

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Lucie Penjaková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Bolest u dětí jako indikátor kvality

Bc. Lucie Penjaková

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Penjaková**  
Osobní číslo: **Z16181**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Název tématu: **Bolest u dětí jako indikátor kvality**  
Zadávací 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: **50 stran**

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

Seznam odborné literatury:


1. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. Intenzivní péče o novorozence. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 978-80-701-3547-1.
2. CHANG, Julie. et al. Pain assessment in Children: Validity of Facial Expression Items in Observational Pain Scales. The Clinical Journal of Pain [online]. 2015, 31(3), 189-197 [cit.2018-02-26]. ISSN 0749-8047. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.000000000000103.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. Bolest a její zvládání. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
4. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
5. PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 9788024738710.
6. TRUBA, Natalie a John HOYLE. Pediatric Pain. Journal of Pain Management [online]. 2014, 7(3), 235-248 [cit.2018-02-26]. ISSN: 1939-5914. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1655287141?accountid=16730>

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**

Katedra klinických oborů

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

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

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

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

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

V Pardubicích dne 2. 5. 2018

Bc. Lucie Penjaková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Ráda bych také poděkovala mé rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku bolestí u dětí z pohledu kvality a bezpečí zdravotní péče. Teoretická část se specializuje na management kvality ve zdravotnictví, popisuje možnosti a nástroje k jejímu zvyšování a metody hodnocení kvality zdravotní péče. Další část se podrobněji věnuje bolesti jako indikátoru kvality v obecné rovině a vysvětluje její specifika u dětí. Ve výzkumné části práce jsou vyhodnocována data získaná retrospektivní analýzou chorobopisů hospitalizovaných dětí, u kterých byla řešena bolest. Cílem práce bylo posuzovat shody nebo neshody ve zdravotnické dokumentaci s příslušnými platnými předpisy týkající se péče o dítě s bolestí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

kvalita zdravotní péče, indikátory kvality ve zdravotnictví, bolest u dětí, hodnocení bolesti

## **TITLE**

Pain in children as a quality indicator

## **ANNOTATION**

The diploma thesis focuses on the issue of pain in children from the point of view of the quality and safety of health care. The theoretical part specialises in quality management in health care, describes the possibilities and tools for its improvement and methods of quality evaluation of health care. The next section deals with pain in general as a quality indicator and explains its specifics in children. The research part of the thesis evaluates the data obtained by retrospective analysis of the patients' hospitals for which the pain was solved. The aim of the work was to assess compliance or disagreement in the medical records with the relevant valid regulations concerning the care of a child with pain.

## **KEYWORDS**

quality of health care, health care quality indicators, pain in children, assessment of pain

# OBSAH

ÚVOD.....	14
1 CÍLE PRÁCE.....	16
1.1 Cíle teoretické části .....	16
1.2 Cíle výzkumné části .....	16
1.2.1 Dílčí cíle výzkumné části.....	16
2 MANAGEMENT KVALITY .....	17
2.1 Historie kvality .....	17
2.2 Definice kvality ve zdravotnictví .....	18
2.3 Management kvality ve zdravotnictví.....	19
2.4 Zvyšování a hodnocení kvality .....	20
2.4.1 Systémy hodnocení kvality .....	22
2.1 Standardy.....	23
2.2 Indikátory kvality .....	24
2.3 Audit kvality.....	26
2.3.1 Metody auditu, fáze auditu .....	27
3 BOLEST U DĚTÍ JAKO INDIKÁTOR KVALITY .....	29
3.1 Management bolesti .....	29
3.2 Definice bolesti .....	29
3.3 Bolest u dětí.....	30
3.3.1 Dělení bolesti .....	30
3.4 Vnímání bolesti ve vztahu k jednotlivým vývojovým obdobím.....	31
3.5 Hodnotící a měřící nástroje bolesti .....	33
3.6 Unidimenzionální škály .....	34
3.6.1 Metoda pokerových žetonů (Poker Chip Tool) .....	34
3.6.2 Metoda Oucher (The Oucher Scale) .....	34
3.6.3 Oblíčejevá škála (Faces Rating Scale).....	35



3.6.4	Vizuálně analogová škála (Visual Analogue Scale - VAS).....	35
3.6.5	Numerická škála (Numeric Rating Scale - NRS). ....	36
3.6.6	Topologie bolesti .....	36
3.7	Multidimenzionální škály.....	36
3.7.1	Observační škály.....	37
4	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	38
4.1	Výzkumné otázky.....	38
5	METODIKA VÝZKUMU.....	39
5.1	Organizace výzkumu.....	39
5.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	39
5.3	Nástroj sběru dat .....	40
5.3.1	Vizuální analogová škála (VAS), škála NIPS .....	42
5.4	Metoda zpracování dat .....	42
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....	43
6.1	Hodnocení dokumentování bolesti u dětí nelékařským zdravotnickým personálem (NLP).....	43
6.1.1	Ošetřovatelský příjem .....	43
6.1.2	Hodnocení záznamů o monitorování bolesti (akutní i chronické) u NLP v ošetřovatelské dokumentaci během hospitalizace .....	48
6.1.3	Monitorování záznamů NLP u akutní bolesti dětí .....	51
6.1.4	Monitorování záznamů NLP u chronické bolesti dětí .....	54
6.1.5	Hodnocení záznamů medikace a podávání analgetik u NLP.....	55
6.2	Hodnocení dokumentování dětské bolesti lékaři .....	58
6.2.1	Lékařský příjem, závěrečná zpráva .....	58
6.2.2	Monitorování záznamů lékařů u akutní bolesti u dětí.....	61
6.2.3	Monitorování záznamů lékařů u chronické bolesti u dítěte.....	63
6.2.4	Ordinace analgetik .....	64
7	DISKUSE.....	66

8	ZÁVĚR .....	77
9	POUŽITÁ LITERATURA .....	78
10	PŘÍLOHY .....	85

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Hodnocená kritéria péče o pacienta s bolestí: postup pro NLP.....	41
Obrázek 2 Hodnocená kritéria péče o pacienta s bolestí: postup pro lékaře.....	42
Obrázek 3 Monitorování bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.....	49

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk dětí.....	40
Tabulka 2 Pohlaví dětí .....	40
Tabulka 3 Ošetřovatelský příjem .....	44
Tabulka 4 Zhodnocení intenzity bolesti v ošetřovatelském příjmu .....	45
Tabulka 5 Zhodnocení charakteru bolesti v ošetřovatelském příjmu .....	46
Tabulka 6 Zhodnocení lokalizace bolesti v ošetřovatelském příjmu.....	47
Tabulka 7 Zhodnocení ovlivnitelnosti bolesti v ošetřovatelském příjmu.....	47
Tabulka 8 Seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti v ošetřovatelském příjmu .....	48
Tabulka 9 Zhodnocení intenzity bolesti v ošetřovatelské dokumentaci u NLP .....	49
Tabulka 10 Hodnocení záznamů charakteru bolesti u NLP .....	50
Tabulka 11 Aktivování příslušné ošetřovatelské diagnózy .....	50
Tabulka 12 Hodnocení dokumentování podpůrných metod ke zmírnění bolesti .....	51
Tabulka 13 Informování lékaře o akutní bolesti.....	52
Tabulka 14 Hodnocení akutní bolesti v ošetřovatelském spisu.....	53
Tabulka 15 Hodnocení bolesti po operaci nebo invazivním zákroku v monitorovacím záznamu .....	53
Tabulka 16 Ukončení monitorace akutní bolesti v ošetřovatelské dokumentaci.....	54
Tabulka 17 Monitorování záznamů v ošetřovatelské dokumentaci u chronické bolesti .....	55
Tabulka 18 Hodnocení záznamu o podání/nepodání medikace u NLP .....	56
Tabulka 19 Hodnocení záznamů NLP u medikace s podmínkou .....	57
Tabulka 20 Hodnocení záznamů o kontrole analgetického účinku po podání analgetika.....	58
Tabulka 21 Hodnocení čitelnosti záznamů NLP v dokumentaci týkající se péče o pacienta s bolestí.....	58
Tabulka 22 Hodnocení lékařského příjmu a lékařské závěrečné zprávy.....	59
Tabulka 23 Hodnocení záznamů o vstupním hodnocení bolesti v lékařském příjmu .....	60
Tabulka 24 Hodnocení záznamu o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti .....	61
Tabulka 25 Záznam o zhodnocení stavu bolesti v závěrečné lékařské zprávě .....	61
Tabulka 26 Hodnocení záznamu lékaře o hodnocení akutní bolesti .....	62
Tabulka 27 Hodnocení záznamů o postupu lékaře při intenzitě bolesti VAS 3 nebo NIPS 3 a více.....	63
Tabulka 28 Hodnocení záznamů lékařů - ordinace léků k léčbě bolesti .....	64

Tabulka 29 Hodnocení čitelnosti záznamů lékařů.....	65
---	----

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
IASP	International Association for the Study of Pain
ISO	Internacional Organization for Standardization
JCHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Join Commission International
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NLP	Nelékařský zdravotnický personál
NOP	Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
SAK	Společná akreditační komise
Sb.	Sbírka zákonů
WHO	World Health Organization
ZS	Zdravotnický standard

## ÚVOD

Pohled na poskytování kvalitní zdravotní péče se neustále mění a je stále aktuálním tématem. Reformy zdravotnických systémů přinesly i změny postojů pacientů k poskytované zdravotní péči, kdy jsou kladeny zvýšené nároky na odbornost a kvalitu zdravotní péče. (Plevová, 2012a). Kvalita má dvě dimenze, subjektivní, jak je člověk jako jedinec spokojen a objektivní, ta představuje sledování konkrétních nastavených a dohodnutých kritérií. Jinak ale může vnímat kvalitu zdravotník a jinak pacient.

Zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Doporučení k jeho zavedení na národní úrovni dala již Rada Evropy v roce 1997. Jak uvádí Gladkij (2003), hlavním cílem systému kvality je zvyšování kvality péče o pacienty, která je v souladu s jejich potřebami a nároky, vede k jejich spokojenosti, ke zlepšení zdravotního stavu a kvality života. Cílem je také omezit chyby a nežádoucí výsledky a s tím spojené vyšší náklady na zdravotní péči a v neposlední řadě i promrhaný čas zdravotníků.

Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, způsob jejich tvorby a také jejich sledování jsou definovány ve Vyhlášce č. 102/2012 Sb. v příloze č. 1, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Z této Vyhlášky vycházejí i akreditační standardy pro nemocnice, které vydává Sdružená akreditační komise (SAK). V těchto akreditačních standardech je mimo jiné definováno, že nemocnice by měly provádět vstupní hodnocení bolesti u všech přijatých pacientů a také by měly mít zavedený účinný systém léčby bolesti. Aby mohlo dojít k naplňování těchto standardů, musí si zdravotnické zařízení samo definovat vnitřní předpisy, které musí být v souladu s platnou legislativou, musí být funkční a nemocnice musí pověřit osoby zodpovědné za jejich dodržování (Marx a Vlček, 2014). Nezbytnou součástí procesu zdravotní péče o pacienta je také její dokumentování, které je definováno ve Vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Jednou z možností, jak měřit a hodnotit kvalitu péče, je sledování indikátorů kvality. Specifickým indikátorem kvality je hodnocení péče o pacienta s bolestí. Bolest u dětí byla ještě v nedávné historii nedostatečně léčena a byla ověřena mnohými mýty. Od doby, kdy byl přijat fakt, že i nezralý novorozenec vnímá bolest, šel vývoj, hodnocení a celková úroveň zájmu o problematiku bolesti u dětí velmi dopředu. Také v České republice se po vydání obecně uznávané monografie „Dítě a bolest“ (Mareš et al., 1997) začala situace pozvolna

lepšit. V současnosti je kladen důraz na používání vhodných a platných měřících nástrojů k hodnocení bolesti (Stanley a Pollard, 2013). Pro její snadnější hodnocení se využívají škály bolesti. Ne vždy je ale možné hodnocení bolesti napasovat do předpisů a škál, vždy je potřeba přihlídnout k individualitě dítěte, ale i zdravotníků, kteří bolest dítěte hodnotí. Nejen hodnocení bolesti, ale také její dokumentování, je důležitým krokem k efektivnímu zvládnutí managementu dětské bolesti (Stanley a Pollard, 2013).

Hlavním cílem práce je zaměřit se na dokumentování bolesti u dětí na vybraném dětském oddělení metodou retrospektivní studie a posuzovat shody nebo neshody s příslušnými platnými předpisy daného zařízení.



# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Cíle teoretické části**

Cílem teoretické části diplomové práce je vypracovat přehled aktuálních poznatků zaměřených na hodnocení bolesti u dětí z pohledu kvality a bezpečí zdravotní péče.

## **1.2 Cíle výzkumné části**

Hlavním cílem výzkumné části práce je zaměřit se na dokumentování bolesti na vybraném dětském oddělení metodou retrospektivní studie.

### **1.2.1 Dílčí cíle výzkumné části**

1. Analyzovat záznamy sester a lékařů o bolesti dětí ve zdravotnické dokumentaci.
2. Posuzovat shody nebo neshody s příslušnou směrnicí a zdravotnickými standardy daného zdravotnického zařízení.

## 2 MANAGEMENT KVALITY

### 2.1 Historie kvality

Kvalita má svou dlouhou historii, první zmínky o kvalitě pocházejí již z dob myslitele Aristotela. Mezi první „organizace“, které sledovaly kvalitu, patřily cechy. Ty stanovily pravidla, sledovaly jejich dodržování a při neplnění, či šizení zákazníků dokonce trestaly přísnými tresty. Určitou změnu kvality znamenala manufakturní výroba, kdy se sledoval a kontroloval celý proces výroby a kvality na jednotlivých úsecích. Největší rozvoj řízení kvality nastává po II. světové válce, kdy kvalita výrobků byla hlavním faktorem konkurence. Řízení kvality spočívalo především v kontrole dodržování výroby polotovarů a zkoušení hotových výrobků. V 70. letech 20. století docházelo ke stabilizaci vlastností výrobků, proto se management kvality začíná soustředit na procesy. Koncem 80. let management kvality preferuje zákazníka. Zjistil, že pokud zákazník je spokojený a nakupuje, je služba či výrobek kvalitní. Do popředí se dostává marketing. Objevují se snahy o prokazování managementu kvality (Madar, 2004).

Moderní přístupy v řízení kvality se počínají rozvíjet v 80. letech 20. století. V roce 1987 jsou poprvé přijaty normy ISO řady 9000. Tato organizace ISO se následně štěpí na další tzv. pod normy, pro jednotlivé oblasti včetně zdravotnictví. V řízení jakosti jsou uplatňovány preventivní přístupy. Nejdůležitější je, že pro kvalitní službu či výrobek je zapotřebí v celé firmě řídit kvalitu systémově a na všech úrovních. Paralelně zažívají rozmach i myšlenky TQM – Total Quality Management, který by se dal přeložit jako komplexní management kvality. Systém klade důraz na strategické řízení kvality a stává se tak jakousi manažerskou filosofií. Prosazuje všeobecné používání obecných principů managementu kvality po celém světě. Revize norem ISO řady 9000 v roce 2000 na jedné straně a přístupy TQM založené na modelech cen za kvalitu na druhé straně mají společný základ v tom, že je kvalita vnímána jako základ podnikatelské úspěšnosti (Spejchalová, 2011).

Rozvojem managementu kvality se zabývalo nemálo osobností, které svými poznatky přispěly k dnešní podobě managementu kvality. Jedním z nich je W. Edwards Deming (1900 – 1993). Tento americký statistik je považován za autora myšlenky systematického přístupu k řešení problémů a trvalého zlepšování kvality. Z jeho odkazu dodnes vycházejí principy managementu kvality po celém světě. Deming zformuloval 14 základních bodů řízení jakosti, ale také tzv. 7 smrtelných nemocí vedoucí k zániku firem jako je: nedostatek

vytrvalosti, důraz na krátkodobé zisky, hodnocení na základě výkonu, zásluh a každoroční hodnocení výkonu, vrtkavost managementu, řízení firmy jen na základě viditelných čísel, nadměrné náklady na zdravotní péči a nadměrné náklady na záruční opravy. Japonský císař mu za jeho zásluhy udělil nejvyšší japonské státní vyznamenání. Byla po něm také pojmenována jedna z celosvětově nejuznávanějších cen udělovaných za kvalitu – Demingova cena (Veber, 2007; Madar, 2004).

Mezi další osobnosti patří americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian (1919 – 2000). Donabedian stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče po celém světě. Definoval 3 prvky kvality jako je, struktura péče, vlastní proces a výstupy (tyto prvky budou dále definovány v kapitole 2. 3. Management kvality ve zdravotnictví). Další osobností je Joseph M. Juran, který řízení kvality chápal jako nedílnou a významnou součást managementu. Své poznatky a doporučení prezentoval v „Příručce řízení jakosti“. Za svůj přínos byl stejně jako Deming oceněn nejvyšším japonským vyznamenáním (Vlček, 2007).

## **2.2 Definice kvality ve zdravotnictví**

Definice kvality ve zdravotnictví, přístupů a pohledů najdeme v odborné literatuře mnoho, mění se v čase, a to jen potvrzuje, že definovat kvalitu není jednoduché. Jedním z úskalí při vyjádření kvality může být úhel pohledu na danou situaci. Gladkij (2003) uvádí, že i ve zdravotnictví je kvalita vnímána odlišně z pohledu zdravotnického pracovníka, pacienta, rodiny nebo veřejnosti. Vnímání je často ovlivněno i okolnostmi, kterými mohou být věk, pohlaví, vědomosti, upřednostňované hodnoty a další faktory.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966 jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“. Podle novější definice WHO z roku 1982 je kvalita zdravotní péče definována jako „*stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi*“ (Gladkij, 2003).

Další definice, kterou je nutné zmínit, je od Donabediana, který definuje kvalitu jako „*takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“ (Donabedian, 1980).

Škrla a Škrlová (2003) ve své knize citují Palmera a definují kvalitu takto: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.*“

Gladkij (2003) definuje princip kvality poskytovaných zdravotnických služeb jako „*Konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.*“

### **2.3 Management kvality ve zdravotnictví**

System managementu kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, procesů a zdrojů, nutných ke stálému zlepšování kvality zdravotní péče. Podle Donabediana kvalita zdravotnické péče obsahuje tři vzájemně propojené prvky:

- Strukturu péče - tj. souhrn zdrojů a podmínek péče
- Vlastní proces – jako jsou např. diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotníků s pacienty
- Výstupy (např. počet provedených vyšetření) a výsledky péče – to jsou ukazatele kvality jako např. pády, infekce spojené se zdravotní péčí apod.

(Gladkij, 2003).

Kvalitu ve zdravotnictví lze definovat z více úhlů pohledu. A to z pohledu lékařského a nelékařského personálu, z pohledu pacienta/klienta nebo z pohledu výstupů. Lékařský a nelékařský personál hodnotí stav pacienta, řídí terapii a poskytuje péči, uspokojuje potřeby vzniklé v souvislosti s onemocněním klienta a v neposlední řadě edukuje pacienta i sebe. Pacient hodnotí kvalitu na základě toho, zda je či není spokojen s nemocniční péčí, prostředím a přístupem personálu. Z pohledu výstupu je kvalita hodnocena na základě vyhodnocení provedených lékařských opatření a toho, zda u pacienta došlo ke zlepšení zdravotního stavu nebo kvality jeho života (Škrla a Škrlová, 2003).

Kvalita poskytované zdravotní péče je charakterizována přítomností mnoha proměnnými vlastnostmi, někdy se hovoří o dimenzích kvality. Každá z těchto dimenzí je jedinečná a tvoří nezastupitelnou část kvalitní péče. Mezi tyto dimenze kvality patří účinnost, dostupnost a včasnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotního stavu, soustavnost a návaznost, přijatelnost pro pacienty, ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality (Papoušková, Brabcová a Otáskova, 2006).

Gladkij (2003) také zdůrazňuje, že za kvalitu služeb, které jsou poskytovány celou institucí je odpovědný vrcholový a střední management této instituce, kdežto odpovědnost za kvalitu

péče, která je poskytována jednotlivým pacientům, náleží příslušným odborným zdravotnickým pracovníkům. Poskytovat kvalitní zdravotnické služby neznamena jen špičkové materiálně – technické vybavení pracoviště, ale i humánní přístup všech zdravotnických pracovníků k pacientům. Pojem kvality musí být součástí myšlení každého zaměstnance. Zatímco v průmyslu je určujícím faktorem kvality výrobek, ve zdravotnictví je pozornost zaměřena na činnosti odehrávající se ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem (Bolek et al., 2015).

## **2.4 Zvyšování a hodnocení kvality**

Hlavním z cílů systémů zvyšování kvality ve zdravotnictví je spokojenost pacientů, zlepšení jejich zdravotního stavu a kvality života a také kontinuální nárůst úrovně poskytovaných služeb. Je to zároveň schopnost vyvarování se stejných chyb, nežádoucích výsledků a s tím spojené výše neefektivně vynaložených nákladů a v neposlední řadě ušetřit zdravotníkům promrhaný čas a vyvarovat se možným soudním sporům. Mezi hlavní zásady zvyšování kvality patří jasně definovaný záměr zlepšovat kvalitu, vytvoření jednotné a srozumitelné definice kvality, soustavné měření kvality, pochopení vzájemných závislostí jednotlivých součástí celé instituce, potřeba neustálého objasňování příčin nedostatků a využívání prostředků k jejich odstraňování. V další řadě je to redukce duplicit, zbytečností a složitostí. Účinné zvyšování kvality také vyžaduje změnu rolí a aktivitu vedoucích pracovníků (Gladkij, 2003).

Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťující především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Doporučení k jeho zavedení na národní úrovni dala již Rada Evropy v roce 1997 a tyto požadavky později detailně formulovala i Rada evropské unie v „*Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí*“ (MZ ČR, 2010a). V České republice (ČR) je sledování a hodnocení kvality a bezpečí zakotveno v legislativě, a to v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon definuje, že kvalitu lze měřit dvěma způsoby a to:

### **1. Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**

Zdravotnické zařízení je povinno v rámci zajištění kvality provádět interní audity. Toto interní hodnocení provádí pověření pracovníci, tzv. auditoři, v rámci zdravotnického zařízení. Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vypracovalo pro zavedení tohoto systému minimální

požadavky a metodický návod pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí. Jejich součástí jsou požadavky na plnění Resortních bezpečnostních cílů ministerstva, které jsou v aktualizovaném znění uvedeny ve Věstníku MZ č. 16/2015 (Česko, 2015). Interní hodnocení vychází ze stanovených lokálních standardů. Jedná se o komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým nemocnice hodnotí kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni. Sebehodnocení by mělo být objektivní v sebekritičnosti, kontinuální a mělo by sledovat dynamiku vývoje (Česko, 2015).

## 2. Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Proces externího hodnocení je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla s účinností od 23. 8. 2016 novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb. Předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. Je nutno podotknout, že externí hodnocení kvality a bezpečí není povinné. Jedná se o dobrovolný proces, který je proveden na žádost zdravotnického zařízení. Hodnocení kvality provádí externí akreditační realizační tým, který provedl šetření a kontrolu, zda kvalita péče odpovídá předepsaným akreditačním standardům. Pokud úroveň poskytovaných služeb v lůžkovém zdravotnickém zařízení vyhovuje požadavkům, oprávněná osoba vydá certifikát kvality a bezpečí a zdravotnické zařízení získá akreditaci s platností 3 roky (MZ ČR, 2010a).

Význam externího akreditačního procesu spočívá především ve zvyšování důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí, přispívá ke spokojenosti zaměstnanců, zvyšuje participaci pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče, vytváří kulturu otevřené organizace, dává formální záruky pro pacienty a plátce, že zdravotnické zařízení splňuje rozhodující předepsané minimální požadavky na kvalitu a bezpečnost a snižuje nežádoucí variabilitu mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče (JCI, 2018; Gladkij, 2003). K externímu hodnocení kvality je možné využít systémové modely národních a nadnárodních akreditačních standardů.

### **2.4.1 Systémy hodnocení kvality**

V současnosti existuje několik systémů, které se zabývají kontrolou, vyhodnocováním kvality zdravotní péče a akreditací ve zdravotnických zařízeních. Z těch nejdůležitějších je potřeba uvést tyto:

#### **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – JCAHO**

Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (dále jen JCAHO) sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví od roku 1951. JCAHO ovlivnila a dodnes ovlivňuje akreditační modely pro zdravotnická zařízení v mnoha zemích světa. Jejím posláním je neustálé zlepšování zdravotní péče. Vypracovává standardy, posuzuje činnost jednotlivých zdravotnických zařízení a vydává jim akreditace (JCHO, 2018).

#### **Joint Commission International – JCI**

Joint Commission International je dceřinou společností JCAHO. Identifikuje, posuzuje a sdílí osvědčené postupy v oblasti kvality a bezpečnosti pacientů na mezinárodní úrovni. Poskytuje vedení a inovativní řešení, která pomáhají zdravotnickým organizacím zlepšit výkonnost a výsledky. Spolupracuje s nemocnicemi a dalšími zdravotnickými organizacemi, zdravotnickými systémy, ministerstvy, veřejnými zdravotními agenturami, akademickými institucemi a podniky, aby dosáhly špičkového výkonu péče o pacienty (JCI, 2018).

V České republice v současnosti existuje 9 oprávněných osob k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví ČR je povinno zveřejňovat seznam těchto oprávněných osob podle zákona č. 372/2011 Sb. dle § 100 odst. 3 (MZ ČR, 2010b). Zdravotnické zařízení, ve kterém byla prováděna výzkumná část diplomové práce, je držitelem akreditace Spojené akreditační komise (SAK), proto se v práci budu blíže zabývat touto oprávněnou osobou.

#### **Spojená akreditační komise – SAK**

Spojená akreditační komise (SAK) vznikla v roce 1998. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit, organizuje odborné konference a vzdělávací akce a vydává publikace pro podporu těchto aktivit (SAK, 2010a).

Pro zdravotnická zařízení, která se přihlásí do akreditačního procesu, vydal SAK „*Akreditační standardy pro nemocnice*“ platné od 1. 1. 2014. Akreditační standardy SAK popisují oblast a činnosti, které musí zdravotnické zařízení definovat, nejčastěji vnitřním předpisem, a tím zajistit jejich standardizaci. Akreditační šetření ověřuje, zda zdravotnické zařízení naplnilo požadavky akreditačních standardů a zda vychází z platné národní i oborové legislativy. Protože cílem akreditace SAK je kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, požaduje řada standardů, aby zdravotnické zařízení sbíralo data, která ilustrují trendy v jednotlivých oblastech. Prezentace analýzy těchto dat je nedílnou součástí akreditačního šetření. Akreditační šetření provádějí auditoři SAK, kterými jsou lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci a administrativní pracovníci ve zdravotnictví. Šetření probíhá tzv. metodou „stopař“. Výsledkem akreditačního šetření je závěrečná zpráva auditorů předložená kanceláři SAK. Kancelář seznámí zdravotnické zařízení s výsledkem šetření a s tím, zda byla akreditace udělena či neudělena (SAK, 2010b).

## **2.1 Standardy**

Standardy jsou dohodnutou profesní normou kvality, která vymezuje minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání zdravotníky před neoprávněným postihem (Válková, 2015). Standardizace pomáhá se zavedením vhodných postupů, směrnic nebo norem do praxe. Idea je taková, aby se standardy používaly v co nejširším rozsahu, nejlépe mezinárodně. Existují společné ošetrovatelské standardy, které jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací Evropské unie, WHO a Mezinárodní rady sester. Standardy se dělí na centrální, které vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy nebo jako rámcové standardy a na standardy lokální, které jsou vydávány v konkrétním zdravotnickém zařízení a vycházejí z rámcových standardů. Standard má vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. (Plevová, 2012a; Janečková a Hnilicová, 2009).

Při sestavování standardů je možné využívat různé teoretické modely. Jak už bylo zmíněno např. Donabedian definoval zajišťování kvality z hlediska struktury, procesu a výstupu péče. Z tohoto pohledu je možné rozdělit standardy na strukturální, procesuální a standardy výsledků (Válková, 2015).

*Standardy strukturální* určují metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, vybavení prostředí, vhodné přístrojové vybavení, nástroje na komunikaci a integraci apod. Na národní



úrovní jsou definovány platnou legislativou, obvykle jsou označovány jako směrnice. Definují odbornou a speciální kvalifikaci jednotlivých profesí, určují minimální zastoupení zdravotnických pracovníků a jejich kompetence, podporují jejich celoživotní vzdělávání (Plevová, 2012a).

*Standardy procesuální* stanovují postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Tyto standardy se zabývají popisem doporučených ošetrovatelských i léčebných postupů a výkonů. Doporučení vycházející z důvěryhodných zdrojů, jako je evidence based medicine, která je založena na důkazech z mnoha řízených klinických studií (Janečková a Hnilicová, 2009). Jak uvádí Plevová (2012a), většina zdravotnických zařízení si stanovila vlastní systém tvorby i formy standardních ošetrovatelských i lékařských postupů reflektující požadavky akreditačních standardů. Cílem je zajištění jednotné péče a bezpečného postupu jak pro pacienta, tak pro zdravotníka.

*Standardy výsledků* stanovují metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzu a hodnocení výsledků jako je např. spokojenost pacientů, spokojenost personálu, kvalifikace ošetrovatelského personálu, výskyt nežádoucích událostí jako jsou pády, dekubity apod. (Válková, 2015). Vedle samotného stanovení standardů je také velice důležité určit kritéria hodnocení. Jsou to předem ustanovené prvky, charakteristiky či vlastnosti, díky nimž jsme schopni změřit, jak byl standard splněn (Janečková a Hnilicová, 2009).

## **2.2 Indikátory kvality**

Indikátory kvality jsou kvantitativní údaje o kvalitě procesu, jedná se o měřitelné parametry vztahující se k určitému kontextu (např. počet pádů, dekubitů) a které se dají srovnávat v čase (Plevová, 2012a). Jsou to kritéria, která se používají při porovnání se směrnicemi, požadavky či standardy. Vyjadřují, z jaké části bylo dosaženo konkrétního standardu. Lze je zaměřit na kladné, ale i na negativní ukazatele. Při vyhodnocování indikátoru je nutné je s něčím porovnat, jinak je zjištěná číselná hodnota pouhou statistikou, která o kvalitě nic neřekne (Válková, 2015).

Indikátory kvality lze dělit z různých hledisek. Mohou se týkat struktury, procesu, a výstupů. *Indikátory struktury* se mohou týkat kvalifikace sester, lékařů, technického vybavení.

*Indikátory procesu* se mohou týkat měření jeho efektivity nebo správnosti. Mezi tyto indikátory lze zařadit např. čekací doby na příjem, procento nozokomiálních nákaz, úroveň zdravotnické dokumentace, shoda se specifickými akreditačními standardy apod.

*Indikátory výstupů* jsou např. konkrétní určení hlavní dg., náklady na lůžko/den apod. (Válková, 2015).

Dalším dělením indikátorů je na generické a specifické.

*Generické* (obecné) jsou např. infekce spojené se zdravotní péčí, procento opožděných nebo chybných diagnóz, mimořádné události během anestezie apod.

*Specifické* (individuální) indikátory jsou indikátory konkrétního pracoviště. Příkladem specifických indikátorů sledovaných v pediatrii jsou: zranění novorozenců, přesun na jednotku intenzivní péče po 24 hodin života, opětovná hospitalizace během 72 hodin po propuštění, úmrtnost hospitalizovaných dětí včetně pooperační úmrtnosti, ventilátorové pneumonie a také bolest u dětí (Škrla, 2005).

Škrla a Škrlová (2003) dělí dále indikátory na poměrové a strážní.

*Poměrové indikátory* sledují jev, který se vyskytuje s určitou pravidelností. Základem je sběr a záznam dat, která lze vyjádřit jako poměr nebo průměr. Aby bylo možné indikátor porovnávat, je nutné, aby měl čitatele a jmenovatele, pak můžeme formulovat sledovaný jev procentuálně nebo grafem např. počet opakovaných hospitalizací za určité období.

*Strážní indikátory* neboli sentinelové, se zabývají převážně mimořádnými, nežádoucími událostmi např. úmrtí pacienta během operace, požár nebo soudní proces. Následovat by mělo okamžité vyšetřování a analýza příčin.

Vzhledem k omezeným zdrojům nelze sledovat všechny indikátory. Jaké oblasti se budou sledovat pomocí objektivních dat je na rozhodnutí řídicích a vedoucích pracovníků. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, musí nemocnice zdůvodnit a vysvětlit, proč zvolila konkrétní sledované indikátory a proč naopak některé oblasti sledovány nejsou. Jedním z klíčů, který lze použít pro výběr oblastí sledovaných pomocí indikátorů kvality, je zaměřit se na postupy, které jsou rizikové, ekonomicky náročné, nekonzistentně prováděné v rámci nemocnice či nově zavedené (Marx a Vlček, 2014).

SAK ČR (2014c) ve vydaných akreditačních standardech pro nemocnice účinných od 1. 1. 2014 uvádí, že v nemocnici by měly být sledovány minimálně tyto klinické oblasti: podávání anestézie, chirurgická/invazivní péče, skladování, předepisování a podávání léků, dodržování všech bezpečnostních cílů, nemocniční nákazy a protiepidemická opatření, včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace. V neklinické oblasti to je spokojenost pacientů a zaměstnanců. Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další zlepšování a musí být důsledně analyzovány (Marx a Vlček, 2014).

Plevová (2012a) také uvádí, že při výběru indikátorů je vhodné provést audit, který nám může nastínit, co je nutné sledovat poté vytvořit indikátory kvality „na míru“.

Sběr indikátorů kvality je zapracován do Národního systému hlášení nežádoucích událostí, který od roku 2013 spadá do registru ÚZIS ČR (ÚZIS, 2018).

### **2.3 Audit kvality**

Pacienti by měli mít možnost být ze své zdravotnické dokumentace informováni, jak efektivně nebo naopak neefektivně byly využity finance na jejich léčbu. Tímto se poprvé zmínila o auditu ve zdravotnictví v roce 1863 Florence Nightingalová (Škrála a Škrlová, 2003). Od vzniku pojmu audit je možné se setkat s různými definicemi, které se snaží vymezit podstatu auditu. Silvo v roce 1972 definoval audit jako systematický proces objektivního získávání a vyhodnocování důkazů týkajících se informací, činností nebo událostí s cílem zjistit míru souladu mezi nimi a oznámit výsledky zainteresovaným stranám. Další zahraniční autor Lee v roce 1984 vymezil audit jako způsob, kterým je jedna osoba ubezpečena druhou o kvalitě, podmínkách nebo stavu zkoumané věci (Bolek et al., 2015).

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, nemocnice a jednotlivá oddělení, která plánují měřit a hodnotit kvalitu za použití auditů, musí nejprve kvalitu vyjádřit pomocí standardů, směrnic a dalších nařízení (Škrála a Škrlová, 2003). Audity jsou nezbytnou součástí dobrého fungování organizace. Dosažení jednotlivých standardů ukazuje, že klinická praxe umožňuje poskytovat vysokou kvalitu péče ke spokojenosti pacientů, rodinných příslušníků i personálu a umožňuje upozornit na oblasti, které je potřeba dále rozvíjet. Audit představuje proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá standardu a zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno (Papoušková, Otásková a Brabcová, 2006).

Audity můžeme rozdělit na interní a na externí:

*Interní audit* je proces, při kterém instituce hodnotí sama sebe, vykonávají ho pověření odborníci ze stejné organizace a ze získaných výsledků si instituce vytvoří své individuální plány zvyšování kvality. Výsledky auditu využívá pouze auditované zařízení. Napomáhá shromáždit data, eliminovat rizikové faktory a odhalit možnosti, jak zvyšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče (Janečková a Hnilicová, 2009).

Naopak *externí audit* provádí nezaujatý odborník, kterého kontrolované pracoviště nezná. Takovýto audit se může využívat jako příprava pro získání akreditace a výsledky mohou využívat i jiné organizace (Janečková a Hnilicová, 2009).

Cílem auditu není nikdy hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému a zajištění co nejrychlejší nápravy. Schopnost a ochota oddělení (vrchních a staničních sester, primářů, lékařů, směnných sester) realizovat potřebné změny jsou jednou z hlavních podmínek úspěchu auditu. V rámci auditu můžeme hodnotit probíhající péči (tzv. průběžné hodnocení) nebo analyzujeme již poskytnutou péči, a to na základě studia zdravotnické dokumentace a jiných písemných dokumentů. V tomto případě se jedná o zpětné (retrospektivní) hodnocení (Kareš, 2006).

### **2.3.1 Metody auditu, fáze auditu**

Metodami auditu je pozorování zdravotníků při práci, sběr statistických údajů (dotazníky, hlášení mimořádných událostí apod.), dotazování pacientů, zjišťování, jak je hodnocena péče spolupracovníky, měření účinnosti péče, zjišťování, jak hodnotí péči rodina, veřejnost, kontrola dodržování standardů a směrnic, kontrola otevřené a uzavřené dokumentace, selfhodnocení a metoda „stopař“ zaměřená na péči o konkrétního pacienta nebo funkčnost jednotlivých systémů (Plevová, 2012a).

Auditní šetření je proces, který by měl splňovat určité fáze, které na sebe navazují. První fází je stanovení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči (NOP) a manažerem kvality oblasti auditních šetření na dané období včetně časového harmonogramu. Poté je sestaven NOP a manažerem kvality auditní tým, který je tvořen nelékařskými zdravotními pracovníky bez odborného dohledu ze všech oborů. Auditóři musí být v této oblasti proškoleni. Sestavenému auditnímu týmu je s dostatečným časovým předstihem předán časový harmonogram auditů a jsou jim předány listy s hodnotícími kritérii podle stávajících standardů a směrnic. Audit probíhá nejčastěji po skupinách o 2 – 3 členech. Auditóři objektivně hodnotí a zapisují

zjištěná data do auditních listů, hodnocení nesmí obsahovat subjektivní připomínky a závěry a mělo by být konsenzem všech auditorů. Členové týmu předají vyplněné a podepsané listy NOP nebo manažerovi kvality, kteří data analyzují, vyhodnotí a stanoví závěry a navrhovaný postup. Poslední fází je prezentace výsledků na schůzkách oddělení kvality, na schůzkách vrchních sester nebo jiných poradách. Personál je seznámen s výsledky a případnými nápravními opatřeními. Informace musí být prezentovány obecně ne jmenovitě. Nakonec je zhodnoceno, zda došlo k nápravě (Válková, 2015; Plevová, 2012a).

## **3 BOLEST U DĚTÍ JAKO INDIKÁTOR KVALITY**

### **3.1 Management bolesti**

Každý pacient má právo na léčbu bolesti. V ČR je tato skutečnost legislativně zakotvená ve Vyhlášce MZ ČR č. 102/2012 Sb. o kvalitě a bezpečí lůžkové zdravotní v minimálních hodnotících standardech kvality a bezpečí. Jeden z těchto standardů definuje, že by poskytovatel zdravotní lůžkové péče měl využívat diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené profesními a odbornými organizacemi (Česko, 2012a). V akreditačních standardech SAK je definováno, že by nemocnice měla mít zavedený účinný systém léčby bolesti. Nemocnice musí respektovat právo pacientů na účinné hodnocení bolesti a léčbu bolesti. Postupy zaměřené na vyhodnocení a léčbu bolesti by měla nemocnice stanovit vnitřním předpisem a tento postup hodnocení bolesti by měla upravit pro všechny kategorie pacientů včetně dětí a osob, které nejsou schopny verbální komunikace. Při hodnocení bolesti by mělo zdravotnické zařízení také zajistit příslušné skrínigové nástroje – škály. Přítomnost bolesti by se měla hodnotit u všech pacientů při přijetí do nemocnice. V případě, že pacient bolest má, musí být jako součást vstupního vyšetření standardizované hodnocení bolesti. Při vstupním hodnocení bolesti by se měl zjišťovat typ bolesti, její intenzita, lokalizace, frekvence a délka trvání. Na základě vstupního hodnocení by se měla dále provádět léčba a sledování bolesti a hodnocení bolesti náležitě dokumentovat. Zdravotničtí pracovníci by také měly v souladu s vnitřními předpisy nemocnice provádět přehodnocování bolesti, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti a edukovat pacienty a jejich blízké o léčbě bolesti. V neposlední řadě by měla nemocnice zajistit vzdělávání pracovníků v oblasti identifikace a léčby bolesti (Marx a Vlček, 2014).

### **3.2 Definice bolesti**

V literatuře existuje celá řada definic bolesti, z nichž nejznámější je od Mezinárodní asociace pro studium bolesti (ISAP), která definovala bolest v roce 1979 jako „*nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání nebo skutečnost popsána výrazy pro takové poškození*“ (ISAP, 2017). Důležitým doplňkem této definice je konstatování skutečnosti, že bolest je vždy subjektivní a že neschopnost komunikovat slovně nevylučuje možnost, že jednotlivec prožívá bolest a potřebuje odpovídající léčbu bolesti (ISAP, 2017). Sternbach k této definici dodává: „*Bolest je spojení obranné reakce a soukromé*

*zkušenosti s utrpením*“. McCaffery o bolesti řekl: „*Bolest je to, co říká pacient a existuje vždy, když to pacient tvrdí*“ (Sedlářová, 2008).

### **3.3 Bolest u dětí**

Od vydání celosvětově uznávané monografie v České republice „Dítě a bolest“ (Mareš et al., 1997) se začala věnovat dětské bolesti větší pozornost, než tomu bylo v letech předešlých. Byla popřena řada mýtů, která se tradovala o dětské bolesti. Předpokládalo se, že si děti bolest nepamatovaly, nedokázaly sdělit přítomnost bolesti nebo byly schopny se adaptovat na bolestivé výkony (Plevová et al., 2012b). Negativní zážitky spojené s bolestí v dětském věku si děti nesou do dospělého věku a potom je dál předávají zase svým dětem. Bolest je jedinečný fenomén, komplex subjektivních pocitů, který je nepřímo měřitelný a ve své podstatě nesdělitelný a to především ve vývojovém období dětství (Palyzová et al., 2012).

Sestry mají v léčbě bolesti nezastupitelnou úlohu, protože tráví s malými pacienty nejvíce času, plní roli jakého si prostředníka mezi dítětem a lékařem a také mají zpravidla s dětmi ale i jejich rodiči bližší vztah (Sedlářová et al., 2008). Léčba bolesti je obtížná nejen pro svou subjektivní povahu, ale i proto, že vyjádření bolesti i její zmírňování je ovlivněno mnohými faktory. Bolest je potřeba chápat v širokém kontextu a to vyžaduje od sester znalosti z fyziologie, psychologie i kulturních faktorů, které by mohly mít vliv na vnímání bolesti. V neposlední řadě je potřeba umět správně používat hodnotící techniky a znát léčebné postupy (Fendrychová, 2013). Sestry by měly umět jednak bolesti předcházet, a pokud to není možné, měly by ji včas rozpoznat, vyhodnotit, hned zahájit léčbu a zhodnotit její účinnost. Je potřeba také zodpovědně přistupovat k plánování bolestivých ošetrovatelských úkonů a mezi důležité povinnosti sester patří i dokumentování bolesti (Sedlářová et al., 2008).

#### **3.3.1 Dělení bolesti**

Už od nejranějšího věku se setkává dítě s různými formami bolesti. Většinou se jedná o krátkodobé bolestivé epizody související s jeho aktivitami. Bolest je také spojena s celou řadou a akutních a chronických onemocnění a s invazivními diagnostickými a terapeutickými procedurami. Z tohoto pohledu je základní dělení bolesti na *akutní, chronickou, rekurentní a procedurální typ* (Chang et al., 2015; Palyzová et al., 2012).

Nejčastějším typem bolesti u dětí je *akutní bolest*. Jedná se o nepříjemný vjem různé intenzity obvykle jasně definovaným spouštěčem. Trvá minuty, hodiny, dny až týdny maximálně 3 měsíce. Je charakterizována intenzitou bolesti, která stoupne k vysokým hodnotám, ale

nesetrvá na nich a začne klesat. Je pro děti překvapivá, pro malé dítě nevysvětlitelná záležitost, která je zdrojem úzkosti, strachu a neklidu. I když ale emoční distres (tj. stres s negativními účinky) trvá déle než trvání vlastní bolesti, nezanechává obvykle trvalé stopy na psychickém stavu dítěte (Chromá a Sikorová, 2014; Palyzová et al., 2012). Pokud by se akutní bolest dostatečně neléčila, hrozí vznik chronické perzistentní bolesti, která se pak obtížně a zdlouhavě léčí (Rokyta et al., 2009).

*Chronická bolest* je v literatuře definována jako bolest trvající déle než 3 – 6 měsíců, kolísající intenzity, která se často vrací. Za chronickou je třeba považovat bolest i při kratším trvání, pokud přesahuje dobu pro dané onemocnění či poruchu obvyklou. Chronická bolest nemá žádnou biologicky užitečnou funkci a je zdrojem tělesných, duševních i sociálních útrap. Je významným problémem mnoha dětí i dospívajících. V literatuře se uvádí, že některou její formou trpí až 15 – 25 % dětí, častější bývá u dívek než chlapců s vrcholem incidence ve věku 13 – 14 let. Chronická bolest má široké spektrum příčin a kromě somatických jsou ve hře často psychogenní příčiny (Palyzová et al., 2012; Sedlářová et al., 2008; Chromá a Sikorová, 2014; Rokyta et al., 2009).

*Procedurální typ* bolesti je bolest způsobená diagnostickými a terapeutickými výkony jako jsou např. odběry krve, zavádění katetru, ošetřování popálenin apod. Příčina a zdroj jsou tedy známy (Mareš et al., 1997; Palyzová et al., 2012).

*Rekurentní bolest* je bolest kolísavé intenzity, kdy se střídají bolestivá a nebolestivá období. Obecně lze říct, že se jedná o neočekávané, krátké ataky bez jasné příčiny, kdy spouštěčem může být např. konflikt ve škole nebo v rodině (Palyzová et al., 2012).

### **3.4 Vnímání bolesti ve vztahu k jednotlivým vývojovým obdobím**

Čím je dítě mladší, tím obtížněji u něj můžeme identifikovat bolest a separovat ji od negativních emocí. S přibývajícím věkem dítěte se postupně mění dětské vnímání, prožívání a hodnocení bolesti. Dítě reaguje na bolest takovými projevy, kterými v daném vývojovém stadiu disponuje a na základě svých individuálních zkušeností. Je potřeba si přiblížit rozdíly ve vnímání bolesti v jednotlivých vývojových stadiích dítěte, protože na základě těchto rozdílů by měla sestra vybrat vhodný měřicí nástroj pro hodnocení bolesti (Plevová et al., 2012b; Sedlářová et al., 2008; Palyzová et al., 2012).



Jak zralí tak i nezralí *novorozenci* vnímají bolest. Jak uvádí Fendrychová (2013) dříve se mylně někteří autoři domnívali, že u novorozence neexistuje vnímání bolesti a odpověď na bolestivé stimuly. Tento tradiční pohled vedl k závěru, že lidský plod a novorozenec bolest necítí, výsledkem bylo vynechání analgetik nebo anestetik v průběhu bolestivých procedur včetně chirurgických. Jelikož v tomto období neexistují žádné verbální projevy bolesti, je potřeba se opírat pouze změny chování a fyziologických funkcí. Ale i přes to je u novorozence možné stanovit míru bolesti a účinek léčby (Plevová et al., 2012b; Palyzová et al., 2012).

*Batolata* mají výraz pro bolest zhruba od osmnácti měsíců (Plevová et al., 2012b). Bojí se cizích lidí a přítomnost rodičů je pro ně důležitá. V tomto věku si začínají uvědomovat vlastní osobu, a proto bychom jim měly umožnit částečnou možnost kontroly při vyšetření nebo bolestivých procedurách jako např. nechat dítěti vybrat ruku pro odběr krve, vybrat si, zda budou rodiči sedět na klíně nebo ležet (Kalousová et al., 2008; Sedlářová et al., 2008). Při hodnocení bolesti dítěte je potřeba všimnout si jeho chování, protože dítě svými neverbálními projevy naznačí často oblast bolesti. Na základě pozorování je možné provést identifikaci bolesti cílenými dotazy. Je vhodné využívat i techniky odvádění pozornosti, které mohou pomoci dítěti u mírné bolesti na ni zcela zapomenout (Plevová et al., 2012b).

*Předškolní děti* již umí vyjádřit bolest slovy. Často věří, že je bolest trest, že ji samy způsobily, což zvyšuje stres. Velice dobře se dá u nich využít odvrácení pozornosti, jelikož se u nich mísí skutečnost a fantazie. Potřebují mít pocit kontroly, potřebují rozhodovat, oceňují také partnerský přístup. Nikdy bychom neměli dítě podvádět a neslibovat dítěti, že „nic nebude bolet“. Dítě to vnímá jako podraz a lež, cítí se zrazené, je pak našťvané na všechny authority (Plevová a Slowik, 2010; Sedlářová et al., 2008). Předškolní děti dokáží bolest verbálně popsat (bolí hodně, málo, více, méně), ale neumí zhodnotit její prožívání výstižnou slovní charakteristikou (Plevová et al., 2012b).

*Školní děti* začínají logicky uvažovat, mají představu o příčině a následku a rozumění pojetí času. Mají bohatou fantazii, z toho plyne, že některé jejich obavy a představy mohou být skutečně děsivé a může být obtížné je odhalit. Bojí se změny vzhledu svého těla. Nejsou závislé již tolik na rodičích a jsou samostatnější. Dokáží dobře sdělit intenzitu bolesti (Kalousová et al., 2008).

*Dospívající* mají abstraktní myšlení. Je pro ně důležitý pocit důstojnosti a kontroly. Dobře se u nich může uplatnit nácvik různých technik zvládnání bolesti. Někdy mohou záměrně popírat a zkreslovat bolest z různých důvodů a proto je možné, že si neřeknou ani o léky na bolest (Sedlářová et al., 2008).

### **3.5 Hodnotící a měřící nástroje bolesti**

Výzkumy i praktické zkušenosti ukazují, že zjišťovat bolest u dětí je náročnější než u dospělých. Způsobů, jak měřit bolest je mnoho. Obecně používané postupy zahrnují vlastní hodnocení bolesti dítětem tzv. sebehodnocení, dále pozorování změn v chování dítěte, změny ve fyziologických a laboratorních parametrech. Základem hodnocení bolesti je používání spolehlivých a validních nástrojů – škál, které využívají kombinace různých parametrů (Palyzová et al., 2012; Sedlářová et al., 2008). Palyzová (2012) poukazuje na dva problémy z metodologického hlediska. Škály, které se používají pro měření intenzity bolesti, jsou obvykle škály pořadové, ale neumožní říci o „kolikrát“ či „o kolik“. Další problém je takový, že intenzita prožívané bolesti je velmi individuální, takže horní konec škály označený výrokem „nejhorší možná bolest“ je vázán na dané dítě a jeho životní zkušenost. Proto srovnávání naměřených hodnot je smysluplné u stejného dítěte opakovaně v průběhu času, nikoliv mezi různými dětmi navzájem.

Palyzová et al. (2012) v publikaci *Bolest* uvádí, že diagnostika bolesti zahrnuje zpravidla několik parametrů neboli dimenzí bolesti, které je potřeba hodnotit a na které se můžeme dítěte zeptat. Je to zejména:

- Topologie bolesti - „Kde tě to bolí?“
- Intenzita bolesti - „Jak moc tě to bolí?“
- Kvalita bolesti – „Jaká ta bolest je? Jakými slovy bys ji popsal? K čemu se dá přirovnat?“
- Časový průběh bolesti – Jak se bolest mění v čase?“
- Ovlivnitelnost bolesti – Po čem bolest ustupuje?“
- Příčina bolesti – Co si sám myslíš a o bolesti? Proč tě to asi bolí?“
- Strategie zvládnání bolesti – Co jsi sám vyzkoušel, abys bolest vydržel nebo aby byla bolest menší?“

Bolest se dá hodnotit z různých úhlů pohledu. V zásadě je možné rozdělit měřící nástroje k hodnocení bolesti na sebeuposuzovací, dle kterých hodnotí sám nemocný svoji bolest

a pozorovací, které využívají zdravotníci. Každá z těchto dvou skupin je buď unidimenzionální (jednoduché = snaha vyjádřit jednou souhrnnou hodnotou komplexní prožitek bolesti, k tomu jsou používány škály) nebo multidimenzionální (vícerozměrné = zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinku zavedené léčby a vlivu bolesti na denní aktivity a pacientovy emoce) které se dají posuzovat verbálními i nonverbálními metodami. Mezi více rozměrové škály se řadí i observační škály využívané u nejmenších dětí, kde není sebehodnocení možné (Chuang et al., 2015; Mandysová et al., 2015; Stanley a Pollard, 2013). Tyto metody budou dále popsány.

*Sebehodnocení* bolesti je považováno za zlatý standard v hodnocení bolesti a mělo by být vždy první volbou při výběru vhodného přístupu k jejímu hodnocení. Je zaměřeno na subjektivní dimenzi bolesti a je to nejcennější a nejpresnější postup, jak hodnotit bolest. Názory autorů, ve kterém věku dítěte je vhodné konkrétní metody použít se mírně liší, shodují se ale, že nejvhodnější je sebehodnocení využít zejména u předškolních a školních dětí. Je potřeba ale brát v úvahu schopnost dítěte verbalizovat bolest, úroveň kognice dítěte s individuálním přihlédnutím k úrovni psychomotorického vývoje (Palyzová et al., 2012; Sedlářová et al., 2008; Mareš et al., 1997).

### **3.6 Unidimenzionální škály**

Nejčastěji měřeným parametrem pomocí unidimenzionálních (jednoduchých) sebehodnotících nástrojů je intenzita bolesti, kdy se hodnotí „jak moc to bolí“. Z vhodných metod jsou zde vyjmenovány ty, které doznaly širšího klinického využití.

#### **3.6.1 Metoda pokerových žetonů (Poker Chip Tool)**

Metoda pokerových žetonů (PCT) je určena pro děti ve věku 4 – 8 let. Používají se čtyři červené pokerové žetony. Sestra předloží před dítě podložku s žetony. Následně jej požádá, aby dalo do komínku tolik žetonů, podle toho, jak velkou bolest pociťuje. Sestra vysvětlí dítěti, že jeden žeton představuje jeden malý kousek bolesti a čtyři žetony představují tu největší možnou bolest. I když je tento nástroj široce uznávaný, je třeba důkladně zhodnotit, zda nejmenší děti dovedou žetony spočítat a odhadnout míru bolesti (Sedlářová et al., 2008). Podobnou metodou je metoda Equal-Size Block používající k hodnocení kostičky.

#### **3.6.2 Metoda Oucher (The Oucher Scale)**

Oucher (The Oucher Scale) je metoda obrazové a grafické podoby, která je určena dětem od 3 - 4 let do 12 let a česky se dá označit jako „bolitoměr“. Tato metoda je kombinací dětských

obličejů (pro malé děti) vyjadřujících různý stupeň intenzity bolesti a škály s číselnými hodnotami (pro děti větší), kterou tvoří číselná stupnice 0 - 100 (nebo pětistupňová škála od 0 do 5) a sada s šesti fotografiemi dětských obličejů. Obličejové jsou seřazeny od usměvavého, žádná bolest, až po plačící, nejhorší možná bolest. Platí, že čím vyšší je výsledné skóre, tím větší je intenzita bolesti. U mladších dětí ve věku 3 - 7 let se doporučuje využívat sadu s fotografiemi a u starších dětí ve věku 8 - 12 let číselnou stupnici (Plevová, 2010; Mareš et al, 1997).

### **3.6.3 Obličejová škála (Faces Rating Scale)**

Podobnou metodou jako Oucher je Obličejová škála (Faces Rating Scale), která využívá škálu nakreslených dětských obličejů. Tento typ škál byl navržený prvotně pro dětské pacienty, ale později bylo její používání rozšířeno i pro dospělé pacienty se zhoršenou schopností komunikace. (Plevová et al., 2012b). Variant této metody je mnoho. Mareš et al. (1997) popisuje metodu Faces Scale, což je soubor nakreslených dětských obličejů, které opět vyjadřují svou mimikou různé stupně prožívané bolesti. Mareš et al. (1997) ji doporučuje používat u dětí od 5 let. Déle zmiňuje variantu Facial Affect Scale – škála afektivních výrazů obličejů. Škály se liší počtem obličejů (obvykle 7 – 9), způsobem nakreslení, umístěním obličejů v ploše. Pod každým obličejem bývá numerický údaj. V roce 2001 IASP vytvořila škálu FPS-R (Faces Pain Scale- Revised), která byla upravena z Face Faces Pain Scale. Škálu tvoří šest obličejů a každý je bodově ohodnocen 0 - 10. Spolu se škálou byly vytvořeny pokyny, jak škálu správně využívat. Tyto pokyny pro práci se škálou byly přeloženy do mnoha jazyků včetně českého. IASP ji doporučuje používat pro malé děti, u dětí starších 8 let doporučuje použít numerickou sebehodnotící stupnici v rozmezí od 0 do 10 (IASP, 2001).

### **3.6.4 Vizuálně analogová škála (Visual Analogue Scale - VAS)**

Relativně nejčastější používanou metodou měření intenzity bolesti je Vizuální analogová škála (VAS - Visual Analogue Scale). Jde o nejsrozumitelnější, jednoduchou, aplikačně pružnou metodu s nejrychlejším sdělením intenzity bolesti (Janáčková, 2007; Mareš a kol. 1997). Zjistilo se, že VAS je možné předkládat dětem i dospělým, u dětí se doporučuje nejdříve od pěti let věku. Existují různé formy VAS. Liší se průběhem úsečky nebo použitím barev. Nejčastěji je užívána horizontální úsečka, jejíž krajní body znázorňují na levé straně stav zcela bez bolesti a vpravo nejvyšší představitelnou bolest (podle druhu škály od 0 až po maximum 4 – 10). Jiné formy používají úsečky, které směřují zleva zespoda doprava nahoru, aby zvýraznily zvyšování intenzity bolesti - úsečka skloněná pod úhlem 45 stupňů (Rokyta,

2012). Pro děti může být nakreslena vertikální úsečka jako „teploměr bolesti“. Úkolem dítěte je nakreslit, kam až se vyšplhá „sloupeček bolesti“. Pro dítě je tato metoda srozumitelná, kresebné vyjádření intenzity bolesti, tj. vybarvování předlohy pomocí pastelky, fixu apod. (Plevová a Slowik, 2010). Rokyta (2010) uvádí, že je účelné VAS zaznamenávat spolu s údaji o měření frekvence dechu, tepu a TK.

### **3.6.5 Numerická škála (Numeric Rating Scale - NRS).**

Mezi další škály patří škála numerická (Numeric Rating Scale - NRS). Numerická škála je škála od 0 do 10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 znamená nejhorší představitelná bolest. Pacienta se zeptáme, jak by na této úsečce hodnotil svoji bolest. Numerické škály mají mnoha podob, čísla mohou být vodorovně, nebo svisle seřazeny (Plevová et al., 2012b).

### **3.6.6 Topologie bolesti**

Lokalizování bolesti tvoří běžnou součást diagnostické činnosti každého lékaře i sestry. Tradiční metodou je rozhovor s dětmi a rodiči, kdy se zdravotníci snaží zjistit, kde je bolest lokalizována. Existují dva přístupy, jak bolest lokalizovat. Jeden směr, reprezentovaný např. dotazníkem *Body Parts Problem Assessment*, vychází z verbální charakteristiky místa bolesti. Druhý směr představuje metoda *Pain Chart* (viz Příloha A), označovaná v češtině jako mapa bolesti. Pediatři tuto metodu přizpůsobili na dětské pacienty a kresbu dospělého člověka podrobili kvalitativní analýze tak, aby byla vhodná pro děti a aby se jim líbila. Obrázek lze používat jak pro děti na začátku školní docházky, tak pro dospívající. Jde o neoblečenou obrysovou kresbu dětské postavy, která má dvě podoby (pro chlapce a dívky) do níž zakresluje samo dítě místo, kde cítí bolest. Jinou variantou je volná dětská kresba, u které se však musí počítat, že mladší dítě nenakreslí figuru realisticky, zvýrazňuje na ni to, co samo považuje za důležité. Mladší děti mohou mít problém s pochopením, pojmenováním a zakreslením vnitřních orgánů. Úkol nakreslit vnitřní bolest mohou proto úspěšně splnit teprve děti desetileté a starší. (Mareš et al., 1997; Plevová et al., 2012b).

## **3.7 Multidimenzionální škály**

Multidimenzionální škály jsou škály vícerozměrové, které kombinují hodnocení změn chování i fyziologických parametrů. Tyto metody zahrnují širší spektrum informací o bolesti, zabývají se jejím celkovým hodnocením. Tam, kde sebehodnocení není možné, se používají observační škály.

### 3.7.1 Observační škály

Používají se ke stanovení míry bolesti zejména u novorozenců a nedonošených dětí. Podle současných poznatků odpovídá zralý novorozenec na bolestivý podnět nejen fyziologickými změnami, ale i svým chovaným: křikem, změnou výrazu obličeje, pohybem končetin, napnutím a trhavými pohyby trupu (Plevová et al., 2012). Jak ale uvádí Fendrychová (2013) v této věkové kategorii se dá těžko rozeznat bolest od všeobecné stresové reakce nebo diskomfortu (např. hlad, hypovolemie, infekce). Dnes existuje celá řada těchto metod. Nejvíce používané jsou zejména:

*NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)* - škála bolesti novorozenců, která vyhodnocuje výraz obličeje, pláč, strukturu dýchání, polohu končetin a stav spánku a bdění před, v průběhu výkonu a po výkonu. Při dosažení 3 bodů a více se mluví o bolesti. Vhodná je pro děti do 1 roku, ale dá se využít i u dětí do 2 let (viz Příloha E). U dětí na JIP se sleduje i srdeční akce a saturace kyslíkem. (Fendrychová, 2013).

*CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain )* - původem kanadská stupnice. Tato škála pracuje s 6 kategoriemi chování v časových intervalech po 30 sekundách a zároveň sleduje jejich intenzitu třístupňovou škálou. Posuzuje se pláč, výraz obličeje, co dítě říká, poloha nohou, pohyby trupu a dotyk. Při dosažení 8 bodů a více se usuzuje na bolest. Tato metoda je vhodná pro jedince od 1 roku do 7 let (Kalousová, 2008).

## **4 VÝZKUMNÁ ČÁST**

Výzkumná část diplomové práce se zabývá hodnocením záznamů o bolesti v uzavřené zdravotnické dokumentaci na dětském oddělení. Cílem bylo analyzovat záznamy sester a lékařů a posuzovat shody nebo neshody s příslušnou směrnicí a zdravotnickými standardy daného zdravotnického zařízení.

### **4.1 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů práce, studia odborné literatury, platných směrnic a standardů zdravotnického zařízení byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je míra shody nebo neshody analyzovaných záznamů sester a lékařů ve zdravotnické dokumentaci s příslušnými směrnicemi a standardy?
2. Co je nejčastěji opomíjeno v souvislosti s hodnocením bolesti ve zdravotnické dokumentaci?

## **5 METODIKA VÝZKUMU**

Pro výzkum v rámci diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda formou retrospektivní studie. Výzkumné šetření probíhalo na vybraném dětském lůžkovém oddělení vybrané nemocnice. Jedná se o standardní oddělení, kde jsou hospitalizovány děti ve věkové kategorii 2 – 19 let s různým spektrem interních chorob. Jsou zde léčeny děti zejména s chorobami gastrointestinálního traktu, plicními chorobami, endokrinologickými onemocněními, revmatickými chorobami a onemocněním ledvin.

Podmínkou zahájení výzkumu byl souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry dané kliniky, které byly seznámeny s tématem diplomové práce a se zvolenou metodou výzkumu. Výzkum probíhal od června 2017 do srpna 2017.

### **5.1 Organizace výzkumu**

Před vlastním zahájením výzkumného šetření bylo provedeno pilotní šetření. Cílem bylo zjistit, jaké informace týkající se dokumentování bolesti je potřeba zjišťovat a na co je potřeba se zaměřit v souvislosti s analýzou záznamů v dokumentaci. Nejprve bylo prozkoumáno 10 uzavřených chorobopisů, kde byla řešena bolest u hospitalizovaných dětí. Pro potřeby pilotní studie byl zhotoven prvotní záznamový arch, který byl na základě zjištěných informací upraven do finální podoby. Ze záznamového archu bylo vyřazeno hodnocení záznamů o podávání opiátových analgetik. Důvodem bylo zjištění, že se na daném oddělení podávají opiátová analgetika minimálně a z tohoto důvodu by nebylo možné získat dostatečné množství dat pro potřeby výzkumu. Do záznamového archu byly také přidány další sloupce a arch byl rozšířen na šířku, aby mohlo být hodnoceno u každého pacienta více hospitalizačních dní, kde byla řešena bolest. Veškeré získané informace o pacientech byly anonymní, nikde nebylo uváděno jméno pacienta ani název zdravotnického zařízení.

### **5.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Zkoumaným souborem byly uzavřené chorobopisy hospitalizovaných dětí na standardním oddělení ve věku 2 – 19 let. Důvodem volby této věkové kategorie bylo, že děti od 2 let jsou již schopny vyjádřit bolest kromě neverbálních projevů také slovy. Dalším důvodem volby bylo, že u mladších dětí 2 let se používají pro hodnocení bolesti specifické škály a postupy, které nebyly předmětem zkoumání. Záměrně nebyly také do výzkumného šetření zařazeny děti hospitalizované na oddělení JIRP (Jednotka intenzivní a resuscitační péče) opět z důvodu specifických postupů používaných pro hodnocení bolesti.



Analyzovány byly chorobopisy dětí, které byly hospitalizovány na vybraném lůžkovém oddělení v období od dubna 2017 až května 2017 tj. za období tří měsíců. Jednalo se o záměrný výběr souboru, kritériem pro zařazení do výzkumu bylo řešení akutní nebo chronické bolesti u pacienta v rámci hospitalizace. Celkem bylo prozkoumáno 85 chorobopisů, z nichž bylo na základě stanovených kritérií zařazeno do výzkumného šetření celkem 26 chorobopisů hospitalizovaných dětí, ve kterých bylo prozkoumáno celkem 90 hospitalizačních dní s bolestí. Z celkových 26 hodnocených chorobopisů hospitalizovaných dětí bylo nejvíce dětí ve věkové kategorii 16 – 19 let tedy v období adolescence, nejméně dětí bylo v batolecím a předškolním období (Tabulka 1). Dívky byly zastoupeny ve větším počtu než chlapci (Tabulka 2).

**Tabulka 1 Věk dětí**

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
2 - 3	3	11,5
4 - 6	3	11,5
7 - 12	6	23,1
13 - 15	6	23,1
16 - 19	8	30,8
celkem	26	100,0

**Tabulka 2 Pohlaví dětí**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
dívky	17	65,4
chlapci	9	34,6
celkem	26	100,0

### 5.3 Nástroj sběru dat

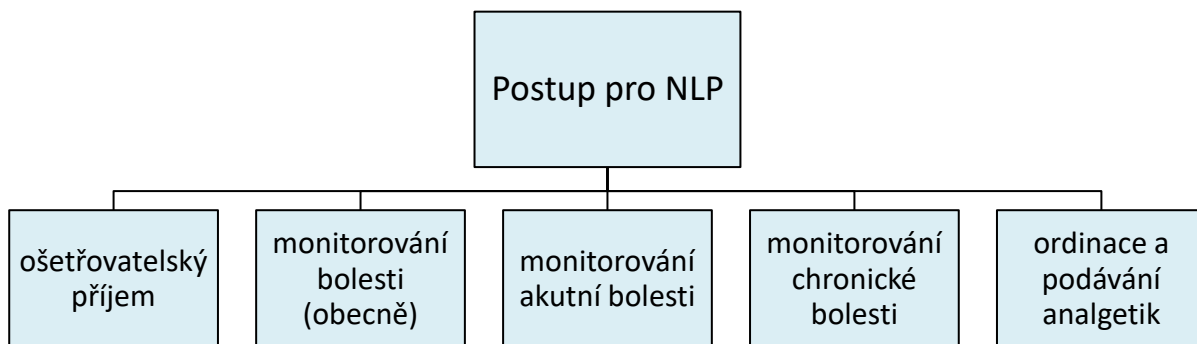
Nástrojem sběru dat byl záznamový arch vlastní tvorby (viz Příloha B a Příloha C), do kterého byly zaznamenávány výsledky sledovaných kritérií. Podkladem pro stanovení kontrolovaných kritérií byly platné směrnice, zdravotnické standardy a pracovní postupy daného zdravotnického zařízení týkající se péče o pacienta s bolestí, podávání a uložení léčiv, metodiky nakládání s léčivy a vedení zdravotnické dokumentace. Bližší specifikaci směrnic

a standardů (jejich označení a číslo předpisu) není možné v diplomové práci uvést z důvodu zachování anonymity zdravotnického zařízení.

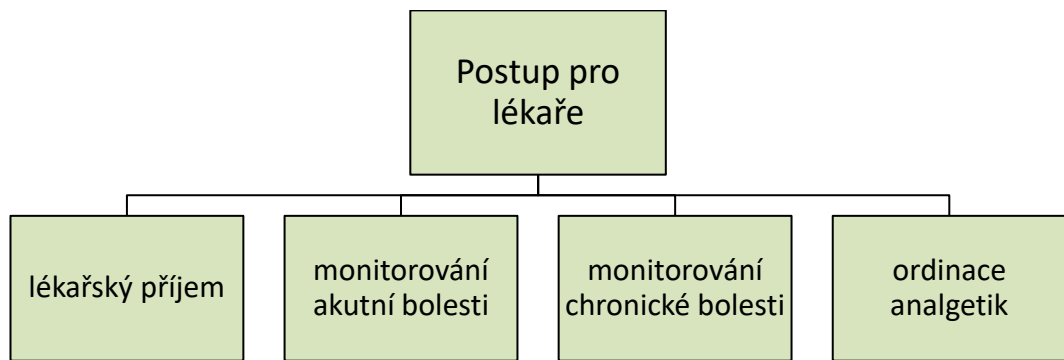
Pro potřeby výzkumného šetření byly vytvořeny dva typy záznamového archu:

1. arch pro hodnocení záznamů péče o pacienta s bolestí pro nelékařský zdravotnický personál (NLP)
2. arch pro hodnocení záznamů péče o pacienta s bolestí pro lékaře.

Oba záznamové archy byly rozděleny na základní skupiny hodnocených kritérií: u NLP na 5 skupin a u lékařů na 4 skupiny (Obrázek 1 a Obrázek 2). Každá skupina hodnocených kritérií obsahovala další podskupiny sledovaných kritérií (bližší specifikace je uvedena v prezentaci výsledků). Součástí záznamového archu byly i identifikační údaje jako věk, pohlaví, číslo chorobopisu a diagnózy hospitalizovaného pacienta. Podle míry shody s danou směrnicí, byly u sledovaných kritérií zapisovány do archu body: 2 body = úplná shoda, 1 bod = částečná shoda, 0 bodů = neshoda. Pokud kritérium nebylo možné z nějakého důvodu hodnotit, bylo zaznamenáno v archu N jako nehodnoceno. Pro každý analyzovaný chorobopis byl použit jeden záznamový arch pro NLP a jeden pro lékaře.



**Obrázek 1** Hodnocená kritéria péče o pacienta s bolestí: postup pro NLP



Obrázek 2 Hodnocená kritéria péče o pacienta s bolestí: postup pro lékaře

### 5.3.1 Vizualní analogová škála (VAS), škála NIPS

Ve sledovaném zdravotnickém zařízení se pro stanovení intenzity bolesti používá vizualní analogová škála VAS v rozsahu 0 – 4 (Příloha D) a to u dětí starších dvou let. U dětí mladších dvou let, u psychomotoricky retardovaných pacientů nebo dle stavu pacienta je k hodnocení projevů bolesti užívána škála NIPS v rozsahu 0 – 7 (Příloha E). Ve směrnici je definováno, že při použití VAS pacient nebo zákonný zástupce bolest zhodnotí buď slovně a zdravotník na základě těchto informací přiřadí odpovídající stupeň VAS nebo pacient vyjádří intenzitu své bolesti číslem v rozmezí 0 – 4. U ostatních pacientů, u kterých je VAS z jakéhokoliv důvodu nepoužitelná, měla by být použita obličejová škála, která je primárně určena pro dětské pacienty.

### 5.4 Metoda zpracování dat

Pro zpracování získaných informací byly využity programy Microsoft Office Excel 2010 a Statistica®. Výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů s popisem. V popisné statistice je použita absolutní četnost a relativní četnost vyjádřená v procentech.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Data získaná analýzou chorobopisů byla zaznamenávána do záznamového archu a následně byla přepsána do souhrnné tabulky, ze které byla vyhodnocována data pro jednotlivá sledovaná kritéria do grafů a tabulek.

Prezentace výsledků je rozdělena do dvou částí. První část je věnována prezentaci výsledků hodnocení záznamů o bolesti dětí v dokumentaci nelékařským zdravotnickým personálem (NLP) a druhá část se zabývá prezentací výsledků hodnocení dokumentování bolesti lékaři.

Celkem bylo analyzováno 26 chorobopisů, to znamená soubor 26 dětí, kterým bylo přiděleno pořadové číslo 1 – 26. U toho počtu chorobopisů bylo prozkoumáno celkem 90 hospitalizačních dní, kde byla u dítěte hodnocena bolest. Je nutno zdůraznit, že počet hodnocených záznamů se u jednotlivých hodnocených oblastí liší, sledovaný soubor je tedy co do počtu analyzovaných záznamů u každého kritéria jiný. Důvody jsou dále vysvětleny v dalších kapitolách u konkrétních sledovaných kritérií, kde je také následně uváděna detailní prezentace výsledků výzkumného šetření.

### 6.1 Hodnocení dokumentování bolesti u dětí nelékařským zdravotnickým personálem (NLP)

U nelékařského zdravotnického personálu (NLP) bylo sledováno 5 základních oblastí v souvislosti s dokumentováním bolesti. Jednalo se o **ošetřovatelský příjem, monitorování bolesti obecně, monitorování akutní bolesti, monitorování chronické bolesti a ordinace a podávání analgetik**. Celkem bylo u NLP hodnoceno 20 sledovaných kritérií v souvislosti s monitorováním bolesti s pořadovým číslem v záznamovém archu 1 – 20. Dále jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření z jednotlivých sledovaných oblastí.

#### 6.1.1 Ošetřovatelský příjem

V dokumentaci ošetřovatelského příjmu bylo hodnoceno, zda je sestrami proveden u 5 sledovaných kritérií záznam o:

1. zhodnocení intenzity bolesti při příjmu (VAS 0 – 4 nebo NIPS 0 – 7)
2. provedení diagnostiky bolesti (akutní/chronická)
3. zhodnocení lokalizace bolesti
4. zhodnocení ovlivnitelnosti bolesti
5. seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti

Záznamy o bolesti dětí v ošetrovatelském příjmu byly analyzovány celkem ve všech 26 chorobopisech, U chorobopisu s pořadovým číslem 5 nebylo možné provést hodnocení u kritéria č. 2, 3 a 4 (tj. charakter, lokalizace a ovlivnitelnost bolesti). Důvodem byla intenzita bolesti při ošetrovatelském příjmu na stupnici VAS 0, to znamená, že dítě bylo v době příjmu bez bolesti, ale v dalších hospitalizačních dnech dítě bolest udávalo, proto byl tento chorobopis dále podroben analýze. U každého pacienta mohl být zhodnocen ošetrovatelský příjem pouze jednou.

Tabulka 3 ukazuje výsledky. Nejvíce bodů (48) bylo přiděleno za provedení záznamu o lokalizaci bolesti (v záznamovém archu kritérium č. 3) z celkových možných 50 bodů. Naopak nejméně bodů v ošetrovatelském příjmu bylo přiděleno za provedení záznamu o ovlivnitelnosti bolesti (kritérium č. 4) to to pouze 4 body z celkových možných 50 bodů! Dále jsou detailněji popisovány výsledky jednotlivých sledovaných kritérií z ošetrovatelského příjmu.

**Tabulka 3 Ošetrovatelský příjem**

Pořadové číslo chorobopisů/pacientů	Ošetrovatelský příjem: kritéria č. 1 - 5				
	1	2	3	4	5
1	2	2	2	0	2
2	2	2	2	0	2
3	2	2	2	0	2
4	2	2	2	0	0
5	2	N	N	N	2
6	2	2	2	0	2
7	1	2	2	0	0
8	2	2	2	0	2
9	2	2	2	0	2
10	2	2	2	2	2
11	2	2	2	0	2
12	0	2	2	0	2
13	2	2	2	0	2
14	0	0	2	0	2
15	2	2	2	2	2
16	0	2	2	0	2
17	0	2	2	0	2
18	2	0	0	0	2
19	2	0	2	0	2

Pořadové číslo chorobopisů/pacientů	Ošetrovatelský příjem: kritéria č. 1 - 5				
	1	2	3	4	5
20	2	2	2	0	2
21	2	2	2	0	2
22	2	2	2	0	2
23	0	2	2	0	2
24	0	0	2	0	2
25	2	2	2	0	2
26	0	2	2	0	2
<b>celkem</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>48</b>

vysvětlivky: 2 body = shoda  
1 bod = částečná shoda  
0 bodů = neshoda  
N = nehodnoceno

#### **Kritérium č. 1: Je zhodnocena intenzita bolesti VAS 0 – 4 nebo NIPS 0 – 7 v ošetrovatelském příjmu?**

Intenzita bolesti byla sestrami hodnocena na škále VAS od 0 – 4 (Příloha D). Škála NIPS (Příloha E) nebyla při hodnocení bolesti u dětí v těchto chorobopisech použita. Z celkového počtu 26 hodnocených chorobopisů byly přiděleny 2 body, což je maximální shoda se směrnicí u 18 záznamů, kdy sestry provedly záznam o zhodnocení intenzity bolesti. Částečná shoda, tedy 1 bod, byl přidělen u 1 chorobopisu. Důvodem bylo, že sestra sice zhodnotila, že dítě má bolest, ale z dokumentace nebylo patrné, jaké intenzity. Žádný bod, což znamená neshodu s příslušnou směrnicí, byl přidělen u 7 chorobopisů, kdy sestry vůbec nedokumentovaly, zda dítě má nebo nemá bolest, tedy neudávaly ani intenzitu bolesti. (Tabulka 4).

**Tabulka 4 Zhodnocení intenzity bolesti v ošetrovatelském příjmu**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	7	26,9
1	1	3,9
2	18	69,2
<b>Celkem</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

**Kritérium č. 2: Je proveden záznam o diagnostice bolesti (akutní/chronická) v ošetrovatelském příjmu?**

V ošetrovatelském příjmu bylo dále analyzováno, zda byl proveden záznam o diagnostice bolesti, to znamená, že by měly sestry zhodnotit, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Toto kritérium bylo hodnoceno celkem u 25 chorobopisů, 1 chorobopis byl z analýzy vyřazen pro nepřítomnost bolesti u dítěte (VAS 0) při příjmu (v záznamovém archu zapsáno N = nehodnoceno). Záznam o diagnostice bolesti (akutní nebo chronická) byl sestrami proveden ve 21 analyzovaných chorobopisech (2 body), což znamená úplnou shodu se směrnicí. Úplná neshoda, tedy 0 bodů, byla shledána u 4 chorobopisů, kde sestry neuvedly vůbec charakter bolesti (Tabulka 5).

**Tabulka 5 Zhodnocení charakteru bolesti v ošetrovatelském příjmu**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	4	16,0
1	0	0,0
2	21	84,0
Celkem	25	100,0

**Kritérium č. 3: Je proveden záznam v ošetrovatelském příjmu o zhodnocení lokalizace bolesti?**

Záznam o lokalizaci bolesti v ošetrovatelském příjmu byl analyzován celkem ve 25 chorobopisech. Jeden chorobopis byl z analýzy vyřazen pro nepřítomnost bolesti při příjmu (VAS 0). Úplná shoda se směrnicí (2 body) byla zaznamenána u 24 chorobopisů z celkových 25, to znamená, že sestry záznam provedly. Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla shledána u 1 chorobopisu, kde sestra nezaznamenala do ošetrovatelského příjmu lokalizaci bolesti (Tabulka 6).

**Tabulka 6 Zhodnocení lokalizace bolesti v ošetrovatelském příjmu**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	4,0
1	0	0,0
2	24	96,0
Celkem	25	100,0

**Kritérium č. 4: Je proveden záznam o zhodnocení ovlivnitelnost bolesti v ošetrovatelském příjmu?**

Jak ukazuje Tabulka 7, záznamy o ovlivnitelnosti bolesti v ošetrovatelském příjmu byly hodnoceny celkem ve 25 chorobopisech. Jeden chorobopis byl z analýzy vyřazen pro nepřítomnost bolesti při příjmu (VAS 0). Úplná shoda se směrnicí (2 body) byla shledána pouze u 2 chorobopisů. V naprosté většině hodnocených chorobopisů (92 %) nebylo sestrami při příjmu dítěte dokumentováno, jakými způsoby lze nebo by mohla být ovlivněna bolest u dítěte např. použitím nefarmakologických metod, jednalo se tedy o neshodu se směrnicí (0 bodů).

**Tabulka 7 Zhodnocení ovlivnitelnosti bolesti v ošetrovatelském příjmu**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	23	92,0
1	0	0,0
2	2	8,0
Celkem	25	100,0

**Kritérium č. 5: Je proveden záznam v ošetrovatelském příjmu o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti?**

Záznam o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti byl hodnocen ve všech 26 chorobopisech. V naprosté většině (92 %) sestry správně provedly záznam o tom, zda seznámily dítě nebo rodiče o důležitosti informování zdravotnického personálu o své bolesti nebo bolesti jejich dítěte během hospitalizace (2 body). U 2 chorobopisů nebyl záznam ve



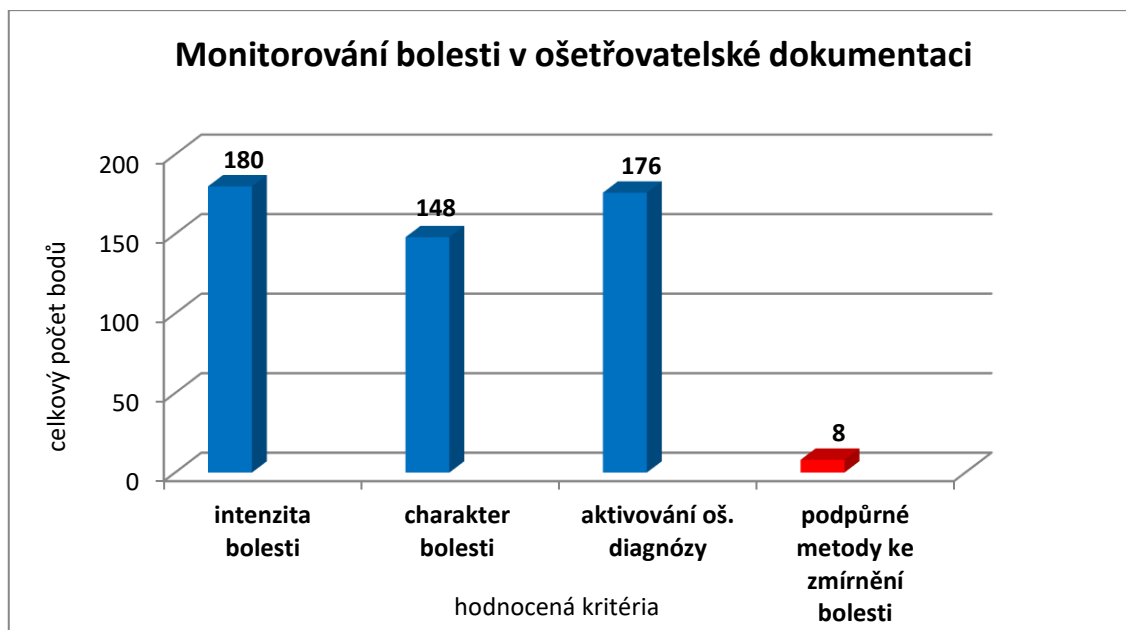
shodě s příslušnou směrnicí (0 bodů), to znamená, že záznam nebyl v dokumentaci vůbec proveden (Tabulka 8).

**Tabulka 8 Seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti v ošetrovatelském příjmu**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	7,7
1	0	0,0
2	24	92,3
Celkem	26	100,0

### **6.1.2 Hodnocení záznamů o monitorování bolesti (akutní i chronické) u NLP v ošetrovatelské dokumentaci během hospitalizace**

Záznamy hodnocení bolesti, týkající se akutní i chronické bolesti, byly hodnoceny u 26 hospitalizovaných dětí, kde bylo celkem hodnoceno 90 záznamů v ošetrovatelské dokumentaci. Hodnocená kritéria byla označena v záznamovém archu číslem 6 – 9. Celkem byla hodnocena v této oblasti 4 kritéria: zda byla sestrami dokumentována intenzita bolesti, charakter bolesti, zda byla v ošetrovatelské dokumentaci aktivována příslušná ošetrovatelská diagnóza a zda byly sestrami dokumentovány podpůrné metody ke zmírnění bolesti. Nejvíce mohlo být přiděleno u každého hodnoceného kritéria celkem 180 bodů. Jak ukazuje Obrázek 3, všech 180 bodů bylo přiděleno za zhodnocení intenzity bolesti v ošetrovatelské dokumentaci. Nejméně bodů (8) bylo přiděleno v oblasti dokumentování podpůrných metod ke zmírnění bolesti. Detailnější výsledky analýzy hodnocených chorobopisů jsou dále popsány u jednotlivých hodnocených kritérií.



Obrázek 3 Monitorování bolesti v ošetrovatelské dokumentaci

**Kritérium č. 6: Je zhodnocena intenzita akutní/chronické bolesti v ošetrovatelské dokumentaci v průběhu hospitalizace?**

Hodnocení záznamů o intenzitě bolesti v ošetrovatelské dokumentaci bylo analyzováno ve 26 chorobopisech, ve kterých bylo hodnoceno celkem 90 záznamů, což odpovídá i počtu dní, kdy byla u dítěte během hospitalizace řešena akutní nebo chronická bolest. Výsledkem bylo, že ve všech hodnocených 90 záznamech byla shledána úplná (100 %) shoda se směrnicí. Sestry tedy zaznamenávaly intenzitu bolesti do ošetrovatelské dokumentace (Tabulka 9). Sestry používaly ke zhodnocení intenzity bolesti u dětí škálu VAS 0 - 4, škála NIPS nebyla použita.

Tabulka 9 Zhodnocení intenzity bolesti v ošetrovatelské dokumentaci u NLP

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	0	0,0
1	0	0,0
2	90	100,0
Celkem	90	100,0

### **Kritérium č. 7: Je zhodnocen charakter bolesti v ošetrovatelské dokumentaci?**

Z celkového počtu 90 hodnocených hospitalizačních dní byl sestrami charakter bolesti zhodnocen ve shodě se směrnicí (2 body) v 74 záznamech, kde sestry provedly záznam o charakteru bolesti (např. tupá, bodavá, svíravá apod.). Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla shledána u 16 hodnocených záznamů, kde sestry vůbec nepopsaly v dokumentaci charakter bolesti (Tabulka 10).

**Tabulka 10** Hodnocení záznamů charakteru bolesti u NLP

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	16	17,8
1	0	0,0
2	74	82,2
Celkem	90	100,0

### **Kritérium č. 8: Je aktivována příslušná ošetrovatelská diagnóza/problém v plánu ošetrovatelské péče?**

Tabulka 11 ukazuje výsledky, zda byla sestrami v ošetrovatelské dokumentaci aktivována příslušná ošetrovatelská diagnóza (akutní nebo chronická bolest) nebo problém v plánu ošetrovatelské péče. Z celkových 90 hodnocených záznamů byla téměř v naprosté většině (98 %) shoda s příslušnou směrnicí, sestry tedy skoro vždy aktivovaly příslušnou ošetrovatelskou diagnózu. Neshoda, tedy 0 bodů, byla shledána pouze ve 2 hodnocených záznamech.

**Tabulka 11** Aktivování příslušné ošetrovatelské diagnózy

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	2,2
1	0	0,0
2	88	97,8
Celkem	90	100,0

### **Kritérium č. 9: Jsou dokumentovány podpůrné metody ke zmírnění bolesti?**

Zda jsou sestrami dokumentovány podpůrné metody ke zmírnění bolesti, bylo analyzováno celkem v 90 záznamech. Pouze ve 4 hodnocených záznamech sestry uvedly podpůrné metody ke zmírnění bolesti, což byla shoda se směrnicí a mohly být tak přiděleny 2 body. V naprosté většině, téměř u 96 % hodnocených záznamů, však byla shledána neshoda (0 bodů) s příslušnou směrnicí, kdy sestry nedokumentovaly možné podpůrné metody ke zmírnění bolesti (Tabulka 12).

**Tabulka 12** Hodnocení dokumentování podpůrných metod ke zmírnění bolesti

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	86	95,6
1	0	0,0
2	4	4,4
Celkem	90	100,0

Směrnice dále definuje zvláštní postup pro NLP při monitorování akutní bolesti a postup při monitorování chronické bolesti, těmto kritériím jsou věnovány další kapitoly.

#### **6.1.3 Monitorování záznamů NLP u akutní bolesti dětí**

Z celkového počtu 26 analyzovaných chorobopisů byla akutní bolest řešena u 24 dětí, V těchto 24 chorobopisech bylo analyzováno 82 hospitalizačních dní, kde byla u dítěte řešena akutní bolest. Celkový výsledný počet hodnocených záznamů se ale u každého hodnoceného kritéria různí, protože u některého kritéria nemohl být z nějakého důvodu záznam hodnocen (v záznamovém archu zapsáno N = nehodnoceno), což bude podrobněji vysvětleno v následující prezentaci výsledků. Prezentace výsledků této sledované oblasti zahrnuje kritéria ze záznamového archu od č. 10 až po kritérium č. 13. V oblasti akutní bolesti byla monitorována 4 kritéria: zda je sestrou proveden záznam v dokumentaci o informování lékaře o akutní bolesti pacienta, zda je prováděno hodnocení bolesti v ošetřovatelském spisu – záznamovém listu minimálně 1x za každou směnu (nebo vždy, pokud pacient/doprovod udává bolest), zda je po operačních zákrocích prováděna monitorace bolesti v monitorovacím záznamu nebo dle ordinace lékaře. Poslední sledované kritérium bylo, zda sestra ukončila

monitoraci akutní bolesti při VAS 0 nebo NIPS 2 a méně v ošetrovatelské dokumentaci, pokud byl pacient bez bolesti minimálně 24 hodin.

**Kritérium č. 10: Je proveden záznam o informování lékaře o akutní bolesti pacienta?**

U tohoto kritéria bylo hodnoceno, zda byl v ošetrovatelské dokumentaci proveden sestrou záznam o akutní bolesti pacienta nebo pokud jeho doprovod udával akutní bolest. Z celkového počtu 82 analyzovaných záznamů, které byly hodnoceny ve 24 chorobopisech dětí, byly přiděleny 2 body (úplná shoda se směrnicí) u 72 záznamů, což znamená, že u necelých 88 % záznamů sestry záznam provedly. Částečná neshoda (1 bod) byla shledána u 1 záznamu, ze kterého nebylo zřejmé, zda sestra lékaře o vzniku akutní bolesti informovala (pouze uvedeno, že „pacient má bolest“). U 9 záznamů byla shledána úplná neshoda (0 bodů) se směrnicí, což je téměř u 11 % záznamů, kde sestry neprovedly záznam o informování lékaře o vzniku akutní bolesti (Tabulka 13).

**Tabulka 13 Informování lékaře o akutní bolesti**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	9	11,0
1	1	1,2
2	72	87,8
Celkem	82	100,0

**Kritérium č. 11: Je prováděno hodnocení bolesti v ošetrovatelském spisu (záznamovém listu) minimálně 1x za každou směnu nebo vždy, když pacient/doprovod udává bolest?**

Hodnocení akutní bolesti v ošetrovatelském spisu (záznamovém listu) minimálně 1x za každou směnu nebo vždy, pokud pacient/doprovod udává bolest, bylo hodnoceno celkem ve 24 chorobopisech. Analyzováno bylo celkem 82 záznamů s akutní bolestí pacienta. Z tohoto počtu u 81 záznamů, což je téměř 99 %, byla shledána úplná shoda se směrnicí (2 body), to znamená, že sestry bolest pravidelně hodnotily minimálně 1x za každou směnu. Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla zaznamenána u 1 záznamu, kde sestry minimálně 1x za směnu bolest nezhodnotily (Tabulka 14).

**Tabulka 14** Hodnocení akutní bolesti v ošetrovatelském spisu

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	1,2
1	0	0,0
2	81	98,8
Celkem	82	100,0

**Kritérium č. 12: Je prováděna monitorace akutní bolesti v monitorovacím záznamu (nebo dle ordinace lékaře) po operačních či invazivních zákrocích?**

Z celkového počtu 26 hodnocených chorobopisů, operační nebo invazivní zákrok podstoupilo během hospitalizace celkem 13 dětí, kde měla být sestrami hodnocena v monitorovacím záznamu akutní bolest po operaci nebo invazivním zákroku. Tyto chorobopisy byly tedy podrobeny analýze. U ostatních 13 chorobopisů bylo do záznamového archu zaznamenáno N = nehodnoceno pro nemožnost analýzy záznamu.

Z celkového počtu 13 analyzovaných záznamů bylo 6 záznamů ve shodě se směrnicí (2 body), což je 46 % záznamů. U 7 hodnocených záznamů byla shledána neshoda se směrnicí (0 bodů), to je téměř u 54 % záznamů, to znamená, že sestry nezaznamenávaly monitoraci akutní bolesti po operaci nebo invazivním zákroku do záznamového listu (Tabulka 15).

**Tabulka 15** Hodnocení bolesti po operaci nebo invazivním zákroku v monitorovacím záznamu

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	7	53,8
1	0	0,0
2	6	46,2
Celkem	13	100,0

**Kritérium č. 13: Je provedeno ukončení monitorace bolesti při VAS 0 nebo NIPS 2 a méně v ošetrovatelské dokumentaci (pokud je pacient bez bolesti minimálně 24 hodin)?**

Z 26 analyzovaných chorobopisů mohlo být hodnocení ukončení monitorace akutní bolesti v ošetrovatelské dokumentaci hodnoceno pouze u 9 chorobopisů. Důvodem nemožnosti

hodnocení tohoto kritéria u ostatních 17 chorobopisů byl ten, že pacienti po celou dobu hospitalizace (i při propouštění) udávali bolest minimálně VAS 1, sestra tedy nemohla ukončit monitoraci bolesti v dokumentaci. Jak ukazuje Tabulka 16, z celkových 9 hodnocených záznamů bylo 7 záznamů ve shodě se směrnicí (2 body), což je téměř 78 % analyzovaných záznamů. U 2 záznamů byla shledána neshoda se směrnicí (0 bodů).

**Tabulka 16 Ukončení monitorace akutní bolesti v ošetrovatelské dokumentaci**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	22,2
1	0	0,0
2	7	77,8
Celkem	9	100,0

#### **6.1.4 Monitorování záznamů NLP u chronické bolesti dětí**

Chronická bolest z 26 hodnocených chorobopisů byla diagnostikována pouze u dvou hospitalizovaných dětí. V této oblasti chronické bolesti bylo dle platného předpisu hodnoceno 1 kritérium v záznamovém archu:

**Kritérium č. 14: Je provedeno zhodnocení chronické bolesti 1x za 24 hodin v ošetrovatelském spisu?**

U 2 chorobopisů bylo hodnoceno celkem 8 záznamů, což odpovídá počtu hodnocených dní s chronickou bolestí u hospitalizovaných dětí ve sledovaném období 3 měsíců.

Z celkového počtu 8 analyzovaných záznamů, bylo všech 8 ve shodě se směrnicí (2 body), tj. 100 % shoda, což znamená, že sestry zhodnotily chronickou bolest 1x za 24 hodin v ošetrovatelském spisu dle platného předpisu (Tabulka 17).

**Tabulka 17 Monitorování záznamů v ošetrovatelské dokumentaci u chronické bolesti**

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	0	0,0
0	0	0,0
2	8	100,0
Celkem	8	100,0

### 6.1.5 Hodnocení záznamů medikace a podávání analgetik u NLP

Podle platné směrnice, ordinace léků k léčbě bolesti může proběhnout buď bez podmínky, nebo s podmínkou pro podání. Medikace bez podmínky: příklad Tralgit 50 mg, cps, p.o. 1-1-1, sestra léčivo podá dle ordinace. V případě, že pacient léčivo odmítá nebo není lék podán, NLP provede záznam do zdravotnické dokumentace – zakroužkuje v dekurzu nepodanou dávku léku a provede záznam o důvodu nepodání léku do ošetrovatelského spisu a informuje ošetřujícího lékaře. Medikace s podmínkou: příklad Tralgit 50 mg, cps, p.o., při bolesti VAS 2 – sestra léčivo podá v případě, že je podmínka splněna. Podmínce musí odpovídat záznam v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace o stupni VAS, sestra do dekurzu uvede čas podání léku. Po podání analgetika by měla následovat kontrola analgetického účinku vždy nejpozději do 2 hodin od podání. V případě, že nedojde u pacienta k vymizení či zmírnění bolesti na VAS 2 a méně nebo NIPS 2 a méně, informuje NLP lékaře a postupuje dle jeho ordinací.

V této oblasti byla stanovena 4 kritéria hodnotící záznamy sester o plnění ordinací a podávání analgetik. Bylo analyzováno, zda je správně provedený záznam o podání nebo nepodání medikace dle platného předpisu, u medikace s podmínkou bylo hodnoceno, zda odpovídá podmínka záznamu o stupni VAS v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace, dále bylo hodnoceno, zda je proveden záznam v dokumentaci o kontrole analgetického účinku vždy nejpozději do 2 hodin od podání analgetika. Poslední hodnocené kritérium bylo, zda jsou záznamy sester o péči pacienta/dítěte s bolestí čitelné. Hodnocená kritéria jsou v záznamovém archu označena čísla 15 – 18.



V této oblasti bylo analyzováno 26 chorobopisů. Celkem bylo možné prozkoumat 90 záznamů, což se shoduje s počtem hospitalizačních dní, kde byla u dětí řešena bolest (akutní i chronická). U jednotlivých hodnocených kritérií se ale celkový počet hodnocených záznamů liší, z toho důvodu, že nebylo možné hodnotit všechny záznamy např., nebyly ordinovány analgetika lékařem nebo nebyla u dítěte ordinována medikace s podmínkou. Konkrétní důvody a výsledky výzkumného šetření jsou dále prezentovány.

**Kritérium č. 15: Je správně provedený záznam o podání/nepodání analgetika dle platného předpisu u NLP?**

Z celkového počtu 26 chorobopisů byly 3 chorobopisy z analýzy vyřazeny (pořadové číslo pacienta 7, 12 a 15). Důvodem bylo, že u těchto pacientů, nebyla ordinována analgetika, nemohly být tedy záznamy analyzovány. Celkem bylo prozkoumáno 82 záznamů, kde byla lékařem ordinována analgetika. Z toho počtu prozkoumaných záznamů byla u 79 záznamů shledána shoda se směrnici (2 body), což je 96 % všech hodnocených záznamů. Částečná shoda (1 bod) byla shledána u 2 záznamů, kdy sestra u jednoho z více ordinovaných analgetik neprovedla záznam (zakroužkování nepodané dávky léku) o nepodání analgetika, ale u ostatních analgetik byl již záznam v pořádku. Neshoda se směrnici (0 bodů) byla u 1 záznamu, kde sestra neprovedla záznam o podání analgetika při intenzitě bolesti VAS 3 (Tabulka 18).

**Tabulka 18** Hodnocení záznamu o podání/nepodání medikace u NLP

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	1,3
1	2	2,4
2	79	96,3
Celkem	82	100,0

**Kritérium č. 16: U medikace s podmínkou odpovídá podmínka záznamu o stupni VAS se stupněm VAS v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace v případě podání analgetika a je uveden čas podání?**

U tohoto kritéria bylo hodnoceno, zda u medikace s podmínkou (příklad Tralgit 50 mg, cps, p. o., při bolesti VAS 2), odpovídá podmínka záznamu o stupni VAS se stupněm VAS

v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace v případě podání analgetika a zda sestra uvedla do dekurzu čas podání léku. Z počtu 26 chorobopisů byla medikace s podmínkou celkem ordinována celkem ve 36 hospitalizačních dnech, kde byla u dítěte řešena bolest. Z celkových 36 analyzovaných záznamů byla shoda se směrnicí (2 body) u 29 záznamů, což je 80 % analyzovaných záznamů. Částečná shoda (1 bod) byla shledána 3 záznamů u medikace s podmínkou, kdy podmínka podání sice byla splněna, ale sestra neuvedla čas podání analgetika. Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla u 4 záznamů, kde byla ordinována analgetika s podmínkou, což je 11 % z celkového počtu analyzovaných záznamů. U těchto záznamů neodpovídala podmínka podání analgetika se stupněm VAS v ošetrovatelské dokumentaci a sestra analgetiku podala při nižším stupni VAS (Tabulka 19).

**Tabulka 19** Hodnocení záznamů NLP u medikace s podmínkou

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	4	11,1
1	3	8,3
2	29	80,6
Celkem	36	100,0

**Kritérium č. 17: Po podání analgetika následuje kontrola analgetického účinku vždy nejpozději do 2 hodin od podání – je proveden záznam v dokumentaci?**

Z celkového počtu 26 chorobopisů bylo hodnoceno celkem 58 záznamů, kde bylo analgetikum sestrou podáno. U těchto záznamů bylo analyzováno, zda je v dokumentaci proveden záznam o kontrole analgetického účinku. Z tohoto celkového počtu 58, byl proveden záznam o kontrole analgetického účinku u 57 hodnocených záznamů, to je úplná shoda u 98 % záznamů (2 body). Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla pouze u 1 záznamu, což jsou necelé 2 %, kde sestra nedokumentovala, že zkontrolovala u dítěte účinek analgetika do 2 hodin od podání (Tabulka 20).

**Tabulka 20** Hodnocení záznamů o kontrole analgetického účinku po podání analgetika

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	1,7
1	0	0,0
2	57	98,3
Celkem	58	100,0

**Kritérium č. 18: Jsou záznamy o péči pacienta/dítěte s bolestí v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?**

Hodnoceno bylo celkem 90 záznamů NLP týkající se péče o pacienta s bolestí celkem ve 26 chorobopisech. Ve všech 90 analyzovaných záznamech byla shledána úplná shoda (2 body) s příslušnou směrnicí, což je 100 % shoda. Částečná shoda ani neshoda se směrnicí nebyla shledána u žádného záznamu NLP (Tabulka 21).

**Tabulka 21** Hodnocení čitelnosti záznamů NLP v dokumentaci týkající se péče o pacienta s bolestí

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	0	0,0
1	0	0,0
2	90	100,0
Celkem	90	100,0

## **6.2 Hodnocení dokumentování dětské bolesti lékaři**

V záznamech lékařů byly hodnoceny 4 základní oblasti v souvislosti s dokumentováním bolesti. Byly analyzovány zápisy v dokumentaci týkající se **lékařského příjmu a závěrečné zprávy, monitorování akutní bolesti, monitorování chronické bolesti, a ordinace analgetik**. Celkem bylo u lékařů hodnoceno 9 sledovaných kritérií v souvislosti s monitorováním bolesti s pořadovým číslem v záznamovém archu 1 - 9. Dále jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření z jednotlivých sledovaných kritérií.

### **6.2.1 Lékařský příjem, závěrečná zpráva**

V lékařském příjmu byla hodnocena 3 kritéria:

1. Je proveden záznam o vstupním hodnocení bolesti v lékařském příjmu?
2. Je proveden záznam lékaře o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti?
3. Je lékařem zaznamenáno zhodnocení stavu bolesti v závěrečné zprávě?

Záznamy lékařů byly hodnoceny v této sledované oblasti ve 26 chorobopisech, tedy u 26 dětí, kde byla řešena bolest během hospitalizace. Hodnoceny byly stejné chorobopisy, které byly hodnoceny i u NLP. Tabulka 22 ukazuje souhrnné výsledky. Z celkových možných 52 bodů bylo nejvíce bodů (49) přiděleno za hodnocení záznamu o vstupním hodnocení bolesti (kritérium č. 1), 47 bodů bylo přiděleno za zhodnocení stavu bolesti v lékařské závěrečné zprávě (kritérium č. 3). Ani jeden bod nebyl přidělen za hodnocení záznamu o vstupním seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti (kritérium č. 2). Dále je uváděna detailnější prezentace výsledků jednotlivých hodnocených kritérií 1 – 3.

**Tabulka 22** Hodnocení lékařského příjmu a lékařské závěrečné zprávy

pořadové číslo chorobopisů / pacientů	lékařský příjem/závěrečná lékařská zpráva: kritéria 1 - 3		
	1	2	3
1	2	0	2
2	2	0	2
3	2	0	2
4	2	0	2
5	2	0	0
6	2	0	2
7	1	0	1
8	0	0	2
9	2	0	2
10	2	0	2
11	2	0	2
12	2	0	2
13	2	0	2
14	2	0	2
15	2	0	2
16	2	0	2
17	2	0	2
18	2	0	2
19	2	0	2
20	2	0	2
21	2	0	2
22	2	0	2
23	2	0	0

pořadové číslo chorobopisů / pacientů	lékařský příjem/závěrečná lékařská zpráva: kritéria 1 - 3		
	1	2	3
24	2	0	2
25	2	0	2
26	2	0	2
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>47</b>

vysvětlivky: 2 body = shoda  
1 bod = částečná shoda  
0 bodů = neshoda

### Kritérium č. 1: Je proveden záznam o vstupním hodnocení bolesti v lékařské zprávě?

Následující tabulka (Tabulka 23) ukazuje výsledky. Z celkem hodnocených 26 záznamů ve 24 záznamech byla shledána shoda se směrnicí (2 body). U 1 záznamu byla shledána částečná shoda (1 bod), kde lékař sice uvedl záznam o vstupním hodnocení bolesti, ovšem zhodnotil, že pacient je bez bolesti, ale sestra uváděla v ošetrovatelské dokumentaci akutní bolest dítěte na VAS 1. Neshoda se směrnicí (0 bodů) byla shledána u 1 chorobopisu, to znamená, že lékař záznam o vstupním hodnocení bolesti vůbec neuvedl.

**Tabulka 23** Hodnocení záznamů o vstupním hodnocení bolesti v lékařském příjmu

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	3,9
1	1	3,9
2	24	92,2
Celkem	26	100,0

### Kritérium č. 2: Je proveden záznam lékaře o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti?

Výsledky hodnocení tohoto kritéria byly překvapivé, u celkových 26 hodnocených záznamů nebyl ani v jednom chorobopisu tento záznam při lékařském příjmu proveden. Byla tedy zaznamenána 100 % neshoda se směrnicí, což je 0 bodů (Tabulka 24).

**Tabulka 24** Hodnocení záznamu o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	26	100,0
1	0	0,0
0	0	0,0
Celkem	26	100,0

**Kritérium č. 3: Je lékařem zaznamenáno zhodnocení stavu bolesti v závěrečné lékařské zprávě?**

Následující tabulka (Tabulka 25) ukazuje výsledky. Z celkových 26 hodnocených chorobopisů, kde byla u dětí bolest řešena, u 23 záznamů byla shledána shoda se směrnicí (2 body), což je téměř 89 % záznamů. Částečná shoda se směrnicí (1 bod) byla u 1 záznamu. Důvodem bylo, že lékař v závěrečné zprávě sice uvedl zhodnocení bolesti, ale uvedl, že dítě bylo během hospitalizace bez bolesti, což neodpovídalo záznamům v průběhu hospitalizace, podle kterých mělo dítě bolest na škále VAS 1. U 2 záznamů (0 bodů) byla shledána neshoda se směrnicí, záznamy o zhodnocení bolesti v průběhu hospitalizace zcela v závěrečné lékařské zprávě chyběly.

**Tabulka 25** Záznam o zhodnocení stavu bolesti v závěrečné lékařské zprávě

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	7,7
1	1	3,8
2	23	88,5
Celkem	26	100,0

**6.2.2 Monitorování záznamů lékařů u akutní bolesti u dětí**

V oblasti sledující záznamy lékařů o akutní bolesti u dětí byla stanovena 2 hodnotící kritéria, v záznamovém archu označených číslem 4 – 5. Hodnoceno bylo, zda je lékařem proveden záznam o zhodnocení akutní bolesti v rámci vizity nejméně jednou. Druhým hodnoceným kritériem bylo, zda lékař v případě, že měl pacient bolest s intenzitou bolesti VAS 3 nebo NIPS 3 a více, provedl záznam o dalším postupu v léčbě bolesti, včetně záznamů jejího

sledování. Výsledky hodnocení záznamů lékařů u dítěte s akutní bolestí jsou dále prezentovány u konkrétních kritérií.

**Kritérium č. 4: Je proveden záznam lékaře o hodnocení akutní bolesti u dítěte v rámci vizity nejméně jednou?**

Akutní bolest byla zaznamenávána ve 24 chorobopisech z 26 posuzovaných chorobopisů. U dětí s akutní bolestí bylo zhodnoceno celkem 82 záznamů lékařů v dokumentaci. Následující tabulka (Tabulka 26) ukazuje výsledky. U 80 záznamů byla shledána shoda se směrnici (2 body), to znamená, že lékaři u 98 % záznamů správně dokumentovali zhodnocení akutní bolesti u dětí v rámci vizity. U 1 záznamu byla shledána částečná shoda (1 bod), kdy lékař sice provedl záznam o zhodnocení bolesti, zaznamenal ale, že je dítě bez bolesti. Podle záznamů v dokumentaci udávalo ale dítě bolest intenzity VAS 3. Neshoda (0 bodů) byla zaznamenána u 1 záznamu, což je 1 % hodnocených záznamů. Zde lékař vůbec nedokumentoval zhodnocení bolesti dítěte v rámci vizity.

**Tabulka 26** Hodnocení záznamu lékaře o hodnocení akutní bolesti

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	1	1,2
1	1	1,2
2	80	97,6
Celkem	82	100,0

**Kritérium č. 5: Je proveden záznam o rozhodnutí lékaře do 30 minut o dalším postupu v léčbě bolesti včetně jejího sledování (při zjištění akutní bolesti u pacientů s intenzitou bolesti VAS 3 nebo NIPS 3 a více bodů)?**

Z celkových 26 hodnocených chorobopisů bylo 82 záznamů, kde byla u dětí řešena akutní bolest. Z tohoto počtu měly děti celkem 19 x bolest s intenzitou na škále VAS 3 a více. Škála NIPS nebyla použita k hodnocení bolesti u žádného dítěte. Analyzováno bylo, zda lékař provedl do 30 minut záznam v dokumentaci o rozhodnutí o dalším postupu v léčbě bolesti u dítěte včetně jejího sledování (při intenzitě bolesti na škále VAS 3 a více). Tabulka 27 ukazuje výsledky. Z 19 hodnocených záznamů bylo u 10 postupováno ve shodě (2 body) s platným předpisem, což je více než u poloviny záznamů. U 3 záznamů byla shledána

částečná shoda (1 bod), kde lékaři záznam sice provedli, ale s časovou prodlevou (více jak 30 minut). U 6 záznamů nebyl lékařem dokumentovaný postup o léčbě a dalším monitorování dítěte s bolestí VAS 3 a více, jednalo se tedy o neshodu (0 bodů) u téměř 32 % záznamů.

**Tabulka 27** Hodnocení záznamů o postupu lékaře při intenzitě bolesti VAS 3 nebo NIPS 3 a více

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	6	31,6
1	3	15,8
2	10	52,6
Celkem	19	100,0

### 6.2.3 Monitorování záznamů lékařů u chronické bolesti u dítěte

V oblasti hodnocení záznamů o chronické bolesti dítěte, byla stanovena dvě základní hodnotící kritéria, v záznamovém archu označených číslem 6 a 7. Hodnoceno bylo, zda je zaznamenáno lékařem vstupní zhodnocení chronické bolesti ve stavu při přijetí v diagnostickém souhrnu. Dalším hodnoceným kritériem bylo, zda je provedeno lékařem zhodnocení chronické bolesti včetně jejího ovlivnění léčbou 1x týdně do epikrízy.

Z celkových 26 chorobopisů byla chronická bolest u hospitalizovaných dětí řešena pouze u 2 dětí. Detailnější výsledky jsou dále prezentovány u jednotlivých kritérií.

#### **Kritérium č. 6: Je zaznamenáno vstupní hodnocení chronické bolesti ve stavu při přijetí v diagnostickém souhrnu?**

Toto kritérium mohlo být hodnoceno pouze u 2 chorobopisů dětí s chronickou bolestí z celkových 26 dětí, které byly přijaty k hospitalizaci v daném sledovaném období 3 měsíců. Více dětí chronickou bolest nemělo diagnostikovanou. U chorobopisu pacienta s pořadovými čísly 17 a 23 byla shledána shoda (2 body) s příslušnou směrnicí u obou záznamů. Z důvodu nízkého počtu hodnocených záznamů, nebyla výsledná data prezentována v tabulce.



### **Kritérium č. 7: Je provedeno zhodnocení chronické bolesti a její ovlivnění léčbou 1x týdně do epikrízy?**

Stejně jako u předchozího hodnoceného kritéria, mohlo být toto kritérium analyzováno pouze u 2 chorobopisů (pořadové číslo pacienta 17 a 23). I zde byla shledána v obou záznamech 100 % shoda se směrnicí. Lékaři tedy prováděli záznamy o zhodnocení chronické bolesti včetně jejího ovlivnění léčbou 1x týdně do epikrízy. Data nejsou z důvodu nízkého počtu hodnocených záznamů uváděna v tabulce.

#### **6.2.4 Ordinace analgetik**

U hodnocení záznamů ordinace analgetik byla stanovena 2 hodnotící kritéria, podle kterých byly analyzovány záznamy lékařů (v záznamovém archu pro lékaře označených čísly 8 a 9). Bylo hodnoceno, zda je správně provedený záznam ordinace léků k léčbě bolesti lékařem dle platného předpisu. Dále bylo hodnoceno, zda jsou záznamy lékařů, týkající se péče o pacienta s bolestí čitelné. Následuje prezentace výsledků hodnocení podle stanovených kritérií.

### **Kritérium č. 8: Je správně provedený záznam ordinace léků k léčbě bolesti dle platného předpisu?**

Tabulka 28 ukazuje výsledky. Celkem bylo analyzováno 90 záznamů ve 26 chorobopisech. Z tohoto počtu téměř u 96 % záznamů byla shledána shoda se směrnicí (2 body). U dvou 2 % záznamů byla částečná shoda (1 bod). Důvodem bylo, že lékaři u medikace s podmínkou nedefinovali, u kterého stupně bolesti na VAS škále má sestra podat analgetikum. U 2 % záznamů byla shledána neshoda (0 bodů), kdy ordinace medikace nebyla napsána ve shodě s platnými předpisy.

**Tabulka 28** Hodnocení záznamů lékařů - ordinace léků k léčbě bolesti

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	2,2
1	2	2,2
2	86	95,6
Celkem	90	100,0

### **Kritérium č. 9: Jsou záznamy lékařů o péči pacienta s bolestí v dekurzu čitelné?**

Čitelnost záznamů lékařů v dekurzu týkající se bolesti dítěte byla hodnocena ve 26 chorobopisech celkem u 90 záznamů. Tabulka 29 ukazuje výsledky. Z celkového počtu 90 záznamů byla v 82 případech shledána úplná shoda (2 body), což je u 91 % záznamů. V 6 případech byla shledána částečná shoda (1 bod). U 2 záznamů byla shledána neshoda (0 bodů) s platným předpisem.

**Tabulka 29** Hodnocení čitelnosti záznamů lékařů

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	2	2,2
1	6	6,7
2	82	91,1
Celkem	90	100,0

## 7 DISKUSE

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zaměřit se na dokumentování bolesti na vybraném dětském oddělení metodou retrospektivní studie. Byly analyzovány záznamy sester a lékařů v uzavřených chorobopisech týkající hodnocení a léčby bolesti u dětí. Stanoveny byly dvě výzkumné otázky: *Jaká je míra shody nebo neshody analyzovaných záznamů sester a lékařů ve zdravotnické dokumentaci s příslušnými směrnicemi a standardy? Co je nejčastěji opomíjeno v souvislosti s hodnocením bolesti ve zdravotnické dokumentaci?*

V této kapitole budou výsledky výzkumného šetření porovnávány zejména s platnými předpisy zdravotnického zařízení, akreditačními standardy a legislativními požadavky týkající se kvality a bezpečí zdravotní péče a péče o pacienta (dítě) s bolestí. V diskuzi je věnována pozornost zejména nejčastějším neshodám s platnými směrnicemi, z toho důvodu nejsou v diskuzi popsány výsledky všech hodnocených kritérií. Je potřeba také zdůraznit, že cílem výzkumného šetření nebylo porovnávat, zda dokumentují péči o dítě s bolestí lépe (nebo naopak hůře) sestry nebo lékaři, ale cílem bylo hledat možné příčiny těchto neshod a zamyslet se nad možným řešením. Z tohoto důvodu v diskuzi nejsou záměrně odpovědi na obě výzkumné otázky prezentovány odděleně, protože spolu souvisí a vzájemně se prolínají.

Zdravotnické zařízení, ve kterém bylo prováděno výzkumné šetření, se systematicky zabývá hodnocením kvality zdravotní péče a je držitelem akreditace od Sdružené akreditační komise (SAK). Směrnice a předpisy zdravotnického zařízení proto vycházejí z akreditačních hodnotících standardů pro nemocnice, které vydal SAK v roce 2014. Marx a Vlček (2014) v těchto akreditačních standardech uvádějí, že nemocnice musí respektovat právo pacientů na účinné hodnocení bolesti a léčbu bolesti. Postupy zaměřené na vyhodnocení a léčbu bolesti by měla nemocnice stanovit vnitřním předpisem a tento postup hodnocení bolesti by měla upravit pro všechny kategorie pacientů včetně dětí a osob, které nejsou schopny verbální komunikace.

První oblastí, kde byly analyzovány záznamy sester a lékařů, byl *ošetřovatelský a lékařský příjem*. Vstupní hodnocení bolesti by mělo být podle platné směrnice daného zařízení prováděno u každého hospitalizovaného pacienta. Sestra by měla zhodnotit v ošetřovatelském příjmu, zda pacient má nebo nemá bolest, vstupní hodnocení bolesti by mělo být také součástí lékařského příjmu. Pokud pacient udává bolest, měla by sestra v ošetřovatelském příjmu zhodnotit intenzitu bolesti, provést diagnostiku bolesti, to znamená, zhodnotit, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Dále je potřeba zhodnotit lokalizaci bolesti a její

ovlivnitelnost. Sestra i lékař by měly při příjmu také poučit pacienta nebo doprovod dítěte o tom, že je důležité informovat zdravotnický personál o své bolesti nebo bolesti jejich dítěte během hospitalizace. Pokud měl pacient během hospitalizace řešenu bolest, měl by být lékařem zhodnocen stav bolesti v závěrečné zprávě. Tyto povinnosti jsou definovány ve vnitřní směrnici zdravotnického zařízení „Péče o pacienta s bolestí“. Marx a Vlček (2014, s. 56) také ve standardu SAK týkající se diagnostické péče definují, že nemocnice naplní standard, pokud je součástí vstupního vyšetření u všech pacientů hodnocení bolesti, které musí být odpovídající věku a celkovému stavu pacienta, přitom se hodnotí intenzita bolesti, její typ, lokalizace, frekvence a délka trvání. Hodnocení bolesti se dokumentuje.

Nejlépe byla sestrami dokumentována v *ošetřovatelském příjmu lokalizace bolesti*, která byla analyzována celkem ve 25 chorobopisech. V naprosté většině (96 %) hodnocených záznamů byla shledána úplná shoda s vnitřními předpisy. Neshoda se směrnicí byla shledána jen u 1 chorobopisu, kde sestra nezaznamenala do ošetřovatelského příjmu lokalizaci bolesti. Výsledky tohoto hodnoceného kritéria lze proto považovat za velmi uspokojivé.

Naopak nejméně ve shodě se směrnicí byla sestrami dokumentována v *ošetřovatelském příjmu ovlivnitelnost bolesti*. Výsledky hodnocení tohoto sledovaného kritéria byly překvapivé. Z 24 hodnocených chorobopisů byly v úplné shodě se směrnicí pouze 2 záznamy sester. V naprosté většině (92 %) nebylo sestrami při příjmu zaznamenáno, jakými způsoby lze nebo by mohla být ovlivněna bolest u dítěte, což nelze hodnotit jako dobrý výsledek. Otázkou je, zda je nutné hodnotit ovlivnitelnost bolesti už při ošetřovatelském příjmu, protože standardy SAK při vstupním hodnocení bolesti tuto nutnost neuvádějí. Další otázkou je, zda je reálné tuto informaci zjišťovat už při příjmu dítěte jednak z časových důvodů také doprovázející rodič i dítě mohou být při příjmu rozrušené.

Ovlivnitelnost bolesti a podpůrné metody ke zmírnění akutní i chronické bolesti, by se podle směrnice měly dokumentovat také v průběhu hospitalizace. Zda jsou sestrami dokumentovány během *hospitalizace podpůrné metody ke zmírnění bolesti u dítěte*, bylo analyzováno celkem v 90 záznamech, kde mělo dítě během hospitalizace řešenu bolest. Výsledek je opět překvapivý. Pouze ve 4 hodnocených záznamech sestry uvedly podpůrné metody ke zmírnění bolesti. V naprosté většině, téměř u 96 % hodnocených záznamů, však byla shledána neshoda s příslušnou směrnicí, kdy sestry nedokumentovaly podpůrné metody ke zmírnění bolesti, což je velká škoda. Většina bolestí v dětském věku je akutní, krátkodobá a nepříliš velké

intenzity. Z tohoto důvodu je vhodné využít k léčbě bolesti u dětí nefarmakologické, doplňkové metody, jako jsou: fyzikální, kognitivní a behaviorální metody (např. odvrácení pozornosti, řízená představa). Dalšími metodami může být svalová relaxace, arteterapie, terapie hrou a mnohé další (Rokyta, 2015, s. 114). Mezi ty nejjednodušší nefarmakologické metody patří u batolat a předškolních dětí např. vyprávění pohádek, u starších dětí např. dechová cvičení (Kalousová, 2008). Zdravotnický standard dané nemocnice s názvem „Péče o pacienta s bolestí“ také doporučuje zdravotníkům využít jako podpůrné metody ke zmírnění bolesti např. úpravu polohy pacienta, lokální aplikaci tepla či chladu, dechová cvičení, rehabilitační polohovací pomůcky, u malých dětí podání šidítka. Použití nefarmakologických metod k tišení bolesti má minimum nežádoucích účinků a lze je využít téměř vždy, kdy se léčí bolest, a proto by měly být hojně využívány. Z výsledků mého výzkumného šetření ale vyplývá, že ve většině případů není sestrami náležitě prováděno dokumentování těchto nefarmakologických metod a na to je potřeba se zaměřit.

Co se týká hodnocení záznamů *lékařů při příjmu pacienta*, bylo jimi nejlépe dokumentováno *vstupní hodnocení bolesti*. Z 26 hodnocených záznamů byla u naprosté většiny (92 %) záznamů lékařů shledána úplná shoda se směrnicí, což je výborný výsledek. U 1 záznamu byla shledána částečná neshoda, kde lékař sice uvedl záznam o vstupním hodnocení bolesti, ovšem zhodnotil, že pacient je bez bolesti, ale sestra uváděla v ošetrovatelské dokumentaci akutní bolest dítěte na VAS 1. Důvodem tohoto odlišného vstupního hodnocení bolesti lékařem a sestrou může podle mého názoru být to, že dítě lékaři nemuselo v danou chvíli bolest vůbec sdělit (dítě může záměrně bolest zkruslovat, nemá důvěru ve zdravotníka apod.). Dalším důvodem může být to, že lékař i sestra bolest vyhodnotí jinak, protože do hodnocení bolesti se mohou také promítat subjektivní pocity zdravotníka. Sestra k hodnocení intenzity bolesti u dítěte zřejmě použila škálu bolesti (VAS 0 – 4), otázkou je, zda tuto škálu při vstupním hodnocení bolesti používá i lékař. Směrnice pouze definuje, že „*vstupní hodnocení bolesti je součástí příjmového lékařského vyšetření*“. Zároveň doporučuje zdravotníkům použít ke zhodnocení bolesti škálu VAS spolu se sledováním klinických známk a projevů bolesti. Ve sledovaných chorobopisech lékaři většinou uváděli, zda dítě při příjmu bolest má nebo nemá a slovně popsali její typ, lokalizaci, charakter a intenzitu. Úplná neshoda se směrnicí byla shledána pouze u 1 záznamu lékaře, který se o bolesti dítěte při příjmu vůbec nezmínil.

Nejméně ve shodě se směrnicí byly záznamy lékařů, kde bylo hodnoceno, zda je proveden *při příjmu záznam lékaře o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti*. Výsledky hodnocení tohoto kritéria byly velmi překvapivé a neuspokojivé. Ve 26 hodnocených záznamech nebyl ani v jednom chorobopisu tento záznam lékařem proveden. Byla tedy zaznamenána 100% neshoda se směrnicí. Zdravotnický standard daného zdravotnického zařízení „Péče o pacienta s bolestí“ udává povinnost lékaři poučit pacienta nebo jeho doprovod o tom, že je důležité informovat zdravotnický personál o své bolesti nebo bolesti jejich dítěte během hospitalizace (seznámení s managementem bolesti). Z mého výzkumného šetření vyplývá, že tuto skutečnost lékaři při příjmu vůbec nedokumentovali. Otázkou je, co je tomu důvodem. Je potřeba se zamyslet nad tím, zda je nutné, aby i lékař seznámil pacienta s managementem bolesti, když stejnou povinnost má i sestra v ošetrovatelském příjmu. Nejedná se tedy potom o duplicitu záznamů? Standard SAK oblast č. 5 - hodnocení terapeutické péče, v části č. 8 uvádí, že nemocnice naplní standard, jestliže provádí „*edukaci pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti*“ (Marx a Vlček, 2014, s. 75). Podle tohoto standardu není podmínkou provádět edukaci pacientů a doprovodu hned při příjmu pacienta, ale je žádoucí toto provádět v průběhu hospitalizace pravidelně nebo vždy podle aktuální potřeby.

Další analyzovanou oblastí bylo *hodnocení dokumentování péče o pacienta s bolestí sestrami a lékaři v průběhu hospitalizace*. V akreditačních standardech SAK je uváděno, že nemocnice by měla mít zavedený účinný systém léčby bolesti. Aby nemocnice naplnila standard č. 5. 8., musí pravidelně provádět přehodnocování bolesti a vyhodnocování účinnosti léčby a také provádět vzdělávání pracovníků v oblasti identifikace a léčby bolesti (Marx a Vlček, 2014). Podle platné směrnice sledovaného zdravotnického zařízení „Péče o pacienta s bolestí“ by sestra měla při monitoraci neboli hodnocení bolesti zaznamenávat v ošetrovatelské dokumentaci jednak intenzitu bolesti, její charakter (např. pálivá, řezavá, bodavá, pulzující apod.) a jak už bylo zmíněno, popsat podpůrné metody vedoucí ke zmírnění bolesti. Při hodnocení intenzity by sestra měla dle směrnice využít vizuální analogovou škálu VAS v rozsahu 0 – 4 u dětí starších 2 let (viz Příloha D). U mladších dětí 2 let a u psychomotoricky retardovaných dětí by měla použít škálu NIPS v rozsahu 0 – 7. Tyto škály by měla používat vždy s individuálním přihlédnutím k úrovni psychomotorického vývoje a stavu pacienta. Použití škály definují také Marx a Vlček (2014) v akreditačních standardech, kde uvádějí, že

při hodnocení bolesti by mělo zdravotnické zařízení také zajistit příslušné skriningové nástroje – škály.

Výsledky výzkumného šetření týkající se hodnocení bolesti sestrami a lékaři během hospitalizace, byly téměř ve většině hodnocených kritérií velmi dobré. Výsledky ukazují na skutečnost, že v naprosté většině sestry i lékaři provádějí dokumentování akutní i chronické bolesti během hospitalizace podle platných předpisů.

Nejlépe bylo sestrami v průběhu hospitalizace dítěte dokumentováno *zhodnocení intenzity bolesti*. Z 90 hodnocených záznamů byly všechny záznamy ve 100% shodě se směrnicí, což je výborný výsledek. Je potřeba se ale zmínit o používaných hodnotících škálách ve zdravotnickém zařízení, které jsou definované ve standardu „Péče o pacienta s bolestí“. Řada autorů (Plevová, 2012b, Rokyta, 2010, Janáčková, 2007) ve svých publikacích uvádí, že Visual Analogue Scale (VAS) – vizuální analogová škála je relativně nejjednodušší a nejpoužívanější škálou, kdy pacient zhodnotí intenzitu bolesti na úsečce od 0 do 10. Tato škála ale může mít mnoho podob. Autoři uvádějí, že se dá využít u všech věkových skupin pacientů, ale nejvhodnější je ji použít u dětí od 5 let. Zdravotnické zařízení ve své směrnici definuje používání VAS škály v rozmezí 0 – 4 již u dětí od 2 let. Každé zdravotnické zařízení si sice může vnitřním předpisem stanovit, jakou škálu bude používat, ale otázkou je, zda jsou tyto používané škály validní a zda jsou také v jejich používání zdravotníci dostatečně edukováni. Ingrová (2016) se ve své přehledové bakalářské práci zabývala hodnocením bolesti u dětí. Autorka ve své práci publikuje, že Stevens et al. (2012) provedli studii, kdy jedním z cílů bylo určit formu a četnost hodnocení bolesti u dětí v Kanadě. Tato studie zahrnovala 3822 dětí ve věku 0 - 18 let, které byly hospitalizované v osmi dětských nemocnicích déle než 24 hodin. Z výsledku studie vyplynulo, že 2615 dětí (68,4 %) mělo dokumentovanou bolest alespoň jedenkrát za posledních 24 hodin. Celkem 1097 dětí (28,7 %) mělo bolest posouzenou jen hodnotícím nástrojem. U 1006 dětí (26,3 %) se bolest posuzovala jen z vyprávění dítěte. Oběma způsoby byla bolest hodnocena u 512 dětí (13,4 %). Validní nástroj pro hodnocení bolesti byl použit jen u 28,1 % dětí a dokonce u 5,4 % dětí byl nástroj nevhodně zvolen pro použití ve vztahu k jejich věku. Ingrová (2016) v diplomové práci dále cituje autory Stevens et al. (2012), kteří uvádí, že bylo viditelné zlepšení v hodnocení bolesti u dětí, protože přibližně dvě třetiny dětí měly nějakou formu hodnocení bolesti. Ale i přesto hodnocení bolesti nebylo konzistentní, bylo proměnlivé a neřídilo se doporučenými postupy. Využíváním hodnotících a měřících škál (dále jen HMS) v ošetrovatelství se také zabývaly

Taliánová, Jedlinská a Moravcová (2013). Ve svém výzkumném šetření zjišťovaly procentuální zastoupení všeobecných sester, porodních asistentek a dětských sester využívajících HMŠ v klinické praxi v neakreditovaných zdravotnických zařízeních a zda existuje statistická významnost mezi počtem využívaných HMŠ a typem vzdělání či délkou ošetrovatelské praxe. Z celkového počtu 195 respondentek, 114 využívalo ve sledovaném období nějakou z HMŠ. Vizuální analogovou škálu pro hodnocení bolesti (VAS) používalo pouze 24 respondentek (21,05 %). Taliánová, Jedlinská a Moravcová (2014) uvádějí, že používání této škály má velmi úzký vztah ke kvalitě poskytované péče. Z jejích výzkumných šetření vyplynulo, že existuje vztah mezi vzděláním a používáním hodnotících a měřících škál. Jak autorky uvádějí, z tohoto důvodu by měly instituce zaměřené na vzdělávání zdravotnických pracovníků vést studující k tomu, aby se naučili se škálami precizně pracovat a také je využívat při vykonávání své budoucí profese. Na druhou stranu je potřeba zdůraznit, že ne vždy je možné napasovat hodnocení bolesti do směrnic a škál, protože bolest je subjektivní pocit, člověk není věc, a proto ani validní škála nemusí být vždy vhodnou metodou ke zjišťování bolesti.

Dalším hodnoceným kritériem v oblasti monitorování bolesti bylo, zda je sestrami prováděna *monitorace akutní bolesti v monitorovacím záznamu po operačních či invazivních zákrocích nebo dle ordinace lékaře*. Dle směrnice zdravotnického zařízení, pokud je pacient po operačním nebo invazivním zákroku, by se měly provádět záznamy o monitoraci bolesti. Měla by se zapisovat její intenzita do monitorovacího záznamu, kde jsou lékařem stanoveny časové intervaly hodnocení bolesti anebo postupovat dle ordinací lékaře. U tohoto hodnoceného kritéria, byla více jak u poloviny záznamů sester zaznamenána neshoda. Z celkového počtu 26 hodnocených chorobopisů operační nebo invazivní zákrok podstoupilo během hospitalizace celkem 13 dětí. Z tohoto počtu bylo pouze 6 záznamů v úplné shodě se směrnicí. U 7 hodnocených záznamů byla shledána neshoda, to znamená, že sestry nezaznamenávaly monitoraci akutní bolesti po operaci nebo invazivním zákroku do záznamového listu nebo dle ordinace lékaře. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že sestry u těchto 7 pacientů prováděly záznamy o monitoraci pouze vitálních funkcí (TK, puls, dýchání, SpO<sub>2</sub>, stav vědomí) a bolest dětí po invazivním zákroku nebyla hodnocena. V akreditačních standardech SAK č. 6. 6. v oblasti anesteziologické a chirurgické péče je definováno, že *„pooperační dokumentace obsahuje vždy informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a transfuzních přípravků a o všech*



*komplikačích a jiných závažných okolnostech“* (Marx a Vlček, 2014, s. 84). Povinnost dokumentovat bolest po chirurgických nebo invazivních zákrocích není v tomto standardu definováno. Nicméně zdravotnické zařízení má tento postup o hodnocení a dokumentování bolesti po operačním nebo invazivním zákroku definován svojí vnitřní směrnicí a ta by měla být dodržována. Hodnocení pooperační bolesti nebo bolesti po invazivních zákrocích je důležité, vychází také z práv pacientů, kteří mají na adekvátní léčbu bolesti nárok. Proto je potřeba, aby byla bolest u dětí po operaci nebo invazivním zákroku včas rozpoznána a následně i účinně léčena. K jejímu úspěšnému zvládnutí nepochybně patří i její dokumentování. Je nutno ale podotknout, že u tohoto hodnoceného kritéria nebylo možné provést hodnocení záznamů u reprezentativního množství dat z důvodu interního zaměření daného oddělení. Bylo by proto vhodné, rozšířit výzkumný soubor o dokumentaci dětí např. z chirurgického oddělení a za delší sledované období.

Větší míra neshody se směrnicí byla zaznamenána u *dokumentování záznamů o rozhodnutí lékaře do 30 minut o dalším postupu v léčbě bolesti, při zjištění akutní bolesti u pacientů s intenzitou bolesti VAS 3 nebo NIPS 3 a více bodů*. Hodnoceno bylo 82 záznamů, kde byla u dětí řešena akutní bolest. Z tohoto počtu měly děti celkem 19 x bolest s intenzitou na škále VAS 3 a více. Z 19 hodnocených záznamů lékařů bylo u 10 postupováno v úplné shodě s platným předpisem, což je více než u poloviny záznamů. U 3 záznamů lékařů byla shledána částečná shoda, kde lékaři záznam sice provedli, ale s časovou prodlevou (více jak 30 minut). U 6 záznamů nebyl lékařem dokumentovaný postup o léčbě a dalším monitorování dítěte s bolestí VAS 3 a více vůbec, jednalo se tedy o neshodu u téměř 32 % záznamů. Je potřeba se tedy zamyslet, co bylo příčinou tohoto počtu neshod se směrnicí. Domnívám, se, že mnohdy není reálné z provozních důvodů, aby lékař do 30 minut provedl záznam o dalším postupu. Sloužící lékař má mnohdy na starosti více pacientů na odděleních a není v jeho možnostech např. pro jiný urgentní případ tuto povinnost splnit. Přesto je ale důležité, aby sestra bezpodmínečně o vzniku bolesti vysoké intenzity u dítěte neprodleně informovala lékaře, což z prozkoumaných záznamů v dokumentaci vyplývá, že sestry v naprosté většině dokumentují. Lékař by měl v co nejkratší době rozhodnout o dalším postupu a ten také dokumentovat. Do příchodu lékaře by sestra měla sama použít na základě svých kompetencí a odborných znalostí metody ke zmírnění bolesti a další postup co nejdříve konzultovat s lékařem.

Další hodnocenou oblastí bylo hodnocení *záznamů sester a lékařů týkající se ordinace a podávání analgetik*. Ordinace a podávání léků a tedy i analgetik, je v procesu léčebné

ošetřovatelské péče velmi důležitou oblastí, protože na základě medikačního pochybení zdravotníka může dojít k poškození pacienta. Proto se tímto tématem v diskuzi podrobněji zabývám. NLP a lékaři se při ordinaci a podávání analgetik musí řídit platným zdravotnickým standardem (ZS) daného zařízení „Podávání a uložení léčiv“ a „Péče o pacienta s bolestí“, kde je definováno, že ordinaci léčiv zapisuje do dokumentace lékař, který odpovídá za celou medikaci od chvíle zápisu. Ze zápisu ordinace léčiv musí vyplývat a být dohledatelná časová souvislost jeho podání. Každá ordinace léčiva musí být opatřena datem, časovým údajem, jmenovkou a podpisem ošetřujícího lékaře. NLP je odpovědný za správnou úpravu a podání léčiva, léčivo podává zásadně podle písemné ordinace lékaře, nepřípustné je přepisování ordinace. Standard také definuje, že ordinace verbální nebo telefonická je možná jen ve výjimečných případech, v případě nebezpečí z prodlení (KPR, náhlé zhoršení stavu ohrožující život apod.). O podání nebo nepodání léčiva NLP provede záznam ve zdravotnické dokumentaci. Po podání analgetika by měla následovat kontrola analgetického účinku vždy nejpozději do 2 hodin od podání. V případě, že nedojde u pacienta k vymizení či zmírnění bolesti na VAS 2 a méně nebo NIPS 2 a méně, informuje NLP lékaře a postupuje dle jeho ordinací.

Tyto zdravotnické standardy nemocnice vycházejí z akreditačních standardů SAK, kde je v oblasti 7 definovaný standard o povinnosti nemocnice stanovit vnitřními předpisy objednávání, předepisování a podávání léků. Nemocnice by podle tohoto standardu měla stanovit vnitřním předpisem minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty s cílem eliminovat variabilitu při ordinacích a zvýšit bezpečnost pacientů (Marx a Vlček, 2014, 89 – 90). V akreditačních standardech SAK v oblasti týkající se ordinací a podávání léčiv je dále definováno, že vnitřní předpis zdravotnického zařízení musí konkrétně definovat následující oblasti: minimální rozsah údajů nutných k identifikaci pacientů, minimální náležitosti ordinace, postup při provádění generické záměny léků ordinovaných na lůžkovém pracovišti, postup při podmíněné ordinaci léků („podle potřeby“), postup zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léků s podobnými názvy či podobným obalem, postup v případě, že je ordinace neúplná, nečitelná či nejasná, další typy povolených ordinací (např. ordinace s terapeutickým rozptylem), postup při ústních či telefonních ordinacích a ordinace, které se vždy vztahují k váze pacienta či k tělesnému povrchu, například ordinace léků pro malé děti či ordinace cytostatik (Marx a Vlček, 2014, s. 89 – 90). Tyto povinnosti také definuje Vyhláška MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické

dokumentaci § 1 odst. 2. písm. e), kde je definováno, že zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta obsahuje záznam o „*předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků a také záznam podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství*“ (Česko, 2012b).

U sester byly hodnoceny v této oblasti týkající se ordinací a podávání analgetik 4 kritéria. Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že *záznamy sester týkající se ordinací a podávání léků* byly ve většině případů ve shodě s příslušnou směrnicí. Větší procento neshod bylo ovšem zaznamenáno u hodnocení záznamů sester týkající se *medikace s podmínkou*, kde bylo hodnoceno, zda odpovídá v případě podání analgetika, podmínka záznamu v ordinaci lékaře o stupni VAS se stupněm VAS v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace a zda je uveden čas podání analgetika. Z počtu 26 chorobopisů byla medikace s podmínkou hodnocena u 36 záznamů, kde byla u dítěte řešena bolest, a kde lékař naordinoval v dekurzu podání analgetika s podmínkou. Úplná shoda se směrnicí byla u 80 % záznamů, což je většina hodnocených záznamů. Částečná shoda byla shledána u 3 záznamů u medikace s podmínkou, kdy podmínka podání sice byla splněna, ale sestra neuvedla čas podání analgetika. Neshoda se směrnicí byla u 4 záznamů. U těchto záznamů neodpovídala podmínka podání analgetika se stupněm VAS v ošetrovatelské dokumentaci a sestra analgetiku podala při nižším stupni VAS. U medikace s podmínkou musí sestra vycházet ze ZS „Péče o pacienta s bolestí“, který definuje, že u medikace s podmínkou (příklad Tralgit 50 mg, cps, p.o., při bolesti VAS 2) sestra léčivo podá v případě, když je podmínka splněna, podmínce musí odpovídat záznam v záznamovém listu ošetrovatelské dokumentace o stupni VAS, sestra do dekurzu uvede čas podání léku. Podle mého názoru procento neshod nebylo velké a domnívám se, že tyto neshody byly způsobené spíše selháním jedinců než systémovou chybou. Důvodem by mohla být nepozornost a spěch sester. Dalším důvodem by mohlo být, že sestra vyhodnotila nutnost podat dítěti analgetikum i při nižším stupni VAS, než naordinoval lékař. Bolest je vždy subjektivní vjem, proto může nastat rozpor mezi hodnotou VAS určenou dítětem a projevy jeho chování. Tuto skutečnost by ale měl zdravotník popsat v dokumentaci. Toto zjištění by mohlo být předmětem dalšího zkoumání.

U lékařů byly v oblasti ordinace léků hodnoceny 2 kritéria. Bylo analyzováno, zda lékař správně provedl *záznam ordinace medikace podle platného předpisu*. Z výsledků vyplývá, že

z celkem 90 hodnocených záznamů byla zaznamenána úplná shoda se směrnicí u 86 záznamů, což je velmi dobrý výsledek. U dvou záznamů lékařů byla pouze částečná shoda. Důvodem bylo, že lékaři u medikace s podmínkou nedefinovali, u kterého stupně bolesti na VAS škále má sestra podat analgetikum. U dvou záznamů byla shledána neshoda, kdy ordinace medikace nebyla napsána ve shodě s platnými předpisy, to znamená, že záznamy ordinace medikace byly nesprávné nebo neúplné. Procento neshod bylo ale velmi malé a je zřejmě způsobené chybou jedince.

Ve výzkumném šetření byla jako posledním hodnotícím kritériem analýza *čitelnosti záznamů sester a lékařů týkající se ordinace a podávání analgetik a péče o pacienta s bolestí*. Čitelnost záznamů sester byla hodnocena ve 26 chorobopisech u 90 záznamů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že hodnocené záznamy sester byly ve 100% shodě se směrnicí, což je výborný výsledek. U čitelnosti záznamů lékařů o bolesti pacienta a ordinace analgetik byly shledány o trochu horší výsledky než u sester, ale přesto stále většina záznamů lékařů byla v naprosté shodě se směrnicí. Čitelnost těchto záznamů lékařů byly hodnoceny také ve 26 chorobopisech u 90 záznamů. U 82 záznamů byla shledána úplná shoda, u 6 záznamů byla shledána částečná shoda a u 2 záznamů byla shledána neshoda s platným předpisem.

Obdobným výzkumným šetřením se zabývala Papoušková a kol. (2009), která ve svém výzkumném šetření prováděla audit ošetrovatelské dokumentace, kde bylo kontrolováno 40 dokumentací. Audit byl mimo jiné zaměřen i na komplexnost a úplnost vedení otevřené ošetrovatelské dokumentace. Z jejího výzkumného šetření vyplynulo, že čas podání léků sestrami byl zaznamenán u 32 dokumentací a všechny záznamy sester byly čitelné u 39 dokumentací. Kubíková (2016) se ve své diplomové práci zabývala nejčastější příčinou medikačního pochybení. Dotazovala se sester na chirurgickém oddělení, v čem vidí nejčastější příčinu medikačního pochybení. Dotazované sestry nejčastěji uváděly nečitelný zápis lékařské ordinace v dekurzu.

Podle platného předpisu o vedení zdravotnické dokumentace a podle Vyhlášky č. 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci, by měly být všechny zápisy ve zdravotnické dokumentaci „vedeny pravdivě, kompletně, nesmazatelným způsobem a průkazně. Veškeré zápisy musí být čitelné, zápis musí být prováděn bezodkladně a průběžně zdravotnickým pracovníkem při každém poskytnutí zdravotní péče. Zápisy musí být také opatřeny identifikací zdravotnického pracovníka a jeho podpisem“ (Česko, 2012).

Škrla a Škrlová (2008) uvádějí, že nečitelnost zápisů zdravotnického personálu je jednou z nejčastějších a nejzávažnějších příčin prohry soudních sporů. Upozornují také, že čitelnost neznamena schopnost sestry na oddělení „dešifrovat“ zápis nebo ordinaci lékaře, ale znamená to, že i nezdravotník je schopen zápisy přečíst. Čitelnost záznamů je velice důležitým kritériem při podávání léků, může výrazně omezit nežádoucí medikační pochybení a omyly a tím zajistit bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotní péče.

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že procento neshod s platnými směrnicemi, týkající se analýzy dokumentování procesu zdravotní péče o dítě s bolestí je malé. Přesto je ale potřeba si položit otázku, zda tyto neshody jsou chybou jedince nebo zda by mohly být chybou systému, zda jsou platné předpisy daného zařízení správně nastavené a zda je reálně dané postupy dodržovat. Touto otázkou se také zabývala Šupšáková (2017), která uvádí, že v retrospektivní diagnostice rizika je potřeba si klást otevřené a neobviňující otázky proč se situace stala a kdo ji zavinil. Je ale podle ní nutné hledat chybu spíše v systému, protože lidská chyba je nevyhnutelná a většinou vždy nastane v určitém procentu a je potřeba s ní proto počítat. Zároveň bychom se měli snažit tuto chybu jedince minimalizovat tím, že bychom si měli klást otázku, zda se jí dalo v zaběhlém systému činností předcházet. Domnívám se, že k tomuto účelu by mohla být v praxi využita například metoda 5x PROČ, která zohledňuje lidský faktor. Tuto metodu popisuje ve své publikaci Šupšáková (2017). Metoda spočívá v tom, že se v praxi při pochybení ptáme několikrát proč a zároveň pátráme, proč se chyba stala a pídíme se po možných příčinách a selhání systému, protože je to lepší, než obviňování jedince. Ideální ale je použít při vyhodnocování možných rizik více metod. Další metodou, která by mohla být v praxi více využívána je metoda FMEA (Failure Modes and Effects Analysis). Jedná se o nadstavbovou metodu nad retrospektivním vyhledáváním rizik a chyb, která může potenciálně detekovat rizika ještě před tím, než nastanou. Tím, že je cílena na identifikaci bodů, kde by mohlo dojít k pochybení, může přispívat k jeho prevenci. Tuto metodu by bylo možné v praxi použít i při analýze rizik souvisejících s podáváním léčiv (Šupšáková, 2017).

## 8 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na bolest u dětí z pohledu kvality a bezpečí zdravotní péče. Abychom mohli sledovat a následně zvyšovat kvalitu poskytované péče o pacienty, musíme si předem stanovit minimální hodnotící standardy a kritéria a poskytovanou péči náležitě dokumentovat. Mezi základní předpoklady k úspěšnému zvládnutí managementu bolesti patří používání vhodných metod a nástrojů k hodnocení bolesti.

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo zaměřit se na dokumentování bolesti u dětí na vybraném dětském oddělení metodou retrospektivní studie. Dílčími cíli bylo analyzovat záznamy sester a lékařů ve zdravotnické dokumentaci týkající se péče o dítě s bolestí a posuzovat shody nebo neshody s příslušnými platnými předpisy daného zdravotnického zařízení.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že u naprosté většiny sledovaných kritérií bylo dokumentování bolesti u dětí prováděno v úplné shodě s příslušnými směrnicemi zdravotnického zařízení. Přesto ale byly zjištěny některé nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace. Naprostá většina sester náležitě nepopsala v dokumentaci použití nefarmakologických podpůrných metod ke zmírnění bolesti. Větší procento neshody se směrnicí bylo zjištěno u dokumentování akutní bolesti po operačních či invazivních zákrocích. U analýzy záznamů v lékařském příjmu bylo zjištěno, že žádný z lékařů ve sledovaném souboru chorobopisů neprovedl záznam do dokumentace o seznámení pacienta nebo doprovodu s managementem bolesti.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že cílem diplomové práce nebylo zjistit, zda dokumentují péči o dítě s bolestí lépe sestry nebo lékaři, ale zamyslet se nad možnými příčinami neshod a hledat možná řešení. Práce má také své limity spočívající v nereprezentativním vzorku dat. Analýza záznamů probíhala za období 3 měsíců a z tohoto důvodu by bylo vhodné rozšířit výzkumné šetření o delší časové období. Práce ale poskytuje velké množství dat managementu daného zdravotnického zařízení, která mohou být podkladem k hlubšímu zamyšlení a analýze nad jednotlivými výsledky a k benchmarkingu s jinými nemocnicemi. Zjištěná data mohou být využita jako pilotní studie a být východiskem pro další dlouhodobější výzkum nebo být porovnávána s jinými studiemi.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. BOLEK, Vladimír et al. 2015. Modelovanie procesu interného auditu v zdravotníckom zariadení. *Kontakt* [online]. 17(3), s. 154 – 162 [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.08.006>
2. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2015. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník MZ ČR*. Částka 16, s. 2 – 14. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015\\_10927\\_3242\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html)
3. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012a. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>
4. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012b. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů české republiky*. Částka 39. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
5. DONABEDIAN, Avedis. 1980. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press. ISBN 0-914904-48-5.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 112 s. ISBN 978-80-7013-560-0.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 447 s. ISBN 978-80-701-3547-1.
8. GLADKIJ, Ivan. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

9. CHANG, Julie et al. 2015. Pain assessment in Children: Validity of Facial Expression Items in Observational Pain Scales. *The Clinical Journal of Pain* [online]. 31(3), s. 189 - 197 [cit. 2018-04-18]. ISSN 0749-8047. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24810648>
10. CHROMÁ, Jana a Lucie SIKOROVÁ. 2014. Problematika chronické bolesti u dětí. *Ošetrovatelstvo* [online]. 4(1), s. 10 - 15 [cit. 2018-03-14]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: [http://www.ošetrovatelstvo.eu/\\_files/2014/01/2014-rocnik-4-cislo-1.pdf](http://www.ošetrovatelstvo.eu/_files/2014/01/2014-rocnik-4-cislo-1.pdf)
11. IASP. 2017. *IASP taxonomy* [online]. [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
12. IASP. 2001. *Faces Pain Scale – Revised* [online]. [cit. 2018-04 -22]. Dostupné z: <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&navItemNumber=577>
13. INGROVÁ, Martina. 2016. *Hodnocení bolesti u dětí*. Olomouc, 35 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Dominika Růžková.
14. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. 2018. *International Organization For Standardization* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.iso.org/home.html>
15. JANÁČKOVÁ, Laura. 2007. *Bolest a její zvládní*. 1.vyd. Praha: Portál, 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
16. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
17. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2018. *Hospitals: Why Get Accredited?* [online]. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <https://www.jointcommissioninternational.org/achieve-hospitals/>



18. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2018. *Who is JCI: Our Focus* [online]. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
19. KALOUSOVÁ, Jana et al. 2008. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi* [online]. 9(1), 7-11 [cit. 2018-03-17]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200801-0002\\_Bolest\\_u\\_deti\\_hodnoceni\\_a\\_nektere\\_zpusoby\\_lecby.php](https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200801-0002_Bolest_u_deti_hodnoceni_a_nektere_zpusoby_lecby.php)
20. KAREŠ J., M. DRLÍKOVÁ a I. BRABCOVÁ. 2006. *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JCU, 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
21. KUBÍČKOVÁ, Lucie. 2012. *Procedurální bolest u dětí*. Pardubice. 73 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.
22. MADAR, Jiří. 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
23. MANDYSOVÁ P. et al. 2015. The performance of three pain intensity scales and their preferences among Czech women with acute postoperative pain. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 6(3), s. 298 –305 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-03/19-mandysova-kadleckova.pdf>
24. MAREŠ, Jiří. 1997. *Dítě a bolest*. 1.vyd. Praha: Grada, 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
25. MARKOVÁ, Eva a Sylva BÁRTLOVÁ. 2013. Manažerské strategie vedoucích sester. *Kontakt* [online]. 15(3), s. 229–243 [cit. 2018-03-10]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2013/1063-manazerske-strategie-vedoucich-sester>

26. MARX, David a František VLČEK. 2014. Akreditační standardy pro nemocnice. *SAK* [online]. 3.vyd., 168 s. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z:  
<http://www.sakcr.cz/czmain/dokumenty/akreditace/>
27. MZ ČR. 2010a. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb\\_2919\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html)
28. MZ ČR. 2010b. *Seznam oprávněných osob* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-3205\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-3205_29.html)
29. MZ ČR. 2010c. *Národní sada indikátorů zdravotní péče* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/indikatory-kvality-zdravotni-pece\\_2907\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/indikatory-kvality-zdravotni-pece_2907_29.html)
30. PALYZOVÁ, Daniela et al. 2012. Dětská bolest. ROKYTA, Richard, ed. *Bolest: Monografie algeziologie*. 2.vyd. Praha: Tigis, s. 336 - 370. ISBN 978-80-87323-02-1.
31. PAPOUŠKOVÁ, P., J. OTÁSKOVÁ a I. BRABCOVÁ. 2006. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt* [online]. 8(2), s. 240-242 [cit. 2018-03-07]. Dostupné z:  
<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2006/371-sledovani-a-vyhodnocovani-kvality-oseetrovatelske-pece-s-durazem-na-realizaci-oseetrovatelskeho-auditu>. ISSN 1804-7122.
32. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1.vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
33. PLEVOVÁ, Ilona. 2012a. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

34. PLEVOVÁ, Ilona et al. 2012b. Hodnocení bolesti u dětí: Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi. *Pediatric pro praxi* [online]. 13(3), s. 193-197 [cit. 2018-02-20]. ISSN 1803-5264. Dostupné z:  
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>
35. ROKYTA, Richard. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
36. ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. 2012. *Bolest*. 2. vyd. Praha: Tegis, 684 s. ISBN 978 – 80 -87323 – 02 - 1.
37. ROKYTA, Richard a Cyril HÖSCHL, ed. 2015. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite CZ, 288 s. ISBN 978-80-88046-03-5.
38. SAK ČR. 2010a. *O nás* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z:  
<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
39. SAK ČR. 2010b. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR* [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>
40. SAK ČR. 2010c. *Akreditační standardy pro nemocnice platné od 1. 1. 2014* [online]. [cit. 2018-0304]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
41. SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
42. SOMROVÁ Jana a Sylva BÁRTLOVÁ. 2012. Význam indikátorů kvality v ošetrovatelské péči. *Ošetrovatel'ský obzor* [online]. 3-4(45) [cit. 2018-03-04]. ISSN 1336-5606. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/osetrovatelsky-obzor-3-4-2012/vyznam-indikatoru-kvality-v-osetrovatelske-peci>
43. SPEJCHALOVÁ, Dana. 2011. *Management kvality*. 3.vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 211 s. ISBN 978-80-86730-68-4.

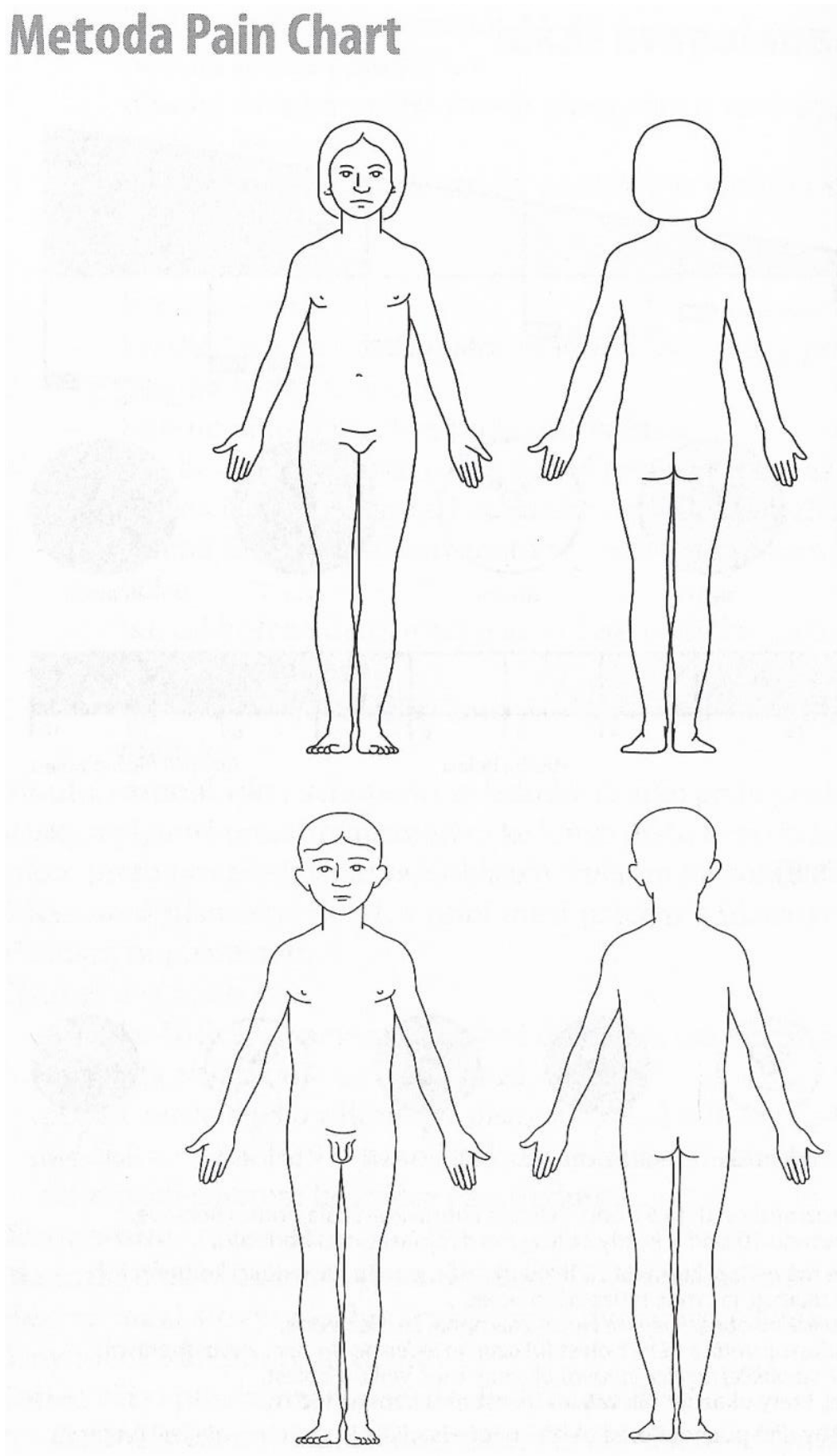
44. STANLEY, M. a POLLARD, D. 2013. Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses In the Management of Pediatric Pain. *Pediatric Nursing* [online]. 39(4), 165-171 [cit.2018-04-16]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1440019389?accountid=16730%20>
45. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 491 s. ISBN 80-7172-841-1.
46. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
47. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
48. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.
49. TALIÁNOVÁ, Magda, Martina JEDLINSKÁ a Markéta MORAVCOVÁ. 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo* [online]. 3(1), s. 25 - 30 [cit. 2018-04-19]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>
50. THE JOINT COMMISSION. 2018. *History of The Joint Commission* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: [https://www.jointcommission.org/about\\_us/history.aspx](https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx)
51. ÚZIS. 2018. *Registry a Informační systémy NZIS* [online]. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry>

52. VÁLKOVÁ, Monika. 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.
53. VEBER, Jaromír. 2007. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2. vyd. Praha: Grada, 201 s. ISBN 978-80-247-1782-1.

## 10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Metoda Pain Chart</i> (Plevová a Slowik, 2010, s. 240).....	86
Příloha B – <i>Záznamový arch pro hodnocení záznamů péče o dítě s bolestí – postup pro NLP</i> .....	87
Příloha C – <i>Záznamový arch pro hodnocení záznamů péče o dítě s bolestí – postup pro lékaře</i> .....	89
Příloha D – <i>VAS – Vizuální analogová škála: rozsah 0-4</i> (Příloha zdravotnického standardu – Péče o pacienta s bolestí).....	91
Příloha E – <i>NIPS – Neonatal Infant Pain Scale: rozsah 0 – 7, škála bolesti pro děti do dvou let</i> (Příloha zdravotnického standardu – Péče o pacienta s bolestí).....	92

## Metoda Pain Chart



Příloha B – Záznamový arch pro hodnocení záznamů péče o dítě s bolestí – postup pro NLP  
(vlastní tvorba)

Péče o pacienta/dítěte s bolestí- hodnocení zdravotnické dokumentace (dle ZS 9/PPZ 3)					
Postup pro nelékařský zdravotnický personál					
Věk:	Pohlaví:	Číslo chorobopisu:	Datum/ hodnocení 0, 1, 2	Oddělení:	Dg.:
			Poznámky		
<b>Ošetřovatelský příjem:</b>					
1. Je zhodnocena intenzita bolesti VAS 0-4/NIPS 0-7					
2. Je proveden záznam o diagnostice bolesti (akutní, chronická)					
3. Je zhodnocena lokalizace bolesti					
4. Je zhodnocena ovlivnitelnost bolesti					
5. Je proveden záznam o seznámení pacienta/doprovodu s managementem bolesti					
<b>Monitorování bolesti (akutní i chronické)</b>					
6. Je zhodnocena intenzita bolesti					
7. Je zhodnocen charakter bolesti					
8. Je aktivována příslušná ošetřovatelská diagnóza/problém v plánu oše. péče					
9. Jsou dokumentovány podpůrné metody ke zmírnění bolesti					
<b>Monitorování akutní bolesti:</b>					
10. Je proveden záznam o informování lékaře o akutní bolesti pacienta					
11. Je prováděno hodnocení bolesti v ošetřovatelském spisu - záznamovém listu minimálně 1x za každou směnu nebo vždy, když pacient/doprovod udává bolest					
<p>Hodnocení: 0 nesshoda, 1 částečná shoda, 2 shoda; N - nehodnoceno</p>					

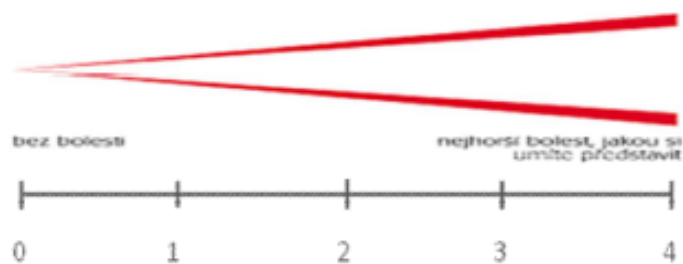
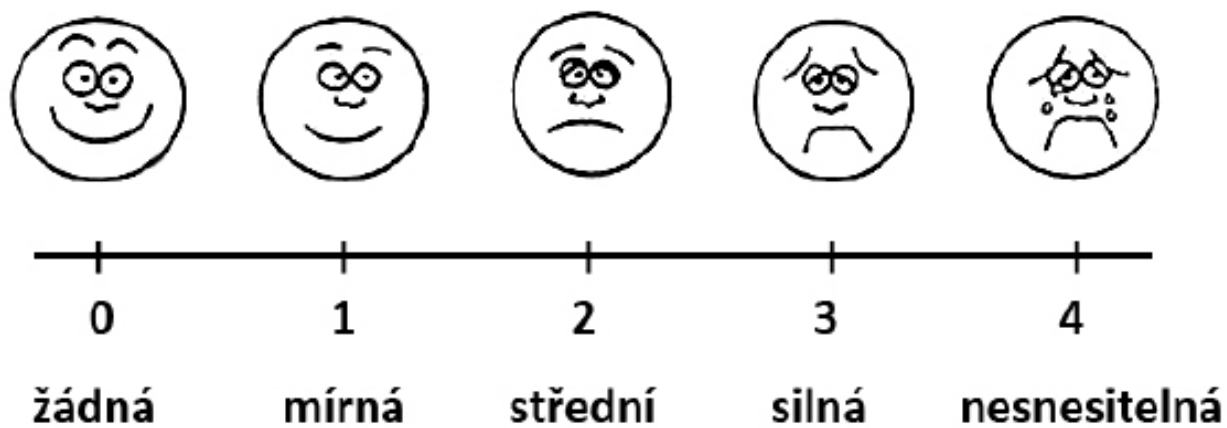


<b>Kritéria</b>										
<b>Monitorování akutní bolesti:</b>										
12. Po operačních či invazivních zákrocích je prováděna monitorace akutní bolesti v Monitorovacím záznamu nebo dle ordinace lékaře										
13. Je provedeno ukončení monitorace bolesti při VAS 0/NIPS 2 a méně v oše. dokumentaci (pokud je pacient bez bolesti min. 24 hod.)										
<b>Monitorování chronické bolesti:</b>										
14. Je provedeno zhodnocení chronické bolesti 1x za 24 hodin v ošetřovatelském spisu-záznamovém listu										
<b>Ordinace a podávání analgetik:</b>										
15. Je správně provedený záznam o podání /nepodání medikace dle platného předpisu										
16. U medikace s podmínkou (např. Traigit 50 mg, cps, p.o., při bolesti VAS 2) odpovídá podmínka záznamu o stupni VAS v Záznamovém listu oš. dokumentace a je uveden čas podání										
17. Po podání analgetika následuje kontrola analgetického účinku léku vždy nejpozději do 2 hodin od podání- je proveden záznam v dokumentaci										
18. Záznamy o péči pacienta/dítěte s bolestí v oš. dokumentaci jsou jsou čitelné a prováděny v souladu s platným předpisem										
Hodnocení: 0 neshoda, 1 částečná shoda, 2 shoda; N - nehodnoceno										



<b>Kritéria</b>	<b>Ordinace léků:</b>								
	8. Je správně provedeny záznam ordinace medikace lékařem dle platného předpisu 9. Záznamy o péči pacienta/dítěte s bolestí v dekurzu jsou jsou čitelné a prováděny v souladu s platným předpisem								
Hodnocení: 0 neshoda, 1 částečná shoda, 2 shoda; N - nehodnoceno									

Příloha D – VAS – *Vizuální analogová škála: rozsah 0-4* (Příloha zdravotnického standardu – Péče o pacienta s bolestí)



Stupně intenzity bolesti:	žádná	⇒	mírná	⇒	střední	⇒	silná	⇒	nesnesitelná bolest
VAS	0		1		2		3		4

Příloha E – NIPS – Neonatal Infant Pain Scale: rozsah 0 – 7, škála bolesti pro děti do dvou let (Příloha zdravotnického standardu – Péče o pacienta s bolestí)

**Hodnocení bolesti**

Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS) - Škála bolesti pro děti do dvou let

List č.:

		Bodové hodnocení						
		den, popř. čas						
<b>Výraz obličeje</b>								
0 – uvolněné svaly	klidná tvář, neutrální výraz							
1 – grimasa	napjaté mimické svaly; svraštělé obočí, brada, zařatá čelist (negativní výraz obličeje – nos, ústa, obočí)							
<b>Pláč</b>								
0 – žádný pláč	tichý, nepláče							
1 – fňukání	mírně, intermitentně kňourá, sténá							
2 – silný pláč	hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlasý pláč u intubovaného dítěte)							
<b>Typ dýchání</b>								
0 – uvolněné	obvyklý typ dýchání pro dané dítě							
1 – změna v dýchání	zatahuje, dýchá nepravidelně, dává se, zadržuje dech							
<b>Paže</b>								
0 – uvolněné / mírné pohyby	bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby paží							
1 skrčené/natažené	natažené paže, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe							
<b>Nohy</b>								
0 – uvolněné/ mírné pohyby	bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby nohou							
1 skrčené/natažené	natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe							
<b>Stav vědomí</b>								
0 – spí/bdí	klidný, tiše spí, nebo je bdělý, občas polne nohou							
1 – neklidný	je bdělý, neklidný, hází sebou, zmitá se							
		<b>Součet:</b>						

PODPIS LÉKÁŘE:

		Bodové hodnocení						
		den, popř. čas						
<b>Výraz obličeje</b>								
0 – uvolněné svaly	klidná tvář, neutrální výraz							
1 – grimasa	napjaté mimické svaly; svraštělé obočí, brada, zařatá čelist (negativní výraz obličeje – nos, ústa, obočí)							
<b>Pláč</b>								
0 – žádný pláč	tichý, nepláče							
1 – fňukání	mírně, intermitentně kňourá, sténá							
2 – silný pláč	hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlasý pláč u intubovaného dítěte)							
<b>Typ dýchání</b>								
0 – uvolněné	obvyklý typ dýchání pro dané dítě							
1 – změna v dýchání	zatahuje, dýchá nepravidelně, dává se, zadržuje dech							
<b>Paže</b>								
0 – uvolněné / mírné pohyby	bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby paží							
1 skrčené/natažené	natažené paže, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe							
<b>Nohy</b>								
0 – uvolněné/ mírné pohyby	bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby nohou							
1 skrčené/natažené	natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe							
<b>Stav vědomí</b>								
0 – spí/bdí	klidný, tiše spí, nebo je bdělý, občas polne nohou							
1 – neklidný	je bdělý, neklidný, hází sebou, zmitá se							
		<b>Součet:</b>						

PODPIS LÉKÁŘE:

Vyhodnocení:

0 – 2 body      žádná nebo mírná bolest

2 – 4 body      střední bolest

> 4 body      silná bolest

bez intervence

nefarmakologická intervence

nefarmakologická i farmakologická intervence