

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Bc. Klára Horníková

**Akutní bolest na interních jednotkách
intenzivní péče z pohledu všeobecných sester**

*Acute pain in internal intensive care units from
the perspective of nurses*

Diplomová práce

Praha, květen 2025

Autor práce: **Bc. Klára Horníková**

Studijní program: **Intenzivní péče**

Navazující magisterský program: **Intenzivní péče**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 15. května 2025

Klára Horníková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla vyjádřit upřímné poděkování své vedoucí diplomové práce Mgr. Tereze Bakusové, za její vstřícnost, podporu, trpělivost a odborné vedení, díky kterému jsem mohla tuto práci zpracovat s větší jistotou a klidem. Velmi si vážím jejího přístupu, podnětných rad i prostoru pro samostatnost, který mi byl během celého procesu poskytován.

Velké poděkování patří také všem mým blízkým, kteří mě podporovali během celého studia i při psaní této práce. Děkuji za vaši trpělivost, povzbuzení a neustálou podporu, která pro mě byla v průběhu studia nenahraditelná.

Abstrakt v ČJ

Úvod: Akutní bolest je častým, avšak v interních oborech intenzivní péče mnohdy podceňovaným problémem. Pacienti hospitalizovaní na těchto odděleních trpí bolestí v důsledku primárního onemocnění, invazivních výkonů či umělé plicní ventilace, přičemž její hodnocení a léčba bývá ovlivněna řadou překážek. Ačkoliv všeobecné sestry představují stěžejní článek v hodnocení a zvládání bolesti, jejich činnost bývá omezována vysokým pracovním zatížením, nejasnostmi při použití některých hodnoticích nástrojů a nedostatečnou návazností spolupráce s pacienty, lékaři nebo týmem akutní bolesti.

Cíl: Cílem práce bylo zmapovat přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti u pacientů na interních jednotkách intenzivní péče, identifikovat vnímané bariéry a možnosti mezioborové spolupráce – zejména s APS týmem – a posoudit vzdělávací potřeby sester v této oblasti.

Metodika: Výzkum byl realizován jako smíšená deskriptivní studie kombinující kvantitativní dotazníkové šetření a kvalitativní polostrukturované rozhovory. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry z multioborové a koronární jednotky intenzivní péče Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Kvantitativní data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky, výpovědi z rozhovorů byly analyzovány tématickou analýzou.

Výsledky: Sestry vnímají bolest jako důležitý ukazatel klinického stavu pacienta a hodnotí ji nejčastěji kombinací škál, verbálního dotazování a pozorování neverbálních projevů. V praxi však přetrvávají překážky v podobě organizačních limitů, nejistoty při používání behaviorálních škál a nízké míry kontaktu s APS týmem. Kvalitativní data ukázala potřebu praktických školení, metodické podpory a zlepšení komunikace mezi sestrami a lékaři.

Závěr: Sestry jsou motivované k poskytování kvalitní analgezie, avšak jejich potenciál není plně využit. Pro zajištění efektivní, individualizované a bezpečné péče o pacienty trpící akutní bolestí je nezbytné posílit systémovou podporu, zajistit cílené vzdělávání a zefektivnit dostupnost spolupráce s APS týmem.

Abstrakt v AJ

Introduction: Acute pain is a common yet often underestimated issue in internal intensive care settings. Patients admitted to these units experience pain due to their primary illness, invasive procedures, or mechanical ventilation. However, the assessment and treatment of such pain are frequently affected by various barriers. General nurses play a key role in this process, but their clinical practice is often limited by lack of time, uncertainty in the use of specific tools, and insufficient collaboration with patients physicians or the acute pain service team.

Objective: The aim of this thesis was to explore how general nurses assess and manage acute pain in patients admitted to internal intensive care units, identify perceived barriers and opportunities for interdisciplinary cooperation—particularly with the APS team—and evaluate nurses' educational needs in this field.

Methodology: The study was conducted as a descriptive mixed-methods research project combining a quantitative questionnaire survey and qualitative semi-structured interviews. The research sample included general nurses from a multidisciplinary and coronary intensive care unit at the University Hospital Královské Vinohrady. Quantitative data were analysed using descriptive statistics, while interview data were processed using thematic analysis.

Results: Nurses perceive pain as an important indicator of the patient's condition and most commonly assess it using a combination of pain scales, verbal questioning, and observation of nonverbal cues. In practice, however, barriers persist in the form of organisational constraints, uncertainty in applying behavioural scales, and limited cooperation with the APS team. The qualitative findings highlighted the need for practical training, methodological support, and improved communication between nurses and physicians.

Conclusion: Nurses are motivated to provide high-quality analgesia, but their potential is not fully utilised. Ensuring effective, individualised, and safe care for patients suffering from acute pain requires stronger systemic support, targeted education, and improved access to cooperation with the APS team.

Obsah

Úvod.....	9
1 Definice bolesti	10
1.1 Rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí.....	11
1.2 Klasifikace bolesti podle původu.....	12
2 Specifika akutní bolesti v interních oborech.....	13
2.1 Bolest z invazivních výkonů.....	13
2.2 Kardiální bolest.....	14
2.3 Bolest při gastrointestinálních onemocněních	14
3 Hodnocení a monitorování bolesti	15
3.1 Škály k hodnocení bolesti	16
3.2 Fyziologické a behaviorální ukazatele bolesti	19
3.3 Objektivní metody hodnocení bolesti	20
3.4 Integrace metod a budoucnost hodnocení bolesti	21
4 Léčba bolesti	22
4.1 Farmakologická léčba	22
4.2 Regionální analgezie.....	24
4.3 Nefarmakologická léčba	24
4.4 Multimodální přístup	25
4.5 Kulturně citlivý přístup.....	25
5 Role všeobecných sester v hodnocení a léčbě bolesti.....	27
6 Acute Pain Service	29
7 Vzdělávání a profesní rozvoj sester	31
8 Praktická část	33
8. 1 Metodologie výzkumu	33
8.2 Výzkumný soubor.....	34

8.3 Sběr dat	34
8.4 Analýza dat	35
8.5 Etické aspekty výzkumu	35
9 Výsledky	36
9.1 Kvantitativní výzkum.....	36
9.2 Kvalitativní výzkum.....	61
10 Odpověď na výzkumnou otázku a naplnění cílů práce.....	76
Diskuze	79
Doporučení pro praxi	83
Závěr	86
Seznam použité literatury	88
Seznam zkratk	93
Seznam tabulek, obrázků a grafů	95
Seznam příloh	97
Přílohy	98

Úvod

Bolest je jedním z nejčastějších a zároveň nejkomplexnějších symptomů, se kterými se zdravotnický personál setkává. Její adekvátní hodnocení a léčba představují základní součást kvalitní zdravotní péče. Zatímco problematika pooperační bolesti je v odborné literatuře široce zkoumána a metodicky ukotvena, akutní bolest vznikající v důsledku interních onemocnění zůstává často mimo hlavní zájem jak výzkumu, tak klinické praxe.

Pacienti hospitalizovaní na interních jednotkách intenzivní péče často trpí bolestí související s diagnózami, jako jsou infekce, srdeční selhání, akutní pankreatitida nebo jiné stavy postihující vnitřní orgány. Tato bolest bývá podceňována, nedostatečně hodnocena či léčena, což může mít závažné dopady na fyzický i psychický stav pacienta, prodlužovat délku hospitalizace nebo přispívat k chronifikaci bolesti.

Účinné zvládnutí bolesti v prostředí intenzivní péče je do značné míry podmíněno činností všeobecných sester. Díky tomu, že jsou s pacientem v nejužším kontaktu, mohou včas zachytit změny stavu a reagovat na projevy bolesti. Jejich schopnost bolest správně identifikovat, efektivně využívat dostupné nástroje a komunikovat s lékařem o možnostech léčby významně ovlivňuje výsledný efekt léčby. Přesto se při poskytování péče často setkávají s organizačními překážkami, nejistotou při práci s hodnoticími nástroji a omezeným povědomím o spolupráci s týmem akutní bolesti. Téma efektivního hodnocení a zvládnutí bolesti tak představuje důležité, ale dosud málo zmapované pole, které úzce souvisí s kvalitou péče. S rostoucím důrazem na individualizovanou péči a mezioborovou spolupráci je nezbytné, aby byly sestry v této oblasti dostatečně podpořeny – metodicky, organizačně i vzděláváním.

Cílem této práce je zmapovat přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče, identifikovat překážky, které mohou ovlivňovat kvalitu poskytnuté péče, a zjistit míru využívání mezioborové spolupráce, především s týmem APS. Součástí cíle je také posouzení úrovně vzdělání a potřeb v oblasti dalšího profesního rozvoje sester v kontextu akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče.

1 Definice bolesti

Bolest je základní lidskou zkušeností, kterou každý člověk prožívá jinak. Podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) je „bolest nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně spojena.“ Tato definice zdůrazňuje, že bolest není pouze fyzická, ale zahrnuje i emoční a psychologické aspekty (Skála et al., 2021). Revidovaná definice byla vytvořena s cílem zahrnout pacienty, kteří nemohou bolest verbálně popsat, například pacienty intubované nebo pacienty s těžkou kognitivní dysfunkcí. Tento přístup reflektuje potřebu zohlednit nejen verbální projevy, ale i behaviorální a fyziologické ukazatele bolesti (Raja et al., 2020).

Definice bolesti se v průběhu času vyvíjela a odrážela měnící se vědecké poznatky. Původní definice IASP z roku 1979 zahrnovala základní sensorické a emoční aspekty bolesti, avšak nebyla dostatečně inkluzivní pro pacienty, kteří nebyli schopni svou bolest verbalizovat (Raja et al., 2020). Aktualizace z roku 2020 zohledňuje subjektivní povahu bolesti a rozšiřuje její chápání o případy, kdy není přítomné zjevné fyzické poškození tkání, například u pacientů s chronickou bolestí nebo bolestí způsobenou psychologickými faktory. Tato aktualizace zdůrazňuje význam osobní zkušenosti každého pacienta jako klíčového faktoru při hodnocení bolesti (Vieira Junior a Prinz, 2022).

Podle Doporučených diagnostických a terapeutických postupů (2021) je bolest definována nejen jako smyslový a emocionální jev, ale také jako zásadní ukazatel zdravotního stavu pacienta. Tento dokument zdůrazňuje, že bolest je subjektivní zkušeností, jejíž hodnocení vyžaduje multidimenzionální přístup. Definice bolesti v těchto doporučeních reflektuje jak akutní, tak chronické aspekty bolesti, a zdůrazňuje, že bolest může existovat i bez zjevného tkáňového poškození. Důraz je kladen na individualizaci přístupu k pacientovi a na potřebu zapojení multidisciplinárního týmu, který zajistí komplexní management bolesti. Přesné pochopení definice bolesti umožňuje nejen lepší diagnostiku, ale také efektivnější plánování léčby. Tento přístup podporuje snížení rizika přechodu

akutní bolesti do chronické fáze a zároveň zdůrazňuje význam prevence a dlouhodobého managementu bolesti (Skála et al., 2021).

1.1 Rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí

Bolest je fenomén, který má různé příčiny, průběh a dopad na život pacienta. Základní rozdělení bolesti na akutní a chronickou odráží rozdílné mechanismy vzniku, trvání i terapeutické přístupy. Akutní bolest je krátkodobá, trvá obvykle méně než tři měsíce a slouží jako varovný signál organismu. Vzniká jako reakce na tkáňové poškození, chirurgický zákrok, zánět nebo jiný podnět. Aktivuje nociceptory, které spouštějí komplexní reakci na poškození. Intenzita akutní bolesti se snižuje s postupem hojení. Akutní bolest je považována za přirozenou součást procesu uzdravování a její zvládnutí je klíčové pro prevenci dalších komplikací (Vieira Junior a Prinz, 2022).

Hlavní funkcí akutní bolesti je ochranná reakce organismu. Upozorňuje na přítomnost škodlivého podnětu nebo tkáňového poškození a pomáhá tělu vyhnout se dalšímu poškození. Typickými příklady akutní bolesti jsou bolest po úrazu, popálenině, chirurgickém zákroku nebo akutním zánětlivém onemocnění, jako je apendicitida. Klinické projevy akutní bolesti zahrnují lokální zánět, zvýšenou citlivost v postižené oblasti a aktivaci autonomního nervového systému, což se projevuje například zvýšenou srdeční frekvencí, pocením nebo zvýšeným krevním tlakem (Vieira Junior a Prinz, 2022; McCabe et al., 2023).

Správné hodnocení akutní bolesti je zásadní pro její efektivní léčbu a prevenci přechodu do chronické bolesti. K hodnocení akutní bolesti by měly být používány standardizované nástroje, jako jsou vizuální analogová škála (VAS), numerická hodnotící škála (NRS) nebo Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) u pacientů, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat. Nicméně podle McCabe et al. (2023) může být akutní bolest podceňována, zejména kvůli nedostatku znalostí zdravotnického personálu, mýtům o analgetikách a absenci standardizovaných protokolů (McCabe et al., 2023).

Chronická bolest se od akutní liší především svou délkou a charakterem. Přetrvává déle než tři měsíce a často nemá jasnou biologickou příčinu. Může

přetrvávat i po uzdravení tkáně a stát se samostatným patologickým stavem. Tento typ bolesti bývá spojen s komplexními změnami v nervovém systému, například s centrální senzitivací, která vede ke zvýšené citlivosti na bolestivé podněty. Chronická bolest má výrazný negativní dopad na kvalitu života pacienta a často je doprovázena psychologickými problémy (McCabe et al., 2023).

1.2 Klasifikace bolesti podle původu

Bolest lze klasifikovat na základě jejího původu do čtyř hlavních kategorií – somatickou, viscerální, neuropatickou a psychogenní. Somatická bolest vzniká v důsledku poškození tkání a bývá obvykle dobře lokalizovaná. Pacienti ji často popisují jako ostrou nebo pálivou. Viscerální bolest pochází z vnitřních orgánů, například střev nebo srdce, a je obvykle špatně lokalizovaná, difuzní a může být doprovázena vegetativními symptomy, jako je nauzea nebo zvracení. Neuropatická bolest se objevuje při poškození nebo dysfunkci nervového systému, například po úrazu míchy nebo při diabetické neuropatii. Tato bolest je typicky popisována jako bodavá, pálivá nebo elektrizující. Psychogenní bolest má svůj původ v psychologických faktorech, jako je stres nebo trauma, a není spojena s konkrétním organickým poškozením. Tato klasifikace je zásadní pro správné pochopení různých typů bolesti a volbu odpovídající léčby (Vieira Junior a Prinz, 2022; McCabe et al., 2023).

V klinické praxi má akutní bolest zásadní význam, neboť slouží jako indikátor závažných zdravotních problémů a umožňuje rychlé diagnostické a terapeutické zásahy. Její správné zvládnutí není důležité pouze pro zmírnění utrpení pacienta, ale také pro prevenci přechodu do chronické bolesti, která je často obtížně léčitelná a může výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta (Seo et al., 2022).

Úspěšné zvládnutí akutní bolesti vyžaduje, aby zdravotnický personál disponoval dostatečnými znalostmi a dovednostmi, a zároveň měl k dispozici moderní nástroje pro hodnocení a léčbu bolesti. Správné porozumění definici bolesti a jejímu rozdělení podle původu je zásadní pro přesnou diagnostiku a volbu vhodné léčby (Vieira Junior a Prinz, 2022; McCabe et al., 2023).

2 Specifika akutní bolesti v interních oborech

Akutní bolest na jednotkách intenzivní péče (JIP) představuje komplexní problém, který má řadu specifických charakteristik. U pacientů na umělé plicní ventilaci (UPV) a v interních oborech JIP je bolest často způsobena invazivními výkony, omezenou mobilitou nebo primární diagnózou (Pota et al., 2022).

Pacienti na UPV zažívají bolest, která má fyzický i psychický původ. Zavedení endotracheální kanyly způsobuje přímé mechanické dráždění sliznic dýchacích cest, což vede k ulceracím a dekubitům. Tyto léze jsou nejen bolestivé, ale také zvyšují riziko infekce. Dlouhodobá intubace může rovněž vést k tvorbě jizev a chronickému zánětu. Rutinní zákroky, jako je odsávání sekretů z dýchacích cest, patří mezi nutné, avšak vysoce bolestivé procedury. Tyto opakované zákroky často vedou k hypercitlivosti sliznic a zvýšenému diskomfortu (Zhai et al., 2020).

Imobilizace u pacientů na UPV je významným zdrojem fyzické i psychické bolesti. Dlouhodobé ležení v jedné poloze způsobuje svalovou a kloubní ztuhlost, nepohodlí a zvyšuje riziko dekubitů. Kromě fyzických obtíží se u pacientů často objevuje úzkost, stres a pocit bezmoci, zejména v důsledku nemožnosti pohybu a komunikace. Tyto faktory se navzájem ovlivňují a mohou výrazně zhoršovat celkové vnímání bolesti (Pota et al., 2022).

2.1 Bolest z invazivních výkonů

Invazivní výkony na JIP, jako je zavádění centrálních žilních katetrů (CŽK), drenáží nebo tracheostomií, představují významný zdroj bolesti. Zavedení CŽK narušuje integritu kůže a podkožních tkání, což aktivuje nociceptivní receptory a vyvolává akutní bolest. Přítomnost těchto invazivních vstupů může navíc vést k místní zánětlivé reakci, která se projevuje bolestí, otokem a zarudnutím v místě zavedení. Tyto faktory mohou být dále zhoršeny komplikacemi, jako jsou infekce, hematomy nebo mechanické poškození okolních tkání během manipulace s katetrem (Vieira Junior a Prinz, 2022).

Dlouhodobě zavedené CŽK mohou být zdrojem lokálního diskomfortu a bolestivosti, zejména v důsledku mechanického podráždění, zánětu nebo infekce v

místě zavedení. Autoři zdůrazňují, že důsledná aseptická manipulace, pravidelný monitoring a správná péče o místo zavedení katétru jsou zásadní pro snížení výskytu komplikací a zachování komfortu pacienta (Böll et al., 2021).

2.2 Kardiální bolest

Na JIP je častým jevem kardiální bolest, obzvláště u pacientů s akutními koronárními syndromy. Tato bolest je typicky popisována jako tlaková, svíravá nebo pálivá a často vyzařující do krku, čelistí, ramen nebo horních končetin. Příznaky bývají doprovázeny dušností, pocením, nevolností a celkovou úzkostí. Bolest tohoto typu je způsobena ischemickými procesy v myokardu, které vedou k nedostatečnému zásobení srdečního svalu kyslíkem (Jiang et al., 2022).

Neřešená kardiální bolest může vést k závažným komplikacím, jako je akutní srdeční selhání, arytmie nebo další ischemické epizody. Efektivní zvládnutí bolesti zahrnuje rychlé podání analgetik, ale také cílenou léčbu základní příčiny, například revaskularizaci postižených koronárních tepen. Pacienti často prožívají strach z ohrožení života, což vyvolává zvýšenou produkci stresových hormonů. Na koronárních jednotkách je proto zásadní nejen zvládnout bolest, ale i poskytnout psychologickou podporu (Jiang et al., 2022).

2.3 Bolest při gastrointestinálních onemocněních

Akutní bolest při gastrointestinálních onemocněních, zejména při akutní pankreatitidě, představuje specifickou výzvu. Akutní pankreatitida je charakterizována intenzivní, často nesnesitelnou bolestí lokalizovanou v epigastriu s častým vyzařováním do zad. Tato bolest bývá doprovázena nevolností, zvracením a zvýšenými hladinami pankreatických enzymů, což odráží zánětlivý proces v pankreatu. Patofyziologickým mechanismem je předčasná aktivace pankreatických enzymů, která vede k samonatravení pankreatické tkáně, otoku a rozvoji systémové zánětlivé odpovědi (Cai et al., 2021). V těžších případech může onemocnění přecházet v multiorgánové selhání a vyžadovat intenzivní péči. Efektivní zvládnutí bolesti, dostatečná hydratace a pečlivý monitoring jsou zásadní pro prevenci závažných komplikací, jako jsou infekce, nekrózy či abscesy (Cai et al., 2021).

3 Hodnocení a monitorování bolesti

Pravidelné hodnocení a monitorování bolesti představují základní kroky k zajištění kvalitní péče o pacienty. Na JIP je bolest často podceňována z důvodu složitých klinických situací, vysoké náročnosti péče a omezené schopnosti pacientů komunikovat. Morris et al. (2021) zdůrazňují, že nedostatečná dokumentace hodnocení bolesti je jedním z hlavních důvodů neefektivní léčby, protože lékaři nemají k dispozici přesné informace o stavu pacienta. To často vede k situaci, kdy je bolest podhodnocena, nebo naopak zbytečně nadhodnocena, což může mít dopad na volbu analgetik a celkový léčebný plán (Morris et al., 2021).

Jedním z problémů je absence standardizovaných postupů pro hodnocení bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni komunikace. Podle Zhai et al. (2020) jsou behaviorální škály, jako CPOT a BPS, zásadní pro hodnocení bolesti u těchto pacientů, avšak jejich používání v praxi je stále nedostatečné. Používání behaviorálních škál zůstává omezené, což znamená, že mnoho pacientů zůstává bez adekvátního hodnocení bolesti (Zhai et al., 2020).

Kromě nedostatečného používání standardizovaných nástrojů hraje roli také nepřipravenost zdravotnického personálu. Podle Innab et al. (2022) je nedostatečné vzdělání sester a lékařů v oblasti hodnocení a léčby bolesti jednou z nejčastějších překážek efektivní péče o pacienty. Pravidelná školení a vzdělávací programy by mohly výrazně zlepšit schopnosti zdravotnického personálu v této oblasti a zvýšit povědomí o důležitosti hodnocení bolesti (Innab et al., 2022).

Dle požadavků Spojené akreditační komise ČR musí nemocnice zajistit účinný systém hodnocení a léčby bolesti. U všech pacientů se při přijetí hodnotí přítomnost bolesti, a pokud je přítomna, provádí se standardizované zhodnocení typu, intenzity, lokalizace, frekvence a trvání bolesti. Tento postup se přizpůsobuje specifickým skupinám pacientů, včetně dětí, nekomunikujících a osob s kognitivním deficitem, a využívá vhodné hodnoticí škály. Hodnocení bolesti a její léčba se dokumentují do zdravotnické dokumentace, přičemž nemocnice by měla mít jasně stanovené interní postupy pro identifikaci bolesti, přehodnocování účinnosti léčby, edukaci pacientů a vzdělávání personálu.

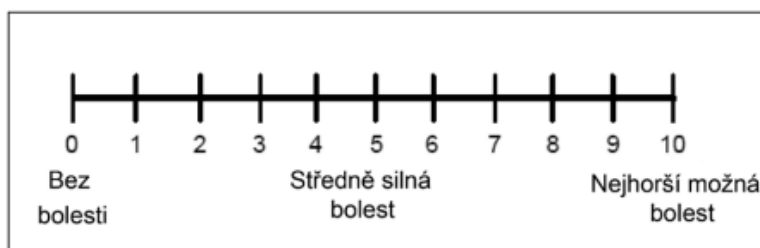
Podobná doporučení uvádějí i mezinárodní autority. Podle The Joint Commission (2017) má být hodnocení bolesti přizpůsobeno věku, kognitivním schopnostem a klinickému stavu pacienta. Při přijetí se provádí komplexní hodnocení bolesti, následně každé čtyři hodiny nebo častěji dle potřeby, s přehodnocením účinku 30 až 60 minut po intervenci. Společnost pro intenzivní medicínu (Society for Critical Care Medicine) pak doporučuje v prostředí intenzivní péče ještě častější intervaly – každé dvě až tři hodiny – jako nejlepší klinickou praxi (Devlin et al., 2018; Nordness et al., 2021).

3.1 Škály k hodnocení bolesti

Škály pro komunikující pacienty

Numerická škála bolesti (NRS) je jedním z nejpoužívanějších nástrojů pro kvantifikaci intenzity bolesti. Pacient hodnotí svou bolest na číselné ose od 0 do 10, kde 0 znamená „žádnou bolest“ a 10 „nejhorší bolest, jakou si lze představit“. Tato metoda je oblíbená díky své jednoduchosti a rychlosti použití. Numerická škála je zvláště užitečná v prostředí intenzivní péče, kde je potřeba získat rychlé a spolehlivé údaje o stavu pacienta. Studie ukazují, že NRS je snadno pochopitelná pro většinu pacientů a poskytuje jasné údaje pro sledování průběhu bolesti (Morris et al., 2021).

Obr. 1 Numerická škála bolesti



(Zdroj: Herold Ivan, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, 2013)

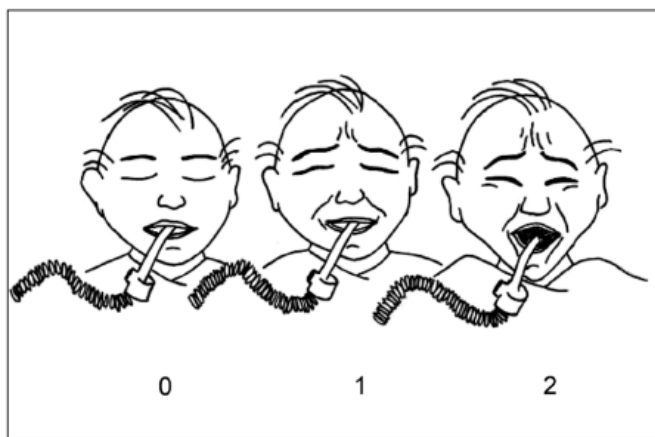
Vizuální analogová škála (VAS) je další nástroj používaný k hodnocení bolesti. Pacient označí na vodorovné nebo svislé čáře místo, které odpovídá jeho vnímání bolesti, kde jeden konec znamená „žádnou bolest“ a druhý „nejhorší

bolest“. Tento přístup je velmi přesný a poskytuje detailnější vhled do intenzity bolesti, zejména u pacientů, kteří mají problémy s verbálním popisem svých pocitů. VAS je v klinické praxi cenný nástroj, protože umožňuje rychle zjistit, jak intenzivní bolest pacient vnímá. Nevýhodou této metody je však její omezená použitelnost u pacientů s motorickými nebo kognitivními obtížemi (Liljamo a Kinnunen, 2020).

Škály pro nekomunikující pacienty

Pro pacienty, kteří nejsou schopni komunikovat, jsou behaviorální škály nepostradatelným nástrojem. Mezi nejčastěji používané patří Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) a Behavioral Pain Scale (BPS). CPOT hodnotí čtyři aspekty: mimiku, pohyby těla, svalové napětí a toleranci umělé plicní ventilace. Každý aspekt je hodnocen na škále od 0 do 2 bodů, což poskytuje celkové skóre od 0 do 8. Vyšší skóre indikuje intenzivnější bolest. CPOT poskytuje spolehlivá data, která mohou být použita pro optimalizaci léčby pacientů na ventilaci (Zhai et al., 2020).

Obr. 2 CPOT – hodnocení výrazu tváře



(Zdroj: Herold Ivan, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, 2013)

Obr. 3 CPOT škála

Indikátor	Popis	Skóre
Výraz tváře	není patrné svalové napětí	0 (relaxace)
	krčení čela, sevření obočí, kontrakce mm.levator palp.	1 (tenze)
	výše popsaná mimika a úplné zavření očí	2 (grimasování)
Pohybová aktivita	žádná (neznamená nutně absenci bolesti)	0 (absence pohybů)
	pomalé, opatrné pohyby, dotýká se bolestivých míst, pohyby upoutává pozornost	1 (protekce)
	tahá si tracheální rourku, pokouší se posadit, pohyby končetin, neposlouchá pokyny, atakuje personál, pokouší se slézat z lůžka	2 (neklid)
Svalové napětí	nebrání se pasivním pohybům	0 (relaxovaný)
	brání se pasivním pohybům	1 (tenze, rigidita)
	výrazně se brání pasivním pohybům	2 (výrazná tenze a rigidita)
Compliance s UPV	nedochází k aktivaci alarmů, ventilace bez problémů	0 (tolerance)
	aktivované alarmy se spontánně vypínají	1 (kašel, ale UPV toleruje)
	asynchronie (opakovaná aktivace alarmů)	2 (zápas s ventilátorem)
Celkem		0–8
Alternativně		
Vokalizace (u extubovaných)	mluví klidným tónem	0 (žádné zvuky)
	naříká, vzdychá	1
	křičí, pláče	2

(Zdroj: Herold Ivan, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, 2013)

BPS je další nástroj, který hodnotí mimiku, pohyby horní části těla a reakci na umělou plicní ventilaci. Celkové skóre se pohybuje od 3 do 12 bodů, přičemž vyšší hodnoty naznačují vyšší intenzitu bolesti. BPS je užitečná zejména u pacientů s neurologickými poruchami nebo omezenou motorikou, kde je hodnocení bolesti jinými metodami obtížné (Zhai et al., 2020).

Obr. 4 BPS škála

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

(Zdroj: Herold Ivan, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, 2013)

3.2 Fyziologické a behaviorální ukazatele bolesti

Fyziologické znaky a behaviorální projevy, jako je mimika, poskytují zdravotníkům důležité informace o intenzitě bolesti a umožňují přizpůsobit terapeutický přístup aktuálním potřebám pacienta. Kombinace těchto indikátorů je zásadní pro identifikaci bolesti u pacientů na UPV nebo u těch, kteří trpí neurologickými poruchami (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Mimika je jedním z nejviditelnějších behaviorálních ukazatelů bolesti. Změny ve výrazu obličeje, jako je stažení obočí, sevření čelistí, napětí brady nebo celkové ztuhnutí rysů, jsou často prvním signálem nepohodlí nebo bolesti. Tyto projevy jsou dobře pozorovatelné i u pacientů, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat, což z nich činí nenahraditelný nástroj v monitorování bolesti. Hachimi-Idrissi et al. (2020) zdůrazňují, že mimika je zvláště užitečná při sledování bolesti u pacientů na UPV, kde jiné metody komunikace nejsou možné. Změny ve výrazu obličeje jsou spolehlivými ukazateli, které často korelují s intenzitou bolesti, což umožňuje rychle reagovat na potřeby pacienta (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Behaviorální škály, jako je FLACC, zahrnují hodnocení mimiky jako klíčového prvku. Škála hodnotí například sevřené rty nebo napjaté obličejové svaly jako indikátory vysoké intenzity bolesti. Tento přístup umožňuje zdravotnickému týmu přizpůsobit léčbu individuálním potřebám pacienta a minimalizovat riziko podhodnocení bolesti. Mimika však nemusí vždy poskytovat úplný obraz, například v případech hluboké sedace, kdy je schopnost obličejových projevů potlačena. Proto je důležité kombinovat hodnocení mimiky s jinými metodami, jako jsou fyziologické ukazatele nebo nové technologie, které poskytují objektivnější měření bolesti (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Obr. 5 FLACC škála

FLACC	0	1	2
Face (mimika)	bez výrazu nebo úsměv	občasná grimasa nebo se mračí, nezáměr	trvale se mračí, trismus, třese se bradička
Legs (dolní končetiny)	normální poloha, relaxace	neklid, tenze	kope, přitažené dolní končetiny k tělu
Aktivita (aktivita)	leží tiše, normální poloha	neklid na lůžku	rigidita, záškuby, opistotonus
Cry (pláč)	není	naříká	trvale naříká, pláče
Consolability (Zklidnění)	klidný, relaxovaný	lze dočasně zklidnit dotekem, objetím nebo slovně	obtížně utěšitelný

(Zdroj: Herold Ivan, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP, 2013)

Fyziologické parametry, jako je změna srdeční frekvence, krevního tlaku nebo dechového rytmu, hrají důležitou roli při hodnocení bolesti u pacientů, kteří nemohou verbalizovat svůj stav. Tyto parametry často odrážejí autonomní reakci těla na bolestivé podněty. Například zvýšení srdeční frekvence nebo krevního tlaku nad obvyklé hodnoty pacienta může být signálem akutní bolesti. Zvláštní pozornost by měla být věnována náhlým změnám během invazivních zákroků, jako je odsávání z ventilátoru nebo manipulace s katetry, které mohou být spouštěčem bolesti (Zhai et al., 2020).

3.3 Objektivní metody hodnocení bolesti

U pacientů neschopných verbální komunikace, jako jsou osoby na UPV nebo děti, jsou objektivní metody hodnocení bolesti zásadní. Škála COMFORT kombinuje fyziologické ukazatele (např. srdeční a dechovou frekvenci) s behaviorálními projevy, jako je mimika či svalové napětí, a umožňuje přesnější posouzení bolesti i u nekomunikujících pacientů (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Pokročilým nástrojem je pupilometrie, která sleduje změny velikosti zornice v reakci na bolestivé podněty. Tento reflex je řízen autonomním

nervovým systémem a není závislý na spolupráci pacienta, což činí metodu ideální pro hluboce sedované osoby nebo pacienty s neurologickým deficitem. Výzkumy potvrzují silnou korelaci mezi pupilometrickými měřeními a tradičními hodnotícími škálami bolesti. V klinické praxi se pupilometrie využívá např. při titraci analgetik po operacích, protože umožňuje sledovat bolest v reálném čase a individuálně přizpůsobit dávkování (Zhai et al., 2020).

Další moderní metodou je Analgesia Nociception Index (ANI), který pomocí analýzy variability srdeční frekvence a dalších fyziologických parametrů generuje číselný ukazatel bolesti na škále od 0 do 100. Umožňuje kontinuální monitorování, a tím i přesnější a bezpečnější dávkování analgetik v prostředí intenzivní péče (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

3.4 Integrace metod a budoucnost hodnocení bolesti

Pupilometrie i ANI přinášejí objektivní, přesná a klinicky využitelná data, která podporují rozhodování při léčbě bolesti a pomáhají minimalizovat její podhodnocení i riziko nadměrné farmakoterapie. V budoucnu se očekává jejich širší integrace do klinických protokolů, včetně propojení s algoritmy umělé inteligence, které by mohly v reálném čase vyhodnocovat stav pacienta a navrhnout optimální terapeutické kroky (Zhai et al., 2020).

Nejúčinnější strategií se ukazuje být kombinace behaviorálních metod (např. pozorování mimiky) s technologickými nástroji, které poskytují přesné fyziologické informace. Tato integrace zvyšuje kvalitu péče, umožňuje rychlejší reakci na změny stavu pacienta a přispívá k individualizaci léčby (Hachimi-Idrissi et al., 2020; Zhai et al., 2020).

4 Léčba bolesti

Úspěšné zvládnutí bolesti vyžaduje kombinaci farmakologických i nefarmakologických metod, mezioborovou spoluprací a individualizovaný přístup (Pota et al., 2022). V akutní fázi bolest upozorňuje na poruchu v organismu a z biologického hlediska aktivuje obranné reakce. Základem účinné léčby je odstranění příčiny onemocnění, avšak důležitá je také symptomatická úleva, která zmírňuje stresovou odpověď a brání rozvoji patofyziologických změn.

Rychlá a správně vedená terapie může snížit riziko přechodu bolesti do chronické podoby a omezit vznik tzv. paměti bolesti související s neuroplasticitou. Farmakologická léčba bývá v akutních stavech účinná, často postačí jedna terapeutická modalita, pokud je zvolen vhodný lék a dávkování. U některých pacientů je vhodné doplnění o nefarmakologické přístupy, například aplikaci tepla nebo chladu, polohování či relaxační techniky. Cílem je dosažení úlevy, která umožní pacientovi klid a lepší spolupráci na léčbě základního onemocnění (Skála et al., 2021). Kombinace více terapeutických přístupů – tzv. multimodální léčba – přispívá k účinnějšímu zvládnutí bolesti a zlepšení kvality života (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

4.1 Farmakologická léčba

Volba a vedení analgetické léčby se odvíjí od pacientova sdělení o intenzitě a charakteru bolesti a jeho konkrétního klinického stavu. Rozhodujícím faktorem není biologický původ bolesti, jako je nádorová či nenádorová, ale především její intenzita. U akutní bolesti je preferován přístup „shora dolů“ (step down), zatímco u chronické nenádorové bolesti se uplatňuje postup „zdola nahoru“ (step up). Při intenzivní akutní bolesti je vhodné analgetikum podávat parenterálně, což platí např. pro anginózní bolest při akutním infarktu myokardu nebo pro renální a žlučnickové koliky. V ostatních případech je preferováno neinvazivní podání analgetik, jako je perorální, transdermální nebo rektální podání. Pro akutní bolest jsou ideální analgetika s rychlým nástupem účinku, zatímco u chronické nenádorové bolesti se podávají podle časového plánu, aby se předešlo rozvoji bolesti (Skála et al., 2021).

Analgetika se titrují s cílem dosáhnout co nejnižší účinné dávky. Kombinace neopioidních a opioidních analgetik má aditivní účinek, podobně jako kombinace analgetik s adjuvantními léky nebo paracetamolu s nesteroidními antirevmatiky (NSA). Naopak kombinace jednotlivých NSA se nedoporučuje kvůli zvýšenému riziku vedlejších účinků (Skála et al., 2021).

Opioidy představují základ farmakologické léčby akutní bolesti na JIP, zejména u pacientů na UPV. Jejich účinnost jako první linie léčby byla potvrzena četnými studiemi, které zdůrazňují jejich rychlý nástup účinku a schopnost zmírnit i intenzivní bolest (Hachimi-Idrissi, 2020; Vieira Junior a Prinz, 2022). Mezi nejčastěji používané opioidy na JIP patří morfin, fentanyl a sufentanil, které lze snadno titrovat dle potřeb pacienta. Přesto je nutné dbát zvýšené opatrnosti kvůli potenciálním vedlejším účinkům, jako je respirační deprese, sedace, tolerance či riziko vzniku závislosti (Hachimi-Idrissi, 2020; Vieira Junior a Prinz, 2022).

K minimalizaci rizik spojených s opioidy se často využívá multimodální přístup. Ten zahrnuje nejen kombinaci různých analgetik, ale i podání naloxonu, který v případě potřeby působí jako antagonist opioidních receptorů (Varndell et al., 2020). Opioidy se běžně kombinují s paracetamolem nebo lokálními anestetiky, čímž lze snížit jejich dávkování a omezit nežádoucí účinky (Pota et al., 2022).

Při mírné až střední bolesti se často volí neopioidní analgetika, jako jsou nesteroidní antiflogistika (např. ibuprofen) nebo paracetamol. Tyto látky se upřednostňují u pacientů, pro které jsou opioidy nevhodné, například z důvodu rizika nežádoucích účinků nebo kontraindikací. Paracetamol je dostupný v intravenózní i perorální formě a je vhodný i u pacientů s vyšším rizikem gastrointestinálních komplikací či s kontraindikací NSA (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Významnou možnost analgezie představují také lokální anestetika, např. bupivakain, která se používají zejména v rámci chirurgických výkonů. Umožňují cílenou blokádu přenosu bolesti a snižují potřebu systémově podávaných léků (Vieira Junior a Prinz, 2022).

4.2 Regionální analgezie

Regionální analgezie představuje pokročilou techniku, která umožňuje cílenou kontrolu bolesti při současném snížení potřeby systémových léků. Tento přístup, zahrnující techniky jako periferní nervové blokády nebo epidurální analgezie, je běžný zejména při pooperační péči nebo u pacientů s intenzivní bolestí. Regionální blokády jsou zvláště výhodné pro pacienty, u nichž je cílem minimalizovat vedlejší účinky systémových analgetik (Skála et al., 2021; Akbar et al., 2019). Význam regionální anestezie spočívá nejen ve snížení intenzity bolesti, ale také v jejím pozitivním vlivu na celkovou rekonvalescenci pacienta. Umožňuje rychlejší mobilizaci, zkracuje dobu hospitalizace a snižuje riziko vzniku chronické bolesti. Aby bylo dosaženo maximální bezpečnosti, je nutná pečlivá technická příprava a spolupráce mezi zdravotnickými odborníky (Skála et al., 2021).

4.3 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologické přístupy jsou nezbytným doplňkem při zvládnutí akutní bolesti, zejména v případech, kdy farmakologická terapie nemusí být dostatečná nebo je spojena s rizikem nežádoucích účinků. Relaxační techniky, jako je hluboké dýchání, meditace a kognitivně-behaviorální terapie, mohou významně přispět ke zmírnění úzkosti a bolesti. Tyto metody pomáhají pacientům lépe zvládat bolest fyzicky i psychicky, což podporuje efektivitu farmakologické léčby (Deldar et al., 2020).

Fyzikální metody představují významný prvek při nefarmakologickém zvládnutí bolesti. Aplikace chladu a tepla patří mezi nejběžnější přístupy ke zvládnutí akutní bolesti, například při úrazech (Hachimi-Idrissi et al., 2020). Metoda RICE (Rest, Ice, Compression, Elevation) je komplexní strategií zahrnující odpočinek, aplikaci chladu, kompresi a zvednutí postižené oblasti. Každá složka této metody má své specifické výhody: odpočinek minimalizuje další poškození tkání, chlad snižuje bolest a zánět, komprese redukuje otok a stabilizuje tkáň, zatímco zvednutí končetiny podporuje odtok zánětlivých tekutin a zmírňuje otok. Fyzikální metody nejenže přinášejí okamžitou úlevu od bolesti, ale

také podporují proces hojení. Jejich správná implementace vyžaduje adekvátní zaškolení zdravotnického personálu, aby bylo dosaženo optimálních výsledků léčby (Hachimi-Idrissi et al., 2020)

Dalším důležitým nástrojem je transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS), která je zejména vhodná u pacientů po operačních výkonech. TENS blokuje přenos bolestivých podnětů a snižuje tak potřebu analgetik, což výrazně zlepšuje celkový komfort pacienta (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

4.4 Multimodální přístup

Vzájemné působení různých přístupů přispívá ke zmírnění bolesti a současně snižuje riziko nežádoucích účinků (Hachimi-Idrissi et al., 2020). Spojení farmakoterapie s fyzikálními technikami, jako je aplikace chladu či tepla, může zvýšit účinnost analgetik a zlepšit komfort pacienta. Doplnkové nefarmakologické metody, například behaviorální intervence nebo transkutánní elektrická nervová stimulace, podporují účinek léků a rozšiřují možnosti péče.

Výhodou multimodálního přístupu je jeho flexibilita – léčba se přizpůsobuje individuálním potřebám pacienta. Rozdíly v prahu bolesti, snášenlivosti léčby i osobních preferencích vyžadují personalizované plánování, které zohledňuje fyzický, psychický i sociální kontext (Varndell et al., 2020). Takto nastavený přístup může přispět ke zvýšení spokojenosti pacienta i ke zlepšení celkového klinického stavu (Skála et al., 2021; Akbar et al., 2019)

4.5 Kulturně citlivý přístup

Kulturní a sociální aspekty zásadně ovlivňují individualizaci léčby bolesti. Kulturní rozdíly vnímání bolesti často ovlivňují, jak pacienti komunikují svou bolest a jaké terapeutické přístupy preferují. Respektování těchto rozdílů a přizpůsobení léčby konkrétním očekáváním pacienta je klíčem k úspěšnému zvládnutí bolesti. Např. někteří pacienti mohou preferovat nefarmakologické metody, jako je meditace, zatímco jiní budou preferovat moderní farmakoterapii (Akbar et al., 2019). Pochopení sociálního zázemí pacienta a jeho individuálních potřeb umožňuje lépe reagovat na specifické požadavky. To zahrnuje nejen výběr

vhodné metody léčby, ale také způsob komunikace a edukace pacienta o jeho stavu a možnostech terapie. Důraz na respekt a empatii při jednání s pacienty vede k vyšší úspěšnosti léčby a větší důvěře mezi pacientem a zdravotnickým týmem (Skála et al., 2021). Takový přístup zároveň napomáhá k redukci bariér, které by mohly bránit pacientům v přijetí a dodržování doporučené léčby. Kulturně citlivý přístup k léčbě bolesti je proto důležitou součástí moderní intenzivní péče a měl by být součástí plánování a realizace terapeutických strategií (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

5 Role všeobecných sester v hodnocení a léčbě bolesti

Všeobecné sestry zastávají zásadní úlohu v monitorování a léčbě bolesti, protože jsou často prvním kontaktem pacienta se zdravotnickým týmem. Jejich úkolem je nejen pravidelně hodnotit intenzitu bolesti, ale také analyzovat její charakter a přizpůsobovat léčbu individuálním potřebám pacienta. Kromě toho jsou sestry odpovědné za zajištění účinné komunikace mezi pacientem, rodinou a ostatními členy zdravotnického týmu, což je nezbytné pro komplexní přístup k léčbě bolesti (Kadović et al., 2023).

Jedním z hlavních aspektů jejich práce je pravidelné hodnocení bolesti, které může být časově náročné, zejména na JIP. Je nezbytné monitorovat široké spektrum parametrů, což může ztěžovat pravidelné a detailní hodnocení bolesti v každodenní praxi. Přesto je důležité, aby sestry používaly validované nástroje, jako jsou CPOT nebo NRS, které poskytují objektivní data o intenzitě bolesti a umožňují lépe přizpůsobit léčbu aktuálním potřebám pacienta (Zhai et al., 2020).

Překážky, se kterými se sestry setkávají při hodnocení a léčbě bolesti, jsou často spojeny s časovou náročností a organizačními omezeními. Hodnocení bolesti, zejména u pacientů neschopných verbální komunikace, vyžaduje použití behaviorálních škál, jako je CPOT. Jejich aplikace však vyžaduje čas a školení, což může být v praxi obtížné zajistit. Studie ukazují, že sestry mají tendenci upřednostňovat fyziologické ukazatele bolesti před subjektivními zprávami pacientů, což může vést k nedostatečné kontrole bolesti (Almutairi et al., 2022). Dalším problémem je nedostatek znalostí a odborného vzdělání v oblasti moderních metod hodnocení a léčby bolesti. Studie ukazují, že mnoho sester nemá přístup k pravidelnému školení nebo nemá dostatečné povědomí o existujících škálách bolesti a nejnovějších postupech léčby. Tato mezera ve vzdělání může ovlivnit jejich schopnost poskytovat adekvátní péči a efektivně zvládat bolest u různých skupin pacientů (Innab et al., 2022, s. 250). Přístup k týmům akutní bolesti (APS) je další významnou bariérou. Tyto týmy, které hrají důležitou roli v podpoře rozhodování o léčbě bolesti, nejsou vždy snadno dostupné. Nedostatek komunikace mezi sestrami a APS týmy může vést k

omezení možností léčby a zpomalit implementaci pokročilých analgetických metod (Pota et al., 2022).

Efektivní léčba bolesti vyžaduje nejen technické dovednosti, ale také empatii a schopnost reagovat na individuální potřeby pacienta. Všeobecné sestry musí rozumět kulturním a sociálním aspektům, které ovlivňují vnímání bolesti, a přizpůsobit péči specifickým očekáváním pacienta. Tento přístup zajišťuje nejen vyšší spokojenost pacientů, ale také zlepšení jejich celkového zdravotního stavu (Hämäläinen et al., 2022). Důležitým prvkem komplexní péče je odstranění překážek a investice do vzdělávání sester. Zavedení validovaných nástrojů pro hodnocení bolesti a zlepšení přístupu k podpůrným týmům, jako je APS, mohou výrazně zlepšit kvalitu péče. Multidisciplinární spolupráce a důraz na sdílení informací mezi členy týmu umožňují efektivnější zvládání bolesti a zlepšení výsledků léčby (Kadović et al., 2023).

6 Acute Pain Service

Analgetický tým, známý pod zkratkou APS (Acute Pain Service), vznikl v reakci na potřebu zlepšení řízení akutní a pooperační bolesti v nemocničním prostředí. Tento koncept byl poprvé zaveden v 80. letech a od té doby se stal důležitou součástí moderní zdravotní péče. APS se zaměřuje na komplexní přístup k léčbě bolesti, kdy integruje multidisciplinární týmy složené z anesteziologů, chirurgů, farmaceutů, fyzioterapeutů a specializovaných sester. Jejich hlavním cílem je zajistit efektivní řízení bolesti a prevenci komplikací, které mohou být důsledkem nedostatečné analgezie (Stamer et al., 2020).

Hlavní funkcí APS je poskytování odborné podpory zdravotnickému personálu při léčbě akutní bolesti. Tento tým se specializuje na používání pokročilých analgetických technik, jako je regionální analgezie, epidurální analgezie nebo pacientem kontrolovaná analgezie (PCA). Současně se APS zaměřuje na prevenci komplikací spojených s farmakologickou léčbou, například na minimalizaci vedlejších účinků opioidů, rizika rozvoje tolerance nebo závislosti, a na snížení pravděpodobnosti vzniku chronické pooperační bolesti (Stamer et al., 2020). Kromě přímé péče o pacienty má APS klíčovou roli ve vzdělávání zdravotnického personálu. Tento tým organizuje pravidelná školení zaměřená na zvyšování znalostí o diagnostice a léčbě bolesti, čímž přispívá ke zlepšení odborné způsobilosti a profesionality sester i lékařů. Tato vzdělávací činnost má přímý dopad na kvalitu péče, neboť zajišťuje správné a jednotné používání moderních diagnostických nástrojů a léčebných postupů (Innab et al., 2022).

Na JIP má APS tým zásadní význam při podpoře všeobecných sester a ostatního zdravotnického personálu. Sestry mají odpovědnost za hodnocení bolesti pomocí standardizovaných nástrojů. Tyto nástroje umožňují přesné posouzení bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni bolest verbalizovat, například u intubovaných pacientů nebo těch se sníženým vědomím (Zhai et al., 2020). APS podporuje sestry nejen při implementaci těchto nástrojů, ale také při přizpůsobování léčebných postupů individuálním potřebám pacientů. Ve složitých případech, jako je léčba bolesti u polymorbidních pacientů nebo pacientů s

komplexními klinickými stavy, APS poskytuje odborné konzultace a pomáhá vytvářet personalizované plány léčby (Almutairi et al., 2022).

Navzdory jasným přínosům APS, čelí tento systém několika výzvám. Mezi nejčastější bariéry patří nedostatek personálu a vysoké pracovní zatížení na JIP, které ztěžují důsledné sledování a hodnocení bolesti. Dalším problémem je variabilní úroveň znalostí zdravotnického personálu ohledně managementu bolesti, což může vést k nejednotnému přístupu a chybám při podávání analgetik. Některé nemocnice rovněž čelí problémům s implementací standardizovaných protokolů, což může omezit efektivitu APS (Stamer et al., 2020).

Přes tyto překážky má dobře fungující APS významný dopad na kvalitu péče. Studie ukazují, že zapojení APS přispívá k rychlejšímu zotavení pacientů, zkrácení doby hospitalizace, lepší mobilizaci a celkově nižší incidenci chronických bolestivých stavů. Kromě toho vede spolupráce mezi APS a ostatními členy zdravotnického týmu ke zvýšení spokojenosti pacientů a jejich rodin s poskytovanou péčí (Stamer et al., 2020). Analgetický tým představuje nepostradatelnou součást moderního zdravotnictví. Jeho přínosy nejsou omezeny pouze na zlepšení léčby akutní bolesti, ale zahrnují také podporu vzdělávání zdravotnického personálu a zlepšení celkové kvality péče o pacienty. Podpora a rozvoj APS by měly být prioritou každé nemocnice, zejména na odděleních intenzivní péče, kde je zvládání bolesti klíčové pro úspěšné zotavení pacientů (Stamer et al., 2020).

7 Vzdělávání a profesní rozvoj sester

Znalosti a postoje sester k léčbě bolesti mají přímý dopad na kvalitu péče. Nedostatky v orientaci v oblasti farmakologických i nefarmakologických metod jsou častým omezením účinné léčby a ukazují na potřebu cíleného vzdělávání (Varndell et al., 2020). Výzkum provedený v Jordánsku a Irsku potvrdil, že sestry s delší praxí a absolvovaným odborným školením vykazují lepší výsledky v oblasti znalostí i klinických dovedností. Výsledky zároveň ukázaly rozdíly mezi zeměmi i pohlavími – irské sestry dosahovaly vyššího skóre než jejich jordánské kolegyně a ženy celkově vykazovaly lepší výsledky než muži, což bylo spojováno s větší aktivitou v oblasti dalšího vzdělávání (Al Omari et al., 2021).

Studie z roku 2022 prokázala, že cílené vzdělávací programy mohou výrazně zlepšit znalosti a postoje sester k léčbě bolesti. Do výzkumu bylo zapojeno 124 registrovaných sester z JIP a lůžkových oddělení, které absolvovaly 12hodinové školení zaměřené na tuto problematiku. Po jeho ukončení se průměrné skóre výrazně zvýšilo z 20,3 na 22,2 bodu. Zpočátku měly vyšší výsledky sestry s bakalářským vzděláním, avšak po absolvování programu byly rozdíly mezi vzdělanostními skupinami minimální, což potvrzuje efektivitu vzdělávání napříč úrovněmi kvalifikace (Innab et al., 2022).

Moderní vzdělávací metody, zejména ty interaktivní, přinášejí znatelné zlepšení znalostí i dovedností zdravotních sester. Studie Deldar et al. (2020) porovnávala efekt tradičních přednášek a interaktivní výuky prostřednictvím mobilní aplikace při školení sester v používání nástroje CPOT. Výzkumu se zúčastnilo 70 všeobecných sester rozdělených do dvou skupin se stejným vzdělávacím obsahem. Skupina využívající mobilní aplikaci měla přístup k interaktivním testům, videosimulacím a případovým studiím, což umožňovalo flexibilní a aktivní formu učení. Výsledky ukázaly, že sestry školené pomocí mobilní aplikace dosáhly výraznějšího zlepšení – teoretické znalosti se zvýšily o 15 % oproti 8 % ve skupině s tradiční výukou a praktická přesnost v hodnocení bolesti byla vyšší o 20 %. Tyto sestry navíc udávaly vyšší sebedůvěru při používání CPOT a při volbě vhodných terapeutických strategií. Autoři studie doporučují širší implementaci interaktivních vzdělávacích nástrojů, které zvyšují

motivaci, poskytují zpětnou vazbu a podporují lepší přenos poznatků do klinické praxe (Deldar et al., 2020).

Jedním z hlavních problémů v oblasti léčby bolesti je podhodnocení bolesti, často způsobené nedostatečnou dokumentací a nevyužíváním standardizovaných metod hodnocení. Zavedení jednotných dokumentačních standardů a nástrojů, jako je CPOT, přispívá ke zvýšení kvality péče a bezpečnosti pacientů. Zároveň je klíčové, aby vzdělávací programy reflektovaly specifické potřeby různých kulturních prostředí, což může výrazně zlepšit účinnost intervenčních opatření (Liljamo a Kinnunen, 2020).

Doporučení zahrnují zlepšení mezioborové spolupráce, pravidelné vzdělávání a přizpůsobení protokolů místním kulturním potřebám. Významnou roli hraje i zapojení pacientů a jejich rodin do procesu léčby, což zvyšuje spokojenost pacientů a zlepšuje výsledky péče. Výzkumy potvrzují, že kontinuální vzdělávání sester v oblasti managementu bolesti je klíčem k efektivní léčbě bolesti. Zavedení pravidelných programů zaměřených na zvyšování kompetencí, spolu s využíváním standardizovaných nástrojů a metod, přispívá k zlepšení klinických výsledků a spokojenosti pacientů. Tyto vzdělávací aktivity nejenže posilují odborné kompetence, ale také budují sebedůvěru sester, čímž přispívají k celkové profesionalizaci péče o pacienty s akutní bolestí (Akbar et al., 2019).

8 Praktická část

Praktická část této práce se zaměřuje na vnímání akutní bolesti všeobecnými sestrami na interních jednotkách intenzivní péče. Konkrétně se věnuje přístupu všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti, používaným metodám a identifikaci bariér, které sestry v této oblasti vnímají. Dále je kladen důraz na analýzu zkušeností a vzdělávání sester v oblasti managementu bolesti.

Pro dosažení stanovených cílů byla zvolena smíšená metodologie, která zahrnuje kvantitativní dotazníkové šetření a kvalitativní analýzu polostrukturovaných rozhovorů. Tato kombinace umožňuje získat komplexnější pohled na zkoumanou problematiku.

8.1 Metodologie výzkumu

Výzkum byl koncipován jako deskriptivní studie využívající kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod. Hlavní cíle studie byly stanoveny následovně:

1. **Zmapovat vnímání a přístup sester k hodnocení a léčbě akutní interní bolesti:** Prozkoumat, jak všeobecné sestry na multioborové a koronární jednotce intenzivní péče vnímají, hodnotí a řeší akutní interní bolest, včetně používaných metod a přístupů. Zmapovat nejčastější typy akutní bolesti na interních jednotkách.
2. **Identifikovat překážky v adekvátním posouzení bolesti:** Zjistit, zda a případně jaké bariéry vnímají všeobecné sestry při své každodenní práci v rámci hodnocení a léčby bolesti na svých pracovištích, a zda vidí možnost spolupráce s týmem APS.
3. **Zmapovat vzdělání a zkušeností sester v oblasti managementu akutní interní bolesti:** Posoudit úroveň vzdělání a školení sester v oblasti akutní bolesti, identifikovat potřebu dalšího vzdělávání.

Hlavní výzkumná otázka byla formulována následovně: *Jaký je přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče?*

8.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry (n=58) pracující na multioborové jednotce intenzivní péče (MOJIP, 20 respondentů) a koronární jednotce (KJ, 38 respondentů) Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla minimálně šestiměsíční praxe na daném pracovišti.

8.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od 1. listopadu 2024 do 15. prosince 2024 a zahrnoval dvě metody:

Dotazníkové šetření bylo realizováno pomocí autorsky vytvořeného tištěného dotazníku (kompletní znění dotazníku viz příloha č. 1). Dotazník byl distribuován přímo na pracovištích a obsahoval otázky rozdělené do čtyř hlavních oblastí:

- Demografické údaje a profesní zkušenosti respondentů
- Rozpoznání bolesti a typy akutní bolesti na oddělení
- Hodnocení bolesti, bariéry při hodnocení
- Pomoc při zmírnění bolesti, spolupráce s APS týmem a překážky v léčbě bolesti

Kvalitativní část byla realizována formou polostrukturovaných rozhovorů se šesti sestrami, konkrétně třemi z MOJIP a třemi z KJ. Rozhovory probíhaly individuálně v klidném prostředí nemocnice, byly nahrávány a trvaly přibližně 15 až 20 minut. Tematicky se zaměřovaly především na vnímání akutní bolesti, identifikaci překážek v péči o bolest a zkušenosti se spoluprací s APS týmem.

8.4 Analýza dat

Kvantitativní data byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky (výpočet četností, průměrných hodnot a směrodatných odchylek) v programu Microsoft Excel. Pro ověření statistických vztahů mezi odpověďmi respondentů a jejich demografickými údaji (např. délka praxe, dosažené vzdělání) a také pro srovnání odpovědí mezi respondenty z MOJIP a KJ byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti. K porovnání průměrných hodnot mezi skupinami byl využit Welchův t-test, který umožňuje srovnání bez nutnosti shodných rozptylů.

Kvalitativní data získaná z rozhovorů byla analyzována metodou tematické analýzy. Nahrávky rozhovorů byly nejprve přepsány pomocí programu Transkriptor, poté následovalo otevřené kódování a identifikace hlavních témat a kategorií.

8.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl proveden se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Respondenti byli předem informováni o cílech výzkumu, jeho průběhu, způsobu zpracování dat a zachování anonymity. Účast byla dobrovolná a respondenti měli možnost kdykoli svou účast ukončit bez jakýchkoli důsledků. Dotazníkové šetření probíhalo anonymně, dotazníky ani rozhovory neobsahovaly žádné identifikační údaje.

9 Výsledky

V této kapitole diplomové práce jsou popsány výsledky výzkumného šetření. V první části jsou zpracovány výsledky dotazníku, v druhé části polostrukturované rozhovory a ve třetí části odpověď na výzkumnou otázku a splnění stanovených cílů.

9.1 Kvantitativní výzkum

Do kvantitativní části výzkumu bylo zařazeno celkem 58 respondentek, které pracují jako všeobecné sestry na JIP. Z toho 20 sester působí na multioborové jednotce intenzivní péče (MOJIP) a 38 sester na koronární jednotce (KJ).

V první části dotazníku (viz Příloha č. 1) respondenti odpovídali na otázky zaměřené na demografické údaje (Tabulka č. 1). Třetí sloupec tabulky označený „n“ uvádí počet respondentů, kteří zvolili danou odpověď. Čtvrtý sloupec pak zachycuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí v rámci celkového souboru respondentů.

Tab. 1 Demografické údaje respondentů

Kategorie	Výběr odpovědí	n	%
Věk	< 30 let	8	13.8
	30–40 let	12	20.7
	41–50 let	16	27.6
	> 50 let	22	37.9
	Celkem	58	100
	< 5 let	7	12.1

Délka praxe	5–10 let	5	8.6
	11–20 let	14	24.1
	> 20 let	32	55.2
	Celkem	58	100
Vzdělání	Střední odborné s maturitou	14	24.1
	Vyšší odborné vzdělání	7	12.1
	Vysokoškolské vzdělání (bakalářské)	21	36.2
	Vysokoškolské vzdělání (magisterské)	7	12.1
	Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (ARIP)	19	32.8
	Celkem	68	117.3
Pracoviště	Multioborová jednotka intenzivní péče Interní kliniky (MOJIP)	20	34.5
	Koronární jednotka intenzivní péče Kardiologické kliniky (KJ)	38	65.5
	Celkem	58	100
Účast na školeních v oblasti hodnocení a léčby bolesti	Ano, pravidelně	2	3.4
	Ano, občas	34	58.6
	Ne	22	37.9
	Celkem	58	100

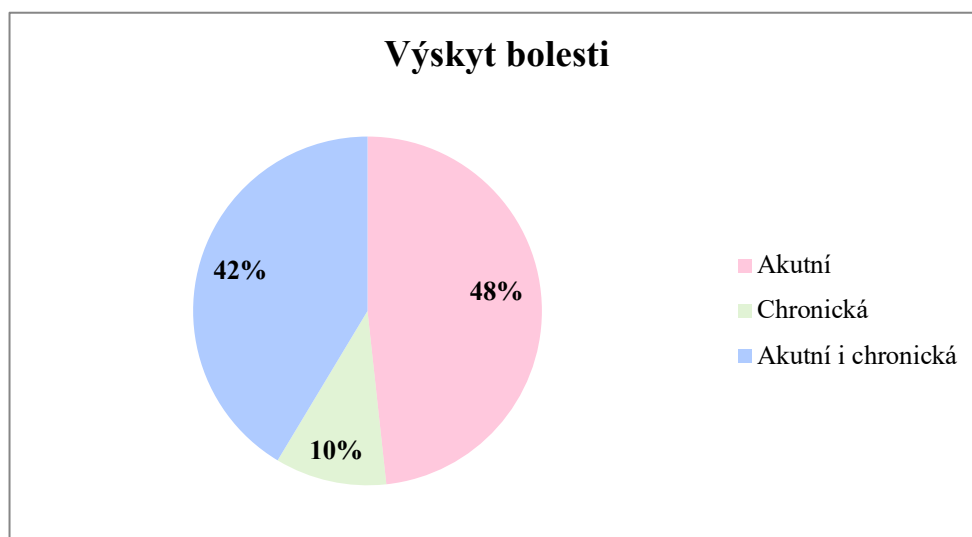
(Zdroj: Vlastní, 2025)

V otázce č. 3 zaměřené na dosažené vzdělání měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. Devět respondentů uvedlo pouze specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (ARIP) bez upřesnění předchozího stupně vzdělání. Tři respondenti spojili ARIP s vysokoškolským vzděláním (magisterským), další tři s vysokoškolským vzděláním (bakalářským). Dva respondenti uvedli vyšší odborné vzdělání a ARIP a stejný počet označil střední odborné vzdělání s maturitou spolu s ARIP.

Vzhledem k tomu, že respondenti mohli zvolit více možností, součet procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí přesahuje 100 %. Zároveň je třeba zohlednit, že devět respondentů neuvedlo své předchozí vzdělání, což může ovlivnit přesnou interpretaci údajů. Uvedené výsledky tak zahrnují pouze informace poskytnuté respondenty a nezohledňují možné další vzdělání, které nebylo v odpovědích specifikováno.

Rozpoznání bolesti

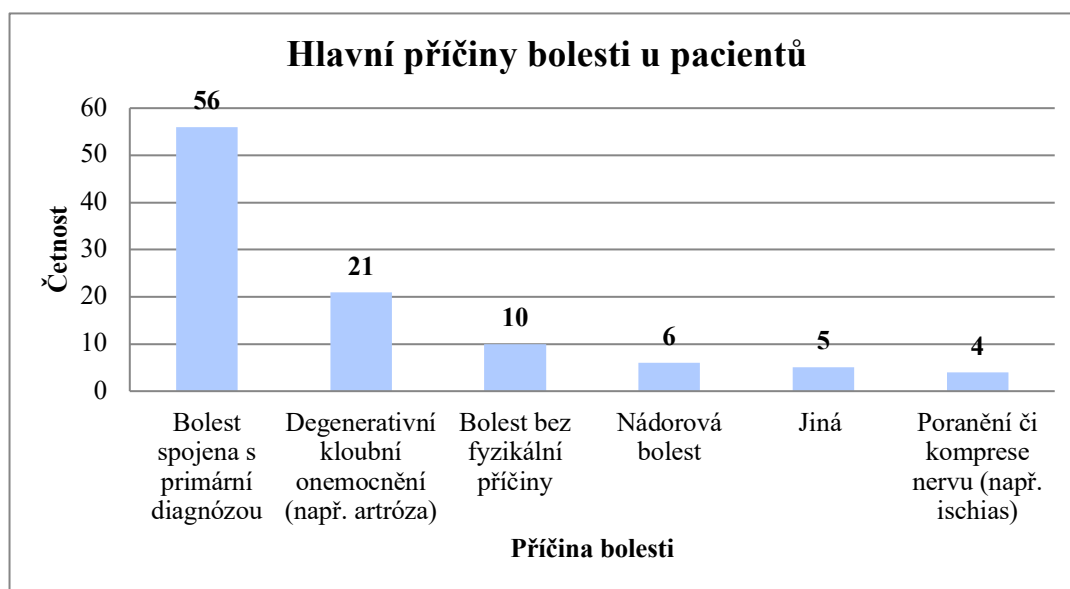
Druhá část dotazníkového šetření byla věnována rozpoznání bolesti na pracovištích respondentů. Otázky se zaměřily na nejčastější typy bolesti, jejich hlavní příčiny a diagnózy, se kterými bývají spojeny.



Graf 1: Výskyt bolesti dle délky trvání

Otázka č. 6 (*Jaký typ bolesti dle délky trvání vidíte na Vašem pracovišti častěji?*) zjišťovala, zda se na pracovišti respondentů častěji vyskytuje bolest akutní nebo chronická. Respondenti měli označit jednu možnost, přesto značná část uvedla kombinaci akutní i chronické bolesti, což naznačuje, že tyto typy vnímají jako stejně časté nebo nerozlišují jeden jako převládající. Celkově nejvíce respondentů označilo akutní bolest (28; 48,3 %), následovala kombinace akutní i chronické bolesti (24; 41,4 %), zatímco samostatnou chronickou bolest uvedlo 6 respondentů (10,3 %).

Výsledky se lišily podle pracoviště. Na MOJIP označili akutní bolest 4 respondenti (20,0 %), kombinaci obou typů 10 respondentů (50,0 %) a chronickou bolest samostatně 6 respondentů (30,0 %). Na KJ dominovala akutní bolest (24 respondentů; 63,2 %), kombinaci akutní i chronické bolesti uvedlo 14 respondentů (36,8 %), avšak žádný z respondentů neoznačil chronickou bolest jako samostatnou kategorii. Tyto výsledky ukazují, že na MOJIP je chronická bolest vnímána častěji než na KJ, kde převažuje akutní bolest.

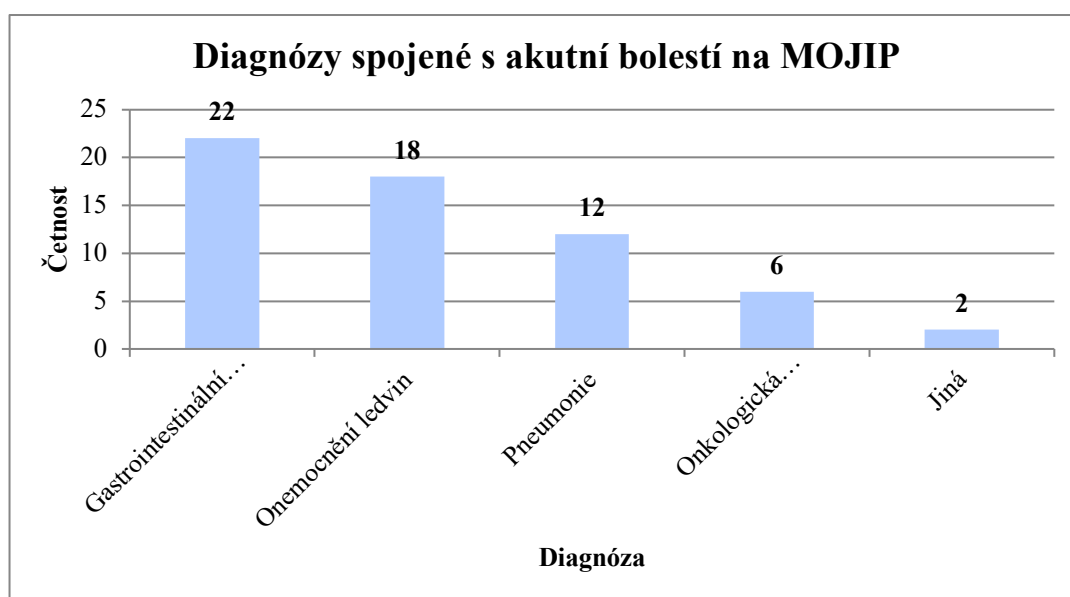


Graf 2: Nejčastější příčina bolesti

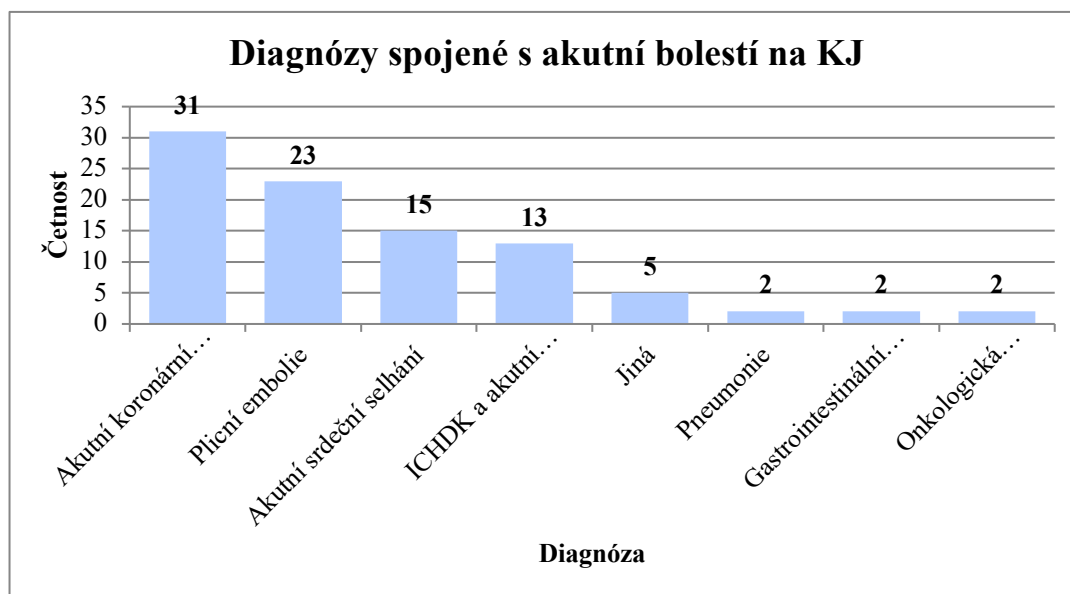
Bolest u hospitalizovaných pacientů je multifaktoriální jev s různými etiologickými souvislostmi, proto byla otázka č. 7 (*Jaká je nejčastější příčina*

bolesti?) zaměřena na identifikaci nejčastějších příčin bolesti na pracovištích respondentů. Možnost volby více odpovědí umožnila zachytit širší spektrum bolestivých stavů. Nejčastěji respondenti uvedli bolest spojenou s primární diagnózou (56; 54,4 %), následovaly degenerativní kloubní onemocnění (21; 20,4 %), bolest bez fyzikální příčiny (10; 9,7 %), nádorová bolest (6; 5,8 %) a poranění či komprese nervu (4; 3,9 %).

Možnost „Jiná“ označilo 5 respondentů (4,9 %), kteří specifikovali různé další příčiny bolesti. Dva z nich uvedli chronické rány, další respondent zmínil bolest spojenou s cévkováním, intoxikací alkoholem nebo jinými návykovými látkami, poraněním po pádu nebo sebepoškozením, a dva respondenti uvedli bolest po výkonech.



Graf 3: Četnost diagnóz spojených s akutní bolestí na pracovišti MOJIP



Graf 4: Četnost diagnóz spojených s akutní bolestí na pracovišti KJ

Otázka č. 8 (*Které diagnózy jsou nejčastěji spojeny s akutní bolestí na Vašem pracovišti?*) se zaměřovala na nejčastější diagnózy spojené s akutní bolestí na pracovištích respondentů. Vzhledem k odlišným typům pacientů na multioborové MOJIP a KJ byly výsledky analyzovány odděleně. Toto rozdělení umožňuje přesnější analýzu, která reflektuje rozdílnou skladbu pacientů a typologii bolestivých stavů na jednotlivých pracovištích.

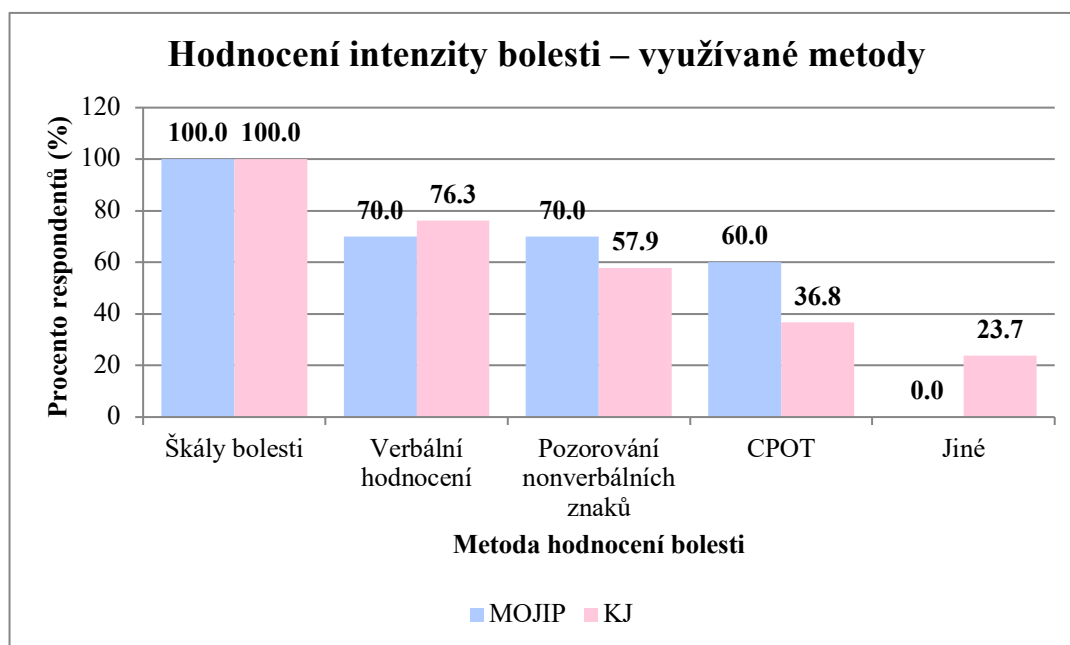
Na MOJIP byla nejčastěji uváděna gastrointestinální onemocnění (22; 36,7 %), následovaná onemocněním ledvin (18; 30,0 %) a pneumonií (12; 20,0 %). Onkologická onemocnění se vyskytla méně často (6; 10,0 %). Možnost „Jiná“ označili 2 respondenti (3,3 %), kteří uvedli chronické defekty a diabetickou nohu. Čtyři respondenti v této kategorii uvedli akutní pankreatitidu, která však byla jakožto gastrointestinální onemocnění zahrnuta do odpovídající hlavní kategorie. Chronické defekty byly ponechány ve skupině „Jiná“, jelikož se nejedná o primárně akutní bolestivý stav.

Na KJ dominoval akutní koronární syndrom (31; 53,0 %), následovaný plicní embolií (23; 39,0 %) a akutním srdečním selháním (15; 26,0 %). Mezi odpověďmi v možnosti „Jiná“ se opakovaly diagnózy ischemické choroby dolních končetin a akutních arteriálních uzávěrů (13; 22,0 %), proto byly vyčleněny

samostatně. Možnost „Jiná“ zahrnovala také „stav po kardiopulmonální resuscitaci“, bez bližší specifikace zdroje bolesti, který byl uveden v pěti případech (5; 9,0 %).

Hodnocení bolesti

Třetí část se zaměřuje na hodnocení bolesti u pacientů. Sleduje používané metody, frekvenci hodnocení a specifika u ventilovaných a nekomunikujících pacientů. Zároveň se věnuje překážkám, se kterými se sestry při hodnocení bolesti setkávají.



Graf 5: Používané metody k hodnocení intenzity bolesti dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 9 (*Jaké metody používáte k hodnocení intenzity bolesti u pacientů?*), se zaměřovala na konkrétní způsoby posuzování bolesti v klinické praxi. K hodnocení intenzity bolesti využívají respondenti různé metody, přičemž nejčastěji se spoléhají na numerické škály bolesti, které uvedli všichni respondenti z MOJIP (n = 20; 100,0 %) i KJ (n = 38; 100,0 %). Vedle numerických škál je široce zastoupeno také verbální hodnocení, které využívá 14 respondentů z MOJIP (70,0 %) a 29 respondentů z KJ (76,3 %). Pozorování nonverbálních

znaků, které je významné zejména u pacientů s omezenou možností komunikace, uvedlo 14 respondentů z MOJIP (70,0 %) a 22 respondentů z KJ (57,9 %).

Mezi specifické objektivní nástroje patří CPOT, který je určen pro hodnocení bolesti u kriticky nemocných pacientů na UPV, a který využívá 12 respondentů z MOJIP (60,0 %) a 14 respondentů z KJ (36,8 %). V kategorii „Jiné“ všechny odpovědi respondentů z KJ ($n = 6$; 100,0 %) odpovídají škále FLACC, která je primárně určena pro hodnocení bolesti u dětí, ale v klinické praxi se využívá také u nekomunikujících dospělých pacientů, například u osob se sníženou úrovní vědomí nebo neurologickým postižením. Na MOJIP nebyla možnost „Jiné“ zastoupena.

Sestry na MOJIP i KJ běžně využívají více metod hodnocení intenzity bolesti. Průměrný počet používaných metod na respondenta je 3,0 u MOJIP a 2,95 u KJ. Pouze 4 respondentky z MOJIP (20,0 %) a 6 respondentek z KJ (15,8 %) uvedly, že k hodnocení bolesti využívají pouze jednu metodu. Nejčastěji se v těchto případech jednalo o numerické škály bolesti.

Statistická analýza neprokázala souvislost mezi úrovní vzdělání a volbou metod hodnocení bolesti ($\chi^2 = 35,97$; $p = 0,47$), což naznačuje, že sestry s různou úrovní vzdělání využívají podobné přístupy.

Tab. 2 Volba metod hodnocení bolesti podle délky klinické praxe sester

Délka praxe	Numerické škály	Kombinace metod	CPOT	Jiné metody
≤ 5 let	0 (0 %)	4 (57,1 %)	2 (28,6 %)	1 (14,3 %)
5–10 let	3 (60,0 %)	0 (0 %)	2 (40,0 %)	0 (0 %)
11–20 let	4 (28,6 %)	4 (28,6 %)	2 (14,3 %)	4 (28,6 %)
> 20 let	6 (18,8 %)	10 (31,3 %)	9 (28,1 %)	7 (21,8 %)

Délka praxe významně ovlivnila výběr metod hodnocení bolesti ($\chi^2 = 49,86$; $p = 0,0047$). Nejmladší sestry (do 5 let praxe) nejčastěji volily kombinovaný přístup, tedy spojení numerické škály, verbálního hodnocení a pozorování nonverbálních znaků (4; 57,1 %). CPOT zahrnovaly dvě respondentky (28,6 %), zatímco jedna uvedla jiný způsob hodnocení. U sester s praxí 5–10 let převažovaly numerické škály (3; 60,0 %), zbylé dvě respondentky používaly CPOT. Kombinované ani jiné metody zde nebyly uvedeny. Ve skupině s praxí 11–20 let se odpovědi rozložily rovnoměrněji – čtyři sestry uvedly pouze numerické škály, čtyři kombinované metody, dvě používaly CPOT a čtyři volily jiné přístupy (vše 28,6 %). Nejzkušenější sestry s praxí nad 20 let vykazovaly největší rozmanitost: deset z nich uvedlo kombinovaný přístup (31,3 %), devět používalo CPOT (28,1 %), sedm jiný způsob hodnocení (21,8 %) a šest se spoléhá výhradně na numerické škály (18,8 %).

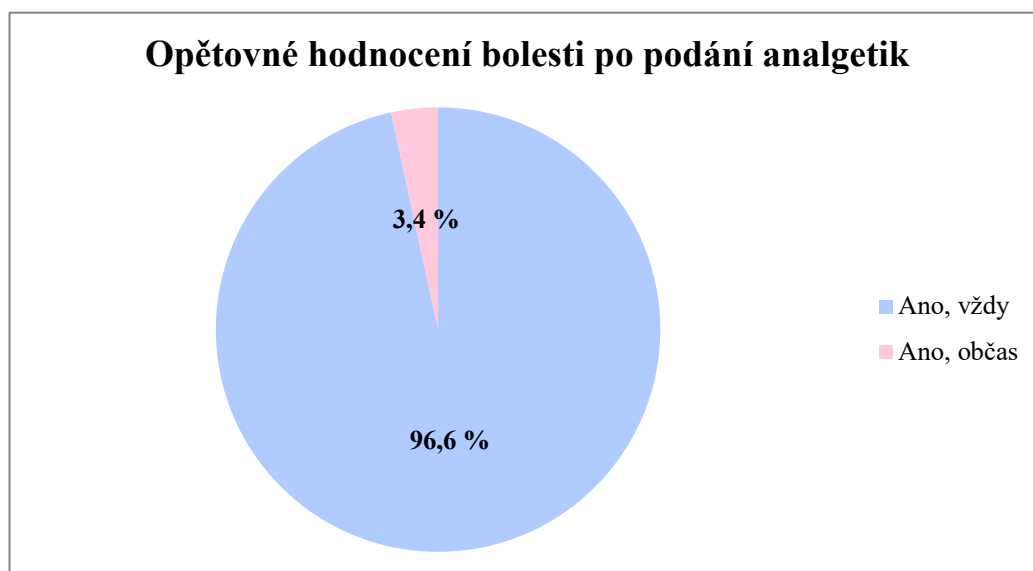
Výsledky naznačují, že méně zkušené sestry preferují kombinované metody hodnocení bolesti, zatímco sestry se střední délkou praxe častěji volí pouze numerické škály bolesti. U sester s nejdelší praxí se volba metod výrazněji rozrůžňuje, přičemž část této skupiny zahrnuje i CPOT jako standardní součást objektivního hodnocení bolesti.

Tab. 3 Četnost a procentuální rozdělení frekvence hodnocení bolesti během dne

Odpověď	Četnost	Procento (%)
1× za směnu	7	12,1
2× za směnu	29	50
3× za směnu	15	25,9
4× za směnu	8	13,8
6× a více za směnu	2	3,4
Při příjmu pacienta	29	50
Při změně stavu pacienta	33	56,9

Otázka č. 10 (*Jak často hodnotíte bolest u pacientů během dne?*) zjišťovala četnost hodnocení bolesti během dne, přičemž respondenti mohli označit více možností současně. Nejčastěji sestry hodnotí bolest při změně stavu pacienta, což uvedlo 33 respondentů (56,9 %). Hodnocení bolesti při příjmu pacienta označilo 29 respondentů (50,0 %). Pravidelné hodnocení během směny je rovněž běžné - dvakrát za směnu bolest hodnotí 29 respondentů (50,0 %), třikrát za směnu 15 respondentů (25,9 %), zatímco menší část respondentů bolest sleduje méně často. Někteří respondenti uvedli hodnocení bolesti více než šestkrát za směnu, přičemž jeden z nich deklaroval hodnocení při každém kontaktu s pacientem.

Výsledky ukazují, že 35 respondentů (60,3 %) kombinuje více přístupů k hodnocení bolesti – tedy hodnotí bolest jak při příjmu pacienta nebo při změně jeho stavu, tak zároveň v pravidelných intervalech během směny. Průměrná frekvence pravidelného hodnocení bolesti během směny činí 2,3×, což naznačuje, že většina respondentů bolest sleduje alespoň dvakrát za směnu.

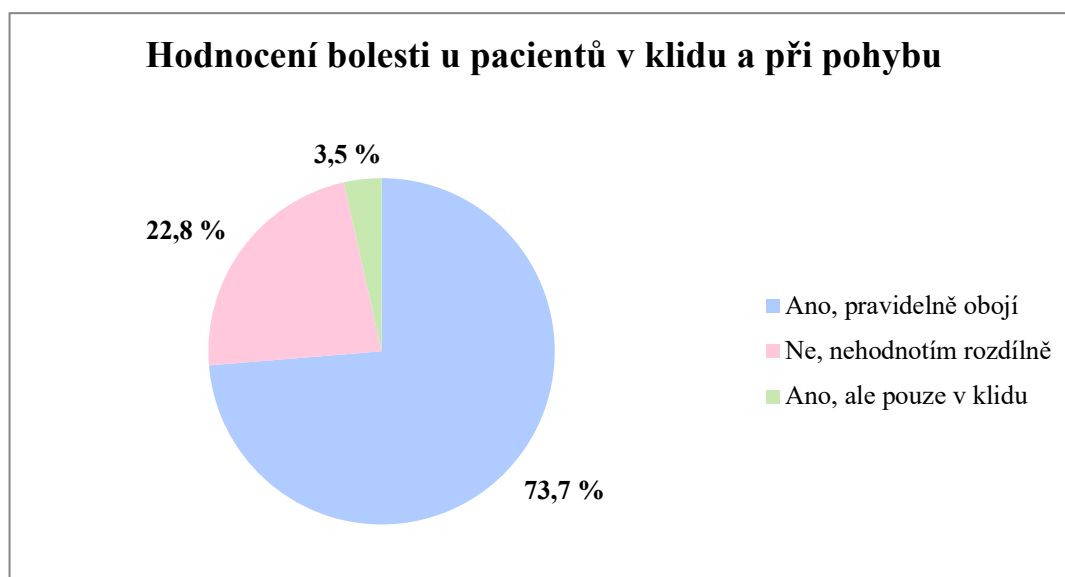


Graf 6: Hodnocení bolesti po podání analgetik – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 11 (*Provádíte opětovné hodnocení bolesti po podání analgetik?*) se zaměřila na to, zda všeobecné sestry po podání analgetik provádějí opětovné hodnocení bolesti pacienta. Výsledky ukázaly, že naprostá většina respondentů,

konkrétně 56 sester (96,6 %), uvedla, že bolest po podání analgetik hodnotí vždy. Pouze 2 respondenti (3,4 %) odpověděli, že tak činí občas. Žádná z dotázaných sester neuvedla, že by opětovné hodnocení bolesti nikdy neprováděla, ani že by ho neprováděla kvůli nedostatku času.

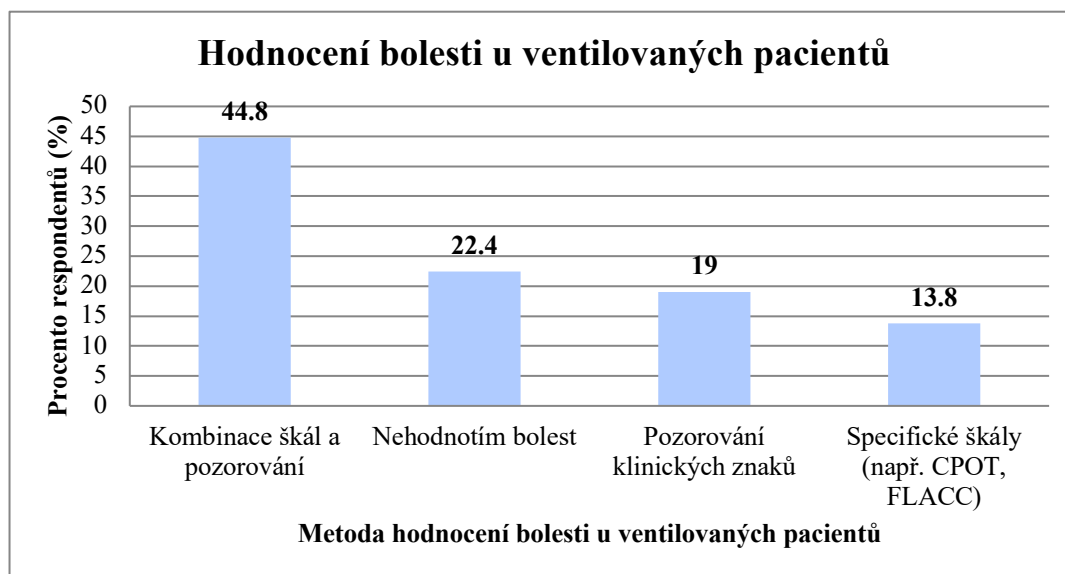
Výsledky naznačují, že opětovné hodnocení bolesti po analgetické terapii je mezi sestrami běžně praktikováno. Odpovědi zároveň ukazují, že u většiny respondentů je tento postup standardní součástí péče.



Graf 7: Hodnocení bolesti v klidu a při pohybu – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 12 (*Hodnotíte bolest u pacientů v klidu a při pohybu?*) zjišťovala, zda sestry při hodnocení bolesti pacientů rozlišují bolest v klidu a při pohybu. Z celkového počtu 58 respondentů odpovědělo 57. Možnost „Ano, pravidelně obojí“ uvedlo 42 respondentů (73,7 %). Odpověď „Ne, nehodnotím rozdílně“ označilo 13 respondentů (22,8 %). Pouze 2 respondenti (3,5 %) uvedli, že hodnotí bolest pouze v klidu. Žádný respondent neoznačil možnost „Ano, ale pouze při pohybu“. Jeden respondent na otázku neodpověděl. Výsledky proto vycházejí ze skutečného počtu odpovědí ($n = 57$). Statistická analýza neprokázala významnou souvislost mezi vzděláním a tím, zda sestry hodnotí bolest rozdílně v klidu a při pohybu ($\chi^2 = 13,47$, $p = 0,097$), ani mezi délkou praxe a touto praxí (χ^2

= 2,27, $p = 0,518$). Ačkoli se zdá, že starší a zkušenější sestry častěji nehodnotí bolest rozdílně, tento rozdíl není statisticky významný.



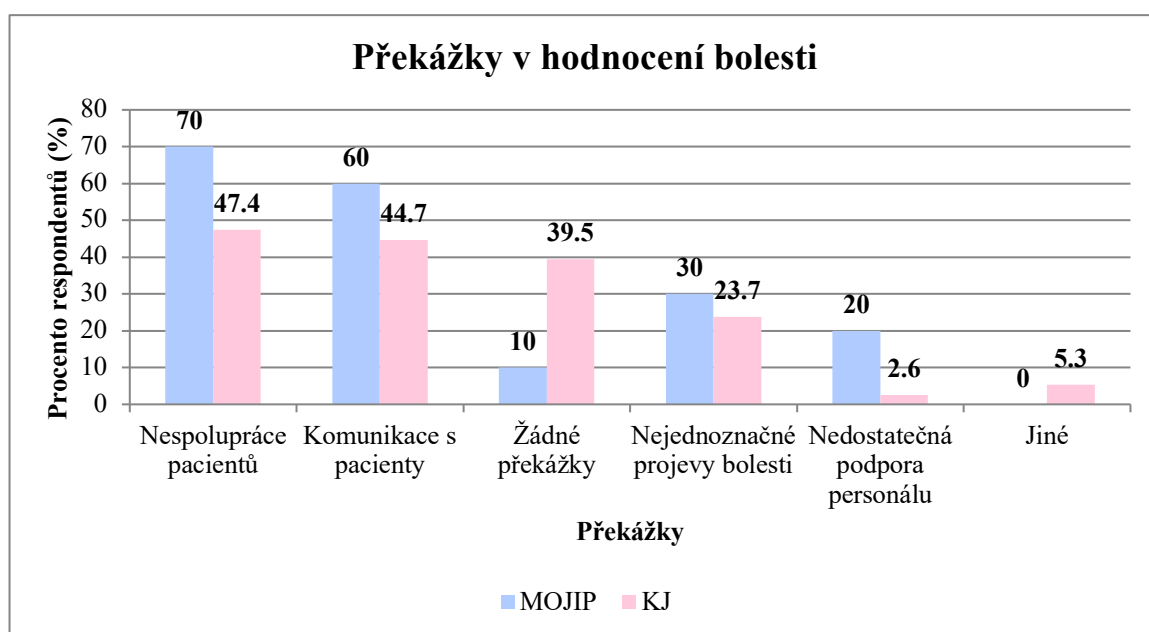
Graf 8: Používané metody hodnocení bolesti u ventilovaných pacientů – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 13 (*Jak hodnotíte bolesti u ventilovaných nebo nekomunikujících pacientů?*) se zaměřovala na metody, které sestry využívají k hodnocení bolesti u ventilovaných nebo nekomunikujících pacientů. Nejčastěji byla uváděna kombinace specifických škál pro hodnocení bolesti a pozorování klinických znaků a fyziologických funkcí, kterou uvedlo 26 respondentů (44,8 %). Samotné pozorování klinických znaků využívá 11 respondentů (19,0 %). Specifické škály, jako CPOT nebo FLACC, uvedlo 8 respondentů (13,8 %). Odpověď „Nehodnotím bolest u ventilovaných pacientů“ zvolilo 13 respondentů (22,4 %). Dva respondenti uvedli v odpovědi „Jiné“ škálu FLACC, která patří mezi specifické škály pro hodnocení bolesti u nekomunikujících pacientů, a proto byli při analýze zařazeni do této kategorie.

Při rozdělení odpovědí dle pracoviště uvedlo kombinaci specifických škál a pozorování klinických znaků 10 sester z MOJIP (50,0 %) a 16 sester z KJ (42,1 %). Samotné pozorování klinických znaků volilo 6 sester z MOJIP (30,0 %) a 5

sester z KJ (13,2 %). Specifické škály využívají 2 sestry z MOJIP (10,0 %) a 6 sester z KJ (15,8 %).

Možnost, že bolest u ventilovaných pacientů nehodnotí, uvedli 2 respondenti z MOJIP (10,0 %) a 11 respondentů z KJ (28,9 %). Někteří respondenti z KJ (n = 3) v komentáři uvedli, že se na jejich pracovišti s ventilovanými pacienty nesetkávají, což může být jedním z důvodů volby této odpovědi.



Graf 9: Překážky v hodnocení bolesti u pacientů dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 14 (*S jakými překážkami se setkáváte při hodnocení bolesti?*) se zaměřila na identifikaci překážek, které mohou komplikovat hodnocení bolesti u pacientů. Každý respondent mohl označit více odpovědí, což umožnilo zachytit nejčastěji vnímané bariéry.

Nejčastější překážkou byla „Nespolupráce pacientů“, kterou označilo 14 respondentů (70,0 %) na MOJIP a 18 respondentů (47,4 %) na KJ. Tato odpověď zahrnovala situace, kdy pacient odmítá sdělit informace o své bolesti, nekomunikuje, nereaguje na podněty zdravotníků nebo aktivně odmítá spolupráci při hodnocení bolesti. Další častou bariérou byla „Komunikace s pacienty“,

například jazyková bariéra, zmatenost, snížená schopnost pacienta vyjádřit bolest nebo poruchy vědomí. Tuto možnost zvolilo 12 respondentů (60,0 %) na MOJIP a 17 respondentů (44,7 %) na KJ.

„Nejednoznačné projevy bolesti u pacientů“ byly uvedeny 6 respondenty (30,0 %) na MOJIP a 9 respondenty (23,7 %) na KJ. Tato odpověď zahrnovala situace, kdy pacient bolest nevyjadřuje jednoznačně, například neverbálními projevy nebo změnami chování, což může ztížit její hodnocení. Další překážkou byla „Nedostatečná podpora ze strany ostatního zdravotnického personálu“, kterou označili 4 respondenti (20,0 %) na MOJIP a 1 respondent (2,6 %) na KJ. Tento faktor odráží vnímaný nedostatek spolupráce mezi sestrami a lékaři při posuzování bolesti a rozhodování o analgetické terapii.

Významný rozdíl mezi jednotkami byl zaznamenán u odpovědi „Žádné překážky“, kterou označili 2 respondenti (10,0 %) na MOJIP a 15 respondentů (39,5 %) na KJ. Odpověď „Jiné“ byla zvolena 2 respondenty (5,3 %) na KJ, na MOJIP ji žádný respondent neoznačil (0,0 %). V této kategorii respondenti uvedli například názor, že „hodnocení bolesti pomocí VAS škály je subjektivní, protože každý pacient vnímá bolest jinak“ a že „někteří pacienti bolest záměrně zastírají“, což může ovlivnit její hodnocení.

Možnosti „Nedostatek času“, „Nedostatečné znalosti a školení“ a „Technické problémy“ nebyly označeny žádným respondentem, a proto nejsou tyto odpovědi uvedeny v grafu.

Analýza kombinací odpovědí ukázala, že na MOJIP označilo více než jednu překážku 6 respondentů (30,0 %). Nejčastější kombinací byla „Komunikace s pacienty“ a „Nespolupráce pacientů“ (6 respondentů; 30,0 %). Další kombinací byla „Komunikace s pacienty“, „Nejednoznačné projevy bolesti“ a „Nespolupráce pacientů“ (4 respondenti; 20,0 %).

Na KJ bylo rozložení odlišné – více než jednu odpověď označilo 16 respondentů (42,1 %), zatímco 22 respondentů (57,9 %) uvedlo pouze jednu možnost. Nejčastější kombinací byla „Komunikace s pacienty“, „Nejednoznačné

projevy bolesti“ a „Nespolupráce pacientů“ (6 respondentů; 15,8 %). Druhou nejčastější kombinací byla „Komunikace s pacienty“ a „Nespolupráce pacientů“ (5 respondentů; 13,2 %).

Pokud se podíváme na respondenty, kteří označili pouze jednu odpověď, na KJ tak učinilo 22 respondentů (57,9 %), z nichž většina (15 respondentů; 39,5 %) uvedla možnost „Žádné překážky“. To naznačuje, že na KJ sestry vnímají hodnocení bolesti jako méně problematické. Na MOJIP označilo pouze 6 respondentů (30,0 %) jedinou odpověď, přičemž „Žádné překážky“ uvedli jen 2 z nich (10,0 %), což ukazuje, že na tomto oddělení je hodnocení bolesti častěji spojováno s určitými obtížemi.

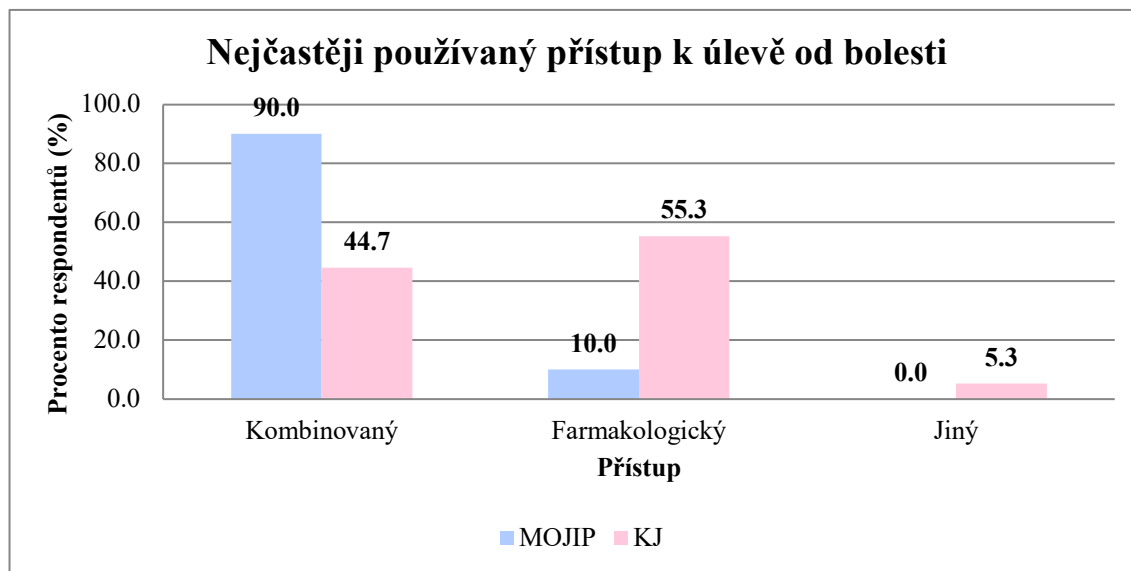
Pro ověření, zda jsou rozdíly mezi odpověďmi respondentů z MOJIP a KJ statisticky významné, byl proveden Chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledná hodnota testové statistiky činí $\chi^2 = 10,55$ s dosaženou hodnotou $p = 0,061$. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nebyly rozdíly mezi odpověďmi jednotlivých oddělení potvrzeny jako statisticky významné ($p > 0,05$). Výsledek však naznačuje možný trend k odlišnostem, který by mohl být patrnější při větším vzorku respondentů.

Analýza vlivu délky praxe a úrovně vzdělání na počet vnímaných bariér při poskytování úlevy od bolesti odhalila pouze slabé vztahy. Mezi délkou praxe a počtem bariér byla nalezena slabá pozitivní korelace ($r = 0,204$), což může naznačovat, že zkušenější sestry vnímají překážky častěji, pravděpodobně v důsledku širšího povědomí o systémových nedostacích. Naopak mezi úrovní vzdělání a počtem bariér se objevila slabá negativní korelace ($r = -0,115$), což může reflektovat lepší připravenost a adaptabilitu vzdělanějších sester. Oba vztahy však nejsou statisticky významné.

Pomoc při zmírnění bolesti

Poslední část dotazníku se zaměřuje na způsoby, jakými sestry pomáhají pacientům zmírnit bolest, a na překážky, se kterými se při této péči setkávají. Zjišťuje, zda využívají farmakologické či nefarmakologické metody, jak vnímají

spolupráci s týmem APS a co by jim pomohlo efektivněji poskytovat úlevu od bolesti. Sleduje také faktory ovlivňující využití podpory při léčbě bolesti a možnosti jejího zlepšení.



Graf 10: Přístup k úlevě od bolesti dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

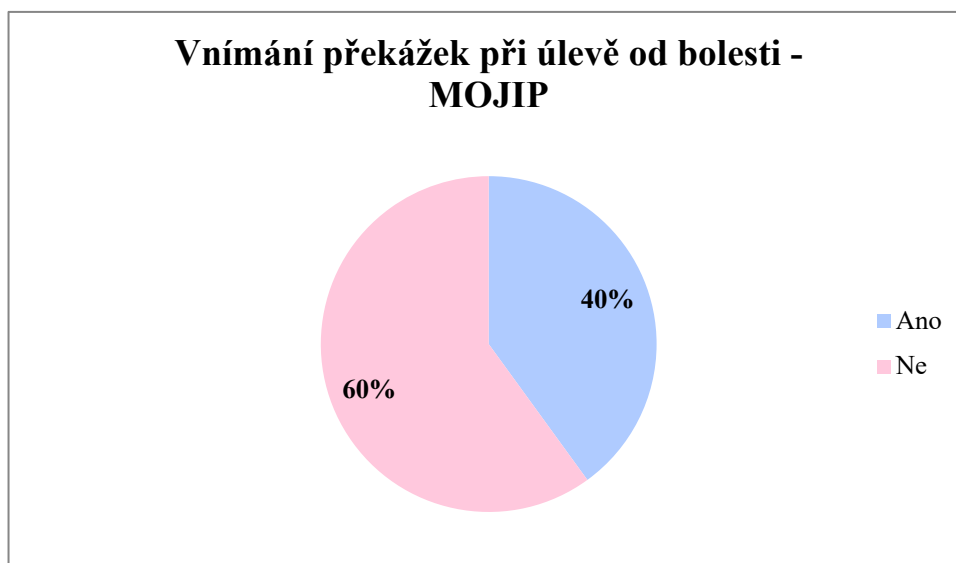
Otázka č. 15 (*Jaký přístup nejčastěji volíte k úlevě od bolesti?*) zjišťovala, jaký přístup sestry nejčastěji volí k úlevě od bolesti u pacientů. Většina respondentů zvolila jako nejčastější kombinovaný přístup, který zahrnuje farmakologické i nefarmakologické metody např. léčba chladem, teplem, úlevovou polohou apod. Tento přístup uvedlo 18 respondentů (90,0 %) na MOJIP a 17 respondentů (44,7 %) na KJ. Farmakologický přístup dle ordinace lékaře byl na MOJIP méně častý, uvedli jej 2 respondenti (10,0 %). Na KJ jej označilo 21 respondentů (55,3 %), což je nejčastěji volená varianta na tomto oddělení.

Odpověď „Jiný přístup“ byla uvedena pouze na KJ, kde ji označili 2 respondenti (5,3 %). Tito respondenti specifikovali svou odpověď jako kombinaci farmakologické léčby s elevací postižené části těla, což odpovídá nefarmakologickým metodám. Žádný respondent nezvolil možnost „Nefarmakologický (např. RICE - Rest, Ice, Compression, Elevation)“ jako samostatný přístup.

Pro ověření, zda volba přístupu souvisí s pracovištěm, byl proveden Chí-kvadrát test nezávislosti, který potvrdil statisticky významný rozdíl mezi jednotkami ($\chi^2 = 9,41$; $p = 0,0022$). Na MOJIP sestry častěji volily kombinovaný přístup, zatímco na KJ byl výrazně častější farmakologický přístup. Tento výsledek ukazuje, že preference v přístupu k úlevě od bolesti mezi jednotkami nejsou stejné a souvisejí s prostředím daného pracoviště.

Statistická analýza neprokázala významnou souvislost mezi úrovní vzdělání a volbou přístupu k léčbě bolesti ($\chi^2 = 4,27$, $p = 0,37$). To znamená, že ve zkoumaném vzorku nelze jednoznačně tvrdit, že vyšší vzdělání ovlivňuje preferenci mezi farmakologickým a kombinovaným přístupem. Přesto mohou mezi jednotlivými skupinami existovat určité rozdíly, které však nejsou dostatečně silné, aby byly statisticky průkazné.

Naopak délka praxe se ukázala jako významný faktor ovlivňující volbu přístupu k léčbě bolesti ($\chi^2 = 14,94$, $p = 0,0019$). Výsledky naznačují, že méně zkušené i velmi zkušené sestry preferují kombinovaný přístup, zatímco sestry se střední délkou praxe se častěji spoléhají na farmakologickou léčbu. Ve skupině s méně než 5 lety praxe volilo kombinovaný přístup 7 respondentů (100 %). V kategorii s praxí 5–10 let volilo 5 respondentů (100 %) pouze farmakologickou léčbu. U sester s praxí 11–20 let převládal farmakologický přístup u 8 respondentů (57,1 %), zatímco kombinovaný přístup zvolilo 6 respondentů (42,9 %). Nejzkušenější sestry s praxí nad 20 let preferovaly kombinovaný přístup ve 22 případech (68,8 %), zatímco farmakologickou léčbu volilo 10 respondentů (31,2 %).

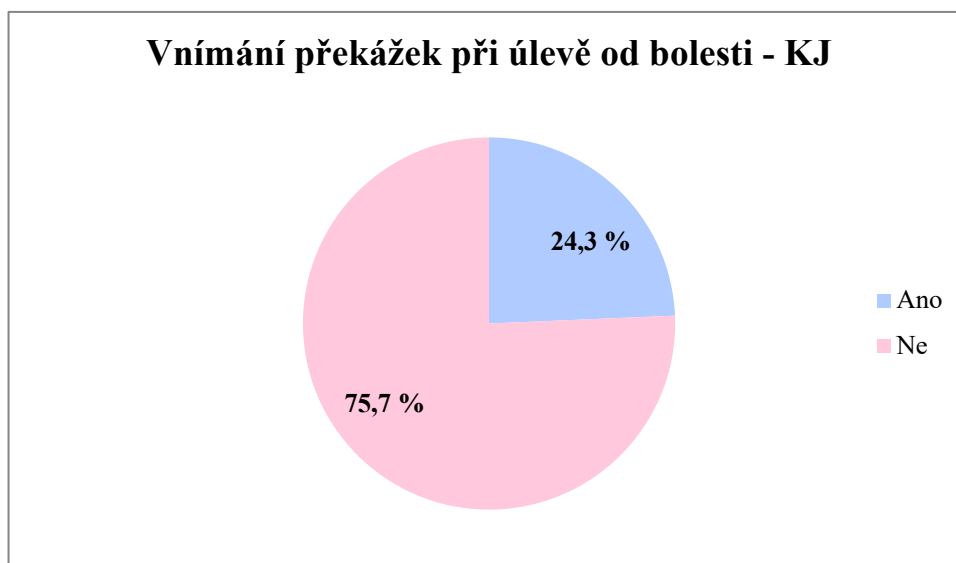


Graf 11: Vnímání překážek při poskytování adekvátní úlevy od bolesti na pracovišti MOJIP - procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 16 (*Vnímáte překážky při snaze poskytnout pacientovi adekvátní úlevu od bolesti?*) byla zaměřena na to, zda respondenti vnímají překážky při poskytování adekvátní úlevy od bolesti. Respondenti měli možnost zvolit jednu ze dvou nabízených odpovědí: „Ano (prosím specifikujte)“ nebo „Ne“. V případě, že označili možnost „Ano“, měli své odpovědi blíže specifikovat. Někteří respondenti však i přes uvedenou instrukci překážky dále nespecifikovali.

Na MOJIP zvolilo odpověď „Ano“ celkem 8 respondentů (40,0 %), zbývajících 12 respondentů (60,0 %) zvolilo odpověď „Ne“. Z osmi respondentů, kteří uvedli, že překážky vnímají, specifikovalo své odpovědi 6 respondentů. Mezi konkrétní překážky uvedené respondenty z MOJIP patřily:

- „každý pacient reaguje jinak a musíme opakovaně za lékaři, aby správně a pravidelně rozepsali analgetika v adekvátní dávce“,
- „občas nespolupráce ze strany pacienta“,
- „obava opiátů ze strany lékařů“ (2 respondenti),
- „ze strany ošetřujícího lékaře“,
- „lékaři někdy nevěří, že má pacient bolesti, mají strach z použití silnějších analgetik či opiátů“.



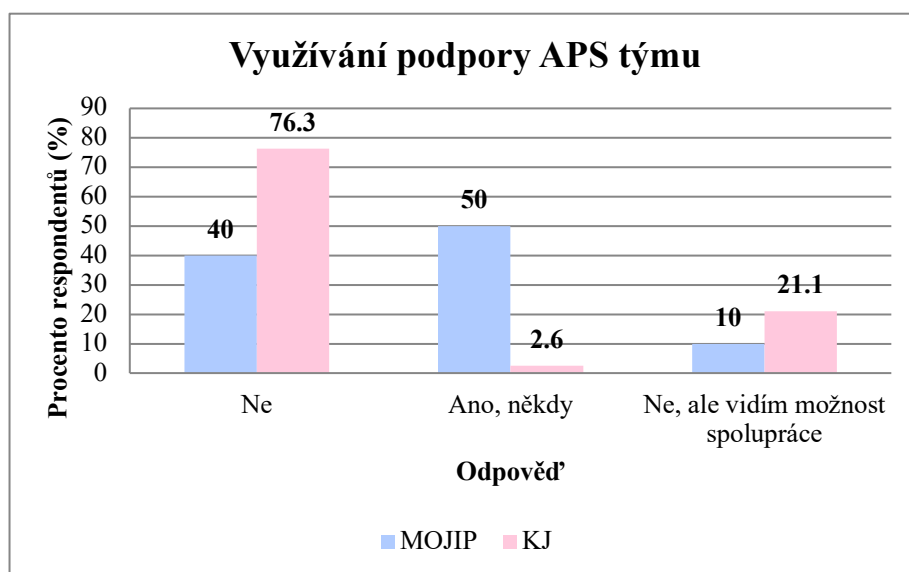
Graf 12: Vnímání překážek při poskytování adekvátní úlevy od bolesti na pracovišti KJ - procentuální rozdělení odpovědí

Na KJ uvedlo odpověď „Ano“ 9 respondentů (24,3 %), zatímco většina respondentů (28; 75,7 %) odpověděla „Ne“. Jeden respondent otázku nevyplnil (n=37). Z devíti respondentů, kteří vnímali překážky, specifikovalo své odpovědi 8 respondentů. Respondenti z KJ uváděli překážky jako:

- „nedostatečná analgetická terapie“ (2 respondenti),
- „slabá analgezie“,
- „lékař“,
- „někteří lékaři se bojí ordinovat opiátovou terapii“,
- „lékař neordinuje analgetika adekvátně stavu pacientů“,
- „lékařská neznalost ve farmakologické analgosedaci a osobní neznalost v dané problematice“,
- „osobní nejistota a neinformovanost v oblasti léčby bolesti“.

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů z obou sledovaných jednotek překážky při poskytování adekvátní úlevy od bolesti nevnímá. U respondentů, kteří překážky uvedli, byly nejčastěji zmiňovány faktory spojené s preskripcí analgetické terapie ze strany lékařů. Respondenti dále poukazovali také na

překážky spojené s individuálními rozdíly v reakcích pacientů a v menší míře také na vlastní nejistotu nebo nedostatečné znalosti v oblasti léčby bolesti.



Graf 13: Využívání spolupráce s APS týmem dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 17 (*Využíváte při Vaší práci podporu nebo spolupráci s týmem APS - Acute Pain Service?*) zjišťovala, zda všeobecné sestry při své práci využívají podporu nebo spolupráci s týmem APS. Výsledky ukazují rozdíly mezi MOJIP a KJ jak v reálném využívání APS, tak v tom, zda sestry tuto spolupráci vůbec vnímají jako možnou.

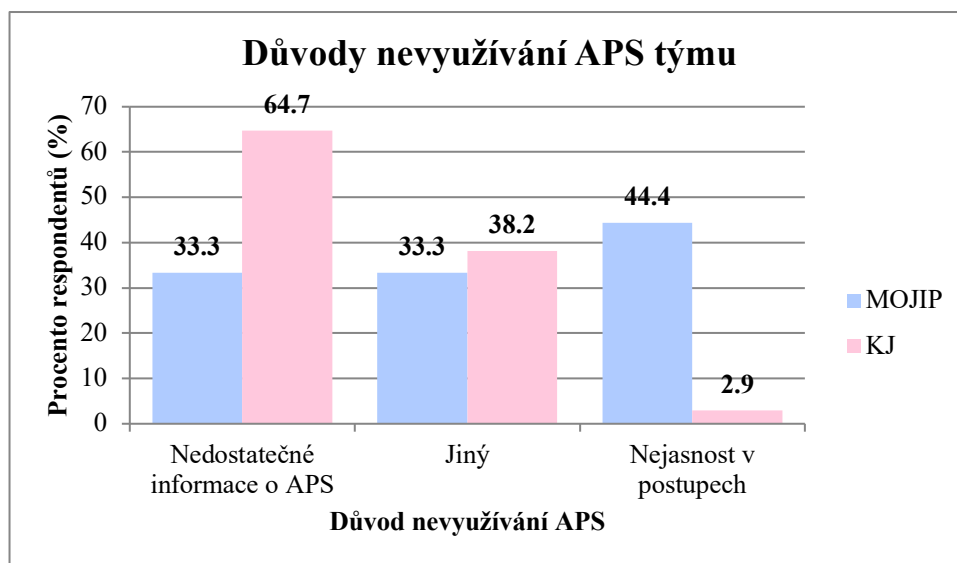
Na MOJIP odpovědělo 10 respondentů (50,0 %), že APS tým využívají „někdy“. Možnost spolupráce s APS týmem vidí 2 respondenti (10,0 %), zatímco 8 respondentů (40,0 %) uvedlo, že podporu APS nevyužívají. Žádný respondent nevybral odpověď „Ano, často“. Celkem tedy 12 respondentů (60,0 %) na MOJIP podporu APS využívá nebo ji alespoň vnímá jako možnou.

Na KJ odpovědělo 29 respondentů (76,3 %), že APS tým nevyužívají. Možnost spolupráce vnímá 8 respondentů (21,1 %), zatímco 1 respondent (2,6 %) uvedl, že APS využívá „někdy“. Odpověď „Ano, často“ nevybral žádný respondent. Celkem tedy 9 respondentů (23,7 %) na KJ spolupráci s APS vnímá

nebo využívá, zatímco 29 respondentů (76,3 %) ji zcela nevyužívá a nevidí možnost spolupráce.

Výsledky ukazují, že sestry na MOJIP častěji využívají podporu APS týmu, ale i zde je spolupráce omezená. Naopak na KJ je využití APS minimální, přičemž většina sester tuto možnost ani nevnímá jako reálnou. V rámci analýzy bylo zkoumáno, zda sestry, které nevyužívají podporu APS, vnímají více bariér při poskytování úlevy od bolesti než ty, které APS využívají.

Výsledky ukázaly, že průměrný počet vnímaných bariér byl 1,67 u sester, které APS využívají, zatímco u sester, které APS nevyužívají, byl tento průměr 1,76. Pro posouzení statistické významnosti rozdílu byl použit Welchův t-test, který lépe pracuje s nerovnoměrnými rozptyly mezi skupinami. Test neprokázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($t = -0,41$; $p = 0,681$). Tyto výsledky naznačují, že využívání APS nemá statisticky průkazný vliv na počet vnímaných bariér při poskytování úlevy od bolesti.



Graf 14: Důvody nevyužívání APS týmu dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 18 (Pokud nevyužíváte pomoc APS, co považujete za hlavní důvod?) zjišťovala hlavní důvody, proč sestry nevyužívají spolupráci s APS týmem. Na tuto otázku měli odpovídat pouze ti, kteří v předchozí otázce č. 17

uvedli, že spolupráci nevyužívají („Ne“ nebo „Ne, ale vidím možnost spolupráce“). Přesto na otázku odpověděli i někteří respondenti, kteří zvolili odpověď „Ano, někdy“, což mohlo ovlivnit interpretaci výsledků. Celkově na otázku neodpověděli 2 respondenti z MOJIP a 4 respondenti z KJ, což znamená, že relevantní počet odpovídajících byl 18 respondentů na MOJIP a 34 respondentů na KJ.

Nejčastěji uváděným důvodem na KJ byla nedostatečná informovanost o APS týmu, kterou označilo 22 z 34 respondentů (64,7 %). Na MOJIP byla nejčastější odpovědí nejasnost v postupech, kterou uvedlo 8 z 18 respondentů (44,4 %). Možnost „jiné důvody“ označilo 6 z 18 respondentů (33,3 %) na MOJIP a 13 z 34 respondentů (38,2 %) na KJ.

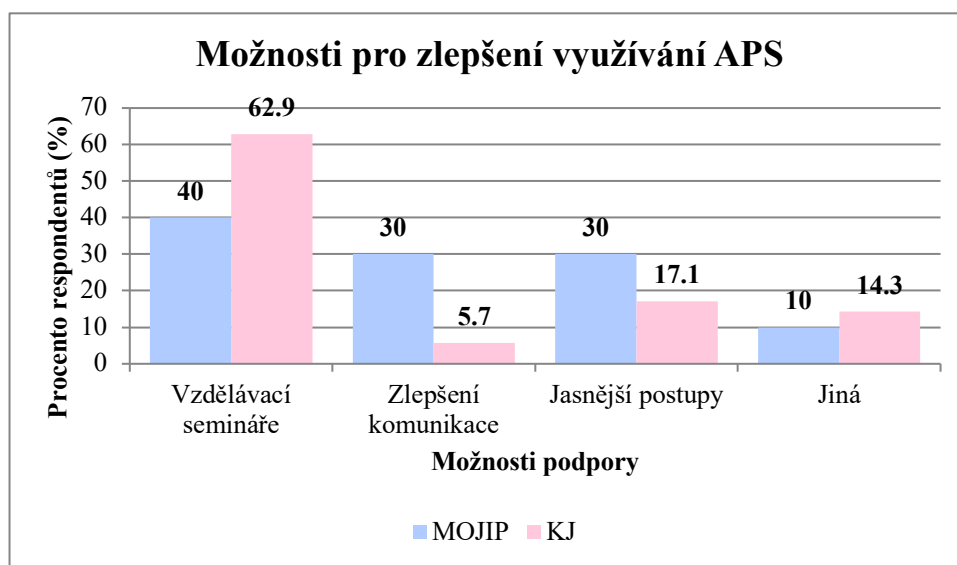
Na MOJIP respondenti nejčastěji uváděli nezvyklost spolupráce s APS týmem nebo její absenci v dosavadní praxi („nejsme na to zvyklí“, „nezvyklost spolupráce“). Někteří respondenti upozornili na komunikační bariéry mezi sestrami a lékaři při zajišťování analgetické péče (2 respondenti: „komunikace s lékaři“). Další sestry uvedly, že ošetřující lékaři nespolupracují nebo nevnímají potřebu zapojení APS týmu (2 respondenti: „nespolupracující ošetřující lékař“).

Na KJ respondenti zmiňovali především organizační faktory a roli lékařů v rozhodování o analgetické terapii. Dva respondenti uvedli, že APS tým není na oddělení dostupný („není na oddělení“). Další dva respondenti zmínili, že mají zavedené vlastní postupy („máme naše postupy“). Stejný počet respondentů (2) uvedl, že kontakt s APS zajišťuje lékař („komunikuje to lékař“). Další dva respondenti neviděli důvod pro spolupráci s APS („není potřeba“). Někteří respondenti uvedli, že lékaři nemají zájem APS kontaktovat (2 respondenti: „nezájem lékařů je kontaktovat“), případně že bolest je vždy dostatečně vyřešena medikamentózně („vždy je bolest medikamentózně vyřešena“). Individuální odpovědi zahrnovaly také neznalost APS týmu („neznám je“), přesvědčení, že sestry zvládají léčbu bolesti bez APS („myslím, že zvládneme léčbu bolesti i bez APS“), nebo že typ bolesti na oddělení je převážně akutní a lze jej zvládnout

pomocí lehkých analgetik („náš typ bolesti na oddělení je převážně akutní a zvládne se pomocí lehkých analgetik“).

Výsledky ukazují, že hlavními bariérami využívání APS týmu jsou nedostatečná informovanost, nejasnosti v postupech a zavedené pracovní zvyklosti. Na MOJIP je kladen důraz na individuální rozhodování lékařů a problematiku komunikace mezi zdravotnickým personálem, zatímco na KJ se častěji objevují organizační faktory, dostupnost APS a zavedené standardní postupy.

Analýza vztahu mezi otázkami č. 14 a č. 18 ukázala statisticky významnou souvislost ($\chi^2 = 58,93$; $p = 0,027$) mezi překážkami v hodnocení bolesti a nevyužíváním APS. Výsledky naznačují, že sestry, které vnímají překážky při hodnocení bolesti, častěji APS nevyužívají nebo nevědí, jak je kontaktovat. Na MOJIP byla nejčastější překážkou „nejednoznačné projevy bolesti u pacientů“, která se v 75 % případů pojila s důvodem nevyužívání APS „nejasnost v postupech“. To naznačuje, že sestry nemají jasně definované postupy pro zapojení APS v situacích, kdy je hodnocení bolesti obtížné. Na KJ byla nejčastější překážkou „nespolupráce pacientů“, která byla v 63,6 % případů spojena s odpovědí „nedostatečné informace o APS“. Tento výsledek ukazuje, že nízká informovanost o APS vede k větší závislosti na pacientově komunikaci. Pokud pacient nespolupracuje, sestry nemají jasný mechanismus, jak situaci řešit.



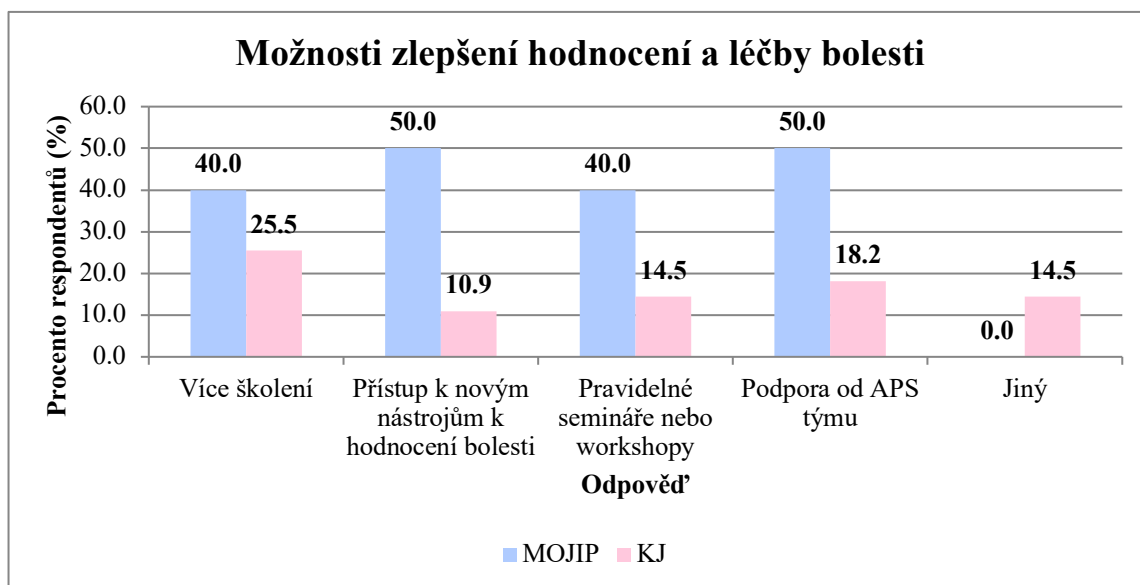
Graf 15: Preferované možnosti pro zlepšení využívání APS dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Otázka č. 19 (*Co by Vám pomohlo více využívat pomoc APS?*) zjišťovala, co by sestřám pomohlo více využívat pomoc APS. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti na MOJIP (n = 20) a 35 respondentů na KJ (n = 35), přičemž 3 respondenti na KJ tuto otázku nevyplnili. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí.

Na MOJIP nejvíce respondenti zmiňovali vzdělávací semináře o APS, které označilo 8 respondentů (40 %), dále jasnější postupy pro kontaktování APS (6 respondentů, 30 %) a zlepšení komunikace s týmem APS (6 respondentů, 30 %). V kategorii „Jiná“ dva respondenti (10 %) uvedli „lepší spolupráce s lékaři“.

Na KJ bylo nejvíce odpovědí v kategorii „vzdělávací semináře o APS“, které označilo 22 respondentů (62,9 %). Dále se objevily odpovědi „jasnější postupy pro kontaktování APS“ (6 respondentů, 17,1 %) a „zlepšení komunikace s týmem APS“ (2 respondenti, 5,7 %). V kategorii „Jiná“ označilo odpověď 5 respondentů (14,3 %), přičemž uvedli: „nevím“ (3 respondenti), „dosud o možnostech spolupráce z pozice NLZP nevím“ a „když je lékař zkontaktuje, budu ráda využívat“.

Výsledky ukazují, že na MOJIP jsou odpovědi více rozmanité. Vzdělávací semináře o APS, jasnější postupy pro kontaktování APS a zlepšení komunikace s APS jsou všechny vysoce hodnoceny, což naznačuje, že sestry na této jednotce vnímají potřebu zlepšit informovanost a organizaci spolupráce. Na KJ převažuje potřeba vzdělávacích seminářů o APS, což ukazuje na výrazný problém s informovaností o APS na této jednotce. Odpovědi v kategorii „Jiná“ ukazují, že komunikace s lékaři a nejistota ohledně možností spolupráce jsou dalšími faktory, které na KJ ovlivňují využívání APS.



Graf 16: Vybrané možnosti zlepšení hodnocení a léčby bolesti dle pracoviště – procentuální rozložení odpovědí

Poslední otázka č. 20 (*Jaké další zdroje informací nebo podpory byste uvítali pro zlepšení hodnocení a léčby bolesti?*) se zaměřila na identifikaci zdrojů informací a forem podpory, které by sestry uvítaly pro efektivnější hodnocení a léčbu akutní bolesti u pacientů na JIP. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Na MOJIP odpovědělo 20 sester (n=20), na KJ 35 sester (n=35), přičemž tři respondenti na KJ na tuto otázku neodpověděly. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí.

Na MOJIP byla nejčastěji zvolena možnost „Podpora od APS týmu“ a „Přístup k novým nástrojům k hodnocení bolesti“, obě shodně 10 respondenty (50 %). Dalších 8 respondentů (40 %) označilo „Více školení“ a stejný počet „Pravidelné semináře nebo workshopy“. Možnost „Jiný“ nebyla v této skupině uvedena.

Na KJ byla nejčastěji volenou odpovědí „Více školení“ (14 respondentů, 25,5 %), následovaná „Podporou od APS týmu“ (10 respondentů, 18,2 %) a „Pravidelnými semináři nebo workshopy“ (8 respondentů, 14,5 %). Možnost „Jiný“ označilo 8 respondentů (14,5 %), přičemž 6 z nich svou odpověď specifikovalo. Mezi těmito odpověďmi se objevilo „Nevím“ (3 respondenti),

„Aby se lékaři nebáli předepisovat opiáty“ (1 respondent) a „Proškolení lékařů“ (2 respondenti).

Výsledky naznačují rozdílné preference mezi pracovišti. Sestry na MOJIP častěji zdůrazňovaly potřebu spolupráce s APS týmem a přístup k novým nástrojům pro hodnocení bolesti, zatímco na KJ byla nejčastěji zmiňována potřeba vzdělávání formou školení a seminářů.

9.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní část výzkumu byla realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů (viz příloha č. 2), které proběhly se šesti všeobecnými sestrami. Tři respondenty působí na kardiologické JIP (v textu označeny jako KJ 1–3), zbývající tři na multioborové JIP (MOJIP 1–3). Rozhovory se zaměřovaly na zkušenosti sester s rozpoznáváním, hodnocením a zvládáním akutní bolesti u pacientů v intenzivní péči.

Rozpoznání bolesti

Rozpoznání bolesti u pacientů je pro sestry každodenní součástí péče, která se však neřídí jedním pevným schématem. Odpovědi respondentek ukazují, že bolest hodnotí jako komplexní jev, který je nutné vnímat v kontextu stavu pacienta, jeho schopnosti komunikace i konkrétní situace. Většina sester proto vychází z kombinace pozorování, slovního kontaktu a intuice, kterou si osvojily praxí. Tyto poznatky vyplynuly z odpovědí na otázky: „*Jak rozpoznáváte, že váš pacient trpí bolestí? Jaké znaky nebo symptomy vás na to upozorňují?*“, „*Které typy bolesti nejčastěji vidíte na svém pracovišti?*“ a „*Které diagnózy jsou podle vás nejčastěji spojeny s akutní bolestí?*“ Výpovědi ukazují praktické uvažování sester, které vychází z bezprostředního kontaktu s pacientem a schopnosti vnímat jeho potřeby i v případě omezené komunikace.

Mnohé sestry zmiňují, že bolest je na pacientech jednoduše „vidět“. Typickými projevy jsou podle nich grimasy, neklid v lůžku či úlevová poloha:

„Grimasování, neklid v lůžku. Pak třeba slovně, že se sám pacient zmíní, že má bolest.“ (KJ 1)

„Sleduji grimasy, neklid, zvýšený tlak nebo tep. Pacienti často sami sdělí bolest.“ (KJ 3)

„Tak u pacienta poznám, když má třeba tachykardii, úlevovou polohu, zvýšený krevní tlak, řekne mi to, ukáže mi to – grimasy bolestivý.“ (MOJIP 2)

„Úlevová poloha, někdy grimasy. A někdy to řekne.“ (MOJIP 1)

U pacientů, kteří jsou schopni verbálně komunikovat, sestry aktivně vyhledávají informace o bolesti cíleným dotazováním. Využívají přímé otázky i jednoduché škály, někdy však čelí potížím s jejich pochopením:

„Když po něm chceme hodnocení na škále, tak na nás kouká a neví, o čem je řeč. Tak mu to vysvětlujeme – že málo je, když může fungovat, a hodně, když už nemůže ani vstát z postele.“ (MOJIP 1)

„Tak asi nejčastější je, že se ho zeptám na tu bolest.“ (KJ 2)

„Zeptám se pacienta – chcete něco na bolest?“ (MOJIP 2)

Pokud pacient není schopen komunikace, například kvůli sedaci nebo UPV, sestry přecházejí na hodnocení podle fyziologických změn a chování. Upozorňují na tachykardii, zvýšený krevní tlak, změny na EKG, mimiku nebo reakce při manipulaci:

„U pacientů na ventilátoru používáme škály CPOT a taky posuzujeme EKG křivku, kde může být například tachykardie, dále nějaké pohyby pacienta, grimasy, zakusování endotracheální kanyly.“ (MOJIP 3)

„Ventilovaní jsou většinou sedovaní, takže tam se to pozná těžko. Koukáme na grimasy, tachykardii, ale často to moc nejde poznat.“ (MOJIP 1)

„Tepová frekvence třeba může bejt, asi i neklid... fyziologický funkce.“ (KJ 3)

Z rozhovorů vyplývá, že fyziologické změny nejsou s jistotou spojovány s bolestí. Sestry si uvědomují, že mohou být ovlivněny i jinými faktory, jako je stres nebo agitace. Proto často spoléhají i na intuici a celkový dojem z pacienta:

***„Musím věřit pacientovi, že opravdu má bolest, protože bolest já nezměřím.“
(MOJIP 2)***

„Je to jen otázka toho, že se prostě koukneš a víš. Při práci kolem pacienta to poznáš.“ (MOJIP 1)

Zkušenosti respondentek ukazují, že rozpoznání bolesti není otázkou jednoho postupu. Sestry si osvojují dovednost kombinovat různé indicie, přemýšlet nad nimi v kontextu a přizpůsobovat svůj přístup konkrétnímu pacientovi.

V rámci rozpoznání bolesti sestry často popisují nejen projevy bolesti, ale také typy, se kterými se na svém pracovišti běžně setkávají. Ačkoliv odborná terminologie jako „nociceptivní“ nebo „neuropatická“ se ve výpovědích téměř nevyskytuje, z jejich popisů je patrné, že bolest vnímají jako mnohohrstevnatý jev, který rozlišují podle délky trvání, charakteru a souvislosti s konkrétním onemocněním.

Na KJ sestry jednoznačně popisují převahu akutní bolesti, a to zejména v souvislosti s infarktem myokardu, koronárními syndromy či pooperačními stavy:

„Vzhledem ke kardiologii nebo koronárce bych řekla ta akutní související s infarktem. To máme nejčastěji. Pak samozřejmě přidružené choroby, třeba záda – to jsou spíš ty chronický.“ (KJ 3)

„Akutní bolesti po výkonech, kdy mají pacienti klidový režim a nemůžou se hýbat. Chronické máme méně často.“ (KJ 2)

***„Akutní bolesti jako infarkt. Ale i přidružené chronické – třeba bolesti páteře.“
(KJ 1)***

Naopak sestry z MOJIP častěji uváděly chronické bolesti, které se vyskytují u dlouhodobě ležících pacientů nebo v souvislosti s pokročilým onkologickým onemocněním. Významná část výpovědí zahrnovala také bolesti spojené s neurologickými diagnózami či akutními stavy, jako je například pankreatitida:

„Asi chronický bolesti a dost často míváme nádorový bolesti. Nejčastější jsou chronické bolesti zad. Ty neurologické – jak kdy.“ (MOJIP 1)

„Nejčastější je akutní pankreatitida. Z těch chronických snad bércové vředy.“ (MOJIP 3)

„Nejčastěji vidáme chronický bolesti. Ale i ty neuropatické tady jsou hodně. Ty akutní nebývají tak často, ale jsou taky.“ (MOJIP 2)

Některé výpovědi ukazují, že sestry bolest hodnotí v přímé souvislosti s konkrétními situacemi a diagnózami, často i bez použití odborných pojmů. Přesto je jejich porozumění bolesti hluboce zakotveno v každodenní praxi a v péči o konkrétní pacienty:

„To by asi byly ty pankreatitidy, protože to opravdu bolí. A maximálně, když někdo se pokusí o sebevraždu, tak se třeba podřeže – to může být taky akutní bolest.“ (MOJIP 2)

Přestože klasifikace bolesti není systematizována podle odborných schémat, sestry dokážou jasně pojmenovat nejčastější typy bolesti, se kterými se na svých pracovištích setkávají. Akutní bolest je vnímána jako dominantní na KJ, zatímco chronická je častější na MOJIP. Objevují se také zmínky o nádorové a neuropatické bolesti, i když odborné termíny nejsou používány konzistentně. Výpovědi sester tak ukazují na praktické, zkušenostní vnímání bolesti, které není nutně závislé na teoretickém rámování, ale spíše na klinickém úsudku a každodenním kontaktu s pacientem.

Z rozhovorů je však patrný i jistý rozpor – zatímco některé respondentky uvádějí, že se s nádorovou bolestí setkávají často, jiné ji vnímají jako okrajovou nebo zcela absentující. Například jedna sestra uvedla:

„Dost často míváme nádorový bolesti.“ (MOJIP 1), zatímco jiná na stejném pracovišti tvrdí: **„Nádorové – minimálně, to sem nechodí.“ (MOJIP 3).** Tento nesoulad může být dán odlišným vnímáním typů pacientů v různých směrech, úsekovým rozdělením péče, nebo individuálním pojetím toho, co sestry považují za „nádorovou bolest“. I tato variabilita podtrhuje, že zkušenost s bolestí je subjektivní a úzce vázaná s konkrétní praxí dané sestry.

V souvislosti s akutní bolestí sestry uvedly specifické diagnózy, které jsou na jejich pracovištích nejčastěji spojovány s tímto typem bolesti. Odpovědi se lišily podle typu oddělení.

Na KJ byla bolest na hrudi, především při infarktu myokardu, nejčastěji zmiňovaným projevem akutní bolesti. Sestry dále uváděly další kardiologické diagnózy, jako je plicní embolie, angina pectoris či arytmie po ablaci, které jsou rovněž považovány za časté příčiny akutní bolesti:

„Infarkt. Tady ten infarkt. Pak možná i plicní embolie – taky mívají bolesti na hrudi. A nějaký endokarditidy.“ (KJ 3)

„Infarkt myokardu, angina pectoris, někdy bolesti spojené s arytmiemi nebo ablací.“ (KJ 2)

Naopak na MOJIP byla nejčastěji zmiňována akutní bolest břicha, především u pacientů s pankreatitidou. Tato diagnóza byla označována jako velmi intenzivní a výrazně bolestivá:

„Máme pacienty s akutními pankreatitidami, takže akutní bolesti břicha, to tady máme. To tady je hodně.“ (MOJIP 1)

„S akutní bolestí? Pankreatitidy, protože to opravdu bolí.“ (MOJIP 2)

Dalším významným tématem byly bolesti spojené s výkony, jako je cévkování, které bylo u mužských pacientů často zmiňováno jako bolestivý výkon:

„Cévkování. No jenom cévkování asi. A někdo má problém s nazogastrickou sondou, ale to mi spíš přijde, že to je jenom nepříjemné. Ale cévkování rozhodně bolest je.“ (MOJIP 1)

„Cévkování chlapů – to prostě vím, že bolí. Ale ne vždycky to pacient řekne.“ (MOJIP 2)

Tento přístup k diagnózám ukazuje, že sestry vnímají bolest v širším kontextu, než jen podle formální lékařské diagnózy. Diagnóza je pro ně často spojena s konkrétním momentálním stavem pacienta, jeho reakcemi a projevy bolesti.

Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti je nedílnou součástí ošetrovatelské péče na JIP. Ze získaných rozhovorů vyplynulo, že sestry při této činnosti kombinují různé přístupy – standardizované numerické škály, verbální komunikaci i pozorování fyziologických a behaviorálních projevů pacienta. Volba metody se přitom vždy přizpůsobuje stavu nemocného a možnostem konkrétní situace. Odpovědi se vztahovaly k otázkám typu: „*Jaké metody používáte k hodnocení intenzity bolesti u pacientů?*“, „*Jak často hodnotíte bolest u pacientů během dne?*“, „*Jak postupujete při hodnocení bolesti u pacientů na ventilátoru nebo jiných nekomunikujících pacientů?*“, „*Používáte v praxi konkrétní nástroje či škály pro hodnocení bolesti, jako je například CPOT?*“ a „*Jaké faktory ovlivňují vaši schopnost správně zhodnotit bolest u pacientů?*“ Tyto dotazy umožnily hlubší vhled do praxe hodnocení bolesti a ukázaly, že sestry přistupují k této oblasti pružně, s ohledem na konkrétní kontext a klinickou zkušenost.

U pacientů při vědomí a schopných spolupráce sestry nejčastěji zmiňovaly použití VAS. V odpovědích se často objevovalo označení „VAS 0–10“, přičemž

bylo patrné, že sestry tímto označením ve skutečnosti myslí numerickou hodnotící škálu NRS, na kterou se pacienta ústně dotazují.

Tato záměna pojmů je běžná a odráží zakořeněný zvyk označovat škálu 0–10 jako VAS, i když se technicky jedná o NRS – tedy numerickou škálu, kde pacient slovně udává číslo odpovídající intenzitě bolesti. Oproti tomu VAS je tvořena nepopsanou čarou délky 10 cm, na níž pacient vlastní rukou vyznačuje intenzitu bolesti, což v běžné klinické praxi nebývá realizováno.

Jak potvrdila i analýza rozhovorů, sestry obvykle pacientům vysvětlují škálu slovně nebo za pomoci tabulek s piktogramy a dotazují se, jakou intenzitu bolesti by na škále 0–10 označili:

„Nejvíc se u nás používá škála bolesti VAS od 0 do 10. Máme i tabulku, kde je usměváček – nula, že ho nic nebolí, a desítka je neskutečná bolest.“ (MOJIP 2)

Vedle numerické škály je běžnou praxí také přímé dotazování. Sestry se na bolest ptají opakovaně, často i mimo formální dokumentaci, například při změně stavu nebo každodenním kontaktu:

„Pokud víme, že má nějaké bolesti, tak se ptám během dne... vždycky se zeptám, jestli má bolest.“ (MOJIP 2)

„Ptáme se, jak moc to bolí – od jedné do deseti. Deset je ta nejhorší bolest, co kdy měl.“ (KJ 3)

„Zeptám se na bolest, podle toho potom hodnotím.“ (KJ 2)

Hodnocení bolesti je složitější u pacientů, kteří nejsou schopni slovní komunikace – například kvůli sedaci nebo neurologickému stavu. Sestry se v těchto případech opírají o pozorování neverbálních projevů, změn vitálních funkcí a chování při manipulaci. Některé z nich zmiňovaly využití škály CPOT, která je určena právě pro tyto situace. Její používání však není na všech pracovištích plně systematizované:

„U pacientů na ventilátoru používáme škálu CPOT a taky posuzujeme EKG křivku – kde může být například tachykardie, pohyby pacienta, grimasy, zakusování endotracheální kanyly a podobně.“ (MOJIP 3)

„CPOT používáme, ale často intuitivně – někdo víc, někdo míň.“ (MOJIP 3)

Z dalších odpovědí vyplynulo, že ačkoliv sestry škálu CPOT vnímají, v běžné praxi se někdy opírají spíše o obecné pozorování a zkušenost než o formální skórování. Využití objektivního nástroje je tak částečné a závislé na konkrétním personálu i nastavení oddělení.

Jak často sestry bolest hodnotí, závisí především na přítomnosti obtíží. U pacientů bez bolesti bývá hodnocení prováděno standardně dvakrát denně. Pokud se bolest vyskytuje, frekvence se zvyšuje – například každou hodinu, nebo v návaznosti na podání analgetik:

„Bolest hodnotíme dvakrát denně u pacientů bez bolesti. U těch s bolestí nejčastěji každou hodinu, a pokud aplikujeme analgetika, tak před a po.“ (MOJIP 3)

„Po šesti hodinách. Samozřejmě, když pacient má bolest, tak co hodinu víceméně do odeznění.“ (KJ 3)

„Standardně při převzetí pacienta. Jinak podle potřeby, když má bolesti.“ (MOJIP 2)

Součástí rozhovorů byla i otázka na to, co sestrám brání v tom, aby mohly bolest zhodnotit přesně a včas. Odpovědi ukazují, že přestože sestry vnímají hodnocení bolesti jako důležitou součást péče, často narážejí na organizační, personální i komunikační bariéry.

Nejčastěji zmiňovanou překážkou byla vysoká pracovní zátěž a nedostatek času:

„Když máme příjmy, propuštění... do toho třeba akutní pacienti. Není čas, nestíhá se.“ (MOJIP 2)

„Nejčastější překážka je pracovní zátěž a řízení pracovního dne. Když se něco rozběhne, bolest se zhodnotí později.“ (MOJIP 3)

„Je to hodně o tom, kolik je lidí. Když nás je málo, tak se koukáme spíš na to, co hoří – a bolest mezi tím občas uteče.“ (KJ 2)

Na KJ se v odpovědích objevila i nejistota ohledně některých nástrojů, které nejsou vždy dostatečně vysvětleny nebo zavedeny do praxe:

„Donedávna jsem ani nevěděla, co je FLACC. Máme tu letáček, ale žádné další vysvětlení.“ (KJ 1)

„Možná ta neznalost těch možností, které jsou. Neproškolení o těch škálách.“ (KJ 3)

Na MOJIP se naopak častěji objevovaly zmínky o složité spolupráci s lékaři:

„Lékaři nám někdy nevěří, že pacient má bolest. Řeknou, že před chvílí si nestěžoval.“ (MOJIP 2)

Přestože sestry narážejí na různé bariéry, jejich výpovědi ukazují, že bolest považují za důležitý parametr, kterému se snaží věnovat pozornost i v podmínkách zvýšené zátěže. Hodnocení bolesti není vnímáno jako formální úkon, ale jako nástroj k porozumění pacientovi a zajištění jeho komfortu.

Pomoc při zmírnění bolesti

Tišení bolesti představuje jednu z nejpodstatnějších oblastí péče, kterou sestry na JIP každodenně zajišťují. Z rozhovorů vyplývá, že se jedná o činnost, která je pro ně nejen profesionální povinností, ale často i věcí osobního postoje a empatie vůči pacientovi. Přístup k úlevě od bolesti se přitom formuje nejen podle ordinací lékařů, ale i podle osobní zkušenosti, intuice a vztahu s konkrétním pacientem. V odpovědích sester se odráží snaha hledat rovnováhu mezi systémem

a lidskostí. Tyto postoje byly zjišťovány prostřednictvím otázek jako: „*Jaký přístup nejčastěji volíte k úlevě od bolesti?*“, „*Volíte spíše farmakologické postupy dle ordinace lékaře, nefarmakologické metody jako je například fyzikální léčba RICE, nebo jejich kombinaci?*“ a „*Jaké překážky vnímáte při snaze poskytnout pacientovi adekvátní úlevu od bolesti?*“ Rozhovory dále zahrnovaly otázky týkající se možné spolupráce s týmem APS, například: „*Vnímáte potřebu větší spolupráce s APS týmem při řešení akutní bolesti?*“, „*Jaké formy spolupráce byste uvítal/a?*“, případně „*Napadají vás konkrétní situace, kde by větší zapojení APS týmu mohlo být užitečné?*“ Odpovědi ukázaly různorodost vnímání – od otevřenosti ke spolupráci až po přesvědčení, že stávající systém je pro dané pracoviště dostačující.

Ve všech rozhovorech zaznělo, že hlavním prostředkem zmírnění bolesti je farmakologická léčba – analgetika ordinovaná lékařem, podaná sestrou. V řadě případů však sestry samy aktivně navrhuji změnu medikace, pokud se jim zdá, že pacient neodpovídá na léčbu dostatečně. Popisují však i chvíle, kdy místo léků zkoušejí jednoduché nefarmakologické úkony – změnit polohu, utišit, zakrýt dekou, přidržet ruku.

„Ptám se, jestli chce něco na bolest. A někdy řekne, že ne – že mu pomůže, když si lehne jinak, nebo když ho přikryju.“ (MOJIP 2)

„Když mám podezření, že něco bolí, třeba při hygieně nebo polohování, snažím se, aby to bylo co nejšetrnější. Někdy pomůže úplně jednoduchá věc – podložit jinak nohu, upravit postel.“ (KJ 3)

„Hodně pomáhá i to, že s ním prostě jsem. Že mu řeknu, že se nemusí bát. Někdy pomáhá i jenom ticho.“ (MOJIP 1)

Jedna z respondentek z MOJIP popsala i použití chlazení, přikládání gelových polštářků nebo výměnu lůžkovin, pokud se pacient cítí diskomfortně. Takové momenty často působí tisíciim dojmem nejen tělesně, ale i psychicky – pacient vnímá péči, klid a blízkost.

„Kombinujeme – když víme, že má bolesti, dáváme léky, ale taky třeba chladíme, přikrýváme... Zhasneme světla. Někdy to působí víc než injekce.“ (MOJIP 1)

Na KJ sestry rovněž uváděly, že farmakologická léčba bývá základem, zejména po výkonech nebo při infarktu. Přesto i zde hledají nefarmakologické možnosti, třeba když pacient odmítá analgetikum nebo si stěžuje na nepohodlí:

„Občas pomůže změnit polohu. Někdy pacient řekne, že nic nechce, ale že se cítí špatně – tak zkusíme upravit postel, uklidit kolem. I to někdy pomůže.“ (KJ 2)

„Farmakologická léčba je samozřejmě hlavní, ale když nefunguje nebo pacient odmítá, tak polohujeme, mluvíme s ním. Někdy stačí být blízko.“ (KJ 1)

Přes snahu sester zůstává zmírnění bolesti často závislé na rozhodnutí lékaře. Pokud není analgetikum předepsáno „dle potřeby“ nebo není k dispozici silnější lék, musí sestra kontaktovat lékaře. A právě zde se často objevuje první z řady překážek:

„Občas musíme přesvědčovat doktory, že to nestačí. Řeknou: „Tak to vydržte.“ A vy pak jen koukáte, že pacient pláče.“ (MOJIP 2)

„Když není lékař po ruce, trvá to. A když řekne, že to není potřeba... no tak nemůžeš nic.“ (MOJIP 1)

„Musíme se někdy hodně připomínat. Říkáme: bolí ho to, nepomáhá to. A stejně se to někdy neřeší dostatečně rychle.“ (MOJIP 3)

Z rozhovorů vyplývá, že sestry na MOJIP častěji narážejí na nedůvěru ze strany lékařů – zejména při opakovaných požadavcích na navýšení analgezie nebo úpravu léčby v průběhu dne. Na KJ se sestry o spolupráci zmiňují spíše neutrálně – chápou, že vše se musí řídit ordinací, a bolest řeší hlavně v akutních epizodách, které mají jasnější začátek a konec.

„Lékaři většinou vyjdou vstříc, ale záleží, kdo má službu. Někteří přijdou hned, jiní řeknou, že to počká.“ (KJ 1)

„Někdy mám pocit, že bychom mohly pomoci víc, kdybychom měly větší pravomoci. Ale respektujeme, že léčbu ordinuje lékař.“ (KJ 2)

Jedním z překvapivých momentů bylo zjištění, že většina sester ví o existenci APS týmu – ale prakticky ho nikdy nevyužila. Ačkoliv někdy cítí, že by konzultace s odborníky na léčbu bolesti mohla pomoci, nejsou si jisté, jakým způsobem lze tým kontaktovat, co přesně nabízí nebo zda se k němu mohou obracet i ony samy.

„Vím, že existují, ale nikdy jsem je nekontaktovala. Ani nevím, jak bych to udělala.“ (MOJIP 1)

„O APS vím, ale nikdy jsem ho nevyužila – nevím, jestli můžeme volat přímo my. Tady někde máme kontakt, ale vůbec netuším, kde ho hledat... Vysloveně, že bych mohla zavolat, to nevím. Chtělo by to zlepšit i tu komunikaci.“ (MOJIP 2)

Výjimkou byla sestra z MOJIP, která popsala pozitivní zkušenost s aktivací APS týmu – zejména při očekávané výrazné bolesti, např. u akutních pankreatitid, kde je rovnou zaváděn epidurální katetr:

„Například to řešíme při akutních pankreatitidách – při příjmu má bolesti, hned se mu zavádí epidurální katetr.“ (MOJIP 3)

Zaznívají i konkrétní návrhy, co by od týmu očekávaly – školení, metodické vedení, pomoc s výběrem léků. Jedna sestra popsala, že by ocenila doporučení, jakou kombinaci analgetik zvolit, jiná by ráda věděla, kdy a proč zvolit například epidurální katetr:

„Některé pacienty bolí něco prostě pořád. Ale my nevíme, jestli už je to na to, aby přišel někdo z APS, nebo to ještě zvládneme samy.“ (MOJIP 1)

„Kdybych věděla, že se můžu obrátit na někoho, kdo mi poradí třeba s kombinací léků, hned bych to využila.“ (MOJIP 2)

Naopak sestry z KJ vnímají spolupráci s APS jako nepotřebnou – nebo dokonce neznámou. Vyplývá to pravděpodobně z toho, že bolest zde není tak rozšířená, nebo má spíše akutní, epizodický charakter.

„APS nevyužíváme. Ani nevím, že je.“ (KJ 3)

„Možná kdybychom měli víc pacientů s chronickou bolestí. Takhle to zvládneme sami.“ (KJ 2)

Kromě nástrojů a strukturálních podmínek hraje v pomoci při zmírnění bolesti zásadní roli i osobní přístup sester. Mnohé z nich vnímají bolest jako něco, co by nikdy nemělo být ignorováno – a snaží se pacientovi pomoci i tehdy, kdy nemají k dispozici ideální prostředky.

„Když vidím, že ho to bolí, tak nemůžu říct: počkáš. Zkusím něco – přikreju ho, změním polohu, prostě aby věděl, že ho slyším.“ (MOJIP 2)

„Někdy ti pacient řekne jen: bolí mě to. A ty víš, že to není na injekci, ale že potřebuje, aby ho někdo vnímal.“ (KJ 3)

„Stačí někdy přítomnost. Vidiš, že má strach a bolest, a uděláš všechno, co je v tvé moci – byť třeba nemáš hned po ruce ten správný lék.“ (MOJIP 1)

Tyto výpovědi ukazují, že pomoc při zmírnění bolesti není jen technickou dovedností, ale i projevem vztahu – mezi sestrou a pacientem, mezi pečující a trpícím.

Vzdělávání a školení

Vzdělávání v oblasti bolesti bylo zařazeno jako závěrečná část rozhovorů. Většina sester uvedla, že žádné specializované školení v této oblasti dosud neabsolvovala, případně že proběhlo před delší dobou. Odpovědi na otázky „*Jaké školení či vzdělávání jste absolvoval/a v oblasti hodnocení a léčby bolesti?*“ a „*Pociťujete potřebu dalšího vzdělávání?*“ ukázaly, že by další vzdělávání uvítaly, zejména pokud by bylo prakticky zaměřené a vycházelo z konkrétních situací z klinické praxe. K otázce „*Jak důležité je podle vás průběžné vzdělávání v oblasti*

akutní bolesti pro sestry na interních jednotkách intenzivní péče?“ se respondentky vyjadřovaly převážně kladně, a to i v případech, kdy zatím žádné podobné vzdělávání neabsolvovaly.

„Tady zatím žádné školení nebylo, ale v předchozí práci jsme měli – třeba o léčbě akutní a chronické bolesti, nebo ošetřování chronických ran.“ (MOJIP 3)

„Byla jsem kdysi na školení o bolesti, ale je to už dávno. Určitě bych uvítala něco dalšího, aktualizovaného.“ (MOJIP 2)

Z rozhovorů je patrné, že sestry vzdělávání v oblasti bolesti rozhodně nevnímají jako zbytečné. Naopak – často zmiňovaly, že by uvítaly prakticky zaměřená školení, ideálně s konkrétními příklady z praxe, kazuistikami nebo ukázkami kombinací léčby:

„Byla bych ráda, kdyby třeba řekli – heleďte, na tuhle bolest se nám osvědčilo tohle a tohle.“ (MOJIP 2)

„Školení by bylo fajn – jak co kombinovat, co funguje. Třeba u pankreatitid, nebo při déletrvajících bolestech. Aby to mělo logiku a efekt.“ (MOJIP 3)

V některých odpovědích zaznívá i frustrace z toho, že i když jsou škály dostupné, chybí jejich vysvětlení a metodické vedení:

„Donedávna jsem ani nevěděla, co je FLACC. Máme tu letáček, ale žádné další vysvětlení.“ (KJ 1)

„CPOT se používá, ale ne všichni to znají dobře. V podstatě si to děláme po svém.“ (MOJIP 3)

„Potřebovala bych víc informací, jak poznat bolest u pacientů s demencí, a taky kde končí akutní bolest a začíná jiný typ.“ (MOJIP 2)

V odpovědích se tak ukazuje, že sestry nehledají obecné poučky, ale praktickou podporu a vedení, které by bylo přímo napojené na reálné situace z klinické praxe. V některých případech zaznívá i určitá nejistota, zda to, co dělají,

odpovídá současným doporučením – právě proto by uvítaly více prostoru pro vzdělávání, diskusi a sdílení zkušeností.

I když některé sestry z KJ přistupují k tématu vzdělávání v oblasti bolesti s rezervou, shodují se na tom, že žádné školení není na škodu. Zároveň přiznávají, že samy žádné kurzy nebo výcvik dosud neabsolvovaly:

„Určitě by se hodilo nějaké další vzdělávání. Já sama jsem zatím žádné neabsolvovala.“ (KJ 1)

„Žádné vzdělávání není na škodu. Člověk si rozšíří obzor. Ale ohledně bolesti to asi nepovažuji za nějak stěžejní.“ (KJ 3)

Ve výpovědích přitom není slyšet stížnost, ale spíš tichá výzva – sestry chtějí mít větší jistotu, chtějí vědět víc, chtějí se v péči o bolest posouvat dál. Vzdělávání vnímají jako něco, co může zlepšit nejen jejich práci, ale především to, jak se cítí pacient, který prožívá bolest.

Celkově lze říci, že sestry si uvědomují význam odborné přípravy v oblasti bolesti, ale chybí jim strukturovaný systém a prostor, ve kterém by mohly tyto znalosti získat a prakticky upevnit. Vnímají vzdělávání jako nástroj zvyšování kvality péče, ale i jako zdroj jistoty a podpory ve složitých klinických situacích.

10 Odpověď na výzkumnou otázku a naplnění cílů práce

Jaký je přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče?

Výsledky kombinované analýzy ukazují, že přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních JIP je komplexní, ale zároveň značně variabilní. Pro analýzu lze tento přístup rozdělit do tří rovin – systematicky zavedené prvky, individuální přístupy a oblasti, kde praxe zaostává za doporučenými standardy.

V běžné klinické praxi je patrná řada postupů, které jsou systematicky uplatňovány, zejména u pacientů schopných komunikace. Bolest je vnímána jako důležitý parametr klinického stavu, jehož hodnocení probíhá rutinně – při přijetí pacienta, při změně zdravotního stavu, po podání analgetik a v průměru 2,3x v průběhu směny. U komunikujících pacientů sestry standardně využívají numerické škály. Farmakologická léčba probíhá dle ordinace lékaře. Kromě toho však sestry aktivně používají nefarmakologické přístupy – například polohování, chlazení či zajištění klidu. Tento kombinovaný přístup je častější na multioborové JIP, kde sestry čelí širšímu spektru bolestí včetně kombinace akutní a chronické bolesti. Sestry také běžně rozlišují typy bolesti v návaznosti na diagnózu či klinický kontext a orientují se v příznacích bolesti i bez časté neznalosti formální klasifikace. Hodnocení bolesti je tak vnímáno nejen jako technický úkon, ale jako součást komplexního porozumění pacientovi.

Ačkoliv určité postupy jsou vnímány jako samozřejmé, v praxi přetrvává vysoká míra individuálního rozhodování. To se nejvýrazněji projevuje u nekomunikujících pacientů. Přestože jsou na odděleních k dispozici behaviorální škály (např. CPOT nebo FLACC), jejich využívání není jednotné. Více než pětina respondentek (22,4 %) uvedla, že bolest u těchto pacientů vůbec nehodnotí, avšak část sester uvedla, že se s těmito pacienty nasetkává. Častým postupem je hodnocení bolesti na základě zkušenosti, intuice nebo neverbálních projevů pacienta. Výpovědi respondentek odhalují osobitý, často situačně podmíněný přístup – například „poznáš to na první pohled“ nebo „je to o zkušenosti“. Tento vícezdrojový, ale zároveň neformální model funguje jako nástroj, který sestrám

pomáhá orientovat se v každodenní péči, avšak ne vždy odpovídá principům objektivního hodnocení. Také přístup k nefarmakologickým intervencím je často individuální a závisí na osobním přesvědčení sester, dostupnosti času a typu oddělení. Zatímco na MOJIP je běžné, že sestry tyto intervence aktivně iniciují, na KJ převažuje přístup řízený výhradně ordinací.

Výzkum ukázal i na oblasti, kde běžná praxe zaostává za doporučeným standardem. Významným zjištěním je velmi nízká míra využívání podpory týmu pro léčbu akutní bolesti. Až 76,3 % sester z KJ uvedlo, že APS nevyužívají a ani nevidí možnost spolupráce; na MOJIP je situace jen mírně lepší (60 % respondentek ví o existenci APS, ale reálná spolupráce zůstává minimální). Mezi důvody patří zejména nízká informovanost o možnostech kontaktu, absence jasných metodických doporučení a vnímaná závislost na lékaři. Respondentky zároveň identifikovaly řadu konkrétních překážek, které jim brání v adekvátním hodnocení a léčbě bolesti. Nejčastěji zmiňovaly nespolupráci pacientů, nedostatečnou komunikaci s lékaři, obavy z podávání opioidů, nutnost opakovaných žádostí o úpravu ordinací, nejistotu při práci s hodnoticími nástroji a vysokou pracovní zátěž. Tyto bariéry jsou nejvýrazněji vnímány na MOJIP, kde je uvedlo až 40 % respondentek, zatímco na KJ méně často (24,3 %). Jedná se především o překážky mezilidské a organizační povahy, které souvisejí s podmínkami práce, týmovou spoluprací i se subjektivními zkušenostmi jednotlivých sester.

Zhodnocení dosažení cílů diplomové práce

1. Zmapovat vnímání a přístup sester k hodnocení a léčbě akutní interní bolesti

Cíl byl naplněn. Výzkum ukázal, že sestry přistupují k bolesti jako k běžné, ale významné součásti péče. Přístup je ovlivněn délkou praxe, typem oddělení i charakterem pacienta. Rozpoznávání bolesti probíhá nejčastěji kombinací komunikace, pozorování a sledování vitálních funkcí. Ačkoliv existují zavedené standardy, sestry často postupují intuitivně. Významným zjištěním je nedostatečné povědomí o systémovém přístupu k hodnocení bolesti a proměnlivá aplikace dostupných nástrojů.

2. Identifikovat překážky v adekvátním posouzení bolesti a zjistit možnosti spolupráce s týmem APS

Cíl byl rovněž naplněn. Výsledky výzkumu odhalily hlavní překážky, které sestry vnímají jako omezující – nespolupráce pacientů, nedostatečná komunikace s lékaři, nejistota při práci s hodnoticími nástroji, obavy z podávání opioidů, nutnost opakovaných žádostí o úpravu ordinací a vysoká pracovní zátěž. Tyto bariéry se vyskytují častěji na MOJIP než na KJ a mají převážně mezilidský a organizační charakter. Spolupráce s týmem APS zůstává výrazně nevyužita, přestože je formálně možná. Respondentky často nevědí, kdy a jak tým kontaktovat. Výsledky tak ukazují nejen na existující překážky, ale i na konkrétní potřebu podpory.

3. Zmapovat vzdělání a zkušenosti sester v oblasti managementu akutní bolesti a identifikovat potřebu dalšího vzdělávání

Třetí cíl byl naplněn. Tento konkrétní výzkum prokázal, že úroveň formálního vzdělání není určující, zatímco délka praxe významně ovlivňuje přístup k bolesti. Většina sester uvedla, že žádné specifické školení v oblasti bolesti neabsolvovala, nebo jej absolvovala před delší dobou. Významná byla poptávka po prakticky orientovaném vzdělávání – formou workshopů, kazuistik a modelových situací. Potřeba dalšího vzdělávání byla potvrzena jak kvantitativními údaji, tak výpověďmi respondentek.

Diskuze

Výsledky výzkumu ukazují, že akutní bolest je na interních JIP běžným a klinicky závažným problémem, který sestry každodenně řeší v celé jeho šíři – od rozpoznání přes hodnocení až po úlevu. Ačkoliv sestry vnímají bolest jako součást péče, jejich přístup je výrazně ovlivněn prostředím, typem pracoviště, délkou praxe, vzděláním i mírou mezioborové spolupráce. Výzkum tak otevírá otázku, nakolik je možné dosáhnout systematického a kvalitního hodnocení a léčby bolesti v podmínkách, kde přetrvávají institucionální i personální bariéry.

Při hodnocení bolesti většina sester využívala kombinaci několika metod – zejména numerickou škálu NRS, verbální komunikaci a pozorování behaviorálních znaků. V případě nekomunikujících pacientů byla nejčastěji uváděna škála CPOT, nicméně její používání nebylo jednotné. Část sester přiznala, že bolest u těchto pacientů vůbec nehodnotí, což odhaluje vážný nedostatek ve standardizaci přístupu a zároveň poukazuje na absenci dostatečného školení a podpory. Přestože současná literatura (Hachimi-Idrissi et al., 2020; McCabe et al., 2023) doporučuje multidimenzionální a systematické hodnocení, praxe ukazuje spíše na individuální přístup sester, založený na intuici, zkušenosti a momentální situaci. Výpovědi jako „poznáš to na první pohled“ nebo „je to o zkušenosti“ ilustrují, že subjektivní vnímání hraje významnou roli, obzvláště při práci s pacienty neschopnými komunikace. Tento aspekt lze vnímat jako sílu i riziko – sílu v individuální citlivosti, riziko v absenci jednotné metodiky.

Ačkoliv se bolest většinou hodnotí pravidelně, její léčba naráží na četné překážky. Nejčastěji sestry uváděly problémy s ordinací analgetik – ať už ve formě váhání lékařů, nedostatečné pozornosti věnované bolesti nebo nutnosti opakovaně žádat o změnu medikace. Frustrace, kterou tyto situace vyvolávají, byla patrná v řadě výpovědí. Přesto sestry často samy aktivně reagují na bolest a snaží se o úlevu v rámci svých kompetencí – ať už podáním ordinovaného analgetika, nebo využitím nefarmakologických metod, jako je polohování či zajištění klidu. Tento komplexní přístup, který kombinuje farmakologické i nefarmakologické možnosti, odpovídá současným doporučením (Skála et al.,

2021; Hachimi-Idrissi et al., 2020) a ukazuje na profesionální připravenost sester i jejich ochotu hledat cesty navzdory překážkám.

Zajímavým zjištěním byl vztah mezi délkou praxe a přístupem k léčbě. Nejmladší i nejzkušenější sestry častěji uplatňovaly komplexní a individuálně laděné strategie, zatímco sestry se střední délkou praxe (5–10 let) se více přikláněly k výhradně farmakologickému řešení. Může to souviset s vývojovými fázemi profesní identity – začínající sestry čerpají ze současných trendů a teoretické výuky, nejzkušenější pak kombinují ověřené přístupy s širším klinickým rozhledem. Středně zkušené sestry se mohou pohybovat v určitém profesním stereotypu, který je méně otevřený inovacím. Tento poznatek potvrzuje význam kontinuálního vzdělávání napříč kariérním spektrem.

Zcela zásadním zjištěním výzkumu byla minimální informovanost a nízké využívání APS týmu, a to zejména na KJ, kde většina respondentek nevěděla, jak tým kontaktovat nebo zda jej vůbec může využít. Na MOJIP byla situace o něco lepší, přesto i zde převládala nejistota ohledně postupu. Přitom odborná literatura (Stamer et al., 2020; Innab et al., 2022) jednoznačně podporuje mezioborovou spolupráci jako klíčový faktor efektivní léčby bolesti. Sestry v rozhovorech zmiňovaly domněnku, že APS je určen výhradně pro paliativní situace, případně že kontakt s tímto týmem musí zprostředkovat lékař. Tento stav ukazuje na institucionální selhání v oblasti informovanosti a organizační podpory a potvrzuje, že samotná existence týmu bolesti nestačí – je nezbytné, aby jeho funkce byla srozumitelně zakotvena v provozu oddělení.

Vnímání typu bolesti u pacientů se mezi MOJIP a KJ výrazně lišilo. Na KJ převažovala akutní bolest spojená s výkony a srdečními příhodami, zatímco na MOJIP sestry častěji zmiňovaly chronickou bolest, bolest při převazech, defektech či onkologických diagnózách. Zároveň se ukázalo, že sestry často popisují bolest prostřednictvím konkrétních klinických situací, nikoli odbornou terminologií. Bolest tak vnímají primárně jako „prožitek pacienta“, nikoli jako klasifikovatelnou jednotku – což svědčí o praktickém, lidském a individuálním přístupu, ale zároveň ukazuje na rezervy v odborném jazyce a systematickém přemýšlení o bolesti.

Významnou roli ve schopnosti zvládat bolest sehrává vzdělání. Přestože v této práci nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi formální úrovní vzdělání a kvalitou hodnocení bolesti, sestry jednoznačně vyjádřily potřebu dalšího vzdělávání. Nejčastěji uváděly, že jim chybí školení v oblasti behaviorálních škál, komunikace s pacienty a v možnostech spolupráce s APS. Literatura (Deldar et al., 2020; Innab et al., 2022) v této souvislosti upozorňuje, že zásadní roli nehraje pouze stupeň vzdělání, ale především dostupnost kontinuálního a prakticky zaměřeného vzdělávání. Výzkum tyto závěry potvrzuje a na jejich základě byl navržen vzdělávací syllabus, který by mohl sloužit jako podklad pro zařazení pravidelného školení.

K silným stránkám výzkumu patří kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu, která umožnila zachytit jak frekventované vzorce chování a postojů, tak hlubší porozumění motivacím, bariérám a individuálním zkušenostem sester. Výzkum tak poskytuje komplexní obraz problematiky akutní bolesti v prostředí interních JIP. Zásadní přínos představuje také přímé zapojení sester z praxe, jejichž hlas bývá v odborné literatuře stále podhodnocen, přestože právě ony bolest u pacienta nejčastěji rozpoznávají, sledují a řeší.

Za určitou slabinu lze považovat omezený rozsah výzkumného vzorku, který zahrnoval pouze sestry ze dvou pracovišť jedné nemocnice. To může omezovat zobecnění výsledků. Stejně tak kvalitativní část s menším počtem rozhovorů, byť informativních, nemusí postihnout celé spektrum názorů. Možné je rovněž mírné zkreslení v dotaznících vlivem tzv. sociální žádoucnosti – sestry mohly odpovídat tak, jak považují za správné, spíše než jak skutečně jednají v praxi. Tyto limity však byly kompenzovány důrazem na anonymitu a otevřenými otázkami

Výzkum přesto přináší důležitá a prakticky využitelná zjištění, která mohou sloužit jako podklad pro tvorbu vzdělávacích aktivit nebo zavedení systematické spolupráce s APS týmem na interních JIP. V neposlední řadě může studie přispět k větší pozornosti, která bude v rámci intenzivní péče věnována bolesti nejen jako symptomu, ale jako plnohodnotnému klinickému problému, který si zaslouží odborný a multidisciplinární přístup.

Celkově lze shrnout, že přístup sester k hodnocení a léčbě bolesti je komplexní, osobnostně zakotvený a citlivě reagující na potřeby pacienta. V mnoha ohledech je však založen spíše na individuální zkušenosti a intuici než na sjednoceném postupu. Přestože existuje směrnice upravující postupy v oblasti hodnocení a léčby bolesti, výsledky ukázaly, že povědomí o ní je mezi sestrami nízké a v praxi se s ní systematicky nepracuje. Lze tedy předpokládat, že chybí jak informovanost o jejím obsahu, tak podpora jejího reálného uplatňování v každodenní péči.

Sestry přitom disponují značným odborným i lidským potenciálem, který je však limitován absencí podpory systému – ať už v podobě omezené spolupráce s lékaři, nebo nedostatku informací o dostupných zdrojích, jako je tým pro léčbu akutní bolesti. Výzkum ukázal, že samotná přítomnost odbornosti, zájmu a dobré vůle nestačí – klíčové je vytvořit prostředí, které tuto aktivitu podpoří, ukotví a nasměruje směrem k jednotné, bezpečné a individualizované péči o pacienty s bolestí.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků lze formulovat několik konkrétních doporučení, která by mohla vést ke zlepšení kvality hodnocení a léčby akutní bolesti na interních JIP. Návrhy na zlepšení se týkají především mezioborové spolupráce a vzdělávání personálu.

Výsledky ukázaly, že i když sestry o existenci týmu APS často vědí, reálné využití této odborné podpory je velmi nízké. Je vhodné zavést jasné definované a snadno dostupné postupy, kdy a jak tým APS kontaktovat – např. formou jednoduchého interního algoritmu nebo kartičky s kontaktními údaji. Významným krokem by mohlo být také organizování mezioborových setkání, kde by sestry z APS týmu představily svou roli, možnosti spolupráce a sdíleli reálné kazuistiky, aby se vytvořil přirozený prostor pro navázání vztahu a odbourání nejistoty ze spolupráce.

Z výzkumu vyplývá silná potřeba prakticky zaměřeného a dostupného vzdělávání. Bylo by přínosné zavést pravidelný vzdělávací program zaměřený nejen na hodnocení bolesti pomocí validovaných škál (NRS, VAS, CPOT, FLACC), ale také na nefarmakologické přístupy, komunikaci s pacientem a zvládání bariér, které sestry v rámci hodnocení a léčby akutní bolesti vnímají. Vzdělávání by mělo zahrnovat i právní aspekty a etické otázky léčby bolesti, které jsou v praxi často opomíjeny.

Na většině oddělení chybí jednotný přístup k frekvenci a způsobu hodnocení bolesti, ačkoli nemocnice má v této oblasti zpracovaný závazný vnitřní předpis. Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry o jeho existenci často nevědí, nebo jej v praxi nevyužívají. Z toho důvodu je důležité zaměřit se na systematické vzdělávání v této oblasti a aktivní seznamování s tímto předpisem, ideálně ve spolupráci s APS týmem.

Inovativním nástrojem by mohla být implementace mobilní aplikace pro sestry, zaměřená na podporu při hodnocení a léčbě bolesti. Aplikace by sloužila jako moderní forma telenursingového vzdělávání a podpora klinického rozhodování, přístupná kdykoliv a kdekoliv, bez nutnosti prezenční účasti.

Obsah aplikace by tvořily krátké edukační moduly o typech bolesti, hodnocení pomocí škál (např. CPOT, FLACC), specifikách u nekomunikujících pacientů a možnostech farmakologické i nefarmakologické léčby. Každý modul by mohl být doplněn interaktivními kvízy, případovými studiemi a přehlednými schématy usnadňujícími orientaci v praxi. Součástí by mohly být i nástroje jako checklisty, přehled škál nebo vzorová dokumentace. Praktickou funkcí by byl např. průvodce postupem při hodnocení bolesti u ventilovaných pacientů či tipy pro rychlé použití nefarmakologických metod.

Aplikace by dále mohla nabídnout prostor pro sdílení zkušeností a konzultaci s odborníkem – například členem týmu akutní bolesti. Uživatelsky přívětivé prostředí a offline dostupnost by usnadnily její využití i v provozně náročných podmínkách intenzivní péče. Tento nástroj by mohl přispět k jednotnému přístupu, zvýšení jistoty sester v hodnocení bolesti a celkově ke zkvalitnění péče o pacienty trpící akutní bolestí.

Návrh vzdělávacího programu pro sestry

Vzhledem k opakovanému zmiňování potřeby školení je vhodné vytvořit strukturovaný vzdělávací program:

Název programu: Efektivní management akutní bolesti v intenzivní péči

Forma: Prezenční jednodenní seminář (8 hodin), může být doplněný e-learningovým modulem.

Cílová skupina: Všeobecné sestry pracující na interních odděleních intenzivní péče.

Obsah vzdělávacího sylabu:

Tab. 4 Obsah vzdělávacího sylabu

Čas	Téma	Obsah
8:00– 8:30	Úvod do problematiky bolesti, seznámení s vnitřním předpisem nemocnice o léčbě bolesti	Význam bolesti v intenzivní péči, fyziologie bolesti, klasifikace bolesti, dopad neřešené bolesti, směrnice.
8:30– 9:30	Hodnocení bolesti v intenzivní péči	Metody hodnocení: VAS, NRS, CPOT, FLACC, pozorování fyziologických a behaviorálních znaků, výběr metody dle typu pacienta.
9:30– 10:15	Hodnocení bolesti u nekomunikujících pacientů	Práce s CPOT a FLACC, praktické kazuistiky, interpretace fyziologických změn, omezení verbální komunikace, ukázky z praxe.
10:30– 11:30	Farmakologická a nefarmakologická léčba bolesti	Přehled analgetik, bezpečnost opiátů, nefarmakologické metody (polohování, chlazení, relaxace), praktické tipy, mýty o opioidech.
11:30– 12:30	Spolupráce s APS týmem	Kdy a jak kontaktovat APS, role sestry, nejčastější bariéry, zefektivnění spolupráce, příklady z praxe.
13:00– 14:00	Komunikační techniky v péči o pacienta s bolestí	Techniky empatické komunikace, práce s jazykovou bariérou, pacienti s demencí, agitovaní nebo nejistí pacienti, sdílení obtížných situací.
14:00– 14:45	Etické aspekty a práva pacientů	Právo na analgezii, dokumentace bolesti a hodnocení, odpovědnost zdravotníka, hranice autonomie, etické dilemata v rozhodování o bolesti.
14:45– 15:30	Workshop: Kazuistiky a rozhodování	Interaktivní kazuistiky, rozhodování ve skupinách, reflexe postupů, představení návrhu výukové aplikace, diskuse o možnostech e-learningu a podpory.

Pokud bude program úspěšně zaveden, může sloužit jako základ pro systematické zlepšování péče v rámci bolesti v celé nemocnici. Kombinace teorie, kazuistik, technických dovedností a důrazu na komunikaci zvyšuje šanci na přímý dopad do praxe a na zlepšení komfortu pacientů v intenzivní péči.

Závěr

Diplomová práce se zaměřila na zmapování přístupu všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče. Hlavní výzkumná otázka zněla: „*Jaký je přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě akutní bolesti na interních jednotkách intenzivní péče?*“ Tato otázka byla společně se stanovenými cíli naplněna prostřednictvím kombinace kvantitativního dotazníkového šetření a kvalitativních rozhovorů, které přinesly komplexní pohled na problematiku z klinické praxe.

Z odpovědí respondentek vyplývá, že přístup všeobecných sester k hodnocení a léčbě bolesti je aktivní, mnohdy kombinovaný a založený na snaze přizpůsobit péči individuálním potřebám pacienta. Sestry bolest vnímají jako důležitý aspekt ošetrovatelské péče a nejčastěji ji hodnotí pomocí více metod současně. Kromě numerických škál běžně využívají verbální dotazování a pozorování nonverbálních projevů, zejména u pacientů s omezenou možností komunikace. Tento vícezdrojový přístup je běžnou součástí každodenní praxe.

Léčba bolesti bývá v naprosté většině případů kombinovaná, zahrnující farmakologické i nefarmakologické přístupy. Typ zvoleného přístupu do jisté míry ovlivňuje délka praxe – kombinovaný přístup volí zejména nejzkušenější a začínající sestry. Přesto se v některých případech setkávají s překážkami, mezi něž patří především omezená spolupráce pacientů, nejednoznačné projevy bolesti, ale také obavy lékařů z preskripce opiátů a nutnost opakovaně žádat o úpravu analgetické terapie.

Významným zjištěním je velmi nízké využívání podpory APS týmu, a to navzdory tomu, že většina sester o jeho existenci ví. Hlavními důvody jsou nedostatek informací, nejasnosti v postupech a zakořeněné zvyklosti na odděleních. Sestry si zároveň uvědomují potřebu dalšího vzdělávání – zejména v oblasti specifických metod hodnocení bolesti u nekomunikujících pacientů, možností spolupráce s APS i nefarmakologických přístupů a kombinací analgetik.

Na základě výsledků lze konstatovat, že sestry mají znalosti i zkušenosti pro kvalitní hodnocení a léčbu bolesti, avšak jejich potenciál není vždy plně

využít. Pro zlepšení situace je nezbytné posílit spolupráci v týmu a vytvořit systematický přístup ke vzdělávání – například formou praktických školení či využitím digitálních nástrojů, jako je mobilní aplikace pro rychlé rozhodování a edukaci.

Tato práce přináší důležité poznatky pro praxi i další výzkum a potvrzuje, že efektivní zvládání bolesti je nejen otázkou technických dovedností, ale i mezilidských vztahů, podpory a kontinuálního profesního rozvoje.

Seznam použité literatury

1. AKBAR, Nuraqilah; TEO, Shyh Poh; ARTINI HJ-ABDUL-RAHMAN, Hjh Noor; HJ-HUSAINI, Hjh Asmah a VENKATASALU, Munikumar Ramasamy, 2019. Barriers and Solutions for Improving Pain Management Practices in Acute Hospital Settings: Perspectives of Healthcare Practitioners for a Pain-Free Hospital Initiative. Online. Annals of Geriatric Medicine and Research. Roč. 23, č. 4, s. 190-196. ISSN 2508-4798. Dostupné z: <https://doi.org/10.4235/agmr.19.0037>. [cit. 2025-05-08].
2. AL OMARI, Domam; ALHABAHBEH, Atallah; SUBIH, Maha a ALJABERY, Ahmad, 2021. Pain management in the older adult: The relationship between nurses' knowledge, attitudes and nurses' practice in Ireland and Jordan. Online. Applied Nursing Research. Roč. 57, č. 1, s. 1-6. ISSN 08971897. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151388>. [cit. 2025-05-08].
3. ALMUTAIRI, Abeer M.; PANDAAN, Isabelita N.; ALSUFYANI, Abdulaziz M.; ALMUTIRI, Dakheel R.; ALHINDI, Adel A. et al., 2022. Managing patients' pain in the intensive care units. Online. Saudi Medical Journal. 2022-05-10, roč. 43, č. 5, s. 514-521. ISSN 0379-5284. Dostupné z: <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.5.20220169>. [cit. 2025-05-08].
4. BÖLL, Boris; SCHALK, Enrico; BUCHHEIDT, Dieter; HASENKAMP, Justin; KIEHL, Michael et al., 2021. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 updated guidelines on diagnosis, management, and prevention by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). Online. Annals of Hematology. Roč. 100, č. 1, s. 239-259. ISSN 0939-5555. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04286-x>. [cit. 2025-05-08].
5. CAI, Wenhao; LIU, Fei; WEN, Yongjian; HAN, Chenxia; PRASAD, Manya et al., 2021. Pain Management in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Online. Frontiers in Medicine. 2021-12-17, roč. 8, č. 1, s. 1 - 13. ISSN 2296-858X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.782151>. [cit. 2025-05-08].

6. DELDAR, Kolsoum; FROUTAN, Razieh; SEDAGHAT, Alireza a MAZLOM, Seyed Reza, 2020. Continuing nursing education: use of observational pain assessment tool for diagnosis and management of pain in critically ill patients following training through a social networking app versus lectures. Online. BMC Medical Education. Roč. 20, č. 1, s. 1-8. ISSN 1472-6920. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02159-5>. [cit. 2025-05-08].
7. DEVLIN, John W.; SKROBIK, Yoanna; GÉLINAS, Céline; NEEDHAM, Dale M.; SLOOTER, Arjen J. C. et al., 2018. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Online. Critical Care Medicine. Roč. 46, č. 9, s. e825-e873. ISSN 0090-3493. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>. [cit. 2025-05-15].
8. HACHIMI-IDRISSI, Saïd; COFFEY, Frank; HAUTZ, Wolf E.; LEACH, Robert; SAUTER, Thomas C. et al., 2020. Approaching acute pain in emergency settings: European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines—part 1: assessment. Online. Internal and Emergency Medicine. Roč. 15, č. 7, s. 1125-1139. ISSN 1828-0447. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02477-y>. [cit. 2025-05-08].
9. HACHIMI-IDRISSI, Saïd; DOBIAS, Viliam; HAUTZ, Wolf E.; LEACH, Robert; SAUTER, Thomas C. et al., 2020. Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines—part 2: management and recommendations. Online. Internal and Emergency Medicine. Roč. 15, č. 7, s. 1141-1155. ISSN 1828-0447. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02411-2>. [cit. 2025-05-08].
10. HÄMÄLÄINEN, Jenni; KVIST, Tarja a KANKKUNEN, Päivi, 2022. Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. Online. Journal of Patient Experience. Roč. 9, č. 1, s. 1-9. ISSN 2374-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/23743735211049677>. [cit. 2025-05-08].

11. INNAB, Adnan; ALAMMAR, Kamila; ALQAHTANI, Naji; ALDAWOOD, Fatima; KERARI, Ali et al., 2022. The impact of a 12-hour educational program on nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: a quasi-experimental study. Online. BMC Nursing. Roč. 21, č. 1, s. 1-11. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01028-4>. [cit. 2025-05-08].
12. JIANG, Wenhua; YIN, Yue; GU, Xiaoming; ZHANG, Zihui a MA, Heng, 2022. Opportunities and challenges of pain-related myocardial ischemia-reperfusion injury. Online. Frontiers in Physiology. 2022-9-2, roč. 13, č. 1, s. 1 - 13. ISSN 1664-042X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.900664>. [cit. 2025-05-08].
13. KADOVIĆ, Marija; ČORLUKA, Stipe a DOKUZOVIĆ, Stjepan, 2023. Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. Online. International Journal of Environmental Research and Public Health. Roč. 20, č. 9, s. 1 - 15. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095678>. [cit. 2025-05-08].
14. LILJAMO, Pia a KINNUNEN, Ulla-Mari, 2020. Development and Validation of Standardized Pain Management Documentation. Online. In: VÄRRI, Alpo; DELGADO, Jaime; GALLOS, Parisi; HÄGGLUND, Maria; HÄYRINEN, Kristiina et al. (ed.). Integrated Citizen Centered Digital Health and Social Care. Studies in Health Technology and Informatics. IOS Press, s. 122-126. ISBN 9781643681443. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/SHTI200707>. [cit. 2025-05-08].
15. MCCABE, Catherine; FEENEY, Aoife; BASA, Muluken; EUSTACE-COOK, Jessica a MCCANN, Margaret. Nurses knowledge, attitudes and education needs towards acute pain management in hospital settings: A meta-analysis. Online. *Journal of Clinical Nursing*. 2023, roč. 32, č. 15-16, s. 4325-4336. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.16612>. [cit. 2024-12-08].
16. MORRIS, Jenna L.; BERNARD, Francis; BÉRUBÉ, Mélanie; DUBÉ, Jean-Nicolas; HOULE, Julie et al., 2021. Determinants of pain assessment

- documentation in intensive care units. Online. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie. Roč. 68, č. 8, s. 1176-1184. ISSN 0832-610X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02022-1>. [cit. 2025-05-08].
17. NORDNESS, Mina F; HAYHURST, Christina J a PANDHARIPANDE, Pratik, 2021. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. Online. Journal of Pain Research. Roč. 14, č. 1, s. 1733-1744. ISSN 1178-7090. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>. [cit. 2025-05-15].
 18. POTA, Vincenzo; COPPOLINO, Francesco; BARBARISI, Alfonso; PASSAVANTI, Maria Beatrice; AURILIO, Caterina et al., 2022. Pain in Intensive Care: A Narrative Review. Online. *Pain and Therapy*. Roč. 11, č. 2, s. 359-367. ISSN 2193-8237. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00366-0>. [cit. 2025-05-08].
 19. RAJA, Srinivasa N.; CARR, Daniel B.; COHEN, Milton; FINNERUP, Nanna B.; FLOR, Herta et al., 2020. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Online. *Pain*. Roč. 161, č. 9, s. 1976-1982. ISSN 0304-3959. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. [cit. 2025-05-08].
 20. SEO, Yijun; LEE, Hak-Jae; HA, Eun Jin a HA, Tae Sun, 2022. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. Online. *Acute and Critical Care*. Roč. 37, č. 1, s. 1-25. ISSN 2586-6052. Dostupné z: <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>. [cit. 2025-05-08].
 21. SKÁLA, Bohumil a KOZÁK, Jiří, 2021. Léčba bolesti: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-88280-27-9.
 22. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s. Akreditační standardy pro nemocnice: obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové

- zdravotní péče. 4. vyd. Praha: Spojená akreditační komise, o.p.s., 2024. Editor MUDr. David Marx, Ph.D., Ing. Gabriela Franková. ISBN 978-80-905886-1-5
23. STAMER, Ulrike M.; LIGUORI, Gregory A. a RAWAL, Narinder, 2020. Thirty-five Years of Acute Pain Services: Where Do We Go From Here? Online. *Anesthesia & Analgesia*. Roč. 131, č. 2, s. 650-656. ISSN 0003-2999. Dostupné z: <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004655>. [cit. 2025-05-08].
 24. THE JOINT COMMISSION. R3 Report, Issue 11: Pain Assessment and Management Standards for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2018 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/standards/r3-report/r3-report-issue-11-pain-assessment-and-management-standards-for-hospitals/>
 25. VARNDELL, Wayne; FRY, Margaret a ELLIOTT, Doug, 2020. Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. Online. *Journal of Clinical Nursing*. Roč. 29, č. 13-14, s. 2352-2362. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>. [cit. 2025-05-08].
 26. VIEIRA JUNIOR, Jose Mauro a PRINZ, Laura Herranz. Acute pain in the critically ill patient: revisiting the literature. Online. *Brazilian Journal Of Pain*. 2022, roč. 5, č. 2, s. 147 - 153. ISSN 25950118. Dostupné z: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220024-en>. [cit. 2025-05-08].
 27. ZHAI, Yue; CAI, Shining a ZHANG, Yuxia, 2020. The Diagnostic Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) in ICU Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. Roč. 60, č. 4, s. 847-856.e13. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006>. [cit. 2025-05-08].

Seznam zkratek

AJ – Anglický jazyk

ANI – Analgesia Nociception Index

Apod. – a podobně

APS – Acute Pain Service, tým bolesti

ARIP – Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče

BPS – Behavioral Pain Scale, behaviorální škála bolesti

COMFORT – COMFORT scale, škála bolesti používaná u dětí

CPOT – Critical-Care Pain Observation Tool

CŽK – Centrální žilní katétr

ČJ – Český jazyk

EKG – Elektrokardiogram

EUSEM – European Society for Emergency Medicine

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability , škála pro hodnocení bolesti

IASP – International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti

JIP – Jednotka intenzivní péče

KJ – Koronární jednotka

MOJIP – Multioborová jednotka intenzivní péče

Např. – například

NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník

NRS – Numerical Rating Scale, numerická škála bolesti

NSA – Neopioidní analgetika

PCA – Patient Controlled Analgesia, analgezie řízená pacientem

RICE – Rest, Ice, Compression, Elevation

TENS – Transkutánní elektrická nervová stimulace

UPV – Umělá plicní ventilace

VAS – Visual Analogue Scale, vizuální analogová škála

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Tab. 1: Demografické údaje respondentů

Tab. 2: Volba metod hodnocení bolesti podle délky klinické praxe sester

Tab. 3: Četnost a procentuální rozdělení frekvence hodnocení bolesti během dne

Tab. 4: Obsah vzdělávacího sylabu

Obr. 1: Numerická škála bolesti

Obr. 2: CPOT – hodnocení výrazu tváře

Obr. 3: CPOT škála

Obr. 4: BPS škála

Obr. 5: FLACC škála

Graf 1: Výskyt bolesti dle délky trvání

Graf 2: Nejčastější příčina bolesti

Graf 3: Četnost diagnóz spojených s akutní bolestí na pracovišti MOJIP

Graf 4: Četnost diagnóz spojených s akutní bolestí na pracovišti KJ

Graf 5: Používané metody k hodnocení intenzity bolesti dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 6: Hodnocení bolesti po podání analgetik – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 7: Hodnocení bolesti v klidu a při pohybu – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 8: Používané metody hodnocení bolesti u ventilovaných pacientů – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 9: Překážky v hodnocení bolesti u pacientů dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 10: Přístup k úlevě od bolesti dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 11: Vnímání překážek při poskytování adekvátní úlevy od bolesti na pracovišti MOJIP – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 12: Vnímání překážek při poskytování adekvátní úlevy od bolesti na pracovišti KJ – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 13: Využívání spolupráce s APS týmem dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 14: Důvody nevyužívání APS týmu dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 15: Preferované možnosti pro zlepšení využívání APS dle pracoviště – procentuální rozdělení odpovědí

Graf 16: Vybrané možnosti zlepšení hodnocení a léčby bolesti dle pracoviště – procentuální rozložení odpovědí

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 3: Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro všeobecné sestry na téma Akutní bolest na interních jednotkách intenzivní péče

Vážená paní, vážený pane,

cílem tohoto dotazníku je zjistit, jak vnímáte a hodnotíte akutní bolest u pacientů na interních jednotkách intenzivní péče. Vaše odpovědi přispějí k lepšímu pochopení managementu bolesti a mohou sloužit jako podklad pro praktická doporučení v ošetrovatelské praxi. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění zabere přibližně 10–15 minut.

Děkujeme za Váš čas a ochotu se podílet na tomto výzkumu.

Bc. Klára Horníková, studentka 2. ročníku Navazující magisterské studium Intenzivní péče, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta

Demografické údaje:

1. Věk:

- ☐ < 30 let
- ☐ 30–40 let
- ☐ 41–50 let
- ☐ > 50 let

2. Délka praxe:

- ☐ < 5 let
- ☐ 5–10 let
- ☐ 11–20 let
- ☐ > 20 let

3. Vzdělání:

- ☐ Střední odborné s maturitou
- ☐ Vyšší odborné vzdělání
- ☐ Vysokoškolské vzdělání (bakalářské)
- ☐ Vysokoškolské vzdělání (magisterské)
- ☐ Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (ARIP)

4. Pracoviště:

- ☐ Multioborová jednotka intenzivní péče Interní kliniky
- ☐ Koronární jednotka intenzivní péče Kardiologické kliniky

5. Účast na školení v oblasti hodnocení a léčby bolesti:

- Ano, pravidelně
- Ano, občas
- Ne

Rozpoznání bolesti:

6. Jaký typ bolesti dle délky trvání vidíte na Vašem pracovišti častěji?

- Akutní
- Chronická

7. Jaká je nejčastější příčina bolesti? (možno zvolit více odpovědí)

- Nádorová bolest
- Degenerativní kloubní onemocnění např. artróza
- Poranění či komprese nervu např. ischias
- Bolest bez fyzikální příčiny
- Bolest spojená s primární diagnózou
- Jiná (prosím specifikujte): _____

8. Které diagnózy jsou nejčastěji spojeny s akutní bolestí na Vašem pracovišti? (možno zvolit více odpovědí)

- Akutní koronární syndrom
- Akutní srdeční selhání
- Plicní embolie
- Pneumonie
- Gastrointestinální onemocnění např. krvácení z GIT
- Onemocnění ledvin např. AKI, renální kolika
- Onkologická onemocnění
- Jiná (prosím specifikujte): _____

Hodnocení bolesti:

9. Jaké metody používáte k hodnocení intenzity bolesti u pacientů?

(možno zvolit více odpovědí)

- Škály bolesti (např. NRS, VAS)
- Verbální hodnocení
- Pozorování nonverbálních znaků
- CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)
- Jiné (prosím specifikujte): _____

10. Jak často hodnotíte bolest u pacientů během dne? (možno zvolit více odpovědí)

- Při příjmu pacienta
- Při změně stavu pacienta

- Pravidelně každou směnu, případně kolikrát:

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- 5x
- 6x

11. Provádíte opětovné hodnocení bolesti po podání analgetik?

- Ano, vždy
- Ano, občas
- Ne, nikdy
- Ne, pokud není čas

12. Hodnotíte bolest u pacientů v klidu a při pohybu?

- Ano, pravidelně obojí
- Ano, ale pouze v klidu
- Ano, ale pouze při pohybu
- Ne, nehodnotím rozdílně

13. Jak hodnotíte bolesti u ventilovaných nebo nekomunikujících pacientů?

- Specifické škály pro hodnocení bolesti u ventilovaných pacientů (např. CPOT)
- Pozorování klinických znaků a fyziologických funkcí (mimika, pohyb, změna fyziologických funkcí)
- Nehodnotím bolest u ventilovaných pacientů
- Jiné (prosím specifikujte): _____

14. S jakými překážkami se setkáváte při hodnocení bolesti? (možno zvolit více odpovědí)

- Nedostatek času
- Nedostatečné znalosti a školení
- Komunikace s pacienty (např. bariéry v jazyce)
- Technické problémy (např. chybějící nástroje na hodnocení)
- Nejednoznačné projevy bolesti u pacientů
- Nespolupráce pacientů
- Nedostatečná podpora ze strany ostatního personálu
- Žádné překážky
- Jiné (prosím specifikujte): _____

Pomoc při zmírnění bolesti:

15. Jaký přístup nejčastěji volíte k úlevě od bolesti?

- ☐ Farmakologický dle ordinace lékaře
- ☐ Nefarmakologický (např. RICE - Rest, Ice, Compression, Elevation)
- ☐ Kombinovaný
- ☐ Jiný (prosím specifikujte): _____

16. Vnímáte překážky při snaze poskytnout pacientovi adekvátní úlevu od bolesti?

- ☐ Ano, (prosím specifikujte): _____
- ☐ Ne

17. Využíváte při Vaší práci podporu nebo spolupráci s týmem APS (Acute Pain Service)?

- ☐ Ano, často
- ☐ Ano, někdy
- ☐ Ne, ale vidím možnost spolupráce
- ☐ Ne

18. Pokud nevyužíváte pomoc APS, co považujete za hlavní důvod? (možno zvolit více odpovědí)

- ☐ Nedostatečné informace o APS
- ☐ Nedostatek času
- ☐ Nejasnost v postupech
- ☐ Jiný (prosím specifikujte): _____

19. Co by Vám pomohlo více využívat pomoc APS? (možno zvolit více odpovědí)

- ☐ Vzdělávací semináře o APS
- ☐ Zlepšení komunikace s týmem APS
- ☐ Jasnější postupy pro kontaktování APS
- ☐ Jiná (prosím specifikujte): _____

20. Jaké další zdroje informací nebo podpory byste uvítali pro zlepšení hodnocení a léčby bolesti? (možno zvolit více odpovědí)

- ☐ Více školení
- ☐ Přístup k novým nástrojům k hodnocení bolesti
- ☐ Pravidelné semináře nebo workshopy
- ☐ Podpora od APS týmu
- ☐ Jiný (prosím specifikujte): _____

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor

1. Rozpoznání bolesti:

- Jak rozpoznáváte, že váš pacient trpí bolestí? Jaké znaky nebo symptomy vás na to upozorňují?
- Které typy bolesti (akutní, chronická, nádorová, nenádorová, neuropatická, nociceptivní) nejčastěji vidíte na svém pracovišti?
- Které diagnózy jsou podle vás nejčastěji spojeny s akutní bolestí?

2. Hodnocení bolesti:

- Jaké metody používáte k hodnocení intenzity bolesti u pacientů? (škály bolesti, verbální hodnocení, pozorování nonverbálních znaků atd.)
- Jak často hodnotíte bolest u pacientů během dne?
- Jak postupujete při hodnocení bolesti u pacientů na ventilátoru nebo jiných nekomunikujících pacientů?
- Používáte v praxi konkrétní nástroje či škály pro hodnocení bolesti, jako je například CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)?
- Jaké faktory ovlivňují vaši schopnost správně zhodnotit bolest u pacientů? (čas, pracovní zátěž, nedostatečné školení atd.)

3. Pomoc při zmírnění bolesti:

- Jaký přístup nejčastěji volíte k úlevě od bolesti? Volíte spíše farmakologické postupy dle ordinace lékaře, nefarmakologické metody jako je například fyzikální léčba RICE (Rest, Ice, Compression, Elevation), nebo jejich kombinaci?
- Jaké překážky vnímáte při snaze poskytnout pacientovi adekvátní úlevu od bolesti?
- Vnímáte potřebu větší spolupráce s APS týmem při řešení akutní bolesti?
- **Pokud ano**, co byste konkrétně očekával/a od větší spolupráce s APS týmem?
- Jaké formy spolupráce byste uvítal/a? Například častější konzultace, více školení, nebo snadnější přístup k odborníkům?

- V jakých oblastech byste nejvíce ocenila podporu APS týmu?
- Napadají vás konkrétní situace nebo případy, kde by větší zapojení APS týmu mohlo být užitečné?
- **Pokud ne**, co vás vede k tomu, že nevnímáte potřebu větší spolupráce s APS týmem?
- Je to spíše o tom, že máte dostatek zkušeností a informací, nebo vám vyhovuje současná míra spolupráce?
- Pokud by vám tým APS nabídl konkrétní formu podpory nebo nové možnosti, považoval/a byste to za užitečné?

4. **Vzdělání a školení:**

- Jaké školení či vzdělávání jste absolvoval/a v oblasti hodnocení a léčby bolesti? Pociťujete potřebu dalšího vzdělávání?
- Jak důležité je podle vás průběžné vzdělávání v oblasti akutní bolesti pro sestry na interních jednotkách intenzivní péče?

Příloha č. 3: Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

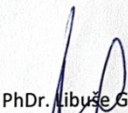
Vyjádření NOŠP a řízení kvality zdravotní péče FNKV PhDr. Libuše Gavlasové,
MBA:

Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče FNKV:

S výzkumným šetřením v rámci zpracování diplomové práce souhlasím za předpokladu:

- dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, včetně souvisejících předpisů;
- že poskytnutá data z FNKV jsou pouze pro účely zpracování dané práce a další prezentace dat může být realizována pouze po předchozím písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče.

V Praze dne 17.10.2024


PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
a řízení kvality zdravotní péče
FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstel. pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče