

Plnění etických principů sestrami pečujícími o pacienty s bolestí

Tereza Pechová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza PECHOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Plnění etických principů sestrami pečujícími
o pacienty s bolestí**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části definovat pojmy bolest, chronická bolest, seznámit s možnostmi léčby, se zaměřením na bolest chronickou. Seznámit s obsahem etického kodexu sester.

V praktické části zjistit povědomí sester o chronické bolesti a způsobech léčby. Dále zjistit, jestli a v jak je naplňován etický princip sester v péči o pacienty s chronickou bolestí. Připravit informační materiál o bolesti a možnostech léčby pro všeobecné sestry. Na základě získaných dat navrhnout řešení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

ŠEVČÍK, Pavel a kolektiv autorů. Bolest a možnosti její kontroly. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 236 s. ISBN 80-7013-3.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Bolest - její diagnostika a psychoterapie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 68 s. ISBN 80-7013-130-6

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010


Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá plněním etických principů sestrami, které pečují o pacienty s chronickou bolestí.

Teoretická část je rozdělena na dvě části, kdy první část je zaměřena na etiku jako takovou, etické principy ošetrovatelství, lidskou důstojnost, práva pacientů, holistický přístup k pacientům a na etický kodex sester. Druhá část teorie je věnována tématu chronická bolest. V této části se zabývám charakteristikou chronické bolesti, její diagnostikou a léčbou. Je zde také uvedený přístup k pacientům s chronickou bolestí a návrh na komunikaci s nimi.

Klíčová slova: všeobecná sestra, pacient s chronickou bolestí, chronická bolest, etika, etické principy, péče, chování sester, komunikace a přístup k pacientům s chronickou bolestí

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with implementation of ethical principles of nurses who cares for patients with chronic pain.

The theoretical part is divided into two parts. The first part focuses on the ethics, the ethical principles of nursing, human dignity, rights of patients, holistic approach to patients and the Code of Ethics for Nurses. The second part is devoted to theories of chronic pain. This section deals with the characteristics of chronic pain, its diagnosis and treatment. There is also described the approach to the patients with chronic pain and a concept of communication with them.

Keywords: nurse, a patient with chronic pain, chronic pain, ethics, ethical principles, care, nursing behavior, communication and access to patients with chronic pain

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 25. 2. 2016

Veronika Pásová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

„Jaké zlo budete tolerovat záleží na tom, po jakém dobru toužíte.“

RICHARD SEMETT

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat především Vážené paní Mgr. Anně Krátké za odborné vedení mé bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad.

Také chci poděkovat vedoucím zdravotnických zařízení, kde jsem mohla provést dotazníkové šetření, všeobecným sestřám a pacientům za jejich spolupráci.

V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

Ve Zlíně dne 4. 6. 2010

.....

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ POJMŮ	12
1.1 SMĚRY A DRUHY ETIKY.....	13
1.2 ETYMOLOGIE SLOVA ETIKA.....	14
2 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	15
2.1 HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNICKÉ ETIKY.....	15
2.1.1 ZÁKLADNÍ POJMY VE ZDRAVOTNICKÉ ETICE.....	16
2.2 ETICKÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSTVÍ.....	17
2.2.1 ETICKÉ PRINCIPY OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY	17
2.2.2 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY OŠETŘOVATELSTVÍ.....	18
2.2.3 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVI.....	19
2.3 ETICKÝ KODEX SESTER.....	20
2.4 OCHRANA LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOST PACIENTA.....	21
2.4.1 LIDSKÁ PRÁVA A OŠETŘOVATELSKÉ ETIKA.....	21
2.4.2 ROZLIŠENÍ PRÁV	21
2.4.3 PRÁVA PACIENTŮ	21
3 BOLEST	23
3.1 DEFINICE BOLESTI	23
3.1.1 ROZDĚLENÍ BOLESTI.....	23
3.2 CHRONICKÁ BOLEST	24
3.2.1 DEFINICE CHRONICKÉ BOLESTI.....	24
3.2.2 DIAGNOSTIKA CHRONICKÉ BOLESTI	24
3.2.3 HODNOCENÍ BOLESTI	25
3.2.4 TERAPIE CHRONICKÉ BOLESTI	28
3.2.5 PŘÍSTUP K PACIENTŮM S CHRONICKOU BOLESTÍ.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODIKA PRŮZKUMU	36
4.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	36
4.1.1 OBECNÁ STRUKTURA DOTAZNÍKU	36
4.1.2 DRUHY OTÁZEK.....	37
4.1.3 CÍLE	38
5 CÍLE VÝZKUMU	39
6 ÚVOD K PRŮZKUMU	40
6.1 VÝBĚR RESPONDENTŮ	40
6.2 ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
7 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU URČENÉHO PRO VŠEOBECNÉ SESTRY ČÁST „A“	42
8 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU URČENÉHO PRO VŠEOBECNÉ SESTRY ČÁST „B“	46

9	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU URČENÉHO PRO VŠEOBECNÉ SESTRY ČÁST „C“	65
10	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ	78
11	DISKUSE	101
12	NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH PROBLÉMŮ	105
	ZÁVĚR	106
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	107
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	109
	SEZNAM GRAFŮ	110
	SEZNAM TABULEK	112
	SEZNAM PŘÍLOH	115

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou „Plnění etických principů sestrami pečujícími o pacienty s bolestí“. Motivací k tomuto tématu mi bylo, že za krátkou dobu, kdy jsem měla možnost chodit během svého studia na praxi do různých nemocnic a zdravotnických zařízení, jsem měla možnost poznat chování několika sester. Vzpomínám si, jak jsem na střední zdravotnické škole k těmto sestram vzhlížela a považovala jsem je všechny za vzor. Několik z nich je mi vzorem i dnes a ráda na ně vzpomínám. Některé z nich mě však v jistých situacích až šokovaly svým postojem k nemocným lidem. Nejednou jsem byla svědkem nešetrného zacházení s pacienty a to i s těmi, kteří trpí bolestí akutní či chronickou. V našem zdravotnictví se velmi často objevuje také nevhodná komunikace. Proto se chci věnovat hlouběji studiu chronické bolesti a také se snažím pochopit jak etické principy sester, tak především lidskou důstojnost, podstatu a smysl života. Snažím se ke každému člověku, ať už zdravému nebo nemocnému, přistupovat individuálně.

Cílem této práce je zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienty s bolestí a také zjistit, do jaké míry jsou všeobecné sestry seznámeny s etickým kodexem a jak k němu přistupují.

Teoretická část je rozdělena na dvě části. První část je zaměřena na etiku jako takovou, je zde zmínka o vývoji a historii zdravotnické etiky a v neposlední řadě jsou uvedeny etické principy v ošetrovatelství. V této části se také zabývám lidskou důstojností, s tím souvisejícím holistickým přístupem k pacientům, právy pacientů a etickým kodexem sester. Druhá část teorie je zaměřena na chronickou bolest, její charakteristiku, diagnostiku a léčbu. Také je zde uvedený přístup k pacientům trpícím chronickou bolestí a návrh nebo doporučení pro komunikaci s pacientem s chronickou bolestí.

Pro zpracování praktické části jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou nemocničních zařízeních na interních odděleních a odděleních pro léčbu dlouhodobě nemocných. Vypracovala jsem dva druhy dotazníku, kdy jeden je určen pro všeobecné sestry buď jen se středoškolským vzděláním či s vyšším nebo s vysokoškolským vzděláním zdravotnického zaměření. Dosažení vzdělání je rozlišeno v úvodní části dotazníku. Druhý dotazník je určen pacientům s chronickou bolestí. Výběr těchto respondentů byl cílený. V praktické části se zabývám analýzou dotazníků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Etika

Etika (ethika, řecky ethos = mrav) je věda o mravnosti. Etika se zabývá dvěma základními otázkami. Jednou z nich je otázka co je dobré či správné a co je špatné, druhá otázka se zabývá tím, jak to poznáme. Tradičně jsme shledávali odpověď ve své morální tradici nebo náboženské víře. Také v současné době existuje řada morálních, náboženských či ideologických tradic, které je třeba respektovat. Tyto vlastnosti se předávají z generace na generaci, především prostřednictvím výchovy, která hraje důležitou roli v osvojení si určitých morálních hodnot. Hlavním principem etiky je konat dobro a vyhýbat se zlu.

Etika je filosofická disciplína, která se nazývá praktickou filosofií. Jako samostatný obor byla vymezena starořeckým filosofem Aristotelem, podle kterého je etika nauka o dobrých charakterových vlastnostech člověka.

Etika je vědecká disciplína, jejímž hlavním předmětem je mravnost. Morálka je představována jako systém pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí. V minulosti byla označována etická učení jako nauka o povinnostech. Etika je součástí kultury dané společnosti, kdy kultura ovlivňuje chování a myšlení lidí. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Morálka

„Morálka (z latinského moralis = mravní) představuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem pokládá taková pravidla za závazná pro své konkrétní chování. Morálku lze charakterizovat také jako společenský jev, který odráží mezilidské vztahy a lidskou činnost z pohledu dobra a zla. Soubor morálních pravidel je většinou „nepsaný“ a jeho osvojení se děje prostřednictvím tradic a společenskou praxí. Konkrétní a popsané návody způsobu společenského chování bývají označovány jako etiketa.“ (HAŠKOVCOVÁ, 5. vyd., s. 46) Morálka tedy zahrnuje tzv. „nepsaná“ pravidla chování, které se týkají každého člověka, společnosti i přírody.

1.1 Směry a druhy etiky

Etika je velmi rozsáhlý obor zabývající se různou problematikou. Proto byla rozdělena do několika směrů. Níže jsou uvedeny směry a druhy etiky. Ošetrovatelské etice je věnována samostatná kapitola.

Analytická etika se zaměřuje analýzou mravního jazyka, a to především ze stránky logické.

Aprobativní etika (lat. *approbatio* = schválení) je teorie morálky, ve které se dobro definuje jako to, co přikázala či schválila nějaká autorita.

Etika komunikace je aplikovaná etika, kdy hlavním předmětem výzkumu je oblast komunikace.

Etika kosmické teologie. Podle ní je možné morálku pochopit jen z hlediska evolučního vývoje vesmíru.

Etika seberealizace je proud v teorii morálky. Zde je cílem morální činnosti realizace vnitřního *já* každého jednotlivce.

Heteronomní etika je etické učení, podle kterého morálka vyrůstá z příčin nezávislých od konajícího subjektu. Myslí se tím např. desatero božích přikázání.

Humanistická etika vyvozuje mravnost ze specificky lidských jevů - z toho, že člověk je schopný uvědomit si své činy a zřít se kteréhokoli dopředu stanoveného cíle. Osobnost je jediným soudcem vlastních činů.

Normativní etika se zabývá problematikou smyslu života, posláním člověka, obsahu dobra a zla, mravní povinnosti.

Stoická etika je založena na myšlence života ve shodě s přírodou.

Speciální etika je etika určité oblasti života nebo odboru praxe např. etika ekologie, hospodářská etika atd.

Teologická etika se zakládá na určitém teologickém systému. Patří sem etické učení náboženství jako jsou křesťanství, islám a buddhismus.

Všeobecná etika zkoumá etickou či morální skutečnost a pokouší se vymezit pojem etické či morální skutečnosti. (KOPECKÁ a kol., 2008)

1. 2 ETYMOLOGIE SLOVA ETIKA

V našich středoevropských podmínkách má etymologický vývoj slova etika tři jazykové aspekty. Základ používaných slov se vyvinul z řečtiny, latiny a staroslovenštiny. Řecký základ, kdy ethos označuje způsob jednání, postoj a myšlení osob. Latinský základ – Mos, od něhož se odvozuje pojem morálka. Toto slovo znamenalo původně vůli, která byla člověku uložena bohy nebo panovníky, byly to tedy předpisy a zákony, a pak tradiční mravy a obyčeje (mores). V průběhu etymologických změn, slovo mos nabylo významu jako osobní způsob života, smýšlení, charakter a mravní chování jednotlivce. České slovo mrav pochází z praslovanského základu norv, staročesky narv. Praslovanský kmen je zachován v ruštině, kde toto slovo znamená líbit se. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

2. 1 Historický vývoj zdravotnické etiky

Jak už víme, ošetřovatelství jako takové je mladá disciplína. Historie a vývoj ošetřovatelství je velmi spjat s vývojem lékařské etiky a medicíny samotné.

Už v dobách pravěku člověk pozoroval a zjišťoval, co mu prospívá, a co mu naopak škodí. Nejen, že to člověk pozoroval sám na sobě, ale i na druhých lidech, čímž přebíral určité léčitelské metody. Tyto metody měly využití mezi všemi lidmi, a nejen to, začaly se uvádět do praxe (příkladem jsou šamani).

Za počátek lékařské etiky pokládáme období starověku. V tomto období se začaly shromažďovat poznatky o pomoci nemocnému a hendikepovanému, což bylo velmi pozitivní. Ovšem starověk měl i negativní stránku, a sice, že se nesloužilo každému člověku, pouze určitému společenství lidí. Je třeba se zmínit o Sokratovi, který má velkou zásluhu na rozvoji lékařské etiky. Sokrates hlásal, že umění „léčit“ má být přístupné všem lidem. Platón pokládal zdraví za vnější dobro, při kterém člověk může tvořit hodnoty a seberealizovat se.

Vrchol lékařské etiky ve starověku patří Hippokratovi. V díle Corpus Hippocraticum se pokusil o shrnutí tehdejších poznatků medicíny. Známa je nám především Hippokratova přísaha, ve které zúročil své morální nároky na lékaře.

Na konci starověku se začalo šířit učení o důstojnosti člověka, bylo to především v období po Kristu. Zde se nám Kristus jeví jako symbol nekonečné lásky k bližnímu svému, bez ohledu na jeho původ. Křesťanskou etiku rozvíjel především Tertuliáno a sv. Augustin.

Toto učení přesáhlo až do středověku, kde vyvrcholilo v teologické etice sv. Tomáše Akvinského. Základní normou mravnosti zde byla lidská přirozenost člověka k sobě samému, ale i k ostatním.

Novověk je obdobím, kde se začíná zdůrazňovat lidské poznání bez odvolávání se na autoritu boha. Pro lékařskou etiku je velmi důležitý altruismus. Zdůrazňuje, že přirozenost člověka sleduje pocit blaha, štěstí, bolesti a zármutku i toho druhého, ...nejen sebe. V 18. století to byl filozof Kant, který potvrzuje, že povinnost konat dobro jinému člověku se zakládá na lidském rozumu a nemá kořeny v bohu (etický racionalismus).

Koncem 18. a začátkem 19. století nastává velký rozvoj vědy a techniky. Je třeba zmínit vývoj socialistických cílů, které ve svých programech chtějí dobro, ale jen pro určitou část společnosti. V období druhé světové války docházelo k mučení a zabíjení lidí jiné rasy. Vzhledem k tomu, že někteří nacističtí lékaři vykonávali eticky nepřístupné a nelidské pokusy na zajatcích, byl v roce 1947 vydán Norimberský kodex, aby se takovýmto věcem zabránilo. Norimberský kodex zakazuje vykonávat pokusy na lidech. Posupně byly přijímány i další deklarace, které zavazují lékaře k určitým etickým normám. Patří zde např. Ženevská deklarace, Helsinská deklarace apod.

Pojďme se podívat na křesťanskou církev, která pečovala o nemocné a chudé. Ano tyto dva aspekty už od nepaměti patří nerozlučně dohromady. Církevní teorii o pomoci bližnímu svému uváděly do praxe, mimo jiné, řeholní řády. Při klášterech se začaly zakládat útulky pro poutníky, tzv. hospice, špitály a dobročinné ústavy, které zajišťovaly spíše střechu nad hlavou, obživu, postel a teplo. Za zakladatelku ošetrovatelství vůbec je považována Florence Nightingalová. Velkou postavou českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna, která založila v Praze několik klášterů. (KOPECKÁ a kol., 2008) Vývoj ošetrovatelství jde velmi rychle dopředu. Dnešní svět je svět moderní techniky, která se objevuje i v našem zdravotnictví, což je dobré, ale je proto nezbytné nezapomínat na individualitu nemocných a lidskou důstojnost.

2. 1. 1 Základní pojmy ve zdravotnické etice

Na označení etických problémů v medicíně, ale i v ošetrovatelství se používají mnohé pojmy. Některé jsou podobné, ale není možné je zaměnit.

Bioetika (bios = život, ethos = mrav) je nejstarší pojem, který zobrazuje filosofickou nauku o konání dobra pro člověka a celou přírodu. Je to označení pro etické problémy veškerého života na Zemi.

Lékařská etika je pojem, který označuje konání dobra pro člověka k ochraně jeho života a zdraví.

Ošetrovatelská etika (Nursing ethics - pojem ustálený v zahraniční literatuře) je pojem, který je speciálně zaměřený na etické problémy v ošetrovatelské praxi. Dále zahrnuje také etické problémy všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na péči o pacienta.

Pastorální etika analyzuje vztah kněze a pacienta, při čemž se nemocnému poskytuje duchovní komfort podle jeho víry.

Deontologie (řecky deon = potřebná věc) je již tradiční výraz, kterým se ve filosofii označuje věda o povinnostech na všeobecné rovině. Ve zdravotnictví se tímto pojmem chápe systém etických norem, které představují všeobecně platný princip postojů a konání zdravotnických pracovníků. (KOPECKÁ a kol., 2008)

2. 2 Etické aspekty ošetrovatelství

Vývoj ošetrovatelské etiky přinesl s sebou klasické mravní hodnoty. Historie ošetrovatelství nám ukázala a praxe potvrdila, že nejdůležitější hodnota je zajištění blaha pacienta.

Hodnoty zobrazují vztah a postoje člověka k otázkám zdraví, nemoci, života a smrti. Mezi hodnoty materiálního charakteru patří strava, bydlení, majetek a pohodlí. Mezi sociální hodnoty lze řadit lásku, přátelství a spolupráci. Dále máme také hodnoty duchovní, morální a estetické. Každý člověk má svůj vlastní žebříček hodnot, podle kterého se chová. Z hlediska ošetrovatelského povolání jsou nejdůležitější tyto kategorie: dobro, blaho, spravedlnost, čest, svědomí, zodpovědnost, povinnost, svoboda a lidská důstojnost. Základní cíle a hodnoty ošetrovatelského povolání vyjadřuje etický kodex sester. (KOPECKÁ a kol., 2008)

2.2.1 Etické principy ošetrovatelské péče

„Mezi podmínky určující etické jednání sestry patří filosofické, ideové a náboženské postoje. Také teorie ošetrovatelství a ošetrovatelská etika jsou podmínkami etického jednání sestry. Ukazují na prameny samotného ošetřování a díky nim jsme schopni lépe pochopit celou podstatu ošetrovatelství. Tímto nás také směřují a učí nás určitému chování. Etické jednání sestry je také dáno právním systémem a zákonnými normami, jimiž se řídí zdravotní péče – naše jednání je výrazně ovlivněno tím, které činy jsou legalizovány, co je zákonem dovoleno, nebo naopak co je sankcionováno. V dnešním světě jsme na velmi vysoké vědecko-technické úrovni i na materiálním a personálním vybavení pracoviště – to vše vytváří tlak na profesní i všeobecné vzdělání sestry a kultivaci její osobnosti. Etické jednání sestry je dáno i jejím postavením a jejími vymezenými povinnostmi a odpovědností. V neposlední řadě jsou to osobnostní vlastnosti a úroveň mezilidských vztahů na pracovišti.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 37) Jestliže to celé shrneme, dojdeme k závěru, že etické

jednání sestry je především dáno jejím vztahem jak k lidem, tak zákonům. Záleží pouze na každé sestře, jak k celému systému ošetřovatelství bude přistupovat.

2.2.2 Základní etické principy v ošetřovatelství

Mezi základní etické principy řadíme autonomii, beneficenci-prospěšnost, důvěryhodnost, spravedlnost, veracitu - pravdomluvnost.

Autonomie je etický princip, který upozorňuje na to, že každý člověk má právo určovat své chování a jednání podle svých osobních etických a mravních zásad. Znamená to tedy, že sestra je povinna respektovat práva pacientů a ctít jeho přání.

Beneficence – prospěšnost. Je to závazek konat dobro a vyhýbat se působení škodlivého. Sestry jsou tímto zavázány, aby pracovaly ve prospěch pacienta. Někdy to znamená nezůstat nečinný. Sestra by tedy měla projevovat vlastní zájem o pacienta a být aktivní, co se týče péče o něj.

Důvěryhodnost znamená zůstat věrný svým závazkům a dodržovat je. Tyto závazky jsou postaveny na důvěře vytvořené mezi pacientem a tím, kdo poskytuje ošetřovatelskou péči, jde např. o dodržování slibů, zachování soukromí citlivých dat a dodržení mlčenlivosti. Sestry by měly především hájit pacienta a jeho práva.

Spravedlnost je princip, který vyžaduje rovné jednání se všemi lidmi, bez ohledu na jejich původ či náboženské vyznání. Znamená to také, že pokud mají různí pacienti stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by být o ně postaráno stejně s ohledem na jejich individualitu.

Veracita – pravdomluvnost. Je to závazek říkat ostatním pravdu a neklamat je. Dá se také mluvit o pravdivosti vůči sobě samému, protože jen my sami víme, jaká je kvalita ošetřovatelské péče, kterou poskytujeme pacientům. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Etické principy sestry - ošetřovatelky

„Etické povinnosti se vztahují na všechny role, které sestry plní. Kromě pečování, které je profesní a ústřední etickou povinností, to jsou obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce. Ve všech těchto oblastech je důležitý respekt k lidské důstojnosti.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 37)

2.2.3 Holistický přístup k pacientovi

Holismus (z řeckého holos – celek)

„Filosofie holismu je zdrojem etického přístupu sestry k pacientovi. Holismus je idealistická filosofie celistvosti. Znamená to tedy, že vnímáme člověka jako bio-psycho-sociální bytost.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 37) Holismus nás učí přistupovat k pacientovi jako k jednotnému celku a zajímat se tedy o všechny jeho potřeby. Především u pacientů v bolesti bychom k nim měli přistupovat s ohledem na jeho všechny potřeby, i na ty, které třeba zrovna nejsou aktuální, pouze potencionální. I na ty musíme myslet. Pacient s bolestí se mění jak fyzicky, tak především po psychické stránce. Musíme tedy brát ohled i na způsob života, který vedl před nemocí. Nemoc změni každého člověka a bolest teprve. Křesťanství nás učí vidět v každém člověku Krista, a tak i ke každému přistupovat, ať je v jakémkoli stavu nemoci a bolesti.

Ve školách se stále učíme o přístupu k pacientovi, přesto na tento přístup často v praxi zapomínáme. Holistický přístup znamená brát ohledy na veškeré stránky pacienta, bio-psycho-sociální a spirituální. Biologická, kdy zajišťujeme uspokojení základních potřeb pacienta, jako je vyprazdňování, strava, hygiena apod. Psychická stránka člověka je velmi individuální a citlivá, především, je-li člověk hospitalizován a stává se tak pacientem odkázaným na pomoc druhých. Tehdy je důležité využít veškeré komunikační schopnosti k získání si pacientovy důvěry. Pak nejen, že pacient bude o svých problémech mluvit otevřeně a my tím získáme plno dalších informací, ale i jemu se uleví a celou hospitalizaci bude snášet lépe. Komunikace mezi zdravotníky a pacienty je stále na malé úrovni. Dostáváme se ke složce sociální. Zde se můžeme zaměřit na pocity bezpečí a jistoty pacienta. Nemocnice je pro něj cizí prostředí a proto musíme brát ohledy i na tuto stránku. Každý člověk je zvyklý na určitý komfort a my bychom to měli respektovat a snažit se o to, aby se pacient cítil bezpečně. A nakonec stránka spirituální. Na tuto stránku se snad pomýšlí nejméně, přesto je pro pacienta velmi důležitá. Je tedy naší povinností myslet i na tuto stránku pacientovy osoby jako celku.

Závěrem této podkapitoly lze říci, že jestliže budeme používat a do praxe uvádět holistický přístup k pacientovi, vypátráme tak více ošetrovatelských problémů a pacient bude mít větší šanci na uspokojení všech potřeb.

2.3 ETICKÝ KODEX SESTER

Povolání sestry je velmi náročné jak z hlediska vlastní odborné přípravy, tak i profesionálního výkonu. Objektem práce sestry je člověk. Je proto velmi žádoucí, aby se sestra řídila určitými formami jednání ve vztahu k pacientovi i ke svým spolupracovníkům. Sestra musí být ve všech směrech profesionál, protože se od ní vyžaduje a očekává, že ovlivní prožívání a jednání nemocných. Také se od sestry očekává, že unese fyzické nároky své profese a dokáže si poradit s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Sestra musí brát v úvahu následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty člověka, jež tvoří osu morálního jednání zdravotníka. Za nejdůležitější morální hodnotu člověka je považována úcta k člověku. Úcta k člověku vyžaduje respektování lidské bytosti v každé jeho podobě, ať už v bolesti či v umírání, ale i v každodenních situacích života.

„Sestry České republiky se prostřednictvím České asociace sester (ČAS) hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl přijat Etickou komisí a Prezidentem ČAS. V České republice je platný od 29. března 2003.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 40)

Kodex poskytuje základní rámec, podle něhož by sestra měla činit vlastní etická rozhodování. Etický kodex sester je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetřovatelství, zdraví a společnosti. V jednotlivých situacích by však chování podle norem etiky mělo uspokojovat nejen samotnou sestru, ale i obecné zásady sesterské profese. Kodex nám však nezaručí správné mravní jednání sestry. Mravního jednání dosáhneme pouze za předpokladu vnitřního chtění konat dobro a pomáhat ostatním. Mravní jednání člověka úzce souvisí s jeho svědomím a láskou k lidem, což je opravdový zdroj morálky. Tento zdroj morálního chování by sestry měly mít v sobě, nebo se jemu naučit. Plno lidí tvrdí, že ošetřovatelská péče v České republice je na velmi dobré úrovni. Ošetřovatelská péče asi ano, ale kde se poděla lidskost sester? Během své praxe, které není mnoho, jsem měla možnost poznat spoustu sester. Některé sestry byly vždy pečlivé a vysoce profesionální, ale když si s nimi chce pacient pouze popovídat, nevědí jak se zachovat. Nemluví ani o tom, že většina sester ani neví, jak mluvit s pacienty v bolesti. Ano, je plno publikací, které se nám snaží ukázat cestu správné komunikace, ale člověk musí dozrát, aby věděl co má v danou chvíli říci a neuškodit. Také jsem poznala sestry, které moc nedodržovaly zásady bezpečnosti práce, za to si vždy našly čas na pacienta i za cenu přesčasu. Nezapomínejme tedy na úkol našeho povolání, nebo spíše poslání a snažme se chovat profesionálně a zároveň lidsky.

Etický kodex si nestačí jen několikrát přečíst, ale je velmi důležité se nad jeho zněním zamyslet a především jej pochopit. Teprve tehdy bude naše chování přirozené a správné, prospěšné pro pacienta. Přesné znění etického kodexu sester se nachází v příloze.

2.4 Ochrana lidských práv a důstojnost pacienta

2.4.1 Lidská práva a ošetrovatelská etika

Chránit a respektovat základní lidská práva, především lidskou důstojnost, patří k etickým povinnostem sestry. Ve zdravotnictví je důraz na důstojnost lidské osoby mimořádný a jedinečný. V rovině lidské důstojnosti jsme si všichni rovni. Co je to vlastně lidská důstojnost? Je to snad jen zachování intimity a soukromí pacienta? Ne, je to především rovnocenný a přitom individuální přístup ke každému člověku, bez ohledu na jeho vzhled, původ či náboženské vyznání. Znamená to také, přistupovat k pacientovi jako bio-psycho-sociálnímu celku s čímž souvisí již zmíněný holistický přístup k pacientovi. I tím, že budeme bránit práva pacientů, budeme chránit důstojnost člověka.

Proces aplikace lidských práv se neustále vyvíjí. Vznikají regionální a obdobné charty práv (např. Charta práv rodiny, Práva pacientů, Práva onkologických pacientů, Charta práv dítěte). K základním lidským právům patří např. právo na život a jeho ochranu, právo na osobní svobodu, právo na soukromí, právo svědomí a náboženského vyznání, rovnost a důstojnost lidí. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2.4.2 Rozlišení práv

Existují dva typy práv. Sociální práva a individuální práva. Sociální práva se týkají závazků, které na sebe společnost vzala, a které zajišťuje tak, aby všem občanům mohla být poskytnuta přiměřená zdravotní péče. Sociální práva směřují k zajištění dostupnosti zdravotní péče bez diskriminace pro každého. Individuální práva jsou práva jednotlivce, která se snadněji vyjadřují absolutními pojmy než sociální práva. Tato práva zahrnují takové oblasti, jako je soukromí a náboženské přesvědčení každého jednotlivce. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2.4.3 Práva pacientů

Historie práv pacientů je velmi krátká. Na 34. světovém shromáždění v Lisabonu v roce 1981 byla přijata deklaráce, týkající se práv nemocných. Dokument (nazýván Lisabonská deklaráce) pojednává o právech pacientů obecněji. V roce 1994 se uskutečnila

v Amsterdamu Evropská porada o právech pacientů a byla přijata deklarace - dokument tzv. Principy práv pacientů v Evropě, který měl a má být pro jednotlivé země významným pomocníkem při formulování politiky na posílení těchto práv.

V důsledku sociálního, ekonomického, kulturního, etického a politického vývoje se rozvíjelo hnutí za zdokonalení a plné uplatňování práv pacientů. Dochází k prosazování nových pojetí práv, což souvisí s cíli zdravotní politiky. Tyto cíle se soustřeďují na plnou realizaci pojetí úcty k člověku a na rovnou dostupnost zdravotní péče. Každý pacient má svá práva a je povinností sestry znát tyto práva a seznámit pacienta s těmito právy. Práva pacientů znamenají respektování práv jednotlivce. Zásady nového pojetí práv pacientů byly doporučeny v mezinárodně významných dokumentech. Jsou to: Lisabonská deklarace, Amsterdamská deklarace, Zdraví pro všechny. Ve výše uvedené kapitole byla zmínka o lidské důstojnosti. Co znamená lidská důstojnost? Lidskou důstojnost zachováváme i tím, že budeme dbát na soukromí pacienta a budeme k němu přistupovat s ohledem na jeho sud. Je to jednoduché, tak proč se zrovna toto základní právo pacienta nedodrží? Pacienti prožívající chronickou bolest vnímají vše okolo sebe citlivěji, než kdo jiný a tím, že nebudeme dbát na soukromí pacienta s ohledem i na jeho sud, mu od bolesti neulevíme, ba naopak, zhoršíme jeho bolest. S dodržováním soukromí a intimity pacienta také úzce souvisí závazek mlčenlivosti. Také je třeba zmínit, že pacient v bolesti má právo na citlivou péči všech zdravotníků. Mějme na paměti, že pacient v bolesti má zcela jiné potřeby než pacient bez bolesti. Je velmi důležité umět číst a předvídat pacientovy potřeby a uspokojovat je dle aktuálnosti vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Mysleme tedy na práva pacientů, neberme to pouze jako formalitu a poučme pacienty o jejich právech. Přehled práv pacientů je uveden v příloze. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

3 BOLEST

3.1 Definice bolesti

Bolest je nejkomplexnější lidskou zkušeností. Její prožívání je spojeno s tělesnými, emočními i sociálními poznatky. Bolest nás velmi ovlivňuje jak v pracovním a osobním životě, tak především v běžných denních činnostech. Většina lidí vnímá bolest jako něco špatného. Bolest lze vnímat i jako pozitivum, protože nás upozorňuje na to, že něco v našem těle není v pořádku. Každý člověk vnímá bolest jiným způsobem, záleží na intenzitě, charakteru i délce působení bolesti. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

V literatuře je uváděno několik definic bolesti. Uvedeme si tedy definici dle Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní asociace pro studium bolesti.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí: „Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní...“ (TRACHTOVÁ, a kol., 2006, s. 125)

„Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) uvádí: Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně.“ Tuto teorii popisuje ještě více McCaffery, který uvádí, že: ...bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vykytuje se vždy, kdy to pacient říká...“ (ARANDA, a kol., 2005, s. 125)

3.1.1 Rozdělení bolesti

Bolest lze rozdělit do dvou hlavních skupin: 1) *funkcionální* neboli *fyziologická bolest* a 2) bolest *klinická*. Funkcionální neboli fyziologická bolest má především ochrannou roli, protože nás upozorňuje na hrozící nebo skutečné poškození tkáně. Nevyžaduje lékařský zásah. (PAYEOVÁ, a kol., 2007) Klinická bolest zahrnuje přetrvávající bolestivé syndromy, které způsobují utrpení a stres. Pro přehlednost jsou uvedeny typy klinické bolesti v níže znázorněné tabulce č. 1.

Tab. č. 1: Klinická bolest

	<i>Viscerální</i>	<i>Somatická</i>	<i>Neurotická</i>
Přechodná	Bolestivá endoskopie	Nitrosvalová injekce	Bodavá bolest vyvolaná naražením lokte
Akutní	Zánět slepého střeva	Zlomená kost	Neuralgie trojklaného nervu
Chronická	Metastatické zvětšení jater	Bolest v kříži	Diabetická neuropatie

Podle uvedené tabulky lze klinickou bolest charakterizovat z časového hlediska na přechodnou, akutní a chronickou. Lze ji také charakterizovat z hlediska toho, s jakým typem poškození tkáně se pojí. (PAYEOVÁ, a kol., 2007)

3. 2 Chronická bolest

3. 2. 1 Definice chronické bolesti

Chronická bolest je často definována jako bolest trvající déle než 3 - 6 měsíců, kdy značně omezuje člověka v denních aktivitách. Chronická bolest se často projevuje ztrátou chuti k jídlu a poruchou spánku. Člověk trpící chronickou bolestí velmi často trpí depresi, bývá agresivní nebo naopak apatický, plačtivý a může se nejen izolovat od společnosti, ale především i od rodiny a uzavřít se do sebe. Při léčbě chronické bolesti může lehce vzniknout závislost na opiátech. Mezi chronickou bolest řadíme např. bolesti hlavy (migréna), bolesti zad nebo i fantómovy bolesti. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

3. 2. 2 Diagnostika chronické bolesti

Kvalita diagnostikování bolesti záleží především na spolupráci mezi pacientem a lékařem a také sestrou. Je velmi důležité, aby pacient sdělil o své bolesti vše i o tom, co s ní souvisí. Jednou z metod diagnostikování bolesti je sociální komunikace, která má různé možnosti. Lze sledovat tzv. „řeč činů“ – chování pacienta. Chování pacienta nám mnohdy naznačuje, kde pacient cítí bolest. Také podle jeho pohybů lze odhadnout intenzitu bolesti.

Další metodou je sledování nonverbálních (mimoslovních projevů). Vždyť jen z mimiky v pacientově obličejí lze odečítat některé emoce, k nimž bolest patří. Uvedeme si zde přehled mimoslovních projevů bolesti.

- I. **Paralingvistické** projevy bolesti – zde řadíme vzdechy, sykání, pláč, akustické nespisovné zvuky, naříkání atp.
- II. **Mimické** projevy – zde patří pitvoření obličejí, grimasy atp.
- III. **Pohyby končetin** – ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou, útěk od zdroje bolesti atp.
- IV. **Posturologické nonverbální** projevy bolesti: ustrnutí v určité poloze, obrana před zdrojem ohrožení atp.
- V. **Aktivita autonomního nervového systému** – zrudnutí kůže v obličejí nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, prudké bušení srdce atp.

„Obecně se ukazuje, že tyto nonverbální projevy bolesti jsou důležitým sdělením právě proto, že patří mezi nejaktuálnější projevy bolesti. Ukazuje se, že zdravotníci věří více těmto nonverbálním projevům, nežli slovům pacienta.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1992, s. 26)

V diagnostikování jakéhokoli onemocnění je důležitá anamnéza, což je doslova „rozpomenutí se pacienta na předchorobí“. Zjišťujeme, co bylo před vznikem bolesti a co pacienta vedlo k tomuto stavu. Anamnéza obsahuje i řadu dotazů na to, jak pacient zvládá v poslední době své těžké životní situace. Hledá se, co způsobilo pacientův neklid, jeho obavy, pocity ohrožení atp. Informace o pacientově bolesti nejčastěji získáváme metodou rozhovoru, která se nejlépe provádí přímo s pacientem. Informace o pacientovi můžeme také získat od jeho rodiny a blízkých. (KŘIVOHLAVÝ, 2006)

3. 2. 3 Hodnocení bolesti

„Spojená akreditační komise (JCI) v roce 2000 vydala nové standardy pro hodnocení, léčbu a dokumentaci bolesti. Tyto standardy vyžadují, aby byl pacient při příjmu do akreditovaného zařízení dotázán na bolesti. Každý pacient hlásící bolesti musí být dále vyšetřen příslušným zdravotníkem. Postupy zdravotnického zařízení musí mít nástroje na standardní screening bolesti a používat je u všech pacientů, kteří jsou schopni s nimi pracovat. Standardy JCI také vyžadují, aby zdravotnické zařízení plánovalo a připravovalo následující aktivity a zdroje, které zajistí rozpoznání bolesti pacienta a vhodné intervence.

Jde o: vstupní vyšetření bolesti, pravidelné přehodnocení bolesti, edukaci zdravotníků v hodnocení a managementu bolesti, přípravu plánu na zlepšování kvality hodnocení a přehodnocování bolesti. „ (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006, s. 42)

I. Všeobecný přístup k hodnocení bolesti

Hlavní překážkou v léčbě bolesti je její nedostatečné hodnocení. Tento problém se pak může stát hlavní příčinou nedostatečné léčby bolesti. Adekvátní hodnocení bolesti začíná celkovým a systematickým vyšetřením jak pacienta, tak jeho rodiny.

Doporučení při hodnocení bolesti:

- „Ptejte se na bolest pravidelně a často. Bolest hodnotěte systematicky.
- Věřte tomu, jak pacient a jeho rodina popisují bolest i prostředky, které ji zmírňují.
- Vyberte léčebné možnosti podle požadavků pacienta, jeho rodiny i zdravotnického zařízení.
- Léky podávejte včas, podle logického sledu a v koordinaci s dalšími léčebnými prostředky.
- Posilujte pacienta a jeho rodinu. Umožněte jim podílet se na rozhodování o způsobu léčby. „(ARANDA, 2005, s. 91)

II. Měření intenzity bolesti

Zjištěním intenzity bolesti dosáhneme toho, že zjistíme „jak moc to bolí“. Škály bolesti jsou asi nejčastěji používaným nástrojem k měření bolesti. Nezabírají mnoho času, je snadné je používat, odhalují problémy, které potřebují další vyšetření a pokud se provádí před a po použití intervence k ulevění od bolesti, pomáhají nám zjistit, zda byla intervence účinná. U pediatrických pacientů nebo u pacientů dospělých, kteří mají problémy s řečí a vyjadřováním, se používá *hodnotící škála sestavená ze šesti různých obličejů*, která začíná obličejem se spokojeným a usměvavým výrazem a končí obličejem smutným a plačtivým. K měření intenzity bolesti se velmi často používá *číselná hodnotící škála „0-10“* („0“=žádná bolest, „10“= maximální nejvyšší bolest). Další škálou k určení intenzity bolesti je *vizuálně analogová škála*. Tato škála představuje horizontální čáru, měřící asi 10 cm, kde jsou slovní popisky na každém konci. Začátek je označen - „žádná bolest“ a konec - „nejhorší možná bolest“. Také se používají *škály verbální*, jejichž použití je u pacientů, kteří nejsou schopni použít škálu číselnou. Pacient zde bolest hodnotí takto:

„žádná“, „mírná“, „středně silná“, „silná“, „nesnesitelná“. Tzv. *mapa bolesti* slouží k tomu, aby pacient označil přesně místo, kde cítí bolest. Mapa bolesti je zobrazena prostřednictvím nákresu osoby a pacient zakreslí místo bolesti přímo na této kresbě. Přehled těchto škál je uveden v příloze. V neposlední řadě si uvedeme *metodu srovnávací, neboli touriquetové vyšetření bolesti*. Tato metoda ke svému účelu využívá manžetu, která se běžně používá při měření krevního tlaku. D. Lewis je pravděpodobně autorem této metody. Postup této metody je následující. U pacienta se aplikuje gumová nafukovací manžeta na horní končetinu jako při měření krevního tlaku. Po nafouknutí manžety se pacient slovně požádá, aby v pravidelném rytmu postupně svíral a rozevíral pěst. Tyto pohyby mají za následek zprvu mírnou, v průběhu času se zvětšující a rostoucí bolest. Toto cvičení probíhá do té doby, až pacient sdělí, že bolest způsobená tímto způsobem se rovná nejbližší intenzitě bolesti, kterou prožívá. (KŘIVOHLAVÝ, 1992)

III. Hodnocení charakteru bolesti

Charakter bolesti poznáme podle toho, jak ji pacient popisuje. Díky tomu můžeme rozlišit bolest somatickou, viscerální a neuropatickou. Uvedeme si tedy příklad toho, jak se jednotlivé typy bolesti projevují.

- **„Somatická bolest** - většinou se dobře lokalizuje a pacienty bývá často popsána jako „kontinuální“, „pobolívání“, „hryzavou“, až „hlodavou“.
- **Viscerální bolest** - často se velmi špatně lokalizuje a pacient ji pociťuje ve vzdálenosti od postiženého místa. Viscerální bolest břicha často přichází ve vlnách a pacient ji popisuje jako „křeče“.
- **Neuropatická bolest** - pacienti tuto bolest popisují jako „brnění“, „vystřelování“, „pálení“, nebo také jako „elektrický šok“. (ARANDA, a kol., 2005, s. 91)

IV. Časový faktor bolesti

Zde se zaměříme na nástup bolesti, dobu trvání a její frekvenci. Také bychom měli hodnotit faktory, které bolest zhoršují, a které ji naopak zmírňují. Sestry by se měly zaměřit na následující faktory:

- **Epizodní bolest** - vyskytuje se při pohybu či aktivitě. Obvykle ji můžeme předvídat a dá se jí zabránit podáváním analgetik. Analgetika podáváme v odpovídající době před aktivitou, která bolest vyvolává.

- **Průlomová bolest** - je nepředvídatelné vzplanutí bolesti, které se může superponovat na jinak dobře kontrolovanou stabilní bolest.
- **Bolest na konci dávky** - vyskytuje se těsně před podáním další plánované dávky analgetik. Zde je nutné zvýšit dávku léku nebo zkrátit časový interval. (ARANDA, a kol., 2005)

V. Hodnocení behaviorálních projevů bolesti

Sestra zde hodnotí celkové projevy chování pacienta s bolestí. Pozoruje jeho pohyby (kulhání) a zaměřuje se především na to, jak bolest ovlivňuje pacientovy denní aktivity. Znamená to, jestli si je pacient schopen zajistit základní potřeby, nakoupit si a další. Chování pacienta s chronickou bolestí vzbuzuje často dojem, že trpí tím, že jim nikdo nevěří, že je to bolí. Pomáhá tomu i řada výroků zdravotníků – např. typu „To vás nemůže bolet“ nebo „toto je zcela nebolestivý zákrok“ atp. Pacienti se snaží dokázat bolest, proto hledají objektivní důkazy a upadají do deprese. (KŘIVOHLAVÝ, 1992)

VI. Psychosociální a duchovní hodnocení bolesti

„Psychosociální hodnocení bolesti zahrnuje vliv bolesti na spánek, zvládání obtížných situací, cíle pacienta i jeho finance. Při duchovním hodnocení se zaměříme rovněž na to, jak bolest ovlivňuje nahlížení pacienta na smysl života.“ (ARANDA, a kol., 2005, s. 91)

3. 2. 4 Terapie chronické bolesti

Terapii chronické bolesti rozdělujeme v základu na farmakologickou a nefarmakologickou.

A. Farmakologická terapie

Bolest může být mnohdy velmi obtížně léčitelná, proto se vynalezlo několik typů léků. Léky proti bolesti nazýváme analgetika. Uvedeme si zde několik typů léků k léčbě chronické bolesti.

„**I. Lokální anestetika** - užívají se k dočasnému zmírnění bolesti. Patří zde: **Blokády sympatiku**, provádí se injekcí lokálního anestetika do místa, kde se tvoří vnímání bolesti. Způsobují také zastavení autonomních funkcí, kontrakci hladné svaloviny a vazokonstrikci. **Nervové blokády**, kdy injekce lokálního anestetika infiltruje oblast okolo nervu a nerv dočasně umrtví. **Neurolyza** je injekce alkoholu nebo fenolu do 5. hlavového nervu. Cílem je zničit nervové funkce na týdny i měsíce.

II. Nesteroidní protizánětlivé látky - antiflogistika (NSA) - jsou nejčastěji používanými léky pro léčbu bolesti. Představitelem této řady je např. *Acetaminofen (paracetamol)*.

III. Opioidní analgetika. Terapie je nyní akceptovaný způsob léčby chronické nenádorové bolesti, pokud ostatní farmakologické způsoby selhaly.

IV. Epidurální analgezie - používá se formou intraspinální analgezie.

V. Adjuvantní analgetika - jsou léky, které se mohou podávat v kombinaci s opioidy či samotná. Zástupci této skupiny jsou tricyklická antidepresiva a antikonvulziva.“ (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. s. 177)

Způsoby podání analgetik

Perorálním způsobem, neboli ústy, se podávají tablety, kapsle i kapky. Jedním způsobem podávání léků je i *Sublingvální* aplikace, což znamená podání léku pod jazyk. Zde se léky rychle vstřebávají. *Transdermálním* způsobem se podávají především masti a gely. Znamená to tedy, že je aplikujeme na kůži. Velmi často léky podáváme injekčním způsobem a to: do kůže (intradermálně), podkoží (subkutánně), žíly (intravenózně) a svalů (intramuskulárně). Mezi další způsoby aplikace léků patří: *Intranazální* (nosním sprejem), *Epidurální* aplikace, *Intratekální* aplikace (do subarachnoideálního prostoru míšního kanálu), *Rektální* aplikace, *Intraartikulární* aplikace (do kloubní dutiny) a *Intraoseální* způsob aplikace (aplikace do kosti). (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

B. Nefarmakologická terapie

I. Fyzikální terapie

Je to metoda, která využívá fyzikální vlivy a metody k rehabilitaci a k obnovení normální funkčnosti jedince po nemoci nebo poranění. Výhodou tohoto způsobu je dostupnost a to, že jej může provádět i rodina nemocného, pokud je o tom poučena. Do fyzikální terapie zahrnujeme **hydroterapii**, která k léčbě bolesti využívá vodu. Hydroterapie může ovšem způsobit popáleniny, pády či pocity na omdlení. **Terapie teplem** využívá aplikace suchého nebo vlhkého tepla. Používá se ke snížení bolesti, zmírnění ztuhlosti kloubů, zmírnění bolestí a spasmů svalů, zlepšení cirkulace a zvýšení prahu bolesti. Zde je také riziko popálenin. **Terapie chladem (kryoterapie)** znamená aplikaci chladu na určitou část těla. Snižuje horečku a vede k okamžitému zmírnění bolesti. **Vibrace** zmírňují bolest navozením necitlivosti léčené oblasti. Působí jako elektrická masáž a lze ji využít u bolesti hlavy či bolesti svalů. **TENS (Transkutánní elektrická stimulace nervu)**, kdy je přístrojem přenášen

nebolestivý elektrický proud do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

II. Chirurgická terapie

„Při volbě této terapie je důležité zhodnotit pacientův současný zdravotní stav. Mezi nejčastější prováděné dva zákroky patří chordotomie a neurotomie.

Chordotomie oddělí jednostranně či oboustranně nervová vlákna v míše. Zabrání to přenosu nervových impulzů do mozku, čímž se zablokuje cesta bolesti.

Neurotomie. Zde se resekuje jedna nebo více periferních větví kraniálních nebo spinálních nervů.

Mezi další výkony chirurgické terapie patří *DREZL* (*dorsal root entry zone*), což je chirurgický chirurgický zákrok, při kterém se vytvoří série lézí v oblasti dorzálních kořenů míchy. *Rizotomie* je přetětí dorzálního kořene nervu, což vede ke zmírnění bolesti. *Talamotomie* znamená vytvoření lézí v talamu, to způsobí přerušení dráhy bolesti.“ (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006, s. 182)

III. Psychoterapie

Psychoterapie je soubor slovních i mimoslovních technik, které slouží ke zlepšení duševního zdraví člověka. „Psychoterapii může poskytovat psycholog a psychiatr. Dále také sociální pracovník nebo i duchovní, který absolvoval nebo se účastní navazujícího psychoterapeutického vzdělání. Toto vzdělávání probíhá formou tzv. psychoterapeutického výcviku, který zahrnuje vedle teoretického vzdělání i praktickou část (návuk terapeutických dovedností). Zde si také uvedeme základní rozdíl mezi psychologem a psychiatrem. Základní metodou v psychoterapii je rozhovor.

Psycholog je odborný pracovník s vysokoškolským vzděláním v oboru psychologie. Psycholog nemá lékařské vzdělání, přesto může pracovat ve zdravotnických zařízeních, a to jako klinický psycholog. Zde pečuje o lidi nemocné, ale může pečovat také o lidi zdravé v psychologických poradnách. Je důležité zmínit, že psycholog není kompetentní k předepisování léků. Kompetence psychologa obsahují psychoterapii a psychologickou diagnostiku, kde využívá psychologické testy.

Psychiatr je lékař, který absolvoval studium všeobecného lékařství na lékařské fakultě a specializační vzdělání v oboru psychoterapie. Psychiatr je kompetentní předepisovat léky. Psychiatr pracuje s lidmi duševně nemocnými. (UNGER, 2008)

Laická psychoterapie

Tento termín zahrnuje psychoterapii poskytovanou zdravotníky, nekvalifikovanými v oboru psychologie a psychiatrie. Laickou psychoterapii může poskytovat i všeobecná sestra, která má základní vědomosti v oblasti obecné i zdravotní psychologie. Úkolem všeobecné sestry je zde především psychicky podporovat pacienta. V oblasti psychoterapie může všeobecná sestra použít např. metodu distrakce, což je odpoutání pacientovy pozornosti od bolesti. Také může využít různé relaxační techniky a masáže. Jelikož laická psychoterapie zahrnuje především psychickou podporu pacienta, může ji vykonávat i rodina pacienta, proto je důležité povzbudit rodinu pacienta. I tím, že jen pacientovi nasloučáme, poskytujeme svým způsobem psychoterapii.

Uvedeme si zde způsoby a možnosti psychoterapie:

Modulace dolního prahu a tolerance bolesti

„Citlivost bolesti se uvádí hodnotou dolního prahu bolesti. Ten se stanoví tím, že podnět, působící bolest, se záměrně mění z hlediska jeho fyzikálního či chemického rozměru a registruje se jeho minimální hodnota, při níž pacient uvádí, že má pocit bolesti. Průměrná hodnota dolního prahu bolesti je 1,5 – 2,0 kp (horní pak 4,0 – 5,0 kp). Osoby, u nichž dolní hranice prahu je 4,0 kp a vyšší, označujeme jako hyposenzitivní. Naopak hypersenzitivní osoby, které uvádějí pocit bolesti již při 1,0 kp a hodnotách ještě nižších.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1992, s. 34)

Placebo

„Je to termín pro lék, který je podáván k potěšení a uspokojení pacienta spíše nežli k vyléčení jeho patologického stavu. Placebo znamená, že po podání léku pacient věří, že je tento lék účinný, i když dostal místo analgetik např. vitamíny. Placebo efekt je soubor psychických a fyzických změn, které jsou vyvolány jen a jen očekáváním pacienta, že podaný lék bude účinný.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1992, s. 38) Jestliže chceme využít k tišení bolesti placebo efekt, neobejdeme se bez pacientovy důvěry k nám a v nabízený terapeutický postup s kladným výsledkem. Dále je velmi důležité ujistit pacienta, že daný postup bude účinný. (KŘIVOHLAVÝ, 1992)

Sugesce

„Termín „sugesce“ se vztahuje k naší komunikaci, zvláště pak sociální komunikaci, kde si dva lidé něco sdělují. Tam sugesce vyjadřuje navození určitých myšlenek, představ, postojů, přesvědčení atp. nebo dání impulsu k určité činnosti – něco udělat či naopak něco obvyklého neudělat. pro sugesci je specifické nekritické přijetí toho, co je sdělováno v tzv. hetero-sugesci. Existuje i auto-sugesce, kde člověk sám sebe přesvědčuje o tom, že věci se mají tak a ne jinak.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1992, s. 40)

Hypnóza

Hypnóza je prostředek léčbě bolesti, který využívá sugesce a změněného stupně vědomí k navození pozitivních změn chování. Hypnóza je stav pozorné a soustředěné koncentrace, při níž člověk relativně málo vnímá své okolí. Tento člověk je také snadno přístupný návrhům, se kterými ovšem musí souhlasit. Hypnóza se používá k léčbě chronických bolestí, bolestí hlavy, revmatoidní artritidy i při menstruačních bolestech. Při hypnóze se mohou objevit tyto fyziologické změny: snížení činnosti sympatiku, snížení potřeby kyslíku, snížení krevního tlaku a pulzu. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

Biofeedback – biologická zpětná vazba

Biofeedback. Tento způsob využívá elektronické monitory, aby se pacienti naučili vědomé kontrole nad svými autonomními funkcemi jako např. dýchání, pulz, krevní tlak. Úpravou svých myšlenek, dýcháním, postojem a napětím svalů se pacienti naučí změnit určité tělní funkce. Jestliže se pacienti naučí vědomě ovládat své autonomní funkce svoji vůlí, mohou také získat schopnost kontrolovat svoji bolest. Tato metoda má své uplatnění při bolestech hlavy, bolestech zad, problémech se stresem a při gastrointestinálních potížích. Biofeedback není vhodné provádět u pacientů s hypotenzí, psychiatrickými poruchami, poruchami paměti a demencí. Tato metoda je prováděná kvalifikovaným terapeutem. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

IV. Alternativní a doplňkové terapie

Akupunktura je tradiční čínská léčebná metoda, založená na názoru, že existuje vitální životní síla, která cirkuluje v těle. Provádí se aplikací jehel do speciálních bodů na povrchu těla k ovlivnění cirkulace. Akupunktura se užívá např. při bolestech zad, syndromu karpálního tunelu nebo při neuralgii trigeminu.

Relaxační terapie zahrnuje meditační cvičení i masáže. **Meditace** je soustředění či zaměřování pozornosti na jeden obraz, zvuk nebo i na rytmus vlastního dechu. Tím, že přesměrujeme vnímání bolesti na jiný vjem, snižujeme stres, který bolest doprovází a někdy i zhoršuje. **Masáž** znamená tření a hnětení měkkých tkání. Masáže používané k léčbě bolesti se nazývají terapeutické masáže. Masáže jsou účinné třeba u bolestí hlavy a zad. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006)

3. 2. 5 Přístup k pacientům s chronickou bolestí

„Bolest je běžnou záležitostí života každého z nás. Již Cicero konstatoval, že *mortalis nemo est, quem non attingat dolor morbusque* (smrtný není ten, jehož se nedotkla bolest a nemoc). I sám Hippokrates pojímal medicínu jako odstraňování utrpení nemocných a mírnění prudkosti jejich chorob. Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení.“ (MUNZAROVÁ, 2005, s. 74) Jak už jsme si uváděli výše, chronická bolest ovlivňuje celkový stav pacienta. Často ovlivňuje pacientovu náladu, osobnost a sociální vztahy. Lidé s chronickou bolestí trpí třemi nejčastějšími potížemi, a to: depresi, úzkostí a poruchou spánku. Proto je velmi důležitý správný přístup zdravotníků k pacientům. Je nutné, abychom vnímali pacienta v jeho celosti. Důležitost náleží správné komunikaci a znalosti o psychických faktorech, souvisejících s bolestí. Tyto aspekty pomáhají sestře lépe porozumět pacientovým reakcím na bolest.

Jak se chovat k pacientovi s úzkostí

Úzkost je velmi nepříjemný pocit, který prožil snad každý člověk. Mnoho lidí si však zaměňuje úzkost se strachem. Rozdíl mezi strachem a úzkostí je následující: strach zažíváme z něčeho konkrétního, kdežto úzkost prožíváme, ale nevíme z čeho. Pocity úzkostí velmi často pociťují právě pacienti s chronickou bolestí. Pro člověka s úzkostí je velmi důležitý pocit jistoty a bezpečí. Úkolem sestry je správně komunikovat s pacientem a uklidnit jej podáním informací, které jsou v její kompetenci. Nehledejme v tom nic složitějšího, zkrátka hlavně pacientovi neslibujme něco, co nelze splnit a jen mluvíme o jeho pocitech. Velkou roli zde hraje umění naslouchat. (MUNZAROVÁ, 2005)

Jak přistupovat k pacientovi trpícímu depresí

Deprese patří k velmi závažným stavům, které se vyskytují i u pacientů s chronickou bolestí. Deprese jsou označovány jako chorobný smutek, který pacient prožívá. Pacient s chronickou bolestí jakoby vše ztrácí. Nemoc někdy s sebou přináší změnu životní role, nemož-

nost plnit denní aktivity, nemožnost věnovat se koníčkům nebo dokonce si nemoc v některých případech vyžaduje i izolaci nemocného od rodiny a blízkých. Není tedy divu, že tento člověk lehce propadne depresivním stavům. I zde je velmi důležitá komunikace sestry s pacientem a snad ještě důležitější je aktivní naslouchání. Někdy člověku v depresi špatná komunikace spíš ublíží, proto, když si nejsme jisti, jak komunikovat, raději pouze naslouchejme. V péči o depresivního pacienta je důležité jej nějak vhodně zaměstnávat dle jeho aktuálního zdravotního stavu, aby neměl moc čas přemýšlet nad svojí bolestí a tím propadl do deprese. Ani pacientům s depresí neslibujeme to, co nelze splnit, protože pacienti s depresemi a bolestí hledají naději na uzdravení v každém slovu zdravotníka. (MUNZAROVÁ, 2005)

Doporučení pro komunikaci s pacienty s chronickou bolestí

- Nejprve požádejte pacienta, aby svoji bolest nejen popsal, ale také ukázal, kde bolest cítí. Použijte škálu bolesti pro zjištění intenzity bolesti (škála bolesti od 0 do 10 nebo jiné škály bolesti).
- Zhodnoťte kvalitu bolesti (o jakou bolest jde), trvání a stálost bolesti (kdy bolest začala, zda je stále stejná, nebo se stupňuje, apod.) také se ptáme pacienta na faktory, které bolest vyvolávají (např. pohyb, kašel apod.)
- Důležité je zjistit eliminující faktory – co zmenšuje bolest (úlevová poloha, medikace – její typ, frekvence, efekt, teplo či chlad, masáž apod.)
- Ověřte si, zda se s bolestí vyskytují i nějaké další příznaky jako je nauzea, závrať apod.
- Zjistěte dopad bolesti na „normální fungování“ pacienta (zda a jak má bolest vliv na spánek, přijímání potravy apod.), prozkoumejte význam bolesti pro pacienta (např. stárnutí, zhoršující se nemoc, odhalení slabosti, strach z bolesti).
- Podporujte efektivní mechanismy, které pacient používá při vyrovnávání se s bolestí a eliminuje neefektivní (např. abúzus alkoholu).
- Nepodléhejte mýtům a předsudkům o bolesti (např. bolest je projevem slabosti, muži přece nepláčou). Provádějte průběžné a časté kontroly úlevy od bolesti. (MAHROVÁ, a kol., 2006)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

4.1 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je metoda založená na získávání informací o faktech, vědomostech, znalostech, názorech, postojích, hodnotové orientaci atd. písemnou formou od konkrétních osob (respondentů). Metoda dotazníku se zakládá na otázkách a metodicky se podobá metodě přímého ústního rozhovoru. Dotazník se skládá z tzv. dotazníkových položek, což jsou jednotlivé otázky. Před rozdáním dotazníků by si měl výzkumník řádně nastudovat danou problematiku, kterou chce řešit. Dotazník by měl vyhovovat dvěma hlavním požadavkům:

1. účelově technickým, tj. takové sestavení a formulování otázek, aby mohl dotazovaný co nejpřesněji odpovídat na to, co nás zajímá,
2. psychologickým, tj. vytvoření podmínek, prostředí, okolností, které by co nejvíce pomáhaly tomu, aby se mu tento úkol zdál snadný, příjemný a žádoucí, chtěný. Jde o to, aby respondent odpovídal stručně a pravdivě.

To, jak respondenti odpovídají, je ovlivněno naladěním každého respondenta, také jeho ochotou spolupracovat a pravdivě odpovídat. Proto, abychom dosáhli konkrétního výzkumného výsledku potřebného pro statistické zpracování, je třeba oslovit či využít dostatečně velký vzorek respondentů.

Respondenti, kteří souhlasí s vyplněním dotazníku, odpovídají ve většině případů anonymně. Při volbě této metody je důležité sestavit otázky tak, aby jim respondenti rozuměli a pochopili je. Otázky musejí být jednoduché a srozumitelné. Také je třeba v úvodu dotazníku zmínit, jakým způsobem má daný respondent na jednotlivé otázky odpovídat. (FARKAŠOVÁ, 2006)

4.1.1 Obecná struktura dotazníku

a) Vstupní identifikační informace - pořadové číslo dotazníku, název dotazníku, úvodní informace, instrukce:

- úvod - oslovení respondenta, vysvětlení účelu a důležitosti výzkumu, ochrana identity, a to i tehdy, když je dotazník anonymní. Měl by být neutrální, aby nenaznačoval obhajobu výzkumníkovy kompetence

- instrukce -by měly obsahovat výklad způsobu odpovědí v jednotlivých položkách

b) Vlastní soubor otázek - má zpravidla tuto strukturu:

- úvodní („zahřívací“, kontaktní) otázky - uvádějí respondenta do problému
- obsahové otázky - sledují vlastní záměr dotazování
- filtrační otázky - rozzařují respondenty do různých skupin
- kontrolní otázky - informují nás o tom, zda nám respondent v dotazníku mluví pravdu či lže
- osobní otázky - zjišťují některé osobnostní charakteristiky, jako je např. věk, pohlaví, vzdělání atd.

c) Poděkování za vyplnění a za čas věnovaný dotazníku. (FARKAŠOVÁ, 2006)

4. 1. 2 Druhy otázek

„a) Otázky otevřené (volné) - jsou to otázky, na které respondent volně odpovídá, není dán výběr odpovědí. Nevýhodou ovšem je to, že každý respondent může mít jinou odpověď, a pak může nastat problém s vyhodnocováním.

b) Otázky uzavřené - ty vyžadují jasnou odpověď. Je zde nabídka odpovědí.

- Otázky dichotomické - přístupné jsou pouze dvě možnosti (ano x ne)
- Otázky polytomické (variantní)
 - Výběrové otázky - respondent vybírá odpovědi z nabízených odpovědí.
 - Výčtové otázky - respondent může vybrat více alternativ nabízených odpovědí.
 - Otázky s vyznačením důležitosti - Seřad'te podle důležitosti...
 - Otázky škálové - vyjadřují intenzitu nějakého jevu.
 - Otázky polozavřené - jsou zde alternativy odpovědí a navíc má možnost respondent uvést vlastní variantu odpovědi.

Otázky mají být formulovány tak, aby je respondent pochopil, aby správně vybral adekvátní odpověď, s ohledem na rozumové a vyjadřovací schopnosti respondenta a jejich zkušeností.

4. 1. 3 Cíle

Cíl je zjišťování příčinných souvislostí mezi jevy. Je snaha skutečnost redukovat na množinu vztahů, které se nám jeví jako relativní vzhledem k cíli našeho pozorování, popisu a vyhodnocení.“ (LUKEŠOVÁ, 2008, s. 50)

5 CÍLE VÝZKUMU

Cíl č. 1: Zjistit úroveň teoretických vědomostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienta s bolestí.

Cíl č. 2: Zjistit, do jaké míry jsou všeobecné sestry seznámeny s etickým kodexem a jak k němu přistupují.

Cíl č. 3: Zmapovat pohledy pacientů na etický přístup všeobecných sester v oblasti péče o pacienty s bolestí.

6 ÚVOD K PRŮZKUMU

Průzkum prováděný metodou dotazníkového šetření jsem si vybrala proto, že mi tato metoda umožní získat potřebné informace týkající se dané problematiky, za relativně krátký časový úsek

6.1 Výběr respondentů

Tato bakalářská práce je zaměřena na plnění etických principů sestrami, pečujícími o pacienty s bolestí. Byly vybrány dvě skupiny respondentů. Jednu skupinu respondentů tvoří všeobecné sestry pracující na interních odděleních a odděleních pro léčbu dlouhodobě nemocných. Všeobecné sestry byly osloveny ve dvou nemocničních zařízeních. Představiteli druhé skupiny respondentů jsou pacienti trpící chronickou bolestí. Výběr této skupiny respondentů byl cílený. Během praxe na interních odděleních jsem oslovila určité pacienty trpící chronickou bolestí, kteří mi dotazníky vyplnili anonymně a na počkání.

6.2 Organizace dotazníkového šetření

Ve své práci jsem se rozhodla zjistit úroveň teoretických vědomostí sester o chronické bolesti a o způsobu péče o pacienty trpící chronickou bolestí. Také mě zajímal pohled sester na etický kodex a etické principy sester. Dotazníky k tomuto zjištění byly adresovány skupině respondentů všeobecných sester ve dvou nemocničních zařízeních. Také jsem se rozhodla pro doplnění zmapovat pohledy pacientů na etické jednání sester. Zjišťování těchto informací probíhalo prostřednictvím dotazníkového šetření, kdy tyto dotazníky byly adresovány skupině respondentů, a to pacientům s chronickou bolestí. Výběr těchto respondentů probíhal cíleně. Během praxe na interních odděleních jsem oslovila určité pacienty trpící chronickou bolestí, kdy jsem jim rozdala dotazníky a pacienti je vyplňovali a odevzdali v tentýž den.

Distribuce dotazníků byla zahájena koncem ledna 2010 a byla ukončena koncem dubna 2010. Celkový počet rozdaných dotazníků je 100, kdy z toho bylo 80 dotazníků určeno pro všeobecné sestry a 20 dotazníků bylo určeno pacientům s chronickou bolestí.

Tyto dotazníky jsem osobně rozdala ve vybraných zařízeních a respondenti je vyplnili do dvou týdnů. Dotazníky pro pacienty jsem jim osobně rozdala a tito respondenti vyplnili dotazníky na počkání. Spolupráce s vybranými respondenty byla dobrá, vedoucí zařízení,

kde byly dotazníky rozdány, byli velice ochotni spolupracovat. V obou zařízeních jsem podala „Žádost o umožnění dotazníkového šetření“.

Celková návratnost dotazníků určených pro všeobecné sestry činila 60 dotazníků z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků, což činí 75 %. Celková návratnost dotazníků určených pro pacienty činila 20 dotazníků, čímž je návratnost 100 %.

Z hlediska nízkého počtu rozdaných dotazníků určených pro pacienty s chronickou bolestí je tento výzkum z hlediska statistiky nevýznamný a je uveden pouze pro zajímavost.

Analýza dotazníků je znázorněná absolutní a relativní četností. Absolutní četnost znázorňuje buď počet respondentů, nebo počet celkových odpovědí. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a znázorněny v grafech.

7 Vyhodnocení dotazníku určeného pro všeobecné sestry. Část „A“

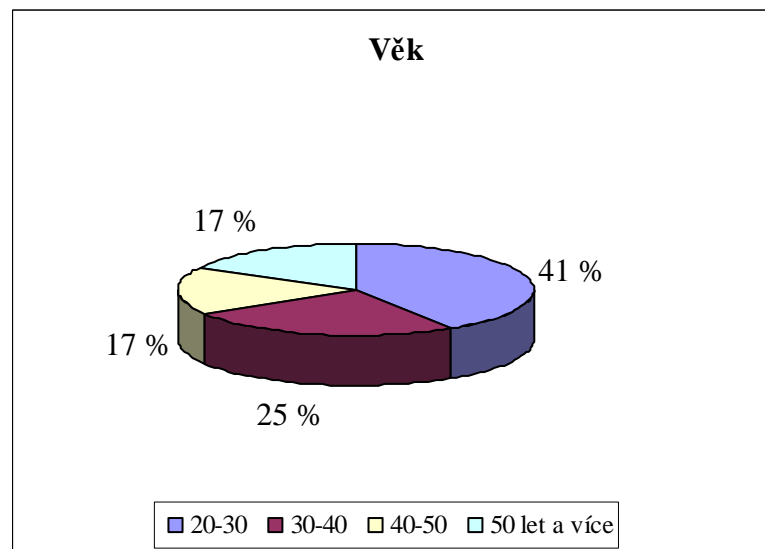
Otázka č. 1

Věk:

Tab. č. 2 Věk

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
a) 20-30	25	41 %
b) 30-40	15	25 %
c) 40-50	10	17 %
d) 50 let a více	10	17 %
Celkem	60	100 %

Graf 1.Věk



Z grafu je znát, ře necelá polovina oslovených všeobecných sester je ve věku 20 - 30 let. 25 % všeobecných sester je ve věku od 30 - 40 let. Zbylá procenta znázorňují stejné množství sester ve věku od 40 - 50 let a sestry, které jsou ve věku 50 - ti let a více.

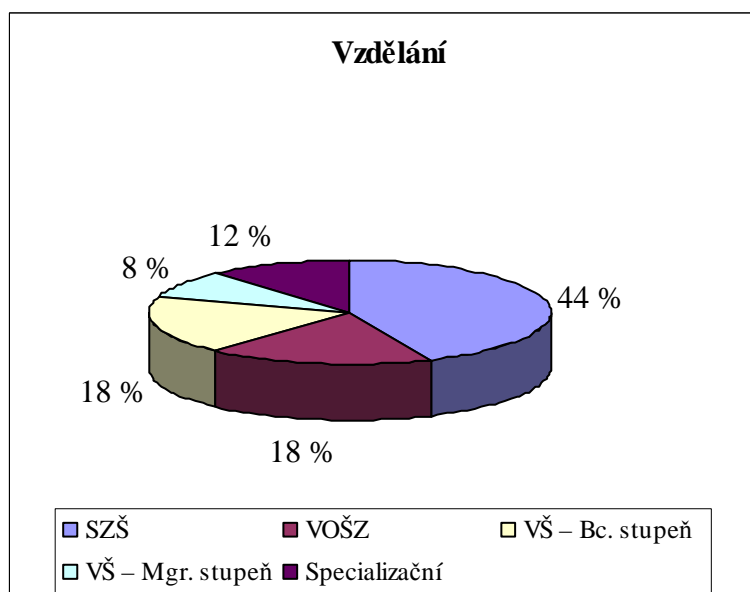
Otázka č. 2

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Tab. č. 3 Vzdělání

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) SZŠ	26	44 %
b) VOŠZ	11	18 %
c) VŠ – Bc. stupeň	11	18 %
d) VŠ – Mgr. stupeň	5	8 %
e) Specializační – doplňte obor	7	12 %
f) Jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Graf. 2 Vzdělání



Během výzkumu bylo zjištěno, že necelá polovina všeobecných sester má nejvíc dosažené vzdělání středoškolské. Na to, však v oslovených zařízeních pracuje stejné množství sester jak se vzděláním typu VOŠZ, tak i se vzděláním bakalářského typu. S magisterským typem vzdělání pracuje v oslovených zařízeních pouhých 8 % sester. 12 % všeobecných sester si po středoškolském vzdělání vybralo specializační obor.

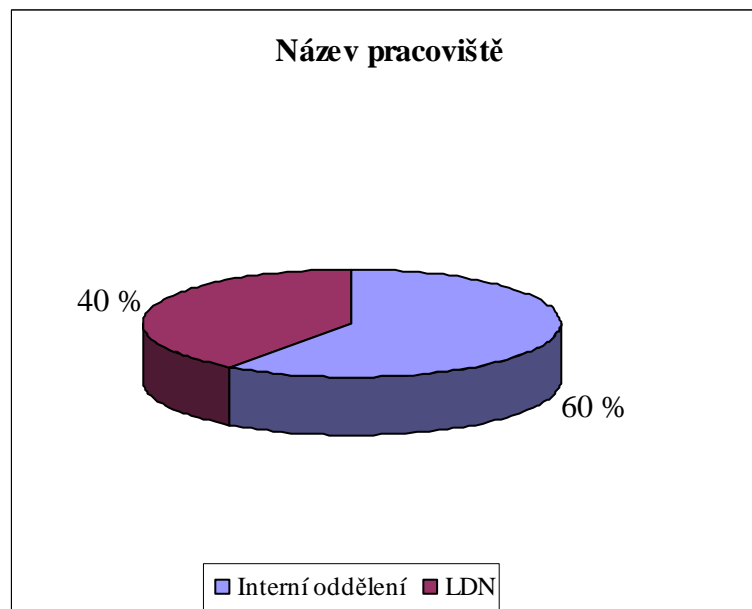
Otázka č. 3

Zde prosím uveďte oddělení, na kterém pracujete.

Tab. č. 4 Název pracoviště

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Interní oddělení	36	60 %
b) LDN	24	40 %
Celkem	60	100 %

Graf 3. Název pracoviště



Během výzkumu bylo zjištěno, že na interních odděleních pracuje převážná většina oslovených všeobecných sester a to celých 60 %. Na odděleních LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) pracuje zbylých 40 % oslovených všeobecných sester.

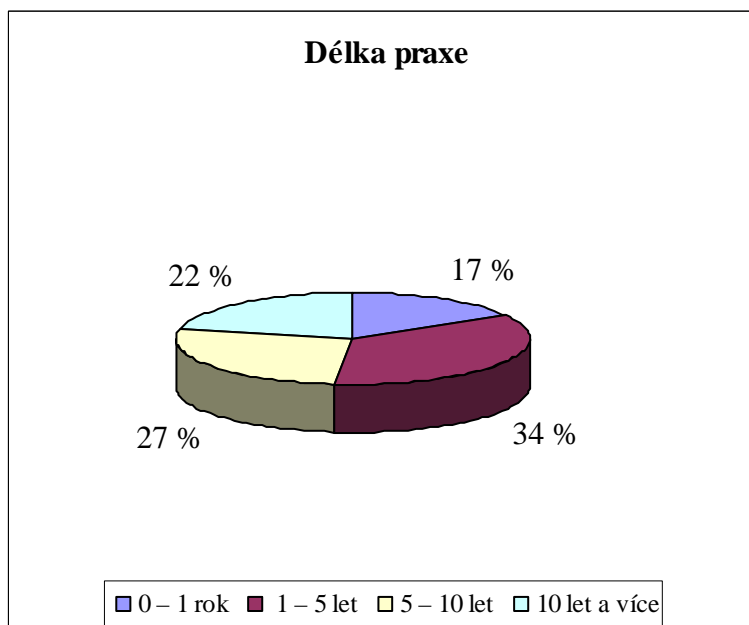
Otázka č. 4

Jaká je délka Vaší praxe na současném pracovišti?

Tab. č. 5 Délka praxe

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 0 – 1 rok	10	16,70 %
b) 1 – 5 let	21	35 %
c) 5 – 10 let	16	26,70 %
d) 10 let a více	13	21,60 %
Celkem	60	100 %

Graf 4. Délka praxe



Celých 35 % nám znázorňuje, že většina oslovených všeobecných sester pracuje na svých pracovištích v délce praxe max. do 5-ti let. Necelých 30 % pak tvoří všeobecné sestry s délkou praxe od 5-ti let do deseti let. Nejmenší procento tvoří sestry, které na daném pracovišti působí do jednoho roku. Sestry, které pracují na stejném pracovišti více jak deset let, nám znázorňuje 22 % procent. U těchto sester je však vysoké riziko syndromu vyhoření. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

8 Vyhodnocení dotazníku určeného pro všeobecné sestry. Část „B“

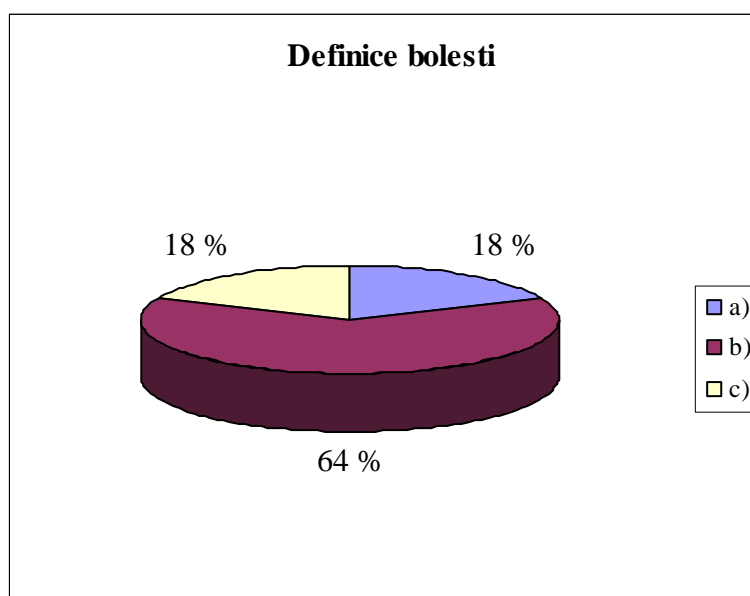
Otázka č. 1

Vyberte prosím správnou definici bolesti dle WHO (Světová zdravotnická organizace).

Tab. č. 6 Definice bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek, který jde ruka v ruce se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně.	11	18,30 %
b) Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození.... Bolest je vždy subjektivní.	38	63,40 %
c) Bolest je signálem skutečného nebo potencionálního poškození tkáně.	11	18,30 %
Celkem	60	100 %

Graf 5. Definice bolesti



Během výzkumu bylo zjištěno, že většina všeobecných sester zná správnou definici bolesti dle světové zdravotnické organizace. Zbylá procenta nám znázorňují dvě stejné skupiny všeobecných sester, které zvolily nesprávnou odpověď. Pro přehlednost jsou v grafu uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

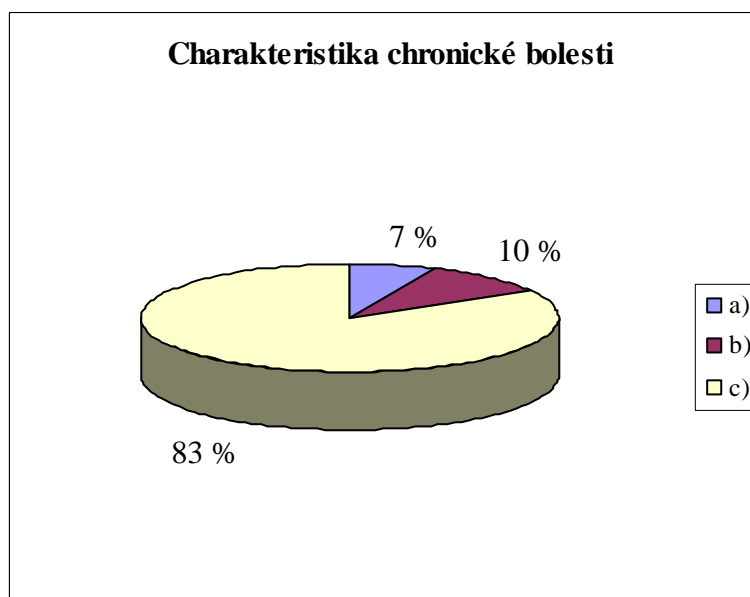
Otázka č. 2

Zde prosím uveďte typickou charakteristiku chronické bolesti.

Tab. č. 7 Charakteristika chronické bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) náhlá, skličující, pacient má strach o svůj život	4	6,70 %
b) bolest trvající méně jak jeden týden, pacienta výrazně neomezuje v denních aktivitách	6	10 %
c) bolest trvající více než 3-6 měsíců, kdy značně omezuje pacienta v denních aktivitách, pacient ztrácí chuť k jídlu a má narušen spánek	50	83,30 %
Celkem	60	100 %

Graf 6. Charakteristika chronické bolesti



Převážná většina všeobecných sester má správné povědomí o charakteru chronické bolesti. Necelých 10 % oslovených všeobecných sester si myslí, že chronická bolest se projevuje jako náhlá a skličující bolest, kdy má pacient strach o svůj život. Zbýlá procenta sester pak uvádí, že chronická bolest je ta, která trvá méně jak jeden týden a pacienta výrazně neomezuje v jeho denních aktivitách. Pro přehlednost jsou v grafu uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

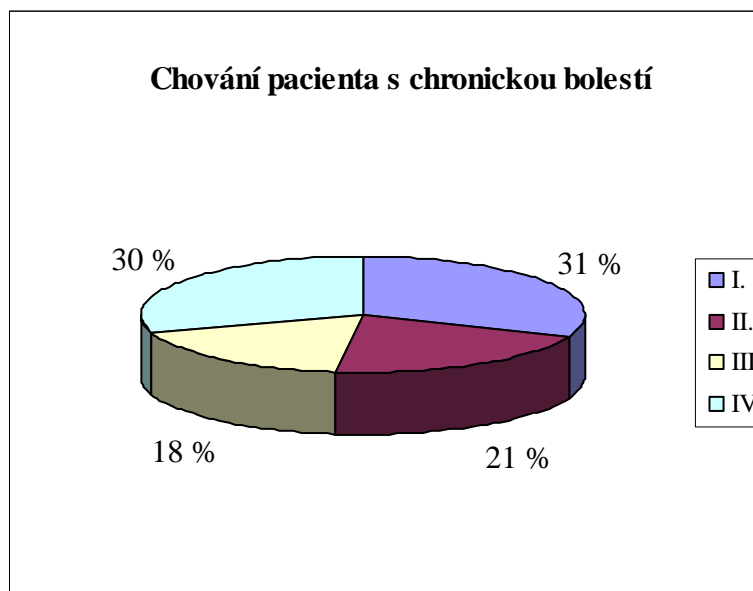
Otázka č. 3

Jak se podle Vás může chovat pacient s chronickou bolestí? Prosím, uveďte.

Tab. č. 8 Chování pacienta s chronickou bolestí – Tři nejčastější odpovědi

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. agresivita	31	31 %
II. plačtivost	21	21 %
III. apatičnost	18	18 %
IV. ostatní	30	30 %
Celkem	100	100 %

Graf 7. Chování pacienta s chronickou bolestí



Během výzkumu bylo zjištěno, jak uvedly oslovené všeobecné sestry, že mezi tři nejčastější způsoby chování pacienta s chronickou bolestí patří agresivita, plačtivost a apatičnost pacienta. V kategorii ostatní se nejčastěji vyskytovaly tyto odpovědi: neochota, smutek, podrážděnost, pasivita a neklidný pacient. Absolutní četnost zde zobrazuje počet celkových odpovědí.

Otázka č. 4

Zde prosím uveďte, jaké prostředky a techniky znáte k léčbě a tišení chronické bolesti. Seřad'te je prosím od prostředku první volby po poslední tak, jak to děláte Vy sama v zařízení, kde pracujete.

Tab. č. 9 Prostředky k léčbě a tišení chronické bolesti – Uvedeno šest nejčastějších

Odpověď'	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Analgetika	35	19 %
II. Fyzikální terapie	33	18 %
III. Úlevová poloha	29	16 %
IV. Psychoterapie	25	14 %
V. Chirurgická terapie	25	14 %
VI. Relaxační techniky	20	11 %
VII. Ostatní	15	8 %
Celkem	182	100 %

Ze znázorněné tabulky lze vyčíst, že mezi tři nejčastější odpovědi, které uvedly oslovené všeobecné sestry, patří analgetika, fyzikální terapie a úlevová poloha. V kategorii ostatní se objevovaly odpovědi jako rehabilitace a akupunktura. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. S touto otázkou souvisí i níže zobrazená tabulka č. 10.

Tab. č. 10 Seřazení prostředků a technik k léčbě a tišení bolesti od prostředku první volby po poslední. Uvedeny tři nejčastější.

Odpověď'	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Analgetika dle ordinace lékaře	47	26 %
II. Úlevová poloha	40	22 %
III. Fyzikální terapie	30	16 %
IV. Ostatní	65	36 %
Celkem	182	100 %

Z tabulky vyplývá, že většina všeobecných sester volí jako první analgetika podle ordinace lékaře, poté až úlevovou polohu a jiné možnosti. Myslím si, že to dost vypovídá o nízké

míře aktivity, kterou by měly sestry projevovat z vlastní vůle. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

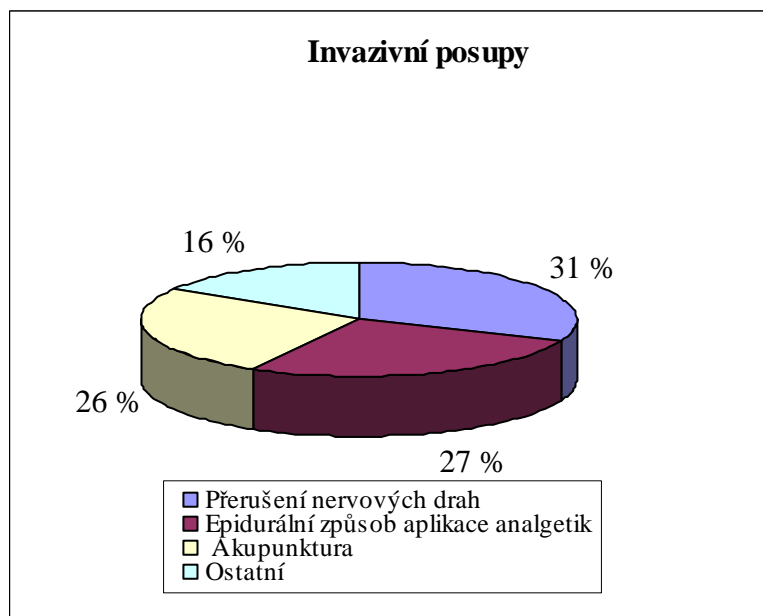
Otázka č. 5

Jaké invazivní postupy znáte v léčbě bolesti? Uveďte prosím alespoň tři.

Tab. č. 11 Invazivní postupy – nejčastější tři

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Přerušení nervových drah	37	31 %
II. Epidurální způsob aplikace analgetik	32	27 %
III. Akupunktura	31	26 %
IV. Ostatní	20	16 %
Celkem	120	100 %

Graf 8. Invazivní postupy



Jako tři nejčastější odpovědi uvedly oslovené všeobecné sestry přerušení nervových drah, epidurální způsob aplikace analgetik a akupunkturu. Objevovaly se i odpovědi jako: úlevová poloha, injekční aplikace analgetik a odpověď „nevím“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

Otázka č. 6

Zde prosím uveďte, co je podle Vás psychoterapie a kdo ji může poskytovat?

Tab. č. 12 Psychoterapie I. – Tři nejčastější odpovědi co to psychoterapie je

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Psychická podpora	38	47 %
II. Léčba komunikací	31	39 %
III. Odpoutání pozornosti	11	14 %
Celkem	80	100 %

Z tabulky vyplývá, že většina respondentů si pod pojmem psychoterapie představuje psychickou podporu. Necelých 40 % všeobecných sester uvádí, že psychoterapie je léčba komunikací a zbylá procenta sester uvedlo odpoutání pozornosti. Všechny tyto odpovědi jsou správné a jsou součástí psychoterapie. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. S touto otázkou také souvisí níže znázorněná tabulka.

Tab. č. 13 Psychoterapie II. – Tři nejčastější odpovědi kdo psychoterapii provádí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Psycholog	40	44 %
II. Lékař	25	28 %
III. Sestra	15	17 %
IV. Jiné	10	11 %
Celkem	90	100 %

Uvedená tabulka nám znázorňuje tři nejčastější odpovědi, které uvedly oslovené všeobecné sestry. Největší procento odpovědí tvoří odpověď *psycholog*, poté *lékař* a i *sestra* je uvedena jako člověk, který může provádět psychoterapii. V kategorii jiné se objevovaly tyto odpovědi: „*rodina, nevím.*“. Všechny tyto odpovědi jsou dle mého názoru správné, protože psychoterapie má působit jako velká podpora pacienta a pokud může být jeho podporou především rodina, tak i ta může provádět svým způsobem psychoterapii. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

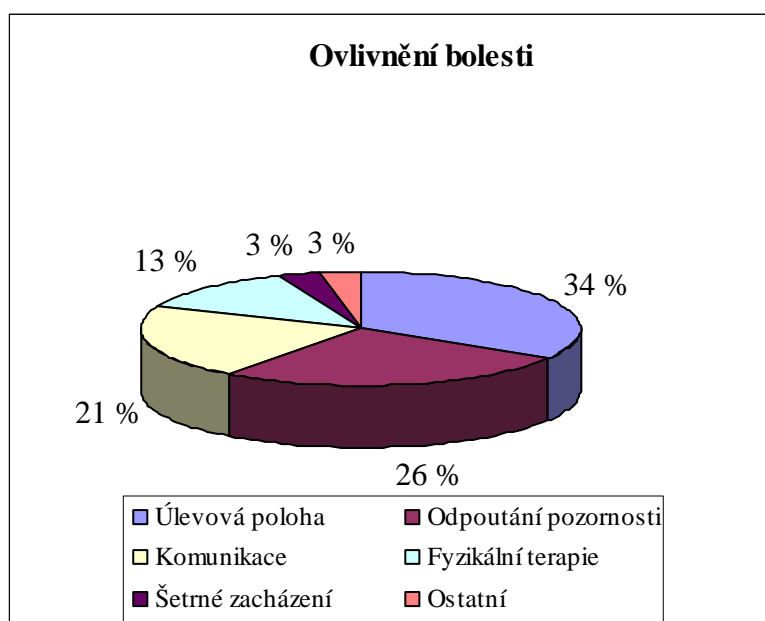
Otázka č. 7

Můžete nějak ovlivnit bolest pacienta jinak, než podáním analgetik? Jak?

Tab. č. 14 Ovlivnění bolesti – Pět nejčastějších odpovědí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Úlevová poloha	55	34 %
II. Odpoutání pozornosti	42	26,25 %
III. Komunikace	33	21,25 %
IV. Fyzikální terapie	20	12,50 %
V. Šetrné zacházení	5	3 %
VI. Ostatní	5	3 %
Celkem	160	100 %

Graf 9. Ovlivnění bolesti



Z grafu vyplývá, že mezi nejčastější odpověď, jak jinak ovlivnit bolest, než podáním analgetik, je úlevová poloha pacienta. Dalším způsobem jak ovlivnit bolest pacienta uvedly oslovené všeobecné sestry je odpoutání pozornosti, správná komunikace s pacientem, fyzikální terapie a šetrné zacházení s pacientem. V kategorii ostatní se objevovaly odpovědi jako: empatie, rehabilitace, klidné prostředí a použití placebo efektu. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

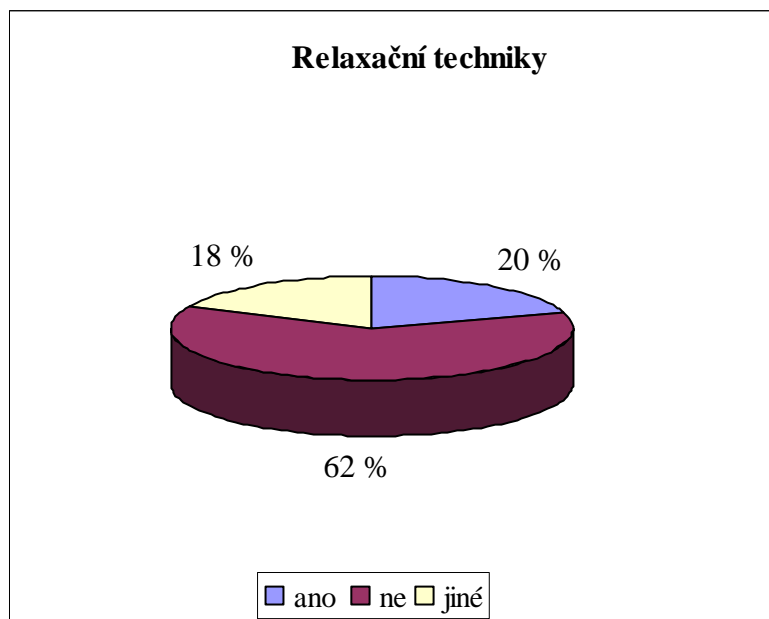
Otázka č. 8

Využíváte k tišení bolesti relaxačních technik? Pokud ano, jaké relaxační techniky používáte?

Tab. č. 15 Relaxační techniky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	12	20 %
b) ne	37	61,70 %
c) jiné (vypište)	11	18,30 %
Celkem	60	100 %

Graf 10. Relaxační techniky



Z grafu je znát, že více jak polovina vybraných všeobecných sester nevyužívá relaxačních technik k tišení chronické bolesti. Sestry, které odpověděly *ano*, uváděly nejčastěji masáže jako jeden ze způsobů relaxačních technik. V kategorii *jiné* se nejčastěji objevovaly tyto odpovědi: „Nevím. Jen někdy“. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

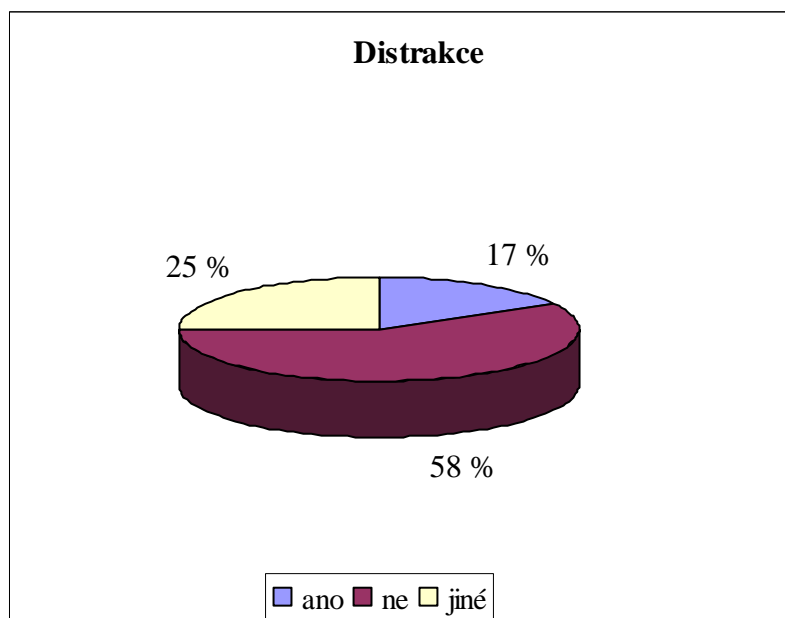
Otázka č. 9

Využíváte k tišení bolesti distrakce? Pokud ano, vysvětlete tento pojem a uveďte nějaký příklad.

Tab. č. 16 Distrakce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	10	16,70 %
b) ne	35	58,30 %
c) jiné (vypište)	15	25 %
Celkem	60	100 %

Graf 11. Distrakce



Pouze necelých 20 % všeobecných sester odpověděly na tuto otázku „ano“, jen málo z nich však správně vysvětlily tento pojem. Převážná většina všeobecných sester odpověděla „ne“ a v kategorii *jiné* se nejčastěji objevovala odpověď: „Nevím, neslyšela jsem o tom“. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

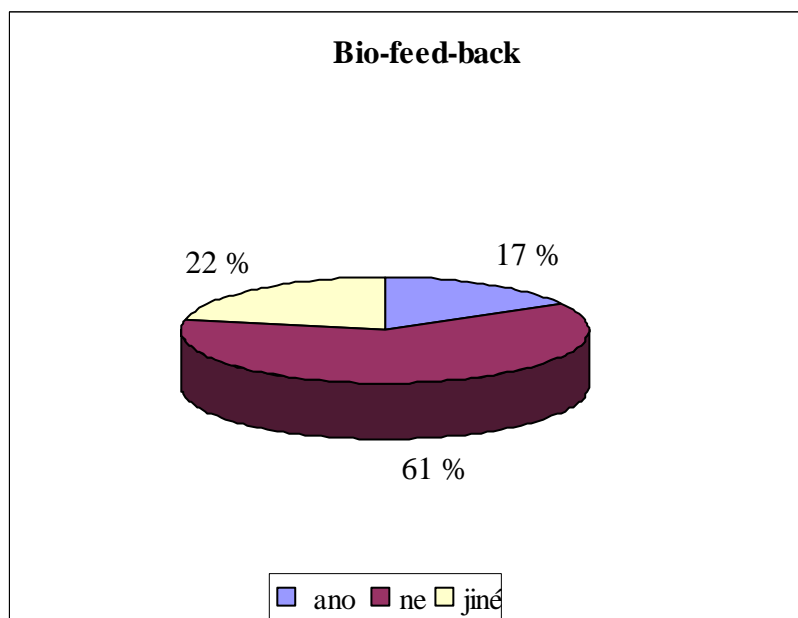
Otázka č. 10

Slyšela jste někdy pojem BIO-FEED-BACK (biologická zpětná vazba)? Pokud ano, co tento pojem znamená?

Tab. č. 17 Bio-feed-back I.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	10	16,70 %
b) ne	37	61,70 %
c) jiné (vypište)	13	21,60 %
Celkem	60	100 %

Graf 12. Bio-feed-back



Z grafu vyplývá, že většina všeobecných sester neslyšela o metodě Bio-feed-back. Pouze necelých 20 % o této metodě slyšela se správným vysvětlením, co tato metoda znamená. Zbýlá procenta zahrnují odpovědi jako: „Nevím. Už jsem to někdy slyšela, ale nevím, co to znamená.“. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

Otázka č. 11

Zde prosím uveďte, ve které oblasti v léčbě bolesti se využívá metoda Bio-feed-back.

Tab. č. 18 Bio-feed-back II.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Psychoterapie	7	70 %
II. Neurologie	3	30 %
Celkem	10	100 %

Z tabulky je známo, že 70 % všeobecných sester, které byly seznámeny s metodou bio-feed-back, zařadily tuto metodu do správné kategorie v léčbě bolesti, a to do psychoterapie bolesti. Zbýlých 30 % oslovených všeobecných sester, použití této metody, zařadily do neurologie, kde se metoda bio – feed – back nevyužívá. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

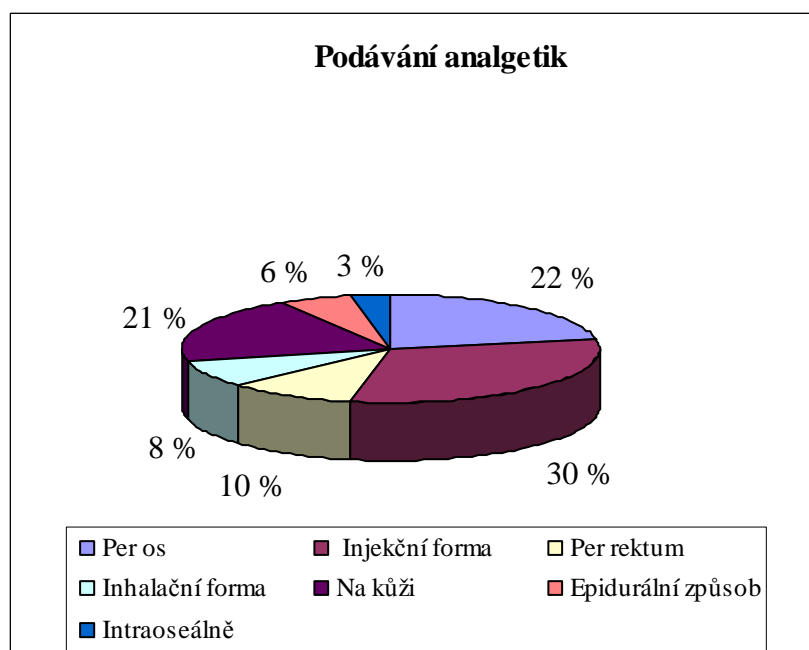
Otázka č. 12

Zde prosím vyplňte způsoby podání analgetik, které znáte.

Tab. č. 19 Podávání analgetik

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Per os	40	22 %
II. Injekční forma	58	31 %
III. Per rektum	19	10 %
IV. Inhalační forma	15	8 %
V. Na kůži	38	20,50 %
VI. Epidurální způsob	10	5,50 %
VII. Intraoseálně	5	3 %
Celkem	185	100 %

Graf 13. Podávání analgetik



Z grafu vyplývá, že jako nečastější způsob podávání analgetik všeobecné sestry uvedly injekční způsob. 22 % sester uvedlo perorální způsob podávání analgetik. Dále pak necelých 21 % sester uvedlo podávání analgetik na kůži, jak v podobě gelů a mastí, tak i formou náplastí. 10 % sester uvedlo také způsob aplikace analgetik rektální cestou a 8 % sester uvedlo inhalační způsob podání analgetik. Zbýlá procenta znázorňují všeobecné sestry, které uvedly také epidurální a intraoseální způsob aplikace analgetik. Absolutní četnost

zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

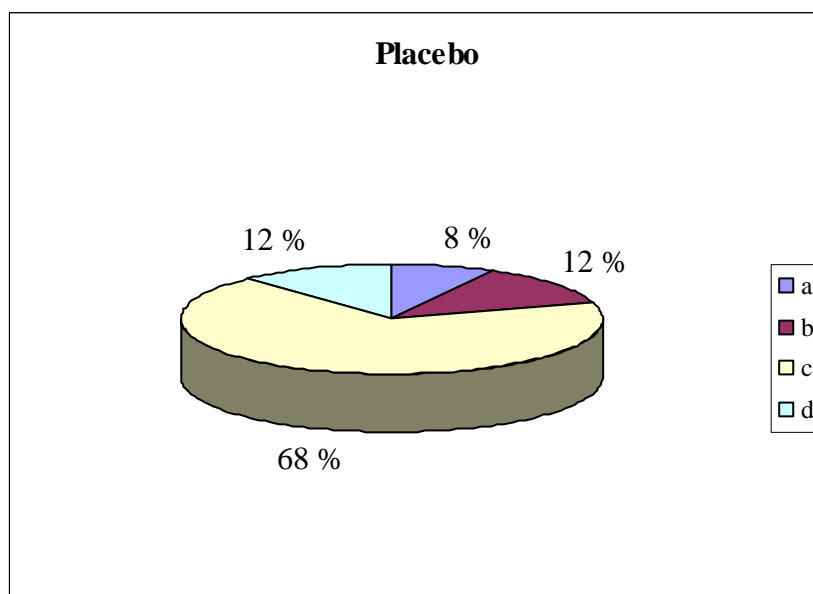
Otázka č. 13

Placebo znamená:

Tab. č. 20 Placebo

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
a) zbavit se napětí, uklidnit nervový systém, chovat se nenuceně, odpořinout si	5	8,30 %
b) navození určitých ředstav, myšlenek a postojů vedoucí k určité řinnosti	7	11,70 %
c) soubor fyzických a psychických změn, které jsou vyvolány jen očkáváním pacienta, že daný lék bude účinný	41	68,30 %
d) jiné (vypište)	7	11,70 %
Celkem	60	100 %

Graf 14. Placebo



Z grafu vyplývá, že 68 % oslovených všeobecných sester ví, co znamená pojem placebo. Jedna skupina sester stejného procentuálního zobrazení 12 % tvrdí, že je placebo navození určitých ředstav, myšlenek a postojů vedoucí k určité řinnosti. Druhá skupina, která zvolila možnost d) tvrdí, že neví, co znamená pojem placebo. 8 % všeobecných sester pak uvádí, že placebo znamená zbavit se napětí, uklidnit nervový systém, chovat se nenuceně a odpořinout si. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

Otázka č. 14

Zde prosím uveďte škály bolesti, které znáte. Označte prosím tu, kterou nejčastěji používáte.

Tab. č. 21 Škály bolesti I. – Uvedeny tři nejčastější

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Číselná	33	31 %
II. Analogová	28	27 %
III. Mapa bolesti	25	24 %
IV. Ostatní	19	18 %
Celkem	105	100 %

Z tabulky vyplývá, že mezi nejznámější škály bolesti, které vybraly všeobecné sestry, patří škála číselná, analogová škála a mapa bolesti. V kategorii ostatní se objevovaly odpovědi: „Smajlíci. Kalendáře bolesti. Škála bolesti dle Nortonové. Nevím.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně. S touto otázkou také souvisí níže uvedená tabulka.

Tab. č. 22 Škály bolesti II. - Uvedeny tři nejčastější

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Číselná	30	50 %
II. Mapa bolesti	21	35 %
III. Analogová	6	10 %
IV. Ostatní	3	5 %
Celkem	60	100 %

Z tabulky je znát, že nejčastěji používanou škálou bolesti, jak uvedly vybrané všeobecné sestry, je číselná škála bolesti, poté mapa bolesti a analogová škála bolesti. V kategorii ostatní se objevovala odpověď: „Smajlíci.“. Někteří respondenti na tuto část otázky neodpověděli. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

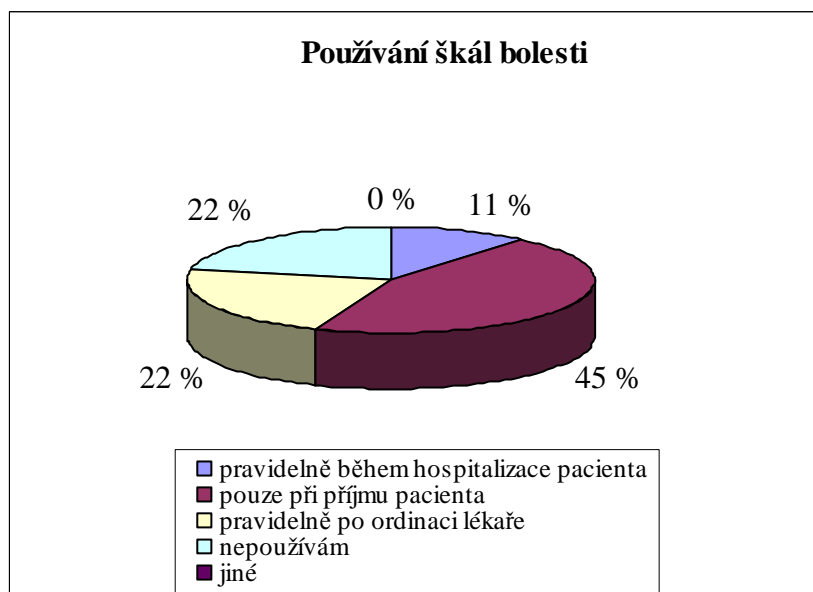
Otázka č. 15

Škály bolesti používám:

Tab. č. 23 Používání škál bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) pravidelně během hospitalizace pacienta	7	11 %
b) pouze při příjmu pacienta	27	45 %
c) pravidelně po ordinaci lékaře	13	22 %
d) nepoužívám	13	22 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Graf 15. Používání škál bolesti



Z grafu vyplývá, že necelá polovina oslovených všeobecných sester používá škály bolesti pouze při příjmu pacienta. Pouhých 11 % sester uvedlo, že škály bolesti používá pravidelně během hospitalizace pacienta. 22 % oslovených sester škály bolesti používá po ordinaci lékaře a stejné procento sester škály bolesti nepoužívá vůbec. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

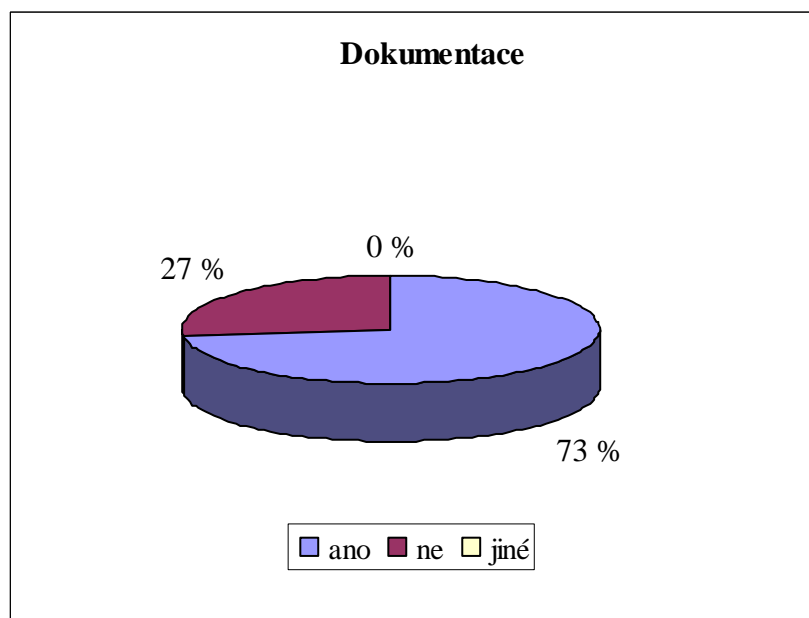
Otázka č. 16

Jsou škály bolesti součástí ošetrovatelské dokumentace, kterou používáte?

Tab. č. 24 Dokumentace

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	44	73,30 %
b) ne	16	26,70 %
c) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Graf 16. Dokumentace



Z grafu vyplývá, že škály bolesti jsou ve většině případů součástí ošetrovatelské dokumentace. Stále je zde však 27 % oslovených sester, které uvedly, že škály bolesti nejsou součástí, jimi používané, ošetrovatelské dokumentace. Myslím si, že škály bolesti by měly být součástí ošetrovatelské dokumentace. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

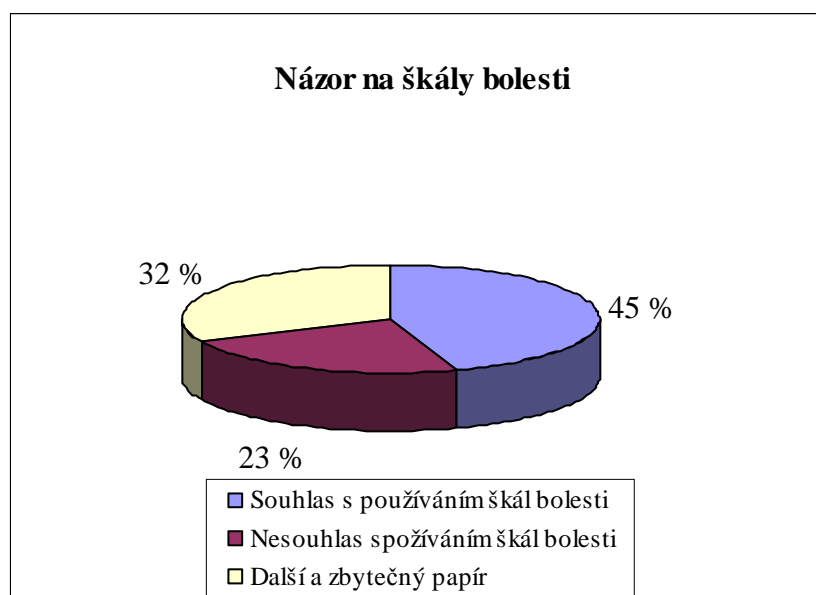
Otázka č. 17

Zde prosím uveďte Váš názor na používání škál bolesti.

Tab. č. 25 Názor na škály bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Souhlas s používáním škál bolesti	27	45 %
II. Nesouhlas s používáním škál bolesti	14	23,30 %
III. Další a zbytečný papír	19	31,70 %
Celkem	60	100 %

Graf 17. Názor na škály bolesti



Z grafu vyplývá, že většina oslovených všeobecných sester má kladný názor na používání škál bolesti a souhlasí s jejím používáním. 23 % oslovených všeobecných sester nesouhlasí s používáním škál bolesti a 32 % oslovených sester považují škály bolesti za další zbytečný papír ošetrovatelské dokumentace. Osobně souhlasím s pravidelným používáním škál bolesti a s tím, aby byly součástí všech typů ošetrovatelské dokumentace. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

9 Vyhodnocení dotazníku určeného pro všeobecné sestry. Část „C“

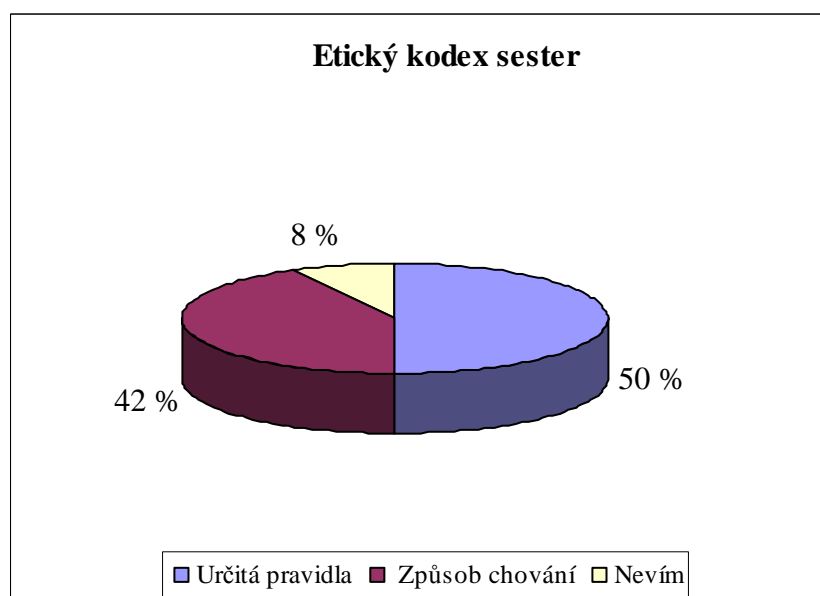
Otázka č. 1

Co si představujete pod pojmem etický kodex sestry?

Tab. č. 26 Etický kodex sester – Uvedeny tři nejčastější odpovědi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Určitá pravidla	30	50 %
II. Způsob chování	25	41,70 %
III. Nevím	5	8,30 %
Celkem	60	100 %

Graf 18. Etický kodex sester



Z grafu vyplývá, že 50 % oslovených sester si pod pojmem etický kodex sester představuje určitá pravidla. 42 % oslovených sester si pod tímto pojmem představuje určitý způsob chování. Zbýlá procenta zobrazují odpověď „Nevím.“ Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

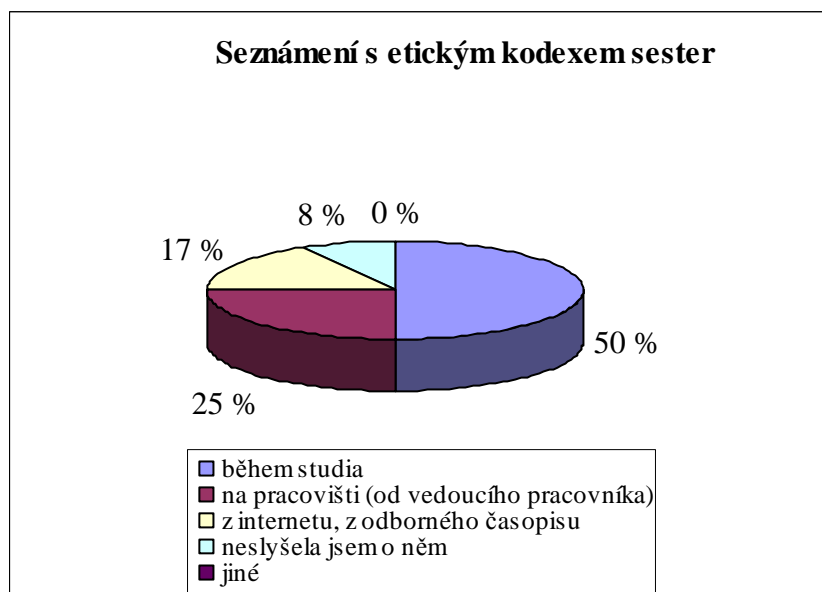
Otázka č. 2

S etickým kodexem jsem byla seznámena:

Tab. č. 27 Seznámení s etickým kodexem sester

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) během studia	30	50 %
b) na pracovišti (od vedoucího pracovníka)	15	25 %
c) z internetu, z odborného časopisu	10	16,70 %
d) neslyšela jsem o něm	5	8,30 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Graf 19. Seznámení s etickým kodexem sester



Polovina oslovených všeobecných sester byla seznámena s etickým kodexem sester během studia. 25 % oslovených sester, bylo seznámeno s etickým kodexem sester na pracovišti od vedoucího pracovníka. Sestry, které tvoří 17 %, se s etickým kodexem sester seznámily prostřednictvím internetu či odborného časopisu. Zbýlých 8 % oslovených sester uvedlo, že nebyly seznámeny s etickým kodexem sester, což je nemožné, protože seznámení s etickým kodexem sester je náplní učiva středních zdravotnických škol. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

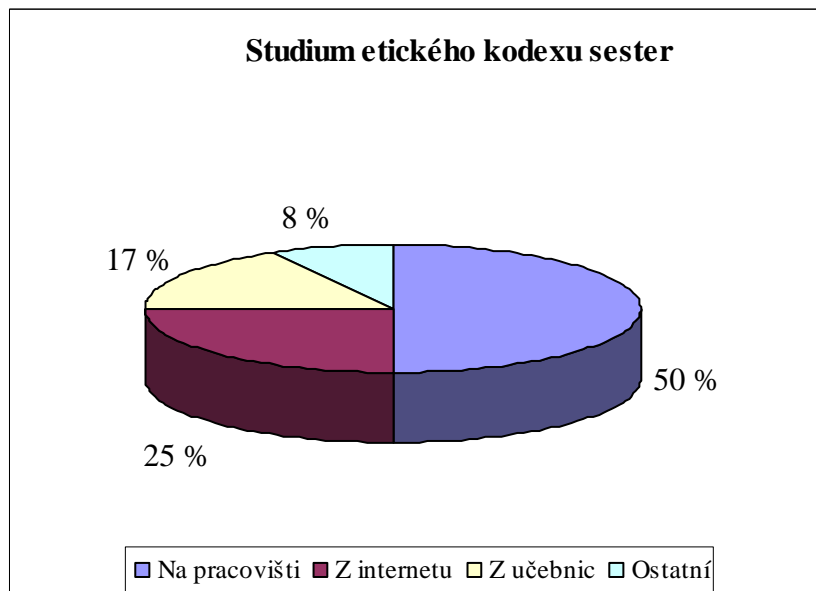
Otázka č. 3

Kdybyste si chtěla nastudovat etický kodex sester, kde jej budete hledat?

Tab. č. 28 Studium etického kodexu sester – Uvedeny tři nejčastější odpovědi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Na pracovišti	30	50 %
II. Z internetu	15	25 %
III. Z učebnic	10	17 %
IV. Ostatní	5	8 %
Celkem	60	100 %

Graf 20. Studium etického kodexu sester



Uvedený graf zobrazuje polovinu všeobecných sester, které by si etický kodex sester nastudovaly na pracovišti. 25 % všeobecných sester by si etický kodex sester nastudovaly z internetu a zbylých 17 % sester by čerpaly ze starých učebnic. V kategorii ostatní se objevovaly tyto odpovědi: „Nevím. Nepřemýšlela jsem o tom.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

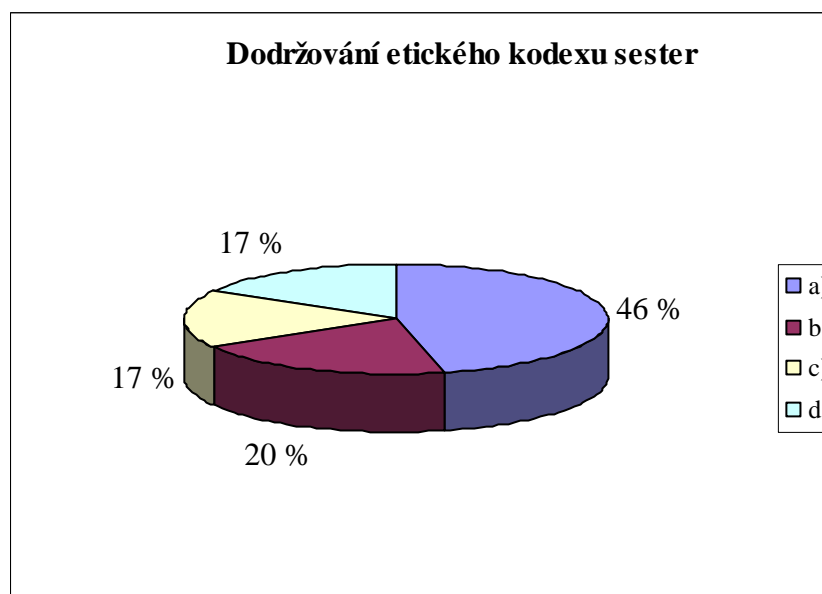
Otázka č. 4

Etický kodex dodržuji:

Tab. č. 29 Dodržování etického kodexu sester I.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snažím se jej dodržovat po celou dobu mé praxe	28	46,60 %
b) snažím se jej dodržovat, ale dost mě ovlivňuje chování mých spolupracovníků	12	20 %
c) etický kodex jsem dodržovala na začátku mé praxe, teď už jej moc nedodržuji	10	16,70 %
d) nevím, nepřemýšlela jsem o tom	10	16,70 %
Celkem	60	100 %

Graf 21. Dodržování etického kodexu sester



Necelá polovina oslovených všeobecných sester se snaží dodržovat etický kodex po celou dobu jejich praxe. 20 % oslovených všeobecných sester je dost ovlivňováno chováním spolupracovníků. 17 % všeobecných sester dodržovalo etický kodex na začátku praxe a zbylých 17 % o dodržování etického kodexu sester nepřemýšlelo. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

Otázka č. 5

Pokud jste na otázku číslo 4 odpověděla variantou b, c, vysvětlete podle čeho tak soudíte.

Tab. č. 30 Dodržování etického kodexu sester II. – Uvedeny dvě nejčastější odpovědi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Chci zapadnout do kolektivu, pracuji jako ostatní.	12	54,50 %
II. Nedostatek času.	10	45,50 %
Celkem	22	100 %

Z uvedené tabulky vyplývá, že většina oslovených všeobecných sester nedodržuje etický kodex sester z důvodu nedostatku času a snadného bezproblémového zapadnutí do kolektivu. Osobně si nemyslím, že je to správné. Na prvním místě by měl být pacient. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

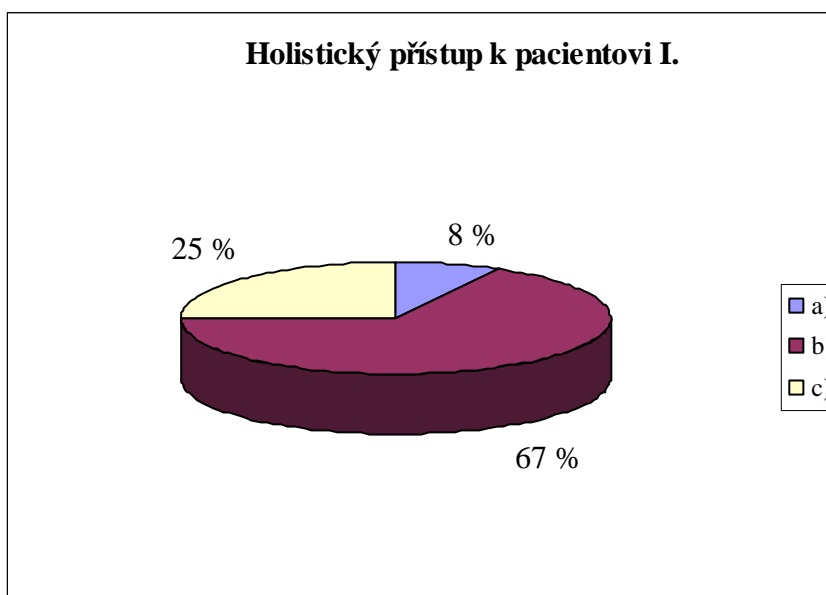
Otázka č. 6

Co znamená holistický přístup k pacientovi?

Tab. č. 31 Holistický přístup k pacientovi I.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) vcítění se do pacienta	5	8,30 %
b) uspokojovat potřeby biologické, psychické, zajímat se o sociální a spirituální stránku pacienta	40	66,70 %
c) uspokojování somatických potřeb pacienta, bez ohledu na jeho psychologickou stránku	15	25 %
Celkem	60	100 %

Graf 22. Holistický přístup k pacientovi I.



Znázorněný graf nám ukazuje, že víc jak polovina oslovených všeobecných sester ví, co znamená holistický přístup k pacientovi. 25 % oslovených sester uvádí, že holistický přístup k pacientovi je uspokojování somatických potřeb pacienta, bez ohledu na jeho psychologickou stránku. Zbýlých 8 % sester uvádí, že holistický přístup k pacientovi je vcítění se do pacienta. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

Otázka č. 7

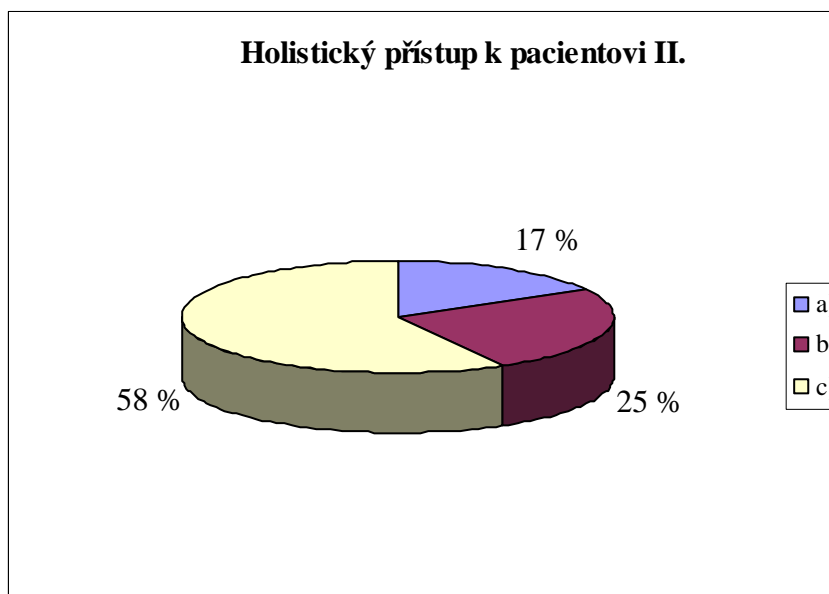
Vyberte prosím správnou modelovou situaci holistického přístupu k pacientovi:

Když slyším v noci zvonit zvonek, vidím, že mě potřebuje pán XY. Vejdu na pokoj vidím, že leží schoulený na boku, nespí a tiše nařiká. Co udělám:

Tab. č. 32 Holistický přístup k pacientovi II.

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
a) Podám pacientovi lék na spaní, pøedeřsaná analgetika.	10	16,70 %
b) Analgetika dostal a zřejmě má zase bolesti, zavolám lékaře.	15	25 %
c) Analgetika dostal, zeptám se, co ho trápí.	35	58,30 %
Celkem	60	100 %

Graf 23. Holistický přístup pacientovi II.



Ze znázorněného grafu lze vyčíst, že převážná většina oslovených všeobecných sester, správně chápe holistický přístup k pacientovi. 25 % oslovených sester by v této situaci zavolala lékaře a 17 % sester by podalo pacientovi naordinované léky. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

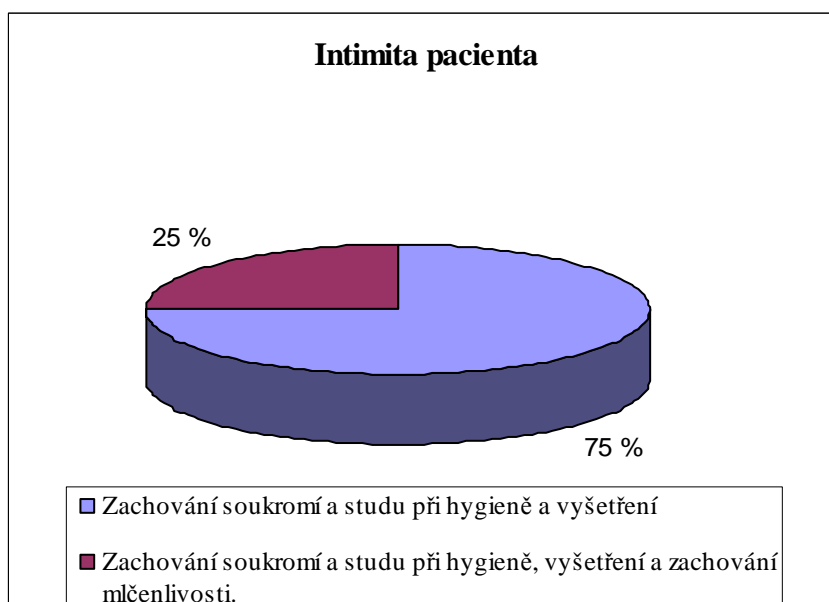
Otázka č. 8

Co podle Vás znamená zachování intimity pacienta?

Tab. č. 33 Intimita pacienta – Uvedeny dvě nejčastější odpovědi

Odpoď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Zachování soukromí a studu při hygieně a vyšetření	45	75 %
II. Zachování soukromí a studu při hygieně, vyšetření a zachování mlčenlivosti.	15	25 %
Celkem	60	100 %

Graf 24. Intimita pacienta



Většina oslovených všeobecných sester si pod pojmem *intimita pacienta* představuje pouze zachovávat soukromí a brát ohled na pacientův stud jak při hygieně, tak při vyšetřeních.

25 % oslovených všeobecných sester si pod tímto pojmem představuje, spolu se zachováním intimity pacienta při hygieně s ohledem na jeho stud, i zachování mlčenlivosti. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

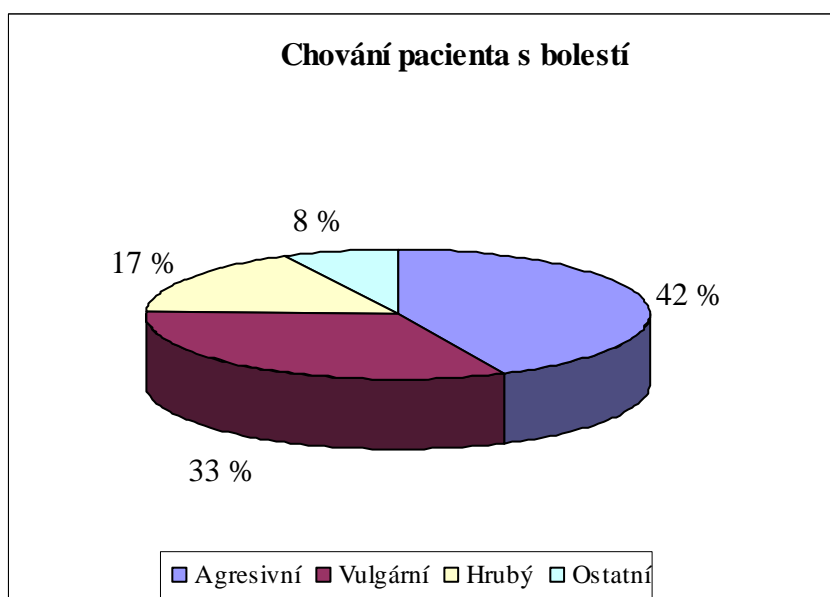
Otázka č. 9

Co podle Vás znamená, když se řekne, že se pacient bolestí v dané situaci chová neadekvátně?

Tab. č. 34 Chování pacienta s bolestí – Uvedeny tři nejčastější odpovědi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Agresivní	52	43 %
II. Vulgární	39	32,50 %
III. Hrubý	20	17 %
IV. Ostatní	9	7,50 %
Celkem	120	100 %

Graf 25. Chování pacienta s bolestí



Většina oslovených všeobecných sester si pod pojmem *neadekvátní chování pacienta* představuje agresivitu, poté vulgarismus a hrubost ze strany pacientů. V kategorii ostatní se objevovala odpověď: „Nevím.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

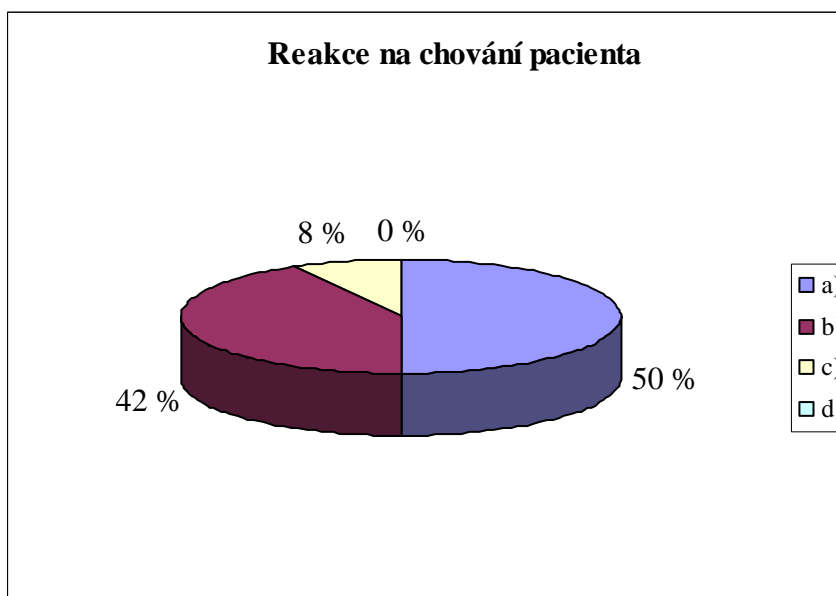
Otázka č. 10

Chování pacienta s bolestí se nám může někdy jevit jako neadekvátní v dané situaci. Jak budete jednat při takové reakci pacienta?

Tab. č. 35 Reakce na chování pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snažím se zachovat zásady korektního chování, ale při dlouhodobém „napadání“ mé osoby se urazím a je mi líto chování tohoto pacienta	30	50 %
b) vždy se snažím zachovávat zásady korektního chování, protože chápu závažnost zdravotního stavu pacienta, jeho chování si neberu osobně	25	41,70 %
c) jestliže je na mě pacient hrubý až agresivní, oznámím to mému přímému nadřízenému	5	8,30 %
d) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Graf 26. Reakce na chování pacienta



Polovina oslovených všeobecných sester se snaží téměř vždy zachovávat zásady profesionality. Celých 42 % všeobecných sester zachovává vždy zásady profesionality. Zbylá procenta zobrazují stejný způsob chování sester jako pacientů, což by se v profesi všeobecné sestry nemělo objevit a je to v rozporu s etickým kodexem sester. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

Otázka č. 11

Pokud si pacient stěžuje na bolest, přesto, že mu byla podána analgetika před 30 minutami, zachovám se takto.

Tab. č. 36 Stěžování pacienta na bolest

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) počkám ještě 30 minut, a pokud bolesti nepřejdou, oznámím to lékaři	38	63,30 %
b) použiji škálu bolesti, podle které zjistím, jestli se bolesti zmírnily	7	11,70 %
c) přece ho to nemůže stále bolet, analgetika dostal před chvílí	5	8,30 %
d) zajistím klid na pokoji, pomůžu pacientovi zaujmout úlevovou polohu, počkám 30 minut, zhodnotím stav bolesti (použiji škálu), a pokud bolesti nepřejdou, oznámím to lékaři	10	16,70 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Uvedená tabulka nám znázorňuje většinu oslovených všeobecných sester, které po uplynutí třiceti minut od oznámení bolesti, tuto informaci sdělí lékaři. Necelých 20 % sester zajistí klid a zhodnotí intenzitu bolesti použitím škál bolesti. Používání škál bolesti by mělo probíhat pravidelně během hospitalizace pacienta. V kategorii jiné se neobjevila žádná odpověď.

Otázka č. 12

Když uvidíte u nějaké jiné sestry, že nedodrží etický kodex, jak se zachováte?

Tab. č. 37 Chování sester

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) upozorním ji na její nevhodné chování před pacientem, ke kterému se takto chová	10	16,70 %
b) neupozorním ji, protože jsem právě nastoupila do práce a nechci se dostat do sporu se svými novými kolegyněmi	33	55 %
c) upozorním ji na její nevhodné chování v soukromí, bez ohledu na to, že bychom se mohly dostat do sporu	12	20 %
d) neupozorním ji, ale sdělím to ostatním spolupracovníkům	5	8,20 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Většina oslovených všeobecných sester neupozorní své kolegyně na nevhodné chování, protože se nechtějí dostat do sporu. Pouze 12 % všeobecných sester upozorní své kolegyně na nevhodné chování v soukromí, bez ohledu na případně vzniklý spor. 17 % oslovených sester upozorňuje své kolegyně na chyby přímo před pacientem, což je vysoce neprofesionální. 8 % sester sdělí chyby své kolegyně ostatním kolegyním, což je z hlediska etiky nepřijatelné.

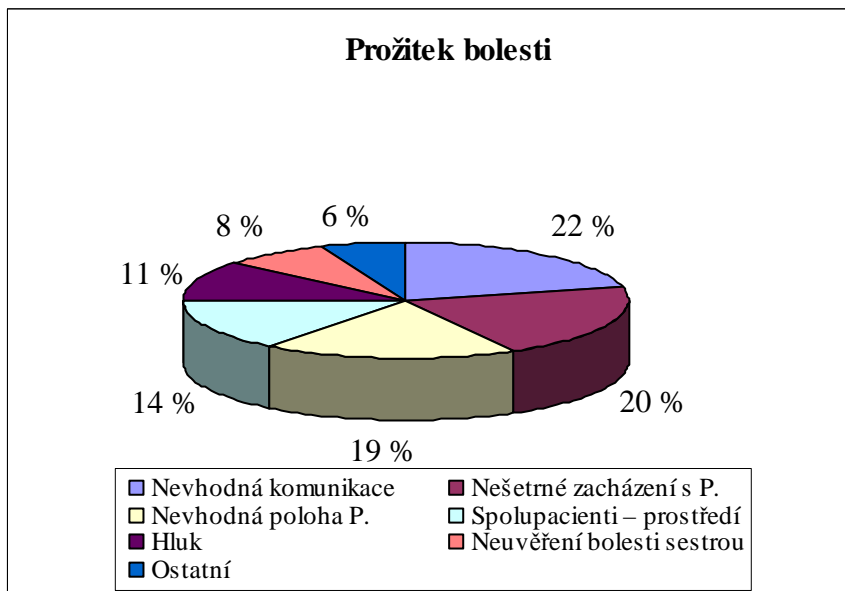
Otázka č. 13

Co podle Vás může zhoršovat prožitek bolesti u nemocného? Uved'te alespoň 9 možností.

Tab. č. 38 Prožitek bolesti – Uvedeno šest nejčastějších odpovědí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Nevhodná komunikace	60	21,50 %
II. Nešetrné zacházení s P.	57	20,40 %
III. Nevhodná poloha P.	52	18,60 %
IV. Spolupacienti – prostředí	40	14,30 %
V. Hluk	31	11 %
VI. Neuvěření bolesti sestrou	23	8,20 %
VII. Ostatní	17	6 %
Celkem	280	100 %

Graf 27. Prožitek bolesti



Mezi nejčastější možnosti, které mohou zhoršovat bolest pacienta uvedly oslovené všeobecné sestry nevhodnou komunikaci, nešetrné zacházení, nevhodnou polohu, prostředí, hluk a nevěření bolesti sestrou. V kategorii ostatní se objevovaly možnosti, jako nevhodná medikace, špatná aplikace analgetik, osvětlení a odpověď „Nevím.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně.

10 Vyhodnocení dotazníku určeného pro pacienty s chronickou bolestí

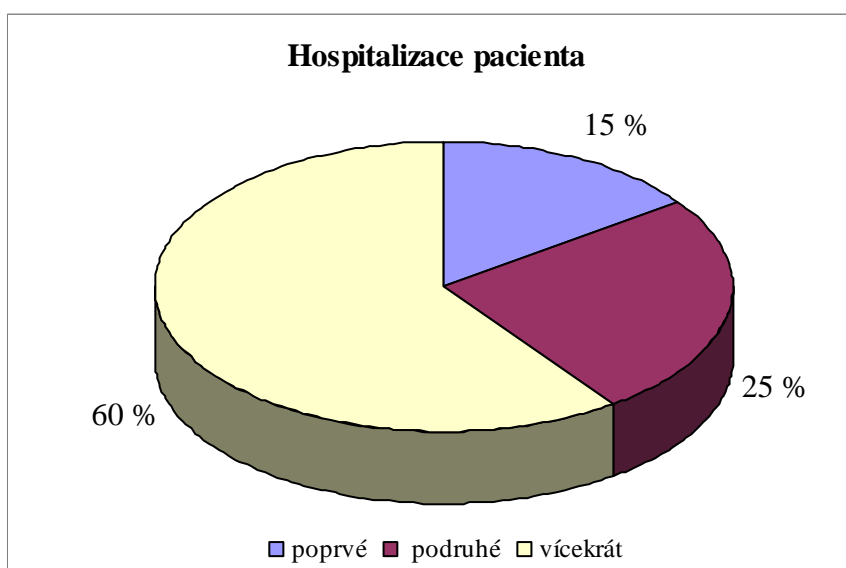
Otázka č. 1

V nemocnici jste hospitalizovaný(á):

Tab. č. 39 Hospitalizace pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) poprvé	3	15 %
b) podruhé	5	25 %
c) vícekrát	12	60 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 28 Hospitalizace pacienta



Převážná většina oslovených pacientů, s chronickou bolestí, byla již několikrát hospitalizována. Toto zjištění tvoří 60 % oslovených pacientů. 25 % z těchto pacientů jsou v nemocnici hospitalizováni podruhé. Zbýlých 15 % pacientů jsou hospitalizováni poprvé.

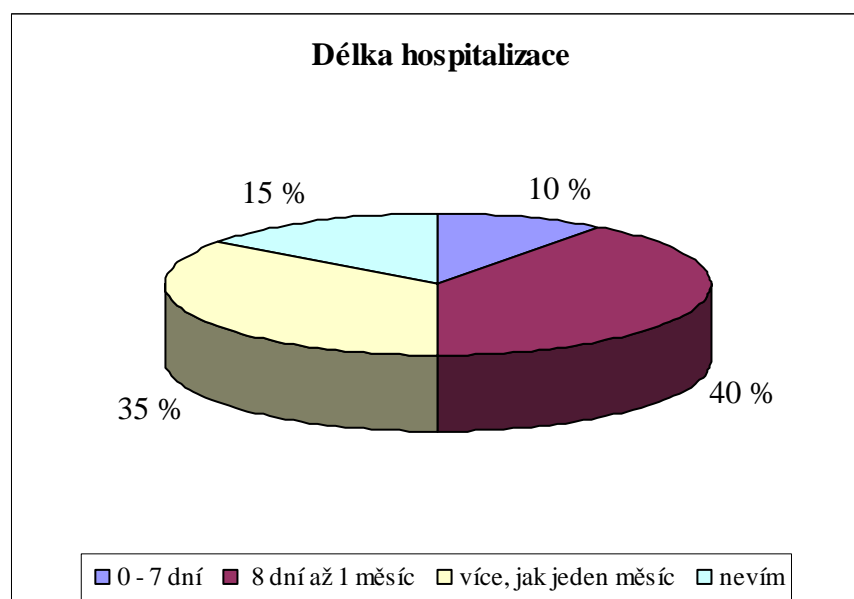
Otázka č. 2

Jak dlouho jste hospitalizován(a)?

Tab. č. 40 Délka hospitalizace

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 0 - 7 dní	2	10 %
b) 8 dní až 1 měsíc	8	40 %
c) více, jak jeden měsíc	7	35 %
d) nevím	3	15 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 29 Délka hospitalizace



Celých 40 % oslovených pacientů je v nemocnici hospitalizováno do jednoho měsíce. 35 % těchto pacientů, jsou v nemocnici hospitalizováni více, jak jeden měsíc. 10 % pacientů je hospitalizováno do jednoho týdne a 15 % oslovených pacientů si nepamatují délku jejich hospitalizace.

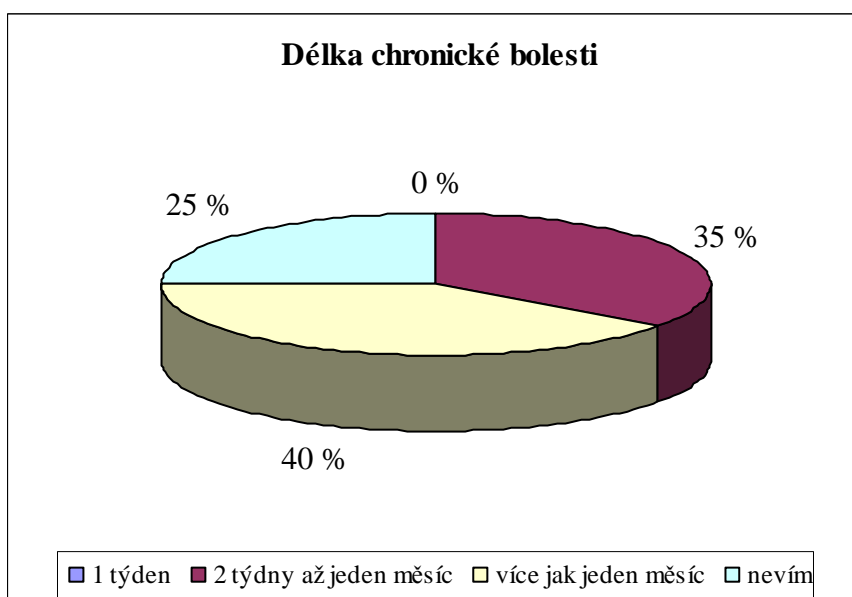
Otázka č. 3

Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?

Tab. č. 41 Délka chronické bolesti

Odpořev'	Absolutn' četnost	Relativn' četnost
a) 1 t'ydenn	0	0 %
b) 2 t'ydny až jeden m'ěs'íc	7	35 %
c) v'íce jak jeden m'ěs'íc	8	40 %
d) nev'ím	5	25 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 30 Délka chronické bolesti



U 40 %, oslovených pacientů, trvá chronická bolest více, jak jeden měsíc. 35 % pacientů trpí pocitem chronické bolesti v časovém úseku do jednoho měsíce. V kategorii jiné, která tvoří 25 %, se nejčastěji objevovala odpověď „nevím“.

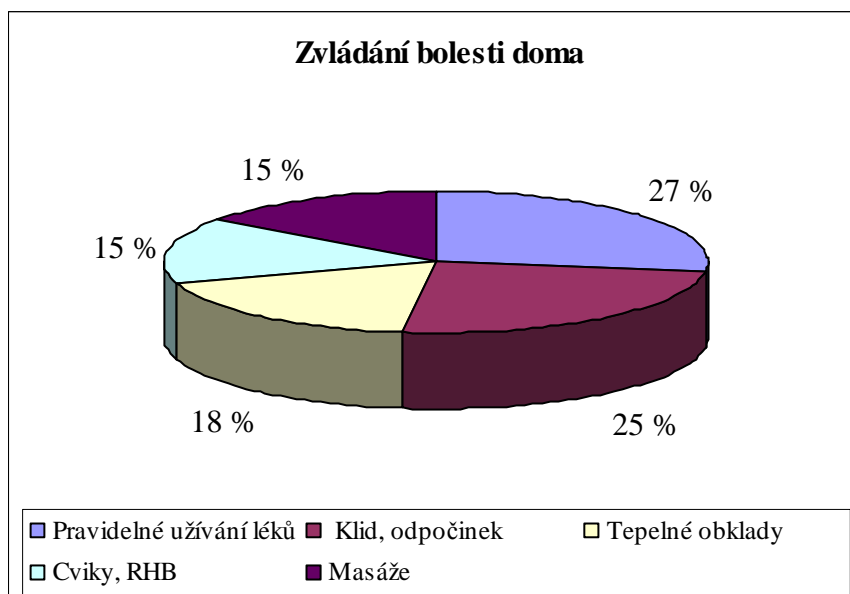
Otázka č. 4

Jakým způsobem zvládáte bolest doma?

Tab. č. 42 Zvládání bolesti doma - Uvedeno 5 všechny odpovědi od nejčastější

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Pravidelné užívání léků	18	27 %
II. Klid, odpočinek	17	25 %
III. Tepelné obklady	12	18 %
IV. Cviky, RHB	10	15 %
V. Masáže	10	15 %
Celkem	67	100 %

Graf č. 31 Zvládání bolesti doma



Z výzkumu bylo zjištěno, že 27 % oslovených pacientů, svoji bolest tlumí v domácím prostředí pomocí předepsaných léků. U 25 % pacientů je velmi příznivý klid a odpočinek na jejich bolest. 18 % pacientů si aplikují tepelné obklady, což vede k tišení jejich bolesti. Zbylá procenta stejného množství, uvedla cviky, rehabilitaci a masáže jako prostředek ke zvládnutí bolesti. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

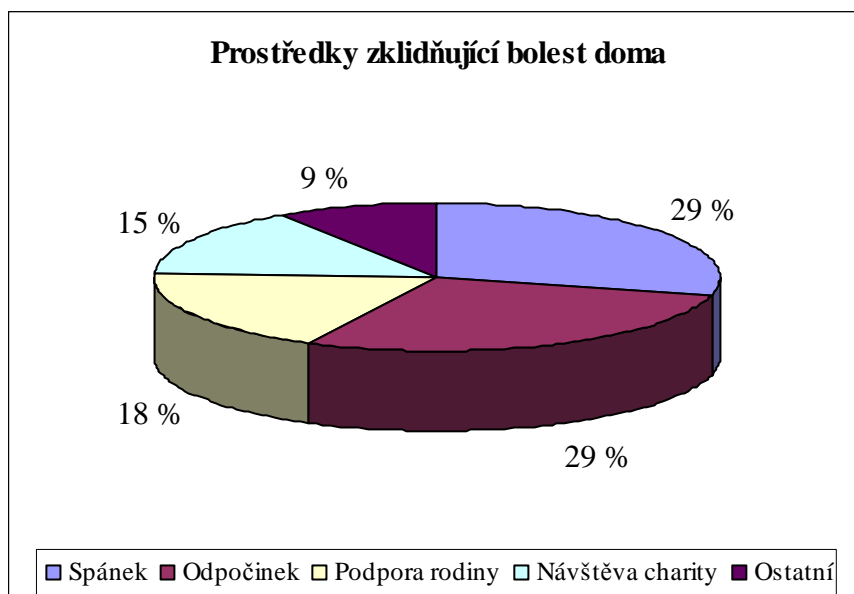
Otázka č. 5

Co doma zhoršuje Vaši bolest a co ji naopak zklidňuje?

Tab. č. 43 Prostředky zklidňující bolest doma - Uvedeny čtyři nejčastější

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Spánek	19	28,80 %
II. Odpočinek	19	28,80 %
III. Podpora rodiny	12	18,20 %
IV. Návštěva charity	10	15,10 %
V. Ostatní	6	9,10 %
Celkem	66	100 %

Graf č. 32 Prostředky zklidňující bolest doma

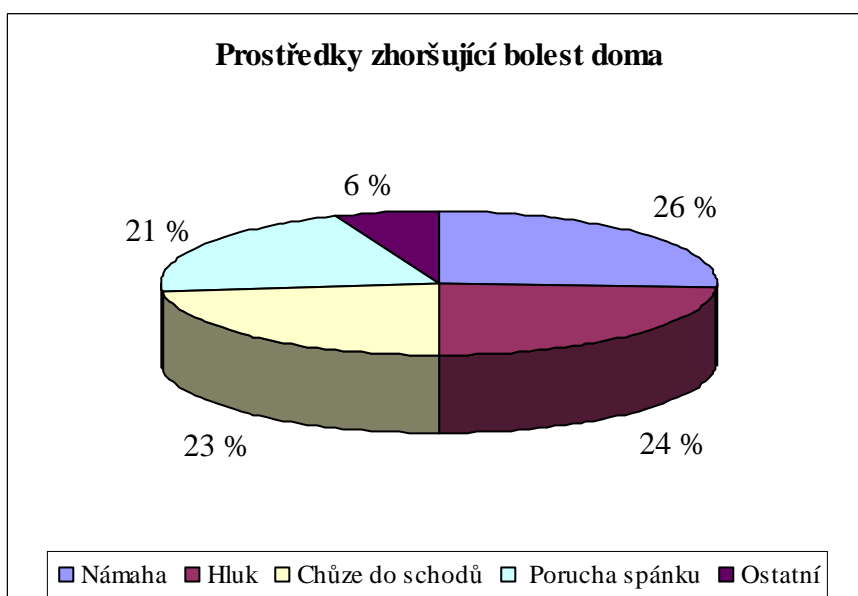


U dvou skupin oslovených pacientů, se stejným procentuálním vyjádřením, zklidňuje jejich bolest spánek a odpočinek. 18 % oslovených pacientů hraje velký význam v tišení bolesti podpora rodiny. U 15 % oslovených pacientů hraje důležitou roli návštěva charitativní péče. V kategorii ostatní se objevovaly tyto odpovědi: „Nevím. Nepřemýšlel(a) jsem o tom.“ Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně. S touto otázkou souvisí dále uvedená tabulka i graf.

Tab. č. 44 Prostředky zhoršující bolest doma - Uvedeny čtyři nejčastější

Odověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Námaha	18	26 %
II. Hluk	17	24 %
III. Chůze do schodů	16	23 %
IV. Porucha spánku	15	21 %
V. Ostatní	4	6 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 33 Prostředky zhoršující bolest doma



Během výzkumu bylo zjištěno, že u 24 % oslovených pacientů jejich bolest doma zhoršuje vysoká námaha. 24 % těchto pacientů uvádí, že hluk má negativní vliv na jejich prožitek bolesti. Také chůze do schodů, jak uvedlo 23 % oslovených pacientů, zhoršuje bolest. 21 % pacientů uvedlo, že porucha spánku zhoršuje prožitek i průběh jejich bolesti. V kategorii ostatní se vyskytovala odpověď: „Nevím.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí

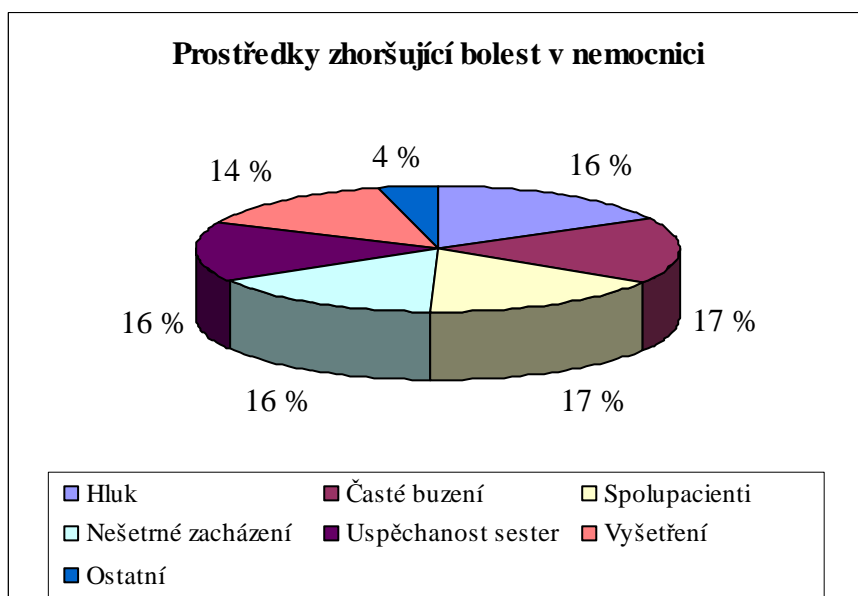
Otázka č. 6

Co v nemocnici zhoršuje Vaši bolest a co ji naopak zklidňuje?

Tab. č. 45 Prostředky zhoršující bolest v nemocnici - Uvedeno šest nejčastějších

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Hluk	20	17 %
II. Časté buzení	20	17 %
III. Spolupacienti	19	16,50 %
IV. Nešetrné zacházení	18	16 %
V. Uspěchanost sester	17	15,50 %
VI. Vyšetření	16	14 %
VII. Ostatní	5	4 %
Celkem	115	100 %

Graf č. 34 Prostředky zhoršující bolest v nemocnici



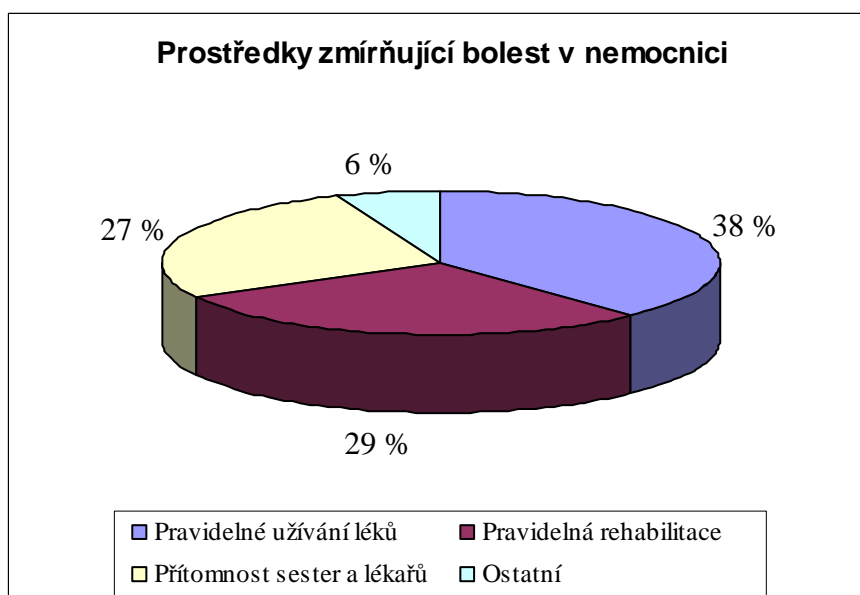
Z grafu je znát, že dvě skupiny pacientů, jejichž procentuální vyjádření činí 17 %, uvádí, že hluk a časté buzení zhoršuje prožitek jejich bolesti. Někteří pacienti tvrdí, že jejich prožitek bolesti zhoršuje přítomnost spolupacientů, je to znázorněno 16,50 %. Neuvěřitelných 16 % oslovených pacientů uvádí, že bolest u nich zhoršuje nešetrné zacházení sester a také

uspěchanost sester je jednou z příčin horšího prožívání bolesti, což je zde 15,50 %. 14 % pacientů uvedlo vyšetření jako prostředek zhoršující bolest. V kategorii ostatní se objevovala odpověď „Nevím.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí. Pro přehlednost grafu jsou uvedené hodnoty vyjádřeny procentuálně. S touto otázkou souvisí níže uvedená tabulka i graf.

Tab. č. 46 Prostředky zmírňující bolest v nemocnici - Uvedeny tři nejčastější

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. Pravidelné užívání léků	20	38 %
II. Pravidelná rehabilitace	15	29 %
III. Přítomnost sester a lékařů	14	27 %
IV. Ostatní	3	6 %
Celkem	52	100 %

Graf č. 35 Prostředky zmírňující bolest v nemocnici



U 38 % oslovených pacientů bylo zjištěno, že pravidelné užívání léků, zmírňuje jejich bolest. 29 % oslovených pacientů uvádí, že pravidelná rehabilitace má pozitivní vliv na prožití jejich bolesti. Také 27 % oslovených pacientů uvádí, že jen vědomí o přítomnosti zdravotníků má pozitivní vliv na jejich prožití bolesti. V kategorii ostatní se nejčastěji obje-

vovala odpověď „Nepřemýšlel(a) jsem o tom.“. Absolutní četnost zde znázorňuje celkový počet odpovědí.

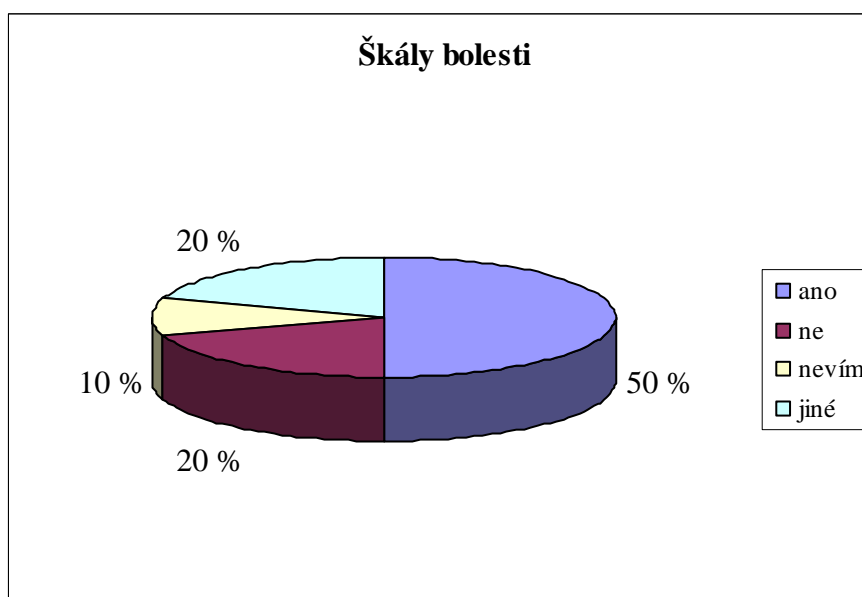
Otázka č. 7

Slyšel(a) jste někdy o škálách bolesti?

Tab. č. 47 Škály bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	10	50 %
b) ne	4	20 %
c) nevím	2	10 %
d) jiné (vypište)	4	20 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 36 Škály bolesti



Během výzkumu bylo zjištěno, že 50 % oslovených pacientů má povědomí o tom, co to jsou, a k čemu slouží škály bolesti. Dvě skupiny pacientů o stejném procentuálním vyjádření, a to 20 %, neslyšela o škálách bolesti. Druhá skupina o škálách bolesti slyšela o škálách bolesti, ale neví k čemu slouží. Zbýlých 10 % oslovených pacientů uvádí, že neví, zda někdy slyšeli o škálách bolesti.

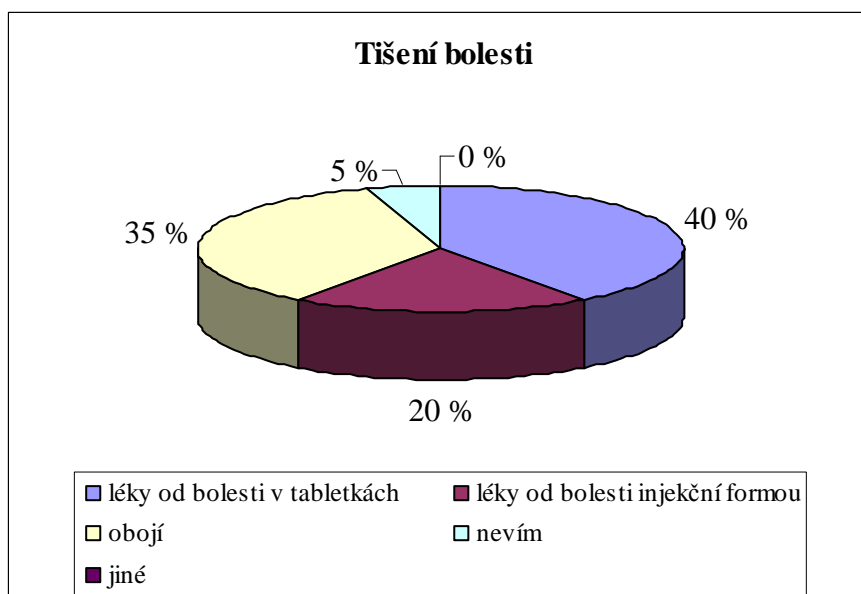
Otázka č. 8

Od bolesti nejčastěji dostávám:

Tab. č. 48 Tišení bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) léky od bolesti v tabletkách	8	40 %
b) léky od bolesti injekční formou	4	20 %
c) obojí	7	35 %
d) nevím	1	5 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 37 Tišení bolesti



40 % oslovených pacientů dostává analgetika formou tabletek. 35 % oslovených pacientů dostává analgetika formou tabletek i injekcí. 20 % oslovených pacientů dostává analgetika pouze injekční formou. 5 % pacientů neví, jakou formou jsou jemu podávány analgetika. Nikdo z oslovených pacientů nevyužil možnost odpovědi *jiné*.

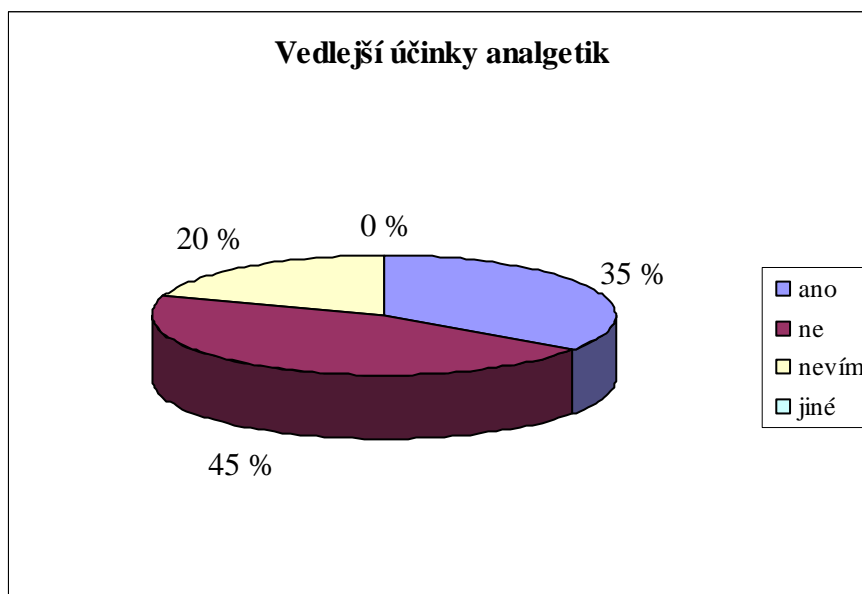
Otázka č. 9

Byl jste poučen o vedlejších účincích analgetik (léků od bolesti)?

Tab. č. 49 Vedlejší účinky analgetik

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	7	35 %
b) ne	9	45 %
c) nevím	4	20 %
d) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 38 Vedlejší účinky analgetik



Neuvěřitelných 45 % oslovených pacientů uvádí, že nebylo poučeno o vedlejších účincích analgetik. 35 % pacientů bylo poučeno o vedlejších účincích analgetik a 20 % oslovených pacientů neví, zda byli poučeni o vedlejších účincích analgetik, či ne.

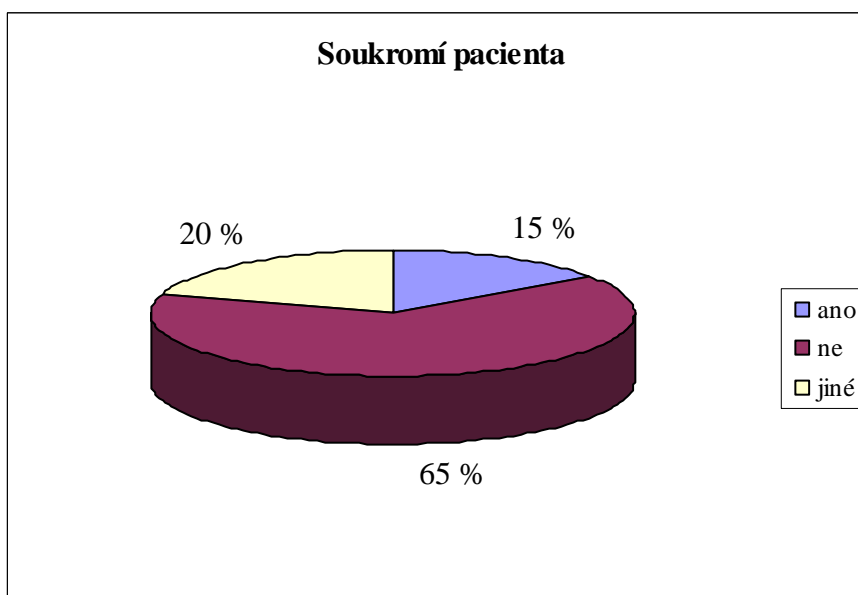
Otázka č. 10

Poučuje Vás sestra o vedlejších účincích analgetik v soukromí?

Tab. č. 50 Soukromí pacienta

Odověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	3	15 %
b) ne	13	65 %
c) jiné (vypište)	4	20 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 39 Soukromí pacienta



Během výzkumu bylo zjištěno, že 65 % oslovených pacientů nebylo poučeno o vedlejších účincích analgetik v soukromí. 20 % oslovených pacientů uvedlo, že je o vedlejších účincích analgetik v soukromí poučují jen některé sestry, a jen někdy. 15 % oslovených pacientů nebylo poučeno o vedlejších účincích analgetik v soukromí, což je dle mého názoru profesní chyba.

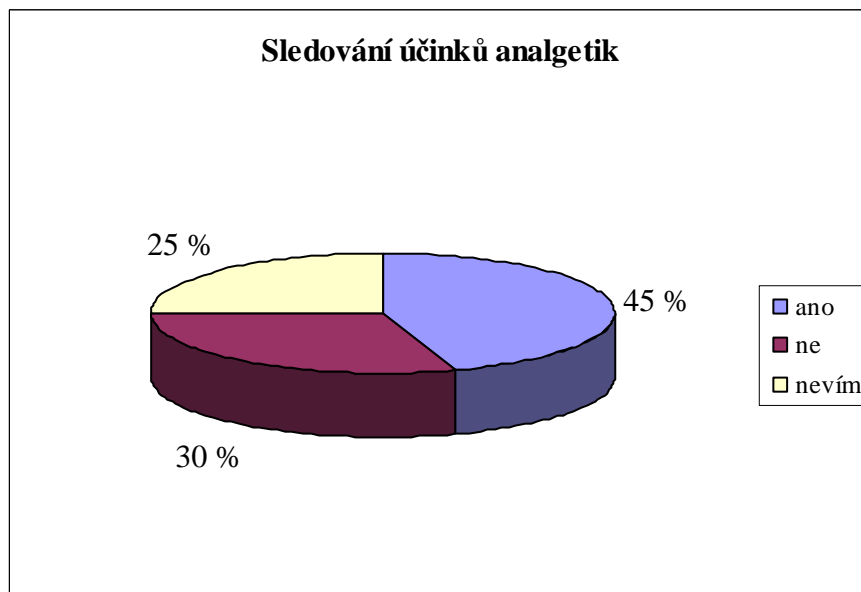
Otázka č. 11

Zajímá se sestra o účinky léků, které Vám od bolesti podala? Jakým způsobem?

Tab. č. 51 Sledování účinků analgetik

Odověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	9	45 %
b) ne	6	30 %
c) nevím	5	25 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 40 Sledování účinků analgetik



45 % oslovených pacientů uvedlo, že se sestra zajímá o účinky analgetik, které mu podala a to převážně slovně, u nepatrného množství pacientů za použití škály bolesti, a to z vlastní iniciativy bez ordinace lékaře. U 30 % oslovených pacientů se sestra nezajímá o účinnost léků, které podala pacientovi, což je ve zdravotnictví nepřijatelné. Zbýlých 25 % pacientů na tuto otázku odpovědělo „Nevím.“

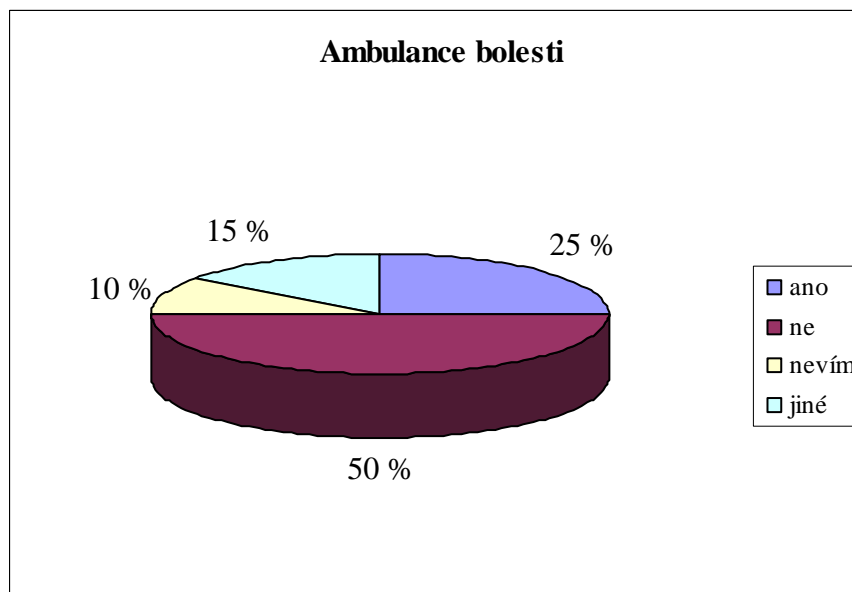
Otázka č. 12

Byl(a) jste seznámen(a) s pojmem ambulance bolesti? Pokud ano, co tento pojem znamená?

Tab. č. 52 Ambulance bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	5	25 %
b) ne	10	50 %
c) nevím	2	10 %
d) jiné (vypište)	3	15 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 41 Ambulance bolesti



50 % oslovených pacientů nebylo seznámeno s pojmem ambulance bolesti. 25 % oslovených pacientů bylo seznámeno s pojmem ambulance bolesti, a vědí, co tento pojem znamená. 15 % pacientů uvádí, že již dříve tento pojem slyšeli, ale neví, co znamená. Zbýlých 10 % pacientů neví, zda byli s tímto pojmem seznámeni.

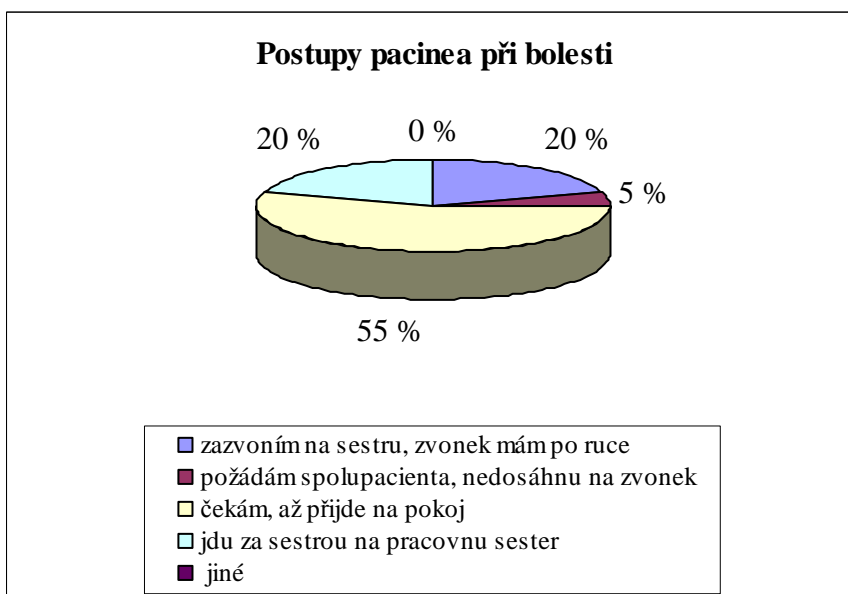
Otázka č. 13

Pokud mám bolesti, tak:

Tab. č. 53 Postupy pacienta při bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) zazvoním na sestru, zvonek mám po ruce	4	20 %
b) požádám spolupacienta, aby sestru přivolal, nedosáhnu na zvonek	1	5 %
c) čekám, až přijde na pokoj, nechci ji zbytečně obtěžovat	11	55 %
d) jdu za sestrou na pracovní sester	4	20 %
e) jiné (vypište)	0	0 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 42 Postupy pacienta při bolesti



Většina respondentů čeká na sestru, až přijde na pokoj, protože ji nechtějí obtěžovat, procentuálně vyjádřeno 55 %. Dvě skupiny respondentů dosáhly 20 %, z nichž jedna odpověděla, že zazvoní na sestru, zvonek má po ruce a druhá, že jdou na pracovní sester.

5 % z oslovených pacientů požádá spolupacienta, aby sestru přivolal, neboť nedosáhne na zvonek. Signalizační zvonek by měl mít každý pacient po ruce, od toho tam je.

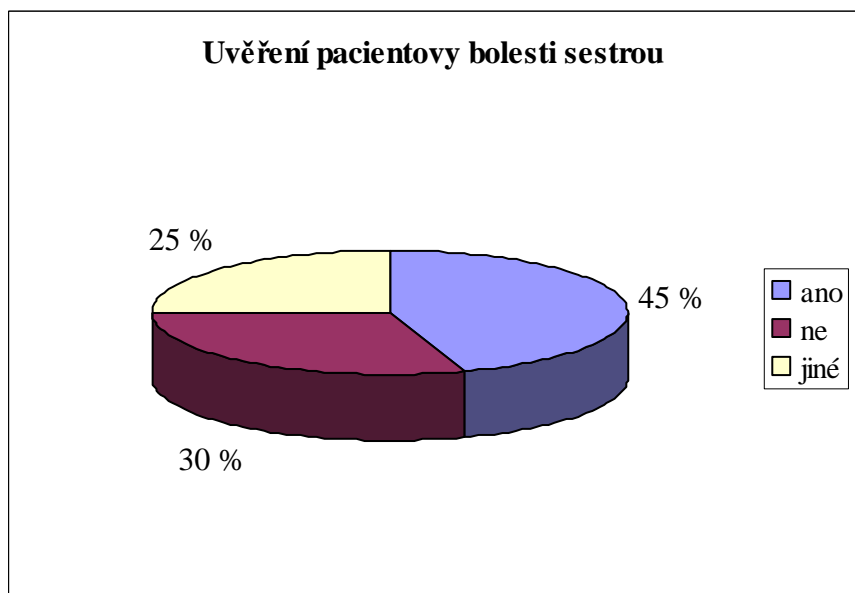
Otázka č. 14

Měl(a) jste někdy pocit, že Vám Vaši bolest sestra nevěří?

Tab. č. 54 Uvěření pacientovy bolesti sestrou

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	9	45 %
b) ne	6	30 %
c) jiné (vypište)	5	25 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 43 Uvěření pacientovy bolesti sestrou



45 % oslovených pacientů mělo pocit, že jim sestra nevěří jejich bolest. Tato skutečnost se odehrála především po podání analgetik, kdy bolest stále přetrvávala, nebo při vyšetřeních, kdy pacient pociťoval bolest. 30 % pacientů se neseťkalo s tím, že by jim sestra nevěřila jejich bolest. Zbýlých 25 % pacientů odpovědělo *jiné*, kdy nejčastější odpověď byla: „Nevím.“

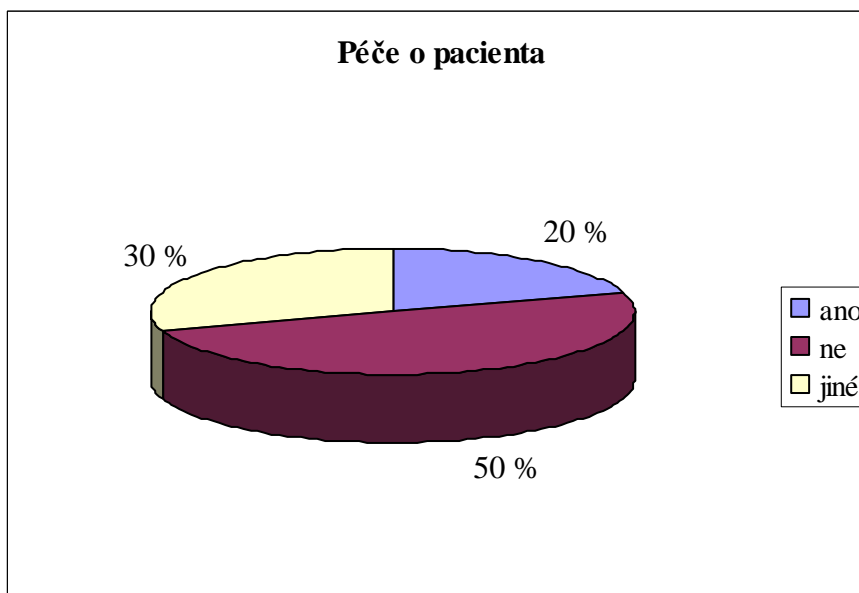
Otázka č. 15

Měl(a) jste někdy pocit, že péče o Vás je nedostatečná?

Tab. č. 55 Péče o pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	4	20 %
b) ne	10	50 %
c) jiné (vypište)	6	30 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 44 Péče o pacienta



50 % oslovených pacientů nepocítila pocit nedostatečné péče o ně. 30 % pacientů zvolilo možnost odpovědi *jiné*, kdy nejčastější odpověď zněla: „Nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom.“. Zbýlých 20 % pacientů mělo někdy pocit nedostatečné péče, zejména co se týká oblasti hygienické péče, zachování soukromí pacienta a uvěření pacientovy bolesti.

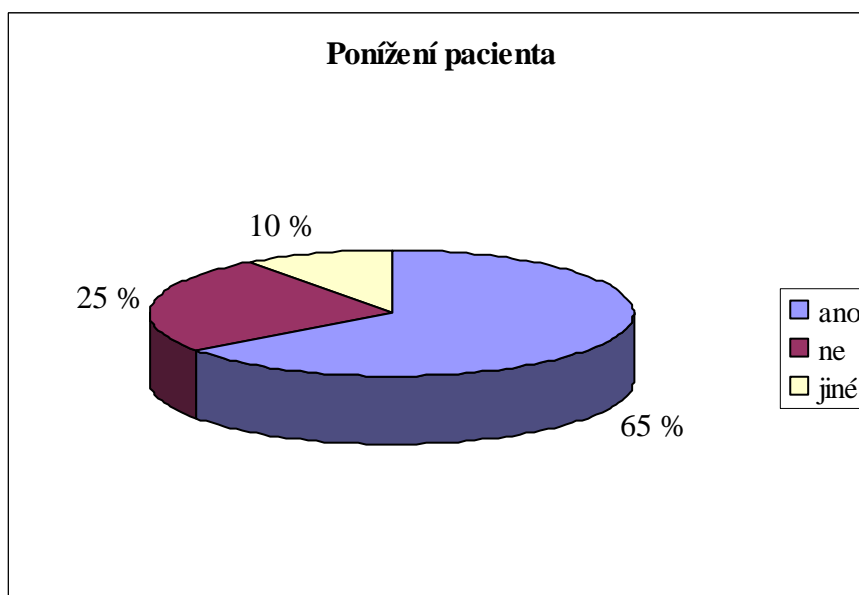
Otázka č. 16

Cítil(a) jste někdy ponížení ze strany sester?

Tab. č. 56 Ponížení pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano (vypište)	13	65 %
b) ne	5	25 %
c) jiné (vypište)	2	10 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 45 Ponížení pacienta



Neuvěřitelných 65 % oslovených pacientů udává, že zažili ponížení ze strany sester. Většinou se tak stalo při hygieně, opakovaném vyprazdňování stolice, vyšetření a nerespektování studu pacienta, což je známkou nerespektování jak práv pacientů, tak i etického kodexu sester. 25 % oslovených pacientů nezažilo ponížení ze strany sester a zbylých 10 % odpovědělo: „Nevím.“.

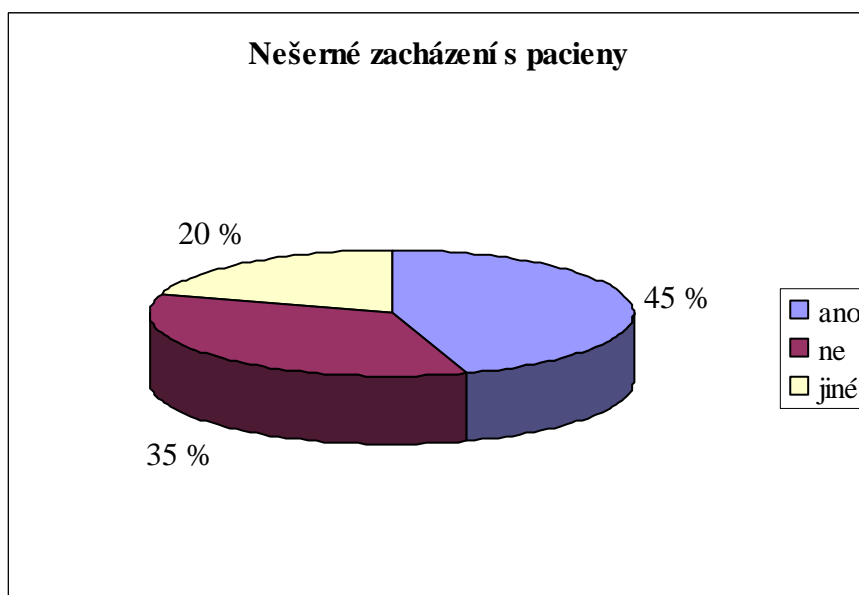
Otázka č. 17

Zažil(a) jste někdy nešetrné zacházení ze strany sester, když jste pociťoval(a) bolest?

Tab. č. 57 Nešetrné zacházení s pacienty

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
a) ano (vypište)	9	45 %
b) ne	7	35 %
c) jiné (vypište)	4	20 %
Celkem	20	100 %

Graf ř. 46 Nešetrné zacházení s pacienty



45 % oslovených pacientů zažilo nešetrné zacházení ze strany sester, především při hygieně, polohování a vyšetřeniř. 35 % oslovených pacientů nezažilo nešetrné zacházení ze strany sester a zbylých 20 % pacientů, kteří zvolili možnost odpoředi *jiné*, odpoředěli: „Nevím.“.

Otázka č. 18

Popište prosím Vaši nejlepší a nejhorší zkušenost s chováním sester v souvislosti na Vaši bolest:

Vzhledem k tomu, že odpovědi na tuto otázku jsou velmi individuální, dovoluji si uvedené odpovědi citovat. Celkem je uvedeno sedm odpovědí. Někteří oslovení pacienti se k této otázce nevyjádřili. Následující odpovědi vystihují jak nedodržování etického kodexu sester, tak nerespektování práv pacientů.

1) Nejlepší zkušenost s chováním sester:

- „Vždy, když jsem potřeboval/a pomoc, byla tu jedna sestra, která za mnou vždy přišla s úsměvem a neměla pocit, že bych ji obtěžoval/a.“
- „Moc se mi líbilo, že na mě sestry při hygieně nespěchaly a nechaly mě umýt se tam, kde jsem byl/a schopen/na.“
- „Potěšilo mě, že když jsem byl/a propuštěna domů, tak jedna sestra ze stejného místa bydliště mě navštívila a měla starost o to, jak to doma zvládám.“

2) Nejhorší zkušenost s chováním sester:

- „Opakovaně jsem byl/a přijata do nemocnice pro bolesti zad a při příjmu jsem zaslechl/a, jak jedna sestra o mě mluví jako o simulantovi. Bylo to hrozné.“
- „Jednou přišla sestra na pokoj a nesla léky, ty léky měla v dlaních jen tak a zeptala se mě i dalšího pacienta, zda ty své léky nepoznáme, že neví, které užívám já a které ten druhý pacient. Ten pacient ty své léky poznal tak, ta sestra usoudila, že mu je dá a mě ty, které na mě zbyly. Nevím co si mám myslet, ale asi už nebudu nikomu věřit.“
- „Trpěl jsem opakovanými průjmy, a když jsem si opakovaně vyžádal/a pomoc sestry při hygieně (potřeboval/a jsem vyměnit plenu), odmítla mě přebalit, že prý musí šetřit materiálem, a že když nejsem schopný/á udržet stolicí, tak až si v tom ještě zůstanu.“
- „Za nejhorší zkušenost považuji to, že jsem se potřeboval/a dovolat na sestry a stále to nešlo. Myslím si, že mi sestry odpojily zvonek, abych je neotravoval/a.“
- „Na sestrách se mi nejvíce nelíbí jejich sprosté mluvení.“

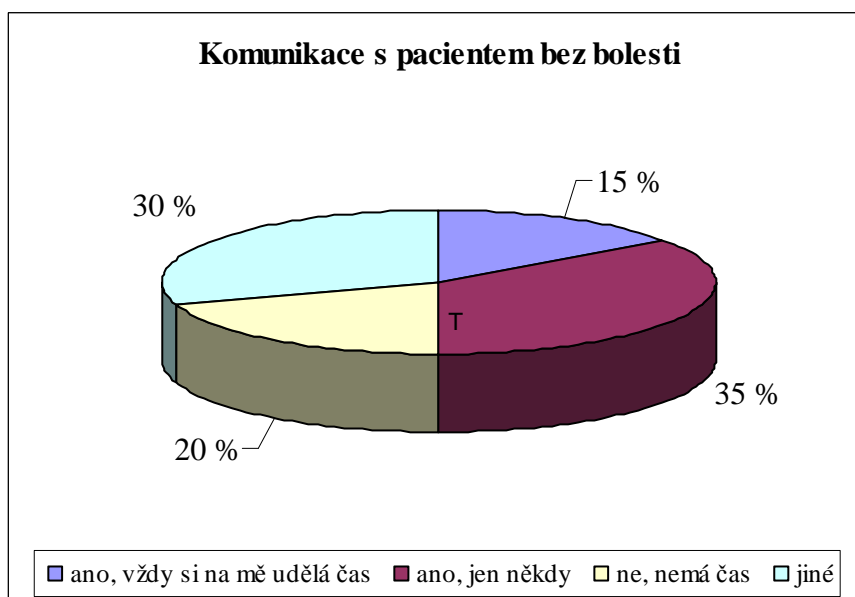
Otázka č. 19

Zajímá se o Vás sestra, i když zrovna nemáte momentálně bolest?

Tab. č. 58 Komunikace s pacientem bez bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, vždy si na mě udělá čas	3	15 %
b) ano, jen někdy	7	35 %
c) ne, nemá čas	4	20 %
d) jiné (vypište)	6	30 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 47 Komunikace s pacientem bez bolesti



35 % oslovených pacientů uvádí, že si na ně sestra udělá čas jen někdy. 30 % pacientů vybralo možnost odpovědi *jiné*, kdy zde uvedli odpověď „Nevím. a Vím, že má moc práce, nechci ji obtěžovat.“. 20 % pacientů uvádí, že si na ně sestra doposud neudělala čas a zbylých 15 % pacientů uvádí, že si na ně sestra udělá čas vždy.

Otázka č. 20

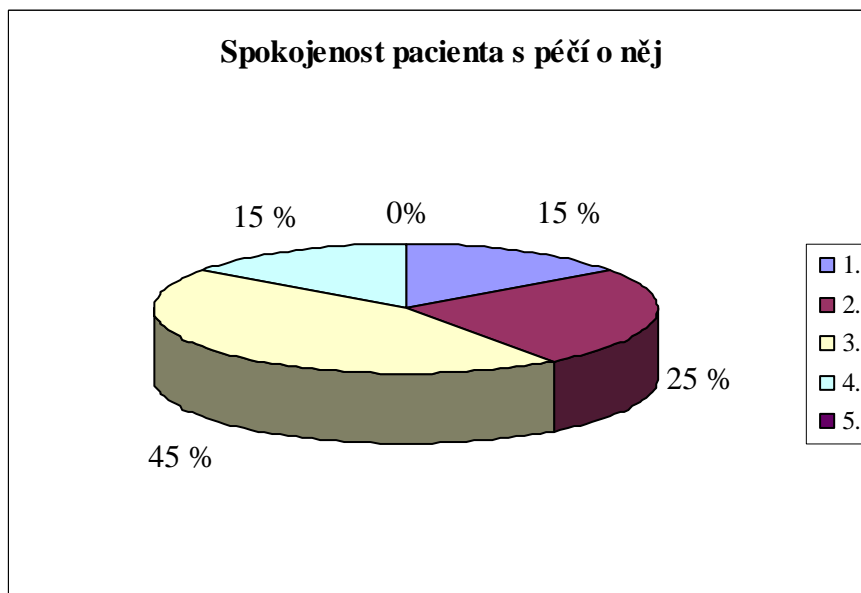
Zde prosím zakroužkujte na této škále Vaši spokojenost s péčí o Vás. (1 je nejlepší hodnocení, 5 je nejhorší hodnocení)

1-2-3-4-5

Tab. č. 59 Spokojenost pacienta s péčí o něj

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1.	3	15 %
2.	5	25 %
3.	9	45 %
4.	3	15 %
5.	0	0 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 48 Spokojenost pacienta s péčí o něj



45 % oslovených pacientů vyjádřilo míru spokojenosti číslem 3. 25 % pacientů vyjádřilo míru spokojenosti s péčí o něj číslem 2. Dvě skupiny byly se stejným procentuálním vyjádřením, a to 15 %, z nichž jedna skupina pacientů vyjádřila míru spokojenosti s péčí o něj číslem 1, druhá skupina pacientů číslem 4. Z toho vyplývá, že pacienti považují ošetrovatelskou péči za průměrnou.

11 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá plněním etických principů sestrami pečujícími o pacienty s bolestí. Jedním z cílů bylo zjistit úroveň teoretických vědomostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienta s bolestí. Zjistila jsem, že všeobecné sestry mají docela přehled o medikamentózní terapii chronické bolesti. Zarážející je, že všeobecné sestry mají v době moderního ošetřovatelství velmi nízké povědomí o psychoterapii pacienta s chronickou bolestí. K tématu psychoterapie se vztahovaly otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 13 z části „B“ dotazníku. Také mě zarazilo, že necelých 62 % oslovených všeobecných sester nevyužívá k tišení bolesti relaxační techniky. Stejně procento oslovených všeobecných sester uvedlo, že neslyšelo o metodě bio-feed-back. Detekované vysoké procento značí všeobecnou nevědomost o této metodě. Z dalšího výzkumného šetření jsem zjistila, že jako první tři postupy k tišení bolesti volí sestry analgetika, fyzikální terapii a úlevovou polohu. Dle mého názoru by měla být na prvním místě úlevová poloha či psychoterapie místo analgetik. Prvního cíle bylo dosaženo, během výzkumu jsem zjistila úroveň vědomostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienty s bolestí. Nalezla jsem problém v oblasti psychoterapie bolesti, kdy všeobecné sestry mají o tomto způsobu léčby poměrně nízké povědomí.

Další problémovou položkou je diagnostika bolesti a s ní spojené použití škál bolesti. Ke škálám bolesti a jejím používáním se vztahovaly otázky č. 14, 15, 16, 17 z části „B“ dotazníku pro všeobecné sestry. Zjistila jsem, že všeobecné sestry nejčastěji používají číselnou škálu bolesti. Docela mě zarazilo, že v otevřené otázce dotazující se na úroveň znalosti škál bolesti, sestry nesprávně uvedly možnost škálování bolesti dle Nortonové, která neexistuje. Také jsem byla zklamaná, když jsem zjistila, že škálu bolesti používá pravidelně během hospitalizace pacienta pouhých 11 % všeobecných sester. Chápu, že u některých pacientů není potřeba používat škály bolesti pravidelně během hospitalizace pacienta, zvláště pokud bolest nepatří mezi hlavní diagnózy určené u pacienta. Pokud se však jedná o pacienta s chronickou bolestí, je to velmi zarážející. Na druhou stranu jsem byla potěšena faktem, že součástí pacientovy ošetřovatelské dokumentace jsou i škály bolesti (až u 73 % respondentů). V této oblasti jsem zjišťovala názor všeobecných sester na používání škál bolesti a neuvěřitelných 31,70 % všeobecných sester zastává názor, že škály bolesti jsou pouze dalším zbytečným papírem v ošetřovatelské dokumentaci. S tímto názorem zásadně nesouhlasím.

Jedním z cílů bylo zjistit, do jaké míry jsou všeobecné sestry seznámeny s etickým kodexem a jak k němu přistupují. K tomuto cíli se vztahovala celá část „C“ dotazníku pro všeobecné sestry. Zjistila jsem, že většina všeobecných sester si pod pojmem etický kodex sester představuje pravidla a určitý způsob chování. Celých 50 % všeobecných sester bylo seznámeno s etickým kodexem během studia. Zarážející je, že 8 % všeobecných sester pracujících v nemocničním zařízení uvedlo, že se doposud s etickým kodexem sester neselekaly, což je dle mého názoru nemožné, protože etický kodex sester je náplní učiva středních zdravotnických škol. Alarmující je skutečnost, že kdyby si sestry chtěly nastudovat etický kodex sester, jen 50 % sester by jej hledala na pracovišti. Dle mého názoru, by měl být etický kodex sester na každém pracovišti (na každé pracovně sester), a to na viditelném místě. Z dalších výsledků je zřejmé, že 46,60 % oslovených všeobecných sester se snaží dodržovat etický kodex po celou dobu jejich praxe. Je tomu opravdu tak? Během mé praxe, kterou jsem absolvovala v rámci studia, jsem měla možnost vypořádat chování několika sester. A ve většině případů jsem byla svědkem porušování etického kodexu a etických principů sester. Vysokých 20 % oslovených všeobecných sester uvedlo, že etický kodex dodržují jen někdy, protože jsou dost ovlivňovány nezájmem a negací svých spolupracovníků k dané problematice. Jestliže si někdo vybral povolání zdravotní sestry, je nepřístupné nechat se negativním způsobem ovlivňovat svými spolupracovníky. Na prvním místě je vždy pacient. Stanoveného cíle bylo dosaženo, zjistila jsem celkem negativní postoj všeobecných sester k etickému kodexu.

Během výzkumu jsem se dotazovala na holistický přístup k pacientům. Necelých 67 % oslovených všeobecných sester ví, co znamená holistický přístup, což je velmi pozitivní. S plněním etických principů souvisí i zachování intimity pacienta. Zajímala jsem se tedy o to, co si všeobecné sestry představují pod tímto pojmem. Docela mě zklamalo, že jen 25 % všeobecných sester si pod tímto pojmem - mimo jiné - představuje i zachování mlčenlivosti. Také jsem zjišťovala reakci sester, které jsou svědkem nedodržování etického kodexu u svých spolupracovníků. Až 55 % oslovených všeobecných sester neupozorní na chyby svých spolupracovníků vůbec, a to ze strachu, že by se s nimi dostaly do sporu. Je třeba si uvědomit, proč chci vykonávat povolání všeobecné sestry. V dotazníku byl ponechán prostor pro další sdělení oslovených všeobecných sester na téma chronická bolest.

Posledním cílem této práce bylo pro doplnění výzkumu zmapovat pohledy pacientů na etický přístup všeobecných sester v oblasti péče o pacienta s bolestí. K tomuto cíli

se vztahuje dotazník určený pro pacienty, konkrétně otázky č. 6, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Během výzkumného šetření jsem se dotazovala pacientů s chronickou bolestí na to, zda je sestra edukuje o vedlejších účincích analgetik v soukromí. Neuvěřitelných 65 % pacientů odpovědělo, že nebyli poučeni o vedlejších účincích analgetik v soukromí a co je ještě více zarážející, že 45 % respondentů uvedlo, že o vedlejších účincích analgetik nebyli poučeni vůbec. Podle mého názoru je to závažná chyba ze strany sester. S podáváním analgetik souvisí také otázka č. 11, kdy jsem se dotazovala, zda se sestra zajímá o účinky podaných analgetik a jakým způsobem. 45 % oslovených pacientů odpovědělo, že se sestra zajímá o účinnost analgetik, a to především slovně, jen nepatrné množství respondentů uvedlo, že sestra sleduje účinnost podaných analgetik použitím škál bolesti. Jelikož jsem se snažila zmapovat pohledy pacientů na etické přístupy sester, které o ně pečují, dotazovala jsem se i na to, zda měli pacienti někdy pocit, že jim sestra jejich bolest nevěří a zda si myslí, že je péče o ně nedostatečná.

Celých 45 % oslovených pacientů potvrdilo, že se setkali s neuvěřením jejich bolesti ze strany sester. Dělo se tak především po podání analgetik, kdy pacienti stále udávali bolesti. Také při vyšetřeních, údajně nebolestivých, se tito pacienti setkali s tím, že jim sestra nevěří jejich bolest. Každá sestra by si měla uvědomit, že každý pacient vnímá bolest jinak. Co je pro jednoho nebolestivé, druhý pociťuje jako velmi bolestivé. V návaznosti s tímto má 20 % respondentů pocit, že péče o ně je nedostatečná. Myslím si, že tato skutečnost by měla být prvním signálem k zamyšlení se nad kvalitou ošetrovatelské péče, kterou poskytuje každá sestra a mělo by nás to motivovat ke zlepšení poskytované ošetrovatelské péče.

Také jsem se pacientů dotazovala, zda někdy cítili či zažili ponížení ze strany sester a zda měli někdy pocit nešetrného zacházení sestrami. Velmi mě zarazilo a zároveň zklamalo, že celých 65 % oslovených pacientů zažilo ponížení ze strany sester. Většinou se tak stalo při hygieně, opakovaném vyprazdňování stolice, vyšetření a nerespektování studu pacienta. Tato skutečnost vypovídá o rutinním přístupu sester k jejich práci, což má dopad jak na pacienta, tak i na sestry samotné, z nichž mnohé trpí syndromem vyhoření. Také 45 % pacientů se setkalo s nešetrným zacházením ze strany sester, především při hygieně, polohování a vyšetřeních. I tato informace mě utvrzuje v názoru, že syndromem vyhoření trpí stále více sester. Další položka se zabývá pohledem pacienta na zájem sester o jejich osobu v období, kdy pacient nepociťuje bolest. A velmi mě mrzelo, že 30 % pacientů odpovědělo, že se jim sestry nevěnují, i když nemají bolesti. Tato skutečnost vypovídá o tom, že sestry

neaplikují holistický přístup k pacientovi v praxi. Pouhých 15 % respondentů odpovědělo, že se jim sestry věnují vždy.

Poslední část dotazníku obsahuje číselnou škálu od 1 - 5 pro zjištění spokojenosti s péčí o oslovené pacienty. Většina oslovených pacientů, a to 45 % označili číslo 3, což znamená, že považují péči o ně za průměrnou. Podle mého názoru je to velmi nízké hodnocení, vzhledem k možnostem dnešní doby a stále kvalitnějšímu vývoji ošetřovatelství. Třetího cíle bylo dosaženo. Podařilo se mi zjistit názor pacientů na danou problematiku. Chci jen podotknout, že cíl č. 3 byl stanovený jen pro doplnění celkového výzkumu.

12 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH PROBLÉMŮ

Podle mého názoru je velkým problémem zejména deficit informovanosti v oblasti psychoterapie o pacienta s chronickou bolestí. Je nutno podotknout, že laickou psychoterapii může provádět i všeobecná sestra. Během praxe, kterou jsem absolvovala v rámci studia, jsem si všimla, že většina sester nezná více jak jeden způsob psychoterapie. Jeden ze způsobů psychoterapie, který se v praxi aplikuje, je placebo efekt. Existují však i jiné metody jako jsou relaxační techniky, distrakce, bio-feed-back aj. Tuto skutečnost považuji za velký deficit v této oblasti.

Vhodné by bylo vytvořit informační materiál zaměřující na problematiku chronické bolesti, kde by byla zdůrazněna důležitost aplikace psychoterapie v této oblasti. Také si myslím, že by bylo dobré pořádat stále více seminářů zaměřujících se na tuto problematiku.

Dalším velkým problémem je nedodržování a neznalost etického kodexu i etických principů sester. I zde jsem měla možnost stát se svědkem toho, jak sestry porušují etický kodex a etické principy sester. Myslím si, že etický kodex spolu s etickými principy jsou kořením tohoto povolání a je třeba klást stále větší důraz na jejich znalost a aplikaci v praxi. K čemu je nám moderní technika, když nerespektováním etických principů a etického kodexu sester dostáváme pacienta někam do pozadí.

I v této oblasti bych navrhovala, aby se pořádalo více seminářů zaměřených na toto téma. Také lze vytvořit informační materiál, kde by byla uvedena podstata a důležitost etického kodexu a etických principů sester. Dále si myslím, že by mělo být samozřejmostí, aby každá vrchní či staniční sestra seznámila všeobecné sestry s obsahem etického kodexu a etickými principy. S tím souvisí, aby byl etický kodex sester přístupný všem sestřám, a aby byl dostupný na dobře viditelném místě. I v této oblasti je velmi důležité, aby se sestry stále vzdělávaly a to nejen v oblasti zdravotnické techniky a nových medicínských a ošetrovatelských postupů. Domnívám se, že v této oblasti hraje velmi významnou roli kontrola chování nelékařských zdravotnických pracovníků jejich nadřízenými, což je dle mého názoru nejučinnější metoda pro kontrolu dodržování etického kodexu sester.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název „Plnění etických principů sestrami, pečujícími o pacienty s bolestí“. Tato práce je rozdělena na dvě části - část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část obsahuje dvě části. První část je věnována etice a etickým principům. Druhá část teorie je zaměřena na chronickou bolest, její charakteristiku, diagnostiku a léčbu.

Pro zpracování praktické části jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou nemocničních zařízeních na interních odděleních a odděleních pro léčbu dlouhodobě nemocných. Vypracovala jsem dva druhy dotazníku, kdy jeden je určen pro všeobecné sestry buď jen se středoškolským vzděláním či s vyšším nebo s vysokoškolským vzděláním zdravotního zaměření. Druhý dotazník je určen pro pacienty s chronickou bolestí. V praktické části analyzuji sběr těchto dat formou absolutní a relativní četnosti. Pro přehlednost jsou zpracovaná data uvedeny v tabulkách a znázorněny v grafech.

Během výzkumu jsem narazila na dva hlavní problémy. První z nich je deficit informovanosti v oblasti psychoterapie o pacienta s chronickou bolestí. Jako druhý problém považuji nedodržování etického kodexu a etických principů sester. K řešení těchto problémů navrhuji, aby probíhalo více odborných seminářů zaměřených na dané téma. Pro zvýšení informovanosti o léčbě chronické bolesti jsem vytvořila informační materiál. Za neúčinnější řešení nedodržování etického kodexu sester však považuji kontrolu zdravotnických pracovníků jejich nadřízenými. Snad tato práce aspoň v malé míře poskytne některým zdravotníkům více informací v oblasti péče o pacienta s chronickou bolestí. A také širší povědomí o etickém kodexu a etických principech sester.

Při průběhu dotazníkového šetření jsem se domnívala, že spolupráce s oslovenými všeobecnými sestrami bude přístupnější. Byla jsem zklamaná z jejich přístupu k vyplnění dotazníku s danou problematikou, která je dle mého názoru velmi aktuální. návratnost dotazníků byla nízká. Spolupráci s oslovenými pacienty hodnotím velmi pozitivně. Byli to pacienti trpící chronickou bolestí, a přesto byli velice ochotní vyplnit dotazník určený pro ně. Osobně považuji etický kodex a etické principy sester za velmi důležité v našem povolání. Je proto nezbytné dbát na dodržování etického kodexu sester, a to nejen u pacientů s chronickou bolestí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARANDA, Sanchia, O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80 – 247 – 1295 – 4
- [2] FARKAŠOVÁ, Dana a kol., *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. české vyd. SR: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80 – 8063 – 229 – 4
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Manuálek o etice pro zdravotní sestry, České ošetrovatelství praktická příručka pro sestry*. 5. vyd. 46 s. ISBN 80 – 7013 – 310 – 4
- [4] KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti, Příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80 – 247 – 1720 – 4
- [5] KOPECKÁ, Katarína, KORCOVÁ, Magdaléna a kolektiv. *Zdravotnická etika*. 2. vyd. Martin Slovenská republika: Osveta, 2008. 119 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 278 – 6
- [6] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. 152 s. ISBN 80 – 7178 – 150 – 9
- [7] KRÁLOVÁ, Jaroslava, ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2009. 135 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 599 – 4
- [8] KRÁTKÁ, Anna. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Academia centrum, 2007. 33 s. ISBN 978 – 80 – 7318 – 543 – 5
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 68 s. ISBN 80 – 7013 – 130 – 6
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2069 – 2
- [12] LUKEŠOVÁ, Anděla, *Využití canisterapie v léčebně preventivní péči*. 1. vyd. 2008
- [13] MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
- [14] MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80 – 247 – 1024 – 2

- [15] PAYEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978 – 80 – 87029 – 25 – 1
- [16] SOFAER, Beatrice, *Bolest, příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80 – 7169 – 309 – X
- [17] ŠEVČÍK, Pavel a kolektiv autorů. *Bolest a možnosti její kontroly*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 236 s. ISBN 80 – 7013 – 3
- [18] TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
- [19] ZACHAROVÁ, Eva, HERMNAOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5

Internetové zdroje:

- [20] UNGER, David. *Co je psychoterapie*, [online]. 2008, [cit. 2010-05-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychoterapie-unger.cz/co-je-psychoterapie>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	A jiné/á/ý/í
apod.	A podobně
atd.	A tak dále
atp.	A tak podobně
ČAS	Česká asociace sester
DREZL	Dorsal root entry zone
IASP	International association for the study of pain
ICN	International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester
JCI	Joint Commission International
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Např.	Například
NSA	Nesteroidní antirevmatika
P	Pacient
RHB	Rehabilitace
TENS	Transkutánní elektrická stimulace nervu
tzv.	Tak zvaně
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk.....	42
Graf 2 Vzdělání.....	43
Graf 3 Název pracoviště.....	44
Graf 4 Délka praxe.....	45
Graf 5 Definice bolesti.....	46
Graf 6 Charakteristika chronické bolesti.....	47
Graf 7 Chování pacienta s chronickou bolestí.....	48
Graf 8 Invazivní postupy.....	51
Graf 9 Ovlivnění bolesti.....	53
Graf 10 Relaxační techniky.....	54
Graf 11 Distrakce.....	55
Graf 12 Bio-feed-back.....	56
Graf 13 Podávání analgetik.....	58
Graf 14 Placebo.....	60
Graf 15 Používání škál bolesti.....	62
Graf 16 Dokumentace.....	63
Graf 17 Názor na škály bolesti.....	64
Graf 18 Etický kodex sester.....	65
Graf 19 Seznámení s etickým kodexem sester.....	66
Graf 20 Studium etického kodexu sester.....	67
Graf 21 Dodržování etického kodexu sester.....	68
Graf 22 Holistický přístup k pacientovi I.....	70
Graf 23 Holistický přístup k pacientovi II.	71
Graf 24 Intimita pacienta.....	72

Graf 25 Chování pacienta s bolestí.....	73
Graf 26 Reakce na chování pacienta.....	74
Graf 27 Prožitek bolesti.....	77
Graf 28 Hospitalizace pacienta.....	78
Graf 29 Délka hospitalizace.....	79
Graf 30 Délka chronické bolesti.....	80
Graf 31 Zvládání bolesti doma.....	81
Graf 32 Prostředky zklidňující bolest doma.....	82
Graf 33 Prostředky zhoršující bolest doma.....	83
Graf 34 Prostředky zhoršující bolest v nemocnici.....	84
Graf 35 Prostředky zklidňující bolest v nemocnici.....	85
Graf 36 Škály bolesti.....	87
Graf 37 Tišení bolesti.....	88
Graf 38 Vedlejší účinky analgetik.....	89
Graf 39 Soukromí pacienta.....	90
Graf 40 Sledování účinku analgetik.....	91
Graf 41 Ambulance bolesti.....	92
Graf 42 Postupy pacienta při bolesti.....	93
Graf 43 Uvěření pacientovy bolesti sestrou.....	94
Graf 44 Péče o pacienta.....	95
Graf 45 Ponížení pacienta.....	96
Graf 46 Nešetrné zacházení s pacienty.....	97
Graf 47 Komunikace s pacientem bez bolesti.....	99
Graf 48 Spokojenost pacienta s péčí o něj.....	100

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Klinická bolest.....	24
Tab. 2 Věk.....	42
Tab. 3 Vzdělání.....	43
Tab. 4 Název pracoviště.....	44
Tab. 5 Délka praxe.....	45
Tab. 6 Definice bolesti.....	46
Tab. 7 Charakteristika chronické bolesti.....	47
Tab. 8 Chování pacienta s chronickou bolestí.....	48
Tab. 9 Prostředky k léčbě a tišení bolesti.....	49
Tab. 10 Seřazení prostředků a technik k léčbě a tišení bolesti od prostředku první volby po poslední.....	49
Tab. 11 Invazivní postupy.....	51
Tab. 12 Psychoterapie I.	52
Tab. 13 Psychoterapie II.	52
Tab. 14 Ovlivnění bolesti.....	53
Tab. 15 Relaxační techniky.....	54
Tab. 16 Distrakce.....	55
Tab. 17 Bio-feed-back I.	56
Tab. 18 Bio-feed-back II.	57
Tab. 19 Podávání analgetik.....	58
Tab. 20 Placebo.....	60
Tab. 21 Škály bolesti I.	61
Tab. 22 Škály bolesti II.	61
Tab. 23 Používání škál bolesti.....	62

Tab. 24 Dokumentace.....	63
Tab. 25 Názor na škály bolesti.....	64
Tab. 26 Etický kodex sester.....	65
Tab. 27 Seznámení s etickým kodexem sester.....	66
Tab. 28 Studium etického kodexu sester.....	67
Tab. 29 Dodržování etického kodexu I.	68
Tab. 30 Dodržování etického kodexu II.	69
Tab. 31 Holistický přístup k pacientovi I.	70
Tab. 32 Holistický přístup k pacientovi II.	71
Tab. 33 Intimita pacienta.....	72
Tab. 34 Chování pacienta s bolestí.....	73
Tab. 35 Reakce na chování pacienta.....	74
Tab. 36 Stěžování pacienta na bolest.....	75
Tab. 37 Chování sester.....	76
Tab. 38 Prožitek bolesti.....	77
Tab. 39 Hospitalizace pacienta.....	78
Tab. 40 Délka hospitalizace.....	79
Tab. 41 Délka chronické bolesti.....	80
Tab. 42 Zvládání bolesti doma	81
Tab. 43 Prostředky zklidňující bolest doma.....	82
Tab. 44 Prostředky zhoršující bolest doma	83
Tab. 45 Prostředky zhoršující bolest v nemocnici	84
Tab. 46 Prostředky zmírňující bolest v nemocnici	85
Tab. 47 Škály bolesti	87
Tab. 48 Tišení bolesti	88

Tab. 49 Vedlejší účinky analgetik	89
Tab. 50 Soukromí pacienta	90
Tab. 51 Sledování účinku analgetik	91
Tab. 52 Ambulance bolesti	92
Tab. 53 Postupy pacienta při bolesti	93
Tab. 54 Uvěření pacientovy bolesti sestrou.....	94
Tab. 55 Péče o pacienta	95
Tab. 56 Ponížení pacienta	96
Tab. 57 Nešetrné zacházení s pacienty	97
Tab. 58 Komunikace s pacientem bez bolesti	99
Tab. 59 Spokojenost pacienta s péčí o něj	100

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Etický kodex zdravotního pracovníka nelékaře

P II: Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků ČAS

P III: Etický kodex práv pacientů

P IV: Škály bolesti

P V: Dotazník určený pro všeobecné sestry

P VI: Dotazník určený pro pacienty

P VII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

P I: ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘE

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravidelně, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický spolupracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vyvážit podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoli způsobem.
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přinesl k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

P II: KODEX PROFESIONÁLNÍHO CHOVÁNÍ REGISTROVANÝCH PRACOVNÍKŮ ČAS

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů / klientů
- sloužil zájmům společnosti
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. Jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů / klientů a uspokojoval jejich potřeby.
2. Dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodi- lo zájmy pacientů / klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpeč- nost.
3. Chovat se k pacientům / klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskyto- vání péče.
4. Respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta / klienta, povahu jeho zdra- votních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický pů- vod, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor.
5. Spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci.
6. Umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopní vykonat bezpečně a kvalifikovaně.
7. Udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence.

8. Odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese.
9. Vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům / klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti.
10. Chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:
 - na základě souhlasu pacienta, klienta
 - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu
 - oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu
11. Oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty.
12. Oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům / klientům bezpečnou a odpovídající péči.
13. Oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče.
14. V rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí.
15. Odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů / klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost.

P III: ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992.

Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby, brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí, podle svých možností, přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může být předán jinému léčebnému ústavu, případně

tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzati do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

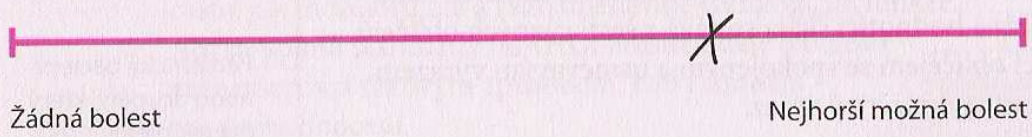
Pacient má právo znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

P IV: ŠKÁLY BOLESTI

1. Vizualně analogová škála bolesti I.

Vizuálně analogová škála

Jestliže použijete vizuálně analogovou škálu, požádejte pacienta, aby nakreslil na úsečku značku indikující jeho současnou intenzitu bolesti. Hodnota intenzity bolesti pacienta je číslo, které získáte změřením úseku od „žádná bolest“ po pacientovu značku (v milimetrech).



Žádná bolest X Nejhorší možná bolest

2. Vizualně analogová škála bolesti II., Hodnotící škála sestavená ze šesti různých obličejů

Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 5, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:

Bez bolesti znervózňující bolest nesnesitelná bolest

0 1 2 3 4 5

nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



0 1 2 3 4 5

Ptejte se pacienta na INTENZITU * LOKALIZACI * ZAČÁTEK * DOBU TRVÁNÍ * ZMĚNY

3. Číselná hodnotící škála



Špičková technika

Použití číselné hodnotící škály

Číselná hodnotící škála může pacientovi pomoci kvantifikovat jeho bolest. Požádejte ho, aby si vybral číslo od 0 (znamenající „žádná bolest“) do 10 (znamenající „nejhorší představitelná bolest“), které představuje jeho současnou bolest. Číslo vyjadřující bolest může buď zakroužkovat, nebo vyslovit.

Žádná
bolest

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nejhorší
možná
bolest

Není to tak jednoduché, jak to vypadá

Pro jistotu nepředpokládejte, že pacient ví, jak tuto škálu používat. Edukujte ho a pak si potvrďte, že rozumí tomu, co jste ho naučili. Ujistěte se, že jste edukaci zdokumentovali, stejně jako způsob vašeho ověření, že pacient edukaci porozuměl.

Najděte cíl tlumení bolesti

Pomozte pacientovi určit cíl tlumení bolesti – číselné vyjádření intenzity bolesti, která mu dovolí provádět aktivity sebezpěče, jako je chůze, kašlán a hluboké dýchání. Obvykle je přiměřený cíl tlumení bolesti číslo 3 a méně, na škále 0–10.

Pokud si pacient zvolí jako cíl tlumení bolesti číslo 4 a více, vysvětlete mu, že vyšší bolesti mohou poškodit jeho zdraví. Diskutujte s ním o obavách z analgetik, které by mohl mít, a opravte jeho nesprávné názory, např. o vzniku závislosti.

Kdy přehodnotit plán managementu bolesti

Jestliže pacient hodnotí svou bolest číslem 10, má silné bolesti – což je známka, že plán managementu bolesti je neúčinný. Konzultujte s lékařem zvýšení dávky analgetika, nebo přidání jiného analgetika.

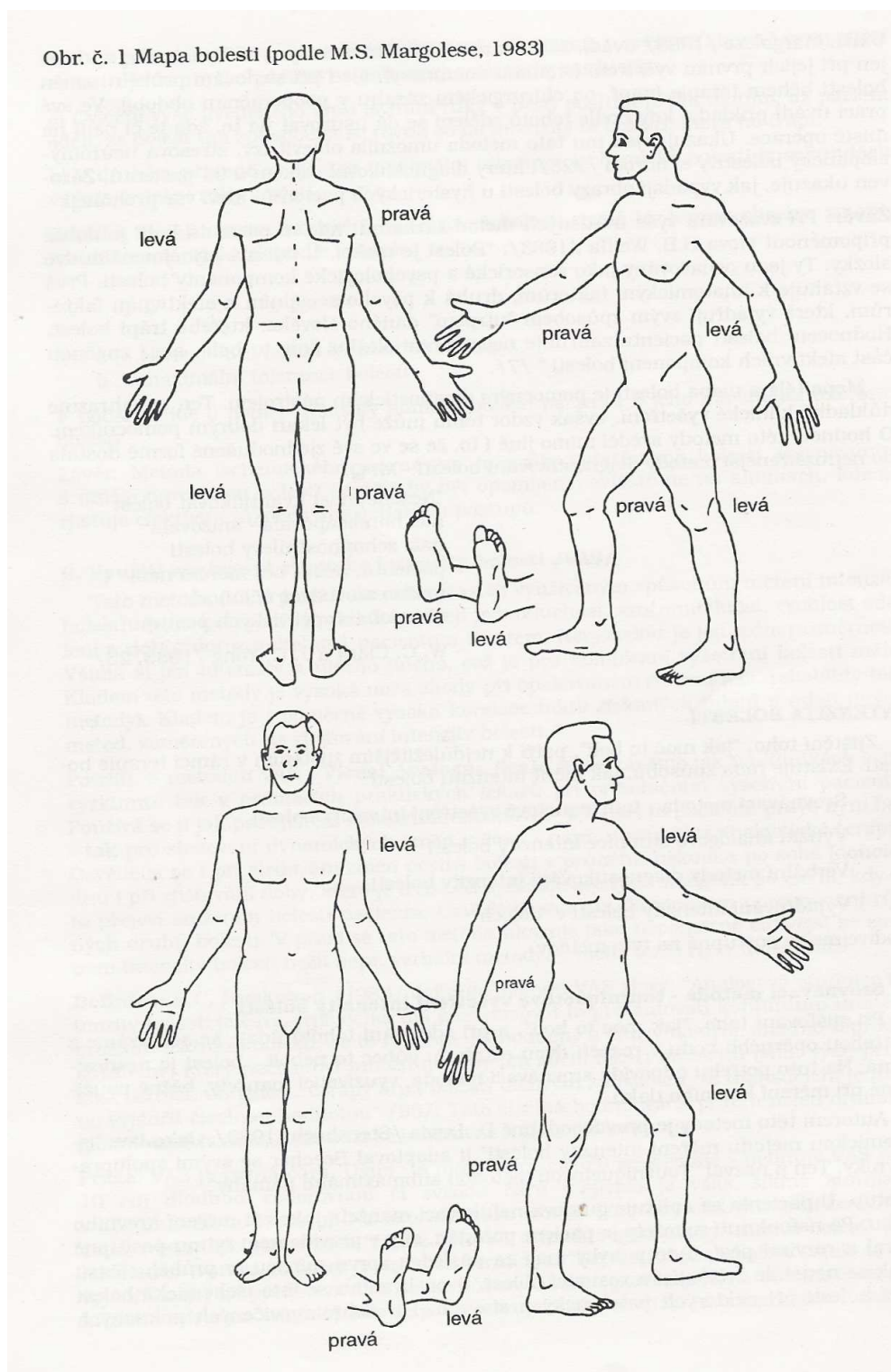
Kdy použít raději vertikální škálu

Některé děti i dospělí, kteří mluví jazykem, kde se čte zprava doleva (nebo vertikálně), mohou mít problém s horizontální číselnou škálou. Stejná škála, ale vertikální se jim může zdát jednodušší. Jestliže použijete vertikální škálu, dejte 0 dolů a 10 nahoru.



4. Mapa bolesti

Obr. č. 1 Mapa bolesti (podle M.S. Margolese, 1983)



P V: DOTAZNÍK URČENÝ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Dobrý den

Jmenuji se Tereza Pechová a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, jejíž téma je zaměřeno na chronickou bolest. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Dotazník má tři části. První část se týká Vašeho vzdělání a praxe, druhá část je zaměřena na léčbu a tišení chronické bolesti, třetí část je zaměřena na otázky etiky ve zdravotnictví. Doba k vyplnění dotazníku je asi 30 minut.

Předem Vám děkuji za spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Tereza Pechová

Pokyny k vyplnění dotazníku: pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď, která nejlépe vyhovuje Vašemu názoru.

ČÁST A:

1. Věk:

- a) 20-30
- b) 30-40
- c) 40-50
- d) 50 a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) SZŠ
- b) VOŠZ
- c) VŠ – Bc. Stupeň
- d) VŠ – Mgr. stupeň
- e) Specializační – doplňte obor.....
- f) Jiné (uved'te jaké).....

3. Zde prosím uveďte oddělení, na kterém pracujete.

- a) interní oddělení
- b) LDN

4. Jaká je délka Vaší praxe na současném pracovišti?

- a) 0 – 1 rok

- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 let a více

ČÁST B:

1. Vyberte prosím správnou definici bolesti podle WHO (Světová zdravotnická organizace).

- a) Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek, který jde ruku v ruce se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně.
- b) Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození.... Bolest je vždy subjektivní.
- c) Bolest je signálem skutečného nebo potencionálního poškození tkáně.

2. Zde prosím uveďte typickou charakteristiku chronické bolesti.

- a) náhlá, skličující, pacient má strach o svůj život
- b) bolest trvající méně jak jeden týden, pacienta výrazně neomezuje v denních aktivitách
- c) bolest trvající více než 3-6 měsíců, kdy značně omezuje pacienta v denních aktivitách, pacient ztrácí chuť k jídlu a má narušen spánek

3. Jak se podle Vás může chovat pacient s chronickou bolestí? Prosím uveďte.

.....

4. Zde prosím uveďte, jaké prostředky a techniky znáte k léčbě a tišení chronické bolesti. Seřadte je prosím od prostředku první volby po poslední tak, jak to děláte Vy sama v zařízení, kde pracujete.

.....

.....

5. Jaké invazivní postupy znáte v léčbě bolesti? Uveďte prosím alespoň 3.

.....

6. Zde prosím uveďte, co je podle Vás psychoterapie a kdo ji může poskytovat?

.....

7. Můžete nějak ovlivnit bolest pacienta jinak, než podáním analgetik? Jak?

.....

8. Využíváte k tišení bolesti relaxačních technik? Pokud ano, jaké relaxační techniky používáte?

- a) ano (vypište).....
- b) ne
- c) jiné (vypište).....

9. Využíváte k tišení bolesti distrakce? Pokud ano, vysvětlete tento pojem a uveďte nějaký příklad.

- a) ano (vypište).....
- b) ne
- c) jiné (vypište).....

10. Slyšela jste někdy pojem BIO-FEED-BACK (biologická zpětná vazba)? Pokud ano, co tento pojem znamená?

- a) ano (vypište).....
- b) ne
- c) jiné (vypište).....

11. Zde prosím uveďte, ve které oblasti v léčbě bolesti se využívá metoda bio-feedback.

.....

12. Zde prosím vypište způsoby podání analgetik, které znáte.

.....

13. Placebo znamená:

- a) zbavit se napětí, uklidnit nervový systém, chovat se nenuceně, odpočinout si
- b) navození určitých představ, myšlenek a postojů vedoucí k určité činnosti
- c) soubor fyzických a psychických změn, které jsou vyvolány jen očekáváním pacienta, že daný lék bude účinný
- d) jiné (vypište).....

14. Zde prosím uveďte škály bolesti, které znáte. Označte prosím tu, kterou nejčastěji používáte.

.....

15. Škály bolesti používám:

- a) pravidelně během hospitalizace pacienta
- b) pouze při příjmu pacienta
- c) po ordinaci lékařem
- d) nepoužívám
- e) jiné (vypište).....

16. Jsou škály bolesti součástí ošetrovatelské dokumentace, kterou používáte?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (vypište).....

17. Zde prosím uveďte Váš názor na používání škál bolesti.

.....

ČÁST C:

1. Co si představujete pod pojmem etický kodex sestry?

.....

2. S etickým kodexem jsem byla seznámena:

- a) během studia
- b) na pracovišti (od vedoucího pracovníka)
- c) z internetu, z odborného časopisu
- d) neslyšela jsem o něm
- e) jiné (vypište).....

3. Kdybyste si chtěla nastudovat etický kodex sester, kde jej budete hledat?

.....

4. Etický kodex dodržuji:

- a) snažím se jej dodržovat po celou dobu mé praxe
- b) snažím se jej dodržovat, ale dost mě ovlivňuje chování mých spolupracovníků
- c) etický kodex jsem dodržovala na začátku mé praxe, teď už jej moc nedodržuji
- d) nevím, nepřemýšlela jsem o tom

5. Pokud jste na otázku číslo 4 odpověděla variantou a, b, c, vysvětlíte podle čeho tak soudíte.

.....

.....

6. Co znamená holistický přístup k pacientovi?

- a) vcítění se do pacienta
- b) uspokojovat potřeby biologické, psychické, zajímat se o sociální a spirituální stránku pacienta
- c) uspokojování somatických potřeb pacienta, bez ohledu na jeho psychologickou stránku

7. Vyberte prosím správnou modelovou situaci holistického přístupu k pacientovi.

Když slyším v noci zvonit zvonek, vidím, že mě potřebuje pán XY. Vejdu na pokoj a vidím, že leží schoulený na boku a nespí. Co udělám:

- a) Podám pacientovi lék na spaní, předepsaná analgetika.
- b) Analgetika dostal a zřejmě má zase bolesti, zavolám lékaře.

c) Analgetika dostal, zeptám se, co ho trápí.

8. Co podle Vás znamená zachovávání intimity pacienta?

.....

9. Co podle Vás znamená, když se řekne, že se pacient s bolestí v dané situaci chová neadekvátně?

.....

.....

10. Chování pacienta s bolestí se nám může někdy jevit jako neadekvátní v dané situaci. Jak budete jednat při takové reakci pacienta?

- a) snažím se zachovat zásady korektního chování, ale při dlouhodobém „napadání“ mé osoby se urazím a je mi líto chování tohoto pacienta
- b) vždy se snažím zachovávat zásady korektního chování, protože chápu závažnost zdravotního stavu pacienta, jeho chování si neberu osobně
- c) jestliže je na mě pacient hrubý až agresivní, oznámím to mému přímému nadřízenému
- d) jiné (vypište)

11. Pokud si pacient stěžuje na bolest, přesto, že mu byla podána analgetika před 30 minutami, zachovám se takto.

- a) počkám ještě 30 minut, a pokud bolesti nepřejdou, oznámím to lékaři...
- b) použiji škálu bolesti, podle které zjistím, jestli se bolesti zmírnily....
- c) přece ho to nemůže stále bolet, analgetika dostal před chvílí...
- d) zajistím klid na pokoji, pomůžu pacientovi zaujmout úlevovou polohu, počkám 30 minut, zhodnotím stav bolesti (použiji škálu), a pokud bolesti nepřejdou, oznámím to lékaři
- e) jiné (vypište).....

12. Když uvidíte u nějaké jiné sestry, že nedodrží etický kodex, jak se zachováte?

- a) upozorním ji na její nevhodné chování před pacientem, ke kterému se takto chová
- b) neupozorním ji, protože jsem právě nastoupila do práce a nechci se dostat do sporu se svými novými kolegyněmi
- c) upozorním ji na její nevhodné chování v soukromí, bez ohledu na to, že bychom se mohly dostat do sporu
- d) neupozorním ji, ale sdělím to ostatním spolupracovníkům
- e) jiné (vypište).....

13. Co podle Vás může zhoršovat prožitek bolesti u nemocného? Uveďte alespoň 9 možností.

.....

.....

14. Prostor pro Vaše další sdělení na téma chronická bolest

.....
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

P VI: DOTAZNÍK URČENÝ PRO PACIENTY

Vážená paní, vážený pane, dobrý den!

Jmenuji se Tereza Pechová a studuji na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, jejíž téma je zaměřeno na chronickou bolest. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Doba k vyplnění dotazníku je asi 30 minut.

Předem Vám děkuji za spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Tereza Pechová

1. V nemocnici jsem hospitalizovaný(á):

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) vícekrát

2. Jak dlouho jste hospitalizován(a)?

- a) 0 – 7 dní
- b) 8 dní až 1 měsíc
- c) více jak jeden měsíc
- d) nevím

3. Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?

- a) 1 týden
- b) 2 týdny až 1 měsíc
- c) více jak jeden měsíc
- d) jiné (vypište)

4. Jakým způsobem zvládáte bolest doma?

.....
.....

5. Co doma zhoršuje Vaši bolest a co ji naopak zklidňuje?

.....
.....

6. Co v nemocnici zhoršuje Vaši bolest a co ji naopak zklidňuje?

.....
.....

7. Slyšel jste někdy o škálách bolesti? Pokud ano, k čemu slouží?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné (vypište)

8. Od bolesti nejčastěji dostávám:

- a) léky od bolesti v tabletkách
- b) léky od bolesti injekční formou
- c) obojí
- d) nevím
- e) jiné(vypište)

9. Byl jste poučen o vedlejších účincích analgetik (léků od bolesti)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné (vypište)

10. Poučuje Vás sestra o účincích analgetik v soukromí?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (vypište).....

11. Zajímá se sestra o účinky léků, které Vám od bolesti podala? Jakým způsobem?

- a) ano (vypište).....
- b) ne
- c) nevím

12. Byl jste seznámen s pojmem ambulance bolesti? Pokud ano, co tento pojem znamená?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné (vypište)

13. Pokud mám bolesti tak:

- a) zazvoním na sestru, zvonek mám po ruce
- b) požádám spolupacienta, aby ji přivolal, nedosáhnu na zvonek
- c) čekám, až přijde na pokoj, nechci ji zbytečně obtěžovat
- d) jdu za ní na pracovnu sester
- e) jiné (vypište)

14. Měl(a) jste někdy pocit, že Vám Vaši bolest sestra nevěří?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) jiné (vypište)

15. Měl(a) jste někdy pocit, že péče o Vás je nedostatečná?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) jiné (vypište)

16. Cítil(a) jste někdy ponížení ze strany sester?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) jiné (vypište)

17. Zažil(a) jste někdy nešetrné zacházení ze strany sester, když jste pocí'toval/a bolest?

- a) ano (vypište)
- b) ne
- c) jiné (vypište)

18. Popište prosím Vaši nejlepší a nejhorší zkušenost s chováním sester:

- a) nejlepší (vypište)
- b) nejhorší (vypište)

19. Zajímá se o Vás sestra, i když zrovna nemáte momentálně bolesti?


- a) ano, vždy si na mě udělá čas
- b) ano, jen někdy
- c) ne, nemá čas
- d) jiné (vypište)

20. Zde prosím zakroužkujte na této škále Vaši spokojenost s péčí o Vás. (1 je nejlepší hodnocení, 5 je nejhorší hodnocení)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Děkuji za vyplnění dotazníku

P VII: ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

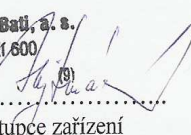
Jméno a příjmení studenta	TEREZA PECHOVÁ
Téma bakalářské práce	PLNĚNÍ ETICKÝCH PRINCIPŮ SESTRAMI PÉČÍCÍMI O PACIENTY S BOLESTÍ
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY
Pracoviště	KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI a.s., ZLÍN

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25. 2. 2010


Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
Havlíčkovo náměstí 600
762 75 Zlín


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klímešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

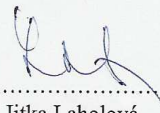
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

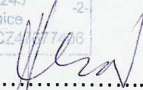
Jméno a příjmení studenta	TEREZA PECHOVÁ
Téma bakalářské práce	PLNĚNÍ ETICKÝCH PRINCIPŮ SESTRAMI PEČUJÍCIMI O PACIENTY S BOLESTÍ
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY, PACIENTI
Pracoviště	NEMOCNICE HRANICE a.s., INTERNÍ ODDĚLENÍ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14. 2. 2010


Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


Nemocnice Hranice a.s.
Zbořovská 1245
753 22 Hranice
IČ: 47677406, DIČ: CZ47677406


Razítko a podpis zástupce zařízení

CHCI VĚDĚT VÍC O ETICE A CHRONICKÉ BOLESTI

Co je to etika, čím se zabývá a jak ji poznám??

- Etika (ethika, řecky ethos = mrav) je věda o mravnosti
- Etika se zabývá dvěmi základními otázkami. Jednou z nich je otázka co je dobré či správné a co je špatné, druhá otázka se zabývá tím, jak to poznáme
- Hlavním znakem a principem etiky je konat dobro a vyhýbat se zlu

Etické principy v ošetrovatelství

- Autonomie = respektovat vlastní rozhodnutí každého člověka
- Beneficence = prospěšnost, což znamená pracovat ve prospěch pacienta
- Důvěryhodnost = dodržování slibů, zachování soukromí citlivých dat, dodržení mlčenlivosti
- Spravedlnost = přistupovat ke každému člověku stejně bez ohledu na jeho původ či náboženské vyznání
- Veracita = pravdomluvnost

Etika také poukazuje na:

- Holistický přístup k pacientovi, což znamená brát ohledy na veškeré stránky pacienta (bio - psycho - sociální a spirituální). Učí nás přistupovat k pacientovi jako k jednotlivému celku.
- Etický kodex sester, který poskytuje základní rámec, podle něhož by sestra měla činit vlastní etická rozhodování.

Chronická bolest

Je často definována jako bolest trvající déle než 3 - 6 měsíců, kdy značně omezuje člověka v denních aktivitách.

▪ Diagnostika:

- Sociální komunikace
- Hodnocení bolesti - doporučení
 - Ptejte se na bolest pravidelně a často.
 - Věřte tomu, jak pacient a jeho rodina popisují bolest.



- Bolest hodnotíte systematicky.
- Léky podávejte včas.
- Posilujte pacienta a jeho rodinu.
- Měření intenzity bolesti - hodnotící škály bolesti
 - Hodnotící škála sestavená ze šesti různých obličejů
 - Číselná hodnotící škála
 - Vizually analogová škála
 - Verbální škály
 - Mapa bolesti
- Hodnocení charakteru bolesti (somatická, viscerální, neuropatická)
- Časový faktor bolesti (epizodní, průlomová, bolest na konci dávky)

▪ Léčba:

- Farmakologická
 - Lokální anestetika
 - Nesteroidní protizánětlivé léky
 - Opioidní analgetika
 - Epidurální analgezie
 - Adjuvantní analgetika
- Nefarmakologická terapie
 - Fyzikální terapie (hydroterapie, terapie teplem, vibrace, terapie chladem, transkutánní elektrická stimulace nervu)
 - Chirurgická terapie
 - Chordotomie = jednostranné či oboustranné oddělení nervových vláken v míše
 - ❖ Neurotomie = resekce jedné či více periferních větví nervů
 - ❖ DREZL = vytvoření série lézí v oblasti dorzálních kořenů míchy
 - ❖ Rizotomie = přetětí dorsálního kořene nervu
 - ❖ Talamotomie = vytvoření lézí v talamu
 - Psychoterapie - je soubor slovních i mimoslovních technik, které slouží ke zlepšení duševního zdraví člověka. „Psychoterapii může poskytovat psycholog a psychiatr. Dále také sociální pracovník nebo i duchovní, který absolvoval nebo se účastní navazujícího psychoterapeutického vzdělání
 - ❖ Laická psychoterapie - termín zahrnuje psychoterapii poskytovanou zdravotníky, nekvalifikovanými v oboru psychologie a psychiatrie. Laickou psychoterapii může poskytovat i všeobecná sestra, která má základní vědomosti v oblasti obecné i zdravotní psychologie. Úkolem všeobecné sestry je zde především psychicky podporovat pacienta. V oblasti psychoterapie může všeobecná sestra použít např. metodu distrakce, což je odpoutání pacientovy pozornosti od bolesti. Také může využít různé relaxační techniky a masáže.
 - ❖ Modulace dolního prahu a tolerance bolesti



- ❖ Placebo = znamená, že po podání léku pacient věří, že je tento lék účinný, i když dostal místo analgetik např. vitamíny.
 - ❖ Sugescce = vyjadřuje navození určitých myšlenek, představ, postojů, přesvědčení atp.
 - ❖ Hypnóza = prostředek léčbě bolesti, který využívá sugescce a změněného stupně vědomí
 - ❖ Biofeedback - biologická zpětná vazba = využívá elektronické monitory, aby se pacienti naučili vědomé kontrole nad svými autonomními funkcemi jako např. dýchání, pulz, krevní tlak.
- Alternativní a doplňkové terapie - akupunktura, relaxační terapie

Vypracovala Pechová Tereza 2010