

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Pavla Johanidesová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zvládání pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje

Pavla Johanidesová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Johanidesová**
Osobní číslo: **Z14231**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Zvládání pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení
Pardubického kraje**
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: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

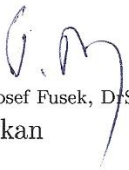
1. ADAMUS, Milan. **Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.**
2. HAKL, Marek. **Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.**
3. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. **Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.**
4. ROKYTA, Richard. **Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.**
5. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. **Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.**
6. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. **Bolest v ošetrovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

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 9. května 2019

Pavla Johanidesová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, trpělivost a svůj volný čas, který mi věnovala. Pak bych chtěla poděkovat svojí rodině za neskutečnou morální i psychickou podporu a pomoc, když jsem ji potřebovala a také všem, kteří mi vyšli vstříc ohledně studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na sledování a zvládání pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. V teoretické části popisují pooperační bolest, rozdělení pooperační bolesti, hodnotící škály, sledování a hodnocení pooperační bolesti všeobecnou sestrou. V průzkumné části zjišťují spokojenost pacientů se zvládáním pooperační bolesti po operaci, ochotou a empatií zdravotnického personálu. Průzkumné šetření bude probíhat mezi dvěma odděleními nemocnic Pardubického kraje.

Výstupem je doporučení pro klinickou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Pooperační bolest, škála bolesti, všeobecná sestra, analgetika, pacient.

TITLE

Coping with post-operative pain in a healthcare facility in the Pardubice Region.

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on monitoring and coping with post-operative pain in a healthcare facility of the Pardubice Region. In the theoretical part I describe post-operative pain, the distribution of post-operative pain, the evaluation scale, the importance of the nurses role in monitoring and alleviating post-operative pain and pharmacotherapy. In the exploratory part I will research the comfort of the patients post-operative pain after surgery and willingness and empathy of medical staff. The survey will be conducted at the Traumatology and General Surgery Department of the Pardubice Region Hospital.

The outcome is to identify the problem of monitoring and alleviating post-operative pain.

KEYWORDS

Postoperative pain, pain scale, general nurse, analgesics, patient.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 CÍL PRÁCE.....	14
1.1 Cíle teoretické části.....	14
1.2 Cíle výzkumné části.....	14
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2.1 Charakteristika bolesti.....	15
2.1.1 Pooperační bolest.....	15
2.1.2 Složky bolesti.....	16
2.1.3 Rozdělení bolesti.....	16
2.1.4 Faktory ovlivňující pooperační bolest.....	17
2.1.5 Patofyziologie pooperační bolesti.....	18
2.1.6 Měření pooperační bolesti.....	18
2.2 Škály bolesti využívané v ošetrovatelské praxi.....	18
2.3 Význam všeobecné sestry v pooperačním období.....	20
2.4 Pooperační analgezie.....	21
2.4.1 Zásady pooperační analgezie.....	22
2.4.2 Farmakoterapie.....	23
2.4.3 Multimodální analgezie.....	23
2.4.4 Farmakoterapie podle stupňů WHO.....	24
2.4.5 Adjuvantní léčiva v léčbě bolesti.....	25
2.4.6 Způsoby podání.....	25
2.5 Nefarmakologické metody léčby bolesti.....	26
2.6 Negativní působení pooperační bolesti na jednotlivé orgánové systémy.....	27
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	29
3.1 Cíle průzkumné části.....	29
3.2 Metodika a organizace průzkumu.....	29

3.3	Volba a charakteristika průzkumné metody.....	29
3.4	Výběr respondentů	30
3.5	Pilotní průzkum.....	30
3.6	Realizace průzkumného šetření.....	31
3.7	Prezentace výsledků	31
4	DISKUZE	44
5	ZÁVĚR	51
6	POUŽITÉ ZDROJE	55
7	PŘÍLOHY	59

SEZNAMY GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví	32
Graf 2 Rozdělení respondentů podle věku.....	33
Graf 3 Rozdělení respondentů dle oddělení.....	34
Graf 4 Počet respondentů dotazovaných 2. – 5. den po operaci	34
Graf 5 Druh operace a doba předání informací o sledování a tišení pooperační bolesti	35
Graf 6 Dostatečná informovanost o sledování a tišení pooperační bolesti.....	36
Graf 7 Údaji o předložení informačního listu Péče o pacienta s bolestí.....	36
Graf 8 Srozumitelnosti informačního listu pro respondenty	37
Graf 9 Důvody nesrozumitelnosti informačního listu	37
Graf 10 Četnost kontroly bolesti všeobecnou sestrou po operaci.....	38
Graf 11 Způsob hodnocení pooperační bolesti	39
Graf 12 Pravidelnosti podávání léků k tlumení bolesti po operaci.....	40
Graf 13 Četnost kontrol účinnosti analgetik po jejich podání	42
Graf 14 Spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti.....	42
Tabulka 1 Četnost jednotlivých způsobů úlevy od pooperační bolesti	39
Tabulka 2 Četnost jednotlivých způsobů podávání léků na tišení pooperační bolesti	41

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
GIT	gastrointestinální trakt - trávicí trakt
IM	infarkt myokardu
VAS	vizuálně analogová škála
MPG	McGill Pain Questionary – McGillský dotazník bolesti
CA	celková anestezie
NSA	nesteroidní antiflogistika/antirevmatika
TDS	transdermální systém
NMDA	N-metyl-D-asparát
ČR	Česká republika
NRS	Numeric Rating Scale (číselná škála bolesti)
SSRI	selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
IMAO	inhibitory monoaminoxidázy
WHO	World Health Organization – světová zdravotnická organizace
MRI	magnetická rezonance
EEG	elektroencefalograf
TEN	trombembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	tlak krve
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
IASP	International Association for the Study of Pain – mezinárodní společnost pro studium bolesti
GCS	Glasgow Coma Scale
FN	fakultní nemocnice

ÚVOD

Výběr mé bakalářské práce byl ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří i to, že jako praktická sestra pracující již několik let na operačním oddělení, si uvědomuji, jak důležitou a nezastupitelnou úlohu má sestra pečující o pacienty před a po operaci. Bolest u pacientů po operaci je ošetrovatelský problém, se kterým se zdravotníci setkávají dnes a denně. Sledování a hodnocení akutní pooperační bolesti je velmi důležité a má významný vliv na další postupy léčby. Je nezbytné pacienty na operaci řádně nejenom fyzicky ale také psychicky připravit, tím že mu poskytneme dostatek srozumitelných informací v rámci svých kompetencí. Důležité je pacienty seznámit s technikou měření pooperační bolesti na daném oddělení a dát pacientovi čas i prostor ptát se na vše co ho zajímá. Neméně důležité pro mě bylo, zjistit více informací o dané problematice a tím zlepšit mé dosavadní ošetrovatelské dovednosti a možnost přispět ke zlepšení léčby pooperační bolesti nejen na daném oddělení.

Dle zahraniční studie Univerzity Cambridge s názvem Prevalence pooperační bolesti ve vzorku 1490 chirurgických pacientů, vyplývá, že po operačním zákroku nebyla pooperační léčba uspokojivá, zvláště po středně závažných a závažných chirurgických výkonech. Střední nebo silná bolest byla hlášena u 41 % pacientů v den 0, u 30 % v den 1 a u 19 %, 16 % a 14 % ve dnech 2, 3 a 4. Prevalence středně těžké nebo silné bolesti ve skupině břišní chirurgie byl vysoký v pooperačních dnech 0-1 (30 %-55 %). Vysoká prevalence středně těžké nebo silné bolesti byla zjištěna v průběhu prvních dnů 1-4 ve skupině chirurgických zákroků (20 %-71 %) a ve skupině pacientů po operaci páteře (30 %-64 %) (Sommra a kol. 2008, s. 267).

Léčba bolesti je jedním ze základních kritérií hodnocení kvality zdravotnické péče a spokojenosti pacienta. Přesto jsou nedostatky v úrovni znalostí problematiky, v organizaci a zajištění léčby akutní bolesti mezi lékaři i všeobecnými sestrami (Adamus a kol., 2012, s. 132). Málek (2014) tvrdí, že správná léčba bolesti zvyšuje spokojenost pacientů s hospitalizací, snižuje četnost některých komplikací a snižuje náklady na hospitalizaci. Vzdělané všeobecné sestry, které jsou ze všech zdravotníků nejvíce v kontaktu s pacientem, umožní posunout léčbu pooperační bolesti o stupeň výše (Málek, 2014, s. 127).

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a části výzkumné. Cílem bakalářské práce je zhodnotit zvládnutí a tlumení akutní pooperační bolesti 0. a 1. den po operačním zákroku. Teoretický rámec práce se zaměřuje na pooperační bolest, rozdělení, měření bolesti, škály využívané k hodnocení bolesti, dále na význam všeobecné sestry při podávání informací o tlumení pooperační bolesti a o možnostech tlumení bolesti po operaci. Tato bakalářská

práce se zaměřuje na sledování a tišení akutní pooperační bolesti z hlediska ošetrovatelské péče u hospitalizovaných pacientů v daném zdravotnickém zařízení podle pracovního postupu s předložením edukačního materiálu.

Výzkumná část má za cíl zmapovat v klinické praxi hodnocení akutní pooperační bolesti u hospitalizovaných pacientů, dostupnost informací o sledování a tišení pooperační bolesti, subjektivní hodnocení pacienta s tlumením pooperační bolesti a empatií všeobecné sestry. K získání potřebných dat byl použit kvantitativní průzkum metodou dotazníkového šetření u hospitalizovaných pacientů, který jim byl nabízen k vyplnění nejdříve 2. den po operačním zákroku.

Výstupem bakalářské práce je identifikovat problém ve sledování a tišení pooperační bolesti.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části

1. Popsat teorii pooperační bolesti.
2. Představit nejčastěji používané hodnotící škály bolesti.
3. Charakterizovat význam všeobecné sestry při sledování a tišení bolesti.
4. Popsat způsoby pooperační analgezie.

1.2 Cíle výzkumné části

1. Zjistit, jestli jsou pacienti dostatečně informováni o sledování a tišení pooperační bolesti před operací.
2. Zmapovat v klinické praxi srozumitelnost používaného informačního listu (Péče o pacienta s bolestí) a hodnotící škály bolesti pro pacienty.
3. Zhodnotit tišení pooperační bolesti, aktivní a empatický přístup všeobecných sester dle subjektivního hodnocení spokojenosti pacientů.
4. Identifikovat problémy při sledování a tišení pooperační bolesti a navrhnout jejich odstranění pro dané zdravotnické zařízení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Zabývat se problematikou pooperační bolesti znamená, si nejprve vysvětlit význam tohoto pojmu. V úvodní části teoretické práce se zaměříme na charakteristiku bolesti, její rozdělení, možnosti jejího měření, ukázkou hodnotících škál, význam všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s bolestí a farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby.

2.1 Charakteristika bolesti

Bolest provází pacienta z nejrůznějších příčin a v některých případech zcela zbytečně. V dnešní moderní době bolesti dostatečně nevěnujeme pozornost, někdy ji dokonce bagatelizujeme a špatně léčíme.

McCaffery roku 1983 napsal: „*Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí*“ (Trachtová, 2013, s. 125).

Bolest je definována jako „*nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání*“. Na této definici se shodli zástupci mezinárodní společnosti pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) a kterou přijala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO). Definice obsahuje důležitý dodatek, že bolest je vždy subjektivní (Rokyta a kol., 2009, s. 21).

Definici kvalitní péče určují ošetrovatelské standardy, které dále stanovují její měřitelná kritéria, které pravidelně kontrolují a hodnotí audity (Jedličková a kol., 2012, s. 5).

2.1.1 Pooperační bolest

Problém nedostatečné léčby pooperační bolesti je v dnešní době problémem řešitelným. Máme dostatek léků k léčbě bolesti, dostatek literárních zdrojů a údajů o organizaci léčby pooperační bolesti ale nejdůležitějším co musíme, je věřit pacientovi a chtít mu pomoci.

Pooperační bolest je modelovým příkladem akutní bolesti z patofyziologického i terapeutického hlediska. Vzniká jako doprovodný efekt při různých chirurgických výkonech (léčebných, diagnostických či paliativních). (Rokyta a kol., 2009, s. 32). Chirurgická operace místně poškozuje tkáň, to má za následek uvolnění prostaglandinů, histaminu, serotoninu, bradykininu, substance P a dalších působků, generaci škodlivých stimulů, iritaci volných nervových zakončení a nociceptorů. Bolest se také generuje přímo v periferních či centrálních nervových strukturách, pokud jsou při operaci poškozeny (Málek a kol., 2009, s. 16).

2.1.2 Složky bolesti

Pooperační bolest charakterizují čtyři základní složky, které zároveň určují její projevy.

Senzoricko-diskriminační – je nejlépe prostudována a máme o ní mnoho podrobností.

Postupuje od receptoru přes periferní vlákna do míchy a odtud spinotalamickými a retikulotalamickými drahami do různých částí thalamu.

Afektivní (emocionální) – každou bolest provázejí emoce – stres, úzkost, agrese.

Vegetativní (autonomní) – při bolesti se potíme, bledneme, červenáme, zvyšuje se tep i krevní tlak.

Motorická – je odvozena od stresu. Pacient se při bolestivém podnětu chová podle zásady „Fight or Flight“ bojuj nebo uteč (Rokyta a kol., 2012, s. 85); (Málek a kol., 2014, s. 15).

2.1.3 Rozdělení bolesti

Základní a nejjednodušší rozdělení pooperační bolesti je podle délky jejího trvání na akutní a chronickou bolest. Každá má svá specifika a je nutné je rozlišovat, protože podle toho volíme odlišné postupy při léčbě. Dále můžeme bolest rozdělit, dle patofyziologie vzniku bolesti, na bolest nociceptorovou, neuropatickou a smíšenou a podle původu na onkologickou a neonkologickou.

Akutní pooperační bolest je jedním z nejčastějších důvodů, pro které jsou lékaři konzultováni. Je příznakem, jenž naléhavě informuje organismus o tkáňovém inzultu a brání před jeho dalším poškozením. Pacienti pooperační bolest popisují jako nepříjemný sensorický, emoční a mentální prožitek, který je spojený s doprovodnými vegetativními a psychickými reakcemi a změnami chování (Málek a kol., 2014, s. 13). Akutní pooperační bolest má známou příčinu, je spojena především s aktivací sympatického vegetativního systému a zpravidla se její intenzita časem snižuje, pokud dochází k hojení rány (Málek, 2016, s. 252). Jedním z největších rizik akutní bolesti je její přechod v bolest chronickou. Nejúčinnější prevencí je její včasná a razantní léčba. Dle ošetřovatelských diagnóz, doména komfort, patří mezi často používané určující znaky akutní bolesti sdělení nebo označení bolesti, vyhledávání úlevové polohy, bolestivý výraz v obličeji, změny ve fyziologických funkcích, expresivní chování (neklid, pláč, ostražitost, beznaděj) (Herdman, 2015, s. 404).

Chronická pooperační bolest je bolest, která vznikla v souvislosti s chirurgickým výkonem a přetrvává déle, než je obvyklá doba hojení (Málek a kol., 2014, s. 18). Trvání pooperační bolesti obvykle přesahuje dobu tří měsíců a standardní léčba je neúčinná. Zásadním krokem je zhodnocení bolesti a jejího dopadu na funkční stav a úroveň psychosociálních vztahů. Zásadní

význam má multidisciplinární přístup. Důležité je nasazení více léčebných metod současně (Lejčko, 2009, s. 150). V úspěšné léčbě bolesti je důležité zahrnout všechny úrovně vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti (Hakl, 2011, s. 28)

Nociceptorová bolest, která vzniká při poškození tkáně, což má za následek uvolnění prostaglandinů, histaminu, serotoninu, bradykininu a iritaci volných nervových zakončení a nociceptorů. Nociceptorovou bolest můžeme dále rozdělit na somatickou (z kůže, svalů a kostí), nebo viscerální (z orgánů hrudní či břišní dutiny). Při farmakoterapii jsou léky první volby analgetika.

Neuropatická bolest vzniká přímo v periferních či centrálních nervových strukturách, pokud jsou při operaci poškozeny. Velmi často se jedná o kombinaci několika typů bolesti. Neuropatická bolest se vyznačuje zhoršením v klidu a v noci a je obvykle píchavá, bodavá, pálivá, šlehavá. Mezi základní léky patří antikonvulziva a antidepressiva.

Smišená bolest je kombinací neuropatické a nociceptivní bolesti.

Onkologická bolest vzniká v souvislosti s onkologickým onemocněním. Řadíme sem však i bolesti spojené s diagnostickými či terapeutickými postupy. Základ léčby tvoří farmakoterapie pro pokrytí celodenní bolesti, nejčastěji používanou metodou jsou retardované nebo transdermální analgetika

Neonkologická bolest. S tímto druhem bolesti se setkáváme nejčastěji. Nejčastější příčinou je degenerativní onemocnění pohybového aparátu. K léčbě používáme veškeré dostupné lékové skupiny včetně silných opioidů. Pro zvolení adekvátní farmakoterapie je rozhodující intenzita a typ bolesti (nociceptivní, neuropatická).

(Málek a kol., 2009, s. 16); (Hakl, 2013, s. 174).

2.1.4 Faktory ovlivňující pooperační bolest

Intenzita a trvání pooperační bolesti závisí na různých faktorech. Z obecného hlediska je můžeme hodnotit z mnoha úhlů pohledu. V této podkapitole jsou uvedeny nejčastější činitele podílející se na intenzitě pooperační bolesti. Komplikace, které se vyskytnou po operačním zákroku, působí na horší průběh zotavování a především na intenzitu pooperační bolesti.

Bolest je individuální a subjektivní zkušenost, kterou určují fyziologické a psychologické faktory, výchova, prognóza onemocnění, spánková deprivace, pohlaví a vlivy prostředí.

Podstatné jsou i předchozí zkušenosti s bolestí ať už pozitivní nebo negativní (Málek a kol., 2014, s. 24). Více tuto problematiku řeší Roškotová (2012), která píše, že při poskytování pomoci pacientům s bolestí jsou velmi významné poznatky o faktorech ovlivňujících toleranci bolesti, mezi které patří například osobnostní charakteristika a jeho senzitivita, typ osobnosti (extrovert, introvert), momentální psychický stav a nálada, prostředí, okolnosti a situace, denní doba, pohlaví, věk či příslušnost k etnické skupině (Roškotová, 2012, s. 1).

2.1.5 Patofyziologie pooperační bolesti

Pooperační bolest patří mezi silné stresory, spouští neuroendokrinní, imunitní a zánětlivé reakce. Důsledkem toho je zvýšená hladina stresových hormonů, katabolismus s úbytkem tkáňové hmoty, imunosuprese, zvýšená spotřeba kyslíku v myokardu při tachykardii a zvýšení srdečního výdeje, větší náchylnost k tromboembolii, vazokonstrikci, omezení motility GIT, zhoršení plicních funkcí a v konečném důsledku zvýšení morbidit a mortality. Silný stres je provokován nejen bolestí samou, ale i vlastní nemocí, úrazem nebo operací. Včasná a dostatečná analgezie usnadňuje časnější mobilizaci, snižuje pooperační komplikace a umožňuje rychlejší propuštění do ambulantní péče. Rozsah psychických změn lze preventivně omezit správnou psychologickou přípravou s pohovorem v rámci předoperační přípravy (Málek a kol., 2014, s. 15).

2.1.6 Měření pooperační bolesti

Funkcí všeobecné sestry je sledování a hodnocení bolesti u pacienta s jeho verbálními i neverbálními projevy včetně fyziologických funkcí. Poté na základě předání informací lékaři a jeho ordinací podává všeobecná sestra pacientovi analgetika a sleduje jejich účinky, případné nežádoucí projevy a tyto data zaznamenává do zdravotnické dokumentace.

Ke správnému tišení bolesti je nutné určení správné intenzity bolesti. Důležitý pomocník k hodnocení bolesti, hlavně pro všeobecnou sestru, je používání hodnotících škál, které jsou subjektivní (pacient určuje, jak moc to bolí), nebo objektivní (pozorováním chování a některých funkcí pacienta odhadujeme míru jeho bolesti) (Kubricht, 2016, s. 471).

2.2 Škály bolesti využívané v ošetrovatelské praxi

Intenzita bolesti je jeden z nejvíce subjektivních aspektů bolesti a k jejímu měření si můžeme vybírat z mnoha hodnotících škál bolesti. Při vybírání vhodné škály pro daného pacienta zvažme jeho zrak, věk, schopnost číst a ujistíme se, zda škále rozumí. Škály dělíme na neverbální, verbální a vizuální. V této kapitole jsou rozepsány nejznámější a nejpoužívanější škály k měření pooperační bolesti.

Vizuálně analogová škála - (VAS) je nejrozšířenější metoda hodnocení bolesti. Je to rozevírající se úsečka měřící 10 cm, na jednom konci je žádná bolest a na druhém konci nesnesitelná bolest. Z druhé strany, která není pacientovi k dispozici, je pravítko s číselnou stupnicí 0 – 10, Pacient určuje intenzitu bolesti dle barvy rozevírající úsečky. Ukázka VAS je v příloze A. Pokud pacient používá přímo čísla, jedná se o číselnou škálu (**Numeric Rating Scale - NRS**) (viz příloha F). 0 odpovídá žádné bolesti a 10 nesnesitelné bolesti. Během léčby sledujeme především vývoj hodnot VAS v čase. Za uspokojivou hodnotu po operaci, je považováno dosažení bolesti hodnocené od 0 do 3. Zejména u starších osob je NRS výhodnější než VAS, protože číselnou stupnici lépe chápou (Málek a kol., 2014, s. 24; Pokorná a kol., 2013, s. 115).

Škála obličejů bolesti - je vhodná pro děti, nebo u pacientů se zhoršenými kognitivními funkcemi. Obličejové znázornění stav pohody až po největší utrpení (Vaňásek a kol., 2014, s. 13) (viz příloha B).

Present Pain Intensity – PPI – další často používanou škálou je intenzita současné bolesti. Tato metoda používá slovního vyjádření k hodnocení intenzity bolesti. S výhodou je využívána pro snadné a rychlé vyšetření bolesti u starších nebo dezorientovaných pacientů, ale také u nevidomých a u některých dětí.

0 – žádná, 1 – mírná, 2 – střední, 3 – silná, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná.

Short-form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ – Speciální, podrobný, standardizovaný a obecně nejúčelnější dotazník. Hodnotí množství dimenzí neuropatické bolesti v 78 popisujících slovech. Vyhodnocení zabere zhruba 20 minut. Celosvětově nejrozšířenější je krátká verze dotazníku McGillovy univerzity (viz příloha C). Tato metoda obsahuje 15 popisných termínů a vyplnění zabere zhruba 5 minut. Hodnotí nejen intenzitu, ale i charakter či kvalitu bolesti a její dopad na afektivní posuzování bolesti nemocným. V klinické praxi může být využit k základnímu zhodnocení, ale i k pravidelnému a opakovanému vyšetření a sledování průběhu bolestivých projevů.

Neverbální hodnocení – k nejčastějším projevům, které sledujeme, patří paralingvistické projevy (pláč, sténání, nařikání), bolestivé držení těla, mimika, aktivita nervového systému (zrudnutí v obličejí, bušení srdce, nauzea až zvracení), změny ve vitálních funkcích – TF (tepová frekvence), TK (tlak krve). Ostatní metody měření bolesti jsou subjektivní (Málek a kol., 2014, s. 24). Patří sem tlaková algometrie, termická algometrie, elektrostimulace, funkční EEG a MRI.

Mapa bolesti dle Margolese – tuto mapu používáme k určení lokalizace a typu bolesti. Jedná se o dvoudimenzionální zobrazení lidské postavy, na které pacient vyznačí co nejpřesnější místo bolesti. Dále dle zvyklostí daného pracoviště barevně zakresluje pocity spojené se vzniklou bolestí (modrá – bolest obecně, červená – pálivá, žlutá – tupá, zelená – svíravá) (viz příloha G).

(Adamus a kol., 2012, s. 121; Pokorná a kol., 2013, s. 114 - 116).

2.3 Význam všeobecné sestry v pooperačním období

Posoudit bolest objektivně je náročné, vyžaduje proto zkušenou sestru, která dokáže bolest správně zhodnotit. Všeobecné sestry s dlouholetou praxí mají tendenci „škatulkovat“, nepřístupovat ke každému pacientovi individuálně a často používají slovní spojení „*To Vás přece nemůže bolet*“ a tím porušují více než jednu zásadu jednání s pacientem trpícím bolestí. Tímto chováním může narušit i důvěru pacienta a odradit ho k tomu, aby se jí se svou bolestí dále svěřoval.

Všeobecné sestry jsou zpravidla první v kontaktu s pacientem, předávají informace lékařům a dalším členům zdravotnického týmu. Pokud je narušená komunikace mezi členy týmu může to mít negativní dopad i na samotnou péči o pacienta. Práce všeobecné sestry v péči o pacienta s bolestí je role naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. Tato role vyžaduje specializované znalosti všeobecné sestry v problematice fyziologie, farmakoterapie, a psychologie. (Vaňásek a kol., 2014, s. 5-6). Nepředpokládáme, že pacienti budou vědět o pooperačních metodách léčby bolesti a protože úspěch léčby bolesti je ovlivněn jejich vědomím a přesvědčením, je dobré poskytnout pacientům individuálně podrobné informace o pooperační bolesti a tlumení pooperační bolesti. Správné informace, které jsou správně podané, dávají pacientovi realistické očekávání péče, kterou lze poskytnout (úleva od bolesti, nikoliv "stav bez bolesti"). Tyto informace by měly zahrnovat, význam léčby pooperační bolesti, dostupné metody léčby bolesti, cíle léčby bolesti a účast pacienta na léčbě bolesti (Andrés a kol., s. 14). Je nutné si uvědomit, že spokojenost pacientů s pooperační léčbou a pooperačním průběhem není zárukou toho, že je léčba dostatečná. Opakovaně byl popsán stav, že i pacienti se silnou pooperační bolestí udávali spokojenost s léčbou. Samotná průměrná intenzita bolesti tvoří jen jednu součást. Největší význam je kladen na to, že operace dopadla dobře a nevyskytly se závažné komplikace. Velký význam mají i empatie ošetřujícího personálu, čas, jak dlouho bylo třeba čekat na podání analgetika, a rychlost, s jakou začne účinkovat (Málek a kol., 2014, s. 28).

„Hlavním cílem ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně zajišťovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo uspokojovat potřeby vzniklé či pozměněné nemoci“ (Jedličková a kol., 2012 s. 5).

Řádná organizace práce všeobecné sestry na oddělení je důležitá pro hladký průběh ošetřování nemocných a pro jejich pohodlí (Vytejšková a kol., 2011, s. 20). Sestra by se ve své práci měla řídit ošetrovatelským procesem, což je základní celostátní metodická norma poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces se řídí metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) a platnou legislativou MZČR č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Dále vyhláškou 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence NLZP jsou odvozeny od dosaženého kvalifikačního a specializačního vzdělání a jsou definovány zákonem č. 201/2017 Sb. Základním dokumentem pro jejich nastavení ze strany zaměstnavatele je uzavření pracovní smlouvy, která definuje pracovní pozici, na kterou navazuje „náplň práce“, která konkretizuje požadované činnosti. Práce sester je dále řízena standardy, které vycházejí z platné legislativy ČR a doporučení orgánů WHO. Standardy určují kvalitu zdravotní péče a zároveň stanovují její měřitelná kritéria, která kontrolují a hodnotí audity (Joint commission International, 2008, s. 304); (Jedličková a kol., 2012, s. 5-6). Dále je ošetrovatelská péče prováděna dle pracovního postupu daného zdravotnického zařízení a pro pacienty je vypracovaná bezpečnostní karta - Péče o pacienta s bolestí (viz příloha D).

2.4 Pooperační analgezie

Bolest doprovází lidstvo už od nepaměti a stejně tak dlouho se lidé snaží najít účinný lék ke zmírnění a odstranění bolesti. Jedním z nejstarších a nejúspěšnějších analgetik bylo opium. Správně vedená pooperační analgezie předchází řadě negativních dopadů nejen na pacienta.

Pro pooperační průběh bez komplikací má zásadní význam pooperační tlumení bolesti. Množství, druh a způsob podání analgetika volíme podle stavu pacienta a provedeného operačního výkonu na základě indikace lékaře (Schneiderová, 2014, s. 72). Bolest je většinou odstranitelná, použije-li se správný lék, ve správné dávce a aplikuje-li se správným způsobem. Nedostatečně léčená nebo neléčená bolest negativně ovlivňuje život nemocného, omezuje

životní aktivity a zhoršuje kvalitu života (Vaňásek a kol., 2014, s. 5-6). Dostupnost pooperační analgezie pro všechny znamená zejména kvalitní zvládnutí léčby pooperační bolesti. Přijmutí a pochopení faktu, že dobrá analgezie je nejenom potřebná, ale je i právem každého pacienta s bolestí a základní povinností každého pracoviště (Málek a kol., 2014, s. 14). Léčba u akutních bolestí se stala nejen medicínsky odbornou a morální povinností lékaře, ale i právní povinností. Mezi práva pacienta patří právo na zmírnění a vyloučení strádání (Rokyta a kol., 2012, s. 42). Pooperační bolest bezprostředně po výkonu, první a druhý pooperační den dosahuje největší intenzity. Dle principu analgetického žebříčku WHO postupujeme v léčbě systémem „step down“, tedy od nejsilnějších analgetik (silné opioidy) směrem dolů k neopioidním analgetikům. Z důvodu minimalizovat nežádoucí účinky opioidů je hlavním principem pooperační analgezie multimodální analgezie, to je kombinace analgetik různých skupin (Nosková, 2013, s. 19). Cílem je účinné zmírnění či odstranění bolesti s minimálními nežádoucími účinky a tak levně, jak to možné. Jde o efektivní a bezpečné odstranění bolesti a zároveň s ní související stresové reakce, umožnění včasné mobilizace a rehabilitace, zamezení periferní i centrální senzitivace. Analgezie po operaci je pokračováním analgetické složky CA nebo navazuje na techniku regionální anestezie. Výhodná je multimodální farmakoterapie s cílem snížit nežádoucí účinky opioidů, nikoliv jejich spotřebu (Málek a kol., 2014, s. 127 - 129).

Velikost, délku a charakter pooperační bolesti určují místo, typ, trvání výkonu, fyzický a psychický stav pacienta, včetně úrovně jeho poučení (Vaňásek a kol., 2014, s. 5-6). Zdravotníci si musejí uvědomit, že léčba pooperační bolesti je běžnou součástí péče o nemocné, a naopak že neléčená bolest je projevem profesionální inkompetence. Stejně tak úspěšná léčba vyžaduje základní znalosti a informovanost pacientů o možnostech léčby a rizicích jejich onemocnění. Informovanost nejen zdravotníků, ale i pacientů, je jedním z klíčových předpokladů pro úspěšné léčení pooperační bolesti. V předoperační přípravě musí být pacient seznámen s perioperačním postupem, se základy posuzování bolesti a možnostmi dalšího rozšíření terapie při přetrvávající bolesti (Málek a kol., 2014, s. 126).

2.4.1 Zásady pooperační analgezie

Dnešní moderní doba nabízí velké množství léků k tlumení pooperačních bolestí, je však důležité dodržovat určité zásady při výběru a podávání těchto léků.

Je nutné ordinovat medikaci a stanovit postup v situaci, kdy ordinovaná analgetická léčba není dostačující, je důležité mít další možnosti, jak pokračovat při nedostatečné léčbě bolesti.

Bolest i nežádoucí účinky léčby bolesti se monitorují, hodnoty se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace či akutní karty dle zvyklosti daného oddělení a stavy mimo dohodnutou normu se léčí. Pro sledování bolesti, léčbu bolesti a případných nežádoucích účinků této léčby jsou vypracovaná pravidla a postupy dle zdravotnického zařízení. Je vhodná multioborová spolupráce. Vzdělávání lékařů a středního zdravotnického personálu v problematice léčby bolesti je důležité pro úspěch. Při podávání opioidních analgetik, by měl personál monitorovat nejen bolest ale i možné nežádoucí účinky (Málek a kol., 2014, s. 129). Pacientův údaj o intenzitě bolesti je rozhodující pro léčbu bolesti. V praxi používáme při podávání analgetik tzv. postup shora dolů, tedy na analgetické stupnici dle WHO od nejsilnějších analgetik ke slabším a od vyšších dávek k nižším (viz příloha E). podává se léková forma s rychlým nástupem účinku. Vhodná je kombinace slabých opioidů a neopioidů (Adamus a kol., 2012, s. 132).

2.4.2 Farmakoterapie

Základním principem v léčbě bolesti je ve většině případů správně vedená a dostatečně účinná farmakoterapie.

V roce 1984 vydala WHO doporučení pro léčbu nádorové bolesti. Je založeno na postupném podávání účinnějších analgetik v řadě od neopioidních analgetik, přes slabé opioidy až k silným opiátům. V letech 1990, 1994 a 1996 byla vydána doplňující doporučení WHO (Rokyta a kol., 2009, s. 88). U akutní léčby bolesti bychom měli začínat podle udané intenzity bolesti zpravidla od nejsilnějších analgetik ke slabším. Při přítomnosti zánětlivé komponenty, je vhodné přidat nesteroidní antiflogistika (Přecechtělová, 2013). Moderní přístup k léčbě pooperační bolesti vychází z principů multimodální analgezie, volby typu analgezie podle typu operace a očekávané intenzity bolesti, měření a zapisování intenzity bolesti, nepřekročení předem domluvené hodnoty, sledování a zapisování efektu terapie a jejich nežádoucích účinků. Při volbě optimálního postupu pooperační analgezie vycházíme z toho, že metoda musí být bezpečná, účinná, ekonomicky dostupná, personál ji musí dobře ovládat, a především s ní musí pacient souhlasit (Málek, 2016, s. 253).

2.4.3 Multimodální analgezie

Analgetika mají stropový efekt a další zvyšování jejich dávky nevede ke zlepšení analgezie, proto se u silných bolestí doporučuje kombinace s opioidy. V rámci této kombinace může být redukována celková dávka opioidů o 30 % až 40 % (Gabrhelík, 2016, s. 257). Opioidy ve správných dávkách bolest do jisté míry utlumí, ale další zvyšování vede k nežádoucím

účinkům, zejména vzniku nevolnosti, zvracení, retenci moči a prodloužení paralytického ileu. (Málek a kol., 2009, s. 79). V posledních letech se v praxi uplatňuje metoda analgezie dle typu operace, která klasifikuje bolest do tří stupňů podle intenzity pooperační bolesti a tomu přizpůsobuje analgetický protokol (Gabrhelík, 2016, s. 257).

Podávání analgetik v léčbě akutní bolesti by mělo být v pravidelných časových intervalech dle ordinace lékaře, ne podle potřeby. Podávání analgetik má být takové, aby pokles hladiny nezpůsobil vznik bolesti, ale nemá být častější, než odpovídá délce účinku léku. Má ztlumit bolest na potřebnou dobu bez vyvolání nežádoucích účinků z předávkování (Vaňásek a kol., 2014, s 40).

Dalším důležitým vodítkem pro farmakoterapii akutní bolesti, je **oxfordská liga analgetik**. Podle které mají u akutní bolesti nejvyšší pravděpodobnost analgetického účinku nejen silné opioidy, jako například morfin, ale i NSA (nesteroidní antiflogistika) (Rokyta a kol., 2009, s. 88).

2.4.4 Farmakoterapie podle stupňů WHO

1. stupeň - mírná bolest se léčí neopioidními analgetiky a adjuvantní analgetickou léčbou. Patří sem analgetika/antipyretika a NSA. Mají stropový efekt, takže zvýšení dávky nad terapeutické maximum nezvýší analgetický efekt, ale zvyšuje se riziko nežádoucích účinků. Nejznámějším analgetikem/antipyretikem je paracetamol. Při volbě NSA je nutno zvážit účinnost a četnost nežádoucích účinků. Analgeticky nejúčinnějšími jsou indometacin, diklofenak a ketoprofen. Tyto látky však mají nejvyšší gastrotoxické riziko. Lokální aplikace ve formě gelů či mastí snižuje výskyt nežádoucích účinků, rektální aplikace je riziková stejně jako perorální podání.

2. stupeň - středně silná bolest – zde je indikována léčba slabými opioidy. Podstatou analgetického účinku opioidů je blokáda přenosu bolestivého impulzu z periferie do mozku. Mají stropový efekt. Pro akutní bolest užíváme rychle působící formy při nástupu bolesti. Pro chronickou bolest používáme formy retardované, ty mají nižší výskyt nežádoucích účinků. Nejčastěji se používá kodein, který se metabolizuje na morfin. Dále se používá dihydrokodein, především s pomalým uvolňováním, například DHC continuus.

3. stupeň – krutá bolest – používají se silné opioidy. Nemají stropový efekt. Standardem je morfin. Dalšími používanými léky jsou fentanyl a sufentanyl, jsou účinné asi u 95 % nemocných. Naloxon je antagonist a používá se jako antidotum opioidů Naltrexon při léčbě závislosti na opioidech. Účinnost analgetik 3. stupně se zvyšuje kombinacemi léků

(paracetamol, NSA, lokální anestetika, klonidin). Kombinace opioidů mezi sebou nejsou vhodné. Zvláštní lékovou formou jsou transdermální (TDS) systémy uvolňování léčiv, které obsahují opioidy vysoce rozpustné v tukách. Z náplastového depa se uvolňuje účinná látka 72 hodin a zajišťuje stabilní plazmatickou koncentraci léku (Adamus a kol., 2012, s. 125; Vaňásek a kol., 2014, s. 40).

2.4.5 Adjuvantní léčiva v léčbě bolesti

Tato skupina léků zahrnuje látky z různých lékových skupin, u kterých byly zjištěny vlastní analgetické účinky či schopnost zesílit nebo modulovat účinek klasických analgetik (Adamus a kol., 2012, s. 125).

Látky s vlastním analgetickým účinkem: tricyklická antidepresiva, lokální anestetika, kortikosteroidy, antimigrenika, radiofarmaka, bisfosfonáty, kalcitonin.

Látky potencující analgetický účinek: centrální myorelaxancia, antiepileptika, antiarytmika, α_2 -agonisté, magnézium.

Látky upravující psychický stav a náladu pacienta: antidepresiva, anxiolytika, benzodiazepiny.

Látky odstraňující nežádoucí účinky analgetik: antiemetika, gastroprotektiva, laxancia (Adamus a kol., 2012, s. 125).

2.4.6 Způsoby podání

Běžnou praxí sester při tišení pooperační bolesti je plnění ordinací lékaře při podávání analgetik různými způsoby, mezi které patří: perorální (ústí), intravenózní (do žíly), muskulární (do svalu), subkutánní (pod kůží), rektální (do konečníku) a transdermální (přes kůži) a ojediněle se můžeme setkat se způsobem anestezie podávané do epidurálního katétru, který byl pacientovi zavedený při svodné anestezii a byl mu ponechán k lepšímu tlumení pooperačních bolestí. Specifičtější způsobem podání, které se uplatní např. u onkologických pacientů a které neaplikuje sama všeobecná sestra, ale pouze se může spolupodílet na podávání informací, je pacientem řízená analgezie (PCA).

Perorální – nejčastěji používaná metoda podávání léků. Výhodou je neinvazivnost a jednoduchost, avšak v pooperační analgezii, hlavně první pooperační dny, je tato metoda nevhodná z důvodu nevolnosti, zvracení a delšího nástupu účinku.

Intramuskulární – nejčastější metoda podání v pooperačním období. Lze dosáhnout uspokojivé analgezie i přes to, že má velký rozptyl v absorbování z místa podání, podání je

bolestivé, můžeme porušit nervové struktury a je častý vznik hematomů v místě vpichu. Kontraindikací jsou hemokoagulační poruchy.

Subkutánní – preferujeme u podávání opioidů.

Intravenózní – vhodné u pooperačních stavů. Výhodou je bezbolestné podání, rychlý nástup účinku. Žilní přístup mají pacienti zajištěný už před operací z důvodu předoperační přípravy nebo zavedený na operačním sálu z důvodu anestezie.

Rektální – málo používaná metoda. Výhoda je nevstřebávání látek játry.

Transdermální – málo používaná aplikace analgetik v pooperačním období. Princip je v nalepení analgetické náplasti s postupným uvolňováním analgetik (až 72 hodin). Místo aplikace by se mělo střídát. Nejčastěji se aplikuje na horní polovinu zad.

Epidurální – je na standardním oddělení málo používanou metodou analgezie. Epidurální katétr je vyveden z meziobratlového prostoru nejčastěji na rameno, kde je krytý bakteriálním filtrem. Tato analgezie je spojena s určitými riziky, jako je pokles krevního tlaku, možná toxická hladina podaných lokálních anestetik, perforace tvrdé pleny, poškození cév s následným epidurálním hematodem a alergická reakce.

Pacientem řízená analgezie (PCA) – pacient, si analgetikum aplikuje sám, pomocí speciálního přístroje, nejčastěji do žíly, nebo epidurálního prostoru. Lékař nastavuje základní parametry, které nemá pacient možnost ovlivnit, jako je bolusová dávka aplikovaná na jedno spuštění, bezpečnostní interval, po který přístroj nedávkuje a maximální celková dávka analgetika za určitý časový úsek. Základem úspěchu je před samotným zahájením PCA podat nasycovací dávku analgetika, aby byla potlačena bolest ještě před nasazením přístroje. Nežádoucí účinky jsou stejné jako u jiného způsobu podání analgetik.

Způsoby podání analgetik se zabývá několik autorů učebnic a článků (Málek a kol., 2014; Hakl a kol., 2011; Vaňásek a kol., 2014).

2.5 Nefarmakologické metody léčby bolesti

Nefarmakologické metody mají minimum nežádoucích účinků a mohou efektivně doplňovat analgetickou léčbu. Nefarmakologických možností léčby bolesti, které jsou populární mezi veřejností i mezi zdravotníky, je mnoho. Rozdělují se na fyzikální a psychologické metody. V pooperační analgezi se z těchto metod nejvíce využívají psychologické metody rozhovoru s pacientem a z fyzikálních metod je nezávislou funkcí všeobecné sestry v pooperační analgezi využití tepla, chladu a imobilizace. Akupunktura a transkutánní elektrická nervová stimulace se v pooperační péči aplikují spíše ojediněle.

Tepl – uvolňuje svalové spazmy a zlepšuje mobilitu kloubů. Lze použít nejdříve 48 hodin po operaci ke zlepšení rehabilitace a místního prokrvení, při použití dříve vzniká riziko krvácení a vzniku otoků. Terapie teplem může ovlivnit vnímání bolesti mozkovou kůrou.

Chlad – aplikací chladu dochází k tlumení bolesti, zmírnění nebo prevenci otoků.

Imobilizace – snižuje bolest, ale dlouhodobé znehybnění po operaci zvyšuje riziko žilní trombózy, dekubitů a svalové atrofie.

Akupunktura – patří mezi stimulační metody v léčbě akutní a chronické bolesti, ale v souvislosti s léčbou pooperační bolesti se používá pouze ojedinele.

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) – funguje na principu bezbolestného střídavého proudu aplikovaného do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. Může se používat po operacích a u pacientů s chronickými bolestmi. Dle doporučení v léčbě pooperační bolesti by metoda TENS měla být více využívána v pooperační péči, protože z přehledu klinických studií vyplývá snížená spotřeba analgetik přibližně o 25 %.

Rozhovor – snaha pozitivně ovlivnit zdraví pacienta. Negativní emoce, které doprovázejí bolest, můžeme pozitivně ovlivnit rozhovorem. Důležitými body rozhovoru jsou dostatek informací, projevení empatie, odpoutání pozornosti od bolesti a ujištění, že budou použity všechny prostředky k tišení bolesti. Dalšími metodami psychoterapie jsou relaxace, meditace a hypnóza.

Nefarmakologickými způsoby léčby při tišení bolesti se zabývá několik autorů učebnic (Málek a kol. 2014, s. 31; Vaňásek a kol., 2014, s. 30; Chou a kol., 2016, s. 138; Trachtová a kol., 2013, s. 140).

2.6 Negativní působení pooperační bolesti na jednotlivé orgánové systémy

I přes velké množství farmakologických i nefarmakologických metod léčby bolesti se stále setkáváme s pacienty, jejichž bolest je nedostatečně léčena a to má negativní dopady na jednotlivé orgánové systémy.

Respirační změny – reflexně je zvýšeno napětí břišních svalů a snížená funkce bránice. Zvýšený svalový tonus přispívá k vyšší spotřebě kyslíku a produkci laktátu.

Kardiovaskulární změny - stimulace sympatiku způsobuje zvýšení tepového objemu, srdeční práce a spotřeby kyslíku v myokardu. U náchylných jedinců se zvyšuje riziko ischemie až infarktu myokardu. Strach z bolesti omezuje pohybové aktivity a hrozí žilní trombóza a vznik tromboembolické nemoci (TEN).

Gastrointestinální změny - typickými změnami je zpomalení až paralýza pasáže GIT, nauzea až zvracení. Nežádoucí účinky opioidů mohou způsobit poruchu peristaltiky až obstipaci.

Neuroendokrinní změny - potřeba kyslíku a metabolismu jsou zvýšeny. Metabolické substráty jsou mobilizovány ze svých zásobáren. Katabolický stav a negativní dusíková bilance následují, pokud proces přetrvává

(Hakl a kol., 2011, s. 129; Rokyta a kol., 2012, s. 203).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato kapitola prezentuje metodologii průzkumu a výsledky průzkumného šetření. Výsledky jsou řazeny dle pořadí otázek v dotazníku a zpracovány do tabulek a grafů pomocí Microsoft Office Excel.

3.1 Cíle průzkumné části

1. Zjistit, jestli jsou pacienti dostatečně informováni o sledování a tišení pooperační bolesti před operací.
2. Zmapovat v klinické praxi srozumitelnost používaného informačního listu (Péče o pacienta s bolestí) a používané škály bolesti pro pacienty.
3. Zhodnotit tišení pooperační bolesti, aktivní a empatický přístup všeobecných sester dle subjektivního hodnocení spokojenosti pacientů.
4. Identifikovat problémy při sledování a tišení pooperační bolesti a navrhnout jejich odstranění pro dané zdravotnické zařízení.

3.2 Metodika a organizace průzkumu

Tato kapitola je věnována volbě a charakteristice průzkumné metody, charakteristice respondentů, pilotnímu šetření a vlastnímu sběru dat. Dále je v této kapitole popsána metodika zpracování získaných dat a interpretace dat.

3.3 Volba a charakteristika průzkumné metody

Vlastnímu průzkumu předcházelo studium odborných monografií a článků zaměřujících se problematikou tišení pooperační bolesti. Na základě zjištěných informací byla pro sběr dat zvolena kvantitativní metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce (viz. příloha D), který byl tvořen z 19 otázek. V úvodu dotazníku je vhodné, aby bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje a případné potvrzení toho, že se jedná o anonymní dotazník. (Kutnohorská, 2009, s. 41). U anonymního dotazníku se lidé mnohem častěji účastní průzkumu a s větší pravděpodobností uvádějí pravdu (Walker, 2013, s. 46, 57). Techniku sběru dat dotazníkem charakterizuje nepřítomnost průzkumníka, přiměřená znalost průzkumného prostředí a nezbytnost předvýzkumu neboli pilotního průzkumu. Mezi výhody dotazníkového průzkumu můžeme zařadit přesnou formulaci otázek bez emocí dotazovaného a hromadné počítačové zpracování. Nevýhodou pak může být neporozumění otázce, nízká návratnost dotazníků a důležitou roli hraje i celková délka dotazníku včetně grafické úpravy (Kutnohorská, 2009, s. 41).

V dotazníku byl použit rychlý test kreslení hodin, sloužící k detekci kognitivních poruch a demence. Úkolem respondentů bylo zakreslit, do předem vytvořeného ciferníku, čísla tak jak jsou na ciferníku hodin a pomocí 2 ručiček požadovaný čas. Dále bylo v dotazníku použito několik typů otázek. 14 otázek uzavřených, které obsahovaly otázky dichotomické, tak polytomické. Při použití uzavřené otázky nabízíme respondentovi všechny možnosti odpovědi a výsledkem jsou kvantitativní data. V dotazníku to jsou otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17 a 18. Naopak otevřené otázky (č. 2 a 19) nenabízejí žádnou variantu odpovědi a kladou jen málo omezení na odpověď, výstupem jsou kvalitativní data. Dále byly v dotazníku použity 3 otázky polouzavřené, ty kromě předem nabízené odpovědi dále nabízejí odpověď vlastní. Jedná se o otázku č. 10, 12 a 14. Otázky identifikační č. 1, 2 a 3 se dotazovaly na pohlaví, věk a oddělení hospitalizace, filtrační otázka č. 4, vylučovala respondenty, kteří nebyli po operaci. Otázky zjišťující informovanost respondentů o sledování a tišení pooperační bolesti tvořily otázky č. 5, 6, 7 a otázky č. 8, 9 a 10 se dotazovaly na předkládání a srozumitelnost edukační karty. Otázky č. 11 – 17 byly zaměřené na pooperační bolest a otázky č. 18 a 19 řešily celkovou spokojenost respondenta se sledováním a tišením pooperační bolesti.

3.4 Výběr respondentů

Respondenti zařazení do průzkumného šetření splňovali následující kritéria. Hospitalizovaný pacient na oddělení všeobecné chirurgie nebo traumatologie, který je nejméně 2. den po operačním výkonu, má plné vědomí, bez patologie kognitivních funkcí potvrzené vyplněním krátkého testu hodin, je mu více než 18 let a je ochotný spolupracovat a poskytl ústní souhlas k dotazníkovému šetření. Respondenti byli přijímáni buď k plánované nebo akutní (neplánované) operaci. U plánovaných operací byli respondenti přijímáni den před operací. U akutních (neplánovaných) operací byli respondenti přijímáni k observaci a dle vývoje stavu a zjištěných laboratorních výsledků byli indikováni k operačnímu výkonu do 24 hodin od přijetí

3.5 Pilotní průzkum

Samotnému průzkumu předcházela pilotní průzkum, který měl odhalit případné nesrozumitelnosti a nedostatky v dotazníku pro respondenty. Pilotní průzkum probíhal tak, že bylo vybráno 5 respondentů z chirurgického a 5 z traumatologického oddělení, kteří odpovídali zadaným kritériím, byly jim rozdány dotazníky, který jsme následně prošli a respondenti dotazník připomínkovali. Na základě získaných dotazníků a připomínek od respondentů byly v dotazníku 2 otázky upraveny a 2 otázky přidány. Přidána byla otázka

č. 5: O jaký druh operace se jednalo? Možnost odpovědi byla buď plánovaná nebo akutní (neplánovaná) operace. V otázce č. 6 s názvem: Kdy Vás všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti, byla přidána odpověď, den před plánovanou operací. Dále v otázce č. 11 s názvem: Jak často se všeobecné sestry zajímaly o Vaši bolest? Byla přidána další možnost odpovědi, na kterou jsem byla respondenty upozorněna, že tam chybí. Dále byla přidána otázka č. 13 s názvem: Byl pro Vás zvolený způsob pooperační bolesti vyhovující? Tato otázka byla přidána, aby bylo odpovězeno na výzkumné cíle. Dotazníky získané z pilotní studie nebyly zařazeny do výzkumného šetření pro nedostatečnost zkoumaných dat, ale posloužily v mém výzkumu k vylepšení dotazníku a ujistily mě v tom, jak je pilotní průzkum důležitý pro samotné výzkumné šetření. Po úpravě dotazníku následovala vlastní realizace průzkumného šetření.

3.6 Realizace průzkumného šetření

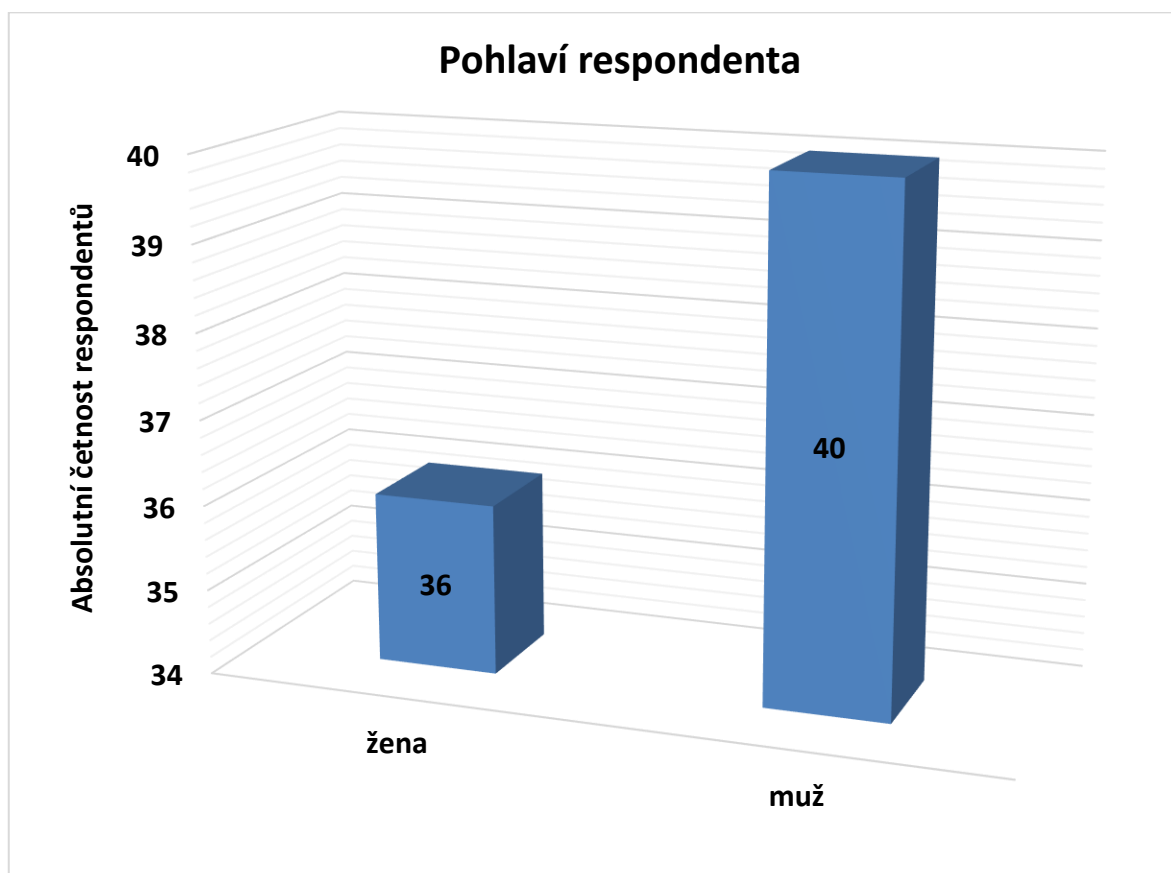
Průzkum probíhal po písemném schválení náměstkyní ošetrovatelské péče a po ústním informování vedoucího pracovníka daného oddělení, kde výzkum probíhal. Samotný sběr dat probíhal na chirurgickém a traumatologickém oddělení od ledna 2019 do poloviny března 2019. Dotazníky jsem rozdávala respondentům na základě získání ústního souhlasu s dotazníkovým výzkumem, kterému předcházela rozhovor s ošetřující sestrou, která mi poskytla prvotní informace, které se týkali příjmu na oddělení, o jaký druh operace se jednalo s vyloučením respondentů, kteří byli 0. a 1. pooperační den hospitalizováni na intenzivní péči. K dotazníku byla přikládána obálka a respondenti byli poučeni, aby dotazníky po vyplnění dali do obálky, obálku zalepili a odevzdali ošetřujícímu personálu nebo vhodili do schránky, která se nachází na daném oddělení. Postupně bylo rozdáno 90 dotazníků, 45 dotazníků na traumatologii a 45 dotazníků na všeobecné chirurgii. Z celkového počtu se jich vrátilo 88 (98 %). 12 dotazníků bylo vyřazeno, z nich 11 dotazníků bylo vyřazeno kvůli nesprávnému splnění testu hodin a 1 dotazník byl vyřazen pro neúplnost. V testu hodin se nacházely velké nedostatky, hlavně ve znázornění správného času.

Dotazníků použitých ke zpracování dat bylo 76, z toho 44 dotazníků z všeobecné chirurgie (58 %) a 32 z traumatologie (42 %).

3.7 Prezentace výsledků

Tato kapitola prezentuje charakteristiky souboru respondentů. Pro zpracování této kapitoly byl využit program Microsoft Office Excel 2016 Pro lepší přehlednost byly zvoleny sloupcové grafy a tabulky s určením absolutní a relativní četnosti.

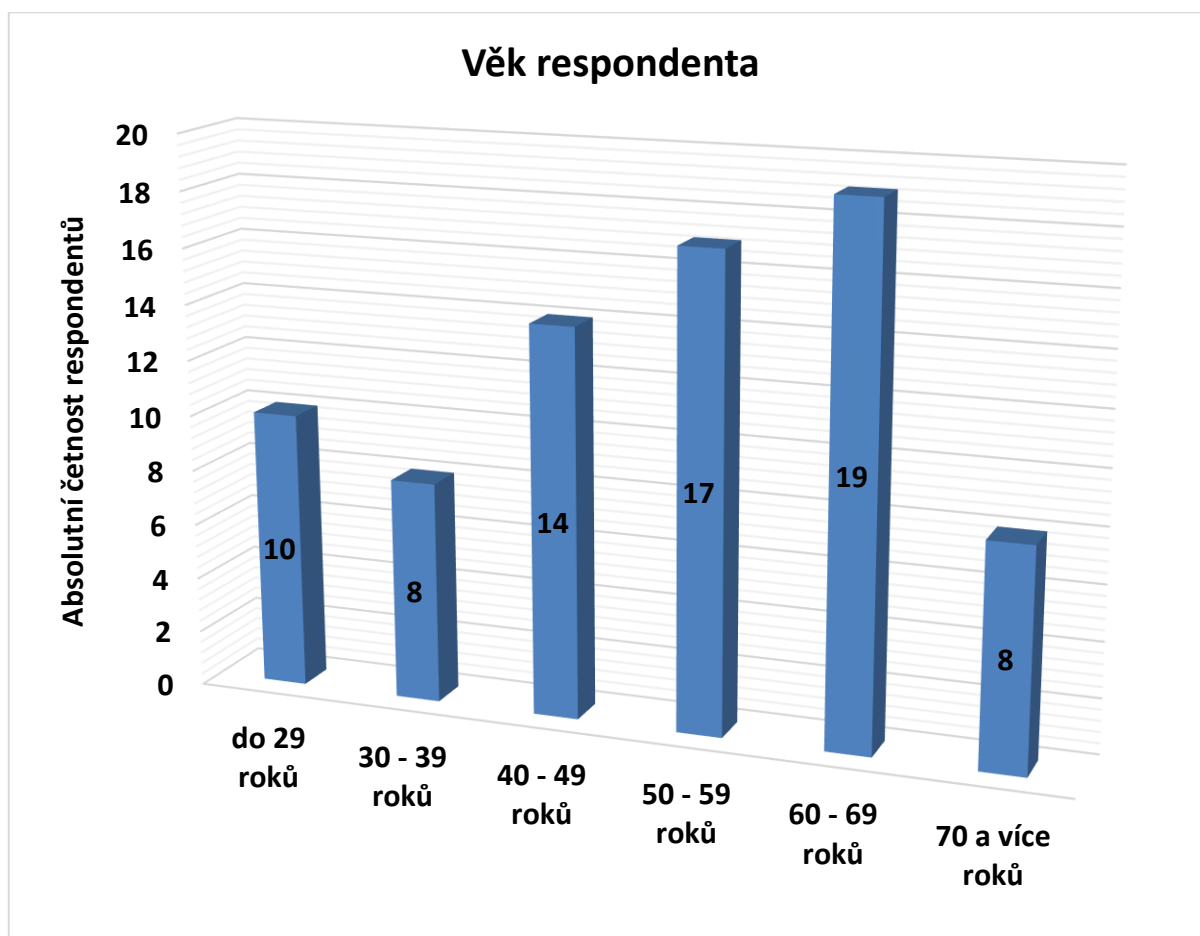
Otázka 1 Pohlaví?



Graf 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví

Z celkového počtu 76 respondentů byli více zastoupeni muži. Mužů bylo 40 (53 %), ženy byly zastoupeny v počtu 36 (47 %).

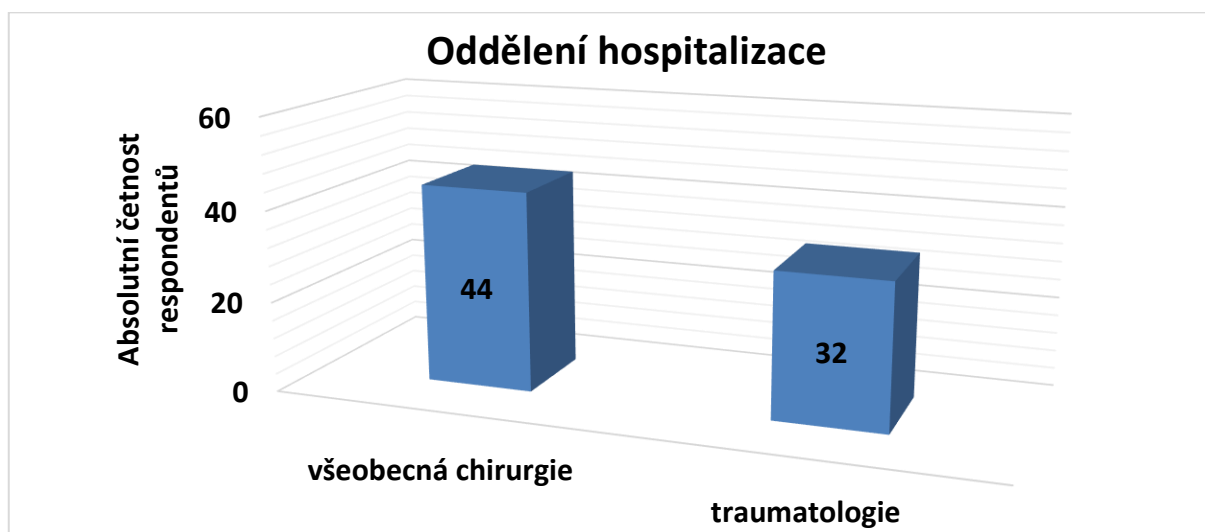
Otázka 2 Věk?



Graf 2 Rozdělení respondentů podle věku

Do výzkumného šetření byli zařazeni respondenti ve věku od 19 do 81 let. Průměrný věk respondentů činil 51 roků. Pro lepší přehlednost byli respondenti rozděleni podle věku do 6 skupin. 1. skupina, do 29 let, byla zastoupena 10 respondenty (13 %), další skupina, od 30 do 39 let, byla tvořena 8 respondenty (11 %) a skupina v rozmezí 40-49 let byla zastoupena 14 respondenty (18 %). Ve věkovém rozmezí 50-59 let bylo 17 respondentů (22 %), od 60 do 69 let 19 respondentů (25 %) a 6. skupinu tvořilo 8 respondentů (11 %) ve věku nad 70 let. Nejpočetnější byla 5. skupina s 19 respondenty v rozmezí 60-69 let.

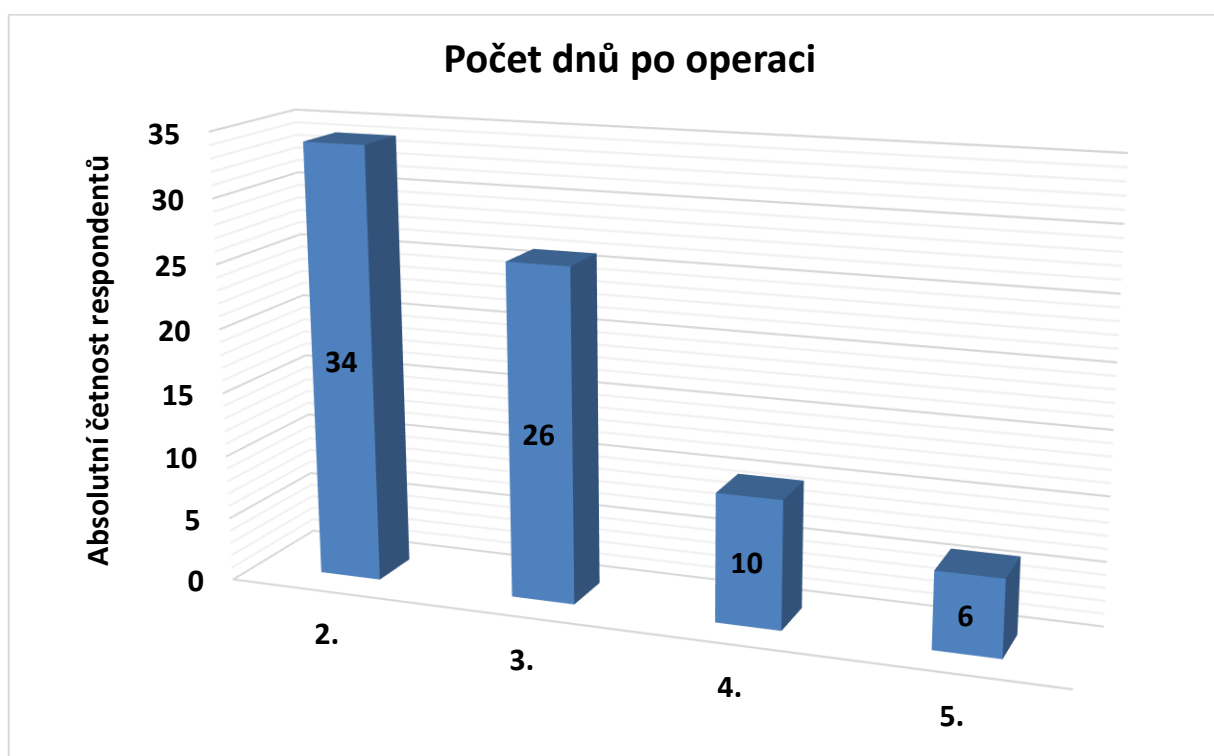
Otázka 3 Oddělení, na kterém jste hospitalizován/a?



Graf 3 Rozdělení respondentů dle oddělení

Z celkového počtu 76 respondentů, bylo 44 respondentů (58 %) hospitalizováno na všeobecné chirurgii a 32 (42 %) na traumatologii.

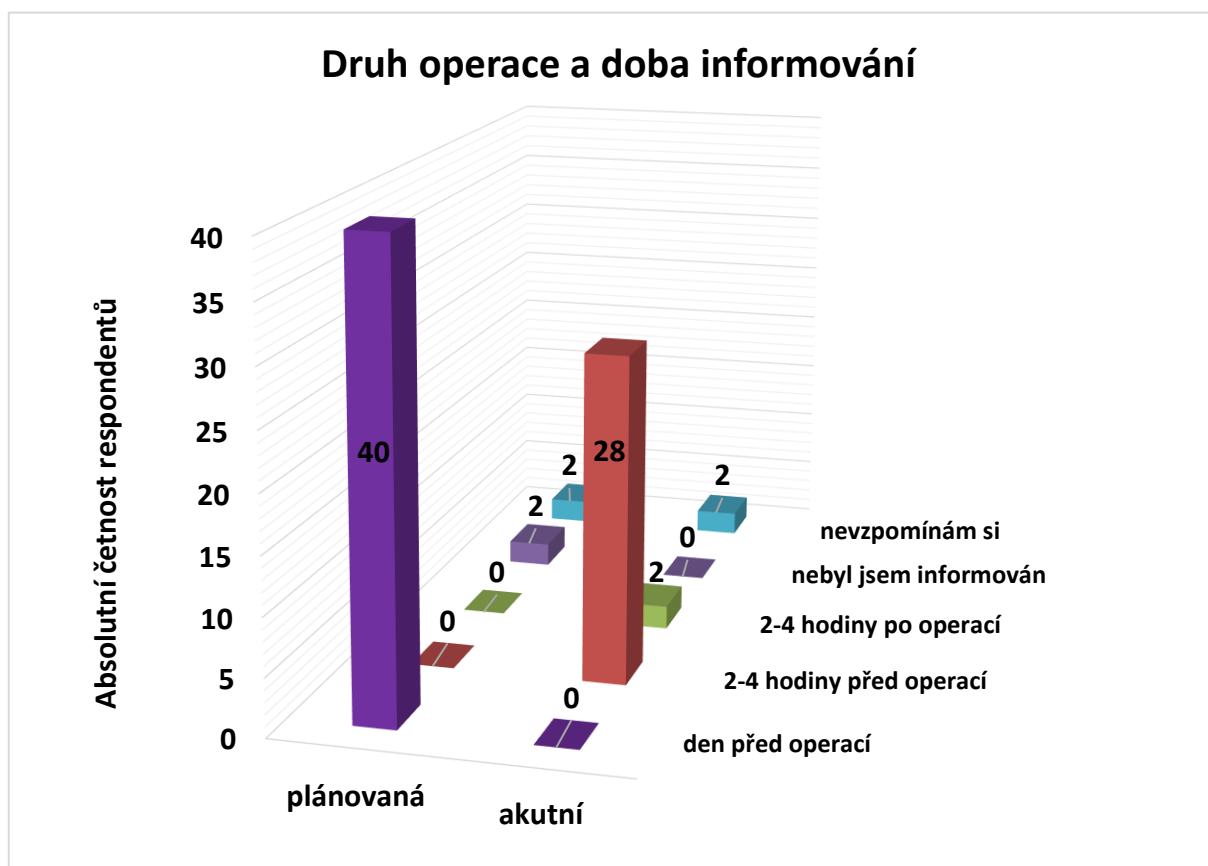
Otázka 4 Kolikátý den jste po operaci? (Operační den je 0. den.)



Graf 4 Počet respondentů dotazovaných 2. – 5. den po operaci

Z celkového počtu 76 respondentů bylo 2. den po operaci 34 respondentů (54 %). 3. pooperační den jich bylo 26 (34 %), 4. pooperační den jich bylo 10 (13 %) a 5. pooperační den bylo 6 respondentů (8 %).

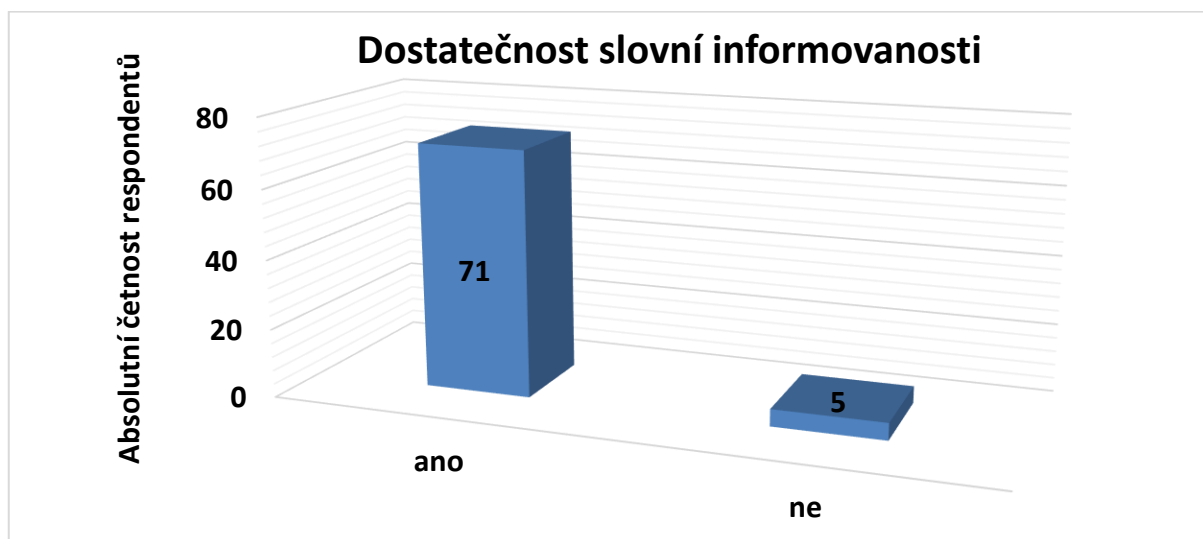
Otázka 5 a 6 O jaký druh operace se jednalo? Kdy Vás všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti?



Graf 5 Druh operace a doba předání informací o sledování a tišení pooperační bolesti

Spojením otázky číslo 5 a 6 můžeme sledovat informovanost respondentů o sledování a tišení pooperační bolesti v závislosti na druhu operace. 44 respondentů (58 %) odpovědělo, že se jednalo o plánovaný druh operace a 32 (42 %) zaškrtnulo, že podstoupilo akutní operaci. Ze 44 respondentů, kteří podstoupili plánovanou operaci, uvedlo 40 respondentů (91 %), že je všeobecná sestra informovala den před plánovanou operací. 2 respondenti (4,5 %) uvedli, že nebyli informováni a 2 (4,5 %), že si nevzpomínají. Z 32 respondentů, kteří podstoupili akutní operaci, 28 respondentů (88 %) uvedlo, že byli všeobecnou sestrou informováni 2-4 hodiny před operací. 2-4 hodiny po operaci zaškrtnuli 2 respondenti (6 %) a 2 respondenti (6 %) si nevzpomínají, zda je všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti.

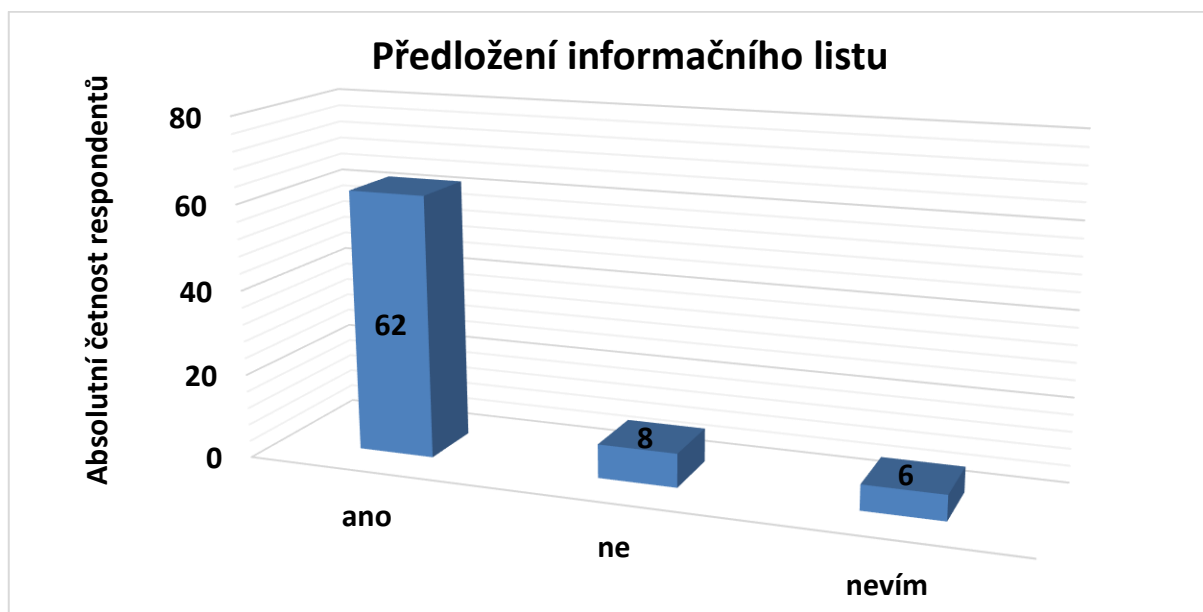
Otázka 7 Byly pro Vás tyto slovní informace o sledování a tišení pooperační bolesti dostačující?



Graf 6 Dostatečná informovanost o sledování a tišení pooperační bolesti

Otázka 7 se zaměřuje na dostatečnost informací podávaných respondentům před operací. V této otázce 71 respondentů (93 %) odpovědělo ano a zbylých 5 respondentů (7 %) odpovědělo ne.

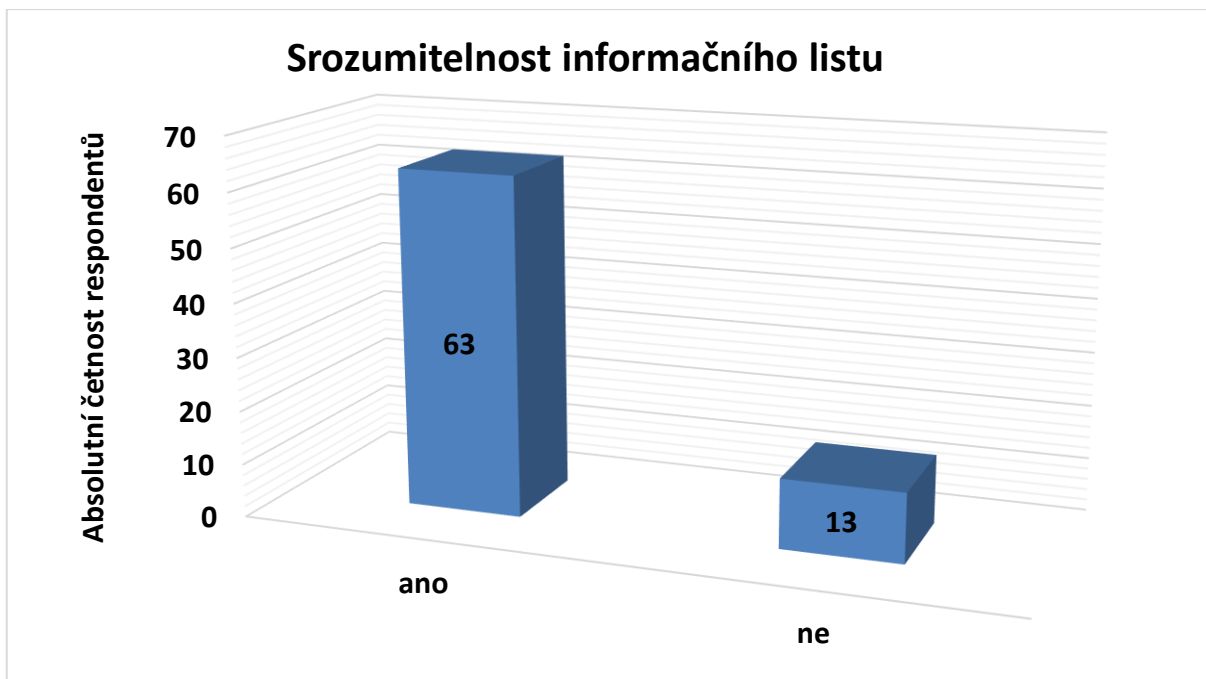
Otázka 8 Při slovním informování o sledování a tišení pooperační bolesti Vám všeobecná sestra předložila informační list Péče o pacienta s bolestí, který by měl být na každém pokoji?



Graf 7 Údaji o předložení informačního listu Péče o pacienta s bolestí

Na otázku, zda všeobecná sestra předložila informační list, odpovědělo 62 respondentů (82 %) ano, 8 respondentů (10 %) ne a 6 respondentů (8 %), že neví.

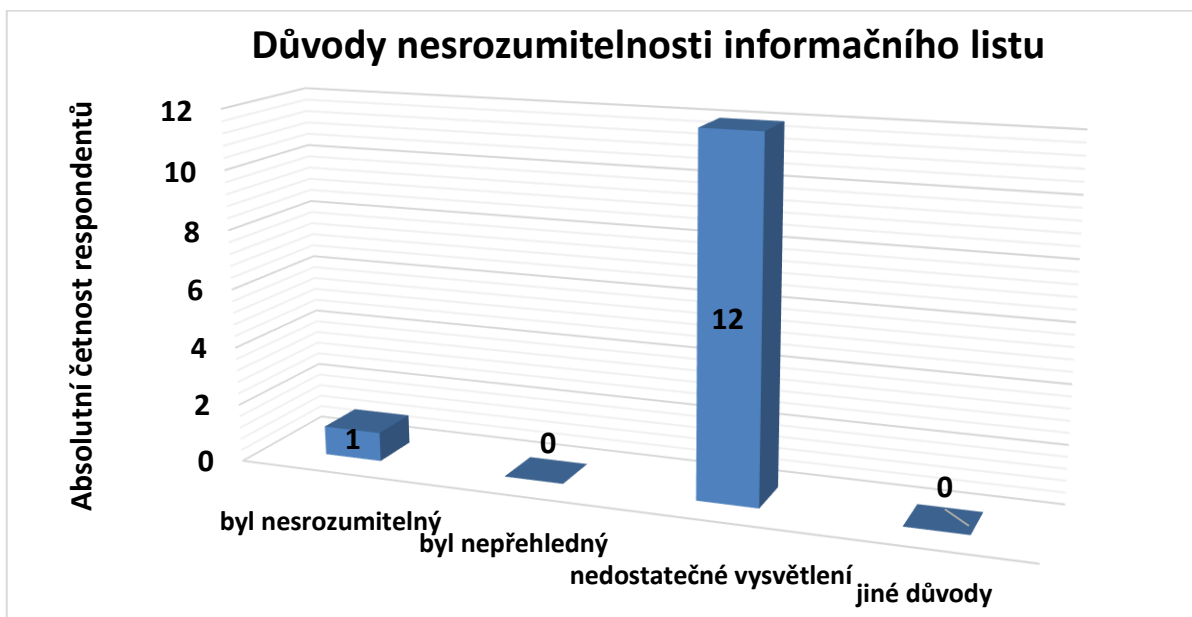
Otázka 9 Byl pro Vás tento informační list srozumitelný?



Graf 8 Srozumitelnosti informačního listu pro respondenty

Na tuto otázku odpovědělo 63 respondentů (83 %) ano a 13 respondentů (17 %) ne.

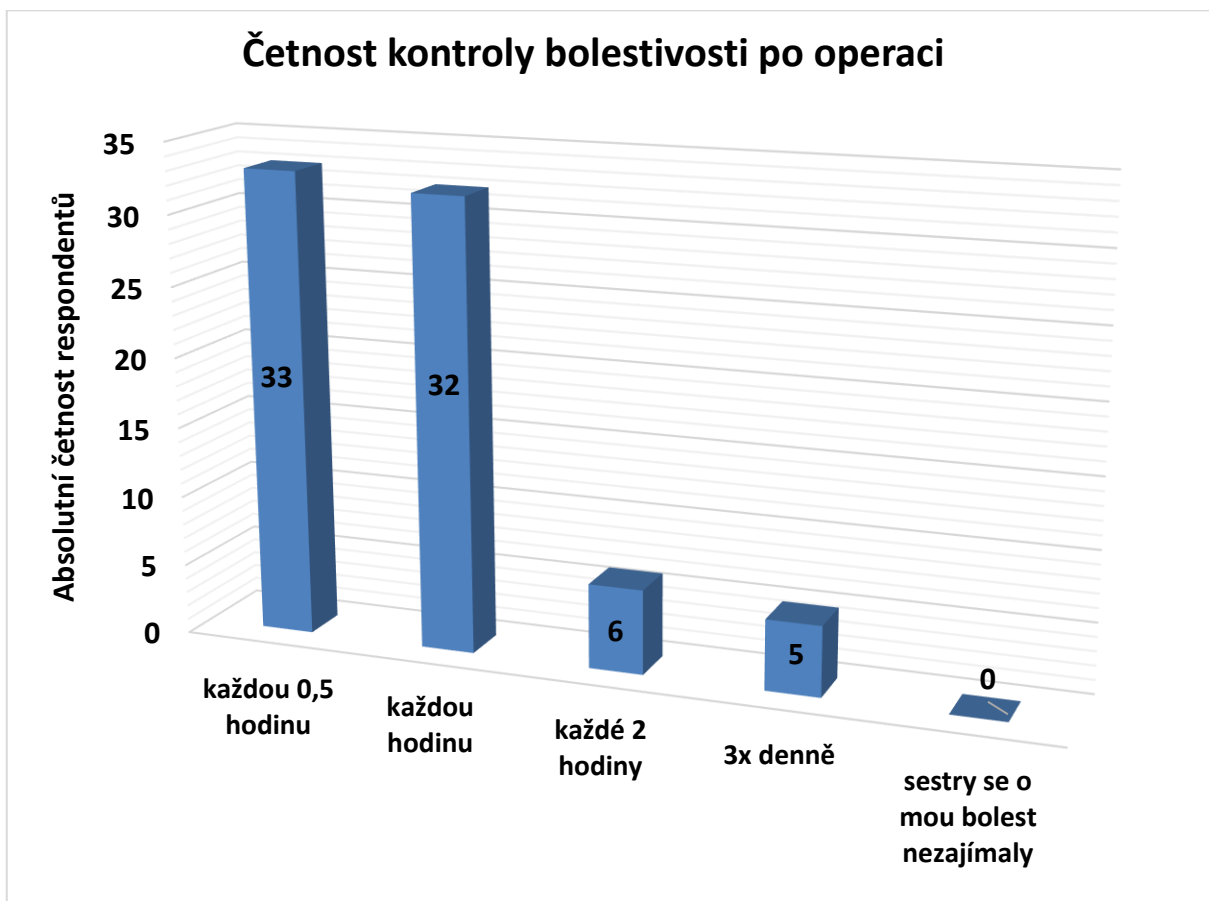
Otázka 10 Pokud ne, čemu jste nerozuměl/a? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)



Graf 9 Důvody nesrozumitelnosti informačního listu

Na tuto otázku z 13 respondentů, pro které nebyl informační list srozumitelný, odpověděl jeden respondent, že byl nesrozumitelný a dalších 12 respondentů uvedlo, že mu všeobecná sestra dostatečně nevysvětlila obsah informačního listu.

Otázka 11 Jak často se všeobecné sestry zajímaly o Vaši bolest po operaci?



Graf 10 Četnost kontroly bolesti všeobecnou sestrou po operaci

Otázka 11 se zaměřuje na zjištění, jak často se všeobecné sestry ptaly na respondentovu bolest. Každou 0,5hodinu odpovědělo 33 respondentů (43 %). Každou hodinu uvedlo 32 respondentů (42 %). Každé 2 hodiny uvedlo 6 respondentů (8 %) a 3x denně všeobecná sestra zjišťovala bolest u 5 respondentů (7 %). Odpověď, že všeobecná sestra se o mou bolest nezajímala, nezaškrtl žádný z respondentů.

Otázka 12 Jaký způsob hodnocení pooperační bolesti všeobecné sestry použily?



Graf 11 Způsob hodnocení pooperační bolesti

Na tuto otázku 75 respondentů (99 %) odpovědělo, že k hodnocení pooperační bolesti všeobecné sestry použily číselnou škálu od 1-10 a 1 respondent (1 %) uvedl použití slovního hodnocení bolesti.

Otázka 13 Byl pro Vás zvolený způsob hodnocení pooperační bolesti vyhovující?

Všech 76 respondentů (100 %) odpovědělo, že ano.

Otázka 14 Co Vám přinášelo úlevu od pooperační bolesti? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)

Tabulka 1 Četnost jednotlivých způsobů úlevy od pooperační bolesti

Způsob úlevy od pooperační bolesti	Absolutní četnost uvedeného způsobu	Relativní četnost uvedeného způsobu (%)	Relativní četnost ze všech odpovědí respondentů (%)
léky proti bolesti	76	100	40
klid na pokoji	26	34	14
změna polohy	18	24	10
vytažení drénu z rány	8	11	4
studený obklad	14	18	7
vlídný přístup sestry	43	57	23
jiné	4	5	2

V tabulce 1 jsou přehledně uvedeny u každého ze způsobů úlevy od pooperační bolesti absolutní četnost zaškrtnutého způsobu úlevy, relativní četnost vztažená na počet respondentů a relativní četnost vzhledem k celkovému počtu zaškrtnutých způsobů úlevy od pooperační bolesti.

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více možností. Celkem bylo od všech respondentů zaškrtnuto 189 možností způsobů úlevy od pooperační bolesti. Všech 76 respondentů zaškrtnulo, že jim od pooperační bolesti ulevovaly analgetika. 26 jich dále uvedlo, že jim přinášel úlevu od pooperační bolesti klid na pokoji, 18 respondentům pomáhala změna polohy a 8 respondentů zaškrtnulo vytažení drénu z rány. 14 respondentům pomáhal na zmírnění pooperační bolesti studený obklad a 43 respondentům vlídný přístup všeobecné sestry. 4 respondenti zaškrtnuli jiné, kde dále psali, že jim od pooperační bolesti pomáhali spolupacienti, včasné procházky po operaci, povolení obvazů a elastická obinadla.

Otázka 15 Byly léky k tlumení pooperační bolesti podávány v pravidelných intervalech?



Graf 12 Pravidelnosti podávání léků k tlumení bolesti po operaci

V této otázce, o pravidelnosti podávání analgetik, 46 respondentů (61 %) odpovědělo, že jim byla analgetika podávána pravidelně a 10 respondentů (13 %), že nepravidelně.

20 respondentů (26 %) odpovědělo, že jim byly léky proti bolesti podávány pouze tehdy, když si stěžovali na bolest.

Otázka 16 Jakým způsobem byly léky na tišení pooperační bolesti podávány? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)

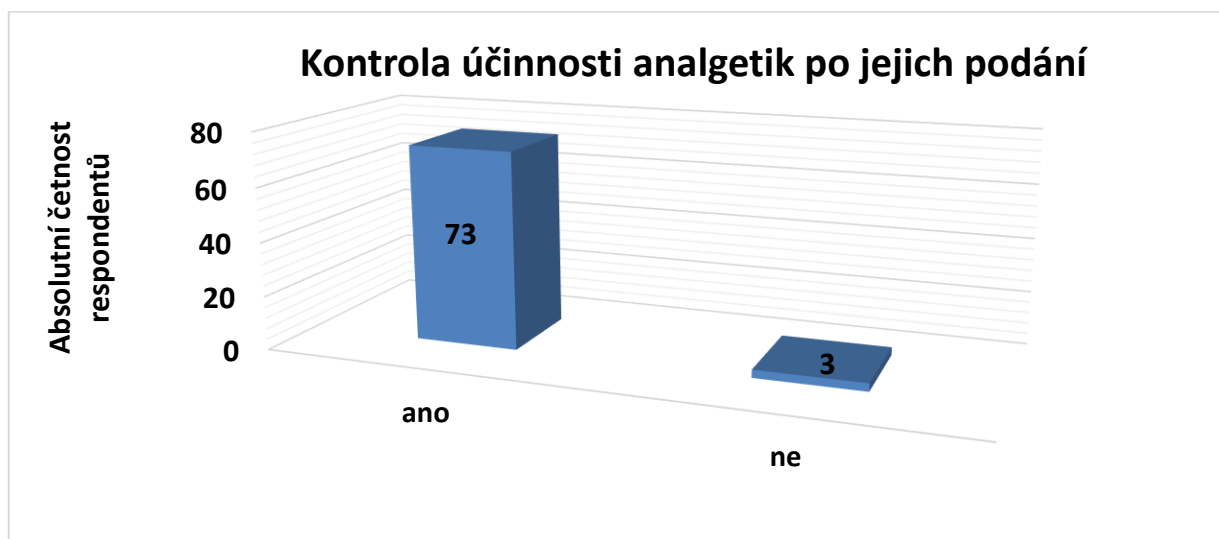
Tabulka 2 Četnost jednotlivých způsobů podávání léků na tišení pooperační bolesti

Způsob podávání léků na tišení pooperační bolesti	Absolutní četnost uvedeného způsobu	Relativní četnost uvedeného způsobu (%)	Relativní četnost ze všech odpovědí respondentů (%)
ústý	19	25	11
do svalu (hyždě, stehno)	37	49	22
do žíly	56	74	34
do podkoží (rameno)	52	68	31
do páteřního kanálu	1	1	1
náplastí	1	1	1
jiné	0	0	0

V tabulce 2 jsou přehledně uvedeny u každého ze způsobů podávání léků na tišení pooperační bolesti absolutní četnost zaškrtnutého způsobu podávání léků, relativní četnost vztažená na počet respondentů a relativní četnost vzhledem k celkovému počtu zaškrtnutých způsobů podávání léků na tišení pooperační bolesti.

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více možností. Celkem bylo od všech respondentů zaškrtnuto 166 možností způsobů podávání léků na tišení pooperační bolesti. Nejčastěji používanou metodou aplikace analgetik bylo intravenózní podání, což zaškrtnulo 56 respondentů. Aplikaci do podkoží označilo 52 respondentů, 36krát byla zaškrtnuta odpověď aplikace injekcí do svalu, 19krát odpověď ústy, 1krát bylo zaškrtnuta aplikace do páteřního kanálu a taktéž 1krát byla označena odpověď náplastí.

Otázka 17 Ptaly se všeobecné sestry po každém podání léku proti bolesti na jeho účinnost? (Jestli se bolest snížila či vymizela.)



Graf 13 Četnost kontrol účinnosti analgetik po jejich podání

73 respondentů (96 %) odpovědělo, že se jich všeobecná sestra po podání analgetik ptala na jejich účinnost a 3 respondenti (4 %) odpověděli, že se všeobecná sestra o toto nezajímala.

Otázka 18 Byl/a jste spokojen/a se sledováním a tišením pooperační bolesti?



Graf 14 Spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti

Naprostou spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti vyjádřilo 67 respondentů (88 %) a 9 respondentů (12 %) odpovědělo, že byli spíše spokojeni. Spíše nespokojen nebo naprosto nespokojen nebyl žádný respondent.

Otázka 19 Pokud jste nebyl/a spokojen/a se sledováním a tišením pooperační bolesti v čem byl podle Vás problém?

Na tuto otázku nebyla žádná odpověď.

4 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou akutní pooperační bolesti, která je neustále aktuální, a na operačních odděleních se s ní setkáváme dnes a denně. Stejně tak se stále setkáváme s nedostatečným tlumením pooperační bolesti z různých důvodů a s tím spojenými negativními dopady nejen na zdraví pacientů. Dostatečné informace o sledování a tišení pooperační bolesti již před operací mohou pacientovi pomoci se připravit na to, co ho čeká po operaci. Rokyta (2009) uvádí ve své monografii, že při jednodenní chirurgii se 10 % - 20 % pacientů vrací domů s neakceptovatelnou bolestí. Mnoha pacientům po jednodenní chirurgii se prodlužuje doba hospitalizace, přestože byl plánován jejich odchod domů. Ukázalo se, že asi tři čtvrtiny pacientů, kteří prodělali vybraný abdominální nebo ortopedický chirurgický zákrok, mělo střední nebo těžkou pooperační bolest (Rokyta a kol., 2009, s. 15).

Prezentované výsledky výzkumného šetření v této části bakalářské práce, které byly získány pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření ve zdravotnickém zařízení, budou porovnány s výsledky výzkumných šetření v rámci závěrečných prací Hrabáčkové, Novákové, Matuškové a Rákosové. Hrabáčková ve své bakalářské práci (Péče o pacienta s bolestí) uvádí, že bylo rozdáno 62 dotazníků pacientům na 4 oddělení. Nováková se ve své diplomové práci (Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně) zaměřovala na všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře, mezi které rozdala 120 dotazníků. Matušková ve své bakalářské práci (Informovanost pacientů, před neplánovaným operačním zákrokem v dutině břišní) rozdala 78 dotazníků pacientům po akutní operaci a Rákosová se ve své diplomové práci (Hodnocení kvality pooperační analgezie) dotazovala 9 všeobecných sester na JIP ortopedické kliniky FN a 79 pacientů po náhradě kolenního či kyčelního kloubu. Dále byly použity k porovnání zjištěných výsledků prameny dostupné v uvedených zdrojích

Celkem bylo vyhodnoceno 76 dotazníků, výzkumného šetření se zúčastnilo 40 mužů a 36 žen. Průměrný věk činil 51 let. Otázka č. 1 a 2 byla zaměřená na demografické determinanty. Otázka 3 rozdělovala respondenty dle oddělení hospitalizace a otázka č. 4 byla filtrační otázka, která určovala operační den respondentů. Záměrně se dotazníky dávaly respondentům až 2. pooperační den, aby se předešlo tomu, že by respondenti byli zatěžováni dotazníkem 0. nebo 1. pooperační den, kdy mají nejsilnější bolesti, měli by odpočívat a nabírat síly. Dále byly otázky v dotazníku využity k odpovědím na výzkumné cíle.

1. Zjistit, jestli jsou pacienti dostatečně informováni o sledování a tišení pooperační bolesti před operací.

Touto výzkumnou otázkou se zabývají otázky č. 5, 6 a 7.

Spojením otázky č. 5 a 6 můžeme vyhodnocovat informovanost pacientů se sledováním a tišením pooperační bolesti v závislosti na tom jestli podstoupili operaci plánovanou nebo akutní (neplánovanou). Pacient k plánované operaci je přijat den před operací a tak je dostatek času mu poskytnout informace o sledování a tišení pooperační bolesti. Při akutní (neplánované) operaci je pacient přijímán k observaci a po zhodnocení výsledků a stavu starším lékařem je indikován k operaci, většinou v rámci několika hodin. Toto tvrzení dokládá práce Matuškové (2011), která zjišťovala dobu čekání respondentů na neplánovanou operaci v dutině břišní. Nejvíce respondentů (40) 51 % čekalo 6 – 10 hodin, (26) 33 % čekalo v rozmezí 2 - 5 hodin, (6) 8 % respondentů čekalo 20 a více hodin. 11 – 15 hodin čekalo (4) 5 % a 1 hodinu a méně čekali (2) 3 % respondentů. Průměrná doba čekání na neplánovanou operaci byla 7,76 hodin (Matušková, 2011, s. 52). 40 ze 44 respondentům (91 %), kteří byli přijati k plánované operaci, byly informace o sledování a tišení pooperační bolesti podány den před plánovanou operací. Zbývajících 4 respondenty (5 %), kteří byli přijati také k plánované operaci, bylo 2krát (2,5 %) zaškrtnuto, že je všeobecná sestra neinformovala a 2krát (2,5 %), že si nevzpomínají. Naopak u pacientů přijímaných k akutní (neplánované) operaci nemusí být dostatek času na podávání informací a i přes to z 32 respondentů, kteří podstoupili akutní operaci, jich 28 (88 %) uvedlo, že je všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti 2-4 hodiny před operací. Podání informací 2-4 hodiny po operaci bylo zaškrtnuto 2 respondenty (6 %) a zbylí 2 respondenti (6 %) zaškrtili, že si nevzpomínají, zda je všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti před akutní (neplánovanou) operací. 71 respondentů (93 %) v otázce č. 7 udávalo, že pro ně informace o sledování a tišení pooperační bolesti byly dostačující a pouze 5 (7 %) jich uvádělo, že pro ně tyto informace byly nedostačující. Získaná data můžeme porovnat s daty od Matuškové (2011), která svým průzkumem u 78 respondentů hodnotila spokojenost s podanými informacemi. 20 respondentů (26 %) bylo velmi spokojeno s podanými informacemi před operací, 39 respondentů (50 %) bylo spokojeno a 19 respondentů (24 %) označilo ani spokojen ani nespokojen (Matušková, 2011, s. 55).

2. Zmapovat v klinické praxi srozumitelnost používaného informačního listu (Péče o pacienta s bolestí) a používané škály bolesti pro pacienty.

Na tuto výzkumnou otázku odpovídají otázky č. 8, 9, 10, 12 a 13

Informační list (Péče o pacienta s bolestí) je pro pacienty stručným návodem k hodnocení a tišení bolesti, který by neměl nahradit slovní informace o tišení pooperační bolesti všeobecnou sestrou, ale měl by pomoci pochopit princip hodnocení pooperační bolesti na daném oddělení. Tento informační list má pacient na pokoji po celou dobu hospitalizace a má tedy možnost do něj opakovaně nahlédnout. Všeobecné sestry by měly dle pracovního postupu tento list pacientovi představit v den nástupu na oddělení. V otázce č. 8 se ptám, jestli byl respondentům tento informační list nabídnut. 62 (82 %) z nich odpovědělo, že ano, 8 (10 %), že ne a 6 respondentů (8 %) už nevědělo, zda jim všeobecná sestra tento list ukazovala. V otázce č. 9 respondenti odpovídali, zda pro ně byl informační list srozumitelný. Pro 63 respondentů (83 %) byl tento leták srozumitelný a 13 respondentů (17 %) uvedlo, že informačnímu listu nerozumělo. V otázce č. 10 jsem se ptala na důvod, proč informačnímu listu respondenti nerozuměli. 12 respondentů (92 %) z 13 zaškrtnulo, že jim všeobecná sestra informační list dostatečně nevysvětlila. Zbýlý 1 respondent (8 %) zaškrtnul, že pro něj byl nesrozumitelný. Otázka č. 12 se zabývala tím, jaký způsob hodnocení bolesti všeobecné sestry použily. 75 respondentů (99 %) uvedlo, že k hodnocení pooperační bolesti byla použita číselná škála a pouze u 1 respondenta (1 %) bylo použito slovní hodnocení. V otázce č. 13, zda byl použitý způsob hodnocení bolesti pro pacienty vyhovující, odpovědělo všech 76 respondentů (100 %) ano. Tyto výsledky můžeme porovnat s prací Hrabáčkové (2016), kdy všeobecná sestra použila slovní hodnocení při zjišťování bolesti u 43 respondentů (69,4 %). U zbývajících 19 respondentů (30,6 %) použila všeobecná sestra škálu od jedné do deseti. Nejpříjemnějším způsobem vyhodnocení intenzity bolesti pro ně bylo slovní hodnocení a to u 42 respondentů (67,7 %) a škála od jedné do deseti u 20 respondentů (32,3 %) (Hrabáčková, 2016, s. 45). V práci Novákové (2014) odpovídalo 120 všeobecných sester na nejčastěji využívané hodnotící škály bolesti na pracovišti s možností označení více odpovědí. Nejčastěji používaná byla vizuálně analogická škála, která byla zvolena 85krát (40,48 %). Dále byla 66krát (31,43 %) označena numerická škála. Obličejová škála byla označena 48krát (22,86 %). (Nováková, 2014, s. 64). Dle informačního listu (Péče o pacienta s bolestí) mají pacienti na výběr z 3 škál pro hodnocení bolesti. Všeobecnou sestrou je nejpoužívanější numerická škála bolesti, která dle zjištěných výsledků pacientům vyhovuje.

3. Zhodnotit tišení pooperační bolesti a aktivní a empatický přístup všeobecné sestry dle subjektivního hodnocení spokojenosti pacientů.

Touto výzkumnou otázkou se zabývaly otázky č. 11, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

Otázka č. 11 řešila, jak často se všeobecné sestry zajímaly o bolest po operaci. 33 respondentů (43 %) označilo každou 0,5hodinu, 32 (42 %) označilo každou hodinu, 6 respondentů (8 %) označilo každé 2 hodiny, 5 (7 %) uvedlo, že pouze 3x denně a žádný respondent neoznačil, že by se všeobecné sestry o jeho bolest nezajímaly. Pro srovnání jsou použita data Rákosové (2016), které z průzkumu od 79 pacientů (100 %) vyšlo, že u 76 pacientů (96 %) se všeobecná sestra zajímala o jejich bolest a 3 pacienti (4 %) uvedli, že se všeobecná sestra o jejich bolest nezajímala (Rákosová, 2016, s. 70). V otázce č. 14, co přinášelo respondentům úlevu od pooperační bolesti, kde bylo možné zaškrtnout více odpovědí, nebylo překvapením, že všech 76 respondentů, volilo odpověď léky proti bolesti. Překvapením bylo, že dalším nejvíce voleným způsobem úlevy od bolesti byl u 43 respondentů (57 %) vlídný přístup všeobecné sestry. Uspokojivé zjištění je i používání nefarmakologických metod, pozitivně hodnocená byla metoda používání studeného obkladu, kterou zaškrtnulo 14 respondentů (18 %), 26 respondentů (34 %) označilo, že jim přinášelo úlevu, když byl zajištěn klid na pokoji, 18 respondentům (24 %) pomáhala změna polohy. Dále 8 respondentům (11 %) ulevilo vytažení drénu z operační rány a 4 respondenti (5 %) označili jiné důvody, a to, povolení obvazu, spolupacienti, elastické obinadlo (otázkou je zda povolení či uvolnění, to nebylo respondentem přesně určeno) a včasné procházky po operaci. Nováková (2014) ve své práci uvádí, že mezi nejčastěji používané metody tlumení pooperační bolesti v rámci kompetencí všeobecné sestry je dopomoc k vyhledání úlevové polohy pro 103 (86 %) všeobecných sester ze 120 (100 %). 45 (38 %) udávalo aplikaci tepla a chladu, 35 (29 %) udávalo odpoutání pozornosti a 26 (22%) se řídí výhradně nařízením lékaře (Nováková, 2014, s. 69). I když v našem průzkumu neřešíme nabízení nefarmakologických metod k léčbě pooperační bolesti, je pozitivním zjištěním, že jsou tyto metody využívány v praxi daného zdravotnického zařízení, protože jsou neinvazivní, mají minimum komplikací a jsou v kompetencích všeobecné sestry. V práci Hrabáčkové (2016) je negativním zjištěním, že 17 respondentů (27,4 %) nebyla nefarmakologická metoda léčby bolesti vůbec nabídnuta (Hrabáčková 2016, s. 45). V otázce č. 15, zda byly léky proti bolesti podávány v pravidelných intervalech, bylo 46 respondenty (61 %) odpovězeno, že ano. 10 respondenty (13 %), že ne a 20 respondenty (26 %), že pouze když si stěžovali na bolest. Nosková (2013) ve svém článku uvádí, že často v praxi opomíjeným pravidlem je podávání analgetik v pravidelných časových intervalech. Tento způsob podávání anagetik udrží určitou základní hladinu analgezie a následné výkyvy v intenzitě bolesti nedosahují tak vysokých hodnot (Nosková, 2013, s. 19). S tímto tvrzením se shoduje i pracovní postup daného zdravotnického zařízení, který doporučuje předcházet bolesti tím, že se analgetika podávají zpočátku (cca prvních 48 hodin po operaci)

v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře, aby byla udržována určitá hladina analgetik. Otázka č. 16 řešila způsob podávání léku na tlášení pooperační bolesti. Zde bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Nejčastější zvolenou možností bylo 56krát do žíly, což je z celkového počtu respondentů (74 %), Zde bychom mohli očekávat vyšší zastoupení respondentů. Jako možnou příčinu nižší četnosti této možnosti bychom mohli uvést působení anestezie, kdy si respondent toto podání neuvědomoval nebo ho všeobecná sestra neinformovala o takto podaném léku proti bolesti. Následovalo 52krát do podkoží (68 %), 37krát do svalu (49 %), 19krát ústy (25 %), 1krát do páteřního kanálu (1 %) a 1krát náplastí (1 %). Aplikaci analgetik do páteřního kanálu při svodné anestezii řeší ve své práci Rákosová (2016), podstoupení svodné anestezie při operaci bylo označeno 35 respondenty (44 %) ze 79, ale jako možnost k využití aplikace analgetik pomocí epidurálního katetru v pooperačním období tuto možnost označilo pouze 6 (17 %) z 35 respondentů (Rákosová, 2016, s. 63). Zde může být rozhodující, o jaký druh operace se jednalo, a že to byli pacienti hospitalizovaní na intenzivní péči. V daném zdravotnickém zařízení, kde probíhal náš průzkum, se s možností aplikace analgetik do epidurálního katetru setkáme pouze ojediněle, jak ukázal náš průzkum, protože k této možnosti není všeobecná sestra na chirurgickém ani traumatologickém lůžkovém oddělení vyškolená a k aplikaci analgetik tímto způsobem musí být přivolána vyškolená sestra z oddělení intenzivní péče nebo ARO. Další otázka, č. 17, řešila, zda se všeobecná sestra po každém podání léku proti bolesti ptala na jeho účinnost. Na tuto otázku 73 respondentů (96 %) uvedlo, že ano a pouze 3 respondenti (4 %) uvedli, že ne. Ke srovnání byla použita práce Hrabáčkové (2016), která řešila, za jak dlouho se všeobecná sestra přišla zeptat, zda léčba účinkovala. 61 % respondentů odpovědělo, že přišla do 30 minut, 29 % respondentů odpovědělo, že přišla do jedné hodiny, za více jak jednu hodinu 2 % respondentů a 8 % respondentů uvedlo, že všeobecná sestra se nepřišla vůbec zeptat, zda léčba zabrala (Hrabáčková, 2016, s. 44). K lepším výsledkům došla ve své práci Rákosová (2016), kdy 78 pacientů (99 %) uvedlo, že všeobecná sestra se zajímala o účinek podaných léků proti bolesti a pouze 1 pacient (1 %) uvedl, že ne (Rákosová, 2016, s. 69). Otázka č. 18 řešila celkovou spokojenost se sledováním a tlášením pooperační bolesti. Zde 67 respondentů (88 %) odpovědělo, že byli naprosto spokojeni a 9 respondentů (12 %) uvedlo, že spíše spokojeni. Odpověď spíše nespokojen a naprosto nespokojen neoznačil žádný z respondentů. Tyto výsledky jsou velmi dobrým zjištěním, ale měli bychom se zamyslet, zda tomu tak je ve skutečnosti. Respondenti se mohli obávat, zda je dotazník skutečně anonymní. K podobnému výsledku došla ve své práci Hrabáčková (2016). V jejím dotazníkovém šetření vyjádřilo na otázku týkající se spokojenosti s léčbou bolesti 46 respondentů (74,2 %)

spokojenost, 15 (24,2 %) odpovědělo, že jsou spíše spokojeni. Pouze 1 respondent (1,6 %) uvedl, že byl spíše nespokojen. I přes některé výše zmíněné nedostatky vyjádřili pacienti celkovou spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti. Zde bych souhlasila s tvrzením Málka (2014), že je nutné uvědomit si, že spokojenost pacientů s pooperační léčbou není zárukou toho, že je analgezie dostatečná. Opakovaně byl popsán paradox toho, že i pacienti se silnou bolestí udávali spokojenost s léčbou bolesti (Málek a kol., 2014, s. 28). Může to být ovlivněno správnou předoperační přípravou a podáním dostatečných informací o průběhu v pooperačním období a o sledování a tišení pooperační bolesti.

4. Identifikovat problémy při sledování a tišení pooperační bolesti a navrhnout jejich odstranění pro dané zdravotnické zařízení.

Problém při sledování a tišení pooperační bolesti byl zjištěn u otázek č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15 a 17. U otázek č. 5 a 6, kdy všeobecná sestra poskytla informace o sledování a tišení pooperační bolesti pacientům, u 4 respondentů přijímaných k plánované operaci bylo 2krát zaškrtnuto (4,5 %), že je všeobecná sestra neinformovala a 2krát (4,5 %), že si nevzpomínají. Dále podáním informací 2-4 hodiny po operaci, které bylo zaškrtnuto 2 respondenty (6 %) a 2 respondenty (6 %) bylo označeno, že si nevzpomínají, zda je všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti před akutní (neplánovanou) operací. V otázce č. 7, zda poskytnuté informace byly pro pacienty dostačující, odpovědělo 5 (7 %) respondentů, že informace dostatečné nebyly. Bohužel v dotazníku dále nejsou zjišťovány důvody nedostatečnosti slovní informovanosti, které by nám pomohly upřesnit tento problém a tak navrhované řešení problému bude pouze obecné. V 8. otázce je zjišťováno předložení informačního listu, na tuto otázku 8 respondentů (10 %) odpovědělo, že jim tento list nebyl předložen a 6 respondentů (8 %) zaškrtnulo, že si nevzpomíná. Otázka č. 9 navazuje na srozumitelnost informačního listu, 13 respondentů (17 %) uvedlo, že dotazníku nerozumělo. Důvod nesrozumitelnosti dotazníku řeší otázka č. 10, kde bylo 12 z 13 respondentů označeno, že jim to všeobecná sestra dostatečně nevysvětlila. V otázce č. 11, která řeší, jak často se všeobecné sestry zajímaly o pooperační bolest, bylo respondenty 6krát (8 %) zaškrtnuto po 2 hodinách a 5krát (7 %) zaškrtnuto 3x denně. Problematiku v efektivním hodnocení bolesti z pohledu všeobecných sester řeší ve svém výzkumu Nováková (2014), podle které 57 všeobecných sester (45,9 %) ze 120 udává, že neexistují žádné faktory bránící efektivnímu hodnocení akutní pooperační bolesti, 47krát (37,9 %) byla označena nemožnost komunikace s pacientem, 14krát (11,3 %), že v efektivním hodnocení brání časový faktor, pouze 2krát (1,6 %) neznalost metod hodnocení bolesti a 2krát (1,6 %)

nedostatečné proškolení (Nováková, 2014, s. 66). Rákosová ve svém průzkumu došla k překvapivě negativnímu zjištění, které úzce souvisí s bagatelizací bolesti. Ve své diplomové práci řeší otázku, zda všeobecné sestry pacientovi věří udávanou intenzitu bolesti. 8 z 9 všeobecných sester odpovědělo, že pacientovi bolest vždy nevěří, domnívají se, že někteří pacienti svou bolest zveličují (Rákosová, 2016, s. 97). V otázce č. 15 zda byly léky proti bolesti podávány v pravidelných intervalech, bylo 10 respondenty (13 %) zaškrtnuto ne a 20 respondenty (26 %), že byly podávány pouze v případě stížnosti na bolest. Otázka č. 17 řeší, zda se všeobecné sestry po každém podání léku proti bolesti ptaly na jeho účinnost a zde 3 respondenti (4 %) uvedlo ne.

Navrhované řešení výše popsaných nedostatků je uvedeno v závěru práce.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem zvládnání pooperační bolesti. Obsah práce je rozdělen na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část charakterizuje bolest, pooperační bolest, měření bolesti a její léčbu. Dále popisuje význam všeobecné sestry v pooperačním období a negativní působení pooperační bolesti. Výzkumná část práce byla zpracována na podkladě nestandardizovaného dotazníkového šetření a zabývala se předem stanovenými cíli.

1. Zjistit, jestli jsou pacienti dostatečně informováni o sledování a tišení pooperační bolesti před operací.
2. Zmapovat v klinické praxi srozumitelnost používaného informačního listu (Péče o pacienta s bolestí) a používané škály bolesti pro pacienty.
3. Zhodnotit tišení pooperační bolesti a aktivní a empatický přístup všeobecné sestry dle subjektivního hodnocení spokojenosti pacientů.
4. Identifikovat problémy při sledování a tišení pooperační bolesti a navrhnout jejich odstranění pro dané zdravotnické zařízení.

Na 1. cíl práce se zaměřují otázky č. 5, 6 a 7. V nich bylo zjištěno, že respondenti před plánovanou i akutní (neplánovanou) operací jsou ve většině případů (40 ze 44 u plánované operace a 28 z 32 u akutní operace) informováni již před operací a tyto slovní informace podané všeobecnou sestrou jsou pro ně dostačující. Zjištěné výsledky bych hodnotila pozitivně. Musím však upozornit na potřebu podání informací všem pacientům bez výjimky. Takže ti 2 respondenti, kteří udávali, že je všeobecná sestra neinformovala o sledování a tišení pooperační bolesti před plánovanou operací, je pochybení, protože každý pacient má právo na tyto informace a u plánovaných výkonů je k podání těchto informací dostatek času. Negativním zjištěním je i podávání informací 2 respondentům přijímaným k akutní operaci bezprostředně po operaci, neboť u pacienta můžou doznívat účinky anestezie, může pociťovat nevolnost po anestezii, má bolesti spojené s operačním výkonem a nemůže přesně vnímat, co mu všeobecná sestra sděluje. Dále 2 respondenti přijati k plánované operaci a 2 k akutní operaci si nevzpomínali, zda je všeobecná sestra informovala. Je otázkou, zda byly tyto informace podány a pokud ano, zda nebyly podány právě v pooperačním období, kdy pacient může méně vnímat, co mu sdělujeme, nebo pacient v přemíře informací podaných před operací, tyto pro něj méně důležité informace mohl opravdu zapomenout.

Ve 2. cíli práce se zabývám používáním informačního listu a hodnotící škály bolesti. Na tento cíl se zaměřují otázky č. 8, 9, 10, 12 a 13. Všeobecná sestra ve většině případů (62 ze 76) tento informační list respondentovi předložila, ale 8 respondentům nabídnut nebyl a zbylých

6 respondentů si nepamatuje, zda jim byl informační list nabídnut. Jako nečastějším důvodem neporozumění informačnímu listu (13 respondentů) bylo, že jim nebyl dostatečně vysvětlen (12 respondentů) a 1 respondent mu nerozuměl, což bychom mohli zařadit také k tomu, že mu měl být lépe vysvětlen všeobecnou sestrou. Ač by tento informační list neměl v žádném případě nahrazovat slovní informace podané všeobecnou sestrou, měli by mu respondenti rozumět a všeobecná sestra by se měla ujistit, že tomu tak skutečně je. Dále zjišťuji používání škály bolesti. Všeobecná sestra u 75 ze 76 respondentů použila měření bolesti pomocí číselné škály a u všech 75 respondentů byl tento zvolený způsob měření bolesti vyhovující. U zbylého respondenta bylo použito slovního hodnocení, které označil také jako vyhovující. Je otázkou zda všeobecné sestry dávají pacientům skutečně na výběr z uvedených škál bolesti dle informačního listu (Péče o pacienta s bolestí), ale pozitivním zjištěním je, že pro pacienty je použité hodnocení bolesti vyhovující.

Na 3. cíl se zaměřují otázky č. 11, 14, 15, 16, 17, 18 a 19. Zjišťují celkovou spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti. 67 ze 76 respondentů bylo spokojeno se sledováním a tišením pooperační bolesti a zbylých 9 respondentů spíše spokojeno. V mém průzkumu bylo zjištěno, že ani jeden z respondentů nehodnotil negativně celkovou spokojenost se sledováním a tišením pooperační bolesti a to i přes následující nedostatky, kdy 4 respondenti ze 76 vůbec nebyli informováni o sledování a tišení pooperační bolesti, u 5 respondentů ze 76 nebyli informace o pooperační bolesti dostačující a 5 ze 76 respondentů uvedlo, že pooperační bolest byla hodnocena pouze 3x denně. Je otázkou, jak přesně byla léčena pooperační bolest, zda farmakoterapie bolesti byla účinná nebo nedostačující, na to se v mém průzkumu nezaměřuji. Dále je otázkou, zda byla dodržena anonymita dotazníku, jestli se respondenti neobávali zaškrtnutím negativního hodnocení zhoršené ošetřovatelské péče od všeobecných sester.

Empatický přístup všeobecných sester hodnotím pozitivně, neboť podle zjištěných výsledků u otázky č. 14 více jak polovina respondentů (46 ze 76) zaškrtnulo, že jim pomáhal vlídný přístup všeobecné sestry. Nedostatky aktivního přístupu všeobecné sestry jsou patrné v otázce č. 6, kdy byla respondenty zaškrtnuta 2krát odpověď, že je všeobecná sestra neinformovala před plánovanou operací a 2krát, že byli informováni 2-4 hodiny po akutní operaci. Dále u otázky č. 11, kdy 6 respondentů uvedlo, že se jich všeobecná sestra dotazovala každé 2 hodiny a 5 respondentů uvedlo, že 3krát denně. Následně pak u otázky č. 15 respondenti vyhodnocovali pravidelnost podávání analgetik po operaci, kde v této otázce odpovědělo 10 ze 76 respondentů, že jim všeobecné sestry analgetika nepodávaly pravidelně a 20 respondentů, že jim byly podány pouze v případě udání bolesti. V otázce č. 17,

o kontrole účinnosti podaných analgetik, 3 respondenti udávali, že se jich všeobecná sestra nezeptala, zda podaná analgetika byla účinná.

Ve 4. cíli mé bakalářské práce se zaměřuji na identifikaci problémů při sledování a tišení pooperační bolesti v daném zdravotnickém zařízení. Z výsledků mého průzkumného šetření vyplynulo, že v daném zdravotnickém zařízení je sledování i tišení pooperační bolesti ve většině případů velmi dobře zvládnuto. Přesto se objevují určité nezanedbatelné nedostatky:

- v informování pacientů o sledování a tišení pooperační bolesti před operací,
- v kontrole předkládání informačního listu všem pacientům s bolestí nebo před plánovaným operačním výkonem s jeho řádným vysvětlením a ujištěním se, že mu pacienti rozumí,
- v sledování akutní pooperační bolesti u pacientů po operaci,
- v kontrole účinnosti analgetik všeobecnou sestrou u pacientů po operaci.

K odstranění zjištěných nedostatků navrhuji tato opatření.

1. Informovat pacienty o sledování a tišení pooperační bolesti před operačním výkonem v krátkodobé předoperační přípravě, kdy je vhodné se zaměřit na individuální potřebu informací danému pacientovi. Je nutné se vždy ujistit, že pacient podaným informacím rozumí a nemá žádné doplňující otázky nebo ho ujistit v tom, že jeho dodatečné otázky budou zodpovězeny.
2. Předkládat informační list (Péče o pacienta s bolestí) všem pacientům s bolestí a pacientům před operací s dostatečným vysvětlením a zodpovězením všech pacientových dotazů.
3. Aktivně nabízet nefarmakologické metody tlumení pooperační bolesti.
4. Podávat analgetika po operaci v pravidelných intervalech dle pracovního postupu daného zdravotnického zařízení.
5. Striktně kontrolovat účinnost analgetik po každém jejich podání.

Shrnutím zjištěných informací, můžeme říci, že v dnešní době moderní vědy a techniky, různých možností léčby bolesti, ať už farmakologických či nefarmakologických, je bolest bagatelizována a nedostatečně sledována a léčena. Všeobecné sestry by se měly profesně neustále vzdělávat, pacientovi jeho bolest věřit, přistupovat ke každému pacientovi individuálně a snažit se, aby jeho bolesti byly při nejmenším snesitelné. Neléčená nebo špatně léčená bolest má velmi negativní dopady nejen na pacienta, ale i na zdravotnická zařízení

a zdravotní pojišťovny. Prodlužuje se doba hospitalizace, náklady na léčbu jsou vyšší než by být musely, kdyby se bolest řádně léčila například preemptivní analgezií, kdy podáváme pacientovi analgetika ještě před nástupem bolesti. Tuto myšlenku podporuje i pracovní postup daného zdravotnického zařízení, v kterém je doporučeno předcházet bolesti pacienta a analgetika v prvních 48 hodinách podávat v předem stanovených intervalech.

Při sledování a tišení pooperační bolesti bych se ztotožnila s Málkem (2014), který tvrdí, že je vhodná multioborová spolupráce. Trvalé vzdělávání lékařů a NLZP v problematice léčby bolesti je podstatné pro úspěch. Je vhodné ustanovení zdravotníka, který zastřešuje a dozoruje léčbu akutní bolesti. Důležitá jsou i pravidelná setkávání těchto osob s ostatními zdravotníky, kteří se podílejí na léčbě akutní bolesti (Málek a kol., 2014, s.. 129).

6 POUŽITÉ ZDROJE

1. ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.
2. ANDRÉS, J. D. a kol. *Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice*. [online]. [cit.18.10.2018]. Dostupné z: <http://polanest.webd.pl/pliki/varia/books/PostoperativePainManagement.pdf>
3. GABRHELÍK, Tomáš. *Neopioidní analgetika v léčbě akutní pooperační bolesti* [online]. 2016 [cit.10.08.2018]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/archiv-cisel/2016-4>
4. HAKL, Marek. *Zásady podávání analgetik* [online]. 2013 [cit. 8.08.2018]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/lek/2013/04/05.pdf>
5. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
6. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.
7. Hrabáčková, Dana. *Péče o pacienta s bolestí – standardní operační postup*. Pardubice, 2016, 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Kučerová, Ph.D. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/64839/HrabackovaD_PecePacienta_JK_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
8. CHOU, R., GORDON, DB., DE LEON-CASASOLA, OA, ROSENBERG, JM., BICKLER, S., BRENNAN, T., CARTER, T., *Léčba pooperační bolesti : Pokyny klinické praxe od americké algeziologické společnosti, americké společnosti regionální anestezie a algeziologie v medicíně a americké komise anesteziologických výborů pro oblastní anestezii, výkonný výbor a správní rada*. *Journal of pain*, 17 (2). [online]. 2016 [cit.29.10.2018]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590015009955#>

9. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
10. KUBRICHT, Viktor. *Pooperační analgezie* [online]. 2016 [cit. 10.08.2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/?id=4000>
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
12. LEJČKO, Jan. *Možnosti léčby chronické bolesti* [online]. 2009 [cit. 13.08.2018]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2009/03/08.pdf>
13. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
14. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta, 2009. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1981-1.
15. Matušková, Veronika. *Informovanost pacientů před neplánovaným operačním zákrokem v dutině břišní*. Brno, 2011, 68 s. Bakalářské práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/p6roj/Bakalarska_prace_konecna_verze_6.6.pdf
16. NOSKOVÁ, Pavlína. *Metody pooperační analgezie po gynekologických operacích* [online]. 2013 [cit. 10.08.2018]. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2013_99.pdf
17. Nováková, Lucie. *Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně*. Brno, 2014, 141 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/416700/lf_m/Akutni_pooperacni_bolest_v_intenzivni_medicine_Lucie_Novakova.pdf .
18. POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

19. PŘECECHTĚLOVÁ, Jana. *Racionální léčba akutní bolesti*. Florence [online].2013. [cit.19.04.2019] 6(3) ISSN 2570-4915. Dostupné z : <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/racionalni-lecba-akutni-bolesti/>
20. Rákosová, Andrea. *Hodnocení kvality pooperační analgetické péče*. Praha, 2016, 139 s., diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ing. Klára Burišková. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/83584/DPTX_2014_2_11110_0_440517_0_164221.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
22. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
23. SOMMER, M., De RIJKE, J., VAN KLEEF, M., KESSELS, A., PETERS, M., GEURTS, J., MARCUS, M. *Prevalence pooperační bolesti ve vzorku 1490 chirurgických pacientů*. Evropský žurnál anesteziologie, 25 (4), 267-274. [online]. 2008 [cit.29.10.2018]. Dostupné z : <https://www.cambridge.org/core/journals/european-journal-of-anaesthesiology/article/prevalence-of-postoperative-pain-in-a-sample-of-1490-surgical-inpatients/4E559F149F24EA63312CA8BBBFF6866D>
24. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
25. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
26. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.
27. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

28. WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

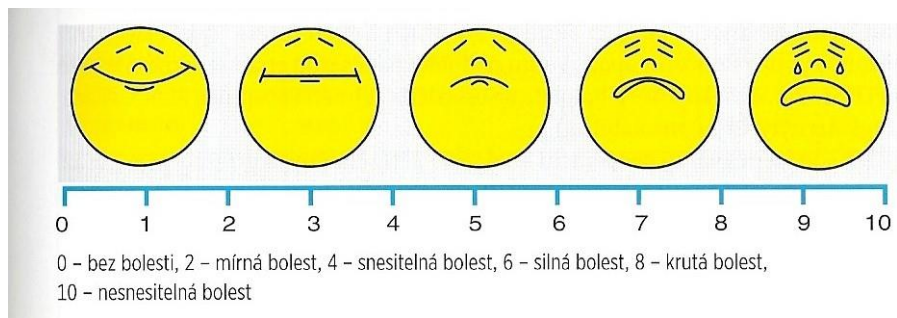
7 PŘÍLOHY

Příloha A - vizuální analogová škála (Málek a kol., 2014, s. 25)	60
Příloha B - obličejová škála (VAS) (Málek a kol., 2014, s. 105).....	61
Příloha C - McGillský dotazník bolesti - zkrácená verze (Pokorná a kol., 2013, s. 181).....	62
Příloha D - edukační materiál	63
Příloha E - třístupňový analgetický žebříček WHO (Málek a kol., 2014, s. 114).....	65
Příloha F - typy zobrazení NRS (Málek a kol., 2014, s. 114).....	66
Příloha G - mapa bolesti dle Margolese (Pokorná, 2013, s. 179).....	67
Příloha H - dotazník	68

Příloha A - vizuální analogová škála (Málek a kol., 2014, s. 25)



Příloha B - obličejová škála (VAS) (Málek a kol., 2014, s. 105)

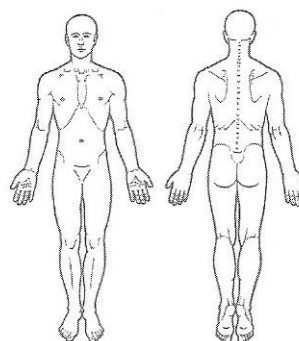


McGillský dotazník bolesti
(zkrácená verze)

ID pacienta.....
Datum.....

Přiřaď ke každému slovu ve sloupečku (charakterizující bolest) hladinu tvé bolesti. Zakroužkuj číslo odpovídající tvé bolesti nebo vynechej hodnocení hladiny bolesti u slova, které se tě netýká.

Bolest	Žádná	Mírná	Střední	Silná
1. tepající	0	1	2	3
2. vyšetřující	0	1	2	3
3. bodavá	0	1	2	3
4. ostrá	0	1	2	3
5. křečovitá	0	1	2	3
6. hlodavá	0	1	2	3
7. palčivá	0	1	2	3
8. trvalá	0	1	2	3
9. tíživá	0	1	2	3
10. citlivá na dotek	0	1	2	3
11. řezavá	0	1	2	3
12. vyčerpávající	0	1	2	3
13. oslabující	0	1	2	3
14. vzbuzující strach	0	1	2	3
15. deprimující krutá	0	1	2	3



Oblast bolesti označte křížkem ☒

Urči na stupnici od 0 do 5, jaká je teď tvoje bolest.



NEMOCNICE
PARDUBICKÉHO KRAJE, a. s.



Péče o pacienta s bolestí

Vážení pacienti,
většina z Vás se při pobytu v nemocnici obává, jak bude snášet bolest. Záleží nám na tom, abychom Vaši bolest odstranili nebo alespoň zmírnili. K tomu je důležitá naše vzájemná spolupráce.

Co je bolest?

Bolest je takový stav těla nebo duše, kdy nás něco subjektivně bolí, něco pocítujeme jako nepříjemné. Je zprostředkována nervovým systémem a mozkovou kůrou a souvisí s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně. Rozeznáváme bolest akutní (úraz, akutní onemocnění, pooperační stav, ...) a chronickou (trvajících i několik měsíců).

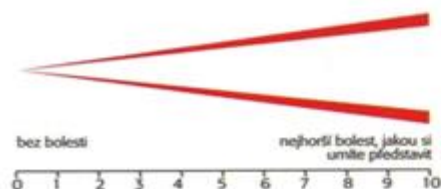
Svěřte se nám s Vaší bolestí.

Vaše sdělení o tom, jak bolest Vy osobně pocítujete, je velmi důležité pro její léčbu a zlepšení Vašeho zdravotního stavu. Když pocítíte bolest, tak nám informaci co nejdříve sdělte. Společně budeme Vaši bolest a její intenzitu sledovat. To je nejlepší způsob, jak Vám účinně od bolesti pomoci.

Metody měření a sledování bolesti.

Budeme se Vás opakovaně ptát, jak silnou bolest cítíte. K určení míry Vaší bolesti nám pomáhá tzv. vizuální analogová škála. Je to stupnice, podle které Vy sami určíte, jak silně cítíte svou bolest. Stupnice má deset stupňů a každý z nich je popsán slovním vyjádřením intenzity bolesti. Zajímá nás: kde Vás bolí, kdy bolest začala, jak dlouho trvá, jaký má průběh a další změny.

1) VAS – Vizuální analogová škála



2) Škála obličejů



Vizuální analogová škála: pomocí této stupnice označíte, kam byste zařadili svou bolest z hlediska její síly od **0** (žádná bolest) do **10** (nejhorší bolest, jakou si dovedete představit). Bolest ve stupni **5**, je již považována za velmi nepříjemnou. Pokud se Vám zdá číselné označení složité, můžete použít jen slovní vyjádření (například: „trochu to bolí“ a sestra již ví, o jaký stupeň bolesti se jedná).

Léčba bolesti a podávání analgetik.

Analgetika jsou léky k tlumení bolesti. Druh a způsob podání analgetik určí vždy lékař. Při léčbě bolesti je pro nás důležitý Váš subjektivní pocit a vnímání bolesti, tedy určení stupně bolesti. Sestra se Vás bude vždy po podání analgetik dotazovat, zda se vám ulevilo. Neobávejte se říci svůj pocit.

Analgetika lze podávat intravenózně, tedy přímo do žíly.

Flexila je žilní kanyla, kterou zavádíme z důvodu aplikace analgetik, infúzí, léků, antibiotik... Jedná se o ohebnou hadičku, která Vám nebude příliš vadit v pohybu, ale je nutné zachovat určitou opatrnost. Úleva od bolesti po podání analgetik do žíly je rychlá, nejpozději do 30 minut.

Analgetika lze podávat do svalu nebo pod kůži.

Jedná se o aplikaci pomocí jehly a stříkačky. Nástup účinku analgetika je obvykle do 30 minut.

Aplikace čípků do konečníku.

Je vhodná v pooperačním období. Úleva po zavedení čípku bývá obvykle do 30 minut.

Podávání tablet a kapslí.

Léky užíváte ústy, podání je tedy pohodlné a bezbolestné, ale je vhodné pro úlevu spíše mírnějších bolestí. První operační den není podávání tohoto druhu analgetik příliš vhodné. Úleva od bolesti po podání léků ústy bývá obvykle do jedné hodiny.

Jaké máme jiné možnosti?

K mírnění bolesti se používají i různé podpůrné metody: úlevová poloha, kdy vyhledáte polohu, ve které pocítujete bolest nejméně. Používáme chlad, kdy místo chladíme ledem nebo gelem. Ulevit od bolesti může také „podkládání“ nebo omezení pohybu třeba pomocí dlahy a podobně.

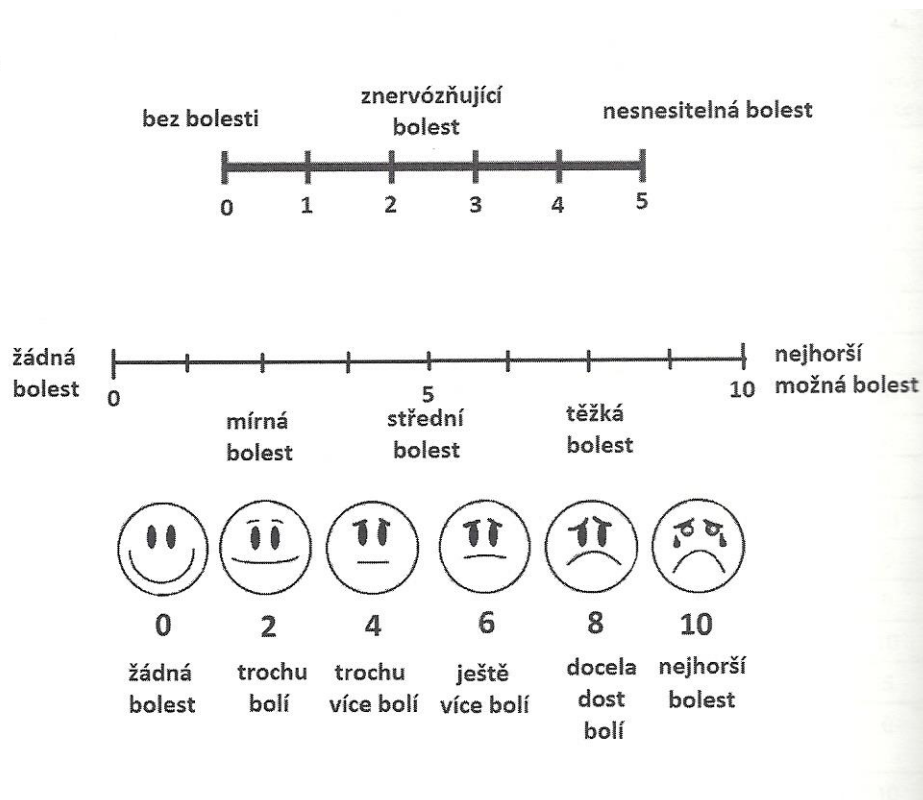
Děkujeme Vám za spolupráci při léčbě bolesti.

Zdroj: edukační leták zdravotnického zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření. Zveřejnění bylo ústně schváleno náměstkyní ošetrovatelské péče nemocnice, vzhledem k zachování anonymity není uveden název zařízení.

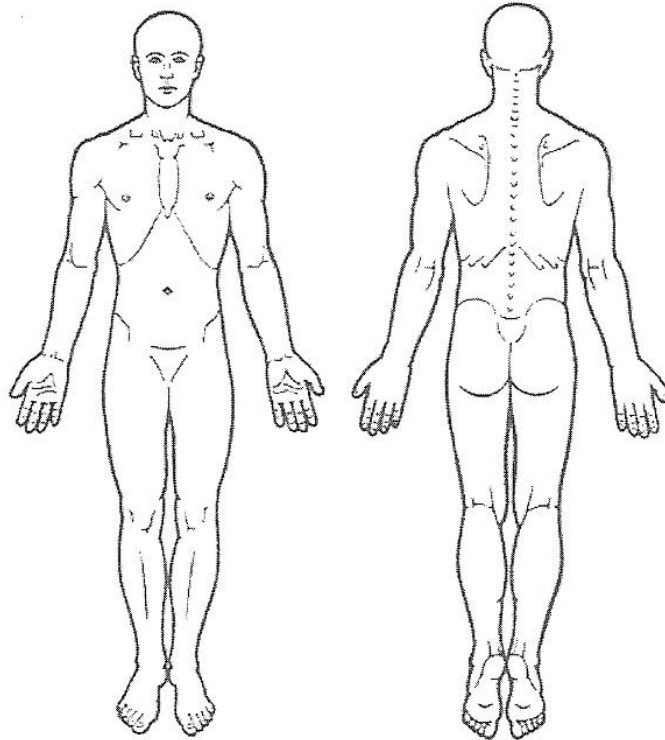
Příloha E - *třístupňový analgetický žebříček WHO* (Málek a kol., 2014, s. 114)

I. stupeň – mírná bolest		II. stupeň – středně silná bolest		III. stupeň – silná bolest
Neopioidní analgetikum		Slabý opioid	Silné opioidy	
		+/- neopioidní analgetikum	+ neopioidní analgetikum	

Příloha F - *typy zobrazení NRS* (Málek a kol., 2014, s. 114)



ZÁZNAM LOKALIZACE BOLESTI



Oblast bolesti označte křížkem

Příloha H - dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

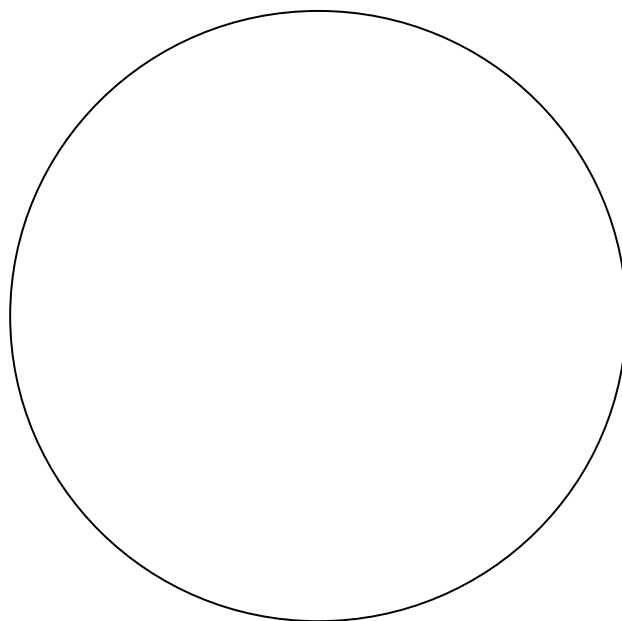
jsem studentka třetího ročníku kombinované formy bakalářského studia Všeobecná sestra na Katedře ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplňování dotazníku k bakalářské práci na téma sledování pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Vámi získané informace budou sloužit nejen ke zpracování mé bakalářské práce, ale zároveň mohou posloužit ke zlepšení péče o pacienta s bolestí.

Instrukce k vyplnění - pokud přímo u otázky není uvedeno jinak, zaškrtněte jednu Vámi vybranou odpověď nebo na vytečkované řádky odpověď doplňte. Pokud jste již v minulosti podstoupil operační výkon, ať už v tomto nebo jiném zdravotnickém zařízení, poprosím Vás, abyste v dotazníku hodnotil sledování a tišení pooperační bolesti při aktuální operaci.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu, čas a spolupráci.

Pavla Johanidesová

Vepište do předkresleného kruhu čísla tak, jak jsou na ciferníku hodin a pak doplňte ručičky, aby ukazovaly za 10 minut 2 hodiny.



1. Pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž

2. Věk?
..... let.

3. Oddělení, na kterém jste hospitalizován/a?
 - a) všeobecná chirurgie
 - b) traumatologie

4. Kolikátý den jste po operaci? (Operační den je 0. den.)
 - a) 2.
 - b) 3.
 - c) 4.
 - d) 5.

5. O jaký druh operace se jednalo?
 - a) plánovaná
 - b) akutní

6. Kdy Vás všeobecná sestra informovala o sledování a tišení pooperační bolesti?
 - a) den před plánovanou operací
 - b) 2-4 hodin před operací
 - c) 2-4 hodin po operaci
 - d) všeobecná sestra mě neinformovala
 - e) nevzpomínám si

7. Byly pro Vás tyto slovní informace o sledování a tišení pooperační bolesti dostačující?
 - a) ano
 - b) ne

8. Při slovním informování o sledování a tišení pooperační bolesti, Vám všeobecná sestra předložila sepsaný informační list Péče o pacienta s bolestí, který by měl být na každém pokoji?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
9. Byl pro Vás tento informační list srozumitelný?
- a) ano
 - b) ne
10. Pokud ne, čemu jste nerozuměl/a ? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)
- a) byl nesrozumitelný
 - b) byl nepřehledný
 - c) všeobecná sestra mi to dostatečně nevysvětlila
 - d) jiné
11. Jak často se všeobecné sestry zajímaly o Vaši bolest po operaci?
- a) každou ½ hod.
 - b) každou hodinu
 - c) každé dvě hodiny
 - d) třikrát denně
 - e) sestry se o mou bolest nezajímaly
12. Jaký způsob hodnocení pooperační bolesti všeobecné sestry použily?
- a) číselnou škálu od 0 do 10 (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)
 - b) slovní hodnocení (bolest žádná, mírná, střední, krutá, nesnesitelná)
 - c) jiné.....
13. Byl pro Vás zvolený způsob hodnocení pooperační bolesti vyhovující?
- a) ano
 - b) ne

14. Co Vám přinášelo úlevu od pooperační bolesti? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)
- a) léky proti bolesti
 - b) klid na pokoji
 - c) změna polohy
 - d) vytažení drénu z operační rány
 - e) studený obklad
 - f) vlídný přístup všeobecné sestry
 - g) jiné
15. Byly léky k tlumení pooperační bolesti podávány v pravidelných intervalech?
- a) ano
 - b) ne
 - c) pouze když jsem si stěžoval/a na bolest
16. Jakým způsobem, byly léky na tišení bolesti podávány? (Možno zaškrtnout více odpovědí.)
- a) ústy
 - b) do svalu (hýždě, stehno)
 - c) do žíly
 - d) do podkoží (rameno)
 - e) do páteřního kanálu
 - f) náplastí
17. Ptaly se všeobecné sestry, po každém podání léků proti bolesti, na jeho účinnost? (Jestli se bolest snížila či vymizela.)
- a) ano
 - b) ne
18. Byl/a jste spokojena se sledováním a tišením pooperační bolesti?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

19. Pokud jste nebyl/a spokojen/a se sledováním a tišením pooperační bolesti, v čem byl podle Vás problém?

.....

V případě, že byste měli zájem o výsledky tohoto průzkumného šetření, uveďte prosím svůj email. Děkuji Vám za spolupráci.