

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Barbora Hanzlová

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

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

Bakalářská práce

Praha, 2021

Autor práce: Barbora Hanzlová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Václava Otcová**

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

Předpokládaný termín obhajoby: 29.6.2021

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 bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

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

V Praze dne 22. května 2021 Barbora Hanzlová

Poděkování

Zde bych chtěla moc poděkovat své vedoucí práce, paní magistře Václavě Otcové, za její profesionální vedení mé práce, za její ochotu a trpělivost a za cenné rady nejen k výzkumné části práce, ale k celému jejímu zpracování. Dále bych chtěla poděkovat paní PhDr. Marii Zvoničkové, za další cenné rady ke zpracování práce. Závěrem chci poděkovat celému týmu na oddělení Kardiologie v ÚVN za to, že mi umožnili zde výzkum provést a všichni se mnou spolupracovali.

Obsah

<i>Úvod</i>	7
1 Bolest - definice	9
1.1 Základní dělení bolesti.....	10
1.1.1 Dělení bolesti podle jejího trvání.....	10
1.1.2 Dělení bolesti podle patofyziologie bolesti	11
1.1.3 Bolest podle jejího původu	13
1.2 Epidemiologie bolesti	13
1.3 Patofyziologie bolesti.....	14
2 Léčba bolesti	16
2.1 Farmakologická léčba bolesti.....	16
2.1.1 Opioidní analgetika.....	16
2.1.2 Neopioidní analgetika	17
2.2 Nefarmakologická léčba bolesti	17
3 Hodnocení bolesti	20
3.1 Posouzení intenzity akutní bolesti	20
3.2 Hodnocení chronické bolesti	22
4 Metodický návod Ústřední vojenské nemocnice	24
4.1 Organizace péče o pacienty s bolestí	24
4.2 Rozsah hodnocení bolesti a monitorování její léčby	25
4.3 Úkoly sestry při hodnocení a tlumení bolesti.....	25
4.4 Orientační slovní hodnocení desetistupňové škály bolesti (VAS)...	26
VÝZKUMNÁ ČÁST	28
5 Cíl výzkumu	28
6 Časový harmonogram práce	28
7 Metodologie	28
7.1 Popis oddělení kardiologie.....	29
7.2 Způsob šetření	29
7.3 Vzorek respondentů.....	30
8 Analýza dat	31
8.1 Strukturovaný rozhovor	31
8.2 Výsledky anonymního dotazníku s doplňujícími otázkami k rozhovoru:.....	38
8.3 Skryté pozorování	40

<i>Diskuze</i>	43
<i>Závěr</i>	47
<i>Seznam použité literatury</i>	49
<i>Seznam použitých obrázků, tabulek, grafů</i>	51

Úvod

Bolest je nejzákladnější příznak skutečnosti, že v těle něco není v pořádku, má tedy hlavně diagnostický význam. Bolest není příjemná nikomu z nás a je potřeba k ní podle toho přistupovat. Zároveň se jedná o subjektivní pocit pacienta, což znamená, že když pacient tvrdí, že trpí nějakou bolestí, vždy mu to musíme věřit. Díky této skutečnosti může nastat problém s hodnocením bolesti. Když je to subjektivní pocit pacienta, nikdy nebude existovat škála, která by dokázala pacientovu bolest rovnoměrně posoudit, jelikož každý pacient má jiný práh bolesti a co může pro jednoho pacienta být nesnesitelná bolest, může pro druhého pacienta znamenat bolest středně silnou. Přesto se v praxi využívá několik škál k hodnocení bolesti, aby byl zdravotnický personál schopen pacientovu bolest posoudit co nejobektivněji a případně podle toho připravil farmakologickou i nefarmakologickou léčbu. K hodnocení bolesti se v praxi používají nejčastěji dvě škály, vizuální analogová a numerická hodnotící škála, rozdíl mezi nimi vysvětluji ve své teoretické části. V praktické části se pak zabývám tím, jaké uplatnění mají tyto škály v praxi.

V teoretické části této bakalářské práce popisuji, co to bolest je, jaké je její základní dělení. V další kapitole uvádím, jaké možnosti léčby bolesti existují, zabývám se jak farmakologickou léčbou, tak i metodami nefarmakologickými a uvádím příklady, jak lze bolest léčit bez použití farmakoterapie. Následuje kapitola věnovaná hodnocení bolesti, kde vysvětluji, jaký je rozdíl mezi vizuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou a jaké jsou možnosti použití těchto škál v praxi. Hodnocení bolesti jsem rozdělila na hodnocení akutní bolesti a hodnocení bolesti chronické. V poslední kapitole teoretické části jsem shrnula metodický pokyn Ústřední vojenské nemocnice k hodnocení bolesti u pacienta, jak by správně sestra měla při hodnocení bolesti postupovat. Metodický pokyn platí i pro lékaře, v této kapitole je však zmíněný postup pouze pro sestry.

V praktické části této bakalářské práce jsem shrnula popis oddělení, na kterém probíhal můj výzkum o hodnocení bolesti sestrou, jedná se o Kardiologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice. Dále uvádím, jaké metody jsem pro tento výzkum použila. Jedná se o strukturovaný rozhovor s deseti sestrami doplněný

anonymním dotazníkem se dvěma doplňujícími otázkami k rozhovoru. Jako poslední jsem zvolila metodu skrytého pozorování během své praxe na tomto oddělení. Rozhovor byl rozepsán do deseti tabulek pro lepší orientaci v textu a vždy pod každý rozhovor jsem provedla srovnání s metodickým pokynem. Doplňující otázky v anonymním dotazníku byly zpracovány pomocí okomentovaných grafů. Výsledky skrytého pozorování jsem sepsala formou poznámek, které jsem si během praxe sepsala. V rozhovoru, dotazníku i skrytém pozorování jsem se zabývala tím, zda sestry dodržují metodický pokyn Ústřední vojenské nemocnice a zda tento metodický pokyn chápou a je jim při hodnocení bolesti u pacienta nápomocný. Zaměřovala jsem se na to, jakou škálu k hodnocení bolesti sestry využívají a zda ji využívají správně. Zajímalo mě, zda sestry vnímají rozdíl mezi vizuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou. V poslední řadě jsem zkoumala, zda metodický pokyn sám o sobě rozděluje vizuální analogovou škálu a numerickou hodnotící škálu. Výsledek práce je podrobně zhodnocen v diskuzi a závěru.

1 Bolest - definice

Definice bolesti dle WHO: *“Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní.“*

Bolest mezi námi byla vždy a je velmi různorodá. Každý člověk ji pociťuje jinak a každý s ní zachází po svém. Bolest je běžnou součástí života, nese sebou spoustu negativních pocitů. Bolest kazí náladu i radost. I když se to na první pohled nezdá, tak bolest může být i pozitivní a to z toho důvodu, že funguje jako varovný signál, že v lidském těle není něco v pořádku. Bolest umožní rozpoznat příčinu, která ji vyvolává a vyřešení této příčiny zároveň odstraňuje bolest samotnou (10).

Bolest je tím nejkompexnějším zážitkem, jelikož s sebou přináší spoustu tělesných, emočních i sociálních poznatků. Je to vždy nepříjemný zážitek spojený se stresem a tísní. Je to vždy subjektivní příznak a proto existuje pokaždé, kdy nám nemocný tvrdí, že bolestí trpí (10).

Vnímání bolesti se odvíjí hned od několika různých aspektů, jako např. věk, pohlaví, rasa atd. Dříve si lidé mysleli, že novorozenci, kojenci a batolata bolest nevnímají, toto tvrzení však bylo vyvráceno, tyto děti vnímají bolest naopak velmi dobře. Pláč je jedním z projevů, že dítě bolest pociťuje. Dále se vnímání bolesti vyvíjí i v pozdějším věku u dětí. V průběhu života se vnímání bolesti a společně s ním i reakce na bolestivé podněty hodně mění (6).

Dalším aspektem je pohlaví, kdy jak vnímají bolest muži a ženy. Obecně se tvrdí, že ženy bolest snášejí lépe než muži, to ale není pravda. Richard Rokyta (2017, str. 9) uvádí: *„Práh bolesti je u žen nižší, stejný bolestivý podnět vnímají dříve a intenzivněji než muži. Ale mají některé mechanismy, které vnímání bolesti snižují, např. vyplavování endogenních opioidů, tzn. endorfinů, enkefalinů, dynorfinů a endorfinů v době před porodem a při něm. I když vyplavení endogenních opioidů bolest úplně neodstraní, trochu ji zmírní. Endorfiny se vyplavují i při menstruačním cyklu ženy jsou tedy po dobu fertility trénovány pravidelným hormonálním cyklem na určitý typ bolesti (6).“*

Důležitým faktorem je také je rasa neboli etnikum. Díky výzkumu v Americe a Japonsku se zjistilo, že Afroameričané mají nižší práh bolesti, rychlejší a intenzivnější reakci na bolestivý podnět než bílí Američané a to přestože se neliší jejich sociální faktory. V Japonsku se zjistilo, že Japonci(žluté etnikum) mají vyšší práh bolesti než představitelé bílé rasy, kteří v Japonsku žijí (6).

1.1 Základní dělení bolesti

Bolest můžeme rozdělovat různě podle faktorů, které ji ovlivňují. Bolest můžeme dělit na akutní a chronickou podle délky jejího trvání. Dále pak můžeme bolest dělit dle patofyziologie či dle místa, kde bolest vzniká (6).

1.1.1 Dělení bolesti podle jejího trvání

Akutní bolest

Jedná se o krátkodobou bolest, zpravidla může trvat hodiny až týdny a je prvním ukazatelem onemocnění nebo narušení správné funkce lidského organismu. Pokud je intenzita bolesti vysoká, může mít špatný psychický dopad na daného jedince. U akutní bolesti se musí jednat rychle a pohotově, jinak hrozí rozvinutí různých patologických změn a díky tomu dochází také k prohloubení stresu organismu. S akutní bolestí se však dá pracovat, jelikož reaguje dobře na farmakologickou léčbu (9).

S tímto druhem bolesti se v praxi setkáme na pohotovosti a traumatologických odděleních, na odděleních chirurgického typu a na jednotkách intenzivní péče (8).

Chronická bolest

Jedná se o bolest dlouhodobou, která trvá déle než 3 – 6 měsíců. Bolest, která má kratší časové trvání než je norma, ale zároveň přesahuje svým trváním dobu pro danou nemoc, se také považuje za chronickou. Na rozdíl od akutní bolesti, bolest chronická není z biologického hlediska tak užitečná, jelikož obvykle není žádný jasný vztah mezi poškozenou tkání a bolestí a intenzita bolesti se velmi často nerovná podnětu, který ji vyvolává. Je to zdroj jak fyzického tak psychického

trápení a v rozvoji chronické bolesti hrají roli různé faktory, hlavně sociální a psychologické (9).

Hlavním cílem léčby nemusí být úplné odstranění bolesti či uzdravení jedince, ale zmírnění bolesti a zlepšení kvality života daného jedince a to po fyzické, psychické a sociální stránce do nejvyšší možné míry. K tomu se využívá farmakologická i nefarmakologická léčba (např. rehabilitace) (6).

S tímto druhem bolesti se v praxi setkáváme spíše na odděleních interního typu nebo v domácí ošetrovatelské péči (8).

1.1.2 Dělení bolesti podle patofyziologie bolesti

Nociceptivní bolest

Nociceptivní bolest je ta, která vznikne stimulací nociceptorů. Je to fyziologická odezva normální funkce nervového systému. Dále se ještě dělí na dva typy, a to na bolest somatickou a viscerální. Somatická bolest je na rozdíl od viscerální velmi dobře lokalizovatelná, viscerální bolest bývá difúzní. Na tento typ bolesti velmi dobře působí analgetická léčba. Při souvislém podávání analgetik však může dojít ke změnám zadních míšních rohů, a to i na mozkové úrovni, díky tomu dochází ke zrodu chronických a bolestivých stavů (9).

Neuropatická bolest

Neuropatická bolest je typ bolesti, který je generován nervovým systémem. V knize Vnitřní lékařství autoři B. Mičánková Adamová, M. Hakl a P. Ševčík (2011, str. 1510) uvádí: „*Neuropatická bolest vzniká jako přímý důsledek poškození nebo onemocnění, které postihuje somatosenzitivní systém* (9).“.

Jedná se o závažný problém v oblasti diagnostiky a terapie, jelikož léčba nebývá vždy snadná a často je to původce vzniku chronické bolesti. Neuropatickou bolest dále rozlišujeme podle lokalizace postižení na periferní a centrální bolest a dále má tento typ bolesti také dvě klinické formy: spontánní a vyvolanou. U spontánní formy hovoříme o bolesti na stimulu nezávislou a u vyvolané formy naopak o bolesti na stimulu závislou. Spontánní forma bolesti může být buď

permanentní, jejím projevem je většinou pálivá bolest, a nebo záchvatovitá a ta je spíše bodavá nebo vystřelující (9).

Patofyziologie tohoto typu bolesti není zatím dopodrobna ujasněna, k jejímu vývoji přispívá velká řada mechanismů. Základem neuropatické bolesti je převaha excitace nad inhibicí. V knize Vnitřní lékařství autoři B. Mičánková Adamová, M. Hakl a P. Ševčík (2011, str. 1510) uvádí: „*Periferní senzitivizace je obecnou vlastností periferních nociceptorů a vyznačuje se zvýšenou citlivostí k bolesti po předchozí nociceptivní stimulaci. Periferní senzitivizace je důsledkem zvýšeného množství sodíkových kanálů na regenerující membráně axonů a jejich odchylné konfigurace, výsledkem je hyperexcibilita, spontánní vznik akčních potenciálů a pokles prahu bolesti. V místech segmentální demyelinizace nervu dochází k přeskoku akčního potenciálu z jednoho vlákna na druhé (efapse), při kterém může mechanická stimulace dráždit vlákna vedení bolesti. Kombinací těchto mechanismů mohou v periferním nervu vznikat ložiska spontánní ektopické aktivity (9).*“.

Psychogenní bolest

Psychogenní bolest je zvláštní typ bolesti, který nezpůsobuje žádná organická příčina, ale převládá u ní psychická složka. Psychické obtíže se tedy projeví v podobě somatických obtíží (9). Příhodný příklad tohoto typu bolesti je krátkodobá bolest zubu, když má jít člověk k zubaři. Psychicky ho stresuje návštěva zubaře a díky tomu ho najednou začne bolet jeden či více zubů. Když se poté dozví u zubaře, že je vše v pořádku, bolest ustane.

Bolest dysautonomní

Tento druh bolesti je specifický tím, že na síle bolesti se podílí autonomní nervový systém (9). Charakteristickým příkladem tohoto typu bolesti je komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS). Tento syndrom označuje rozmanité bolestivé stavy, které vznikly z velké části následkem zranění, úrazu či operace (3).

Bolest smíšená

Bolest smíšená popisuje stav, kdy se předchozí typy bolestí kombinují. Obvyklou kombinací je bolest neuropatická s bolestí nociceptivní. Psychogenní prvek se hojně vyskytuje u chronické bolesti (9).

1.1.3 Bolest podle jejího původu

Onkologická bolest

Onkologická bolest vzniká z důvodu nádorového onemocnění. Nejčastěji ji způsobuje právě růst nádoru. Do této kategorie se však řadí také bolest, která vznikla v souvislosti s diagnostickými nebo terapeutickými postupy. Co se týče léčby tohoto typu bolesti, příliš se neliší od léčby bolesti neonkologické. Při tlumení se používají analgetika stejně tak, jak se používají, když se nejedná o onkologickou bolest (3).

Neonkologická bolest

Nejčastější typ bolesti, se kterou se setkáváme, je bolest chronická neonkologická. Nejedná se tedy o bolest, kterou by způsobovalo nádorové onemocnění. Příčinou nejčastěji bývá degenerativní onemocnění pohybového aparátu. K tlumení tohoto typu bolesti se používají jakákoliv dostupná analgetika či opioidy. Typ a intenzita bolesti určují, jak silná farmakoterapie bude, původ bolesti se v tomto směru neřeší (3).

1.2 Epidemiologie bolesti

Ze všeho nejdříve je nutné definovat některé pojmy. Richard Rokyta ve své knize *Bolest a jak s ní zacházet* (2009, str. 15) vysvětluje pojem prevalence jako: *„prevalence je počet nemocných na 1000 obyvatel k určitému datu. Většinou rozlišujeme měsíční nebo roční prevalenci. Používá se i bodová prevalence. Je to procento pacientů ve známé populaci s určitým symptomem či syndromem ke dni, kdy se provádí interview. Celoživotní prevalence je procento pacientů nebo lidí ve známé populaci s daným symptomem nebo syndromem v určitém období jejich života (7).“*.

Pojem incidence definuje Richard Rokyta (2009, str. 15) jako: *„procento lidí ve známé populaci, u nichž se vyvíjí určitý symptom či syndrom během specifického časového období, například bolest v určité specifické periodě (7).“*. Epidemiologické studie jsou důležité a významné z hlediska odhalení závažných skutečností. Zkoumání prevalence bolesti ve zdravotnických zařízeních ukazuje na vyšší úroveň zpomalování závažné bolesti, než je tomu v normální populaci mimo

zdravotnické zařízení. V mnoha zdravotnických zařízeních je léčba pooperační bolesti nedostačující. Po jednodenních výkonech se velká část pacientů vrací domů s neúnosnou úrovní bolesti (7).

Co se týče prevalence, je mnohem méně známá u dětí než u dospělých. Klasifikace bolesti v pediatrii a neonatologii je ještě stále ve vývoji (7).

1.3 Patofyziologie bolesti

Bolest neodmyslitelně patří ke stresu. Stres vzniká pomocí *circulus vitiosus*, součástí toho jsou další psychologické jevy, např. insomnie, stavy beznaděje, úzkostné stavy, panické ataky či strach. Je tedy běžné, že společně s bolestí, hlavně tou chronickou, vznikají deprese. To je také důvodem, proč některá antidepresiva působí také analgeticky. Richard Rokyta v knize Léčba bolesti (2013, str. 16) uvádí, že: „*Stres vyvolává reakce ve všech řídicích systémech organismu - ve fylogeneticky nejstarším imunologickém, mladším endokrinním a nejmladším nervovém (s jeho nástavbou - psychikou) (7).*”. S těmito spojitostmi se zabývá samostatná lékařská disciplína psychoneuroendokrinoimunologie. Reakce, které stres vyvolává jsou nejčastějším důvodem ke vzniku rozličných onemocnění jako je deprese, Alzheimerova choroba, epilepsie, schizofrenie atd., u kterých dochází ke změně stejných biochemických parametrů. Mimo to se také mění akční potenciál buněk, který se měří jednotkovou aktivitou. Ta je za normálních okolností neuspořádaná, při bolesti se seskupí do pravidelných tvarů. U bolesti se jedná o vřetenka. Změny, které během toho nastanou, se dají odstranit v okamžiku, jakmile bolest odezní (7).

Bolest má 4 základní komponenty:

1. První je senzorio-diskriminační komponenta, o té máme nejvíce informací. “*Postupuje od receptoru přes periferní vlákna do míchy a odtud spinotalamickými a retikotalamickými drahami do různých částí talamu: do laterální části (nc. VB, nc. VPL a VPM) a mediální části (nc. CL, nc. pF, CM) (3).*” (Richard Rokyta, 2013, str. 17).
2. Dále je zde afektivní neboli emocionální komponenta. “*Dráha jde z receptoru do prodloužené míchy do nc. parabrachialis, odtud do hypotalamu a amygdaly a zpět (3).*” (Richard Rokyta, 2017, str. 17).

3. Jako další je komponenta vegetativní neboli autonomní, která navazuje na autonomní nervový systém, díky tomu se při bolesti projevuje také pocení, snížení krevního tlaku, zrychlení tepu neboli tachykardie, bledost a také změny tonu GIT (3).
4. Poslední komponenta je motorická, která je založena na principu stresu s reakcí fight or flight (3).

2 Léčba bolesti

Léčebný postup se volí individuálně podle toho, o jaký typ bolesti se jedná. U akutní bolesti většinou vystačí farmakoterapie analgetiky, zatímco u chronické bolesti už to nemusí stačit. Je potřeba volit různé metody léčby a nezbytná je také spolupráce s dalšími obory medicíny (3).

2.1 Farmakologická léčba bolesti

Obecně se na léčbu akutní bolesti užívá skupina léčiv s názvem analgetika. Ta se dělí na opioidní a neopoidní. Farmakologická léčba je symptomatická, uleví nemocnému od bolesti, ale neřeší její příčinu (5).

2.1.1 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika mírní bolest, která má střední až silnou intenzitu a většinou provází pooperační stav, infarkt myokardu, trauma, onkologická onemocnění aj. Analgetické dávky nemají hypnotický účinek ani nevyvolávají ztrátu vědomí v podobě celkové anestezie, avšak častým negativním účinkem bývá sedace, která způsobí psychomotorický útlum a únavu. Tento typ analgetik získal přívlastek od opia, což je zaschlá šťáva nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum*) a byl po tisíciletí používán jako prostředek k navození klidu a tlumení bolesti, ale také proti průjmům a pro navození stavu euforie. Má v sobě obsažené alkaloidy s analgetickým účinkem - jedná se o morfin a kodein. Další analgetika se buď odvozují od morfinu - jsou to jeho deriváty nebo jsou to syntetické látky, které mají odlišnou strukturu. Díky tomu, že působí na stejné receptory, na které působí morfin, nesou název „opioidy“ (5).

Opioidy také mohou částečně pomoci u neuropatických bolestí, které nejsou způsobeny pouze poškozením tkáně periferní, ale také patologickou změnou v CNS (akutní CMP) nebo periferního nervového systému (diabetická neuropatie). J. Martínková v knize Farmakologie (2018, str. 189) píše: „*Tato bolest odpovídá lépe na adjuvantní analgetika (koanalgetika). Mezi léky první volby patří antiepileptika, gabapentin a pregabalin, tricyklická antidepresiva (amitriptylin aj.)* (5).“ Opioidy nám také mohou poskytnout úlevu od křečí v břiše při průjmům (5).

2.1.2 Neopioidní analgetika

Analgetika - antipyretika

J. Martínková a kol. (2018, str. 197) píše: „*Jeich hlavním přínosem je analgetický a antipyretický účinek, účinek protizánětlivý chybí(paracetamol, pyrazolové deriváty) (5).*“.

Paracetamol

Paracetamol se používá kvůli svým význačným účinkům antipyretickým a analgetickým - poměrně nejbezpečnějším. Při akutních infekcích se používá proti horečnatým stavům, dále pak na bolest hlavy, zubů, svalů či kloubů a to zejména u chřipkových onemocněních. Také v pediatrii je paracetamol oblíbený a preferuje se před aspirinem (pro Reyův syndrom) (5).

Paracetamol se po perorálním podání dobře vstřebává a odbourává se v játrech. Je šetrný k gastrointestinálnímu traktu. Vysoké dávky způsobují chemické poškození jater a ledvin. Přestože paracetamol prochází placentární bariérou, u novorozenců nebylo pozorováno žádné poškození. Dostává se taktéž do mateřského mléka, u kojenců se ale neprokázaly žádné změny, které by odpovídaly účinku či toxicitě (5).

Metamizol, propyfenazon (pyrazolony)

Metamizol a pyrazolony jsou léky, které se používají pouze pro akutní bolest, s žádnými riziky pro gastrointestinální trakt. Metamizol je indikován k léčbě bolesti způsobené spasmu hladkého svalstva, ke zmírnění bolesti po menších operacích, spasmioanalgézi před nebo po instrumentálních vyšetřeních. U metamizolu byla popsána léková interakce s vysokodávkovaným metatrexátem a dále je tu interakce s tzv. PAD (perorální diabetika), kde hrozí riziko hypoglykemie (5).

2.2 Nefarmakologická léčba bolesti

Léčba bolesti nemusí být nutně řešena farmakologicky, jak si mnozí lidé mohou představovat. Dnes začínají být oblíbené méně invazivní metody a to jak u veřejnosti, tak u zdravotnických pracovníků. Nejsou finančně náročné a některé z nich se také dají praktikovat v pohodlí domova. Navíc má pacient trpící bolestí pocit, že svůj zdravotní problém je schopen zvládnout sám (4).

Nefarmakologické metody lze rozdělit do tří hlavních skupin atj. fyzikální terapie, alternativní terapie a kognitivní a behaviorální terapie. Tyto metody se většinou používají jednotlivě nicméně mohou být doprovázeny farmakologickou léčbou. Výhodou kombinace nefarmakologické terapie s farmakologickou léčbou je zvýšená účinnost léčiva tzn. lepší tlumení bolesti, což vede ke snížování dávek podaného léčiva. Kromě toho mají nefarmakologické metody léčby další výhody, mezi které řadíme zlepšení nálady, eliminace stresu nebo podpora spánku (4).

Fyzikální terapie

Cílem fyzikální terapie je podpora komplexního zdraví jedince, prevence vzniku tělesného postižení a rehabilitace pacientů s tělesným postižením, pacientů trpící bolestí. Mimo jiné může fyzikální terapie pomoci k redukci zánětu, zmírnění spasmů svalstva a napomáhá k navození relaxace (4).

Tento druh terapie využívá působení fyzikálních vlivů na organismus, to slouží k rehabilitaci a k obnově běžné funkčnosti nemocného jedince, který je po nemoci nebo zranění. Mezi fyzikální terapie se řadí např. hydroterapie, terapie teplem, terapie chladem, terapie vibracemi, TENS což je transkutánní elektrická stimulace nervu a cvičení (4).

Transkutánní elektrická neurostimulace (TENS)

Jak můžeme vyčíst z názvu, TENS je elektrická stimulace nervstva, z fyzikálního hlediska se jedná o nehomogenní skupinu proudů, které mají pouze jednu společnou vlastnost a to šířka impulzu, která musí být kratší než 1 ms. Impulzoterapie se může využít na stimulaci nervových struktur, a to jak periferních, tak těch centrálních. Díky těmto proudům je možné tlumit (i vyvolávat) bolestivé stavy. Jejich využití je úspěšné a efektivní ke svalové kontrakci, která je indukovaná elektrickým proudem, a to jak u intaktního nervového přenosu, tak u poruch centrálního motoneuronu (3).

Velká výhoda TENS je, že pacientovi nehrozí žádné nebezpečí během použití této terapie, proud jej nemůže spálit ani poleptat tkáň. Nevýhoda TENS je v tom, že terapie se musí provádět často a opakovaně, jelikož účinek této terapie je pouze krátkodobý. Uplatnění má TENS hlavně u nociceptorového typu bolesti (3).

Rehabilitace

Rehabilitaci R. Rokyta (2009, str. 73) vysvětluje: „*Rehabilitace neoznačuje pouze lékařský obor, ale i obecný princip lékařského myšlení a rozhodování (7).*“.

Rehabilitace je nejučinnější hlavně u akutních bolestí pohybového aparátu. U chronické bolesti samotná rehabilitace není dostatečná. Pojem rehabilitace je slovo, které má latinský původ a znamená navrácení ztracené schopnosti - ať už tělesné nebo duševní. Rehabilitace je tedy nástroj, který může umožnit člověku po úrazu či traumatu návrat do normálního života, na který byl zvyklý předtím. Rehabilitace ale vyžaduje zapojení několika odborníků a spolupráci nemocného (7).

Rehabilitace a cvičení obecně redukuje stres, v těle se uvolňují endogenní látky, které mimo jiné působí analgeticky, jedná se o endorfiny, dynorfiny a enkefaliny. Mimo analgetické účinky má ale rehabilitace a cvičení další velmi pozitivní účinky na lidské tělo, např. zlepšení kvality spánku, větší množství energie, ústup deprese, která je velmi častá u lidí s chronickou bolestí (7).

Akupunktura

Akupunktura je osvědčená analgetická metoda čínské medicíny, kde je používána s úspěchem již několik staletí. Nyní se začala šířit i do Evropy a Ameriky. Podstata akupunktury spočívá v napichování tenkých jehliček do určitých bodů na těle (akupunkturální body), čímž dochází ke stimulaci, což vyvolává zvýšení sekrece endorfinů, které tlumí bolest. Akupunktura má však mnohem víc benefitů, díky nimž je tak oblíbená (10).

3 Hodnocení bolesti

Platné a spolehlivé hodnocení bolesti je nezbytné pro efektivní řešení bolesti. Povaha bolesti brání objektivnímu měření. Akutní bolest může být spolehlivě posouzena, a to jak v klidu (důležité pro pohodlí), tak během pohybu (důležité pro funkce a riziko pooperačních komplikací) pomocí jednorozměrných nástrojů, jako jsou numerické klasifikační stupnice nebo vizuální analogové stupnice. Oba tyto nástroje jsou při zjišťování změn v intenzitě bolesti účinnější než slovní hodnocení. Hodnocení dlouhodobé bolesti a účinků léčby je náročnější, a to jak u pacientů, kteří trpí bolestí z nezhoubných příčin, tak u pacientů s rakovinnou bolestí. Bylo vyvinuto mnoho nástrojů pro různé typy a podtypy chronických bolestivých stavů za účelem posouzení kvalitativních aspektů chronické bolesti a jeho dopad na funkci. Dlouhý seznam publikovaných nástrojů naznačuje, že hodnocení bolesti je i nadále výzva. Protože je bolest tak subjektivní, osobní a soukromá zkušenost, hodnocení bolesti u pacientů, s nimiž nemůžeme dobře komunikovat, je většinou těžká, především u pacientů trpících kognitivními poruchami a demencí (1).

3.1 Posouzení intenzity akutní bolesti

Známa vizuální analogová stupnice (VAS) a numerická hodnotící stupnice (NRS) pro hodnocení intenzity bolesti souhlasí dobře a jsou stejně citlivé při hodnocení akutní bolesti po operaci a oba jsou lepší než čtyřbodová verbální stupnice kategorického hodnocení (VRS). Fungují nejlépe pro subjektivní pocit intenzity bolesti pacienta teď - momentální intenzita bolesti. Mohou být použity pro nejhorší, žádnou nebo průměrnou bolest za posledních 24 hodin nebo během posledního týdne. Existují zde i nějaká omezení, např. vzpomínka na bolest není přesná, jelikož může být ovlivněna současnými okolnostmi (1).

VAS

Vizuální analogová stupnice je měřicí pomůcka, která se pokouší změřit intenzitu bolesti, o které se předpokládá, že se pohybuje napříč kontinuem hodnot a nelze je snadno měřit přímo. Například rozsah bolesti, kterou pacient cítí, se pohybuje napříč od žádné po extrémní množství bolesti. Z provozního hlediska je VAS obvykle vodorovná čára o délce 100 mm, která je z obou stran popsána. Na

začátku je napsáno “žádná bolest” a na konci “nesnesitelná bolest”. Pacient označí na čáře bod, který cítí a který představuje jeho vnímání svého aktuálního stavu. Skóre VAS se stanoví měřením v milimetrech z levého konce řádku do bodu, který pacient označí. Číselná hodnota, která je tímto způsobem získána pak odpovídá bolesti, kterou pacient cítí (2).

Jelikož je takové hodnocení vysoce subjektivní, jsou tyto měřítka nejvíce užitečné při pohledu na změnu u jednotlivců, méně užitečné jsou při porovnávání napříč skupinou jednotlivců v jednom časovém bodě (2).

obrázek č. 1



zdroj: <https://image.dashofer.cz/images/sen/45/1.81/img002.jpg>

NRS

NRS s čísly od 0 do 10 („žádná bolest“ až „nejhorší bolest jakou si člověk umí překvapit“) je praktičtější než VAS, je srozumitelnější pro většinu lidí a není zapotřebí škálu vidět a není potřeba ani papír a pero. Určit intenzitu bolesti se za pomoci této škály dá dokonce přes telefonní hovor, online hovor a záznam údajů pacientem přímo do databáze počítače pomocí telefonu. U NRS a VAS bylo prokázáno, že poskytují téměř stejné hodnoty u stejného pacienta v různém čase po operaci, zatímco čtyřbodový VRS podceňoval nejintenzivnější bolest ve srovnání s VAS. U mladších dětí, přibližně od 3 let, je dobře ověřena stupnice se šťastnými a nešťastnými obličejí, například obrázková stupnice bolesti (1).

Deník bolesti

Kromě jiného si může pacient sám psát tzv. deník bolesti, kde si zaznamenává čas během dne a případně i během noci a k němu píše, jak silnou bolest právě pocítuje. Aby byly informace o bolesti co nejpřesnější, využívá škálu

bolesti, nejčastěji VAS. Do deníku si píše také kdy mu byly podány analgetika, případně opioidy a posléze vyhodnocuje účinek této farmakoterapie.

Zdravotnickému týmu to může pomoci vyhodnotit, zda daná léčba pacientovi zabírá či nikoliv a také se získanými informacemi mohou řídit v další léčbě (3).

3.2 Hodnocení chronické bolesti

Chronická bolest má zásadní dopad na fyzickou, emoční a kognitivní funkci, na společenský a rodinný život a na schopnost pracovat a zajistit si příjem. Smysluplné hodnocení dlouhodobé bolesti je proto náročnějším úkolem než posouzení akutní bolesti. To platí jak v klinické praxi, tak při provádění zkoušek léčby dlouhodobé bolesti.

Komplexní posouzení jakéhokoli chronického komplexního bolestivého stavu vyžaduje dokumentaci anamnézy bolesti, fyzikálního vyšetření a specifických diagnostických testů (1).

Historie bolesti a anamnéza

Obecná anamnéza je důležitou součástí historie bolesti, často odhaluje důležité aspekty komorbidit, které přispívají ke komplexnímu stavu bolesti. Specifická anamnéza bolesti musí objasňovat umístění, intenzitu, popis bolesti, časové aspekty a možné patofyziologické a etiologické problémy (1).

Ptáme se na tyto otázky:

Kde je bolest?

Jak silná je bolest?

Popis bolesti (např. pálení, bolest, bodnutí, střelba, pulzování atd.).

Jak bolest začala?

Jaký je časový průběh bolesti?

Co zmírňuje bolest?

Co bolest zhoršuje?

Jak bolest ovlivňuje:

- váš spánek?
- vaše fyzické funkce?

- vaši pracovní schopnost?
- vaši finanční stránku?
- vaši náladu?
- váš rodinný život?
- váš společenský život?
- váš sexuální život?

Jakou léčbu jste podstoupili? Účinky léčby? Nějaké nepříznivé účinky?

Máte depresi?

Bojíte se o vaše zdraví? (1)

Vyšetření

Obecná fyzikální prohlídka, hodnocení specifické bolesti, neurologické vyšetření, vyšetření muskuloskeletálního systému, hodnocení psychologických faktorů (1).

4 Metodický návod Ústřední vojenské nemocnice

Metodický návod obsahuje pokyny k problematice řešení bolesti, dle kterých se musí zdravotničtí pracovníci řídit. Já se pokusím shrnout pokyny pro zdravotní sestry ohledně hodnocení bolesti u pacienta (11).

4.1 Organizace péče o pacienty s bolestí

- Zaměstnanci ÚVN se vzdělávají pomocí e-learningu (11).
- Bolest u pacienta se hodnotí při příjmu pacienta pomocí lékařské a ošetrovatelské anamnézy či vyšetření, poté se hodnotí v průběhu hospitalizace vždy, když pacient udává, že bolest má. Pokud je bolest příznakem akutního onemocnění pacienta, např. infarkt myokardu, náhlá příhoda břišní, zlomeniny, atd., není potřeba při odebírání anamnézy a u vstupního vyšetření bolest hodnotit dle vizuální analogové škály (dále jen VAS). Bolest se dokumentuje při vstupním vyšetření zároveň s jinými příznaky (11).
- Intenzita bolesti se hodnotí pomocí VAS 0-10. Jako další se u bolesti hodnotí její lokalizace, délka trvání, typ bolesti a jak je bolest frekventovaná (11).
- Během přijetí je pacient edukován o tom, že má právo na léčbu bolesti a také že je důležité informovat personál o bolesti, jakou má intenzitu, kde je lokalizovaná, jak dlouho trvá atd. (11).
- Lékaři bolest hodnotí spolu s dalšími pracovníky nelékařských profesí, zahajují léčbu, poučují pacienta i rodinné příslušníky pacienta. Pokud se jedná o akutní stav, po určení diagnózy se zahajuje adekvátní léčba dle stavu pacienta a intenzity jeho bolesti (11).
- Pokud u pacienta byla zahájena odpovídající analgetická terapie a intenzita bolesti se stále pohybuje u hodnoty VAS 3 a více, může si ošetřující lékař vyžádat algeziologické konzilium, dále má k dispozici také klinického farmaceuta, který je schopen zhodnotit analgoterapii a doporučit další postup (11).
- Pracovníci nelékařských profesí pacienta seznamují s problematikou léčby a vyhodnocují účinnost terapie (11).

- Efektivní péče má za cíl bolest pozorovat a mírnit tak, aby pacienta neomezovala v běžných denních aktivitách. Dále mají zdravotničtí pracovníci za úkol aktivně zjišťovat, zda je u pacienta bolest přítomná (11).

4.2 Rozsah hodnocení bolesti a monitorování její léčby

- Na dospávacím pokoji se bolest hospitalizovaného pacienta sleduje a hodnotí á 15 minut a to až do předání pacienta na standardní lůžkové oddělení, dále na odděleních JIP a KARIM se bolest sleduje a hodnotí + 60 minut, pokud ošetřující lékař neurčí jinak, na standardním lůžkovém oddělení se bolest hodnotí při přijetí nebo předání pacienta a po podání analgetik za 30-60 minut a u ambulantních chirurgických výkonů se bolest sleduje 30 minut po výkonu a dále za 60 minut, pokud lékař neurčí jinak (11).
- Pokud má pacient poruchu vědomí nebo nespolupracuje, hodnocení bolesti se provádí na základě neverbálních projevů, které by mohly bolest signalizovat. Toto hodnocení se zaznamenává do dokumentace ošetřujícím personálem (11).
- U pacientů na ambulanci se bolest sleduje a dokumentuje v lékařské zprávě či tiskopisu Záznam fyziologických funkcí a to buď sestrou nebo jiným nelékařským pracovníkem (např. fyzioterapeutem) (11).

4.3 Úkoly sestry při hodnocení a tlumení bolesti

- pokud pacient udává bolesti při vstupním vyšetření nebo kdykoliv v době hospitalizace, sestra musí stanovit ošetrovatelskou diagnózu „Bolest“ v elektronické ošetrovatelské dokumentaci v záložce „Plán ošetrovatelské péče“ (11).
- Sestra bolest zjišťuje podle individuálních potřeb pacienta (tzn. u pacienta, který uspokojivě toleruje chronickou bolest nižší intenzity, tj. maximálně VAS 3, bude sestra bolest zjišťovat během dne méně často, než u pacienta s akutní pooperační bolestí). Pooperační bolest sestra sleduje minimálně v rozsahu, který je určený metodickým návodem, dále nejméně 3 dny po operaci až do vymizení bolesti (11).

- Pokud je to možné, tak si pacient sám určuje intenzitu své bolesti. Během vstupního ošetřovatelského vyšetření je seznámen s používáním měřítka bolesti. Pacientům, u kterých není možné použít měřítko bolesti (např. nevidomí) sestra vysvětluje slovní hodnocení intenzity bolesti (11).
- U pacientů, kteří mají poruchu vědomí nebo nespolupracují sestra popisně zaznamenává neverbální projevy, které naznačují, že pacient trpí bolestí. Mezi tyto neverbální projevy se řadí např. pláč, vyhledávání úlevové polohy, neklid, bolestivé grimasy v obličeji, tachykardie, hyperventilace, atd. (11).
- Pokud má pacient náhlou bolest, sestra to musí neprodleně ohlásit lékaři, jelikož se jedná o varovný signál, že s pacientem není vše v pořádku (11).
- Sestra musí v dokumentaci uvést, jaký lék podala - název léku, v kolik hodin tento lék podala a jakým způsobem byl podán. Kontrola pacienta po podání analgetik je po 30-60 minutách. Pokud bolest ustoupila, sestra i přesto musí dále sledovat pacienta, zda se u něj bolest znovu neobjeví. Když sestra kontroluje účinek podaného léku, je potřeba popsat, jaká byla pacientova reakce na podanou léčbu (11).
- Sestra pozoruje, zda pacientova bolest ustupuje vlivem dané léčby, pokud je doba mezi dávkami léků dobře určena, dále pozoruje, jestli pacient netrpí po operaci meteorismem nebo zácpou, zda se u něj nevyskytly nežádoucí účinky léků, které mu jsou podávány, jak psychicky reaguje na bolest, zda je schopen bolest posuzovat reálně nebo ji spíše bagatelizuje nebo přeceňuje. Vše co sestra zjistí pak zaznamenává do dokumentace (11).
- Pokud sestra vede dokumentaci o bolesti pacienta dobře, je jednoduché zjistit, co danému pacientovi prospívá a co naopak ne. Dále to zjednodušuje další postup, jak pacienta správně farmakologicky léčit, jak často se budou léky podávat, jaké využít pomůcky. Mimo to se díky správné dokumentaci mohou objevit chyby v léčbě (11).

4.4 Orientační slovní hodnocení desetistupňové škály bolesti (VAS)

- 0 znamená, že pacient bolest nepocítuje (11).

- 1-2 znamená, že pacient pociťuje mírnou bolest, je schopen se soustředit na hovor a je možné odvést od bolesti jeho pozornost (11).
- 3-5 znamená, že pacient pociťuje střední bolest, která převládá nad snahou o soustředění (11).
- 6-9 znamená velmi silnou bolest, pacient projevuje bolestivé grimasy, je na bolest velmi soustředěný (11).
- 10 znamená nesnesitelnou bolest, pacient není schopen ovládat své chování, přítomny mohou být také známky šoku a takto intenzivní bolest může vyvolat smrt (11).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Cíl výzkumu

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak sestry hodnotí bolest u pacienta, co je pro ně směrodatné pro podání analgetik a také, zda je metodický pokyn dobře pochopitelný a nápomocný v tomto ohledu. Dalším cílem bylo zjistit, jakou škálu sestry při hodnocení bolesti používají a zda ji používají správně.

6 Časový harmonogram práce

Květen až červen 2020

Během těchto měsíců jsem si vybírala téma své bakalářské práce.

Říjen 2020 až prosinec 2021

V tomto období jsem si hledala odbornou literaturu k teoretické části.

Leden až duben 2021

Během těchto měsíců jsem psala teoretickou část, měla konzultace s vedoucí práce.

Březen 2021

V březnu jsem kromě psaní teoretické části měla navíc praxi, na které jsem prováděla skryté pozorování hodnocení bolesti sestrami na Kardiologickém oddělení v ÚVN.

Květen 2021

V květnu jsem prováděla strukturovaný rozhovor se sestrami na Kardiologickém oddělení v ÚVN a psala jsem praktickou část.

7 Metodologie

Výzkum jsem prováděla třemi metodami. První z nich bylo skryté pozorování sester během praxe, respondentky tedy nevěděly, že se zaměřuji na hodnocení bolesti u pacientů. Druhou metodou byl strukturovaný rozhovor, kdy jsem se ptala deseti sester na 7 otázek, na které mi odpověděly. Nejprve jsem zamýšlela použít polostrukturovaný rozhovor, posléze se však ukázalo, že otázky jsou jasné a tak stejně jsou na ně jasné odpovědi respondentek, a tak nebylo potřeba rozhovor dále rozvíjet. Jako poslední jsem vytvořila dotazník se dvěma

doplňujícími otázkami, na které jsem se během strukturovaného rozhovoru nezeptala. Tento dotazník jsem poslala staniční sestře Kardiologického oddělení ÚVN, která dotazník předala sestřám, se kterými jsem vedla rozhovor.

Skryté pozorování nebylo možné u všech sester, se kterými jsem následně rozhovor prováděla, jelikož jsem se všemi na směně nebyla, podařilo se mi to u poloviny respondentek.

7.1 Popis oddělení kardiologie

Výzkum k hodnocení bolesti sestrou jsem prováděla na oddělení Kardiologie ÚVN. Toto oddělení má dvě části a dohromady čítá 32 lůžek.

Nejčastější výkony, na které pacienti chodí jsou např. SKG nebo kardioverze. SKG je selektivní koronarografie, kdy se vyšetřuje průchodnost koronárních tepen pomocí rentgenu. Kardioverze je upravení srdečního rytmu za pomoci defibrilátoru.

Pacienti jsou zde hospitalizováni krátkodobě i dlouhodobě. Krátkodobě se pacienti hospitalizují z důvodu kardiologického výkonu a dlouhodobě pak, když mají nějakou kardiologickou diagnózu, kterou je potřeba zaléčit.

7.2 Způsob šetření

Skryté pozorování probíhalo na dvanácti nebo osmi hodinových směnách během poslední praxe v březnu 2021, která byla následně zakončena praktickou státní zkouškou. Snažila jsem se co nejvíce sester vidět během rozdávání léků, jak jsem ale již zmínila, u všech dotazovaných se mi to nepodařilo.

Následoval strukturovaný rozhovor s deseti sestrami, který jsem provedla na konci dubna 2021. Domluvila jsem se se staniční sestrou a přijela jsem v odpoledních hodinách na oddělení, kdy byl relativně klid a sestry na mě měly více času, než například ráno nebo k večeru. Sedla jsem si na sesternu a začala jsem se sester ptát na mé otázky. Poprosila jsem je o naprostou upřímnost, vysvětlila jim, že se nejedná o žádnou kontrolu, zda bolest hodnotí správně nebo ne. Všechny sestry souhlasily s nahráním rozhovoru, abych mohla v mé práci použít přímou řeč.

Takto jsem za sestrami přijela dvakrát, abych rozhovor udělala s co nejvíce sestrami.

7.3 Vzorek respondentů

Můj výzkum se zaměřoval na sestry všeobecné i praktické (zdravotní asistenty). Všech 10 dotazovaných sester jsou ženského pohlaví. V první otázce jsem se ptala na to, zda je respondentka všeobecná nebo praktická sestra (zdravotnický asistent) a v další otázce jsem se ptala na počet let v praxi. Respondentky jsou v praxi různě dlouho, všechny se pohybují ve spektru několik měsíců až 25 let praxe. Co se týče kompetencí, 9 z 10 respondentek jsou všeobecné sestry a 1 respondentka je sestra praktická.

8 Analýza dat

Data, která jsem získala během strukturovaného rozhovoru jsem rozdělila do tabulek, pro lepší orientaci v textu. Data z doplňujícího anonymního dotazníku jsem vložila do grafu. Poznámky, které jsem si sepsala při svém skrytém pozorování, jsem do tabulek nevkládala, pouze jsem je přepsala do textu.

8.1 Strukturovaný rozhovor

Otázky podle pořadí, jak jsou uvedeny v rozhovorech:

1. Jakou metodu používáte na hodnocení bolesti pacienta?
2. Je pro Vás metodický pokyn ÚVN dostatečným návodem?
3. Ptáte se na bolest všech pacientů?
4. Kontrolujete účinnost analgetik?
5. Podle čeho se nejčastěji rozhodujete o podání analgetik?

Tabulka č. 1

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 1
1.	<i>„V první řadě se pacienta zeptám jestli ho něco bolí, pokud ho něco bolí tak jak moc, jestli silně, středně silně nebo jenom lehce. Právítka na něj nevytahuju. Většinou to odhadnu a když si nejsem jistá, tak se ho cíleně zeptám, jestli ho to bolí tak moc, že by potřeboval něco na bolest.“</i>
2.	<i>„Do toho jsem se nedívala už strašně dlouho, spíš opravdu si myslím, že tu bolest dokážu zhodnotit za ty roky praxe už tak nějak sama. Celé roky postupuju podle standardu, takže si myslím, že je to pořád stejné.“</i>
3.	<i>„Na bolest se ptám vždycky.“</i>
4.	<i>„Určitě, po půl hodině až hodině.“</i>
5.	<i>„V první řadě podle toho, jestli ten pacient má bolest, v druhé řadě podle toho, jestli má ordinaci lékaře, podle toho jestli už analgetika tady u nás bral, například u předchozí směny, podle lékařské diagnózy. A</i>

	<i>pak je zvláštní skupina pacientů, kteří jsou v bezvědomí a tam zase sleduju mimoslovní bolestivé projevy.”</i>
--	---

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS slovně, pravítko u toho nepoužívá.
- Účinek analgetik kontroluje tak, jak je v metodickém pokynu uvedeno, tzn. 30 - 60 minut po podání analgetika.

Dále se tato sestra ptá všech pacientů, zda bolest mají, a to nehledě na to, jestli mají v dekurzu uvedena analgetika či nikoliv. O podání analgetik se rozhoduje dle několika faktorů, mezi něž patří ordinace lékaře, subjektivní pocit pacienta, zda už analgetika na tomto oddělení byly podány, dle lékařské diagnózy. Pokud je pacient v bezvědomí, sleduje hlavně mimoslovní bolestivé projevy.

Tabulka č. 2

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 2
1.	<i>„Na bolest se ptám pomocí škály VAS, ale jen slovně.”</i>
2.	<i>„Myslím si, že ano.”</i>
3.	<i>„Ptám se na bolest i pacientů, kteří analgetika nemají a případně jim nechám analgetika dopsat od lékaře.”</i>
4.	<i>„Ano, tak většinou hodinu po podání.”</i>
5.	<i>„V případě orientovaných pacientů podle toho, co mi řekne a když je pacient v ležící, v bezvědomí nebo nekomunikují, tak sleduji jejich mimoslovní projevy, například bolest během polohování”</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí podle škály VAS slovně, pravítko u toho nepoužívá.
- Účinek analgetik kontroluje hodinu po podání, což je pořad v souladu s metodickým pokynem

Tato sestra uvedla, že na bolest se také ptá všech pacientů, to znamená i těch, kteří nemají v dekurzu napsaná analgetika od lékaře. O podání analgetik se rozhoduje podle tvrzení pacienta, pokud se jedná o orientovaného pacienta a pokud se jedná o pacienta v bezvědomí nebo pacienta, který příliš nekomunikuje, hodnotí bolestivé projevy, např. při manipulaci s pacientem.

Tabulka č. 3

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 3
1.	<i>„No VAS, ptám se na stupnici od 0 do 10 jak moc je to bolí.“</i>
2.	<i>„Tak normálně.“</i>
3.	<i>„Podle dekurzů, když mají napsaná analgetika, tak ano.“</i>
4.	<i>„Ano, kontroluju“</i>
5.	<i>„Podle psychického stavu pacienta a když mi řekne, že má bolest, tak mu věřím.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí podle škály VAS slovně, pravítko nepoužívá.
- Účinek analgetik kontroluje, neuvedla však, po kolika minutách od podání.

Tato sestra se na bolest neptá všech pacientů. Ptá se pouze těch, kteří mají v dekurzu uvedena nějaká analgetika. O podání analgetik se rozhoduje podle tvrzení pacienta a podle psychického stavu pacienta.

Tabulka č. 4

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 4
1.	<i>„Používám škálu VAS nebo obličejovou škálu hodnocení bolesti“</i>
2.	<i>„Ano, určitě.“</i>
3.	<i>„Ptám se všech pacientů, ať už mají analgetika v dekurzu nebo ne.“</i>

4.	<i>„Ano, kontroluji účinek vždy po 30 minutách, pokud to nestihnu, snažím se alespoň do hodiny. Ale účinek kontroluju vždy.“</i>
5.	<i>„Dívám se hlavně na mimické projevy, neverbální i verbální vyjadřování pacienta, pozice těla pacienta.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí podle škály VAS, využívá také pravítko VAS (na kterém jsou zobrazené obličejce).
- Účinek analgetik kontroluje přesně tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu, tzn. 30 - 60 minut po podání.

Tato sestra se na bolest ptá všech pacientů, nehledě na to, zda mají analgetika v dekurzu předepsaná nebo ne. O podání analgetik se dále rozhoduje podle mimických projevů pacienta, pozoruje neverbální vyjadřování pacienta, pozici těla pacienta, např. jestli nezaujímá úlevovou polohu. Dále se rozhoduje dle verbálního tvrzení pacienta.

Tabulka č. 5

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 5
1.	<i>„Tady se používá VAS, takže VAS.“</i>
2.	<i>„No, upřímně nevím.“</i>
3.	<i>„Většinou se ptám všech, když už rozdávám léky.“</i>
4.	<i>„Ano, většinou“</i>
5.	<i>„Tak ono vždycky to vidíte podle toho výrazu a jak reagují a komunikují, tak většinou poznáte, jestli bolest mají. A někteří pacienti, co tady jsou dlouho, tak už se jich vlastně ani neptám, protože jsou naučení, že si o ty léky sami řeknou, většinou jsou to pacienti s chronickou bolestí.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS, nevedla, zda používá pravítko.

- Účinek analgetik kontroluje většinou, ale ne vždy. Neuvedla, po jak dlouhé době účinek analgetik kontroluje.

Tato sestra se většinou ptá na bolest všech pacientů. Uvedla ale také, že někteří pacienti, kteří jsou na analgetika zvyklí a ona je zná, si o ně říkají sami a tak už se jich ani neptá a analgetika jim podá. Dále o podání analgetik se rozhoduje podle výrazu a komunikace pacienta.

Tabulka č. 6

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 6
1.	<i>„Používám VAS.“</i>
2.	<i>„Myslím, že ano.“</i>
3.	<i>„Ptám se všech pacientů při příjmu a potom všech, kteří mají předepsaný lék na bolest v dekurzu.“</i>
4.	<i>„Ano, maximálně po hodině.“</i>
5.	<i>„Podle ordinace lékaře v dekurzu, tam jsou většinou léky rozepsané podle VAS. Máte třeba předepsané dva různé léky na bolest a podle VAS víte, který máte podat.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS, neuvedla, zda používá pravítko.
- Účinek analgetik kontroluje tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu, tzn. 30 - 60 minut po podání analgetik.

Tato sestra se ptá na bolest všech pacientů při příjmu a potom těch, kteří mají předepsaný lék na bolest v dekurzu. O podání analgetik se rozhoduje podle ordinace lékaře.

Tabulka č. 7

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 7

1.	<i>„Používám vizuální škálu bolesti.“</i>
2.	<i>„Ano.“</i>
3.	<i>„Ano, ptám se všech, kteří nemají nějakou ztrátu vědomí nebo tak.“</i>
4.	<i>„Ano, kontroluji.“</i>
5.	<i>„Tak musím sledovat všechno, ale bolest je subjektivní pocit pacienta, takže jim tu bolest musím věřit a podle toho, jaké mi ten pacient řekne číslo, tak podle toho se zařídím. I kdybych neviděla, že ten pacient nějaké projevy bolesti má, tak mu musím věřit.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS, neuvedla, zda používá pravítko.
- Účinek analgetik kontroluje, neuvedla však, po kolika minutách od podání.

Sestra se ptá na bolest všech pacientů, pokud nejsou dezorientovaní nebo nemají problém s komunikací. O podání analgetik se rozhoduje podle tvrzení pacienta.

Tabulka č. 8

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 8
1.	<i>„Vizuální analogovou škálu bolesti.“</i>
2.	<i>„Ano.“</i>
3.	<i>„Ano, ptám se většinou všech.“</i>
4.	<i>„Ano, po půl hodině až po hodině.“</i>
5.	<i>„Podle pocitu pacienta plus objektivní stránky, jak ten pacient vypadá, jestli nějak sténá, koukám na mimiku, bolestivé grimasy. Taky záleží na mentálním zdraví toho pacienta.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS, neuvedla, zda používá pravítko.

- Účinek analgetik kontroluje tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu, tzn. 30 - 60 minut po podání analgetik.

Sestra se na bolest ptá většinou všech pacientů. O podání analgetik se rozhoduje podle pocitu pacienta, dále pak podle toho, jak pacient vypadá, zda sténá, sleduje také jeho miminku, bolestivé grimasy.

Tabulka č. 9

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 9
1.	<i>„Škálu, ptám se na bolest od 0 do 10.“</i>
2.	<i>„Myslím, že je dostatečný. Asi kdybych něco nevěděla, tak se tam podívám.“</i>
3.	<i>„Jistě, ptám se všech, vždy při příjmu. Potom už jen podle dekurzu.“</i>
4.	<i>„Ano, jistě.“</i>
5.	<i>„Podle ordinace lékaře, podle zkušenosti, nejdřív se na pacienta podívám, zjistím, že asi má nějaký problém, tak nejdříve volím fyzikální cestu, nejdřív mu místo bolesti třeba promasíruju, namažu a pokud to nepomůže, tak podám to analgetikum.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

- Bolest hodnotí pomocí škály VAS slovně, pravítko nepoužívá.
- Účinek analgetik kontroluje, ale neuvedla, po jak dlouhé době po podání.

Tato sestra se ptá každého pacienta u příjmu, zda má nějaké bolesti. Dále se ptá na bolest pouze pacientů, kteří mají předepsaná analgetika v dekurzu. O podání analgetik se rozhoduje podle ordinace lékaře, dále podle zkušenosti. Tato sestra jako jediná uvedla, že nejprve se snaží bolest řešit nefarmakologicky - masáží či promazáním místa bolesti a až teprve, pokud nefarmakologická metoda nezabere, podává analgetikum.

Tabulka č. 10

Otázka	Rozhovor se sestrou č. 10
1.	<i>„Pokud je to nový pacient, tak mu vždycky dávám pravítka VAS, pokud už toho pacienta znám, tak se ho slovně ptám, jak moc ho to bolí. Ale většinou opravdu používám to pravítka, přijde mi to nejlepší.“</i>
2.	<i>„Upřímně už je to dlouho, co jsem ho četla, takže nedokážu říct.“</i>
3.	<i>„Ptám se těch, co mají v dekurzu nějaké analgetika.“</i>
4.	<i>Ano, většinou se snažím tak po půl hodině.“</i>
5.	<i>„Tak podle toho pravítka, co mi ukáže nebo co mi slovně řekne. Taky podle ordinace lékaře. A když vidím, že je úzkostlivý, tak se ptám, co má za problém, jestli nechce něco od bolesti. Ti pacienti, kteří nějaké bolesti mají, si o ně většinou řeknou sami.“</i>

Porovnání s metodickým pokynem:

1. Bolest hodnotí pomocí škály VAS pomocí pravítka nebo slovně.
2. Účinek analgetik kontroluje tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu, tzn. 30 - 60 minut po podání analgetik.

Tato sestra se ptá na bolest pouze těch pacientů, kteří mají v dekurzu předepsána analgetika. O podání analgetik se rozhoduje podle pravítka VAS a nebo podle ústního tvrzení pacienta. Když vidí, že má pacient nějaký problém, ptá se ho na bolest.

8.2 Výsledky anonymního dotazníku s doplňujícími otázkami k rozhovoru:

Otázka č. 1: Jak zjišťujete hodnotu VAS?

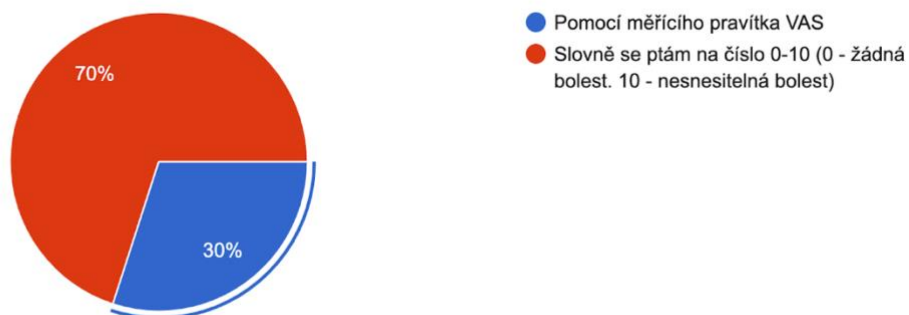
7 respondentek z 10 uvedlo, že používají slovní hodnocení na stupnici od 0 - 10.

2 respondentky z 10 uvedly, že používají pravítka VAS.

Graf č. 1

Jak zjišťujete hodnotu VAS?

10 odpovědí



Otázka č. 2: **Rozlišujete VAS (vizuální analogovou škála) a NRS (numerickou hodnotící škála)?**

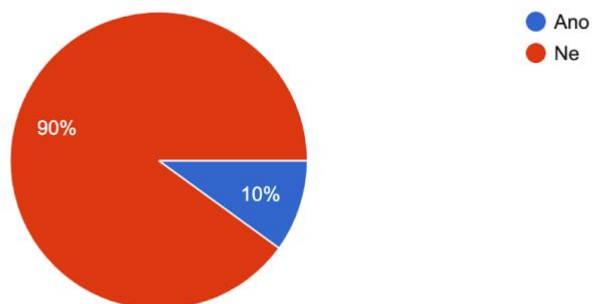
9 respondentek z 10 odpovědělo, že nerozlišují rozdíl mezi vizuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou.

1 respondentka z 10 odpověděla, že rozdíl mezi vizuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou rozlišuje.

Graf č. 2

Rozlišujete VAS (vizuální analogovou škála) a NRS (numerickou hodnotící škála) ?

10 odpovědí



8.3 Skryté pozorování

Jak jsem již dříve zmínila, skryté pozorování nebylo možné u všech dotazovaných sester a neproběhlo konkrétně u sester č. 1, 3, 5 a 9.

Sestra č. 2

Během rozdávání léků se tato sestra ptala všech pacientů, zda nějakou bolest mají. Všichni pacienti, kromě těch, kteří měli analgetika napsaná v dekurzu odpověděli, že bolest nemají. U pacientů, kteří analgetikum v dekurzu předepsané měli, se sestra zeptala „*Vy tady máte prášek na bolest, budete ho chtít? Bolí vás něco?*” a pokud pacient odpověděl, že ano, analgetikum podala. Účinek zkontrolovala přesně tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu během 30 - 60 minut od podání analgetika. Škálu bolesti nepoužila.

Sestra č. 4

Tato se sestra se ptala všech pacientů během rozdávání léků a to i když v dekurzu neměli žádné analgetikum předepsané. Pokud jí pacient odpověděl, že bolest má, vždy použila numerickou hodnotící škálu. Právítko VAS nepoužila. U pacientů, kteří měli v dekurzu napsáno např. „Novalgin nad VAS 3” se zeptala, jak moc je to bolí na stupnici od 0 do 10 a pokud jí pacient odpověděl více než 3, podala analgetikum, které bylo předepsáno. Účinek analgetika zkontrolovala tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu během 30 - 60 minut od podání analgetika.

Sestra č. 6

S touto sestrou jsem se setkala se situací, kdy měl pacient předepsána dva analgetika podle VAS, nad VAS 3 měl předepsaný Novalgin a nad VAS 5 měl předepsaný Zaldiar. Zde se sestra zeptala, jak velkou bolest má na stupnici od 0 do 10, pacient řekl, že 3 a sestra tedy podle dekurzu podala Novalgin. Účinek podaného léku zkontrolovala po půl hodině.

Dále, když sestra rozdávala léky, ptala se na bolest jen pacientů, kteří měli analgetika napsaná v dekurzu. Ptala se otázkou „*Bolí vás něco? Budete chtít tabletku od bolesti?*” a rozhodla se podle odpovědi pacienta. Sestra tedy použila

škálu NRS v případě, kdy bylo v dekurzu rozepsáno více analgetik pomocí VAS. Dále škálu nepoužívala. Účinek po podání analgetik vždy zkontrolovala a to nejpozději do hodiny od podání.

Sestra č. 7

Během rozdávaní léků se sestra většinou ptala na bolest pouze pacientů, kteří měli analgetika v dekurzu. Na bolest se ptala vždy stejnou otázkou a to „*budete chtít lék na bolest nebo momentálně nemáte žádné bolesti?*“, pokud pacient odpověděl, že analgetikum chce, tak podala lék, který měl pacient předepsán. Když pacient odpověděl, že zatím bolest nemá, ale že možná později bude chtít, odpověděla mu, ať si zazvoní, když bude lék potřebovat. Sestra k hodnocení bolesti tedy žádnou ze škál nepoužila.

Dále jsem byla u situace, kdy pacient v dekurzu neměl předepsané žádné analgetikum, ale stěžoval si na bolest hlavy. Sestra se zeptala, jak moc ho hlava bolí na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 je bolest nesnesitelná. Pacient odpověděl, že 3. Sestra zavolala lékaři, popsala mu situaci a požádal jej, zda by pacientovi předepsal analgetikum. Lékař přišel na sesternu, do dekurzu zapsal Novalgin p.o. a sestra lék podala. V tomto případě tedy sestra použila numerickou hodnotící škálu. Po necelé hodině při kontrole pacientů se vždy ptala těch, kterým analgetikum podala, zda lék na bolest zabral či nikoliv. Účinek po podání analgetik zkontrolovala do 60 minut, tedy tak, jak je uvedeno v metodickém pokynu ÚVN.

Sestra č. 8

Během rozdávaní léků se sestra ptala na bolest pouze pacientů, kteří v dekurzu měli předepsaná analgetika. Ptala se podobně, jako sestra č.1. Byla jsem u situace, kdy se u jedné z pacientek ani nezeptala a sdělila mi, že tato pacientka na oddělení leží už dlouho a každý večer si bere dva Zaldiairy. Pacientka si o Zaldiairy řekla hned, když jsme vešly do pokoje. Nebylo tedy zapotřebí se ptát. S touto sestrou jsem nebyla u žádné situace, kdy by si o lék na bolest řekl pacient, který analgetikum v dekurzu neměl předepsané. U dalších pacientů se sestra ptala otázkou „*něco na bolest budete chtít?*“ a pokud pacient odpověděl, že ano, podala lék, který byl předepsán. Účinek po podání analgetik zkontrolovala. Nepoužila tedy žádnou hodnotící škálu.

Sestra č. 10

Při rozdávání léků se zeptala na bolest jednoho pacienta, který měl jako jediný předepsaná analgetika v dekurzu, zeptala se otázkou „*Bolí vás dneska něco?*“. Pacient odpověděl, že ne. Sestra ho ujistila, že při potřebě analgetika si může kdykoliv zazvonit. Nevím tedy, zda by hodnotící škálu použila.

Diskuze

Cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry na oddělení Kardiologie v ÚVN hodnotí pacientovu bolest, co je pro ně směrodatné při podávání analgetik a zda je v tomto ohledu pro ně užitečný a nápomocný metodický pokyn ÚVN. Dalším cílem bylo zjistit, jakou škálu k hodnocení bolesti sestry na kardiologickém oddělení používají a zda ji používají správně.

K výzkumu byly použity tři metody. První metodou byl strukturovaný rozhovor s deseti sestrami. Rozhovor se týkal toho, jak daná sestra bolest hodnotí, jakou k tomu používá škálu, zda se na bolest ptá všech pacientů, zda kontroluje účinek analgetik po podání a díky čemu se rozhoduje o podání analgetik. Tento rozhovor jsem doplnila další metodou, anonymním dotazníkem, který obsahoval pouze dvě doplňující otázky k rozhovoru. Otázky se týkaly toho, zda sestry používají u hodnocení pomocí vizuální analogové škály pravítko nebo zda se pouze ústně ptají na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest. Druhá otázka se týkala toho, zda sestry rozlišují rozdíl, mezi škálami VAS, tedy vizuální analogovou škálou, a NRS, tedy numerickou hodnotící škálou. Poslední metodou výzkumu bylo skryté pozorování, které jsem provedla během praxe na tomto oddělení. Mým původním záměrem bylo udělat také přímé pozorování, a to hned po tom, co dokončím rozhovor se sestrami. Bohužel jsem ale již u rozhovorů s některými sestrami nabyla pocitu podezření, že ke mně nejsou příliš upřímné. Rozhodla jsem se tedy, že zůstanu u metody skrytého pozorování. Jak už jsem zmínila, skryté pozorování probíhalo na praxi, tudíž jsem neměla možnost pozorovat všechny sestry, se kterými jsem dělala rozhovor.

Z rozhovoru plyne, že většina sester se řídí dle metodického pokynu, bolest pacienta hodnotí pomocí vizuální analogové škály a účinek po podání analgetik kontrolují po 30 - 60 minutách. Některé sestry v rozhovoru nevedly, zda k hodnocení vizuální analogové škály používají pravítko VAS nebo zda se ústně ptají na stupnici od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená nesnesitelnou bolest. Z anonymního dotazníku pak vychází, že 7 z 10 sester se ptá na stupnici od 0 do 10, zbylé sestry používají pravítko VAS. Dále v rozhovoru nevedly všechny sestry čas, po kterém chodí kontrolovat analgetika. 6 z 10 sester uvedlo, že účinek

analgetik chodí kontrolovat 30 - 60 minut po podání, což je doba, která se v metodickém pokynu uvádí. Zbylé 4 sestry tedy buď zapoměly uvést počet minut, po kterých chodí účinek analgetik kontrolovat, nebo tuto dobu, kterou doporučuje metodický pokyn, neznají. Dále z rozhovoru vyplývá, že 4 z 10 sester se ptají na bolest každého pacienta, nehledě na to, zda má předepsaná analgetika v dekurzu či nikoliv. Další 2 sestry uvedly, že na bolest se ptají většinou všech pacientů, a zbylé 4 sestry uvedly, že se ptají jen v případě, že má pacient předepsána analgetika v dekurzu. O podání analgetik se sestry rozhodují různě, většina klade důraz na pacientovo tvrzení. Jedna sestra uvedla, že u některých pacientů, kteří na oddělení leží delší dobu už ví, že analgetika budou chtít a proto se jich už na bolest ani neptá a jedná dle své zkušenosti.

V anonymním dotazníku jsem se ptala, zda sestry rozlišují rozdíl mezi vizuální analogovou škálou a numerickou hodnotící škálou. 9 z 10 sester odpovědělo, že tyto dvě škály od sebe nijak nerozlišují. 1 sestra uvedla, že rozdíl mezi těmito dvěma škálami vnímá.

Skryté pozorování odhalilo, že sestry většinou žádnou ze škál nepoužívají. Když má pacient v dekurzu napsaná analgetika, většinou se ptají otázkou, zda pacient bude chtít něco na bolest a když pacient odpoví, že ano, předepsané analgetikum podají. Všimla jsem si, že škálu k hodnocení bolesti používají pouze ústní, tzn. stupnice od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest. Tuto škálu sestry používaly především, když si o analgetikum řekl pacient, který v dekurzu analgetika vůbec neměl napsaná a jeho bolest tedy byla spíše akutní. V tomto případě se sestra ptala, jak moc ho to bolí a využila k tomu numerickou hodnotící škálu. Pouze jednu sestru jsem viděla, jak se ptá pomocí NRS, aby věděla, že Novalgin, který byl předepsaný nad VAS 3 opravdu může pacientovi dát. Účinnost analgetik sestry kontrolovaly vždy včas, pokud to bylo možné. Občas se stalo, když se jednalo o noční směnu, že pacient již spal, když sestra přišla zkontrolovat účinek podaného analgetika.

Jedno z mých prvních zjištění je, že sestry ví, jaká škála se podle metodického pokynu používá, ale škálu používají spíš, když se jedná o akutní bolest pacienta. Pokud má analgetikum uvedeno v dekurzu, většina sester se zeptá jen na

to, zda analgetikum pacient bude chtít a nikoliv na to, jakou hodnotu bolesti uvádí. Možná je to i tím, že kardiologické oddělení je oddělením interním a sestry se zde setkávají s pacienty, kteří trpí spíše chronickou bolestí, než bolestí akutní. Působí to na mě tak, že když se u pacienta jedná o chronickou bolest, berou to už jako součást farmakologické léčby. Když se však jednalo o bolest akutní, která nesouvisela s pacientovou diagnózou, ptaly se, jak moc je to bolí a zjišťovaly příčiny této bolesti, např. pacienta bolí hlava, sestra se ho ptá, jak moc na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest, dále se ho ptá, zda přes den hodně pil atd. Ve srovnání s jiným oddělením, např. s ortopedií, kde se řeší hlavně akutní bolest, je přístup sester k bolesti úplně jiný. Dalším faktorem, proč se sestry příliš neptají na hodnotu bolesti, může být to, že se zde většinou nesetkáme s pacientem, který by měl v dekurzu napsaných více analgetik, které by byly rozděleny pomocí VAS, např. nad VAS 3 Novalgin, nad VAS 5 Zaldiar atd. Já osobně jsem se s takovým pacientem na tomto oddělení setkala pouze jednou a sestra v tomto případě skutečně hodnotu bolesti zjišťovala, aby věděla, který lék má pacientovi podat.

Mým dalším zjištěním bylo, že ačkoliv všechny sestry tvrdí, že k hodnocení bolesti využívají vizuální analogovou škálu, většina z nich nikdy nepoužije k hodnocení pacientovy bolesti pravítko VAS. Ke zhodnocení pacientovy bolesti sestry využívají spíše numerickou hodnotící škálu, to znamená, že se pacienta ptají na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest, kdežto hodnotící škála VAS je jasně daná hodnota na 100 milimetrovém pravítku, kdy má pacient ukázat místo na pravítku a sestra má odměřit danou hodnotu od začátku pravítka, a tak hodnotu VAS určí. Nikoliv slovní hodnocení bolesti. Mimo jiné jsem také zjistila, že ani metodický pokyn nedělá rozdíl mezi vizuální analogovou a numerickou škálou, což znamená, že sestry vlastně posuzují hodnotu bolesti podle metodického pokynu správně.

Z těchto zjištění jsem došla k závěru, že by mohlo dojít k úpravě metodického pokynu, aby nedocházelo k záměně hodnotících škál nebo aby se tyto dvě škály nespojovaly v jednu. Z mého výzkumu plyne, že pro sestry v praxi je pohodlnější používat numerickou škálu bolesti a myslím si, že je to pohodlnější i pro pacienta. Domnívám se, že dospělým a orientovaným pacientům není zapotřebí

ukazovat pravítka, na kterém mají ukázat jejich míru bolesti, jelikož jsou schopni míru bolesti zhodnotit právě pomocí numerické hodnotící škály. Naopak u neorientovaných pacientů nebo u pacientů s např. stařeckou demencí je použití pravítka vhodné, stejně tak u dětských pacientů.

Poslední poznatek je spíše můj osobní názor. Bolest pacienta by měla být brána vážně, ať už se jedná o bolest akutní nebo o bolest chronickou. Nemělo by to spadat do rutiny při rozdávání léků a analgetika by neměla být vnímána jen jako obyčejný lék, který pacient bere společně s několika dalšími. Pokud pacient bere lék na tlak a jeho tlak je příliš vysoký nebo příliš nízký, okamžitě se řeší příčina jeho stavu. Když však má pacient bolest, pouze se utiší analgetikem a její příčina se už tolik neřeší, přitom bolest je ten nejzákladnější příznak toho, že v těle něco není v pořádku.

Závěr

Tato závěrečná bakalářská práce měla za cíl zjistit, jak sestry na Kardiologickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice hodnotí bolest u pacientů, zda postupují dle metodického pokynu Ústřední vojenské nemocnice a kterou škálu k hodnocení bolesti využívají. Jako metody výzkumu jsem zvolila strukturovaný rozhovor s deseti sestrami tohoto oddělení doplněný anonymním dotazníkem se dvěma doplňujícími otázkami a skryté pozorování sester při hodnocení bolesti pacienta během praxe na tomto oddělení.

Výzkum vedl k závěrům, že většina dotazovaných sester postupuje dle metodického pokynu, kontrolují účinek po podání analgetik včas a při hodnocení používají vizuální analogovou škálu (VAS). Další zjištění bylo, že dle metodického pokynu je možné se pacienta ptát na bolest slovně pomocí stupnice od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená nesnesitelnou bolest, nerozlišuje však, že se nejedná o hodnotící škálu VAS, ale o numerickou hodnotící škálu (NRS). Tyto dvě škály jsou v běžné praxi kombinovány dohromady a rozdíl se mezi nimi nedělá. Vizualní analogová škála se přitom od té numerické liší tím, že se zjišťuje pomocí 100 milimetrového pravítka, na kterém má pacient ukázat hodnotu bolesti, kterou v daný moment pociťuje a sestra takto získá hodnotu VAS. Sestry však v praxi pravítka příliš nepoužívají a hodnotí bolest spíše pomocí škály numerické. V závěru praktické části jsem tedy navrhla možnou úpravu metodického pokynu, díky kterému by přestaly být spojovány numerická hodnotící škála s vizualní analogovou škálou. Abych to tedy zhodnotila, sestry v praxi nehodnotí bolest chybně, řídí se správně dle metodického pokynu nemocnice, ve kterém tyto škály od sebe nejsou nijak rozděleny a jsou spojovány v jednu škálu.

Během výzkumu jsem také zjistila, že akutní bolest je sestrami řešena okamžitě, sestry pacientům bolest věří a postupují dle metodického pokynu. Myslím si, že akutní bolest u pacienta sestry vnímají jinak, než bolest chronickou. Zjišťují její příčinu a snaží se pacientovi pomoci. Chronická bolest je více vnímána už jako součást pacientovy diagnózy a řeší se hlavně tlumením analgetiky. Domnívám se, že tato skutečnost je dána i tím, že oddělení, na kterém jsem výzkum

prováděla, je interního typu a sestry jsou zde zvyklé se setkávat spíše s chronickou bolestí, než s bolestí akutní.

Všechny výsledky výzkumu byly podrobně shrnuty v diskuzi.

Seznam použité literatury

1. BREIVIK, H., P.C. BORCHGREVINK, S.M. ALLEN, L.A. ROSSELAND, L. ROMUNDSTAD, E.K. BREIVIK HALS, G. KVARSTEIN a A. STUBHAUG. *Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia* [online]. 2008, 101(1), 17-24 [cit. 2021-5-23]. ISSN 00070912. Dostupné z: doi:10.1093/bja/aen103
2. GOULD, D., KELLY, D., GOLDSTONE, L. and GRAMMON, J.. (2001), *Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data* INFORMATION POINT: *Visual Analogue Scale*. *Journal of Clinical Nursing*, 10: 697-706.
3. HAKL, Marek a kolektiv. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
4. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1720-4.
5. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.
6. ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.
7. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
8. SOFAER, Beatrice. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-309-x.
9. SOUČEK, Miroslav, ŠPINAR Jindřich a VORLÍČEK Jiří, ed. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-210-5418-9.

10. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
11. VONDRÁČKOVÁ, Dana; CINEK, Petr; KUKAN, Miroslav; HLAVIČKOVÁ, Růžena; KELBICH, Tomáš; GOGELA, Přemysl; TYLL, Tomáš; PULKRABKOVÁ, Alice. *Metodický návod č. 6/2013: Organizace péče o pacienta s bolestí ÚVN*. Praha: ÚVN, 2021.

Seznam použitých obrázků, tabulek, grafů

Obrázky

Obrázek č. 1 – horizontální vizuální analogová škála

Tabulky

Tabulka č. 1 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 1

Tabulka č. 2 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 2

Tabulka č. 3 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 3

Tabulka č. 4 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 4

Tabulka č. 5 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 5

Tabulka č. 6 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 6

Tabulka č. 7 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 7

Tabulka č. 8 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 8

Tabulka č. 9 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 9

Tabulka č. 10 – Strukturovaný rozhovor se sestrou č. 10

Grafy

Graf č. 1 – Výsledek odpovědí k otázce č. 1 v anonymním dotazníku

Graf č. 2 – Výsledek odpovědí k otázce č. 2 v anonymním dotazníku