

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Jiří Pohanka

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí z pohledu nelékařského
zdravotnického pracovníka

Bakalářská práce

2023

Jiří Pohanka

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jiří Pohanka**
Osobní číslo: **Z18115**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka**
Téma práce anglicky: **Evaluation of pain of unconscious patients by non-medical personal**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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

Seznam doporučené literatury:

AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 9788072627073.
BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN isbn978-80-247-4343-1.
BEJŠOVEC, David a Tomáš GABRHELÍK. Měření bolesti. In: Léčba pooperační bolesti. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2453-2.
KLENER, Pavel. Vnitřní lékařství. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-246-1986-6.
ZEMANOVÁ, Jitka. Management bolesti. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Lékařská fakulta, 2011. ISBN 978-80-7368-809-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Faltová**
Katedra klinických oborů
Oponent bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů
Datum zadání bakalářské práce: **6. září 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 4.5.2023

Jiří Pohanka v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Faltové za odborné vedení, věnovaný čas a poskytování cenných rad. Dále bych chtěl poděkovat své rodině za podporu a trpělivost během času a psaní této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou hodnocení bolesti pacienta s poruchou vědomí z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka. V teoretické části je zmínka o bolesti a jejím dělení, dále o poruchách vědomí a jejich rozdělení. Dále se práce věnuje škálám pro hodnocení bolesti u těchto specifických pacientů. Výzkumná část se věnovala především hodnocení bolesti. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku na jednotkách intenzivní péče u všeobecných sester.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest, hodnocení bolesti, porucha vědomí, bezvědomí, všeobecná sestra.

TITLE

Evaluation of pain of unconscious patients by non-medical personnel

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the topic of evaluation of pain of unconscious patients from the view of non-medical personnel. The theoretical part is focused on pain and its division and on disorders of consciousness and their division. Subsequently the thesis focuses on the scales for the evaluation of pain for this specific kind of patient. The research part deals with the process of evaluation of pain from its detection, through its diagnostic to its treatment. Data collection took place using a questionnaire in the intensive care units of general nurses.

KEYWORDS

Pain, pain assessment, impaired consciousness, unconsciousness, general nurse.

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl teoretické části práce	13
1.2 Cíl praktické části práce	13
1.3 Metody k dosažení cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Bolest	14
2.1 Dělení bolesti	15
2.1.1 Akutní bolest.....	15
2.1.2 Chronická bolest	16
2.2 Hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí	17
2.3 Léčba bolesti	19
2.3.1 Farmakologická léčba bolesti	20
2.3.2 Nefarmakologická léčba	21
3 Vědomí.....	22
3.1 Poruchy vědomí	22
3.1.1 Kvantitativní poruchy vědomí	22
3.1.2 Kvalitativní poruchy vědomí	24
4 Ošetrovatelský postup při hodnocení a monitoraci bolesti u pacienta v bezvědomí na jednotce intenzivní péče.....	25
4.1 Ošetrovatelský proces v intenzivní péči.....	27
4.2 Dokumentace.....	27
4.3 Standarty poskytované péče	28
praktická část	29
4.4 Průzkumné otázky	29
4.5 Metodika výzkumu.....	29

4.6	Soubor respondentů.....	29
4.7	Realizace sběru dat.....	30
4.8	Způsob vyhodnocení dat	30
5	Prezentace výsledků.....	31
6	Diskuze	48
6.1	Průzkumná otázka číslo 1.....	48
6.2	Průzkumná otázka číslo 2.....	50
6.3	Průzkumná otázka číslo 3.....	50
6.4	Průzkumná otázka číslo 4.....	51
7	Závěr	53
8	Použitá literatura	54
8.1	Primární zdroje.....	54
8.2	Sekundární zdroje.....	54
8.3	Internetové zdroje.....	55
8.4	Ostatní	57
9	Přílohy.....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Behavioral Pain Scale (Herold Ivan, Anesteziologie a intenzivní medicína Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, roč. 24 (2013, č.6, s.431).....	62
Tabulka 1: Třístupňový analgetický žebříček WHO (Feiksová, in Bartůněk, a kol., 2016, s. 214)	20
Tabulka 2: Glasgow Coma Scale (Remeš. Trnovská a kol., Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny, 2013, s.57)	26
Graf 1- Vypracovaný standard na pracovišti	31
Graf 2- Využívaná škála	32
Graf 3 - Důvod preference škály.....	33
Graf 4- Zaznamenávání do dokumentace	34
Graf 5- Interval měření bolesti.....	35
Graf 6 - Další využívané možnosti hodnocení bolesti	36
Graf 7 - Využívání self reportu.....	37
Graf 8 - Spokojenost se standardem	38
Graf 9 - Navrhované poznatky.....	39
Graf 10 - Interval proškolení	40
Graf 11 - Forma školení.....	41
Graf 12 - Spokojenost s formou přeškolení	42
Graf 13 - Pohlaví respondentů	43
Graf 14 - Věk respondentů.....	44
Graf 15 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	45
Graf 16 - Oddělení	46
Graf 17 - Praxe v intenzivní péči	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ANVPD	Adult Non-Verbal Pain Scale
ARIP	Anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
CNS	Centrální nervová soustava
DKK	Dolní končetiny
EEG	Elektroencefalografie
FLACC	Face, legs, activity, cry, consolability
FPS	Obličejová škála bolesti
GCS	Glasgow coma scale
GIT	Gastrointestinální trakt
JIP	Jednotka intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
RSS	Ramsay Scale Score
SAS	The Riker Sedation – Agitation Scale
UPV	Umělá plicní ventilace
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Bolest je jedním z nejznámějších příznaků, které nemocného obtěžují. Jedná se o nepříjemný smyslový prožitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně. Bolestí orgán upozorňuje na pacientův diskomfort a nepohodlí. Je jednou z hlavních poruch při neurologických diagnózách. Bolest je zprostředkovávána za pomoci aferentního systému a mozkové kůry. Pacient vnímá svou bolest prostřednictvím tříneuronové dráze bolesti, která je tvořena senzitivními nervy. Dochází ke změnám bio – psycho – sociálních potřeb pacienta a vzniku patofyziologických procesů. Faktory ovlivňující bolest jsou fyziologicko – biologické a duševní. Akutní bolest, slouží jako signál nemoci a nebezpečí pro celý organismus. V momentě, kdy neprobíhá její rutinní hodnocení a nedochází k dostatečné analgezi, stává se rizikovým faktorem pro vznik chronické bolesti, která postihuje až 30 % lidí na celém světě. Představuje vysokou osobní i ekonomickou zátěž. U většiny pacientů se stává neřešitelným problémem a může být až fatální (Bartůněk, 2016), (Kozák, 2020), (Rokyta, 2016).

Pacienti v bezvědomí nemohou o své bolesti zdravotnický personál informovat, i tak je žádoucí mu od bolesti ulevit. Jednak proto, že bolest ovlivňuje průběh jeho léčby a zároveň snižuje kvalitu jeho života. Aby všeobecné sestry mohly reagovat na pacientovo prožívání bolesti a adekvátně mu od ní ulevit, měly by znát promítání bolesti na povrch těla a umět hodnotit bolest za pomoci jednotlivých hodnotících škál, měřících technik a standardů jejich daného pracoviště. Farmakologická terapie má vliv na celkové pohodlí pacienta a průběh léčby (Dale, 2015), (Herold, 2013), (Trachtová, 2018).

V současnosti se všeobecné sestry na svých specializovaných pracovištích často potýkají s pacienty s poruchou vědomí. Péče o tyto pacienty vyžaduje odborný a specializovaný přístup. Z těchto důvodů mě téma práce zaujalo a rozhodl jsem se, že se mu budu touto cestou věnovat, abych si v této problematice rozšířil teoretické znalosti a vlastní zkušenosti.

Bakalářská práce se věnuje tématu „Hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí“. Práce je rozdělena na dvě části (teoretická a praktická). Teoretická část se zabývá problematikou bolesti, jejím dělením, hodnocením a léčbou. Dále se věnuje problematice poruch vědomí, které s bolestí u pacientů na JIP souvisí. V další části popisuje ošetrovatelský postup při hodnocení a monitoraci bolesti u pacientů v bezvědomí hospitalizovaných na JIP. Praktická část bakalářské práce popisuje metodiku výzkumu a prezentuje výsledky průzkumného šetření, které probíhalo formou nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Hlavním úkolem

průzkumného šetření bylo splnit hlavní cíl bakalářské práce: zjistit zkušenost všeobecných sester s managementem bolesti u pacientů v bezvědomí.

.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části práce

Popsat teoretická východiska bolesti a vědomí.

1.2 Cíl praktické části práce

Zjistit zkušenost všeobecných sester s managementem bolesti u pacientů v bezvědomí.

1.3 Metody k dosažení cíle

Dosažení teoretických cílů proběhlo pomocí čerpání informací z odborné literatury. K dosažení cílů části praktické bylo použito nestandardizované kvantitativní dotazníkové šetření sestavené na základě průzkumných otázek.

TEORETICKÁ ČÁST

Tato kapitola se zabývá bolestí, jejím dělením, hodnocením, diagnostikou, léčbou a škálami pro její hodnocení. Navazuje část o poruchách vědomí a ošetrovatelské postupy při hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí.

2 BOLEST

„Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně spojena“ (IASP, 2020). Bolest je subjektivní negativní prožitek každého člověka, který je zprostředkovaný aferentním nervovým systémem a mozkovou kůrou. Pacient vnímá bolest díky své tříneuronové dráze, která je tvořena senzitivními nervy. Rozděluje se dle neuronů na dráhu periferní, která vede bolest od receptorů do zadních rohů míšních. Druhou je spinotalamická dráha vedoucí impulzy z míchy do talamu a v poslední řadě je talamokortikální dráha, která vede vzruchy z talamu do mozkové kůry. Je jednou z hlavních poruch při neurologických diagnózách. Rozděluje se dle několika hlavních kritérií. Jedním z nich je patogeneze, která zahrnuje neuropatickou (postižení nervového systému) a viscerální (zdroj v útrebách) bolest. Druhé kritérium rozděluje bolest na akutní a chronickou. Dalším dělením bolesti je dle příčiny (Bartůnek et al., 2016), (IASP, 2020).

Dochází ke změnám bio-psycho-sociálních potřeb a vzniku patofyziologických procesů. Z těchto důvodů je velice důležité znát promítání bolesti na povrch těla. Intenzitu bolesti lze hodnotit sledováním objektivních příznaků pacienta, což jsou: bledost, opocení, tachykardie, motorický neklid a mydriáza (Trachtová, 2018).

Faktory, které nejčastěji ovlivňují bolest jsou fyziologicko-biologické. Mezi ně řadíme: věk, pohlaví pacienta, charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti a její délku trvání. U psychicky-duševních faktorů si všímáme, jak je člověk schopný vnímat a zvládat prožívanou bolest. Sledujeme jeho náladu a emoce, které mohou být ovlivněny úzkostí, stresem, strachem, vztekem, hostilitou či frustrací. Mezi sociálně-kulturní vlivy řadíme předchozí zkušenost s bolestí podobného typu, výchovu, etnicitu a kulturu jedince. Další z možností ovlivnění bolesti je za pomoci zevních faktorů, což jsou teplo a chlad. V neposlední řadě má vliv prostředí, ve kterém se dotyčný aktuálně nachází (Bartůnek et al., 2016), (Kozák, 2020), (Trachtová, 2018).

Bolest je jeden z nejznámějších příznaků, které nemocného obtěžují. Bolestí orgán upozorňuje na pacientův diskomfort a nepohodlí, což by nemělo být přehlíženo. Další velmi klíčovou intervencí pro zjištění bolesti je respektování sdělení jednotlivých osob o subjektivním prožívání a cítění bolesti. Pokud je pacient neschopný komunikace, nesmí se vylučovat možnost, že bolest cítí. Verbální projev je jen jedna z mnoha možností, jak nás na ni pacient může upozornit (Kozák, 2020), (Trachtová, 2018).

2.1 Dělení bolesti

Bolest se dá dělit do několika kategorií dle hlavních kritérií. Jedním z nich je patogeneze, která zahrnuje neuropatickou (postižení nervového systému) a viscerální (zdroj v útrokách) bolest. Druhé kritérium rozděluje bolest na akutní a chronickou. Dalším dělením bolesti je dle příčiny. Rozděluje ji na ischemickou (nedostatečné okysličení orgánů s nahromaděním kyseliny mléčné), kolikovitou (spazmy hladké svaloviny), nádorovou (tlak nádoru na ostatní tkáň včetně tvoření metastáz), zánětlivou (zánět v organismu), úrazovou (poškozená tkáň vnější příčinou) a fantomovou (amputovaná končetina) bolest (Bartůněk et al., 2016), (Kozák, 2020).

2.1.1 Akutní bolest

Jedná se o nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně. Z biologického hlediska je akutní bolest označována jako účelná. Bolest je lokalizovaná, intenzivní, spíše periferní. Slouží jako signál nemoci a nebezpečí. Je charakterizována svým rychlým nástupem a omezenou dobou trvání (několik sekund, dní až 12 týdnů). Bývá obvykle označována jako akutně vzniklá bolest, která je vyvolána specifickou událostí (úraz, pooperační stav). Je v přímém vztahu k poranění tkáně či onemocnění. Velmi často dochází k jejímu rychlému zlepšování a spontánnímu odeznění (Bartůněk et al., 2016), (Skála a Kozák, 2021), (Rokyta, 2016).

Její charakter je ze začátku ostrý a pálivý. Působí ihned po bolestivém impulzu. Nejvyšší intenzita bývá na začátku. Nedostatečně kontrolovaná akutní, většinou pooperační, bolest se může projevit jako silný stresor, který působí na jednotlivé orgánové systémy. Má vliv na celý organismus. Aktivuje sympatikus. Dochází k vyplavování katecholaminů, k zánětlivým a imunitním reakcím, imunosupresi, snížení motility GIT (gastro intestinální trakt), tachykardii, tachypnoei, pocení, mydriáze, retenci moči a hyperglykémie. Může se také projevovat pomocí dechové signalizace v podobě měření okysličení krve (hyposaturace, hyperventilace). Dále má vliv na psychiku pacienta, působí strach a obavy. Toto negativní chování pacienta může způsobit špatnou komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Může způsobovat nedůvěru v léčbu samotnou. (Bartůněk et al., 2016), (Skála a Kozák, 2021), (Rokyta, 2016).

Léčba velmi dobře působí na akutní bolest, dochází k léčení prvotní příčiny. Jedná se o zásadní a logický medicínský krok. Zároveň je důležité zahrnout i léčbu symptomatickou, která předchází patofyziologickým změnám včetně prohloubení stresu. Měla by se přiměřeně léčit po úrazech a operacích. Závažná akutní bolest a nedostatečná analgezie je rizikovým faktorem pro rozvoj chronické bolesti. Proto je kladen velký důraz na prevenci. Čím vyšší efektivita léčby akutní bolesti, tím menší riziko přechodu na chronickou bolest („paměť bolesti“). Zásadní roli v léčbě akutní bolesti hraje farmakologie. Často si lékaři vystačí pouze s jednou léčebnou variantou (Bartůněk et al., 2016), (Skála a Kozák, 2016).

2.1.2 Chronická bolest

Podle deklarace EFIC (European Federation of IASP Chapters) je chronická a opakující se bolest (CHB) specifickým zdravotním problémem a samotným onemocněním (Skála a Kozák, 2021), (Raja, 2020).

Mezinárodní asociace pro studium bolesti označuje chronickou bolest jako „*nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popsáný z hlediska takového poškození*“ (Crofford, 2015). Chronická bolest přetrvává déle než 3 měsíce. Představuje vysokou osobní i ekonomickou zátěž. Postihuje až 30 % lidí na celém světě. Tato bolest může být také definována jako muskuloskeletální. Je jedním z neřešitelných klinických problémů, s nimiž se lékaři potýkají každý den. Pro pacienty může být až fatální. Je způsobena fyziologickými změnami v přenosu bolesti nebo jejich sestupnými modulačními cestami. Bolest může být kategorizována jako nociceptivní (poranění tkáně), neuropatická (poranění nervu) nebo centrální. Mezi syndromy chronické bolesti patří například: temporomandibulární porucha, fibromyalgie, syndrom dráždivého tračníku, intersticiální cystitida, pánevní bolest a další. Rozvoj chronické bolesti je maladaptivní odezva organismu. Přetrvává i přes vyřešení patologického stavu, který ji původně vyvolal (Bartůněk et al., 2016), (Cohen, 2021).

Mimo to mohou mít pacienti se symptomatickými poruchami změněny jak psychologické, tak i tělesné reakce na bolest, které významně přispívají ke zhoršení celkového klinického stavu. Snad žádný jiný symptom nevyvolává takový strach a odpor jako již zmiňovaná chronická bolest. Je považována za nejkomplikovanější případ v oboru algeziologie. Proto se jí většina lékařů obává. Vyžaduje větší pozornost a jiný přístup než k akutní bolesti.

Zasahuje do všech aspektů lidského života. Cílem chronické bolesti je dosažení úlevy pacienta od bolesti a zvýšení funkční kapacity. Pro co nejlepší zkvalitnění života pacienta lze využít jak farmakologické (invazivní analgetické metody), tak i nefarmakologické (rehabilitace, psychoterapie, sociální podpora, alternativní medicína – akupunktura) postupy léčby. Na rozdíl od akutní bolesti, která nese hodnotu přežití, lze chronickou bolest nejlépe považovat za nemoc s léčebnými (aktivita navzdory bolesti) a psychologickými (přijetí bolesti a optimismus jako cíle, snížení intenzity bolesti a zlepšení kvality života pacienta) důsledky (Crofford, 2015), (Skála a Kozák, 2021).

Pro její zhodnocení je využíván konceptuální model bolesti, který vytvořil americký neurochirurg David Loeser. Rozděluje bolestivý zážitek do čtyř komponentů. Důležité je na něho nahlížet komplexně a zhodnotit každý z nich. Jedním z posledních bodů je bolestivé chování, které je objektivní. Bolestivé grimasy, vzdychání, sténání, pláč či zaujímání různých úlevových poloh. Smyslem je upoutat pozornost na sebe, aby okolí vzalo v potaz, že nemocný trpí bolestí. Pacient jedná většinou nevědomě a projevuje se ochrannou reakcí (Cohen 2021), (Crofford, 2015), (Bartůněk et al., 2016).

2.2 Hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí

Pro hodnocení bolesti existuje nepřehledné množství hodnotících metod. Validní a pragmatické hodnocení bolesti je velice důležité pro efektivní léčbu bolesti a výzkum. Posouzení bolesti je nezbytné k určení typu bolesti, zda je adekvátní zvládnutí bolesti, zda jsou nutné změny analgetik či jsou opodstatněné další intervence s otázkou nutnosti odborných konzultací. Hodnocení bolesti vyžaduje komplexnější přístup, který napomáhá ke snadnějšímu určení typu bolesti (např. neuropatická, viscerální, somatická a další), jak bolest ovlivňuje funkci organismu, jaké intervence byly účinné či mylné a jak pacient zvládá bolest. Ačkoliv objektivní měření bolesti může být někdy užitečnější a jasnější, zlatý standard je v současnosti pozorování neboli self-report. Tato metoda včetně hledání potencionálních příčin bolesti, pozorování chování pacientů (například při změně jejich polohy, mimika) či změny fyziologických funkcí, je doporučována organizací The American Society for Pain Management Nursing u nemocných s kognitivní poruchou včetně bezvědomí, kteří nejsou schopni komunikovat nebo vyjádřit svůj názor (Gordon, 2015).

U pacientů v bezvědomí jsou preferovány Behaviorální škály bolesti, které jsou využívány zdravotnickými pracovníky ke zmapování jejich bolesti. Zaměřují se zejména na neverbální projevy, ke kterým přiřazují určité hodnoty. Škála ANVPD (Adult Non-Verbal Pain Scale)

zohledňuje navíc i fyziologické funkce pacienta, které mohou být ovlivněny tím, jak silnou bolest pacient pociťuje. U krátkodobé akutní bolesti postačí pozorovat její lokalizaci a intenzitu (Herold, 2013).

Optimální frekvence v přehodnocování škál pravděpodobně závisí na řadě faktorů. Může se jednat o typ chirurgického zákroku, adekvátnosti počáteční úlevy od bolesti, přítomnost vedlejších účinků, přítomnost komorbidit a změn klinického stavu. Výběr konkrétního hodnotícího nástroje závisí na vývojovém stavu jedince, jeho kognice, úrovni vzdělání a kulturních rozdílech (Gordon, 2015).

FLACC škála (face, legs, activity, cry, consolability) - hodnotí bolest u pacientů posouzením pěti hlavních kritérií: mimika, dolní končetiny (DKK), pohybová aktivita, pláč a klid. Tato škála lze použít jak u dětí, tak i u dospělých pacientů s poruchou kognitivních funkcí nebo u pacientů napojených na UPV (umělá plicní ventilace). V případě hodnocení intubovaného pacienta je zapotřebí vyřadit poslední dvě kritéria, kterými jsou pláč a utěšitelnost. Ideální je, v kombinaci s touto škálou, využít selfreport. Každému z hodnocených faktorů můžeme přiřadit 0 – 2 body. Prvním z faktorů je mimika. V tomto bodě hodnotíme výraz tváře. Pacient bez výrazu ve tváři - 0 bodů, pacientův nezáměr s občasným grimasováním nebo mračením - 1 bod, trvalé mračením či třes v mimických svalech - 2 body. Na dolních končetinách je - 0 bodů přiděleno při jejich fyziologické poloze. Při neklidném pohybu DKK - 1 bod, kopání a flexe DKK - 2 body. Dalším hodnoceným faktorem je aktivita. Klidně ležící pacient ve fyziologické poloze - 0 bodů, neklidné pohyby - 1 bod, rigidita či záškuby - 2 body. Předposledním faktorem je pláč. Pokud není přítomen - 0 bodů, občasná naříkání - 1 bod, trvalé naříkání a pláč - 2 body. Posledním faktorem je uklidnění. Klidný, relaxovaný pacient - 0 bodů, pacienta lze zklidnit krátkodobě objetím, dotekem či slovně - 1 bod, není utěšitelný vůbec či velice obtížně - 2 body (Herold, 2013).

Sedation and agitation scale (The Riker Sedation – Agitation Scale – SAS) je první kvalitní škála pro hodnocení vědomí a agitace u kriticky nemocných pacientů, které hodnotíme 1 – 7 body. Neprobuditelný pacient s minimální nebo žádnou reakcí na algický podnět - 1 bod. Pacient v hluboké sedaci nekomunikuje, nespolupracuje, nelze ho probudit velmi intenzivními podněty, po probuzení ihned usíná - 2 body. Sedovaný pacient, který se probouzí po verbální stimulaci, dokáže plnit jednoduché úkoly a následně opět usíná - 3 body. Klidný, kooperativní pacient, snadno probuditelný, plní naše pokyny - 4 body. Agitovaný pacient, mírně nebo středně neklidný, ale usměrnitelný slovní výzvou - 5 bodů. Velmi agitovaný pacient, jehož neklid

neustává ani po opakované slovní výzvě, brání se UPV, kouše do tracheální roury, sahá si po invazivních vstupech - 6 bodů. Nebezpečně agitovaný si sahá po endotracheální rouře, invazivních vstupech a pokouší se je vytáhnout, snaží se vylézt z lůžka, sedat si a přetáčet se ze strany na stranu - 7 bodů (Herold, 2013).

Ramsay Scale Score (RSS) je šestistupňovou škálou orientující se především podle aktivity a reakcí pacienta na verbální a algické podněty. Do první úrovně zařazujeme bdělého pacienta, který vykazuje známky neklidu, může být úzkostný. Druhý stupeň popisuje bdělého pacienta reagujícího na verbální podněty, vyhovujícího verbální výzvě. Bdělého pacienta reagujícího na verbální výzvu zařazujeme do třetího stupně. Do stupně čtvrtého a pátého přiřazujeme pacienty nereagující na algický podnět mimického svalstva (glabelly) a verbální výzvu. Rozdílné je pouze to, že v pátém stupni, na rozdíl od čtvrtého, není žádná reakce ani na hlasité verbální výzvy. V šestém stupni jsou pacienti nereagující na žádný z podnětů uvedených v pátém stupni. Tato škála je bohužel kritizována za neúplnost s nedostatečným odlišením mezi jednotlivými kategoriemi. I přes všechny tyto chyby jsou s ní klinicky nejrozšířenější zkušenosti (Herold, 2013), (Rasheed et al., 2018).

Obličejová škála bolesti (FPS) je hodnotící škála, jejíž prvotní využití bylo určeno pro děti. Zde hodnocení probíhá pomocí šesti obličejů zobrazujících různou mimiku obličeje seřazené od stavu bez bolesti až po bolest nejvyšší. U pacientů s kognitivním deficitem může docházet k chybnému čtení výrazů obličeje, tudíž i k nepřesnému výsledku (Hadjistavropoulos, 2014).

2.3 Léčba bolesti

Vzhledem k současným možnostem medicíny by neměla být v léčbě bolesti opomíjena farmakoterapie. Priorita spočívá v nalezení rovnováhy mezi účinnou léčbou a přijatelnými vedlejšími účinky. U hodnocení akutní bolesti se postupuje ze „shora dolů“. Proto se z počátku preferuje využití spíše silnějších analgetik s rychlým nástupem účinku. U chronické bolesti je tomu však naopak ze „zdola nahoru“. Využívá se multimodální léčba, jejímž důležitým aspektem je kombinace farmakoterapie. Prolínají se a vzájemně se zde doplňují jednotlivé interdisciplinární programy, které jsou přínosné. Zahrnují rehabilitační postupy, psychologickou léčbu a invazivní analgetické postupy. Tlumení bolesti nemocného, s co nejmenšími vedlejšími účinky, zlepšuje kvalitu života pacienta a urychluje průběh rekonvalescence. V opačném případě může dojít ke vzniku komplikací. Přístupy k léčbě bolesti lze rozdělit jako farmakologické a nefarmakologické (Bartůněk et al., 2016), (Dale, 2015), (Skála a Kozák, 2021).

2.3.1 Farmakologická léčba bolesti

Farmakoterapie by měla být pečlivě vybrána tak, aby se předešlo aditivním vedlejším účinkům a byla zaměřena na tlumení některých typů bolestí a léků určených kléčbě (adjuvantní analgetika). Farmaka pro tišení bolesti se nazývají analgetika (opioidní a neopioidní). Pro zvolení správné a účinné farmakoterapie je využíván třístupňový analgetický žebříček WHO, který byl původně určen pro nádorovou bolest. (Bartůněk et al., 2016), (Dale, 2015), (Skála a Kozák, 2021).

Tabulka 1: Třístupňový analgetický žebříček WHO (Feiksová, in Bartůněk, a kol., 2016, s. 214)

		III. Stupeň - silná bolest
	II. Stupeň - středně silná bolest	
I. Stupeň - mírná bolest	slabý opioid + neopioidní analgetikum	silný opioid +/- neopioidní analgetikum
neopioidní analgetikum		
+/- koanalgetika a pomocná léčiva		

2.3.1.1 Opioidní farmaka

V intenzivní péči jsou nejvíce využívány opiáty (Fentanyl, Morphin, Sufentanil, Remifentanyl) podávané intravenózně, kterých se dodnes nejen pacienti, ale i lékaři bojí. Většina opiátů ovlivňuje řadu fyziologických funkcí organismu. Mohou se objevit nežádoucí účinky (útlum dechového centra, ospalost, nauzea a zvracení, retence moči, kožní projevy a zpomalení peristaltiky GIT). Všechny tyto obtíže mohou být pouze přechodné a nemusí být důvodem pro změnu či ukončení léčby. Jejich pozitivem je tlumit i velmi silné bolesti. Negativum spočívá ke vzniku velkého návyku, čímž je spojeno zvyšování jejich dávek při dlouhodobějším užívání. Opioidy se nasazují dle platného opioid realismu (při správné indikaci nejúčinnější analgetika). U onkologických pacientů je preferována bezlimitní medikace a duální aplikace ve smyslu podávání jednotlivých opiátů současně s různým působením na receptory (Bartůněk et al., 2016), (Skála a Kozák, 2021), (Maláska et al., 2022).

Uplatňují se však i neopioidní analgetika (Gabapentin, Paracetamol či kyselina acetylsalicylová), jejichž velká výhoda spočívá ve snížení či úplném vysazení opiátů. Jejich kombinace může způsobit aditivní účinek. Analgezie u pacientů v bezvědomí je podávána kontinuálně intravenózně, v pravidelných intervalech či „dle potřeby“ (Bartůněk et al., 2016), (Skála a Kozák, 2021), (Maláska et al., 2022).

2.3.1.2 Sedace

Nezbytná u pacientů na jednotce intenzivní péče trpící stresujícími faktory vedoucí k agitaci a diskomfortu pacienta. Zároveň je využívána, pokud není možné analgezii řešit

pouze neopioidními analgetiky. Není vždy automatická, měla by být podávána v co nejmenší hloubce dle aktuálního stavu pacienta s výjimkou bolestivých procedur či nutnosti svalové relaxace. Ne všechna farmaka zprostředkovávající sedaci lze využít pro analgezii pacienta. Vhodně lze použít například Klonidin a Dexmedetomidin. Nadměrná sedace může způsobovat jednotlivé nežádoucí události pacienta (prodloužení doby na UPV, delirium) s následným prodloužením hospitalizace a tvorbě kognitivního diskomfortu pacienta po jeho propuštění domů z nemocniční péče (Maláska et al., 2022).

2.3.2 Nefarmakologická léčba

Pro využití jednotlivých nefarmakologických metod k tlumení bolesti (psychologické, fyzikální, rehabilitační) je důležité vzít v potaz aktuální stav vědomí pacienta. Při péči o pacienta v bezvědomí je možné využít například aromaterapii, muzikoterapii, ticho a klid, bazální stimulaci, polohování, masáže či koupele (Bartůněk et al., 2016).

3 VĚDOMÍ

„Vědomí je stav, při kterém si jedinec plně a správně uvědomuje sám sebe i své okolí, je schopen jednat dle své vůle a správně reagovat na zevní a vnitřní stimuly“ (Klener, 2017). „Vědomí definuje naši lidskost více než jakýkoli jiný biologický jev, který by lékař mohl vyšetřit, diagnostikovat nebo léčit“ (Septien, 2018). Vědomí člověka je rozděleno do dvou kategorií. První - bdělost (vigilita) je stav centrálního nervového systému, kdy je člověk schopen reagovat na podněty, či změny přicházející z vnějšího prostředí. Může dojít k poruše dominující snížení vigility (kvantitativní porucha). Druhým stavem, který je na vigilitě závislý je jasnost vědomí (lucidita). Člověk je schopen být bdělý, dokáže si adekvátně uvědomovat sebe samotného a správně interpretuje získané poznatky z vnějšího okolí. Pokud je lucidita pacienta narušena dochází ke změně obsahu vědomí (kvalitativní porucha). Vyvolané příčiny, které způsobují postižení CNS (centrální nervová soustava) jsou změny strukturální léze (cévní mozková příhoda, kraniocerebrální poranění, mozkový absces, nádor a ložiskový neurologický deficit) či nestrukturální neboli difúzní (otravy, hypoxie, hyperkapnie, iontové dysbalance, dekompenzace jaterního nebo ledvinného selhání či stavy spojené s poruchou metabolismu cukrů) (Havlíček a Voldřich, 2017).

3.1 Poruchy vědomí

Změněný stav vědomí, který je způsobený poraněním nebo porušením funkce nervového systému reagující na vzrušení a uvědomění. Doprovázejí širokou škálu onemocnění. Pro zhodnocení poruch vědomí jsou využívány behaviorální škály. Jejich validita byla však ohodnocena na 40 %. Další diagnostickou metodou určenou pro lékaře je elektroencefalografické vyšetření (EEG). Zlepšuje přesnost klasifikace poruch vědomí. EEG studie napomáhají pro rozhodování o dalším léčebném postupu pacienta s poruchou vědomí. V současnosti stále chybí znalosti o elektrofyziologických základech lidského vědomí (Bai, 2020), (Havlíček a Voldřich, 2017).

3.1.1 Kvantitativní poruchy vědomí

Obluzené vědomí, které se vyznačuje zkreslenými informacemi o vlastních duševních procesech i okolí. Dělí se na jednotlivé poruchy: somnolence, sopor, kóma, synkopa. I spánek může být považován za kvantitativní fyziologickou změnu vědomí (Havlíček a Voldřich, 2017), (Ševčík et al., 2014).

Somnolence (letargie)

Pacient trpí nadměrnou až patologickou ospalostí. Při probuzení opět ihned usíná. Je schopen reagovat na oslovení a bolestivé podněty. Odpovídá přiléhavě. Orientaci své osoby, prostoru a času má zachovalou. Reflexy má adekvátní k podnětům (Bartůněk et al., 2016), (Havlíček a Voldřich, 2017).

Sopor (stupor)

Je stav, kdy se pacient nachází v hlubokém spánku. Probuzení s otevřenýma očima je možné pouze po algické stimulaci. Na otázky neodpovídá přiléhavě, poté ihned usíná (Bartůněk et al., 2016).

Kóma (bezvědomí)

Pacient se neprobouzí na žádný podnět. Rozděluje se na mělké (zachovány reflexy, především obranné), hluboké bezvědomí (veškeré reflexy jsou vyhaslé, zachovány pouze vitální funkce, inkontinence moči a stolice) a synkopy (Bartůněk et al., 2016).

Bezvědomí hluboké

Stav hlubokého nevědomí, ze kterého nelze pacienta probudit. Oči jsou zavřené, normální cyklus spánku a bdění chybí. Po akutním poškození mozku může tento stav trvat několik dní až týdnů. Pacienti mohou být postiženi syndromem nereagující bdělosti bez klinických změn (vegetativní stav). Tito pacienti otevrou oči, projevují se pouze neúmyslným chováním (reflexy). Okolím jsou považováni za nevědomé. Bezvědomí může být způsobeno primárním poškozením centrálního nervového systému (ischemie, krvácení, trauma, infekce a epilepsie), ale i sekundárním vlivem na CNS (šokové stavy, ledvinné a jaterní selhání, respirační insuficience, endokrinní a metabolické poruchy, hypertenzní krize či toxické vlivy) (Kondziella, 2020), (Zlatohlávek, 2017).

Synkopa

Krátkodobá spontánní reverzibilní ztráta vědomí a svalového tonu. Může být bez příčiny či se jedná o nedostatečnou perfusi mozku. Rozděluje se dle původu na kardiální a nekardiální synkopy (Zlatohlávek, 2017).

3.1.2 Kvalitativní poruchy vědomí

Dochází ke změně chování, obsahu reakcí a poruše lucidity. Dělí se tradičně na: delirium, obnubilaci a amenci (Havlíček a Voldřich, 2017).

Delirium (obluzené vědomí)

Jedná se o akutní stav s výraznou poruchou vědomí, pozornosti a orientace (dezorientace osobou, místem a časem) pacienta, který je spojený s funkčním poklesem, úzkostí, strachem a agitovaností. Je nejvíce zastoupenou kvalitativní poruchou vědomí (10 – 20 % hospitalizovaných pacientů). Všichni pacienti mohou být vystaveni riziku vzniku deliria. U některých lidí může být riziko mnohokrát vyšší (věk nad 65 let, polymorbidita, stresory, psychiatrické onemocnění, závislost na alkoholu či na drogách, infekce, určité léky). Patofyziologická příčina vzniku této poruchy není zcela známa. Může se jednat o extracerebrální (metabolická onemocnění či hypoxie mozku) či cerebrální (strukturální léze mozku) vlivy. Delirium má nejčastěji velmi rychlý nástup a bouřlivý průběh. Může se však stát, že stav deliria zůstane nepostřehnutý, především v jeho hypoaktivní formě, která bývá ošetřujícím personálem považována pouze za formu zmatenosti (Bartůněk et al., 2016), (Havlíček, Voldřich, 2017), (Mattison, 2020).

Je velice důležité tento stav u pacientů rozpoznat co nejrychleji a začít okamžitě léčit vyvolávající faktory. Delirium nelze vyléčit žádným zásahem ani medikamenty. Při použití správných intervencí lze poruchu zmírnit či jí zabránit (Mattison, 2020).

Obnubilace (mráкотný stav)

Změna vědomí, která se podobá snění. Z časového hlediska může trvat i několik týdnů, rychleji nastupuje a odchází. Vzniká například u hypoglykémie, kdy je prostorová orientace zachována. Člověk si neuvědomuje a nepamatuje (amnésie) své náhlé nevypočitatelné jednání. Tento stav může připomínat opilost (ebrieta) (Havlíček, Voldřich, 2017).

Amence (zmatenost)

Stav, který je doprovázen poruchami paměti a dezorientací. V současnosti je považován za mírnější formu deliria. Není zde přítomný psychomotorický neklid ani halucinace (Havlíček, Voldřich, 2017).

4 OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP PŘI HODNOCENÍ A MONITORACI BOLESTI U PACIENTA V BEZVĚDOMÍ NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

Specifikem v poskytované péči na JIP (jednotka intenzivní péče) je specializovaná komplexní péče o pacienta, kdy se v první řadě orientuje na udržení a zlepšení základních životních funkcí a potřeb jako jsou: potřeba dýchat, přijímat výživu a potřeba vyprazdňování. Základní cíle ošetřovatelského procesu by tak měly směřovat k udržitelnosti a zlepšení životních funkcí a potřeb (Bartůnek et al., 2016).

Jedním z nejdůležitějších a nejzákladnějších kroků u pacientů na JIP je zhodnocení vědomí s následným zjištěním jedné z kvantitativních poruch. V momentě, kdy pacient není schopen odpovědi na naše oslovení a nereaguje na zatřesení či bolestivý podnět, přistupujeme k jednoduchému hodnotícímu schématu ABCD (A – dýchací cesty, B – ventilace a oxygenace, C – hmatné pulzace, krevní tlak, pulz a návrat kapilár, D – neurologické vyšetření provedené detailněji). Pokud byly zjištěny zachované funkce dechu a cirkulace krve, lze přistoupit k detailnějšímu neurologickému vyšetření, které se provede za pomoci hodnotící škály Glasgow Coma Scale (GCS). U pacienta v bezvědomí ($GSC \leq 8$) je velice důležité při příjmu na jednotku intenzivní péče zjistit jeho anamnestické údaje, ať už od rodinných příslušníků nebo od přímých svědků. Zajímáme se o začátek bezvědomí, jeho přidružených okolnostech (křeče), nemocech pacienta, užívání farmakologie, kouření, užívání drog, či zda se pacient vystavoval toxickým látkám. Co se týče diagnostiky, lékaři se opírají zejména o fyzikální vyšetření, včetně neurologického a zobrazovacích metod. Dalším důležitým vyšetřením je zjištění laboratorních výsledků pacienta. Léčba spočívá v zajištění životně důležitých funkcí pacienta (například intubace). O jejím dalším průběhu je rozhodováno během celého vývoje klinického stavu pacienta na JIP (Maláska et. al., 2020). (Zlatohlávek, 2017).

Tabulka 2: Glasgow Coma Scale (Remeš. Trnovská a kol., Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny, 2013, s.57)

Otevření očí	spontánní	4
	na výzvu	3
	na bolest	2
	žádné	1
Slovní odpověď	orientovaná	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	žádná	1
Motorická reakce	plní příkazy	6
	na bolest	5
	necílená	4
	flexe na bolest	3
	extenze na bolest	2
	žádná	1

Všichni pacienti na jednotkách intenzivní péče cítí bolest (klidová, při běžné péči na JIP). Ženy s kardiologickým onemocněním vnímají bolest hůře než muži. Nejběžněji se vyskytuje bolest procedurální (Barr, 2013).

Co se týče hodnocení bolesti, doporučuje se ji sledovat u každého dospělého pacienta rutinně. Monitoruje se při přijetí pacienta na JIP, v průběhu hospitalizace, při přehodnocování stavu pacienta na základě standardizovaných postupů daného oddělení, dle ordinace lékaře, po příjezdu z výkonů (invazivních, operačních a intervenčních), po aplikaci analgetické léčby. Nejplatnější a nejspolehlivější škála pro hodnocení bolesti (kromě poranění mozku) u pacientů na JIP je Behavioral Pain Scale (příloha B). Slouží pro pacienty s neporušenou motorickou funkcí a nenarušeným chováním, kteří nejsou schopni self – reportu. Není doporučeno využívat samostatně observační škály pro hodnocení bolesti, které zahrnují vitální funkce. Ty slouží pouze jako vodítko pro jejich hodnocení. Všeobecná sestra díky svým kompetencím může hodnotit bolest (lokalizaci, charakter, frekvenci a délku pociťované bolesti) za pomoci hodnotících škál a měřících technik. Po jejím hodnocení si následně vytvoří jednotlivé ošetrovatelské diagnózy s intervencemi. Jedná se například o polohování pacienta v bezvědomí do úlevové polohy každé 2 hodiny přes den, přes noc, co 4 hodiny za pomoci antidekubitálních pomůcek a matrace. Podání farmakoterapie podle ordinace lékaře, sledování účinku analgetik, hlášení nežádoucích účinků po podání analgetik, přikládání studených či teplých obkladů,

podpora rodiny. Závěrem všeobecná sestra zhodnotí výsledky svých předem stanovených intervencí do zdravotnické dokumentace a kontaktuje ošetřujícího lékaře. Zároveň by se měla pokusit o to, aby nebyla zdrojem dalších bolestí (šetrné provádění převazů, aplikace injekcí a manipulace s nemocným). Je velice důležité zajistit pacientovi odpočinek po odeznění bolesti (Barr, 2013), (Vaňásek a kol., 2014), (Věstník Ministerstva zdravotnictví částka 2, 2020), (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

4.1 Ošetřovatelský proces v intenzivní péči

Ošetřovatelský proces je funkční, individuální přístup NLZP v péči o pacienta, který zahrnuje pět bodů. Zjištění a následné hodnocení potřeb pacienta a základních informací týkajících se pacienta a jeho rodiny. Sestavení problémů a ošetřovatelských diagnóz, sestavení plánů a cílů ošetřovatelské péče, realizace péče na podkladě ošetřovatelských diagnóz zároveň s dokumentací o poskytnuté péči. Jako poslední je vyhodnocení úspěšných a neúspěšných kritérií stanovených cílů a následné vyhodnocení za pomoci informací zjištěných např. pozorováním, rozhovorem či konzultací s pacientem nebo jeho rodinou (Bartůněk et al., 2016).

4.2 Dokumentace

Při poskytování péče na jednotkách intenzivní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních je důležitým aspektem vedení zdravotnické dokumentace. Jedná se o systematicky vedený soubor informací o pacientovi zahrnující: zdravotní stav pacienta, změny stavu a informace o poskytnuté péči. Požaduje se její správnost, ucelené vedení, přehlednost a orientace. Slouží pro celý tým poskytující péči pacientovi. Je jedním z prokazatelných důkazů o poskytování péče pacientovi. V neposlední řadě tvoří základ pro vyhodnocení úrovně a kvality poskytované péče. Správnost vedení zdravotnické dokumentace je upravena zákonem o zdravotních službách a vyhláškou 137/2018 Sb. (Bartůněk et al., 2016), (Vyhláška č. 137/2018 Sb.).

Záznam ve zdravotnické dokumentaci u pacienta s bolestí v bezvědomí musí vždy obsahovat: popis zjištěné bolesti a navazující činnost NLZP (nelékařský zdravotnický personál) reakci pacienta na podanou léčbu a vývoj bolesti v čase. Zároveň se zaměřujeme na neverbální projevy bolesti pacienta, který se nemůže vyjádřit (porucha vědomí) a je u něho velice obtížné zjistit, zda se vyskytly nežádoucí účinky po aplikaci léčby a jak bolest subjektivně pociťuje (Věstník Ministerstva zdravotnictví částka 2, 2020).

4.3 Standarty poskytované péče

Standard je odborníky popsaná závazná norma pro minimální kvalitu poskytované péče, bezpečí pacientů a zdravotnického personálu při poskytování ambulantní a lůžkové zdravotní péče, kterou je Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 262/2016 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Zdravotnický pracovník se řídí podle platných standardů nemocnice nebo zdravotnického zařízení, ve kterém pracuje. Každý standard se skládá ze tří hlavních domén. První část je vlastní znění standardu. Druhá stěžejní doména popisuje způsob naplnění standardu. Uvádějí se zde příklady na plnění a případné odkazy na legislativu a jiné zdroje. Třetí částí jsou indikátory standardu. Jsou to měřitelné a posuzovatelné položky podle standardu konkrétní nemocnice/zdravotnického zařízení. Standardy se řídí veškerý nelékařský ošetrovatelský personál (Marx, Vlček, 2013), (Vyhláška 262/2016 Sb.).

PRAKTICKÁ ČÁST

4.4 Průzkumné otázky

Jakou používáte škálu pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti?

Jak často hodnotíte bolest u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti?

Jak jste spokojeni se standardem bolesti na Vašem pracovišti?

Jak probíhá proškolení zaměstnanců v problematice bolesti u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti?

4.5 Metodika výzkumu

Pro sběr dat v praktické části byl zvolen kvantitativní výzkum za pomoci tištěného nestandardizovaného dotazníku (příloha C) vytvořeného pro účel této bakalářské práce. Dotazník obsahuje 17 otázek. Lze ho rozdělit na dvě části. První část (otázky 1-12) se zaměřuje na odpovědi k výzkumným otázkám. Obsahuje 6 uzavřených otázek a 6 polootevřených, z toho celkem čtyři otázky s možností výběru více odpovědí. Druhá část dotazníku (otázky 13-17) se zaměřuje na sociometrické otázky a otázky ohledně věku, pohlaví, vzdělání, délky praxe a typu oddělení. Správnost odpovědí týkajících se standardizovaných metod při hodnocení bolesti byly uznávány dle platného standardu nemocnice (příloha A). Konkrétně se jedná o otázky č. 2,5,10.

4.6 Soubor respondentů

Hlavním kritériem pro výběr respondentů bylo, aby zdravotničtí pracovníci měli dokončené vzdělání všeobecné sestry ukončené středoškolským či vysokoškolským bakalářským studiem. Další podmínkou bylo vykonávat profesi všeobecné sestry na neurologické jednotce intenzivní péče a anesteziologicko - resuscitačním oddělení. Poslední stanovisko spočívalo v ochotě spolupracovat na průzkumném šetření, kterého se celkem účastnilo 40 respondentů, z toho 20 dotazovaných z neurologické JIP a 20 z ARO.

Na pracoviště bylo distribuováno celkem 40 dotazníků s návratností ve stejném počtu 40 (100 %). Z důvodu neúplného vyplnění musel být jeden dotazník vyřazen. Konečný soubor respondentů tedy činil 39.

4.7 Realizace sběru dat

Před zahájením průzkumného šetření byl stanoven hlavní cíl a průzkumné otázky. Dotazník byl využit v nemocnici krajského typu na neurologické jednotce intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Před zahájením výzkumu byla požádána o schválení výzkumu vedoucí katedry Klinických oborů Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Následně bylo o provedení výzkumu zažádáno na výše uvedených odděleních. Po souhlasu vedoucích pracovníků oddělení byla žádost podána k souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče. Před samotnou distribucí dotazníků neproběhla žádná pilotní studie, pouze konzultace s vedoucí práce o správnosti, korektnosti a srozumitelnosti pokládaných otázek. K otázkám č. 6 a 11 byla přidána možnost více odpovědí. Sběr dat byl prováděn v termínu od 15.3. 2023 do 10.4. 2023. S obsahem a účelem dotazníku byli seznámeni vedoucí pracovníci daných oddělení. Respondenti vyplňovali dotazník anonymně a odevzdávali do připraveného neprůhledného sběrného boxu s pečeti, který byl umístěn na každém oddělení u staniční sestry. Při sběru dat proběhla kontrola celistvosti sběrného boxu a pečeti.

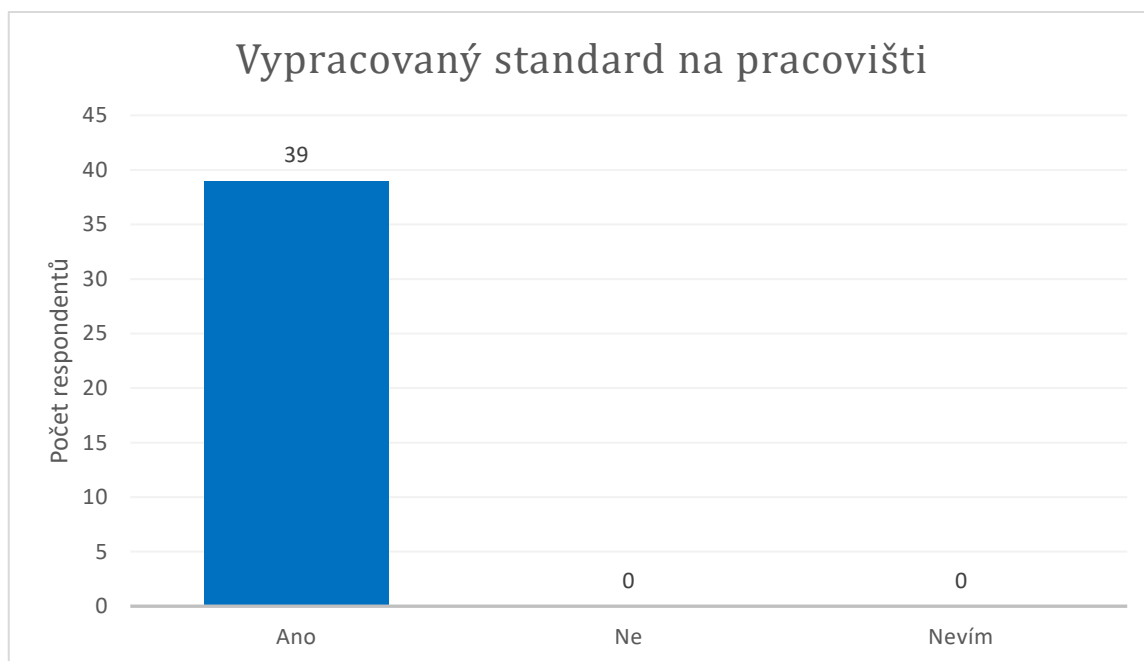
4.8 Způsob vyhodnocení dat

Získaná data byla zkontrolována a zpracována pomocí programu Microsoft Excel, ve kterém byla data vložena do grafů a tabulek. Ke každé z otázek byl vytvořen graf nebo tabulka s následným popisem.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato část práce bude prezentovat získané výsledky dotazníkového šetření průzkumu. Výsledky budou zobrazeny pomocí grafů.

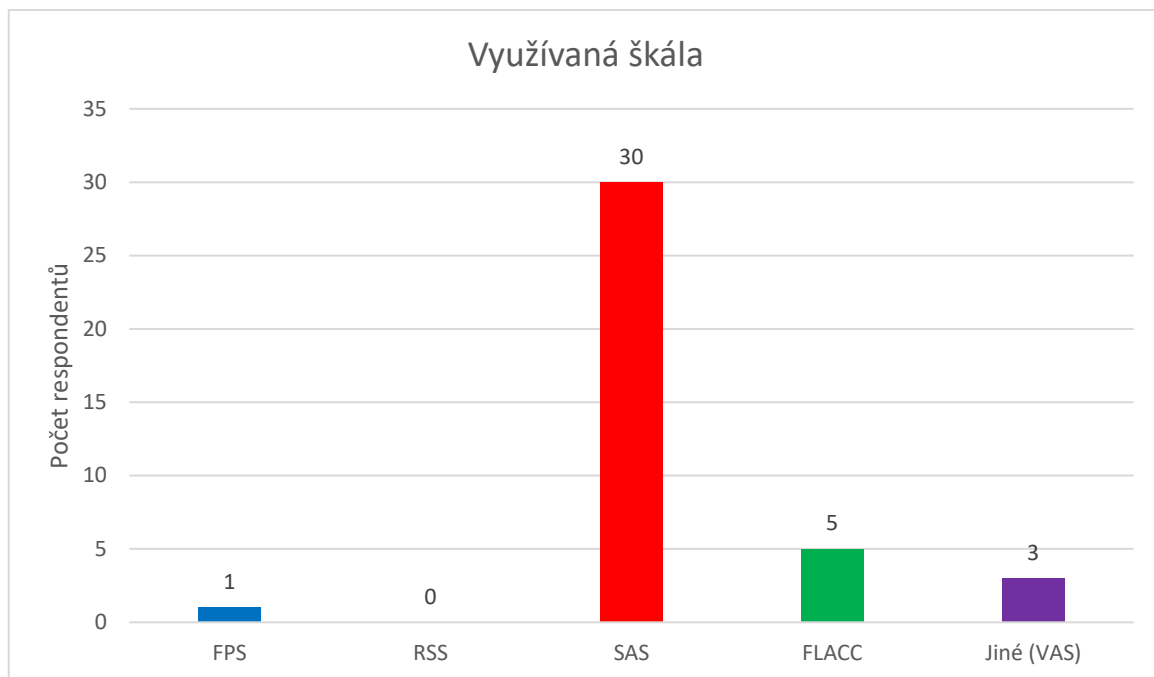
Otázka č.1: Má Vaše pracoviště vypracovaný standard nebo postup pro sledování a hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí?



Graf 1- Vypracovaný standard na pracovišti

Na otázku, zda má pracoviště vypracovaný standard pro sledování a hodnocení bolesti odpovědělo 39 (100 %) respondentů pozitivně.

Otázka č.2: Jakou škálu pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí na svém pracovišti, dle platného standardu využíváte nejčastěji (více možností)?

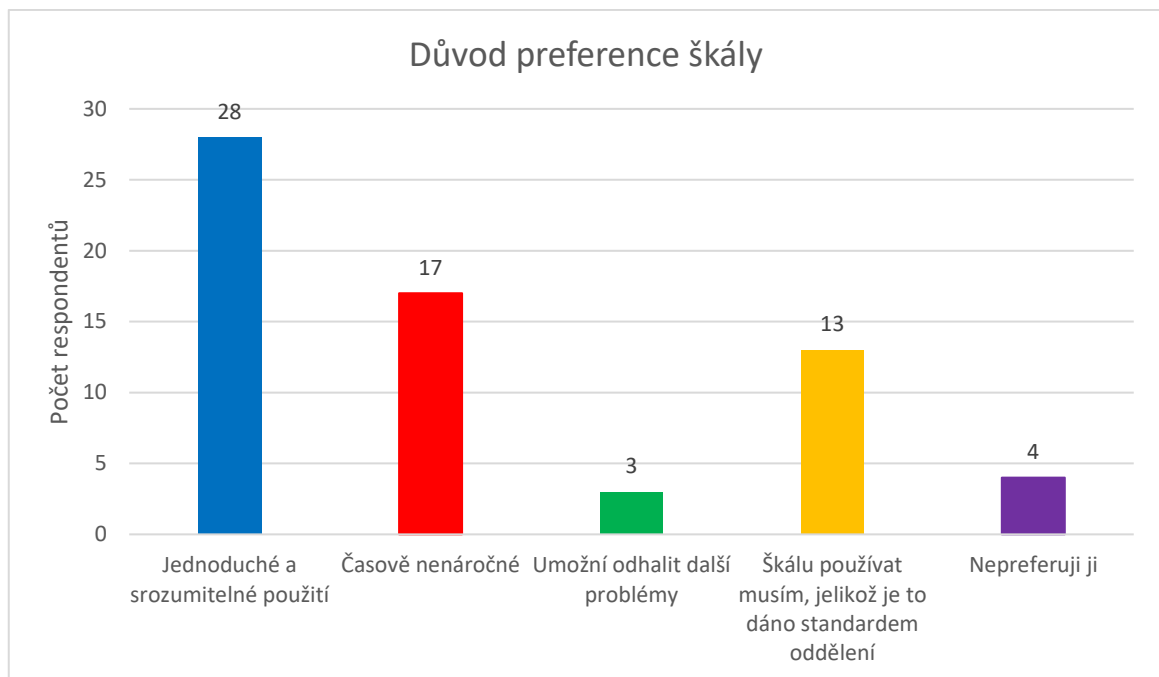


Graf 2- Využívaná škála

Legenda: FPS (Faces Pain Scale), RSS (Ramsay Sedation Scale), SAS (Riker Sedation-Agitation Scale), FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale), VAS (Visual Analogue Scale)

Otázka č.2 zjišťovala jakou škálu respondenti využívají pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí na svém pracovišti. Nejvíce zastoupenou škálou byla SAS s počtem 30 (76 %) odpovědí. Další nejvíce zastoupenou se stala škála FLACC s 5 (13 %) hlasy. Následovala VAS 3 (8 %) a jedním (3 %) hlasem pro škálu FPS.

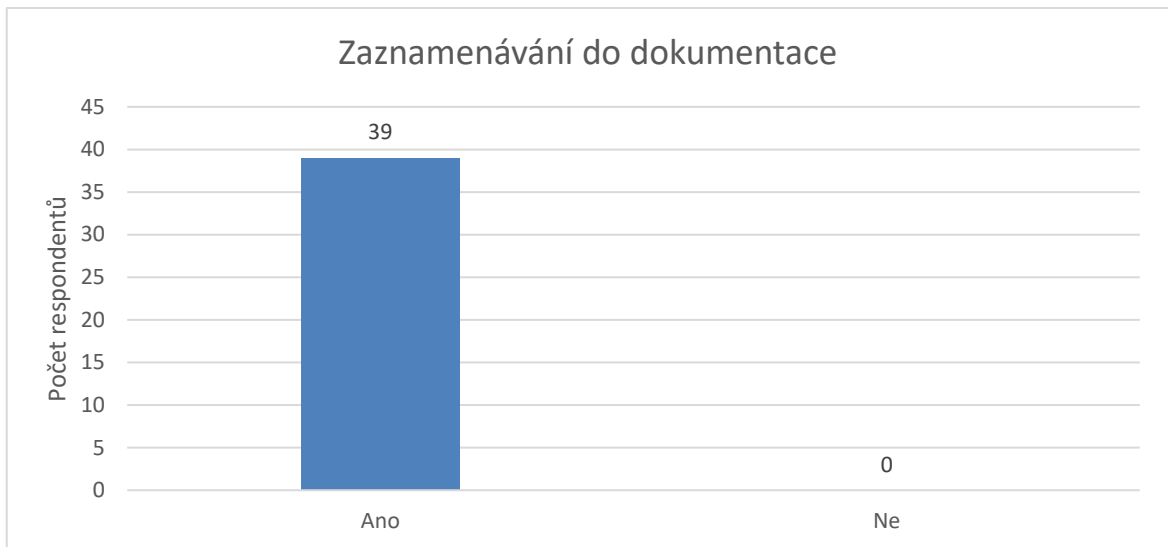
Otázka č.3: Z jakého důvodu preferujete Vámi uvedenou škálu pro hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí (více možností)?



Graf 3 - Důvod preference škály

U třetí otázky mohli respondenti vybírat z několika variant proč preferují jimi zvolenou škálu pro hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí. Nejčastěji zvolenou odpovědí respondentů bylo preferování škály pro jednoduché a srozumitelné použití a to s 28 (72 %) odpovědí. Druhou nejvíce zastoupenou variantou se stala, časová nenáročnost, kterou zvolilo 17 (44 %) respondentů. Jako třetí nejvíce zmiňovaná preference byla z důvodu nutnosti škálu používat, jelikož je to dáno standardem oddělení, a to s 13 (33 %) hlasy. Možnost preferenci škály z důvodu, že umožní odhalit další problémy, označili 3 (8 %) respondenti. Poslední možností nepreferují ji, označili 4 (10 %) dotazovaní.

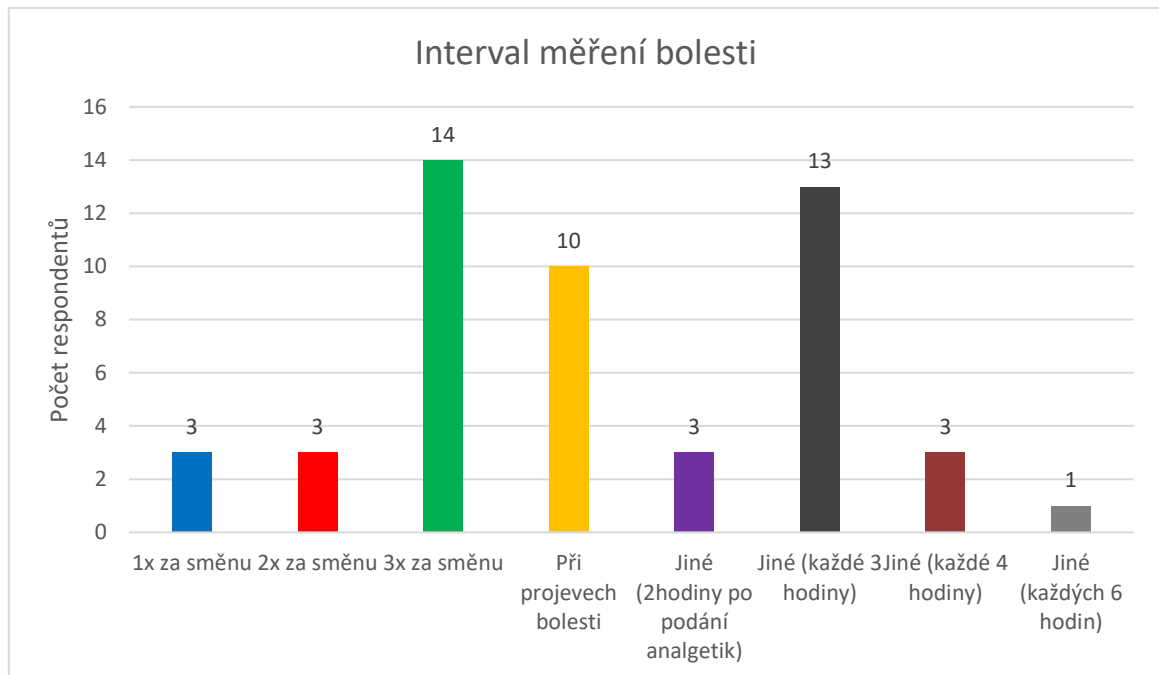
Otázka č.4: Zaznamenáváte výsledky jednotlivých hodnotících škál bolesti u pacientů v bezvědomí do zdravotnické dokumentace?



Graf 4- Zaznamenávání do dokumentace

Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondenti zaznamenávají bolest do dokumentace. Zde odpovědělo všech 39 (100 %) dotazovaných kladně.

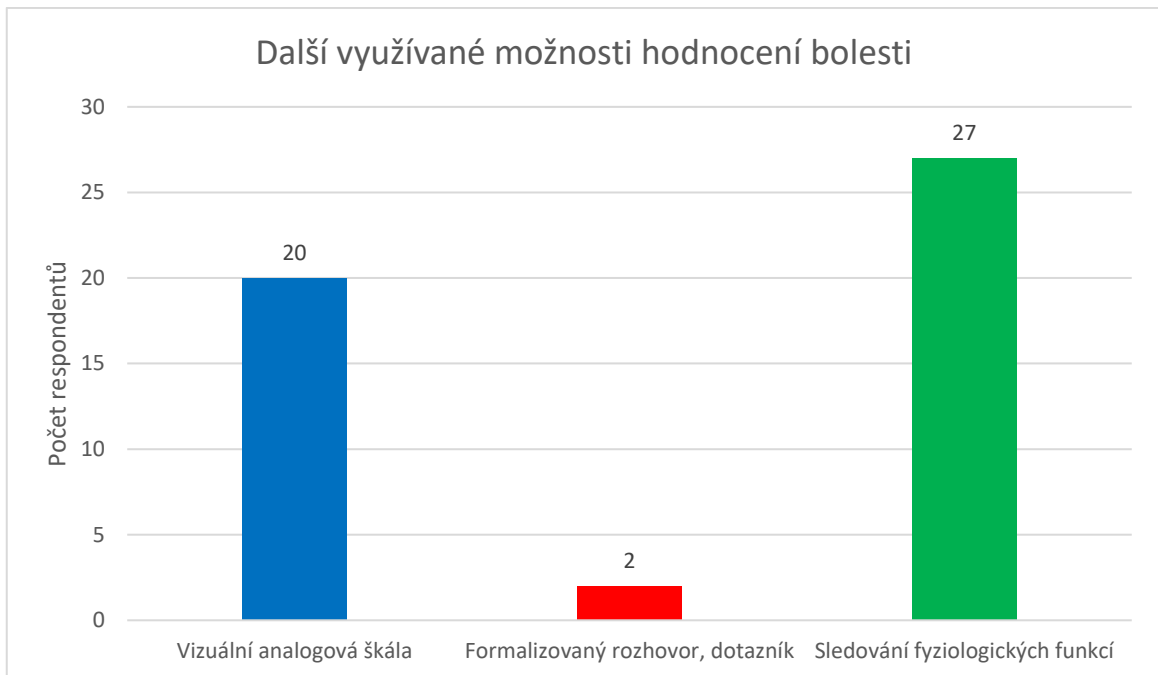
Otázka č.5: Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděli ANO. Jak často během své směny bolest u pacientů v bezvědomí hodnotíte?



Graf 5- Interval měření bolesti

Pátý graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, jak často měří/hodnotí pacientovu bolest. I zde byla možnost více odpovědí. Nejčastěji zmiňovanou odpovědí bylo 3x za směnu s 14 (36 %) hlasy. Každé 3 hodiny hodnotí 13 (33 %) dotazovaných. Při projevech bolesti hodnotí 10 (26 %). Hodnocení bolesti 1x za směnu uvedli 3 (8 %) respondenti. Stejně tak 3 (8 %) uvedlo hodnocení 2x za směnu a 3 (8 %) každé 4 hodiny. Po 2 hodinách od podání analgetik taktéž 3 (8 %) respondenti. Nejméně 1 (3 %) hodnotí každých 6 hodin.

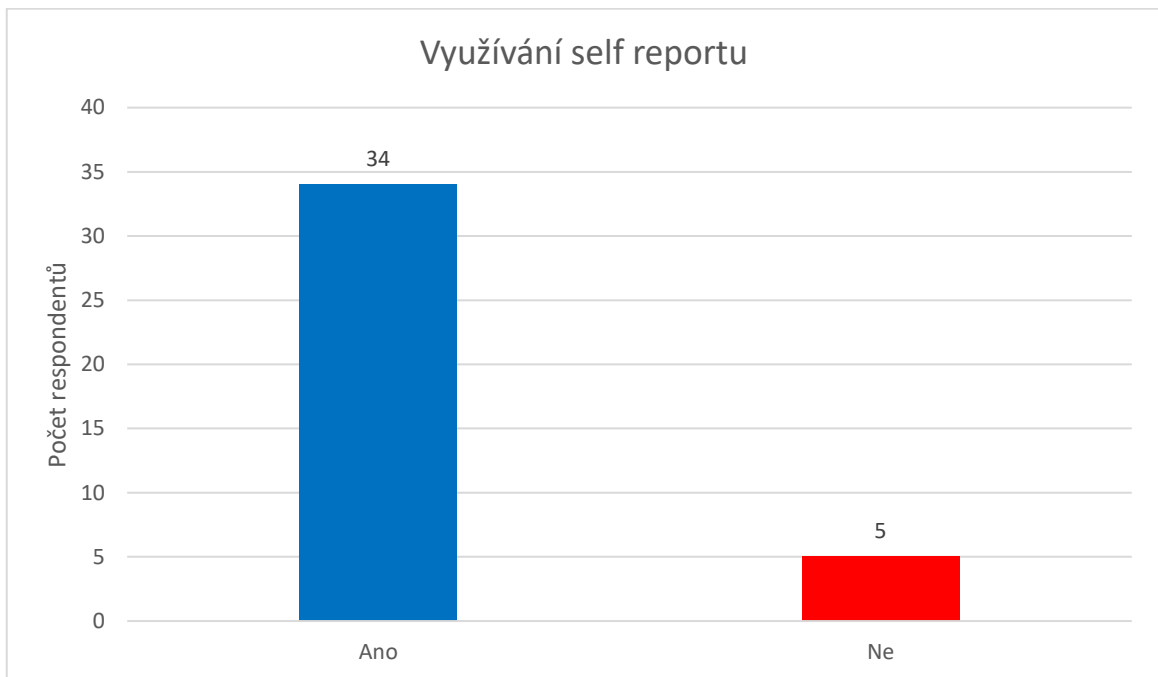
Otázka č.6: Uved'te další možnosti pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí, které využíváte (více možností).



Graf 6 - Další využívané možnosti hodnocení bolesti

U šesté otázky respondenti uváděli další jimi využívané možnosti pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí s možností více odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo sledování fyziologických funkcí. Takto odpovědělo 27 (69 %) respondentů. Druhou nejčastěji využívanou metodou bylo zvoleno použití Vizuální analogové škály a to 20 (51 %) dotazovaných. 2 (5 %) respondenti odpověděli, že využívají formalizovaný rozhovor, dotazník.

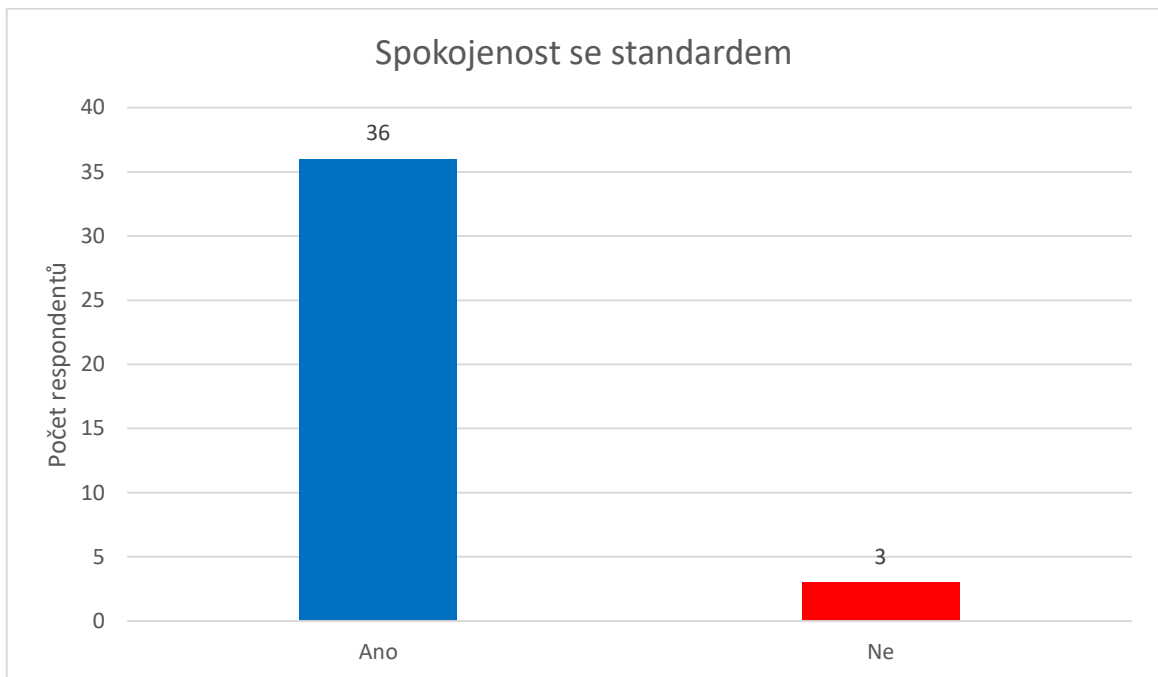
Otázka č.7: Používáte při hodnocení bolesti vlastní zkušenosti (self report)?



Graf 7 - Využívání self reportu

Otázka č. 7 zjišťovala využití self reportu při hodnocení bolesti. Nejvíce 34 (87 %) respondentů odpovědělo kladně na jeho využití. 5 (13 %) dotazovaných odpovědělo, že self report nevyužívá.

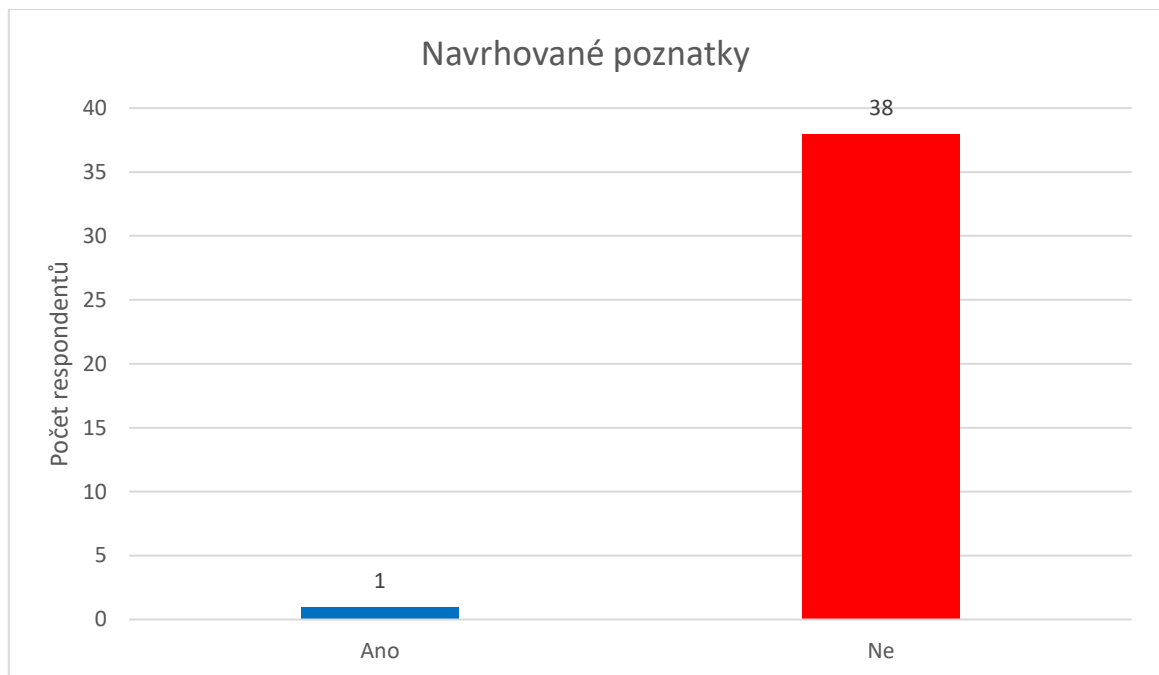
Otázka č.8: Jste s Vaším standardem pro hodnocení bolesti spokojeni?



Graf 8 - Spokojenost se standardem

Otázka č. 8 zjišťovala spokojenost se standardem oddělení pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí. 36 (92 %) dotazovaných je spokojeno. Pouze 3 (8 %) respondenti uvedli negativní postoj k tomuto standardu.

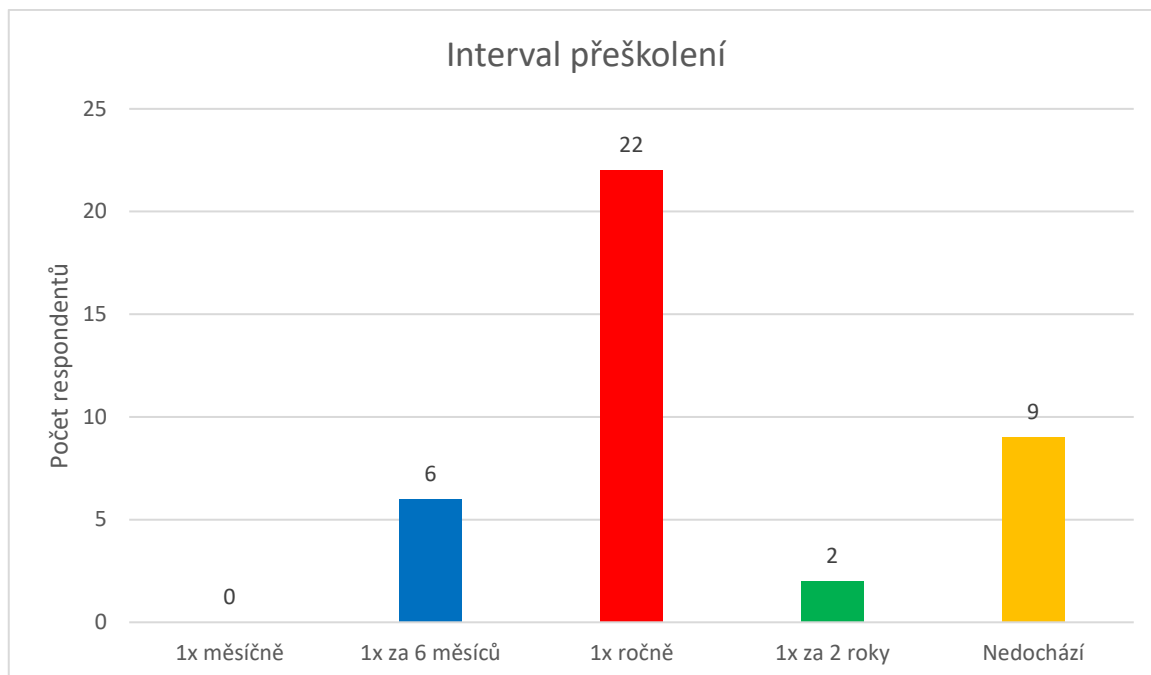
Otázka č.9: Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděli NE, změnili či doplnili byste jednotlivé informace k hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí o nové poznatky? (Například: přidání škály, interval sledování, hodnocení bolesti a další...)



Graf 9 - Navrhované poznatky

Otázka č.9 navazovala na otázku č.8 ohledně spokojenosti se standardem pro hodnocení bolesti. Ti, kteří byli nespokojeni, měli uvést návrh pro vylepšení. 38 (97 %) dotazovaných nenavrhl svůj poznatek. Pouze jeden (3 %) respondent navrhl standard rozšířit o škálu hodnotící bolest.

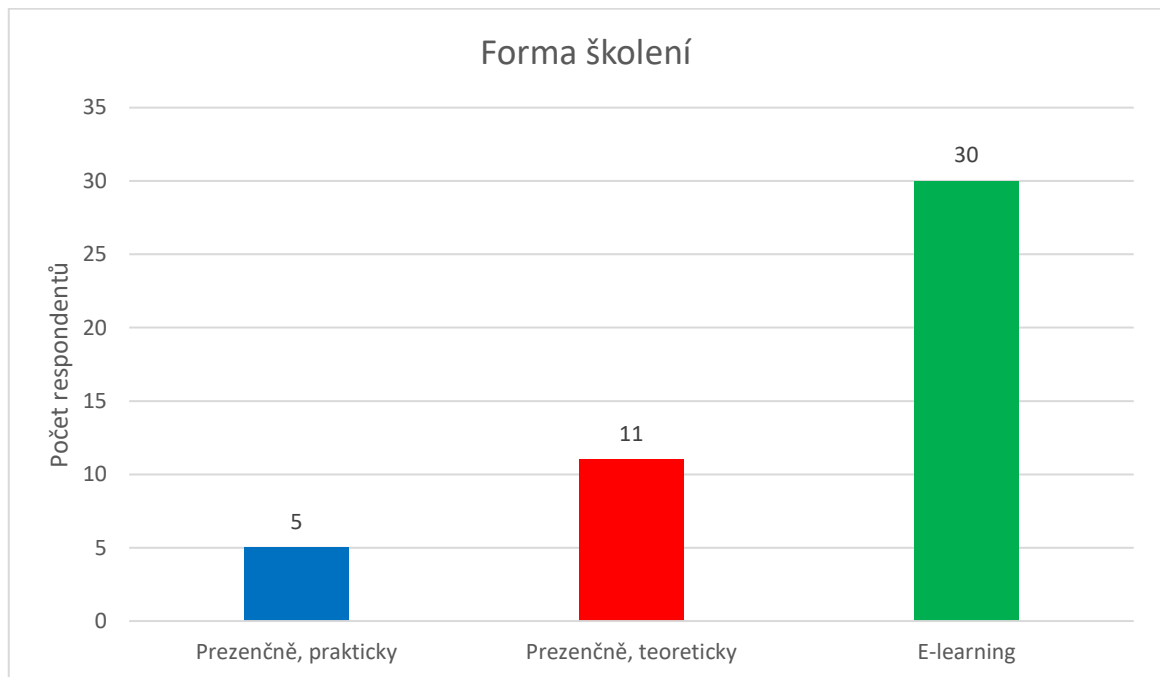
Otázka č.10: Jak často na Vašem oddělení dochází k Vašemu přeškolení či vzdělávání v problematice hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí?



Graf 10 - Interval proškolení

U otázky č.10 měli respondenti uvést, jak často na jejich oddělení dochází k přeškolení v problematice hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí. Nejčastěji byla zmíněna četnost 1x ročně, a to 22krát (56 %). Možnost, že k přeškolení nedochází, označilo 9 (23 %) respondentů. Přeškolení 1x za 6 měsíců označilo 6 (16 %) dotazovaných. Možnost 1x za 2 roky označili 2 (5 %) respondenti. Přeškolení 1x za měsíc neoznačil nikdo.

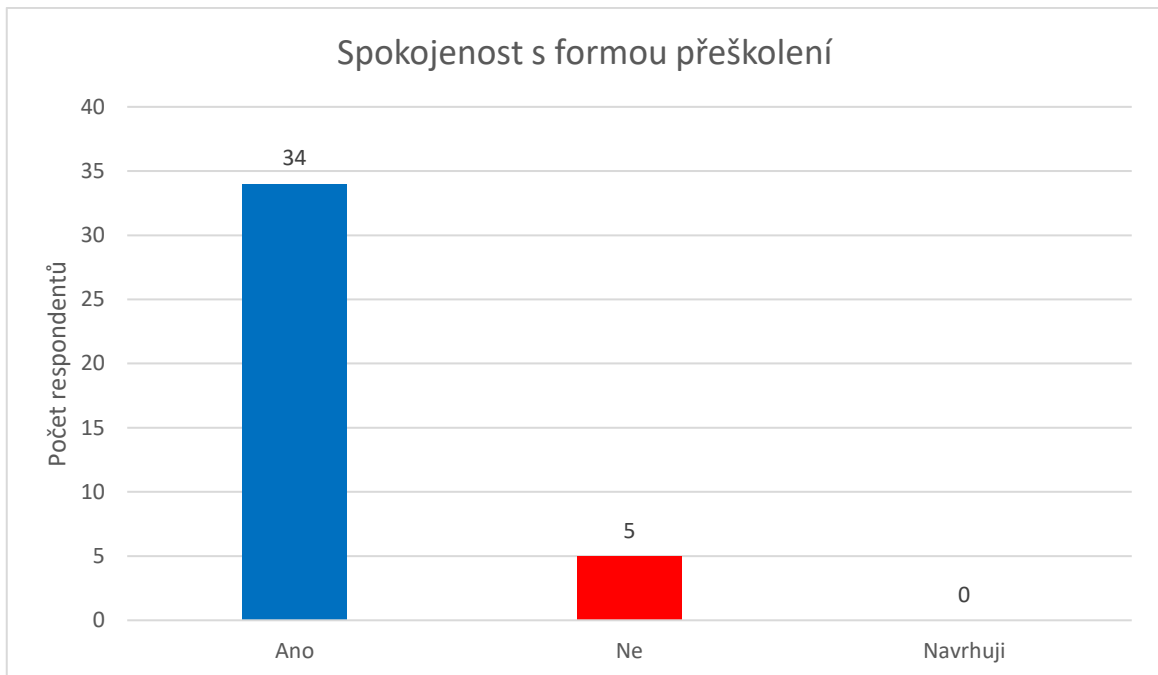
Otázka č.11: Jakými způsoby jste v této problematice přeškoleni (více možností).



Graf 11 - Forma školení

Otázka č.11 zkoumala, jakou formou dochází k přeškolení v dané problematice. Respondenti měli možnost více odpovědí. Nejčastější odpovědí se stalo přeškolení formou E-learningu v zastoupení 30 (77 %) hlasů. Další z možností přeškolení formou prezenční, teoreticky zvolilo 11 (28 %) dotazovaných. Formu prezenčně, prakticky označilo 5 (13 %) respondentů.

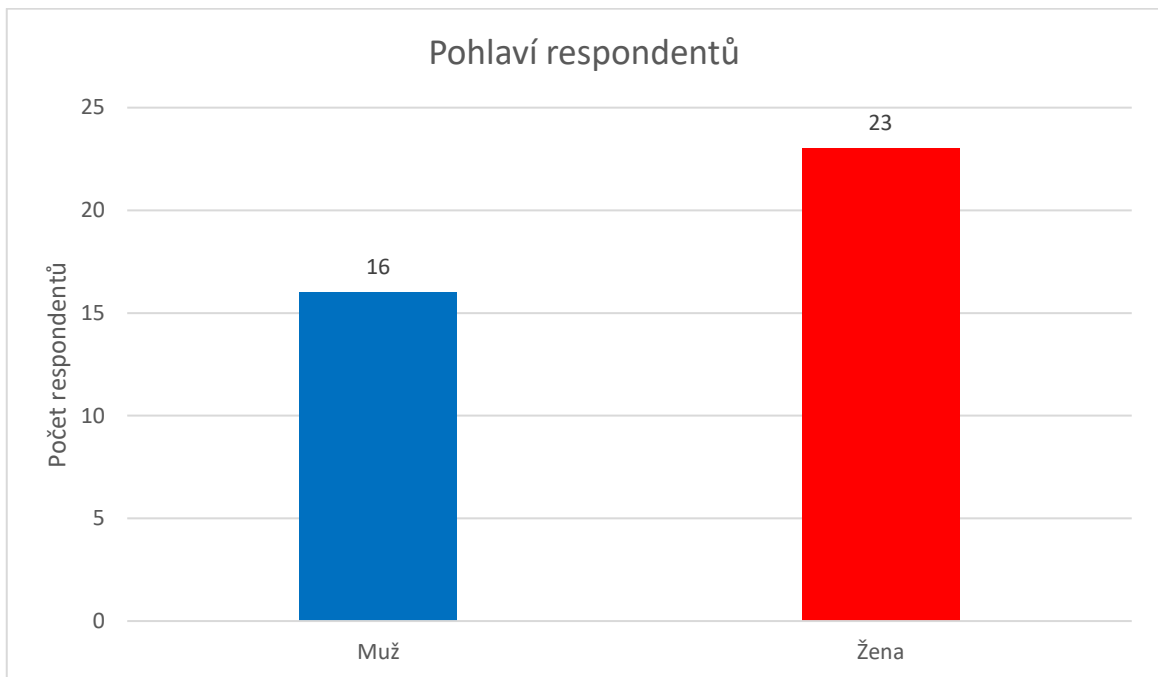
Otázka č. 12 Jste s uvedenou formou přeškolení spokojeni? Pokud ne, zkuste navrhnout jiné možnosti získání informací o dané problematice.



Graf 12 - Spokojenost s formou přeškolení

U otázky č.12 měli respondenti uvést, zda jsou spokojeni s formou školení k problematice. V případě nespokojenosti měli navrhnout řešení, které by jim vyhovovalo. 34 (87 %) respondentů uvedlo spokojenost s formou přeškolení. 5 (13 %) respondentů uvedlo negativní postoj k formě přeškolení, ale žádný z nich nenavrhl řešení.

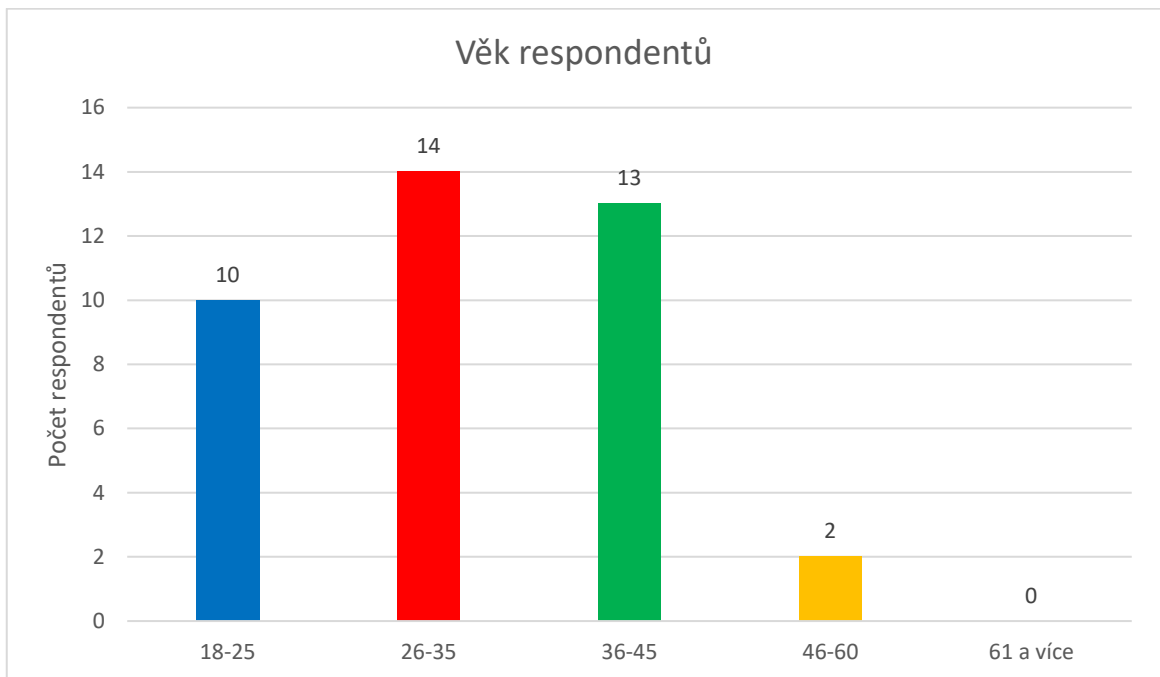
Otázka č.13: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 13 - Pohlaví respondentů

Otázka č. 13 byla zaměřena na pohlaví respondentů. 23 (59 %) dotazovaných byly ženy a 16 (41 %) respondentů muži.

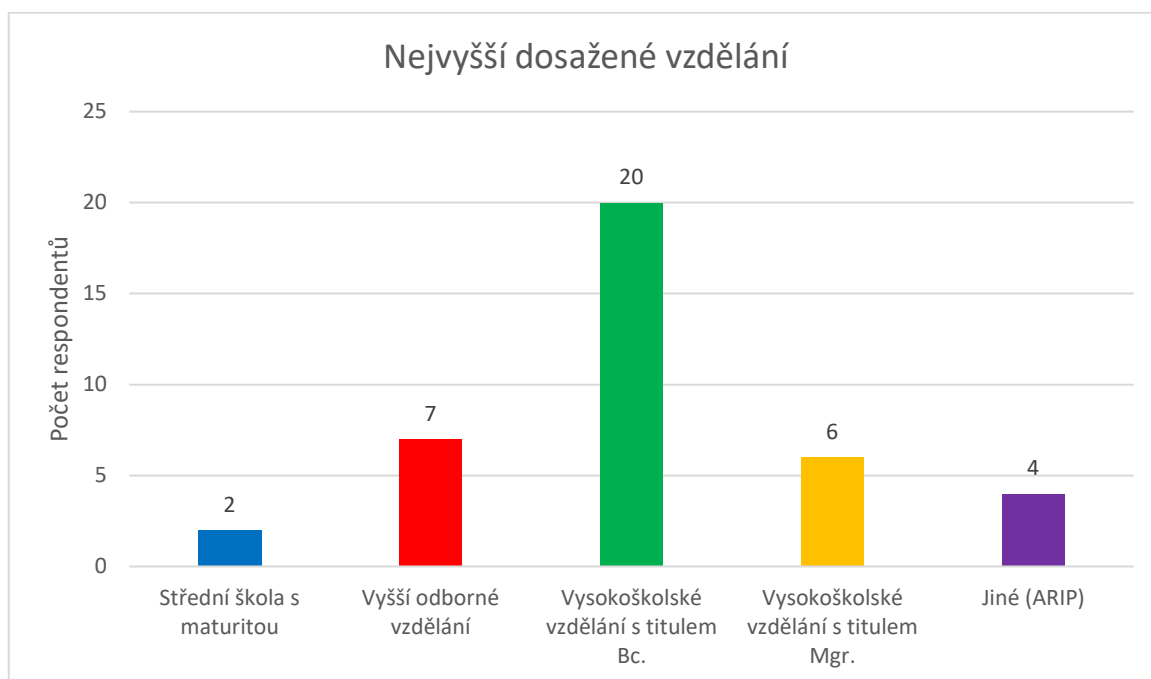
Otázka č.14: Kolik Vám je let?



Graf 14 - Věk respondentů

Otázka č. 14 zjišťovala věk respondentů. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu 26-35 let označilo 14 (36 %) dotazovaných. Druhou nejvíce zastoupenou věkovou skupinu se stala 36- 45 let s 13 (33 %) hlasy. Následovala skupina 18-25 let s 10 (26 %) označenými. Pouze 2 (5 %) respondenti byli ve věku 46-60 let. Věkovou skupinu 61 let a více nezvolil žádný z respondentů.

Otázka č.15: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

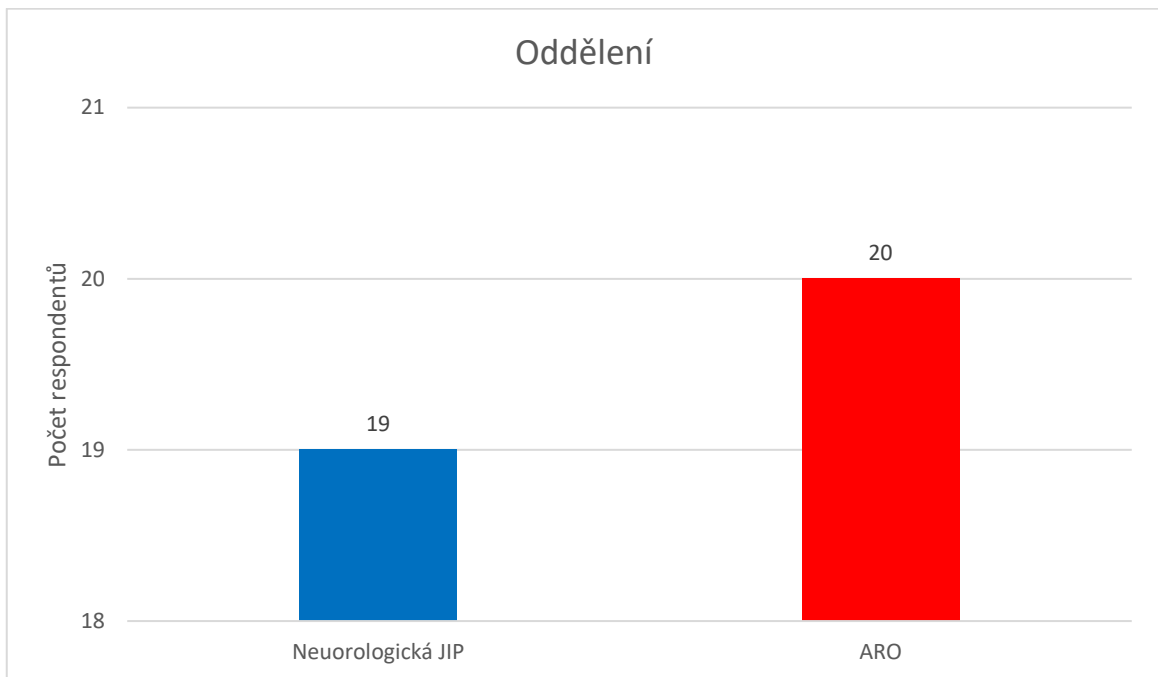


Graf 15 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Legenda: ARIP (Anesteziologicko-Resuscitační intenzivní péče)

Otázka č. 15 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. označilo 20 (51 %) dotazovaných. Vyšší odborné vzdělání se 7 (18 %) hlasy. Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. označilo celkem 6 (15 %) respondentů. Jako své nejvyšší dosažené vzdělání ARIP označili 4 (10 %) dotazovaní. Pouze 2 (5 %) respondenti označili střední školu s maturitou.

Otázka č.16: Na jakém oddělení pracujete?

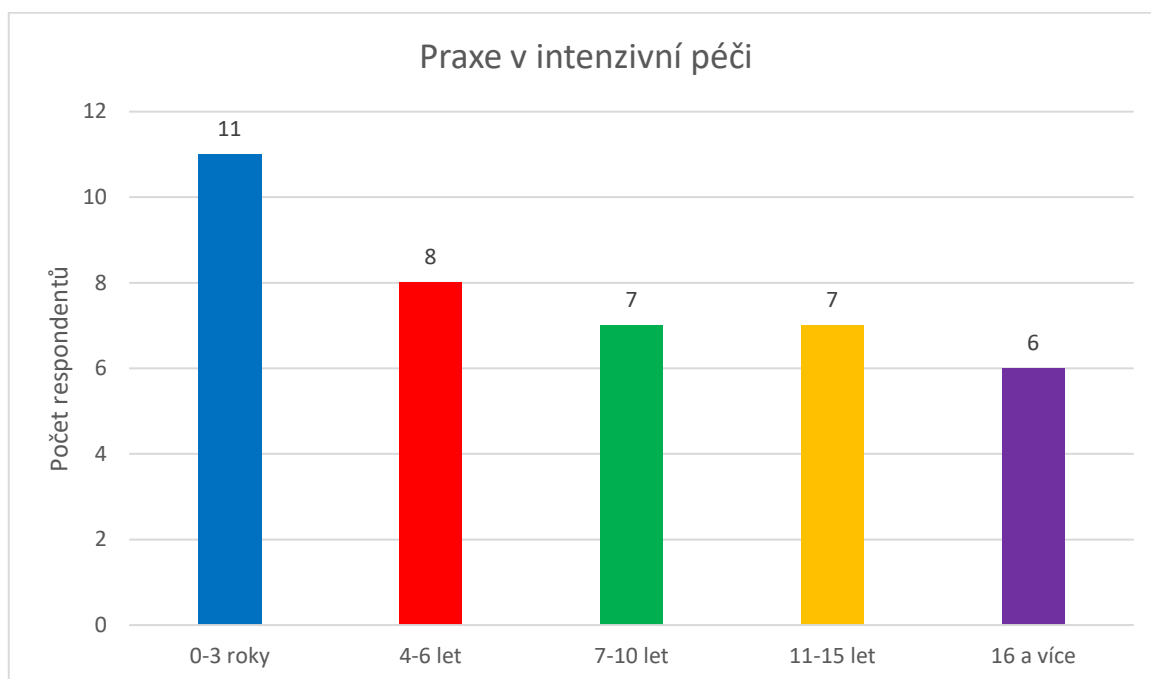


Graf 16 - Oddělení

Legenda: JIP (jednotka intenzivní péče), ARO (oddělení anesteziologie a resuscitace).

Otázka č. 16 zjišťovala počet respondentů na jednotkách, kde probíhal průzkum. 20 (51 %) respondentů odpovídalo z anesteziologicko-resuscitačního oddělení a 19 (49 %) z neurologické jednotky intenzivní péče.

Otázka č.17: Kolik let pracujete na úseku intenzivní péče?



Graf 17 - Praxe v intenzivní péči

Otázka č. 17 zjišťovala délku praxe na jednotkách intenzivní péče. Respondentů s praxí 0- 3 roky bylo 11 (28 %). Druhou nejpočetnější délku praxe 4-6 let označilo 8 (21 %) respondentů. Praxi 7-10 let označilo 7 (18 %) dotazovaných. Stejně tak 7 (18 %) respondentů s praxí 11-15 let. Nejméně zastoupenou skupinou s délkou praxe 16 let a více označilo 6 (15 %) dotazovaných.

6 DISKUZE

Praktická část této bakalářské práce se věnuje tématu hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí. Diskuze je zaměřena na shrnutí výsledků průzkumného šetření a odpovídá na průzkumné otázky. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry, které hodnotí bolest u pacientů v bezvědomí na neurologické jednotce intenzivní péče a anesteziologicko - resuscitačním oddělení. Hodnocení bolesti u těchto pacientů je čím dál tím více diskutované téma z hlediska správnosti určení pacientovy bolesti pomocí jednotlivých hodnotících škál, či standardů daných oddělení. Dále se využívají měřicí techniky a self – report.

Rozdáno bylo 40 dotazníků. Zcela vyplněný dotazník, který bylo možno použít do zpracování, odevzdalo 39 respondentů. V závěru dotazníku vlastní tvorby bylo pět identifikačních otázek. Bylo zjištěno, že z konečného vzorku 39 (100 %) respondentů bylo 23 (59 %) ženského a 16 (41 %) mužského pohlaví. Věk respondentů u 14 (36 %) byl 26 – 35 let. U 13 (33 %), respondentů byl věk 36 – 45 u 10 (26 %) věk 18 – 25, pouze 2 (5 %) bylo ve věku 46 – 60 let. Nejvyšší dosažené vzdělání všeobecných sester bylo vysokoškolské s titulem Bc. 20 (52 %), dále vyšší odborné vzdělání 7 (18 %) a vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. 6 (15 %). Pouze 4 (10 %) měly specializační vzdělávání ARIP. 2 respondenti (5 %) vystudovali střední školu s maturitou v oboru všeobecná sestra. Na ARO bylo celkem dotazováno 20 (51 %) respondentů na neurologické JIP o jednoho méně, 19 (49 %) respondentů. Dotazovaní nejčastěji uváděli délku praxe na daných odděleních 0 – 3 roky 11 (28 %), 8 (21 %) respondentů 4 – 6 let. Dvě rozmezí délky vykonávané praxe 7 – 10 let a 11 – 15 let na daném pracovišti celkem dvakrát zodpovědělo 7 respondentů (18 %). Nejméně zastoupenou variantou 6 (15 %) respondentů byla délka praxe delší než 16 let.

6.1 Průzkumná otázka číslo 1

První průzkumná otázka byla: Jakou používáte škálu pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti? K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 2,3,6,7, které byly zaměřeny: jakou škálu k hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí v souladu se standardy pracoviště využívají, z jakého důvodu škálu preferují, další možnosti hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí a zda při hodnocení používají vlastní zkušenosti s bolestí.

Při hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí je velice důležité využít nejvhodnější škálu bolesti, která je preferována daným oddělením. Na neurologické JIP a ARO je zřejmé, že většina dotazovaných 76 % využívá Rikerovu škálu bolesti (SAS), 8 % všeobecných sester

využívá vizuální analogovou škálu bolesti. Dle diplomové práce Zouvali (2020) s tématem hodnocení bolesti u pacientů na UPV s celkovým počtem respondentů 79, což je o 40 více než v mé, uvádí že 100 % dotazovaných využívá škálu SAS i VAS současně.

Dále je důležité zmínit z jakého důvodu byla preferována předem určená hodnotící škála SAS. Většina respondentů (72 %) je spokojena s obsahem dané škály z hlediska jednoduchosti a srozumitelnosti. V neposlední řadě uvedli respondenti (44 %) také časovou nenáročnost. Kyseláková (2018) s diplomovou prací na téma hodnocení zkušenosti sester s hodnocením bolesti na pracovišti intenzivní péče uvádí s konečným vzorkem respondentů 10 (100 %). Výzkum vedla za pomoci pokládaných otázek, které seřazovala do kategorií od A – E. Na otázku: používaných škál, dále dělila na pacienty při vědomí a v bezvědomí. Škála VAS byla nejvíce označena pro pacienty při vědomí a škála Behavioral Pain Scale (BPS) pro pacienty v bezvědomí. Z rozhovoru s respondenty vyplynulo, že s BPS jsou také všichni spokojeni pro její velmi dobré nastavení s plným pokrytím dané problematiky. Má to však jedno velké ale, které se pojí se složitostí obsahu a provedení této škály. Pro využití této škály je doporučeno mít praxi delší než 3 roky. Důležitost spočívá v co nejvíce dosažených znalostech a mnoholetých zkušenostech o nonverbálních projevech pacienta na bolest, jeho diagnóze a přidružených nemocech. Podle diplomové práce Salové (2017) na téma bolest v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu se vzorkem 374 respondentů, byl největší vzorek respondentů 125 (33 %) z ARO. Z výzkumu Salové, který probíhal dotazníkovým šetřením vyplývá, že z důvodu neznalosti všeobecných sester (33 %) o způsobu hodnocení bolesti za pomoci škál, dochází k velmi častému pochybení v léčbě bolesti. Respondenti uváděli jako největší problém spočívající v časové náročnosti. Podle práce Zouvali (2020) stráví 68 % respondentů hodnocením bolesti méně než 1 minutu.

Možnosti pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí jsou velice omezené z důvodu pacientovy nespolupráce a nemožnosti projevit své verbální obtíže. 69 % respondentů v mém průzkumu uvedlo, že nejčastěji hodnotí bolest u pacienta na JIP sledováním změn fyziologických funkcí pacienta a 51 % za pomoci škály VAS. Salová (2017) uvádí hodnocení bolesti díky svým respondentům naopak. Nejvíce využívanou možností je využití VAS 78 % a poté sledování fyziologických funkcí 46 %. Dále dotazovaní uváděli použití dalších hodnotících škál: FLACC, BPS, Ramsey skóre, mapa bolesti a obličejová škála bolesti.

Při hodnocení bolesti je také důležité využití vlastní zkušenosti (self – reportu) každé všeobecné sestry, která poukazuje na aktuální stav bolesti pacienta, kterou využívá 87 % dotazovaných. Za pomoci dotazníkového šetření v diplomové práci Osičkové (2016) na téma hodnocení bolesti a její léčba dospělých pacientů z pohledu sester intenzivní péče probíhal výzkum s celkovým počtem 135 respondentů. Odpovědi na otázku zněly ano, spíše ano, ne, spíše ne. Na ano odpovědělo 9 % a na variantu ne 10 % dotazovaných. Dle Zouvali (2020) využívá self – report většina, 70 % respondentů.

6.2 Průzkumná otázka číslo 2

Druhá průzkumná otázka zněla: Jak často hodnotíte bolest u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti? Vyhodnocení této průzkumné otázky proběhlo pomocí odpovědí z otázky č. 5 zaměřenou na četnost hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí během směny.

Dle platného standardizovaného postupu by hodnocení bolesti mělo probíhat minimálně 1x za směnu a vždy když pacient bolest udává. V případě, kdy pacient bolestí již trpí je zapotřebí přehodnotit bolest maximálně do jedné hodiny dle zvolené farmakologické intervence. Nejčastěji udávaný interval pro hodnocení bolesti byl 3x za směnu s 36 % odpovědí. Respondenti dále uváděli intervaly: každé 3 hodiny, 4 hodiny i po 6 hodinách, 2x za směnu a 1x za směnu a při projevech bolesti. Všechny tyto odpovědi jsou v souladu se standardem oddělení. Přehodnocení bolesti po 2 hodinách od podání analgetik uvedlo 8 % respondentů. Tyto odpovědi jsou dle standardizovaného postupu pracoviště chybné. V diplomové práci Švadlenkové (2022) zabývající se managementem bolesti u pacientů na umělé plicní ventilaci v následné intenzivní péči probíhal výzkum formou dotazníkového šetření u 34 zdravotnických pracovníků a pozorováním 32 pacientů na UPV bez možnosti verbální komunikace. Z výzkumu plyne, že přehodnocování bolesti probíhalo u 65 % dotazovaných průběžně po celou dobu směny. Dle standardů pracoviště, kde probíhal výzkum Švadlenkové je minimální požadované přehodnocení bolesti 2x za směnu. Kdyby standardy zkoumaného pracoviště Švadlenkovou byly platné na mnou zkoumaném pracovišti, nesplňovalo by standardy oddělení dalších 8 % respondentů, kteří hodnotí bolest pouze 1x za směnu.

6.3 Průzkumná otázka číslo 3

Třetí průzkumná otázka měla za úkol zjistit: Jak jste spokojeni se standardem bolesti na vašem pracovišti? K vyhodnocení této otázky byly využity odpovědi z dotazníkového šetření č.1,4,8,9, které se zaměřovaly, zda má pracoviště respondentů vypracovaný standard nebo postup

pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí, jestli zaznamenávají výsledky hodnocení do zdravotnické dokumentace, spokojenost se standardem pracoviště, a respondenti měli možnost se vyjádřit, zda by doplnili nebo změnili některé informace k hodnocení bolesti pro lepší pochopení problematiky.

Na otázku, zda mají respondenti na svých pracovištích vypracovaný standard pro sledování a hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí odpovědělo všech 100 % dotazovaných ano. Osičková (2016) uvádí, že 99 % respondentů ví o závazných postupech pro sledování a hodnocení bolesti na jejich pracovišti. V práci Salové (2017) uvedlo 98 % taktéž ano. Se svým standardem bylo spokojeno 92 % respondentů. Nespokojenost s vypracováním standardu uvedla pouhá 2 % dotazovaných. Na možnost vyjádřit se k doplnění či rozšíření standardu o poznatky, které by mohly pomoci s touto problematikou hodnocení, vyjádřila svůj názor pouze 3 % respondentů s návrhem rozšířit standard o další odpovídající škálu hodnotící bolest u pacientů v bezvědomí, ale neuvedli, o jakou škálu by se mělo jednat. Dle Zouvali (2020) 8 % dotazovaných uvedlo, že postrádají lepší hodnotící metodu než Rikerovu škálu sedace – agitace (SAS). Salová (2017) uvádí spokojenost v 61 % dotazovaných. Zároveň navrhuje doplnění standardu o vhodné škály pro hodnocení bolesti jak pro akutní, tak i chronickou bolest a využití škály VAS u pacientů při vědomí a SAS u pacientů v bezvědomí. Pravidelné provádění auditů na daných odděleních zaměřené na dodržování standardů zahrnující bolest by mohly pomoci ke zlepšení ošetrovatelské péče a zkvalitnění pacientova života.

Zapisování výsledků hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí do zdravotnické dokumentace na JIP odpovědělo 100 % dotazovaných ano. V práci Zouvali (2020) uvádí taktéž ano u 100 % respondentů. Dle Salové (2017) všeobecné sestry zaznamenávají zjištěné informace o bolesti do záznamu hodnocení bolesti, ošetrovatelské dokumentace, lékařského chorobopisu a jiných dokumentací. Bylo by vhodné zavést do praxe protokol o léčbě bolesti, který by sloužil jako součást zdravotnické dokumentace. Svědomité vedení ošetrovatelské dokumentace v ošetření bolesti, je třeba vést tak aby byla pro ošetřující personál přehledná.

6.4 Průzkumná otázka číslo 4

Pro vyhodnocení čtvrté, poslední průzkumné otázky: Jak probíhá přeškolení zaměstnanců v problematice bolesti u pacientů v bezvědomí na Vašem pracovišti, bylo využito odpovědí z otázek č.10,11,12, které byly zaměřeny na frekvenci školení v oblasti hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí, formu školení, jakou edukace probíhá a zda jsou s formou školení spokojeni.

Standardy pracoviště nařizují školení v oblasti managementu bolesti periodicky každé 2 roky, které probíhá formou e – learningu. Nejčastěji respondenti uváděli školení v intervalu 1 roku, takto odpovědělo 56 %. Ostatní respondenti uvedli přeškolení v intervalu 6 měsíců a 23 % odpovědělo, že školení neprobíhá vůbec. Pouze 5 % dotazovaných ví (podle standardu), že školení probíhá pravidelně po 2 letech. Přeškolení, formou e – learningu správně uvedla většina 77 % respondentů. Další odpovídali, že školení probíhá prezenčně jako praktický nácvik nebo pouze teoreticky. S formou školení je spokojena většina dotazovaných 87 %. Ti, co s formou školení spokojeni nejsou, nenavrhli metodu přeškolení, která by jim vyhovovala. Salová (2017) ve své práci uvádí, že pouze 1 % dotazovaných nemá dostatečné informace k hodnocení bolesti v intenzivní péči a bylo by vhodné pravidelné školení zdravotnických pracovníků o metodách hodnocení bolesti a pravidelné vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti výzkumu podloženém důkazy, které jsou k hodnocení a léčbě bolesti dostupné.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí z pohledu nelékařského zdravotnické personálu. Teoretická část práce se zabývá problematikou bolesti, jejím dělením, diagnostikou a léčbou. Dále je práce zaměřena na hodnocení bolesti u pacientů s poruchou vědomí, a s tím spojená nedílná součást ošetrovatelské péče na JIP. Cílem praktické části bylo zjistit zkušenost všeobecných sester s managementem bolesti u pacientů v bezvědomí. V současnosti je bolest jedním z nejnámějších projevů, který pacienta neustále obtěžuje.

Nejvíce využívanou škálou pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí je SAS (Rikerova stupnice sedace – agitace) z důvodu jednoduchého a srozumitelného použití. Další osvědčenou metodou je self – report včetně sledování fyziologických funkcí. Dle platného standardu jednotlivých pracovišť by všeobecné sestry měly sledovat bolest alespoň jednou za směnu, avšak nejvíce preferováno je hodnocení bolesti 3x za 12 – ti hodinovou směnu. Respondenti uváděli, že se svým standardem spokojeni nejsou a navrhují jednotlivé možnosti pro jeho úpravu a zlepšení, například jeho rozšíření o další hodnotící škály bolesti. Veškeré získané informace o bolesti pacienta v bezvědomí všeobecné sestry zaznamenávají do zdravotnické dokumentace. K přeškolení na jednotlivých jednotkách dochází nejčastěji 1x ročně formou E – learningu, se kterou jsou spokojeni.

Doporučením pro praxi je častější zahrnutí E – learningového vzdělávání, alespoň 2x ročně, všeobecných sester včetně rozšíření znalostí formou odborných konferencí, seminářů a vzdělávacích akcí. Za zmínku také stojí praktický nácvik hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí za pomoci modelových situací. Bylo by vhodné dát příležitost dalším hodnotícím škálám zahrnutých do standardů jednotlivých oddělení, které by mohly více specifikovat a zmapovat pacientovu bolest. V neposlední řadě také možnost celoživotního vzdělávání v této diskutované problematice.

Tyto možnosti by mohly vést ke zlepšení kvality života pacienta a poskytování co nejvíce komplexní ošetrovatelské péče.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Primární zdroje

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

HAVLÍČEK, Roman a Martin VOLDŘICH. Poruchy vědomí. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2017, 18(2), 84-86. ISSN 1803-5280.

MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.

SKÁLA, Bohumil a Jiří KOZÁK. *Léčba bolesti: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2021]. *Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře*. ISBN 978-80-88280-27-9.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Interna pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Current Media, [2017]. Medicus. ISBN 978-80-88129-23-3.

8.2 Sekundární zdroje

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. 3., přepracované vydání. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína*. 3. přeprac. a rozš. vyd., Praha: Galén. 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

8.3 Internetové zdroje

BAI, Yang, Yajun LIN a Ulf ZIEMANN. Managing disorders of consciousness: the role of electroencephalography. *Journal of Neurology* [online]. 2021, 268(11), 4033-4065 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0340-5354. Dostupné z: doi:10.1007/s00415-020-10095-z

COHEN, Steven P, Lene VASE a William M HOOTEN. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet* [online]. 2021, 397(10289), 2082-2097 [cit. 2023-05-02]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7

BARR, Juliana, Gilles L. FRASER, Kathleen PUNTILLO, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* [online]. 2013, 41(1), 263-306 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0090-3493. Dostupné z: doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015;126:167-83. PMID: 26330672; PMCID: PMC4530716. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530716/>

ČESKO. Vyhláška č. 137/2018 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 23. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-137>

ČESKO. Vyhláška č. 262/2016 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 23. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-262>

ČESKO. Vyhláška č. 391/2017 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 23. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

DALE, Rebecca a Brett STACEY. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Medical Clinics of North America* [online]. 2016, 100(1), 55-64 [cit. 2023-05-02]. ISSN 00257125. Dostupné z: doi:10.1016/j.mcna.2015.08.012

HEROLD, Ivan. Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2013, 24(6), 430-433 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/06/12.pdf>

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina HORÁČKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN isbn978-80-7395-769-8.

RASHEED, Akram, Mohammad AMIRAH, Mohammad ABDALLAH, Parameaswari PJ, Marwan ISSA a Abdulrhman ALHARTHY. RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *Health Science Journal* [online]. 2018, 12(6) [cit. 2023-05-01]. ISSN 1791809X. Dostupné z: doi:10.21767/1791-809X.1000604

HADJISTAVROPOULOS, Thomas, Keela HERR, Kenneth M PRKACHIN, Kenneth D CRAIG, Stephen J GIBSON, Albert LUKAS a Jonathan H SMITH. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology* [online]. 2014, 13(12), 1216-1227 [cit. 2023-05-02]. ISSN 14744422. Dostupné z: doi:10.1016/S1474-4422(14)70103-6

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2020. IASP Announces Revised Definition of Pain. © 2018 IASP [online]. Washington, D.C.: International Association for the Study of Pain [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475#>.

KOZÁK, Jiří. Bolest a její nová definice. *Medical Tribune* [online]. 2020, 21.9.2020, 2020 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/bolest-a-jeji-nova-definice/>

GORDON, Debra B. Acute pain assessment tools. *Current Opinion in Anaesthesiology* [online]. 2015, 28(5), 565-569 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0952-7907. Dostupné z: doi:10.1097/ACO.0000000000000225

HEROLD, Ivan. Skórovací schémata hodnocení sedace a výskytu deliria: II. Skórovací systémy pro hodnocení výskytu deliria na JIP. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2013, 13.5.2013, 2013(5), 357-362 [cit. 2022-03-21]. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/05/13.pdf>

KONDZIELLA, D., A. BENDER, K. DISERENS, et al. European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness. *European Journal of Neurology* [online]. 2020, 27(5), 741-756 [cit. 2023-05-02]. ISSN 1351-5101. Dostupné z: doi:10.1111/ene.14151

MARX, David a František VLČEK, ed. Akreditační standardy pro nemocnice [online]. Praha: TIGIS, spol.s.r.o., 2013 [cit. 2021-01-01]. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/files/2e6e410b84857cf84cf734275644446f/nemsakstandardynemocnice-2014.pdf>

MATTISON, Melissa L.P. Delirium. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2020, 173(7), ITC49-ITC64 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: doi:10.7326/AITC202010060

RAJA, Srinivasa N., Daniel B. CARR, Milton COHEN, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [online]. 2020, 161(9), 1976-1982 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1097/j.pain.0000000000001939

SEPTIEN, Spencer a Michael RUBIN. Disorders of Consciousness: Ethical Issues of Diagnosis, Treatment, and Prognostication. *Seminars in Neurology* [online]. 2018, 38(05), 548-554 [cit. 2023-05-02]. ISSN 0271-8235. Dostupné z: doi:10.1055/s-0038-1667384

Věstník Ministerstva zdravotnictví částka 2 ročník 2020. Národní ošetrovatelský postup – Péče o pacienty s bolestí [online]. 2020, 114-120 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf

8.4 Ostatní

KYSELÁKOVÁ, Kristýna. Zkušenosti sester s hodnocením bolesti na pracovišti intenzivní péče [online]. Brno, 2018 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/119q0/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Zdeňka KNECHTOVÁ.

OSIČKOVÁ, Lucie. Hodnocení bolesti a její léčba u dospělých pacientů z pohledu sester intenzivní péče [online]. Brno, 2016 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ds948/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

SALOVÁ, Martina. Bolest v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu [online]. Brno, 2017 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/o2ht6/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

ŠVADLENKOVÁ, Monika. \textit{Management bolesti u pacientů na umělé plicní ventilaci v následné intenzivní péči} [online]. Pardubice, 2022 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/edlfqn/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.

ZOUVALA, Silvestr. Znalosti sester při hodnocení bolesti u pacientů na umělé plicní ventilaci [online]. Brno, 2020 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/iskah/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Standard hodnocení bolesti</i>	60
Příloha B – <i>Behavioral Pain Scale</i>	62
Příloha C – <i>Dotazník</i>	63

BEZPEČNOSTNÍ KARTA

Sledování a hodnocení bolesti

Odebrat při příjmu anamnézu bolesti a zaznamenat stupeň bolesti. Lékař zjišťuje bolest v rozsahu lékařské příjmové zprávy, kompetentní NLZP v rozsahu ošetřovatelské anamnézy.

↓

Poučit pacienta a doprovázející osoby o důležitosti informovat personál o své bolesti či bolesti dítěte.

U pacientů s bolestí

NLZP zapíše informace o intenzitě a lokalizaci (event. propagaci bolesti) a souvislostech s analgezií, reakci nemocného na bolest do ošetřovatelské dokumentace pacienta, při překladu do ošetřovatelské překladové zprávy.

Lékař hodnotí charakter, frekvenci a délku trvání bolesti.

Škály: vhodné dle věku, stavu vědomí, možnosti spolupráce viz Katalog škál hodnocení bolesti.

↓

Edukovat pacienta o způsobu hodnocení bolesti na vhodné hodnotící škále dle edukačního materiálu E_NPK_06.

↓

Ověřit si dotazem, zda pacient, zákonný zástupce případně osoba blízká, hodnotící škále porozuměl.

↓

Vždy zajistit pacientům dosažitelnost signalizace pro přivolání pomoci.

Hodnocení bolesti

Sledovat a zaznamenávat akutní bolest, chronickou bolest a průlomovou bolest do ošetřovatelské dokumentace minimálně 1 x za směnu a vždy, když pacient bolest udává.

↓

Ihned oznámit lékaři náhle vzniklou, neočekávanou bolest a zaznamenat do ZD.

↓

Zaznamenat bolest při vizitě lékaře u pacientů s bolestí nejméně 1 x denně do dekurzu, minimálně zápisem „subjektivně“, případně za využití vhodné škály.

↓

Sledovat chronickou bolest do zhodnocení lékařem. Chronická analgetická terapie je individuálně upravena a hodnocena lékařem 1 x týdně v epikríze, ošetřovatelský postup dle ordinace.

↓

Sledovat bolest ještě po dobu 24 hodin po odeznění bolesti, pak hodnocení ukončit.

↓

Pokud pacient spí, tak bolest nehodnotíme (uvedeme např.: v noční směně „pacient spal, bolest nehodnocena“).

↓

Sledovat a zaznamenávat vždy bolest v den operačního výkonu a dále dle postupu:

- Nultý pooperační den hodnotí sestra bolest ihned po příjezdu z operačního sálu a dále každé 2–4 hodiny v závislosti na výkonu a stavu pacienta.
- První a dva další pooperační dny hodnotí sestra bolest vždy po podání analgetika a dále minimálně 1x za směnu se záznamem do dokumentace.
- Pooperační analgezií řídí anesteziolog a ošetřující lékař.

↓

V případě bolesti – např. VAS 4, NIPS 3 (hodnoty ostatních škál dle informace v Katalogu škál) informovat lékaře. Lékař rozhodne o dalším postupu v léčbě bolesti do 30 minut (platné pro každou bolest, mimo chronické bolesti, jejíž intenzita je trvale na stejné úrovni).

BEZPEČNOSTNÍ KARTA



Porodnickou bolest sledovat v souvislosti s postupujícím porodem až do doby porodu plodu a zaznamenávat ji průběžně do ZD. Rodičku po celou dobu monitorovat, informovat a edukovat.

Ordinace a podávání analgetik a přehodnocení bolesti po podání analgetika

Ordinace léků k léčbě bolesti musí být buď podmíněná (dle typu používané hodnotící škály), nebo ordinovaná s časovým rozpisem či kontinuálně.



Přehodnotit bolest po podání analgetika včetně záznamu do ZD:

- U parenterálně podaného léčiva do 30 minut po aplikaci.
- U perorálně podaného léčiva do 60 minut po podání.



V rámci terapie bolesti lze používat nefarmakologické přístupy (např. při porodu): např. úlevové polohy, fyzikální terapie (aplikaci tepla, chladu, ...), dechová cvičení, polohovací pomůcky, aromaterapii, relaxaci.



Do terapie pacienta s obtížně léčitelnou a chronickou bolestí je vhodné zapojit multidisciplinární tým (lékař, NLZP, zdravotně sociální pracovník, klinický psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, nemocniční kaplan, klinický farmaceut).

Záznam v ZD

- Vývoj intenzity bolesti a účinnost analgetické léčby, subjektivní posouzení bolesti pacienta.
- Nonverbální projevy bolesti.
- Nežádoucí účinky použité léčby (závislost, zácpa, nevolnost, zvracení, bradypnoe, hypotenze, pocit únavy, ospalost, útlum, sucho v ústech), komplikace způsobené metodou analgezie (např. svodná anestezie...). O výskytu nežádoucích účinků ihned informovat lékaře.

Hodnocení bolesti u nespolupracujících pacientů a dětí

Sledovat reakci pacienta na bolest dle observační škály např. PANAID, FLACC či SAS (u pacientů s neschopností vyjádřit úroveň subjektivního vnímání bolesti hodnotí bolest zdravotnický personál dle individuálních reakcí pacienta na léčebné či ošetrovatelské podněty).



Sledovat a zaznamenávat bolest do ošetrovatelské dokumentace minimálně 1 x za směnu.



Při projevech bolesti je informován ošetřující lékař, který ordinuje analgetickou terapii a další případnou frekvenci hodnocení bolesti písemným zápisem do zdravotnické dokumentace.

Každý zdravotnický pracovník je periodicky vzděláván a školen v oblasti managementu bolesti formou e-learningu. Školení probíhá při nástupu v rámci adaptačního procesu a následně periodicky každé 2 roky, viz OS_NPK_22.

Příloha B – *Behavioral Pain Scale*

	Popis	Skóre
Výraz tváře	relaxovaný	1
	je patrné částečné napětí v obličeji (stažené obočí)	2
	výrazné napětí v obličeji (zavřená oční víčka)	3
	grimasování	4
Horní končetiny	žádná pohybová aktivita	1
	částečná flexe	2
	plná flexe včetně prstů	3
	trvalá retrakce	4
Tolerance ventilace	tolerance polohování	1
	kašel, ale ventilace je převážně tolerována	2
	zápas s ventilátorem	3
	netoleruje UPV	4

Obrázek 1 Behavioral Pain Scale (Herold Ivan, Anesteziologie a intenzivní medicína Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, roč. 24 (2013, č.6, s.431)

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Jmenuji se Jiří Pohanka a studuji obor Zdravotnický záchranář Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který mi poslouží jako podklad k bakalářské práci na téma: „Hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka“.

Chtěl bych Vás požádat o jeho vyplnění. Dotazník je určen pro všeobecné sestry, je anonymní a poslouží mi jako nástroj ke sběru informací pro výzkumnou část mé práce. U otázek s volbou možnosti zakroužkujte pouze jednu odpověď, nebude-li u zadání stanoveno jinak. U otevřených otázek odpovídejte do příslušného řádku u otázky. Po vyplnění odevzdejte dotazník do sběrného boxu, který bude umístěn na oddělení dle dohody se staniční sestrou.

Děkuji za spolupráci.

Jiří Pohanka

student Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice

1. Má vaše pracoviště vypracovaný standard nebo postup pro sledování a hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

2. Jakou škálu pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí na svém pracovišti, dle platného standardu, využíváte nejčastěji (více možností)?

- a) Obličejová škála bolesti (Faces Pain Scale)
- b) Ramsayova sedační stupnice (RSS)
- c) Rikerova stupnice sedace-agitace (SAS)
- d) Nonverbální škála – obličej, nohy, aktivita, pláč, uklidnění (FLACC)
- e) Jiné, dle standardu uveďte.....

3. Z jakého důvodu preferujete Vámi uvedenou škálu pro hodnocení bolesti u pacienta v bezvědomí (více možností)?

- a) jednoduché a srozumitelné použití
- b) časově nenáročné
- c) umožní odhalit další problémy
- d) škálu používat musím, jelikož je to dáno standardem oddělení
- e) nepreferuji ji

4. Zaznamenáváte výsledky z jednotlivých hodnotících škál bolesti u pacientů v bezvědomí do zdravotnické dokumentace?

- a) ANO
- b) NE

5. Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděli ANO. Jak často během své směny bolest u pacientů v bezvědomí hodnotíte?

- a) 1x za směnu
- b) 2x za směnu
- c) 3x za směnu
- d) při projevech bolesti
- e) ve stanovených intervalech dle standardu, jakých.....

6. Uveďte další možnosti pro hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí, které využíváte (více možností)?

- a) vizuální analogová škála (VAS)
- b) formalizovaný rozhovor, dotazník
- c) sledování fyziologických funkcí

7. Používáte při hodnocení bolesti vlastní zkušenosti (self report)?

- a) ANO
- b) NE

8. Jste s Vaším standardem pro hodnocení bolesti spokojeni?

- a) ANO
- b) NE

9. Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděli NE, změnili či doplnili byste jednotlivé informace k hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí o nové poznatky (například: přidání škály, interval, sledování, hodnocení bolesti a další...)?

- a) ANO, uveďte jaké.....
- b) NE

10. Jak často na Vašem oddělení dochází k Vašemu školení či vzdělávání v problematice hodnocení bolesti u pacientů v bezvědomí?

- a) 1x měsíčně
- b) 1x za 6 měsíců
- c) 1x ročně
- d) 1x za 2 roky
- e) nedochází
- f) dle standardu pro hodnocení bolesti, tedy.....

11. Jakými způsoby jste v této problematice školeni: (více možností)

- a) prezenčně, prakticky
- b) prezenčně, teoreticky
- c) e-learning
- d) jiné.....

12. Jste Vámi uvedenou formou školení spokojeni? Pokud ne, zkuste navrhnout jiné možnosti získání informací o dané problematice.

- a) ANO
- b) NE, navrhuji.....

13. Jaké je vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

14. Kolik vám je let?

- a) 18–25
- b) 26–35
- c) 36–45
- d) 46–60
- e) 61 a více

15. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední škola s maturitou
- b) Vyšší odborné vzdělání
- c) Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc.
- d) Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr.
- e) Jiné, prosím uveďte.....

16. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Neurologická jednotka intenzivní péče
- b) Anesteziologicko – resuscitační oddělení

17. Kolik let pracujete na úseku intenzivní péče?

- a) 0–3 roky
- b) 4–6 let
- c) 7–10 let
- d) 11–15 let
- e) 16 a více