

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Zuzana Totterová

**Posouzení intenzity bolesti sestrou - možnosti a
realita**

*Pain Assessment by a registered nurse - possibilities and
reality*

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Zuzana Totterová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Václava Otcová**

Pracoviště vedoucího práce: **Interní klinika 1. LF UK a ÚVN**

Předpokládaný termín obhajoby: 29. 6. 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 31. května 2021

Zuzana Totterová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména Mgr. Václavě Otcové za odborné vedení, za její trpělivý a ochotný přístup a za všechny rady při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Zvoníčkové, která mi při zpracovávání této práce svými radami také velmi pomohla. Děkuji i všem sestrám, které se podílely na realizaci výzkumné části této práce. V neposlední řadě patří velké díky mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 BOLEST.....	9
1.1 PATOFYZIOLOGIE BOLESTI.....	9
1.2 ETIOLOGIE BOLESTI	11
1.3 OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY V PROŽÍVÁNÍ BOLESTI	11
1.4 DĚLENÍ BOLESTI.....	11
1.4.1 Dle délky trvání	11
1.4.2 Dle časového průběhu.....	12
1.4.3 Dle původu.....	12
1.4.4 Dle patofyziologie.....	13
2 HODNOCENÍ BOLESTI	15
2.1 ANAMNÉZA, FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	15
2.2 NEJČASTĚJI VYUŽÍVANÉ NÁSTROJE PRO POSOUZENÍ BOLESTI	16
2.2.1 Vizualně analogová škála - VAS (<i>Visual Analogue Scale</i>)	17
2.2.2 Numerická škála - NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>)	18
2.2.3 Obličejová – výrazová škála (<i>Face Scale</i>)	18
2.2.4 Slovní škála	18
2.2.5 Mapa bolesti	19
2.2.6 McGillský dotazník bolesti.....	19
2.2.7 Krátký inventář bolesti.....	19
2.3 MIMOSLOVNÍ PROJEVY A JEJICH HODNOCENÍ	19
2.3.1 Škála PAINAD.....	20
3 LÉČBA BOLESTI.....	21
3.1 ZÁKLADY FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY.....	21
3.1.1 Analgetika neopioidní.....	21
3.1.2 Analgetika opioidní	22
3.1.3 Kombinovaná analgetika	23
3.1.4 Koanalgetika	23
3.1.5 Kombinace analgetik	23
3.2 ZÁKLADY NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY.....	24
3.2.1 Fyzikální léčba	24
3.2.2 Akupunktura	25
3.2.3 Psychoterapie.....	25
3.2.4 Placebo efekt	25
4 PÉČE O PACIENTA S BOLESTÍ V ÚVN	26
4.1 ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S BOLESTÍ	26
4.2 HODNOCENÍ BOLESTI A SLEDOVÁNÍ ÚČINNOSTI LÉČBY.....	27
4.3 LÉČBA BOLESTI.....	27
4.4 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O PACIENTA S BOLESTÍ	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 METODIKA VÝZKUMU	30
5.1 CÍL	30
5.2 SBĚR DAT.....	30
5.3 VZOREK RESPONDENTŮ	31
5.4 POUŽITÉ VÝZKUMNÉ TECHNIKY.....	31
5.5 ZPŮSOB ŠETŘENÍ	31
6 ANALÝZA DAT.....	33
6.1 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	33

6.2	POZOROVÁNÍ.....	40
7	DISKUZE.....	45
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
	ZÁVĚR	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	54
	PŘÍLOHY.....	55

ÚVOD

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala z několika důvodů. Již během svých ošetrovatelských praxí v nemocnici v rámci studia, jsem se velmi často setkávala s lidmi, kteří trpěli bolestí. V těchto situacích jsem si všimla, že je pro pacienty často obtížné zhodnotit svou bolest, a i mě samotné dělalo posouzení jejich bolesti potíže. Navíc je podle mého názoru hodnocení bolesti často zanedbávaným prvkem péče. Z tohoto důvodu jsem si chtěla prohloubit své teoretické znalosti a dozvědět se tak o této problematice více. Myslím, že právě to by mi mohlo v budoucnosti pomoci v poskytování kvalitní péči těmto pacientům. Být bez bolesti, je základní lidskou potřebou, tudíž si myslím, že je třeba věnovat tlumení bolesti velkou pozornost. Základním předpokladem pro úspěšnou léčbu bolesti je právě její hodnocení.

Cílem je zjistit, jak sestry přistupují k samotnému hodnocení bolesti a jaké metody při tom využívají. Vzhledem k tomu, že jde o velmi subjektivní pocit, lze předpokládat, že každý z nás ho může popsat jinak. Všichni vnímáme a projevujeme bolest jiným způsobem. Z toho vyplývá, že její hodnocení může být pro sestry velmi náročným úkolem. Zároveň ale v tomto mají svoji nezastupitelnou roli, jelikož tráví s pacientem nejvíce času.

Tato práce má část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol.

První kapitola pojednává o bolesti jako takové. Obecná část kapitoly je věnována její definici a významu. Dále jsou popsány základy o patofyziologii bolesti, o příčinách jejího vzniku a o faktorech, které ovlivňují prožívání bolesti. Také je zde rozebráno dělení bolesti z několika hledisek, konkrétně podle délky trvání, časového průběhu, původu a také z hlediska patofyziologie.

V druhé části je popsáno samotné hodnocení bolesti, které předchází její léčbě. Nejprve je zde popsáno, jakým způsobem při hodnocení postupovat, jaké otázky nemocnému s bolestí pokládat, jaké bychom měli mít informace o jeho bolesti a co vše sledujeme. Dále jsou již v kapitole rozebrány jednotlivé objektivizující metody pro hodnocení, jako jsou škály či dotazníky, se kterými se v praxi nejčastěji setkáváme.

Třetí kapitola je věnována základům farmakologické i nefarmakologické léčby. V těchto základech tlumení bolesti by se měla každá sestra orientovat.

Poslední část teoretického oddílu je zaměřena na metodický pokyn, ve kterém je popsána péče o pacienta s bolestí v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha, dále jen ÚVN. Důvodem pro zařazení této kapitoly do práce bylo, že ve výše zmíněné nemocnici bylo uskutečněno výzkumné šetření empirického oddílu. Kapitola by měla přispět k objasnění, jakým způsobem by se mělo přistupovat k managementu bolesti v ÚVN.

V empirické části jsou analyzovány výsledky výzkumného šetření, týkající se posouzení intenzity bolesti sestrou, včetně porovnání s metodickým návodem ÚVN. Výzkum konkrétně probíhal na oddělení gastroenterologie, tedy na oddělení interního typu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Každý z nás, kdo již bolest zažil, by tuto zkušenost definoval různě, jelikož se jedná o velmi subjektivní zážitek, který je navíc ovlivněn několika faktory. Definovat bolest je proto těžkým úkolem. Přesto existuje velké množství různých definic. (7)

Jedna z nejznámějších definic je dle Světové zdravotnické organizace popsána takto: *„Bolest je nepříjemná sensorická a emoční zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo popisována výrazy takového poškození.(...) Bolest je vždy subjektivní.“* (Trachtová, 2013, 125)(13)

Někteří odborníci se shodují v názoru, že je tato definice zastaralá, neboť vystihuje dobře bolest akutní, ale již zcela dobře nevyjadřuje bolest chronickou. Pro oba druhy bolesti ovšem platí, že je bolest subjektivní (7). Za příhodnější tedy může být považována definice dle McCaffery: *„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“* (Sofaer, 1997, 23)(11)

Ač je bolest vnímána především negativně, má do jisté míry významnou protektivní funkci před škodlivými vlivy. V takovém případě působí jako varovný signál, že je v organismu něco špatně. Svůj účel ztrácí v situaci, kdy již ztratila svou signalizační funkci, například pokud již známe patologické procesy, na které poukazuje, nebo pokud její síla přesahuje přijatelnou míru. Taková bolest působí naopak spíše destruktivně. Může tedy mít kladný i záporný efekt, který je vždy významný. (13)

Při péči o pacienta s bolestí jsou potřebné základní znalosti, které vedou k lepšímu porozumění bolesti, a tím i k jejímu úspěšnému zvládnutí. Mezi takové vědomosti patří základy fyziologie a patofyziologie, etiologie bolesti, její ovlivňující faktory a v neposlední řadě také dělení bolesti. (7)

1.1 Patofyziologie bolesti

Patofyziologie bolesti probíhá jako čtyřfázový proces. (7)

V první fázi dochází ke zranění tkáně, které zapříčiní vyplavení látek imunitní reakce. Tím dojde k podráždění receptorů bolesti a následně k posunu bolestivých podnětů z periferních oblastí do spinální míchy. (7)

Ve druhé fázi je z míchy tento impulz veden přes prodlouženou míchu a thalamus do kůry mozkové. (7)

Ve třetí fázi, kdy je přenesen impulz do mozkového kmene, thalamu a mozkové kůry, zaregistruje jedinec bolestivý vjem. (7)

Pokud dojde ve čtvrté fázi k přenosu zpětného signálu přes spinální míchu až do oblasti na periférii, projeví se odpověď na tento impulz motorickou reakcí. (7)

Na periférii těla je bolest detekována receptory bolesti neboli nociceptory, které dělíme do 3 skupin. (8)

Vysokoprahové mechanoreceptory vnímají bolest pomocí receptorů pro tlak, tah a vibrace. Při silnějším podráždění registrují bolest. Příkladem těchto receptorů jsou například Vater-Paciniho tělíska. Díky nim vnímáme podněty jako hlazení nebo bolestivé podněty jako říznutí. (8)

Polymodální nocisenzory slouží zejména k vnímání bolestivých podnětů, zejména způsobených chladovým a tepelným podrážděním. Bolestivé teplo registrují Ruffiniho tělíska, a naopak Krauseho tělíska registrují intenzivní chlad. (8)

Vlastní nocisenzory jsou senzory bolesti, které začínají pracovat až ve chvíli, kdy se bolest zvýší na určitou úroveň. Jedná se o volná nervová zakončení kůže a sliznic. (8)

Při vrozené ztrátě nociceptorů nemusí člověk cítit bolest a tomu se říká vrozená necitlivost k bolesti. Často se také setkáváme s různými poruchami a odchylkami v pocitech bolesti, mezi které patří například parestezie, hyperalgezie či alodynie a mnoho dalších. Parestezie neboli mravenčení, brnění a podobně, je nebolestivý senzitivní vjem. Při hyperalgezii dochází ke zvýšené citlivosti a sníženému prahu bolesti, což vyvolává vyšší bolest, než je běžné. Při alodynii bolest vyvolá podnět, který normálně bolest nezpůsobí. (8)

1.2 Etiologie bolesti

Vyvolávajících příčin bolesti je několik. Rozeznáváme chemickou, biologickou a fyzikální etiologii. Může se jednat například o toxiny, bakterie, viry, parazity, záření, teplotu a mnoho dalších činitelů. Dále může být její vznik zapříčiněn také psychickými poruchami, například při stresu či úzkosti. Často se také může jednat o multifaktoriální etiologii. (7)

1.3 Ovlivňující faktory v prožívání bolesti

Být bez bolesti je jednou ze základních potřeb. Prožívání bolesti je velmi individuální a podílí se na něm řada ovlivňujících faktorů, které je třeba brát v úvahu. Jedná se především o faktory fyziologické, biologické, psychologické, duchovní, kulturní a sociální či aspekty životního prostředí. Do těchto faktorů řadíme například anatomii člověka, fyziologii bolesti, nemoc, věk, pohlaví, osobnost jedince, emoční a psychický stav, víru, rasu, etnikum, výchovu, mezilidské vztahy, společenský status či zaměstnání. V neposlední řadě také předchází zkušenosti s bolestí, denní dobu nebo geografické vlivy a mnoho dalších. Podle těchto aspektů se odvíjí i individuální vyjádření bolesti. (7)

1.4 Dělení bolesti

Bolest můžeme dělit z několika hledisek do základních kategorií, zejména dle délky trvání, původu a patofyziologie bolesti. Podle délky trvání bolest dělíme na akutní a chronickou. Dle původu dělíme bolest na onkologickou a neonkologickou. Dále můžeme dělit bolest dle patofyziologie na nociceptivní a neuropatickou apod. (1)

1.4.1 Dle délky trvání

Nezákladnějším a zároveň nejjednodušším rozdělením je dělení podle délky trvání na bolest akutní a chronickou. Oba druhy jsou specifické a je nutné je rozlišovat. Každá z nich přináší určitý lékařský, ošetrovatelský či psychosociální problém. (8)

Při **akutní bolesti** převažuje pozitivní tedy ochranný význam, jelikož poukazuje na nějaký hrozící nebo již vzniklý patologický proces. Takováto bolest trvá hodiny až dny, neměla by překračovat 3 měsíce. Typicky bývá lokalizovaná v určité oblasti. Obvykle se rychle zlepšuje a dobře reaguje na léčbu. V případě její

nedostatečné léčby hrozí riziko rozvoje v chronickou bolest. Mezi časté příznaky patří například pocení, zrychlený tep a dýchání, nižší motilita trávicího traktu a mnoho dalších. Také spouští různé imunitní a zánětlivé reakce a další změny. Můžeme sem zařadit například poúrazovou, pooperační nebo porodní bolest. (1)

Chronická bolest je mnohem složitějším problémem. Jedná se o bolest, která již nemá signalizační funkci, takže nepřináší užitek ba naopak škodí. Tato bolest trvá řádově měsíce až roky. Minimálně však 3 až 6 měsíců. O chronickou bolest se jedná i tehdy, pokud její délka neodpovídá době, která je obvyklá pro danou chorobu. Oproti akutní bolesti není lokalizovaná, ale spíše difúzní s progresivním zhoršováním. Výsledkem této dlouhodobé bolesti je nepříznivý vliv na běžné denní činnosti, spánek či chování pacienta. Může způsobit změny osobnosti, sociální izolaci a mít podíl na rozvoji deprese. Z toho vyplývá, že může ovlivnit celkovou kvalitu života, a proto je považována za samostatné onemocnění. (8)

1.4.2 Dle časového průběhu

Dle tohoto kritéria se setkáváme s epizodní a průlomovou bolestí a bolestí na konci dávky. (7)

Bolest epizodní se objevuje při pohybu či aktivitě, tudíž ji lze většinou předvídat. Je možné jí zamezit podáním medikace před plánovanou činností. (7)

S **průlomovou bolestí** se setkáváme nepředvídatelně u jinak stabilní bolesti nebo i v souvislosti s prováděním ošetrovatelských výkonů, jako je například polohování. (7)

Pokud se bolest objevuje bezprostředně před další dávkou analgetik, jedná se o tzv. **bolest na konci dávky**. (7)

1.4.3 Dle původu

Onkologická bolest doprovází onkologická onemocnění a vzniká nejčastěji v souvislosti s růstem nádoru, ale i s jejich terapeutickými či diagnostickými postupy. (1)

Častěji se setkáváme s **neonkologickou bolestí**, která nemá souvislost s nádorovým onemocněním. Nejčastějším důvodem jejího vzniku jsou degenerativní poruchy pohybového aparátu. (1)

1.4.4 Dle patofyziologie

Bolest vzniká různými mechanismy, podle kterých ji základně dělíme z hlediska patofyziologie na nociceptivní, neuropatickou a psychogenní. (8) Některé zdroje navíc uvádí také bolest dysautonomní a smíšenou. (1)

Výsledkem podráždění nociceptorů je **nociceptivní bolest**. Tato bolest je přítomna při poškození orgánů a tkání, například při onemocněních pohybového systému, bolest orgánů nebo při akutní bolesti. Podle umístění dále dělíme nociceptivní bolest na somatickou a viscerální. (1)

Dalším druhem bolesti je **bolest neuropatická**, která vzniká v souvislosti s dysfunkcí nebo poškozením nervového systému. Neuropatickou bolest dále dělíme na periferní a centrální. Příkladem periferní neuropatické bolesti jsou diabetické neuropatie, pooperační neuralgie atd. V případě, že je poškození lokalizováno v oblasti centrální nervové soustavy, mluvíme o centrální neurogenní bolesti. Ta doprovází například traumatické postižení míchy, cévní mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu apod. (1)

Bolest psychogenní vzniká v limbickém centrálním nervovém systému a v mozkové kůře. Na rozdíl od předešlých druhů se vyskytuje pouze u lidí psychiatricky nemocných. Příkladem onemocnění, při kterém se vyskytuje může být schizofrenie či deprese. Jedná se o velmi silnou a nepříjemnou bolest, která svou silou překonává i somatickou bolest. Někdy se může projevovat somaticky například bolestí břicha či zad. V tomto případě nejprve vzniká psychická porucha a v reakci na ní porucha somatická. (1)

Komplexní regionální bolestivý syndrom, zkráceně KRBS, je typickým příkladem **dysautonomní bolesti**. Syndrom zahrnuje bolesti vznikající nejčastěji následkem úrazu či chirurgického výkonu, kdy proces hojení neprobíhá tak, jak by měl. Potíže svou silou a trváním překračují předpokládaný vývoj prvotního poškození. Typicky se tyto změny projevují i na místech vzdálených od poškození. (1)

Smíšená bolest je bolest, při které se účastní více výše uvedených druhů bolesti. Příkladem je bolest po operaci bederní páteře, kde se kombinuje nociceptivní bolest s neuropatickou. (1)

Zvláštním druhem chronické nenádorové bolesti je **fantomová bolest**. S touto bolestí se setkáváme například v souvislosti s amputací končetiny, kdy má pacient pocit, že je amputovaná část stále přítomna. Tyto pocity jsou obvykle bolestivé a mohou se projevovat křečemi, pálením a dalšími projevy. (4)
Mechanismus vzniku této bolesti ale není zcela objasněn. (13)

2 HODNOCENÍ BOLESTI

Důležitým požadavkem pro zlepšení plánování péče a tím i k účinnější léčbě je pečlivé hodnocení bolesti. (7) K hodnocení je třeba přistupovat velmi individuálně, systematicky a profesionálně. Posouzení bolesti by mělo být pravidelné, alespoň čtyřikrát denně. Mělo by se provést vždy před podáním analgetik a do hodiny od jejich podání znovu přehodnotit. Bolest je vyšetřována systematicky, za účelem získat co nejvíce informací o pacientově bolesti. Tyto informace lze získat pomocí anamnézy, fyzikálním vyšetřením a různými hodnotícími technikami. (7) Bolest se také může projevit změnami psychiky či v hodnotách fyziologických funkcí, jako je krevní tlak nebo dechová a tepová frekvence. Proto je vhodné zaznamenávat i tyto údaje. (7)

2.1 Anamnéza, fyzikální vyšetření

Údaje získáváme prostřednictvím rozhovoru a pozorováním. Zaměřujeme se především na lokalizaci, intenzitu, časový průběh, charakter bolesti a na informace týkající se předchozích zkušeností s úlevou od bolesti, jejím zvládnutím, případně farmakologickým i nefarmakologickým působením. (7)

Jednou k nejčastěji sledovaných oblastí je lokalizace. Za účelem zjištění lokality bolesti se pacienta ptáme otázkou: „*Kde to bolí?*“. Nemocný by měl následně místo, odkud bolest vychází, případně kam se šíří, názorně ukázat. Příkladem škály pro zhodnocení je například mapa bolesti. (7)

Nejdůležitější oblastí při hodnocení je intenzita bolesti. Pro zjištění síly bolesti se pokládá otázka: „*Jak moc to bolí?*“. Diagnostika intenzity je však velmi obtížná. Proto se pro její zhodnocení hojně využívají různé pomůcky v podobě hodnotících škál, které je vhodné kombinovat například s pozorováním projevů v chování. Nejčastěji používanými škálami je v tomto případě vizuální analogová škála či numerická škála. (7)

Další často sledovanou dimenzí je časový průběh bolesti. V tomto případě jsou podstatné údaje o nástupu, délce trvání a změnách v síle. Užitečné jsou i informace o tom, zda je bolest vyvolávaná nějakým podnětem (pohybem, aktivitou) či se objeví nepředvídatelně nebo zda je doba, ve které se pravidelně vrací, například před další naplánovanou dávkou analgetik. Tyto informace nám

mohou pomoci rozlišit, zda se jedná o bolest epizodní, průlomovou nebo na konci dávky. Vhodnou otázkou je například: „*Kdy to bolí?*“. Ke sledování průběhu se používá například profil bolesti nebo deníky bolesti, kam pacient zaznamenává své projevy v návaznosti na čase. (7)

Při posuzování charakteru bolesti pozorujeme slovní popis. Na informace o kvalitě se ptáme otázkou: „*Jak to bolí?*“ či „*Jaká je to bolest?*“. Využívanými nástroji jsou různé dotazníky. (7)

2.2 Nejčastěji využívané nástroje pro posouzení bolesti

Jelikož je bolest subjektivní záležitostí, je těžké při hodnocení získané informace neovlivnit osobním názorem či pocity. K minimalizaci těchto rizik slouží objektivizující nástroje v podobě různých testů, škál apod. Jejich využívání se odvíjí od zvyklostí daného zařízení. (7) Hlavními výhodami těchto nástrojů je jednoduchost a rychlost jejich použití, či možnost orientačního vyšetření. (4) Výběr screeningového nástroje záleží na požadovaných informacích, typu bolesti či zdravotním stavu. Obtížné může být použití u pacientů s poruchami mentálních schopností, u starších pacientů s delirantními stavy apod. (7) Je také třeba brát v úvahu kvalitu zraku a věk pacienta a zda dokáže škálu používat. (4)

Hodnotící metody můžeme dělit na jednoduché a vícerozměrné. Jednoduché slouží k orientačnímu vyšetření jedné oblasti, nejčastěji intenzity, například při akutní bolesti. Mezi nejčastější jednorozměrné nástroje se řadí vizuální analogová škála, numerická či obličejová škála nebo mapa bolesti. (7) V praxi se často tyto jednorozměrné škály kombinují. Příklad kombinované hodnotící škály je součástí **přílohy č. 1 a 2.**

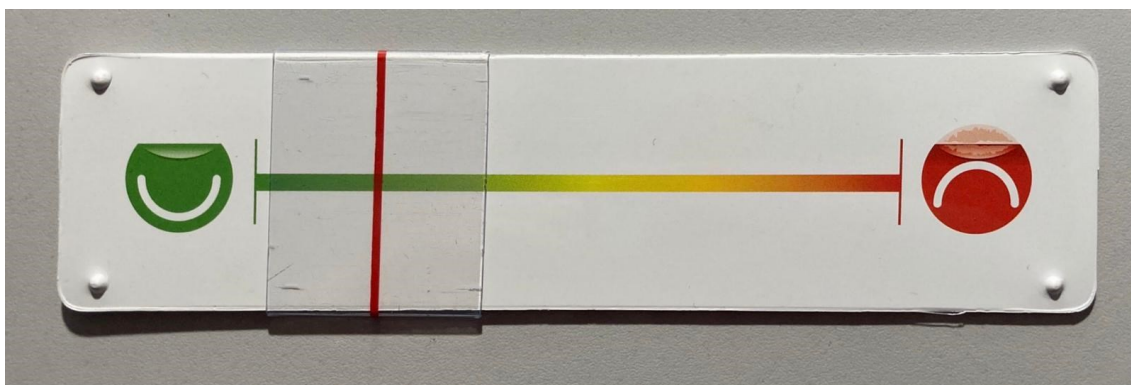
Vícerozměrné metody se využívají pro získání komplexnějších informací, hlavně o chronické bolesti. Setkáváme se s nimi zejména na specializovaných pracovištích pro tišení bolesti apod. Oproti jednoduchým metodám se vícerozměrné metody zabývají bolestí ve více oblastech. Většinou jsou poměrně časově náročné, proto je vhodné zvážit jejich přínos, aby nebyl pacient zbytečně zatěžován. Do těchto metod patří různé dotazníky, deníky jako je McGillský dotazník, diář bolesti, Minnesotský vícefázový osobnostní inventář a mnoho dalších. (7)

2.2.1 Vizualně analogová škála - VAS (Visual Analogue Scale)

Slouží k posouzení intenzity bolesti. Jedná se tedy o jednorozměrnou škálu. Jejími hlavními výhodami je snadné a rychlé použití a možnost opakovaného měření. Hodnocení pomocí této škály nezabere ani 5 minut. Díky těmto vlastnostem je jednou z nejpoužívanějších a nejspolehlivějších hodnotících škál. (7)

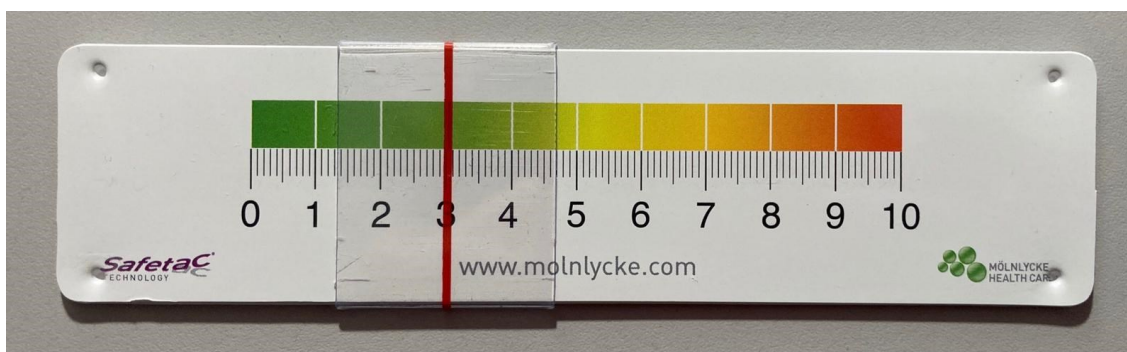
Škála může mít několik podob. Základem je vždy 10 centimetrů dlouhá úsečka, která je nejčastěji orientovaná horizontálně či v podobě pravítka apod. Úsečka bývá také barevně znázorněna, kdy bílá či světlá barva na jednom konci představuje stav bez bolesti a směrem k opačné straně má odstín postupně vyšší intenzitu. Na druhém konci je barva tmavá a znamená nejvyšší představitelnou bolest. (1) **(viz. Obrázek č.1)**

Obrázek č.1 – Přední strana škály VAS z oddělení gastroenterologie ÚVN



Opačná strana stupnice může být opatřena číselnou stupnicí od 0 do 10 nebo od 0 do 100, kdy 0 nepředstavuje žádnou bolest a hodnoty 10 či 100 největší představitelnou bolest. Tyto číselné hodnoty pacient tedy nevidí. Někdy může být škála opatřena posuvným jezdcem, který označí míru intenzity a zároveň číselnou hodnotu na druhé straně. (1) **(viz. Obrázek č.2)**

Obrázek č. 2 – Opačná strana škály VAS – z oddělení gastroenterologie ÚVN



Samotné hodnocení probíhá tak, že pacient na úsečce označí místo odpovídající jeho intenzitě bolesti a poté se změří délka od začátku úsečky k vyznačenému bodu. Tato hodnota se shoduje s intenzitou bolesti. (1) V praxi bývá tento nástroj mnohdy zaměňován s numerickou škálou. (7)

2.2.2 Numerická škála - NRS (Numeric Rating Scale)

Dalším jednorozměrným nástrojem pro zhodnocení intenzity bolesti je numerická škála. Ta spočívá ve vyjádření intenzity pomocí číselné hodnoty od 0 do 10 nebo od 0 do 100, kdy 0 znamená žádnou bolest a hodnoty 10 či 100 největší bolest, jakou si dovedeme představit. (7)

2.2.3 Obličejová – výrazová škála (Face Scale)

Obličejová škála byla nejčastěji používána k posouzení intenzity bolesti u dětských pacientů. V dnešní době již nachází širší využití i u dospělých jedinců, například u pacientů se zhoršenými kognitivními funkcemi. (7)

Jedná se o podobu číselné škály, která je znázorněna za sebou seřazenými výrazy obličeje. Na levé straně je obličej představující stav bez bolesti a směrem doprava se zvyšuje intenzita až k posledními obličej, který znamená největší představitelnou intenzitu. I u tohoto nástroje existuje několik variant. Například bývají obličej často doplněné číselnou stupnicí jako u předešlých škál. (7)

2.2.4 Slovní škála

Tato škála slouží taktéž ke zhodnocení intenzity bolesti. Posouzení probíhá tak, že jedinec vybere nejvýstižnější termín pro intenzitu jeho bolesti. Nejběžněji se využívá škála rozdělená na 5 stupňů. Jednotlivým stupňům mohou odpovídat například termíny: žádná, mírná, střední, intenzivní a nesnesitelná bolest. (1)

Tento způsob hodnocení je zřejmě nejpřirozenější. Hlavním problémem tohoto způsobu je, že výrazy pacienta nemusí odpovídat pochopení ze strany zdravotníka. Proto je vhodné používat ustálenou slovní stupnici. (3)

2.2.5 Mapa bolesti

K určení lokality bolesti slouží mapa bolesti. Tato metoda spočívá v označení míst bolesti do obrazu lidského těla, který může být znázorněn z několika pohledů. Nejčastějším znázorněním je pohled zepředu a zezadu. Místo bolesti lze vyznačit například zakroužkováním či křížkem. Kromě místa je také možné znázornit i intenzitu, charakter, hloubku či jiné parametry bolesti například barevným rozlišením. Záleží na zvyklostech jednotlivých pracovišť. (3) Mapu je tudíž možné zařadit do metod jednorozměrných i vícerozměrných. (7)

2.2.6 McGillský dotazník bolesti

Jedná se o podrobný a nejučelnější dotazník pro posouzení zejména neuropatické bolesti. Řadí se do vícerozměrných metod, jelikož zkoumá několik oblastí bolesti prostřednictvím 78 popisných slov a jeho provedení trvá přibližně 20 minut. K dispozici je i ve zkrácené verzi, která obsahuje 15 popisných výrazů a jeho vyhodnocení zabere okolo 5 minut. (4)

2.2.7 Krátký inventář bolesti

Další vícerozměrnou metodou je inventář zabývající se bolestí nemocného za posledních 24 hodin. Informace jsou zaměřeny na hodnocení bolesti, její umístění a vliv na kvalitu života. Vyplnění formuláře trvá přibližně 15 minut. (4)

2.3 Mimoslovní projevy a jejich hodnocení

Další možností, jak diagnostikovat bolest je pozorováním neverbálních projevů, které mohou bolest doprovázet. Jedná se například o mimické projevy jako jsou grimasy, různé neobvyklé změny výrazu obličeje a podobně. Dále vnímáme zvukové projevy v podobě vzdechů, pláče, naříkání a vzlykání. Také si všímáme pohybů končetin a celého těla, kdy můžeme sledovat tření bolestivé oblasti rukou, ucuknutí, hledání úlevové polohy apod. (3)

Bolest v našem organismu způsobuje stresovou reakci, která spouští řadu vzájemně propojených procesů a změn v orgánech, ale i v celém těle. (7). Lidé s

akutní bolestí budou mít obvykle zvýšenou srdeční a respirační frekvenci, zvýšený krevní tlak, mohou se třást nebo chvět, mít „husí kůže“, bledou či zarudlou pokožku a další symptomy. Čím intenzivnější je bolest, tím viditelnější mohou tyto příznaky být. Chronická bolest nemusí být vždy těmito změnami doprovázena. Absence těchto změn, ale nemusí znamenat absenci bolesti. (12) Velmi důležité je tyto účinky sledovat zejména u pacientů s demencí, u psychiatrických pacientů nebo u pacientů s poruchou kognitivních funkcí apod. Změny sledujeme v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální. (7)

Biologická reakce má vliv na respirační, kardiovaskulární, gastrointestinální, urinální, imunitní či neuroendokrinní a metabolický systém. Jsou zde zahrnuty změny jako zvýšená srdeční a dechová frekvence, zvýšená potřeba kyslíku pro myokard, zvýšená hladina hormonů a glukózy v krvi, snížená motilita trávicího traktu, nevolnost, zvracení, inkontinence, úzkost, deprese a jiné. (12)

Psychická reakce na bolest se může projevovat například úzkostí, strachem, depresemi, neklidem, ztrátou duševní pohody, změnami nálady až agresí. Tyto projevy mohou vést k dalšímu zhoršování bolesti. (7)

Sociální odezvou může být změna ve výkonu některých aktivit, v pracovním životě, omezení sociálního kontaktu až úplná izolace. (7)

Spirituální odpověď spočívá v přehodnocování potřeb či smyslu života. (7)

2.3.1 Škála PAINAD

Pro tyto potřeby byla v České republice vytvořena hodnotící škála PAINAD, která je určena k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí. Vznikla na podkladě rozhovorů, literatury a dvou škál: DS-DAT a FLACC. Stupnice DS-DAT sloužila pro prosouzení nepohodlí u pacientů s pokročilou demencí. Škála FLACC se využívá u pediatrických pacientů. Hodnocení pomocí PAINAD je snadné a rychlé, neboť je třeba provést pouze krátké sledování. Obsahuje 5 oblastí hodnocení: dýchání, bolestivé zvukové projevy, výraz obličeje, řeč těla a potřeba či náročnost upokojení. Výsledky této stupnice jsou srovnatelné se stupnicemi jako je VAS, ale stále neexistují doporučení pro farmakologickou léčbu odvíjející se od této škály. (7)

3 LÉČBA BOLESTI

Do terapie bolesti spadá mnoho různých metod. U akutní bolesti se nejčastěji volí farmakologická léčba, zatímco u chronické léčby se často kombinuje farmakoterapie s jinými léčebnými postupy. Při léčbě bolesti je velmi důležitá spolupráce odborníků v rámci multidisciplinárního týmu. (1)

3.1 Základy farmakologické léčby

Jedná se o symptomatologickou léčbu analgetiky, která je zaměřena na tlumení bolesti, ale není jejím prostřednictvím již řešena příčina. Analgetika jsou léky tlumící bolest a dělí se na dvě skupiny: opioidní a neopioidní. Terapie bolesti by měla být nastavena pro každého pacienta individuálně s ohledem na intenzitu a charakter jeho bolesti. Při výběru vhodného analgetika přihlížíme i na jeho dávkování, cestu podání a lékovou formu. (5) Léčiva mohou být v několika různých formách jako jsou tablety, náplasti, čípky, gely, krémy, masti, sirupy atd. Některé léky se od sebe mohou navíc lišit v rychlejším nástupu účinku nebo prodlouženém analgetickém účinku (tzv. retardované). (9)

Při vysoké intenzitě akutní bolesti je vhodné aplikovat analgetikum nitrožilně, v ostatních případech se upřednostňuje neinvazivní podání. Také je v případě akutní bolesti vhodné podat analgetika s rychlým nástupem účinku. Aby se předešlo rozvoji chronické bolesti, podávají se analgetika dle nastavených časových intervalů. V průběhu léčby je důležité sledovat efekt nastavené terapie a přítomnost nežádoucích účinků analgetik. (1)

V praxi sestry běžně pracují s firemními názvy léčiv a i pacientům jsou tyto názvy často známější. Z tohoto důvodu budou některé příklady firemních názvů v této práci uvedeny.

3.1.1 Analgetika neopioidní

Neopioidní analgetika dělíme na dvě podskupiny: analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika-antirevmatika. Většina z těchto léků jsou volně prodejná. (9)

Analgetika-antipyretika mají analgetický a antipyretický (snižující horečku) účinek. Hlavními zástupci této skupiny jsou paracetamol a metamizol.

Paracetamol je jedním z nejbezpečnějších a nejpoužívanějších analgetik, ale při nadměrném užívání hrozí riziko poškození jater. Vyrábí se pod několika firemními názvy: Paralen, Panadol a další. (9)

Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika mají kromě analgetického a antipyretického účinku navíc účinek protizánětlivý. Oproti předchozí skupině analgetik se u této skupiny léčiv setkáváme s častějším výskytem nežádoucích účinku, především při dlouhodobém či nadměrném užívání, proto jsou vhodná pro krátkodobé použití. Nejčastěji se jedná o potíže trávicího traktu jako jsou pálení žáhy, průjemy, nevolnost, zvracení a po delší době i eroze na žaludeční sliznici. Další nežádoucí účinky se mohou projevit jako postižení ledvin, kožní reakce, včetně alergií apod. (5) Tyto léky jsou kontraindikovány zejména u vředové choroby žaludku či dvanáctníku. (9)

Mezi nejvýznamnější zástupce této podskupiny patří ibuprofen, kyselina acetylsalicylová a diklofenak. Dalšími zástupci jsou například piroxikam, nimesulid, celekoxib atd. (5) Ibuprofen je jedním z nejužívanějších analgetik a je většinou dobře snášen. Vyrábí se pod názvy Ibalgin, Nurofen, Brufen atd. (9) Kyselina acetylsalicylová má kromě analgetického a antipyretického účinku navíc protisrážlivý efekt, který v kombinaci s žaludečními erozemi představuje riziko pro krvácení v trávicím traktu. (5) Z toho důvodu je kontraindikována při zvýšené krvácivosti či v kombinaci s jinými protisrážlivými léky. Také je větší riziko alergií a neměly by ji užívat děti. Vyrábí se pod firemními názvy jako je Aspirin a Acylpyrin. Dalším významným analgetikem této podskupiny je diklofenak, který známe pod názvy Dolmina, Veral, Voltaren a jiné. (9)

3.1.2 Analgetika opioidní

Opioidní analgetika dělíme také do dvou podskupin: slabé a silné opioidy. (9) Opioidní analgetika se využívají pro tlumení středně silné až silné bolesti. Kromě tohoto účinku mají opioidy psychotropní vliv s navozením euforie, tlumí dýchání a potlačují kašel. V případě závislosti může dojít k intoxikaci. V takovém případě nebo pro zrušení útlumu dýchání či jiných nežádoucích účinků se podává opioidní antagonist naloxon. (5) Mezi velmi časté nežádoucí účinky většiny opioidů patří: zácpa, celkový útlum, nevolnost, zvracení a kožní projevy. Všechna opioidní analgetika jsou prodejná pouze na lékařský předpis. (9)

Mezi nejpředepisovanější slabé opioidy patří tramadol, který se vyrábí pod firemním názvem Tramal, Tralgit aj. Jeho výhodou je menší riziko vzniku závislosti. Dalším slabým opioidem je například kodein. (9)

Nejvýznamnějším zástupcem silných opioidů je morfin. Dalšími zástupci jsou například oxykodon, fentanyl, buprenorfin a piritramid. Častou formou podání těchto opioidů jsou náplasti, ze kterých se opioid uvolňuje pomalu a působí několik dní. (9)

3.1.3 Kombinovaná analgetika

Kombinovaná analgetika jsou složena z více analgetických léčiv a dalších látek za účelem zvýšení účinnosti. Proto se často kombinují neopioidní a opioidní analgetika. Příkladem takové kombinace jsou léky složené z paracetamolu a kodeinu (Ultracod, Panadol Ultra) nebo paracetamolu a tramalu (Zaldiar). Takové léky musí být předepisovány lékařem. Další účinnou kombinací neopioidních analgetik je spojení paracetamolu a kyseliny acetylsalicylové nebo jiné kombinace léčiv. (9)

3.1.4 Koanalgetika

Koanalgetika jsou léky, které zvyšují analgetický účinek. Patří sem například antidepresiva, antiepileptika, glukokortikoidy, ale i kofein. (5)

3.1.5 Kombinace analgetik

Podle intenzity bolesti se při léčbě postupuje podle třístupňového analgetického žebříčku doporučeného Světovou zdravotnickou organizací, který znázorňuje kombinace opioidních a neopioidních analgetik s koanalgetiky. První stupeň žebříčku je určen pro mírnou bolest, dle VAS hodnoty 1 až 3. Druhý stupeň patří střední bolesti, které odpovídá hodnota VAS 4 až 6. Třetí stupeň žebříčku je vymezen pro velmi silnou bolest o hodnotě VAS 7 a více. K léčbě prvního stupně se využívají neopioidní analgetika. Pokud tyto analgetika nezabírají, tak se přidávají analgetika druhého stupně, tedy slabé opioidy. V případě, že ani tato léčba nezabírá, tak se slabé opioidy vymění za silné. Kromě tohoto se mohou využít i v kombinaci s koanalgetiky. U akutní bolesti postupujeme na analgetickém žebříčku shora dolů. To znamená, že podáme analgetika s odpovídající silou účinku a

postupujeme k slabším analgetikům. Naopak u chronické bolesti postupujeme na žebříčku zdola nahoru, takže od nejslabších analgetik k silnějším. (1)

3.2 Základy nefarmakologické léčby

Do nefarmakologické léčby bolesti spadá velké množství léčebných metod, které se mohou praktikovat samostatně nebo v kombinaci s farmakoterapií. Pomocí takto nakombinované léčby může dojít ke zlepšení účinku léčiv. Výhodou nefarmakologické terapie je kromě omezení užívání léků či zesílení jejich účinky i příznivý efekt na stres, náladu a spánek. (4) Dalším pozitivním efektem je změna pasivního postoje nemocného na aktivní, zlepšení pohybové aktivity a celkové kvality života. (10)

Do nefarmakologické terapie řadíme několik metod léčby. Mezi nejčastější zejména u chronické bolesti patří: léčebná rehabilitace, alternativní terapie, psychoterapie a sociální podpora. (1) Některé metody vyžadují konzultaci s odborníky, kteří mohou určité techniky pacientovi individuálně doporučit, předepsat, případně i naučit v závislosti na jeho konkrétním problému. (4)

Léčebná rehabilitace je soubor opatření vedoucích k navrácení co nejvyšší zdatnosti nemocného. Zahrnuje několik oborů jako je například fyzioterapie, ergoterapie, kinezioterapie, fyzikální terapie apod. Rehabilitaci lze realizovat různými rehabilitačními cviky či pohybovými aktivitami. (1) Další metodou léčby bolesti může být omezení pohybu nejčastěji při akutním zranění například prostřednictvím ortéz nebo sádrového obvazu. (4)

Dále se při léčbě bolesti můžeme setkat i s chirurgickou léčbou. Příkladem chirurgické léčby bolesti může být přerušování senzitivních nervů či nitrolební operace. (13)

3.2.1 Fyzikální léčba

Fyzikální léčba zahrnuje různé fyzikální prostředky, které kromě tlumení bolesti mohou také zmírnit zánětlivé procesy, svalové křeče a přivodit relaxaci. Patří sem velké množství metod. Těmi nejzákladnějšími jsou hydroterapie neboli terapie vodou či terapie chladem a teplem. Tyto metody se pak provádí formou různých technik jako jsou masáže, koupele, zábaly, obklady a mnoho dalších. (4)

Dalšími fyzikálními metodami je léčba terapeutickým ultrazvukem či elektrickou stimulací nervů za bezbolestného použití elektrického proudu, který nepředstavuje riziko poškození pacienta. (1)

3.2.2 Akupunktura

Jedná se o harmonizační metodu, která je součástí tradiční čínské medicíny. V dnešní době patří mezi nejčastěji využívané terapeutické metody pro své široké spektrum účinku včetně analgetického. Je založena na dráždění konkrétních bodů na kůži, nejčastěji pomocí jehel, případně elektrostimulací, baňkami nebo jiným způsobem. Tímto drážděním dojde k sekreci endogenních opioidů jako je endorfin. (1)

3.2.3 Psychoterapie

Zejména chronická bolest může mít velký vliv na kvalitu života pacienta. Proto je vhodné nemocnému s chronickou bolestí doporučit psychoterapii. Do této skupiny patří několik technik. Jednou z nich je relaxace. Relaxace slouží k uvolnění napětí, které může vznikat v přítomnosti bolesti. Existuje několik druhů relaxačních technik, například hluboké dýchání, meditace, Schultzův autogenní trénink, cviky jógy či jiné. Dalšími metodami psychoterapie je například řízená imaginace, hypnóza, sugesce, arteterapie, muzikoterapie a mnoho dalších. (1)

Důležitý je také dobrý vztah mezi nemocným a zdravotníkem. Dostatečná informovanost pacienta, ochota ho vyslechnout, haptický kontakt, povzbuzení, empatie to vše jsou důležité faktory, které mohou příznivě ovlivnit pacientovu bolest. (13)

3.2.4 Placebo efekt

Jedná se o efekt, který je v praxi běžně využíván. Metoda je založená na simulaci léčby, kdy je pacientovi podán lék bez účinné složky na nemoc nebo její projevy a je dosaženo jistých změn, které jsou dány psychologickým působením na pacienta a jeho vírou v úspěšnou léčbu. Placebo efekt působí krátkodobě a nelze ho využívat jako základní léčbu. Výrazný účinek má například při bolestech zubů, naopak nefunguje u chronických a závažných chorob, kde je jeho použití chybou. (8)

4 PÉČE O PACIENTA S BOLESTÍ V ÚVN

Základním požadavkem moderního ošetřovatelství je kvalita poskytované péče. Kvalitní péče je definována standardy, které dodržují právní předpisy, vychází z doporučených norem Ministerstva zdravotnictví a dále jsou zpracovávány jednotlivými zdravotnickými zařízeními, institucemi apod. Standard péče je stanovený profesní předpis kvality a vymezuje měřitelná kritéria kvalitní péče. Vedoucí zaměstnanci hodnotí kvalitu péče, profesionální přístup zaměstnanců k pacientům, organizaci práce personálu a spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Hodnocení může probíhat průběžně ale i zpětně použitím objektivních metod. (6)

V této kapitole jsou shrnuty všeobecné základní informace metodického návodu č.6/2013, týkající se péče o pacienta s bolestí v Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha (dále jen ÚVN), kde probíhala výzkumná část této bakalářské práce, se zaměřením na lůžková oddělení. Obsahem návodu je popis postupů při diagnostice a léčbě bolesti u pacientů v ÚVN. (14)

Konkrétně tento standard péče má celkem 6 stran a je rozvržený do 6 článků. Součástí návodu je navíc 10 příloh o 16 stranách. V přílohách nalezneme podrobnější informace o léčbě akutní či pooperační bolesti, onkologické bolesti, možnosti ovlivnění bolesti z pohledu psychologa, vzory tiskopisů pro různé potřeby oddělení apod. (14)

4.1 Organizace péče o pacienty s bolestí

Základním kritériem pro úspěšné řešení bolesti je pravidelné vzdělávání zaměstnanců v této problematice. Zdravotnický tým aktivně zjišťuje, zda má pacient bolesti. Samotné hodnocení bolesti se nejčastěji provádí již při vstupním vyšetření pacienta, a to lékařem i sestrou. Při příjmu by měli zdravotničtí pracovníci pacienta informovat a poučit o této oblasti, zejména pak o terapii. Další hodnocení v průběhu hospitalizace nastává vždy, pokud si pacient na bolest stěžuje. Při posuzování bolesti popisujeme především intenzitu bolesti, která se vyjadřuje prostřednictvím vizuálně analogové škály (dále jen VAS) na stupnici od 0 do 10. Dále se hodnotí také její lokalizace, charakter, frekvence a délka trvání. Při neefektivní léčbě a dlouhotrvající intenzitě bolesti VAS 3 a výše je možné, aby lékař

požádal o konsiliární vyšetření algeziologem či klinickým farmaceutem, kteří mohou doporučit změnu v terapii. Hlavním záměrem správné péče je, aby byla bolest pravidelně sledována a tlumena na takovou úroveň, aby pacienta neomezovala v aktivitách denního života. (14)

4.2 *Hodnocení bolesti a sledování účinnosti léčby*

Monitorace bolesti se liší typem oddělení, na kterém je pacient hospitalizovaný. Na standardním oddělení se bolest hodnotí již po předání pacienta a v případě podání léku proti bolesti se přehodnocuje s časovým odstupem 30 až 60 minut od podání. Na odděleních intenzivní péče, kam patří například JIP a KARIM, se hodnocení bolesti provádí každou hodinu a na dospávacím pokoji dokonce každých 15 minut až do předání pacienta na standardní oddělení. (14)

U pacientů, kteří mají poruchu vědomí, jsou nespolupracující, se při posuzování bolesti provede záznam do dokumentace, kde se popíše neverbální projevy naznačující bolest. (14)

4.3 *Léčba bolesti*

V případě perioperační bolesti na operačním sále nebo pooperační bolesti na dospávacím pokoji je terapie regulována anesteziologem. Za léčbu pooperační bolesti na jiných odděleních jako jsou jednotky intenzivní péče a jiná odborná oddělení je zodpovědný nejčastěji ošetřující lékař, který předepisuje léky tak, aby terapie probíhala v souhře s protokolem pooperační bolesti a doporučením anesteziologa. Analgetika jsou předepisována podle hodnoty intenzity bolesti, včetně preferované cesty podání. Pacientovi se snažíme pomoci naším jednáním, nasloucháním a důležitá je také psychická podpora. (14)

V případě obtížně tlumené bolesti je vhodné, aby ošetřující lékař spolupracoval s dalšími specialisty z oborů anesteziologie, případně algeziologie a následně může být doporučeno konsiliární vyšetření nebo další spolupráce například s fyzioterapeutem, psychologem, farmaceutem a jinými odborníky. V takovéto spolupráci je možné kromě farmakoterapie provádět i podpůrnou terapii prostřednictvím různých metod jako je například masáž, úlevové polohování, aplikace tepla a chladu a mnoho dalších. (14)

4.4 Úloha sestry v péči o pacienta s bolestí

V případě, že sestra zjistí přítomnost bolesti při příjmu pacienta nebo v průběhu jeho hospitalizace, musí provést záznam v ošetřovatelské dokumentaci, kde do plánu péče tuto ošetřovatelskou diagnózu uvede. Všechna sledování se uvádí do elektronické ošetřovatelské dokumentace. (14)

V rámci vstupního vyšetření sestra provede záznam do anamnézy a vysvětlí pacientovi použití pravítka pro měření bolesti. Pokud pacient není schopen využívat běžnou vizuálně analogovou škálu, edukuje ho sestra o slovním hodnocení. Ve standardu je uvedeno orientační slovní hodnocení podle rozsahu intenzity bolesti od 0 do 10. Stupeň 0 nepředstavuje žádnou bolest. Stupně 1 a 2 znamenají mírnou bolest, od které lze odvést pozornost a nemocnému nebrání v soustředění se na hovor. Stupně 3 až 5 označují střední bolest, kdy bolest převažuje nad schopností se soustředit. Při bolesti 6 až 9 jde o silnou bolest, kterou často doprovází grimasy a nemocný se plně soustředí na bolest. Nejvyšší hodnotou na škále je stupeň 10, který představuje nesnesitelnou bolest, kvůli které pacient nedokáže ovládat své chování. Jak jsem již výše zmínila v situacích, kdy nelze tyto metody využít, například u pacientu s poruchou vědomí nebo u nespolupracujících, sestra provede záznam neverbálních projevů, které by mohly na bolest upozornit. Mezi takové projevy patří různé grimasy, neklid, pláč, zaujmutí úlevové polohy, opocení, nevolnost, změny ve fyziologických funkcích, jako je zrychlené dýchání, zrychlený tep, vysoký nebo nízký krevní tlak a mnoho dalších. Kromě sledování intenzity se dále při popisu bolesti soustředíme na její lokalizaci, charakter a časový vývoj. Frekvence hodnocení bolesti je dána individuálními potřebami pacientů. (14)

Na standardním oddělení se v průběhu péče údaje o bolesti dokumentují do záznamu fyziologických funkcí. Na jiných odděleních, zejména v intenzivních oborech, se můžeme setkat i s různými tiskopisy a záznamy podle potřeb jednotlivých pracovišť. Do dokumentace sestra uvede název podaného analgetika, čas a způsob aplikace. Po 30 až 60 minutách po podání léku na bolest provede sestra kontrolu účinnosti a popíše dosažený efekt podané léčby na pacienta. I při ústupu bolesti je nutné pacienta nadále sledovat, protože se bolest může opakovaně vracet. Během léčby sestra kontroluje a zaznamenává do dokumentace,

zda bolest ustupuje, jestli nejsou časové intervaly mezi dávkami dlouhé, zda nemá pacient nějaké nežádoucí účinky na léčbu, a jestli pacient hodnotí bolest reálně nebo naopak nebagatelizuje či nepřeceňuje. Výstražným signálem je bolest vzniklá náhle, nepředvídaně a je nutné tuto změnu stavu ihned sdělit lékaři. (14)

Výhodou dobře vedené dokumentace v této oblasti je jednodušší orientace v pacientově bolesti, například co mu pomáhá, jaká analgetika jsou preferována, v jakých časových intervalech apod. Navíc tak lze odhalit nedostatky při strategii léčby, které mohou být následně řešeny. Celý zdravotnický tým tak získává zpětnou vazbu na aplikovanou léčbu. (14)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika výzkumu

5.1 Cíl

Cílem praktické části bylo zjistit, jak sestry hodnotí bolest a jaké techniky k tomu běžně využívají.

5.2 Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo na lůžkové části Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha. Jedná se o oddělení interního typu, které spadá spolu s dalšími interními obory pod Interní kliniku 1. LF UK a ÚVN. Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu se zaměřuje na široké spektrum onemocnění trávicího traktu, včetně onkologických onemocnění, a také na poruchy metabolismu. Samotné oddělení se dělí na ambulantní a lůžkovou část, která je rozdělena na dvě stanice. Celkem tato část disponuje 33 standardními lůžky a 3 lůžky intermediální péče. Diagnostika a léčba probíhá v úzké spolupráci s dalšími odděleními a specializovanými pracovišti, zejména pak s oddělením gastrointestinální endoskopie, Diabetologickým centrem nebo v rámci spolupráce s Ústavem gastrointestinální onkologie ÚVN.

Oddělení jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním z důvodů bylo, že jsou zde běžně hospitalizováni pacienti s diagnózami, které jsou často doprovázeny ať už akutní či chronickou bolestí. Příkladem diagnózy s přítomností akutní bolesti je akutní pankreatitida, u chronické bolesti různá onkologická onemocnění trávicího traktu. Dalším důvodem tohoto výběru byla i skutečnost, že toto oddělení dobře znám včetně zaměstnanců. Tudíž jsem věděla, jak se zde k problematice hodnocení bolesti přistupuje již před zahájením výzkumného šetření a také jsem věděla, zda mi respondentky odpovídají podle pravdy. Výhodou tedy bylo, že jsem v průběhu sběru dat svou přítomností neovlivnila dotazované ani ve výpovědích během rozhovoru, ani při pozorování, při kterém probíhalo posouzení bolesti stejně jako obvykle.

5.3 Vzorek respondentů

Výzkum byl zaměřen na všeobecné sestry a praktické sestry/zdravotnické asistenty. Na oddělení, kde šetření probíhalo, jsou zaměstnané pouze všeobecné sestry, všechny ženského pohlaví. Průzkumu se zúčastnilo celkem 9 sester, které se od sebe lišily dosaženým vzděláním a počtem roků praxe.

Nejvyšším dosaženým vzděláním sester bylo vysokoškolské magisterské vzdělání, kterého dosáhly 2 z 9 dotazovaných. Největší počet respondentek, konkrétně 5 z 9, vystudovalo vysokoškolské bakalářské studium. Zbývající 2 dotazované sestry dosáhly středoškolského zdravotnického vzdělání.

Šetření se zúčastnily sestry s různou délkou praxe. Aby tato konkrétní data neprozradila identitu respondentek, bylo určeno 5 kategorií po 5 letech. Do první kategorie 1 rok až 5 let praxe spadají 2 z 9 dotazovaných. Žádná z dotazovaných neměla 6 až 10 let praxe. Největší počet respondentek, konkrétně 4 z 9 má praxi 11 až 15 let. Do kategorie 16 až 20 let praxe se zařadily 2 z 9 sester. Poslední kategorií je délka praxe 20 let a více, které dosáhla 1 z 9 respondentek.

5.4 Použité výzkumné techniky

V empirické části byly využity dvě výzkumné techniky. První výzkumnou metodou měl být původně polostrukturovaný rozhovor se sestrami. Později se však ukázalo, že jsou připravené otázky i odpovědi na ně natolik dostačující, že již nebylo nutné se sester ptát na další doplňující otázky. Tudíž se z polostrukturovaného rozhovoru stal rozhovor strukturovaný. Druhou technikou bylo pozorování sester v problematice bolesti včetně hodnocení a terapie bolesti.

5.5 Způsob šetření

Sběr dat probíhal během 4 dvanáctihodinových směn na konci března a začátkem dubna v roce 2021. Před zahájením výzkumu jsem dotazované sestry seznámila s cíli samotného výzkumného šetření a sdělila jim, že je průzkum anonymní, tím pádem nebudou jejich jména ani žádné jiné údaje prozrazující jejich identitu uvedeny. Tím jsem se snažila omezit jejich obavy z případných postihů při nesprávném postupu a docílit tak zisku pravdivých výpovědí. Zapojení se do této studie nijak nenarušovalo provoz oddělení a neovlivnilo poskytovanou péči.

Rozhovory probíhaly v klidném prostředí s ohledem na časové možnosti dotazovaných sester.

Rozhovor jsem provedla nejprve zkušebně se čtyřmi sestrami, abych zjistila, zda jsou otázky pokládány jasně a srozumitelně. Tato pilotní studie proběhla bez problému, a tak jsem s rozhovory pokračovala stejně i u dalších respondentů. Samotný rozhovor probíhal tak, že jsem nejprve sestře zopakovala záměr výzkumné studie a připomněla anonymitu šetření. V úvodu rozhovoru jsem se ptala na jejich 3 základní charakteristiky: 1. nejvyšší dosažené vzdělání, 2. pracovní pozice a za 3. roky praxe. Po tomto všeobecném úvodu rozhovoru jsem pokládala otevřené otázky. Výpovědi sester na tyto otázky byly ihned zaznamenány do předem připraveného dotazníku, který jsem si připravila jako pomůcku. Tento rozhovor jsem provedla u 9 sester.

Zkušební pozorování probíhalo již před výzkumem v období ošetrovatelských praxí či dobrovolnické činnosti. Samotné pozorování v rámci výzkumného šetření probíhalo především při ranním, odpoledním a večerním podáváním léků, kdy sestry běžně posuzují bolest u pacientů, ale i kdykoliv v průběhu celé dvanáctihodinové denní směny. Údaje získané pozorováním byly ihned zaznamenány do předem připraveného záznamového archu. Výsledkem pozorování bylo 7 záznamových archů zaznamenávajících údaje o posouzení s následným řešením bolesti.

6 ANALÝZA DAT

Získaná data ze strukturovaného rozhovoru a pozorování jsem pro zajištění větší přehlednosti zpracovala ve formě tabulek.

6.1 Strukturovaný rozhovor

V první otázce rozhovoru jsem se respondentek ptala, u jakých pacientů bolest hodnotí. Otázku jsem dále specifikovala, zda hodnotí bolest u všech nebo jen u vybraných pacientů.

Tabulka č.1 - Otázka č.1

1) U jakých pacientů hodnotíte bolest?	
Sestra 1	<i>„Ptám se všech pacientů.“</i>
Sestra 2	<i>„Ptám se všech pacientů, ať už hospitalizovaných nebo při příjmu.“</i>
Sestra 3	<i>„Ptám se všech při lékování, obcházení atd. Pak pacientům ještě řeknu, ať si případně zazvoní.“</i>
Sestra 4	<i>„U všech, co mají předepsány analgetika.“</i>
Sestra 5	<i>„Ptám se všech.“</i>
Sestra 6	<i>„Jen pacientů, co mívají bolesti nebo mají předepsány analgetika.“</i>
Sestra 7	<i>„Ptám se všech.“</i>
Sestra 8	<i>„Ptám se všech, zda je vše v pořádku nebo jestli je něco nebolí.“</i>
Sestra 9	<i>„Ptám se všech buď přímo na bolest, nebo jestli je všechno v pořádku.“</i>

Většina sester, konkrétně 7 z 9 odpovědělo, že se ptají všech pacientů na bolest nebo jiné potíže. Jen 2 z 9 uvedly, že hodnotí bolest jen u pacientů, kteří mají předepsána analgetika.

Druhá otázka byla zaměřena na to, jaké aspekty bolesti sestry hodnotí při celkovém posuzování bolesti. Jako příklad jsem uvedla intenzitu, lokalitu bolesti, její charakter a časový průběh.

Tabulka č.2 - Otázka č.2

2) Jaké aspekty bolesti u pacienta hodnotíte?	
Sestra 1	<i>„Vždy se ptám na intenzitu a lokalitu bolesti.“</i>
Sestra 2	<i>„Ptám se na sílu bolesti, kde ho to bolí a jak ho to bolí.“</i>
Sestra 3	<i>„Hodnotím intenzitu a lokalitu.“</i>

Sestra 4	<i>„Hodnotím intenzitu a místo bolesti.“</i>
Sestra 5	<i>„Ptám se, jak moc to bolí a kde.“</i>
Sestra 6	<i>„Vždy intenzitu bolesti a také místo bolesti.“</i>
Sestra 7	<i>„Zejména intenzitu a lokalitu bolesti. Často se ptám i na charakter bolesti, například pokud hodnotím bolest u daného pacienta poprvé.“</i>
Sestra 8	<i>„Intenzitu a lokalitu.“</i>
Sestra 9	<i>„Ptám se jak moc to bolí a kde to bolí.“</i>

Všech 9 sester uvedlo, že vždy posuzují intenzitu a lokalitu bolesti. Mimo to 2 z 9 respondentek hodnotí navíc ještě charakter bolesti.

Třetí otázka byla věnována samotnému hodnocení intenzity bolesti. Sestrám jsem nejprve položila obecnou otázku, jakým způsobem nejčastěji hodnotí intenzitu bolesti. Tuto otázku jsem dále rozvedla dalšími doplňujícími otázkami: *„Co vše Vás při hodnocení ovlivňuje? Používáte k hodnocení nějakou hodnotící škálu?“*.

Tabulka č.3 - Otázka č.3

3) Jakým způsobem obvykle hodnotíte intenzitu bolesti?	
Sestra 1	<i>„Ptám se nejčastěji jen ústně na číslo na škále od 0 do 10. Pak tuto hodnotu porovnávám s mimoslovními projevy bolesti pacienta.“</i>
Sestra 2	<i>„Dotazem na číselnou hodnotu VAS od 0 do 10. Během hodnocení se také zaměřuji na pozorování mimiky.“</i>
Sestra 3	<i>„Ptám se na číselnou hodnotu od 0 do 10, případně se ptám na slovní hodnocení intenzity, někdy to je pro pacienta jednodušší. To, co mi odpoví pak porovnávám s mimikou, ale i s celkovými neverbálními projevy.“</i>
Sestra 4	<i>„Ptám se na slova popisující sílu bolesti jako je malá, střední, velká bolest a tak. Ale především se zaměřuji na neverbální projevy. To je pro mě při hodnocení nejdůležitější. Pak беру v potaz také diagnózu pacienta, protože některé diagnózy se typicky projevují bolestí.“</i>
Sestra 5	<i>„Ústním dotazem na číslo od 0 do 10. Ale taky se samozřejmě dívám na to, jak se ten pacient chová a tváří, jestli to té udávané intenzitě odpovídá.“</i>

Sestra 6	<i>„Nejčastěji se ptám na slova, jak by pacient sílu popsat, třeba jestli to bolí málo nebo hodně. Kromě toho se taky dívám, jestli pacient projevuje nějaké bolestivé chování. Pak hodnotím bolest na základě toho všeho.“</i>
Sestra 7	<i>„Většinou se ptám na slova popisující intenzitu. Někdy se doptám na VAS pro upřesnění, když si třeba nejsem jistá. Intenzitu pak hodnotím na základě porovnání verbálních a neverbálních projevů. Také přihlížím k diagnóze, jestli jde o onemocnění, které bývá hodně bolestivé a tak.“</i>
Sestra 8	<i>„Nejčastěji hledám slova popisující intenzitu. U mladších nebo obecně u pacientů chápajících se ptám i na VAS s tím, že jim vysvětlím, co je bolest od 0 do 10. Pak se hodně zaměřuju na to, jak ten pacient vypadá, jestli bolest projevuje i v chování nebo v obličeji. A taky se zaměřím na diagnózu. Kombinací všeho pak zhodnotím intenzitu.“</i>
Sestra 9	<i>„Nejvíce se ptám, jak by ohodnotili slovně sílu bolesti, například jestli to bolí málo, středně, hodně, nesnesitelně. U mladších se někdy ptám přímo na číselnou hodnotu od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 největší bolest, jakou si dovedou představit. Pak toto hodnocení porovnávám s tím, jestli pacient projevuje nějaké bolestivé chování třeba, kouknu se jaké má diagnózy a pak na konec to porovnám, jestli to verbální hodnocení souhlasí s ostatními projevy.“</i>

Z uvedených výpovědí vyplývá, že sestry hodnotí intenzitu bolesti různými technikami a v několika případech i tyto techniky mezi sebou kombinují a porovnávají. Jednou z často využívaných technik je, že se sestry ptají pacienta na číselnou hodnotu na škále od 0 do 10. Dle odpovědí tuto metodu preferují 4 z 9 dotazovaných a 3 z 9 využívá tuto metodu jen v některých případech, například v závislosti na schopnostech daného pacienta takto hodnotit svou intenzitu nebo pouze jako doplňkovou metodu pro upřesnění. Další velmi častou používanou metodou je slovní vyjádření pacienta k intenzitě jeho bolesti. Toto slovní hodnocení preferují 4 z 9 sester. Všechny sestry se shodují v tom, že zároveň hodnotí neverbální projevy bolesti prostřednictvím pozorování mimiky a chování pacienta, a tyto projevy následně porovnávají s výše zmíněnými technikami. Dokonce 1 z 9 sester uvedla, že hodnotí intenzitu bolesti především na základě těchto neverbálních projevů. Dále také 4 z 9 sester uvádí, že navíc přihlíží k pacientově diagnóze.

V následující otázce jsem se zabývala tím, jak sestry obvykle postupují při rozhodování, jaké léky na bolest podají.

Tabulka č.4 - Otázka č.4

4) Jak postupujete při rozhodování se o podání analgetik?	
Sestra 1	<i>„Po zhodnocení verbálních a neverbálních projevů se podívám, co má pacient v dekurzu na bolest předepsáno a podle toho podám odpovídající analgetika. Když se rozhoduji mezi více různými analgetiky, tak se pacienta ptám, jaké léky a jakou formu podání preferuje. Pokud si nejsem stále jistá tak podám nejprve slabší.“</i>
Sestra 2	<i>„Podle zhodnocené intenzity a podívám se na rozpis analgetik v dekurzu. Podle ordinace lékaře podám léky dle odpovídající intenzity.“</i>
Sestra 3	<i>„Po celkovém hodnocení bolesti, se podívám na rozpis léků v dekurzu a podám léky podle ordinace. Pokud si nejsem jistá, tak začínám slabšími analgetiky.“</i>
Sestra 4	<i>„Udělám hodnocení bolesti a pak se podívám na ordinaci lékaře. Když si nejsem jistá, tak podám slabší analgetika nebo často když si nejsem jista, zda pacient vůbec nějakou bolest má, tak se domluvím s lékařem a vyzkouším podat placebo.“</i>
Sestra 5	<i>„Vždy začínám nejslabším analgetikem, které má pacient předepsané v dekurzu. Mám zkušenost, že i ten nejslabší lék, třeba Novalgin, zabere i na hodně silné bolesti. Pokud to nezabere, tak podám silnější.“</i>
Sestra 6	<i>„Převážně vždy začínám tím nejslabším podle rozpisu analgetik.“</i>
Sestra 7	<i>„Když bolest zhodnotím a nejsem si jistá, tak se doptám na VAS a podle toho podám analgetikum dle rozpisu lékaře. Pokud se nemůžu rozhodnout mezi dvěma analgetiky, tak podám ty slabší.“</i>
Sestra 8	<i>„Zhodnotím intenzitu, případně se doptám na číslo. Když si nejsem jistá pacientovým hodnocením, tak nejdřív podám ty slabší analgetika dle ordinace lékaře.“</i>
Sestra 9	<i>„Rozhoduji se podle intenzity bolesti a rozpisu léků v dekurzu. Když se rozhoduju mezi více analgetiky, tak podám ty slabší a případně později podám silnější.“</i>

Všechny sestry uvedly, že nejprve zhodnotí intenzitu bolesti pacienta pomocí již zmíněných technik, a potom zjišťují, jaká analgetika má dotyčný pacient naordinována lékařem v dekurzu. V dalším postupy se již sestry lišily. Většina sester, konkrétně 7 z 9, se shodly v tom, že podají tu analgetika, která odpovídají intenzitě bolesti dle rozpisu analgetik. Pokud se rozhodují mezi dvěma analgetiky, tak nejdříve podají slabší analgetika dle rozpisu lékaře. Navíc 1 ze sester uvedla, že se případně doptá pacienta, která analgetika by preferoval. Jiným způsobem postupovaly 2 zbývající sestry, které uvedly, že vždy nejprve podají tu úplně nejslabší předepsaná analgetika.

V předposlední otázce jsem se sester ptala, zda kontrolují účinnost po podání analgetik. Pokud odpověděly, že ano, tak jsem kladla doplňující otázku: „Po jaké době od podání?“

Tabulka č.5 - Otázka č.5

5) Kontrolujete účinnost podaných analgetik?	
Sestra 1	<i>„Ano, snažím se do té hodiny zkontrolovat, jestli léky pomohly. Třeba když chodím kontrolovat pacienty průběžně, tak se rovnou zeptám, jestli to pomohlo.“</i>
Sestra 2	<i>„Ano, většinou po dokapání analgetik podaných intravenózně, nebo s odstupem asi hodinu. Nebo v noci hodnotím podle toho, jestli se mu podařilo usnout a už ho kvůli tomu nebudím. Nebo hodnotím podle toho, jestli stále vyhledává úlevovou polohu.“</i>
Sestra 3	<i>„Chodím se ptát vždy, ale časové intervaly jsou různé. Často se ptám, jestli to pomohlo při průběžném obcházení. Při podávání analgetik infuzí se ptám, zda to zabralo při odpojování.“</i>
Sestra 4	<i>„U schopných, chápaných pacientů říkám, ať si zazvoní, pokud to nezabere. Když si nejsem jistá, že mě pacient poslechne, nebo pokud má pacient větší bolesti, tak se jdu radši zeptat, třeba do půlhodiny.“</i>
Sestra 5	<i>„Vždy se ptám při odpojování analgetik v infuzi, takže zhruba po půlhodině.“</i>
Sestra 6	<i>„Ptám se vždy, pokud pacient nespí. Obvykle se snažím kontrolovat do hodiny, ale záleží, jestli nedělám něco na jiných pokojích nebo musím řešit něco jiného, co nepočká. V tom případě to může být po delší době.“</i>

Sestra 7	<i>„Snažím se do hodiny, ale někdy neúmyslně zapomenou nebo se zdržím na jiném pokoji, tak se jdu zeptat po delší době.“</i>
Sestra 8	<i>„U mladších, schopnějších a chápajících pacientů vždy říkám, ať si zazvoní, pokud léky do hodiny nezaberou nebo pokud se bude bolest zhoršovat. U ostatních se chodím ptát, ale intervaly časové jsou různé. Většinou tak do hodiny.“</i>
Sestra 9	<i>„Většinou se ptám při odpojování infuzně podaných analgetik, nebo když se nacházím zrovna na pokoji. Snažím se kontrolovat účinnost vždy, třeba do té hodiny, ale někdy zapomenou, tak se chodím ptát trochu později, třeba i po delší době než po hodině.“</i>

Z uvedených odpovědí vyplývá, že převážná většina sester chodí kontrolovat účinnost po podání analgetik vždy a 2 z nich navíc uvedly, že výjimkou je, když pacient spí, tak ho kvůli přehodnocení již nebudí. Jednotlivé odpovědi se od sebe liší zejména v časových intervalech a způsobech kontroly účinnosti. Většina sester uvedla, že se intervaly liší, zejména v závislosti na tom, zda nevykonávají jinou práci nebo pokud neúmyslně zapomenou. V takových případech uváděly, že může být časový interval i delší než hodina. Všechny dotazované uvedly, že se snaží kontrolovat účinnost podané léčby do hodiny a z toho 2 sestry dokonce uvedly interval okolo půlhodiny od podání analgetik. Způsob kontroly uváděly respondentky různý. Nejčastější odpovědí však bylo, že je kontrola účinnosti obvykle prováděna při odpojování analgetik podaných nitrožilně. Takovou odpověď uvedly 4 z 9 dotazovaných. Jinou častou odpovědí bylo, že kontrolu provádí, pokud se zrovna nachází na pokoji nebo při průběžném obcházení pacientů. Takto odpověděly 3 z 9 sester. Další strategií kontroly bylo, že 2 z 9 sester obvykle pacientovi sdělí, aby přivolal sestru patientským zvonkem v případě, že lék nezabere nebo pokud se bolest bude dál zhoršovat. Pokud si však tyto sestry nejsou jisté, zda toho bude pacient schopen, tak se raději jdou zeptat, zda pociťují úlevu od bolesti. Dále 1 ze sester uvedla, že hodnotí úlevu od bolesti i podle toho, zda pacient vyhledává stále úlevovou polohu nebo zda dokáže usnout.

V metodickém návodu ÚVN je popsána péče o pacienta s bolestí, včetně postupu při hodnocení bolesti sestrou. Tomuto postupu byla věnována poslední otázka rozhovoru. Sester jsem se ptala, zda je napadá něco, v čem jim metodický návod nevyhovuje, případně co by na něm změnily.

Tabulka č.6 - Otázka č.6

6) Napadá Vás něco, v čem Vám nevyhovuje postup při hodnocení bolesti dle metodického návodu ÚVN?	
Sestra 1	<i>„Nepoužívám pravítko, nevidím v tom význam.“</i>
Sestra 2	<i>„Odstranila bych používání pravítka.“</i>
Sestra 3	<i>„Pravítko mi přijde zbytečné.“</i>
Sestra 4	<i>„Neptám se na VAS a tudíž ani nepoužívám pravítko.“</i>
Sestra 5	<i>„Při hodnocení intenzity nevyužívám pravítko.“</i>
Sestra 6	<i>„Myslím, že pravítko nemá význam.“</i>
Sestra 7	<i>„Ne vždy se ptám na VAS a pravítko nevyužívám vůbec.“</i>
Sestra 8	<i>„Pravítko mi přijde úplně zbytečné. Pokud není pacient schopný pochopit ústní hodnocení bolesti podle VAS od 0 do 10, tak si nemyslím, že by mu pravítko pomohlo. Spíš si myslím, že to může v pacientovi vyvolat pocit, že z něj dělám hlupáka. Jako kdybych mu nevěřila, že chápe, jak vypadá stupnice od 0 do 10. Taky se neptám všech pacientů na VAS. A nechodím hodnotit účinnost analgetik u všech, pokud si dokáží zazvonit a vím, že tak v případě potřeby vážně udělají.“</i>
Sestra 9	<i>„Nepoužívám VAS u všech, protože tomu často hlavně starší pacienti nerozumí. Taky nevidím přínos v pravítku, protože pokud chápe hodnocení od 0 do 10, tak nepotřebuje pravítko.“</i>

Všech 9 sester se shodlo v tom, že nevidí přínos v používání pravítka pro měření intenzity bolesti. Tuto odpověď dále okomentovaly 2 sestry tak, že pokud pacient rozumí hodnocení bolesti na škále od 0 do 10, tak již nepotřebují pravítko fyzicky vidět. Dále 3 z 9 sester sdělily, že nepoužívají hodnocení dle VAS u všech pacientů a 1 z dotazovaných přiznala, že nevyužívá hodnocení VAS nikdy.

6.2 Pozorování

Při pozorování jsem sledovala postup hodnocení bolesti, zejména pak porovnání hodnocení intenzity bolesti pacientem a sestrou.

Následující dva případy jsou pozorování při hodnocení jedné sestry u dvou pacientů. V obou těchto případech je intenzita hodnocena pacientem číselnou hodnotou.

Tabulka č.7 – Sestra 1

1) Sestra 1	
Interakce sestra - pacient:	Sestra: „Bolí Vás něco?“ Pacient: „Ano, břicho.“ Sestra: „Jak moc? Od 1 do 10, kdy 1 je bolest zanedbatelná a 10 největší bolest, jakou si dovedete představit?“ Pacient: „Já nevím, asi 3 nebo 4.“
Pacient bolest hodnotí:	„3 nebo 4.“
Zápis sestry:	VAS 3
Podá lék:	Novalgin 500mg (p.o.)
Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře při VAS 3+ podat Novalgin 500mg.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Proběhla po přibližně hodině. Lék zabral, pacient si již na bolest nestěžuje.

Tabulka č.8 – Sestra 1

2) Sestra 1	
Interakce sestra - pacient:	<p>Sestra: „Máte nějaké bolesti?“</p> <p>Pacient: „Ano.“</p> <p>Sestra: „Co Vás bolí?“</p> <p>Pacient: „Vše.“</p> <p>Sestra: „Jak moc? Od 1 do 10, kdy 1 je minimální bolest a 10 největší představitelná bolest?“</p> <p>Pacient: „4.“</p>
Pacient bolest hodnotí:	„4.“
Zápis sestry:	VAS 4
Podá lék:	Paracetamol
Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře při VAS 3+ podat Paracetamol.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Ano, při odpojování infuze asi po 40 minutách. Pacient uvádí úlevu od bolesti.

V obou případech lze pozorovat, že hodnocení bolesti pacienta odpovídá následnému zápisu sestry.

V dalším případě již neodpovídá hodnocení pacienta zápisu sestry.

Tabulka č.9 – Sestra 4

3) Sestra 4	
Interakce sestra - pacient:	<p>Sestra se neptá se, pacient si o lék říká sám při ranním podávání léků.</p> <p>Pacient: „Sestřičko, dala byste mi něco zase na bolest? Ta noha mě zase hrozně bolí.“</p>
Pacient bolest hodnotí:	„Hrozně.“
Zápis sestry:	VAS 5
Podá lék:	Zaldiar 37,5mg/325mg (p.o.)
Důvod proč tento:	Chronická medikace dle ordinace lékaře (1-0-1).
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Neproběhla.

Podle sestry odpovídá slovní hodnocení intenzity bolesti pacienta vyjádřené slovem „hrozně“ hodnotě VAS 5.

Při dalším pozorování je bolest hodnocena opět číselnou hodnotou od 1 do 10.

Tabulka č.10 – Sestra 5

4) Sestra 5	
Interakce sestra - pacient:	<p>Sestra: „Bolí Vás něco?“</p> <p>Pacient: „Ano, bolí mě břicho.“</p> <p>Sestra: „Jak moc? Od 1 do 10, kdy 1 je nejmenší a 10 největší bolest, jakou si dovedete představit?“</p> <p>Pacient: „Asi 3.“</p>
Pacient bolest hodnotí:	3
Zápis sestry:	VAS 3
Podá lék:	Novalgin 2ml (i.v.)
Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře je předepsán Novalgin při VAS 2+.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Ano, sestra se zeptala na účinek při odpojování infuze po 30 minutách.

I při tomto hodnocení odpovídá hodnocení pacienta hodnocení sestry.

V následujícím případě jde o slovní hodnocení intenzity pacientem.

Tabulka č.11 – Sestra 6

5) Sestra 6	
Interakce sestra - pacient: (Při podávání nočních léků.)	<p>Sestra: „Máte bolesti?“</p> <p>Pacient: „Ano.“</p> <p>Sestra: „Co Vás bolí?“</p> <p>Pacient: „Krk.“</p> <p>Sestra: „Jak moc?“</p> <p>Pacient: „Tak středně, ale už bych si na to radši něco vzal.“</p>
Pacient bolest hodnotí:	„Středně.“
Zápis sestry:	VAS 4
Podá lék:	Novalgin 500mg (p.o.)

Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře při VAS 3+ podat Novalgin.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Neproběhla. Sestra pobídla pacienta, aby si zazvonil, pokud lék nezabere, aby zbytečně nechodila na pokoj a nenarušila tak spánek.

Podle sestry odpovídá pacientovo slovní vyjádření „*středně*“ hodnotě VAS 4.

V dalším případě pacient uvádí jak slovní, tak číselné hodnocení intenzity bolesti.

Tabulka č.12 – Sestra 8

6) Sestra 8	
Interakce sestra - pacient:	<p>Sestra: „Vše v pořádku? Něco na bolest?“</p> <p>Pacient: „No možná jo. Zase mě začíná bolest břicho“</p> <p>Sestra: „Jak moc? Od 1 do 10?“</p> <p>Pacient: „Tak mírně, třeba 3.“</p>
Pacient bolest hodnotí:	„Mírně, 3.“
Zápis sestry:	VAS 3
Podá lék:	Novalgin 500mg (p.o.)
Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře při VAS 3+ podat Novalgin.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Neproběhla, ale sestra řekla pacientce, aby si zazvonila, pokud by to nepomohlo, nebo se to ještě zhoršilo.

Pacient slovní hodnocení „*mírně*“ přirovnává k číselné hodnotě 3. Zápis VAS 3 je podle sestry odpovídající k hodnocení intenzity pacientem.

V posledním příkladě pozorování pacient hodnotí intenzitu své bolesti slovně.

Tabulka č.13 – Sestra 9

7) Sestra 9	
Interakce sestra - pacient:	<p>Sestra: „Chcete něco na bolest?“</p> <p>Pacient: „Ano, chci Zaldiar.“</p> <p>Sestra: „A co Vás bolí?“</p> <p>Pacient: „Zase ta krční páteř.“</p> <p>Sestra: „A jak moc?“</p> <p>Pacient: „No hodně.“</p>

Pacient bolest hodnotí:	„Hodně“
Zápis sestry:	VAS 5
Podá lék:	Zaldiar 37,5mg/325mg (p.o.)
Důvod proč tento:	Dle ordinace lékaře předepsán Zaldiar při VAS 5-7.
Kontrola účinnosti podaného analgetika:	Ano, sestra se pacienta zeptala, zda lék pomohl asi po 40 minutách, když šla na pokoj pacientovi napojit infuzi.

Podle sestry je slovní hodnocení „hodně“ odpovídající k hodnotě VAS 5.

Z analýzy záznamových archu lze obecně pozorovat, že se sestry ptají na bolest různými otázkami. Většinou se ptaly pacienta, zda ho něco bolí, jestli je vše v pořádku, nebo zda by chtěl nějaký lék na bolest. Na intenzitu bolesti se sestry ptaly v 6 ze 7 situacích a ve zbývajícím příkladě se sestra nezeptala. Na lokalizaci bolesti se sestry nezeptaly ve 4 ze 7 případů. Ve všech příkladech pozorování sestra provedla zápis intenzity a podala lék předepsaný pro příslušnou hodnotu intenzity podle rozpisu analgetik. Kontrola účinnosti po podání analgetika byla provedena ve 4 ze 7 situacích, a to do hodiny.

7 DISKUZE

Pokud porovnáám všechny odpovědi dotazovaných sester získané rozhovorem s údaji z pozorování, lze zhodnotit, že se většina získaných dat vzájemně shodovala a převážná většina sester tedy v rozhovoru odpovídala podle pravdy.

První otázka rozhovoru se týká toho, jakých pacientů se sestry ptají na bolest. Z 9 sester jich 7 uvedlo, že se ptají všech pacientů a jen 2 odpověděly, že se ptají pouze pacientů s předepsanými analgetiky. V pozorování se tato skutečnost potvrdila tím, že sestry, které uvedly, že se ptají všech pacientů, zda mají bolest, se skutečně ptaly všech. Pouze 1 sestra, která v rozhovoru uvedla, že se ptá jen nemocných, kteří mají předepsaná analgetika, tak v 1 z případů nečinila, jelikož ji pacient oznámil bolest sám ještě před začátkem hodnocení. Metodický návod ÚVN uvádí, že se přítomnost bolesti posuzuje vstupním vyšetřením a v průběhu poskytování zdravotní péče vždy, jestliže pacient udává bolest. Na základě toho lze hodnotit, že sestry postupovaly správně.

Ve druhé otázce jsem se zabývala tím, jaké aspekty bolesti sestry nejčastěji hodnotí. Všechny 9 sester odpovědělo, že hodnotí vždy intenzitu a lokalitu bolesti, z toho 2 sestry navíc uvedly, že se pacientů ptají na charakter bolesti. Na intenzitu bolesti se sestry zeptaly v 6 ze 7 případů. V 1 ze zbývajících případů se sestra nezeptala. Důvodem zřejmě byla skutečnost, že pacient uvedl intenzitu své bolesti sám, aniž by se sestra na tento aspekt zeptala. Dalším sledovaným aspektem byla lokalizace bolesti, na kterou se sestry nezeptaly ve 4 ze 7 případech. Důvod byl zřejmě stejný jako v předešlém případě, a to ten, že pacienti uvedli lokalizaci bolesti sami během rozhovoru se sestrami. Ty sestry, které uvedly, že se ptají i na charakter bolesti, nebylo možné při pozorování jejich pravdivost prokázat, jelikož neměly v době pozorování na starost pacienty s bolestí. Dle metodického pokynu ÚVN by se kromě již uvedené intenzity, lokalizace a charakteru bolesti, měly navíc sledovat i informace o časovém průběhu bolesti, včetně její frekvence a délce trvání.

Třetí otázka rozhovoru byla věnována způsobům, jakými sestry obvykle hodnotí intenzitu bolesti pacienta.

Na základě studie z roku 2011, která se zabývala srovnáváním vybraných hodnotících škál pro stanovení intenzity bolesti, konkrétně se jednalo o vizuálně analogovou škálu, číselnou a slovně popisnou škálu, jsem chtěla zjistit, jaký z těchto hodnotících nástrojů nejčastěji využívají sestry na oddělení gastroenterologie. (2)

Dle získaných odpovědí se ukázalo, že většina sester kombinuje ve své praxi více metod a některé z nich dokonce používají více metod najednou jako doplňující zdroje pro získání přesnějších informací. Z 9 dotazovaných sester 4 preferují hodnocení intenzity bolesti na základě pacientem ústně stanovené číselné hodnoty na škále od 0 do 10 a další 4 sestry upřednostňují slovně popisné hodnocení bolesti pacientem. Zbývající jedna sestra uvedla preferenci v hodnocení mimoslovních projevů bolesti. Z toho vyplývá, že nejpoužívanějšími metodami pro hodnocení intenzity bolesti jsou využívány tyto dvě metody: ústní dotaz na číslo a slovní hodnocení. Dle pozorování je patrné, že uvedené odpovědi zhruba odpovídají skutečnosti sledované při pozorování až na jeden detail, který je blíže popsán v následujícím odstavci.

Sestry, které upřednostňují hodnocení intenzity na základě vyjádřené číselné hodnoty na škále, popsaly během rozhovoru tuto škálu od 0 do 10. Ovšem při pozorování ve všech případech popsaly pacientům škálu s číselnými hodnotami od 1 do 10. Tuto skutečnost je možné odůvodnit tím, že pokud sestra u dotyčného pacienta ví o přítomnosti bolesti díky předem položené otázce, zda bolest má, tak již vynechá číselnou hodnotu 0, která je určena pro stav bez bolesti.

Sestry hodnotící pomocí slovně popisné škály mají o jeden úkol navíc, neboť k určitému slovnímu hodnocení pacienta sestra vybírá odpovídající hodnotu intenzity VAS, podle které podá pacientovi příslušný lék dle rozpisu analgetik. Z pozorování lze uvést několik příkladů, kdy sestra stanovila hodnotu VAS dle uvedených slovních výrazů pacienta. Například při hodnocení, jak moc to bolí, pacient zvolil slovní výraz „hrozně“ a sestra toto slovo ohodnotila číselnou hodnotou VAS 5. Stejný slovní výraz ohodnotila stejnou hodnotou VAS dokonce i jiná dotazovaná sestra. Další pacient uvedl, že ho bolí krk „středně“, kdy sestra tento výraz ohodnotila hodnotou VAS 4. Posledním příkladem byl pacient, který

uvedl intenzitu bolesti jak slovně, tak i číselnou hodnotou, konkrétně uvedl, že ho bolí břicho „*Tak mírně, třeba 3.*“ Sestra tuto intenzitu uvedla jako VAS 3.

Podle metodického návodu ÚVN by mělo být hodnocení intenzity bolesti prováděno metodou vizuálně analogové škály, kdy pacient stanoví hodnotu intenzity jeho bolesti od 0 do 10. Zároveň by měl být pacient seznámen s použitím měřítka bolesti již při vstupním ošetřovatelském vyšetření. V případech, že tohoto hodnocení pacient není schopen, měla by být tato metoda nahrazena slovním hodnocením intenzity bolesti. V návodu je uveden orientační příklad slovního hodnocení s odpovídající hodnotou VAS. U nespolupracujících pacientů nebo u pacientů s poruchou vědomí lze dle návodu zaznamenávat neverbální projevy.

Z rozhovorů a pozorování je patrné, že sestry nerozlišují škálu vizuálně analogovou s numerickou škálou. Základním rozdílem v těchto škálách je ten, že při hodnocení vizuálně analogovou škálou by měl pacient označit na úsečce bod odpovídající intenzitě své bolesti a sestra by následně měla změřit vzdálenost od počátku úsečky k tomuto bodu. V praxi ale sestry často hledají konkrétní číselnou hodnotu na škále od 0 do 10, což je princip numerické škály, ale následně do dokumentace uvádí zápis: VAS s příslušnou hodnotou. Také je to zřejmé z rozhovorů s respondentkami, kdy mluví o hodnotách VAS na číselné škále od 0 do 10. Lze si všimnout i skutečnosti, že ani metodický pokyn ÚVN příliš neodlišuje tyto dvě škály, což může být důvodem, proč sestry tyto hodnotící techniky zaměňují.

Čtvrtá otázka se zabývala tím, jak sestry obvykle postupují při rozhodování se o podání analgetik. Všechny sestry uvedly, že zhodnotí intenzitu bolesti a následně se podívají do dekurzu na ordinované léky. Většina sester poté podá odpovídající lék na bolest dle rozpisu analgetik předepsaných podle intenzity bolesti. Dále sestry často uváděly, že pokud si nejsou jisté hodnocením intenzity a rozhodují se mezi dvěma analgetiky, tak nejprve podají to slabší. Jen 2 sestry uvedly, že vždy nebo ve většině případech podají pacientovi s bolestí nejprve analgetikum předepsané pro nejnižší hodnotu VAS. Obě tyto sestry během rozhovoru tento postup odůvodnily tím, že mají zkušenost, že i ten nejslabší lék na bolest často pomáhá i na velké bolesti a v případě, že pacientova bolest stále přetrvává, tak mají stále k dispozici silnější léky. Během pozorování se všechny tyto výpovědi

potvrdily až na 1 případ sestry, která v rozhovoru uváděla, že vždy začíná nejslabším předepsaným analgetikem. Při pozorování takto nepostupovala, jelikož podala naordinované analgetikum v rámci chronické medikace podávané dvakrát denně. Metodický návod ÚVN tento postup definuje tak, že sestra zjišťuje hodnotu intenzity bolesti udávanou pacientem, případně zaznamená jeho neverbální projevy. Poté provede záznam do dokumentace, kde uvede název, čas a způsob podání analgetika.

Pátá otázka rozhovoru se sestrami je zaměřená na kontrolu účinnosti analgetik po jejich podání. Během rozhovoru mi všechny dotazované sdělily, že se snaží dodržovat pokyny metodického návodu, konkrétně provádět kontrolu vždy po podání analgetika, a to v intervalu 30 až 60 minut. Dále návod popisuje, že by sestra měla popsat reakci pacienta na léčbu, sledovat možné nežádoucí účinky po léčbě a také by se měla bolest sledovat nadále, i přes dostatečnou účinnost podaného léků kvůli možnému opakování bolesti. Sestry uváděly, že kontrolují účinnost nejčastěji při odpojování nitrožilně podaných analgetik nebo při pravidelném obcházení pacientů či pokud zrovna pracují na příslušném pokoji. Jinou metodu kontroly uvedly 2 sestry, které pacienty poučí o tom, aby na ně zazvonili pomocí signalizace, pokud lék na bolest nezabere nebo pokud dojde ke zhoršení. Tento postup kontroly dále doplnily tím, že pokud si nejsou jisté, že toho bude pacient schopný nebo neposlechne tyto pokyny, tak se chodí raději ptát osobně. Některé sestry také přiznaly, že se občas stane, že nemají čas nebo neúmyslně zapomenout kontrolu provést, takže časový interval může být i delší než jedna hodina. Dále 2 sestry uvedly, že pokud pacient spí, tak ho kvůli přehodnocení bolesti po podání analgetika nebudí. Během pozorování byla provedena kontrola účinnosti podaného analgetika ve 4 ze 7 situací, a to přímým dotazem sestry na pacienta, zda lék přinesl dostatečnou úlevu od bolesti. Další 2 sestry neprovedly kontrolu osobně, ale poučily pacienty o tom, aby na sestru zazvonili zvonkem, pokud lék nezabere. Zbývající 1 sestra kontrolu neprovedla vůbec. Z celkového pozorování je patrné, že kontrola účinnosti je u perorálních léků nižší než u léků nitrožilně podávaných, které sestra po dokapání odpojuje.

V poslední otázce rozhovoru jsem se ptala sester, zda by něco změnily na metodickém návodu ÚVN a zda je v něm podle jejich názoru úloha sester v

managementu bolesti dostatečně popsána. Všechny sestry se shodly v jedné konkrétní věci, kterou velmi zdůrazňovaly, a to v tom, že nevidí přínos pro pacienta v používání měřítka bolesti. Dále sestry uváděly, že nepoužívají hodnocení vizuálně analogovou škálou u všech pacientů a 1 z dotazovaných přiznala, že neprovádí hodnocení touto technikou nikdy. To většinou sestry okomentovaly tím, že dle jejich pocitů je pro pacienta jednodušší slovně ohodnotit bolest. Odpovědi sester v této otázce se během pozorování potvrdily tím, že ani jedna ze sester při hodnocení nevyužívá žádné pravítko pro hodnocení bolesti. Podle metodického návodu by měli být všichni pacienti při příjmu na oddělení seznámeni s jeho používáním, ale skutečnost tomu neodpovídá.

7.1 Doporučení pro praxi

Jak jsem již psala výše, postup, jak hodnotit intenzitu bolesti u pacienta pomocí vizuálně analogové škály, není v metodickém návodu přesně popsán. To může být důvodem zaměňování vizuálně analogové škály se škálou numerickou. Na základě těchto informací se domnívám, že by bylo vhodné provést v praxi jisté úpravy v oblasti hodnocení intenzity bolesti sestrou. Jednou z možností by bylo, kdyby byl postup hodnocení pomocí vizuálně analogové škály v metodickém postupu ÚVN lépe a přesněji popsán a sestry tak začaly hodnotit intenzitu bolesti správným způsobem odpovídajícím této škále. Další možností je nahrazení vizuální analogové škály za numerickou škálu. V praxi by to znamenalo pouze přepis zkratky VAS na zkratku NRS. Tuto možnost je třeba zvážit i vzhledem k tomu, že sestry tuto metodu hodnocení často v praxi již praktikují až na skutečnost, že fyzicky nevyužívají měřítko s číselnou stupnicí. Nicméně v obou případech je k zamyšlení používání měřítek bolesti. Všechny dotazované sestry se shodly v tom, že podle jejich názoru nemá jejich použití v praxi význam. Jedna ze sester mi dokonce sdělila, že dle jejího názoru je použití měřítek může naopak v pacientech vzbudit negativní dojem. Tento pocit popsala sestra těmito slovy: „*Spíš si myslím, že to může v pacientovi vyvolat pocit, že z něj dělám hlupáka. Jako kdybych mu nevěřila, že chápe, jak vypadá stupnice od 0 do 10.*“

V této souvislosti bych chtěla zmínit, že jsem během výzkumné části také navíc provedla krátký rozhovor s pacienty, týkající se toho, jakou metodu pro hodnocení intenzity bolesti by osobně preferovali a proč. Důvodem tohoto

rozhovoru bylo to, že mě osobně zajímalo, jak se na tuto problematiku dívají samotní pacienti. Rozhovor nebyl součástí analýzy dat, jelikož nebyl proveden oficiálně v rámci výzkumného šetření a byl proveden pouze u 5 pacientů, kteří měli zájem si na toto téma pohovořit. Během tohoto neoficiálního šetření jsem vybrala 4 škály pro hodnocení intenzity bolesti. Jednalo se o škálu vizuálně analogovou, numerickou, obličejovou a slovně popisnou. Použití těchto škál jsem pacientům nejprve vysvětlila a následně jsem se zeptala, jaká z těchto technik pro hodnocení intenzity bolesti by jim asi nejlépe vyhovovala a proč. Výsledkem těchto rozhovorů bylo, že by 3 pacienti preferovali slovně popisné hodnocení intenzity bolesti, 1 pacient by upřednostnil nejraději numerickou škálu a zbývající 1 pacient uvedl, že by preferoval buďto slovní hodnocení intenzity anebo numerickou škálu. Pacientů, co zvolili numerickou škálu, jsem se navíc zeptala, zda by jim vyhovovala více varianta hodnocení na základě přímého ústního dotazu sestry na číslo nebo zda by raději při hodnocení fyzicky viděli pravítko s číselnou stupnicí. Oba tyto pacienti mi sdělili, že si nemyslí, že by bylo pravítko s číselnou stupnicí potřebné a byli by schopni intenzitu bolesti zhodnotit pouze ústně. Z toho vyplývá, že se do velké míry shodují názory pacientů s názory sester. Domnívám se, že by bylo vhodné provést rozsáhlejší šetření týkající se preferencí pacientů v hodnocení bolesti.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry posuzují bolest, zejména pak její intenzitu a jaké metody k tomu využívají.

Sběr dat probíhal na oddělení gastroenterologie v Ústřední vojenské nemocnici, kde jsem provedla strukturovaný rozhovor s 9 sestrami a doplnila ho o pozorování sester při péči o pacienta s bolestí v 7 situacích.

Ze získaných dat je patrné, že většina sester hodnotí bolest u všech pacientů, zejména pak její intenzitu a lokalitu. Dále se ukázalo, že sestry nejvíce při hodnocení intenzity bolesti preferují slovně popisnou škálu nebo preferují hodnocení na základě pacientem ústně stanovené číselné hodnoty na škále od 0 do 10. Další preferovanou metodou bylo hodnocení nonverbálních projevů nemocného s bolestí. Výzkumem se také potvrdilo očekávání, že žádná z dotazovaných sester nepoužívá při posuzování intenzity pravítka bolesti. V tomto případě se všechny dotazované sestry shodly v tom, že nevidí v použití pravítka žádný význam. Dalším zjištěním je skutečnost, že sestry v praxi nerozlišují použití hodnotících škál VAS a NRS, jelikož sestry často hledají konkrétní číselnou hodnotu na škále od 0 do 10, což je princip numerické škály. Následně však do dokumentace uvádí zápis s hodnotou VAS.

Na základě výsledků šetření se domnívám, že by bylo vhodné, kdyby byl postup hodnocení pomocí vizuálně analogové škály v metodickém postupu ÚVN lépe a přesněji popsán. Podle mého názoru by bylo ovšem lepším a jednodušším řešením nahrazení vizuální analogové škály za numerickou škálu, jelikož se v praxi již prakticky využívá. Dále by bylo dobré na základě výpovědí sester a pacientů zvážit nutnost využívání pravítka bolesti. Další metodou pro hodnocení intenzity by ale i nadále měla být slovně popisná škála, která je mezi sestrami i pacienty poměrně oblíbená. K získání přesnějších dat v této problematice by bylo ale vhodné provést rozsáhlejší výzkumné šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5272-6.
- 2) HJERMSTAD, Marianne Jensen; FAYERS, Peter M.; HAUGEN, Dagny F.; CARACENI, Augusto; HANKS, Geoffrey W.; LOGE, Jon H.; FAINSINGER, Robin; AASS, Nina; a Stein KAASA. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011, **41**(6), 1073-1093. ISSN 0885-3924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.
- 3) JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.
- 4) Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1720-4.
- 5) MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.
- 6) POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetřovatelství: základní terminologie*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry 1. ISBN 80-7013-420-8.
- 7) POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 8) ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 9) ROKYTA, Richard a kol. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

- 10) ROKYTA, Richard; FRICOVÁ, Jitka; KOZÁK, Jiří; KRŠIAK, Miloslav; LEJČKO, Jan a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3945-1.
- 11) SOFAER-BENNETT, Beatrice. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-309-X.
- 12) SWIFT, Amelia. Understanding the effect of pain and how the human body responds. *Nursing Times*. 2018, **114**(3), 22-26. ISSN 0954-7762.
- 13) TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
- 14) VONDRÁČKOVÁ, Dana; CINEK, Petr; KUKAN, Miroslav; HLAVIČKOVÁ, Růžena; KELBICH, Tomáš; GOGELA, Přemysl; TYLL, Tomáš; PULKRABKOVÁ, Alice. *Metodický návod č. 6/2013: Organizace péče o pacienta s bolestí ÚVN*. Praha: ÚVN, 2021.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek č.1 – Přední strana škály VAS z oddělení gastroenterologie ÚVN

Obrázek č.2 – Opačná strana škály VAS z oddělení gastroenterologie ÚVN

Tabulka č.1 – Otázka č.1

Tabulka č.2 – Otázka č.2

Tabulka č.3 – Otázka č.3

Tabulka č.4 – Otázka č.4

Tabulka č.5 – Otázka č.5

Tabulka č.6 – Otázka č.6

Tabulka č.7 – Sestra 1

Tabulka č.8 – Sestra 1

Tabulka č.9 – Sestra 4

Tabulka č.10 – Sestra 5

Tabulka č.11 – Sestra 6

Tabulka č.12 – Sestra 8

Tabulka č.13 – Sestra 9

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Příklad kombinované škály z neurologického oddělení ÚVN – přední strana



Příloha č. 2 – Příklad kombinované škály z neurologického oddělení ÚVN – opačná strana

