

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Jana Stachovičová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘI
NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBĚ BOLESTI**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Svobodová

PLZEŇ 2015

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana STACHOVIČOVÁ**
Osobní číslo: **Z13N0014P**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR**
Název tématu: **Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- DOLEŽALOVÁ, Radka a PĚTIVLAS, Tomáš. Kinesiotaping pro sportovce: sportujeme bez bolesti. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 95 s. ISBN 978-80-247-3636-5.
- FOLKMARSON KÄLL, Lisa, ed. Dimension of pain. London: Routledge, 2013. 143 s. ISBN 978-0-415-63575-2.
- HAKL, Marek a kol. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 231 s. ISBN 978-80-204-2473-0.
- MÁLEK, Jiří a ŠEVČÍK, Pavel. Léčba pooperační bolesti. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 153 s. ISBN 978-80-204-2453-2.
- OPAVSKÝ, Jaroslav. Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
- ROKYTA, Richard a kol. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Svobodová**

Datum zadání diplomové práce: **25. června 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2015**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Jana Holubková, DiS.
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. ledna 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další použité zdroje, ze kterých jsem čerpala, v práci cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3 . 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Markétě Svobodové za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při vedení diplomové práce. Mé poděkování rovněž patří konzultantům, kteří mi byli nápomocni při psaní práce. Dále pak děkuji za podporu své rodině a přátelům. Velké poděkování patří všem respondentkám, bez kterých by výzkumné šetření nebylo možné uskutečnit.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Jana Stachovičová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Svobodová

Počet stran: číslované 77, nečíslované 27

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 60

Klíčová slova: alternativní medicína - bolest - léčba bolesti- psychoterapie - rehabilitace

Souhrn:

Téma diplomové práce je „Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti“.

Práce je rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část se zabývá definováním a základním rozdělením bolesti. Nechybí ošetrovatelský proces u pacienta s bolestí a hodnocení bolesti sestrou. Léčba bolesti zahrnuje farmakologickou část a invazivní postupy. Nejobsáhlejší kapitolu tvoří nefarmakologické postupy v léčbě bolesti. Zde můžeme najít rozdělení do tří velkých skupin. Jsou zde popsány rehabilitační a fyzikální postupy, dále postupy zahrnující psychologický a psychoterapeutický přístup k nemocným i některé z alternativní a doplňkové terapie.

Praktická část se věnuje zjišťování rozdílnosti v ošetrovatelském procesu u pacienta s akutními a chronickými bolestmi na různých pracovištích. Zjišťuje, zda sestry mají problémy v komunikaci s pacientem trpícím bolestí či jak v praxi sestry nakládají se zjištěnými informacemi o bolesti. Dále se zabývá podílem sestry na nefarmakologických postupech při tišení bolesti.

ANNOTATION

Name and surname: Bc. Jana Stachovičová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Management of nursing care in non-pharmacological treatment of pain

Consultant: Mgr. Markéta Svobodová

Number of pages: numbered 77, unnumbered 27

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 60

Key words: Alternative medicine – pain - treatment of pain - psychotherapy - rehabilitation

Summary:

Thesis theme is „Management of nursing care in non-pharmacological treatment of pain“.

The work is divided into two sections, theoretical and practical. The theoretical part deals with defining a basic division of pain. It contains nursing process in a patient with pain and nurse's pain assessment. Pain management includes pharmacological and invasive procedures section. The most comprehensive chapter consists of non-pharmacological methods of pain management, where we can find a division into three major groups. There are described both rehabilitation and physical processes, as well as procedures involving psychological and psychotherapeutic approach to patients and also a few of alternative and complementary therapies.

The practical part is devoted to identifying differences in the nursing process in patients with acute and chronic pain at various workplaces. It determines whether nurses have some problems in communicating with patients suffering from pain or how nurses treat known information about pain in practice. It also deals with the nurses share on non-pharmacological treatments in pain.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 BOLEST	11
1.1 Dělení bolesti.....	12
1.1.1 Akutní bolest	14
1.1.2 Chronická bolest.....	14
1.2 Hodnocení bolesti	15
1.3 Léčba bolesti.....	17
1.3.1 Farmakologická léčba	18
1.3.2 Invazivní postupy v léčbě bolesti	20
2 NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY	22
2.1 Rehabilitace a fyzikální léčba bolesti	22
2.1.1 Kinezioterapie	22
2.1.2 Hydroterapie	23
2.1.3 Termoterapie	23
2.1.4 Elektroterapie	24
2.1.5 Fototerapie.....	26
2.1.6 Mechanoterapie	27
2.1.7 Kineziotaping	28
2.1.8 Balneoterapie.....	29
2.2 Psychologické postupy v léčbě bolesti	29
2.2.1 Relaxace	30
2.2.2 Meditace	30
2.2.3 Sugescie a placebo efekt.....	31
2.2.4 Hypnóza	31
2.2.5 Kognitivně – behaviorální terapie	31
2.2.6 Imaginativní technika	31
2.2.7 Psychologický přístup zdravotníků k pacientovi	32
2.3 Alternativní a doplňková léčba.....	32
2.3.1 Akupunktura.....	33
2.3.2 Jóga.....	34
2.3.3 Muzikoterapie.....	34

2.3.4	Aromaterapie	35
2.3.5	Colortherapie	35
2.3.6	Fytoterapie.....	35
2.3.7	Chiropraxe	36
3	MANAGEMENT BOLESTI	37
3.1	Ošetrovatelská anamnéza	37
3.2	Ošetrovatelská diagnóza	37
3.3	Plán ošetrovatelské péče	38
3.4	Realizace ošetrovatelských intervencí	38
3.5	Hodnocení ošetrovatelského procesu	38
3.6	Faktory ovlivňující vnímání bolesti.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
4	FORMULACE PROBLÉMU	40
4.1	Hlavní cíl výzkumného šetření	40
4.2	Dílčí cíle výzkumného šetření	40
4.3	Výzkumné otázky	41
5	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
5.1	Charakteristika výzkumného souboru	42
6	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	43
6.1	Shrnutí rozhovorů sester z protetiky.....	68
6.2	Shrnutí rozhovorů sester z rehabilitace	72
6.3	Shrnutí rozhovorů sester z traumatologie.....	76
7	DISKUZE	80
	ZÁVĚR.....	86
	SEZNAM ZDROJŮ	87
	SEZNAM GRAFŮ	92
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	93
	SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

Každý z nás se jistě za svůj život setkal nebo setká s bolestí. Bolest je jedním z nejtypičtějších příznaků úrazu, nemoci, nebo nějakého poškození. Myslím si, že bolest je a vždycky bude aktuálním tématem. Absolvovala jsem odbornou praxi v rámci školy a prošla jsem velkou většinou oddělení, na každém jsem se setkala s pacienty s bolestí. Lidé, u kterých bolest rychle odezní mají štěstí, na rozdíl od lidí, které bolesti omezují a způsobují utrpení a zhoršují jejich kvalitu života. V dnešní době se bolest léčí mnoha různými způsoby. Od volně dostupných analgetik přes studený obklad, zábaly nebo různé masáže. Ale metod na zmírnění bolesti je mnohem více. Právě pro lidi, kteří nemají takové štěstí a bolesti je trápí, ztrpčují jim život a také proto, že tato problematika ve mně vzbudila velký zájem, jsem si z témat, které nám škola vypsala, zvolila právě: „*Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti.*“

Diplomovou práci jsem rozdělila na dvě části a to na teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám definicí, typem, hodnocením a léčbou bolesti, která se převážně zaměřuje na nefarmakologické postupy. Do teoretické části spadá také rozvedení problematiky managementu bolesti se zaměřením na úlohu sestry při hodnocení bolesti a celkově na ošetrovatelský proces u pacienta s bolestí. Až dokončím studium, chtěla bych působit na pracovišti, kde se zabývají onemocněním nebo úrazy pohybového aparátu. A právě těchto pacientů s bolestmi kloubů, zad - ať už způsobenými úrazem, nějakým onemocněním nebo degenerativními změnami - je velké množství. Proto jsem v praktické části zaměřila výzkumné šetření na některá z těchto oddělení. Myslím si, že stěžejní náplní sestry je ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení bolesti. Bolest je subjektivní pocit a pochybením zdravotnického personálu, podhodnocením intenzity může dojít k neefektivní léčbě.

V praktické části předpokládám, že zjistím rozdíly v posuzování bolesti sestrou u pacientů s akutními a chronickými bolestmi. Myslím si, že se v nemocnicích používají nefarmakologické postupy jen minimálně a ráda bych zjistila jaké. Ráda bych na základě odpovědí sester získala jejich pohled na některé z možných problémů a mohla je v rámci diplomové práce vyřešit nebo podat návrhy na jejich zlepšení. Péče o pacienty s bolestí je velmi náročná. Sestry zde zastávají velmi významnou roli a jsou i jakýmsi prostředníkem mezi pacientem a lékařem.

TEORETICKÁ ČÁST

„Bolest je to, co člověk cítí, když říká, že ho to bolí...“

Margo McCaffery

1 BOLEST

Lidstvo od nepaměti provází bolest, ale člověk instinktivně hledá způsob jak ji zmírnit, či úplně odstranit. Starý Egypt a Babylonská říše byli prvními kulturami, které se podle dochovaných písemných záznamů, zabývali léčením bolesti pomocí proudu studené vody v řece, tlak, amulety, kouzla, zaříkadla a různé lektvary. Tito lidé věřili, že bolest je trest, který na ně seslali bohové. V jádru měli vlastně pravdu. Anglicky pain (bolest) je odvozeno z latinského slova poena, které znamená trest. Číňané využili sílu léčivých bylin, masáží a dali základ akupunkturu pomocí ostrých rybích kostí, které používali ke vpichování do míst s vysokou citlivostí na bolest. Za začátek elektroléčby by se dalo považovat využití elektrického úhoře na bolestivé klouby řeckou kulturou. Postupem času lidé zkoušeli různé experimenty, jako bylo přikládání pijavic, mírné přidušení až do bezvědomí, silné údery do hlavy vedoucí ke ztrátě vědomí a využití alkoholických nápojů. Neměli bychom také zapomínat na psychologický postoj k bolesti, který se vyvíjel od kouzlení, amuletů, odvedení pozornosti až k hypnóze. Dalšími aspekty, které položily základ dnešním relaxačním technikám, jsou modlitby, duchovní písně a víra. K zmírnění bolestí bylo využíváno spíše fyzikálních metod. (Rokyta, 2012, s. 20-21) Z bylin využívaných v Mezopotámii byl položen základ i pro farmakoterapii výtažkem z makovic (opium). Kolem roku 1800 dochází k izolování analgetického prášku z opia a německý lékárník nazývá tuto látku jako morphin. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 5-6)

Studium a výzkum bolesti prošlo ohromným vývojem. Zabývalo se jím mnoho odborníků ze všech možných zemí, různých medicínských oborů a dali základ mnoha teoriím o bolesti. Jednou z nejznámějších teorií je Vrátková teorie o bolesti, která podnítila mnoho mladých lékařů zabývat se touto problematikou. Avšak za zakladatele moderní algeziologie je považován John J. Bonica, který si všiml nutnosti spolupráce mezi jednotlivými lékařskými obory při léčení pacienta s bolestí. Proto v roce 1947 pro tyto pacienty založil poradny charakteristické pro mezioborovou spolupráci v Tahomě ve Washingtonu. Rostoucí skupina lékařů zabývajících se bolestí v roce 1974 vedla k založení Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP), organizace začala

vydávat odborný časopis s názvem Pain. U nás významnými lékaři zabývající se bolestí jsou Dimitrij Miloschewski, Karel Šourek a Bohumil Jakoubek, kteří se přičinili v roce 1990 o vznik Společnosti pro studium a léčbu bolesti (SSLB). Následně se začala zřizovat síť pracovišť na léčbu bolesti po celé České republice. Dnes tzv. Ambulance léčby bolesti. (Rokyta, 2012, s. 22 -25)

Na začátek bychom si měli nejprve vysvětlit a definovat bolest. Co je to bolest? Bolest je definována podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) jako: „*Nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání, nebo popisována výrazy pro takové poškození... Bolest je vždy subjektivní.*“ (Hakl a kol., 2013, s. 14)

Nyní podrobněji probereme výše uvedenou definici. Ta charakterizuje bolest jako nepříjemný problém, který nám podává informace o lokalizaci, kvalitě a intenzitě bolesti jako sensorický jinak také smyslový zážitek. Podává také informace o emocionálním, tedy o psychickém stavu pacienta, jak je schopen věnovat se běžným denním aktivitám, koníčkům a zálibám. Nebo i to jak bolest ovlivňuje budoucnost nemocného. Definice zahrnuje také poškození tkání, skutečné viditelné nebo potencionální. Potencionální znamená, cítili nemocný stejnou bolest, jako když např. sáhne na horký předmět, ale velmi rychle ucukne, tudíž nedojde k poškození tkáně. Skutečné pak znamená např. viditelné popáleniny. Konečnou část definice „*popisována výrazy pro takové poškození*“ si jednoduše vysvětlíme na příkladu fantomové bolesti. Jde o bolest, kterou nemocný cítí v části těla, která byla již amputována. Nemůže tedy dojít k poškození části, která již není, ale daný jedinec ji prožívá jako reálnou. (Opavský, 2011, s. 18-19)

„*Bolest kazí a ničí život. Dosáhne-li určité síly i barvy a má-li delší trvání, bere člověku chuť k práci i radost ze života. Zabírá větší okruh jeho zájmů a obrací jeho zřetel k němu samému, k jeho bolesti. Vysiluje ho tělesně i duševně. Zesmutňuje ho, zamlžuje jeho jasný pohled do světa. A nakonec – není-li mírněna nebo překonávána – udělá z člověka trosku, zahleděnou jen do své bolesti a ve světě i pro svět ztracenou. Ba vede ho k dobrovolné smrti, která je mu vítaným únikem z jeho utrpení...*“ (Jirásek, 1961, s. 11)

1.1 Dělení bolesti

V této kapitole si bolest můžeme rozdělit do několika hledisek. Základním kritériem je doba trvání bolesti, podle toho dělíme bolest na akutní a chronickou. Důležitým rozlišením mezi akutní a chronickou bolestí je délka trvání a charakter. Akutní bolest je krátkodobá, dále označována jako symptom (příznak). Chronická bolest je dlouhodobá a v odborné

literatuře označována jako syndrom. Dále dělíme bolest podle příčiny vzniku na nádorovou a nenádorovou bolest. A podle charakteru postižení na nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, dysautonomní a smíšenou. (Hakl a kol., 2013, s. 31)

Nociceptivní bolest

Tento druh bolesti je veden od nociceptorů nebo také nocisenzorů, což jsou nervová zakončení na perifériích, až do mozkové kůry, kde si uvědomujeme bolest. Nejčastějšími bolestmi toho druhu jsou artrózy, artritidy, úrazy, degenerativní změny páteře, a jiné zánětlivé procesy. (Opavský, 2011, s. 21)

Neuropatická bolest

Vzniká na základě porušení funkce, nebo patologickými změnami nervů. Příčinou vzniku mohou být mechanická poškození, některá onemocnění infekční, metabolická, autoimunitní i zánětlivá, nebo také toxické poškození například léky, alkoholem a jinými toxiny. (Hakl a kol., 2013, s. 33) Neuropatickou bolest můžeme rozdělit do dvou skupin. Periferní neuropatická bolest postihuje jednotlivé nervy, druhou skupinou je centrální neuropatická bolest typická pro poškození v centrálním nervovém systému. Příkladem může být bolest po úrazu míchy. (Kozák a kol., 2010, s. 78-90)

Dysautonomní bolest

Zvýšené vnímání bolesti je pro tuto bolest charakteristické, bolestivost vzniklá nebolestivým podnětem vzniká poruchou funkce autonomního nervového systému, především sympatiku. Příkladem dysautonomní bolesti je komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I.) dříve také znám pod názvy algodystrofie, Sudeckův syndrom, a jiné. Kauzalgie nyní označována jako komplexní regionální bolestivý syndrom II. (KRBS II.) stav po poranění periferních nervů, kdy nemocný udává bolest i ve vzdálených místech. (Rokyta a kol., 2012 s. 307-313; Hakl a kol., 2013, s. 34)

Psychogenní bolest

Bolestivé stavy, u kterých je příčinou psychický problém (depresivní porucha, neurózy). Jsou velmi obtížně diagnostikovatelné, protože pacienti trpící psychogenní bolestí promítají své problémy do bolesti a mohou uvádět problém v oblasti břicha, bolesti zad a jiné. U těchto pacientů budou veškerá klinická vyšetření negativní, bez nálezu, ale přesto to

neznamená, že nemají bolest. Základ terapie tvoří psychofarmaka a psychoterapie. (Opavský, 2011, s. 22)

Smišená bolest

Obsahuje kombinaci předchozích typů bolestí. Nejčastějším příkladem je FBSS – failed back surgery syndrome (stálá bolest po operaci páteře) spojením nociceptivní a neuropatické bolesti. Terapie je odvozena od složky, která převládá. (Hakl a kol., 2013, s. 34)

1.1.1 Akutní bolest

Bolest nastává bezprostředně po bolestivém podnětu, kterým může být úraz, operační zákrok, porodní bolesti nebo choroba. Akutní bolest má důležitou funkci, považujeme ji za symptom nebo-li příznak, který chrání organismus před poškozením, tím, že člověka přinutí vyhledat lékařskou péči. (Hakl a kol., 2013, s. 31) Pokud pacient po vzniku bolesti lékaře nevyhledá do určité doby, může dojít až k přechodu do chronického stádia. Akutní bolest může trvat několik sekund až minut, někdy i týdny až měsíc, ale nikdy svou délkou trvání nepřesahuje 3 měsíce. Velice příznivě reaguje na léčbu. Jako prevence přechodu bolesti do chronicity je včasná a efektivní léčba bolesti, čímž zároveň předejdeme i možným komplikacím, včasné zahájení rehabilitace a kladné ovlivnění psychiky pacienta. (Málek a kol., 2011, s. 15) Reakcí organismu na akutní bolest je zvýšený krevní tlak a pulz, mělké dýchání, pocení a zvýšené svalové napětí. Někteří nemocní pociťují nevolnost až zvracení, mají problémy s močením a v důsledku snížené hybnosti se mohou objevit žilní trombózy. (Rokyta a kol., 2009, s. 33) Psychickou reakcí organismu na bolest bývá nejčastěji pláč, sténání, smutek, strach, rozladění. Dále pak na pacientovi můžeme zpozorovat změnu chování, změny poloh (úlevové polohy), různé grimasy. (Janáčková, 2007, s. 54)

1.1.2 Chronická bolest

Chronická bolest je autory označována jako syndrom, nebo nemoc. Svou délkou trvání přesahuje 3 i 6 měsíců. Identifikace příčiny bolesti nejsou jednoduchým úkolem. Na rozdíl od akutní bolesti chronická bolest nemá ochranou funkci a člověku dokáže zhoršit kvalitu života. (Hakl a kol., 2013, s. 32-33) Mezi tělesné změny u nemocných s chronickou bolestí, řadíme poruchu spánku a tím způsobenou i únavu během dne, taktéž neschopnost dlouhé fyzické aktivity, nechut' k jídlu, dochází také ke změně výrazu ve tváři. Ulevování například

končetině kulháním může zapříčinit špatné držení těla a v neposlední řadě snížená sexuální aktivita. (Opavský, 2011, s. 20) Sexuální život patří mezi základní lidské potřeby a podle studie mají pacienti s chronickou bolestí a jejich partneři zhoršenou kvalitu života nejen v souvislosti se samotnou bolestí, ale také v souvislosti s omezenou pohyblivostí a užíváním léků proti bolesti. Je bohužel skutečností, že stud pacientů zabránilo se o tomto problému zmínit. Ze studie proto vzešla myšlenka, aby otázku na sexuální život lékaři zahrnuli do anamnestického rozhovoru. (Cvrček, 2014 s. 154-158) Lidé s bolestivým syndromem mohou být někdy až agresivní, rozhněvaní, jsou frustrováni, mají deprese. Sužují je pocity smutku, beznaděje, úzkost, strach. Zásadně se mění chování pacienta trpícího chronickou bolestí. Nejvíce trpí pocitem, že jim nikdo bolest nevěří. Často se vyhýbají společnosti, jsou pasivní, dochází k narušení pacientova pracovního i rodinného života. (Opavský, 2011, s. 20) Efektivním ovlivněním života pacienta s chronickou bolestí je léčba bolesti multidisciplinárním týmem lékařů tedy spolupráce mezi algeziologem, neurologem, psychologem, psychiatrem a rehabilitačním lékařem. (Rokyta a kol., 2009 s. 38).

Odborná literatura uvádí rozdělení chronické bolesti na nádorovou (onkologickou nebo maligní) a nenádorovou (neonkologickou nebo benigní) bolest. Nádorová bolest se vyskytuje u onkologických pacientů, tedy její původ se nachází v probíhajícím nádorovém onemocnění. (Kolektiv autorů, 2006, s. 215–216) S nenádorovou bolestí se setkáváme nejčastěji u degenerativního onemocnění pohybového aparátu. (Hakl a kol., 2013, s. 35)

1.2 Hodnocení bolesti

Základem léčení bolesti je zhodnocení – vědět kde ta bolest je, jaká ta bolest je, od jaké doby to bolí, jaká je síla bolesti, nebo naopak postřehy od pacientů co zlepšila bolest, co ji zhoršila. Takovému sběru informací říkáme podrobná anamnéza, která je u každého onemocnění velmi důležitá. Mít podrobné informace o bolesti nám pomůže na cestě ke zmírnění, nebo i úplnému odstranění. (Kolektiv autorů, 2006, s. 39-58; Opavský, 2011, s. 74)

Odběr lékařské anamnézy pomocí rozhovoru s pacientem, lékař doplňuje fyzikálním vyšetřením, věnuje pozornost místu, kde pacient udává bolest a kontroluje i ostatní související struktury nejen pohmatem. Lékař přizpůsobuje rozhovor zdravotnímu stavu pacienta, pokud má pacient akutní bolest, např. nějaký úraz, omezí jej jen na pár minut, při chronické bolesti bývá velmi podrobný a delší rozhovor. K měření bolesti můžeme použít mnoho technik, ale vždy získáme subjektivní pohled. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 12) Pokud bychom chtěli zachytit bolest objektivně s využitím laboratorních či diagnostických metod, obrátíme se spíše na experimentální medicínu. Metody jako

algezimetr, tail-flick, plantar test, či měření laboratorních parametrů jako cukr v krvi nebo cholesterol jsou zaměřeny na chronickou bolest. (Málek a kol., 2011, s. 25- 28)

Odběr ošetřovatelské anamnézy je doplněn škálami ke zhodnocení bolesti. Mezi prvními otázkami na které se sestra ptá, je zjištění místa „*Kde vás to bolí?*“ Pro přesnější lokalitu se využívá **mapa bolesti podle Margolese** (viz příloha 1). Na této mapě nemocný jednoduše zaznamená oblast a přesné místo, kde cítí bolest. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 13)

Pro zjištění intenzity a kvality sestra položí otázku „*Jak vás to bolí, k čemu byste tu bolest přirovnal?*“ Jednoduchou a v praxi nejvíce využívanou metodou k zjištění intenzity bolesti je **vizuální analogová škála (VAS)**, u které nemocný znázorní značkou svou intenzitu bolesti na 10 centimetrové přímce. Existují různé druhy vyobrazení škály, jako třeba trojúhelník (viz příloha 2) nebo ve vertikálním směru jako teploměr. **Numerická škála** (viz příloha 3) je velmi podobná VAS, nemocný svou intenzitu vyjádří pomocí čísla od 0 do 10, kdy 0 znázorňuje žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest. Pro lidi se sníženými rozumovými, nebo komunikačními schopnostmi a pro dětské pacienty existuje barevná alternativa škála obličejů (viz příloha 4), na níž mohou vyjádřit intenzitu bolesti. (Opavský, 2011, s. 76-78) Vyjádření intenzity bolesti pacienta je možné také pomocí **verbální škály bolesti**. Příkladem je škála intenzity současné bolesti (Present Pain Intensity – PPI), kde pacient vybere jednu z variant – žádná bolest, mírná bolest, střední bolest, intenzivní bolest a nesnesitelná bolest. (Málek a kol., 2011, s. 26-27) Podle těchto škál, vyjadřující intenzitu se volí vhodná léčba. Silná bolest hodnocena čísli od 7 do 10 je velmi krutá a musí se ihned řešit. U této intenzity se volí aplikace opioidů. Intenzita označena čísly od 5 do 6 je brána jako středně silná bolest k léčbě se volí slabé opioidy. Čísla 1 až 4 označují pacientův mírnou bolest, snesitelnou bolest. U takovéto intenzity se nejčastěji podávají neopioidní analgetika, ale není to tak vždy, záleží na pacientovi, jak bolest zvládá. Zde mohou přijít na řadu nefarmakologické postupy, které bolest zmírní, nebo odstraní. Je ovšem úkolem sestry, poučit pacienta a edukovat ho. Pokud dojde ke zvýšení intenzity bolesti je nutné, aby pacient informoval sestru, nebo lékaře. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 12)

K vyjádření pro zjištění kvality používají lidé nejrůznější přídavná jména jako například: bodavá, pálivá, nesnesitelná, křečovitá, vystřelující, děšivá, tupá, vyčerpávající, svíravá, šubavá, krutá, ostrá, zdrcující, a různé jiné. Záleží na pojmenování bolesti, které jí pacient přiřadí. Bolest rozdělujeme na tři skupiny, které popisují kvalitu bolesti: smyslovou stránku bolesti (bodavá, pálivá, křečovitá), emocionální stránku bolesti (krutá, děšivá)

a hodnotící zážitek bolesti (vyčerpávající, nesnesitelná, zdrcující). (Mikšová a kol., 2006, s. 117)

Dalším důležitým aspektem je časové určení bolesti „*Kdy vás to začalo bolet?*“. Bolest může vzniknout v klidu, po námaze, ve dne, v noci, při změně počasí. Součástí této otázky by mělo být i zjištění, zda nemocný provedl již nějaká opatření proti bolesti a zda to mělo nějaký efekt. Nebo zda nevypozoroval, co mu na bolest pomáhá jako například poloha, chlad, teplo, běžná analgetika co naopak zhoršuje jeho bolest, tyto informace napomáhají zdravotnickému týmu lépe zhodnotit a naplánovat léčebné metody. (Mikšová a kol., 2006, s. 117-123)

Vícerozměrná metoda hodnocení bolesti spočívá v zachycení informací pomocí obsáhlého dotazníku o kvalitě, charakteru i intenzitě bolesti. Mezi světově nejrozšířenější patří **dotazník McGillovy univerzity** (McGill Pain Questionnaire – MPQ) jeho nevýhodou je časová náročnost, vyplnění trvá přibližně 30 minut. Zkrácená verze tohoto dotazníku se jmenuje (Short – Form McGill Pain Questionnaire – SFMPQ) **Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity** (viz příloha 5). Tento dotazník se používá u chronických bolestí k podrobnějšímu posouzení. (Hakl a kol., 2013, s. 35-36; Málek a kol., 2011, s. 26-28) **Průvodce k hodnocení bolesti** (Pain assessment guide) je dotazník, který opět poskytuje mnohostranné informace o prožívání pacienta s bolestí. (Kolektiv autorů, 2006, s. 46) Speciálním záznamníkem je **deník bolesti** někdy také znám pod názvem sebe monitorace bolesti. Tento zápisník napomáhá porozumět pacientovým příznakům a podle toho navrhnout léčbu. Jedná se o záznamník pro pacienty s chronickými bolestmi, kam si průběžně nemocný zaznamenává čas, kdy bolest začala, kde to bolelo, intenzita na stupnici od 0 do 10, v jaké situaci, co proti tomu nemocný podnikl a jaký to mělo efekt. Tento záznamník si nosí sebou na pravidelné kontroly a společně se setrou a lékařem zhodnotí. (Kolektiv autorů, 2006, s. 52)

Sestra by měla být také schopna zhodnotit, do jaké míry pacienta bolest omezuje při běžných denních činnostech. A toho může dosáhnout pomocí **dotazníku interference bolesti s denními aktivitami** (DIBDA). (Rokyta a kol., 2009, s. 36)

1.3 Léčba bolesti

Při léčbě bolesti je nutno postupovat individuálně s ohledem na typ bolesti, na příčinu bolesti a její délku trvání. Současné metody léčby bolesti nabízí použití farmak tedy farmakologická léčba, dále za použití rehabilitačních postupů, psychoterapie, alternativní medicínu což považujeme za léčbu nefarmakologickou a také invazivní léčebné metody.

Některé techniky se používají samostatně, některé postupy se prolínají a kombinují. Nezbytnou součástí léčebného procesu je spolupráce mezi lékaři z různých oborů (mezioborová spolupráce).

1.3.1 Farmakologická léčba

Tradiční terapií bolesti, po které sáhne každý člověk jako první, jsou léky tlumící bolest (analgetika). Dnes máme na trhu léčiv nespočet léků ovlivňující bolest s různým nástupem účinku, složením, účinnou látkou, odlišnou silou, formou podání a od různých firem, které tyto léky vyrábí a distribuují. Proto je vhodné nechat výběr léků na lékaři, kterému jsou známy nežádoucí účinky, indikace, či kontraindikace, dávkování a hlavně souhra léků, které třeba lidé užívají na jiná onemocnění. (Kozák a kol., 2010, s. 28-42; Málek a kol., 2011, s. 38) Podle WHO (Světové zdravotnické organizace) je stanoven pro léčbu nádorové i nenádorové bolesti analgetické schéma dle WHO (viz příloha 6). Tento žebříček se opírá o výsledek VAS. Skóre 0 - 3 doporučuje použít neopioidní analgetika, pokud se skóre vyšplhá na 4 - 6 doplní se léčba o slabé opioidy. Někdy je bolest tak silná, že pacient uvádí čísla 7 -10 a to je vhodné podat již silné opioidy. (Hakl a kol., 2013, s. 50) Používané lékové skupiny jsou neopioidní analgetika, opioidní analgetika a adjuvantní analgetika.

Celosvětově nejužívanější léky proti bolesti jsou neopioidní analgetika. Jak již bylo uvedeno, jsou to látky neopiátového typu pro mírnou bolest. Mezi neopioidní analgetika řadíme Paracetamol, jehož nejznámějším zástupcem je Paralen. Jednou z jeho výhod je minimum nežádoucích účinků, volná dostupnost a proto bývá první volbou. Nesteroidní antiflogistika (NSA) jsou léky působící analgeticky a zároveň proti zánětlivě (Indometacin, Diklofenak, Naproxen, Ketoprofen, Ibuprofen, Nimesulid). Při dlouhodobém užívání se u těchto léků NSA zvyšuje riziko nežádoucích účinků především v oblasti gastrointestinálního traktu. (Kozák a kol., 2010, s. 28-36)

Opioidní analgetika rozdělujeme na dvě skupiny podle síly a to na slabé a silné opioidy. Středně silná bolest zejména pooperační je výhradně léčena opioidy. Mezi opioidy slabé patří například Tramadol, Kodein, a další. Lékaři často kombinují slabé opioidy s neopioidními analgetiky, pro lepší výsledný účinek. Silné opioidy podléhají zákonným ustanovením a platí pro ně speciální režim pro uchovávání, předepisování a nakládání. Nejznámějším z těchto léků je Morfin. Mezi další zástupce silných opioidů můžeme zařadit Fentanyl, Dopidolor, Oxykodon, Petidin,... (Málek a kol., 2011, s. 47-50) Nežádoucími účinky opioidů jsou závratě, zmatenost, ospalost, nevolnost někdy až zvracení a zácpa. (Hakl a kol., 2013, s. 54- 65)

Existují adjuvantní analgetika (AA) jejichž původní určení je pro jinou diagnózu, než je bolest. U těchto léčiv byl analgetický účinek prokázán později nebo kombinací s jinými prostředky tišící bolest zvyšují analgetický účinek. Můžeme je zařadit do 3 skupin: více účelová adjuvantní analgetika (například antidepresiva, kortikosteroidy), adjuvantní analgetika pro neuropatickou bolest (např.: antikonvulziva – léky pomáhající léčit epilepsii a křečové stavy, lokální anestetika, kalcitonin – léky užívané při osteoporóze), adjuvantní analgetika pro muskuloskeletární bolest (centrální myorelaxancia – léky snižující napětí svalů). (Hakl a kol., 2013, s. 69) Některá odborná literatura uvádí, ještě čtvrtou skupinu kam se řadí adjuvantní analgetika pro nádorovou bolest. (Kozák a kol., 2010, s. 42)

Léčiva, která se užívají při léčbě a k prevenci nežádoucích účinků analgetik, těm říkáme pomocná a patří mezi ně léky proti zvracení, léky s projímavými účinky proti zácpě. (Hakl a kol., 2013, s. 69-70)

Rozhodnutí a výběr preparátu rozhodne lékař. Závisí na intenzitě bolesti na druhu bolesti a jiných okolnostech. Avšak důležitá je, pokud nelze bolest úplně odstranit, nutnost podat dostatečné množství tišících prostředků, dodržet správné intervaly a potlačit bolest na únosnou hranici pro nemocného. Vstřebání a šíření léku závisí na způsobu aplikace a tím ovlivníme účinek a reakci nemocného. Ideální je, když může pacient přijímat léky ústy (perorálně), neinvazivnost a samostatnost jsou hlavními výhodami. Nástup účinku začíná za 20-30 minut po podání. Pokud nelze léky podat ústy, možnou variantou je per rektum. Bohužel, například po operaci není ani jedna z možností příliš vhodná k aplikaci analgetik. V nemocnicích je hojně využíváno intramuskulární podání roztoků, suspenzí nebo emulzí do svalu. Je sice trochu bolestivé, ale účinnost léku je od 5 do 10 minut. Absorpce léku subkutánní – podkožní cestou je pomalá, účinek přichází přibližně do 10 – 20 minut od aplikace. Další způsob podání je intravenózní přímo do žíly s velmi rychlým nástupem účinku. Lék vpravený přímo do kloubní dutiny je intraartikulární aplikace nejčastěji lokálních anestetik, kortikosteroidů. Trvání účinku záleží na podané látce. (Kolektiv autorů, 2006, s. 91-95; Mikšová a kol., 2006, s. 139-181)

Aplikace léčiv je možná ve dvou variantách sestrou nebo regulací samotným pacientem tzv. elektronickou pumpou. Jedná se o pacientem řízenou analgezi (PCA) jak již z názvu vyplývá je to přístroj, kterým si pacient aplikuje analgetika samostatně do kůže, do podkoží, do žíly, nebo do epidurálního prostoru. (Málek a kol., 2011, s. 35-36) Oblíbená metoda aplikace je pomocí gelů, krémů, mastí vmasírováním do kůže transdermálně, nebo přilepením náplastí, ze kterých se postupně uvolňuje látka tlumící bolest. Oblibu si zaručeně zajistila dostupností a možností aplikace v domácím prostředí. (Kolektiv autorů, 2006, s. 92)

Sestry nemají kompetence k předepisování analgetik, ani jiných léků, jejich úkolem je podání léku. Každá sestra by měla mít na paměti pět základních zásad před podáváním jakékoli medikace: zkontrolujeme podle lékařské dokumentace, zda máme správný lék ve správné formě, ve správném množství a podáváme jej ve správný čas, správnému pacientovi. Dále je úkolem sestry kontrola výskytu možných nežádoucích účinků a zhodnocení účinnosti léku. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 49)

Farmakologická léčba je v současnosti nejběžnějším a nejúčinnějším způsobem léčení bolesti, ale bez doplňující léčby jako je psychoterapie, fyzikální terapie a jiné, by léčba bolesti nemohla být komplexní.

1.3.2 Invazivní postupy v léčbě bolesti

Nervové blokády patří do anesteziologických technik. Do tohoto spektra postupů patří i neuromodulační a neurochirurgické postupy, které jsou vysoce specializované a je potřeba zvážit všechna rizika se specialisty. (Kříž, 2011, s. 40) K těmto invazivním postupům nejsou vhodné všichni pacienti, záleží na mnoha faktorech, jedním z nich je typ bolesti, zda jde o bolest akutní nebo chronickou. (Zemanová, Zoubková, 2012, s. 35)

U chronické bolesti se invazivní metody používají jako doplňující léčba k farmakoterapii nebo až po vyčerpání veškerých dostupných možností. Využití techniky v léčbě chronické bolesti je mnohem složitější než v akutní. (Hakl a kol., 2013, s. 106)

Periferní blokády jednorázově využívají lékaři k léčebným obstríkům, kdy vpravují léčebnou látku do místa, které se nazývá spoušťový bod. Jedná se o místo měkkých tkání (sval, podkoží) s vysokou citlivostí na bolest. Blokády jednotlivých nervů nebo nervových pletení jsou konány odborníky s přesnými znalostmi a zkušenostmi v dané oblasti. Touto metodou lze tišit bolesti nejen v akutní fázi a i v chronické. (Kozák a kol., 2010, s. 46 – 47) Léčebná technika vhodná pro akutní bolest je nervová blokáda impulzů z periferních nociceptorů a užívá se na operované nebo úrazem postižené končetině. Nejčastěji používaná farmaka k blokáde při akutní bolesti jsou lokální anestetika a opioidy. (Rokyta a kol., 2012, s. 570)

Centrální blokády pomocí zavedení katétru do epidurálního nebo do subarachnoidálního prostoru – ve většině případů nejde jen o jednorázovou aplikaci, ale o dlouhodobé a kontinuální podávání léků. Epidurální zavedení katétru může lékař provést ve všech oddílech páteře (krční, hrudní, bederní). Místem účinku analgetického léku jsou kořeny míšních nervů, proto je místo aplikace katétru zvoleno dle lokalizace bolesti. Centrální

blokádu je možné použít jak v pooperační analgezií, tak i u chronických bolestí. (Zemanová, Zoubková, 2012, s. 36)

Neuromodulace je metodou využívanou pouze u pacientů s dlouhodobou intenzivní bolestí na kterou nereagují žádné dostupné techniky tlášení bolesti. Do neuromodulačního postupu řadíme aplikaci analgetických látek do míšního kanálu k nervovým strukturám prostřednictvím do podkoží zabudovaných pump. Lék, který je mezi lékaři nejčastější volbou je morfin. (Zemanová, Zoubková, 2012, s. 39) Mezi neuromodulační metodu také patří neurostimulace nebo-li použití elektrického proudu na nervové struktury. Neurostimulátor implantovaný do podkoží využívá elektrický proud o nízkém napětí s frekvencí 50 –200 Hz k periferní nervové stimulaci a hluboké mozkové stimulaci. Bolest je překryta jemným brněním, doba bez bolesti je velmi individuální. (Hakl a kol., 2013, s. 121 – 128)

Celkem novou a nadějnou metodou řazenou mezi neuromodulační je i repetitivní transkraniální magnetická stimulace, která je neinvazivní. Používá se nejčastěji v léčbě chronické bolesti v orofaciální oblasti (ústa, obličej) a po klinických studiích ještě přibyla fantomová, pahýlová a neuropatická bolest. Principem této léčby je změna vnímání bolesti působením elektromagnetické cívky nad hlavou nemocného a průnikem magnetického pole k mozkové tkáni kde dojde ke vzniku elektrického pole. (Fricová a kol., 2014, s. 9)

Neurolyza je ireverzibilní metodou nejčastěji používanou u pacientů s nepříznivou prognózou například terminální stádium onkologického onemocnění. Roztok alkoholu nebo fenolu jsou nevyužívanějšími látkami aplikovanými k místu bolesti a roztok způsobí přerušování nervové dráhy. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 27)

Radiofrekvenční metody můžeme opět rozdělit na dvě skupiny. Radiofrekvenční metoda klasická využívá působení střídavého elektrického proudu o vysoké frekvenci na nervovou tkáň. Cíleně dochází k porušení nervového vlákna a účinné analgezií. Naopak radiofrekvenční pulzní terapie využívá analgezií pomocí elektromagnetického pole na nervovou tkáň s rozdílem, že nezpůsobuje ireverzibilní změny tkáně. (Hakl a kol., 2013, s. 110 – 115; Kozák a kol., 2010, s. 49 – 51)

Neurochirurgické výkony na mozku a míše se dělají pouze ojediněle. Indikace k léčbě tímto způsobem je až po vyčerpání veškerých možných a dostupných možností léčby chronické bolesti, které selhaly. Tato metoda je náročná a často destruktivní. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 28)

2 NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY

Když se řekne léčba bolesti, nemusí to hned znamenat jen nějaké tablety, injekční stříkačky nebo pumpky. Jsou to postupy, které se používají samostatně, ale častěji se kombinují s farmaky. Někteří autoři to nazývají trendem jiní doplňující léčbou. Jejich ohromným pozitivem je, že nepůsobí jen na tlumení bolesti, ale napomáhají zlepšení spánku, nálady a odstraňují stres.

Metody rozdělíme do třech hlavních kategorií:

- Rehabilitační a fyzikální léčba bolesti
- Alternativní a doplňková léčba bolesti
- Psychologické postupy v léčbě bolesti

2.1 Rehabilitace a fyzikální léčba bolesti

V této kapitole si přiblížíme léčebnou rehabilitaci. To znamená co nejlepší obnovení ztracené schopnosti, má za cíl vrátit pacienta zasaženého úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou zpět do aktivního života ve společenství blízkých. Pomocí různých rehabilitačních technik a postupů podrobí rehabilitační lékař pacienta podrobnému vstupnímu vyšetření včetně odběru anamnestických údajů. Na základě získaných informací stanoví pacientovi rehabilitační program na míru pod vedením zkušených a kvalifikovaných fyzioterapeutů.

Fyzioterapie je součástí léčebné rehabilitace, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou poruch pohybového aparátu a využívá k nápravě přírodní energie a pohyb. (Kolář a kol., 2013, s. 696-694)

2.1.1 Kinezioterapie

Kinezioterapie se nazývá nejvyužívanější léčebná metoda a to léčba pohybem. Můžeme ji rozdělit do několika skupin. Podle aktivity dělíme metodu na aktivní, semiaktivní a pasivní. Aktivní znamená, že pacient cvičí sám podle pokynů fyzioterapeuta, semiaktivní metoda jsou pohyby vykonávané nemocným za pomoci terapeuta, jedná se o asistované cvičení. Pasivním cvičením rozumíme pohyb provozovaný terapeutem. (Hakl a kol., 2013, s. 78-80) Podle části na kterou se zaměřujeme, dělíme techniku na cvičení postižené oblasti, například při bolestech kolene je cvičení zaměřeno na kolenní kloub, cvičení funkce je pohybová aktivita zaměřená spíše na udržení, či znovu získání dané funkce například úchop, rovnováha a podobně. V neposlední řadě dělíme kinezioterapii podle složky pohybu na zvýšení pohyblivosti v kloubu, posílení svalové síly, schopnost rychlé aktivace svalu, správné

koordinace a držení těla nebo zlepšení svalové kondice a schopnost relaxace. Kinezioterapie může probíhat jako individuální a nebo i jako skupinové cvičení. Úkolem fyzioterapeuta je spolupráce s rehabilitačním lékařem a následný sběr informací potřebných ke správnému vedení pacienta při fyzioterapii. Terapeut zajistí vhodné podmínky, připraví pacienta k terapeutickému výkonu, neustále ho informuje a udržuje komunikaci, sleduje ho, kontroluje, hodnotí a povzbuzuje. (Kocinová a kol., 2013, s. 39-41)

Léčebná rehabilitace využívá specifické léčebné postupy jako je využití manuální techniky nebo například fyzikální metody, které využívají k léčbě působení přírodních energií a podnětů. Jako například energii tepelnou, světelnou, vodní, elektrickou a další přírodní zdroje jako jsou například termální prameny. (Janáčková, 2007, s. 77)

2.1.2 Hydroterapie

Hydroterapie neboli vodoléčba, která patří k těm z nejstarších metod fyzikální terapie. Jak je již z názvu patrné, jedná se o využití vodní energie. Voda jak je nám známo nadlehčuje a tím také ulehčuje cvičení v bazénu pacientů s bolestí. Důležitou součástí hydroterapie je aplikace tepla nebo chladu. Izotermická koupel, teplota vody se pohybuje kolem 34 – 36°C, hypotermická koupel jejíž voda se pohybuje kolem 34 – 10 °C neměla by trvat déle než 5 minut a její účinek je stimulační, hypertermická koupel s teplotou vody od 37°C do 42°C při chronických obtížích pohybového aparátu. Vodoléčbu lze tedy aplikovat celotělově, nebo částečně jen ponořením končetiny. U **podvodní masáže** se pacient ponoří do vany s vodou 37°C a fyzioterapeut využívá tlak vody, který pomocí trysky aplikuje na místo bolesti. Další možnou aplikací je **vířivá lázeň** pro horní nebo dolní končetiny, často se využívá u pacientů po úrazech, po operacích, u svalových atrofií nebo parézách končetin. (Zeman, 2013, s. 66-68) Pacienti trpící chronickou bolestí uvítají i například perličkovou koupel nebo koupel s různými přísadami jako například sole, byliny, sirovodík, protože vodoléčba má blahodárny účinek na emoce a psychiku má tedy i relaxační účinek. (Rokyta a kol., 2012, s. 675)

2.1.3 Termoterapie

Termoterapie někdy známá pod pojmem jako terapie teplem, která se velmi často prolíná s lázeňstvím. Jedna z možných a léčebných procedur je léčba **peloidem**. Jinak zvaná látka, která vznikne rozkladem rostlinného materiálu (rašelina nebo slatina), nebo usazenina organického původu (bahno). Aplikace je možná mnoha způsoby, pomocí zábalu nebo

koupele, pacientům po úrazech a s chorobami pohybového aparátu se doporučuje 20- 30 minut aplikace peloidy a poté je vhodná mechanoterapie. (Zeman, 2013, s. 58-65)

Aplikace **parafínu** je známou metodou k rovnoměrnému prohřátí tkání. Ohřívá se ve speciální nádobě, kdy teplota vhodná pro aplikaci je 56°C . (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s . 158)

Terapie chladem **kryoterapie** většina z nás si jistě představí rozdrčené kostky ledu v sáčku zabalené do kusu látky, které jsou aplikovány na místo bolesti. Na této technice se dosud nic nezměnilo a to proto, že je jednoduchá, dostupná a účinná. Metoda se využívá spíše v akutní bolesti, kdy zpomaluje vzniku otoku, snižuje bolestivost a minimalizuje vznik modřin. V nemocničních zařízeních se používají zmražené gelové polštářky na aplikaci chladu. (Kolektiv autorů, 2006, s. 103 – 106)

Existují **spreje s etylchloridem a fluorometanem**, které se užívají bezprostředně po úrazu, ovlivní bolestivost a sníží napětí svalu, zánět i otok. Obvykle je to metoda spíše první pomoci od bolesti a otoku. Využívaná nejčastěji sportovci. (Rokyta a kol., 2012, s. 675)

Dále se můžeme zmínit o aplikaci **extrémního chladu**. Léčebná metoda pomocí hlubokého suchého mrazu využívá teplotu od -110 do -130°C při celotělové aplikaci pomocí speciální komory (kryogenická). Samotná léčebná technika probíhá tak, že pacient vstupuje do předkomory, kde je teplota pouhých -60°C , kde setrvá cca 30 sekund a poté vstupuje přímo do kryogenické komory, kde pobude cca 2 -3 minuty. Lokální aplikace využívá teplotu -165°C , speciálním přístrojem se namíří nástavec na postižené partie a spustí se aplikace chladu. Vhodní pacienti jsou dle ordinace lékaře po úrazech, po operacích pohybového aparátu. (Kryoterapie, online, cit. 2015-01-05) Pocity pacienta během aplikace mohou být různé, nejčastěji udávají chlad, pocity štípání, ale tyto pocity zmizí, důležité je po kryoterapii cvičení a fyzická zátěž. (Svitkovskaja, 2009, s. 164)

2.1.4 Elektroterapie

Jednou z mnoha užívaných metod jak zmírnit bolest je elektro - analgezie. Elektroléčba je metoda, která využívá celou škálu proudů. Ty můžeme rozdělit na několik druhů podle způsobu aplikace elektrod na kontaktní a bezkontaktní. A také na frekvenci použitého elektrického proudu na stejnosměrný, střídavý nízkofrekvenční, středofrekvenční nebo vysokofrekvenční proud. (Zeman, 2013, s. 12-15)

Galvanoterapie využívá stejnosměrný proud. Metoda klidové galvanizace znamená použití kontaktních elektrod na neporušenou kůži. Jediným specifikem je použití speciálních ochranných roztoků na kontakt mezi pokožkou a elektrodami. Doba aplikace bývá kolem 20

až 30 minut. Další technika, která využívá stejnosměrný proud maximálně však 40mA je čtyřkomorová lázeň (galvanická končetinová koupel). Jsou to speciální vaničky, ve kterých je teplá voda a také jsou zde umístěny elektrody, zkušený fyzioterapeut nastaví aplikaci podle polarit buď vzestupně nebo sestupně a musí poučit pacienta, aby nevyndával žádnou končetinu před skončením procedury, jinak mu hrozí poranění elektrickým proudem. Doba léčebné procedury se pohybuje kolem 20 minut. (Rosina, Kolářová, Stanek, 2013, s. 107 – 108) Metody stejnosměrným elektrickým proudem snižují nervovou dráždivost, zlepšují prokrvení tkání a jejich dostatečné okysličení, pomáhají pacientům zvládat neurogenní bolesti a poúrazové stavy. (Rokyta a kol., 2012, s. 676)

Střídavý proud a jeho účinek závisí hlavně na frekvenci proudu. Nízkofrekvenční do 1000 Hz mezi které řadíme **Diadynamické proudy**, jinak se jim také říká „DD proudy“ a nebo „dvousložkové proudy“ a to proto, že obsahují dvě složky proudu. Jeho efekt závisí na zvolené intenzitě, účinek je pro pacienta analgetický, proti otokům a pomáhá ke svalovému uvolnění. K aplikaci diadynamických proudů se používají elektrody obalené měkkým materiálem napuštěným vodou, v místě kontaktu cítí pacient jemné chvění. (Zeman, 2013, s. 21-26)

Träbertovy proudy jsou nízkofrekvenční o frekvenci 145 Hz, kdy jeho účinek je převážně proti bolesti a pacient pocítuje úlevu již během aplikace nebo okamžitě po ní. Způsob aplikace je stejný, tedy elektrody s podložkami napuštěnými dodatečným množstvím vody. Zvláštností je, že se elektrody při bolestech zad dávají přes obratle, doba aplikace se pohybuje kolem 15 minut. Nejčastěji tato metoda snižuje chronické bolesti u pacientů s již zmíněnými bolestmi zad, artrózou, po úrazech pohybového aparátu a při revmatických bolestech. (Zeman, 2013, s. 21-26)

TENS znamená: „*transkutánní elektrická stimulace nervu*“ jehož aplikátorem je přenášen elektrický proud do periferních nervů v okruhu bolestivého místa. TENS na doporučení lékaře přináší snížení chronických bolestí převážně u pacientů s bolestmi zad, bolestmi hlavy, u fantomových bolestí, neurogenních bolestí i u artróz. Moderní technika umožnila výrobu takového přístroje ve zmenšené verzi, která se lze zastrčit i za opasek a je-li třeba, umožní i kontinuální stimulaci nervu a zmírnění tak bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 107-110)

Střídavý proud středofrekvenční do 100 000 Hz proniká velmi dobře do hloubky, jeho aplikace je realizována pomocí elektrod vakuových, které drží na kůži pod tlakem. Jeho účinky jsou vesměs stejné jako u nízkofrekvenčních proudů. (Zeman, 2013, s. 29)

Krátkovlnná diatermie využívá vysokofrekvenční střídavý proud vyšší než 100 000 Hz někdy až 2 GHz. Principem metody je proniknutí do hloubky i špatně vodivými tkáněmi, přeměna elektrické energie na teplo a tím dochází při vyšší intenzitě k prohřívání tkání. Talířové elektrody jsou nekontaktní (Rosina, Kolářová, Stanek, 2013, s. 119 – 121)

Zvláštní skupinou je bezkontaktně aplikovaná nízkofrekvenční elektroterapie. Ta využívá (200 Hz) elektromagnetického pole k terapeutickým účelům (elektrická a magnetická složka). Pokud potlačíme složku magnetickou, jedná se o **distanční elektroterapii**, kdy se přenesení elektrický proud ze speciálního ramenového aplikátoru rovnou do tkáně. Výhodou je možnost aplikace před oděv i sádku a implantovaný kov v traumatologii, není rovněž žádným problémem. Pokud potlačíme složku elektrickou, jedná se o **pulzní magnetoterapii**. Magnetoterapii je možné ještě rozdělit podle intenzity indukce magnetického pole na nízkoindukční a vysokoindukční magnetoterapii. Nízkoindukční používají aplikátory ve formě plošných deskových aplikátorů, solenoidové (kruhové), nebo prstencové aplikátory uvnitř s cívkou. Vysokoindukční je zatím považována za nejmodernější pulzní nízkofrekvenční magnetoterapii. Přístroje využívají indukce až 2000 mili tesla a ta vyvolává pocit jako jemné chvění tkáně, až vibrace nebo mimovolní záškuby svalu. Aplikátor je na pohyblivém rameni, výhodou je snadná manipulace. Nejčastější využití je u pacientů s degenerativním onemocněním velkých kloubů (artrózy) a u bolestivých kloubů. Délka, frekvence a intenzita aplikace závisí na onemocnění daného pacienta. (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 214 – 132)

Nevýhodou u elektroterapie a u magnetoterapie je větší množství kontraindikací. Mezi kontraindikace patří kardiostimulátory, těhotenství, krvácivé stavy, různé viry, mykózy, maligní onemocnění, různé druhy onemocnění a další. (Zeman, 2013, s. 46 – 48)

2.1.5 Fototerapie

Fototerapie využívá ke zmírnění bolesti především polarizované světlo a jeho pozitivních účinků. Jedna z terapeutických technik je **laser**, při kterém se využívá paprsek a jeho účinky jsou analgetické, protizánětlivé a biostimulační. Velké dávky záření jsou důvodem, proč musí tato metoda probíhat ve specializovaných místnostech s použitím ochranných pomůcek. Při aplikaci, která probíhá pomocí speciální sondy, kterou se přejíždí pacientovi po místě bolesti, trvá několik desítek sekund je důležité mít ochranné brýle a to nejen pacient, ale i terapeut, aby nedošlo k poškození zraku. Pacienti, kteří tuto metodu využívají, trpí bolestmi pohybového aparátu – úpony svalů, tenisový loket, artrózy, chronické bolesti kloubů, neuralgie a poúrazové stavy. (Zeman, 2013, s. 54-56)

Druhou technikou, která využívá polarizované světlo je tzv. **Biolampa**. Výhodou je, že na rozdíl od laseru nejsou dávky tak velké, aby poškodily pacienta a je možno aplikace na větší plochu. Aplikace je lokální ruční nebo stojanovou lampou přibližně na 5 minut nebo nově některá zařízení nabízejí i celotělovou aplikaci. (Zeman, 2013, s. 54-56)

2.1.6 Mechanoterapie

Mechanoterapii využíváme k léčebným technikám za využití mechanické energie. Manuální léčba – jedná se o léčebnou techniku, kterou provádí fyzioterapeut pomocí vlastních sil, rukama. Principem této metody bývá použití tlaků a tahů. Do metody manuální léčby řadíme masáž, mobilizaci a manipulaci.

Masáž je technika používající se k uvolnění svalstva pomocí tření, hnětení, roztírání a jiných manuálních činností terapeuta. (Storck, 2010, s. 15) Svaly jsou při bolesti pohybového aparátu napjaté a tvoří se tvrdé svalové hrudky, které způsobují nepříjemnou bolest. Tyto hrudky se nazývají spoušťové body, které jdou velmi dobře najít právě pomocí hmatu terapeuta. Masáž spoušťových bodů spočívá v nalezení takového bodu a ošetření tlakovou masáží prsty, dlaněmi někdy se využívají různé pomůcky, jako jsou např.: míčky různých velikostí. (Ramík, 2013, s. 10) Existují různé druhy masáží, různé techniky a hmaty při masáží, ale na podrobnější rozebírání jednotlivých technik není v této práci prostor, proto v případě zájmu odkazují na odbornou literaturu. Odborně vzdělaný fyzioterapeut, který po podrobném vyšetření zvolí vhodnou techniku pro pacienta. Masáže nabízené běžně v salónech nejsou léčebné, ale spíše preventivní a relaxační.

Technika **mobilizace** spočívá především v uvolnění zkráceného vaziva a to je příčinou poruchy svalové funkce a pohyblivosti kloubů. (Rokyta a kol., 2012, s. 677)

Manipulace je mnohem náročnější metoda a mohou ji provádět jen speciálně vyškolení lékaři v oboru myoskeletární medicíny. Cíl metody je stejný jako u mobilizace, obnovení funkce kloubu. Technika však spočívá v prudkém, cíleném pohybu páteřního segmentu, při kterém se ozve charakteristické „lupnutí“. Po tomto výkonu vymizí bolest. (Rokyta a kol., 2012, s. 677)

Terapie rázovou vlnou přes hlavici přístroje je do pacienta vpravena velmi rychlá akustická vlna o vysoké intenzitě, pacient může pociťovat i mírnou bolest. Celkový účinek rázových vln je snížení bolestivosti a regenerace postižené tkáně. Nejčastěji se používá u patních ostruh, na bolesti ramenního, loketního kloubu, bolesti Achilovy šlachy nebo například chronické bolesti úponů svalů, šlachy a kloubních vazů. Někteří autoři tuto metodu nepovažují za léčebnou. (Zeman, 2013, s. 201)

Účelem **trakční léčby** je docílit úlevy od bolesti při dráždění míšních kořenů pomocí mechanické energie oddálením obratlových těl a kloubních plošek. Nejčastější lokalitou páteře bývá krční a bederní oblast. Tato metoda se provádí manuálně nebo pomocí speciálních trakčních stolů. Spíše je to také polohovací lehátko, na které si pacient lehne, fyzioterapeut ho připne bezpečnostními pásy a polohuje dle požadované oblasti. (Rokyta a kol., 2012, s. 676) Trakce se také používá ve spojení se závažím a kladkami ke stabilizaci zlomenin. (Kolektiv autorů, 2006, s. 114)

Imobilizace znamená znehybnění, zamezení pohybu. I tato léčebná metoda působí ke snížení bolesti pomocí fixačních pomůcek (ortézy, límce, bederní pásy). Zpevňují postižené oblasti pohybového aparátu při degenerativních změnách a po úrazech. (Rokyta a kol., 2012, s. 676)

Terapeutický **ultrazvuk** využívá mechanické vlnění, které při aplikaci na bolestivé místo zlepšuje prokrvení, podporuje regeneraci, uvolňuje svaly a snižuje bolest. Ultrazvuk se aplikuje do místa bolesti nebo na nejbližší míšní kořen. (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 179 – 183)

Do mechanoterapie jistě patří také **kompresní terapie**. Můžeme ji znát i pod názvem lymfodrenáž, která se dá provádět dvěma způsoby. Bez přístroje, kdy terapeut využívá ruce a manuálně provádí velmi náročnou a dlouhou proceduru. Nebo speciálním přístrojem, který má manžety na horní i dolní končetiny a pomocí nafukování ve vlnách, nastaveným tlakem dochází ke snižování otoků a správnému odtoku lymfy i jiných mezibuněčných tekutin, tím i snižování bolesti. (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 175)

2.1.7 Kineziotaping

Speciální terapeutická metoda, která se vyznačuje aplikací tejpů na kůži pacienta je kineziotaping. Tato metoda je u nás poměrně nová, využívána při individuální fyzioterapii. Z počátku byla vyvinuta pouze pro sportovce, ale našla uplatnění i ve fyzioterapii, terapii lymfedému a jiných. Tejp je speciálně uzpůsobená elastická páska s vlastnostmi podobající se lidské kůži. Je tenká, vodězdorná, prodyšná, lze podélně natáhnout až na 140 – 160 % své původní délky. (Kobrová, Válka, 2012, s. 21-24) Aplikace kineziotapu na zasažené místo pomáhá tkáním zaujmout jejich obvyklou pozici, čímž vytváří prostor pro normální proudění krve i lymfy, snižuje bolest, zvětšuje rozsah pohybu, urychluje hojení a zlepšuje schopnost svalové kontrakce. (Doležalová, Pětivlas, 2011, s. 7-13) Výhodou je výdrž kineziotejpu na kůži, která je u každého pacienta rozdílná, ale v průměru je to až 5 dní. Pohodlná aplikace a šetrnost ke kůži jsou další možné výhody. Aplikaci kineziotapu by měl rozhodně dělat

člověk se znalostmi v kinezitapigu. Aby tato metoda dosáhla požadovaného efektu, je nutné zvolit také správnou techniku nalepení tejpů. Rozeznáváme základní techniku, korekční techniky a zvolení vhodné techniky, správného umístění a natažení je v rukách zkušeného a zručného terapeuta. Pokud jste se již s tímto typem terapie setkali, zajisté jste si všimli barevné palety tejpů, kterou firmy nabízejí. Výběr barvy se nechává spíše na pacientovi. Podle toho, kterou barvu má rád a která je mu příjemná. Ovlivnění nemocného barvou je psychickou záležitostí. Autoři uvádějí i možný vliv teplé barvy jako je červená, růžová, oranžová jako s hřejivým účinkem a modrou, bílou tedy jako chladivé a podle toho je aplikují. (Kobrová, Válka, 2012, s. 27-34)

2.1.8 Balneoterapie

Lázeňská péče, která využívá místních přírodních zdrojů, jako jsou minerální a termální prameny, nebo běžně užívané metody jako termoterapie, hydroterapie, elektroterapie, magnetoterapie, fyzioterapie a jiné. Každé lázně se podle umístění a výskytu přírodních zdrojů specializují na léčbu a prevenci různých druhů onemocnění. Poskytují komplexní lázeňskou péči nebo příspěvkovou lázeňskou péči. Rozdílem je plné, nebo jen částečné hrazení zdravotní pojišťovnou. Pro příspěvek nebo hrazení zdravotní pojišťovnou je nutné lékařské doporučení a následné schválení revizním lékařem. Pokud lidé chtějí bez lékařského doporučení využít lázně k léčebnému pobytu nebo relaxačnímu a wellness, veškeré procedury si hradí sami. U nás v České republice je mnoho možností k využití lázeňské péče. Příkladem mohou být Priessnitzovy léčebné lázně a.s., Léčebné lázně Konstantinovy Lázně a.s., Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s., Léčebné lázně Jáchymov a.s. a mnoho dalších. (Svaz léčebných lázní ČR, online, cit. 2015-01-21)

2.2 Psychologické postupy v léčbě bolesti

V další kapitole bych přiblížila využití psychoterapie, základy hypnoterapie, relaxaci a jiné další metody využívané v léčbě a zvládnutí bolesti.

Psychoterapie je obor zabývající se prevencí, léčbou a rehabilitací u lidí, kteří ztratili vnitřní rovnováhu, pomocí psychologických metod a postupů. Každý z autorů, který se kdy zabýval tímto oborem, definuje psychoterapii jiným způsobem a vyzdvihuje jiné aspekty. Základním kamenem je komunikace pomocí níž lze psychoterapii uskutečňovat. Důležitou stránkou je odborná způsobilost poskytovatele psychoterapeutické pomoci. Takový člověk je nejčastěji lékař, psychiatr, psycholog, vyškolený psychoterapeut a vždy musí mít vysokoškolské vzdělání. (Vymětal, 2010, s. 7–15) Psychoterapie poskytuje pomoc dětem i dospělým.

Nejčastěji využívaným druhem je individuální psychoterapie neboli práce s jednotlivcem. Oporu zde mohou najít i celé rodiny, takové terapie se říká rodinná. Někdy je východiskem sestavit speciální skupinu nemocných a pracovat s nimi dohromady na skupinové psychoterapii. Podle aktivity terapeuta můžeme postupy psychoterapie zařadit do stylu direktivního a to znamená, že je spíše manipulátem, vede své pacienty. Nedirektivní styl je přímým opakem, terapeut je spíš průvodcem a posluchačem pacienta. (Vymětal, 2010, s. 14; Rokyta a kol., 2012, s. 699)

Využití psychoterapie je vhodné jak v chronické tak i v akutní bolesti. Rozhodně pouze kvalifikovaný lékař by měl na základě anamnestického rozhovoru rozhodnout o tom jaká metoda je pro daného pacienta ta nejvhodnější. (Opavský, 2011, s. 135 – 140)

2.2.1 Relaxace

Velmi často v praxi využívanou metodou je relaxace, správně prováděná metoda vede ke snížení dráždění autonomního nervstva a tím ke snížení napětí svalů. Technika doporučovaná k navození relaxace je **Autogenní trénink**. Jak je již z názvu patrné, jedná se o „trénink“ nebo-li sérii opakování. Výcvik zaměřený na navozování uvolnění tělesné i duševní stránky člověka, prostřednictvím soustředění pozornosti. (Rokyta a kol., 2006, s. 647 – 648) Osvojení této metody může trvat i několik týdnů, jednotlivými kroky k úspěchu jsou trpělivost, pohodlná uvolněná poloha vsedě nebo vleže. Důležitým aspektem je koncentrace, kterou můžeme dosáhnout zavřením očí a klidným místem. Mezi prvky nácviku, někteří autoři udávají formulky, jsou pocit tíhy končetin jak horních tak i dolních, to znamená, že si uvědomujeme ruce, posléze nohy. Dále pocit tepla, pocit klidného tepu srdce, pocit klidného dechu. Uvědomíme si tlukot srdce a dýchání. Poslední dva prvky jsou pocit tepla v nadbříšku a pocitu chladného čela. (Hašto, 2006, s. 10-15) Tyto autosugestivní věty může pacientovi terapeut nahrát na telefon, CD či MP3 a je vhodné, když se věnuje nácviku 2 – 3 krát denně dle doporučení terapeuta. (Vymětal, 2010, s. 87)

2.2.2 Meditace

Další možnou metodou zvládnutí bolesti, může být soustředění pozornosti na naše dýchání, na konkrétní obraz nebo zvuk. Je to meditace tělesná a duševní cvičení (Kolektiv autorů, 2006, s. 133 – 134) Meditace je převzata z východních kultur, mnoho lidí si ji dává do spojitosti s náboženstvím. V průběhu meditace terapeut vede pacienta k celkovému uvolnění a reguluje jeho změněný stav vědomí. (Vymětal, 2010, s. 37)

2.2.3 Sugescie a placebo efekt

Sugescie je termín, který znamená navození určitých pozitivních myšlenek, představ, postojů, nebo přesvědčení. Velkou roli hraje to, jak je člověk sugestibilní, to znamená jak je ovlivnitelný a nechá se přesvědčit. (Rokyta a kol., 2006, s. 647; Kratochvíl, 2009, s. 15-19) S tím souvisí placebo efekt. To je příznivě léčivý účinek léku, který neobsahuje chemické sloučeniny na léčbu, ale pouze neutrální látku jinak zvanou placebo. (Debef, 2011, s. 165) Nejdůležitějším aspektem pro tuto metodu je důvěra pacienta v lékaře a v jeho nabízený terapeutický postup. Preparáty mohou být ve formě tabletek, injekcí i infuzí, někdy nemusí jít jen o léčivo, ale i třeba o léčebný postup. Každopádně navozují u pacienta léčebný efekt jak v psychickém tak i somatickém stavu. (Vymětal, 2010, s. 263)

2.2.4 Hypnóza

Dalším účinným způsobem k ovlivnění bolesti je **hypnóza**. Pro využití této metody je zapotřebí vhodné, nikým nerušené prostředí s lehátkem, křeslem nebo gaučem. Pro hypnózu je vhodná poloha vleže nebo vsedě s opřenou hlavou. Hypnotizér by měl být zkušený lékař, který nemocného uvádí do hypnotického stavu, použitím hypnotických sugescí může nemocnému pomoci koncentrovat svou pozornost a zaměřenost od bolesti. (Kratochvíl, 2009, s. 11)

2.2.5 Kognitivně – behaviorální terapie

Úkolem kognitivně – behaviorální terapie je především zvládnání bolesti pomocí různých naučených postupů. Nemocný, který trpí chronickou bolestí může z velké většiny případů propadnout depresím, prožívají bezmocnost, často nemají chuť ani k intimnímu životu a úplně se uzavírají do sebe, mění své chování a žijí jen s bolestí. Terapie si klade za cíl nikoli zbavit pacienta bolesti, ale naučit ho žít se zbytkovou bolestí s tou, která je pro nemocného únosnou. Terapeut co nejpřesněji prozkoumá pacientovu bolest. Je zapotřebí aktivita pacienta, posílení sebedůvěry, snaha navodit u něj změnu nevhodného chování a myšlení. Do terapie bývají často zapojeni i členové rodiny, jež dávají nemocnému s bolestí důležitou oporu a zpětnou vazbu. (Vymětal, 2010, s. 209)

2.2.6 Imaginativní technika

Imaginativní technikou rozumíme především využití představivosti nemocného. Je to navozování určité zrakové představy jako například: slunečná krajina, písčité pláž u moře, zasněžené hory, průzračně čisté skalní vodopády záleží na tom co má pacient rád a co u něho

probudí příjemné myšlenky a pocity. Tento žádoucí stav odpoutá pozornost od nepříjemných pocitů bolesti. Doprovodným prvkem k některým z metod může být například klidná relaxační hudba, nebo také například i vůně. (Rokyta a kol., 2006, s. 648)

2.2.7 Psychologický přístup zdravotníků k pacientovi

Pomáhající profese, do které se řadí práce sester, nám pomáhají překonat naše nepříjemné chvíle a bojovat s nemocí. Psychologická léčba by měla být nezbytnou součástí každého zvládnání nemoci, nesmí být opomíjena ani v léčbě bolesti. Důležitou roli zde hraje sestra, která je vlastně takovým „laickým“ psychologem pro pacienta. Psychologický přístup sestry při péči o pacienta s bolestí je důležitý. Sestra musí být ohleduplná a upřímná, tím dokáže vytvořit vztah založený na důvěře. (Vymětal, 2010, s. 161 – 162) Umět naslouchat, nezlehčovat a věřit pacientovi jeho bolest je základem dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem. (Plevová a kol., 2011, s. 115) Pro pacienta s toho vyplívá pocit opory a bezpečí. Pokud sestra vyjádří pacientovi svůj zájem, věnuje mu dostatek času, dá najevo úctu a respekt, usnadní tím komunikaci mezi ní a pacientem. Tímto psychoterapeutickým přístupem sestra pozitivně ovlivňuje nemocného. (Vymětal, 2010, s. 162 – 163)

Základem práce sestry je komunikace, na kterou je kladen veliký důraz. Nejen sestra pozoruje neverbální projevy pacienta, ale pacient vnímá neverbální projevy sestry. Je zapotřebí slovního i mimoslovního projevu, kam patří navázání očního kontaktu, výraz obličeje, podání ruky, postoj a úprava sestry. Při ošetrovatelských intervencích sestra často vstupuje do intimní zóny nemocného, je vhodné ho taktně upozornit. Naopak dotek sestry například za ruku může mít uklidňující a zároveň povzbuzující účinek. Stejně tak může snadno odvrátit pozornost od bolesti. Dostatečná informovanost, empatie a dobrý vztah s lékařem a sestrou velmi příznivě působí na psychiku pacienta. (Plevová a kol., 2011, s. 11-40)

2.3 Alternativní a doplňková léčba

Alternativní medicína je zvláštní a netradiční část léčby různých druhů obtíží. Dnes je tomu tak, že část populace je této metodě nakloněna, uznává ji a část populace odmítá a opovrhuje. (Heřt, 2010, s. 7-14) Dnešní moderní medicína je postavena na vědě a důkazech. A přesto v soukromém sektoru se daří alternativní medicíně. Lidé vyhledávají tuto metodu z důvodu toho, že jim dnešní běžná medicína nenabízí léčbu, která by byla účinná na jejich problém. (Křížová, 2015, s. 9-10) Vyhledání alternativy, může být pro některé spíše módním trendem, pro jiné může být důvodem neinvazivnost a minimální

výskyt nežádoucích účinků. Léčitelé projevují zájem o celého člověka, věnují mu dostatek času, kdežto u klasické medicíny mohou mít nemocní pocit, že lékaři se zajímají pouze o příznaky a projevy nemoci. Za dveřmi ordinací čeká další spousta lidí, kteří mají nějaký problém, což může být dalším důvodem, proč někteří jedinci vyhledávají alternativní postupy. (Kolektiv autorů, 2006, s. 166 – 117)

Doplňková léčba se užívá výhradně k doplnění léčby stanovenou klasickou medicínou. Využívají se tedy společně. Američané dělají nespočet studií na doplňkovou a alternativní léčbu a přes 40% obyvatelstva je využívají. K postupům ke zmírnění bolesti nejčastěji využívají akupunkturu, jógu, chiropraxi a byliny. (Complementary Health Approaches for Chronic Pain, online, cit. 2015-01-20)

2.3.1 Akupunktura

Akupunktura je tisíce let stará léčebná metoda, považovaná za součást tradiční čínské medicíny. Akupunktura z latinských slov znamená *akus – jehla a punctura – napíchnutí* jedná se tedy o zavedení speciální tenké jehličky do specificky vybraných míst. Technikou zvanou moxování může být zvýšen účinek zahřátím. Metoda využívaná v jihovýchodních zemích se pomalu rozšířila do Ameriky i do Evropy. Tato metoda alternativní léčby pracuje s bioenergiemi, má za cíl dokonalý soulad a harmonizaci toku energie po akupunkturních drahách. (Hecker a kol., 2010, s. 2-3) Pokud nastane nerovnováha mezi jinem a jangem (životní principy), musí lékař rozpoznat příznaky. Diagnostika probíhá vcelku podobně jako v klasické medicíně to znamená sběr informací (anamnéza), ale důraz je kladen na jiné informace jako jsou například: výstižný popis problému, stav jazyka, pohmat ušního boltce, pach potu, zápach z úst, tichý nebo naopak hrubý hlas napovídá převahu jinu nebo jangu a jiné. Podstatou metody je podráždění akupunkturních bodů. Ke stimulaci těchto bodů se používají speciální kovové jehly. Stimulací těchto bodů se předpokládá, že dojde ke zvýšené sekreci endorfinů a aktivaci acetylcholinu, tím se zvýší práh pro vnímání bolesti. V dnešní době se používá i elektroakupunktura nízkofrekvenčním i vysokofrekvenčním proudem, laserem, magnetem nejen celotělová akupunktura, ale je možno využít jen část těla například ucha a tento postup se nazývá Aurikuloterapie. (Rokyta a kol., 2012, s. 707-714) Efektivita léčby závisí na lokalizaci akupunkturního bodu, hloubce zavedení jehly, době zavedení a v případě potřeby opakování. V neposlední řadě závisí výsledek na zkušenostech lékaře. Akupunktura je vhodná jak u chronické tak u akutní bolesti, ale její účinnost nemusí být na všechny typy bolesti. Při využití této metody nemusí být vyloučeny ostatní techniky ke snižování bolesti, žádoucím výsledkem může být snížení farmakoterapie. (Debef, 2011, s .

205) Výhodou akupunktury je široké využití, jedněmi z nejčastějších pacientů využívající tuto metodu jsou lidé s bolestmi zad, bolestmi hlavy a s bolestmi všeobecně pohybového aparátu. Nicméně spektrum nemocných je mnohem širší třeba i z řad s urogenitálními, gynekologickými bolestmi, s bolestmi zubů a obličejových částí, ale i s bolestmi vnitřních orgánů. Dalším nesporným pozitivem může být bezpečnost, účinnost, spolupráce klienta a minimum alergických reakcí. (Rokyta a kol., 2012, s. 716) Ekonomická stránka akupunktury je také řazena mezi výhody. Akupunkturní léčba má bohužel i jako každá jiná metoda svá negativa. Jedním z nich může být nesprávná diagnóza, tím i výběr akupunkturního bodu a možné poškození pacienta. Mezi metody, které tvoří společně s akupunkturou Tradiční čínskou medicínu spadají léčba bylinami, masáže, léčebná gymnastika, dechové cvičení a stravování podle jinu a jangu k zachování rovnováhy.; Kolektiv autorů, 2006, s. 129-132)

2.3.2 Jóga

Jóga je technika cvičení pocházející ze staré Indie, kde se praktikuje dodnes, tamní obyvatelé věří, že právě v józe nachází člověk sílu, aby se vyrovnal se všemi nástrahami života. Cílem netradičních tělesných a dýchacích cviků, při kterých se musí člověk uvolnit a ponořit do sebe je zvýšení tělesné zdatnosti jedince. (Heřt, 2011, s. 72-73) Základními prvky jógy je dýchání, relaxace, zaujímání různých zvláštních pozic (asán), koncentrace myšlení a správná životospráva. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 32) Dlouhodobé a pravidelné cvičení jógy zapříčiňuje uvolnění svalů, velmi dobré prokrvení, snížení stresu, bolesti a pozitivní psychosomatický vliv na člověka. Podobně jako jiné metody je nutné mít podrobné vyšetření od lékaře a cvičit pod vedením zkušeného lektora. Metoda není vhodná pro všechny pacienty, proto je důležité konzultovat vhodnost se svým lékařem. (Heřt, 2011, s. 73)

2.3.3 Muzikoterapie

Terapie hudbou využívá poslechu hudby, zpěvu, tvoření nové hudby například jako hraní na hudební nástroj i pohybové aktivity do rytmu hudby. Zvuková terapie se užívá k relaxaci, podporuje hojení, snižují chronické bolesti a k tomu využívá přitažlivosti rytmického zvuku. (Kolektiv autorů, 2006, 119 -121) Zemanová, Zoubková uvádějí, že působením zvukových vln na lidské tělo způsobí snížení krevního tlaku, tepu a vyplavení endorfinu. (2012, s. 46) Hudba je dar, který nám pomáhá léčit, uklidnit, někdy uspat nebo naopak roztancovat. Při hudbě člověk relaxuje. Důležitý je výběr hudby, který je pacientovi

příjemný. Zaměřuje se na melodie, rytmus, hlasitost, pravidelný zvuk, výběr hudebních nástrojů, text písně. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 102-105)

2.3.4 Aromaterapie

Inhalace esenciálních olejů je metoda zvaná aromaterapie. Nejčastěji se používá v kombinaci s relaxačními cvičeními, s masážemi nebo koupelemi. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014, s. 32) Technika, při níž cítíme vůni, má krátkodobý příznivý vliv na pohodu pacienta. To potvrzují i klinické studie, které uvádějí, že vůně mají vliv na spánek, celkové naladění, kontrolu bolesti, snížení stresu, depresí a úzkosti. (Singh, Chaturvedi, 2015)

Při výběru esenciálního oleje záleží na každém jedinci. Příkladem některých olejů mohou být – heřmánek, který je velmi známý pro své protizánětlivé účinky a je vhodný při revmatických bolestech. Levandule a Meduňka jsou rovněž známá pro svou vůni, která ovlivní emoce, a pozitivně působí na psychiku. Některé z olejů nás mohou překvapit, protože moc dobře známe jejich vůni, ale netušíme, jejich léčivé účinky. Jako jsou například: pepř černý, jež se užívá na uvolnění ztuhlých svalů a majoránka, která je vhodná při revmatismu. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 108 - 110)

2.3.5 Colorterapie

Barvy nás ovlivňují každý den, působí hlavně na naši psychickou stránku, fyzickou, emoční i mentální. Colorterapie jinak zvaná terapie barvami, není nic jiného než proniknutí barvy do těla a podnícení reakce a různých pocitů. Každá ze sedmi základních barev má svůj terapeutický účinek. Nyní podrobněji ke každé barvě – **červená** barva má posilující účinky a dodává energii, **oranžová** barva zvyšuje odolnost a navozuje dobrou náladu, **žlutá** barva je povzbuzující a napomáhá u uvolnění ztuhlostí, **zelená** barva uvolňuje napětí a podporuje koncentraci, **modrá** barva uklidňuje, tlumí bolesti a má protizánětlivý účinek, **tmavě modrá** jinak zvaná indigo má příznivý vliv na emocionální stránku a ovlivňuje převážně bolesti hlavy, poslední **fialová** barva mírní bolesti, zklidňuje a navozuje proces uzdravování. (Barevné stránky, online, cit. 2015-01-10) Terapie barvami se doporučuje pacientům s poruchami spánku, ke zmírnění bolesti, u lidí vystavených nadměrnému stresu, k celkovému zlepšení nálady. (Heřt, 2011, s. 106 – 107)

2.3.6 Fytoterapie

Bylinářství někdy také známé pod pojmem fytoterapie je oblast zaměřená na léčení prostřednictvím bylin a léčivých rostlin. Fytoterapie je nejstarší léčebná metoda, která se

používá i v moderní farmacii, kdy se užívají extrakty z rostlin pro výrobu léků. U nás v České republice je Státní ústav pro kontrolu léčiv, který stanovuje seznam rostlin, které se mohou používat. (Heřt, 2010, s. 29)

Byliny v žádném případě nenahrazují lék předepsaný lékařem, užívají se jako podpůrná léčba. V dnešní době se na světě užívají účinky 3400 rostlin a na přípravu bylinných směsí se specializují desítky firem. Bylina se zřídka užívá samostatně, většinou se připravují bylinné směsi. Byliny se neužívají dlouhodobě jen v omezeném časovém sledu a po nějakém čase se mohou opakovat. Byliny mají tu samou vlastnost jako léky a mohou při nesprávném užívání způsobit poškození. Z léčivých bylin se dělá nejčastěji čaj, ale není to jediný způsob úpravy bylin. Některé druhy se musí povařit a udělat odvar, jiné se namáčejí ve studené vodě a nechají se louhovat, tomu se říká macarát, z jiných se dělají bylinné kapky. Ke snížení bolesti a s protizánětlivým účinkem uvedeme jen příklad bylin, které v bylinných směsích převládají. Jsou to kostival (na klouby a kosti), šalvěj (na bolest a zánět), kořen puškvorce (tlumící bolesti). (Postránecká, rozhovor, 2015-02-14)

Největší trend užívání bylin a bylinných preparátů je v Německu a to díky příspěvku od zdravotní pojišťovny. (Heřt, 2010, s. 29)

2.3.7 Chiropraxe

Chiropraxe je metoda, která ke svým terapeutickým účelům využívá šetrnou manipulaci končetin, kloubů a páteří nemocného. Pomáhá tak zmírnit nebo odstranit jeho bolesti pohybového aparátu. Dle chiropraktiků bývá příčinou bolestí částečné vykloubení obratlů, které narušují celistvost nervů a nedochází tak k přenosu informací mezi mozkem a tkáněmi. Technika nápravy spočívá v uvolňování svalstva, rychlém zahřátí a promasírování. Špatné postavení bederní páteře řeší chiropraxe mobilizací pohybového aparátu v masáži. Tuto techniku může provozovat pouze zkušený a znalý chiropraktik, nejlépe lékař. (Postránecká, rozhovor, 2015-02-14) Nejčastějšími pacienty navštěvující chiropraktiky jsou lidé s bolestmi zad, páteře a jejich úspěšnost snížení bolestí je vysoká. Ve spojených státech amerických je chiropraxe hojně využívanou metodou a na léčbu přispívají zdravotní pojišťovny. U nás si tuto metodu musíme hradit z vlastních prostředků. (Heřt, 2010, s. 144)

3 MANAGEMENT BOLESTI

Bolest a její léčba je velmi složitý problém, jež vyžaduje spolupráci nejen mezi lékaři a sestrami, ale hlavně spolupráci pacienta, která je důležitou součástí léčby. Způsob organizace ošetrovatelské péče sestry v moderním ošetrovatelství začíná sběrem a analýzou informací, stanovením ošetrovatelského problému, stanovením cílů, vykonáním úkonů k dosažení cílů a nakonec následuje vyhodnocení. To je 5 fází ošetrovatelského procesu, které se vzájemně ovlivňují a prolínají. (Šamánková a kol., 2011, s. 11)

3.1 Ošetrovatelská anamnéza

První krokem mezi sestrou a pacientem je navázání důvěrného a přátelského vztahu. Důvodem je, aby mohla sestra získat od pacienta potřebné informace. Mezi první nejčastěji využívané metody ke sběru informací je rozhovor a pozorování pacienta dále dotazník, studium dokumentů a v neposlední řadě informace od rodiny a zdravotnického personálu. Při komunikaci si sestra všímá i neverbálních projevů nemocného jako jsou grimasy v obličeji, vzdech, pláč, tření bolestivého místa, zatínání zubů atd... Informace o bolesti, které sestra zjišťuje, jsou lokalizace, intenzita, kvalita, trvání bolesti, co ji zhoršuje, nebo naopak zlepšuje. K získání těchto údajů o bolesti užívá mimo jiné i hodnotící a měřicí škály. (Mikšová a kol., 2006, s.119-120)

3.2 Ošetrovatelská diagnóza

Na základě získaných informací sestra naváže provedením analýzy a stanovením ošetrovatelské diagnózy. Využije jednotný diagnostický systém, který vyvinula organizace NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International). Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy, které vznikají nebo mohou vzniknout v souvislosti s akutní bolestí (00132) nebo chronickou bolestí (00133) mohou být narušený vzorec spánku (00198), únava (00093), zhoršená chůze (00088), zhoršená tělesná pohyblivost (00085), strach (00148), úzkost (00146), sociální izolace (00053), bezmocnost (00125), sexuální dysfunkce (00059), deficit sebekpěče při stravování (00102), deficit sebekpěče při koupání (00108), deficit sebekpěče při oblékání (00109), narušené procesy v rodině (00060), riziko osamělosti (00054), riziko sebepoškození (00139), riziko sebevraždy (00150). U každého pacienta jsou problémy jiné v závislosti na jeho potřebách a faktorech, které ovlivňují prožívání bolesti. (Herdman, 2013)

3.3 Plán ošetrovatelské péče

Na základě získaných informací od pacienta vytvoří sestra individualizovaný plán léčby bolesti. Stanoví cíle a intervence, kterými dosáhne splnění cílů. U bolesti jsou nejčastějšími cíly zmírnění bolesti na snesitelnou hranici, zvládnutí bolesti, dodržovat analgetický režim, osvojit si metody ke zmírnění bolesti. (Doenges, Moorhouse, 2001, s. 75)

3.4 Realizace ošetrovatelských intervencí

Realizace obsahuje splnění ordinací lékaře a naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Součástí činnosti sestry je edukace a režimová doporučení. Seznámit pacienta s využitím různých nefarmakologických postupů, které mohou pomoci mírnit bolest. Informovat o relaxačních technikách, naučit pacienta zaujímat úlevové polohy, nácvik dýchání, aplikovat teplo nebo chlad dle onemocnění. Odvedení pozornosti pomocí poslechu hudby, čtením, sledování televize, kreslením nebo návštěvou rodinných příslušníků, kteří jsou v překonávání bolesti rozptýlením pro pacienta. Informovat nemocného o psychologických postupech. Probrat možné alternativy s nemocným, jako jsou byliny, akupunktura, jóga, chiropraxe. Doporučit nebo odkázat na literaturu, či internetové stránky. Sestra rovněž může doporučit terapeutická cvičení pod vedením fyzioterapeuta. Sestra spolupracuje s členy týmu a zprostředkovává ostatní léčebné metody. (Mikšová a kol., 2006, s. 121 – 122) Jejím úkolem je také zajistit podání farmak naordinované lékařem. Kontrola a sledování nežádoucích účinků léků, veškeré provedené aktivity musí zaznamenat do formuláře, který se jmenuje „záznam o bolesti“ a je součástí ošetrovatelské dokumentace. (Kapounová, 2007, s. 169)

3.5 Hodnocení ošetrovatelského procesu

Hodnocení bolesti provádí sestra opět pozorováním neverbální projevů a rozhovorem. Provede znovu zhodnocení bolesti pomocí škály a zjistí, zda zrealizované intervence byly efektivní a zda bylo dosaženo požadovaného cíle. Jestliže nedošlo k dosažení stanoveného cíle, je třeba upravit plán péče. (Mikšová a kol., 2006, s. 122) Důležitou součástí při poskytování péče je dobrá spolupráce celého zdravotnického týmu.

3.6 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Často se v odborné literatuře udává, že lidé snáší svou bolest podle svého temperamentového typu. Osobnost nemocného se podílí na prožívání a reakci na bolest

jedince. Osobnost znamená soubor vlastností, které jsou pro daného člověka charakteristické a promítají se do jeho prožívání a chování. Zdravotničtí pracovníci musí věnovat zvýšenou pozornost emocionálně labilním, kteří budou všechny změny velmi intenzivně prožívat. Můžeme se setkat i s neobvyklými reakcemi. Situace může být pro pacienta neúnosnou a může dojít až sebepoškozování nebo k sebevraždě. (Raudecká, Javůrková, 2011, s. 168)

Do jisté míry může mít i pohlaví vliv na vnímání bolesti. Studie, zabývající se vnímáním a interpretací bolesti prokazují, že muži mají obvykle vyšší práh bolestivosti než ženy. Z toho plyne častější výskyt bolestí pohybového aparátu u žen, zatímco muži častěji vybírají pracovní neschopnost pro muskuloskeletární bolest. (Rokyta a kol., 2009, s. 71) Prožívání bolesti je velmi individuální a rozhodně záleží i na věku, prostředí, denní době a okolnosti situace. Jak snášíme bolest, také závisí na postoji, který k bolesti zaujímáme. Jinak snáší bolest člověk, který bude předem poučen o tom, že po operaci ho bude ta noha bolet a že to ustoupí až za nějakou dobu než člověk, kterého nepřipravíme na možnost bolesti, nebo na bolest náhle a nečekaně vzniklou. (Vlček a kol., 2010, s. 310)

Bolest ovlivňují zkušenosti a obavy, často bývá příčinou nespavosti a s tím jsou spojeny další příznaky, jako je únava, vyčerpání – to je zdrojem strachu, úzkosti a později vyústění až v deprese. Dalším z faktorů odlišných ve vnímání bolesti je rasová, etnická a kulturní odlišnost. Rovněž psychické rozpoložení i pacientova nálada ovlivňuje vnímání bolesti. (Debef, 2011, s. 120)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Ošetrovatelská péče v nemocnicích je poskytovaná formou ošetrovatelského procesu, tak jak ho všichni známe. Posouzením pacienta na základě získaných informací si sestra stanoví aktuální i potencionální problémy. Stanoví si reálný cíl, kterého by chtěli s pacientem docílit a naplánují činnosti, kterými chtějí požadovaného cíle dosáhnout. Zrealizují naplánované činnosti a na konci vyhodnotí, zda byli úspěšní a dosáhli cíle. Rozhodla jsem se zabývat ošetrovatelským procesem a zjistit, jaká je realita v praxi. Ráda bych se dozvěděla, jestli se nakládá s informacemi, které sestra zjistí o bolesti podle norem a standardů. Zda existuje v nemocnici rozdíl v posuzování bolesti u akutní a u chronické bolesti. Jaké jsou rozdíly v léčbě, zda se používají nebo doporučují nefarmakologické postupy. A v neposlední řadě je velmi důležité vědět, zda neexistují nějaké problémy v komunikaci s pacientem mezi jednotlivými vybranými odděleními.

4.1 Hlavní cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo pomocí rozhovoru se sestrami shromáždit informace, které by mi pomohly porovnat rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče mezi traumatologií, kde jsou pacienti pouze s akutní bolestí, na protetice, kde převažují pacienti s chronickými bolestmi a rehabilitačním oddělení, kde jsou pacienti jak s akutní tak chronickou bolestí pohybového aparátu.

4.2 Dílčí cíle výzkumného šetření

Stanovila jsem čtyři dílčí cíle: Najít zda existuje rozdíl v posuzování bolesti sestrou se zaměřením na hodnotící škály a na oblasti, které sestry sledují. Odhalit zda mají sestry z vybraných druhů pracovišť nějaké problémy v komunikaci s pacientem s bolestí. Zjistit jak sestry na daných odděleních v praxi nakládají s informacemi, které o bolesti zjistí. Zmapovat na vybraných odděleních jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti.

4.3 Výzkumné otázky

1. Existuje rozdíl mezi pracovišti v odběru ošetrovatelské anamnézy u pacienta s bolestí?
2. Mají sestry z vybraných typů pracovišť nějaké problémy v komunikaci s pacientem s bolestí?
3. Jak sestry v praxi nakládají se zjištěnými informacemi o bolesti na daných odděleních?
4. Jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti na vybraných odděleních?

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl sestaven na základě předem promyšlených otázek zaměřené na sestry. Celkem rozhovor obsahoval 15 otázek, které byly pro všechny respondenty stejné. Byly vybrány tři konkrétní oddělení, z důvodu výskytu pacientů s akutní bolestí pohybového aparátu což byla volba traumatologického oddělení, protetika, kde se nacházejí pacienti s chronickými bolestmi pohybového aparátu a rehabilitace, kde jsou pacienti jak s chronickými bolestmi pohybového aparátu, tak někdy i s akutními bolestmi. Otázky byly rozděleny do několika oblastí. Otázka první se týkala typu bolestí, pacientů na daném oddělení, byla pouze kontrolní. Nejprve otázky byly zaměřené na sběr informací o bolesti, včetně komunikace s pacientem a nakládání se zjištěnými informacemi o bolesti. Dále se okruh otázek zaměřoval na nefarmakologické postupy.

Výzkumné šetření bylo povoleno hlavní sestrou nemocnice, souhlas s provedením je přiložen v příloze. Rozhovory byly uskutečněny v Krajské zdravotní a.s. Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem v období na traumatologickém oddělení, na protetickém a rehabilitačním oddělení. Pro rozhovor jsem zvolila klidné místo a individuální přístup jednotlivě ke každé sestře. Seznámila jsem je s cílem rozhovoru, který trval v průměru 40 minut. Všechny respondenty souhlasily s audiovizuální dokumentací svých odpovědí na diktafon, za podmínky dodržení anonymity. Z důvodu zachování anonymity v textu diplomové práce záměrně používám sestry pod číslem a neuvádím žádné jiné informace o respondentech. Údaje nahrané na diktafon by mohli vést k identifikaci respondenta, proto posloužily jen k přepsání a následnému znehodnocení.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 12 sester. Tento soubor jsem ještě rozdělila podle typu oddělení - 4 sestry z oddělení traumatologie, 4 sestry z oddělení rehabilitace a 4 sestry z oddělení protetiky v Krajské zdravotní a.s. Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem. Požadavkem pro výběr respondentek byla délka jejich praxe na daném oddělení, která byla stanovena na dva roky a více. Protože předpokládám, že tyto sestry mají zkušenosti s chodem oddělení. Tím jsou schopny objektivně odpovídat na mé připravené otázky. S tímto výběrem mi pomohly vrchní sestry daných oddělení, které vytipovaly některé ze sester. Setkání bylo domluvené předem na určitý den a hodinu, z důvodu časové náročnosti rozhovoru.

6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Rozhovor: protetika, sestra 1

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„U nás na oddělení jsou nejčastěji chronické bolesti zad, tedy klienti s vertebrogenním syndromem. A pacienti s bolestmi po amputacích, fantomovými bolestmi.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Informace získáváme rozhovorem s pacientem a postupujeme podle ošetřovatelského spisu. Podle diagnózy pacienta zaměřuji své otázky a pozorování na různé oblasti, jestli je po amputaci, a má fantomové bolesti, zaměřuji se na pahýl a pohyb pacienta. U bolavých zad se pacientů ptám na rozsah pohybu.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Svoji rozhodně nemáme, používáme pouze škálu, která je uvedena v ošetřovatelském spisu od 1 do 10, to co nám pacient sám řekne jaká je bolest. Někdy si to i odvodíme sami, když třeba řekne, že bolest se dá vydržet nebo je úporná. Někdy se pacienta i zeptáme, když je nerozhodný jak by to sám popsal slovy. Ale takové vyjádření je velice těžké. Pacienti mají v dokumentaci rozpis analgetik já vždycky, když mi pacient řekne, nebo vidím, že má bolest musím na to reagovat a podat mu analgetika.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Pozorujeme pacienta, zda má nějaký defekt, jak chodí. Nebo zda má amputovanou končetinu sledujeme zaškrčení pahýlu správné formování pahýlu, otoku a to může způsobovat špatné tvarování pahýlu, který pak může v protéze způsobovat bolest. Rozhodně sledujeme neverbální projevy, někdy se stává, že zastírají, ale já vidím, že ho to bolí.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Komunikace je oboustranná jinak by to nebyla komunikace. Ale nikdy nemůžu pacienta nutit, aby semnou hovořil více než chce. To už bych pak byla vlezlá, obtěžujete ho. Záleží i na setře, protože každá je jiné povahy jedna je veselá, empatická druhá je starostlivá. Najdou se i problémoví pacienti, ale ty jsou problémoví pro všechny, že třeba odmítají léčbu, nechtějí komunikovat ani spolupracovat a to se poté řeší s lékařem. Jinak v komunikaci není žádný problém.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Zapisujeme do dokumentace všechno, co pacient řekne a to co vidím. Třeba zapíšu bolest ustupuje, nebo bolest úplně ustoupila, nebo bolest přetrvává a nabízela jsem analgetika, pacient odmítl, nebo podáno to a to.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Metodu farmakologickou a rehabilitace ty jsou pro pacienta hlavní. Různé druhy cvičení zajišťují rehabilitační sestřičky. Pokud u fantomových bolestí ty pahýly mají takové zvláštní záškuby, doporučuje se pacientovi utnout, useknout tu bolest. Je to taková zvláštní rehabilitace. Co my tady doporučujeme třeba u fantomových bolestí je poklepávání polévkovou lžící. Povzbuzujeme pacienty, říkáme jim, že je to je pořád jejich noha a že ji musí mít rádi, i když je o něco kratší. Co se týká pacientů s bolestmi zad, těm pomáhají různé metody třeba hydroterapie, elektroterapie, cviky, masáže které rovněž obstarávají rehabilitační sestřičky na doporučení lékaře. Důležitý je i psychologický přístup ke všem pacientům. Také se zde používá modernější metoda jako je tejpování a nejen zad a končetin, ale i těch pahýlů, někteří pacienti ocení i pěknou barvu tejpů.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Tady pacienti neleží v posteli, ale rehabilitují dvakrát denně a je to o tom, aby pacient získal sílu, a hlavně v rukou, naučil se chodit o francouzských holích a samozřejmě chůze s protézou. Toto oddělení má svůj vlastní režim a nemusí tu být, jsou tu dobrovolně je to tu takové domácí. Doporučuji cvičit a užít si život naplno i s kratší nohou.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Víte, já myslím, že to není v našich pravomocích, my se můžeme do toho přimíchat, ale vše až po domluvě a na doporučení lékaře. Pokud někdo o takových metodách uvažuje a věří, že mu pomůže, tak mu nikdo bránit nebude.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Já osobně nemám překážku ani zábranu v komunikaci. Cítím i ze strany pacientů tedy spíše mužského pohlaví, že se mi spíš svěří než mladším kolegyním. Myslím si, že to je spíš tím, že jsem dáma v letech, mám už kus života za sebou. Důležité je naslouchat pacientům a to my tady rozhodně všechny děláme. Ale narazím někdy, to

je pravda, ale to je většinou problémový pacient pro všechny. To jsou nezdvořáci, jídlo jim nechutná, postel je měkká a všichni hází do jednoho pytle.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Musím říct, že běžná analgetika jako jsou Korylan, Ataralgin, Tramal. Injekční Dolmina, Tramal, Novalgin. Opiáty jen vyjíměčně.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Sestra to monitoruje 24 hodin, ptám se, mluvím s pacienty a koukám.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Vzhledem k tomu, že na každém pokoji je televize lidi si to přejou, tak se odpoutají sami sledováním filmů, nebo seriálů. Navíc je moderní doba samých tabletů a notebooků, takže se zaměstnávají sami. Někteří starší preferují ještě rádio, četbu knih, nebo se jdou projít (projet) na terasu.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Rodina a příbuzní se spíše zapojují do rehabilitace a jsou oporou.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„To by měl většinou lékař, ale setra je tomu nápomocna. Jako sestra se ptám toho pacienta, jestli má bolesti jakého charakteru a pokud zjistíme, že je v poloze, který neodpovídá pohodlí, pokud v noci nespí, tak na to musím reagovat.“

Rozhovor: protetika, sestra 2

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Nejčastější zaměření jsou fantomové bolesti po amputacích a pak často máme pacienty s chronickými bolestmi zad, nebo třeba i po operacích páteře.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Hlavně komunikací s pacientem. Samozřejmě víme diagnózu a pak se cíleně ptáme na různé oblasti a pak teda si sami klienti postěžují sami na určité oblasti, co je přidružené k jeho diagnóze, hlavně omezení pohybu.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Hlavně se ptáme klienta, škálu od 1 do 10, vlastní nemáme, spíš po několikaletých zkušenostech poznáme z projevů klienta. Třeba přijdou klienti, že mají šílené bolesti a pak vidím, že se ohnou takovým způsobem, že i zdravý člověk by jim mohl závidět,

tak vidím, že to třeba není až tak jak pacient uvádí. U těch fantomových bolestí se to nedá ani nijak zhodnotit jak moc, protože to je pocitový a nepříjemný.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Sledujeme na pacientovi rozsah pohybu, specifickou chůzi, projevy, mimiku to člověk nabude zkušenostmi a pak to pozná na první pohled. U fantomových bolestí nic nevyměříme ani nevypozorujeme, to musí sám pacient říct ty pocity.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„My většinou nemáme žádné problémy spíše hodně záleží na povaze těch lidí. Na našem oddělení si myslím, že personál přistupuje k pacientům velmi otevřeně i komunikace s nimi je velmi vstřícná. Tady se to nebere tolik jako nemocnice, je tu spíše taková domácí atmosféra. Když procházím oddělení tak si všímám jejich aktivit a když pak se třeba stydí, nebo nechce nám říct, tak poznám, že někoho něco bolí a hned to řeším.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Napišeme všechno, to co nám pacient řekne.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Jsou různé metody, ale lidé nejčastěji spoléhají na tu medikaci. Pro lidi s fantomovými bolestmi je speciální cvičení, které je naučí rehabilitační sestra. Snažíme se s nimi mluvit a všechno jim vysvětlit, doporučit cvičení a akupresuru, pak když jsou lidé otevřenější k různým alternativním metodám.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Nepřestávat rehabilitovat.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„No jistě alternativu schvaluji, protože většina lidí má spoustu léků a trocha odlehčení od všech těch medikamentů neuškodí. Jen ty lidi tomu musí věřit. Používali jsme biolampu, ale tu už bohužel nemáme. Je to o přístupu k pacientovi o naší ochotě, času, znalostech a pak nakonec je to na pacientovi.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Rozhodně žádnou zábranu necítím. Tady je velmi dobrá komunikace a to jak sester s pacienty, tak i mezi zdravotníky i lékaři. Výhodou je, že tady se hodně mluví a hodně pomáhá, že lidé jsou v komunitě s podobnou nebo stejnou diagnózou.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Používáme běžná slabší analgetika v tabletách. Důležité je hlavně, aby lékař vhodně zkombinovat s jinými dlouhodobě užívanými léky. Opiáty se skoro nepoužívají, nebo jen vyjímečně.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„V podstatě každý den, mluvíme s nimi, ptáme se“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Mluvíme s tím dotyčným. Jinak k odpoutání dochází, když přijde rodina a třeba klienti mezi sebou se zabaví.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Do léčby bolesti moc ne, to by muselo být něco závažného, abychom je zapojily do léčby bolesti. Spíše jsou zapojeni do rehabilitací třeba.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Stejně jak ji zjistím, zeptám se, zhodnotím bolest a posoudím, zda se bolest změnila. I když mi nic neřeknou tak to poznám. Vidím na pacientovi, že je třeba dlouho ve stejné poloze. Léčbu jako takovou vyhodnocuje lékař, podle zápisů v dokumentaci od sestry.“

Rozhovor: protetika, sestra 3

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Chronické bolesti zad, fantomové bolesti po amputacích dolních končetin z různých důvodů.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Rozhovorem anamnestickým na začátku při příjmu a pak mluvíme v průběhu pobytu u nás pořád. To hodně záleží na tom s jakou je u nás pacient diagnózou, podle toho se zaměřujeme na informace, po amputacích se zaměřujeme na pahýl a jakým způsobem se ošetřuje. Pokud není správně obvázan, tak může zaškrcovat a způsobovat bolesti. To potom může způsobit nevhodný tvar, který nebude vhodný na protézu, nebo bude v protéze tlačít a bolet při pohybu. Pokud je u nás s bolestmi zad, zaměřuji se na to při jakém pohybu je to bolí a zda se dokážou sami obstarat. Myslím, obléknout, obout, umýt se atd...“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Ptáme se pacienta, jak silně cítí bolest na stupnici od 1 do 10. To je jediná škála, kterou využíváme a tu máme také v ošetrovatelské anamnéze. Svoji žádnou nemáme. Vyhodnocuji bolest buď je a nebo není.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Sledujeme pacienty v závislosti na diagnóze, třeba polohu pacienta a jak se tváří. Koukám i na stav pahýlu. Myslím, že nic speciálního nepozoruji.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Podle mě žádné problémy u nás na protetice nejsou. Sestry tady jsou velmi vstřícné, milé, starostlivé a komunikativní. Pokud by nějaký problém měly, nemohly by pracovat jako setra.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Musíme zapisovat úplně všechno, co klient řekne co uděláme, nebo čeho si všimneme.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„K tišení bolesti používáme léky hlavně léky infuze, tabletky a někdy třeba injekce. Lékař pak rozepíše rehabilitační léčbu a její postupy, ale to jde mimo nás. U nás se skoro nic nepoužívá. Ted' mě napadl led, že občas dáváme, ale to je asi vše.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Režimová opatření to jo, třeba když má pacient bolesti, tak mu doporučíme klid na lůžku, pomalu stávat z lůžka a dodržovat doporučení od rehabilitačních sestřiček. Ty je třeba naučí nějaké cviky tak pacientům připomínáme, že si ve svém volnu mohou zopakovat cviky.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Abychom mohli doporučovat nějaké alternativní metody na to by taky musela bejt nějaká cílená osoba, která bude mít nějaká školení a znalosti o daných metodách. Já můžu odkázat pacienta, který by projevil zájem na lékaře a nebo sehnat nějakou literaturu, letáček pokud nějaký existuje a nebo tak. Jenže já si myslím, že když už by o to měl někdo zájem, tak si potřebné informace zjistí dopředu sám.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Zábranu? Já to nemám žádnou, to bych nemohla dělat tuto práci. Tady jsme na oddělení, které je trochu odlišné od ostatních tady je takový domácí režim a máme s pacienty velmi otevřený až přátelský vztah. Nic takového rozhodně necítím a dle mého názoru ani pacienti k nám nemají, žádné překážky nebo zábrany v komunikaci.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Zde lékaři předepisují běžná analgetika. Často se na našem oddělení podávají tabletky Korylanu. U pacientů s bolestmi zad se aplikují infuze třeba s Tramalem nebo Novalginem. Opiáty jen ve vyjimečných případech.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Přijdu do práce a zhodnotím bolest u každého pacienta. Většinou se jich ptám, jak se dnes mají nebo jak se cítí a oni mi řeknou, že dnes super bez bolesti, nebo vidím, že leží a řekne, že dnes nic moc bolí mě to.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Tady většinou pozornost od bolesti cíleně neodvádíme. Víte, dopoledne mají léčebné programy. A odpoledne se pacienti zabaví většinou sami, tady to oddělení je otevřené, takže se mohou při pěkném počasí projet/ projít do atrie třeba nebo na terasu. Koukají na televizi, nebo mají počítače, tablety a jinou elektroniku, která je zabaví. Denně chodí příbuzní, takže si s nimi povídají.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Do managementu bolesti, spíš ne. Lékař informuje pacienta o jeho stavu a pacient o sobě ví všechno. Příbuzným a rodině si to řekne sám a ti už nepotřebují jiné informace. Tím pádem si pacient rozhodne, zda je bude nějak potřebovat při léčbě nebo ne. Ale spíše chce vše zvládnout sám.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Úspěšná léčba je, když pacient nemá bolest. Zhodnocujeme po podání léků, zda bolest ustoupila, nebo se zmírnila nebo je stejná. Zbytek zhodnotí lékař.“

Rozhovor: protetika, sestra 4

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Nejčastěji máme na našem pracovišti fantomovy bolesti po amputacích a pacienty s bolestmi zad. Jsou to i chroničtí pacienti, ale i akutní, kteří chodí na série infuzí.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Od pacientů se jich zeptám, jestli mají bolest. Myslím, že nic speciálního nesleduji, zeptám se jak silné má bolesti to je vše. Zbytek si zjistí lékař podle potřeby.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„V ošetrovatelském spisu máme políčko přímo na bolest. Tak používáme tu stupnici od 1 do 10. Já to nevyhodnocuju, já to napíšu do dokumentace a lékař podle toho napíše léčbu včetně rozepsání analgetik.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Já spíše sleduji, jak projevuje bolest na venek a jestli se mu ulevilo po podání analgetik. Dále sleduji, zda nemá alergické reakce, myslím, že nic jiného na pacientovi nevysleduji.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„My tady nemáme žádné problémy v komunikaci. Tady je klid a taková přátelská atmosféra mezi sestrou a pacientem.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„To co se za ten den uděje to se zapíše do dokumentace, třeba ulevilo se pacientovi, nebo přišel v noci, že má bolesti podán lék. Nikdy nepodáváme léky bez ordinace lékaře. Když nemá pacient nic na bolest rozepsané v dokumentaci tak zavoláme a do dokumentace napíšu, po telefonické domluvě s lékařem podáno to a to.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Používáme hlavně ty farmaka a třeba masti s analgetickým účinkem, ale nefarmakologických postupů minimum. Pacienti chodí na rehabilitaci, ale to není moje starost. Já přinesu led, namažu záda a třeba si popovídáme, ale tím moje úloha v nefarmakologických postupech skončila. Pokud má bolest dám pacientovi prášek nebo píchnu injekci.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„To jistě klid na lůžku, žádné rychlé stávání z postele, pomalé pohyby. A takové ty běžné postupy. Když mají bolesti, tak je třeba nenutíme do nějakých aktivit.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Alternativní postupy? Jestli myslíte speciální masáže, čínskou medicínu, byliny, akupunktura, a různé jiné, tak to se tady nedělá ani nedoporučuje. Není, kdo by to tady dělal, nebo doporučoval. Kdyby to někdo chtěl tak to si musí domluvit s lékařem.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„To ne. Já nemám žádné problémy, já jsem pro pacienty taková vrba. Mě se pacienti svěřují se vším co je trápí. Já je povzbuzuju a říkám jim, že jejich život amputací nohy rozhodně neskončil, život jde dál, jen nám otvírá jiné možnosti.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Používáme běžná analgetika, nejčastěji se podává Korylan v tabletkách, občas i na noc nějaké injekce třeba Dolmina. Do infuzí se dává často Tramal, Novalgin. Opiáty se běžně nepoužívají spíše vyjimečně, když už tak perorální jako Oxykontin. Záleží na tom, co naordinuje lékař.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Když přijdu do služby, tak si obejdu oddělení, zeptám se pacientů, jak se mají i na bolesti. Máme domluveno, když je to začne bolet, dojdou nebo dojedou za mnou a řeknou si. Je to tady už tak zavedený a funguje to.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Nevím asi žádný, mají na pokoji televizi, nebo jsou tu k dispozici knihy a jinak asi nic jiného fakt nevím já cíleně nic nepoužívám.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Ne nezapojujeme. To by muselo být něco vážného.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Když odcházejí tady od nás a nic je nebolí tak je to úspěšná léčba. Jinak po každém podání léku se ptám a sleduji, zda to zabralo a bolest ustoupila.“

Rozhovor: rehabilitace, sestra 5

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Nejčastěji s chronickými bolestmi zad a pak různé pooperační bolesti třeba po operaci kolena, kyčle, atd...“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Rozhovorem od pacienta, zaměřuji se jen na intenzitu, kdy použiju škálu od 1 do 10 a zbytek si doptává sám lékař, nebo fyzioterapeutka při cvičení.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Z metod používám stupnici od 1 do 10 jak tu bolest cítí. Speciální žádný nemáme využíváme jen tu co je v ošetrovatelské dokumentaci. Specifika o bolesti si doptává lékař, nebo fyzioterapeutka třeba jaká je to bolest přesné místo při jakém pohybu a tak dále.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Při příjmu sledujeme pacienta celkově a nejen my, ale lékař a fyzioterapeutka. Sleduji styl, jakým mluví o bolesti, dále sleduji neverbální projevy. Pozoruji, jak se chová při jakých činnostech má bolesti, jak projevuje bolest. Ptáme se na rozsah pohybu.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Pokud máme příjmy, z mého pohledu není čas na komunikaci o bolesti. A také pacienti jsou nervózní na spoustu věcí zapomenou. Během léčby to mohou být problémy spíše, pokud má pacient velké bolesti, tak s ním je špatná komunikace, protože bývá zkroucený a někdy bývá pacient i zlý až agresivní. Pacient se dožaduje pozornosti a ihned úlevu od bolesti. A naopak jsou zase trpěliví pacienti, kteří mají bolest, ale nespějí se. U nás na oddělení se pacienti s bolestí svěřují spíše fyzioterapeutkám, protože s nimi tráví více času při cvičení a zkouší třeba rozsah pohybu.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Do dokumentace zapisujeme vše, doslova tak jak to pacient řekl. A veškeré podané nebo nepodané léky.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Víte, rehabilitační léčbu doporučí lékař a tu mají na starosti fyzioterapeuti. Já podávám léky, dle ordinací lékaře a dle bolesti pacienta. Možná tak při ranní hygieně provedu namazání zad lehká masáž těmi větrovými chladivými gely. Doporučím pacientovi úlevové polohy, vypodložení končetiny a dám led. Na pacienty také platí zklidňující slovo a pochopení. Občas využíváme i psychologa, kterého doporučuje lékař při dlouhotrvající bolesti, ale většinou na impuls sestry. My pozorujeme toho pacienta a popíšeme, jak se nám jeví a dáme impuls, nebo se jednoduše s lékařem domluvíme a sdělíme mu náš názor.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Doporučuji jim dodržovat léčebný režim, nějaké úlevové polohy.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„To se tady nepoužívá. To si spíš lidi sami nosí bylinné masti a já bych to klidně doporučila, ale není komu, protože všechno si stejně musí koupit a zajistit sami. Některým třeba doporučuji konopné masti, mám s nimi vlastní dobrou zkušenost. Co se týká akupunktury, tak to u nás není a to by si sám musel zjistit a domluvit někde pacient mimo nemocnici. Alternativní postupy by spíš mohli doporučovat v ambulanci bolesti. Tady ani ne.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Já bych to viděla u sebe v tom, když má pacient třeba diagnostikovanou rakovinu a jak s tím pracovat někdo o tom chce mluvit a někdo o tom mluvit nechce. Nebo šikovně zjistit jak ho to bolí. Problém vidím v tom, když se mě pacient ptá proč, ho to bolí a já pořádně nevím co odpovědět a raději ho odkážu na lékaře. Nebo třeba u pacienta, který má veškerá vyšetření v pořádku a nikde není žádný problém, ale on má přesto bolesti.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Používáme hodně analgetik v tabletkách, infuzích i injekční. Když jsou velké bolesti tak se kombinují léky dlouhodobé a krátkodobé. Dlouhodobé Tramal, Aulin a mezi tím se dávají ty krátkodobé jako je Korylan, Novalgin, Zaldiar. Opiáty podáváme jen vyjíměčně.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Při příjmu a pak každý den při rozdávání léků. Bolest si také denně zhodnocuje sám lékař u vizity.“

13. Uveďte postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Je tady televize. Máme zde sociálního pracovníka, který nám zajistil dobrovolníky, kteří přijdou a vezmou pacienty ven, nebo si s nimi povídají. Pacienti chodí ven s příbuznými. A také ergoterapeuti pacienty zaměstnají.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Rozhodně zapojujeme i rodinu, k tomu právě spolupracujeme i se sociálním pracovníkem. Pokud má pacient chronickou bolest už na pořád, tak lékař musí vědět jaké má pacient zázemí. Někdy se rodina chce sama zapojit do léčby bolesti“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„To vyhodnocují lékaři. Já zhodnotím, třeba že pacient v noci nespí, stále zvoní, že léky nezabírají, pak lékař vyzkouší kombinace léků a pokud ani to nepomůže tak někdy i na popud sestry lékař doporučuje ambulanci bolesti.“

Rozhovor: rehabilitace, sestra 6

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Pooperační bolesti akutní a pacienti s bolestmi zad buď s chronickými ale i akutními bolestmi.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Informace o bolesti jsou to, co nám řekne pacient a pak koukám, jak se chová a tváří. Z oblastí sleduji to co je v ošetrovatelském spisu. Na pohyb a při jakých činnostech k bolesti dochází se ptá sám lékař, nebo fyzioterapeuti.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Ne rozhodně žádnou vlastní škálu nemáme. Využíváme standardní škálu, která je v ošetrovatelském spise a to je stupnice od 1 do 10. Já jako sestra udělám zápis, při bolesti podám léky a vyhodnocuje si to lékař.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Měřím krevní tlak a puls. Ptám se ho na bolest a sleduji pacientovy projevy, reakce, chování. „

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Někdy je málo času na komunikaci, hlavně když máme příjmy. Ale jinak myslím, že z mého pohledu nemám problémy s komunikací. Možná u některých pacientů je špatné, že někteří pacienti se nám třeba nesvěří, že mají bolest a svěřují se spíše fyzioterapeutce, která s nimi pracuje a pacient třeba řekne ano, při tomhle mě to bolí.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Do dokumentace zapisujeme všechno například: pacient má bolesti takové, takové a po analgetiku vůbec ke snížení bolesti nedošlo. Nebo, třeba: bolest ustoupila a pacient je klidný. Na doporučení vrchní sestry napsat o pacientovi co nejvíce, vše doslova, aby byl dobře informovaný i lékař. A snadno se to poté zhodnocovalo“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Farmakologickou léčbu jako tabletky, injekce a gely s analgetickým účinkem. Pak lékař doporučí rehabilitaci a fyzikální metody elektroterapie, vodoléčbu, cvičení masáže, ale to zajišťují fyzioterapeuti. Já jako sestra komunikuju s pacientem během výkonů, dávám mu led, sem tam doporučím třeba zvýšenou polohu pro končetinu. Podávám pacientovi dostatek informací, protože to udělá hodně. Nejistota u pacienta rozhodně nepřilepší, je třeba všechno pacientovi pěkně vysvětlit. Zmírníme tím strach a povzbudíme pacienta. Rozhodně se pak i jinak staví ke své bolesti.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„No spíš jen co se týká léčebného režimu užívání farmak, polohování doporučit úlevovou polohu, třeba i nějaké zásady zdravého životního stylu.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Na to my nemáme čas tady dělat, ale není to tak, že by jsme nechtěly. Lidé se doporučují do ambulance bolesti a tam se mohou alternativními metodami zabývat. Tady se nepoužívají, stejně by si to musel zaplatit sám ten pacient.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Myslím, že ne. Necítím, že bych měla nějakou překážku nebo zábranu v komunikaci. Myslím, že kdybych měla, nedělám tuhle práci.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„My tady používáme všechna analgetika spíše v tabletkách, protože od nás pak jdou ti lidé domů, tak aby nebyli závislí na aplikaci injekcí. Používáme tu často i kombinace různých analgetik. Pacienti s akutními bolestmi zad sem dochází na infúze.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„No my zhodnocujeme bolest při příjmu a pak ji zhodnocuje lékař denně u vizity, ptá se těch pacientů a rovnou to zapisuje. Potom během hospitalizace zhodnocujeme, každý den při rozdávání lékům ptáme, jestli chtějí i tabletu na bolest.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Máme na oddělení vybavenou knihovnu, takže někteří se zabaví čtením, sledováním televize, máme pokoje po dvou tak si pacienti mohou povídat mezi sebou a také sem chodí příbuzní a dobrovolníci. Během dne je zabavují i ergoterapeuti. Vyrábějí různé věcičky, hrají hry, pečou a různé jiné činnosti.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Rodinu zapojujeme nejen do bolesti, ale do celého léčebného režimu. Rodina slouží k odpoutání pozornosti, je podpora pro toho pacienta. Do managementu bolesti spíše, když už se jedná o dlouhodobé a chronické bolesti. Lékař když informuje pacienta, tak přizve i rodinu.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Sestra vyhodnocuje, zda má nebo nemá pacient bolest a jak mu zabrali, nebo nezabrali léky. Léčbu vyhodnocuje lékař a přihlíží na to, co zapisuje sestra do dokumentace, třeba, že pacient v noci nespál, že je pacient vzteklý a špatně naladěný. Při neúspěšné léčbě třeba navrhuje návštěvu v ambulanci bolesti.“

Rozhovor: rehabilitace, sestra 7

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Nejčastěji jsou zde pacienti s bolestmi zad, poúrazové bolesti a pooperační bolesti.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Já se ptám pacienta na to co je v ošetrovatelské anamnéze. Na veškeré detaily ohledně bolesti se ptá sám lékař sám, zacvičí si s tím pacientem.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Jedinou škálu, kterou používáme je škála od 1 do 10, ale já podám analgetikum dle ordinace, když pacient řekne, že ho to bolí, ale vyhodnocení bolesti musí udělat lékař, který se záměrně ptá dopodrobna a podle toho pak směřuje léčbu.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Záleží na diagnóze pacienta, já můžu změřit fyziologické funkce, sleduju, jak se hýbe a jak se chová, zbytek si zjišťuje lékař. Pak ještě kouknu třeba po podání analgetik, zda nemá pacient nějaké nežádoucí reakce.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Já si ani nemyslím, že by byli přímo nějaké problémy, ale spíš možná nedorozumění, jako, že nám pacient neřekne, že si bere svoje léky na bolest a my mu k tomu dáváme naordinované od lékaře (nevědomě), nebo se nám někteří pacienti nesvěří, že mají bolest a my se to dovíme až od fyzioterapeutky. Aspoň, že funguje velmi dobře komunikace na oddělení mezi personálem.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Musíme zapisovat úplně všechno, co pacientovi podáme za léky při bolesti i co pacient řekne o bolesti. Pokud odmítne lék na bolest, také to musíme zapsat.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Jsme na rehabilitaci a v hlavní roli jsou zde analgetika v kombinaci s rehabilitační léčbou. Já toho zas nemohu bez doporučení lékaře moc sama dělat. Podávám led a doporučuji třeba zvýšenou polohu pro končetinu. Ale máme zde velice šikovné fyzioterapeutky, které s pacienty cvičí dle léčebného plánu.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Poučíme je o dodržování léčebného režimu.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„My jako sestry určitě ne. To by mohl doporučit lékař. Víte, ale já myslím, že ne všichni pacienti na tento druh léčby věří. To už je pak věcí toho pacienta, buď se bude léčit podle toho, jak mu lékař řekne nebo si bude sám vyhledávat jiné postupy. Někdo na tyhle postupy nevěří.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Cítím spíše problém ze strany pacientů, neříkají nám všechno, stane se, že nám neřeknou, že mají bolest a zastírají to. Nemyslím si, že by to dělali kvůli tomu, že by sestrám třeba nevěřili, ale spíš, že si myslí, že to zvládnou sami.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Já myslím, že upřednostňována úplně ne. Víte, tady ti pacienti většinou mají ještě tolik různých léků, že lékař musí koukat na to, aby se jim ty léky netloukly, nesnižovaly si účinnost a tak podobně zkombinovat, aby pacientovi co nejvíce pomohli. Jediné co mohu, říci, že preferujeme na našem oddělení jsou léky ve formě tablet. Ale někdy podáváme i infuze nebo, když je nutno podáme i injekce.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Při příjmu a pak třikrát za den při rozdávání léků.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Ráno jsou tu fyzioterapeutky a ergoterapeutky a ty zabaví ty pacienty na celé dopoledne. Pacienti jsou na pokojích po dvou a povídají si, mohou sledovat televizi. Odpoledne chodí návštěvy a také dobrovolníci, kteří si s pacienty povídají, nebo

vezmou pacienta ven, když je pěkně i to odpoutá pacientovu pozornost jiným směrem.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Rodinu a příbuzné smí informovat o léčbě a různých postupech pouze lékař, takže já je nezapojuji nijak.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Jako setra zhodnotím buď bolest je nebo ustoupila. Lékař zhodnotí léčbu bolesti i podle záznamů sestry. Případně může navrhnout nějaké pokračování v léčbě bolesti. Následnou péči, lázně, rehabilitační ústav, ambulanci bolesti. Nikdy nenecháme toho pacienta s bolestmi.“

Rozhovor: rehabilitace, sestra 8

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Chronické bolesti zad a pak pooperační a poúrazové bolesti“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Při příjmu pacienta s ním dělám úvodní rozhovor a pak sleduji jeho projevy. Občas u starších pacientů se ptáme ještě na doplnění příbuzných. Já se ptám ohledem bolesti jen na intenzitu, ale další potřebné věci ohledem té bolesti si pak zjišťuje lékař sám.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Svůj speciální měřicí systém nemáme, používáme škálu, kterou máme v ošetrovatelské dokumentaci měření bolesti pomocí čísla od 1 do 10. Já jako setra to asi nijak nevyhodnocuju, já předám informaci lékaři nebo ji napíšu do dokumentace a pak pokud má pacient bolesti mu aplikuju analgetika, která má rozepsaná v dekurzu. Nebo se s pacientem domluvím, ať si řekne, kdyby se to změnilo a začalo ho to bolet.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Já sleduji, jakým stylem pacient o své bolesti mluví, jak se pohybuje, ptám se jaké činnosti zvládne, na pacientovi také vidím, že když třeba udělá pohyb který je bolestivý, tak se i zatváří a řekne au. Měřím fyziologické funkce a mluvíme spolu.“

5. Jaké jsou podle Vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„V komunikaci jako takové problém nemáme. Můj názor je, že třeba s nimi o té bolesti tolik nemluvíme, protože na to není čas. Jenže zase naopak si myslím, že jim to ani tolik nevadí, protože se raději s bolestmi svěří fyzioterapeutkám a ti jim od bolesti mohou pomoci i jinak než podáním analgetika.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Do dokumentace jako sestra zaznamenávám úplně všechno. Je to velmi důležité, protože s dokumentací pracuje rovněž lékař, aby věděl, jak se bolest vyvíjí nebo zda ustupuje. Zaznamenávám každý podaný lék a zaznamenávám, i když pacient lék odmítl, protože neměl bolest.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„V první řadě podávání naordinovaných analgetik. A pak tady máme fyzioterapeuty, kteří se těm pacientům intenzivně věnují, cvičí s nimi. Pacienti chodí na různé procedury, jako jsou masáže, hydroterapie, terapie různými elektrickými proudy a spousta dalších metod, které jim naordinuje lékař.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Poučuji pacienty o dodržování léčebného režimu“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Žádné alternativy nepoužíváme, to si dělají psychologové a nebo si to pacienti vyhledávají sami, když o to mají zájem a věří v to. Já nic nedoporučuji, moc toho neznám.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Nemám problém v komunikaci s pacienty a žádnou zábranu necítím. Občas nám pacienti neříkají všechno, ale člověk se musí naučit s nimi mluvit. Musíme se naučit trochu si odhadnout pacienta a nezapomínat na empatii, zdvořilost a pochopení. S některými staršími pacienty to bývá velmi těžké, dvakrát jim to vysvětlím, pak se jich zeptám, zda porozuměli, zopakují mi informaci, mám pocit, že jsem odvedla dobrou práci a druhý den mi kolegyně řekne, proč jsem to pacientovi nevysvětlila.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Nemyslím si, že by byly léky nějak upřednostňované. Tady je hlavní, aby lékař předepisoval léky, které jsou vhodné pro pacienta.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„No každý den, když rozdávám léky, ptám se, jestli chcete tabletku na bolest. Také při sepisování ošetřovatelského spisu, se ptám, jak velkou mají bolest na stupnici od 1 do 10. A jinak si bolest denně při vizitě hodnotí a zapisuje lékař.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Nevím, jak moc jde odpoutat pozornost od bolesti, ale někdy pouštíme pacientům televizi, chodí za nimi příbuzní, kamarádi, děti a rodina. To je myslím největší odpoutání.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Spíš ne, to jen ve vážných případech a pouze lékař. Třeba při nespoupráci pacienta, nebo zjištění závažné diagnózy.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Vyhodnocení léčby bolesti není jen mojí starostí to je starost celého týmu. Já posuzuji bolest a zda zabraly nebo nezabraly léky. Fyzioterapeut zhodnocuje svoje techniky a nakonec lékař vše shrne a udělá závěr.“

Rozhovor: traumatologie, sestra 9

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Po úrazech mají prostě bolesti akutní“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Jen od pacienta, protože rodina to většinou vidí hodně zkresleně, zaměřuji se na to, co vidím, takže na projevy bolesti. A pokud je pacient schopen mi říct jakou má intenzitu bolesti a kde ho to bolí.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„VAS škálu od 1 do 10 jakmile je to bolí, tak jim dáme analgetika“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Jsou citlivý a podráždění, takže sledujeme chování, otoky a prokrvení končetin.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Záleží na typu pacienta, na tom člověku a jeho chování někdy jo a někdy ne, ale z mé strany není žádný problém. Vždycky se dá nějak domluvit a já musím chápat, že po úraze je pacient ještě v šoku a že není v dobré náladě.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetřovatelské dokumentace?

„Zapišeme vše co uděláme, co zjistíme a vše co podáme pacientovi. Vždy zapišeme čas, co bylo podáno, odškrtneme v dekurzu a ještě zapišeme např.: pacient má bolesti 11:30 bolesti tlumeny aplikací lampule Dolmina i.m. podpis sestry, nebo 12:00 pacient bez bolesti“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Farmakologická metoda tišení a dále jen, led, zvýšená poloha, úlevová poloha. U nás jsou akutní bolesti, na nic jiného nemáme čas.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Dodržovat klidový režim, třeba nosit fixační pomůcky a pak dle potřeby a dle zranění.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„My jsme akutní úrazové oddělení, taky to vážně ty lidi bolí. Na něco takového nemám čas a nevěřím na to a myslím, že by to ani těm pacientům nepomohlo.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„My máme třeba 8 - 9 pacientů na sál. Celý den lítáme na sál, ze sálu běháme tu a nemáme čas sedět u pacienta a povídat si. V komunikaci žádné zábrany necítím, všechno jim vysvětlíme tak jak je o bolesti mluvíme, při různých činnostech.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Nejčastěji užívané léky jsou Veral, Dolmina, Korylan, Novalgin, Paralen často v kombinaci podle ordinace lékaře. Někdy aplikujeme injekci do hýždě, někdy podáme tabletku, to záleží na stavu pacienta. Z opiátů je často užívaný Morfin.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Pořád se ptáme na bolest, kdykoli vlezou na pokoj. Jsme domluvený kdykoli to začíná bolet tak si pacient zazvoní a my jdeme aplikovat analgetikum.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Tady když to bolí tak to bolí a odpoutání pozornosti nepomůže. Pouštíme jim televizi a také dáváme pacienty na pokoje po dvou nebo po třech, přibližně stejné ročníky. My také chodíme a chvíli když je čas se s nimi pobavíme, psychicky podpoříme pacienta, ale to bolest nevyřeší.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Někdy se stává, že zapojujeme v případě, že je špatná komunikace s tím pacientem. Nebo spíš, je to tak že se zapojí sami. Pacienti si postěžují třeba po telefonu, nebo když přijdou na návštěvu, že je to bolí a tak. Rodina pak jde nebo volá nám a ptá se, proč jim nedáme nic na bolest. A my pak jdeme za tím pacientem a on nám řekne, že to ani není, tak hrozné a nechce nic na bolest. Ale ti pacienti to kolikrát tak nemyslí, nebo nemají, až takové bolesti jen před tou rodinou trochu přehánějí.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Odsud odchází lidí bez bolesti nebo s minimální bolestí zvládnutelnou běžnými analgetiky. Pacienti jsou bez bolesti a nebo se jejich bolest snížila na snesitelnou, to je úspěšná léčba.“

Rozhovor: traumatologie, sestra 10

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Na našem oddělení jsou nejčastěji pacienti s akutní bolestí, hlavně po úrazech.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Informace rozhodně získávám od pacienta, kontakt s pacientem je důležitý pozoruji ho, mluvím s ním, takže rozhovorem. Zaměřuji se nato jaká je jeho bolest, jaké intenzity je jeho bolest, chci popsat od pacienta charakter bolesti. Někdy, když neví, nebo tápe, trochu mu napovím, dám mu vybrat, jaká by ta bolest mohla být.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Jedinou škálu, kterou na našem oddělení využíváme, je stupnice od 1 do 10 – hodnocení známkou. Vyhodnocujeme jen jestli pacient bolest má a nebo ne.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„První co děláme na našem oddělení je měření fyziologických funkcí, takže změřím krevní tlak, puls, teplotu, někdy i dechy. Sleduji výraz v obličeji při manipulaci s pacientem a také jakou zaujímá úlevovou polohu. Poté postupuji podle ošetřovatelského spisu.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Dle mého názoru, pokud má sestra zájem o toho pacienta a o jeho problémy, tak žádné problémy v komunikaci nejsou.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetřovatelské dokumentace?

„Hlavně zapisuji, zda má pacient bolest, v kolik hodin a čím byla tlumena a následné zhodnocení, zda to zabralo. Zapisuji i to, když mi pacient řekne, že bolest nemá.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„V první řadě používáme hlavně léky. A léčbu farmakologickou doplňujeme polohováním, ale to spíš sám pacient zaujme polohu, která je mu příjemná. Poučíme pacienta, že by měl dodržovat klid na lůžku a ledujeme.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Režimová opatření používáme. Doporučujeme klid na lůžku a dodržování léčebného režimu například chůze o berlích bez náslapu na poraněnou dolní končetinu.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Ne nedoporučujeme. Taky je bolest, která se musí řešit hned, není tu čas na nějaké alternativy, stejně si myslím, že taková léčba není účinná.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Necítím nic, co by mě překáželo v komunikaci s pacienty, kteří mají bolest. Jediným možným problémem by mohlo být, že neznám cizí jazyk a u cizinců bych se domlouvala jen nohama, rukama a možná za pomoci obrázků.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Velmi často se na našem oddělení aplikují nesteroidní antirevmatika jako je Veral, Dolmina, Korylan, Novalgin, paracetamol, často v kombinaci. U pacientů se silnými bolestmi se aplikují i opiáty jako je Morphin.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Dle potřeby pacienta a také pokaždé, když komunikuji s pacientem. Při rozdávání léků, při ranní hygieně, při každém návštěvě pacienta na pokoji.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Od akutní bolesti se těžko odpoutává pozornost, ale pouštíme pacientům televizi a mluvíme s nimi.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Většinou ne, maximálně informujeme co za analgetika mu podáváme.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Pokud bolesti ustoupí, zaznamenáme to do dokumentace je to úspěšná léčba. Pokud bolesti neustoupí, pokračujeme v aplikaci analgetik a sledováním ústupu bolesti.“

Rozhovor: traumatologie, sestra 11

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„Hlavně po úrazech to znamená akutní bolest.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Mluvíme s tím pacientem a někdy vidíme. Když má pacient zlomenou nohu s posunem, tak to vidím, že ho to bolí. Je třeba podrážděný, bledý, pláče a tak různě. Zaměřuji se spíše jen na intenzitu.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Jedinou škálu, kterou zde používáme je v ošetrovatelském spise stupnice od 1 do 10. Ale tu používáme jen při příjmu. V průběhu hospitalizace se pacienta ptáme, zda ho to bolí a chce analgetikum nebo ne. Vyhodnocujeme? Nevím, prostě, když je to bolí tak jim hned dáme analgetikum, které má rozepsané od lékaře. Poučíme pacienty, aby si řekli při bolesti a nenechávali tu bolest rozjet.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Sledujeme fyziologické funkce, sledujeme, jakou zaujímá pacient polohu, výraz v obličeji. Pak záleží na zranění, sledujeme třeba operační ránu, nebo to dané zranění. Některé rány třeba, nebo drény. Pohyblivost a prokrvení je také velice důležité sledovat. Jak říkám záleží na typu poranění a jestli už je po operaci nebo není. Kontrolujeme také jestli má správně nandanou ortézu, nebo netlačí někde sádra. Někdy je třeba příčinou bolesti málo nebo špatně vystlaná sádra vatou, která tlačí nebo je moc utáhnutá a mým úkolem je to kontrolovat, zjistit včas a vyřešit.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Problémy nemáme žádné. Kdybych měla problém komunikovat s pacientem, který má bolest tak bych tu nemohla být, protože tady má každý bolest.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Já jako sestra zapisuji úplně všechno, protože je třeba, aby měl přehled lékař co se dělo a také ostatní kolegové. Zapišu vše, co u pacienta udělám, vše co mu podám, v kolik, jaké množství, jaký lék a také co mi pacient řekne.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Metody tišení bolesti tady u nás asi jen podáváme analgetika. Někdy přijedou ze sálu pacienti, kterým se dělala lokální anestezie a ti jsou bez bolesti třeba i 24 hodin a pak jim stačí jen paralen a jsou úplně bez bolesti. Dáváme pacientům led, většinou mají třeba ortézy, sádry jiné druhy fixace. I to by jim mělo tu bolest pomoci zmírnit. Ale o ničem jiném už nevím.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„Určitě doporučujeme dodržovat klidový režim na lůžku. Zvýšenou polohu končetiny třeba.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Alternativy rozhodně nedoporučujeme. Takové postupy by rozhodně pacientovi s akutní bolestí nepomohly. My jsme úrazové oddělení a sem přivezou pacienty po úrazu. Pacient očekává, že mu tady dáme například končetinu do pořádku, aby mohl zase chodit a ulevíme mu okamžitě od bolesti. Můj názor je takový, že tyhle postupy se sem rozhodně nehodí a měly by se provozovat na odděleních, kde jsou pacienti s chronickými bolestmi.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„Necítím nic, co by mi bránilo, nebo překáželo v komunikaci s pacientem s bolestí.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„To určitě jo. Tady se hodně podávají léky jako Dolmina, Veral, Tramal, Novalgin. Podávají se nejčastěji, jako injekce do svalů. Léky se často kombinují i se slabšími jako je paralen. Dost často třeba po operacích se volí aplikace opiátu injekčně hlavně Morhin. Hlavně byste měla vědět, že léky předepisuje lékař. Já jako setra mohu podat, jen to co mám napsané v dokumentaci.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Asi pořád. Když rozdáváme léky, tak se rovnou ptáme, zda mají pacienti bolest a pokud ano, rovnou jim něco co mají v dokumentaci rozepsané od lékaře, proti bolesti dáme. Pokud je to rozbolí někdy mezi tím, zazvoní si a já jdu hned podat něco na bolest. Tak je to tady domluvené s těmi pacienty.“

13. Uveďte postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Nejsem si úplně jistá, zda vůbec něco používáme. Pouštíme pacientům televizi, jinak dáváme pacienty přibližně stejné ročníky na pokoj, myslím, že jim to pomáhá spíš psychicky. Když jsou na pokoji sami je to horší, než když jich je tam víc, tak si aspoň mohou povídat a nenudí se. Od akutní bolesti stejně pozornost neodvedete, jen se nebudou cítit tak sami. U nás nejsou pacienti, kteří by předstírali nebo hráli bolest.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„To ne jediné kdyby byl třeba nesvéprávný, nebo tak něco. Nebo při zjištění nějakých vážných problémech. Ale jinak ne.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Tu vyhodnocujeme tím, že neustále sledujeme pacientův stav. Sledujeme kolik a kdy dáváme analgetika, když se už snižují dávky nebo se nedávají vůbec analgetika. To je cesta k úspěšné léčbě bolesti.“

Rozhovor: traumatologie, sestra 12

1. S jakým typem bolestí jsou u vás na oddělení pacienti nejčastěji?

„No hlavně po úrazech, takže mají bolesti předoperační poúrazové a pak pooperační bolesti. Takže akutní bolest.“

2. Jakým způsobem získáváte informace o bolesti? Na které oblasti se při sběru informací v souvislosti s bolestí zaměřujete?

„Rozhovorem s pacientem. Také vidím toho pacienta, takže i pohledem. Zeptám se jak silně cítí bolest, kde ho to bolí. Někdy se ptám i za jakých okolností se to stalo, tak pro přehled.“

3. Používáte nějaké z metod měření bolesti? (škály) Máte nějaký svůj speciální měřicí systém bolesti? Jakým způsobem je vyhodnocujete?

„Máme jednu škálu v ošetřovatelském spisu, kdy se pacienta zeptám, jak by ohodnotil svou bolest od 1 do 10. Číslo, které řekne, uvedu do spisu. Vyhodnocuji? To nevím já jen zapíšu do dokumentace to číslo, ale děláme to jen při příjmu. Během hospitalizace řeším, jestli bolest má a jestli chce podat nějaké analgetikum.“

4. Popište, co všechno sledujete na pacientovi s bolestí? Objektivně.

„Sleduji polohu, jakou zaujímá, jak se tváří, měřím mu fyziologické funkce, prokrvení končetin a hybnost. Po operaci koukám na operační ránu.“

5. Jaké jsou podle vás problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí?

„Myslím, že žádné problémy nemáme s komunikací, ale nevím, jak to cítí pacienti. Jsme na oddělení, kde sestra rozhodně nemá čas na to sedět u lůžka a dlouze rozebírat jeho bolest. Vše zjišťujeme za chodu, ale mám i takový pocit, že to ti pacienti ocení, že mají pak klid odpočívat.“

6. Jaké zapisujete údaje o bolesti do ošetrovatelské dokumentace?

„Zajisté zapisujeme úplně všechno, co pacient řekne i to co u něco provedeme za výkony např. podána analgetika napíšu jaká, kolik a způsob podání. Pokud si něčeho všimneme, tak to také zapíšeme.“

7. Jaké používáte metody k tišení bolesti? Jaké nefarmakologické postupy nejčastěji využíváte?

„Tady u nás se používají v největší míře léky. A nefarmakologické postupy, mě žádné nenapadají. Příkladáme led a také třeba radíme jak na úlevovou polohu, nebo pacientovi podložíme třeba končetinu do zvýšené polohy. Žádné jiné postupy mě nenapadají.“

8. Doporučujete pacientům nějaká režimová opatření v souvislosti s bolestí? Jaká?

„To určitě říkáme a poučujeme pacienty co je a není vhodné, třeba po operaci nesmí samostatně stávat z postele. U pacientů, kteří mají úraz na dolní končetině, doporučujeme chůzi o berlích nedošlapovat na tu končetinu, u pacientů s poraněním na horní končetině doporučujeme nosit správně závěs, nebo ortézy. A tak různé záležitosti na druhu úrazu.“

9. Doporučujete nějaké alternativní možnosti léčby pacientům? Jaký je váš názor na tyto možnosti léčby?

„Víte tady jste na úrazovém oddělení, tady jsou pacienti do úrazech a myslím, že nemyslí na žádné jiné postupy při tišení bolesti než na injekci, nebo tabletku. Podle mého názoru ani postupy jako třeba bylinky, čínská medicína, nebo všechny ty postupy co uvádíte, jsou spíše pro chronické bolesti. Ty by pacientům u nás s akutní bolestí po úraze nezabraly na bolest. Takže je ani nedoporučujeme.“

10. Co dle vašeho názoru cítíte jako zábranu nebo překážku, v komunikaci s pacientem s bolestí?

„To ne, žádnou zábranu nemám. A překážky mohou být třeba, že má pacient velké bolesti a nechce se bavit, tak mu dám něco na bolest počkám až bolest poleví a pak si teprve s pacientem povídám. Nic co by se nedalo vyřešit.“

11. Jsou na vašem oddělení upřednostňována nějaká farmaka k tišení bolesti?

„Často jsou podávána opioidního typu jako Morphin. A také slabší analgetika jako je Veral, Dolmina, Korylan, Novalgin, Paralen, často se kombinují.“

12. Jak často na vašem pracovišti zhodnocujete bolest?

„Jak často? Já bych řekla, že pořád se ptáme. Při rozdávání léků pokaždé.“

13. Uved'te postup odpoutání pozornosti od bolesti užívaný na vašem pracovišti?

„Odpoutávání pozornosti od bolesti při takové akutní bolesti není moc účinný. Myslím, že jediné co pomůže je analgetikum, ale použijeme pacientům televizi, nebo mají svoji elektroniku třeba chytré mobily a notebooky. Jen to neděláme jako záměr odpoutání pozornosti, ale aby se nenudily.“

14. Zapojujete do managementu bolesti i rodinu a příbuzné? Pokud ano jakým způsobem?

„Normálně ne, to už by muselo jít o něco závažného. Jediné co tak děláme, že třeba lékař informuje rodinu, když měl pacient nějakou alergickou reakci na analgetikum a nebo co za léky mu podáváme.“

15. Jak vyhodnotíte úspěšnost/neúspěšnost léčby bolesti?

„Snižováním analgetik, mluvím s pacientem a když je pacient bez bolesti je to úspěšná léčba.“

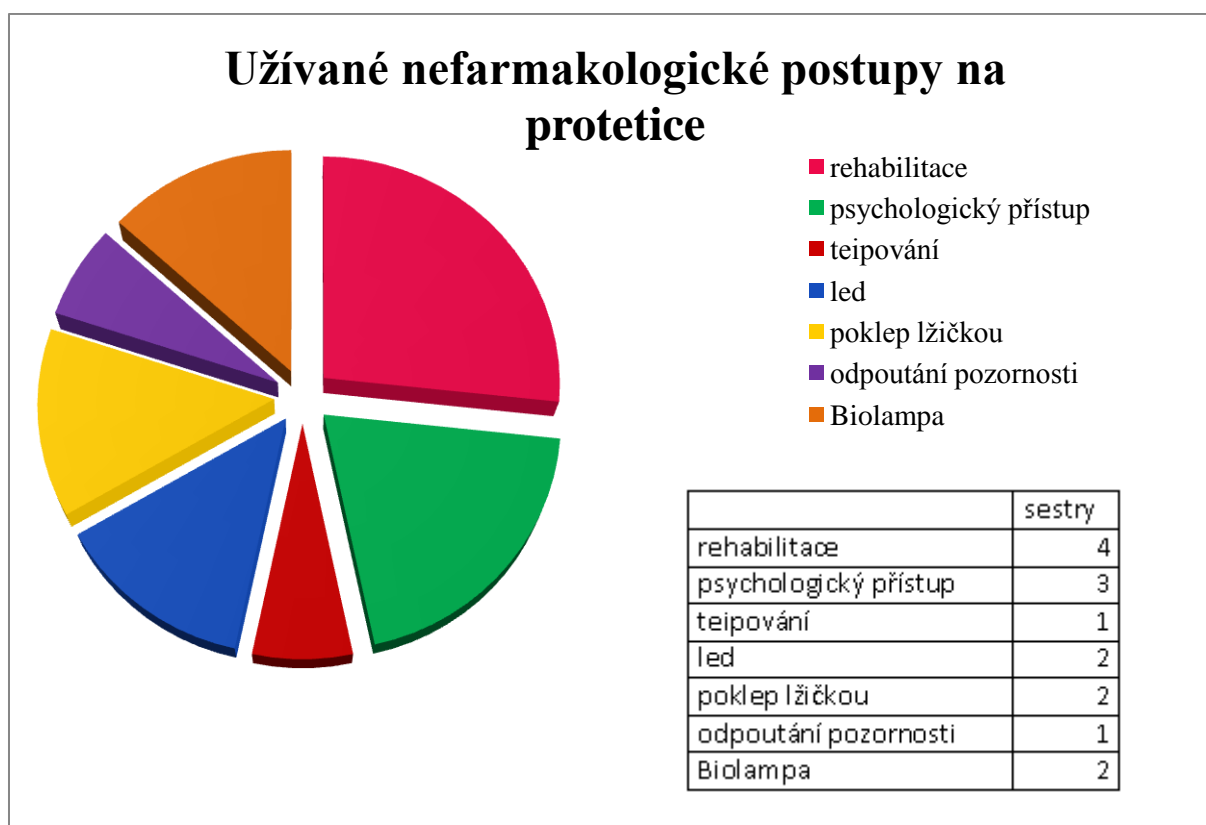
6.1 Shrnutí rozhovorů sester z protetiky

Sestry z oddělení protetiky pečují nejčastěji o pacienty s fantomovými bolestmi po amputaci dolní končetiny a o pacienty s bolestmi zad. Bolesti jsou častěji chronické, ale i akutní a po operacích zad jsou zde pacienti. Všechny čtyři sestry shodně odpověděly, že veškeré informace získávají od pacientů rozhovorem. Komunikací s nemocným zjistí mnoho informací. Sestry své otázky o bolesti a pozorování zaměřují spíše na oblasti, které souvisí s pacientovou diagnózou. Sestra 1 říká, *„jestli je po amputaci, a má fantomové bolesti, zaměřuji se na pahýl a pohyb pacienta. U bolavých zad se pacientů ptám na rozsah pohybu“*. Při příjmu pacienta sepisují sestry ošetřovatelský spis, kde i mimo jiné zaznamenávají bolest. V ošetřovatelském spise je numerická škála, která je jedinou používanou na tomto oddělení. Sestra 1 uvádí: *„Někdy se pacienta i zeptáme, když je nerozhodný jak by to sám popsal slovy. Ale takové vyjádření je velice těžké.“* Sestry rozhodně dají na i na neverbální projevy nemocných. Na otázku jak vyhodnocují používané škály nedokázaly odpovědět stejně. Sestra 1 a 3 uvádějí, že buď má pacient bolesti, nebo nemá bolesti. Sestra 4 *„zeptám se jak silné má bolesti to je vše. Zbytek si zjistí lékař podle potřeby“*. Sestry sledují na pacientovi hlavně neverbální projevy bolesti, také rozsah pohybu.

U pacientů po amputaci sestry sledují také stav pahýlu, který s bolestí souvisí. Na tomto pracovišti se bolest podle výpovědí sester monitoruje každý den. Sestry se ptají pacientů, zda mají bolest a sledují příznaky. S vyhodnocením úspěšnosti/neúspěšnosti léčby souvisí názor sestry 3 *„Úspěšná léčba je, když pacient nemá bolest. Zhodnocujeme po podání léků, zda bolest ustoupila, nebo se zmírnila nebo je stejná. Zbytek zhodnotí lékař“*. Takovýto podobný postoj sdílí i tři zbylé sestry. Dle názorů sester z protetiky nemají žádné problémy, ani nepocítují nějaké zábrany v komunikaci s pacientem s bolestí. Ba naopak hodnotí komunikaci mezi sestrou a pacientem za velmi dobrou. Podle sestry 3 mají sestry s pacienty *„otevřený a přátelský vztah“*. Sestra 1 rozhodně věří, že *„důležité je naslouchat těm pacientům a to my tady rozhodně všechny děláme“*. Zápisem do dokumentace sestra informuje nejen lékaře, ale i ostatní zdravotnický personál o stavu pacienta. Všechny sestry v rozhovoru řekly, že zaznamenávají vše, co pacient řekne, to čeho si na pacientovi všimnou a i to co případně podají, nebo vykonají. Sestra 4 navíc uvádí: *„Nikdy nepodáváme léky bez ordinace lékaře. Když nemá pacient nic na bolest rozepsané v dokumentaci tak zavoláme a do dokumentace napíšu, po telefonické domluvě s lékařem podáno to a to.“* Jednotně z rozhovoru vyplynulo, že do managementu bolesti příbuzné ani rodinu nezapojují. Sestra 1 a 2 uvedli, že jsou zapojeni spíše do rehabilitace. Nejčastěji využívanou léčbou bolesti je na protetice farmakologická léčba. Převážně se užívají běžná analgetika shodně sestry vypověděly Korylan a způsob aplikace všechny uvedly perorální. Co se týká opiátů, rovněž všechny uvedly stejnou odpověď a to podání jen vyjimečné. Rehabilitační léčbu uvádí opět každá ze čtyř dotazovaných, ale k tomu dodávají, že lékař rozepíše léčbu a samotné techniky si zajišťují rehabilitační sestřičky. Mezi užívané nefarmakologické postupy (sestra 1) *„my doporučujeme třeba u fantomových bolestí je poklepávání polévkovou lžící. Povzbuzujeme pacienty, říkáme jim, že je to je pořád jejich noha a že ji musí mít rádi, i když je o něco kratší. Důležitý je i psychologický přístup ke všem pacientům. Také se zde používá modernější metoda jako je tejpování a nejen zad a končetin, ale i těch pahýlů, někteří pacienti ocení i pěknou barvu tejpu.“* Sestra 3 a 4 *„Já přinesu led, třeba si popovídáme, ale tím moje úloha v nefarmakologických postupech skončila.“* Pro přehlednost jsou užívané postupy uvedeny v grafu číslo 1. V postupech alternativních se názory sester rozhodně liší. Alternativní postupy se běžně nedoporučují, pouze při projevení zájmu pacienta, (sestra 1) *„myslím, že to není v našich pravomocích“* sestra 2 si myslí, že *„je to o přístupu k pacientovi o naší ochotě, času, znalostech a pak nakonec je to na pacientovi“*. Sestry 3 a 4 se shodují na tom, že by na jejich pracovišti musel být nějaký člověk, který by měl znalosti o veškerých alternativních metodách. Rozhodně jsem měla z jejich odpovědí pocit,

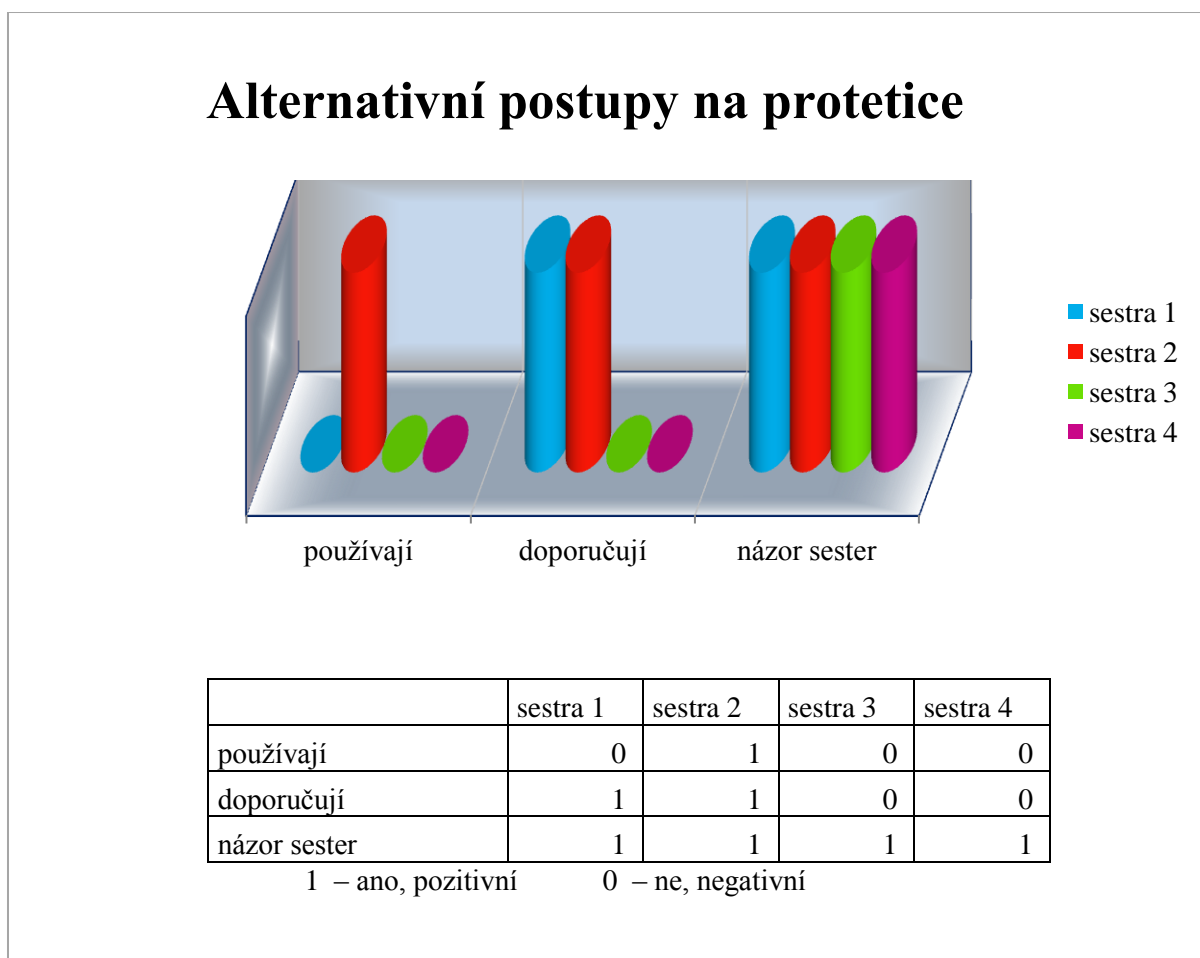
že jsou otevřeny k těmto postupům jen nemají tolik znalostí o těchto metodách. Rozhodně existuje způsob jak při zájmu pacienta doporučit podle sestry 3 „*Já můžu odkázat pacienta, který by projevil zájem na lékaře a nebo sehnat nějakou literaturu, letáček pokud nějaký existuje a nebo tak*“. Používání, doporučování a názor sester na alternativní postupy jsem znázornila v jednoduchém grafu číslo 2, který nám usnadní porovnání s ostatními odděleními. Na postupy k odpoutávání pozornosti sestry odpovídaly, že pouští pacientům televizi, sami pacienti mají svoji různou moderní elektroniku, která splní svůj úkol. Zabaví a odvede pozornost. K dispozici je pro pacienty i terasa, kam mohou jít s rodinou nebo si povídat jen s ostatními pacienty. Mezi režimová opatření, na kterých se shodly sestry 1, 2 a 3 rozhodně patří cvičit a rehabilitovat. Sestra 4 preferuje „*klid na lůžku, žádné rychlé vstávání z postele a pomalé pohyby*“.

Graf č. 1 - Užívané nefarmakologické postupy na protetice



Tento jednoduchý graf znázorňuje nefarmakologické postupy, které čtyři dotazované sestry uvedly v rozhovoru, že se používají na protetice.

Graf č. 2 - Alternativní postupy na protetice



Graf nám znázorňuje otevřený a pozitivní názor který projevily všechny čtyři dotazované sestry k alternativním postupům na protetickém oddělení. Pouze jedna sestry ze čtyř dotazovaných odpověděla, že používá alternativní postupy. A polovina sester ze čtyř dotazovaných odpověděla, že alternativní postupy doporučuje.

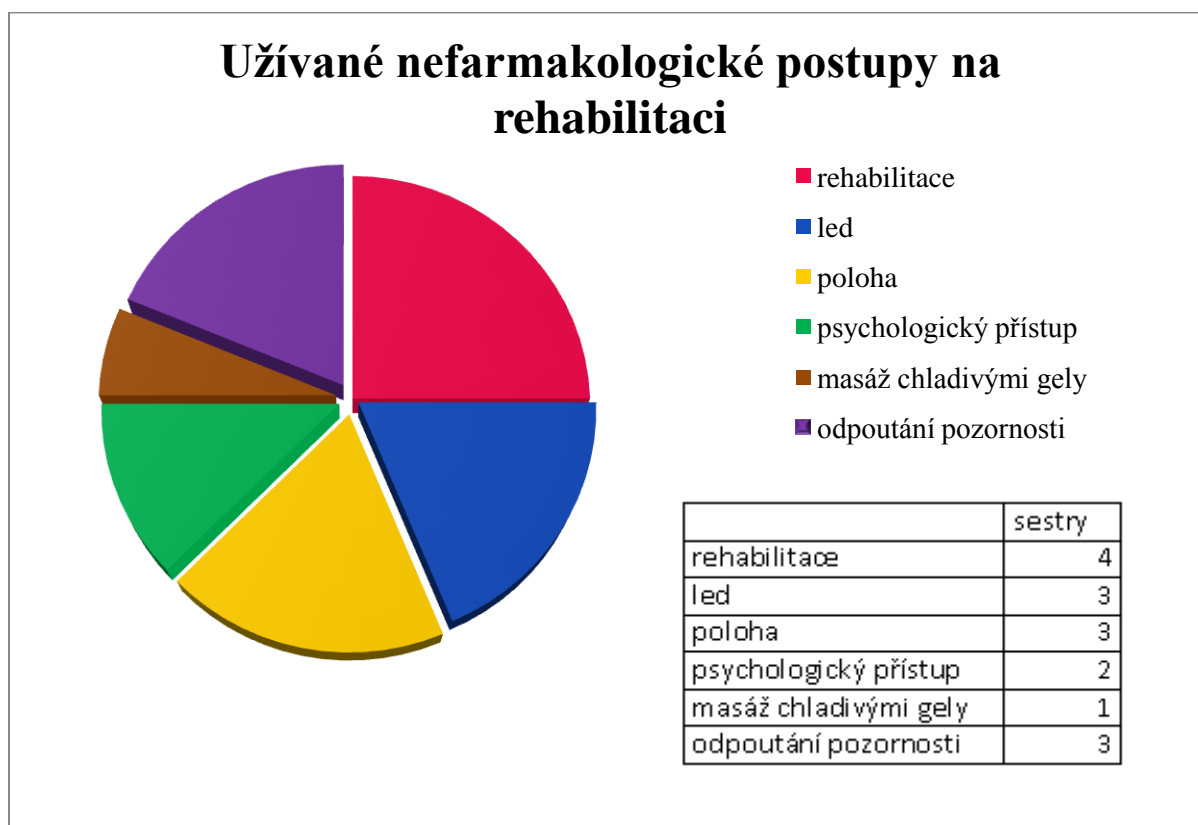
6.2 Shrnutí rozhovorů sester z rehabilitace

Nejčastěji ošetřovaní pacienti na rehabilitaci jsou s chronickými bolestmi zad, ale i s akutními bolestmi zad a pak jsou zde pacienti s pooperačními bolestmi a poúrazovými bolestmi. O bolesti všechny sestry získávají informace od pacienta, sestra 8 využívá *„u starších pacientů se ptáme ještě na doplnění příbuzných“*. Na otázku, na které oblasti se při sběru informací o bolesti zaměřujete, odpověděly skoro jednohlasně, že zjišťují jen intenzitu podle škály v ošetřovatelském spise. Ale nijak ji nevyhodnocují, zapíší číslo do dokumentace a veškeré ostatní informace o bolesti si zjišťuje sám lékař. Podle sestry 5 a 6 se podrobněji dotazují na bolest mimo lékaře ještě fyzioterapeuti. Správně sestry uvedly, co všechno objektivně sledují na pacientovi. Fyziologické funkce, neverbální projevy pacienta, sledují, jak se pohybuje a chování. Navíc sestra 7 uvedla *„pak ještě kouknu třeba po podání analgetik, zda nemá pacient nějaké nežádoucí reakce“*. Zhodnocení bolesti se podle sester na rehabilitaci koná vždy při příjmu. Pak každý den při rozdávání léků, to znamená třikrát za den se sestra ptá na bolest. Každá ze sester rovněž dodává, že zhodnocení bolesti také probíhá každý den u vizity, lékařem. Vyhodnocení úspěšnosti nebo neúspěšnosti léčby sestry přisuzují lékaři, ale podle nich je zde právě důležitá mezioborová spolupráce. Podle záznamů sestry v dokumentaci lze zhodnotit, zda bolest ustupuje a nebo nikoli, dále podle sestry 8 *i fyzioterapeut, zhodnocuje svoje techniky a nakonec lékař vše shrne a udělá závěr“*, sestra 5 říká, že *„někdy i na popud sestry lékař doporučuje“*, nebo podle sestry 7 navrhuje *„nějaké pokračování v léčbě bolesti. Následnou péči, lázně, rehabilitační ústav, ambulanci bolesti. Nikdy nenecháme toho pacienta s bolestmi“*. Co se týká komunikace mezi sestrou a pacientem s bolestí opět všechny sestry vyjádřily stejný názor, že z jejich strany cítí, možný problém v nedostatku času, ale ze strany pacientů je problém v tom, že se jim pacienti často nesvěřují s bolestmi. Spíše svěří informace o bolesti fyzioterapeutům, protože podle sestry 5 *„s nimi tráví více času při cvičení“* a sestra 8 vidí důvod v tom, že *„ti jim od bolesti mohou pomoci i jinak než podáním analgetika“*. Sestra 8 uvádí, že *„žádnou zábranu necítí“*, ale přesto, že nezapomíná *„na empatii, zdvořilost a pochopení“* projevila názor, že *„s některými staršími pacienty to bývá velmi těžké“*. Zábranu nebo překážku v komunikaci cítí sestra 5 *„u sebe v tom, když má pacient třeba diagnostikovanou rakovinu a jak s tím pracovat někdo o tom chce mluvit a někdo o tom mluvit nechce. Nebo šikovně zjistit jak ho to bolí. Problém vidím v tom, když se mě pacient ptá proč, ho to bolí a já pořádně nevím co odpovědět a raději ho odkážu na lékaře. Nebo třeba u pacienta, který má veškerá vyšetření v pořádku a nikde není žádný problém, ale on má přesto bolesti“*. Zkušenost sestry

7 vypovídá o problému ze strany pacienta nebo „spíš možná nedorozumění, jako, že nám pacient neřekne, že si bere svoje léky na bolest a my mu k tomu dáváme naordinované od lékaře (nevědomě)...Nemyslím si, že by to dělali kvůli tomu, že by sestřám třeba nevěřili, ale spíš, že si myslí, že to zvládnou sami“. Velkým pozitivem v komunikaci cítí sestra 7 v tom, že „funguje velmi dobře komunikace na oddělení mezi personálem“. S tím rozhodně úzce souvisí i zapisování informací do dokumentace. Každá z čtyř dotazovaných sester rehabilitačního oddělení odpověděla, že zapisují vše, tak jak uvedl pacient, zapisují podané i nepodané léky a jak velmi pěkně vyjádřila sestra 8 „je to velmi důležité, protože s dokumentací pracuje rovněž lékař, aby věděl, jak se bolest vyvíjí nebo zda ustupuje“. Sestry vyjádřily velmi rozdílný názor na otázku o zapojování rodiny do managementu bolesti. Sestra 7 a 8 odvětily, že ony nezapojují jen lékaře. A podle sestry 8 se rodina se zapojuje jen v případě „nespolupráci pacienta, nebo zjištění závažné diagnózy“. Opačný postoj mají sestry 5 a 6, které vypověděly, že zapojují rodinu u pacientů s dlouhodobými chronickými bolestmi. Nejvyužívanější metodou k tišení bolesti je podle sester podávání analgetik. Žádná konkrétní analgetika nepreferují, spíše preferují analgetika v tabletách. Farmakologickou léčbu doplňují rehabilitační, ale dle výpovědi sester není tato léčba v jejich pravomocích. Léčbu různými druhy procedur předepíše lékař a vykonávají ji fyzioterapeuti. K nefarmakologickým postupům se vyjádřila sestra 6 „Já jako sestra komunikuju s pacientem během výkonů, dávám mu led, sem tam doporučím třeba zvýšenou polohu pro končetinu. Podávám pacientovi dostatek informací, protože to udělá hodně. Nejistota u pacienta rozhodně nepřilepší, je třeba všechno pacientovi pěkně vysvětlit. Zmírníme tím strach a povzbudíme pacienta“. Doporučení polohy a podávání ledu uvedly také sestry 7 a 5, která ještě navíc uvedla, že „možná tak při ranní hygieně provedu namazání zad lehká masáž těmi větrovými chladivými gely....na pacienty také platí zklidňující slovo a pochopení. Občas využíváme i psychologa, kterého doporučuje lékař při dlouhotrvající bolesti, ale většinou na impuls sestry. My pozorujeme toho pacienta a popíšeme, jak se nám jeví a dáme impuls, nebo se jednoduše s lékařem domluvíme a sdělíme mu náš názor“. Nefarmakologické postupy užívané na rehabilitačním oddělení, které uvedly sestry je přehledně znázorněné v grafu číslo 3. Na alternativních postupech tišení bolesti se sestry opět shodly, nedoporučují a ani nepoužívají. Sestra 7 vypověděla „víte, ale já myslím, že ne všichni pacienti na tento druh léčby věří. To už je pak věcí toho pacienta, buď se bude léčit podle toho, jak mu lékař řekne nebo si bude sám vyhledávat jiné postupy. Někdo na tyto postupy nevěří.“ Ale těší mě, že se k těmto postupům nestaví všechny stejně. Sestra 5 uvádí „některým třeba doporučuji konopné masti, mám s nimi vlastní dobrou zkušenost“, sestra

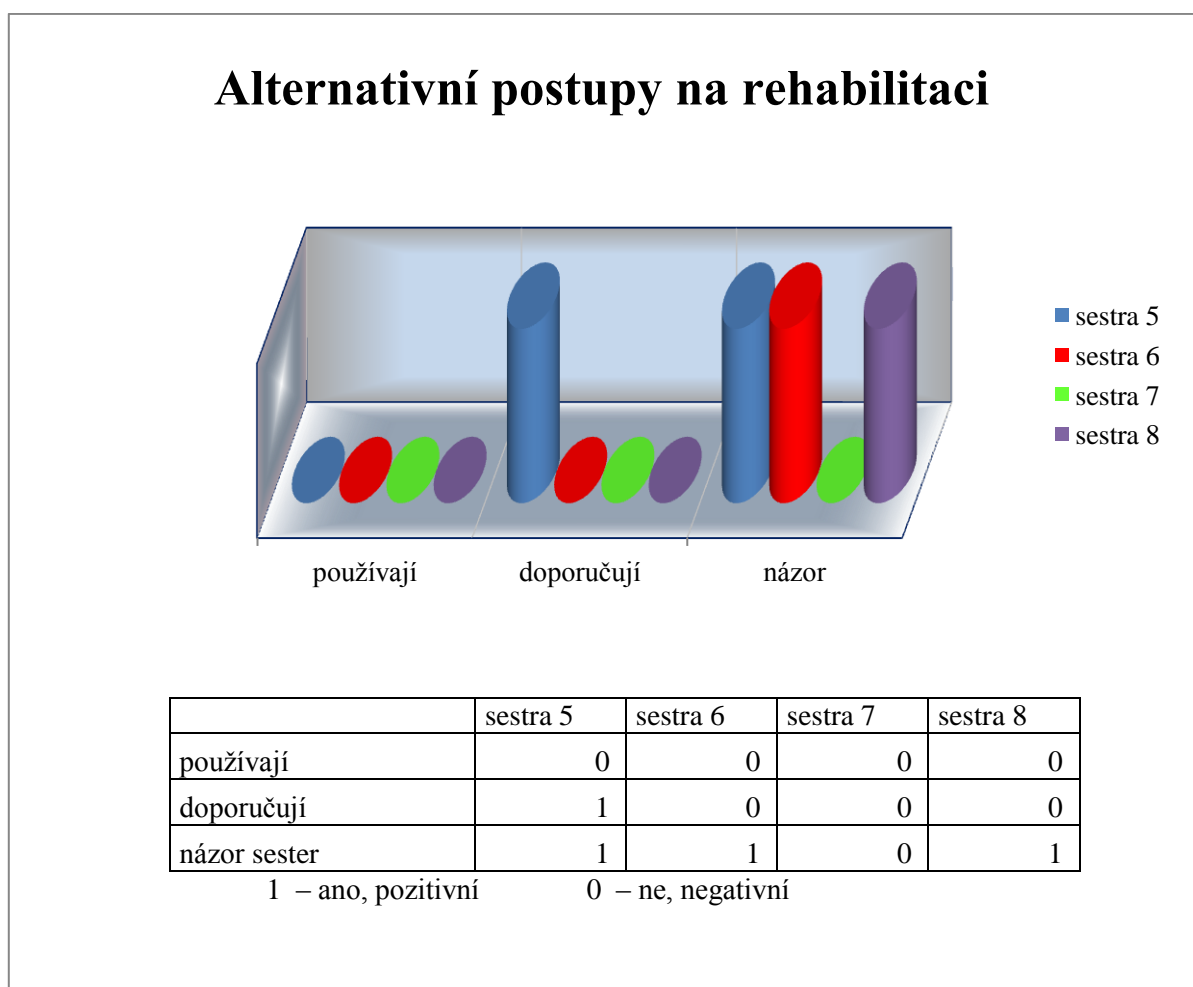
8 si myslí, že „to si dělají psychologové a nebo si to pacienti vyhledávají sami, když o to mají zájem a věří v to. Já nic nedoporučuji, moc toho neznám“. Doporučování a používání alternativních postupů sestrami z rehabilitace je znázorněno v grafu číslo 4, spolu s tím zda zastávají spíše pozitivní nebo negativní názor na tyto postupy. Nejčastější postup k odpoutání pozornosti od bolesti je televize, příbuzní a návštěvy pacientů, nebo například i ostatní pacienti. Na těchto postupech se shodly všechny sestry. Sestra 5, 6 a 7 se ještě zmínily, že v dopoledních hodinách mají cvičení a někdy je zaměstnají i ergoterapeuti a v odpoledních hodinách je mohou navštívit dobrovolníci, které zajišťuje sociální pracovník. Ti chodí k pacientům, které příbuzní navštěvují málo nebo vůbec. Vezmou je ven, nebo si s nimi povídají, hrají hry třeba i čtou. Je to nejen odpoutání pozornosti, ale i psychická podpora. Sestry na rehabilitaci hlavně pacientům podle odpovědí doporučují dodržovat léčebný režim. Mezi další režimová opatření, která sestry 5 a 6 doporučují, jsou úlevové polohy. Sestra 6 doporučuje i „zásady zdravého životního stylu“.

Graf č. 3 – Užívání nefarmakologických postupů na rehabilitaci



Graf vyobrazuje postupy užívané na rehabilitačním oddělení, jež nám v rozhovoru uvedly čtyři dotazované sestry.

Graf č. 4 - Alternativní postupy na rehabilitaci



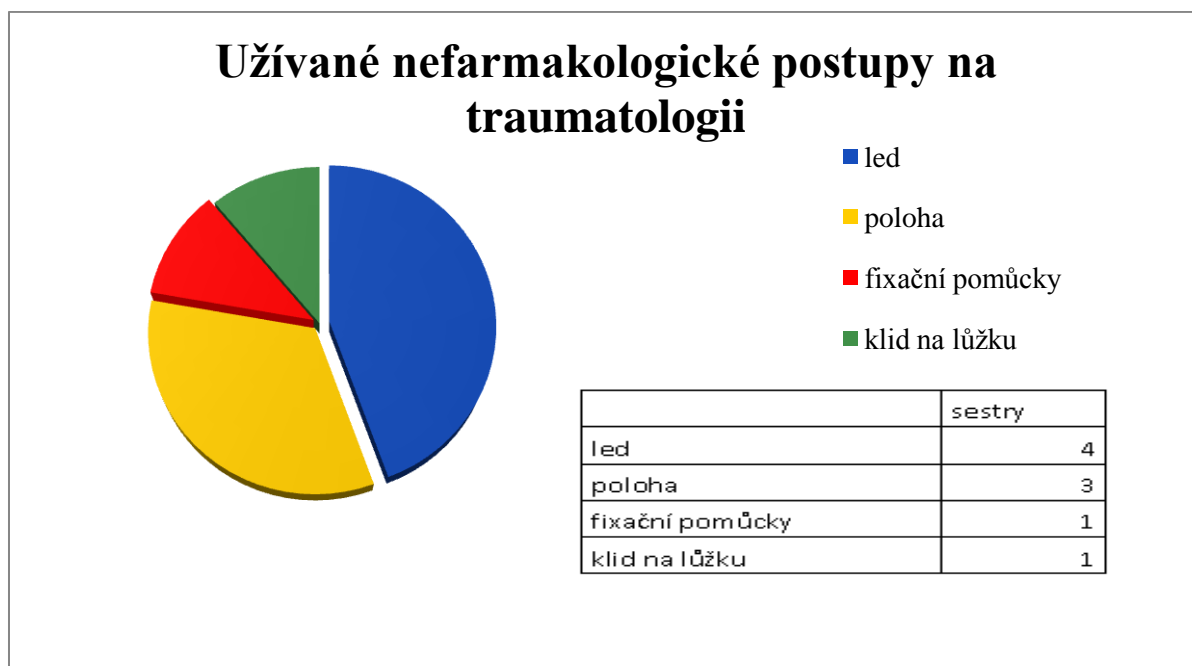
Tento graf znázorňuje, že žádná z dotazovaných sester nepoužívá alternativní postupy na oddělení rehabilitace. Na otázku, zda doporučují pacientům alternativní postupy, pouze jedna sestra odpověděla ano. Názor dotazovaných sester je převážně kladný, jen jedna sestra projevila negativní postoj k těmto postupům.

6.3 Shrnutí rozhovorů sester z traumatologie

Jednotně všechny čtyři sestry z traumatologie odpověděly, že na jejich oddělení jsou pacienti nejčastěji po úrazech různých druhů s akutními bolestmi. Informace o bolesti získávají od pacientů a sledují projevy bolesti. Rovněž se všechny zaměřují na intenzitu bolesti. Sestra 9 a 12 si ještě ověřují kde má pacient bolest, zatím co sestra 10 „*chci popsat od pacienta charakter bolesti*“. Na traumatologii sestry využívají škálu numerickou, která je uvedena v ošetřovatelském spise, je to stupnice od 1 do 10 uvedly shodně. Je však velmi zarážející, že na otázku jak ji vyhodnocujete sestry 9, 10 a 11 odpověděly, že když má pacient bolest podají mu analgetika. Sestra 12 uvedla „*To nevím já jen zapíšu do dokumentace to číslo, ale děláme to jen při příjmu. Během hospitalizace řeším, jestli bolest má a jestli chce podat nějaké analgetikum.*“ Objektivně na pacientovi s bolestí všechny sledují fyziologické funkce, polohu pacienta a neverbální projevy. Sestra 9 navíc „*sledujeme chování, otoky a prokrvení končetin*“, sestry 11 ještě mimo uvedených sleduje „*třeba operační ránu nebo to dané zranění...Kontrolujeme tak, jestli má správně nandanou ortézu, nebo netlačí někde sádru. Někdy je třeba příčinou bolesti málo nebo špatně vystlaná sádru vatou, která tlačí nebo je moc utáhnuta a mým úkolem je to kontrolovat, zjistit včas a vyřešit.*“ Zhodnocení bolesti na pracovišti traumatologie funguje podle všech sestřiček „*pořád*“. Nejčastěji se bolest zhodnocuje při rozdávání léků, jak uvádí sestry 10, 11 a 12. Sestra 9 „*kdykoli vlezou na pokoj. Jsme domluvený kdykoli to začíná bolest tak si pacient zazvoní a my jdeme aplikovat analgetikum*“. Léčbu bolesti sestry sledují každý den a úspěšnou léčbu bolesti sestry 9 a 10 považují ústup bolesti, sestry 11 a 12 vidí úspěch ve snižování či nepodávání analgetik. Na otázku, jestli mají nějakou zábranu nebo cítí překážku v komunikaci, reagovaly sestry velmi jistě a všechny odpověděly, že u nich na pracovišti nemají, žádné zábrany ani necítí žádné překážky v komunikaci s pacientem s bolestí. Sestra 9 vidí problém spíše na straně pacienta „*Záleží na typu pacienta, na tom člověku a jeho chování*“. Sestra 12 „*překážky mohou být třeba, že má pacient velké bolesti a nechce se bavit, tak mu dám něco na bolest počkám až bolest poleví a pak si teprve s pacientem povídám. Nic co by se nedalo vyřešit*“. Sestra 10 „*Dle mého názoru, pokud má sestra zájem o toho pacienta a o jeho problémy, tak žádné problémy v komunikaci nejsou. Jediným možným problémem by mohlo být, že neznám cizí jazyk a u cizinců, bych se domlouvala jen nohama, rukama a možná za pomoci obrázků*“. Podle výpovědí sester vedou ošetřovatelskou dokumentaci velmi pečlivě, sestry 11 uvádí, že „*zapisuji úplně všechno, protože je třeba, aby měl přehled lékař co se dělo a také ostatní kolegové*“, všechny sestry shodně uvádí, že zapisují všechno, když zjistí bolest, kdy a jaká

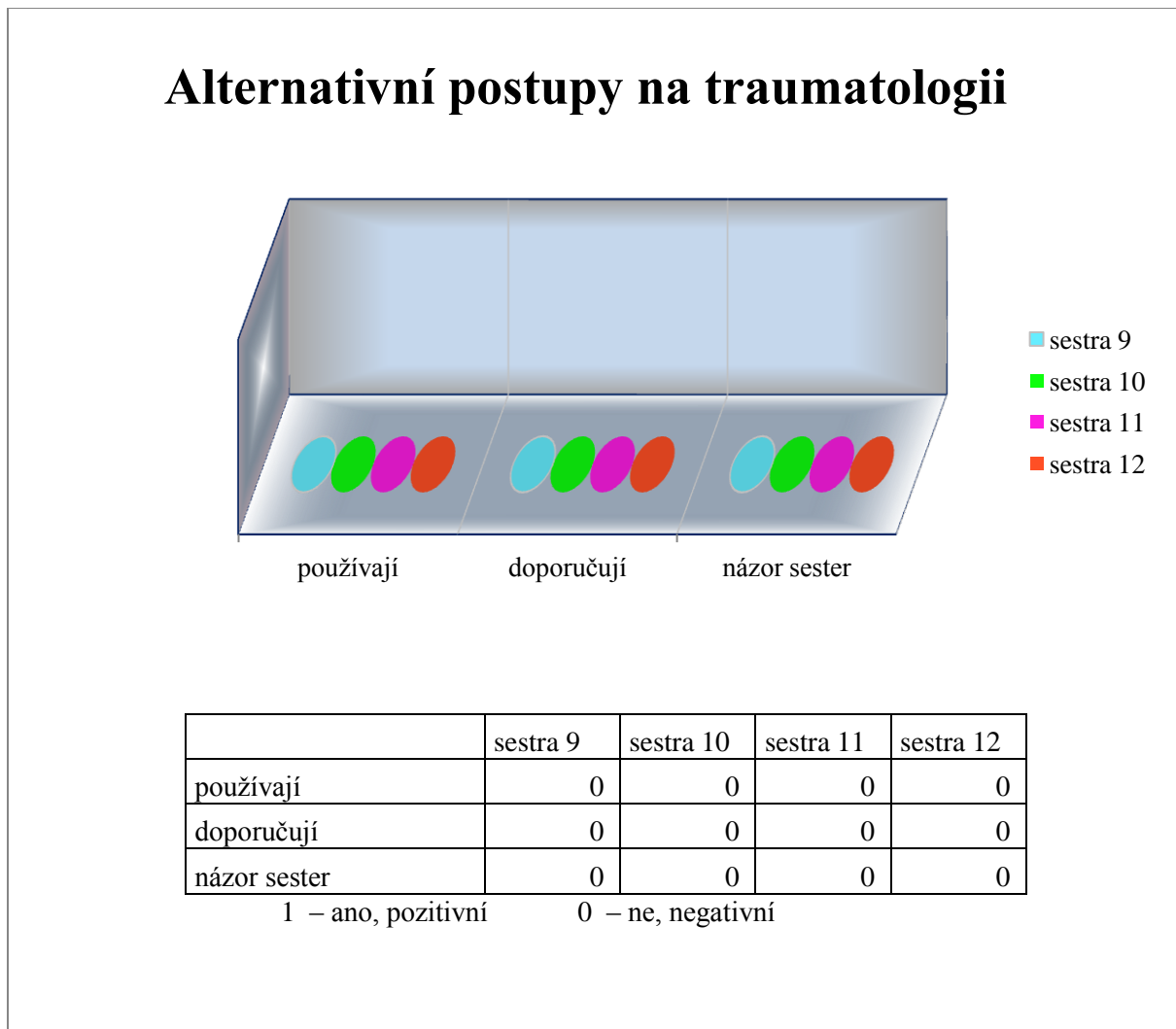
podají analgetika a i podle sestry 10 „*následné zhodnocení, zda to zabralo. Zapisuji i to, když mi pacient řekne, že bolest nemá*“. Zapojením rodiny do managementu bolesti je spíše ojedinělou záležitostí, podle výpovědí tří sester pouze ve vážných případech. Sestra 9 má jinou zkušenost „*Někdy se stává, že zapojujeme v případě, že je špatná komunikace s tím pacientem. Nebo spíš, je to tak že se zapojí sami. Pacienti si postěžují třeba po telefonu, nebo když přijdou na návštěvu, že je to bolí a tak. Rodina pak jde nebo volá nám a ptá se, proč jim nedáme nic na bolest. A my pak jdeme za tím pacientem a on nám řekne, že to ani není, tak hrozné a nechce nic na bolest. Ale ti pacienti to kolikrát tak nemyslí, nebo nemají, až takové bolesti jen před tou rodinou trochu přehánějí*“. Co se týká nejčastější metody pro léčbu a tišení bolesti je to rozhodně farmakologická léčba, kterou jednoznačně uvedly všechny čtyři sestry. Z léků nejčastěji podávaných jsou to Veral, Dolmina, Novalgin, Paralen a dle sester se kombinují dle ordinace lékaře. Z opiátů je často podáván Morphin. Volbou nefarmakologických postupů je ledování a sestra 9, 10 a 12 také uvádějí vhodnou polohu, kterou sestra doporučí nebo pomůže pacientovi zaujmout. Sestra 11 uvádí i některé druhy fixace a zmiňuje také lokální anestezii, která umožní pacientovi vydržet bez bolesti i 24 hodin. Žádné jiné techniky ani metody nefarmakologického tišení bolesti nevyužívají. Pro zpřehlednění a lepší orientaci při porovnávání s ostatními odděleními jsou postupy, které sestry uvedly zobrazeny v grafu číslo 5. Na otázku používání, nebo případně doporučování alternativních postupů reagovaly dost negativně. Všechny do jedné odpověděly, že jsme na traumatologii, kde mají pacienty po úrazech s akutní bolestí a podle sestry 9 „*na něco takového nemám čas a nevěřím na to a myslím, že by to ani těm pacientům nepomohlo*“ a tento názor sdílí i sestra 10, 11 i 12. V grafu číslo 6 jsou vyobrazeny odpovědi jednotlivých sester na používání, doporučování nebo názor, jež zastávají v používání alternativních postupů u pacientů s bolestmi. Rovněž sestry projevily stejný názor na otázku odpoutávání pozornosti od bolesti. Negativně odpověděly, že to nedělají, protože od akutní bolesti se pozornost neodvede. Pouštění televize uvedly všechny čtyři, ale sestra 12 to doplnila „*nebo mají svoji elektroniku třeba chytré mobily a notebooky. Jen to neděláme jako záměr odpoutání pozornosti, ale aby se nenudily*“, sestry 9 a 11 dodaly, že za pacienty chodí a chvíli si s nimi povídají, věřím, že i ta malá chvílka pacientovi pomůže. Sestra 9 a 10 se snaží dávat pacienty přibližně stejného ročníku na pokoje, hlavně aby nebyli sami. I povídání mezi pacienty může odvést jejich pozornost. Režimové opatření sestry používají. Doporučují pacientům klidový režim na lůžku, nosit fixační a kompenzační pomůcky.

Graf č. 5 - Užívané nefarmakologické postupy na traumatologii



V tomto grafu jsou znázorněny odpovědi nefarmakologických postupů, které uvedly čtyři dotazované sestry z traumatologického oddělení.

Graf č. 6 - Alternativní postupy na traumatologii



Jak je vidět na tomto grafu, ani jedna ze čtyř dotazovaných sester na traumatologii, nepoužívá ani nedoporučuje žádné alternativní postupy. Názor těchto čtyř sester je stejný a negativně směřovaný.

7 DISKUZE

Praktická část diplomové práce se zabývala některými částmi ošetrovatelského procesu. Zaměřovala se zejména na to, zda existují rozdíly v posuzování bolesti mezi akutní a chronickou bolestí. Jestli mají sestry nějaké problémy v komunikaci s pacientem s bolestí. Dále jsme v rámci praktické části zjišťovaly, jakým způsobem se podílí sestra na tišení bolesti nefarmakologickými postupy. A v neposlední řadě jsme se snažily odhalit, jak sestry v praxi nakládají s informacemi o bolesti.

Šetření probíhalo formou přátelského rozhovoru se sestrami, kterého se zcela dobrovolně zúčastnilo 12 sester. Sestry byly vybrány podle kritérií, která jsme si dopředu stanovily. Vybrány byly sestry z tří předem určených oddělení, která jsou traumatologie, rehabilitace, protetika. Dalším kritériem byla délka praxe sestry na daném oddělení, stanovena na minimálně 2 roky. S tímto výběrem nám pomohly vrchní sestry, které rovněž zařídily předem domluvenou schůzku na určený čas a hodinu. To bylo z důvodu, klidného průběhu rozhovoru. Rozhovor se skládal z 15 otázek.

První otázka se týkala daného oddělení a jejich nejčastější typ bolesti u pacientů. Touto otázkou jsme si jen chtěly ověřit vhodnost výběru daných oddělení a splnění kritéria pro porovnávání ošetrovatelské péče u akutní a chronické bolesti.

S první výzkumnou otázkou souvisely otázky 2, 3, 4, 12 a 15 z rozhovoru, který byl zaměřen na některé fáze ošetrovatelského procesu na odběr ošetrovatelské anamnézy používání škál v praxi a vyhodnocení u pacienta s bolestí. *Existuje rozdíl v posuzování bolesti sestrou mezi jednotlivými pracovišti?*

Z rozhovorů na první pohled moc rozdílů nevidíme, sestry získají informace od pacienta rozhovorem. Zarážejícím zjištěním bylo, že na všech třech odděleních se používá pouze jedna jediná škála pro zhodnocení bolesti. Bez rozdílu akutní, nebo chronické bolesti využívají sestry jen škálu s číselným ohodnocením intenzity bolesti, jež mají uvedenou v ošetrovatelském spise. Rozdíl můžeme vidět v oblastech, na které se sestry zaměřují při zjišťování informací o bolesti. Záleží na tom jakou má pacient diagnózu a podle toho, sestry směřují otázky.

Podle Fricové, která v článku uvádí, že se běžně v praxi používají škály jako dotazník McGillovy univerzity v krátké verzi. Dále uvádí, že ke zjištění intenzity bolesti se využívají v praxi nejčastěji škály číselné nebo grafické. (online, cit. 2015-02-18) Naše výzkumné šetření zjistilo, že se dotazník McGillovy univerzity ani jiný na zkoumaných odděleních nepoužívají. Naopak potvrzuje nejvyužívanější škálu numerickou ke zjištění intenzity bolesti.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem s bolestí. Na toto téma se z rozhovoru zaměřují otázky 5, 10, částečně i 2. *Mají sestry z daných typů pracovišť nějaké problémy v komunikaci s pacientem s bolestí?*

Sestry z protetiky jednohlasně projevily názor, že žádné problémy v komunikaci nemají. Podle sestry 3 mají sestry s pacienty „*otevřený a přátelský vztah*“. Zacharová a kol. v odborné literatuře uvádí, že sestra je neustále v kontaktu s pacientem je jakýmsi prostředníkem mezi pacientem s lékařem. Právě správnou komunikací lze zabránit konfliktům nedorozuměním a například také nespolupráci pacienta. Rovněž správnou komunikací lze ovlivnit i terapii a průběh nemoci. (2011, s. 242)

Sestry na traumatologickém oddělení projevily názor, že když mají nějaký problém v komunikaci, je na straně pacienta. Podle sestry 9 „*záleží na typu pacienta, na tom člověku a jeho chování*“. Sestra 12 uvádí „*Překážky mohou být třeba, že má pacient velké bolesti a nechce se bavit, tak mu dám něco na bolest počkám až bolest poleví a pak si teprve s pacientem povídám. Nic co by se nedalo vyřešit*“.

Na rehabilitačním oddělení sestry uvedly, že z jejich strany je problém v nedostatku času na pacienta. Sestra 5 se nám svěřila, že vidí problém „*když má pacient třeba diagnostikovanou rakovinu a jak s tím pracovat někdo o tom chce mluvit a někdo o tom mluvit nechce. Nebo šikovně zjistit jak ho to bolí. Problém vidím v tom, když se mě pacient ptá proč, ho to bolí a já pořádně nevím co odpovědět a raději ho odkážu na lékaře. Nebo třeba u pacienta, který má veškerá vyšetření v pořádku a nikde není žádný problém, ale on má přesto bolesti*“. Ze strany pacientů, sestry trochu mrzí, že se pacienti více svěřují fyzioterapeutkám než jim. Důvod vidí v tom, že „*s nimi tráví více času při cvičení*“ (sestra 5) a také, že „*ti jim od bolesti mohou pomoci i jinak než podáním analgetika*“ (sestra 8). Jiný problém „*spíš možná nedorozumění, jako, že nám pacient neřekne, že si bere svoje léky na bolest a my mu k tomu dáváme naordinované od lékaře (nevědomě)...Nemyslím si, že by to dělali kvůli tomu, že by sestrám třeba nevěřili, ale spíš, že si myslí, že to zvládnou sami*“ (sestra 7). Toto chování ze strany pacientů může být způsobeno podle Janáčkové jeho reakcí na bolest. Bolest u pacientů způsobuje mimo jiné i změny v chování. Člověk s bolestí soustřeďuje svou pozornost hlavně k bolesti. (2007, s. 54 – 57) Pozitivním zjištěním bylo, že sestry nemají žádné problémy v komunikaci s pacienty s bolestí a pokud se přece jen nějaké problémy objeví umí je většinou efektivně odstranit.

Třetí výzkumná otázka byla orientovaná na způsob nakládání s informacemi o bolesti. Pro tento okruh jsme zahrnuly do rozhovoru otázky 6, 12 a částečně 3. *Jak sestry v praxi nakládají se zjištěnými informacemi o bolesti na daných odděleních. Povinnost*

vedení zdravotnické dokumentace je ošetřeno ve vyhlášce č. 89/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. V každé nemocnici je rovněž zaveden standard o vedení dokumentace, ale přes to nás zajímalo, které informace se v praxi zapisují. Z odpovědí sester jsme byly mile překvapené na všech třech odděleních sestry shodně uvedly, že veškeré informace pečlivě zapisují do dokumentace a jsou seznámeny s důležitostí zápisu v dokumentaci. To potvrzují i výroky: „*Do dokumentace jako sestra zaznamenávám úplně všechno. Je to velmi důležité, protože s dokumentací pracuje rovněž lékař, aby věděl, jak se bolest vyvíjí nebo zda ustupuje*“ (sestra 8), „*Já jako sestra zapisuji úplně všechno, protože je třeba, aby měl přehled lékař co se dělo a také ostatní kolegové*“ (sestra 11). Nahlédnutím do ošetrovatelské dokumentace jsme si mohly potvrdit, že sestry předávají informace o bolesti pečlivě.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na nefarmakologické postupy užívané na vybraných odděleních, zda sestry doporučují nějaké postupy a jaký je jich osobní názor. *Jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti na vybraných odděleních?*

Z našeho výzkumného šetření dále jednoznačně vyplývá, že čím akutnější oddělení, tím se méně, nebo vůbec používají nefarmakologické postupy. To dokazuje i fakt, že traumatologie jako oddělení s pacienty, kteří mají akutní bolesti užívají hlavně farmakologickou léčbu. Z grafů číslo 1, 3 a 5 jednoznačně vyplývá, že traumatologie využívá minimum nefarmakologických postupů. Podle názorů sester by alternativní postupy pacientovi s akutní bolestí nepomohly. „*Alternativy rozhodně nedoporučujeme. Takové postupy by rozhodně pacientovi s akutní bolestí nepomohly*“ (sestra 11). „*Ty by pacientům u nás s akutní bolestí po úraze nezabraly na bolest. Takže je ani nedoporučujeme*“ (sestra 12).

Kdežto rehabilitační a protetické oddělení nemá jen akutní pacienty, ale někdy převažují i chronické bolesti a proto je nedílnou součástí užívání analgetik také rehabilitační léčba pod vedením fyzioterapeutů a psychologický přístup k pacientům. Sestry z protetiky projevíly jednoznačně snahu. A sice, že pokud bude mít pacient zájem o jiné nefarmakologické postupy, není problém o tom s pacienty mluvit „*Já můžu odkázat pacienta, který by projevil zájem na lékaře a nebo sehnat nějakou literaturu, letáček pokud nějaký existuje a nebo tak*“ (sestra 3). Z toho vyplývá, že čím méně akutní oddělení tím jsou sestry k takovýmto postupům, více otevřenější. Což jednoznačně potvrzují i grafy 2, 4 a 6. Zemanová, Zoubková rozhodně doporučují kombinovat nefarmakologické postupy s farmaky, protože výhodou může být snižování dávek analgetik. (2012, s. 41)

Na protetice a rehabilitaci sestry během rozhovorů narazily na problém znalosti a kompetencí v případě alternativních metod. „*Abychom mohli doporučovat nějaké alternativní metody na to by taky musela být nějaká cílená osoba, která bude mít nějaká školení a znalosti o daných metodách.*“(sestra 3), „*Já nic nedoporučuji, moc toho neznám*“ (sestra 8), „*myslím, že to není v našich pravomocích*“ (sestra 1). Toto váhání a neznalost sester je právě může vést k tomu, že žádné jiné, než zavedené postupy nedoporučují ani neprovozují v praxi. Podle vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může všeobecná sestra při poskytování péče nefarmakologickými postupy - polohovat pacienta, provádět dechová cvičení a bazální stimulaci to vše ve spolupráci s fyzioterapeutem. Další činností, kterou může sestra bez odborného dohledu nebo lékařské indikace je edukace a příprava informačních materiálů nejen pro pacienty, ale i pro příbuzné. (online, cit. 2014-12-22).

V praxi dle rozhovorů vyplývá, že funguje velmi dobře spolupráce mezi členy týmu a tak i sestry mohou vyjádřit svůj názor a lékař k němu může přihlédnout, důkazem toho může být výpověď některých sester *Aspoň, že funguje velmi dobře komunikace na oddělení mezi personálem.*“(sestra 7), „*občas využíváme i psychologa, kterého doporučuje lékař při dlouhotrvající bolesti, ale většinou na impuls sestry. My pozorujeme toho pacienta a popíšeme, jak se nám jeví a dáme impuls nebo se jednoduše s lékařem domluvíme a sdělíme mu náš názor.*“(sestra 5)

Často řešeným tématem bývají kompetence sester a jejich porušování. Od roku 2011 je diskutovaným tématem návrh na zvýšení kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků v popředí jsou hlavně sestry. Sestry jsou vzdělanější, po střední škole absolvují vysoké školy a dle našeho názoru by měly mít tedy i odpovídající kompetence a náležité peněžní ohodnocení. Co se týká kompetencí, jednalo se hlavně o podávání volně dostupných léků. Návrhem by mohlo být i rozšíření kompetencí a to na doporučování některých z nefarmakologických postupů. Rozhodně by stálo alespoň za zjištění, zda by o to sestry měly zájem. Mnoho odborných publikací představuje novinky v léčbě bolesti, ale většinou jsou to novinky ve farmakoterapii a způsobu jejich aplikace, což je pro lidi s bolestmi a pro celou medicínu krokem kupředu. Méně často ale slýcháme nebo čteme o pokrocích v nefarmakologických postupech. A to by se mohlo změnit. Křížová ve své monografii píše, že alternativní medicínu nelze přehlížet ani odstranit a proto se diskutuje jak alternativní medicínu spíše dostat pod kontrolu. Řídit ji a zároveň spojit s moderní medicínou, aby byla co nejvíce prospěšná a uznávaná. (2015, s. 10)

Výstupem diplomové práce je zhodnocení zdravotnického zařízení, ve kterém bylo provedeno výzkumné šetření.

Vizí společnosti Krajská zdravotní a.s je: „*Chceme být moderní, stabilní a vyhledávanou zdravotnickou firmou, umožňující kontinuální rozšiřování znalostí a dovedností svých pracovníků.*“ (Krajská zdravotní a.s., online, cit. 2015-02-24) A přesně to je v plánu managementu bolesti. Navázáním spolupráce s čínskými lékaři, kteří zde v nemocničním zařízení budou předávat své zkušenosti místním kolegům z čínské medicíny. Dle našeho názoru je to výborný posun v poskytování i nefarmakologických postupů.

V nemocnici funguje ambulance bolesti pod vedením Mudr. Aleše Prokopa. Ambulance je nová pěkně vybavená, ale čekárna je strohá chudá a mimo barevných laviček, dle našeho názoru nepůsobí zrovna pozitivně. Chybí zde letáčky, noviny, zajímavé a nové plakáty nástěnky s kontakty a postery s danou tematikou. Pak doktor je velice schopný a pacienti si ho chválí. Je empatický, používá psychologický přístup, umí s pacienty navázat velmi dobrý vztah, zajímá se o psychickou stránku člověka, rodinný život i ekonomickou situaci. Ale při slově alternativní medicína a jiné postupy v léčbě bolesti reaguje spíše negativně a nic takového pacientům nedoporučuje. To je velká škoda, protože právě sestry a lékaři z oddělení spoléhají na to, že když doporučí pacienta na ambulanci bolesti právě tam vyzkouší lékař všechny dostupné tím pádem i nefarmakologické postupy.

Není zrovna jednoduché do takto velké, fungující a zavedené nemocnice přinášet nějaká nová doporučení. Na stránkách Masarykovy nemocnice je volně ke stažení brožura, jejímž obsahem jsou informace pro pacienty v léčbě akutní bolesti. Naším návrhem na zlepšení by mohlo být rozšíření brožury pro pacienty o nefarmakologické postupy v léčbě chronické bolesti. Dovolujeme si tvrdit, že snižování a tlumení bolesti patří mezi nejdůležitější a velmi významné činnosti zdravotnických pracovníků. A vzhledem k omezeným kompetencím mohou sestry edukovat a informovat o existenci jiných postupů než jsou farmaka, ale problémem může být nedostatek informací, který některé sestry vyjádřily při rozhovoru. Jednou z cest informovat pacienty může být poskytnutí již zmíněné brožury. Jedním z dalších možných návrhů by mohl být publikován například článek v odborném časopise, který je určen přímo sestřám. Nebo by bylo možné zařadit článek do časopisu, který je vydáván přímo nemocnicí. Časopis „Infolisty“, který je vydáván Krajskou zdravotní a.s. je určený pacientům i zaměstnancům. Dále pak zlepšení vědomostní vybavenosti zdravotnických pracovníků v oblasti nefarmakologických přístupů. Návrh by mohl být uspořádání semináře pro sestry v rámci spolupráce nemocnice s čínskými lékaři, kteří by mohli předat i některé informace o postupech zdravotnickým pracovníkům. Velkým

pozitivem by mohlo být zařazení do semináře i seznámení s postupy lékařů z oboru psychologie, psychiatrie a objasnit důležitost spolupráce u nemocných s bolestmi. Jedním z hostů by mohl být i léčitel, nebo chiropraktik. Návrh na seminář je uveden v příloze 9. Navázání těchto kontaktů by bylo velkým přínosem pro léčbu bolesti v kombinaci s nefarmakologickými postupy. Tímto se nabízí ještě jedno řešení, které bychom mohly nemocnici navrhnout. Tím je rozšířit ambulanci bolesti o část, která by se mohla zabývat právě již zmiňovanými nefarmakologickými postupy.

Výsledky a zjištěné informace z našeho výzkumného šetření budou v dubnu / 2015 prezentovány na setkání vrchních sester Masarykovy nemocnice, kde budou mimo jiné podány i návrhy na zlepšení a v rámci diskuse se mohou vyjádřit i vrchní sestry. Návrh na prezentování výsledků je uveden v příloze 10.

Přesto, že je Krajská zdravotní a.s. Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice zaměřena na akutní péči, přebírá léčebnu dlouhodobě nemocných v Ryjčích, kde se nám otevírá velká možnost využití nefarmakologických postupů nejen v léčbě bolesti. Jedním z návrhů by mnoho být rozšíření dobrovolnického programu. Máme představu takovou, že by mohli dobrovolníci více navštěvovat pacienty rozšířit i návštěvu dobrovolníku na jiná pracoviště a jejich náplň práce rozšířit i například na provonění oddělení. Například jeden den v týdnu pořádat odpoledne s hudbou, kde si budou pacienti zpívat, poslouchat atd. Dalším návrhem je s dobrovolníky vymalovat pokoje, namalovat obrázky – vytvořit pozitivní a příjemné prostředí, které může mít pozitivní vliv na pacienta nejen s bolestmi. Sestry rozhodně nemají na takové vylepšování čas. Proto bychom mohly projednat tyto možnosti s koordinátorem dobrovolníků a s vedením nemocnice.

Pro pacienty, kteří leží v nemocnici by mohlo být příjemným odpoutáním pozornosti od nemoci i bolestí například přítomnost zvířete. Máme na mysli canisterapii, kterou bychom rády rozšířily z dětského oddělení i mezi dospělé a seniory.

Přítomnost canisterapeutického psa má za následek pozitivní psychické ovlivnění nemocných, motivace k pohybu, ke komunikaci a dokonce ke zlepšení nálady. (Canisterapie, online, cit. 2015-02-28)

ZÁVĚR

Při vypracování této diplomové práce jsme se snažily plně proniknout do problematiky bolesti a její zvládnání. Zvláště pak do ošetrovatelské péče, která je nedílnou součástí léčby. Díky této diplomové práci jsme si rozšířily a prohloubily své vědomosti v dané problematice nefarmakologických postupů zmírňování bolesti. Dozvěděly jsme se mnoho zajímavých informací a tím, že jsme měly možnost navštívit několik odborníků, okusily jsme některé postupy na vlastní kůži.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo porovnat rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s bolestí pohybového aparátu na traumatologii, rehabilitaci a protetice. Zaměřily jsme se převážně na posuzování bolesti a nakládání se zjištěnými informacemi, komunikaci a na nefarmakologické postupy. Vycházely jsme z výzkumného šetření, které probíhalo pomocí rozhovorů se sestrami. A obecně můžeme konstatovat, že existují rozdíly v ošetrovatelské péči u pacientů s akutní a s chronickou bolestí. Z výsledků vyplývá, že rozdíl je vidět při sběru informací. Na každém z oddělení se sestry zaměřují na jiné oblasti, dle diagnózy pacienta. Zjištěnou nedokonalostí v praxi je používání u pacientů s chronickou bolestí pouze jediné škály ke zhodnocení bolesti. Což může vést k nedostatku informací o bolesti a dobře víme, že dostatek informací o bolesti může ulehčit správné stanovení diagnózy a tím navázat na vhodnou léčbu bolesti. Doporučením pro sestry, které se setkávají s pacienty s chronickými bolestmi je využití i jiných škál než, kterou mají v ošetrovatelském spise, jako např.: interference bolesti s denními aktivitami, nebo dotazník McGillovy univerzity v krátké variantě, ze kterých je možné zjistit i jak bolest ovlivňuje kvalitu života. Možným řešením by bylo u pacientů s chronickými bolestmi zařadit tyto dvě škály do ošetrovatelské anamnézy.

Rozdíl mezi jednotlivými odděleními je i ve využívání a doporučování nefarmakologických postupů. Čím akutnější oddělení, tím méně postupů využívají. Méně akutní oddělení mají jiný postoj a názor na nefarmakologické postupy. Jsou mnohem otevřenější a některé sestry i projevily zájem o doporučení pacientům, ale zde jsme během rozhovorů narazily na problém. Sestry neznají moc nefarmakologických postupů, které by mohly doporučit bez indikace lékaře a váhají, zda jsou některé nefarmakologické postupy v jejich kompetencích.

Domníváme se tedy, že cíl, který jsme si na začátku stanovily „zjistit rozdíly“ jsme splnily. Během rozhovorů se sestrami jsme na několik problémů narazily a podáním návrhů na zlepšení, náš úkol nekončí naším cílem je něco opravdu změnit.

SEZNAM ZDROJŮ

1. Barevné stránky: *Léčení barvami* [online]. © 2014 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.barevnestranky.cz/leceni-barvami/>
2. Canisterapie: *Léčebné účinky canisterapie* [online]. 2009 - 2015 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>
3. Complementary Health Approaches for Chronic Pain In: *National Center for Complementary Integrative Health* [online]. Datum publikování 15.1.2015 [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <https://nccih.nih.gov/health/providers/digest/chronic-pain>
4. CVRČEK, Petr. Vliv chronické bolesti na kvalitu sexuálního života: *Bolest* [online]. 2014, roč. 17, č. 4, s. 154-158 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2014/04/vliv.pdf>
5. DEBEF, Jaroslav. *Aurikuloterapie v řádu a praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2011, 430 s. ISBN 978-807-3874-872.
6. DOENGES, Marilyn E. a MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. DOLEŽALOVÁ, Radka a PĚTIVLAS, Tomáš. *Kinesiotaping pro sportovce: sportujeme bez bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 95 s. ISBN 978-80-247-3636-5.
8. FREI, Jiří a LOUDOVÁ Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2013, 55 s. ISBN 978-802-6101-673.
9. FRICOVÁ, Jitka. Akutní a chronická bolest. *Postgraduální medicína: odborný lékařský časopis* [online]. 2011 [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
10. FRICOVÁ, Jitka a kol. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace - neinvazivní neuromodulační metoda. *Bolest: časopis pro studium a léčbu bolesti*. Tigis, 2014, roč. 17, č. 1, 8 - 11. ISSN 1212-0634.

11. HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2013, 237 s. ISBN 978-802-0429-025.
12. HAŠTO, Jozef. *Autogénny tréning: Nácvik koncentratívneho sebauvoľnenia*. 2. dopl. vyd. Trenčín: vydavateľstvo F, 2006, 48 s. ISBN 80-88952-40-9.
13. HECKER, Hans-Ulrich a kol. *Kapesní učebnice akupunktury: body tělové, ušní a spouštěcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-802-4727-141.
14. HERDMAN, Heather. *Ošetrovateľské diagnózy: definície a klasifikácie 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 584 s. ISBN 978-802-4743-288.
15. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 191 s. ISBN 978-807-3672-102.
16. JIRÁSEK, Arnold. *Chirurgie bolesti*. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd, 1961.
17. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
18. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovateľství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 173 s. ISBN 978-802-4731-056.
19. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 144 s. ISBN 978-802-4752-037.
20. KOBROVÁ, Jitka a VÁLKA Robert. *Terapeutické využití kinesio tapu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 153 s. ISBN 978-802-4742-946.
21. KOCIOVÁ, Kamila a kol. *Základy fyzioterapie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2013, 238 s. ISBN 978-808-0633-899.
22. KOLÁŘ, Pavel a kol. *Clinical Rehabilitation*. Prague: Rehabilitation Prague school, 2013, 749 s. ISBN 978-80-905438-1 -2.
23. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
24. KOLEKTIV AUTORŮ. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 5. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2013, 80 s. ISBN 978-80-7452-037-2.
25. KOZÁK, Jiří a kol. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, 2010, 90 s. ISBN 978-808-7327-456.

26. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, 304 s. ISBN 978-802-4725-499.
27. Krajská zdravotní a.s. *Krajská zdravotní a.s.: Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem* [online]. 2015 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: <http://www.kzcr.eu/onas/vize-spolecnosti/default.aspx>
28. Kryoterapie. *Kryoterapie s.r.o.: chlad, který léčí* [online]. © 2015 [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://kryo-terapie.cz/kryoterapie/>
29. KŘÍŽ, Petr. Blokády nervových plexů a periferních nervů. In: JINDROVÁ, Barbora a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 40 - 42. ISBN 9788024736266.
30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2009, 1. vyd. ISBN 978-80-247-2713-4.
31. MÁLEK, Jiří a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 153 s. ISBN 978-802-0424-532.
32. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6 .
33. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011, 394 s. ISBN 978-807-3452-476.
34. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
35. PIECKOVÁ, Lenka. Management bolesti – charakteristika bolesti, její rozdělení. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 7/8 , s. 37 - 38. ISSN 1210-0404.
36. PODĚBRADSKÝ, Jiří a PODĚBRADSKÁ, Radana. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5 .
37. Téma: Alternativní postupy v léčbě bolesti
Rozhovor poskytla POSTRÁNECKÁ Hana, sportovní metodik, chiropraktik a irisdiagnostik. Varnsdorf 2015-02-14.
38. Téma: nefarmakologické postupy v léčbě bolesti
Rozhovor poskytl PROKOP Aleš, lékař Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem 2014-09-12.
39. RAMÍK, Kamil. *Masáže na vaši bolest*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 88 s. ISBN 978-80-247-4537-4 .

40. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-802-4722-238.
41. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006, 684 s. ISBN 80-903-7500-6 .
42. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Tigris, 2012, 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1 .
43. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4730-127.
44. ROSINA, Josef, KOLÁŘOVÁ, Hana a STANEK, Jiří. *Biofyzika: pro zdravotnické a biomedicínské obory*. vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 224 s. ISBN 978-802-4742-373.
45. SINGH, P. a CHATURVEDI, A. Complementary and alternative medicine in cancer pain management: A systematic review. In: *Indian journal of Palliative Care* [online]. 28. 1. 2015 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: <http://www.jpalliativecare.com/article.asp?issn=0973-1075;year=2015;volume=21;issue=1 ;page=105;epage=115;aulast=Singh>
46. STORCK, Ulrich. *Technika masáže v rehabilitaci*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 191 s. ISBN 978-802-4726-632.
47. Svaz léčebných lázní české republiky. *Jak do lázní* [online]. © 2009-2015. [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/pro-klienty/jak-do-lazni/prostrednictvim-zdravotni-pojistovny>
48. Svaz léčebných lázní české republiky. *Proč jet do českých lázní* [online]. © 2009-2015. [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/proc-jet-do-ceskych-lazni>
49. Svaz léčebných lázní české republiky. *Přehled lázní* [online]. © 2009-2015. [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/prehled-lazni>
50. SVITKOVSKAJA, L. *Léčba chladem: voda, vzduch, kryoterapie*. 1. vyd. Bratislava: Eugenika, 2009, 261 s. ISBN 978-80-8100-136-9 .
51. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

52. ŠVESTKOVÁ, Olga a kol. *Fyzioterapie: Skripta pro studenty bakalářského oboru Fyzioterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 2013. ISBN 978-80-260-4100-9.
53. VAŇÁSEK, Jaroslav, ČERMÁKOVÁ, Kateřina a KOLÁŘOVÁ, Iveta. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8 .
54. VLČEK, Jiří a kol. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368 s. ISBN 978-802-4731-698.
55. VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6 .
56. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Vyhláška č. 55/2011*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2011. [cit. 22. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html
57. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. ISBN 978-802-4726-670.
58. ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1 .
59. ZEMAN, Marek. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: ZSF JCU, 2013. 106 s. ISBN: 978-80-7394-403-2
60. ZEMANOVÁ, Jitka a ZOUBKOVÁ, Renáta. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012, 61 s. ISBN 978-80-7464-113-8 .

SEZNAM GRAFŮ

Graf č . 1 – Užívané nefarmakologické postupy na protetice

Graf č . 2 – Alternativní postupy na protetice

Graf č . 3 – Užívané nefarmakologické postupy na rehabilitaci

Graf č . 4 – Alternativní postupy na rehabilitaci

Graf č . 5 – Užívané nefarmakologické postupy na traumatologii

Graf č . 6 – Alternativní postupy na traumatologii

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA - adjuvantní analgetika

a kol. – a kolektiv

aktual. a dopl. vyd. – aktualizované a doplněné vydání

atd. – a tak dále

č . – číslo

ČR – Česká republika

DD proudy – Diadynamické proudy

DIBDA- dotazník interference bolesti s denními aktivitami

FBSS – failed back surgery syndrome (stálá bolest po operaci páteře)

IASP - International Association for the Study of Pain

KRSB – Komplexní regionální bolestivý syndrom

MPQ - McGill Pain Questionnaire

NANDA - North American Association for Nursing Diagnosis International

např. - například

NSA – nesteroidní antiflogistika

PCA – pacientem řízená analgezie

PPI - Present Pain Intensity

přeprac. a rozš. vyd. – přepracované a rozšířené vydání

s . - strana

Sb. – sbírka zákonů

SFMPQ - Short – Form McGill Pain Questionnaire

SSLB – Společnost pro studium a léčbu bolesti

TENS – transkutánní elektrická stimulace nervu

tis. - tisíce

VAS – vizuální analogová škála

WHO – World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Mapa bolesti

Příloha 2: Vizuální analogová škála

Příloha 3: Numerická škála

Příloha 4: Škála obličejů

Příloha 5: Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity + dotazník interference bolesti s denními aktivitami

Příloha 6: Průvodce hodnocení bolesti

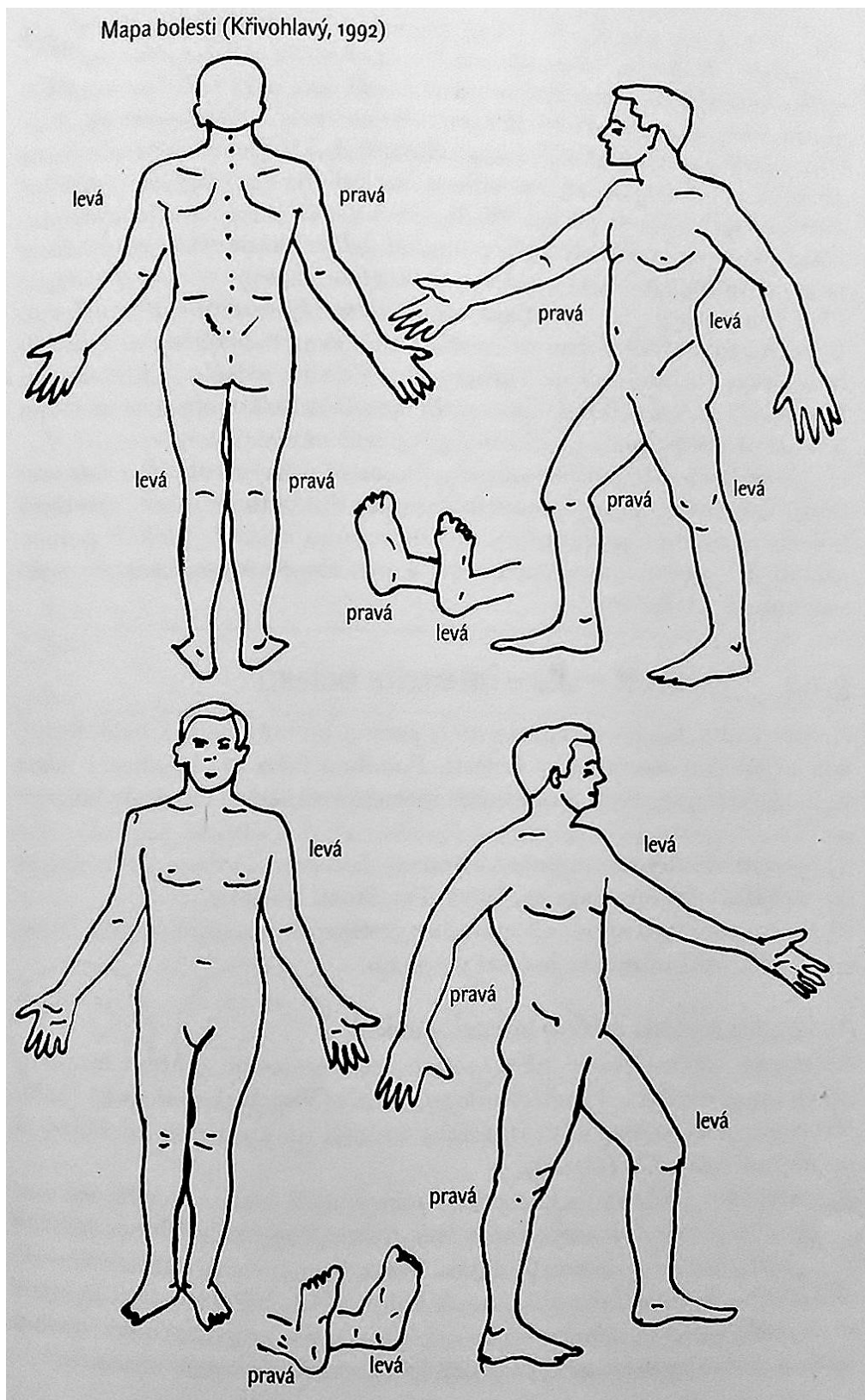
Příloha 7: Analgetické třístupňové schéma dle WHO

Příloha 8: Souhlas s vykonáním výzkumného šetření

Příloha 9: Návrh semináře pro sestry

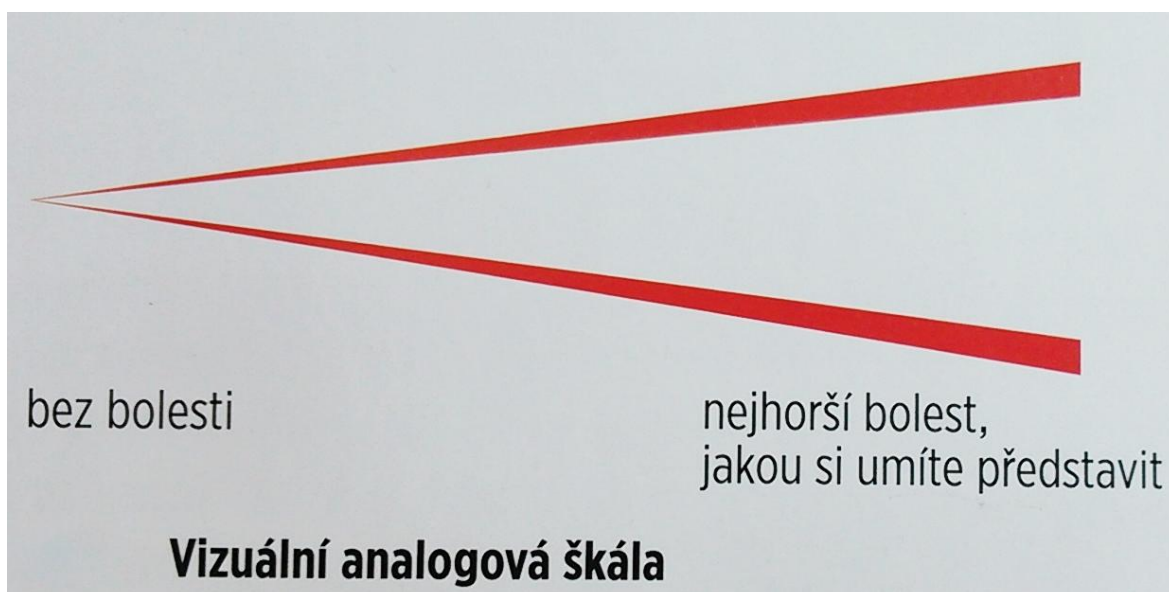
Příloha 10: Návrh prezentace výsledků diplomové práce

Příloha 1



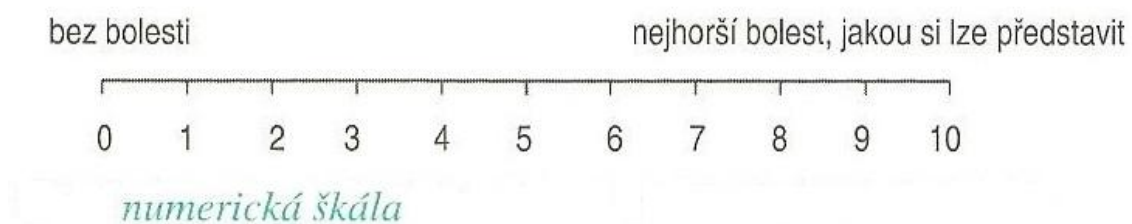
Zdroj: Janáčková, 2007, s . 41

Příloha 2



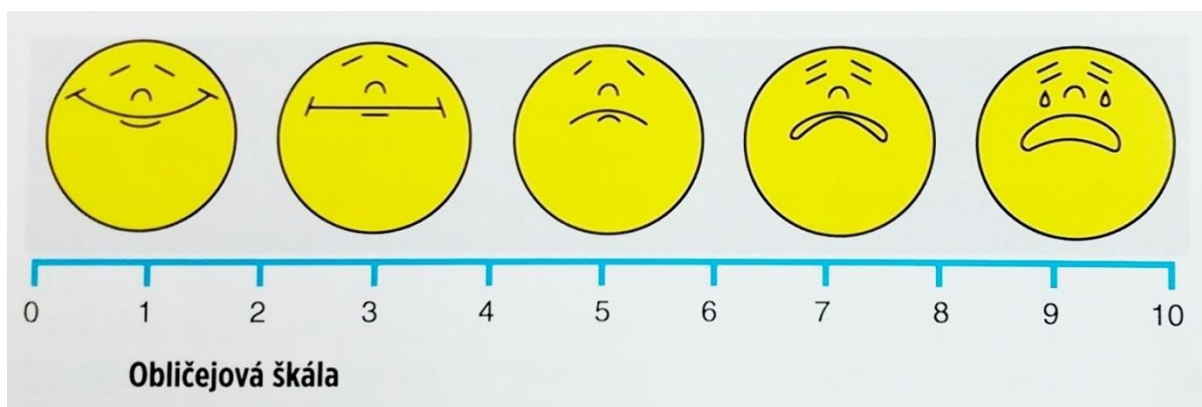
Zdroj: Hakl a kol., 2013, s. 35

Příloha 3



Zdroj: Vorlíček a kol., 2006, s. 133

Příloha 4



Zdroj: Hakl a kol., 2013, s. 36

Příloha 5

McGill dotazník

Deskriptory bolesti^(9, 10)

1. tepavá (bušivá)
2. vystřelující
3. bodavá
4. ostrá
5. křečovitá
6. hlodavá (jako zakousnutí)
7. pálivá – palčivá
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)
9. tíživá (těžká)
10. citlivé (bolestivé) na dotyk
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)

Afektivně-emoční složka bolesti

12. unavující – vyčerpávající
13. protivná (odporná)
14. hrozná (strašná)
15. mučivá – krutá

Interference bolesti s denními aktivitami

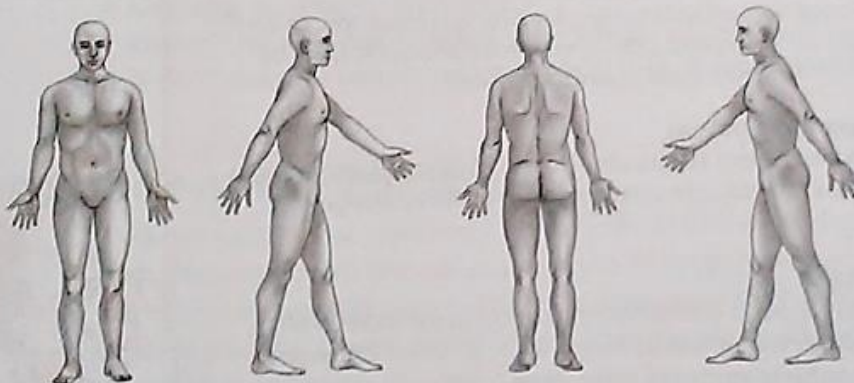
- 0 Jsem bez bolesti.
- 1 Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
- 2 Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.
- 3 Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
- 4 Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
- 5 Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.

Příloha 6

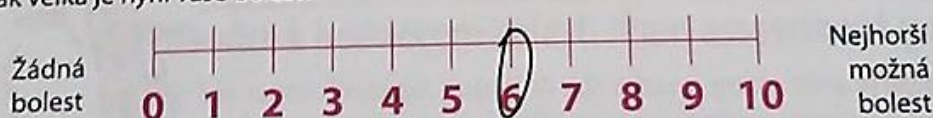
Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide)

Průvodce k hodnocení bolesti, podobný tomu, který je uvedený níže, vám pomůže provést detailní hodnocení stavu pacientovy bolesti při příjmu. I když je delší, poskytne vám více informací než pouhá hodnotící škála. Obzvláště vhodné je jeho použití u pacientů s chronickou bolestí.

Jméno pacienta:	<i>Marie Kollerová</i>
Cíl intenzity bolesti pacienta:	<i>intenzita 3, nebo méně</i>
Prodělaná onemocnění:	<i>artritida, katarakta</i>
Prodělané operace a hospitalizace:	<i>žádné</i>
Výsledky testů:	<i>žádné</i>
Lékové alergie a reakce:	<i>žádné</i>
Pijete alkohol? (kolik a jaký)	<i>ne</i>
Kouříte? (kolik a co)	<i>ne</i>
Užíváte drogy? (kolik a jaké)	<i>ne</i>
Kdy vaše bolest začala?	<i>před 6 měsíci</i>
Víte, proč začala?	<i>ne</i>
Kde máte bolesti?	



Jak velká je nyní vaše bolest?



Popište bolest (zakroužkujte všechny možnosti, které považujete za správné).

<input checked="" type="checkbox"/> vystřelující	<input type="checkbox"/> bodavá	<input type="checkbox"/> hlodavá	<input checked="" type="checkbox"/> ostrá
<input type="checkbox"/> tupá	<input type="checkbox"/> rozbolavělá	<input type="checkbox"/> necitlivá	<input checked="" type="checkbox"/> bušivá
<input type="checkbox"/> vyzařující	<input type="checkbox"/> pálivá	<input type="checkbox"/> nesnesitelná	

Je vaše bolest přítomna přerušovaně, občas nebo stále? (Zakroužkujte jednu možnost.)

Co vaši bolest zlepšuje?

Odpočinek a teplo

Co vaši bolest zhoršuje?

Aktivita

Průvodce k hodnocení bolesti (pokračování)

Jak vaše bolest ovlivňuje následující aspekty vašeho života?
(Zakroužkujte vždy jedno číslo.)

Náladu



Spánek



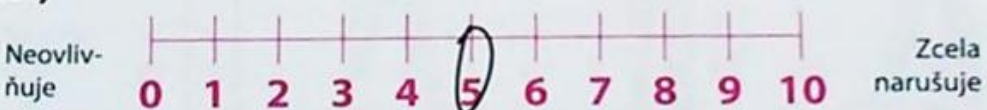
Každodenní aktivity



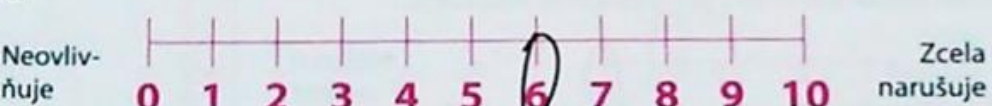
Koncentraci



Vztahy

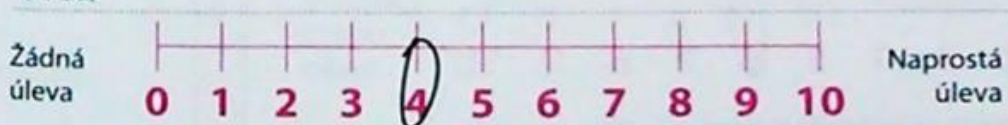


Práci

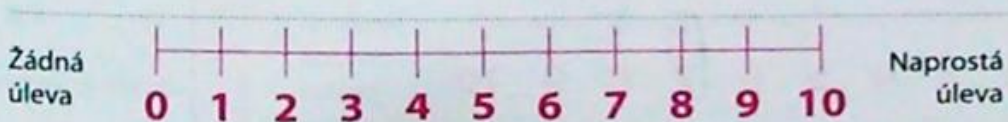


Jaké léky či terapie jste vyzkoušel/a k odstranění bolesti? Jak byly účinné?
(Zakroužkujte vždy jedno číslo.)

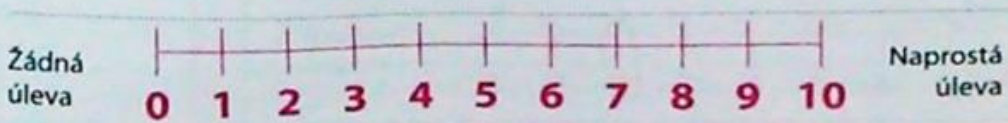
1. *Paralax*



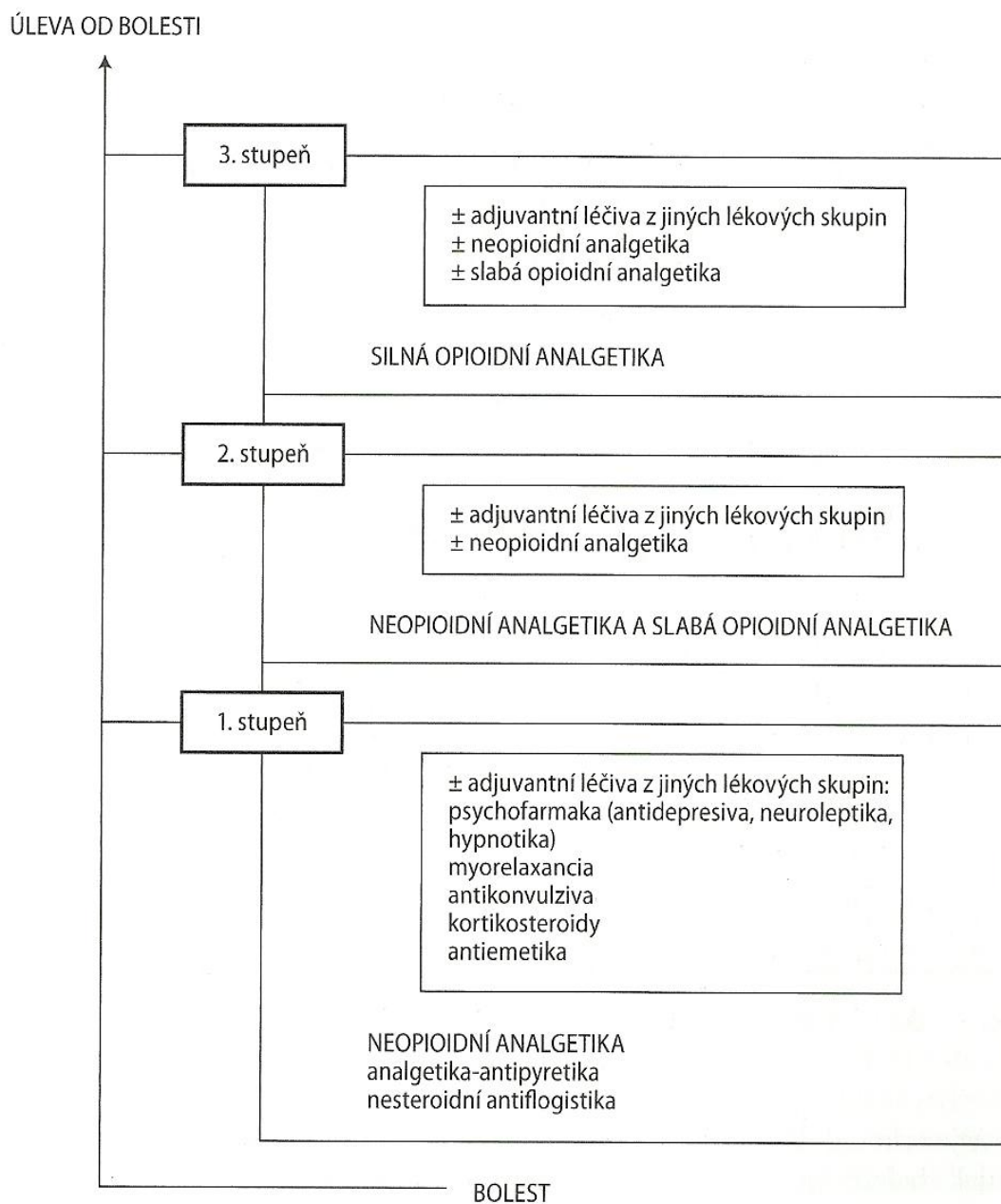
2.



3.



Příloha 7



Třístupňové schéma léčby nádorové a nenádorové bolesti podle WHO

Zdroj: Vlček a kol., 2010, s. 313

Příloha 8

Mgr. Svobodová Markéta, hlavní sestra
Krajská zdravotní a.s.,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
V Jílovém dne 15.12.2014

Vážená paní Mgr. Svobodová,
jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. V rámci studia píší diplomovou práci na téma: „Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti“

Ráda bych Vás touto cestou požádala o souhlas k výzkumnému šetření v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Výzkumné šetření by probíhalo formou rozhovorů se sestrami a v případě potřeby nahlédnutím do dokumentace. Rozhovory jsou zaměřené na ošetrovatelský proces u pacientů s bolestmi. Výzkumné šetření bych ráda uskutečnila v období leden – březen 2015.

Děkuji Vám.
Bc. Jana Stachovičová

V Ústí nad Labem 16.12.2014

Vážená slečno, Bc. Stachovičová
souhlasím s realizací výzkumného šetření ve Vámi zvoleném termínu.

Mgr. Svobodová Markéta, hlavní sestra
KZ, a.s., Masarykova nemocnice v ÚL


Mgr. Markéta Svobodová
Krajská zdravotní a.s.
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
ředitelství
Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627
tel: 477 111 111

Příloha 9

Návrh na program semináře zaměřený na nefarmakologické postupy při léčbě bolesti

Cílová skupina: Všeobecné sestry, které se ve své praxi setkávají s pacienty s chronickými bolestmi pohybového aparátu. Seminář je určen pro Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem.

Časová dotace semináře: 340 minut (včetně přestávek)

Cíl semináře: cílem je seznámit sestry z Masarykovy nemocnice o spolupráci s čínskými lékaři a zapojení do praxe některých postupů. Prostřednictvím přednášky od psychologů, psychiatrů zdůraznit důležitost psychologického přístupu k pacientům s bolestmi a jejich postupy při léčbě. A v neposlední řadě je cílem navázání kontaktu s léčiteli a chiropraktiky, kteří objasní sestrám postupy, které zatím nejsou v nemocnici běžně využívanými při léčbě bolesti.

8 :15 – 8 :50	Prezence účastníků semináře
8 :50– 9 :00	Zahájení semináře <ul style="list-style-type: none">• <i>přivítání účastníků</i>• <i>seznámení s programem semináře</i>
9 :05 – 10:50	Úvod do čínské medicíny pod vedením čínského lékaře <ul style="list-style-type: none">• <i>Přednáška o Akupunktuře s krátkou videoukázkou</i>
10:50 – 11:05	Prostor na dotazy
11:05 – 11:35	Přestávka na oběd
11:35 – 12:35	Přednáška o psychologických postupech léčby bolesti
12:35 – 12:50	Prostor na dotazy
12:50 – 13:05	Přestávka
13:05 – 14:05	Přednáška pozvaného hosta o technikách léčby bolesti (léčitel, chiropraktik)
14:05 – 14:30	Diskuze, ukončení semináře

Příloha 10

Příprava prezentace zjištěných výsledků diplomové práce

Téma: *Management ošetrovatelské péče při nefarmakologické léčbě bolesti*

Cílová skupina: *Hlavní sestra a Vrchní sestry Masarykovy nemocnice*

Obsah prezentace:

- *Uvedení do problematiky*
- *Hlavní cíl výzkumného šetření*
- *Dílčí cíle výzkumného šetření*
- *Metodika výzkumného šetření*
- *Prezentace zjištěných výsledků*
- *Návrh řešení zjištěných problémů*
- *Prostor pro vyjádření názorů vrchních sester a diskuze*

Zvolené výukové metody a organizační formy výuky:

- *Výklad s diskuzí*

Pomůcky:

- *Počítač*
- *dataprojektor*
- *zasedací místnost*

Časový plán prezentace: 40 minut

Časová dotace	Obsah	Činnost přednášejícího
2 min	Přivítání	Zahájení a uvítání sester
2 min	Úvod	Uvedení do problematiky
2 min	Hlavní cíl	Seznámení s hlavním cílem výzkumného šetření
3 min	Dílčí cíle	Seznámení s dílčími cíly výzkumného šetření a s výzkumnými otázkami
3 min	Metodika	Sdělení metody a charakteristika výzkumného vzorku
8 min	Prezentace výsledků	Prezentace výsledků výzkumného šetření znázornění pomocí grafu a interpretace zjištěných problémů
5 min	Návrh řešení	Předložení a prezentace možných řešení zjištěných výsledků
15 min	Diskuze	Prostor pro vyjádření názoru vrchních sester a diskuze