

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Zuzana Šreková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou

Zuzana Šreková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana Šreková**
Osobní číslo: **Z14099**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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/elektronická

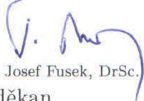
Seznam odborné literatury:

1. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practise: Minimising pain at wound dressing - related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.
2. KOUTNÁ, Markéta, Ondřej ULRYCH a kol. Manuál hojení ran v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
3. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
4. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012, 748 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
5. STRYJA, Jan a kol. Repetitorium hojení ran 2. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 370 s. ISBN 978-80-86256-79-5.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Romana Procházková
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horázková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

PROHLÁŠENÍ

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

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 21. 7. 2017

Zuzana Šreková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Romaně Procházkové za vedení, odbornou pomoc, cenné rady, ochotu a trpělivost po celou dobu zpracovávání. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě velmi děkuji mé rodině za podporu během celého studia na vysoké škole.

V Pardubicích dne 21. 7. 2017

Zuzana Šreková

ANOTACE

Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou je specifická a velmi významná činnost v rámci péče o pacienta. Bolest je nepříjemným subjektivním symptomem, který narušuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Cílem práce je obsáhnout problematiku bolesti v souvislosti s nehojící se ránou a další kroky v procesu péče. Práce popisuje základní metody hodnocení a léčby bolesti v souvislosti s ránou a je zaměřena na úlohu všeobecné sestry. Výzkumné šetření se zabývá subjektivním vnímáním bolesti u pacientů s obtížně hojitelnými ranami a dotýká se možnosti využití inhalační anestezie v souvislosti s převazem rány.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, Entonox, hodnocení bolesti, léčba bolesti, nehojící se rána

TITLE

The assessment of pain in relation with a non-healing wound

ANNOTATION

The assessment of pain in relation with a non-healing wound is a specific and very significant activity in patient care. Pain is an unpleasant subjective symptom that disturbs the quality of life of a patient and his family. The aim of the thesis is to comprehend the subject of pain related to non-healing wounds and other steps in the care process. The thesis describes basic methods of pain assessment and pain treatment related to a wound and is focused on the role of a general nurse. The research survey is aimed on subjective perception of pain in relation with non-healing wounds; it also touches upon the possibility of using inhalation anaesthesia in connection with wound dressing.

KEYWORDS

pain, Entonox, pain assessment, pain management, non-healing wound

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE PRÁCE	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Bolest.....	11
1.1 Historie a definice bolesti.....	11
1.2 Funkce bolesti.....	12
1.3 Základní typy bolesti.....	13
1.4 Rozdělení bolesti dle délky trvání	14
1.5 Klasifikace bolesti v souvislosti s ránou	16
2 Hodnocení bolesti v souvislosti s ránou	17
2.1 Nejčastější nehojící se rány	17
2.2 Efektivní postup zhodnocení bolesti.....	20
2.3 Hodnotící škály.....	22
2.4 Vícerozměrné metody hodnocení bolesti.....	25
2.5 Klíčové aspekty pro hodnocení bolesti u nehojících se ran	25
3 Terapeutické postupy	26
3.1 Ovlivnění bolesti nehojících se ran pomocí lokální terapie	26
3.2 Systémová léčba bolesti	26
3.3 Využití inhalační anestezie v souvislosti s převazem rány	27
3.4 Nefarmakologické postupy v léčbě bolesti	27
4 Úloha sestry v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí	28
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	29
5 Výzkumné otázky	29
6 Metodika výzkumu	30
7 Prezentace výsledků	32
DISKUZE	55

ZÁVĚR	62
Soupis bibliografických citací.....	64
Seznam příloh	68
Seznam použitých ilustrací	69
Seznam tabulek	70
Seznam zkratek	71

ÚVOD

Bolest je nepříjemným subjektivním symptomem, který pacienta sužuje a velmi narušuje jeho každodenní život. Z historického hlediska se jedná o nejstarší a nejfrekventovanější projev různých onemocnění či poškození. V praxi se s ní setkáváme prakticky každý den napříč všemi obory. Akutní bolest hraje důležitou roli ve smyslu varovného a ochranného signálu. Avšak bolest chronická, typická pro chronické/nehojící se rány, tento význam postrádá. Je pro ni charakteristické, že má špatný vliv na fyzickou kondici, psychickou stránku a svou přítomností omezuje pacienta v běžných denních činnostech. Stává se nemocí jako takovou, což velmi zasahuje do kvality života pacienta a jeho rodiny.

Bolest v souvislosti s nehojící se ránou bývá někdy podceňována a bagatelizována. Pacient, kterého bolest jeho rány provází mnohdy spoustu let, je vyčerpaný a někdy na konci svých sil. Léčba bolesti má v oblasti wound managementu velmi zásadní roli. Její vliv na psychiku pacienta se následně odráží do procesů hojení rány. Z fyziologického hlediska se jedná o negativní faktor, který fáze hojení rány narušuje. Každý z nás na bolest reaguje jiným způsobem. Z praxe známe pacienty, kteří dávají bolest hlasitě najevo, ale také ty, kteří tiše trpí. To, jak těžce snášeli pobyt v nemocnici, léčebné procedury a zákroky, zjišťujeme až později. Správné zhodnocení bolesti a její zvládnutí je prvním krokem k dobrému hojení rány (WUWHS, 2004, str. 1). Na tomto místě má svou důležitou roli sestra.

V teoretické části práce je popsána problematika bolesti v souvislosti s nehojící se ránou a nejvyužívanější metody k hodnocení bolesti. Je zde podán přehled nejčastějších nehojících se ran a terapeutických postupů využívaných k léčbě bolesti způsobené ranami. Zmiňována je podstatná úloha sestry v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí.

Výzkumné šetření je zaměřené na to, jak pacienti subjektivně vnímají bolest způsobenou nehojící se ránou, co jim přináší úlevu, jak vnímají přístup personálu k jejich bolesti při ošetřování rány a jaká je jejich informovanost o možnosti využití inhalačních anestetik při ošetřování rány.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce:

- Popsat problematiku bolesti v souvislosti s nehojící se ránou se zaměřením na subjektivní vnímání pacienty.

Cíle teoretické části:

- Popsat problematiku bolesti a její hodnocení v souvislosti s nehojící se ránou.
- Poskytnout přehled nejčastějších metod využívaných k hodnocení bolesti.
- Poskytnout přehled nejčastějších nehojících se ran.
- Popsat terapeutické postupy využívané v léčbě bolesti u nehojících se ran.
- Popsat úlohu sestry v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí.

Cíle výzkumné části:

- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímají bolest způsobenou nehojící se ránou.
- Zjistit, co pacientům přináší úlevu od bolesti způsobené nehojící se ránou.
- Zjistit, do jaké míry a v jakých oblastech narušuje bolest kvalitu jejich života.
- Zjistit, jak pacienti vnímají přístup personálu k jejich bolesti při ošetřování rány.
- Zjistit, jaká je míra informovanosti pacientů o možnostech využití inhalačních anestetik k tišení bolesti v souvislosti s ošetřováním rány.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Bolest

1.1 Historie a definice bolesti

Bolest je pro člověka od počátku věků instinktivní obrannou reakcí. Pojednává se o ní v mnoha historických dokumentech, kde se můžeme dočíst také o metodách jejího ovlivňování (Rokyta a kol., 2012, str. 20). Lidé mají odpradávnou snahu zjišťovat příčiny bolesti a hledat prostředky k jejímu mírnění. V nejstarších představách byla bolest přisuzována činnosti nadpřirozených sil a původní lidé se domnívali, že je seslána bohy jako trest za jejich hříchy. Prováděli magické praktiky a doufali, že překonáním bolesti dosáhnou očistění duše (Nesměrák, 2016, str. 103). Na svých tělech si způsobovali rány a věřili, že skrz ně se vyplaví zlé šťávy (Rokyta a kol., 2012, str. 20). Mírnění bolesti bylo vždy považováno za prioritu lékařské profese. Již ve středověku měly snahy tíšeni bolesti značný význam a byly považovány za božské: „*divinum est opus sedare dolorem*“ - což znamená: „*bůh se snaží utišit bolest*“ (Kolektiv autorů, 2006, str. 9).

Ve 4. století před Kristem vystoupil Hippokrates s první hypotézou o původu bolesti. Domníval se, že bolest je následkem nerovnováhy čtyř životních šťáv (krve, žluči, hlenu a černé žluči). V průběhu dalších staletí byly postupně objevovány funkce nervového systému a s první teorií o podstatně nervového vzruchu přišel René Descartes. Další teorie o vzniku bolesti se pak odvíjely od přesnějšího poznávání fyziologie a neurologie. K léčbě bolesti bylo využíváno mnohých přírodních zdrojů. V závislosti na geografické poloze se využívalo rostlinných drog (máku, mandragory, kozlíku, chmelu) a významnou roli zde hrál i alkohol se svým tlumivým účinkem. Jedním z nejstarších, nejúspěšnějších a nejsilnějších analgetik je zcela jistě opium, usušená šťáva z nezralých makovic máku setého. Jeho užívání je lidstvu známo od nepaměti, což dokazují četné archeologické nálezy. Dochovaný Ebersův papyrus, který je datovaný někdy z roku 1500 před Kristem, doporučuje směs opia a mušinců jako lék pro utišení pláče dítěte (Nesměrák, 2016, str. 103 a 104).

Pohled na ovlivňování bolesti se průběhem historie formuluje vlivem tradic, etnických zvyklostí, náboženství, ideologií a dalších okolností. Důsledkem neznalosti a předsudků vzniklo mnoho zkreslených představ o bolesti a jejím původu. Dodnes jsou mezi zdravotnickými profesionály lékařsky nepodložené názory jako např. to, že děti nevnímají bolest, nebo že bolest je zde za trest a musí se vydržet (Kolektiv autorů, 2006, str. 9).

Bolest je dle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti IASP (International Association for The Study of Pain) a Světové zdravotnické organizace WHO (World Health Organization) definována jako: *„nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní.“* Tato definice byla přijata IASP a poté WHO v 80. letech 20. století a je používána dodnes (Rokyta a kol., 2012, str. 84).

1.2 Funkce bolesti

Existence bolesti může mít pro člověka důležitý význam, neboť v její akutní fázi upozorňuje na možné poškození tkání. Pokud k takovému poškození dojde, akutní bolest tak nutí přerušit trauma nebo upozorňuje na probíhající infekci. Její účinky se stávají negativní v době, kdy bolest trvá dlouho a přestává mít užitečný význam pro organismus – vymkne se fyziologické kontrole. Tyto změny se prvotně projeví především na funkci kardiovaskulárního systému zvýšením srdeční aktivity, krevního tlaku a zúžením cév na periferii (Stryja a kol., 2011, str. 187). Bolest vždy doprovází stres, čímž vzniká takzvaný „circulus vitiosus“ neboli bludný kruh, ve kterém se uplatňují další psychologické jevy a to především úzkost, strach, beznaděj a poruchy spánku. Chronická bolest tak často vede k depresi a stres vyvolává změny v řídicích systémech organismu - endokrinním, imunologickém a nervovém. To má za následek také narušené hojení tkání (Hakl a kol., 2011, str. 15).

Rokyta a kol. (2012) uvádí čtyři složky bolesti, které charakterizují a specifikují její projevy:

- „**senzoricko - diskriminační komponenta**“ - slouží k rozlišení percepce bolesti
- „**afektivní (emocionální) komponenta**“ - bolest doprovázejí emoce (úzkost, agrese)
- „**vegetativní (autonomní) komponenta**“ - při bolesti se zvyšuje srdeční činnost, krevní tlak, člověk bledne nebo naopak červená
- „**motorická komponenta**“ - odvozuje se od stresu, při působení bolestivého podnětu se člověk zachová dle zásady „*fight or flight*“ bojuj nebo uteč

1.3 Základní typy bolesti

1.3.1 Nociceptivní bolest

Jedním ze dvou základních typů bolesti je bolest nociceptivní, která vzniká na receptorech bolesti - nociceptorech (Rokyta a kol., 2012, str. 86). Tyto receptory se nacházejí v kůži, hluboko ve tkáních a viscerálních orgánech. Nocicepce znamená vjem bolesti a je výsledkem podráždění receptorů bolesti chemickými, mechanickými nebo tepelnými činiteli. Rozlišujeme bolest nociceptivní somatickou, která je vyvolána podrážděním receptorů v místě poškození tkáně (např. kosti, kůže) a bolest nociceptivní viscerální, která je vyvolána infiltrací nebo utlačením vnitřních orgánů (Kolektiv autorů, 2006, str. 12 a 15). Nociceptivní bolest představuje většinu případů bolesti akutní (Hakl a kol., 2011, str. 33). Lze ji charakterizovat jako fyziologickou odpověď na bolestivý stimul. K akutní nociceptivní bolesti dochází v důsledku samotného poškození tkáně a je časově omezená. Chronická se může vyskytovat v případech zdlouhavého hojení rány, u kterého v důsledku zánětlivého procesu dochází ke zvýšení senzitivity tkáně nebo okolní kůže (WUWHS, 2004, str. 2).

1.3.2 Neuropatická bolest

Druhým typem je bolest neuropatická, která vzniká především na nervových vláknech v průběhu vedení bolesti (Rokyta a kol., 2012, str. 86). Příčinou je poškození nebo porucha funkce v oblasti nervového systému. Dělí se na neuropatickou bolest centrální a periferní. (Hakl a kol., 2011, str. 33). Pro její vznik není potřeba receptorové stimulace. Nervový systém má funkci sám vytvořit a udržet bolest. Má řadu projevů, mezi které se řadí např. šubání, vystřelování, pálení, mravenčení nebo šlehání. K typickým rysům neuropatické bolesti patří přítomnost jiného onemocnění (diabetes mellitus), bývá přítomna i v necitlivých oblastech a největší potíže působí v noci (Höschl a Rokyta, 2015, str. 126).

Příčinou neuropatické bolesti je tedy již výše zmíněné poškození nervů a to nejčastěji následkem traumatu, metabolické poruchy, nádorového onemocnění či infekce. Mohou ji vyvolávat také podněty jako tlak, změna teploty či světlo. Bývá často doprovázena nepříjemnými pocity a je hlavním faktorem vzniku bolesti chronické (WUWHS, 2004, str. 2). Neuropatickou bolestí trpí například diabetici s diagnostikovaným syndromem diabetické nohy (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 103). Bolest neuropatická se liší od bolesti nociceptivní špatně reaguje na běžnou analgetickou léčbu (Pospíšilová a kol., 2016, str. 127). Příznivý efekt v léčbě této bolesti mají léky jako např. tricyklická antidepresiva či antikonvulziva, která lze využít samostatně či v kombinaci s běžnými analgetiky.

1.4 Rozdělení bolesti dle délky trvání

1.4.1 Akutní bolest

Jedná se o bolest krátkodobou. Odborné zdroje definují, že svým trváním nepřekračuje dobu tří měsíců. Je fyziologická a jejím úkolem je chránit organismus před poškozením. Vzniká okamžitě v návaznosti na vyvolávající příčinu. Akutní bolest je ohraničená a místo, kde vzniká, je shodné s místem působení vyvolávajícího podnětu (Hakl a kol., 2011, str. 32). Bývá vyvolána poškozením tkáně či orgánu mechanicky (náhlá prudká bolest při říznutí, popálení, zlomeninách, bolesti zubů atd.) nebo onemocněním (akutní záněty, pulzující bolest při migréně). Jak už bylo výše zmíněno, akutní bolest je dobře lokalizovatelná a pacient, sestra či lékař se v první řadě snaží zjistit a odstranit její zdroj, a bolest utlumit (Janáčková, 2007, str. 50). Akutní bolest výrazně ovlivňuje celý organismus. Příkladem může být zvýšená spotřeba kyslíku myokardem nebo snížená aktivita gastrointestinálního traktu (Hakl a kol., 2011, str. 32). Takovému pacientovi je potřeba věnovat vyšší pozornost, pravidelně zaznamenávat fyziologické funkce a dbát na prevenci zácpy (pravidelný příjem stravy bohaté na vlákninu, dostatek tekutin, soukromí pro pravidelnou defekaci atd.). V případě, že k zácpě dojde, změkčovat stolici a podávat laxativa dle ordinace lékaře.

Akutní bolestí je často ovlivněna také pacientova nálada, což může vést např. agresivnímu chování k okolí či sobě samotnému (Janáčková, 2007, str. 50). Při vysoké intenzitě působí obavy, strach a ovlivňuje psychiku. Může přejít v bolest chronickou, proto je důležitá její včasná diagnostika a léčba (Hakl a kol., 2011, str. 32). Akutní bolest ve většině případů velmi dobře reaguje na analgetika (Vaňásek a kol., 2014, str. 7).

1.4.2 Chronická bolest

Z hlediska trvání se jedná o bolest dlouhodobou (přesahuje dobu tří až šesti měsíců). Její příčiny se nedají vždy přesně rozpoznat. Chronická bolest je příčinou tělesného a psychického utrpení a svou intenzitou neodpovídá intenzitě stimulace (je vyšší). Bývá doprovázena řadou psychologických jevů (Rokyta a kol., 2012, str. 86). Dlouhotrvající bolest má za následek úzkost, strach a obavy. Pacient na ni neustále myslí, což se odráží také na kvalitě jeho spánku, který mohou provázet poruchy jako: nespavost, předčasné probouzení, děsivé sny atd. Je zde i řada psychosociálních problémů, jejichž důsledkem vzniká např. zvýšená podrážděnost, nechut' k jídlu či zácpa. Časem dochází ke snížení prahu bolesti a pacient začne být citlivý i na drobné stimuly – hodnotí je jako bolestivé. Postupně se stává k bolesti intolerantní, sociálně se izoluje a může nastoupit deprese (Janáčková, 2007, str. 57).

Ve vztahu k nehojící se ráně se míra bolesti může zvyšovat např. v závislosti na pohybu, změně polohy nebo v nočních hodinách. Chronickou bolest doprovází také tzv. „*bolestivé chování*“, které se může projevit např. zaujímáním úlevové polohy či postoje, vyhýbáním se fyzické aktivitě, zvýšeným svalovým napětím, častým vyhledáváním lékaře, vzdycháním, opakovanými hospitalizacemi, nadměrným užíváním léků, poleháváním, vyhledáváním sociální podpory nebo například vynucováním si finančních a sociálních dávek (Raudenská a Javůrková, 2011, str. 164). Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí svůj význam – již neplní obrannou funkci. Svou přítomností pacienta omezuje nejen v běžných denních aktivitách, ale i v oblasti sociálních vztahů (Hakl a kol., 2011, str. 33).

Chronická bolest značně snižuje kvalitu života a stává se nemocí jako takovou. Dochází ke ztrátě životní energie, elánu a psychické pohody. Snižuje se pracovní výkon a šance se nadále rozvíjet ve svém životě a např. kariéře. Mění se role i v rámci rodiny a pacient se často musí vzdát svých plánů. Čím více nemoc a bolest ovlivní dřívější život, tím hůře pacient tuto situaci prožívá, což se odráží také na jeho výkonnosti a soběstačnosti (Hakl a kol., 2011, str. 41). Pro tyto pacienty mohou být řešením ambulance pro léčbu chronické bolesti. Jedná se o specializovaná pracoviště, která se zabývají diagnostikou a léčbou bolestivých stavů. Jejich cílem je individuální terapie bolesti „šitá na míru“ pro každého pacienta (Vaňásek a kol. 2014, str. 44).

1.5 Klasifikace bolesti v souvislosti s ránou

Tato klasifikace vychází z popisu reakcí pacientů trpících chronickou bolestí rány. Publikovala ji v roce 1995 Krasner, která tuto bolest rozdělila do tří skupin:

„Necyklická akutní bolest rány“ - objevuje se při občasných intervencích - v průběhu ostrého chirurgického čištění rány (např. při odstraňování nekrotických hmot) a dá se ovlivňovat farmakologicky (znecitlivěním lokálními anestetiky nebo podáním léků proti úzkosti v premedikaci před chirurgickým čištěním rány) či nefarmakologicky (dostatečnou komunikací s pacientem před výkonem atd.) (Pokorná, 2012, str. 39).

„Cyklická akutní ranná bolest“ - nebo také „průlomová“, je přítomna při pravidelných výkonech - převazech (výměna primárního a sekundárního krytí rány) nebo aplikaci kompresivních pomůcek. Tato bolest se dá ovlivnit používáním vhodných materiálů (atraumatických krytí), dostatkem přestávek v průběhu převazu na žádost pacienta, navlhčením krytí před sejmutím z rány, úlevovou polohou, analgetiky a podobně (Pokorná, 2012, str. 39).

„Chronická bolest rány“ - pacient ji pociťuje po celou dobu léčby, jedná se o bolest neuropatickou. Je vnímána jako přerušovaná či stálá, pálivá nebo tupá. Může se projevovat mravenčením, fantomovými bolestmi nebo mražením. Chronická bolest rány je ovlivňována farmakologicky (tricyklická antidepresiva), ale využívá se také nefarmakologických postupů jako je např. aplikace tepla nebo transkutánní stimulace nervů (Stryja a kol., 2011, str. 187).

Úloha sestry je v péči o pacienty s bolestí nezastupitelná. Sestra bývá často prvním člověkem, který identifikuje pacientovi bolestivé projevy. Dokáže zhodnotit nejen intenzitu, ale také charakter bolesti a účelně pak využít intervencí závislých (podávání analgetik dle preskripce lékaře) či nezávislých (fyzikální terapie, úlevová poloha) k jejímu mírnění.

2 Hodnocení bolesti v souvislosti s ránou

2.1 Nejčastější nehojící se rány

Rána je charakterizována jako porucha celistvosti kůže tvořící ochrannou bariéru mezi zevním a vnitřním prostředím (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 34). Chronická rána byla do nedávna definována odborníky výboru ČSLR (Česká společnost pro léčbu ran) jako „*sekundárně se hojící rána, u které se ani přes vhodnou terapii po dobu 6-9 týdnů nevyskytly známky hojení*“ (Stryja, 2008, str. 17). Interval stagnace rány uvedený v této definici se však v tuzemských i cizojazyčných dokumentech liší. Sporná byla také skutečnost, že znaky narušeného hojení má i spousta komplikovaných ran akutních a postupy jejich ošetřování se skoro neliší od léčby ran chronických. Roku 2010 na XX. výročním kongresu Evropské asociace společnosti pro léčbu ran (EWMA) bylo proto doporučeno opustit termín „chronická“ a nahradit ho vhodnějším „nehojící se“ (Pospíšilová a kol., 2016, str. 126).

Mezi nejčastější nehojící se rány řadíme:

- Bércové vředy venózního původu
- Bércové vředy arteriálního a smíšeného původu
- Dekubity (proleženiny)
- Syndrom diabetické nohy
- Exulcerující malignity
- Kožní vředy v terénu lymfedému
- Per secundam se hojící operační rány (Pokorná, 2012, str. 16) a mnoho dalších (autoimunitní choroby, hematologické choroby...)

2.1.1 Bércové vředy venózního původu

Bércový vřed je lokalizovaná ztráta kožní a podkožní tkáně nebo jiných hlouběji uložených tkání různého rozsahu (Bělobrádek, 2011, str. 111). Bércové vředy venózního původu vznikají v důsledku hluboké žilní insuficience nebo trombózy. Tento typ ulcerace bývá spíše povrchnější, je přítomna výrazná sekrece a známky žilní insuficience v okolí. Zasahuje větší plochy a to především v posttrombotické oblasti. Příčinou vzniku samotného vředu bývá ve většině případů drobné poranění v terénu žilní insuficience (Pejznochová, 2010, str. 20 a 21).

Mezi projevy žilní insuficience patří především bolest (která ustupuje po elevaci) a napětí dolních končetin. Pro bérkové vředy venózního původu jsou typické otoky zpočátku v oblasti vnitřního kotníku a později dolní třetině končetiny. V okolí rány se mohou objevovat zánětlivé změny, pigmentace, mokvání a projevy ekzému. Obvyklé jsou nepravidelné okraje rány, která může mít různou hloubku a intenzitu bolesti (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 102 a 103).

2.1.2 Bérkové vředy arteriálního původu

Bérkové vředy arteriálního původu jsou chronickou komplikací postupně se zhoršujících aterosklerotických změn v tepenném řečišti. Vlivem aterosklerózy dochází k postupnému zužování průsvitu až uzávěru periferních tepen, což má za následek ischemii a nekrózu kůže (Pejznochová, 2010, str. 21). Arteriální insuficience se projevuje klaudikacemi, bolestmi zhoršujícími se při elevaci dolních končetin a v noci (Pokorná a Mrázová, str. 103). Arteriální ulcerace vznikají většinou na laterálních nebo ventrálních stranách bérce. Bývají hluboké s ostře ohraničenými okraji (Bělobrádek, 2011, str. 121).

2.1.3 Dekubity - proleženiny

Dekubitus lze definovat jako poškození kůže nebo tkání vyvolané přímým působením patologického tlaku nebo třením na tzv. predilekční místa (místa kde je kost blízko kůže). Velikost závisí na intenzitě a době působení tlaku, celkovém stavu pacienta a vnějších podmínkách. Dle rozsahu se může jednat o trvale začervenalou kůži až v nejhorším případě o nekrotické vředy (Mikula a Müllerová, 2008, str. 10 a 11). U pacientů s tmavším zbarvením kůže je velmi problematické odhalit dekubitus I. stupně, je proto důležité věnovat zvýšenou pozornost predilekčním místům.

Mezinárodní NPUAP/EPUAP systém klasifikace dekubitů (2014):

I. stupeň: neblednoucí hypereremie - erytém

II. stupeň: částečná ztráta kožního krytu

III. stupeň: úplná ztráta kožního krytu

IV. stupeň: úplná ztráta kůže a podkoží

2.1.4 Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy je dle aktualizace Mezinárodního konsenzu pro syndrom diabetické nohy z roku 2015 definován jako: „*infekce, ulcerace nebo destrukce tkáně nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin*“ (ČDS, 2016). Jedná se o pozdní komplikaci diabetu mellitu. Do SDN zařazujeme např.: vbočené palce, deformity, kladívkové prsty, osteomyelitidy nebo zhroucení nožní klenby (Pejznochová, 2010, str. 23).

2.1.5 Ostatní nehojící se rány

Exulcerující malignity jsou popisovány jako květákové narůstání tkáně na okrajích defektu. Bývají často špatně diagnostikovány a léčené jako bércový vřed - léčba je v tomto případě neúspěšná (Pejznochová, 2010, str. 28). K nejčastějším nádorům vyúsťujícím v ulcerace patří např. melanom nebo Kaposiho sarkom.

Kožní vředy v terénu lymfedému se projevují typickými kožními změnami na DK, jako jsou: lymfocysty, změny na nehtech nebo shluky drobných rostoucích bradavičnatých útvarů. Vyskytují se v terénu III. stádia lymfedému a jsou velmi závažné. Z poškozené kůže dochází k výronům lymfy a okolí vředů je macerované. Snadno dochází k infekcím a léčba těchto vředů je obtížná (Stryja, 2011, str. 152 a 153).

Per secundam se hojící operační rány - sanatio per secundam intentionem je hojení rány, které je zkomplikováno např. zánětem nebo nahromaděním tekutiny (Ihnát, 2017, str. 132). Důsledkem výše zmíněných faktorů či nedostatečným zásobením operační rány může dojít k její dehiscenci, neboli rozpadu.

2.2 Efektivní postup zhodnocení bolesti

Ke správnému zhodnocení bolesti u pacientů s nehojící se ránou je důležité znát faktory, které ovlivňují její vnímání a zvládání. Patří sem:

- **fyziologicko - biologické determinanty** (pohlaví, věk)
- **psychologické determinanty** (psychický stav, rysy osobnosti, deprese a úzkost)
- **sociální, etnické a kulturní determinanty** - rasa, vyznání, kultura
- **determinanty životního prostředí** - chlad, teplo, denní doba (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 45).

Velmi důležitá je diagnostika a opakované hodnocení bolesti v ráně. Na základě toho pak může sestra a lékař vytvořit efektivní plán pro její zvládání. Podstatnou částí je důkladná anamnéza, ze které bychom měli vycházet. Patří sem provedení anamnézy nynějších onemocnění, osobní, rodinné, pracovní, alergické, sociální a farmakologické. Farmakologickou anamnézou zmapujeme analgetika, která dotyčný užíval a zda byla účinná. Důležitou komponentou v anamnéze je bolest jako taková. Hodnotíme lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti, kterou pacient v minulosti pociťoval. Neméně důležité je klinické a orientační psychosociální vyšetření (Stryja a kol., 2011, str. 188 a 189).

Anamnéza bolesti spočívá v určení:

- **místa bolesti** - lokalizace, zakreslujeme do mapy těla
- **intenzity** - jaká je míra bolesti, kterou pacient pociťuje („*žádná, mírná, středně silná, silná*“, dle vizuální analogové a numerické hodnotící škály 0 žádná - 10 nesnesitelná)
- **charakteru** - ostrá, bodavá, tupá, vystřelující apod.
- **časového průběhu** - průběh vývoje bolesti v závislosti: na nástupu, změně intenzity, denní době, trvání nebo úseku bez bolesti apod.
- **ovlivňujících faktorů** - co bolest zhoršuje, vyvolává nebo zmírňuje
- **dalších anamnestických faktorů** - zhodnocení životních funkcí, jako ukazatelů bolesti (tepové a dechové frekvence, tlaku krve, velikosti zornic), přidružených onemocnění, psychosociálních faktorů (špatná zkušenost v minulosti), farmakologické anamnézy a laboratorních výsledků (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 45).

Při efektivním postupu je důležité stanovení pracovní diagnózy, určení všech výše zmiňovaných atributů. K určení intenzity a charakteru pacientovi bolesti může pomoci i takzvaná „řeč těla“ (Stryja a kol., 2011, str. 189). Řečí těla jsou chápány mimoslovní projevy doprovázející bolest. Může se jednat například o: pomalé pohyby, zaujímání úlevové polohy, bolestivý výraz tváře, časté změny polohy a postoje, kulhání nebo abnormální chůze, podpírání si části těla, zatínání zubů atd. (Kolektiv autorů, 2006, str. 60). Základní zhodnocení bolesti provádí zkušený lékař i sestra. Obsahuje již výše zmíněnou anamnézu bolesti, klinický stav průvodní, bazální, operační a procedurální bolesti. Průvodní bolest se objevuje v závislosti na pohybu (kašel, pohnutí obvazu), bazální bolest je způsobena příčinou v ráně (zánět, nedostatečné okysličení) a je přetrvávající. Operační bolest je přítomna v době chirurgického čištění rány nebo důsledkem protínání tkáně, kde je žádoucí podání anestetik. Bolest procedurální se objevuje v době převazu a čištění rány. Zhodnocení bolesti je dáno znalostí rány a předešlou zkušeností pacienta s bolestí (Rokyta a kol., 2012, str. 377). Lékař i sestra by měli pacienta trpělivě naslouchat a pozorovat jeho reakce. Pomocí srozumitelných otázek pak shromáždit co nejvíce informací o bolesti (jaká je, co ji spouští) a sledovat přítom pacientovo chování, což je velmi důležité hlavně proto, že někteří pacienti mohou své chování obměňovat, aby nevypadali jako problémoví. Neméně důležité je brát ohled také na věk a kulturu. I když se může zdát, že popisovaná bolest není úměrná spouštějícím stimulům, měli bychom pacientovi věřit a respektovat ho (WUWHS, 2004, str. 5).

Jelikož existuje široké spektrum ran a individuálních reakcí, nelze vždy zaručit, že každý pacient přestane bolest vnímat. Je proto důležité si u každého stanovit individuální a hlavně reálné cíle. Pacient může počítat s nepříjemným pocitem během výměny obvazového materiálu, ale cílem je omezení bolesti a dalších komplikací na minimum. Takového výsledku ale může být dosaženo pouze při dobré spolupráci s pacientem, správném využití hodnotících metod, změnou ve výběru a načasování analgetik či intervencí. Hodnocení bolesti se provádí před převazem, v průběhu i po převazu rány. Veškerá bolest by měla být hodnocena a zaznamenávána včetně její intenzity již před zahájením výměny obvazového materiálu. V hodnocení intenzity bolesti se pak nadále pokračuje v průběhu a po skončení převazu rány. Vše co bolest v ráně ovlivňuje, by mělo být vysledováno a také řádně zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace (Rokyta a kol., 2012, str. 377). Velmi vhodné je také vedení tzv. „deníku bolesti“. Pacient si může každý den zaznamenávat intenzitu a charakter bolesti a dále hodnotit účinek intervencí, které napomáhají k jejímu mírnění.

2.3 Hodnotící škály

Základní metody hodnocení bolesti se zaměřují především na její intenzitu. Dají se také využívat pro zjišťování úlevy od bolesti nebo jejího dopadu na každodenní činnost. Nejčastěji se s nimi setkáme v podobě škál (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 46). Pokud jsou tyto škály pravidelně a systematicky využívány, mohou být metodou pro měření účinnosti léčby a prostředků pro ošetřování rány. Je důležité, aby pacient pochopil správné využití zvoleného systému hodnocení a jeho interpretaci. Metodu volíme vždy dle individuálních potřeb (daných okolností) a po jejím zvolení bychom ji neměli měnit z důvodu zajištění jednotnosti záznamů ve zdravotnické dokumentaci (WUWHS, 2004, str. 6).

2.3.1 Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale - VAS)

VAS je jedna z nejvíce využívaných metod pro hodnocení intenzity bolesti. Existuje v mnoha obměnách, ale nejběžnější formou je vodorovná úsečka, jejíž levý konec znázorňuje stav bez bolesti a pravý nejvyšší bolest jakou si pacient dovede představit. Pacient na úsečce ukáže místo, které znázorňuje jeho bolest. Tato úsečka je obvykle dlouhá deset centimetrů a vzdálenost od levého konce (bodu bez bolesti) se vyjadřuje v desetinách centimetru nebo v milimetrech (Rokyta a kol., 2012, str. 177).

2.3.2 Obličejová škála bolesti

Obličejová škála bolesti je znázorněna řadou kreslených tváří s výrazy, které jsou směrem zleva doprava řazeny podle vnímané intenzity bolesti od stavu pohody (vyjádřeného úsměvem) po stav nejvyšší bolesti (vyjádřeného pláčem). Existuje také obměna, která obsahuje u tváří číselné hodnoty odpovídající intenzitě bolesti (žádná = 0 až nesnesitelná = 10). Obličejová škála byla původně určena dětem, ale v současné době je její využití rozšířeno především u osob se zhoršenou kognitivní schopností (Pokorná a kol., 2013, str. 115).

2.3.3 Numerická hodnotící škála (Numeric Rating Scale - NRS)

Numerická hodnotící škála je znázorněna řadou číslic (většinou od nuly do deseti), kdy nula znamená „žádná bolest“ a deset „nejvyšší možná bolest“. Pacient je požádán, aby na této úsečce vybral číslo, které nejpřesněji vyjadřuje intenzitu jeho současné bolesti. Tato škála se velmi často využívá také jako verbální (WUWHS, 2004, str. 6 a 10).

Numerické škály jsou využívány především při dlouhodobějším hodnocení bolesti a její intenzita může být zaznamenávána samotnými pacienty do deníku bolesti (Rokyta a kol., 2012, str. 178).

2.3.4 Deník bolesti

Deník bolesti slouží k vedení detailního záznamu o pacientově bolesti prožívané při úkonech ve spojitosti s ošetřováním rány, ale také při běžných denních aktivitách. Deník může být také nástrojem pro hodnocení bolesti v určitou denní dobu a můžeme podle něj srovnávat bolest bazální s bolestí procedurální (WUWHS, 2004, str. 6). Pokud je deník bolesti vedený pravidelně, můžeme z něj vyčíst celkovou intenzitu bolesti, frekvenci a intenzitu jejího zhoršování nebo jak je bolest ovlivňována dosavadní léčbou (Hakl a kol., 2011, str. 36).

2.3.5 Verbální hodnotící stupnice (VRS)

Řadí se mezi nejjednodušší škály pro hodnocení bolesti (WUWHS, 2004, str. 6). U verbálních škál je využíváno standardizovaných stupnic pro popis intenzity bolesti. U nejjednodušších se bolest rozlišuje stupňováním přídavných jmen dle intenzity a to nejčastěji jako - „*žádná, mírná, středně silná, silná*“ (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 46 a 47).

2.3.6 Mapa bolesti

Jde o obrazovou formu zaznamenávání bolesti zaměřující se na místa, kde se bolest vyskytuje. Dle Margolese (1983) se jedná o dvojdimenzionální obraz lidské postavy, díky kterému je možné zaznamenat co nejpřesněji subjektivní údaje o typu bolesti. Pomocí plošných útvarů (např. mráčků) se označují místa bolesti dle intenzity od nuly do pěti. Dále můžeme do obrysů postavy barevně zakreslit pocity vznikající v souvislosti s aktuální bolestí. Modrá barva znázorňuje bolest obecně, žlutá bolest tupou, červená pálivou a zelená například svíravou. Vždy záleží na zvyklostech daného pracoviště, ale z pohledu praxe a návaznosti péče by se měl používat jednotný postup (Pokorná a kol., 2013, str. 115 a 116). Mapa bolesti bývá používána především v dlouhodobější péči o pacienta, jelikož umožňuje srovnání a vývoj bolesti v čase. Měla by být využita v managementu rány více než jiné způsoby vizuálního vyjádření bolesti, jelikož je zde důležitá přesná lokalizace, identifikace a směr šíření bolesti (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 47).

2.3.7 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)

Při hodnocení bolesti pomocí jednorozměrných prostředků je hlavní nalézt vzájemné porozumění, čehož můžeme docílit vymezením přesných požadavků jako například - jak hodnotit bolest v souvislosti s předchozí zkušeností nebo v souvislosti s každodenními činnostmi. V tomto případě je nejvhodnějším nástrojem dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA). Jedná se o šesti úrovnovou škálu, která kombinuje číselné a slovní hodnocení bolesti, kde nula znamená nepřítomnost bolesti a číslo pět vyjadřuje bolest tak silnou, že brání ve vykonávání každodenních aktivit a nutí pacienta vyhledávat úlevovou polohu či lékaře (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 47).

Tabulka 1 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami

0	Jsem bez bolesti.
1	Bolesti mám, zásadně mě neovlivňují a nevyrušují, při činnosti na ně mohu zapomenout.
2	Bolesti mám, nemohu od nich zcela odvést pozornost, nebrání mi však provádět každodenní aktivity a práci bez chyb.
3	Bolesti mám, nemohu od nich odvést pozornost, brání mi v provádění každodenních aktivit, které jsou důsledkem toho vykonávány jen s obtížemi a chybami.
4	Bolesti mám, ovlivňuje mě natolik, že i každodenní činnosti lze vykonat jen s nejvyšším úsilím.
5	Bolesti jsou tak intenzivní, že nejsem schopen/na každodenních aktivit, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu nebo dokonce ošetření lékařem.

(Rokyta a kol., 2012, str. 179)

2.4 Vícerozměrné metody hodnocení bolesti

Vícerozměrné metody jsou využívány ke zhodnocení bolesti z více úhlů pohledu. Bývají ve formě dotazníků a s jejich pomocí můžeme o bolesti získat široké spektrum informací. V péči o pacienty s nehojící se ránou jsou však v podmínkách českého zdravotnictví využívány jen minimálně. Řadí se mezi ně např. - krátký inventář bolesti (nejčastěji využíván pro onkologicky nemocné), **McGillský dotazník** (pro komplexní zhodnocení chronické bolesti) nebo již výše zmiňovaný dotazník bolesti, který je v péči o pacienty s nehojící se ránou považován za efektivní metodu (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 49).

2.5 Klíčové aspekty pro hodnocení bolesti u nehojících se ran

Mezi klíčové aspekty hodnocení bolesti v managementu ran řadíme:

- **Zjištění původu rány** a na něj navazující plánování a předvídaní vhodných diagnosticko - léčebných metod.
- **Volba vhodného nástroje** pro hodnocení bolesti s využitím spolupráce pacienta, jeho vyjádření a zhodnocení základních faktorů ovlivňujících vnímání bolesti.
- **Správné načasování** pro hodnocení bolesti tak, aby bylo pravidelné a vhodné pro stávající typ bolesti a terapii.
- **Aktivní zapojení pacienta** (jeho blízkých) do managementu péče.
- **Správné rozpoznání možností** pro ovlivňování a snižování bolesti v péči o ránu (premedikace a správná poloha končetin při převazu atd.)
- **Průběžné sledování výsledků** léčebných postupů.
- **Důkladné poučení pacienta** ve způsobu vyjadřování předávání informací o změnách aktuálního stavu, účinku léčby a vyhledávání možností úlevy (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 50 a 51).

3 Terapeutické postupy

3.1 Ovlivnění bolesti nehojících se ran pomocí lokální terapie

Výběr primárního krytí je důležitou a dosud nevyřešenou oblastí v souvislosti s mírněním bolesti doprovázející nehojící se rány. Výběr určitého typu krytí např. u dekubitů sníží bolest během jednoho převazu, ale tentýž materiál může zapříčinit silné bolesti u pacienta s bércovými vředy (Koutná a Ulrych, 2015, str. 139). Správně zkombinované parametry krytí, stavu rány a jejího okolí pomáhají zvládat problematiku bolesti. Vhodné krytí by mělo být atraumatické k ráně a jejímu okolí, udržovat vlhké hojení, mít dostatečnou absorpční kapacitu a nízký alergenní potenciál (WUWHS, 2004, str. 9). Současná legislativa prozatím neumožňuje všeobecným sestřám (s výjimkou všeobecných sester se zvláštní odbornou způsobilostí) indikaci terapeutických krytí. V praxi je však sestra často pověřena lékařem nejen k výběru materiálu, ale také k hodnocení celkového procesu hojení. Na lékaři pak závisí preskripce terapeutického krytí a odpovědnost za celý léčebný postup (Koutná, 2012, str. 28 a 29).

3.2 Systémová léčba bolesti

Základní strategie léčby se výrazně neliší od obecných zásad léčby chronické bolesti. Je zde potřeba pečlivějšího výběru vhodných analgetik z důvodu, že velká část pacientů s chronickými defekty bývá polymorbidní a užívá větší množství léků (Pospíšilová a kol., 2016, str. 132). Vodítkem pro farmakoterapii bolesti je třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO). V prvním kroku (stupni) se u mírných bolestí doporučuje začínat neopioidními analgetiky. Ve druhém kroku (při středně silné bolesti) se přidávají slabá opioidní analgetika. Pokud ani tato kombinace nestačí (při silné bolesti), tak se ve třetím kroku slabé opioidy vymění za silné. Počítá se také s uplatněním adjuvantních analgetik (např. antidepresiv či antikonvulziv), které tlumí některé typy bolestí a dále pomocných léků, které tlumí vedlejší účinky analgetik (Rokyta a kol., 2009, str. 87 a 88).

3.3 Využití inhalační anestezie v souvislosti s převazem rány

Důležitou součástí péče o ránu je zmírňování psychické zátěže, která bývá mnohdy spojena s tzv. anticipovanou bolestí (očekávanou v souvislosti s převazem). Mimo analgetika podávaná per os nebo intramuskulárně je v současné době oblíbený inhalační prostředek Entonox, který lze využít i v ambulantní péči (Pokorná, 2012, str. 61). Entonox je plynou směsí oxidu dusného (medicinální „rajský plyn“) a medicinálního kyslíku. Každý tvoří 50% objemového podílu. Podává se vdechováním z tlakových lahví nejčastěji prostřednictvím obličejové masky. Oxid dusný působí na signální látky v nervové soustavě, což vede ke zvýšení prahu bolesti. Má analgetický, uvolňující a lehce tišící účinek. Využívá se k tišení mírné až střední intenzity bolesti a v případech, kdy je zapotřebí rychlého nástupu a odeznění účinku (např. při débridementu rány). Jeho tišící účinky nastupují již po několika nádeších a odeznívají do pár minut po ukončení podávání (SÚKL, 2010). Kromě ošetřování ran, ve kterém u nás není Enotonox ještě tak rozšířený (firma, která jej distribuuje, sama uznává nepokrytí této části trhu) má tato směs využití především v porodnictví, při stomatologických výkonech a akutních zákrocích.

3.4 Nefarmakologické postupy v léčbě bolesti

Ke zmírnění bolesti související s nehojící se ránou může velmi přispět spolupráce pacienta při převazu (např. nabídneme, aby si sám sejmul staré krytí), muzikoterapie, relaxační techniky (hluboké dýchání) nebo oddechový čas ve smyslu přestávek mezi jednotlivými úkony. Pokud sestra v rámci rozhovoru zjistí, že došlo ke zhoršení chronické bolesti, je to pro ni varovný signál, že v ráně může být přítomna infekce. Bakterie přítomné v ráně jsou častým původcem bolesti, proto je potřeba jejich odstranění pomocí débridementu. Důležitý je také interval převazů, zvlhčování krytí a již výše zmíněný výběr krycího materiálu. Mezi nefarmakologické intervence řadíme např. elevaci končetin, fytoterapii, aplikaci tepla či chladu do okolí rány. Pomocť může i držení pacienta za ruku či změna polohy. Důvěrný vztah sestry a pacienta je v této oblasti velmi zásadní. Pocit jistoty, který pacientovi dodáme dostatečnou komunikací a nasloucháním, může bolest značně ovlivnit (Koutná, 2017, str. 52 a 53).

4 Úloha sestry v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí

Všeobecná sestra má v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí naprosto nezastupitelnou roli. V rámci svých kompetencí může pečovat o pacienta s ránou akutní i chronickou (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 7). K výběru terapeutického materiálu jsou dle naší legislativy oprávněny pouze všeobecné sestry se zvláštní odbornou způsobilostí na základě absolvování certifikovaného kurzu. V péči o pacienta s bolestí je postavení všeobecné sestry velmi důležité, ať už se jedná o oblast diagnostiky, či hodnocení účinku terapie. Zásadní je, že sestra bývá často první v kontaktu s pacientem a dále pak předává informace ostatním členům zdravotnického týmu (Vaňásek a kol., 2014, str. 49). Profesionální zkušenosti a vědomosti o bolesti umožňují všeobecné sestře účelnou klasifikaci a vyhodnocení vnitřních a vnějších příčin bolesti včetně jejich projevů. Uplatnit je pak může volbou efektivních postupů. V rámci svých kompetencí může sestra řešit vnější příčiny a ovlivňující faktory bolesti. Léčba vnitřních příčin a faktorů bolesti je stejně jako preskripce léčivých přípravků plně v kompetencích lékaře. Sestra je však může vhodnými intervencemi ovlivňovat (např. změnou polohy, přerušением převazu atd.). V praxi tedy využívá kompetencí závislých (dle preskripce lékaře), nezávislých (fyzikální terapie, úlevová poloha) a polozávislých (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 42 a 43). Důležitý je psychologický přístup k pacientovi, díky němuž sestra vytvoří atmosféru důvěry a příjemného prostředí. Zmírní tak pacientův strach a napomůže jeho spolupráci. K základním ošetrovatelským postupům podporujícím zvládnutí bolesti patří např.:

- nastolení dobrého vztahu s pacientem již při prvním kontaktu a jeho další rozvíjení
- respekt ke vnímání bolesti pacienta (vyslechnout a nezlehčovat jeho problém)
- empatie, důvěra a pochopení (pro pacienta úleva, pro zdravotníky užitečné informace)
- respektování názoru a práv pacienta účastnit se na léčebném postupu
- tolerantní přístup k projevům chování pacienta, snižování strachu a úzkosti
- poskytnutí informací o možnostech využití ambulancí bolesti
- nachystání všech pomůcek dopředu k ruce (neodbíhat, nenechat ránu odkrytou, zvlhčovat atd.) (Zacharová a Haluzíková, 2013, str. 373).

Individuálním přístupem, dostatečnou edukací pacienta i rodiny, odborností při rozhodování a účelně naplánovanou péčí může všeobecná sestra významně ovlivnit bolest pacienta a její vnímání (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 43).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti subjektivně vnímají bolest způsobenou nehojící se ránou?
2. Jaké techniky pacienti využívají pro navození úlevy od bolesti způsobené nehojící se ránou?
3. Jak narušuje bolest kvalitu života pacienta s nehojící se ránou?
4. Jakou pozornost věnuje personál výskytu bolesti při ošetřování rány?
5. Mají pacienti informace o možnosti využití inhalačních anestetik k tišení bolesti v souvislosti s ošetřováním rány?

6 Metodika výzkumu

Zaměření výzkumu: výzkumné šetření bylo zaměřeno na subjektivní vnímání bolesti pacientů s nehojící se ránou.

Charakteristika výběru respondentů: do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti, kteří mají nehojící se ránu vyskytující se déle než jeden měsíc, v souvislosti s ní udávají bolest a jejich věková kategorie je 30 let a výše. Všichni tito pacienti jsou buďto hospitalizováni na lůžkovém oddělení, nebo dochází do ambulance pro léčbu rány daného zdravotnického zařízení.

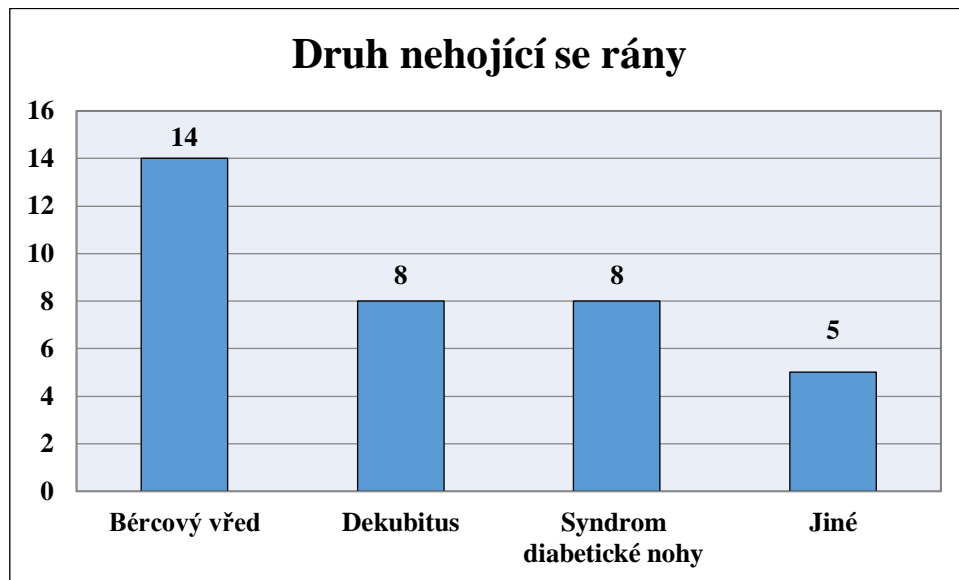
Metoda výzkumného šetření: pro sběr dat byl zvolen anonymní dotazník vlastní tvorby (viz příloha A). Dotazník obsahuje celkem 24 otázek, které byly sestaveny tak, aby odpovídaly cílům a výzkumným otázkám výzkumné části této bakalářské práce. Jedná se o otázky uzavřené a polouzavřené. Otázky se kromě základních informací (věk, pohlaví) zaměřují na druh nehojící se rány a délku její léčby. Dále na intenzitu, charakter a frekvenci bolesti včetně souvislosti s převazem, denní dobou či tělesnou aktivitou. Další část je zaměřena na to, jak pacienti vnímají přístup personálu k bolesti, kdo o jejich ránu pečuje, jak bolest ovlivňuje kvalitu jejich života, jaké metody využívají k jejímu zmírnění a zda pacienti s bércovými vředy využívají kompresní terapii, která významně ovlivňuje bolest za předpokladu, že jsou použita správná a správnou technikou aplikována obinadla či punčochy. V poslední části dotazníku nás zajímala informovanost pacientů o možnosti využití inhalační anestezie v souvislosti s ošetřováním rány.

Pilotní předvýzkum: pilotáž probíhala začátkem měsíce března roku 2017 a zúčastnilo se jí 10 respondentů. Vrácené dotazníky byly neúplně nebo chybně vyplněné. A proto byly některé otázky upraveny pro lepší srozumitelnost (upřesnění pojmů elastických a neelastických bandáží, podtržení a zvýraznění důležitých aspektů dané otázky, např. počet možných odpovědí, termín „nejčastěji“ atd.).

Sběr dat a zpracování: sběr dat probíhal od poloviny měsíce března 2017 do začátku měsíce května 2017 na lůžkových odděleních a ambulanci pro léčbu chronické rány v jedné z krajských nemocnic. Dotazník pacienti vyplňovali samostatně a vyplněný ho pak vkládali do předem připravené obálky. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků. Sesbírán byl plný počet, z něhož 5 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplné vyplnění. Do výzkumu bylo tedy zahrnuto 35 řádně vyplněných dotazníků. Data z dotazníků byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel do grafů a tabulek a poté vyhodnocena pomocí popisné statistiky.

7 Prezentace výsledků

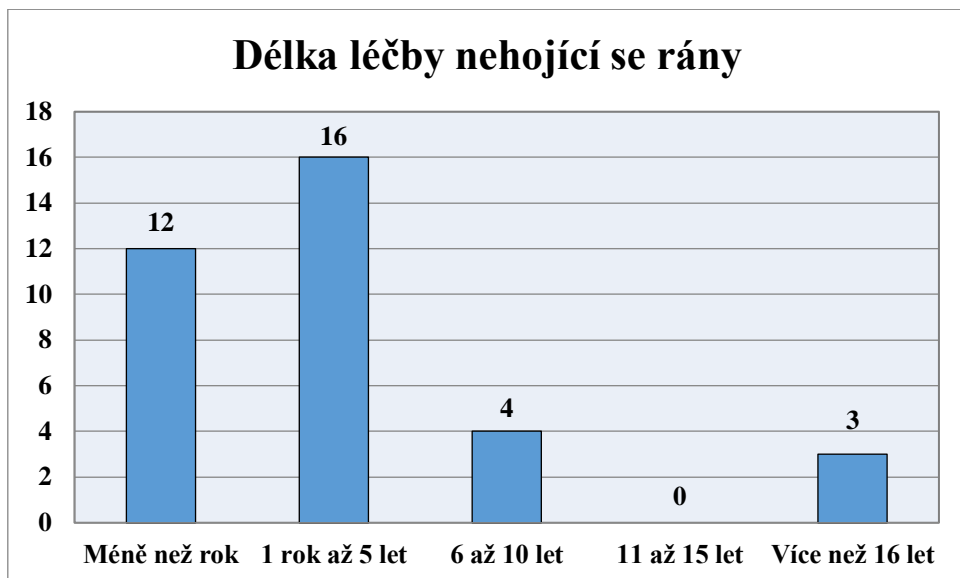
1) Jaký druh nehojící se rány máte?



Obrázek 1 Graf - Druh nehojící se rány

V první otázce respondenti odpovídali, jaký druh nehojící se rány mají. V případě bércových vředů vypisovali jejich příčinu. Z grafu je patrné, že celkem 14 dotazovaných (40 %) má bércový vřed - ve všech případech se jedná o bércové vředy venózního původu. 8 dotazovaných (23 %) uvedlo dekubitus, 8 pacientů (23 %) trpí syndromem diabetické nohy a 5 z dotazovaných respondentů (14 %) má jinou nehojící se ránu. Nejčastější odpovědí u jiného druhu nehojící se rány bylo špatné zhojení či rozpad operační rány. Jeden z respondentů uvedl ránu onkologickou.

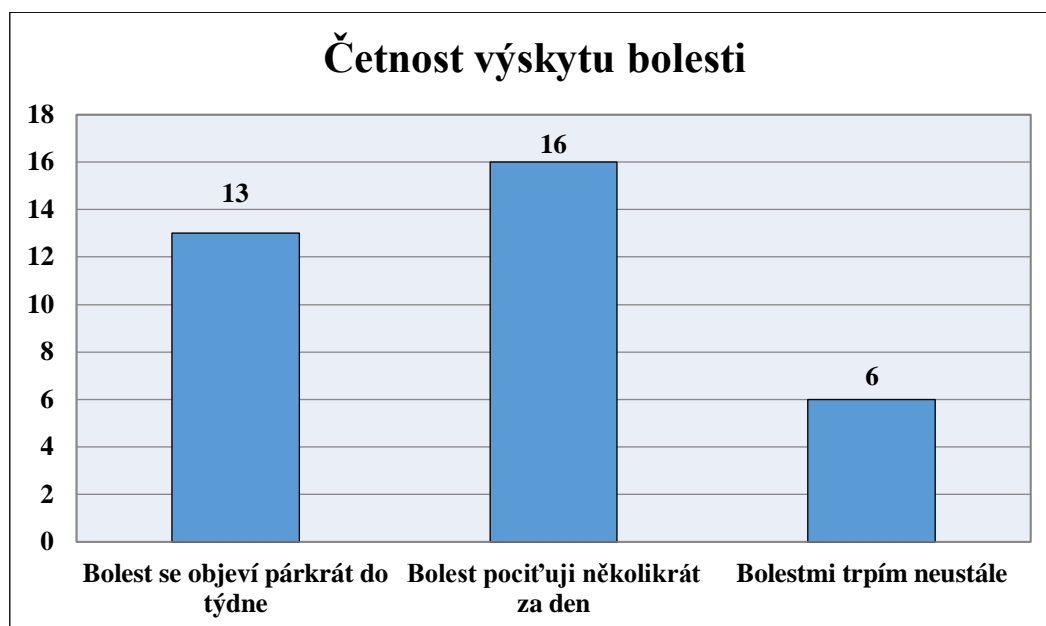
2) Jak dlouho se s nehojící se ránou léčíte?



Obrázek 2 Graf - Délka léčby nehojící se rány

Druhá otázka se vztahuje na délku léčby nehojící se rány. Z grafu vyplívá, že 16 dotazovaných (46 %) se s ránou léčí v rozmezí 1 roku až 5 let, čtyři pacienti (11 %) označili rozmezí léčby mezi 6 až 10 lety. Žádný z respondentů neuvedl délku léčby v rozmezí 11 až 15 let. U tří respondentů (9 %) probíhá terapie více než 16 let. Léčbu rány kratší než jeden rok podstupuje 12 z dotazovaných pacientů (34 %). Respondenti, kteří označili délku léčby kratší než jeden rok, měli uvést dobu počtem měsíců. Průměrná doba terapie kratší než jeden rok činí z výsledků odpovědí dotazovaných čtyři měsíce.

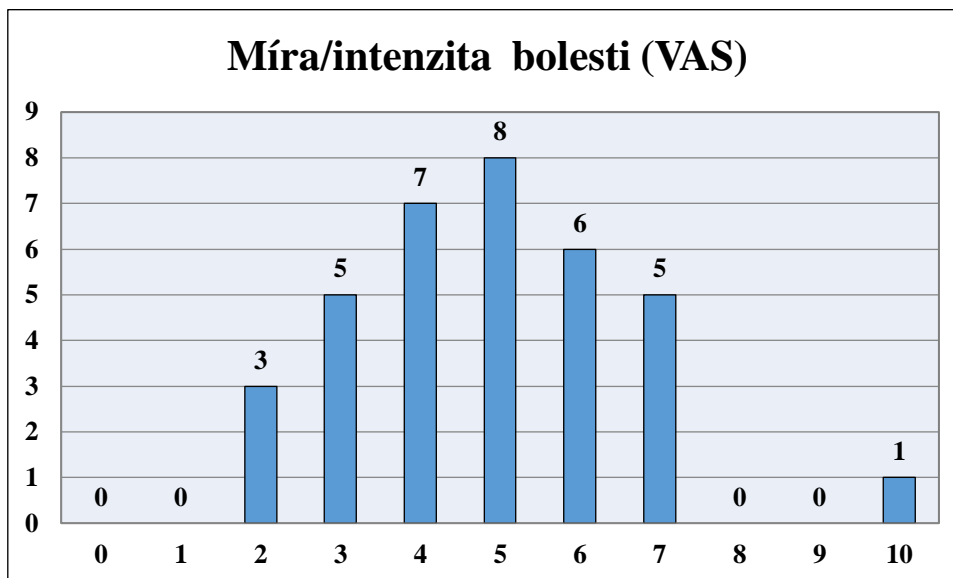
3) Jak často pociťujete bolest?



Obrázek 3 Graf - Četnost výskytu bolesti

Ve třetí otázce respondenti odpovídali, jak často pociťují bolest způsobenou nehojící se ránou. Z výsledků vyplývá, že největší počet a to 16 pacientů (46 %) pociťuje bolest několikrát za den. U 13 dotazovaných (37 %) se bolest vyskytuje párkrát do týdne. Bolestmi způsobenými nehojící se ránou neustále trpí celkem 6 respondentů (17 %).

4) Pokud trpíte bolestmi, zakroužkujte, prosím, na této škále číslo vyjadřující míru bolesti, kterou Vám rána způsobuje: (0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest, co jsem kdy zažil/a)

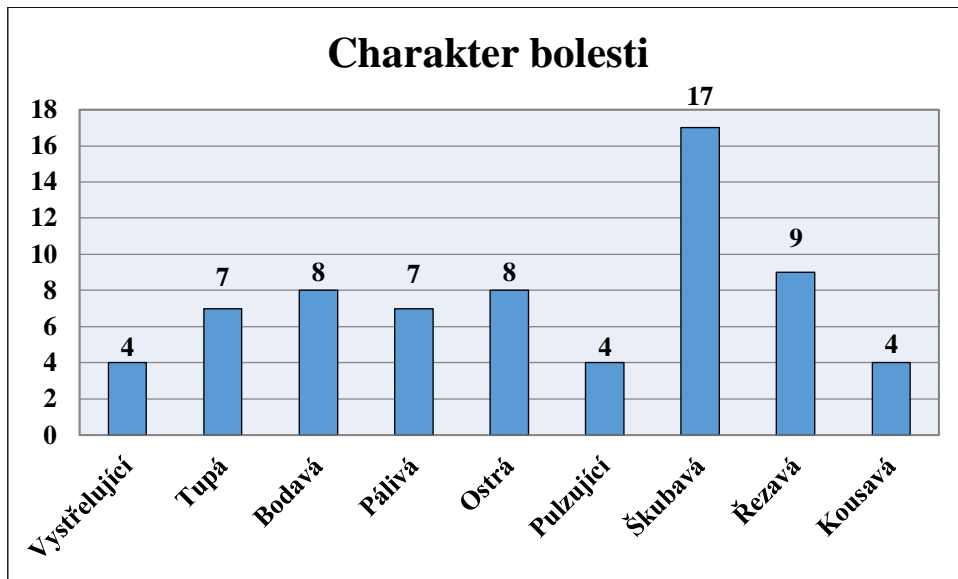


Obrázek 4 Graf - Míra/intenzita bolesti (VAS)

Ve čtvrté otázce byla pro vyjádření míry bolesti způsobené nehojící se ránou zvolena vizuální analogová škála. Tato škála obsahuje řadu čísel na úsečce od 0 do 10, kdy 0 = žádná bolest a 10 = nehorší bolest, kterou kdy dotazovaní zažili. Z grafu je zřejmé, že nejčastěji označovaná míra bolesti se pohybovala mezi hodnotami 4 až 6, v tomto rozmezí uvedlo míru své bolesti celkem 21 respondentů (60 %). Nehojící se rána způsobuje bolest nejméně na úrovni hodnoty 2 a to konkrétně u tří z dotazovaných (9 %). Jeden z pacientů (3 %) vyjádřil míru své bolesti hodnotou 10, tedy jako nejhorší, kterou kdy zažil.

Většina pacientů trpících syndromem diabetické nohy (88 %) uváděla nižší intenzitu bolesti (v rozmezí hodnot 2 až 3) pravděpodobně z důvodu diabetické neuropatie. Pouze jeden respondent se SDN (12 %) udával míru bolesti dle VAS 4. Naopak všichni pacienti s bérčovými vředy žilní etiologie označovali intenzitu bolesti hodnotami 4 a výše. U ostatních druhů nehojících se ran byla intenzita bolesti různá. Nikdo z respondentů nevyjádřil míru bolesti čísly 0, 1, 8 a 9.

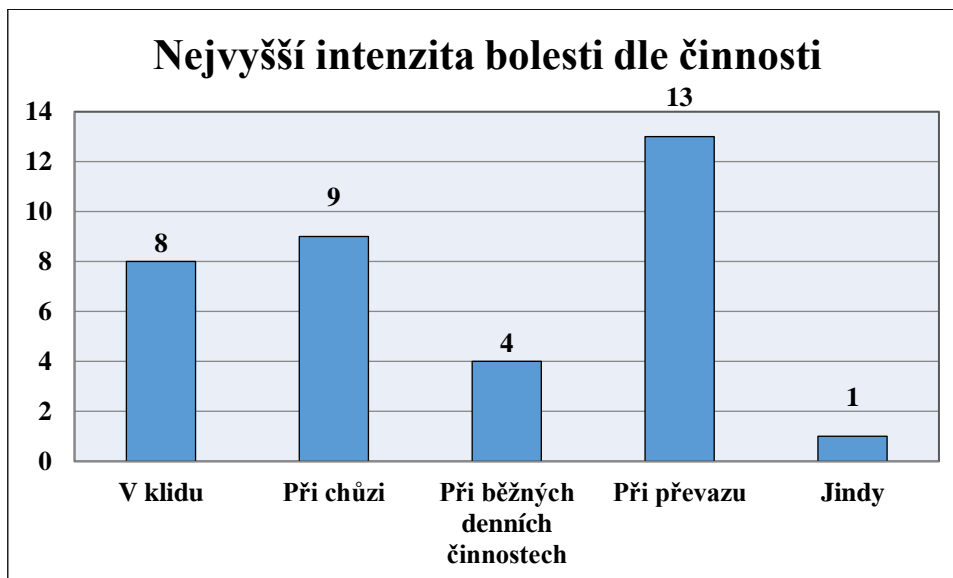
5) Zakroužkujte všechny možnosti, které nejvíce charakterizují Vaši bolest:



Obrázek 5 Graf - Charakter bolesti

U další otázky měli respondenti možnost výběru více možností charakterizujících co nejpřesněji jejich bolest. Z grafického znázornění je zřejmé, že nejvíce převládala bolest škubavá, celkem ji popsalo 17 dotazovaných (49 %). Pacienti nejméně uváděli bolest vystřelující 4 (11 %), pulzující 4 (11 %) a kousavou 4 (11 %).

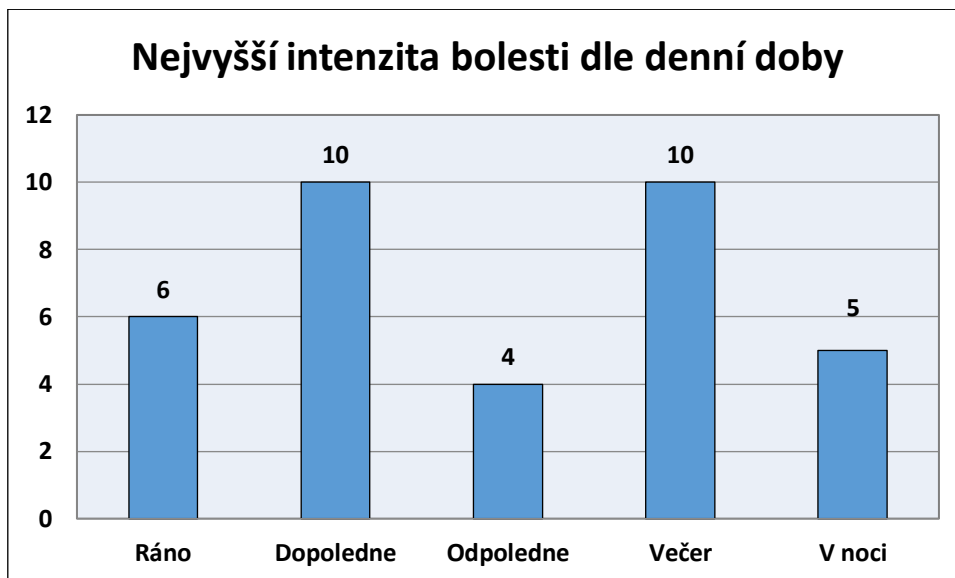
6) Kdy Vaši bolest vnímáte nejvíce?



Obrázek 6 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle činnosti

V šesté otázce pacienti odpovídali, kdy je pro ně bolest způsobená ránou nejintenzivnější vzhledem k probíhající činnosti. Z grafu můžeme vyčíst, že celkem 13 dotazovaných (37 %) uvedlo nejhorší bolest ve spojitosti s převazem rány. Srovnatelný byl výsledek nejhorší bolesti při chůzi, kterou uvedlo 9 respondentů (26 %) a v klidu, kdy je bolest nejvíce vnímána 8 pacienty (23 %). Pouze 4 respondenti (11 %) pociťují největší bolest v souvislosti s běžnými denními aktivitami. Jeden pacient (3 %) se špatně zhojenou operační ránou označil možnost „jindy“ a doplnil, že bolest nejvíce pociťuje při kašli a vstávání z lůžka, z důvodu zatínání břišních svalů.

7) Ve kterou denní dobu je Vaše bolest nejintenzivnější?

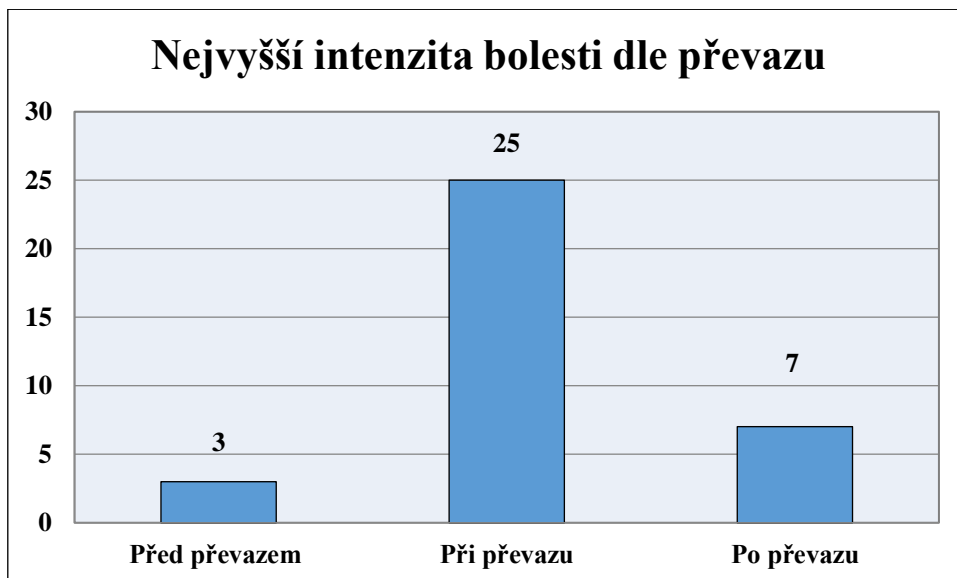


Obrázek 7 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle denní doby

V sedmé otázce respondenti uváděli nejvyšší pociťovanou intenzitu bolesti ve vztahu k denní době. Z grafu je zřejmé, že 10 dotazovaných (29 %) uvedlo, že nejvyšší intenzitu bolesti pociťují dopoledne, 10 pacientů (29 %) označilo večer. Ráno je bolest nejhorší pro 6 dotazovaných (17 %) a v noci ji nejvíce vnímá 5 pacientů (14 %). Pouze 4 respondenti (11 %) vnímají nejvyšší intenzitu bolesti v odpoledních hodinách.

Respondenti s nejintenzivnější bolestí v noci, jsou pouze pacienti s bérčovými vředy žilní etiologie a to konkrétně 5 (36 %) z celkového počtu dotazovaných s tímto druhem nehojící se rány. 5 respondentů s bérčovými vředy (36 %) označilo nejvyšší bolest v odpoledních, či večerních hodinách a 4 pacienti (28 %) vnímají bolest spíše ráno a dopoledne.

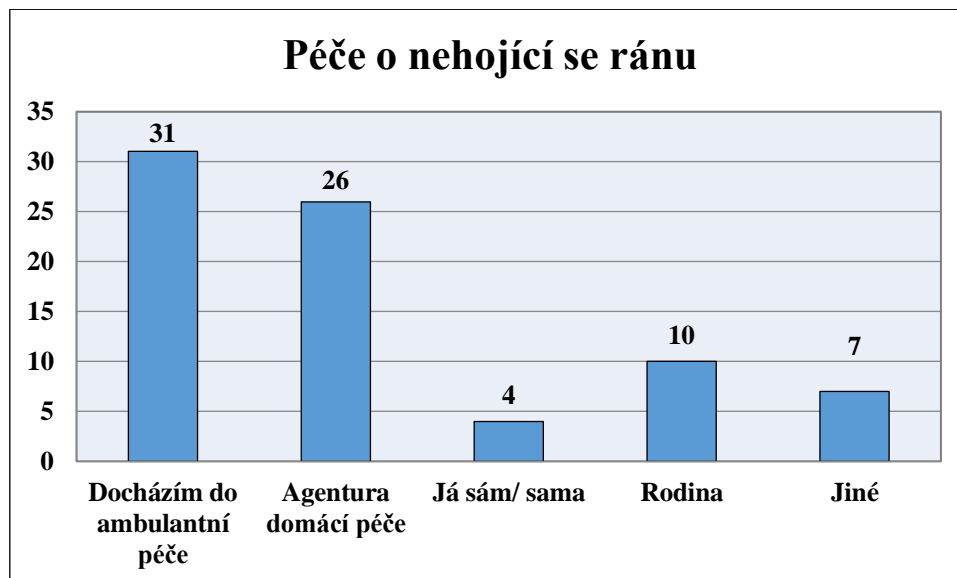
8) Pokud popisujete bolest související s převazem, kdy je nejhorší?



Obrázek 8 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle převazu

Osmou otázku vyplňovali pouze respondenti popisující bolest v souvislosti s převazem. Z grafu je patrné, že bolest v souvislosti s převazem vnímá všech 35 dotazovaných respondentů (100 %). Nejvíce pacientů - 25 (71 %) udává nevyšší intenzitu bolesti v době samotného převazu. 7 dotazovaných (20 %) se s největší bolestí potýká po převazu. Pro tři respondenty (9 %) je bolest nejhorší před převazem rány.

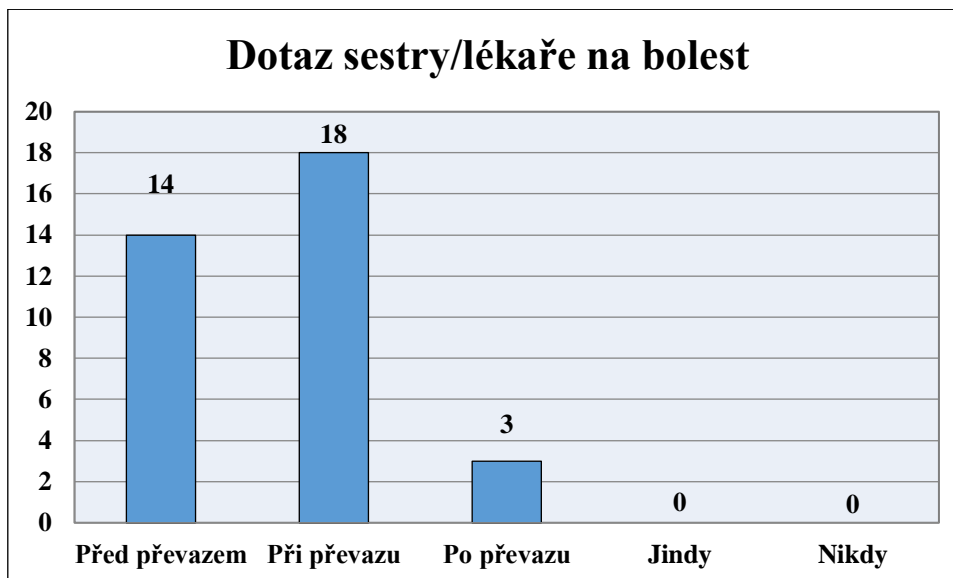
9) Kdo ošetřuje Vaši nehojící se ránu?



Obrázek 9 Graf - Péče o nehojící se ránu

U otázky zaměřené na péči o nehojící se ránu mohli respondenti vybírat více možností. Dle výsledků můžeme s grafu vyčíst, že o většinu 31 dotazovaných (89 %) pečuje specializovaná ambulance pro léčbu rány. Celkem 26 pacientů (74 %) z výzkumného souboru navštěvuje agentura domácí péče. Rodina pečuje o ránu 10 respondentům (29 %) a 4 dotazovaní (11 %) si ji dokážou ošetřit samostatně. Možnost „jiné“ zvolilo 7 hospitalizovaných pacientů (20 %), kteří uváděli péči personálu oddělení. Výběr více možností byl zvolen z důvodu, že respondenti mohou současně docházet např. do ambulance pro léčbu rány a v domácím prostředí o ně pečuje agentura domácí péče či rodina.

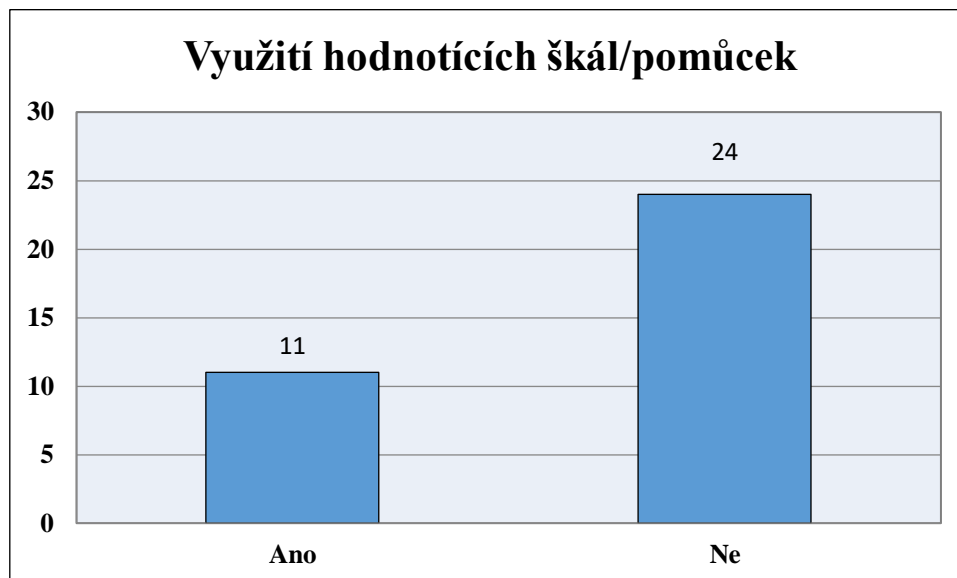
10) Ve kterou dobu se Vás lékař či sestra „poprvé“ ptá na bolest?



Obrázek 10 Graf - Dotaz sestry/ lékaře na bolest

V 10. otázce respondenti odpovídali, ve kterou dobu se jich v souvislosti ránou sestra či lékař „poprvé“ ptá na bolest. Z grafického znázornění je patrné, že 18 dotazovaných (51 %) uvedlo, že sestra či lékař se jich ptá na bolest v době samotného převazu. 14 pacientů (40 %) má zkušenost s dotazem na bolest před převazem. Tři respondenti (9 %) jsou dotazováni na bolest až po převazu rány. Možnosti otázky na bolest „jindy“ a „nikdy“ nevybral nikdo z respondentů, je tedy zřejmé, že personál se o bolest při ošetřování rány zajímá u všech 35 dotazovaných pacientů (100 %).

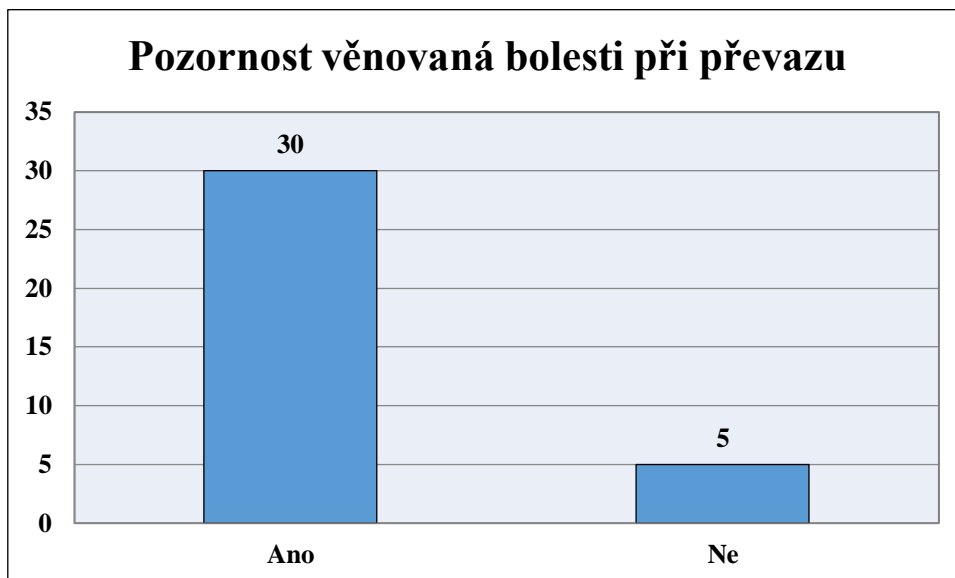
11) Pokud se Vás sestra či lékař ptá na bolest, používá k tomu nějaké škály/pomůcky? (Např.: požádá Vás, abyste zhodnotil/a svou bolest na stupnici o 0 do 10 nebo Vám ukáže „barevné pravítko/škálu“.)



Obrázek 11 Graf - Využití hodnotících škál/pomůcek

V této otázce respondenti odpovídali, zda personál používá některé škály nebo pomůcky k hodnocení bolesti způsobené nehojící se ránou. Z grafu vyplývá, že 24 dotazovaných (69 %) uvedlo, že personál žádné pomůcky či škály k hodnocení bolesti nevyužívá. 11 pacientů (31 %) se s využitím těchto pomůcek setkala a někteří doplnili, že se jednalo především o slovní zhodnocení bolesti škálou od 0 do 10.

12) Máte pocit, že při převazu věnuje personál dostatečnou pozornost Vaší bolesti? (Např.: zvlhčuje přischlé krytí před jeho sejmutím, ptá se Vás „jak to bolí“, nabízí léky na bolest nebo v případě, že pocítujete bolest, přeruší čištění rány?)



Obrázek 12 Graf - Pozornost věnovaná bolesti při převazu

Dvanáctá otázka byla zaměřena na to, zda respondenti považují pozornost personálu zaměřenou na jejich bolest jako dostatečnou. Dle výsledků je z grafu zřejmé, že podle 30 dotazovaných (86 %) je pozornost personálu věnovaná jejich bolesti dostatečná. Pouze 5 z celkového počtu pacientů (14 %) se domnívá, že personál se jejich bolesti nevěnuje dostatečně.

13) Zhodnoťte čísla od 0 do 4, jak bolest narušuje následující aspekty Vašeho života:
(0 = vůbec ne, 1 = trochu, 2 = středně, 3 = docela dost, 4 = hodně)

Tabulka 2 Aspekty života narušené bolestí

	0 = vůbec ne		1 = trochu		2= středně		3 = docela dost		4 = hodně	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Nálada	8	23 %	9	26 %	11	31 %	5	14 %	2	6 %
Spánek	6	17 %	7	20 %	3	9 %	12	34 %	7	20 %
Denní aktivity	1	3 %	4	13 %	13	42 %	9	29 %	4	13 %
Soustředěnost	7	20 %	12	34 %	9	26 %	3	9 %	4	11 %
Zaměstnání	27	77 %	4	11 %	1	3 %	2	6 %	1	3 %
Vztahy	23	66 %	7	20 %	0	0 %	4	11 %	1	3 %
Pohyb	1	3 %	4	13 %	7	23 %	10	32 %	9	29 %
Zájmy	9	26 %	6	17 %	5	14 %	9	26 %	6	17 %

Ve 13. otázce měli respondenti na stupnici od 0 do 4 zhodnotit, jak bolest narušuje následující aspekty jejich života. Výsledky odpovědí jsou zobrazeny v tabulce 2. Položky „denní aktivity“ a „pohyb“ nehodnotili čtyři hospitalizovaní pacienti, u kterých vznikla imobilita z jiného důvodu, než je nehojící se rána. V ostatních položkách je započítán plný počet (35) dotazovaných zařazených do výzkumu.

U **nálady** zvolilo nejvíce respondentů možnost *středně*. 11 pacientů (31 %) má tedy středně ovlivněnou náladu bolestí způsobenou nehojící se ránou. Bolest *vůbec* neovlivňuje náladu 8 pacientům (23 %) a *hodně* ji ovlivňuje 2 dotazovaným (6 %).

Co se týče **spánku**, tak nejvíce respondentů zvolilo možnost *docela dost*. 12 pacientů (34 %) má spánek docela dost narušený bolestí. *Vůbec* narušený uvedlo 6 (17 %) a *hodně* narušený spánek má 7 dotazovaných (20 %).

V **denních aktivitách** zvolilo nejvíce respondentů možnost *středně*. Středně narušené denní aktivity má 13 pacientů (42 %) z výzkumného souboru. Pouze jeden pacient (3 %) nemá bolestí narušené denní aktivity *vůbec* a 4 osoby (13 %) je mají narušeny *hodně*.

Soustředěnost je u nejvíce respondentů narušena pouze *trochu*. Zvolilo tak 12 dotazovaných (34 %). Bolest *vůbec* nenarušuje soustředěnost u 7 pacientů (20 %) a *hodně* narušenou ji mají čtyři dotazovaní (11 %).

Bolest způsobená nehojící se ránou v **zaměstnání** *vůbec* neovlivňuje 27 pacientů (77 %). Tuto možnost zvolilo nejvíce, z celkového počtu respondentů a důvodem může být fakt, že celkem 27 dotazovaných (77 %) již dovršilo věku nad 61 let, tudíž mohou být ve starobním důchodu. Pouze jeden respondent (3 %) je v zaměstnání svou bolestí ovlivněn *hodně*.

Vztahy narušené bolestí nemá *vůbec* nejvíce dotazovaných. Tuto možnost označilo celkem 23 respondentů (66 %). Jeden pacient (3 %) má *hodně* narušené vztahy z důvodu bolesti způsobené nehojící se ránou.

U **pohybu** nejvíce respondentů zvolilo možnost *docela dost*. 10 dotazovaných (32 %) je v pohybu z důvodu bolesti docela dost ovlivněných. Pouze jeden pacient (3 %) není v pohybu bolestí omezen *vůbec*. *Hodně* omezených je 9 pacientů (29 %).

Co se týče **zájmů**, zvolilo nejvíce respondentů možnost *vůbec ne* a *docela dost*. Bolest v zájmech *vůbec* neomezuje 9 pacientů (26 %) a docela dost taktéž. Své zájmy má bolestí způsobenou nehojící se ránou *hodně* ovlivněno celkem 6 dotazovaných (17 %) (Tabulka 2).

14) Zakroužkujte číslo, které svým popisem nejlépe odpovídá Vaší situaci v souvislosti s každodenními aktivitami:

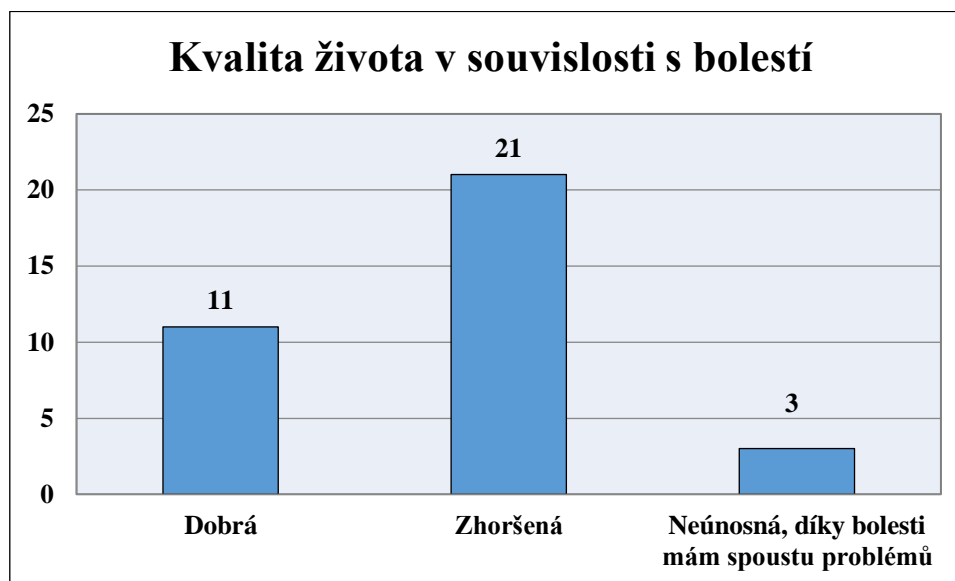
Tabulka 3 Vliv bolesti na každodenní aktivity (Rokyta a kol., 2012, str. 179)

		n_i	f_i (%)
0	Jsem bez bolesti	0	0 %
1	Bolesti mám, zásadně mě neovlivňují a nevyrušují, při činnosti na ně mohu zapomenout.	10	32 %
2	Bolesti mám, nemohu od nich zcela odvést pozornost, nebrání mi však provádět každodenní aktivity a práci bez chyb.	8	26 %
3	Bolesti mám, nemohu od nich odvést pozornost, brání mi v provádění každodenních aktivit, které jsou důsledkem toho vykonávány jen s obtížemi a chybami.	13	42 %
4	Bolesti mám, ovlivňuje mě natolik, že i každodenní činnosti lze vykonat jen s nejvyšším úsilím.	0	0 %
5	Bolesti jsou tak intenzivní, že nejsem schopen/na každodenních aktivit, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu nebo dokonce ošetření lékařem.	0	0 %

Ve čtrnácté otázce byl použit dotazník interference bolesti s denními aktivitami. Respondenti zde měli označit odpověď, která nejlépe odpovídá jejich situaci. Tuto otázku opět nehodnotili 4 respondenti z důvodu imobility vzniklé z jiného důvodu, než je nehojící se rána.

Z tabulky 3 můžeme vyčíst, že 10 respondentů (32 %) trpí bolestmi, které je zásadně neovlivňují a při činnosti na ně mohou zapomenout. 8 dotazovaných (26 %) od bolesti nemůže zcela odvést pozornost, ale nebrání jim ve vykonávání běžných aktivit či práce bez chyb. Zbylých 13 pacientů (42 %) a také nejvíce z těch, kteří odpovídali na tuto otázku, má bolesti způsobené nehojící se ránou tak silné, že od nich zcela nemůže odvést pozornost, brání jim ve vykonávání běžných aktivit, které jsou pak v důsledku toho vykonávány jen s obtížemi a chybami. Nikdo z výzkumného souboru není zcela bez bolesti a žádný z dotazovaných nemá bolesti tak silné, že by je vyhodnotil situacemi pod čísly 4 a 5.

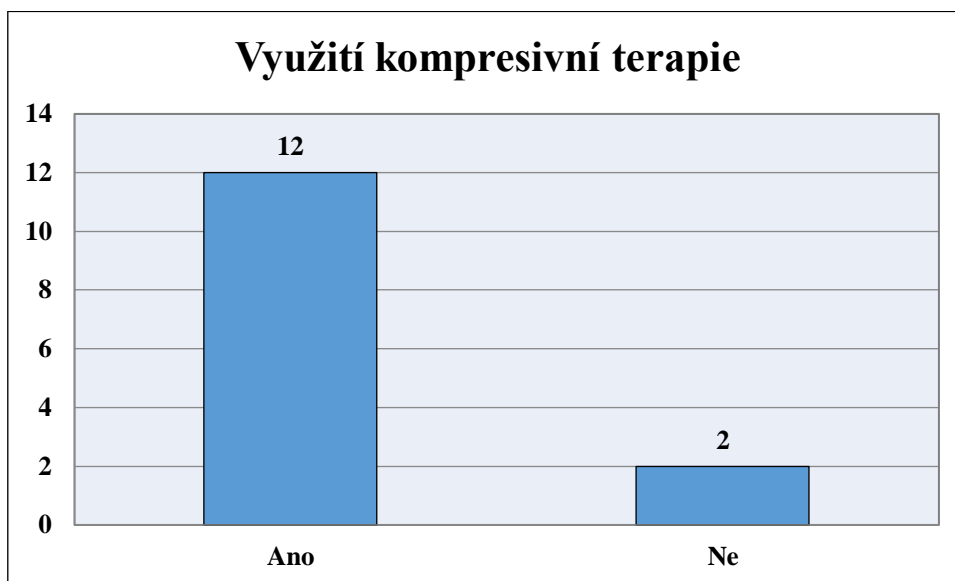
15) Jak byste celkově zhodnotil/a kvalitu svého života v souvislosti s bolestí způsobenou nehojící se ránou?



Obrázek 13 Graf - Kvalita života v souvislosti s bolestí

U patnácté otázky měli respondenti možnost zhodnotit svou kvalitu života s bolestí způsobenou nehojící se ránou. S bolestí se potýkají všichni dotazovaní respondenti, i přes to je z grafu patrné, že 11 z nich (31 %) svou kvalitu života hodnotí jako dobrou, bolest způsobenou nehojící se ránou se naučili akceptovat. Pro většinu a to konkrétně 21 pacientů (60 %) je kvalita života kvůli bolesti zhoršená. 3 osoby (9 %) hodnotí svou kvalitu života jako neúnosnou, jelikož jim bolest způsobuje spoustu problémů a omezení.

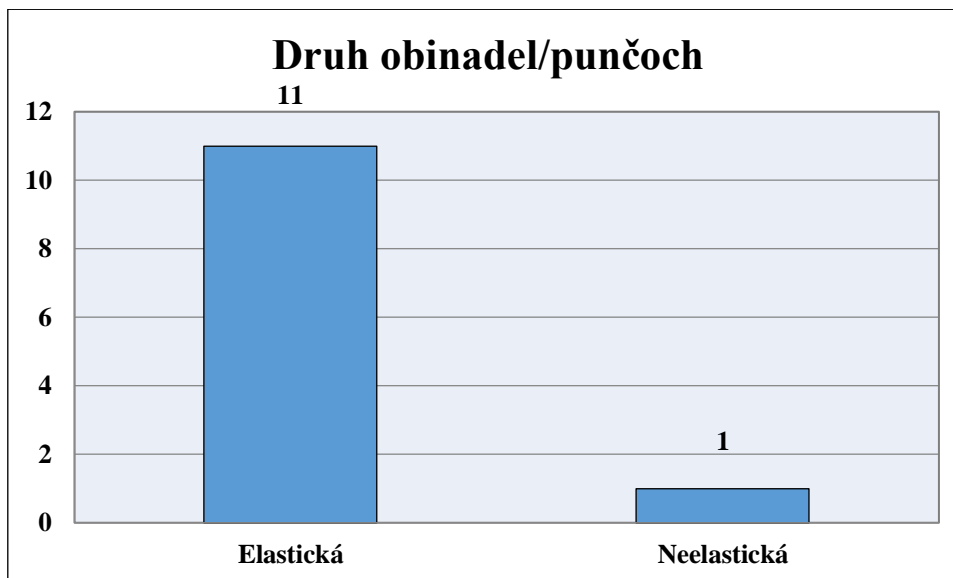
16) V případě, že máte bércový vřed z důvodu onemocnění žil, používáte bandáže (obinadla nebo punčochy) na dolní končetiny?



Obrázek 14 Graf - Využití kompresivní terapie

Na další otázku odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli ránu z důvodu onemocnění žil. Zajímalo nás, zda využívají jako podporu léčby nehojící se rány kompresivní terapii. Z výsledků zobrazených grafem můžeme vyčíst, že 12 z celkového počtu respondentů trpících bércovým vředem žilní etiologie (86 %) kompresivní terapii využívá. Pouze dvě dotazované osoby (14 %) si kompresivní obinadla či punčochy neaplikují.

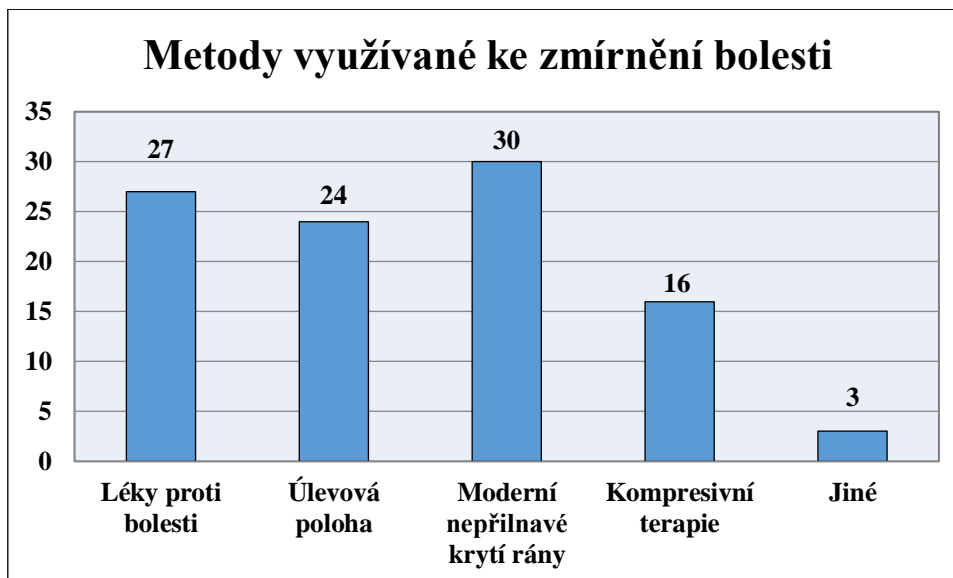
17) Jaká obinadla či punčochy používáte?



Obrázek 15 Graf - Druh obinadel/ punčoch

Sedmnáctá otázka se opět týkala pouze respondentů s bércovým vředem žilní etiologie, kteří si aplikují kompresivní terapii. Zajímalo nás, jaký druh obinadel či punčoch používají. Z grafu můžeme vyčíst, že 11 pacientů (92 %) používá elastická obinadla či punčochy. Pouze jeden z respondentů (8 %) s bércovým vředem, využívajících kompresivní terapii uvedl možnost neelastické bandáže.

18) Co využíváte ke zmírnění bolesti? Označte všechny možnosti, které pro Vás platí.



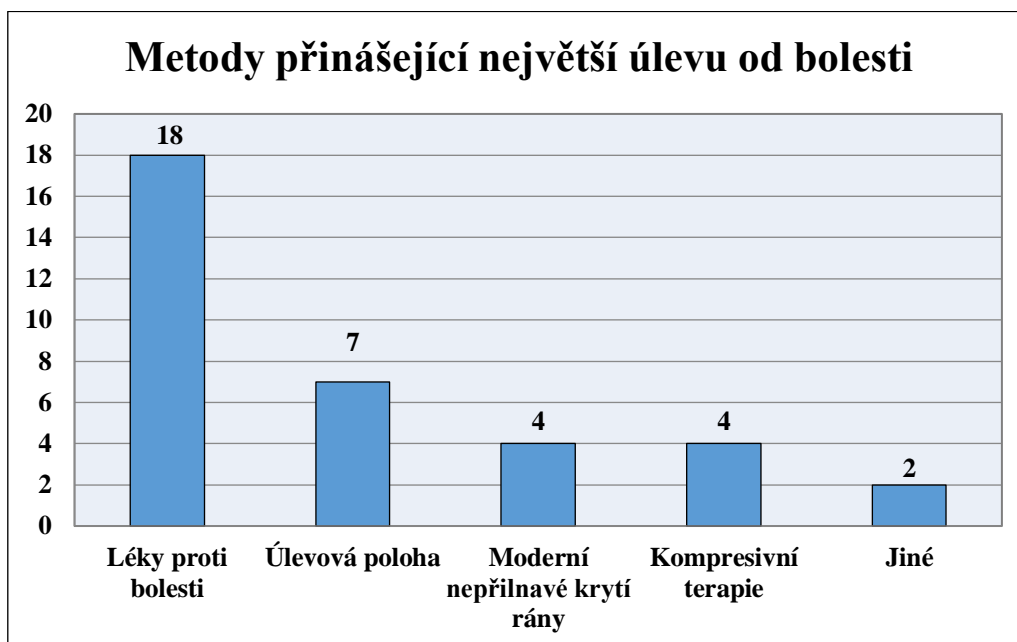
Obrázek 16 Graf - Metody využívané ke zmírnění bolesti

V osmnácté otázce měli respondenti opět zvolit všechny možnosti, které pro ně platí. Zajímalo nás, jakých metod pro zmírnění bolesti způsobené nehojící s ránou využívají. Z grafu můžeme vyčíst, že 30 z celkového počtu dotazovaných (86 %) zvolilo možnost moderního nepřilnavého krytí, které jim přináší úlevu od bolesti. 27 pacientů (77 %) užívá k tišení bolesti léky, přičemž mezi nejčastěji uváděné patřili: Novalgin, Ibalgin, Paralen, Nimesil, Ketonal, Tramal, Zaldiar, Tralgit nebo DHC. Jeden z respondentů uvedl silný opioid Oxycontin.

Úlevová poloha, kterou uvedlo celkem 24 respondentů (69 %), závisí především na etiologii nehojící se rány, kterou pacient trpí. Mezi nejčastěji uváděné patřili: zvýšená poloha dolních končetin, klid, poloha vsedě, vleže, na boku či na břiše. Někteří pacienti doplnili, že jim úlevu od bolesti přináší chůze nebo podložená část těla, na které se rána nachází.

Další možností přinášející úlevu celkem šestnácti respondentům (46 %) je kompresivní terapie. Vzhledem k počtu uvedených odpovědí, je zřejmé, že kompresivní terapii využívají i pacienti s ránou jiné etiologie, než je bércový vřed na podkladě onemocnění žil. Jinou metodu, než bylo výše uvedeno, využívají celkem tři respondenti (9 %) z celkového počtu dotazovaných. Tito tři pacienti zmiňovali ledování postižené končetiny, Lioton gel a odreagování se jinou činností.

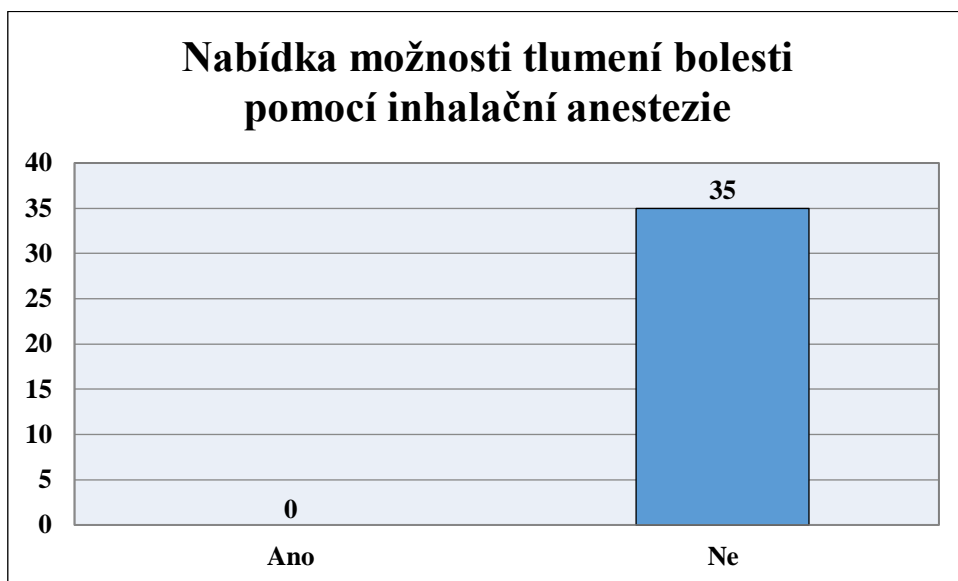
19) Co Vám z výše uvedených možností nejvíce ulevuje od bolesti? Označte jen jednu možnost.



Obrázek 17 Graf - Metody přinášející největší úlevu od bolesti

V následující otázce měli respondenti vybrat pouze jednu možnost z výše uvedených, která jim přináší největší úlevu od bolesti způsobené nehojící se ránou. Z grafu je patrné, že největší počet dotazovaných a to celkem 18 respondentů (52 %) vnímá největší úlevu od bolesti po užití analgetik. Úlevová poloha nejvíce pomáhá 7 pacientům (20 %). Čtyři respondenti (11 %) pocítují největší úlevu od bolesti po aplikaci moderního nepřilnavého krytí. Kompresivní terapie nejvíc snižuje bolest čtyřem dotazovaným (11 %). A jiná metoda tišení bolesti způsobené nehojící se ránou pomáhá dvěma respondentům (6 %).

20) Nabídl Vám někdy lékař možnost tlumení bolesti při převazu za pomoci tzv. „rajského plynu“? (Vdechuje se přes masku z tlakové lahve – např.: Entonox.)



Obrázek 18 Graf - Nabídka možnosti tlumení bolesti pomocí inhalační anestezie

Ve dvacáté otázce nás zajímala informovanost respondentů o možnosti využití inhalační anestezie (např. Entonoxu) k tišení bolesti při převazu rány. Z výsledku vyplívá, že nikomu z 35 respondentů zařazených do výzkumu (100 %), tato možnost tišení bolesti nebyla nabídnuta.

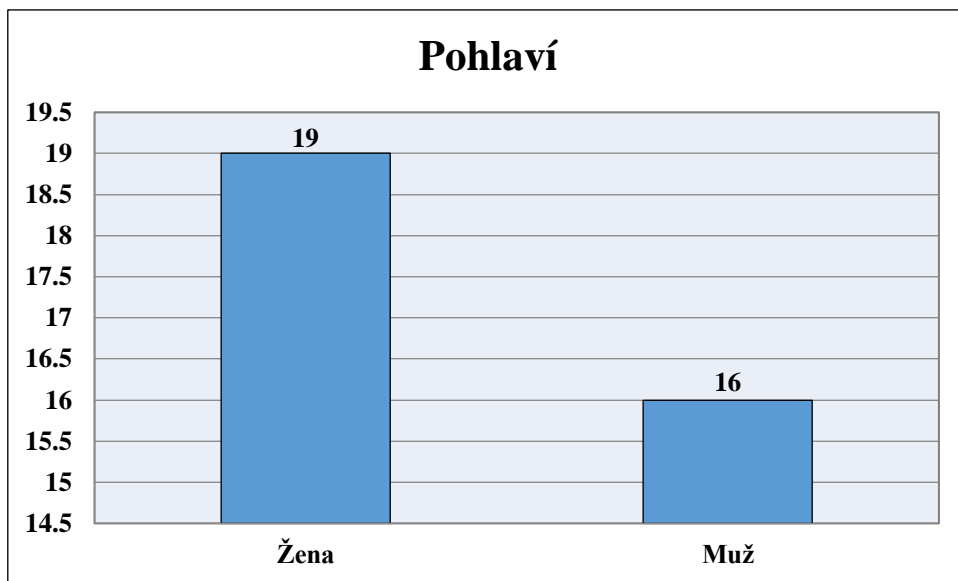
21) Máte s tímto postupem vlastní zkušenost?

Následující otázka navazovala na předchozí a měla nás informovat o vlastní zkušenosti respondentů s touto formou tišení bolesti při převazu. Vzhledem k negativní odpovědi všech respondentů v předchozí otázce, nikdo z dotazovaných na tuto otázku neodpovídal.

22) Cítil/a jste úlevu od bolesti?

U 22. otázky nás zajímalo, zda pacienti po aplikaci inhalační anestezie cítili úlevu od bolesti. Stejně jako u předchozí otázky nikdo z respondentů neodpověděl, vzhledem k tomu, že o využití této možnosti nebyl ani informován, jak bylo zjištěno již otázkou číslo 20.

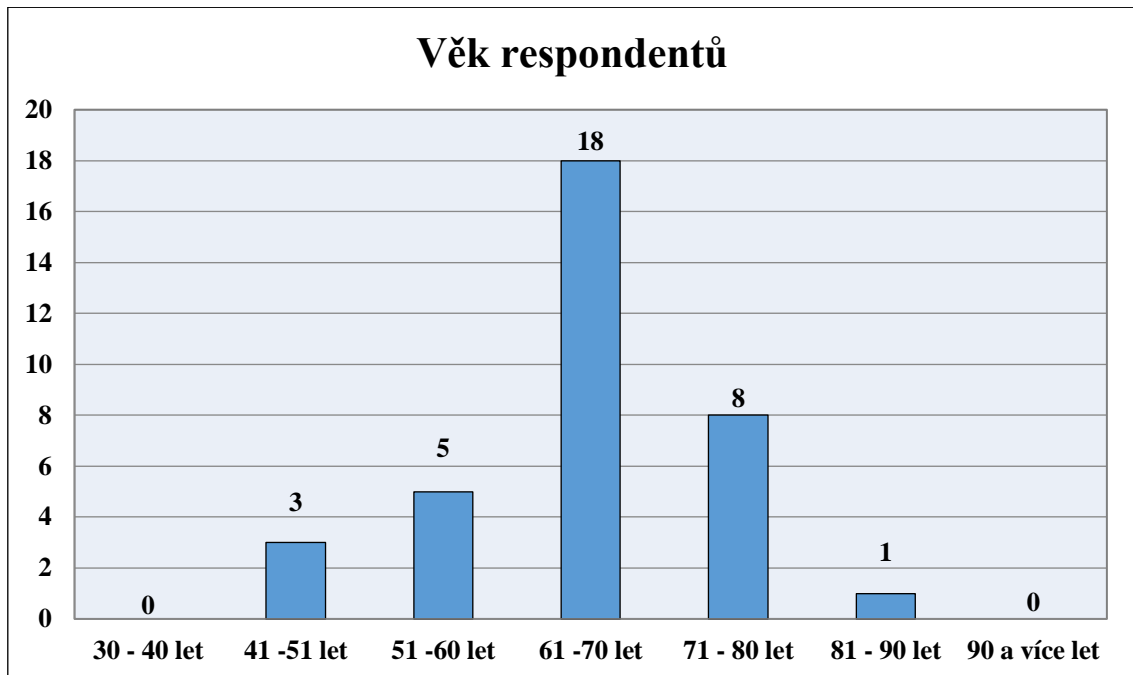
23) Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 19 Graf - Pohlaví

Ve 23. otázce nás zajímalo pohlaví všech respondentů zúčastněných výzkumného šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 19 žen (54 %) a 16 mužů (46 %).

24) Kolik je Vám let? Označte křížkem věkové rozmezí.



Obrázek 20 Graf - Věk respondentů

Poslední otázka byla zaměřena na věk respondentů. Z grafu lze vyčíst, že dotazníkové šetření bylo nejvíce (51 %) zastoupeno respondenty ve věku 61 až 70 let (18 respondentů). 8 pacientů (23 %) bylo věkového rozmezí mezi 71 a 80 lety, ve věku od 51 do 60 let bylo zúčastněných 5 respondentů (14 %). Tři osoby (9 %) v rozmezí 41 až 51 let a jeden respondent (3 %) ve věku 81 až 90 let.

DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti subjektivně vnímají bolest způsobenou nehojící se ránou?

Všichni respondenti, kteří byli zařazeni do tohoto výzkumného šetření, se potýkají s bolestí způsobenou nehojící se ránou. Bolest se u většiny pacientů objevuje několikrát za den (46 %). Menší část (17 %) jí trpí nepřetržitě. V závislosti na denní době byla nejhorší bolest popisována hlavně v dopoledních a večerních hodinách, což by mohlo úzce souviset především s etiologií nehojící se rány. Vondráčková (2014) ve svém článku uvádí, že pacienti s bércovými vředy žilní etiologie často udávají pocit těžkých nohou a hlubokou bolest, která se zhoršuje po dlouhém stání a k večeru. Dle výsledků našeho šetření lze potvrdit, že většina respondentů s bércovými vředy žilní etiologie (72 %) se s největšími bolestmi potýká právě ve druhé polovině dne. Bolesti popisované v dopoledních hodinách mohou souviset např. s převazy, které v této době často probíhají a působí pacientům nejen trauma rány důsledkem bolestivých intervencí (odstraňování starého krytí, débridement), ale také značnou psychickou zátěž.

Koutná (2017) se v rámci druhé fáze výzkumu své disertační práce také zaměřuje na pacienty s chronickou ránou a bolestí. Tato část výzkumu probíhala na ambulancích hojení ran a lůžkových odděleních z různých lokalit České republiky a zúčastnilo se jí celkem 180 respondentů. Cílem bylo zhodnocení určujících znaků dle „NANDA International“ ošetrovatelských diagnóz „akutní a chronická bolest“ a jejich význam pro pacienty s nehojící se ránou a bolestí. V této disertační práci respondenti taktéž hodnotili současnou intenzitu své bolesti na numerické škále od 0 do 10. Nejvíce z nich uvedlo intenzitu bolesti číslem 5. Dle Koutné (2017) se lze domnívat, že pacienti, pokud si nejsou jisti intenzitou své bolesti, určují na numerické škále střední hodnotu. Což by mohl potvrdit i výsledek našeho šetření, jelikož nejčastěji udávaná míra bolesti (60 %), kterou rána způsobuje, se dle VAS pohybovala mezi hodnotami 4 - 6. Respondenti s bércovými vředy žilní etiologie uváděli ve všech případech intenzitu bolesti číslem 4 a výše. Dle pozičního dokumentu EWMA „Pain at the wound dressing changes“ vydaného roku 2002 a na základě mezinárodního výzkumu 11 zemí jsou bércové ulcerace dle zdravotníků hodnoceny jako nejbolestivější (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 44).

U většiny respondentů trpících syndromem diabetické nohy (88 %) byla intenzita bolesti popisována v rozmezí hodnot 2 - 3. U těchto pacientů je často vnímání bolesti, tlaku, tepla či chladu sníženo důsledkem diabetické neuropatie. Je proto důležité věnovat dostatečnou pozornost místům zvýšeného tlaku (bříška palců, paty) a doporučit nošení vhodné obuvi.

Charakter bolesti, který pacienti popisují je vždy závislý na okolních vlivech působících na ránu. K vnitřním vlivům se řadí např. původ rány či edém. Z vnějších faktorů může mít vliv např. stlačení končetiny, přilnavost materiálu či trauma vzniklé krytím rány (Koutná a Ulrych, 2015, str. 29). U pacientů zařazených do výzkumu nejvíce převládala bolest šubavá (49 %). Ve výzkumu disertační práce Koutné (2017) pacienti nejvíce uváděli bolest pálivou, tu v našem výzkumu označilo 20 % dotazovaných. Škubání, pálení, mravenčení nebo např. vystřelování patří k typickým projevům neuropatické bolesti (Höschl a Rokyta, 2015, str. 126). Každý pacient vnímá svou bolest jinak, při jejím hodnocení je proto třeba individuálního přístupu.

Pacienti našeho výzkumného souboru vnímají bolest nejintenzivněji při převazu (37 %) a chůzi (26 %). Bolest související s převazem rány popisují všichni respondenti, kteří byli do výzkumu zařazeni. Nejhorší je pro ně období samotného převazu (71 %). Kanadští autoři se v rámci svého výzkumu snažili určit vliv strachu a očekávání bolesti na bolest skutečně pociťovanou. Do této studie bylo zahrnuto 96 respondentů s nehojící se ránou, u kterých byla před zahájením převazu pomocí numerické škály zhodnocena očekávaná míra bolesti, hodnocen byl také strach pomocí škály STAI - 6 (Six - items State - Trait Anxiety Inventory). Dále byla bolest hodnocena během převazu. Nejhorší bolest pacienti pociťovali při odstraňování krytí a čištění rány. Větší strach z bolesti byl spojen především s exsudací a nekrózou tkáně. Výsledkem studie bylo, že očekávání bolesti vyvolává strach, který její vnímání zhoršuje. Při převazech je tedy potřeba brát tento fakt v potaz (Woo, 2015). Z pohledu většiny dotazovaných pacientů (86 %) toho výzkumného souboru je pozornost personálu věnovaná bolesti v souvislosti s ošetřováním rány dostatečná. Všichni respondenti jsou na bolest související s převazem dotazováni.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké techniky pacienti využívají pro navození úlevy od bolesti způsobené nehojící se ránou?

Techniky využívané pacienty k mírnění bolesti způsobené nehojící se ránou, se mohou lišit v závislosti na etiologii rány a individuálním přístupu každého člověka. Pozitivním zjištěním je, že u 86 % respondentů je při převazech využíváno moderního nepřilnavého krytí rány. Tito respondenti jej také zařadili do jedné z možných metod navozujících úlevu od bolesti. Velká část respondentů (77 %) ale také k tišení bolesti využívá analgetika, úlevovou polohu (69 %) či kompresivní terapii (46 %). Více jak polovina pacientů (52 %) pocíťuje největší úlevu od bolesti právě po užití analgetik. Ve většině případů uváděných druhů léků proti bolesti se jednalo o neopioidní analgetika. Můžeme se tedy domnívat a brát jako pozitivní zprávu, že většina respondentů má nejspíš dobře nastavenou léčbu analgetiky a nehojící se rána jim nezpůsobuje tak silné bolesti, aby museli užívat opiáty, i když se bez nich někteří bohužel neobejdou.

Slonková (2013) se ve své disertační práci zabývá kvalitou života pacientů s chronickými bércovými vředy. Cílem této práce bylo stanovit hlavní faktory, které určují kvalitu života těchto pacientů. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 100 pacientů s chronickými ulceracemi venózní, nebo smíšené etiologie. Jedním ze zkoumaných faktorů byla bolest, kde Slonková (2013) zjišťovala např. souvislost užívání analgetik s intenzitou bolesti. Rozdělila pacienty do skupin s mírnou, střední a těžkou bolestí. Výsledným zjištěním bylo, že čím vyšší je intenzita bolesti, tím větší počet pacientů dané skupiny užívá analgetika. Výzkum naší práce toto tvrzení nemůže potvrdit, jelikož nebyly shledány rozdíly v souvislosti s intenzitou bolesti a užívání analgetik. Naopak pacienti, kteří uváděli míru bolesti dle VAS nižšími čísly, analgetika užívají a respondent, který uvedl bolest o intenzitě 10, analgetika neužívá. Důvodem by mohl být např. rozdílný počet respondentů zařazených do výzkumu a také rozdílné etiologie nehojících se ran.

Pozitivní vliv v managementu bolesti u bércových vředů venózní etiologie má dle odborné literatury využití kompresivní terapie. Vhodné je ale používat pouze obinadla s krátkotahným efektem (Pokorná a Mrázová, 2012, str. 110 a 111). Zjištěním výzkumu naší práce je, že většina respondentů s bércovými vředy žilní etiologie (86 %) využívá kompresivní terapii.

Pouze jeden z nich (8 %) však používá obinadla krátkotažná, ostatních 11 (92 %) si aplikuje obinadla elastická. Elastická obinadla mohou naopak přispívat vzniku bolesti vzhledem k jejich efektu na žilní systém. Tento druh obinadel má vysoký klidový a nízký pracovní tlak. U krátkotažných obinadel či punčoch je tomu naopak. K bolesti může vést také nesprávné přiložení komprese. Zásadní prevencí komplikací je proto důkladná edukace personálu, pacientů i jejich rodin se zdůrazněním důležitosti využití správného typu obinadel (punčoch), včetně techniky jejich aplikace.

Výzkumná otázka č. 3: Jak narušuje bolest kvalitu života pacienta s nehojící se ránou?

Kvalitu života v souvislosti s bolestí vyvolanou nehojící se ránou většina respondentů hodnotila jako zhoršenou (60 %). Pro tři pacienty (9 %) je dokonce neúnosná, díky bolesti je provází spousta problémů a omezení. Někteří dotazovaní (31 %) ale hodnotí kvalitu svého života i přes bolest jako dobrou. Mohli bychom se domnívat, že si na bolest způsobenou nehojící se ranou postupem času zvykli a naučili se ji akceptovat. Dle Gurkové (2011) je ze zdravotnické praxe známé a studii potvrzené, že např. pacienti trpící závažným chronickým onemocněním mohou kvalitu svého života hodnotit jako dobrou či výbornou (na stejné úrovni jako zdraví jedinci). Je tedy možné i navzdory nepříznivým podmínkám (např. nemoci) vnímat kvalitu života pozitivně.

Výskyt nehojících se ran stoupá s přibývajícím věkem, se kterým se prodlužuje i délka jejich hojení. 77 % pacientů toho výzkumného šetření spadá do věkové kategorie 61 let a výše. 46 % se léčí s nehojící se ránou v rozmezí 1 - 5 let a 9 % dokonce více než 16 let. I přes to jak dlouho se tito pacienti s nehojící se ránou a bolestí potýkají, mohou hodnotit kvalitu svého života lépe než ti, které bolest v souvislosti s nehojící se ránou provází pár měsíců. Dle Gurkové (2011) se kvalita života těchto pacientů může časem zlepšit např. v důsledku redukce očekávání či změny hodnot.

Z nabízených aspektů života se bolest způsobená nehojící se ránou alespoň „trochu“ dotýká především denních aktivit, pohybu a spánku. 42 % pacientů má bolest rány tak silnou, že od ní nemůže odvést pozornost. To se odráží na vykonávání běžných denních aktivit, které jsou prováděny pouze s obtížemi a chybami. V případě tohoto výzkumného šetření se jedná pouze o orientační hodnocení. Ke komplexnímu hodnocení kvality života by bylo zapotřebí použít specifický dotazník kvality života.

Výzkumná otázka č. 4: Jakou pozornost věnuje personál výskytu bolesti při ošetřování rány?

Z pohledu většiny dotazovaných pacientů (86 %) zdravotnický personál věnuje dostatečnou pozornost bolesti, která doprovází ošetření jejich rány. Znamená to, že např. zvlhčuje přischlé krytí rány před jeho sejmutím, ptá se na bolest a nabízí léky k jejímu zmírnění, nebo v případě, že je právě prováděná intervence pro pacienta bolestivá, ji přerušuje a vyčká pacientova pokynu k další činnosti. Pozitivním zjištěním je, že všichni respondenti zařazení do našeho výzkumu, jsou v souvislosti s ošetřováním rány na bolest přímo dotazováni. 51 % pacientů z výzkumného vzorku je na bolest „poprvé“ dotázáno až při probíhajícím převazu, 40 % uvedlo, že ještě před ním a 9 % dokonce až po něm. Je tedy zřejmé, že personál se sice zajímá o bolest u všech dotazovaných, ale v potaz by se měla brát i předchozí zkušenost pacienta s bolestí při převazu či předpoklad, že prováděné intervence budou pro pacienta bolestivé. Bolesti se tedy mnohdy dá předcházet dotazem před samotným provedením převazu a případným podáním analgetik jako premedikace dle ordinace lékaře. Koutná (2017) ve své disertační práci uvádí, že právě tzv. procedurální bolest spojená s převazem je mnohdy pro pacienty nejhorším obdobím prožívání bolesti a pokud mají špatnou předchozí zkušenost, je pak převaz rány mnohem náročnější.

Dalším zjištěním výzkumného šetření je, že většina respondentů (69 %) se v praxi nesešla s pomůckami či škálami pro hodnocení bolesti. Zdravotnickému personálu při dotazu na bolest odpovídají pouze „bolí/nebolí“. 31 % se setkalo především s využitím ústního hodnocení bolesti na škále od 0 do 10. Využití NRS je doporučováno i Celosvětovou unií společností hojení ran (WUWHS, 2004). Koutná (2017) v první fázi výzkumného šetření získávala informace o vědomostech a zvyklostech sester konzultantek ve wound managementu v oblasti péče o pacienta s bolestí a nehojící se ránou. Výzkum poskytl informace od 209 respondentů z 12 zdravotnických zařízení České republiky. Účelově byly vybírány sestry na pozici wound manažerky. Jednou ze zkoumaných oblastí bylo např. právě využití nástrojů k hodnocení bolesti. Ve výsledku celkově převládala numerická škála (43 %), následoval ji slovní popis bolesti (33 %) a škála obličejová (16 %). Často uváděná VAS byla klasifikována až na pátém místě. Dle Koutné je toto skoro poslední umístění odrazem situace v klinické praxi, kdy mají především starší pacienti problém pochopit princip vizuální analogové škály.

Dle mého mínění pacienti často netuší co si představit pod čísly na škálách mezi 0 - „žádná“ a 10 - „nejhorší“. Řešením by mohla být např. pomůcka, která charakterizuje jednotlivá čísla škály přirovnáním jako např. 1 = „bolest velmi slabá, sotva znatelná, většinu času na ní nemusím myslet“ apod. Častější používání pomůcek nebo škál by mohlo pacientům pomoci lépe specifikovat míru bolesti a usnadnit tak např. výběr vhodného analgetika či postupu jejího tišení.

Výzkumná otázka č. 5: Mají pacienti informace o možnosti využití inhalačních anestetik k tišení bolesti v souvislosti s ošetřováním rány?

V rámci výzkumného šetření jsme došli ke zjištění, že nikdo ze souboru respondentů se nesetkal, ani nemá informace o možnosti využití inhalační anestezie (např. Entonoxu) k tišení bolesti při převazu rány. Důvodem by mohl být fakt, že tento druh tišení bolesti u nás není v oblasti léčby a ošetřování ran (débridement) zdaleka tak využíván jako například v porodnictví, stomatologii či při akutních zákrocích. Sůva (2012) ve svém článku „*Problematika analgezie při převazech chronických ran*“ uvádí, že v současné době je k dispozici velká škála medikamentozních přípravků, kterými lze bolest ovlivnit od slabších analgetik, antipyretik až po silné opioidy. Je zde právě i možnost spolupráce s anesteziologem a použití anestetik jako je výše jmenovaný Entonox. Neměl by být tedy problém vybrat pro každého pacienta vhodnou látku. Platí však, že samotná bolest určuje typ a množství podaných analgetik, což také znamená, že na silné bolesti v souvislosti s intenzivnějšími zásahy jsou potřeba vyšší finanční náklady. Možnosti, jako je právě Entonox nebývají v obecních zařízeních k dispozici nebo jen velmi zřídka. Ročně jsou za účelem tišení bolesti hospitalizovány stovky pacientů, což vede k vyšším nákladům na péči. Dle Sůvy (2012) by se tomu dalo přecházet právě výběrem vhodného analgetika a krytí rány.

V průběhu výzkumu jsme byli v kontaktu s firmou, která se zabývá výrobou technických plynů a příslušenství. Distribuuje právě i zmiňovaný plyn pro krátkodobou inhalační anestezii Entonox. S firmou jsme konzultovali jeho omezené využití, ocenili závěry práce a zájem z naší strany. Chtějí nás podpořit a uvědomují si nepokrytí této oblasti na trhu. V současné době nemají obchodní zástupce, kteří by se zaměřovali tímto směrem a nabízeli možnost využití Entonoxu zdravotnickým zařízením.

Na náš popud o tom budou přemýšlet a dále řešit s managementem firmy s cílem obchod více zaměřit na oblast ošetřování ran. Původním cílem bylo vytvořit praktický výstup práce ve formě letáčku, který by pacienty informoval o možnosti využití tohoto produktu. Entonox je však výhradně na předpis lékařem a veškeré informační materiály, které má firma prozatím k dispozici jsou určeny pouze lékařům. Pokud se do budoucna využití Entonoxu v této oblasti více rozšíří, bylo by vhodné vytvořit edukační materiál určený pro zdravotnický personál a informační letáky pro pacienty.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo popsat problematiku bolesti v souvislosti s nehojící se ránou se zaměřením na subjektivní vnímání pacienty. Teoretická část se zabývá způsobem hodnocení bolesti a nejčastějšími metodami/pomůckami využívanými k tomuto účelu. Práce obsahuje přehled nejčastějších nehojících se ran a terapeutických postupů určených k mírnění bolesti jimi způsobené. Zmíněna byla i důležitá úloha sestry v péči o pacienta s nehojící se ránou a bolestí s ní spojenou. Během psaní teoretické části se mi nepodařilo vyhledat mnoho publikací zabývajících se přímo nehojící se ránou a bolestí. Přesto jsem se snažila problematiku co nejvíce rozvinout a poukázat na nejdůležitější fakta.

Z výzkumu vyplynulo, že většina pacientů se s bolestí způsobenou nehojící se ránou potýká mnoho let. Výskyt nehojících se ran stoupá s věkem, se kterým se prodlužuje také délka jejich hojení. Většina respondentů výzkumného šetření je ve věku 61 let a výše. Bolest rány je často doprovází každý den a někteří jí trpí neustále (vzhledem k věku se jedná o křehké pacienty). Je důležité těmto pacientům věnovat dostatečnou pozornost, role sestry je v tomto případě nepostradatelná. Bolest dle VAS tito pacienti ve většině případů hodnotili v rozmezí hodnot 4 až 6. Je tedy zřejmé, že jim rána způsobuje poměrně silné bolesti. V praxi je kromě samotné léčby rány nutné klást důraz i na zvládnutí bolesti. Je nezbytné doporučovat možnosti mírnění bolesti a snažit se předcházet zbytečným traumatům rány. Nejhorší bolesti byly popisovány právě v souvislosti s převazy a chůzí, kdy bývá rána nejvíce traumatizována. Zkušenost s bolestí při převazu měli všichni dotazovaní. Dle většiny z nich nabývá rána největší intenzity při samotném převazu. Tomu se dá mnohdy předcházet např. zvlhčováním přischlého krytí před jeho sejmutím, průběžným hodnocením bolesti, nabízením analgetik dle ordinace lékaře a dostatečnou komunikací. Například v případech, kdy je právě prováděna intervence v souvislosti s převazem pro pacienta bolestivá, je vhodné ji přerušit a vyčkat pokynu k pokračování z jeho strany.

Více jak polovina respondentů pocítuje největší úlevu od bolesti po užití analgetik. Pozitivním zjištěním je, že tito pacienti využívají i jiných metod tišení bolesti. Úlevu jim přináší např. nepřilnavé krytí rány, úlevová poloha či kompresivní terapie.

Kvalita života těchto pacientů je však bolestí narušena. Většina z nich ji hodnotí jako zhoršenou. Omezení jim bolest přináší hlavně v oblasti denních aktivit, pohybu a spánku. Velká část dokonce uvedla bolest rány tak silnou, že od ní nemůže odvést pozornost. Kvalitou života pacientů s bolestí způsobenou nehojící se ránou by se mohly zabývat další práce. Zde byla zmíněna jen okrajově.

Z pohledu většiny dotazovaných se zdravotnický personál věnuje bolesti, která doprovází ošetření jejich rány dostatečně. Všichni respondenti uvedli, že jsou v souvislosti s ošetřováním rány na bolest přímo dotazováni. Více jak polovina je ale na bolest „poprvé“ dotázána až při probíhajícím převazu a někteří dokonce až po něm. Což je bohužel pozdě. Pacient může v důsledku intervencí spojených s převazem trpět silnými bolestmi. Tato nepříjemná zkušenost ho provází celou léčbou. S blížícím se převazem pak může mít strach a pokaždé očekávat bolest. Dotazem a využitím dostupných možností tlumení bolesti ještě před zahájením převazu by se dle mého mínění dalo mnohdy těmto komplikacím předcházet. Většina respondentů se v praxi nesetkala s pomůckami či škálami k hodnocení bolesti. Zdravotnickému personálu při dotazu na bolest odpovídají pouze „bolí/nebolí“. Častější využití pomůcek/škál k hodnocení bolesti by mohlo pacientům pomoci lépe specifikovat, co cítí, a usnadnit tak například výběr vhodného analgetika či postupu tišení bolesti.

Žádný z respondentů zařazených do výzkumu se bohužel nesetkal s využitím inhalační anestezie v souvislosti s ošetřováním rány. Domnívám se, že důvodem je především její prozatímní omezené využití. Firma distribuující tento druh anestezie, se kterou jsme byli v rámci výzkumu v kontaktu, sama uznává nepokrytí této oblasti. Oceňuje závěry práce a chystá se situaci dále řešit. Pokud by do budoucna došlo k rozšíření Entonoxu v souvislosti s ošetřováním ran, bylo by v rámci další spolupráce s firmou vhodné vytvořit edukační materiál pro zdravotnický personál a informační letáky pro pacienty.

Bolest bývá častým důvodem k vyhledání odborné pomoci či hospitalizace pacientů. V souvislosti s ránou jde o zásadní negativní faktor narušující hojení a kvalitu života pacientů. Bohužel bývá v praxi často podceňován. Je důležité si uvědomit, že každý člověk vnímá a prožívá bolest jinak. Individuální přístup a dostatečná komunikace vede k navázání důvěrného vztahu s pacientem i jeho blízkým okolím, tento vztah je nepostradatelnou součástí dobré spolupráce a efektivního výsledku.

Soupis bibliografických citací

BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: Repetitorium pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 216 s. ISBN 978-80-7345-221-6.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 230 s. ISBN 978-80-204-2473-0.

HÖSCHL, Cyril a Richard ROKYTA. *Bolest a regenerace v medicíně*. Česká lékařská akademie. 1. vyd. Praha: Axonite, 2015, 288 s. ISBN 978-80-88046-03-5.

IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 152 s. ISBN 978-80-271-9625-8.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4. (Přeloženo z anglického originálu *Pain management made incredibly easy*, 2003, odborná revize J. Lejčko)

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.

MIKULA, Jan a Nina MULLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978-80247-2043-2.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea. *Úvod do wound managementu*. Příručka pro hojení ran pro studenty nelékařských oborů. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-80-210-6048-7.

POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012, 748 s. ISBN 978-80-87323-02-1.

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 1*. 1. vyd. Semily: GEUM, 2008, 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, Jan a kol. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: GEUM, 2011, 370 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

VANĚSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetřovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Polygrafické středisko univerzity Pardubice, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.

World Union of Wound Healing Societes (WUWHS). Výňatek z dokumentu: *Principles of best practise: Minimising pain at wound dressing - related procedures*. A konsensus document. London: MEP Ltd, 2004.

Časopisecké zdroje:

POSPÍŠILOVÁ, Alena, Marek HAKL a Olga FAUSTMANNOVÁ. Chronická rána a bolest. *Bolest*. 2016, **19**(3), 125-132. ISSN 1212-0634.

NESMĚRÁK, Karel. Historie Analgetik. *Bolest*. 2016, **19**(3), 103-111. ISSN 1212-0634.

KOUTNÁ, Markéta. Strategie léčby bolesti pomocí lokální terapie u nehojících se ran. *Florence*. 2012, **8**(1), 28-32. ISSN 1801-464X.

WOO, K. Y. Unravelling nocebo effect: the mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change. *Journal of Clinical Nursing*. 2015, **24**(13/14), 1975-1984. ISSN 1365-2702.

Elektronické zdroje:

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii syndromu diabetické nohy* [online]. Praha: ČDS, 2016 [cit. 2017-07-04]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_diab_noha.pdf

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Informace pro uživatele Entonoxu. Příbalová informace* [online]. Praha: SÚKL, 2010 [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/download/pil/PI9469.pdf>

SŮVA, Petr. Problematika analgezie při převazech chronických ran. *Med. Tribune* [online]. 2012, **8**(4) [cit. 2017-06-18]. Dostupné z: <http://www.hojeniran.cz/tematicke-specialy/medical-tribune/L%C3%A9%C4%8Dba%20ran%20MT%202012-04.pdf>

VONDRÁČKOVÁ, Dana. Bolesti u bérkových vředů a jejich léčení. *Med. praxi*. [online]. 2014, **11**(4) [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/04/05.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva a Jana HALUZÍKOVÁ. Bolest a její zvládnání v ošetrovatelské péči. *Med. praxi*. [online]. 2013, **15**(11 - 12) [cit. 2017-06-18].

Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>

Akademické práce:

KOUTNÁ, Markéta. *Využití Aliance 3N v managementu bolesti u nemocných s chronickou ránou*. Olomouc, 2017, 245 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Školitelka doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

SLONKOVÁ, Veronika. *Kvalita života u pacientů s chronickými bércovými vředy*. Brno, 2013. 133s. Disertační práce. Masarykova Univerzita, Lékařská Fakulta. Vedoucí práce Prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.

Seznam příloh

Příloha A Dotazník.....	72
Příloha B Hodnotící škály.....	78
Příloha C Entonox.....	79

Seznam použitých ilustrací

Obrázek 1 Graf - Druh nehojící se rány	32
Obrázek 2 Graf - Délka léčby nehojící se rány.....	33
Obrázek 3 Graf - Četnost výskytu bolesti	34
Obrázek 4 Graf - Míra/intenzita bolesti (VAS)	35
Obrázek 5 Graf - Charakter bolesti	36
Obrázek 6 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle činnosti.....	37
Obrázek 7 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle denní doby	38
Obrázek 8 Graf - Nejvyšší intenzita bolesti dle převazu.....	39
Obrázek 9 Graf - Péče o nehojící se ránu	40
Obrázek 10 Graf - Dotaz sestry/ lékaře na bolest	41
Obrázek 11 Graf - Využití hodnotících škál/pomůcek.....	42
Obrázek 12 Graf - Pozornost věnovaná bolesti při převazu	43
Obrázek 13 Graf - Kvalita života v souvislosti s bolestí.....	47
Obrázek 14 Graf - Využití kompresivní terapie.....	48
Obrázek 15 Graf - Druh obinadel/ punčoch	49
Obrázek 16 Graf - Metody využívané ke zmírnění bolesti.....	50
Obrázek 17 Graf - Metody přinášející největší úlevu od bolesti	51
Obrázek 18 Graf - Nabídka možnosti tlumení bolesti pomocí inhalační anestezie	52
Obrázek 19 Graf - Pohlaví.....	53
Obrázek 20 Graf - Věk respondentů	54
Obrázek 21 Vizuální analogová škála	78
Obrázek 22 Obličejová škála bolesti.....	78
Obrázek 23 Entonox - tlaková lahev	79

Seznam tabulek

Tabulka 1 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami	24
Tabulka 2 Aspekty života narušené bolestí	44
Tabulka 3 Vliv bolesti na každodenní aktivity	46

Seznam zkratek

atd.	a tak dále
DIBDA	Dotazník interference bolesti s denními aktivitami
DK	Dolní končetina
ČDS	Česká diabetologická společnost
ČSLR	Česká společnost pro léčbu rány
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EWMA	European Wound Management Association
IASP	International Assotiation for Study of Pain
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
SDN	Syndrom diabetické nohy
STAI - 6	Six - items State - Trait Anxiety Inventory
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
tj.	to jest
tzv.	takzvaně
VAS	Visual Analogue Scale
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NRS	Numeric Rating Scale
VRS	Verbal Rating Scale
WHO	World Health Organization
WUWHS	World Union of Wound Healing Societes

Příloha A Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Šreková a studuji obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií, Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který mi pomůže zpracovat výzkumnou část k bakalářské práci na téma **Hodnocení bolesti v souvislosti s nehojící se ránou**. Cílem je zmapovat tuto citlivou oblast a pomoci Vám se v ní lépe orientovat. Odpovědi prosím označujte křížkem, případně doplňte či zakroužkujte dle druhu otázky.

Předem mockrát děkuji za Váš čas a spolupráci.

S úctou Z.Š.

1) Jaký druh nehojící se rány máte?

- Bércový vřed – původ (příčina):.....
- Dekubitus (proleženina)
- Syndrom diabetické nohy
- Jiné (prosím doplňte).....

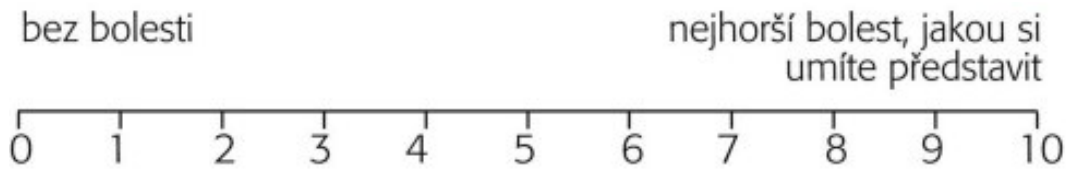
2) Jak dlouho se s nehojící se ránou léčíte?

- Méně než jeden rok – napište prosím dobu (např. 3 měsíce):.....
- 1 rok až 5 let
- 6 až 10 let
- 11 až 15 let
- Více než 16 let

3) Jak často pociťujete bolest?

- Bolest se objeví párkrát do týdne
- Bolest pociťuji několikrát za den
- Bolestmi trpím neustále

4) Pokud trpíte bolestmi, **zakroužkujete**, prosím, na této škále číslo vyjadřující míru bolesti, kterou Vám rána způsobuje: (0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest, co jsem kdy zažil/a)



5) **Zakroužkujte** všechny možnosti, které **nejvíce** charakterizují Vaši bolest: vystřelující tupá bodavá pálivá ostrá pulzující šubavá řezavá kousavá jiná (popište):.....

6) Kdy Vaši bolest vnímáte **nejvíce**?

- V klidu
- Při chůzi
- Při běžných denních činnostech
- Při převazu
- Jindy (prosím popište):.....

7) Ve kterou denní dobu je Vaše bolest **nejintenzivnější**?

- Ráno
- Dopoledne
- Odpoledne
- Večer
- V noci

8) Pokud popisujete bolest související s převazem, kdy je **nejhorší**:

- Před převazem rány
- Při převazu rány
- Po převazu rány

9) Kdo ošetřuje Vaši nehojící se ránu? V případě potřeby můžete označit více možností.

- Docházím do ambulantní péče
- Agentura domácí péče
- Já sám/sama
- Rodina
- Jiné (prosím doplňte):.....

10) Ve kterou dobu se Vás lékař či sestra „poprvé“ ptá na bolest?

- Před převazem
- Při převazu
- Po převazu
- Jindy (prosím doplňte):.....
- Nikdy

11) Pokud se Vás sestra či lékař ptá na bolest, používá k tomu nějaké škály/pomůcky? (Např.: požádá Vás abyste zhodnotil/a svou bolest na stupnici od 0 do 10 nebo Vám ukáže „barevné pravítko/škálu“.)

- Ano - prosím popište, jakou pomůcku používá:
.....
- Ne

12) Máte pocit, že při převazu věnuje personál dostatečnou pozornost bolesti? (Např.: zvlhčuje přischlé krytí před jeho sejmutím, ptá se Vás „jak to bolí“, nabízí léky na bolest nebo v případě, že pociťujete bolest, přeruší čištění rány.)

- Ano
- Ne

13) Zhodnoťte čísla od 0 do 4, jak bolest narušuje následující aspekty Vašeho života: (0 = vůbec ne, 1 = trochu, 2 = středně, 3 = docela dost, 4 = hodně)

Náladu:.....

Spánek:.....

Denní aktivity:.....

Soustředěnost:.....

Zaměstnání.....

Vztahy:.....

Pohyb.....

Zájmy.....

14) Zakroužkujte číslo, které svým popisem **nejlépe odpovídá Vaší situaci v souvislosti s každodenními aktivitami:**

Tabulka 4 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (Rokyta a kol., 2012, str. 179)

0	Jsem bez bolesti
1	Bolesti mám, zásadně mě neovlivňují a nevyrušují, při činnosti na ně mohu zapomenout.
2	Bolesti mám, nemohu od nich zcela odvést pozornost, nebrání mi však provádět každodenní aktivity a práci bez chyb.
3	Bolesti mám, nemohu od nich odvést pozornost, brání mi v provádění každodenních aktivit, které jsou důsledkem toho vykonávány jen s obtížemi a chybami.
4	Bolesti mám, ovlivňuje mě natolik, že i každodenní činnosti lze vykonat jen s nejvyšším úsilím.
5	Bolesti jsou tak intenzivní, že nejsem schopen/na každodenních aktivit, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu nebo dokonce ošetření lékařem.

15) Jak byste celkově zhodnotil/a kvalitu svého života v souvislosti s bolestí způsobenou nehojící se ránou?

- Má kvalita života s bolestí je dobrá
- Má kvalita života s bolestí je zhoršená
- Má kvalita života s bolestí je neúnosná, díky bolesti mám spoustu problémů

16) V případě, že máte bércový vřed z důvodu onemocnění žil, používáte bandáže (obinadla nebo punčochy) na dolní končetiny?

- Ano
- Ne (pokračujte na otázku č. 19)

17) Jaká obinadla či punčochy používáte?

- Elastická (když je vezmu do ruky a zatáhnu tak pruží)
- Neelastická (když je vezmu do ruky a zatáhnu tak nepruží nebo jen málo)

18) Co využíváte ke zmírnění Vaší bolesti? Označte **všechny možnosti, které pro Vás platí.**

- Léky proti bolesti – jaké:.....
- Úlevová poloha – jaká:.....
- Moderní nepřilnavé krytí rány, díky kterému mne rána méně bolí
- Kompresivní terapie (krátkotažná obinadla nebo punčochy)
- Jiné – uveďte.....

19) Co Vám z výše zmíněných možností **nejvíce ulevuje od bolesti? Označte jen **jednu možnost**.**

- Léky proti bolesti – jaké:.....
- Úlevová poloha – jaká:.....
- Moderní nepřilnavé krytí rány, díky kterému mne rána méně bolí
- Kompresivní terapie (krátkotažná obinadla nebo punčochy)
- Jiné – uveďte.....

20) Nabídl Vám někdy lékař možnost tlumení bolesti při převazu za pomoci tzv. „rajského plynu“? (Vdechuje se přes masku z tlakové lahve – např.: Entonox.)

- Ano
- Ne (pokračujte na otázku č. 24)

21) Máte s tímto postupem vlastní zkušenost?

- Ano – prosím popište, jaká tato zkušenost byla (jak jste se cítil/a):

.....

- Ne (pokračujte na otázku č 24.)

22) Cítil/a jste úlevu od bolesti?

- Ano
- Ne

23) Jaké je Vaše pohlaví?

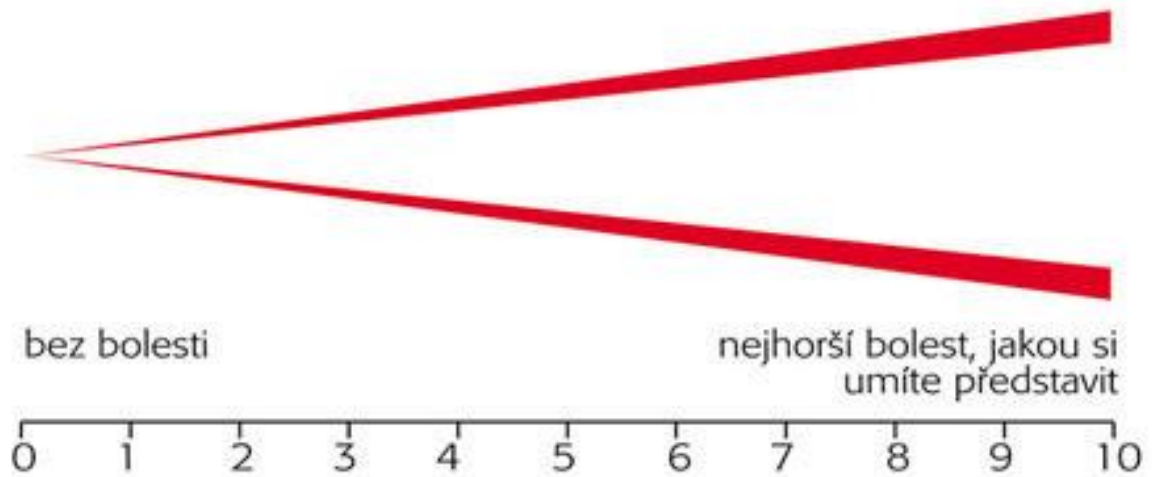
- Žena
- Muž

24) Kolik je Vám let? Označte křížkem věkové rozmezí.

- 30 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 – 80 let
- 81 – 90 let
- 90 a více let

Příloha B Hodnotící škály

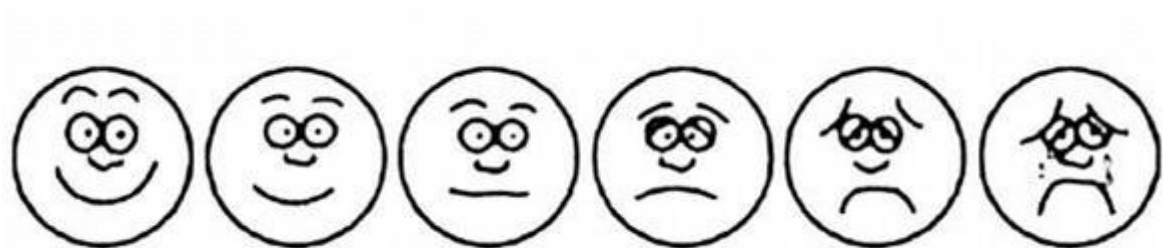
Vizuální analogová škála



Obrázek 21 Vizuální analogová škála

Zdroj: VAS. *Prulomové bolesti* [online]. 2010 [cit. 2017-07-13]. Dostupné z: <http://www.prulomovebolesti.cz/Pictures/Skala.jpg>

Obličejová škála bolesti



Obrázek 22 Obličejová škála bolesti

Zdroj: Obličejová škála. *Zdraví Euro* [online]. 2010 [cit. 2017-07-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha C Entonox



Obrázek 23 Entonox - tlaková lahev

Zdroj: Medical Gases, Entonox. *Cognet* [online]. Worcester, 2014 [cit. 2017-07-13]. Dostupné z: <http://www.cognet.training/first-aid-courses/medical-gases-entonox/>