

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra



Markéta Náhlovská, DiS.

Léčba pooperační bolesti po gynekologických chirurgických výkonech
Pain treatment after gynecological performance

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Hošťálková
Konzultant práce: MUDr. Pavlína Nosková

Praha, 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 4. 2015

Markéta Náhlovská

Identifikační záznam

NÁHLOVSKÁ, Markéta. *Léčba pooperační bolesti po gynekologických chirurgických výkonech. [Pain treatment after gynecological performance]. Praha, 2015. 53 s., 5 příloh.* Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Monika Hošťálková

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je léčba pooperační bolesti po gynekologickém chirurgickém zákroku. Práce se skládá z části teoretické a empirické. V teoretické části je popsána fyziologie bolesti, její klasifikace, druhy a faktory ovlivňující její intenzitu. V dalších kapitolách teoretické části je popsána diagnostika, léčba, intervence sestry u pacienta s bolestí a práva pacientů na adekvátní léčbu bolesti. V empirické části jsou zpracována data z dotazníkového šetření. Metodou kvantitativního průzkumu je zjišťována spokojenost patientek trpící bolestí s péčí sester. Byl distribuován respondentkám na lůžková oddělení Gynekologicko- porodnické kliniky UK 1. lékařské fakulty v Praze. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost pacientů trpící bolestí s péčí sester, zmapovat typ preference analgezie po gynekologickém zákroku, a pozitivní a negativní vlivy na vnímání bolesti, zjistit vliv pooperační bolesti na spánek a sebeobsluhu. Součástí výzkumu byla také diagnostika intenzity bolesti. Ze získaných dat vyplývá, že 100% patientek ze zkoumaného vzorku bylo spokojeno s péčí všeobecných sester. Patientky po provedeném zákroku nejvíce preferují jednorázovou aplikaci léku proti bolesti. Při zmapování intenzity bolesti byla zjištěna nejvyšší intenzita bolesti v období od 2 – 12 hod. po provedeném zákroku. Nejvíce negativně v pooperačním období působila na respondentky změna polohy, pozitivní ovlivnění bolesti bylo nejvíce docíleno aplikací léků proti bolesti. Při zmapování nabídky nefarmakologických metod ze strany všeobecných sester bylo zjištěno nedostatečné poskytování informací respondentkám o pozitivních účincích nefarmakologických metod. Na základě tohoto zjištění bychom si měli uvědomit, že i v dnešní době vyspělé lékařské a ošetrovatelské péče je nutné se více zaměřit na včasnou a pravidelnou diagnostiku bolesti a s tím i související lepší informovanost všeobecných sester o nefarmakologických metodách tlumení bolesti. Význam bakalářské práce spatřuji ve zlepšení pooperační péče o pacienty trpící bolestí.

Klíčová slova: gynekologický zákrok, ošetrovatelská péče, bolest, analgezie

ABSTRAKT

The theme of this thesis is the treatment of postoperative pain after gynecological surgery. The work consists of theoretical and empirical part. The theoretical part describes the physiology of pain, its classification, types and factors affecting its intensity. In subsequent chapters, the theoretical part describes the diagnosis, treatment, intervention of a nurse in a patient with pain and patients' rights to adequate pain treatment. In the empirical part are processed data from the survey. Quantitative survey method is determined, patient satisfaction with pain in the care of nurses. Quantitative survey was distributed to the respondents Gynecology - Obstetrics, 1st Medical Faculty, Charles University in Prague. The aim of the research was to determine patient satisfaction with pain in the care of nurses, chart type preference analgesia after gynecological surgery, and positive and negative effects on pain perception, determine the impact of postoperative pain on sleep and self-care. The inquiry also diagnosis of pain intensity. From the data obtained, showing that 100% of the patients in the sample were satisfied with the care of nurses. Patients after completion of the procedure most prefer a single injection of painkiller. When mapping the intensity of pain was detected highest intensity of pain in the period from 2-12 hours after completion of the procedure. The most negative in the postoperative period, that affect on the respondents, was change of position, positive effect on pain was the most accomplished of applications painkillers. When mapping the supply of non-pharmacological methods by nurses was found inadequate provision of respondents information about the positive effects of non-pharmacological methods. Based on this finding, we should realize that even nowadays advanced medical and nursing care is necessary to focus more on early diagnosis and regular pain, and thus related better inform nurses about non-pharmacological methods of pain control. The importance of this thesis I see in improvement of postoperative care of patients suffering from pain.

Keywords: gynecologic surgery, nursing care, pain, analgesia

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Monice Hošťálkové za její odborné vedení po dobu zpracovávání této práce. Další mé poděkování bych směřovala k odborné konzultantce MUDr. Pavlíně Noskové za vstřícnost a odborné vedení mé práce.

V Praze 24. 4. 2015

Markéta Náhlovská

Obsah

Úvod	8
1 Definice bolesti a její fyziologie.....	9
2 Patofyziologické účinky pooperační bolesti a ovlivňující faktory	12
3 Klasifikace bolesti	14
4 Diagnostika bolesti.....	15
5 Léčba pooperační bolesti.....	18
5.1 Organizace pooperační analgezie	18
5.2 Farmakoterapie pooperační bolesti po gynekologických výkonech	19
5.3 Neuroaxiální analgezie a lokální infiltrační anestezie	20
5.4 Pacientem řízená analgezie PCA	21
5.5 Nefarmakologické postupy v léčbě bolesti.....	21
5.6 Psychologické metody sloužící k redukci bolesti	22
6 Gynekologické chirurgické výkony	24
7 Intervence sestry u pacientů s bolestí.....	25
7.1 Všeobecné ošetrovatelské strategie proti bolesti	25
7.2 Obecné zásady ošetřování nemocného s bolestí	26
7.3 Práva pacientů na adekvátní léčbu bolesti	27
8 Výzkumné cíle	28
9 Metodologie práce.....	29
10 Výsledky dotazníkového šetření	31
11 Diskuse	47
12 Závěr	50
13 Seznam použité literatury	51
Přílohy	

Úvod

Bolest provází člověka po celý jeho život, proto také ve všech kulturních obdobích lidské společnosti můžeme pozorovat různé pokusy o dosažení úlevy od bolesti. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může i sama lidský život zničit. Přestože je bolest v zásadě negativním jevem, nese v sobě i pozitivní prvek, tím je varovným a nepostradatelným příznakem nemoci. (Trachtová, 2006).

Názory na ovlivňování bolesti se v průběhu lidské existence formovaly pod vlivem etnických znalostí, tradic, ideologií a dalších faktorů. Vůbec nejstarší dochované, písemné zprávy o historii léčení pochází ze starého Egypta, kdy bylo využíváno zejména nadpřirozených jevů. Vývoj léčby bolesti je velmi obsáhlý, kdy přes aplikaci lektvarů, přikládání úhořů, užívání opia, konopí se dostáváme až k dnešním druhům analgezie (Rokyta, 2006).

I přes tak pokročilý vývoj medicíny, kdy v úspěšné terapii se uplatňují všechny úrovně vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti, se stále setkáváme s nedostatečně terapeuticky zvládnutou pooperační bolestí (Peprla, 2014).

Téma pooperační léčby bolesti jsem si vzhledem k své profesi anesteziologické sestry vybrala pro svou bakalářskou práci. Denně se setkávám a sama se podílím na komplexní terapii pooperační bolesti. Pracuji na Gynekologicko-porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde se každodenně setkávám s léčbou pooperační bolesti po gynekologických chirurgických výkonech. Cílem této práce bylo zjištění spokojenosti pacientek trpících bolestí po gynekologickém zákroku s péčí sester. Během svého působení na této klinice si nelze nepovšimnout, že za poslední roky došlo k velké změně postupů a metod v pooperační analgezi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice bolesti a její fyziologie

První část naší práce se z důvodu správného pochopení celé problematiky bolesti zabývá definicí bolesti, její fyziologií a dělením. Samotných definic bolesti existuje celá řada, uvádím zde ty, které ji dle mého názoru vystihují nejvíce.

Bolest jako taková má ochrannou funkci. Jedná se o nepříjemný sensorický a emoční vjem, jež signalizuje hrozící nebo probíhající poruchu integrity organismu. Zároveň informuje o průběhu léčby (Rokyta, 2006). Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP, International Association for the Study of Pain) vymezily definici takto: „Bolest jako nepříjemnou sensorickou a emocionální zkušenost, spojenou s akutním nebo možným poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození.“

Podle Trachtové je bolest nejkomplexnější lidskou zkušeností, protože její prožívání je spojeno s důsledky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je stavem tísně, samotným stresem a spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech a celém organismu vůbec (Trachtová, 2006).

Fyziologie bolesti - nocicepce

Samotný vjem bolesti je označován jako nocicepce, která je výsledkem stimulace nociceptorů, jež jsou umístěny v kůži, ve stěně vnitřních orgánů. Nociceptor je primární aferentní neuron, který má specifické nervové zakončení, umožňující odlišit potencionálně poškozující podnět od neškodného. Informaci zpracovává a dále předává do centrálního nervového systému. Signál v podobě impulzní aktivity je převáděn do míchy a do vyšších oddílů centrální nervové soustavy, kde je interpretován jako bolest. Podstatou nociceptorů jsou volná nervová zakončení, reagující na některé chemické látky, které se uvolňují při zánětu, při ischemii tkáně. Je to zvýšená hladina draslíku, histaminu, vliv prostaglandinů, katecholaminů. Samotné nociceptory využívají nervových impulsů k vyslání zprávy k jiným nervům, které pak dopraví informaci až k míše a k mozku. Celý proces dále aktivuje mimovolní reakce (hypertenze, tachypnoe, flexe svalů postižené části těla), (Rokyta, 2012).

Nocicepce je tvořena celkem 4 fázemi (transdukce, transmise, percepce, modulace). Transdukce je proces, kterým vnější škodlivé podněty aktivují příslušné receptory na periferních zakončeních sensorických neuronů. Jejich aktivace pak vede k depolarizaci buněčné membrány a následně k vzniku elektrické impulzní aktivity. Různé formy energie (tepelné, fyzikální, chemické) jsou převáděny na nervové impulzy. Různé receptory mají odlišný stupeň specifity na podněty. Unimodální receptory reagují pouze na jeden druh podnětu. Polymodální receptory reagují naopak na jeden a více podnětů. V druhé fázi

nocicepce v transmisi předávají depolarizované neurony elektrické impulsy do centrálního nervového systému. Transmise znamená zpracování a výběr relevantních informací ze sensorických vstupů. Třetí fáze percepce je proměnlivá v závislosti na stupni vývoje člověka, jeho prostředí, nemoci a povolání. Percepce bolesti může trvat sekundy, hodiny až týdny. Čtvrtá fáze nocicepce, modulace, je fází přizpůsobovací, při které dochází k snížení či naopak k zvýšení bolesti vlivem vnitřních nebo vnějších faktorů (Kolektiv autorů, 2006).

Při vnímání bolesti je uplatňována složka sensorická, centrální, afektivní, autonomní, emocionální a vegetativní. Aktivací nocicepčních vláken se šíří vzruchy centripetálně, na jejich zpětných kolaterálách pak směrem ke kožním arteriolám centrifugálně. Z nich se postupně uvolňují látky, které blokují draslík a kanály nervových zakončení, působí jako vazodilatancium a zároveň zvyšuje permeabilitu kapilár. V průběhu senzibilizace dochází v místě poškozené tkáně k snížení nocicepčního prahu a k zvýšení vzruchové aktivity aferentních vláken (primární hyperalgezie). Podněty do té doby nebolestivé, se stávají bolestivými. RF nociceptorů se mohou dále rozšířit, tím je patrna zóna bolestivosti i v okolí tj. sekundární hyperalgezie. Při centrální senzibilizaci v míše, kde jsou neurony drážděny vzruchovou aktivitou aferentních vláken. V samotných neuronech je indukována tvorba jaderných proonkogenů a genů regulujících růst (Rokyta, 2012). V případě trvalého bolestivého dráždění je prodlužována centrální senzibilizace ještě i do doby, kdy noxa už nepůsobí. Vnímání bolesti pak naopak zabraňuje systém endogenní analgezie, jež je součástí centrálních sestupných zpětnovazebných systémů, které řídí a ladí percepční mechanismy v nižších částech somatosensorických drah. Analgezie navozená endogenními opioidy (endorfiny, enkefaliny, propiomelanokortiny) a morfinem působí stejně jako analgezie, která je vyvolána stimulací, a to přímým působením na centrální nervový systém (Vokurka, 2005).

Typy bolesti podle patofyziologie

Podle patofyziologie lze bolest rozčlenit na bolest nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, dysautonomní a smíšenou.

Bolest nociceptivní

Bolest nociceptivní původu vzniká podrážděním nociceptorů, které se nacházejí v oblasti tkání (kůže, sliznice, periost, měkké tkáně). Z důvodu znalosti příčiny je tento typ bolesti dobře léčitelný (Hakl, 2011).

Bolest neuropatická

Vzniká postižením nervového periferního nebo centrálního systému. Bolest nevzniká na nociceptorech, ale v průběhu nervů, a je způsobena dysfunkcí nebo lézí nervového systému. Poškozením těchto nervů při začátku jejich průběhu při vedení od nociceptoru do mích vláknů A nebo C vláknů může nastat periferní neuropatická bolest (Hakl, 2011). Mezi periferní neuropatické bolestivé stavy řadíme například postherpetické

neuralgie, traumatické poškození periferních nervů, polyneuropetatické poškození různé etiologie. Zástupcem centrální neuropatické bolesti je talamická bolest, fantomová bolest, bolest při postižení centrálního nervového systému během neurologického onemocnění (Rokyta, 2009).

Bolest psychogenní

U tohoto typu bolesti převažuje psychická komponenta. Jedná se o typ chronické bolesti. Příkladem jsou depresivní poruchy, kdy bolest je somatickou projekcí primárních psychických obtíží (Hakl, 2011).

Bolest dysautonomní

Jedná se o typ bolesti, kde zásadní podíl na intenzitě má autonomní vegetativní systém, zejména pak sympatikus. Ten se podílí u akutní bolesti na typické reakci „fight or flight“ (příprava na útěk – zvýšené pocení, tachykardie, dilatace bronchů, mydriáza). U chronické bolesti má potom významný podíl na udržování patologického stavu organismu a bolesti samotné. Typickým zástupcem je regionální bolestivý syndrom (Hakl, 2011).

Bolest smíšená

Na tomto stavu se podílí více předchozích typů bolesti. Často se vyskytuje kombinace bolesti neuropatické a nociceptivní.

2 Patofyziologické účinky pooperační bolesti a ovlivňující faktory

Bolest funguje jako obranný mechanismus a upozorňuje nás na poranění nebo na nemoc. Reakce na bolest je každého u člověka jiná, stejně tak jako je jiná u stejného člověka v jinou denní dobu (Kolektiv autorů, 2006). Pooperační bolest je příkladem akutní bolesti a to jak z patofyziologického, tak terapeutického hlediska. Na poškození tkáně chirurgickým zákrokem reaguje celý organismus. Dysfunkce nastávají v plicním, kardiovaskulárním, gastrointestinálním, urinálním, neuroendokrinním, imunitním a také ve svalovém metabolismu (Rokyta, 2006).

Změny respiračních funkcí

Chirurgické výkony na hrudníku, nadbřišku omezují vitální kapacitu plic, funkční reziduální kapacitu, jednotlivý dechový objem, reziduální objem i jednovteřinový usilovný výdech. Dochází k zvýšení napětí břišních svalů a k omezené funkci bránice. To má za následek omezenou plicní poddajnost, svalové ztuhnutí, nemožnost hlubokého dechu a odkašlání.

Postupně může dojít až k hypoxémii, hyperkapnií, retenci sekretů v dýchacích cestách a následně k atelektáze a pneumonii. Zvýšený svalový tonus vede k zvýšené spotřebě kyslíku a následně k produkci laktátu. Pacient se obvykle obává provokace bolesti, bojí se zhluboka dýchat a odkašlávat (Rokyta, 2006).

Kardiovaskulární změny

Stimulací sympatiku je vyvolána tachykardie, zvýšení tepového objemu, srdeční práce a spotřeba kyslíku myokardem. Obava z bolesti zde opět negativně ovlivňuje pohybovou aktivitu nemocného, následuje žilní stáza, agregace trombocytů, žilní trombóza a vznik tromboembolické nemoci.

Gastrointestinální a urinální změny

S pooperačním stavem a bolestí souvisí střevní hypomotilita, paralýza, hypomotilita uretry a močového měchýře. To může následně způsobit problémy s vyprazdňováním moče a stolice nebo se projevit jako nauzea a zvracení (Rokyta, 2006).

Neuroendokrinní a metabolické změny

Suprasegmentální reflexní odpovědi zvyšují tonus sympatiku, stimulují hypotalamus, zvyšují produkci katecholaminů a katabolických hormonů (kortizol, adrenokortikotropní hormon, antidiuretický hormon, glukagon, aldosteron, renin, angiotensin II) a snižují sekreci anabolických hormonů (inzulin, testosteron). Výsledkem je retence sodíku a vody, zvýšení glykémie, volných mastných kyselin, ketolátek a laktátu.

Metabolismus a spotřeba kyslíku jsou zvýšeny a metabolické substráty jsou mobilizovány ze svých zásobáren (Rokyta, 2012).

Faktory ovlivňující pooperační bolest

Jak silná bude bolest a jak dlouho bude trvat, ovlivňuje mnoho okolností. Bolest je individuální zkušenost a je modifikována fyziologickými, psychologickými faktory, výchovou, prognózou onemocnění, spánkovou deprivací, pohlavím, věkem. Na toleranci bolesti a následném bolestivém chování se podílí rasa, a s tím související náboženské a rodinné tradice (Málek, 2009).

Kvalita, intenzita a trvání pooperační bolesti je ovlivněna místem, typem, délkou chirurgického zákroku, typem a rozsahem provedené incize, typem anestezie, druhem analgezie před výkonem a po výkonu, výskytem chirurgických komplikací, kvalitou pooperační péče, a v neposlední řadě také fyzickým a psychickým stavem pacienta.

Předoperační analgezie řeší potencionální bolest ještě před zahájením samotného výkonu. Jako součást premedikace bývají aplikovány léky ze skupiny opioidů nebo kombinace analgetik a antipyretik. Silnou bolest způsobují rozsáhlé operační zákroky v oblasti nadbřišku, hrudníku, ledvin, páteře, operace velkých kloubů s výjimkou kyčlí. Bolest s trváním do 48 hodin bývá po prostatektomiích, abdominálních hysterektomiích a po císařských řezech. Střední bolest bývá po operacích srdce, kyčelních kloubů, hrtanu a hltanu. Střední bolest kratšího trvání pak bývá většinou po appendektomiích, vaginálních hysterektomiích, mastektomiích a operací tříselných kýl. Malá bolest je typická po malých gynekologických výkonech (Málek, 2009).

3 Klasifikace bolesti

Bolest lze hodnotit na základě celé řady kritérií. Podle délky trvání dělíme bolest na akutní a chronickou.

Akutní bolest

Jedná se o nepříjemný sensorický, emoční a mentální pocit spojený s doprovodnými vegetativními, psychickými reakcemi a změnami chování. Trvá zpravidla několik hodin až dnů, zřídka déle než měsíc (Rokyta, 2006).

Akutní bolest plní své poslání, tím je ochrana organismu před poškozením. Akutní bolest vzniká hned po vyvolávající příčině, místo výskytu odpovídá místu příčiny bolesti. Má vliv na celý organismus, aktivuje sympatikus, neuroendokrinní, imunitní, zánětlivé reakce, katabolismus, zvyšuje spotřebu kyslíku myokardem, snižuje motilitu gastrointestinálního traktu. Příčina akutní bolesti by měla být správně diagnostikována, léčena a odstraněna. Bolest vymizí, pokud je odstraněna její příčina nebo jsou-li podána analgetika. Akutní bolest vede ke komplexnímu chování nemocného, k změně polohy, k vyhledání pomoci, k zahájení klidového režimu a terapie. Pro člověka představuje bolest zátěž, na kterou organismus reaguje fyziologickými změnami. Mezi tyto změny patří hypertenze, prohloubené dýchání, zvýšené svalové napětí. U postiženého jedince je zvýšené afektivní prožívání bolesti projevující se strachem, depresivní náladou, agresivním chováním (Janáčková, 2007).

Kvalitně zvolená analgezie snižuje výskyt pooperačních komplikací, umožňuje časnější nástup následné rehabilitace, má pozitivní vliv na psychiku nemocného a v neposlední řadě výrazně snižuje délku hospitalizace.

Chronická bolest

Chronickou bolest můžeme chápat jako soubor nepříjemných vjemů působících na organismus. Abychom mohli bolest označit za chronickou, musí trvat nejméně 3 až 6 měsíců. Chronická bolest pacienta vyčerpává fyzicky, psychicky i sociálně a často vede k silnějším emočním reakcím (Rokyta, 2009).

Při chronické bolesti se nejedná o jednoduchý kauzální vztah mezi poškozením organismu a zážitkem pacienta. Na historii chronické bolesti mají vliv jak psychologické, tak i sociální faktory. Nemocný s chronickou bolestí je velmi často frustrovaný, v depresi, v pasivitě. Tato bolest zasahuje často rozsáhlé partie těla, případně i celé tělo (Zacharová, 2007).

4 Diagnostika bolesti

Diagnostika bolesti vyžaduje nezbytnou spolupráci pacienta, lékaře a sestry. Úkolem sestry a lékaře je získat od pacienta co největší množství informací o vnímané bolesti. Sledujeme jak verbální, tak i neverbální projevy bolesti. Jen tak je možné zahájit kvalitní plán managementu bolesti.

Bolest je ovlivněna tělesnou patologií, kulturními a sociálními faktory, očekáváním, pocitem kontroly a momentální náladou. Každý člověk má odlišný práh bolesti, toleranci k vnímání bolesti a také odlišný způsob vyjadřování. Pacient by měl vždy cítit dostatečný zájem ze strany zdravotníka o jeho problémy a snahu tyto problémy řešit.

Anamnéza pacienta

Anamnestické údaje poskytují potřebný základ informací pro následnou terapii bolesti. Informace jsou od pacienta získávány jednak metodou rozhovoru, pozorováním tak i pomocí standardizovaného dotazníku. Dobře odebraná anamnéza napomáhá následnému správnému nastavení efektivní léčby.

Při rozhovoru zjišťujeme:

- nástup a trvání bolesti (kdy bolest začala, nástup bolesti, trvání bolesti)
- lokalizace místa bolesti (označení bolestivé lokality přímo na těle nebo vyznačené v dotazníku)
- intenzita bolesti (největší a nejmenší bolest dle hodnotící škály)
- kvalita bolesti (pálivá, bodavá, tupá, ostrá, tlaková)
- zmírňující faktory bolesti (změna polohy, aplikace tepla, chladu)
- zhoršující faktory bolesti (pohyb, poloha těla)
- předchozí zkušenost pacienta s bolestí (léčba, efekt léčby, spokojenost s předchozí terapií)

Ze sociální anamnézy nás zajímá povolání, finanční situace, rodina, zájmy, cvičení, kvalita spánku a víra. V případě náboženství se ptáme na to, zda víra sama ovlivňuje jeho prožitek bolesti. Existují kultury, které vnímání bolesti vyjadřují naprosto otevřeně a naopak jiné, které bolest popírají. Nikdy nehodnotíme pacienta podle sebe, ale vždy přistupujeme ke každému individuálně. Naprosto nepřípustné je bagatelizování bolesti ze strany zdravotníků (Rokyta, 2006).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je zahajováno pozorováním chování pacienta. Ten může svou bolest projevat širokým spektrem příznaků vyjadřující bolest. Patří sem vokalizace, slovní hlášení bolesti, bolestivá grimasa obličeje, zaťaté zuby, držení či podpírání části těla, opatrné a projektivní pohyby, rigidní polohy v sedu, časté změny polohy, kulhání,

abnormální chůze, časté přestávky při chůzi, odpočívání během dne, vyhýbání se tělesné aktivitě, užívání léků. Nedílnou součástí fyzikálního vyšetření pacienta je měření krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence, kontrola šíře zornic.

Vhodně zvolená analgezie má prokázaný pozitivní vliv na celkový pooperační průběh. Naopak neléčená bolest po operačním zákroku vede ke zvýšené spotřebě kyslíku, zhoršenému hojení, riziku plicních komplikací, katabolismu a přechodu do chronicity. Celkově se nedostatečná analgezie projevuje na zvýšené morbiditě a mortalitě. Podle National Guidelines Clearinghouse se nejčastější komplikace vyskytují u systému kardiovaskulárního, respiračního, trávicího a imunitního.

Z hlediska kardiovaskulárního systému se objevuje hypertenze, tachykardie, ischemie, arytmie až infarkt myokardu. U respiračního systému se setkáváme s hypoventilací, retencí sekretů, atelektázou, bronchopneumónií. V případě trávicího systému a metabolismu se vyskytuje stresová hypoglykémie, zpomalená evakuace žaludku, potlačení střevní motility až ileózní stav. Na imunitním systému se nedostatečná pooperační analgezie projevuje na stavu hojení rány a na vzniku potencionálních infekčních komplikací. V případě psychického stavu pacienta je absence účinné analgezie důvodem pro nedůvěru v zdravotnický personál. Dále je prokázán zvýšený výskyt úzkostných stavů, depresí a poruch spánku. Velkou obavou při nedostatečně zvolené analgezií je přechod akutní bolesti do chronického stavu a následné zhoršení celkové kvality života v následném pooperačním období (Ševčík, 2010).

Hodnocení bolesti

K hodnocení bolesti jsou v klinické praxi používány metody jednak neverbální v zastoupení vizuálních analogových škál, tak i metody verbální. Každé pracoviště má nastavený svůj standardizovaný způsob hodnocení bolesti.

Neverbální metody hodnocení bolesti

Pro hodnocení intenzity bolesti jsou využívány kvantifikující škály bolesti. Hodnotící škály jsou vybírány dle věku pacienta, schopnosti číst, vidět a rozumět.

Nejčastější metodou používanou k hodnocení intenzity bolesti v algeziologické praxi je vizuální analogová škála (VAS – visual analogue scale), která může mít celou řadu modifikací. Odlišení škál je možné jednak implantovaným průběhem úsečky, tak i použitou barevnou škálou. Pomocí VAS není hodnocena jen samotná intenzita bolesti, ale také se posuzuje ústup bolesti, především efekt terapie. U pacientů s algickým syndromem je zjišťována změna kvality života v důsledku prožívané bolesti. Z dalších neverbálních metod napomáhajících určení intenzity bolesti se kromě mapy bolesti používá i numerická škála (NRS – numerical rating scale) Ta je prezentována úsečkou, kdy na levém okraji je vyznačena nulová bolest a na pravém okraji naopak nejvyšší. V praxi se obvykle používá stupnice od nuly do deseti. Tato metoda se jeví jako velmi rychlá, jednoduchá, lehce srozumitelná (Hakl, 2011).

K posouzení změny stavu slouží numerická škála (Celkový dojem změny stavu pacienta), která využívá sedmistupňové rozmezí.

- 1 – velmi výrazné zlepšen
- 2 - podstatně zlepšen
- 3 – minimálně zlepšen
- 4 – beze změny
- 5 – minimálně zhoršen
- 6 – podstatně zhoršen
- 7 – velmi výrazně zhoršen

Verbální metody hodnocení bolesti

Verbální metody hodnocení bolesti dávají pacientům možnost slovně se vyjádřit a tím umožňují zpracovat nejen intenzitu, ale zároveň zohledňují i kvalitu bolesti. Na výběr je pak označení intenzity bolesti jako žádné, mírné, slabé, silné, nesnesitelné (Hakl, 2011).

5 Léčba pooperační bolesti

Pooperační analgezie je nedílnou součástí ordinací lékaře, který je povinen učinit vše proto, aby bolest nenarušovala pacientům jejich průběh hospitalizace. Cílem léčby je zajištění, co nejvyššího stupně kvality života. Můžeme si pod tím představit například to, že pacient zvládne provést základní hygienu, že bude mít bolesti nerušený spánek. Léčba pooperační bolesti vychází z principu multimodální analgezie. Pro minimalizaci nežádoucích účinků opioidů je hlavním principem pooperační analgezie kombinace různých skupin analgetik. Dle principu analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace je doporučováno postupovat v léčbě od nejsilnějších analgetik směrem dolů k neopioidním analgetikům (Pepřla, 2011).

Volba typu analgezie je volena dle typu operace a očekávané intenzity bolesti. Součástí komplexní péče je měření a zapisování intenzity bolesti, nepřekročení předem domluvené hodnoty, sledování a zapisování efektu terapie a možných vedlejších účinků.

Při volbě optimálního postupu analgezie se vychází z toho, že metoda musí být účinná, bezpečná, ekonomicky dostupná a v neposlední řadě s ní musí pacient souhlasit. U každého pacienta je vytvořen individuální plán terapie dle povahy, rozsahu výkonu, věku, přidružených chorob a možností cesty podání analgetik. Cílem je přiměřená analgetická léčba, zlepšení kvality spánku, zlepšení mobility a aktivity pro co nejrychlejší návrat do běžného života (Hakl, 2011).

5.1 Organizace pooperační analgezie

Pro získání efektivní analgezie je třeba kvalitně zvládnout celou komplexní organizaci léčby. Vhodně zvolená analgezie patří mezi základní práva každého pacienta s bolestí a zároveň je povinností každého pracoviště toto zajistit. Úspěšná analgezie vyžaduje základní znalosti, informovanost pacientů o možnostech léčby, rizicích onemocnění. Informovanost pacientů a zdravotníků je nezbytným předpokladem pro efektivní zvládnutí pooperační bolesti. Všeobecné sestry mají mít dostatečné znalosti o diagnostice a komplexní léčbě bolesti, protože právě ony tráví s pacientem nejvíce času. Za monitorování, pravidelné sledování vývoje bolesti, možných nežádoucích účinků léků a zápis v dokumentaci je zodpovědná právě ošetřující sestra. Ta také hlásí lékaři absenci analgetického účinku, nežádoucí vedlejší účinky či jakékoliv jiné změny (Málek, 2009).

Ke zlepšení organizace léčby bolesti přispívá stálý konzultační servis, který je součástí zdravotnického zařízení. Jedná se o Acute Pain Service (APS). Ten zajišťuje nepřetržitý konzultační servis pro zdravotníky všech medicínských oborů, podílí se na doporučení a zavedení optimální pooperační analgezie, monitoruje nežádoucí účinky a komplikace. Další činností tohoto servisu je vzdělávání zdravotnických pracovníků v léčbě bolesti. Cílem APS je jednak zajistit adekvátní analgetickou léčbu (VAS méně jak 4), tak i minimalizovat nežádoucí účinky léčby (Gabrhelík, 2012). Lékaři APS vedou

metodicky sestry, navrhují a vytvářejí standardy analgetické léčby. Sestry APS pravidelně monitorují bolest u pacientů, hodnotí ji, sledují nežádoucí účinky a mění po předchozí konzultaci s lékařem analgetickou terapii (Ševčík, 2008). Pacient musí být informován o možném výskytu pooperační bolesti, možnostech analgezie a následných komplikacích. Jako nezbytný se v dnešní době jeví dokonalý management bolesti. Ten je přizpůsoben každé konkrétní klinice v dané nemocnici. Například v St.Marien – Hospital v Lünenu zajišťují analgezi nejen lékaři, ale také sestry specialistiky pro léčbu akutní bolesti, tedy celý tým APS. Pacientům na klinice je distribuována publikace o pooperační bolesti, která obsahuje informace o diagnostice a léčbě bolesti (Lux, 2011).

5.2 Farmakoterapie pooperační bolesti po gynekologických výkonech

Farmakoterapie léčby bolesti se řídí doporučenými postupy Světové zdravotnické organizace. V pooperační analgezi jsou využívány kombinace různých farmakologických lékových skupin.

Analgetika I. stupně WHO

Analgetika-antipyretika

Nejrozšířenější zástupcem je paracetamol, přičemž analgeticky účinná dávka je 650 – 1000mg, v intervalech 4-6hod. Nespornou výhodou paracetamolu je deficit rizika poškození gastrointestinálního traktu. V pooperační analgezi je určen na tlumení mírné až středně silné bolesti a v kombinaci s dalšími látkami, zejména pak opioidy k léčbě silné bolesti. Paracetamol je dostupný v různých lékových formách (perorální, rektální, intravenózní). V pooperační analgezi po gynekologických chirurgických výkonech je nejvíce využívána intravenózní forma z důvodu rychlého nástupu účinku (Málek, 2011). V případě předávkování (maximální denní dávka 4g/den) je jediným závažným rizikem hepatotoxicita. Dávkování intravenózní formou je třeba dodržovat zejména u osob s hmotností pod 50kg, jen tak lze předejít možnému předávkování. K léčbě pooperační bolesti je nejčastěji používána intravenózní forma (Perfalgan, Paracetamol Kabi). Intravenózní aplikace zajišťuje nástup účinku za 5 – 10 minut (Noskova, 2013).

Nesteroidní antirevmatika

Nesteroidní antirevmatika mají jednak analgetický a antipyretický efekt, tak i protizánětlivou aktivitu. Dávky pro navození protizánětlivého účinku jsou vyšší než dávky analgetické. Nesteroidní antirevmatika mají významné nežádoucí účinky gastrointestinální (nauzea, pálení žáhy, zvracení, bolest v epigastriu), v kardiovaskulárním a v urogenitálním systému (intersticiální nefritida, renální selhání). Nejčastěji používané je intravenózní podání ketoprofenu či diklofenaku. Nicméně v nabídce je též aplikace

diklofenaku v čípkové formě. U perorálního podání je zařazováno podávání ibuprofenu nebo diklofenak v doporučených denních dávkách (Nosková, 2013).

Analgetika II.stupně WHO – slabé opioidy

Podstatou analgetického účinku opioidů je blokáda přenosu bolestivého impulsu z periferie do mozku. Hlavními místy účinku jsou zadní rohy míšni. K léčbě časné pooperační bolesti je využíván ze zástupců slabých opioidů tramadol, jež je nejčastěji podáván v intravenózní formě. Postupně lze přejít na perorální podání ve formě kapek nebo tablet (Allman, 2006).

Analgetika III. stupně WHO – silné opioidy

Opioidy mají jednak analgetický účinek, ale též navozují emocionální uklidnění, euforii, obvykle tedy způsobují psychomotorický útlum. Z důvodu stimulovaného jádra III. hlavového nervu dochází k mióze. Mezi další účinky opioidů patří útlum dechového centra, nauzea, zvracení, pokles krevního tlaku a bradykardie, zácpa, retence moče, kopřivka. Nežádoucí účinky opioidů se negativně podílí na celkovém pooperačním dyskomfortu pacienta a zpomalují tím celkové zotavování po výkonu. U gynekologických výkonů s předpokládanou velkou a střední pooperační bolestí jsou silné opioidy vždy první volbou, z důvodu výše zmíněných nežádoucích účinků je pak intravenózní podání opioidů určeno pouze monitorovaným pacientům. V rámci celkové anestezie se používá u gynekologických výkonů sufentanil. K pooperační analgezií je aplikován sufentanil kontinuálně, opět za trvalé monitorace krevního oběhu a dýchání. Nalbufin, opioid který zajišťuje analgezií bez útlumu dechového centra. Morfin je řazen mezi klasický standard v léčbě silné bolesti. Výhoda morfinu je jeho silný a dlouhý analgetický efekt, nízká cena a pestrost aplikačních cest (p. o, i. m, i. v, epidurálně, subarachnoidálně). V případě podání morfinu do subarachnoidálního lze podat pouze purifikovanou formu (Rokyta, 2012).

Adjuvantní analgetika

V léčbě pooperační bolesti je využíváno centrální anestetikum nebarbiturátového typu ketamin, a to pro své analgetické účinky. Má také pozitivní vliv na oddálení vzniku tolerance na dlouhodobém používání opioidů.

5.3 Neuroaxiální analgezie a lokální infiltrační anestezie

Neuroaxiální analgezie

U velkých onkogynekologických výkonů je preferována kombinovaná anestezie a to kombinace celkové a regionální anestezie. Ještě před úvodem do celkové anestezie je do páteřního kanálu zaveden epidurální katétr, který umožňuje kontinuální podávání analgetické směsi. U výkonů v oblasti hráze je třeba zajistit, aby rozsah analgezie pokryl segmenty S2 – S5, u gynekologických operací jsou to pak segmenty Th10- S5, v případě

výkonu na bránici Th 2-Th 15, C3-C4. Snahou lékaře je cílená blokáda určených míšních segmentů. Již peroperačně je aplikována analgetická dávka připravené směsi opioidu a lokálního anestetika. Tím je docílena celkově nižší spotřeba systémově podaných opioidů během výkonu a rychlejší zotavení z operace. Peroperační epidurální analgezie plynule pokračuje do pooperačního období, tím je docíleno snížení dávky analgetik v pooperačním období. Rozsah neuroaxilární analgezie určuje místo vpichu, koncentrace a množství lokálního anestetika (Noskova, 2013).

Lokální infiltrační analgezie

Aplikace lokálního anestetika do oblasti operační rány. Tato metoda je vhodná a hojně využívána porodníky pro ošetření porodních poranění. Opět nespornou výhodou je redukce podaných analgetik a sedace, dále snížení výskytu tzv. průlomové bolesti, urychlení rekonvalescence a zkrácení doby celé hospitalizace.

5.4 Pacientem řízená analgezie PCA

Jedná se o moderní způsob analgezie, kdy si sám pacient aplikuje analgetikum a to nejčastěji intravenózně nebo epidurálně. Lékař nastaví na dávkovači základní parametry, bolusovou dávku, maximální celkovou denní dávku za 4 až 6 hodin a bezpečnostní interval (lock-out interval-doba kdy přístroj dávku neaplikuje). Hlavní předností tohoto způsobu analgezie je větší spokojenost pacienta a kvalitnější analgezie. Nejčastěji se aplikují opioidy jako sufentanyl, fentanyl, morfin (Málek, 2014).

5.5 Nefarmakologické postupy v léčbě bolesti

V léčbě bolesti jsou kromě běžných farmakologických metod využívány i metody nefarmakologické. Obecně lze tyto metody rozdělit do dvou hlavních kategorií:

- Fyzikální terapie
- Psychologické metody

Nefarmakologické metody mají vyjma analgetického efektu také další výhody, tím je odstranění stresu, zlepšení nálady a podpora spánku. Pokud je sestra dostatečně seznámena s výběrem těchto technik, může pacientům aktivně nabízet tuto možnost terapie.

Fyzikální terapie

Fyzikální terapie využívá fyzikální vlivy a metody k rehabilitaci a k obnovení normální funkčnosti jedince po nemoci či poranění.

Teplo

Působením tepla dochází k uvolnění spasmu. V akutní pooperační době se aplikace tepla nepoužívá, zvyšuje totiž riziko krvácení a tvorbu otoků. Lze jej použít nejdříve 48 hodin po operaci. Pacientky na gynekologickém oddělení zřejmě nejvíce užívají aplikaci tepla horkou sprchou.

Chlad

Působením chladu je zvyšován práh bolesti, snižuje se místní otok. Používat se může na drobné incize.

Imobilizace

Samotná imobilizace má nesporně pozitivní vliv na snížení bolesti. Ovšem dlouhodobá imobilizace není vhodná, nese s sebou spousty rizik spojených například se svalovou atrofií, žilní trombózou, vznikem dekubitu. Cílem pooperační analgezie je účinné potlačení bolesti i při pohybu (Málek, 2011).

Masáže

Masáž patří mezi manuální stimulační metody, které mají jako adjuvantní metody v obecné terapii bolesti nezastupitelné místo. V terapii pooperační analgezie nejsou standardně využívány (Málek, 2011).

Akupunktura

Akupunktura patří také mezi stimulační metody. Je využívána v terapii akutní, tak i chronické bolesti. V pooperační době není tato metoda příliš používána.

5.6 Psychologické metody sloužící k redukci bolesti

Způsob chování bolesti je závislý na osobnosti nemocného, na předchozích zkušenostech s bolestí a je ovlivněn kulturním prostředím a učením (Zacharová, 2007). Mohapl uvádí: "Bolest může být vnímána různě i u téhož člověka za různých situací a okolností" (Mohapl, 2011, s. 77). Bolest je doprovázena negativními emocemi, nejčastějším projevem bývá úzkost, frustrace, deprese s projevy bezmoci a beznaděje. Zmíněné emoce lze psychoterapeuticky ovlivnit (Janáčková, 2007).

V praxi bývá bolest nejčastěji léčena prostředky farmakologickými, fyzioterapeutickými a chirurgickými. Během léčby bolesti je nutností, aby celý zdravotnický tým dodržoval zásady psychologického přístupu pacientovi. Tím nejenže zbaví nemocného strachu, ale zároveň i zlepší vzájemnou spolupráci. Vliv slova při tišení

bolesti je velmi významný. Je na místě však nemocnému neslibovat úplné vymizení bolesti, ale informovat jej o tom, že bolest bude postupně slábnout, nebo se stane snesitelnější. Sugestivní působení na nemocného musí být zvoleno s ohledem na vlastní osobnost nemocného, věk, vzdělání a specifické vlastnosti nemocného. Mezi psychologické prostředky, kterými lze úspěšně redukovat bolest patří racionální psychoterapie, sugestivní působení, autogenní trénink, vhodné zaměstnání nemocného, odreagování, psychologické postupy snižující úzkost a bolest. Racionální psychoterapie je složena z logické argumentace, patří sem jednak objasnění souvislosti, příčin choroby a způsob terapie, dále i odstranění nesprávného názoru a postoje k nemoci. Tím lze pozitivně usměrnit pacienta a navést jej k změně životosprávy, životního zaměření. K samotnému zmírnění bolesti přispívá metoda sugestivního působení. V procesu sugesce je obcházeno kritické myšlení, využívá se živých představ, které mají přímý účinek v oblasti psychické nebo somatické. Asi nejvíce používána metoda u hospitalizovaných pacientů je zaměstnání nemocného rozhovorem, sledováním televize, poslechem rádia, četbou. Z vlastního pozorování mohou říci, že sestra vzhledem k stále stoupajícímu množství dokumentace nemá bohužel tolik potřebného času na klidný rozhovor s pacientem. Pak se uchyluje k té nejjednodušší a nejrychlejší metodě zaměstnání nemocného, a tím je sledování televize.

Prvky relaxace, koncentrace, autosugestivního ovlivňování a systematického nácviku obsahuje metoda autogenního tréninku. Pomocí svalového uvolnění lze dosáhnout i psychického uvolnění, a tím i pozitivně ovlivnit orgánové funkce řízené vegetativním a nervovým systémem. Metoda odreagování neboli abreakce se snaží zneškodnit a minimalizovat patogenní působení negativních emocí, které provází bolest. Dále mohou být využívány metody specifických psychologických postupů, jež snižují bolest a úzkost. Zmínila bych zde zejména správný postup rozhovoru lékaře s pacientem před započatím bolestivého výkonu. A to nezbytné vysvětlení výkonu a ošetření s absencí odborných výrazů. Upozornění na samotnou bolest těsně před tím, než nastane. Doporučuje se tolerovat klasické projevy silné bolesti, které pomáhají nemocnému bolest snášet. Naopak při tišení nemocného, okřikování se člověk sice zklidní, ale zároveň dojde k narušení důvěry mezi nemocným a zdravotníkem. Při sestavování terapeutického psychologického programu mohou být postupy vzájemně kombinovány s dalšími psychologickými technikami (Zacharová, 2007).

6 Gynekologické chirurgické výkony

Gynekologické chirurgické výkony lze rozdělit podle délky a náročnosti operací.

Podle délky a náročnosti:

- malé výkony (miniinterupce, probatorní kyretáže, odběr oocytů)
- střední výkony (hysterektomie, ednexektomie, enukleace myomu)
- velké výkony (onkologické operace, lymfadenektomie)

Podle délky hospitalizace:

- ambulantní
- semiambulantní (pobyt v délce 12-24hod.)
- při hospitalizaci (pobyt trvající 3 a více dní)

Podle naléhavosti

- akutní
- subakutní
- plánované

Podle přístupové cesty

- vaginální (kyretáže, interupce, vaginální hysterektomie)
- abdominální (intraperitoneální, extraperitoneální)
- kombinované (abdominální i vaginální)
- laparoskopické (operace extrauterinní gravidity, sterilizace, ablace myomu, hysterektomie.) (Slezáková, 2011)

7 Intervence sestry u pacientů s bolestí

Všeobecná sestra zaujímá při léčbě bolesti nezastupitelné místo, je v přímém denním kontaktu s pacientem. Pro úspěšné zvládnutí bolesti jsou vyjma znalostí o bolesti samotné také potřeba odpovědnost, aktivní přístup, schopnost empatie, komunikační dovednosti a schopnost spolupráce. Se sestrou se pacient setkává v průběhu dne na lůžkovém oddělení nejčastěji. Bolest není ovlivněna pouze tělesnou patologií, ale také kulturními a sociálními faktory, očekáváním, náladou a pocitem kontroly. Pacienti mají odlišný práh bolesti, toleranci a projevy. To je také důvod, proč musí každá sestra volit individuální přístup (Ptáček, 2011). Ošetřovatelskou diagnózu akutní bolesti najdeme také v NANDA doménách, pod kódem 00132 (Marečková, 2006).

Cíle ošetřovatelské péče

- zmírnění bolesti
- dodržení předepsaného farmakologického režimu
- seznámení a nácvik s nefarmakologickou metodou tlumením bolesti
- dle individuální situace využít relaxačních technik a rozptýlení
- schopnost vykonávat běžné denní aktivity (Kapounová, 2007)

7.1 Všeobecné ošetřovatelské strategie proti bolesti

Léčba bolesti sestrou se skládá z nezávislých i kooperativních činností. Jednotlivé ošetřovatelské výkony lze provádět nezávisle a jsou závislé na aktivitách sestry. Oproti tomu farmakologická terapie bolesti je pouze a vždy dle ordinace lékaře. Jednotlivé metody a postupy lze kombinovat a měnit do té doby, dokud nedocílíme zmírnění bolesti.

Seznámení se s pacientovou bolestí

Sestra je povinna zajímat se aktivně o bolest pacienta. Sestra provádí diagnostiku bolesti (charakter, lokalizaci, nástup, trvání, intenzitu, zhoršující faktory bolesti). Posuzuje patofyziologické a psychologické příčiny bolesti. Posuzuje samotné vnímání pacienta, chování, fyziologickou odpověď. Ptá se na bolest aktivně, systematicky, pravidelně a postupuje dle platných ošetřovatelských standardů. Vybírá léčebné možnosti podle potřeb a požadavků pacienta a rodiny (O Connor, Aranda, 2005).

Podpůrné osoby

Zajímá se o blízké osoby, které pacientovi pomáhají se zvládnutím bolesti.

Edukace pacienta a redukce nesprávných názorů na bolest

Podává pacientovi dostatečné a přehledné informace o metodách tlumení bolesti, seznamuje se zákroky, které má podstoupit. Upozorňuje pacienta na bolestivý okamžik. Odstraňuje nesprávné představy a názory na bolest.

Aplikace tepla a chladu

Je prokázáný účinek tepla, který stimuluje tvorbu serotoninu a podporuje tím subjektivní pocit bezstarostnosti, bezpečí a klidu. Naopak chlad stimuluje produkci noradrenalinu. Sekrece nadměrného množství noradrenalinu působí na jedince tak, že se cítí silný, sebejistý a excitovaný. Po vyčerpání noradrenalinu se může náhle dostavit pocit vyčerpání a bezcennosti.

Zmenšování strachu a úzkosti

U pacienta s bolestí je nezbytné zvládnout jeho emoční složku pojící se s bolestí. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud pacientům nedáme možnost podělit se o bolest, hovořit o ní, jejich reakce bývá bouřlivější. Krátký rozhovor sestry u lůžka pacienta je nenahraditelný.

Používání relaxačních technik

Používání relaxačních technik je na místě zejména u chronických bolestí. Jejich účinek je zejména v zmírnění úzkosti, zlepšení kvality spánku a odpočinku (Gulášová, 2013).

7.2 Obecné zásady ošetřování nemocného s bolestí

Během ošetřování pacienta trpícího bolestí je doporučováno řídit se několika zásadami ošetřování.

1. Aktivně naslouchat a být empatický
2. Akceptovat nemocného
3. Při rozhovoru nespěchat, vytvořit si dostatek času
4. Nebagatelizovat projevy bolesti
5. Dokázat využít všechny své znalosti a dovednosti k léčbě bolesti
6. Pobízet nemocného k aktivní účasti
7. Pomáhat v odreagování od bolesti jinými směry
8. Nabídnout relaxační techniky

9. Podávat léky dle individuálních potřeb nemocného
10. Před každým zákrokem edukace o výkonu a o možné bolesti s ním spojené
11. Sledovat neverbální projevy bolesti (Dučaiiová,2013)

7.3 Práva pacientů na adekvátní léčbu bolesti

Deklarace International association for the Study of Pain (IASP) o právech pacientů na adekvátní léčbu bolesti zahrnuje tato práva do sedmi zásad:

- právo na uznání bolesti. Bolest je subjektivní
- právo na hodnocení a léčbu bolesti. Pacienti a jejich rodiny jsou součástí zdravotnického týmu, který se stará o pacienta, snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti
- právo na výsledky hodnocení bolesti a právo přizpůsobovat se na jejich základě terapii k dosažení efektivní úlevy
- právo na péči poskytovanou profesionály s odbornými vědomostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti
- právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti
- právo na vzdělávání v oblasti efektivních léčebných možností
- právo na vhodný plán léčby po vyčerpání možností akutní neodkladné péče

EMPIRICKÁ ČÁST

8 Výzkumné cíle

Hlavní cíl

Zjištění spokojenosti pacientek trpící bolestí po gynekologickém zákroku s péčí všeobecných sester.

Dílčí cíle

1. Zjištění typu preference analgezie po zákroku.
2. Zmapování pozitivních a negativních vlivů na vnímání bolesti po gynekologickém chirurgickém zákroku.
3. Zjištění vlivu pooperační bolesti na spánek a sebeobsluhu.
4. Zjistit míru intenzity bolesti u pacientek po gynekologickém chirurgickém zákroku

9 Metodologie práce

Metodika práce je zaměřena na zdroje odborných informací, charakteristiku souboru respondentů, použité metody, samotnou realizaci a následné zpracování získaných dat. Hodnocení intenzity bolesti, pozitivních a negativních vlivů ve vnímání bolesti a spokojenosti pacientů s léčbou bolesti představuje důležitý indikátor kvality poskytované ošetrovatelské péče. V práci jsme chtěli zjistit intenzitu pooperační bolesti, zjistit vliv bolesti na sebeobsluhu a spánek, zmapovat preferenci analgezie pacientek po gynekologickém výkonu a v neposlední řadě zjistit spokojenost pacientek s léčbou. Empirická část práce byla realizována metodou kvantitativního výzkumného šetření pomocí techniky sběru dat. Dotazníkem. Dotazníky byly anonymní, vlastní konstrukce a obsahovaly celkový počet 17 otázek. Z toho 12 otázek bylo uzavřených (č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16) a zbývajících 5 otázek bylo polootevřených (3, 9, 10, 13, 17). Úvodní část dotazníku obsahovala otázky na zjištění základních údajů o výzkumném vzorku. V další části dotazníku pak byly otázky vztahující se k preferenci analgezie, k zmapování největší intenzity bolesti vzhledem k časové ose, k zjištění narušení spánku bolestí. Část dotazníku byla zaměřena na pozitivní a negativní faktory ovlivňující vnímání bolesti, dále na narušení schopnosti sebeobsluhy vlivem bolesti. Závěrečná část dotazníku směřovala k zmapování spokojenosti pacientů s péčí všeobecných sester na lůžkovém oddělení.

Otázky v dotazníkovém šetření byly koncipovány k zodpovězení daných cílů bakalářské práce. V úvodní části dotazníku byly položeny otázky č. 1, 2, vztahující se k základním údajům o zkoumaném vzorku. K hlavnímu stanovenému cíli, kterým je zjištění spokojenosti pacientek trpících bolestí po gynekologickém zákroku s péčí všeobecných sester se vztahují otázky číslo 12 a 17. K prvnímu dílčímu cíli: „Zjištění typu preference analgezie po výkonu“ se vztahují otázky číslo tři a čtyři. K druhému dílčímu cíli, který má zmapovat pozitivní a negativní vlivy na vnímání bolesti po gynekologickém výkonu jsou koncipovány otázky číslo 9, 10. Třetí dílčí cíl: „Zjištění vlivu pooperační bolesti na spánek a sebeobsluhu“ zahrnují otázky číslo 8, 11. K stanovení posledního dílčího cíle: „Zjistit míru intenzity bolesti u pacientek po gynekologickém chirurgickém zákroku“ směřují otázky číslo 5, 6, 7.

Vyplnění všech dotazníků bylo anonymní a dobrovolné pro každého zúčastněného respondenta. Získaná data byla následně zpracovávána a vyhodnocena.

Zdroje odborných poznatků

Veškerá odborná data a údaje byla získána z prostudované odborné literatury, periodik, internetových zdrojů a z svých vlastních odborných zkušeností.

Charakteristika souboru respondentů

Samotný výzkum byl prováděn na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK v Praze na lůžkových odděleních, u žen, které podstoupily chirurgický gynekologický zákrok. Výzkum byl konkrétně realizován na oddělení G1, G4 a G5.

Organizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo prováděno na lůžkovém oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky 1L.F. UK v Praze. v termínu od 1. 3. 2015 do 31. 3. 2015, po získání nezbytného souhlasu s provedením výzkumného šetření vrchní sestrou kliniky paní Hanou Rittsteinovou, náměstkyní ošetrovatelské péče paní Mgr. Ditou Svobodovou a Etickou komisí VFN. Po schválení povolení k realizaci výzkumného šetření byl dotazník distribuován na jednotlivá lůžková oddělení. Některé dotazníky jsem předávala sama, o jiné jsem požádala všeobecné sestry na oddělení. Dotazníky předávaly pacientky sestrám. Celkem bylo distribuováno 100 (100 %) dotazníků, z toho byla návratnost 84 (84 %) dotazníků.

Zpracování výsledků dotazníkového šetření

Získaná data z dotazníkového šetření byla zaznamenána do tabulek a grafů pomocí textového editoru Microsoft Office Word 2003 a Microsoft Office Excel 2003. Z dat byla vypočítána absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (f_i). Relativní četnost byla vypočítána podle vzorce $F_i = n_i/N$. (f_i – relativní četnost v %, n_i – absolutní četnost, N – celková četnost). Data byla zaokrouhlena na dvě desetinná místa a dále graficky zpracována do sloupcových grafů.

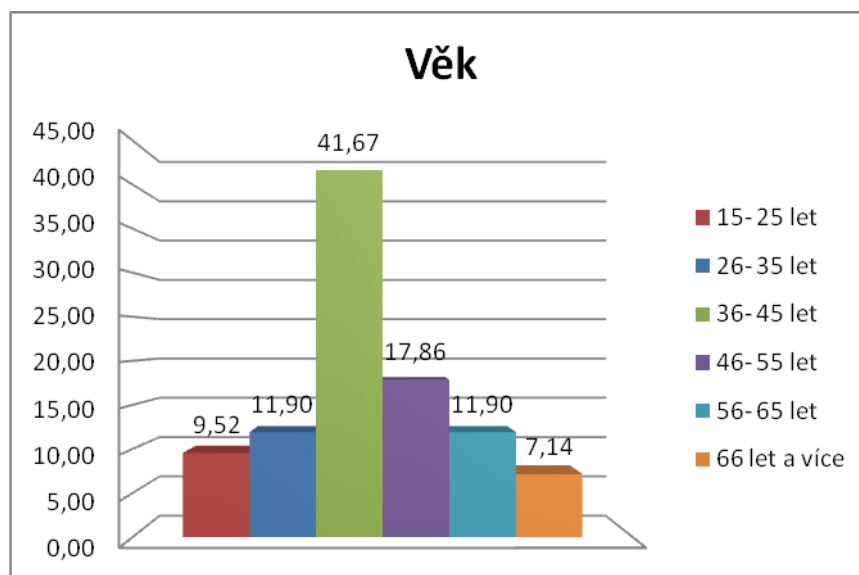
10 Výsledky dotazníkového šetření

Položka č. 1

Tabulka 1 Věk

Věk	n_i	$r f_i$
15- 25 let	8	9,52
26- 35 let	10	11,90
36- 45 let	35	41,67
46- 55 let	15	17,86
56- 65 let	10	11,90
66 let a více	6	7,14
celkem	84	100,00

Graf 1 Věk



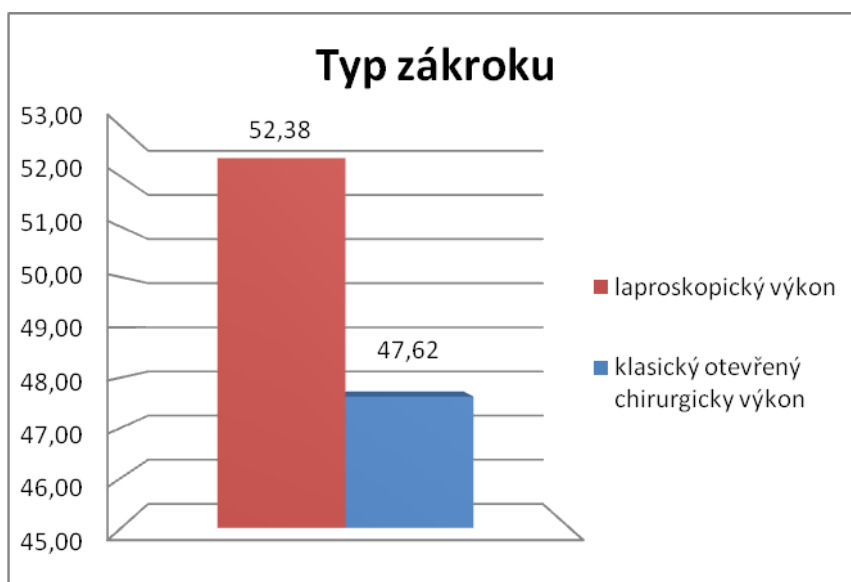
Z výzkumného šetření vyplývá, že nejpočetnější skupinu respondentek, tj. 35 (41,67 %) tvořily pacientky o ve věku 36 - 45 let, 35 (41,67 %). Druhou nejpočetnější věkovou skupinu tvořily pacientky v rozmezí 46 - 55 let, 15 respondentek (17,86 %). Věková skupina 26 - 35 let a skupina 56 - 65let měla shodně po 10 (11,90 %) respondentkách. V nejmladší věkové skupině žen v kategorii 15 - 25 let vyplnilo dotazník 8 (9,52 %) respondentek. Nejmenší zkoumaný vzorek pak tvořily ženy stáří 66 a více a to 6 (7,14 %). Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 2

Tabulka 2 Typ zákroku

Typ zákroku	n_i	$r f_i$
laparoskopický výkon	44	52,38
klasický otevřený chirurgický výkon	40	47,62
celkem	84	100,00

Graf 2 Typ zákroku



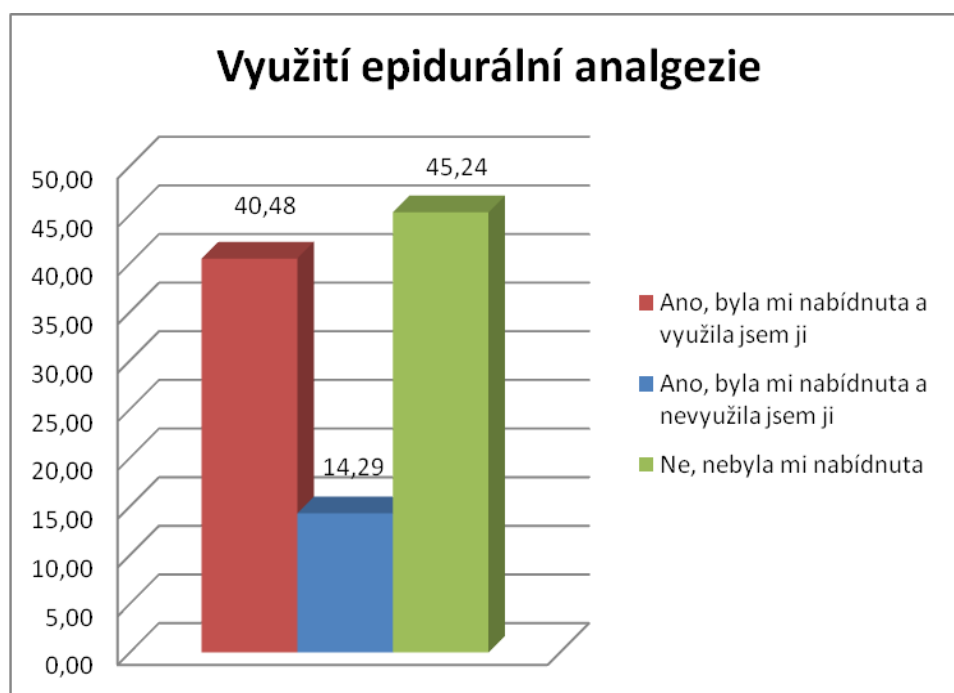
Z výzkumného šetření vyplývá, že nejpočetnější skupinu chirurgických výkonů tvoří výkony laparoskopické, celkem 44 (52,38 %). Klasický otevřený chirurgický výkon absolvovalo 40 (47,62 %). Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 3

Tabulka 3 Využití epidurální analgezie

Využití epidurální analgezie	n_i	$r f_i$
Ano, byla mi nabídnuta a využila jsem ji	34	40,48
Ano, byla mi nabídnuta a nevyužila jsem ji	12	14,29
Ne, nebyla mi nabídnuta	38	45,24
celkem	84	100,00

Graf 3 Využití epidurální analgezie



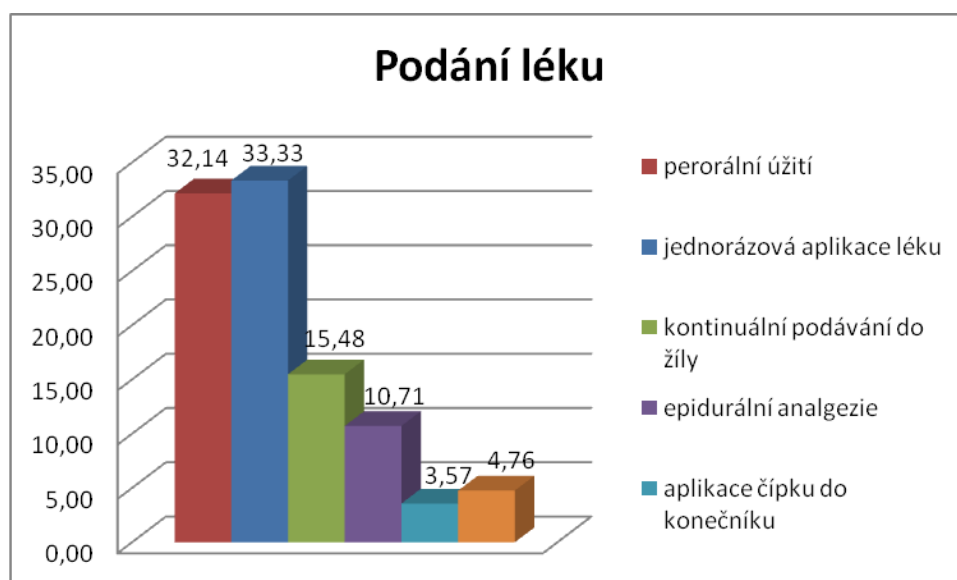
V této otázce odpovídali respondenti na nabídku a využití epidurální analgezie. Celkem 38 respondentek (45,24 %) označilo, že jim epidurální analgezie nabídnuta nebyla. Naopak 34 respondentkám (40,48 %) byla nabídnuta a využily ji. 12 (14,29 %) respondentů odmítlo možnost epidurální analgezie. Důvod odmítnutí byl uveden pouze ve dvou případech, a to negativní předchozí zkušenost ve formě neurologických příznaků a druhý důvod byl blíže nespecifikovaný psychický. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 4

Tabulka 4 Podání léku

Podání léku	n_i	$r f_i$
perorální užití	27	32,14
jednorázová aplikace léku	28	33,33
kontinuální podávání do žíly	13	15,48
epidurální analgezie	9	10,71
aplikace čípku do konečníku	3	3,57
pacientem řízená kontinuální analgezie	4	4,76
celkem	84	100,00

Graf 4 Podání léku



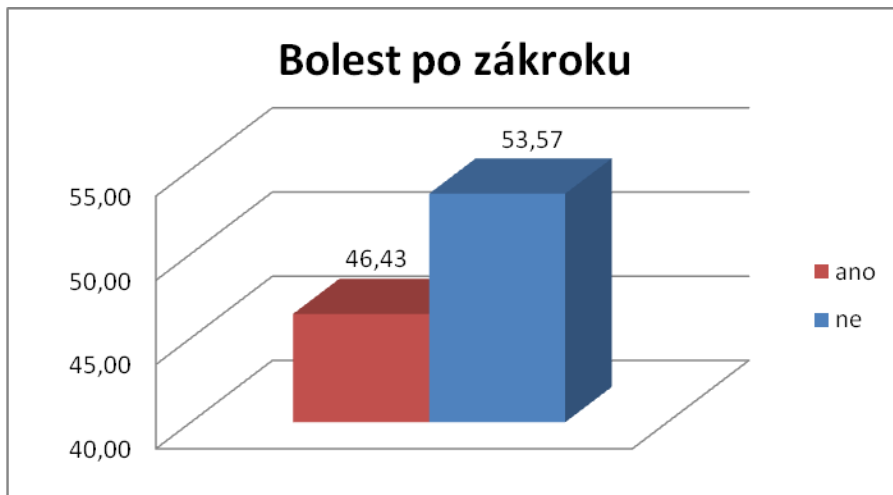
Dotazníkové šetření ukázalo, že nejvíce respondentů 28 (33,33 %) dává přednost jednorázové aplikaci léku proti bolesti. Druhá nejpočetnější skupina 27 (32,14 %) zvolila perorální užití. Kontinuálnímu podání do žíly by dalo přednost 13 (15,48 %) respondentů, epidurální analgezii by zvolilo 9 (10,71 %). Aplikaci čípku do konečníku zvolili 3 respondenti (3,57 %) a zbývající 4 respondenti (4,76 %) by zvolili pacientem řízenou analgezii. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 5

Tabulka 5 Bolest po zákroku

Bolest po zákroku	n_i	$r f_i$
ano	39	46,43
ne	45	53,57
celkem	84	100,00

Graf 5 Bolest po zákroku



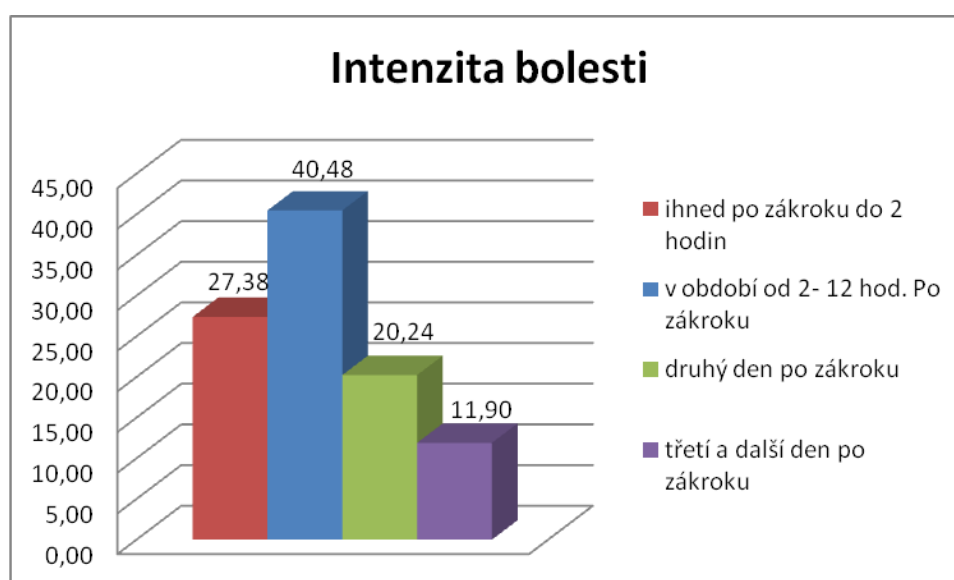
Ze získaných dat vyplívá, že bolest bezprostředně po zákroku nepociťovalo 45 (53,57 %) respondentů, zbývajících 39 (46,43 %) respondentů ano. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 6

Tabulka 6 Intenzita bolesti

Intenzita bolesti	n_i	$r f_i$
ihned po zákroku do 2 hodin	23	27,38
v období od 2- 12 hod. Po zákroku	34	40,48
druhý den po zákroku	17	20,24
třetí a další den po zákroku	10	11,90
celkem	84	100,00

Graf 6 Intenzita bolesti



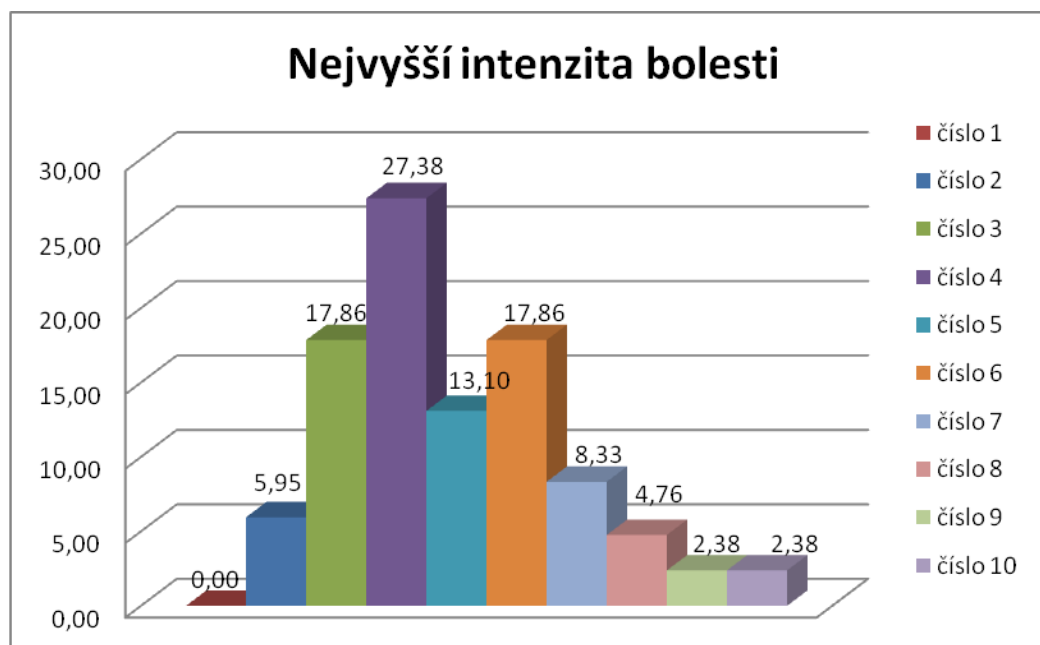
V této otázce odpovídali respondenti na intenzitu bolesti v závislosti na časové ose od provedení chirurgického výkonu. Největší intenzitu bolesti uvádělo 34 (40,48 %) respondentek v období od 2 do 12 hod. po zákroku. Bolest ihned po zákroku do dvou hodin uvádí 23 (27,38 %) respondentek, a 17 (20,24 %) respondentek zaznamenalo nejvyšší intenzitu bolesti až druhý den po zákroku a zbývajících 10 (11,90 %) respondentek uvedlo pociťování bolesti třetí a další den zákroku. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 7

Tabulka 7 Nejvyšší intenzita bolesti

Nejvyšší intenzita bolesti	n_i	$r f_i$
číslo 1	0	0,00
číslo 2	5	5,95
číslo 3	15	17,86
číslo 4	23	27,38
číslo 5	11	13,10
číslo 6	15	17,86
číslo 7	7	8,33
číslo 8	4	4,76
číslo 9	2	2,38
číslo 10	2	2,38
celkem	84	100,00

Graf 7 Nejvyšší intenzita bolesti



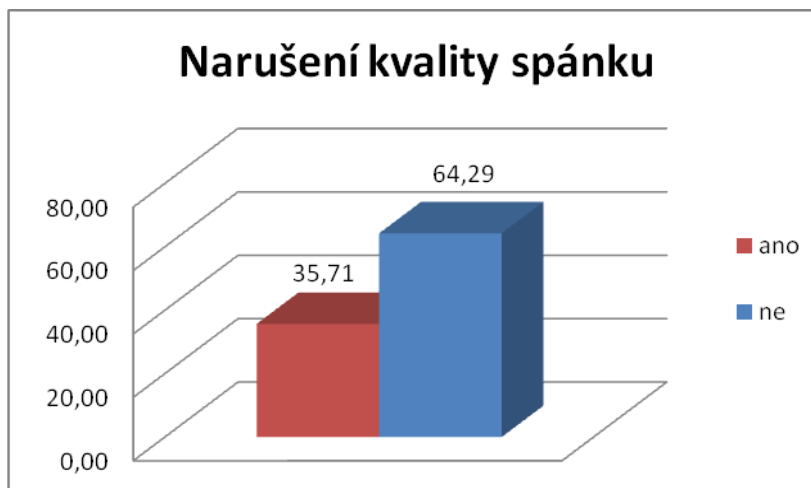
Nejvyšší hodnotu ve škále VAS č. 4 označilo 23 (27,38 %) respondentek, druhou nejpočetnější skupinu dosáhlo VAS č. 3 a č. 6 shodně zaznamenalo 15 (17,86 %) respondentek. VAS č. 5 označilo 11 (13,10 %) respondentek, VAS č. 7 bylo zaznamenáno u 7 (8,33 %) respondentek. Číslo 2 vybralo 5 (5,95 %) respondentek. VAS č. 8 označily 4 (4,76 %) respondentky. Shodně 2 (2,38 %) respondentky uvedly hodnotu VAS č. 9 a 10. VAS č. 1 nezaznamenala žádná z respondentek. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 8

Tabulka 8 Narušení kvality spánku

Narušení kvality spánku	n_i	$r f_i$
ano	30	35,71
ne	54	64,29
celkem	84	100,00

Graf 8 Narušení kvality spánku



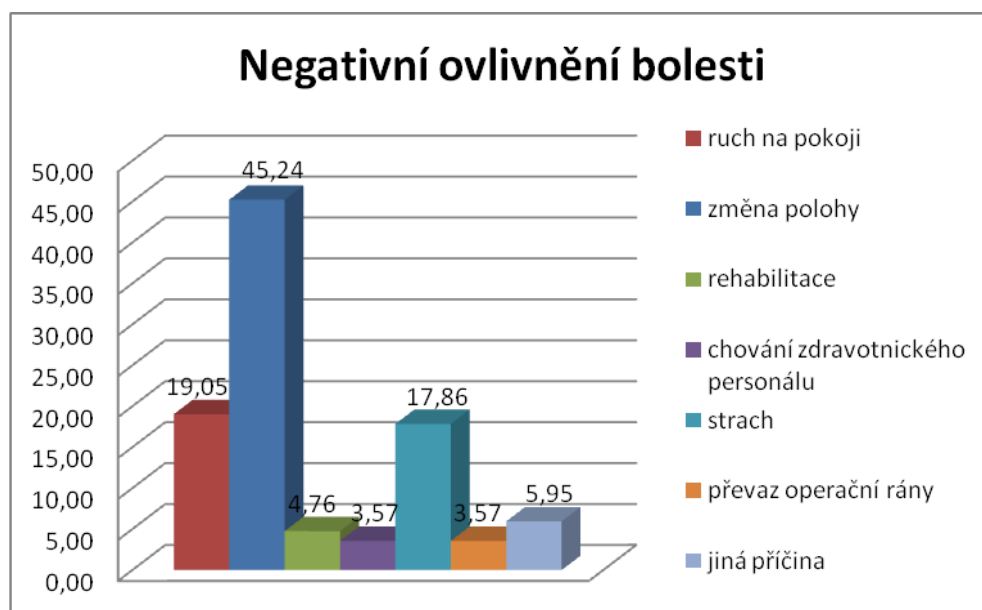
Z provedeného šetření vyplívá, že 54 (64,29 %) respondentům bolest nenarušila kvalitu spánku, naopak 30 (35,71 %) respondentů uvádí, že ano. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 9

Tabulka 9 Negativní ovlivnění bolesti

negativní ovlivnění bolesti	n_i	$r f_i$
ruch na pokoji	16	19,05
změna polohy	38	45,24
rehabilitace	4	4,76
chování zdravotnického personálu	3	3,57
strach	15	17,86
převaz operační rány	3	3,57
jiná příčina	5	5,95
celkem	84	100,00

Graf 9 Negativní ovlivnění bolesti



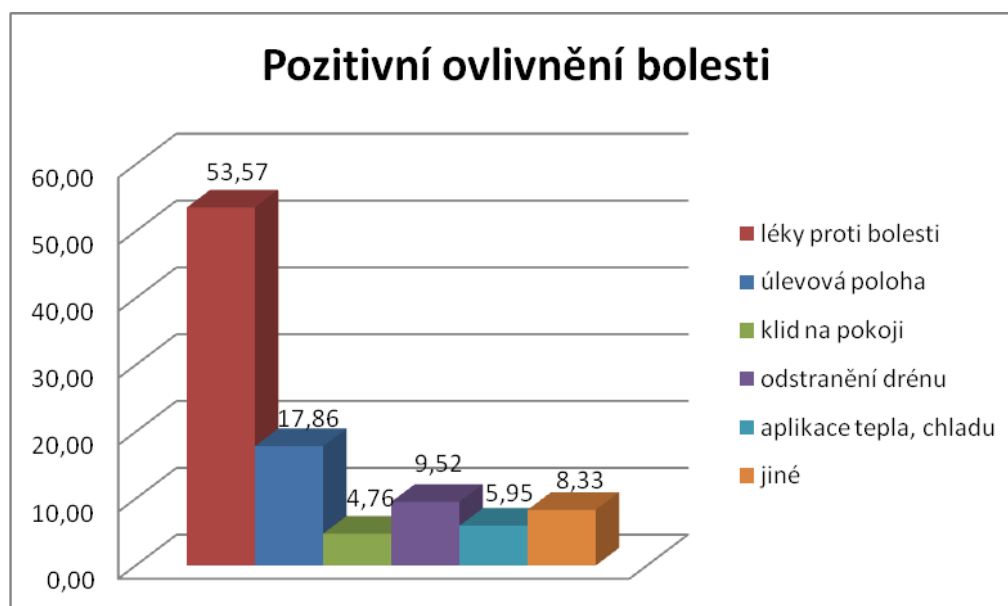
Ze získaných dat jasně vyplývá, že nejvíce negativně ovlivňuje respondentky změna polohy, což uvedlo 38 (45,24 %) z dotázaných. Ruch na pokoji byl zaznamenán v 16 případech (19,05 %), 15 respondentek (17,86 %) uvedlo strach, 5 (5,95 %) zvolilo svou vlastní možnost. Mezi uvedenými negativními faktory bylo popsáno nekvalitní lůžko, reoperace, smutek a dlouhý pobyt na JIP. Rehabilitace byla vyznačena také jako jedna z negativních možností, uvedly ji 4 (4,76 %) respondentky. Shodně ve 3 (3,57 %) případech bylo uvedeno chování zdravotnického personálu a převaz operační rány. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 10

Tabulka 10 Pozitivní ovlivnění bolesti

Pozitivní ovlivnění bolesti	n_i	$r f_i$
léky proti bolesti	45	53,57
úlevová poloha	15	17,86
klid na pokoji	4	4,76
odstranění drénu	8	9,52
aplikace tepla, chladu	5	5,95
jiné	7	8,33
celkem	84	100,00

Graf 10 Pozitivní ovlivnění bolesti



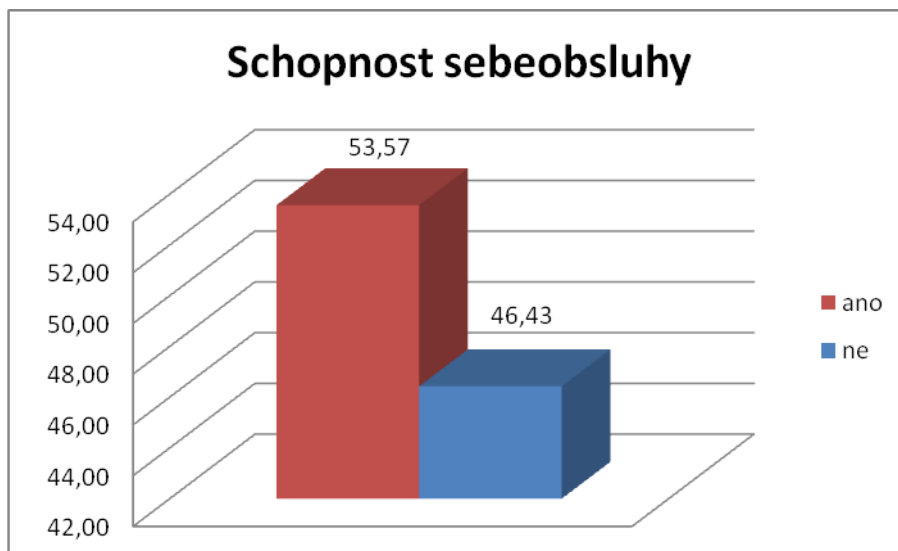
Pozitivní ovlivnění bolesti aplikací analgetik uvedlo bezkonkurenčně nejvíce respondentů a to 45 (53,57 %). Úlevovou polohu zvolilo 15 (17,86 %) respondentek. Pozitivní ovlivnění bolesti odstraněním drénu bylo zjištěno u 8 žen (9,52 %). 7 (8,33 %) respondentek uvedlo svou vlastní možnost odpovědi a to empatii sester, laskavost a podporu návštěvy. Aplikace tepla a chladu byla uvedena v 5 případech (5,95 %), jako nejméně ovlivňující faktor byl uveden klid na pokoji 4 (4,76 %). Tento údaj byl překvapivý, jelikož 19 % uvedlo v předchozí otázce, že nejvíce negativně ovlivňoval bolest ruch na pokoji. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 11

Tabulka 11 Schopnost sebeobsluhy

Schopnost sebeobsluhy	n_i	$r f_i$
ano	45	53,57
ne	39	46,43
celkem	84	100,00

Graf 11 Schopnost sebeobsluhy



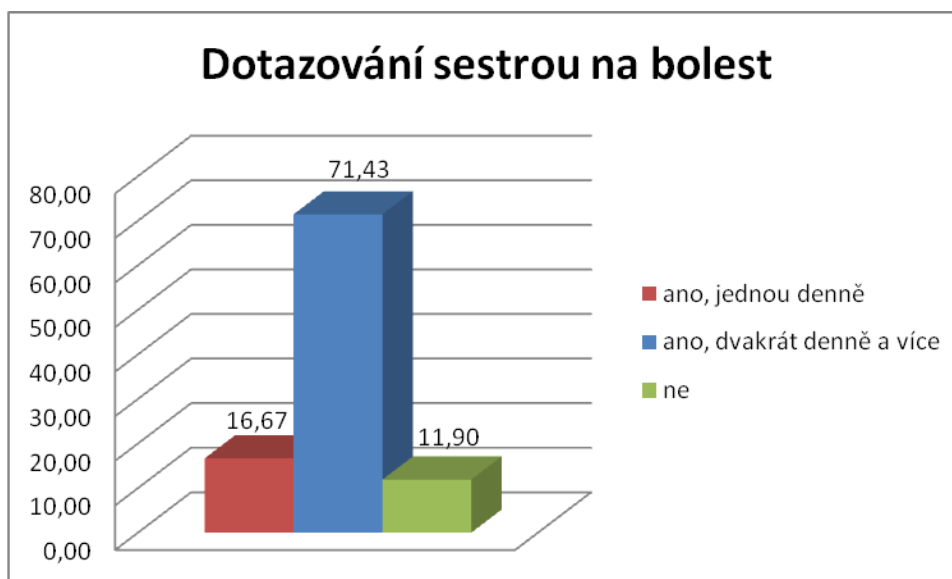
Na základě získaných údajů bylo zjištěno, že míra bolesti ovlivnila schopnost sebeobsluhy u 45 (53,57 %) respondentek, 39 (46,43 %) uvedlo, že bolest jejich schopnost sebeobsluhy neovlivnila. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 12

Tabulka 12 Dotazování sestrou na bolest

Dotazování sestrou na bolest	n_i	$r f_i$
ano, jednou denně	14	16,67
ano, dvakrát denně a více	60	71,43
ne	10	11,90
celkem	84	100,00

Graf 12 Dotazování sestrou na bolest



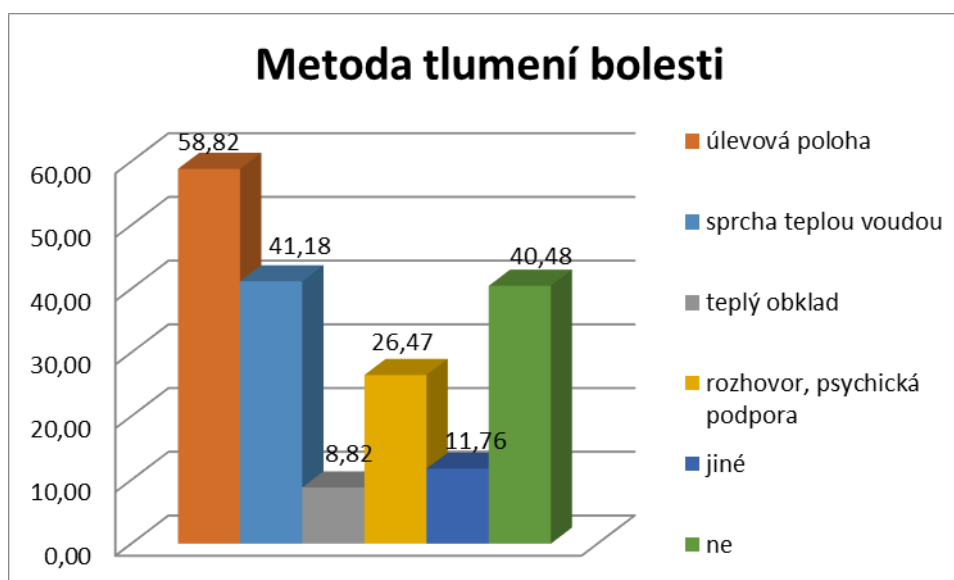
Ze zpracovaných dat vyplývá, že respondentky byly dotazovány sestrou dvakrát denně a více v 60 (71,43 %) případech. Dotazování sestrou uvedlo 14 (16,67 %) respondentek jednou denně. Zbývajících 10 (11,90 %) respondentek však označilo, že sestrou pravidelně dotazováno nebylo. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 13

Tabulka 13 Metoda tlumení bolesti

Metoda tlumení bolesti	n_i	$r f_i$
úlevová poloha	20	58,82
sprcha teplou vodou	14	41,18
teplý obklad	3	8,82
rozhovor, psychická podpora	9	26,47
jiné	4	11,76
ne	34	40,48
celkem	84	100,00

Graf 13 Metoda tlumení bolesti



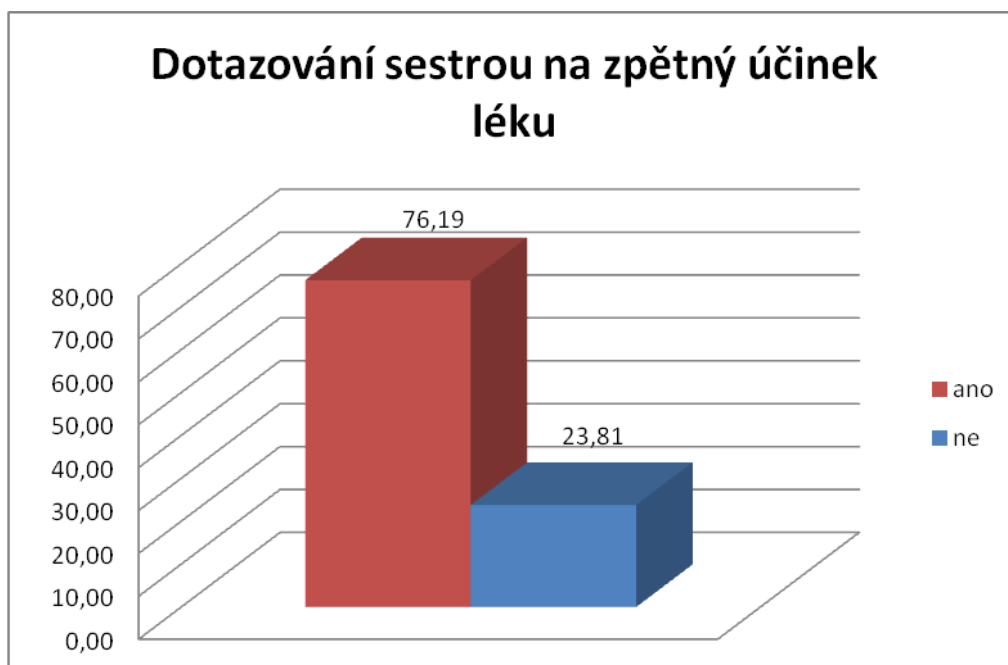
Získaná data ukázala nedostatečnou nabídku nefarmakologických metod tlumení bolesti ze strany sester a to v 34 (40,5 %) případech, kdy respondentky uvedly, že žádná nefarmakologická metoda během hospitalizace doporučena nebyla. Úlevová poloha byla nabídnuta 20 (23,8 %) respondentkám. Sprcha teplou vodou byla označena v 14 (16,7 %) případech. Rozhovor a psychickou podporu zvolilo 9 (10,7 %) respondentek. Svou vlastní odpověď uvedly 4 (4,7 %) respondentky a to návštěvu, empatii a laskavost sester. Teplý obklad byl označen u 3 (3,6 %) respondentek. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 14

Tabulka 14 Dotazování sestrou na zpětný účinek léku

Dotazování sestrou na zpětný účinek léku	n_i	$r f_i$
ano	64	76,19
ne	20	23,81
celkem	84	100,00

Graf 14 Dotazování sestrou na zpětný účinek léku



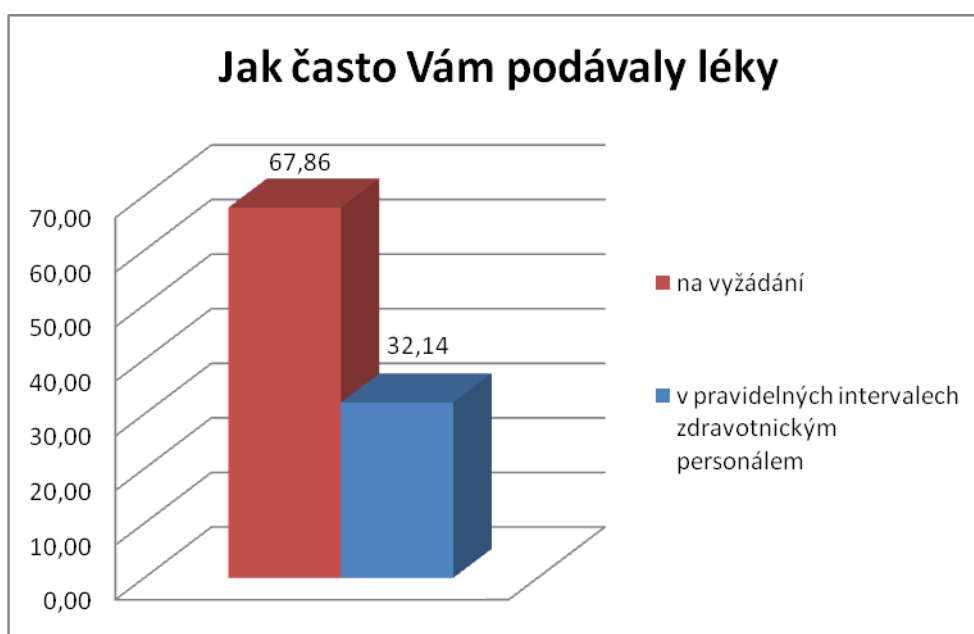
Celkem 64 (76,19 %) respondentek uvedlo skutečnost, že byly dotazovány zpětně sestrou na účinek analgetik. 20 (23,81 %) dotazováno nebylo. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 15

Tabulka 15 Jak často Vám podávaly léky

Jak často Vám podávaly léky	n_i	$r f_i$
na vyžádání	57	67,86
v pravidelných intervalech zdravotnickým personálem	27	32,14
celkem	84	100,00

Graf 15 Jak často Vám podávaly léky



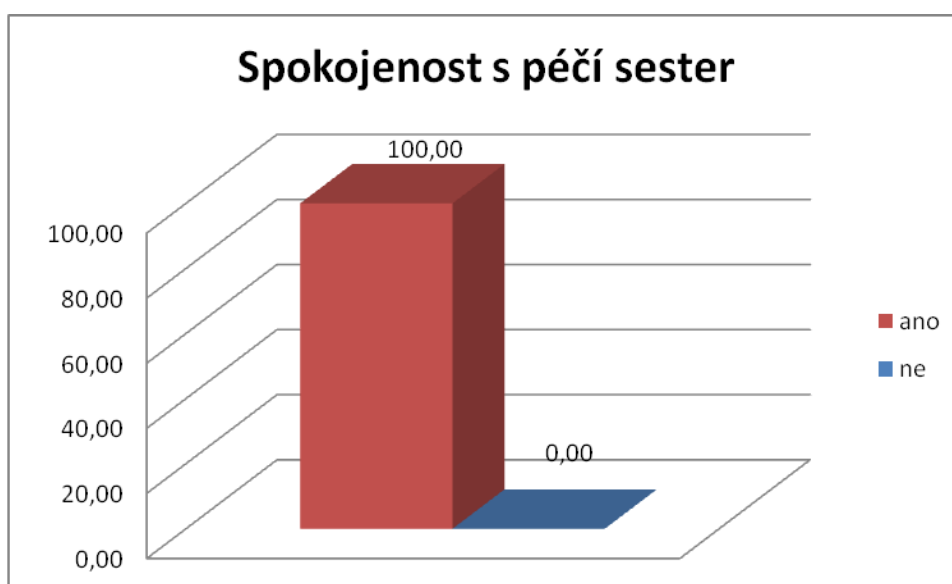
Podání analgetik na vlastní žádost uvedlo 57 (67,86 %) respondentek, 27 (32,14 %) respondentkám byla analgetika aplikována v pravidelných intervalech zdravotnickým personálem. Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 16

Tabulka 16 Spokojenost s péčí sester

Spokojenost s péčí sester	n_i	$r f_i$
ano	84	100,00
ne	0	0,00
celkem	84	100,00

Graf 16 Spokojenost s péčí sester



V této otázce měly respondentky možnost odpovědět pouze ano nebo ne. Jednoznačně shodně ano odpověděly všechny, 84 (100 %). Celkem odpovídalo 84 (100 %) žen.

Položka č. 17

Všech 84 (100 %) respondentek uvedlo, že jsou spokojeny s péčí všeobecných sester ohledně léčby bolesti. Žádná z respondentek neuvedla žádný důvod k nespokojenosti.

11 Diskuse

V naší bakalářské práci jsme se věnovali zjištění spokojenosti patientek trpící bolestí po gynekologickém zákroku s péčí všeobecných sester. Cílem výzkumu bylo zmapování preference analgezie, zjištění pozitivních a negativních vlivů na vnímání bolesti a míry ovlivnitelnosti pooperační bolesti na schopnost sebeobsluhy a kvalitu spánku respondentek. Dále jsme se pomocí diagnostických škál bolesti snažili zmapovat intenzitu bolesti u patientek podstupujících gynekologický chirurgický zákrok. V některých položkách jsme měli možnost získaná data srovnat s bakalářskou prací paní Jarmily Leibnerové na téma „Spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti“ z roku 2010. Hlavním cílem empirického výzkumu bylo zjištění spokojenosti patientek trpící bolestí po gynekologickém zákroku s péčí všeobecných sester.

Výzkumu se účastnilo celkem 84 patientek, které podstoupily chirurgický gynekologický zákrok na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF v Praze, laparoskopický zákrok byl přítomen v 44 (52,38 %) případech, klasický laparotomický zákrok podstoupilo 40 (47,62 %) respondentek. Při zmapování věku respondentek tvořilo nejpočetnější skupinu ženy o věku 36 - 45 let a to 35 (41,67 %) respondentek, druhou nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věkovém rozmezí 46-55 let celkem 15 (17,86 %) respondentek, věkovou hranici 26 - 35 let tvořilo 10 (11,90) žen. Věkovou hranici 56-65 tvořilo také 10 (11,90 %) žen, věkovou hranici 66 a více let tvořilo 6 (7,14%) žen a nejmladší věkovou skupinu o hranici 15-25 let tvořilo 8 (9,52 %) žen. K vytyčenému cíli zjišťující spokojenost patientek s péčí všeobecných sester se vztahují položky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17. Ze získaných údajů vyplývá skutečnost, že 84 (100 %) respondentek bylo spokojeno s péčí všeobecných sester. Zpětně bylo na podané léky dotazováno sestrou celkem 64 (76,19 %) respondentek, 20 (23,81 %) uvedlo, že nikoliv. V otázce zjišťující frekvenci podaných léků odpovědělo 57 (67,86 %) patientek, že léky byly podány na jejich vyžádání a 27 (32,14 %) respondentek uvedlo, že jim byly léky proti bolesti podány v pravidelných intervalech zdravotnickým personálem. Zde vidíme při srovnání bakalářské práce Leibnerové shodu ve výzkumu, kdy empirický výzkum realizovaný na chirurgickém oddělení prokazuje v 59 % případech aplikaci analgetik na vyžádání pacientem. V položce mapující nabídku všeobecných sester na nefarmakologické metody tlumení bolesti jsme ukázali obrovský nedostatek, 34 (40,47 %) respondentek udalo, že jim žádná nefarmakologická metoda tlumení bolesti nabídnuta nebyla. Pokud byla nabídnuta pak nejvíce je nabízena úlevová poloha a to ve 20 (23,80 %) případech, sprcha teplou vodou ve 14 (16,66 %) případech rozhovor a psychická podpora byly zastoupeny u 9 (10,71 %) respondentek. Teplý obklad byl nabídnut celkem 3 (3,57 %) respondentkám. Zbývající 4 (4,76 %) respondentky uvedly svou vlastní odpověď a to návštěvu.

V prvním dílčím cíli jsme si stanovili zmapování typu preference analgezie po provedeném zákroku. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 3 a 4. Položka č. 2 zjišťovala nabídku a využití epidurální analgezie. Ze získaných dat vyplývá skutečnost, že 34 (40,48 %) respondentkám byla nabídnuta možnost epidurální analgezie a využily ji. 38 (45,24 %) respondentkám nabídnuta nebyla, zbývajících 12(14,29 %) respondentek

odmítlo tuto možnost analgezie, jako důvod odmítnutí byly uvedeny neurologické příznaky a psychické důvody. U položky č. 4 nás zajímalo, kterému způsobu podání léku tlumícího bolest dávají respondentky přednost. Jednorázovou aplikaci léku (i.v, i.m, s.c) udalo 28 (33,33 %) respondentek, 27 (32,14 %) respondentek preferovalo perorální aplikaci, kontinuální intravenózní aplikaci udalo 13(15,48%) respondentek. Epidurální analgezií by zvolilo 9 (10,71 %) respondentek, aplikace analgetika per rectum formou čípku byla zaznamenána ve 3 (3,57 %) případech a zbývající PCA zvolily 4 (4,76 %) respondentky.

Druhý dílčím cílem je diagnostika pozitivních a negativních vlivů na vnímání bolesti po gynekologickém chirurgickém zákroku. K tomuto vytyčenému cíli se vztahují položky číslo 9, 10. Bylo zjištěno stejně jako u bakalářské práce Leibnerové, že nejvíce negativně ovlivňuje bolest změna polohy a to 38 (45,24 %) respondentek. Leibnerová uvádí 45%. Výsledky jsou tedy téměř totožné. Na druhém místě v negativních vlivech skončil ruch na pokoji, uveden v našem výzkumu u 16 (19,05 %) respondentek. Leibnerová uvádí 10%. Strach nejvíce negativně ovlivnil 15 (17,86 %) respondentek, realizace rehabilitace uvedly jako obtěžující faktor 4 (4,76 %) respondentky, shodně 3 (3,57 %) respondentky zaznamenaly jako nejvíce negativně ovlivňující faktor chování zdravotnického personálu a převaz operační rány. Zbývající jinou příčinu zaznamenalo 5 (5,95 %) respondentek a to nevhodné lůžko, pobyt na JIP, smutek, strach. V položce mapující pozitivní faktory na vnímání bolesti bylo zjištěno, že 45 (53,57 %) respondentek uvádí léky proti bolesti. 15(17,86 %) respondentkám nejvíce pozitivně ovlivnila bolest úlevová poloha. Odstranění drénu udalo 8 (9,52 %) respondentek. Překvapivým zjištěním je, že klid na pokoji byl uveden v pozitivních faktorech pouze u 4 (4,76 %) respondentek. Naopak při zjišťování negativních vlivů byl uveden ruch na pokoji celkem u 16 (19,05 %) respondentek. Při srovnání bakalářské práce Leibnerové byl shodně u 10% uveden negativně ruch na pokoji. Aplikaci tepla a chladu jako zlepšující faktor uvedlo 5 (5,95 %) respondentek, zbývajících 7 (8,33 %) respondentek zvolilo svou vlastní odpověď a to empatii, laskavost zdravotnické personálu a možnost návštěvy.

Třetí náš dílčí cíl byl zaměřen na zmapování schopnosti sebeobsluhy a ovlivnění spánku v důsledku bolesti. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 8 a č. 11. Celkem 54 (64,29%) respondentů uvedlo kvalitu spánku bez vlivu bolesti, naopak 30 (35,71 %) respondentkám byl spánek z důvodu bolesti narušen. U položky č. 11 jsme zjišťovali ovlivnění sebeobsluhy mírou bolesti. Z celkového počtu odpovědělo 45 (53,57 %) respondentek, že byla ovlivněna negativně schopnost sebeobsluhy, 39 (46,43 %) respondentek uvedlo, že nikoliv.

Čtvrtý dílčí cíl se vztahoval k zjištění intenzity bolesti u pacientek podstupujících gynekologický zákrok. Tento cíl se týkal položek č. 5, 6, 7. V položce č. 5 jsme chtěli zmapovat výskyt bolesti bezprostředně po zákroku. 45 (53,57 %) respondentek bezprostředně po zákroku bolest nevedlo, 39 (46,43 %) respondentek udalo bolest bezprostředně po provedeném zákroku. Položka č. 6 měla za úkol zjistit největší intenzitu bolesti v závislosti na časové ose. V bezprostředním pooperačním období od 2 – 12 hod. po zákroku cítilo bolest (40,48 %) respondentek. Bolest ihned do dvou hodin po zákroku uvedlo 23(27,38 %) respondentek, 17 (20,24 %) respondentek označilo, že největší intenzitu bolesti vnímaly druhý den po zákroku. Největší intenzitu bolesti třetí a další den

uvedlo 10 (11,90 %) respondentek. Zbývající 7. položka nám zmapovala nejvyšší míru intenzitu bolesti během hospitalizace. Největší zastoupení na škále bolesti má číslo 4, tuto hodnotu označilo celkem 23 (27,38 %) respondentek. Hodnotu VAS č. 3 a č. 6 vybralo shodně 15 (17,86 %) respondentek, 11 (13,10 %) respondentek označilo na škále bolesti č. 5. Nejsilnější intenzitu bolesti pocíťovalo 7 respondentek. VAS 2 označilo 5 (5,95 %) respondentek, VAS 8 pak 4 (4,76 %) respondentky, VAS č. 9 a 10 označily 2 (2,38 %) respondentky a zbývající hodnotu na škále bolesti č. 1 neoznačila žádná z respondentek.

Doporučení pro praxi

Po důkladné analýze našeho dotazníkového šetření se domníváme, že pro zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče v oblasti minimalizace negativních vlivů působících v pooperačním období je velmi důležité zaměřit se na tiché a klidné prostředí, potlačit strach pacientek a vyvarovat se nadbytečným a rychlým pohybům s pacientkou. Opět je nutné si uvědomit, že na prvním místě je ze strany ošetrujícího personálu nezbytné zaujmout citlivý empatický přístup. Proto navrhujeme zajistit školení, která budou zaměřena na psychologický přístup k nemocnému. Mezi další aspekty, které bývají často opomíjeny, jsou nefarmakologické metody tlumení bolesti. Z našeho výzkumu vyplynulo, že tyto jsou velmi málo nabízeny pacientkám. Navrhujeme všeobecně sestry edukovat v možných alternativních, nefarmakologických metodách léčby bolesti.

Mezi další alarmující zjištění vyplývající z našeho šetření patří pozdní diagnostika bolesti u pacientek po gynekologickém chirurgickém zákroku. K zamyšlení se nabízí, zda ze strany ošetrujícího personálu je dostatečná komunikace právě o bolesti v pooperačním období mezi ošetrujícím personálem a pacientkou. Je na zvážení, zda by ze strany vedoucích pracovníků nebyla vhodná větší kontrola ošetrujícího personálu, zaměřena na pravidelnost užití hodnotící škály bolesti. Pokud byly hodnotící škály použity, tak zda bylo dostatečně reflektováno na výslednou hodnotu udanou pacientkou.

12 Závěr

Všeobecná sestra zaujímá v diagnostice a léčbě bolesti nezastupitelné místo, je to právě ona, která může svým empatickým přístupem a zájmem o potřeby pacienta výrazně pomoci v úlevě od bolesti. Na jejích získaných znalostech a dovednostech se odvíjí výsledky ošetrovatelské péče u pacienta s akutní bolestí. Touto bakalářskou prací jsme chtěli upozornit na možné rezervy v ošetrovatelské péči a přístupu zdravotních sester. Hlavním cílem práce bylo zjištění spokojenosti pacientek trpících bolestí po gynekologickém chirurgickém zákroku. Na základě vytyčených cílů jsme prokázali 100% spokojenost pacientů trpících bolestí s péčí sester. V dílčích cílech jsme zmapovali typ preference analgezie, míru intenzity bolesti, pozitivní a negativní vlivy na vnímání bolesti a vliv bolesti na spánek a odpočinek. Zjistili jsme nejvyšší intenzitu bolesti pacientek po gynekologickém zákroku v období od 2 do 12 hod. po provedeném zákroku. Řešením se nabízí důraznější kontrola nad kontinuální analgezií. Nedostatky byly prokázány také v opomíjených nefarmakologických metodách tlumení bolesti. Domníváme se, že lepší úroveň znalostí všeobecných sester v oboru algeziologie by byla nepochybně přínosem nejen pro ně, ale zejména pro samotného pacienta. Nezbytností je zájem ze strany všeobecných sester o nové metody a trendy v léčbě pooperační bolesti. Je prokázáno, že včasná diagnostika bolesti a vhodně zvolená analgezie snižuje výskyt pooperačních komplikací. Včasná detekce bolesti u pacientek umožní časnější nástup rehabilitace, a tím prokazatelně zkrátí délku hospitalizace.

13 Seznam použité literatury

Allman, K., & Wilson, G. (2006). *Oxford handbook of anaesthesia*. Oxford: Oxford University Press

Brook, P., Connell, J., & Pickering, T. (2011). *Oxford Handbook of pain management*. Oxford: Oxford University Press.

Fischer, L., Peucker, E., Agarwal-Kozlowski, K., & Bayer, R. (2013). *Lehrbuch integrative Schmerztherapie*. (2013). Berlin: Georg Thieme Verlag.Press

Gulášová, I. (2008). *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém*. Martin: Osveta.

Hakl, M. (2011). *Léčba bolesti*. Praha: Mladá fronta

Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál.

Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.

Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.

Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Leibnerová, J. (2010). *Spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti* (Bakalářská práce). Lékařská fakulta v Hradci Králové, Hradec Králové

Málek, J., & Ševčík, P. (2009). *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta.

Marečková, J. (2006). *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada.

O'Connor, M. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.

Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.

Rokyta, H., & Editoři Miloslav Kršiak, J. (2012). *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigis.

Rokyta, H. (2006). *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada.

Slezáková, L. (2011). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada.

Trachtová, E.(2006), *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* . Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

Vokurka, M. (2005). *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum

Waldman, S. (2015). *Atlas of interventional pain management*. (4th ed., x, 940 s.) Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.

Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Odborné časopisy:

Pepřla, J. (2014). Komplexní přístup k léčbě bolesti ve FN Brno. *Nemocniční listy*, 15(1), pp. 11-14.

Ševčík, P. (2008). Anesteziologie a intenzivní medicína: Léčba akutní pooperační bolesti. 19(3), pp. 162-169.

Elektronické zdroje:

Brennan, F., & Cousins, M. (2004). Pain Relief as a Human right. *Pain Clinical Updates*, 12(5). Retrieved from: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU04-5_1390264543538_30.pdf

Dučaiová, J. (2011). Etika bolesti a utrpení. *ZDN*. Retrieved from: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>

Gabrhelík, T., & Pieran, M. (2012). Léčba pooperační bolesti. *Interní Med.*, 14(1). Retrieved from: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>

Ošetřovatelstvo: teorie-vyskum-vzdelanie. (2013). 3(1). Retrieved from: <http://www.osetrovatelstvo.sk>

Málek, J. (2013). Léčba pooperační bolesti. *Lékařské listy*, pp. 3. Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-pooperaacni-bolesti-minulost-pritomnost-budoucnost-471721>

Lux, E. (2011). Organisation des Akutschmerzdienstes im Krankenhaus. *Schmerzmedizin: Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V*(4), pp. 2. Retrieved from: www.dgschmerztherapie.de

Gulášová, I., Breza, J., Juřeníková, P., & Neumanová, R. Komunikácia s pacientom s bolesťou. pp. 12. Retrieved from: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/4677/>

Málek, J. (2014). *Lékařské listy*: Léčba pooperační bolesti. (2014). Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-pooperaacni-bolesti-minulost-pritomnost-budoucnost-471721>

Nosková, P. (2013) *Actual Gyn*: P. Metody pooperační analgezie po gynekologických operacích. Retrieved from: www.actualgyn.com

Ševčík, P., & Kříklava, I. (2010). *Pooperační analgezie v české republice věnujeme ji dostatečnou pozornost*. Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/pooperaacni-analgezie-v-ceske-republice-venuujeme-ji-dostatecnou-pozornost-452596>

Seznam použitých zkratk

APS - Acute pain service

IASP – International Association for the Study of Pain

i.v. – intravenózní aplikace léku

NRS – numerical rating scale

PCA – pacientem řízená analgezie

p.o. – perorální podání léku

s.c. – subcutánní aplikace léku

VAS – Visual analogue scale

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO - Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk.....	31
Tabulka 2 Typ zákroku	32
Tabulka 3 Využití epidurální analgezie	33
Tabulka 4 Podání léku	34
Tabulka 5 Bolest po zákroku	35
Tabulka 6 Intenzita bolesti.....	36
Tabulka 7 Nejvyšší intenzita bolesti.....	37
Tabulka 8 Narušení kvality spánku	38
Tabulka 9 Negativní ovlivnění bolesti.....	39
Tabulka 10 Pozitivní ovlivnění bolesti	40
Tabulka 11 Schopnost sebeobsluhy	41
Tabulka 12 Dotazování sestrou na bolest	42
Tabulka 13 Metoda tlumení bolesti	43
Tabulka 14 Dotazování sestrou na zpětný účinek léku.....	44
Tabulka 15 Jak často Vám podávaly léky	45
Tabulka 16 Spokojenost s péčí sester	46

Seznam grafů

Graf 1 Věk	31
Graf 2 Typ zákroku	32
Graf 3 Využití epidurální analgezie	33
Graf 4 Podání léku	34
Graf 5 Bolest po zákroku	35
Graf 6 Intenzita bolesti	36
Graf 7 Nejvyšší intenzita bolesti	37
Graf 8 Narušení kvality spánku	38
Graf 9 Negativní ovlivnění bolesti	39
Graf 10 Pozitivní ovlivnění bolesti	40
Graf 11 Schopnost sebeobsluhy	41
Graf 12 Dotazování sestrou na bolest	42
Graf 13 Metoda tlumení bolesti	43
Graf 14 Dotazování sestrou na zpětný účinek léku	44
Graf 15 Jak často Vám podávaly léky	45
Graf 16 Spokojenost s péčí sester	46

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník pro pacientky

Příloha B – Povolení etické komise VFN

Příloha C - Vizuální analogová škála

Příloha D – Obličejová škála

Příloha E – Analgetický žebříček WHO

Přílohy

Příloha A - Dotazník pro pacientky

Dotazník pro pacientky hospitalizované na Gynekologicko-porodnické klinice, zjišťující spokojenost klientek s pooperační analgezií.

Vážená paní, vážená slečno,

ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování dotazníku, který je zaměřen na spokojenost pacientek s léčbou pooperační bolesti na gynekologickém oddělení. Ten následně poslouží k výzkumnému šetření v rámci studia oboru Všeobecná sestra na 1.LF UK.

Vaše odpovědi mohou pomoci zlepšit péči o hospitalizované pacientky. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný, prosím Vás o pravdivé zodpovězení. Vámi zvolenou odpověď prosím zaškrtněte, otevřenou otázku doplňte. Vyplněné dotazníky prosím odevzdejte na vašem lůžkovém oddělení do připravené obálky.

Předem Vám děkuji za vyplnění a následné odevzdání dotazníku a přeji Vám brzké uzdravení.

Markéta Náhlovská

1. Kolik je Vám let?

- a. 15 – 25 let
- b. 26 - 35 let
- c. 36 – 45 let
- d. 46 – 55 let
- e. 56 – 65 let
- f. 66 let a více let

2. Jaký chirurgický gynekologický zákrok jste nyní podstoupila?

- a. laparoskopický výkon (operace pomocí vpichů na dutině břišní)
- b. klasický otevřený chirurgický výkon (operace, po které máte jednu nebo více jizev)

3. Byla Vám nabídnuta možnost epidurální analgezie, pokud ano, využila jste tuto možnost.

- a. Ano, byla mi nabídnuta a využila jsem ji
- b. Ano, byla mi nabídnuta a nevyužila jsem ji
- c. Ne, nebyla mi nabídnuta

Pokud jste nabídnutou epidurální analgezie odmítla, napište prosím důvod.

.....

4. Jakému způsobu podání léku tlumící bolest dáváte přednost?

- a. perorální užití (ústí)
- b. jednorázová aplikace léku (do žíly, do svalu, pod kůži)
- c. kontinuální podávání do žíly
- d. epidurální analgezie
- e. aplikace čípku do konečníku
- f. pacientem řízená kontinuální analgezie

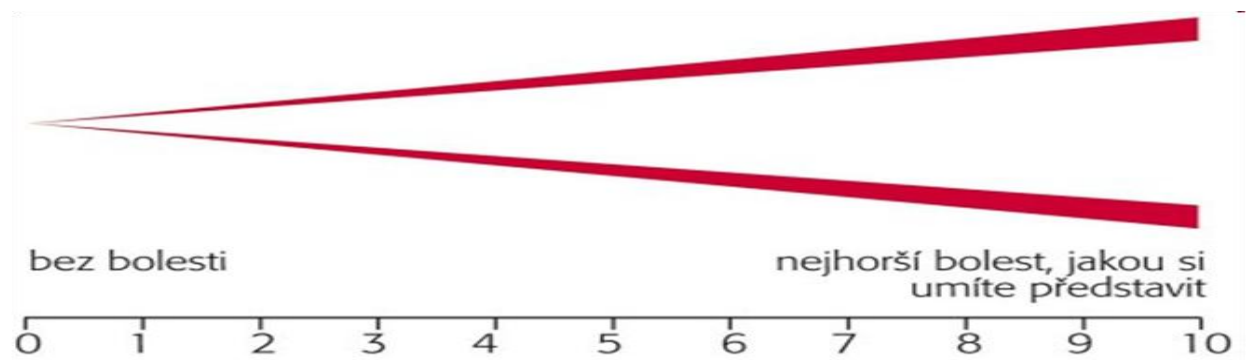
5. Pociťovala jste bolest bezprostředně po zákroku?

- a. Ano
- b. Ne

6. Kdy jste cítila největší intenzitu bolesti?

- a. Ihned po zákroku do 2 hodin
- b. v období od 2 – 12 hod. po zákroku
- c. druhý den po zákroku
- d. třetí a další den po zákroku

7. Jaká byla nejvyšší intenzita bolesti? Prosím, zaškrtněte.



8. Narušila intenzita bolesti Vaši kvalitu spánku?

- a. Ano
- b. Ne

9. Co nejvíce negativně v pooperačním období ovlivnilo Vaši bolest?

- a. ruch na pokoji
- b. změna polohy
- c. rehabilitace
- d. chování zdravotnického personálu
- e. strach
- f. převaz operační rány
- g. jiná příčina

10. Co pozitivně ovlivnilo Vaši bolest?

- a. léky proti bolesti
- b. úlevová poloha
- c. klid na pokoji
- d. odstranění drénu
- e. aplikace tepla , chladu (obklad, sprcha)
- f. jiné

11. Ovlivnila míra bolesti Vaši schopnost sebeobsluhy?

- a. Ano
- b. Ne

12. Byla jste sestrou pravidelně dotazována na intenzitu bolesti?

- a. Ano, jednou denně
- b. Ano, dvakrát denně a více
- c. Ne

13. Byla Vám nabídnuta jiná než farmakologická metoda tlumení bolesti? Pokud ano, uveďte která.

- a. úlevová poloha
- b. sprcha teplou vodou
- c. teplý obklad
- d. rozhovor, psychická podpora
- e. jiné....

14. Byla jste všeobecnou sestrou dotazována zpětně na účinek podaných léků proti bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

15. Jak často vám byly podávány léky proti bolesti?

- a. na vyžádání
- b. v pravidelných intervalech zdravotnickým personálem

16. Byla jste spokojena s péčí sester ohledně léčby bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

17. Pokud jste na předešlou otázku odpověděla NE, uveďte prosím důvod nespokojenosti

.....

Příloha B – Povolení etické komise VFN

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
Markéta Náhlovská, DiS.
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny VFN a 1. LFUK
U Nemocnice 2
128 08 Praha 2

19.2.2015
čj.: 246/15 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: Přemyslova 1051, 278 01 Kralupy nad Vltavou

Vážená paní Náhlovská,
Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 19.2.2015 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
čj.: 246/15 S-IV.

Název studie: Bakalářská práce - dotazníkový projekt: Léčba pooperační bolesti po gynekologických výkonech.

Datum doručení žádosti: 10.2.2015

- Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ *Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:* 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other
- Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /*Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion:* Ano/Yes Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 19.2.2015 (15,30 – 18,15 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / *List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:*

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
Markéta Náhlovská, DiS., Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Apolinářská 18, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/ *List of all submitted documents:*

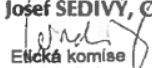
Název dokumentu, verze, datum <i>Document title, version, date</i>	Schváleno <i>/Approved</i>		Vzato na vědomí / <i>Taken into account</i>	
	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>
Průvodní dopis z 8.2.2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (10.2.2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacientky, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou, vč. Souhlasu vrchní sestry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Markéta Náhlovská, DiS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LFUK.

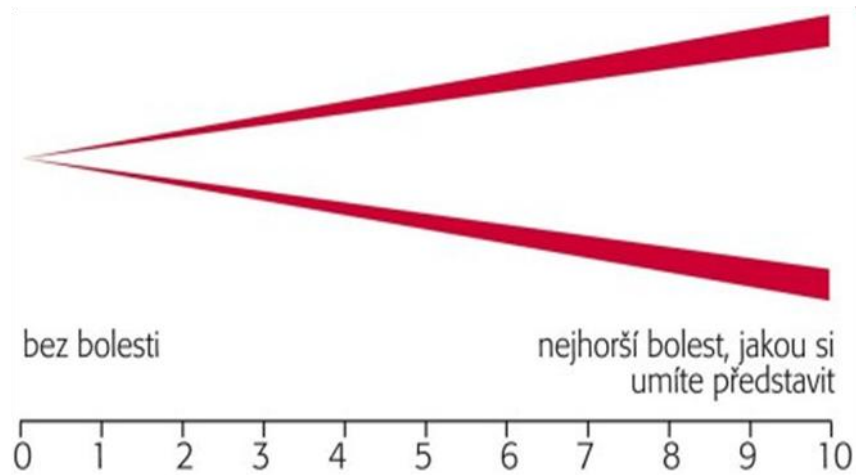
Podpis předsedy EK / *Signature of Chairperson*

1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

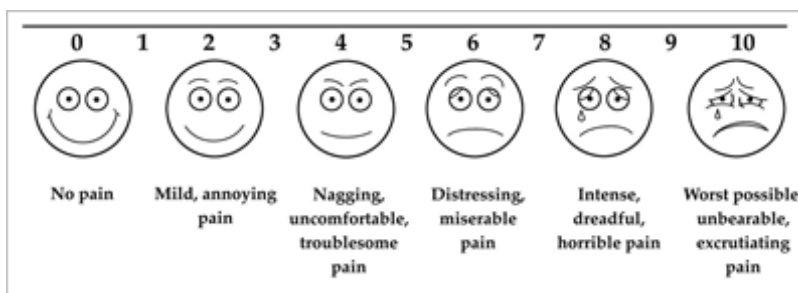

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

Příloha C - Vizuální analogová škála (podle Společnosti pro studium a léčbu bolesti 2009)



(zdroj: <http://dama.cz/zdravi/naplast-při-lecbe-bolesti-8498>)

Příloha D – Obličejová škála



(zdroj: <http://www.ericlinmd.com/neck-vas-form.php>)

Příloha E - Analgetický žebříček WHO (dle Metodických pokynů SSLB 2009)

I. stupeň - mírná bolest	II. stupeň - středně silná bolest	III. stupeň - silná bolest
Neopioidní analgetikum	Slabé opioidy + neopioidní analgetikum	Silné opioidy + / - neopioidní analgetikum
+/- koanalgetika a pomocná léčiva		

(zdroj: www.pain.cz)

