.

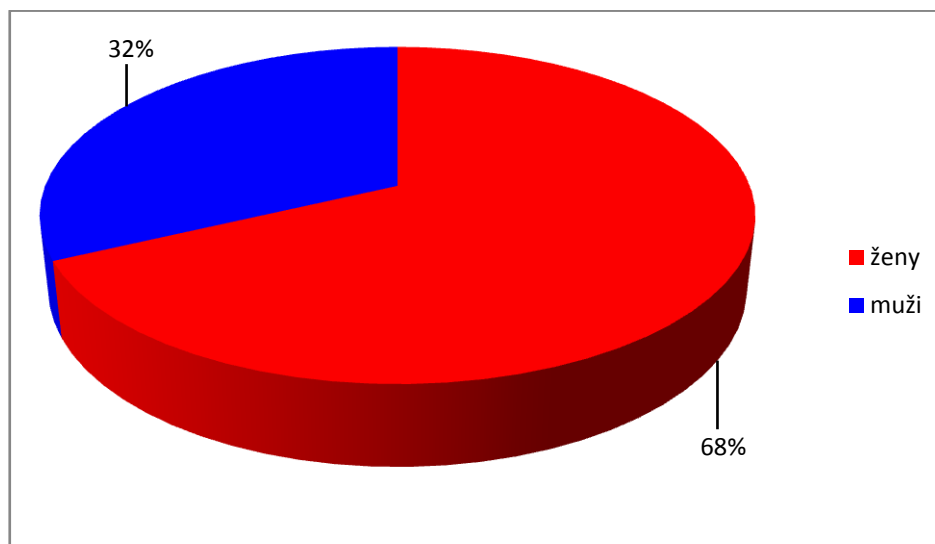
Tato práce byla velice zajímavá, ale velmi časově náročná.

3. Prezentace výsledků

1) Pohlaví respondentů

Tab. 1 Rozdělení pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ženy	46	68%
Muži	22	32%
Celkem	68	100%



Obr. 1 Graf počtu mužů a žen

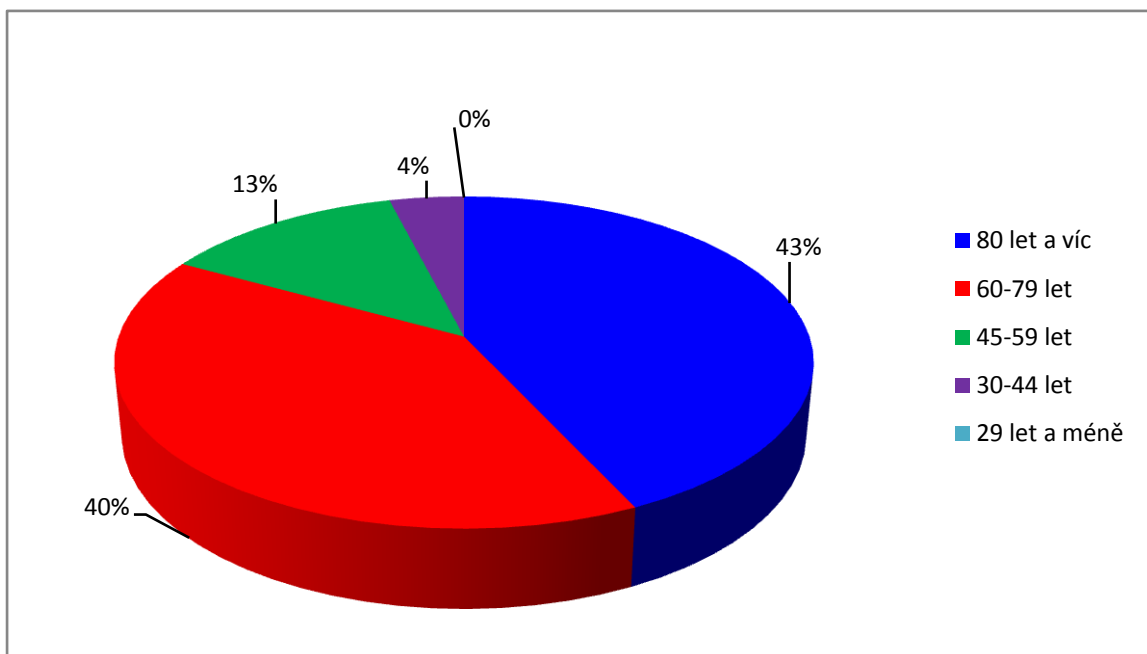
Z celkového počtu 68 pacientů bylo 46 žen (68%) a 22 mužů (32%).

Muži umírají dříve než ženy, proto byl vyšší počet žen, dožívají se vyššího věku než muži.

2) Kolik je vám let?

Tab. 2 Věkové rozdělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
80 let a víc	29	43%
60- 79 let	27	40%
45- 59 let	9	13%
30- 44 let	3	4%
Méně než 29 let	0	0%
celkem	68	100%



Obr. 2 Graf věkového zastoupení

Nejvíce zastoupená skupina pacientů byla ve věku 80 let a víc.(43%)

Myslím si, že staří lidé v tomto věku trpí daleko více chronickou bolestí než lidé mladší.

Průměrný věk pacientů je 70 let.

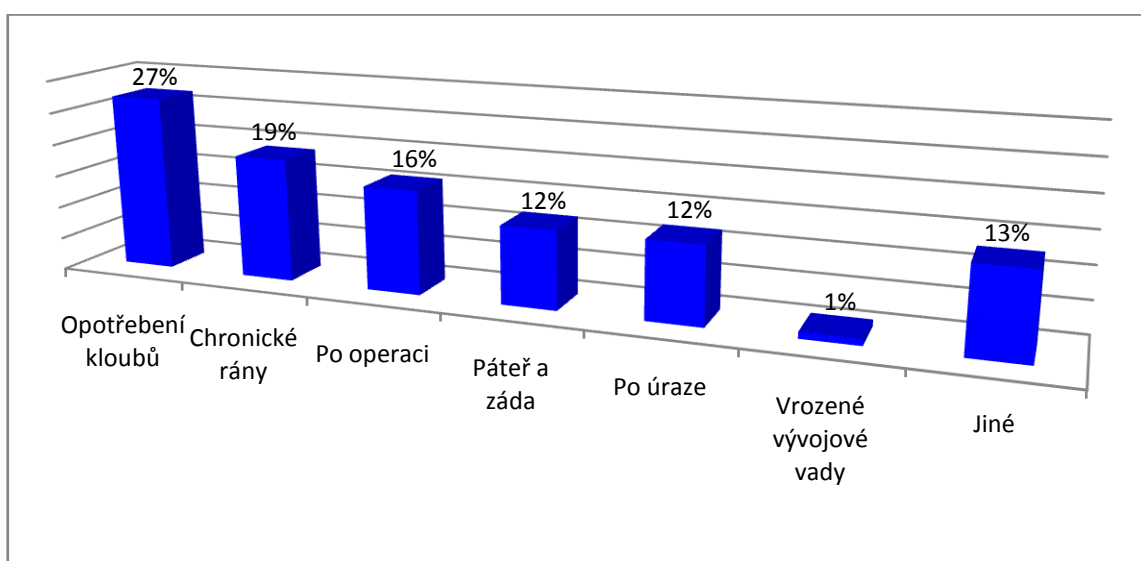
Medián věků pacientů je 78 let.

3) Z jakého důvodu máte současné chronické bolesti?

(Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 3 Důvod chronické bolesti

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Opotřebení kloubů	18	27%
Chronické rány	13	19%
Po operaci	11	16%
Páteř a záda	8	12%
Po úraze	8	12%
Vrozené vývojové vady	1	1%
Jiné	9	13%
celkem	68	100%



Obr. 3 Graf rozdělení důvodu chronické bolesti

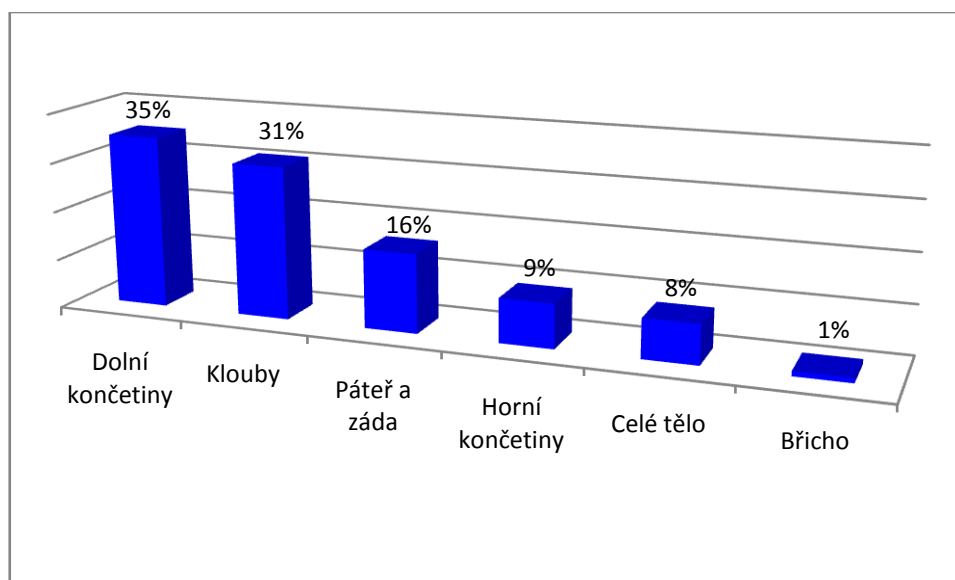
Nejvíce zastoupená odpověď byla opotřebením kloubů (26%), protože převážný počet pacientů byli staří lidé. Druhou skupinou byla odpověď chronické rány (19%), nejčastěji se jednalo o bérčové vředy, které uvedlo 8 pacientů. Dekubity (proleženiny) uvedli 3 pacienti a 2 pacienti uvedli diabetickou gangrénu vlivem cukrovky.

Zajímavá odpověď byla možnost jiné, kde pacienti uvedli bolest vlivem roztroušené sklerózy, po cévní mozkové příhodě a vlivem nádorového onemocnění.

4) Kde byste lokalizoval/a svou chronickou bolest? (Uveďte)

Tab. 4 Lokalizace chronické bolesti

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Dolní končetiny	24	35%
Klouby	21	31%
Páteř a záda	11	16%
Horní končetiny	6	9%
Celé tělo	5	8%
Břicho	1	1%
celkem	68	100%



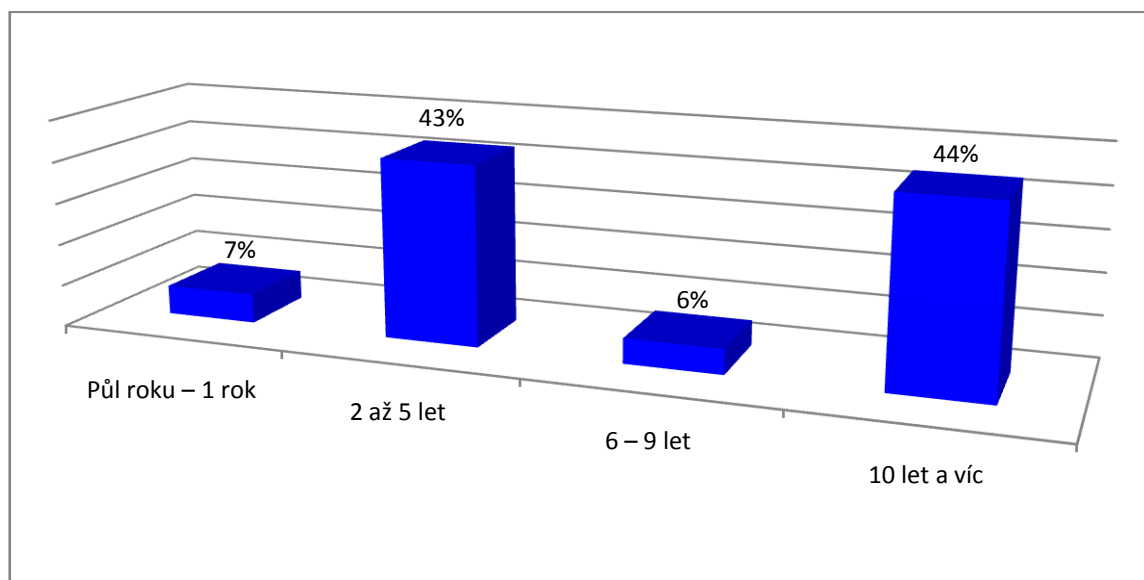
Obr. 4 Graf lokalizace chronické bolesti

Nejvíce zastoupenou skupinou odpovědí byly dolní končetiny (35%), jednalo se o chronické rány, úrazy, vrozené vývojové vady. Druhou nejpočetnější skupinou byly klouby (31%), jednalo se o opotřebenování kloubů – artrózy apod., totální endoprotézy kolene a kyčle.

5) Jak dlouho trpíte chronickou bolestí? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 5 Doba trvání bolesti

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Půl roku – 1 rok	5	7%
2 až 5 let	29	43%
6 – 9 let	4	6%
10 let a víc	30	44%
celkem	68	100%



Obr. 5 Délka trvání chronické bolesti

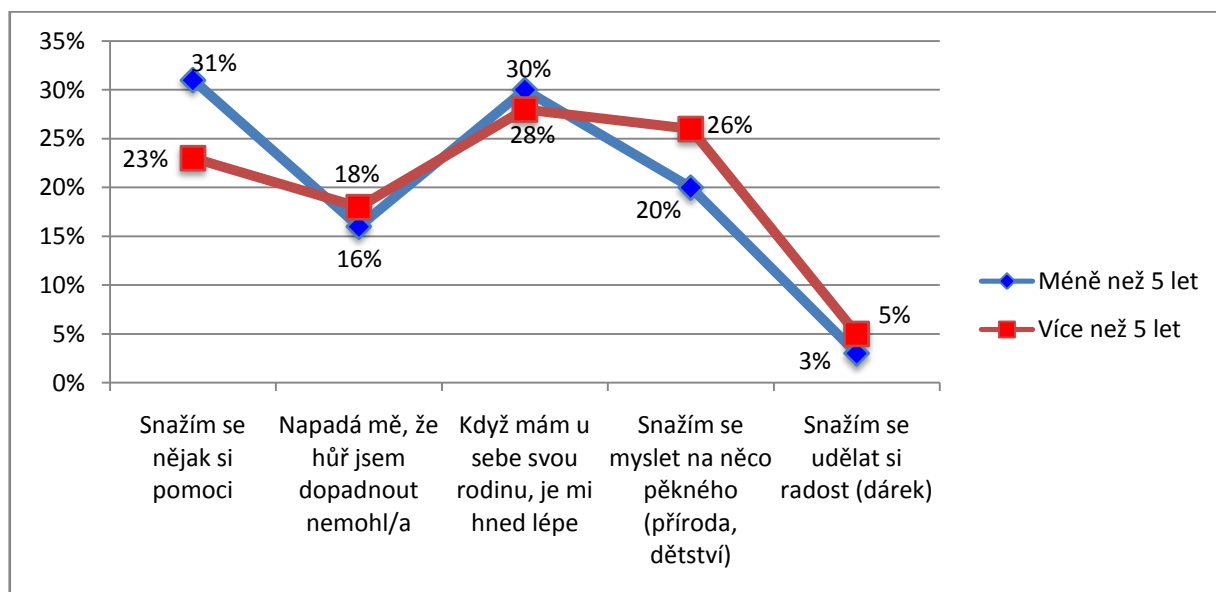
Nejvíce byla zastoupená skupina pacientů ve věku 2- 5 let (43%) a skupina pacientů ve věku více než 10 let (44%). Kvůli výzkumnému záměru jsem se snažila o rovnoměrné rozložení těchto dvou skupin.

6) Jaké jsou vaše pocity, myšlenky, reakce při vašich současných chronických bolestech?

(Vyberte 3 nejčastější odpovědi a zakřížkujte)

Tab. 6 Pozitivní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí

	Méně než 5 let		Více než 5 let	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Snažím se nějak si pomoci	19	31%	15	23%
Napadá mě, že hůř jsem dopadnout nemohl/a	10	16%	12	18%
Když mám u sebe svou rodinu, je mi hned lépe	18	30%	18	28%
Snažím se myslet na něco pěkného (příroda, dětství)	12	20%	17	26%
Snažím se udělat si radost (dárek)	2	3%	3	5%
celkem	61	100%	65	100%



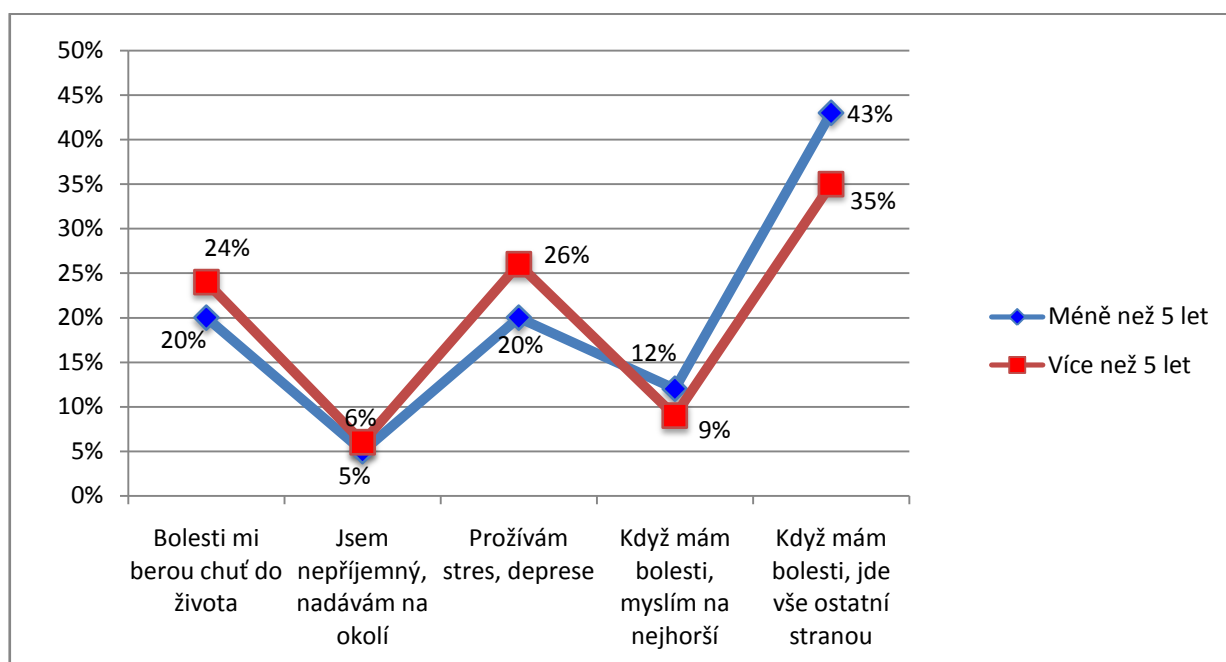
Obr. 6 Porovnání pozitivních myšlenek, pocitů, reakcí u pacientů s chronickou bolestí více než 5 let a méně než 5 let.

První graf tvoří pozitivní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí.

Tři nejčastější pozitivní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí méně než 5 let a s chronickou bolestí více než 5 let byly stejné jen se lišily v počtu procent. Byly to tyto odpovědi: Snažím se nějak si pomoci, když mám u sebe svou rodinu, je mi hned lépe, snažím se myslet na něco pěkného (příroda, dětství).

Tab. 7 Negativní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí

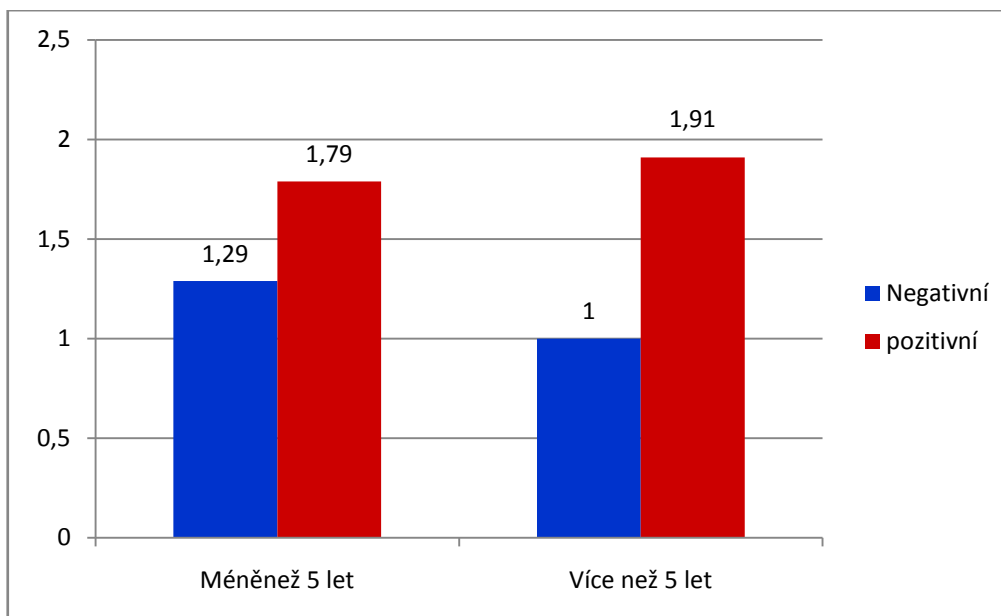
	Méně než 5 let		Více než 5 let	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Bolesti mi berou chuť do života	9	20%	8	24%
Jsem nepříjemný, nadávám na okolí	2	5%	2	6%
Prožívám stres, deprese	9	20%	9	26%
Když mám bolesti, myslím na nejhorší	5	12%	3	9%
Když mám bolesti, jde vše ostatní stranou	19	43%	12	35%
celkem	44	100%	34	100%



Obr. 7 Porovnání negativních pocitů, myšlenek, reakcí u pacientů s chronickou bolestí více než 5 let a méně než 5 let.

Druhý graf tvoří negativní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí.

Tři nejčastější negativní pocity, myšlenky, reakce u pacientů s chronickou bolestí méně než 5 let a více než 5 let byly skoro stejné. Byly to tyto odpovědi: Když mám bolesti, jde vše ostatní stranou, bolesti mi berou chuť do života, prožívám stres a deprese. Jen u pacientů s bolestí méně než 5 let byla navíc myšlenka: Když mám bolesti, myslím na nejhorší.



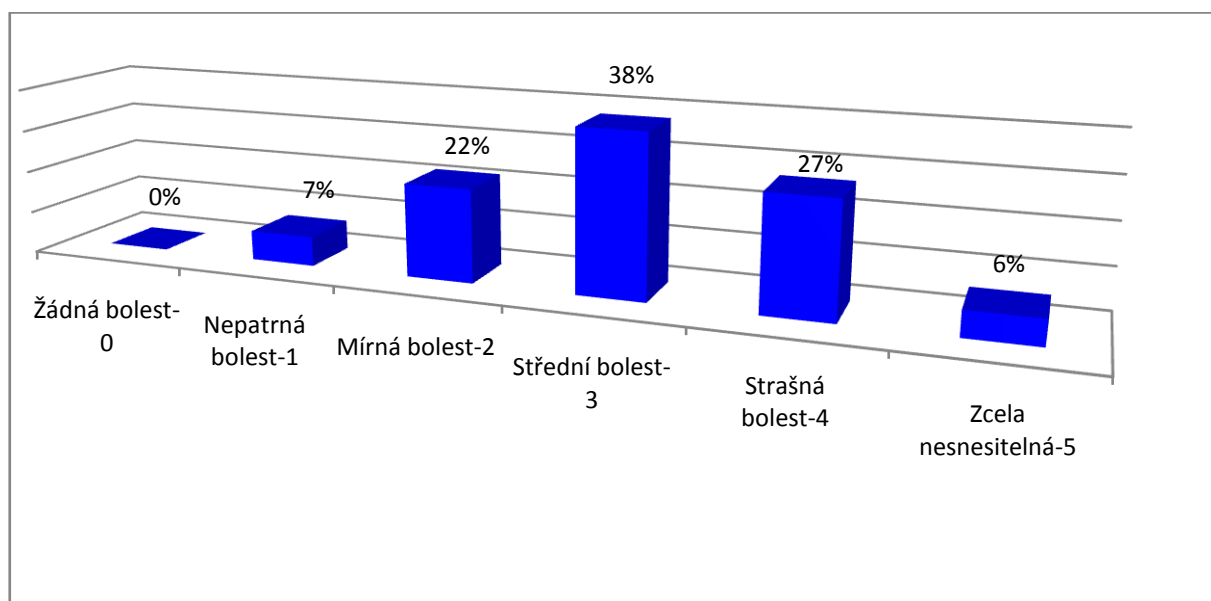
Obr. 8 Graf pozitivních a negativních pocitů, myšlenek a reakcí dle četnosti odpovědí

Z výše uvedených výsledků jsem vypočítala, kolikrát každý respondent průměrně odpověděl pozitivně a negativně. Negativní pocity, myšlenky, reakce u nemocných, kteří trpí bolestí méně než 5 let dle četnosti odpovědí byla průměrná hodnota 1,29, u nemocných, kteří trpí bolestí více než 5 let byla průměrná hodnota 1. Pozitivní pocity, myšlenky, reakce u nemocných, kteří trpí bolestí méně než 5 let dle četnosti odpovědí byla průměrná hodnota 1,79, u nemocných, kteří trpí bolestí více než 5 let byla průměrná hodnota 1,91. Podle vypočtených průměrných hodnou dle četnosti odpovědí vyšlo, že nemocní, kteří trpí bolestí méně než 5 let jsou na tom po psychické stránce hůře než nemocní, kteří trpí bolestí více než 5 let. Myslím si, že je to tím, že pacienti, kteří mají bolest více než 5 let si časem na svou bolest zvykli. Každý vnímá svou bolest jinak a i nemocní, kteří měli velmi silnou bolest, mně ne všichni odpověděli negativně.

7) Na stupnici bolesti od 0 - 5 uveďte, jak moc vás to bolí, kdy 0 není žádná bolest a 5 je nejvyšší možná bolest (Zakroužkujte číslo)

Tab. 8 Přehled intenzity bolesti

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Žádná bolest-0	0	0%
Nepatrná bolest-1	5	7%
Mírná bolest-2	15	22%
Střední bolest-3	26	38%
Strašná bolest-4	18	27%
Zcela nesnesitelná-5	4	6%
celkem	68	100%



Obr. 9 Graf zobrazení intenzity bolesti

Nejvíce zastoupenou skupinou pacientů na stupnici bolesti je 3 - střední bolest (38%).

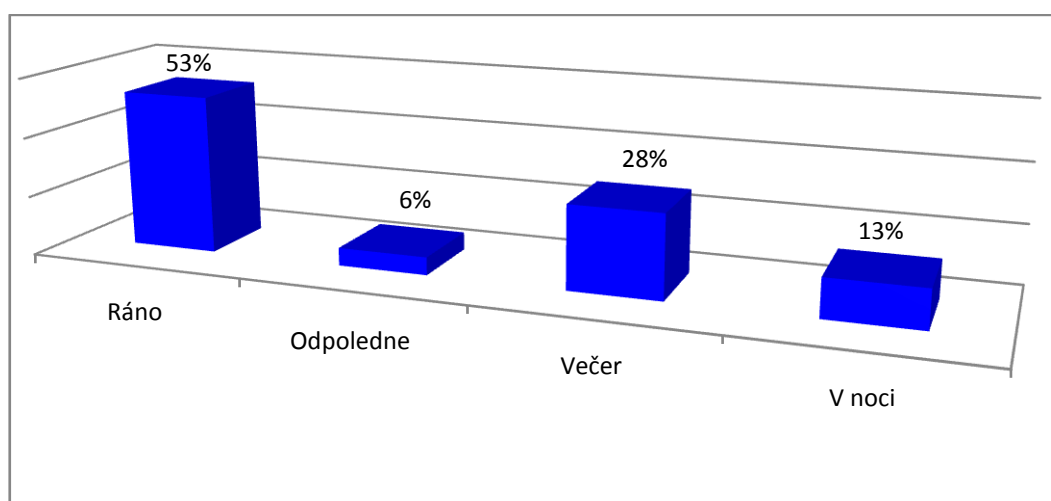
Průměrná hodnota na stupnici bolesti je 3,01.

8) Kdy prožíváte nejčastěji nejintenzivnější bolest?

(vyberte jednu z možností a zakřížkujte a svou odpověď zdůvodněte)

Tab. 9 Přehled nejintenzivnější bolesti

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Ráno	36	53%
Odpoledne	4	6%
Večer	19	28%
V noci	9	13%
Celkem	68	100%



Obr. 10 Graf zobrazení nejintenzivnější bolesti

Z vybrané skupiny pacientů měly nejčastěji nejintenzivnější bolest ráno (53%). Z toho nejvíce pacientů uvedlo, že bolest vzniká v důsledku nehybnosti v noci, proto se musí ráno rozhýbat a později si na bolest zvyknou (19 pacientů), bolest u převazu uvedlo 10 pacientů a 8 pacientů nevědělo, proč má nejintenzivnější bolest zrovna ráno.

Večer mělo nejintenzivnější bolest 28% pacientů. Z toho nejvíce pacientů (9) uvedlo, že bolest je v důsledku chůze během dne, dalších (6 pacientů) uvedlo z důvodu, že jsou vleže a v klidu a 4 pacienti nevěděli, proč mají nejintenzivnější bolest večer.

V noci mělo nejintenzivnější bolest 13% pacientů. Z toho nejvíce pacientů uvedlo z důvodu klidu a nepohybu (6) a další 3 pacienti nevěděli proč zrovna v noci.

Odpoledne má nejintenzivnější bolest 6% pacientů. Z toho 2 pacienti uvedli, že je to z důvodu sedavého zaměstnání a 2 pacienti nevěděli proč zrovna odpoledne.

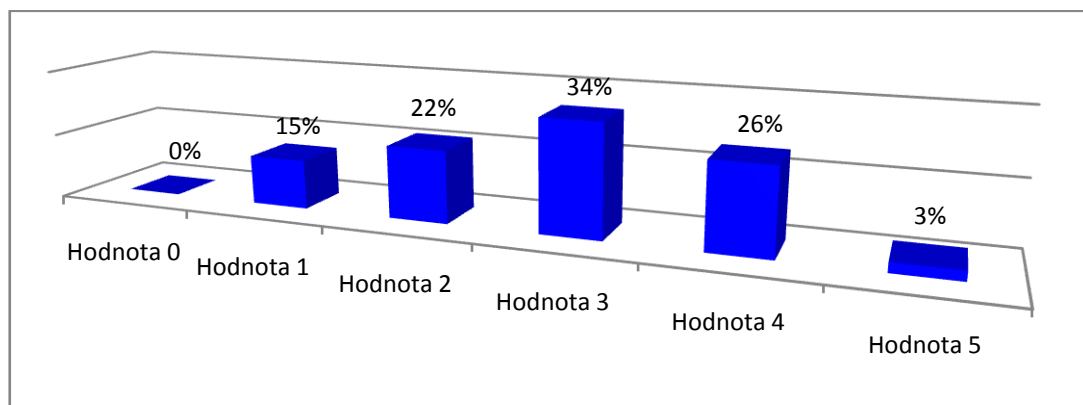
9) Jaká je vaše bolest v souvislosti s denní aktivitou? (vyberte jednu z možností)

Tab. 10 Interference intenzity bolesti s denními aktivitami

0	Jsem bez bolesti
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních činností bez chyb
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a chybami
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím
5	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat plevovou polohu nebo klidovou pozici, případně nutí až k ošetření u lékaře.

Tab. 11 Přehled bolesti v souvislosti s denní aktivitou

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
0	0	0%
1	10	15%
2	15	22%
3	23	34%
4	18	26%
5	4	3%
celkem	68	100%

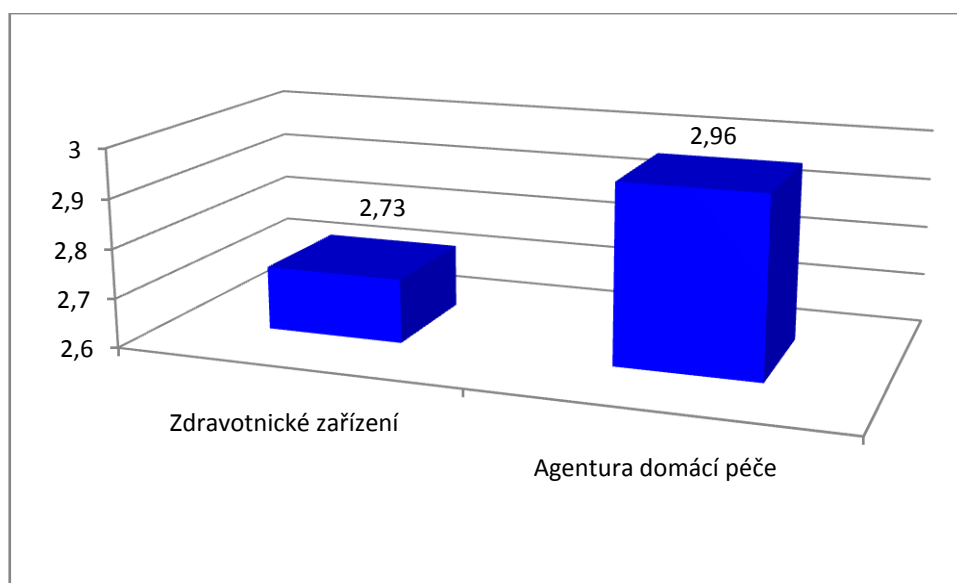


Obr. 11 Graf zobrazení bolesti v souvislosti s denní aktivitou

Nejvíce zastoupená skupina pacientů uvedla míru vlivu bolesti na denní aktivity 3.

Průměrná hodnota bolesti v souvislosti s denní aktivitou je 2,96 s porovnáním otázky číslo 7, kde vyšla průměrná hodnota na stupnici bolesti 3,01, je téměř shodná.

Porovnávala jsem míru vlivu bolesti na denní aktivity u nemocných v agenturách domácí péče a u nemocných ve zdravotnickém zařízení dle výsledků práce Jaroslavy Burdychové, 2009, která měla o 2 respondenty více, celkem 70 respondentů (porovnávala jsem dvě odlišné skupiny respondentů). Výsledky jsem zpracovala do následujícího grafu.



Obr. 12 Porovnání míry vlivu bolesti na denní aktivity u nemocných ve zdravotnickém zařízení a v agenturách domácí péče

U nemocných ve zdravotnickém zařízení vyšla průměrná hodnota bolesti, která má vliv na denní aktivity 2,73 a v agenturách domácí péče vyšla průměrná hodnota, která má vliv na denní aktivity 2,96. Míru bolesti v souvislosti s denními aktivitami prožívají o něco větší nemocní v agenturách domácí péče (o 0,23).

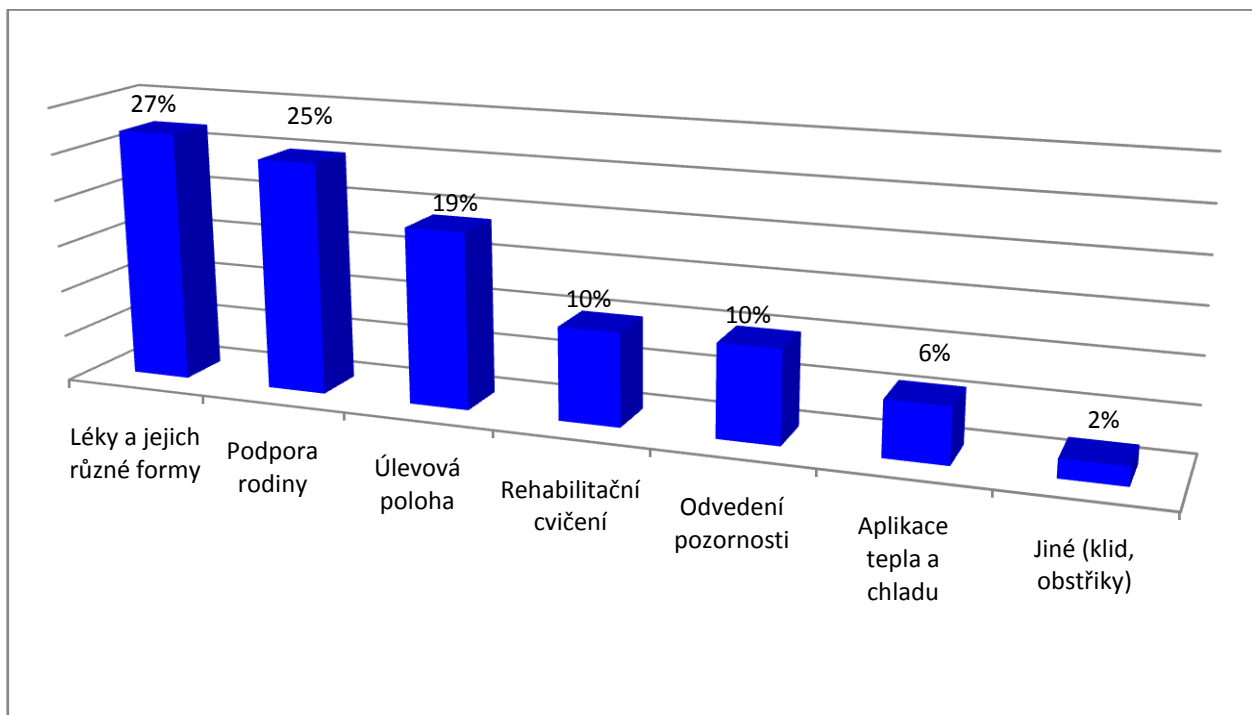
V domácím prostředí je člověk odkázaný sám na sebe a musí i přes velké bolesti vykonávat denní aktivity, aby se o sebe postaral. Ve zdravotnickém zařízení nemocným od velké bolesti pomůže lékař a při zvládnání denní aktivity jim pomůže zdravotnický personál.

10) Co vám pomáhá zmírnit chronickou bolest v domácím prostředí?

(Vyberte 3 nejčastější odpovědi a zakřížkujte)

Tab. 12 činnosti zmírňující bolest

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Léky a jejich různé formy	56	28%
Podpora rodiny	50	25%
Úlevová poloha	39	19%
Rehabilitační cvičení	21	10%
Odvedení pozornosti	21	10%
Aplikace tepla a chladu	13	6%
Jiné (klid, obstřiky)	4	2%
celkem	204	100%



Obr. 13 Graf Přehled mírnění bolesti v domácím prostředí

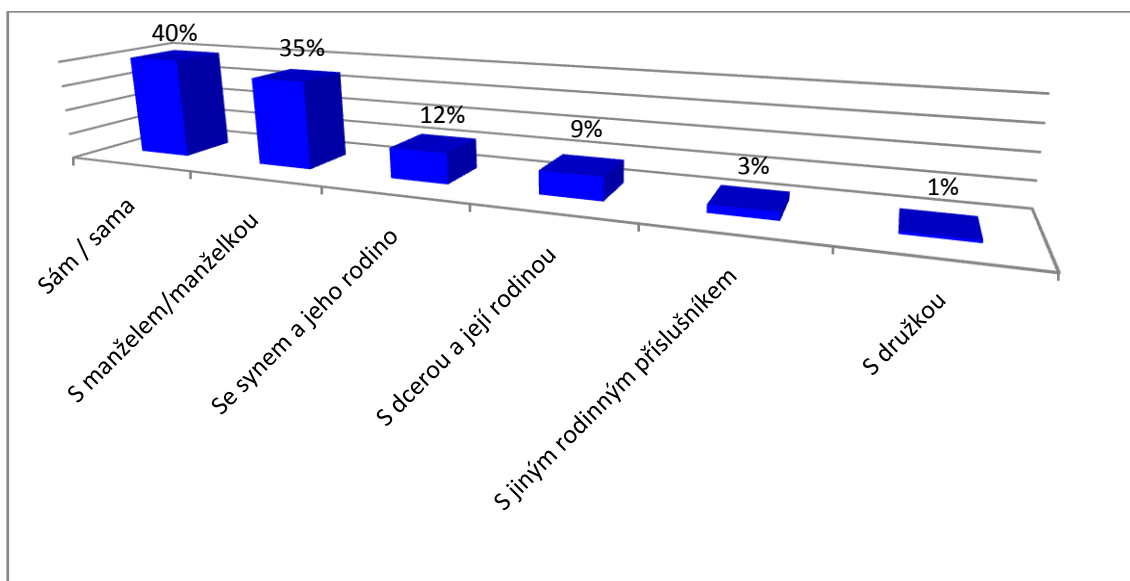
Nejvíce pomáhá zmírnit chronickou bolest pomocí léků, nejčastěji ve formě tablet nebo prášků (28%). Také podpora rodiny je velice důležitá, podporuje psychiku pacienta (25%).

100% je počítáno z celkového počtu odpovědí.

11) S kým doma bydlíte? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 13 Přehled s kým pacienti bydlí

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Sám / sama	27	40%
S manželem/manželkou	24	35%
Se synem a jeho rodino	8	12%
S dcerou a její rodinou	6	9%
S jiným rodinným příslušníkem (sestra, vnuk)	2	3%
S družkou	1	1%
celkem	68	100%



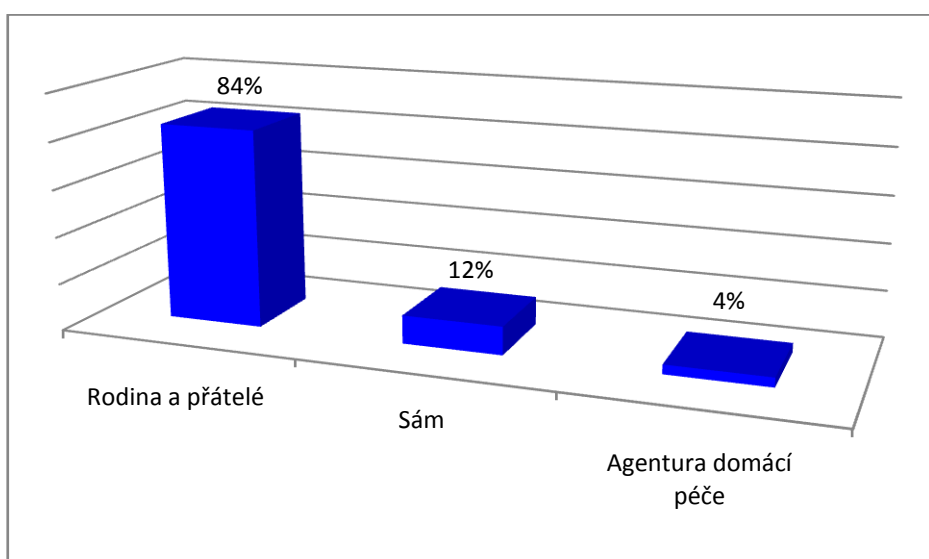
Obr. 14 Zobrazení s kým pacienti bydlí

Z vybrané skupiny pacientů, žije většina již sama (40%), protože velké procento tvoří staří lidé. Jsou zde, ale pacienti, kteří ještě žijí se svým manželem nebo manželkou (35%).

12) Svou chronickou bolest zvládám lépe když (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 14 Chronickou bolest zvládá lépe

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Rodina a přátelé	57	84%
Sám	8	12%
Agentura domácí péče	3	4%
celkem	68	100%



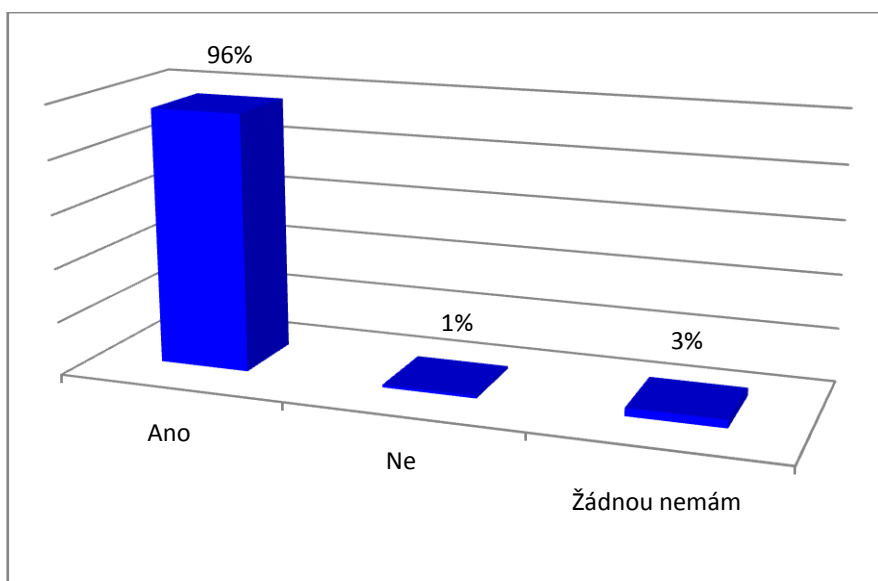
Obr. 15 Graf, kdy zvládá lépe chronickou bolest

Nejvíce pacienti uváděli rodinu (84%), protože podporuje psychiku pacienta, při zvládání bolesti je velice důležitá. Jsou zde i pacienti, kteří jsou raději sami, většinou z důvodu špatných rodinných vztahů nebo už nikoho nemají (12%). Někteří pacienti zvládají bolest lépe, když je u nich někdo z agentury domácí péče (4%).

13) Navštěvuje vás vaše rodina?(Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 15 Návštěva rodiny

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Ano	65	96%
Ne	1	1%
Žádnou nemám	2	3%
celkem	68	100%



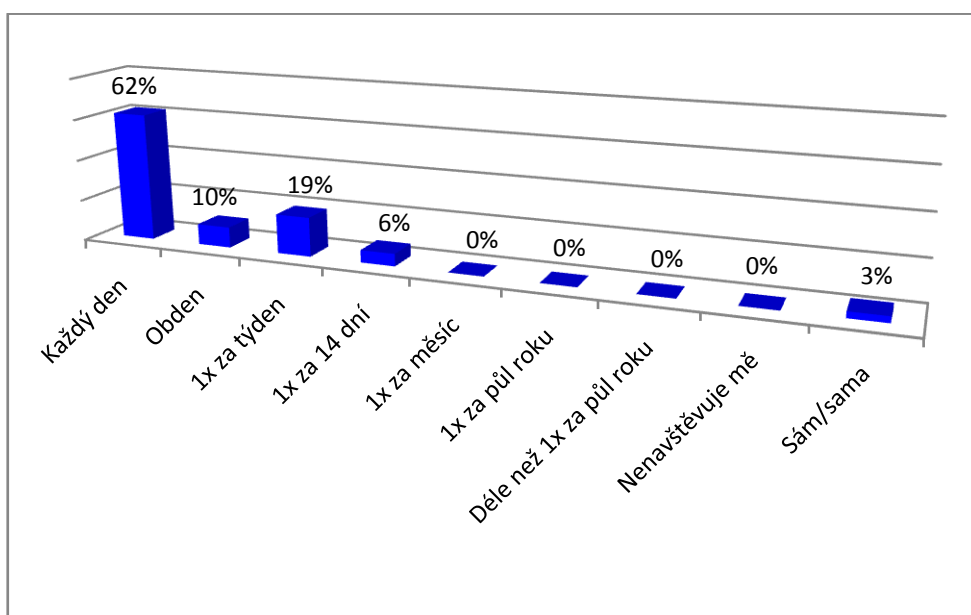
Obr. 16 Graf návštěvy rodiny

Nejvíce pacientů uvedlo, že je rodina navštěvuje (96%). Je důležité, aby rodina navštěvovala nemocné, hodně to posiluje psychiku pacienta a jeho trápení s bolestí a člověk se cítí lépe a není na všechno sám.

14) Jak často vás vaše rodina navštěvuje? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

Tab. 16 Kdy rodina navštěvuje

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Každý den	41	61%
Obden	7	10%
1x za týden	13	19%
1x za 14 dní	4	6%
1x za měsíc	0	0%
1x za půl roku	0	0%
Déle než 1x za půl roku	0	0%
Nenavštěvuje mě	1	1%
Sám/sama	2	3%
celkem	68	100%



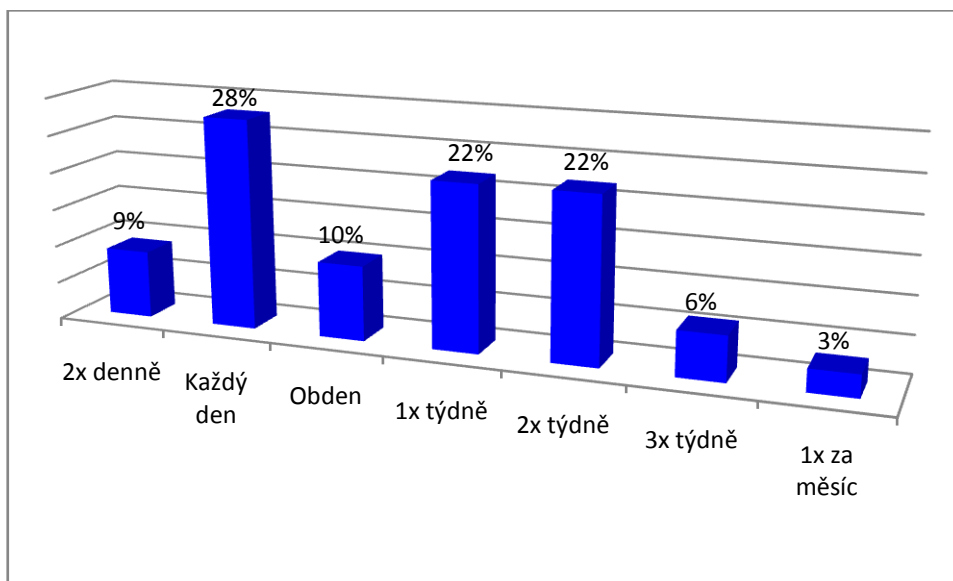
Obr. 17 Graf návštěvnosti rodiny

Rodina velkou část pacientů navštěvuje každý den (62%). Myslím si, že je to správné, hlavně u těch pacientů, kteří žijí sami. Rodina jim pomůže, poradí a zkontroluje, zda je vše u nich a s nimi v pořádku. Kontakt s rodinou je pro nemocného důležitý.

15) Jak často za vámi personál z agentury domácí péče dochází (Napište)

Tab. 17 Docházka personálu z agentury domácí péče

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
2x denně	6	9%
Každý den	19	28%
Obden	7	10%
1x týdně	15	22%
2x týdně	15	22%
3x týdně	4	6%
1x za měsíc	2	3%
celkem	68	100%



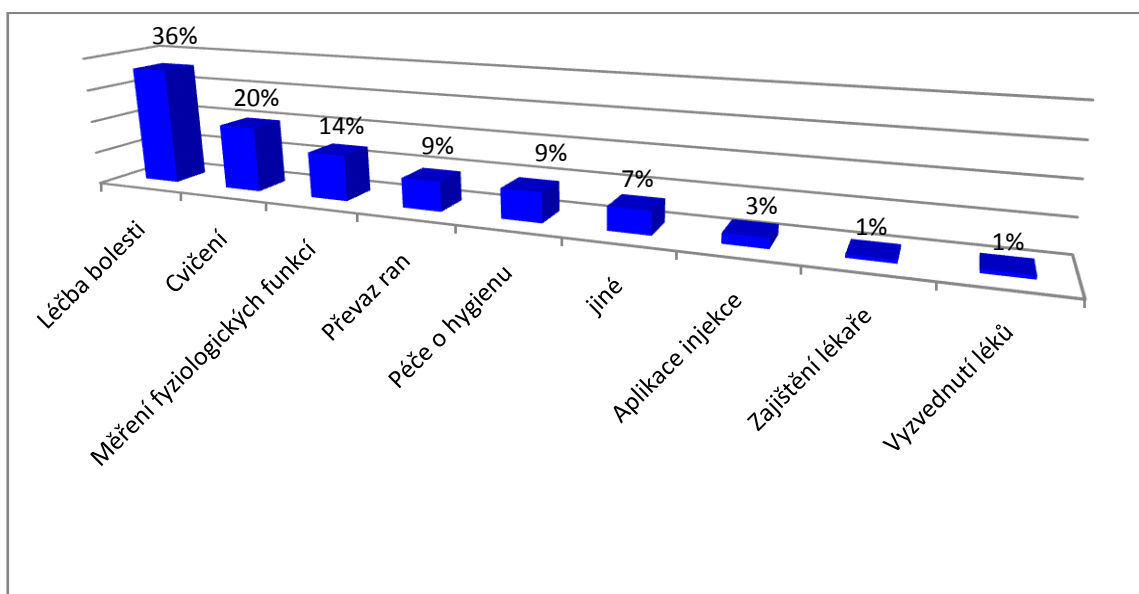
Obr. 18 Graf docházky personálu agentury domácí péče

Nejčastější odpověď byla každý den (28%). Myslím si, že je to hlavně důležité u pacientů, kteří žijí sami, nebo rodina zrovna z nějakého důvodu nemůže nebo nechce navštívit svého rodinného příslušníka.

16) Kterých služeb agentur domácí péče využíváte? (Z následujících možností zakřížkujte libovolný počet)

Tab. 18 Služby poskytované agenturou domácí péče

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Léčba bolesti	68	36%
Cvičení	38	20%
Měření fyziologických funkcí	27	14%
Převaz ran	18	9%
Péče o hygienu	17	9%
Jiné (3x odběr krve, 2x aplikace náplastí, 2xchystání léků...)	13	7%
Aplikace injekce	5	3%
Zajištění lékaře	2	1%
Vyzvednutí léků	2	1%
celkem	190	100%



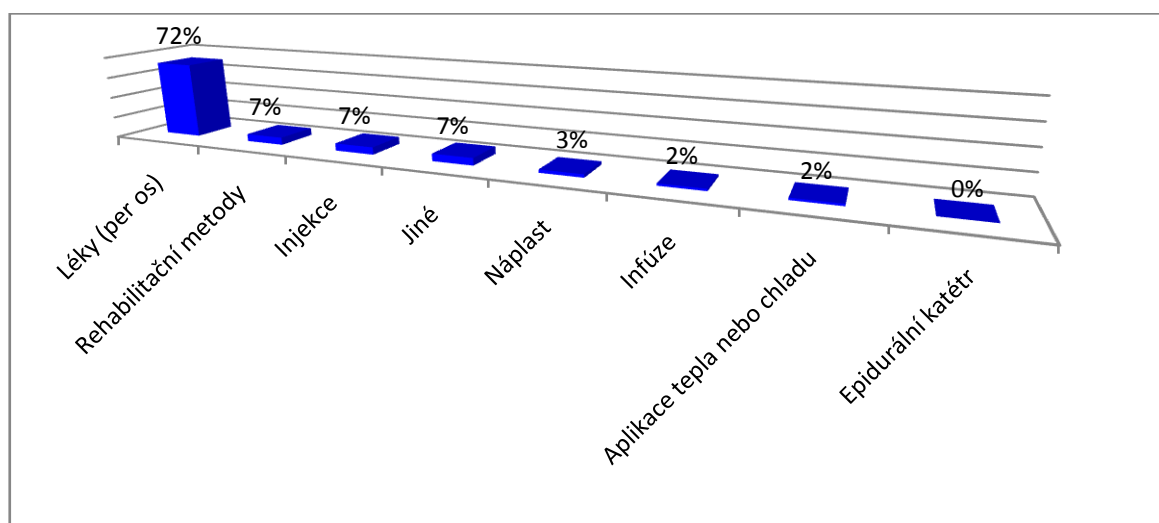
Obr. 19 Graf služeb poskytované agenturou domácí péče

100% je počítáno z celkového počtu odpovědí (podmínkou pro zařazení nemocného bylo hodnocení bolesti, 36% (léčba bolesti) v tomto případě všichni dotazovaní), ostatní je spíše uváděno navíc. Nemocní dostávali tablety nebo prášky, náplasti, injekce, infúze, obklady na bolest, také jim pomáhalo cvičení. Zajímavou odpovědí byla možnost jiné, kterou uvedlo 13 pacientů, patřil sem odběr krve, chystání léků, péče o kolostomii a další.

17) Jaký nejčastější způsob tlumení bolesti využíváte? (Vyberte z následujících možností)

Tab. 19 Nejčastější způsob tlumení bolesti

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Léky-tablety (per os)	49	72%
Rehabilitační metody	5	7%
Injekce (do svalu, do podkoží, do žíly)	5	7%
Jiné (nic, koňská mast)	5	7%
Náplast	2	3%
Infúze	1	2%
Aplikace tepla nebo chladu	1	2%
Epidurální katétr	0	0%
celkem	68	100%



Obr. 20 Graf nejčastějšího způsobu tlumení bolesti

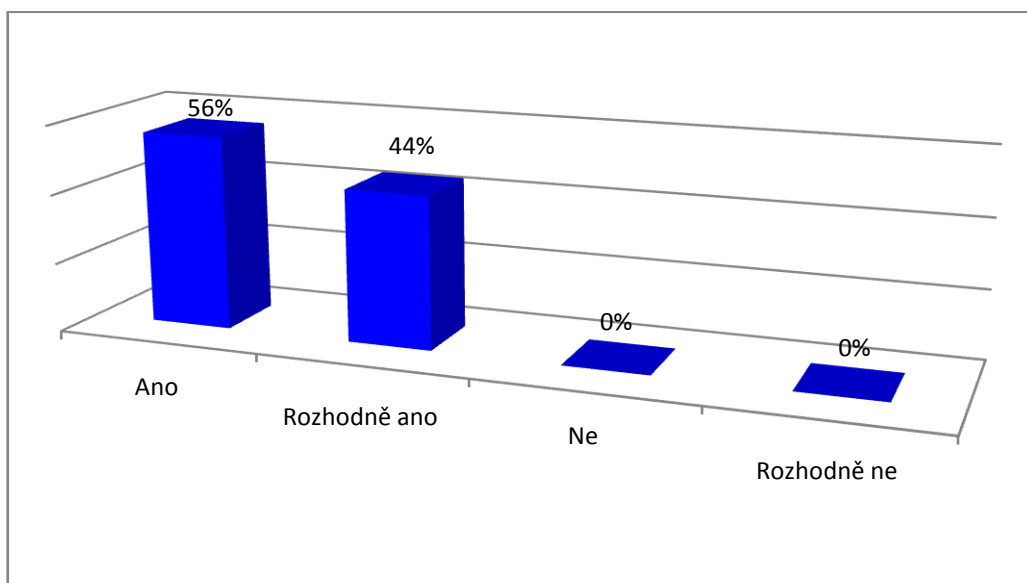
Nejčastější způsob tlumení bolesti využívají pacienti léky ve formě tablet a prášků (72%), ostatní způsoby spíše doplňují jejich léčbu. Souvisí to s intenzitou bolesti, která byla střední bolest a na druhém místě strašná bolest, proto si myslím, že hodně lidí volí hned léky.

18) Jste spokojen se službami agentur domácí péče?

(Vyberte jednu z možností a zakřížkujte)

Tab. 20 spokojenost se službami agentury domácí péče

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
Ano	38	56%
Rozhodně ano	30	44%
Ne	0	0%
Rozhodně ne	0	0%
celkem	68	100%



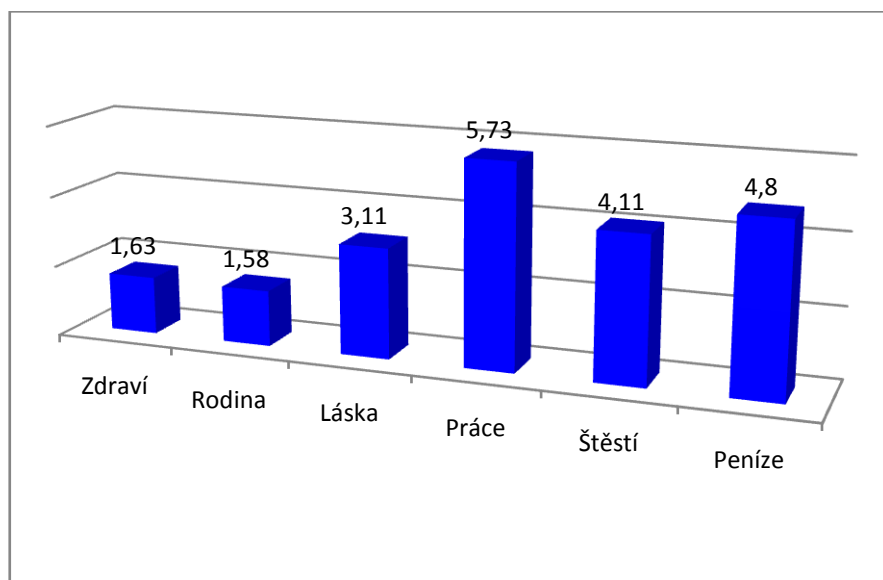
Obr. 21 Graf spokojenosti se službami agentury domácí péče

Nejvíce zastoupená byla odpověď ano (56%), s tím souhlasím. Zde jsem využila i metodu pozorování.

19) Seřad'te svůj nynější žebříček hodnot podle čísel od 1 - 6, od nejdůležitějších hodnot k méně důležitým (kdy 1 je nejdůležitější hodnota a 6 je nejméně důležitá hodnota)

Tab. 21 Průměry jednotlivých odpovědí

	Průměrná hodnota
Zdraví	1,63
Rodina	1,58
Láska	3,11
Práce	5,73
Štěstí	4,11
Peníze	4,80



Obr. 22 Graf průměrných hodnot jednotlivých odpovědí

Čím nižší hodnota tím lepší umístění v pořadí. Provedla jsem průměr jednotlivých hodnot. Na prvním místě vyšla rodina. Hodně pacientů dávalo na první místo rodinu než zdraví. Důvod uvedli, že i kdyby chtěli, tak zdraví mít nebudou, proto je pro ně nejdůležitější rodina, aby ta se měla dobře. (viz příloha D)

Jedna pacientka uvedla na první místo lásku, protože Bůh je láska a bez lásky se nedá žít.

Jeden pacient uvedl na první místo štěstí, protože když ho člověk nemá, nemá nic.

4. Pozorování

V této metodě jsem pozorovala zdravotní sestry a pacienty.

4.1 Zdravotní sestry:

- 1) Komunikace s pacientem ano – ne
- 2) Dotaz na bolest ano – ne
- 3) Spolupracuje s rodinou ano – ne
- 4) Přistupuje k pacientovi dobře ano – ne
- 5) je nekonfliktní ano – ne
- 6) Pečuje o pacienta dostatečně ano – ne

4.1.1 Charita Žďár nad Sázavou

Všechny tři zdravotní sestry měly stejné odpovědi, vždy ano.

Zdravotní sestry si s pacientem povídaly o jeho problémech, jestli ho něco trápí. Ptaly se ho, jak se vyspal, jak se cítí, jestli ho něco bolí. Když pacient bydlel s rodinou, zdravotní sestry s ní spolupracovaly, komunikovaly. Řešily spolu potíže pacienta, a další návštěvu sestry. Pokud pacient bydlel sám, ptaly se sestry pacienta na rodinu a na její návštěvu, co by potřeboval, jestli nechce rodině zavolat. Když pacient rodinu neměl nebo ho nenavštěvovala, sestry se snažily pacientovi rodinu nahradit. Pokud to bylo možné, vždy mu vyhověly.

4.1.2 Charita v Ráji Pardubice

Zde jsem pozorovala jednu zdravotní sestru, která měla vždy odpověď ano.

Zdravotní sestra se na pacienty usmívala, pokud to pacienti potřebovali, držela je za ruku, vždy je vyslechla. Komunikovala s rodinou a ptala se, co pacienta trápí a co ho bolí. Vždy rodině a pacientovi vyšla vstříc. Když u pacienta rodina nebyla přítomna, snažila se ji pacientovi nahradit. Nikdy na pacienta nekřičela. Pokud pacient něčemu nerozuměl, vše mu ochotně vysvětlila a ráda si na něj našla čas.

4.1.3 SKP Pardubice

Zde jsem hodnotila dvě zdravotní sestry. Jedna ze zdravotních sester měla vždy odpověď ano. Chovala se k pacientovi pěkně. Mluvila s ním o jeho problémech a pocitech. Ptala se ho, co ho bolí. Komunikovala s rodinou, řešila s ní veškeré problémy a starosti pacienta. Byla nekonfliktní, vše řešila v klidu. Pečovala o všechny potřeby pacienta, které se snažila uspokojit. Pacient ji odměnil úsměvem.

Druhá zdravotní sestra měla čtyři odpovědi ano a dvě odpovědi ne. Komunikace s pacientem byla celkem dobrá, snažila se s ním domluvit.

Ptala se ho, jestli ho něco bolí, ale na nic víc už ne. Komunikovala s rodinou. Byla nekonfliktní, s nikým se nehádala. Přístup k pacientovi byl špatný, z důvodu nedostatku času a velké vytíženosti sestry. Nevěnovala pacientovi dostatek času, který pacient ke své péči potřeboval. Udělala u pacienta jen to nejnnutnější a moc se u něj nezdržovala. Pacient si chtěl se sestrou povídat a řešit svoje problémy, ale sestra se k němu otočila zády a pacient byl zklamaný.

4.2 Pacienti:

- 1) Spolupracuje s agenturou domácí péče ano – ne
- 2) Pomáhá, stará se o něj rodina ano – ne
- 3) Je u něj rodina celý den ano – ne
- 4) Je agresivní, konfliktní ano – ne
- 5) Má deprese, je zoufalý/á ano – ne
- 6) Snaží se s bolestí bojovat ano – ne

Pozorovala jsem 68 pacientů. Všichni pacienti s agenturou domácí péče spolupracovali. Během mého pozorování jsem zjišťovala, jestli rodina pacientovi pomáhá, stará se o něj. S některými pacienty rodina bydlela, chovala se k němu hezky, měla o něj zájem. Rodina pomáhala zdravotní sestře z agentury s péčí o pacienta, proto jsem dala u 65 pacientů ano. U třech pacientů jsem zakroužkovala ne, protože 2 pacienti žádnou rodinu už neměli a 1 pacienta rodina nenavštěvovala, protože neměli dobrý rodinný vztah. 41 pacientů bydlelo spolu s rodinou, jednalo se o manžely, manželky v důchodu, družky, syna a jeho rodinu, dceru a její rodinu, jiné rodinné příslušníky, proto s pacientem byly celý den. Ostatních 27 pacientů nemělo u sebe rodinu celý den a byli rádi za návštěvu zdravotní sestry. U 11 pacientů jsem pozorovala agresivní chování. Ke zdravotní sestře i rodině se pacienti chovali hrubě, nadávali jim a vinili je za jejich zdravotní problémy. U ostatních 57 pacientů nebyly žádné problémy. Vlivem svého špatného zdravotního stavu, rodinnými problémy, neštěstím v rodině bylo 18 pacientů v depresi a byli ze své situace zoufalí. Někteří neměli chuť žít a nevěděli, co s nimi bude dál. 23 pacientů se nesnažilo už se svou bolestí bojovat a mysleli na nejhorší. Zbýlých 45 pacientů se snažilo se svou bolestí bojovat a věřili, že bude líp.

5. Diskuze

1. výzkumná otázka: Jaký je nejčastější způsob tlumení bolesti využívaný u pacientů léčených v agenturách domácí péče.

Vycházela jsem z otázky číslo 10 a otázky číslo 17.

Na desátou otázku odpovědělo 28% pacientů, že jejich chronickou bolest v domácím prostředí jim pomáhají mírnit léky ve formě tablet (na tuto otázku měli pacienti možnost 3 nejčastějších odpovědí). Na sedmnáctou otázku odpovědělo 72% pacientů, že nejčastější způsob k tlumení bolesti používají léky ve formě tablet.

Z otázek vyplývá, že nejčastější způsob tlumení bolesti využívaný u pacientů léčených v agenturách domácí péče jsou léky ve formě tablet. Myslím si, že pro pacienta je mnohem jednodušší a rychlejší vzít si lék ve formě tablet než hledat jiné způsoby, jak si od bolesti ulevit. I když některý pacient zkouší i jiné možnosti, ale nakonec stejně skončí u toho, že si vezme lék ve formě tablety.

2. výzkumná otázka: Má vliv přítomnost rodiny nemocného na vnímání a zvládání chronické bolesti?

Vycházela jsem z otázky číslo 12, 13 a částečně i z otázky číslo 14.

Ve dvanácté otázce uvedlo 84% nemocných, že jsou rádi, když mají u sebe svou rodinu. Ve třinácté otázce odpovědělo 96% nemocných, že je rodina navštěvuje. Ve čtrnácté otázce 61% nemocných uvedlo, že je rodina navštěvuje každý den.

Z toho vyplývá, že pro nemocného je jeho rodina velice důležitá. Dobré rodinné vztahy podporují dobře psychiku nemocného a vedou k lepšímu uzdravování.

3. výzkumná otázka: Je rozdíl ve zvládání chronické bolesti u respondentů trpících chronickou bolestí méně než 5 let a více než 5 let?

Vycházela jsem z otázky číslo 5 a z otázky číslo 6.

V páté otázce bylo 34 respondentů (50%) trpících chronickou bolestí méně než 5 let a 34 respondentů (50%) trpících chronickou bolestí více než 5 let.

Šestou otázku jsem zpracovala do dvou grafů. První graf tvořil pozitivní pocity, myšlenky, reakce u nemocných a druhý graf negativní pocity, myšlenky a reakce u nemocných trpících chronickou bolestí více než 5 let a méně než 5 let. Z výše uvedených výsledků jsem vypočítala, kolikrát každý respondent průměrně odpověděl pozitivně a negativně.

Negativní pocity, myšlenky, reakce u nemocných, kteří trpí bolestí méně než 5 let dle četnosti odpovědí byla průměrná hodnota 1,29, u nemocných, kteří trpí bolestí více než 5 let byla průměrná hodnota 1. Pozitivní pocity, myšlenky, reakce u nemocných, kteří trpí bolestí méně než 5 let dle četnosti odpovědí byla průměrná hodnota 1,79, u nemocných, kteří trpí bolestí více než 5 let byla průměrná hodnota 1,91. Výsledky jsou uvedeny v Obr. 8.

Podle vypočtených průměrných hodnot dle četnosti odpovědí vyšlo jen nepatrně, že nemocní, kteří trpí bolestí méně než 5 let jsou na tom po psychické stránce hůře než nemocní, kteří trpí bolestí více než 5 let. Myslím si, že je to tím, že pacienti, kteří mají bolest více než 5 let si časem na svou bolest zvykli.

Každý vnímá svou bolest jinak. Někteří nemocní, i když na nich bylo vidět, že trpí velmi silnou bolestí a i na stupnici bolesti uváděli míru intenzity bolesti nejméně 3, jejich pocity, myšlenky a reakce nebyly vždy negativní.

4. výzkumná otázka: Má intenzita bolesti na stupnici 0 – 5 vliv na denní aktivity (na stupnici interference bolesti)?

Vycházela jsem z otázky číslo 7 a z otázky číslo 9.

V sedmé otázce 38% nemocných uvedlo míru intenzity bolesti na stupnici bolesti 3, střední bolest (byla to nejvíce zastoupená skupina nemocných). Průměrná hodnota na stupnici bolesti je 3,01. V deváté otázce uvedlo 34% nemocných interferenci intenzity bolesti s denními aktivitami 3 - bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a chybami, jak je uvedeno v tabulce 10 a 11. Průměrná hodnota bolesti v souvislosti s denní aktivitou je 2,96.

Intenzita bolesti má určitý vliv na denní aktivity. Z vypočtených průměrných hodnot je vidět, že intenzita bolesti souvisí s interferencí intenzity bolesti. Vypočtené průměry vyšly skoro shodně.

5. výzkumná otázka: Mají pacienti nižší intenzitu bolesti v souvislosti s denní aktivitou v domácím prostředí nebo ve zdravotnickém zařízení?

Vycházela jsem z mé práce z otázky číslo 9 a z práce Jaroslavy Burdychové (2009) z otázky číslo 13. Pracovala jsem s odlišnými skupinami respondentů. Jaroslava Burdychová měla o 2 respondenty více než já, tedy 70, já jsem měla 68 respondentů.

Z každé uvedené otázky jsem vypočítala průměrnou hodnotu. Z deváté otázky mé práce vyšla průměrná hodnota interference intenzity bolesti s denními aktivitami 2,96. Ze třinácté otázky práce Jaroslavy Burdychové vyšla průměrná hodnota interference intenzity bolesti 2,73.

Z toho vyplývá, že nižší intenzitu bolesti v souvislosti s denní aktivitou mají pacienti ve zdravotnickém zařízení než pacienti v domácím prostředí, i když rozdíl je nepatrný.

V domácím prostředí je člověk odkázaný sám na sebe a musí i přes velké bolesti vykonávat denní aktivity, aby se o sebe postaral. Ve zdravotnickém zařízení nemocným od velké bolesti pomůže lékař a při zvládnání denní aktivity jim pomůže zdravotnický personál.

6. výzkumná otázka: Prožívají nemocní nejintenzivnější bolest navečer a v noci než během dne?

Vycházela jsem z otázky číslo 8.

Z této osmé otázky má 53% nemocných nejintenzivnější bolest ráno. Z toho nejvíce pacientů uvedlo, že bolest vzniká v důsledku nehybnosti v noci, proto se musí ráno rozhýbat a později si na bolest zvyknou (19 pacientů), bolest u převazu uvedlo 10 pacientů a 8 pacientů nevědělo, proč má nejintenzivnější bolest zrovna ráno. Večer mělo nejintenzivnější bolest 28% pacientů. V noci mělo nejintenzivnější bolest 13% pacientů. Odpoledne má nejintenzivnější bolest 6% pacientů.

Z vybrané skupiny respondentů vyplývá, že nejintenzivněji bolest prožívají nemocní ráno než navečer a v noci.

Závěr z pozorování

Během své práce jsem pozorovala zdravotní sestry a pacienty. Sledovala jsem šest zdravotních sester. Všechny kromě jedné z nich byly komunikativní, pečovaly o nemocného dobře a dostatečně, sledovaly bolest u nemocného, spolupracovaly s rodinou. Jen u jedné zdravotní sestry jsem vypožorovala nedostatky. Týkaly se hlavně nemocného. Zdravotní sestra udělala u pacienta jen tu nejnужnější práci, moc se u něj nezdržovala. Hlavní důvod byl nedostatek času zdravotní sestry. Pozorovala jsem 68 pacientů. Všichni s agenturou domácí péče dobře spolupracovali. Většinu nemocných rodina navštěvovala a starala se o ně, ale bylo zde i pár nemocných, které rodina nenavštěvovala, a někteří nemocní už žádnou rodinu neměli. Proto byli rádi za každou návštěvu sester z agentur domácí péče. Setkala jsem se s nemocnými, kteří byli agresivní na sestry a svou rodinu i s nemocnými v depresi. Ale převažovala větší část nemocných, kteří se s bolestí vyrovnali a bojovali dál.

6. Závěr

Tématem mé bakalářské práce byla „Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče.“

Zjistila jsem, že pro pacienta je rodina velice důležitá. I když nemocný trpí velmi silnou bolestí je rád, když je mu jeho rodina na blízku (84%).

Zabývala jsem se také psychikou pacienta v souvislosti s jeho bolestí. U většiny nemocných jsem zjistila, že se snaží se svou bolestí bojovat, i když je to někdy těžké a často pak podléhají depresi. U sledovaných respondentů má délka působení chronické bolesti nepatrný vliv na psychiku člověka. Podle vypočtených průměrných hodnot dle četnosti odpovědí (délka působení bolesti méně než 5 let – pozitivní pocity: 1,79, negativní pocity: 1,29; délka působení bolesti více než 5 let – pozitivní pocity: 1,91, negativní pocity: 1) vyšlo že nemocní, kteří trpí bolestí méně než 5 let jsou na tom po psychické stránce hůře než nemocní, kteří trpí bolestí více než 5 let. Myslím si, že je to tím, že pacienti, kteří mají bolest více než 5 let si časem na svou bolest zvykli.

Nejčastější způsob k tlumení bolesti nemocní v agenturách domácí péče využívají léky ve formě tablet (72%), ostatní způsoby spíše doplňují jejich léčbu.

Intenzita bolesti ovlivňuje zvládání každodenních činností. U sledovaných respondentů byla skoro shodná průměrná hodnota intenzity bolesti (3,01) a průměrná hodnota bolesti v souvislosti s denní aktivitou (2,96). Každý pacient svou bolest, ale vnímá jinak, u někoho i malá intenzita bolesti může zabraňovat v běžných denních činnostech. Záleží na pacientovi samotném, jak se s bolestí vyrovná.

Porovnávala jsem svoji průměrnou hodnotu bolesti v souvislosti s denní aktivitou (2,96) s průměrnou hodnotou práce Jaroslavy Burdychové (2,73), která zkoumala bolest v souvislosti s denní aktivitou ve zdravotnickém zařízení. Z uvedených průměrných hodnot vyšlo, že nižší bolest v souvislosti s denními aktivitami měli nemocní ve zdravotnickém zařízení, i když rozdíl byl nepatrný.

Velice zajímavá byla otázka v dotazníku, kde nemocní seřazovali svůj žebříček hodnot z nabízených možností. Překvapilo mě, že většina nemocných uváděla na první místo rodinu. Byla pro ně důležitější než jejich vlastní zdraví.

Pro praxi bych doporučila lépe hodnotit a zaznamenávat bolest u nemocných, kteří jsou ošetřováni v agenturách domácí péče. Nikde jsem se během svého výzkumu nesešla, kde by dokumentovali a hodnotili bolest pomocí nějaké stupnice bolesti nebo podobných metod.

V příloze D jsem uvedla tabulku, kde se hodnotí bolestivé chování nemocného, mohla by sloužit zdravotníkům v agenturách domácí péče, kteří pečují o nemocné s bolestí. Také bych doporučila využívání jednoduché vizuální analogové škály na sledování intenzity bolesti.

Tato práce byla velice zajímavá a přínosná, tím, že jsem se dozvěděla, jak je domácí prostředí a jeho rodina důležitá pro zvládnutí bolesti.

Nikdy mně nepřešel úžas nad tím, jakou mají lidé schopnost, lásky, odvahy a statečnosti v prožívání své chronické bolesti a v utrpení.

Seznam použité literatury

1. BURDYCHOVÁ, Jaroslava. *Psychosociální problematika nemocných s chronickou bolestí*. Univerzita Pardubice, 2009.
2. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Osvěta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
4. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotní školy*. vyd. Uherské Hradiště, 1999.
6. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti – příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
7. MARILYNN, Doenges. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
8. ROKYTA, Richard. a kol. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti*. vyd. Praha : Supplementum, 2000. ISBN 1212-0634
9. ROZSYPALOVÁ, Marie. a kol. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Informatotium, 2002. ISBN 80-86073-96-3
10. SLÍVA, Jiří. a kol. *Farmakoterapie bolesti*. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-182-0
11. SOFAER, Beatrice. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-309-x.
12. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
13. VORLÍČEK, Jiří.; ADAM, Zdeněk. *Paliativní medicína*. 1. Vyd. Praha : Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

Časopisy

1. KNOTEK, Petr. *Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy university*. Bolest, 2000, roč. 3, č. 2, s. 113 – 114.
2. KNOTEK, Petr. *Škála bolestivého chování*. Bolest, 2000, roč. 3, č. 2, s. 110 – 114.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Rodinná péče o nesoběstačného senior*, Sestra, 2009, roč. 19, č. 11, s. 48 – 50.

Oficiální stránky:

Oblastní charita Žďár nad Sázavou. [cit. 2010-03-19] Dostupný z WWW:

< <http://zdar.charita.cz/> >

Oblastní charita Pardubice. [cit. 2010-03-19] Dostupný z WWW:

< <http://charita.pardubice.cz/> >

Stránky sdružení SKP Pardubice. [cit. 2010-03-19] Dostupný z WWW:

< <http://skp-centrum.cz/> >

Příloha A

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií program ošetřovatelství obor všeobecná sestra. Tento dotazník slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci, která má téma:

Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče.

Prosím vás o vyplnění tohoto dotazníku.

Chtěla bych vás upozornit, že dotazník je anonymní a informace z něho slouží pouze k mým studijním účelům.

Děkuji za spolupráci Drahoslava Víšková

1) Pohlaví respondentů (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- muž žena

2) Kolik je vám let? (vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- méně než 29 let 30-44 let 45-59 let
 60-79 let 80 let a víc

3) Z jakého důvodu máte současné chronické bolesti?

(Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- po operaci po úrazu chronické rány (např. bércové vředy)
 opotřebenování kloubů zátěž páteře a zad, vrozené vývojové vady
 jiné:

4) Kde byste lokalizoval/a svou chronickou bolest? (Uveďte)

5) Jak dlouho trpíte chronickou bolestí? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- půl roku až 1 rok 2-5 let
 6-9 let 10 let a víc

6) Jaké jsou vaše pocity, myšlenky, reakce při vašich současných chronických bolestech? (Vyberte 3 nejčastější odpovědi a zakřížkujte)

- Snažím se nějak si pomoci (pozit.) Prožívám stres a deprese (negat.)
 Napadá mě, že hůř jsem dopadnout nemohl/a (pozit.) Když mám bolesti, myslím na nejhorší (negat.)
 Když mám u sebe svou rodinu, je mi hned lépe (pozit.) Když mám bolesti, jde všostatní stranou (negat.)
 Bolesti mi berou chuť do života (negat.) snažím se myslet na něco pěkného (dětství, příroda),(pozit.)
 Jsem nepříjemný a nadávám na okolí (negat.) Snažím se udělat si radost (dárek),(pozit.)

7) Na stupnici bolesti od 0-5 uveďte, jak moc vás to bolí, kdy 0 není žádná bolest a 5 je nejvyšší možná bolest (Zakroužkujte číslo)

0 1 2 3 4 5

8) Kdy prožíváte nejčastěji nejintenzivnější bolest? (vyberte jednu z možností, zakřížkujte a svou odpověď zdůvodněte)

- ráno odpoledne večer v noci

Proč:.....

9) Jaká je vaše bolest v souvislosti s denní aktivitou? (vyberte jednu z možností)

0	Jsem bez bolesti
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší,dá se na ně při činnosti zapomenout
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost,nezabraňují však v provádění běžných denních činností bez chyb
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost,ruší v provádění i běžných denních činností,které jsou proto vykonávány s obtížemi a chybami
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím
5	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat plevovou polohu nebo klidovou pozici, případně nutí až k ošetření u lékaře.

10) Co vám pomáhá zmírnit chronickou bolest v domácím prostředí?

(Vyberte 3 nejčastější odpovědi a zakřížkujte)

- odvedení pozornosti (četba, sledování televize, pletení, háčkování, domácí kutění)
 úlevová poloha rehabilitační cvičení aplikace tepla a chladu
 léky a jejich různé formy podpora rodiny a přátel jiné:

11) S kým doma bydlíte? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- s manželem/ s manželkou s dcerou a její rodinou
 se synem a jeho rodinou s druhem/ s družkou
 s jiným rodinným příslušníkem než je zde uvedeno sám/sama

12) Svou chronickou bolest zvládám lépe když (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- mám u sebe svou rodinu a přátele jsem sám
 mám u sebe někoho z agentury domácí péče

13) Navštěvuje vás vaše rodina?(Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- ano ne žádnou nemám

Pokud jste odpověděli ano, odpovězte na následující otázku číslo 14

14) Jak často vás vaše rodina navštěvuje? (Vyberte jednu odpověď a zakřížkujte)

- každý den obden 1x za týden 1x za 14 dní
 1x za měsíc 1x za půl roku déle než 1x za půl roku nenavštěvuje mě
 jsem sám/sama

15) Jak často za vámi personál z agentury domácí péče dochází (Napište)

.....

16) Kterých služeb agentur domácí péče využíváte? (Z následujících možností zakřížkujte libovolný počet)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> aplikace injekcí | <input type="checkbox"/> vyzvednutí a donesení léků | <input type="checkbox"/> měření fyziologických funkcí |
| <input type="checkbox"/> péče o hygienu | <input type="checkbox"/> zajištění návštěvy lékaře | <input type="checkbox"/> jiné: |
| <input type="checkbox"/> péče o výživu | <input type="checkbox"/> převazy ran | |
| <input type="checkbox"/> léčba bolesti | <input type="checkbox"/> cvičení | |

17) Jaký nejčastější způsob tlumení bolesti využíváte? (Vyberte z následujících možností)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> injekce (do svalu, do podkoží, do žíly) | <input type="checkbox"/> léky-tablety (per os) |
| <input type="checkbox"/> aplikace náplastí na bolest | <input type="checkbox"/> podávání infúzí |
| <input type="checkbox"/> pomocí epidurálního katétru | <input type="checkbox"/> rehabilitační metody (cvičení, masáže) |
| <input type="checkbox"/> aplikace tepla a chladu | <input type="checkbox"/> jiné: |

18) Jste spokojen se službami agentur domácí péče? (Vyberte jednu z možností a zakřížkujte)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rozhodně ano | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> rozhodně ne |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|

19) Seřad'te svůj nynější žebříček hodnot podle čísel od 1-6, od nejdůležitějších hodnot k méně důležitým

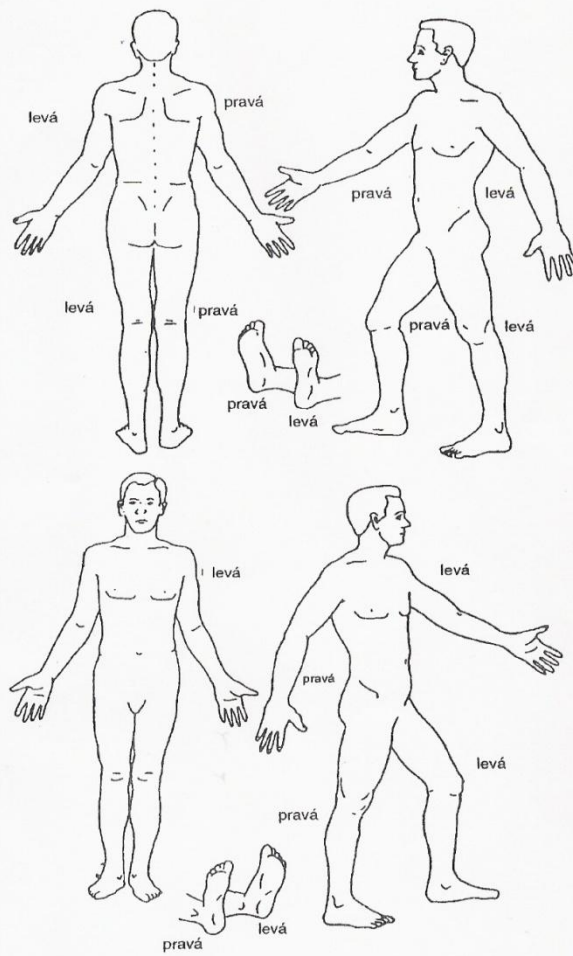
(kdy 1 je nejdůležitější hodnota a 6 je nejméně důležitá hodnota)

- | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> peníze | <input type="checkbox"/> zdraví | <input type="checkbox"/> láska | <input type="checkbox"/> rodina a přátelé |
| <input type="checkbox"/> práce, aktivita | <input type="checkbox"/> štěstí | | |

Příloha B

Příloha B

Mapa bolesti (podle M. S. Margoese, 1983)



(Juřeniková, 1999)

Příloha C

Tab. Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti Mc Gillovy univerzity SF- MPQ

	ŽÁDNÁ (none)	MÍRNÁ (mild)	STŘEDNÍ (moderate)	SILNÁ (severe)
TEPAJÍCÍ (throbbing)	0	1	2	3
VYSŘELUJÍCÍ (shooting)	0	1	2	3
BODAVÁ (stabbing)	0	1	2	3
OSTRÁ (sharp)	0	1	2	3
KŘEČOVITÁ (cramping)	0	1	2	3
HLODAVÁ (gnawing)	0	1	2	3
PALČIVÁ (hot - burning)	0	1	2	3
TRVALÁ (aching)	0	1	2	3
TÍŽIVÁ (heavy)	0	1	2	3
CITLIVÁ NA DOTEK (tender)	0	1	2	3
ŘEZAVÁ (splitting)	0	1	2	3
UNAVUJÍCÍ – VYČERPÁVAJÍCÍ (tiring – exhausting)	0	1	2	3
OSLABUJÍCÍ (sickening)	0	1	2	3
VZBUZUJÍCÍ STRACH (fearful)	0	1	2	3
DEPRIMUJÍCÍ – KRUTÁ (punishing – cruel)	0	1	2	3
VAS				
ŽÁDNÁ BOLEST ----- NEJHORŠÍ MOŽNÁ BOLEST (non pain) (worst possible pain)				
PPI				
0 Žádná (non pain)				
1 Mírná (mild)				
2 Nepříjemná (discomforting)				
3 Vyčerpávající (distressing)				
4 Krutá (horrible)				
5 Nesnesitelná (excruciating)				
R. Melzack 1984				
Předběžná verze a překlad: I. Šolcová, B. Jakoubek, J. Sýkora, P. Hník 1990				
Standardizace: P. Knotek, I. Šolcová, P. Blahuš, M. Žalský 1999				

(Bolest 2/2000)

Příloha D

Škála bolestivého chování

Jméno a příjmení pacienta:		Datum vyšetření:					
Datum narození:							
1) Mimika bolesti (sevřené rty, koutky úst dolů, mhouření očí, svráštělé čelo, plačtivý výraz apod.)							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							
2) Motorika bolesti (kulhání, polehávání, úlevné naklánění, držení bolestivé části těla apod.)							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							
3) Paralingvální vokalizace (vzlykání, sténání, plačtivá modulace hlasu apod.)							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							
4) Vedrbalizace bolesti (spontánní preference témat bolesti ve verbálním projevu)							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							
Převodní tabulka hrubých skóre na steny							
Hrubé skóre		Sten		Hrubé skóre		Sten	
29 a více		10		11 – 15		5	
26 – 28		9		9 – 10		4	
22 – 25		8		5 – 8		3	
19 – 21		7		2 – 4		2	
16 – 18		6		0 – 1		1	

(Bolest 2/2000)

Příloha E

Tab. Žebříček hodnot

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota v %
R, Z, L, Š, Pe, Pr	18	26%
R, Z, L, Pe, Š, Pr	9	13%
Z, R, L, Pe, Š, Pr	7	10%
Z, R, L, Š, Pe, Pr	6	9%
R, Z, L, Pe, Pr, Š	5	7%
Z, R, Š, L, Pe, Pr	5	7%
Z, Š, R, L, Pr, Pe	4	6%
R, Z, L, Pr, Pe, Š	2	4%
Z, L, R, Š, Pe, Pr	2	4%
Z, R, Š, L, Pr, Pe	2	4%
L, R, Z, Š, Pe, Pr	2	4%
R, Z, L, Š, Pr, Pe	1	1%
R, L, Z, Š, Pe, Pr	1	1%
R, Z, Š, L, Pr, Pe	1	1%
Z, Š, L, R, Pr, Pe	1	1%
Z, R, Š, Pe, L, Pr	1	1%
Š, Z, R, L, Pe, Pr	1	1%
celkem	68	100%

Poznámka: zdraví (z), rodina (R), láska (L), štěstí (Š), práce (Pr), peníze (Pe)

Výpočet hodnot

Zdraví

$$(18*2) + (9*2) + (7*1) + (6*1) + (5*2) + (5*1) + (4*1) + (2*2) + (2*1) + (2*1) + (2*3) + (1*2) + (1*3) + (1*2) + (1*1) + (1*1) + (1*2) / 68 = 36 + 18 + 7 + 6 + 10 + 5 + 4 + 4 + 2 + 2 + 6 + 2 + 3 + 2 + 1 + 1 + 2 / 68 = 111 / 68 = 1,63 = 2$$

Rodina

$$(18*1) + (9*1) + (7*2) + (6*2) + (5*1) + (5*2) + (4*3) + (2*1) + (2*3) + (2*2) + (2*2) + (1*1) + (1*1) + (1*1) + (4*1) + (2*1) + (3*1) / 68 = 18 + 9 + 14 + 12 + 5 + 10 + 12 + 2 + 6 + 4 + 4 + 1 + 1 + 1 + 4 + 2 + 3 / 68 = 108 / 68 = 1,58 = 2$$

Láska

$$(18*3) + (9*3) + (7*3) + (6*3) + (5*3) + (5*4) + (4*4) + (2*3) + (2*2) + (2*4) + (2*1) + (1*3) + (1*2) + (1*4) + (1*3) + (1*5) + (1*4) / 68 = 54 + 27 + 21 + 18 + 15 + 20 + 16 + 6 + 4 + 8 + 2 + 3 + 2 + 4 + 3 + 5 + 4 / 68 = 212 / 68 = 3,11 = 3$$

Práce

$$(18*6) + (9*6) + (7*6) + (6*6) + (5*5) + (5*6) + (4*5) + (2*4) + (2*6) + (2*5) + (2*6) + (1*5) + (1*6) + (1*5) + (1*5) + (1*6) + (1*6) = 108 + 54 + 42 + 36 + 25 + 30 + 20 + 8 + 12 + 10 + 12 + 5 + 6 + 5 + 5 + 6 + 6 / 68 = 390 / 68 = 5,73 = 6$$

Štěstí

$$(18*4) + (9*5) + (7*5) + (6*4) + (5*6) + (5*3) + (4*2) + (2*6) + (2*4) + (2*3) + (2*4) + (1*4) + (1*4) + (1*3) + (1*2) + (1*3) + (1*1) / 68 = 72 + 45 + 35 + 24 + 30 + 15 + 8 + 12 + 8 + 6 + 8 + 4 + 4 + 3 + 2 + 3 + 1 / 68 = 280 / 68 = 4,11 = 4$$

Peníze

$$(18*5) + (9*4) + (7*4) + (6*5) + (5*4) + (5*5) + (4*6) + (2*5) + (2*5) + (2*6) + (2*5) + (1*6) + (1*5) + (1*6) + (1*6) + (1*4) + (1*5) = 90 + 36 + 28 + 30 + 20 + 25 + 24 + 10 + 10 + 12 + 10 + 6 + 5 + 6 + 6 + 4 + 5 / 68 = 327 / 68 = 4,80 = 5$$