

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Ing. Zdenka Vernerová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Dostupnost léčby bolesti v domácí péči

Ing. Zdenka Vernerová

Bakalářská práce

2021

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE** (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zdenka Vernerová**  
Osobní číslo: **Z17302**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Dostupnost léčby bolesti v domácí péči**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### **Zásady pro vypracování**

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

#### Seznam doporučené literatury:

ADAMUS, Milan. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.  
HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.  
KOZÁK, Jiří, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. Opioidy. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4550-6.  
ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.  
ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. Léčba bolesti ve stáří. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3945-1.  
VEDLICHOVÁ, Martina. Domácí péče. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-296-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

LS.

**Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Dostupnost léčby bolesti v domácí péči 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 nebo 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 18.4.2021

Ing. Zdenka Vernerová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucím své bakalářské práce Mgr. Anně Kulakovské a PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D. za jejich vstřícný přístup a rady při psaní práce, které mi velmi pomohly. Další poděkování patří paní Ludmile Hladké, vedoucí služeb Ošetrovatelské služby a Domácí hospicové péče Oblastní charity Nové Hrady u Skutče, za možnost provedení průzkumné části bakalářské práce a odborné rady z praxe. Nakonec bych chtěla podekovat mé rodině, za její trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá dostupností léčby bolesti v domácí péči. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je uvedena stručná definice bolesti, její historie, dělení, diagnostika, hodnocení a druhy léčby bolesti. Jedna kapitola je věnována i specifikám a komplikacím léčby bolesti ve stáří, a také domácí péči, na kterou je zaměřena.

V praktické části je zpracován soubor 51 klientů domácí péče, kteří trpí bolestí. Těmto pacientům byl předložen k vyplnění dotazník, který obsahuje 18 otázek. Otázky z dotazníku jsou zaměřeny především na jejich bolest a její léčbu. Obsahuje také obecné otázky týkající se pohlaví a věku respondentů. Následně zkoumá, jakou bolestí, v jaké intenzitě, z jakého důvodu, kdy a kde pacienti trpí bolestí, a jaká léčba jim byla nabídnuta, a jak jsou s ní spokojeni. Vyhodnocení následně probíhalo pomocí tabulek a grafů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Dostupnost, bolest, léčba bolesti, domácí péče, farmakoterapie

## **TITLE**

Accessibility of paintherapy in homecare

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis deal with the accessibility of paintherapy in homecare. The bachelor thesis is divided on theoretical and practical part. In theoretical part is listed brief definition of pain, her history, partition, diagnostics, partition and type of pain. One part is devoted to specifics and complications of paintherapy in old age and also homecare, which is focused.

In practical part is processed file of 51 clients of homecare, who are suffer for pain. This patients was submitted a questionnaire with 18 questions. Questions from questionnaire are focused primarily on theirs pain and her therapy. Questionnaire contains universally questions relating to sex or age of respondents. Then the questionnaire examines, which type of pain, in what intensity, for what reason, when and where are the patients suffers of pain, and which paintherapy was offered to them, and how are they satisfied with this therapy. The evaluation of questionnaire took place with tables and graphs.

## **KEYWORDS**

Accessibility, pain, paintherapy, homecare, pharmacotherapy



# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce .....	14
2 Teoretická část .....	15
2.1 Bolest.....	15
2.1.1 Historie bolesti.....	15
2.1.2 Typy bolesti .....	16
2.1.3 Akutní bolest.....	17
2.1.4 Chronická bolest .....	18
2.1.5 Diagnostika bolesti .....	18
2.1.6 Hodnocení bolesti .....	19
2.1.7 Léčba bolesti .....	21
2.2 Domácí péče.....	26
2.2.1 Management léčby bolesti v domácí péči.....	27
2.3 Shrnutí teoretické části.....	28
3 Praktická část .....	29
3.1 Průzkumné otázky .....	29
3.2 Metodika výzkumu.....	29
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
3.4 Způsob vyhodnocení dat .....	30
4 Prezentace výsledků.....	31
5 Diskuze .....	47
5.1 Doporučení pro praxi .....	52
6 Závěr .....	54
7 Použitá literatura .....	55
8 Přílohy.....	57

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: Třístupňový WHO analgetický žebříček.....	22
Obrázek 2: Pohlaví respondentů .....	34
Obrázek 3: Věkové rozložení respondentů .....	35
Obrázek 4: Věkové rozložení respondentů podle pohlaví .....	36
Obrázek 5: Konzultace s lékařem .....	36
Obrázek 6: Délka trvání bolesti u klientů domácí péče .....	37
Obrázek 7: Další zdravotní problémy klientů domácí péče.....	38
Obrázek 8: Důvod bolesti klientů .....	38
Obrázek 9: Druh bolesti klientů.....	39
Obrázek 10: Intenzita bolesti na škále VAS 0-10.....	39
Obrázek 11: Lokalizace bolesti.....	40
Obrázek 12: Vztah denní doby k bolesti klientů.....	41
Obrázek 13: Zhoršení bolesti při činnosti klientů.....	41
Obrázek 14: Co zmírňuje bolest u klientů .....	42
Obrázek 15: Léčba nabídnutá klientovi jako léčba první volby .....	43
Obrázek 16: Užívání léků pro bolesti .....	43
Obrázek 17: Druh farmakologické léčby .....	44
Obrázek 18: Naslouchání personálu požadavkům klientů.....	45
Obrázek 19: Zahájení léčby bolesti v časovém horizontu .....	45
Obrázek 20: Spokojenost klientů s léčbou bolesti .....	46
Tabulka 1: Počty respondentů vzhledem k jednotlivým otázkám z dotazníku.....	32
Tabulka 2: Věkové rozložení respondentů vzhledem k pohlaví.....	35

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

<b>ADP</b>	agentura domácí péče
<b>ASA</b>	kyselina acetylsalicylová
<b>BPI</b>	Brief Pain Inventory (Krátký inventář bolesti)
<b>COX</b>	cyklooxygenáza
<b>EEG</b>	elektroencefalografie
<b>IASP</b>	Mezinárodní společnost pro studium bolesti
<b>MMPI</b>	Minnesotský vícefázový osobnostní inventář
<b>MPQ</b>	McGill Pain Questionnaire (McGillský dotazník bolesti)
<b>NRS</b>	Numeric Rating Scale (Numerická hodnotící škála)
<b>NSA</b>	nesteroidní antirevmatika
<b>PAINAD</b>	Pain Assessment In Advanced Dementia (Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí)
<b>SCL-90</b>	Symptom Checklist 90
<b>VAS</b>	Visual analogue Scale (Vizuální analogová škála)

*„Není smrtelníka, jehož by se nedotkla bolest a nemoc.“*

Marcus Tullius Cicero, římský filozof

## ÚVOD

Bolesti patří mezi nejčastější obtíže, s nimiž nemocný přichází k lékaři. Bolest je v té chvíli faktorem, který mu snižuje kvalitu života, kdy sám ji není schopen dostatečně účinně potlačit nebo se jí na dostatečně dlouhou dobu zbavit. Od zvoleného lékaře očekává ochotu vyslechnout jeho obtíže a na základě získaných anamnestických údajů a následného pečlivého vyšetření zahájení co neúčinnější terapie (Opavský, 2011).

Potřeba specializované péče o pacienty trpící nejrůznějšími typy bolestí proto vedla ke vzniku široké oblasti medicíny, označované nyní jako algeziologie, která využívá co neúčinnějších postupů a prostředků k mírnění zejména chronických a/nebo krutých bolestí (Opavský, 2011).

Tak jako bolest, zejména chronická, je komplexní záležitostí, tak i její léčba zpravidla vyžaduje komplexní víceoborový přístup. V 70. letech tohoto století vzniká Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP), která je svým zaměřením rovněž výrazně multidisciplinární (Ševčík, 1994).

Bolest se stala předmětem intenzivní pozornosti kliniků i vědců teprve v druhé polovině minulého století. Etické i odborné motivy tohoto zájmu vyjádřil nejlépe zakladatel moderní léčby bolesti John J. Bonica (1917-1994): *„Je zarmucující skutečností, že v našem století fantastického vědeckého a technického pokroku nadále trpí miliony lidí tvrdošijnou bolestí, která způsobuje těžké poruchy tělesné, duševní i sociální.“* Jeho slova jsou platná dodnes, protože na rozdíl od mnoha závažných otázek, na které moderní medicína našla odpověď, problém bolesti nadále trvá (Rokyta, 2006).

I v rámci domácí péče se vyskytuje velmi často problematika bolesti. Patří mezi ně akutní bolest, chronická bolest, strach z velké bolesti. S bolestí souvisí i sociální izolace klienta, strach z pohybu, z hygienické péče. Bolest ruší spánek, zvyšuje únavu, úzkost a depresivní nálady. Cílem ošetrovatelské péče v domácí péči je zmírnění nebo odstranění bolesti, strachu a psychické rozlady. Někdy však úplného odstranění bolesti nedosáhneme, a to zejména u seniorů. Omezení nebo odstranění bolesti s sebou přinese zlepšení nálady, vykonávání

denních aktivit a povinností, zlepšení spánku, zájem o přátele a běžné dění v rodině či ve světě (Mlýnková, 2010).

Teoretická část práce představuje teoretická východiska pro část empirickou. Obsahuje stručnou definici a historii bolesti, její dělení a diagnostiku. Zvláštní pozornost je věnována léčbě bolesti, specifikům bolesti a komplikacím léčby bolesti ve stáří, a léčbě bolesti v domácí péči.

Praktická část práce se zabývá podrobným vyhodnocením dotazníku, který byl vytvořen speciálně pro tuto práci, a rozdán mezi klienty agentury domácí péče. Na 18 otázek v dotazníku odpovědělo celkem 51 klientů. Dotazník je zaměřen na dostupnost léčby bolesti v domácí péči, možnosti její léčby a spokojenosti klientů s léčbou.

Cílem bakalářské práce je zjistit dostupnost léčby bolesti u klientů v agentuře domácí péče, možnosti její léčby a spokojenost klientů s její dostupností.

# 1 CÍLE PRÁCE

## Hlavní cíl práce

Zjistit, jaká je dostupnost léčby bolesti v domácí péči u klientů domácí péče v Oblastní charitě Nové Hradky u Skutče pomocí dotazníkového šetření.

## Cíle teoretické části

Hlavní cíl. Vysvětlit problematiku léčby bolesti a možností její léčby.

Vedlejší cíl 1. Popsat a rozebrat pojem bolest, její členění, diagnostiku a hodnocení.

Vedlejší cíl 2. Seznámit s problematikou její léčby.

Vedlejší cíl 3. Seznámit s oblastí domácí péče.

## Cíle praktické části

Cíl 1. Zjistit, jaká je dostupnost léčby bolesti u klientů domácí péče v Oblastní charitě Nové Hradky u Skutče.

Cíl 2. Zjistit, jaké jsou možnosti léčby bolesti v domácí péči

Cíl 3. Zjistit, kdo a za jakých podmínek léčbu poskytuje.

Cíl 4. Na základě zjištěných výsledků stanovit doporučení pro běžnou praxi.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá definicí bolesti, její stručnou historií, dělením, diagnostikou, hodnocením a léčbou. Jedna z kapitol se zabývá i specifikami a komplikacemi léčby bolesti ve stáří. Další kapitola je vyhrazena domácí péči.

Pro teoretickou část bylo čerpáno především z knižních zdrojů, jako např.: Bolest: monografie algeziologie od Richarda Rokyty a spol., Léčba bolesti od Marka Hakla, Opioidy od Jiřího Kozáka a spol., Domácí péče od Martiny Vendlichové a mnohých dalších.

### 2.1 Bolest

Bolest je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) jako *„nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (Hakl, 2011).“*

Bolest provází člověka od nepaměti. V bolestech se rodíme, bolest nás vytrvale navštěvuje během života, v bolesti a s bolestí často umíráme (Janáčková, 2007).

Snahy o tišení bolesti trvají tisíce let. Dokladem toho je například čínská akupunktura a akupresura. Teprve v posledních sto letech se začaly postupy mírnící bolest výrazně zdokonalovat. Zásahu na tom má řada lékařských a s lékařstvím souvisejících oborů. S rozvojem farmakologie nastupuje škála analgetik opiátového i neopiátového typu a řada potentních adjuvantních přípravků. Rozvíjí se rehabilitační postupy, diagnostické a léčebné metody neurologie, neurochirurgie a vnitřního lékařství. Vzhledem k významnému podílu lidské psychiky na vzniku a udržování bolestivých stavů se na tišení bolesti podílejí psychologové a psychiatři (Ševčík, 1994).

#### 2.1.1 Historie bolesti

Se snahou o tlumení bolesti se setkáváme již ve starověkém Babylonu, Egyptě, Persii i Tróji. Často byla bolest přičítána působení démonů a tlumena např. pomocí tlaku nebo studené říční vody, trepanací, použitím tepla nebo chladu a masáží. V Číně bylo za zdroj bolesti považováno porušení rovnováhy energie těla, a ke zmírnění byla využívána akupunktura (Rokyta, 2006).

Zkoumáním bolesti se zabýval např. Hippokrates, Platon, Aristoteles nebo Paracelsus, či Galenos, Descartes nebo da Vinci (Rokyta, 2006).

Již od nepaměti se lidé zabývali způsoby, jak zmírnit bolest. Proti bolesti často využívali byliny a rostliny. Jako první použili r. 1550 př. Kr. k léčbě bolesti v Egyptě výtažek z máku polního – opium. Opium bylo až do 19. století často užíváno pod názvem Laudanum, nebo opiová tinktura. V r. 1803 izoloval německý lékárník Friedrich Wilhelm Serturmer ze surového opia látku morfin. V r. 1897 pak chemik firmy Bayer Felix Hofmann syntetizoval kyselinu acetylosalicylovou – Aspirin. I velké chirurgické výkony se dlouho prováděly bez anestezie. Teprve na přelomu 18. a 19. století se začal při operacích využívat inhalačně kysličník dusný – éter, později pak chloroform. Za zakladatele moderní algeziologie je považován John J. Bonica a za pokrok v léčbě bolesti vliv vrátkové teorie od Melzacka a Walla (Rokyta, 2006).

V našich zemích je historie léčby bolesti svázána s osobností anesteziologa Dimitrije Miloschewského, jenž založil komisi pro studium a léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Rokyta, 2006).

### 2.1.2 Typy bolesti

Bolest členíme na dva základní druhy podle její patofyziologie (Hakl, 2011):

- **nociceptivní** – vzniká podrážděním nocireceptorů (nocisenzory, mechanosenzory, polymodální receptory) – bolest na kůži, sliznicích, chlad a teplo; podle umístění rozlišujeme bolest somatickou a viscerální; léčí se především analgetiky;
- **neuropatická** – začíná až v průběhu vedení vlákny z periferie do míchy anebo potom i výše – bolest vzniká na podkladě dysfunkce nervového systému; rozlišujeme periferní nebo centrální bolest; léčí se především antikonvulzivy a antidepressivy.

Je definována Mezinárodní asociací pro studium bolesti (IASP) jako bolest, která je iniciována nebo způsobována primární lézí nebo dysfunkcí nervového systému. Rozlišujeme neuropatickou bolest primárně periferního nebo centrálního původu. Jedná se o bolest patologickou bez protektivního významu. Její intenzita často stoupá při únavě nebo nemoci. Lze rozlišit 4 základní typy spontánních senzitivních symptomů: parestezie, dysestezie, trvalá pálivá bolest a paroxysmální lancinující bolest. Mezi neuropatické bolesti, které závisí na stimulaci nebo jsou vyvolány stimulací, patří alodynzie a hyperalgezie (Rokyta, 2006).



Podle původu lze bolest členit na **onkologickou** (souvisí s nádorovým onemocněním a jeho léčbou) a **neonkologickou** (nemá souvislost s žádným nádorovým onemocněním) (Hakl, 2011).

Mezi další druhy bolesti řadíme např. bolest (Hakl, 2011):

- **dysautonomní** – typickým příkladem je komplexní regionální bolestivý syndrom (algodystrofie neboli Sudeckův syndrom.); zahrnuje současně bolest a poruchy vazomotorické, sudomotorické, motorické a trofické;
- **psychogenní** – převažuje zde nebo dominuje psychická komponenta; jedná se o somatickou projekci primárních obtíží;
- **smíšená bolest** – stavy, na kterých se podílí více předchozích typů bolesti.

Podle délky trvání členíme bolest na **akutní** a **chronickou** (Hakl, 2011). Oba typy bolesti budou podrobněji popsány v následujících kapitolách.

### 2.1.3 Akutní bolest

Akutní bolest je definována jako nepříjemný sensorický, emoční a mentální pocit spojený s doprovodnými vegetativními a psychickými reakcemi a změnami chování. Informuje organismus o tkáňovém inzultu (úraz, choroba, operační zákrok) a brání tak před jeho poškozením. Trvá několik hodin až dnů, zřídka déle než 1 měsíc. Maximální délka trvání je 3-6 měsíců. U akutní bolesti se může projevit zvýšená srdeční frekvence, tepový objem, krevní tlak, dechová frekvence, šířka zornic, potivost dlaní, neklid, úniková reakce a anxiozita (Rokyta, 2006).

V momentě, kdy akutní bolest vyléčíme, bolest odezní a nevrací se. Při odstranění příčiny bolest zmizí (Rokyta, 2017).

Akutní bolest je brána jako symptom, je pozitivním signálem nemoci a obranou organismu, vzniká při ní stresová reakce až anxieta. Klíčová v léčbě je farmakoterapie pomocí analgetik, kdy jejich efekt je výrazný (Hakl, 2011).

#### 2.1.4 Chronická bolest

Jedná se o bolest dlouhodobou, délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině. Ztrácí svoji smysluplnost, neplní obrannou funkci, omezuje pacienta v běžných denních aktivitách, sociálních vazbách, ruší spánek, vyvolává depresi a snižuje kvalitu života. Je brána jako syndrom, má negativní a škodlivý vliv na pacienta. Terapie léčby chronické bolesti bývá multimodální, biopsychosociální a komplexní. Léčí se pomocí analgetik a adjuvantních a pomocných léků. Analgetický efekt je u ní často nevýrazný (Hakl, 2011).

Chronická bolest vyžaduje odlišný lékařský přístup než bolest akutní. Je nutná mezioborová spolupráce na specializovaných pracovištích. Cílem léčby chronické bolesti je především snížení její intenzity a zlepšení kvality života postiženého člověka. Jako chronickou můžeme brát bolest, jejíž trvání je delší jak 3-6 měsíců. Doprovodnými příznaky mohou být nespavost, nechutenství, intolerance bolesti, obstipace, psychomotorická retardace, podrážděnost, bolestivé chování, sociální izolace a deprese (Rokyta, 2006).

Je komplikovaná a má stoupající tendenci v populacích. U většiny chronických bolestí zůstává příčina utajena. Má velký vliv na psychickou stránku člověka, a její intenzita je vždy větší než objektivní nález. Často je obtížně léčitelná (Rokyta, 2017).

Chronická bolest bývá dělena na nenádorovou a nádorovou bolest. Cílem léčení nenádorové bolesti je odstranění bolesti a stresu a umožnění návratu k normálnímu životu. Terapie nádorové bolesti spočívá v odstranění nádorových buněk, přerušení bolestivých drah, odstranění bolesti a eliminaci stresu. Je nutno zvážit očekávanou délku života (Rokyta, 2006).

#### 2.1.5 Diagnostika bolesti

Z hlediska holistického pojetí člověka, které vychází z komplexního přístupu a respektování člověka jako celistvé bytosti, můžeme dělit bolest z hlediska *biologického* (fyzická bolest), *psychického* (duševní bolest – pocitová bolest určována emocemi), *sociálního* (bolest ze ztráty, odloučení, společenského kontaktu), *spirituálního* (duchovní bolest – odcizení od svého já, ztráta smyslu). Proto je nutné k hodnocení a managementu bolesti u každého jednotlivce přistupovat individuálně (Pokorná, 2013).

Základem správného stanovení typu bolesti je **odběr anamnestických dat** při rozhovoru s pacientem a jeho **pozorováním**. Je nutné provést *lokalizaci* místa vzniku bolesti, nebo jeho šíření. Dále zjistit *intenzitu* bolesti, *kvalitu* (charakter) bolesti, *časový průběh bolesti* (kdy bolest nastupuje, jak dlouho trvá, jak se mění její intenzita, periody bolesti) (Pokorná, 2013).

Vzhledem k odběru anamnestických dat pokládáme **cílené dotazy při rozhovoru** s pacientem, a to např.:

- Kde to bolí?
- Jak moc to bolí?
- Kdy to bolí?
- Jak to bolí?
- Kdy se bolest zmírňuje a kdy zesiluje?

Dalšími **rozvíjejícími dotazy** můžeme zjistit podrobnější informace. Jedná se např. o otázky typu:

- Jaká je to bolest?
- K čemu se dá přirovnat?
- Od kdy to bolí?
- Jak často a jak dlouho? Ve kterou denní dobu? Probouzí vás bolest?
- Jak je bolest silná?
- Co bolest vyvolává? Po čem se bolest zhoršuje? Po čem se bolest zmírňuje?
- Co jste dosud užíval(a) na bolest a s jakým výsledkem? Užíváte další léky a jaké? Máte jiná onemocnění? (Rokyta, 2006).

Po získání podrobné anamnézy a pozorováním nemocného, můžeme přistoupit k hodnocení bolesti, tzv. *dolorimetrii* nebo *algometrii* (Rokyta, 2006).

### 2.1.6 Hodnocení bolesti

Bolest můžeme hodnotit pomocí různých hodnoticích a měřicích technik, které slouží ke kvantifikaci subjektivního prožitku intenzity bolesti.

Bolest lze hodnotit neverbálními či verbálními metodami hodnocení bolesti.

**Neverbálními metodami** hodnocení bolesti jsou: *paralingvistické projevy* (pláč, vzdechy, sténání, sykání, naříkání), *algické držení těla*, *mimika* (grimasy, pitvoření), *aktivita nervového systému* (zrudnutí obličeje, bušení srdce, nauzea, zvracení), *změny ve vitálních funkcích* (pulz, krevní tlak). K neverbálním metodám lze zařadit i např. tzv. *tourniquetové vyšetření intenzity bolesti* (metoda ischemického srovnávání intenzity vyšetřované bolesti v rozpětí dvou extrémů – bez bolesti a nesnesitelná bolest). Základem této metody je aplikace gumové nafukovací manžety a její nafouknutí. Mezi **nejčastěji používané metody neverbálního hodnocení bolesti** patří především (Pokorná, 2013):

- **Vizuální analogová škála** (VAS – Visual Analogue Scale) – používá se v podobě 10 cm dlouhé úsečky v horizontálním směru od žádné bolesti po nesnesitelnou bolest, může být rozlišena barevným odstínem nebo jeho intenzitou.
- **Numerická hodnotící škála** (NRS – Numeric Rating Scale) – číselná hodnotící škála, vyjadřující intenzitu bolesti čísly, např. 0–10.
- **Obličejová – výrazová škála** (Faces Pain Scale) – využívána často při hodnocení bolesti u dětí, kdy pomocí výrazů obličeje podle intenzity bolesti je hodnocena bolest od nejnižší po nejvyšší.
- **Mapy bolesti** – obrazové formy k určení lokalizace bolestivého místa.

**Verbálními metodami** jsou pak například **Melzackova škála** (členění intenzity bolesti do 5 stupňů pomocí přídavného jména) nebo **Deskriptivní škála** (verbální sdělení popisu intenzity bolesti) (Pokorná, 2013).

V současné době je k hodnocení bolesti využívána řada dotazníků a **komplexních hodnotících technik**, mezi které můžeme zařadit např. (Pokorná, 2013), (Opavský, 2011):

- **McGillský dotazník bolesti** (McGill Pain Questionary – MPQ) – hodnotí množství dimenzí neuropatické bolesti v 78 popisujících slovech. Nálezy jsou skórovatelné a vypočítává se celkový index bolesti.
- **Grafický záznam bolesti** (podle Institutu Gustave Roussy) – numerické hodnocení bolesti v zadaném časovém intervalu se záznamem podaných analgetik, zachycuje spíše vývoj bolesti v čase.
- **Krátký inventář bolesti** (Brief Pain Inventory – BPI) – zaměřen na bolest během posledních 24 hodin.
- **Hodnocení bolesti dle Hospital Broussais** (Paříž, 1998) – soubor tabulek s numerickou škálou bolesti a záznamem vitálních funkcí spolu se záznamem léčby.
- **Kalendář bolesti** – obsahuje identifikaci nemocného, numerickou škálu bolesti, záznamy intenzity bolesti a ordinaci analgetik.
- **Dotazník copingu bolesti** – informace o adaptaci pacienta na bolest.
- **Dotazník interference bolesti s denními aktivitami** – doplňuje hodnocení bolesti o vliv bolesti na denní aktivitu.
- **Minnesotský vícefázový osobnostní inventář** (MMPI) – 566 otázek typu pravda a nepravda.

- **Dotazník SCL-90** (Symptom Checklist 90) – zachycuje známky deprese, anxiozity, somatizace, hostility, paranoidních myšlenek.
- **Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí** (Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD)) – zahrnuje pět položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla, utěšování. Hodnotí se pokrčení čela, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních i dolních končetin. Má tříbodovou stupnici.

Z elektrofyzilogických metod se v diagnostice bolesti využívá elektroencefalografie (EEG), evokované potencionály a jednotková neuronální aktivita (Rokyta, 2006).

### 2.1.7 Léčba bolesti

Léčebné postupy medicíny v léčbě bolesti lze rozdělit na tzv. **invazivní a neinvazivní metody** (Janáčková, 2007).

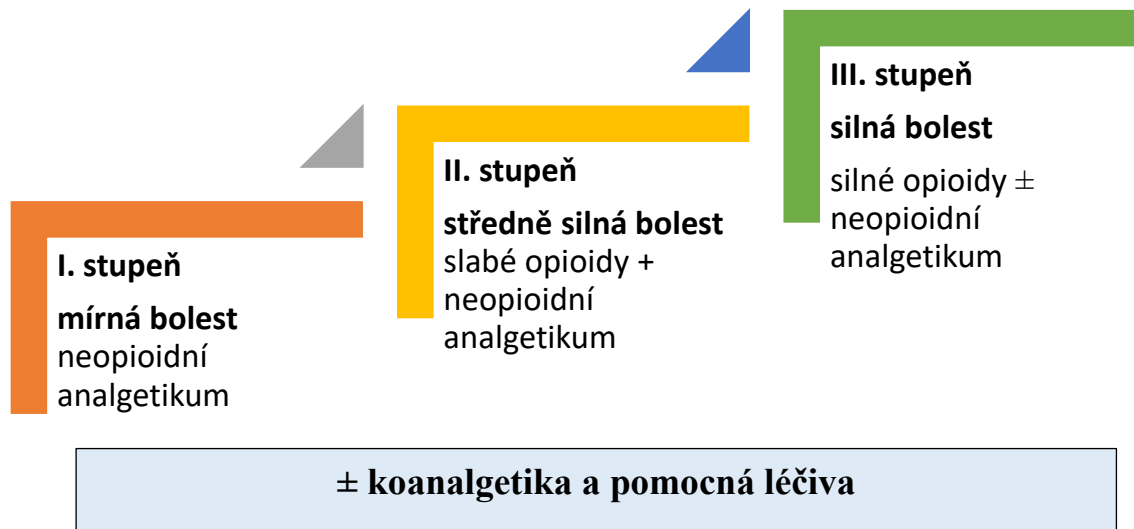
Mezi **invazivní metody** léčby bolesti řadíme např. **subarachnoidální podání léků** (do míšního vaku), **epidurální anestezie** (aplikace před tvrdou plenu, v oblasti dolních bederních obratlů, hrudních nebo krčních), **blokády periferních nervů** (jednorázová nebo kontinuální blokáda) a **neurochirurgické metody** (destrukční výkony na míše, stereotaktické výkony na mozku, dlouhodobá elektrostimulace v oblasti míchy nebo mozku) (Janáčková, 2007).

Mezi **neinvazivní metody** řadíme především **farmakoterapii**, dále potom **fyzioterapii** (elektroléčba, vodoléčba, léčba teplem, fototerapie, sonoterapie, magnetoterapie, vakuová léčba, pneumoterapie, radiační léčba, mechanoterapie, masáže), **psychoterapii** (sugesce, hypnóza, relaxace, kognitivně-behaviorální terapeutické metody, psychodynamické směry) (Janáčková, 2007).

#### 2.1.7.1 Farmakoterapie bolesti

Farmakoterapie je základem léčby akutní i chronické bolesti. Podle intenzity bolesti je léčba rozdělena do tří základních stupňů a tvoří analgetický žebříček dle WHO, který se tak stal jednoduchým vodítkem pro léčbu akutní i chronické bolesti (Rokyta, 2017).

Obrázek 1: Třístupňový WHO analgetický žebříček



Zdroj: Vlastní zpracování

Farmakoterapie bolesti se řídí podle „**Metodických pokynů pro farmakoterapii bolesti**“, a to:

- Volba a vedení léčby vychází z pacientových údajů o intenzitě a charakteru bolesti.
- U akutní bolesti se uplatňuje postup step down (shora dolů), u chronické step up (zdola nahoru)
- U intenzivní akutní bolesti lze podat analgetika parenterálně, případně i opioid, jinak dáváme přednost podání per os, transdermálně, rektálně.
- U akutní bolesti volíme nejčastěji analgetika s rychlým nástupem účinku, u chronické bolesti podle časového plánu.
- Používá se nejnižší analgeticky efektivní dávka.
- Kombinace neopioidních a opioidních analgetik má aditivní účinek.
- Léčbu je nutné vždy individualizovat
- Je nutná monitorace účinnosti léčby a nežádoucích účinků.
- Někdy je nutné pacienta vybavit záchrannou medikací k řešení průlomové bolesti.
- Prospěšnost léčby by měla převyšovat její vedlejší projevy (Hakl, 2011).

Analgetika dále dělíme na **neopioidní a opioidní** (Adamus, 2012).

### 2.1.7.2 Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika tlumí bolest tak, že snižují tvorbu látek (prostaglandinů), které zvyšují vnímání bolesti. Neopioidní analgetika dále dělíme na **analgetika-antipyretika** a **nesteroidní antirevmatika** (NSA) (Opavský, 2011).

Tyto analgetika patří do I. stupně léčby bolesti dle WHO (Adamus, 2012).

- **Analgetika-antipyretika** – jsou nejběžněji dostupnými a dříve nejčastěji používanými léky k potlačení jak akutních, tak některých chronických bolestí. Mezi reprezentanty této skupiny se řadí např.: *deriváty kyseliny salicylové* ((kyselina acetylsalicylová), kombinace kyseliny acetylsalicylové s glycinem (Godasal)), *deriváty pyrazolonu* (aminofenazon, metamizol (Novalgin), propyfenazon (Algifen), *kombinace* (Valetol, Saridon, Zaldiar, Korylan, Panadol,...)), *deriváty anilinu* (fenacetin, paracetamol, Perfalgan). U některých analgetik-antipyretik je nutné zvážit možnost zvýšeného rizika krvácivosti u pacientů s antikoagulační léčbou (Adamus, 2012).
- **Nesteroidní antirevmatika** – jsou významnou a v současnosti nejrozšířenější skupinou léčiv k potlačení různých typů bolesti, a to především vzhledem ke svému protizánětlivému účinku. Mezi tyto NSA řadíme *COX-1* (cyklooxygenáza-1) *specifické inhibitory* (nízké dávky ASA), *nespecifické COX inhibitory* (ibuprofen, indometacin, diklofenak, ketoprofen, naproxen, piroxikam, kyselina tiprofenová), *preferenční COX-2 inhibitory* (nimesulid, meloxikam), *specifické COX-2 inhibitory* (koxiby – celekoxib, parekoxib) (Adamus, 2012).

### 2.1.7.3 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika tlumí bolest aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému. Patří mezi analgetika II. a III. stupně léčby bolesti dle WHO. Podle analgetické účinnosti se dělí na tzv. **silné a slabé** (Opavský, 2011).

**Rozhodnutí** o nasazení opioidních analgetik vyžaduje pečlivé zhodnocení stavu, a je třeba znát, jak jsou účinná na určitý algický stav. Lze je použít např. u centrálních bolestí, deafferentační bolesti, dysautonomní bolesti, neuropatických a svalových bolestí, nervových kompresí, rozsáhlých tumorech, pooperačních bolestech i některých nenádorových bolestí. Je nutné zvážit i **aplikační způsob**, který je volen vzhledem ke komfortu pacienta

a co nejrychlejší úlevě od bolesti. Nejběžnější formou aplikace je stále perorální aplikace a aplikace injekční. Dále lze opioidní analgetika aplikovat epidurálně, inhalačně, interpleurálně, intracerebroventrikulárně, intramuskulárně, intranazálně, intratekálně, perorálně, rektálně, subkutánně, sublingválně, transbukálně, transdermálně (Opavský, 2011).

Použití opioidních analgetik může vést ke vzniku **nežádoucích účinků**, mezi které řadíme: zácpu, nauzeu a zvracení, dechový útlum, sedativní účinek a vliv na kognitivní funkce a spánek, pruritus, retenci moči, nežádoucí kardiální a hemodynamické efekty, hormonální poruchy, zvýšení hmotnosti a otoky, imunosupresivní působení, toleranci dávky, fyzickou závislost, psychickou závislost, abnormální percepci bolesti, při předávkování i úmrtí (Kozák, a další, 2018).

Mezi **slabé opioidy**, které mají slabší analgetický efekt, řadíme: Tramadol, Kodein, Dihydrokodein.

Mezi **silné opioidy**, které jsou určeny pro intenzivní, nezišitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy, řadíme: Morfín, Fentanyl (transdermální systém, transmukózní, parenterální), Hydromorfon, Oxykodon, Buprenorfin, Tapentadol, Pethidin (meperidin), Piritramid, Sufentanil, alfentanil a remifentanil, Metadon. Maximální denní dávky silných opioidů nejsou určeny a nejsou limitovány stropovým efektem. Dle klinické praxe není vhodné překročit střední denní dávky, jelikož vysoké dávkování nezlepšuje kvalitu analgezie, ale prohlubuje výskyt nežádoucích účinků. Terapii opioidy určují pravidla pro léčbu doporučená Společností pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP. Pacient podepisuje souhlas s podmínkami léčby silnými opioidy (Kozák, a další, 2018).

#### 2.1.7.4 Adjuvantní analgetika

Jedná se o léky, které mají odlišné původní nebo hlavní indikace, u nichž byl teprve později prokázán analgetický účinek nebo klinicky významné zesílení účinku vlastních analgetik. Označují se na rozdíl od tradičních analgetik jako tzv. „modulátory“ bolesti, zatímco analgetika jsou „zabíječi“ bolesti. Mohou být podávána již od I. stupně léčby bolesti WHO (Opavský, 2011).

Mezi tyto adjuvantní analgetika **řadíme** některá antidepresiva (amitriptylin, venlafaxin, duloxetin), antikonvulziva (gabapentin, pregabalín), lokální anestetika, anxiolytika,



antipsychotika, antihistaminika, psychostimulancia, kortikosteroidy (dexametazon). Uplatňují se často v léčbě chronické nebo neuropatické bolesti (Rokyta, 2006).

Dalšími léčivy při léčba bolesti jsou různá **pomocná léčiva**, která používáme k prevenci a léčbě nežádoucích účinků analgetik, jedná se především o: antiemetika, laxativa, antipruriginóza atd. (Hakl, 2011).

#### 2.1.7.5 Specifika a komplikace léčby bolesti ve stáří

Vzhledem k tématu bakalářské práce, která se zabývá léčbou bolesti v domácí péči, kterou nejčastěji využívají geriatrictí pacienti, je uvedena kapitola specifika a komplikace léčby bolesti právě u těchto pacientů, kteří tvoří největší zastoupení pacientů v domácí péči.

U geriatrického pacienta jsou nejčastějšími **komplikacemi** polymorbidita, imobilizační syndrom, metabolický rozvrat a dehydratace. Bolest ve stáří často narušuje psychosociální stav seniora a způsobuje nekvalitní spánek. Senior často rezignuje na ohlášení, a i léčbu bolesti a ovlivňuje kvalitu jejich života. Diagnostiku často zhoršuje nevhodné sociálně ekonomické zázemí, špatná spolupráce s rodinou, poruchy zraku a sluchu (Rokyta, a další, 2015).

**Farmakoterapie** u seniorů vyžaduje specifický přístup, který zohledňuje řadu komplikujících faktorů, jež mohou měnit terapeutickou hodnotu podávaných léků (polymorbidita, polyfarmakoterapie, změny farmakokinetiky a farmakodynamiky ve stáří, snížená soběstačnost, nedostatečná spolupráce, obtížná ekonomická a sociální situace). U seniorů je často ovlivněna farmakokinetika, jedná se např. o pomalejší nebo špatné vstřebávání léků per os, polyfarmakoterapii, změny distribuce léčiv v těle, narušení metabolismu pacienta, zvýšená citlivost vůči působení léčiv s účinky na centrální nervový systém, omezení hepatální clearance, prodloužení eliminační poločasů, riziko kumulace a toxicity léčiv v renálním systému atd. (Rokyta, a další, 2015).

Celkově by tedy **léčba bolesti u seniorů** měla probíhat multidisciplinárním a komplexním přístupem, měla by být přizpůsobena specifikám a potřebám starých lidí, měla by být pravidelně a aktivně hodnocena. Dále bychom měli využívat i nefarmakologické přístupy (rehabilitace, psychoterapie, ...), dávat si pozor na lékové interakce, podávat co nejméně léků a co nejnižší dávky a směřovat k ovlivnění základního onemocnění a doprovodné symptomatologie (Rokyta, a další, 2015).

## 2.2 Domácí péče

Domácí péče v České republice se vyskytuje již od 90. let 20. století. Od té doby se její význam neustále zvyšuje a narůstá i počet agentur domácí péče i počet klientů (Vendlichová, 2013).

V základní definici je domácí péče označována za *“moderní formu zdravotní a sociální péče, která je prováděna zdravotnickými profesionály ve vlastním sociálním prostředí klienta (Vendlichová, 2013).“*

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

Z mezinárodního pohledu je domácí péče dle WHO definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech (MZČR, 2020).

Domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám pacientů, je určena stejně tak dětem, lidem v produktivním věku i seniorům, u nichž je nutné zajistit dlouhodobou následnou nebo obecnou paliativní péči (MZČR, 2020).

Je nutné, aby domácí péče byla komplexní a dostupná. V roce 2018 bylo dle ÚZIS v České republice evidováno 815 pracovišť poskytovatelů domácí péče a služeb domácí péče využívalo v průměru 150 000 obyvatel (MZČR, 2020).

Domácí péči mohou poskytovat jak soukromé, tak veřejné agentury domácí péče. Založení agentury domácí péče se řídí platnými zákony, a to zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátním zdravotnickém zařízení. Dále pak, pokud má agentura smlouvu se zdravotní pojišťovnou a její péče je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění a pacient si péči nehradí sám, zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Vendlichová, 2013).

Domácí péče v České republice může být financována buď z fondu veřejného zdravotního pojištění (dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb.), přímou platbou pacienta nebo sponzorskými dary, granty, nadacemi atd. (Vendlichová, 2013).

O domácí péči může požádat odborný lékař v nemocnici, praktický ošetřující lékař, sociální pracovníce, klient nebo jeho rodina. Domácí péče tedy může být indikována při propuštění z nemocnice nebo praktickým lékařem. V průběhu domácí péče je nutná komunikace

agentury domácí péče s ošetřujícím lékařem o zdravotním stavu pacienta (Vendlichová, 2013).

Léčba bolesti v domácí péči je pouze jedna ze služeb nabízených agenturami domácí péče. Velmi důležitá je u pacientů s chronickými bolestmi, chronickými ranami, případně u pacientů hospicové a paliativní péče.

Hospicová péče je dle WHO definována jako: „*integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života v rozsahu méně než 6 měsíců* (Vendlichová, 2013).“

Paliativní péče pak je definována jako: „*aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem je prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých* (Vendlichová, 2013).“

Velmi úzce je s domácí péčí spojena i péče sociální, kdy někdy nejsou rozeznatelné hranice mezi těmito dvěma druhy péče, přesto je sociální péče definována jinak než domácí zdravotní péče, a to dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jako služba, která „*napomáhá osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti* (Vendlichová, 2013).“

### **2.2.1 Management léčby bolesti v domácí péči**

Většina klientů do domácí péče je buď předána agentuře po domluvě rodiny s ošetřujícím praktickým lékařem, nebo při propuštění pacienta z nemocniční lékařské péče. Na péči je vystaven poukaz pro zdravotní pojišťovnu, které se péče vykazuje.

Základem péče o klienta, kterého přebíráme do domácí péče, je návštěva vrchní sestrou, stanovení základní ošetřovatelské diagnózy a problémů, které klient má, a které se u něho budou řešit. Většinou se jedná o soubor komplexní, na sebe navazující, protože onemocnění bývá více, neřeší se pouze bolest.

Vrchní sestra a sestra, která bude mít klienta v péči, odebírá zdravotní, ošetřovatelskou a sociální anamnézu klienta, stanoví ošetřovatelské diagnózy a vypracují ošetřovatelský plán. Pacient je následně seznámen s plánem péče a četností návštěv, je zjištěno vybavení domácnosti a nutnost pomůcek a dovybavení pacienta kompenzačními pomůckami, které si může zakoupit nebo vypůjčit (Bártlová a kol., 2010).

Sestra, která domácnost pravidelně navštěvuje plánuje další vývoj ošetrovatelského plánu, zaznamenává vývoj stavu pacienta, jak se pacient cítí, jeho objektivní i subjektivní stav. Sestra vede základní ošetrovatelskou dokumentaci a zdravotní problémy a vývoj stavu konzultuje s ošetřujícím lékařem nebo lékařem z ambulance léčby bolesti (Bártlová a kol., 2010).

Veškerá zdravotní i ošetrovatelská péče je vykazována zdravotním pojišťovám. Poukaz na péči vystavuje na dobu určitou ošetřující lékař při propuštění z nemocnice nebo praktický lékař, a jednotlivé výkony jsou dány kódy a časovým vymezením péče (Bártlová a kol., 2010).

Management domácí péče musí být vždy komplexní a navazovat na jednotlivé potřeby a obtíže klienta po konzultaci s ošetřujícím lékařem. Nezahrnuje pouze výkony zdravotnické péče, ale i výkony ošetrovatelské, různé další konzultace, půjčení kompenzačních pomůcek, objednání stravy, spolupráci s rodinou atd.

### **2.3 Shrnutí teoretické části**

V teoretické části práce byla definována bolest, uvedena stručná historie bolesti, zjištěno, jak se bolest diagnostikuje a hodnotí, jak se dělí. Následně byly uvedeny druhy bolesti a druhy léčby bolesti, ať už pomocí farmakoterapie nebo jiných druhů. Obsáhnuty byly i specifika a komplikace léčby bolesti ve stáří, a také byla uvedena kapitola o domácí péči.

V praktické části, která bude následovat, budou využity poznatky z teorie, a bude probíhat vyhodnocení dotazníkového šetření zabývajícího se právě bolestí v domácí péči mezi klienty agentury domácí péče, mezi něž byl rozdán dotazník s 18 otázkami, které budou vyhodnocovány.

### 3 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části této bakalářské práce jsou přehledně zpracovány průzkumné otázky, na které se během této práce zaměřuji, metodika výzkumu a sběru dat, charakteristika výzkumného souboru, a způsob, jakým budou data vyhodnocena.

Poté následuje vyhodnocení výzkumu bakalářské práce formou dotazníku, kdy jednotlivé otázky jsou vyhodnoceny a vysvětleny názornými grafy a tabulkami.

Na závěr praktické části přichází diskuze a zamyšlení nad výsledky a cílem bakalářské práce.

#### 3.1 Průzkumné otázky

**Hlavním cílem** praktické části této bakalářské práce je zjistit, jaká je dostupnost léčby bolesti v domácí péči, a koresponduje tak s **hlavní průzkumnou otázkou**.

**Vedlejší průzkumné otázky** se zaměřují na:

- 1) Kdo poskytuje klientům léčbu bolesti. S kým je léčba bolesti konzultována?
- 2) Jaká je diagnostika a hodnocení léčby bolesti v agentuře domácí péče?
- 3) Jaká léčba byla klientům agentury domácí péče nabídnuta a poskytnuta?
- 4) Jaká je dostupnost a kvalita léčby bolesti v agentuře domácí péče?

#### 3.2 Metodika výzkumu

Metodou výzkumu zvolenou pro tuto bakalářskou práci je metoda přímého a nepřímého pozorování klientů domácí péče a **dotazníkové šetření**. Dotazník, který je uveden v příloze této práce, jsem vytvořila sama právě pro tento specifický výzkum v bakalářské práci. **Dotazník** obsahuje **18 otázek** typu otevřených i uzavřených. Klienti domácí péče byli seznámeni s tím, že dotazník je dobrovolný a naprosto anonymní. Otázky v něm jsou zaměřeny na typ bolesti klienta, léčbu dané bolesti, a spokojenost klienta s léčbou.

Tento dotazník jsem sama nebo prostřednictvím personálu agentury domácí péče rozdala klientům domácí péče v Oblastní charitě Nové Hrady u Skutče, a zároveň měli možnost vybrat si mezi tištěnou formou, nebo vyplněním dotazníku v aplikaci na internetu Click4Survey.

Dotazníky byly sbírány v průběhu měsíce února 2021, a následně vyhodnoceny.

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným vzorkem pro tuto bakalářskou práci byli **klienti Oblastní charity Nové Hradky u Skutče**, trpící jakoukoliv formou akutní nebo chronické bolesti, kteří byli ochotni se výzkumu pomocí dotazníkového šetření anonymně zúčastnit. Klienti byli tedy **vybráni záměrně, podle svých obtíží**, následně osloveni pomocí dotazníků, které vyplňovali v průběhu měsíce února 2021.

Bylo **osloveno celkem 56 klientů** domácí péče, z toho 21 vyplnilo dotazník online, 30 tištěnou formou a 5 vybraných klientů se odmítlo vyplnění dotazníku zúčastnit. **Návratnost** dotazníků tedy činila **91 %**.

### **3.4 Způsob vyhodnocení dat**

Data z dotazníkového šetření byla během měsíce března 2021 vyhodnocena, a jejich popis a tabulkové a grafické vyjádření zpracováno v programu MS Word a MS Excel.

## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce jsou prezentovány vyhodnocené výsledky z dotazníkového šetření zpracované postupně podle otázek z dotazníku. Dotazník, který měli respondenti k dispozici obsahoval celkem 18 otázek. Dotazník vyplnilo celkem 51 respondentů. Otázky z dotazníkového šetření jsou zpracovány do přehledné tabulky č. 1, která následuje.

V tabulce č. 1 jsou zobrazeny jednotlivé otázky z dotazníku. U každé otázky je zapsán počet respondentů, kteří odpověděli na danou variantu odpovědi v dotazníku. Zároveň je počet respondentů přepočten na procenta. Jednotlivé otázky jsou následně graficky zpracovány. Samotný dotazník je vložen do přílohy této bakalářské práce.

Podrobný rozbor otázek a jejich porovnání s dalšími odbornými pracemi na podobné téma je uveden v následující diskuzi (kapitola č. 5).

**Tabulka 1: Počty respondentů vzhledem k jednotlivým otázkám z dotazníku**

1. Pohlaví	žena			Muž			
	36 (71 %)			15 (29 %)			
2. Věk	méně než 29 let	30-45 let	46-60 let	61-79 let	80 let a více		
	1 (2 %)	5 (10 %)	6 (12 %)	11 (22 %)	28 (55 %)		
3. Konzultace léčby s lékařem?	ano			Ne			
	46 (90 %)			5 (10 %)			
4. Délka trvání bolesti	0-6 měsíců			6 měsíců a více			
	3 (6 %)			48 (94 %)			
5. Další zdravotní problémy	Ne		1-2	3 a více			
	2 (4 %)		14 (27 %)	35 (69 %)			
6. Důvod bolesti	operace	Úraz	chronická rána	neurologický	Onkologický	jiný	
	4 (8 %)	2 (4 %)	15 (29 %)	8 (16 %)	20 (39 %)	2 (4 %)	
7. Druh bolesti	vystřelující, bodavá		ostrá	křečovitá	palčivá	tupá	jiná
	12 (23 %)		5 (10 %)	11 (21 %)	9 (18 %)	10 (20 %)	4 (8 %)
8. Intenzita bolesti VAS	0	1-2	3-4	5	6	7-8	9-10
	0	4 (8 %)	13 (26 %)	6 (12 %)	14 (27 %)	14 (27 %)	0
9. Lokalizace bolesti	hlava	Krk	záda	ruce	nohy	hrudník	břicho
	6 (12 %)	4 (8 %)	6 (12 %)	3 (6 %)	12 (23 %)	8 (16 %)	12 (23 %)
10. Kdy je bolest nejvíce obtěžující	ráno	dopoledne		odpoledne	večer	v noci	
	6 (12 %)	4 (8 %)		4 (8 %)	14 (27 %)	23 (45 %)	
11. Zhoršení při činnosti	i v klidu	běžný pohyb	zvýšená námaha	běžné činnosti	spánek	manipulace s ránou	jiné
	19 (37 %)	5 (10 %)	4 (8 %)	5 (10 %)	3 (6 %)	15 (29 %)	0
12. Zmírnění při činnosti	klid, odpočinek	úlevová poloha	odvedení pozornosti	léky	alternativní léčba	nic	jiné
	8 (16 %)	3 (6 %)	1 (2 %)	34 (66 %)	3 (6 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
13. Nabídnutá léčba bolesti	invazivní metody		fyzioterapie	psychoterapie	Farmakoterapie		jiné
	2 (4 %)		7 (14 %)	1 (2 %)	41 (80 %)		0



14. Užívání léků proti bolesti	ano		Ne	
	49 (96 %)		2 (4 %)	
15. Jaké léky proti bolesti užívá	neopioidní analgetika	slabé opioidy		silné opioidy
	7 (14 %)	14 (27 %)		30 (59 %)
16. Dostatečné naslouchání personálu ADP	ano		Ne	
	46 (90 %)		5 (10 %)	
17. Rychlost poskytnutí léčby bolesti	ano, okamžitě	ano, ihned po konzultaci (do 2 týdnů)	ano, ale za dlouho (více jak 2 týdny)	ne, nikdo nereagoval
	11 (21 %)	32 (63 %)	7 (14 %)	1 (2 %)
18. Spokojenost se způsobem léčby	Ano		ne	Nevím
	44 (86 %)		5 (10 %)	2 (4 %)

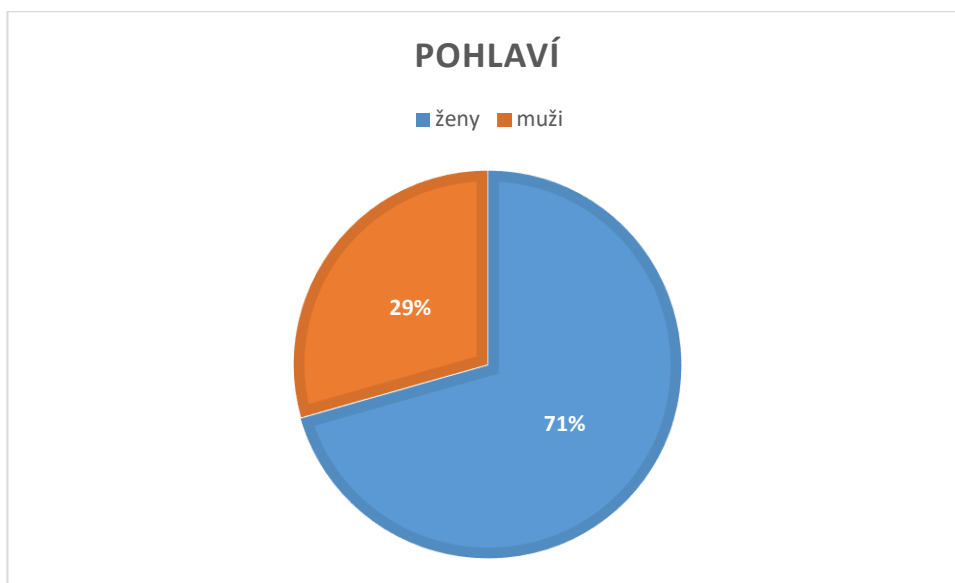
**Zdroj:** Vlastní zpracování

### Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Dotazník vyplnilo celkem 51 respondentů. Ženského pohlaví bylo 36 respondentů, mužského pohlaví bylo 15 respondentů. V dotazníkovém šetření převažovaly ženy.

Na obrázku č. 2 je zobrazeno rozložení pohlaví respondentů v souboru.

Obrázek 2: Pohlaví respondentů



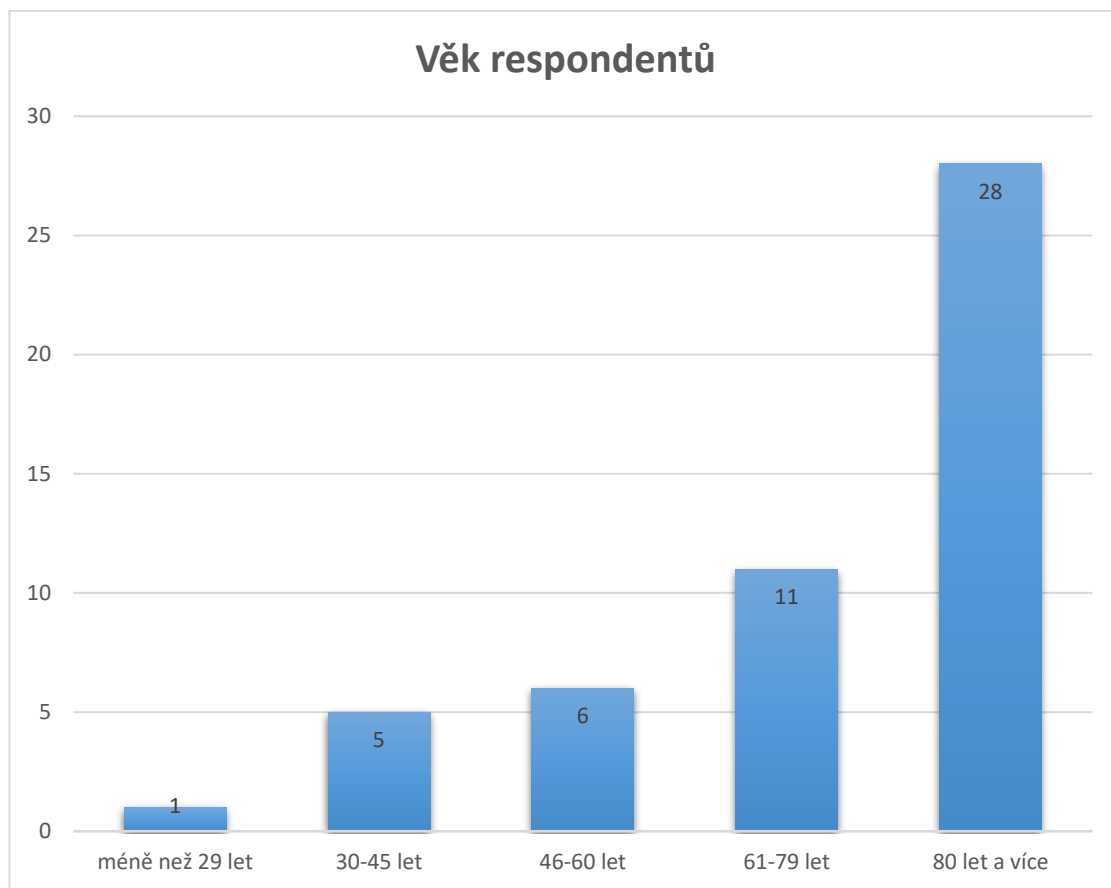
Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 2: Věkové rozložení respondentů

Druhá otázka v dotazníku směřovala k věkovému rozložení oslovených respondentů. Nejvíce zastoupenou skupinou bylo rozmezí 80 let a více.

Na obrázku č. 3 je graficky zobrazeno věkové rozložení respondentů. Následuje Tabulka č. 1 a Obrázek č. 4, kde je zobrazeno věkové rozložení respondentů vzhledem k pohlaví.

**Obrázek 3: Věkové rozložení respondentů**



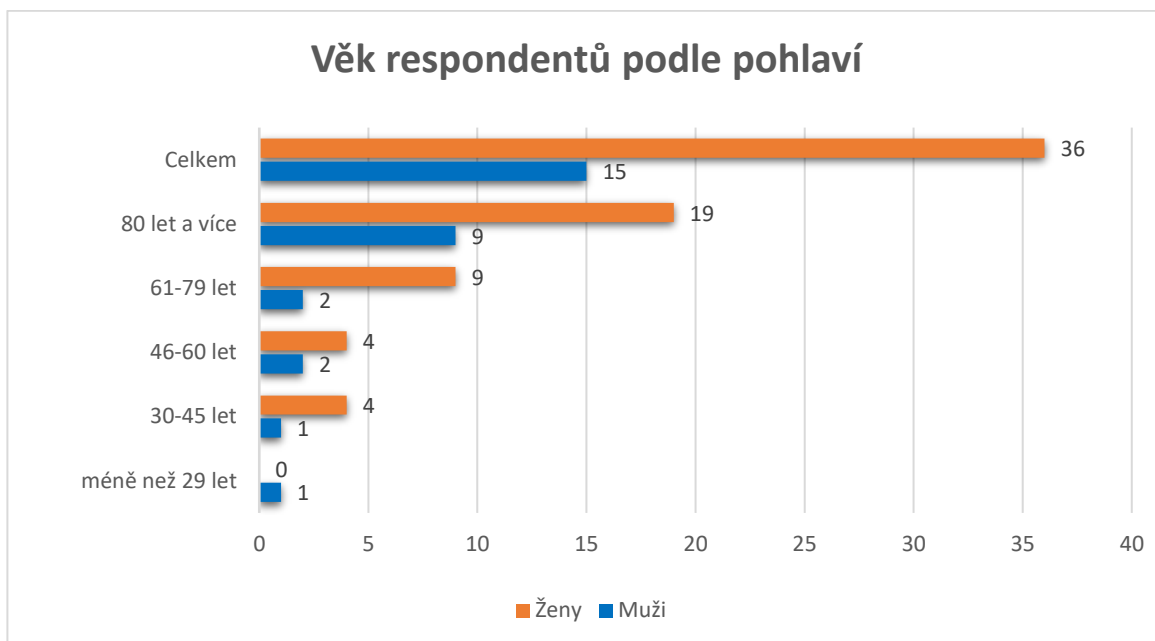
**Zdroj:** Vlastní zpracování

**Tabulka 2: Věkové rozložení respondentů vzhledem k pohlaví**

<b>Věk</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>
méně než 29 let	0	1
30-45 let	4	1
46-60 let	4	2
61-79 let	9	2
80 let a více	19	9
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>15</b>

**Zdroj:** Vlastní zpracování

**Obrázek 4: Věkové rozložení respondentů podle pohlaví**



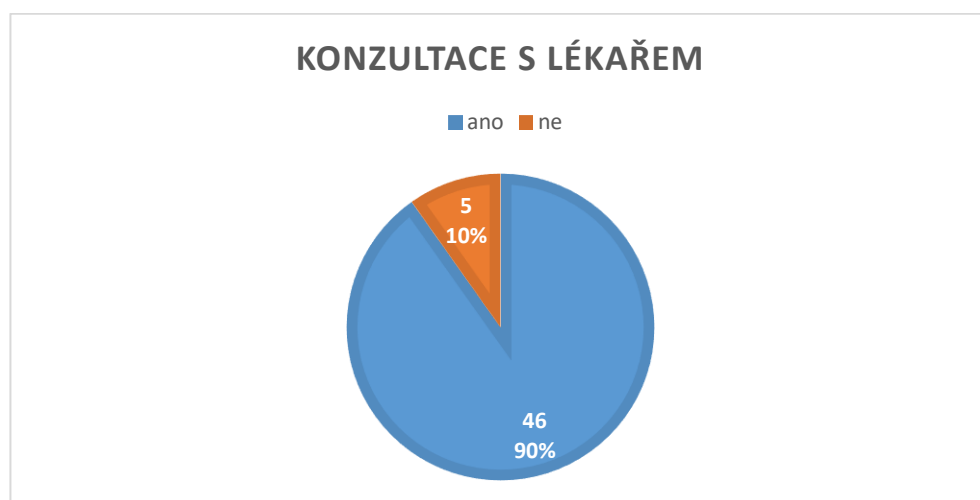
**Zdroj:** Vlastní zpracování

### **Otázka č. 3: Navštěvujete ambulanci bolesti? Konzultujete Vaši léčbu s lékařem?**

Otázka č. 3 směřovala k tématu, kolik klientů domácí péče konzultuje svoji léčbu bolesti, kterou používá na tlumení bolesti se svým lékařem, případně specialistou v ambulanci bolesti. Většina uvedla, že léčbu s lékařem konzultuje.

Konzultace klienta s lékařem je zobrazena v grafu na obrázku č. 5

**Obrázek 5: Konzultace s lékařem**



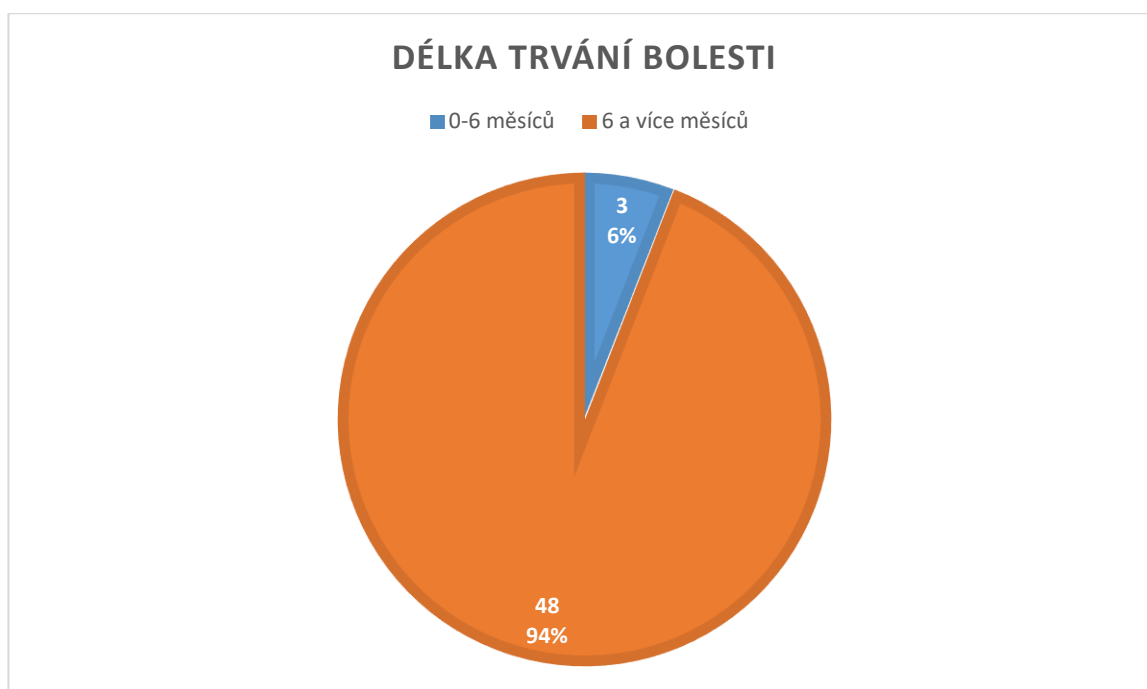
**Zdroj:** Vlastní zpracování

#### Otázka č. 4: Jak dlouho trpíte bolestí?

Otázka č. 4 se zabývá délkou trvání bolesti u klientů domácí péče. Většina klientů uvedlo, že trpí bolestí déle jak 6 a více měsíců (chronická bolest).

Na obrázku č. 6 je zobrazena délka trvání bolesti v grafu.

Obrázek 6: Délka trvání bolesti u klientů domácí péče



Zdroj: Vlastní zpracování

#### Otázka č. 5: Máte další zdravotní problémy (onemocnění)?

Otázka č. 5 se táže klientů, jestli mají další zdravotní problémy, tedy přidružená onemocnění, která mohou, ale nemusí souviset s jejich bolestí.

V grafu na obrázku č. 7 je zobrazení počtu klientů se zdravotními problémy.

**Obrázek 7: Další zdravotní problémy klientů domácí péče**



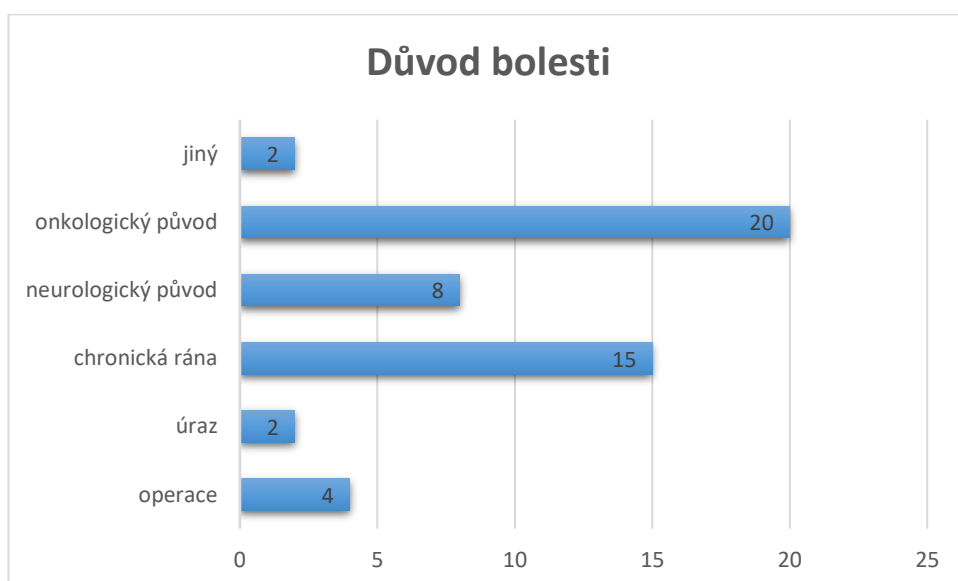
**Zdroj:** Vlastní zpracování

### **Otázka č. 6: Jaký je důvod Vaší bolesti?**

Otázka č. 6 se dotazuje klientů domácí péče, jaký je důvod, který vyvolává jejich bolest. Nejvíce klientů uvedlo, že jejich bolest je onkologického původu.

Graf zobrazující důvod bolesti je zobrazen na obrázku č. 8.

**Obrázek 8: Důvod bolesti klientů**



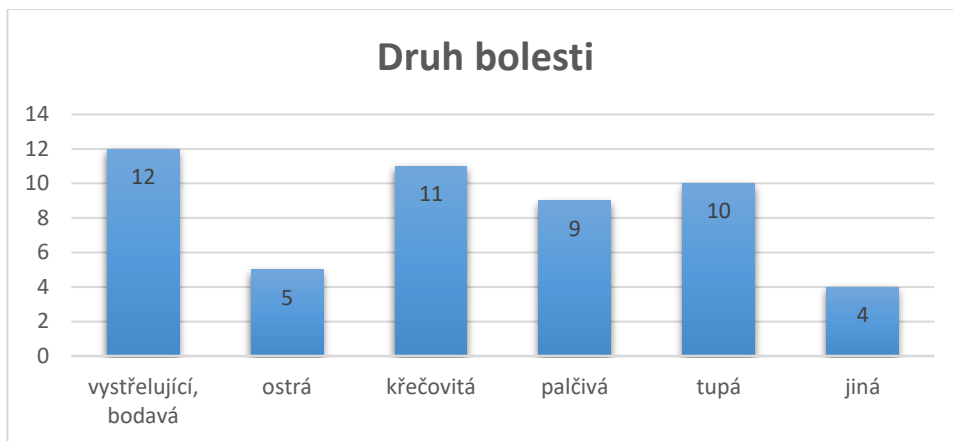
**Zdroj:** Vlastní zpracování

### Otázka č. 7: Jaký druh bolesti Vás trápí?

Otázka č. 7 se klientů ptá, jaký druh bolesti je trápí.

Obrázek č. 9 uvádí v grafu druhy bolesti a počet klientů, kteří je cítí.

Obrázek 9: Druh bolesti klientů

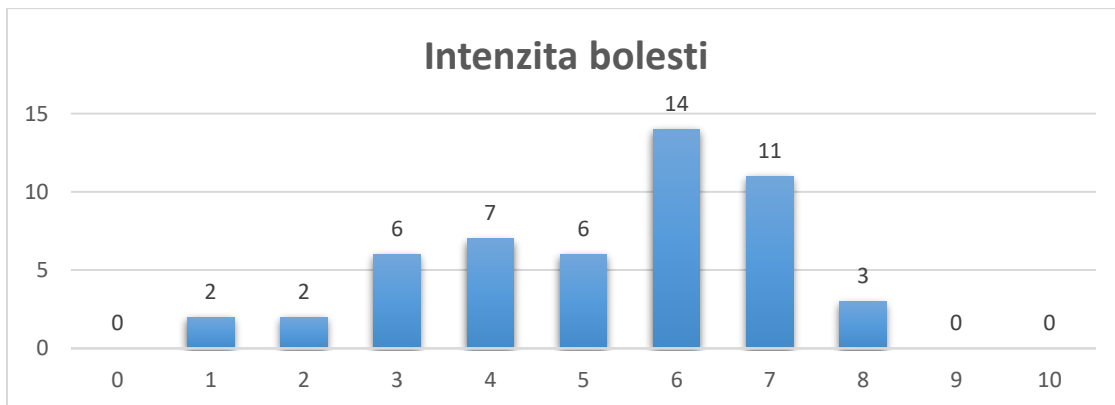


Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 8: Jaká je největší intenzita bolesti?

Otázka č. 8 se ptá klientů domácí péče, jaká je největší intenzita bolesti v době, kdy je bolest nejvíce trápí, než užití svoji medikaci. Klienti byli požádáni, aby bolest hodnotili na škále VAS od 0 do 10, kdy 0 je nejmenší intenzita bolesti a 10 největší intenzita bolesti.

Obrázek 10: Intenzita bolesti na škále VAS 0-10

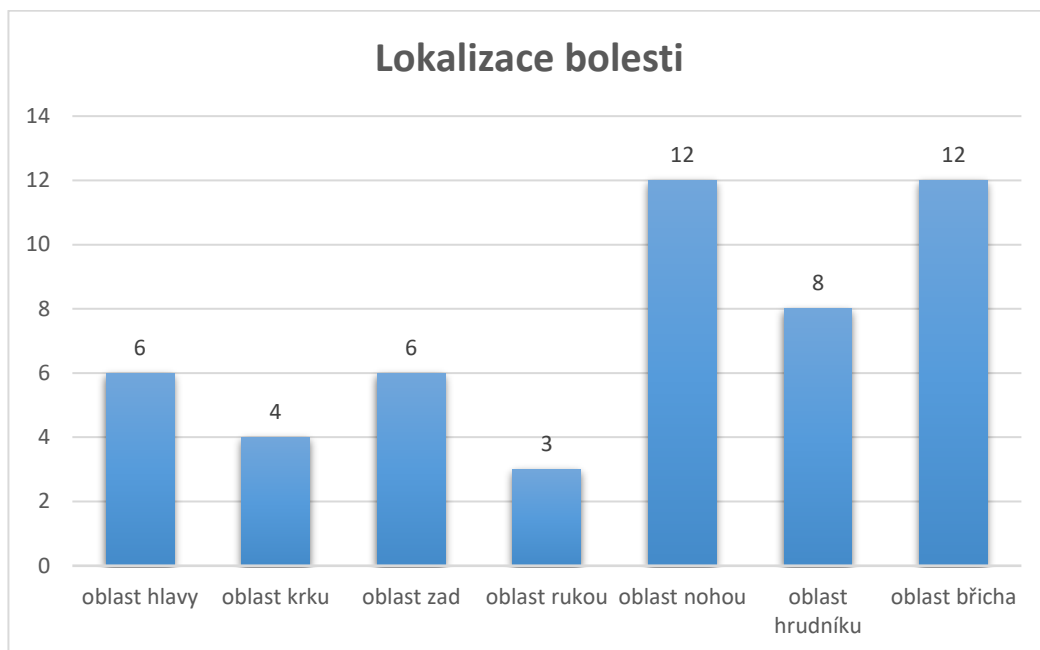


Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 9: Kde byste lokalizovali svoji bolest?

Otázka č. 9 se ptá klientů domácí péče, kde by nejčastěji lokalizovali svoji bolest. Nejvíce klientů uvádí oblast nohou nebo břicha.

Obrázek 11: Lokalizace bolesti



Zdroj: Vlastní zpracování

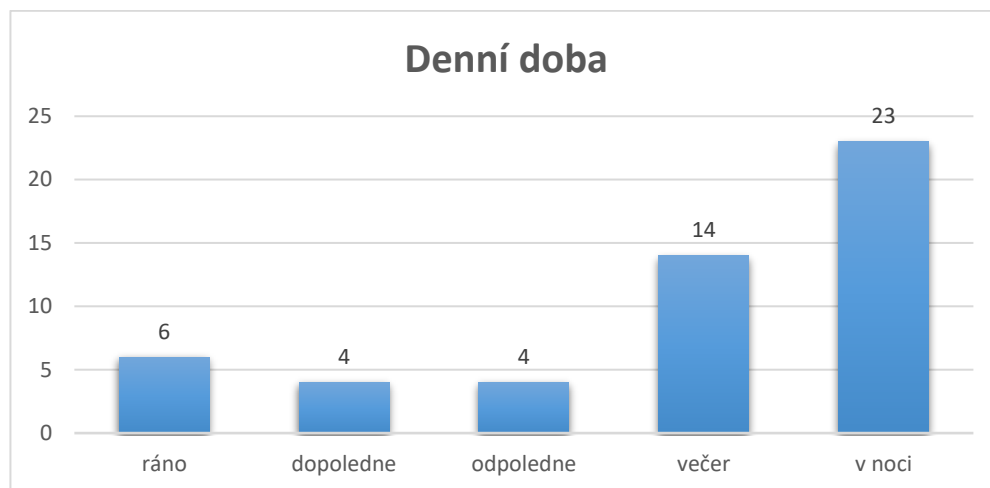
### Otázka č. 10: V kterou denní dobu Vás bolest nejvíce obtěžuje?

Otázka č. 10 směřovala k dotazu, v kterou denní dobu jsou klienti nejvíce obtěžováni bolestí, a musí tak užít svoji medikaci. Nejvíce klientů uvádí, že je bolest nejvíce obtěžuje v noci nebo večer před ulehnutím.

Vztah denní doby k bolesti klientů je zobrazen na grafu v obrázku č. 12.



**Obrázek 12: Vztah denní doby k bolesti klientů**



**Zdroj:** Vlastní zpracování

### **Otázka č. 11: Jaká činnost bolest zhoršuje?**

Otázka č. 11 se zaměřovala na činnosti, které bolesti zhoršují, když klient neužije medikaci, nebo než medikaci užije. Nejvíce klientů uvedlo, že bolest je často obtěžuje i v klidu, kdy nevykonávají žádnou činnost.

**Obrázek 13: Zhoršení bolesti při činnosti klientů**

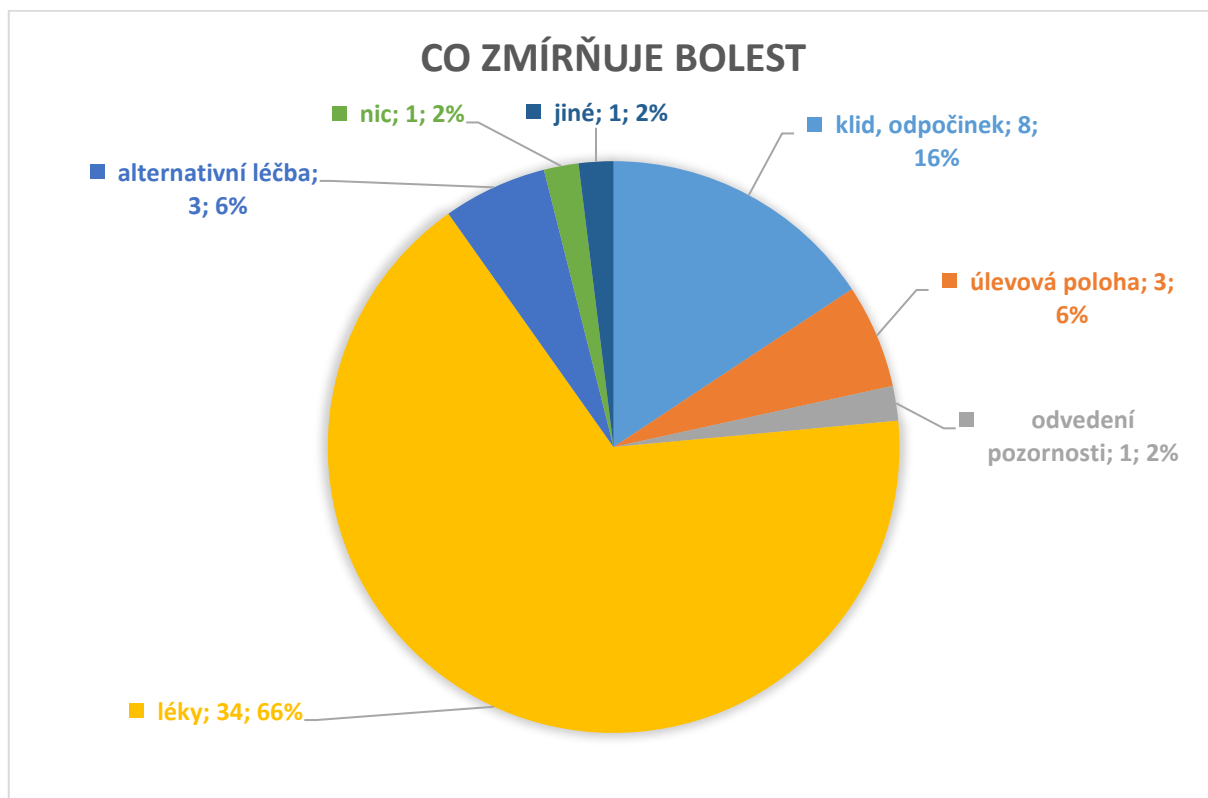


**Zdroj:** Vlastní zpracování

### Otázka č. 12: Co Vaši bolest zmírňuje?

Otázka č. 12 se zaměřovala na činnosti, které u klientů zmírňují jejich bolest. Nejvíce klientů uvedlo, že zmírnění nastupuje po užití medikace.

Obrázek 14: Co zmírňuje bolest u klientů



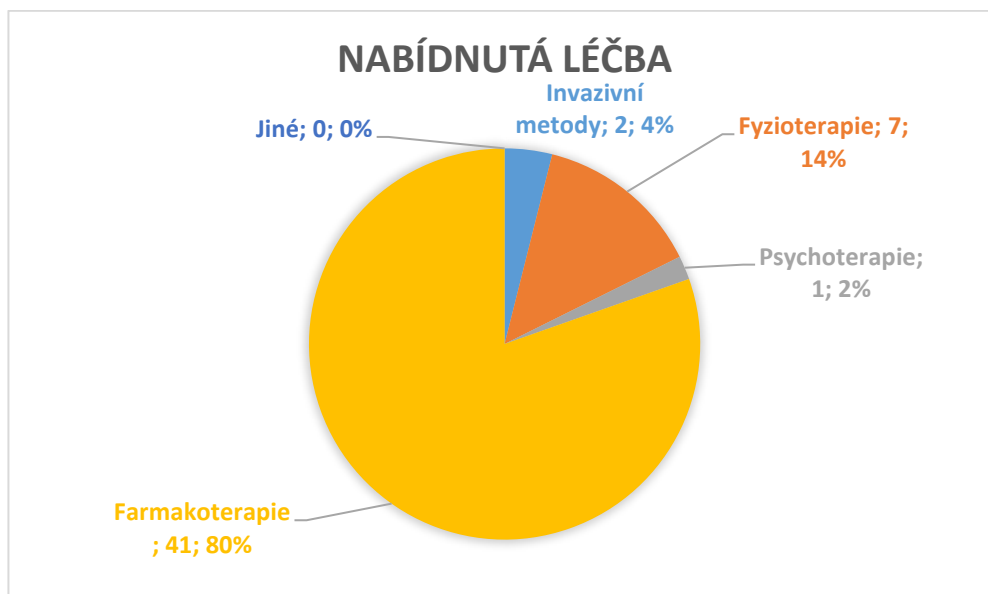
Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 13: Jaká léčba Vám byla nabídnuta?

Otázka č. 13 se klientů ptá, jaká léčba jim byla nabídnuta jako první volba. Nejvíce klientů uvádí, že jim byla nabídnuta farmakoterapeutická léčba.

Obrázek č. 15 ukazuje na grafu nabídnuté druhy léčby.

Obrázek 15: Léčba nabídnutá klientovi jako léčba první volby

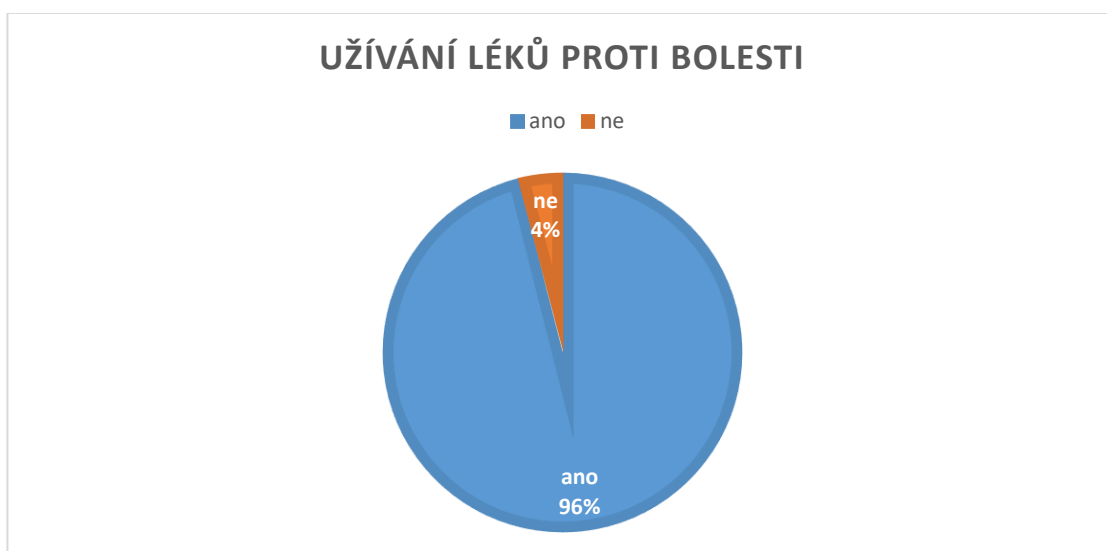


Zdroj: Vlastní zpracování

#### Otázka č. 14: Užíváte léky proti bolesti?

Otázka č. 14 se klientů ptá, jestli užívají jakékoliv léky proti bolesti. Téměř naprostá většina uvedla, že ano.

Obrázek 16: Užívání léků pro bolesti

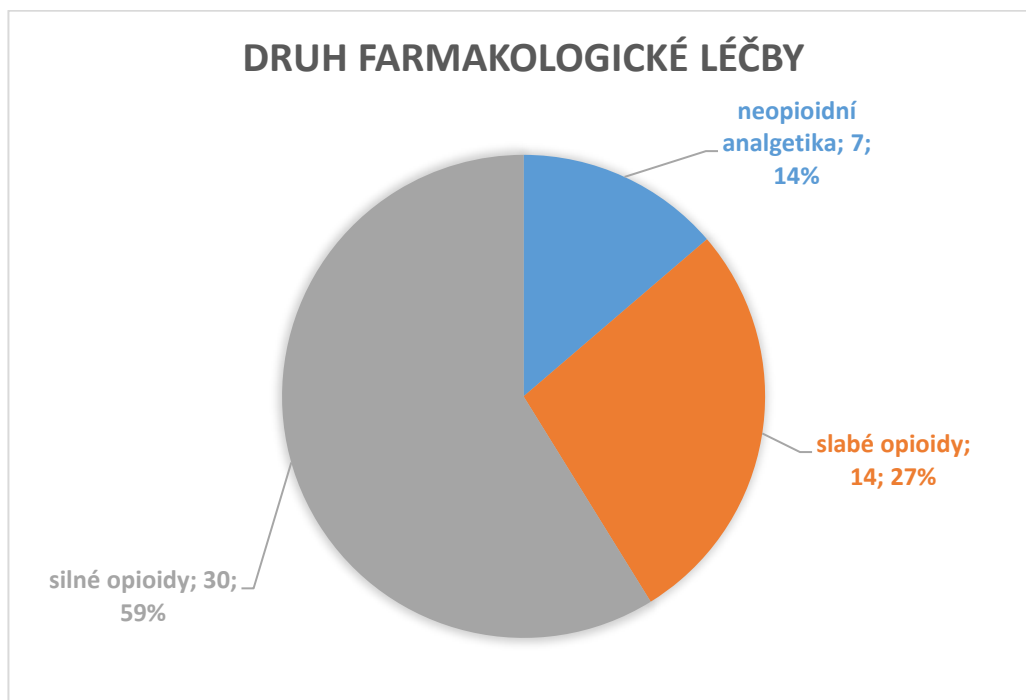


Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 15: Jaké léky proti bolesti Vám byly nabídnuty?

Další otázka se zaměřuje na to, jaký druhy farmakologické léčby byl klientům nejčastěji na jejich bolesti nabídnut. Nejvíce klientů uvádí, že se jedná o silné opioidy.

Obrázek 17: Druh farmakologické léčby



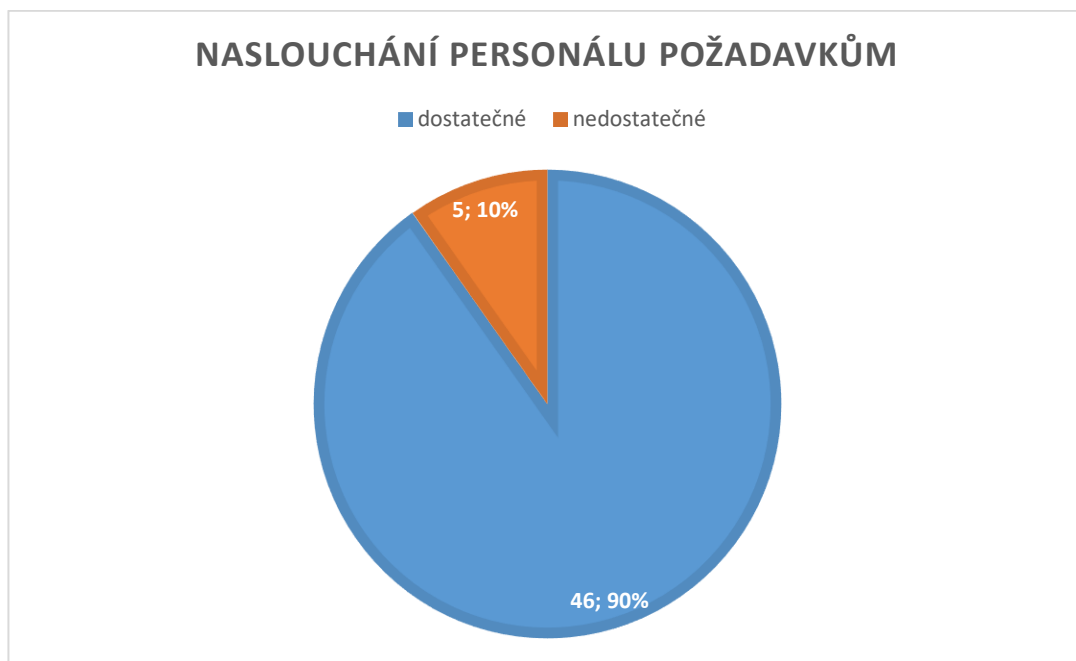
Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 16: Naslouchá personál agentury domácí péče dostatečně Vašim požadavkům k léčbě bolesti?

V další otázce byli klienti domácí péče dotazováni, jestli personál agentury domácí péče dostatečně naslouchá jejich požadavkům a stížnostem k léčbě jejich bolesti. Většina klientů uvedla, že ano.

Naslouchání personálu požadavkům klientů je zobrazeno v grafu na obrázku č. 18.

Obrázek 18: Naslouchání personálu požadavkům klientů



Zdroj: Vlastní zpracování

**Otázka č. 17: Byla Vám poskytnuta léčba co nejdříve po stížnosti na bolest?**

V další otázce jsou klienti domácí péče dotazováni, v jakém časovém horizontu po stížnosti na bolest jim byla poskytnuta léčba bolesti. Nejvíce klientů uvádí, že léčba byla zahájena do 2 týdnů od výskytu bolesti.

Obrázek 19: Zahájení léčby bolesti v časovém horizontu



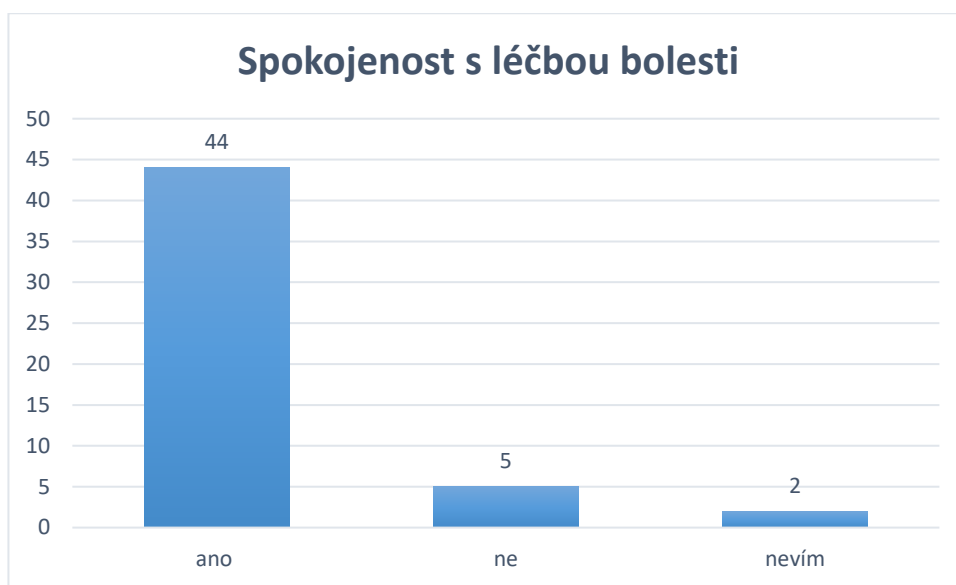
Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 18: Jste spokojen/a se způsobem léčby bolesti?

V poslední otázce jsou klienti domácí péče dotazováni, zda jsou spokojeni s tím, jak je jejich bolest léčena. Většina klientů uvádí, že je s léčbou bolesti spokojena.

Spokojenost s léčbou bolesti uvádí graf na obrázku č. 20.

Obrázek 20: Spokojenost klientů s léčbou bolesti



Zdroj: Vlastní zpracování

## 5 DISKUZE

Pro tuto bakalářskou práci byla získána data pomocí dotazníkového šetření. Pomocí dotazníku byli osloveni klienti agentury domácí péče Oblastní charita nové Hrady u Skutče, kteří trpěli některou z forem bolesti. Na dotazník odpovědělo celkem 51 klientů. Výsledky dotazníkového šetření jsou vyhodnoceny v následující diskuzi, a zároveň jsou porovnávány s jinými odbornými pracemi na toto téma. V rámci diskuze jsou realizovány odpovědi na průzkumné otázky, a zároveň tak i na hlavní a dílčí cíle této bakalářské práce.

Odborných prací na téma léčby bolesti je mnoho. Avšak odborných prací na téma léčby bolesti v oblasti domácí péče není moc.

Jednou z prací, které sloužili k porovnání v rámci mé diskuze je bakalářská práce autorky Drahoslavy Víškové z roku 2010. Bakalářská práce na téma Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče byla vypracována za účelem obhajoby titulu na Univerzitě Pardubice v oboru Všeobecná sestra (Víšková, 2010).

Další prací, kterou jsem zvolila jako vhodnou ke srovnání v diskuzi, je bakalářská práce autorky Lucie Krchňavé z roku 2008. Bakalářská práce vypracovaná za účelem obhajoby titulu na Univerzitě Pardubice v oboru Všeobecná sestra je na téma Bolest, ambulance bolesti. Tato práce byla zvolena, i když se téma přímo nedotýká domácí péče. Přesto s ní úzce souvisí, protože velká část pacientů s bolestí v domácí péči konzultuje svoji léčbu bolesti práce s ambulancí bolesti, kdy je i toto v práci zmíněno (Krchňavá, 2008).

Dále je diskuze porovnávána s odborným výzkumem Ivany Kabarové a Radky Bužgové z roku 2013 na téma Hodnocení kvality života, adaptace a sociálního copingu seniorů s chronickou bolestí. Výzkum byl prováděn u souboru 186 seniorů s chronickou bolestí v neurologické ambulanci a ambulanci praktického lékaře v Ostravě u seniorů v domácím prostředí (Kabarová, a další, 2013).

Poslední prací k porovnání je odborný výzkum Andrey Pokorné a Ivany Eckelové z roku 2013 na téma Efektivita léčby bolesti z pohledu seniorů. Do průzkumu bylo zařazeno 112 seniorů léčených pro bolest v ambulanci léčby bolesti v Thomayerově nemocnici (Pokorná, a další, 2013).

V rámci této bakalářské práce bylo osloveno 51 respondentů. Z toho převážná většina, tedy 71 % byla ženského pohlaví. Ve srovnání s ostatními pracemi, bylo v práci Víškové také převaha ženských respondentek (68 %), v práci Krchňavé byla převaha mužů (52 %). Ve výzkumu Pokorné a Eckelové byly také početnější ženy (61,61 %) a ve výzkumu

Kabarové a Bužgové převažovaly opět ženy (60 %). Podle přehledu ÚZIS Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007-2019 mezi pacienty v domácí péči opravdu převažují ženy, a to každý rok. V roce 2019 to například bylo v poměru 8,2 % na 1000 osob v populaci oproti mužům 5,29 % na 1000 osob v populaci. Je tedy otázkou, zda je toto způsobeno vyšším poměrem žen ve vyšším věku oproti mužům, kdy od 60 let výše stoupá procentuální podíl ženského obyvatelstva oproti mužskému.

Co se věku respondentů týká, nejpočetnější v této bakalářské práci byla věková skupina 80 let a více (55 %) a následně skupina 61-79 let (22 %). Stejně tomu bylo i v práci Víškové, kdy převažovali senioři nad 80 let (43 %). U Krchňavé navštěvuje ambulanci bolesti nejvíce věková skupina 50–60 let (39 %). Ve výzkumu Pokorné a Eckelové byl průměrný věk respondentů 75,63 let a u Kabarové a Bužgové byl věkový průměr souboru 66,72 let.

Další otázky z dotazníku jsou již přiřazeny ke konkrétním průzkumných otázkám, na které se snaží najít adekvátní odpověď.

### **Průzkumná otázka č. 1: Kdo poskytuje léčbu bolesti, s kým je konzultována?**

Pod první průzkumnou otázkou byly zařazeny otázky z dotazníku č. 3 a 5, které se týkají poskytování léčby bolesti.

Otázka č. 3 se táže respondentů, zda navštěvují ambulanci léčby bolesti nebo alespoň konzultují svoji léčbu s odborným lékařem. 90 % respondentů uvádí, že ano. V práci Krchňavé navštěvuje ambulanci léčby bolesti 100 % respondentů, stejně tak ve výzkumu Pokorné a Eckelové a Kabarové a Bužgové. Lze tedy tvrdit, že téměř všichni pacienti, trpící některou z forem vysoce intenzivní bolesti konzultují svoji léčbu s odborným lékařem.

Otázka č. 5 se týká přidružených zdravotních problémů u klientů domácí péče, kdy klient častěji navštěvuje různé lékaře specialisty v případě, že má další přidružené zdravotní problémy. Více jak 69 % uvedlo, že má 3 a více dalších zdravotních problémů, které řeší komplexně spolu s bolestí. Krchňavá ve své práci uvádí, že k bolesti udávají často pacienti následující přidružené potíže: pohybové potíže, psychické potíže, oční potíže, zažívací potíže a jiné. Ve výzkumu Pokorné a Eckelové tvořilo 90,18 % respondentů, kteří trpí chronickou nenádorovou bolestí, stejně tak ve výzkumu Kabarové a Bužgové jsou uváděny jako hlavní příčiny chronické bolesti především dlouhodobé zdravotní problémy.

Na první průzkumnou otázku lze tedy najít odpověď v tom, že většina klientů agentury domácí péče se většinou léčí s více onemocněními u svého praktického lékaře, který může



v mírných případech léčbu bolesti poskytnout. Pokud jsou bolesti více intenzivní, navrhuje pak praktický lékař, případně sama sestra v domácí péči konzultaci s lékařem v ambulanci bolesti, který do agentury pravidelně dojíždí.

## **Průzkumná otázka č. 2: Jaká je diagnostika a hodnocení léčby bolesti v agentuře domácí péče?**

Na druhou průzkumnou otázku hledají odpověď otázky č. 4, 6, 7, 8, 9, 10 a 11.

Otázka č. 4 se klientů dotazuje, jak dlouho trpí bolestí. Téměř naprostá většina, tedy 94 % klientů uvádí, že trpí chronickou bolestí déle jak 6 a více měsíců. V práci Krchňavé trpí všichni klienti léčící se v ambulanci bolestí chronickou bolestí. Stejně tak v práci Víškové. Ve výzkumu Pokorné a Eckelové trpí 90,18 % klientů chronickou nenádorovou bolestí, 9,82 % pak nádorovou bolestí. I práce Kabarové a Bužgové uvádí u klientů pouze chronickou bolest.

Na důvod bolesti se klientů ptá otázka č. 6. Nejvíce klientů (39 %) uvedlo bolest onkologického původu. Následovala bolest z důvodu chronických ran, neurologická bolest, operace, úraz nebo jiný důvod. V práci Víškové uvádí klienti jako nejčastější důvod opotřebením kloubů. Dále následují chronické rány, pooperační bolest, bolest zad, úrazová bolest, vrozené vady a jiné. V práci Krchňavé uvádí nejvíce klienti jako důvod své bolesti nemoc. Dále následuje operace, úraz a jiné příčiny, bolest bez příčiny a nehoda. Ve výzkumu Kabarové a Bužgové je hlavní příčinou bolesti nejvíce revmatoidní artritida, vrozené onemocnění, osteogenesis imperfekta, poúrazové stavy, migréna a onkologické příčiny. Dále uvádí jiné příčiny, jako jsou diabetes mellitus, polyneuropatie, morbus Parkinson, onemocnění cév, stav po totální náhradě kyčelního kloubu a amputace dolní končetiny.

V otázce č. 7 se klientů táže, jaký druh bolesti je trápí. Nejvíce klientů uvádí vystřelující, bodavou bolest, následuje křečovitá, tupá, palčivá, ostrá a jiná bolest. Dále pak v otázce č. 8 řešíme s klienty, jaká je největší intenzita jejich bolesti. Nejvíce klientů uvedlo, že v době, kdy je bolest nejvíce trápí, než užijí svoji medikaci, je na škále VAS 6. Víšková uvádí ve své práci škálu intenzity bolesti 0-5. Nejvíce (38 %) klientů uvádí bolest 3 na dané škále. Krchňavá ve své práci uvádí, že před léčbou 90 % klientů trpělo strašnou až zcela nesnesitelnou bolestí. Po léčbě pak 58 % klientů uvádí, že bolest už je střední intenzity,

25 % klientů uvádí mírnou bolest. Kabarová a Bužgová ve svém výzkumu zjistily, že nejvíce klientů trpí středně silnou bolestí, na škále VAS 6.

Dále se dotazník v otázce č. 9 klientů ptá, kde by lokalizovali svoji bolest. Nejvíce, 48 % klientů uvádí oblasti nohou nebo břicha. Víšková ve své práci uvádí, že 35 % klientů uvádí bolest dolních končetin. Dále následují klouby, páteř a záda, horní končetiny, celé tělo a břicho. U Krchňavé lokalizují klienti svoji bolest nejvíce v oblasti zad (77 %) a dolních končetin (70 %), dále pak bolesti hlavy, horních končetin jiných a břicha.

Otázka č. 10 se klientů ptá, v kterou denní dobu jsou nejvíce obtěžováni bolestí. Nejvíce klientů, celkem 72 % uvádí, že pociťují bolest nejvíce večer nebo v noci. I ve výzkumu Pokorné a Eckelové klienti uvádí, že jim bolest často narušuje spánek. Stejně tak ve výzkumu Kabarové a Bužgové jsou klienti nespokojeni se svým spánkem, a bývají často unaveni. Víšková ve své práci uvádí, že nejintenzivnější bolest prožívají klienti ráno. Hned poté následuje večerní a noční bolest.

Jaká činnost bolest zhoršuje zjišťovala u klientů otázka č. 11. Největší zhoršení pociťují klienti při manipulaci s ránou. Velká část klientů pociťuje bolesti i v klidu. V práci Víškové uvádí více jak třetina klientů, že je bolesti ruší i v provádění běžných denních činností. Stejně tak to uvádí i klienti v práci Krchňavé.

Většina klientů využívajících služeb agentury domácí péče se léčí se svojí bolestí dlouhodobě. Často jsou odesláni do služeb agentury domácí péče svým praktickým lékařem nebo lékařem specialistou, případně přímo z hospitalizace. Diagnostika a hodnocení léčby bolesti je tedy provedeno vždy lékařem, který se léčbě bolesti věnuje. Ze sesterského hlediska musí sestra již při první návštěvě klienta zaznamenat všechny stížnosti klienta do vstupního formuláře hodnocení bolesti, a tento musí pravidelně při svých návštěvách aktualizovat.

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaká léčba byla klientům nabídnuta a poskytnuta?**

Na druh nabídnuté a poskytnuté léčby se klientů ptají otázky č. 12, 13, 14 a 15.

Otázka č. 12 souvisí s poskytnutou medikací, a ptá se klientů, co zmírňuje jejich bolest. Nejvíce klientů (66 %) uvedlo, že je to práce užití medikace. Stejně tak Víšková ve své práci zjistila, že nejvíce klientům pomáhá užití léků. Hned poté následuje u Víškové podpora rodiny. V práci Krchňavé užívá některou z forem léků per os 93 % klientů. Téměř polovina klientů v její práci užívá i léky aplikované intravenózně, transdermálně nebo epidurálně.

Druhem nabídnuté léčby se zabývá otázka č. 13. Celých 80 % klientů uvádí, že jim v agentuře domácí péče byla nabídnuta famokoterapeutická léčba. Menší část klientů pak využívá služeb fyzioterapie, invazivních metod a psychoterapie. I v práci Krchňavé klienti uvedli, že první volbou u nich byla farmakoterapeutická léčba, i když více jak polovina z nich byla seznámena i s jinými alternativními způsoby léčby, a i více jak polovina z nich tyto způsoby vyzkoušela. Víšková ve své práci uvádí, že 72 % klientů k tlumení své bolesti užívá léky per os. I v této práci klienti na otázku č. 14, zda užívají léky proti bolesti, odpověděli v 96 %, že ano.

Otázka č. 15 dále ještě zjišťuje, jaké léky proti bolesti byly klientům nabídnuty. Nejvíce klientů (59 %) uvedlo, že se jedná o silné opioidy, následují slabé opioidy, a poté neopioidní analgetika, což koresponduje s výše uvedenými závěry na otázky č. 12, 13 a 14.

Ve většině případů k této průzkumné otázce klienti uvádějí, že jim byla nabídnuta a poskytnuta léčba farmaky. Velmi často se jedná o silné nebo slabé opioidy. Klienti užívají léky proti bolesti v různých formách. Může se jednat o formu léku podaného per os, což je pro klienta nejvhodnější. Často se dnes již setkáváme s aplikací léků formou intravenózní, transdermální atd.. Velká část klientů vyzkoušela i různé druhy alternativní léčby, někteří jsou těmto druhům léčby více nakloněni, i přesto většina klientů užívá některá farmaka proti bolesti. Velmi často jsou kombinovány metody léčbou farmaky spolu s fyzioterapií, psychoterapií, a jinými formami léčby bolesti.

#### **Průzkumná otázka č. 4: Jaká je dostupnost a kvalita léčby bolesti v agentuře domácí péče?**

Na hodnocení dostupnosti a kvality léčby bolesti se klientů ptají otázky č. 16, 17 a 18.

V otázce č. 16 klienti hodnotí, jestli personál agentury domácí péče dostatečně naslouchá jejich požadavkům souvisejícím s léčbou bolesti. Celých 90 % klientů bylo s nasloucháním personálu spokojeno. I v práci Víškové hodnotí klienti přístup personálu agentury domácí péče kladně, a to na 100 %.

Otázka č. 17 řeší, jak rychle byla klientům poskytnuta léčba bolesti. Většina klientů udává, že léčba byla zahájena velmi rychle, tedy ihned, nebo do 2 týdnů od konzultace a stížnosti na bolest. Ve výzkumu Pokorné a Eckelové klienti uvádí, že po zahájení léčby více než polovina z nich zaznamenala zmírnění obtíží.

Poslední otázka č. 18 zjišťuje spokojenost klientů se způsobem léčby bolesti. Většina klientů (86 %) uvádí, že je s léčbou bolesti v agentuře domácí péče, ve které probíhal výzkum, spokojena.

Podle vyhodnocení dotazníkového šetření, je dostupnost a kvalita léčby bolesti hodnocena jako velmi dobrá.

## 5.1 Doporučení pro praxi

Stran konzultace léčby bolesti klienta lékařem nelze z reakcí klientů vyvodit nějaké pochybení. Pokud se týká části nespokojených klientů, kteří nejsou spokojeni s nabídkou konzultace léčby bolesti s lékařem, může se jednat buď o uzavřenost klienta, který neudal své obtíže personálu agentury domácí péče, nebo se může jednat o laxnost personálu, který se nedostatečně nebo nesprávně dotazoval svého klienta na jeho obtíže, tedy v tomto případě bolest. Lze tedy doporučit **zlepšení komunikace personálu a klienta, vyhrazení více času na návštěvu klienta a získání si jeho důvěry.**

Co se týká diagnostiky a hodnocení léčby bolesti, pak může vzniknout problém, jak již bylo uvedeno výše, na straně klienta, který nedostatečně komunikuje, ale i na straně ošetřujícího personálu. Sestra musí zaznamenávat a průběžně aktualizovat formulář hodnocení bolesti, a to při každé svojí návštěvě klienta, a zaznamenávat změny v intenzitě, oblasti, druhu a léčbě bolesti u svého klienta. Toto nesmí být personálem opomenuto. **Nezaznamenání změny v bolesti klienta,** může být pro klienta velmi stresující a bolestivé.

Lékař, který ordinuje léčbu bolesti pro klienta, musí být seznámen se zdravotním stavem a anamnézou svého klienta. Klient pak musí hlásit všechny nežádoucí či vedlejší účinky léčiv, které mu byly poskytnuty. Sestra pak zodpovídá za aplikaci léků ve formě intravenózní, intramuskulární, nebo subkutánní, za podání pomocí infuzí, případně různými dávkovači či pumpami. Léky per os, případně transdermální léky může klient užívat sám podle doporučení lékaře. Jako doporučení může být, aby **ošetřující personál pohlídal podání léku klientovi ve správnou dobu.** Zajistil **správnou dávku a správné podání** léku proti bolesti. V některých případech je nutné klienta **kontrolovat**, pokud nemá doma nikoho, kdo by to udělal za něho. Dále by sestra měla **pozorovat**, jak se klientovi po podání léku daří, jak na něj působí, jestli mu ulevil od bolesti dostatečně, a jestli nemá nějaké vedlejší účinky. V případě paliativní péče musí být návštěva ošetřujícího personálu častější, a dávky léků bývají vyšší, velmi často intravenózní, či kombinované. Pokud tak nebylo učiněno, může agentura domácí péče **zajistit klientovi fyzioterapii, případně psychologickou pomoc.**

Dostupnost a kvalitu léčby bolesti v agentuře domácí péče lze vždy vylepšit. I když jsou služby domácí péče kvalitní, vždy je možnost stále něco zlepšovat. Doporučením pro praxi může být **časté školení personálu, zaučování v nových dovednostech, zlepšení komunikačních dovedností a prohloubení empatie ošetrovatelského personálu.**

## 6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit dostupnost léčby bolesti v domácí péči. Bylo provedeno dotazníkové šetření v agentuře domácí péče Oblastní charita Nové Hradky u Skutče, do kterého bylo zapojeno 51 klientů této agentury, kteří byli záměrně vybráni, protože trpěli některou z forem bolesti. Dotazníkové šetření sestávalo z 18 otázek, zaměřujících se na klienta, diagnostiku a hodnocení bolesti, léčbu bolesti, dostupnost, spokojenost a kvalitu léčby bolesti. Zjištěné výsledky byly následně porovnány s již proběhlými výzkumy provedenými jinými autory v České republice. Podrobný rozbor těchto výsledků je zpracován v předchozí kapitole této bakalářské práce. V přechodí kapitole je zároveň uvedena i kapitola doporučení pro praxi, která byly vyvozeny z průzkumu.

Pomocí průzkumné části této bakalářské práce bylo zjištěno, že dostupnost léčby bolesti v domácí péči v České republice je více než dobrá. Tuto hypotézu mi potvrdili nejen klienti agentury domácí péče, ale i ošetřující personál. Diagnostika, hodnocení i kvalita a léčba bolesti v České republice napříč všemi zařízeními, zabývajícími se léčbou bolesti je na velmi dobré úrovni, a nadále se zlepšuje. Záleží tedy především na klientovi, jestli se chce léčit, a tuto skutečnost uvede ošetřujícímu personálu. Dále pak ještě záleží na kvalitě ošetřující personálu, jejich vzdělání, kvalitě a empatii ke klientovi, jak uvádím v doporučení pro praxi výše.

Lze tedy vzhledem k dobré dostupnosti léčby bolesti v domácí péči v České republice, zakončit tuto práci citátem Jana Wericha, který pro tuto oblast platí: *„Kdo chce, hledá způsoby. Kdo nechce, hledá důvody.“* Jan Werich, filmový herec

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.

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

JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.

KABAROVÁ, Ivana, BUŽGOVÁ, Radka. *Hodnocení kvality života, adaptace a sociálního copingu seniorů s chronickou bolestí*. [Online]. *Bolest*. 1/2014. Praha: Tigis, 14.1.2014, 6 s. [Citace: 9. duben 2021]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2014/01/04\\_kabarova.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2014/01/04_kabarova.pdf)

KOZÁK, Jiří, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Opioidy*. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4550-6.

KRCHŇAVÁ, Lucie. *Bolest, ambulance bolesti*. Pardubice, 2008. 97 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková.

MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

MZČR. 2020. *Koncepce domácí péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online] říjen 2020. [Citace: 2. leden 2021.] [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce\\_DP.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP.pdf).

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea, ECKELOVÁ, Ivana. *Efektivita léčby bolesti z pohledu seniorů*. [Online]. *Bolest*. 2/2013. Praha: Tigis, 6.5.2013, 6 s. [Citace: 9. duben 2021]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2013/02/05\\_pokorna\\_bol\\_2-13.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2013/02/05_pokorna_bol_2-13.pdf)

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3945-1.

ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-171-3.

VEDLICHOVÁ, Martina. *Domácí péče*. Hradec Králové: Gaudeams, 2013. ISBN 978-80-7435-296-6.

VÍŠKOVÁ, Drahoslava. *Chronická bolest v domácím prostředí a v agenturách domácí péče*. Pardubice, 2010. 61 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.



## 8 PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník .....	58
Příloha B: Neverbální a verbální metody hodnocení bolesti .....	61
Příloha C: McGillský dotazník bolesti.....	63
Příloha D: Brief pain inventory .....	64
Příloha E: Dotazník SCL-90 .....	65
Příloha F: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence PAINAD .....	66

## **DOTAZNÍK**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zdenka Vernerová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice v oboru Všeobecná sestra.

Tento dotazník, který se k Vám dostal, je podkladem pro moji bakalářskou práci na téma **Dostupnost léčby bolesti v domácí péči**.

Chtěla bych Vás tímto poprosit o jeho pravdivé vyplnění. Zároveň upozorňuji, že tento dotazník je naprosto anonymní a informace z něho získané budou sloužit pouze ke studijním účelům.

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku a Vaši spolupráci.

Zdenka Vernerová

### **1) Jaké je Vaše pohlaví?**

- žena       muž

### **2) Jaký je Váš věk?**

- méně než 29 let       30 – 45 let       46 – 60 let  
 61 – 79 let       80 let a více

### **3) Navštěvujete ambulanci bolesti? Konzultujete Vaši léčbu s lékařem?**

- ano       ne

### **4) Jak dlouho trpíte bolestí?**

- 0 – 6 měsíců (akutní bolest)       6 měsíců a více (chronická bolest)

### **5) Máte další zdravotní problémy (onemocnění)?**

- ne       1 – 2       3 a více

**6) Jaký je důvod Vaší bolesti?**

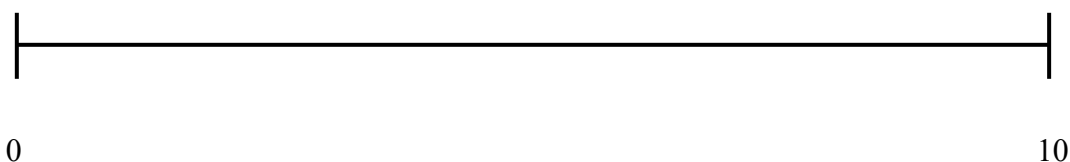
- operace                       úraz                       chronická rána                       neurologický původ  
 onkologický původ                       jiný (uveďte) .....

**7) Jaký druh bolesti Vás trápí?**

- vystřelující, bodavá                       ostrá                       křečovitá                       palčivá                       tupá  
 ..... jiná ..... (uveďte)  
.....

**8) Jaká je největší intenzita bolesti? Od 0 do 10**

(0 žádná, 2 mírná, 5 střední, 8 strašná, 10 nesnesitelná)



**9) Kde byste lokalizoval/a svou bolest? Uveďte:**

.....

**10) V kterou denní dobu Vás bolest nejvíce obtěžuje?**

- ráno                       dopoledne                       odpoledne                       večer                       v noci

**11) Jaká činnost bolest zhoršuje?**

- bolest přetrvává i v klidu                       běžný pohyb                       zvýšená námaha  
 běžné denní činnosti                       spánek                       při manipulaci s ránou  
 jiné .....

**12) Co Vaší bolest zmírňuje?**

- klid na lůžku, odpočinek                       úlevová poloha                       odvedení pozornosti  
 léky                       alternativní léčba (uveďte: např. chlad, teplo, rehabilitace, akupunktura, ...): .....  
 nic                       jiné .....

**13) Jaká lčba bolesti Vám byla nabídnuta?**

- invazivní metody (neurochirurgické, blokády, anesteziologické)
- fyzioterapie
- psychoterapie
- farmakoterapie
- jiné .....

**14) Užíváte léky proti bolesti?**

- ano
- ne

**15) Jaké léky Vám byly nabídnuty?**

- neopioidní analgetika
- slabé opioidy
- silné opioidy

**16) Naslouchá personál agentury domácí péče dostatečně Vaším požadavkům k léčbě bolesti?**

- ano
- ne

**17) Byla Vám poskytnuta lčba co nejdříve po stížnosti na bolest?**

- ano, okamžitě
- ano, ihned po konzultaci s odborným lékařem (do 2 týdnů)
- ano, ale trvalo to dlouho (více jak 2 týdny)
- ne, nikdo na mé stížnosti nereagoval

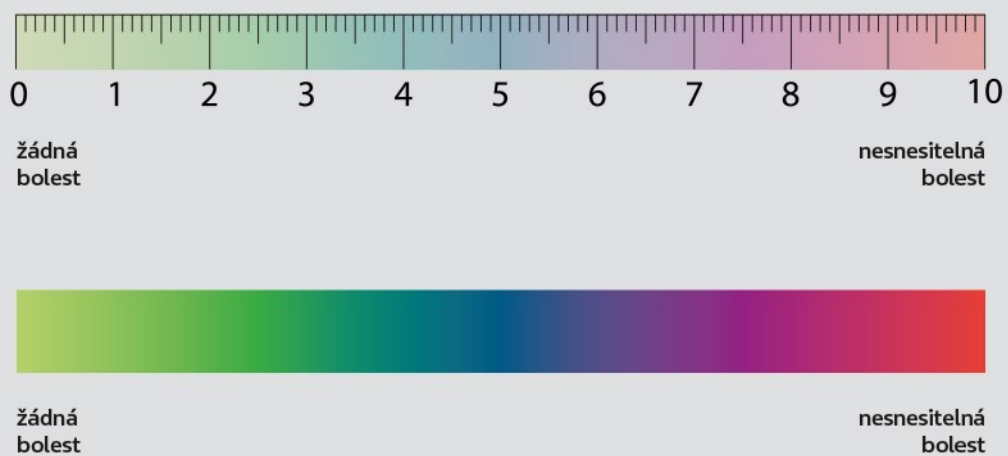
**18) Jste spokojen/a se způsobem léčby bolesti?**

- ano
- ne
- nevím

**Zdroj:** Vlastní zpracování

## Příloha B: Neverbální a verbální metody hodnocení bolesti

### Vizuálně analogová škála bolesti



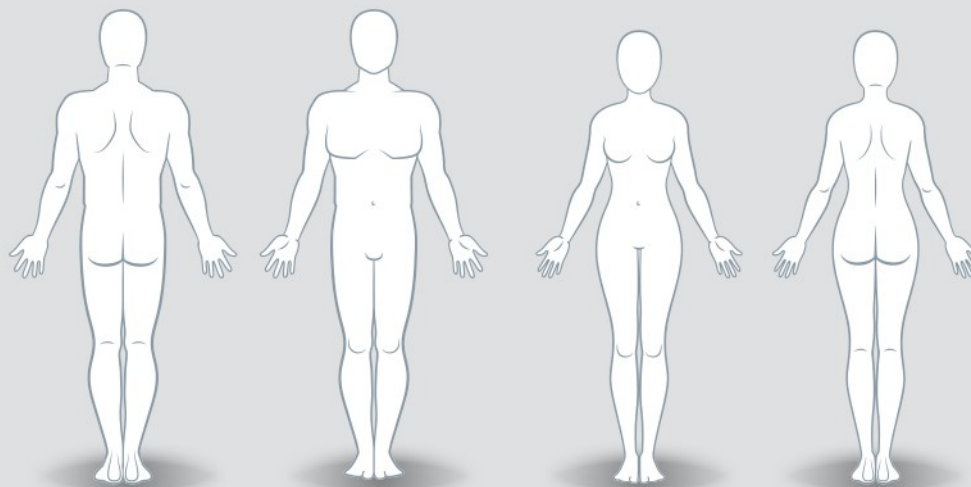
### Číselná škála bolesti



### Bakerova škála stupňů bolesti



## Mapa bolesti



## Melzackova škála bolesti



**Zdroj:** Tevapoint

**Dostupné z:** <https://www.tevapoint.cz/kategorie/hodnoceni-bolesti>

## McGill – Melzack Pain Questionnaire

Patient's name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

Analgesic(s) \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_ Time Given \_\_\_\_\_ am/pm

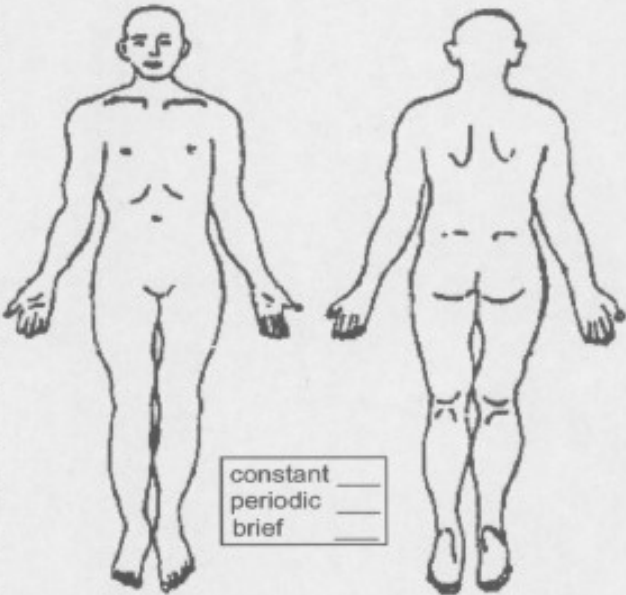
Analgesic(s) \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_ Time Given \_\_\_\_\_ am/pm

Analgesic Time Difference (hours): +4 +1 +2 +3

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M(S) \_\_\_\_\_ M(AE) \_\_\_\_\_ M(T) \_\_\_\_\_ PRI (T) \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

<p>1 flickering _____</p> <p>2 jumping _____</p> <p>3 pricking _____</p> <p>4 sharp _____</p> <p>5 pinching _____</p> <p>6 tugging _____</p> <p>7 hot _____</p> <p>8 tingling _____</p> <p>9 dull _____</p> <p>10 tender _____</p>	<p>11 tiring _____</p> <p>12 sickening _____</p> <p>13 fearful _____</p> <p>14 punishing _____</p> <p>15 wretched _____</p> <p>16 annoying _____</p> <p>17 spreading _____</p> <p>18 tight _____</p> <p>19 cool _____</p> <p>20 nagging _____</p> <p>0 no pain _____</p> <p>1 mild _____</p> <p>2 discomforting _____</p> <p>3 distressing _____</p> <p>4 horrible _____</p> <p>5 excruciating _____</p>	<p>quivering _____</p> <p>pulsing _____</p> <p>throbbing _____</p> <p>beating _____</p> <p>pounding _____</p> <p>flashing _____</p> <p>shooting _____</p> <p>boring _____</p> <p>drilling _____</p> <p>stabbing _____</p> <p>lancinating _____</p> <p>cutting _____</p> <p>lacerating _____</p> <p>pressing _____</p> <p>gnawing _____</p> <p>cramping _____</p> <p>crushing _____</p> <p>pulling _____</p> <p>wrenching _____</p> <p>burning _____</p> <p>scalding _____</p> <p>searing _____</p> <p>itchy _____</p> <p>smarting _____</p> <p>stinging _____</p> <p>sore _____</p> <p>hurting _____</p> <p>aching _____</p> <p>heavy _____</p> <p>taut _____</p> <p>rasping _____</p> <p>splitting _____</p>
--	--	---

PPI \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_



constant \_\_\_\_\_
periodic \_\_\_\_\_
brief \_\_\_\_\_

accompanying symptoms: _____ nausea _____ headache _____ dizziness _____ drowsiness _____ constipation _____ diarrhea _____ Comments: _____	Sleep: good _____ fitful _____ can't sleep _____ Comments: _____	Food intake: good _____ some _____ little _____ none _____ Comments: _____
Comments: _____	Activity: good _____ some _____ little _____ none _____	Comments: _____

Figure 2. Original McGill Pain Questionnaire proposed by Ronald Melzack (6).

Zdroj: SciELO.br, 2006

Dostupné z: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-64402006000400012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402006000400012)





Příloha E: Dotazník SCL-90

Item number	Description	Control ( <i>N</i> = 65)	ADHD ( <i>N</i> = 97)	<i>P</i>
2	Nervousness or shakiness inside	1.52	1.97	.03
9	Trouble remembering things	1.49	2.02	.008
11	Feeling easily annoyed or irritated	1.58	2.23	.002
24	Temper outbursts that you could not control	1.13	1.47	.14
28	Feeling blocked in getting things done	1.65	2.31	.002
55	Trouble concentrating	1.45	2.55	.0001
57	Feeling tense or keyed up	1.40	2.08	.002
74	Getting into frequent arguments	0.72	1.37	.002
78	Feeling so restless you couldn't sit still	1.08	1.75	.003

Zdroj: Researchgate

Dostupné z: [https://www.researchgate.net/figure/SCL-90-R-items-selected-for-the-ADHD-scale-and-meanitem-scores-for-ADHD-patients-and\\_tbl3\\_51975771](https://www.researchgate.net/figure/SCL-90-R-items-selected-for-the-ADHD-scale-and-meanitem-scores-for-ADHD-patients-and_tbl3_51975771)

**Příloha F: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence PAINAD**

<b>Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)</b>				
	0	1	2	počet bodů
<b>dýchání nezávisle na vokalizaci</b>	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
<b>bolestivá vokalizace</b>	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utržené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
<b>výraz obličeje</b>	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
<b>řeč těla</b>	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
<b>utěšování</b>	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
<b>součet</b>				

**Zdroj:** Klevetová, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí, 2010

**Dostupné z:** <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>