

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Natálie Vičarová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení bolesti všeobecnými sestrami na interním oddělení

Bakalářská práce

2025

Natálie Vičarová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Vičarová**  
Osobní číslo: **Z22403**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Hodnocení bolesti všeobecnými sestrami na interním oddělení**  
Téma práce anglicky: **The assessment of pain by general nurses in the internal medicine department**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové 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:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iryna Matějková, DiS.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

LS.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Hodnocení bolesti všeobecnými sestrami na interním oddělení“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., 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 19. 6. 2025

Natalie Vičarová v. r.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na hodnocení bolesti hospitalizovaných pacientů všeobecnými sestrami na interním oddělení. Cílem je zjistit, jaké metody a nástroje sestry při hodnocení bolesti využívají a jaké faktory ovlivňují jejich rozhodování. Teoretická část shrnuje poznatky z odborné literatury, praktická část čerpá z dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření vlastní tvorby. Dotazník byl distribuován mezi všeobecné sestry na interním oddělení a obsahoval otázky týkající se frekvence hodnocení, používaných nástrojů a vlivů, které mohou ovlivňovat klinickou praxi. Výsledky, prezentované formou přehledných grafů, ukazují, že přístupy k hodnocení bolesti nejsou jednotné a odhalují prostor pro další vzdělávání a standardizaci postupů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Bolest, všeobecné sestry, interní oddělení, hodnocení bolesti.

## **TITLE**

The assessment of pain by general nurses in the internal medicine department.

## **ANNOTATION**

This bachelor's thesis focuses on the assessment of pain in hospitalized patients by general nurses in an internal medicine department. The aim is to identify the methods and tools nurses use for pain assessment, as well as the factors influencing their decision-making. The theoretical part summarizes findings from professional literature, while the practical part is based on data collected through a custom-designed questionnaire. The questionnaire was distributed among general nurses working in internal medicine and included questions regarding the frequency of pain assessment, the tools used, and factors that may affect clinical practice. The results, presented in clear graphical form, indicate that approaches to pain assessment are not uniform and highlight the need for further education and the standardization of assessment procedures.

## **KEYWORDS**

Pain, general nurses, internal medicine department, pain assessment.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi poskytli podporu při zpracování mé bakalářské práce. Velké díky patří mé vedoucí práce Mgr. Iryně Matějkové, DiS., která mi byla oporou nejen svými odbornými radami, ale i trpělivostí a vstřícností. Poděkování si zaslouží také všechny všeobecné sestry z interního oddělení, kteří se ochotně zapojili do mého průzkumu a sdíleli své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu a pochopení během celé doby studia.

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce .....	14
1.1 Hlavní cíl průzkumné části práce .....	14
1.2 Dílčí cíle .....	14
1.3 Metody k dosažení cíle.....	14
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	15
2.1 Bolest.....	15
2.2 Klasifikace bolesti.....	15
2.2.1 Dělení dle mechanismu vzniku.....	16
2.2.2 Dělení dle délky trvání.....	16
2.3 Možné rozdíly ve vnímání bolesti.....	17
2.4 Hodnocení bolesti.....	18
2.4.1 Hodnocení bolesti pacientů při vědomí .....	18
2.4.2 Hodnocení bolesti s poruchou vědomí.....	19
2.5 Léčba bolesti .....	20
2.5.1 Farmakologická léčba .....	21
2.5.2 Možné aplikační cesty analgetik.....	22
2.5.3 Nežádoucí účinky analgetik.....	22
2.5.4 Nefarmakologická léčba bolesti.....	23
2.6 Role sestry při léčbě bolesti .....	24
2.7 Interní oddělení .....	25
3 PRAKTICKÁ ČÁST .....	27
3.1 Metodika praktické části .....	27
3.2 Průzkumné otázky.....	27
3.3 Výběr respondentů .....	27
3.4 Pilotní studie.....	28

3.5	Průběh průzkumu .....	28
3.6	Zpracování a analýza dat.....	28
3.7	Interpretace výsledků sběru dat.....	28
4	Diskuze .....	48
5	Závěr .....	52
6	Použitá literatura .....	54
7	Přílohy.....	59

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

### Tabulky

Tabulka 1 - Analgetický žebříček WHO (Sláma a Vafková, 2020) .....	70
Tabulka 2 - Aplikace analgetik a jejich půdobení (Beharková, Soldánová, 2016) .....	70
Tabulka 3 - Jaké změny byste navrhovali pro zlepšení procesu hodnocení a léčby bolesti na vašem oddělení? (zdroj vlastní).....	44

### Obrázky

Obrázek 1 - Jaké hodnotící škály bolesti ve své praxi používáte nejčastěji? (zdroj vlastní) .....	29
Obrázek 2 - Jaké příznaky vám nejčastěji naznačují přítomnost bolesti u pacientů? (zdroj vlastní).....	30
Obrázek 3 - Jak obvykle hodnotíte přítomnost bolesti u pacienta, který je při vědomí? (zdroj vlastní).....	31
Obrázek 4 - Jakým způsobem komunikujete s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit svou bolest? (zdroj vlastní).....	32
Obrázek 5 - Zaznamenáváte vždy stupeň bolesti podle vlastního hodnocení pacienta? (zdroj vlastní).....	33
Obrázek 6 - Setkali jste se ve své praxi s podáním placebo při léčbě bolesti na základě ordinace lékaře? (zdroj vlastní).....	34
Obrázek 7 - Jak často během směny zjišťujete přítomnost bolesti u pacienta, popřípadě zjišťujete stupeň bolesti? (zdroj vlastní).....	35
Obrázek 8 - Po jaké době od podání analgetik vyhodnocujete jejich efekt? (zdroj vlastní).....	36
Obrázek 9 - Jak nejčastěji hodnotíte účinek analgetik? (zdroj vlastní).....	37
Obrázek 10 - Využíváte nefarmakologické metody při léčbě bolesti ve své praxi? (zdroj vlastní) .....	38

Obrázek 11 - Jaké nejčastější nefarmakologické metody používáte? (zdroj vlastní).....	39
.....	
Obrázek 12 - Máte pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými metodami léčby bolesti? (zdroj vlastní).....	40
Obrázek 13 - Považujete roli sestry při hodnocení bolesti za důležitou? (zdroj vlastní).....	41
Obrázek 14 - Pokud byla odpověď ano, v čem vidíte hlavní důvod? (zdroj vlastní).....	42
.....	
Obrázek 15 - Máte pocit, že byste potřebovala speciální školení hodnocení bolesti? (zdroj vlastní).....	43
Obrázek 16 - Jaké je váš věk? (zdroj vlastní).....	45
Obrázek 17 - Kolik let praxe máte jako všeobecná sestra? (zdroj vlastní).....	46
Obrázek 18 - Jaké je vaše pohlaví? (zdroj vlastní).....	47

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

ČR	Česká republika
GIT	Gastrointestinální trakt
IASP	Mezinárodní asociace pro léčbu bolesti
JIP	Jednotka intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NSA	Nesteroidní antiflogistika
UPV	Umělá plicní ventilace
WHO	Mezinárodní zdravotnická organizace

## ÚVOD

Bolest je jedním z nejčastějších a zároveň nejdůležitějších symptomů, se kterými se zdravotníci setkávají v klinické praxi. Její hodnocení a správné řízení představuje klíčový aspekt poskytování kvalitní péče, zejména na interních odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti s širokým spektrem akutních i chronických onemocnění. Všeobecné sestry hrají v tomto procesu zásadní roli, protože jsou v neustálém kontaktu s pacienty a mohou tak významně přispět k identifikaci, hodnocení bolesti a také se podílet na zmírnění bolesti cílenými ošetrovatelskými intervencemi. (Bláhová, 2018) Přesné hodnocení bolesti je zásadní nejen pro komfort pacienta, ale také pro efektivitu léčby a prevenci komplikací.

Bolest představuje nejen fyzickou, ale i psychickou zátěž, která výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta. V některých případech může bolest zásadně narušit lidské fungování a ohrozit lidský život. V ošetrovatelské praxi je proto klíčové, aby všeobecná sestra přistupovala k výpovědi pacienta o bolesti s respektem a důvěrou. Subjektivní vnímání bolesti se totiž liší mezi jednotlivci – každý má jiný práh bolesti, a tuto skutečnost je nezbytné při péči zohlednit. (Kapounová, 2020)

Důležitou zásadou v ošetrovatelské praxi je také nepodceňovat projevy bolesti, a to bez ohledu na jejich intenzitu či frekvenci. Také empatie, vnímavost a citlivý přístup jsou nepostradatelnými součástmi práce všeobecné sestry při kontaktu s pacientem prožívajícím bolest. Nedílnou součástí kompetencí nelékařského zdravotnického personálu je schopnost včas rozpoznat verbální i neverbální projevy bolesti a aktivně spolupracovat s lékařem při nastavování a monitorování analgetické terapie. (Kopecký, 2018)

Interní oddělení patří dlouhodobě k nejvytíženějším pracovištím v rámci nemocniční péče. Statistická data z roku 2019 ukazují, že právě na těchto odděleních proběhlo přibližně 378 tisíc hospitalizací, což představovalo nejvyšší podíl ze všech odborností – konkrétně 16 % všech hospitalizačních případů v ČR. Průměrná délka hospitalizace na interně činila téměř šest dní a denně zde bylo hospitalizováno přibližně 6 100 pacientů. Tato čísla reflektují nejen rozsah péče poskytované na interních odděleních, ale i pestrost a závažnost diagnóz, s nimiž se zde zdravotníci setkávají. (Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, 2021)

Téma hodnocení bolesti zůstává v ošetrovatelské praxi nadále velmi aktuální. S postupujícím vývojem medicíny a rostoucími nároky na kvalitu poskytované péče se zvyšuje také důraz na individualizovaný přístup k pacientovi, jehož nedílnou součástí je účinné zvládnutí bolesti.

Schopnost správně rozpoznat a zhodnotit bolest, a to nejen na základě verbálního vyjádření, ale i neverbálních projevů, patří mezi klíčové kompetence všeobecných sester. Výsledky této bakalářské práce mohou sloužit jako podklad pro zlepšení praxe v oblasti hodnocení bolesti na interním oddělení a rovněž mohou být inspirací pro další vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu. Závěry práce by tak mohly přispět k posílení vědomí o důležitosti empatického a profesionálního přístupu k pacientům trpícím bolestí.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíl průzkumné části práce**

Zjistit které metody, všeobecné sestry k hodnocení bolesti používají a jaká je jejich praxe v hodnocení bolesti u pacientů jak při vědomí, tak s poruchou vědomí.

## **1.2 Dílčí cíle**

Cíl 1 - Zjistit, jaké hodnotící nástroje a škály bolesti všeobecné sestry používají na interním oddělení.

Cíl 2 - Prozkoumat jak všeobecné sestry v praxi hodnotí bolest u pacientů při vědomí a s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat.

Cíl 3 - Zjistit, zda všeobecné sestry věří pacientovi bolest, kterou udává.

Cíl 4 - Prozkoumat využití nefarmakologických intervencí všeobecných sester pro léčbu bolesti.

## **1.3 Metody k dosažení cíle**

Vytvoření dotazníku určeného pro respondenty, tedy všeobecné sestry pracující na interním oddělení. Dotazník obsahoval kombinaci uzavřených a polouzavřených otázek, které byly zaměřeny na praktické metody hodnocení bolesti používané sestrami v jejich každodenní práci.

Oslovení všeobecných sester daného oddělení s žádostí o anonymní vyplnění dotazníku, což umožnilo získat upřímné odpovědi. Respondentům byl vysvětlen účel sběru dat potřebných pro statistické zpracování k danému tématu této bakalářské práce.

Vyplněné dotazníky byly následně vyhodnoceny pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel, kde byla data zpracována a vizualizována do grafů a tabulek, které sloužily k přehledné prezentaci a interpretaci výsledků.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Bolest

Definice bolesti jsou bezesporu různé, různě pojaté a definované. Avšak mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) využívá definici dle mezinárodní asociace pro léčbu bolesti (IASP) je definována jako: „ *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisované výrazy pro takové poškození*“. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

Bolest představuje nepříjemný zážitek, který je silně individuální povahy. I když mohou být příčiny bolesti u různých osob podobné, každý jednotlivec ji vnímá odlišně. Tento subjektivní charakter bolesti znamená, že se jedná o vysoce osobní zkušenost, přičemž zpráva samotného člověka o jeho bolesti slouží jako nejpřesnější a nejrelevantnější měřítko její intenzity a povahy. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2025) V některých případech je původ bolesti jasně rozpoznatelný, například při úrazu, anebo je lokalizována v konkrétní části těla, kupříkladu kloub. Avšak u nespecifických bolestí, jako jsou bolesti hlavy či břicha, je často nutné provést detailní analýzu příčiny. Například u akutních bolestí břicha se jejich etiologie může pohybovat od neškodných stavů až po závažné život ohrožující stavy, a proto je nezbytné provést diferenciální diagnostiku, zahrnující anamnézu, fyzikální vyšetření a zobrazovací metody, aby bylo možné stanovit správnou léčbu. (Kopitnik et al., 2025)

V nemocničním prostředí je téma bolesti řešeno dnes a denně, proto pro praxi všeobecné či praktické sestry je důležité pamatovat si, že pokaždé kdy pacient tvrdí, že bolest má, tak ji pociťuje. Navíc je nutné si uvědomit, že bolest je subjektivní záležitost. Všeobecná a praktická sestra musí rovněž myslet na fakt, že bolest je ovlivněna také psychosomatikou člověka. Každý jedinec má odlišnou toleranci k bolesti, kde může hrát svou roli například samotný věk či pohlaví jedince. (Kapounová, 2020)

Bolest je fenomén, který je přítomen po celou dobu lidského života. Některé její formy mají ochrannou funkci, protože nás varují před nebezpečím a nutí nás vyhybat se činností, které by mohly vést k poškození. Jiné typy bolesti mohou sloužit jako signál naznačující problém v tělesném zdraví nebo přítomnost škodlivých změn v organismu. (Hakl, 2015)

### 2.2 Klasifikace bolesti

Rozdělení bolesti do základních klasifikací je klíčové pro určení vhodného postupu léčby a zajištění účinné pomoci pacientovi. Přesná definice jednotlivých typů bolesti je klíčová pro

efektivní léčbu, protože různé formy bolesti, vyvolané různými faktory, vyžadují specifické terapeutické přístupy. (Grycová, 2015)

### **2.2.1 Dělení dle mechanismu vzniku**

Bolest lze rozdělit na nociceptivní, neuropatickou, psychogenní a smíšenou. První skupinou je neuropatická bolest, vzniká v důsledku poškození nervového systému, ať už v důsledku zranění nebo onemocnění. Je charakterizována pocity pálení, brnění, vystřelování nebo podobně jako elektrické šoky. Mezi nejčastější příčiny neuropatické bolesti patří diabetická neuropatie a pásový opar (NINDS, 2025).

Druhou velkou skupinou je bolest nociceptivní, která souvisí s poškozením určité části organismu. Nociceptivní bolest se dále dělí na somatickou a viscerální. Somatická bolest je spojena s konkrétní poškozenou tkání, jako jsou svaly, klouby nebo kůže. Je dobře lokalizovatelná a nejčastěji souvisí s mechanickým poškozením pohybového aparátu. Naproti tomu viscerální bolest je spojena s poškozením vnitřních orgánů a může se přenášet do tkání pohybového aparátu, což může vést k bolestem zad či končetin, a tím ztěžovat diagnostiku onemocnění (Grycová, 2015).

Psychogenní bolest je typ bolesti, u něhož dominuje psychická složka. Často se vyskytuje u depresivních poruch a některých neuróz, kdy se bolest projevuje jako somatická projekce psychických problémů. Pacienti si nejčastěji stěžují na bolesti břicha a zad. K léčbě se využívají psychofarmaka v kombinaci s psychoterapií (NINDS, 2025).

Smíšená bolest kombinuje všechny výše uvedené typy bolesti a nejčastěji se objevuje po operacích, kdy pacient pociťuje různé složky bolesti současně. Léčba se zaměřuje především na tu složku bolesti, která je v konkrétním případě nejvýraznější (NINDS, 2025).

### **2.2.2 Dělení dle délky trvání**

Bolest lze rozdělit do dvou hlavních skupin: akutní a chronickou. Akutní bolest se objevuje náhle a netrvá déle než měsíc. Je spojena s přímým poškozením tkáně nebo onemocněním a slouží jako varovný signál, že v organismu není něco v pořádku. Po vyléčení obvykle zcela vymizí a nevrací se, pokud nejde o opakující se akutní záchvaty, jako například u bolestí spojených s ledvinovými nebo žlučnickovými kameny. I v těchto případech se však stále jedná o akutní bolest, protože její vznik je náhlý a souvisí s konkrétním epizodickým problémem (Rokyta et al., 2018). Akutní bolest bývá doprovázena viditelnými fyziologickými projevy,

mezi které patří pocení, zvýšená srdeční frekvence (tachykardie), zrychlené dýchání (tachypnoe), zadržování moči (retence moči) a zvýšená hladina glukózy v krvi (hyperglykemie) (Vymazal et al., 2023).

Druhou hlavní skupinu představuje chronická bolest, která trvá déle než tři měsíce a dělí se na nenádorovou a nádorovou. Chronická bolest bývá obtížně léčitelná, což u pacientů často vede k frustraci a pocitu beznaděje. Opakované návštěvy lékařů nemusí přinést jasnou diagnózu a efektivní léčbu, což může způsobit, že pacienti se cítí nepochopeni a jejich bolest nedostatečně řešena. V některých případech jsou pacienti posíláni na psychiatrické vyšetření, aby se vyloučila možnost simulace bolesti, což pro ně může být psychicky náročné a zvyšovat stres i nejistotu (Rokyta et al., 2018).

Nenádorová chronická bolest zahrnuje tělesnou bolest, která souvisí s poškozením pohybového aparátu, a útrobní bolest spojenou s vnitřními orgány. Tento typ bolesti může přetrvávat po celý život a významně ovlivňovat kvalitu života pacienta, omezovat jeho každodenní činnosti a přispívat k rozvoji psychických problémů, jako jsou deprese či úzkosti. Naopak chronická nádorová bolest je velmi komplexní problém, který je ovlivněn jak samotným onemocněním, tak jeho léčbou. Pacienti s nádorovým onemocněním často trpí intenzivní bolestí, která jim znemožňuje běžné fungování, snižuje chuť k jídlu a může vést k psychickým obtížím, jako je deprese nebo pocitu beznaděje. Tento stav mnohdy způsobuje ztrátu víry v možnost zmírnění bolesti na snesitelnou úroveň, což významně snižuje celkovou kvalitu jejich života (Bartůněk et al., 2016). Chronická bolest se projevuje také specifickými příznaky, jako jsou poruchy spánku, deprese, nechutenství, zácpa, zhoršení kvality života, sociální izolace a v některých případech i riziko suicida (Vymazal et al., 2023).

### **2.3 Možné rozdíly ve vnímání bolesti**

Prožívání bolesti je silně individuální a závisí na několika faktorech, nejen na pohlaví. Mezi klíčové vlivy patří věk, konkrétní situace, ve které se jedinec nachází, a přístup k bolesti samotné. Jedním z nejdůležitějších faktorů je to, jak se jednotlivci k bolesti staví a zda mají vůli ji překonat. Každý člověk má jiný práh bolesti, přičemž jedinci s vysokým prahem jsou vůči bolesti odolnější. Rozdíly ve vnímání bolesti mezi jednotlivými lidmi mohou být značné a jsou ovlivněny osobností, genetickými predispozicemi a v neposlední řadě pohlavím. To všechno hraje roli při hodnocení a zvládnání bolesti, což je důležité zohlednit při poskytování péče. (Cihelková, 2019)

Etnické, kulturní a sociální faktory jedince mohou do určité míry vnímání bolesti ovlivnit. Například v mnoha kulturách založených na křesťanské nebo židovské etice je bolest často vnímána jako trest nebo zkouška, zatímco v jiných kulturách může být bolest součástí tradičních rituálů nebo obřadů. Tento kulturní kontext má zásadní vliv na to, jak jedinci bolest prožívají a jak se s ní vyrovnávají. Kromě kulturního a sociálního rámce je prožitek bolesti rovněž silně ovlivněn prostředím, ve kterém se jedinec nachází. Klidné, stabilní a podpůrné mezilidské vztahy mohou významně přispět k lepšímu zvládnání bolesti. Stejně tak profesionální přístup zdravotnických pracovníků, který zahrnuje empatii, porozumění a odpovídající terapeutické metody, může pozitivně ovlivnit schopnost pacienta zvládnout bolest a zlepšit jeho celkový stav. (Bartůněk et al., 2016)

## **2.4 Hodnocení bolesti**

Hodnocení bolesti je nezbytnou součástí práce nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP), konkrétně všeobecných a praktických zdravotních sester. Je to běžná součást každodenní péče, která je nepostradatelná nejen na standardních odděleních, ale i na specializovaných jednotkách intenzivní péče (JIP) a je klíčové pro zajištění kvality života pacienta a úspěšného průběhu léčby. Pro hodnocení bolesti je nezbytné zohlednit vědomí pacienta, neboť stav vědomí má významný vliv na schopnost pacienta komunikovat a vyjádřit své prožitky bolesti. V rámci hodnocení bolesti by se všeobecná či praktická sestra měla zaměřit na několik klíčových aspektů, které umožní správně posoudit stav pacienta a následně nasadit odpovídající léčbu. (Kapounová, 2020)

Jedním z faktorů je lokalizace bolesti, tedy přesné určení místa, kde pacient pociťuje bolest. Dalším důležitým parametrem je druh bolesti. Zde se sestra zaměřuje na zjištění, zda se jedná o bolest kolikovitou, ischemickou, zánětlivou (typicky tepavé a škubavé pohyby v místě bolesti), nebo o bolest fantomovou, která se objevuje v místě amputované končetiny, kde již není přítomna žádná tkáň. Nakonec je důležité získat informace o intenzitě bolesti, což se obvykle provádí pomocí škál pro hodnocení bolesti. (Kapounová, 2020)

### **2.4.1 Hodnocení bolesti pacientů při vědomí**

V rámci hodnocení bolesti u pacientů při vědomí se běžně využívají různé hodnotící škály, které umožňují nejen kvantifikovat intenzitu bolesti, ale také sledovat její vývoj v čase a efektivitu léčby. Díky těmto škálám mohou lékaři lépe pochopit subjektivní vnímání bolesti u jednotlivých pacientů a přizpůsobit léčbu jejich individuálním potřebám.

**Vizuální analogová škála (VAS)**, je tvořena přímkou o délce přibližně 10 cm. Na této přímce pacient označuje svou bolest, přičemž bod 0 označuje absenci bolesti a bod 10 představuje nejintenzivnější možnou bolest. Tento nástroj je jednoduchý a rychlý na použití. Umožňuje pacientům vyjádřit intenzitu bolesti na kontinuální škále. (Zouvala, 2020) (Příloha A)

**Verbální číselná škála (VRT)**, hodnotí bolest na základě čtyř kategorií: žádná bolest, mírná bolest, střední bolest a krutá bolest. Tato škála je užitečná pro rychlé posouzení bolestivého stavu pacienta a její výhodou je jednoduchost a snadná komunikace s pacientem. Kategorizace na základě slovních popisů může být pro některé pacienty intuitivní a snadněji pochopitelná. (Zouvala, 2020) (Příloha B)

**Mapa bolesti dle M.S.Margolese**, vizuální nástroj určený ke sledování lokalizace a charakteru bolesti u pacienta. Jedná se o schéma lidského těla, do něhož pacient zaznamenává bolestivé oblasti. Tímto způsobem lze detailně zaznamenat individuální vnímání bolesti. Kromě lokalizace lze do vyobrazení doplnit i charakter bolesti pomocí barevného označení, které bývá sjednáno dle zvyklostí konkrétního zdravotnického pracoviště – např. modře se značí bolest obecná, červeně pálivá, žlutě tupá a zeleně svíravá. (Vaňková, 2017)

**Dotazník DIBBA**, tento dotazník se zaměřuje na hodnocení bolesti při běžných denních aktivitách, což umožňuje zjistit, jak bolest ovlivňuje pacientovo každodenní fungování. DIBBA se tedy soustředí nejen na intenzitu bolesti, ale i na její vliv na kvalitu života a schopnost vykonávat každodenní činnosti. (Zouvala, 2020).

#### **2.4.2 Hodnocení bolesti s poruchou vědomí**

Druhá část hodnocení bolesti se zaměřuje na pacienty, kteří mají poruchu vědomí až na pacienty v bezvědomí, tedy především na pacienty na jednotkách intenzivní péče (JIP), kde je hodnocení bolesti složitější, neboť pacienti nejsou schopni subjektivně popsat svůj stav. Pro tuto skupinu pacientů se využívají speciální hodnotící škály, které umožňují posoudit bolest na základě jejich chování a fyziologických reakcí. (Vajciková a Zoubková, 2017)

**Škála FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**, je jednou z nejběžněji používaných škál pro hodnocení bolesti u pacientů v intenzivní péči. Tato škála hodnotí pět oblastí: mimiku obličeje, pohyby končetin, úroveň aktivity, křik nebo pláč, a schopnost utišit pacienta. Každá oblast je hodnocena na stupnici od 0 do 2, což umožňuje celkové posouzení intenzity bolesti u pacienta. Tato škála je velmi užitečná i pro pacienty, kteří nejsou schopni komunikovat. (Vajciková a Zoubková, 2017) (Příloha C)

**Škála BPS (Behavioral Pain Scale)**, která se zaměřuje na hodnocení výrazů obličeje, pohybů horních končetin a reakci na použití umělé plicní ventilace (UPV). Tato škála pomáhá odhadnout úroveň bolesti u pacientů na JIP, zejména u těch, kteří jsou napojeni na umělou ventilaci a nejsou schopni verbálně komunikovat. (Kapounová, 2020) (Příloha D)

**Škála ANVPD (Adult Non-Verbal Pain Scale)**, která je určena pro dospělé pacienty na umělé plicní ventilaci a slouží k indikaci potřeby zvýšení analgosedace, pokud hodnota na škále překročí 3. Tato škála je důležitá pro zajištění adekvátní úlevy od bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni komunikovat své bolesti verbálně. (Kapounová, 2020) (Příloha E)

**Škála CPOT (Critical Care Pain Observation)**, je hodnotící škála bolesti pro intenzivní péči, která zahrnuje čtyři kategorie: výraz tváře, pohybovou aktivitu, svalové napětí a toleranci umělé plicní ventilace (UPV). Každá z těchto kategorií je hodnocena na škále od 0 do 2 bodů. (Kapounová, 2020) (Příloha F)

## 2.5 Léčba bolesti

Léčba bolesti je povinností zdravotníků a zmírnění jsou mezi základním právem pacienta. (Bartůněk a spol., 2016) Cílem léčby bolesti je zlepšit kvalitu života pacientů, kteří trpí bolestí. Terapie se zaměřuje na umožnění pacientům účastnit se každodenních aktivit bez větších omezení, nebo alespoň na snížení bolesti na úroveň, která je pro ně snesitelná. Avšak je důležité si uvědomit, že ne každá bolest jde plně vyléčit, ale lze zvládnout a tím výrazně zlepšit životní pohodu pacienta. (NINDS, 2025)

Při léčbě bolesti se často využívají dvě základní strategie. První z nich je strategie step-down, která se uplatňuje především při léčbě akutní bolesti. Tato strategie zahrnuje postupné snižování dávky analgetik, přičemž se pacientovi nejprve podávají nejsilnější analgetika a následně se přechází na slabší prostředky, jakmile bolest ustoupí. Naopak při léčbě chronické bolesti se využívá strategie step-up, kdy se začíná s nejslabšími analgetiky a v případě potřeby se postupně přechází na silnější léky. (Součková a Rychlíčková, 2022)

V současnosti existuje celá řada metod pro léčbu bolesti, které se liší v závislosti na typu bolesti. U akutní bolesti bývá často dostačující jedna terapeutická metoda, která cílí na rychlé zmírnění bolesti a návrat pacienta k běžným aktivitám. Naopak chronická bolest vyžaduje často komplexnější přístup, kde se kombinují různé léčebné metody. V praxi se u chronické bolesti často spojují farmakologická léčba (např. analgetika, opioidy) a nefarmakologické přístupy

(např. fyzioterapie, psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, relaxační techniky). (Čeledová et al., 2018)

### 2.5.1 Farmakologická léčba

Léčba bolesti pomocí medikamentózních prostředků, tedy analgetik, je jedním z nejběžnějších způsobů, jak zmírnit bolest. Léčba bolesti pomocí medikamentózních prostředků, tedy analgetik, je jedním z nejběžnějších způsobů, jak zmírnit bolest a udává se, že 90% pacientů, díky správně nastavené terapii má bolest pod kontrolou. (Sláma et al., 2017)

Pro léčbu akutní bolesti se obvykle používá farmakoterapie, která umožňuje relativně efektivně kontrolovat bolest. V případě akutní bolesti se často volí neinvazivní analgetika, která se podávají perorálně, tedy ústy. Naopak pro léčbu chronické bolesti je častěji preferována parenterální aplikace léčiv, tedy podání mimo trávicí trakt, nebo podávání opioidů. (Skála a Kozák, 2021)

Výběr léků je založen na doporučeních analgetických žebříčků dle Světové zdravotnické organizace – WHO (Tabulka 1), které se skládají ze tří stupňů. Na základě těchto stupňů se určuje intenzita bolesti a podle toho se volí odpovídající skupina analgetik. Doporučuje se využívat analgetika v kombinaci s koanalgetiky (léky, podporující účinek analgetik) Mezi koanalgetika patří například antidepressiva a kortikoidy (Vondráčková, 2023) (Tabulka 1)

**Analgetika I. Stupně** - zahrnují neopioidní analgetika, která se používají především k úlevě od mírné až střední bolesti. Tato skupina zahrnuje antipyretika, jako je paracetamol a metamizol, a nesteroidní antiflogistika (NSA), mezi které patří například ibuprofen, diklofenak a nimesulid. Slouží k léčbě mírné až středně silné bolesti. (Martínková, 2018)

**Analgetika II. stupně** – používají se k léčbě středně silné až silné bolesti a obvykle představují kombinaci neopioidních analgetik a nesteroidních antiflogistik (NSA). V případě přetrvávající bolesti se do léčby přidávají slabé opiáty. (Martínková, 2018) Mezi slabé opiáty patří například kodein, dihydrokodein a tramadol. (Hakl, 2015)

**Analgetika III. stupně** - využívají se při silné bolesti, ať už nenádorové, nebo nádorové, kdy bolest nelze zmírnit slabšími analgetiky (Martínková, 2018). V této fázi léčby se nasazují silné opioidy. V České republice jsou k dispozici morfin, fentanyl, hydromorfon, oxykodon, buprenorfin a tapentadol. (Hakl, 2015)

Při léčbě bolesti se v současnosti často setkáváme i s léčbou **průlomové bolesti**, což je ataka velmi silné bolesti, která se objeví i při správně léčbě základní chronické bolesti. Postihuje až

85 % pacientů a je charakterizována náhlým nástupem během několika vteřin až minut, přičemž trvá pouze krátkou dobu, je většinou obtížně předvídatelná. V současnosti se nejčastěji používá fentanyl v různých formách, jako je nosní sprej, bukalní či sublinguální podání. Léčebný účinek fentanylu nastupuje během několika minut a přetrvává přibližně 90 minut. Tyto přípravky s obsahem fentanylu splňují kritéria pro okamžitou a bezpečnou léčbu intenzivních epizod průlomové bolesti. (Vrba, 2018)

### **2.5.2 Možné aplikační cesty analgetik**

Způsoby podání analgetik se liší v závislosti na potřebách pacienta a charakteru bolesti, kterou je třeba tlumit. Nejčastější a nejjednodušší formou aplikace je perorální (per os) podání, kdy pacient užívá analgetikum ve formě tablet, kapslí nebo kapek. Tato metoda je široce využívána díky své jednoduchosti a dostupnosti. Další možností je nasální podání, při kterém se léčivo aplikuje na nosní sliznici, například ve formě fentanylového spreje. Tento způsob umožňuje rychlou absorpci účinné látky a je často využíván v akutních situacích. Další častou formou je intravenózní (i.v.) podání, umožňuje přímý vstup léčiva do krevního oběhu pomocí infuze nebo lineárního dávkovače, čímž dochází k rychlému nástupu účinku analgetika. Intramuskulární (i.m.) podání, spočívá v aplikaci analgetika přímo do svalu, což zajišťuje poměrně rychlý nástup účinku. Naopak subkutánní (s.c.) podání, kdy je léčivo aplikováno pod kůži, umožňuje pomalejší, ale stabilní uvolňování účinné látky do organismu. Transdermální podání využívá vstřebávání léčiva přes kůži, obvykle ve formě náplastí. Tento způsob je vhodný pro dlouhodobou léčbu bolesti, protože poskytuje konstantní přísun analgetika do krevního oběhu. Méně využívaná forma je rektální (per rectum) podání, realizuje se zavedením léčiva do konečníku, často ve formě čípků. Tento způsob může být vhodný zejména u pacientů, kteří nemohou užívat léky perorálně. Specifickou metodou je epidurální aplikace, při níž se léčivo podává do epidurálního prostoru prostřednictvím katetru. Tato technika se často využívá například při porodu nebo v rámci pooperační analgezie (Kapounová, 2020). Kromě způsobu podání analgetika je nezbytné zohlednit také čas jeho působení, který je klíčovým faktorem při hodnocení účinnosti daného léčiva. (Viz. tabulka 2).

### **2.5.3 Nežádoucí účinky analgetik**

Farmakoterapie nabízí širokou škálu možností a pozitivních účinků při léčbě bolesti, je však nutné zmínit i její druhou stránku – nežádoucí účinky analgetik. Tyto vedlejší účinky mohou zahrnovat řadu nežádoucích reakcí na organismus člověka. (Kotolová a Nováková, 2020)

V první řadě je důležité zmínit nežádoucí účinky neopioidních analgetik, které se mohou projevovat v různých částech organismu a v různé intenzitě (Kotolová a Nováková, 2020). Tato analgetika mohou mít vliv na gastrointestinální trakt (GIT), přičemž nejvíce postihují horní část GIT. Nejčastějšími projevy jsou dyspepsie, eroze sliznice žaludku, a v nejzávažnějších případech může vzniknout vřed, který může vést ke krvácení. Další ohroženou oblastí jsou ledviny, kde může dojít k poruchám průtoku krve a vzniku toxicity z léků vylučovaných těmito orgány. K nežádoucím účinkům může také docházet v kardiovaskulárním systému, zejména ke zhoršení srdečního selhávání a zvýšení krevního tlaku. Posledním systémem, který může být ovlivněn, je respirační systém, kde se mohou objevit příznaky jako rýma, kýčání, ale i astmatický záchvat. (Kotolová a Nováková, 2020)

Léčba opioidy je také spojena s řadou rizik a nežádoucích účinků, mezi které patří ospalost, zpomalení reakcí, útlum dechového centra, zácpa, svědění a ztráta chuti k jídlu. Dále je nezbytné zmínit možnost vzniku fyzické závislosti na opiátech a rozvoj celkového návyku na tyto látky. (Kozák et al., 2020)

#### **2.5.4 Nefarmakologická léčba bolesti**

Tento způsob léčby je často využíván jako doplněk farmakologické léčby a zahrnuje různé podpůrné techniky. Mezi doplňující metody, které se používají nejen v ČR, ale i ve světě, patří například relaxační techniky, dechová cvičení a muzikoterapie. Další skupinou jsou fyzikální a rehabilitační metody, jako jsou masáže, využívání chladu a tepla nebo akupunktura. (Bartůněk et al., 2016)

Akupunktura je terapeutická metoda, která zahrnuje zavádění tenkých jehliček do specifických bodů na těle, označovaných jako akupunkturální body. Tento proces stimuluje tělo k vyplavování endorfinů, což jsou přírodní látky s účinky podobnými opiátům. U některých jedinců však může nastat rezistence na účinky akupunktury, přičemž výskyt tohoto jevu se odhaduje na přibližně 30 % populace. Existuje však možnost, že akupunktura může pozitivně ovlivnit léčbu bolesti i díky použití specifických zařízení, která jsou součástí terapeutického procesu. Využití těchto zařízení může mít celkově příznivý efekt, přičemž pacient často vnímá, že je aktivně léčen. (Rokyta et al., 2018)

Je známo, že změna životního stylu může mít významný vliv na léčbu chronické bolesti. Cvičení a pravidelná fyzická aktivita jsou klíčové pro zlepšení flexibility, posílení svalů a zvýšení kardiovaskulární zdatnosti, což může pomoci lidem s bolestivými stavy lépe zvládat

bolest a zlepšit jejich celkový zdravotní stav. Doplňkové aktivity, jako je chiropraktická péče, mohou také přinést pozitivní účinky (NINDS, 2025)

V nemocničním prostředí je velmi běžné použití podpurných metod, jako je polohování pacienta, koupele, nebo využívání koncepce bazální stimulace, která se zaměřuje na stimulaci smyslových funkcí a zlepšení pohody pacienta. Mezi nejpoužívanější prvky bazální stimulace se řadí dotek, polohování a koupele. Tyto nefarmakologické přístupy mohou významně přispět k celkové úlevě od bolesti a zlepšení kvality života pacientů. (Bartůněk et al., 2016)

## **2.6 Role sestry při léčbě bolesti**

Mezi hlavní kompetence nelékařského zdravotnického personálu je podílení se na sledování a hodnocení bolesti u pacientů, přičemž aplikuje léčivé přípravky v souladu s lékařskou indikací. Dále monitoruje účinnost podaných analgetik a poskytuje pacientům i jejich blízkým potřebné informace o zvládnání bolesti. Ve spolupráci s lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu aktivně přispívá k tvorbě a realizaci strategie léčby bolesti. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020) Další hlavní úloha všeobecné sestry v léčbě bolesti spočívá v poskytování kvalitní a srozumitelné edukace pacientovi, která je klíčová. Kromě edukace je důležité i pravidelné monitorování bolesti a důsledná dokumentace, která poskytuje lékaři cenné informace. Tato dokumentace je nezbytná pro správné nastavení analgetické léčby, umožňuje lékařům sledovat průběh léčby a přizpůsobit ji potřebám pacienta. Sestra tak hraje klíčovou roli v zajištění kvalitní péče a efektivního řízení bolesti. (Lakomá et al., 2017)

Všeobecná sestra je odpovědná za podání léčiv v souladu s ordinací lékaře, přičemž pečlivě ověřuje název a sílu léčiva i předepsaný způsob aplikace podle zdravotnické dokumentace. Před podáním léku vždy provádí identifikaci pacienta v souladu se standardními postupy a následně kontroluje jeho užití. U specifických skupin pacientů, jako jsou senioři, děti, osoby s psychiatrickými onemocněními nebo demencí, je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost správnému užití léčiv, zejména při perorálním podání. (Vytejková et al., 2015)

Bolest je citlivý indikátor a sestry proto hrají klíčovou roli při hodnocení a zvládnání bolesti. Je zřejmé, že mít více znalostí a lepší postoje k bolesti může zlepšit spokojenost pacientů s bolestí. (Brant et al., 2018) Obecně platí, že většina pacientů s bolestí očekává od poskytovatelů zdravotní péče, zejména sester, snížení jejich bolesti a utrpení pomocí nefarmakologických opatření, projevem porozumění a empatie. Ukázalo se, že efektivní komunikace mezi sestrami a pacienty v rámci klinické péče přináší lepší výsledky při kontrole bolesti a zlepšuje psychický stav pacientů. Právě sestry jsou v přední linii systému poskytování zdravotní péče. Je tedy

potřeba, aby se sestry snažili o identifikaci potřeb pacientů, poskytovaly včasnou ošetrovatelskou péči a odpovídající plán léčby. Klíčem k dosažení je navázání terapeutického vztahu, který povzbudí pacienty, aby si stěžovali na svou bolest. Komunikace je navíc nepostradatelná při poskytování kvalitní zdravotní péče. Prostřednictvím komunikace s pacienty mohou sestry čerpat informace o léčbě bolesti a podporovat zdraví a to ať komunikací verbální či neverbální. (Teeth et al., 2021)

Praktiky zvládání bolesti jsou definovány jako soubor činností, které by sestry měly poskytovat k efektivnímu zvládání bolesti pacientů. Tyto činnosti zahrnují hodnocení bolesti pacientů, poskytování vhodných intervencí sestry k úlevě od bolesti. (Alzghoul, 2015) Mezi podpůrné aktivity NLZP při léčbě bolesti neodmyslitelně patří empatie a citlivý přístup k pacientovi trpícímu bolestí. Důležitým úkolem je sledování projevů bolesti, a to jak verbálních, tak neverbálních, správná aplikace léčiv podle pokynů lékaře a monitorování účinků léčby. Je rovněž nezbytné nebagatelizovat projevy bolesti a pečlivě sledovat nežádoucí účinky analgetik, které je třeba hlásit lékaři pro adekvátní úpravu léčby. V neposlední řadě se NLZP může podílet na antalgickém polohování, což zahrnuje pomoc pacientovi při hledání úlevové polohy, která zmírňuje jeho bolest. (Kopecký, 2018)

## **2.7 Interní oddělení**

Vnitřní lékařství, často označované jako interna, patří mezi klíčové obory klinické medicíny. Jeho náplní je prevence, diagnostika a léčba onemocnění vnitřních orgánů. Interna je charakteristická svým celostním pohledem na pacienta. V praxi to znamená, že se zaměřuje nejen na jednotlivé projevy nemoci, ale i na jejich vzájemné souvislosti a komplexní dopad na lidský organismus. Tento přístup je zvláště důležitý při péči o pacienty s více diagnózami současně, což je na interních odděleních běžné. (Slezáková et al., 2023)

Interní oddělení představuje jedno z klíčových oddělení nemocniční péče. Léčba na tomto oddělení je převážně konzervativní, tedy bez chirurgické léčby. S rozvojem medicíny se interní obory dále diferencovaly do specializací, mezi něž patří například kardiologie, která se zaměřuje na nemoci srdce, revmatologie zabývající se poruchami krvevotvorby, endokrinologie řešící poruchy žláz s vnitřní sekrecí, gastroenterologie orientovaná na onemocnění trávicího traktu, hepatologie specializovaná na nemoci jater, nefrologie zaměřená na choroby ledvin a diabetologie, která se věnuje poruchám slinivky břišní a metabolismu tuků. Interní oddělení je obvykle rozděleno do několika sekcí. Pacient je zpravidla přijat nejprve na ambulanci nebo vyšetřovací jednotce interního oddělení. Pokud je nutná hospitalizace, pacient je umístěn na

standardní lůžkové oddělení. V případech závažnějších stavů je léčba poskytována na jednotce intenzivní péče. (Schütznerová, 2022)

Interní medicína je proto nepostradatelná a její význam stále roste. Konziliární vyšetření internistou je nezbytnou součástí péče v téměř všech ostatních hospitalizačních oborech. Často se například využívá při předoperačním hodnocení pacientů před chirurgickými zákroky. S ohledem na stárnutí populace, které je spojeno s častým výskytem vícečetných onemocnění a složité medicíny, je klíčové, aby byla navržena komplexní a koordinovaná léčba všech zdravotních problémů pacienta. Poskytuje se zde péče širokému spektru pacientů s rozmanitými diagnózami. Zdravotnický tým, složený z lékařského i nelékařského personálu, se zde věnuje pacientům s onemocněním kardiovaskulárního systému, jako jsou choroby srdce a cév, stejně jako nemocným trpícím poruchami funkce ledvin, jater, žlučníku či slinivky břišní. Častými pacienty jsou rovněž osoby s poruchami trávicího traktu a metabolismu, včetně poruch příjmu potravy. Významnou skupinu tvoří také pacienti s onemocněním žláz s vnitřní sekrecí, mezi které patří například poruchy štítné žlázy či nadledvin. Z hlediska četnosti výskytu je pak jedním z nejčastějších chronických onemocnění, se kterým se na interním oddělení setkáváme, diabetes mellitus neboli cukrovka. (Slezáková et al., 2023)

Všeobecná sestra zastává na interním oddělení nezastupitelnou roli, která zahrnuje široké spektrum odborných činností. Mezi nejčastější ošetrovatelské intervence patří aplikace infuzní terapie a podávání injekcí na základě lékařské ordinace. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je rovněž zajištění základních potřeb pacientů, zejména podpora v oblasti hygieny, polohování a vyprazdňování, což je zvláště důležité u pacientů s omezenou mobilitou. Tyto činnosti přispívají nejen k udržení tělesné integrity, ale i k prevenci komplikací, jako jsou dekubity či močové infekce. (Schütznerová, 2022)

### **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část se zaměřuje na zjištění míry využívání jednotlivých metod hodnocení bolesti, překážek, se kterými se sestry setkávají, a jejich postojů k hodnocení a léčbě bolesti u hospitalizovaných pacientů. Průzkum realizován kvantitativní metodou prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Dotazník vlastní tvorby je sestaven tak, aby zahrnoval uzavřené i otevřené otázky.

#### **3.1 Metodika praktické části**

Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní strategie využívající metodu průzkumného šetření. Hlavním nástrojem pro získání údajů byl nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, jehož struktura a obsah byly inspirovány již existujícími dotazníky využitými v dříve realizovaných kvalifikačních pracích, například v bakalářské práci Makovské (2024), Pokorné (2022) a diplomové práci Salové (2017). Dotazník obsahoval celkem 17 otázek navržených tak, aby umožnily komplexní pohled na zkoumanou problematiku hodnocení bolesti všeobecnými sestrami. Většina otázek měla formu uzavřenou nebo polouzavřenou, což umožnilo získat nejen konkrétní a srovnatelné údaje, ale také prostor pro vyjádření osobních názorů respondentů. Úvodní část dotazníku obsahovala základní informace o účelu průzkumu, anonymitě odpovědí a o autorce práce. Kompletní znění dotazníku je uvedeno v příloze G.

#### **3.2 Průzkumné otázky**

1. Jaké hodnotící škály všeobecné sestry v praxi využívají?
2. Jakým způsobem je hodnocena bolest u pacientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace? (Např. somnolence, sopor)
3. Zaznamenávají všeobecné sestry bolest vždy tak, jak ji popisuje pacient, nebo ji v některých případech hodnotí na základě vlastního pozorování?
4. Jaké nefarmakologické intervence používají všeobecné sestry při léčbě bolesti u pacientů?

#### **3.3 Výběr respondentů**

Respondenty průzkumu jsou všeobecné sestry pracující na interním oddělení ve vybrané nemocnici soukromého typu. Sběr dat proběhl formou tištěných dotazníků distribuovaných mezi zdravotnický personál. Účast v šetření je dobrovolná a anonymní, přičemž respondentům byly předem poskytnuty informace o účelu průzkumu a způsobu zpracování dat.

### **3.4 Pilotní studie**

Po udělení souhlasu vrchní sestry příslušného oddělení, kde byl následně průzkum realizován, bylo provedeno pilotní šetření. Čtyřem všeobecným sestrami byly předány dotazníky autorské tvorby, které po vyplnění poskytly zpětnou vazbu. Na základě jejich připomínek nebyly identifikovány žádné nedostatky, a proto byly tyto dotazníky zařazeny do celkového sběru dat.

### **3.5 Průběh průzkumu**

Sběr dat probíhal v období od 10. dubna do 30. dubna 2025 na interním lůžkovém oddělení nemocnice soukromého typu. Ve spolupráci se staniční sestrou byly dotazníky distribuovány mezi zdravotnický personál a po vyplnění anonymně ukládány do připraveného boxu umístěného přímo na oddělení. Tento způsob zajistil zachování anonymity respondentů. Po ukončení sběru byly získané dotazníky vyhodnoceny. Celkem bylo tedy distribuováno 40 tištěných dotazníků, z nichž se zpět vrátilo 37, což představuje návratnost 92,5 %. Analýza v praktické části vychází z údajů získaných z těchto 37 vyplněných dotazníků.

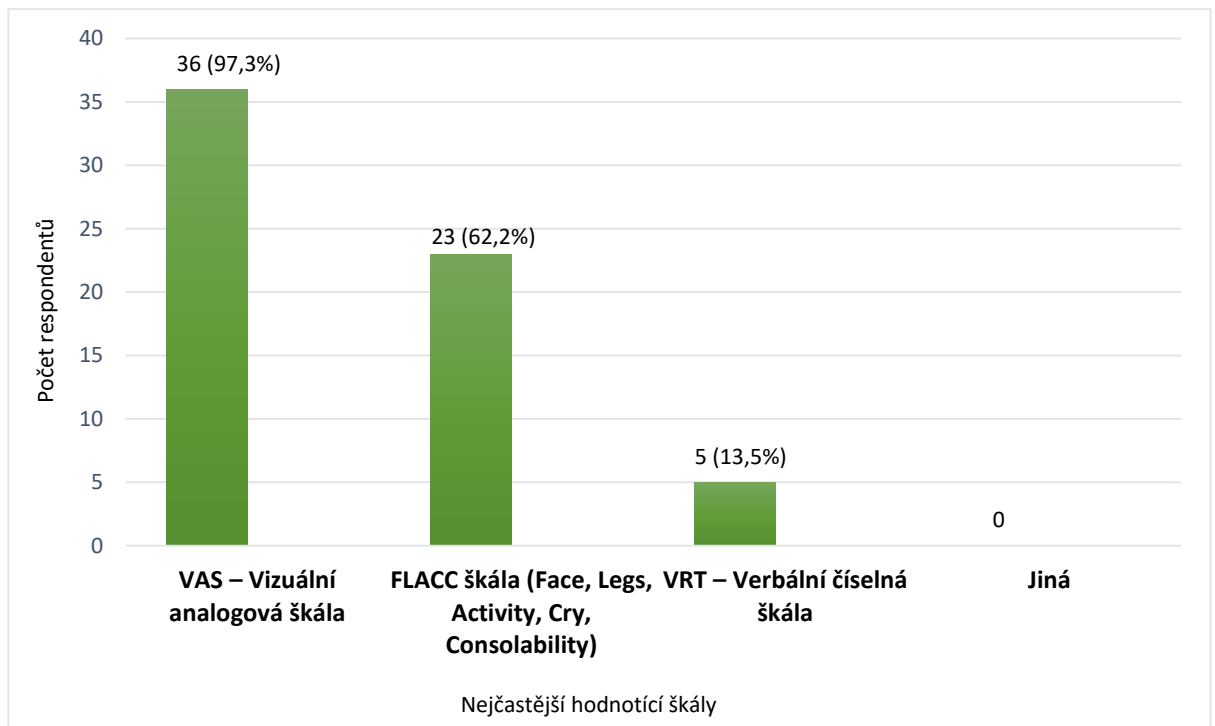
### **3.6 Zpracování a analýza dat**

Po ukončení sběru dat byly získané odpovědi zpracovány a analyzovány s využitím programů Microsoft Excel a Microsoft Word. Výsledky průzkumu byly následně zpracovány do grafické podoby a jednotlivá data doplněna komentářem.

### **3.7 Interpretace výsledků sběru dat**

V následující kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření provedeného mezi všeobecnými sestrami na interním oddělení. Data jsou znázorněna pomocí grafů a tabulek, doplněné komentářem k získaným údajům. V dotazníkovém šetření bylo celkem 17 otázek, z nichž 3 byly zaměřeny na charakteristiku respondentů.

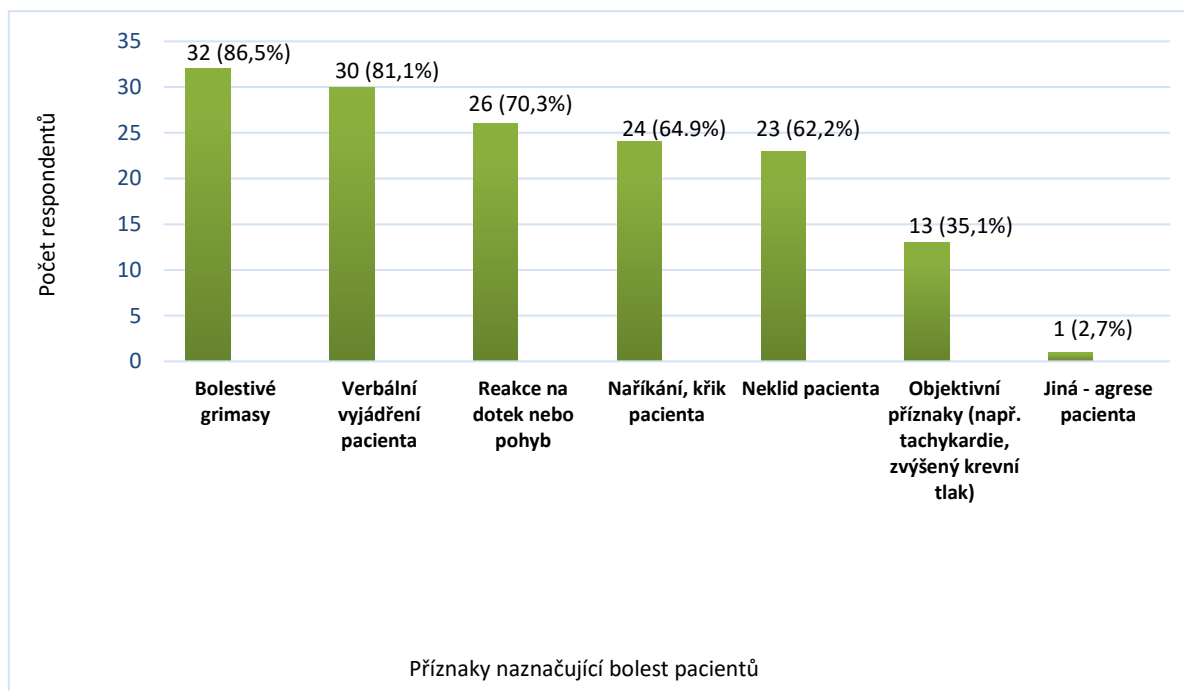
Otázka č. 1 - Jaké hodnotící škály bolesti ve své praxi používáte nejčastěji?  
(Možnost vybrat více možností)



Obrázek 1 - Jaké hodnotící škály bolesti ve své praxi používáte nejčastěji? (zdroj vlastní)

Obrázek 1 ukazuje, že nejčastěji používanou hodnotící škálou bolesti v klinické praxi je VAS – vizuální analogová škála, kterou uvedlo 97,3 % respondentek. Druhou nejvíce využívanou škálou je FLACC škála (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), používaná 62,2 % dotazovaných. Verbální číselnou škálu (VRT) využívá jen 13,5 % sester. Žádná z respondentek neuvedla použití jiné hodnotící škály, což naznačuje, že v praxi jsou preferovány především standardizované a běžně dostupné metody hodnocení bolesti.

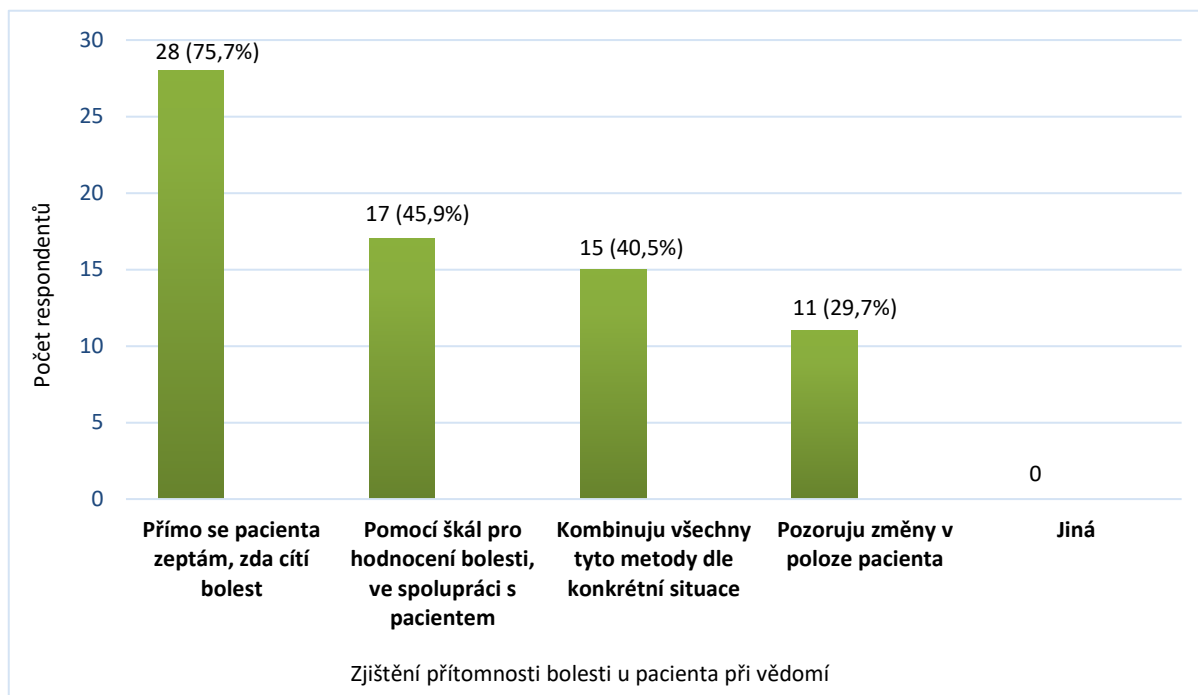
Otázka č. 2 - **Jaké příznaky vám nejčastěji naznačují přítomnost bolesti u pacientů?**  
(Možnost vybrat více možností)



Obrázek 2 - Jaké příznaky vám nejčastěji naznačují přítomnost bolesti u pacientů? (zdroj vlastní)

Z obrázku 2 je patrné, že všeobecné sestry nejčastěji identifikují bolest pacientů na základě bolestivých grimas (86,5 %) a verbálního vyjádření pacienta (81,1 %). Tyto dva příznaky tedy hrají klíčovou roli při subjektivním hodnocení bolesti. Dalšími významnými ukazateli jsou reakce na dotek nebo pohyb (70,3 %), nařikání a křik (64,9 %) a neklid pacienta (62,2 %), které často doprovázejí akutní bolestivé stavy. Méně často sestry zmiňovaly objektivní příznaky, jako je například tachykardie nebo zvýšený krevní tlak (35,1 %), a pouze jedna respondentka uvedla jiný příznak (2,7 %). Tyto výsledky naznačují, že sestry se při rozpoznávání bolesti zaměřují především na zjevné a okamžitě pozorovatelné projevy chování.

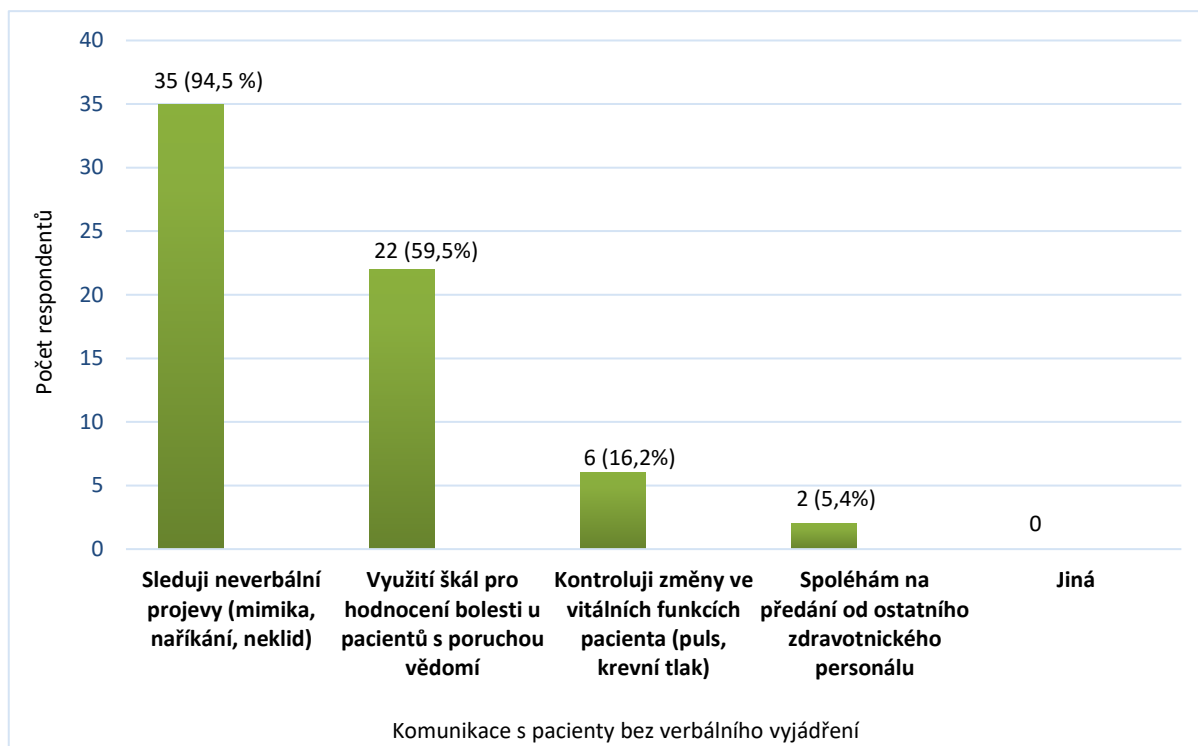
Otázka č. 3 - **Jak obvykle hodnotíte přítomnost bolesti u pacienta, který je při vědomí?**  
(Možnost vybrat více možností)



Obrázek 3 - Jak obvykle hodnotíte přítomnost bolesti u pacienta, který je při vědomí? (zdroj vlastní)

Z obrázku 3 vyplývá, že nejčastější metodou, jak sestry zjišťují přítomnost bolesti u pacientů při vědomí, je přímé dotazování – tuto možnost zvolilo 75,7 % respondentek. Dalších 45,9 % sester uvedlo, že využívají hodnoticí škály, přičemž spolupracují přímo s pacientem. Přibližně 40,5 % respondentek kombinuje různé způsoby hodnocení bolesti v závislosti na konkrétní situaci, což ukazuje na snahu o komplexní přístup k pacientovi. Méně často sestry sledují změny v poloze pacienta (29,7 %), a žádná z nich neuváděla jiný způsob detekce bolesti.

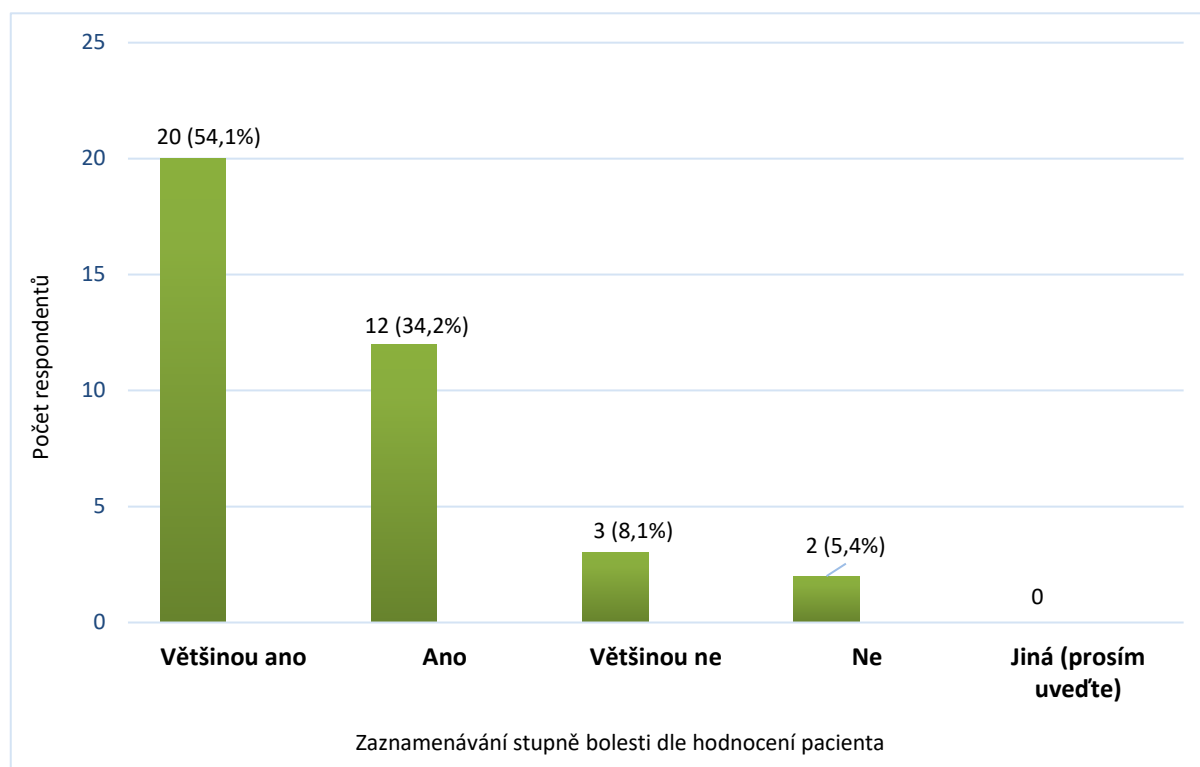
Otázka č. 4 - **Jakým způsobem komunikujete s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit svou bolest (např. pacienti s poruchou vědomí – somnolence, sopor)? (Možnost vybrat více možností)**



**Obrázek 4 - Jakým způsobem komunikujete s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit svou bolest? (zdroj vlastní)**

Na obrázku 4 výsledky ukazují, že při komunikaci s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit bolest, se většina sester (94,5 %) spoléhá na sledování neverbálních projevů, jako je mimika, naříkání nebo neklid. Tento přístup je zásadní pro správné rozpoznání bolesti u pacientů s poruchou vědomí nebo u těch, kteří nejsou schopni spolupráce. Více než polovina respondentek (59,5 %) uvedla, že využívají specifické škály pro hodnocení bolesti u těchto pacientů, což svědčí o využívání standardizovaných nástrojů i v náročnějších komunikačních situacích. Menší podíl sester (16,2 %) se při hodnocení bolesti zaměřuje na změny ve vitálních funkcích, jako je puls nebo krevní tlak. Pouze 5,4 % respondentek spoléhá na předané informace od ostatního zdravotnického personálu.

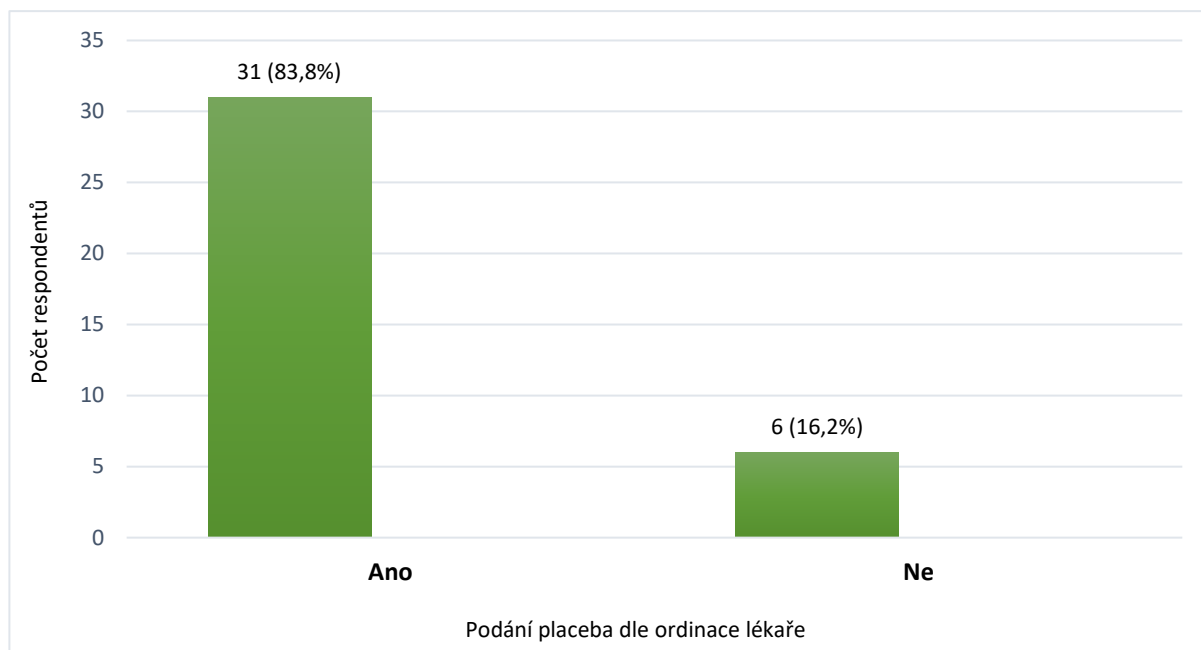
Otázka č. 5 - **Zaznamenáváte stupeň bolesti vždy na základě subjektivního hodnocení pacienta?**



**Obrázek 5 - Zaznamenáváte stupeň bolesti vždy na základě subjektivního hodnocení pacienta? (zdroj vlastní)**

Z uvedeného obrázku vyplývá, že většina respondentek (54,1 %) obvykle zaznamenává stupeň bolesti na základě hodnocení samotného pacienta, přičemž 34,2 % uvádí, že tak činí vždy. Pouze menší část sester přiznala, že tuto informaci do ošetrovatelské dokumentace většinou nezaznamenává (8,1 %), případně ji nezaznamenává vůbec (5,4 %). Jiná možnost nebyla uvedena v žádné z odpovědí.

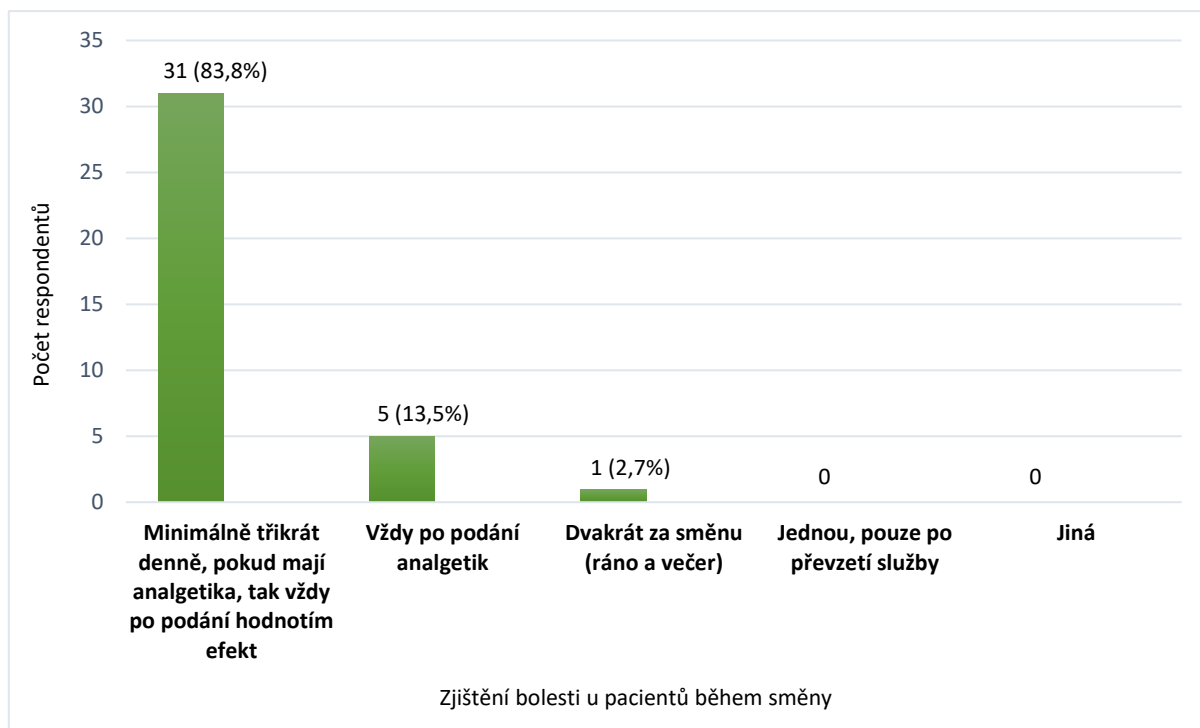
**Otázka č. 6 - Setkali jste se ve své praxi s podáním placebo při léčbě bolesti na základě ordinace lékaře?**



**Obrázek 6 - Setkali jste se ve své praxi s podáním placebo při léčbě bolesti na základě ordinace lékaře? (zdroj vlastní)**

Na základě obrázku 6 je patrné, že naprostá většina respondentů (83,8 %) uvedla, že v praxi již podaly placebo na základě ordinace lékaře. Pouze menší podíl všeobecných sester (16,2 %) uvedla, že se s touto situací ve své praxi neseťkaly.

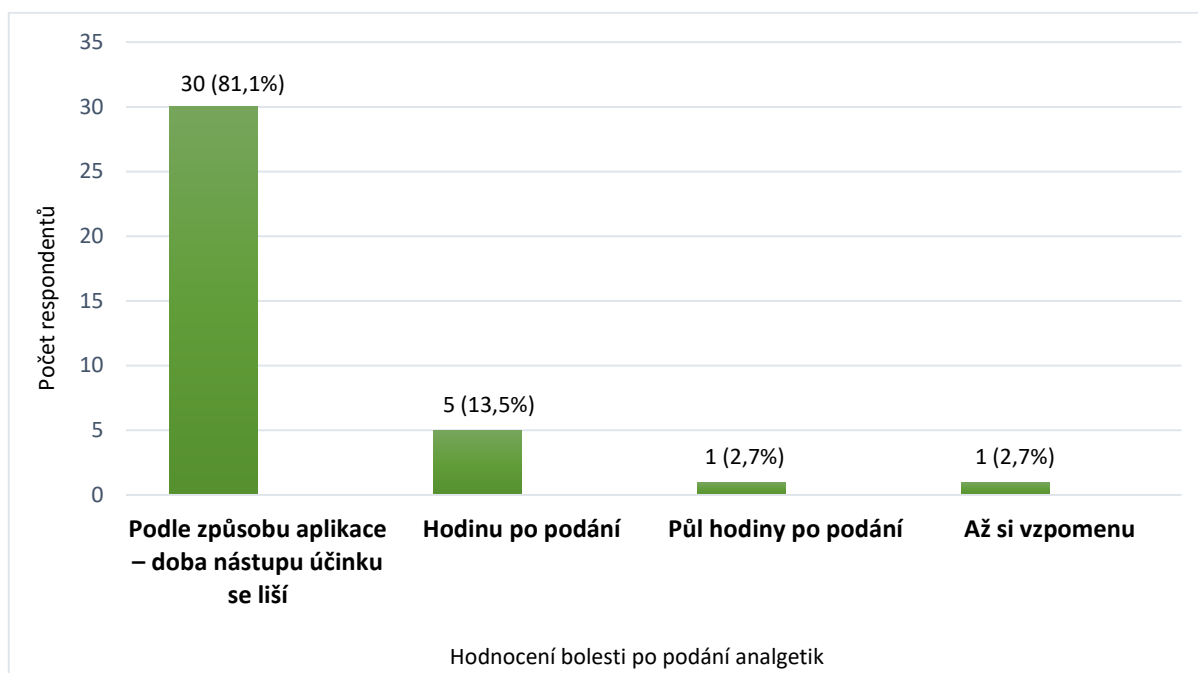
Otázka č. 7 - **Jak často během směny zjišťujete přítomnost bolesti u pacienta, popřípadě zjišťujete stupeň bolesti?**



**Obrázek 7 - Jak často během směny zjišťujete přítomnost bolesti u pacienta, popřípadě zjišťujete stupeň bolesti? (zdroj vlastní)**

Z obrázku 7 vyplývá, že většina dotázaných všeobecných sester (83,8 %) hodnotí přítomnost bolesti u pacientů minimálně třikrát denně a zároveň sleduje efekt analgetické léčby vždy po jejím podání. Pouze 13,5 % respondentů uvedlo, že přítomnost bolesti zjišťují výhradně po podání analgetik, a zanedbatelný podíl (2,7 %) provádí kontrolu bolesti pouze dvakrát za směnu. Odpovědi, jako je zjištění bolesti jednou denně či jen při převzetí služby, nebyly vůbec zaznamenány.

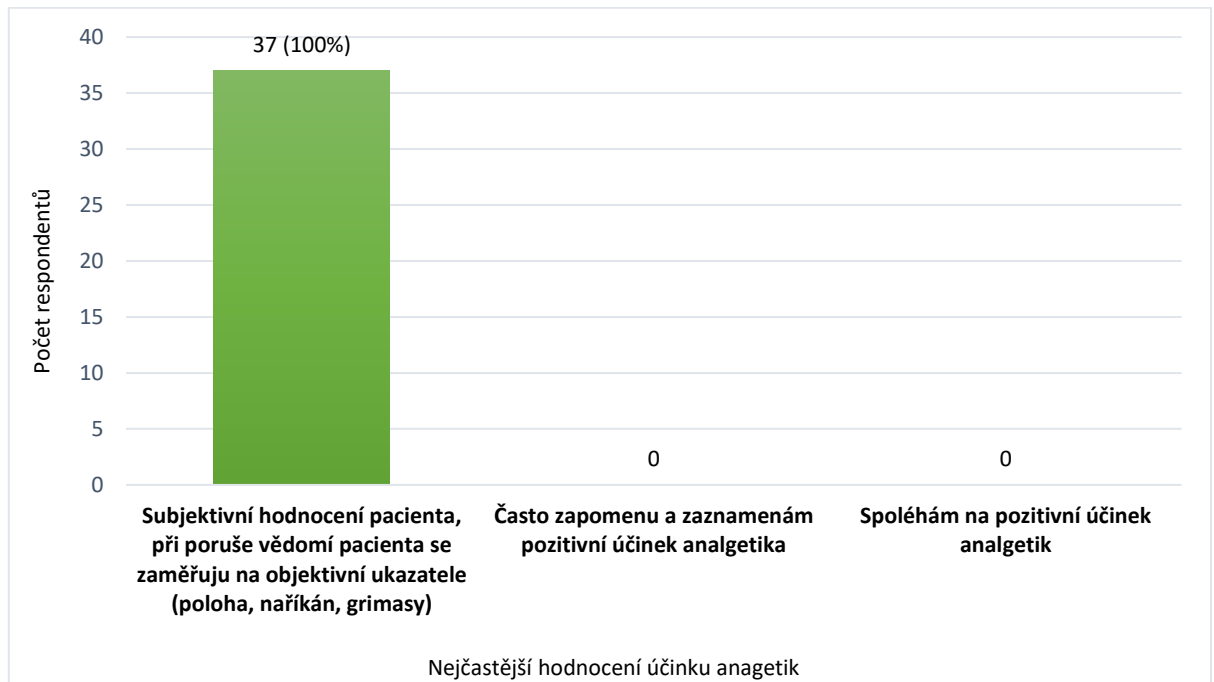
### Otázka č. 8 - Po jaké době od podání analgetik vyhodnocujete jejich efekt?



Obrázek 8 - Po jaké době od podání analgetik vyhodnocujete jejich efekt? (zdroj vlastní)

Obrázek 8 ukazuje, že většina respondentů (81,1 %) přizpůsobuje hodnocení účinnosti analgetik způsobu jejich podání, a to s ohledem na předpokládanou dobu nástupu účinku. Dalších 13,5 % sester hodnotí účinnost léčby standardně jednu hodinu po podání. Minimální zastoupení (každá po 2,7 %), ukazuje, že respondenti hodnotí bolest půl hodiny po podání nebo potom co si na hodnocení bolesti po podání analgetik vzpomenu.

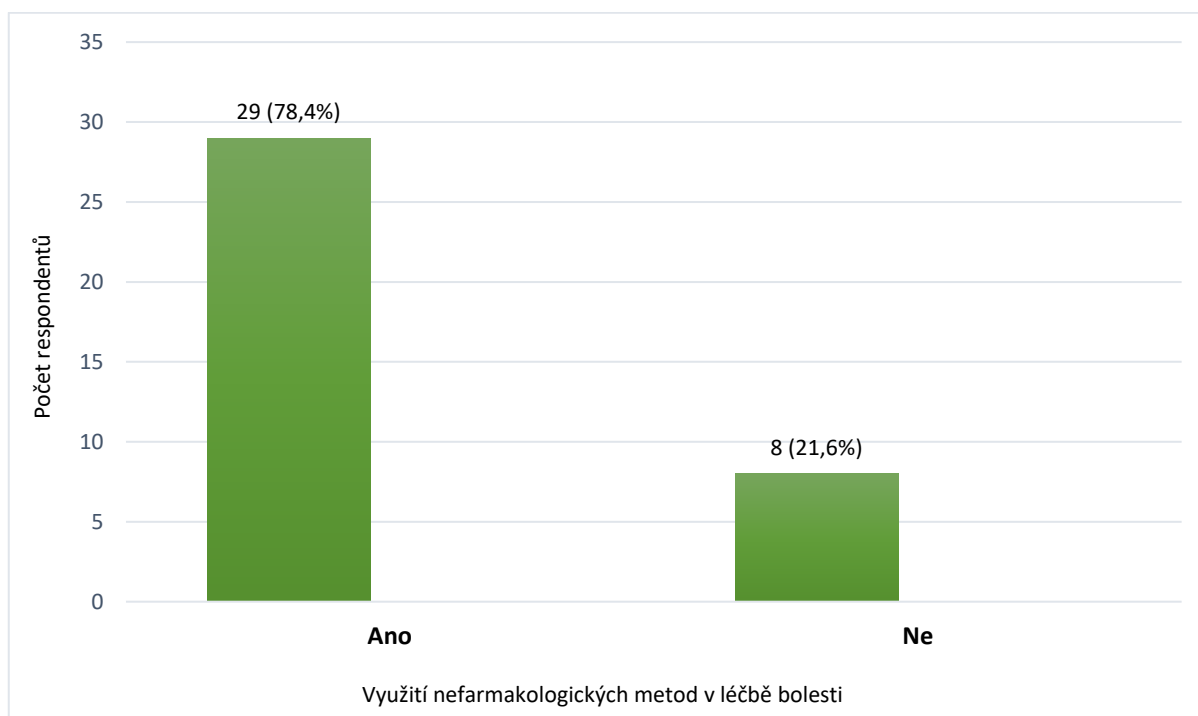
### Otázka č. 9 - Jak nejčastěji hodnotíte účinek analgetik?



Obrázek 9 - Jak nejčastěji hodnotíte účinek analgetik? (zdroj vlastní)

Z uvedeného obrázku 9 jednoznačně vyplývá, že všechny respondentky (100 %) při hodnocení účinnosti analgetické terapie spoléhají především na subjektivní hodnocení samotného pacienta. V případech poruchy vědomí pak zaměřují svou pozornost na objektivní ukazatele, jako je změna polohy těla, grimasy či hlasové projevy, například sténání nebo naříkání.

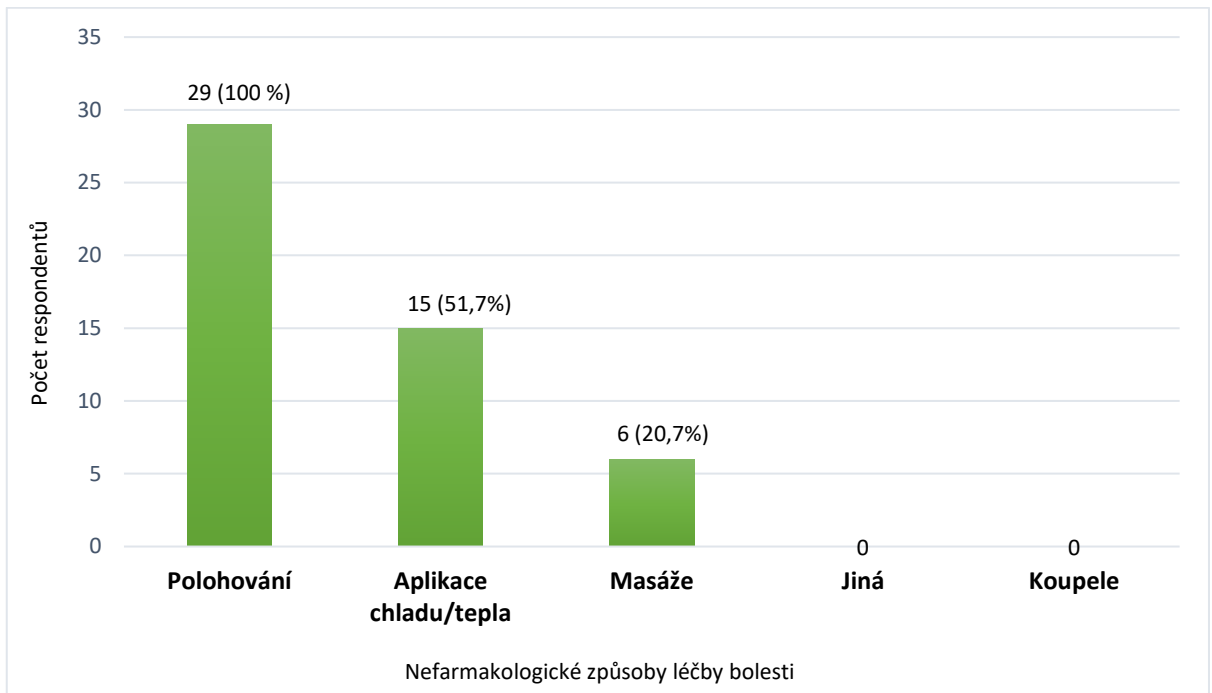
**Otázka č. 10 - Využíváte nefarmakologické metody při léčbě bolesti ve své praxi?**



**Obrázek 10 - Využíváte nefarmakologické metody při léčbě bolesti ve své praxi? (zdroj vlastní)**

Z obrázku 10 je patrné, že většina respondentů (78,4 %) ve své praxi využívá nefarmakologické přístupy k tlumení bolesti. Naopak 21,6 % respondentů uvedlo, že nefarmakologické metody při péči o pacienty s bolestí nevyužívají.

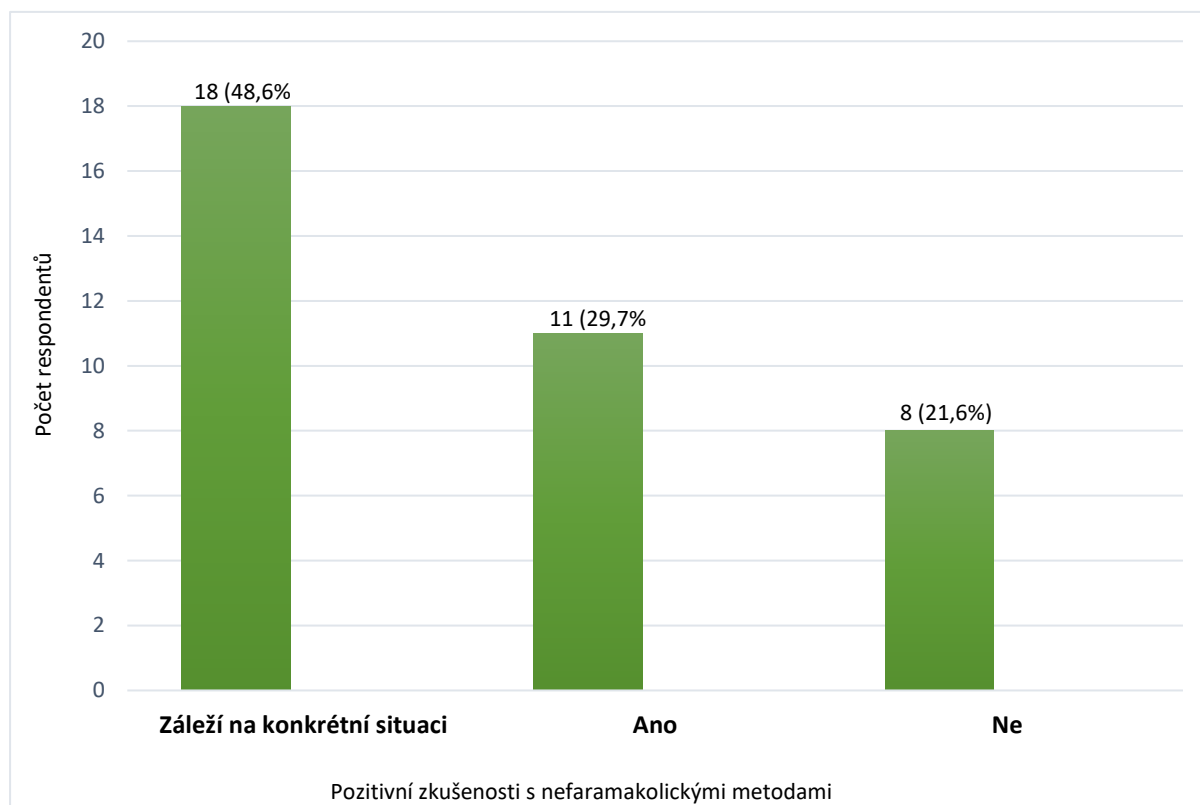
K otázce č. 10 – **Jaké nejčastější nefarmakologické metody používáte?**



**Obrázek 11 - Jaké nejčastější nefarmakologické metody používáte? (zdroj vlastní)**

Obrázek 11 ukazuje, že z celkového počtu 29 respondentů, kteří ve své praxi využívají nefarmakologické metody, je polohování pacienta nejčastěji používanou technikou, kterou aplikuje 100 % respondentů. Další často uplatňovanou metodou je aplikace chladu nebo tepla, kterou používá 51,7 % respondentů. Masáže pacienta jsou naopak méně časté a využívá je pouze 20,7 % dotázaných.

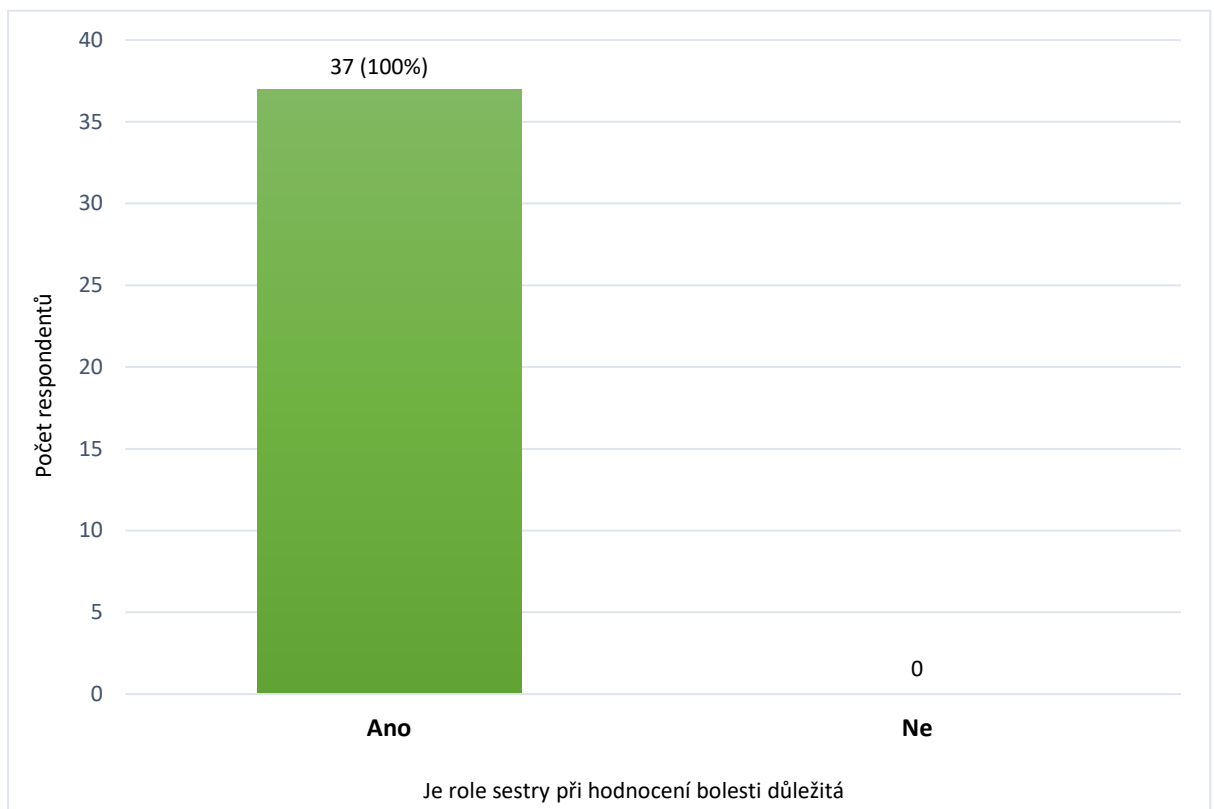
**Otázka č. 11 - Máte pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými metodami léčby bolesti?**



**Obrázek 12 - Máte pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými metodami léčby bolesti? (zdroj vlastní)**

Obrázek 12 zobrazuje, že pozitivní zkušenost s nefarmakologickými metodami při léčbě bolesti má 29,7 % respondentů. Největší část respondentů, konkrétně 48,6 %, se domnívá, že účinnost těchto metod závisí na konkrétní situaci. 21,6 % respondentů pak uvedlo, že nemá pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými metodami při léčbě bolesti.

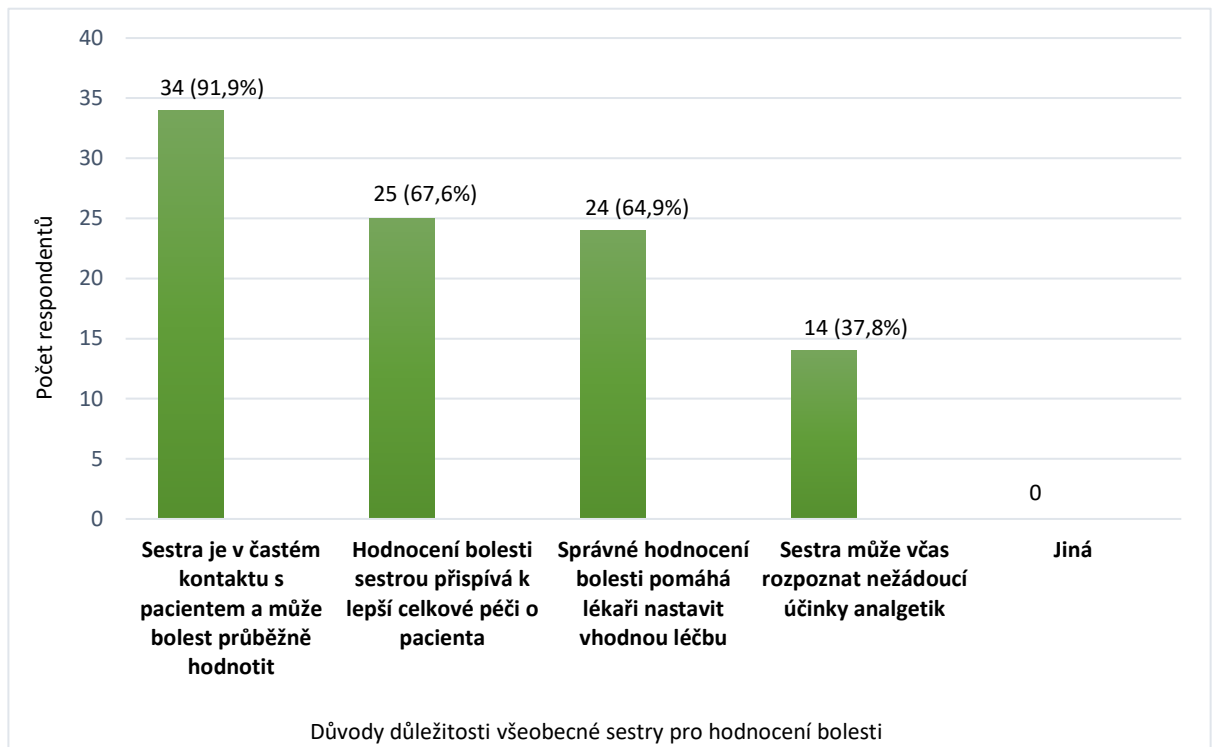
**Otázka č. 12 - Považujete roli sestry při hodnocení bolesti za důležitou?**



**Obrázek 13 - Považujete roli sestry při hodnocení bolesti za důležitou? (zdroj vlastní)**

Obrázek 13 jasně ukazuje, že všichni respondenti, tedy 100 %, považují svou roli při hodnocení bolesti za nezbytnou.

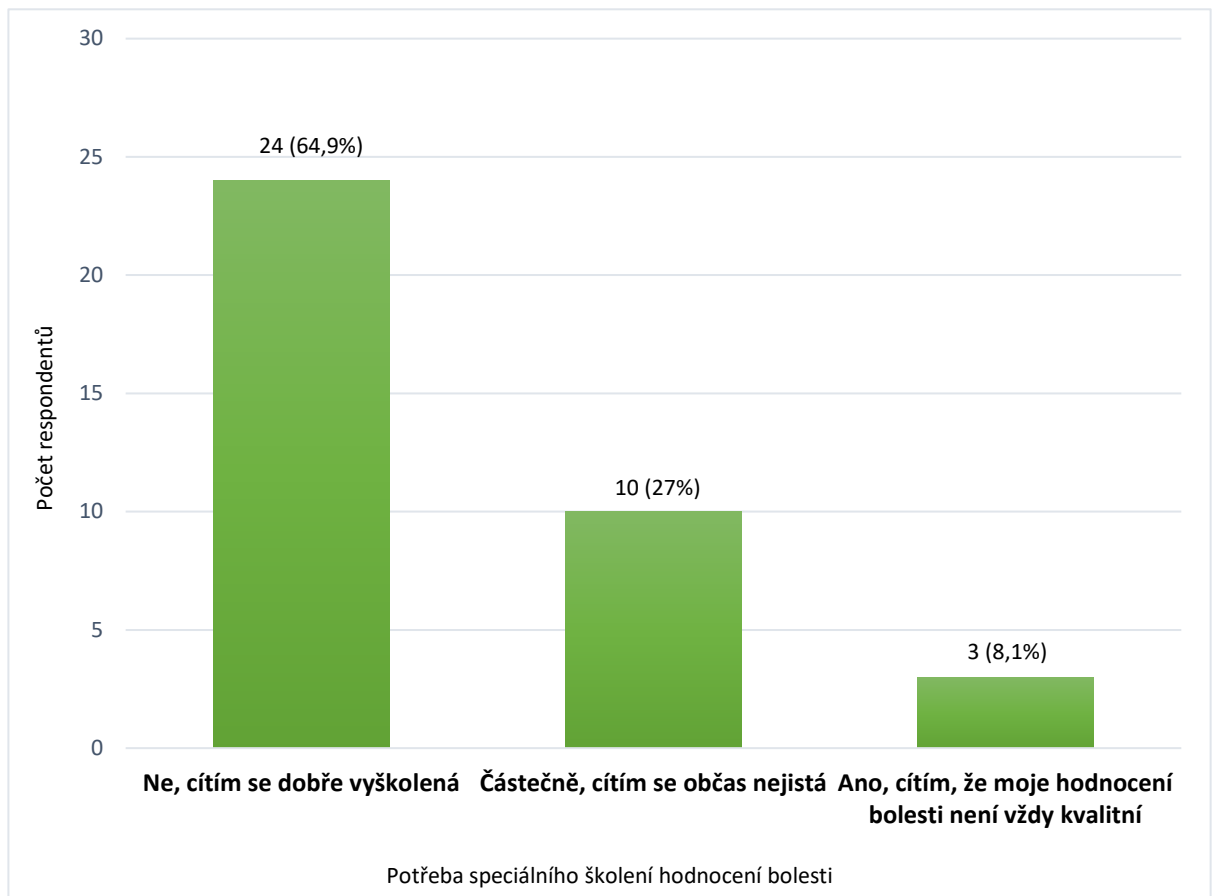
## K otázce 12. - Pokud byla odpověď ano, v čem vidíte hlavní důvod?



Obrázek 14 - Pokud byla odpověď ano, v čem vidíte hlavní důvod? (zdroj vlastní)

Z výsledků na obrázku 14 vyplývá, že většina respondentů (91,9 %) považuje za klíčovou roli všeobecné sestry v hodnocení bolesti, protože je v častém kontaktu s pacientem, a proto má možnost bolest průběžně sledovat a hodnotit. Další významné důvody, proč je role sestry v hodnocení bolesti důležitá, zahrnují přínos ke komplexní péči o pacienta (67,6 %) a schopnost pomoci lékaři nastavit vhodnou léčbu (64,9 %). Část respondentů (37,8 %) rovněž zdůraznila, že pravidelné hodnocení bolesti umožňuje včas rozpoznat nežádoucí účinky analgetik. Možnost jiné nezvedl nikdo z respondentů.

### Otázka č. 13 - Máte pocit, že byste potřebovala speciální školení hodnocení bolesti?



Obrázek 15 - Máte pocit, že byste potřebovala speciální školení hodnocení bolesti? (zdroj vlastní)

Z obrázku 15 je patrné, že většina respondentů (64,9 %) se v oblasti hodnocení bolesti cítí dostatečně vyškolená a nepocítuje potřebu dalšího speciálního vzdělávání. Přesto však více než čtvrtina dotázaných (27 %) uvedla, že se v některých situacích cítí nejistě, což může naznačovat prostor pro rozšíření znalostí či upevnění praktických dovedností. Pouze menší část respondentů (8,1 %) přiznává, že jejich hodnocení bolesti není vždy kvalitní, a že by pro ně další školení bylo přínosem.

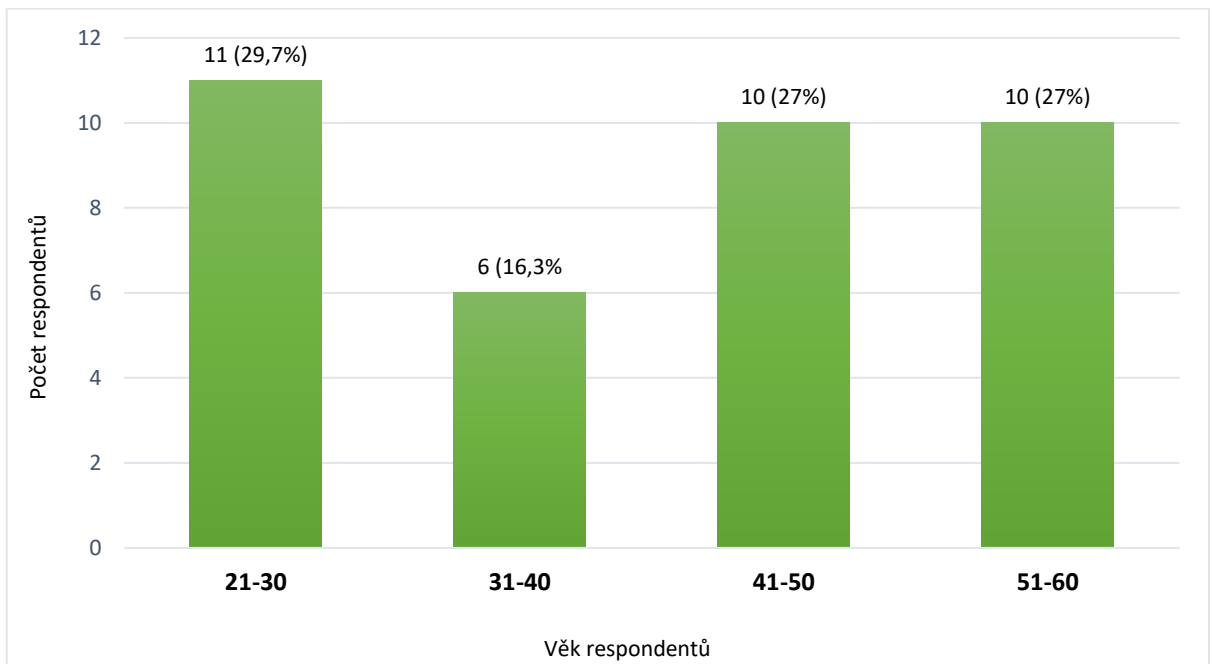
Otázka č. 14 - **Jaké změny byste navrhovali pro zlepšení procesu hodnocení a léčby bolesti na vašem oddělení?**

**Tabulka 3 - Jaké změny byste navrhovali pro zlepšení procesu hodnocení a léčby bolesti na vašem oddělení? (zdroj vlastní)**

Odpovědi	Počet respondentů	Počet respondentů v %
-	25	67.6%
Nic	2	5.4%
Žádné	1	2.7%
Zvýšit počet personálu, zvýšit čas na péči a sledování pacientů.	1	2.7%
Vše dostatečné	1	2.7%
U paliativních a onkologicky nemocných pacientů by lékaři měli častěji ordinovat opiátová léčiva a nenechat je trpět bolestí.	1	2.7%
Nejspíš žádné	1	2.7%
Myslím, že nelze nic měnit	1	2.7%
Když se přijme pacient s bolestmi, aby měl již v dekurzu analgetika naordinována	1	2.7%
Důsledné seznamování pacientů s VAS škálou	1	2.7%
Častější vizity, větší zájem sester, bližší kontakt s pacienty.	1	2.7%
Častější školení v novinkách o hodnocení bolesti.	1	2.7%
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

Na základě uvedených odpovědí lze konstatovat, že většina respondentů 67,6 % nevidí v oblasti hodnocení bolesti potřebu žádných změn. Další 5,4% a 2,7% uvádí, že změny nepotřebují žádné. Zbylé odpovědi byly rozmanité (každý návrh zastoupen 2,7 %), mezi návrhy zazněla například potřeba častějších vizit a většího zájmu sester o pacienty, důslednější seznamování pacientů s hodnotícími škálami bolesti, potřeba školení o novinkách v oblasti hodnocení bolesti nebo úprava ordinace analgetik při příjmu pacienta. Jedna respondentka poukázala na nedostatečné ordinování opiátových analgetik u pacientů s paliativní diagnózou. Další návrhy zahrnovaly zvýšení počtu personálu a více času na péči o pacienta.

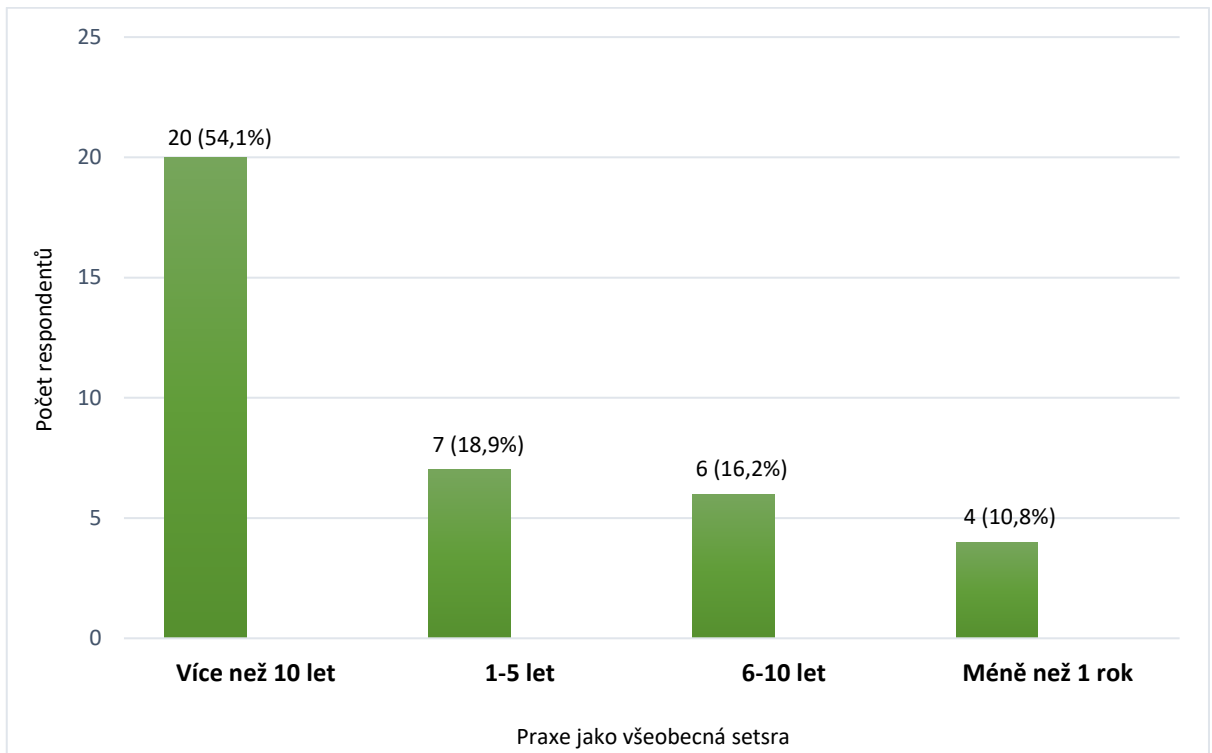
### Otázka č. 15 - Jaký je váš věk?



Obrázek 16 - Jaký je váš věk? (zdroj vlastní)

Z obrázku 16 vyplývá, že věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 21 a 60 lety. Největší zastoupení měli respondenti ve věkových kategoriích 41–50 let a 51–60 let, přičemž každá z těchto skupin tvořila 27 % všech respondentů. Ve věkové skupině 21–30 let bylo zaznamenáno 29,7 % respondentů a ve skupině 31–40 let 16,3 %.

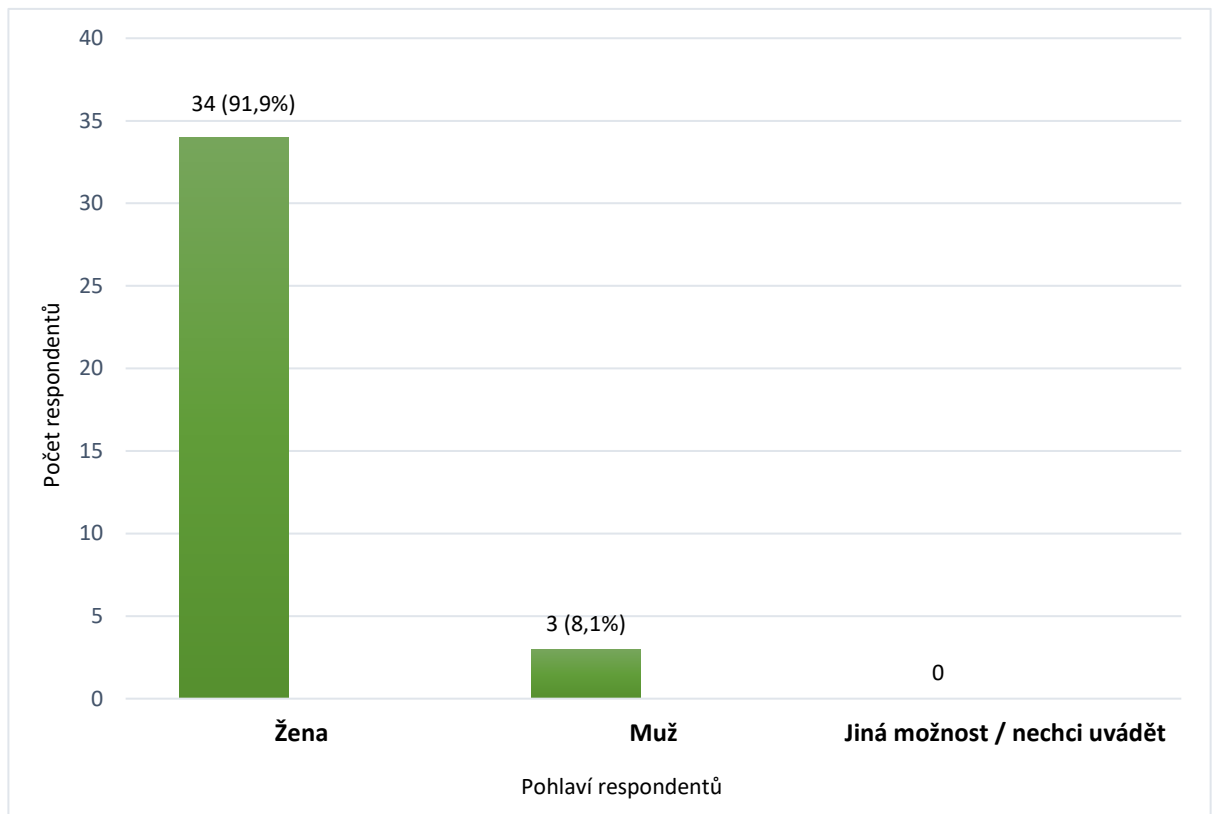
### Otázka č. 16 - Kolik let praxe máte jako všeobecná sestra?



Obrázek 17 - Kolik let praxe máte jako všeobecná sestra? (zdroj vlastní)

Z obrázku 17 vyplývá, že největší část respondentů (54,1 %) pracuje v oboru více než 10 let. Tato skupina představuje většinu dotázaných, což může pozitivně ovlivňovat kvalitu a zkušenostní bázi jejich hodnocení bolesti u pacientů. Dále 18,9 % respondentů uvedlo délku praxe mezi 1 až 5 lety a 16,2 % mezi 6 až 10 lety. Nejmenší skupinu tvoří sestry s praxí kratší než jeden rok (10,8 %).

**Otázka č. 17 - Jaké je vaše pohlaví?**



**Obrázek 18 - Jaké je vaše pohlaví? (zdroj vlastní)**

Obrázek 18 ukazuje, že většinu respondentů tvořily ženy, které představují 91,9 % celkového vzorku. Muži byli v dotazníkovém šetření zastoupeni pouze ve 3 případech tedy 8,1 %. Žádný z respondentů nezvolil možnost jiná.

## 4 DISKUZE

Tato kapitola se věnuje analýze výsledků získaných prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo realizováno mezi všeobecnými sestrami pracujícími na interním oddělení. Cílem bylo ověřit stanovené průzkumné otázky v oblasti hodnocení bolesti všeobecnými sestrami na interním oddělení. Výsledky budou následně porovnávány s poznatky uvedenými ve výzkumných studiích nebo s informacemi uvedenými v průzkumech jiných autorů.

### 1. Průzkumná otázka - Jaké hodnotící škály všeobecné sestry v praxi využívají?

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že Vizuální analogová škála (VAS) je dominantním nástrojem pro hodnocení bolesti, přičemž ji využívá 97,3 % sester. Druhou nejčastěji preferovanou metodou je škála FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), uvedená 62,2 % respondentů. Tato škála je obvykle využívána u pacientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace. V průzkumu uvedlo jen 13,5 % respondentů, že využívá i VRT škálu – verbální číselnou škálu, tedy je nejméně využívaná v praxi těchto respondentů.

Zajímavé je, že výsledky jiných výzkumů ukazují odlišné pořadí využívání škál v praxi. Například Pokorná (2022) ve své studii uvádí, že nejčastěji využívanou metodou pro hodnocení bolesti je právě verbální číselná škála (VRT), kterou preferovalo 57,7 % respondentů. Vizuální analogovou škálu (VAS) pak označilo jako nejčastěji používanou 42,3 % účastníků výzkumu.

Podle zahraniční studie Xiaofenga a kol. (2025) je nejčastěji používanou metodou pro hodnocení bolesti Numerická hodnotící škála (NRS), kterou ve výzkumu uvedlo 86,7 % respondentů. Tato škála má podobný princip jako vizuální analogová škála (VAS), jelikož obě metody vycházejí z číselného vyjádření intenzity bolesti pacientem.

Značnou shodou průzkumných dat má Salová (2017) ve své studii zaměřené na intenzivní medicínu z pohledu NLZP uvádí, že nejčastěji využívanou metodou pro hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (VAS), kterou uvedlo 77,81 % respondentů. Druhou nejčastěji využívanou metodou byla verbální číselná škála (VRT), kterou uvedlo 66,84 % účastníků studie.

V diplomové práci Dvořákové (2019) byla nejčastěji používanou metodou pro hodnocení bolesti vizuální analogová škála (VAS), kterou uvedlo 51 % respondentů. Další často využívanou metodou byla verbální číselná škála, již preferovalo 35 % dotázaných. Na základě

získaných dat i dostupných literárních zdrojů lze konstatovat, že vizuální analogová škála (VAS) patří mezi nejčastěji využívané a preferované metody hodnocení bolesti všeobecnými sestrami, a to jak ve standardní lůžkové péči, tak i na jednotkách intenzivní péče. Tato zjištění jsou v souladu s údaji uvedenými v diplomové práci Kyselákové (2018), kde respondenti rovněž uváděli škálu VAS jako běžně používaný nástroj pro posuzování bolesti u hospitalizovaných pacientů.

## **2. Průzkumná otázka - Jakým způsobem je hodnocena bolest u pacientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace? (Např. somnolence, sopor)**

Z údajů získaných z dotazníkového šetření lze poukázat na fakt, že většina všeobecných sester (94,5 %) posuzuje bolest u pacientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace, především prostřednictvím jejich neverbálních projevů, jako je mimika, naříkání nebo motorický neklid. Více než polovina respondentů (59,5 %) uvedla, že při hodnocení bolesti u pacientů s poruchou vědomí využívá také specifické škály určené pro tento typ pacientů. Pouze 16,2 % respondentů sleduje změny ve vitálních funkcích, jako je krevní tlak či tepová frekvence, jako možné ukazatele bolesti. Minimální počet sester 5,4% se spoléhá na hodnocení bolesti předané jiným členem zdravotnického týmu, což může odrážet snahu o co nejpřímější a samostatné posouzení pacientova stavu.

Shodné závěry lze nalézt také v diplomové práci Bláhové (2018), která poukazuje na důležitost neverbálních projevů při hodnocení bolesti, zejména u pacientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace. Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že změna mimiky byla nejčastěji uváděným indikátorem bolesti – jako významný znak ji označilo 10 z 12 dotazovaných všeobecných sester, což představuje 83,3 %. Za další podstatný projev byla považována změna polohy těla pacienta, kterou uvedlo 7 respondentek (58,3 %). Pouze 2 sestry (16,7 %) z celkového počtu respondentek uvedly, že v rámci neverbálních projevů bolesti sledují také změny vitálních funkcí. Tyto údaje podtrhují, že vizuální a behaviorální změny u pacientů jsou ze strany sester vnímány jako klíčové vodítko při hodnocení bolesti u neverbálně komunikujících pacientů.

Podobná zjištění přináší i výzkum realizovaný na pracovišti intenzivní péče v diplomové práci Kyselákové (2018), kde v případech, kdy pacienti nebyli schopni verbální komunikace z důvodu analgosedace, sestry hodnotily bolest zejména na základě neverbálních projevů,

přičemž důraz byl kladen na sledování fyziologických funkcí, jako jsou změny krevního tlaku či srdeční frekvence.

### **3. Průzkumná otázka - Zaznamenávají všeobecné sestry bolest vždy tak, jak ji popisuje pacient, nebo ji v některých případech hodnotí na základě vlastního pozorování?**

Výsledky dotazníkového šetření realizovaného mezi všeobecnými sestrami pracujícími na interním oddělení naznačují, že hodnocení bolesti pacientem samotným je v klinické praxi zaznamenáváno poměrně často. Konkrétně 54,1 % respondentek uvedlo, že tento údaj zaznamenávají většinou. Dalších 34,2 % respondentek odpovědělo, že hodnotu bolesti dle vyjádření pacienta zaznamenávají vždy. Tyto výsledky poukazují na snahu sester vycházet z individuálního vnímání bolesti pacientem, nicméně zároveň naznačují možnost určité míry subjektivního přístupu, kdy některé sestry mohou hodnocení bolesti částečně přizpůsobovat svému vlastnímu posouzení situace.

Podobné závěry přináší i studie Makovské (2024), která uvádí, že 72,5 % respondentů uvedlo, že pacientovu bolest zpravidla akceptují a zaznamenávají ji na základě jeho vlastního hodnocení. Tyto výsledky korespondují s daty získanými v tomto šetření, která rovněž potvrzují pozitivní přístup všeobecných sester k hodnocení bolesti pacientem samotným. Zjištění tak ukazují, že ošetrující personál stále častěji uznává subjektivní vnímání bolesti jako klíčový faktor při rozhodování o následné péči a analgetické terapii.

Podle diplomové práce Bláhové (2018) většina dotazovaných sester uvádí, že pacientovo sdělení o přítomnosti bolesti přijímají jako věrohodné. Nicméně se občas objevují pochybnosti týkající se uváděné intenzity bolesti.

Na základě získaných údajů lze konstatovat, že většina sester uznává pacientovu výpověď o bolesti a zaznamenává její intenzitu, přestože jejich vlastní vnímání situace nemusí vždy odpovídat pacientovu subjektivnímu vyjádření.

#### **4. Průzkumná otázka - Jaké nefarmakologické intervence používají všeobecné sestry při léčbě bolesti u pacientů?**

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že většina všeobecných sester 78,4 % ve své praxi využívá nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti pacientů. Menší část respondentů 21,6 % uvedla, že tyto metody v praxi nevyužívá. V dotazníku byly uvedeny k výběru konkrétní nefarmakologické techniky, které sestry nejčastěji aplikují. Nejčastěji uváděnou metodou bylo polohování pacienta, kterou uvedlo všech 29 respondentů tedy 100 %. Druhou nejčastěji zmiňovanou metodou byla aplikace tepla či chladu, kterou využívá 51,7 % sester. Na třetím místě se objevily masáže, které zvolilo 20,7 % dotázaných.

Výsledky mého průzkumného šetření jsou shodné se zjištěními Makovské (2024), která ve své studii uvádí, že nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti pacientů využívá 67,5 % respondentů. Stejně jako v mém průzkumu, i zde byla nejčastěji uváděnou metodou polohování pacienta, které zmínilo 96,3 % respondentů. Dále Makovská uvádí aplikaci chladu jako druhou nejčastější metodu, kterou využívá 59,3 % dotázaných, zatímco aplikaci tepla uvedlo 18,5 % respondentů.

Také Salová (2017) se ve své studii shoduje s mými výsledky, kde uvádí, že většina dotazovaných 63,37 % využívá nefarmakologické metody při léčbě bolesti. Její zjištění rovněž potvrzují výsledky mého průzkumu, zejména v tom, že nejčastěji uváděnou metodou je polohování pacienta, kterou uvedlo 74,33 % respondentů. Druhou nejčastěji používanou metodou pak podle její studie byla aplikace chladu nebo tepla, kterou využívalo 66,58 % respondentů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2020) rovněž upozorňuje na význam nefarmakologických metod jako podpůrných prostředků při léčbě bolesti. Mezi tyto metody řadí fyzikální přístupy, jako jsou aplikace chladu či tepla, dále pak úlevové polohy, využití polohovacích pomůcek nebo dechová cvičení. Což je v souladu i s výsledky v mé práci.

Lze tedy uzavřít, že většina všeobecných sester přistupuje k léčbě bolesti komplexně – nejen podáváním analgetik dle ordinace, ale i aktivním využíváním nefarmakologických metod jako součásti individualizované péče.

## 5 ZÁVĚR

Hodnocení bolesti představuje klíčový aspekt péče o pacienty na interním oddělení, kde se často setkáváme s různorodými diagnózami a komplexními zdravotními stavy. Tato práce se zaměřila na analýzu způsobu, jakým všeobecné sestry hodnotí bolest u hospitalizovaných pacientů. Z provedeného průzkumu vyplývá, že sestry disponují základními znalostmi o významu a metodách hodnocení bolesti, přesto však praxe ukazuje, že hodnocení bolesti není vždy realizováno s optimální přesností a systematičností.

V důsledku vysoké pracovní zátěže všeobecných sester může v klinické praxi docházet k situacím, kdy hodnocení bolesti není provedeno dostatečně důsledně, případně není zaznamenán subjektivní stupeň hodnocení dle pacienta. Jak uvádí data z průzkumu, většina dotázaných sester bolest pacientů zaznamenává podle jejich subjektivního vyjádření – konkrétně 34,2 % respondentek tak činí vždy a dalších 54,1 % většinou. Tato skutečnost může negativně ovlivnit efektivitu následné léčby, přičemž opožděné nebo nepřesné posouzení bolesti může vést ke zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta a ke snížení kvality jeho života během hospitalizace. Současně je nezbytné zdůraznit význam psychologického a individuálního přístupu k pacientovi. Vzhledem k tomu, že bolest představuje vysoce subjektivní fenomén, je důležité, aby sestry při jejím hodnocení braly v potaz nejen fyzické symptomy, ale také emocionální rozpoložení pacienta, jeho kulturní zázemí, osobní zkušenosti s bolestí i komunikační schopnosti. Právě empatie, vnímavost a citlivý přístup sester hrají zásadní roli v tom, zda se pacient cítí bezpečně a je ochoten o své bolesti otevřeně komunikovat. To má přímý dopad na kvalitu a účinnost poskytované ošetrovatelské péče.

Na základě výsledků získaných prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že všeobecné sestry na interním oddělení aktivně přispívají k tlumení bolesti u hospitalizovaných pacientů nejen aplikací analgetik dle lékařských ordinací, ale rovněž využívají nefarmakologické metody, které spadají do jejich profesní kompetence. Mezi nejčastěji uváděné intervence, uvedlo 100% respondentů, patří polohování, které zároveň významně napomáhá ke zmírnění bolestivých stavů. Dále sestry uplatňují individuální přístup k pacientům formou aplikace chladu nebo tepla na postižená místa, kterou uvedlo 51,7% a případně využívají jednoduché masážní techniky, které slouží k uvolnění napětí a ke zlepšení komfortu pacienta a ty uvedlo 20,7% respondentů. Tyto přístupy svědčí o snaze sester poskytovat komplexní péči s důrazem na potřeby jednotlivce a aktivně se podílet na zlepšování kvality života pacientů během hospitalizace. Tato zjištění lze hodnotit velmi pozitivně, neboť poukazují na vysokou míru profesionality a empatie ze strany ošetrovatelského personálu.

Z dotazníkového šetření rovněž vyplynulo, že všeobecné sestry vnímají svou profesní roli jako klíčovou v procesu léčby bolesti. Lze tedy konstatovat, že si jsou vědomy významu své činnosti při zvládnání tohoto každodenního problému v ošetrovatelské praxi. Přesto některé z nich vyjádřily pochybnosti o dostatečné odbornosti svých hodnocení a uvedly, že by ocenily další podporu v této oblasti. Na základě těchto poznatků by bylo vhodné uvažovat o pravidelném, ideálně každoročním, odborném vzdělávání zaměřeném na hodnocení bolesti a využívání aktuálních poznatků z oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s bolestí. Taková školení by mohla přispět ke zvýšení odborné jistoty sester, ke sjednocení hodnotících postupů a v konečném důsledku i ke zkvalitnění péče poskytované pacientům.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

ALZGHOUL, Bashar et al., 2015. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. In: *Global Journal of Health Science* [online]. 8(6), s. 154–160. [cit. 2025-02-14]. ISSN 1916-9736. Dostupné z:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4954874/>

BARTŮNĚK, P. et. al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.

BEHÁRKOVÁ, Natália a Dana SOLDÁNOVÁ, 2016. Podávání léků ve zdravotnických zařízeních. In: *Základy ošetrovatelských postupů a intervencí*. [Online]. Copyright © Masarykova univerzita 2025 [cit. 2025-02-16]. Dostupné

z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske\\_postupy/web/pages/04-leky.html#par\\_apl](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/pages/04-leky.html#par_apl)

BLÁHOVÁ, Kateřina, 2018. *Vnímání bolesti versus management bolesti v profesi sestry*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D. Dostupné z: [https://theses.cz/id/sgvdgy/DP\\_Blahova.pdf](https://theses.cz/id/sgvdgy/DP_Blahova.pdf)

BRANT, J. et al., 2018. Nurses' Knowledge and Attitudes about Pain: Personal and Professional Characteristics and Patient Reported Pain Satisfaction. In: *Pain Management Nursing*. [online]. Elsevier, 18(4), s. 214-223. [cit. 2025-02-14]. ISSN 1524-9042. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904217303132>

CIHELKOVÁ, Barbora, 2019. Primář Jiří Kozák: O bolesti si rozhodujeme sami. In: *Novinky.cz*. [online]. Copyright © 2019-2025 Seznam.cz a.s. [cit. 2025-02-14]. Dostupné

z: <https://www.novinky.cz/clanek/zena-zdravi-primar-jiri-kozak-o-bolesti-si-rozhodujeme-sami-40306924>

ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3829-4.

DVOŘÁKOVÁ, Vendula, 2019. *Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení bolesti v chirurgii*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Olišarová, PhD. Dostupné z:

[https://theses.cz/id/f1yu7x/Vyuit\\_hodnotcch\\_a\\_mcch\\_nstroj\\_pro\\_hodnocen\\_bolesti\\_v\\_chir.pdf](https://theses.cz/id/f1yu7x/Vyuit_hodnotcch_a_mcch_nstroj_pro_hodnocen_bolesti_v_chir.pdf)

GRYCOVÁ, Lenka, 2015. Bolest. In: *PharmaNews* [online]. Praha: PharmaNews s.r.o. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/bolest-2/>

HAKL, Marek, 2015. Léčba chronické bolesti. In: *Remedia* [online]. Copyright © 2025 Remedia [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/lecba-chronicke-bolesti-7581/>

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOPECKÝ, Michael, 2018. *Ošetrovatelské postupy*. Univerzita Pardubice. 144 s. ISBN 978-80-7560-184-9

KOPITNIK, N. L. et al., 2025. Acute abdomen. *StatPearls Publishing*, 2025. [cit. 2025-06-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/> [cit. 2025-06-11].

KOTOLOVÁ, Hana a Jana NOVÁKOVÁ, 2020. Nejvýznamnější nežádoucí účinky neopioidních analgetik a jejich farmakologické mechanismy. In: *Neurologie pro praxi* [online] 21(6),s.485–490. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2020/06/12.pdf>

KOZÁK, J. et al., 2020. Opioidy v léčbě chronické nenádorové bolesti. In: *uzis.cz*. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2020 [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/18-opioidy-v-lecbe-chronicke-nenadorove-bolesti-pacient.pdf>

KYSELÁKOVÁ, Kristýna, 2018. *Zkušenosti sester s hodnocením bolesti na pracovišti intenzivní péče*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Knechtová. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/119q0/KYSELAKOVA\\_KRISTYNA\\_ZKUSENOSTI\\_SESTER\\_S\\_HODNOCENIM\\_BOLESTI\\_NA\\_PRACOVISTI\\_INTENZIVNI\\_PECE.pdf](https://is.muni.cz/th/119q0/KYSELAKOVA_KRISTYNA_ZKUSENOSTI_SESTER_S_HODNOCENIM_BOLESTI_NA_PRACOVISTI_INTENZIVNI_PECE.pdf)

- LAKOMÁ, B. et al., 2017. Role sestry při léčbě bolesti u onkologického pacienta. In: *Florence* [online]. Copyright © 2020 Care Comm s.r.o. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/role-sestry-pri-lecbe-bolesti-u-onkologickeho-pacienta/>
- MAKOVSKÁ, Barbora, 2024. *Bolest v ošetrovatelství*. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Iryna Matějková, Dis. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/93a0f62a-e9ea-40d7-a8e7-0ac1ac38c581/content>
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. NOP Péče o pacienta s bolestí. In: *Národní ošetrovatelské postupy* [online] [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40361/NOP%20P%C3%A9%C4%8De%20o%20pacienta%20s%20bolest%C3%AD.pdf>
- NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, 2025. Pain [online]. Copyright © National Institutes of Health (NIH) [cit. 2025-06-03]. Dostupné z: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/pain>
- POKORNÁ, Anna, 2022. *Bolest v ošetrovatelství*. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Iryna Matějková, Dis. Dostupné z: [file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/PokornaA\\_BolestOsetrovatelstvi\\_IM\\_2022.pdf](file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/PokornaA_BolestOsetrovatelstvi_IM_2022.pdf)
- ROKYTA, R. et al., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6
- RYBÁROVÁ, D. et al., 2019. Hodnotenie realizácia manažmentu pooperačnej bolesti u detí na plastickej chirurgii. In: *Unipo.sk*. [Online]. Copyright © Prešovská univerzita v Prešove 2005-2025 [cit. 2025-02-16]. Dostupné z: [https://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz\\_veda/svk/dokument\\_159\\_31.pdf](https://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_159_31.pdf)
- SALOVÁ, Martina, 2017. *Bolest v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Sabina Psennerová, Ph.D. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/o2ht6/SALOVA\\_MARTINA\\_DIPLOMOVA\\_PRACE.pdf](https://is.muni.cz/th/o2ht6/SALOVA_MARTINA_DIPLOMOVA_PRACE.pdf)

SCHÜTZNEROVÁ, Adéla, 2022. *Specifika práce sestry na interním oddělení*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, všeobecná sestra. Vedoucí práce Mgr. Petra Vršecká. Dostupné z: [file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/bp%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/bp%20(4).pdf)

SKÁLA, Bohumil a KOZÁK, Jiří, 2021. *Léčba bolesti - Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. [Online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. [cit. 2025-02-14]. ISBN 978-80-88280-27-9. Dostupné z: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/68/lecba-bolesti-2021.pdf>

SLÁMA, O. et al., 2017. Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí. In: *Linkos.cz* [online]. Copyright © 2025 ČOS ČLS JEP. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/>

SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ, 2020. Management bolesti. In: *Paliativní péče* [Online]. Copyright © 2020 Masarykova univerzita [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/03\\_07\\_zebricek\\_who.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_07_zebricek_who.html)

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2023. *Ošetrovatelství v interně I*. Praha: Grada Publishing. 284 s. ISBN 978-80-271-1743-7

SOUČKOVÁ Lenka a Jitka RYCHLÍČKOVÁ, 2022. *Vybrané kapitoly z klinické farmakologie*. MedMuni. 199 s. ISBN 978-80-280-0278-7.

TEETH, L. et al., 2021. Burns pain management: The role of nurse–patient communication. In: *Burns* [online] Elsevier, 47(6), s. 1416-1423. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417920306112?via%3Dihub>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR, 2021. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019 [online]. Praha: ÚZIS. [cit. 2025-06-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>

VAJCÍKOVÁ, Monika a Renáta ZOUBKOVÁ, 2017. Hodnocení bolesti v intenzivní péči. In: *florence.cz* [online] Copyright © 2020 Care Comm s.r.o. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/4/hodnoceni-bolesti-v-intenzivni-peci/>

- VAŇKOVÁ, Tereza, 2017. *Hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vrbická. Dostupné z: [file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/bp%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Nat%C3%A1lie/Downloads/bp%20(7).pdf)
- VONDRÁČKOVÁ, Dana, 2023. Farmakoterapie chronické bolesti. *Farmacie pro praxi*. [online]. Solen, 19, č. 1, s. 31-37. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2023/01/06.pdf>
- VRBA, Ivan, 2018. Průlomová bolest. In: *Remedia* [online]. Remedia s.r.o. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: [https://www.remedia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/prulomova-bolest-10138/?\\_gl=1\\*1kf8rtm\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MjU4Mzg2Mjk0LjE3Mzk1MzY3NzU.\\*\\_ga\\_H7P5P76XLV\\*MTczOTUzNjc3NC4xLjEuMTczOTUzNjc2MC4wLjAuMA](https://www.remedia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/prulomova-bolest-10138/?_gl=1*1kf8rtm*_up*MQ..*_ga*MjU4Mzg2Mjk0LjE3Mzk1MzY3NzU.*_ga_H7P5P76XLV*MTczOTUzNjc3NC4xLjEuMTczOTUzNjc2MC4wLjAuMA)
- VYMAZAL, T. et al., 2023. *Anesteziologie (nejen) k atestaci. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 1448 s. ISBN 978-80-271-3898-2.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III Speciální část. 3*. Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- XIAOFENG et al., 2025. The Status and Challenges of Pain Assessment in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study. *Pain managment nursing* [online]. 26(2), s. e124-e130. [cit. 2025-05-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904224003060>
- ZOUVALA, Silvestr, 2020. *Znalosti sester při hodnocení bolesti u pacientů na umělé plicní ventilaci*. Diplomová práce. Pardubice: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Markéta Jírková. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/iskah/Zouvala\\_Silvestr\\_Diplomova\\_prace2020.pdf](https://is.muni.cz/th/iskah/Zouvala_Silvestr_Diplomova_prace2020.pdf)

## 7 PŘÍLOHY

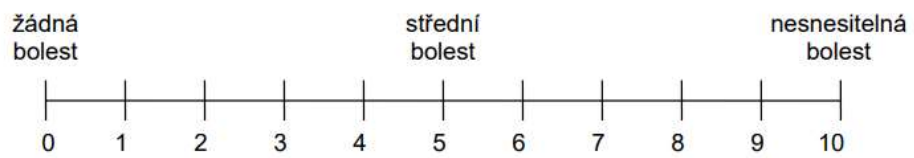
Příloha A - VAS škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).....	60
Příloha B – Verbální číselná škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020) .....	61
Příloha C – FLACC škála (Rybářová et al., 2019) .....	62
Příloha D – BPS škála (zdroj Kapounová, 2020) .....	63
Příloha E – ANDPV škála (zdroj Kapounová, 2020) .....	64
Příloha F – CPOT škála (zdroj Kapounová, 2020) .....	65
Příloha G - Dotazníkové otázky.....	66

**Příloha A – VAS škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020)**



**Příloha A - VAS škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020)**

**Příloha B – Verbální číselná škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020)**



**Příloha B - Verbální číselná škála (Ministerstvo zdravotnictví, 2020)**

**Příloha C – FLACC škála (Rybárová et al., 2019)**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Tvár</b>	Žiadny zvláštny výraz alebo smiech	Občas grimasy alebo zachmúrenosť, nezáujem	Časté zachmúrenie, zatínanie čefustí, chvejúca sa brada
<b>Končatiny</b>	Relaxované v normálnej polohe	Nepokoj, tenzia	Kopanie, nafahovanie končatín
<b>Aktivity</b>	Ticho leží v normálnej pozícií, pohyby ľahké	Krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	Stáčanie sa do opistotonu, rigidita, kŕče
<b>Krik/plač</b>	Plač nie je prítomný	Stonanie, občasné nariekanie	Stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
<b>Utišiteľnosť</b>	Spokojnosť relaxácia	Upokojenie po pohladení, objatí, dohovore	Obtiažne utíšenie

**Příloha C – FLACC škála (Rybárová et al., 2019)**

**Příloha D – BPS škála (Kapounová, 2020)**

Popis		Scóre
Výraz tváře	Relaxovaný	<b>1</b>
	Je patrné napětí v obličeji (stažené obočí)	<b>2</b>
	Výrazné napětí v obličeji (zavřená oční víčka)	<b>3</b>
	Grimasování	<b>4</b>
Horní končetiny	Žádná pohybová končetiny	<b>1</b>
	Částečná flexe	<b>2</b>
	Plná flexe	<b>3</b>
	Trvalá retrakce	<b>4</b>
Tolerance UPV	Tolerance polohování	<b>1</b>
	Kašel, ale ventilace tolerována	<b>2</b>
	Zápas s ventilátorem	<b>3</b>
	Netoleruje UPV	<b>4</b>

**Příloha D - BPS škála (Kapounová, 2020)**

**Příloha E – ANDPV škála (Kapounová, 2020)**

<b>Popis</b>	<b>Skóre</b>	
<b>výraz tváře</b>	<b>bez výrazu</b>	<b>0</b>
	<b>občasná grimasa (zamračení, nezájem)</b>	<b>1</b>
	<b>trvale se mračí, trismus</b>	<b>2</b>
<b>aktivita, pohyb</b>	<b>relaxace, normální poloha</b>	<b>0</b>
	<b>neklid, tenze</b>	<b>1</b>
	<b>rigidita</b>	<b>2</b>
<b>obranné postavení</b>	<b>relaxace</b>	<b>0</b>
	<b>tenze</b>	<b>1</b>
	<b>rigidita</b>	<b>2</b>
<b>vitální funkce</b>	<b>nárůst systolického tlaku o &gt; 20 mm Hg</b>	<b>1</b>
	<b>zrychlení pulzu &gt; o 20/min</b>	
	<b>nárůst systolického tlaku o &gt; 30 mm Hg</b>	<b>2</b>
	<b>zrychlení pulzu &gt; o 30/min</b>	

**Příloha E – ANVPD škála (Kapounová, 2020)**

**Příloha F – CPOT škála (Kapounová, 2020)**

Popis		Scóre
Výraz tváře	Nepatrné svalové napětí	<b>0</b>
	Teze – krčení čela	<b>1</b>
	Grimasování a úplné zavření očí	<b>2</b>
Pohybová aktivita	Žádná, absence pohybů	<b>0</b>
	Protekce – pomalé, opatrné, pohyby, dotýká se bolestivých míst, pohyby upoutává pozornost	<b>1</b>
	Neklid – tahá si TSK, pokouší se posadit, pohyby končetin, atakuje personál, snaha slézat z lůžka	<b>3</b>
Svalové napětí	Nebrání se pasivním pohybům	<b>0</b>
	Tenze a rigidita – brání se pasivním pohybům	<b>2</b>
	Výrazná tenze a rigidita – výrazně se brání pasivním pohybům	<b>1</b>
Tolerance UPV	Nedochází k aktivaci alarmů, ventilace bez problémů	<b>0</b>
	Aktivované alarmy se spontánně vypínají – kašel ale UPV toleruje	<b>1</b>
	Opakovaná aktivace alarmů, zápas s ventilátorem	<b>2</b>
Vokalizace extubovaných	Mluví klidným tónem	<b>0</b>
	Naříká, vzdychá	<b>1</b>
	Křičí, pláče	<b>2</b>

**Příloha F – CPOT škála (Kapounová, 2020)**

## **Příloha G – Dotazník vlastní tvorby**

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Natálie Vičarová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice – Fakulty zdravotnických studií v oboru všeobecné ošetrovatelství. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Hodnocení bolesti všeobecnými sestrami na interním oddělení“.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný, získaná data budou využita výhradně pro účely mé práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu podělit se o své zkušenosti.

### **1. Jaké hodnotící škály bolesti ve své praxi používáte nejčastěji?**

(Můžete vybrat více možností)

- VAS – Vizuální analogová škála
- VRT – Verbální číselná škála
- FLACC škála (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
- Jiné: \_\_\_\_\_

•

### **2. Jaké příznaky vám nejčastěji naznačují přítomnost bolesti u pacientů?**

• (Můžete vybrat více možností)

- Verbální vyjádření pacienta
- Objektivní příznaky (např. tachykardie, zvýšený krevní tlak)
- Bolestivé grimasy
- Neklid pacienta
- Reakce na dotek nebo pohyb
- Nařikání, křik pacienta
- Další: \_\_\_\_\_

### **3. Jak obvykle hodnotíte přítomnost bolesti u pacienta, který je při vědomí?**

• (Můžete vybrat více možností)

- Přímou se pacienta zeptám, zda cítí bolest
- Pomocí škál pro hodnocení bolesti, ve spolupráci s pacientem
- Pozoruju změny v poloze pacienta
- Kombinuju všechny tyto metody dle konkrétní situace
- Jiný způsob: \_\_\_\_\_

4. **Jakým způsobem komunikujete s pacienty, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit svou bolest (např. pacienti s poruchou vědomí – somnolence, sopor)?**  
(Můžete vybrat více možností)
- Využití škál pro hodnocení bolesti u pacientů s poruchou vědomí
  - Sleduji neverbální projevy (mimika, naříkání, neklid)
  - Spoléhám na předání od ostatního zdravotnického personálu
  - Kontroluji změny ve vitálních funkcích pacienta (puls, krevní tlak)
  - Jiné: \_\_\_\_\_
5. **Zaznamenáváte stupeň bolesti vždy na základě subjektivního hodnocení pacienta?**
- Ano
  - Ne
  - Většinou ano
  - Většinou ne
  - Občas ne
  - Jiné: \_\_\_\_\_
6. **Setkali jste se ve své praxi s podáním placebo při léčbě bolesti na základě ordinace lékaře?**
- Ano
  - Ne
7. **Jak často během směny zjišťujete přítomnost bolesti u pacienta, popřípadě zjišťujete stupeň bolesti?**
- Jendou, pouze po převzetí služby
  - Vždy po podání analgetik
  - Dvakrát za směnu (ráno a večer)
  - Minimálně třikrát denně, pokud mají analgetika, tak vždy po podání hodnotím efekt
  - Jiné, uveďte: \_\_\_\_\_
8. **Po jaké době od podání analgetik vyhodnocujete jejich efekt?**
- Podle způsobu aplikace – doba nástupu účinku se liší
  - Hodinu po podání
  - Až si vzpomenu
  - Půl hodiny po podání
9. **Jak nejčastěji hodnotíte účinek analgetik?**
- Subjektivní hodnocení pacienta, při poruše vědomí pacienta se zaměřuju na objektivní ukazatele (poloha, naříkání, grimasy)
  - Spoléhám na pozitivní účinek analgetik
  - Často zapomenu a zaznamenám pozitivní účinek analgetika

10. Využíváte nefarmakologické metody při léčbě bolesti ve své praxi?

- Ano
- Ne

-> pokud ano, jaké nejčastěji?

- Polohování
- Masáže
- Aplikace chladu/tepla
- Koupele
- Jiné: \_\_\_\_\_

11. Máte pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými metodami léčby bolesti?

- Ano
- Ne
- Záleží na konkrétní situaci

12. Považujete roli sestry při hodnocení bolesti za důležitou?

- Ano
- Ne

=> Pokud byla vaše odpověď ano, v čem vidíte hlavní důvod?  
(Možné zaškrtnout více možností)

- Sestra je v častém kontaktu s pacientem a může bolest průběžně hodnotit
- Správné hodnocení bolesti pomáhá lékaři nastavit vhodnou léčbu
- Sestra může včas rozpoznat nežádoucí účinky analgetik
- Hodnocení bolesti sestrou přispívá k lepší celkové péči o pacienta
- Jiný, uveďte: \_\_\_\_\_

13. Máte pocit, že byste potřebovala speciální školení hodnocení bolesti?

- Ne, cítím se dobře vyškolená
- Ano, cítím, že moje hodnocení bolesti není vždy kvalitní
- Částečně, cítím se občas nejistá

14. Jaké změny byste navrhovali pro zlepšení procesu hodnocení a léčby bolesti na vašem oddělení?

---

---

---

15. Jaký je váš věk? \_\_\_\_\_

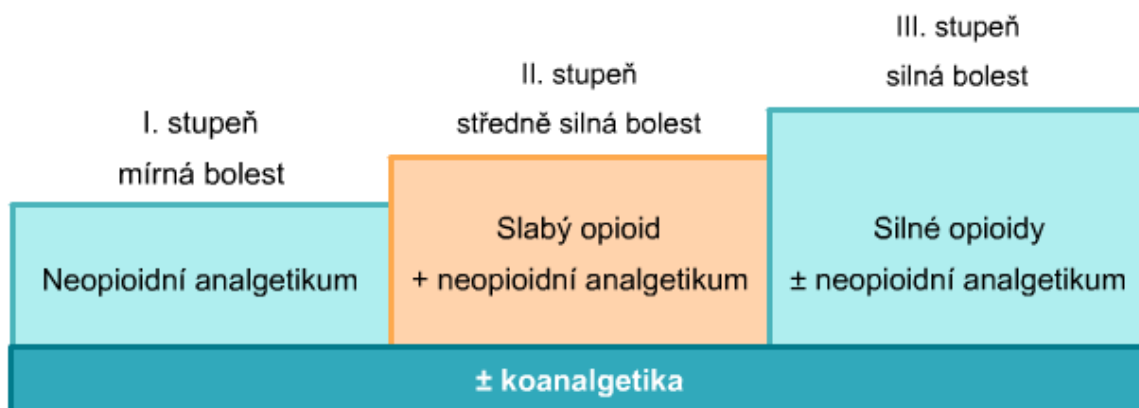
**16. Kolik let praxe máte jako všeobecná sestra?**

- Méně než 1 rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- Více než 10 let

**17. Jaké je vaše pohlaví?**

- Muž
- Žena
- Jiná možnost / nechci uvádět

Tabulka 1 - Analgetický žebříček WHO (Zdroj Sláma a Vafková, 2020)



Tabulka 2 - Aplikace analgetik a jejich působení (Zdroj Behárková a Soldánová, 2016)

Aplikace analgetika	Nástup účinku
Per orálně (per os)	20 – 30 minut
Nasálně	1 – 2 minuty
Intramuskulárně (i.m)	5 – 10 minut
Subcutálně (s.c)	10 - 20 minut
Rektálně (per rectum)	Do 15 minut
Intravenózně (i.v)	Do 1 minuty