

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Mojmír Sršeň

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Pooperační bolest, její očekávání, průběh a spokojenost pacientů

Mojmír Sršeň

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mojmír Sršeň**
Osobní číslo: **Z16056**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Pooperační bolest, její očekávání, průběh a spokojenost pacientů**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

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 průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
2. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta-Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
3. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
4. ROKYTA, Richard. Bolest. 2. vyd. Miloslav Kršiak a Jiří Kozák. Praha: TIGIS, 2012. 748. ISBN 978-80-8732-302-1.
5. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. Bolest v ošetřovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.


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

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

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


prof. MUDr. Josef Fušek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

Byl/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 30.4. 2019

Mojmír Sršeň

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěl poděkovat především Mgr. Zuzaně Červenkové za její čas, ochotu a trpělivost při vedení této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval rodině za prostor a toleranci během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce přibližuje problematiku léčby pooperační bolesti u dospělých pacientů. Teoretická část se skládá z definice bolesti, historie, fyziologie a rozdělení bolesti dle různých faktorů. Nachází se zde také měření bolesti a samotná terapie. Prostor v této části byl dán také roli nelékařského zdravotního pracovníka v péči o pacienta s bolestí. Průzkumná část je vedena jako polostrukturovaný rozhovor doplnění o studium zdravotnické dokumentace. Zde byla zjišťována očekávaná bolest od operace, a zároveň porovnána se skutečnou bolestí. Byl zde také sledován samotný průběh pooperační bolesti v raných pooperačních hodinách. Jako poslední se práce zabývá využitím nefarmakologických metod tišení bolesti a celkovou spokojeností pacientů s péčí jak na oddělení, tak v celé nemocnici. Cílem této Bakalářské práce je zlepšit péči o pacienty v pooperačním období v daném nemocničním zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, operace, hodnocení, léčba, spokojenost

TITLE

Post-operative pain, its expectations, course and patient satisfaction.

ANNOTATION

This bachelor thesis describes the issue of postoperative pain treatment for adult patients. The theoretical section consists of the definition of pain: its history, physiology, classes in addition to pain measurement and therapy itself. This section also focuses on the role of non-medical healthcare workers taking care of patients experiencing pain. The exploratory section employs a semi-structured interview supplemented by medical documentation. Within the interview, pain anticipated pre-surgery was ascertained and compared with actual pain experienced during the procedure. Moreover, the progress of pain in the immediate hours following surgery was monitored. Lastly, this thesis deals with the use of non-pharmacological painkillers in conjunction with overall patient satisfaction of care at both ward and hospital-level. The aim of this bachelor thesis is to improve patient care during the postoperative period in the particular.

KEYWORDS

Pain, operation, valuation, treatment, satisfaction.

Obsah

Seznam zkratk a značek	11
Úvod.....	12
Cíl práce.....	13
I. Teoretická část	14
1 Bolest	14
1.1 Definice bolesti	14
1.2 Léčba bolesti v historii	14
1.3 Fyziologie bolest	16
1.3.1 Typy nocisenzorů:.....	16
1.3.2 Vedení vzruchu	16
1.4 Rozdělení bolesti dle její patofyziologie.....	17
1.5 Rozdělení bolesti dle délky trvání.....	18
1.5.1 Bolest akutní	18
1.5.2 Bolest chronická	19
1.6 Rozdělení bolesti dle jejího původu.....	19
1.7 Měření bolesti.....	19
1.7.1 Diagnostika bolesti	19
1.7.2 Hodnocení bolesti	20
1.8 Terapie bolesti.....	22
1.8.1 Nefarmakologické postupy	22
1.8.2 Farmakologické postupy.....	24
1.8.3 Adjuvantní analgetická léčba.....	24
1.9 Role ošetrujícího personálu u pacienta s bolestí	24
II. průzkumná část	26
Průzkumné cíle	26
Průzkumné otázky.....	26

2	Metodika průzkumu.....	27
3	Prezentace výsledků.....	29
3.1	Základní charakteristika respondentů	29
3.2	Průběh bolesti.....	31
3.3	Výsledky průzkumných otázek ze záznamového archu.....	37
4	Diskuze	42
5	Závěr	49
6	Použitá literatura	51
7	Přílohy.....	53

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Rozdělení pacientů dle pohlaví. (n=40)	29
Obrázek 2: Rozdělení pacientů do věkových skupin. (n=40).....	29
Obrázek 3: Rozdělení pacientů dle oddělení. (n=40)	30
Obrázek 4: Graf míry bolesti ihned po operaci. (n=40).....	31
Obrázek 5: Graf bolesti 30 minut po operaci. (n=40).....	31
Obrázek 6: Graf intenzity bolesti 60 minut po operaci. (n=40).....	32
Obrázek 7: Graf míry bolesti 2 hodiny po operaci. (n=40)	33
Obrázek 8: Graf míry bolesti 8 hodin po operaci. (n=40)	33
Obrázek 9: Graf míry bolesti 24 hodin po operaci. (n=40)	34
Obrázek 10: Sloupcový graf míry bolesti 48 hodin po operaci. (n=40)	35
Obrázek 11: Graf intenzity bolesti déle jak 48 hodin po operaci. (n=40)	35
Obrázek 12: Znárodnění průměru bolesti ve všech časových intervalech s nejvyšší udanou hodnotou bolesti. (n=40).....	36
Obrázek 13: Graf využití nefarmakologického tišení bolesti. (n=40)	37
Obrázek 14: Porovnání průměrů očekávané bolesti před výkonem a bezprostřední bolesti po operaci.....	38
Obrázek 15: Graf prožívané bolesti během rozhovoru. (n=40).....	39
Tabulka 1: Celková spokojenost s péčí na oddělení	40
Tabulka 2: Znárodnění výsledků spokojenosti pacientů s péčí v dané nemocnici. (n=40)	41
Tabulka 3: Výsledky vyjádření souhlasu pacientů s tvrzením „S celkovou péčí na oddělení jsem spokojen(a).“ v porovnávaných pracích.	48
Tabulka 4: Výsledky vyjádření souhlasu pacientů s tvrzením „S celkovou péčí v nemocničním zařízení jsem spokojen(a).“ v porovnávaných pracích.	48

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ISAP	International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti
KRBS	komplexní regionální bolestivý syndrom
VAS	Vizuální analogová škála
GCS	Glasgow Coma Scale, Glasgowská stupnice vědomí
PPI	present pain intensity, aktuální intenzita bolesti
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
TENS	Transkutánní Elektrická Nervová Stimulace
JIP	jednotka intenzivní péče
NRS	Numerous Rating Scale, numerická škála
NŠ	numerická škála

ÚVOD

Bolest můžeme označit jako první vjem, se kterým se na světě setkáváme a zároveň vjem, který nás provází po celý zbytek života. Bolest byla považována jako úplně normální součást všelijakých onemocnění, traumatických poranění nebo právě operací. Právě přítomnosti bolesti jsme si byli tak jistí, že snahy a tlumení bolesti jsou v moderní medicíně staré asi několik desítek let. Před nedávnem bylo zjištěno, že každé pooperační období může být provázeno bolestí, která se při neadekvátní léčbě může stát bolestí chronickou. Navíc špatně léčená chronická bolest se může přenést v obrovské ekonomické ztráty, nebo se zde mohou objevit etické aspekty celé problematiky. (Hakl a kol, 2011, s. 224)

Léčba pooperační bolesti je v dnešní době ve vyspělých zemích jednou z hlavních priorit, kterou se snaží lékaři vyřešit. Celkový vývoj metod léčení pooperační bolesti bude v budoucnu jedním z nejdůležitějších cílů v péči o chirurgického pacienta. Již dnes je po celém světě standardem, že v nemocnici existují služby, které se na tuto problematiku soustředí již od příjmu pacienta do hospitalizačního zařízení až po pooperační průběh. Ve zdravotnictví v České republice se systematický přístup k léčbě bolesti zatím pouze vytváří a upravuje. (Rokyta a kol, 2009, s. 34)

Bolest je velice subjektivní, a proto patří mezi největší priority, které by měl zdravotnický personál řešit. Nejvhodnější způsob tlumení pooperační bolesti by měl zajistit odstranění všech negativních vlivů bolesti, jako jsou například úzkost, strach, nemožnost spánku a někdy i změny chování. Všechny tyto vlivy pak mohou přerůst až v negativní postoj pacienta ke zdravotnickému personálu a nemocničnímu zařízení celkově. Největší důraz je pak kladen na vzdělávání zdravotnické sestry v pooperační analgezií, protože právě ona je s pacientem v největším kontaktu. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 9–18)

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a průzkumnou. V teoretické části se práce věnuje bolesti jako takové, způsobu hodnocení a tlumení bolesti a úlohy nelékařského zdravotnického pracovníka u pacienta s bolestí. V průzkumné části je pak tato práce zaměřena na popsání metodiky sběru dat, prezentaci získaných výsledků a na diskuzi o průzkumných otázkách ohledně očekávané bolesti, průběhu bolesti, využití nefarmakologického tišení bolesti a celkovou spokojenost pacientů s péčí v daném nemocničním zařízení. Průzkumu se zúčastnilo 40 respondentů. Soubor respondentů starších 18 let byl tvořen pacienty po operaci, kteří byli buď hospitalizováni na dospávací jednotce a následně na standartním oddělení, nebo na jednotce intenzivní péče.

CÍL PRÁCE

CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

- Popsat problematiku pooperační bolesti.
- Popsat možnosti terapie pooperační bolesti.

CÍL PRŮZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE

- Zjistit, jakou intenzitu bolesti pacienti očekávali před výkonem.
- Zjistit, jakou intenzitu bolest pacienti udávali v raném pooperačním období.
- Zjistit, jak často se u pacientů s bolestí využívá nefarmakologické tišení bolesti.
- Zjistit, jak jsou pacienti celkově spokojeni s péčí na oddělení a v nemocnici.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je složitý smyslový prožitek doprovázený emocionálním zážitkem. Je varovným signálem a má ochrannou funkci společně s úzkostí a strachem. Varuje nás, že došlo k poškození organismu a svou neústupností nás nutí k potlačení příčiny bolesti (např. při uhození do prstu kladivem ucukneme). Ojedinělost, intenzita a afektivní kvalita ji odděluje od ostatních smyslových prožitků a pro každého z nás se stává subjektivní zkušeností. Nemůžeme od sebe oddělit vnímání bolesti a její emocionální projevy. Reakce na bolestivý podnět je přitom plně závislá na našem vnitřním prožívání, které je též modulováno širšími vnějšími vlivy. (Janáčková, 2007, s. 13)

Bolest je také chápána jako nepříjemný pocit navozený zevním násilím nebo anatomickou a fyziologickou poruchou tkání. Intenzitu bolesti určuje ráz podnětu, nervové zásobení poraněné oblasti, stav centrálního nervového systému, povaha a v určité chvíli i nálada nemocného. Bolest však nelze vnímat pouze jako něco negativního. Akutně vznikající bolest může být velice intenzivní a nepříjemná, dá se však chápat jako určitý varovný signál, který chrání před dalším poškozením organismu. Oproti tomu bolest chronická často bývá pouze obtěžující a nepříjemná bez užitečné informace pro náš organismus. (Slíva, Doležal, 2009, s.9)

1.1 Definice bolesti

Bolest dle WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) a ISAP (Internacional Asociacion for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti) je definována jako: „*Nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození...Bolest je vždy subjektivní.*” (Hakl a kol., 2011, s. 13)

1.2 Léčba bolesti v historii

Bolest je nejčastějším a nejznámějším příznakem všech zranění či onemocnění. Snaha o její kontrolu jsou možná starší než medicína sama. Naše populace je od počátku věků spojena s velkým množstvím nemocí a vždy jsme se snažili bojovat proti utrpení, bolestem a smrti. Nálezy archeologů nás seznamují s představami našich předků o životě, bolesti i smrti, pozůstatky kostí nás pak mohou informovat o nemocech našich předků.

Za první léčitele bychom mohli považovat kouzelníky, kterým lidé věřili, že nemoci a bolesti způsobují zlé síly, které lze potlačit všemožnými rituály. S nejstaršími podobami šamanismu se setkáváme již před 25 000 lety v západní Evropě. Kouzelníci s hlavami ptáka či s parohy jelena byli zobrazováni na kresbách v jeskyních či skalních převisích. Dle všeho byli šamani výborní znalci přírody a díky znalostem tajných receptur dokázali připravovat velké spektrum přírodních léčiv.

Vynález písma na přelomu čtvrtého tisíciletí před naším letopočtem pomohl k vývoji léčitelství jako určité lidské činnosti, která měla své zásadní pravidla a postupy. Ve starém Egyptě byla potvrzena vysoká úroveň léčitelství díky rozluštění 13 lékařských papyrů, na kterých byly zaznamenány informace o znalostech lékařů. V Mezopotámii byly nejstarší pokusy o vysvětlení různých nemocí spojovány s tzv. démonologií, kdy většina onemocnění byla spojována se zlými démony. Nejjednodušší léčbu pro tato onemocnění tvořily náboženské a rituální úkony. O používání opiátů v oblasti Středomoří svědčí obrazy postavy „bohyně máku a makovic“ zhruba ze 13. století před naším letopočtem. Z děl proslavených antických autorů se můžeme dozvědět, že ve starém Římě existovaly opiáty již ve formě pilulek, čípků apod. (Janáčková, 2007, s. 20–22)

V 19. století se nejvíce používalo Laudanum neboli opiová tinktura, což je kombinace opia a alkoholu. Tento lék měl narkotické a sedativní účinky, a protože je vyroben z alkoholu, tak také stimulační a spasmolytický efekt. V r. 1803 byla objevena látka, která se nazvala Morfium. Podávána byla na špičce nože nebo i jako roztok přímo do rány. V r. 1850 pak byly vynalezeny injekční stříkačky a morfium se začalo podávat i u místních bolestí. V r. 1897 syntetizoval chemik Felix Hofmann kyselinu acetylsalicylovou, která se pod obchodním názvem Aspirin stala prvním účinným neopioidním analgetikem. (Rokyta et al., 2012, s.17)

Výzkumy v posledních letech prokázaly, že bolest pouze neukazuje na tělesnou poruchu, ale je specifickým a mnohostranným problémem, který ovlivňuje životy nás všech. Vnímání bolesti kromě tělesných faktorů ovlivňují také psychické a sociální proměnné. Proto je odborná léčba bolesti možná pouze při respektování a dodržování nejrůznějších poznatků. Léčebných postupů, které jsou v dnešní době k dispozici je velice široké spektrum. Na prvním místě je medikamentózní léčba, jež je tvořena různými analgetiky a opiáty, které jsou často kombinovány se sedativy a dalšími léky. Dále existují další možnosti, například přerušování vedení bolesti pomocí lokální nebo celkové anestezie či neurochirurgického zákroku v oblasti periferních nervů. Nádor můžeme redukovat ozářením. Bolest se dá také snížit pomocí

akupunktury nebo stimulací nervů elektrickou. Velký význam mají psychoterapeutické metody. Ty ovlivňují pacientovo prožívání a vnímání dané bolesti. V dnešní době je snaha o utlumení bolesti důležitá pro psychický komfort, který je základním předpokladem pro úspěšnou léčbu. Avšak úplným cílem je ovládnutí bolesti pacienta. (Janáčková, 2007, s. 24)

1.3 Fyziologie bolesti

Bolest vzniká přímým drážděním nocisenzorů (nociceptorů) nebo jako následek zánětlivého procesu. Uvolňují se látky, které podráždí nocisenzory a zároveň se při zánětu vytvoří edém, který tlakem dráždí nocisenzory. I předčasně narozené dítě vnímá bolest, neboť nocisenzory se vyvíjejí již v posledním trimestru těhotenství. (Janáčková, 2007, s. 25)

1.3.1 Typy nocisenzorů:

1. Volná nervová zakončení – jsou na konci široká, na povrchu nesou receptory pro bolest.
2. Polymodální nocisenzory – které vnímají bolest, teplo, chlad a mechanické dráždění, na tyto podněty reagují bolestí.
3. Vysokoprahové mechanosenzory – reagující na tlakový, tahový a vibrační podnět a dle intenzity se z nich stává podnět bolestivý. (Janáčková, 2007, s. 25–27)

1.3.2 Vedení vzruchu

Z nocisenzorů jsou vzruchy vedeny vlákny, která vedou vzruch danou rychlostí dle pokrytí bílkovinou, která se nazývá myelin. S větší vrstvou myelinu vzrůstá i rychlost přenášení vzruchu. Nemyelinizovaná vlákna typu C jsou nejpomalejší a vedou vzruch rychlostí 0,5–3 m/s. Další pomalu vedoucí vlákna jsou vlákna typu A δ , jejich rychlost je 7–14 m/s. Oba tyto typy šíří bolestivý vzruch přes míšní kořeny do míchy. Šedá hmota míšní se dělí na tzv. Rexedovy zóny, které jsou dle uložení rozděleny římskými číslicemi I–X. (Janáčková, 2007, s. 25–27)

Z míchy pokračují dráhy do vyšších mozkových center. Vzestupných drah je pět. Hlavní dráhy jsou spinotalamické a spinoretikulothalamické. Spinotalamická dráha vede z míchy do laterálních jader thalamu postranními a předními provazci míchy. Z thalamu se přenáší bolestivá informace do kůry mozku. Touto cestou je vedena hlavně bolest akutní. Druhou významnou drahou je dráha spinoretikulothalamická, která vede bolest chronickou a viscerální. Z míchy pokračuje přes retikulární formaci v kmeni mozkovém do mediální části thalamu. Další dvě jsou dráhy spinobrachioparathalamická a spinoparabrachioamygdalární. Z míchy vedou bolestivý podnět do nukleus parabrachialis v mozkovém kmeni a odtud do hypothalamu nebo amygdaly. Tyto dvě dráhy vedou afektivně emoční bolest. Poslední dráha přenáší vzruch

zadním míšním provazcem do mozkového kmene a přenáší viscerální bolest. (Rokyta, 2009, s. 21–25)

1.4 Rozdělení bolesti dle její patofyziologie

Bolest, kterou vnímáme v perifériích nazýváme nociceptivní. V průběhu periferních nervů vnímáme bolest neuropatickou. Psychogenní bolest vnímáme pouze centrálně, na úrovni limbického systému, který řídí naše emoce. Centrální neuropatická bolest vzniká v mozkové kůře. (Rokyta, 2009, s 2)

Nociceptivní bolest

Vzniká podrážděním nociceptorů, které zahrnují nocisenzory (volná nervová zakončení v tkáních, reagují pouze na bolestivý podnět), mechanosenzory (Vater-Paciniho tělíška) a polymodální receptory (reagují na teplo a chlad). Dle uložení receptorů můžeme bolest rozdělit na somatickou a viscerální. Mezi nociceptivní bolesti patří bolesti pohybového aparátu, bolesti vnitřních orgánů a většina akutních bolestí. První volbou léků těchto bolestí jsou analgetika. (Hakl a kol., 2011, s. 33)

Neuropatická bolest

Je velice častým klinickým problémem, jelikož proti ní není známa účinná léčba. Etiologie této bolesti není vždy stejná. Nejčastějšími příčinami jsou traumata, virové infekce, vystavování rentgenu či chemoterapie. Pacienti mají bolesti v klidu a při dotyku se zvyšují. Nejpravděpodobnější možností vzniku těchto bolestí je spontánní impulzní aktivita ve slabých vláknech postižených nervů. Tato aktivita může přesakovat mezi silnými a slabými nervovými vlákny v důsledku jejich nedostatečné elektrické izolace. Proto podměty, které normálního člověka nebolí, mohou vyvolat velice nepříjemné bolesti. (Rokyta, 2012, s. 55)

Dysautonomní bolest

Typickým příkladem této bolesti je komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I). Známý také jako algodystrofie nebo Sudeckův syndrom. Tyto bolestivé stavy vznikají nejčastěji jako následek úrazu nebo chirurgického zákroku. V patofyziologii má důležitou roli vegetativní nervový systém, hlavně sympatikus. Tyto bolesti jsou doprovázeny vazomotorickými, sudomotorickými, motorickými a trofickými poruchami. Léčba KRBS je složitá a někdy neúspěšná. Kombinuje se farmakoterapie a invazivní techniky. (Hakl a kol., 2011, s. 34)

Psychogenní bolest

U typu této bolesti převažuje psychická složka. Hlavně u depresivních poruch a některých neuróz je bolest somatickou projekcí primárních obtíží. Patří sem především bolesti zad a břicha. Základní terapii tvoří psychofarmaka a psychoterapie. (Hakl a kol., 2011, s. 34)

Smíšená bolest

Bolest, na které se podílí více předešlých bolestí. V praxi se nejčastěji jedná o FBSS (failed back surgery syndrome), což jsou bolesti po operaci bederní části páteře. Ty tvoří dva druhy bolestí, v oblasti zad to jsou bolesti nociceptivní, v distribuční oblasti je to bolest neuropatická, která vzniká poškozením nervových kořenů. Terapie se určuje, dle převažující složky bolesti. Léčba bývá složitá a uplatňují se zde i invazivní metody. (Hakl a kol., 2011, s. 34)

1.5 Rozdělení bolesti dle délky trvání

Nejjednodušší a základní rozdělení bolesti může být na akutní (krátkodobou) a chronickou (dlouhodobou). Je důležité znát rozdíly mezi těmito bolestmi, zorientovat se na co nás odkazují a umět tyto bolesti vyřešit.

1.5.1 Bolest akutní

Bolest je krátkodobá. Neměla by překračovat dobou trvání 3 měsíce. Délka jejího trvání často odpovídá vyvolávající příčině. Akutní bolest je bolest fyziologická, smysluplná a plní svou základní povinnost, tedy chránit organismus před poškozením. Vzniká bezprostředně po vyvolávající příčině a je dobře ohraničená. Místo jejího výskytu odpovídá místu příčiny. Čím vyšší intenzita, tím víc ovlivňuje psychiku člověka, emočně je spojená se strachem a obavami. Jedním z rizik akutní bolesti je přechod na bolest chronickou, kdy nejúspěšnější prevencí chronifikace bolesti je včasná a razantní léčba.

Mezi akutní bolesti řadíme bolest pooperační, traumatickou, porodní a bolest provázející vnitřní poranění. Akutní bolest má vliv na celý organismus, aktivuje sympatikus, imunitní a zánětlivé reakce, katabolismus, imunosupresi a další významné změny. Výsledkem je zvýšení morbiditity a mortality, již výrazně ovlivněné vlastní nemocí, úrazem či operací. Vhodná analgezie snižuje výskyt pooperačních komplikací, urychluje rehabilitaci, zkracuje dobu pobytu v nemocnici a může mít kladný vliv na psychiku nemocného. (Hakl a kol., 2011, s. 32–33)

1.5.2 Bolest chronická

Bolest chronická se stává samostatným onemocněním. Nejčastěji trvá déle než 3–6 měsíců, avšak chronická bolest může trvat i kratší dobu, pokud však překračuje dobu typickou pro konkrétní onemocnění. Klinickým projevem pacienta s dlouhodobou bolestí je bolestivé chování, které je nevědomé a můžeme jej objektivně pozorovat kvantifikovat. Nejčastějšími projevy jsou bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, zaujímání úlevových poloh, ale také časté návštěvy lékaře či lékáren. (Rokyta, 2009, s. 35)

1.6 Rozdělení bolesti dle jejího původu

Onkologická bolest

Bolest je častý a nejobávanější klinický syndrom onkologického onemocnění. Podle statistik Světové zdravotnické organizace udává bolest v pokročilých stádiích až 90 % pacientů. Incidence a intenzita závisí na typu nádoru. Nejčastěji jsou bolesti provázeny nádory kostí, slinivky břišní, žaludku a jícnu. Nedostatečně léčená bolest může způsobit poruchy spánku, únavu až depresi. Pacient s bolestí méně jí a pije. Neléčená bolest pak celkově snižuje motivaci k léčbě, zhoršuje spolupráci, a tím i výsledky léčby. V dnešní době umíme snížit bolest na snesitelnou u všech onkologicky nemocných. (Vorlíček, 2012, s. 130)

Neonkologická bolest

Nejčastěji se setkáváme s chronickou neonkologickou bolestí, kdy příčina bolesti není onkologická. Nejčastěji bývá způsobena degenerativním onemocněním pohybového aparátu. K léčbě této bolesti používáme všechny dostupné lékové skupiny včetně silných opiátů. Pro zvolení správného tlumení bolesti je určující intenzita a typ bolesti, ne však její původ. (Hakl a kol., 2011, s. 34)

1.7 Měření bolesti

Jestliže chceme bolest léčit, musíme ji řádně diagnostikovat, měřit a dokumentovat. Jen tak lze dosáhnout optimálního cíle analgezie. Cílem by měl být co nejmenší a snesitelný pocit tlaku v operační ráně s co nejmenším počtem nežádoucích účinků. (Málek et al., 2014, s. 23)

1.7.1 Diagnostika bolesti

Přesná diagnostika typu a intenzity bolesti je důležitá pro adekvátní a cílenou léčbu akutní bolesti. Vyžaduje profesionální přístup z hlediska odborného, ale i psychologického a etického.

Pacient by měl obdržet dostatečnou péči ze strany vyšetřujícího zdravotníka, která by měla zahrnovat anamnézu, fyzikální vyšetření a vyšetření bolesti.

V anamnéze se zaměřujeme na příčinu a okolnosti vzniku bolesti, lokalizaci, rychlost nástupu, charakter bolesti a doprovodné symptomy (např. zvracení, třes, zbarvení apod.). Největší roli v léčbě pooperační bolesti má typ a rozsah chirurgického traumatu, anestezie, kvalita zdravotnické péče a komplikace. Ve fyzikálním vyšetření se soustředíme na místo maximálních bolestí a potíží, ale i na vzdálené struktury, které by mohly s bolestí souviset. Specifické vyšetření bolesti by mělo obsahovat správnou lokalizaci bolesti, charakteristiku bolesti (tupá, ostrá, pulzující, vystřelující apod.), dobu trvání bolesti (stálá, intermitentní apod.), faktory ovlivňující bolest (sed, kašel aj.), intenzitu bolesti v klidu či pohybu, symptomy doprovázející bolest, kvalitu spánku, očekávání pacienta, přístup pacienta k bolesti, zvládnání stresu a bolesti, preference určité analgezie. Závěrem bychom měli stanovit typ bolesti, příčinu bolesti, bude-li to možné, intenzitu bolesti a lékaři by měli navrhnout strategii analgetické léčby. (Málek et al., 2014, s. 23–24)

1.7.2 Hodnocení bolesti

Zdravotnický pracovník musí vždy k pacientovi s bolestmi přistupovat specificky. Nejde o náročnost pouze z hlediska odborného, ale také psychologického a etického. Pacient by měl pocítit dostatečný zájem ze strany zdravotnického pracovníka a snahu pomoci mu v odstraňování bolesti. Primárním cílem je získání co nejvíce informací ohledně probíhající bolesti, ze kterých bychom měli zjistit, o jaký druh bolesti jde, jaká je intenzita a jakým způsobem ovlivňuje pacienta včetně emočního ladění. Je vhodné využívat schémata, která poskytují hlavní charakteristiky bolesti. Nejlépe pak ve formě řízeného rozhovoru doplněného cíleně zvoleným dotazníkem. (Rokyta et al., 2012, s. 172)

Verbální škála bolesti

Pacientovi jsou pro zhodnocení bolesti nabídnuty jednotlivé kategorie, ze kterých si vybere tu, která bude nejbližší k jeho právě prožívané bolesti. 1 - žádná, 2 - protivná, 3 - nepříjemná, 4 - hrozná, 5 – strašná. Tato škála je velice jednoduchá, ale má také svá negativa, jako jsou omezování možností pacienta, podcenění bolesti pacienta nebo nepochopení škály přídavných jmen pro pacienta. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 46)

Škál, kdy si pacient vybírá z přídavných jmen, která by měla správně vyhodnotit pacientovu prožívanou bolest, je mnohem více. Například stupnice PPI (present pain intensity),

kde možnosti, ze kterých si pacient vybírá jsou: 0 = žádná, 1 = mírná, 2 = středně silná, 3 = silná, 4 = krutá, 5 = nesnesitelná. (Streitová a Zoubková, 2015, s. 96)

Vizuální analogová škála (VAS)

Je horizontální nebo vertikální čára dlouhá 10 cm se slovními popisky na každém konci. Na jednom konci „žádná bolest“, na konci opačném „nejhorší možná bolest“.

Pacient na čáru zaznamená právě pociťovanou bolest, která je pak vyhodnocena jako vzdálenost od začátku čáry v centimetrech. Výsledné číslo by mělo odpovídat bolesti pacienta. Je však potřeba mít na vědomí, že tato čára může být pro pacienta pouze abstraktní. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 45)

Numerická škála (NRS)

Je nejčastěji používaná škála pro hodnocení aktuální bolesti. Pacient odpovídá na otázku, jak velká je jeho aktuální bolest na stupnici od jedné do deseti, s tím že deset je bolest nejhorší. Může být pro některé pacienty velice abstraktní. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 45)

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

Nejčastěji se používá u dětí a u pacientů se zhoršenou komunikací, kdy nedovedou popsat svou bolest. Obličejové znázorňují stav pohody až po největší utrpení. (Vaňásek et al., 2014, s. 13–14)

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

Používá se ke konkrétnímu záznamu místa bolesti. Pacient označí jednotlivé části těla, která ho nejvíc bolí, popřípadě kam se bolest šíří. Zakreslená místa lze barevně odlišit. (Vaňásek et al., 2014, s. 13–14)

Průvodce k hodnocení bolesti (Pain Assessment Guide)

Pacient vyplní dotazník, ze kterého získáme údaje o celkovém prožitku pacientovy bolesti. Nejčastěji se používá u pacientů s chronickou bolestí. Dotazník je časově náročný. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 46)

Dotazník McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

Používá se pro hodnocení chronické nenádorové bolesti. Z dotazníku získáme informace o intenzitě bolesti, kvalitě, sensorických a afektivních složkách a o celkovém hodnocení bolesti. Součástí dotazníku je VAS, verbální hodnocení právě pociťované intenzity bolesti a mapa bolesti. Obsahuje 78 popisujících slov a vyplnění nám zabere zhruba 20 minut. Existuje také

krátká forma dotazníku, která obsahuje 15 popisujících slov a zabere nám zhruba 5 minut. (Vaňásek et al., 2014, s. 13–14)

Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)

Pacient si vybere v tabulce možnost, která nejvíce popisuje jeho aktuální bolesti. Výsledek je, do jaké míry zasahuje bolest do pacientova běžného života. Hodnotám 0–5 jsou přiřazeny jednotlivé nabídky. (Vaňásek et al., 2014, s. 13–14)

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Slouží ke sledování onkologické bolesti za posledních 24 hodin. Hodnocenými kritérii jsou intenzita bolesti v průběhu dne, ovlivnění pacientova dne bolestí a účinek léků na bolest, které pacient užívá. Vyplnění zabere zhruba 15 minut. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 46)

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI)

Hodnotí se chronická bolest. Je tvořen 556 otázkami, na které se odpovídá pouze pravda nebo nepravda. Hodnotí se reakce na bolestivé intervence. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 52)

Průběžný záznam hodnocení bolesti (Flow sheet)

Zaznamenává se vývoj intenzity bolesti, reakce na určité intervence, výsledky každé intervence nebo nežádoucí účinky léčby. Využívá se ve zdravotnickém zařízení i v domácnosti. Často je kombinován s deníkem bolesti, kde se píše aktivity, intenzita bolesti a intervence ke zmírnění bolesti. Nevzniká zkrácené hodnocení, které může být způsobeno ztrátou paměti nebo negativním hodnocením bolesti. (Vaňásek et al., 2014, s. 13–14)

1.8 Terapie bolesti

Při léčbě bolesti se soustředíme především na snížení intenzity bolesti, zlepšení funkčních schopností pacienta a zlepšení celkové kvality života. Pro dosažení těchto základů je dobré se s pacientem dohodnout na všech cílech a je důležité, aby byly oboustranně žádoucí, realistické, měřitelné a hlavně dosažitelné. Je potřeba se také soustředit na nocicepční a emoční aspekt bolesti. Pacient reaguje na bolest v závislosti na jeho subjektivní interpretaci příznaků a nemoci. (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 36)

1.8.1 Nefarmakologické postupy

Psychologické metody

Využití speciálních psychologických metod je využíváno hlavně v předoperačním období. V pooperačním období je psychologický postup využíván pouze jako doplňující možnost za účelem snížení úzkosti a zvýšení spokojenosti s léčbou. V některých případech může zajistit

i menší spotřebu analgetik nebo zmenšení prožívané bolesti. Obrovskou výhodou takových terapií jsou žádné kontraindikace, pokud nevyžadují přístrojové vybavení, dají se lehce naučit a pacient je může používat i doma. Ve většině doporučení se jako standardní součást terapie nenachází. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30–32)

Hypnóza

Hypnóza je dočasně změněný stav pozornosti, kdy se buď spontánně, nebo jako reakce na určité podněty mohou vyskytovat různé jevy. Mezi tyto jevy řadíme změny vědomí a paměti a vyšší náchylnost k sugescím, reakcím a myšlenkám. Před objevem celkové anestezie byla využívána k tišení bolesti během operace. Posléze však byla díky prokázané účinnosti celkové anestezie z operačních sálů vyřazena. Hypnóza není kvůli nedostatku důkazů její účinnosti v tlumení akutní pooperační bolesti doporučována. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30–32)

Fyzikální metody

Chlad

Zvyšuje práh bolesti, snižuje otok a svalový spasmus. Používá se především u menších výkonů, menších incizí a podobně. Při dlouhodobém používání mohou nastat nepříjemné pocity až traumata. Pro základní pooperační analgezii nemá léčba chladem větší význam. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30)

Teplo

Teplo uvolňuje svalové spasmy a zlepšuje mobilitu kloubů. Pro léčbu akutní pooperační bolesti je naprosto bezvýznamné, protože zvyšuje riziko krvácení a vzniku otoků. Používá se ke zlepšení rehabilitace nejdříve však 48 hodin od operace. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30)

Imobilizace

Přestože imobilizace snižuje bolest, dlouhodobé snížení hybnosti je nežádoucí, zvyšuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy, dekubitů a svalové atrofie. Potlačovat pooperační bolesti při pohybu má za úkol analgetická terapie. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30)

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)

Na tělo se přilepí kožní elektrody, které stimulují nervová vlákna daným elektrickým proudem. Často TENS může způsobit i významný placebo efekt. V pooperační analgezii se TENS používá pouze jako přídatná metoda, kdy její používání může vést ke snížení spotřeby analgetik pooperačně a zlepšení rehabilitace. Nejčastěji se však TENS používá u chronických bolestí. U akutní pooperační bolesti není součástí standardních postupů. (Málek, Ševčík a kol, 2014, s. 30–32)

1.8.2 Farmakologické postupy

Nesteroidní antiflogistika/analgetika (NSA)

NSA se používají při léčbě slabých až středně silných nocicepčních bolestí. Působí především na periférii. Téměř vždy se používají k léčbě metastáz do kostí. Často při jejich používání vznikají gastrointestinální problémy, které však můžeme vyřešit další farmakoterapií. Součástí NSA je tzv. stropový efekt, kdy jakékoliv navýšení dávky nezlepší analgezii. Nejpoužívanější zástupci jsou Paracetamol (acetoaminofen) a Tramadol. (Vaňásek et al, 2014, s. 15–22)

Opioidní analgetika

Silné opioidy jsou v tlumení bolesti neúčinnější, ale může na nich vzniknout závislost. Dále musíme brát v úvahu vznik určité tolerance, kvůli které je nutné navyšovat dávky. Je důležité přibližně znát ekvianalgetické dávky opiátů při přechodu z jednoho léku na druhý nebo při změně typu podávání opiátů. Se zvyšováním dávky opiátů vzniká úměrně i účinnost, ale také vedlejší účinky, které často navyšování nedovolují. Jedná se o celkový útlum, nauzeu a zvracení, zmatenost, zácpu, hypotenzi a útlum dýchacího centra. Zástupci opiátů jsou Morfin, Dipidolor, Sufentanil. (Vaňásek et al, 2014, s. 15–22)

1.8.3 Adjuvantní analgetická léčba

Jelikož pacient nevnímá pouze bolest jako takovou, ale prožívá i pocity strachu, úzkosti a deprese, je důležité zvládat nejen analgezii, ale i tyto problémy nemocného. Nevěnování dostatečné pozornosti těmto vedlejším potížím může změnit bolest akutní v chronickou, téměř neléčitelnou a přetrvávající. Nejčastěji se analgezie kombinuje s kortikosteroidy, antidepresivy, anxiolytiky a dalšími potřebnými skupinami léků. (Vaňásek et al, 2014, s. 15–22)

1.9 Role ošetřujícího personálu u pacienta s bolestí

Řešení pacientovy bolesti nebývá výraznou prioritou z nejrůznějších důvodů. Může se jednat o nedostatečné vzdělání nebo o organizaci v systému. Lékař předepisuje léky, NLZP odpovídá za jejich podání. Přípomínky pacientů poukazují na to, že lékař sice léky předepíše, ne vždy je pacient dostane ve správný čas. Občas se nám může zdát, že záleží více na tom, aby se pacient o své nemoci raději nevyjadřoval, než abychom jeho bolest museli vyřešit. NLZP by měl dát pacientovi možnost si vybrat, co mu nejvíce vyhovuje. Je potřeba pacientům vštěpovat, že bolest nemusí snášet, že se dá vyřešit. (Sofaer, 1997, s. 49–50)

Role NLZP je v péči o pacienta s bolestí naprosto zásadní. NLZP doposud nemůže indikovat analgetika, ale má zásadní postavení při diagnostice a hodnocení léčby. NLZP je nejvíce

v kontaktu s pacientem, podávají lékařům a dalším členům zdravotnického týmu nejaktuálnější informace. Nedostatečná komunikace mezi zdravotnickým personálem se může projevit i v samotné léčbě pacienta. Role NLZP v péči o pacienta jsou naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. To však vyžaduje specializované znalosti NLZP ve stránkách fyziologie, analgezie, farmakoterapie, ale také psychologie. Tyto znalosti však vyžadují zájem, pochopení a dostatečnou dávku času věnovanou pacientovi. (Vaňásek et al, 2014, s. 49)

Úloha NLZP při zvládnutí a léčbě bolesti je velice důležitá. Porozumění bolesti v její mnohostrannosti je klíčem ke správné léčbě a vhodnému přístupu k pacientovi. Je velice náročné posuzovat bolest objektivně z pozice sestry či zdravotního záchranáře, je zapotřebí dostatečná praxe a vhodné vzdělání, abychom dosáhli správného hodnocení bolesti. Proto je důležité, aby nemocnému NLZP dobře rozuměl, a tak mu zajistil i dostatečnou péči. Velice důležité jsou dobré vlastnosti v sociální komunikaci, které mají velký význam při řešení bolesti. Dobrou komunikaci nám zajistí vzájemná důvěra, empatie a úcta. Není však důležitá komunikace pouze mezi pacientem a zdravotníkem, ale i mezi zdravotníky samotnými. (Zacharová, 2008, s. 252)

Sestra nebo zdravotnický záchranář na oddělení je nejvýznamnější člen týmu při léčbě bolesti. Je nejvíce v kontaktu s pacienty, přijímá jeho stížnosti na bolest, vyhodnocuje je a dle výsledku a kompetencí buďto bolest řeší nebo, předává informace dál lékařskému týmu. Přístup NLZP je často odlišný od lékaře, proto je důležitá komunikace, bez které by mohla být následná léčba bolesti zcela neúspěšná. Důležitost lidského rozměru osobnosti je u zdravotnického personálu zcela zásadní. (Rokyta, 2006, s. 223)

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

PRŮZKUMNÉ CÍLE

1. Zjistit, jakou intenzitu bolesti pacienti očekávali před výkonem.
2. Zjistit, jakou intenzitu bolest pacienti udávali v raném pooperačním období.
3. Zjistit, jak často se u pacientů s bolestí využívá nefarmakologické tišení bolesti.
4. Zjistit, jak jsou pacienti celkově spokojeni s péčí na oddělení a v nemocnici.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak velkou bolest očekávají pacienti před výkonem?
2. Je intenzita bolesti v raném pooperačním období pro pacienty snesitelná?
3. Jak často se používá nefarmakologické tišení bolesti?
4. Jsou pacienti spokojeni s péčí jak na oddělení, tak v celé nemocnici?

2 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkumná část bakalářské práce je kvantitativního charakteru a je zaměřena na prožívání bolesti v prvních 48 hodinách po operaci. Při hodnocení bolesti se zohledňuje celá řada faktorů, která může ovlivňovat vnímání bolesti, jako jsou informovanost nebo zkušenost s daným výkonem či operací, fyzický a psychický stav pacienta nebo celkové prožívání bolesti.

Průzkum probíhal v nemocnici poskytující akutní pooperační péči, která je součástí akciové společnosti sdružující nemocnice v jednom kraji. Tato nemocnice nabízí téměř 400 lůžek.

Před zahájením průzkumu bylo zajištěno povolení náměstka ředitele pro ošetrovatelskou péči a povolení od vrchních sester oddělení, na kterých průzkum probíhal. Povolení bylo získáno od září 2018 do března 2019. Samotný průzkum pak probíhal v období od 1. prosince 2018 do 1. března 2019.

Pro zaručení největší kvality dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor doplněný o studium zdravotnické dokumentace respondenta. Díky rozhovoru, který byl veden „z očí do očí“, by měla být zajištěna maximální validita dat a možnost motivovat pacienty k co nejpřesnějším odpovědím.

Soubor 40 respondentů byl tvořen pacienty, kteří museli splňovat následující kritéria:

- dospělý pacient,
- hospitalizovaný pacient,
- pacient po operačním výkonu,
- pacient s GCS 14–15,
- spolupracující pacient,
- pacient, který souhlasil se zařazením do průzkumu.

Záznamový arch (viz příloha F) byl tvořen třemi částmi. Tento záznamový arch byl převzat od Mgr. Zuzany Červenkové, která jej připravila v rámci projektu SGS_2017_015 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví a je používán ve více průzkumných studiích v nemocnicích daného regionu. Vzhledem k plánované komparaci získaných dat je třeba používat stejný záznamový arch. Před samotným rozhovorem s respondentem bylo zapotřebí nahlédnout do zdravotnické dokumentace. Po svolení všeobecné sestry k přístupu do dokumentace byl zkontrolován informovaný souhlas pacienta s nahlížením studentů do dokumentace. Dále byly zjištěny základní informace o pacientovi, jako jsou věk, pohlaví, oddělení, na kterém byl pacient

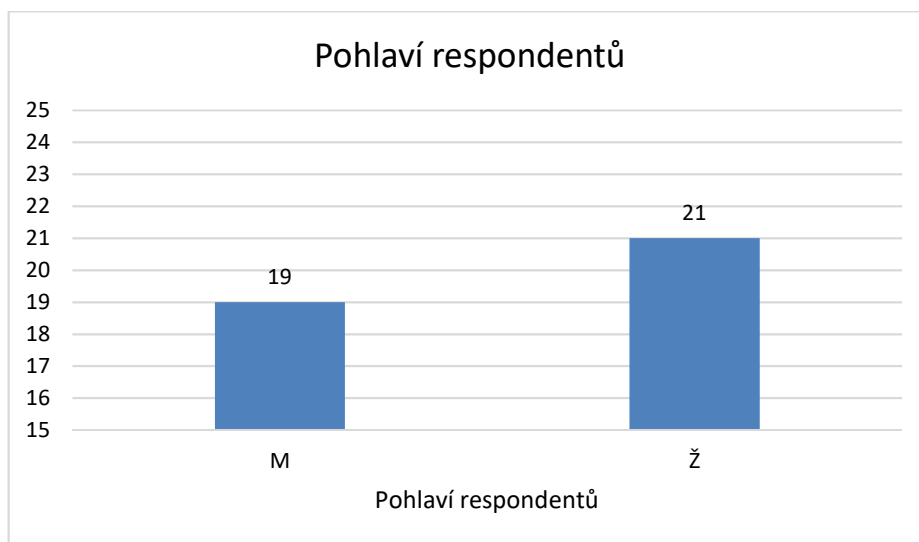
hospitalizován, a typ operace. Další studia zdravotnické dokumentace se soustředila pouze na záznamy bolesti z dospávacího pokoje či lůžka JIP. Bolest byla hodnocena dle škály VAS, kdy hodnoty jsou 0–10. Míra bolesti byla zaznamenávána ihned po přijetí pacienta na dospávací jednotku či JIP, 30 minut od operace, 60 minut od operace a 2 hodiny od operace. Po této době byl pacient, dle standardů nemocnice, přesunut na standardní oddělení, v ojedinělých případech ponechán na JIP. Další záznam bolesti pak probíhal 8, 24, 48 a více jak 48 hodin od operace.

Následoval polostrukturovaný rozhovor s pacientem. Rozhovor byl veden na lůžku pacienta a probíhal po 48 hodinách od operace. Nejdříve došlo k seznámení pacienta se záznamovým archem. Následoval povinný test hodin pro každého respondenta, kdy si pacient sám prošel a zapsal požadované pokyny, při jakýchkoliv nesrovnalostech byla dostupná konzultace. Dále byl průzkum veden pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly sestaveny tak, aby byl zaznamenán subjektivní průběh bolesti pacienta. Konkrétně šlo o bolest očekávanou ještě před výkonem, bolest ihned po operaci a bolest prožívanou právě během průzkumu. Zjišťována byla také informovanost pacienta před výkonem, zdali si pacient pamatoval probuzení na dospávací jednotce nebo jestli bylo používáno nefarmakologické tišení bolesti.

Poslední část dotazníku se věnovala adekvátnosti podávané analgezie a celkové spokojenosti pacienta s péčí jak na oddělení, tak i v celé nemocnici. Součástí průzkumu byla možnost doplnit své poznatky a připomínky. Při zpracovávání dat, které probíhalo mimo nemocniční zařízení, aby se pacient z etického důvodu nedozvěděl, zda testem prošel či ne, byl test hodin vyhodnocen a pacient s nedostatečným počtem bodů byl vyřazen.

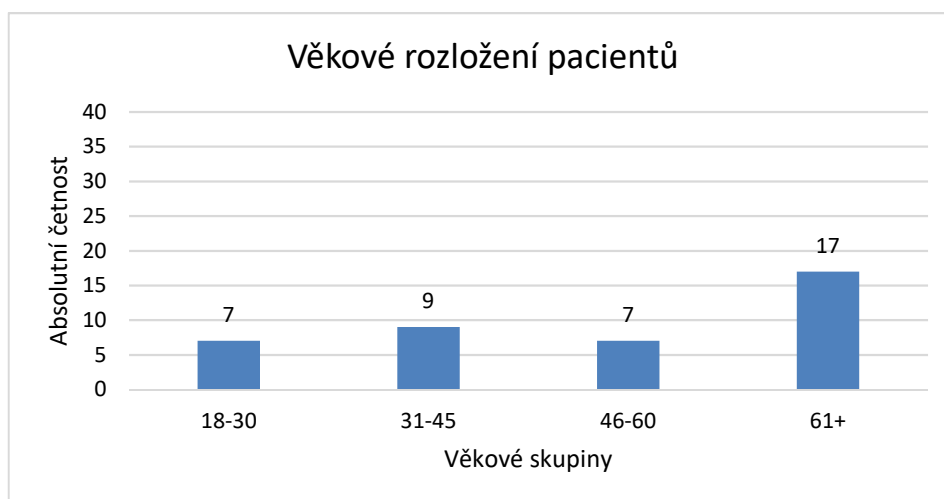
3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

3.1 Základní charakteristika respondentů



Obrázek 1: Rozdělení pacientů dle pohlaví. (n=40)

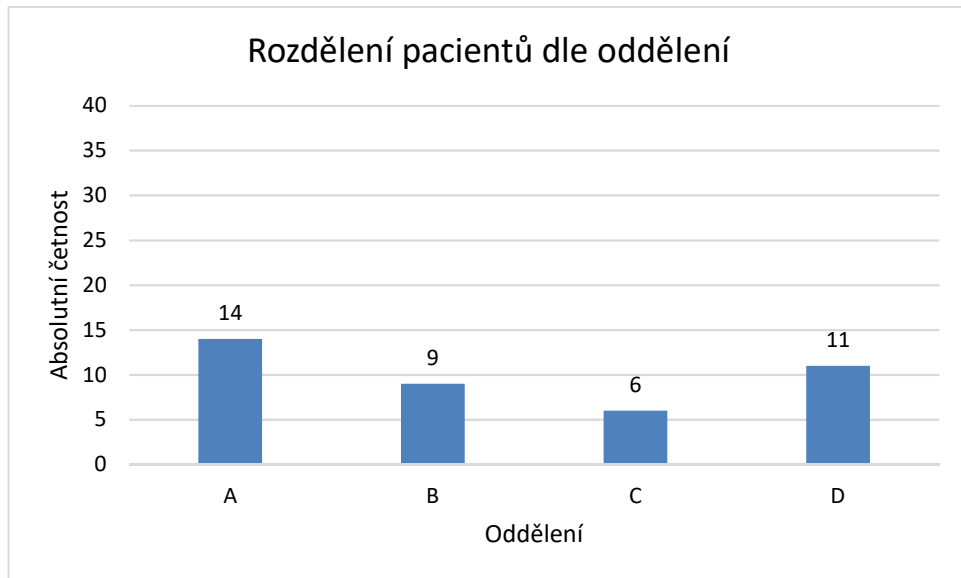
Na obrázku č.1 je vidět rozdělení zúčastněných respondentů dle pohlaví. Celkový počet pacientů je 40. Do průzkumu bylo zařazeno 19 (47,5 %) mužů a 21 (52,5 %) žen.



Obrázek 2: Rozdělení pacientů do věkových skupin. (n=40)

Na obrázku č.2 můžeme vidět rozložení pacientů do věkových skupin. Jedná se o soubor 40 respondentů. Na sloupcovém grafu lze vidět, že největší zastoupení tvoří respondenti

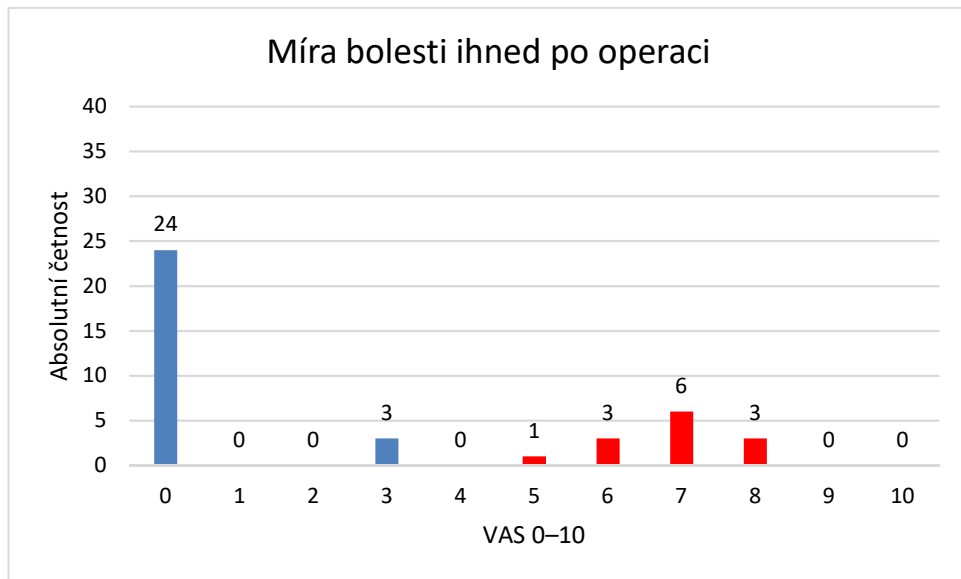
ve věkové skupině 61+, 17 respondentů což je 42,5 %. Méně respondentů bylo zastoupeno ve věkové skupině 31–45, přesně 9 pacientů (22,5 %). Poslední dvě věkové skupiny 18–30 a 46–60 jsou zastoupeny shodně po 7 respondentech, každá skupina 17,5 %.



Obrázek 3: Rozdělení pacientů dle oddělení. (n=40)

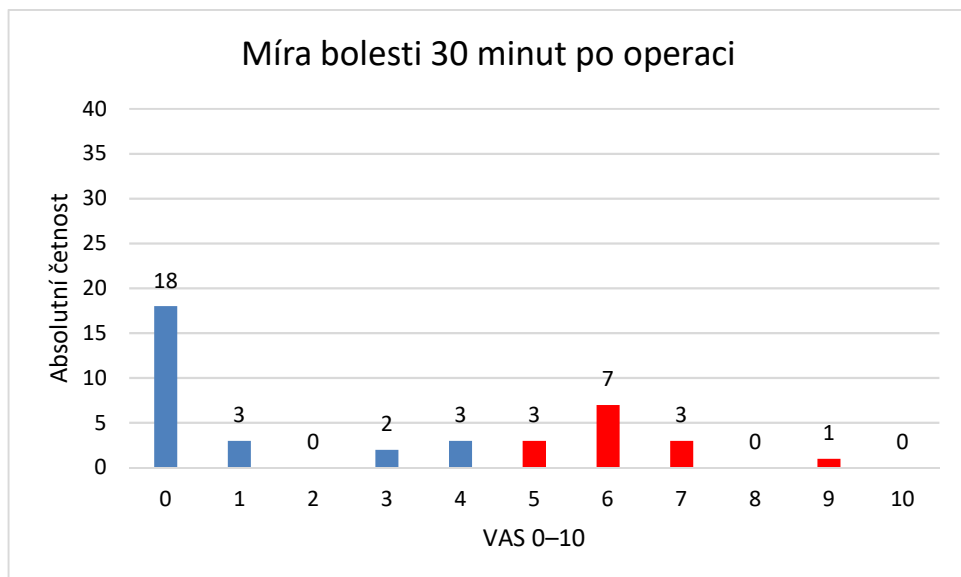
Na obrázku č.3 lze vidět zastoupení pacientů v průzkumu podle oddělení. Oddělení byla anonymizována, aby nebylo možné identifikovat nemocnici. Z celkového počtu 40 respondentů je nejvíce zúčastněných respondentů 14 (35 %) z oddělení A. Méně pacientů leželo na oddělení D a B, kdy na oddělení D bylo 11 (27,5 %) respondentů a z oddělení B bylo 9 (22,5 %) zúčastněných respondentů. Nejméně zúčastněných pacientů 6 (15 %) pak bylo z oddělení C.

3.2 Průběh bolesti



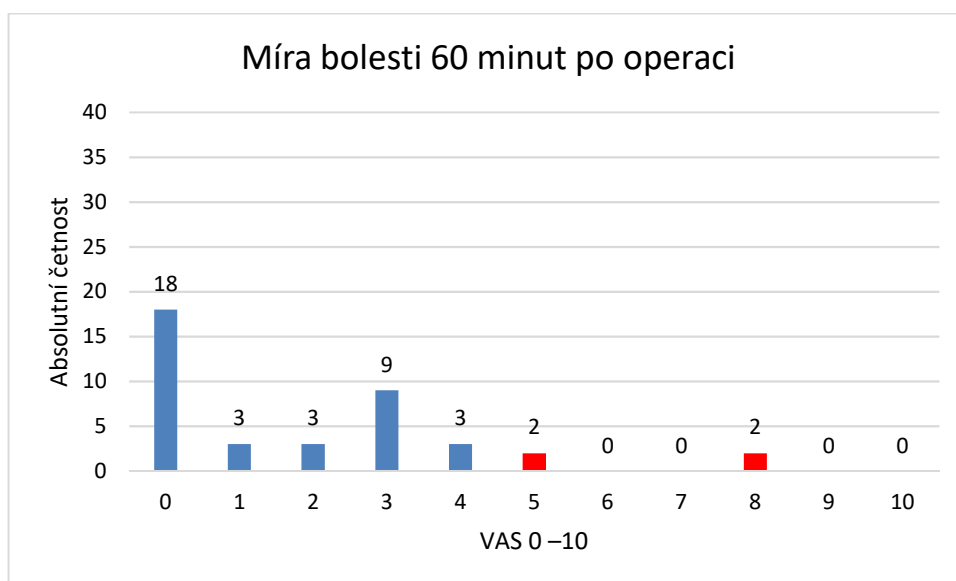
Obrázek 4: Graf míry bolesti ihned po operaci. (n=40)

Na obrázku č.4 vidíme zaznamenané hodnoty bolesti pacientů ihned po operaci. Data jsou opsána ze zdravotnické dokumentace. Nejvíce pacientů 24 (60 %) bylo bez bolesti, na škále VAS tedy 0. Druhou nejčastěji zaznamenanou mírou bolesti byla 7, kterou prožívalo 6 (15 %) pacientů. Shodně pacientů 3 (7,5 %) pak udávalo bolesti na stupni 3, 6 a 8. Jeden respondent (2,5 %) udával bolest na úrovni 5. Aritmetický průměr intenzity bolesti ihned po operaci je 2,38.



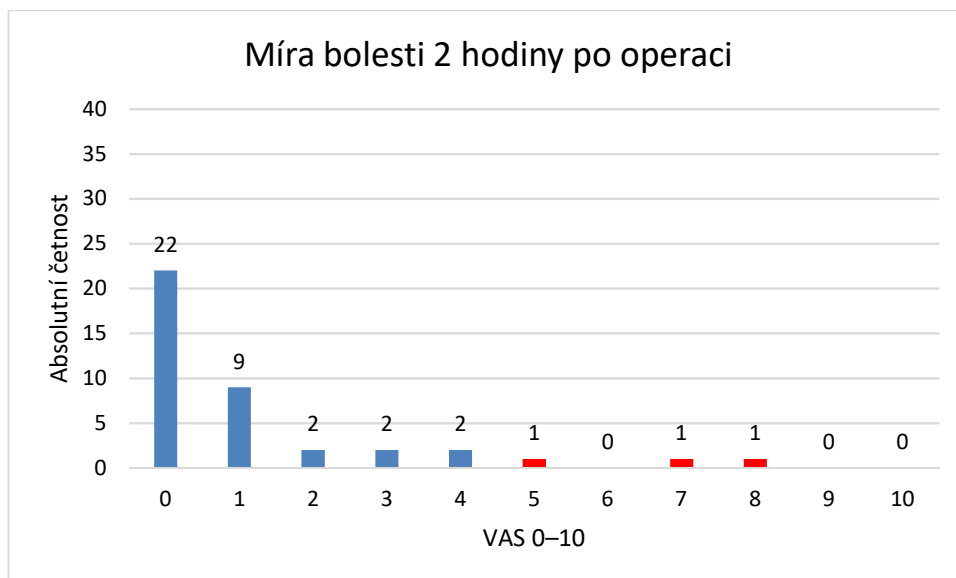
Obrázek 5: Graf bolesti 30 minut po operaci. (n=40)

Na obrázku č.5 můžeme vidět zaznamenanou bolest 30 minut po operaci. Data jsou opsána ze zdravotnické dokumentace. Nejvíce pacientů 18 (45 %) bylo bez bolesti. Pouze jeden pacient (2,5 %) udával bolest s intenzitou 9. Druhá největší skupina pacientů 7 (17,5 %) udávala bolest s intenzitou 6. Shodně pacientů 3 (7,5 %) pak udávalo intenzitu bolesti na stupnicích VAS o hodnotách 1, 4, 5 a 7. Dva pacienti udávali intenzitu bolesti na stupni 3. Aritmetický průměr míry bolesti v tomto pooperačním období je 2,70.



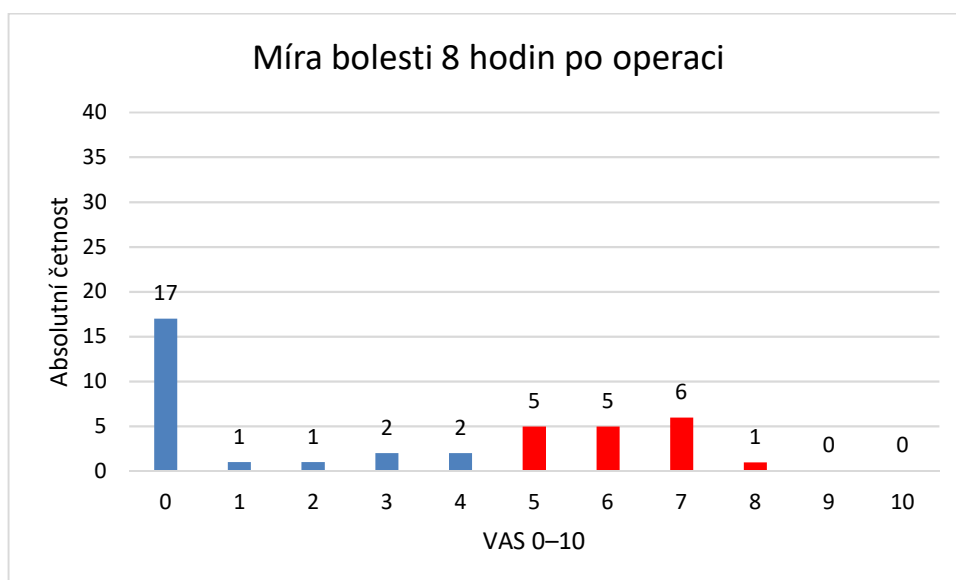
Obrázek 6: Graf intenzity bolesti 60 minut po operaci. (n=40)

Na obrázku č.6 je znázorněna pomocí sloupcového grafu intenzita bolesti 60 minut po operaci. Všechna data byla vyhledána ve zdravotnické dokumentaci. Nejvíce respondentů 18 (45 %) neudávalo žádnou bolest. Intenzitu bolesti 3 mělo zaznamenáno 9 (22,5 %) respondentů. Shodně pacientů 3 (7,5 %) hodnotilo intenzitu bolesti na hodnotách 1, 2 a 4. Dva (5 %) pacienti pak udávali bolesti s intenzitou 5 a 8. Aritmetický průměr intenzity bolesti v tomto pooperačním období je 1,85.



Obrázek 7: Graf míry bolesti 2 hodiny po operaci. (n=40)

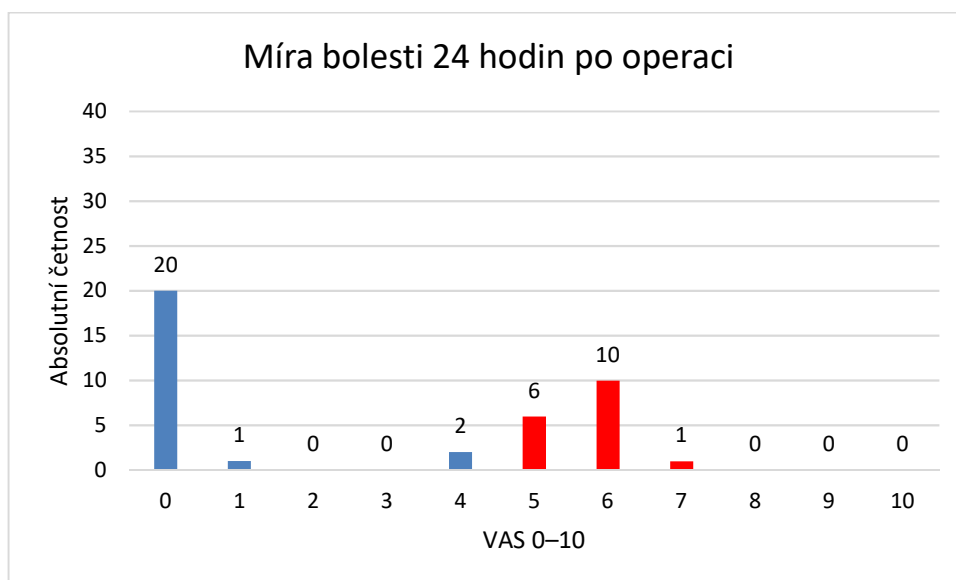
Na obrázku č.7 je znázorněna intenzita bolesti 2 hodiny po operaci. Pacienti v tomto časovém období opouští dospávací pokoj, při zaznamenání bolesti na škále VAS vyšší než 4 pacient na dospávací jednotce zůstává. Přesně 22 (55 %) pacientů neudávalo žádnou bolest, hodnotu na škále VAS tedy 0. Druhou nejčastěji udávanou hodnotu byla hodnota 1, ta byla zaznamenána u 9 (22,5 %) pacientů. Shodně 2 krát (5 %) byly udány intenzity 2, 3 a 4. Hodnoty 5, 7 a 8 byly zaznamenány pouze 1 (2,5 %). Aritmetický průměr míry bolesti 2 hodiny po operaci vychází 1,18.



Obrázek 8: Graf míry bolesti 8 hodin po operaci. (n=40)

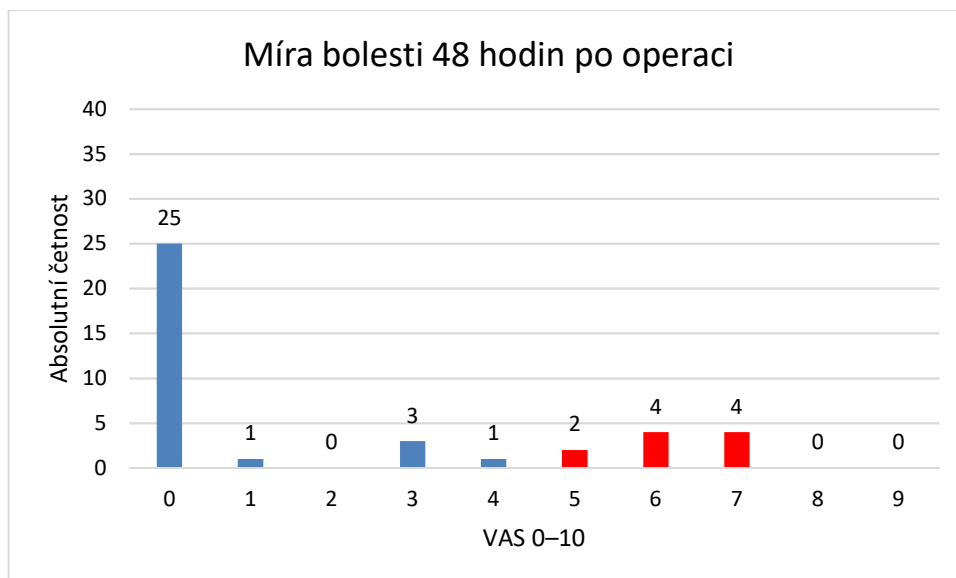
Obrázek č.8 znázorňuje míru bolesti 8 hodin po operaci. Nejvíce pacientů 17 (42,5 %) bylo v tomto pooperačním období bez bolesti. 6 (15 %) pacientů pak udávalo intenzitu bolesti

na stupni 7. Hodnoty 5 a 6 pak byly zaznamenány shodně u 5 (12,5 %) pacientů. 2 (5 %) pacienti udávali intenzitu bolesti na stupních 3 a 4. Míra bolesti na stupni 1, 2 a 8 byla shodně zaznamenána 1 (2,5 %) pacientem. Aritmetický průměr bolesti v tomto pooperačním období vychází 3,05 a je zároveň nejvyšším ze všech časových intervalů.



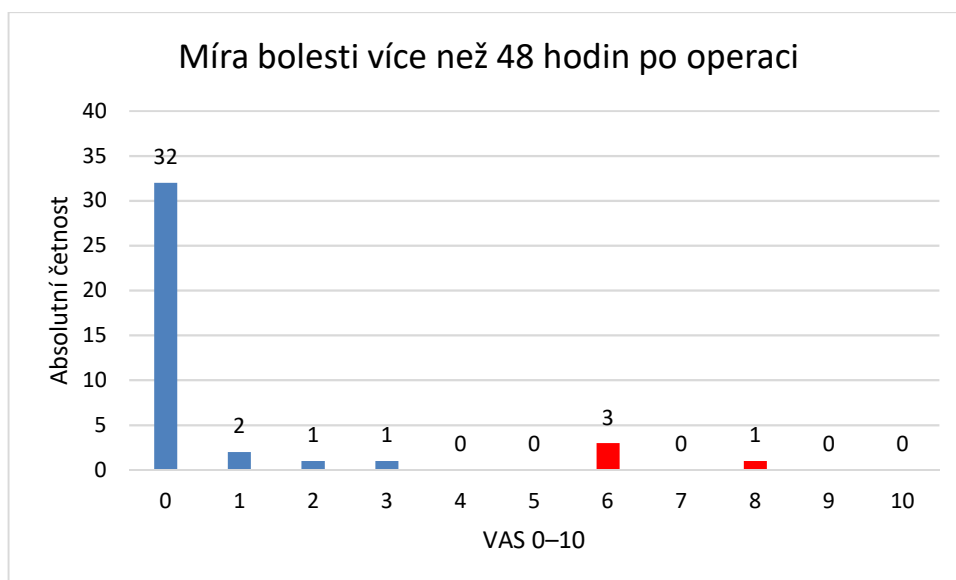
Obrázek 9: Graf míry bolesti 24 hodin po operaci. (n=40)

Na obrázku č.9 je znázorněna zaznamenaná intenzita bolesti 24 hodin po operaci. 20 (50 %) pacientů v tomto pooperačním období neudávalo žádnou bolest. Druhá nejčastěji udávaná intenzita bolesti byl stupeň 6, který mělo zaznamenáno 10 (25 %) pacientů. 6 (15 %) pacientů ohodnotilo intenzitu bolesti na škále VAS stupněm 5. Míru bolesti 4 udávali 2 (5 %) pacienti. Shodně pak míru bolesti 1 a 7 zaznamenal 1 (2,5 %) pacient. Aritmetický průměr intenzity bolesti v tomto časovém období je 2,60.



Obrázek 10: Sloupcový graf míry bolesti 48 hodin po operaci. (n=40)

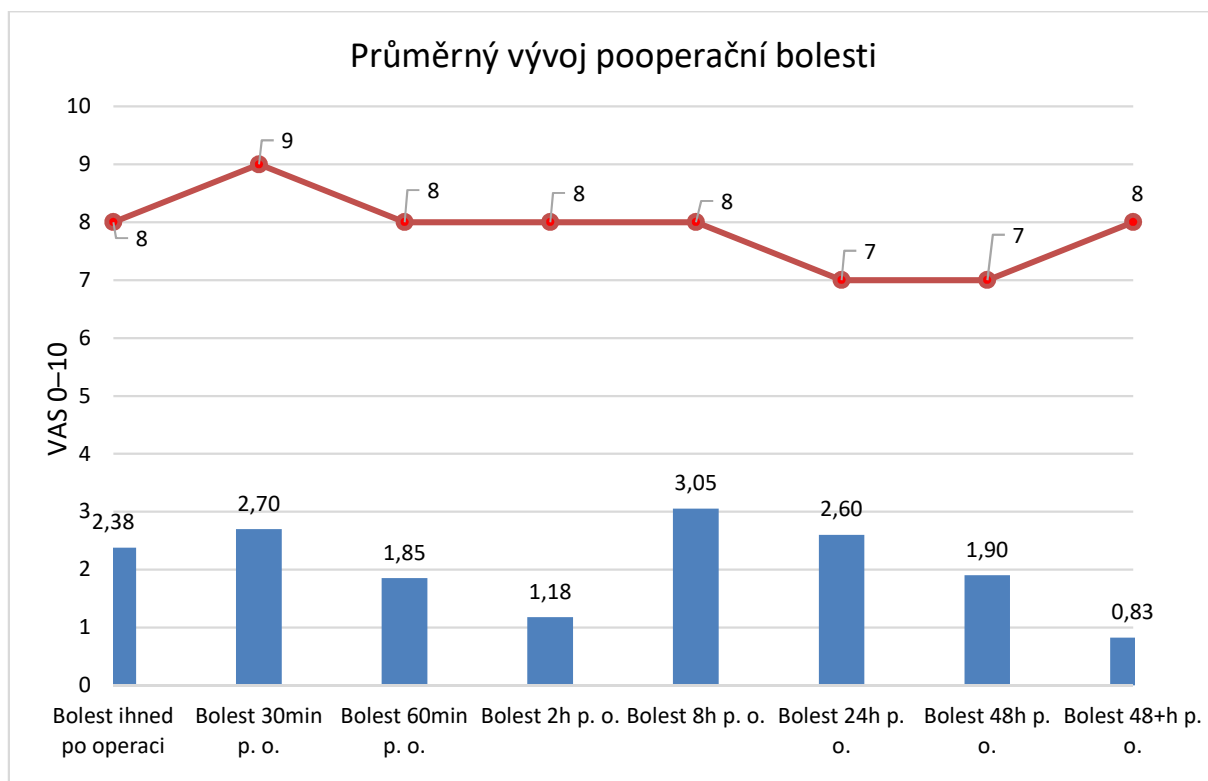
Na obrázku č.10 je zobrazena intenzita bolesti 48 hodin po operaci. Největší počet pacientů 25 (62,5 %) bylo v tuto pooperační hodinu bez bolesti, na škále VAS tedy 0. Míru bolesti na stupních 6 a 7 udávali shodně 4 (10 %) pacienti. 3 (7,5 %) pacienti ohodnotili bolest intenzitou 3. Intenzitu bolesti o hodnotě 5 udali 2 (5 %) pacienti. 1 (2,5 %) pacient pak zaznamenal bolest na škále VAS o hodnotě 1 a 4. Aritmetický průměr míry bolesti 48 hodin po operaci vychází 1,90.



Obrázek 11: Graf intenzity bolesti déle než 48 hodin po operaci. (n=40)

Na obrázku č.11 je znázorněna intenzita bolesti déle než 48 hodin po operaci. Doba, ve kterou byla data sbírána, byl 3 den po operaci, avšak hodina se u pacientů lišila. Největší počet pacientů 32 (80 %) bylo v tuto dobu bez bolestí. Druhý největší počet pacientů 3 (7,5 %) pak zaznamenal

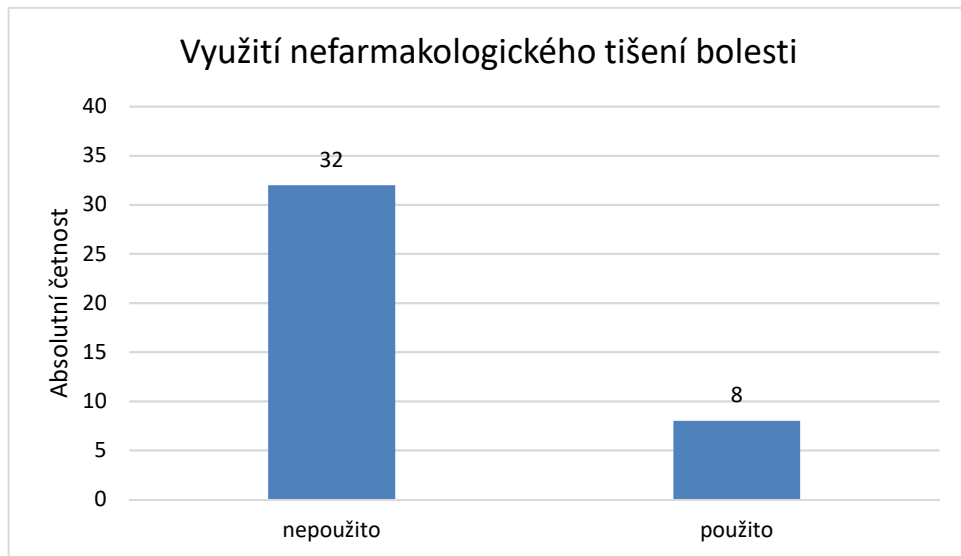
intenzitu bolesti na stupni 6. 2 (5 %) pacienti ohodnotili bolest na škále VAS na stupni 1. Intenzitu bolesti na stupních 2, 3 a 8 shodně udával 1 (2,5 %) pacient. Aritmetický průměr intenzity bolesti v tomto pooperačním období vychází 0,83.



Obrázek 12: Znárodnění průměru bolesti ve všech časových intervalech s nejvyšší udanou hodnotou bolesti. (n=40)

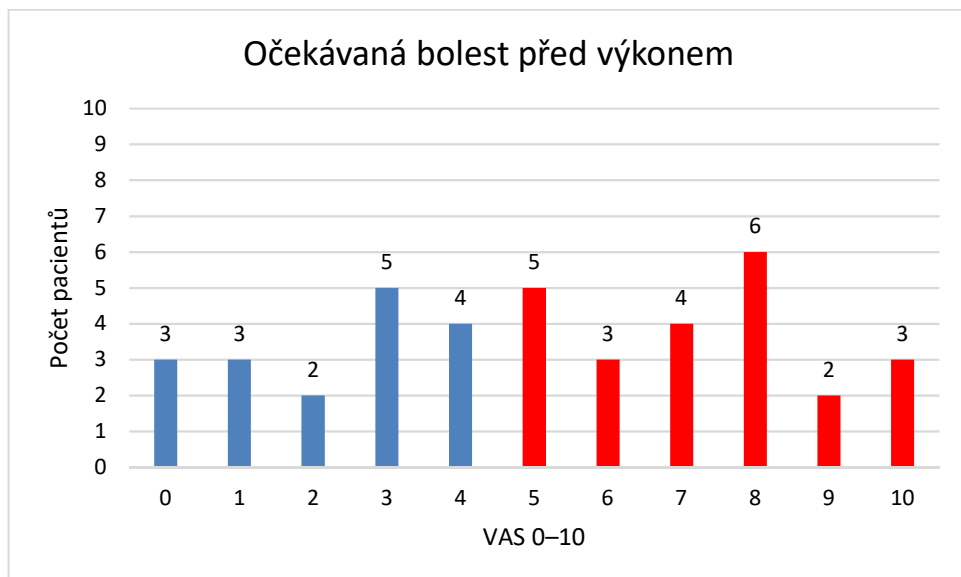
Na obrázku č.12 můžeme vidět všechny průměrné intenzity bolestí v časových intervalech. Déle pak křivka s nejvyšší zaznamenanou intenzitou bolesti v daném čase. Nejvyšší průměr 3,05 míry bolesti vyšel v čase 8 hodin po operaci. Průměry mezi hodnotou 2 a 3 byly v časových intervalech ihned po operaci, 30 minut po operaci a 24 hodin po operaci. V časech 60 minut po operaci, 2 hodiny po operaci a 48 hodin po operaci byl průměr menší než 2. Nejmenší průměr 0,83 míry bolesti vyšel v čase déle jak 48 hodin od operace. Nejvyšší udaná intenzita bolesti (9) byla v čase 30 minut po operaci. Hodnotou 7 byla ohodnocena míra bolesti v časech 24 a 48 hodin po operaci. V ostatních časových intervalech byla nejvyšší intenzita bolesti škály VAS na stupni 8.

3.3 Výsledky průzkumných otázek ze záznamového archu



Obrázek 13: Graf využití nefarmakologického tišení bolesti. (n=40)

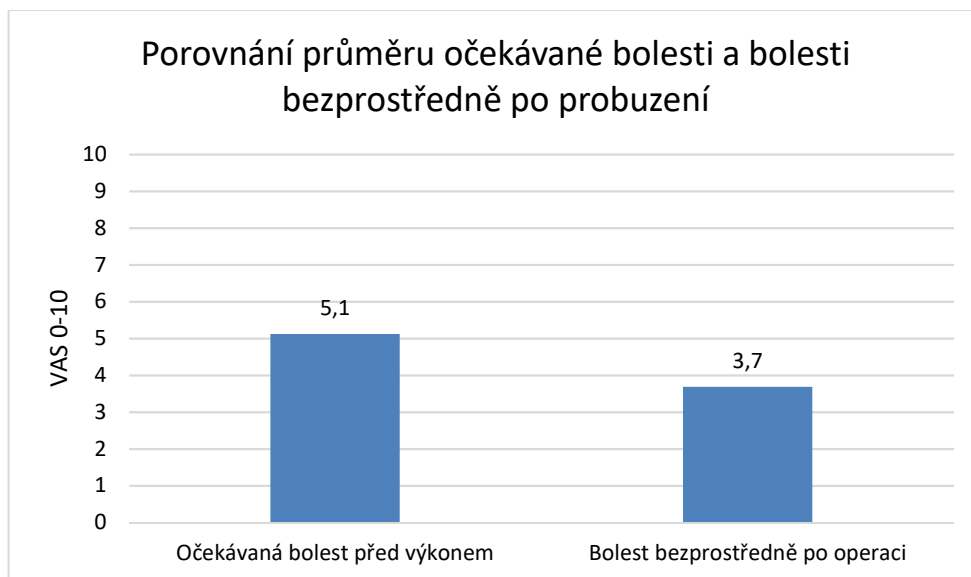
Na obrázku č.13 je znázorněno využití nefarmakologického tišení bolesti. Potřebné informace byly získány od pacientů. Nefarmakologické tišení bolesti bylo použito u 8 (20 %) pacientů. U zbylých 32 (80 %) pacientů tato možnost využita nebyla.



Obrázek 14: Graf znázornění očekávané bolesti před výkonem. (n=40)

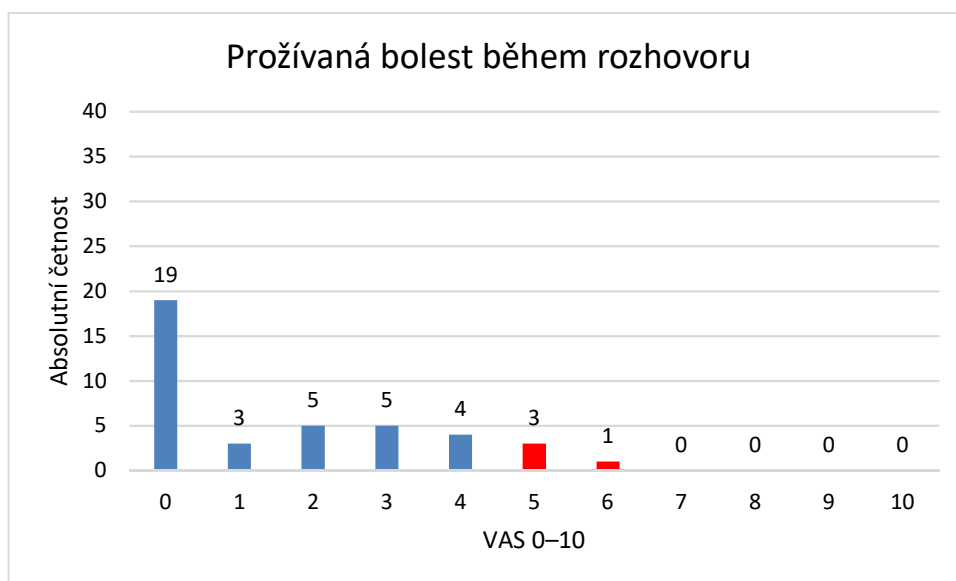
Na obrázku č. 14 můžeme vidět znázornění očekávané bolesti před výkonem. Tyto hodnoty byly pacienti udávány během rozhovoru. Nejvíce pacientů očekávalo intenzitu bolesti 8, přesně 6 (15 %) pacientů. 5 (12,5 %) pacientů dokonce očekávalo větší bolest než 8, a to konkrétně 2 (5 %) respondenti bolest o intenzitě 9 a 3 (7,5 %) pacienti bolest nejvyšší, tedy 10.

Druhý nejvyšší počet respondentů 5 (12,5 %) očekával bolest o intenzitě 3 a 5. Míru bolesti na stupni 4 očekávali 4 (10 %) respondenti. 3 (7,5 %) pacienti neočekávali žádnou bolest a shodně pacientů očekávalo intenzitu bolesti 1. Míru bolesti na stupni 2 pak očekávali 2 (5 %) pacienti.



Obrázek 15: Porovnání průměrů očekávané bolesti před výkonem a bezprostřední bolesti po operaci.

Na obrázku č. 15 je znázorněno porovnání průměrů očekávané bolesti a bezprostřední bolesti po operačním výkonu. Intenzita bolesti byla pacienty hodnocena během rozhovoru. Průměr očekávané bolesti před výkonem (5,1) je o 1,4 větší než u bolesti, kterou pacient prožíval bezprostředně po operaci (3,7).



Obrázek 16: Graf prožívané bolesti během rozhovoru. (n=40)

Na obrázku č.16 je znázorněna prožívaná bolest během rozhovoru. Čas, kdy probíhal rozhovor, byl u každého pacienta odlišný a bolest tedy není hodnocena ve stejném pooperačním období. Nejvíce pacientů 19 (47,5 %) bylo během rozhovoru bez bolesti. Shodně ohodnotilo bolest 5 (12,5 %) pacientů o intenzitě 2 a 3. Míru bolesti 4 udávali 4 (10 %) pacienti. Intenzitu bolesti na stupních 1 a 5 udávali 3 (7,5 %) pacienti. 1 (2,5 %) pacient pak ohodnotil prožívanou bolest stupněm 6. Pacienti, kteří uváděli bolesti vyšší než VAS 4, byli nahlášeni všeobecné sestře. Aritmetický průměr bolesti prožívané během rozhovoru vychází 1,63.

Tabulka 1: Celková spokojenost s péčí na oddělení

Možnosti odpovědí	Počet odpovědí	Relativní četnost odpovědí
Zcela souhlasím	35	87,5 %
Spíše souhlasím	5	12,5 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Zcela nesouhlasím	0	0 %

V tabulce č.1 jsou znázorněny výsledky odpovědí na otázku, jestli jsou pacienti spokojeni s péčí na oddělení. Ze 40 respondentů s péčí na oddělení bylo spokojeno 35 (87,5 %) pacientů. 5 (12,5 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasilo. Další možnosti nebyly v této otázce využity.

K obrázku jsou přidány také komentáře pacientů:

„zmatky v identifikaci“

„neuspořádaná organizace práce“

„nepříjemná sestřička“

„nezavírání dveří“

„negativní přístup sester“

„nevhodná strava“

Tabulka 2: Znázornění výsledků spokojenosti pacientů s péčí v dané nemocnici. (n=40)

Možnosti odpovědí	Počet odpovědí	Relativní četnost odpovědí
Zcela souhlasím	34	85 %
Spíše souhlasím	6	15 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Zcela nesouhlasím	0	0 %

Na tabulce č.2 můžeme vidět vyjádření souhlasu se spokojeností s celkovou péčí v dané nemocnici. Ze 40 respondentů 34 (85 %) pacientů s tímto tvrzením zcela souhlasilo. Zbýlých 6 (15 %) souhlasilo spíše. Další možnosti nebyly zaznamenány.

K obrázku jsou přidány komentáře pacientů:

„špatná strava“

„nedostatečná informovanost o operačním výkonu“

„rozbité CT“

„dlouhé čekání na vyšetření“

4 DISKUZE

V této části bakalářské práce bych chtěl prodiskutovat všechny průzkumné otázky. Výsledky, které byly získány během výzkumného šetření budou vyhodnoceny a následně porovnány s ostatními zdroji, jež se zabývaly stejnou tematikou.

Průzkumná otázka č. 1: *Jak velkou bolest očekávají pacienti před výkonem?*

V této průzkumné otázce byly pacienti dotazováni, zdali očekávají od operačního výkonu nějakou bolest a pokud ano, tak jaké intenzity. Na otázku odpovídalo všech 40 respondentů. Pouze 7,5 % pacientů neočekávalo žádnou bolest, na stupnici VAS (0–10) tedy 0. Bolest o hodnotách na škále VAS 1–4 očekávalo 35 % pacientů. Tato bolest je všeobecně považována jako snesitelná. (Hakl a kol, 2011, s. 34) Zbýlých 57,5 % pacientů však očekávalo bolest nepříjemnou, tedy vyšší než VAS 4. Nejvíce pacientů však očekávalo bolest o intenzitě 8, přesně 15 % pacientů. Nejvyšší míru bolesti, stupeň 10, předpokládali 3 pacienti. Pozitivním výsledkem pak je, že 60 % pacientů po operaci nemělo žádné bolesti, což je o 21 pacientů více než těch (3), kteří žádnou bolest ani neočekávali. K porovnání jsem využil bakalářskou práci Hrudové (2015), která ve své práci hodnotila také očekávanou a skutečnou bolest ihned po operaci, avšak s větším počtem respondentů (94). Ve své práci udává, že 9,5 % respondentů neočekávalo žádnou bolest, ale skutečnou bolest ihned po operaci nemělo pouhých 5 % respondentů oproti 60 % respondentů v mé práci. Bolest snesitelnou, na škále NRS 1–4, udávalo 41,5 % respondentů, zbylých 50 % udávalo bolest nepříjemnou.

Aritmetický průměr očekávané bolesti před operací na škále VAS (0–10) vychází 5,1. V porovnání se skutečnou bolestí ihned po operaci, kdy aritmetický průměr vychází 3,7, je očekávaná bolest respondentů o 1,4 stupně na škále VAS vyšší než bolest skutečná. Zároveň je pak průměr očekávané bolesti před výkonem (5,1) bolestí neakceptovatelnou, kdežto průměr skutečné bolesti ihned po operaci (3,7) považován za bolest snesitelnou. Můžeme tedy říct, že průměrně tento soubor respondentů očekával nepříjemnou bolest, tedy na škále VAS vyšší než 4. Avšak skutečnou bolest ihned po operaci můžeme považovat za snesitelnou.

Průzkumná otázka č. 2: *Je intenzita bolesti v raném pooperačním období pro pacienty snesitelná?*

Tato průzkumná otázka je zaměřena na vývoj pooperační bolesti nejdéle 48 hodin po operaci. Celkem bylo prozkoumáno 40 respondentů a hodnocena jejich průběžná pooperační bolest a její snesitelnost. Všechna data do 2 hodin od operace byla získána ze zdravotnické dokumentace pacientů, na zbylé časové intervaly odpovídali pacienti během průzkumu. Obecně platí, že snesitelná bolest na škále VAS (0–10) je v rozmezí 1–4. (Hakl a kol, 2011, s. 34) Ranné pooperační období bylo rozdělené do časových intervalů, ve kterých pak byla bolest hodnocena. Tato průzkumná otázka bude porovnávána s diplomovou prací Soudkové (2018), která hodnotila vývoj pooperační bolesti, se stejným počtem respondentů (40), po totální endoprotéze kyčle a kolene během prvních 24 hodin. Hodnocenou bolest pak zaznamenávala každou hodinu. Další porovnávanou prací bude diplomová práce Faltýnkové (2016) s názvem „Pooperační bolest v intenzivní medicíně“. V této práci je hodnocen vývoj dle škály VAS v 0., 1. a 2. dni po operaci s celkovým počtem respondentů 47. Poslední prací pak je bakalářská práce Tvrdíka (2018), který hodnotil bolest dle NŠ (0–5) škály, ve stejných časových intervalech.

Prvním sledovaným obdobím byl časový interval **ihned po operaci**. Průměrná intenzita bolesti bezprostředně po operaci vychází 2,38, kdy 24 (60 %) pacientů neudávalo bolest žádnou. Další 3 (7,5 %) pacienti pak prožívali bolest snesitelnou, tedy menší než 4. Zbylých 13 (32,5 %) pacientů udávalo nesnesitelnou bolest, tedy větší než 4. Největší udaná hodnota na škále VAS (0–10) v tomto pooperačním období byla hodnota 8, kterou udávali 3 (7,5 %) pacienti. Podle Tvrdíka (2018) byl počet pacientů, kteří neudávali žádnou pooperační bolest, méně než v mé práci, přesně 14 (32,56 %). Bolest nepatrnou nebo mírnou, na škále NŠ (0–5) 1 a 2, což se rovná VAS (0–10) 1–4, udávalo 20,97 % respondentů. Bolest neakceptovatelnou, vyšší než NŠ 2, udávalo 46,76 % pacientů. Celkový počet respondentů v tomto časovém období je 47. Rozdíly ve výsledných datech jsou dány, vzhledem k totožnosti průběhu sběru dat, především subjektivním hodnocením pacientů.

Dalším hodnocení bolesti probíhalo **30 minut po operaci**. Průměr intenzity bolesti 30 minut po operaci vychází 2,7. 45 % pacientů v tuto dobu neudávalo bolest žádnou, na stupnici VAS tedy 0. Pouhých 20 % pacientů udávalo bolest snesitelnou. Zbylých 35 % pacientů prožívalo bolest nepříjemnou, na škále VAS tedy vyšší než 4. Největší udaná hodnota intenzity bolesti v tomto pooperačním období byl stupeň 9, který prožíval 1 pacient. V bakalářské práci

Tvrdíka (2018) neprožívalo žádné bolesti 23,26 % respondentů. Nejvíce pacientů udávalo bolesti snesitelné, přesně 48,84 %. Bolesti, které jsou neakceptovatelné, udávalo zbylých 27,91 % respondentů. Žádný pacient ale neudával vyšší intenzitu bolesti než VAS (0–10) 8. Celkový počet pacientů je 43. Vzhledem k totožnosti průběhu sběru dat jsou rozdíly ve výsledcích dány charakteristikou souboru respondentů a subjektivním hodnocením bolesti.

Následovalo hodnocení míry bolesti **60 minut po operaci**. Aritmetický průměr míry bolesti vychází 1,85. Intenzitu bolesti na stupni 0 udávalo 18 (45 %) pacientů. Nesnesitelnou míru bolesti, tedy na škále VAS vyšší než 4 pak udávali pouze 4 (10 %) pacienti, nejvyšší udaná hodnota pak byl stupeň 8. 18 (45 %) pacientů pak v tomto pooperačním čas udávalo bolest snesitelnou. Soudková (2018) první hodinu po operaci naměřila průměrnou hodnotu bolesti na škále VAS (0–10) 0,03, kdy nejvyšší zaznamenaný stupeň byl 1. Tento obrovský rozdíl je dán především charakteristikou souboru pacientů. Soudková (2018) hodnotí intenzitu bolesti pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče po konkrétní operaci totální endoprotézy kyčle, kdy pacienti měli tlumenou bolest epidurální cestou.

Míra bolesti **2 hodiny po operaci** vyšla aritmetickým průměrem 1,18 jako nejnižší. Tento výsledek zřejmě ovlivnil i standard nemocnice, protože v tuto dobu byl pacient přeložen z dospávací jednotky na jednotku standartní. Pacienti, kteří pak měli míry bolesti vyšší než VAS (0–10) 4, museli na dospávací jednotce zůstat a lékaři dále tišili pooperační bolest. V mém průzkumu jsou však také zařazeni pacienti, kteří byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče buď kvůli celkovému stavu, nebo právě kvůli náročnosti operace a zároveň náročnější pooperační péči. Vzhledem k tomu mohli mít někteří pacienti v tomto pooperačním interval větší intenzitu bolesti než 4. 92,5 % pacientů udávalo snesitelnou bolest, z toho 55 % pacientů přímo žádnou, tedy na škále VAS (0–10) stupeň 0. Zbylých 7,5 % pacientů prožívalo bolest vyšší jak VAS 4, nejvyšší zaznamenaná hodnota byla VAS 8, kterou udával 1 pacient. Soudková (2018) 2 hodiny po operaci zaznamenala průměr intenzity bolesti 0,43 s nejvyšší zaznamenanou hodnotou 5. Výsledky Tvrdíka (2018) říkají, že všichni pacienti měli intenzitu bolesti nižší než VAS (0–10) 3. 69,77 % pacientů pak nemělo bolesti vůbec žádné. Rozdíl oproti mé práci nejspíše udává skutečnost, že všichni pacienti v Tvrdíkově (2018) práci, celkový počet respondentů 43, opustili dospávací jednotku, oproti mé práci, kde jsou v soboru respondentů také pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče.

Dalším časovým intervalem pro hodnocení bolesti je čas **8 hodin od operace**. V toto pooperační období byla udávaná průměrná intenzita bolesti na škále VAS 3,05.

Tento průměr je nejvyšší ze všech časových intervalů. V tomto pooperačním období přestává působit analgezie, hodnotí se bolest a dle výsledků pacienti dostávají další analgetickou léčbu. (Vaňásek, 2014) 42,5 % pacientů neudávalo žádnou bolest. 15 % pacientů prožívalo snesitelnou bolest oproti 42,5 % pacientům, kteří prožívali větší bolest než VAS (0–10) 4. Nejvyšší udávaná intenzita bolesti byl stupeň 8, který prožíval 1 pacient. Soudkové (2018) vyšel v čase 8 hodin po operaci aritmetický průměr bolesti 2,20 s nejvyšší zaznamenanou hodnotou 6. Tvrdík (2018) udává, že 9,30 % pacientů nemělo žádné bolesti. 55,81 % pacientů hodnotilo intenzitu bolesti jako snesitelnou, VAS (0–10) nižší než 4. Neakceptovatelnou bolest udávalo 34,89 % pacientů. Rozdíly v tomto časovém intervalu jsou u Soudkové způsobeny především pooperačním obdobím po stejné operaci, tedy totální endoprotéze kyčle. V práci Tvrdíka je to však způsobeno subjektivním hodnocením bolesti pacientem.

24 hodin po operaci byl aritmetický průměr intenzity bolesti 2,60. 50 % pacientů neudávalo žádnou bolest, intenzitu na škále VAS (0–10) tedy 0. 42,5 % pacientů udávalo bolest nepřijatelnou, z toho 25 % udávalo stupeň 6. 7,5 % pacientů v tomto pooperačním období prožívalo snesitelnou bolest, menší než VAS 4. 24 hodin po operaci vychází aritmetický průměr míry bolesti 1,67 s nejvyšší udávanou hodnotou 3. Soudková (2018) v tento pooperační čas hodnotí 15 pacientů, zbylých 25 pacientů bylo ve spánku, a tak bolest nebyla hodnocena. Největší průměr během prvních 24 hodin po operaci vyšel Soudkové 11 hodin po operaci (2,39) oproti průměru (3,05) z mé práce v čase 8 hodin po operaci. Přikláním se k tomu, že rozdíly, které v průměrech a nejvyšších hodnotách vznikly, jsou dány tím, že Soudková sleduje pacienty, kteří leželi pouze na jednotce intenzivní péče po stejné operaci totální endoprotézy kyčle, oproti respondentům z mé práce, kdy drtivá většina byla hospitalizována na dospávací jednotce a poté na standardním oddělení. V diplomové práci Faltýnkové (2016) v 0. pooperační den neudával žádnou bolest pouze 1 pacient. Intenzitu bolesti v rozmezí 0,1–3 udávalo 25,5 % pacientů. Nejvíce respondentů prožívalo bolest dle škály VAS (0–10) v rozmezí 3,1–6, přesně 55,3 % pacientů. Silnou bolest, na škále VAS 6,1–10, udávalo 17 % pacientů. Průměrná hodnota intenzity bolesti vychází 4,5 a nejvyšší udávaná hodnota na škále VAS byla 9,4. Rozdíly jsou dány především danou hodnotící škálou, kdy Faltýnková uvádí míru intenzity bolesti na škále VAS (0–10) na dvě desetinná místa.

Dalším časovým intervalem, sledovaným v mé práci, byl interval **48 hodin po operaci**. Aritmetický průměr intenzity bolesti na škále VAS (1–10) vychází 1,90. V tento čas bylo nejvíce pacientů bez bolesti, přesněji 62,5 % pacientů. 25 % pacientů pak prožívalo bolest nepřijatelnou, tedy VAS vyšší než 4. Zbylých 12,5 % pacientů udávalo intenzitu bolesti menší

než 4. Faltýnková (2016) ve své práci uvádí, že během 1. dne po operaci nebyl žádný pacient bez bolesti. Intenzitu bolesti v rozmezí 0,1–3 udávalo 63,8 % pacientů. 31,9 % pacientů udávalo bolest na škále VAS mezi 3,1–6. Silnou bolest, rozmezí 6,1–10 prožívali 4,3 % pacientů. Průměrná míra intenzity bolesti během 1. pooperačního dne byla 2,7 a nejvyšší udaná hodnota 6,3. Rozdíly jsou dány především danou hodnotící škálou, kdy Faltýnková uvádí míru intenzity bolesti na škále VAS na dvě desetinná místa.

Dle výsledku průměrů vývoje pooperační bolesti, kdy žádný průměr nepřesáhl hodnotu VAS (0–10) 4, můžeme říct, že více jak polovina respondentů prožívala snesitelnou bolest v pooperačním období. Někteří pacienti však prožívali bolest nepříjemnou, kdy během prvních 48 hodin po operaci byla nejvyšší udávaná hodnota na škále VAS 9.

Průzkumná otázka č. 3: *Jak často se používá nefarmakologické tišení bolesti?*

Ve 3. průzkumné otázce jsem se soustředil na využití nefarmakologického tišení bolesti u pacientů v dané nemocnici. Průzkumu se zúčastnilo 40 respondentů. Pacienti k této otázce neměli možnost výběru z nefarmakologického tišení bolesti, pouze odpovídali na otázku, zda bylo použito nefarmakologické tišení bolesti nebo využito nebylo. Samotný pojem nefarmakologické tišení bolesti byl pacientům vysvětlen. Z mého souboru respondentů odpovědělo 80 % pacientů, že u nich nebylo nefarmakologické tišení bolesti využito a pouhých 20 % pacientů využití nefarmakologických metod potvrdilo.

K porovnání této průzkumné otázky jsem si vybral více prací. Například v bakalářské práci Hrabáčkové (2016), které se zúčastnilo 71 respondentů, kde pacienti vybírali z možností odpovědí na otázku, zdali sestry využily jiné metody k tišení pooperační bolesti než farmakologické, odpovědělo 17 (12,1 %) pacientů, že jim žádná z nabízených možností nabídnuta nebyla, tedy nebylo využito nefarmakologické tišení bolesti. Zbýlých 87,9 % respondentů využilo jiné než farmakologické tišení bolesti. Nejčastěji pomocí úlevové polohy, kterou využívalo 20 % pacientů.

V další diplomové práci Jandové (2017), které se zúčastnilo 106 respondentů, vybírali pacienti z výběru možností nefarmakologických metod tišení bolesti. 100 % pacientů využilo možnost jiného než farmakologického tišení bolesti, a to konkrétně formou rehabilitací. U 70 % respondentů bylo dokonce využito tlumení bolesti chladem. Pouhých 5 % pacientů pak uvedlo, že nepotřebovali žádnou pomůcku s tlumením bolesti. Největší rozdíly ve výsledcích byly dány tím, že v mé práci odpovídali pacienti na slovní otázku, zdali bylo použito jiné než farmakologické tišení bolesti. Na druhou stranu pacienti v porovnávaných pracích vybírali

z možností nefarmakologických metod tišení bolesti, a tak jejich odpovědi byly značně přesnější.

Průzkumná otázka č. 4: *Jsou pacienti spokojeni s péčí jak na oddělení, tak v celé nemocnici?*

V dané průzkumné otázce jsem hodnotil celkovou spokojenost pacientů jak na oddělení, tak v celé nemocnici. Za všech 40 respondentů s tvrzením „S celkovou péčí na oddělení jsem spokojen“ 35 pacientů zcela souhlasilo a 5 pacientů spíše souhlasilo. S druhým tvrzením zařazeným do průzkumu, „S celkovou péčí v nemocničním zařízení jsem spokojen“, odpovědělo 34 respondentů, že zcela souhlasí. Zbylých 6 pacientů udávalo možnost spíše souhlasím. Dle výsledků mé práce, kdy žádný respondent neodpověděl záporně, můžeme říct, že 100 % pacientů je s péčí jak na oddělení, tak v nemocnici spokojeno. K těmto otázkám měli pacienti možnost se anonymně vyjádřit vlastními slovy. Tyto odpovědi jsou zmíněné u tabulek č.1 a 2.

V bakalářských pracích Tvrdíka (2018) a Vaníčka (2018), kde byla probírána stejná problematika pomocí vyjádřeného souhlasu na stejné tvrzení jako v této práci, můžeme využít výsledky k porovnání. V práci Tvrdíka jsou výsledky rozdílné při odpovědi na tvrzení, zdali jsou pacienti spokojeni s péčí na oddělení. S péčí na oddělení nebylo spokojeno 8 % pacientů, zbylých 92 % spokojeno bylo. Co se týče spokojenosti s péčí v celé nemocnici, tak dle výsledků, kde žádný respondent nereagoval negativně, můžeme říct, že všichni pacienti byli spokojeni. Celkový počet respondentů je 50. Bakalářská práce Vaníčka však prezentuje naprosto shodné výsledky jako tato práce, tedy že žádný z 31 respondentů na tvrzení „s péčí na oddělení jsem spokojen“ a „s celkovou péčí v nemocnici jsem spokojen“ neodpověděl žádný pacient negativně, všichni respondenti jsou tedy s péčí jak na oddělení, tak v celé nemocnici spokojeni.

Tabulka 3: Výsledky vyjádření souhlasu pacientů s tvrzením „S celkovou péčí na oddělení jsem spokojen(a).“ v porovnávaných pracích.

	Zcela souhlasím (%)	Spíše souhlasím (%)	Spíše nesouhlasím (%)	Zcela nesouhlasím (%)
Sršeň (2019)	87,5	12,5	0	0
Tvrdík (2018)	68	24	8	0
Vaniček (2018)	83,9	16,1	0	0

Tabulka 4: Výsledky vyjádření souhlasu pacientů s tvrzením „S celkovou péčí v nemocničním zařízení jsem spokojen(a).“ v porovnávaných pracích.

	Zcela souhlasím (%)	Spíše souhlasím (%)	Spíše nesouhlasím (%)	Zcela nesouhlasím (%)
Sršeň (2019)	85	15	0	0
Tvrdík (2018)	88	12	0	0
Vaniček (2018)	64,5	35,5	0	0

Dle diplomové práce Malaníkové (2016), která prezentuje výsledky spokojenosti s celkovou péčí v nemocnici, kdy počet pacientů, kteří velmi souhlasí s celkovou spokojeností s péčí v nemocnici během let 2013 (89 %), 2014 (91 %) a 2016 (90 %), se minimálně odlišuje. V mé práci je však velmi spokojeno s péčí v nemocnici 85 % respondentů. Největší vliv na toto číslo má však počet respondentů, kdy Malaníková hodnotí 428 respondentů oproti 40 respondentům v této práci.

5 ZÁVĚR

Hlavním cílem teoretické části této bakalářské práce bylo popsat problematiku řešení pooperační bolesti a možnosti léčby bolesti. Cílem průzkumné části práce bylo zjistit, jakou intenzitu bolesti pacienti očekávali před výkonem, dále průběh bolesti v raném pooperačním období a také využití nefarmakologického tišení bolesti u pacientů po operaci. Posledním dílčím cílem průzkumné části bylo zjistit spokojenost pacientů jak na oddělení, tak v dané nemocnici.

V teoretické části je nejdříve definováno, co je to bolest, pak byla popsána fyziologie bolesti a rozdělena bolest dle různých vlastností. Pro tuto práci bylo důležité popsat všechny možnosti měření a hodnocení bolesti a terapii. Poslední důležitou částí teoretické části bylo popsání role nelékařského zdravotnického pracovníka, která je v péči o pacienta s bolestí jedna z nejdůležitějších. (Vaňásek et al, 2014, s. 49)

Průzkumná část je zaměřena hlavně na vývoj míry pooperační bolesti během prvních 48 hodin. Bolest byla velice dobře hodnocená a zároveň tlumená právě ihned po přijetí pacienta na dospávací jednotku. Problém s vysokou mírou intenzity bolesti pak nastával po předání pacienta z dospávacího pokoje na standartní oddělení. Jedná se o časový interval 2 hodiny po operaci. Pokud měl pacient vyšší intenzitu bolesti než VAS (0–10) 4 zůstával dle standardu nemocnice na dospávací jednotce. A právě v dalším čase měření míry bolesti, 8 hodin po operaci, již na standartním oddělení vyšel průměr intenzity bolesti největší. Jinak tomu bylo u pacientů, kteří byli v raných pooperačních hodinách hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, kde byla bolest hodnocena a tlumena uspokojivě a hlavně pravidelně. Samotný zápis zhodnocené bolesti do dokumentace byl na standartním oddělení velice výjimečný, spíše žádný. Proto by bylo potřeba podrobněji analyzovat záznamy bolesti na standartních oddělení, čím se konkrétně zabývá Mgr. Zuzana Červenková podrobněji v rámci již zmiňované dlouhodobé spolupráce v hodnocení a managementu pooperační bolesti. Na druhou stranu je potřeba zmínit, že na tišení pooperační bolesti, dle výsledků pacientova souhlasu s tvrzením „S celkovou péčí na oddělení jsem spokojen(a).“, neodpověděl žádný pacient negativně, což je velice uspokojivý výsledek.

Dále byla také porovnána očekávaná a skutečná bolest ihned po operaci. Výsledky byly očekávané, a potvrdilo se tedy to, že bolest je jednou z největších obav pacientů před operací. (Hakl a kol, 2011, s. 13) Jako poslední se průzkumná část zabírala celkovou spokojeností pacientů s péčí na oddělení a v celé nemocnici. Odpovědi pacientů byly velice dobré, kdy ani jeden respondent neodpověděl negativně.

Dle výsledků této práce lze říci, že průzkumy ohledně bolesti jsou velice důležité a stále dokazují, že jsou v našem zdravotnictví v léčbě pooperační bolesti mezery, které by bylo dobré odstranit. 40 respondentů zúčastněných v této práci není dostatečné množství k zhodnocení celkového tíšení pooperační bolesti v daném nemocničním zařízení. Proto je tato práce součástí širší spolupráce pod vedením Mgr. Zuzany Červenkové. Výsledky této bakalářské práce budou předána kompetentním osobám v daném nemocničním zařízení, kde průzkum probíhal, a měly by pak sloužit ke zlepšení péče v daném zařízení.

6 POUŽITÁ LITERATURA

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

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

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta-Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.

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

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

SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti: praktický průvodce*. Praha: Maxdorf, c2009. ISBN 978-80-7345-182-0.

SOFAER, Beatrice. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-309-x.

STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

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

INTERNETOVÉ ZDROJE

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

AKADEMICKÉ PRÁCE

FALTÝNKOVÁ, Petra. *Pooperační bolest v intenzivní medicíně*. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova universita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.

HRABÁČOVÁ, Dana. *Péče o pacienta s bolestí – standardní operační postup*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Kučerová.

HRUDOVÁ, Jana. *Očekávání pacientů a skutečný perioperační průběh u elektivních neurochirurgických výkonů*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova universita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ivan Čundrle.

JANDOVÁ, Karolína. *Pooperační bolest pacienta v pouřazovém období*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova universita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Petra Juřeníková.

MALANÍKOVÁ, Jana. *Spokojenost pacientů s poskytovanými službami – důležitý indikátor kvality zdravotnického zařízení*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jozef Filka.

SOUDKOVÁ, Veronika. *Management bolesti u pacientů po totální endoprotéze kyčle a kolene v perioperačním období*. Pardubice, 2018. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Eva Hlaváčková.

TVRDÍK, David. *Hodnocení míry pooperační bolesti*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zuzana Červenková.

VANÍČEK, Petr. *Spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zuzana Červenková.

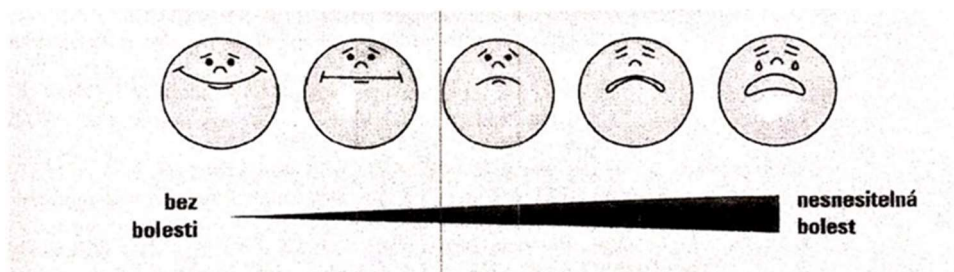
7 PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník interference bolesti s denními aktivitami DIBDA

0	Jsem bez bolesti.
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen (-na), nutí vyhledávat úlevovou polohu, popř. nutí až k ošetření u lékaře.

OPA VSKÝ, Jaroslav, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: do diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.

Příloha B: Škála bolestivé tváře

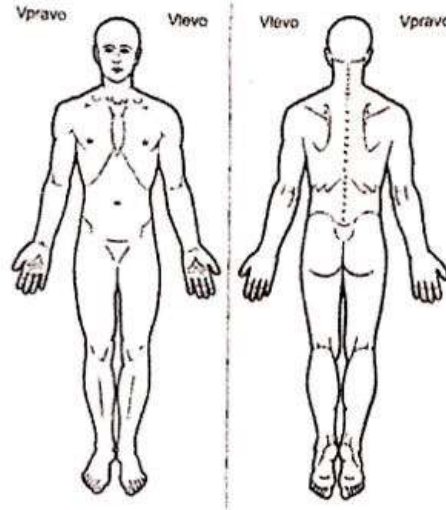


VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

Příloha C: Krátký inventář bolesti – Brief Pain Inventory

1) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítil(a) jste dnes jinou než takovou všední bolest? Ano (1) Ne (2)

2) Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí. Nejbolestivější místo označte „X“.



3) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejhorší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejmenší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší průměrné bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7) Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?

8) Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?

9) Označte, prosím, procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc léky nebo léčba uleví.
0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10) Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši

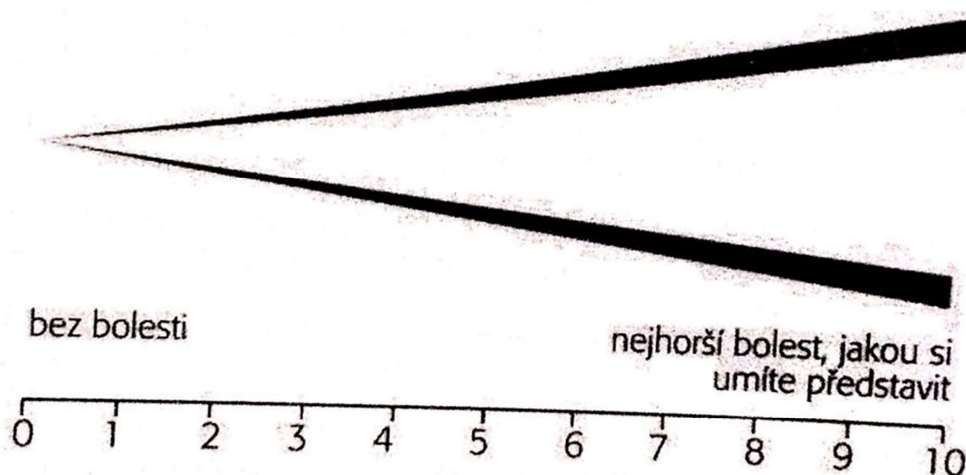
a) celkovou aktivitu:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
b) náladu:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnost chodit:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) běžnou práci (doma i mimo domov):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vztahy s jinými lidmi:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánek:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radost ze života:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Příloha D: Krátká forma dotazníku bolesti McGillovy univerzity SF-MPQ

Deskriptor bolesti	žádná–0	mírná–1	středně silná–2	silná–3
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá – palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé na dotyk)				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující – vyčerpávající				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá – krutá				

OPAVSKÝ, Jaroslav, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: do diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.

Příloha E: Vizuální a analogová škála a numerická škála

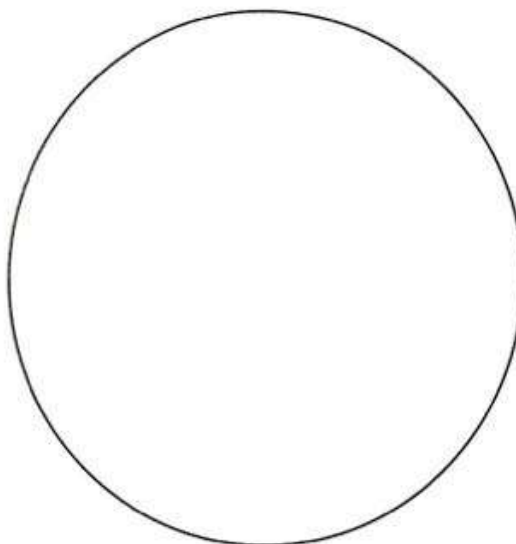


SLÁMA, Ondřej et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

Příloha F: Upravený záznamový arch

RESPONDENT Č:

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



Věk	18-30	31-45	46-60	61>
Pohlaví	muž		žena	
Výkon				
Odd.	Chirurgie	Gynekologie	Jiné	

Bolest ČAS	Bezprostředně po operaci	30 min	60 min	2h	8h	24h	48h	+48h	jiné
VAS (0-10)									
Léky									

VAS = vizuální analogová škála.

1. Očekávaná bolest před výkonem:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

2. Bolest bezprostředně po operaci:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

3. Bolest prožívaná během rozhovoru:

0 žádná	1-2 nepatrná	3-4 mírná	5-6 střední	7-8 strašná	9-10 zcela nesnesitelná
---------	--------------	-----------	-------------	-------------	-------------------------

Subjektivně:

Čas od operace:

4. Pokud mám bolest, je mi nabídnuto adekvátní tlumení:

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

Subjektivně:

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

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

6. S péčí celkově jsem v této nemocnici spokojen (a).

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

Jiné: