

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V HODNOCENÍ
BOLESTI U SENIORŮ V ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Radka Špačková**

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Dita Dušková, MBA**

2014

**CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE ROLE OF A NURSE DURING PAIN ASSESSMENT
IN SENIOR PATIENTS IN AFTER CARE FACILITIES**

Bachelor's thesis

Author: **Radka Špačková**

Supervisor: **Mgr. et Mgr. Dita Dušková, MBA**

2014

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Hradci Králové 20. 9. 2014

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Ditě Duškové, MBA za cenné rady a fundované vedení mé bakalářské práce. Zároveň děkuji vedení zdravotnických zařízení, ve kterých výzkum probíhal, za jejich vstřícné a přátelské jednání. V neposlední řadě děkuji své rodině za významnou podporu a trpělivost po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Bolest	9
1.1.1 Co je bolest	9
1.1.2 Co je předmětem studia bolesti	11
1.1.3 Etické aspekty bolesti	13
1.1.4 Právní aspekty bolesti	14
1.1.5 Patofyziologie bolesti	15
1.1.6 Klasifikace bolesti	16
1.1.7 Faktory ovlivňující vnímání bolesti	24
1.1.8 Terapeutické postupy v léčbě bolesti	25
1.2 Seniorský věk	29
1.2.1 Kdo je senior a co je stáří	29
1.2.2 Orgánové změny u seniorů	30
1.2.3 Účinky farmakoterapie u seniorů	32
1.3 Problematika bolesti u seniorů	34
1.3.1 Epidemiologie a etiologie bolesti u seniorů	34
1.3.2 Specifika charakteristická pro seniory	34
1.4 Management bolesti u seniorů	36
1.4.1 Kontinuální sledování bolesti u seniorů	36
1.4.2 Hodnocení bolesti u seniorů	37
1.4.3 Diagnostika bolesti u seniorů	38
1.4.4 Anamnéza bolesti u seniorů	39
1.4.5 Metody hodnocení bolesti u seniorů	40
1.5 Role sestry při hodnocení bolesti u seniorů v následné péči	45
1.5.1 Sestra v procesu péče o seniora v následné péči	45
1.5.2 Sestra v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů	46
1.5.3 Sestra v procesu komunikace se seniorem s bolestí	47

2	EMPIRICKÁ ČÁST	48
2.1	Cíle práce a pracovní hypotézy	48
2.2	Zkoumaný soubor a použité metody	49
2.2.1	Charakteristika výzkumné metody	49
2.2.2	Charakteristika souboru respondentů	50
2.2.3	Pilotní studie	50
2.2.4	Realizace výzkumného šetření	51
2.2.5	Zpracování získaných údajů	51
2.3	Analýza a interpretace výsledků	52
2.4	Diskuse	65
2.5	Návrh doporučení pro praxi	75
	ZÁVĚR	77
	ANOTACE	78
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	80
	SEZNAM ZKRATEK	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM TABULEK	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM PŘÍLOH	89
	PŘÍLOHY	90 - 103

ÚVOD

„V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje-li se její projev.

Slzy, jež polykáme, jsou mnohem trpčí těch, které proléváme.“

(Cicero)

Ve zdravotnických zařízeních se setkáváme u pacientů s bolestí, která přináší často obrovské strádání a lidské utrpení. Velmi často tato bolest signalizuje, že v tělesné nebo psychosociální oblasti není něco v pořádku. Pacienti jí občas sami přikládají takový význam, že „být bez bolesti“ pro ně jednoduše řečeno znamená „být zdrav“.

O důležitosti managementu bolesti, a to i u pacientů v seniorském věku, v současné době již nikdo nepochybuje. Řízení bolesti u této věkové skupiny představuje velmi aktuální téma zvláště proto, že demografické údaje vykazují významný trend stárnutí populace, a tím i podstatné prodloužení průměrného věku dožití. Proto adekvátní zvládnutí bolesti u seniorů představuje mnohdy cestu, jak jim zajistit alespoň elementární kvalitu života.

Kontinuální sledování bolesti představuje hodnocení bolesti v průběhu času, v závislosti na léčbě, na ordinacích lékaře, na podpůrné terapii a podpůrných prostředcích, na poskytnuté komplexní péči a na dalších okolnostech, které se v průběhu ošetrovatelského procesu kolem nemocného odehrály. (Hanousková, Otcová, 2013)

V ošetrovatelském procesu je úleva od bolesti prezentována jako základní lidská potřeba. Navzdory tomu, že sestra v naší zemi nemůže sama ordinovat léčbu proti bolesti, plní v kontinuálním sledování a tlumení bolesti nezastupitelnou roli. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, který společně usiluje o to, aby nemocný netrpěl bolestí, a aby se obnovila v co největší míře jeho soběstačnost a aktivita.

U monitorování bolesti nejde ze strany sestry o pouhé sepsání sdělení o pacientově bolesti do zdravotnické dokumentace. Je třeba, aby vyvinula potřebnou aktivitu a monitorovala u pacienta celkové projevy bolesti nebo jeho bolestivé chování.

Ze své vlastní sesterské praxe vím, že mezi stěžejní oblasti hodnocení bolesti patří sledování intenzity, charakteru, lokalizace, časového průběhu pacientovy bolesti, a to v široké škále závislostí, které jeho bolest zásadním způsobem ovlivňují.

V teoretické části této práce se nejprve zabývám základními informacemi o bolesti, o jejím prožívání a možnostech léčby. Následně rozebírám problematiku bolesti v seniorském věku, její epidemiologii, etiologii a především její specifika. Velký prostor věnuji kapitole o vlastním hodnocení bolesti, ve kterém představuji anamnézu bolesti, metody hodnocení, zvláštnosti hodnocení bolesti u osob v seniorském věku a otázku správné implementace hodnocení bolesti. Stěžejní část teoretické části zaměřuji na roli všeobecné sestry při hodnocení bolesti, přičemž podrobněji popisuji úlohu sestry v ošetrovatelském procesu a principy přístupu sestry k pacientům - seniorům s bolestí.

V praktické části bakalářské práce poté zkoumám znalosti, zvyklosti (pracovní postoje) a oblast kompetencí všeobecných sester v problematice kontinuálního sledování bolesti.

V závěru praktické části na základě zjištěných skutečností navrhuji opatření, která by měla všeobecným sestram přispět ke zlepšení kvality hodnocení bolesti u seniorů.

Výzkumné šetření probíhalo v zařízeních následné péče Vysokomýtské nemocnice, Nemocnice Milosrdných bratří Letovice a Nemocnice Nové Město na Moravě se souhlasem jejího managementu.

Cíle práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování role sestry v problematice kontinuálního sledování bolesti u seniorů ve vybraných zařízeních následné péče.

- CÍL₁** Zmapovat znalosti všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů.

- CÍL₂** Zmapovat, jaké postupy využívají všeobecné sestry v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.

- CÍL₃** Zmapovat úroveň kompetencí všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Bolest

1.1.1 Co je bolest

„Bolest je vždycky zbytečná a zubožuje člověka. Za krátký čas udělá z nejskvělejšího ducha bytost šťvanou, uzavřenou do sebe, soustředěnou na svá trápení, navíc neustále posedlou obavou z návratů jejích atak...“

(Dr. René Leriche)

Bolest je nevyhnutelnou životní zkušeností každé lidské bytosti. Její prožitek je velmi individuální a její intenzita může dosáhnout takových rozměrů, že zaujme celou mysl člověka, který jí trpí. Bolest zasahuje člověka jak po stránce tělesné, psychické, sociální, tak i duchovní, jedná se tedy o komplexní lidskou zkušenost. Většina patologických procesů je spojena s bolestí a často právě bolest přinutí nemocného vyhledat odbornou pomoc, v čemž lze spatřovat její pozitivní efekt. (Gulášová, 2008)

Vzhledem k bolesti jako komplexnímu jevu, jejíž vnímání je ovlivněno spolupůsobením mnoha faktorů a reakce na ni jsou zcela individuální, je obtížné bolest přesně definovat.

Definice bolesti, kterou přijala Mezinárodní společnost pro studium bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) roku 1979 poukazuje na souvislost mezi tělesnou a duševní stránkou prožitku bolesti člověka:

„Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisovaná výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní...“ (Rokyta et al., 2012, s. 77)

Definice zdůrazňuje, že prožitek bolesti přesahuje čistě biologickou reakci na podnět, ale má i emoční rozměr.

Výše zmíněná definice bolesti, kterou přijala i Světová zdravotnická organizace, popisuje bolest v mnohem širším pojetí než dřívější představa o bolesti, že se jedná o vjem, který je podobný vjemu sluchovému, zrakovému nebo dotykovému. A přesto si dodnes ještě mnoho lidí představuje, že bolest má jednu jednoduchou dráhu, která vede od poškozené oblasti do mozku. (Janáčková, 2007)

Obrázek 1 **Descartesův model bolesti ze 17. století**



Zdroj: Bonica, J. J., 2001¹

Vzhledem k subjektivitě, která provází vnímání i prožívání bolesti je vhodné zmínit další definici, která v sobě nese povinnost zdravotníka věřit nemocnému, že trpí bolestí. Bolest je sama o sobě nepříjemným zážitkem a každý nemocný čeká na pomoc a pochopení. Zdravotníci nemají právo zlehčovat a bagatelizovat míru pacientovi bolesti, jejich povinností je vnímat bolest: *„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“* (Sofaer, 1997, s. 23) Tato definice vystihuje skutečnost, že je nesmírně důležité, aby zdravotnický personál akceptoval pacientova sdělení a snažil se vcítit do jeho pocitů.

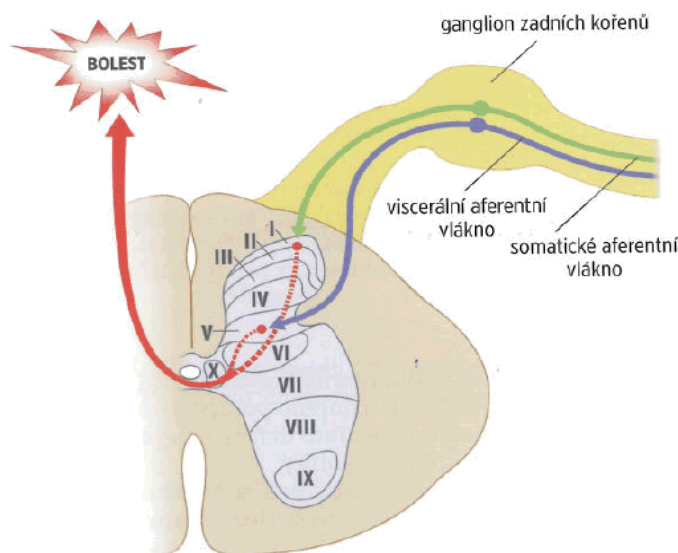
Zatím žádná z definic nevystihuje bolest dostatečně a komplexně, proto se nedá automaticky aplikovat na konkrétní typy bolesti, musí se proto individuálně přizpůsobit podle okolností vzniku bolesti.

¹ John J. Bonica se stal v roce 1944 prvním lékařem, který se začal systematicky zabývat léčbou bolesti. V roce 1953 vydal první ucelenou publikaci o problematice bolesti, nazvanou *„Management of Pain“* a v roce 1961 založil ve státě Washington první *„pain clinic.“* (Vernerová, 2009)

1.1.2 Co je předmětem studia bolesti

Historie, ale i současnost studia bolesti je zaměřena na mechanismus bolesti, resp. na poznání počátků bolesti – odkud se bolest bere. Byly objeveny senzory bolesti, tzv. receptory, tedy útvary, kterými je bolest vnímána. První teorie říká, že intenzivní mechanické dráždění některých receptorů se projevuje velmi bolestivě. Pozdější výzkumy ukázaly, že i další receptory při intenzivních stimulacích vnímají stimulaci bolestivě. Jde o receptory reagující na teplo a chlad. Mnohem později byly objeveny vlastní receptory bolesti, což jsou volná nervová zakončení primárních aferentních vláken. To jsou speciální receptory bolesti, které nereagují na nic jiného než na bolest. O tom, že je bolest sama o sobě sensorickým vjemem, svědčí i to, že někteří lidé mají porušeny právě tyto receptory a celý systém vedení bolesti, a proto nevnímají žádnou bolest. Místo toho ale velmi dobře vnímají mechanické změny – pohyby, tlak, tah, vibrace apod. Bolest je proto samostatnou gnoseologickou jednotkou. Později začaly být zkoumány i dráhy bolesti a její projekce do míchy a do mozku (viz obrázek 2).

Obrázek 2 Projekce bolesti do míchy²



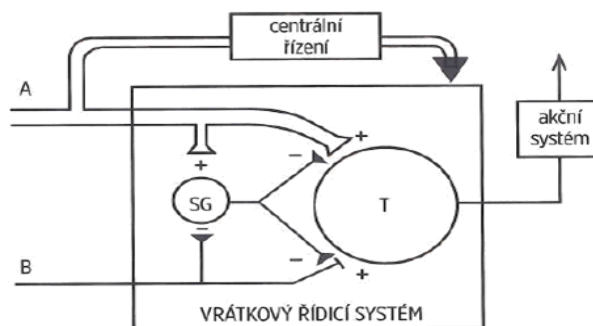
Zdroj: Hakl et al., 2011, s. 20

² Schematické znázornění projekce somatické bolesti v šedé hmotě míšni: Somatická bolest se projikuje do povrchových Rexedových zón (I, II a III). Zóna I a II se nazývá substantia gelatinosa Rolandi, spolu se zónou III pak *nc. proprius*. Hluboká bolest, zejména viscerální, se projikuje do hlubších Rexedových zón V, VI, VII, VIII a X. Znamená to, že již na míšni úrovni probíhá algeziotopická (somatotopická) organizace druhů bolesti. (Hakl et al., 2011, s. 19 - 20)

O tom, že má mícha význam pro různé formy nervové činnosti, svědčí i to, že Hippokrates napsal, že duše sídlí v páteři. Intuitivně tušil, že má mícha některé nezbytné vlastnosti, které ji předurčují k tomu, aby vnímala různé sensorické modalitty, mezi nimi též bolest. (Rokyta et al., 2012)

Moderní dějiny studia bolesti začínají ve druhé polovině minulého století. Za první vědecký základ léčby bolesti je pokládána vrátková teorie (gate theory) přenosu bolesti. Tato teorie byla publikována v roce 1965 Melzackem a Wallem a respektuje jak specifikaci receptorů, tak i principy kódování aferentních signálů v pomalých i rychlých nervových vláknech. Vysvětluje i mechanismy centrálního nervového systému, které ovlivňují intenzitu bolesti, ale i význam psychických vlivů. Základní prvky teorie významně přispěly k lepšímu chápání procesů nocicepce, vzniku bolesti, také i k účinnému hledání prostředků tlumících bolest. Někteří autoři upřednostňují termín „vrátka“, jiní „hradlo“. Opavský (2011, s. 29) uvádí: „*V oblasti zadních rohů míšních dochází buď ke zvedání hradla“ a „otvírání cesty pro bolest“, nebo při převaze aferentní informace v jiných nervových vláknech dochází naopak „ke spuštění hradla“ a tím k zamezení vzniku bolesti“*. Vrátková teorie (viz obrázek 3) zamítá představu, že je bolest buď somatická, nebo psychogenní. Předpokládá, že somatické i psychogenní faktory posílí nebo naopak sníží vnímání bolesti. Strach, zlost, úzkost a stres vznikají v mozku a mohou otevřít vrátka a tím zvýšit intenzitu bolesti. Naopak smích či cvičení uvolňují endorfiny a uzavírají vrátka bolesti. (Kolektiv autorů, 2006)

Obrázek 3 Schéma vrátkové teorie³



Zdroj: Hakl et al., 2011, s. 20

³ Schéma vrátkové teorie: Silná (A) i slabá (B) bolest aferentní vlákna končí u míšních neuronů (T) tvořících ascendentní dráhy. Kolaterály silných vláken aktivují buňky substantia gelatinosa Ronaldi (SG), jejichž axony vytvářejí synapse na zakončení primárních aferentních vláken. Kolaterály slabých vláken inhibují aktivitu buněk substantia gelatinosa Ronaldi a zvyšují účinnost aferentní signalizace.

Významnou událostí ovlivňující strategii léčby bolesti se stalo vydání tzv. „Třístupňového žebříčku léčby bolesti“ (viz podkapitola 1.1.8, s. 26). Tato publikace byla poprvé vydána v roce 1986 Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Původním záměrem byla léčba chronické onkologické bolesti, záhy však byla plně přijata i pro léčbu bolesti neonkologické. V roce 1974 byla založena mezinárodní společnost pro léčbu bolesti IASP. Poté následovalo založení dalších evropských nebo státních organizací sdružující odborníky v oblasti léčby bolesti. Roku 1990 byla založena i česká Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSBL) v rámci České Lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. V roce 2004, rozdělením oborů, vzniká v ČR samostatný lékařský obor Paliativní medicína a léčba bolesti. (Hakl, 2009)

Jedním z prvních úkolů IASP se stala příprava taxonomie bolesti, tj. příprava základní terminologie související s bolestí. Česká odborná společnost, která je součástí IASP, připravila českou verzi taxonomie, která je nejčastěji využívána při vyšetřování a hodnocení léčby nemocných s algickými syndromy (viz příloha 1, s. 90). (Opavský, 2011)

1.1.3 Etické aspekty bolesti

Prvním Etickým kodexem pro lékaře byla Hippokratova přísaha, kterou anglický lékař Thomas Persival (1803) shrnul do Hippokratických eticko-medicínských zásad. Těmito zásadami zdůrazňoval obrovskou úlohu lékaře zajistit pacientům maximální komfort, vytrvalý, laskavý a důvěryhodný přístup. Zároveň vyzdvihoval pozici lékaře, který musí být pro pacienta autoritou. V současné době je kladen velký důraz na spolurozhodování pacienta při provádění diagnostických i léčebných metod. Přijetí či odmítnutí navrženého léčebného postupu může mít však pro pacienta fatální následky, a proto je velmi důležité umět se s pacientem domluvit a rozhodnout, po vysvětlení všech alternativ, o správném diagnostickém či terapeutickém postupu. U pacientů, kteří trpí bolestí obecně nelze očekávat vstřícný přístup. S těmito pacienty bývá obtížnější komunikace, a proto je třeba ze strany zdravotnického personálu zaujmout velmi aktivní a empatický přístup. Právě lidský přístup, fyzický kontakt a trpělivost nezvyklé chování nemocných zmírňuje. (Rokyta et al., 2012)

1.1.4 Právní aspekty bolesti

Všichni zdravotníci si musí uvědomit, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí a z toho vyplývající právo včasné a odborné léčby bolesti. Akutní i chronická bolest je často nedostatečně léčena z mnoha důvodů (kulturních, politických, postojevých, logistických, edukačních, ekonomických). Australští lékaři (The Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's – ANZCA) v roce 1995 vytvořili deklaraci práv pacientů s bolestí. ANZCA uznala, že krutá, neulevující bolest může pacientovi i jeho rodině způsobit nežádoucí fyzické a psychické následky, spojené s emočním, sociálním a duševním stresem. Někdy je krutá bolest léčitelná velmi obtížně a je velmi žádoucí, aby součástí terapeutických postupů byly vhodné, efektivní a bezpečné metody léčby bolesti (Rokyta et al., 2012). Deklarace Mezinárodní společnosti pro studium bolesti IASP z roku 2004 shrnuje práva pacientů do sedmi zásad:

1. **Právo na uznání bolesti** - bolest je vždy subjektivní.
2. **Právo na hodnocení a léčbu bolesti** - pacienti a jejich rodiny hrají klíčovou roli a jsou součástí terapeutického týmu, který o pacienta pečuje a snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti.
3. **Právo na výsledky hodnocení bolesti** - na jejich základě přizpůsobovat terapii k dosažení efektivní úlevy od bolesti.
4. **Právo na péči poskytovanou profesionály** s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové). Jestliže odborník není k dispozici, měl by být pacient o této skutečnosti vhodně informován.
5. **Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti** - to musí být podporováno také celospolečensky a postupy musí být odpovídající pro používání zdravotníky.
6. **Právo na vzdělávání** v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě. To platí i pro rodinné příslušníky.
7. **Právo na vhodný plán léčby bolesti** po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.

Doporučení samo o sobě nemůže změnit chování a přístup zdravotnického personálu k bolesti nemocného a je nezbytné zmínit, že doporučení obsažené v deklaraci nemají žádný právní podklad. Přesto je velmi důležité, že tato deklarace existuje. (Rokyta, 2004, Topinková, 2005)

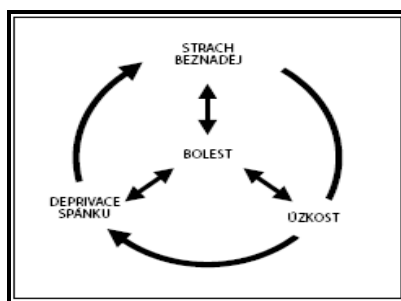
1.1.5 Patofyziologie bolesti

Pro objektivní identifikaci bolesti je nutné znát její **patofyziologii**. Bolest probíhá v následujících fázích:

1. **Fáze transdukce** – dochází ke zranění tkáně, které způsobuje vyplavení prostaglandinů a mediátorů imunitní reakce. Mediátory podráždí nociceptory a nastartují pohyb impulzů bolesti z periferie do centrální míchy.
2. **Fáze transmise** – je spojena s bolestivým impulzem procházejícím z periferního nervového vlákna do míchy. Neurotransmitery přenesou vyvolaný impulz z periferního neuronu na neuron druhého řádu a dále přes prodlouženou míchu a thalamus do mozkové kůry.
3. **Fáze percepce** - bolestivý impulz se dostane do mozkového kmene, thalamu a kůry mozkové, díky nimž si jedinec uvědomí bolest.
4. **Fáze modulace** – probíhá tehdy, pokud neurony v mozkovém kmeni vyšlou signál zpět do spinální míchy pomocí neurotransmiterů (serotoninu a norepinefrinu). Po vazbě na spinální míchu se neurotransmitery vrátí zpět do buněk proto, aby byly znovu použity a staly se zásobou pro následné uvolnění. Ze spinální míchy je veden impulz do místa na periférii a dojde k motorické reakci. Modulace bolesti v hypothalamu má vztah k cirkadiánním rytům a na základě toho vzniká pravděpodobně časová závislost a rytmicita bolestí. Je to tzv. hypothalamický pacemaker, který řídí serotonin. (Rošková, 2012)

Dle Hakla (2011) je bolest součástí stresu. Stres vytváří bludný kruh (viz obrázek 4 - circulus vitiosus), u kterého se uplatňují další psychosociální aspekty (nespavost, beznaděj, strach a úzkost).

Obrázek 4 Circulus vitiosus (typický pro chronickou bolest)



Zdroj: Hakl et al., 2011, s. 16

1.1.6 Klasifikace bolesti

V řadě odborných publikací můžeme nalézt hned několik klasifikací bolesti.

Mezi základní dělení bolesti patří dělení dle časového hlediska a to na akutní, subchronickou⁴ a chronickou. Dalším velmi významným dělením, je rozlišení bolesti na nádorovou a nenádorovou. Pro klinickou praxi je velmi přínosné dělení dle lokalizace postižení, resp. podle charakteru postižení. Autor Opavský doporučuje taxonomii dle prof. Lindbloma (1993), který bolesti dělí na nociceptivní, periferní neurogenní, centrální neurogenní, bolesti s dysfunkcí autonomního nervového systému (hlavně sympatiku), psychogenní a nespécifikované.

Jednodušší klasifikace dělí bolest pouze do tří typů a to bolest nocicepční, neuropatickou a psychogenní. (Opavský, 2011)

Rozdělení bolesti z hlediska délky trvání

Bolest se dělí z časového hlediska na akutní a chronickou (viz tabulka 1). Akutní bolest a chronická bolest jsou dvě odlišné jednotky a je třeba k nim přistupovat odlišným způsobem. Chronickou bolest lze pokládat za „situaci (syndrom)“, kdežto akutní spíše za „událost (symptom)“. Léčbu je tak třeba přizpůsobit individuálním potřebám jednotlivých pacientů.

Tabulka 1 **Rozdělení bolesti z hlediska délky trvání**

ROZDĚLENÍ BOLESTI	ČASOVÁ OSA
AKUTNÍ BOLEST	Trvá méně než 3 – 6 měsíců
CHRONICKÁ BOLEST	Trvá déle než 3 – 6 měsíců

Zdroj: autor

⁴ Subchronická bolest je přechodem mezi probíhajícím obdobím akutní a chronické bolesti. Časový interval je vymezen tak, že spodní hranice bolesti je limitována 3 – 6 týdny a horní časová hranice je označena definicí chronické bolesti – déle než 3 – 6 měsíců. (Opavský, 2011)

Bolest akutní je bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem. Informuje o vlivech nebo noxách, které organizmus ohrožují nebo poškozují. Provází ji zvýšené pocení, zrychlený tep a dýchání, dilatace zornic.

Pro akutní bolest je charakteristické (Rokyta et al., 2012):

- lze označit za krátkodobou (méně než 3 – 6 měsíců);
- přinutí pacienta vyhledat lékaře, protože intenzivně signalizuje poškození tkáně úrazem či chorobou;
- lze ji dobře lokalizovat;
- organismus reaguje na akutní bolest fyziologickými změnami, které mají obraz stresu (potivost, mydriáza, tachykardie, hypertenze, hyperglykémie);
- reaguje dobře na všechny typy analgetik;
- kauzálním postupem a analgetickou terapií ji lze velmi dobře odstranit;
- pacienty je lépe přijímána;
- potlačování signálů akutní bolesti vede ke chronifikaci bolesti.

Postižený se snaží uniknout nepříjemnému zážitku a odstranit jeho zdroj. Tento stav se též nazývá *fight-or-flight* (*zápas nebo útěk*). Akutní bolest má funkci obranného charakteru, varuje postiženého a nutí ho k podstoupení léčby. Zpravidla zaniká spolu s odezníváním příčin nebo onemocněním, které akutní bolest vyvolaly. (Ševčík, 1994)

Bolest chronická přetrvává déle než akutní, přesahuje dobu tří až šesti měsíců. Často je neúměrně veliká oproti původnímu vyvolávajícímu podnětu. Obvykle nemá funkci varovného signálu, ale představuje určitý syndrom nebo nabývá sama o sobě charakter nemoci. (Allan, Zenz, 1999)

Vlastním cílem léčby pak bývá mírnění chronické bolesti. Dochází u ní k psychickým poruchám, které bývají v souhrnu popisovány jako bolestivé chování. Chronickou bolest nezhoubného původu často provázejí poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a libida, dochází ke změnám životního stylu, narušení pacientova rodinného a pracovního života. John J. Bonica popisuje bolest jako „*škodlivou sílu, která vyvolává emoční, fyzický, ekonomický a sociální stres pacienta, rodiny i společnosti. Pacient se chápe jako invalida, mučedník.*“ (Sofaer, 1997, s. 37). Angličtina pro tento stav užívá termín „pain patient“ – pacient chronicky ubolený.

Pro chronickou bolest je charakteristické (Allan, Zenz, 1999):

- snížená kvalita života;
- sociální izolace;
- nespavost;
- nechutenství;
- deprese a beznaděj;
- problémy v partnerském životě;
- intolerance a nepřijetí bolesti;
- chronická bolest je závislá na psychice pacienta.

Chronická bolest představuje pro člověka i jeho rodinu velkou zátěž a bývá spojena se sníženou kvalitou života. Příčinu chronické bolesti se často buď nepodaří nalézt, nebo ji nelze odstranit, proto není možné chronickou bolest mnohdy zcela vyléčit. (Dušová, 2007)
Tabulka 2 představuje zásadní tělesné a behaviorální rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí.

Tabulka 2 Tělesné a behaviorální rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

ROZDĚLENÍ BOLESTI	TĚLESNÉ PŘÍZNAKY	BEHAVIORÁLNÍ PŘÍZNAKY
AKUTNÍ BOLEST	zrychlené dýchání	neklid
	zrychlený pulz	odvádění pozornosti
	zvýšený krevní tlak	trápení
	rozšířené zornice	obavy
	pocení	
CHRONICKÁ BOLEST	pulz, TK, dýchání, velikost zornic beze změn	snížení nebo absence tělesné aktivity
	zoufalství, deprese	beznaděj

Zdroj: Kolektiv autorů, 2006, s. 42, vlastní zpracování autora

Tabulka 3 a 4 představuje souhrn rozdílů mezi akutní a chronickou bolestí z pohledu základních obecných rozdílů a z pohledu léčebné intervence bolesti.

Tabulka 3 **Obecné rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí**

	AKUTNÍ BOLEST	CHRONICKÁ BOLEST
TRVÁNÍ	hodiny - dny - týdny	měsíce - roky
VÝZNAM	pozitivní – výstražná funkce	negativní – chybí smysluplný význam
LOKALIZACE	zpravidla lokalizovaná	často difuzní
PŘIJATELNOST	větší	zřídka
PŘÍČINA	většinou periferní	často centrální, se spoluúčastí psychiky
PRŮBĚH	zpravidla rychlé zlepšení	často progresivní zhoršení

Zdroj: Rokyta et al., 2006, s. 203, vlastní zpracování autora

Tabulka 4 **Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí z pohledu léčebné intervence**

	AKUTNÍ BOLEST	CHRONICKÁ BOLEST
CHARAKTER	symptom	syndrom, onemocnění sui generis
PATOFYZIOLOGICKÉ MECHANISMY	relativně jednoduché	komplexní, složité
LÉČBU URČUJE A ŘÍDÍ	praktik, specialista	algeziolog, tým odborníků
ROZSAH TERAPIE	monodální, farmakoterapie je klíčová	multimodální, biopsychosociální, komplexní
FARMAKOTERAPIE	analgetika	analgetika, adjuvantní a pomocné léky
ANALGETICKÝ EFEKT FARMAKOTERAPIE	výrazný	často nevýrazný
STRATEGIE FARMAKOTERAPIE DLE ANALGETICKÉHO ŽEBŘÍČKU WHO	„Step down“	„Step up“

Zdroj: Doležal et al., 2006, s. 363, vlastní zpracování autora

Rozdělení bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem

Při posuzování druhu bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem rozlišujeme bolest na nádorovou a nenádorovou, nazývanou dříve jako maligní a nemaligní (viz tabulka 5).

Tabulka 5 Rozdělení bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem

ROZDĚLENÍ BOLESTI	ETIOLOGIE BOLESTI
NÁDOROVÁ BOLEST	vzniká v souvislosti s nádorovým onemocněním
NENÁDOROVÁ BOLEST	nelze u ní uplatnit souvislost s nádorovým procesem

Zdroj: autor

Nádorová bolest představuje specifický druh bolesti a může být způsobena vlastním nádorem či v důsledku onkologické léčby. (Kalinová, Krbečková, 2007)

Tyto velmi bolestivé stavy se mohou lišit délkou trvání, patofyziologickým mechanismem a vztahem k nádorovému onemocnění (viz tabulka 6). (Rokyta, 2012)

Tabulka 6 Rozdělení nádorové bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem

VZTAH BOLESTI K NÁDOROVÉMU PROCESU	PATOFYZIOLOGICKÝ PODKLAD VZNIKU BOLESTI
BOLEST VYVOLANÁ NÁDREM	metastázy, útlak nebo obstrukce dutých orgánů, útlak nebo infiltrace nervových struktur, prorůstání nádoru do měkkých tkání
BOLEST VYVOLANÁ LÉČBOU A DIAGNOSTIKOU	bolestivé diagnózy, procedury, bolestivá neuropatie po chemoterapii, bolesti po radioterapii a operačních výkonech
PRŮLOMOVÁ BOLEST	bolest nasedající na jinak dobře kompenzovanou bazální bolest

Zdroj: Kozák, 2010, s. 61

Nenádorová bolest je vyvolána různými příčinami nenádorové etiologie. Nelze u ní potvrdit přímou souvislost s onkologickým onemocněním. Vzniká v důsledku involučních změn, životního stylu, vlivem různých druhů úrazů atd. (Opavský, 1998)

Rozdělení bolesti z hlediska patofyziologie

Rozdělení bolesti z hlediska patofyziologie vychází z lokalizace postižení a je totožná pro bolest akutní i chronickou (viz tabulka 7).

Ošetrovatelská péče a ošetrovatelské intervence realizované všeobecnou sestrou by měly vycházet z dostatečné obecné znalosti příznaků bolesti, ale také ze znalosti patofyziologie vzniku bolesti. (Rokyta et al., 2012)

Tabulka 7 Rozdělení bolesti z hlediska patofyziologie

ROZDĚLENÍ BOLESTI	MÍSTO VZNIKU BOLESTI PŘÍKLADY ONEMOCNĚNÍ
NOCICEPTOROVÁ (NOCICEPČNÍ)	vzniká na periférii nervových vláken (nociceptorech) - artróza, artritida
PERIFERNÍ NEUROGENNÍ (NEUROPATICKÁ)	vzniká v průběhu nervových vláken - polyneuropatie
CENTRÁLNÍ NEUROGENNÍ	vzniká při poškození struktur centrálního nervového systému - roztroušená skleróza, míšní nebo talamická poranění
S DYSFUNKCÍ SYMPATIKU (DYSAUTONOMNÍ)	algodystrofický syndrom
PSYCHOGENNÍ	vzniká na úrovni limbického systému a mozkové kůry - deprese (somatizace)
NESPECIFIKOVANÁ	-

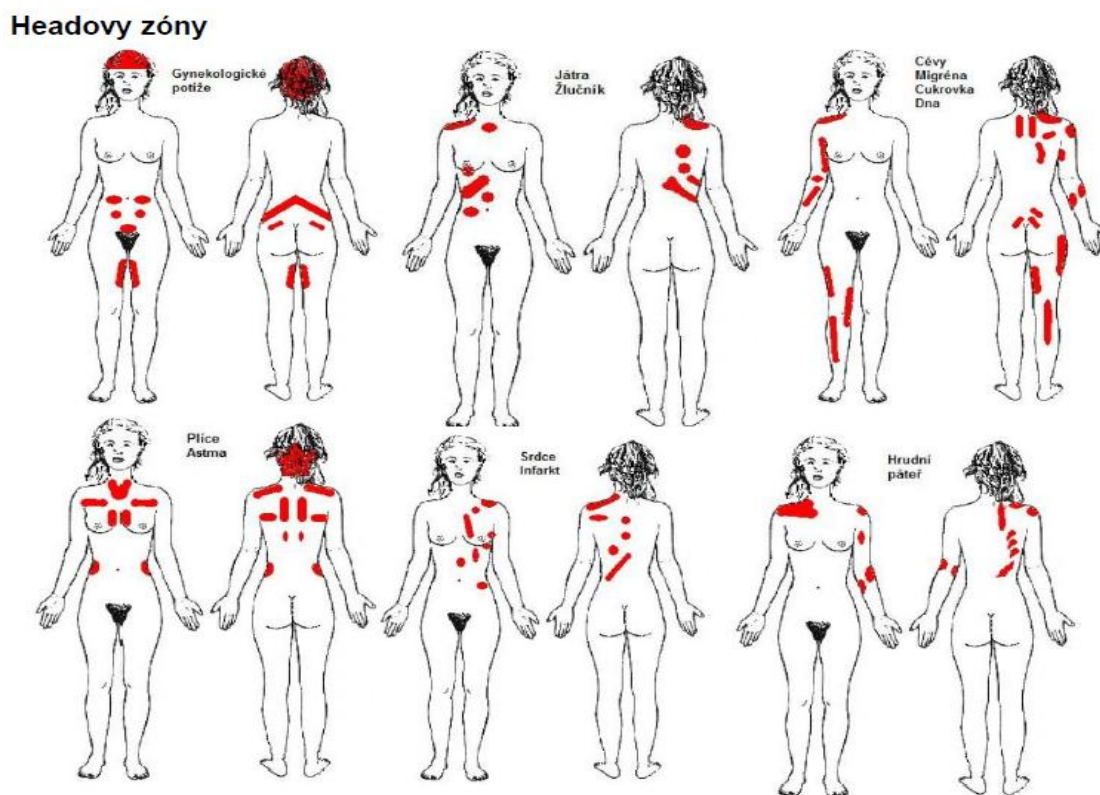
Zdroj: Opavský, 2011, s. 21

Nociceptorová (periferní) bolest je označení bolesti vztahující se přímo ke skutečnému poškození tkáně. Dochází k podráždění nociceptorů mechanickými, chemickými nebo termickými stimuly. Nociceptivní bolest může být somatická (kůže, svaly, klouby) a viscerální (útroby). (Kasal et al., 2003)

Somatická bolest je povrchní somatická bolest a vzniká drážděním kožních receptorů. Somatická bolest bývá dobře lokalizovatelná a projevuje se jako ostrá (např. pooperační, úrazová bolest). Hluboká somatická bolest vzniká ve svalech, kloubech a periostu. Projevuje se jako tupá a špatně lokalizovatelná bolest.

Viscerální (útrobní) bolest vzniká při postižení orgánů tělních dutin. Projevuje se tlakovou, tupou, kolikovitou bolestí a je velmi špatně lokalizovatelná. Velmi často ji provází vegetativní příznaky jako je zvracení, nauzea, hypertenze, tachykardie. Může být přenesena do vzdálených míst. Těmto místům se říká Headovy zóny (viz obrázek 5). Headova zóna⁵ je místo na lidském těle, které je vzdáleno od místa vzniku bolesti, ale je zásobeno ze stejné míšní části jako postižený orgán. K vyvolání bolesti je třeba patřičný podnět. Mezi hlavní podněty, které způsobují viscerální bolest, patří roztažení dutých orgánů, ischemie tkáně, zánět, natažení nebo svalový spazmus. (Rokyta et al., 2012)

Obrázek 5 Headovy zóny



Zdroj: <http://kohout-maser.webnode.cz/clanky-ii/headovy-zony/>

⁵ Headovy zóny - anglický neurolog Henry Head (1861 - 1940) zjistil, že se na povrchu těla nacházejí přesně ohraničené zóny, které reagují na určité vnitřní orgány. Byly nazvány Headovými zónami. Jakmile některý orgán onemocní, nervová soustava tuto nemoc reflexivní cestou promítne do příslušné Headovy zóny - povrch kůže se na určitém místě stane přecitlivějším. Tento vztah však funguje i opačně: drážděním povrchu těla lze působit na vnitřní orgány. (WWW<<http://kohout-maser.webnode.cz/clanky-ii/headovy-zony/>)

Neuropatická bolest je způsobená primárním poškozením nebo dysfunkcí periferního nebo centrálního nervového systému. Etiopatogeneze neuropatické bolesti je multifaktoriální a kromě mechanických faktorů se u ní uplatňují i faktory zánětlivé, imunitní, infekční, toxické a vaskulární. Neuropatická bolest se dělí na periferní a centrální, a to podle lokalizace nervové léze. Jsou rozlišovány dva základní typy neuropatické bolesti - bolest vyvolaná stimulací a bolest spontánní. Mezi spontánní projevy bolesti patří parestezie, dysestezie, trvalá pálivá bolest a paroxysmální bolest. (Rokyta et al., 2012)

Z hlediska hodnocení bolesti nemocných je neuropatická bolest obvykle popisovaná jako bodavá, pichlavá, pálivá, šlehavá, k jejímu zhoršení dochází v klidu a v noci. Bolest bývá doprovázena alodynii (tzn. nadměrná citlivost a reakce bolestivosti na podněty, které normálně bolest nevyvolávají), kdy nebolestivý impuls vyvolává bolestivou reakci. V terapii se uplatňuje podávání antikonvulziv, antidepresiv a nefarmakologických metod léčby bolesti. (Hakl et al., 2011)

Příkladem **bolesti v souvislosti s dysfunkcí sympatiku (dysautonomní)** je algodystrofický syndrom (dle IASP komplexní regionální syndrom). Tato bolest je intenzivní stálá, někdy spojená s pocením a poruchou prokrvení v dané oblasti vznikající při poškození periferních nervů. Klinický obraz dysautonomní bolesti zahrnuje vazomotorické, motorické a trofické poruchy. Při její léčbě se využívají kombinace farmakoterapie, invazivních technik a nelékové léčby. (Opavský, 2011)

Psychogenní bolest je velmi obtížně diagnostikovanou skupinou algických stavů. Etiologie smí být stanovena pouze po vyloučení příčin ostatních typů bolesti. (Hakl et al., 2011)

U geriatrických pacientů se vyskytuje častěji než u mladší populace. Samotný vznik psychogenní bolesti bývá spojován s některými neurózami, depresivními poruchami a psychickou nepohodou. Nejčastěji si nemocní stěžují na bolesti zad a břicha. Základ léčby tvoří psychofarmaka, psychoterapie a nefarmakologická terapie. (Kubešová, 2001)

1.1.7 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Mezi faktory, které ovlivňují celkové vnímání a prožívání bolesti (viz tabulka 8) patří zejména fyziologicko-biologické, psychologické, kulturní, sociální faktory a faktory životního stylu. (Trachtová, 2005)

Tabulka 8 Faktory ovlivňující vnímání a prožívání bolesti

FAKTOROVÉ OBLASTI	FAKTORY
FYZIOLOGICKO-BIOLOGICKÉ FAKTORY	věk, pohlaví, charakter bolesti, lokalizace bolesti, typ onemocnění, léčba, vrozený typ nervové soustavy aj.
PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	osobnostní rysy, deprese, úzkost, strach
KULTURNÍ, ETNICKÉ, SOCIÁLNÍ FAKTORY	etnický původ, rasa, výchova, mezilidské vztahy aj.
FAKTORY ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ	denní doba, teplo, chlad, záření aj.

Zdroj: autor

Fyziologicko-biologické faktory – bolest je nezávislá entita a není součástí somatosenzorického systému, i když má mnoho společných drah a míst. Vytváří vlastní nocicepční systém, který se nazývá nocicepce.

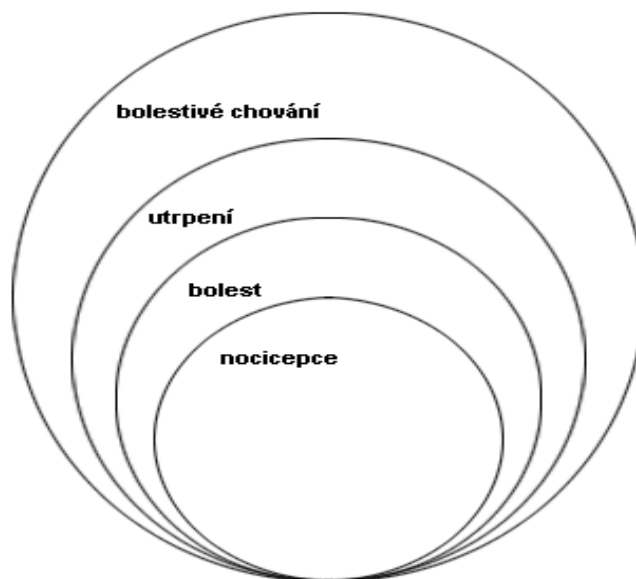
Psychologicko-duševní faktory – v této rovině je podstatné, jaký význam pacient své bolesti přikládá. To závisí na mnoha okolnostech, počínaje charakterem bolesti a porozuměním jejímu významu až po osobnostní vlastnosti. Bolest se vždy týká konkrétního pacienta, jeho bolest může mít mnoho úrovní a podob. Stejná bolest může mít pro jiného jedince zcela odlišný význam. Mezi psychicko-duševní faktory, které ovlivňují vnímání bolesti, patří introverze – extravertze, emocionální labilita – stabilita, afiliace – hostilis a odolnost proti zátěži.

Sociálně-kulturní faktory a faktory životního prostředí – v mnoha kulturách založených na židovské a křesťanské etice může být bolest považována za trest nebo odplatu za hříchy. V některých kulturách si lidé sami navozují bolest a vyjadřují tak smutek a zármutek, u jiných národů je bolest součástí rituálů a ceremonií, protože bolest zvyšuje celkovou sílu a vytrvalost. Práh bolesti umocňují i dobré mezilidské vztahy a příjemné sociální prostředí. (Trachtová, 2005)

1.1.8 Terapeutické postupy v léčbě bolesti

Při léčbě bolesti je důležité mít na paměti, že akutní a chronická bolest jsou dva odlišné typy a je třeba k nim přistupovat odlišným způsobem. Bolest je komplexní, individuální a subjektivní fenomén a k jeho léčbě je třeba volit komplexní a celostní (holistický) přístup. Celostní pojetí bolesti znázorňuje konceptuální model bolesti (viz obrázek 6), který v roce 1989 zveřejnil americký neurochirurg John Loeser a australský anesteziolog Michael Cousins. Model rozlišuje čtyři složky bolesti, které se mohou vzájemně ovlivňovat. (Trachtová, 2005)

Obrázek 6 **Konceptuální model bolesti (Loeser, J., Cousins, M.)**



Zdroj: Kernová, 2008, s. 25

Léčba bolesti často vyžaduje kombinaci několika druhů terapií. Musí však vždy vyhovovat individuálním požadavkům pacienta a uspokojit všechny potřeby, které byly bolestí narušeny nebo v souvislosti s ní vznikají.

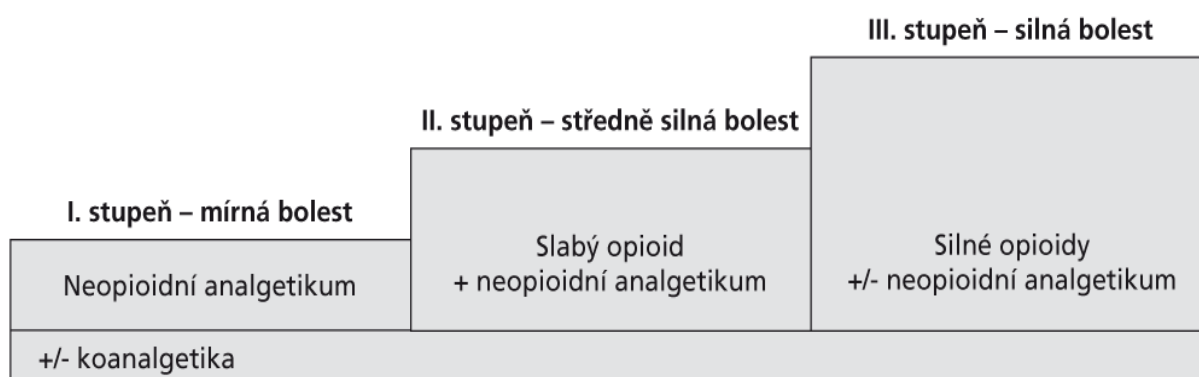
V léčbě bolesti je důležitý dobrý vztah mezi pacientem a ošetřujícím zdravotnickým personálem, taktéž je velmi důležité pochopení a spolupráce rodiny, včetně nejbližšího sociálního prostředí. (Trachtová, 2005)

Mezi současné terapeutické postupy v léčbě bolesti patří **farmakologické a nefarmakologické metody**. Je nezbytné mít na paměti, že především chronická, dlouhotrvající bolest nemá žádnou biologicky užitečnou funkci a je zdrojem tělesného, duševního i sociálního utrpení. Cílem léčebných postupů u chronické bolesti nemusí být úplné uzdravení jedince, ale úprava nebo obnovení funkční zdatnosti v dosažitelné míře v oblasti fyzické, psychické a sociální. Důležitým principem, který zvyšuje efektivitu léčby, je současné použití farmakologických a nefarmakologických postupů. (Doležal et al., 2004)

Farmakologické metody léčby bolesti

Mezi základní vodítka pro racionálně vedenou farmakoterapii bolesti patří třístupňový žebříček WHO (viz obrázek 7).

Obrázek 7 Třístupňový analgetický žebříček WHO



Zdroj: Hakl, 2011, s. 52

„Podle třístupňového žebříčku WHO se u mírných bolestí doporučuje začínat neopioidními analgetiky (1. krok nebo stupeň). Pokud to nestačí (středně silná bolest), mají se přidat slabá opioidní analgetika (2. krok, stupeň) a pokud ani to nestačí (silná bolest), mají se slabé opioidy vyměnit za silné (3. krok, stupeň). Dále se počítá s uplatněním tzv. adjuvantních analgetik (koanalgetik), které mohou tlumit některé typy bolestí a pomocných léků, určených k léčbě vedlejších účinků analgetik.“ (Kršiak et al., 2004, s. 1)

Analgetika lze podávat *perorální cestou* (to je nejrozšířenější forma podání), *sublingvální cestou* (je dosaženo rychlé analgezie), přes *bukální sliznici* (vnitřní strana tváře je méně propustná než oblast pod jazykem, absorpce je pomalejší), *nasální cestou* (je dosaženo rychlého nástupu účinku), *transdermální cestou* (náplast'ovou formou, léky rozpustné v tucích jsou absorbovány kůží), *subkutánní, intramuskulární a intravenózní aplikací* (rychlý nástup účinku), *epidurální cestou* (tato analgezie je založena na bázi dočasné remodelace vedení nervových vzruchů), *intratekální cestou* (podání léku do subarachnoideálního prostoru míšního kanálu), *rektální a intraartikulární cestou* (do kloubní dutiny). Posledním typem může být *PCA* (pacientem řízená analgezie). Jedná se opakovanou aplikaci analgetik intravenózní nebo subkutánní cestou, kdy si klient při pocitu bolesti spustí dávkovací zařízení, které mu aplikuje potřebnou dávku. Přístroj neumožňuje předávkování. (Kapounová, 2007)

Volba a vedení analgetické léčby vychází z pacientova údaje o intenzitě a charakteru bolesti a z konkrétního klinického stavu. Prospěšnost analgetické léčby by měla zřetelně převyšovat její vedlejší projevy.

Farmakoterapie se řadí mezi nejvíce užívané postupy vedoucí k odstranění bolesti. Obecně je preferováno podávání analgetik v pravidelných intervalech, nikoli až při vzniku bolesti. Následující dávka by měla být podána dříve, než odezní účinek dávky předešlé.

Cílem léčby bolesti je snížit nebo odstranit bolest s minimálními vedlejšími účinky. Strategie léčby se odvíjí od typu bolesti. V terapii akutní bolesti dle nejnovějších poznatků medicíny je preferován multimodální přístup. Jde o kombinaci farmakoterapie a technik léčby bolesti, které působí odlišnými mechanismy. Chronická bolest by měla být léčena multidisciplinárně (algeziolog, neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař a psycholog). Specializovaná centra a ambulance léčby bolesti zajišťují komplexní algeziologickou péči, jejíž součástí je algeziologické vyšetření, zhodnocení bolesti a navržení účinného analgetického postupu. (Rokyta et al., 2012)

Léky jsou předepisovány lékařem, ale sestra má ve farmakoterapii nezastupitelnou roli. Je první, na koho se pacient se svojí bolestí obrací, protože tráví s pacientem většinu času. Sestra, která podává analgetika, musí znát pravidla podávání, chápat, jak analgetikum působí, sledovat analgetický účinek a znát vedlejší účinky. Měla by sledovat, jak dlouho trvá, než lék začne působit, jakou poskytuje úlevu a jak dlouho úleva trvá, vést záznamy o bolesti a informovat lékaře. Významně tak může ovlivnit účinnou úlevu od bolesti. (Sofaer, 1997)

Nefarmakologické metody léčby bolesti

Jsou většinou kombinované s farmakologickou léčbou. Jedná se především o psychologický přístup k pacientovi. Pocit jako strach, úzkost a bezmoc pacienta zhoršuje akutní pooperační bolesti a samozřejmě také zhoršuje bolest chronickou. Typickým doprovodným příznakem chronické bolesti je deprese a úzkost. Je vhodné, aby pacienti trpící chronickou bolestí byli vyšetřeni psychologem a psychiatrem, jen tak je možné zajištění komplexní léčby bolesti. (Rokyta et al., 2012)

Nefarmakologickou terapii můžeme rozdělit do tří kategorií:

- fyzikální terapii;
- alternativní a doplňkovou terapii;
- kognitivní a behaviorální terapii. (Kolektiv autorů, 2006)

Fyzikální terapie využívá fyzikálních vlivů k rehabilitaci a obnovení funkčnosti jedince. Tato terapie zahrnuje hydroterapii, terapii teplem a chladem, vibracemi, transkutánní elektrickou stimulaci nervu (TENS), cvičení a imobilizaci.

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby u pacientů trpících bolestí. Od pradávna je nejrůznější kultury užívají jako léčebné postupy. Příkladem alternativní terapie může být použití meditace. Dalšími příklady alternativních a doplňkových terapií jsou akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem, využití jógy a chiropraktická léčba.

Kognitivní a behaviorální přístupy se zaměřují na ovlivnění interpretace zážitku bolesti u pacientů a současně pomáhají vytvořit si změnu reakce na bolest. Tyto přístupy zahrnují biofeedback (využívá elektronických monitorů, kdy se pacient naučí vědomě kontrolovat a změnit určité tělesné funkce úpravou svých myšlenek, dýcháním, postojem, napětím svalů) a hypnózu. Tyto techniky vytváří u pacienta pocit, že má bolest pod kontrolou. (Kolektiv autorů, 2006)

Cílem léčby je odstranění bolesti. Tam, kde nelze příčinu bolesti odstranit se postupy zaměřují na zmírnění bolesti na snesitelnou, na zajištění klidného spánku, odstranění nebo zmírnění bolesti při tělesném klidu, odstranění nebo zmírnění bolesti při tělesné aktivitě a zajištění co nejlepší kvality života. (Kubešová et al., 2008).

1.2 Seniorský věk

1.2.1 Kdo je senior a co je stáří

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických. Tyto změny probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou, což vede k typickému obrazu, který se označuje jako stařecký genotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, psychickými a sociálně ekonomickými vlivy, sebehodnocením a přijetím určité role. Vzhledem k mnohočetnosti a individualitě příčin a projevů stárnutí rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické. (Kalvach et al., 2004)

Věková hranice se stále posouvá, protože se prodlužuje doba dožití a zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. **Kalendářní (chronologické) stáří** lze rozčlenit:

- 65 - 74 let: *mladí senioři* (problematika volného času, penzionování, aktivit a seberealizace);
- 75 - 84 let: *staří senioři* (problematika adaptace, specifického stonání, tolerance zátěže, osamělosti);
- 85 a více let: *velmi staří senioři* (problematika soběstačnosti a zabezpečení).

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění a životního stylu. Tento pojem upozorňuje na zájmy a rizika seniorů, např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věkovou segregaci a diskriminaci. Jako počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod. (Kalvach et al., 2004)

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny adaptačních a regulačních mechanismů), obvykle jsou těsně propojeny se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují převážně ve vyšším věku. Biologické stáří poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje, nebo degenerace. Obecně je tento pojem používán k vyjádření celkového stavu lidského organismu. (Móhlpachr, 2009)

1.2.2 Orgánové změny u seniorů

Stáří je provázáno změnou celkového vzhledu, úbytkem tkání, struktur, atrofií a involucí orgánů. Některé změny probíhají pozvolným tempem, jiné naopak výrazně rychleji.

Kardiovaskulární systém - srdeční sval ztrácí sílu, zhoršuje se srdeční výkonnost, dochází ke změnám v převodním systému srdečním, degeneraci chlopní. Artérie jsou zasaženy aterosklerotickým procesem. V důsledku změn cévního systému vzniká hypertenze.

Respirační systém - vlivem osteoporózy skeletu vzniká tzv. stařecký hrudník, dochází ke snížené výkonnosti svalstva hrudníku. Rozšíření bronchiolů a plicních sklípků vede ke snížené výměně dýchacích plynů.

Gastrointestinální trakt – postupná ztráta chrupu, která působí problémy při mluvení, jídle. Je snížená motilita, sekrece trávicích šťáv, tonus svěračů. Ubývá jaterního a žlázového parenchymu pankreatu, přibývá vaziva.

Krvetvorný systém - vlivem porušené resorpce železa v žaludku dochází k anemii. Je snížen objem kostní dřevě, erytropoéza, aktivita leukocytů a fagocytů.

Ledviny - klesá průtok krve v ledvinách, klesá filtrační a koncentrační schopnost ledvin. Je zvýšená tendence k dehydrataci. Snižuje se kapacita močového měchýře a síla svěračů.

Endokrinní systém – dochází ke změnám v hladině pohlavních hormonů, změnám funkce štítné žlázy. Snižuje se bazální metabolismus, dochází ke změnám v regulaci tělesné teploty.

Pohybový aparát - v důsledku úbytku kostní hmoty, snížení elasticity, pevnosti kostí dochází k řadě chorobných stavů (osteoporóza, osteomalacie, artrózy, zlomeniny).

Nervový systém - snižuje se počet neuronů, dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Změny hlubokého cití se projevují poruchou chůze, rovnováhy a stoje. Dochází k degenerativním změnám centrálního nervového systému (vznik senilních plaků, ukládání amyloidu, změny mozkových cév, změny na neurotransmiterech).

Kožní změny - oslabení celé vrstvy kůže. Úbytek podkožního tuku, potních žláz. Změny vedou k oslabení bariérové funkce kůže. Regenerační funkce jsou zpomaleny. (Pacovský, 1990, Topinková, 2005)

Smyslové vnímání je pro člověka velmi důležité. Smysly překládají signály z vnějšího světa, jsou nositelem informací. Poruchy smyslů mohou vést k omezené soběstačnosti, sociální izolaci, depresím a snížené kvalitě života.

Zrak - oční čočka ztrácí pružnost, dochází ke zhoršené schopnosti zaostřování. S přibývajícím věkem se snižuje ostrost vidění, vnímání intenzity světla a barev. Mezi nejčastější problémy patří katarakta a glaukom.

Sluch - vlivem degenerativních změn dochází k zhoršenému vnímání zvuků zvláště o vysokých frekvencích. Nedoslýchavost vede k horšímu porozumění řeči, zvláště v hlučném prostředí. Důsledkem je omezená komunikace, sociální izolace a osamělost.

Chut' - úbytek chuťových pohárků způsobuje oslabení vnímání chutí, tím může docházet k nedostatečnému příjmu potravy.

Čich - vnímání vůní je věkem ovlivněno minimálně.

Hmat – věkem se zvyšuje hmatový práh citlivosti, klesá citlivost k teplotě předmětů. (Křivohlavý, 2002)

V oblasti sociálních a psychických změn ve stáří má pro život seniorů mimořádný význam vztah ke společnosti a rodině. Psychosociální stárnutí ovlivňuje schopnost seniora adaptovat se na změny, které stárnutí přináší. Prvním adaptačním problémem bývá odchod do starobního důchodu. Jedinci s poruchou adaptace jsou ohroženi sociální izolací, depresí a pocity méněcennosti. S tím úzce souvisí ekonomické zabezpečení, které mnohdy přináší nemalé starosti. Ekonomické potíže mnohdy končí změnou bydliště, což je spojené s velkým stresem a obavou z budoucnosti. Nejvýraznější změnou v životě starého člověka je ztráta životního partnera. Adaptace na tuto situaci je velmi individuální, někteří senioři najdou nový smysl života ve své rodině, jiní ztrátu milované osoby nepřekonají. (Poledníková, 2006)

Stáří je provázeno změnou potřeb, hodnot a cílů. Na kvalitě psychiky ve stáří se nejvíce podílí osobnost člověka. Pro zachování intelektových schopností je důležité jejich procvičování. V důsledku změn v krátkodobé paměti, percepčních změn a změnou sociální situace pozorujeme u starého člověka obtížné osvojování nového, sníženou adaptabilitu a flexibilitu, nedůvěřivost, egocentrismus, sníženou sebedůvěru, sugestibilitu, emoční labilitu, sníženou schopnost empatie, ovládání negativních emocí, nižší intenzitu emočního prožitku, zhoršení úsudku, úzkost, nejistotu, strach a sklon k depresím. (Venglářová, 2007, Křivohlavý, 2002)

1.2.3 Účinky farmakoterapie u seniorů

Involuční změny ve farmakokinetice a farmakodynamice zvyšují citlivost seniorů na užívané léky a zároveň zvyšují riziko výskytu vedlejších účinků. Tato situace často vyžaduje sledování účinku léků a často i úpravu dávkování léků. Farmakodynamika představuje citlivost tkání k lékům. Léková citlivost je daná množstvím a citlivostí receptorů. Se stoupajícím věkem se léková citlivost zvyšuje. Tuto změny vyžadují podávání nižších dávek léků. (Rokyta et al., 2006) V rámci farmakokinetiky vlivem fyziologických změn ve struktuře, funkci orgánů a přidružených chorob ve stáří dochází ke změnám v absorpci, distribuci, biotransformaci a eliminaci léků (viz tabulka 9). (Topinková, 2005)

Tabulka 9 Farmakokinetika léčiv (involuční změny a klinické důsledky)

FÁZE	ZMĚNY VE STÁŘÍ	PATOLOGICKÉ STAVY	DŮSLEDEK
ABSORPCE	GIT – snížení prokrvení, motility, pokles absorpční plochy, zvýšené pH žaludku vlivem snížené tvorby HCl	achlorhydrie, průjem, resekce žaludku, pankreatitida, malabsorpční syndrom	zpomalený nástup účinku
DISTRIBUCE	snížení celkové tělesné vody snížený srdeční výdej snížení množství tkáně bez tuku zvýšení celkového tělesného tuku hypoalbuminemie	dehydratace městnavá srdeční slabost otoky a ascites jaterní insuficience malnutrice, renální insuficience	hydrofilní léky (zvýšení plazmatické koncentrace) lipofilní léky zvýšená volná frakce léků s vazbou na albumin
BIOTRANSFORMACE	zmenšení jaterní tkáně, zvýšení prokrvení jater	maligní nádory, městnavá srdeční slabost, horečka, jaterní insuficience, malnutrice, tyreopatie, virové infekce	zpomalení biotransformace, zvýšené riziko nežádoucích účinků a interakcí
ELIMINACE	snížení prokrvení ledvin, glomerulární filtrace a tubulární sekrece	hypovolémie, renální insuficience	nebezpečí toxicity

Zdroj: Topinková, Neuwirth, 1995, s. 35, vlastní zpracování autora

U **absorpce léčiv** ve stáří v případě perorálního podání léčiva je jeho absorpce gastrointestinálním traktem závislá na řadě přímých i nepřímých faktorů, např. motilitě a sekreci trávicí trubice, intenzitě digesce, krevním zásobením v mezenteriální oblasti, velikostí a funkční integritě gastrointestinální bariéry, kvalitě a kvantitě intestinálních enterocytů. V souhrnu lze označit absorpci perorálních farmak během stárnutí jako sníženou. Při parenterálním podání léčiva lze u starších jedinců očekávat nástup účinku opožděný, vzhledem ke krevní perfuzi v dané oblasti. (Kalvach et al., 2004)

Distribuce léčiv ve stáří u hydrofilních farmak, vzhledem k snížení celkové vody, způsobuje zvýšení plasmatické koncentrace. U lipofilních farmak, vzhledem k zvýšení celkového tělesného tuku, dochází ke kumulaci v tukové tkáni. Vyskytuje se toxicita a prodlužuje se nástup a účinek. (Topinková, 2005)

U **biotransformace léčiv** ve stáří jsou hlavním místem metabolismu léků játra. Ta se ve stáří poněkud zmenšují, ale jejich funkce se v podstatě nemění. Nižší průtok krve játry a snížení aktivity enzymů může vést k pomalejšímu odbourávání některých léků.

V oblasti **eliminace léčiv** ve stáří se s věkem výrazně mění funkce a morfologie ledvin, čímž je výrazně ovlivněna eliminace léků. Podle snížené renální clearance je třeba upravit dávkování léků, které mohou nemocného poškodit toxickými účinky. (Topinková, Neuwirth, 1995)

Velmi významné je u seniorů riziko nežádoucích účinků léků. U pacientů nad 60 let je riziko vzniku nežádoucích účinků 10-25 %, což znamená 2-3 násobek v porovnání s mladými jedinci. Frekvence a intenzita nežádoucího účinku se zvyšuje s počtem léků (polypragmazií) a dávkou. U pacientů, kteří užívají více než 6 léků, je pravděpodobnost výskytu nežádoucích účinků 14x vyšší. (Rokyta et al., 2006)

Vzhledem k polymorbiditě může dojít k nežádoucímu účinku proto, že lék nasazený k léčbě jedné nemoci vede ke zhoršení nemoci druhé. Většina научné literatury uvádí, že se nežádoucí účinky léků vyskytují nejčastěji u lékových skupin typu analgetik, kardiotonik, diuretik, perorálních antidiabetik, antikoagulancií a kortikoidů. O možném výskytu nežádoucích účinků léků je třeba informovat seniora, rodinu, ale i ostatní pečující osoby. (Topinková, Neuwirth, 1995)

1.3 Problematika bolesti u seniorů

1.3.1 Epidemiologie a etiologie bolesti u seniorů

Staří lidé představují nejrychleji rostoucí skupinu obyvatel. S prodlužováním lidského života nastávají problémy s deteriorací fyziologických funkcí, které mění odpověď na léčbu a snižují kvalitu života. Výskyt bolesti, a to především v její chronické podobě, je mnohdy považován za naprosto běžnou součást stárnutí. Ačkoliv je toto nesprávné paradigma dnes již překonáno, faktem zůstává, že prevalence bolesti v seniorské populaci je velmi vysoká. Odborná literatura se shoduje na 25 – 50 % u pacientů v domácí péči, ve zdravotnických zařízeních dokonce na 45 – 80 %. Největší výskyt bolesti lze pozorovat u skupiny seniorů v nejstarším věkovém období nad 80 let. (Kulichová, 2005)

Z etiologického hlediska lze konstatovat značné množství příčin bolesti v seniorském věku, přičemž můžeme pozorovat změnu spektra příčin s narůstajícím věkem (např. ubývání bolesti hlavy a přibývání osteoartritických bolestí). Za nejčastější příčiny nenádorové bolesti u seniorů lze považovat osteoartrózu, zlomeniny vznikající buď jako důsledek osteoporózy nebo pádu, neuropatická onemocnění související s diabetem nebo cévní onemocnění. Další významnou příčinou jsou nádorová onemocnění, která jsou velmi často doprovázena právě bolestí. Problematika nádorové bolesti je komplikovaná jednak z důvodu více souběžných zdrojů bolesti, které se mohou projevit v podobě více různých typů bolestí nebo z důvodu koncentrace zdravotníků na primární onkologické onemocnění, což může vést k nedostatečnému zhodnocení a léčbě bolesti. (Munden, 2006)

1.3.2 Specifika charakteristická pro seniory

Z důvodu fyziologických změn provází stáří další specifické rysy a problémy. Velmi významná je **polymorbidita**, kterou trpí více než 90 % seniorů nad 75 let. Řada onemocnění probíhá u starých lidí odlišně, má atypickou symptomatologii. S polymorbiditou je úzce spojena **polypragmzie**. Polymorbidita se podílí na snižování fyzické aktivity, imobilitě, závislosti na pomoci jiných osob a sociální izolaci. (Topinková, 2005)

Velmi významná ve stáří je i **deprese**: „*Deprese je stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Přítomny jsou příznaky psychické, somatické a behaviorální.*“ (Topinková, 2005, s. 145)

Výskyt deprese u seniorů dlouhodobě hospitalizovaných je okolo 30 %. Znamky deprese jsou často zaměňovány za běžné projevy stáří. Deprese tak většinou zůstává nediodagnostikovaná a zároveň tedy neléčená. (Topinková, 2005)

Chronická bolest je jedním z rizikových faktorů vzniku deprese. Bolest a deprese se často vzájemně potencují. Až 50 % pacientů s depresemi trpí chronickou bolestí. Bolest často maskuje deprese a deprese významně ovlivňuje vnímání bolesti. (Rokyta et al., 2012)

Další velmi významnou oblastí je **demence**, což je syndrom, který vzniká v důsledku onemocnění mozku. Získaná kognitivní porucha postihuje paměť a nejméně jednu další oblast (řeč, myšlení, orientaci, poznávání, úsudek, abstrakci, učení, praxii). Pacienti s demencí uvádějí nižší výskyt a intenzitu bolesti. Je to zřejmě v důsledku poruchy vnímání, kdy pacient nechápe smysl otázky a jeho odpovědi jsou zkreslené a neadekvátní. Závažné poruchy paměti zhoršují i výbavnost bolestivého zážitku. Proto většina pacientů je schopna posoudit pouze aktuální bolest. Vnímání bolesti je ovlivněno také typem demence. Deprese a poruchy kognitivních funkcí zhoršují spolupráci s pacientem a získávání podrobných informací o bolesti, které tvoří základ pro výběr vhodného léčebného plánu. (Rokyta et al., 2012)

U hospitalizovaných seniorů je častou kvalitativní poruchou vědomí **delirium**. Příčinou může být akutní onemocnění, polymorbidita, nevhodná medikace nebo psychosociální aspekty (změna prostředí, režim oddělení, poruchy spánku, smyslů). Mezi projevy deliria patří poruchy paměti, myšlení, dezorientace, inkohrentní řeč, iluze, halucinace, bludy, poruchy soustředění, pozornosti, poruchy spánkového rytmu, změna psychomotorické aktivity, poruchy afektu, úzkost, strach, agrese, neurologické příznaky typu ataxie, tremoru, poruchy koordinace a vegetativní poruchy typu tachykardie, pocení, nauzey. (Venglářová, 2007)

1.4 Management bolesti u seniorů

1.4.1 Kontinuální sledování bolesti u seniorů

Kontinuální sledování bolesti je hodnocení bolesti nemocného v průběhu času, v závislosti na léčbě, na ordinacích lékaře, na podpůrné terapii a podpůrných prostředcích, na poskytnuté komplexní péči a na dalších okolnostech, které se během ošetřování pacienta udály. (Hanousková, Otcová, 2013)

Pro výběr správného terapeutického postupu a zajištění účinného zmírnění bolesti je důležité získat dostatečné množství informací o bolesti pacienta. Zdravotnické zařízení by mělo mít k dispozici metody (škály) na standardní screening bolesti a používat je u všech pacientů, kteří jsou schopni s nimi pracovat. Bolest by měla být jednoznačně chápána jako pátá fyziologická funkce a její hodnocení by mělo být jedním z rutinně sledovaných a zaznamenávaných parametrů. Správně vedené záznamy ve zdravotnické dokumentaci o bolesti jsou velmi přínosné pro kontinuálnost a efektivnost její léčby. (Kolektiv autorů, 2006)

U pacienta seniora při hodnocení bolesti musíme brát v úvahu s věkem spojené změny (definované ve výše uvedených podkapitolách). Získání potřebných informací je limitované z důvodu zhoršené komunikace, vlivem poruchy sluchu, zraku a komunikačních bariér. Poruchy kognitivních funkcí, úzkost, deprese a demence mění vnímání a postoj seniorského pacienta k bolesti. Nedostatečná informovanost seniora o bolesti a její léčbě vede k zbytečným obavám, k bagatelizaci bolesti a k neefektivní nebo nedostatečné léčbě. (Rokyta et al., 2012)

Vyšetření pacientů s mírnou a střední kognitivní poruchou se významně neliší od jiných pacientů. Pacienti s výraznější poruchou vyžadují užití co nejjednodušších metod (škál). Pro získání informací je vhodné zajistit klidné prostředí, dostatek času, trpělivost, otázky klást opakovaně a odpovědi porovnávat i s neverbálními projevy. Při závažných poruchách kognitivních funkcí a komunikace nelze získat údaje o intenzitě a vnímání bolesti přímo od pacienta. Je velmi důležité se soustředit na neverbální projevy bolesti, které mohou být ovšem ovlivněné přidruženým onemocněním a nemusí odpovídat reálné bolesti. V těchto případech jsou velmi cenné informace získané od pečujících osob. (Topinková, 2006) Vyšetření psychických funkcí by mělo předcházet vyšetření bolesti a pomoci tak k vhodné volbě hodnotících metod a objektivnímu posouzení bolesti pacienta. (Rokyta et al., 2006)

1.4.2 Hodnocení bolesti u seniorů

S hodnocením bolesti se ve své praxi setkávají sestry každý den, právě vzhledem k tomu, že bolest provází nejen mnohá onemocnění, ale také řadu medicínských vyšetření a zákroků. (Staňková, 2006)

Hodnocení bolesti u seniorů představuje pro zdravotnické pracovníky velmi svízelnou problematiku, protože bolest, jakožto subjektivní zkušenost, je jen obtížně zaznamatelná. Obzvláště obtížné je hodnocení u pacientů s chronickou bolestí, jejichž organismus již bolesti přivykl, tudíž nevykazuje její standardní fyziologické projevy, přičemž i chování pacientů je již bolesti přizpůsobeno. Vzhledem k tomu je vyjádření pacienta nejdůležitějším zdrojem informací. (Staňková, 2006)

Při hodnocení bolesti je velmi důležité se držet základního cíle managementu bolesti, kterým je největší možná pohoda a kvalita života pacienta. Aby hodnocení bolesti k této pohodě přispělo a stalo se jedním z prostředků jejího dosažení, musí být pacient do hodnocení maximálně zapojen. Pacientovi je třeba dát prostor, aby bolest popsal svými výrazy tak, jak ji cítí. Důležitá je též důvěra sestry v jeho výpověď. K získání relevantních informací je zapotřebí, aby byl pacient o podstatě a způsobu použití daného nástroje náležitě edukován.

Hodnocení bolesti od sester vyžaduje velmi odpovědný přístup. Sestra musí postupovat s maximální pečlivostí a přesností nejen při samotném hodnocení, ale také při jeho následném zanesení do dokumentace. Bolest musí být zaznamenána takovým způsobem, aby byly informace jasně srozumitelné všem členům multidisciplinárního týmu, tak aby bylo možno provést další hodnocení a sledovat vývoj bolesti v čase. Hodnocení a jeho záznamy musí být u bolesti prováděny v pravidelných intervalech. Kvalitní záznamy bolesti zvyšují jistotu efektivity léčby a usnadňují práci celého týmu. (Vorlíček et al., 2006)

Obecně lze konstatovat, že k hodnocení bolesti se u seniorů používají klasické metody v modifikovaných verzích, které se typicky vyznačují jednodušším provedením, většími písmeny a kratším rozsahem, jelikož hodnocení bolesti zabírá u seniorů standardně mnohem více času nežli u mladší populace. Důležitou roli sehrává také schopnost sestry přizpůsobit se seniorovi a napomoci vzájemnému pochopení pomalejším tempem řeči, důslednou artikulací a vhodnými neverbálními projevy. (Rokyta et al., 2012)

1.4.3 Diagnostika bolesti u seniorů

Diagnostikovat bolest je velmi obtížné. Závažnost bolesti je vždy subjektivní, dokonce, i když nociceptory registrují objektivní „kvantitu“ bolesti u každého jedince. Nejdůležitějším zdrojem informací o samotné bolesti je pro lékaře samozřejmě ten, kdo jí trpí. Pacient by se proto měl pokaždé snažit o nejuvěrohodnější a nej přesnější popis bolesti. Na lékaři následně je, aby podrobně zjistil místo bolesti, kdy a za jakých okolností bolest vzniká, při čem dochází k úlevě od bolesti, jak bolest kolísá během dne a noci, zjišťuje vliv bolesti na spánek a na příjem potravy apod.

Je třeba sledovat i nonverbální projevy pacienta, protože z jeho mimiky lze odezírat mnohé emoce, ke kterým patří i projevy bolesti. Mnohé prozradí pacientovo chování a jeho motorická složka naznačuje, co a kde bolí. Lékař při vyšetření pacienta s chronickou bolestí uplatňuje holistický přístup a hodnotí vlivy somatické, psychické, sociální i spirituální. (Ferrell, 1995)

V současné době se používá následující třídění základních dimenzí bolesti. (Trachtová, 2005, Topinková, 2005)

Dimenze bolesti

lokalizace a topologie bolesti	-	kde to bolí
intenzita bolesti	-	jak moc to bolí
časový průběh	-	kdy to bolí, časová dimenze
kvalita bolesti	-	jak to bolí
ovlivnitelnost bolesti	-	za jakých okolností se bolest zhoršuje, polevuje

1.4.4 Anamnéza bolesti u seniorů

Základem pro stanovení individualizovaného plánu péče o seniora s bolestí je pečlivě odebraná anamnéza. Při vyšetření pacienta hodnotíme vlivy somatické, psychické a sociální. Informace získáváme rozhovorem přímo od pacienta nebo nepřímo od jeho rodiny, přátel a ostatních členů zdravotnického týmu. Součástí sběru informací je pozorování pacienta, jeho chování a reakcí na bolest. K zhodnocení psychického stavu, funkčních schopností a bolesti využíváme dostupných a pro daného pacienta vhodných škálovacích metod.

Podrobná anamnéza u pacientů seniorů by měla zahrnovat:

- Senzorické poruchy: sluch, zrak, řeč;
- Psychologické vyšetření: kognitivní schopnosti, úzkost, deprese, utrpení, které přispívají k prožitku bolesti, vztah deprese a bolesti;
- Funkční schopnosti: mobilita, chůze, schopnost sebeobsluhy;
- Sociální anamnéza: vnímání sebe sama, vztah ke kulturním a duchovním hodnotám, jaký má pro něj bolest smysl, rodina, přátelé, finanční situace, zájmy, vliv bolesti na denní aktivity a kvalitu života;
- Charakter bolesti: nástup a trvání – kdy to bolí?, lokalizace – kde to bolí?, intenzita – jak moc to bolí?, kvalita – jak to bolí?, ovlivnitelnost bolesti – co bolest zmírňuje a zhoršuje?;
- Předchozí zkušenost s bolestí;
- Farmakologická anamnéza: léky na předpis, bez předpisu, vitamíny, výživové doplňky, bylinky, dávkování léků, délka užívání, analgetické účinky, nežádoucí účinky, lékové alergie, jakým způsobem analgetika užívá;
- Využití a efekt jiných léčebných prostředků: chirurgické, rehabilitační, postupy alternativní medicíny;
- Neverbální projevy: mimika, gestika, posturologie, paralingvistická sdělení.

(Kolektiv autorů, 2006)

1.4.5 Metody hodnocení bolesti u seniorů

Pro efektivní hodnocení bolesti byly postupně vytvořeny desítky pomůcek, které bývají nejčastěji označovány za metody nebo nástroje hodnocení bolesti. Společným rysem všech těchto metod je jejich snaha o objektivní vyjádření subjektivního pocitu bolesti. V případě kvantifikačního hodnocení bolesti hovoříme o jejím měření – kolorimetrii, alometrie. (Staňková, 2006)

Vzhledem k obrovskému spektru používaných metod hodnocení bolesti se v odborné literatuře můžeme setkat s několika možnými způsoby jejich třídění. Jedním z nich je třídění metod podle toho, jaký údaj o bolesti zjišťují. Takto lze rozlišovat např. metody sloužící k hodnocení lokalizace (mapa bolesti), intenzity (škály) nebo kvality bolesti (dotazníky). Jedno z nejčastějších dělení představuje rozlišování metod verbálních (dotazníky) a neverbálních (škály, mapa bolesti) podle toho, zda využívají slovní vyjádření. (Vorlíček et al., 2006)

K vyšetření bolesti seniorů se užívají zavedené jednoduché – unidimenzionální nebo vícerozměrné – multidimenzionální metody. Pomocí těchto metod jsou i pacienti s lehkou nebo mírně pokročilou kognitivní poruchou schopni podat dostatečné informace o bolesti. (Rokyta et al., 2012)

Unidimenzionální (jednoduché) metody měření bolesti

JEDNODUCHÉ METODY HODNOCENÍ BOLESTI	Vizuální analogová škála (VAS) Numerická (číselná) škála (NRS) Verbální škála Profil bolesti Mapa bolesti
--	---

Nástroje na hodnocení bolesti kvantifikují intenzitu bolesti, jeden z nejvíce subjektivních aspektů bolesti. Základním předpokladem pro úspěšné měření je výběr vhodné škály, který zohlední zrak, sluch i kognitivní funkce seniorů. (Kolektiv autorů, 2006)

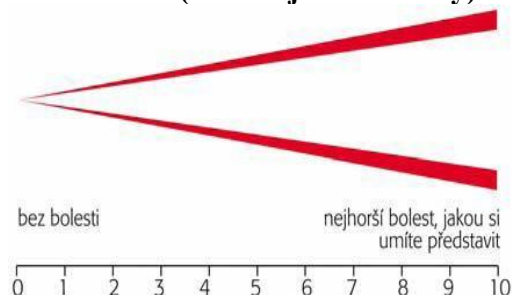
Vizuální analogová škála (VAS) je horizontální (možno i vertikální) čára měřící 10 cm, se slovními popisky na koncích „žádná bolest“ a „nejhorší možná bolest“. Nemocný pohyblivým jezdcem určí intenzitu své bolesti (viz obrázek 8 a 9).

Obrázek 8 **Vizuální analogová škála (horizontální)**



Zdroj: Dvořáčková, 2010, s. 56

Obrázek 9 **Vizuální analogová škála (rozvírající se úsečky)**



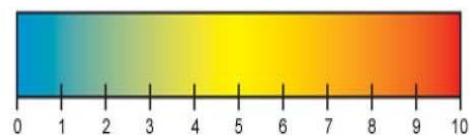
Zdroj: Doležal, 2004, s. 90

Numerická (číselná) škála (NRS) (viz obrázek 10 a 11) se používá pro měření bolesti nejčastěji. Pacient je vyzván, aby zhodnotil svoji bolest na číselné stupnici, nejčastěji 0 – 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 nejhorší bolest jakou si pacient dovede představit. Použití číselné škály je velmi rychlé, ale vyžaduje správnou edukaci, protože čísla mohou být pro pacienty velmi abstraktní. (Kolektiv autorů, 2006)

Obrázek 10 **Numerická škála (pravítko)**



Obrázek 11 **Numerická škála (úsečka)**

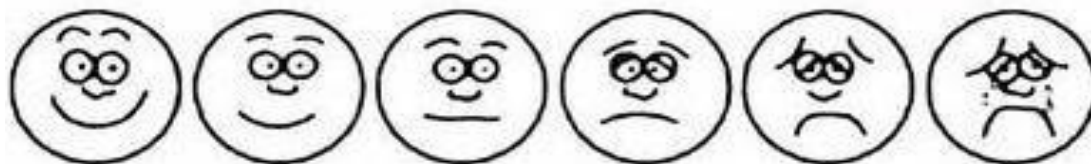


Zdroj: <http://www.algmed.sk/intenzita.php>

Zdroj: <http://markets.molnlycke.com/com/Wound-Care-Products/Pressure-Ulcers/The-Impact-of-Pressure-Ulcers/>

Obličejová škála (výrazová škála) je vhodná u pacientů se zhoršenou schopností komunikace. Je složená ze série obličejů, které odráží změny mimiky dle intenzity bolesti od stavu pohody až po nejvyšší utrpení. Pacient vybírá obličej, který nejlépe vyjadřuje závažnost jeho bolesti (viz obrázek 12).

Obrázek 12 **Obličejová škála**



Zdroj: Dvořáčková, 2010, s. 57

Škálových metod měření intenzity bolesti využívá také **profil bolesti** (viz příloha 2, s. 91), který je cenným nástrojem na zhodnocení jejího časového průběhu, a bývá označován též jako zobrazení toku bolesti. Jedná se o prostý graf, v němž na svislé ose pravidelně zaznamenáváme výsledky numerického měření intenzity bolesti a na vodorovné ose čas těchto měření. Výsledná křivka slouží především k posouzení účinků léčby. (Janáčková, 2007)

Jednoduchou metodu představuje také **mapa bolesti** (viz příloha 3, s. 91), která ve své základní podobě slouží pouze ke zjištění lokalizace bolesti. Jedná se o nákresy lidského těla, vyhotovené nejčastěji ze čtyř základních pohledů (zepředu, zezadu, z levé a pravé strany), na kterých pacient křížkem či kolečkem označuje bolestivé místo, případně stěhování či vyzařování bolesti. (Gulášová, 2008)

Často je však užívána ve své vícerozměrné podobě, kdy za použití různých barev pacient udává nejen místo, ale také charakter nebo intenzitu bolesti. Význam barev se může lišit podle metodiky, vždy záleží především na dohodě mezi pacientem a zdravotníkem.

Metodika použití barev: např. **modrá** - bolest obecně

červená - pálivá bolest

žlutá - tupá bolest

zelená - svíravá bolest

(Křivohlavý, 1992)

Multidimenzionální (vícerozměrné) měření bolesti

VÍCEROZMĚRNÉ METODY HODNOCENÍ BOLESTI	Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory) McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary) Minesotský vícefázový osobnostní inventář Deník bolesti Dotazník interference bolesti s denními aktivitami Dotazník copingu bolesti Dotazník názorů na bolest a percepci bolesti Dotazník SCL-90
--	---

Existuje mnoho dotazníků, které hodnotí bolest ve více dimenzích a poskytují nám komplexnější obraz bolesti. Jsou však časově náročné a je nutno zvážit přínos informací a zbytečnou zátěž pro pacienta. Většina z nich není validována v české verzi. Jejich použití se uplatňuje na specializovaných pracovištích léčby bolesti. Využívají principu numerické nebo verbální škály k zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinku léčby a vlivu bolesti na denní aktivity, pacientovy emoce a kvalitu života. (Vorlíček et al., 2006)

McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire - MPQ)

Zpracovaný v české verzi Opavským et al. Poskytuje informace o časovém průběhu intenzity bolesti. Sleduje sensorické, emoční a vyhodnocovací aspekty bolesti. Pro starší pacienty je náročný, často nechápou smysl otázky, nedokážou popsat jednotlivé charakteristiky. U pacientů s poruchou paměti a demencí jej nelze použít v plném rozsahu, je pro ně vhodnější zkrácená forma - Short-form McGill Pain Questionnaire – SF- MPQ (viz příloha 7, s. 93). (Rokyta et al., 2009)

Dotazník názorů na bolest a percepci (Pain Beliefs and Perception Inventory – PBPI) měří pět dimenzí (stálost, přervávání bolesti, nepochopitelnost, vlastní zavinění, vinu druhých).

Dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90) slouží k zachycení známek deprese, anxiозity, somatizace nebo paranoidních myšlenek.

Dotazník copingu bolesti má podat informaci o adaptaci pacienta na bolest. (Rokyta, 2012)

Dotazník interference bolestí s denními aktivitami intenzita bolesti je doplněna o její vliv na denní aktivitu. Stejně tak u Grafického dotazníku bolesti – neverbální škála (příloha 4, s. 92).

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory - BPI) zaměřuje se na pacientovu bolest během posledních 24 hodin a využívá se k hodnocení onkologické bolesti.

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI) hodnotí osobnostní charakteristiky pacientů. Obsahuje 566 otázek. Význam spočívá v předvídání reakcí pacienta na léčbu bolesti. (Kolektiv autorů, 2006)

Deníky bolesti (sebemonitorace – viz příloha 5, s. 92) bolesti jsou nástrojem vhodným pro pacienty s chronickou bolestí. Pacient jich pomocí sám zaznamenává šest základních údajů o bolesti. Zjišťuje se časový výskyt, symptomy a intenzita bolesti, situace, při níž se bolest objevila, myšlenky, které u pacienta vyvolala, a také kroky podniknuté proti bolesti a jejich účinek. Deníky bolesti nejenže poskytují informace o pacientově bolesti, ale také jej aktivně zapojují do managementu bolesti. Správné vedení deníku bolesti vyžaduje odpovědný přístup pacienta, jelikož údaje nelze zpětně kontrolovat. Některými odborníky jsou deníky odmítány, protože mohou vést k přílišnému sebezpozorování a nežádoucímu zaujetí a pozornosti pacienta na bolest. (Munden, 2006)

Pacienti s pokročilou demencí mají nejen poruchu řeči, ale také nerozumějí položeným otázkám. Nejsou schopni slovně vyjádřit přítomnost bolesti a použít běžných stupnic k měření intenzity bolesti. To vede často k nerozpoznané a nedostatečně léčené bolesti u těchto pacientů. Proto byly vytvořeny stupnice, které umožňují stupeň bolest měřit. Speciálně vytvořené stupnice se spoléhají na pozorování pacienta a rozpoznání bolesti pomocí neverbální komunikace. Jak uvádí Volicer (2006) Česká verze metody měření bolesti u pokročilé demence (**PAINAD – Pain Assessment In Advanced Dementia**) vyžaduje jen krátké pozorování, může být použita všemi zdravotníky, lze snadno a rychle použít v klinické praxi. Má pět položek - dýchání, bolestivá lokalizace, výraz obličeje, řeč těla, utěšování. Každá položka má tříbodovou stupnici od nuly do dvou. Výhodou tohoto měření je výsledek, který je srovnatelný s výsledkem stupnic pro měření bolesti u pacientů s normální psychickou funkcí (viz příloha 6, s. 93).

U pacientů seniorů s bolestí je velmi významná i nonverbální diagnostika bolesti. Nonverbální projevy bolesti patří mezi stěžejní. Pacient jimi reaguje daleko rychleji než slovní odpovědí, funguje tedy i u pacientů s poruchou komunikace, kognitivních funkcí atd. Mezi neverbální projevy patří paralingvistické projevy, pohyby končetin, mimické projevy a aktivita autonomního nervového systému - bušení srdce, zrudnutí kůže, zvracení. (Janáčková, 2007)

1.5 Role sestry při hodnocení bolesti u seniorů v následné péči

1.5.1 Sestra v procesu péče o seniora v následné péči

Senioři jsou často postiženi chronickým onemocněním, které způsobuje sníženou soběstačnost v činnostech běžného denního života, a jsou odkázáni na institucionalizovanou péči – následnou nebo dlouhodobou (členění dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování - zákon o zdravotních službách).

Tato péče se dá definovat jako souhrn služeb, které potřebují lidé se sníženou funkční kapacitou, tělesnou i duševní. Obvykle se jedná o osoby, u kterých skončila akutní léčba (ale i pacienty přicházející z vlastního sociálního prostředí) a jsou závislí na ošetrovatelské, rehabilitační nebo paliativní péči. Spolu s podporou náviku soběstačnosti (tzv. aktivizací) a dopomocí v aktivitách denního života jsou u těchto pacientů prováděny potřebné ošetrovatelské intervence, jakými jsou převazy, podávání léků či **efektivní management bolesti**, nezbytná je také psychosociální podpora. Následná a dlouhodobá péče tvoří (měla by tvořit) syntézu mezi péčí zdravotní a sociální. (Čevela, 2012)

Práce všeobecných sester v zařízeních následné péče, je vlivem velkého spektra pacientů se specifickými požadavky a reakcemi na nemoc, nesoběstačnost i bolest, velice náročná. (Boltz, 2012)

Nabízí se tedy otázka jaký je rozdíl v práci sester, včetně kontinuálního sledování bolesti, v zařízeních akutní péče a péče následné a dlouhodobé.

V základním principu žádná, v hlubším kontextu poznání však můžeme vidět obrovské nároky, které musí sestra pracující s geriatrickými pacienty splňovat.

Vzdělaná, inteligentní a manuálně zručná sestra je nepostradatelným členem týmu, který zajišťuje komplexní péči o seniora. Vykonává činnosti indikované lékařem, samostatně zajišťuje ošetrovatelskou péči, včetně kontinuálního sledování bolesti, vyhodnocuje celkový stav pacienta a to vše v závislosti na stupni jeho postižení (poruch kognitivní funkcí, poruch komunikace atd.)

1.5.2 Sestra v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů

Role všeobecné sestry v managementu bolesti je jednoznačně nezastupitelná.

Z hlediska aktuální koncepce ošetrovatelství je velmi významné zdůraznit úlohu a kompetence všeobecné sestry v managementu bolesti, které jsou legislativně upraveny Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 4, odstavec 1, písmeno a. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., s. 48)

Léčbu bolesti řídí vždy lékař. Všeobecné sestry se však spolupodílejí na vytváření efektivního léčebného plánu, uplatňují své vědomosti a zkušenosti v průběhu sledování působení léčby. Zejména při medikamentózním ovlivnění bolesti je povinností všeobecné sestry sledovat rozvoj příznaků nežádoucích účinků léčiv nebo alergických projevů a v průběhu léčby opioidy je nezbytné sledovat možný rozvoj deliria, sedace, útlumu dechového centra a vznik obstrukce. Samozřejmostí je vždy precizně vedená dokumentace, stanovení ošetrovatelských problémů, cílů, intervencí a tolik nezbytné evaluace. (Trachtová, 2005)

V rámci ošetrovatelských intervencí může sestra aplikovat metody, které napomáhají snížit pacientovu bolest. Výběr konkrétních metod, případně jejich kombinaci musí sestra přizpůsobit osobě pacienta tak, aby bylo dosaženo co nejlepšího účinku. Doporučit lze např. metody odvádění pozornosti, relaxační techniky, aplikaci tepla a chladu nebo masáže, přičemž nejvyšší účinek mají ta opatření, o jejichž účinnosti je pacient vnitřně přesvědčen. (Dušová, 2007)

Důležitou intervencí sestry je též edukace pacienta, stejně tak i jeho rodiny a blízkých o nutnosti aktivního zapojení do léčby bolesti a používaných technikách jejího snižování. Dostatečné množství informací působí pro pacienta příznivě na psychiku a zmírňuje jeho obavy. (Trachtová, 2005)

Je nezpochybnitelné, že základem pro úspěšné zvládnutí managementu bolesti a obzvláště jejího hodnocení jsou jednoznačně znalosti sestry. Ke kvalitnímu hodnocení bolesti je potřeba komplexních znalostí nejen o bolesti samotné, ale také o faktorech s ní spojených. (Kašpárková, 2006)

Sestra musí sledovat veškeré známky pacientovi bolesti a na bolest se v pravidelných intervalech ptát. Zásadní chybou by bylo podcenění pacientových bolestí na základě jeho zdánlivě nebolestivého chování. Sestra si musí uvědomit, že její dojem z pacientovy bolesti se nemusí shodovat s realitou. Základním zdrojem informací musí být vždy vyjádření a zhodnocení pacienta, k němuž je třeba mít plnou důvěru. K aktivnímu přístupu je však zapotřebí vést i pacienta, jelikož díky zapojení do managementu bolesti nabývá pocitu určité kontroly, což může snížit intenzitu bolesti a pozitivně ovlivnit kvalitu života. Jedním z klíčových faktorů ovlivňujících úspěšnost managementu bolesti je spolupráce sester s dalšími členy multidisciplinárního týmu, s rodinou a blízkými pacienta. (Dušová, 2007)

1.5.3 Sestra v procesu komunikace se seniorem s bolestí

Komunikace je definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií“.

(Honzák, 1999, s. 23)

Významným pilířem správného přístupu k pacientům s bolestí je komunikace. Sestra musí umět pacienta nejen informovat, ale také podpořit a vyslechnout. Mnohým pacientům pomůže již pouhá skutečnost, že si s nimi o bolesti někdo promluví a vyslechne jejich obavy. Sestra podporuje pacienta v tom, aby vyjadřoval své emoce, i když jsou negativní, jelikož jen tak získá přehled o pacientově stavu a rozpoložení. (Trachtová, 2005)

Sestra také zajišťuje komplexní informovanost pacienta, jelikož dostatek informací o příčinách bolesti, diagnostických postupech, léčbě a dalších okolnostech zmírňuje pacientův strach z neznámého a předchází vzniku mylných představ. (Trachtová, 2005)

Komunikační bariéry, které mohou vzniknout ze strany pacienta v závislosti na jeho věku nebo funkčních problémech, je třeba vzít v úvahu. Pozornost je nutno věnovat spolupráci sestry s lékařem, protože případné bariéry ve vzájemné komunikaci mohou mít negativní dopad na pacienta. Cílem komunikace je spokojený pacient a komunikace roste, když je ošetřující personál přátelský, podává úplné informace, jedná s pacientem jako rovný s rovným, zajímá se o něj jako o člověka a používá srozumitelný jazyk. (Jobánková et al., 2000)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce a pracovní hypotézy (PH)

Jak bylo nastíněno v úvodu, hlavním cílem bakalářské práce je zmapování role⁶ sestry v problematice kontinuálního sledování bolesti u seniorů ve vybraných zařízeních následné péče.

CÍL₁ Zmapovat znalosti všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů.

K prvnímu cíli se vztahují otázky 9 – 12.

PH₁ Předpokládám, že více než 75 % respondentů uvede správné tvrzení o bolesti.⁷

K této hypotéze se vztahuje otázka 9.

CÍL₂ Zmapovat jaké postupy využívají všeobecné sestry v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.

Ke druhému cíli se vztahují otázky 13 – 16.

PH₂ Předpokládám, že více než 50% respondentů bude k hodnocení bolesti u seniorů využívat nejčastěji Numerickou škálu hodnocení bolesti.

K této hypotéze se vztahuje otázka 15.

CÍL₃ Zmapovat úroveň kompetencí⁸ všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.

Ke třetímu cíli se vztahují otázky 17 – 20.

PH₃ Předpokládám, že více než 75% respondentů uvede dostatečnou úroveň kompetencí v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů.

K této hypotéze se vztahuje otázka 20.

⁶ ROLE všeobecné sestry představuje v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů rozměr v oblasti:

1. Znalostí
2. Pracovních postupů (zvyklostí)
3. Kompetencí

⁷ Správné tvrzení = správná odpověď z možných variant odpovědí v dotazníku

⁸ Kompetence = předpoklad (schopnost) zvládat určitou funkci, činnost nebo situaci

2.2 Zkoumaný soubor a použité metody

2.2.1 Charakteristika výzkumné metody

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat znalosti, postupy a kompetence všeobecných sester v oblasti kontinuálního sledování bolesti u seniorů. Pro sběr empirických údajů byla použita anonymní dotazníková metoda. Výhodou anonymní dotazníkové metody je především možnost získání velkého množství dat v relativně krátkém čase s možností statistického zpracování, které zprostředkuje validní informace od relativně velkého množství respondentů. Anonymita šetření zároveň podporuje respondenty k větší otevřenosti v odpovědích. Za potenciální nevýhodu zvolené metody lze považovat možnost nesprávné interpretace dotazu a následné zkreslení odpovědi a absenci osobního přístupu při získávání dat. Pro účely anonymního dotazníkového šetření byl vytvořen originální dotazník (viz příloha 11, s. 97) určený všeobecným sestřím pracujícím se seniory ve vybraných zdravotnických zařízeních následné péče. Tvorba dotazníkového formuláře vycházela z cílů práce a stanovených pracovních hypotéz. Dotazník obsahoval 20 otázek (položek) a byl rozčleněn do čtyř částí. Z těchto otázek bylo 8 uzavřených s možností zvolit pouze jednu odpověď, 2 otázky byly uzavřené s možností zvolit více odpovědí, které by mohly poskytnout bližší a přesnější pohled na zkoumanou oblast, a 10 otázek bylo polouzavřených (polynomických) s možností případně doplnit vlastní odpověď.

I. část dotazníku zjišťovala charakteristiku respondentů a také informace, jak se sestry aktivně zajímají a vzdělávají v oblasti managementu bolesti. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 1 - 8.

II. část dotazníku zjišťovala znalosti všeobecných sester v procesu managementu bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 9 - 12.

III. část dotazníku zjišťovala zvyklosti (pracovní postupy) všeobecných sester v procesu managementu bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 13 - 16.

VI. část dotazníku zjišťovala úroveň kompetencí všeobecných sester v oblasti hodnocení bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 17 - 20.

V závěru dotazníku byl vytvořen prostor pro sdělení, která by se mohla respondentům zdát důležitá, a která v dotazníku nebyla zmíněna.

2.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Aby mohli být respondenti začleněni do výzkumného šetření, musela být splněna vstupní kritéria, která jsou uvedena v tabulce 10.

Tabulka 10 **Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumného šetření**

Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumného šetření
Výkon profese všeobecné sestry, výkon práce bez odborného dohledu
Pracoviště následné péče
Nemanažerské pracovní zařazení
Různá věková kategorie, různá délka odborné praxe a různá úroveň odborného vzdělání
Dobrovolný souhlas respondentů s anonymním dotazníkovým šetřením

Zdroj: autor

Výzkumné šetření probíhalo na odděleních následné péče Vysokomyštské nemocnice, Nemocnice Milosrdných bratří Letovice a Nemocnice Nové Město na Moravě se souhlasem jejich managementu (viz příloha 8, 9, 10; s. 94, 95, 96).

2.2.3 Pilotní studie

Samotnému sběru dat předcházela pilotní studie (krátký průzkum), při které byl dotazník předložen náhodně zvoleným 10 respondentům, kteří splňovali nastavená vstupní kritéria. Pilotní studie byla provedena za účelem zjištění srozumitelnosti položených otázek a akceptovatelnosti časové dotace, která je třeba na jeho pečlivé vyplnění.

Výstupem pilotní studie bylo zjednodušení a přeformulování 4 otázek tak, aby byly pro všeobecné sestry co nejsrozumitelnější, a aby zároveň měly co největší vypovídající hodnotu.

2.2.4 Realizace výzkumného šetření

Distribuce dotazníků a sběr dat byl proveden v průběhu listopadu 2013.

Jedna část dotazníků byla určena pro oddělení následné péče Vysokomýtské nemocnice, druhá část dotazníků pro nemocnici Milosrdných bratří Letovice a třetí část dotazníků pro nemocnici Nové Město na Moravě.

Distribučováno bylo celkem 88 dotazníků (viz tabulka 11). Distribuce proběhla plánovaně díky výborné spolupráci vrchních sester, které dotazníky průběžně vybíraly. Vzhledem k výrazné asistenci vrchních sester byla jejich návratnost 75, což je 85,2 %. Všechny vrácené dotazníky byly pečlivě vyplněny. Proto byl tento celý počet (100 %) použit ke zpracování a analýze výsledků.

Tabulka 11 **Návratnost dotazníků**

ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	POČET ROZDANÝCH DOTAZNÍKŮ	NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ
Vysokomýtská nemocnice	38	35
Nemocnice Milosrdných bratří Letovice	20	20
Nemocnice Nové Město na Moravě	30	20
Celkem	88	75

Zdroj: autor

2.2.5 Zpracování získaných údajů

Pro zpracování byla použita aplikace Microsoft Word, Excel 2007. Výsledná zjištění jsou u jednotlivých otázek zpracována do tabulek s absolutní (počet respondentů, odpovědí) a relativní četností (procentuální zastoupení respondentů, odpovědí). Tyto výsledky byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo). Výjimečná zjištění jsou pro lepší názornost (v kapitole diskuse k hypotézám) vyjádřena i ve formě sloupcových grafů v relativních četnostech.

2.3 Analýza a interpretace výsledků

V této části práce jsou vyhodnoceny jednotlivé otázky dotazníku. K jejich zpracování bylo použito 75 kompletně vyplněných dotazníků, což je v konečném součtu považováno za 100 %. Otázky v dotazníku jsou zpracovány a interpretovány podle jejich pořadí v dotazníkovém formuláři. Každou tabulku doplňuje krátký komentář, který shrnuje získaná data. Otázka 3 je pro lepší přehlednost a orientaci rozdělena do dvou samostatných tabulek.

Tabulka 12 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	75	100
Muž	0	0
Celkem	75	100

Komentář: Výzkumného šetření se zúčastnilo 75 (100 %) žen – všeobecných sester.

Tabulka 13 Věk

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20 - 30	5	6,7
31 - 40	11	14,7
41 - 50	31	41,3
51 - 60	28	37,3
Celkem	75	100

Komentář: Získaná data byla rozdělena do čtyř kategorií dle věku. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 41 - 50 let, do této kategorie spadalo 31 (41,3 %) respondentů. Následují kategorie 51-60 let, do které spadalo 28 (37,3 %) respondentů a kategorie 31-40 let, do které spadalo 11 (14,7 %) respondentů. Nejméně početnou věkovou skupinou byla kategorie 20 – 30 let, do které spadalo 5 (6,7 %) respondentů.

Tabulka 14 **Dosažené odborné vzdělání**

Odborné vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
SZŠ všeobecná sestra	68	90,7
Vyšší odborné	5	6,7
Vysokoškolské – Bc.	1	1,3
Vysokoškolské – Mgr.	1	1,3
Celkem	75	100

Komentář: Dosažené odborné vzdělání respondentů představuje tabulka 14. Nejvíce respondentů uvedlo vzdělání SZŠ všeobecná sestra, a to 68 (90,7 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 5 (6,7 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání bakalářského typu uvedl 1 (1,3 %) respondent. Vysokoškolské vzdělání magisterského stupně uvedl také 1 (1,3 %) respondent.

Tabulka 15 **Absolvování specializačního studia**

Specializační studium	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	14,7
Ne	64	85,3
Celkem	75	100

Komentář: Z celkového počtu respondentů absolvovalo 11 (14,7 %) respondentů specializační studium. Po jednom uvedli respondenti pomaturitní specializační studium (dále PSS) v oboru ošetrovatelská péče v klinických oborech psychiatrie, interna, onkologie, urologie, péče o dospělé a ARIP (Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči). Celkem 5 respondentů uvedlo absolvování PSS v oboru ošetrovatelská péče v gerontologii. Zbývajících 64 (85,3 %) respondentů neabsolvovalo žádný typ pomaturitního specializačního studia.

Tabulka 16 **Délka odborné praxe**

Délka odborné praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1 roku	2	2,7
1 - 5	3	4
6 - 10	4	5,3
11 - 15	8	10,7
16 - 20	11	14,7
21 - 25	17	22,7
26 - 30	8	10,7
31 - 35	11	14,6
36 a více let	11	14,6
Celkem	75	100

Komentář: Délka odborné praxe byla kategorizována do 9 skupin. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 21–25 let, což bylo 17 (22,7 %) respondentů. V pořadí následují kategorie do 1 roku, do které spadají 2 (2,7 %) respondenti; dále kategorie 6-10 let, do které spadají 4 (5,3 %) respondenti; dále kategorie 11-15 let, do které spadá 8 (10,7 %) respondentů; kategorie 16-20 let, do které spadá 11 (14,7 %) respondentů; kategorie 26-30 let, do které spadá 8 (10,7 %) respondentů; kategorie 31-35 let, do které spadá 11 (14,6 %) respondentů a do poslední kategorie 36 a více let spadá 11 (14,6 %) respondentů.

Tabulka 17 **Absolvování certifikovaného kurzu managementu bolesti**

Certifikovaný kurz Managementu bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	2,7
Ne	73	97,3
Celkem	75	100

Komentář: 2 (2,7 %) respondenti absolvovali certifikovaný kurz v managementu bolesti a 73 (97,3 %) respondentů tento kurz neabsolvovalo.

Tabulka 18 Absolvování vzdělávací akce zaměřené na management bolesti

Vzdělávací akce zaměřená na management bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	22	29,3
Ne	43	57,3
Nevím, nevzpomínám si	10	13,4
Celkem	75	100

Komentář: 22 (29,3 %) respondentů absolvovalo vzdělávací akci zaměřenou na management bolesti, 43 (57,3 %) respondentů žádnou akci tohoto typu neabsolvovalo a 10 (13,4 %) respondentů si nemohlo vzpomenout.

Tabulka 19 Důležitost průběžného vzdělávání v managementu bolesti

Důležitost průběžného vzdělávání v managementu bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	23	30,7
Spíše ano	45	60
Spíše ne	5	6,7
Ne	2	2,6
Celkem	75	100

Komentář: Z celkového počtu 75 respondentů jich 23 (30,7 %) chápe důležitost průběžného vzdělávání v problematice bolesti, 45 (60 %) respondentů důležitost vzdělávání v problematice bolesti chápe spíše, 5 (6,7 %) respondentů důležitost vzdělávání v managementu bolesti spíše nechápe a 2 (2,6 %) respondenti se nejsou ochotni v managementu bolesti nijak vzdělávat.

Tabulka 20 **Zdroje vzdělávání v managementu bolesti**

Zdroje vzdělávání v managementu bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odborná literatura	56	31,3
Odborné časopisy	63	35,2
Školící akce /semináře, konference)	38	21,2
Internet	21	11,7
Jiné zdroje	1	0,6
Celkem	179	100

Komentář: U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí (179 odpovědí = 100 %). 56 (31,3 %) respondentů využívá ke vzdělávání odbornou literaturu, 63 (35,2 %) respondentů čte odborné časopisy, 38 (21,2 %) respondentů absolvuje různé školící akce, 21 (11,7 %) respondentů využívá internet a 1 (0,6 %) respondent uvedl jiný zdroj získávání informací.

Tabulka 21 **Znalost problematiky bolesti**

Správné tvrzení o bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bolest je normální projev stárnutí	2	2,6
Chronická bolest trvá déle než 3 týdny	3	4
Vnímání bolesti se zvyšujícím věkem snižuje	5	6,7
U seniora s demencí nelze objektivně hodnotit bolest	11	14,7
Hodnocení bolesti je důležité jako hodnocení vitálních funkcí	54	72
Celkem	75	100

Komentář: Správně zodpovězené tvrzení zní: **Hodnocení bolesti je důležité jako hodnocení vitálních funkcí.** Správné tvrzení označilo 54 (72 %) respondentů. Nesprávná tvrzení označil zbylý počet respondentů, a to v počtech, které uvádí výše uvedená tabulka.

Tabulka 22 Faktory ovlivňující toleranci bolesti

Co ovlivňuje toleranci bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Věk	39	17,3
Pohlaví	44	19,5
Denní doba	56	24,8
Aktuální psychický stav	64	28,3
Etnická příslušnost	21	9,3
Jiná varianta	2	0,8
Celkem	226	100

Komentář: V této otázce respondenti uváděli, co podle nich ovlivňuje toleranci bolesti, přičemž měli možnost volit více odpovědí. **Všechny odpovědi jsou správné.**

Celkový počet odpovědí byl 226 (100 %). Jako nejčastější faktor ovlivňující toleranci bolesti byl označován aktuální psychický stav, tento fakt uvedlo 64 (28,3 %) respondentů; druhým nejčastěji označovaným faktorem ovlivňujícím toleranci bolesti byla denní doba, kterou označilo 56 (24,8 %) oslovených respondentů; v dalším pořadí to byl faktor pohlaví, který označilo 44 (19,5 %) respondentů; další v pořadí se umístil faktor věku, který označilo 39 (17,3 %) respondentů; příslušnost k etniku, jako velmi významný faktor, který ovlivňuje toleranci bolesti, označilo 21 (9,3 %) respondentů; jinou variantu označili 2 (0,8 %) respondenti, kteří doplnili, že dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje vnímání bolesti je typ osobnosti, úroveň intelektu a prostředí, ve kterém se člověk nachází.

Tabulka 23 Určení metody nebo škály určené k hodnocení bolesti

Určení metody, škály k hodnocení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Activity of Daily Living (ADL) - Barthelové test - denních všedních činností	3	1,2
Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga	1	0,4
Instrumental Activity of Daily Living (IADL) test instrumentálních denních činností	0	0
Obličejová škála pro hodnocení bolesti	68	26,4
Vizuální analogová škála (VAS)	71	27,5
McGillův dotazník (zkrácený)	4	1,5
Hodnotící škála PAINAD	13	5,0
Numerická škála bolesti	59	22,9
Dotazníky bolesti	32	12,4
Test kreslených hodin	6	2,3
Mini-Mental State Examination (MMSE)	1	0,4
Celkem	258	100

Komentář: V této otázce respondenti uváděli, které škály nebo metody jsou určeny k hodnocení bolesti. Vybírali tedy z více odpovědí (258 = 100 %).

1. Správné odpovědi jsou: obličejová škála, VAS, numerická škála, dotazníky bolesti, McGillův dotazník (zkrácený) a hodnotící škála PAINAD.
2. Nesprávné odpovědi jsou: ADL, IADL, Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga, test kreslených hodin, MMSE.

Tabulka 24 Vypracovaný metodický pokyn „Péče o pacienta s bolestí“

Metodický pokyn Péče o pacienta s bolestí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, prakticky je využíván	49	65,3
Ano, prakticky je nevyužíván	10	13,3
Ne	11	14,7
Nevím	5	6,7
Celkem	75	100

Komentář: Tato otázka mapuje existenci metodického pokynu „Péče o pacienta s bolestí“. 49 (65,3 %) respondentů označilo, že na oddělení metodický pokyn je k dispozici a prakticky se využívá. 10 (13,3 %) respondentů uvedlo, že na pracovišti k dispozici je, ale prakticky není využíván. 11 (14,7 %) respondentů uvedlo, že metodický pokyn k dispozici na pracovišti nemají a 5 (6,7 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli tento dokument na oddělení mají.

Tabulka 25 Podnět pro zahájení hodnocení bolesti u seniorů

Podnět pro zahájení hodnocení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neverbální projevy pacienta	32	15,1
Pokud pacient sděluje, že má bolest	69	32,4
Pokud je monitorování bolesti jako ordinace lékaře	48	22,5
Podnětem k hodnocení je metodický pokyn (standard)	24	11,3
Požadovaný záznam v dokumentaci	38	17,8
Celkem	213	100

Komentář: Tato otázka mapuje situaci, kdy sestry zahajují hodnocení bolesti v praxi. 69 (32,4 %) respondentů hodnotí bolest okamžitě, pokud pacient sdělí, že bolest má. 48 (22,5 %) respondentů hodnotí bolest, pokud je to součástí ordinace lékaře; 38 (17,8 %) respondentů bolest hodnotí, pokud je to požadovaný záznam v dokumentaci; 32 (15,1 %) respondentů bolest hodnotí v případě neverbálních projevů pacienta; 24 (11,3 %) respondentů hodnotí bolest, protože plní nařízený metodický pokyn.

Tabulka 26 Určení časového intervalu hodnocení bolesti u seniorů

Časový interval hodnocení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dle potřeby	64	28,4
Před aplikací analgetik, opiátů	8	3,5
Po aplikaci analgetik, opiátů	59	26,1
Po změně analgetické léčby	48	21,2
1x denně (zápis do dokumentace)	28	12,4
Vícekrát denně (jaký časový interval)	15	6,6
Jiná varianta	4	1,8
Celkem	226	100

Komentář: 64 (28,4 %) sester hodnotí bolest dle potřeby; 59 (26,1 %) sester po podání analgetik nebo opiátů; 48 (21,2 %) po změně analgetické léčby; 28 (12,4 %) respondentů provádí hodnocení 1x denně do dokumentace; 15 (6,6 %) respondentů provádí zápis vícekrát denně; 8 (3,5 %) respondentů provádí zápis před aplikací analgetik nebo opiátů a 4 (1,8 %) respondenti uvedli časový interval dle ordinace lékaře.

Tabulka 27 Nejčastěji používané metody, škály pro hodnocení bolesti na pracovišti

Nejčastěji používané metody, škály pro hodnocení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Numerická škála	42	56
Vizuální analogová škála	19	25,3
Výrazová (obličejová škála)	2	2,7
Mapa bolesti	8	10,7
McGillův dotazník	0	0
Hodnotící škála PAINAD	1	1,3
Jiná varianta	3	4
Celkem	75	100

Komentář: 42 (56 %) respondentů uvedlo, že nejčastěji k hodnocení bolesti u seniorů používá Numerickou škálu. 19 (25,3 %) respondentů uvedlo, že nejčastěji používá VAS, 8 (10,7 %) respondentů nejčastěji používá Mapu bolesti. 2 (2,7 %) respondenti nejčastěji používá Obličejovou škálu. 1 (1,3 %) respondent uvedl, že nejčastěji používá při hodnocení seniorů PAINAD. 3 (4 %) respondenti uvedli jinou možnost, ve všech třech případech kombinaci metod a škál, vždy aktuálně dle stavu pacienta.

Tabulka 28 Faktory ovlivňující výběr hodnotící metody, škály bolesti

Faktory ovlivňující výběr hodnotící metody, škály bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Věk	33	14,5
Zrak	41	17,9
Typ bolesti	28	12,3
Kognitivní funkce (paměť, pozornost, řeč)	39	17,1
Komunikační schopnosti pacienta	53	23,3
Pochopení hodnotící škály	32	14
Jiná varianta	2	0,9
Celkem	228	100

Komentář: Tato otázka mapuje, co ovlivňuje výběr hodnotících škál a metod při hodnocení bolesti u seniorů. Z celkového počtu respondentů a jejich odpovědí (228 = 100 %), jich 53 (23,3 %) uvedlo, že při výběru hodnotících metod je ovlivňují komunikační schopnosti; 41 (17,9 %) uvedlo, že je to zrak pacienta; 39 (17,1 %) uvedlo aktuální kognitivní funkce pacienta; 33 (14,5 %) uvedlo jako kritérium výběru věk pacienta; 32 (14 %) respondentů uvedlo schopnost pochopení hodnotící škály; 28 (12,3 %) uvedlo jako kritérium výběru typ bolesti u pacienta a 2 (0,9 %) respondenti uvedli i jinou variantu výběru, a to že škály, které používají, mají určené metodickým pokynem „*Péče o pacienta s bolestí*“, další z odpovědí odpověď byla, že „*škály v praxi nevyužívají*“, že se pacienta zeptají a tento údaj zaznamenají.

Tabulka 29 **Jaké informace zjišťují při hodnocení bolesti u seniorů**

Jaké informace zjišťují při hodnocení bolesti u seniorů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Charakter bolesti	68	16,9
Farmakologická anamnéza	59	14,7
Posouzení psychického stavu	52	12,9
Funkční schopnosti seniora	66	16,4
Předchozí zkušenosti s bolestí	21	5,2
Etiologie bolesti	54	13,4
Vliv bolesti na psychosociální oblast	44	10,9
Vliv bolesti na fyzickou oblast	38	9,6
Jiná varianta	0	0
Celkem	402	100

Komentář: Tato otázka mapuje, jaké informace sestry zjišťují při hodnocení bolesti. Z celkového počtu respondentů a jejich odpovědí 68 (16,9 %) respondentů uvedlo charakter bolesti; 66 (16,4 %) uvedlo funkční schopnosti seniora; 59 (14,7 %) uvedlo farmakologickou anamnézu; 52 (12,9 %) respondentů uvedlo posouzení psychického stavu pacienta; 44 (10,9 %) respondentů uvedlo vliv bolesti na psychosociální oblast respondenta; 38 (9,6 %) respondentů uvedlo vliv na fyzickou oblast pacienta; jinou variantu neuvedl žádný respondent.

Tabulka 30 **Provádění záznamů o bolesti na pracovišti**

Záznamy o bolesti na pracovišti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do formuláře o hodnocení bolesti	18	24
Do denního hlášení	44	58,6
Do dekurzu	8	10,7
Kalendáře léčby bolesti	0	0
Nezaznamenávám vůbec	3	4
Jiná varianta	2	2,7
Celkem	75	100

Komentář: Z celkového počtu respondentů jich 44 (58,6 %) uvedlo, že záznamy o bolesti provádí do denního hlášení sester. 18 (24 %) respondentů uvedlo, že záznamy provádějí do formuláře o hodnocení bolesti. 8 (10,67 %) respondentů uvedlo, že záznamy o bolesti provádí do dekurzu. 3 (4 %) respondenti uvedli, že bolest do zdravotnické dokumentace nezaznamenávají a 2 (2,7 %) respondenti uvedli, že zaznamenávají bolest do anamnézy při přijetí pacienta nebo do standardizovaných škál hodnocení bolesti (např. hodnotící škála PAINAD).

Tabulka 31 **Kompetence sester v managementu bolesti na pracovišti**

Spektrum kompetencí sester v hodnocení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Hodnocení bolesti	67	19,5
Edukace	42	12,3
Psychická podpora	22	6,4
Aplikace analgetik, opiát	74	21,6
Využití alternativních způsobů léčby bolesti	12	3,5
Rehabilitační program, fyzikální terapie	29	8,5
Polohování (úlevová poloha)	32	9,3
Vedení zdravotnické dokumentace	65	18,9
Celkem	343	100

Komentář: 74 (21,6 %) respondentů označilo jako svou kompetenci aplikaci analgetik, opiátů; dále 67 (19,5 %) respondentů hodnocení bolesti; 65 (18,9 %) respondentů uvedlo vedení zdravotnické dokumentace; 42 (12,3 %) respondentů označilo edukační činnost; 32 (9,3 %) respondentů označilo polohování; 29 (8,5 %) respondentů uvedlo RHB a fyzikální terapii; 22 (6,4 %) respondentů uvedlo psychickou podporu a 12 (3,5 %) respondentů uvedlo využití alternativních způsobů léčby bolesti.

Tabulka 32 **Spokojenost sester s úrovní kompetencí v managementu bolesti na pracovišti**

Spokojenost sester s úrovní kompetencí v managementu bolesti na pracovišti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	27	36
Spíše ano	45	60
Spíše ne	2	2,7
Ne	1	1,3
Celkem	75	100

Komentář: 72 (96 %) respondentů uvedlo spokojenost s úrovní kompetencí a 3 (4 %) respondenti uvedli, že nejsou spokojeni s úrovní kompetencí v managementu bolesti na svém pracovišti.

2.4 Diskuse

Nosným tématem této bakalářské práce je problematika kontinuálního hodnocení bolesti u seniorů. Vzhledem k nezastupitelné roli sester v léčbě bolesti bylo cílem empirické části zmapovat znalosti, pracovní postoje a úroveň kompetencí všeobecných sester v oblasti hodnocení bolesti u seniorů v zařízeních následné péče. Jak uvádí autorka Pokorná (2013) v publikaci *Ošetřovatelství v geriatrii*, ale i řada další dostupné literatury, léčba bolesti u seniorů není v současné době adekvátně hodnocena ani léčena. Z řady důvodů, proč tomu tak je, je významná odlišnost této cílové skupiny pacientů, a tím i potřebný specifický a vysoce komplexní přístup hodnocení i léčby bolesti. Právě z tohoto důvodu je proto nutné zaujmout u seniorů odlišný přístup v celkovém managementu bolesti. V rámci diskuse bude nejprve stručně uvedena charakteristika cílové skupiny respondentů a následně budou vybrané výsledky blíže analyzovány a doplněny komentářem na základě informací a poznatků z dostupné odborné literatury a obdobných výzkumných šetření zaměřených na hodnocení bolesti v seniorské populaci.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou nestandardizovaného (originálního) dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 20 otázek (viz příloha 11, s. 97). Design dotazníkového formuláře a jeho jednotlivé položky (informace) byly rozděleny do IV. částí. I. část dotazníku zjišťovala charakteristiku respondentů a také informace, jak se sestry aktivně zajímají a vzdělávají v oblasti managementu bolesti. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 1 - 8. II. část dotazníku zjišťovala znalosti všeobecných sester v procesu managementu bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 9 - 12. III. část dotazníku zjišťovala zvyklosti všeobecných sester v procesu managementu bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 13 - 16. VI. část dotazníku zjišťovala úroveň kompetencí všeobecných sester v oblasti hodnocení bolesti u seniorů. Tato část dotazníku zahrnovala otázky 17 - 20. V závěru dotazníku byl vytvořen prostor pro sdělení, která by se mohla respondentům zdát důležitá, a která v dotazníku nebyla zmíněna. Výzkumného šetření se v celkovém souhrnu zúčastnilo 75 respondentů (všeobecných sester splňujících nastavená vstupní kritéria, viz tabulka 10, s. 50), pracujících ve třech typech zdravotnických zařízení poskytujících následnou péči, a to ve Vysokomýtské nemocnici, v nemocnici v Novém Městě na Moravě a v nemocnici Milosrdných bratří Letovice.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti. K prvnímu cíli práce se vztahuje pracovní hypotéza č. 1.

CÍL₁ Zmapovat znalosti všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů. K prvnímu cíli se vztahovaly otázky 9 – 12.

Jak bylo řečeno v první části diskuse, řada literárních pramenů (Pokorná, 2013), které se opírají o výzkum, často zmiňuje vysoké procento seniorů trpících ve zdravotnických zařízeních bolestí. Nejčastěji uváděným důvodem je nedostatečná a nesprávně vedená léčba bolesti. Volbu správného léčebného postupu a účinného zmírnění bolesti ovlivňují názory, postoje a kompetence zdravotníků, je to také ale i nedostatečná znalost doporučovaných postupů nebo technik hodnocení bolesti u seniorů. Nesprávné názory na bolest u seniorů mohou vést k její nedostatečné diagnostice a efektivní léčbě. Proto jsou právě správné a dostatečné znalosti zdravotnických pracovníků naprosto stěžejní v celkovém managementu bolesti. (Kašpárková et al., 2006)

Při zjišťování úrovně znalostí všeobecných sester o bolesti jako fenoménu bylo respondentům předloženo k posouzení několik tvrzení o bolesti, z nichž bylo pouze jedno správné (viz tabulka 21, s. 56). Za velmi pozitivní skutečnost lze označit zjištění, že pouze 2 (2,6 %) respondenti vybrali nesprávné tvrzení, že „Bolest je normální projev stárnutí.“ Z tohoto poznatku lze usuzovat, že se daří daný mýtus pomocí kontinuálního a systematického vzdělávání všeobecných sester vyvracet. Dá se tedy současně potvrdit i fakt, že tak v rámci klinické praxe pomalu předcházíme západní standard, kde australský výzkum (Sloman, 2001) udával již před 13 lety jen 24,1 % respondentů, kteří souhlasili s tímto tvrzením. Za pozitivní lze označit také zjištění, že pouze 3 (4 %) respondenti označili nesprávné tvrzení, že chronická bolest trvá déle než 3 týdny. Stejně tak nesprávné tvrzení, že vnímání bolesti se zvyšujícím věkem snižuje, označilo za správné 5 (6,7 %) respondentů. Opět dochází ke shodě s australskou studií, která již před 13 lety udávala jen 3,4 % respondentů souhlasících s daným tvrzením. Edukaci a vzdělávání by bylo vhodné doporučit v oblasti objektivního hodnocení bolesti u seniorů s demencí, protože 11 (14,7 %) respondentů označilo za správné tvrzení, že u seniorů s pokročilou demencí bolest objektivně zhodnotit nelze.

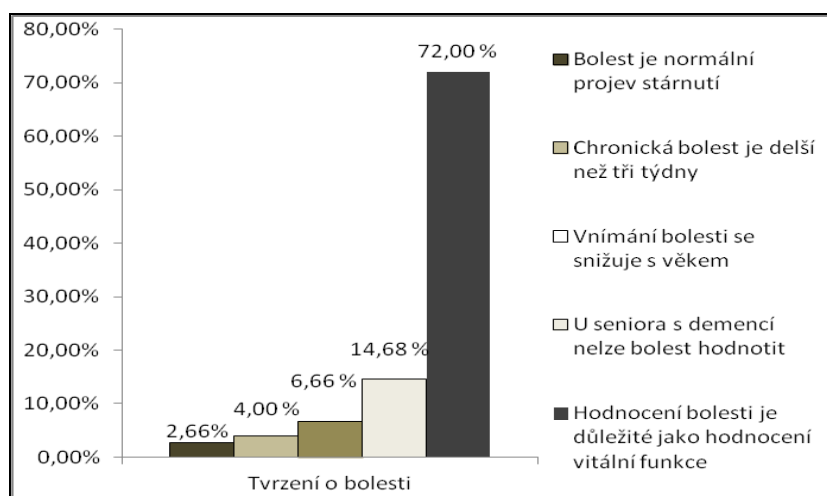
Pro nemocné s pokročilou demencí byla vytvořena škála Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD). Škála zahrnuje pět položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každá položka má tříbodovou stupnici od nuly do dvou. Hodnotí se pokrčení těla, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních i dolních končetin. Výhodou využití této metody je, že je výsledek srovnatelný s výsledkem stupnic pro měření bolesti u pacientů s normálními psychickými funkcemi (běžnou VAS). Na druhou stranu je také ale potřeba zmínit limitace použití škály PAINAD. Pro její použití existují některé překážky, které jsou dány jednak tím, že škála nebyla jednoznačně obecně validizována pro použití u osob s demencí a dalším omezením je, že některé hodnocení oblasti (např. dýchání) může být obtížně posouditelné. (Pokorná, 2013) **Jediné správné tvrzení:** „Hodnocení bolesti je neméně důležité, než hodnocení vitálních funkcí“ označilo 54 (72 %) respondentů.

V další části textu je analyzována pracovní hypotéza 1, která se vztahuje právě k otázce 9.

PH 1 Předpokládám, že více než 75 % dotazovaných respondentů uvede správné tvrzení o bolesti.

Přijetí této hypotézy nepodporuje provedená analýza odpovědí na otázku 9, na kterou správně odpovědělo 54 (72 %) respondentů (viz graf 1). **Na základě zjištěných výsledků nelze PH 1 přijmout. PH 1 nebyla potvrzena.**

Graf 1 Správné tvrzení o bolesti



Zdroj: autor

Další otázkou v dotazníku, která mapuje znalosti respondentů o bolesti, je názor na faktory ovlivňující toleranci bolesti (viz tabulka 22, s. 57). Nejvíce respondentů (64⁹, tj. 85,3 %) uvedlo, že je bolest ovlivňována aktuálním psychickým stavem. Je pozitivním zjištěním, že tak vysoké procento respondentů si uvědomuje vliv psychických faktorů na prožívání a toleranci bolesti, která je tak vnímána jako komplexní, nikoliv pouze fyzický fenomén. Druhým nejčastěji označovaným faktorem ovlivňujícím toleranci bolesti byla denní doba, kterou označilo 56 (74,7 %) oslovených respondentů, což vypovídá o tom, že si jsou respondenti vědomi vlivu faktorů životního prostředí. V dalším pořadí to byl faktor pohlaví, který označilo 44 (58,7 %) respondentů. Obecně platí, že muži mají vyšší práh bolesti než ženy, ale rozdíl ve vnímání bolesti není mezi muži a ženami příliš velký. (Trachtová, 2005) Další v pořadí se umístil faktor věku, který označilo 39 (52 %) respondentů. I když žádné publikované výzkumy nepotvrdily, že by se s věkem měnila tolerance bolesti, sehrává věk v prožívání a toleranci bolesti významnou úlohu. S věkem významně souvisí rostoucí zkušenosti s bolestí, které mají na prožívání bolesti významný vliv. (Klevetová, 2009) Nejmenší počet respondentů (21, 28 %) označil příslušnost k etniku, ačkoliv ta je významným faktorem, který ovlivňuje toleranci a prožívání bolesti. Tento údaj může znamenat tu skutečnost, že v současné společnosti existuje silná tendence nerozlišovat mezi jedinci na základě rasové nebo etnické příslušnosti.

Kromě znalostí o samotné bolesti byly ve výzkumném šetření zkoumány také znalosti respondentů v oblasti hodnocení bolesti. Při hodnocení bolesti sehrává(jí) klíčovou úlohu využívaná(é) metoda(y) a škála(y) hodnocení. Z tohoto důvodu bylo respondentům předloženo několik odpovědí obsahujících ošetřovatelský hodnotící nástroj, ze kterého měli zvolit ten, který se používá k hodnocení, měření nebo objektivizaci bolesti (viz tabulka 23, s. 58). Správnou odpověď, kterou představovala škála VAS, určilo 71 (94,7 %) respondentů, Obličejovou škálu určilo 68 (90,7 %) respondentů, Numerickou škálu určilo 59 (78,8 %) respondentů, Dotazníky bolesti určilo 32 (42,7 %) respondentů, hodnotící škálu PAINAD určilo 13 (17,3) respondentů a McGillův dotazník určili 4 (5,3 %) respondenti.

⁹ Poznámka: Relativní četnosti, které byly při analýze a interpretaci výsledků uvedeny vzhledem k celkovému počtu odpovědí, jsou v diskusi, v zájmu větší názornosti a možnosti komparace s vybranými studiemi, přepočteny vzhledem k celkovému počtu respondentů.

Zajímavou skutečností je, že 11 (14,7 %) respondentů označilo odpovědi, které představovaly metody pro hodnocení soběstačnosti nebo demence, nikoliv metody hodnocení bolesti. Mezi nesprávné odpovědi patří určení Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activity Daily Living (IADL), Testu ošetrovatelské zátěže dle Svanborga, testu kreslených hodin a Mini-Mental State Examination (MMSE).

Při volbě hodnotícího nástroje je u seniorů zapotřebí přihlídnout k možným senzorickým, fatickým a kognitivním poruchám. K hodnocení bolesti u seniorů by měly být použity především modifikované verze klasických metod, které se vyznačují jednodušším provedením, kratším rozsahem a většími písmeny. V případě kognitivní poruchy je třeba zvolit co nejjednodušší metodu a poskytnout pacientovi větší časový prostor. Z konkrétních unidimenzionálních metod lze u seniorů použít vizuální analogovou škálu (např. v podobě teploměru), alternativou může být také použití obličejové škály, jejíž výhodou je univerzální pochopitelnost. Pro zjištění komplexního spektra informací o bolesti by měly být u seniorů využívány také vícerozměrné metody. Vhodné je použití krátké formy McGillského dotazníku, která je pro seniory vhodná díky své jednodušší podobě a menší časové náročnosti. U seniorů s chronickou bolestí může být velkým přínosem vedení deníku bolesti. Nejsložitější úkol představuje hodnocení bolesti u pacientů s vážnými kognitivními poruchami, u nichž je nutné spoléhat na behaviorální metody. Velmi vhodné je využívání škály PAINAD, jejímiž výhodami jsou jednoduchost, spolehlivost a možnost srovnání výsledků se stupnicí numerické analogové škály.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 59 (78,6 %) respondentů má k dispozici na svém mateřském pracovišti Standard „Péče o pacienta s bolestí“ (viz tabulka 24, s. 59). Prakticky jej využívá ke své práci 49 (65,3 %) respondentů. Toto zjištění je ve výsledku více pozitivní, než výzkumné šetření Pokojové (2009, s. 58), kde přibližně 43 % respondentů uvedlo, že standard k dispozici na svém pracovišti nemají. Tento standard (jako řízená dokumentace v příslušném zdravotnickém zařízení) jasně určuje typy, rozsah a správné použití hodnotících škál k monitoraci bolesti, které se používají na oddělení následné péče, kde je cílovou skupinou pacientů geriatrický pacient.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaké postupy využívají všeobecné sestry v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti. Ke druhému cíli práce se vztahuje pracovní hypotéza č. 2.

CÍL 2 Zmapovat jaké postupy využívají všeobecné sestry v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti. Ke druhému cíli se vztahují otázky 13 – 16.

Zvyklostní otázka v dotazníku zjišťovala, co je indikací (podnětem) k hodnocení bolesti (viz tabulka 25, s. 58). 69 (92 %) respondentů uvádí, že bolest začnou hodnotit v okamžiku, pokud pacient sdělí, že bolest má. Toto zjištění se blíží Stoklasové (2006, s. 54), v jejímž výzkumu byla verbalizace bolesti podnětem k hodnocení u 75,2 % respondentů. Správným postupem je aktivní vyhledávání možné bolesti u seniorů, kterým mohou obavy, strach, kognitivní poruchy či neznalosti možností léčby bolesti, bránit ve vyjádření vlastní bolesti. Podnět monitorování bolesti jako ordinace lékaře označilo 48 (64 %) respondentů. 38 (50,7 %) respondentů uvádí, že důvodem hodnocení bolesti je požadovaný záznam v dokumentaci. Záznam v dokumentaci je jistě velkým přínosem pro návaznost a účelnost léčby bolesti. Nesmí být však jediným podnětem k hodnocení bolesti. Neverbální projev pacienta jako podnět pro hodnocení bolesti uvádí 32 (42,7 %) respondentů. Toto zjištění se velmi neshoduje se zjištěním Stoklasové (2009, s. 54), která udává hodnotu 54 % respondentů. Zjišťování bolesti má být vzhledem k možným kognitivním poruchám nebo komunikačním bariérám prováděno aktivně. Proto nelze míru bolesti hodnotit pouze podle neverbálních projevů. Poslední uvedený podnět k hodnocení bolesti, a to Metodický pokyn (standard) uvedlo 24 (32 %) respondentů. Tento zjištěný fakt vydává signál, že se ve sledovaných zdravotnických zařízeních řízenou dokumentací (vnitřními předpisy) řídí 32 % oslovených respondentů.

V další zvyklostní otázce mapující časové intervaly pro hodnocení bolesti u seniora byla velmi znepokojivá odpověď 64 (80 %) respondentů, kteří uvedli, že bolest u seniorů na svém pracovišti hodnotí dle potřeby (tedy na základě vlastního uvážení). Toto je závažná skutečnost, protože pravidelnost hodnocení je jedním ze základních kamenů hodnocení bolesti.

Zkušenosti s hodnocením bolesti se v různých výzkumech velmi liší. U již zmíněné Stoklasové (2009) je uvedeno pravidelné hodnocení bolesti u 100 % respondentů. Hodnocení dle potřeby by neměla být závislá na subjektivním posouzení, ale na objektivních faktorech nebo preskripci lékaře. Překvapivým zjištěním byla také skutečnost, že pouze 8 (10,1 %) respondentů hodnotí bolest před podáním analgetik. Po podání analgetika hodnotí bolest 59 (79 %) respondentů. Vytváří se tak velká skupina respondentů, kteří hodnotí bolest po podání analgetik, aniž by ji mohli porovnat s bolestí před jeho podáním. Není tedy vůbec vytvořen prostor pro objektivní hodnocení bolesti před a po podání analgetik, může proto dojít k špatnému hodnocení účinku analgetika, tedy míry úlevy od bolesti. Časový faktor k hodnocení bolesti po změně analgetické léčby uvedlo 48 (64 %) respondentů. Zápis do dokumentace byl stěžejní pro 28 (10,7 %) respondentů. Hodnocení bolesti vícekrát denně bez uvedení časového intervalu označilo 15 (20 %) respondentů.

K hodnocení bolesti u seniorů volí sestry nejčastěji Numerickou škálu, tuto variantu označilo 42 (56 %) respondentů. Stoklasová (2009) ve svém výzkumu uvádí 71 % respondentů, kteří nejčastěji využívají pro hodnocení intenzity bolesti u seniorů Numerickou škálu. Numerická škála se obecně řadí mezi nejčastěji využívané škály v klinické praxi na hodnocení intenzity bolesti. Svým obsahem nabízí několik výhod oproti ostatním škálám nebo metodám, je to jednoduché a rychlé použití. Při správném provedení (před i po intervenci vedoucí ke snížení bolesti) může odhalit, zda byla intervence účinná. (Kolektiv autorů, 2008)

Jako druhou nejčastěji používanou metodu pro hodnocení bolesti na svém pracovišti uvádí 19 (25,3 %) respondentů Vizuální analogovou škálu. Mapu bolesti nejvíce využívá na svém pracovišti 8 (10,7 %) respondentů. Obličejovou škálu 2 (2,7 %) respondentů. Hodnotící škálu PAINAD ve své praxi při hodnocení bolesti u seniorů nejvíce používá 1 (1,3 %) respondent. Pouze 3 (4 %) respondenti uvedli, že k hodnocení bolesti u seniorů využívají kombinace metod a škál, vždy aktuálně dle celkového stavu pacienta. Je velmi důležité zdůraznit, že nejvíce označované škály hodnocení bolesti slouží pouze k měření intenzity bolesti (jsou to unidimenzionální škály hodnocení bolesti), a proto nepřinášejí komplexní hodnocení bolesti jako takové. Výsledky výzkumu v této oblasti naznačují, že se respondenti v rámci hodnocení bolesti příliš soustředí na intenzitu bolesti a její měření, avšak na úkor ostatních faktorů anamnézy bolesti, k jejichž zjištění pomáhají multidimenzionální metody hodnocení bolesti.

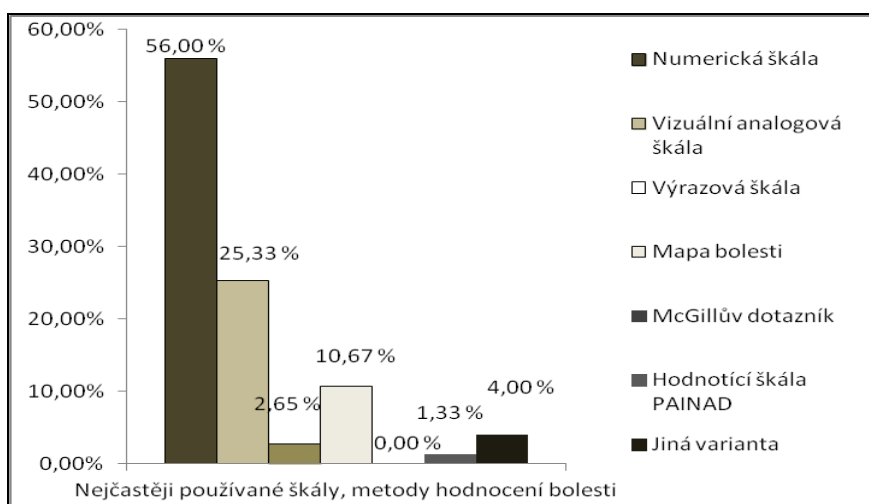
V další části textu je analyzována pracovní hypotéza 2, která se vztahuje právě k otázce 15.

PH 2 Předpokládám, že více než 50 % dotazovaných respondentů bude k hodnocení bolesti u seniorů využívat nejčastěji Numerickou škálu hodnocení bolesti.

Přijetí této hypotézy podporuje provedená analýza odpovědí na otázku 15, kde 42 (56 %) respondentů uvádí, že Numerickou škálu hodnocení bolesti užívá nejčastěji při hodnocení bolesti u seniorů (viz graf 2).

Na základě zjištěných výsledků lze PH 2 přijmout. PH 2 byla potvrzena.

Graf 2 Nejčastěji používané škály, metody hodnocení bolesti



Zdroj: autor

Komentář: 42 (56 %) respondentů uvedlo, že nejčastěji k hodnocení bolesti u seniorů používá Numerickou škálu. 19 (25,3 %) respondentů uvedlo, že nejčastěji používá VAS, 8 (10,7 %) respondentů nejčastěji používá Mapu bolesti. 2 (2,7 %) respondenti nejčastěji používá Obličejovou škálu. 1 (1,3 %) respondent uvedl, že nejčastěji používá při hodnocení seniorů PAINAD. 3 (4 %) respondenti uvedli jinou možnost, ve všech třech případech kombinaci metod a škál, vždy dle aktuálního stavu pacienta.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zmapovat úroveň kompetencí všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti. K třetímu cíli práce se vztahuje pracovní hypotéza č. 3.

CÍL 3 Zmapovat úroveň kompetencí všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti. Ke třetímu cíli se vztahují otázky 17 – 20.

Z hlediska koncepce ošetrovatelství je zdůrazňována úloha a kompetence všeobecných sester na všech úrovních péče, tedy včetně péče následné. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v části druhé, § 4 uvádí činnosti zdravotnických pracovníků (včetně všeobecné sestry): vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik, používaných v ošetrovatelské praxi (např. intenzity bolesti), provádí rehabilitační ošetřování, edukaci pacientů, aplikaci léků atd.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že se všeobecné sestry významně podílejí na aplikaci opiátů a analgetik, tuto skutečnost uvedlo 74 (98,7 %) respondentů. Dále se sestry podílejí na hodnocení bolesti, tuto skutečnost uvedlo 67 (89,3 %) respondentů. Další významnou kompetencí sester je vedení zdravotnické dokumentace, tento údaj potvrdilo 65 (86,7 %) respondentů. Z dalšího spektra kompetencí všeobecných sester v hodnocení bolesti je edukace, kterou označilo 42 (56 %) respondentů. V dalším pořadí je to polohování (32, 42,7 % respondentů), rehabilitační ošetřování (29, 38,7 % respondentů), psychická podpora (22, 29,3 % respondentů) a využití alternativních způsobů léčby bolesti (12, 16 % respondentů).

Oblast spokojenosti všeobecných sester s úrovní kompetencí mapuje poslední otázka předloženého dotazníku. Zde jasně převládá spokojenost s úrovní kompetencí v oblasti managementu bolesti na mateřském pracovišti. 72 (96 %) respondentů deklaruje spokojenost s úrovní kompetencí v managementu bolesti na svém pracovišti. Pouze 3 (4 %) respondenti deklarují nespokojenost s úrovní kompetencí v managementu bolesti na svém mateřském pracovišti.

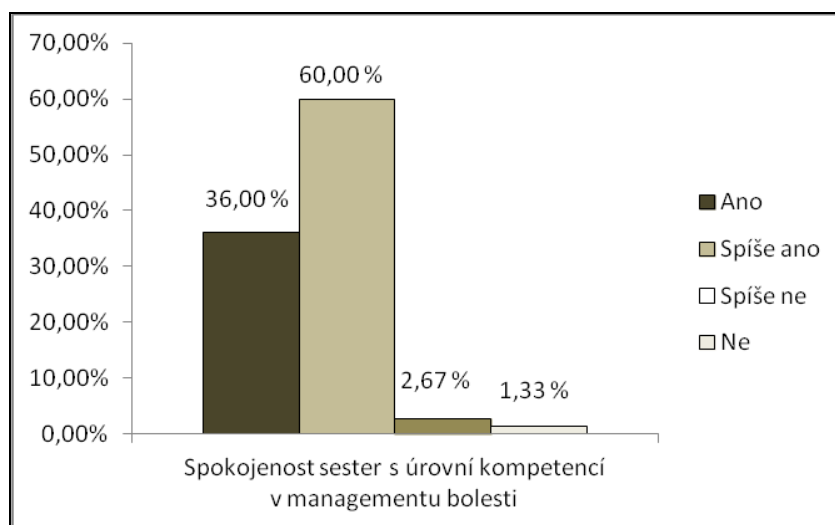
V další části textu je analyzována pracovní hypotéza 3, která se vztahuje právě k otázce 20.

PH 3 Předpokládám, že více než 75 % respondentů uvede dostatečnou úroveň kompetencí v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů. K této hypotéze se vztahuje otázka 20.

Přijetí této hypotézy podporuje provedená analýza odpovědí na otázku 20, kde 72 (96 %) respondentů uvádí, že je s úrovní kompetencí na svém pracovišti spokojená (viz graf 3).

Na základě zjištěných výsledků lze PH 3 přijmout. PH 3 byla potvrzena.

Graf 3 Spokojenost sester s úrovní kompetencí



Zdroj: autor

Komentář: Z celkového počtu respondentů jich 45 (60 %) uvedlo jednoznačnou spokojenost s úrovní kompetencí. 45 (60 %) respondentů uvedlo, že je s úrovní kompetencí celkem spokojeno. 2 (2,67 %) respondentů uvedlo, že je spíše nespokojeno a 1 (1,33 %) respondent uvedl, že není vůbec spokojen s úrovní kompetencí v managementu bolesti na svém pracovišti.

2.5 Návrh doporučení pro praxi

Provedený výzkum potvrdil skutečnost, že v oblasti hodnocení bolesti u seniorů stále zůstává prostor pro další zlepšování. Z tohoto důvodu jsou v této části práce předložena doporučení, která by k tomuto zlepšování mohla pomoci.

Navrhovaná doporučení se dotýkají tří stěžejních oblastí:

1. Managementu zdravotnických zařízení

2. Všeobecných sester

3. Procesu hodnocení bolesti

Základní předpoklady kvalitního hodnocení bolesti spočívají v rukou *managementu (liniového, středního i vrcholového) zdravotnického zařízení*, jehož úkolem je vytvořit předpoklady pro uskutečnění kvalitního hodnocení bolesti. Aby mohlo být hodnocení bolesti prováděno na odpovídající úrovni, musí management zajistit, aby v zařízení byly k dispozici potřebné nástroje a prostředky, bez nichž není adekvátní hodnocení bolesti realizovatelné. Kromě samotných nástrojů (hodnotících formulářů, metod, škál, apod.) musí být zajištěna také edukace ošetřujícího personálu o volbě správného nástroje a způsobu jeho použití. *Zásadním úkolem managementu je přijetí kvalitního standardu či doporučeného postupu „Péče o pacienta s bolestí“*, jehož součástí musí být jasně stanovená pravidla hodnocení bolesti. Mimo vytvoření všech těchto podmínek však úloha managementu nekončí, stejný význam má následně kontrolní činnost. Vhodně nastavený systém vnitřních auditů kvality by měl přispět k ověření, zda hodnocení bolesti probíhá v souladu s nastavenými pravidly. Jednou z klíčových oblastí, kterým musí management věnovat pozornost, je profesní vzdělávání. Kvalitní znalosti jsou nezbytným předpokladem kvalitní praxe, a proto je potřeba zajistit zaměstnancům vzdělávací akce zaměřené na efektivní management bolesti.

Stěžejní úlohu sehrávají při hodnocení bolesti všeobecné sestry, jejichž participace je nutným předpokladem změn a inovací. Zlepšení úrovně hodnocení bolesti je jednoznačně v zájmu všeobecných sester, jelikož přispěje ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče.

Zlepšení úrovně managementu bolesti se neobejde bez aktivního a odpovědného přístupu všeobecných sester, které by měly sledovat veškeré projevy svědčící o bolesti a na bolest se pravidelně ptát. Je třeba plně uplatnit komunikační dovednosti a do hodnocení bolesti zapojit také pacienta včetně jeho rodiny a blízkých. Osobním přístupem lze vybudovat vztah důvěry a empatie, který pacienta podpoří v tom, aby snadněji sděloval pocity o své bolesti. Úkolem všeobecných sester by měla být také důsledná edukace o hodnocení bolesti (viz Návrh Edukačního materiálu pro pacienty – seniory, příloha 13, s. 103), při níž by měl být pacient poučen o významu hodnocení pro úspěšný management bolesti a o způsobu správného použití hodnotících metod a škál. Jelikož výzkum prokázal, že znalosti všeobecných sester v oblasti bolesti a jejího hodnocení vykazují menší nedostatky, je nutné na tomto místě zdůraznit význam celoživotního vzdělávání. Smyslem celoživotního vzdělávání by mělo být doplnění a aktualizace znalostí, které jsou pro kvalitní péči o pacienta s bolestí nezbytné.

V rámci samotného procesu hodnocení bolesti je nejprve třeba kvalitně odebrat kompletní anamnézu bolesti. Pozornost by neměla být zaměřena jen na lokalizaci a intenzitu bolesti. A co je velmi podstatné, ani sebelepší hodnocení bolesti nemá význam, pokud není jednoznačně a správně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Dalším zásadním doporučením pro praxi je pravidelnost hodnocení bolesti (viz návrh Záznamu Hodnocení bolesti, příloha 12, s. 102).

Závěrem výčtu doporučení pro klinickou praxi je nutné připomenout, že bolest má být u všech pacientů hodnocena vždy, když pacient signalizuje její nový výskyt, zesílení intenzity nebo přetrvávání navzdory terapii. Opomenuto nesmí být ani pravidelné hodnocení bolesti před analgetickou intervencí a po ní v dostatečném časovém odstupu, aby mohl být posouzen terapeutický efekt.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou kontinuálního sledování bolesti u seniorů v následné péči. Svoji strukturou je dělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce předložila základní informace o bolesti a její specifika v seniorské populaci, která významně ovlivňují její hodnocení. Nejvíce prostoru je věnováno nosnému tématu celé práce, a to hodnocení bolesti v celé své šíři a na závěr teoretické části je přiblížena role všeobecné sestry při hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče. Praktická část byla zaměřena na zmapování znalostí, zvyklostí a kompetencí všeobecných sester u v hodnocení bolesti u seniorů ve vybraných zařízeních následné péče.

V empirické části práce byly stanoveny následující cíle:

- CÍL₁** Zmapovat znalosti všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů.
- CÍL₂** Zmapovat jaké postupy využívají všeobecné sestry v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.
- CÍL₃** Zmapovat úroveň kompetencí všeobecných sester v procesu kontinuálního sledování bolesti u seniorů na mateřském pracovišti.

Stanovené cíle byly naplněny pomocí ověřování pracovních hypotéz.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE BYLY SPLNĚNY.

Jednotlivá zjištění, které tato bakalářská práce přináší, se nedají zobecnit, protože se jednalo o výzkum s velmi malým počtem respondentů a pouze ze tří oddělení poskytujících následnou péči. I přesto je třeba doufat, že předložené výsledky budou mít alespoň malý praktický význam zvláště proto, že bolest může postihnout každého člověka a úkolem sestry, ale i ostatních zdravotnických pracovníků je pomoci mu tento nepříznivý stav odstranit nebo alespoň zmírnit a ulehčit. Sestry jsou s pacientem ve velmi úzkém kontaktu, a proto jsou stěžejním článkem v kontinuálním sledování bolesti. Nástroje pro měření a hodnocení bolesti u seniorů mají za úkol subjektivitu bolesti co nejvíce zobjektivnit, a proto je důležité, aby sestry věděly, kdy a jak tyto jednotlivé nástroje a metody při své odborné praxi použít.

ANOTACE

Autor:	Radka Špačková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Role všeobecné sestry v hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Dita Dušková, MBA
Počet stran:	103
Počet příloh:	13
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	bolest hodnocení bolesti následná péče role sestry senior

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, zda sestry hodnotí projevy bolesti, jsou - li využívány hodnotící škály, jaké jsou používány farmakologické i nefarmakologické metody tišení bolesti a zda se sestry v oblasti kontinuálního sledování bolesti účastní dalšího odborného vzdělávání. Hlavním obsahem práce je analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo provedeno u všeobecných sester na odděleních následné péče a zachycuje jejich subjektivní názory na problematiku bolesti. Bakalářská práce je příspěvkem k vymezení role sestry při managementu bolesti u pacientů – seniorů.

ANNOTATION

Author:	Radka Špačková
Institution:	Institute of Social Medicine, Charles University in Prague Faculty of Medicine, Hradec Králové Department of Nursing
Title of the Thesis:	The role of a nurse during pain assessment in senior patients in aftercare facilities
Thesis supervisor:	Mgr. et Mgr. Dita Dušková, MBA
Number of pages:	103
Number of attachments:	13
Defended in:	2014
Key words:	pain pain evaluation Aftercare facilities the role of nurses senior

The aim of the thesis was to find out how nurses evaluate pain assessment, whether they use scales while doing evaluation, which drug or non-drug related methods of pain moderation are used and whether nurses take part in further training related to continual pain monitoring. The main topic of this thesis was to analyse data acquired by a survey from nurses working with senior patients in aftercare facilities. The aim of the survey was to gather data related to pain experienced by senior patients. The thesis should contribute to the research of the roles of nurses in pain management of senior patients.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ALLAN L., ZENZ, M. *Chronická bolest*. Excerpta medica. 1.vyd. Praha: Galén, 1999, 67 s.

BOLTZ, M. 2012. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4. ed. New York: Springer Pub. Co. ISBN 97-808-2617-1290.

BONICA, J. J. *Management of Pain*. 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001, p. 3-16., Clinical pain updates (IASP)., 2004, vol. XII, no. 5.

ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012. 264 s. ISBN 978-80-87142-05-9.

DOLEŽAL, T., HAKL, M., KOZÁK, J., et al. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Prakticus – odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. 2006. roč. 5, č. 8, s. 363. ISSN 1213-8711.

DOLEŽAL, T., HAKL, M., KOZÁK, J., et al. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004. roč. 78, č. 3, s. 96. ISSN 0372-7025.

DUŠOVÁ, B. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.

DVOŘÁČKOVÁ, D. hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7 – 8, s. 54 – 57. ISSN 1210-0404.

FERRELL, B. A., Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med*, 1995, s. 681 – 687.

GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.

HAKL, M. et al. *Léčba bolesti*. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých stavů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2011. 231 s. ISBN 97880-204-2473-0.

HAKL, M. Léčba bolesti v ČR – chronická bolest a trendy v invazivních postupech. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. 2009, roč. 11, č. 11, s. 488 - 490. ISSN 1803-5256.

HANOUSKOVÁ J., OTCOVÁ V. Sledování, vzdělávání a ošetrovatelský výzkum bolesti v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha. *Florence*. ISSN 1801-464X. 2013. roč. IX, č. 10, s. 8 – 12.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.

JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.

KALINOVÁ, Z., KRBEČKOVÁ, M. Chronická bolest a její léčba. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2007, roč. 3, č. 9, s. 326 - 328. ISSN 1801-1349.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KASAL, E et al. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 191 s. ISBN 80-246-0556-2.

KAŠPÁRKOVÁ, J. FESSL, V. Chováme se k nemocným s bolestí správně, aneb léčíme správně bolest? *Bolest*. 2006, roč. 9, č. 3, s. 159 – 163. ISSN 1212-6034.

KERNOVÁ, A. *Prevalence bolesti a spokojenost s léčbou mezi klienty domova pro seniory*. Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta Masarykova univerzita, 2005, s. 103.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 549 s. ISBN 9788024725482.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

KOZÁK, J. *Léčba chronické bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Solen, 2010. 90 s. ISBN 978-80-87327-45-6.

KLEVETOVÁ, D. Hodnocení bolest u osob s demencí. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7/8, s. 58 – 60. ISSN 1210-0404.

KRŠIAK, M., KOZÁK, J., LEJČKO, J., SKÁLA, B. *Farmakoterapie bolesti*. Praha: společnost všeobecných lékařů ČLS JEP. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 2004. 17 s. ISBN 80-903573-2-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest: její diagnostika a psychoterapie*. 1. Vyd. Brno: NCO NZO, 1992. 66 s. ISBN 80-7013-1306.

KUBEŠOVÁ, H. WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H. Specifické rysy diagnostiky a léčby bolesti v geriatrii. *Bolest*. 2008, roč. 11, č. 1, s. 16 – 22. ISSN 1212-6034.

KUBEŠOVÁ, H., HOLÍK, J. et al. Bolest u nemocných vyššího věku a aspekty její léčby, *Časopis lékařů českých*. 2001. roč. 10, s. 291 - 294. ISSN 1803-6597.

KULICHOVÁ, M. Liečba bolesti u geriatrických pacientov. *Bolest*. 2005, roč. 8, č. 4, s. 219 – 222. ISSN 1212-6034.

MŮHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

MUNDEN, J. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.

OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.

POKOJOVÁ, V. *Přípravenost sester pro hodnocení bolesti*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Brně v r. 2006. 71 s.

POKORNÁ, A. et al. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLEDNÍKOVÁ, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin, SR: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.

ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: Monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012, 748 s. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: Monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.

ROKYTA, R. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. Patofyziologie bolesti ve vyšším věku a ve stáří. *Česká geriatrická revue: odborný časopis České gerontologické geriatrické společnosti*, 2004, roč. 2, č. 1 s. 22 - 26. ISSN 1214-0732.

ROŠKOVÁ, S. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 2012. <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>.

SLOMAN, R. et al. Nurses` knowledge of pain in the elderly. *Journal of pain and symptom management*. 2001, roč. 21, č. 4, s. 317 – 322. ISSN 0885-3924.

SOFAER, B. *Bolest - příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO v Brně, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

STOKLASOVÁ, R. *Hodnocení bolesti u seniorů z pohledu zdravotní sestry*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Brně v r. 2009. 101 s.

ŠEVČÍK, P. et al. *Bolest a možnost její kontroly*. 1. vyd. Brno: ID VPZ, 1994. 236 s.

TOPINKOVÁ, E. Epidemiologické a klinické charakteristiky bolesti ve stáří a u nemocných se syndromem demence. *Bolest*. Praha: Tigis. 2006, roč. 9, Suppl. 1, s. 48-49. ISSN 1212-0634.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1995. 283 s. ISBN 80-7169-099-6.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2005. 186 s., ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VERNEROVÁ, M. Historie, patofyziologie a dělení bolesti. In *Angis revue 2009*. č. 1 kap. 08 ed. Angis plus.

VOLICER, L., KRŠIAK, M. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-6034. 2006, roč. 9, č. 1, s. 5-10.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

World Wibe Web

Dostupné na WWW<<http://www.kohout-maser.cz/clanky-ii/haedovy-zony/>

Dostupné na WWW< <http://www.algmed.sk/intenzita.php>

Dostupné na WWW<<http://markets.molnlycke.com/com/Wound-Care-Products/PressurUlcers/The-Impact-of-Pressure-Ulcers/>

Legislativní normy

Vyhláška č. 55/2011 Sb., vyhláška ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Sbírka zákonů č. 372/2011 Sb., Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
ANZCA	Australian and New Zealand Communication Association Inc
ARIP	Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
BPI	Brief Pain Inventory
CNS	Centrální nervový systém
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
SCL-90	Symptom Checklist 90
GIT	Gastrointestinální trakt
HCl	Kyselina chlorovodíková
IADL	Instrumental Activity Daily Living
IASP	Internacional Association for Study of Pain
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PBPI	Pain Beliefs and Perception Inventory
PCA	Pacientem řízená analgezie
PSS	Pomaturitní specializační studium
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Ph	potential of hydrogen, lat. pondus hydrogenia tj. „potenciál vodíku“
NRS	numeric rating scale
MMPI	The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMSE	Mini-Mental State Examination
PBPI	Pain Beliefs and Perception Inventory
MPQ	McGill Pain Questionnaire
SSBL	Společnost pro studium a léčbu bolesti
TENS	Transkutánní elektrickou stimulaci nervu
RHB	Rehabilitace
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organisation

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Správné tvrzení o bolesti	67
Graf 2	Nejčastěji používané škály, metody hodnocení bolesti	72
Graf 3	Spokojenost sester s úrovní kompetencí	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Rozdělení bolesti z hlediska délky trvání	16
Tabulka 2	Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí	18
Tabulka 3	Obecné rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí	19
Tabulka 4	Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí z pohledu léčebné intervence	19
Tabulka 5	Rozdělení bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem	20
Tabulka 6	Rozdělení nádorové bolesti z hlediska souvislosti s nádorovým procesem	20
Tabulka 7	Rozdělení bolesti z hlediska patofyziologie	21
Tabulka 8	Faktory ovlivňující vnímání a prožívání bolesti	24
Tabulka 9	Farmakokinetika léčiv (involuční změny a klinické důsledky)	32
Tabulka 10	Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumného šetření	50
Tabulka 11	Návratnost dotazníků	51
Tabulka 12	Pohlaví	52
Tabulka 13	Věk	52
Tabulka 14	Dosažené odborné vzdělání	53
Tabulka 15	Absolvování specializačního studia	53
Tabulka 16	Délka odborné praxe	54
Tabulka 17	Absolvování certifikovaného kurzu managementu bolesti	54
Tabulka 18	Absolvování vzdělávací akce zaměřené na management bolesti	55
Tabulka 19	Důležitost průběžného vzdělávání v managementu bolesti	55
Tabulka 20	Zdroje při vzdělávání v managementu bolesti	56
Tabulka 21	Znalost problematiky bolesti	56
Tabulka 22	Faktory ovlivňující toleranci bolesti	57

Tabulka 23	Určení metody nebo škály k hodnocení bolesti	58
Tabulka 24	Vypracovaný metodický pokyn „ <i>Péče o pacienta s bolestí</i> “	59
Tabulka 25	Podnět pro zahájení hodnocení bolesti u seniorů	59
Tabulka 26	Určení časového intervalu hodnocení bolesti u seniorů	60
Tabulka 27	Nejčastěji používané metody, škály pro hodnocení bolesti na pracovišti	60
Tabulka 28	Faktory ovlivňující výběr hodnotící metody, škály bolesti	61
Tabulka 29	Jaké informace zjišťují při hodnocení bolesti u seniorů	62
Tabulka 30	Provádění záznamů o bolesti na pracovišti	63
Tabulka 31	Kompetence sester v managementu bolesti na pracovišti	64
Tabulka 32	Spokojenost sester s úrovní kompetencí v managementu bolesti na pracovišti	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Descartesův model bolesti ze 17. století	10
Obrázek 2	Projekce bolesti do míchy	11
Obrázek 3	Schéma vrátkové teorie	12
Obrázek 4	Circulus vitiosus	15
Obrázek 5	Headovy zóny	22
Obrázek 6	Konceptuální model bolesti	25
Obrázek 7	Třístupňový analgetický žebříček WHO	26
Obrázek 8	Vizuální analogová škála - horizontální	41
Obrázek 9	Vizuální analogová škála – rozevírající se nůžky	41
Obrázek 10	Numerická škála – úsečka	41
Obrázek 11	Numerická škála – pravítko	41
Obrázek 12	Obličejová škála	42

SEZNAM PŘÍLOH

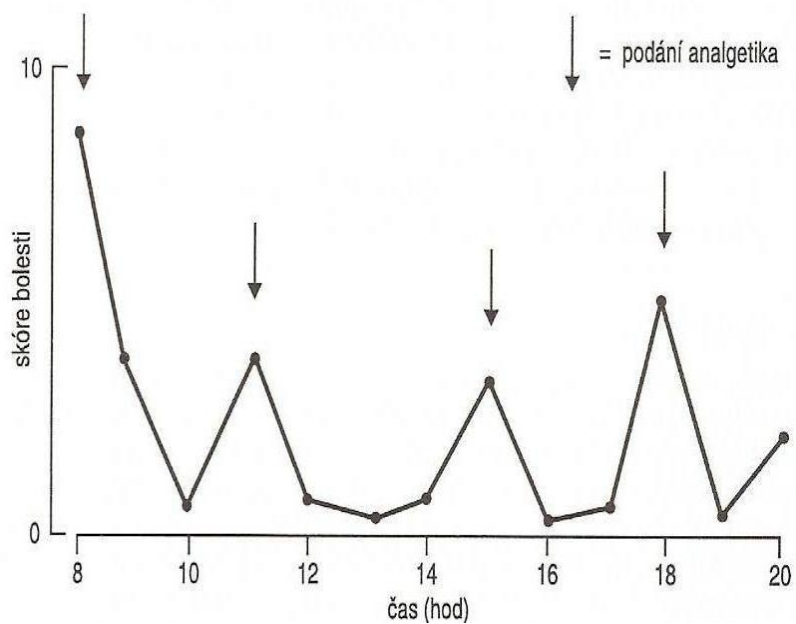
- Příloha 1 Základní termíny v algeziologii
- Příloha 2 Profil bolesti
- Příloha 3 Mapa bolesti
- Příloha 4 Grafický dotazník bolesti pro seniory podle WHO
- Příloha 5 Deník bolesti
- Příloha 6 Hodnotící škála PAINAD
- Příloha 7 Krátká verze McGillského dotazníku bolesti
- Příloha 8 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření
(Vysokomýtská nemocnice)
- Příloha 9 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření
(Nemocnice Milosrdných bratří Letovice)
- Příloha 10 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření
(Nemocnice Nové Město Na Moravě)
- Příloha 11 Dotazník
- Příloha 12 Návrh formuláře na Hodnocení bolesti
- Příloha 13 Návrh Edukačního materiálu pro pacienta s bolestí

Příloha 1 Základní termíny v algeziologii

<i>Alodynie</i>	bolest vyvolaná podnětem, který bolest běžně nevyvolává
<i>Centrální bolest</i>	bolest vyvolaná nebo způsobená primární poškozením nebo dysfunkcí centrálního nervového systému
<i>Dysestezie</i>	nepříjemný abnormální jev vznikající jak spontánně, tak i vyvolaným podnětem
<i>Hranice tolerované bolesti</i>	nejsilnější bolest, kterou je jedinec schopen unést
<i>Hyperalgie</i>	zvýšená odpověď na podnět, který bolest obvykle vyvolává
<i>Hyperestezie</i>	zvýšená citlivost na podněty, bez jiných zvláštních pocitů (a bez poruch v rozlišování kvality podnětů)
<i>Hyperpatie</i>	bolestivý syndrom charakterizovaný abnormální bolestivou reakcí na podnět, zejména opakovaný a zvýšeným prahem cití
<i>Kauzalgie</i>	syndrom trvalé pálivé (palčivé) bolesti, alodynie a hyperpatie po traumatickém poškození nervu, často kombinované s vasomotorickou dysfunkcí a pozdějšími trofickými změnami
<i>Neuralgie</i>	bolest v distribuční zóně nervu nebo nervů
<i>Neurogení bolest</i>	bolest vznikající nebo způsobená primární poškozením, dysfunkcí nebo přechodnou poruchou v periferním nebo centrálním nervovém systému
<i>Neuropatická bolest</i>	bolest vznikající nebo způsobená primární poškozením nebo dysfunkcí nervového systému
<i>Nocicepční podnět</i>	podnět, který vede k poškození tkáně
<i>Nociceptor</i>	receptor citlivý zejména na podněty poškozující tkáně nebo na podněty, které by mohly při delším působení vést k takovému poškození
<i>Parestezie</i>	abnormální vjem, buď spontánní, nebo vyvolaný
<i>Práh bolesti</i>	nejslabší vjem, který je už pocíťován jako bolest

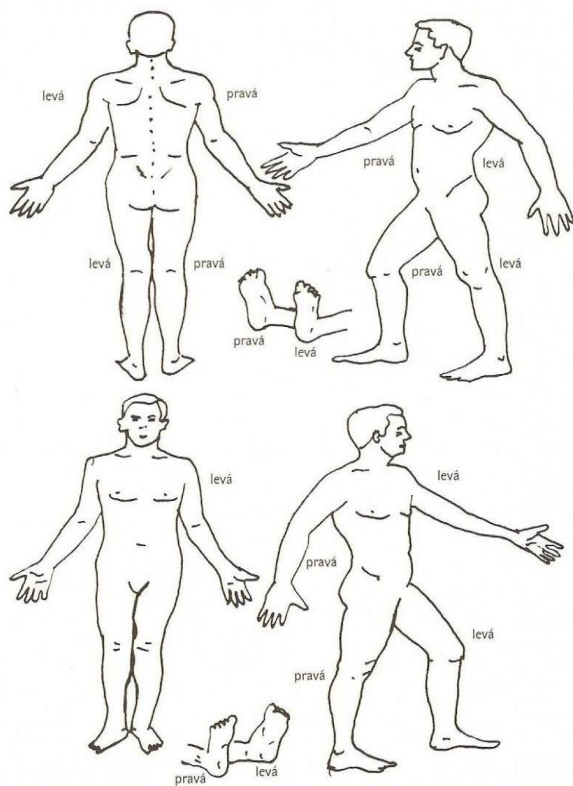
Zdroj: Opavský, 2011, s. 24 – 26

Příloha 2 Profil bolesti




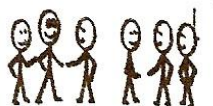








Zdroj: Sofaer, 1997, s. 63

Příloha 3 Mapa bolesti



Zdroj: Janáčková, 2007, s. 41

Příloha 4 Grafický dotazník bolesti pro seniory podle WHO

Denné aktivity		Obmedzenie sociálnych aktivít	
Bez ťažkostí	1 	Žiadne obmedzenie	1 
Mierne ťažkostí	2 	Mierne obmedzenie	2 
Stredne veľké ťažkostí	3 	Stredne veľké obmedzenie	3 
Veľké ťažkostí	4 	Veľké obmedzenie	4 
Veľmi veľké ťažkostí	5 	Veľmi veľké obmedzenie	5 

Zdroj: Rokyta, 2006, s. 306

Příloha 5 Deník bolesti



Zdroj: Propagační materiály (Zentiva a. s.)

Příloha 6 Hodnotící škála PAINAD – stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence

	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrápené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

Zdroj: Klevetová, 2010, s. 59

Příloha 7 Krátká verze McGillského dotazníku bolesti

Deskriptor bolesti (bolestivého pocitu)	0 žádná	1 mírná	2 středně silná	3 silná
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá – palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé) na dotek				
11. jako by mělo prasknout (puknout)				
12. unavující – vyčerpávající				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá - krutá				

Zdroj: Rokyta, 2006, s. 175, vlastní zpracování autora

Příloha 8 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření ve Vysokomýtské nemocnici

Radka Špačková
Čsl. Legií 810
Vysoké Mýto
566 01

Ve Vysokém Mýtě 1. 10. 2013

Věc: Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření

V souvislosti s vypracováním své bakalářské práce na téma: „Role všeobecné sestry v hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče“ a provedením souvisejícího dotazníkového šetření, Vás zdvořile žádám o možnost spolupráce se všeobecnými sestrami na lůžkovém oddělení následné péče Vaší nemocnice. Oblastí dotazníkového šetření je téma management bolesti u seniorů.

Předem děkuji za možnou spolupráci.

S pozdravem Radka Špačková

Vyjádření: Souhlasím s provedením dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení na oddělení následné péče.

Ve Vysokém Mýtě 31. 10. 2013



Vysokomýtská nemocnice
Hradecká 167
566 23 Vysoké Mýto 2
41

Radka Špačková
Datum, podpis, razítko

Příloha 9 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření v nemocnici Milosrdných bratří Letovice

Radka Špačková
Čsl. Legii 810
Vysoké Mýto
566 01

Ve Vysokém Mýtě 1. 10. 2013

Věc: Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření

V souvislosti s vypracováním své bakalářské práce na téma: „Role všeobecné sestry v hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče“ a provedením souvisejícího dotazníkového šetření, Vás zdvořile žádám o možnost spolupráce se všeobecnými sestrami na lůžkovém oddělení následné péče Vaší nemocnice. Oblastí dotazníkového šetření je téma management bolesti u seniorů.

Předem děkuji za možnou spolupráci.

S pozdravem Radka Špačková

Vyjádření: Souhlasím s provedením dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení na oddělení následné péče.

V Letovicích
4.11. 2013

MUDr. Drahešlava KRÁLOVCOVÁ
ředitelka

.....
Datum, podpis, razítko

Nemocnice Milosrdných bratří Letovice,
příspěvková organizace
679 61 LETOVICE, Pod Klášterem 17
IČO: 00387134, tel.: 516 426 105

Příloha 10 Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření v nemocnici Nové Město na Moravě

Radka Špačková
Čsl. Legií 810
Vysoké Mýto
566 01

Ve Vysokém Mýtě 1. 10. 2013

Věc: Žádost o povolení spolupráce při dotazníkovém šetření

V souvislosti s vypracováním své bakalářské práce na téma: „Role všeobecné sestry v hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče“ a provedením souvisejícího dotazníkového šetření, Vás zdvořile žádám o možnost spolupráce se všeobecnými sestrami na lůžkovém oddělení následné péče Vaší nemocnice. Oblastí dotazníkového šetření je téma management bolesti u seniorů.

Předem děkuji za možnou spolupráci.

S pozdravem Radka Špačková

Vyjádření: Souhlasím s provedením dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení na oddělení následné péče.

V Novém Městě na Moravě

Nemocnice
Nové Město na Moravě,
přísouhlasil dne
R. M. 2013
Datum, podpis, razítko

Příloha 11 Dotazník

Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Radka Špačková a jsem studentkou bakalářského studia Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku, který je podkladem pro moji bakalářskou práci s názvem „*Role všeobecné sestry v hodnocení bolesti u seniorů v zařízení následné péče.*“

Cílem práce je zmapování znalostí, postupů a kompetencí všeobecných sester v problematice sledování a způsobů hodnocení bolesti u seniorů na Vašem pracovišti.

Instrukce k vyplnění:

Vámi vybranou (é) odpověď(i) označte, prosím, křížkem, vytečkované řádky, prosím, doplňte vlastním slovem.

Po vyplnění zanechte, prosím, dotazník u vrchní sestry Vašeho pracoviště.

Děkuji Vám za čas i zodpovědný přístup při vyplňování tohoto dotazníku.

Radka Špačková

1. Pohlaví:

žena
muž

2. Věk:

20 – 30
31 - 40
41 – 50
51 – 60

3. Dosažené (odborné) vzdělání: (možno zvolit více odpovědí)

Úplné střední (SZŠ)
Vyšší odborné
Vysokoškolské (Bc.)
Vysokoškolské (Mgr.)
Specializační studium, v jakém oboru:

4. Délka praxe ve zdravotnictví (v letech):

do 1 roku
1 – 5
6 – 10
11 – 15
16 – 20
21 – 25
26 – 30
31 - 35
36 a více

5. Absolvoval/a jste certifikovaný kurz v problematice Managementu bolesti?

- Ano
- Ne

6. Absolvovala jste někdy seminář nebo jinou vzdělávací akci zaměřenou na management bolesti?

- Ano
- Ne
- Nevím, nevzpomínám si

7. Myslíte si, že je důležité kontinuální vzdělávání v problematice managementu bolesti u seniorů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

8. Pokud ANO, kde získáváte informace o managementu bolesti u seniorů? (možno zvolit více odpovědí)

- Odborná literatura
- Odborné časopisy
- Semináře, konference
- Internet
- Jiná varianta (prosím doplňte):

ZNALOSTI

9. Označte odpověď, kterou považujete za správnou:

- Bolest je normální projev stárnutí
- Chronickou bolest lze označit tehdy, trvá-li déle než 3 týdny
- Vnímání a citlivost k bolesti se v procesu involučních změn snižuje
- U seniora s demencí nelze bolet objektivně zhodnotit
- Hodnocení bolesti je neméně důležité, než hodnocení vitálních funkcí

10. Co podle vás ovlivňuje toleranci (zvládání) bolesti? (možné zvolit více odpovědí)

- Věk
- Pohlaví
- Denní doba
- Aktuální psychický stav
- Etnická příslušnost
- Jiná varianta (prosím doplňte):

11. Které z uvedených hodnotících škál je určena k hodnocení bolesti? (možno zvolit i více odpovědí)

- Activity of Daily Living (ADL) - Barthelové test - denních všedních činností
- Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga
- Instrumental Activity of Daily Living (IADL) test instrumentálních denních činností
- Obličejová škála pro hodnocení bolesti
- Vizuální analogová škála (VAS)
- McGillův dotazník
- Hodnotící škála PAINAD
- Numerická škála bolesti
- Dotazníky bolesti
- Test kreslení hodin
- Mini-Mental State Examination (MMSE)

12. Máte na Vašem pracovišti k dispozici metodický postup péče o pacienta s bolestí?

- Ano, prakticky je využíván
- Ano, prakticky je nevyužíván
- Ne
- Nevím

POSTOJE (PRACOVNÍ ZVYKLOSTI)

13. Podnětem zahájení hodnocení bolesti u seniorů pro Vás je? (možno zvolit i více odpovědí)

- Neverbální projev
- Pokud pacient sděluje, že má bolest
- Pokud je monitorování bolesti jako ordinace lékaře
- Podnětem k hodnocení je metodický pokyn (standard)
- Požadovaný záznam v dokumentaci

14. V jakých časových intervalech hodnotíte bolest u seniora v průběhu dne? (možno zvolit i více odpovědí)

- Dle potřeby
- Před aplikací analgetik, opiátů
- Po aplikaci analgetik, opiátů
- Po změně analgetické léčby
- 1x denně (zápis do dokumentace)
- Vícekrát denně (jaký časový interval).....
- Jiná varianta (prosím popište).....

15. Jaký typ škály pro hodnocení bolesti u seniorů na Vašem pracovišti používáte nejčastěji?

Numerická škála (pravítko bolesti)

Vizuální analogová škála (úsečka bolesti)

Výrazová (obličejová škála)

Mapa bolesti

McGillův dotazník

Hodnotící škála PAINAD

Jiná varianta (prosím popište).....

**16. Co zohledňujete u daného pacienta – seniora při výběru optimální hodnotící škály?
(možno zvolit i více odpovědí)**

Věk

Zrak

Typ bolesti

Kognitivní funkce (paměť, pozornost, řeč)

Komunikační schopnosti pacienta

Pochopení hodnotící škály

Jiná varianta (prosím popište).....

KOMPETENCE

**17. Které informace v souvislosti s bolestí u seniora zjišťujete na Vašem pracovišti?
(možno zvolit i více odpovědí)**

Charakter bolesti (typ - pálivá, bodavá)

Farmakologická anamnéza (užívaná analgetika)

Posouzení psychického stavu (úzkost, strach, deprese)

Funkční schopnosti seniora (schopnost sebezpečie ovlivněnou bolestí)

Předchozí zkušenosti s bolestí

Etiologie bolesti (příčiny vzniku)

Vliv bolesti na psychosociální oblast (kvalita spánku a sociálních kontaktů)

Vliv bolesti na fyzickou oblast (ovlivnění příjmu potravy a mobility nemocného)

Jiná varianta (prosím popište).....

**18. Kam zaznamenáváte na Vašem pracovišti informace o hodnocení bolesti u seniorů?
(možno zvolit i více odpovědí)**

Do formuláře o hodnocení bolesti

Do denního hlášení

Do dekurzu

Kalendáře léčby bolesti

Nezaznamenáváme vůbec

Jiná varianta (prosím popište).....

19. Jaké máte kompetence v managementu bolesti? (možno zvolit i více odpovědí)

Hodnocení bolesti (intenzity bolesti, využití hodnotících škál)

Edukace

Psychická podpora

Aplikace analgetik, opiátů

Využití alternativních způsobů léčby bolesti

Rehabilitační program, fyzikální terapie

Polohování (úlevová poloha)

Vedení zdravotnické dokumentace

20. Domníváte se, že jsou Vaše kompetence v managementu bolesti dostačující?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Pokud NE, v čem vidíte hlavní problém?.....

Prostor pro Vaše názory, připomínky nebo náměty k uvedenému tématu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha 13 Návrh Edukačního materiálu pro pacienta s bolestí

Edukátor: Ošetřující lékař, všeobecná sestra

Edukant: Pacient při příjmu na oddělení, v průběhu hospitalizace se změnou zdravotního stavu

NEMUSÍTE SNÁŠET BOLEST...., PROČ JE DŮLEŽITÉ JI HLÁSIT.....

Většina z Vás, pacientů se při pobytu v nemocnici může strachovat, jak bude snášet bolest. Současná péče umožňuje do značné míry bolest odstranit nebo ji utiřit na snesitelnou úroveň. Odstraňování a zmírňování bolesti tvoří důležitou součást účinné léčby Vašeho onemocnění. Základem úspěšné léčby bolesti je Vaše **osobní vyjádření**. Pokud nám o své bolesti řeknete, zlepšíte možnosti jejího ovlivnění a umožníte nám nastavit léčbu tak, aby Vám přinesla opravdu úlevu.

Mluvení o bolesti je velmi důležité pro zlepšení Vašeho zdravotního stavu, protože, kromě jiného, bolest může výrazně omezit Váš pohyb, vyčerpává tělesně i duševně a naruší Vaše zotavení během léčebného procesu. Nedostatečně léčená bolest může zvýšit riziko komplikací spojených s Vaším zdravotním stavem a následným zotavením.

Budeme se Vás ptát, jak silnou cítíte bolest. K určení, jak závažná je Vaše bolest, nám pomáhá takzvaná vizuální analogová škála, **stupnice**, podle které si Vy sami řeknete, jak silně cítíte svoji bolest. Stupnice má **deset bodů** a každý z nich je popsán slovním doprovodem, popisem míry bolesti. Podívejte se do dolní části tohoto letáku. Dále budeme zjišťovat místo, začátek, dobu trvání bolesti a jakékoliv změny. Vaše určení míry bolesti, úlevy po podání léků a dalších pocitů s bolestí spojených, nám umožní navrhnout léčbu bolesti, která bude odpovídat potřebám každého jednoho z Vás.

Nemusíte mlčky trpět. Svěřte se nám s Vaší bolestí. **Řekněte nám co nejdříve, jaký druh bolesti máte a jak je intenzivní. To je nejlepší způsob, jak Vám účinně pomoci. Neváhejte se ptát, potřebujete-li další informace. Jsme tu, abychom Vám pomáhali.**

Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



0
bez bolesti



1-2
snesitelná



3-4
střední



5-6
silná



7-8
krutá



9-10
nejhorší