

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

2016

Lucie Pokorná

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lucie Pokorná

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15. 7. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Josefu Vavříkovi za cenné rady a pomoc při výzkumném šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Pokorná Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Bolest jako ošetrovatelský problém

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet číslovaných stran: 70

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: bolest, neuropatická bolest, pacient, léčba bolesti, hodnocení bolesti, kvalita života, dotazník WHOQOL-BREF

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na bolest jako ošetrovatelský problém. Teoretická část je zaměřena na definici, historii a dělení bolesti, dále na léčbu bolesti, zabývá se ošetrovatelským procesem o pacienta s bolestí, ale i psychologickými aspekty bolesti. Praktická část popisuje život pacientů s neuropatickou bolestí. Bylo provedeno výzkumné šetření metodou rozhovoru a za pomoci standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Výsledkem výzkumného šetření je zjištění narušení kvality života u pacientů s neuropatickou bolestí.

Annotation

Surname and name: Lucie Pokorná

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Pain of nursing problem

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of numbered pages: 70

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 34

Keywords: pain, neuropathic pain, patients, pain treatment, assessment of pain, quality of life, questionnaire WHOQOL-BREF

Summary

The thesis is focused on the pain as the nursing problem. The theoretical part is focused on the definition and history of the Division of pain, pain treatment, and the nursing process of the patient with pain, but the psychological aspects of pain. The practical part describes the quality of life of patients with neuropathic pain. The research was carried out of the investigation by the method of interview and with the help of a standardised questionnaire World Health orga-nisation WHOQOL-BREF. The result of the research investigation is a violation of the quality of life for the pa-confronting with neuropathic pain.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 BOLEST	10
1.1 Definice bolesti	10
1.2 Historie léčby bolesti	10
1.3 Dělení bolesti dle délky trvání	12
1.3.1 Akutní bolest	12
1.3.2 Chronická bolest	12
1.4 Dělení bolesti dle její patofyziologie	12
1.4.1 Nociceptivní bolest	12
1.4.2 Neuropatická bolest	13
1.4.3 Dysautonomní bolest	14
1.4.4 Psychogenní bolest	14
1.4.5 Smíšená bolest	14
1.5 Dělení bolesti dle jejího původu	15
1.5.1 Onkologická bolest	15
1.5.2 Neonkologická bolest	15
1.6 Hodnocení bolesti	15
1.6.1 Anamnéza bolesti	15
1.6.2 Metody hodnocení bolesti	16
2 LÉČBA BOLESTI.....	18
2.1 Farmakologické přístupy	18
2.1.1 Analgetika.....	18
2.1.2 Neopioidní analgetika.....	18
2.1.3 Nesteroidní antiflogistika –antirevmatika (NSA).....	18
2.1.4 Opioidní analgetika	19
2.1.5 Způsoby podávání opioidních analgetik.....	19
2.1.6 Adjuvantní analgetika.....	20
2.1.7 Pomocná léčiva.....	20
2.2 Nefarmakologické přístupy.....	20
2.2.1 Léčebná rehabilitace	20
2.2.2 Doplnková terapie.....	21
2.2.3 Kognitivní a behaviorální terapie	21
2.3 Metody snižování bolesti aplikované sestrou	22
2.4 Novinky v léčbě bolesti	23

3	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI.....	24
3.1	Zásady jednání s pacientem trpícím bolestmi.....	24
3.2	Psychologické rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí.....	24
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S BOLESTÍ	26
4.1	Anamnéza	26
4.2	Reakce organismu na bolest	27
4.3	Faktory ovlivňující vnímání bolesti.....	27
4.4	Etika a komunikace sestry s pacientem s bolestí.....	28
4.5	Role sestry v péči o pacienta s bolestí	28
4.6	Kvalita života.....	29
5	FORMULACE PROBLÉMU	32
6	CÍL VÝZKUMU	33
6.1	Dílčí cíle.....	33
7	METODIKA	34
7.1	Metoda	34
7.1.1	Způsob získávání informací	34
7.1.2	Organizace výzkumu	35
8	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
9	VZOREK RESPONDENTŮ	37
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	38
11	DISKUZE	50
	ZÁVĚR.....	53
	LITERATURA A PRAMENY.....	54
	SEZNAM ZKRATEK	57
	SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

Ve spisech nejslavnějšího lékaře starověkého Řecka Hippokrata, který bývá nazýván otcem medicíny, nacházíme zmínky o bolesti, to tedy znamená, že bolest představovala již v dávných dobách roblém. Můžeme říci, že bolest provází člověka po celá staletí. V dnešní době dokážeme, ať už farmakologickou či nefarmakologickou terapií, bolest potlačit či úplně pozastavit.

Bolest má velmi zvláštní a široký rozsah a v lidském životě se s ní setkáváme poměrně často. Jde o pocit člověka, že v jeho těle probíhá určitý proces, který jej varuje před ohrožením nemocí. Bolest může mít akutní nebo chronický charakter. Současně ovlivňuje život jedince tak, že ji může vnímat jako nadřazenou v jeho lidských hodnotách, a tím potlačuje tyto lidské potřeby, schopnosti a sociální vztahy. Bolest výrazně ovlivňuje psychiku, má vliv na kvalitu života, a je tedy důležité a nezbytné zjistit její příčinu.

Zjištění příčiny bolesti a její odstranění nebo tišení není důležité jen pro samotného pacienta, ale také pro proces léčení a ošetřování, ve kterém je vyžadována úplná spolupráce zdravotnického týmu. Pochopení toho, jakou bolest pacient prožívá, vyžaduje empatický přístup, což v konečném důsledku velmi ovlivňuje proces léčení a ošetřování, jehož cílem je nejen tlumení bolesti, ale vyléčení pacienta a jeho navrácení ke kvalitnímu životu. Při studiu literatury jsem se dozvěděla, že bolestí se zabývá mnoho českých i zahraničních autorů. Jako nejznámější autory uvádím prof. Rokyta a MUDr. Hakla. V dnešní době je možné získat mnoho informací také z internetu. Téma bakalářské práce Bolest jako ošetrovatelský problém jsem si vybrala, protože bolest představuje velký ošetrovatelský problém a někdy není lehké spolupracovat s pacientem prožívající bolest. Chtěla jsem zjistit, jak je ovlivněna kvalita pacientova života pro lepší spolupráci a komunikaci a také se dozvědět, jak pacient bolest prožívá.

V bakalářské práci jsou popsány příznaky, průběh léčby a následná kvalita života nemocných s neuropatickou bolestí nenádorového původu. V teoretické části je zmiňována historie bolesti, dělení bolesti, možnosti léčby, ošetrovatelská péče i kapitola o novinkách v léčbě bolesti. Praktická část popisuje kvalitativní výzkum formou případové studie. Údaje byly získávány za pomoci rozhovoru a standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který doplňuje rozbor případu o zjišťování kvality života pacienta. Součástí praktické části je popis metodiky výzkumné práce a organizace výzkumu.

Výstupem bakalářské práce je informační leták se zaměřením na nefarmakologickou metodu léčby diabetické polyneuropatie, který poskytne nové informace nejen pacientům, ale také zdravotníkům, kteří se s touto metodou léčby ještě nesečkali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest jistě každý z nás prožil. Bolest nás provází od začátku do konce života, ať už je to bolest fyzická či psychická. Je subjektivním pocitem jedince, každý z nás by bolest popsal úplně jinak. Bolest doprovází řada nepříjemných pocitů a vjemů. Proces bolesti vnímáme jako negativní a nepříznivý, pravdou je, že nás upozorňuje na nějaký problém organismu, a tím nám umožní včas zareagovat na tento problém.(www.i-clb.cz)

1.1 Definice bolesti

Obecná definice bolesti pro zdravotnickou praxi je definice Světové zdravotnické organizace: „Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“ (Boroňová, 2010, s. 148).

V současné době je bolest pojímána jako vícerozměrná interakce mezi fyziologickými, emočními a poznávacími procesy. Bolestí se zabývají nejen lékaři, ale i psychologové, přírodovědci a filozofové. Musíme myslet i na bolest u pacientů, kteří nedokáží slovně odpovědět na otázku prožívání bolesti, jako jsou například pacienti s demencí, v kómatu, ale i mentálně postižení jedinci. Bolest lze chápat jako proces samotný či součást přidruženého onemocnění. Jelikož často zasahuje do více systémů, je nutné zapojit do léčby bolesti i jiné obory lékařství, jako je například chirurgie, neurologie, anesteziologie, psychiatrie a další (Raudenská, 2011, s. 163).

1.2 Historie léčby bolesti

První zmínky o způsobech, jak se zbavit bolesti, jsou vyobrazeny na egyptských papyrech a na nálezích ze starověké Troje i Persie. V této době byla bolest připisována zlým démonům a byla považována za trest, který byl seslán na lid božstvy. Lidé se bránili amulety a zaříkadly. Číňané používali k tlumení bolesti akupunkturu, ale také třeba dietu. Zatímco Egypťané se zabývali přikládáním nilských elektrických ryb, což napodobovalo dnešní transkutánní elektrostimulaci (Rokyta, 2012, s. 20).

Prvním používaným lékem byla šťáva z máku. O tento způsob se zasloužili nomádští obchodníci ze Sýrie. Řekové měli znalosti o účincích šťávy z máku. Vytlačovaná

šťáva z nezralých makovic se nazývala meconium a získaná mléčná šťáva z naříznutých nezralých makovic opos; ze slova opos vznikl název opium. V období renesance se opium rozšířilo i do Evropy, kdy švýcarský lékař Paracelsus vytvořil opiovou tinkturu. V Německu lékárník Serturner vytěsnil z opia bílý prášek, který nazval morphin, lékárník Serturner, ale nevěděl, že vyrobil lék, který bude nejen tlumit kruté bolesti, ale také vynalezl svým způsobem drogu, jelikož vyšší anglická společnost si jej v 17. století nechávala dávat do šperků, aby měli svou „drogu“ neustále u sebe. Tím začla vznikat stále narůstající závislost na morfiu a došlo k objevení diacetylmorfinu, který je známý pod pojmem heroin, který byl dokonce v 18. století vyráběn jako lék na zklidnění. Až do 19. století převládal v církvi názor, že bolest je prostředkem vykoupení a nikdo nemá právo ji tišit. Postupem času musela církev odstoupit od tohoto názoru vzhledem k tomu, že katoličtí lékaři a jeptišky se setkávali s pacienty trpícími bolestmi. V 19. století také dochází k objevení vlastností éteru, jako je letargie a ospalost lékařem Wiliamem Mortonem. V roce 1907 Schlosser popsal alkoholizaci nervů u neuropatické bolesti. Rok 1921 přináší objevení epidurální analgezie, která je využívána dodnes a hraje také významnou roli v léčbě chronické bolesti. Jako první se problematice chronické bolesti se začal věnovat lékař John J. Bonica, který založil v roce 1947 první ambulanci bolesti ve státě Illinois a v roce 1953 vytvořil publikaci o léčbě bolesti s názvem Management of Pain (www.bolestbrno.cz).

V roce 1990 byla v České republice vytvořena Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB). SSLB je organizací, která spolupracuje s odborníky celého světa v rámci asociace International Association for the Study of Pain (IASP), tak i v evropské organizaci pro léčbu bolesti, výzkum a medicínu, která je označena zkratkou EFIC. V roce 1992 byl na světovém kongresu ve Vídni přijat metodický pokyn pro budování pracovišť léčby bolesti (www.efic.org).

V současné době existuje sedm specializovaných pracovišť pro léčbu bolesti a jsou to: Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice v Motole, Nemocnice Na Homolce, Ústřední vojenská nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Fakultní nemocnice v Olomouci. V těchto multidisciplinárních centrech se zabývají především léčbou bolesti u pacientů, kde předešlá léčba nebyla úspěšná a provádějí se zde složité léčebné výkony (například neuromodulační výkony) (www.vzp.cz).

V posledních letech došlo k velkému vývoji v léčbě bolesti. Na trh přichází mnoho

novinek v podobě nových účinných látek proti bolesti, ale i nových lékových forem. Pro onkologické pacienty je největší novinkou podávání účinné látky tapentadol. Obohacena je i skupina nesteroidních antiflogistik, kde účinnou látkou je lornoxicam a zajímavou novinkou je léčba v oblasti neuropatické bolesti, kde je podávána lokální terapie ve formě náplastí s lidokainem nebo kapsaicinem (www.medicinapropraxi.cz).

1.3 Dělení bolesti dle délky trvání

Nejčastěji se bolest dle délky trvání dělí na bolest akutní a chronickou.

1.3.1 Akutní bolest

Tato bolest představuje pro pacienta bolest krátkodobou v řádu hodin, dnů a týdnů, je dobře lokalizovatelná. Příčinou může být úraz, operace nebo porod a mnoho dalších. Má význam v podobě signálu nemoci či narušení tkáně. Důležitá je včasná analgetická léčba vzhledem k možnosti přechodu v bolest chronickou (Rokyta, 2009, s. 32 a 33).

Pacient s akutní bolestí prožívá úzkost, reaguje pláčem, je neklidný a upozorňuje na bolestivé místo (Boroňová, 2010, s. 148).

1.3.2 Chronická bolest

Chronická bolest by se dala považovat za bolest bez fyziologie, je to bolest dlouhodobá, trvající déle než 3–6 měsíců a je považována za syndrom onemocnění. Je zdrojem fyzických, psychických i sociálních problémů (Seifert, 2013, s. 411). Tato bolest je spojena se sníženou kvalitou života. Samotné objevení příčiny je mnohdy velmi složité a její následné odstranění těžké. Zdravotnický personál by se měl snažit za pomoci dostupných metod navrátit pacienta zpět do plnohodnotného života (Dušová, 2007, s. 10).

1.4 Dělení bolesti dle její patofyziologie

Následující dělení rozděluje patofyziologické mechanismy bolesti na typy bolesti nociceptivní, neuropatické, dysautonomní, psychogenní a smíšené.

1.4.1 Nociceptivní bolest

Jde o nejčastější typ patofyziologické bolesti. Nociceptory se nachází v kůži, podkoží, kloubech, svazech, sliznicích a v dalších strukturách. Mohou být aktivovány

zánětem, traumatickým, mechanickým, teplotním nebo chemickým podnětem (Opavský, 2011, s. 42). Podle jejich umístění dělíme bolest na somatickou a viscerální. Mezi nociceptivní bolesti patří bolesti pohybového aparátu, bolesti vnitřních orgánů a většina stavů akutní bolesti, jako jsou například popáleniny. Nejčastější užívanou lékovou terapií jsou analgetika (Hakl, 2011, s. 33).

1.4.2 Neuropatická bolest

Tato bolest vzniká jako přímý důsledek léze nebo nemoci postihující somatosenzitivní systém (Rokyta, 2012, s. 233). Jednu skupinu tvoří periferní neuropatie a neuralgie a druhou skupinu tvoří centrální neuropatie a neuralgie. Z hlediska lokalizace můžeme rozdělit periferní neuropatie ještě na lokalizované a systémové. Do lokalizovaných se řadí například neuralgie trigeminu a do systémových například diabetická neuropatie. Diabetická polyneuropatie se označuje jako pozdní komplikace diabetu. Na základě působení hyperglykémie, metabolických poruch či genetických vlivů dochází k ischemii cév periferních nervů. Diabetickou polyneuropatii můžeme rozdělit na formu symetrickou a multifokální (Ambler, 2010, s. 291).

Mezi příčiny neuropatické bolesti patří metabolické onemocnění, infekční onemocnění, autoimunitní a zánětlivé onemocnění, mechanické poškození CNS a toxické poškození (Slíva, 2011, s. 10, 11). Pacienti popisují neuropatickou bolest jako pálivou, vystřelující a bodavou, která se zvyšuje v klidu a v noci (Hakl, 2011, s. 33 a 34).

Pro léčbu neuropatické bolesti se používají antikonvulziva a to zejména léky jako je gabapentin, karbamazepin, pregabalín, topiramát a zikonotid, dále se využívají antidepresiva (zejména tricyklická) a v některých případech se využívají i nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (www.pain.about.com).

U pacientů s neuropatickou bolestí se zhoršuje celkový pohled na zdraví a výrazně se snižuje kvalita jejich života, dochází k poruchám spánku, změnám nálad, změně sociální role a někdy i nutnost změny zaměstnání (www.ncbi.nlm.nih.gov). Tento typ bolesti vyžaduje u pacientů i velmi často nutnost pracovních úlev, proto je nutná pro kompenzaci bolesti pracovní neschopnost (pracovní neschopnost vystavuje praktický lékař s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta). Při posuzování aktuálního zdravotního stavu, by se lékař měl snažit motivovat pacienty k adekvátnímu udržení pracovní aktivity, ale i sociálních vazeb. Případnou inaktivitou v domácím prostředí dochází k zhoršení celkové kondice člověka, zhoršení psychického stavu a nárůstu pasivity jedince (Slíva, 2011, s. 24).

Mezi vyšetřovací metody u pacientů s neuropatickou bolestí můžeme zařadit anamnézu, která by měla popsat charakteristické znaky bolesti, její lokalizaci, intenzitu, časovou osu, ale může objasnit i vliv provokačních faktorů. U fyzikálního vyšetření zjišťujeme změnu barvy kůže, poruchu trofiky, známky zánětu či jiné patologické změny. Neurologické vyšetření by mělo být samozřejmostí, sledujeme především poruchy motoriky a cití. K určení diagnózy jsou zapotřebí další odborná vyšetření (například ortopedické, gynekologické, stomatologické a další). Bolest postihuje jedince i v psychosociální oblasti, proto je nutné uvážit možnost konzultace s psychologem či psychiatrem (Slíva, 2011, s. 27).

1.4.3 Dysautonomní bolest

Představitelem této bolesti je komplexní regionální bolestivý syndrom, který vzniká po úrazu nebo chirurgickém výkonu; patří sem různé bolestivé stavy, na jejichž patofyziologii se podílí vegetativní nervový systém, zejména sympatikus. Léčí se kombinací farmakoterapie a invazivních technik (Hakl, 2011, s. 34).

1.4.4 Psychogenní bolest

Příčinou psychogenní bolesti je neobvyklý psychický problém, u kterého vyšetřovací metody neodhalí žádnou organickou příčinu, ale pacient bolesti přesto trpí. Tento typ bolesti lze určit jen psychologickým či psychiatrickým vyšetřením. Jako nejběžnější příznaky jsou bolest hlavy, páteře, svalů a břicha. Léčba je prováděna za pomoci psychoterapie a psychofarmak (Opavský, 2011, s. 60).

1.4.5 Smíšená bolest

Vzniká kombinací nociceptivní, neuropatické a psychogenní bolesti. Představitelem tohoto typu jsou bolesti v bederní krajině, v dolních končetinách a po operaci v oblasti bederní páteře. Diagnóza je problematická z důvodu kombinace mnoha vnitřních a zevních příčin bolesti. Terapií je reoperace nebo invazivní a neinvazivní techniky (Rokyta, 2012, s. 299).

1.5 Dělení bolesti dle jejího původu

Dle původu bolest dělíme na onkologickou a neonkologickou.

1.5.1 Onkologická bolest

Onkologická neboli nádorová bolest vzniká v přímém důsledku nádorového onemocnění nebo souvisí s terapeutickými či diagnostickými metodami. Důležitá je diagnostika příčiny bolesti. Léčba onkologické bolesti je tvořena odpovídající farmakoterapií v podobě retardovaných nebo transdermálních analgetik (Hakl, 2011, s. 34-35).

1.5.2 Neonkologická bolest

Nejčastější příčinou neonkologické bolesti jsou degenerativní postižení pohybového aparátu, která nesouvisí s onkologickým onemocněním. K léčení se využívají všechny dostupně používané skupiny farmak včetně opioidů (Hakl, 2011, s. 35).

1.6 Hodnocení bolesti

Zdravotnický personál se velmi často setkává s pacientem trpícím bolestmi, je nezbytné, aby zdravotnický personál uměl bolest zhodnotit a dovedl ji zmírňovat a tišit. K základní dovednosti každého zdravotníka by měla schopnost rozpoznat příčinu bolesti a stanovit si kritéria dle kterých je možné zhodnotit intenzitu a reakce pacienta prožívající bolest. Proto byly vyvinuty hodnotící metody jako jsou verbální, neverbální a vizuální škály nebo dotazníky, které nám napomáhají pochopit subjektivní pocit bolesti pacienta. (Novotná, 2006, s. 14)

1.6.1 Anamnéza bolesti

Ke stanovení anamnézy bolesti se nejvíce využívá metoda strukturovaného rozhovoru s pacientem; délka rozhovoru je závislá na jeho stavu, zda se jedná o akutní nebo chronickou bolest. Struktura rozhovoru je pak zaměřena na místo bolesti, způsob, intenzitu a délku bolesti z hlediska časového průběhu, na zhoršující a úlevové faktory, vliv bolesti na denní aktivitu a kvalitu života pacienta včetně jeho psychického stavu (Vaňásek, 2014, s. 12).

1.6.2 Metody hodnocení bolesti

Metody hodnocení bolesti jsou důležité k hodnocení stavu pacienta, jde však o hodnocení subjektivní, které hodnotí, jak bolest působí na pacienta.

Verbální škála bolesti

Zde pacient uvádí hodnocení míry snesitelnosti bolesti ve škále: 1 – žádná, 2 – mírná, 3 – střední, 4 – silná, 5 – nesnesitelná. (viz příloha č. 1)

Vizuální analogová škála (VAS)

Poskytuje informaci o intenzitě bolesti, při které pacient na úsečce zaznamená bolest odpovídající jeho skutečnému stavu, počínající stavem bez bolesti a končící nejhorší mírou snesitelnosti.

Numerická škála (NRS)

Na numerické úsečce s číselnými údaji od 0 do 10 pacient vyznačí intenzitu bolesti, která odpovídá jeho skutečnému stavu.

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

Tato metoda se využívá ke zjištění intenzity bolesti za pomoci stavů obličejů od pohody až po nejvyšší utrpení zejména u osob se zhoršenou schopností komunikovat a u dětí. (viz příloha č. 2)

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

Zaznamenává pomocí barevného rozlišení konkrétní místo bolesti s nejvyšší možnou intenzitou.

Průvodce k hodnocení bolesti (Paint Assessment Guide)

Za pomoci dotazníku získáváme informace o celkovém prožitku pacientovy chronické bolesti.

Dotazník McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

Poskytuje informace pro hodnocení chronické nenádorové bolesti, a to o její intenzitě, kvalitě, sensorické a afektivní složce a podává celkové hodnocení bolesti. Součástí je vizuální analogová škála, verbální hodnocení právě prožívané intenzity bolesti a mapa bolesti. Jednotlivé části dotazníku je možné ohodnotit a získat celkové subjektivní hodnocení bolesti pacientem.

Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)

V tabulce se zaznamenává ovlivňování pacienta bolestí v jeho denních aktivitách.

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Zaznamenává bolest v průběhu jednoho dne z hlediska intenzity bolesti a účinků léků.

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI)

Sleduje hodnocení chronické bolesti za pomoci pravdivých a nepravdivých otázek.

Průběžný záznam hodnocení bolesti (Flow sheet)

Kontroluje vývoj intenzity bolesti, reakce na vytvořené intervence a jejich výsledek nebo nežádoucí účinky. Záznam může být prováděn i s použitím deníku bolesti se zadokumentováním aktivit pacienta, intenzity bolesti a účinků prostředků na zmírnění bolesti (Vaňásek, 2014, s. 12, 13, 14).

2 LÉČBA BOLESTI

2.1 Farmakologické přístupy

Základem léčby bolesti je především účinná farmakoterapie. Pro správnou a vhodnou léčbu je důležitá anamnéza pacienta se zaměřením především na intenzitu, charakter, místo a časový průběh bolesti (Hakl, 2011, s. 53).

2.1.1 Analgetika

Analgetika se dají rozdělit na dvě skupiny, a to na neopioidní a opioidní. Neopioidní analgetika se podílí na tlumení bolesti tím, že zabraňují tvorbě prostaglandinů, a tím se snižuje vnímání bolesti. Opioidní analgetika fungují na základě ovlivnění opioidních receptorů v centrálním nervovém systému (Rokyta, 2009, s. 83).

Při plánování strategie léčbě využíváme Analgetický žebřík WHO (viz příloha č. 8). Jedná se o systém užití různých skupin analgetik a dalších látek, které se využívají při léčbě bolesti. Léčba chronické bolesti spočívá v postupu od slabých analgetik k silnějším a zkouší se i různé kombinace. Cílem je zmenšit bolest za pomoci slabých analgetik s co nejnižšími vedlejšími účinky. Při zvyšující se bolesti se posouváme po analgetickém žebříku (www.stefajir.cz).

2.1.2 Neopioidní analgetika

Tato skupina farmak zahrnuje paracetamol, metamizon a nesourodou skupinu nesteroidních antiflogistik (Hakl, 2011, s. 54).

Paracetamol je šetrné a bezpečné analgetikum, jelikož nedráždí trávicí systém a mohou ho užít i ženy v průběhu gravidity. Je levné a snadno dostupné (Seifert, 2013, s. 417).

Kyselina acetylsalicylová je nejvíce využívána při nachlazení a při snížení horečky. Může vyvolat nepříznivé nežádoucí účinky, jako je například krvácivost (Rokyta, 2009, s. 83).

Bazické pyrazolony jsou řazeny mezi analgetika s dobrou účinností, nejsou však doporučována při léčbě chronické bolesti (Seifert, 2013, s. 417).

2.1.3 Nesteroidní antiflogistika –antirevmatika (NSA)

V současné době nejvíce využívaná skupina léčiv s vysokou účinností. Nežádoucí účinky těchto léků jsou především v gastrointestinálním a kardiovaskulárním systému. V posledních letech se na trh dostává skupina nových NSA, které se nazývají coxiby,

využívají se zejména u revmatických obtíží a bolesti. U této skupiny léků je na rozdíl od „klasických“ NSA vysoká šetrnost k trávicímu traktu (Rokyta, 2009, s. 84).

2.1.4 Opioidní analgetika

Tuto skupinu léčiv lze rozdělit na slabé a silné opioidy, kdy slabé opioidy jsou limitovány stropovým efektem. Téměř všechna opioidní analgetika způsobují u pacientů zácpu, nauzeu a celkovou slabost. Mezi nejčastěji využívaného zástupce slabých opioidů patří především tramadol. Podává se ve formě tablet, kapek, čípků nebo podkožně či nitrožilně v injekční formě. Tramadol společně s paracetamolem zvyšuje analgetický účinek. Dále je možno společně s paracetamolem podat kodein, který se též řadí do slabých opioidů, ale je považován za analgeticky slabý lék. Silné opioidy se využívají v léčbě onkologických onemocnění, ale i v léčbě chronické nenádorové bolesti. Patří sem morfin, fentanyl, oxykodon, hydromorfon a buprenorfin. Tyto léky nalezneme ve formě injekční v podkožní či nitrožilní nebo ve formě transdermálních náplastí (Rokyta, 2009, s. 85).

2.1.5 Způsoby podávání opioidních analgetik

Neinvazivní podávání

Perorálně, tedy ústy, se dají podat tablety, kapky či sirup. Princip perorálního podání spočívá v přijetí léku ústy a účinná látka se vstřebává ze zažívacího traktu. Nevýhodou tohoto způsobu podání je nevhodná chuť léku, pomalejší vstřebávání (15 až 20 minut) a někdy i dráždění žaludeční sliznice. Perorálně analgetika nepodáváme, pokud pacient zvrací, je v bezvědomí nebo není schopen polykat (Seifert, 2013, s. 420).

Transdermální podání léku je podání ve formě náplasti. Proces aplikace probíhá přes kůži. Účinná látka se tedy do organismu dostává přes neporušenou kůži po dobu 72 hodin. Tento způsob je výhodný, jelikož nezatěžuje trávicí systém a má málo vedlejších účinků. Je vhodný zejména u pacientů s chronickou bolestí a neomezuje pacienty v denních aktivitách. Výměna náplasti by měla být 1x za 3 dny u některého přípravku i déle (Seifert, 2013, s. 420).

Rektální podání je vhodné u pacientů s akutní bolestí. Vstřebávání je podobné jako u perorálního podání, též nezatěžuje zažívací trakt (Seifert, 2013, s. 420).

Invazivní podání

Parenterální podání, tato metoda podání nespočívá v podání přes trávicí trakt. Nejvíce využívaná aplikace je ve formě injekcí. Injekční aplikaci můžeme rozdělit na tyto druhy:

Intradermální – podání přímo do kůže; aplikujeme malé množství léku: 0,1–0,5 ml.

Subkutánní – podání pod kůži; aplikace léků ve vodním roztoku o množství 1–5 ml.

Intramuskulární – podání do svalu; tímto způsobem se lék vstřebává rychleji než intradermálně a subkutánně. Můžeme aplikovat 1–20 ml léku.

Intravenózně – podání léku přímo do žíly.

Intraspinální – aplikace léku do míšního kanálu.

Intraartikulární – podání léku do koubní štěrbiny (Seifert, 2013, s. 420).

2.1.6 Adjuvantní analgetika

Kombinace neopioidních a opioidních analgetik někdy neúčinkuje na některé druhy bolestí a musí se ještě zkombinovat s jinými farmaky (adjuvancia), aby se navyšoval analgetický účinek primárních analgetik. Často jsou užívány k léčbě bolesti onemocnění muskuloskeletálních, nádorových, psychiatrických a neurologických. Adjuvancia jsou často využívána i v léčbě neuropatické bolesti (Seifert, 2013, s. 420).

2.1.7 Pomocná léčiva

Léčba analgetiky někdy zatěžuje pacienty nežádoucími účinky. Pomocná léčiva pomáhají předcházet nebo léčit tyto nežádoucí účinky. Jsou to především antiemetika, laxativa, gastroprotektiva, psychostimulancia, antipruriginóza (Seifert, 2013, s. 420).

2.2 Nefarmakologické přístupy

Tišení bolesti lze ovlivnit i nefarmakologickým způsobem. Tento přístup k léčbě není tak finančně nákladný a pacient se podílí na vnímání svého zdraví. Tyto přístupy můžeme rozdělit na léčebnou rehabilitaci, doplňkovou a alternativní terapii a v neposlední řadě na kognitivní a behaviorální terapii (Vaňásek, 2014, s. 30).

2.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace ovlivňuje pacienta v rámci lokální pohybové terapie, ovlivňuje systémové poruchy vedoucí ke vzniku bolesti a především psychiku (Vaňásek, 2014, s. 30). Elektroléčba využívá různé formy elektrického proudu, a to stejnosměrného, střídavého nízké nebo střední frekvence nebo vysokofrekvenčního s různě tvarovanými impulzy. V rámci manuální terapie dochází k léčbě za pomoci terapeutových rukou, kdy provádí masáž, mobilizaci a manipulaci. Hydroterapií se rozumí terapie využívající

studené nebo teplé vody, terapie spočívá ve zklidnění nervového systému. Pacientovi je poskytnuta vířivá, sedací nebo neutrální koupel o teplotě 37 °C. Dále lze využít terapie chladem, kdy chlad působí na ztlumení bolesti a zmírnění otoku. Nejvíce využívané jsou lokálně aplikované sáčky s gelem nebo ochlazovací spreje. Při léčbě teplem dochází k prohřátí svalů a vazivových struktur a zlepšuje se prokrvení tkání. Aplikace tepla ovlivňuje vnímání bolesti. Teplo lze využít povrchově, a to ve formě zábalů, hydroterapie, parafínu nebo soluxu a hloubkově na základě elektromagnetického pole, elektrického proudu či ultrazvukem (Vaňásek, 2014, s. 30). Vibrací lze docílit znečistlivění postiženého místa. K této terapii jsou zapotřebí vibrační polštářky, křesla nebo celá lůžka (Vaňásek, 2014, s. 31). Dále můžeme využít cvičení, do této skupiny zahrnujeme veškeré cvičení, ať už k udržení rozsahu pohybu, nebo posilovací či aerobní cvičení. Hraje velkou roli u akutní i chronické bolesti (Vaňásek, 2014, s. 32).

2.2.2 Doplnková terapie

Terapie, která je využívána souběžně s běžnou a tradiční léčbou. Za pomoci aromaterapie dochází ke změně mysli, nálady, procesu poznávání nebo nemoci a tím ke snížení bolesti. K aromaterapii je zapotřebí éterických olejů a vonných složek. Terapie lze provést jako aromamasáž, aromatickou koupel nebo aromatickou inhalaci. Muzikoterapie je metoda, kdy hudbou je možné navodit příjemnou náladu, a tím dojde k relaxaci celého těla. Jóga vede k udržení rovnováhy mezi emocemi a psychikou, soustředí se též i na dech, který umožňuje přenášet energii do celého organismu. Akupunktura se používá ke zmírnění bolesti za pomoci tenkých jehel, které jsou zaváděny do specifických akupunkturních míst na těle (Zacharová, 2011, s. 143).

2.2.3 Kognitivní a behaviorální terapie

Tento druh terapie přispívá k uvědomění si pacientových pocitů. Pomáhá zlepšovat psychický a fyzický stav (Janáčková, 2007, s. 169). Zařazujeme zde meditaci, která prohlubuje soustředění a dochází k uvědomění si prožívané bolesti. Dále biofeedback, který umožňuje způsob terapie za pomoci monitoru pozorovat změny dechu, krevního tlaku a pulzu. Můžeme využít také hypnózu. Jde o stav změněného stavu vědomí, který lze terapeuticky využít. Hypnózou lze ulevit od bolesti zejména u pacientů s chronickou bolestí, u bolestí psychogenního charakteru a u ekologických pacientů s bolestí. Limitem

této metody může být nemožnost pacienta dostat se do hypnózy (Vaňásek, 2014, s. 33, Jirkovský, 2012, s. 372).

2.3 Metody snižování bolesti aplikované sestrou

Sestra může pacientovu bolest ovlivnit i bez přítomnosti lékaře. Je důležité rozeznat, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Každý člověk je individuální osobností a každý z nás vnímá bolest jinak. Bolest je ošetrovatelský problém, který by měla poznat každá zkušená a vzdělaná sestra, měla by ji umět zhodnotit a příslušně zapsat do ošetrovatelské dokumentace. Záleží také na pacientově osobnosti, věku, intelektu a funkčních problémech. Při léčbě bolesti je nejdůležitější komunikace s pacientem, ochota spolupráce, získání si jeho důvěry a porozumění mu v problému jeho bolesti (Dušová, 2007, s. 28).

Metoda odvádění pozornosti, je metoda, kdy jejím cílem je snaha odvést pacientovu pozornost od negativních myšlenek jinam. Zaměstnat pacienta je možné za pomoci televize, ručních prací, čtením, přítomností návštěv nebo rozhovorem. Pod pojmem metoda přímého poučování si můžeme představit metodu na základě edukace připravené sestrou za pomoci přednášky, rozhovoru či názornými pomůckami. Další možností je metoda představivosti, kdy se sestra snaží zapojit pacientovu mysl, aby si představil příjemné situace, místa nebo obrazy a cíleně popisoval, co prožívá a vnímá. Metoda dialogu slouží pro důvěryhodnou komunikaci s pacientem. Metoda transferu spočívá v pokusu o uvědomění si utrpení jiných lidí. Důležité je i vhodné terapeutické prostředí. Sestra se snaží vytvořit pro pacienta příjemné prostředí, tak aby pomáhala předcházet bolesti, léčit ji nebo mírnit. Důraz je kladen na to, aby pacient cítil jistotu, aby se snížila úzkost a strach, a hlavně aby se snížily negativní emoce prožívané u pacienta s bolestí. Zmenšování strachu a úzkosti je důležitým úkolem, jak zvládnout pacientovy emoce, a to strach a úzkost, jelikož tyto pocity bolest vždy doprovází. Pacient by měl mít možnost o svých pocitech, problémech a hlavně bolesti mluvit se sestrou kdykoliv. Je třeba podávat pacientovi průběžně informace, čímž se také zmenšuje pocit strachu a úzkosti. Používání terapeutického dotyku je další metodou, ale záleží na osobnosti pacienta a jeho momentálním rozpoložení. Jde o dotyk nebo pohlazení pacienta, ať už samostatně, nebo ve spojení s jinou metodou pro léčbu bolesti. Také posilování vlastní pacientovy aktivity vede k lepšímu zvládnání bolesti, sestra by měla umět pacienta pochválit a povzbudit (Dušová, 2007, s. 28-30, Janáčková, 2007, s. 135).

2.4 Novinky v léčbě bolesti

Novinkou posledních let je preparát vyráběný z mořských hlemýžďů, a to omega-conopeptid. Jeho analgetický účinek spočívá v blokádě kalciových kanálů v míše. Tento lék se podává injekčně do mozkomíšního moku v bederní oblasti. Využívá se především k léčbě neuropatické bolesti. Nevýhodou tohoto léku jsou silné nežádoucí účinky.

Dále se v současnosti využívá lidocainových náplastí, které fungují na základě blokace sodíkových kanálů. Náplasti jsou nejčastěji využívány po operacích hrudníku. Ve světě je novou možností pro pacienty s akutní bolestí použití iontoforetic transdermal systému; pacient zmáčkne tlačítko na náplasti a tím se uvolní silný opioid fentanyl. Bohužel u nás není tento systém dostupný. V posledních letech se výzkum v léčbě bolesti také soustřeďuje na inhalační podání opioidů – morfinu jako aerosolu (Rokyta, 2009, s. 154 a 155).

MDM terapie je metoda založená na působení mesodiecefalické modulace na lidský organismus. Jde o způsob neinvazivní terapie, která upravuje poruchy způsobené funkčními i orgánovými chorobami za pomoci transkraniálních elektrostimulačních metod. Jde o zcela bezpečnou metodu bez vedlejších účinků s velmi pozitivními výsledky. Využívá se samostatně nebo společně s farmakoterapií. MDM centrum s.r.o je nestátní zdravotnické zařízení zabývající se léčbou neuropatické bolesti, chronické bolesti, chronickými ranami a diabetickou polyneuropatií. V tomto centru působí profesionální a erudovaní lékaři, kteří se specializují právě na tyto typy bolesti. V listopadu 2009 bylo založeno jeho působiště v Plzni-Červeném Hrádku. Cílem je zlepšovat kvalitu života pacientů a preventivně působit v rámci civilizačních chorob metodou MDM (www.mdmcentrum.cz).

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI

U pacienta s bolestí je narušen jeho psychický stav, který se odráží ve funkcích celého organismu i jednotlivých orgánů. Pacient prožívá takzvaný distres, negativní stres, který má nepříznivé dopady na oblast tělesnou i duševní. Stresovaní jedinci bývají obvykle podráždění a to se projevuje v jednání s druhými lidmi. Proto je důležité věnovat se psychickému stavu nemocného a umět k nemocnému na základě psychologických znalostí přistupovat (Opavský, 2011, s. 62).

3.1 Zásady jednání s pacientem trpícím bolestmi

Základem správné léčby je vzájemná komunikace mezi sestrou a pacientem. Jednání s pacientem, který má bolesti, vyžaduje určitá specifika. Důležité je nezlehčovat stížnosti nemocného na bolest, aktivně mu naslouchat, sdělit nemocnému, že máme zájem o to, aby se nám kdykoliv s bolestí svěřil. Dát pacientovi prostor, aby sám popsal, do jaké míry ho bolest trápí. Ptát se ohleduplně, za pomoci jednoduchých otázek, tak abychom si mohli udělat přesný obraz o bolesti pacienta.

Netvrdit pacientovi, že teď ho to nemůže bolet. Nevnucovat pacientovi náš vlastní názor na bolest. Aplikovat všechny své dosažené vědomosti a zkušenosti ke zmírnění bolesti. Před každým bolestivým výkonem upozornit pacienta na pocity, které může očekávat a hlavně jak dlouho. Domluvit si s pacientem verbální či neverbální signál, při překročení míry snesitelnosti bolesti. Snažit se zapojit rodinu ke spolupráci s personálem, který o pacienta s bolestí pečuje. Zapojení pacienta do jiné činnosti, snaha odpoutat pozornost jiným směrem. Nabízet pacientovi všechny dostupné metody k tišení či léčbě bolesti. Podávat léky po zhodnocení prožívání a tolerance bolesti pacienta (www.zdravi.e15.cz, Jirkovský, 2012, s. 375).

3.2 Psychologické rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

Rozdílnost mezi akutní a chronickou bolestí se zobrazuje v prožívání nemocného. U akutní bolesti se projevuje spíše strach a úzkost, které vedou ke zvýšení pulzu, tlaku, pocení atd. Mění se hladiny adrenalinu a glukokortikoidů. Po odstranění akutní bolesti odezní změny fyzické, které jsou způsobené psychikou. U chronické bolesti dochází ke změně chování, zpracování informací, chápání a emocí. U dlouhodobě trvající nebo opakující se bolesti se projevuje strach, úzkost, ale i deprese. Někdy lze za pomoci

hodnotících dotazníků či škál posoudit depresivní ladění nemocného. Příkladem může být Beckova subjektivní škála deprese. U bolesti pacienta je nezbytné znát psychický stav nemocného, aby bylo možné pochopit jeho prožívání a chování v bolesti. U některých nemocných se mohou projevit až stavy hněvu a hostility. Takové prožitky mohou být cíleně namířeny proti zdravotníkům či rodině. Nemocný s chronickou bolestí též prožívá beznaděj a bezmoc. Dochází ke změnám hodnotového systému i interpersonálních vztahů (Opavský, 2011, s. 64-67).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S BOLESTÍ

Bolest nemocného je vždy subjektivní prožitek. Jelikož je každý člověk ovlivněn svými vlastnostmi a právě působícím prostředím, musíme bolest hodnotit u každého vždy individuálně. Hlavním cílem ošetřovatelského procesu je poskytnout a zajistit rychlou úlevu nebo zmírnění bolesti nemocného (Boroňová, 2011, s. 151, 158).

4.1 Anamnéza

Anamnéza je důležitou součástí v péči o pacienta s bolestí. Sběr dat získáváme pomocí rozhovoru, porozováním, dotazníkem nebo fyzikálním vyšetřením pacienta. Anamnéze je třeba věnovat dostatek času a trpělivosti. Zaměřujeme se na průběh bolesti a vlastní pohled pacienta na bolest. Pacientovi necháváme prostor pro vlastní výpověď, jelikož je to základ pro navázání komunikace mezi ním a zdravotníkem. Míra závažnosti u jednotlivého pacienta se zaměřuje na to, jak bolest pacienta omezuje v jeho denních činnostech. Někteří pacienti si akutní stavy bolesti zaznamenávají do deníku bolesti, který může pomoci v následné terapii a vcítění se do pacienta (Sláma, 2011, s. 35).

Sestra by při odběru anamnézy měla zhodnotit bolest pacienta, a to její intenzitu, charakter, čas výskytu, popř. faktory, které bolest ovlivňují. Sestra se snaží posoudit i reakce pacienta na bolest. Otázky při sběru dat by se měly odlišovat podle typu bolesti, kterou nemocný prožívá. Jinak by se sestra měla ptát na bolest chronickou a jinak na bolest akutní. Pro příklad uvádíme nejdůležitější otázky dle Boroňové (2011):

„*Kde to bolí?*“ U bolesti povrchové pacient popíše přesné místo, bolest viscerální cíleně popsat nedokáže.

„*Jak velmi to bolí?*“ Sílu bolesti prožívá každý pacient subjektivně. Každý člověk má jiný práh bolestivosti, ta je ovlivněna prostředím, očekáváním a dřívější zkušeností pacienta s bolestí. Pro sestru je zásadní všimnout si jakékoliv změny bolesti a nemocný by měl také každou změnu oznámit. U některých skupin pacientů bychom si měli dát pozor na simulaci, ale i disimulaci nemoci či symptomů.

„*Kdy to bolí?*“ Některé typy bolesti se prolínají v časové ose, proto je důležité se ptát na časový průběh bolesti.

„*Jak to bolí?*“ Někdy nemocný neumí přesným termínem označit, o jakou bolest se jedná, jestli tupou, bodavou, vystřelující apod. Slovo, kterým pacient označí typ bolesti, které prožívá, by měla sestra přesně zapsat do dokumentace.

„*Co ovlivňuje bolest?*“ Otázkou tohoto typu sestra zjišťuje, při jaké příležitosti, činnosti se bolest zhoršuje nebo zlepšuje a také zda ho bolest ovlivňuje v běžných denních činnostech, či nikoliv (Boroňová, 2011, s. 151).

V neposlední řadě musí sestra pomýšlet i na negativní stránky bolesti, a to v podobě afektivního jednání nemocného. Musí myslet i na potenciální riziko sebevraždy při chronické bolesti (Boroňová, 2011, s. 153).

Nejdůležitější je pro sestru sledování neverbálních projevů nemocného, jelikož neverbální projev je někdy úplně jiný než slovní popis prožitku bolesti nemocného. Mezi neverbální projevy patří: pláč, naříkání, schoulení se, strnutí, výraz tváře, lapání po dechu apod. (Boroňová, 2011, s. 153).

4.2 Reakce organismu na bolest

Bolest u pacienta vyvolává reakci organismu, která se odráží v různých sférách pacientova těla. Organismus na tyto reakce dává sympatoadrenální odpověď, která se projevuje tachykardií, tachypnoí, zvýšeným krevním tlakem, zvýšeným pocením, zvýšeným svalovým tonusem a rozšířením zornic, nebo naopak parasympatickou odpověď, která se projevuje bradykardií, sníženým krevním tlakem, ale také nauzeou, zvracením, uzavřeností či synkopou nebo kolapsem. Bolest se také projevuje v pacientově chování, jako je imobilita, únava, neklid, nepřírozená poloha a sténání s pláčem. Organismus může vykazovat projevy afektivity, jako je zlost, beznaděj, bezmoc nebo pocit potrestání. Sestra by měla sledovat a hodnotit nejen bolest samotnou, ale i projevy a reakce organismu pacienta (Mikšová, 2006, s. 114).

4.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Faktory též podmiňují vnímání bolesti jedince. Záleží na věku, pohlaví, osobnostních rysech, prostředí, okolnostech, minulé zkušenosti s bolestí, momentálním psychickém stavu a náladě jedince, bolest se liší také u příslušníků různých etnických skupin. Vnímání bolesti ovlivňují také emoce, práh bolestivosti daného jedince, očekávání, ale třeba i přítomnost druhých osob (Mikšová, 2006, s. 115).

4.4 Etika a komunikace sestry s pacientem s bolestí

Bolest je ošetrovatelský problém, se kterým se zdravotníci každodenně setkávají. U každého pacienta pozorujeme jiný práh bolesti, od slabé bolesti po nesnesitelně krutou. Pacient vyjadřuje toleranci i způsob projevu bolesti jinak. Povinností každého zdravotníka u pacienta trpícího bolestí by měl být psychologický a etický přístup. Etický kodex též poukazuje na povinnost sestry umožnit pacientovi netrpět bolestí. U některých zdravotníků je problémem nedostatečná znalost o závažnosti bolesti pacientů, kteří jí trpí, a nastavení analgetik bez hledání jiných možností k tlumení bolesti. Zdravotníci by měli bolest dostatečně sledovat a předávat informace ostatním členům zdravotnického týmu. Na prvním místě by tedy mělo být sledování a hodnocení bolesti a především komunikace s pacientem. To vede ke zvýšení ošetrovatelské péče o pacienta trpícího bolestí. Zdravotníci hodnotí bolest pomocí různých měřících škál. Zdravotníci by měli být nejaktivnější v péči o pacienta v terminálním stadiu a nevyлéčitelně nemocného pacienta trpícího bolestí (Ptáček, 2011, s. 242).

4.5 Role sestry v péči o pacienta s bolestí

Ošetrovatelskou péči poskytuje sestra na základě ošetrovatelského procesu, pro jeho realizaci je určující, zda je pacient léčen ambulantně či zda je hospitalizován. V rámci ošetrovatelského procesu sleduje pacientovy biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby, sestavuje aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Během první fáze ošetrovatelského procesu se sestra dotazuje na anamnézu, subjektivní a objektivní prožívání bolesti pacientem, získává informace o prodělaných operacích, úrazech, předchozích hospitalizacích a o faktorech, které vyvolávají či zhoršují bolest (Slezáková, 2014, s. 8).

V druhé fázi ošetrovatelského procesu si sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy. U pacientů s bolestí se nejčastěji vyskytují tyto diagnózy: strach, úzkost, porucha spánku, porucha soběstačnosti, nedostatek informací, snížená výkonnost, porucha společenské interakce, sociální izolace, změna v rodinných vztazích, sexuální dysfunkce, porucha přízpůsobení, bezmoc, beznaděj, porucha sebepojetí a únava.

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Zde sestra naplánuje ošetrovatelské intervence s cílem zmírnit či odstranit ošetrovatelské problémy pacienta. Na tomto základě stanoví ošetrovatelský plán a plní sesterské intervence. V případě potřeby komunikuje s pacientem, ale i s ostatními členy zdravotnického týmu.

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je zaměřena na realizaci cílů stanovených v ošetrovatelském plánu. Všechny prováděné úkony sestra pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Pátá fáze ošetrovatelského procesu vyhodnocuje dané cíle v ošetrovatelském plánu, v jakém rozsahu byly stanovené cílesplněny (Tóthová, 2009, s. 38).

Nedílnou součástí péče o pacienta s bolestí je edukace pacienta, ale i jeho rodiny či pečujících. Pojem edukace pojednává o výchově a vzdělání člověka. Ovlivňuje jeho chování, jednání, vědomosti, postoje, návyky, ale i dovednosti. Navázání komunikace a vybudování důvěryhodného vztahu mezi pacientem a sestrou může předejít závažným nedorozuměním a komplikacím nejen v edukaci pacienta. Pro každou edukaci je vhodný individuální přístup k pacientovi. Cílem edukace je zajistit pacientovi potřebné informace o vzniku, vývoji a léčbě jeho onemocnění. Edukací ve zdravotnických zařízeních, ale i ve zdravotnictví obecně se snaží zdravotnický personál přispět k udržení, předcházení a navrácení zdraví, popřípadě zkvalitnění pacientova života (Juřeníková, 2010, s. 9).

Pro zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty trpící bolestí existuje několik zásad dle Mikšové (Mikšová, 2006, s. 112):

- snaha o vzájemnou důvěru mezi pacientem a sestrou
- aktivně pacientovi naslouchat
- umět rychle reagovat na potřeby pacienta
- snažit se určit si s pacientem hraniční míru snesitelnosti intenzity bolesti
- nabízet pacientovi i jiné metody ke zvládnání jeho bolesti
- umět přijmout veškeré projevy bolesti pacienta
- poskytnout podporu, popř. dotek, pohlazení, držení za ruku
- snaha o snížení faktorů ovlivňující bolest (hluk, světlo)
- posilovat aktivitu pacienta
- snažit se zapojit i rodinu pacienta

4.6 Kvalita života

Termín kvalita života není přesně vymezený. Existují pouze pojmy a charakteristické znaky, které se na pojmu kvalita života významným způsobem podílejí. Jedná se o pojmy pohoda, spokojenost, očekávání a význam. V ošetrovatelství můžeme chápat kvalitu života i jako aktuální uspokojování či neuspokojování základních potřeb pacienta. Dalším aspektem pro vnímání kvality života je životní období a životní situace.

Proto je dnes pojem kvalita života tak nezbytný v péči o pacienta jelikož poukazuje na důležitost jakým způsobem popsat či zhodnotit jaký dopad bude mít onemocnění, léčba či péče na pacientův styl života a celkovou spokojenost. Kvalita života by měla být jednou z hlavních ošetrovatelských intervencí. Z definic světové zdravotnické organizace jasně vyplývá, že zdraví a nemoc úzce souvisí s kvalitou života jedince.

Bolest často uvádí pacienta do stavu depresí, bezradnosti a obav z budoucna a tím se mění způsob i kvalita pacientova života. Jakým způsobem se pacient s bolestí bude vyrovnávat, to závisí na mnoha faktorech. Je to charakter bolesti, délka trvání a především její intenzita. Velmi významným faktorem pro zvládnání bolesti je péče a vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Je mnoho způsobů jak se dá kvalita života měřit a hodnotit a výsledky měření využít. Můžeme měřit kvalitu života druhou osobou, např. všeobecnou sestrou nebo subjektivním hodnocením pacientem či kombinací obojího. Proto je úlohou sester v rámci ošetrovatelského procesu hodnotit potřeby pacientů, ale také sledovat, jak vnímají kvalitu života (www.issuu.com).

Jedním ze způsobů jak zjišťovat kvalitu života je za použití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Všeobecné dotazníky se využívají pro kteroukoliv skupinu pacientů nebo zdravou populaci. Mezi nejznámější patří SF-36, SEIQOL a WHOQOL. Speciální dotazníky jsou vytvořeny pro pacienty a s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto potíží na život pacienta (Dragomirecká, 2006, s. 9-11).

Dotazník WHOQOL-100 je stopoložkový sebesposuzovací dotazník, který zahrnuje šest domén: fyzické zdraví (včetně fyzické kondice, příznaků nemoci a možnosti regenerace), prožívání (psychologické zdraví včetně nálady, kognitivních funkcí a vztahu k sobě), fyzickou nezávislost (zahrnující mobilitu, schopnost vykonávat každodenní běžné činnosti, schopnost pracovat a případnou závislost na zdravotní péči), sociální vztahy (kam patří blízké osobní vztahy, partnerství a charakteristiky širšího sociálního prostředí), prostředí (popisující životní podmínky včetně podnětnosti, bezpečí a celkové kvality okolního prostředí, finanční situace a kvality péče) a duchovní oblast. Hodnotí se sto položek na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících množství, kapacitu, četnost, hodnocení a spokojenost.

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí WHOQOL-100, jelikož pro klinickou praxi je stopoložková varianta dotazníku příliš dlouhá, využívá se zkrácená forma o dvaceti šesti otázkách, která obsahuje čtyři domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy

a prostředí. Dvacet šest položek se hodnotí na pětibodových Likertových škálách (Dragomirecká, 2006, s. 17).

Dotazníky WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF jsou vytvořeny pro samostatné vyplnění respondentem, pro vypsání dotazníků je důležité zajistit klidné místo bez hluku a dalších rušivých elementů. Nelze měnit pořadí položek ani znění škál. Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóru a průměrných hrubých skóru dvou samostatných položek hodnotících kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2) (Dragomirecká, 2006, s. 23).

5 FORMULACE PROBLÉMU

Bolest představuje jeden z nejzávažnějších problémů v ošetrovatelském procesu. Je důležité, aby zdravotnický personál pečoval o pacienta s bolestí, aby jí věnoval pozornost a účinně ji tišil. V České republice máme v současné době k dispozici prostředky k dostatečnému zmírnění a tišení bolesti u většiny pacientů. Je důležité rozpoznat, o jakou bolest se jedná, najít příčinu a následně tento problém léčit. Velmi obtížná je léčba pacientů s neuropatickou bolestí, s polyneuropatiemi. Bolest zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života pacientů, a to v oblasti fyzické, psychické, ale i sociální. Změněn je i celkový pohled na život a žebříček hodnot. Jak neuropatická bolest ovlivňuje život pacienta a je ovlivněna kvalita života pacientů s neuropatickou bolestí?

6 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem je zjistit, jak neuropatická bolest ovlivňuje život pacientů.

6.1 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1. Rozhovorem získat anamnestická data o pacientech s neuropatickou bolestí.

Dílčí cíl 2. Pomocí dotazníku zhodnotit kvalitu života a zjistit, ve kterých oblastech ji neuropatická bolest snižuje.

Dílčí cíl 3. Vypracovat návrh ošetrovatelského plánu individuálně pro každého pacienta s ohledem na zjištěné skutečnosti.

7 METODIKA

Byl zvolen kvalitativní výzkum, který zjišťoval konkrétní ovlivnění pacientů s neuropatickou bolestí v oblastech bio-psycho-sociálních u dvou respondentů. Kvalitativní výzkum byl rozšířen o hodnocení dotazníkem Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který slouží k hodnocení kvality života. Jde o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100. Tento způsob umožňuje konkrétně se zaměřit a přiblížit kvalitu života pacientů ve všech zmíněných oblastech.

7.1 Metoda

Výzkum probíhal metodou případové studie v jedné z menších nemocnic Plzeňského kraje. Úvod průzkumu je zacílen na popis klienta, jeho onemocnění související s neuropatickou bolestí, popis zdravotního stavu před onemocněním a v průběhu léčby a na kvalitu jeho života s neuropatickou bolestí. Rozhovor byl doplněn pozorováním. K hodnocení bolesti a kvalitě života byly použity škály bolesti (viz příloha č. 1, 2, 3, 4), záznamový arch a dotazník WHOQOL-BREF. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyhodnocovaly jako doménové skóre, které představuje průměrné hrubé skóre spočtené z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20. Vytvoření hrubých skóre domén a jejich transformace byla provedena podle metodiky Dragomirecké. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1–5, u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

7.1.1 Způsob získávání informací

Rozhovor trval v průměru šedesát minut. Při rozhovoru byly použity předem připravené otázky a vymezen rozsah a struktura rozhovoru. Kladené otázky byly pokládány jasně a srozumitelně. Postup rozhovoru byl zaměřen na stav pacienta od začátku příznaků neuropatické bolesti a na ovlivnění kvality pacientova života v průběhu léčby až po současnost. V průběhu rozhovoru bylo důležité dát najevo zájem o rozhovor, empatický přístup a dát respondentovi prostor pro jeho názory a odpovědi. Účelem rozhovoru bylo získat informace o kvalitě života pacienta s neuropatickou bolestí, zjistit, které oblasti nejvíce ovlivňuje a zda a jak se mění jeho role ve společnosti. Respondenti byli seznámeni

s možností odstoupit od průzkumu a s možností odmítnutí odpovědi na některou otázku. Vzor souhlasu pacienta s průzkumem je součástí přílohy. (viz příloha č. 5)

Respondenti byli informováni o účelu dotazníkového šetření WHOQOL–BREF. Dotazníky byly respondenty vypracovány samostatně bez rozhovoru. Vyplnění dotazníků trvalo přibližně patnáct minut.

7.1.2 Organizace výzkumu

Úvod byl zaměřen na anamnézu pacienta, kdy důraz byl kladen nejvíce na pacientovy potřeby od začátku jeho potíží a na průběh jeho života s neuropatickou bolestí. Rozhovor byl zaznamenáván do předem připraveného záznamového arch. Dotazníkové šetření bylo též vyplněno do předem vytištěné kopie dotazníku WHOQOL–BREF. Průzkum probíhal v Plzeňském kraji od prosince 2015 do poloviny února 2016.

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak a v čem pacienta neuropatická bolest omezuje?
2. Jaké techniky pacient využívá k ovlivnění bolesti?
3. Do jaké míry je pacient informován o léčbě neuropatické bolesti?

Otázky rozhovoru

1. Kdy a jak vaše potíže začaly?
2. Mohl byste bolest nějakým způsobem charakterizovat?
3. Používáte nějaké zmírňující prostředky či nějaké jiné metody ke snížení bolesti?
4. V čem Vás bolest nejvíce obtěžuje?
5. V které oblasti Vás bolest nejvíce trápí?
6. Změnil se nějakým způsobem Váš žebříček hodnot?
7. Jak hodnotíte přístup zdravotníků k Vašemu problému s bolestí a probral s Vámi někdo i nefarmakologické metody ke snížení bolesti?

9 VZOREK RESPONDENTŮ

Zkoumanými respondenty jsou dvě osoby léčené pro neuropatickou bolest žijící v Plzeňském kraji. U vybraných pacientů je důležitá otevřenost, ochota spolupráce a sdělení informací, někdy i dost intimních. Respondenti se léčí s diabetickou polyneuropatií, s gonarthrosou, s chronickou lumbalgii. Respondenti souhlasí s poskytnutím informací stvrzením informovaného souhlasu.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

RESPONDENT A

Osobní anamnéza

Muž 58 let, ženatý, bezdětný

Prodělal běžné dětské nemoci, matka zemřela na diabetes mellitus v 53 letech a otec zemřel na onkologické onemocnění v 66 letech. Žádné sourozence nemá.

Léčba diabetu mellitu od roku 2005 s následným podáváním inzulínu.

Nynější onemocnění: diabetická polyneuropatie, chronická bolest krční páteře

Předchozí onemocnění: stav po akutním IM 2011, stav po URS tripse a extrakce lithiázy se zavedením stentů 2012

Úrazy: neudává

Operace: ureterorenoskopie + stenty 2012

Alergie: Mesocain

Abusus: kouří 15 cigaret denně, alkohol nepije, černá káva 4x denně

Farmakologická anamnéza

Monocate Combi, Preductal, Rosumop, Omnic Tocas, Siofor, Estan, Apo Gap, Tensiomin, Atrovent, Acrapid, Lantus

Sociální anamnéza

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: dříve řidič, nyní v invalidním důchodu

Bydlení: v rodinném domě, s manželkou

Symptomatika bolesti

Dva roky mravenčení konečků prstů, zhoršení při změně na teplou a studenou vodu. Zhruba tři měsíce pozoruje poruchu hybnosti pravé horní končetiny s bolestivostí krční páteře. Navíc za poslední dva měsíce se přidaly potíže s necitlivostí a brněním dolních končetin i s poruchou chůze. Intenzita bolesti je nejvíce v klidu v noci, a to jak

v dolních končetinách, tak i v pravé horní končetině. Žádná farmakologická léčba zatím nebyla úspěšná.

Nynější onemocnění

Respondent udává začátek svých potíží zhruba před dvěma roky, které začaly mravenčením bříšek prstů dolních končetin, dále pozoruje postupné zhoršení citlivosti zejména na teplou a studenou vodu. Asi tři měsíce skokovitě sleduje poruchu hybnosti pravé horní končetiny, respondent se tedy nedokáže samostatně najíst a provádět jemnou motoriku. Za poslední dva měsíce popisuje nárazové zhoršení citlivosti a brnění DK akrálně. Po podávání gabapentinu se potíže nezlepšují. Před třemi týdny výrazné zhoršení chůze s opakovanými pády, musí tedy používat hůlku a při pohybu se opírá o nábytek. K potížím přidává tah v oblasti krční páteře, přičemž bolestivost se zhoršuje při kašli. Pociťuje tlak v PHK a PDK. V současné době je v péči kardiologa, diabetologa, urologa, internisty a neurologa.

Přepis rozhovoru

Kdy a jak vaše potíže začaly?

„Myslím, že moje potíže začaly po infarktu v roce 2011. Občas jsem cítil mravenčení bříšek prstů, domníval jsem se, že mám málo hořčičku, vždycky po jeho užití se to trochu zlepšilo, ale pak už mi to nepomáhalo, spíš se to zhoršovalo. Od minulého roku se to pořád stupňuje.“

Mohl byste bolest nějakým způsobem charakterizovat?

„Pro mě je to palčivá bolest.“

Používáte nějaké zmírňující prostředky či nějaké jiné metody ke snížení bolesti?

„Vždy, když už to nemohu vydržet, vezmu si nimesil. Jinak nic.“

V čem Vás bolest nejvíce obtěžuje?

„Můj život se celkově změnil, nejvíce tedy v péči o mě samotného. Byl jsem zvyklý si vše udělat sám, víte, vždy jsem byl takový domácí kutil a nic pro mě nebylo problém. Teď je to ale jiné, o vše musím prosit svou ženu. Je to pro mě hrozně trapné, prosit, aby mi vše donesla. Například obléci si ponožky je pro mě nepředstavitelný problém. Nebo podepsat se na poště je také velmi těžký úkol. Je to pro mě hrozně těžké, neudržet se na nohou, a ještě když vás brní ruce, je to opravdu nesnesitelné a obtěžující v životě obecně. Ani léky na bolest už mi nepomáhají. Nejhorší je to v klidu v noci, v podstatě nespím. A ráno jsem

hrozně unavený, takže následující den hodně spím nebo si čtu, protože nevydržím být u něčeho vsedě a ohnutý. Po srdečním infarktu minulý rok jsem dostal invalidní důchod, do práce bych takhle jít nemohl. Manželka je uklízečka a chodí do práce jen večer, takže ty dvě hodiny, co je pryč, se o sebe nějak postarám, spíše mi tedy manželka, než odejde, ohřeje jídlo a dá mi vše potřebné na stůl do obýváku, abych to měl vše při ruce. Někdy je těžké se i najíst. Nevím, co se to se mnou děje.“

V které oblasti Vás bolest nejvíce trápí?

„Je to pro mě dost ponižující, ale ve vztahu s manželkou, myslím v intimním vztahu. Náš vztah je teď momentálně založen na péči o mě. Manželka vše obstarává sama. Děti bohužel nemáme, takže musí ona. Jakýkoliv pohyb je pro mě namáhavý, bez hůlky a opírání o nábytek se prakticky nehnu. Vstávání z postele je pro mě taky velký problém, v předklonu je to asi nejhorší. Smutné je, že mi ty léky na tu bolest vůbec nezabírají, tak prostě musíte čekat, jestli to na chvíli nepoleví. Hrozný pocit, že vám nic nepomáhá a jste odkázán na druhého člověka.“

Změnil se nějakým způsobem Váš žebříček hodnot?

„To je samozřejmé, dříve pro mě byla nejdůležitější práce, domácí tvoření a zahrádka. Dnes je to zdraví.“

Jak hodnotíte přístup zdravotníků k Vašemu problému s bolestí a probral s Vámi někdo i nefarmakologické metody ke snížení bolesti?

„Ptají se na bolest, ale když nic nezabírá, pomalu začínám ztrácet víru. Dostával jsem Gabapentin, ale ani po tom se mi neulevilo. Myslím, že už si se mnou nevědí rady. Zatím se mnou nikdo žádné nefarmakologické metody neprobíral, ale byl bych vděčný za každou pomoc, kdyby se mi alespoň trochu ulevilo, byl bych moc rád.“

Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru

Respondent A na mě působí dojmem velice nešťastného člověka. Po dobu rozhovoru udržoval oční kontakt, otázkám rozuměl bez problému. S řečí byl trošku problém v tom, že během rozhovoru pořád hledal úlevovou polohu, takže někdy jsme museli udělat malou pauzu. Přesto ale byl schopen v rozhovoru pokračovat bez velkých obtíží. Při některých otázkách bylo vidět rozrušení ve tváři v souvislosti s nezabírající léčbou. Z celkového pozorování si myslím, že se respondentovi trochu ulevilo v tom, že se mohl se svými problémy někomu svěřit.

Shrnutí

Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondent A je velmi závislý na pomoci druhé osoby. Bolest jej obtěžuje ve všech denních činnostech. Není schopen zaujmout úlevovou polohu a není možné, aby se sám o sebe postaral bez pomoci druhé osoby. Narušena je i kvalita spánku pro silné bolesti zejména v klidu v noci a respondent uvádí také silnou intenzitu bolesti při vstávání z lůžka a v předkonu. Dále pacient uvádí problém v oblasti jemné motoriky, má problém s podpisem či oblékáním ponožek. Respondent většinu svého času tráví na lůžku a čte si. Nevyužívá žádné nefarmakologické metod, jelikož nebyl o žádných zatím informován. V současné době je respondent plně informován o svém zdravotním stavu.

Tabulka 1 Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF a výsledky respondenta A

Doména	rozšířený	Interval normy			rozšířený	Resp. A	Resp. B
	Mírně snížená kvalita	Spodní hranice	Průměr	Horní hranice	Mírně zvýšená kvalita		
Fyzické zdraví	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1	6,3	8,0
Duševní zdraví	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2	12,7	12,0
Sociální vztahy	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9	9,3	12,0
Životní podmínky	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4	13,0	15,0

Poznámka: rozpětí škály u domén je 4-20, přičemž vyšší skór znamená lepší kvalitu života (Dragomirecká, 2006, str. 42).

NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU RESPONDENT A

Ošetřovatelské diagnózy

00148 **Strach související s probíhající bolestí projevující se:**

Subjektivně: zvýšené napětí s pocitem bušení srdce a nevolností

Objektivně: pocení, nervozita

Očekávaný výsledek:

Pacient se snaží mluvit o strachu a tím ho i mírnit.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj fyziologické funkce a projevy strachu!

Naslouchej pacientovi!

Podej dostatek informací!

Snaž se odpoutat pacienta od strachu relaxačními metodami!

Zajisti pohovor s psychoterapeutem!

00146 Úzkost související se změnou zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: pocení, nausea

Objektivně: pacient mluví o svých obavách, trpí neklidem a nespavostí

Očekávaný výsledek:

Pacient má dostatek informací a spolupracuje.

Ošetrovatelské intervence:

Komunikuj s pacientem!

Naslouchej pacientovi!

Podej dostatek informací!

Dej pacientovi prostor pro popis jeho pocitů!

Zapoj rodinu!

00095 Porušený spánek související s bolestí projevující se:

Subjektivně: pacient sám udává nespavost

Objektivně: snížená pozornost, časté buzení

Očekávaný výsledek:

Pacient se bude cítit po spánku odpočínutý.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti spánkové rituály pacienta!

Podej dostatek informací!

Pozoruj pacienta při spánku!

Zaznamenávej délku spánku do dokumentace!

Omez příjem nevhodných tekutin před spánkem!

Podej léky na bolest před spánkem!

Zajisti vhodné prostředí ke spánku!

Uprav lůžko!

Vyvětrej!

00088 Porušená chůze v důsledku neuropatické bolesti projevující se:

Subjektivně: pacient si stěžuje na bolest při chůzi

Objektivně: pacient má zhoršenou schopnost chůze po rovině i po schodech

Očekávaný výsledek:

Pacient bude schopen se pohybovat za pomoci kompenzačních pomůcek.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti bezpečnost prostředí pro pacienta!

Zhodnot' úroveň soběstačnosti pacienta!

Povzbuzuj pacienta!

Zajisti kontakt s fyzioterapeutem!

Edukuj pacienta!

Doporuč kompenzační pomůcky!

Dej prostor a čas pro nácvik chůze!

00102 Deficit sebezpečí při jídle v důsledku neuromuskulárního poškození projevující se:

Subjektivně: pacient sám udává problémy při jídle

Objektivně: pacient není schopen uchopit nádobí

Očekávaný výsledek:

Pacient bude schopen se za pomoci druhé osoby najíst.

Ošetrovatelské intervence:

Motivuj pacienta i jeho rodinu!

Zajisti estetickou úpravu jídla!

Podporuj pacienta!

Nech prostor pro jeho vlastní snahu se najíst!

00059 Sexuální dysfunkce v souvislosti s funkčním narušením těla projevující se:

Subjektivně: pacient si stěžuje na omezení v jeho sexuální roli

Objektivně: pacient má problémy ve vztahu s partnerkou

Očekávaný výsledek:

U pacienta se zlepší partnerská komunikace.

Ošetrovatelské intervence:

Pečlivě pacienta vyslechni!

Nabídni pomoc v sexuologické poradně!

00122 Porucha smyslového vnímání doteku v důsledku s probíhajícím onemocněním projevující se:

Subjektivně: pacient udává poruchu hmatu

Objektivně: pacient má viditelné problémy s hmatem

Očekávaný výsledek:

Pacient se bude snažit kompenzovat změnu hmatového vnímání.

Ošetrovatelské intervence:

Věnuj pacientovi zvýšenou pozornost!

Aktivně mu naslouchej!

Odstraň z jeho blízkosti nebezpečné předměty!

Psychicky pacienta podporuj!

Zajisti péči fyzioterapeuta!

00155 Riziko pádu související s neuropatií projevující se:

Subjektivně: pacient udává slabost a poruchu chůze

Objektivně: pacient má poruchu hybnosti a chůze

Očekávaný výsledek:

Pacientovo prostředí a okolí bude bezpečné a bude využito protiskluzových pomůcek, aby k pádu nedošlo.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti bezpečné prostředí pro pacienta!

Edukuj pacienta o bezpečnostních opatřeních!

Zajisti zvýšený dohled nad pacientem!

RESPONDENT B

Osobní anamnéza

Muž, 62 let, 2 děti zdravé

Prodělal běžné dětské nemoci. Oba rodiče žijí. Otec má diabetes mellitus a matka má onkologické onemocnění, nyní je po nefrectomii.

S diabetem mellitem se léčí od roku 1998. Převeden z PAD na inzulin v roce 1999.

Nynější onemocnění: diabetická polyneuropatie, chronická lumbalgie, gonarthrosa, coxarthroza

Předchozí onemocnění: stav po operaci katarakty, stav po fr. kostrče a obratlového těla L3 2011, steaosa až steatofibroza jater

Úrazy: pád na zledovatěném chodníku 2015

Operace: operace katarakty

Alergie: PNC, vosí a sršní bodnutí

Abusus: nekouří, alkohol nepije, černá káva 3x denně

Farmakologická anamnéza

Glucophage, Bisoprolol, Amprilan, Grimodin, Glucobay, Rivotril, Humalog

Sociální anamnéza

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: poštovní a doručovací služby

Bydlení: v bytě, s manželkou

Symptomatika bolesti

Dvanáct let léčen pro distální axonální diabetickou polyneuropatii s opakovanou infuzní terapií, od podzimu 2015 si stěžuje na bolest a křeče v levém lýtku, které se objevují v klidu večer při sezení. Někdy po propnutí levé dolní končetiny bolest ustoupí. Dále si stěžuje na bolest v levém kolenu, kde je popsána gonarthrosa, dochází na RHC, ale zatím bez žádné výrazné úlevy, a udává bolest také v bederní krajině. Respondent je nyní v pracovní neschopnosti a bez zátěže je stav lepší.

Nynější onemocnění

Respondent trpí diabetickou polyneuropatií již několik let. Od začátku podzimu minulého roku uvádí zhoršení potíží. Začaly křečemi a bolestí levého lýtka při večerním sledování televize, dále pozoruje bolest levého kolene, při delším sezení upozorňuje na bolest v bederní oblasti. Respondent nevydrží dlouho sedět a nedokáže se předklonit. V současné době je v péči neurologa, internisty a rehabilitačního oddělení.

Přepis rozhovoru

Kdy a jak Vaše potíže začaly?

„Už mnoho let mě trápí brnění prstů dolních končetin. A co to spustilo nevím.“

Mohl byste bolest nějakým způsobem charakterizovat?

„Přirovnal bych to k bodání jehel do všech částí těla.“

Používáte nějaké zmírňující prostředky či nějaké jiné metody ke snížení bolesti?

„Snažím se rehabilitovat, občas si vezmu prášek na bolest.“

V čem Vás bolest nejvíce obtěžuje?

„Bolest mě nejvíce trápí především při sezení, ale i při práci. Když chodím celý den, pociťuji bolest levého kolene, a jakmile přijdu večer domů a sednu si k televizi, berou mě křeče do levého lýtka a bolí mě záda. Někdy stačí, když nohu propnu, je to lepší, nebo si vezmu prášek na bolest. Nejvíce mi pomáhá lehnout si na levý bok. A na boku i usínám, někdy se v noci probudím a bolí mě záda, tak se snažím chvíli počkat, jestli to odezní. Když ne, jdu si pro lék na bolest. Problém mám také se zavázáním tkaniček, obecně s předkonem, to mi činí veliké obtíže. Snažím se rehabilitovat, ale zatím mi to nepomáhá, necítím žádnou výraznou úlevu.“

V které oblasti Vás bolest nejvíce trápí?

„Největší problém vidím asi v návštěvě kulturních akcí, nedokážu dlouho sedět, takže nemohu chodit do kina, divadla nebo třeba posedět si s kamarády. Jelikož manželka má hodně ráda společnost a kulturní akce, nemohu ji doprovázet. Někdy mi to dá najevo v našem vztahu. Takže to někdy mezi námi skřípe, protože ji nedoprovázím na tyto akce.“

Změnil se nějakým způsobem Váš žebříček hodnot?

„Určitě ano, přál bych si, aby se moje potíže zmírnily na nějakou míru snesitelnosti. Někdy je to dost těžké, berou vás křeče do nohy, bolí vás záda a ještě i koleno. Doufám, že mi rehabilitace a infuze pomohou.“

Jak hodnotíte přístup zdravotníků k vašemu problému s bolestí, a probral s Vámi někdo i nefarmakologické metody ke snížení bolesti?

„S dotazováním na bolest jsem velmi spokojen, ptají se hodně. A co se týče nefarmakologických postupů, vím jen o té rehabilitaci, jinak mi nikdo nic neřikal.“

Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru

Respondent B na mě působí dojmem klidného a vyrovnaného člověka. Žádný problém s komunikací jsem nezaznamenala. Otázkám porozuměl a odpovídal jasně a srozumitelně. Řeč byla plynulá a bez pauz. I když během rozhovoru ležel na lůžku, po celou dobu udržoval oční kontakt a nedával nejevo známky nervozity. Při některých pasážích rozhovoru bylo vidět rozrušení při zmínce o manželce, působilo to na mě dojmem nějakého problému mezi nimi. Při poloze na boku jsem si všimla, že má respondent po celou dobu nataženou levou dolní končetinu s mírným vybočením do strany a pravou pokrčenou.

Shrnutí

Respondent je omezován bolestmi při svém povolání i v osobním životě. Spánek je dostatečný, přestože je zčásti kvalita spánku narušena, medikaci na spaní neužívá. Úlevu od bolesti někdy přináší poloha na levém boku, někdy využívá léky na tlumení bolesti. Narušen je i vztah s manželkou, jelikož ji nedoprovází do společnosti vzhledem k bolestem při dlouhém sezení. Tento respondent sice navštěvuje rehabilitační zařízení, ale bez jakékoliv výrazné úlevy od bolesti. Žádné jiné nefarmakologické metody nevyzkoušel a ani o nich není informován.

Tabulka 2 Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF a výsledky respondenta B

Doména	rozšířený	Interval normy			rozšířený	Resp. A	Resp. B
	Mírně snížená kvalita	Spodní hranice	Průměr	Horní hranice	Mírně zvýšená kvalita		
Fyzické zdraví	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1	6,3	8,0
Duševní zdraví	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2	12,7	12,0
Sociální vztahy	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9	9,3	12,0
Životní podmínky	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4	13,0	15,0

Poznámka: rozpětí škály u domén je 4-20 (Dragomirecká, 2006, str. 42).

NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU RESPONDENT B

Ošetřovatelské diagnózy

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v důsledku bolesti projevující se:

Subjektivně: pacient udává bolest při oblékání a úpravě zevnějšku

Objektivně: zhoršená schopnost pacienta obléknout a svléknout se

Očekávaný výsledek:

Pacient bude provádět péči o sebe v rámci svých možností a schopností.

Ošetřovatelské intervence:

Psychicky pacienta podporuj!

Zajisti dostatek času a na provedení činnosti!

Zajisti soukromí!

Poskytni pacientovi dopomoc v případě nutnosti!

00052 Poškozená sociální interakce související s omezenou tělesnou pohyblivostí projevující se:

Subjektivně: pacient udává tělesné obtíže ve společenských situacích

Objektivně: pozorované obtíže v sociální interakci

Očekávaný výsledek:

U pacienta dojde ke zlepšení sociální interakce.

Ošetřovatelské interakce:

Pobízej pacienta k sociální interakci!

Sleduj komunikaci s rodinou!

Zapoj rodinné příslušníky!

Psychicky pacienta podporuj!

00085 Zhoršená pohyblivost v důsledku neuromuskulárního poškození projevující se:

Subjektivně: pacient udává bolest při pohybu

Objektivně: viditelné potíže s pohyblivostí

Očekávaný výsledek:

Pacient se naučí zvládat pohyb za pomoci kompenzačních pomůcek.

Ošetrovatelské intervence:

Podporuj pacienta k aktivitě!

Zajisti pomoc fyzioterapeuta!

Psychicky pacienta podporuj!

Edukuj pacienta o důsledcích nepohyblivosti!

V případě potřeby podej analgetika před aktivním pohybem!

Zajisti bezpečné prostředí!

11 DISKUZE

Bakalářská práce přibližuje život a kvalitu života lidí s neuropatickou bolestí. Tento druh chronické bolesti nemá pro organismus žádný ochranný význam a její léčba je velice svízelná a náročná. Do výzkumného šetření byli zapojeni dva respondenti s neuropatickou bolestí, a to diabetickou polyneuropatií. Anamnestická data byla získávána prostřednictvím rozhovoru s oběma respondenty doplněného pozorováním. Kvalitativní výzkum byl rozšířen o hodnocení dotazníkem Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který slouží k hodnocení kvality života.

Dílčím cílem č. 1 bylo rozhovorem získat anamnestická data o pacientech s neuropatickou bolestí. Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

Jak a v čem pacienta neuropatická bolest omezuje? Ze získaných dat je patrné, že u obou respondentů jsou bolesti narušeny oblasti běžného života a denního režimu. Respondent A uvádí, že ho bolest omezuje především v péči o sebe samotného, byl zvyklý samostatně fungovat a nyní je odkázán na péči své manželky. Respondent B je omezován především při sezení a v pracovním procesu. Oba respondenti jsou omezováni v pohybu, jelikož mají problém například s předklonem, obouváním bot a zavazováním tkaniček. Respondent A navíc vidí omezení v práci jemnou motorikou, dokáže se jen stěží podepsat. Také nemůže vykonávat své oblíbené činnosti domácího kutila. Oba respondenti též poukazují na největší intenzitu bolesti v klidu. Velice zajímavá je odpověď respondenta A týkající se vzájemného vztahu s manželkou – jejich intimní život je narušen v celé míře. Respondent B poukazuje na oblast společenského života, již se mu nedokáže plně věnovat vzhledem k bolestem při sezení, a tím je též narušen i jeho vzájemný vztah s manželkou.

Jaké techniky pacient využívá k ovlivnění bolesti? Respondent A udává, že někdy mívá intenzivní bolest, která nejde farmakologicky ani jiným způsobem ovlivnit. Respondent A není schopen přes silnou intenzitu bolesti zaujmout žádnou úlevovou polohu; nezabírá farmakologická terapie, respondent nevyhledává nefarmakologické ovlivnění bolesti a nenavštěvuje ani specializovanou ambulanci pro léčbu bolesti. Otázkou je tedy míra informovanosti respondenta o možnostech léčby prostřednictvím ať již farmakologických, nebo nefarmakologických metod. Tyto informace by měl získat od zdravotnického personálu a je zde tedy prostor pro edukaci. R1: „*Zatím se mnou nikdo*

žádné nefarmakologické metody neprobíral, ale byl bych vděčný za každou pomoc, kdyby se mi alespoň trochu ulevilo, byl bych moc rád.“

Respondent B aktivně rehabilituje, při bolestech zaujímá úlevovou polohu na boku nebo využívá analgetika. O dalších možnostech nefarmakologické léčby není ani on dostatečně edukován. R2: *„S dotazováním na bolest jsem velmi spokojen, ptají se hodně. A co se týče nefarmakologických postupů, vím jen o té rehabilitaci, jinak mi nikdo nic neříkal.“*

Do jaké míry je pacient informován o léčbě neuropatické bolesti? Oba respondenti považují za příčinu neuropatické bolesti diabetes. Nedokáží však popsat, o jaké postižení se jedná či jakou roli hraje v jejich onemocnění diabetickou polyneuropatií. Zdravotnický personál se u obou respondentů dotazuje na intenzitu bolesti a nabízí možnost analgetické terapie dle ordinace lékaře. Přesto se respondenti v otázkách metod a možností léčby neorientují a vykazují nedostatek informací.

Dílčím cílem č. 2 bylo zhodnotit pomocí dotazníku kvalitu života respondentů a zjistit, ve kterých oblastech ji neuropatická bolest snižuje. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyhodnocovaly jako doménové skóre, které představuje průměrné hrubé skóre spočtené z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20. Vytvoření hrubých skóre domén a jejich transformace byla provedena podle metodiky Dragomirecké. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1–5, u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

Z anamnestických dat je patrné, že **respondent A** je závislý na pomoci druhé osoby. Je narušen jeho vzájemný vztah s manželkou, jelikož je jediná, kdo se o respondenta A může postarat. Je na ní i velmi závislý. Nemá možnost se zapojit bez omezení do všedních denních činností a nemůže vykonávat své oblíbené koníčky. Při bolesti není možné nalézt úlevovou polohu a nezabírá farmakologická léčba. Problém je i v oblasti spánkového deficitu vzhledem k silné bolesti. Bolest mu činí problém při vstávání z lůžka, ale i při zavazování tkaniček, obouvání bot a oblékání ponožek, jelikož má problém i s jemnou motorikou. Pacient se nemůže zapojit ani do společenského života vzhledem k silné bolesti a problémům s chůzí. Při vyhodnocení dotazníku zjišťujícího kvalitu života byla zjištěna v doméně Fyzické zdraví (interval normy 14,3-16,8) hodnota 6,3, což lze hodnotit jako výrazně sníženou kvalitu života, snížená kvalita života (hodnota 9,3) byla zjištěna také v doméně Sociální vztahy (interval normy 13,5-17,9). Hodnota domény Duševní zdraví odpovídá mírně snížené kvalitě života, hodnota domény Životní

podmínky se pohybuje v intervalu normy. Dá se tedy říci, že rozhovorem zjištěné a identifikované problematické oblasti korespondují s vyhodnocením dotazníku WHOQOL-BREF.

U **respondenta B** je zřejmé, že je narušen jeho osobní i společenský život a především pracovní proces. Po pracovním nasazení je velmi unaven a má bolesti při usazení do klidného prostředí. Respondent využívá k tlumení analgetickou terapii či úlevovou polohu na boku. Zčásti je narušena i kvalita spánku tohoto jedince. Je narušen vztah s manželkou, jelikož ji vzhledem k bolestem při sezení nemůže doprovázet na společenské akce. Při vyhodnocení dotazníku zjišťujícího kvalitu života byla zjištěna v doméně Fyzické zdraví (interval normy 14,3-16,8) hodnota 8,0, což lze hodnotit jako výrazně sníženou kvalitu života. Mírně snížená kvalita života (shodně hodnota 12,0) byla zjištěna v doméně Sociální vztahy a doméně Duševní zdraví. Hodnota domény Životní podmínky se pohybuje v nadprůměrném rozšířeném intervalu normy. I v tomto případě nacházíme shodu mezi rozhovorem zjištěnými a identifikovanými problematickými oblastmi a vyhodnocením dotazníku WHOQOL-BREF.

Z porovnání výsledků v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-BREF vyplývá, že kvalita života je výrazně snížena shodně u obou respondentů v doméně Fyzické zdraví, u respondenta A také v doméně Sociální vztahy. Mírně snížená kvalita života byla zjištěna shodně u obou respondentů v doméně Duševní zdraví a u respondenta B v doméně Sociální vztahy. Také Schneiderová (2015), která se ve své dizertační práci zabývala výzkumným šetřením kvality života pacientů s bolestí s využitím dotazníku WHOQOL-BREF, poukázala na největší problém v oblasti fyzického a duševního zdraví a výsledky její práce také potvrdily narušenou kvalitu života u jedinců s bolestí.

Na základě zjištěné nedostatečné informovanosti obou respondentů byl jako výstup pro praxi vytvořen informační leták s informacemi o nové nefarmakologické bezbolestné metodě, která se zaměřuje právě na pacienty s neuropatickou bolestí a především na diabetickou polyneuropatii. Jedná se o metodu MDM (mezodiencefalická modulace), která dokáže zlepšit mikrocirkulaci, a tím dochází k prokrvení DK. Metoda spočívá ve stimulaci centrálního nervového systému pomocí elektrod. Z klinických studií vyplývá, že je tato metoda velmi účinná a především bezpečná, bez vedlejších účinků a může se kombinovat s farmakoterapií.

ZÁVĚR

Bolest je pro zdravotnický personál velmi složitý ošetrovatelský problém. Zasahuje do všech oblastí lidských potřeb, ať už jsou to potřeby biologické, psychické, sociální, ale zasažena je i emoční složka. Neuropatická bolest omezuje jedince nejen v jeho lidských potřebách a běžných denních činnostech, ale je ohrožena i složka mezilidských vztahů. Tímto negativním procesem dochází u člověka k postupnému zhoršování kvality života. Hlavním cílem bylo zjistit, jak neuropatická bolest ovlivňuje život pacientů.

Byla získána anamnestická data o dvou pacientech s neuropatickou bolestí-diabetickou polyneuropatií. Anamnestická data byla získávána prostřednictvím rozhovoru s oběma respondenty doplněného pozorováním. První dílčí cíl byl splněn.

Kvalitativní výzkum byl rozšířen o hodnocení dotazníkem Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který slouží k hodnocení kvality života. Neuropatická bolest snižuje kvalitu života u obou respondentů z výzkumného šetření. Je nutno podotknout, že u obou respondentů se jednalo o dlouhodobě trvající bolesti bez výrazné pozitivní reakce na farmakologickou terapii. Bylo zjištěno, že kvalita života je výrazně snížena shodně u obou respondentů v doméně Fyzické zdraví, u respondenta A také v doméně Sociální vztahy. Mírně snížená kvalita života byla zjištěna shodně u obou respondentů v doméně Duševní zdraví a u respondenta B v doméně Sociální vztahy. Dílčí cíl 2 Pomocí dotazníku zhodnotit kvalitu života a zjistit, ve kterých oblastech ji neuropatická bolest snižuje, byl splněn.

Dílčí cíl 3 Vypracovat návrh ošetrovatelského plánu individuálně pro každého pacienta s ohledem na zjištěné skutečnosti byl splněn, ošetrovatelské plány zahrnují aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy včetně ošetrovatelských intervencí.

Z dat získaných rozhovory vyplynulo, že oba respondenti nejsou dostatečně informováni o možnostech léčby, proto byl jako výstup pro praxi vytvořen informační leták s informacemi o nové nefarmakologické metodě léčby (MDM terapie), která se zaměřuje na pacienty s neuropatickou bolestí a především s diabetickou polyneuropatií. Tento materiál bude sloužit jako zdroj informací nejen pro pacienty, ale také pro zdravotníky, kteří se s touto metodou ještě ve své praxi nesetkali.

LITERATURA A PRAMENY

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DESCALZI, Gianinna. *Translation investigation and treatment of neuropatic pain* [online]. Publikováno 9.3.2012 [cit.2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2663.htm>>.
4. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
5. DUCAIOVÁ, Jarmila. *Etika bolesti a utrpení*. [online]. Publikováno 1.8.2011 [cit.2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967.htm>>.
6. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.
7. GEEVELS, Christel. *What is EFIC?* [online]. Publikováno 31. 3. 2016 [cit. 2016-7-20]. Dostupné z: <<http://www.efic.org/.htm>>.
8. HÁJKOVÁ, Věra. *Neuropatická bolest a chronická bolest*. [online]. Publikováno 17. 4. 2015 [cit. 2016-7-20]. Dostupné z : <<http://www.mdmcentrum.com/htm>>.
9. HAKL, Marek. *Aktuální trendy v léčbě bolesti*. [online]. Publikováno 18.10.2011 [cit.2016-7-20]. Dostupné z: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/12/08.pdf>>
10. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
11. HAKL, Marek. *Historie léčby bolesti*. [online]. Publikováno 1.3.2009 [cit.2016-3-24]. Dostupné z: <[http://www. http://www.bolestbrno.cz/historie.html](http://www.bolestbrno.cz/historie.html)>.
12. JACQUES, Erica. *What is chronic neuropatic pain* [online]. Publikováno 28.3.2015 [cit.2016-3-24]. Dostupné z : <<http://www.pain.about.com/od/typesofchronicpain/g/neuropatic.htm>>.

13. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.
14. JIRKOVSKÝ, Daniel, HLAVÁČOVÁ, Marie. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-13-3.
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
16. KNÁPEK, Miroslav. *Hodnotící škály*. [online]. Publikováno 7.2.2010 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx.htm>>.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
18. NOVOTNÁ, Jaromíra. *Klinická propedeutika*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-940-8.
19. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.
20. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
21. RÁCZ, Oliver. *Kvalita života chronicky chorého člověka*. [online]. Publikováno 5.3.2010 [cit. 2016-7-20]. Dostupné z: <https://issuu.com/dermek/docs/bedeker_zdravia_3_2010htm>.
22. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
23. ROKYTA, Richard, KRŠIAK, Miloslav, KOZÁK, Jiří. (eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
24. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
25. SEIFERT, Bohumil, BENEŠ, Václav, BÝMA, Svatopluk. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-934-3.
26. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
27. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

28. SLÍVA, Jiří, KOZÁK, Jiří, ČERNÝ, Rudolf. *Farmakoterapie neuropatické bolesti: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2011. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-242-1.
29. SOUČEK, Tomáš. *Bolest obecně*. [online]. Publikováno 3.7.2011 [cit.2016-7-20]. Dostupné z:< <http://www.i-clb.cz/cs/bolest-obecne/uvod/htm>>.
30. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Léčba bolesti* [online]. Publikováno 27.2.2016 [cit.2016-3-24]. Dostupné z:< <http://www.stefajir.cz/?q=lecba-bolesti.htm>>.
31. TICHÝ, Oldřich. *Specializovaná pracoviště pro léčbu bolesti*. [online]. Publikováno 15.5.2015 [cit.2016-7-20]. Dostupné z:< <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/specializovana-pracoviste/specializovana-pracoviste-pro-lecibu-bolesti/htm>>.
32. TOTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
33. VAŇÁSEK, Jaroslav, ČERMÁKOVÁ, Kateřina, KOLÁŘOVÁ, Iveta. *Bolest v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.
34. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM ZKRATEK

CNS.....centrální nervový systém

DK.....dolní končetina

NSA.....nesteroidní antiflogistika

NRS.....numerická škála

PAD.....perorální antidabetika

VAS.....Vizuální Analogová Škála

WHO.....World Healty Organization

SSLB.....Společnost pro studium a léčbu bolesti

IASP.....Mezinárodní asociace pro studium bolesti

WHOQOL-BREF.....World Healt Organization Quality of Life Questionnaire

SEZNAM PŘÍLOH

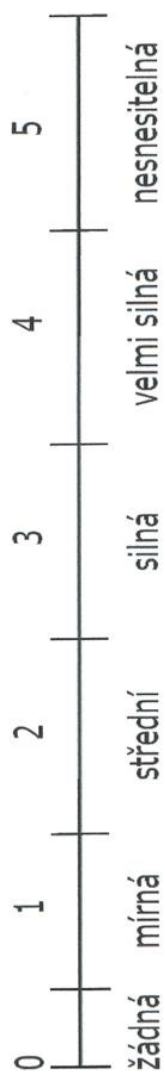
Příloha 1 Jednoduchá deskriptivní škála bolesti.....	64
Příloha 2 Škála výrazů obličeje pro měření bolesti.....	65
Příloha 3 Hodnocení bolesti dle Melzacka.....	66
Příloha 4 Záznam hodnocení bolesti.....	67
Příloha 5 Informovaný souhlas s výzkumným šetřením.....	68
Příloha 6 Žádost o povolení k výzkumnému šetření.....	69
Příloha 7 Povolení o provedení výzkumného šetření.....	70
Příloha 8 Analgetický žebřík WHO.....	71
Příloha 9 Vzor dotazníku WHOQOL-BREF.....	72

Příloha 1

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti

HODNOCENÍ BOLESTI

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti

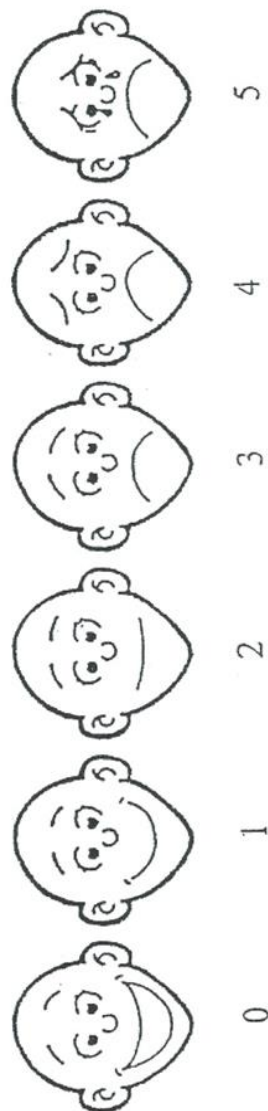


Zdroj: www.ose.zshk.cz

Příloha 2

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Zdroj: www.ose.zshk.cz

Denní záznam bolesti dle Melzacka

HODNOCENÍ BOLESTI

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

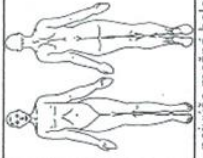
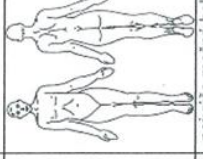
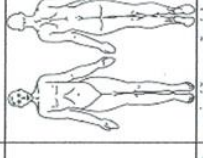


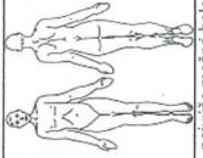
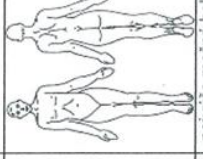
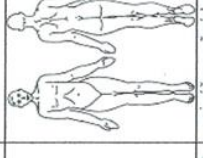


- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uvedte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tlášení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Záznam hodnocení bolesti

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM	ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šipkou)						
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)		nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)						
CAS Kdy to bolí?						
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?						
REAKCE NEMOCNEHO NA BOLEST						
PODPIS SESTRY						

Zdroj: www.ose.zshk.cz

Informovaný souhlas respondenta s výzkumným šetřením

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Bolest jako ošetrovatelský problém

STUDENT

Lucie Pokorná
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : lupokorna@centrum.cz

VEDOUCÍ BP:

PhDr. Petra Bejvančická
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : pbejvanc@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je přiblížit kvalitu života pacientů s neuropatickou bolestí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán do předem připraveného záznamového archu. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Získané údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru do připraveného záznamového archu. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 6

Žádost o povolení k výkumnému šetření

Žádost o povolení šetření

Mgr. Magdaléna Budková
Ředitelka ošetrovatelské péče
Městská nemocnice Plzeň, Privamed a.s.
Kotíkovská 17, 19
323 00 Plzeň

Věc: Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci

Vážená paní magistro,

Jmenuji se Lucie Pokorná a chtěla bych Vás požádat o udělení souhlasu k provedení výkumného šetření v rámci mojí bakalářské práce. Téma je Bolest jako ošetrovatelský problém. Vedoucím práce je PhDr. Petra Bejvančická, emailová adresa: pbejvanc@kos.zcu.cz. Průzkumné šetření bych chtěla provádět u dvou pacientů s neuropatickou bolestí za pomoci rozhovoru na neurologickém oddělení vaší nemocnice. Výzkum bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce.

O mém zájmu provádět výzkum jsem za pomoci MUDr. Vavříka, kterého máme na přednášky, informovala paní primářku MUDr. Klečkovou, která s výzkumem souhlasí.

Děkuji za vyřízení mojí žádosti.

S pozdravem

Lucie Pokorná,

studentka třetího ročníku, oboru všeobecná sestra.

Příloha 7

Povolení o provedení výzkumného šetření

> Komu: "Lucie Pokorná" <lupokorna@centrum.cz>
> Datum: 11.12.2015 09:36
> Předmět: Re: žádost o povolení šetření

>
Dobrý den,
nemám námitek proti výzkumnému šetření.
S pozdravem

Magdalena Budková
ředitelka ošetrovatelské péče
MN Privamed a.s. Plzeň
tel. 377 182 324, 739 043 836
mbudkova@privamed.cz

MAGDALENA BUDKOVÁ
ředitelka ošetrovatelské péče
MN Privamed a.s. Plzeň
tel. 377 182 324, 739 043 836
mbudkova@privamed.cz

----- Original Message -----
From: "Lucie Pokorná" <lupokorna@centrum.cz>
To: <mbudkova@privamed.cz>
Sent: Thursday, December 10, 2015 9:08 PM
Subject: žádost o povolení šetření

>
>
>

21.3.2016

Analgetický žebřík WHO



Zdroj:http://zdravi.euro.cz/news/check-pro?id=168355&seo_name=postgradualni-medicina-priloha

Příloha 9

Vzor dotazníku WHOQOL-BREF

PCP 2003

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE
WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nevhodnější.** Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny.** Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkovala byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkovala byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoňte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	málo	středně	hojně	imponantně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	velmi moc	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravní sítí?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5