

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Monitorace bolesti u pacienta po operačním výkonu sestrou

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová

Alexandra Šimáčková

2008

Pain monitoring by a post surgery patient carried out by a nurse

The bachelor paper aims at monitoring pain during the post surgery period and it is concentrated on the attitude of nurse to it. When a nurse is capable of finding out pain, its quality and intensity in the shortest time possible, he/she promotes the comfort of a patient, improves his/her psychical state and can thus help significantly to successful healing of the surgery wound and total improvement of the health condition of the patient. A nurse's active attitude to pain monitoring is in her/his own interest. She/he should be able to offer alternative ways of calming pain and to opt for an individual attitude to every patient.

The theoretic part describes the origin of pain, its kinds, the nursing attitude towards it and different modes of monitoring of pain. Within the practical part we have set up two goals: to find out whether nurses monitor pain by patients after surgery and whether they use in practice the evaluating scale of pain. On this basis we have set up three hypotheses. H1: nurses at post surgery units monitor pain in patients having been operated on; H2: Nurses have no knowledge on scales evaluating pain; H3: Pain in patients hospitalized at post surgery units is not evaluated according to the evaluating scale. A quantitative method of research was chosen in the form of questioning and data collection using anonymous questionnaires. 120 questionnaires were distributed, of which 113 were handed back. Finally, the research file was made up of a group of 53 patients after surgery and a group of 54 nurses working at the following departments: surgical, urological, gynaecological, orthopedic and intensive care units in the hospitals in Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Praha-na Homolce. Within the research we fulfilled the determined goals. Hypothesis H1: nurses at post surgery units monitor pain in patients having been operated on was confirmed. Hypothesis H2: Nurses have no knowledge on scales evaluating pain was not confirmed, which means that nurses' knowledge is on a sufficient theoretic level. Hypothesis H3: Pain in patients hospitalized at post surgery units is not evaluated according to the evaluating scale was confirmed, which shows that nurses do not apply their theoretic knowledge in practice. The result of the research will be offered to management of hospitals as educational material for nurses working at post surgery units.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Monitorace bolesti u pacienta po operačním výkonu sestrou“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 9.5.2008

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové za její čas, připomínky a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Současně děkuji hlavním sestřám za umožnění realizace výzkumu a veškerému zdravotnickému personálu za trpělivost a vstřícnost.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Bolest	4
1.1.1 Bolest z hlediska anatomického a fyziologického	4
1.1.2 Teorie bolesti	5
1.1.3 Typy bolesti	5
1.1.4 Pooperační bolest	6
1.1.4.1 Ovlivňování pooperační bolesti	8
1.1.5 Projevy bolesti	8
1.2 Sestra a její přístup k nemocnému s bolestí	9
1.2.1 Holistický přístup	9
1.2.2 Hierarchie potřeb dle Maslowa	9
1.2.3 Faktory ovlivňující bolest	10
1.3 Hodnocení bolesti	11
1.3.1 Anamnéza bolesti	11
1.3.2 Nástroje hodnocení bolesti	12
1.3.2.1 Lokalizace bolesti	12
1.3.2.2 Intenzita bolesti	12
1.3.2.3 Celkové metody na vyšetření bolesti	13
1.3.3 Monitorování bolesti	14
1.3.3.2 Hodnocení úlevy	14
1.4 Terapie bolesti	15
1.4.1 Farmakologické postupy	15
1.4.2 Nefarmakologické postupy	16
1.4.3 Psychoterapie bolesti	17
1.4.3.1 Psychoterapie u akutní bolesti	18
1.4.3.2 Psychoterapické účinky vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem ..	18

1.4.4 <i>Komunikace</i>	19
1.4.5 <i>Zásady jednání s pacientem trpícím bolestí</i>	20
2. Cíle práce a hypotézy	22
2.1 <i>Cíle práce</i>	22
2.2 <i>Hypotézy</i>	22
3. Metodika	23
3.1 <i>Metodika výzkumu</i>	23
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	23
4. Výsledky	24
4.1 <i>Zpracování dotazníků pro sestry</i>	24
4.2 <i>Zpracování dotazníků pro pacienty</i>	46
5. Diskuse	74
6. Závěr	80
7. Seznam použitých zdrojů	81
8. Klíčová slova	83
9. Přílohy	84

Úvod

Bolest provází člověka od prvopočátku světa. Stejně staré jsou i pokusy porozumět jí a snaha léčit. Každý z nás reaguje na bolestivé podněty svým specifickým způsobem, buď ji překoná sám, nebo vyhledá pomoc. Ve všech zdravotnických zařízeních pečují sestry o pacienty s bolestí, která obvykle zhoršuje psychický stav, zpomaluje hojení operační rány, přispívá k celkovému diskomfortu pacienta a způsobuje jeho zbytečné utrpení. Záleží nejen na osobních kvalitách sestry, které jsou dány pozorovacím talentem, empatií, vlídností, citlivým jednáním a zkušeností, ale důležité jsou také teoretické vědomosti, jednotný systém zjišťování bolesti a tím i větší přehlednost a zjednodušení analgetické terapie poskytované pacientovi. Aktivní a individuální přístup ke každému jednotlivci, by měl být samozřejmý.

Bakalářská práce je tvořená praktickou a teoretickou částí. Teoretická část stručně popisuje vznik bolesti, její druhy a projevy. Popisuje nástroje k hodnocení bolesti, léčbu bolesti a samotný přístup sestry k pacientovi s bolestí. V praktické části jsem se zaměřila na výzkum v oblasti monitorace bolesti po operačním výkonu.

Cílem práce je zjistit, jestli zdravotní sestry monitorují bolest u pacientů po operaci a zda-li využívají ve své praxi škály hodnotící bolest.

Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji na chirurgickém oddělení a s bolestí se setkávám každý den. Bolest všeobecně je v poslední době v centru zájmu. Vznikají ambulance bolesti, které se dostávají do povědomí klientů trpících především chronickou bolestí. Chronickou a také akutní bolest, jako je ta pooperační, nelze měřit přístroji, ani sledovat na monitoru. Proto musíme mít na paměti, že pacient má bolest vždy, když říká, že jí má a řešit jí. Je to subjektivní pocit, těžce popsitelný a bez možnosti sdílení. Vyžaduje naši trpělivost a zajištění spolupráce s pacientem, což zahrnuje i získání si jeho důvěry, správná komunikace s ním a určitý systém v zaznamenávání a následném zhodnocení bolesti a úlevy od ní.

1. Současný stav

1.1 Bolest

Světová zdravotnická organizace definuje bolest: „Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je výrazy takového poškození popisována. Bolest je vždy subjektivní (18, str.283)“.

Bolest je psychický stav, nebo pocit většinou spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením organismu. Nejčastěji vzniká v důsledku dlouhotrvajících negativních účinků na organismus. Tyto buď ohrožují jeho existenci a celistvost nebo jsou příznakem poruchy normálního průběhu fyziologických procesů. Bolest však může mít i čistě psychické příčiny. Má velký význam pro ochranu organismu před poškozením, protože upozorňuje, že k takovému poškození dochází, nebo by v nejbližší době mohlo dojít. Je stimulem pro obranné reakce zaměřené na odstranění vnějších nebo vnitřních podnětů, které ji vyvolaly. Bolest je dobře popsatelná anatomicky i fyziologicky, ale současně je vysoce subjektivní, proto je těžké ji přesně definovat. Bolest upozorňuje, že v organismu není něco v pořádku, no na druhé straně její přechod do chronické fáze je nepříjemný až traumatizující (14,18).

1.1.1 Bolest z hlediska anatomického a fyziologického

Tělo vnímá bolest prostřednictvím nociceptorů, kterými jsou volná nervová vlákna zakončená v periférii nervového systému. Primární nocicepční aferentní vlákna, slabě myelinizovaná vlákna A delta a nemyelinizovaná vlákna C, vedou bolestivé vzruchy do zadních míšních rohů. Odtud je bolest vedena do vyšších mozkových center, kde je modulována. Následně je zapojena v paměťových procesech a dává vznik obranné motorické reakci. Dráhy bolesti jsou názorně zobrazeny v Příloze 1. Receptory bolesti, polymodální nocisenzory a také vysokoprahové mechanosenzory, se nacházejí v kůži, svalech, kloubních pouzdrech, ve srdci, cévách a ve stěně trávicí trubice. V některých orgánech se nociceptory nevyskytují a proto také nebolí, patří k nim tkáň centrálního

nervového systému, tkáň oka, vlastní kostní tkáň, chrupavky a také játra a ledviny. Na každý jeden centimetr čtvereční kůže připadá asi sto volných nervových zakončení vnímajících bolest. Stimulátorem bolestivých nocisenzorů jsou chemické láky různého složení jako serotonin, histamin, draslík, prostaglandiny, bradykinin a leukortieny, které se nacházejí v různých tkáních a mohou vyvolat bolestivý podnět (17, 24).

1.1.2 Teorie bolesti

Bolest na míšní úrovni byla intenzivně studována a na základě výzkumů vznikla tzv. vrátková teorie bolesti, kterou v roce 1965 vypracovali Ronald Melzack a Patrick Wall a znamenala revoluční změnu v chápání bolestivých mechanismů. Vrátková teorie je založená na zjištění, že vzruchy, které za normálních okolností vedou dotykové, tlakové, vibrační informace a jiné somatosenzorické cití, jsou vedeny rychlými vlákny a přepínány transmisní buňkou v Lissauerově traktu do vyšších center. Při bolestivém dráždění se vzruchy tzv. „převrátkují“ a „přehluší“ impulzy z ostatních somatosenzorických zdrojů a následně vedou pouze vzruchy bolestivé. Platí však i opak a při silném podráždění ostatních somatosenzorů se utlumí bolestivé dráhy. Tato teorie je přínosem pro objasnění psychologických aspektů bolesti a taky úspěšnosti elektrofyziální terapie (7, 23).

1.1.3 Typy bolesti

Bolest můžeme rozdělit podle několika kritérií, podle místa vzniku, trvání a výskytu, podle senzorické kvality a afektivní kvality (21).

1. Akutní bolest se dostaví hned po bolestivém podnětu. Je většinou ostrá a pálivá. Jde o bolesti kožní, kloubní, svalové a kolikovitě.
2. Chronická bolest je každá bolest trvající déle než tři měsíce, avšak některé typy chronické bolesti mohou trvat i kratší dobu a mít všechny chronické charakteristiky.
3. Přenesená bolest /referred pain/, jejíž původ je lokalizovaný v jiném orgánu než tam, kde je pocíťována.
4. Neuralgie vzniká prudkým a trvalým drážděním hlavových a periferních nervů.

5. Kauzalgie vzniká při nervovém poranění, především při střelných ranách a je to těžká chronická bolest.
6. Allodynie je bolest vyvolaná nebolestivou stimulací tkáně a je způsobená vyšší senzitivitou nocisenzorů.
7. Hyperestézie je zvýšená citlivost na termální a mechanickou stimulaci.
8. Hyperpatie je bolestivý syndrom, charakteristický zvýšenou reakcí při opakované nebo bolestivé stimulaci.
9. Hypoalgézie je snížený práh bolesti.
10. Analgézie je necitlivost k bolesti.
11. Centrální bolest je vyvolaná organickými funkčními poruchami v míše nebo mozku.
12. Fantomová bolest bývá vnímána v amputovaných částech těla. Podstatou jejího vzniku je fixovaná projekce v centrálních strukturách.
13. Talamická bolest vzniká při onemocněních ventrálních talamických jader.
14. Psychogenní bolest můžeme chápat jako bolestivé chování (neorganická bolest).
15. Organická bolest somatická vychází z kůže, svalů, kloubů a kostí, z povrchu hlavy a obličeje a stěn tělesných dutin.
16. Organická bolest viscerální má svůj zdroj ve vnitřních orgánech a bývá tupá, nepřesně lokalizovaná (18, 21).

1.1.4 Pooperační bolest

Pooperační bolest je modelovým příkladem akutní bolesti, která je nepříjemná, krátkodobá a vyšší intenzity. Znamená pro člověka velkou zátěž a v jeho chování je dominantní úzkost a podráždění. Pooperační bolest vzniká na základě chirurgického výkonu, který poškozuje tkáně, následně dochází k uvolňování prostaglandinů, histaminu, serotoninu a dalších látek a k podráždění volných nervových zakončení a nociceptorů. Bolestivé impulsy jsou vlákny přenášeny do předních rohů míšních a provokují segmentální reflexní odpovědi – napětí kosterního svalstva a spasmus, zvyšování spotřeby kyslíku, tachykardie, snižování tonu hladkého svalstva. Jiné impulsy jsou přenášeny výše

spinotalamickou a spinoretikulární dráhou a vyprovokují suprasegmentální reflexy – další zvyšování tonu sympatiku, stimulace hypotalamu, zvyšují metabolismus a spotřebu kyslíku v organismu a korové odpovědi, kdy může být bolest doprovázená obavami a strachem, což ještě víc stimuluje hypotalamus (9).

Patofyziologická odpověď organismu na operační zákrok a následný stres je charakterizována plicní, gastrointestinální, urinární a kardiovaskulární dysfunkcí, postižením funkce a metabolismu svalového systému a dále neuroendokrinními, imunitními a metabolickými změnami (17).

1. Změny na musculoskeletárním systému – dochází ke zvýšení svalových spasmů, ke snížení pohyblivosti a současně k reflexní vazokonstrikci, což má za následek zhoršení svalového metabolismu a zvýšení rizika svalové atrofie (26).
2. Změny respiračních funkcí - reflexně je zvýšené napětí břišních svalů a omezení funkce bránice, což má za následek omezení plicní poddajnosti, svalové ztuhnutí, nemožnost silného odkašlání nebo hlubokého nádechu. Může dojít až k hypoxémii, hyperkapnií, retenci sekretu až k pneumonii. Obava z provokace bolesti nutí pacienta k plytkému dýchání a k tomu, že se bojí odkašlat. K omezení ventilace může přispět i těsný obvaz.
3. Kardiovaskulární změny - sympatikus způsobuje zvýšení tepového objemu, tachykardii, zvýšení spotřeby kyslíku v myokardu, dochází k riziku ischemie až infarktu myokardu. Strach z bolesti omezuje pohyb, což může způsobit žilní stázi až žilní trombózy.
4. Gastrointestinální a urinární změny - typická je střevní hypomotilita až paralýza, nauzea nebo zvracení, hypomotilita močového měchýře až následné problémy s močením.
5. Metabolické změny - retence sodíku a vody, zvýšení glykémie až následný katabolický stav.
6. Psychické změny – může se projevit i úzkost nebo strach, s následnou zlostí a rozmrzelostí. Bolest může vyvolat nebo zhoršit nespavost a zpomalit psychické i fyzické zotavování. Dochází ke krátkodobým psychickým změnám a pokud je pro člověka příčina bolesti srozumitelná, probíhá lépe i její zvládnání a zpracování následků bolesti (17, 26).

1.1.4.1 Ovlivňování pooperační bolesti

Mezi faktory, které ve výrazné míře ovlivňují bolest po operaci, považujeme - místo, typ a trvání operačního zákroku

Silnou bolest trvající více než 48 hodin vyvolávají rozsáhlé operace v nadbřišku, hrudní operace, operace ledvin, hemeroidů a konečníku a operace páteře. Silná bolest trvající do 48 hodin je po operacích žlučníku, prostaty, abdominálních hysterektomiích a císařských řezech. Střední bolest nad 48 hodin se může vyskytnout po operacích srdce, hrtanu, hltanu a kyčelních kloubů. Střední bolest krátkodobá bývá po operacích apendixu, tříselných kýl, meziobratlových plotének a mastektomiích. Malá bolest bývá po laparoskopických operacích a malých gynekologických výkonech. Proto je důležité, zaměřit se na:

- typ a rozsah incize a chirurgického traumatu
- psychická pohoda pacienta a jeho fyzický stav včetně jeho přístupu k bolesti jako takové
- předoperační příprava v rozsahu psychologické a farmakologické
- druh anestezie
- tlumení a tišení bolesti před a po výkonu
- objevení se chirurgické komplikace
- kvalita péče v pooperační době
- jiné faktory ovlivňující stresovou odpověď, jako jsou obnovení homeostázy a tím omezení délky hospitalizace a důsledná rehabilitace (17).

1.1.5 Projevy bolesti

Verbální projevy představují vlastní popisování bolesti, které může být doprovázeno hlasovými projevy. Akutní bolest bývá popisovaná jako bolest kolikovitá, záchvatovitá, bývá spojena se změnami fyziologických funkcí, doprovázená nauzeou nebo zvracením, pocením se (21).

Nonverbální projevy jsou sdělení bolesti jinak než slovně, mimoslovní deskripci bolesti. Jedná se o velmi významný a těžko přehlédnutelný projev pacienta, patří sem paralingvistické projevy jako sykání, pláč, vzdech, akustické nespisovní zvuky, naříkání,

vzdychání, dále mimické projevy, které se projevují úzkostnými grimasami. Bolest se může projevat pohyby končetin nebo motorickými projevy, jako jsou tření v oblasti bolesti, ucuknutí, ustrnutí, útek od zdroje bolesti. Posturologické projevy jsou ustrnutí v určité pozici, schoulení se, stěh a obrana před zdrojem ohrožení a zvyšuje se aktivita autonomního nervového systému, což se projevuje zarudnutím, lapáním po dechu, zvracením nebo prudkým bušením srdce (7).

Každý pacient dává bolest najevo svým specifickým způsobem, proto je důležité sledovat celkové chování pacienta, kvalitu jeho spánku, chuť k jídlu, komunikaci s ostatními pacienty a personálem nebo s rodinou (21).

1.2 Sestra a její přístup k nemocnému s bolestí

Koncepce ošetřovatelství a jeho postavení v systému péče o zdraví, představuje v porovnání s biomedicínským pojetím autonomní funkci ošetřovatelské profese a ošetřovatelského procesu jako metody ošetřovatelské praxe (14).

1.2.1 Holistický přístup

Holismus je termín odvozený z řeckého slova „holos“ a znamená celek. Holistická teorie vidí lidský organismus jako integrovanou a organizovanou jednotu. Porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, případně i celého systému. Koncepce holismu aplikovaná na člověka a jeho zdraví zdůrazňuje, že sestra musí brát na zřetel na osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě (23).

1.2.2 Hierarchie potřeb dle Maslowa

Model potřeb člověka podle Maslowa obsahuje fyziologické a psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu k přežití. Podle jeho teorie potřeby na jedné úrovni je nutné uspokojit dřív, než se začnou uspokojovat potřeby na následující úrovni. Hierarchie potřeb napomáhá sestře k lepší orientaci v nich a tím zajistí zaměření její pozornosti a péči na základní potřeby. Existují řady faktorů, které narušují nebo mění způsob uspokojování

potřeb člověk. Jedním z faktorů je nemoc, kam můžeme zařadit i bolest jako takovou. Sestry napomáhají nemocným v uspokojování fyziologických a psychických potřeb a s postupem uzdravování klesá potřeba jejich pomoci, dále narušené mezilidské vztahy, především k příbuzným a blízkým. Sestra pomáhá při navazování zdravých způsobů uspokojování potřeb. Narušená sebekoncepce oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby a taky schopnost uvědomění si, jestli byli uspokojené nebo nikoli. Dalším důležitým faktorem je vývojové stádium člověka a dosažení vývojové role a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Ty pak ovlivňují uspokojování potřeb a jejich psychickou odezvu (3, 23).

1.2.3 Faktory ovlivňující bolest

Fyziologicko-biologické faktory, které ovlivňují bolest, zahrnují fyziologii bolesti, kde předpokládáme, že bolest je nezávislá entita a není součástí somatosenzorického systému, i když s ním má mnoho společných drah. Vytváří samostatný nocicepční systém. Důležitý je věk jedince, který pociťuje bolest a jeho vývojový stupeň. V neposlední řadě taky nemoc (23).

Psychicko-duchovní faktory ovlivňují význam, jaký pacient své bolesti přikládá. Je to zcela individuální záležitost. Mezi vnitřní faktory patří práh bolesti, každý člověk vnímá určitý vjem jako bolest od určitého momentu. Na známou bolest se adaptuje člověk lépe jako na neznámou, lépe jí snášejí lidé emočně stabilní a rozdíly v toleranci bolesti se vyskytují i v různých časových úsecích. Snižovat práh bolestivosti může také strach a úzkost, smutek, deprese či nedostatek spánku (7, 23).

Sociálně kulturní faktory mají vliv na samotný pohled na bolest. V mnohých kulturách, založených na křesťanské nebo židovské tradici, může být bolest považována za trest po spáchání něčeho zlého. Lidé bolest akceptují jako odplatu. Chápání významu bolesti ovlivňuje individuální vnímání bolesti, schopnosti snášet bolestivé stimuly a také reakce na bolest (23).

Faktory životního prostředí ovlivňují vnímání bolesti ve smyslu působení tepla nebo chladu na člověka (12).

1.3 Hodnocení bolesti

Bolest je subjektivní zážitek, proto nemůžeme měřit sílu podnětu nebo objektivizovat intenzitu pocitu bolesti, protože prožívání bolesti u konkrétního pacienta je ovlivněno individuálními vlastnostmi osoby a vnějšími podmínkami, kde se člověk právě nachází. Při setkání s bolestí u pacienta, by jsme měli uvažovat o jeho prožitku a ne o tom, zda z fyziologického hlediska je, nebo není možné, aby takovou bolest prožíval (1, 21).

Sestra ke zhodnocení faktorů podílejících se na ovlivnění pacientova prožitku bolesti musí mít nejen dostatek empatie, ale musí umět potlačit vlastní předsudky, jak bolest snášet. Důležitá je její ochota naslouchat a komunikovat s pacientem. Základem je, aby hodnocení bolesti bylo prováděno s pacientem, nikoliv na pacientovi (25).

1.3.1 Anamnéza bolesti

Při hodnocení bolesti u pacienta musí sestra získat anamnézu bolesti a provést fyzikální vyšetření se zaměřením na jeho fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Mezi údaje, které jsou nutné při anamnéze bolesti získat patří lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které jí vyvolávají, doprovodné symptomy, předchozí zkušenosti. Dále se zjišťuje vliv bolesti na spánek, příjem potravy a jiné aktivity, dosavadní pokusy o kontrolu bolesti a jejich úspěšnost, možné vyvolávající a úlevové momenty, změny vnímání bolesti při psychické zátěži (10,13,23).

Síla bolesti je různá, čím silnější, tím víc pacienta objektivně i subjektivně zatěžuje. Slabá bolest je celkem snesitelná, bez podstatné zátěže na organismus pacienta. Střední bolest pacient snáší hůře, když trvá dlouho. Důležitá je individuální citlivost. Objevují se první celkové reakce organismu na bolest. Silná bolest je krajně nepříjemná, je doprovázená vegetativním syndromem, kdy se zrychluje tep a dech, zvyšuje se krevní tlak, pacient se potí a hledá úlevovou polohu, zrychlí se peristaltika, někdy s nemožností udržení

moče a stolice. Při nesnesitelné bolesti může dojít až ke ztrátě kontroly nad svým chováním, vyvíjí se obraz šoku, někdy zkratkovité jednání až pokusy o sebevraždu (20).

1.3.2 Nástroje hodnocení bolesti

Nástroje k hodnocení bolesti můžeme rozdělit na jednoduché nebo unidimenzionální a vícerozměrné, čili multidimenzionální. Obecním principem je snaha, vyjádřit jednou souhrnnou hodnotou, komplexní zážitek bolesti (19).

1.3.2.1 Lokalizace bolesti

Nejjednodušším způsobem je položení otázky „Kde to bolí?“. Pacient se může vyjádřit slovně a přitom ukázat na postižené místo. Častá je ale mylná představa o umístění různých orgánů.

Dotazníkovou metodu zjištění lokalizace bolesti, vypracovali Kabat-Zinna (1983), vyplňuje zaškrtnutím názvu příslušné části těla a označení intenzity bolesti na pětistupňové škále a upřesnění času bolesti.

Mapa bolesti (příloha 2) pracuje s obrazem celého lidského těla, kde pacient zakroužkuje oblast bolesti (7).

1.3.2.2 Intenzita bolesti

Intenzita bolesti patří k nejvýznamnějším parametrům a má význam pro volbu optimálních léčebných prostředků, jejichž cílem je minimalizovat až trvale anulovat vnímání bolesti. Pro hodnocení intenzity bolesti jsou k dispozici stupnice, tedy škály k hodnocení bolesti (6).

Škály (příloha 3, 4) mají oproti rozhovorům několik výhod, především jednoduché použití, úspora času, odhalí problémy vyžadující další vyšetření, pomáhají zjistit, jestli byla intervence účinná, zejména když se použijí před a po intervenci k snížení bolesti. Existuje mnoho druhů škál, které hodnotí bolest (11).

Kategoriální analogová stupnice – bývá ve formě posuvného pravítka, dává pacientovi možnost použít kritéria jako: žádná bolest, lehčí bolest, obtížná bolest, rušivá bolest, mučivá bolest.

Metoda VAS /Visual Analogue Scale/ je nejčastěji využívaná metoda, protože je jednoduchá, srozumitelná a rychlá, ale všímá si pouze intenzity bolesti. Představuje 10 cm dlouhou vodorovnou nebo šikmou čáru, kde jsou slovně označeny extrémní body, nulová bolest a nejvyšší možná. Grafické vyjádření dává pacientovi pocit spolupodílení se na léčbě, je ubezpečen o našem zájmu na ovlivnění jeho bolesti. Podle zvyklosti oddělení lze použít i jiné grafické znázornění (21).

Číselná hodnotící škála NRS – numerická, někdy označovaná jako, Melzackova škála pro hodnocení bolesti, je využívána poměrně často, na rozdíl od grafické, používá číselné hodnoty k popisu bolesti na úsečce od 0 do 10, kde 0 znamená žádnou bolest a číslo 10 nejhorší představitelnou bolest (11).

Dotazník globální kvality bolesti zaznamenává pacientovo barevné zakreslení pocíťování bolestí do obrysů figuríny.

Stupnice grafických symbolů, představuje grafické znázornění např. obličejů vykreslených od úsměvného až po bolestivě sevřený, většinou se používá osm výrazů (21).

Intenzita bolesti se dá měřit i srovnávací turniketovou metodou, tzv. ischemickou metodou měření intenzity bolesti. Provádí se obdobným způsobem jako při měření krevního tlaku. Pacient po nafouknutí manžety svírá a rozvírá pěst, přitom se vytváří neustále rostoucí bolest. Pokračuje se tak dlouho, až se uměle vytvořená bolest vyrovná původní pocíťované bolesti (13).

1.3.2.3 Celkové metody na vyšetření bolesti

Hodnotí bolest komplexněji, ve více dimenzích a poskytují o to více informací. Jsou, ale časově náročné a použitelné víc v ambulantní praxi.

Průvodce k hodnocení bolesti /Pain assessment guide/ je dotazník, i když na první pohled zdlouhavý, pomáhá v sběru důležitých informací o celkovém prožívání bolesti.

Krátký inventář bolesti /Brief Pain Inventory/ sleduje pacientovu bolest v čase za posledních 24 hodin.

McGillský dotazník bolesti /McGill Pain Questionnaire/ hodnotí dimenze neuropatické bolesti a slovně se tady popisuje měření senzoričké, afektivní a hodnotící oblasti bolesti, je v krátké a dlouhé formě.

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář MMPI má své využití u chronických bolestí a význam hlavně v předpovídání reakcí na bolestivé intervence.

Záznam sebemonitorace bolesti popisuje, kdy se bolest objevuje a jak je silná (11).

1.3.3 Monitorování bolesti

Monitorování fyziologických veličin spočívá v získávání jejich hodnot v určitém časovém intervalu, znamená tedy sběr, vyhodnocení a archivaci údajů. Pojem monitorování je převzatý z latinského „monere“, což v překladu znamená varovat nebo připomínat. Monitorování je aktivní děj, kdy se sledují a vyhodnocují vybrané ukazovatele, jedná se o opakovanou nebo kontinuální činnost v čase a při hodnocení a použití získaných dat je nezbytný lidský faktor (4, 22).

Jednoduchým způsobem sledování průběhu bolesti v čase je využití z některých, již zmiňovaných škál k hodnocení bolesti, kdy na záznamu o intenzitě bolesti se navíc nanáší na vodorovnou osu měření časový údaj. Získaná křivka má výpovědní hodnotu o změnách pacientova zdravotního stavu. Časový průběh bolesti je nutné sledovat, jestli v průběhu léčby dochází u pacienta k radikálnějším událostem, jakou operace beze sporu je (7).

1.3.3.2 Hodnocení úlevy

Zhodnotit úlevu od bolesti je pro ošetrovatelský tým nezbytné a důležité. Můžou se využít stejné techniky jako k vyjádření intenzity bolesti. Pacient vyjádří subjektivní účinnost léčby pomocí stupnice úlevy, kde 0 představuje žádnou úlevu, 1 malou úlevu, 2 mírnou, 3 značnou a 4 úplnou úlevu od bolesti. Bolestivost zákroku, který pacient

podstupuje je snesitelnější, když je dostatečně informován a poučen o příčině, průběhu, zákroku a o fázi zotavení se po zákroku (21).

Informace o bolesti, charakteru, průběhu, léčbě a úlevě od bolesti se vždy pečlivě zaznamenávají do sesterské a lékařské dokumentace. Sestra zaznamenává pacientovo vlastní hodnocení bolesti, osobní zkušenosti pacienta při zmírňování bolesti, faktory, které bolest provokují, okolnosti a dobu bolesti, lokalizaci bolesti, kterou zaznamenává graficky, popisuje bolest a souběžně s lékařskou dokumentací vede záznam o účinku. Je vedena po dobu 24 hodin a lékař z ní vychází při vlastní ordinaci analgosedace (11, 21).

1.4 Terapie bolesti

Tišení bolesti musí nastoupit podle možností okamžitě a je potřeba to zahájit před stanovením definitivní diagnózy. Může být tlumena ještě před odhalením její příčiny. Nepotvrdila se domněnka, že analgetika ztěžují diagnostiku. Úleva od bolesti naopak prospěje pacientovi, zvýší jeho spolupráci a umožní i detailnější vyšetřování. Bolest se musí předpokládat a předcházet jí dříve než se plně rozvine (15).

1.4.1 Farmakologické postupy

Farmakoterapie bolesti patří mezi nejčastěji využívané postupy při odstraňování bolesti. Analgetika jsou aplikována postupně podle síly účinku. Mezi neopioidní analgetika se řadí paracetamol, indometacin, ketazon, kyselina acetylsalicylová. Opioidy se dělí na slabé a silné, například morfin, kodein, poslední skupinou jsou adjuvantní látky jako kortikosteroidy, antidepresiva, myorelaxancia nebo lokální anestetika. Je důležité pacienta upozornit na vedlejší účinky, které terapie přináší. Proti suchu v ústní dutině můžeme pacientovi doporučit žvýkání žvýkačky nebo cucání bonbónu, pomáhá zvlhčování ústní dutiny. Při lehké nevolnosti pacientovi může pomoci popíjení studeného nápoje, ale v malém množství. U těžké nevolnosti se doporučují mražené nápoje nebo výrobky. Někdy se analgetická léčba projevuje syndromem tzv. těžké hlavy, což představuje velmi nepříjemný pocit, který nebývá trvalý a mizí s nástupem účinku analgetik. Vertigo, závrať

nebo instabilita vyžadují sledování pacienta, kdy je vždy snaha směřována k zabránění úrazu (9, 21).

1.4.2 Nefarmakologické postupy

- Klid a pohodlná poloha, zejména u zlomenin a zánětlivých procesů.
- Trakce nebo extenze, indikace u ztuhlého krku, zlomenin dlouhých kostí, artralgií.
- Kryoterapie, snižuje prokrvení, lze použít bandáž nebo obklad.
- Galvanizace je působení stejnosměrného proudu a indikuje se u lokální bolesti.
- Rehabilitace, magnetoterapie, ultrazvuk, laser.
- Neurochirurgie a invazivní postupy, jako blokády nervů.
- Hydroterapie používá při léčbě bolesti vodu, která uklidňuje, utiňuje, poskytuje podporu a nadnáší. Využívají se vířivé koupele a vířivky, dále neutrální koupele s teplotou lidského těla a sedací koupele.
- Vibrační terapie zmírňuje bolest navozením necitlivosti léčené oblasti a má podobné účinky jako elektrická masáž.
- Aromaterapie působí na limbický systém a pachy stimulují uvolnění endorfinů v mozku, ty pak ovlivní vnímání bolesti.
- Muzikoterapie využívá přitažlivosti rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci a uvolnění, což má vliv na vnímání bolesti.
- Jóga je jednou z nejstarších metod přístupu k bolesti.
- Akupunktura je klasická analgetická metoda používaná v Číně a v poslední době rozšířená i do Evropy. Stimulací akupunkturních bodů dochází ke zvýšené sekreci endorfinů a tím ke zvýšení prahu pro vnímání bolesti.
- Psychická podpora, je nejdůležitější. Zmírňuje strach z bolesti, z neznámého prostředí, vytržení z běžného života. Ošetřovatelský tým musí počítat s pocity bezbrannosti, zranitelnosti a úzkosti, vcítit se do nich, poskytnout potřebné informace, slovně podpořit a uklidnit. K psychické podpoře patří i slovní objasnění

podání analgetik, vysvětlení nástupu účinku a jestli lze očekávat úlevu částečnou nebo úplnou (7,11,21).

1.4.3 Psychoterapie bolesti

Psychoterapie bolesti představuje druh intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho interpersonální vztahy i na tělesné procesy tím, že navozuje změny, které jsou žádoucí a vedou k uzdravení. Uskutečňuje se výhradně prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychologické metody tlumení bolesti se používají stále častěji v kombinaci s analgetiky (7).

Modulace dolního prahu bolesti spočívá v systematickém ovlivňování očekávání bolesti nebo ovlivňování osobní zkušenosti s bolestí (13).

Placebo efekt má schopnosti stimulovat sebeuzdravující pochody. Může úplně odstranit symptomy a změnit patologický stav organismu. Jedná se o podání takového léku, který nemá žádný léčebný účinek a přistupuje se k jeho podání tehdy, kdy lze oprávněně předpokládat, že bolesti jsou vyvolané psychickými problémy pacienta. Terapeut i pacient musí být přesvědčený, že daný postup pomůže. Navození určitých představ, myšlenek, postojů je označováno pojmem sugesce. Sugescie mění pacientův postoj k bolesti, ale netlumí jeho senzitivitu k ní(13).

Hypnóza představuje uměle navozený stav, podobný hlubokému spánku, kdy mysl člověka reaguje na externí podněty. Je často indikována při akutní bolesti. Jejím kladem je odvedení pozornosti od kritické situace. Hypnoticky navozená míra analgezie je přímo úměrná míře sugestibility (21, 23).

Nejjednodušším způsobem zbavení se napětí je relaxace, odpočínutí si nebo obrazně – rozvázaní utaženého uzlu. Nejčastěji se využívá Schulzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní relaxace. Teorie relaxace se odráží od faktu, že bolest působí jako stresor a relaxace se pokouší o přeladění organismu ze stavu ohrožení do stavu uvolněnosti. Biologická zpětná vazba BFB využívá možností volního uvolňování průběhu fyziologického dění (13, 21, 23).

1.4.3.1 Psychoterapie u akutní bolesti

Bolest se v tomto případě léčí odstraněním příčiny. Kauzální léčba proto spočívá především v chirurgické, farmakologické nebo fyzioterapeutické péči. Zdravotnický personál by ale měl dodržovat zásady psychologického přístupu, protože vytváří atmosféru důvěry, zlepšuje spolupráci a zbavuje pacienta strachu. Psychoterapií v tomto případě lze zmírnit jen intenzitu bolesti. Pacient je bolestí ochromen a má z ní strach. Někdy se snaží své pocity ovládnout nebo potlačit, ale intenzita bolesti se zmenšuje, když jí může pacient volně projevit. Může se zmírnit i odvedením pozornosti dotazy na různé údaje. Dalším prostředkem ke zmenšení intenzity bolesti je empatie a dotýkání se trpícího člověka. V praxi je nejčastěji využívána analgetická hypnóza, relaxace a imaginace (7).

1.4.3.2 Psychoterapeutické účinky vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem

Bolest se může zvyšovat i nevědomostí pacienta. Okolí, které o pacienta pečuje, může svým chováním a jednáním obavy zmírnit nebo naopak vystupňovat. Harmonický vztah mezi ošetřujícím týmem a pacientem, compliance, představuje vzájemné porozumění a souznění. Důležitá je informovanost pacienta, která je pak je v protipólu s negativním vlivem jeho neinformovanosti a tím související nejistotě. Proces vcítění nebo empatie probíhá převážně neverbálně. Podstatné je vžít se do pocitů pacienta a pochopit jeho problémy. U starších pacientů a malých dětí, ale taky u mnoha dospělých pacientů hraje velkou roli haptický kontakt, který představuje například pohlazení nebo podání ruky, dává pacientovi pocit, že je mu někdo nablízku. Sugestivní působení, ve smyslu ujišťování pacienta, že se o jeho bolesti ví a posilování vlastní aktivity nemocného, například pochvalou nebo povzbuzením, se zmírňují jeho obavy. Psychoterapeutický účinek má taky ochota vyslechnout pacienta, když si potřebuje povídat o svých pocitech a starostech a akceptování pacienta, které spočívá v jeho přijetí jako rovnocenného partnera na uzdravovacím procesu (23).

1.4.4 Komunikace

Komunikace je v obecné rovině sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků, ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním a to především přímo mezi dvěma nebo více lidmi, ale taky pomocí tisku, rozhlasu či jiných médií. Při správně vedené komunikaci je nutné vědět, co se bude říkat, jak sdělit informaci, aby jí pacient rozuměl, je důležité všimnout si pocitů pacienta přiměřeně na ně reagovat a umožnit pacientovi, aby se vyjádřil. Cílem komunikace je spokojený pacient a spokojenost 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. Z komunikačních dovedností je na prvním místě naslouchání, což znamená aktivně vnímat druhého. Nevnímat jen to, co pacient říká, ale také jak to říká a sledovat všechna jeho gesta a mimiku. Všechny tyto podněty jsou pak předpokladem k poznání skutečného sdělení pacienta. S nasloucháním úzce souvisí respekt, postoj a přístup k lidem, který je základem toho, aby zdravotnický personál přistupoval k pacientovi opravdově a ne jenom v rámci profesionální role (2, 5, 7).

Je důležité zajistit při rozhovoru s pacientem, aby rozhovor nerušily telefony, přítomnost druhé osoby, nebyly mezi pacientem a zdravotníkem bariéry. Rozhovor by měl probíhat na úrovni kognitivní i emoční. Kognitivní úroveň tvoří údaje, konkrétní obsah sdělení, emoční rovina zase představuje prožívání a zabarvení toho, co je sdělováno. Kvalita komunikace určuje spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí (8).

Informace o bolesti je důležitá a nestačí jí jen zaregistrovat, ale s ní začít s ní taky pracovat. Hlavní pozornost je zaměřena na časový vývoj a změny. Je důležitá trpělivost, protože bolest je často doprovázená negativními emocemi, jako je úzkost, agrese, frustrace nebo deprese. Základem je teda ujištění pacienta, že k tlumení bolesti budou použity všechny dostupné prostředky. Pacient je informován o délce a míře bolestivosti zákroku, na který se chystá a dostane šanci aktivně se podílet na tlumení bolesti (7).

1.4.5 Zásady jednání s pacientem trpícím bolestí

- nechodit kolem pacienta nevšímavě
- nebýt necitelný k jeho projevům bolesti
- sledovat neverbální projevy pacienta
- nepospíchat, když pacient sděluje, že ho něco bolí
- nebagatelizovat verbalizaci stížností
- nikdy neřkat „to nemůže bolet“ nebo „to nic není“
- nenazývat pacienta výrazy jako hypochondr, hysterka či simulant
- před každým bolestivým zákrokem informovat pacienta o tom, co, a jak dlouho ho bude bolet
- domluvit si znamení, které pacient použije, když už bolest nebude snesitelná, ale současně neslibovat, že bolestivý zákrok se přeručí
- v jednání s pacientem být důvěryhodný
- zaujímat empatický vztah k pacientovi vždy a všude
- být s pacientem v úzkém kontaktu, aby věděl, kde hledat pomoc
- akceptovat pacienta
- posilovat jeho vlastní aktivitu v boji s bolestí (23).

Je prokázáno, že nedostatečné tlumení pooperační bolesti zvyšuje morbiditu, celkově i pooperační výsledky, prodlužuje hospitalizaci. Přispívá i k chronifikaci bolesti, kdy může bolest dál pokračovat nezávisle na jejím původu, tzv. paměť na bolest (18).

Důvody, proč není u většiny pacientů bolest léčena úspěšně, jsou hlavně organizační, kompetenční a ekonomické. Dobře fungující ošetrovatelský tým by měl u všech pacientů v pooperačním období zajistit optimální tlumení bolesti. Základem je účinnost analgezie, její dostupnost, sledování účinků předepsaných analgetik, úprava ordinace a také včasné zachycení vznikajících komplikací. Vliv účinné pooperační analgezie na snížení morbidity, je možný jen v kombinaci s dalšími postupy, jako jsou včasná mobilizace, rehabilitace, prevence tromboembolických komplikací nebo nutriční podpora (15).

Bolest je jevem ležícím na pomezí fyziologie a psychologie a můžeme ji označit jako multidimenzionální fenomén. Toto konstatování umožňuje v diagnostice úplnější vystižení jevu bolesti. Obdobně je tomu v terapii a v prevenci bolesti. Vztah mezi tím, jak zdravotníci hodnotí bolest u pacienta, a jak jej hodnotí on sám, je velice problematický. Někdy jednostranný biomedicínský pohled na bolest může vést k předimenzování tlumení bolesti a podceňování účinků psychoterapeutických postupů. Proto je důležité přehodnotit tento zúžený vztah k fenoménu bolesti, který má v Evropě staletou tradici a odvíjí se od falešného filozofického pojetí René Descarta, který považoval psychickou a fyzickou stránku člověka za dvě od sebe kvantitativně odlišné roviny a zohledňovat při pohledu na bolest komplexnější, biopsychosociální přístup (13).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, jestli sestry monitorují bolest u pacientů po operaci.

C2: Zjistit, zda-li sestry v praxi využívají škály hodnotící bolest.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry na pooperačních jednotkách monitorují bolest u pacientů po operaci

H2: Sestry nemají znalosti o škálách hodnotících bolest

H3: Bolest u pacientů, hospitalizovaných na pooperačních OJ, není hodnocena dle hodnotící škály.

3. Metodika

3.1 Metodika sběru dat

K realizaci výzkumu jsme zvolili kvantitativní metodu výzkumu formou dotazníků. Před zahájením samotného výzkumu jsme oslovili hlavní sestry jednotlivých nemocnic, které se způsobem výzkumu souhlasily.

Vypracovali jsme dva druhy dotazníků. Jeden byl určený sestřám pracujícím na ošetrovatelských jednotkách v operačních oborech a druhý typ dotazníku byl určen pacientům po operačním výkonu. Dotazníky byly anonymní a dobrovolné.

Dotazník pro sestry (příloha 6) obsahoval 23 otázek. 16 otázek bylo uzavřených, 2 polouzavřené a 5 otevřených. Druhý typ dotazníků (příloha 7) byl určený pacientům po operačním výkonu a obsahoval 18 otázek, z kterých bylo 16 uzavřených a 2 otevřené. Výsledky byly zpracovány pomocí grafů v programu Microsoft Office Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti po operačním výkonu a sestry pracující na oddělení chirurgickém, urologickém, ortopedickém, gynekologickém a na jednotce intenzivní péče v nemocnicích Jindřichův Hradec, Pelhřimov a v Praze Na Homolce.

Výzkum probíhal v časovém období od konce listopadu 2007 do konce března 2008.

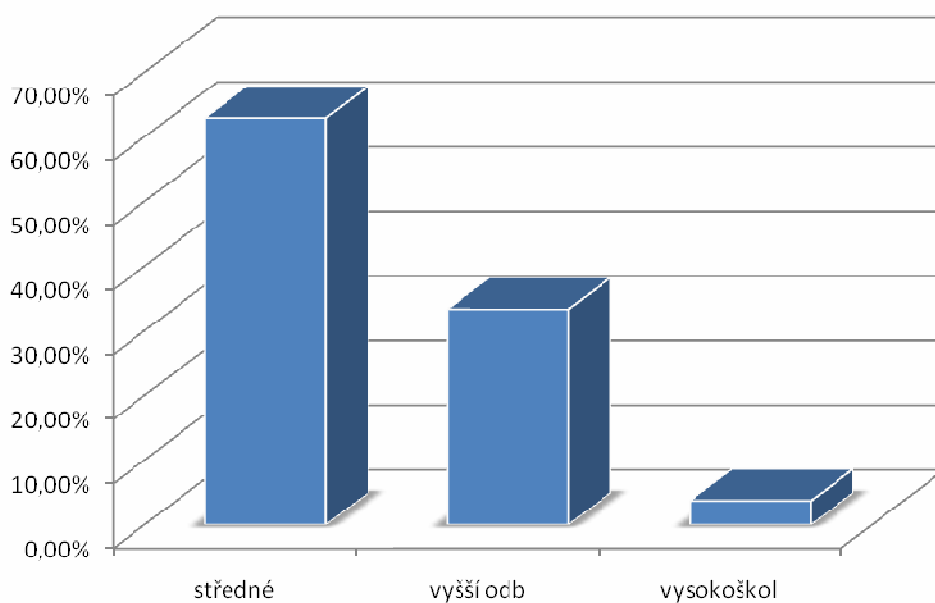
Bylo rozdáno 60 dotazníků pro sestry a 60 dotazníků pro pacienty. Vrátilo se 60 vyplněných dotazníků pro sestry, ale 6 sester nevyplnilo řádně všechny odpovědi a proto musely být dotazníky vyřazeny. Návratnost dotazníku pro sestry byla 100%, ale výzkumný soubor sester nakonec tvořilo 54 sester.

Dotazník pro pacienty nevyplnilo 7 pacientů, vrátilo se 53 řádně vyplněných dotazníků a vyřazen nebyl žádný. Návratnost dotazníků pro pacienty je 88,33%, výzkumný soubor tvořilo 53 pacientů.

4. Výsledky

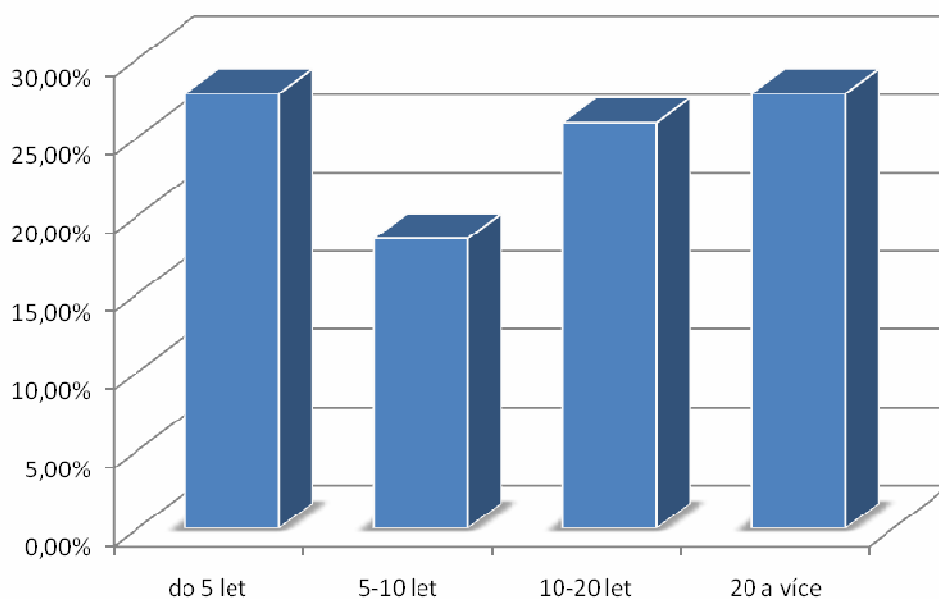
4.1 Zpracování dotazníků pro sestry

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání



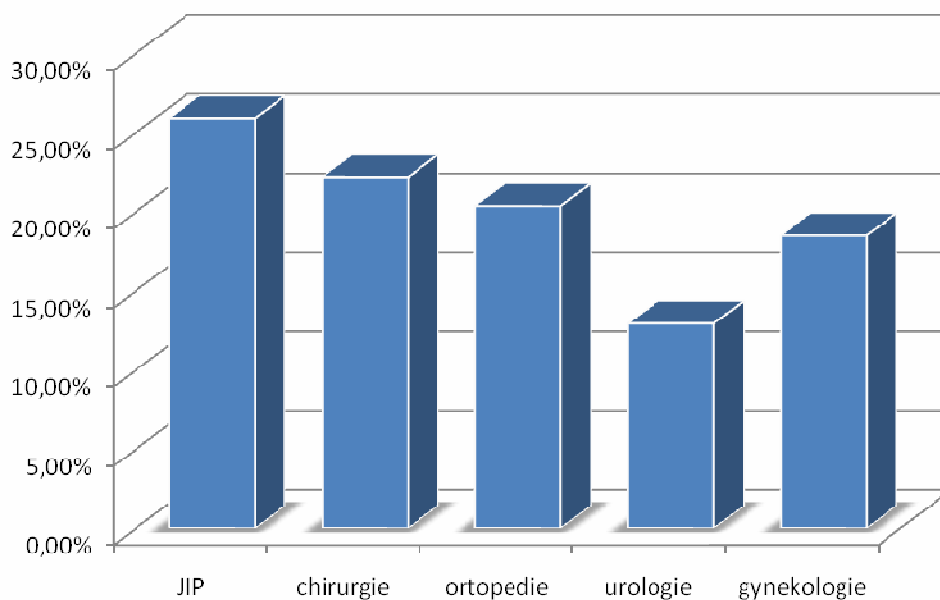
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných mělo středoškolské vzdělání s maturitou 34 (62,96%) sester, vyšší odborné vzdělání 18 (33,33%) sester a dvě (3,70%) sestry měly vysokoškolské vzdělání.

Graf 2 Délka praxe



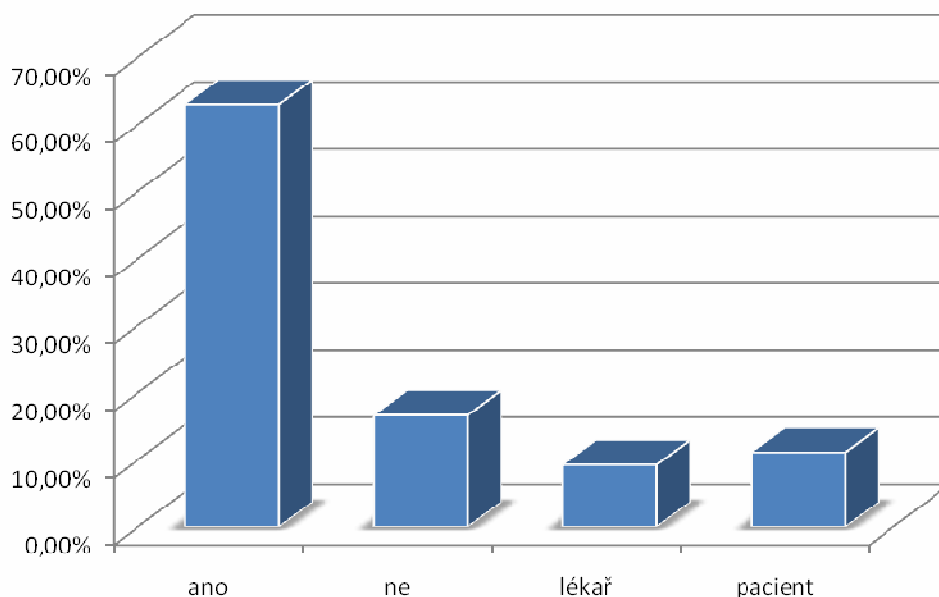
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester pracovalo ve zdravotnictví méně než 5 let 15 (27,77%) sester, od 5 do 10 let 10 (18,51%) sester, od 10 do 20 let 14 (25,92%) dotazovaných sester a 20 let a více 15 (27,77%) sester.

Graf 3 Struktura pracovišť sester



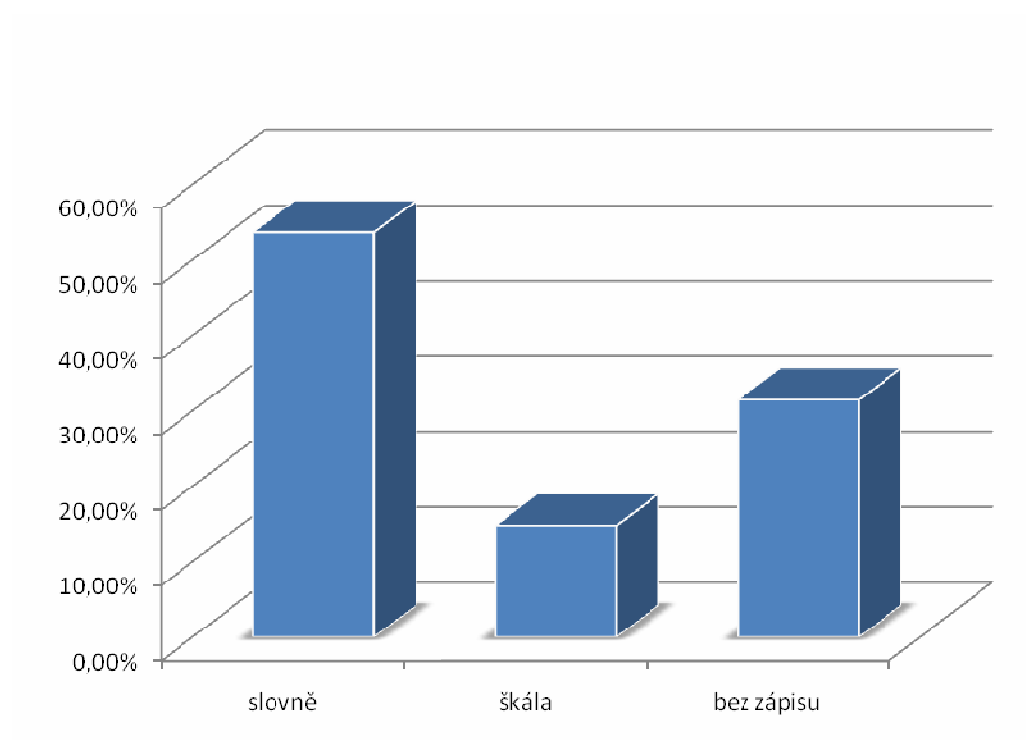
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester pracovalo na jednotkách intenzivní péče 14 (25,92%) sester, na chirurgických odděleních 12 (22,22%) sester, na ortopedických odděleních 11 (20,37%) sester, na urologických odděleních 7 (12,96%) sester a na gynekologických odděleních 10 (18,51%) dotazovaných sester.

Graf 4 Bolest před operací



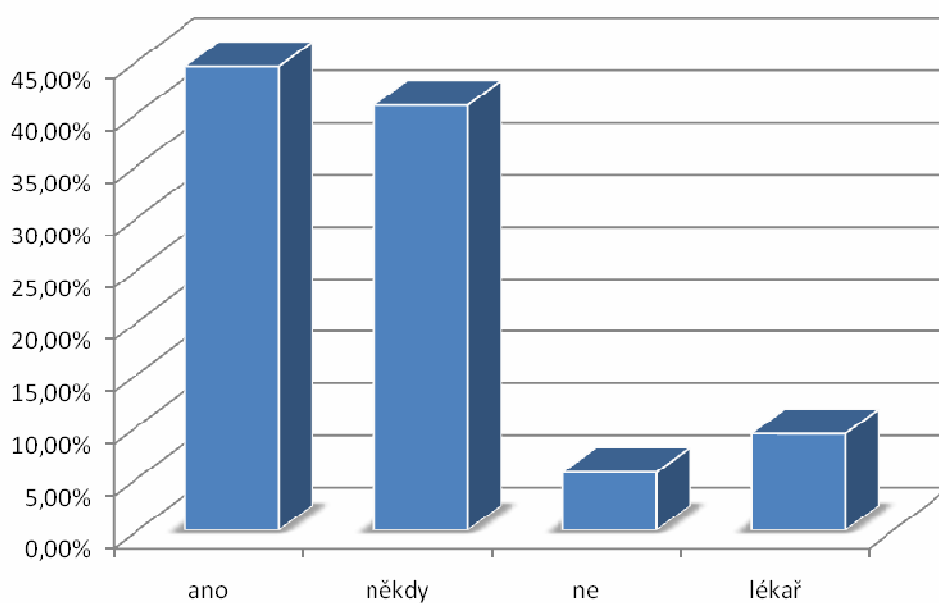
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester odpovědělo 34 (62,96%) sester, že před každou operací zjišťuje bolest u pacienta, 9 (16,66%) sester odpovědělo, že bolest před operací nezjišťuje, 5 (9,25%) sester nechává zjišťování bolesti před operací na lékaři a 6 (11,11%) sester odpovědělo, že bolest před operací zjišťuje jen tehdy, když si pacient stěžuje.

Graf 5 Hodnocení bolesti před operací



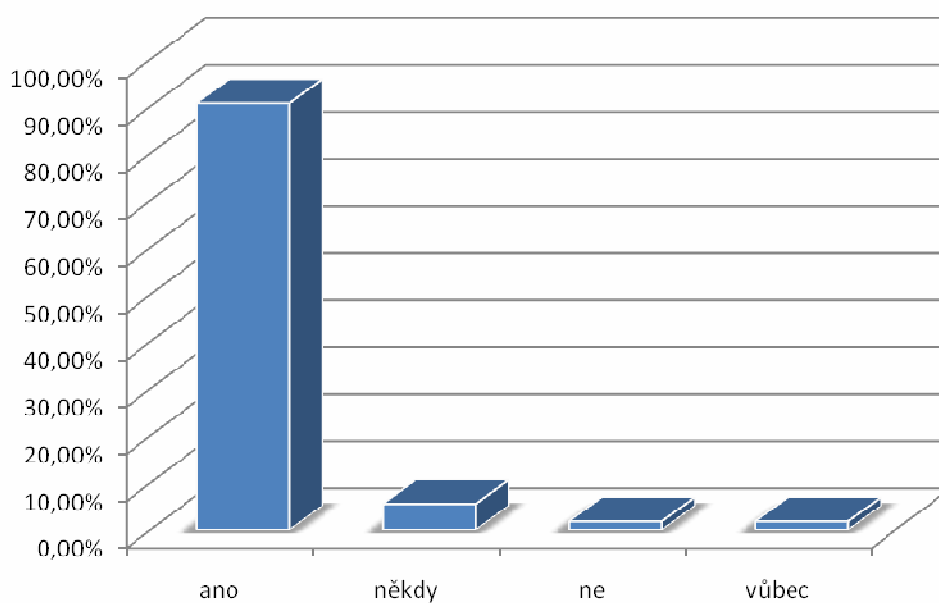
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester hodnotí 29 (53,70%) sester bolest u pacienta před operací slovně, 8 (14,81%) sester hodnotí bolest před operací pomocí škály bolesti a 17 (31,48%) sester bolest nehodnotí.

Graf 6 Upozornění na možnou bolest



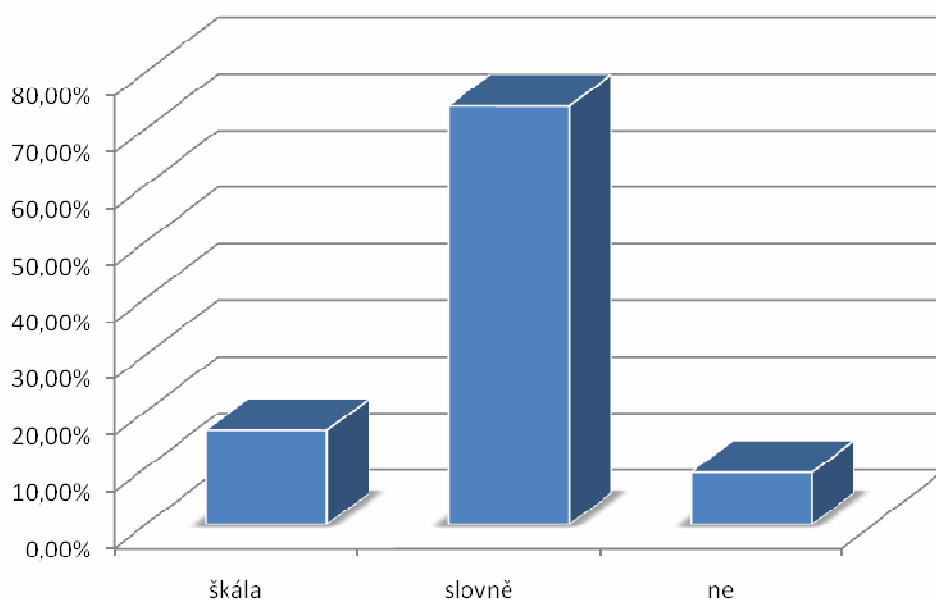
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester upozorňuje 24 (44,44%) sester pacienta na možnou pooperační bolest a pokládá to za samozřejmé, 22 (40,74%) sester upozorní pacienta na možnou bolest po operaci jen pokud se sám zeptá, 3 (5,55%) sestry pacienta neupozorňují a 5 (9,25%) sester nechává upozornění na možnou pooperační bolest na lékaři.

Graf 7 Monitorace bolesti hned po operaci



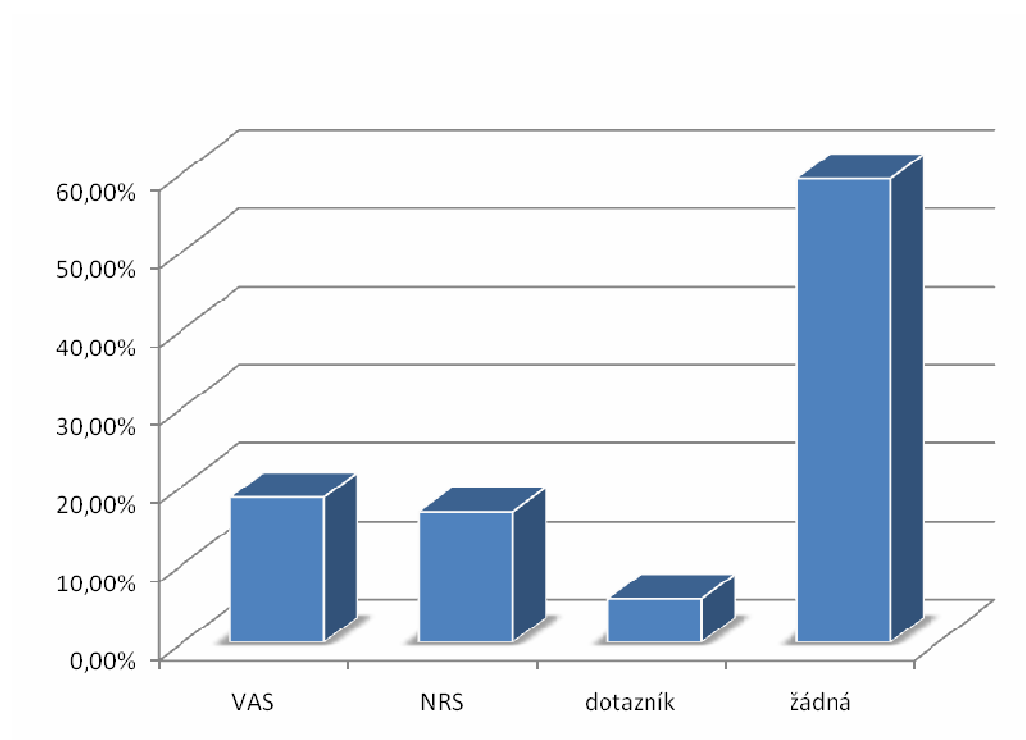
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 49 (90,74%) sester se ptá na bolest hned po operačním výkonu, 3 (5,55%) sestry se ptají na bolest jen když vidí neverbální projevy bolesti u pacienta, 1 (1,85%) sestra se neptá na bolest vůbec a 1 (1,85%) sestra čeká až jí pacient o bolesti řekne sám.

Graf 8 Hodnocení intenzity bolesti



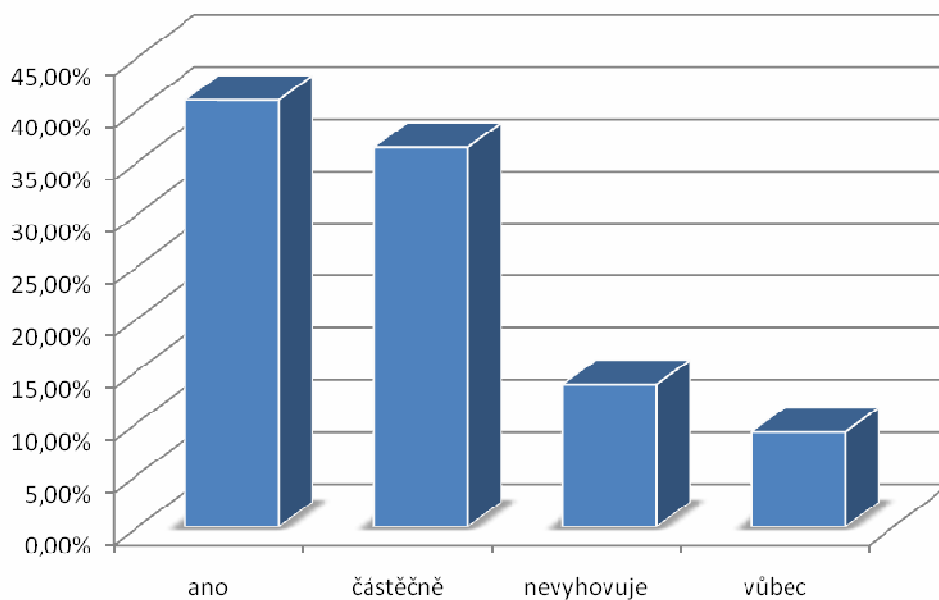
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester hodnotí 9 (16,66%) sester bolest po operaci u pacienta pomocí škály hodnotící bolest, 40 (74,07%) sester hodnotí bolest po operaci slovně a 5 (9,25%) sster bolest u pacienta po operaci nehodnotí.

Graf 9 Používání škál hodnotících bolest



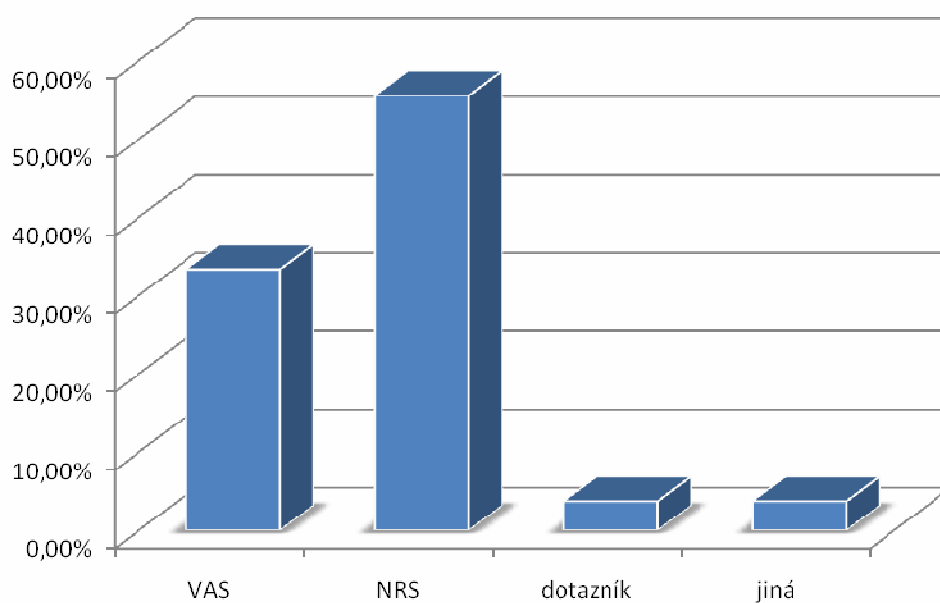
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester používá 10 (18,51%) sester vizuální analogovou škálu bolesti VAS, 9 (16,66%) sester používá numerickou hodnotící škálu bolesti NRS, 3 (5,55%) sestry používají dotazník globální kvality bolesti a 32 (59,25%) sester nepoužívá žádnou ze škál hodnotící bolest.

Graf 10 Spokojenost s používanou škálou



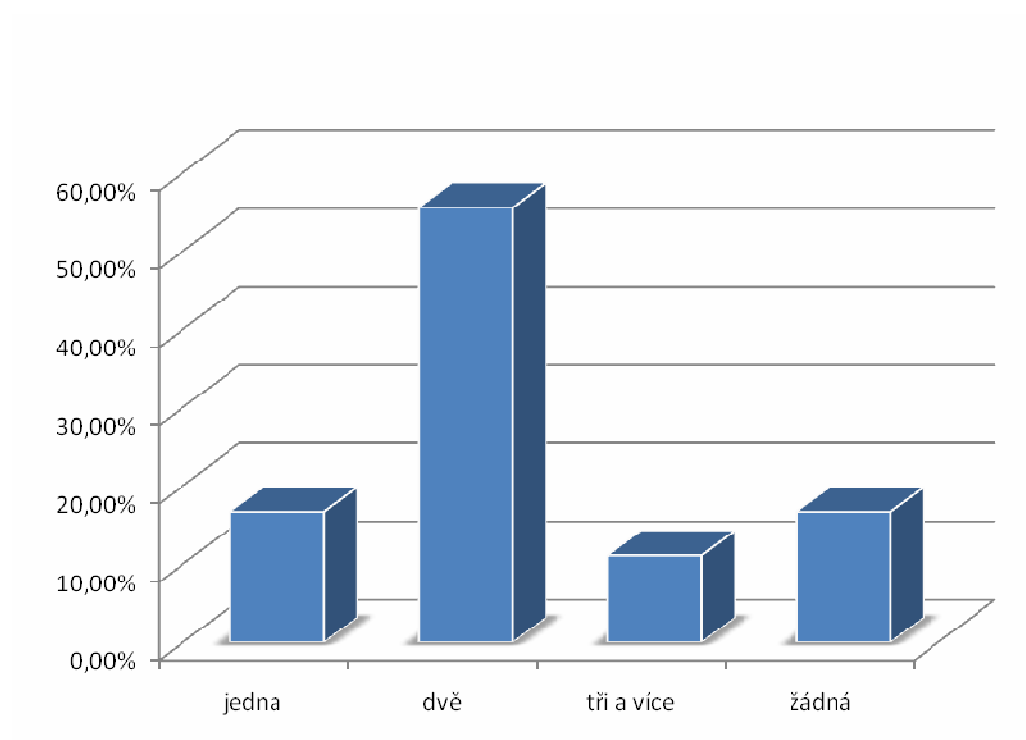
Z celkového počtu 22 (100%) dotazovaných sester, které odpověděly, že na pracovišti používají škálu hodnotící bolest, je 9 (40,90%) sester zcela spokojeno s používanou škálou, 8 (36,36%) sestrám používaná škála vyhovuje částečně, 3 (13,63%) sestrám nevyhovuje a 2 (9,09%) dotazované sestry nejsou s používanou škálou spokojeny vůbec.

Graf 11 Ideální škála k hodnocení bolesti



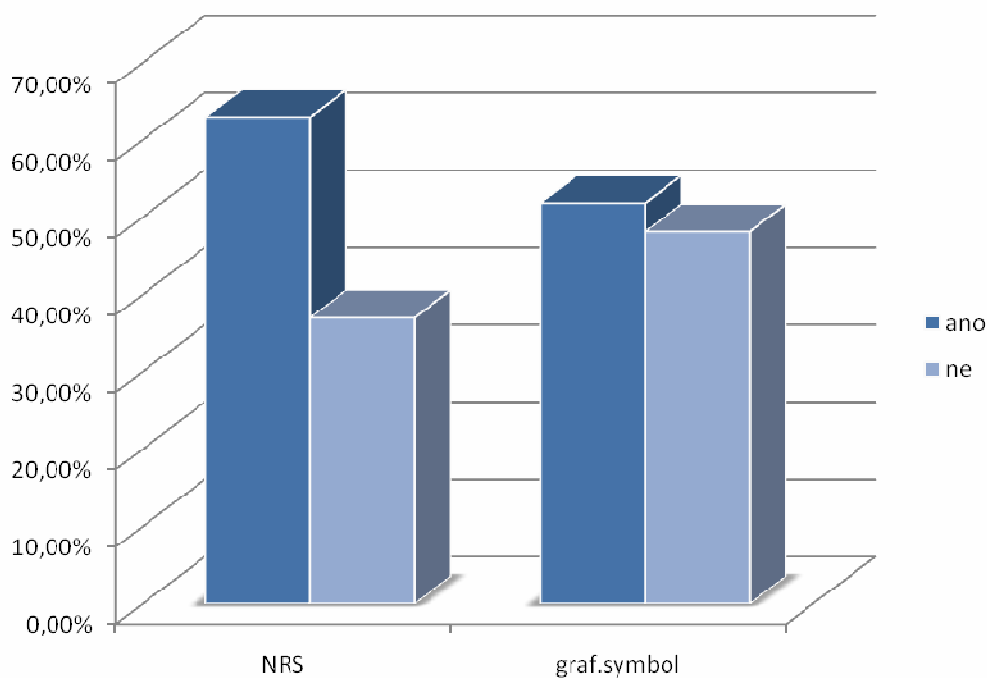
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester si 18 (33,33%) sester myslí, že ideální škála k využití na jejich pracovišti by byla vizuální analogová škála VAS, 30 (55,55%) sester preferuje numerickou škálu bolesti NRS, 2 (3,70%) sestry preferují dotazník globální kvality a 2 (3,70%) sestry označily jiný typ škály hodnotící bolest.

Graf 12 Celková znalost hodnotících škál



Z celkového počtu 54 (10%) dotazovaných sester zná 9 (16,66%) sester jednu škálu hodnotící bolest, 30 (55,55%) sester zná dvě škály, 6 (11,11%) sester zná tři a více škál a 9 (16,66%) sester nezná žádnou škálu hodnotící bolest.

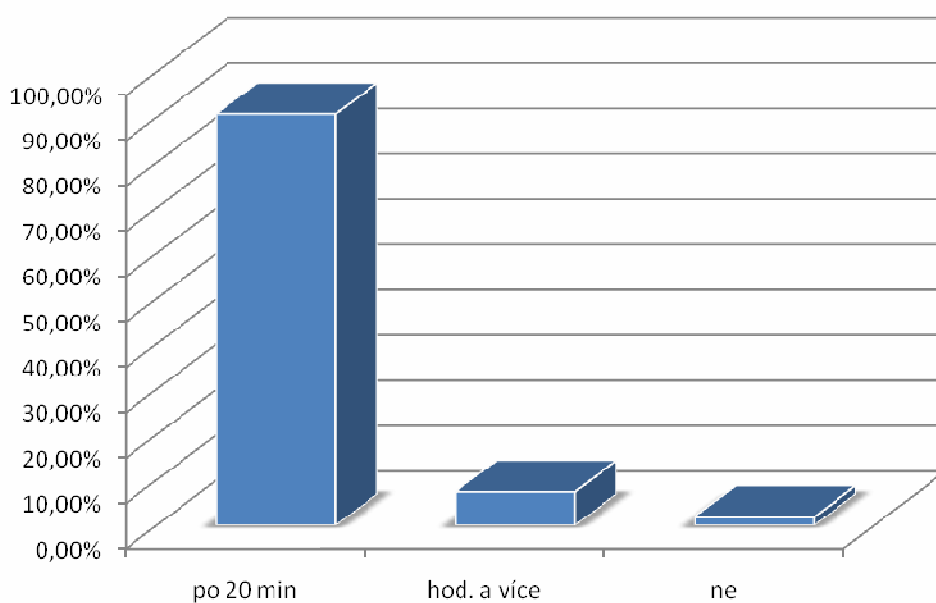
Graf 13 Znalost konkrétní hodnotící škály



Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 34 (62,96%) sester zná numerickou škálu bolesti a 20 (37,03%) sester nezná numerickou škálu bolesti NRS.

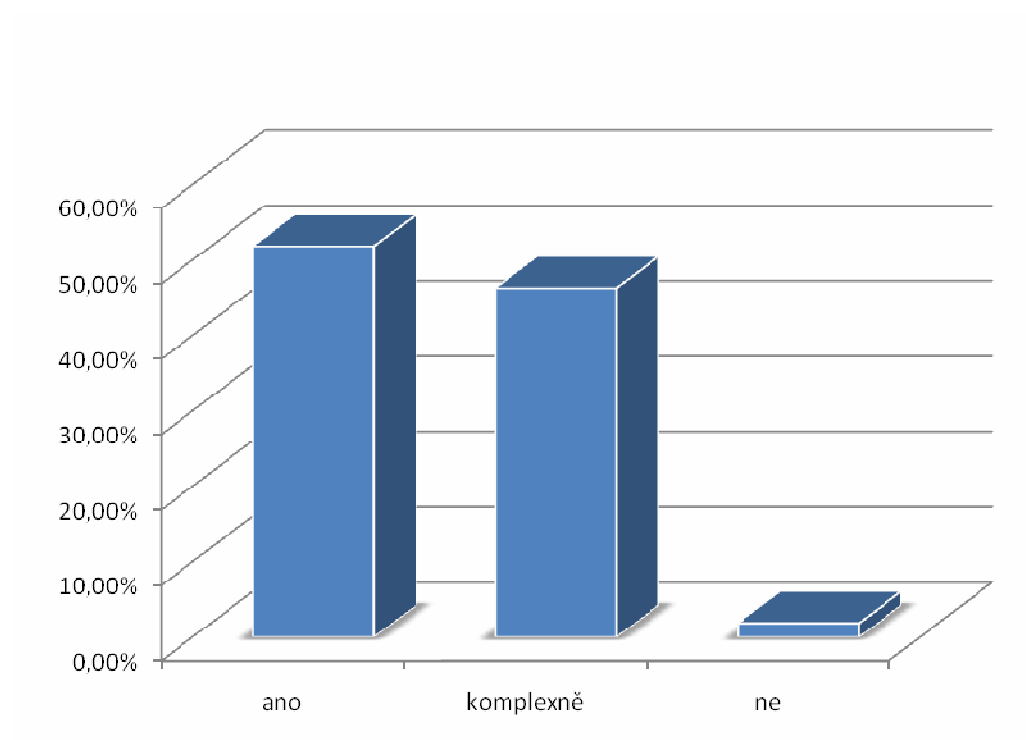
Z celkového počtu 54 (100%) sester 28 (51, 85%) sester ví jak vypadá škála – stupnice grafických symbolů a 26 (48,14%) sester neví jak vypadá stupnice grafických symbolů.

Graf 14 Monitorace úlevy od bolesti



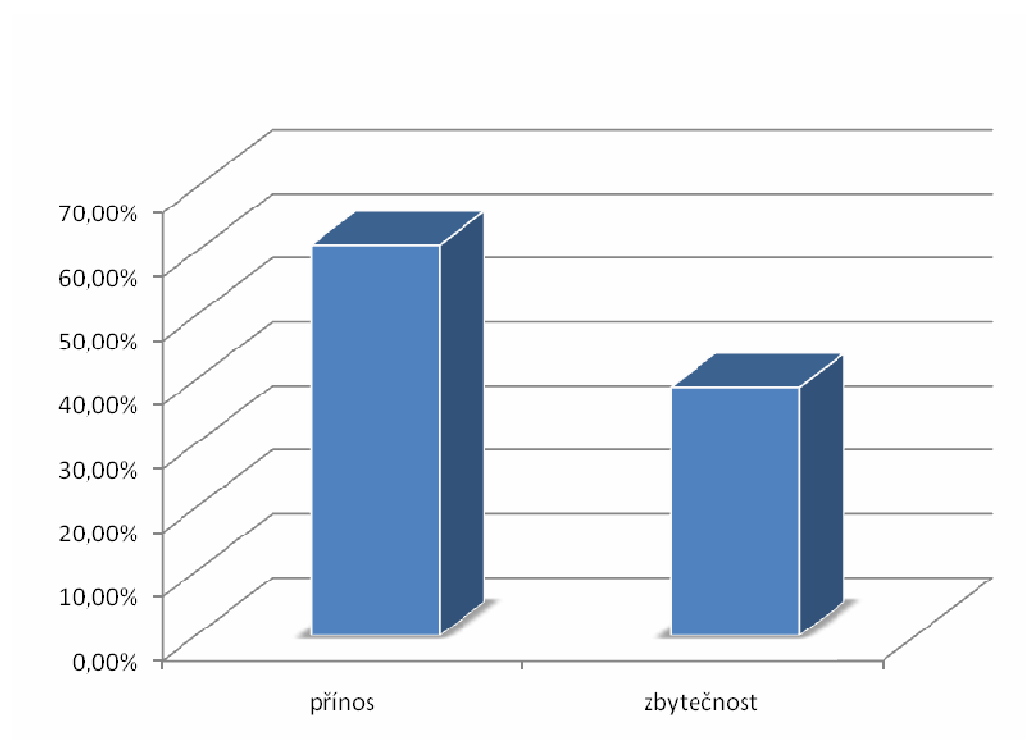
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 49 (90,74%) sester zjišťuje úlevu od bolesti po 20 minutách od aplikace analgetik intra musculárně, dle ordinace lékaře, 4 (7,40%) sestry zjišťují úlevu od bolesti za hodinu a více a 1 (1,85%) sestra nezjišťuje úlevu od bolesti.

Graf 15 Zjišťování úlevy od bolesti



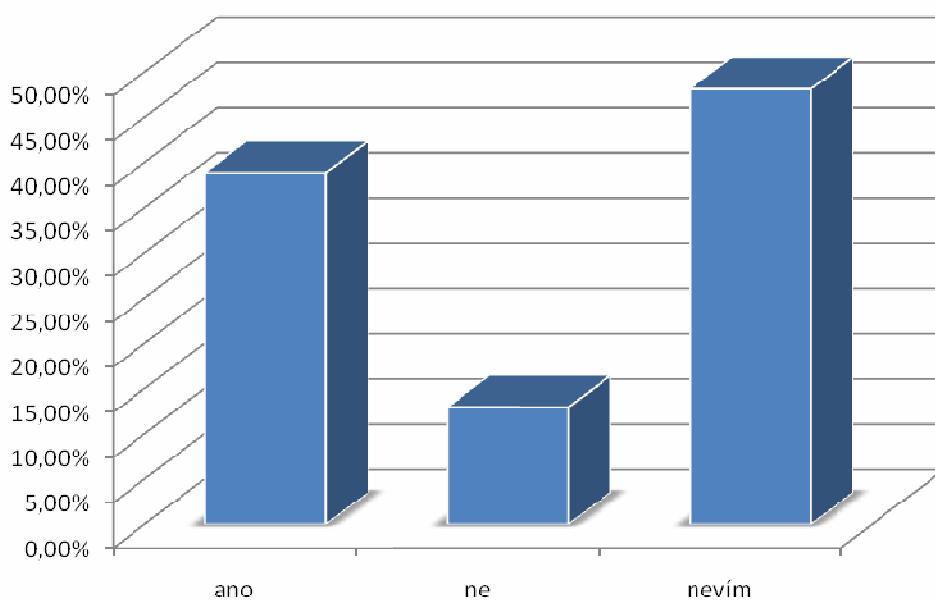
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 28 (51,85%) sester se zeptá na celkovou úlevu od bolesti pacienta, 25 (46,29%) sester se zeptá pacienta na celkovou úlevu od bolesti, zhodnotí neverbální projevy a chování pacienta a 1 (1,85%) sestra se pacienta na celkovou úlevu od bolesti neptá.

Graf 16 Názor na použití škál hodnotících bolest



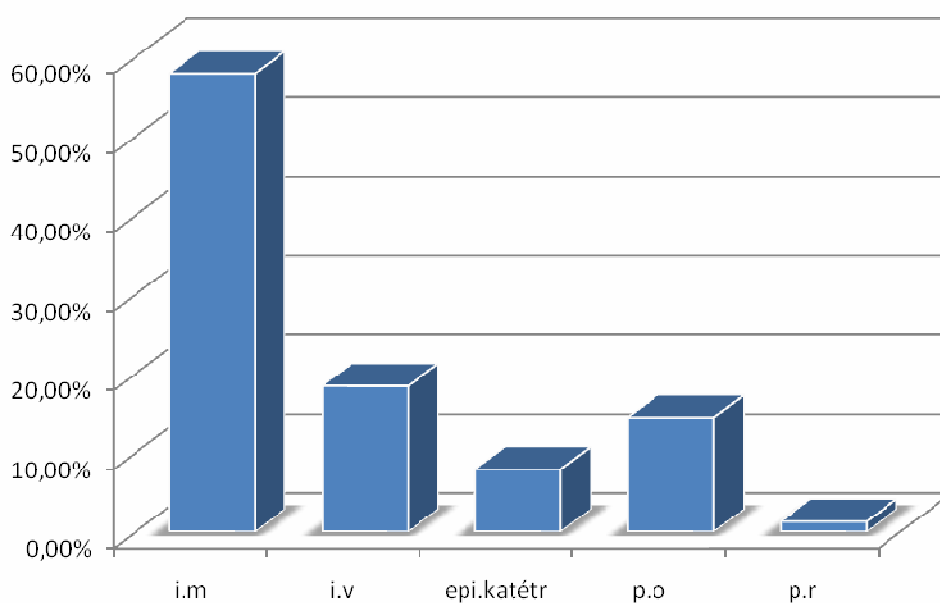
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester si 33 (61,11%) sester myslí, že používání škály hodnotící bolest je přínosem a 21 (38,88%) sester si myslí, že používání škály hodnotící bolest je zbytečností.

Graf 17 Použití škály na oddělení



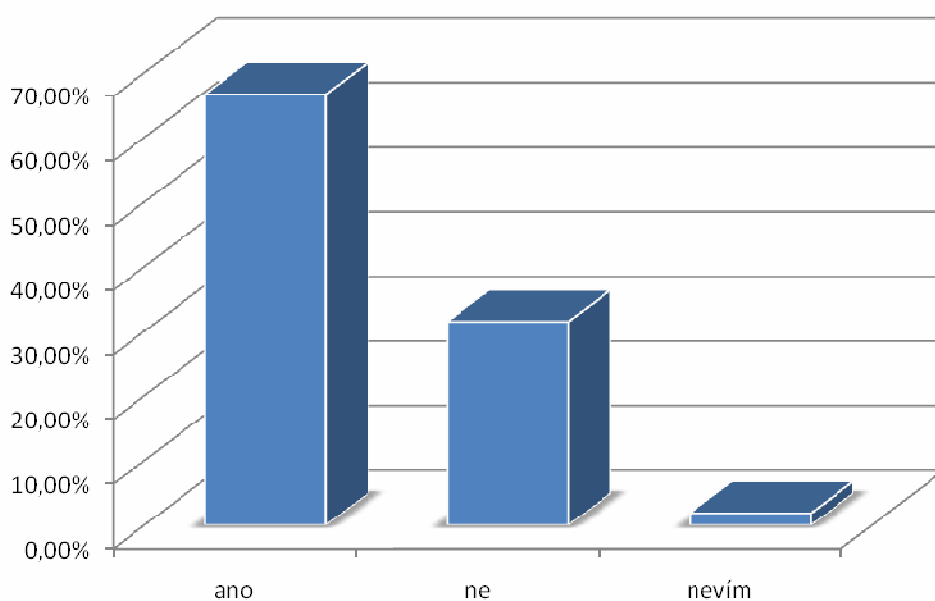
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 21 (38,88%) sester vítá používání škály na pracovišti, 7 (12,96%) sester nechce k hodnocení bolesti používat škálu a 26 (48,14%) sester nemá na využití škály na pracovišti vyhraněný názor.

Graf 18 Způsoby nejčastěji podávané analgeze



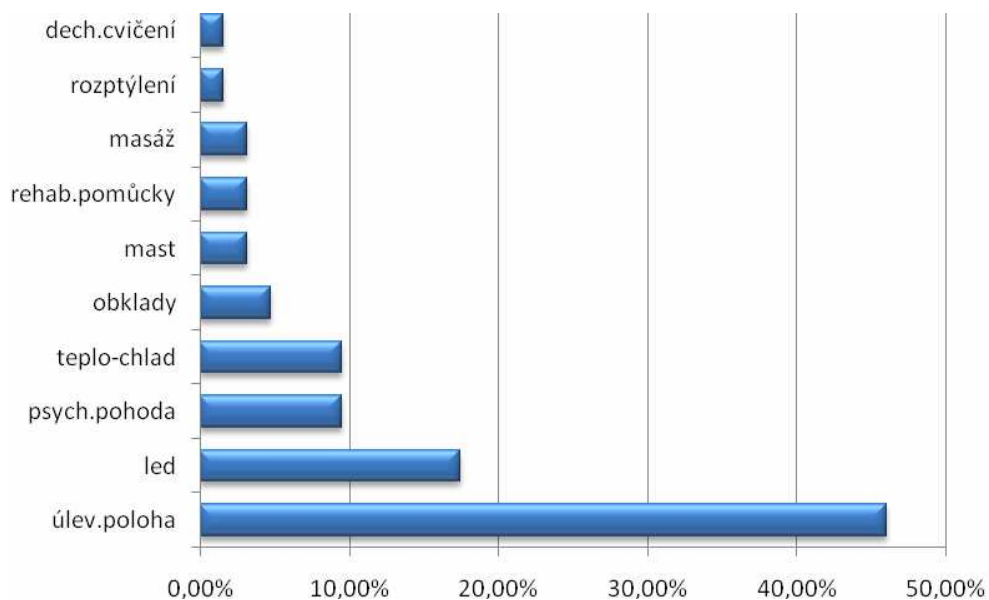
Z celkového počtu 54 dotazovaných sester, mohlo vybrat víc možností formy aplikací analgetik, z celkového množství odpovědí 76 (100%) aplikaci intramuskulárně označilo 44 (57,89%) sester, aplikaci intravenózně označilo 14 (18,42%) sester, aplikaci analgetik do epidurálního katétru označilo 6 (7,89%) sester, podání per os označilo 11 (14,47%) sester a podání analgetik per rectum označila 1 (1,31%) sestra.

Graf 19 Alternativní formy tlumení bolesti



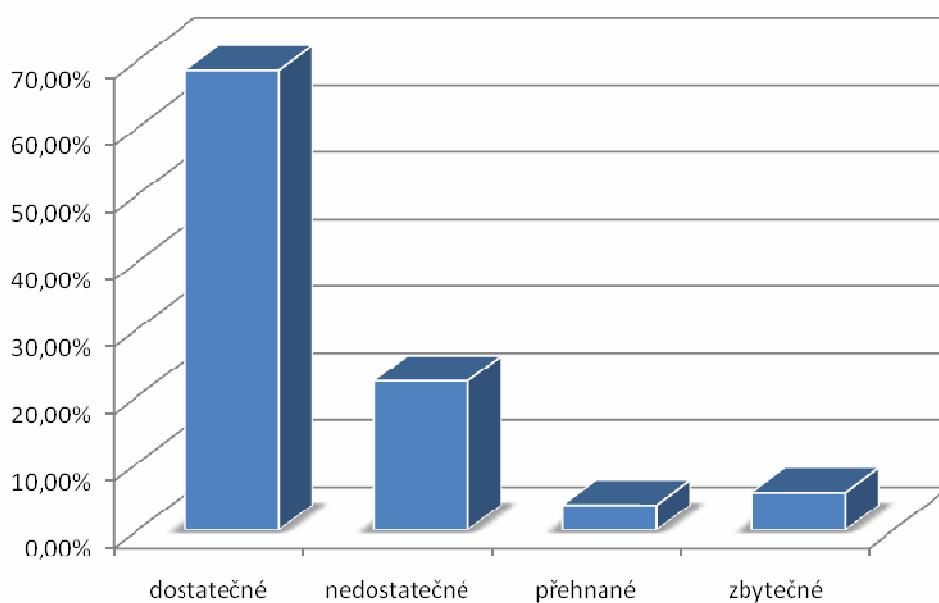
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 36 (66,66%) sester nabízí pacientům alternativní formy tlumení bolesti, 17 (31,48%) sester nenabízí pacientům žádnou z alternativních forem tlumení bolesti a 1 (1,85%) sestra neumí na dotaz odpovědět.

Graf 20 Konkrétné formy alternativního tlumení bolesti



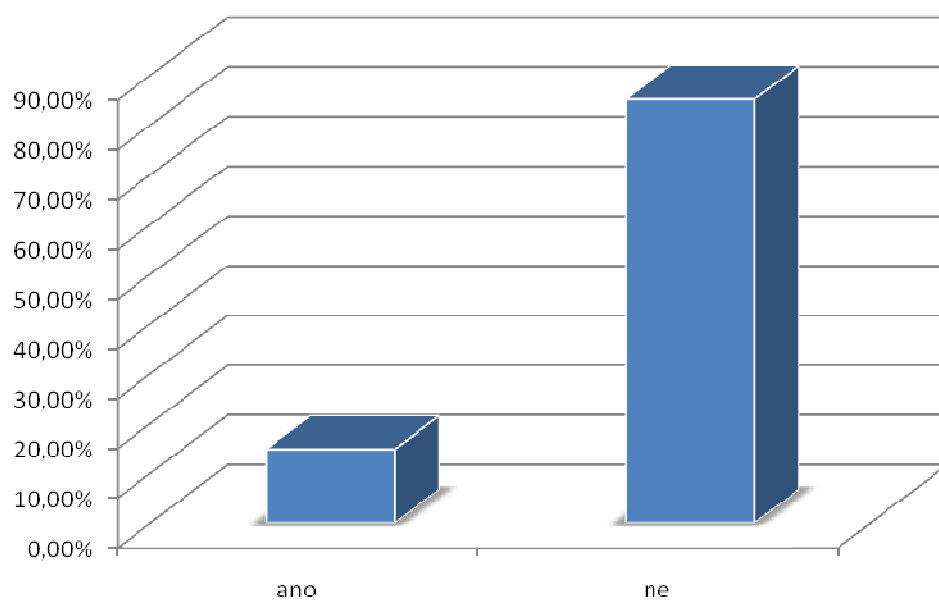
Z celkového počtu sester 36, které nabízejí pacientům alternativní formy tlumení bolesti, uvedly několik konkrétních možností, o kterých pacienta informují, z celkového počtu 63 (100%) odpovědí, sestry nejčastěji uváděly: 29 (46,03%) úlevovou polohu, 11 (17,46%) využití ledu, 6 (9,52%) psychickou podporu, 6 (9,52%) aplikaci tepla a chladu, 3 (4,76%) obklady, 2 (3,17%) aplikaci masti, 2 (3,17%) využití rehabilitačních pomůcek, 2 (3,17%) masáž, 1 (1,58%) možnosti rozptýlení a 1 (1,58%) dechové cvičení.

Graf 21 Monitorování bolesti po operaci



Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester se 37 (68,51%) sester věnuje monitorování bolesti po operaci dle vlastního názoru dostatečně, 12 (22,22%) sester by se chtělo monitorování bolesti věnovat více, 2 (3,70%) sestry se chtějí monitorování bolesti věnovat méně a 3 (5,55%) sestry si myslí, že monitorace bolesti po operaci je zbytečná.

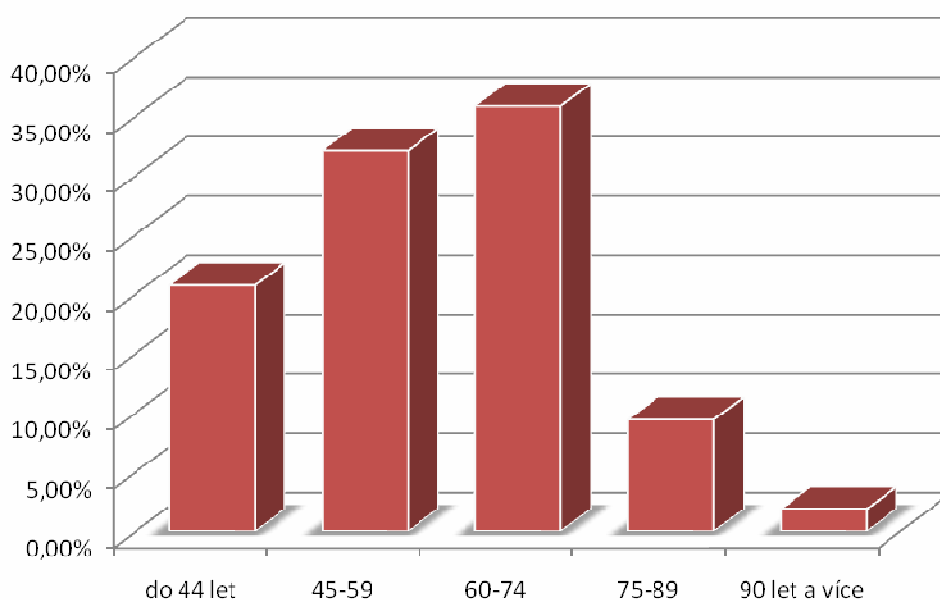
Graf 22 Návrhy v zlepšení monitorace bolesti



Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester má 8 (14,81%) návrhy na zlepšení monitorace bolesti a 46 (85,18%) sester žádné návrhy nemá.

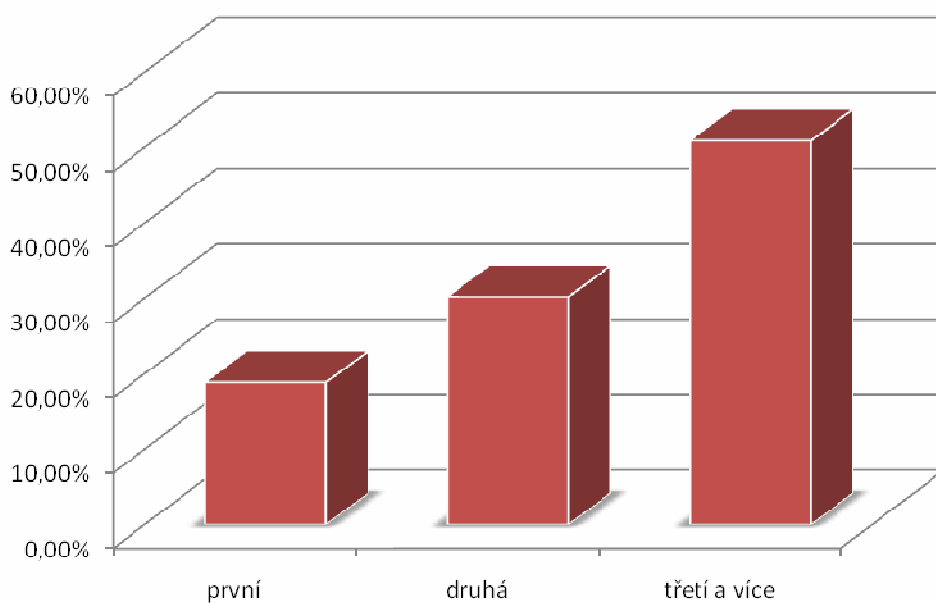
4.2 Zpracování dotazníků pro pacienty

Graf 23 Věkové kategorie



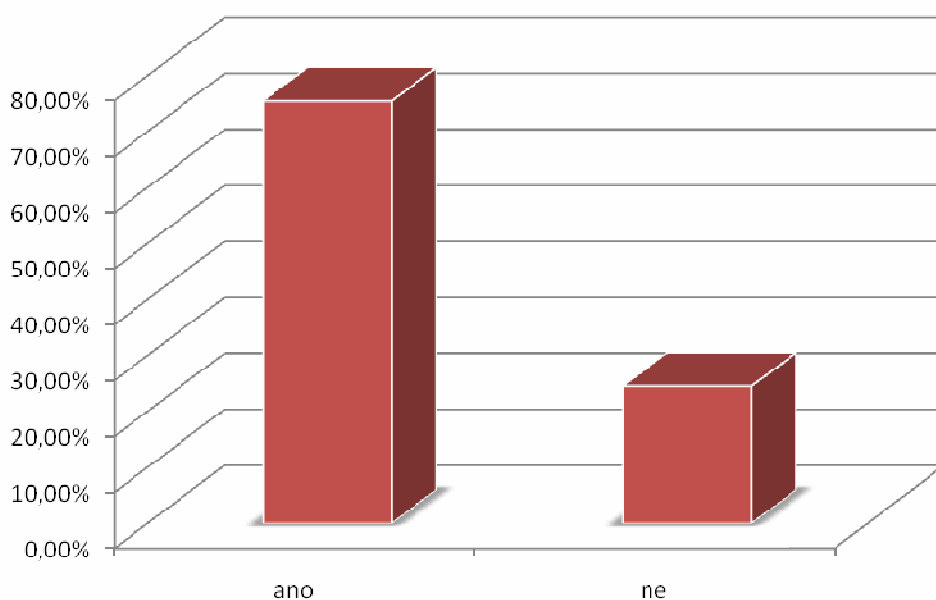
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů bylo 11 (20,75%) pacientů ve věku do 44 let, 17 (32,08) pacientů bylo ve věku 45 až 59 let, 19 (35,84%) pacientů bylo ve věku 50 až 74 let, 5 (9,43%) pacientů bylo ve věku 75 až 89 let a 1 (1,88%) pacientovi bylo 90 let a více.

Graf 24 Počet absolvovaných operací



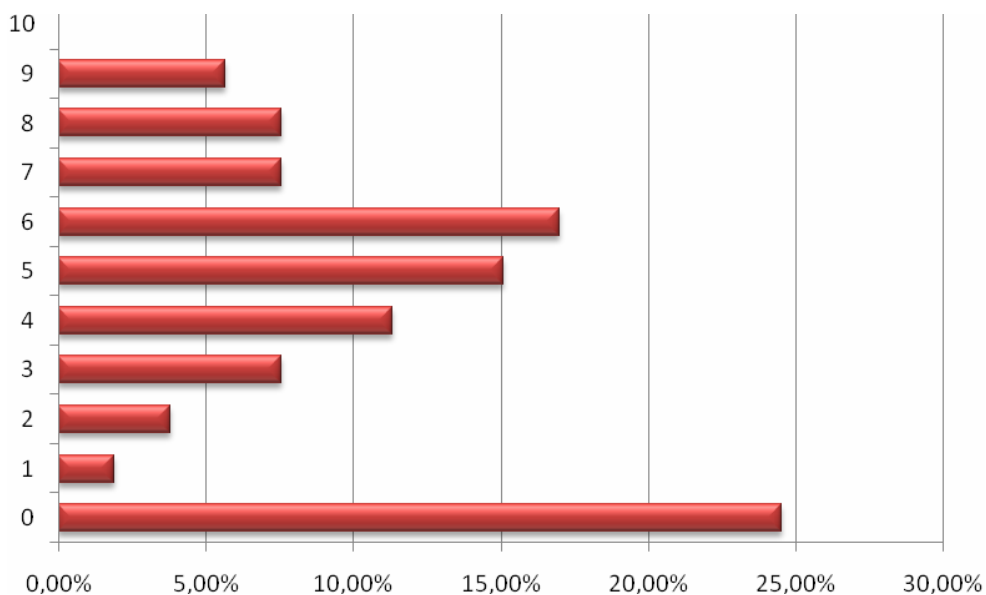
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 10 (18,86%) pacientů absolvovalo první operaci, 16 (30,18%) pacientů absolvovalo druhou operaci a 27 (50,94%) pacientů absolvovalo třetí operaci a více.

Graf 25 Bolest před operací



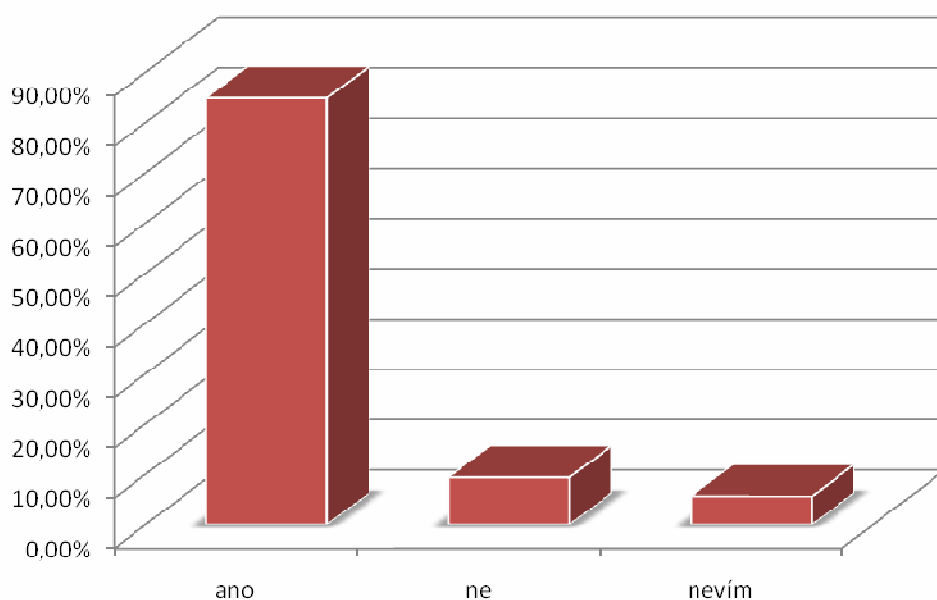
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 40 (75,47%) pacientů mělo před operací bolesti a 13 (24,52%) pacientů bolesti před operací nemělo.

Graf 26 Intenzita bolesti před operací



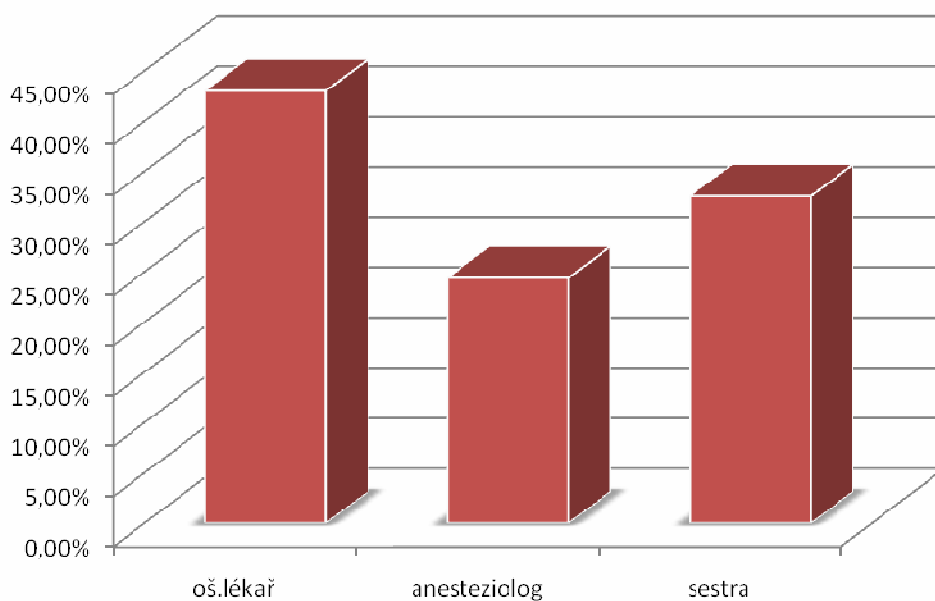
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 13 (24,52%) pacientů označilo na škále bolesti nulu, která odpovídá žádné bolesti, 1 (1,88%) pacient označil 1. stupeň intenzity bolesti, 2 (3,77%) pacienti označili 2. stupeň intenzity bolesti, 4 (7,54%) pacienti označili 3. stupeň intenzity bolesti, 6 (11,32%) pacientů označilo 4. stupeň intenzity bolesti, 8 (15,9%) pacientů označilo 5. stupeň intenzity bolesti, 9 (16,98%) pacientů označilo 6. stupeň intenzity bolesti, 4 (7,54%) pacienti označili 7 stupeň intenzity bolesti, 4 (7,54%) pacienti označili 8. stupeň intenzity bolesti, 3 (5,66%) pacienti označili 9. stupeň intenzity bolesti a žádný z dotazovaných pacientů neoznačil 10. stupeň intenzity bolesti, který odpovídá maximální možné bolesti.

Graf 27 Upozornění na pooperační bolest



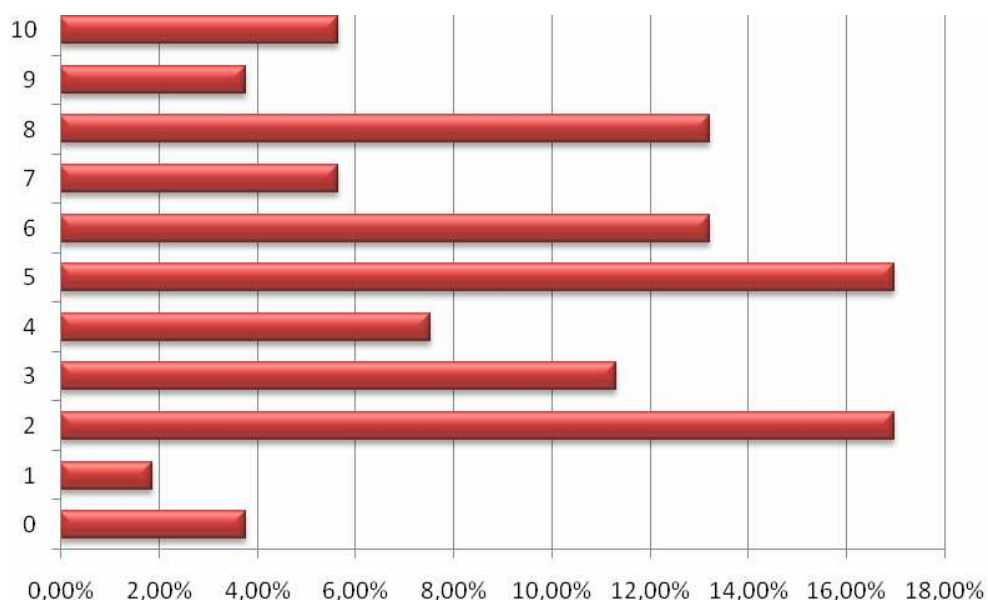
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 45 (84,40%) pacientů bylo upozorněno na pooperační bolest, 5 (9,43%) pacientů nebylo upozorněno na pooperační bolest a 3 (5,66%) pacienti si na upozornění nepamatují.

Graf 28 Informace o pooperační bolesti



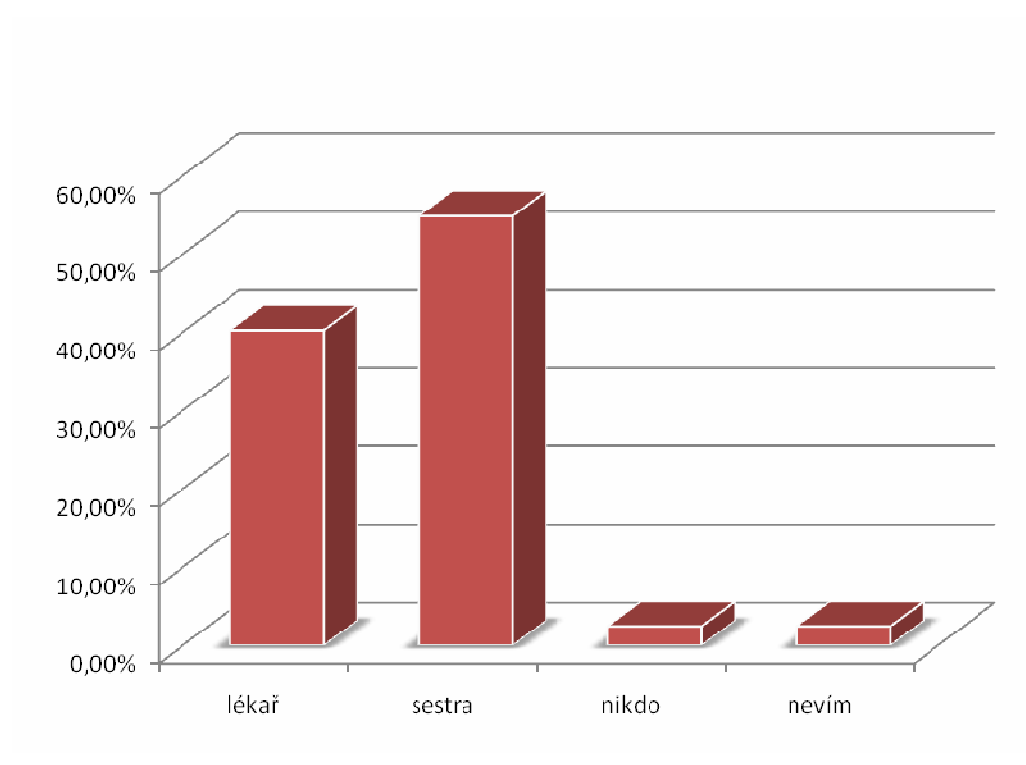
Z celkového počtu 45 dotazovaných pacientů, kteří byli upozorněni na pooperační bolest a mohli označit více možností, kdo je o bolesti po operaci informoval, z celkového počtu 86 (100%) odpovědí 37 (43,02%) pacientů informoval ošetřující lékař, 21 (24,41%) pacientů informoval o pooperační bolesti lékař-anesteziolog a 28 (32,55%) pacientů inormovala o pooperační bolesti zdravotní sestra.

Graf 29 Intenzita bolesti po operaci



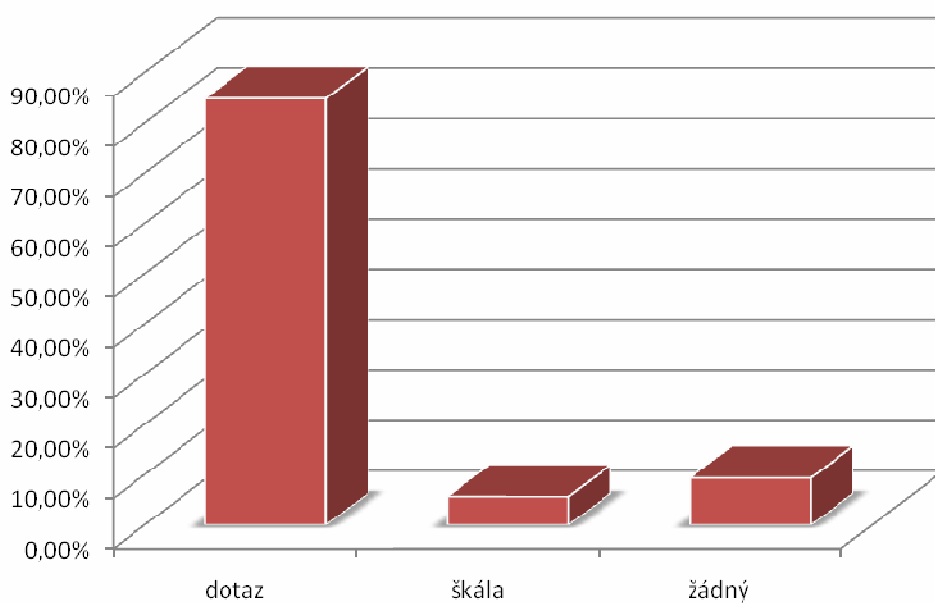
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 2 (3,77%) pacienti označili na škále bolesti nulu, která odpovídá žádné bolesti, 1 (1,88%) pacient označil 1. stupeň intenzity bolesti, 9 (16,98%) pacientů označilo 2. stupeň intenzity bolesti, 6 (11,32%) pacientů označilo 3. stupeň intenzity bolesti, 4 (7,54%) pacientů označilo 4. stupeň intenzity bolesti, 9 (16,98%) pacientů označilo 5. stupeň intenzity bolesti, 7 (13,20%) pacientů označilo 6. stupeň intenzity bolesti, 3 (5,66%) pacienti označili 7. stupeň intenzity bolesti, 7 (13,20%) pacientů označilo 8. stupeň intenzity bolesti, 2 (3,77%) pacienti označili 9. stupeň intenzity bolesti a 3 (5,66%) pacienti označili 10. stupeň intenzity bolesti, který odpovídá maximální možné bolesti.

Graf 30 Monitorace bolesti po operaci



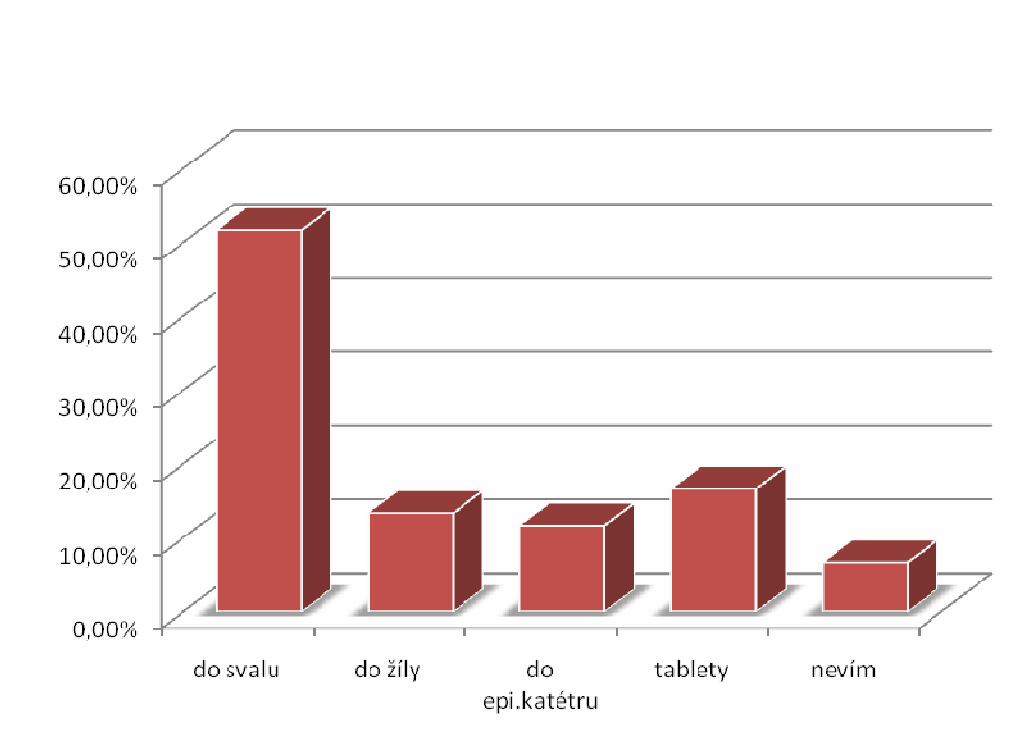
Z celkového počtu 53 dotazovaných pacientů, kteří mohli označit více odpovědí, z celkového počtu 82 (100%) odpovědí u 33 (40,24%) pacientů se na bolest po operaci ptal ošetřující lékař, u 45 (54,87%) pacientů se na bolest po operaci ptala sestra, u 2 (2,43%) pacientů se na bolest po operaci neptal nikdo a 2 (2,43%) pacienti si na nic nepamatovali.

Graf 31 Způsob zjišťování bolesti



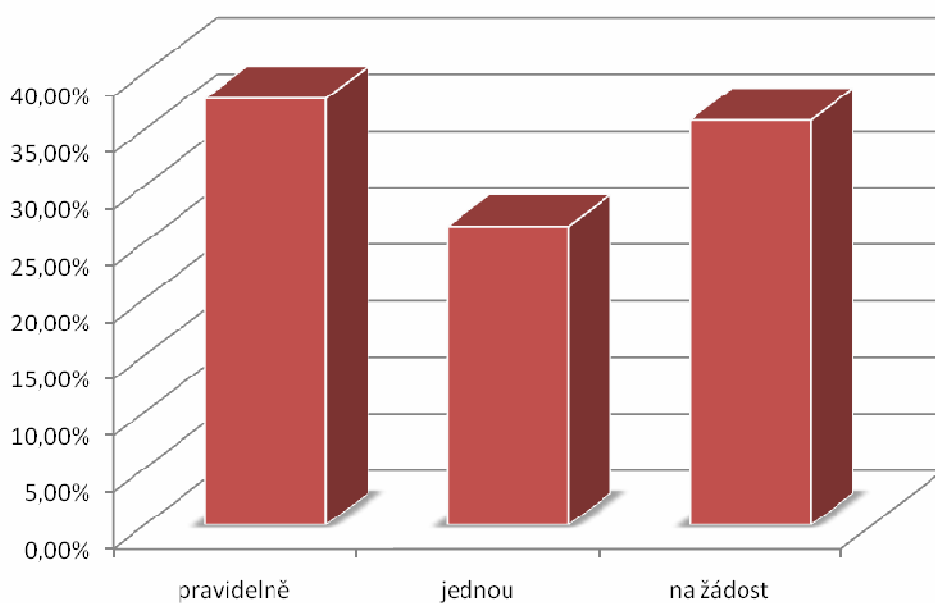
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 45 (84,90%) pacientů bylo dotazováno na intenzitu bolesti a slovně ji popsalo, 3 (5,66%) pacienti zakreslili intenzitu bolesti do škály hodnotící bolest a 5 (9,43%) pacientů neoznačilo intenzitu bolesti žádným způsobem.

Graf 32 Podání analgeze



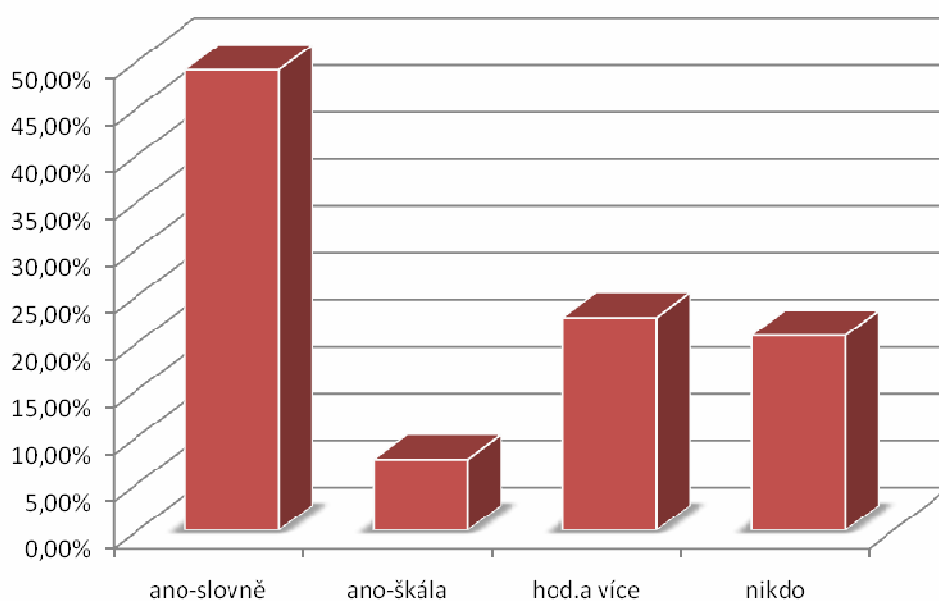
Z celkového počtu 53 dotazovaných pacientů, kteří mohli vybrat víc možností formy aplikací analgetik, z celkového množství odpovědí 60 (100%) aplikaci do svalu označilo 31 (51,66%) pacientů, aplikaci do žíly označilo 8 (13,33%) pacientů, aplikaci analgetik do epidurálního katétu označilo 7 (11,66%) pacientů, podání tablet označilo 10 (16,66%) pacientů a 4 (6,66%) pacienti si na způsob podání analgetik nepamatovali.

Graf 33 Podání analgetik



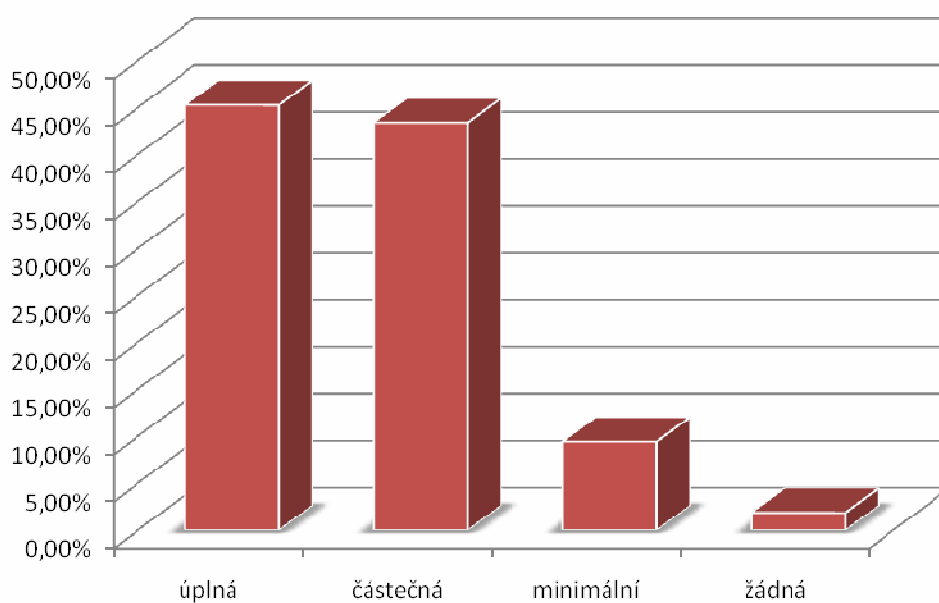
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 20 (37,73%) pacientů dostávalo analgetika v pravidelných intervalech, 14 (26,41%) pacientů dostalo analgetikum jednorázově a 19 (35,84%) pacientům bylo analgetikum aplikováno na požádání.

Graf 34 Monitorace úlevy od bolesti



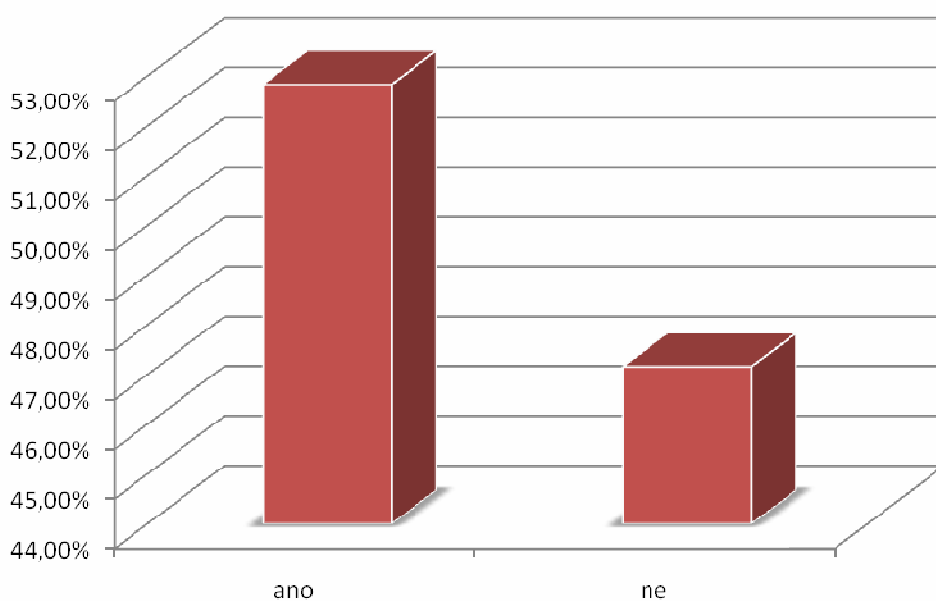
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 26 (49,05%) pacientů se sestra aktivně tázala na úlevu od bolesti do 20 minut a pacienti intenzitu bolesti slovně popsali, 4 (7,54%) pacientů se sestra aktivně tázala na úlevu od bolesti do 20 minut a pacienti intenzitu bolesti označili do škály bolesti, 12 (22,64%) pacientů se sestra dotazovala na bolest po hodině a více a 11 (20,75%) pacientů se na úlevu od bolesti nikdo neptal.

Graf 35 Úleva od bolesti



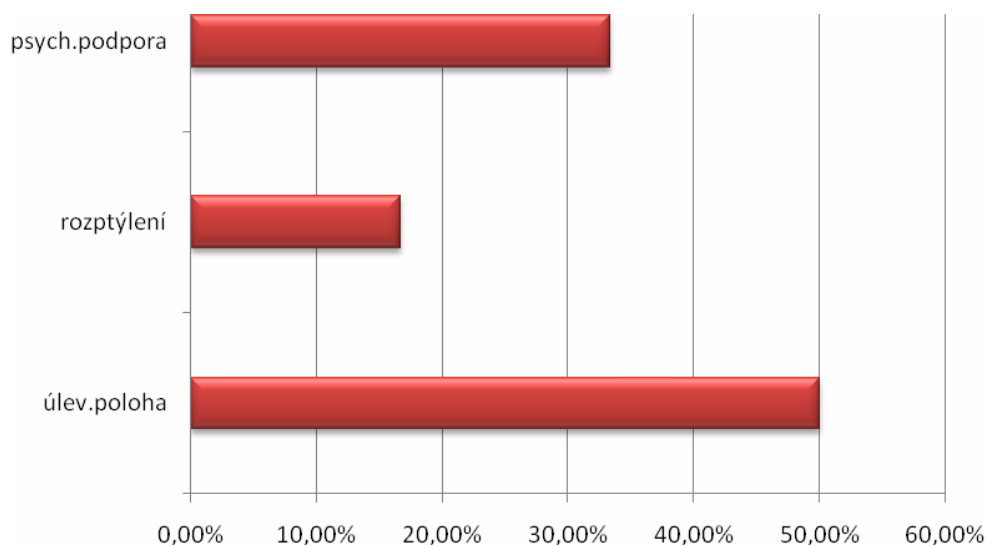
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů byla u 24 (45,28%) pacientů úleva od bolesti hned a bolest do 30 minut vymizela úplně, u 23 (43,39%) pacientů byla úleva od bolesti částečná, u 5 (9,43%) pacientů úleva od bolesti minimální a u 1 (1,88%) pacienta nebyla úleva od bolesti žádná.

Graf 36 Alternativních formy tlumení bolesti



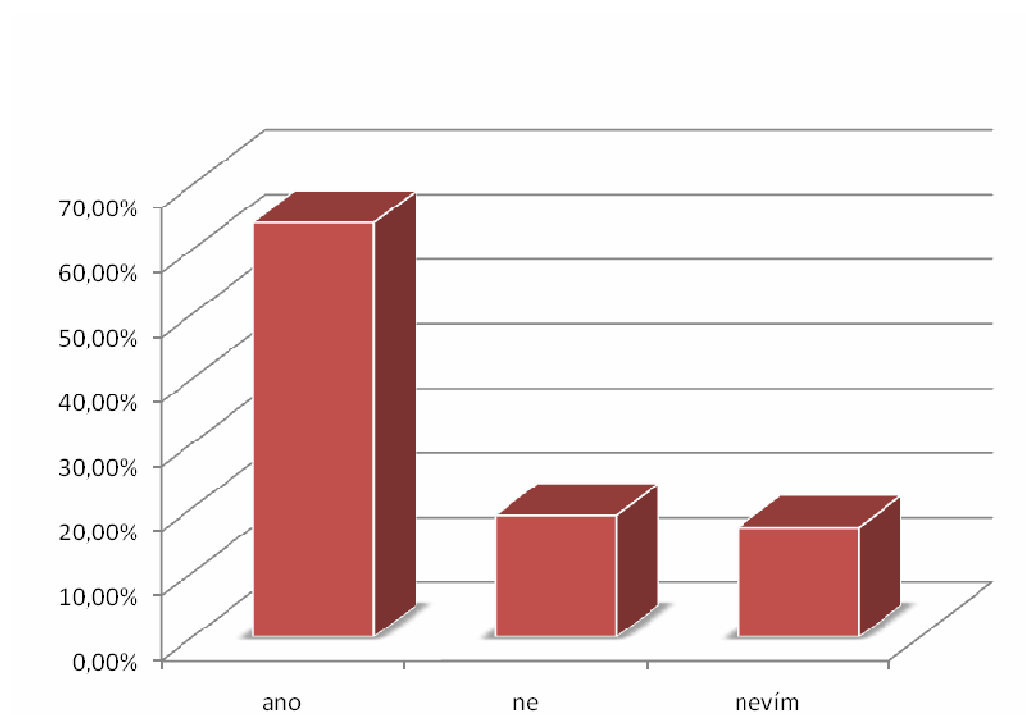
Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů, 28 (52,83%) pacientům byla nabídnuta alternativní forma tlumení bolesti a 25 (47,16%) pacientům nebyla nabídnutá žádná alternativní forma tlumení bolesti.

Graf 37 Konkrétní alternativní možnosti tlumení bolesti



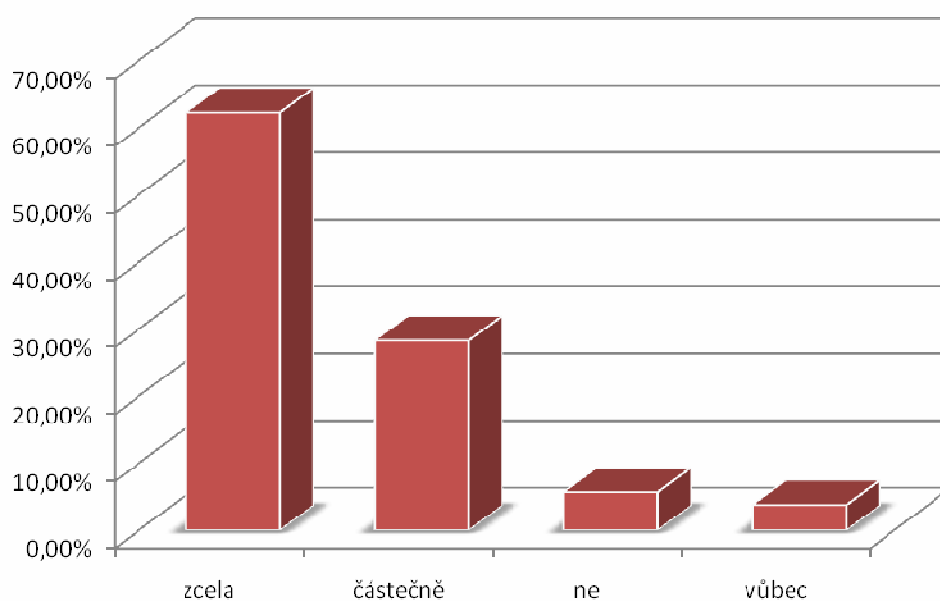
Z celkového počtu pacientů 28, kterým byli nabídnuta alternativní forma tlumení bolesti a mohli označit více odpovědí, z celkového počtu 30 (100%) odpovědí, 15 (50,00%) pacientům byla nabídnuta úlevová poloha, 5 (16,66%) pacientům nabídla sestra možnost rozptýlení a 10 (33,33%) pacientů označilo psychickou podporu.

Graf 38 Aktivní dotaz sestry na znovuobjevení se bolesti



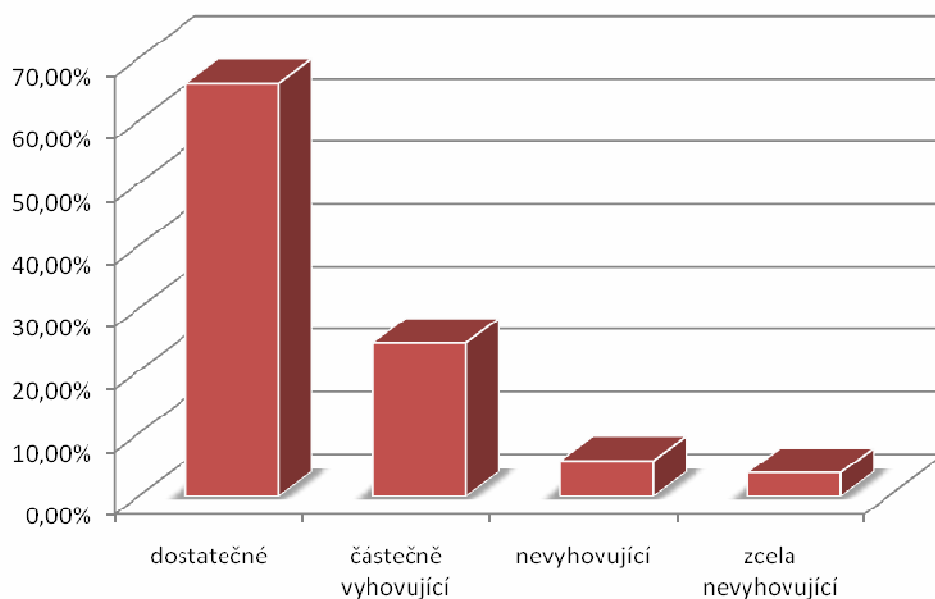
Z celkového počtu 53 (100%) pacientů 34 (64,15%) pacientů se sestra aktivně ptala, za jak dlouho se u nich objeví bolest, 10 (18,86%) pacientů se sestra na bolest už neptala a 9 (16,98%) pacientů si na nic nepamatuje.

Graf 39 Spokojenost s postupem při mírnění bolesti



Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 33 (62,26%) pacientů bylo zcela spokojeno s postupem při mírnění bolesti, 15 (38,30%) pacientů bylo spokojeno částečně, 3 (5,66%) pacienti nebyli spokojeni a 2 (3,77%) pacienti nebyli spokojeni vůbec.

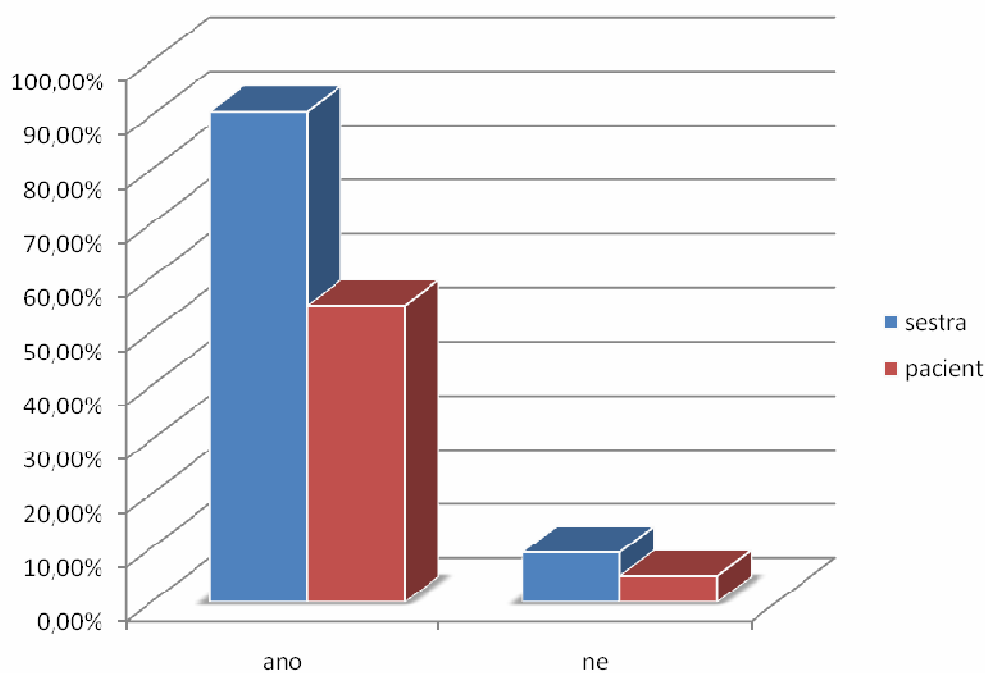
Graf 40 Monitorování bolesti po operaci



Z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 35 (66,03%) pacientům se jeví způsob monitorování bolesti po operaci jako dostatečné, 13 (24,52%) pacientům jako částečně vyhovující, 3 (5,66%) pacientům jako nevyhovující a 2 (3,77%) pacientům jako zcela nevyhovující.

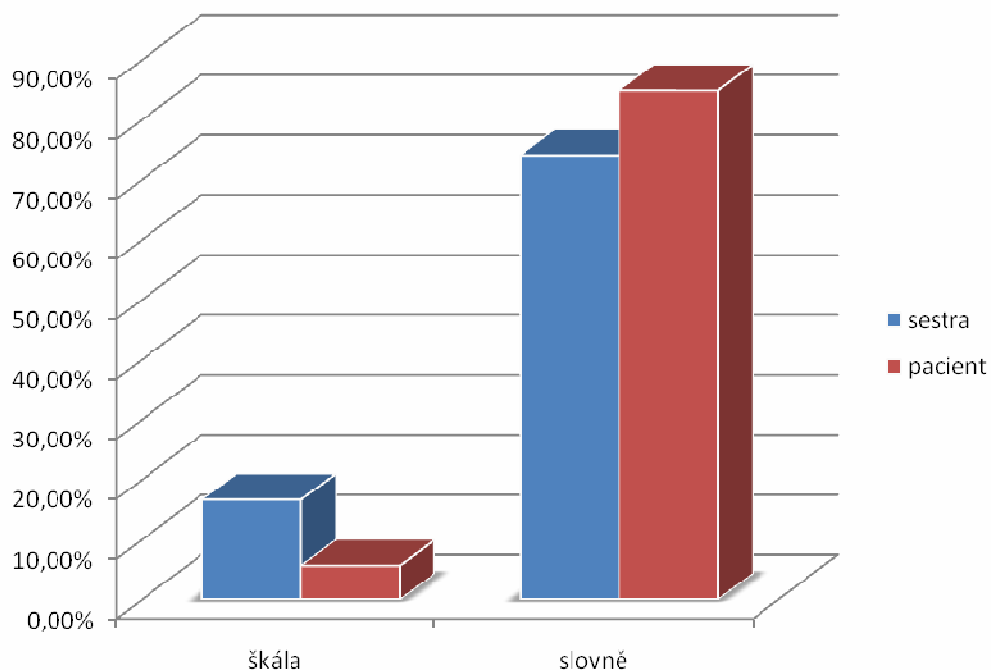
Srovnávací grafy: pacient - sestra

Graf 41 Monitorace bolesti po operaci sestrou



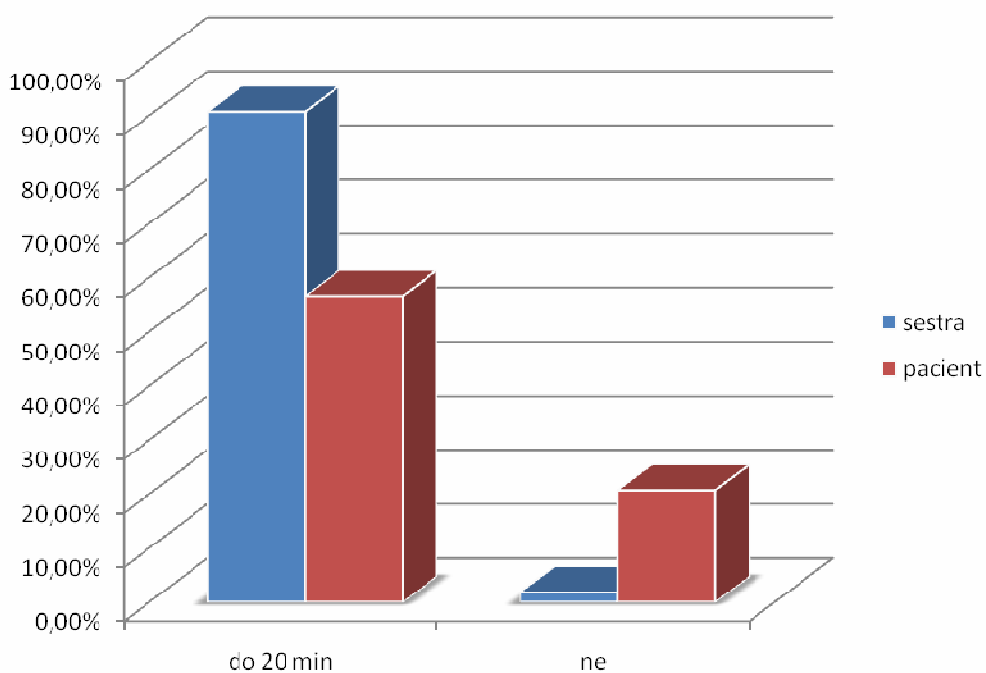
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 49 (90,74%) sester se hned po operačním výkonu automaticky ptá pacienta, jestli má bolest, z celkového počtu dotazovaných pacientů 53, kteří mohli označit víc odpovědí 82 (100%), 45 (54,87%) odpovědí bylo, že hned po operaci sestra zjišťovala, jestli mají bolesti, z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 5 (9,25%) sester bolest u pacienta po operaci z různých důvodů nemonitoruje, z celkového počtu 53 dotazovaných pacientů, kteří mohli označit víc odpovědí 82 (100%), 4 (4,87%) odpovědi byly, že se u pacientů nikdo na bolest neinformoval.

Graf 42 Způsob monitorace bolesti po operačním výkonu



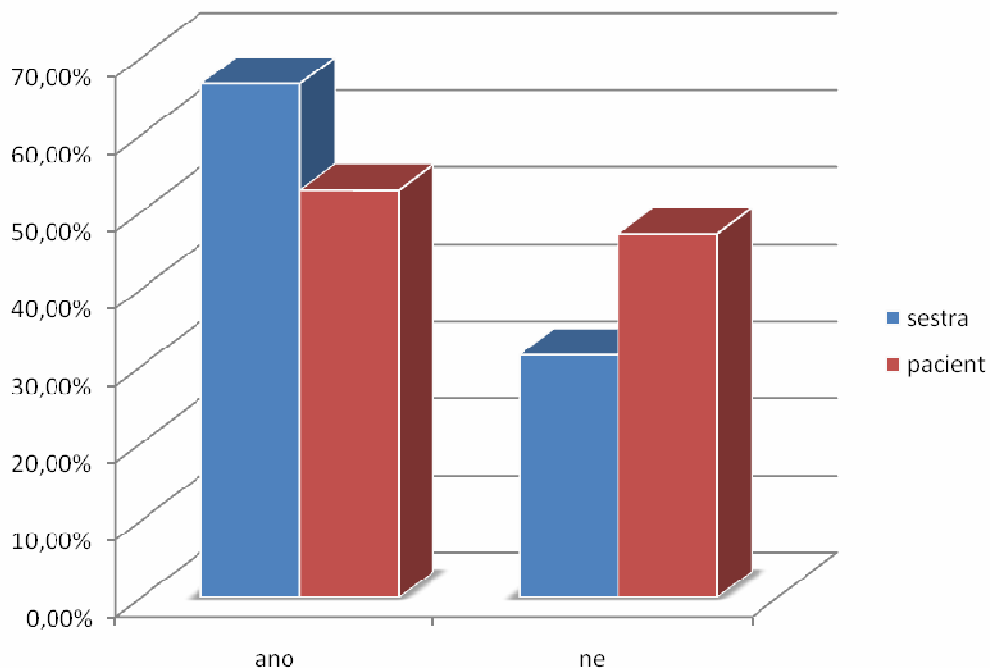
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 9 (16,66%) sester hodnotí intenzitu bolesti dle škály, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 3 (5,66%) označili intenzitu bolesti do škály hodnotící bolest, z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 40 (74,07%) sester hodnotí intenzitu bolesti slovně, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 45 (84,90%) pacientů bylo na bolest dotazováno a slovně popsalo bolest.

Graf 43 Zjišťování úlevy od bolesti



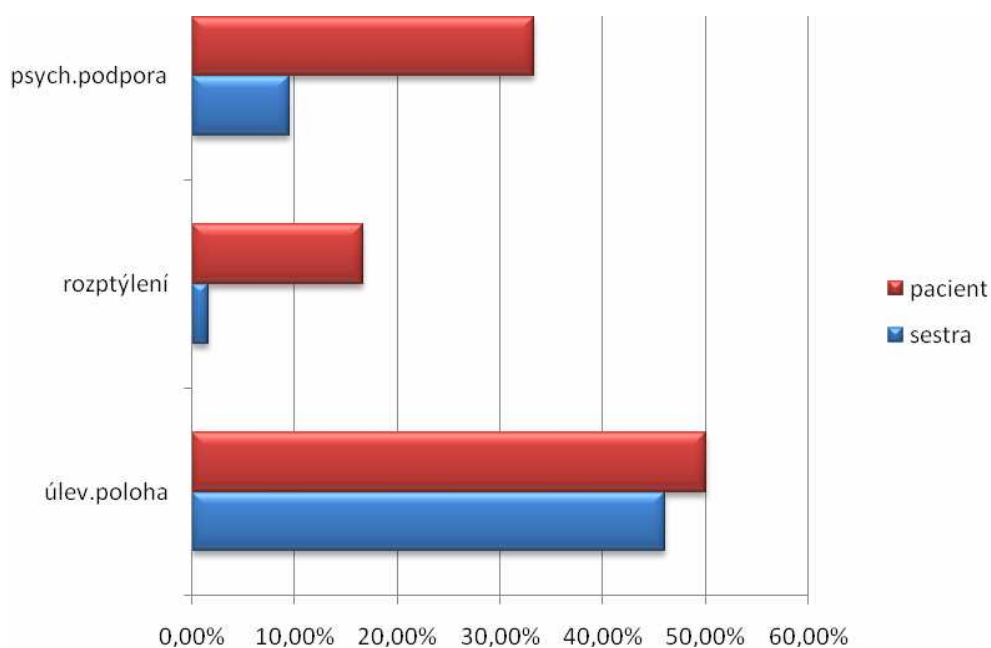
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 49 (90,74%) sester se ptá na úlevu od bolesti do 20 minut od podání analgetik intramuskulárně, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 30 (56,60%) pacientů do 20 minut od podání analgetik do svalu popsalo úlevu od bolesti sestře, která se jich aktivně dotazovala, z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 1 (1,85%) sestra na úlevu od bolesti neptá, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 11 (20,75%) pacientů se na úlevu od bolesti nikdo neptal.

Graf 44 Alternativní metody tlumení bolesti



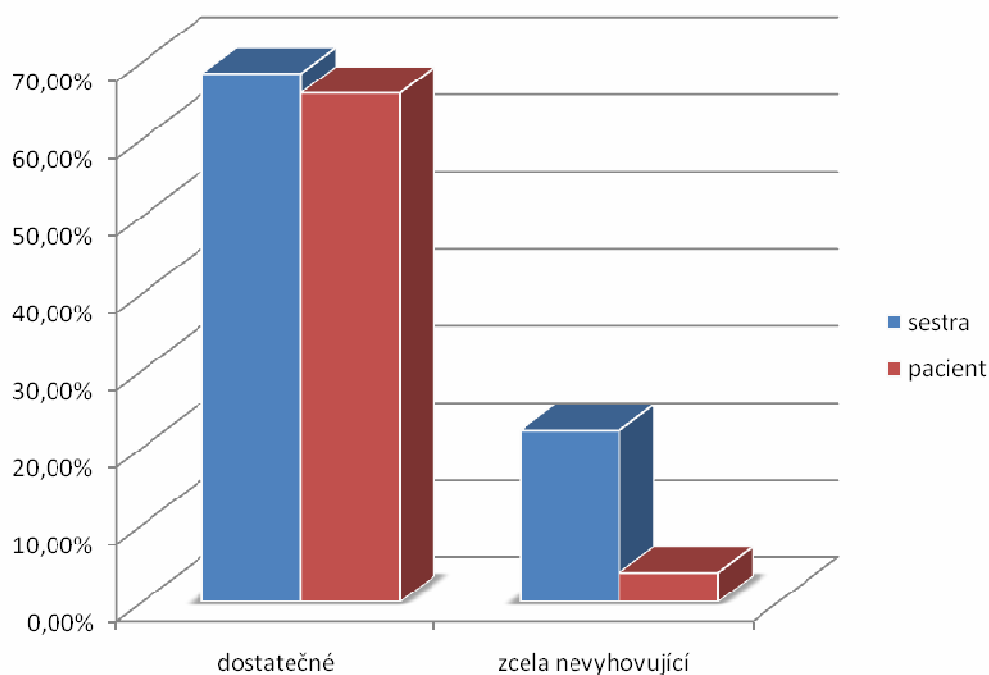
Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 36 (66,66%) sester nabízí pacientům alternativní formy tlumení bolesti, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 28 (52,83%) pacientům byly nabízeny alternativní metody tlumení bolesti, z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 17 (31,48%) sester nenabízí žádné alternativní metody tlumení bolesti, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 25 (47,16%) pacientům nebyly nabídnuty žádné alternativní formy tlumení bolesti

Graf 45 Nejčastěji nabízené alternativní možnosti tlumení bolesti



Z celkového počtu 36 dotazovaných sester, které nabízely alternativní metody tlumení bolesti a mohly uvést více možností bylo z celkového počtu 63 (100%) odpovědí nabízené alternativní metody tlumení bolestí 29 (46,03%) odpovědí úlevová poloha, 1 (1,58%) odpověď rozptýlení, 6 (9,52%) odpovědí psychická podpora, z celkového počtu 28 dotazovaných pacientů, kterým byly nabídnuty alternativní metody tlumení bolesti a mohli uvést víc možností, bylo z celkového počtu 30 (100%) odpovědí nabídnuty alternativní metody tlumení bolesti 15 (50,00%) odpovědí úlevová poloha, 5 (16,66%) odpovědí rozptýlení a 10 (33,33%) odpovědí psychická podpora.

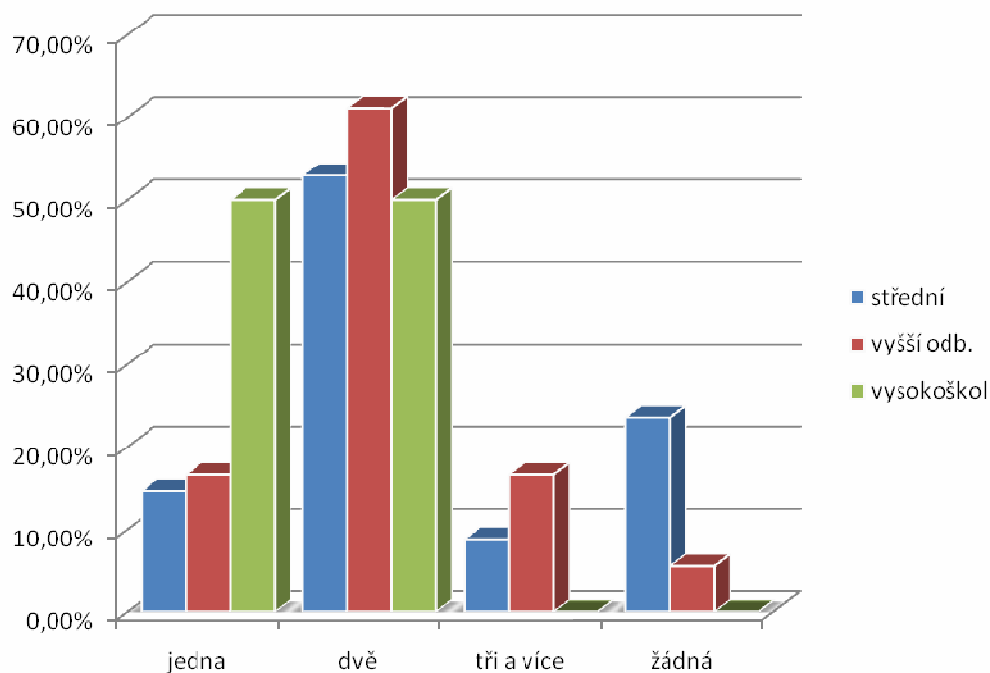
Graf 46 Monitorace bolesti po operaci



Z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 37 (68,51%) sester si myslí, že se otázce monitorování bolesti po operaci u pacienta věnuje dostatečně, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 35 (66,03%) pacientům se jeví monitorace bolesti po operaci jako dostatečná, z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných sester 12 (22,22%) sestřám se monitorace bolesti po operaci jeví jako zcela nevyhovující a chce se jí věnovat více, z celkového počtu 53 (100%) dotazovaných pacientů 2 (3,77%) pacientům se monitorace bolesti po operaci jeví jako zcela nevyhovující.

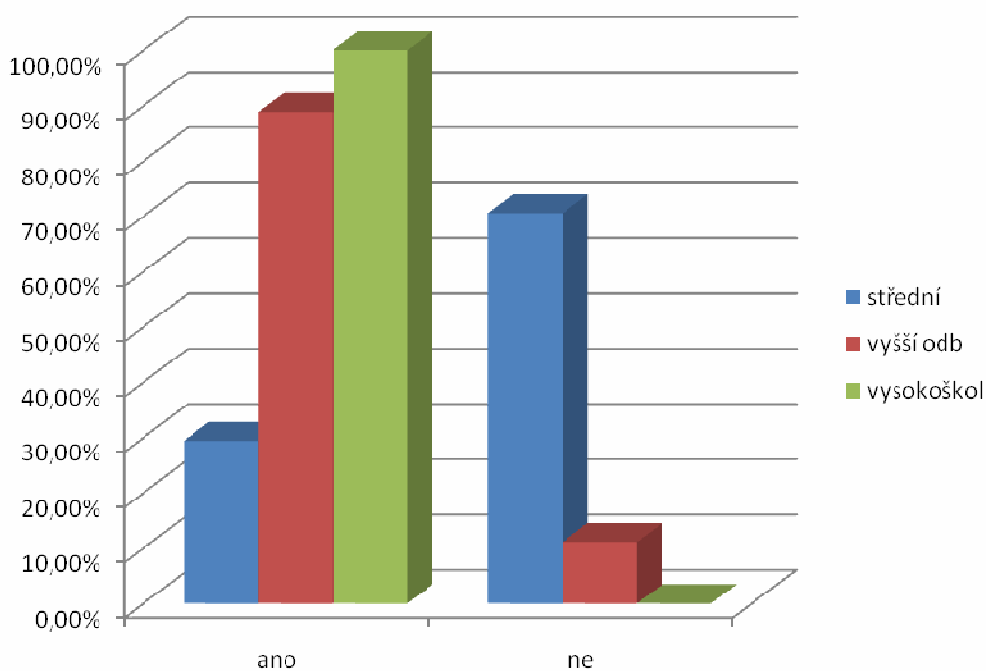
Zrovnávací grafy: podle dosaženého vzdělání

Graf 47 Znalost škály



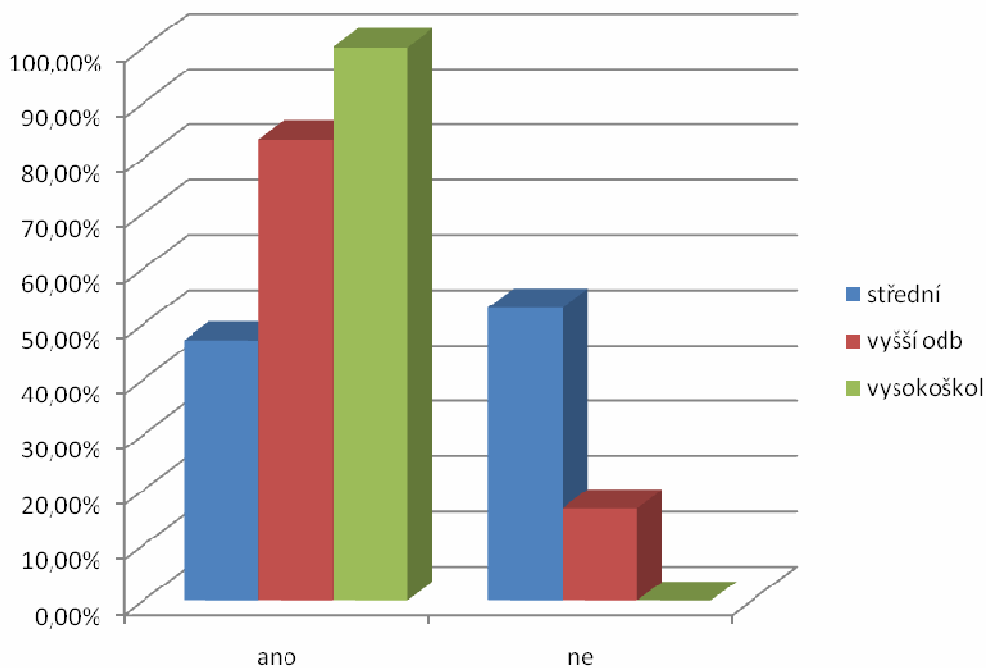
Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 34 (100%) sester s dosaženým středním vzděláním s maturitou 5 (14,70%) sester zná jednu škálu k hodnocení intenzity bolesti, 18 (52,94%) sester zná dvě škály, 3 (8,82%) sestry znají tři a více škály a 8 (23,52%) sester nezná žádnou škálu. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 18 (100%) sester s vyšším odborním vzděláním 3 (16,66%) sestry znají jednu škálu, 11 (61,11%) sester zná dvě škály, 3 (16,66%) sestry znají tři a více škál a 1 (5,55%) sestra nezná žádnou škálu k hodnocení bolesti. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 2 (100%) sestry s vysokoškolským vzděláním 1 (50,00%) sestry zná jednu škálu a 1 (50,00%) sestry zná dvě škály hodnotící intenzitu bolesti.

Graf 48 Znalost škály - stupnice grafických symbolů



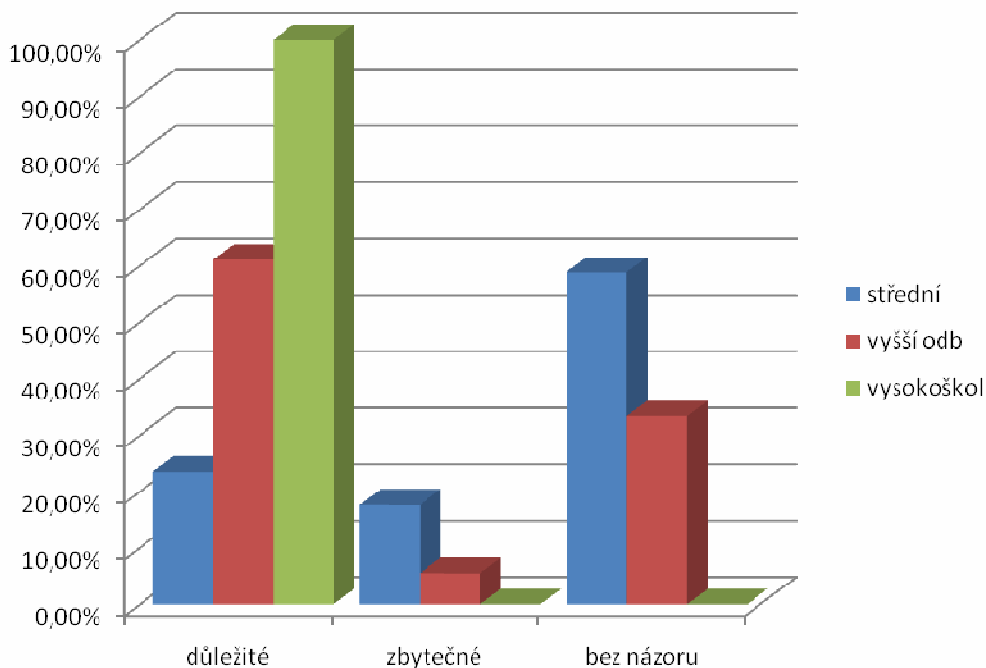
Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 34 (100%) s dosaženým středním vzděláním s maturitou 10 (29,41%) sester zná škálu – stupnice grafických symbolů a 24 (70,58%) sester tuto škálu nezná. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 18 (100%) sester s vyšším odborním vzděláním 16 (88,88%) zná škálu – stupnice grafických symbolů a 2 (11,11%) sestry tuto škálu neznají. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 2 (100%) sestry s vysokoškolským vzděláním 2 (100%) sestry znají škálu – stupnice grafických symbolů.

Graf 49 Znalost škály - numerická škála bolesti NRS



Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 34 (100%) s dosaženým středním vzděláním s maturitou 16 (47,05%) sester zná škálu – numerická škála bolesti NRS a 18 (52,94%) sester tuto škálu nezná. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 18 (100%) sester s vyšším odborním vzděláním 15 (83,33%) zná škálu – numerická škála bolesti NRS a 2 (16,66%) sestry tuto škálu neznají. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 2 (100%) sestry s vysokoškolským vzděláním 2 (100%) sestry znají škálu – numerická škála bolesti NRS.

Graf 50 Použití škály při monitoraci bolesti u pacienta



Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 34 (100%) s dosaženým středním vzděláním s maturitou 8 (23,52%) sester pokládá za důležité používat při hodnocení bolesti škálu, 6 (17,64%) sester použití škály pokládá za zbytečné a 20 (58,82%) sester nemá na používání škály vyhraněný názor. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 18 (100%) sester s vyšším odborním vzděláním 11 (61,11%) sester pokládá za důležité používat při hodnocení bolesti škálu, 1 (5,55%) sestra použití škály pokládá použití škály za zbytečné a 6 (33,3%) sester nemá na používání škály vyhraněný názor. Z celkového počtu 54 dotazovaných sester 2 (100%) sestry s vysokoškolským vzděláním 2 (100%) sestry pokládají za důležité používat škálu hodnotící bolest.

5. Diskuse

Pro výzkum byly zhotovené dva druhy dotazníků. Jeden byl určený sestřám, které pracují na ošetrovacích jednotkách v operačních oborech a obsahoval 23 otázek. 16 otázek bylo uzavřených, 2 polouzavřené a 5 otevřených. Druhý typ dotazníků byl určený pacientům po operačním výkonu a obsahoval 18 otázek, z kterých bylo 16 uzavřených a 2 otevřené. Cílem bylo zjistit, jestli sestry monitorují bolest u pacientů po operaci a současně nás zajímalo, zda-li sestry v praxi využívají škály hodnotící bolest.

Dotazníky byly rozdány v celkovém počtu 60 dotazníků pro sestry a 60 dotazníků pro pacienty rovnoměrně na oddělení, které ošetřují pacienty po operačním výkonu a to konkrétně na oddělení chirurgickém, ortopedickém, urologickém, gynekologickém a na jednotce intenzivní péče v nemocnicích Jindřichův Hradec, Pelhřimov a v Praze Na Homolce. Návratnost dotazníků pro sestry byla 100% a návratnost dotazníků pro pacienty 88,33%. Výzkum probíhal v časovém období od konce listopadu 2007 do konce března 2008.

V dotazníku určeném pro sestry byly první tři otázky identifikační. Zjišťovalo se nejvyšší dosažené vzdělání (Graf 1), délka praxe sester (Graf 2) a oddělení, na kterém sestry pracují (Graf 3). Bylo zjištěno, že nejvíc dotazovaných sester 62,96% má střední vzdělání ukončené maturitou, 33,33% sester má vyšší odborné vzdělání, kde bylo zahrnuto i pomaturitní specializované studium a 3,70% sester mělo vysokoškolské vzdělání. Úroveň dosaženého vzdělání bylo využito při porovnávání znalostí sester (Graf 47, Graf 48, Graf 49), když se ověřovala Hypotéza 2: Sestry nemají znalost o škálách hodnotících bolest, která se nepotvrdila, což dokládáme Grafem 12, Grafem 13, Grafem 14. Ukázalo se, že sestry mají dostatečné znalosti o škálách hodnotících bolest, jen 16,66% sester uvedlo, že nezná žádnou škálu hodnotící bolest (Graf 12) z toho 23,52% sester mělo ukončené středoškolské vzdělání (Graf 47). Při zjišťování znalostí konkrétních škál, bylo hlavní zaměření soustředěno na Stupnici grafických symbolů (Graf 13), 48,14% sester nevědělo jak škála vypadá, což je podle našeho mínění způsobeno skutečností, že je často využívána na dětských odděleních, jak to uvádí i Staňková: „škálování je rychlé, mohou být použity i

u dětí a starých lidí“ (20, str.10), v porovnání s Numerickou škálou bolesti NRS (Graf 13), kterou znalo 62,96% sester. Nejčastěji používanou škálou na odděleních, kde se využívá je vizuální analogová škála (Graf 10) a používá jí 18,51% sester, což je v mírném rozporu s literaturou, kde Kolektiv autorů tvrdí, že: „Číselná (numerická) škála je zřejmě nejčastěji používaná škála pro hodnocení bolesti“ (11, str.45), ale potvrzuje taky názor sester na ideální škálu k využití na jejich odděleních (Graf 11), kde to uvádí 55,55% sester. Snadné použití NRS dokazuje i skutečnost, že v dotazníku pro pacienty (Graf 26 a Graf 29) neměl problémy se zakreslením intenzity bolesti žádný z dotazovaných pacientů. Z osobního šetření bylo ověřeno, že NRS je snadno použitelné na všech typech oddělení a pro pacienty je dobře srozumitelné. Škálu NRS neznalo (Graf 13) jen 37,03% sester, z toho 52,94% sester se středoškolským vzděláním a 16,66% sester s vyšším vzděláním (Graf 49). Ze skutečností vyplývá, a tento názor je i sdílen, že je důležité další vzdělávání sester po ukončení středoškolského vzdělání. Jejich teoretické vědomosti byly na nejmenší úrovni. Bohužel míra dosažených vědomostí u vysokoškolsky vzdělaných sester nebyla průkazná, protože z oslovených sester mělo jenom 3,70% sester vysokoškolské vzdělání (Graf 1).

Důkazem, že se teoretické vědomosti sester nepromítají do praxe, je potvrzení Hypotézy 3: Bolest u pacientů, hospitalizovaných na pooperačních OJ, není hodnocena dle hodnotící škály. Potvrzením je Graf 8, kde na otázku: „Jakým způsobem hodnotíte intenzitu bolesti po operaci?“, odpovídalo jen 16,66% sester dle škály hodnotící bolest, 74,07% sester hodnotí bolest slovně a 9,25% sester bolest nehodnotí vůbec. Když byly porovnány získané informace s následujícím grafem (Graf 9), který také potvrzuje Hypotézu 3, je zřejmý rozpor mezi možným používáním škály na odděleních kde 40,74% sester má možnost využít nějaký typ škály. Z toho vizuální analogovou škálu používá 18,51% sester, numerickou hodnotící škálu 16,66% sester a dotazník globální kvality 5,55% sester a mezi skutečným použitím škály při zjišťování intenzity bolesti (Graf 8). V dotazníku pro pacienty (Graf 31), Hypotézu 3 potvrzuje skutečnost, že jenom 5,66% pacientů zapsalo intenzitu bolesti do škály pro bolest. K nahlédnutí je také porovnávací graf (Graf 42), kde jsou znázorněny odpovědi dotazovaných sester a pacientů. Ve výzkumu,

který v roce 2007 vedla Vaňková Blanka a zjišťoval vnímání bolesti u pacientů po operačním výkonu, zdravotnický personál použil u 21,9% pacientů škálu hodnotící bolest a u 78,1% dotazovaných pacientů žádnou škálu nepoužil. V našem výzkumu, který je vedený s odstupem jednoho roku (Graf 8), jen 16,66% sester použilo škálu hodnotící bolest, 83,33% sester zjišťovalo intenzitu bolesti a to slovně 74,08% nebo nehodnotilo bolest vůbec 9,25%. Z porovnání výzkumu probíhajících s časovým odstupem jen jednoho roku nevidíme žádný posun k většímu využití škál při hodnocení bolesti, i když, jak se píše v publikaci Vše o léčbě bolesti: „Tyto škály nabízejí několik výhod, oproti částečně strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorům: Je jednoduché je použít. Zaberou méně času. Odhalí problémy, které potřebují pečlivější vyšetření. Když se provedou před a po intervenci ke snížení bolesti, mohou pomoci zjistit, zda byla intervence účinná (11, str.44)“ a tento názor je i sdílen. Také samotné sestry si na základě zjištěných skutečností uvědomují, že využití škál je přínosem (Graf 16), 61,11% sester jako výhody označilo zlepšení kvality péče, lepší zhodnocení účinků analgetik, jednoduchost a srozumitelnost a přehlednost pro pacienty, 38,88% sester si myslí, že použití škál je zbytečné a jako důvody uvádí víc papírování a málo času na pacienty, nespolupráce starších pacientů a další formulář navíc. Názory sester na využití škál konkrétně na jejich pracovišti už nejsou tak jednoznačné (Graf 17), 38,88% sester by používání škál na oddělení uvítalo, 12,96% sester nechce k hodnocení bolesti používat škálu a 48,14% nemá na použití škály na oddělení vyhraněný názor. Sestry bez názoru na danou problematiku, jak bylo z výzkumu zjištěno (Graf 50) mají většinou, v 58,82%, dosažené středoškolské vzdělání.

V dotazníku pro pacienty byly první dvě otázky identifikační. Bylo sledováno hlavně věkové rozvrstvení pacientů (Graf 23) na ošetrovacích jednotkách a počet operací, které absolvovali (Graf 24). Jednotlivé věkové kategorie byly převzaty z klasifikace etap lidského života dle WHO (Graf 23). Bylo zjištěno, že 20,75% pacientů bylo ve věku do 44 let, skupina označovaná jako dospělost, 32,07% pacientů bylo ve věku 45-59 let, skupina označovaná jako střední věk, 35,84% pacientů bylo ve věku 60-74 let, skupina označovaná jako ranné stáří, 9,43% pacientů bylo ve věku 75-89 let, skupina označovaná jako vlastní

stáří a 1,88% pacientů byl ve věku 90 a více let, což je skupina označovaná jako dlouhověkost. Nejvíce pacientů patřilo do skupiny raného stáří, což potvrzuje i Jobánková, když říká: „Tělesná schránka pozvolna chátrá, projevují se následky předešlých nemocí, náročného stylu fyzické práce apod. Po sedmdesátce není vzácností, že člověk trpí několika chronickými onemocněními současně (8, str.107)“. Následující graf (Graf 24) ukazuje, že 50,94% pacientů absolvovalo již svojí třetí operaci a více. Graf 25, Graf 26, Graf 27 a Graf 28 zjišťuje, jestli pacienti před operací měli bolesti. Z Grafu 25 je patrné, že 75,47% dotazovaných pacientů bolesti mělo a také Trachtová uvádí: „Bolest přivádí nemocného k lékaři. Mnoho lidí je ochotno snášet dušnost, nespavost nebo jiné obtíže, ale objeví-li se bolest, vyhledávají lékaře ihned (23, str.125)“. Intenzitu pociťované bolesti znázorňuje Graf 26, kde vidíme, že 15,09% pacientů přidělilo bolesti číselnou hodnotu 5 a 16,98% pacientů přidělilo bolesti číselnou hodnotu 6, což na číselné škále představuje pociťování silnější bolesti. Výzkum ukázal, že zdravotnický personál nepodceňuje přípravu pacienta na bolest po operaci (Graf 27), 84,40% pacientů bylo na bolest upozorněno. Graf 28 znázorňuje, kdo nejčastěji pacienty o možné bolesti po operaci informuje: v 43,02% to je ošetřující lékař, v 24,41% lékař-anesteziolog a v 32,55% zdravotní sestry. Pociťování bolesti je u každého individuální a velkou roli taky hraje očekávání bolesti a příprava na ní, to říká i Kozierová: „Niektorí ľudia znášajú bolesť lepšie ako iní, čo závisí od okolností a pacientovho názoru na význam či zmysel bolesti (12, str.968)“, z čehož vyplynulo, že pacient by měl vědět o možné pooperační bolesti. Graf 6 ale říká, že jen 44,44% sester pokládá za samozřejmé upozornit pacienta na možnou pooperační bolest, 24,41% sester informuje pacienta o bolesti, jen pokud se zeptá.

Hypotézu 1, která tvrdí, že sestry na pooperačních jednotkách monitorují bolest u pacientů po operaci, jsme potvrdili a dokazuje to Graf 7, protože až 90,74% sester se automaticky pacienta po operaci ptá na jeho bolest, což je většina. Intenzitu bolesti (Graf 8) 74,07% sester slovně zhodnotí a 16,66% sester intenzitu bolesti hodnotí dle škály hodnotící bolest. Tuto skutečnost potvrzují odpovědi pacientů, zaznamenané v Grafu 30 a v Grafu 31 kde se jen 9,43% pacientů nikdo na bolest nezeptal. Kapounová uvádí: „Bolest je pouze

subjektivním prožitkem. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je důležité si pamatovat, že bolest existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má (9, str.137)“, proto si taky myslíme a výsledky šetření nám to potvrdily, že je důležité ptát se na bolest u pacientů. Intenzita bolesti po operačním výkonu je znázorněná Grafem 29. Jen 3,77% pacientů nepocíťovalo po operaci žádnou bolest, na druhé straně 5,66% pacientů označilo intenzitu bolesti číslem 10, jako nejvyšší možnou, to znamená, že někdy je bolest po operaci velmi silná. Sledování bolesti a úlevy od bolesti je vyjádřeno Grafem 14, kdy 90,74% sester po 20 minutách od aplikace analgetika intramuskulárně, zjišťuje úlevu od bolesti a Graf 34 potvrzuje tuto skutečnost, když 49,05% pacientů bylo aktivně sestrou tázáno na úlevu od bolesti v časovém intervalu do 20 minut od aplikace analgetika do svalu a navíc 7,54% pacientů svojí bolest označilo na škále pro bolest. Úlevu od bolesti (Graf 15) 51,85% sester zjišťuje dotazem na pacienta a 46,29% sester k tomu zhodnotí i neverbální projevy a chování pacienta. Komplexní přístup k zhodnocení úlevy od bolesti od pacienta by měl být podle našeho názoru využíván daleko víc, protože pacient může slovně bagatelizovat svojí bolest, chovat se podle svého mínění statečně nebo chtít bolest nějakým způsobem překonat a přitom nevědět, jako tvrdí i Trachtová, že: „Bolest je účelná, ale pouze do určité míry. Bolest ztrácí význam všude tam, kde její intenzita překročila snesitelnou míru. Bolest, která reflexně vyvolává poruchy různých funkcí organismu, je již vysloveně škodlivá (23, str.125)“. Graf 38 ukazuje, že sestry se aktivně ptají i na znovuobjevení se bolesti, což potvrzuje 64,15% pacientů. Srovnávací Graf 43 zpřehledňuje zjištěné skutečnosti. Podle našeho mínění je monitorace po operaci sestrou dostatečná, i když poskytuje prostor i ke zlepšování v této oblasti.

Kromě farmakologické léčby bolesti bylo zjišťováno, zda se sestra dokáže orientovat i v alternativních možnostech léčby bolesti (Graf 19) a umí je pacientovi nabídnout, 66,66% sester tímto způsobem postupuje a v Grafu 36 jsou zaznamenané odpovědi pacientů, kde 52,83% pacientům byly alternativní možnosti léčby nabídnuty. Názorně je to vidět na Grafu 44. Nejčastěji nabízené alternativní metody léčby bolesti (Graf 45 a Graf 37) jsou v 50,00% úlevová poloha, 16,66% možnosti rozptýlení a v 33,33% psychická podpora

ze strany personálu. Sestry kromě těchto možností nabízejí (Graf 20) ještě v 17,46% ledování, v 9,52% aplikace tepla a chladu a mnohé další.

V závěru výzkumu byla položena pacientům otázka (Graf 40), jestli byli spokojeni s postupem při mírnění bolesti, 62,26% dotazovaných bylo spokojeno zcela, což je z našeho pohledu pozitivní zjištění, i když 3,77% pacienti nebyli s postupem spokojeni vůbec. Dále byly zajímavé i výsledky z pohledu sester (Graf 21) a pohledu pacientů (Graf 40) na monitoraci bolesti po operaci, z Grafu 46 je názorné, že 68,51% sester si myslí, že se otázce monitorování bolesti po operaci u pacienta věnuje dostatečně, 66,03% pacientům se jeví monitorace bolesti po operaci jako dostatečná, 22,22% sestrám se monitorace bolesti po operaci jeví jako zcela nevyhovující a chce se jí věnovat více a 3,77% pacientům se monitorace bolesti po operaci jeví jako zcela nevyhovující. Podle názorů sester, kterým byla dána možnost, vyjádřit návrhy na zlepšení monitorace bolesti u pacientů po operaci (Graf 22) z 14,81% sester nejčastěji uvádělo, že by uvítaly více personálu, méně formulářů, méně pacientů na jednu sestru a tím by získaly více času na sledování bolestí u pacienta.

Z výsledků výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jestli sestry monitorují bolest u pacientů po operaci, je jednoznačné, že sestry se monitorací bolesti zabývají dostatečně, aktivně sledují bolest u pacientů, účinně ji tlumí, jsou schopné nabídnout i alternativní metody k jejímu odstranění, kromě farmakologické léčby bolesti ordinované lékařem, monitorují úlevu od bolesti v dostatečném časovém intervalu od aplikace analgetika a sledují i znovuoživení se bolesti. K pacientům přistupují citlivě a empaticky a ti jsou schopní psychickou podporu vnímat.

Druhý cíl, který byl stanoven, zda-li sestry v praxi využívají škály hodnotící bolest, byl splněn a vedl ke zjištění, že teoretické vědomosti sester o způsobech hodnocení intenzity bolesti jsou na vysoké úrovni, avšak použití v praxi je nedostatečné, přitom samotné sestry vyzdvihují výhody a pozitiva použití škál při hodnocení bolesti, ale zároveň se obávají, že jejich využíváním v praxi by ztratily čas, který by mohly věnovat pacientovi.

6. Závěr

Bolest je téma, se kterým se setká každý z nás. My, jako zdravotnický personál jsme v pozici naslouchajícího a úlevu přinášejícího pozorovatele, na druhé straně je člověk, čekající pomoc. Tato bakalářská práce se věnovala monitorování bolesti po operačním výkonu sestrou. Stanovenými cíli bylo zjistit, jestli sestry monitorují bolest u pacientů po operaci a zda-li v praxi využívají škály hodnotící bolest.

Na základě cílů byly vyslovené tyto hypotézy. První hypotéza: Sestry na pooperačních jednotkách monitorují bolest u pacientů po operaci. Druhá hypotéza: Sestry nemají znalosti o škálách hodnotících bolest. Třetí hypotéza: Bolest u pacientů, hospitalizovaných na pooperačních OJ není hodnocena dle hodnotící škály.

Výzkum ukázal, že sestry aktivně sledují bolest u pacientů po operaci, což potvrzují i pacienti na pooperačních jednotkách. Tím je první hypotéza potvrzena. V dalším šetření bylo zjištěno, že většina sester má dostatečné vědomosti o hodnotících škálách. Druhá hypotéza tedy potvrzena nebyla, což považujeme za kladné, protože teoretické znalosti sester, jak se ukázalo, jsou na dostatečné úrovni. Výzkum ale bohužel poukázal na to, že teoretické vědomosti sester nejsou aplikované v praxi, protože k monitorování bolesti nepoužívají škálování. Tím se potvrdila třetí hypotéza.

Bolest, i když je v dostatečné pozornosti na pooperačních jednotkách, není ve většině případů monitorována jednotným systémem, což je škoda a proto budou výsledky šetření poskytnuty vedoucím sestřím v nemocnicích, kde výzkum probíhal. Výsledky výzkumu bych ráda použila při prezentaci na seminářích určených pro sestry v operačních oborech. Práce může být využita při výuce na Jihočeské univerzitě, publikována v časopisech či na internetu. Sestry by mohly využít této práce jako edukační materiál, může jim poskytnout přehledné porovnání jednotlivých škál, tím snad i pomůže k získání názoru na jejich použití v praxi. Domníváme se, že doporučení pro sestry, aby víc využívaly svých teoretických znalostí a schopností ve své každodenní činnosti by mohlo být přínosem nejen pro ně, ale taky pro všechny, kteří se účastní ošetrovatelského procesu.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1 BAŠTECKÁ, B., a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
- 2 BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 156 s. ISBN 80-7169-932-2
- 3 FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Ošetrovatelstvo-teória*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
- 4 HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči- Vybrané kapitoly*. 2.opravené vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 139 s. ISBN 80-7013-356-2
- 5 HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2.doplňené vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0
- 6 JAKOUBKOVÁ, J., et al. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-85824-78-7
- 7 JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2
- 8 JOBÁNKOVÁ, M., a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4
- 9 KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- 10 KLENER, P., VORLÍČEK, J. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1.vyd. Praha: Galén, 1998. 231 s. ISBN 80-902501-2-2
- 11 KOL.AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti-příručka pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 365 s. ISBN 1-58255-277-4
- 12 KOZIEROVA, B., ERBOVA, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- 13 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

- 14 MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2003. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- 15 MILOSCHEWSKY, D., a kol. *Regionální anestezie*. 1.vyd. Praha: Adéla-grafické studio Plzeň s.r.o., 1998. 200 s. ISBN 80- 902532-9-6
- 16 PŘISPĚVATELÉ WIKIPEDIE. *Bolest* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2008, Datum poslední revize 30. 04. 2008, citováno 5. 03. 2008. dostupné z <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Bolest&oldid=2530165>
- 17 ROKYTA, R. *Bolest monografie algeziologie*. 1.vyd. Praha: TIGIS, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
- 18 ROKYTA, R., a kol. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5
- 19 SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- 20 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd.-dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
- 21 ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinium, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
- 22 ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J., et al. *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vyd. Praha: Galén, 2000, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
- 23 TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.nezměněné vydání-dotisk. Brno: Mikadapress, 2004, 186 s. ISBN 57-851-02
- 24 VORÁČKOVÁ, D. *Chronická bolest patofyziologie a léčba*. Neurologie pro praxi. Konice: Solen, 2004. roč.5, č.6, 47 s. ISSN 1335-9592
- 25 ZAZULA, R., editor. *Intenzivní perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 252 s. ISBN 80-86257-17-7
- 26 ZEMANOVÁ, J. *Základy anestezieologie- 2. část*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5

8. Klíčová slova

BOLEST

MONITORACE

ŠKÁLA

SESTRA

HODNOCENÍ

9. Přílohy

Příloha 1 Dráhy bolesti

Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 3 Mapa bolesti

Příloha 4 Ukázky škál hodnotících bolest

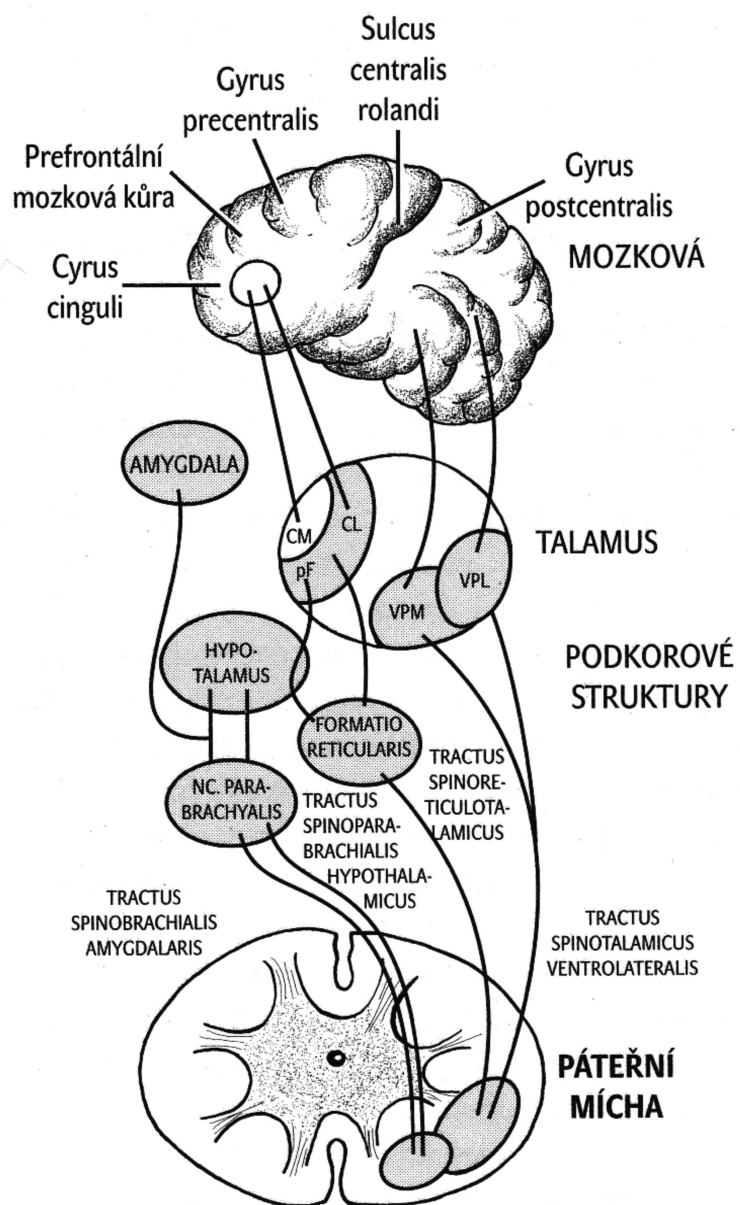
Příloha 5 Průvodce hodnocení bolesti

Příloha 6 Dotazník pro sestry

Příloha 7 Dotazník pro pacienty

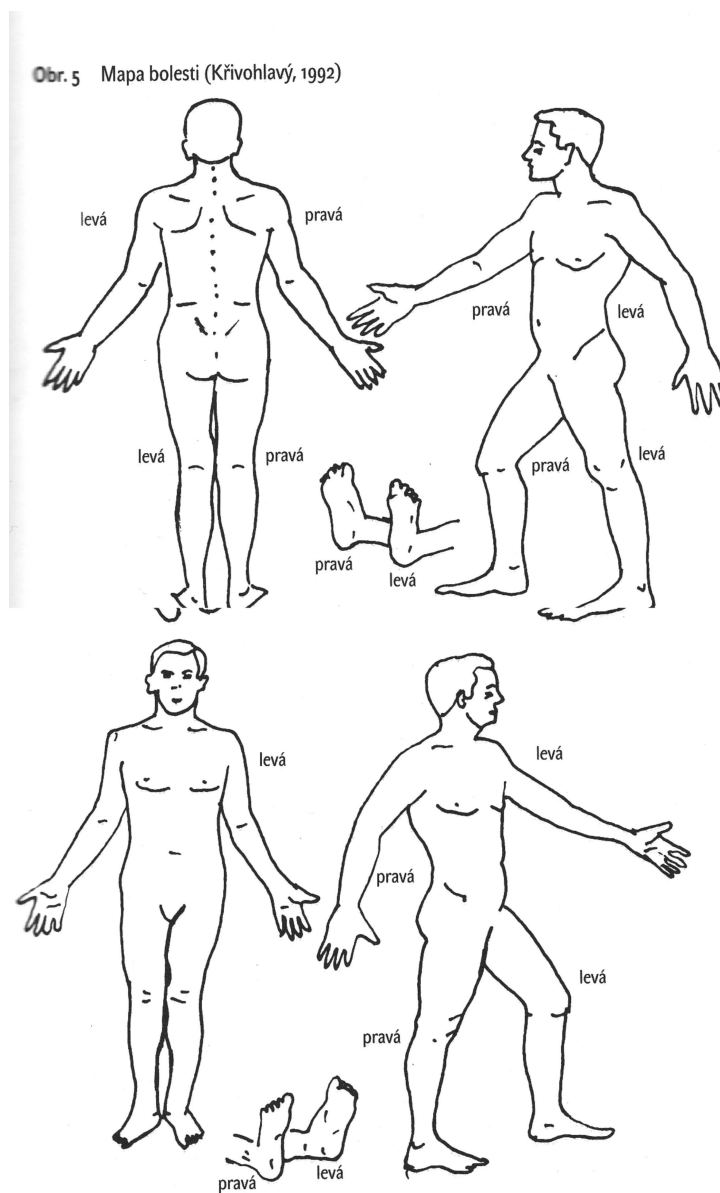
Příloha 8 Ošetřovatelské intervence u pacienta s bolestí

Příloha 1 Dráhy bolesti



Zdroj: JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 29 s.
ISBN 978-80-7367-210-2 (7).

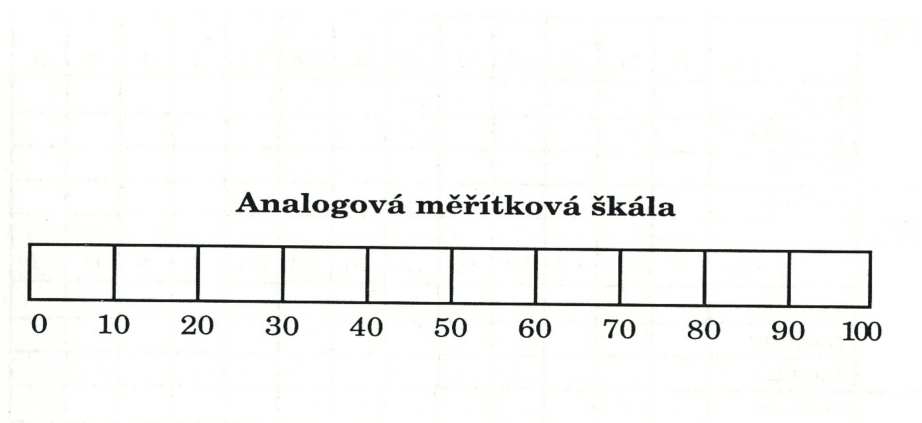
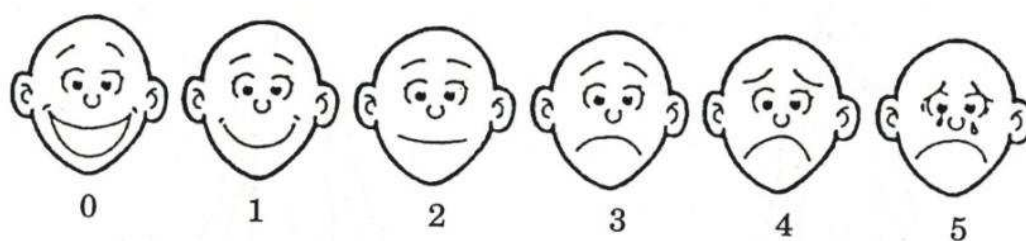
Příloha 2 Mapa bolesti



Příloha 3 Ukázky škál

Škála grafických symbolů

Měřítková škála



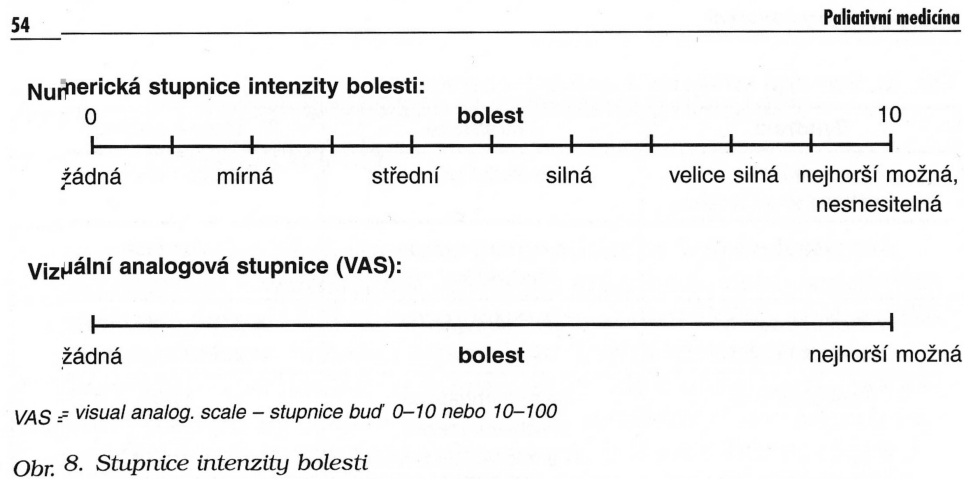
Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd.-dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. 20, 21s.

ISBN 80-7013-323-6 (20).

Příloha 4 Ukázky škál

NRS – numerická stupnice

VAS – vizuální analogová stupnice



Zdroj: JAKOUBKOVÁ, J., et al. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Galén, 1998. 54 s.
ISBN 80-85824-78-7 (6).

Příloha 5 Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti

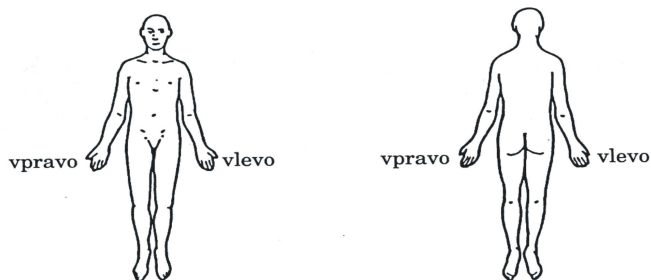
(podle Royal Marsden Hospital, in LEMON 1, 1996)

Jméno a příjmení
R. č.
Datum
Základní vyšetření
Pacientův popis bolesti
Co pomáhá zmírnit bolest
Co bolest zhoršuje

Máte bolest?	1. v noci	ano	ne	poznámka
	2. v klidu	ano	ne	poznámka
	3. při pohybu	ano	ne	poznámka

Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C....



Intenzita bolesti:	0 – žádná bolest	3 – silná, stresující bolest
	1 – mírná bolest	4 – velmi silná bolest
	2 – obtěžující bolest	5 – nesnesitelná bolest

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1.vyd.-dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. 19 s. ISBN 80-7013-323-6 (20).

Příloha 6 Dotazník pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Alexandra Šimáčková a studuji 3. ročník bakalářského oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Věnuji se výzkumu na téma Monitorace bolesti u pacienta po operačním výkonu sestrou a vyplněním dotazníku, který je anonymní a bude sloužit jen k výzkumným účelům, Vás prosím o Vaší laskavou spolupráci. Předem velice děkuji za jeho vyplnění.

Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak

- 1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**
 - a) středné s maturitou
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské

- 2. Jaká je délka Vaší praxe:**
 - a) méně než 5 let
 - b) 5 – 10 let
 - c) 10 – 20 let
 - d) 20 let a více

- 3. Na jakém oddělení pracujete?**
 - a) jednotka intenzivní péče
 - b) chirurgické oddělení
 - c) ortopedické oddělení
 - d) urologické oddělení
 - e) gynekologické oddělení

- 4. Před každou operací zjišťujete bolest u pacienta?**
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nechávám to na lékaře
 - d) jen když si pacient stěžuje

- 5. Jakým způsobem hodnotíte bolest u pacienta před operací:**
 - a) slovně, zapíšu jí do dokumentace
 - b) pomocí škály hodnotící bolest
 - c) nezapisuji bolest, jen plním ordinace lékaře

6. Před operací upozornujete pacienta na bolest, která ho může čekat?

- a) ano, to je samozřejmé
- b) ano, pokud se zeptá
- c) ne, není to v mé kompetenci
- d) nechávám to na lékaře

7. Hned po operačním výkonu se zeptáte, jestli má pacient bolest?

- a) ano, ptám se automaticky
- b) ano, pokud vidím neverbální projevy bolesti
- c) ne, neptám se
- d) čekám, až mi pacient o bolesti řekne sám

8. Jakým způsobem hodnotíte intenzitu bolesti po operaci?

- a) škálou hodnotící bolest
- b) jen slovně, popíšu jí
- c) nehodnotím bolest

9. Kterou ze škál hodnotících bolest používáte na vašem oddělení:

- a) vizuální analogickou škálu bolesti VAS
- b) numerickou hodnotící škálu bolesti NRS
- c) dotazník globální kvality
- d) žádná, škály nepoužíváme

Pokud jste na otázku odpověděl(a) ŽÁDNÁ, přejděte na otázku č.11, jinak pokračujte, prosím, na otázku č. 10

10. Vyhovuje vám škála, kterou na vašem oddělení používáte?

- a) ano úplně
- b) ano částečně
- c) nevyhovuje
- d) vůbec mi nevyhovuje, napište proč

11. Která ze škál by byla ideální k využití na vašem oddělení:

- a) vizuální analogická škála bolesti VAS
- b) numerická škála bolesti NRS
- c) dotazník globální kvality
- d) jiná, napište jaká 2

12. Kolik škál hodnotících bolest znáte:

- a) jednu
- b) dvě
- c) tři a více
- d) žádnou

13. Jak podle vás vypadá škála „stupnice grafických symbolů“:

- a)
- b) nevím

14. S jak rozsáhlou stupnicí /od jaké číselní hodnoty po jako číselní hodnotu/ pracuje NRS:

- a)
- b) nevím

15. Po aplikaci analgetik intra musculárně u pacienta dle ordinace lékaře:

- a) po 20 minutách zjistím úlevu od bolesti
- b) úlevu od bolesti zjistím za hodinu a více
- c) úlevu nezjišťuji, čekám až se pacient ozve sám

16. Úlevu od bolesti zjišťujete:

- a) zeptám se pacienta
- b) zeptám se pacienta, zhodnotím neverbální projevy a chování pacienta, zjistím intenzitu bolesti dle škály, pokud jí používám
- c) zhodnotím jen neverbální projevy a pacienta se neptám

17. Myslíte si, že použití škály hodnotící bolest:

- a) je přínosem, napište proč.....
- b) je zbytečné, napište proč.....

18. Když se na oddělení žádná škála hodnotící bolest nepoužívá. Myslíte si:

- a) je to chyba, její použití by zlepšilo kvalitu péče o pacienta po operaci
- b) nepotřebujete ji, zjišťování intenzity bolesti pokládáte za zbytečné
- c) nemám na to vyhraněný názor

19. Jakou formou nejčastěji aplikujete analgetika dle ordinace lékaře /můžete

označit víc odpovědí/:

- a) intramuskulárně
- b) intravenózně
- c) do epidurálního katétru
- d) per os
- e) per rectum

20. Nabízíte pacientovi i jiné formy tlumení bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. Pokud ano, napište jaké

.....

22. Otázce bolesti u pacienta po operaci bych se chtěla věnovat:

- a) věnuji se dostatečně
- b) více
- c) méně
- d) nechci se věnovat

23. Jaké zlepšení v sledování bolesti by jste navrhla vy

- a) napište jaké.....
- b) nevím

Děkuji za Váš čas a cenné informace

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 7 Dotazník pro pacienty

Dobrý den, jmenuji se Alexandra Šimáčková a studuji 3. ročník bakalářského oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Věnuji se výzkumu na téma Monitorace bolesti u pacienta po operačním výkonu sestrou a vyplněním dotazníku, který je anonymní a bude sloužit jen k výzkumným účelům, Vás prosím o Vaší laskavou spolupráci. Předem velice děkuji za jeho vyplnění.

Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak

1. Do jaké věkové kategorie patříte:

- a) do 44
- b) 45 – 59
- c) 60 – 74
- d) 75 – 89
- e) 90 a více

2. Kolikátou operaci jste absolvoval(a)?

- a) první
- b) druhou
- c) třetí a více

3. Měl(a) jste před operací bolesti?

- a) ano
- b) ne

4. Přidělte bolesti, kterou jste před operací pocíťoval(a) číselní hodnotu, když 0 znamená žádnou bolest a 10 nejvyšší možnou bolest

0 _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_

5. Byl jste před operačním výkonem upozorněn(á) na výskyt pooperační bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

Pokud jste na otázku odpověděl(a) ANO, přejděte na otázku č.6, jinak pokračujte, prosím, na otázku č. 7

6. Kdo ze zdravotního týmu vás o bolesti informoval?/můžete označit víc odpovědí/

- a) ošetřující lékař
- b) lékař-anesteziolog
- c) zdravotní sestry

7. Jak velkou bolest jste po operaci pocíval(a)? Přidělte bolesti číselnou hodnotu, když 0 znamená žádnou bolest a 10 nejvyšší možnou bolest

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Kdo u Vás po operaci zjišťoval jestli máte bolest? /můžete označit víc odpovědí/

- a) ošetřující lékař
- b) zdravotní sestry
- c) na bolest se mně nikdo nezeptal
- d) nevím, nepamatuji si

9. Jakým způsobem zjišťoval ošetřující tým Vaší bolest?

- a) hned po návratu z operačního sálu jsem byl(a) dotazován(a) na bolest a slovně ji popsal(a)
- b) hned po návratu z operačního sálu jsem zakreslil(a) svou bolest do škály
- c) nikdo se mně na bolest nezeptal, musel(a) jsem se ozvat sám(sama)

10. Léky tlumící bolest jste dostával(a) ve formě: /můžete označit víc odpovědí/

- a) injekce do svalu
- b) injekce do žíly
- c) do epidurálního katétru
- d) tablety
- e) nevím, nepamatuji si

11. Léky tlumící bolest jste dostával(a):

- a) v pravidelných intervalech /po 8 nebo 6 hodinách/
- b) jenom jednou, pak už jsem bolest neměl(a)
- c) jenom na vlastní požádání

12. Po podání analgetik ve formě injekcí jste byl aktivně sestrou tázan(a) na úlevu?

- a) ano, hned po 20 minutách jsem slovně popsal úlevu
- b) ano, hned po 20 minutách jsem úlevu označil na škále pro bolest
- c) na úlevu jsem byl tázán(a) až po uplynutí hodiny a víc
- d) na úlevu se mně nikdo neptal

13. Po podání analgetik se úleva dostavila:

- a) hned, maximálně do 30 minut a bolest vymizela úplně
- b) úleva nebyla úplná, ale bolest byla snesitelná
- c) úleva od bolesti nebyla a bolest byla na hranici snesitelnosti
- d) bolest se nedala vydržet

14. Nabídnul vám ošetřující tým jiné možnosti úlevy od bolesti než analgetika?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepamatuji si

Pokud jste na otázku odpověděl(a) ANO, přejděte na otázku č.15, jinak pokračujte, prosím, na otázku č. 16

15. Jaké jiné možnosti tlumení bolesti Vám byli nabídnuté? /můžete označit víc odpovědí/:

- a) úlevová poloha
- b) možnosti rozptýlení – rádio, televize
- c) vlídné jednání a trpělivost ze strany personálu
- d) jiné, napište.....

16. Sestra se Vás aktivně ptala za jak dlouho se u Vás objeví bolest?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepamatuji si

17. S postupem při mírnění bolesti:

- a) jsem byl(a) spokojen(a) zcela
- b) jsem byl(a) spokojen(a) částečně
- c) jsem nebyl(a) spokojen(a)
- d) jsem nebyl(a) spokojen(a) vůbec

18. Zjišťování bolesti po operaci se mi jeví jako:

- a) dostatečné
- b) částečně vyhovující
- c) nevyhovující
- d) zcela nevyhovující

Děkuji za Váš čas a cenné informace

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 8 Ošetrovatelské intervence u pacienta s bolestí

1. pacient musí mít dostatek informací o příčinách bolesti, pokud jsou známy, měl by vědět jak dlouho bude bolest trvat, ví o všech diagnostických testech a postupech, nepohodlí i pocitech, které může mít a jak dlouho budou trvat
2. je nutné zajistit přesnou informaci, aby se zmírnil strach z dalších událostí
3. ošetřující tým akceptuje reakci nemocného na bolest, uzná její přítomnost a pozorně pacientovi naslouchá
4. současně s pacientem je poučena i rodina o nesprávných názorech ohledně bolesti a její léčbě
5. důležité je vysvětlit pacientovi proč může pociťovat zvýšenou nebo sníženou bolest, povzbudit členy rodiny k tomu, aby vyjádřili svoje obavy z chování pacienta, zjistit jestli rodina o bolesti pacienta pochybuje
6. zajistit dostatek odpočinku pro pacienta přes den a v noci dbát na období nepřerušovaného spánku, pacient by měl odpočívat i když bolest pomine
7. nabídnout pacientovi a rodině využití rozptýlení nebo jiných alternativních metod k uvolnění bolesti
8. poučit a vést pacienta k využití metod distrakce
9. informovat pacienta o dalších metodách jak zmírnit bolest jako je relaxace nebo stimulace pokožky
10. zajistit optimálního zmírnění bolestí pomocí předepsaných analgetik
11. zkontrolovat účinek analgetik po podání
12. povzbuzovat pacienta k možnosti diskuse o svých obavách, hněvu nebo frustracích
13. vybízet pacienta k popisu své bolesti/trachtová/
14. nepřidávat vlastní zkušenosti s bolestí
15. neříkat nemocnému že ho to nemůže bolet
16. nechat nemocného popsat bolest vlastními slovy, taktně klást doplňující otázky
17. využít všech svých dovedností a zkušeností k zmírnění bolesti

18. vyžadovat aktivní účast nemocného při potlačení bolesti
19. zaměřit se na problém vztahový a komunikační mezi pacientem a ošetřujícím personálem
20. nepodávat léky rutinním způsobem, ale dle individuálního prožívání bolesti, upravovat dávkování léků i intervaly mezi jednotlivými podáními/bolest v oš/

Zdroj: TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.*

2.nezměněné vydání-dotisk. Brno: Mikadapress, 2004, 186 s. ISBN 57-851-02 (23).

