

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2018

Veronika Vašíčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bolest ve stáří
Veronika Vašíčková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Vašíčková**
Osobní číslo: **Z15080**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Bolest ve stáří**
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 stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
2. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
3. POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
4. ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. Léčba bolesti ve stáří. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 9788020439451.
5. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
6. ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80- 7367-313- 0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Červenková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/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

.....

Veronika Vašíčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Červenkové za odborné vedení mé práce, čas, vstřícnost, trpělivost a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině a příteli, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma: Bolest ve stáří je rozdělena na dvě části. V teoretické části se zabývá problematikou a všeobecnými informacemi o stáří a bolesti ve stáří. Je zde zahrnuta také úloha všeobecné sestry při léčbě bolesti. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření z vybraného zdravotnického zařízení, ve kterém byla zjišťována spokojenost pacientů s léčbou bolesti v závislosti na věku a pohlaví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří, bolest, spokojenost, léčba, pacient

TITLE

Pain in old age

ANNOTATION

Bachelor work on the subject: Pain in old age is divided into two parts. In the theoretical part deals with issues and general information about old age and pain in old age. Also included is the role of the general nurse in the treatment of pain. The research part presents the results of a research survey from a selected health care facility in which patients' satisfaction with the treatment of pain was determined by age and gender.

KEYWORDS

Age, pain, satisfaction, treatment, patient

Obsah

ÚVOD	12
1 CÍLE PRÁCE	14
1.1. Cíle teoretické části:.....	14
1.2. Cíle průzkumné části:	14
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1. Stáří, stárnutí.....	15
2.2. Bolest	17
2.3. Typy bolestí	19
2.3.1. Dělení bolesti podle délky trvání	19
2.3.2. Dělení podle jejího původu.....	19
2.4. Hodnocení bolesti	21
2.4.1. Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	21
2.4.2. Nástroje pro hodnocení bolesti	21
2.4.3. Celkové nástroje na vyšetření bolesti	23
2.4.4. Dokumentace nálezů hodnocení bolesti	23
2.5. Farmakologická léčba	24
2.5.1. Neopioidní analgetika	25
2.5.2. Opioidy	25
2.5.3. Antikonvulziva.....	26
2.5.4. Lokální anestetika	26
2.6. Nefarmakologická léčba bolesti.....	27
2.6.1. Fyzikální terapie	27
2.6.2. Alternativní a doplňková terapie.....	28
2.6.3. Kognitivní a behaviorální přístupy	28
2.6.4. Rehabilitační postupy	28
2.6.5. Invazivní léčebné metody	29

2.6.6. Psychoterapeutické metody	30
2.7. Závislost na opioidních lécích, analgetících	30
2.7.1. Zvládnutí závislosti.....	31
2.8. Bolest ve stáří.....	32
2.8.1. Bariéry snížené komunikace o bolesti u seniorů	33
2.8.2. Hodnocení bolesti seniorů	33
2.9. Úloha všeobecné sestry v léčbě bolesti u seniorů.....	34
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST	36
3.1. Metodika průzkumu.....	36
3.2. Presentace výsledků.....	38
4 DISKUZE	47
5 ZÁVĚR	53
6 ZDROJE	55
7 SEZNAM PŘÍLOH.....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf Zájem lékařů o bolest.....	38
Obrázek 2 Graf Návrhy lékařů k utišení bolesti	39
Obrázek 3 Graf Možnosti k tišení bolesti u lékařů	40
Obrázek 4 Graf Diskuze s lékaři o nejlepším tišení bolesti	40
Obrázek 5 Graf Aktivní zájem sester o bolest	41
Obrázek 6 Graf Návrhy sester k utišení bolesti	42
Obrázek 7 Graf Možnosti k tišení bolesti u sester	43
Obrázek 8 Graf Diskuze se sestrami o nejlepší tišení bolesti	44
Obrázek 9 Graf Sestry vytvářejí prostředí k pohodlí	44
Obrázek 10 Graf Celková spokojenost na tomto oddělení	45
Obrázek 11 Graf Pohlaví	46
Obrázek 12 Graf Věk.....	46
Obrázek 13 Krátký inventář bolesti	59
Obrázek 14 Numerická škála bolesti	60
Obrázek 15 Slovní hodnocení bolesti	61
Obrázek 16 Vizuální analogové škály bolesti.....	62
Obrázek 17 Záznam lokalizace bolesti	62

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

VAS – vizuální analogová škála

WHO – Světová zdravotnická organizace

P.O. – per os

ČR – Česká republika

ÚVOD

Bolest je definována jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Zpočátku se jedná o obranou reakci organismu, později může mozek vyvolávat bolestivé vjemy i bez působení zevních vlivů (Přecechtělová, 2013).

Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a fyziologickými změnami organismu a také poklesem schopností a výkonností jedince (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 12).

Celkový obraz změn provázejících stárnutí těla není nijak povzbudivý. Například tělesné tkáně, jako jsou pokožka a svaly, začínají ztrácet elasticitu, dochází ke snížení výkonnosti mitochondrií, které dodávají buňce energii. Tyto změny mají za následek ničivý úpadek fungování orgánových soustav (Stuart – Hamilton, 1999, s. 25).

S pojetím stárnutí je v naší mysli často spojena představa mnohých negativních projevů. Ty se týkají vnějšího vzhledu, zdravotního stavu, ekonomické úrovně života či sociální péče o starší lidi (Křivohlavý, 2011, s. 8).

V naší zemi (České republice) žije přes půldruhého milionu lidí starších 65 let. Demografické studie ukazují na pravděpodobný další vývoj. Ten naznačuje, že v roce 2050 budou tito lidé tvořit skoro jednu třetinu obyvatel naší země. Jen těch, kteří budou starší 80 let, bude u nás v nedaleké budoucnosti milion (Křivohlavý, 2011, s. 62).

Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. V tomto období, kterého se část starších lidí nedožívá, je starý člověk ohrožen nejen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Typické zátěžové situace jsou nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu (Vágnerová, 1999, s. 384).

Ve stáří jsou velmi časté pády v anamnéze, zhoršující se pohyblivost, delirium, deprese, demence, porucha stravy, časté pobyty ve zdravotnických zařízeních, inkontinence, bolest, dekubitů a chronické rány (Schuler, Oster, 2010, s. 120).

Senioři tvoří poměrně nesourodou skupinu velmi individuálně reagující jak na akutní, tak silnou chronickou bolest. Na jedné straně nacházíme časté snížení citlivosti vůči nociceptivně stimulované bolesti na straně druhé individuálně sníženou toleranci zejména vůči silné chronické bolesti.

V léčbě musíme mít na zřeteli fyziologické snížení řady funkcí, a tím zvýšení citlivosti vůči některým používaným lékům. Výraznější vliv na vnímání intenzity bolesti u seniorů má také psychický stav. Bolest psychogenní se vyskytuje výrazně častěji než u mladší generace. Pacienti obtížněji vyjadřují intenzitu a charakter bolesti. Intenzita bolesti je akcelerována pocitem osamělosti, nemohoucnosti, pocitem zbytečnosti, často bývá i s těmito pocity zaměňována (Hakl, Ševčík, 2008).

Téma bakalářské práce „Bolest ve stáří“ jsem si vybrala na základě neustále zvyšujícího počtu seniorů, kteří mají bolest anebo se s bolestí léčí. Také jsem chtěla zjistit spokojenost pacientů v daném zařízení, ve kterém již devět let pracuji v pozici praktické sestry. Tato práce byla rozdělena na dvě části. Teoretická část je zaměřená na tři kapitoly. První kapitola je věnována stáří, stárnutí. Druhá kapitola se zabývá bolestí, dělení bolesti, hodnocení bolesti, farmakologickou a nefarmakologickou léčbou, léčbou závislosti na opioidních lécích, analgeticích. V poslední, třetí kapitole je zahrnuta bolest ve stáří, bariéry bolesti ve stáří, hodnocení bolesti u seniorů a úloha všeobecné sestry v léčbě bolesti u seniorů.

V průzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které byly zhotoveny na základě dotazníků, jež byly rozdány ve vybraném zdravotnickém zařízení. Dotazník byl orientovaný na pacienty, kteří mají bolest, nebo se se s bolestí léčí. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit spokojenost pacientů s léčbou bolesti.

1 CÍLE PRÁCE

1.1. Cíle teoretické části:

1. Shrnout informace o problematice bolesti ve stáří.
2. Shrnout úlohu všeobecné sestry při léčbě bolesti ve stáří.

1.2. Cíle průzkumné části:

1. Zjistit spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zařízení.
2. Zjistit propojenost spokojenosti pacientů s léčbou bolesti se spokojeností s péčí na oddělení celkově.
3. Zjistit spokojenost pacientů s léčbou bolesti v závislosti na věku a pohlaví.

1.3. Průzkumné otázky

1. Jaká je spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení?
2. Jak je propojena spokojenost pacientů s léčbou bolesti a spokojenost s péčí na oddělení celkově?
3. Jaká je spokojenost pacientů s léčbou bolesti v závislosti na věku a pohlaví?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Stáří, stárnutí

Teorií o stárnutí je mnoho, ale žádná z doposud známých nebyla přijata všeobecně. Vliv stárnutí může být ve skupině lidí stejného věku velmi variabilní. Podle mnohých výzkumných faktorů je stárnutí zapříčiněno poruchou syntézy bílkovin a pokračováním programu, který začíná nitroděložním vývojem a končí smrtí člověka. Hlavní teorií je teorie z opotřebenosti a program vedoucí ke změnám v genech. Genetické teorie se dělí do dvou velkých skupin, a to na teorie mutační a teorie programovaného stárnutí. V poslední době se objevují tzv. endokrinní teorie stárnutí, jež stojí na hypotéze, že rozhodující mechanismus, který řídí stárnutí, je součástí endokrinního systému (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 28).

Pojmem starší lidé se označuje populace nad 65 let, stáří nad 75 let. Nejvýraznější změny jsou ve věku od 75 let. Vyšší věkové skupiny jsou nejrizikovější z medicínského hlediska a vyžadují speciální pozornost. Nárůst populace starých lidí je veliký, stoupá jejich počet, zvyšují se množství nádorů, největším problémem stárnutí je, že tito starší lidé mají problémy se sociální závislostí, protože potřebují cizí pomoc, a také mají menší toleranci k jakékoliv zátěži. Zvyšuje se u nich též výskyt různých onemocnění, ubývá svalová hmota, relativně se zmultiplicuje tělesný tuk a snižuje se tělesná voda. Velmi častým nálezem je nejen hypoproteinemie, ale také snižování glomerulární filtrace. U lidí nad 70 let se zvyšují procesy sulfonace, chlorace, deaminace bílkovin, oxidace tryptofanu, tvorby tyrosinů a hydroperoxidů proteinů. Rychlost stárnutí je závislá i na metabolismu. Vyšší metabolický obrat působí i větší oxidační stres (Rokyta, 2015, s. 13–18).

Ve stáří dochází především ke kognitivním změnám, kdy se zhoršuje **smyslové vnímání**. Asi u 90 % osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30 % je výrazně zhoršen sluch. To s sebou přináší nejen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezují se často i jejich možnosti rekreace, mezi které patří četba, poslech hudby apod. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání však znamená vyšší riziko úrazů. Zlepšení zrakové a sluchové percepce brýlemi, sluchadly a jinými pomůckami může znamenat velkou pomoc pro stárnoucího člověka. Dochází ke **zhoršování paměti**, zhoršuje se především paměť pro nové události, zatímco dávné zážitky z dětství zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Vzpomínky bývají obsahově i emočně zkresleny. Ve vyšším věku zřetelně **klesá inteligence** měřená běžnými inteligenčními testy.

Sociální inteligence i schopnost morálního usuzování zůstávají často až do vysokého věku plně zachovány. Ve velmi vysokém věku dochází k celkovému úpadku sil a schopností, což je odlišné u různých jedinců.

Afektivní prožívání nabývá ve stáří poněkud jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí – člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. Na počátku období stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob (Langmeier, Krejčíková, 2006, s. 204–207).

Při léčbě nemocí ve stáří je třeba se zamyslet i nad zdravím v této životní etapě. Zdraví starších osob souvisí s tělesnou funkcí a výkonností, schopností zvládat úkoly, psychickou odolností ale také kognitivní výkonností. Zdraví ale také souvisí na komunikaci, účasti na společenském životě a ekonomickými podmínkami (Schuler, Oster, 2010, s. 326).

Kvalita života seniorů se jeví jako dynamicky se měnící proces, který je ovlivněn mnoha činiteli. Ošetrovatelská praxe se soustřeďuje zejména na uspokojování potřeb pacienta, zohledňuje celostní, tedy holistický přístup. Její doménou by měla být v každé situaci potřeba pacienta a jeho aktuální požadavky. Z tohoto důvodu má ošetrovatelství dominantní postavení mezi obory, které se věnují problematice kvality života. V geriatrici je nevyhnutelné hodnocení potencionálu zdraví a funkčního stavu pacienta a následně intervenování ve smyslu jeho zlepšení. Diagnostika v geriatrici je komplexní, vícerozměrná a je problémově orientovaná. Ošetrovatelská péče o seniory uspokojuje jejich potřeby, zohledňuje geriatrické syndromy, respektuje specifika geriatrického věku a zajišťuje standartní péči. U seniorské populace je často okolí ošetrovatelské a sociální, které předpokládá nejen jejich vzájemnou symbiózu, ale také uspokojivou adaptaci seniora. Senioři jsou částí populace, které během svého života vytvářela obrovské hodnoty pro společnost, proto jako potencionální pacienti a osoby se sociálními požadavky mají nárok na plnohodnotný a kvalitní život (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 8).

2.2. Bolest

Bolest nás upozorňuje na poranění nebo nemoc a funguje jako ochranný mechanismus. Reakce na bolest je u každého člověka odlišná. Odlišná i u stejného člověka v jinou dobu. I když by se mohlo zdát, že bolest je jednoduchý vjem, je to vlastně komplexní zážitek ovlivněný kulturou, ze které člověk pochází, očekáváním bolesti, předchozím zážitkem bolesti, kontextem, ve kterém se bolest objevuje, emočními a kognitivními reakcemi. Proces bolesti zahrnuje komplexní fyziologické a psychické reakce, které jsou různé mezi lidmi, den ode dne. **Nocicepce** znamená zjednodušeně vjem bolesti. Poranění být fyzikální nebo chemické. Mezi fyzikální poranění můžeme zařadit poranění mechanické, termální, elektrické. Do chemických poranění pak poranění toxiny. Nociceptory využívají nervových impulzů k vyslání zprávy k jiným nervům, které zprávu o bolesti rychlostí blesku přepraví dále do míchy a do mozku. Tento proces aktivuje mimovolní reakce. Do reakcí způsobených bolestivými podněty patří zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, zrychlené dýchání a flexe svalů postižené části těla. Bolest je nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poraněním tkáně, nebo popisovaný jako takové poranění. Bolest je subjektivní, nocicepce nikoliv.

Nocicepce má čtyři fáze – transdukci, transmisi, percepci a modulaci.

Transdukce

První fáze nocicepce, znamená přeměnu mechanické, chemické nebo tepelné informace na elektrickou aktivitu nervového systému.

Transmise

Ve druhé fázi nocicepce předají depolarizované neurony elektrické impulzy do centrální nervové soustavy, kde jsou z nociceptivních signálů vybrány relevantní informace.

Percepce

Třetí fáze nocicepce – je dynamická a proměnlivá v závislosti na stupni vývoje člověka, jeho prostředí, nemoci nebo poranění.

Modulace

Čtvrtá fáze nocicepce, znamená vnitřní a vnější způsoby snížení či zvýšení bolesti (Kolektiv autorů, 2006, s. 11–19).

Na základě patofyziologických mechanismů se bolest rozděluje na tyto typy: nociceptivní, neuropatická, dysautonomní, psychogenní a smíšená.

Nociceptivní bolest

Vzniká podrážděním nociceptorů. Podle umístění receptorů rozlišujeme bolest somatickou, viscerální. Patří sem bolesti pohybového aparátu, bolesti vnitřních orgánů a většinu stavů akutní bolesti.

Neuropatická bolest

Neuropatická bolest vzniká na podkladě dysfunkce nervového systému. Neuropatická bolest je obvykle píchavá, bodavá, pálivá, šlehavá, k jejímu zhoršení dochází v klidu a v noci.

Dysautonomní bolest

Typický příklad tohoto druhu bolesti představuje komplexní regionální bolestivý syndrom. Klinický obraz zahrnuje bolest a současně poruchy vazomotorické, sudomotorické, motorické a trofické.

Psychogenní bolest

U této bolesti převažuje nebo dominuje psychická komponenta. Především u depresivních poruch a některých neuróz je bolest somatickou projekcí primární obtíží. Nejčastěji si pacienti stěžují na bolest břicha a zad. Základ terapie tvoří psychofarmaka a psychoterapie (Hakl, 2013, s. 33–34).

Pacient s psychogenní bolestí může mít organickou patologii nebo psychickou poruchu, která má na intenzitu bolesti hlavní vliv. Psychogenní bolesti jsou reálné bolesti a neznamení, že pacient simuluje. Ačkoliv bolest může způsobit emoční nepohodu, tato nepohoda nemusí být nutně příčinou psychogenní bolesti (Kolektiv autorů, 2006, s. 61).

Smíšená bolest

Zahrnuje stavy, na kterých se podílí více předchozích typů bolesti. V praxi se nejčastěji setkáváme s bolestí po operaci bederní páteře (Hakl, 2013 s. 33-34).

2.3. Typy bolestí

Bolest dělíme podle délky trvání bolesti a podle jejího původu.

2.3.1. Dělení bolesti podle délky trvání

Dle délky trvání bolest dělíme na bolest akutní a bolest chronickou.

Akutní bolest

Tato bolest je krátkodobá, délkou svého trvání nepřekračuje 3 měsíce, respektive délka jejího trvání odpovídá vyvolávající příčině. O akutní bolesti hovoříme jako o fyziologické, smysluplné, protože plní své základní poslání chránit organismus před poškozením. Akutní bolest vzniká bezprostředně po vyvolávající příčině, je dobře ohraničená, místo jejího výskytu odpovídá místu její příčiny. Při vyšší intenzitě akutní bolest ovlivňuje psychiku, emočně je spojená, se strachem a obavami. Jedním z největších rizik akutní bolesti je její přechod v bolest chronickou. Nejúčinnější prevencí chronifikace bolesti je její včasná a razantní léčba. K akutní bolesti řadíme bolest pooperační, traumatickou, porodní a bolest při některých vnitřních onemocněních. Kvalitní analgezie snižuje výskyt pooperačních komplikací, umožňuje časnější rehabilitaci, zkrácení doby pobytu v nemocnici a má také pozitivní vliv na psychiku nemocného (Hakl, 2013, s. 31-32).

Léčba akutní bolesti spočívá v diagnostice a léčbě akutní bolesti. Bolest vymizí, jestliže je vyléčena její příčina, nebo jsou-li podána analgetika (Kolektiv autorů, 2006, s. 21).

Chronická bolest

Chronická bolest je bolest dlouhodobá, délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině. Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí chronická bolest svoji smysluplnost, neplní obrannou funkci. Chronická bolest pacienta deptá svou neustálou přítomností, omezuje jej v běžných denních aktivitách, v sociálních vazbách, ruší spánek, vyvolává depresi, snižuje kvalitu života. V těchto případech se chronická bolest stává samostatnou nozologickou jednotkou neboli nemocí samou o sobě. Prvořadným cílem léčby chronické bolesti je zlepšení spánku pacienta, zvýšení jeho funkční kapacity a úpravy kvality života.

2.3.2. Dělení podle jejího původu

Bolest podle původu rozdělujeme na bolest onkologickou a neonkologickou.

Onkologická bolest

Onkologická, neboli nádorová bolest vzniká v souvislosti s probíhajícím onkologickým onemocněním. Nejčastěji je způsobena růstem vlastního nádoru, řadíme sem však i bolesti spojené s diagnostickými nebo terapeutickými postupy. V základní strategii léčby onkologické bolesti nejsou výraznější rozdíly oproti léčbě neonkologické bolesti.

Její základ tvoří adekvátní farmakoterapie pro pokrytí celodenní bolesti, nejčastěji pomocí retardovaných či transdermálních analgetik. V případě průlomové bolesti máme k dispozici fentanyl k slizniční aplikaci s velmi rychlým nástupem účinku (Hakl, 2013, s. 34–35).

Nádorová bolest je komplexní problém. Asi 70–90% pacientů s pokročilou rakovinou pociťuje bolesti. Přestože nádorová bolest může být léčena perorálními léky, pouze jedna třetina pacientů dosáhne uspokojivé úlevy. Někdy je bolest výsledkem tlaku nádoru na orgány, kosti, nervy, krevní cévy. Jindy vede omezení každodenních aktivit k bolesti svalů. Metody používané k léčbě rakoviny, které mohou způsobovat bolest jsou - chemoterapie, radioterapie nebo léky používané k odstranění účinků těchto léčebných metod na krevní obraz a na riziko vzniku infekce, chirurgie, biopsie, odběry krve, bederní punkce. Při léčbě nádorové bolesti pacienti ztrácí naději, zejména pokud se domnívají, že bolest znamená progresi jeho nemoci. Potom může pacient trpět pocitem bezmoci, úzkosti a depresemi. Většina typů nádorové bolesti může být efektivně zvládnuta a fyzické a mentální utrpení může být odstraněno (Kolektiv autorů, 2006, s. 23-24).

Neonkologická bolest

S neonkologickou bolestí se setkáváme nejčastěji. Bolest pacienta není způsobena onkologickým onemocněním. Nejčastějšími příčinami chronické neonkologické bolesti jsou degenerativní postižení pohybového aparátu (Hakl, 2013, s. 34-35).

Bolest je považována za chronickou, jestliže přetrvává déle, než je obvyklé pro zhojení poranění nebo vyléčení nemoci. Je to bolest, která přetrvává 6 měsíců nebo déle (Kolektiv autorů, 2006, s. 22).

2.4. Hodnocení bolesti

Při vyšetření bolesti je důležité získání užitečných informací, mezi které patří anamnéza, fyzikální vyšetření, funkční schopnosti, psychosociální dovednosti, kulturní a spirituální názory, kognitivní schopnosti, senzorické poruchy, rodina a sociální kontakty (Kolektiv autorů, 2006, str. 279-280).

2.4.1. Anamnéza a fyzikální vyšetření

Mezi základní diagnostiku patří především pečlivě odebraná anamnestická data zaměřená na bolest. Pro stanovení správné diagnózy bolestivého stavu nás především zajímá, jak bolest dlouho trvá, co bolesti předcházelo, kde je bolest lokalizovaná, kam vyzařuje, zda existují momenty bez bolesti, co bolest zhoršuje nebo naopak zlepšuje. Důležité je zjištění, zda je pacient rušen bolestí ve spánku, kolikrát za noc je vzbuzen. Lékař specialista na léčbu bolesti – algeziolog se vždy také ptá na analgetickou léčbu, jaké léky pacient doposud bral, na jaké je alergický, které bolesti zmírní a které na bolest nefungují. Neméně důležitá je asociace s dalšími onemocněními, jako jsou úrazy, chirurgické výkony, metabolická onemocnění. Algeziolog posoudí analgetickou léčbu v kontextu celé farmakologické anamnézy. K podrobnému vyšetření bolesti patří dotazníky (Fricová, 2015, s. 26).

Fyzikálním vyšetřením se zahajuje pozorování pacienta. Může se vysledovat široké spektrum chování a příznaků vyjadřující bolest, nepohodu a utrpení. Pozorování se zaznamenává do dokumentace. Na základě pozorování můžeme pacientovu bolest kvantifikovat. Typickými příznaky, které mohou indikovat, že pacient trpí bolestí, jsou slovní hlášení bolesti, vokalizace (naříkání a vzdychání), změněná motorická aktivita, bolestivý výraz tváře, funkční omezení, ale také aktivity ke snížení bolesti (Kolektiv autorů, 2006 s. 56–59).

Typickými doprovodnými příznaky akutní bolesti je zvýšené pocení, zrychlený tep, zrychlené dýchání, hyperglykémie a rozšíření zorniček. Do příznaků chronické bolesti patří poruchy spánku, deprese, zácpa a změny osobnosti (Rokyta, 2009, s. 35).

2.4.2. Nástroje pro hodnocení bolesti

Nejčastějšími nástroji pro hodnocení bolesti je nejen vizuální analogová škála VAS (numerická), ale i obličejová škála. Hodnocení bolesti provádí všeobecná sestra (Pokorná, 2013, s. 128).

Mezi typy zobrazení vizuální analogové škály patří horizontální úsečka, rozvírající se úsečka, vertikální úsečka, teploměr a pravítko. Součástí VAS je bodové hodnocení, které by ale při posuzování bolesti nemělo být pacientovi ukázáno (Pokorná, 2013, s. 177).

Škály na hodnocení bolesti kvantifikují intenzitu bolesti. Tyto škály nabízejí několik výhod – jednoduché použití, zaberou méně času, odhalí problémy, které potřebují pečlivější vyšetření, pokud se provedou před a po intervenci ke snížení bolesti, mohou pomoci zjistit, zda byla intervence účinná. Výběr škály závisí na zraku, věku pacienta, jeho schopnosti číst, a zda škále rozumí. Bolest se může hodnotit neverbálně u pacientů, kteří mají problémy s komunikací. Běžná hodnotící škála sestává z šesti různých obličejů, začínající obličejem se spokojeným, usměvavým výrazem, až po smutný a plačtivý výraz.

Vizuálně analogová škála bolesti je horizontální, rozvíjející nebo vertikální čára se slovními popisky na každém konci - „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší bolest“ na druhém konci. Tato škála může být použita i vertikálně.

Číselná hodnotící škála NRS je škála numerická, nejčastěji používaná pro hodnocení bolesti. Pacient na úsečce od 0 do 10 hodnotí svoji bolest, jestliže 0 znamená „žádná bolest“ a 10 znamená „nejhorší představitelná bolest“. Místo verbálního hodnocení může pacient použít horizontální nebo vertikální úsečku s popisnými slovy a čísly.

U **slovně popisné škály** si pacient vybere popis své bolesti ze seznamu přídavných jmen: „žádná“, „protivná“, „nepříjemná“, „hrozná“, „strašná“ a „agonizující“. Tato popisná škála rychlá a jednoduchá, ale má několik negativ, mezi které patří omezování pacientových možností, pacienti vybírají spíše střední než extrémní hodnoty a někteří pacienti nemusí rozumět všem přídavným jménům (Kolektiv autorů, 2006, s. 44–46).

Strukturovaný rozhovor o bolesti je praktickým nástrojem pro rychlé zjištění informací, důležitých pro analgetickou léčbu u geriatrických pacientů. Rozhovor je vhodný u nově přijímaných pacientů. Pro oblast lehkého a středního kognitivního postižení poskytuje dobré výsledky. Strukturovaný rozhovor o bolesti zahrnuje lokalizaci bolesti, okolnosti jejího zesílení nebo zmírnění, omezení v důsledku bolesti, depresivitu a zdatnost pacienta. Teprve soubor informací jako celek umožňuje vyhodnotit, o jak pokročilý chronický stav se jedná a jakou léčbu zvolit (Schuler, Oster, 2010, s. 50).

2.4.3. Celkové nástroje na vyšetření bolesti

Celkové nástroje na vyšetření bolesti hodnotí bolest ve více dimenzích, čímž poskytují více informací. Tyto nástroje jsou časově náročné a mohou být užitečnější pro ambulantní sféru. Může se ale také použít u hospitalizovaného pacienta s obtížně léčitelnou chronickou nemocí.

Prvním nástrojem na vyšetření bolesti je **Průvodce k hodnocení bolesti**, který je poněkud zdoluhavý, pomáhá sesbírat důležité informace o celkovém prožitku pacientovy bolesti.

Dalším nástrojem na vyšetření bolesti je **Krátký inventář bolesti** - zaměřuje se na pacientovu bolest během posledních 24 hodin. Třetím nástrojem na vyšetření bolesti je **McGillský dotazník bolesti** hodnotící mnoho dimenzí neuropatické bolesti – píchání, pálení nebo vystřelující bolest. Nabízí slovní popis k měření senzoričké, afektivní a hodnotící oblasti bolesti. Tento dotazník se je k dispozici v krátké a dlouhé verzi. Krátká verze používá 15 popisujících slov, dlouhá verze obsahuje 78 popisných slov. Dotazník není vhodný pro časté hodnocení. Předposledním nástrojem hodnotící bolest je **Minnesotský vícefázový osobnostní inventář**, používající se hlavně u pacientů s chronickou bolestí. Obsahuje 566 otázek typu pravdivá–nepravdivá. Jeho hlavní význam je v předpovídání reakcí na bolestivé intervence. Do posledního nástroje hodnotící bolest patří **Záznam sebemonitorace bolesti**. Záznam sebemonitorace bolesti se používá u pacientů s chronickou nebo rekurentní bolestí. Pacient přesně popisuje, kdy se bolest objevuje a jak je silná (Kolektiv autorů, 2006, s. 46–52).

2.4.4. Dokumentace nálezů hodnocení bolesti

Do dokumentace se zaznamenávají údaje o normálním stavu bolesti, které se později používají k porovnávání. Průběžný záznam hodnocení bolesti ukazuje vývoj intenzity bolesti a reakcí na intervence v čase. Jestliže se bolest nepodaří ztlumit, musí se pacient vyšetřovat častěji (Kolektiv autorů, 2006, s. 53).

2.5. Farmakologická léčba

Základním pilířem léčby chronické bolesti je ve většině případů racionálně vedená a dostatečně účinná farmakologie. Pro zvolení správné strategie léčby chronické bolesti je důležitá anamnéza pacienta se zaměřením na délku trvání bolesti, lokalizaci bolesti a její propagaci, charakter bolesti a její časový průběh i faktory ovlivňující průběh bolesti. Zajímají nás doposud zkoušené léky, jejich efekt a případné nežádoucí účinky. Základní strategii léčby bolesti představuje třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace WHO, původně určený pro léčbu nádorové bolesti. Analgetický žebříček používá dvě základní skupiny analgetik – neopioidní a opioidní analgetika. Opioidní analgetika se dále dělí na slabé opioidy a silné opioidy.

Obecné zásady farmakoterapie bolesti:

- Volba a vedení analgetické léčby vychází z pacientova údaje o intenzitě a charakteru bolesti a z konkrétního klinického stavu. Nerozhoduje biologický původ bolesti, ale její intenzita.
- Při výběru léčiva z analgetického žebříčku se u akutní bolesti uplatňuje postup „shora dolů“, u chronické bolesti postup „zdola nahoru“.
- U intenzivní akutní bolesti je na místě parenterální podávání analgetika, eventuálně také opioidu. Jinak má jednoznačnou přednost neinvazivní podávání analgetik – p.o. , transdermálně, rektálně.
- Z hlediska časového faktoru jsou u akutní bolesti nejvýhodnější analgetika s rychlým nástupem účinku, u chronické bolesti se analgetika podávají podle časového plánu.
- Analgetika titrujeme proti bolesti, používá se nejnižší analgetický efektivní dávka.
- Léčbu je nutno individualizovat z hlediska volby i dávky analgetika.
- Od počátku je nutná monitorace účinku léčby a nežádoucích účinků analgetik, které je nutné razantně léčit.
- Prospěšnost analgetické léčby by měla zřetelně převyšovat její nežádoucí vedlejší projevy (Hakl, Lejčko, Kozák, 2013, s. 50–51).

Cílem analgetické léčby je úplné odstranění bolesti. V běžné praxi se však snažíme alespoň zmírnit intenzitu bolesti natolik, aby se stala pro pacienta snesitelnou a výrazněji nezasahovala do jeho běžných denních aktivit (Slíva, Doležal, 2009, s. 20).

Užívání léků ve vyšším věku ovlivňuje celá řada farmakologických faktorů, mezi které patří stařecké a chorobné změny organismu, charakter nemocí, multimorbidita a polyfarmacie (Zrubáková, Krajčík, 2016, s. 11).

Ke kontrole bolesti používáme neopioidní analgetika, opioidní analgetika, antikonvulziva, antidepressiva, myorelaxancia a lokální anestetika.

2.5.1. Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika se používají k léčbě nociceptivní bolesti a k léčbě neuropatické bolesti. Kromě kontroly bolesti neopioidní analgetika také omezují zánět a snižují horečku (Kolektiv autorů, 2006, s. 65–66).

Neopioidní analgetika jsou indikována v monoterapii k léčbě mírné a střední bolesti, u silné je vždy třeba kombinace s opioidy. (Hakl, Lejčko, Kozák, 2013, s. 52).

Do této skupiny patří Paracetamol, Nesteroidní protizánětlivé látky (NSA) a salicyláty (Kolektiv autorů, 2006, s. 66).

2.5.2. Opioidy

Opioidní analgetika jsou látky původně odvozené od morfinu (Slíva, Doležal, 2009, s. 29).

Podle síly analgetického účinku se opioidy dělí na slabé a silné. **Slabé opioidy** na rozdíl od silných vykazují tzv. stropový efekt, tedy maximální účinnou dávku. Slabé opioidy je možno předepisovat na obyčejný recept bez modrého pruhu. Kombinace slabých opioidů s neopioidními analgetiky vzájemně zvyšuje jejich účinek s následnou možností snížit dávku. S tím souvisí omezení vedlejších účinků závislých na dávce.

Silné opioidy jsou určeny pro silné, nezišitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. Mezi nežádoucí účinky opioidů patří zácpa, pocit na omdlení, točení hlavy, nauzea, zvracení, návaly horka, zúžené zornice a snížení krevního tlaku (Kolektiv autorů, 2006, s. 75).

Aplikačními cestami opioidů jsou cesty intravenózní, intramuskulární, subkutánní, perorální, transdermální, rektální podání (Pavlíček, 2009).

2.5.3. Antikonvulziva

Antikonvulziva se používají k léčbě neuropatické bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 77–78).

2.5.4. Lokální anestetika

Lokální anestetika jsou primárně využívána k tlumení bolesti, resp. znecitlivění, a jejich aplikační cesta není jen ve formě gelů či injekčních forem, ale také náplast'ové formy (Slíva, Doležal, 2009, s. 35).

Lokální anestetika se mohou používat v léčbě neuropatické bolesti jako alternativa celkové anestezie. Lokální anestetika se užívají k prevenci a tlumení bolesti při výkonech, nemocech nebo u poranění. Také se předepisují na silné bolesti, pokud nepomáhají lokální povrchová anestetika a analgetika (Kolektiv autorů, 2006, s. 79).

2.6. Nefarmakologická léčba bolesti

Prevenčí vzniku nežádoucích účinků u analgetik je i použití nelékových analgetických metod. Tyto metody jsou často bezpečnější, někdy levnější, ale rovněž mnohdy časově náročnější, ale také omezeně dostupné. Při jejich použití je snahou změnit pasivní postavení nemocného při užívání léků na jeho aktivnější postoj, napomáhat odvracet pozornost od bolesti a zlepšovat fyzickou aktivitu a kvalitu života (Vrba, Kozák, 2015, s. 71).

Mezi hlavní příčiny používání nefarmakologické léčby bolesti jsou obavy z nadměrného užívání analgetik a samostatná preference zvládnutí svých zdravotních problémů. Nefarmakologická léčba bolesti zahrnuje konvekční postupy (vířivka, horké zábaly), na smysly působící postupy (aromaterapie, masáže), využívají elektřinu (vibrace, elektrická stimulace nervu), zklidňující techniky (meditace, jóga) a moderní technologie.

Tyto terapie se mohou rozdělit do těchto hlavních kategorií: **Fyzikální terapie, Alternativní a doplňková terapie, Kognitivní a behaviorální terapie, Rehabilitační postupy, Invazivní léčebné metody a Psychoterapeutické metody.** Tyto terapie se používají jednotlivě nebo se mohou nakombinovat s farmakoterapií. Kombinace terapií může zlepšit tlumení bolesti zvýšením účinku léku, což umožní podávání nižších dávek. Nefarmakologické přístupy mají kromě tlumení bolesti i další výhody. Pomáhají odstraňovat stres, zlepšují náladu, podporují spánek a dodají pacientovi pocit, že má bolest pod kontrolou (Kolektiv autorů, 2006, s. 98–116).

2.6.1. Fyzikální terapie

Fyzikální terapie využívá fyzikální vlivy a metody k rehabilitaci a k obnovení normální funkčnosti jedince po nemoci či poranění. Tyto terapie jsou celkem levné a jednoduché. Pacienti a jejich rodiny je mohou provádět sami, pokud je to personál naučí. Do fyzikálních terapií zahrnujeme hydroterapii, terapii teplem, terapii chladem, terapii vibracemi, transkutánní elektrickou stimulaci nervu, cvičení a imobilizace. Cílem fyzikální terapie je podpora zdraví, prevence tělesného postižení a rehabilitace pacientů postižených bolestí, nemocí, poraněním. Fyzikální terapie kromě mírnění bolesti také redukuje zánět, zmírňuje spasmy svalů a navozuje relaxaci (Kolektiv autorů, 2006, s. 98–116).

2.6.2. Alternativní a doplňková terapie

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby pacientů trpících bolestí. Tyto terapie se vždy zabývají celým člověkem – tělem, myslí a duchem, nikoliv pouze jednotlivými příznaky. Alternativní terapie se používají místo konvekčních a tradičních terapií, např. použití akupunktury místo analgetik při tlumení bolesti. Doplňkové terapie se používají dohromady s konvekčními terapiemi, např. meditace. Alternativní a doplňková terapie mohou zmírnit některé typy bolestí, které nereagují na tradiční techniky západní medicíny. Obzvláště cenné mohou být u stavů, kdy přesná příčina bolesti není jasná, např. u chronické bolesti bederní páteře. Nejpoužívanější alternativní a doplňková terapie je aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem, jóga, masáž a akupunktura (Kolektiv autorů, 2006, s. 116–132).

2.6.3. Kognitivní a behaviorální přístupy

Kognitivní přístup k bolesti se zaměřuje na ovlivnění pacientovy interpretace zážitku bolesti. Behaviorální přístup pomáhá pacientovi vytvořit si dovednosti k managementu bolesti a změnit reakce na bolest. Kognitivní a behaviorální přístupy zahrnují meditaci, biofeedback a hypnózu. Tyto techniky zlepšují pocit pacienta, že má bolest pod kontrolou a dovolí mu aktivně se podílet na managementu bolesti (Kolektiv autorů, 2006, s. 132–137).

2.6.4. Rehabilitační postupy

Rehabilitace je snaha o navrácení poškozeného člověka do předešlého tělesného stavu či sociální a právní pozice. Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví cestou odstranění, případně snížení či zpomalení progresu onemocnění. Základní strukturu léčebné rehabilitace zahrnuje prevenci a terapii sekundárních změn, nácvik kompenzačních mechanismů, nácvik substitučních mechanismů a dosažení udržení tělesné zdatnosti.

Do léčebné rehabilitace řadíme:

Fyzioterapie – terapeutický postup využívající k léčebnému ovlivnění patologických stavů energií, včetně pohybové.

Ergoterapie – terapeutický postup využívající smysluplného zaměstnávání člověka činnostmi

Fyzikální terapie – využívá k léčbě fyzikální podněty

Balneoterapie – léčba přírodními léčivými zdroji

Myoskeletální medicína – zabývá se diagnostikou a terapií funkčních poruch pohybového systému

Rehabilitační inženýrství – zabývá se vybavením zdravotně postiženého člověka technickými pomůckami s cílem umožnit plnější zařazení do společnosti s maximálně možným uspokojením životních potřeb (Smékal, Šlachtová, 2013, s. 72–74).

2.6.5. Invazivní léčebné metody

Invazivní metody léčby jsou indikovány jako doplněk farmakoterapie bolesti nebo jako další stupeň léčby bolesti v případech, kdy samotná farmakoterapie nepřináší dostatečný terapeutický efekt, popřípadě je zatížena výraznými nežádoucími účinky.

Do základního přehledu invazivních metod léčby zahrnujeme:

Blokády reverzibilní a ireverzibilní blokády, u kterých nedochází k destrukci tkáně.

Blokády diagnostické, prognostické a terapeutické - cílem diagnostických blokády je zjistit, zda konkrétní bolestivý stav reaguje na danou techniku regionální anestezie. **Blokády jednorázové, opakované, kontinuální** - při jednorázových blokády je analgetikum nebo analgetická směs aplikována obvykle pouze jedenkrát. Opakované blokády využívají efektu série několika blokády nejčastěji autonomního nervového systému. Kontinuální nervové blokády přivádějí analgetickou směs pomocí katétru nepřetržitě nebo v opakovaných bolusech přímo k místu působení (Hakl, 2013, s. 106–108).

2.6.6. Psychoterapeutické metody

Psychoterapie by měla být nedílnou součástí péče o pacienty s chronickou bolestí. Jedná se tedy o vysoce specializovanou léčebnou intervenci, která je založena na kvalitním mezilidském vztahu, důvěře, kompetenci psychoterapeuta a na víře, že psychoterapie může být pro pacienta prospěšná. Důležitý je postoj pacienta a to, jaké má utvořené mýty a postoje vůči psychoterapii jako takové. Tato terapie začíná již v ordinaci praktického lékaře či algeziologa. Za nejčastější přístupy psychoterapie jsou považovány výcviky v kognitivně-behaviorální psychoterapii, dynamicky orientované výcviky, gestalt psychoterapie, na tělo psychoterapie (logoterapie, rogersovská terapie) (Neudertová, 2013, s. 128–129).

2.7. Závislost na opioidních lécích, analgetících

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi příznaků ve stejném období 12 měsíců. Mezi příznaky patří zvyšování dávek, odvykací příznaky po vysazení látky, přijímání látky ve větším množství a delší dobu, dlouhodobá snaha omezit a ovládat přijímání látky, trávení většího množství času užíváním a obstaráváním látky, zanechání veškerých aktivit, pokračování léčby i přes dlouhodobé problémy (Nešpor, 2007, s. 21–22).

Strach ze vzniku závislosti je poměrně rozšířený. Je způsoben přehnanými obavami, katastrofismy a mýty, jež jsou nepodložené a iracionální. Algeziologové by si měli být vědomi možnosti vzniku závislosti u pacientů s chronickou bolestí. Za rizikový faktor se považuje výskyt alkoholové či jiné závislosti v anamnéze, účelové chování svědčící pro závislost (opakované ztracení receptů či léků), nedodržování pravidel léčby, vyžadování receptů od různých odborných lékařů, vyžadování pouze konkrétního přípravku a odmítání změny terapie i přes nepříznivý efekt léčby. Silným faktorem pro rozvoj závislosti je přítomnost osobnostní disponovanosti a porucha osobnosti. Důležité je odlišit od sebe psychickou a fyzickou závislost. Fyzická závislost při pravidelném užívání opioidů. Projevuje se tzv. syndromem z odnětí neboli abstinčním syndromem při náhlé a výrazné redukci či úplném vysazení opioidů. K rozvoji abstinčního syndromu dochází v průběhu několika hodin až dní. Prvním projevem závislosti je pocení, zvracení, nevolnost.

Pro rozvoj závislosti se podílejí tyto faktory: Farmakologické vlastnosti návykové látky, jedinec, faktory prostředí a faktory podnětové (Neudertová, 2013, s. 64–65).

2.7.1. Zvládnutí závislosti

Podobně jako u ostatních komplexních chronických nemocí, je nejlepší, aby závislost léčili profesionálové se specializovaným vzděláním a dostatečnou zkušeností. Vzhledem k tomu, že závislost má mnoho dimenzí a narušuje různé aspekty pacientova života, léčba není snadná. Cílem léčby je především zachování života bez látek, které způsobují závislost a dosažení zdravého fungování v rodinných vztazích, v práci a ve společnosti (Kolektiv autorů, 2006, s. 299).

2.8. Bolest ve stáří

Asi 15 % hospitalizovaných geriatrických pacientů je odkázáno na to, zda bude jejich bolest rozpoznána zdravotním personálem na základě chování a zvládnutou analgetickou léčbou (Schuler, Oster, 2010, s. 46).

Vnímání bolesti se mění se stoupajícím věkem – mírně roste práh bolesti pro bolestivou stimulaci, ať již jde o mechanickou, termickou nebo elektrickou. Vnímáme méně bolest a klesá, vnímáme viscerální bolesti. Rovněž onkologická bolest je méně vnímána, ale to je individuální. Bolest u starých lidí může nastoupit později, ale často je nedostatečně léčená. Hodnocení bolesti je velmi důležité a velmi často je nutné odlišit vnímání bolesti, respektive zvyšování prahu bolesti, od celkového diskomfortu. Musíme rozlišit utrpení a bolest. Je třeba používat velmi důkladné vyšetření bolesti ve stáří, a to nejenom pomocí různých škál, ale také používat psychologické dotazníky bolesti a hodnotit bolestivé chování dle výrazu tváře, pohyby, verbální projevy, změny chování, agresivitu a poruchy spánku. Důležitým zdrojem informací jsou údaje od pacientových příbuzných. Základní informace by měla být poskytnuta pacientem a doplněna vyšetřením. Léčba bolesti ve stáří musí být velmi pečlivá (Rokyta, 2015, s. 16–17).

Hodnocení bolesti seniorů se výrazně liší od dětí a mladších dospělých. Agentura pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví (AHRQ) uznává, že starší pacienti mají jedinečné požadavky na hodnocení bolesti a její léčbu. Typický senior má mnohočetné zdravotní problémy, což dělá z hodnocení a léčby bolesti velmi komplexní proces. Z toho důvodu je nutný odlišný přístup než u mladších pacientů. Pouhé odhalení zdroje bolesti může být u pacienta s mnoha nemocemi způsobujícími bolesti obtížné. U seniora se při hodnocení bolesti musí vzít v úvahu také s věkem spojené kognitivní změny a motivační, behaviorální a afektivní schopnosti. Fyzická kondice je důležitá, ale volba intervencí bude záviset i na jeho psychickém stavu a kulturních, duchovních názorech (Kolektiv autorů, 2006 s. 279-280).

Současné výzkumy předpokládají, že 45 %–80 % všech obyvatel domova pro seniory trpí nějakým typem chronické bolesti. Časté příčiny bolesti u seniorů jsou zlomeniny způsobené pády nebo následek osteoporózy, porušená kůže, ateroskleróza, osteoartritida, diabetická neuropatie, iktus, bolesti hlavy. Neléčená nebo nedoléčená bolest může mít obrovský vliv na kvalitu pacientova života. Nezmírněná bolest může způsobit deprese, úzkost, omezení sociálních interakcí, problémy se spánkem a výživou, poruchy mobility, poruchy kognitivních funkcí a zvětšující se závislost na zdravotnickém systému. Aby zdravotníci byli schopni zvládnout problematiku managementu bolesti u seniorů, musí rozumět jedinečným fyziologickým, sociálním a psychologickým potřebám.

2.8.1. Bariéry snížené komunikace o bolesti u seniorů

Typickými důvody, proč senioři o svých bolestech nehovoří, jsou obavy ze závislosti na analgetických, názor, že bolest je známkou slabosti, názor, že bolest je zaslouženým trestem, neznalost dostupných možností, obavy z objevení nového zdravotního problému. Na základě svých celoživotních zkušeností má většina seniorů jasné názory na většinu témat, zejména na své zdraví. Příkladem potencionálních bariér na straně pacientů mohou být obavy z odhalení dalších zdravotních problémů, obavy ze závislosti na opioidech, náboženské a kulturní názory, finanční obavy. Otevřený rozhovor o pacientově celkovém zdravotním stavu, bolestech ale také léčebném plánu pomůže překonat většinu bariér. Pokud má pacient silně zakořeněné náboženské či kulturní názory, které se neshodují s léčebným plánem, je důležité udělat si dost času na probrání situace s pacientem a najít uspokojivý kompromis. Do chybných, velmi častých názorů zdravotníků, které management bolesti ovlivňují, patří nežádoucí účinky opioidů, pacienti s kognitivní poruchou necítí bolest, citlivost k bolesti se s věkem snižuje, management bolesti má v léčebném plánu nižší prioritu (Kolektiv autorů, 2006, s. 275–282).

2.8.2. Hodnocení bolesti seniorů

Hodnocení bolesti seniorů se výrazně liší od dětí a dospělých. Starší pacienti mají jedinečné požadavky na hodnocení bolesti a její léčbu. Typický senior má mnohočetné zdravotní problémy, což dělá z hodnocení a léčby bolesti velmi komplexní proces. Pouhé odhalení zdroje bolesti je velmi obtížné. U seniorů se při hodnocení bolesti musí vzít v úvahu také s věkem spojené kognitivní změny a motivační, behaviorální a afektivní schopnosti. Volba intervencí bude záviset na pacientově psychickém stavu a kulturních a duchovních názorech (Kolektiv autorů, 2006, s. 275–282).

2.8.3. Psychologické vyšetření

Psychologické faktory, jako je strach, úzkost, deprese a utrpení, přispívají k bolesti a mohou pomoci předpovědět pacientovu reakci na léčebný režim. Psychologické vyšetření pomůže určit psychosociální, kognitivní a behaviorální faktory, které přispívají k pacientovu prožitku bolesti, nebo bolest zhoršují. Při psychologickém vyšetření je důležité se zaměřit na vztah mezi depresí a bolestí. Starší pacienti s diagnostikovanou depresí typicky hlásí větší výskyt bolesti a bolesti větší intenzity než pacienti bez deprese. Silné bolesti mohou uspišit depresi. Pokud má pacient kognitivní poruchu, nemusí být získání informací tímto způsobem možné. Poruchy kognitivních funkcí mohou být v rozsahu od jednoduché zmatenosti, přes přechodné delirium, až k výrazné demenci. Ve většině případů dokáží pacienti s mírnou až střední kognitivní poruchou popsat intenzitu bolesti a použít speciálně vytvořené hodnotící škály. (Kolektiv autorů, 2006, str. 275-282).

2.9. Úloha všeobecné sestry v léčbě bolesti u seniorů

Úloha sestry při zvládnání a léčbě bolesti je nezastupitelná. Porozumění bolesti v její mnohostrannosti je klíčem ke správné léčbě a vhodném přístupu k pacientovi. Objektivně posoudit bolest je náročné, vyžaduje to sestru zkušenou a vzdělanou, která je schopná zhodnotit kvalitu bolesti. Úkolem sestry tedy je nemocnému dobře porozumět a zajistit mu tak kvalitní ošetrovatelskou péči. Ke zvládnutí tohoto náročného úkolu slouží sociální komunikace. Při řešení bolesti má komunikace obzvláště velký význam. Dobrá komunikace vyžaduje vzájemnou důvěru, empatii a úctu. Pro úspěšnou a kvalitní léčbu pacienta není pouze důležitá komunikace mezi pacientem a zdravotníkem, ale i mezi zdravotníky navzájem.

Mezi hlavní zásady při komunikaci s pacientem při tlumení bolesti patří: navázat správný vztah s pacientem při prvním setkání, vyjádřit účast, empatii a porozumění, získat důvěru, reagovat s laskavostí a pochopením, informovat pravdivě, srozumitelně, respektovat pacientovo vnímání bolesti, vhodnými technikami pomoci při vyrovnání se vzniklou situací, umět naslouchat, zvládnout tematický rozhovor i volné popovídání si, tolerovat projevy chování nemocného, uplatnit profesionální přístup k nemocnému, posilovat kladné sebepojetí pacienta. Při zvládnání bolesti hraje důležitou úlohu i edukace pacienta. Toto výchovné působení sester je důležité nejen během hospitalizace, ale hlavně při propouštění pacienta do domácího léčení. Sestry a lékaři by se měli pravidelně seznamovat s novými možnostmi léčby bolesti a s jejich dostupností.

Zaměření edukace by mělo být orientováno nejen na správnost užívání farmakologických prostředků, dostupnost různých možností léčby, ale především na psychosociální pomoc. V moderně probíhajícím léčebném a ošetrovatelském procesu má významnou úlohu multidisciplinární přístup při léčbě a zvládnání bolesti, ve kterém důležitou roli hraje právě sestra. Sestra je tedy součástí týmu odborníků, kteří cíleně usilují o dosažení uspokojivého terapeutického účinku při léčbě bolesti, a tím i zkvalitnění života nemocného člověka (Zacharová, 2008).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1. Metodika průzkumu

Bakalářská práce má průzkumný charakter. V této bakalářské práci bylo zvoleno průzkumné šetření formou standardizovaného dotazníku. Data pro průzkumnou část práce byla získávána kvantitativní metodou sběru dat, a tím byl anonymní dotazník.

Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování (Handl, 2016, s. 42).

Podstatou kvantitativního výzkumu je výběr jasně definovaných proměnných, sledování jejich rozložení v populaci a měření vztahu mezi nimi (Švaříček, 2007, s. 22).

Při řešení konkrétního problému se často setkáváme s potřebou provést statistické šetření, jehož výsledkem jsou statistická data (Sedlačík, Neubauer, Kříž, 2016, s. 18).

Bylo provedeno průzkumné šetření s 35 respondenty. Všichni respondenti, kteří se účastnili dotazníkového šetření, byli hospitalizovaní pacienti seniorského věku (záměrný výběr) v Léčebně dlouhodobě nemocných ve věku od 60 let a výš. Člověk se stává seniorem mezi 60. a 70. rokem věku (Sak, Kolesárová, 2012, s. 86). Dle WHO od 75 let začíná vlastní stáří, 90 let a víc se označuje jako dlouhověkost (Mlýnková, 2011, s. 14). V tomto věku je nejčastějším specifickým znakem polymorbidita, což je chápáno jako více onemocnění u jednoho člověka (Mlýnková, 2011, s. 17).

Toto zdravotnické zařízení tvoří čtyři oddělení, rozdělené na písmena A, B, C a D. Pacienti jsou při příjmu rozděleni na daná oddělení z hlediska soběstačnosti a daného onemocnění. Proto oddělení A a B tvoří pacienti více pohybu schopní, oddělení C a D tvoří pacienti závislí na celkové ošetrovatelské péči. Na každém oddělení je lékař, staniční sestra a všeobecná sestra, fyzioterapeut, kteří pečují o bolesti pacientů.

Cílem dotazníku bylo zjistit, jaká je spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení. Dotazník byl vytvořen Mgr. Červenkovou pro projekt SGS_2017_015 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví, v rámci kterého je hodnocena kvalita poskytované péče v souvislosti s bolestí. Po dohodě byla odstraněna otázka týkající se spokojenosti pacientů v nemocnici, protože původní verze dotazníku byla určena pro nemocnice, nikoliv pro zařízení dlouhodobé péče. Přidána byla otázka o pohlaví a věku respondentů.

Dotazník obsahuje 12 otázek, které jsou členěny na čtyři kategorie. Tvoří ho spokojenost s péčí lékařů a sester, celková spokojenost pacientů a informace o respondentech (věk, pohlaví). V samotném úvodu dotazníku byli dotazovaní seznámeni s tématem a cílem bakalářské práce a požádáni o nakreslení hodin do předepsaného kruhu. Dále byli požádáni o pravdivé vyplnění dotazníku. Bylo jim vysvětleno, že dotazník je zcela anonymní, u každé otázky je pouze jedna možná odpověď.

Než byl zahájen samotný sběr dat, navštívila jsem vybraná oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných, seznámila jsem staniční sestry a všeobecné sestry nejen s tématem bakalářské práce, ale také s dotazníkem. Při návštěvách na odděleních jsem pracovala se zdravotnickou dokumentací, provedla záměrný výběr respondentů, kteří mají bolest, anebo se s bolestí léčí. Se staničními sestrami jsme dohodli data, ve kterých jsem navštívila Léčebnu dlouhodobě nemocných a respondentům po jejich souhlasu rozdala dotazníky.

Před vyplněním dotazníku jsem respondenty požádala o vepsání hodin do předkresleného kruhu ciferníku a o nakreslení hodinových ručiček tak, aby ukazovaly 11h a 10 minut. Důvodem vyplnění hodinových ručiček byla informace týkající se jejich stavu orientace v čase, místě, osobě. I když bylo zřejmé, že někteří respondenti nezvládnou provést test hodin, nechala jsem je z etického důvodu vyplnit celý dotazník. Navíc byli ještě respondenti upozorněni na to, aby zakroužkovali u každé otázky nanejvýš jednu odpověď. Spolu s dotazníkem dostali také obálku, aby se zajistila anonymita dotazovaného. Sběrným místem dotazníků byla uzavřená krabice s malým otvorem pro obálku, která se nacházela na každém oddělení ve společenské místnosti. V pravidelných intervalech jsem docházela na jednotlivá oddělení do té doby, než jsem měla dostatečné množství vyplněných dotazníků.

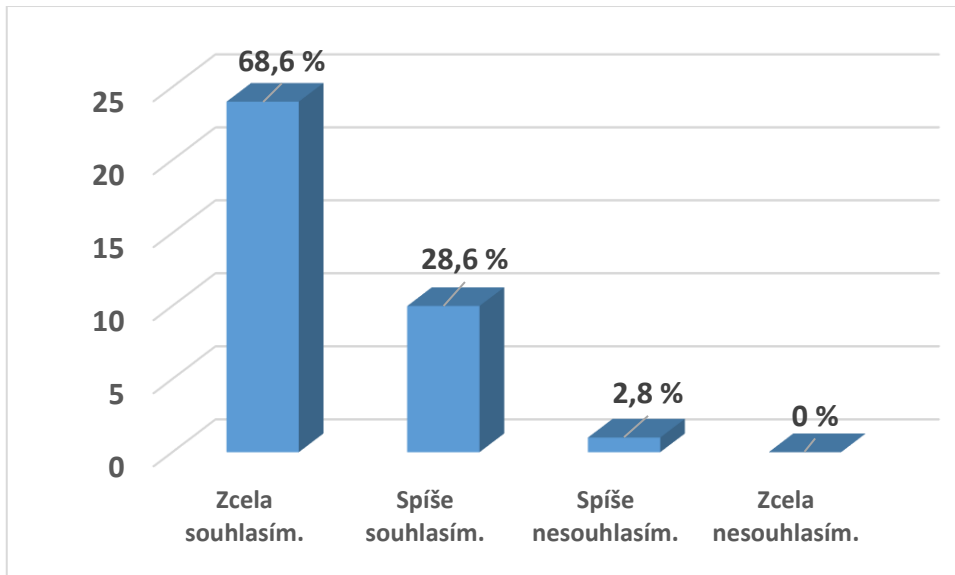
Celkem jsem rozdala 45 dotazníků. Na oddělení A 15 dotazníků a na oddělení B 15 dotazníků z důvodu více soběstačných respondentů k vyplnění dotazníku. Na oddělení C 10 dotazníků, na oddělení D 5 dotazníků. Na odděleních C a D se nacházelo mnohem méně soběstačných respondentů k vyplnění dotazníků. návratnost dotazníků byla 100%. Kvůli nesprávnému vyplnění testu hodin jsem byla, bohužel nucena 10 dotazníků vyřadit. Přisuzuji to nejen k věku ale i k nemocem respondentů.

Pro zpracování výsledků byly použity programy Microsoft Excel 2013 a Microsoft Word 2013. Výsledky byly vyhodnoceny a zaznamenány v podobě tabulek a grafů. Jednotlivá data byla doplněna komentářem.

3.2. Prezentace výsledků

A. Lékaři

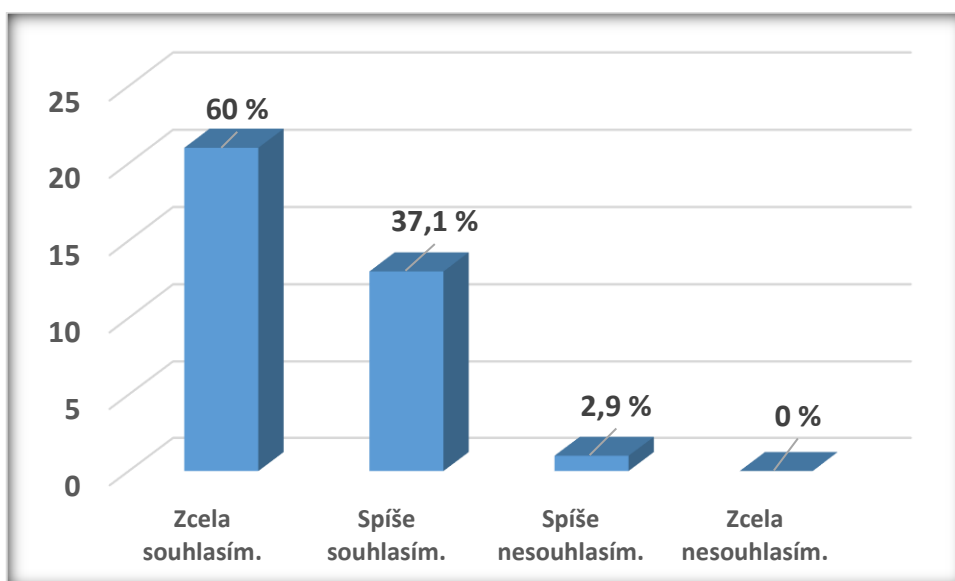
Otázka č. 1: Lékaři se aktivně zajímají o mou bolest.



Obrázek 1 Graf Zájem lékařů o bolest

Jak můžeme vidět na obrázku 1, nejvíce respondentů zcela souhlasí s tvrzením, že se lékaři aktivně zajímají o jejich bolest a to 68,6 %. To je 24 respondentů z celkového počtu 35. Celkem 28,6 % (10) respondentů spíše souhlasí se zájmem lékařů o bolest a 2,8 % (1) respondent spíše nesouhlasí s aktivním zájmem lékařů o jejich bolest. Nejmenší počet respondentů se nacházel u odpovědi zcela nesouhlasím se zájmem lékařů o bolest, kde tuto možnost neudal žádný z vybraných respondentů.

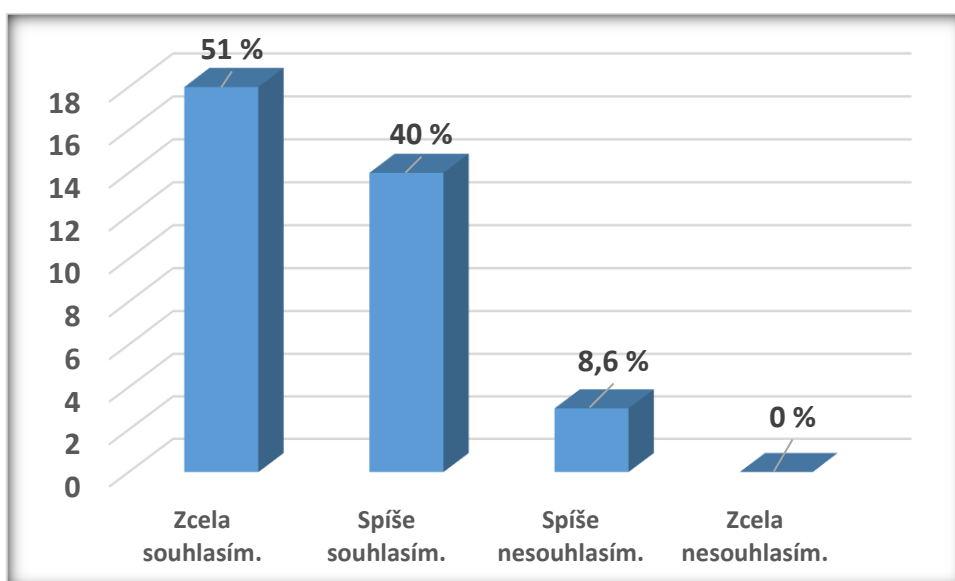
Otázka č. 2 : Lékaři aktivně navrhují různé možnosti, jak mou bolest utiшит.



Obrázek 2 Graf Návrhy lékařů k utišení bolesti

Na obrázku 2 vidíme, že 60 % dotazovaných zcela souhlasí s tím, že lékaři aktivně navrhují možnosti, jak jejich bolest léčit. To je 21 respondentů z celkového počtu 35. Celkem 37,1 % (13) respondentů udalo, že spíše souhlasí s tím, že lékaři aktivně navrhují možnosti, jak bolest léčit a 2,9 % (1) respondent na tuto otázku odpověděl, že spíše nesouhlasí s tím, že by lékaři navrhovali možnosti k utišení bolesti. Nejmenší počet byl u poslední odpovědi, kde nikdo z vybraných respondentů neoznačil možnost zcela nesouhlasím s tím, že lékaři navrhují možnosti k utišení jejich bolesti.

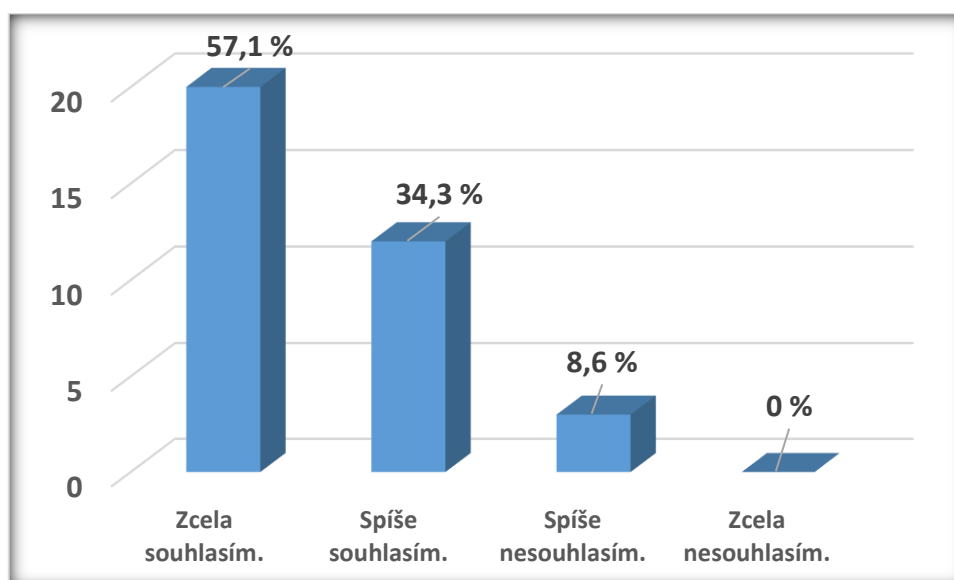
Otázka č. 3 : Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiшит.



Obrázek 3 Graf Možnosti k tišení bolesti u lékařů

Na obrázku 3 je zobrazený názor respondentů na otázku, zda si mohou vybrat, čím chtějí svoji bolest utiřit. Jak vidíme, nejvíce respondentů zcela souhlasí s možností vlastního výběru tišení bolesti a to 51 %, celkem (18) respondentů. Celkem 40 % (14) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí s možností vlastního výběru, čím bolest utiřit. Jen 8,6 % (3) respondentů uvedlo, že spíše nesouhlasí s možností vlastního výběru tišení bolesti. Nejmenší počet odpovědí bylo u poslední možnosti – zcela nesouhlasím s možností vlastního výběru tišení bolesti, kde tuto možnost neoznačil žádný z vybraných respondentů.

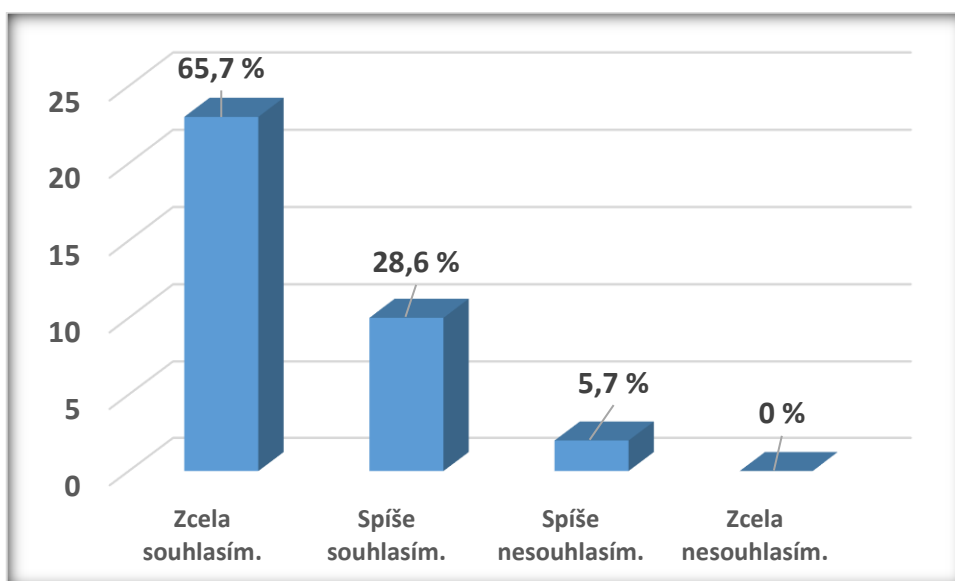
Otázka č. 4 : Mohu s lékaři diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.



Obrázek 4 Graf Diskuze s lékaři o nejlepším tišení bolesti

Na obrázku 4 můžeme vidět, že největší počet 57,1 % (20) respondentů odpovědělo, že zcela souhlasí s možností diskuze s lékaři o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. S menším počtem 34,3 % (12) respondentů spíše souhlasí s možností diskuze s lékaři o tom, co je nejlepší pro tišení jejich bolesti. Jen 8,6 % (3) respondentů spíše nesouhlasí s možností diskuze s lékaři o tom, co je nejlepší pro tišení jejich bolesti. K poslední možné odpovědi u otázky 4 žádný z respondentů tuto možnost neoznačil.

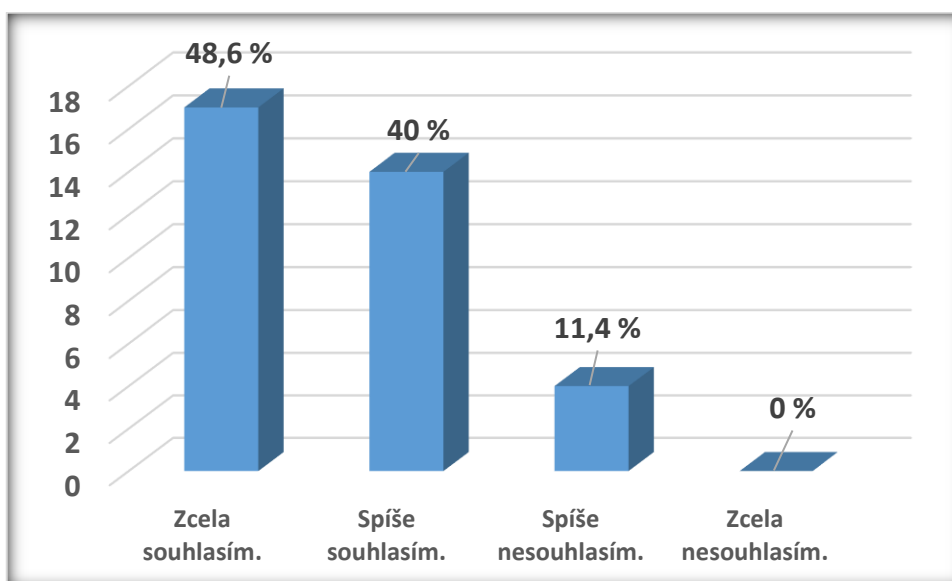
Otázka č. 5 : Sestry se aktivně zajímají o mou bolest.



Obrázek 5 Graf Aktivní zájem sester o bolest

Otázkou jsem se chtěla dozvědět, v jakém rozsahu se všeobecné sestry zajímají o bolest pacientů. Z grafu vyplývá, že velká část dotazovaných – 65,7 % (23) respondentů označilo, že zcela souhlasí s tvrzením aktivního zájmu všeobecných sester o jejich bolest. 28,6 % (10) respondentů spíše souhlasí s aktivním zájmem všeobecných sester o jejich bolest. Pouze 5,7 % (2) respondenti spíše nesouhlasí, že by všeobecné sestry aktivně projevovaly zájem o jejich bolest. U možnosti zcela nesouhlasím s aktivním zájmem všeobecných sester nebyl uveden žádný respondent.

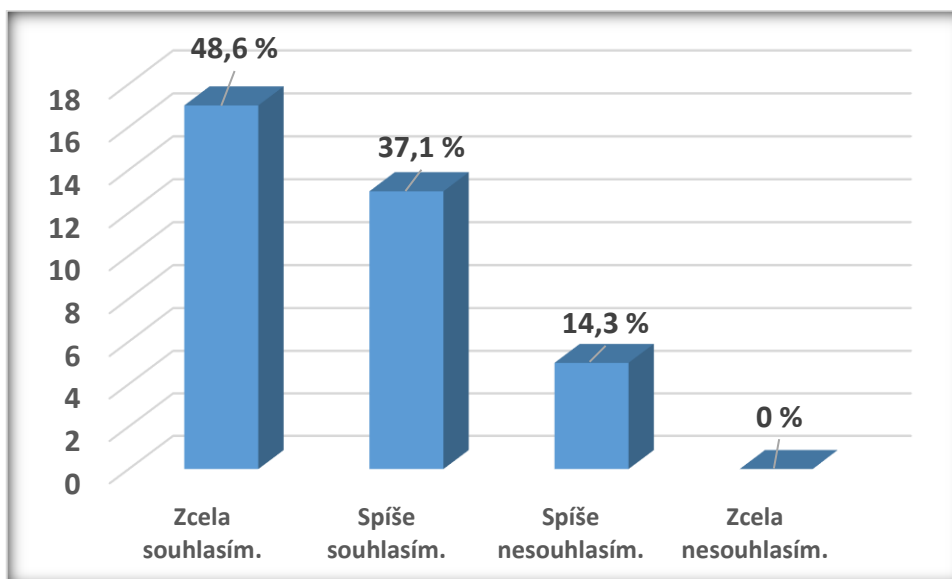
Otázka č. 6 : Sestry aktivně navrhují různé možnosti, jak mou bolest utiřit.



Obrázek 6 Graf Návrhy sester k utišení bolesti

Na obrázku 6 můžeme vidět, že 48,6 % (17) respondentů zcela souhlasí s tím, že všeobecné sestry navrhují další možnosti, jak utiřit jejich bolest. Celkem 40 % (14) respondentů udává, že spíše souhlasí s navrhováním všeobecných sester dalších možností, jak utiřit bolest a 11,4 % (4) představilo spíše nesouhlas s navrhováním všeobecných sester dalších možností, jak utiřit jejich bolest. Nejmenší počet respondentů byl u odpovědi zcela nesouhlasím, že všeobecné sestry navrhují další možnosti, jak utiřit moji bolest, kde tuto možnost neudal žádný z respondentů.

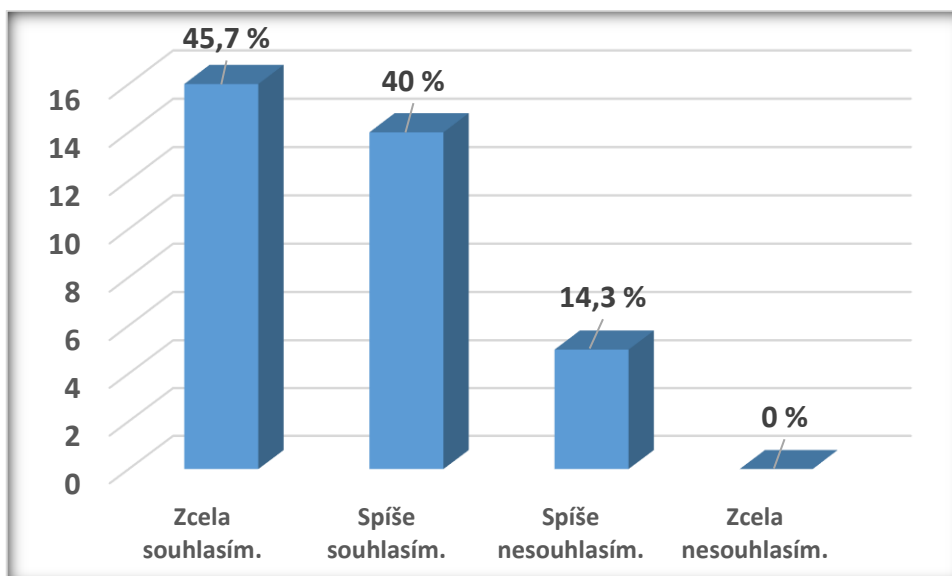
Otázka č. 7 : Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utiřit.



Obrázek 7 Graf Možnosti k tišení bolesti u sester

Jak můžeme vidět na obrázku 7, nejvíce respondentů zcela souhlasí s možností výběru utišení bolesti u všeobecných sester a to 48,6 % (17) respondentů. Celkem 37,1 % (13) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí s možností výběru utišení bolesti u všeobecných sester. 14,3 % (5) respondentů spíše nesouhlasí s možností výběru utišení bolesti u všeobecných sester. Odpověď zcela nesouhlasím s možností výběru utišení bolesti u všeobecných sester nebyla u respondentů zvolena.

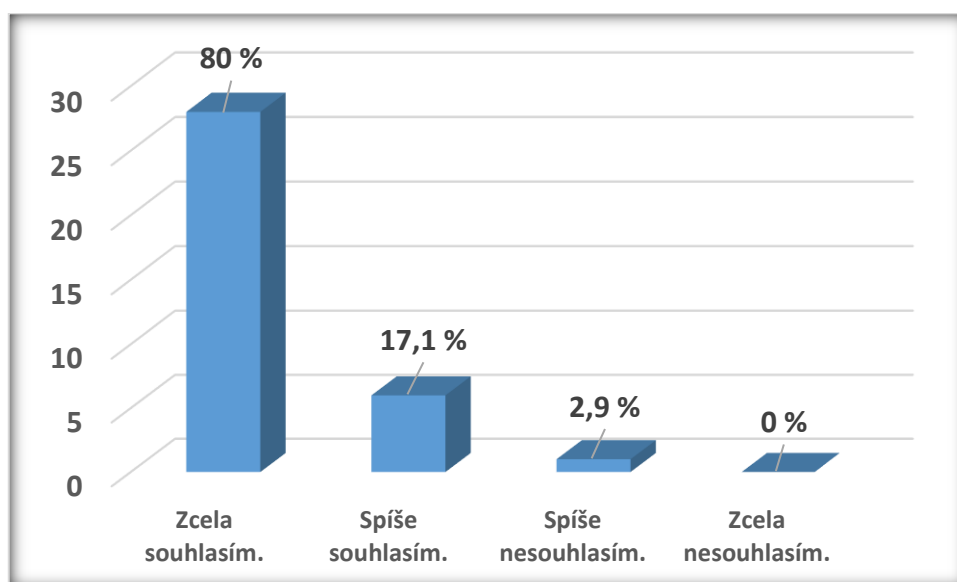
Otázka č. 8 : Mohu se sestrami diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.



Obrázek 8 Graf Diskuze se sestrami o nejlepší tišení bolesti

Na obrázku 8 je zobrazený názor respondentů na otázku, zda respondenti mohou s všeobecnými sestrami diskutovat o tom, co je nejlepší pro tišení jejich bolesti. 45,7 % (16) respondentů uvedlo, že zcela souhlasí s tím, že mohou s všeobecnými sestrami diskutovat o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. Menší část 40 % (14) respondentů spíše souhlasí s diskuzí se všeobecnými sestrami o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. 14,3 % (5) respondentů uvedlo, že spíše nesouhlasí s tím, že by mohli diskutovat se všeobecnými sestrami o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. Nejmenší počet respondentů je u poslední možnosti u otázky 8, kde tuto možnost neoznačil žádný respondent.

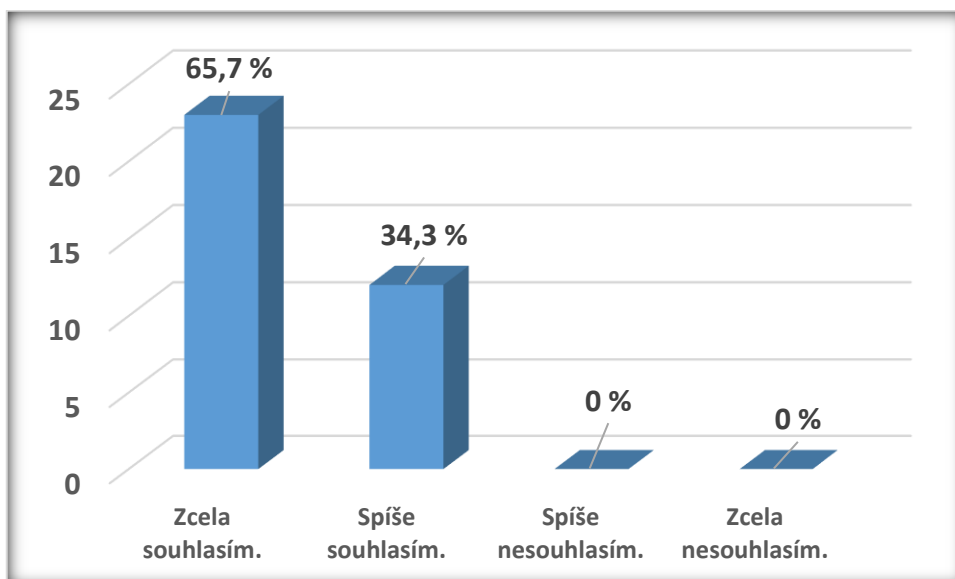
Otázka č. 9 : Sestry se aktivně snaží vytvořit takové prostředí, abych se cítil (a) dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítmí...)



Obrázek 9 Graf Sestry vytvářejí prostředí k pohodlí

V rámci této otázky se respondenti zamysleli nad tím, jestli jim všeobecné sestry vytvářejí takové prostředí, aby se cítili dobře. Z grafu je na první pohled viditelné, že 80 % (28) respondentů zcela souhlasí s výrokem, že všeobecné sestry vytvářejí takové prostředí, aby se respondenti cítili dobře. Celkem 17,1 % (6) respondentů potvrdilo, že spíše souhlasí s vytvářením takového prostředí všeobecnými sestrami, aby se cítili dobře. Jen 2,9 % (1) respondent uvedl, že spíše nesouhlasí s tím, že všeobecné sestry vytvářejí takové prostředí, aby se respondenti cítili dobře. U odpovědi zcela nesouhlasím s tvrzením, že všeobecné sestry vytvářejí takové prostředí, aby se respondenti cítili dobře, žádný z respondentů tuto možnost neudal.

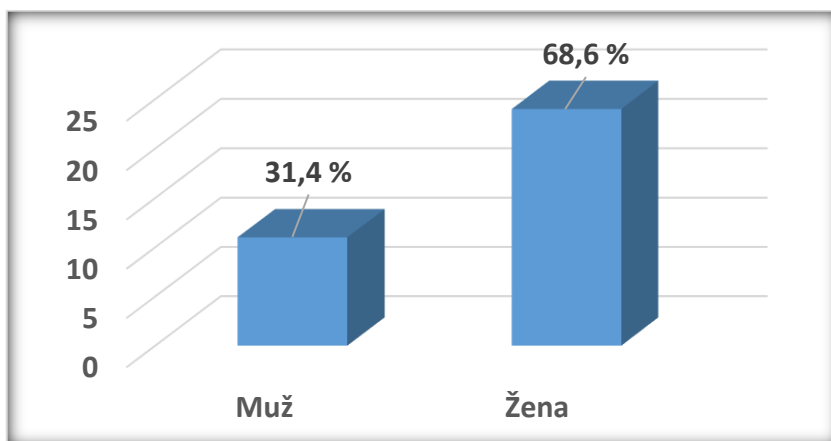
Otázka č. 10 : S péčí celkově jsem na tomto oddělení spokojen (a).



Obrázek 10 Graf Celková spokojenost na tomto oddělení

Otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak jsou respondenti spokojeni na tomto oddělení, ve kterém probíhá výzkum. Jak je z grafu patrné, 65,7 % (23) respondentů uvedlo, že jsou zcela spokojeni na tomto oddělení, 34,3 % (12) respondentů označili možnost, že spíše souhlasí s celkovou spokojeností na tomto oddělení. U eventuality spíše nesouhlasím a zcela nesouhlasím s celkovou spokojeností na tomto oddělení respondenti neuvedli žádnou z daných možností.

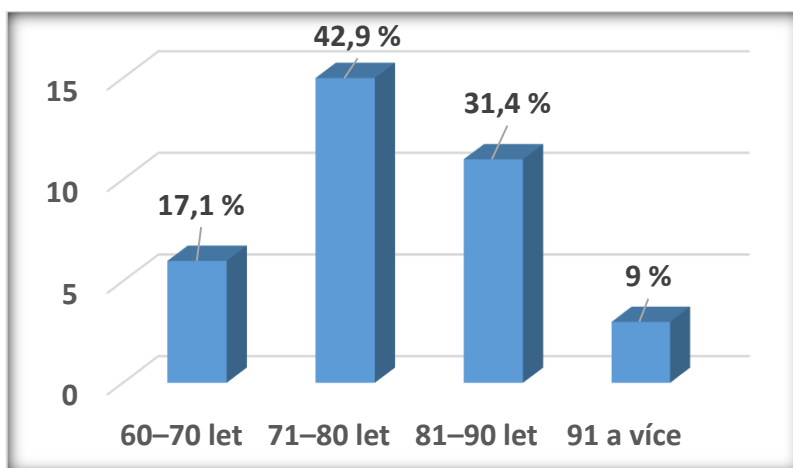
Otázka č. 11 : Jsem:



Obrázek 11 Graf Pohlaví

Na první pohled je zřejmé, že nejvíce respondentů, kteří se léčí s bolestí, ať už akutní nebo chronickou byly ženy s 68,6 % (24) respondentů. 31,4 % (11) respondentů zaujímají muži. Tato odlišnost je dána rozdílnou četností mužů a žen v daném zdravotnickém zařízení, přičemž ženy s bolestí zaujímají větší množství než je počet mužů trpících bolestí.

Otázka č. 12 : Je mi:



Obrázek 12 Graf Věk

V poslední otázce jsem se zajímala o to, ve které věkové kategorii se bolest vyskytuje nejčastěji. Jak můžeme vidět, bolestí nejvíce trpí respondenti ve věku 71–80 let, kteří zaujímají 42,9 % (15) respondentů. 31,4 % (11) respondentů tvoří věkovou hranici 81–90 let a 17,1 % (6) respondentů patří do věkové kategorie 60–70 let. Nejmenší věkovou kategorií postihující bolest je 91 a více let, která je tvořena pouze 9 % (3).

4 DISKUZE

V průzkumném šetření jsem použila výsledky 35 dotazníků. Toto šetření ukázalo, že nejvíce respondentů hospitalizovaných v tomto zařízení jsou jednoznačně ženy a to se 68,6 % (24). Ondrušová (2009), ve svém článku uvádí, že k obecným charakteristikám současné seniorské populace patří jednoznačně převaha žen. Článek odpovídá výsledku mého dotazníkového šetření, ve kterém se ptám na pohlaví respondentů trpících bolestí.

Nejčastějším věkem hospitalizovaných respondentů v daném zařízení, kteří mají bolest, je mezi 71–80 rokem života. Tento výsledek přisuzuji k častým polymorbiditám a fyzické křehkosti ve stáří, jak již uvedla i Mlýnková (2011) ve své knize Péče o staré občany. Dle WHO (Světové zdravotnické organizace) je základní klasifikace vyššího věku následující: 60–74 let označuje vyšší věk, neboli rané stáří, 75–89 let je již stařecký věk a od 90 let je označována dlouhověkost (Dvořáčková, 2012, s. 21).

Pro porovnání výsledků mého výzkumného šetření jsem si vybrala práce, které se nejvíce podobají svým obsahem mé bakalářské práci. Dobruská (2014) se ve své diplomové práci zajímala o problematiku seniorského věku, a to o kvalitu života u seniorů s chronickou bolestí. Pekaříková (2009) se ve své diplomové práci zaměřila na léčbu bolesti a přístup zdravotníků k pacientům. Janečková (2012) ve své bakalářské práci popsala možnosti hodnocení bolesti u pacienta s demencí. Leibnerová (2010) se ve své bakalářské práci zajímala o spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti. Kernová (2008) se zabývala ve své bakalářské práci prevalencí a spokojenosti s léčbou bolesti u klientů v domovech pro seniory.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení. Odpověď na tuto výzkumnou otázku pochází z dotazníkové otázky č. 10, která vypovídá o celkové spokojenosti pacientů s léčbou bolesti v tomto zdravotnickém zařízení. Většina respondentů u této otázky označila kladnou odpověď – zcela souhlasím, spíše souhlasím. Zcela spokojeni s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení bylo 65,7 % (23). Spíše spokojeni s léčbou bolesti bylo 34,3 % (12). Nespokojenost s léčbou bolesti neuvadl žádný z respondentů.

Cílem bakalářské práce Leibnerové (2010) bylo zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s léčbou pooperační bolesti. I přesto, že se sestry zajímaly o bolest, aplikovaly léky na zmírnění bolesti, pacienti trpěli bolestmi. Nicméně 85 % dotázaných uvedlo, že jsou spokojeni s léčbou bolesti. Kernová (2008) se zabývala prevalencí a spokojeností s léčbou bolesti u klientů v domovech pro seniory. V daném zařízení bylo 82,4 % klientů spokojeno s léčbou bolesti, 17,6 % uvedlo nespokojenost s léčbou bolesti v daném zařízení.

Domnívám se tedy, že s touto výzkumnou otázkou také velice úzce souvisí předchozí otázky v dotazníku 1–9, které se zabývají spokojeností pacientů s léčbou bolesti v ohledu nejen lékařské, ale také sesterské péče. Z toho usuzuji, že pokud by byl pacient zcela nespokojený s lékařskou a sesterskou péčí v ohledu léčby bolesti, byl by tudíž také nespokojený s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení, což se v průzkumném šetření neukázalo. Na obr. 1–4 je zobrazena spokojenost respondentů s lékařskou péčí ohledně bolesti. Jak je na první pohled patrné, u každé dotazníkové otázky respondenti převážně označili první možnost odpovědi – zcela souhlasím. Na obr. 1 tuto možnost označilo 68,6 % (24), spíše souhlasí se zájmem lékařů léčit bolest 28,6 % (10). Jen 2,8 % (1) uvedlo, že spíše nesouhlasí s tím, že se lékaři aktivně zajímají o jeho bolest. Na otázku, zda lékaři aktivně navrhnou různé možnosti, jak bolest léčit je zobrazeno na obr. 2. Celých 60 % (21) respondentů uvedlo, že s tímto tvrzením zcela souhlasí. 37,1 % (13) odpovědělo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí a jen 2,9 % (1) uvedlo, že spíše nesouhlasí s tím, že by lékaři aktivně navrhovali možnosti tlášení bolesti. V dotazníkové otázce, zda si mohou respondenti vybrat, čím chtějí svou bolest utišit, vidíme odpovědi u obr. 3, kde 51 % (18) zcela souhlasí s tímto tvrzením, 40 % (14) uvedlo, že spíše souhlasí s tímto výrokem a 8,6 % (3) označilo odpověď spíše nesouhlasím.

Obr. 4 zobrazuje, zda respondenti mohou s lékaři diskutovat o tom, co je pro tišení jejich bolesti nejlepší. 57,1 % (20) respondentů s tímto tvrzením zcela souhlasí, spíše souhlasí 34,3 % (12), jen 8,6 % (3) uvedlo, že s tímto výrokiem spíše nesouhlasí.

Na obr. 3 a 4 odpověď spíše nesouhlasím, přisuzuji ke zdravotnímu stavu respondentů, kvůli kterému lékaři nemohou dát na výběr možnosti k tišení bolesti a tím i diskutovat o jejich tišení bolesti.

Na obr. 5–9 je zobrazena spokojenost respondentů s péčí všeobecných sester. Tak, jak již bylo uvedeno u spokojenosti s lékařskou péčí, tak i v dotazníkovém šetření spokojenosti se sesterskou péčí většina respondentů označila možnost, že zcela souhlasí s kladnými výroky, které se týkají péče zdravotních sester. Domnívám se, že spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zařízení také souvisí s obr. 10, ve kterém je uvedena celková spokojenost na tomto oddělení. Převážná většina respondentů 65,7 % (23) je zcela spokojena s péčí na daném oddělení. 34,3 % (12) uvádí, že je spíše spokojena s péčí. Žádný respondent neuvedl nespokojenost s péčí na daném oddělení.

Kramaříková (2016) zaměřila svoji diplomovou práci na spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 96 % respondentů bylo spokojeno s úrovní ošetrovatelské péče a 97 % (138) respondentů uvedla spokojenost s léčbou bolesti. Jen 3 % (4) respondentů udala nespokojenost s léčbou bolesti.

Domnívám se, že výsledky průzkumného šetření, které jsou uvedeny v člancích, také úzce souvisí se spokojeností pacientů s léčbou bolesti.

V časopise Sestra (2013) uvedla Vajcíková (2013) výsledky z výzkumného šetření ze své bakalářské práce, ve které se zabývala spokojeností pacientů s ošetrovatelskou péčí v ambulanci bolesti. Z odpovědí vyplynulo, že 89,1 % (49) respondentů z ambulance A je spokojeno s péčí zdravotnického personálu. 10,9 % (6) respondentů bylo spokojeno částečně. Žádný z dotazovaných neuvedl nespokojenost s péčí zdravotnického personálu při léčbě bolesti.

Výzkumná otázka č. 2 : Jak je propojena spokojenost pacientů s léčbou bolesti a spokojeností s péčí na oddělení celkově?

Výsledkem této výzkumné otázky bylo zjistit, jak je propojena spokojenost pacientů s léčbou bolesti a spokojenost s péčí na oddělení celkově. Jak můžeme vidět z vyhodnocení průzkumné otázky č. 1, spokojenosti pacientů s léčbou bolesti, respondenti označovali v dotazníkovém šetření převážně kladná tvrzení – zcela souhlasím nebo spíše souhlasím. Skutečnost, že respondenti zaznamenávali většinou kladné odpovědi, soudím k velice kladnému přístupu lékařů a sester, kterého jsem byla svědkem při výběru respondentů k mému průzkumnému šetření.

Na oddělení A bylo zcela spokojeno s léčbou bolesti 8 respondentů z 12 respondentů, na oddělení B 10 respondentů z 15 respondentů, u oddělení C tuto možnost označili 4 respondenti ze 6 vybraných respondentů a v oddělení D byl zcela spokojen s léčbou bolesti 1 respondent ze 2 respondentů. Spíše spokojeni s léčbou bolesti byli na oddělení A 4 respondenti, na oddělení B 5 respondentů, 2 respondenti z oddělení C a v oddělení D tuto možnost označil 1 respondent. Celková spokojenost s léčbou bolesti na jednotlivých odděleních byla zaznamenávána z dotazníků, které byly sesbírány zvlášť podle jednotlivých oddělení. Velice mě překvapilo, že žádný z respondentů neuvedl nespokojenost s léčbou bolesti. Při porovnání spokojenosti s léčbou bolesti a spokojenosti s péčí na oddělení celkově jsem dospěla k závěru, že pacienti udávají větší spokojenost s péčí na oddělení než spokojenost s léčbou bolesti. Vyplývá to z průzkumných otázek 1–9, které se zabývají spokojeností pacientů s léčbou bolesti, ve kterých se kromě kladných odpovědí, objevují i odpovědi záporného charakteru.

Pro srovnání mé průzkumné práce jsem si vybrala článek z 21. 1. 2018, který pojednává o spokojenosti Čechů se zdravotnictvím a lékařskou péčí. V roce 2015 provedl Centrum pro výzkum veřejného mínění průzkum, jehož výsledkem byla 54 % spokojenost pacientů se zdravotní péčí v ČR. Nespokojeno je 14 % populace a 32 % obyvatel není ani spokojena, ani nespokojena se zdravotní péčí v Česku (Florence, 2016).

Centrum pro výzkum veřejného mínění zařadilo v prosinci 2017 do svého výzkumu v rámci projektu Naše společnost otázky týkající se zdravotnictví. Byla zjišťována celková míra spokojenosti občanů s naším zdravotním systémem. Z výzkumu vyplynulo, že 52 % Čechů je rozhodně spokojena a spíše spokojena se zdravotním systémem v ČR.

Naopak nespokojenost se zdravotním systémem v ČR vyjádřilo 20 % obyvatel. 27 % dotázaných se uchýlila ke střední variantě –ani spokojen, ani nespokojen a 1 % uvedlo, že neví, zda je spokojen se zdravotnictvím a lékařskou péčí (Citores, 2018).

Uvedené výzkumné práce ukazují na skutečnost, jakou popsal ve svém článku Citores (2018), že více jak polovina pacientů projevila spokojenost se zdravotnickou a ošetrovatelskou péčí v České republice.

Domnívám se, že spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zařízení také souvisí s obr. 10, ve kterém je uvedena celková spokojenost na tomto oddělení. Převážná většina respondentů 65,7 % (23) je zcela spokojena s péčí na daném oddělení. 34,3 % (12) uvádí, že je spíše spokojena s péčí. Žádný respondent neuvedl nespokojenost s péčí na daném oddělení. Také doufám, že výzkum týkající se bolesti ve stáří zlepší kvalitu péče jak v ohledu lékařském, tak v ohledu sesterském.

Výzkumná otázka č. 3 : Jaká je spokojenost pacientů s léčbou bolesti v závislosti na věku a pohlaví?

V této otázce jsem chtěla zjistit, v jakém věkovém rozmezí se nejčastěji vyskytují respondenti mající bolest a jaké pohlaví dominuje s nejčastějším výskytem bolesti.

Na obr. 11 je vidět značná převaha ženského pohlaví a to 68,6 % (24). U mužů to bylo 31,4 % (11). Tato odlišnost je dána rozdílnou četností mužů a žen ve vybrané nemocnici. Toto tvrzení potvrdila i Ondrušová (2009), která ve svém článku: „*Měření kvality života u seniorů s chronickou bolestí*“ uvedla, že k současné seniorské populaci patří převaha žen. Již při výběru respondentů trpících bolestí byla od začátku viditelná převaha žen. Na každém z odděleních A a B se nacházelo 8 pokojů, z nichž 6 pokojů bylo tvořeno ženami. Každé z oddělení C a D představovalo 6 pokojů, ze kterých pouze 1 pokoj zastupovali muži. Není tedy zvláštností, že i v mé průzkumné práci jsem došla ke stejnému výsledku, ke kterému dospěla ve své diplomové práci Dobruská (2014), která se zajímala o kvalitu života seniorů s chronickou bolestí. Ve své práci uvedla převahu žen nad muži. Ženy s chronickou bolestí tvořily 62,1 % a muži 37,9 %.

Při porovnání jednotlivých dotazníků spokojenosti s léčbou bolesti v závislosti na pohlaví jsem dospěla k výsledku, že ženy projevily větší spokojenost s léčbou bolesti než muži. Z celkových 25 záporných odpovědí ženy nesouhlasily s daným tvrzením v 9 případech, muži zápornou možnost označili v 16 tvrzeních.

Kernová (2008) ve své bakalářské práci došla k závěru, že 79,3 % mužů je spokojeno s léčbou bolesti v daném zařízení pro seniory a 20,7 % mužů udává nespokojenost s léčbou bolesti. Ženy udaly spokojenost s léčbou bolesti v 83,6 %, nespokojeno s léčbou bolesti je 16,4 % žen.

Druhá část výzkumné otázky se věnovala věku respondentů. Skupina respondentů byla tvořena záměrným výběrem pacientů v seniorském věku. Dle (Kalvach, Mikeš, 2004, s. 91) je za počátek stáří považován věk 65 let, o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let.

Jak vyplývá z výzkumné otázky č. 2, ženy i muži v dotazníkovém šetření převážně označovali kladnou možnost spokojenosti s léčbou bolesti. S tím souvisí i otázka celkové spokojenosti s péčí a léčbou bolesti na daných odděleních. Respondenti byli záměrně vybraní pacienti ve věku od 60 let a výš. Nejpočetnější zastoupení respondentů bylo ve věkové kategorii 71–80 let, a to 42,9 % (15). Další početnou skupinou byl věk od 81–90 let, která tvořila 31,4 % (11). Méně početná kategorie byla od 60–70 let, ve které se nacházelo 17,1 % (6). Nejmenší počet respondentů tvořilo věkové rozmezí 91 a více let, pouhých 8,6% (3).

Při zpracování průzkumného šetření jsem dohledala nejmladšího respondenta, kterému bylo 61 let (muž), naopak nejstaršímu respondentovi bylo 97 let (žena).

Nejvíce spokojeni s léčbou bolesti byli respondenti ve věkové kategorii 71–80 let, ve které bylo spokojeno 10 respondentů z 15. Tento výsledek mě překvapil, očekávala jsem větší spokojenost u věkové kategorie 81–90 let, ve které je léčba bolesti rozsáhlejší vzhledem k vyššímu výskytu polymorbidit.

Mohu tedy konstatovat, že celková spokojenost respondentů s léčbou bolesti mě mile překvapila. Očekávala jsem mnohem více nespokojenosti ze strany respondentů.

5 ZÁVĚR

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Bolest ve stáří. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Byly vymezeny cíle a výzkumné otázky, podle kterých mi byl navrhnout dotazník.

Při zpracování teoretické části bylo dohledáno mnoho informací o tomto velmi častém problému týkající se seniorské populace. Bylo definováno, co je bolest, stárnutí, čím jsou staří lidé ohroženi v rámci svého zdravotního stavu. Dále byly uvedeny jednotlivé typy bolesti, a to podle její délky trvání a podle jejího původu. V rámci diagnostiky bylo popsáno hodnocení bolesti a na navazující farmakologická a nefarmakologická léčba bolesti. V oblasti léčby bolesti jsem se snažila upozornit také na časté závislosti na opiodních lécích a analgetících. Dále pak v teoretické části uvádím shrnutí celkové bolesti ve stáří a úlohu všeobecné sestry v léčbě bolesti u seniorů.

V praktické části byl použit anonymní dotazník, jehož cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s léčbou bolesti celkově, spokojenost pacientů s léčbou bolesti na daném oddělení ale také spokojenost pacientů s léčbou bolesti v souvislosti na věku a pohlaví respondentů. Dotazník jsem rozdala na všechna 4 oddělení daného zdravotnického zařízení. Toto zdravotnické zařízení jsem si vybrala záměrně pro vysoký výskyt bolesti ve stáří. Také si myslím, že je často opomíjena péče o seniory trpících bolestí. Proto je důležité, aby staří lidé vyjádřili svoji spokojenost či nespokojenost s léčbou jejich bolesti.

Z mého průzkumného šetření pocházejí skutečnosti, které nám dávají odpověď na průzkumné otázky, které jsem si od začátku stanovila a na které jsem hledala v mé bakalářské práci odpověď. U otázky, kde se dotazují na spokojenost pacientů s léčbou bolesti v daném zdravotnickém zařízení, většina respondentů označila, že jsou zcela nebo spíše spokojena s léčbou bolesti. Žádný z respondentů neoznačil možnost nespokojenosti s léčbou bolesti v daném zařízení. Ale i přes kladné, nebo spíše kladné odpovědi respondentů je neustále co zlepšovat ve stránce lékařské a sesterské péče, co se týče spokojenosti pacientů s léčbou bolesti.

Potěšila mě propojenost spokojenosti pacientů s léčbou bolesti se spokojeností pacientů s péčí na oddělení celkově, ve kterém jsem zjistila, že pacienti, kteří uvádějí spokojenost s léčbou bolesti, jsou také spokojeni s péčí na oddělení celkově. V obou oblastech se zde prolíná lékařská a sesterská léčba bolesti, která svým rozsahem přispívá ke spokojenosti pacientů na oddělení.

Při hledání odpovědi na otázku, zda jsou více spokojeni s léčbou bolesti ženy či muži, mě nepřekvapilo, že větší spokojenost projevily právě ženy, neboť to byly právě ony, které tvořily převahu nad mužským pohlavím. V opačném případě mě udivil výsledek průzkumného šetření, ve kterém jsem dospěla k výsledku, že nejpočetnější věkovou hranicí, která byla nejvíce spokojena s léčbou bolesti, se stali respondenti ve věku 71–80 let, ve které tuto možnost označilo 10 z 15 respondentů.

Výsledky mého výzkumného šetření musím hodnotit za překvapivé. Převážná většina respondentů byla zcela nebo spíše spokojena s léčbou bolesti celkově a s léčbou bolesti na daném oddělení. Dle očekávání mě nepřekvapila převaha ženského pohlaví nad pohlavím mužským.

Přínosem mé bakalářské práce je souhrn poznatků o problematice bolesti ve stáří, a s tím také spojená péče všeobecné sestry u pacientů mající bolest. Velkým přínosem bylo také výzkumné šetření, díky kterému byla zjištěna spokojenost pacientů s léčbou bolesti. Získaná data mohou využít nejen pro zlepšení spokojenosti pacientů, kteří mají bolest nebo se s bolestí léčí, ale také v daném zdravotnickém zařízení, ve kterém byl průzkum prováděn. Zdravotnickému personálu daného zařízení bych doporučila častější přítomnost u pacientů, více shovívavosti a zlepšení komunikace s pacienty trpících bolestí. Také bych uvítala na základě výzkumného šetření opakované školení nebo vzdělání všeobecných sester a lékařů v ohledu péče o pacienty s bolestí. Výsledky průzkumného šetření budou poskytnuty danému zařízení, které je budou používat ke zlepšení péče u seniorů, kteří mají bolest.

6 ZDROJE

CVVM: Se zdravotní péčí je v ČR nadále spokojeno 54 pct lidí. *Florence* [online]. 2016, 25.1.2016, **2016** [cit. 2018-03-21]. Dostupné z:

<http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/cvvm-se-zdravotni-peci-je-v-cr-nadale-spokojeno-54-pct-lidi/>

DOBRUSKÁ, Martina. Kvalita života seniorů s chronickou bolestí [online]. Brno, 2014 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/a9tgz/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024741390

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

JANEČKOVÁ, Ivana. *Hodnocení a léčba bolesti u pacientů s demencí*. Univerzita Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Holubová, Marie.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KERNOVÁ, Alena. Prevalence bolesti a spokojenost s léčbou mezi klienty domova pro seniory [online]. Brno, 2008 [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/ga4f5/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ondřej Sláma.

KRAMAŘÍKOVÁ, Lucie. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/icpu6h/>>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Marie Trešlová, Ph.D..

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

KŮT CITORES, Filip. Jak jsou Češi spokojeni se zdravotnictvím a lékařskou péčí?. *Zdravotnické noviny*[online]. 2018, 21.1.2018, (04/2018) [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/jak-jsou-cesi-spokojeni-se-zdravotnictvim-a-lekarskou-peci/>

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

Léčba bolesti. *Sestra* [online]. MUDr. Petr Pavlíček, 2009 [cit. 2009-02-09]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/lecba-bolesti-416083>

Léčba bolesti u seniorů. *Postgraduální medicína* [online]. MUDr. Marek Hakl, Ph. D., prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc, 2008 [cit. 2008-09-04]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-bolesti-u-senioru-383318>

LEIBNEROVÁ, Jarmila. *Spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti*. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Schneiderová, Michaela.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5786-5.

- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA U SENIORŮ* [online]. 2009, 36-39 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://www.prelekara.sk/ceska-geriaticka-revue-clanek/quality-of-life-assessment-in-seniors-33748?confirm_rules=1
- PEKAŘÍKOVÁ, Vladimíra. Bolest u seniorů [online]. Brno, 2009 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ebdh4/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Macková.
- POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatricii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 9788020439451.
- ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024730134.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŤÁPALOVÁ, Jana. *Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na úrazovém oddělení KNTB a.s. Zlín*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2011, 65 s. (80 157 znaků) 7 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/15288>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Šalenová, Eva.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0015-3.

VAJCÍKOVÁ, Monika. Informovanost pacientů v ambulanci bolesti. *Sestra* [online]. 8. 7. 2013, **23**(7-8) [cit. 2018-03-24]. ISSN 1210-0404. Dostupné z:

<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/informovanost-pacientu-v-ambulanci-bolesti-471142>

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

ZACHAROVÁ, Eva. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, **2008**(10(05)) [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/05/12.pdf>

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Krátký inventář bolesti

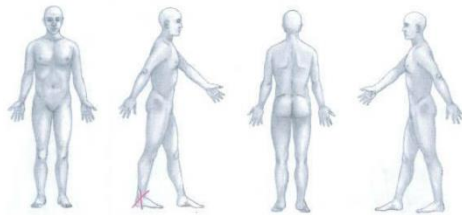
Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Tento inventář bolesti vám pomůže zhodnotit pacientovu bolest v posledních 24 hodinách.

Datum: 2/3/06 Čas: 11.00
Příjmení: Roháček
Jméno: Matějka

1. Většina z nás má občas během svého života nějaké bolesti (např. menší bolesti hlavy, namožené svaly, bolesti zubů.) Zažil jste někdy jinou bolest než tyto obvyklé bolesti?
 Ano x Ne

2. Na obrázku vybarvěte oblast, která vás bolí. Křížkem označte místo, kde to bolí nejvíce.



3. Prosím, zhodnotte intenzitu nejhorší bolesti v posledních 24 hodinách.

Žádná bolest 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nejhorší možná bolest
8

4. Prosím, zhodnotte intenzitu nejnižší bolesti v posledních 24 hodinách.

Žádná bolest 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nejhorší možná bolest
6

5. Prosím, zhodnotte průměrnou intenzitu bolesti.

Žádná bolest 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nejhorší možná bolest
7

6. Prosím, zhodnotte intenzitu bolesti, kterou pocítujete právě teď.

Žádná bolest 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nejhorší možná bolest
8

7. Jaké léčebné metody nebo léky na svou bolest máte/berete?
Levodopa, Paracet

8. Jak velkou úlevu vám tyto metody či léky přinesly v posledních 24 hodinách? Prosím zakroužkujte, kolikaprocentní úleva nastala.

Žádná úleva 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Naprostá úleva
60

9. Prosím, zakroužkujte číslo, které popisuje, jak v posledních 24 hodinách bolest interferovala s vaší/vašimi:

Celkovou aktivitou

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
9

Náladou

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
8

Schopností chodit

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
9

Normální pracovní aktivitou (práce doma i mimo domov)

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
8

Vztahy s jinými lidmi

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
5

Spánkem

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
7

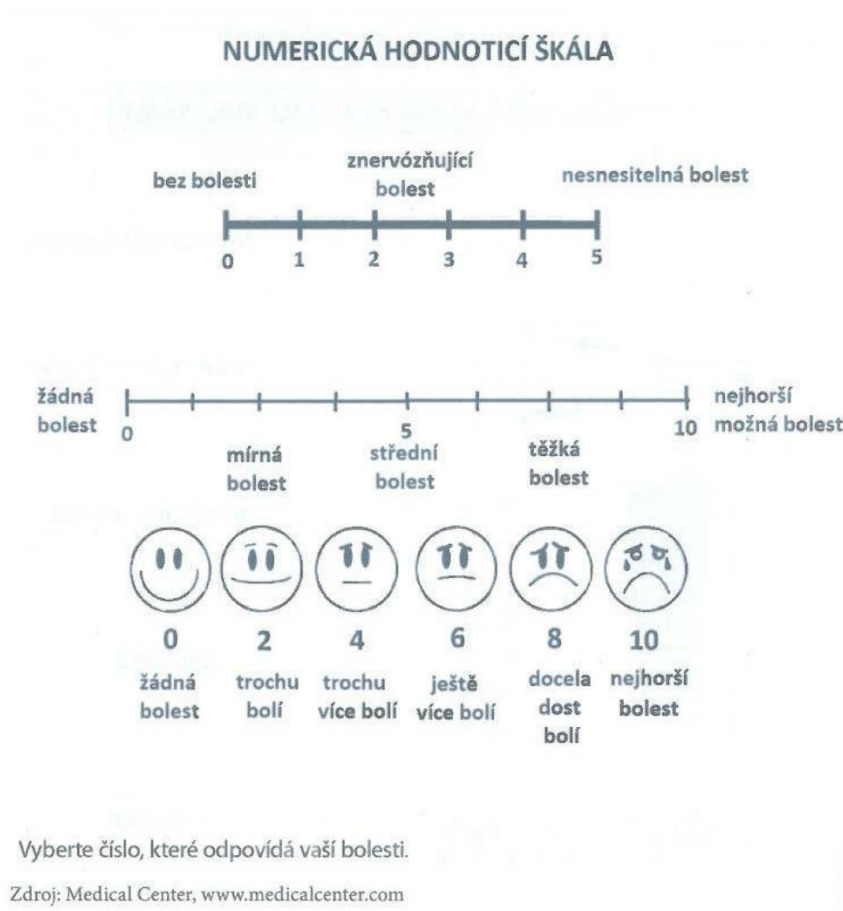
Radostí ze života

Neovlivnila 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela narušila
5

Přejato s povolením Pain Research Group, The University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 1991.

Obrázek 13 Krátký inventář bolesti

Příloha B: Numerická hodnotící škála bolesti



Obrázek 14 Numerická škála bolesti

Příloha C: Slovní hodnocení bolesti

Příloha 29. Melzackova škála verbální stupnice bolesti – šestistupňová

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	nepříjemná bolest
3	intenzivní bolest
4	krutá bolest
5	zcela nesnesitelná bolest

Příloha 30. Deskriptivní verbální škála

0	žádná bolest
1	nepatrná bolest
2	mírná bolest
3	střední bolest
4	strašná bolest
5	zcela nesnesitelná bolest

Zdroj: Janácková, 2007

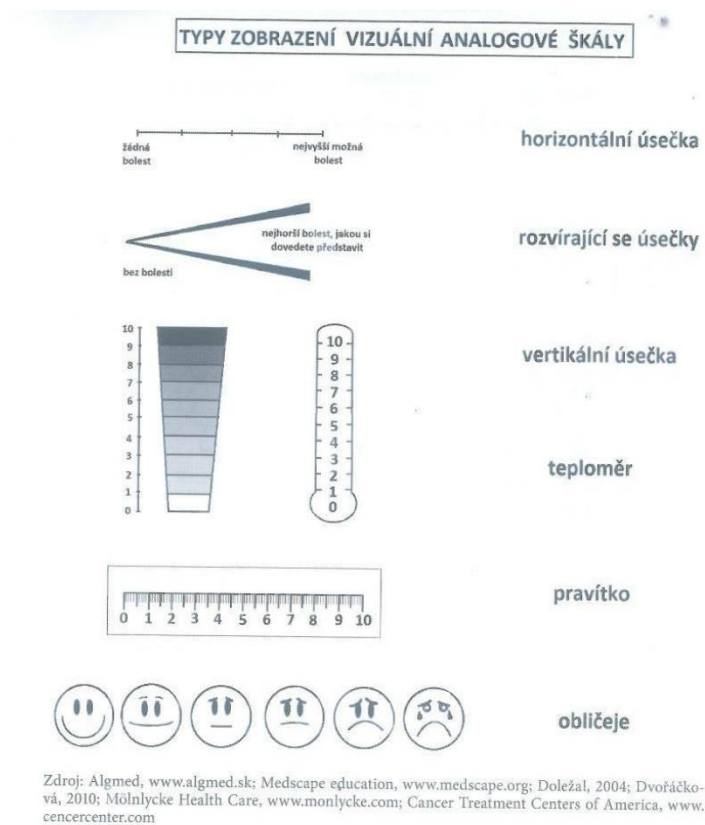
Příloha 31. Orientační slovní hodnocení desetistupňové škály bolesti

0	nepocituje bolest
1–2	mírná bolest, lze se soustředit na hovor, lze odvést pozornost od bolesti
3–5	střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění
6–9	silná bolest, bolestivá grimasa, soustředění na bolest
10	nesnesitelná bolest, pacient neovládne své chování (mohou být přítomny i známky šoku, nesnesitelná bolest může vyvolat smrt!)

Zdroj: Vorlíček, 2006

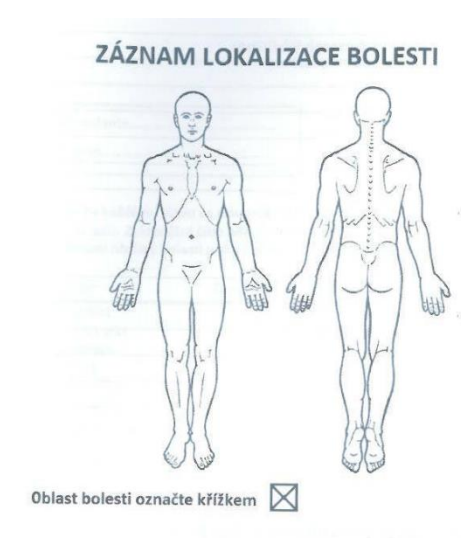
Obrázek 15 Slovní hodnocení bolesti

Příloha D: Vizuální analogové škály bolesti



Obrázek 16 Vizuální analogové škály bolesti

Příloha E: Záznam lokalizace bolesti



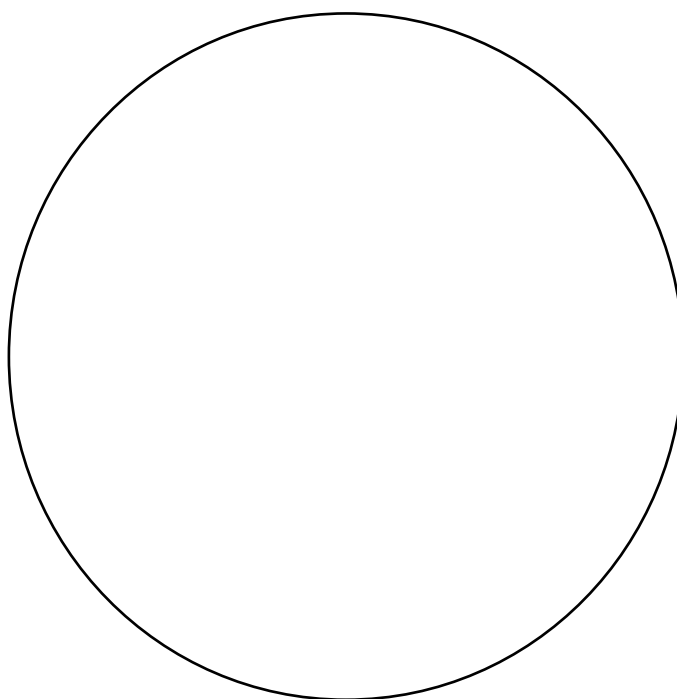
Obrázek 17 Záznam lokalizace bolesti

Příloha F: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Vašíčková a studuji na Univerzitě v Pardubicích - Fakultu zdravotnických studií. Právě jste obdržel/a do ruky dotazník, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Bolest ve stáří. Cílem práce je zjistit, jaká je spokojenost geriatrických pacientů s léčbou bolesti. Dotazník je naprosto anonymní. Tímto Vás prosím o pravdivé vyplnění. Předem moc děkuji. V případě dotazů se nebojte na mě obrátit.

Vepište, prosím, do předkresleného kruhu čísla tak, jak jsou na ciferníku hodin, a pak doplňte ručičky tak, aby ukazovaly na 11 hodin a 10 minut.



Odpovědi prosím zakroužkujte. U každé otázky je možná pouze jedna odpověď.

A. LÉKAŘI

1. Lékaři se aktivně zajímají o mou bolest.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

2. Lékaři aktivně navrhnou různé možnosti, jak mou bolest utiší

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

3. Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utišit.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

4. Mohu s lékaři diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

B. SESTRY

5. Sestry se aktivně zajímají o mou bolest.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

6. Sestry aktivně navrhuji různé možnosti, jak mou bolest utišit

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

7. Mohu si vybrat, čím chci mou bolest utišit.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

8. Mohu se sestrami diskutovat, co je pro tišení mé bolesti nejlepší.

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

9. Sestry se aktivně snaží vytvořit takové prostředí, abych se cítil (a) dobře (např. poloha, čerstvý vzduch, ticho, přítomí...)

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

C. CELKOVÁ SPOKOJENOST

10. S péčí celkově jsem na tomto oddělení spokojen (a).

1. zcela souhlasím	2. spíše souhlasím	3. spíše nesouhlasím	4. zcela nesouhlasím
--------------------	--------------------	----------------------	----------------------

D. NĚCO MÁLO O VÁS

11. Jsem:

1. muž	2. žena
--------	---------

12. Je mi

1. 60–70 let	2. 71–80 let	3. 81–90 let	4. 91 let a více
--------------	--------------	--------------	------------------