

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Dana Hrabáčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Péče o pacienta s bolestí – standardní operační postup

Dana Hrabáčková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana Hrabáčková**
Osobní číslo: **Z13304**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Péče o pacienta s bolestí - standardní operační postup**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

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

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

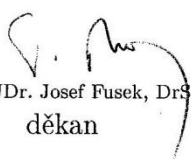
1. MOUREK, Jindřich. Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. ISBN 978-802-4739-182.
2. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
3. Kolektiv autorů. Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4
4. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
5. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2. vyd. Praha: Triton, 2013, 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.

Vedoucí bakalářské práce:



Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Moráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 5. 2016



Dana Hrabáčková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Kučerové, Ph.D. za trpělivost, cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o problematice bolesti. V teoretické části se zabývá fyziologií bolesti, jejími typy, seznamuje s možnostmi hodnocení bolesti, způsoby farmakologické i nefarmakologické léčby. Ve výzkumné části jsou vyhodnocena data získaná z dotazníkového šetření pacientů, které je zaměřené na jejich spokojenost s léčbou bolesti, používání hodnotících metod bolesti a využívání nefarmakologických metod tišení bolesti. Cílem bakalářské práce bylo vytvořit standard pro ošetřování pacienta s bolestí.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, analgetika, léčba, standard, audit

TITLE

The care of patient with pain – standard operating procedure

ANNOTATION

Bachelor thesis deals with the issue of pain. The theoretical part deals with the physiology of pain, its types, acquainted with the possibilities of pain assessment, pharmacological and non-pharmacological methods of treatment. In the research section there are analyzed data obtained from a questionnaire survey of patients, which is focused on their satisfaction with pain management, use of pain assessment methods and the use of non-pharmacological methods of pain relief. The aim of the thesis was to create a standard for treating patients with pain.

KEYWORDS

pain, analgesics, treatment, standard, audit

Obsah

ÚVOD	12
CÍL	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 BOLEST	14
1.1 Definice bolesti	14
1.2 Fyziologie bolesti	14
1.3 Druhy bolesti	14
1.3.1 Dělení bolesti podle délky trvání	14
1.3.2 Dělení bolesti podle její patofyziologie	15
1.3.3 Dělení bolesti podle jejího původu	16
1.4 Faktory, které ovlivňují bolest	16
1.5 Hodnocení bolesti	16
1.5.1 Nástroje pro hodnocení bolesti	17
1.6 Farmakologická léčba bolesti	18
1.6.1 Neopioidní analgetika	18
1.6.2 Nesteroidní antiflogistika	18
1.6.3 Opioidní analgetika	19
1.6.4 Nestandardně používané a adjuvantní léky	19
1.7 Nefarmakologická léčba bolesti	21
1.7.1 Fyzikální terapie	21
1.7.2 Alternativní a doplňková terapie	22
1.7.3 Psychoterapie bolesti	23
2 STANDARDNÍ OPERAČNÍ POSTUP	25
2.1 Definice standardu ve zdravotnictví	25
2.2 Historie standardů ve zdravotnictví	25
2.3 Pravidla pro vypracovávání standardů ve zdravotnictví	25
2.4 Akreditace a její význam	26
2.5 Provádění auditů a hodnocení kvality ošetrovatelské péče	26
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	28
3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
4 METODIKA VÝZKUMU	29
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	31
5.1 Dotazníkové šetření	31

5.2	Ošetrovatelská dokumentace.....	42
6	DISKUZE	43
7	ZÁVĚR	48
8	POUŽITÁ LITERATURA	50
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	53

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: Graf s přehledem respondentů dle věku.....	32
Obrázek 2: Graf s přehledem intenzity bolesti	35
Obrázek 3: Graf s přehledem doby do poskytnutí léčby tišící bolest	37
Obrázek 4: Graf s přehledem doby provedení kontroly, zda léčba zabrala	38
Obrázek 5: Graf s přehledem použité nefarmakologické metody tišení bolesti	40
Tabulka 1: Rozložení respondentů dle pohlaví.....	31
Tabulka 2: Přehled respondentů dle oddělení, na kterém byli léčeni	31
Tabulka 3: Přehled respondentů dle oddělení a věku	33
Tabulka 4: Přehled zjištění, zda pacient trpěl bolestí	33
Tabulka 5: Způsob zjišťování a hodnocení bolesti	34
Tabulka 6: Nejpříjemnější způsob hodnocení intenzity bolesti pro pacienty	34
Tabulka 7: Návštěva lékaře u pacienta s bolestí	35
Tabulka 8: Bolest v noci	36
Tabulka 9: Intenzita bolesti dle denní doby	36
Tabulka 10: Omezení denních aktivit z důvodu bolesti	37
Tabulka 11: Spokojenost se zhodnocením bolesti sestrami.....	38
Tabulka 12: Dotaz na vedlejší účinky po podání léků na bolest	39
Tabulka 13: Dotaz na výběr analgetické léčby	39
Tabulka 14: Nenabídnutí nefarmakologické léčby po odděleních	40
Tabulka 15: Množství léků na tišení bolesti dle pacienta	41
Tabulka 16: Spokojenost pacienta s léčbou bolesti	41

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CHEOPS	Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (Observační škála bolesti pro děti od 1 roku do 7 let)
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní sdružení pro studium bolesti)
JIP	Jednotka intenzivní péče
NIPS	Neonatal/Infant Pain Scale (Observační škála bolesti pro děti do 1 roku)
NRS	Numeric Rating Scale (Číselná hodnotící škála)
NSA	Nesteroidní antirevmatika
SAK	Spojená akreditační komise
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace
VAS	Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je péče o pacienta s bolestí – standardní operační postup. Zdravotníci se s bolestí pacientů setkávají denně, a proto je to aktuální téma. Přestože snaha ovlivňovat bolest je stará jako lidstvo samo, pacienti mnohdy trpí zbytečně, a to z mnoha důvodů, jimiž může být strach ze závislosti na analgetikách a opiátech nebo pocit, že pacient nedokáže své obtíže správně formulovat, či je ošetrovatelský personál nesprávně vyhodnotí, nebo že se bolest musí vydržet. Tato myšlenka může vzejít od pacientů, ale bohužel i od ošetrovatelského personálu či lékaře. Přítomnost bolesti může ovlivnit výsledky vyšetření i léčení, proto je nutné se této problematice věnovat a mít na paměti, co napsal McCaffery v roce 1983: „*bolest je to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí*“. (Trachtová, 2013, s. 125). Sledování bolesti a komunikace s pacientem s bolestí patří mezi priority ošetrovatelské péče. Nelékařský zdravotnický pracovník by měl být připraven využít znalostí v oblasti nefarmakologického tišení bolesti, využívání fyzikální terapie, bazální stimulace a dalších metod (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 243). V současné době existuje všeobecná snaha o zkvalitnění ošetrovatelské péče, a proto je věnována velká pozornost vytváření standardů ošetrovatelské péče, které odpovídají nejnovějším poznatkům a jsou neustále aktualizovány. Měly by pomoci lékařům i nelékařským pracovníkům se v této problematice orientovat, nastavit provádění kontrol a zjištěné nedostatky napravit. Proto jsou na ošetřující personál stále kladeny zvyšující se nároky na jeho vzdělání a komunikační schopnosti. Nemocnice vyžadují lékařský i nelékařský personál vysoce kvalifikovaný, usměvavý, pohodový, empatický a vždy ochotný pomoci. Jako výstup bakalářské práce je vypracován standard pro pacienty trpící bolestí (viz Příloha A, s. 54). Nemocnice, pro kterou je tento dokument vypracován, se v současné době připravuje na akreditaci Spojenou akreditační komisí. Pro získání akreditace je takový standard a jeho plnění podmínkou. Součástí standardu je kontrolní list auditu (viz Příloha B, s. 60).

CÍL

Hlavním cílem je zpracovat návrh standardu pro pacienta s bolestí, který bude vytvořen pro nemocnici oblastního typu. Součástí standardu budou hodnotící škály, které budou sloužit k posouzení bolesti. Záměrem vytvořeného návrhu standardu je zkvalitnění ošetrovatelské péče o tyto pacienty, a tak vytvořit obecný standard včetně kritérií pro audit, který se stane závazný pro všechna pracoviště nemocnice.

Dalšími dílčími cíli jsou:

Zjistit, zda jsou hospitalizovaní pacienti spokojeni s léčbou bolesti.

Zjistit, zda je poskytovaná analgetická terapie v nemocnici včasná a efektivní.

Zjistit, zda jsou v dostatečné míře využívány nefarmakologické prostředky.

Zjistit, zda se pacienti domnívají, že sestry jejich bolest adekvátně hodnotí a jak jim vyhovuje způsob, který sestry k vyhodnocování používají.

Zjistit, jakou intenzitu bolesti měli hospitalizovaní pacienti a v jakou denní dobu byla nejsilnější.

Zjistit, jakým způsobem sestry zapisují hodnocení bolesti do dokumentace pacienta, a jestli je zaznamenáván účinek analgetik.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

1.1 Definice bolesti

Podle WHO (World Health Organization) a Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) je bolest definována jako „nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní...“ (Sedlářová a kol., 2008, s. 119).

Tolerance bolesti záleží na faktorech fyziologicko-biologických, psychicko-duchovních, sociálně-kulturních i faktorech životního prostředí (Trachtová a kol., 2013, s. 125, 127).

1.2 Fyziologie bolesti

Nociceptory (nocisenzory) jsou speciální receptory citlivé na poranění v kůži, kloubech, svalech, v pojivové tkáni, ve stěnách vnitřních orgánů. Poranění mohou být fyzikální nebo chemická, mohou je způsobit též toxiny. Nociceptory se dělí na vysokoprahové, které umožňují vnímání tlaku, tahu a vibrací, dále na polymodální nocisenzory, které zajišťují vnímání bolestivé stimulace tepla a chladu, a vlastní nocisenzory, což jsou volná nervová zakončení, která slouží pro vnímání bolesti a začínají fungovat, když bolest zesílí nad určitou míru (Rokyta a kol., 2015, s. 564-565).

Nocicepce je neurologická reakce a reflexní odpověď, která je způsobena poškozením nebo možným poškozením tkáně. Fáze nocicepce jsou čtyři: transdukce, transmise, percepce a modulace (Rokyta a kol., 2015, s. 564-565).

1.3 Druhy bolesti

1.3.1 Dělení bolesti podle délky trvání

Akutní bolest

Akutní bolest je krátkodobá, která nepřekračuje tři měsíce a odpovídá vyvolávající příčině. Hovoříme o ní jako o fyziologické, smysluplné, protože plní své základní poslání ochránit organismus před poškozením. Je dobře ohraničená. Místo jejího výskytu odpovídá místu její příčiny (Hakl, 2013, s. 31-32).

Chronická bolest

Chronická bolest je dlouhodobá. Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí chronická svou smysluplnost, protože neplní obrannou funkci. Omezuje člověka v běžných aktivitách, ruší spánek, snižuje kvalitu života (Hakl, 2013, s. 32).

Průlomová bolest

Průlomová bolest je přechodné vzplanutí intenzivní bolesti, která přichází spontánně nebo je vyvolána předvídatelným nebo nepředvídatelným faktorem. Mezi ně patří například kašel, kýchnutí, pohyb a vyprazdňování. Obvykle nastupuje rychle, a to během několika minut. Mívá vysokou intenzitu (Sláma a kol., 2011, s. 42).

1.3.2 Dělení bolesti podle její patofyziologie

Nociceptivní bolest

Vzniká podrážděním nociceptorů zahrnujících nocisensory (volná nervová zakončení v tkáních, aktivují se pouze při bolestivé stimulaci). Podle umístění receptorů rozlišujeme somatickou a viscerální (Hakl, 2013, s. 33).

Neuropatická bolest

Je bolest vznikající na podkladě dysfunkce nervového systému. Dělíme ji na periferní neuropatickou bolest s jednostranně lokalizovanými neuropatiemi (postherpetická neuralgie, úžínové syndromy) a systémovými polyneuropatiemi (např. diabetická, toxická, alkoholová). Druhou skupinu tvoří centrální neurogenní bolest (např. stavy po centrální mozkové příhodě, míšní léze, sklerosis multiplex) (Slíva a kol., 2011, s. 10-11).

Dysautonomní bolest

Představuje komplexní regionální syndrom, který vzniká převážně jako následek úrazu nebo chirurgického zákroku. Důležitou roli hraje vegetativní systém, převážně sympatikus (Hakl, 2013, s. 34).

Psychogenní bolest

U této bolesti převažuje psychická komponenta. Vyskytuje se především u depresivních poruch a neuróz, nejčastější jsou bolesti břicha a zad (Hakl, 2013, s. 34).

Smíšená bolest

Je to stav, na kterém se podílí více druhů bolestí (Hakl, 2013, s. 34).

1.3.3 Dělení bolesti podle jejího původu

Onkologická bolest

Onkologická bolest vzniká v souvislosti s probíhajícím onkologickým onemocněním. Jedná se například o bolest způsobenou růstem nádorů, diagnostickými a terapeutickými postupy při léčbě (Hakl, 2013, s. 34).

Neonkologická bolest

Chronická neonkologická bolest je zastoupena nejvíce. Mezi nejčastější příčiny patří degenerativní postižení pohybového aparátu (Hakl, 2013, s. 35).

1.4 Faktory, které ovlivňují bolest

Fyziologicko-biologické faktory

Významným faktorem je věk, kdy např. děti vnímají bolest intenzivněji. Při vnímání bolesti dále záleží na konstituci těla, nemoci či pohlaví - ženy obvykle snášejí bolest lépe.

Psychicko-duchovní faktory

V této oblasti je podstatné, jaký význam pacient bolesti přikládá. To je závislé na osobnosti člověka. Extrovert se lépe vyrovnává s bolestí. Dalšími faktory jsou nálada, pocity – např. pocity méněcennosti umocňují vnímání bolesti, úzkost, strach, vztek, hostilis, frustrace.

Sociálně-kulturní faktory

Vnímání bolesti a odpověď na ni ovlivňuje také okolí jedince. Dobré mezilidské vztahy a příjemné sociální prostředí zvyšuje práh bolesti.

Faktory životního prostředí

Chlad, teplo, infračervené či ultrafialové záření, denní doba jsou dalšími faktory, které ovlivňují bolest. Je známo, že zvládání bolesti je ráno a v dopoledních hodinách snazší (Trachtová a kol., 2013, s. 125, 127).

1.5 Hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti je velmi důležité získání anamnézy od pacienta. Při rozhovoru se zaměřujeme na lokalizaci, propagaci, intenzitu a průběh bolesti, dále na vyvolávající a úlevové faktory. Všimáme si verbálních i neverbálních projevů. Mezi neverbální projevy patří grimasy obličeje, pohyby končetin, cukání, záškuby. Dalšími vegetativními projevy je pocení, bledost, zvracení, zrychlení pulsu a další. Mezi paralingvistické projevy bolesti patří

vzdechy, naříkání, pláč, sykání a další. (Trachtová a kol., 2013, s. 131-132; Rokyta a kol., 2009, s. 35)

Hodnocení bolesti podle charakteru: bodavá, kolikovitá, řezavá, pálivá, úporná, fantomová.

Veškeré informace je nutné důsledně zaznamenávat do dokumentace. (Adamus, 2010, s. 119; Rokyta a kol., 2009, s. 36)

1.5.1 Nástroje pro hodnocení bolesti

Mezi nejčastěji využívané patří:

Melzackova škála bolesti

Pacient hodnotí bolest verbálně kategoriemi: 0 - žádná, 1 - mírná, 2 - střední, 3 - silná, 4 - krutá, 5 - nesnesitelná.

Vizuální analogová škála (VAS)

Při užití této škály pacient vyznačí na úsečce nebo i na trojúhelníku bolest, která odpovídá skutečnosti. Začátek úsečky značí žádnou bolest a druhý konec nesnesitelnou bolest.

Číselná hodnotící škála (NRS)

Na úsečce od nuly do deseti pacient označí číslo, které nejvíce odpovídá jeho bolesti.

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

Tato škála se používá u dětí nebo lidí se zhoršenou schopností komunikace. Obličejové obrázky znázorňují stavy od pohody až po nejvyšší utrpení.

Všechny výše uvedené metody zachycují pouze subjektivní hodnocení bolesti pacientem (viz Příloha C, s. 61).

Další využívané metody jsou:

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

Pacient označí části těla, kde pociťuje bolest, a může označit i propagaci bolesti do jiných částí těla. Bolesti mohou být od sebe barevně odlišené (Vaňásek a kol., 2014, s. 12-14).

Observační škála bolesti pro děti do 1 roku (NIPS)

Pomocí této škály se hodnotí výraz obličejové, napětí mimických svalů, pláč nebo sténání, pravidelnost dýchání, svalová ztuhlost, pohyby končetin, neklid (Sedlářová a kol., 2008, s. 234). Tuto škálu lze použít i u dospělých nespolutracujících pacientů (viz Příloha D, s. 62).

Observační škála bolesti pro děti od 1 roku do 7 let (CHEOPS)

Zde je hodnocen pláč, výraz obličejové, co dítě říká, pohyb trupu, pohyb nohou a jakým způsobem se dítě dotýká rány (Sedlářová a kol., 2008, s. 232). Metoda pracuje s 6 kategoriemi chování v časových intervalech po 30 sekundách a zároveň sleduje jejich

intenzitu třístupňovou škálou. Při dosažení 8 bodů a více se usuzuje na bolest (viz Příloha E, s. 63).

1.6 Farmakologická léčba bolesti

Cílem léčby je snížit nebo odstranit bolest pacienta s minimálními vedlejšími účinky. Nedostatečná léčba bolesti je zdravotnický problém, který má dopad na kvalitu života chronicky nemocného pacienta (Rokyta a kol., 2009, s. 37,39).

Farmakologická léčba bolesti tvoří základ léčby. Třístupňový analgetický žebříček WHO je základní strategií léčby bolesti (viz Příloha F, s. 64). Současná strategie léčby klade výrazně větší důraz na intenzitu bolesti a její odezvu na zavedenou terapii (Hakl, 2013, s. 50).

1.6.1 Neopioidní analgetika

Paracetamol je analgetikum – antipyretikum bez antiflogistické aktivity. Má minimum vedlejších účinků, neovlivňuje výrazně krevní srážlivost ani u pacientů užívajících perorální antikoagulancia. Je určen na tlumení mírné až středně silné bolesti, lze použít i v kombinaci s dalšími látkami. Podává se perorálně, rektálně nebo intravenózně. Předávkování může vést k závažnému poškození jater. (Málek a kol., 2011, s. 38; Rokyta a kol., 2009, s. 99)

Metamizol je analgetikum – antipyretikum se spasmolytickým účinkem. Používá se v tabletové nebo injekční formě. Ve výjimečných případech se mohou objevit alergické reakce a agranulocytóza (Málek a kol., 2011, s. 40).

1.6.2 Nesteroidní antiflogistika

Též jsou označována jako nesteroidní antirevmatika – NSA. Jsou dnes nejrozšířenější skupinou v léčbě bolesti, především zánětlivé etiologie. V současné době jsou dostupná v různých lékových formách – tablety (též effervesence), sirupy, kapsle, náplasti, čípky, krémy a gely. Nejčastěji používané léky jsou Indometacin, Diclofenac a Ibuprofen. Blokáda enzymu cyklooxygenázy je základním mechanismem účinku. (Slíva, Doležal, 2009, s. 22; Rokyta a kol., 2009, s. 107)

NSA se nesmí podávat při přecitlivělosti na podanou látku nebo kyselinu acetylsalicylovou. Nelze aplikovat v době těhotenství a v období kojení. Dále pak nelze podávat u pacientů s poruchou koagulace, s žaludečním vředem, nebo pokud užívají Warfarin (Slíva, Doležal 2009, s. 23).

1.6.3 Opioidní analgetika

Slabé opioidy

Tramadol je ve formě injekční, perorální i rektální. Nevýhodou tohoto léku je výskyt nevolnosti, zvracení a závratí.

Kodein je slabé analgetikum přidávané do směsí. Nežádoucími účinky jsou změny nálad, závratě, nevolnost.

Dihydrokodein je podobný kodeinu, tlumí středně silné až velmi silné bolesti. Je dostupný jako perorální tablety s postupným uvolňováním. Vedlejší účinky jsou podobné jako u Kodeinu, tedy změny nálad, závratě, nevolnost.

Silné opioidy

Morfín se může používat ve formě perorální, injekční a může se podávat i epidurálně, subarachnoidálně a intraartikulárně.

Piritramid je podobný morfínu, ale liší se delší dobou účinku.

Petidin je opiát, který má vlastnosti i slabého lokálního anestetika. Podává se intramuskulárně, intravenózně a subkutánně.

Fentanyl je na trhu také v různých formách (injekční, nosní sprej, sublinguální a bukalní tablety).

Oxykodon je lék používaný v perorální formě s postupným uvolňováním.

Ostatní opioidní analgetika

Tapentadol tlumí hlavně akutní bolest a podává se perorálně. Ve formě s dlouhodobým uvolňováním je používán pro léčbu chronické bolesti.

Nežádoucí účinky u všech opioidů jsou především zácpa, někdy nevolnost a zvracení (při dlouhodobém užívání obvykle mizí), křeče žlučových a močových cest. Při dlouhodobém užívání hrozí riziko vzniku tolerance a závislosti (Málek a kol., 2011, s. 47-49).

1.6.4 Nestandardně používané a adjuvantní léky

Anestetika

Ketamin se v současné době používá jako analgosedace u bolestivých výkonů např. při bolestivých převazech. Mezi jeho vedlejší účinky patří halucinace, zvracení, nevolnost.

Lidokain je místní anestetikum a vede k bloádě sodíkových kanálů periferních nociceptorů. Nežádoucími účinky jsou ospalost, necitlivost jazyka a rtů, dezorientace a křeče, slabost.

Antiepileptika

Gabapentin je antiepileptikum používané i k léčbě periferní neuropatické bolesti. Mezi nežádoucí účinky patří hlavně kožní reakce jako otok rtů a obličeje či bolest břicha.

Pregabalin je antiepileptikum odvozené od Gabapentinu.

Alfa-2-sympatomimetika

Mají vlastní analgetický a sedativní účinek. Po použití se může projevit zvýšená únava, snížení psychické i fyzické výkonnosti a poškození jaterních funkcí.

Kortikoidy

Mají analgetický účinek, avšak s odloženým nástupem. Velmi často se používají k léčbě revmatologických onemocnění. Současně tlumí imunitní systém.

Antidepresiva

Aktivují adrenergní a serotoninové descendentní míšní dráhy a brání nociceptivní neurotransmisi (Melipramin, Seropram, Selegilin). Relativně častými nežádoucími účinky jsou sucho v ústech, zácpa, nadměrné pocení, zvýšení tělesné hmotnosti, bušení srdce.

Anxiolytika

Používají se k léčbě strachu a úzkosti (Neurol, Xanax, Diazepam). Po použití se často vyskytuje zmatenost, ztráta orientace, nechut' k jídlu.

Neuroleptika

Bývají využívány jako pomocné léky u bolestivých stavů spojených s neklidem (Tiapridal). Mezi vedlejší účinky patří strnulé držení horních končetin, maskovitý obličej, klidový třes, chůze o malých krůčcích, horší artikulace při řeči.

Centrální myorelaxancia

U bolestivých kontraktur a u centrálních bolestivých stavů se spasmolytika jsou používány centrální myorelaxancia (Baclofen), u kterých se velmi často vyskytuje útlum, ospalost či pocit zvracení.

Ostatní

Kapsaicin, což je rostlinný alkaloid, se používá v léčbě chronické bolesti a vyvolává dlouhodobé snížení počtu nocisenzorů. Aplikuje se ve formě sprejů nebo náplastí.

Dále pak vitamíny, laxativa, prokinetika, antiemetika, blokátory protonové pumpy (Málek a kol., 2011, s. 50-52).

1.7 Nefarmakologická léčba bolesti

Nefarmakologická léčba bolesti se většinou kombinuje s farmakologickou a zahrnuje celou škálu léčebných metod, které lze obecně rozdělit na fyzikální, alternativní a doplňkovou terapii a kognitivní a behaviorální terapii (Rehabilitace.info, 2013).

1.7.1 Fyzikální terapie

Imobilizace

Imobilizace znamená omezení pohybu jedné nebo i více částí těla. Provádí se pomocí ortéz, dlah, tapování, sádrování apod. Metoda se používá zejména u léčby zlomenin k dočasné úlevě od bolesti nebo u bolestí vzniklých nadměrným zatížením svalů, šlach a svalových úponů. Jejím hlavním rizikem je překročení vhodné doby imobilizace, což může vést k ankyloze kloubu nebo svalové atrofii. (Rehabilitace.info, 2013).

Místní aplikace tepla

Lokální působení tepla lze využít také k léčbě bolestivých degenerativních poruch pohybového aparátu. K aplikaci tepla je využíváno nejrůznějších prostředků, jako jsou termofory, elektrické podušky, hřejivé podušky pracující na bázi chemické reakce nebo prostředky zakoupené ve zdravotnických pomůckách. Je nutné dbát na bezpečnost pacienta a používat atestované nepoškozené pomůcky. Velmi vhodné jsou sáčky obsahující obilí nebo rašelinu, které se nechají zahřát v mikrovlnné troubě po dobu 2-3 minut. Další alternativou je použití hřejivé Koňské masti aplikované místně, zejména u bolesti zad.

Místní aplikace chladu

Aplikace chladu se používá u bolestivých stavů spojených s lokálním zánětem projevujícím se bolestivostí, zčervenáním a otokem (i-Centrum léčby bolesti, 2015).

Rehabilitační cvičení

Pozitivní vlivy rehabilitačních cvičení jsou zlepšení svalové síly a vytrvalosti, zlepšení držení těla, flexibilita kloubů a rozsah pohybu, zlepšují koordinaci a rovnováhu těla, vytváří svalovou sílu. V neposlední řadě poskytují pacientovi pocit, že má svoji bolest pod kontrolou, protože tolerance k bolesti se zvyšuje (Rehabilitace.info, 2013).

Velmi důležitou částí rehabilitace je pasivní cvičení a polohování pacienta. Pokud pacient zůstane několik hodin ve stejné poloze, dochází nejprve k bolestivému omezení pohybu kloubů a později vznikají kontraktury. Z důvodu bolesti se bude pacient v průběhu pasivní rehabilitace každému pohybu bránit, a tím začíná začarovaný kruh. Je možné tomu zabránit pravidelně prováděnou změnou polohy pacienta. V rámci polohování lze využívat metody

bazální stimulace (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 84). Při polohování je důležité vždy zohlednit komfort a autobiografický faktor, např. poloha „hnízdo“ poskytuje klientům poziční komfort a navazuje u nich příjemné pocity, uvolňuje spasmy a tlumí bolest (Friedlová, 2007, s. 93).

Hydroterapie

V hydroterapii je využíváno léčebných účinků vody obohacené minerálními látkami nebo plyny. Využívá se různých teplot vody. Hydroterapie má vliv na zlepšení krevního průtoku a metabolismu tkání či snížení vazomotorického tonu.

Tyto metody mohou přispět k léčbě bolesti. (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 169).

Vibrace

Jedná se o techniku, která účinkuje jako elektrická masáž. Může se používat 2x až 3x denně po dobu 15 minut. Zmírňuje bolest navozením necitlivosti léčené oblasti.

TENS

Transkutánní elektrická stimulace nervů se používá při akutní i chronické bolesti. Pomocí elektrogymnastiky posilujeme oslabené svaly, které pacient není schopen správně zapojit do pohybového stereotypu a kontrahovat (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 86).

1.7.2 Alternativní a doplňková terapie

Masáže

Jedná se o nejčastěji používanou techniku, která může působit na zmírnění bolesti prostřednictvím vrátkové bolesti a uvolněním endorfinů. Používá se k redukci stresu a k relaxaci. Má výrazný vliv na uvolnění svalových spasmů. Jsou založené na léčivém účinku doteku dlaní. Není důležité, jakou techniku masér právě zvolí, je však důležité, aby se člověk cítil příjemně a uvolněně (Rehabilitace.info, 2013).

Aromaterapie

Může být prováděna inhalací esenciálních olejů z různých rostlin, nebo je možné oleje aplikovat jemnou masáží, či je přidat do koupele. Mezi rostliny, které mají analgetický efekt, patří čajovník, levandule, rozmarýn, pelargonie, heřmánek, eukalyptus, bazalka (Rehabilitace.info, 2013).

Muzikoterapie

Využívá se rytmického zvuku k relaxaci a podpoře hojení. Zvukové vlny rozvíjí přirozený rytmus těla, snižují krevní tlak a puls a uvolňují endorfíny (Rehabilitace.info, 2013).

Akupunktura a akupresura

Akupunktura je čínská léčebná metoda založená na aplikaci speciálních jehel do 365 bodů lidského těla. Na podobném principu je založena akupresura, při které se působením tlaku ve čtrnácti meridiánech dostává do těla pacienta proud energie. Dochází ke stimulaci endorfinů, ovlivňuje hladinu neurotransmiterů, zvyšuje imunitu, pozitivním způsobem ovlivňuje cirkulaci krve (Rehabilitace.info, 2013).

Jóga

Pracuje s tělesnou a mentální energií. Mírní bolest, stres a úzkost, zlepšuje dýchání a posiluje motorické funkce. Patří mezi nejstarší postupy v podpoře zdraví (Rehabilitace.info, 2013).

1.7.3 Psychoterapie bolesti

Psychoterapie bolesti je snaha pozitivně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Bolest je doprovázena negativními emocemi jako např. úzkost, agrese, frustrace a deprese s projevy beznaděje. Všechny tyto emoce můžeme pozitivně ovlivnit.

Rozhovor

Základem je poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty. Důležitými body rozhovoru jsou dostatečná informovanost pacienta, maximální možná míra kontroly situace, projevení empatie, odpoutání pozornosti od bolesti. Pacient potřebuje ujištění o tom, že k tlumení bolesti budou použity všechny účinné prostředky, a že dostává všechny potřebné informace o dalším průběhu léčby (Trachtová a kol., 2013, s. 140).

Relaxace

Slouží k uvolnění psychosomatického napětí, odbourává úzkost, zabraňuje depresivní náladě, uvolňuje napjaté svaly a odvádí pozornost pacienta od jeho bolesti, tudíž umožňuje zvládnout problém. Existuje spousta relaxačních metod. Mezi nejjednodušší patří naučit se tzv. relaxační dýchání, což znamená dýchat břichem (Janáčková, 2008, s. 55).

Autogenní trénink

Jedná se o psychofyziologickou metodu, která spojuje autosugesci a systematickou koncentraci s uvolněním celkového napětí, a proto může i zmírnit bolest. Mezi tyto metody patří Jacobsonova progresivní relaxace, která je založena na systematickém napínání a uvolňování vybraných kosterních svalů. Cvičení dobře odstraňuje svalové napětí. Další metodou je Schultzův autogenní trénink, který využívá představivosti a autosugesce pro navození určitých tělesných stavů vedoucích k uvolnění organismu a mysli (návlek tíže,

nácvik tepla, regulace srdeční akce, úprava dechu, uvolnění břišních orgánů, cviky hlavy (Janáčková, 2008, s. 55).

Meditace

Odstraňuje stres, bolest a úzkost, podporuje imunitní funkce. Při meditaci dochází k zaměření pozornosti na jeden podnět – zvuk, obraz nebo rytmus vlastního dýchání (Janáčková, 2008, s. 55).

Biofeedback (biologická zpětná vazba)

Terapie je založena na monitorování osobních fyziologických funkcí (teplota, krevní tlak, tep, dýchání, pocení, svalové napětí). Pacient se učí ovlivňovat tyto funkce, a tím získává částečnou kontrolu nad svým tělem a tedy i bolestí (Rokyta a kol., 2009, s. 147).

Hypnóza

Hypnoterapie může být také efektivní metoda pro zvládnání stresu a úzkosti. Bývá též využívána při kontrole bolesti spojené např. s rakovinou, syndromu dráždivého tračníku apod. (Janáčková, 2008, s. 54).

2 STANDARDNÍ OPERAČNÍ POSTUP

2.1 Definice standardu ve zdravotnictví

Standard jsou normy pro poskytování zdravotní péče. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče, zajišťují pacientům kvalitu a bezpečí. Slouží jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Je využíván k podpoře zlepšování ošetrovatelské péče (Sestra, 2009).

Typy standardů:

- strukturální – stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky, např. vybavení. Umožňují dosahovat stanovenou kvalitu.
- procesuální – lze je rozdělit na standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a standardy ošetrovatelských činností. V rámci ošetrovatelského procesu mohou být zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy, např. vyprazdňování nebo vycházejí z onemocnění, např. péče o diabetika.
- výsledkové – týkají se celkového hodnocení kvality na určitém pracovišti (Sestra, 2009).

2.2 Historie standardů ve zdravotnictví

Historie ošetrovatelských standardů sahá až do období krymské války. Florence Nightingalová v tomto období sestavila první dochované standardy zaměřené na ošetrovatelský proces. Stanovila tak první indikátory kvality péče. Skupina amerických lékařů v 50. letech minulého století se pokusila sestavit standardizovanou péči, takže je můžeme považovat za autory prvních standardů péče, čímž byl položen základ k procesu, který nazýváme akreditací. Standardy jsou dodnes považovány za základ zdravotnické praxe v oblasti řízení kvality. První oficiální standardy vznikaly až později v USA, a to v 70. letech jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv pacientů. Tvorba standardů je výrazně ovlivňována podmínkami jak dané země, tak zdravotnického zařízení, ve kterém vzniká (Sestra, 2009).

2.3 Pravidla pro vypracovávání standardů ve zdravotnictví

Každý standard musí splňovat požadovanou normu týkající se jeho zaměření, závaznosti, cíle, kritérií, způsobu hodnocení a metodiky. Musí být odpovídající, pochopitelný, měřitelný, akceschopný, dosažitelný (Sestra, 2009).

2.4 Akreditace a její význam

Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení pracuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality. Akreditace je dobrovolná. Slouží ke zlepšení důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí, přispívá ke spokojenosti zaměstnanců, umožňuje argumentovat při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče. Zároveň zvyšuje spoluúčast pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče. Vytváří lepší podmínky pro respektování jejich práv a uspokojování potřeb (Joint Commission International, 2008, s. 9).

Jednou z oblastí akreditačního standardu „Diagnostická péče“ je vstupní vyšetření, jehož součástí je hodnocení bolesti. Při přijetí se hodnotí, zda má pacient bolesti. V případě přítomnosti bolesti se hodnotí intenzita, typ, lokalizace, frekvence a délka trvání. Vše se dokumentuje (SAK, 2013, s. 56).

V oblasti „Terapeutická péče“ je uvedeno, že nemocnice má zaveden účinný systém léčby bolesti. Cílem tohoto standardu je, aby nemocnice měla zavedený postup pro identifikaci pacientů s bolestí, poskytovala jim odpovídající léčbu, vedla stanovený postup pro edukaci pacientů a jejich blízkých, prováděla vzdělávání zaměstnanců v této problematice (SAK, 2013, s. 75).

2.5 Provádění auditů a hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Audit by měl kontrolovat, zda se postupuje podle příslušného standardu. Druhy auditů jsou:

- interní – vnitřní, které provádí vyškolení auditoři z řad zaměstnanců
- externí – provádí externí nezávislý auditor, který pracuje se záznamy organizace a se znalostmi zaměstnanců

Součástí externího auditu je šetření, které slouží k získání akreditace. Jedna z možností, jak toto šetření provádět, je metodika STOPAŘ.

STOPAŘ péče o konkrétního pacienta

Auditor sleduje veškerou péči poskytovanou u vybraného pacienta - např. podávání léků pacientovi, postup při předávání pacienta mezi jednotlivými pracovišti, plánování propuštění a další domácí péče.

STOPAŘ zaměřený na funkčnost jednotlivých systémů

V rámci nemocnice auditor sleduje procesy a systémy - např. jakým způsobem se pracuje s daty, nebo jakým způsobem je prováděna prevence a kontrola infekcí (Joint Commission International, 2008, s. 25-27).

Dalším způsobem, jak hodnotit kvalitu poskytované péče, je posouzení výsledků získaných z dotazníkových šetření od pacientů. Pacient hodnotí kvalitu zejména podle subjektivních kritérií, podle možnosti uspokojovat základní potřeby v době nemoci, podle empatie a všímavosti sestry k jeho bolesti a dalším problémům. Pacient si všímá způsobu komunikace a úpravy zevnějšku ošetřujícího personálu (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 242).

Nemocnice jsou úspěšné, pokud jsou pacienty hodnoceny kladně v otázkách týkajících se bolesti, způsobu komunikace či obecně přístupu ošetřovatelského personálu (HealthCare Institute, 2016).

V oblastní nemocnici, pro kterou je tvořen standard, jsou používány tyto dotazníky:

Kvalita očima pacientů (Hodnocení nemocnic, 2013)

Nejlepší nemocnice (HealthCare Institute, 2016)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jsou hospitalizovaní pacienti spokojeni s léčbou bolesti?
2. Je poskytovaná analgetická léčba včasná a efektivní?
3. Jsou v dostatečné míře využívány nefarmakologické prostředky tišení bolesti?
4. Domnívají se pacienti, že sestry jejich bolest hodnotí adekvátně a vyhovují jim metody, které sestry využívají?
5. Jakou intenzitu bolesti měli hospitalizovaní pacienti a v kterou denní dobu byla nejsilnější?
6. Jakým způsobem sestry zaznamenávají hodnocení bolesti do dokumentace pacienta?

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum formou anonymního dotazníkového šetření (viz Příloha G, s. 65). Když je dotazník anonymní, lidé se mnohem častěji účastní průzkumu a s větší pravděpodobností budou uvádět pravdu (Walker, 2013, s. 46, 57). Vlastnímu sestavování dotazníku předcházelo podrobné seznámení s problematikou a studium odborné literatury, která má úzký vztah k tomuto tématu. Je uvedena v přehledu použité literatury. Dále byly využity odborné konzultace s vedoucí bakalářské práce Mgr. Jany Kučerové Ph.D. Zahájení šetření předcházelo povolení provedení výzkumu u vedení nemocnice, který následně proběhl v době od začátku listopadu 2015 do konce ledna 2016.

V úvodu dotazníku byli respondenti informováni, k jakému účelu budou získaná data použita. První otázka dotazníku byla filtrační. Tím byli vyloučeni respondenti, kterých se problém netýkal. Další otázky byly uzavřené dichotomické a polytomické výběrové (Kutnohorská, 2009, s. 41-46). Poslední 21. otázka byla otevřená, kde respondent mohl vyjádřit svůj názor k dané problematice. Otázka číslo 16 byla převzata z používaného dotazníku Kvalita očima pacientů (Hodnocení nemocnic, 2013).

Pilotní studie byla prováděna na interním oddělení stanice A. Zde bylo rozdáno deset dotazníků. Následně bylo zjištěno, že v otázce číslo 15 chyběla jedna z možností (f – nebyla nabídnuta žádná možnost nefarmakologického zmírnění bolesti), která byla do dotazníku doplněna. Otázka číslo 13 týkající se zjištění informací o nežádoucích účincích po podání léků na zmírnění bolesti byla dodatečně zařazena, protože ve dvou vyplněných dotaznicích byla uvedena informace o nevolnosti pacienta po farmakologické terapii.

Dotazník byl dobrovolný. Pro zajištění anonymity bylo pacientům doporučeno odevzdávání dotazníků do uzamykatelných schránek, které jsou umístěny na každém oddělení a využívají se při provádění dalších dotazníkových šetření v rámci nemocnice. Dotazníkové šetření bylo prováděno v nemocnici oblastního typu. Do šetření byly zahrnuty stanice chirurgie A a B, interní A, B, C a JIP, oddělení neurologické a oddělení radiační a klinické onkologie. Dotazníky byly předány staničním nebo vrchním sestram, které byly požádány o spolupráci. Z důvodu co nejvyšší objektivity výsledků byly dotazníky vyplněny vždy před koncem hospitalizace. Na každou stanicí či oddělení bylo předáno 10 dotazníků, tedy celkem 80. Zpět se jich vrátilo 72, z toho 3 byly vyplněny pouze z části. Tyto byly vyřazeny. Dále bylo vyřazeno 7 dotazníků, kde na první otázku pacienti odpověděli záporně, a tudíž se k dalším otázkám nemohli vyjádřit. Výsledky v této práci vycházejí ze vzorku 62 dotazníků.

Dotazníkové šetření bylo dále během prosince 2015 a ledna 2016 doplněno studiem ošetrovatelské dokumentace, jehož cílem bylo zjištění, jakým způsobem jsou prováděny záznamy o bolesti pacienta a jak je zaznamenáván účinek analgetik. Studium ošetrovatelské dokumentace proběhlo na stejných odděleních jako dotazníkové šetření. Přestože by to bylo ideální, nebylo možné z důvodu zachování anonymity pacientů zúčastněných dotazníkového šetření prostudovat dokumentaci pacientů, od kterých byl získán vyplněný dotazník, aby mohlo být provedeno porovnání informací. Proto byly chorobopisy vybrány sestrami jednotlivých oddělení. Na každém oddělení byl poskytnut vzorek 10 chorobopisů pacientů, kteří měli během hospitalizace bolesti. Celkem bylo prostudováno 80 chorobopisů.

Pomocí programů Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007 byly dotazníky vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Dotazníkové šetření

Soubor respondentů

1. Pohlaví respondentů

Tabulka 1: Rozložení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žena	28	45,2
Muž	34	54,8
Celkem	62	100

V tabulce č. 1 je uveden celkový počet respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření a odpověděli na všechny otázky. Výzkumný soubor je tvořen 28 ženami a 34 muži.

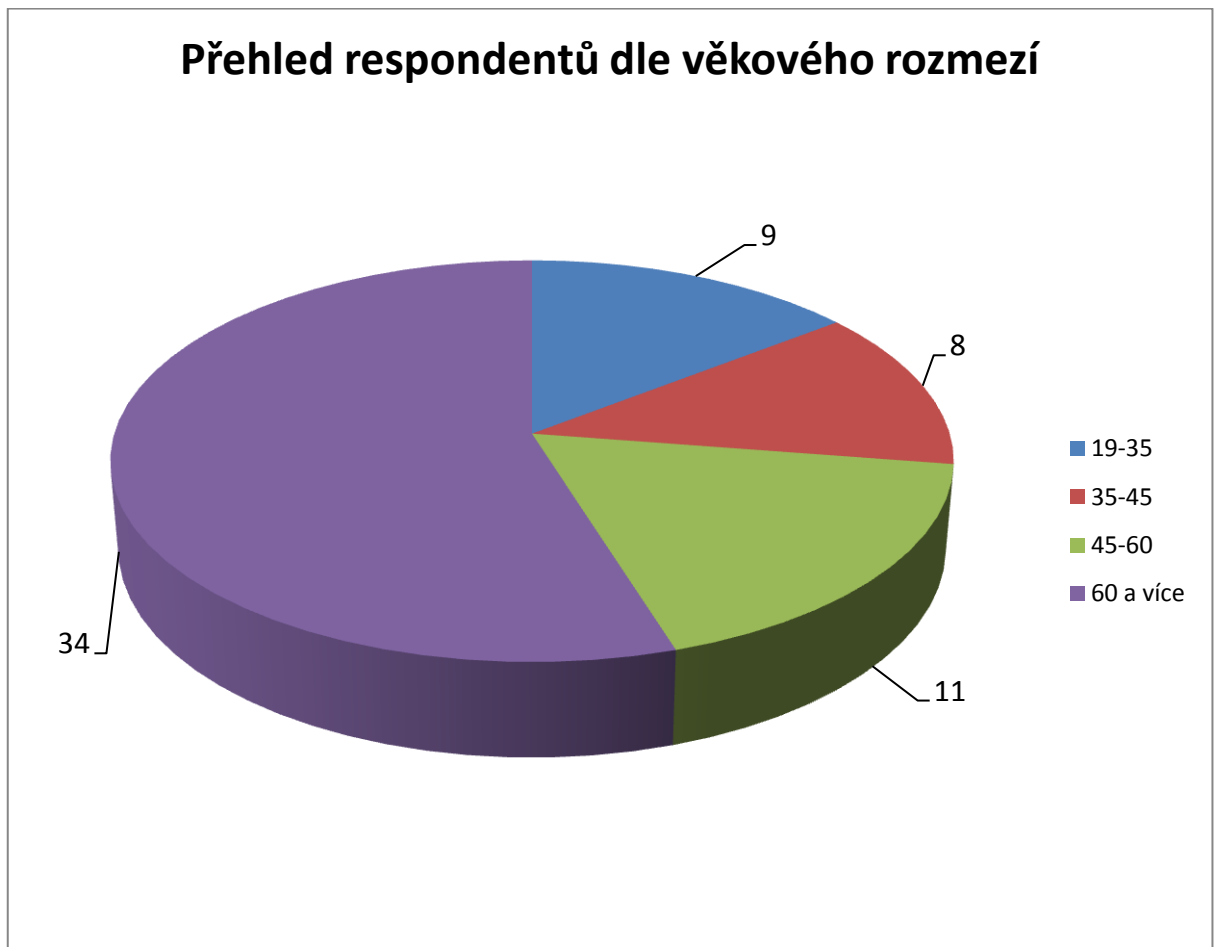
2. Respondenti dle oddělení

Tabulka 2: Přehled respondentů dle oddělení, na kterém byli léčeni

Název oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Radiační a klinická onkologie	8	12,9
Chirurgické oddělení	20	32,3
Interní oddělení	26	41,9
Neurologické oddělení	8	12,9

V tabulce č. 2 je uvedeno rozložení respondentů dle umístění na jednotlivých odděleních. Údaje korespondují s velikostmi jednotlivých oddělení.

3. Věk respondentů



Obrázek 1: Graf s přehledem respondentů dle věku

Na výsečovém grafu je jednoznačně vidět, že nejvíce respondentů je ve věku 60 let a více let. Celkem se jedná o 34 respondentů, což je 55 %, tedy nadpoloviční většina. Tuto hodnotu jsem předpokládala. Zároveň je zde zřejmé, že v ostatních rozmezích je četnost téměř shodná, tedy že se šetření zúčastnil nezanedbatelný počet pacientů v nízkém věku. Proto jsem se rozhodla provést srovnání zároveň dle oddělení. Výsledek porovnání je uveden v následujícím grafu.

4. Věk respondentů dle oddělení

Tabulka 3: Přehled respondentů dle oddělení a věku

Věk	Oddělení			
	RTO	Chirurgie	Interní	Neurologie
19-35	0	3	4	2
35-45	0	4	1	3
45-60	1	6	3	1
60 a více	7	7	18	2

Z tabulky č. 3 je zřejmé, že na otázky výzkumného šetření odpovědělo nejvíce respondentů starších šedesáti let hospitalizovaných na interním oddělení, tedy celkem 18. Na radiační a klinické onkologii se šetření nezúčastnil nikdo ve věku do 45 let, na interním oddělení byl počet respondentů v nízkém věku 19-35 shodný jako součet respondentů ve věku 35-45 let a 45-60 let.

Jednotlivé otázky

1. Ptala se sestra během hospitalizace, zda trpíte bolestí?

Tabulka 4: Přehled zjištění, zda pacient trpěl bolestí

Sestra se zeptala	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	62	100
NE	0	0

Z výsledků v tabulce č. 4 vyplývá, že se sestry všech respondentů zeptaly, zda během hospitalizace trpěli bolestí. Jedná se o pozitivní zjištění, ale jiný výsledek ani nebyl předpokládán.

2. Jaký způsob zjišťování a hodnocení bolesti sestra použila?

Tabulka 5: Způsob zjišťování a hodnocení bolesti

Způsob	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Škála od 1 do 10	19	30,6
Slovní hodnocení	43	69,4
Jiné	0	0

Podle údajů v tabulce č. 5 je vidět, že u 43 respondentů bylo při zjišťování a hodnocení bolesti použito slovní hodnocení (bolest mírná, střední, silná, krutá). U zbývajících 19 respondentů byla použita numerická škála od 1 do 10. Jiné způsoby nebyly použity.

3. Jaký způsob hodnocení intenzity bolesti je pro Vás nejpříjemnější?

Tabulka 6: Nejpříjemnější způsob hodnocení intenzity bolesti pro pacienty

Způsob	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Škála od 1 do 10	20	32,3
Slovní hodnocení	42	67,7
Kreslený výraz obličeje	0	0
Jiné	0	0

Zjištění v tabulce č. 6 popisuje, že nejpříjemnějším způsobem vyhodnocení intenzity bolesti bylo pro dotazované respondenty použití slovního hodnocení (bolest mírná, střední, silná, krutá). Konkrétně mělo o tento způsob zájem 42 respondentů. Celkem 20 dotazovaných upřednostňovalo numerickou škálu od 1 do 10. Vzhledem k věku všech respondentů je pochopitelné, že o využití kresleného výrazu obličeje nikdo neprojevil zájem. Stejně jako v předchozím dotazu nikdo z respondentů nenavrhl jiný způsob hodnocení bolesti.

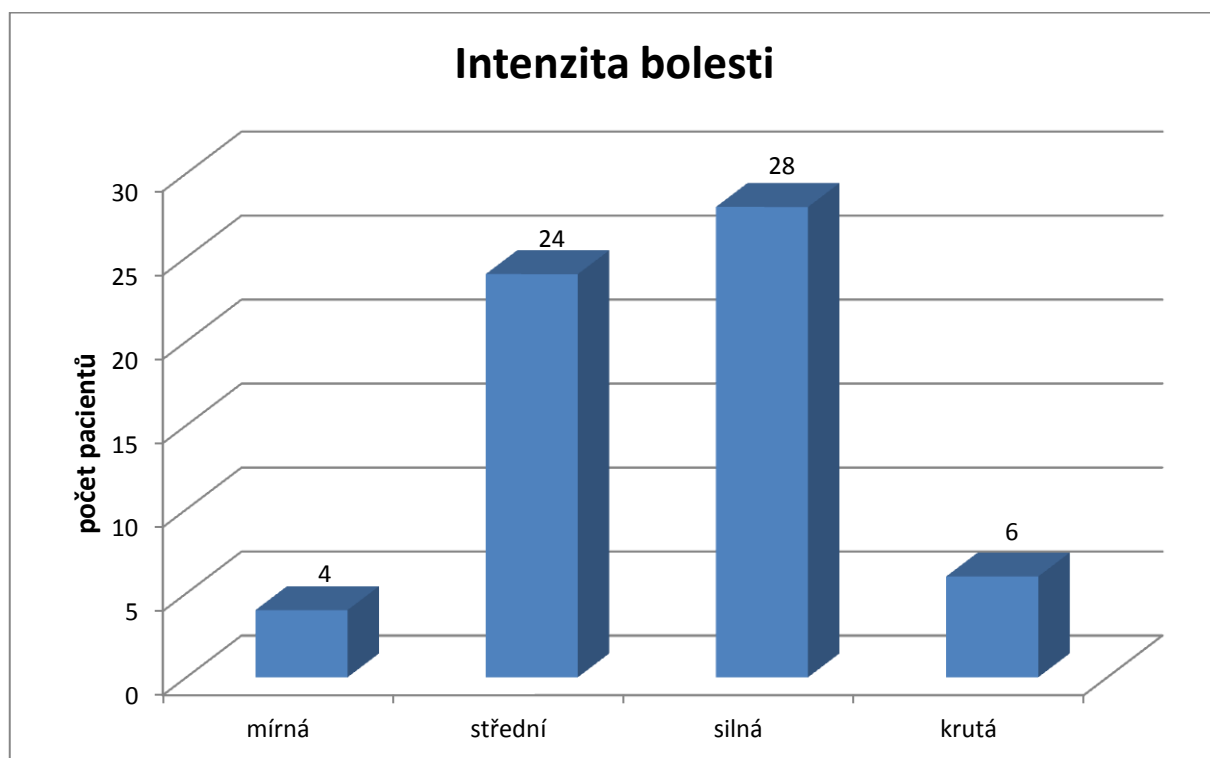
4. Navštívil Vás lékař na pokoji, když jste měl/a bolesti?

Tabulka 7: Návštěva lékaře u pacienta s bolestí

Návštěva	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	57	91,9
NE	5	8,1

Návštěva lékaře v době bolesti je hodnocena v tabulce č. 7. Z hodnot vyplývá, že lékař navštívil pacienta s bolestí v 91,9 % případů. V 8,1 % případů lékař pacient trpícího bolestí nenavštívil.

5. Jaké intenzity byly Vaše bolesti?



Obrázek 2: Graf s přehledem intenzity bolesti

Na sloupcovém grafu je vidět, že nejvíce tj. 28 respondentů mělo silnou bolest. Jako střední označilo svou bolest 24 respondentů, 6 jako krutou a 4 pouze jako mírnou.

6. Měl/a jste bolesti v noci?

Tabulka 8: Bolest v noci

Bolest v noci	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	39	62,9
NE	23	37,1

Zda pacienti měli bolesti v noci, je zhodnoceno v tabulce č. 8 a zde je vidět, že 39 respondentů (62,9 %) mělo bolesti v nočních hodinách. Zbýlých 23 respondentů (37,1 %) odpovědělo záporně, tudíž v nočních hodinách bolestmi během své hospitalizace netrpělo.

7. V kterou denní dobu byla intenzita nejvyšší?

Tabulka 9: Intenzita bolesti dle denní doby

Nejvyšší intenzita	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Dopoledne	18	29,0
Odpoledne	22	35,5
V noci	22	35,5

Z výzkumného vzorku vyplývá, že pacienti zaznamenali největší intenzitu bolesti v nočních a odpoledních hodinách. V obou případech to bylo 22 respondentů (35,5 %). Zbývajících 18 dotazovaných pacientů odpovědělo, že nejvíce trpěli bolestí v ranních hodinách.

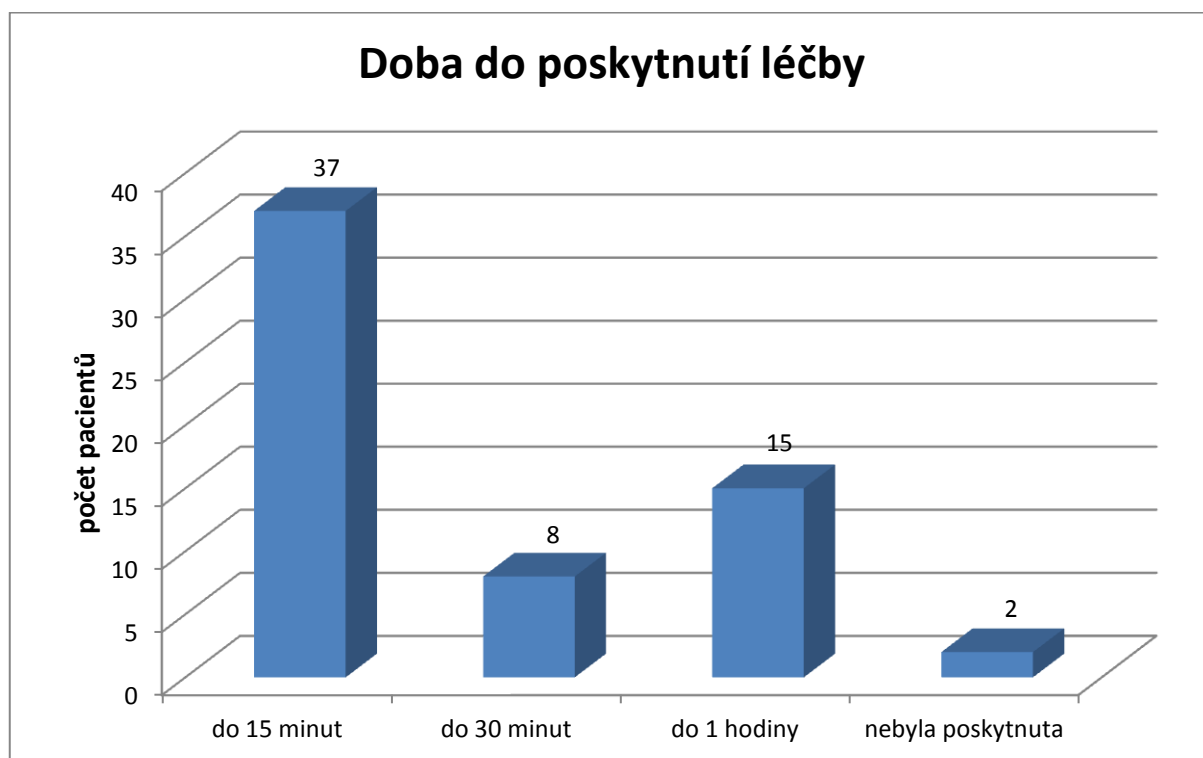
8. Omezovala Vás bolest v denních aktivitách?

Tabulka 10: Omezení denních aktivit z důvodu bolesti

Omezení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	50	80,6
NE	12	19,4

Omezení bolesti v denních aktivitách lze vyčíst z tabulky č. 10, kde je zřejmé, že 80,6 % respondentů bolest omezovala v denních aktivitách. Pouze 19,4 % pacientů uvedlo, že je bolest tímto způsobem neomezovala.

9. Za jak dlouho Vám byla poskytnuta léčba tišící bolest?



Obrázek 3: Graf s přehledem doby do poskytnutí léčby tišící bolest

Na sloupcovém grafu č. 3 lze vyčíst, že 37 respondentům byla poskytnuta léčba do 15 minut po udání bolesti, 15 respondentům do 1 hodiny, 8 respondentům do 30 minut a 2 nebyla poskytnuta vůbec žádná léčba, přestože pacienti sdělili ošetřujícím personálu svoji bolest.

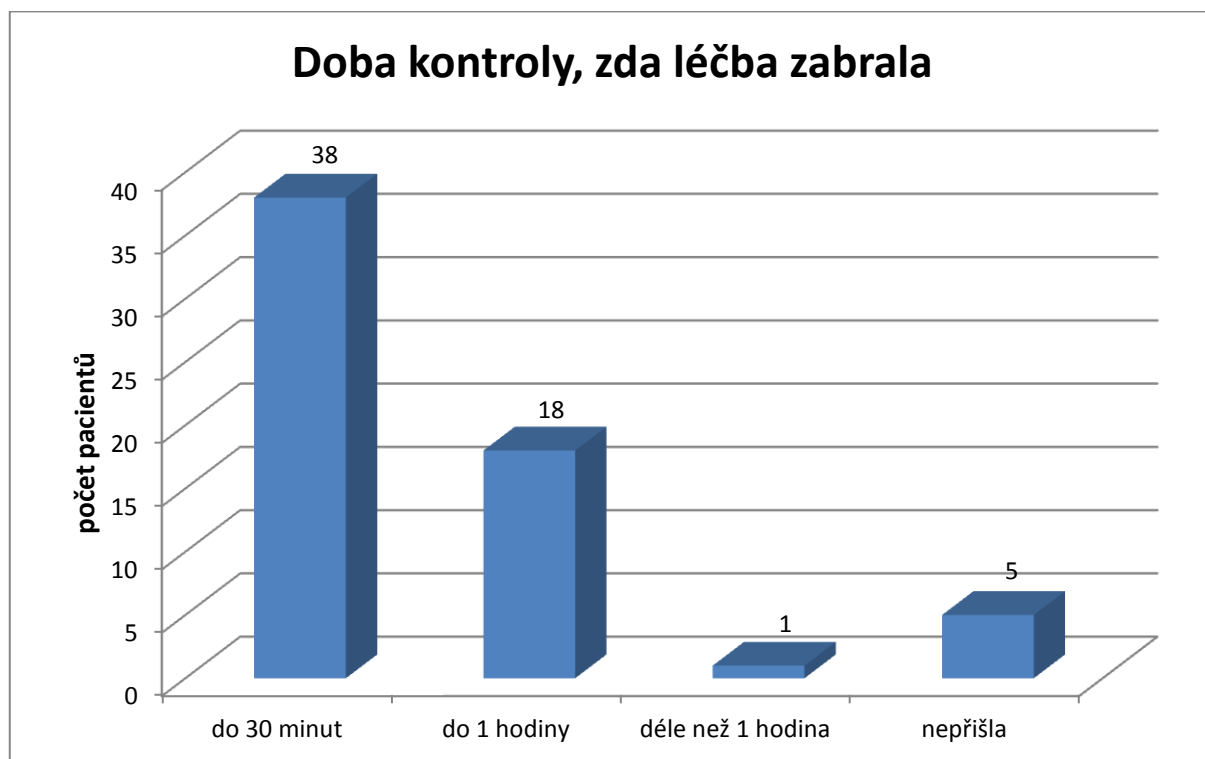
10. Domníváte se, že sestry zhodnotily Vaši bolest správně?

Tabulka 11: Spokojenost se zhodnocením bolesti sestrami

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	53	85,5
Spíše ano	9	14,5
Spíše ne	0	0
Ne	0	0

Z tabulky č. 11 je patrné, že 85,5 % bylo s hodnocením bolesti sestrami spokojeno a 14,5 % respondentů odpovědělo, že jsou spíše spokojeni. Ostatní možnosti žádný z respondentů neoznačil.

11. Za jak dlouho se přišla sestra zeptat, zda Vám léčba zabrala?



Obrázek 4: Graf s přehledem doby provedení kontroly, zda léčba zabrala

Podle grafu č. 4 uvedlo celkem 38 respondentů, že sestra přišla zkontrolovat účinek analgetik do 30 minut. U 18 respondentů tato kontrola proběhla do 1 hodiny. Pouze u 1 respondenta byla kontrola provedena za dobu delší než 1 hodina. Avšak celkem 5 respondentů odpovědělo, že sestra kontrolu vůbec neprovedla.

12. Zeptal se Vás lékař nebo sestra, jestli netrpíte vedlejšími účinky po podání léků na zmírnění bolesti (slabost, zvracení, zácpa apod.)?

Tabulka 12: Dotaz na vedlejší účinky po podání léků na bolest

Dotaz	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	52	83,9
NE	10	16,1

Výsledky v tabulce č. 12 ukazují, že v 52 případech se lékař nebo sestra informovali, zda pacient trpí po podání léků na zmírnění bolesti vedlejšími účinky. U 10 respondentů tato kontrola neproběhla.

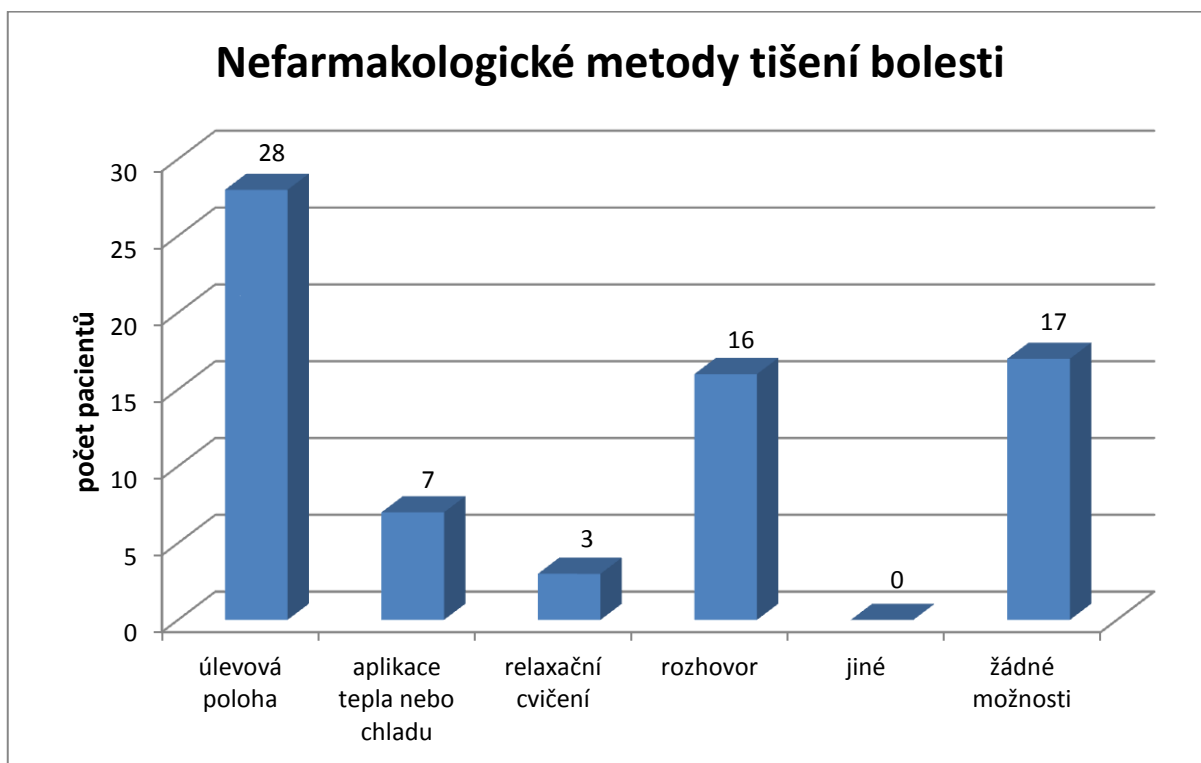
13. Umožnil Vám lékař výběr analgetické léčby tím, že se Vás zeptal, co Vám obvykle pomáhá a jaké formě léčiv dáváte přednost (tablety, injekce,...)?

Tabulka 13: Dotaz na výběr analgetické léčby

Dotaz	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	39	62,9
NE	23	37,1

Nabídku výběru analgetické léčby zpracovává tabulka č. 13, ze které vyplývá, že v 62,9 % byl respondentovi umožněn výběr analgetické léčby. U 37,1 % respondentů dotaz na upřednostňovanou formu a druh léčiv položen nebyl.

14. Vysvětlily Vám a využily sestry jiné možnosti zmírnění bolesti?



Obrázek 5: Graf s přehledem použité nefarmakologické metody tišení bolesti

U této otázky bylo možné označit více odpovědí, čehož někteří z respondentů využili. Celkem 28 respondentů uvedlo, že jim byla doporučena úlevová poloha, 17 respondentům nebyla nabídnuta žádná z možností, 16 respondentů využilo metodu rozhovoru, 7 aplikace tepla nebo chladu a 3 relaxační cvičení. Jiná z možností využita nebyla. Vzhledem k vysoké hodnotě případů, kdy nebyla nabídnuta žádná možnost, byly tyto odpovědi ještě dále roztrženy v následující tabulce č. 14 po jednotlivých odděleních.

Tabulka 14: Nenabídnutí nefarmakologické léčby po odděleních

Oddělení	Celkem respondentů	Respondenti bez nabídky metody
Radiační a klinická onkologie	8	2
Chirurgické oddělení	20	5
Interní oddělení	26	9
Neurologické oddělení	8	1

Nenabídnutí nefarmakologické léčby po odděleních je zpracováno v tabulce č. 14 a z šetření bylo zjištěno, že na interním oddělení nebyla nabídnuta nefarmakologická metoda tišení bolesti 9 respondentům, na radiační a klinické onkologii 2 respondentům, na chirurgickém oddělení 5 respondentům a na neurologickém oddělení 1 respondentovi.

15. Vezmeme-li v úvahu množství léků, které jste dostával/a na tišení bolesti, jaké množství léků jste dle Vašeho názoru dostával/a?

Tabulka 15: Množství léků na tišení bolesti dle pacienta

Množství	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Více než bylo třeba	0	0
Optimální	55	88,7
Méně než bylo třeba	2	3,2
Nepotřeboval/a jsem	3	4,9
Nevím	2	3,2

Potřebu a dostatečnost množství léků popisuje tabulka č. 15 a bylo vyhodnoceno, že 55 respondentům (88,7 %) byla poskytnuta optimální léčba tišení bolesti. Léčbu nepotřebovali 3 pacienti (4,9 %), 2 respondenti (3,2 %) se domnívali, že dostávali menší množství léků a 2 respondenti (3,2 %) to nedokázali posoudit.

16. Byl/a jste spokojen/a s léčbou bolesti?

Tabulka 16: Spokojenost pacienta s léčbou bolesti

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	46	74,2
Spíše ano	15	24,2
Spíše ne	1	1,6
Ne	0	0

Tabulka č. 16 prezentuje, že 46 respondentů (74,2 %) bylo spokojena s léčbou bolesti, 15 respondentů (24,2 %) bylo spíše spokojeno a 1 respondent (1,6 %) byl spíše nespokojen. Žádný z respondentů neuvedl nespokojenost.

17. Chtěl/a byste se k této problematice ještě nějak vyjádřit?

Poslední otázka byla otevřená. Respondenti dostali možnost sdělit jakoukoliv další informaci k dané problematice. K této otázce se vyjádřilo 6 respondentů, což je 9,7 % z celkového počtu vyhodnocovaných dotazníků.

Uvedená vyjádření:

- „*Velmi dobře odvedená práce.*“
- „*Jsem ráda za rychlou a kvalitní pomoc, za přístup sester i lékařů během hospitalizace.*“
- „*Jsem spokojen. Není co dodat.*“
- „*Byl jsem spokojen.*“
- „*Celkově vzato jsem byl spokojený.*“
- „*Byl jsem s ošetřením velmi spokojen.*“

Všechna vyjádření jsou kladná a zároveň je lze chápat jako poděkování zdravotnickému personálu.

5.2 Ošetřovatelská dokumentace

Ve všech 80 případech byla bolest pacientů vyhodnocena při přijetí, protože sestry využívají předtiskěný formulář Ošetřovatelská anamnéza, kde je použita stupnice od 1 do 10. V případě, že pacient trpěl bolestí, byla v ošetřovatelské dokumentaci tato diagnóza aktivována. Další oblastí, na kterou byl výzkum zaměřen, bylo hodnocení bolesti v průběhu hospitalizace. Zde již byly nalezeny jisté rozdíly a nedostatky. Ve většině chorobopisů bylo zaznamenáno slovní hodnocení „*pacient udává bolest (silná, krutá), podáno analgetikum, úleva mírná*“ nebo „*pacient pociťuje úlevu*“. V některých případech chyběl časový údaj, aplikace analgetik i kontroly účinku. Ve 12 případech nebyla v ošetřovatelské dokumentaci vyhodnocena ošetřovatelská diagnóza „*bolest*“. Není tedy známo, zda pacient bolest v době hospitalizace měl či nikoliv.

6 DISKUZE

Výzkum byl prováděn metodou dotazníkového šetření v nemocnici oblastního typu na oddělení interním, chirurgickém, neurologickém a radiační a klinické onkologii. Celkem bylo vyhodnoceno 62 dotazníků. Pro srovnání výsledků byly použity diplomové práce Lysoňkové a Novákové. Lysoňková se věnovala léčbě onkologicky nemocných pacientů. Dotazníků, které měla určeny pro skupinu ambulantních pacientů, bylo 110. Nováková si ve své diplomové práci zvolila téma akutní pooperační bolest. Dotazníky měla určeny pro sestry pracující na oddělení akutní medicíny. Celkem jich bylo vyhodnoceno 120.

Výzkumná otázka číslo 1: Jsou hospitalizovaní pacienti spokojeni s léčbou bolesti?

V dotazníkovém šetření vyjádřilo na otázku týkající se spokojenosti s léčbou bolesti 74,2 % respondentů spokojenost, 24,2 % odpovědělo, že jsou spíše spokojeni. Pouze jeden respondent (1,6 %) uvedl, že byl spíše nespokojen. Tyto výsledky lze považovat za velmi dobré zjištění.

Na otázku, jestli se respondenti domnívají, že dostávali optimální množství léků na utišení bolesti, odpovědělo kladně 88,7 % respondentů. Pouze dva respondenti (3,2 %) odpověděli, že dostávali léků méně, než bylo třeba. Tři respondenti (4,9 %) uvedli, že léky na bolest nepotřebovali. Dva respondenti (3,2 %) odpověděli, že neví. Tato otázka, jak už bylo uvedeno v kapitole Metodika výzkumu, byla převzata z dotazníkového šetření Kvalita očima pacientů. V roce 2015 na tuto otázku odpovědělo 74,3 % respondentů, že dostávají optimální dávku léků na bolest. Léky na bolest nepotřebovalo 20,3 % respondentů. V mém výzkumném šetření odpovědělo kladně větší procento respondentů, protože v anketě Kvalita očima pacientů 20,3 % respondentů uvedlo, že léky nepotřebovali. Rozdílné výsledky vycházejí z té skutečnosti, že se mého šetření zúčastnili pouze pacienti trpící bolestí.

Dalším faktorem, který může ovlivnit spokojenost pacientů, jsou nežádoucí účinky po podání analgetik. Lysoňková ve své diplomové práci uvádí, že až 46 % pacientů pociťuje některé z nežádoucích účinků po podání analgetik. Podle jejího výzkumu jsou to nejčastěji zažívací potíže a únava (Lysoňková, 2013, s. 56).

V mém výzkumu na otázku, zda pacienti po podání analgetik pociťují nežádoucí účinky analgetické léčby, 83,9 % respondentů odpovědělo, že se jich sestra nebo lékař na vedlejší účinky po podání léků zeptali. V současné době je k dispozici velké množství léků, které

tlumí bolest. Proto má lékař možnost vybrat vhodnější lék, který bude pacient lépe snášet, nebo může nasadit další léčiva, která tyto nežádoucí účinky analgetik pomáhají zvládnout, což jsou například antiemetika, laxativa a další.

Výzkumná otázka číslo 2: Je poskytovaná analgetická léčba včasná a efektivní?

V otázce, za jak dlouho byla pacientům poskytnuta léčba tišící bolest, celkem 37 respondentů (59,7 %) uvedlo, že jim byla poskytnuta do 15 minut. Dalších 15 respondentů (24,2 %) uvedlo, že jim léčba byla poskytnuta do 1 hodiny, a 8 respondentů (12,9 %) uvedlo dobu do 30 minut. Tyto výsledky nejsou zcela optimální, ale lze se domnívat, že dojde ke zlepšení po zavedení standardního postupu péče o pacienty s bolestí. Časová prodleva může být způsobena více faktory. Jako příklad mohu použít i osobní zkušenost se svým synem. Byl po operaci varikokély a velice brzy se u něj vyskytly zánětlivé komplikace. Kolaboval, byl hypotenzní. Když jsem se ho zpětně zeptala, jak by on hodnotil svoji bolest, označil ji číslem sedm, což znamená silnou bolest. Ale analgetikum dostal až po ultrazvukovém vyšetření, jenž proběhlo v jiné budově, a po vyšetření chirurgem, který přišel asi za hodinu od přijetí syna na oddělení, protože právě operoval. Dětský lékař čekal na jeho vyjádření, jestli syn nepůjde na operační revizi. Podání analgetik prý mohlo ovlivnit další léčebný postup. Ale Thomas Shewakramani uvádí, že u nemocných s bolestmi břicha před vyšetřením chirurgem se výraznější ovlivnění diagnostické rozvahy při podání analgetik neprokázalo. Naopak se potvrdilo, že uvážlivé použití krátkodobě působících analgetik zvýší pacientovu spolupráci a umožní podrobnější vyšetření (Thomas, Shewakramani, 2008, s. 53-54).

V otázce, za jak dlouho se sestra přišla zeptat, zda léčba účinkovala, 38 respondentů (61,3 %) odpovědělo, že přišla do 30 minut, 18 respondentů (29,0 %) odpovědělo, že přišla do jedné hodiny. Tady lze vidět určité rezervy a ošetřující personál by se měl v budoucnu více zaměřit na řešení této otázky a důsledněji kontrolovat, zda má jeho léčba požadovaný účinek, a je-li opravdu bolest pacienta léčena efektivně a zejména včas.

Výzkumná otázka číslo 3: Jsou v dostatečné míře využívány nefarmakologické prostředky tišení bolesti?

Dále byl výzkum zaměřen na využití nefarmakologické léčby bolesti. V otázce číslo 14 odpovídali respondenti, jaké možnosti nefarmakologické léčby jim byly nabídnuty. Jako úlevovou polohu uvedlo 28 respondentů (45,1 %). Rozhovor k tišení bolesti uvedlo 16 respondentů (25,8 %). Aplikaci chladu a tepla využilo 7 respondentů (11,3 %). Poměrně vysoký počet 17 respondentů (27,4 %) uvedlo, že jim nebyla nabídnuta žádná možnost. Vzhledem k vysoké hodnotě této odpovědi bylo zajímavé prozkoumat četnost na jednotlivých odděleních. Zklamáním byly výsledky interního oddělení, kde nebyla nabídnuta žádná možnost nefarmakologické léčby devíti respondentům z 26, kteří se šetření zúčastnili, což je 34,6 %. Vždyť použití nefarmakologických metod k tišení bolesti má minimum nežádoucích účinků a lze je využít téměř vždy, kdy se léčí bolest. Je vhodné je použít i jako doplněk farmakologické léčby bolesti a většina těchto metod nevyžaduje velké finanční náklady. Získané výsledky byly porovnány s výsledky Novákové, která uvedla jako nejčastěji používanou metodu léčby akutní bolesti dopomoc s vyhledáním úlevové polohy a to 45,37 %. V jejím šetření byly jako další nejčastější metody použity aplikace tepla či chladu (19,82 %) a odpoutání pozornosti (15,42 %). Z uvedených hodnot vyplývá, že v obou šetřeních byla zjištěna shodná relativní četnost využití úlevové polohy. V dalších dvou nejčastěji využívaných metodách se došlo k odlišným výsledkům, avšak součet jejich výskytu je téměř shodný.

Výzkumná otázka číslo 4: Domnívají se pacienti, že sestry jejich bolest hodnotí adekvátně a vyhovují jim metody, které sestry využívají?

Dle výsledků mého výzkumného vzorku všichni respondenti uvedli, že se jich sestra ptala během hospitalizace, jestli netrpí bolestí. Sestra použila slovní hodnocení při zjišťování bolesti u 69,4 % respondentů. U zbývajících 30,6 % respondentů použila sestra škálu od jedné do deseti. V další otázce pacienti označili jako nejpříjemnější a to v 67,7 % slovní hodnocení a škálu od jedné do deseti v 32,3 %. Z uvedených hodnot vyplývá, že jsou výsledky zjištění obou otázek téměř shodné. Lze tedy usuzovat, že pacientům vyhovoval způsob, jakým sestra zjišťovala bolest. V práci Novákové odpovídaly sestry, že nejčastěji používají vizuální analogovou škálu a to konkrétně v 40,4 % dotazů a dále pak v 31,4 % číselnou hodnotící

škálu. V 22,8 % dotazů je uvedeno použití škály obličejů bolesti a pouze v 2,3 % dotazů slovní hodnocení (Nováková, 2014, s. 64). Výsledky v obou šetřeních jsou významně odlišné. Hlavní příčinu je možné vidět v tom, že v nemocnici, ve které bylo šetření prováděno, nejsou některé z metod uvedených v práci Novákové prozatím využívány. Hlavním důvodem jsou chybějící pomůcky, proto bylo vhodné při sestavování standardu péče o pacienta s bolestí je vytvořit.

Celkem 85,5 % respondentů uvedlo, že jejich bolest sestry hodnotí správně. Zbývajících 14,5 % respondentů uvedlo, že jejich bolest sestry hodnotí spíše správně. Ostatní možnosti této otázky, které označovaly částečnou či úplnou nespokojenost s hodnocením bolesti sestrou, žádný z respondentů nevyužil. Výsledky tohoto šetření jsou pozitivní.

Vzhledem k typu bolesti není vždy nutné, aby pacienta navštívil též lékař. Jedná-li se o chronickou bolest, může mít sestra v dokumentaci uvedeno, jaké léky mají být pacientovi v případě vzniku bolesti aplikovány a lékař může být informován až dodatečně. V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že lékař navštívil na pokoji 91,9 % respondentů v době, kdy trpěly bolestí. V 8,1 % lékař návštěvu neuskutečnil.

Výzkumná otázka číslo 5: Jakou intenzitu bolesti měli hospitalizovaní pacienti a v jakou denní dobu byla nejsilnější?

Nejvíce respondentů tedy 28 (45,2 %) uvedlo silnou intenzitu bolesti, 24 respondentů (38,7 %) uvedlo střední intenzitu bolesti. Tyto hodnoty dle mého názoru ukazují, jak silné bolesti pacienta přivádějí do nemocnice, a zdravotníci jsou tu proto, aby mu pomohli. V otázce číslo 8 měli pacienti odpovědět, zda pociťovali bolesti v noci. Celkem 62,9 % respondentů odpovědělo kladně. V noci, když člověk nemůže spát, se všechny obtíže zdají být horší. Z toho vyplývá, že péče o kvalitní spánek je u všech hospitalizovaných pacientů důležitá priorita. Bolest ovlivňuje kvalitní spánek a kvalitní spánek ovlivňuje bolest (Trachtová, 2013, s. 127). V otázce číslo 7 respondenti uváděli, v jakou denní dobu byla intenzita bolesti nejvyšší. Shodný počet respondentů 35,5 % uvedlo za nejvyšší intenzitu bolesti odpoledne a noc. O něco méně respondentů 29 % uvedlo za nejvyšší intenzitu jejich bolest dopoledne. Ve své práci Lysoňková prezentovala, že nejvíce 23,1 % pacientů mělo bolesti během celého dne. Tuto možnost jsem ve svém dotazníku neuváděla. Nejvyšší bolest večer pociťovalo 19,7 % pacientů a 17,8 % v noci (Lysoňková, 2013, s. 47). Z obou šetření vyplynulo, že nejvyšší intenzitu bolesti pociťují pacienti v odpoledních a nočních hodinách.

Bolest omezuje v denních aktivitách 80,6 % pacientů. Číslo je velmi vysoké, proto je nezbytné věnovat se léčbě bolesti a naučit se využívat všech dostupných metod k jejímu zvládnutí.

Výzkumná otázka číslo 6: Jakým způsobem sestry zaznamenávají hodnocení bolesti do dokumentace pacienta?

V souladu s akreditačními standardy při vstupním vyšetření sestry ve všech prostudovaných ošetrovatelských dokumentacích vyplnily předtištěný formulář Ošetrovatelská anamnéza, kde je použita stupnice od 1 do 10. V případě, že pacient trpěl bolestí, byla v ošetrovatelské dokumentaci tato diagnóza aktivována. Bylo tedy důležité se zaměřit i na hodnocení bolesti v průběhu hospitalizace. Zde již byly nalezeny jisté rozdíly a nedostatky. Ve většině chorobopisů bylo popsáno slovní hodnocení „*pacient udává bolest (silná, krutá), podáno analgetikum, úleva mírná*“ nebo „*pacient pociťuje úlevu*“. V některých případech chyběl časový údaj, aplikace analgetik i kontroly účinku. Ve 12 případech nebyla v ošetrovatelské dokumentaci vyhodnocena ošetrovatelská diagnóza „*bolest*“. Není jasné, zda bolest u pacienta přetrvávala nebo nikoliv. Tyto nedostatky by měla vyřešit nová dokumentace, kde bude možné podrobně zaznamenávat průběh bolesti. V některých případech jsem se setkala s velmi špatně čitelným zápisem. Důležité pravidlo pro provádění zápisů do zdravotnické dokumentace uvádí, že „*zápis musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Je tedy nutné, aby zápis byl srozumitelný*“ (Vondráček, Wirthová, 2008, s. 15).

7 ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce bylo studium péče o pacienta s bolestí a vytvoření standardního operačního postupu. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je zpracována na základě prostudované literatury. První kapitola popisuje bolest. Jednotlivé podkapitoly se zabývají definicí bolesti, fyziologií, dělením bolesti, faktory ovlivňující bolest, hodnocením bolesti a farmakologickou a nefarmakologickou léčbou bolesti. Druhá kapitola se věnuje standardnímu operačnímu postupu. V podkapitolách je uvedena definice standardu ve zdravotnictví, historie standardu, pravidla jeho vypracovávání, dále popis akreditace a její význam a způsob provádění auditů. Materiály pro tvorbu bakalářské práce byly snadno dostupné a dostatečně srozumitelné. Výzkumná část byla zpracována na podkladě kvantitativního průzkumu formou nestandardizovaného dotazníku. V této bakalářské práci jsou prezentovány výsledky analýzy dotazníkového šetření prováděného v nemocnici oblastního typu.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zpracování návrhu standardu pro pacienta s bolestí, který bude tvořen pro nemocnici oblastního typu. Součástí standardu jsou hodnotící škály, které slouží k posouzení bolesti. Záměrem vytvořeného návrhu standardu je zkvalitnit ošetrovatelskou péči o tyto pacienty a tak vytvořit obecný standard včetně kritérií pro audit, který se stane závazný pro všechna pracoviště nemocnice.

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že více než dvě třetiny pacientů jsou spokojeny s léčbou bolesti. S tímto výsledkem je možné vyjádřit spokojenost, ale odpovědi na další otázku nejsou již tak pozitivní. Téměř 60 % respondentů uvedlo, že jim byla poskytnuta léčba tišící bolest do 15 minut od udání bolesti, ale zároveň 24 % respondentů označilo variantu do jedné hodiny, což není dostatečné. Je pravdou, že by personál měl reagovat rychleji. Toto je jeden z důvodů, proč musí mít nemocnice funkční standard pro pacienty s bolestí. Dalším negativním zjištěním bylo to, že se v nemocnici, ve které šetření proběhlo, poměrně málo využívají nefarmakologické metody, což je velká škoda. Jak již bylo uvedeno v diskuzi, většina těchto metod nemá téměř žádné nežádoucí účinky a zároveň je spojena s minimálními finančními náklady. Proto je důležité se na tuto oblast v budoucnu zaměřit, zajistit dostatečné zaškolení ošetřujícího personálu a nefarmakologické metody tišení bolesti využívat v maximální možné míře.

Další výzkumná otázka byla zaměřena na způsob, jakým sestry hodnotí bolest, a jestli jsou pacienti s tímto hodnocením spokojeni. Velká většina respondentů se domnívala, že jejich bolest sestry hodnotily správně. Dále z dotazníku vyplynulo, že nejvíce využívané hodnocení

je slovní a číselná škála od jedné do deseti. Tyto dvě metody jsou součástí navrhovaného standardu. Ty jsou dále doplněny o obličejovou škálu, která bude využívána pro dětské pacienty.

Následující výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění intenzity bolesti hospitalizovaných pacientů. Respondenti uváděli střední a silnou intenzitu bolesti, což je zřejmé, protože většina nemocí je provázena bolestí a velká bolest pacienta přivádí do nemocnice. Mírné bolesti dokážou lidé zvládnout doma pomocí nefarmakologických metod nebo běžně dostupných analgetik. Překvapením není ani to, že nejvyšší intenzitu bolesti mají pacienti večer a v noci, protože tma a samota zvyšuje citlivost na bolest.

Poslední pátá výzkumná otázka byla zaměřena na problematiku zaznamenávání bolesti do ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem k tomu, že zatím sestry v již zmíněné nemocnici nemají k dispozici formulář na sledování bolesti, vše zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Ve většině zápisů byla nalezena slovní hodnocení. Použití číselné škály od jedné do deseti využívají sestry ve vstupní ošetrovatelské anamnéze na předtištěném formuláři.

Přestože výsledek šetření ukázal, že velká většina pacientů výzkumného vzorku této bakalářské práce byla s léčbou bolesti spokojena, zároveň otevřel prostor pro možnosti zlepšení. Nároky na ošetrovatelskou péči se stále zvyšují a je snaha neustále zlepšovat kvalitu péče poskytované sestrami. Zcela určitě do této oblasti patří i péče o pacienta trpícího bolestí. Utrpení, strach, bezmoc, to vše pacient v nemocničním prostředí prožívá. Zmíněné faktory mají významný vliv na vnímání bolesti. Sestra je osobou, která vše může změnit svou péčí, lidským přístupem a svými znalostmi. Velmi důležité je, aby si sestry uvědomily, jak důležitou úlohu v této problematice zastávají. Proto je důležité se této problematice věnovat i nadále.

8 POUŽITÁ LITERATURA

KNIHY

1. **ADAMUS, Milan.** *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. **FRIEDLOVÁ, Karolína.** *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. **HAKL, Marek.** *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů.* 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.
4. **JANÁČKOVÁ, Laura.** *Základy zdravotnické psychologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
5. **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL.** *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.* 3. vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
6. **KUTNOHORSKÁ, Jana.** *Výzkum v ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. **LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela.** *Rehabilitace pacientů v kómatu.* 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 116 s. ISBN 978-80-7262-761-5.
8. **MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kol.** *Léčba pooperační bolesti.* 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 153 s. ISBN 978-80-204-2453-2.
9. **PODĚBRADSKÝ, Jiří, Radana PODĚBRADSKÁ.** *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
10. **PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK.** *Etika a komunikace v medicíně.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
11. **ROKYTA, Richard a kol.** *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
12. **ROKYTA, Richard a kol.** *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
13. **SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol.** *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
14. **SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína pro praxi.* 2. vyd. Praha: Galén, 2011, 362 s. ISBN 978-80-7262-871-1.
15. **SLÍVA, Jiří, Jiří KOZÁK a Rudolf ČERNÝ.** *Farmakoterapie neuropatické bolesti: průvodce ošetrujícího lékaře.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 62 s. ISBN 978-80-7345-242-1.

16. **SLÍVA, Jiří, Tomáš DOLEŽAL.** *Farmakologie bolesti*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 62 s. ISBN 978-80-7345-182-0.
17. **SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE.** *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: TIGIS, 2013, 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
18. **TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
19. **VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ.** *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
20. **VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta Wirthová.** *Sestra a její dokumentace: Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
21. **WALKER, Ian.** *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 218 s. ISBN 978-80-247-3920-5.

PERIODIKA

1. **THOMAS, Stephen H., Sanjay Shewakramani.** Prehospital trauma analgesia. *The Journal of Emergency Medicine*. Elsevier: 2008, roč. 1, č. 35, s. 47-57. ISSN 0736-4679.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. **HEALTHCARE INSTITUTE.** *Nejlepší nemocnice*. [online]. 2016 [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <<http://www.hc-institute.org/cz/>>
2. **HODNOCENÍ NEMOCNIC.** *Kvalita očima pacientů* [online]. 2013 [cit. 2016-01-17]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/Priloha_1a_Dotaznik_KOP_2013_H-02_nemocnice.pdf>
3. **i-CENTRUM LÉČBY BOLESTI.** *Metody* [online]. 2015 [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <<http://www.i-clb.cz/cs/lecba-bolesti/metody/>>
4. **REHABILITACE.INFO.** *Zázračná akupunktura*. [online]. 2013 [cit. 2015-11-21]. Dostupné z: <<http://www.rehabilitace.info/zdravotni/zazracna-akupunktura/>>
5. **REHABILITACE.INFO.** *Nefarmakologická léčba bolesti*. [online]. 2013 [cit. 2015-11-21]. Dostupné z: <<http://www.rehabilitace.info/bolesti-2/nefarmakologicka-lecba-bolesti/>>

6. **SESTRA.** *Standardy ošetrovateľskej péče podľa Donabediána.* [online]. 2009 [cit. 2015-11-21]. Dostupné z:
<<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/standardy-osevovatske-pece-podle-donabediana-444784>>

AKADEMICKÉ PRÁCE

1. **Nováková, Lucie.** *Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně.* Brno, 2014, 141 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová. Dostupné z:
<http://is.muni.cz/th/416700/lf_m/Akutni_pooperaalni_bolest_v_intenzivni_medicine_Lucie_Novakova.pdf>
2. **Lysoňková, Klára.** *Nádorová bolest a léčebné postupy.* Pardubice, 2013, 83 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc. Dostupné z:
<https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/51922/LysonkovaK_NadorovaBolest_JF_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - <i>Standard péče o pacienta s bolestí</i>	54
Příloha B - <i>Kontrolní list auditu</i>	60
Příloha C - <i>Hodnocení bolesti</i>	61
Příloha D - <i>Škála bolesti pro děti do jednoho roku (NIPS)</i>	62
Příloha E - <i>Škála bolesti pro děti od jednoho roku do sedmi let (CHEOPS)</i>	63
Příloha F - <i>Třístupňový analgetický žebříček WHO</i>	64
Příloha G - <i>Dotazníkové šetření</i>	65

Příloha A - *Standard péče o pacienta s bolestí*

Standard
PÉČE O PACIENTA S BOLESTÍ

Určeno pro:	Lékaři a NLZP
Číslo předpisu:	Verze č.: 1
Počet stran:	Počet příloh:
Tímto předpisem se ruší:	

	Jméno, příjmení	Datum	Podpis
Zpracoval:	Dana Hrabáčková	25. 4. 2016	
Přezkoumal:	Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.		
Schválil:			
Účinnost od:		Účinnost do:	

1. Definice:

Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní.

Akutní bolest je signál nemoci. Ukazuje na narušení integrity organismu. Trvá dny až týdny. K akutní bolesti řadíme i pooperační bolest.

Chronická nenádorová bolest je tělesná nebo útrobní bolest trvající déle než 3 - 6 měsíců.

Nádorová bolest je jeden z nejzávažnějších projevů nádorového onemocnění. Bolest zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života nemocného.

2. Účel:

Standard stanovuje postup při diagnostice, sledování, léčbě a hodnocení jeho účinnosti při bolesti pacientů a vedení zdravotnické dokumentace.

3. Cíl:

U bolesti bude sledován typ bolesti, intenzita, lokalizace, frekvence a délka trvání s cílem poskytnout pacientovi adekvátní analgetickou léčbu ke zmírnění bolesti.

4. Zkratky:

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

VAS – vizuální analogová škála

NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) – tabulka, škála pro děti do jednoho roku, lze ji také využít pro nespolupracující pacienty či pacienty v bezvědomí

CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain) – stupnice vhodná pro děti od 1 roku do 7 let

5. Kompetence:

Zdravotnický personál aktivně hodnotí bolest, lékař ordinuje terapii bolesti, která je na základě toho podána pacientovi. Lékař i NLZP provádějí záznam do zdravotní dokumentace.

Lékař i NLZP aktivně využívají nefarmakologické způsoby tlumení bolesti.

6. Související dokumenty:

Zdravotnická dokumentace – chorobopis, ošetřovatelská dokumentace.

7. Vlastní provedení

Kontrola totožnosti pacienta.

8. Vstupní hodnocení bolesti

Vstupní hodnocení bolesti je součástí příjmového lékařského vyšetření.

Hodnotí se typ bolesti, intenzita, lokalizace, frekvence a délka trvání.

Pacienti jsou poučeni lékařem i NLZP v rámci jejich kompetencí o důležitosti informovat zdravotnický personál o své bolesti během hospitalizace.

Pacientům a jejich blízkým je poskytnuta edukace o bolesti a její léčbě.

9. Hodnocení akutní bolesti v průběhu hospitalizace

9.1. Postup pro lékaře

Hodnotí se typ bolesti, intenzita, lokalizace, frekvence a délka trvání.

U hospitalizovaných pacientů s akutní bolestí je bolest hodnocena v rámci vizity nejméně jednou denně do dekurzu zápisem: „subjektivně:“, je využita analogová škála VAS.

Při zjištění bolesti (kterýmkoli zdravotnickým pracovníkem) u nemocných s intenzitou VAS 3 a více bodů musí lékař do 30 minut rozhodnout o dalším postupu v léčbě bolesti, včetně jejího sledování. O všem provede zápis do dokumentace.

Lékař ordinuje terapii dle žebříčku WHO.

9.2. Postup pro nelékařský zdravotnický personál

Sledování typu, intenzity, lokalizace, frekvence a délky trvání bolesti provádí ošetřující NLZP u všech pacientů 2x za směnu nebo dle ordinace lékaře. Udává-li pacient bolest, NLZP informuje lékaře a aktivizuje příslušnou ošetřovatelskou diagnózu v plánu ošetřovatelské péče. NLZP hodnotí v ošetřovatelské dokumentaci. Hodnocení intenzity bolesti lze provádět verbálně nebo neverbálně. Verbální hodnocení se provádí podle stupnice Melzackovy škály: 0 - žádná, 1 - mírná, 2 - střední, 3 - silná, 4 - krutá, 5 - nesnesitelná. K neverbálnímu hodnocení intenzity bolesti se využívá vizuální analogová škála - VAS. Pacient označuje intenzitu bolesti na úsečce, kde krajní body označují stav úplně bez bolesti (levý krajní bod 0) a stav maximální bolesti, kterou si pacient dokáže představit (pravý krajní bod 10). NLZP aplikuje analgetika dle ordinace lékaře. Měl by zhodnotit účinek podaného analgetika do 3 až 60 minut po podání dle způsobu aplikace. Pokud je reakce na podanou terapii nedostatečná, lékař je vždy informován. Pokud NLZP nepodá analgetikum dle ordinace lékaře (např. pacient odmítne), zapíše důvod do ošetřovatelské dokumentace. NLZP sleduje u pacienta verbální i neverbální projevy bolesti. Zhodnotí bolest a provede zápis do ošetřovatelské dokumentace. NLZP využije ke zmírnění bolesti nefarmakologické metody: úpravu polohy pacienta, aplikace tepla a chladu, dechová cvičení, rehabilitační polohovací pomůcky, masáže apod. Zapíše užití těchto metod do realizace ošetřovatelského plánu a sleduje jejich účinnost. Sleduje projevy nežádoucích účinků analgetické léčby (např. spavost, nauzea, zácpa). NLZP ukončuje monitoring bolesti v ošetřovatelské dokumentaci v případě VAS 0 (pacient je bez

bolesti minimálně 12 hodin), zároveň ukončuje příslušnou ošetrovatelskou diagnózu v plánu ošetrovatelské péče.

10. Pacient v bezvědomí.

Jako pomůcku k hodnocení bolesti lze využít škálu NIPS, která je primárně vytvořena pro děti do jednoho roku. Pomocí této škály se hodnotí výraz obličeje, napětí mimických svalů, pláč nebo sténání, pravidelnost dýchání, svalová ztuhlost, pohyby končetin, neklid či hledání úlevové polohy. U těchto pacientů je možné se řídit dalšími vegetativními projevy jako je pocení, mydriáza, tachykardie, arytmie, vzestup krevního tlaku, zpomalení nebo naopak zrychlení peristaltiky žaludku a střev, zvracení, secernace slz, vazomotorické změny v obličeji jako je zčervenání či zblednutí. Při velké bolesti mohou povolit i sfinktery.

11. Specifika přístupu k dítěti s bolestí

Při hodnocení intenzity bolesti u dítěte se použije hodnotící škála pro danou věkovou kategorii. U dětí do jednoho roku se použije škála NIPS. Dále se využívá metody CHEOPS, která pracuje s 6 kategoriemi chování v časových intervalech po 30 sekundách a zároveň sleduje jejich intenzitu třístupňovou škálou. Posuzuje se pláč, výraz obličeje, co dítě říká, poloha nohou, pohyb trupu a dotyk. Při dosažení 8 bodů a více se usuzuje na bolest. Škála CHEOPS se využívá pro děti od 1 do 7 let. U mladších dětí lze použít VAS s různými výrazy obličejů a u starších dětí VAS s čísly.

Důležité je zajistit přítomnost rodičů, kteří mohou podle pláče posoudit, zda dítě bolest má nebo pláče z jiných důvodů.

Dítěti je podle věku a jejich zákonným zástupcům poskytnuta edukace o bolesti a její léčbě.

Je důležité sledovat i další neverbální projevy bolesti.

12. Hodnocení chronické bolesti v průběhu hospitalizace

12.1. Postup pro lékaře

Ošetřující lékař je povinen zhodnotit klinický stav nemocného a důkladně se seznámit s léčbou chronické bolesti, pokud byla zavedena, a se všemi výsledky dosud provedené léčby.

Výsledky vstupního zhodnocení chronické bolesti zaznamená lékař, který pacienta přijímá, do lékařské dokumentace

Lékař provede zhodnocení bolesti a její ovlivnění léčbou 1x týdně do epikrizy. Zvýšenou pozornost věnuje tzv. průlomové bolesti (přechodné vzplanutí bolesti silné intenzity). Terapie chronické nádorové bolesti je řízena onkologem ve spolupráci s ostatními zdravotníky.

Zajistí psychologa či psychoterapeuta v případě potřeby.

12.2. Postup pro nelékařský zdravotnický personál

Zhodnotí chronickou bolest u pacienta 1x za 24 hodin a provede zápis do ošetrovatelské dokumentace.

13. Propuštění pacienta s bolestí

13.1. Postup pro lékaře

Pokud měl pacient během hospitalizace řešenu bolest, lékař zhodnotí a popíše stav bolesti v závěrečné zprávě.

13.2. Postup pro nelékařský zdravotnický personál

NLZP též zaznamená stav bolesti pacienta v překladové nebo propouštěcí zprávě.

14. Komplikace

Neúčinnost použité metody.

Vedlejší účinky analgetik.

Nežádoucí účinky nefarmakologických metod.

Špatná spolupráce v oblasti monitorace bolesti z důvodu porušeného vědomí nebo smyslové vady.

Bagatelizace bolesti (zlehčování).

Agravace bolesti (úmyslné zvětšování).

Simulace bolesti (předstírání).

Negace bolesti (zapírání).

15. Zvláštní upozornění

Bolest je vždy subjektivní.

Tolerance a vnímání bolesti záleží na faktorech fyziologicko-biologických, psychicko-duchovních, sociálně-kulturních i faktorech životního prostředí.

Bolest je to, co říká pacient, a existuje vždy, když to pacient tvrdí.

16. Výsledková kritéria

V dokumentaci je zaznamenána úplná ordinace lékaře, včetně jeho identifikace, typ bolesti, intenzita VAS/NIPS/CHEOPS skóre, lokalizace, frekvence a délka trvání, datum a čas, podpis NLZP, razítko.

Pacient pocítuje zmírnění bolesti.

Použitá literatura

ROZSYPALOVÁ, Marie. Ošetrovatelství II: pro 2. Ročník středních zdravotnických škol. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2010, 252 s. ISBN 978-807-3330-767

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532

MARX, David, František Vlček. Akreditační standardy pro nemocnice. 1. vyd. Praha: SAK, 2013, 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05

SEDLÁŘOVÁ, Petra. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

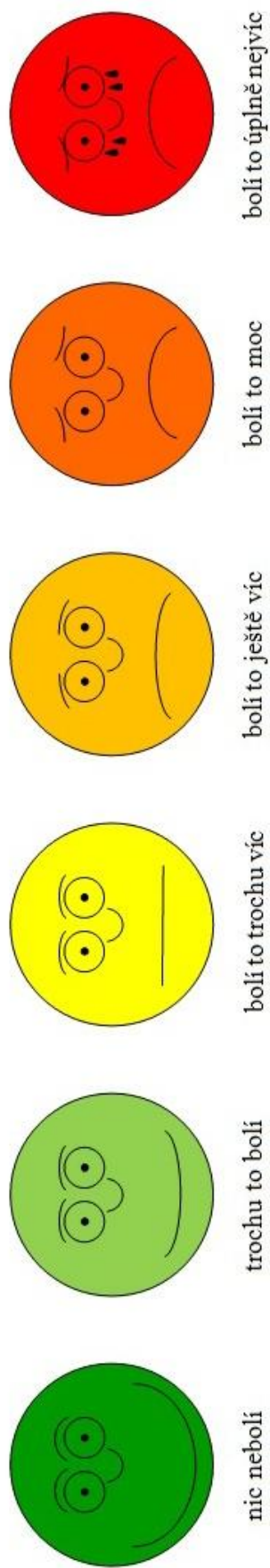
Příloha B - Kontrolní list auditu

Evidenční značka auditu						
KONTROLNÍ LIST AUDITU						
Oddělení/útvár						
Vedoucí oddělení/ útvaru		Lékařská péče		Nelékařská péče		
Jméno						
Podpis						
Předmět auditu		Péče o pacienta s bolestí				
Datum						
č.	Kontrolní kritérium	splněno	částečně	nesplněno	nehodno ceno	Poznámka
		2 body	1 bod	0 bodů		
1	Příjmové lékařské vyšetření obsahuje hodnocení bolesti.					
2	Bolest je lékařem hodnocena nejméně 1 krát denně.					
3	NLZP zná neverbální a verbální projevy bolesti.					
4	NLZP dokáže vyjmenovat nežádoucí účinky analgetik.					
5	V dokumentaci je proveden záznam o nežádoucím účinku.					
6	Jsou využívány nefarmakologické metody.					
7	Lékař ordinuje analgetickou terapii dle platných směrnic.					
8	Je proveden záznam o edukaci pacienta.					
9	U pacienta je správně prováděno hodnocení bolesti.					
10	Léčba bolesti je hodnocena v propouštěcí zprávě.					
Celkem						
Celkem hodnoceno kritérií:		Výpočet celkového hodnocení v %:			Výborné 100-90 % Dobré 89-80 % Nedostatečné 79-0 %	
Maximální počet bodů = (počet hodnocených kritérií x2)		Celkem dosažených bodů: <u>max.počet bodů</u> 100				
Celkem dosažených bodů:		Indikátor: %				
Vedlejší nález:						
Auditor		Auditor		Auditor		Auditor
Auditovaný		Auditovaný		Auditovaný		Auditovaný

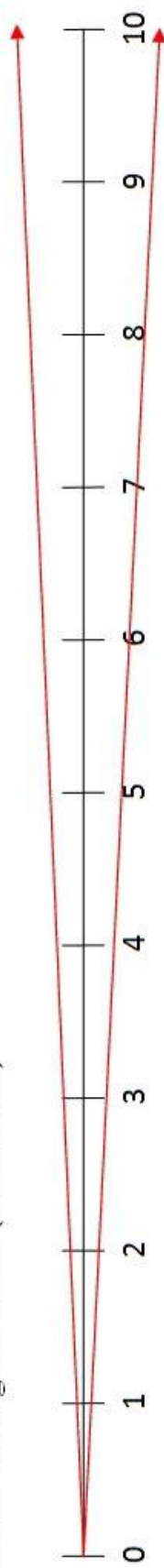
Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Hodnocení bolesti

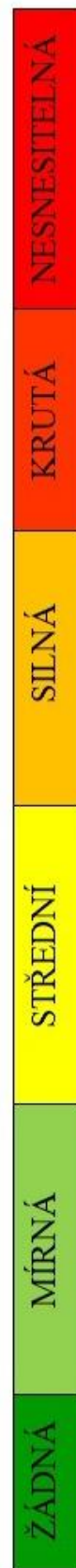
Obličejová škála



Vizuální analogová škála (numerická)



Melzackova škála



**Škála bolesti pro děti do jednoho roku
Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS)**

HODNOCENÍ BOLESTI		Body
Výraz obličeje		
0 – Uvolněné svaly	Klidná tvář, neutrální výraz.	
1 – Grimasa	Napjaté mimické svaly; svráštělé obočí, brada, zatátná čelist (negativní výraz obličeje – nos, ústa, obočí).	
Pláč		
0 – Žádný pláč	Tichý, nepláče.	
1 – Fňukání	Mírně, intermitentně kňourá, sténá.	
2 – Silný pláč	Hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlavý pláč intubovaného dítěte).	
Typ dýchání		
0 – Uvolněné	Obvyklý typ dýchání pro dané dítě.	
1 – Změna v dýchání	Zatahuje, dýchá nepravidelně, dává se, zadržuje dech.	
Paže		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby paží.	
1 – Skrčené/natažené	Natažené paže, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe.	
Nohy		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby nohou.	
1 – Skrčené/natažené	Natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe.	
Stav vědomí		
0 – Spí/bdí	Klidný, tiše spí, nebo je bdělý, občas pohne nohou.	
1 – Neklidný	Je bdělý, neklidný, hází sebou, zmítá se.	
U pacientů na JIP možno pro zvýšení citlivosti metody přidat:		
Akce srdeční		
0 – odchylka 10 %	Odchylka do 10 % od normální klidové hodnoty.	
1 – odchylka 11–20 %	Odchylka 11–20 %.	
2 – odchylka nad 20 %	Nad 20 %.	
Saturace O₂		
0 – bez přidaného O ₂	Dobrá saturace i bez zvýšeného O ₂ .	
1 – s přidaným O ₂	K zachování dobré saturace je třeba přidat O ₂ .	
3–6 střední bolest a nad 6 silná.		

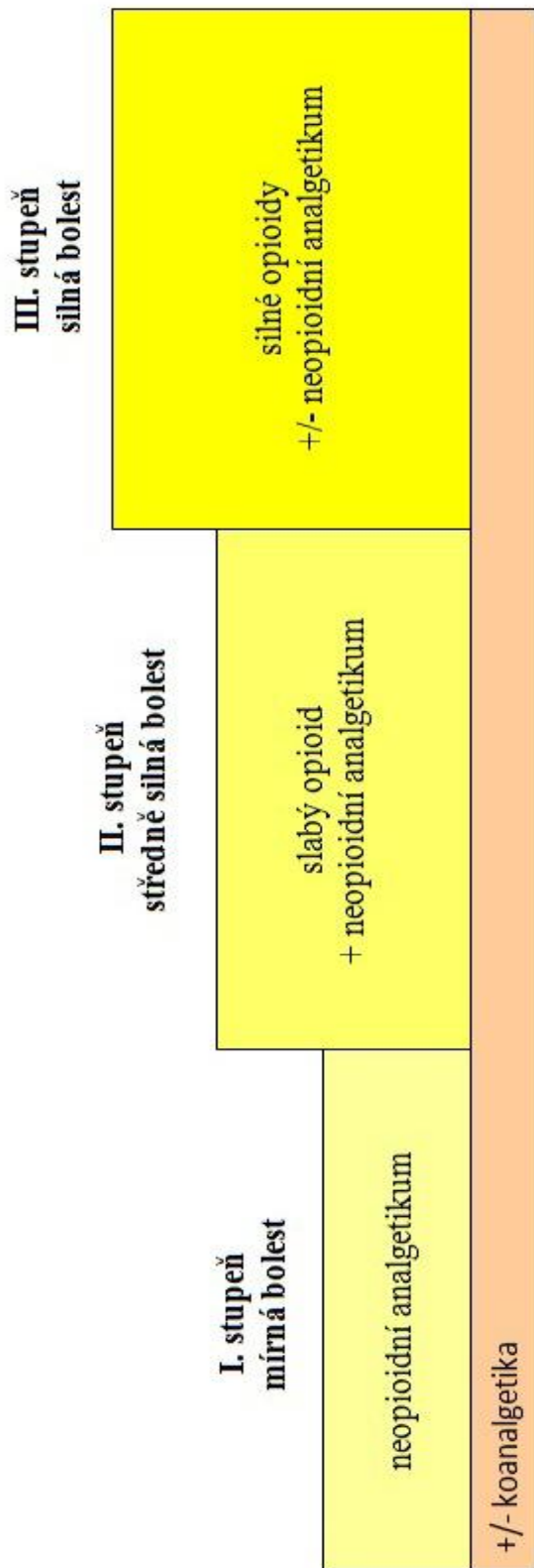
SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

Škála bolesti pro děti od jednoho roku do sedmi let (CHEOPS)

HODNOCENÍ BOLESTI		Body
Pláč		
1 – Nepláče	Dítě nepláče.	
2 – Fňuká	Dítě fňuká nebo tiše pláče.	
2 – Pláče	Dítě pláče, ale pláč je mírný.	
3 – Křičí	Dítě pláče z plných plic, vzlyká, může si stěžovat i slovy.	
Obličej		
0 – Úsměv	Boďuj pouze jasně pozitivní výraz obličeje.	
1 – Klidný	Neutrální výraz obličeje.	
2 – Grimasa	Boďuj pouze jasně negativní výraz obličeje.	
Co dítě říká		
0 – Mluví pozitivně	Dítě něco kladně hodnotí nebo mluví o různých věcech a nestěžuje si.	
1 – Nic	Dítě nemluví.	
1 – Jiné stížnosti	Dítě si stěžuje, ale ne na bolest. Např. „Chci maminku“ nebo „Mám žízeň“.	
2 – Stížnosti na bolest	Dítě si stěžuje na bolest.	
2 – Obojí stížnosti	Dítě si stěžuje na bolest i jiné věci. Např. „Bolí to, chci maminku“.	
Trup		
1 – Neutrální	Tělo (ne končetiny) je v klidu. Trup se aktivně nepohybuje.	
2 – Vrtí se	Tělo je v pohybu, posouvá se, kroutí se jako had.	
2 – Napjatý	Tělo je do oblouku nebo strnulé.	
2 – Třese se	Tělo se chvěje nebo mimovolně třese.	
2 – Vzpřiměný	Dítě je ve vertikální nebo vzpřiměné poloze.	
2 – Připoutaný	Tělo je připoutané.	
Dotyk		
1 – Nedotýká se	Dítě se nedotýká rány.	
2 – Sahá	Dítě sahá směrem k ráně, ale nedotýká se jí.	
2 – Dotýká se	Dítě se jemně dotýká rány nebo bolestivé oblasti.	
2 – Chňapá	Dítě rázně chňapá po ráně.	
2 – Připoutaný	Dítě má připoutané ruce nebo mu je někdo přidržuje.	
Nohy		
1 – Neutrální	Nohy jsou v jakékoli pozici, ale jsou uvolněné. Jemné pohyby jako při plavání.	
2 – Kroucení / kopání	Zřetelně nepokojné, neklidné pohyby nohou anebo kopání nohama.	
2 – Přitažené / napjaté	Nohy jsou napjaté nebo přitažené pevně k tělu a nehýbou se.	
2 – Stojí	Stojí, sedí na bobku, klečí.	
2 – Připoutané	Dítě má připoutané nohy nebo mu je někdo přidržuje.	

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

Třístupňový analgetický žebříček WHO



Analgetický žebříček používá dvě základní skupiny analgetik – neopioidní (1. stupeň) a opioidní analgetika (2. a 3. stupeň). Podle třístupňového žebříčku WHO se u mírných bolestí (VAS 0-3) doporučuje začít s analgetiky 1. stupně. V případě nedostatečného efektu (středně silná bolest, VAS 4-6) se přidávají slabá opioidní analgetika, a pokud nedochází k dostatečné úlevě od bolesti (silná bolest, VAS 7-10), doporučuje se vyměnit slabé opiáty za silné. Zejména v případě velmi silné onkologické bolesti je podle posledních doporučení možné použít systém elevator (výťah) a v terapii přeskočit 2. stupeň žebříčku WHO. V praxi znamená přímý postup z neopioidních analgetik na analgetika ze skupiny silných opioidů. U všech třech stupňů je možné podat souběžně koanalgetikum (adjuvantní analgetikum) a pomocná léčiva, u druhého i třetího stupně lze souběžně s opioidy podat neopioidní analgetika.

Dotazníkové šetření

Vážená paní, pane,

jmenuji se Dana Hrabáčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce zaměřené na sledování, hodnocení a léčbu bolesti u hospitalizovaných pacientů. Dotazník je zcela anonymní a Vámi sdělené údaje budou použity pouze pro účely mého průzkumu a následně vytvoření standardu pro ošetřování pacientů s bolestí, který by měl sloužit ke zlepšení ošetrovatelské péče v naší nemocnici.

- 1. Byl/a jste hospitalizován/a s onemocněním, které bylo provázeno bolestí?**
 - a) ano
 - b) ne

- 2. Ptala se sestra během hospitalizace, zda trpíte bolestí?**
 - a) ano
 - b) ne

- 3. Pokud ano, jaký způsob zjišťování a hodnocení Vaší bolesti použila?**
 - a) škálu od 1 do 10
 - b) slovní hodnocení (bolest mírná, střední, silná, krutá)
 - c) jiné – jaké

- 4. Jaký způsob hodnocení intenzity bolesti je pro Vás nejpříjemnější?**
 - a) pomocí číselné stupnice od 1 do 10
 - b) pomocí slovního hodnocení (bolest mírná, střední, silná, krutá)
 - c) podle nakresleného výrazu obličeje
 - d) jiné – jaké

- 5. Navštívil Vás lékař na pokoji, když jste měl/a bolesti?**
 - a) ano
 - b) ne

- 6. Jaké intenzity byly Vaše bolesti?**
 - a) mírné
 - b) střední
 - c) silné
 - d) kruté

- 7. Měl/a jste bolesti v noci?**
 - a) ano
 - b) ne

- 8. V kterou denní dobu byla intenzita nejvyšší?**
 - c) dopoledne
 - d) odpoledne
 - e) v noci

- 9. Omezovala Vás bolest v denních aktivitách?**
- a) ano
 - b) ne
- 10. Za jak dlouho Vám byla poskytnuta léčba tišící bolest?**
- a) do 15 minut
 - b) do 30 minut
 - c) do 1 hodiny
 - d) nebyla poskytnuta žádná
- 11. Domníváte se, že sestry zhodnotily Vaši bolest správně?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 12. Za jak dlouho se přišla sestra zeptat, zda Vám léčba zabrala?**
- a) do 30 minut
 - b) do 1 hodiny
 - c) bylo to déle než 1 hodina
 - d) nepřišla
- 13. Zeptal se Vás lékař nebo sestra, jestli netrpíte vedlejšími účinky po podání léků na zmírnění bolesti (slabost, zvracení, zácpa apod.)?**
- a) ano
 - b) ne
- 14. Umožnil Vám lékař výběr analgetické léčby tím, že se Vás zeptal, co Vám obvykle pomáhá a jaké formě léčiv dáváte přednost (tablety, injekce,...)?**
- a) ano
 - b) ne
- 15. Vysvětlily Vám a využily sestry jiné možnosti zmírnění bolesti?**
- a) úlevová poloha
 - b) aplikace tepla nebo chladu
 - c) relaxační cvičení
 - d) rozhovor
 - e) jiné – jaké
 - f) žádná možnost mi nabídnuta nebyla
- 16. Vezmete-li v úvahu množství léků, které jste dostával/a na utišení bolesti, myslíte si, že:**
- a) dostával/a více léků, než bylo třeba
 - b) dostával/a optimální množství léků
 - c) dostával/a méně léků, než bylo třeba
 - d) léky na bolest jsem nepotřeboval/a
 - e) nevím

17. Byl/a jste spokojen/a s léčbou bolesti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

18. Jste?

- a) muž
- b) žena

19. Kolik je Vám let?

- a) 19-35
- b) 35-45
- c) 45-60
- d) 60 a více

20. Byl/a jste léčen/a na oddělení

- a) radiační a klinické onkologie
- b) chirurgie
- c) interním
- d) neurologie

21. Chtěl/a byste se k této problematice ještě nějak vyjádřit?

.....

.....

.....

.....

.....

Velice Vám děkuji za spolupráci.