

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Klára Hošková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití škál bolesti u seniorů

Klára Hošková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára Hošková
Osobní číslo: Z15259
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Využití škál bolesti u seniorů
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

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

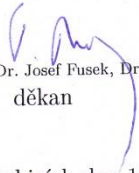
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

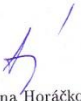
1. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
2. International Association for the Study of Pain, 2014. Faces Pain Scale Revised Home [online]. [cit. 20. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&navItemNumber=577>.
3. Kolektiv autorů. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
4. POKORNÁ, Andrea. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
5. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
6. ROKYTA, Richard. Léčba bolesti ve stáří. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2662-8.
7. VANÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. Bolest v ošetřovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

Vedoucí bakalářské práce: Petra Mandysová, MSN, Ph.D.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016
Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

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

V Pardubicích dne 18.7.2018

Klára Hošková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. Petře Mandysové, PhD, MSN, za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a ochotu, kterou mi během psaní bakalářské práce věnovala. Velké díky také patří respondentům, kteří trpělivě spolupracovali, a nelékařskému zdravotnickému personálu, který byl vstřícný.

ANOTACE

Téma bakalářské práce je využití škál bolesti u seniorů. Je rozčleněna do dvou částí. Cílem první části je popsat problematiku bolesti u seniorů, teorii bolesti a roli sestry v ošetrovatelské péči v dané věkové kategorii. Druhou část bakalářské práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření. Průzkumným cílem je u seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných zjistit intenzitu, prevalenci bolesti a její lokalizaci za pomoci vybraných škál. A uvést doporučení pro praxi.

U seniorů byl proveden i screeningový kognitivní test za předpokladu možné poruchy kognitivní funkce. Prevalence bolesti u seniorů je velmi vysoká. Hodnocení dle obou škál hodnotili senioři skoro totožně, výsledky se podstatně od sebe nelišily. Tedy je jedno, na které škále senior intenzitu bolesti hodnotí. Nejčastější zjištěná místa bolesti byla: dolní končetiny, křížová oblast a záda.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest, senior, MiniCog, škály bolesti, mapa bolesti

TITLE

Use of pain scales in seniors

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on the use of pain scales in seniors. It is divided into two parts. The aim of the first part is to describe the issue of pain in seniors, the theory of pain and the role of a nurse in nursing care in the given age category. The second part of the bachelor thesis includes the quantitative research survey. The goal is to find the intensity and prevalence of pain and its localization in seniors, staying in hospital for a long-term sickness, with the help of selected scales. And to give references for practical usage.

A screening cognitive test was carried out in seniors, assuming a cognitive function disorder. Prevalence of pain in the elderly is very high. The rating was nearly the same at both intensity ratings, there was a minimal difference in the results. Therefore it doesn't matter which intensity scale is used. The most common pain areas were lower limbs, sacrum area and back.

KEYWORDS

Pain, senior, MiniCog, pain scales, pain map

OBSAH

ÚVOD.....	13
Cíle práce	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Senior.....	15
1.1 Definice	15
1.1.1 Bolest u seniorů.....	16
2 Kognitivní funkce.....	17
2.1 Definice a rozdělení kognitivních funkcí	17
2.2 Škály pro zhodnocení kognitivní funkce	18
2.2.1 Kognitivní deficit ve stáří s bolestí	19
3 Bolest.....	20
3.1 Definice bolesti a fyziologie bolesti.....	20
3.2 Základní terminologie bolesti a jejich definice.....	21
3.3 Klasifikace bolesti.....	21
3.3.1 Dělení dle délky trvání	21
3.3.2 Dělení dle mechanismu vzniku.....	22
3.3.3 Další typy bolesti	23
3.4 Hodnocení bolesti.....	24
3.4.1 Lokalizace bolesti	25
3.4.2 Intenzita bolesti.....	25
3.4.3 Kvalita bolesti	25
3.4.4 Časový průběh bolesti.....	25
3.5 Metody pro měření bolesti.....	26
3.5.1 Jednoduché metody.....	26
3.5.2 Vícerozměrné metody	27
4 Role sestry v ošetrovatelské péči u seniorů s bolestí.....	28

5	Současný stav poznání v České republice	31
	EMPIRICKÁ ČÁST	32
6	Průzkumné cíle a otázky	32
6.1	Průzkumné cíle.....	32
6.2	Průzkumné otázky	32
7	Metodika a vzorek	33
7.1	Metodika průzkumného šetření.....	33
7.2	Průzkumný vzorek a kritéria pro zařazení.....	33
7.3	Nástroje pro sběr dat	34
7.3.1	Škála FPS-R.....	34
7.3.2	Numerická škála.....	34
7.3.3	Mapa bolesti.....	35
7.4	Metodika zpracování dat	35
8	Analýza a zhodnocení výsledků	36
8.1	Charakteristika průzkumného souboru.....	36
8.2	Intenzita bolesti dle škál NRS a FPS-R.....	38
8.3	Lokalizace bolesti.....	45
8.4	Vztahy intenzity	47
9	Diskuze	50
9.1	Intenzita bolesti na FPS-R a NRS	50
9.2	Lokalizace bolesti.....	51
9.3	Vztah intenzity bolesti mezi NRS a FPS-R	51
9.4	Doporučení pro praxi.....	52
	ZÁVĚR.....	53
	POUŽITÁ LITERATURA	54
	PŘÍLOHY	58

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 Pojmy v oblasti bolesti (Rokyta, 2009, s. 12-13; Vaňásek, 2014, s. 8-9).....	21
Tabulka 2 Typy bolesti (Hakl, 2011, s. 34-35; Pokorná, 2013, s. 105-111; Vaňásek, 2014, s. 8; Danzingová, 2017, s. 169; Navrátil, 2008, s. 378).....	23
Tabulka 3 Klasifikace jednoduchých a vícerozměrných metod (Pokorná et al. 2013).....	26
Tabulka 4 Ošetrovatelské diagnózy u seniora s bolestí (Herdman et al, 2015, NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017).....	30
Tabulka 5 Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	36
Tabulka 6 Rozdělení respondentů dle věkových kategorií.....	36
Tabulka 7 Zhodnocení kognitivního stavu	37
Tabulka 8 Intenzita bolesti všech respondentů	38
Tabulka 9 Hodnocení bolesti na škále FPS-R	39
Tabulka 10 Hodnocení intenzity bolesti na škále NRS	42
Tabulka 11 Vztah intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R	47
Tabulka 12 Vztah intenzity bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na pohlaví	48
Tabulka 13 Vztah intenzity bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na výsledek Mini-Cog	49
Obrázek 1 Sloupcový graf- hodnocení bolesti dle škály FPS-R.....	39
Obrázek 2 Sloupcový graf - hodnocení bolesti na škále FPS-R s ohledem na pohlaví	40
Obrázek 3 Sloupcový graf - hodnocení bolesti na škále FPS-R s ohledem na výsledek kognitivního testu.....	41
Obrázek 4 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS	42
Obrázek 5 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS s ohledem na pohlaví	43
Obrázek 6 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS s ohledem na výsledek kognitivního testu.....	44
Obrázek 7 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti na dolních končetinách.....	45
Obrázek 8 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti na horních končetinách	46
Obrázek 9 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti v oblasti horní části těla.....	46

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Atd.	a tak dále
CMP	cévní mozková příhoda
Č.	číslo
FPS-R	Faces Pain Scale – Revised (Revidovaná škála obličejů)
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
Např.	například
NRS	Numerická škála
PDK	pravá dolní končetina
Per os	podání léků ústy
PHK	pravá horní končetina
VAS	vizuální analogová škála

Motto:

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“ Hendri Amiel

ÚVOD

Stáří člověka je jednou z přirozených fází života. Tato část lidského života má svá typická specifika. Senior se postupem této fáze adaptuje a zvyká si na různé změny, které s tím souvisí. Tento proces je velmi individuální a závisí na různých vlivech. Během této fáze se objevuje řada poruch funkce orgánů. Mezi ně patří například porucha funkce endokrinních žláz, oběhového systému a respiračního systému a mnoha dalších. S tím také souvisejí poruchy spánku, vyprazdňování, výživy. K roku 2015 v České republice je 1 932 412 seniorů, kteří mohou mít různé potíže, mezi něž patří i bolest. U seniorů je bolest uváděna jako nejčastější problém, na který se často zapomíná. Špatná léčba nebo samotné řešení bolesti má velký vliv na kvalitu života (Jarošová, 2006, s. 11; Hudáková, 2013, s. 7-8; Český statistický úřad; Bielaková a kol., 2012, s. 91).

O bolesti se velmi špatně mluví. Velmi důležitý je subjektivní pocit každého z nás, který napomůže k sebezpozování. Se stářím se také mění přecitlivělost na bolest. Menší vnímání bolesti může mít dopad na zdravotní stav, zhruba 40 % seniorů od 65 let má s těmito tak zvanými „tichými bolestmi“ problémy. Vyskytují se nejčastěji tyto typy bolestí: akutní a chronické. Chronické bolesti se vyskytují u 45-80% pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných a dalších geriatrických zařízeních. S přibývajícím věkem se snižuje bolest hlavy a kříže, ale naopak se zvyšuje bolest pouřazová a kloubní. Udává se i vyšší výskyt nádorových onemocnění, u kterých se také objevují bolesti. Tyto bolesti mají u každého jiný charakter, mohou být pocitovány jako pálivé, řezavé, tupé, ostré, svíravé a další. Velkou součástí léčby je posuzování bolesti. Hodnotí se pomocí vybraných metod, které jsou přesně definované. Přístup pro zjištění bolesti musí být profesionální, kdy prvotním krokem je zjistit co nejvíce informací o dané bolesti. Správně zvolený postup a nástroj pro zhodnocení bolesti jsou pro daného jedince individuální. Kognitivní screening a komunikace může mít vliv na zhodnocení bolesti. Proto se často používá pozorovací škála místo sebehodnotících škál, které napomáhají ke zhodnocení bolesti (Pokorná, 2013, s. 101-109; Rokyta, 2012, s. 14, s. 51-52).

Péče všeobecné sestry o seniory s bolestí je velmi důležitá. Bohužel nemají kompetence k ordinování analgetik. Diagnostika sester a jejich sledování působení podaných léků, ale i účinku nefarmakologických metod je velmi zásadní. Problémová komunikace pacienta i porucha kognitivního deficitu může narušit péči. Problém u pacientů s kognitivním deficitem se intenzivně v České republice zvyšuje. K roku 2014 osob s touto poruchou bylo až 152,7 tisíc (Danzingová, 2017, s. 176-177; Vaňásek, 2014, s. 49).

CÍLE PRÁCE

Tato teoreticko-praktická bakalářská práce se zabývá využitím škál bolesti u seniorů starších 65 let. Cílem teoretické části je popsat východiska bolesti a přiblížit téma využití škál bolesti u seniorů.

Hlavním průzkumným cílem je u seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných zjistit intenzitu, prevalenci bolesti a její lokalizaci. Intenzita bolesti bude zjišťována i s ohledem na výsledek kognitivního testu. Dalším cílem je uvést doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

Cílem teoretické části je popsat problematiku seniorů a jejich bolest. Cílem je i přiblížit problematiku kognitivních funkcí, které se často u seniorů vyskytují. Zjišťují se pomocí metod a ty jsou popsány v následující části této práce. Další kapitolou je bolest, v níž je uvedena základní terminologie bolesti, klasifikace a definice bolesti. Další podkapitolou jsou různé druhy škál bolesti, které se často využívají k vyhodnocení. Závěrem této teoretické části je popsat roli sestry v ošetrovatelské péči u seniorů s bolestí. Touto kapitolou končí teoretická část a následuje část empirická. Dodnes bylo zkoumáno mnoho výzkumů, které se zabývaly bolestí. Výzkumy byly prováděny např. u jiné věkové kategorie nebo onemocnění. Proto problematiku bolesti u seniorů je žádoucí zkoumat i z pohledu kognitivního stavu.

1 SENIOR

Tato kapitola bude zaměřena na vysvětlení definice seniora a jeho bolest, kterou často trpí.

1.1 Definice

V dnešní době se senior označuje slangovými výrazy jako: „důchodce, babička a dědeček“. Využívají se i termíny „stařenka a stařeček“. Pod těmito výrazy, které jsou často využívány, je možné si představit skupinu seniorů. Často takové označení člověka je nevhodné a nedůstojné (Janiš, 2016, s. 32).

Stáří je poslední fáze ontogenetického vývoje člověka. Vyznačuje se mnoha změnami, které probíhají různou rychlostí. Stáří je ovlivněno mnoha faktory např. zdravotním stavem, životním stylem, sociálními, ekonomickými, ale i psychickými vlivy. V této populaci se zvyšuje výskyt různých onemocnění. Senior se stává závislý na druhých, potřebují pomoc, protože mají menší toleranci k zátěži (Rokyta, 2012, s. 14).

Stáří je ovlivněno věkem jedince. Věk je možno vymezit na základně několika kritérií:

Kalendářní věk: Je určen narozením jedince, proto jej lze časově vymezit.

Proto je členěn do tří skupin. První skupina jsou mladší senioři v letech 65-74. Mají problémy se začleněním do společnosti. Druhá skupina jsou staří senioři v letech 75-84. Hlavním problémem této skupiny je adaptace, tolerance zátěže, ale i osamělost. Poslední skupinou jsou

velmi staří senioři od 85 a více let. Tato věková hranice se potýká se špatnou koordinací, často nejsou schopni se sami o sebe postarat.

Sociální stáří: Upozorňuje na rizika a zájmy seniorů, podle kterých by se měl biologický jedinec chovat. Poukazuje na změny sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zabezpečení.

Biologické stáří: Je označeno biologickými změnami jedince (Kalvach a kol., 2004, s. 47-48).

1.1.1 Bolest u seniorů

Stáří neznamena dlouhý život, bez jakýchkoliv fyziologických změn, které jedince doprovází. Každý jedinec stárne a má sklon k úrazům a k chronickým onemocněním. Nejčastější jsou zlomeniny, osteoporóza, porušená integrita kůže, diabetická neuropatie atd. Postupná léčba a realimentace nemusí jedince nechat bez následků. Nejčastějším následkem je bolest, která se stává často chronickou. Špatná a nedostatečná léčba bolesti a její malé zmírnění může vést k depresím, úzkosti, k problémům se spánkem a výživou. Často je vidět rezignace seniorů. Mají pocit, že jsou na obtíž, jak jejich blízké rodině, tak i zdravotníkům a okolí. Každý senior má jiný práh bolesti a vzhledem věku nelze spoléhat na to, že poklesla citlivost na bolestivé podmínky. U seniorů se objevuje i problém s lokalizací bolesti a prodlužuje se doba na reakci na bolest (Kolektiv autorů, 2006, s. 275-276; Danzigová, 2017, s. 174).

Ve své studii Zanicchi a kol. uvádí: Bylo zjištěno, že chronická bolest se objevuje v 82,9%, za 24 měsíců polovina pozorovaných pacientů udává neustále bolest. Vypozorovala, že u většiny pacientů je chronická bolest velmi silná, ovlivňuje náladu, výživu a kvalitu života. Jejich studie ukázala, že u většiny pacientů je špatně nastavená léčba nebo vůbec není léčená a díky tomu se zhoršuje kvalita života (Zanicchi, 2008).

2 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Tato kapitola bude zaměřena na definici a rozdělení kognitivních funkcí. Bude také věnována pozornost škálám, díky kterým je možné zjistit poruchy kognitivních funkcí. V poslední části této kapitoly bude popsána problematika seniorů, u kterých je diagnostikována kognitivní porucha a zároveň trpí bolestí.

2.1 Definice a rozdělení kognitivních funkcí

Tyto funkce jsou definované jako poznávací. Jsou to takzvané mozkové funkce, mezi které patří paměť, koncentrace, pozornost, myšlení, porozumění informacím a zrakově-prostorové schopnosti. Patří sem také jazyk a řečové schopnosti. Tyto funkce umožňují vnímat okolní svět, ale také i sama sebe. Porucha těchto funkcí nastává při onemocnění mozku. Přichází i s vyšším věkem. Níže tyto funkce budou popsány (Válková 2015, s. 13-14; Holmerová et al., 2015, s. 90-91; Klucká et al., 2016, s. 14-16).

Paměť

Tato funkce má schopnost zachovat si a následně si vybavovat informace. Díky této funkci je možnost vracet se k prožitým věcem. Paměť má několik typů: sensorická, která je ultrakrátká, krátkodobá a dlouhodobá (Válková, 2015, s. 13-14).

Koncentrace

Jedná se o schopnost věnovat se a soustředit se na určitou věc (Válková, 2015, s. 15).

Myšlení

Jedná se o vyšší princip organizace a slouží k využití již zpracovaných informací. Myšlení je bráno jako psychický proces. Souvisí se vznikem pojmů, s řešením situací, tvořivostí a verbalizací (Cakirpaloglu, 2012, s. 204).

Pozornost

Schopnost si všimnout určité věci, popřípadě děje (Válková, 2015, s. 15).

Zrakově-prostorové schopnosti

Mezi tyto schopnosti patří konstrukční, motorické a percepční schopnosti, které často bývají ovlivněny se stárnutím (Klucká et al., 2016, s. 14).

Jazyk je velmi důležitá schopnost pro dorozumění a řeč je komunikační dovednost. Díky těmto funkcím vyjadřujeme pocity, prostředky a sdílíme zážitky a informace druhým (Klucká et al., 2016, s. 16).

2.2 Škály pro zhodnocení kognitivní funkce

Během hospitalizace seniora se provádí screening kognitivních funkcí. Testy, které jsou určeny pro zhodnocení mentálního stavu pacienta, napomáhají k určení jakékoli kognitivní poruchy. Níže je uveden popis základních škál (Pokorná et al, 2013, s. 28-29).

Mini- Mental State Examination (MMSE)

Tato škála je takzvaná krátká škála mentálního stavu. Je velmi stručná a spolehlivá, odhalí kognitivní poruchu. Časově je náročná okolo 10-15 minut. V praxi se využívá také ke zjištění fáze Alzheimerovy demence. Tento test patří mezi nejčastěji využívané metody v České republice. U pacientů se zaměřuje na několik rovin. Vyhodnotí orientaci, krátkodobou paměť, řeč, všímavost, čtení, psaní, počítání a dovednost poznávacích funkcí. Má 30 úkolů, které je možné vyhodnotit jedním bodem. Nejvíce je možné získat 30 bodů. Do 27 bodů se nejedná o žádnou patologii. Body 26-25 jsou velmi na hranici s nálezem. Poté se jedná o demenci (Pokorná et al., 2013, s. 28-29).

Clock Test

Test kreslení hodin je doplňkem k testu MMSE. Je velmi jednoduchý, odhalí také jakékoliv patologie, ale i stupeň demence. Cílem tohoto testu je nakreslit kulatý ciferník a do něj zakreslit číslice a ručičky, tak aby ukazovaly za 10 minut 2 hodiny. V tomto testu se hodnotí zakreslení všech pokynů. Je mnoho autorů, kteří popsali bodové skóre. Mezi ně patří Watson, Pandis, Jiráček a Laňková. Každý z těchto autorů má jiné hodnocení (Pokorná et al., 2013, s. 33).

Mini-Cog

Metoda, která je spojena z více úkolů. Mezi tyto úkoly patří třípolohový test pro paměť a kreslení hodin. Mini-Cog je nenáročný a slouží k rychlé kontrole stavu kognitivních funkcí. Nemocný může získat maximálně 5 bodů. Bodová hranice 5-3 je považována za normu. Nižší bodová hranice pod 3 body, znamená kognitivní deficit. Dosažené vzdělání nebo jazyk nemá vliv na výkon v tomto testu (Borson et al., 2003).

2.2.1 Kognitivní deficit ve stáří s bolestí

Stárnutí nese různé potíže a s přibývajícím věkem se objevuje i demence. Výskyt v České republice je velmi vysoký. V rámci zahraničních studií byl odhadnut výskyt demence i u nás. U těchto pacientů je velmi těžké diagnostikovat a léčit bolest. Často nejsou schopni sdělit potíže, všimne si jich až blízká osoba. Dalším problémem u poruch s kognitivním deficitem je špatné zaznamenávání bolesti. Pacient je schopen sdělit bolest při vyšetření, ale nevzpomene si na bolest dřívější. Lidé s demencí mají atypické projevy bolesti. Změní se chování, obvykle jsou negativní, dožadují se pozornosti a objeví se verbální projevy. Tyto symptomy napomáhají ke správné diagnostice. Nápomocí může být i blízká osoba, která má možnost pozorovat seniora při jeho náplni běžného dne. Každé potíže se utlumí správnou dávkou analgetik a další léčbou (Danzingová, 2017, s. 176-177).

3 BOLEST

V této části bude definována bolest. Tato podkapitola bude zaměřena na fyziologii, kde bude uvedena základní terminologie bolesti, klasifikace a hodnocení.

3.1 Definice bolesti a fyziologie bolesti

Bolest je subjektivní pocit u každého z nás. Je ovlivněna celou řadou faktorů např. fyzickými, duševními, ale i věkem, pohlavím, rasou a náboženstvím. Mezinárodní společnost pro studium bolesti – IASP ji charakterizuje takto: „Bolest je nepříjemná senzomotorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionální poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození“. Tuto definici přijala i Světová zdravotnická organizace (WHO) (Rokyta et al, 2009, s. 21; Pokorná et al, 2013, s. 10).

Pro nikoho není jednoduché ji změřit. Proto se v dnešní době používá několik metod pro zhodnocení bolesti. Ale i přesto nelékařský a lékařský pracovník by měl znát teorii a patofyziologii bolesti, která se dělí do 4 fází:

První fáze: Transdukce- Dojde ke zhmoždění tkáně, která zaviní vyplavování prostaglandinů a mediátorů imunitní reakce. Mediátory podráždí nociceptory a zvýší pohyb impulzů bolesti z okrajových částí těla do spinální míchy.

Druhá fáze: Transmise- Je ovlivněna bolestivým podmětem z okrajových nervových vláken do míchy. Díky neurotransmiteru dojde k přenesení nervového impulsu z periferie na neuron druhého řádu. Poté prostoupí přes prodlouženou míchu, thalamus až do mozkové kůry.

Třetí fáze: Percepce- Bolestivý impuls projde přes mozkový kmen, thalamus ke kůře a v tu chvíli si pacient uvědomí bolest.

Čtvrtá fáze: Modulace- Začne, když neurony dají impuls zpět do spinální míchy vlivem neurotransmiterů. Po navázání na spinální míchu se vrátí zpět do buněk, kde tvoří zásobu pro další uvolnění. Ze spinální míchy je vyslán impuls do poškozeného místa na periferii a dojde k okamžité motorické reakci. Modulace bolesti v hypotalamu má spojitost k cirkadiálním rytmům. Díky tomu vznikne pravidelnost a časová závislost bolesti. Toto je označováno za hypothalamický pacemaker, který je ovlivněn serotoninem (Pokorná a kolektiv, 2013, s. 102).

3.2 Základní terminologie bolesti a jejich definice

Každý reaguje na bolest různě. Jakákoliv bolest má jinou příčinu. V tabulce č. 1 jsou uvedeny nejdůležitější pojmy v oblasti bolesti.

Tabulka 1 Pojmy v oblasti bolesti (Rokyta, 2009, s. 12-13; Vaňásek, 2014, s. 8-9)

Pojem	Definice
Alodynie	Bolest vyvolána jiným nebolestivým podmětem než obvykle.
Analgezie	Nevnímání bolesti.
Anesthesia dolorosa	Bolest v necitlivé části.
Centrální bolest	Vyvolaná poruchami v centrálním nervovém systému.
Hyperalgezie	Bolest vyvolaná stejným podmětem se zvýšenou odpovědí na podráždění.
Hyperpatie	Nadměrně zvýšený práh, při překročení je podmět bolestivý.
Hyporalgezie	Bolest vyvolaná stejným podmětem se sníženou odpovědí na podráždění.
Kauzalogie	Stálá pálivá bolest, způsobená traumatem, kdy dojde k poškození nervu.
Neuralgie	Bolest v oblasti nervu nebo nervů.
Nociceptivní podmět	Podmět, který poškozuje zdravou tkáň.

3.3 Klasifikace bolesti

Bolest se dělí podle různých hledisek. Je důležité rozlišovat, o kterou bolest se jedná.

Jsou specifické, každá vyžaduje jinou medikaci a jiný přístup.

3.3.1 Dělení dle délky trvání

Nejčastější rozdělení bolesti je podle délky. Dělíme ji na akutní a chronickou.

3.3.1.1 Akutní bolest

Akutní bolest je krátkodobá. Může trvat několik hodin, dnů, týdnů, ale neměla by přesáhnout maximální délku tří měsíců. Je vyvolána různými příčiny např. traumatickým poškozením, ale i při některých vnitřních onemocněních mezi které patří apendicitida a další. Svou akutností chrání organismus před velkým poškozením. Vlivem silné intenzity může mít špatný vliv na psychiku, se kterou souvisí strach, úzkost a obavy (Hakl, 2011, s. 31-32).

Pro akutní bolest jsou charakteristické tyto příznaky: pocení, zrychlený tep, hyperglykémie, mydriáza - tak zvané rozšíření zorniček, snížení vitální kapacity plic a dechového objemu. Problémy s dýchacím systémem ovlivní schopnost se zhluboka nadechnout. Komplikací může být například hromadění sekretů v dýchacích cestách. Organismus je ohrožen i zvýšeným svalovým napětím, tím se zvýší činnost srdce a spotřeba kyslíku. U pacienta s akutní bolestí v důsledku strachu z hybnosti se zvětší riziko hluboké žilní trombózy (Rokyta, 2009, s. 33-35).

3.3.1.2 Chronická bolest

Tato bolest je označována jako dlouhodobá. Trvá obvykle 3-6 měsíců. Za dlouhodobou bolest je považována i bolest, která překročí typickou dobu pro dané poruchy nebo onemocnění. Při porovnání s akutní bolestí délka nesouhlasí s vyvolávající příčinou a nechrání organismus. Člověka velmi sužuje a brání mu v běžných denních aktivitách, a proto je často vyřazen ze společnosti. Může mít dopad na kvalitu spánku, život a na ztrátu zaměstnání (Hakl, 2011, s. 33-34).

Chronickou bolest mohou doprovázet různé typy příznaků. Mezi nejčastější příznaky patří porucha spánku, deprese, změny osobnosti, zácpa a další (Rokyta, 2009, s. 34-35).

3.3.2 Dělení dle mechanismu vzniku

Dělení dle mechanismu vzniku se dělí na nociceptivní a neuropatickou bolest.

3.3.2.1 Nociceptivní bolest

Je způsobená mechanickým, tepelným, ale i chemickým podrážděním. Dojde k poškození na periferních drahách (Slezáková, 2014, s. 165).

Podle umístění receptorů se dělí na somatickou a viscerální. Somatická bolest vychází ze tkání. Je přesně lokalizovatelná a nemá žádný podnět z útrobu. Viscerální bolest je popisována jako útrobní. Takzvaně z vnitřních orgánů hrudníku, pánve, ale i dutiny břišní. Způsobuje silnou a tupou bolest, která signalizuje poškození organismu. Je velmi špatně lokalizovatelná, po čase se může projevit na jiném místě. Nemění se jen umístění, ale změní se i charakter

bolesti, např. svíravá, řezavá a pálivá. Doprovodným symptomem je nevolnost, neklid, zvracení, pocení, bledost, stres, dušnost atd. (Rokyta, 2012, s. 280-283; Navrátil, 2008, s. 378)

3.3.2.2 Neuropatická bolest

Neuropatická bolest oproti nociceptivní bolesti nevzniká na nocisenzorech. Je způsobená poruchou funkčnosti nervového systému. Dělí se na periferní neuropatickou bolest a centrální neurogenní bolest (stavy po CMP a poruchy míšní léze). U neuropatické periferní bolesti nedochází k přímému poškození tkáně. Bolest je píchavá a pálivá, projevuje se v nečinnosti a v noci. Nebolestivý stimul vyvolá bolestivou reakci, tzv. alodynie. (Hakl, 2011, s. 33)

3.3.3 Další typy bolesti

Tabulka 2 Typy bolesti (Hakl, 2011, s. 34-35; Pokorná, 2013, s. 105-111; Vaňásek, 2014, s. 8; Danzingová, 2017, s. 169; Navrátil, 2008, s. 378)

Pojem	Definice
Dysautonomní bolest	Tento typ bolesti je definován jako bolestivý syndrom. Vyvolá ji úraz nebo chirurgický zákrok.
Psychogenní bolest	Objevuje se u depresivních poruch a dalších psychických stavů. Jedinci si stěžují obvykle na bolesti zad a břicha.
Smišená bolest	Doprovází ji stavy, které jsou ovlivněny předchozími typy bolesti, nejčastěji po operaci bederní páteře.
Onkologická bolest	Takzvaná nádorová bolest vzniká u onkologického onemocnění. Vyvolává ji růst nádorů, především nádory, které postihují měkké tkáně a kostní metastázy. Bolest se může rozvinout také i vlivem diagnostických a léčebných metod. Např. různé bolestivé výkony (odběry vzorku a jiné). Nádorovou bolest mohou také vyvolat i nepřímé faktory, které jsou způsobeny onemocněním, např. změny páteře a kloubu, migrény a další.

Neonkologická bolest	Tato bolest je dlouhodobá. Způsobuje ji nezvratné poškození pohybového ústrojí. Není ovlivněna onkologickým onemocněním.
Epizodní bolest	Tuto bolest vyvolává tělesná aktivita.
Projikovaná bolest	Bolest, která se projevuje na jiném místě, než kde je její zdroj.
Fantomová bolest	Vyskytuje se u některých jedinců po amputaci části těla.
Průlomová bolest	Tento typ bolesti je nepředvídatelný, objevuje se u pacientů s ustálenou bolestí. Vyvolá ji jakýkoliv podnět či činnost. Pacient vnímá bolest jako silnou nebo slabou, tyto epizody se opakují.
Biologická bolest	Tato bolest závisí na subjektivním citění jedince.
Sociální bolest	Je spojena se strádáním.
Spirituální bolest	Dochází k trápení a ke ztrátě svého já.
Kořenová bolest	Vzniká podrážděním míšních kořenů.

3.4 Hodnocení bolesti

Pro zmírnění a lepší zhodnocení bolesti u pacienta je velmi nutné její vyšetření pomocí vybraných metod. Bolest se hodnotí podle nepřímých neverbálních nebo slovních výrazů. Mezi neverbální projevy se řadí úzkostné projevy: pláč, vzdechy, naříkání. Objevuje se také křečovitě držení těla, změna mimiky obličeje a změny fyziologických funkcí. Proto je brána jako subjektivní pocit každého z nás. Hlášení pacienta, že ho něco bolí a jak moc ho to bolí a kde ho to bolí, je nejpřesnější a nejlepší spolehlivý postup. Každý má jiný práh bolesti a toleranci bolesti. Pod pojmem práh bolesti se rozumí síla vyvolávajících stimulů, která v kombinaci s tolerancí bolesti, ovlivní reakci pacienta (Kolektiv autorů, 2006, s. 39-40, s. 58; Pokorná, 2013, s. 109 - 114).

3.4.1 Lokalizace bolesti

Jedna z prvních metod pro získání informací o bolesti pacienta. Zjišťuje se identifikace místa bolesti. Je možné se ptát doplňkovými otázkami. Pro lepší lokalizaci se v praxi používají mapy bolesti (Pokorná, 2013, s. 110).

3.4.2 Intenzita bolesti

Síla bolesti je zásadní faktor pro zhodnocení. Často se ptáme: „Jak moc Vás to bolí?“. Tato otázka je doplňující pro otázky k lokalizaci bolesti. V praxi se používá různá řada škál, u kterých při správném vysvětlení zjistíme pacientovu bolest (Pokorná, 2013, s. 111).

3.4.3 Kvalita bolesti

Kvalitu bolesti zjistíme otázkou: „Jak moc to bolí?“. Většinou se vyhodnotí slovním popisem. Nejčastější odpovědi mohou být: tupá, vystřelující, pálivá, píchavá, řezavá, svíravá, nepříjemná a ostrá (Pokorná, 2013, s. 111).

3.4.4 Časový průběh bolesti

Získává se informace o nástupu, časové délce a o tom, kdy nastoupila. Pacienti si vedou deníček, do kterého si zaznamenávají veškeré informace o průběhu bolesti. Pro hodnocení je také důležité zjistit intenzitu bolesti. Nejčastější metody pro zjištění bolesti jsou uvedené v další kapitole (Pokorná, 2013, s. 111).

3.5 Metody pro měření bolesti

V praxi se využívá mnoho metod, které jsou určeny k vyhodnocení bolesti. Používají se jednoduché nebo vícerozměrné metody. Přehled těchto metod je v tabulce č. 3 a některé z nich jsou popsány níže (Pokorná, 2013, s. 112-113).

Tabulka 3 Klasifikace jednoduchých a vícerozměrných metod (Pokorná et al. 2013)

Jednoduché metody	<ul style="list-style-type: none">▪ Vizualní analogová škála (VAS)▪ Numerická (číselná) škála (NRS)▪ Verbální škála▪ Škálové hodnocení dopadu bolesti na denní aktivity▪ Profil bolesti▪ Mapa bolesti
Vícerozměrné metody	<ul style="list-style-type: none">▪ Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)▪ McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary)▪ Krátká verze McGillského dotazníku bolesti(short- form McGill Pain Qusetionnary)▪ Denník bolesti▪ Dotazník copingu bolesti▪ Průvodce k hodnocení bolesti▪ Průběžné záznamy hodnocení bolesti pro pacienty s monitorováním účinností analgetické terapie▪ Dotazník SCL-90▪ Minnesotský vícefázový osobnostní inventář

3.5.1 Jednoduché metody

Jednoduché metody nejsou velkou zátěží pro pacienta, proto se používají v akutních stavech nebo během hospitalizace pacienta. Tyto metody mají několik možností pro zhodnocení. Patří mezi ně neverbální (pláč), vizuální (zhodnotíme pomocí očního zhlédnutí) a verbální projevy (pomocí slovního vyjádření). Nejznámější technikou v praxi jsou např. vizuální analogová škála bolesti, číselná škála bolesti, obličejová škála nebo Revidovaná škála obličejů (Pokorná et al., 2013, s. 112).

Číselná škála bolesti

Číselná škála je velmi často používaná metoda v praxi. Není pro pacienta a nelékařský zdravotní personál časově náročná, zabere maximálně necelých 5 minut i s edukací a ověřením, zda pacient rozumí. Tato škála je tvořena z 10 čísel, každé z těchto čísel symbolizuje pacientovu intenzitu bolesti dle jeho subjektivního zhodnocení. U této škály číslo 10 symbolizuje nejhorší možnou bolest a 0 žádnou bolest. Tuto škálu je možné využívat i vertikálně. Horizontální systém nemusí vyhovovat všem a může se zdát složitý. Pravidelné hodnocení bolesti umožňuje správné nastavení léčby (Kolektiv autorů, 2006, s. 47; Vaňásek, 2014, s. 40).

Hodnotící škály bolesti pomocí obličejů

V praxi se využívá Škála obličejů, která slouží k hodnocení intenzity bolesti u dětí. Takzvaná Wong Baker škála má hodnocení od 0 do 5. Nula znamená žádnou bolest a pětka, která je pod plačícím obličejem znázorňuje nejhorší intenzitu bolesti. Nyní má využití také Revidovaná škála obličejů (FPS-R), která se používá u dospělých. Cílem této škály je zjistit, jak se daný pacient cítí uvnitř, nejde pouze o mimiku. Propojení Škály obličejů a Revidované škály obličejů také napomáhá zjistit intenzitu bolesti u pacientů se sníženou kognitivní schopností (International Association for the Study of Pain, 2014; Bieri D. et al., 1990; Pokorná, 2013, s. 115; Sedlářová, 2008, s. 231).

Mapa bolesti

Mapa bolesti stojí na rozhraní jednoduchých a vícerozměrných metod. Při tomto vyšetření pacient svoji bolest zaznamenává do nákresu postavy člověka (Pokorná, 2013, s. 113).

3.5.2 Vícerozměrné metody

Vícerozměrné metody slouží pro získání informací o bolesti. Zabývají se bolestí komplexněji, např. McGillský dotazník bolesti. Další metody viz tabulka č. 3 (Pokorná et al., 2013, s. 112).

4 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U SENIORŮ S BOLESTÍ

V této kapitole bude popsána péče o seniory s bolestí. Je zaměřena na problémy pacientů s bolestí. V závěru budou uvedeny hlavní ošetřovatelské diagnózy, které se nejčastěji vyskytují u seniorů s bolestí. (Tabulka č. 4)

Role sestry v péči o pacienta s bolestí je velmi zásadní a důležitá. Není jednoduché si většinou bolesti povšimnout a to z důvodu, že bolest ke stáří patří a proto senior nemá nutnost si na ni ztěžovat. Může dojít také k zlehčování, ale i k nezájmu rodiny a nelékařského zdravotnického pracovníka. Další příčinou pro špatnou diagnostiku může být demence a deprese. Proto je role sestry velmi důležitá, aby odhadla situaci a dokázala navázat kontakt s pacientem. Sestra při diagnostice bolesti musí zjistit, jak moc to bolí, kde to bolí, jak dlouho a jak moc. Na rozdíl od mužů nemají ženy problém s charakterem bolesti. Nejčastěji mají muži problém rozlišit „jak bolí“ od „jak moc bolí“. Také je důležité zhodnocení účinnosti analgetik. Sestra je jako první v kontaktu s pacientem, který má bolest, proto se očekává její vstřícnost, znalost fyziologie a anatomie bolesti, naslouchání, pochopení a rychlé pohotové jednání. Informace o bolesti pacienta předává ihned lékaři a na základě jeho ordinace podává naordinované léky. Je důležité, aby tyto strany spolupracovali. Kdyby byla narušená komunikace, mohla by být negativně ovlivněna péče o pacienta (Vaňásek, 2014, s. 49; Bolest, 2017, s.175).

V praxi je bolest nejčastěji řešena farmakologickými, chirurgickými a fyzioterapeutickými metodami. Při uplatňování těchto prostředků je důležité, aby sestra dbala na psychologický přístup. Aby si k ní našel pacient důvěru a zbavil se strachu a zvýšil svoji spolupráci. Jsou daná pravidla, kterých by se měl zdravotník držet: Ctít pacienta, rozvíjet kontakt od prvního setkání, respektovat jeho bolest, poslechnout si jeho názor na bolest. Zdravotník musí pacientovi porozumět a vyjádřit mu svůj zájem. Toto všechno přináší pacientovi klid a sestře informace. Důležité je také chápat jeho chování, dopřát mu kontrolu nad jeho bolestí, snažit se, aby strach a úzkost ustoupili, podporovat přítomnost rodiny, pokud si pacient bude toto přát. Důležité je snažit se odreagovat pacienta od bolesti a poskytnout mu dostatek informací o bolesti a možné léčbě. Často se využívají i nefarmakologické metody, které zahrnují skupinovou péči. Závisí na ošetřovatelském týmu, ale i na rodinných příslušnících. Jejich cílem je podpora nemocného. Další metodou je fyzikální opatření za aplikace tepla a chladu, dále například muzikoterapie, která může napomáhat k relaxaci. Velmi oblíbenou může být i jóga, díky ní pacient docílí ke snížení stresu, krevního tlaku, dechu, ale i bolesti. Ke snížení

bolesti napomáhá i akupunktura, meditace, hypnóza, která využívá změněného stavu vědomí. Pacient získá kontrolu nad svou úzkostí a strachem, které jsou spojené s bolestí (Zacharová, 2013, s. 372-373; Vaňásek, 2014, s. 32-33; Schuler, 2010, s. 21).

Komunikace se seniorem má mnoho zásad. Zdravotník by měl dávat pozor na verbální a neverbální komunikaci, dát pacientovi dostatek času na zhodnocení bolesti. Častou chybou se stává vnucování sugestivních otázek „Bolí vás to tady, že?“. Je to velký problém, který si mnoho zdravotníků neuvědomuje, ale zároveň ovlivní odpověď pacienta. Pacientovi s bolestí také pomůže jakákoliv pochvala, podání ruky. A hlavně nechat dostatek času na otázky pacienta, ale i jeho rodiny. Pokud je k dispozici rodinný příslušník, je vhodné s ním komunikovat a informovat se na pacienta, zda se jeví jeho chování normálně. Jakékoliv změněné pacientovo jednání může poukazovat na to, že má bolest. Může dojít ke ztrátě chuti k jídlu, uzavřenosti a poruchám spánku (Zacharová, 2013 s. 372-373; Kolektiv autorů, 2006, s. 382).

U seniorů je důležité dávat si pozor na různé faktory, které by mohly ovlivnit hodnocení bolesti. Mezi ně patří sensorická porucha, např. zraku a sluchu. U těchto pacientů se musí dbát na klidné prostředí. Pacient by měl mít k dispozici své kompenzační pomůcky, pokud je běžně využívá. Sestra by měla dbát také na zásady komunikace, např. být natočena k obličeji pacienta a hovořit pomalu a zřetelně (Kolektiv autorů, 2006, s. 382).

Ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí má i zásady, kterých by se měl nelékařský zdravotnický pracovník držet. Je nutné si všimnout bolesti, respektovat pacientův práh bolesti, vytvořit příjemné prostředí, které není ničím vyrušováno. Najít si čas a nepospíchat, když pacient s námi mluví a sděluje nám, co ho trápí. Je zapotřebí si povšimnout verbálních projevů. Nemělo by se zapomenout na kvalitní péči, empatii a není vhodné používat spojení „to přece nemůže bolet“. Léky je nutné podávat dle ordinace lékaře a zapojovat i alternativní způsoby léčby bolesti, např. chlad, teplo (Kelnerová, 2009, s. 20-21).

Bolest má vliv na kvalitu života. V praxi sledujeme také dopad bolesti na dané potřeby nemocného. Všimáme si kvality spánku, pacientovy koncentrace, soběstačnosti v rámci denních aktivit a dalších (Danzigová, 2017, s. 175).

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz bylo čerpáno z knihy „Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017“ (Herdman et al, 2015). Autor je rozdělil do čtyř částí. První část obsahuje úvod a informace k zařazení ošetrovatelských diagnóz. V druhé části knihy se autor zabývá hodnocením ošetrovatelských diagnóz a poukazuje, jak pracovat a srovnávat

diagnózy. Také poukazuje na historii a uvádí další informace k diagnózám. Třetí část knihy je věnována samotným diagnózám. Obsahuje 235 diagnóz. U každé diagnózy je uvedena definice, určující znaky, související a rizikové faktory. V diagnózách Chronická a Akutní bolest se autor opírá o známé metody pro zjištění bolesti. Například: vizuální analogová škála, Numerická škála a McGillský dotazník a další. V poslední části knihy jsou uvedeny návody, postupy a využití pro praxi (Herdman et al, 2015).

Tabulka 4 Ošetrovatelské diagnózy u seniora s bolestí (Herdman et al, 2015, NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017)

Diagnózy	Kódy diagnóz
Narušený vzorec spánku	00198
Společenská izolace	00053
Únava	00093
Narušená fyzická pohyblivost	00085
Riziko syndromu křehkosti ve stáří	00231
Zácpa	00011
Chronická funkční zácpa	00235
Riziko syndromu nepoužívání	00040
Zhoršená pohyblivost na lůžku	00091
Zhoršená tělesná pohyblivost	00085
Zhoršená sezení	00237
Zhoršený postoj	00238
Zhoršená schopnost přemísťovat se	00090
Zhoršená chůze	00088
Narušený vzorec dýchání	00032
Neefektivní periferní tkáňová perfuze	00204
Deficit sebepéče při koupání	00108
Deficit sebepéče při oblékání	00109
Deficit sebepéče při stravování	00102
Deficit sebepéče při vyprazdňování	00110
Úzkost	00146
Strach	00148
Truchlení	00136
Riziko sebevraždy	00150
Zhoršená regulace nálady	00241
Zhoršená religiozita	00169
Riziko zhoršené religiozity	00170
Akutní bolest	00132
Chronická bolest	00133

5 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

V této kapitole budou představeny zjištěné šetření, které se zabývaly bolestí a využily různé škály pro zhodnocení bolesti.

Při zjišťování informací k teoretické části bylo vyhledáno velmi málo výzkumů, které by se zaměřovaly na intenzitu bolesti u seniorů pomocí škál NRS a FPS-R. Autorky Sikorová et al. (2010) se ve své publikované práci zabývaly ověřením, zda vybrané škály jsou funkční a mají svůj efekt. Výběr škál byl Barthelův test aktivit denního života, dotazník pro funkční hodnocení pacienta a další. Mezi těmito škálami bylo i hodnocení intenzity bolesti. Bolest zjišťovali u 113 seniorů starších 65 let. Podle dostupných informací nebyl v jejich výzkumu zjištěn rozdíl v závislosti na věku, vzdělání, způsobu bydlení a na pohlaví. Ve svých informacích autorky nepoukazují, o jakou škálu jde, a nezmiňují, zda měly na bolest vliv kognitivní funkce. Kognitivní funkce v tomto výzkumu zjišťovaly pomocí testu MMSE.

Mandysová et al. (2017) ve své publikované práci využili tyto škály: FPS-R, NRS a vizuální analogovou škálu (VAS). Šetření probíhalo u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda (CMP). Z výsledků zjistili, že je možné využít jakoukoliv škálu pro zjištění intenzity bolesti. Poté zjišťovali preference těchto škál, kdy pacienti bez kognitivního deficitu nejvíce preferovali NRS. Pacienti s kognitivním deficitem preferovali FPS-R a nejméně VAS. Další studie popisuje Zanocchi a kol. (2008), kteří zjišťují, o jakou bolest jde, a zda ovlivňuje také život. Nikdo z těchto autorů se přímo nezaměřuje na zjištění intenzity bolesti pomocí NRS, FPS-R a její lokalizaci pomocí mapy bolesti u seniorů. Jen Mandysová et al. (2017) ve své publikované práci řeší intenzitu bolesti pomocí těchto dvou škál a zajímají se i o kognitivní deficit a jeho vliv na zjištění bolesti. Dalším šetřením, které je velmi podobné, je diplomová práce Pazourové (2014), kde hodnotí kognitivní funkce pomocí Mini-Cog testu a zabývá se lokalizací bolesti pomocí mapy bolesti. Její výzkumný vzorek jsou senioři ve věku od 60 let ze 3 domovů pro seniory.

Dodnes bylo zkoumáno mnoho výzkumů, které se zabývaly bolestí. Výzkumy byly prováděny např. u jiné věkové kategorie nebo onemocnění. Vznikly i výzkumy, které sledovaly bolest, ale nepoukazovaly na kognitivní funkce. Nejméně byla zkoumaná intenzita a lokalizace bolesti u seniorů. Z uvedených výzkumů jen Mandysová et al. (2017) posuzují bolest i z pohledu kognitivního stavu, ale u jiných pacientů.

Problematiku bolesti u seniorů je žádoucí zkoumat, a to i z pohledu kognitivního stavu.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

6.1 Průzkumné cíle

1. U seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných zjistit intenzitu a prevalenci bolesti pomocí dvou škál a výsledky následně porovnat.
2. U seniorů zjistit lokalizaci bolesti.
3. Určit doporučení pro praxi na základě průzkumného zjištění.

6.2 Průzkumné otázky

Na základě průzkumných cílů, byly zvoleny tyto průzkumné otázky:

1. Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R?
2. Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R s ohledem na pohlaví?
3. Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R s ohledem na výsledek kognitivního testu?
4. Jaká je intenzita bolesti na škále NRS?
5. Jaká je intenzita bolesti na škále NRS s ohledem na pohlaví?
6. Jaká je intenzita bolesti na škále NRS s ohledem na výsledek kognitivního testu?
7. Jaká je lokalizace bolesti pacienta na mapě bolesti?
8. Jaký je vztah intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R?
9. Jaký je vztah mezi intenzitou bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na pohlaví?
10. Jaký je vztah mezi intenzitou bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na výsledek kognitivního testu?

7 METODIKA A VZOREK

V této části budou popsány škály, které jsou využity pro průzkum. Dále bude představen průzkumný vzorek a kritéria pro zařazení. V poslední části této kapitoly bude zmíněná technika, která bude použita pro vypracování dat.

7.1 Metodika průzkumného šetření

Průzkumná část je vypracována na základě kvantitativního šetření, které je založeno na sebeposuzování a pozorování bolesti pomocí vybraných škál bolesti a mapy bolesti, která napomáhá k určení místa bolesti v jakékoliv části těla. Pro tento průzkum byly vybrány tyto dvě škály: Numerická škála bolesti a škála FPS-R, které byly vyplněny na základě předcházejícího kognitivního screeningu. Pro tento screening byl využit Mini-Cog test.

Před zahájením byla podána žádost o provedení průzkumu, která byla schválena vybranou okresní nemocnicí Olomouckého kraje a také Fakultou zdravotnických studií.

Během průzkumného šetření byl zdravotnický pracovník vždy přítomný. Každému seniorovi byla vysvětlena daná škála. Dále bylo ověřeno, zda škálu pochopil. Pokud nerozuměl, byla daná škála znovu vysvětlena. Až senior zopakoval pochopení dané škály a zhodnotil svou intenzitu. Poté byly výsledky zapsány zdravotnickým pracovníkem.

Získaná data, která zůstala v anonymitě, byla postupně zpracována pomocí popisné statistiky a následně vyhodnocena.

7.2 Průzkumný vzorek a kritéria pro zařazení

Průzkumný vzorek tvořili senioři ve věku 65 a více let, hospitalizováni na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných v období 10. 11. 2017 – 25. 2. 2018. Podmínkou pro zařazení do průzkumu byl podpis v informovaném souhlasu, stabilizovaný stav pacienta, věk, ochota a schopnost spolupracovat, bez jakéhokoliv významného sluchového, zrakového defektu a motorického deficitu v dominantní horní končetině. Další kritériem byla schopnost komunikovat, porozumět a odpovědět na dané otázky. Ti, kteří nesouhlasili s informovaným souhlasem, nebo ti, kteří maximálně dvakrát nepochopili škály bolesti, nebyli do průzkumu zařazení. S každým pacientem, co souhlasil s informovaným souhlasem a vyhověl daným podmínkám, byl vyplněn Mini-Cog test, jehož výsledek neměl vliv na vyřazení z průzkumu.

7.3 Nástroje pro sběr dat

Před začátkem průzkumu každý pacient podepsal informovaný souhlas (Příloha D). Byl poté seznámen se všemi informacemi k průzkumu, účast byla dobrovolná a veškerá data zůstala v anonymitě.

Dále byl s pacientem vyplněn screeningový test kognitivních funkcí. Pro screening byl vybrán Mini-Cog test, který byl sestaven z naslouchání a následného opakování tří vybraných slov a testu hodin. Dle výsledku můžeme zjistit přítomnost kognitivních poruch, které jsou v hranici 0-2 body. Za normu se považuje 3-5 bodů. Při vyplňování byl pacientovi dán pokyn, aby pečlivě naslouchal a poté zopakoval následující slova, které mu zadal zdravotnický pracovník z 10 možných předvolených kombinací. Dalším krokem byl pacientovi dán pokyn, aby nakreslil do předlohy kruhu ciferník hodin. A dále zakreslil ručičky tak, aby ukazovaly, za deset minut bude půl deváté. Po nakreslení byl pacient vyzván, aby zopakoval 3 slova, která mu byla řečena před testem hodin.

Další část průzkumu byly škály FPS-R a NRS, které zaznamenávají intenzitu bolesti. Jednotlivě popsány níže. Po vysvětlení a ověření, zda pacient pochopil, ukázal na číslo či obličej, který symbolizuje bolest. Postupně bylo zdravotnickým pracovníkem vše zapisováno. Pokud byla u pacienta zaznamenána bolest, byl vyzván, aby ji ukázal na mapě bolesti, nebo na sobě. Po přesném určení pacienta, kde ho to přesně bolí, byla zdravotnickým pracovníkem zakreslena do mapy bolesti. Veškeré informace byly sděleny každému pacientovi tak, aby měli všichni stejné podmínky.

7.3.1 Škála FPS-R

Na této škále obličej ukazuje, jak moc to může bolet. První obličej vlevo se tváří, že ho nic nebolí, další obličej ukazuje, že už je něco bolí. Pacient byl požádán, aby určil svou aktuální bolest (Příloha A) (International Association for the Study of Pain, 2014).

7.3.2 Numerická škála

Tato škála napomáhá zhodnotit intenzitu bolesti. Pacient byl požádán, aby zvolil číslo, které určí jeho současnou bolest. Na škále jsou čísla od 0 (znamenající „žádná bolest“) do 10 (znamenající „nejhorší možná bolest“). Součástí škály jsou i deskriptory bolesti na obou koncích (Příloha B) (Kolektiv autorů, 2006).

7.3.3 Mapa bolesti

Mapy bolesti mají využití pro zjištění lokality bolesti. Pacient byl požádán, aby ukázal, kde ho to bolí. Využil buď svého vlastního těla, nebo mapy bolesti. Poté byla zdravotnickým pracovníkem bolest zakreslena (Příloha C) (Křivohlavý, 2002).

7.4 Metodika zpracování dat

Veškerá data byla zapsána v počítačovém programu Microsoft Office Excel a STATISTICA 12. Data byla dále zpracována metodou popisné statistiky a prezentována formou grafů a tabulek. Tabulky jsou zpracovány v absolutních (ni) a relativních četnostech (fi) v % a všechna čísla byla zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Ke zjištění vztahu intenzit byla využita absolutní hodnota rozdílu intenzity bolesti dle škály NRS a intenzity bolesti dle škály FPS-R. Byl použit výpočet mezi nejvyšší a nejnižší hodnotou intenzity bolesti.

8 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou popsána získaná data a následně prezentována pomocí grafů a tabulek.

8.1 Charakteristika průzkumného souboru

Bylo osloveno 90 pacientů a 10 z nich spolupráci odmítlo z důvodu nesouhlasu s informovaným souhlasem, proto byli vyřazeni z výzkumu. Osmdesát respondentů souhlasilo s informovaným souhlasem a splnili předem definované podmínky, proto byli zařazeni do praktického šetření.

Věk a pohlaví respondentů

Do průzkumu byli pouze zařazeni senioři ve věku od 65 let. Bylo zařazeno 80 (100%) respondentů, kteří splňovali kritéria pro zařazení a souhlasili s informovaným souhlasem. Z celkového počtu 80 respondentů bylo 47 (58,8 %) žen a 33 (41,2%) mužů. Průměrný věk obou kategorií byl 79,8 let. U žen byl průměrný věk 80,1, nejnižší věk byl 66,0 a nejvyšší 98,0 let. U mužů byl průměrný věk o něco nižší 79,2, nejnižší věk byl 66,0 a nejvyšší 97,0 let. (Tabulka 5)

Tabulka 5 Rozdělení respondentů dle pohlaví

Proměnná	Počet	Průměr	Minimum	Maximum
Věk celkem	80	79,8	66,0	98,0
Věk ženy	47	80,1	66,0	98,0
Věk muži	33	79,2	66,0	97,0

Rozdělení respondentů dle věkových kategorií

Respondenti byli rozděleni do tří věkových kategorií. První skupina seniorů byla od 65-74 let, celkem jich bylo 27 (33,8%), z toho mužů 12 (15,0%) a žen 15 (18,8%). Druhou skupinou byli senioři v letech od 75-84 let, celkem jich bylo 25 (31,2%), z toho 11 (13,7%) mužů a žen 14 (17,5%). Poslední věkovou kategorií byli respondenti v letech 85 a více. Celkem jich bylo 28 (35,0%), z toho mužů bylo 10 (12,5%) a žen 18 (22,5%). (Tabulka 6)

Tabulka 6 Rozdělení respondentů dle věkových kategorií

Proměnná	Celkem	Muži	Ženy
65-74 let	27	12	15
75-84 let	25	11	14
85 a více	28	10	18

Zhodnocení kognitivního stavu

Zhodnocení kognitivního stavu probíhalo pomocí testu Mini-Cog. U 39 (48,8%) respondentů nebyl zjištěný kognitivní deficit. Maximální počet bylo 5 bodů, které získali pouze 4 (5,0%) senioři. Čtyři body získalo 8 (10,0%) respondentů a 3 body dostalo 27 (33,7%) seniorů. V rozmezí 3-5 bodů je test negativní.

Bodové rozmezí 0-2 body získalo 41 (51,2%) respondentů. Nula bodů získalo 9 (11,3%) respondentů, 1 bod 16 (20,0%) respondentů a 2 body také 16 (20,0%) respondentů. (Tabulka 7)

Tabulka 7 Zhodnocení kognitivního stavu

Počet bodů	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní (%)
0	9	9	11,3	11,3
1	16	25	20,0	31,3
2	16	41	20,0	51,3
3	27	68	33,7	85,0
4	8	76	10,0	95,0
5	4	80	5,0	100,0
Celkem	80		100,0	

8.2 Intenzita bolesti dle škál NRS a FPS-R

Z 80 respondentů 10 (12,5%) uvedlo, že nemají žádnou bolest dle FPS-R a NRS. A dalších 70 (87,5%) respondentů si stěžovalo na bolest. Níže jsou uvedeny data pro intenzitu bolesti. (Tabulka 8)

Tabulka 8 Intenzita bolesti všech respondentů

Pořadí pacientů	NRS	FPS-R	Pořadí pacientů	NRS	FPS-R	Pořadí pacientů	NRS	FPS-R
1	4	3	28	2	3	55	2	2
2	2	2	29	0	0	56	2	4
3	2	2	30	0	2	57	4	4
4	4	5	31	4	5	58	2	4
5	2	2	32	2	3	59	0	0
6	2	1	33	4	5	60	4	3
7	0	0	34	4	3	61	4	3
8	2	3	35	4	4	62	4	4
9	0	0	36	2	2	63	2	1
10	4	3	37	4	3	64	4	3
11	0	1	38	0	1	65	4	4
12	2	2	39	2	5	66	2	2
13	4	3	40	2	1	67	0	0
14	2	2	41	2	2	68	4	5
15	2	2	42	2	3	69	2	3
16	4	4	43	4	3	70	4	3
17	2	4	44	2	2	71	4	4
18	4	4	45	0	0	72	2	1
19	4	5	46	2	3	73	2	2
20	4	4	47	4	4	74	0	0
21	4	4	48	2	4	75	4	4
22	4	5	49	6	6	76	2	2
23	0	0	50	4	4	77	0	0
24	2	4	51	4	5	78	4	4
25	0	1	52	4	4	79	4	6
26	4	6	53	4	4	80	0	0
27	4	5	54	4	4			

Legenda Červeně jsou vyznačeni pacienti, co neuvedli žádnou bolest

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R?

Na škále FPS-R respondenti zhodnotili nejmenší bolest 0 a největší bolest byla 6. Nejčastěji zvolená hodnota byla 2. Střední hodnotou byla 4. (Tabulka 9)

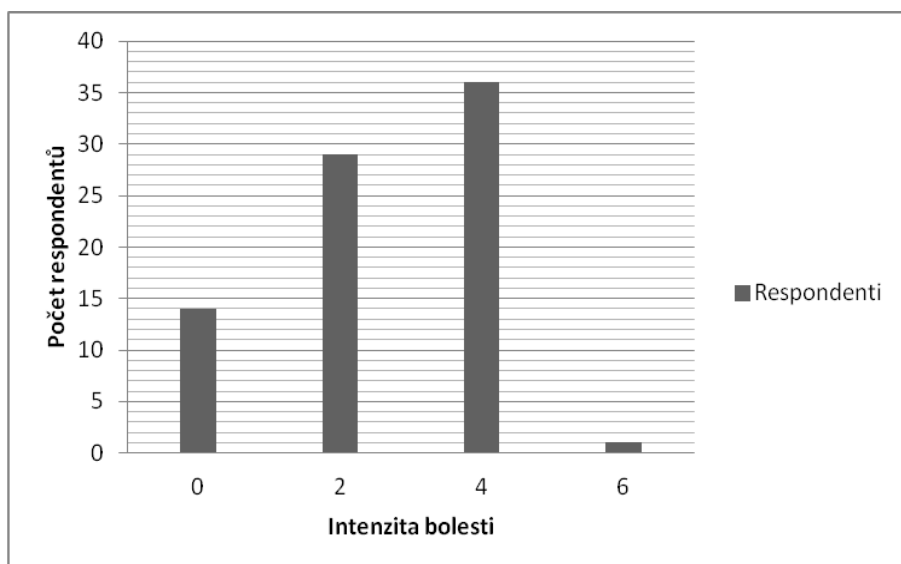
Veškerá relevantní data jsou uvedena v tabulce č. 8.

Tabulka 9 Hodnocení bolesti na škále FPS-R

Škála	Minimum	Maximum	Modus	Medián
FPS-R	0,00	6,00	2,00	4,00

Legenda FPS-R Faces Pain Scale Revised

Na obrázku č. 1 je znázorněna intenzita bolesti všech respondentů. 14 (17,5%) respondentů uvedlo žádnou bolest, dále 29 (36,2%) respondentů uvedlo bolest 2, 36 (45,0%) respondentů uvedlo bolest 4 a pouze 1 (1,3%) respondent uvedl bolest 6.

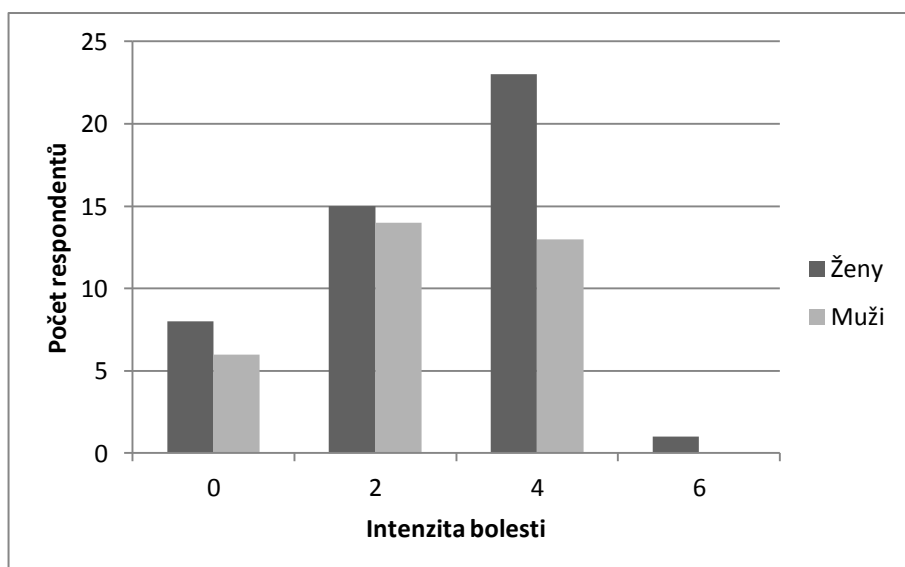


Obrázek 1 Sloupcový graf- hodnocení bolesti dle škály FPS-R

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R s ohledem na pohlaví?

Na obrázku č. 2 je známeno rozdělení mužů a žen. U 8 (10,0%) žen byla ohodnocena bolest na 0. Další 15 (18,8%) žen uvedlo bolest 2. Nejvíce žen 23 (28,8%) zvolilo bolest 4. A 1 (1,2%) žena zvolila bolest 6.

Muži volili pouze bolest do intenzity 4. Šest (7,5%) mužů ohodnotilo svou bolest na 0. Další 14 (17,5%) mužů na 2 a zbylých 13 (16,2%) na intenzitu 4.

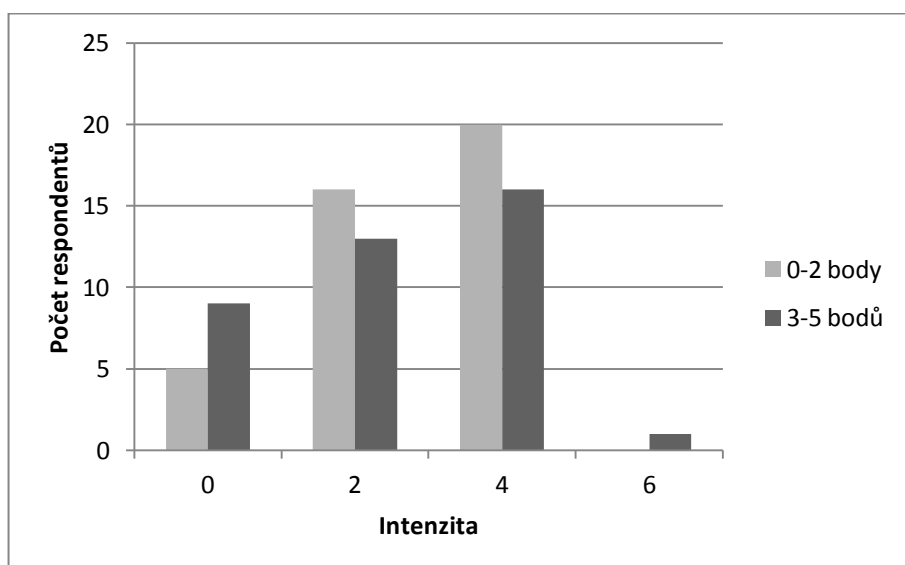


Obrázek 2 Sloupcový graf - hodnocení bolesti na škále FPS-R s ohledem na pohlaví

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále FPS-R s ohledem na výsledek kognitivního testu?

Na obrázku č. 3 je zobrazena intenzita bolesti na škále FPS-R. Žádnou bolest s abnormálním kognitivním Mini-Cog testem s body 0-2 uvedlo 5 (6,2%) respondentů. Další intenzitou byla dvojka, kterou zvolilo 16 (20,0%) respondentů, kteří získali minimální počet bodů dle Mini-Cog testu. Nejvíce respondentů volilo intenzitu 4. S body 0-2 ji zvolilo 20 (25,0%).

S normálním výsledkem v kognitivním testu s body 3-5 uvedlo intenzitu 0 pouze 9 (11,2%) pacientů. Dalších 13 (16,3%) respondentů s body 3-5 uvedlo bolest 2. Dále 16 (20,0%) respondentů s body 3-5 uvedlo bolest 4 a 1 (1,3%) respondent zvolil intenzitu 6.



Obrázek 3 Sloupcový graf - hodnocení bolesti na škále FPS-R s ohledem na výsledek kognitivního testu

Legenda 0-2 body: abnormální výsledek, 3-5 bodů: normální výsledek

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále NRS?

Nejnižší naměřenou hodnotou byla 0. Nejvyšší hodnotou byla 6. Střední hodnotou byla 3. Nejčastější intenzita bolesti byla 4. (Tabulka 10)

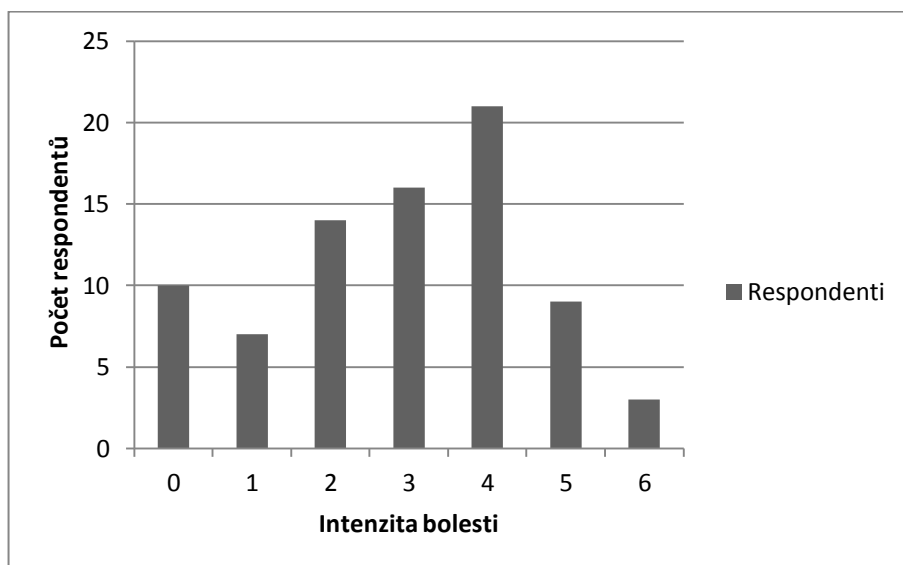
Veškerá data jsou uvedena v tabulce č. 8.

Tabulka 10 Hodnocení intenzity bolesti na škále NRS

Škála	Minimum	Maximum	Modus	Medián
NRS	0,00	6,00	4,00	3,00

Legenda NRS- Numerická škála

Na obrázku č. 4 je intenzita bolesti zhodnocená pomocí NRS. Z 80 respondentů jich 10 (12,5%) uvedlo bolest 0. Dále 7 (8,7%) respondentů uvedlo bolest 1 a dalších 14 (17,5%) zvolilo bolest 2. Intenzitu 3 zvolilo 16 (20,0%) respondentů. Intenzitu 4 zhodnotilo 21 (26,3%) respondentů. Další intenzita byla 5. Tuto intenzitu zvolilo 9 (11,3%) respondentů. Jako poslední byla intenzita 6, kterou zvolili 3 (3,7%) respondenti.

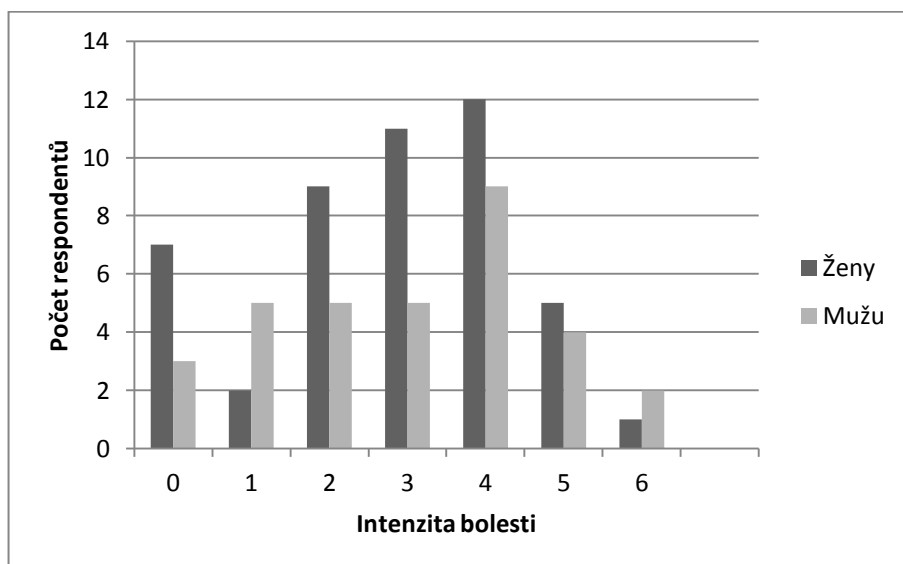


Obrázek 4 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále NRS s ohledem na pohlaví?

Ženy i muži volili bolest do intenzity 6. Bolest na 0 zvolilo 7 (8,7%) žen, bolest na 1 ohodnotili pouze 2 (2,5%) ženy. Dalších 9 (11,2%) žen zvolilo bolest na 2. Bolest 3 a 4 byla nejčastějším ohodnocením, tedy bolest 3 zvolilo 11 (13,7%) žen a bolest 4 12 (15,0%) žen. Další intenzitou byla 5 a to vybralo 5 (6,3%) žen. Číslem 6 vyjádřila bolest 1 (1,3%) žena.

U mužů byl výskyt také velký pouze 3 (3,7%) muži uvedli bolest 0. Pět (6,3%) mužů uvedlo bolest na 1, 5 (6,3%) mužů na intenzitu 2 a 5 (6,3%) mužů na 3. Zato 9 (11,2%) mužů ohodnotilo bolest na 4. Bolest na 5 vyjádřili 4 (5,0%) muži a pouze 2 (2,5%) muži na bolest 6. (Obrázek 5)

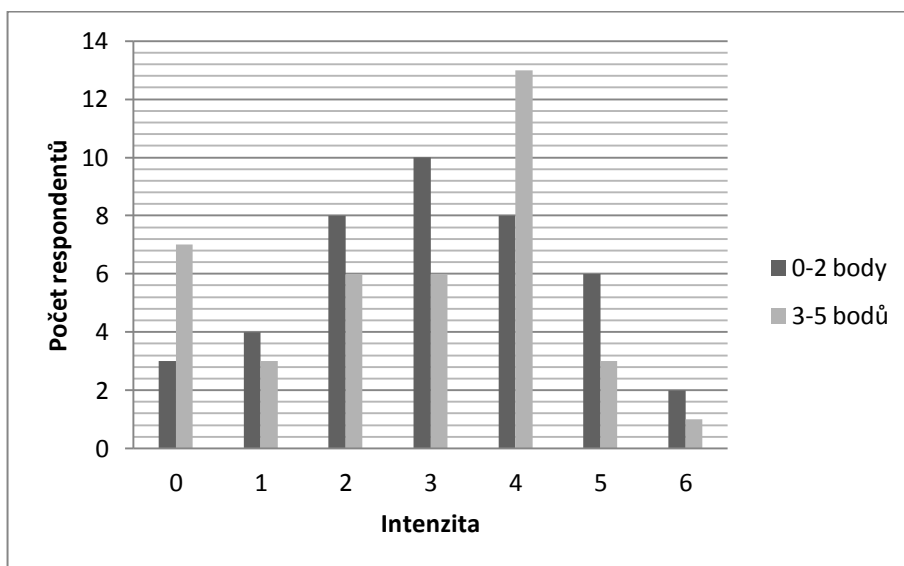


Obrázek 5 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS s ohledem na pohlaví

Průzkumná otázka: Jaká je intenzita bolesti na škále NRS s ohledem na výsledek kognitivního testu?

Na obrázku č. 6 je znázorněna intenzita bolesti na škále NRS. Bolest 0 zvolili 3 (3,7%) pacienti s abnormálním výsledkem v Mini-Cog testu s body 0-2. Další intenzitou byla 1, kterou využili 4 (5,0%) respondenti s 0-2 body. Intenzitu 2 využilo 8 (10,0%) pacientů s 0-2 body. Nejčastěji volená intenzita byla 3, kterou zvolilo 10 (12,5%) respondentů s body 0-2. Intenzitu 4 vybralo 8 (10,0%) pacientů a intenzitu 5 vybralo 6 (7,5%) respondentů s 0-2 body. Posledním vybraným číslem byla 6, kterou vybrali pouze 2 (2,5%) respondenti s 0-2 body

S body 3-5 uvedlo 7 (8,8%) respondentů intenzitu 0 a intenzitu 1 využili 3 (3,7%) pacienti. Intenzitu 2 využilo 6 (7,5%) respondentů s 3-5 body. Intenzitu 3 uvedlo 6 (7,5%) respondentů. Častá byla intenzita 4, kterou zvolilo 13 (16,3%) respondentů s 3-5 body. Bolest na intenzitu 5 ohodnotili pouze 3 (3,7%) pacienti s normálním výsledkem v Mini-Cog testu. Posledním vybraným číslem byla 6, kterou vybral 1 (1,3%) respondent s 3-5 body.



Obrázek 6 Sloupcový graf - hodnocení intenzity bolesti na škále NRS s ohledem na výsledek kognitivního testu

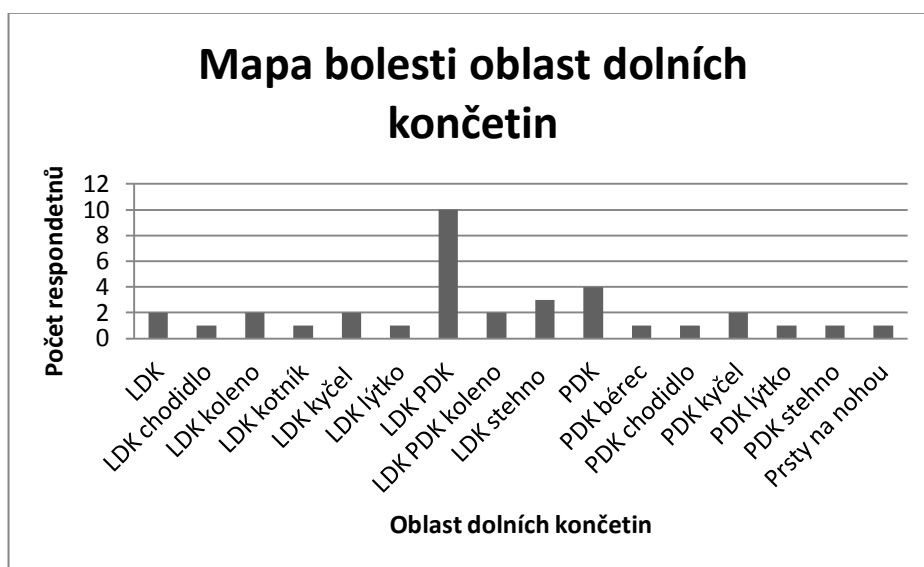
Legenda 0-2 body: abnormální výsledek, 3-5 bodů: normální výsledek

8.3 Lokalizace bolesti

V této části je uvedena lokalizace bolesti, kterou uvedlo 80 respondentů. Deset respondentů neukázalo žádné místo bolesti.

Průzkumná otázka: Jaká je lokalizace bolesti pacienta na mapě bolesti?

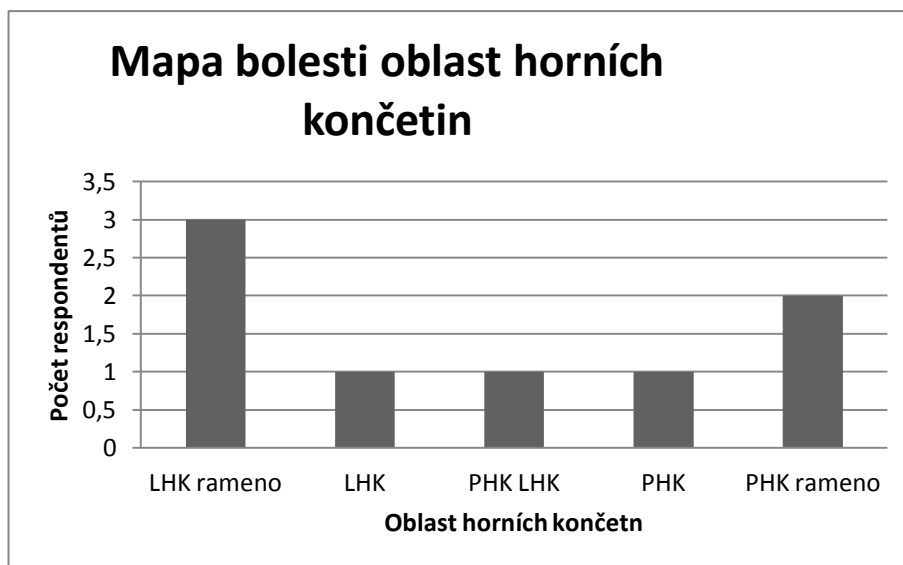
Na obrázku č. 7 je znázorněná lokalizace bolesti respondentů. Bolest na levé dolní končetině v oblasti chodidla, kotníku a lýtka zvolil vždy 1 respondent. Celou levou dolní končetinu, oblast kolene a kyčle uvedli vždy 2 respondenti. Oblast levé stehno zvolili 3 respondenti. Na pravé končetině v oblasti bérce, chodidla, lýtka a stehna zvolil bolest pokaždé 1 respondent. Bolest na celé pravé dolní končetině uvedli 4 respondenti a bolest pravé kyčle 2. Oblast bolesti na celé pravé i levé dolní končetině uvedlo 10 respondentů, obě kolena zvolili 2 a bolest prstů na nohou zvolil pouze 1 respondent.



Obrázek 7 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti na dolních končetinách

Legenda LDK- levá dolní končetina, PDK- pravá dolní končetina

Na obrázku č. 8 můžeme vidět oblasti horních končetin. Levou a pravou horní končetinu a současně obě dvě zvolil vždy 1 respondent. Oblast pravé rameno uvedli 2 respondenti a oblast levé horní končetiny 3 respondenti.



Obrázek 8 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti na horních končetinách

Legenda LHK- levá horní, PDK- pravá horní končetina

Na obrázku č. 9 je znázorněna oblast bolesti horní části těla. Po 1 respondentovi byla zvolena bolest hlavy, žeber a pravé strany zad. Vždy 2 respondenti uvedli bolest v oblasti břicha, páteře, pravého a levého boku. Oblast krční páteře zvolili 4 respondenti, záda 6 a nejvíce udávaným místem byla křížová oblast, kterou uvedlo 7 respondentů.



Obrázek 9 Sloupcový graf - hodnocení lokalizace bolesti v oblasti horní části těla

8.4 Vztahy intenzity

V této části budou porovnány vztahy intenzity bolesti.

Průzkumná otázka: Jaký je vztah intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R?

Porovnání vztahu intenzity bolesti mezi škálami NRS a FPS-R ukázalo, že u 40 (50,0%) respondentů nebyl zachycen žádný rozdíl. Je nutné poukázat na škálu FPS-R, která má jiné bodové hodnocení. Bodová stupnice na FPS-R se posouvá o 2 body. Proto je možné tolerovat rozmezí o 1 bod. V tabulce č. 11 je znázorněn vztah pouze u 70 respondentů. Pouze 70 respondentů uvedlo bolest. Je zřejmé, že výsledky se výrazně neliší. Větší odchylka byla zjištěna u 9 (11,2%) respondentů.

Tabulka 11 Vztah intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R

Rozdíl intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R	NRS/ FPS-R (%) u všech respondentů	Rozdíl intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R	NRS/FPS-R (%) u respondentů s bolestí
0	40 (50,0%)	0	30 (42,9%)
1	31 (38,8%)	1	31 (44,3%)
2	8 (10,0%)	2	8 (11,4%)
3	1 (1,2%)	3	1 (1,4%)
Celkem	80 (100,0%)	Celkem	70 (100,0%)

Legenda NRS - Numerická škála, FPS-R – Faces Pain Scale Revised

Průzkumná otázka: Jaký je vztah mezi intenzitou bolesti na škále NRS a FPS-R, s ohledem na pohlaví?

V tabulce č. 12 je uveden vztah mezi intenzitou bolesti na škále NRS a FPS-R jak u žen, tak i u mužů. Kdy rozdíl 0 a 1 je možné tolerovat za stejný výsledek a přesně tak i 2 a 3. Protože na škále FPS-R je možné hodnotit intenzitu o 2 body. U 8 (24,2%) mužů došlo k většímu rozchodu vztahu intenzit a u žen pouze jedna (2,1%) uvedla hodnocení bolesti o 2 stupně větší. U 46 (97,9%) žen je rozdíl spíše nulový jak u 25 (75,8%) mužů.

Tabulka 12 Vztah intenzity bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na pohlaví

Rozdíl intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R (N=80)	Ženy (%)	Muži (%)
0	28 (59,6%)	12 (36,4%)
1	18 (38,3%)	13 (39,4%)
2	1 (2,1%)	7 (21,2%)
3	0 (0,0%)	1 (3,0%)
Celkem	47 (100,0%)	33 (100,0%)

Legenda N- celkový počet respondentů

Průzkumná otázka: Jaký je vztah mezi intenzitou bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na Mini-Cog?

Vztah intenzity byl porovnáván i s ohledem na screeningový test Mini-Cog, i pacienti s neúspěšným testem byli do průzkumu zařazeni. Vztah intenzity o 0 a 1 bod byl u splněného testu u 36 (92,3%) respondentů. U nesplněného testu byl výsledek o něco nižší, 35 (85,4%) respondentů uvedlo intenzitu bolesti s rozdílem o 0 až 1 bod. Velký rozdíl intenzit byl u 6 (14,6%) pacientů s nesplněným testem a u 3 (6,7%) se splněným. U těchto respondentů byla absolutní hodnota rozdílu o 2 a 3 body. (Tabulka č. 13)

Tabulka 13 Vztah intenzity bolesti na škále NRS a FPS-R s ohledem na výsledek Mini-Cog

Rozdíl intenzity bolesti dle škály NRS a FPS-R (N=80)	Nesplněný Mini-Cog Body 0-2 (%)	Splněný Mini-Cog Body 3-5 (%)
0	15 (36,6%)	25 (64,1%)
1	20 (48,8%)	11 (28,2%)
2	6 (14,6%)	2 (5,1%)
3	0 (0,0%)	1 (2,6%)
Celkem	41 (100,0%)	39 (100,0%)

Legenda N- celkový počet pacientů

9 DISKUZE

V této části budou porovnány výsledky u seniorů, které se zaměřují na intenzitu bolesti, mapu bolesti a vztah intenzity mezi škálami s ohledem na pohlaví a kognitivní stav.

9.1 Intenzita bolesti na FPS-R a NRS

Tato studie zkoumala intenzitu bolesti na škálách FPS-R a NRS. Všichni pacienti byli schopni porozumět pokynům a žádnou roli neměl na vyřazení jejich výsledků Mini-Cog testu. Většina autorů (např. Zannochi, 2008, Sikorová et al., 2010 a mnoho dalších) často ve svých studiích nezahrnují kognitivní stav a mnoho výzkumů není věnováno seniorům. Zaměřují se často na jiné onemocnění nebo na jinou věkovou kategorii. Proto tato studie byla zaměřena na seniory, u kterých je častým problémem bolest. Mandysová et al. (2017) ve svém výzkumu sledovali intenzitu bolesti u 80 respondentů s CMP. V šetření Mandysové et al. (2017) využili 3 škály, a to FPS-R, NRS a VAS. U pacientů sledovali i kognitivní stav pomocí screeningového testu Mini-Cog. V diplomové práci Nedvědové (2017) respondenti s CMP uvedli na škálách nejnižší hodnotu 0 a nejvyšší zvolili na NRS intenzitu 8. V tomto šetření byla nejnižší 0 a nejvyšší 6 u obou dvou škál. Pro srovnání: další výzkumy, které by se zabývaly intenzitou bolesti, s ohledem na výsledek kognitivního testu, nebyly dohledány. S ohledem na pohlaví bylo zjištěno, že 23 (28,8%) žen uvedlo na škále FPS-R intenzitu 4 a 13 (16,2%) mužů nejvíce volilo intenzitu 2. Na NRS 12 (15,0%) žen uvedlo nejčastěji intenzitu 4 a 9 (11,2%) mužů také volilo intenzitu 4. Šetření v diplomové práci na téma Bolest u žen v gynekologii a porodnictví od autorky Kadlečkové (2015). Průzkumným vzorkem tohoto šetření bylo 77 žen od 19 let a zahrnuje i ženy nad 65 let. V letech nad 65 let bylo zařazeno 12 žen. Ženy uvedly na škále FPS-R a NRS intenzitu nejnižší 0 a nejvyšší 10. V tomto průzkumu ženy uvedly na FPS-R i NRS nejnižší intenzitu 0 a nejvyšší 6. Kadlečková se ve svém šetření nezabývala kognitivním stavem, ve výzkumném souboru byla převaha žen v letech 41-65. Nebyl dohledán žádný autor, který by se zabýval muži a poukazoval na kognitivní funkce.

9.2 Lokalizace bolesti

Na mapě bolesti v tomto průzkumu byly nejčastěji zvoleny bolesti dolních končetin, které uvedlo 10 (12,5%) respondentů. Další místo bolesti byla křížová oblast, tu uvedlo 7 (8,8%) respondentů. Na bolest zad upozornilo 6 (7,5%) respondentů. Dalšími oblastmi, které zvolili respondenti, byla kolena, krční páteř a další. Pazourová (2014) ve svém výzkumu použila také mapu bolesti. Její výzkumný soubor tvořil 70 (100,0%) respondentů. Jedenáct (13,8%) respondentů nejčastěji uvedlo bolest na dolních končetinách. Tato oblast byla také nejvíce zvolena i v tomto průzkumu, kde ji uvedlo 10 (12,5%) respondentů z 80 (100,0%). Další oblastí byla záda, kterou v jejím výzkumu uvedlo 10 (14,3%) respondentů, a tato oblast byla také jedna z nejčastějších zvolených v tomto šetření. Ve výzkumu Pazourové respondenti uváděli i oblasti: dásně, celé tělo, oči, žaludek a fantomovou bolest. Naopak v tomto průzkumu nikoliv.

9.3 Vztah intenzity bolesti mezi NRS a FPS-R

U průzkumného vzorku byl zjišťován vztah intenzity mezi NRS a FPS-R s ohledem na pohlaví a kognitivní stav. Při porovnání bez jakéhokoliv ohledu 71 (88,8%) respondentů uvedlo intenzity bolesti, která se pohybovala nejvýše o jeden bod. Tento je možný tolerovat, protože na škále FPS-R je hodnocení o 2 body. Mandysová et al. (2017) hodnotili vztah intenzity bolesti u 80 pacientů s CMP. Při hodnocení vztahu mezi škálou NRS a FPS-R 64 (80,0%) respondentů uvedlo intenzity, které se od sebe neliší. O 1 bod se vztah lišil u 13 respondentů (16,3%). Tento jeden bod je možné opominout, potom vztah intenzit je u 74 (86,3) respondentů ekvivalentní. V tomto šetření s ohledem na 1 bod uvedlo 71 (88,8%) respondentů rovnocennou intenzitu. Výsledky se výrazně neliší.

Ve výzkumu Mandysové et al. (2017) hodnotili vztah intenzity u 19 respondentů, kteří bolest pociťovali. Dalších 61 respondentů bylo bez bolesti, ale i tyto zařadili. Porovnání vztahu intenzity pouze 19 pacientů. A 16 (84,2%) z nich uvedlo intenzity, které se lišily o 0 až 1 bod. Při vyřazení pacientů, co neudávali bolest, nebyla zaznamenána odlišnost.

Při hodnocení vztahu intenzity s ohledem na pohlaví uvedlo 8 (24,2%) mužů větší odchylku mezi intenzitami. Pouze u 1 (2,1%) ženy byla odchylka o 2 stupně. S ohledem na kognitivní stav bylo zjištěno, že 6 (14,6%) pacientů s nesplněným Mini-Cog testem mělo odchylku 2 body. Respondenti se splněným Mini-Cog testem měli odchylku 2 a 3 body. Takové rozpětí mezi škálami bylo vyzorováno pouze u 3 (7,7%) respondentů. Mandysová et al. (2017) porovnávala pouze preference škál u pacientů s možnou poruchou kognitivní funkce.

9.4 Doporučení pro praxi

Výsledek tohoto šetření může být přínosem pro všeobecné sestry, které pracují denně se seniory v jakémkoliv zařízení. Nejčastěji to může být léčebna dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, oddělení geriatric a další. Vhodná škála bolesti pro seniory jak s kognitivním, či bez kognitivního deficitu není známá.

Nelze určit, která škála je vhodnější pro danou skupinu pacientů, protože bolest je subjektivní pocit.

Proto by možná bylo lepší vybrat škálu dle preference vybraného člověka. Bylo by vhodné do budoucna nastavit směrnici, která by vytyčila pokyny pro měření bolesti. S pacientem provést v první řadě měření bolesti dle dvou škál a následně provést zjištění dle preference. Dosáhlo by se objektivnějšího měření. Tímto postupem se zabývala Nedvědová (2017), ale i Kadlečková (2015). Ve svých diplomových pracích se zabývaly preferencemi vybraných škál. Obě využily stejné škály a to: FPS-R – Faces Pain Scale – Revised, NRS – Numeric Rating Scale a VAS- Visual Analogue Scale. U Kadlečkové ženy v počtu 77 zvolily škálu FPS-R, která byla využita i v tomto šetření. V šetření Nedvědové pacienti po CMP bez ohledu na kognitivní stav preferovali škálu FPS-R.

ZÁVĚR

Bolest je velmi častý příznak u každého z nás, u seniorů je více aktuální. V České republice není mnoho výzkumů, které by se zabývaly bolestí u seniorů a u pacientů, kteří mohou trpět poruchou kognitivních funkcí. Proto bylo vybráno téma bakalářské práce Využití škál bolesti u seniorů. Vzhledem k tomu, že seniorská populace roste a častým problémem je u ní právě bolest, je vysoce žádoucí se tímto zabývat.

Cílem teoretické části bylo definovat bolest u seniorů. U seniorů se vyskytují poruchy kognitivních funkcí, které jsou velmi časté. Dále je v teoretické části popsána problematika bolesti a definice základních metod pro měření bolesti. V předposlední kapitole je popsána role sestry v ošetrovatelské péči u seniorů s bolestí. V poslední kapitole je zmíněný současný stav poznání v České republice.

V praktické části byly zpracovány výsledky šetření. Hlavním cílem bylo zjistit u seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných intenzitu a prevalenci bolesti pomocí Numerické škály bolesti (NRS), Revidované škály bolesti (FPS-R) a její lokalizaci dle mapy bolesti. A uvést doporučení pro praxi.

Je velmi málo výzkumů, které se zabývají touto problematikou. Proto by bylo vhodné do budoucna provést výzkum s větším počtem respondentů a zaměřit se na seniory s kognitivním deficitem. Intenzity bolesti nebyly příliš rozlišné bez ohledu na škály. Je tedy jedno, jaká škála je využita. Ovšem nebyla zjišťovaná preference, kterou by bylo vhodné doplnit v dalších výzkumech. Intenzita 0 na obou dvou škálách byla zaznamenána u 10 respondentů. U 70 respondentů byla zjištěna bolest. Tedy prevalence bolesti je velmi vysoká, proto by se bolestí měl zdravotnický pracovník zabývat.

Lokalizace bolesti je velmi různorodá. Nejčastěji byla uvedena tato místa: dolní končetiny, křížová oblast a záda. Sestra by se měla zabývat nejen intenzitou, ale věnovat pozornost i lokalizaci bolesti.

Porovnání vztahu intenzit s ohledem na pohlaví. Muži měli větší tendence mít větší rozdíly intenzit oproti ženám. Další výzkum by mohl být zaměřen pouze na muže a zkoumat pouze vztah intenzit bolesti na různých škálách. Dále senioři s nesplněným kognitivním testem měli větší rozdíly intenzit mezi oběma škálami, oproti seniorům se splněným testem. Je zcela možné, že kognitivní funkce mohou mít vliv na výsledky intenzit bolesti.

POUŽITÁ LITERATURA

BIELAKOVÁ, K.; KUBEŠOVÁ, H.; WEBER, P. Léčba bolesti u geriatrických pacientů - známe její úskalí?. *Geriatric a gerontologie*, 2012, roč. 1, č. 2, s. 91-94. ISSN: 1805-4684.

Bieri D., Reeve R., Champion GD., Addicoat L., Ziegler J. Scéna bolesti tváří pro sebehodnocení závažnosti bolesti u dětí: Vývoj, počáteční validace a předběžné vyšetření pro vlastnosti poměrových stupnic. *Pain*, 1990; 41: 139-150.

BORSON S. et al., 2003 The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. *American Geriatrics Society* [online]. 51:1451–1454, (2003) [cit. 30. 03. 2018]. Dostupné z: <https://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/TheMini-CogasaScreenforDementiaBorsonetal2003.pdf>

BORSON S. et al., 2000. The Mini-Cog: A Cognitive 'Vital Signs' Measure for Dementia Screening in Multi-Lingual Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 15, 1021-1027 (2000) [cit. 21. 06. 2018]. Dostupné z: <http://www.cpnstudy.org/wp-content/uploads/2010/05/Mini-Cog.pdf>.

CAKIRPALOGLU, P. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Počet a věkové složení obyvatel k 31. 12. 2015 - vybrané území [tabulka]. In: *Český statistický úřad* [online].[citace 31.3.2018]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM02&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&str=v4&c=v3~3__RP2015#w=

DANZIGOVÁ, Z. Bolest ve stáří. *Bolest* [online]. 2017, **20**(4), 173-179 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/4_2017/Bolest_4_2017_clanek_Danzigova.pdf

HAKL, M. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.

HERDMAN, T. et al., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA-International 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.

- HUDÁKOVÁ, A.; MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- International Association for the Study of Pain, 2014. *Faces Pain Scale – Revised Home* [online]. [cit. 20. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&navItemNumber=577>.
- JANIŠ, K., SKOPALOVÁ J. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
- Kelnarová J., Cahová M., Křest'ánová I., Křiváková M., Kovářová Z., Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2.ročník, 1. díl. 1.vydání. Grada Publishing, Praha 2009, ISBN 978-80-247-3105-6
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5580-9.
- Kolektiv Autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- MANDYSOVÁ P. et al., 2017. A comparison of free self-report pain scales in Czech patients with stroke.. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2017;**8**(1):572–579 [cit. 22.06.2018]. Dostupné z: <https://periodika.osu.cz/ojs/index.php/cejnm/article/view/47/9>
- NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NEDVĚDOVÁ, A. *Posuzování bolesti u pacientů s cévní mozkovou příhodou*, Pardubice, 2017, 82 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Petra Mandysová, Ph.D. MSN

ZACHAROVÁ, E.; HALUZÍKOVÁ, J. Bolest a její zvládnání v ošetrovatelské péči. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, (11-12), 372-374 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>

PAZOUROVÁ, V. *Porovnání škál bolesti v závislosti na kognitivních funkcích*, Pardubice, 2014, 71 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Petra Mandysová, Ph.D. MSN

POKORNÁ, A. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

ROKYTA, R. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2662-8.

VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

VAŇÁSEK, J; ČERMÁKOVÁ, K., KOLÁŘOVÁ, I. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

VORLÍČEK, J., ŠEVČÍK, P. *Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění*. Praha: Liga proti rakovině, 2011. ISBN 80-239-3607-7.

SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatрии od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

SIKOROVÁ, L.; JAROŠOVÁ, D.; MAREČKOVÁ, J.; PAJOROVÁ, H. Využití standardizovaných škál pro hodnocení seniorů jako příklad dobré praxe. *Cesta k modernímu ošetrovatelství* [online]. 2010, [cit. 2018-03-31]. ISBN 9788087347034. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2010/612-vyuziti-standardizovanych-skal-pro-hodnoceni-senioru>

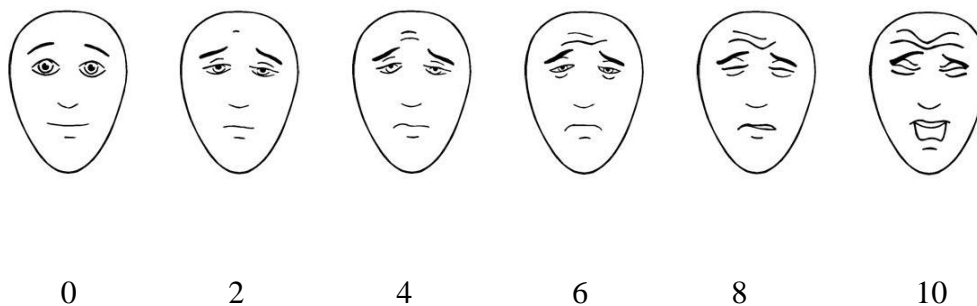
SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

ZANOCCHI M., MAER B., NICOLA E., MARTINELLI E., LUPPINO A., GONELLA M., GARIGLIO F., FISSORE L., BARDELLI B., OBIALERO R., MOLASCHI M. *Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL)*. [online]. Arch Gerontol Geriatr 2008, 47(1):121-8 [cit. 20. 02. 2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18006088>

PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Škála FPS-R</i>	59
Příloha B - <i>Numerická škála</i>	59
Příloha C - <i>Mapa bolesti</i>	60
Příloha D - <i>Informovaný souhlas</i>	61
Příloha E - <i>Dotazník</i>	62
Příloha F - <i>Podklady k průzkumu pro nelékařský zdravotní personál</i>	65
Příloha G <i>Zdrojová data</i>	66

Příloha A - Škála FPS-R



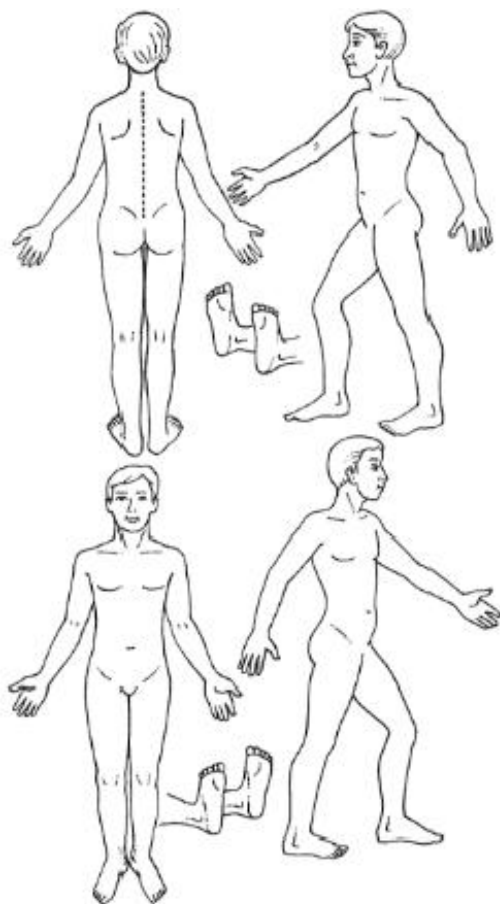
Zdroj: International Association for the Study of Pain, 2014. *Faces Pain Scale – Revised Home* [online]. [cit. 20. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&navItemNumber=577>.

Příloha B - Numerická škála



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

Příloha C - Mapa bolesti



Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

Příloha D - Informovaný souhlas

Jmenuji se Klára Hošková a jsem studentka Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Studuji obor Všeobecná sestra. K úspěšnému ukončení studia potřebuji obhájit práci na téma: Využití škál bolesti u seniorů. Průzkum bude realizován dotazováním, budou Vám předkládat formuláře týkající se intenzity a lokalizace bolesti. Podmínkou pro zařazení do průzkumu bude daný informovaný souhlas a Váš stabilizovaný stav.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já,.....(jméno a příjmení, rok narození)

souhlasím s účastí a se zařazením do průzkumné práce na téma: Využití škál bolesti u seniorů. Souhlasím s účastí na krátkém testu poznávacích schopností. **Souhlasím s hodnocením mé bolesti pomocí dvou vybraných „škál bolesti“.** Zúčastním se v určení místa bolesti na mapě bolesti a v testu poznávacích schopností.

Souhlasím, že uvedený zdravotnický pracovník může nahlížet pro získání mých demografických údajů (věk, pohlaví) do zdravotnické dokumentace.

Souhlasím, že získané výsledky mohou být použity pro publikování v odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentaci na vědeckých a vzdělávacích akcích. Veškeré informace zůstanou anonymní.

Vaše spolupráce na tomto průzkumu je dobrovolná, kdykoliv můžete od průzkumu odstoupit. Vaše odstoupení nebude mít dopad na Vaši péči a hospitalizaci. Účast spočívá v rozhovoru, který potrvá zhruba 0,5-1 hodinu.

Podpis:.....

Datum:.....

Zdravotnický pracovník

Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informovala. Respondent měl možnost klást otázky, které mu byly srozumitelným způsobem vysvětleny. Dále prohlašuji, že pokud budou výsledky použity publikování v odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentaci na vědeckých a vzdělávacích akcích tak zůstanou v anonymitě.

Jméno zdravotnického pracovníka: Klára Hošková

Podpis:..... Datum:.....

Kontakt na zdravotnického pracovníka:

Klára Hošková

E-mail:klara.hoskova1@seznam.cz

Příloha E - Dotazník

MINI-COG

Pokyny:

Dejte respondentovi pokyn, aby pečlivě naslouchal a poté zopakoval následující slova (vyberte ze seznamu kombinaci tří slov) Kombinace č.....

Dejte pacientovi pokyn, aby provedl **Test Hodin**.

Řekněte pacientovi, aby zopakoval 3 slova, která jste pacientovi předtím řekla.

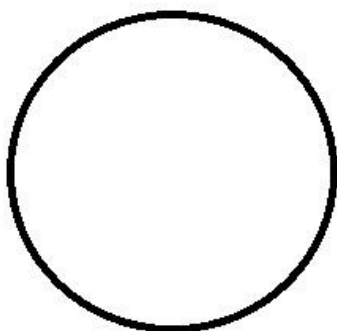
.....

Čas potřebný k provedení kroků 1-3:.....minut

HODINY

Pokyny:

Dovnitř kruhu nakreslete ciferník hodin, tak jak by jej dítě nakreslilo. Umístěte ručičky hodin tak, aby ukazovaly čas „za deset minut půl deváté“. Pacient zakreslí hodiny.



Vyhodnocení hodin:

Zakroužkujte Ano/Ne. (zdravotní pracovník vyhodnotí)

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Jsou přítomna všechna čísla 1-12. | Ano | Ne |
| 2. Je každé číslo (1-12) zobrazeno jen 1x. | Ano | Ne |
| 3. Jsou všechna čísla zobrazena ve správném pořadí. | Ano | Ne |
| 4. Jsou všechna čísla zobrazena ve správném směru (ve směru hodinových ručiček)? | Ano | Ne |
| 5. Jsou přítomny dvě ručičky jakékoliv délky? | Ano | Ne |
| 6. Ukazuje jedna ručička na 8 a druhá na 4 (znázorňuje čas 8:20)? | Ano | Ne |

Test je normální, pokud jsou všechny

Odpovědi ANO= 2 body (celkové skóre) . Pokud je alespoň jedna odpověď NE=0 bodů.
(celkové skóre)

Vyhodnocení MINI-COG

- A. Počet správně zopakovaných slov (=počet bodů)
B. Vyhodnot'te Test hodin. Počet bodů:
Součet řádků A a B

Zdroj: Mandysová, P. (nepublikováno) ; Borson et al.,2000

ŠKÁLA FPS-R

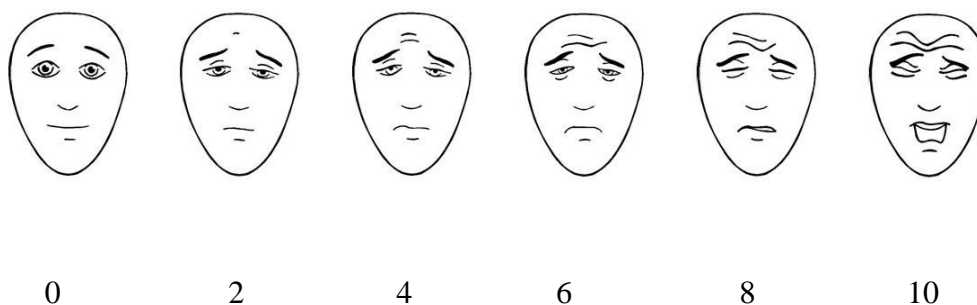
Pokyny: Na této škále obličej ukazuje, jak moc to může bolet. První obličej vlevo se tváří, že ho nic nebolí, další obličej ukazuje, že už je něco bolí. Poslední obličej vpravo ukazuje, že ho něco strašně bolí (postupně ukazují).

Ukažte, který obličej nic nebolí a kterého ano. Rozumí: ANO NE

Pokud nerozumí, vysvětli znovu a ověř si, jestli pochopil.

Dále se ptej:

Který obličej ukazuje, jak moc vás to bolí právě teď. Zdravotní pracovník zapíše výsledek.



Zdroj: International Association for the Study of Pain, 2014

Výsledek:

ŠKÁLA NUMERICKÁ

Pokyny: Na škále můžete vidět čísla 0 až 10. 0 znamená „ žádná bolest, nebolí to “ 10 znamená „ nejhorší možná bolest, bolí to “.

Ukažte, kde na škále je nejhorší možná bolest a kde žádná bolest. Rozumí: ANO NE

Pokud nerozumí, vysvětli znovu a ověř si, jestli pochopil.

Dále se ptej:

Které číslo představuje Vaši současnou bolest? Zdravotní pracovník zapíše výsledek.



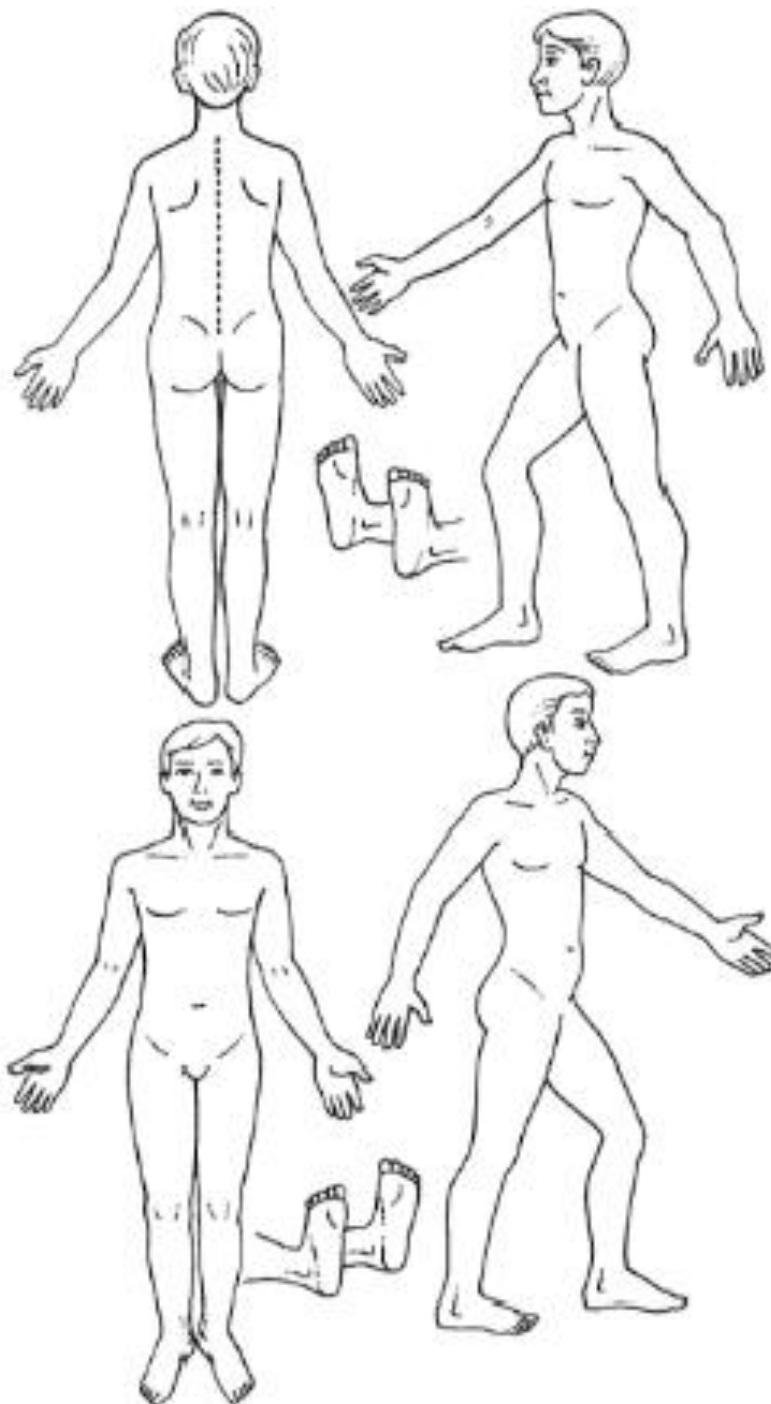
Zdroj: Kolektiv autorů, 2006

Výsledek:

MAPA BOLESTI

Pokyny:

Na mapě ukažte, kde Vás to bolí. Zdravotní pracovník zakreslí místo bolesti.



Zdroj: Křivohlavý, 2002

Příloha F - Podklady k průzkumu pro nelékařský zdravotní personál

Rok narození respondenta:

Pohlaví:

Hlavní diagnóza:

MINI-COG

Kombinace tří slov:

- | | | |
|-------------|---------|---------|
| 1. jablko | koruna | dveře |
| 2. klíč | mrkev | střecha |
| 3. auto | talíř | komín |
| 4. knoflík | obraz | most |
| 5. hruška | lampa | plot |
| 6. skříň | rajče | kolo |
| 7. slepice | židle | autobus |
| 8. šátek | kočka | letadlo |
| 9. konev | houska | pes |
| 10. silnice | deštník | vejce |

Zdroj: Mandysová, P. (nepublikováno)

Příloha G Zdrojová data

Poř.	Rok nar.	Pohl.	kog.	Poř.	Rok nar.	Pohl.	kog.	Poř.	Rok nar.	Pohl.	kog.
1	1939	Ž	1	28	1928	Ž	2	55	1942	Ž	4
2	1930	M	0	29	1950	Ž	2	56	1940	M	3
3	1945	Ž	2	30	1942	M	4	57	1952	Ž	4
4	1928	Ž	1	31	1925	M	2	58	1926	M	0
5	1941	M	1	32	1937	Ž	1	59	1950	M	3
6	1927	Ž	0	33	1940	Ž	3	60	1944	Ž	3
7	1933	Ž	3	34	1944	M	1	61	1932	Ž	0
8	1920	Ž	3	35	1940	Ž	2	62	1949	M	0
9	1946	M	1	36	1948	Ž	0	63	1943	M	4
10	1930	M	3	37	1930	Ž	2	64	1932	M	0
11	1940	M	3	38	1932	Ž	1	65	1936	M	4
12	1929	Ž	2	39	1947	M	1	66	1946	Ž	3
13	1924	Ž	2	40	1929	M	5	67	1951	Ž	3
14	1952	Ž	5	41	1931	Ž	1	68	1948	Ž	2
15	1935	Ž	2	42	1935	M	4	69	1944	M	2
16	1952	Ž	4	43	1944	Ž	4	70	1929	Ž	0
17	1934	M	1	44	1940	Ž	5	71	1921	M	3
18	1950	Ž	3	45	1948	Ž	3	72	1932	M	1
19	1925	Ž	1	46	1939	Ž	2	73	1949	M	3
20	1926	Ž	3	47	1947	Ž	3	74	1932	Ž	3
21	1947	Ž	5	48	1930	Ž	3	75	1929	M	3
22	1938	Ž	3	49	1939	Ž	3	76	1942	M	1
23	1929	Ž	1	50	1939	Ž	2	77	1946	M	3
24	1939	M	2	51	1944	Ž	3	78	1921	M	3
25	1943	M	3	52	1937	M	3	79	1947	M	0
26	1952	M	1	53	1931	Ž	2	80	1938	Ž	2
27	1951	M	2	54	1938	Ž	1				

Legenda Poř. – Pořadí pacientů, Rok nar. – rok narození, Pohl. – pohlaví, kog. - Kognitivní test, ž.- žena, m. - muž

Lokalizace bolesti					
Poř.	Lokalizace místa	Poř.	Lokalizace místa	Poř.	Lokalizace místa
1	LDK kotník	28	PDK LDK	55	Záda
2	PHK rameno	29	Žádné místo bolesti	56	LDK PDK
3	PDK lýtko	30	PDK chodidlo	57	Záda
4	PHK LHK	31	Záda	58	PDK
5	PDK bérec	32	Páteř	59	PDK
6	LDK koleno	33	Páteř	60	Krční páteř
7	Žádné místo bolesti	34	Břicho	61	Žádné místo bolesti
8	LDK koleno	35	LHK	62	Břicho
9	Žádné místo bolesti	36	LDK PDK	63	PHK ruka
10	LHK rameno	37	Krční páteř	64	PDK LDK kolena
11	LDK stehno	38	LDK PDK	65	LDK PDK
12	Křížová oblast	39	PHK rameno	66	Krční páteř
13	Levý bok	40	Hlava	67	Žádné místo bolesti
14	Křížová oblast	41	PDK kyčel	68	PDK
15	LDK kyčel	42	LDK	69	Záda
16	LDK lýtko	43	LHK rameno	70	LDK PDK
17	LDK kyčel	44	Záda	71	Pravý bok
18	Žebro L a P	45	Žádné místo bolesti	72	Pravé stehno
19	PDK LDK	46	LDK PDK	73	Křížová oblast
20	LDK stehno	47	LDK PDK kolena	74	Žádné místo bolesti
21	Levý bok	48	LHK rameno	75	Pravý bok
22	Křížová oblast	49	PDK kyčel	76	Záda
23	Žádné místo bolesti	50	LDK	77	Žádné místo bolesti
24	LDK PDK	51	Prsty na nohou	78	Pravý bok
25	LDK stehno	52	LDK PDK	79	Křížová oblast
26	Křížová oblast	53	Záda	80	Žádné místo bolesti
27	LDK chodidlo	54	LDK PDK		

Legenda PDK - pravá dolní končetina, LDK - levá dolní končetina, PHK – pravá horní končetina, LHK – levá horní končetina