

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Lucie Vašíčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití nefarmakologických možností léčby bolesti v praxi

Lucie Vašíčková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Vašíčková**
Osobní číslo: **Z13298**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Využití nefarmakologických možností léčby bolesti v praxi**
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 stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

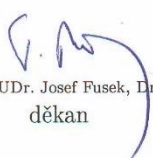
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:


1. HAKL, Marek a kolektiv. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2902-5.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
3. MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. Léčba pooperační bolesti. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.
4. ROKYTA, Richard a kolektiv. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
5. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. Bolest: monografie algeziologie. 1. vyd. Praha: Tigis, 2006. ISBN 80-235-00000-0-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen 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 21. 07. 2016

.....
Lucie Vašíčková

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Chrudimské, DiS., která vedla mou práci, za její věnovaný čas, ochotu, trpělivost a cenné rady.

Dále děkuji respondentkám, které si našly čas a ochotně vyplnily dotazníky.

Velký dík patří mé rodině a přátelům, kteří mne podporovali po celé studium.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na nefarmakologické metody léčby bolesti.

V teoretické části jsem definovala bolest, její druhy, hodnocení a různé metody léčby – jak nefarmakologické, tak farmakologické.

V části praktické jsem pak v dotazníkovém šetření zjišťovala, jaké povědomí mají NLZP o nefarmakologických metodách léčby bolesti a zda je využívají i ve své praxi. Na základě získaných dat byl pro NLZP vytvořen edukační materiál.

KLÍČOVÁ SLOVA

alternativní a doplňková léčba, bolest, farmakologická léčba bolesti, fyzikální terapie, nefarmakologická léčba bolesti

TITLE

The use of non-pharmacological treatment options for pain in practice.

ANNOTATION

The subject of this bachelor's project is the non-pharmacological methods of pain treatment.

In the theoretical part I defined, classified and graded pain and methods of its treatment – both pharmacological and non-pharmacological.

In the practical part of this project I used a questionnaire to determine a level of knowledge regarding the non-pharmacological methods among paramedical staff and how they use them on patients. Based on the accumulated data I developed an educational material for paramedical staff.

KEYWORDS

alternative and complementary therapy, pain, pharmacological treatment, physical therapy, non-pharmacological treatment

OBSAH

ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE.....	14
1 BOLEST.....	15
1.1 Klasifikace bolesti.....	15
1.1.1 Akutní bolest.....	16
1.1.2 Chronická bolest (nenádorová).....	16
1.1.3 Nádorová bolest.....	17
1.2 Hodnocení bolesti.....	17
1.2.1 Vizuální analogová škála (VAS).....	17
1.2.2 Obličejová škála.....	18
1.2.3 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA).....	18
1.2.4 Dotazník hodnocení bolesti McGillovy univerzity.....	18
1.3 Farmakologická léčba bolesti.....	18
1.3.1 Neopioidní analgetika.....	19
1.3.2 Opioidy.....	19
1.3.3 Adjuvantní analgetika.....	19
1.4 Nefarmakologická léčba bolesti.....	20
1.4.1 Fyzikální terapie.....	20
1.4.1.1 Hydroterapie.....	20
1.4.1.2 Terapie teplem.....	21
1.4.1.3 Terapie chladem.....	21
1.4.1.4 Vibrace.....	21
1.4.1.5 TENS.....	22
1.4.1.6 Cvičení.....	22
1.4.1.7 Imobilizace.....	22
1.4.1.8 Fototerapie.....	23

1.4.2	Alternativní a doplňkové terapie.....	23
1.4.2.1	Aromaterapie	24
1.4.2.2	Muzikoterapie (terapie hudbou)	24
1.4.2.3	Terapie dotykem.....	25
1.4.2.4	Jóga.....	25
1.4.2.5	Masáž.....	25
1.4.2.6	Chiropraktická léčba.....	26
1.4.2.7	Akupunktura	26
1.4.3	Kognitivní a behaviorální terapie	27
1.4.3.1	Meditace	27
1.4.3.2	Biofeedback.....	27
1.4.3.3	Hypnóza.....	28
2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
3	METODIKA.....	30
4	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	32
5	DISKUZE.....	51
6	ZÁVĚR.....	55
7	POUŽITÁ LITERATURA.....	57
8	PŘÍLOHY	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Graf nejvyššího dosaženého vzdělání	32
Obrázek 2 - Graf věku respondentů	33
Obrázek 3 - Graf chirurgických oddělení	34
Obrázek 4 - Graf délky práce na chirurgickém oddělení	35
Obrázek 5 - Graf použití škál při hodnocení bolesti	36
Obrázek 6 - Graf aplikace nefarmakologických metod na chirurgických odděleních	38
Obrázek 7 - Graf znázorňující správné a špatné vysvětlení termínu kryoterapie	39
Obrázek 8 - Graf znázorňující správné a špatné vysvětlení termínu fototerapie	40
Obrázek 9 - Graf nejvyžadovanějších metod nefarmakologické léčby bolesti	41
Obrázek 10 - Graf účinnosti farmakologické a nefarmakologické metody	42
Obrázek 11 - Graf nabídek léčby pacientům s bolestí	43
Obrázek 12 - Graf odvedení pozornosti od bolesti	44
Obrázek 13 - Graf četnosti nepoužívanějších nefarmakologických metod	45
Obrázek 14 - Graf návštěv fyzioterapeuta na chirurgických odděleních	46
Obrázek 15 - Graf nefarmakologických metod na chirurgických odděleních	47
Obrázek 16 - Graf - možnost dalšího vzdělávání	48
Obrázek 17 - Graf přínosnosti dalšího vzdělávání	49
Obrázek 18 - Graf o poučení pacientů při propuštění	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Nejznámější metody nefarmakologické léčby bolesti.....	37
Tabulka 2 - Příloha B: Tabulka závislosti vědomostí na vzdělání	64

SEZNAM ZKRATEK

atp.	a tak podobně
EMG	elektromyografie
mj.	mimo jiné
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
str.	strana
TENS	transkutánní elektrická stimulace nervu
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
VAS	vizuální analogová škála
vyd.	vydání
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Snaha léčit bolest je stará jako lidstvo samo. Lidé se bolesti instinktivně bránili, a proto se vždy snažili o dosažení úlevy od bolesti. Podle dostupných odborných zdrojů byly zmínky o tlumení bolesti zaznamenány již na hliněných destičkách z Babylonu, na egyptských papyrech, na nálezech z Persie či Troje (Rokyta a kolektiv, 2006, str. 16).

Bolest vysvětluje Janáčková jako složitý senzuační prožitek spojený s významným emocionálním zážitkem. Je varovným signálem stejně jako např. úzkost a má také ochrannou funkci. Upozorňuje na poškození organismu, obtěžuje člověka při výkonu všedních činností, a tím ho přiměje ke snaze odstranit její příčinu. Takovýto nepříjemný a jedinečný prožitek představuje pro každého individuální zkušenost. Prožívání bolesti je subjektivní komplexní zážitek, projevuje se v biologické, psychologické i sociální oblasti. Bolest působí na lidskou psychiku, způsobuje únavu organismu jak tělesnou, tak duševní (Janáčková, 2007, str. 14, 15)

Podle slov Lejčka je pro přežití živých organismů bolest naprosto nezbytný jev. Myslí se tím hlavně akutní bolest, která signalizuje poškození a ohrožení organismu. Pokud akutní bolest není dostatečně tlumena, může se tento signál projevit v nadměrné míře a organismu spíš uškodit. Názory na tšení bolesti se v průběhu lidské historie různily vlivem etnických zvyklostí, tradic, ideologií, náboženství a dalších faktorů. Kvůli předsudkům a neznalostem se často objevovaly mýty o bolesti a jejím smyslu. Odmítání opioidů je mezi zdravotníky i laiky stále rozšířené a nazývá se opiofobie (Kolektiv autorů, 2006, str. 9).

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma s názvem „Využití nefarmakologických možností léčby bolesti v praxi“. Toto téma mě zaujalo, domnívám se totiž, že v dnešní době se začíná nefarmakologická léčba bolesti stále více prosazovat, hlavně ze strany pacientů. Tyto metody se neustále vyvíjí a myslím, že už lze nabízet a účelně využít v praxi celkem pestrou škálu nefarmakologických alternativ. Na rozdíl od farmakologických metod nehrozí pacientům tolik nežádoucích a vedlejších účinků.

V současné době, kdy lze mnoho informací jednoduše a pohodlně vyhledat na internetu nebo tuto službu mohou také ve stejné míře zastoupit média, se přesto může stát, že někteří pacienti, převážně senioři, o nefarmakologických metodách léčby bolesti moc netuší nebo si je ve svém rozpoložení jen nevybaví. Proto by mělo být v zájmu NLZP vyšetřit si chvilku času a tyto informace jim poskytnout. Mnoho pacientů užívá velké množství léků, jejich organismus by si určitě zasloužil trochu „odlehčit“ a vyzkoušet jiný možný způsob léčby bolesti.

V praxi jsem viděla některé případy, kdy stačilo nabídnout pacientovi některou z možností tlumení bolesti, např. obyčejnou aplikaci chladu na pooperační ránu. Pacienti se většinou rádi na chvíli oprostí od různých farmakologických metod terapie bolesti a soustředí své myšlení jiným směrem, což už jim samo o sobě pomáhá snižovat bolest.

V teoretické části je vysvětlen termín bolest, rozdělení bolesti do tří typů, hodnocení bolesti, vypsány farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby bolesti.

V praktické části práce se zabývám výsledky mého průzkumného šetření mezi nelékařskými zdravotními pracovníky (NLZP) na standardních odděleních chirurgického typu a zjišťuji, jaký mají přehled o nefarmakologických metodách léčby bolesti a které tyto metody nejčastěji aplikují ve své praxi.

CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, zda znají NLZP (na odděleních chirurgického typu) alespoň dvě metody nefarmakologické léčby bolesti.
2. Zjistit, která metoda nefarmakologické léčby bolesti je nejčastěji využívána na zkoumaných odděleních.
3. Zjistit, zda mají více informací o metodách nefarmakologické léčby bolesti NLZP s vyšším dosaženým vzděláním.
4. Zjistit, zda mají NLZP možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti.
5. Zjistit, která škála je při hodnocení bolesti nejvíce používána na zkoumaných odděleních.

1 BOLEST

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je bolest „*nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním anebo potenciálním poškozením tkání anebo je popisovaná výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Rokyta, Kršiak a Kozák, 2006, str. 77).

Bolest je záležitost stará jako lidstvo samo a od té doby se jí také lidé snaží odstranit, porozumět, léčit ji. Signalizuje, že se s naším organismem děje něco, čemu je třeba věnovat pozornost, například onemocnění či zranění. Žádní dva lidé na světě nevnímají bolest stejně, každý ji subjektivně vnímá a prožívá v jiné míře (Kolektiv autorů, 2006, str. 11; Slíva, Doležal, 2009, str. 9).

Na vnímání bolesti se uplatňují různé faktory, mezi které řadíme: fyzikální faktory - nízkou či vysokou teplotu, poranění, dále chemické faktory – poleptání a v neposlední řadě faktory biologické – mikrobiální agens, toxiny (Slíva, Doležal, 2009, str. 11).

Mikšová uvedla ve své knize, že na bolest mohou mít také dopad emoce, práh bolesti i přítomnost druhé osoby. Mezi další faktory ovlivňující bolest řadí osobnosti charakter pacienta, typ osobnosti a senzitivitu pacienta, vrozený typ nervové soustavy, aktuální náladu a psychický stav pacienta, denní dobu, okolní prostředí, pohlaví, věk, etnickou příslušnost (Mikšová a kolektiv, 2006, str. 114-115).

Bolest zahrnuje i fyziologickou a psychickou složku, která rovněž u každého člověka probíhá individuálně. Také může vyvolat změny ve fyziologických funkcích, kdy se pacientovi např. zrychlí puls, dech, krevní tlak aj. (Kolektiv autorů, 2006, str. 11, 21).

1.1 Klasifikace bolesti

Bolest je možné rozdělit na tři typy dle jejího původu a délky na bolest akutní, chronickou a nádorovou (Kolektiv autorů, 2006, str. 21 - 23).

1.1.1 Akutní bolest

Akutní bolest je specifická tím, že vznikne náhle, bez jakéhokoliv předchozího varování. Může nás upozornit, že se v našem těle něco děje a organismus nás upozorňuje na vzniklý problém právě bolestí. Akutní bolest má, lze říci, varovný význam. Většinou je dobře ohraničená a její lokalizace souhlasí s místem jejího původu (Hakl a kolektiv, 2013, str. 31).

Co se týče doby trvání, Fricová uvádí, že se jedná o bolest trvající hodiny, dny, týdny, maximálně však tři měsíce (Rokyta a kolektiv, 2009, str. 32).

Akutní bolest může souviset s úrazem, operací. Např. při popáleninách pacient může bolest pociťovat nepřetržitě, nebo naopak může bolest pociťovat jen občas, zejména při provádění různých aktivit. Eventuálně mohou probíhat obě možnosti najednou - v ráně na břišní stěně je v klidu bolest malá a při pohybu nebo kašlání může být silná (Kolektiv autorů, 2006, str. 21).

1.1.2 Chronická bolest (nenádorová)

Oproti akutní bolesti, je chronická bolest podle Fricové charakteristická průběhem delším než tři až šest měsíců anebo může trvat i kratší dobu, pokud přesahuje běžné období pro dané onemocnění. Revmatoidní artritida, osteoporóza, bolesti hlavy jsou příkladem typických onemocnění provázených chronickou bolestí (Rokyta a kolektiv, 2009, str. 34, 35).

Chronická bolest se stává vlastně sama o sobě nemocí a tím lidem ovlivňuje jejich zaběhnutý životní styl, mění člověka psychicky i fyzicky a to se projevuje i v jejich rodinném životě (Kalinová, Krbečková, 2007, str. 326).

Další rozdíl oproti akutní bolesti je shledáván fakt, že její lokalizování je rozhodně obtížnější, protože se jedná o bolest, která není ohraničená a také se špatně určuje délka jejího trvání. Chronickou bolest často nepomohou zmírnit samotné léky nebo invazivní zákroky, „pouhá“ farmakologická terapie by pacientům od bolesti pomohla jen na určitý čas. Je vhodné kombinovat více metod léčby, jako např. některé nefarmakologické metody nebo třeba alternativní léčbu, aby pacient pocítil dlouhodobější úlevu (Kolektiv autorů, 2006, str. 22).

1.1.3 Nádorová bolest

Tímto druhem bolesti, jak již její název vypovídá, trpí pacienti s onkologickým onemocněním. Vyskytuje se u 70 – 90 % pacientů v pokročilém stadiu nemoci. Může být vyvolána tlakem nádoru na okolní tkáň, nebo se může pojít s vybranou léčebnou metodou – radioterapie, chemoterapie (Kolektiv autorů, 2006, str. 23).

Intenzita nádorové bolesti záleží na typu nádoru a na místě, ve kterém se nachází. Vysokou intenzitu bolesti pociťují pacienti s nádorovým onemocněním kostí, žaludku, jícnu a slinivky. Naopak lidé s leukémií nádorovou bolest často prožívat nemusí (Šimerdová, 2012, str. 51).

1.2 Hodnocení bolesti

Základem pro správné zvolení léčby bolesti je zhodnocení samotné bolesti. Subjektivní posouzení bolesti samotným pacientem je nejpřesnější způsob hodnocení a velmi napomáhá úspěšnému sestavení léčby (Bírešová, 2011, str. 39).

Nezbytné je pro hodnocení a diagnostiku získat od pacienta jeho anamnézu bolesti, kdy je systematicky dotazován např. na intenzitu bolesti, dobu trvání, druh a lokalizaci bolesti, vazbu na denní dobu, zda zaujímá úlevovou polohu, zda užívá analgetika, jak ta doposud na bolest působila atp. (Gabrhelík, 2012, str. 121). K dalšímu posouzení slouží hodnotící škály, které velmi usnadňují práci zdravotníkům. Jsou časově nenáročné, snadno se používají, mohou pomoci odhalit další potíže a také se tak snadno ověří úspěšnost současné léčby (Bírešová, 2011, str. 39).

1.2.1 Vizuální analogová škála (VAS)

Nejznámější a v praxi nejpoužívanější je vizuální analogová škála (dále jen VAS), která hodnotí pouze intenzitu bolesti. Jedná se o úsečku se stupnicí buď od 0 do 10, nebo od 0 do 100. Nula znamená, že pacient nepociťuje žádné známky bolesti a deset nebo sto značí tu největší možnou bolest, jakou si jen člověk dovede představit. Pacient na úsečce vyznačí místo s číslicí, která nejlépe koresponduje s jeho aktuálně pociťovanou intenzitou bolesti. Bolest označovaná na škále jako číslo 3 – 4 nebo 30 – 40 se toleruje jako dlouhodobě snesitelná. Každý takto naměřený údaj by se měl zapisovat do ošetrovatelské dokumentace a dle této informace se

zohledňuje např. podání dalších či silnějších léků nebo jiných metod proti bolesti (Hakl a kolektiv, 2013, str. 35, 36).

1.2.2 Obličejová škála

Dalším hodnotícím prvkem může být tzv. obličejová škála, která se využívá hlavně u dětí. Jde o řadu obličejů s pestrou mimikou a každý obličej vyjadřuje určitou intenzitu bolesti. Dítě si obrázky prohlédne a ukáže na ten, který je vzhledem k jeho aktuálnímu stavu nejvíce vystihující (Hakl a kolektiv, 2013, str. 36).

1.2.3 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)

Tento dotazník hodnotí bolest v průběhu dne v souladu s činnostmi, které člověk vykonává. Zkoumá, jaký vliv má pacientova bolest na vykonávání běžných aktivit (Ondriová, Sinaiová, Dučaiová, Litvínová, 2013, str. 30).

1.2.4 Dotazník hodnocení bolesti McGillovy univerzity

Dotazník hodnocení bolesti McGillovy univerzity je v praxi hojně využíván. Nejčastěji se využívá jeho krátká forma. Je zacílený na výstižný popis bolesti a její charakter (Ondriová, Sinaiová, Dučaiová, Litvínová, 2013, str. 29)

1.3 Farmakologická léčba bolesti

Ke zmírnění či odstranění bolesti se často podávají různé lékové skupiny, jedná se zejména o tyto, které budou rozepsány a vysvětleny níže: neopioidní analgetika, opioidy a adjuvantní analgetika (Kolektiv autorů, 2006, str. 65).

Je nezbytné zvolit správný postup léčby a před podáním analgetik zjistit od pacienta anamnézu bolesti. Užívání analgetik však nezůstává bez následků, u mnoha léků se mohou projevit nežádoucí účinky. Také je nutné s lékařem prokonzultovat, které druhy léků lze kombinovat s jinými a které ne (Hakl a kolektiv, 2013, str. 50).

O strategii podávání léků proti bolesti informuje třístupňový analgetický žebříček WHO - při mírné bolesti se zahájí léčba neopioidními analgetiky, při středně silné bolesti, kdy neopioidní analgetika už neúčinkují, se nasazují slabá opioidní analgetika. Když ani ta už nezmírní bolest, je na místě aplikace silných opioidů (Marková, 2010, str. 100).

1.3.1 Neopioidní analgetika

Neopioidní (nenarkotická) analgetika jsou aplikovány k léčbě nociceptivní (vzniklé drážděním určitých sensorů, která jsou vnímavá na poranění) a neuropatické (vytváří se v nervech) bolesti. Mimořádně působivé jsou tyto léky při tělesné složce nociceptivní bolesti, např. bolesti kloubů a svalů. Neopioidní analgetika mají mimo analgetický účinek dále účinek antiflogistický, tzn. brání zánětu, a antipyretický - snižující horečku. Do této skupiny analgetik se řadí např. acetaminofen (paracetamol), nesteroidní protizánětlivé látky – antiflogistika a salicyláty - léky s obsahem kyseliny acetylsalicylové (Kolektiv autorů, 2006, str. 66).

1.3.2 Opioidy

„Opioidy (narkotika) jsou látky odvozené od morfinu (základní surovinou pro jeho izolaci je opium – zaschlá šťáva z makovic máku setého), nebo jde o syntetické substance odvozené z jeho molekuly“ (Kolektiv autorů, 2006, str. 71).

Při léčbě střední až silné bolesti se obvykle indikují opioidní agonisté, mezi nežádoucí účinky však patří mj. útlum dechového centra a riziko návyku. Tyto nežádoucí účinky potlačují opioidní antagonisté, s tím je však spojené potlačení analgetického účinku. Další skupina léků se nazývá smíšené opioidní agonisté-antagonisté. Mají vlastnosti agonistické, tedy zmírňující bolest, i antagonistické, ty snižují riziko toxicity a lékové závislosti a také snižují riziko útlumu dechového centra (Kolektiv autorů, 2006, str. 71, 72).

1.3.3 Adjuvantní analgetika

Jedná se o lékové skupiny, které se primárně nepoužívají s analgetickým účinkem, avšak v některých případech se používají i k léčbě bolesti. Lze je kombinovat s opioidy, anebo samotná využít k léčbě chronické bolesti. Příklad adjuvantních analgetik: některá

antikonvulziva (léčí neuropatickou bolest), lokální anestetika, myorelaxancia a další (Kolektiv autorů, 2006, str. 77, 81).

1.4 Nefarmakologická léčba bolesti

Pod pojmem „léčba bolesti“ si mnoho lidí vybaví jako první léky, injekce a další tradiční možnosti léčby. Avšak dnes už se čím dál více dostávají do popředí i méně invazivní metody a začínají být populární jak mezi veřejností, tak mezi zdravotníky. Nejsou tolik nákladné a některé lze provádět i doma. Tyto metody se mohou aplikovat jednotlivě, nebo v kombinaci s farmakologickou léčbou, aby došlo k většímu efektu. Navíc zlepšují náladu, spánek, eliminují stres a nespornou výhodou je určitě i ta, že na většinu těchto terapií není třeba lékařský předpis (Kolektiv autorů, 2006, str. 97, 98).

Fyzikální terapie, alternativní a doplňkové terapie, kognitivní a behaviorální terapie, takto se dají vyčlenit tři základní skupiny nefarmakologické léčby bolesti, pod které spadají konkrétní praktiky (Kolektiv autorů, 2006, str. 97, 98).

1.4.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie uplatňují léčebné postupy a působení různých druhů vnější energie na lidský organismus k podpoře zdraví a k obnově běžné funkčnosti člověka po onemocnění či úrazu. Působí také preventivně proti tělesnému postižení, mírní bolesti, eliminují zánět, uvolňují svalstvo. Jsou málo nákladné a jednoduché, proto je mohou pacienti po zaškolení bez obav provozovat sami (Kolektiv autorů, 2006, str. 98).

1.4.1.1 Hydroterapie

Termín hydroterapie se vysvětluje jako léčba vodou, teplou i studenou, také se využívá v různém skupenství (led, pára), záleží na její indikaci. Uplatňuje se při popáleninách, poraněných svalech a kloubech, akutní bolesti (namožení svalu, výron), zmírňuje záněty, může snižovat či zvyšovat teplotu těla. Vyvarovat by se jí však měly těhotné ženy, děti, pacienti s diabetem mellitem a jinými nemocemi (Kolektiv autorů, 2006, str. 99, 101).

1.4.1.2 Terapie teplem

Terapie teplem se provádí přiložením suchého nebo vlhkého tepla a napomáhá mírnit bolest, ztuhlost kloubů, zlepšit cirkulaci, zvýšit práh bolesti. Nahřívací lahev nebo elektrická poduška jsou zástupci suchého tepla. Vlhké teplo může být např. v podobě horkého zábalu, nebo teplého obkladu. Někteří upřednostňují spíše nižší, jiní vyšší teploty, a proto je důležité, aby pacient sám určil teplotu, která mu bude příjemná (Kolektiv autorů, 2006, str. 101, 102).

Terapie teplem poskytuje úlevu také při bolestech hlavy, svalů, uší, menstruačních bolestech. Ovšem při onemocnění nervů, špatné citlivosti kůže či cévní nedostatečnosti se tento druh léčby rozhodně nedoporučuje (Kolektiv autorů, 2006, str. 101, 102).

1.4.1.3 Terapie chladem

Jak již z názvu jasně vyplývá, tato terapie se zabývá využitím chladu. Samozřejmě existuje mnoho různých možností aplikace. Nejjednodušší je přiložení obyčejného sáčku s ledem nebo zmrazitelným gelem na zdroj bolesti, např. na operovaný kloub ihned po operaci, aby se tak zabránilo rozvinutí bolesti (chlad zvyšuje práh bolesti, uvolňuje svaly) a otoků (Málek, Ševčík a kolektiv, 2009, str. 30; Kolektiv autorů, 2006, str. 103).

Nesmí se však pokládat přímo na kůži, aby nedošlo k jejímu poškození, ze stejného důvodu by se neměla aplikovat dlouhodobě, je důležité nechat prokrvit a prohřát tkáň v léčené oblasti. Mezi další formy léčby chladem se řadí ještě studené zábaly a tzv. ledová masáž, kterou je vhodné použít při krátkodobém bolestivém výkonu, např. při lumbální punkci, odběru kostní dřeně anebo odstranění stehů. Při bolestech hlavy - migréna, svalů, onemocnění kloubů je chlad také účinný. Samozřejmě má také své kontraindikace: při poruše prokrvení, citlivosti na teplo a chlad, extrémně citlivé pokožce, u zmatených seniorů a malých dětí, kteří nedokáží zhodnotit účinek léčby (Kolektiv autorů, 2006, str. 103 – 105).

1.4.1.4 Vibrace

Vibrace představují jakési chvění, které způsobuje necitlivost určité oblasti, kde má být dosaženo zmírnění bolesti. Podobá se elektrické masáži a přináší dobré výsledky u bolesti hlavy, svalů, nádorové bolesti, zlomenin, při neuropatických bolestech. Vibrace může pacient provádět i sám v domácím prostředí, neboť se vyrábí i ruční vibrační přístroje a různé druhy od

vibračních polštářků po celá vibrační křesla či lůžka. Vibrační terapie není vhodné provádět u pacientů, kteří jsou náchylní k tvorbě hematomů, u pacientů s tromboflebitidou na místech popálenin a řezných ran (Kolektiv autorů, 2006, str. 106, 107).

1.4.1.5 TENS

Transkutánní elektrická stimulace nervu (dále jen TENS) využívá přenášení střídavého elektrického proudu do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. Aplikace střídavého proudu by měla být nebolestivá. Uplatnění nachází TENS u pacientů trpících chronickou bolestí, po operačních výkonech, s bolestmi bederní páteře, se zánětlivým onemocněním kloubů i nádorovou bolestí. Léčbu musí předepsat lékař, trvá obvykle 3-5 dní, kdy poučený pacient nosí na opasku TENS přístroj s elektrodami umístěnými na těle. Jakmile má pacient kardiostimulátor, trpí srdeční arytmií nebo jeho bolest nebyla přesně rozpoznána, není pro něj TENS vhodná (Kolektiv autorů, 2006, str. 107 - 110).

1.4.1.6 Cvičení

Cvičení neboli mobilizace pacienta je metoda jak preventivní, tak léčebná. Při pravidelném, správném a poctivém provádění pomáhá pacientům ulevit od akutní i chronické bolesti tím, že pomáhá uvolňovat endorfiny (přirozená analgetika těla) a disponuje řadou dalších výhod, například tvoří svalovou sílu, zlepšuje rozsah pohybů nebo držení těla (Kolektiv autorů, 2006, str. 110 - 112).

Cvičení lze rozdělit na aktivní a pasivní. Při aktivním namáhá pacient sám svůj organismus svou vlastní vahou a toto cvičení je samozřejmě efektivnější, při pasivním přebírá za pacienta tuto činnost druhá osoba, většinou fyzioterapeut, ergoterapeut nebo přístroj. Existuje ještě tzv. aktivně asistující cvičení, kdy se pacient snaží provádět určité pohyby sám a druhá osoba mu dopomáhá (Kolektiv autorů, 2006, str. 110 - 112).

1.4.1.7 Imobilizace

Termín imobilizace se vysvětluje krátkodobým či dlouhodobým znehybněním buď jedné, nebo více částí těla. Uplatňuje se hlavně při akutní bolesti, ke stabilizaci zlomeniny, k podpoře

bolestivého, oslabeného kloubu během aktivity. V rámci imobilizace se využívají tyto techniky: trakce (využití tažné síly na páteř nebo končetinu), sádrové obvazy, ortézy. Účelem těchto technik je snižování bolesti, optimální postavení části těla pro hojení, opora během aktivity a snížení rizika dalšího poranění (Kolektiv autorů, 2006, str. 113 - 116).

Při dlouhodobé imobilizaci hrozí riziko hluboké žilní trombózy, proleženin a ochabnutí svalů. Je tedy více než žádoucí připojit další z pestré škály metod léčby bolesti, aby se pacient začal co nejdříve pohybovat (Málek, Ševčík a kolektiv, 2009, str. 30).

1.4.1.8 Fototerapie

Fototerapie využívá léčebného účinku elektromagnetického záření na kůži, tkáně, celý organismus a to především ultrafialového záření (dále jen UV záření), infračerveného záření, laseru a biolampy. Vlnová délka těchto záření se pohybuje v rozmezí 280 – 3000 nm (Poděbradský, Poděbradská, 2009, str. 135).

UV záření proniká na rozdíl od ostatních záření nejhlouběji do organismu a tvoří v něm aktivní vitamín D. Toto záření má své opodstatněné využití především v dermatologii, kde se jeho pomocí léčí např. atopický ekzém či akné (Poděbradský, Poděbradská, 2009, str. 135).

Laser je optický zdroj elektromagnetického záření, vyzařuje fotony v jednom souvislém paprsku. Léčba laserem se u perakutních stavů užívá denně, urychluje primární hojení, vhodná je u jizev po popáleninách, také u vředů a dekubitů. Naopak nevhodná je při horečnatém onemocnění, epilepsii, po radioterapii, nedoporučuje se také přímé ozáření očí, proto se musí používat ochranné brýle, ozáření endokrinních žláz nebo oblastí břicha v graviditě (Poděbradský, Poděbradská, 2009, str. 140 - 145).

1.4.2 Alternativní a doplňkové terapie

„Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby pacientů trpících bolestí.“
(Kolektiv autorů, 2006, str. 116).

Zaměřují se na člověka jako celek, berou ohled na jeho tělo, mysl i duši. Lidé si tyto druhy léčby oblíbili, jelikož neléčí pouze bolest, ale i další zdravotní potíže a jako bonus nemají tolik

nežádoucích účinků. Navíc se stává, že ulevují od bolesti tam, kde tradiční léčba selhala nebo není jasná přesná příčina bolesti (Kolektiv autorů, 2006, str. 116, 117).

1.4.2.1 Aromaterapie

Aromaterapií se rozumí vdechování vonných esencí, které navozují klid, zmírňují stres, zabraňují vzniku onemocnění a dokonce i některé nemoci léčí. Pomáhá při bolestech hlavy, svalů, pásovém oparu, artritidě nebo při premenstruačním syndromu (Kolektiv autorů, 2006, str. 118).

Vonné oleje z eukalyptu, heřmánku či levandule fungují proti bolesti nejlépe, buď se vdechují jako aerosol, nebo se uplatní při masáži anebo koupeli. Jedná se o příjemné formy relaxace nebo naopak stimulace. Vůně také podněcují uvolnění endorfinů, které zajistí zlepšení nálady (Kolektiv autorů, 2006, str. 118, 119).

Aromaterapie se uplatňuje i v onkologii, pokud pacient absolvoval léčbu cytostatiky, pomůže mu odstranit vedlejší nežádoucí účinky – olej máty peprné bojuje proti nevolnosti (Rošková, 2012, str. 51).

Ač se může zdát, že aromatické esence nemohou působit škodlivě, přece jen se jisté kontraindikace naleznou. Tuto výjimku tvoří těhotné ženy a děti mladší 5 let, oleje pro ně mohou být jedovaté, růžový a eukalyptový olej dokonce výrazně (Kolektiv autorů, 2006, str. 119).

1.4.2.2 Muzikoterapie (terapie hudbou)

Muzikoterapie představuje léčbu rytmickým zvukem, který je velmi chytlavý a vyvolává příjemné pocity, vzpomínky, podporuje hojení, ulevuje od chronické bolesti, popálenin, pomáhá dětem s dětskou mozkovou obrnou, také ji lze uplatnit u narkomanie (Kolektiv autorů, 2006, str. 119, 120).

Hudba skýtá mnoho možných činností: lze ji poslouchat, pohybovat se v jejím rytmu, zpívat ji nebo absolvovat hudební cvičení či tvořit vlastní skladby. Rychlá hudba povzbuzuje, její pomalé tempo naopak zklidňuje (Kolektiv autorů, 2006, str. 120, 121).

Pro úspěšnou terapii je nezbytné vhodné prostředí a hudba, která má pro pacienta určitý smysl. Mnoho lékařů a jiných odborníků se v dnešní době shoduje, že muzikoterapie sklízí úspěch při léčbě pacienta a zlepšuje i jeho celkový stav. Prospívá lidem ve velmi těžkých stavech, většinou po poranění nervové soustavy. Hudba, kterou pacient zná, se může po dohodě s lékařem pustit i lidem v kómatu, vnímají ji mnohdy lépe než jiné druhy stimulace. Hudba pomáhá v obnovení porušených spojů v mozku a umožňuje vytvářet jiné, nové (Gerlichová, 2014, str. 33, 36).

1.4.2.3 Terapie dotykem

Terapie dotykem používá ke své technice pouze ruce a na rozdíl od masáže není třeba žádného tlaku. Funguje na představě předávání energií z energetického pole jednoho těla do druhého a ta se vůbec nemusí dotýkat. Stačí, když terapeut pohybuje rukama 5 – 15 cm nad tělem pacienta a manipuluje tak s jeho energií. Je to jedna z doplňkových alternativ léčby, která eliminuje především úzkost a bolest. U seniorů a malých dětí by léčba měla probíhat krátce a s nižší intenzitou než u ostatních, kvůli zhoršenému čtení výrazů z jejich obličeje (Kolektiv autorů, 2006, str. 121 - 124).

1.4.2.4 Jóga

„Jóga je jedním z nejstarších postupů k podpoře zdraví. Uceluje tělesnou, mentální a duchovní energii k podpoře zdraví a pohody. Jejimi základními součástmi jsou správné dýchání, pohyb, meditace, postoj.“ (Kolektiv autorů, 2006, str. 124)

Pomáhá mírnit bolesti, eliminuje stres a úzkost, dochází ke snížení krevního tlaku a spotřeby kyslíku, klesá dechová a tepová frekvence, posiluje motorické schopnosti a navozuje mozkovou aktivitu, která vzniká při hluboké relaxaci (Kolektiv autorů, 2006, str. 124).

1.4.2.5 Masáž

Masáž, další zástupce doplňkové terapie, je léčebná procedura, při které se uplatňuje hnětení a tření pokožky a svalů. To podporuje prokrvení, uvolňuje mysl a díky tomu odvrací pozornost od bolesti. Dochází k relaxaci svalstva, omezení stresu a působení proti bolesti jak mírné, střední, tak silné, například bolesti hlavy, zad a ramen. Při masírování je vhodné se vyhýbat

místům, kde se nachází narušená pokožka, hematom, cysta nebo zlomenina. Také u lidí, kteří se léčí s vysokým krevním tlakem nebo žaludečními či dvanáctíkovými vředy by se mělo vyhýbat masáži v oblasti břicha. Pacienti s diabetem mellitem, varixy a dalšími cévními onemocněními a otoky rozhodně nejsou vhodnými adepty na tuto příjemnou terapii (Kolektiv autorů, 2006, str. 126, 127).

1.4.2.6 Chiropraktická léčba

„Chiropraxe je terapeutický systém, založený na názoru, že většina zdravotních problémů je výsledkem nesprávného postavení obratlů a může být napravena manipulací“ (Kolektiv autorů, 2006, str. 127).

Podle zdravotníků napravuje bolesti svalů osového skeletu a má vliv na obnovu funkce vnitřních orgánů. Hlavním úkolem chiropraktika je objevení a náprava špatného postavení obratlů. Lidé s osteoporózou by tento druh léčby neměli nikdy podstupovat, hrozí jim zhoršení tohoto onemocnění (Kolektiv autorů, 2006, str. 127 - 129).

1.4.2.7 Akupunktura

Akupunkturou se rozumí léčebná metoda, která je součástí tradiční čínské medicíny a kdy se do těla pacienta, konkrétně do tzv. akupunkturních bodů, nabodávají tenké jehly, které se ponechávají pod kůží 20 – 30 minut (Kolektiv autorů, 2006, str. 29; Hecker a kolektiv, 2010, str. 2, 3).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) existuje 100 stavů, proti kterým lze úspěšně bojovat akupunkturou. Pro příklad se uvádí: artritida, bolesti zad, syndrom karpálního tunelu, bolesti zubů, bolesti hlavy, menstruační bolesti, pooperační bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, str. 130).

Akupunktura se nemusí nutně provádět speciálními jehlami. Ty někteří akupunkturisté nahrazují elektro-stimulací, ultrazvukem nebo laserem. U jistých typů akupunktury hrozí vznik pneumotoraxu, riziko nepřesného vpichu, ale na druhou stranu kromě jiného má tato metoda léčby mnohem více nesporných výhod a žádoucích účinků než těch opačných (Kolektiv autorů, 2006, str. 130– 132).

1.4.3 Kognitivní a behaviorální terapie

Kognitivní a behaviorální přístupy jsou založeny na předpokladu, že u duševně zdravých lidí ovlivňují myšlení a postoje podstatným způsobem jejich prožívání a chování. (Kolektiv autorů, 2006, str. 132).

Cílem těchto postupů je především odstranit u pacientů pocit bezmocnosti a vytvořit důvěru ve vlastní kompetenci, tedy posílit sebevědomí. Klade důraz na aktivitu pacienta, který přijímá větší odpovědnost za léčbu a svůj zdravotní stav (Kolektiv autorů, 2006, str. 132).

1.4.3.1 Meditace

Meditace disponuje pozitivními účinky na zdraví, zaměřuje pozornost na rytmus vlastního dýchání, na jeden zvuk či obraz a díky tomu se pacient méně soustředí na nepříjemné pocity, např. právě na bolest (obzvláště chronickou) nebo stres. Také pozitivně působí na imunitu u pacientů s rakovinou, AIDS a autoimunitními poruchami. S meditací, zejména s prvky soustředujícími se na dýchání, mohou mít potíže lidé trpící onemocněním dýchacích cest (Kolektiv autorů, 2006, str. 132 - 135).

1.4.3.2 Biofeedback

Princip biofeedbacku tkví v tom, že pacient, napojen na elektronický monitor, sleduje své fyziologické funkce (dýchání, pulz, krevní tlak) během terapeutického sezení a učí se je ovládat pomocí myšlenek, dýchání, postoje a napětím svalů. Pokud se to naučí, otevře se mu možnost kontrolovat svou bolest nebo jistá onemocnění, aniž by musel užívat léky nebo provozovat jiné běžné metody léčby. Při terapii bolestivých stavů se většinou využívá buď EMG měřící svalové napětí, nebo termální biofeedback, který měří teplotu pokožky. Biofeedback se nedoporučuje pacientům s nízkým krevním tlakem, psychiatrickými poruchami, poruchami paměti a demencí (Kolektiv autorů, 2006, str. 135 - 137).

1.4.3.3 Hypnóza

Hypnóza představuje uměle navozenou změnu stavu vědomí, připomínající spánek, vyznačuje se zvýšenou vnímavostí pro sugesci a podvolením vůči příkazům. Nelze však hypnotizovaného přemluvit, aby příkazy vykonal nedobrovolně. Pacient v hypnóze se uvolní a dojde ke změně dýchání, díky tomu může dojít ke změně chování a větší vyrovnanosti. Získá tak moc nad svým strachem a úzkostí, což jsou doprovodné jevy bolesti. Hypnóza je vhodná pro léčbu chronických bolestí, bolestí hlavy, menstruačních bolestí. Lidé trpící organickými psychiatrickými nemocemi, kdy je známa příčina nemoci, např. úraz, psychózou či antisociální osobnostní poruchou by neměli být léčeni hypnózou (Kolektiv autorů, 2006, str. 137, 138).

2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Znalí NLZP alespoň 2 metody nefarmakologické léčby bolesti?
2. Jaká nefarmakologická metoda se nejčastěji používá na zkoumaných odděleních k léčbě bolesti?
3. Mají více informací o možnostech nefarmakologické léčby bolesti NLZP s vyšším dosaženým vzděláním?
4. Mají NLZP možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti?
5. Využívají NLZP metody nefarmakologické léčby bolesti v praxi?
6. Je škála VAS nejčastěji využívána k hodnocení bolesti na zkoumaných odděleních?

3 METODIKA

Pro mou teoreticko-výzkumnou práci byla zvolena metoda průzkumného šetření, sběr dat byl uskutečněn pomocí anonymního dotazníku vlastní tvorby - viz příloha A. Cílem mého průzkumného šetření bylo zjistit, jakou informovanost mají NLZP v dané nemocnici na odděleních chirurgického typu. V dotazníku mé vlastní tvorby bylo obsaženo 19 otázek, které byly vytvořeny na základě předem mnou stanovených cílů a výzkumných otázek.

V úvodu dotazníku bylo uvedeno pár informací, například název a cíl mé bakalářské práce a hlavně, že se jedná o zcela dobrovolné a anonymní vyplnění a že mne mohou v případě zájmu o výsledky mého výzkumu kontaktovat na e-mailové adrese. Následovalo již výše zmíněných 19 otázek. Většinou se jednalo o otázky uzavřené s možností jedné nebo více odpovědí, poté dvě otázky otevřené, na které byla možnost odpovědět volně. Vyskytly se i polouzavřené otázky a jedna filtrační otázka. V závěru mého dotazníku bylo poděkování za jeho vyplnění čas a ochotu respondentů.

Mým výzkumným vzorkem byli tedy náhodně vybraní NLZP kromě sanitářek/sanitářů a ošetřovatelek na zvolených chirurgických odděleních. Vůbec nezáleželo na jejich věku, pohlaví, na době praxe, ani na vzdělání. NLZP, kteří souhlasili s dobrovolným podílením se na mém výzkumu, obdrželi od staniční či vrchní sestry dotazník k vyplnění.

Výzkum probíhal od 7. do 28. ledna 2016 na mnou náhodně vybraných odděleních chirurgického typu, v nemocnici krajského typu. Po předchozích domluvách se staničními nebo vrchními sestrami, zda by byli NLZP ochotni vyplnit mé dotazníky a souhlasili s využitím dat pro účel mé práce, bylo rozdáno na jedno ze zkoumaných oddělení pět dotazníků v rámci pilotního výzkumu. Jelikož nebyly shledány žádné nejasnosti a dotazníky byly vyplněné kompletně, byla zahájena distribuce mých dotazníků. Na každé oddělení bylo potom poskytnuto vždy deset dotazníků staniční sestře, která byla ode mne poučena o časovém limitu 15 minut, který se měl každý NLZP snažit dodržet a jak zajistit anonymitu. Poté byly dotazníky rozdány staniční sestrou mezi NLZP, kteří měli právě službu. V termínu dohodnutém se staničními či vrchními sestrami byly dotazníky osobně vyzvednuty. Anonymita dotazníků byla zajištěna tak, že NLZP vyplněné dotazníky vkládali do neprůhledných desek.

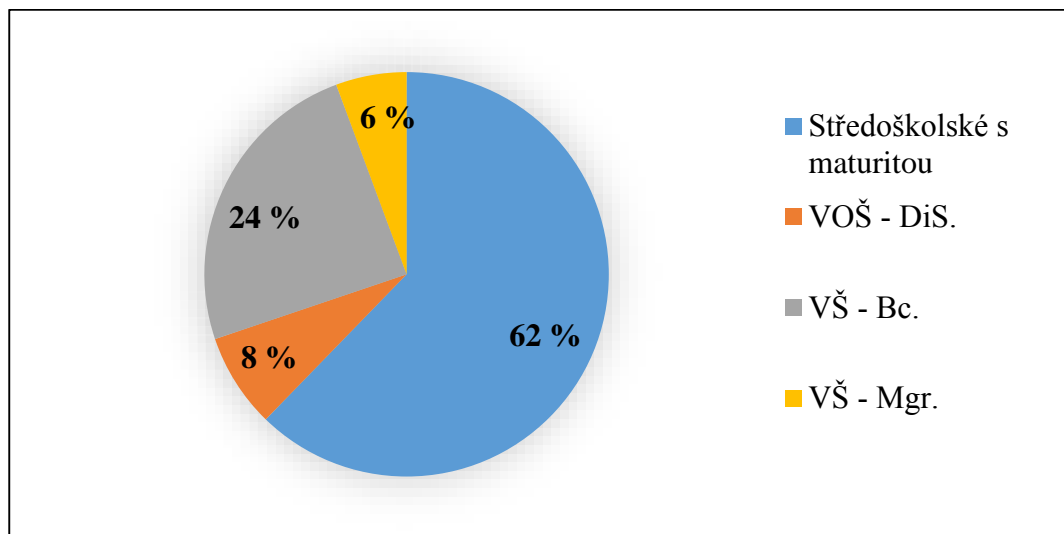
Dohromady bylo rozdáno 60 dotazníků. Z některých oddělení se mi však nevrátily všechny, celková návratnost činila 56 dotazníků, tedy 93 % z celkového počtu. Ovšem tři dotazníky

nebyly kompletně vyplněné, proto byly z výzkumu vyřazeny. Nakonec byla tedy zpracována data s výzkumným vzorkem celkového počtu 53 dotazníků.

Vyhodnocení bylo provedeno popisnou statistikou. Zjištěná data byla následně zpracována do tabulek a výšečových grafů a pro lepší přehlednost převedena na procenta. K vyhodnocování dat byl použit program Microsoft Office Word a Excel 2016.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

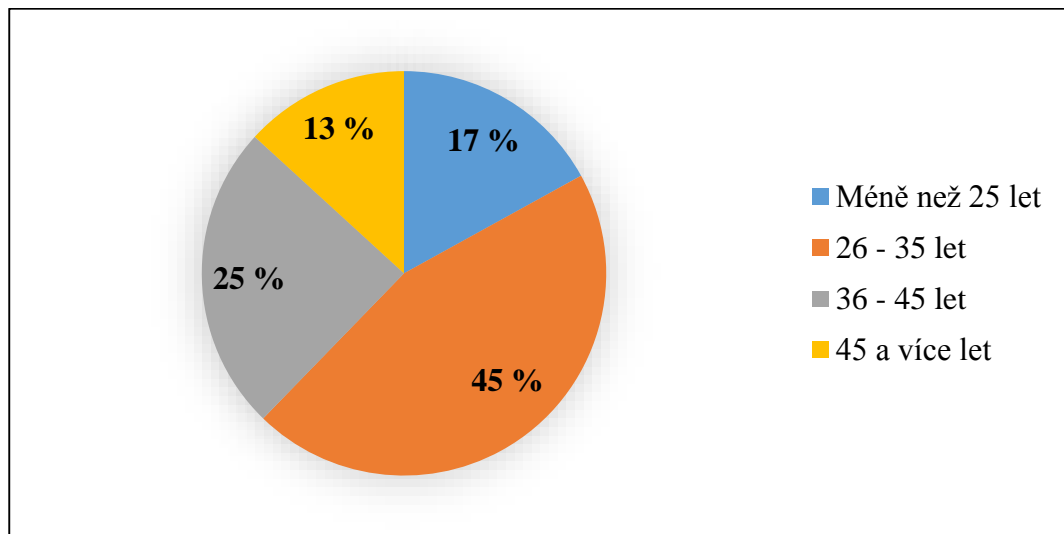
Otázka č. 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?



Obrázek 1 - Graf nejvyššího dosaženého vzdělání

V tomto grafickém znázornění se ukazuje, že NLZP na odděleních chirurgického typu mají nejčastěji středoškolské vzdělání s maturitou (62 %). Druhou nejčetnější skupinu tvoří NLZP s vysokoškolským titulem Bc., a to 24 %. Ještě menší procento NLZP - 8 % vystudovalo vyšší odbornou školu a nejméně, tedy 6 % NLZP, vysokou školou s titulem Mgr.

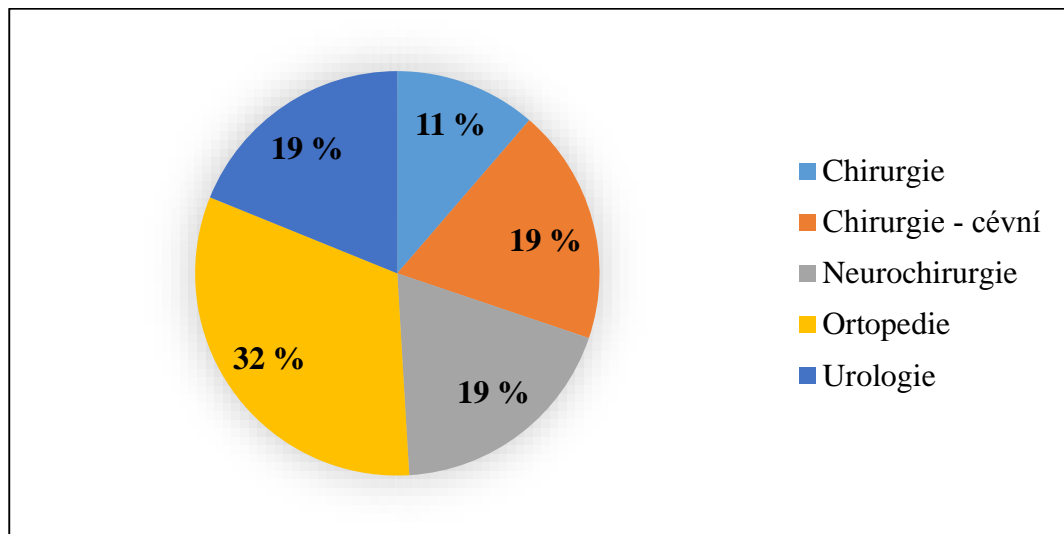
Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



Obrázek 2 - Graf věku respondentů

Jak je patrné z obrázku 2, téměř polovina dotázaných NLZP se pohybovala v rozmezí věku 26 – 35 let (45 %). NLZP středního věku, konkrétně 36 – 45 letých, bylo 25 %. Ve věku 25 let a méně bylo 17 % NLZP a 13 % NLZP, tedy menšinu, bylo 45 a více let.

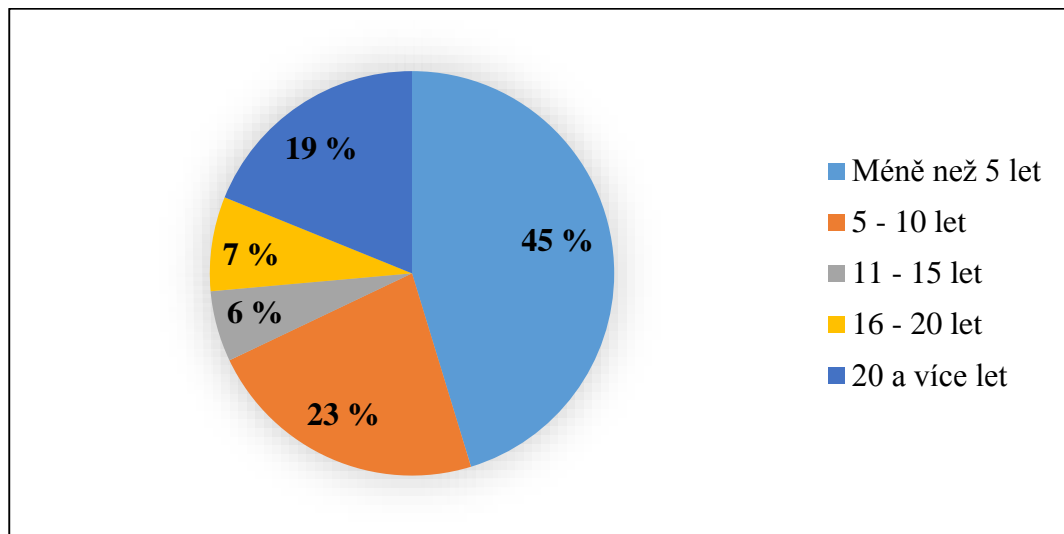
Otázka č. 3: Na jakém oddělení pracujete?



Obrázek 3 - Graf chirurgických oddělení

Zde je patrné, že na můj dotazník odpovědělo nejvíce, tedy 32 %, NLZP, pracujících na ortopedickém oddělení, tři skupiny NLZP (z neurochirurgie, urologie a cévní chirurgie) dosáhly stejného počtu, a sice 19 %, nejméně NLZP (11 %), kteří byli ochotni vyplnit dotazník, pracuje na obecné chirurgii.

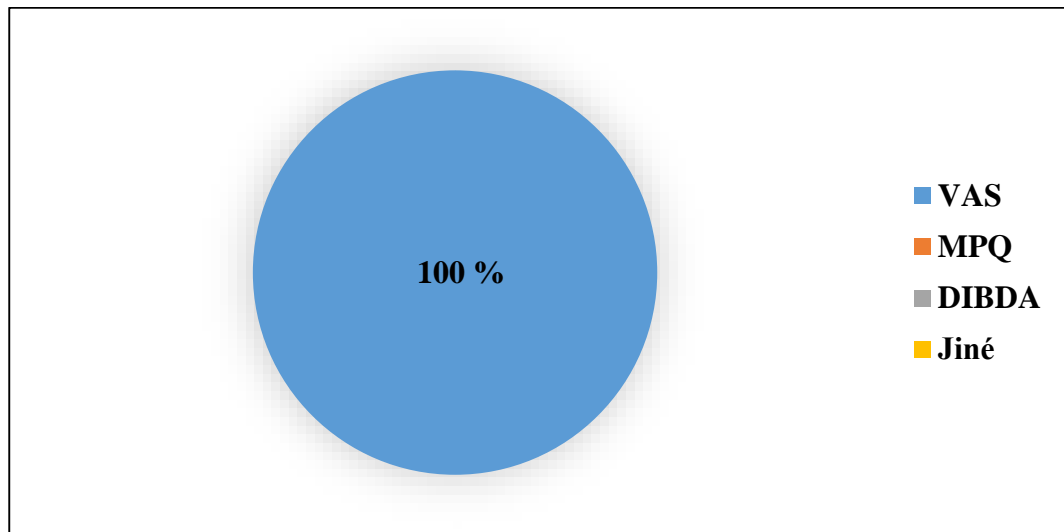
Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?



Obrázek 4 - Graf délky práce na chirurgickém oddělení

Z grafu vyplývá, že necelá polovina NLZP z mého šetření, tedy 45 %, pracuje na oddělení méně než 5 let, 23 % NLZP pracuje na oddělení 5 – 10 let, 19 % NLZP je věrno svému oddělení již 20 let a déle. Poté 7 % NLZP pracuje 16 – 20 let na jednom oddělení a 6 % zde pracuje 11 – 15 let.

Otázka č. 5: Jakou škálu používáte na oddělení při hodnocení bolesti? (lze zaškrtnout více odpovědí)



Obrázek 5 - Graf použití škál při hodnocení bolesti

Na tuto otázku vyšla zcela jednoznačná odpověď, ačkoli bylo uvedeno, že lze zaškrtnout více odpovědí. Celých 100 % NLZP používá při hodnocení bolesti u pacientů škálu VAS.

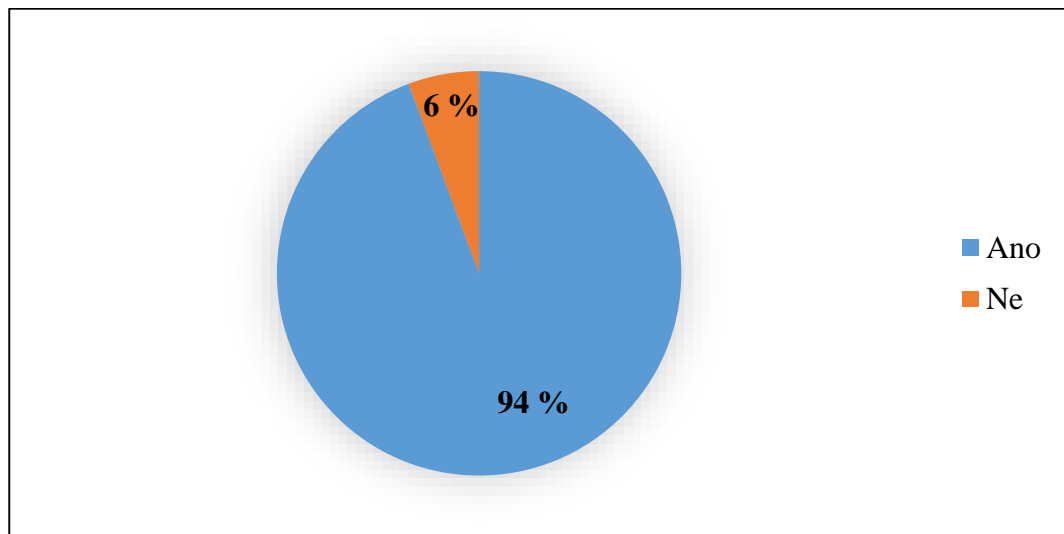
Otázka č. 6: Které metody nefarmakologické léčby bolesti znáte? (prosím vypište)

Tabulka 1 - Nejznámější metody nefarmakologické léčby bolesti

Metody nefarmakologické léčby bolesti	Absolutní četnost [n_i]	Relativní četnost [f_i]
Aplikace chladu	48	91 %
Fototerapie	3	6 %
Polohování, elevace	39	74 %
Odvedení pozornosti od bolesti	7	13 %
Muzikoterapie	5	9 %
Aplikace tepla	27	51 %
Masáž	10	19 %
Aromaterapie	6	11 %
Znehybnění	2	4 %
RHB	2	4 %
Neurostimulace	2	4 %

U této otázky byla možnost vypsát veškeré metody, na které si NLZP vzpomene. Z tabulky 1 vyplývá, že valná většina NLZP (91 %) si vybaví metodu aplikace chladu. Metoda polohování nebo elevace byla druhá nejčastější odpověď, uvedlo ji 74 % NLZP. Opak aplikace chladu, tedy aplikaci tepla vypsalo 51 % NLZP. Na aromaterapii si vzpomnělo 11 % NLZP. Další odpovědi respondentů naleznete v tabulce 1.

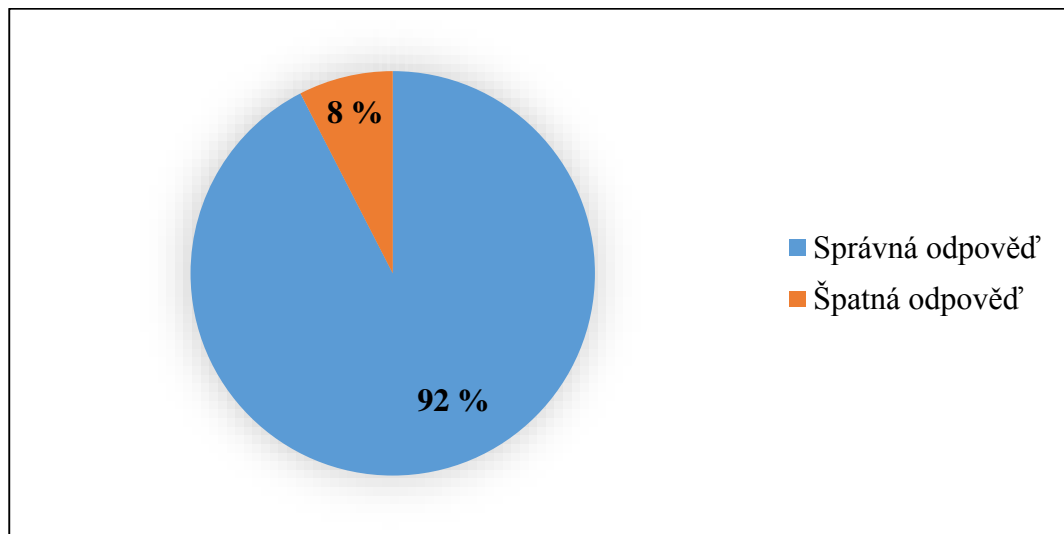
Otázka č. 7: Aplikujete některé z nich na Vašem oddělení?



Obrázek 6 - Graf aplikace nefarmakologických metod na chirurgických odděleních

Že určité metody nefarmakologické léčby bolesti, které v předchozí otázce vypsaly, aplikují i v praxi, uvedlo 94 % NLZP, jak si lze všimnout na obrázku 6. Pouze 6 % NLZP některé z metod ve své praxi nevyužívá.

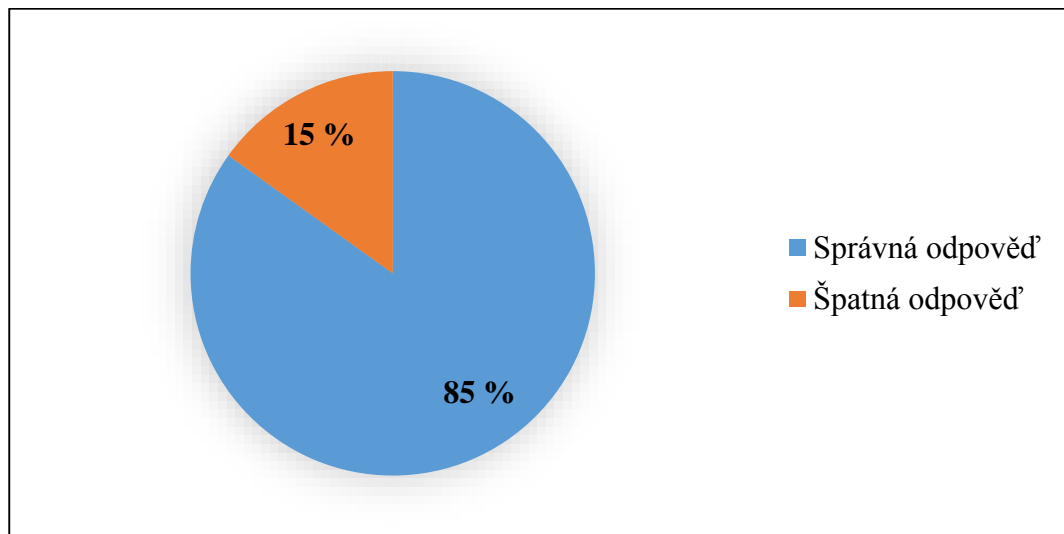
Otázka č. 8: Co je podle Vás kryoterapie? (prosím vypište)



Obrázek 7 - Graf znázorňující správné a špatné vysvětlení termínu kryoterapie

Na tuto otázku měli NLZP napsat, co se podle nich skrývá za metodu pod názvem kryoterapie. Správně odpovědělo 92 % NLZP, že je to, zjednodušeně řečeno – léčba extrémním chladem. Zbýlých 8 % NLZP tento termín definovalo buď špatně, nebo tento termín neznali.

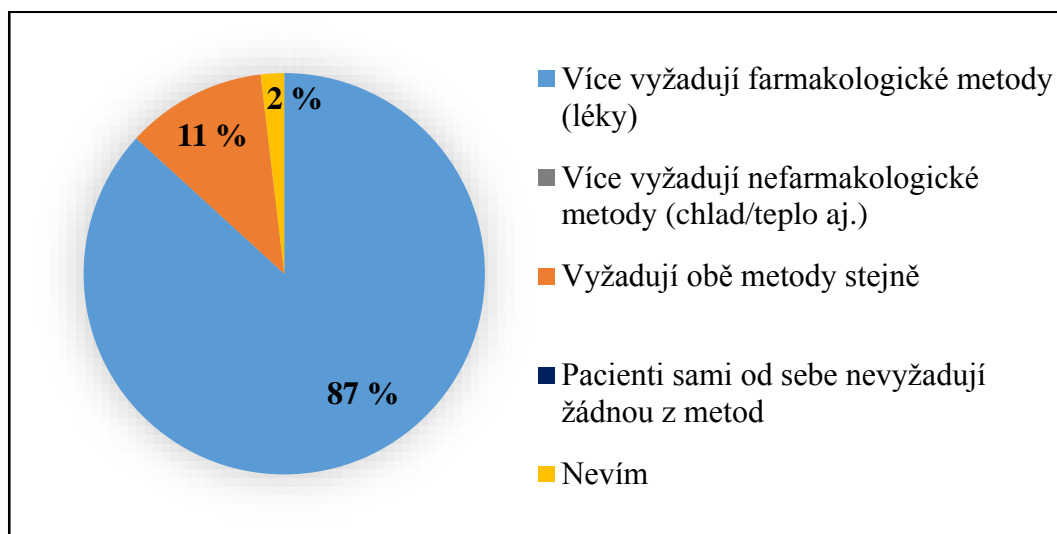
Otázka č. 9: Co je podle Vás fototerapie? (prosím vypište)



Obrázek 8 - Graf znázorňující správné a špatné vysvětlení termínu fototerapie

Tento termín je zřejmě pro NLZP pracující na chirurgických odděleních méně známý než předchozí, protože 85 % vystihlo podstatu této metody, a sice že se jedná o léčbu světlem. Ovšem 15 % NLZP buď neznalo význam toho slova, nebo neodpovědělo správně.

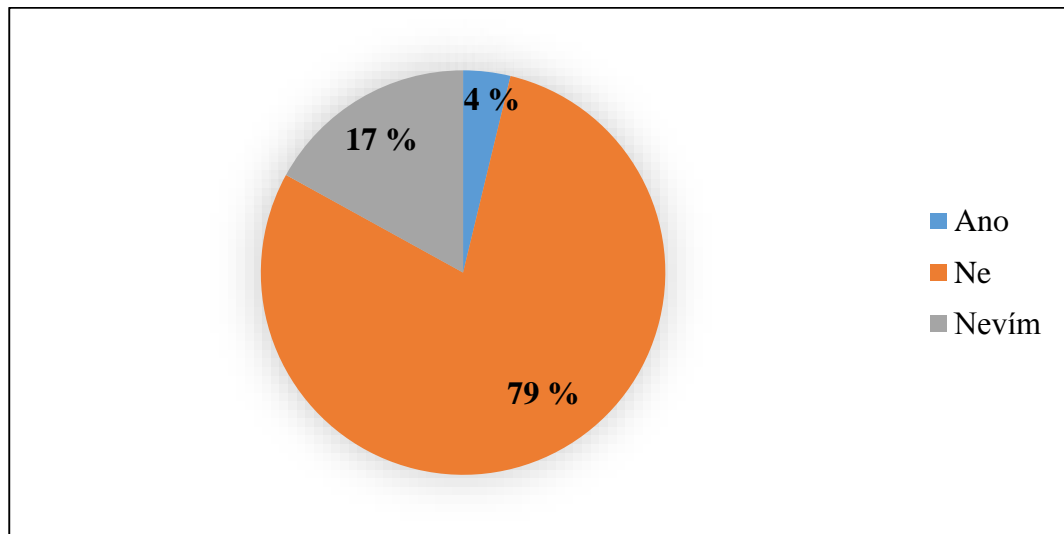
Otázka č. 10: Vyžadují Vaši pacienti více farmakologické nebo nefarmakologické metody léčby bolesti?



Obrázek 9 - Graf nejvyžadovanějších metod nefarmakologické léčby bolesti

V této tabulce jsou pro lepší přehlednost znázorněna data odpovědí na otázku č. 10. Více jak tři čtvrtě respondentů (87 %) se shodlo na odpovědi, že jejich pacienti více vyžadují farmakologické metody léčby bolesti, tedy léky. Že pacienti vyžadují obě metody nastejno, tvrdí 11 % NLZP a pouze 2 % se nemohla rozhodnout pro žádnou z nabízených odpovědí.

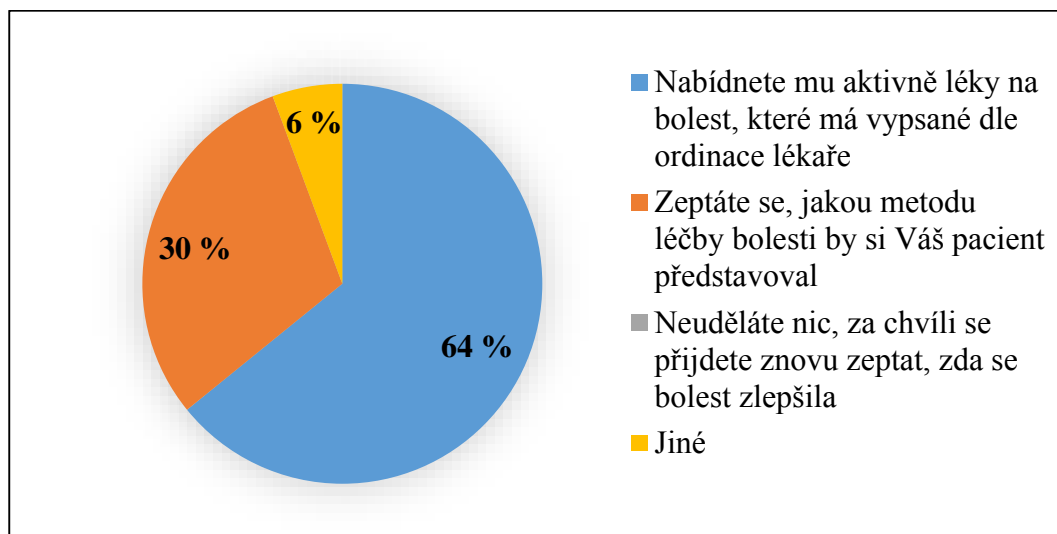
Otázka č. 11: Myslíte si, že nefarmakologické metody léčby bolesti jsou účinnější než farmakologické?



Obrázek 10 - Graf účinnosti farmakologické a nefarmakologické metody

V tomto grafu můžete zpozorovat, že 79 % NLZP shledává účinnější metody farmakologické léčby bolesti, 17 % zvolilo odpověď – nevím a pouhá 4 % si myslí, že bolest lépe tiší nefarmakologické metody léčby bolesti.

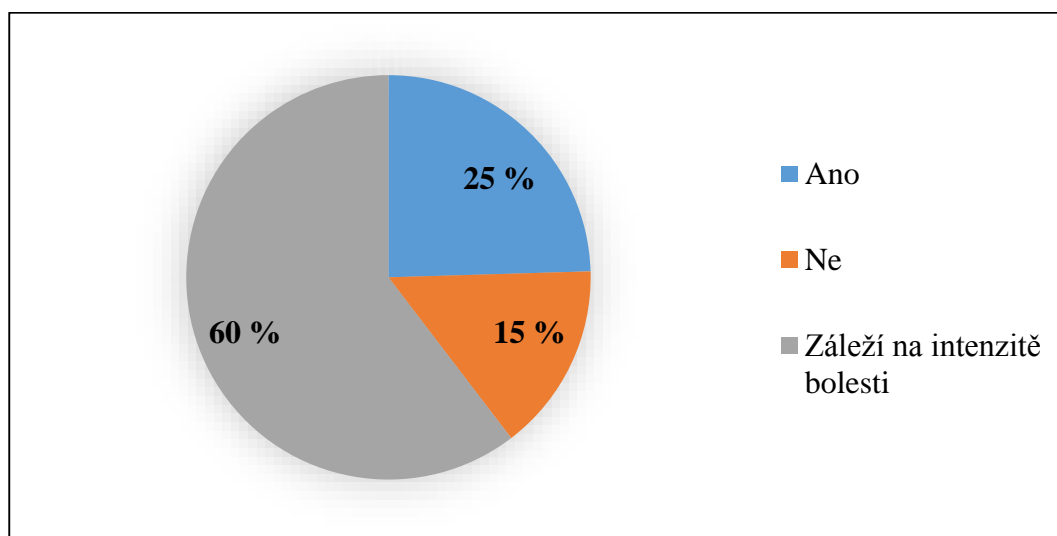
Otázka č. 12: Pokud Vašeho pacienta sužuje bolest, vy:



Obrázek 11 - Graf nabídek léčby pacientům s bolestí

Jak je patrné z obrázku 11 - 64 %, tedy více než polovina dotázaných zvolilo odpověď, že by nejprve pacientovi nabídla léky proti bolesti, které má vypsány v dokumentaci, 30 % by se zeptalo, které té metodě, zda farmakologické, či nefarmakologické, by pacient dal přednost a zbylých 6 % by tento problém vyřešilo jinak.

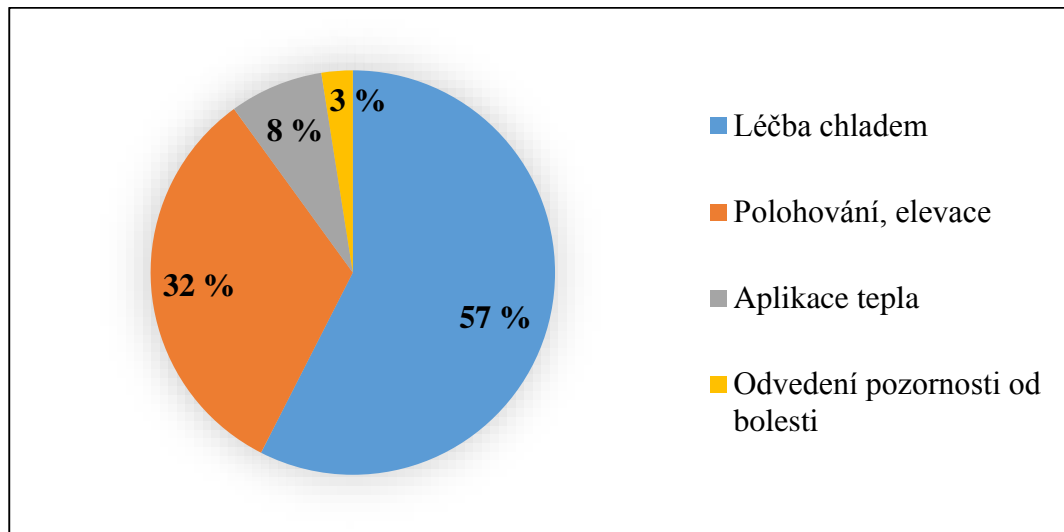
Otázka č. 13: Snažíte se pacienta zaměstnat, odvést pozornost od bolesti?



Obrázek 12 - Graf odvedení pozornosti od bolesti

Jak je patrné z obrázku č. 10, nejpočetnější skupina, tedy 60 % NLZP se snaží odvést pacientovu pozornost od bolesti, záleží však na intenzitě bolesti. Čtvrtina respondentů neboli 25 % odvádí pacientovu pozornost od jakékoliv bolesti, avšak 15 % NLZP se o to nesnaží vůbec.

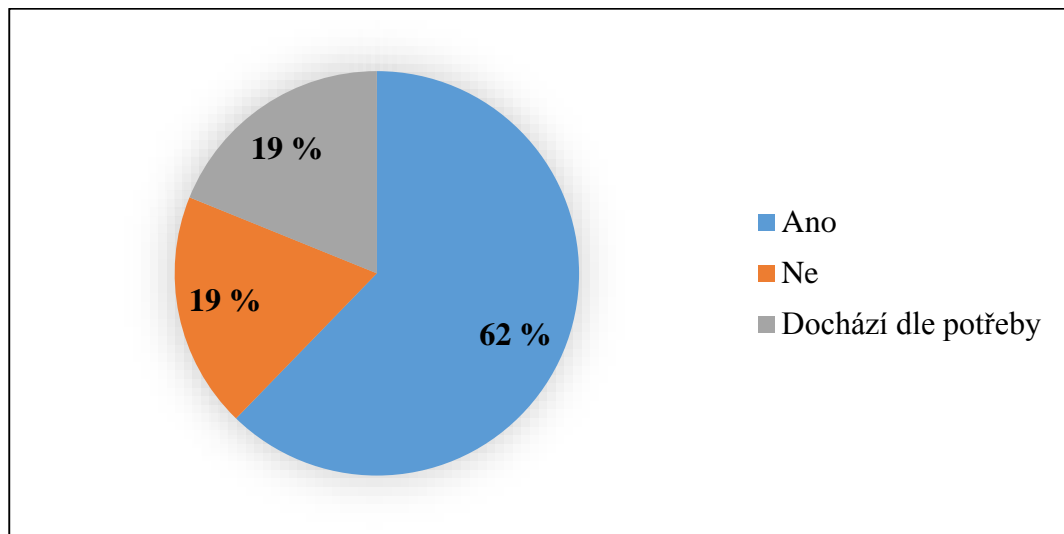
Otázka č. 14: Kterou nefarmakologickou metodu léčby bolesti používáte nejčastěji na vašem oddělení? (prosím vypište)



Obrázek 13 - Graf četnosti nepoužívanějších nefarmakologických metod

Největší část NLZP (57 %) uvedla, že na svém oddělení nejvíce využívají léčbu chladem, poté menší část (32 %) uvedla, že pacientům ulevují správně zvolenou polohou, či elevací. Dalších 8 % aplikuje nejčastěji teplo a pouhá 3 % pomáhají pacientům nejvíce tím, že se snaží odvést jejich pozornost od bolesti.

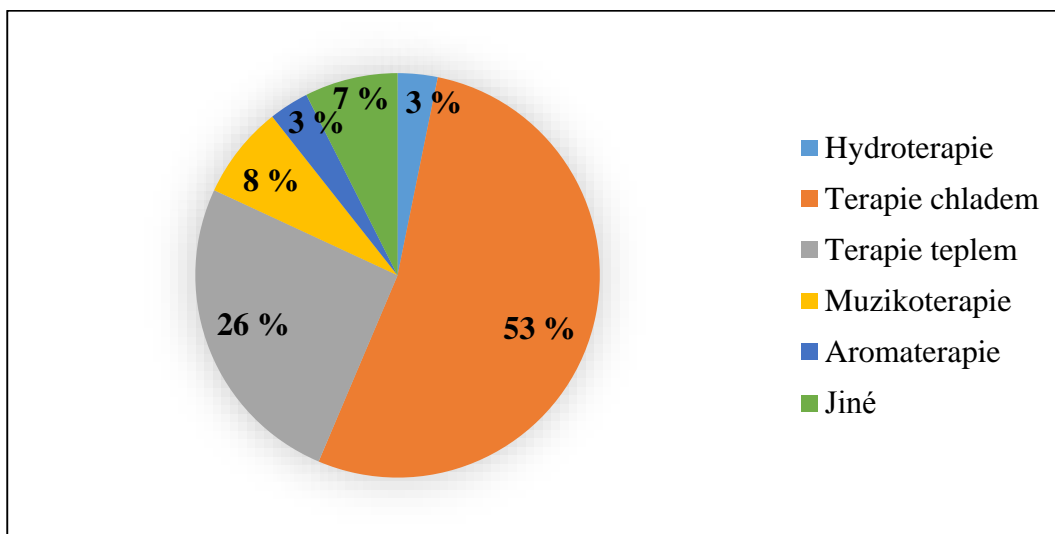
Otázka č. 15: Dochází pravidelně na Vaše oddělení fyzioterapeut?



Obrázek 14 - Graf návštěv fyzioterapeuta na chirurgických odděleních

Na tom, že na jejich oddělení dochází pravidelně fyzioterapeut, se shodlo 62 % NLZP, podle 19 % na oddělení fyzioterapeut nedochází naopak vůbec a dle dalších 19 % odpovědí je zřejmé, že terapeut sice dochází na oddělení, ale jen dle potřeby.

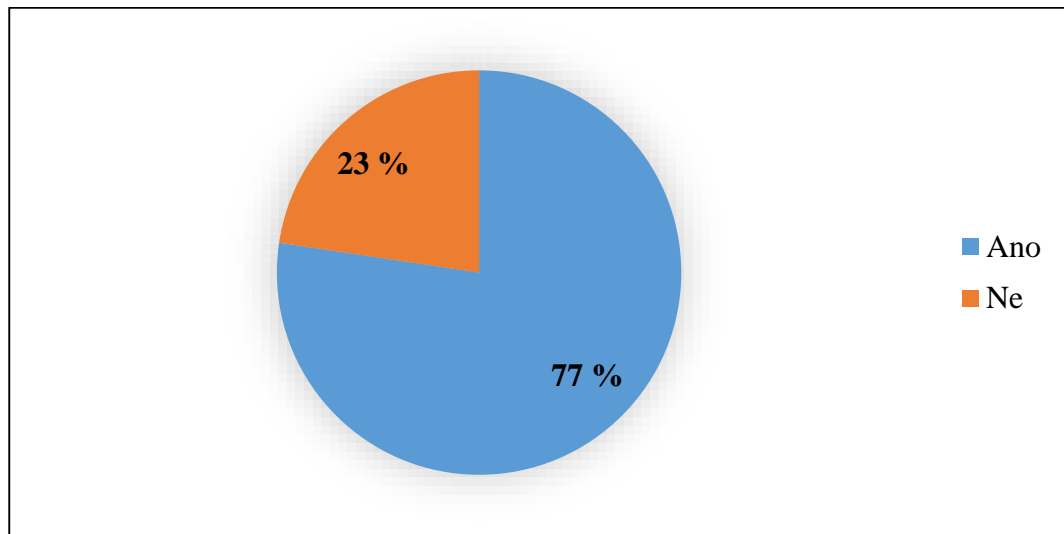
Otázka č. 16: Na Vašem oddělení jste se již někdy setkala s (lze zaškrtnout více odpovědí):



Obrázek 15 - Graf nefarmakologických metod na chirurgických odděleních

U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, nejčtenější odpovědí byla zvolena léčba chladem, uvedlo ji 53 % NLZP. Další v pořadí nejčtenější, jak lze z obrázku 15 vyčíst, byla odpověď terapie teplem, zvolilo ji 26 % NLZP. Ostatní vypsání metody už NLZP tak často nevolili.

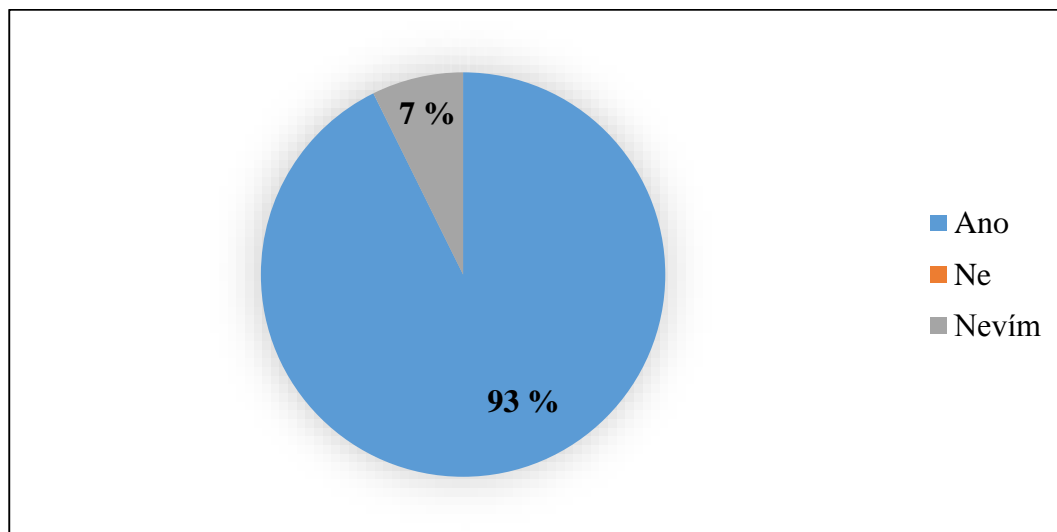
Otázka č. 17: Máte možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti (odborné knihy, články, semináře aj.)?



Obrázek 16 - Graf - možnost dalšího vzdělávání

Dle obrázku 16 můžete zjistit, že 77 % NLZP ví o tom, že má možnost dalšího vzdělávání, ať už ve formě přednášek, seminářů, či knih. A 23 % NLZP buď neví o žádné možnosti, nebo opravdu tu možnost dalšího vzdělávání nemají.

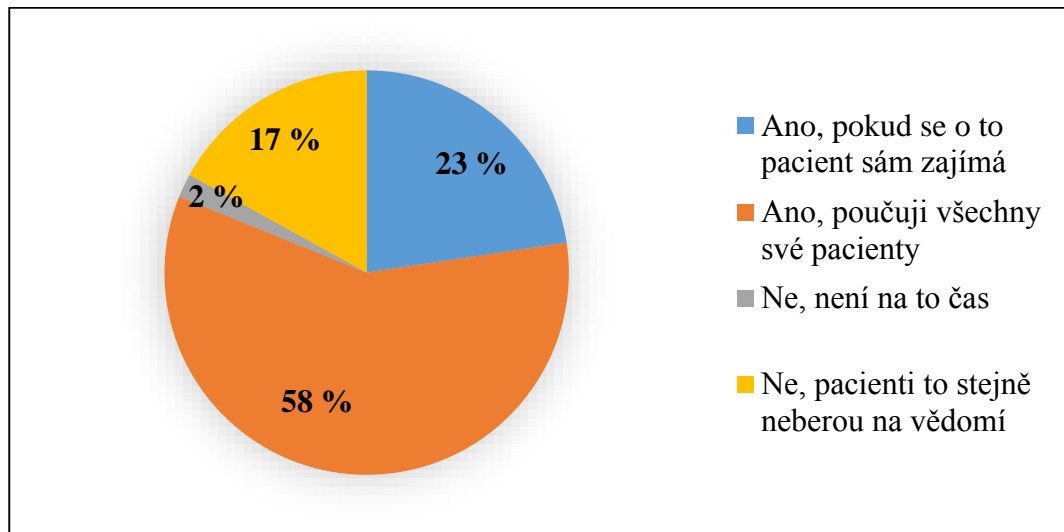
Otázka č. 18: Myslíte si, že je pro Vaši praxi tato možnost dalšího vzdělávání přínosná? (pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ne“, tuto otázku přeskočte)



Obrázek 17 - Graf přínosnosti dalšího vzdělávání

Téměř všichni NLZP, které na předchozí otázku odpověděly ano, uvedly, že možnost dalšího vzdělávání je pro ně v praxi přínosem, odpověď zvolilo 93 %, ovšem 7 % uvedlo, že jim další vzdělávání nic potřebného nepřináší.

Otázka č. 19: Poučujete pacienty s bolestí o nezbytnosti provádění některé nefarmakologické metody léčby při propuštění do domácího ošetření?



Obrázek 18 - Graf o poučení pacientů při propuštění

Na obrázku 18 je zobrazena nejčetnější skupina respondentů, která vypověděla, že poučuje všechny své pacienty při propuštění do domácí péče, takovou odpověď uvedlo 58 %. V případě, že se o to pacient sám zajímá, ho poučí 23 % NLZP. Standardně své pacienty nepoučuje 17 % NLZP, protože se domnívá, že tyto rady stejně nevezmou na vědomí. Jeden NLZP, což jsou 2 % z mého výzkumného vzorku, označil odpověď, že své pacienty při propuštění nepoučuje, protože na to nemá čas.

5 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na zjišťování povědomí NLZP o nefarmakologických metodách léčby bolesti. Pro svůj výzkum v bakalářské práci jsem v rámci dotazníkového šetření rozdala 60 dotazníků, navrátilo se mi jich 56, tedy 93 %. Bohužel jsem pro neúplnost dat musela 3 dotazníky vyřadit. Pracovala jsem tedy celkovým počtem 53 dotazníků, které byly vyplněny NLZP pracujícími na odděleních chirurgického typu v nemocnici krajského typu.

Zjištěné výsledky byly srovnávány s bakalářskou prací Pilnáčkové (2009), která se zabývala tématem: „*Standardizace postupů v hodnocení bolesti a ošetrovatelské péče u pacientů s bolestí v nemocničním zařízení*“. Dále pak s bakalářskou prací Flaisigové (2013), která psala práci na téma: „*Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení*“. V neposlední řadě byly porovnány výsledky mého výzkumu s diplomovou prací Novákové (2014) s názvem: „*Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně*“.

Výzkumná otázka č. 1: Znalí NLZP alespoň 2 metody nefarmakologické léčby bolesti?

Podklady k této otázce vychází zejména z otázky č. 6 z dotazníku. Z odpovědí dotázaných respondentů je patrné, že znají většinou více než dvě metody nefarmakologické léčby bolesti. Nejvíce NLZP (91 %) uvedlo, že znají léčbu chladem, což není udivující, kolektiv autorů (2006, str. 21) uvádí, že léčba chladem se často využívá při léčbě akutní bolesti, takže je to všeobecně známá metoda tišení bolesti. Méně NLZP (74 %) by léčilo bolest správným polohováním, eventuálně elevací, 51 % z celkového počtu si vzpomnělo na léčbu teplem, což je celkem zajímavé zjištění, přitom léčba teplem je pravý opak léčby chladem, tudíž bych očekávala, že si na ni vzpomene více NLZP.

Výzkumná otázka č. 2: Využívají NLZP metody nefarmakologické léčby bolesti v praxi?

Z otázky č. 13 je evidentní, že respondenti v praxi projevují snahu o další z nefarmakologických metod léčby bolesti – zaměstnání pacienta, odvedení jeho pozornosti jiným směrem. Podle NLZP záleží na intenzitě dané bolesti, dle toho by jednalo 60 %, čtvrtina (25 %) by se pokusila také o odvádění pozornosti od bolesti, zarážející však je, že 15 % NLZP by se o nic takového nesnažilo, zřejmě v rámci šetření času na jiné povinnosti.

Otázkou č. 16 se potvrzuje, že dle respondentů nejvíce využívaná metoda terapie chladem je využívána i v jejich praxi a shodlo se na tom nejvíce NLZP (53 %). Další v pořadí nejčtenější odpovědí byla terapie teplem (26 %). Kolektiv autorů (2006, str. 97 - 140) mj. potvrzuje širokou

paletu využitelnosti nefarmakologických metod léčby bolesti. Bylo proto více než nad očekávání jasné, že se některé z nich musí uplatňovat při léčbě bolesti v praxi.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká nefarmakologická metoda se nejčastěji používá na zkoumaných odděleních k léčbě bolesti?

Na tuto výzkumnou otázku lze najít odpověď v otázce č. 14 z dotazníku. Vypovídá o nejčastěji využívaných metodách nefarmakologické léčby bolesti v praxi na zkoumaných pracovištích. Stejně jako v 6. otázce, i v této největší počet NLZP (57 %) potvrdil léčbu chladem. Podle Málka a kolektivu (2009, str. 30) a také podle kolektivu autorů (2006, str. 103) se léčba chladem často uplatňuje např. po drobných incizích, malých výkonech na kolena atp. a její aplikace je opravdu snadná – stačí přiložit sáček s ledem či zmrazeným gelem obalený v látce a na to není třeba velkých výdajů ani času a indikací je opravdu dost.

Také Pilnáčková (2009) se ve svém výzkumu zabývala otázkou, jaké nefarmakologické metody léčby bolesti používají NLZP v praxi. Ve své práci uvádí, že NLZP nejvíce využívají z nefarmakologických metod léčby bolesti terapii chladem a teplem - 46,4 % NLZP z jejího výzkumného vzorku. To opět potvrdilo domněnku, že tyto techniky jsou v praxi nejvíce využívány. Jsou to totiž málo náročné a nenákladné metody, které jsou součástí snad každého oddělení v nemocnici.

Další v pořadí následuje metoda polohování, případně elevace, která získala 32 %, také jako v otázce č. 6. Aplikace tepla se využívá v praxi nejčastěji podle pouhých 8 % NLZP, přitom kolektiv autorů (2006, str. 101, 102) popisuje tuto techniku celkem jednoduše, opět snadná aplikace, podobná terapii chladem. Metodu odvedení pozornosti zvolila jen 3 % respondentů.

Ze své praxe na vybraných chirurgických odděleních mohu jen potvrdit, že léčba chladem se využívala opravdu téměř u každého pacienta, ať už před operací nebo po ní a u pacientů byla celkem efektivní a žádaná. Co se týče polohování, nejužívanější byla tzv. úlevová poloha, kterou si většinou každý člověk nalezne sám, ale přesto si myslím, že rada zkušeného NLZP může být někdy „k nezaplacení“.

Výzkumná otázka č. 4: Mají více informací o možnostech nefarmakologické léčby bolesti NLZP s vyšším dosaženým vzděláním?

K této výzkumné otázce mi byla vodítkem otázka č. 1, ve které jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, dle tohoto kritéria jsem si poté setřídila dotazníky a porovnávala odpovědi NLZP s různě dosaženými stupni vzdělání na otázky č. 6, 8 a 9. Zjistila

jsem, že v mém výzkumném vzorku nemá úroveň vzdělání NLZP vliv na lepší informovanost o řešené problematice, protože jejich odpovědi na otázky, které zkoumají např., jaké metody nefarmakologické léčby bolesti znají (otázka č. 6), byly většinou dost dobře srovnatelné. Porovnávala jsem také získaná data z otázek č. 8 a 9, kde měli NLZP za úkol vysvětlit uvedené zástupce využívaných nefarmakologických metod k léčbě bolesti. Nezáleželo vůbec na tom, zda má daný NLZP vysokoškolské či střední vzdělání, jejich odpovědi stály na stejné úrovni.

Důkaz mého tvrzení viz příloha B – tabulka, ve které jsem porovnávala počet správných odpovědí na dané otázky středoškolsky vzdělaných NLZP oproti vysokoškolsky vzdělaným NLZP. Jelikož NLZP, kteří vystudovali střední školu, bylo o 13 více, pracovala jsem s relativní četností správných odpovědí a poté z nich vypočítala průměr, který se v obou skupinách téměř nelišil, a z toho jsem vyvodila, že dle mého výzkumného vzorku na vzdělání nezáleží, ať už se jedná o NLZP „s titulem“ či bez něj, informovanost o nefarmakologické léčbě bolesti mají na stejné úrovni. Domnívám se také, že středoškolsky vzdělaní NLZP mají většinou hodně let praxe, díky které se mohli o nefarmakologických metodách léčby bolesti dozvědět (také se ve většině jedná o starší a zkušené NLZP) a naopak NLZP vysokoškolsky vzdělaní tyto znalosti získali spíše hodinami přednášek a studia (většinou se jedná o „mladší ročníky“).

Výzkumná otázka č. 5: Mají NLZP možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti?

Pod tuto výzkumnou otázku spadá otázka č. 17, na které se většina respondentů (77 %) shodla a uvedla tedy, že mají možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti, ať už ve formě seminářů, přístupu k odborným článkům, knihám atp. Zároveň ale 23 % NLZP nemá pocit, že by měli takové možnosti dalšího vzdělávání.

Zde mě celkem zarazilo, že 23 % NLZP z mého výzkumného vzorku se buď domnívá, že nemají tu možnost dalšího vzdělávání, anebo o tom zkrátka neví. Také se nabízí vysvětlení, že jsou unavení, přepracovaní a ztrácejí zájem se více vzdělávat. To si myslím, že by bylo vhodné ve zdravotnictví zlepšit, zajistit více volného času a odpočinku pro odreagování a zároveň nabízet NLZP více možností zisku nových vědomostí.

Ve výzkumu své diplomové práce se Nováková (2014) zabývala také otázkou, zda mají NLZP zájem o problematiku akutní pooperační bolesti. O tyto informace mělo zájem pouhých 54,17 % respondentů, 13,33 % zájem neprojevalo a zbylých 32,50 % si nebylo jistých, ještě o tom nepřemýšlelo.

Vrtišková (2011) zjišťovala ve výzkumu své bakalářské práce odpovědi na otázku: „*Máte zájem si více prohloubit znalosti z oblasti hodnocení a léčby bolesti?*“, kde 42,96 % NLZP uvedlo, že by mělo zájem se dále vzdělávat, ovšem z nedostatku času tyto informace nevyhledávají. NLZP se zájmem o studium informací, které si sami aktivně vyhledávají, bylo 23,24 % a 31,69 % NLZP informace o bolesti nezajímají.

Z těchto dat bych usoudila, že NLZP nemají moc snahu o další vzdělávání, buď jim stačí již nabyté informace, ať už během studia nebo praxe anebo jim schází motivace. Možná by stálo za uvážení jim občas nabídnout zajímavé podněty a přislíbit možnost jisté odměny.

Výzkumná otázka č. 6: Je VAS nejčastěji využívána k hodnocení bolesti na zkoumaných odděleních?

K této výzkumné otázce se váže otázka č. 5. z dotazníku a překvapila mne svým jednoznačným výsledkem. Byla to jediná otázka z celého dotazníku, kde se NLZP do jednoho shodli v odpovědi. Je tedy více než jasné, že odpověď činila 100 % a z výběru různých škál používaných k hodnocení bolesti byla zvolena právě VAS.

Je pravdou, že VAS je nejrychlejší a nejjednodušší metoda a snad na každém oddělení (i mimo ty zkoumané z mého vzorku) se s ní lze, dle mých zkušeností z praxe na různých odděleních této nemocnice krajského typu, setkat. Navíc i Hakl a kolektiv (2013, str. 35) ve své publikaci uvádějí, že VAS je nejpoužívanější pro hodnocení intenzity bolesti.

Porovnala jsem své výsledky s bakalářskou prací Novákové (2014), ta uvedla ve výzkumu své bakalářské práce výsledky otázky: „*Které z nabízených hodnotících a měřících škál, na Vašem pracovišti nejčastěji používáte k hodnocení akutní bolesti po operaci?*“. Respondenti uvedli VAS jako nejpoužívanější škálu na svém pracovišti, tuto odpověď označilo 40,48 %. Sice to není ani celá polovina z celkového zkoumaného vzorku, nicméně i tak potvrdila výsledky mého výzkumu, že VAS je nejpoužívanější k hodnocení bolesti u pacientů.

Oproti tomu Flaisigová (2013), která ve svém výzkumu v otázce č. 9 v dotazníku zkoumala, jaké škály a testy používají všeobecné sestry v praxi, ovšem na odděleních interního typu, dosáhla naprosto odlišných výsledků. VAS používá pouhých 17 % z jejího výzkumného vzorku tamních všeobecných sester, což je oproti mému výsledku viditelný rozdíl, avšak také by se měl vzít v potaz celkový počet analyzovaných dotazníků, který činil 102 kusů. Myslím si, že rozdíl by mohl být dán také tím, že každá nemocnice má své „zaběhnuté“ postupy, kterými se od ostatních trochu liší a proto i výsledky nemohou vyjít všude stejné.

6 ZÁVĚR

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma „Využití nefarmakologických možností léčby bolesti v praxi“. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Tato práce si kladla za cíl zjistit pomocí vlastního anonymního dotazníku, jakou informovanost mají NLZP o nefarmakologických metodách léčby a zda je využívají ve své praxi.

V teoretické části jsem se snažila získat co nejvíce informací o bolesti celkově a o různých variantách její léčby. Z informací, které jsem měla k dispozici, jsem pro přehlednost sestavila základní kapitoly. Snažila jsem se poukázat na to, že ač je nejčastěji využívána tradiční léčba farmaky, nemusí to být jediné a konečné řešení. V dnešní době si už lze vybírat z celkem pestré palety nefarmakologických metod, které povětšinou nemají téměř žádné nežádoucí účinky, jsou spíše méně nákladné a hlavně účinné.

Analýza výzkumných otázek se nachází v kapitole 6 Diskuze.

Po sběru dat byla provedena jejich analýza a hodnocení. Díky výsledkům mého šetření jsem zjistila, že větší část respondentů je informována o dostupných metodách nefarmakologické léčby bolesti avšak uvádí, že na jejich aplikaci mnohdy není čas a prostor, někdy o ně samotní pacienti ani neprojevují zájem a dávají přednost rychlejší a pro ně známější léčbě farmakologické. Nemilým překvapením pro mě byl ovšem fakt, že na tu nejobyčejnější metodu, jakou je bezesporu odvedení pozornosti od bolesti, si vzpomnělo pouhých 13 % NLZP a na muzikoterapii, která je dle mého názoru velmi rozšířená a jednoduchá v alternativě provedení – „nasadit si na uši sluchátka“ a poslouchat svou oblíbenou hudbu, se rozpomnělo jen 9 % dotázaných. Z výsledků mé práce také vyplývá, že dle 77 % NLZP mají možnost dalšího vzdělávání se o typech nefarmakologické léčby bolesti a 93 % z nich se domnívá, že tato možnost je pro ně přínosem.

Díky těmto údajům jsem se rozhodla vypracovat informační leták. Cílem je nastínit NLZP v bodech základní typy nefarmakologických možností léčby bolesti, aby si při své časové vytíženosti usnadnily práci. Z tohoto stručného přehledu mohou čerpat inspiraci pro řešení problémů svých pacientů. Informační leták je níže zobrazen jako Příloha B.

Za přínos své bakalářské práce považuji zjištěná data o informovanosti NLZP z mého zkoumaného vzorku (výsledky rozhodně nevypovídají o znalosti NLZP v celé České Republice), že by měly být schopni poučit pacienta o typech jiné léčby než pouze farmakologické a popř. nabídnout či odkázat na určitou možnost nefarmakologické léčby

bolesti. Za další přínos považuji tvorbu informačního letáku, který by NLZP mohl pomoci usnadnit práci a zlepšit komfort pro pacienty.

7 POUŽITÁ LITERATURA

1. GABRHELÍK, Tomáš. *Léčba bolesti*. In ADAMUS, Milan a kolektiv. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
3. HAKL, Marek a kolektiv. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2902-5.
4. HECKER, Hans-Ulrich a kolektiv. *Kapesní učebnice akupunktury: body tělové, ušní a spouštěcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2714-1.
5. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
7. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
8. MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.
9. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.
10. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1442-6.
11. PODĚBRADSKÝ, Jiří a Radana PODĚBRADSKÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2899-5.
12. ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
13. ROKYTA, Richard a kolektiv. *Léčba bolesti ve stáří*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2662-8.
14. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2006. ISBN 978-80-87323-02-1.
15. SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Maxdorf, 2009. Farmakoterapie pro praxi, Sv. 37. ISBN 978-80-7345-182-0.

Časopisy:

16. BÍREŠOVÁ, Edita. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2011, 21(7 - 8), 38 - 40. ISSN 12100404.
17. KALINOVÁ, Zuzana a Monika KRBEČKOVÁ. Chronická bolest a její léčba. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2007, III.(9), 326 - 328. ISSN 18011349.
18. ONDRIOVÁ, Iveta, Anna SINAIOVÁ, Jarmila DUČAIOVÁ a Blažena LITVÍNOVÁ. Chronická bolest vs. kvalita života nemocného. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2013, 23(7 - 8), 29 - 32. ISSN 12100404.
19. ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest - fyziologie, fáze a léčba. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, 22(4), 48 - 51. ISSN 12100404.
20. ŠIMERDOVÁ, Kamila. Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovou bolestí. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, 22(4), 51 - 53. ISSN 12100404.

Bakalářské a diplomové práce:

21. FLAISIGOVÁ, Dana. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení* [online]. Plzeň: 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni – Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9939/BP%20Dana%20Flaisigova.pdf?sequence=1>
22. NOVÁKOVÁ, Lucie. *Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně* [online]. Brno: 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita - Lékařská fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/416700/lf_m/Akutni_pooperacni_bolest_v_intenzivni_medicine_Lucie_Novakova.pdf
23. PILNÁČKOVÁ, Jitka. *Standardizace postupů v hodnocení bolesti a ošetrovatelské péče u pacientů s bolestí v nemocničním zařízení* [online]. České Budějovice: 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/id/6say0p/downloadPraceContent_adipIdno_13156

8 PŘÍLOHY

Příloha A – Leták

Příloha B – Tabulka závislosti vědomostí na vzdělání

Příloha C – Dotazník

MOŽNOSTI NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY

LÉČBA CHLADEM

ANO:

- akutní trauma
- migréna
- revmatoidní artritida
- spasmus svalů
- poúrazové /pooperační
hematomy a edémy

NE:

- stavy po emboliích
- stavy po zánětech
hlubokého žilního systému
- oblast s omezenou cirkulací
- oblast po radioterapii
- neuropatie



LÉČBA TEPLEM

ANO:

- ztuhlost kloubů
- spasmus svalů
- bolest hlavy
- bolest ucha
- menstruační bolesti

NE:

- vaskulární insuficience
- neuropatie
- neoplazma
- zánětlivá/krvácející oblast
- oblast po radioterapii
- oblast natřená mentolem



HYDROTHERAPIE

ANO:

- popáleniny
- revmatoidní artritida
- namožení svalu
- výron kotníku
- edém
- podchlazení/přehřátí
organismu

NE:

- těhotné ženy
- diabetes mellitus
- hypotenze
- hypertenze
- děti, senioři
- roztroušená skleróza



MOŽNOSTI NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY

CVIČENÍ

ANO:

- potřeba zlepšit držení těla
- posílit ochablé a zkrácené svaly
- zvýšit flexibilitu kloubů
- fibromyalgie
- chronické bolestivé stavy

NE:

- akutní bolest
- zvýšená bolest při pasivním cvičení udržujícím rozsah pohybů



IMOBILIZACE

ANO:

- bolestivé, oslabené klouby při aktivitě
- akutní bolest
- fraktury

NE:

- dekubity
- riziko flebotrombózy
- atrofie svalů



LÉČBA VIBRACÍMI

ANO:

- bolest hlavy
- bolest svalů
- nádorová bolest
- fraktury
- neuropatické bolesti

NE:

- akutní bolest
- snadná tvorba hematomů
- tromboflebitida
- okolí popálenin
- okolí řezné rány



MOŽNOSTI NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY

MUZIKOTERAPIE

ANO:

- chronická bolest
- popáleniny
- stres
- kóma
- narkomanie

NE:

- bolesti hlavy
- nauzea
- nespavost



TENS (TRANSKUTÁNNÍ ELEKTRICKÁ STIMULACE NERVU)

ANO:

- bolest hlavy
- bolest svalů
- nádorová bolest
- fraktury
- neuropatické bolesti

NE:

- kardiostimulátor (pacemaker)
- srdeční arytmie
- idiopatická bolest



AROMATERAPIE

ANO:

- chronická bolest
- stres
- bolesti hlavy
- bolesti svalů
- artritida
- pásový opar
- premenstruační syndrom

NE:

- těhotné ženy
- děti mladší 5 let
- podrážděná pokožka
- fotosenzibilita



Tvorba: vlastní

Použitá literatura:

1. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
3. MÁLEK, Jiří, Pavel ŠEVČÍK a kolektiv. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.

Obrázky – dostupné z:

1. <http://osteoarthritisblog.com/wp-content/uploads/2011/05/ice-pack.jpg>
2. <http://www.vet-tech.co.uk/getmetafile/3d902824-92a1-4f83-97b9-e01b6fee8285/HE009.aspx?maxsize=960>
3. <http://www.drtonivarela.com/wp-content/uploads/2012/02/hydrotherapy.jpg>
4. <http://www.healthcapital.de/fileadmin/gw/Bilder/Webseite/Kacheln/Rehabilitation.jpg>
5. <http://www.omniprax.cz/obr/540201.jpg>
6. <http://images.clipartpanda.com/music-notes-clipart-black-and-white-9TzEb85jc.jpg>
7. https://www.beurer.com/web/web-bilder/produkte/produktbilder/Massage/Body_Massager/MG100.jpg
8. http://physioworks.com.au/images/Articles/tens_uses.jpg
9. <https://d29i0gxum63rsb.cloudfront.net/uploads/image/url/1006003/00500b60-94a3-0132-3edf-021fdc396bfc.jpg>

PŘÍLOHA B – Tabulka závislosti vědomostí na vzdělání

Tabulka 2 - Příloha B: Tabulka závislosti vědomostí na vzdělání

	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ			
	Vysokoškolské vzdělání		Středoškolské vzdělání	
	Absolutní četnost [n _i]	Relativní četnost [f _i] v %	Absolutní četnost [n _i]	Relativní četnost [f _i] v %
Otázka č. 6	19	95	31	93,94
Otázka č. 8	18	90	31	93,94
Otázka č. 9	17	85	28	84,85
Průměr		90		90,91

PŘÍLOHA C – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Vašíčková a studuji na Fakultě zdravotnických studií obor Všeobecná sestra. Tento dotazník slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: „Využití nefarmakologických možností léčby bolesti v praxi“. Cílem mé práce je zjistit, jaké povědomí mají nelékařští zdravotničtí pracovníci (na odděleních chirurgického typu) o možnostech nefarmakologické léčby bolesti a zda tyto metody používají v praxi.

Tímto Vás prosím o pravdivé vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Údaje, které od Vás získám, využiji pouze pro svou práci. Po vyplnění vložte, prosím, dotazník do neprůhledných desek na určené místo ke staniční nebo vrchní sestře.

V případě dotazů nebo popřípadě ohledně výsledků výzkumu mě kontaktujte na e-mail: st44283@student.upce.cz

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě vypište slovně. U většiny otázek je možná pouze jedna odpověď. U otázky číslo 5 a 16 je možno více odpovědí.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- a) Středoškolské s maturitou
- b) VOŠ – DiS.
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ – Mgr.

2. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 45 a více let

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Chirurgie
- b) Chirurgie – cévní
- c) Neurochirurgie
- d) Ortopedie
- e) Urologie

4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- a) Méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 20 a více let

5. Jakou škálu používáte na oddělení při hodnocení bolesti? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) VAS (vizuální analogová škála)
- b) MPQ (McGill Pain Questionnaire – charakter bolesti a jejich výstižný popis)
- c) DIBDA (dotazník interference bolestí s denními aktivitami)
- d) Jiné.....

6. Které metody nefarmakologické léčby bolesti znáte? (prosím vypište).....

.....
.....
.....

7. Aplikujete některé z nich na Vašem oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

8. Co je podle Vás kryoterapie?(prosím vypište)

.....
.....

9. Co je podle Vás fototerapie? (prosím vypište)

.....
.....

10. Vyžadují Vaši pacienti více farmakologické nebo nefarmakologické metody léčby bolesti?

- a) Více vyžadují farmakologické metody (léky)
- b) Více vyžadují nefarmakologické metody (chlad/teplo aj.)
- c) Vyžadují obě metody stejně
- d) Pacienti sami od sebe nevyžadují žádnou z metod
- e) Nevím

11. Myslíte si, že nefarmakologické metody léčby bolesti jsou účinnější než farmakologické?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Pokud Vašeho pacienta sužuje bolest, vy:

- a) Nabídnete mu aktivně léky na bolest, které má vypsáné dle ordinace lékaře
- b) Zeptáte se, jakou metodu léčby bolesti by si Váš pacient představoval
- c) Neuděláte nic, za chvíli se přijdete znovu zeptat, zda se bolest zlepšila
- d) Jiné.....

13. Snažíte se pacienta zaměstnat, odvést pozornost od bolesti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Záleží na intenzitě bolesti

14. Kterou nefarmakologickou metodu léčby bolesti používáte nejčastěji na vašem oddělení? (prosím vypište)

.....
.....

15. Dochází pravidelně na Vaše oddělení fyzioterapeut?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Dochází dle potřeby

16. Na Vašem oddělení jste se již někdy setkala s (lze zaškrtnout více odpovědí):

- a) Hydroterapie
- b) Terapie chladem
- c) Terapie teplem
- d) Muzikoterapie
- e) Aromaterapie
- f) Jiné.....

17. Máte možnost dalšího vzdělávání se o nefarmakologických metodách léčby bolesti (odborné knihy, články, semináře aj.)?

- a) Ano
- b) Ne

18. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ne“, tuto otázku přeskočte:

Myslíte si, že je pro Vaši praxi tato možnost dalšího vzdělávání přínosná?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Poučujete pacienty s bolestí o nezbytnosti provádění některé nefarmakologické metody léčby při propuštění do domácího ošetření?

- a) Ano, pokud se o to pacient sám zajímá
- b) Ano, poučuji všechny své pacienty
- c) Ne, není na to čas
- d) Ne, pacienti to stejně neberou na vědomí

Děkuji za Vaši ochotu a věnovaný čas.