

Bolest z pohledu sestry - informovanost pacientů v ambulanci bolesti

Monika Pucová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika PUCOVÁ**

Osobní číslo: **H09023**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Bolest z pohledu sestry – informovanost pacientů
v ambulanci bolesti**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části definovat bolest, popsat patofyziologii bolesti, druhy bolesti.

Popsat diagnostiku a typy užívaných hodnotících škál pro bolest, historii algeziologie, metody léčby bolesti užívané v ambulancích bolesti a alternativní metody léčby bolesti. Zaměřit se na roli sestry v ambulanci bolesti a na informovanost pacientů o způsobu léčby bolesti.

V praktické části stanovit cíle průzkumu. Sestavit dotazník pro pacienty navštěvující ambulanci bolesti zaměřený na spokojenost s informovaností o způsobu léčby a s ošetrovatelským přístupem ze stran zdravotnických pracovníků. Analyzovat a interpretovat data průzkumného šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BIDLOVÁ, Martina, 2006. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

DUŠOVÁ, Bohdana, 2007. Chronická bolest jako ošetrovatelský problém. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-461-7.

OPAVSKÝ, Jaroslav, 2011. Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, 2006. Bolest. Praha: Tigris. ISBN 80-235 00000-0-0

ROKYTA, Richard, et al., 2009. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

Vědoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

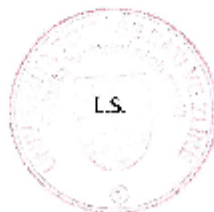
30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. čerence 2012


doc. Ing. Aneta Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
vedoucíka ústavu

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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22. 5. 2018

Pavel Moravský

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 nevydělčně 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 nahlížení 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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, 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.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Poděkování

Chtěla bych upřímně poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Markétě Blažkové za trpělivost, ochotu, cenné rady a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji také všem respondentům a zaměstnancům ambulancí pro léčbu bolesti ve Zlíně a v Kroměříži za spolupráci při vyplňování dotazníku, kterým mi pomohli získat údaje potřebné pro zpracování průzkumného šetření.

Mé velké poděkování patří také mé rodině, známým a především příteli za projevenou podporu a trpělivost při mém studiu.

Motto:

„Člověk tak mocně nařiká při každé bolesti, a tak málo se raduje, když žádnou nemá.“

G. Ch. Lichtenberg

Citát:

„Není smrtelníka, jehož by se nedotkla bolest a nemoc.“

M. T. Cicero

ABSTRAKT

Bakalářskou práci s názvem: „Bolest z pohledu sestry - informovanost pacientů v ambulanci bolesti“ tvoří část teoretická a praktická.

V teoretické části se zaměřuji na charakteristiku typů bolesti, metody léčby bolesti užívané v ambulancích bolesti, na roli sestry v ambulanci bolesti, edukaci a komunikaci s pacientem.

V praktické části analyzuji výsledky dotazníkového šetření. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou pacienti léčení v ambulanci bolesti spokojeni s informovaností a s ošetrovatelským přístupem ze stran zdravotnických pracovníků ambulance. Výsledky šetření jsou zpracovány do přehledných tabulek a grafů se slovním komentářem a diskusí na závěr.

Klíčová slova: algeziologie, ambulance bolesti, bolest, edukace, komunikace.

ABSTRACT

I have chosen the following theme for this Bachelory thesis: "Pain from the Nurse's View Point - Patients' Awareness in a Pain". This thesis is divided into a theoretical and a practical part.

In the theoretical part I focus on the characteristic types of pain, the treatment methods used in pain clinics, the role of nurses in pain clinic, education and communication with patients.

In the practical part I analyze the survey results. The main aim was to determine whether patients, who are treated in the outpatient pain clinic, are satisfied with the information and the nursing approach by medical ambulance staff. The results of the research are compiled into tables and graphs enclosed with verbal comments and discussion at the end.

Keywords: pain management, pain clinic, pain, education, communication.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEFINICE BOLESTI.....	13
1.1 PATOFYZIOLOGIE BOLESTI.....	13
1.2 TERMINOLOGIE BOLESTI.....	14
2 AKUTNÍ A CHRONICKÁ BOLEST.....	16
2.1 AKUTNÍ BOLEST	16
2.1.1 Reakce organismu na akutní bolest	16
2.2 CHRONICKÁ BOLEST.....	16
2.2.1 Reakce organismu na chronickou bolest	16
3 TYPY BOLESTI VYSKYTUJÍCÍ SE U PACIENTŮ LÉČENÝCH V AMBULANCÍCH BOLESTI.....	17
3.1 BOLESTI HLAVY	17
3.1.1 Primární bolesti hlavy.....	17
3.1.2 Sekundární bolesti hlavy.....	17
3.2 BOLESTI ZAD.....	17
3.3 KOMPLEXNÍ REGIONÁLNÍ BOLESTIVÝ SYNDROM (KRBS).....	18
3.3.1 KRBS I. typu	18
3.3.2 KRBS II. typu.....	18
3.4 FANTOMOVÁ BOLEST.....	18
3.5 NEUROPATIE	19
3.5.1 Periferní neuropatická bolest.....	19
3.5.2 Centrální neuropatická bolest.....	19
3.6 NÁDOROVÁ BOLEST.....	19
4 DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ BOLESTI.....	20
4.1 ANAMNÉZA BOLESTI A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	20
4.2 ZOBRAZOVACÍ METODY V DIAGNOSTICE BOLESTI.....	20
4.3 HODNOCENÍ BOLESTI.....	20
4.3.1 Škály pro hodnocení bolesti.....	20
4.3.2 Celkové nástroje pro vyšetření bolesti.....	21
5 HISTORIE A SOUČASTNOST ALGEZIOLOGIE.....	22
5.1 HISTORIE LÉČBY BOLESTI	22
5.2 NEINVAZIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY BOLESTI.....	24
5.2.1 Farmakoterapie	24
5.2.2 Rehabilitace.....	25
5.2.3 Psychoterapeutické metody při léčbě bolesti	25
5.3 INVAZIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY BOLESTI.....	26
5.3.1 Jednorázové invazivní techniky	26
5.3.2 Kontinuální invazivní techniky	27
5.3.3 Neuromodulace v léčbě chronické bolesti	27
5.3.4 Radiofrekvenční metody.....	28

5.4	ALTERNATIVNÍ DOPLŇKOVÉ METODY LÉČBY BOLESTI.....	28
6	ROLE SESTRY V AMBULANCI BOLESTI	30
6.1.	ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY V AMBULANCI	30
6.1.1	Informovanost pacientů v ambulanci bolesti	30
6.1.2	Informovaný souhlas	30
6.2.	OŠETŘOVATELSKÁ ČINNOST SESTRY V AMBULANCI.....	32
6.3.	EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY V AMBULANCI	32
6.4.	SESTRA A KOMUNIKACE S PACIENTEM V AMBULANCI BOLESTI	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
7	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	35
7.1	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	35
8	METODIKA PRÁCE.....	36
8.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	36
8.2	METODA PRÁCE	36
8.2.1	Formy položek dotazníku	36
8.2.2	Charakteristika položek dotazníku	37
8.3	ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ.....	37
8.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	38
9	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA.....	39
9.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU	39
10	DISKUZE	76
11	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM GRAFŮ.....	88
	SEZNAM TABULEK	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Bolest patří mezi stále diskutovatelná témata a nejen ve zdravotnictví.

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila z toho důvodu, že pracuji na anesteziologicko - resuscitačním oddělení, jehož součástí je také ambulance pro léčbu bolesti. Denně se setkávám s pacienty trpícími různými typy bolesti a vím, jak důležité jsou pro ně kvalitní informace týkající se možností léčby bolesti nebo alespoň jejího zmírnění.

Pacienti léčení v těchto ambulancích trpí často chronickým typem bolesti, který je omezuje nejen v jejich osobním, ale i pracovním životě. Jedná se především o pacienty různých věkových kategorií, které bolest ovlivňuje natolik, že zasahuje i do jejich psychiky, často trpí depresemi, pesimismem, pocity méněcennosti.

Bolest je především subjektivním pocitem pacienta, je vždy když nám pacient tuto skutečnost sdělí a v žádném případě bychom ji neměli bagatelizovat slovy: „Ale, prosím Vás, vždyť Vás to nemůže tak bolet“. Naopak bychom se měli snažit najít společné řešení a bolest nejlépe odstranit, nebo alespoň zmírnit, tak aby pacienta omezovala co nejméně. Velmi důležitý je nejen empatický přístup, ale i správná komunikace s pacienty trpícími chronickou bolestí.

V bakalářské práci se zaměřuji na ambulantní léčbu bolesti dvou ambulantních zařízení ve Zlínském kraji. Stěžejní je kapitola, která se věnuje roli sestry v ambulanci bolesti.

Cílem mé práce je především zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s přístupem a péčí ze stran zdravotnických pracovníků, zda rozumí informacím týkajících se jejich léčby, zjistit metody léčby aplikované ve vybraných ambulancích bolesti a metody upřednostňované pacientem.

S výsledky mého průzkumného šetření bych ráda seznámila odbornou veřejnost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE BOLESTI

Bolest dle Rokyty je: „*nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Rokyta et al., 2006, s. I).

1.1 Patofyziologie bolesti

K tomu, aby bolest mohla být percipována, existují na periférii receptory bolesti, které také nazýváme senzory. Tyto receptory jsou trojího druhu:

1. Nocisenzory - jsou v různých tkáních, nejenom v periferních, ale i v centrálních částech nervové soustavy. Aktivují se pouze při bolestivé stimulaci.

2. Mechanosenzory (mechanoreceptory) - za normálních okolností reagují na mechanické dráždění (tah, tlak, vibrace). Při zvýšené intenzitě stimulace registrují podněty jako bolest.

3. Polymodální receptory - reagují na více modalit, především na teplo a chlad. V normálním rozsahu jsou to receptory, které reagují na tepelné změny, zvýšení teploty - Ruffiniho tělíska, nebo snížení teploty - Krauseho tělíska. Když tepelná intenzita (chladová nebo zvýšení teploty) překročí fyziologickou hranici, tyto receptory vnímají zvýšenou intenzitu stimulace bolestivě.

Další mechanismy, které ovlivňují bolest: na úrovni kanálů (kanály jsou na volných zakončeních nervových a na dalších receptorech - ať již na mechanoreceptorech, nebo na polymodálních receptorech) jsou nejdůležitější sodíkové kanály. Podle současných znalostí je 5 typů sodíkových kanálů. Z receptorů se vede bolestivé vnímání dvěma typy vláken: nemýelinizovanými vlákny typu C a slabě myelinizovanými vlákny A. Vlákna C i A vedou bolestivé informace z receptorů do míchy zadními kořeny míšními do zadních míšních rohů. Na míšní úrovni je nejlépe prostudována transmise bolestivé informace, která se přenáší do Rexedových zón (je jich celkem 10). Z Rexedových zón je bolest vedena Lissauerovým traktem a z něj do spinotalamických drah.

Dráhy, které vedou bolestivou informaci z míchy do vyšších etáží centrálního nervového systému:

1. **Dráha spinotalamická** vede povrchní bolest.

2. **Dráha spinoretikulotalamická** vede bolest viscerální - hlubokou.

3. **Dráha spinobulbární** vede bolest zejména z hlubších struktur, a to především z propriocceptivních (klouby, svaly, šlachy). Z talamu se projikuje bolest do několika oblastí v mozkové kůře. Kromě ascendentních drah existují i dráhy descendentní.

Začínají v periaqueductální šedi (PAG) a v rafeálních jádrech (nc. raphe magnus a nc. raphe dorsalis). V těchto místech je největší produkce endorfinů a dynorfinů (Rokyta, 2003, online).

„Důležité je, že znalost fyziologických a patofyziologických mechanismů může významně přispět ke kauzálnímu léčení bolestivých syndromů i bolesti jako nozologické jednotky“ (Rokyta, 2000, s. 289).

1.2 Terminologie bolesti

- **Fantomová bolest** - bolestivý vjem z již neexistující části těla.
- **Hyperalgezie** - bolestivý syndrom charakterizovaný abnormální bolestivou reakcí na stimul, typický u neuropatií (Dušová, 2007, s. 10).
- **Hypoalgezie** - snížená odpověď na stimul, podnět, který obvykle bolest normálně vyvolává.
- **Kauzalgie** - syndrom trvalé pálivé bolesti, po traumatickém poškození nervu (Rokyta et al., 2009, s. 13).
- **Komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS)** - chronický bolestivý syndrom s aktivací sympatiku (potivost, edém a porucha prokrvení).
- **Migréna** - cefalgie s aurou nebo bez aury, s fotofóbií a nauzeou (Dušová, 2007, s. 13).
- **Neuralgie** - bolest v průběhu nervu, nebo nervů.
- **Neurogení bolest** - způsobená primárním poškozením, nebo dysfunkcí v periferním nebo centrálním nervovém systému.

- **Neuropatie** - patologická změna nervu nebo porucha jeho funkce (Rokyta et al., 2009, s. 13).

2 AKUTNÍ A CHRONICKÁ BOLEST

2.1 Akutní bolest

Bolest se dostavuje okamžitě po bolestivém podnětu. Vychází obvykle z kůže, svalů a kloubů a je charakterizována jako bolest pálivá a ostrá. Tato bolest má obvykle ochranný charakter, je krátkodobá, vyšší intenzity, která pro nemocného znamená obvykle velkou zátěž (Kapounová, 2007, s. 137).

2.1.1 Reakce organismu na akutní bolest

Projevuje se obvykle tachykardií, hypertenzí, tachypnoí, dilatací zorniček, pocením na dlaních a ploskách nohou, snížením motility GIT. Pacient se chová úzkostně a dominantní v chování je i zvýšená podrážděnost pacienta (Kapounová, 2007, s. 137).

2.2 Chronická bolest

Za chronickou bolest považujeme bolest trvající déle než 3 - 6 měsíců. Bolest bez ochranného a signalizačního významu. Mezi nejčastější chronické bolesti patří bolesti hlavy, pohybového aparátu, obličeje, migrény, fantomové bolesti a bolesti u nádorových onemocnění.

Tato bolest se dělí dle původu na typ:

- nezhoubný - (bolesti v zádech, hlavy, ischias): neohrožuje život nemocného, ale mění kvalitu života postižené osoby
- zhoubný - bolest trvalá, která mění svou intenzitu v průběhu nemoci (Kapounová, 2007, s. 137).

2.2.1 Reakce organismu na chronickou bolest

Typickým příznakem chronické bolesti bývají obvykle poruchy spánku, nechutenství, podrážděnost, zácpa, snížená tolerance bolesti, snížená motorická aktivita. Objevují se i deprese, beznaděj, celková frustrace. (Kapounová, 2007, s. 137).

3 TYPY BOLESTI VYSKYTUJÍCÍ SE U PACIENTŮ LÉČENÝCH V AMBULANCÍCH BOLESTI

3.1 Bolesti hlavy

Bolestmi hlavy trpí až 35% dospělé populace, častěji jsou zastoupeny chronické bolesti hlavy. Bolest hlavy se dělí dle příčiny na primární a sekundární (Rokyta et al., 2009, s. 41).

3.1.1 Primární bolesti hlavy

Bolest hlavy, která vzniká bez podílu jiného onemocnění, patří sem:

- tenzní bolesti hlavy
- migrény (Rokyta et al., 2009, s. 41 - 45).

3.1.2 Sekundární bolesti hlavy

Bolest hlavy, která vzniká jako doprovodný příznak jiného základního onemocnění, patří sem:

- posttraumatické bolesti hlavy
- orofaciální bolesti
- bolest čelistního (temporomandibulárního) kloubu
- neuralgie trigeminu
- postherpetická neuralgie (Rokyta et al., 2009, s. 47 - 49).

3.2 Bolesti zad

Neustále roste počet nemocných s bolestí zad, tento růst je pozorován v mnoha vyspělých zemích. Bolesti zad jsou posuzovány na podkladě diagnostické triády:

- prosté bolesti zad
- nervová kořenová bolest
- závažná onemocnění páteře - nádory, infekce, deformity, zánětlivá onemocnění (Rokyta et al., 2009, s. 49 - 54).

3.3 Komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS)

Komplexní regionální bolestivý syndrom je velmi obávané onemocnění, které se dříve označovalo jako algodystrofie. Toto onemocnění vzniká nejčastěji na základě úrazu (zlomeniny, zánět, přetížení nebo naražení končetiny), kdy hojení probíhá atypicky. Predispozici k tomuto onemocnění mají pacienti s neurovegetativní labilitou a menší psychickou odolností.

Definice dle Rokyty: „*Komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS) - je termín označující různé bolestivé stavy, které vznikají převážně jako následek úrazu, jsou regionálně lokalizovány, vyznačují se klinickými změnami i vzdáleně od místa poškození*“ (Rokyta et al., 2009, s. 65 - 66).

3.3.1 KRBS I. typu

Syndrom, který se objevuje po působení vyvolávající poškozující noxy. Přítomna je spontánní bolest, která není omezena na oblast izolovaného nervu a není úměrná vyvolávající příčině. V průběhu onemocnění byly zaznamenány otoky, potivost kůže v oblasti bolesti a poruchy prokrvení (Rokyta et al., 2009, s. 67).

3.3.2 KRBS II. typu

Tento typ bývá označován jako kauzalgie, objevuje se po poranění nervu. Vyskytuje se podstatně méně často než KRBS I. typu.

Hlavním klinickým příznakem u obou typů KRBS I. a KRBS II. je bolest, bez evidentní příčiny a jasného ohraničení, bolest spontánní (Rokyta et al., 2009, s. 67).

3.4 Fantomová bolest

Tato bolest je známa po mnoho století, zejména po amputaci končetiny. Bolest neexistující končetiny je vnímána s různou intenzitou a druhem bolesti. Může být natolik zničující, že postižený neváhá sáhnout k suicidii.

Existují i fantomové bolesti po odstranění párových či nepárových orgánů: konečnicku, zubů, genitálií, mléčné žlázy. Bolest nastupuje prakticky ihned po odeznění narkózy, ale může se objevit i později - týdny, měsíce, roky (Rokyta et al., 2006, s. 278).

3.5 Neuropatie

Tato forma bolesti bývá u primárních lézí nebo dysfunkcí nervového systému. Jedná se o patologickou bolest bez protektivního významu.

3.5.1 Periferní neuropatická bolest

Příčiny:

- neuralgie trigeminu
- postherpetická neuralgie
- posttraumatická a pooperační neuralgie
- diabetická neuropatie

3.5.2 Centrální neuropatická bolest

Příčiny:

- traumatická míšní léze
- roztroušená skleróza mozkomíšní
- syringomielie (Rokyta et al., 2006, s. 227 - 244).

3.6 Nádorová bolest

U pacientů s onkologickým onemocněním se vyskytuje tento typ bolesti. Liší se délkou trvání (akutní nebo chronická bolest), vztahem k nádorovému onemocnění (bolest vyvolaná nádorem, bolest jako časná nebo pozdní komplikace protinádorové léčby), převažujícím patogenetickým mechanismem - nociceptivní, neuropatické, smíšené (Rokyta et al., 2006, s. 382).

4 DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ BOLESTI

4.1 Anamnéza bolesti a fyzikální vyšetření

Mezi základní nástroje patří hlavně anamnestická data zaměřená na bolest. Abychom mohli stanovit správnou diagnózu bolestivého stavu, je důležité zajímat se především: jak dlouho bolest trvá, kde je lokalizována, co bolesti předcházelo, kam vyzařuje, co bolest zhoršuje nebo naopak zlepšuje, zda existují momenty bez bolesti, jak zasahuje bolest pacientovi do spánku - kolikrát za noc je probuzen bolestí. Dále se lékař pacienta ptá na dosavadní analgetickou léčbu, alergie na léky (Rokyta et al., 2009, s. 153).

Důležité je zahájit vyšetření pacienta pozorováním, kdy se sleduje chování pacienta a příznaky vyjadřující bolest, utrpení a nepohodu. Některé příznaky je možné ovládnout, jiné jsou mimo volní kontrolu např. silné pocení, dilatace zornic (Bidlová, 2006, s. 59).

4.2 Zobrazovací metody v diagnostice bolesti

„Funkční zobrazování, tedy pozitronová emisní tomografie a funkční magnetická rezonance doplněna elektrofyziologickými a magnetoelektrofyziologickými metodami, patří mezi nejmodernější diagnostické postupy“ (Rokyta et al., 2009, s. 155). Zobrazovací metody ve spolupráci s dalšími metodami elektrofyziologickými (EEG, evokované potenciály), biochemickými a magnetoencefalografií mají velkou budoucnost (Rokyta et al 2009, s. 155).

4.3 Hodnocení bolesti

4.3.1 Škály pro hodnocení bolesti

Škály hodnotící bolest posuzují intenzitu bolesti, což je jeden z nejvíce subjektivních aspektů pro bolest. Mezi nejčastější typy škál patří:

- **Vizuálně analogová škála (VAS)** - horizontální čára, která měří 10 cm se slovním popisem na každém konci - „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší možná bolest“ na konci druhém [příloha P IV].
- **Škála hodnotící intenzitu bolesti** - se stává z šesti různých obličejů, začíná obličejem s usměvavým a spokojeným výrazem a končí obličejem se smutným a plačtivým výrazem [příloha P IV].

- **Číselná hodnotící škála (NRS)** - nejčastěji používaná škála pro hodnocení intenzity bolesti. Jedná se o úsečku s číslováním 0 - 10, kdy 0 znamená „žádná bolest“ a 10 znamená „nejhorší možná bolest“ [příloha P IV].

4.3.2 Celkové nástroje pro vyšetření bolesti

- **Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide)** - dotazník sloužící k hodnocení bolesti [příloha P IV].
- **Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)** - krátký inventář zaměřující se na bolest pacienta v posledních 24 hodinách. Čas pro vyplnění inventáře zhruba 15 minut.
- **McGillský dotazník bolesti (McGill pain questionnaire)** - nabízí slovní popis k měření sensorické, afektivní a hodnotící oblasti bolesti. Hodnotí mnoho dimenzí neuropatické bolesti (píchání, pálení, vystřelující bolest způsobená nervy). Existuje krátká a dlouhá verze tohoto dotazníku.
- **Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI)** - používá se u pacientů s chronickou bolestí a obsahuje 566 otázek typu pravdivá - nepravdivá. Hodnotí se osobnostní charakteristika pacientů, předvídání reakcí na bolestivé intervence.
- **Záznam sebemonitorace bolesti** - kde pacient přesně popisuje, kdy se bolest objevuje a jak je silná.
- **Průběžný záznam hodnocení bolesti (Flow sheet)** - tento záznam ukazuje vývoj bolesti, její intenzity a reakce na intervence v čase. Pacienti mohou tento záznam používat současně s deníkem bolesti, do kterého si pacient zaznamenává své aktivity, intenzitu bolesti a intervence na zmírnění bolesti (Bidlová, 2006, s. 44 - 53).

5 HISTORIE A SOUČASNOST ALGEZIOLOGIE

5.1 Historie léčby bolesti

„Historie bolesti je stejně stará jako lidstvo samo. Ve 13. století př. n. l. se objevují první zmínky o používání opia, které se rychle rozšířilo z Egypta do celého Středomoří, ale existují důkazy, že Sumerové již v 8000 př. n. l. používali rostlinu Hu-Gil, tzv. smějící rostlinu i k léčbě bolestivých stavů (Kozák, 2002, online).

Nejstarší dochované písemné zprávy o historii léčitelství jsou ze starého Egypta ze čtvrtého tisíciletí př. n. l. K tišení bolesti byly doporučovány dle písemných dokumentů (papyrů) některé nadpřirozené postupy“ (Kozák, 2002, online). Používaly se „elektrické“ ryby - úhoři či rejnoci k léčbě bolestivých stavů. Archeologické objevy ukazují pokusy o nebolestivou stabilizaci zlomenin a četné trepanační otvory v lebkách, které také sloužily pro ulevování od bolesti hlavy z nádorů, krvácení po úrazech.

Ve starověké Mezopotámii byla velká bolest a nemoc považována za „posedlost zlými démony“ (Kozák, 2002, online). K léčbě bolestivých stavů se používaly rostliny, alkohol a živočišné produkty. Začínají se objevovat i „specialisté“ na léčbu bolesti a i jiných nemocí tzv. šamani či léčitelé. K léčbě bolesti používali různé pomůcky: amulety, lektvary, které se skládaly z různých přírodních zdrojů.

„Ve 2. a 3. tisíciletí př. n. l. vznikají v Číně základy akupunktury, která se prováděla pomocí kostí či ostrých kamenů a požehováním“ (Kozák, 2002, online).

V řeckých legendách je bohem lékařství Asklepios (Aeskulap), který k léčbě bolesti používal rostlinný lék Nephente. Hippokratův citát o bolesti: *„Divinum est opus sedare dolorem“* (božské je mírnit bolest) je spojován se starověkým Řeckem. Za Hippokrata se běžně k léčbě bolesti užívaly rostliny s narkotickými účinky, např. mandragory, blínu, rulíku, konopí i máku k výrobě opia.

Významný lékař, který navázal na myšlenky řeckých a egyptských lékařů byl Galénos z Pergamu (129-199 n. l.), který měl velmi pokrokový náhled na mechanismus bolesti a rozlišoval periferní a centrální mechanismy nervového systému. Avicena (980-1037) byl významným představitelem středověké medicíny, ve svém díle *„Kánon medicíny“* popsal více druhů bolesti. K léčbě bolesti používal přírodní analgetika včetně opia a doporučoval i fyzikální způsoby léčení teplo a chlad.

„Ve starověkém Římě žil v 1. st. n. l. lékař a badatel Celsus, který bolest považoval za varovný příznak onemocnění“ (Kozák, 2002, online).

Od 14. století se výrazně prohlubovaly medicínské znalosti, postupně se rozvíjela péče o bolest akutní a peroperační.

„Novodobá historie koncepční péče o bolestivé stavy v oblasti akutní a chronické bolesti je poměrně krátká. Léčba bolesti (algeziologie) je v historii lékařství mladým oborem. Anesteziolog John. J. Bonica (1917-1994) byl pověřen péčí o bolestivé stavy ve vojenské nemocnici Madigan (stát Washington) v roce 1944. Často se setkával se složitými stavy, které ho uváděly do diagnostických a terapeutických rozpaků. Odesílal tedy své pacienty ke konziliím na ortopedii, neurochirurgii a psychiatrii, ale jak sám ve své publikaci poznamenal (*Pain Clinic*, 1969) „oni věděli ještě méně než já.“ (Kozák, 2002, online).

V roce 1947, ve všeobecné nemocnici v Tacomě založil Bonica na základě improvizovaných setkání k prodiskutování sporných bolestivých stavů multidisciplinární pracoviště léčby bolesti (Multidisciplinary pain clinic). V témže roce prosadil vznik týmu výzkumníků, kteří se zabývali nejen fyziologií, ale i psychologickými aspekty bolesti.

Roku 1973, byla založena mezinárodní společnost pro studium bolesti s koncepcí interdisciplinární spolupráce (International Association for the Study of Pain - IASP). „Poskytuje různé terapeutické postupy, včetně invazivních technik, fyzikální terapie, akupunktury a behaviorálních metod, které jsou vesměs založeny na původních základech Bonicových a jeho kolegy Fordyce“ (Kozák, 2002, online). Od roku 1973 se léčba bolesti prosazuje jako samostatná medicínská disciplína.

První oficiální taxonomie bolesti byla založena v roce 1979, několikrát revidovaná a zdokonalovaná, poslední revize je z roku 1994.

V naší zemi byla založena Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB) v roce 1990. „Základy léčby bolesti v ČR položil začátkem 70. let anesteziolog prim. D. Miloschewsky z FN Bulovka. Z jeho iniciativy vznikla v roce 1974 komise pro studium a léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace ČLS JEP. V roce 1977 prim. Miloschewsky otevírá ambulanci pro léčbu bolesti ve FN Bulovka“ (Kozák, 2002, online).

V roce 1987 se komise mění v Sekci pro studium a léčbu bolesti, prvním předsedou se stává prof. K. Šourek.

V roce 1990 v říjnu vzniká v Přerově vlastní odborná společnost - Společnost pro studium a léčbu bolesti pod vedením prim. F. Neradílka a MUDr. R. Vlasáka.

V roce 1997 byla členská základna SSLB rozšířena o přičleněnou Sekci paliativní medicíny, v tomto roce dochází i ke změně vedení SSLB - předsedou společnosti se stává prim. MUDr. J. Kozák, místopředsedou MUDr. J. Lejčko.

V srpnu roku 1999 byla na světovém kongresu ve Vídni SSLB přijata odbornou společností IASP za řádného člena (Kozák, 2002, online).

5.2 Neinvazivní způsoby léčby bolesti

5.2.1 Farmakoterapie

Dle WHO se uplatňuje tzv. třístupňový analgetický žebříček pro léčbu bolesti, kdy jsou analgetika volena podle intenzity bolesti:

- I. stupeň - mírná bolest (neopioidní analgetika): **analgetika-antipyretika** (Aspirin, Paralen), **nesteroidní antiflogistika-antirevmatika - NSA** (Ibalgin, Dolmina, Voltaren)
- II. stupeň - středně silná bolest (slabá opioidní analgetika) + kombinace neopioidních analgetik: **slabší opioidy** (Tramal, Mabron, Korylan, DHC Continus)
- III. stupeň - silná bolest (silná opioidní analgetika) + kombinace neopioidních analgetik: **silné opioidy** (Morfín - Sevredol, MST Continus, Oxycontin, Palladone-SR, Durogesic, Transtec, Dipidolor, Dolsin). (Zemanová, 2005, s. 149; Rokyta et al., 2009, s. 82 - 86). Tyto léky bývají nejčastěji ve formě tablet, transdermálních náplastí, čípků a v injekční formě.

Adjuvantní analgetika

Neopioidní analgetika a ani opioidní analgetika jsou nedostačující u některých bolestivých stavů, proto je třeba je kombinovat s léky dalšími, které zvyšují účinek základních analgetik. Např. u neuropatických bolestí (diabetická neuropatie, neuralgie trigeminu) se osvědčuje léčba protikřečová (karbamazepin, gabapentin a také antidepresiva - amitriptylin, venlafaxin). Léčba nádorové bolesti se doplňuje kortikoidními hormony (např. dexametazon), bisfosfonáty (např. clodronat, který tlumí odbourávání kostí, uplatňuje se při metastázách v kostech). Dále se používají psychofarmaka (např. zklidňující léčiva - neuroleptika, anxiolytika), při bolestivých spasmech kosterních svalů myorelaxancia (např. tolperison, tetrazepam), při spasmech hladkého svalstva spasmolytika (např. butylskopolamin). Také kofein může zesilovat účinky základních analgetik (Rokyta et al., 2009, s. 86).

5.2.2 Rehabilitace

Rehabilitace se skládá ze souborů nefarmakologických léčebných metod, které u bolestivých stavů mívají překvapivě dobré výsledky. Léčebná rehabilitace je náplní oboru rehabilitační a fyzikální medicíny - RFM (Rokyta et al., 2009, s. 74).

RFM se skládá z velkého množství metod, které lze použít pro oblast léčby bolesti. Lze je rozdělit na 4 základní oblasti:

- ošetření lokálních funkčních poruch a bolestivých změn: teplo, chlad, elektrický proud, vodoléčba, fototerapie, magnetoterapie, trakce, manuální terapie
- ovlivnění systémových poruch vyvolávajících bolesti v oblasti pohybového ústrojí: redukce pohybových stereotypů, pohybová léčba
- zlepšení celkové výkonnosti: pohybová léčba
- ovlivnění reaktivní deprese: relaxační postupy, vodoléčba, pohybová léčba (Rokyta et al., 2006, s. 622).

5.2.3 Psychoterapeutické metody při léčbě bolesti

Bolest je doprovázena negativními emocemi, mezi které patří: úzkost, frustrace, agrese, projevy bezmoci a beznaděje, deprese. Všechny tyto emoce jsou psychoterapeuticky ovlivnitelné. Mezi konkrétní terapeutické techniky a postupy užívané při léčbě bolesti patří:

- *Sugesce* - navození určitých myšlenek, postojů a představ.
- *Hypnóza* - přirozený stav zúženého a změněného vědomí. Využití hypnózy se používá jak při léčbě akutní tak i chronické bolesti.
- *Relaxace* - stav, kdy je sníženo psychosomatické napětí, slouží k uvolnění a intenzivnímu odpočinku.
- *Autogenní trénink* - patří mezi psychofyzilogické metody, kombinuje autosugesci s koncentrací a uvolněním celkového napětí.
- *Meditace* - rozjímavé uvažování, kdy se bez zapojení vlastní vůle jedinec poddává současnosti.

- *Imaginativní techniky* - využívá představivost, kterou nechá jedinec buď volně plynout, nebo ji záměrně zaměří na určité téma, patří sem vizualizace.
- *Biofeedback* - biologická zpětná vazba - využití volního ovlivňování průběhu fyziologických funkcí.
- *Kognitivně - behaviorální terapie* - vychází z přesvědčení a racionálního pojetí, že lidé mají tendenci k logickému pohledu na svět. Při chronické bolesti je nejčastější doprovodnou psychopatologií chorobná deprese. Kognitivně-behaviorální terapie je nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata u obou procesů (Rokyta et al., 2006, s. 645-649).

5.3 Invazivní způsoby léčby bolesti

Invazivní techniky v algeziologii vycházejí z anesteziologických regionálních technik, používají se nižší koncentrace lokálních anestetik k vyvolání senzitivní, eventuálně vegetativní blokády.

5.3.1 Jednorázové invazivní techniky

Periferní blokády

- *Léčebné obštriky* - aplikace lokálního anestetika do podkoží nebo nitrosvalová infiltrace lokálním anestetikem.
- *Jednorázové periferní blokády* - v oblasti hlavových nervů (oblast větví trigeminu, okcipitálních nervů). Blokáda lícního nervu je prováděna u spasmů obličeje. Na krku se používá blokáda ggl. stellatum, interskalenický blok na bolesti v oblasti ramen a horních končetin.
- *Kořenové bloky* - často jsou používané blokády v oblasti horních i dolních končetin, na paži je nejčastěji infiltrován plexus brachialis, bývá preferován axilární blok pro menší riziko vzniku komplikací (pneumotorax). „*Na dolních končetinách jsou nervové blokády využívány k ovlivnění neuropatických, respektive reziduálních neurologických poruch při postižení dolních končetin, při diskopatiích a radikulárních syndromech různé etiologie*“ (Kozák, 2006, online).

Centrální blokády

- *Kaudální bloky* - používají se k léčbě bolesti v oblasti lumbální páteře, aplikují se vysoké dávky (až 60 ml) nízkokoncentrovaného lokálního anestetika s kortikoidy a eventuálně opiáty. Účinek směsi by měl být nejen analgetický, ale i antiedematózní, protizánětlivý a mechanický tlakový z vyššího objemu anestetika [příloha P II].

Kombinované blokády

„Kombinované techniky jsou nejčastěji kombinací kontinuální techniky se zavedením epidurálního, eventuálně subarachnoidálního katétru a následnou jednorázovou aplikací v jiné etáži nebo dvou kontinuálních technik současně“ (Kozák, 2006, online).

Neurolytické blokády

Jedná se o destruktivní analgetické postupy na nervových strukturách, používají se především u pacientů s onkologickým onemocněním. Mezi invazivní techniky neurolytických blokad patří blokády sympatiku.

5.3.2 Kontinuální invazivní techniky

Periferní blokády

Zavedení katétru k nervu nebo plexu se používá pro možnost opakovaného, kontinuálního dávkování analgetické směsi. Tunelizace katétru podkožím je indikována pokud se tato technika zavedení indikuje na delší dobu (nad 14 dnů).

Centrální blokády

Užívají se hlavně u pacientů onkologicky nemocných, ale také u pacientů s bolestí dolních zad. Patří sem blokády na úrovni míchy (intraspinální, tzn. epidurální - ED a subarachnoidální - SA blokády) a blokády na úrovni mozku (například katétre zavedené do postranní komory mozku). (Kozák, 2006, online).

5.3.3 Neuromodulace v léčbě chronické bolesti

Jedná se o nedestruktivní a reverzibilní léčbu, která zahrnuje použití implantovaných i neimplantovaných elektronických stimulačních systémů, které stimulují periferní nervy, zadních kořenů, míchy nebo mozku (Kozák, 2006, online).

- *Periferní nervová stimulace (PNS)*
- *Stimulace míchy, zadních nervových kořenů, provazců míchy (SCS)*
- *Hluboká mozková stimulace (DBS)*
- *Korová stimulace (MCS)*

5.3.4 Radiofrekvenční metody

Využívají vyvíjeného tepla nebo pulsního magnetického pole k ovlivnění nervových struktur. Způsobí tepelnou destrukci v místě, kde je potřeba přerušit nervovou inervaci. Tam, kde je potřeba dlouhodobě ovlivnit nervové vedení pro bolest bez nervové destrukce se využívá pulsní magnetické pole. U této metody je za potřebí speciální přístroj - generátor a izolované jehly - umístění jehel je během výkonu sledováno pomocí RTG nebo CT přístroje (Rokyta et al., 2009, s. 109 - 110).

5.4 Alternativní doplňkové metody léčby bolesti

Léky a přípravky používané v alternativní medicíně jsou přírodního původu a používají se ve velmi nízkých koncentracích (Rokyta et al., 2009, s. 145).

- *Aromaterapie* - inhalace nebo aplikace esenciálních olejů z různých rostlin. Oleje mohou mít stimulační nebo relaxační účinky. Ke snížení bolesti se používají oleje z těchto rostlin: heřmánek, bazalka, eukalypt, levandule, čajovník, rozmarýn.
- *Muzikoterapie* - forma zvukové terapie. Terapie může probíhat formou poslechu nebo tvorby hudby, zpěvu nebo pohybu na hudbu.
- *Terapie dotykem* - používá se při zmírňování bolesti a úzkosti. Nevyžaduje vlastní fyzický kontakt, ruce terapeuta zůstávají několik centimetrů nad pacientovým tělem. Tato terapie je založena na představě, že tělo, mysl, emoce a intuice tvoří komplexní a dynamické lidské energetické pole, které je u zdravého člověka uspořádané správně. V období nemoci a stresu je toto energetické pole nevyrovnané a neuspořádané.

- *Jóga* - podporuje zdraví a pohodu. Mezi základní součásti jógy patří pohyb, postoj, meditace a správné dýchání. Jóga je založena na hinduistickém principu jednoty těla a mysli.
- *Masáže* - tření a hnětení měkkých tkání. Mezi bolestivé stavy, které mohou být pozitivně ovlivněny masáží, patří mírná, střední či silná bolest, bolesti hlavy, bolesti zad a ramen, svalové spazmy.
- *Chiropraktická léčba* - je založena na názoru, že většina zdravotních problémů má důvod ve špatném postavení obratlů a může být napravena manipulací. Využití má u pacientů např. s bolestmi zad a ramen, bolestmi hlavy, pracovními a sportovními úrazy.
- *Akupunktura* - zavádění tenkých jehel pod kůži do specifických míst. Jehly zůstávají pod kůží obvykle 20 až 30 minut. Tato metoda je základní součástí tradiční čínské medicíny. Historie akupunktury se datuje do doby před 5000 lety. Používá se u pacientů s bolestí zad, hlavy a zubů, menstruační bolesti, pooperační bolesti, periferní neuropatie, neuralgie trigeminu.
- *Baňkování* - umístění nahřátých skleněných baněk na pacientovu pokožku, vytvoření vakua a takto vzniklé sání by mělo odstranit patologické látky (Bidlová, 2006, s. 116 - 140).
- *Rebox* - je přenosný elektroterapeutický přístroj napájený baterií. Obsahuje dvě elektrody - jednu válcovou, kterou drží pacient v navlhčené dlani, a druhou dotykovou, která se přikládá na léčená místa. K léčbě se využívají tři programy - Gentle, Standard a Analgetik. Využití této terapie se doporučuje u pacientů s neuralgiemi, migrénami a u stavů po úrazech. Trvá cca 5 - 12 minut.

6 ROLE SESTRY V AMBULANCI BOLESTI

Role sestry v ambulanci bolesti je náročná. Vyžaduje nejen rozsáhlé teoretické znalosti v oblasti patofyziologie bolesti a léčby bolesti, ale i praktické dovednosti sestry.

6.1. Administrativní činnost sestry v ambulanci

Sestra v ambulanci bolesti provádí rovněž administrativní činnost, tzn., že objednává pacienty, vede kartotéku pacientů, musí umět vyplnit žádanky na různá doplňující vyšetření, objednávat sanitky apod.

6.1.1 Informovanost pacientů v ambulanci bolesti

Podávání informací pacientům léčených v ambulanci bolesti je nejen povinností lékaře, ale i zdravotní sestry dané ambulance. Informace jsou zaměřeny především na způsoby a postupy při léčbě chronické bolesti.

„ V Úmluvě o biomedicině je problematice informovanosti věnována pozornost v kapitole III, článek 10 s názvem Soukromí a právo získávat informace“ (Haškovcová, 2007, s. 23).

- *„Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví“.*
- *„Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat“ (Haškovcová, 2007, s. 23).*

Za rozsah a kvalitu poskytovaných informací pacientovi zodpovídá nejen ošetřující lékař, ale také další zdravotničtí pracovníci podílející se na léčbě a ošetřování nemocného s ohledem na profesně odborné kompetence (Haškovcová, 2007, s. 32).

6.1.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením nebo jakýmkoliv zákrokem je nepostradatelnou součástí dokumentace pacienta. Každý souhlas pacienta musí splňovat tři základní náležitosti, které musí být:

- *poučený*
- *kvalifikovaný*
- *svobodný*

Každý pacient by měl mít dostatek informací o svém zdravotním stavu, aby byl schopen se uváženě a svobodně rozhodnout (Haškovcová, 2007, s. 25 - 26).

Mezi základní způsoby podání informací pacientovi patří sdělení: ústní, znakovou řečí, písemná a mlčky učiněná (konkludentní) např. přitakání hlavou, stisk ruky (Šustek, P., Holčapek, 2007, s. 37). Z důvodu možnosti zpochybnění ústního nebo konkludentního souhlasu pacientem, lékaři ve vlastním zájmu vyžadují informovaný souhlas písemný. Před písemným informovaným souhlasem musí být pacient informován ústně lékařem nebo sestrou, podávané informace musí být srozumitelné, aby pacient porozuměl obsahu sdělovaných informací. U cizinců je nutné podat informace v jazyce, kterému pacient rozumí, eventuelně využít služeb tlumočnicka (Haškovcová, 2007, s. 27 - 28).

Cílem informovaného souhlasu je:

- *poučit nemocného,*
- *umožnit potřebnou léčbu a péči,*
- *poskytnout právní ochranu lékaři.*

Obsah informovaného souhlasu:

- *údaje o účelu, povaze a předpokládaném prospěchu, možných rizicích zdravotního výkonu,*
- poučení pacienta o možnosti alternativy plánovaného zdravotního výkonu,
- informace o možnostech omezení v běžném životě, v pracovních schopnostech po absolvování daného zdravotního výkonu, možné nebo očekávané změny zdravotního stavu,
- *údaje o léčebném režimu, preventivních opatřeních,*
- písemné vyjádření pacienta, že informace z předchozích bodů mu byly zdravotníkem sděleny, že jim porozuměl a měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
- datum, podpis pacienta, zdravotnického pracovníka, který pacienta informoval a poučil. Pokud není pacient schopen podpisu, podepíše se za něj svědek, který je přítomen při projevu souhlasu a uvedou se důvody nemožnosti pacientova podpisu.

- v případě nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům jsou informace poskytovány zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu též pacientovi. Písemný souhlas v tomto případě podepisuje zákonný zástupce (Haškovcová, 2007, s. 29 - 31).

6.2. Ošetrovatelská činnost sestry v ambulanci

Sestra v ambulanci bolesti asistuje lékaři při samotném vyšetření pacienta, příp. chystá pomůcky a dále asistuje při různých neinvazivních i invazivních léčebných postupech. Provádí měření fyziologických funkcí, zvláště před a po aplikaci invazivních léčebných postupů např. kaudální bloky, zavedení pokračujícího epidurálního katétru apod. Pracuje dle zásad BOZP, platných standardů a asepticky při chystání sterilních pomůcek a při dalších ošetrovatelských činnostech. Sestra by měla být rychlá, zručná a schopná vyhodnotit celkový zdravotní stav pacienta a informovat lékaře. Zvládá techniky aplikace medikamentů nejčastěji analgetik dle ordinace lékaře způsobu i. m., i. d. formou náplastí - nácvik aplikace, dostatečné poučení pacienta, instruktáž s praktickou ukázkou. Orientuje se ve škálách pro hodnocení bolesti a je schopna je aplikovat u konkrétního pacienta.

6.3. Edukační činnost sestry v ambulanci

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukační proces by měl vždy vycházet z pěti fází, kterými jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Edukační proces by měl být co nejvíce propracovaný, srozumitelný a zaměřený na individuální potřeby pacienta.

Mezi formy edukace, které mohou být využity v ambulanci bolesti patří:

edukace individuální - patří mezi nejužívanější formy edukace ve zdravotnictví. Předpokládá se úzký osobní kontakt zdravotníka s pacientem. Tato forma edukace probíhá nejčastěji v ambulanci, v ordinaci praktického lékaře, u nemocničního lůžka.

U této edukační formy se používají nejčastěji edukační metody formou vysvětlování, instruktáže s praktickým cvičením a rozhovoru.

edukace skupinová - tuto formu edukace lze využít i u chronicky nemocných pacientů. Ideální počet pacientů ve skupině je 3 - 5. Užívá jako edukační metodu například diskuzi.

edukace hromadná - se zaměřuje na širší skupinu osob. Ve zdravotnictví se používá v případě sdělení stejného obsahu účastníkům edukace. Mezi typické edukační metody patří: přednáška (Juřeníková, 2010, s. 34 - 37).

Z hlediska interakce je nejvhodnější přímá forma edukace, kdy jsou edukant a edukátor v přímém kontaktu. Mezi nejčastěji využívané metody patří především *vysvětlování, rozhovor, instruktáž s praktickým cvičením, diskuze a přednáška* (Juřeníková, 2010). Edukační proces v ambulancích bolesti je nejčastěji zaměřen na edukaci o správném užívání léčebných prostředků, nutnosti pravidelného užívání předepsaných medikamentů, o správné aplikaci intradermálních náplastí a o alternativních možnostech léčby bolesti.

6.4. Sestra a komunikace s pacientem v ambulanci bolesti

„ Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem “ (Venglářová et al., 2006, s. 11).

Sestra musí být erudovaná zejména v oblasti komunikace a přístupu k pacientům trpícími chronickou bolestí. Komunikace je velmi důležitou součástí práce sestry s pacientem. Nejedná se o pouhé podávání základních informací o dané problematice v rámci jejich kompetencí, ale jde i o určité psychologické působení na další chování a spolupráci pacienta.

Důležitou součástí komunikace s pacientem je také sběr ošetřovatelských anamnestických dat týkajících se bolesti pacienta a následná edukace ve spolupráci s lékařem.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Cíle bakalářské práce

Vytyčila jsem si tyto cíle:

Cíl 1

Zjistit, zda pacienti léčení v ambulanci bolesti rozumí charakteru, množství, obsahu předávaných informací a zda jim způsoby předávání informací vyhovují a jsou s nimi spokojeni, zjistit nejčastější zdroje informací o možnosti návštěvy ambulance bolesti.

Cíl 2

Zjistit zda je ošetrovatelský přístup a péče ze stran zdravotnického personálu v ambulanci bolesti pro pacienty vyhovující.

Cíl 3

Zjistit, zda zdravotnický personál ambulance bolesti užívá k hodnocení bolesti hodnotící škály a jaké nejčastější typy škál.

Cíl 4

Zjistit nejčastější typy bolesti - pacientů léčených v ambulanci bolesti, délku léčby, nejužívanější metody léčby bolesti aplikované v ambulanci bolesti a metody léčby upřednostňované pacientem.

8 METODIKA PRÁCE

8.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Soubor respondentů tvořili pacienti různých věkových kategorií, kteří jsou léčeni v ambulancích pro léčbu bolesti ve Zlíně a v Kroměříži. Bakalářskou práci jsem zpracovávala na základě průzkumného šetření prováděného v období od 1. 11. 2011 do 1. 2. 2012, tedy 3 měsíce. Celkem bylo rozdáno do ambulancí 120 dotazníků. Návratnost byla 87,50%. Zpracováno bylo 105 dotazníků, z toho 55 dotazníků z ambulance pro léčbu bolesti ve Zlíně a 50 dotazníků z ambulance pro léčbu bolesti v Kroměříži. Zbytek dotazníků nebylo pro úplnost do průzkumného šetření zařazeno.

8.2 Metoda práce

V průzkumném šetření byla použita metoda kvantitativního sběru dat - nestandardizovaný dotazník. „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu.“ (Kutnohorská, 2009, s. 41). Použitý dotazník obsahuje 21 otázek, byl sestaven dle cílů mé bakalářské práce [příloha P III]. Jednotlivé položky dotazníku jsou zaměřeny na zjištění, zda pacienti rozumí obsahu a charakteru předávaných informací a zda je pro ně způsob předávaných informací vyhovující. Dále mě zajímala spokojenost pacientů s přístupem zdravotnického personálu v ambulanci, metody léčby bolesti aplikované v ambulancích a metody léčby upřednostňované pacientem. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů a představení průzkumníka šetření, dále jsou respondenti seznámeni s informacemi týkajícími se vyplnění a účelu dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Dotazníky byly rozdány a sesbírány pomocí spolupráce všeobecných sester daných ambulancí.

8.2.1 Formy položek dotazníku

Dotazník použitý při zpracování mé bakalářské práce se skládal z otázek: uzavřených, otevřených, polozavřených, polytomických a filtračních.

- Typ uzavřených otázek (dichotomických) zastoupen otázkami: č. 1, 5, 13.
- Typ otevřených otázek zastoupen otázkami: č. 2, 14.

- Typ polozavřených otázek zastoupen otázkami: č. 4, 6, 7, 8, 11, 21.
- Typ polytomických otázek s výběrem jedné alternativy odpovědi zastoupen otázkami: č. 3, 9, 10, 12, 20.
- Typ polytomických otázek s výběrem několika alternativ odpovědi zastoupen otázkami: č. 15, 18, 19.
- Typ filtračních otázek zastoupen otázkami: č. 16, 17.

8.2.2 Charakteristika položek dotazníku

Jednotlivé položky dotazníku jsou charakterizovány takto:

- Otázky č. 1, 2, 3 jsou identifikační. Cílem bylo zjistit pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.
- Otázky č. 7, 11, 12, 13, 14, 15 jsou zaměřeny na spokojenost pacientů s informovaností ze stran zdravotnických pracovníků ambulance bolesti a zjištění nejčastějšího zdroje informací o možnosti návštěvy ambulance.
- Otázky č. 8, 9, 10, 20, 21 jsou zaměřeny na spokojenost pacientů s přístupem zdravotnického personálu ambulance bolesti.
- Otázky č. 16, 17 jsou zaměřeny na používání hodnotících škál pro bolest.
- Otázky č. 4, 5, 6, 18, 19 jsou zaměřeny na nejčastější typy onemocnění pacientů léčených v ambulanci bolesti, délku léčby, metody léčby bolesti aplikované v ambulanci a metody léčby upřednostňované pacientem

8.3 Organizační šetření

Zahájení průzkumného šetření předcházelo prostudování odborné literatury vztahující se k dané problematice. Dále jsem si vytvořila jednotlivé položky dotazníku dle předem stanovených cílů, které mi následně byly schváleny mou vedoucí práce Mgr. Blažkovou. Před zahájením samotného průzkumného šetření a po schválení žádostí o umožnění dotazníkového šetření a umožnění přístupu k informacím byl proveden v říjnu 2011 předvýzkum, který měl odhalit případné nedostatky zkonstruovaného dotazníku. Dotazník byl předložen 4 respondentům (2 dotazníky do ambulance pro léčbu bolesti ve Zlíně a 2 dotazníky do ambulance v Kroměříži). Tito respondenti byli taktéž zařazeni do hlavního průzkumného šetření. Z odevzdaných dotazníků nevyplývaly žádné nesrovnalosti v odpovědích, dotazník

tedy nebylo třeba upravovat a všechny položky byly ponechány. Průzkumné šetření probíhalo ve dvou ambulancích pro léčbu bolesti ve Zlínském kraji za spolupráce všeobecných sester daných ambulančí, které dotazník rozdávaly. K dispozici jsem zajistila pro respondenty psací potřeby. Celkem bylo zpracováno 105 dotazníků (55 dotazníků z ambulance pro léčbu bolesti ve Zlíně a 50 dotazníků z ambulance pro léčbu bolesti v Kroměříži). Návratnost byla tedy 87,50%.

8.4 Zpracování získaných dat

Po návratu dotazníků byla zkontrolována úplnost jejich vyplnění a jejich použitelnost pro průzkumné šetření. Získaná data byla rozebrána a utříděna pomocí „čárkovací metody“. Poté byla data vyhodnocena a zpracována do přehledných tabulek četnosti a grafů opatřených popisky a komentářem v programu MS Excel, MS Word. U položek s jednou možnou odpovědí jsem vycházela z celkového počtu respondentů, tedy 55- ti z ambulance Zlín a 50- ti z ambulance v Kroměříži. U položek s volbou více odpovědí jsem si jako 100 % stanovila celkový počet odpovědí.

Absolutní četnost je vyjádřena v absolutních hodnotách a udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídky možností.

Relativní četnost je vyjádřena v relativních hodnotách a udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na dílčí hodnotu. Vyjádřena je v procentech a procentuální výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

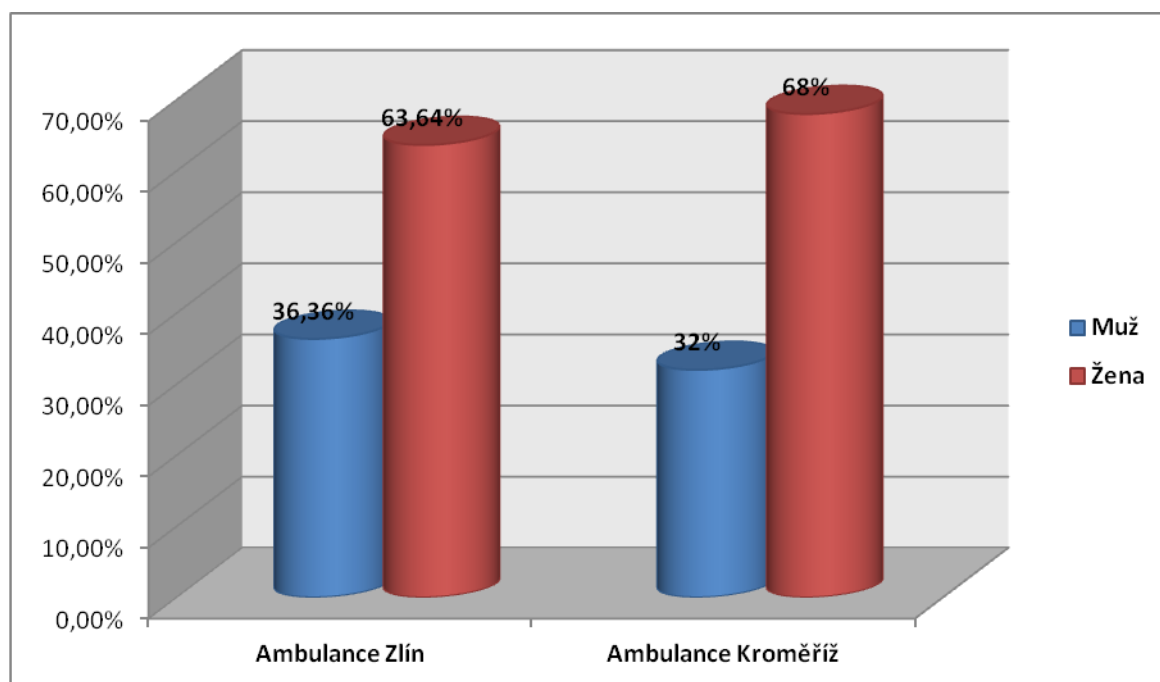
9 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA

9.1 Zpracování dotazníku

POLOŽKA Č. 1 - Jsem:

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	20	36,36 %	16	32 %
Žena	35	63,64 %	34	68 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



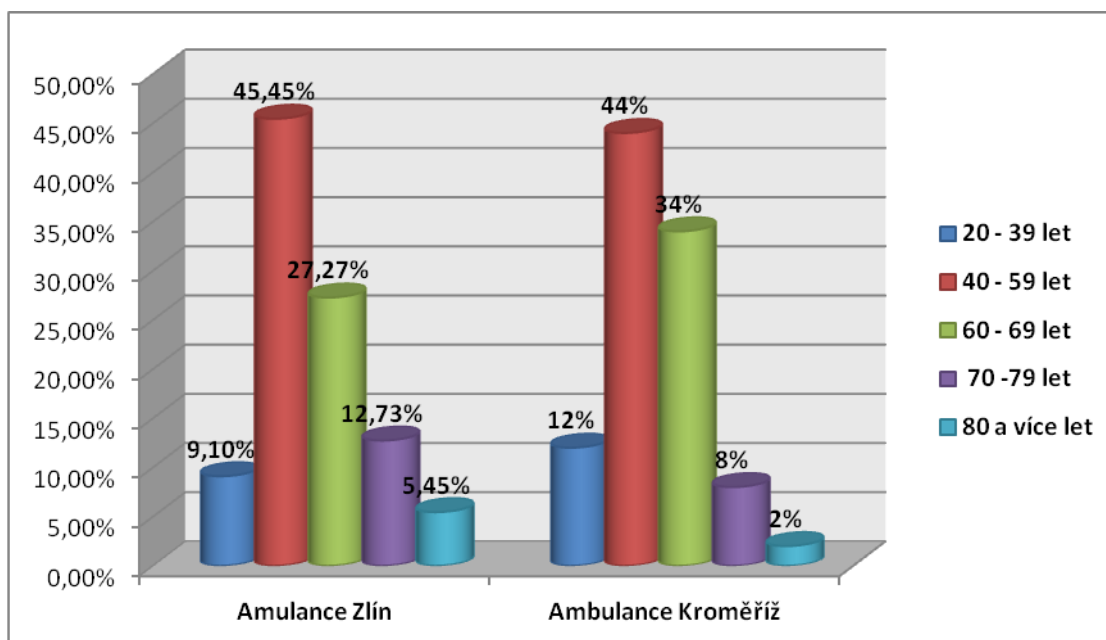
Graf č. 1 - Pohlaví

V ambulanci Zlín tvořili 63,64 % respondentů ženy a počet mužských respondentů byl zastoupen 36,36 %, obdobně tomu bylo i v ambulanci Kroměříž, kdy z celkového počtu respondentů bylo 68 % žen a 32 % mužů. Tento fakt mě nepřekvapil, protože už v předvýzkumu, který proběhl v říjnu 2011, dotazník vyplňovaly spíše ženy.

POLOŽKA Č. 2 - Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2 - Věk

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 - 39 let	5	9,10 %	6	12 %
40 - 59 let	25	45,45 %	22	44 %
60 - 69 let	15	27,27 %	17	34 %
70 - 79 let	7	12,73 %	4	8 %
80 a více let	3	5,45 %	1	2 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 2 - Věk

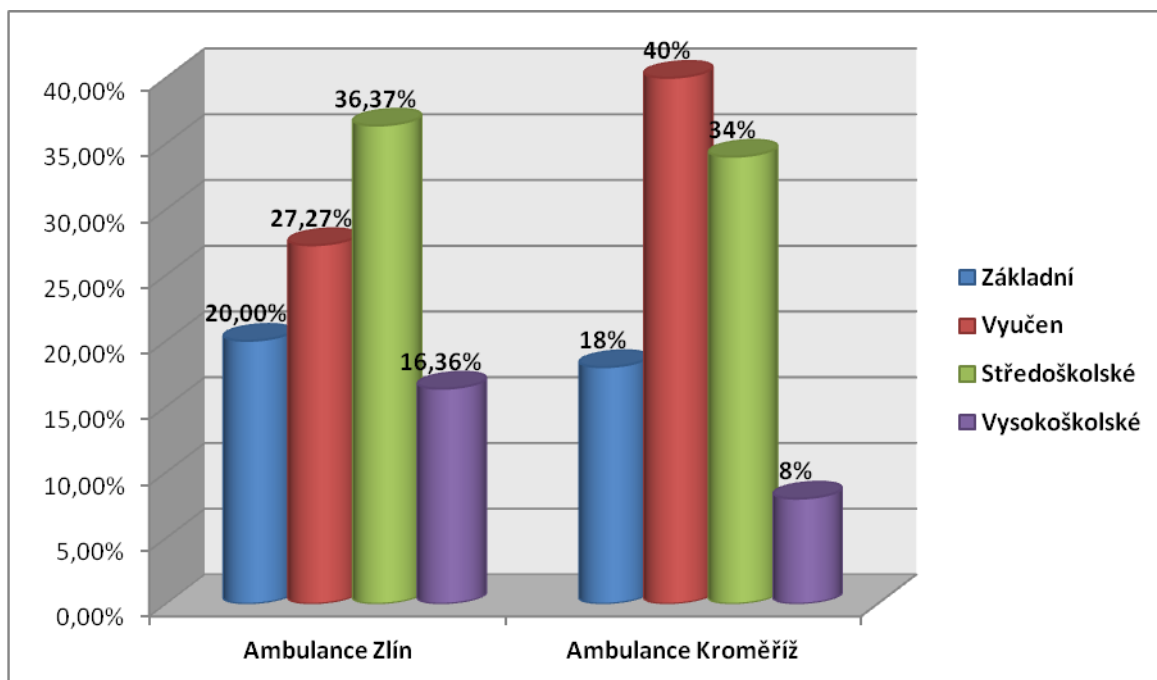
Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 je patrné, že ze 100 % respondentů bylo nejvíce léčených ve věkové kategorii 40 - 59 let a to 25 (45,45 %) v ambulanci bolesti Zlín, obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž, kdy v zastoupení věkové kategorie 40 - 59 let

bylo 22 respondentů tj. (44 %). S menším rozdílem bylo zastoupení věkové kategorie v rozmezí 60 - 69 let, kdy v ambulanci Zlín se dotazníkového šetření zúčastnilo 15 respondentů (27,27 %) a v ambulanci Kroměříž 17 respondentů (34 %). Věková kategorie v rozmezí 70 - 79 let byla zastoupena v ambulanci Zlín 7 respondenty (12,73 %) a v ambulanci Kroměříž 4 respondenty (8 %). Obdobné zastoupení respondentů měla věková kategorie 20 - 39 let, v ambulanci Zlín 5 respondentů (9,10 %) a v ambulanci Kroměříž 6 respondentů (12 %). Věková kategorie nad 80 a více let byla zastoupena 3 respondenty (5,45 %) v ambulanci Zlín a v ambulanci Kroměříž pouze 1 respondentem (2 %).

POLOŽKA Č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 - Vzdělání

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	11	20 %	9	18 %
Vyučen	15	27,27 %	20	40 %
Středoškolské	20	36,37 %	17	34 %
Vysokoškolské	9	16,36 %	4	8 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 3 - Vzdělání

Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 je patrné, že základní vzdělání má 11 respondentů (20 %) z ambulance Zlín, z ambulance Kroměříž má základní vzdělání 9 respondentů (18 %).

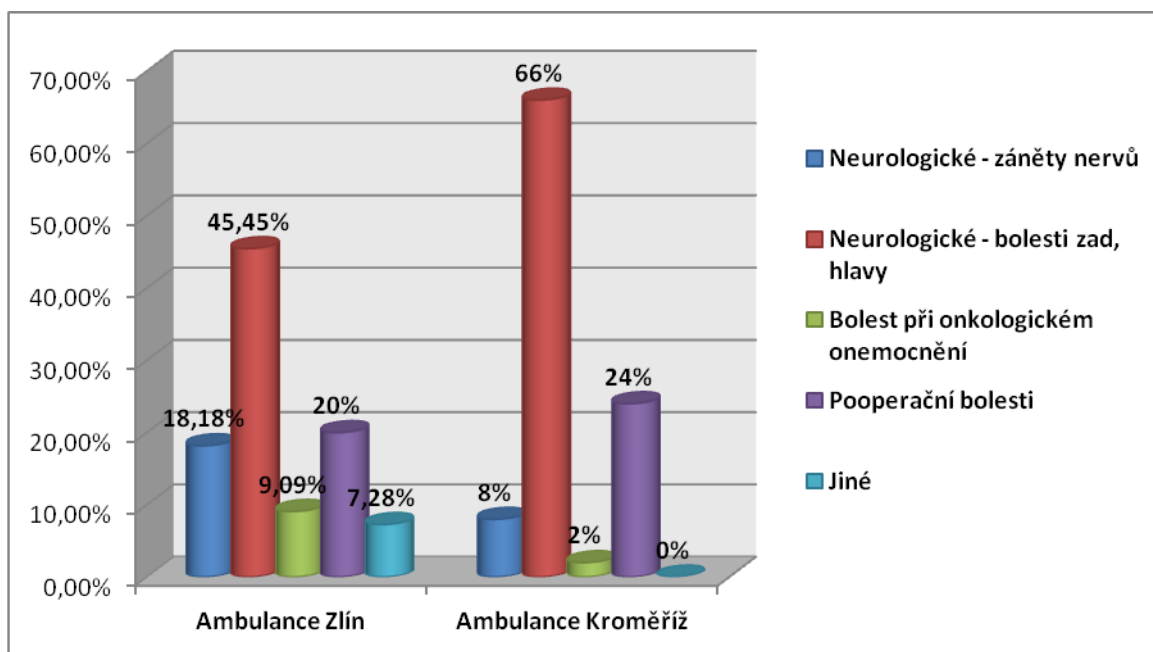
Vyučeno bylo 15 respondentů (27,27 %) v ambulanci Zlín a 20 respondentů (40 %) v ambulanci Kroměříž.

Středoškolského vzdělání dosáhlo 20 respondentů (36,37 %) v ambulanci Zlín a v ambulanci Kroměříž 17 respondentů tj. (34%). Dosažené vysokoškolské vzdělání mělo v ambulanci Zlín 9 respondentů (16,36 %) a 4 respondenti (8 %) v ambulanci Kroměříž.

POLOŽKA Č. 4 - Jakým typem bolesti trpíte?

Tabulka č. 4 - Typ bolesti

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Neurologické - záněty nervů	10	18,18 %	4	8 %
Neurologické - bolesti zad, hlavy	25	45,45 %	33	66 %
Bolest při onkologickém onemocnění	5	9,09 %	1	2 %
Pooperační bolesti	11	20 %	12	24 %
Jiné	4	7,28 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 4 - Typ bolesti

U pacientů léčených v ambulanci bolesti, byly nejčastějším typem bolesti neurologické bolesti zad a hlavy a to v zastoupení 25 respondentů (45,45 %) v ambulanci Zlín a obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž 33 respondentů (66 %). V ambulanci Zlín byly druhým nečastějším léčeným typem bolesti pooperační bolesti u 11 respondentů (20 %) a v ambulanci Kroměříž obdobně 12 respondentů (24 %). Třetím nejčastějším typem bolesti byly neurologické - záněty nervů v zastoupení 10 respondentů (18,18 %) v ambulanci Zlín, v ambulanci Kroměříž pouze 4 respondenti (8 %).

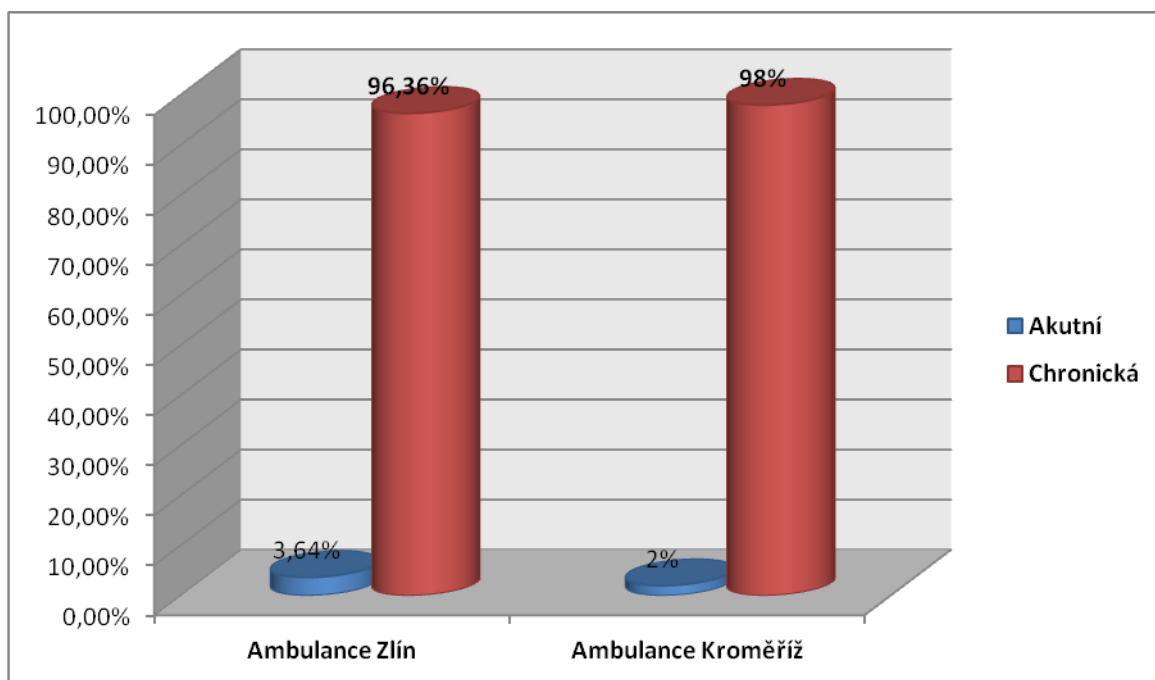
5 respondentů (9,09 %) z ambulance Zlín bylo léčeno pro bolest při onkologickém onemocnění, v ambulanci Kroměříž pouze 1 respondent (2 %) uvedl tento typ bolesti.

4 respondenti (7,28 %) z ambulance Zlín na otázku: „*Jakým typem bolesti trpíte?*“ uvedlo z uvedených možností „*Jiné*“: 1 respondentka (25 %) ze 4 respondentů se léčila pro zánět patní kosti, 1 respondent (25 %) ze 4 nekonkretizovalo svou odpověď, tudíž se mohu pouze domnívat, že se jednalo o jiný typ chronické bolesti, který nebyl uveden v možnostech odpovědi, 2 respondenti (50 %) ze 4 uvedli jako důvod návštěv ambulance bolesti, bolest z důvodu artrózy kolene a kyčle, v ambulanci Kroměříž na tuto otázku neodpověděl žádný z dotazovaných respondentů (0 %).

POLOŽKA Č. 5 - Jaký je charakter Vaší bolesti?

Tabulka č. 5 - Charakter bolesti

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Akutní	2	3,64 %	1	2 %
Chronická	53	96,36 %	49	98 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



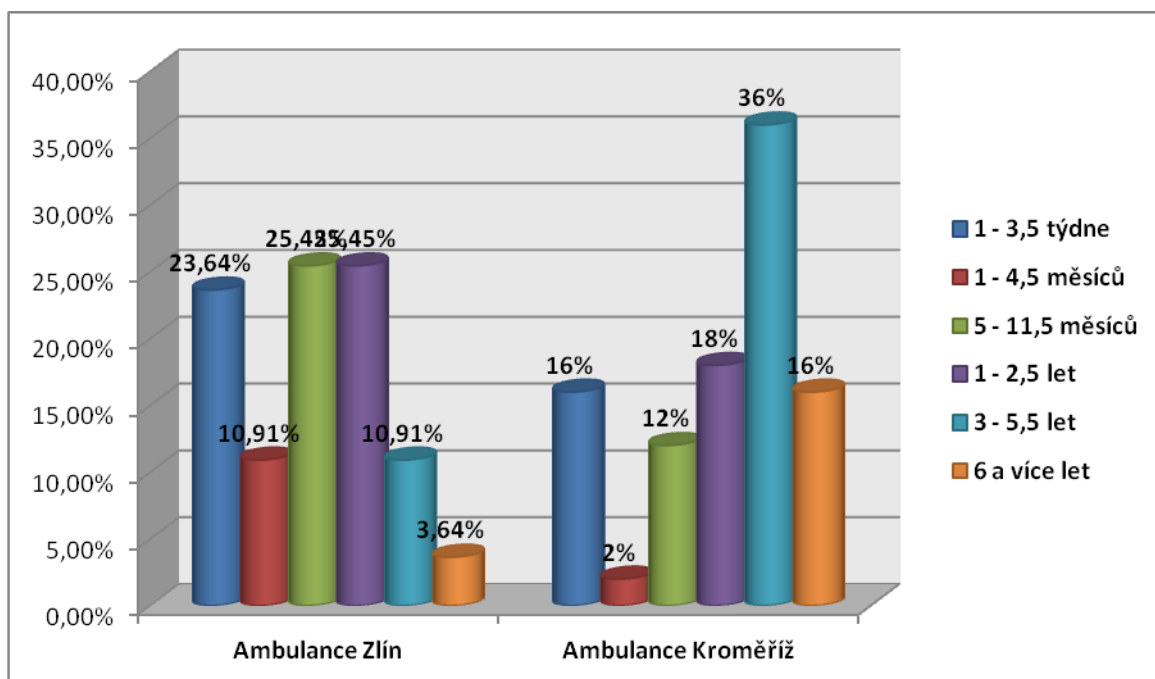
Graf č. 5 - Charakter bolesti

Z výsledků této položky vyplývá, že 53 respondentů (96,36 %) ambulance Zlín trpí chronickou bolestí, pouze 2 respondenti (3,64 %) navštěvující tuto ambulanci bolesti trpěli bolestí akutní. Obdobné výsledky jsou i v ambulanci Kroměříž, kdy chronickou bolestí trpí 49 respondentů (98 %) a pouze 1 respondent (2 %) trpěl akutní bolestí.

POLOŽKA Č. 6 - Jak dlouho navštěvujete ambulanci bolesti?

Tabulka č. 6 - Délka návštěvnosti ambulance

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 - 3,5 týdne	13	23,64 %	8	16 %
1 - 4,5 měsíců	6	10,91 %	1	2 %
5 - 11,5 měsíců	14	25,45 %	6	12 %
1 - 2,5 let	14	25,45 %	9	18 %
3 - 5,5 let	6	10,91 %	18	36 %
6 a více let	2	3,64 %	8	16 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



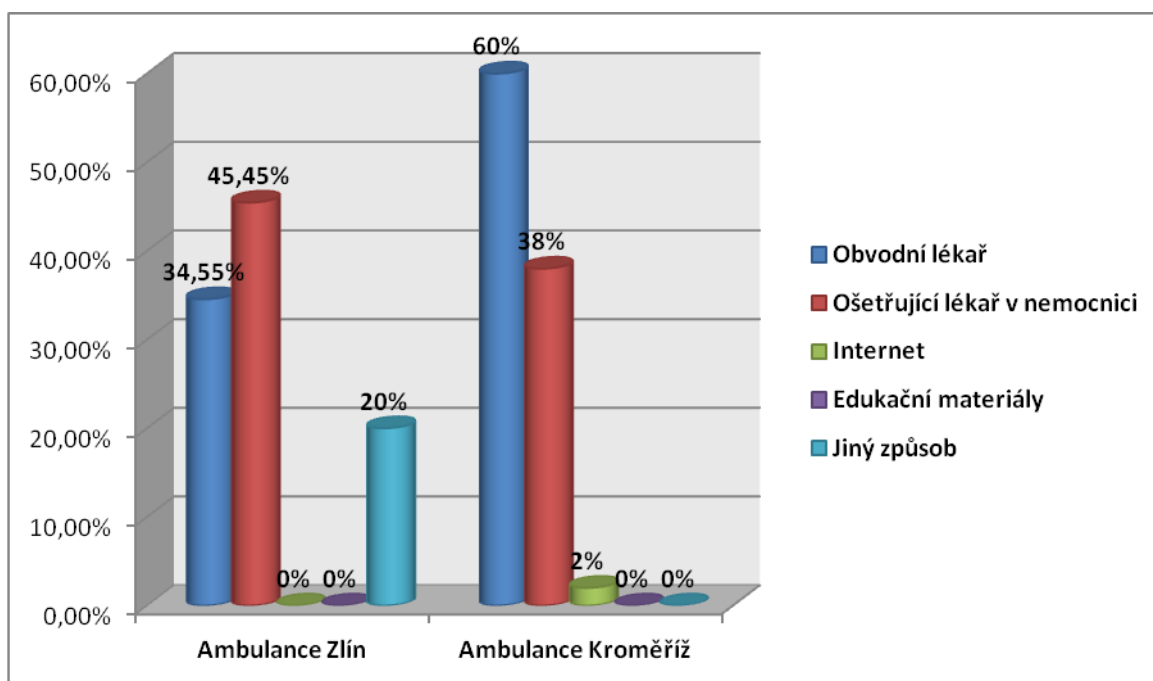
Graf č. 6 - Délka návštěvnosti ambulance

Na otázku: „*Jak dlouho navštěvujete ambulanci bolesti?*“ uvedlo v rozmezí 1 - 3,5 týdne 13 respondentů (23,64 %) z ambulance Zlín, v ambulanci Kroměříž 8 respondentů (16 %). V rozmezí 1 - 4,5 měsíce 6 respondentů (10,91 %) z ambulance Zlín a v ambulanci Kroměříž pouze 1 respondent (2 %). V rozmezí 5 - 11,5 měsíce 14 respondentů (25,45 %) z ambulance Zlín a 6 respondentů (12 %) z ambulance Kroměříž. Obdobné výsledky byly i v rozmezí 1 - 2,5 let, kdy v ambulanci Zlín tuto délku návštěvnosti ambulance bolesti uvedlo 14 respondentů (25,45 %) a v ambulanci Kroměříž 9 respondentů (18 %). V rozmezí 3 - 5,5 let 6 respondentů (10,91 %) z ambulance Zlín a překvapivě 18 respondentů (36 %) z ambulance Kroměříž. V rozmezí 6 a více let v ambulanci Zlín uvedli tuto délku návštěvnosti 2 respondenti (3,64 %) a v ambulanci Kroměříž 8 respondentů (16 %).

POLOŽKA Č. 7 - O možnosti návštěvy ambulance bolesti jste se dozvěděl/la?

Tabulka č. 7 - Zdroj informací

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Obvodní lékař	19	34,55 %	30	60 %
Ošetřující lékař v nemocnici	25	45,45 %	19	38 %
Internet	0	0 %	1	2 %
Edukační materiály	0	0 %	0	0 %
Jiný způsob	11	20 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



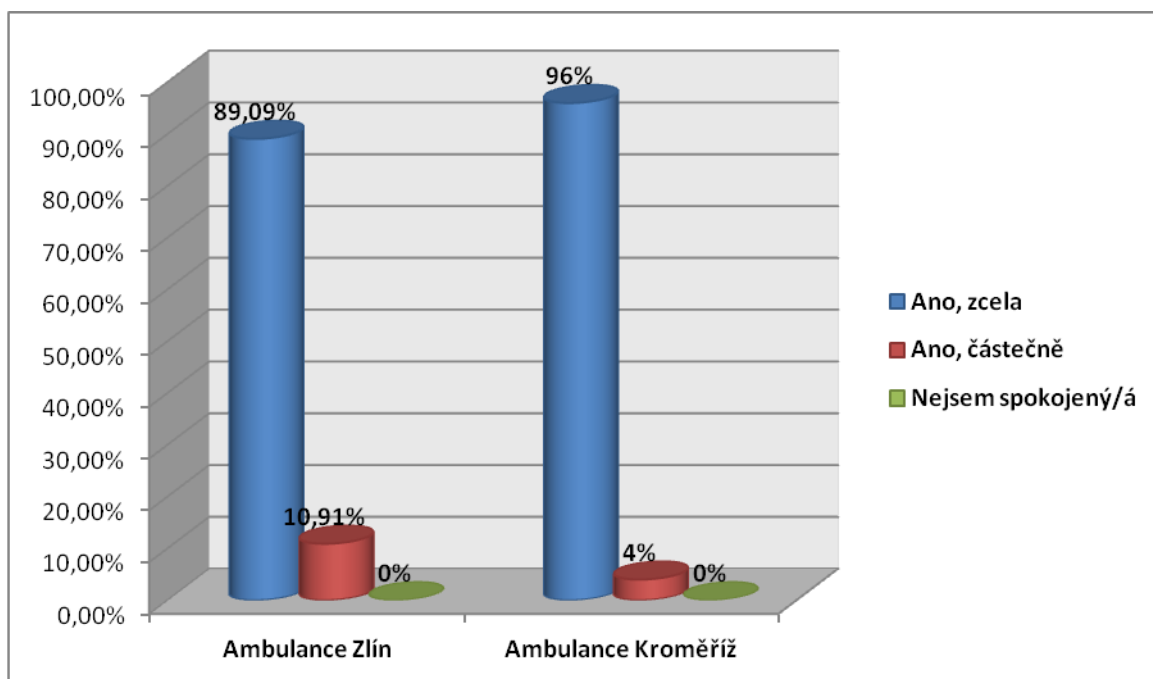
Graf č. 7 - Zdroj informací

Z výsledků této položky vyplývá, že 25 respondentů (45,45 %) z ambulance Zlín získalo informace týkající se možnosti návštěvy ambulance bolesti od ošetřujícího lékaře v nemocnici, v ambulanci Kroměříž získalo tyto informace od ošetřujícího lékaře v nemocnici pouze 19 respondentů (38 %). Informace o možnosti návštěvy ambulance bolesti od obvodního lékaře v ambulanci Zlín získalo pouze 19 respondentů (34,55 %), v ambulanci Kroměříž překvapivě 30 respondentů (60 %). Z ambulance Zlín uvedlo 11 respondentů (20 %), že informace týkající se návštěvy ambulance bolesti získali jiným způsobem: 5 respondentů (45,46 %) z 11 získalo informace o možnosti návštěvy ambulance bolesti od rodinných příslušníků již léčených v těchto ambulancích, 3 respondenti (27,27 %) z 11 si tuto informaci přečetli na informační tabuli v nemocnici, 2 respondenti (18,18 %) z 11 tuto informaci získali od známých a 1 respondent (9,09 %) získal tuto informaci od jiného pacienta při hospitalizaci. V ambulanci Kroměříž tuto možnost odpovědi neuvedl žádný respondent (0 %). V ambulanci Kroměříž uvedl 1 respondent (2 %), že informace získal prostřednictvím internetu.

POLOŽKA Č. 8 - Jste spokojen/na s přístupem a péčí zdravotnického personálu ambulance bolesti?

Tabulka č. 8 - Spokojenost s přístupem personálu

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, zcela	49	89,09 %	48	96 %
Ano, částečně	6	10,91 %	2	4 %
Nejsem spokojený/á	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 8 - Spokojenost s přístupem personálu

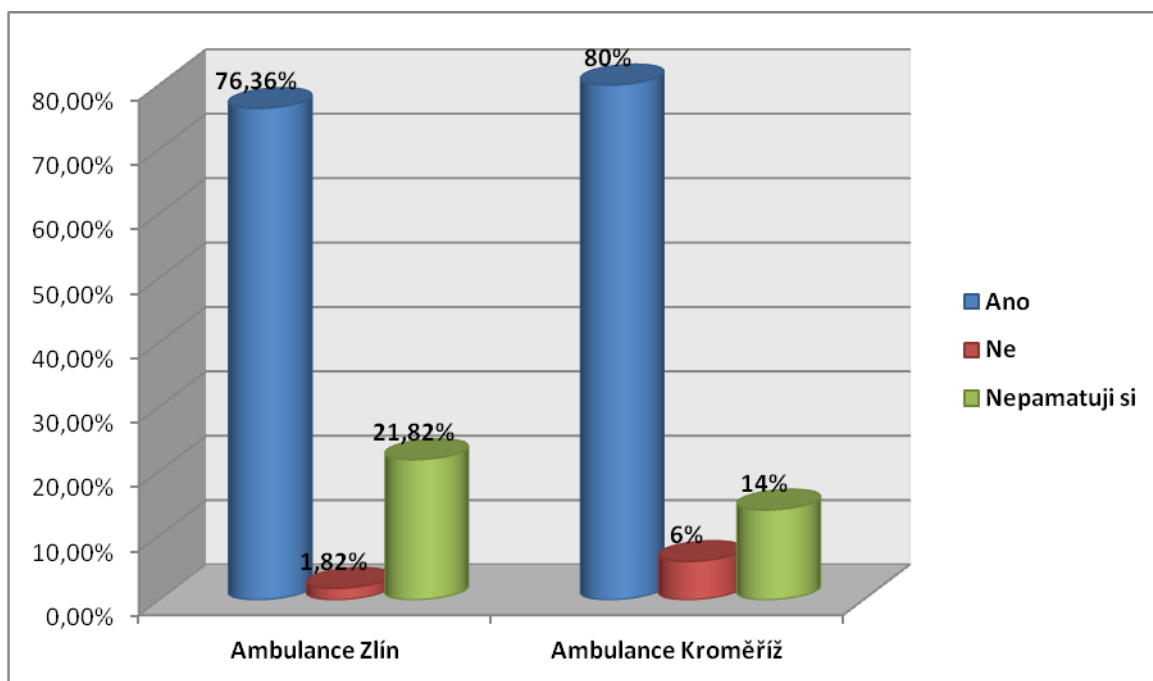
Z tabulky č. 8 a grafu č. 8 vyplývá, že 49 respondentů (89,09 %) z ambulance Zlín je zcela spokojeno s přístupem zdravotnického personálu ambulance bolesti a pouze 6 respondentů (10,91 %) je s přístupem spokojeno částečně.

V ambulanci Kroměříž je s přístupem zdravotnického personálu spokojeno zcela 48 respondentů (96 %) a spokojeni částečně pouze 2 respondenti (4 %).

POLOŽKA Č. 9 - Představil se Vám lékař při první návštěvě v ambulanci bolesti?

Tabulka č. 9 - Představení lékaře v ambulanci bolesti

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	42	76,36 %	40	80 %
Ne	1	1,82 %	3	6 %
Nepamatuji si	12	21,82 %	7	14 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 9 - Představení lékaře v ambulanci bolesti

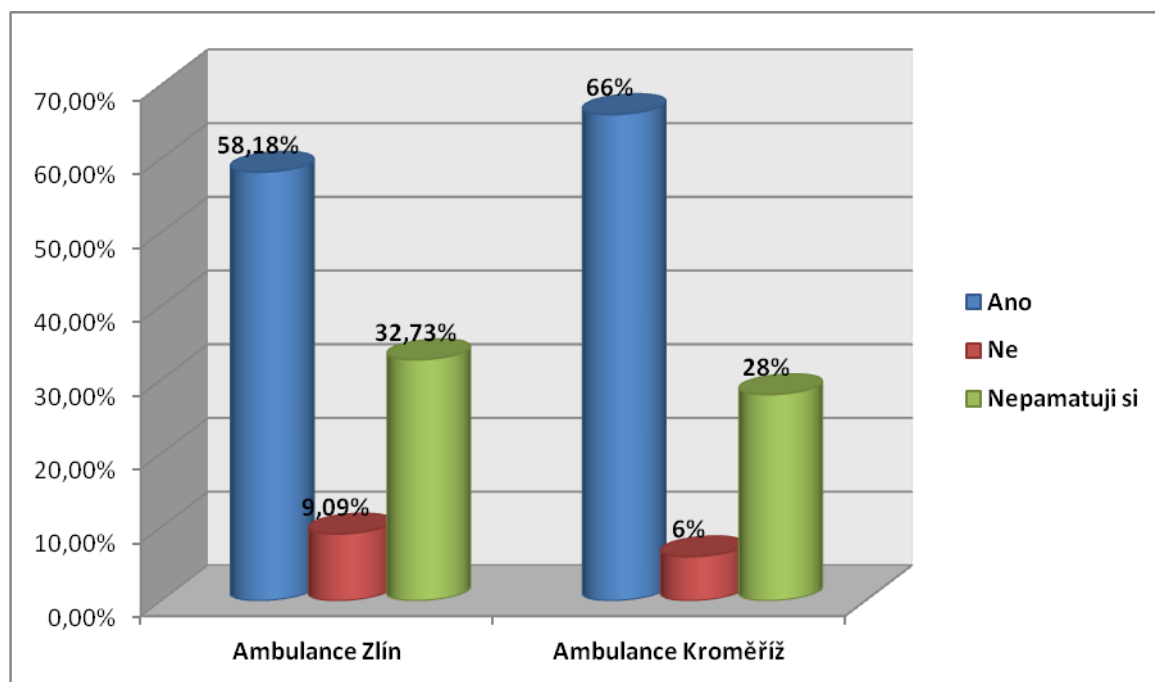
Jak je z tabulky č. 9 a grafu č. 9 patrné, lékař ambulance bolesti ve Zlíně se představil 42 respondentům (76,36 %), 1 respondent uvedl, že se mu lékař při první návštěvě

nepředstavil (1,82 %) a 12 respondentů (21,82 %) si nepamatuje, zda se lékař při prvním kontaktu představil. V ambulanci Kroměříž uvedlo 40 respondentů (80 %), že se jim lékař při prvním kontaktu představil, 3 respondenti (6%) uvedli, že se jim lékař nepředstavil a 7 respondentů (14 %) si tuto skutečnost nepamatuje.

POLOŽKA Č. 10 - Představila se Vám sestra při první návštěvě ambulance bolesti?

Tabulka č. 10 - Představení sestry v ambulanci bolesti

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	32	58,18 %	33	66 %
Ne	5	9,09 %	3	6 %
Nepamatuji si	18	32,73 %	14	28 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 10 - Představení sestry v ambulanci bolesti

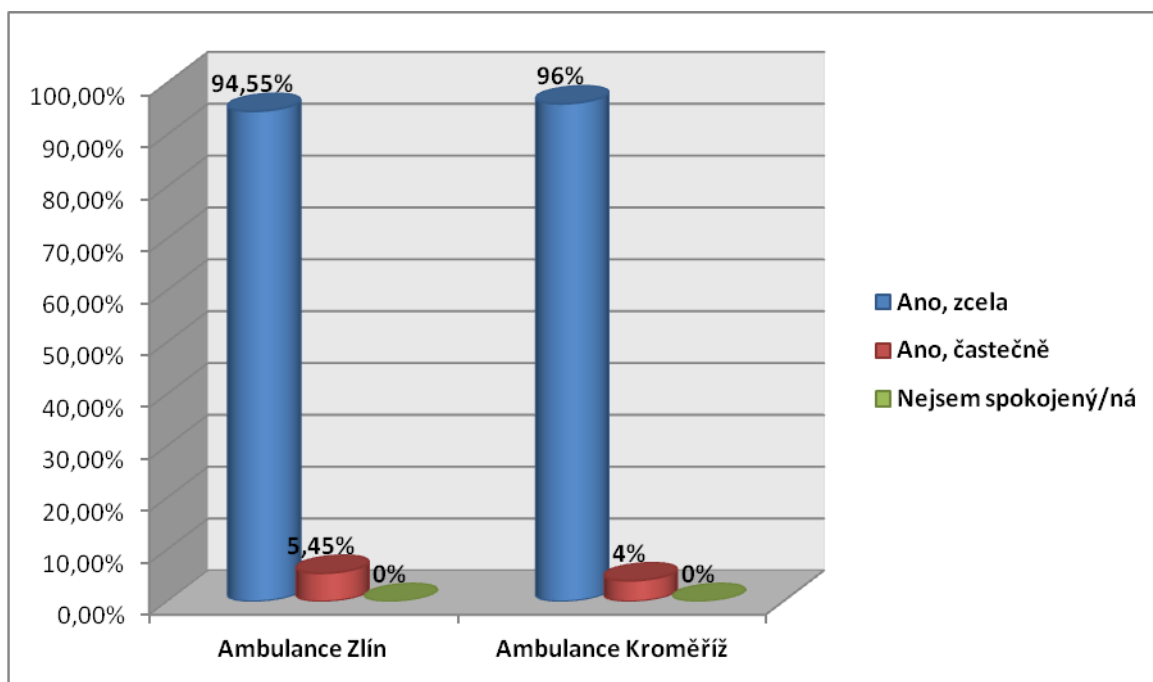
Z výsledků této položky vyplývá, že v ambulanci Zlín se představila sestra při prvním kontaktu s pacientem u 32 dotazovaných respondentů (58,18 %), 5 respondentů (9,09 %) uvedlo, že se jim sestra nepředstavila a 18 respondentů (32,73 %) si nepamatuje, zda se sestra dané ambulance představila.

V ambulanci Kroměříž uvedlo 33 respondentů (66 %), že se jim sestra při prvním kontaktu představila, 3 respondenti (6 %) uvedli, že se nepředstavila a 14 respondentů (28 %) uvedlo, že si tuto skutečnost nepamatuje.

POLOŽKA Č. 11 - Jste spokojen/na s množstvím a charakterem předávaných informací?

Tabulka č. 11 - Spokojenost s množstvím a charakterem informací

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, zcela	52	94,55 %	48	96 %
Ano, částečně	3	5,45 %	2	4 %
Nejsem spokojený/á	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



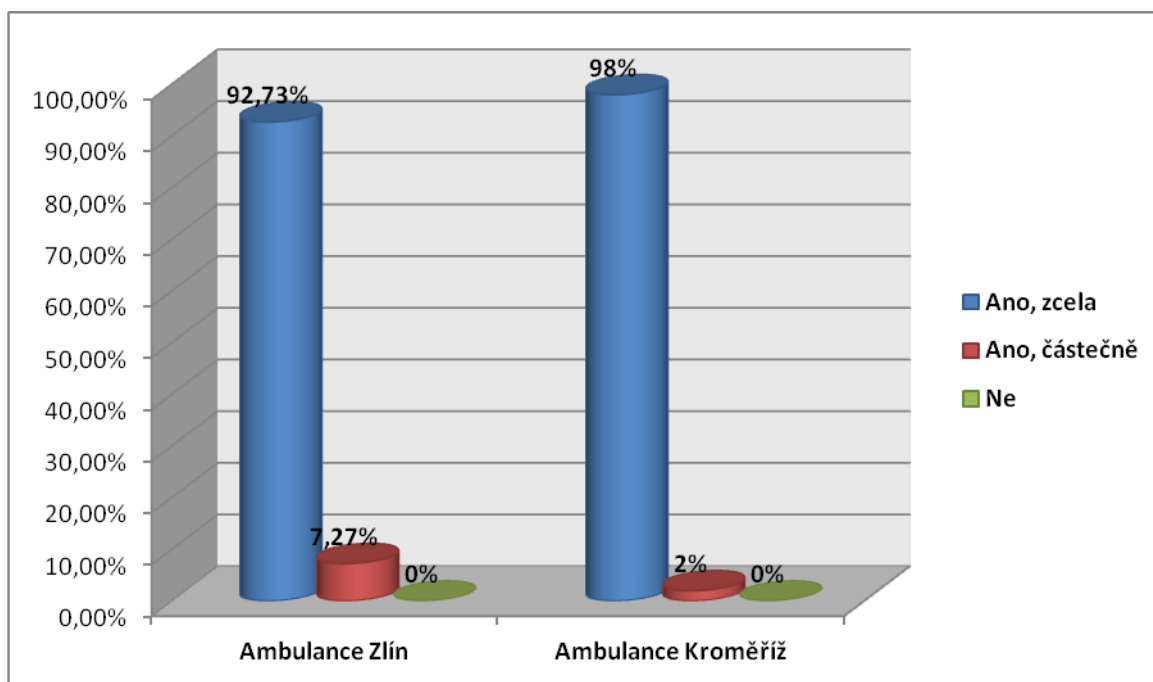
Graf č. 11 - Spokojenost s množstvím a charakterem informací

Z tabulky č. 11 a grafu č. 11 vyplývá, že 52 respondentů (94,55 %) z ambulance Zlín je zcela spokojeno s množstvím a charakterem předávaných informací a pouze 3 respondenti (5,45 %) jsou spokojeni částečně. V ambulanci Kroměříž je spokojeno zcela 48 respondentů (96 %) a částečně pouze 2 respondenti (4 %).

POLOŽKA Č. 12 - Je Vám vždy dopředu vysvětlen postup léčby?

Tabulka č. 12 - Vysvětlení postupu léčby

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, zcela	51	92,73 %	49	98 %
Ano, částečně	4	7,27 %	1	2 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 12 - Vysvětlení postupu léčby

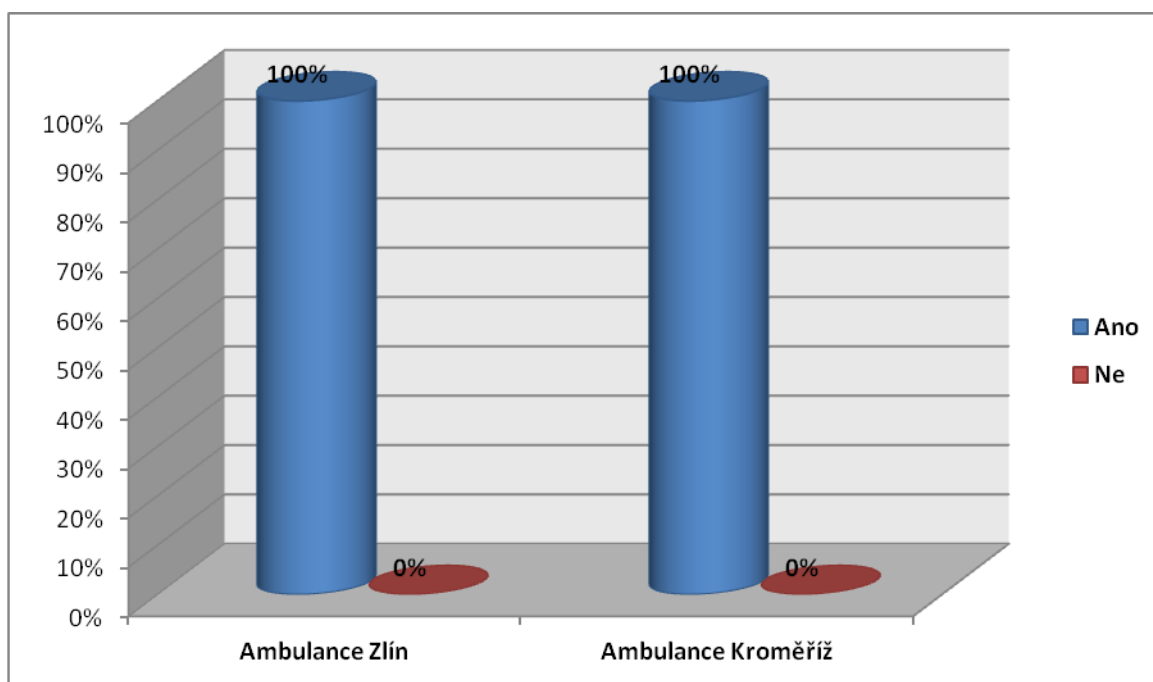
Z výsledků této položky vyplývá, že 51 respondentů (92,73 %) z ambulance Zlín je zcela dopředu informováno o postupu léčby, pouze 4 respondenti (7,27 %) uvedli, že jsou informováni částečně.

V ambulanci Kroměříž uvedlo 49 respondentů (98 %), že je zcela informováno dopředu o postupu léčby a pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že je informován částečně.

POLOŽKA Č. 13 - V případě, že neporozumíte informacím, máte možnost se dotázat znovu?

Tabulka č. 13 - Možnost zpětného dotázání

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	55	100 %	50	100 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



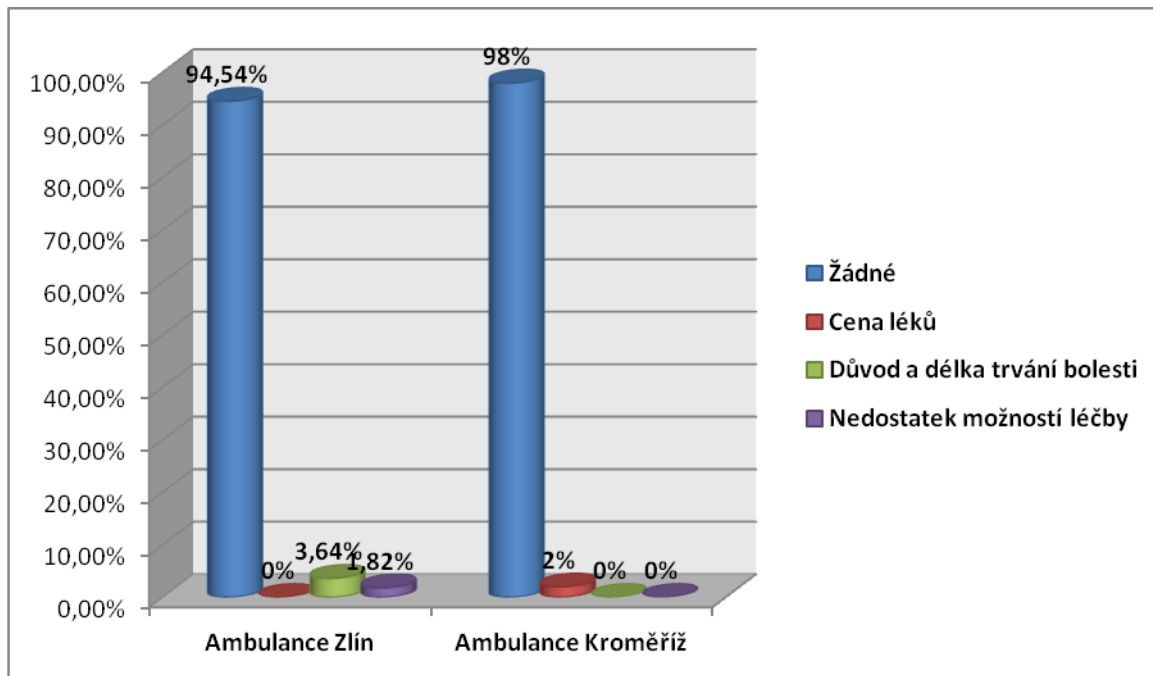
Graf č. 13 - Možnost zpětného dotázání

Z celkového počtu respondentů ambulance Zlín uvedlo 55 respondentů, tedy 100 %, že v případě neporozumění informacím mají možnost se dotázat znovu. Z ambulance Kroměříž z celkového počtu respondentů taktéž uvedlo 50 respondentů (100 %), že mají v případě neporozumění informacím možnost dotázat se znovu.

POLOŽKA Č. 14 - Jaké informace v souvislosti s Vaší léčbou Vám chyběly?

Tabulka č. 14 - Nedostatek informací

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žádné	52	94,54 %	49	98 %
Cena léků	0	0 %	1	2 %
Důvod a délka trvání bolesti	2	3,64 %	0	0 %
Nedostatek možností léčby	1	1,82 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 14 - Nedostatek informací

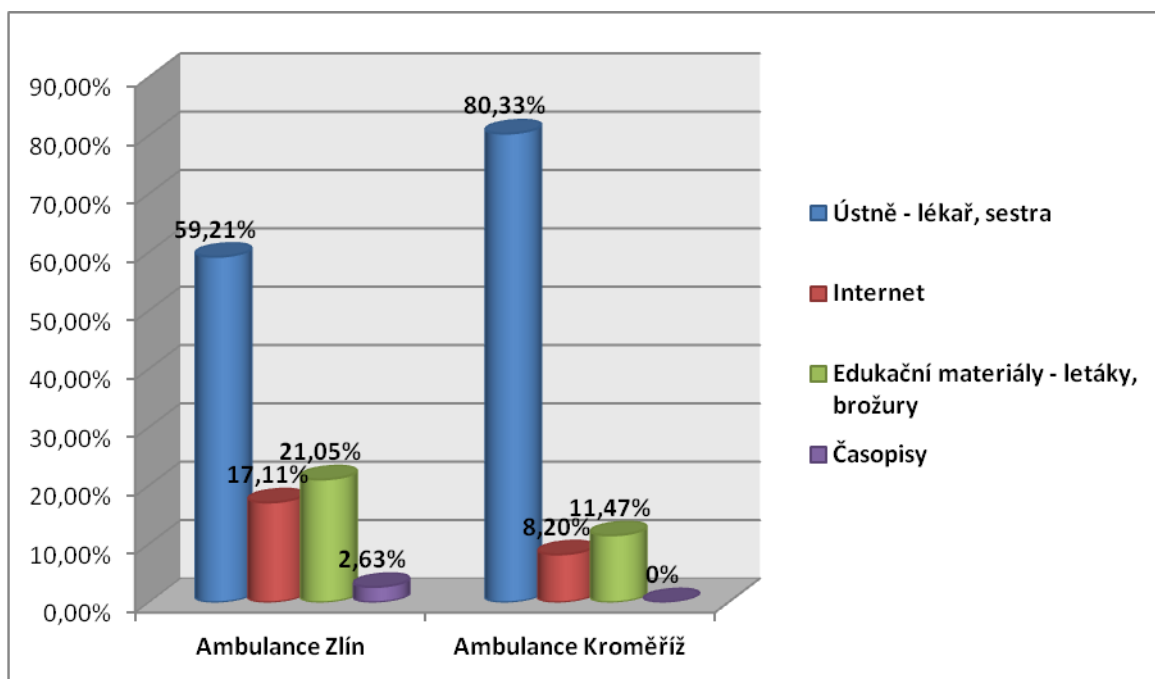
Z tabulky č. 14 a grafu č. 14 je patrné, že 52 respondentů (94,54 %) z ambulance Zlín udává, že jim nechyběly žádné informace v souvislosti s jejich léčbou.

2 respondenti (3,64 %) uvedli, že jim chyběly informace týkající se důvodu a délky trvání bolesti a 1 respondent (1,82 %) uvedl jako chybějící informaci nedostatek možností léčby. V ambulanci Kroměříž uvedlo 49 respondentů (98 %), že jim nechyběly žádné informace v souvislosti s jejich léčbou a pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že mu chyběla informace týkající se ceny léků.

POLOŽKA Č. 15 - Jaký způsob pro předávání informací je pro Vás výhodnější? (Můžete uvést více odpovědí.)

Tabulka č. 15 - Způsob předávání informací

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ústně - lékař, sestra	45	59,21 %	49	80,33 %
Internet	13	17,11 %	5	8,20%
Edukační materiály - letáky, brožury	16	21,05 %	7	11,47 %
Časopisy	2	2,63 %	0	0 %
Celkem	76	100 %	61	100 %



Graf č. 15 - Způsob předávání informací

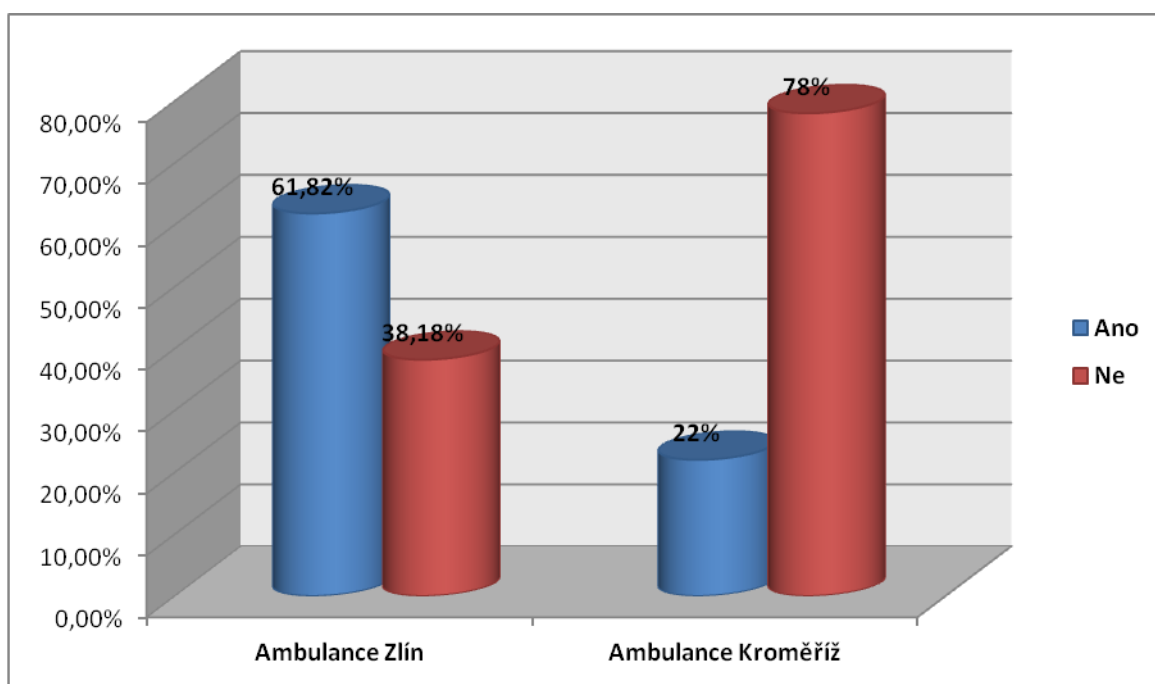
Tato položka č. 15 obsahovala možnost více odpovědí, proto byly hodnoceny všechny odpovědi respondentů tedy 76 (100 %) z ambulance Zlín a 61 (100 %) z ambulance

Kroměříž. Z ambulance Zlín preferovalo jako způsob pro předávání informací 45 respondentů (59,21 %) ústně - lékařem, sestrou, 13 respondentů (17,11 %) uvedlo jako způsob pro předávání informací internet, edukační materiály - letáky, brožury uvedlo 16 respondentů (21,05 %) a časopisy uvedli 2 respondenti (2,63 %). V ambulanci Kroměříž uvedlo 49 respondentů (80,33 %) také jako nejpreferovanější způsob pro předávání informací ústně - lékařem, sestrou, 5 respondentů (8,20 %) uvedlo jako způsob pro předávání informací internet a 7 respondentů (11,47 %) edukační materiály - letáky, brožury.

POLOŽKA Č. 16 - Užívá zdravotnický personál k hodnocení Vaší bolesti hodnotících škál?

Tabulka č. 16 - Užívání hodnotících škál pro bolest

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	34	61,82 %	11	22 %
Ne	21	38,18 %	39	78 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



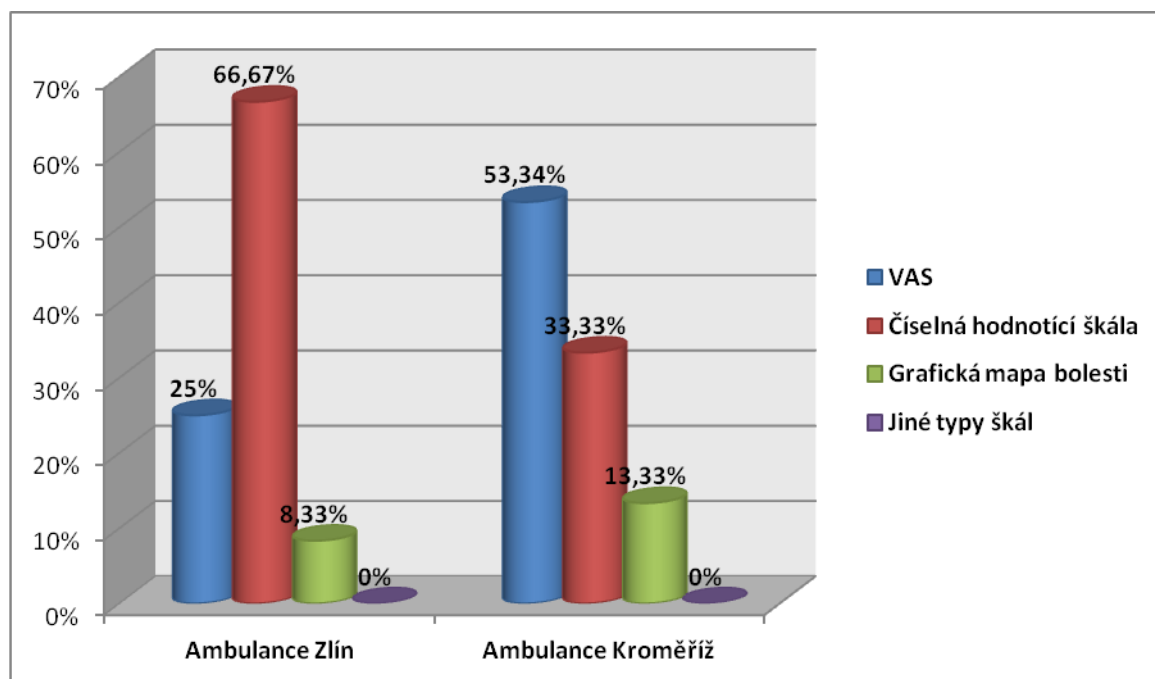
Graf č. 16 - Užívání hodnotících škál pro bolest

Z tabulky č. 16 a grafu č. 16 vyplývá, že v ambulanci Zlín uvedlo 34 respondentů (61,82 %), že zdravotnický personál k hodnocení bolesti užívá hodnotících škál, 21 respondentů (38,18 %) uvedlo, že hodnotící škály pro bolest u nich nebyly použity. V ambulanci Kroměříž udává pouhých 11 respondentů (22 %), že u nich byly použity škály pro hodnocení bolesti a překvapivě u 39 respondentů nebyly hodnotící škály pro bolest použity.

POLOŽKA Č. 17 - Pokud jste v předchozí otázce uvedl/la ano, vyberte, jaké typy škál u Vás byly použity: (Můžete uvést více odpovědí.)

Tabulka č. 17 - Typy hodnotících škál pro bolest

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
VAS	9	25 %	8	53,34 %
Číselná hodnotící škála	24	66,67 %	5	33,33 %
Grafická mapa bolesti	3	8,33 %	2	13,33 %
Jiné typy škál	0	0 %	0	0%
Celkem	36	100 %	15	100 %



Graf č. 17 - Typy hodnotících škál pro bolest

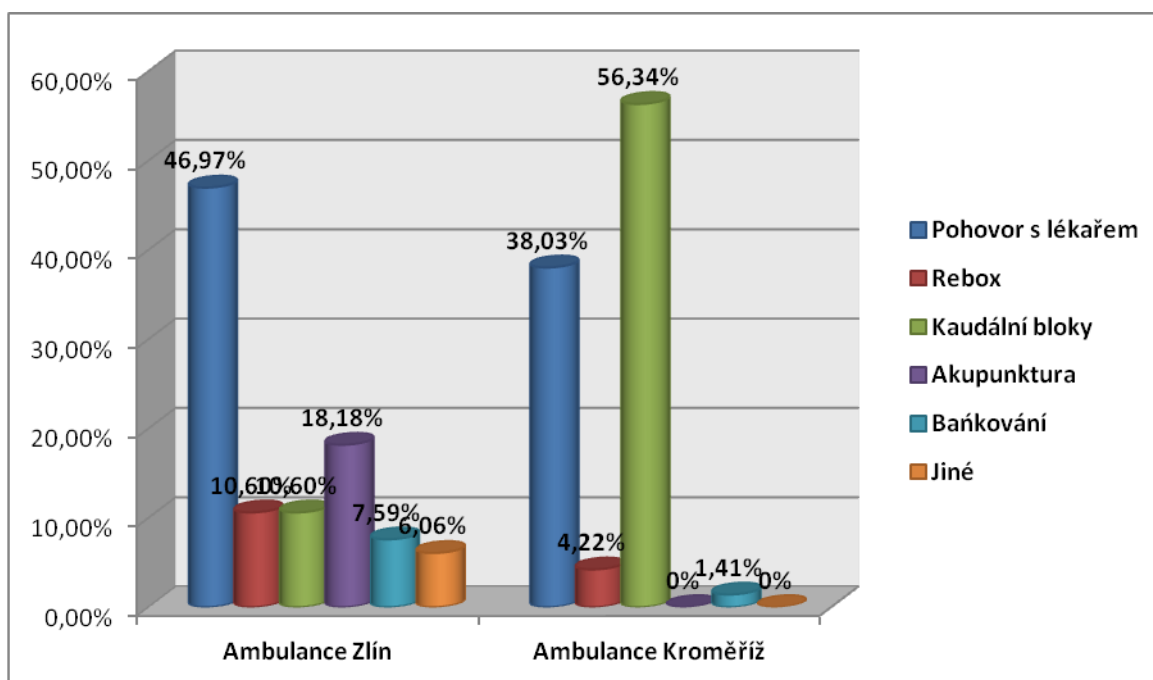
Na tuto položku č. 17 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že zdravotnický personál k hodnocení jejich bolesti užívá hodnotících škál.

V ambulanci Zlín takto odpovědělo 34 respondentů z celkového počtu 55 a v ambulanci Kroměříž pouhých 11 respondentů z celkového počtu 50. Tato položka obsahovala možnost více odpovědí proto, byly hodnoceny všechny odpovědi respondentů tedy 36 (100 %) v ambulanci Zlín a v ambulanci Kroměříž 15 (100 %). Nejvíce používanou škálou pro hodnocení bolesti v ambulanci Zlín byla Číselná hodnotící škála, kterou uvedlo 24 respondentů (66,67 %), dále VAS uvedlo 9 respondentů (25 %) a grafickou mapu bolesti 3 respondenti (8,33 %). V ambulanci Kroměříž uvedlo 8 respondentů (53,34 %) jakou nejpoužívanější škálu pro hodnocení bolesti VAS, 5 respondentů (33,33 %) uvedlo Číselnou hodnotící škálu a Grafickou mapu bolesti uvedli 2 respondenti (13,33 %). Možnost jiných typů škál neuvedl žádný z dotazovaných respondentů ambulance Zlín a ani ambulance Kroměříž.

POLOŽKA Č. 18 - Jaké metody léčby bolesti absolvujete v ambulanci bolesti? (Můžete uvést více odpovědí.)

Tabulka č. 18 - Absolvované metody léčby bolesti

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pohovor s lékařem	31	46,97 %	27	38,03 %
Rebox	7	10,60 %	3	4,22 %
Kaudální bloky	7	10,60 %	40	56,34 %
Akupunktura	12	18,18 %	0	0 %
Baňkování	5	7,59 %	1	1,41 %
Jiné	4	6,06 %	0	0 %
Celkem	66	100 %	71	100 %



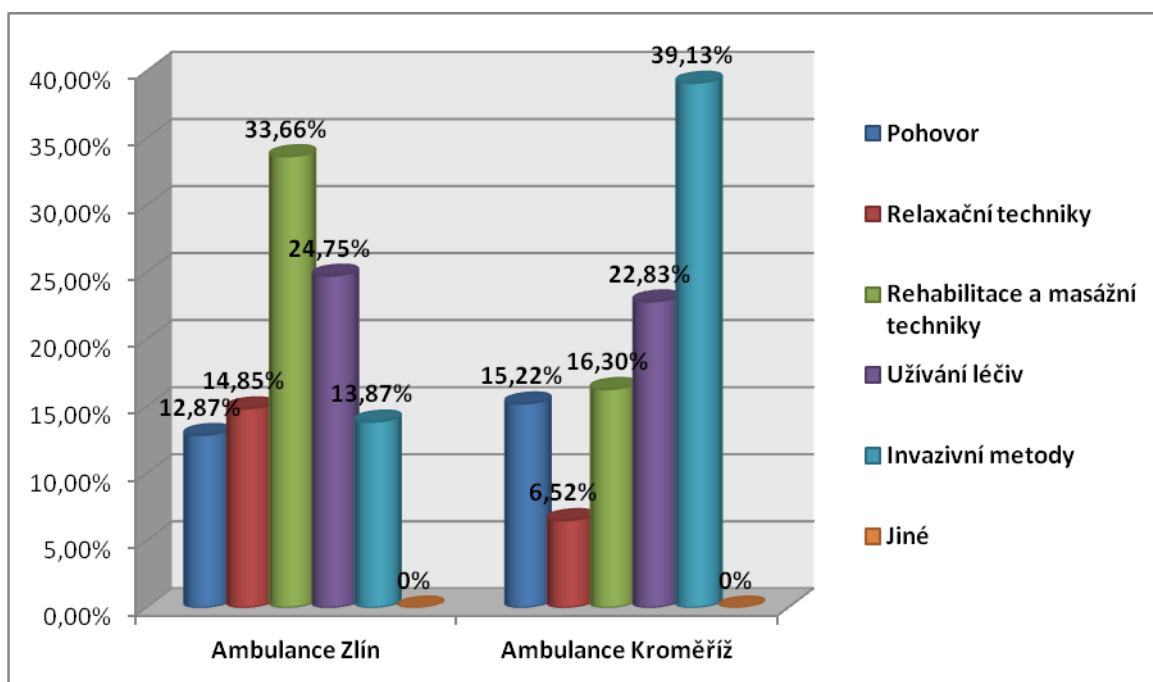
Graf č. 18 - Absolvované metody léčby bolesti

Tato položka č. 18 obsahovala více možností odpovědí, proto byly hodnoceny také všechny odpovědi respondentů tedy v ambulanci Zlín 66 (100 %) a v ambulanci Kroměříž 71 (100 %). V ambulanci Zlín absolvovalo 31 respondentů (46,97 %) jako metodu léčby bolesti *pohovor s lékařem*, 12 respondentů (18,18 %) uvedlo jako metodu léčby bolesti *akupunkturu*. Stejný počet respondentů tedy 7 (10,60 %) uvedlo jako metodu léčby absolvovanou v ambulanci bolesti: *Rebox* a *kaudální bloky*, 5 respondentů (7,59 %) uvedlo jako metodu *baňkování* a 4 respondenti (6,06 %) z ambulance Zlín uvedli jako jiné metody, které absolvují v ambulanci léčby bolesti *infuzní terapii*. V ambulanci Kroměříž uvedlo 40 respondentů (56,34 %) jako absolvovanou metodu léčby bolesti *kaudální bloky*, 27 respondentů (38,03 %) *pohovor s lékařem*, 3 respondenti (4,22 %) *Rebox*, 1 respondent (1,41 %) *baňkování*, *akupunkturu* ani jiné metody neuvedl žádný z dotazovaných respondentů. Domnívám se, že rozdíly obou ambulancí v aplikaci metod léčby bolesti jsou dány zkušenostmi jednotlivých pracovišť.

POLOŽKA Č. 19 - Jaké metody léčby bolesti upřednostňujete Vy? (Můžete uvést více odpovědí.)

Tabulka č. 19 - Upřednostňované metody léčby bolesti pacientem

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pohovor	13	12,87 %	14	15,22 %
Relaxační techniky	15	14,85 %	6	6,52 %
Rehabilitace a masážní techniky	34	33,66 %	15	16,30 %
Užívání léčiv	25	24,75 %	21	22,83 %
Invazivní metody	14	13,87 %	36	39,13 %
Jiné	0	0 %	0	0 %
Celkem	101	100 %	92	100 %



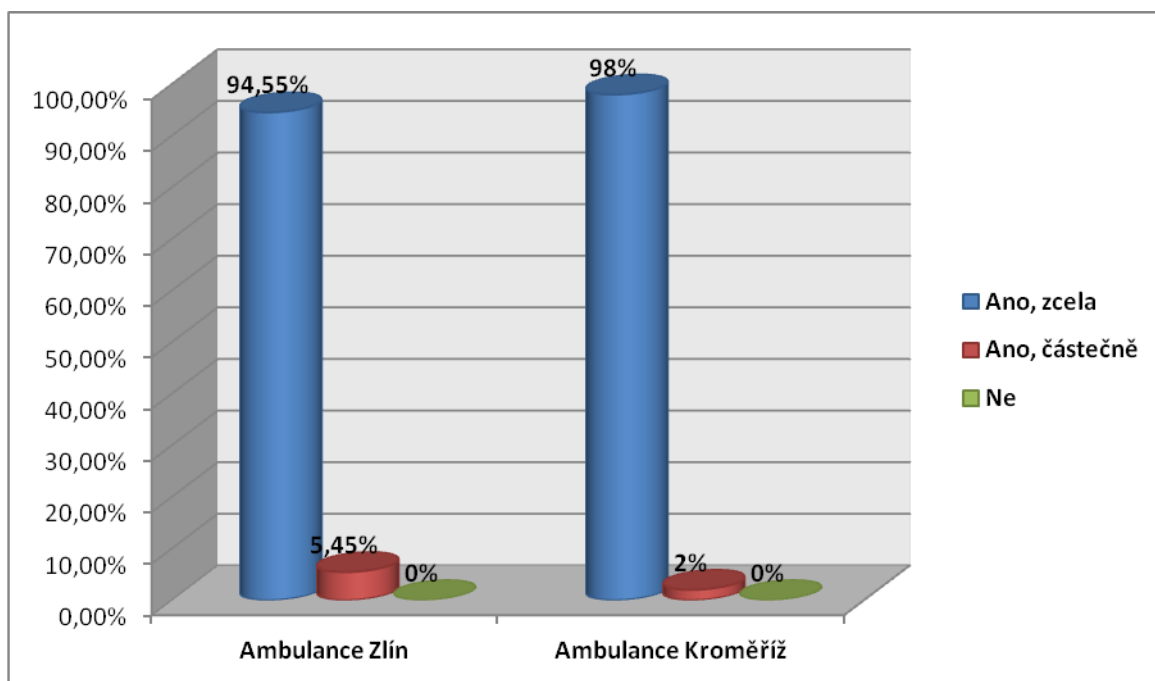
Graf č. 19 - Upřednostňované metody léčby bolesti pacientem

Položka č. 19 obsahovala více možností odpovědí, proto byly hodnoceny taktéž všechny odpovědi respondentů tedy v ambulanci Zlín 101 (100 %) a v ambulanci Kroměříž 92 (100 %). Nejvíce respondentů tedy 34 (33,66 %) z ambulance Zlín na otázku: „*Jaké metody léčby bolesti upřednostňujete Vy?*“ uvedlo *rehabilitační a masážní techniky*, *užívání léčiv* uvedlo 25 respondentů (24,75 %), 15 respondentů (14,85 %) uvedlo *relaxační techniky*, 14 respondentů (13,87 %) *invazivní metody* a *pohovor* uvedlo překvapivě pouze 13 respondentů (12,87 %). Z ambulance Kroměříž nejvíce upřednostňovanou metodou léčby bolesti byly *invazivní metody*, které uvedlo 36 respondentů (39,13 %), dále 21 respondentů (22,83 %) uvedlo *užívání léčiv*, *rehabilitační a masážní techniky* uvedlo 15 respondentů (16,30 %), pouze 14 respondentů (15,22 %) uvedlo *pohovor* a *relaxační techniky* uvedlo 6 respondentů (6,52 %). Možnost jiné upřednostňované metody léčby bolesti neuvedl žádný z dotazovaných respondentů obou ambulancí.

POLOŽKA Č. 20 - Bylo v průběhu vyšetření a léčby chráněno Vaše soukromí?

Tabulka č. 20 - Ochrana soukromí

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, zcela	52	94,55 %	49	98 %
Ano, částečně	3	5,45 %	1	2 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 20 - Ochrana soukromí

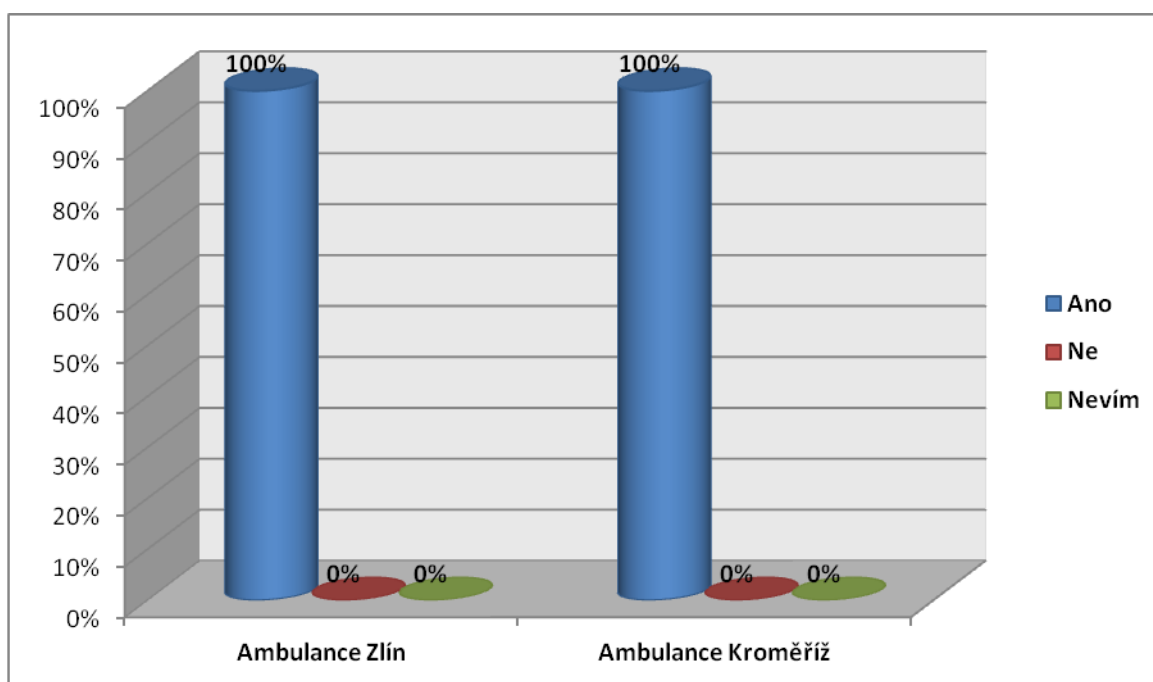
Z tabulky č. 20 a grafu č. 20 vyplývá, že u 52 respondentů (94,55 %) z ambulance Zlín bylo soukromí pacientů v průběhu vyšetření a léčby chráněno zcela, pouze 3 respondenti (5,45 %) uvedli, že jejich soukromí bylo chráněno částečně.

V ambulanci Kroměříž uvedlo 49 respondentů (98 %), že jejich soukromí v průběhu vyšetření a léčby bylo chráněno zcela a pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že jeho soukromí bylo chráněno částečně. Žádný z dotazovaných respondentů obou ambulancí neuvedl, že by jeho soukromí nebylo chráněno vůbec.

POLOŽKA Č. 21 - Doporučil/la byste návštěvu Vámi navštěvované ambulance bolesti svým blízkým trpícím bolestí?

Tabulka č. 21 - Doporučení návštěvy ambulance bolesti svým blízkým

Respondent	Ambulance Zlín		Ambulance Kroměříž	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	55	100 %	50	100 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	0	0 %
Celkem	55	100 %	50	100 %



Graf č. 21 - Doporučení návštěvy ambulance bolesti svým blízkým

Z výsledků této položky je zřejmé, že 55 respondentů (100 %) z ambulance Zlín by doporučilo návštěvu této ambulance svým blízkým trpícím bolestí, stejně tak i 50 respondentů

(100 %) ambulance Kroměříž by taktéž doporučilo návštěvu této ambulance svým blízkým. Což je dle mého názoru velmi potěšující výsledek.

10 DISKUZE

Cíl č. 1 - Zjistit, zda pacienti léčení v ambulanci bolesti rozumí charakteru, množství, obsahu předávaných informací a zda jim způsoby předávání informací vyhovují a jsou s nimi spokojeni, zjistit nejčastější zdroje informací o možnosti návštěvy ambulance bolesti.

Kvalitní informovanost pacientů trpících chronickou bolestí považují za stěžejní, je velmi důležitá nejen pro další spolupráci s pacientem, ale má také velký vliv na psychickou stránku pacienta a na následnou spolupráci s pacientem. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 105 respondentů z toho 55 respondentů z ambulance Zlín a 50 respondentů z ambulance Kroměříž. Nejvíce zastoupena byla v obou ambulancích věková skupina respondentů v rozmezí 40 - 59 let. V dotazníkovém šetření obou ambulancí byly více zastoupeny ženy, stejně tak tomu bylo i v předvýzkumu, který se konal v říjnu 2011. V ambulanci Zlín převažovali respondenti se středoškolským vzděláním, v ambulanci Kroměříž převažovali respondenti vyučení. Průzkumným šetřením jsem zjistila, že většina pacientů léčení v ambulancích pro léčbu bolesti ve Zlíně a v Kroměříži je zcela spokojena a rozumí charakteru, množství a obsahu předávaných informací a to v počtu 52 respondentů (94,55 %) v ambulanci Zlín a v počtu 48 respondentů (96 %) v ambulanci Kroměříž (viz. Tabulka č. 11, Graf č. 11). Pouze 3 respondenti (5,45 %) z ambulance Zlín a 2 respondenti (4 %) z ambulance Kroměříž uvedli, že jsou s množstvím a charakterem předávaných informací spokojeni částečně. Žádný z dotazovaných respondentů obou ambulancí neuvedl nespokojenost v oblasti informovanosti. Což je dle mého názoru velmi pozitivní výsledek nejen pro zaměstnance obou ambulancí.

Dále mě zajímalo, kde získali pacienti informace týkající se možnosti návštěvy ambulance bolesti. V ambulanci Zlín uvedlo nejvíce respondentů, tedy 25 (45,45 %), že informace získali od ošetřujícího lékaře v nemocnici, naproti tomu z ambulance Kroměříž 30 respondentů (60 %) uvedlo, že tyto informace získalo od obvodního lékaře (viz. Tabulka č. 7, Graf č. 7).

Většina dotazovaných respondentů obou ambulancí uvedla, že je jim postup léčby vysvětlen zcela vždy dopředu před zahájením léčby a to v ambulanci Zlín u 51 respondentů (92,73 %) a v ambulanci Kroměříž u 49 respondentů (98 %). Velmi potěšující byla odpověď respondentů obou ambulancí týkající se možnosti zpětného dotazování v případě nepochopení podávané informací, kdy 55 respondentů (100 %) z ambulance Zlín a 50 respondentů (100 %) z ambulance Kroměříž uvedlo možnost zpětného dotazování se znovu (viz. Tabulka č. 13, Graf č. 13). Položka č. 14 obsahovala otázku zaměřenou na chybějící

informace pacientů v průběhu jejich léčby, kdy z ambulance Zlín uvedli 2 respondenti (3,64 %) jako chybějící informaci: *důvod a délku trvání bolesti*, 1 respondent (1,82 %) - *nedostatek možností léčby*, v ambulanci Kroměříž uvedl pouze 1 respondent (2 %) jako chybějící informaci: *cenu léků*. Většině respondentů obou ambulancí žádné informace týkající se jejich léčby nechyběly. Pro většinu respondentů obou ambulancí byl nejvhodnější způsob pro předávání informací ústní formou - lékařem nebo sestrou dané ambulance a to pro 45 respondentů (59,21 %) ambulance Zlín a pro 49 respondentů (80,33 %) z ambulance Kroměříž. Zbytek respondentů preferoval způsob pro předání informací formou edukačních materiálů: letáky, brožury, event. internetové odkazy.

Cíl č. 2 - Zjistit zda je ošetřovatelský přístup a péče ze stran zdravotnického personálu v ambulanci bolesti pro pacienty vyhovující.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že 49 respondentů (89,09 %) z ambulance Zlín je s přístupem a péčí zdravotnického personálu spokojeno zcela, pouze 6 respondentů (10,91 %) bylo spokojeno částečně. Obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž, kdy 48 respondentů (96 %) uvedlo, že jsou s přístupem a péčí spokojeni zcela a 2 z dotazovaných respondentů (4 %) spokojeni částečně, žádný z dotazovaných respondentů neuvedl nespokojenost s přístupem a péčí zdravotnického personálu obou ambulancí (viz. Tabulka č. 8, Graf č. 8). To je velmi potěšující výsledek.

Na položku dotazníku č. 9 týkající se představení lékaře pacientovi při první návštěvě ambulance bolesti uvedlo 42 respondentů (76,36 %) z ambulance Zlín, že se jim lékař představil při prvním kontaktu, 1 respondent (1,82 %) uvedl, že se lékař nepředstavil a 12 respondentů (21,82 %) si tuto skutečnost nepamatuje. V ambulanci Kroměříž uvedlo 40 respondentů (80 %), že se lékař představil, 3 z respondentů (6 %) uvedli, že se lékař nepředstavil a zbylých 7 respondentů (14 %) si nepamatuje, zda se lékař představil (viz. Tabulka č. 9, Graf č. 9). Tato skutečnost mě nepřekvapila, neboť dle mých zkušeností je přístup lékařů v ambulanci praxi k pacientům pozitivnější než v nemocničních zařízeních. Hůře v průzkumném šetření dopadly sestry daných ambulancí, kdy v ambulanci Zlín uvedlo pouze 32 respondentů (58,18 %), že se jim sestra představila při první návštěvě v ambulanci, 5 respondentů (9,09 %) uvedlo, že se sestra nepředstavila a 18 respondentů (32,73 %) si tuto skutečnost nepamatuje. Obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž, kdy 33 respondentů (66 %) odpovědělo kladně, 3 respondenti (6 %) záporně a 14

z dotazovaných respondentů (28 %) uvedlo, že si tuto skutečnost nepamatuje (viz. Tabulka č. 10, Graf č. 10). Tato skutečnost mě bohužel překvapila v negativním slova smyslu, i když vím dle vlastních zkušeností, že práce na ambulanci je velmi náročná, ale i přesto si myslím, že by v této oblasti měly sestry na sobě více zapracovat. Vždyť už při prvním kontaktu s pacientem můžeme ovlivnit další průběh spolupráce.

Většina z dotazovaných respondentů obou ambulančí uvedla, že bylo v průběhu jejich léčby chráněno soukromí zcela a to z ambulance Zlín 52 respondentů (94,55 %) a z ambulance Kroměříž 49 respondentů (98 %). Tento výsledek mě nepřekvapil, neboť znám prostory a vybavení ambulance bolesti v Kroměříži a měla jsem možnost absolvovat i týdenní praxi v rámci zpracovávání mé práce v ambulanci pro léčbu bolesti ve Zlíně a obě z ambulančí jsou velmi dobře vybaveny, co se týká prostorového uspořádání pracovny sestry a lékaře tak, aby byla ochrana soukromí pacienta zajištěna co nejlépe.

Velmi potěšující byla odpověď respondentů na otázku týkající se toho, zda by doporučili návštěvu jimi navštěvované ambulance svým blízkým trpícím bolestí, kde v ambulanci Zlín uvedlo 55 respondentů (100 %), že by doporučili návštěvu v případě, že by jejich blízký trpěl bolestí a stejně tomu bylo i v ambulanci v Kroměříži, kdy odpovědělo 50 respondentů (100 %). Domnívám se, že tento výsledek svědčí o dobré kvalitě obou ambulančí.

Cíl č. 3 - Zjistit, zda zdravotnický personál ambulance bolesti užívá k hodnocení bolesti hodnotící škály a jaké nejčastější typy škál.

Z výsledků průzkumného šetření vyplynulo, že pouze u 34 respondentů (61,82 %) z ambulance Zlín užíval zdravotnický personál ambulance k hodnocení jejich bolesti hodnotících škál a 21 respondentů (38,18 %) uvedlo, že se s hodnotícími škálami bolesti neseťkalo. Překvapivě ještě hůře dopadly výsledky průzkumného šetření v ambulanci Kroměříž, kde pouze 11 respondentů (22 %) uvedlo užití hodnotících škál pro bolest personálem ambulance, zbylých 39 respondentů (78 %) uvedlo, že se hodnotícími škálami v ambulanci bolesti neseťkalo (viz. Tabulka č. 16, Graf č. 16). Tyto výsledky mě bohužel nepotěšily a domnívám se, že by bylo dobré připravit seminář týkající se Hodnocení bolesti sestrou nejen v ambulantní sféře, kde by byl kladen důraz na užívání těchto škál jako jednu z možností, která může v pozitivním slova smyslu ovlivnit průběh léčby pacienta.

Na položku dotazníku č. 17 odpovídali pouze pacienti, kteří uvedli užití hodnotících škál pro bolest zdravotnickým personálem dané ambulance a z daných možností si mohli

vybrat více odpovědí. V ambulanci Zlín měla největší zastoupení Číselná hodnotící škála bolesti a to u 24 respondentů (66,67 %) z celkového počtu odpovědí 36 (100 %). V ambulanci Kroměříž je naopak nejpoužívanější škála VAS, tuto možnost hodnocení bolesti uvedlo 8 respondentů (53,34 %) z celkového počtu odpovědí 15 (100 %), (viz Tabulka č. 17, Graf č. 17).

Podobným průzkumným šetřením týkajícím se užívání hodnotících škál bolesti, ale u hospitalizovaných pacientů se zabývala studentka Radka Kubicová z Masarykovy univerzity v Brně v roce 2009. Název její bakalářské práce: *Management bolesti z pohledu sestry. V položce č. 13 jejího dotazníku se zaměřovala na typy užívaných hodnotících škál pro bolest sestrami, při hodnocení bolesti pacienta ve dvou zdravotnických zařízeních: FN Ostrava, kde se průzkumného šetření zúčastnily sestry oddělení: Onkologické a Urologické kliniky a ve FN Brno Bohunice se průzkumného šetření zúčastnily sestry: Hematoonkologické a Urologické kliniky. Jako možnosti používaných typů škál si zvolila škály: VAS - barvy, VAS - face scale, VAS - numerická, NRS, slovně popisná. Ve FN Ostravě na Onkologické klinice 43,90 % (n = 18) respondentů označilo možnost slovně popisnou. Na urologickém odd. 43,24 % (n = 16) respondentů zvolilo možnost NRS. Ve FN Brno Bohunice Urologické klinice respondenti uvedli, že nejvíce využívají hodnotící škálu slovně popisnou 44,11 % (n = 15). Na Hematoonkologické klinice FN Brno Bohunice nejvíce respondentů uvedlo VAS – face scale 29,22 % (n = 26). Jednotlivé pracoviště používají v rozdílné preferenci jednotlivé hodnotící škály bolesti. Dle tabulky č. 11 (str. 69 FN) Ostrava méně preferuje hodnotící škály: VAS – barvy, VAS – face scale, VAS – numerickou než FN Brno Bohunice (Kubicová, 2009, online).*

Cíl č. 4 - Zjistit nejčastější typy bolesti - pacientů léčených v ambulanci bolesti, délku léčby, nejužívanější metody léčby bolesti aplikované v ambulanci bolesti a metody léčby upřednostňované pacientem.

V neposlední řadě mě zajímalo, jakým nejčastějším typem bolesti trpí pacienti léčení v ambulanci bolesti. V ambulanci Zlín nejvíce pacientů trpělo neurologickým typem bolesti zad, hlavy a to v zastoupení 25 respondentů (45,45 %), obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž, kde trpělo neurologickým typem bolesti zad a hlavy 33 respondentů (66 %), (viz Tabulka č. 4, Graf č. 4). Troufám si říct, že jednou z možných příčin tohoto typu bolesti je nezdravý způsob života: nedostatek pohybových aktivit a stres.

U 53 respondentů (96,36 %) z ambulance Zlín byl charakter jejich bolesti chronický, bolest u nich přetrvávala déle jak 3 měsíce. Obdobné výsledky byly i v ambulanci Kroměříž, kdy tento charakter bolesti uvedlo 49 z dotazovaných respondentů (98 %), (viz Tabulka č. 5. Graf č. 5). Tento výsledek mě nepřekvapil, neboť ambulance, v kterých probíhalo mé průzkumné šetření, se zaměřují hlavně na léčbu chronické bolesti.

Dále jsem chtěla zjistit délku léčby pacientů léčených v ambulanci bolesti, kdy v ambulanci Zlín bylo nejvíce respondentů tj. 14 respondentů (25,45 %) léčeno v rozmezí 5 - 11,5 měsíce, stejný počet respondentů dané ambulance byl léčen v rozmezí 1 - 2,5 let. Překvapivé byly výsledky průzkumu týkající se délky léčby v ambulanci Kroměříž, kdy nejvíce respondentů bylo zastoupeno v rozmezí 3 - 5,5 let a to 18 respondentů (36 %), (viz Tabulka č. 6, Graf č. 6).

Položka č. 18 byla zaměřena na metody léčby bolesti aplikované v ambulancích bolesti. Respondenti měli možnost z výběru více odpovědí, proto jsem vycházela z celkového počtu všech odpovědí dané ambulance, ambulance Zlín 66 (100 %), ambulance Kroměříž 71 (100 %). V ambulanci Zlín uvedlo jako nejpoužívanější metodu léčby bolesti 31 respondentů (46,97 %) *pohovor s lékařem*. V ambulanci Kroměříž uvedlo 40 respondentů (56,34 %), jako nejpoužívanější metodu léčby bolesti *kaudální bloky*. Druhou nejčastěji používanou metodou léčby bolesti v ambulanci Zlín byla *akupunktura*, kterou uvedlo 12 respondentů (18,18 %), v ambulanci Kroměříž byla druhou nejpoužívanější metodou léčby bolesti metoda *pohovor s lékařem* v zastoupení 27 respondentů (38,03 %). Domnívám se, že rozdíly výsledků průzkumného šetření jsou dány zkušenostmi jednotlivých pracovišť s metodami léčby bolesti.

V položce č. 19 měli pacienti možnost vybrat si z nabídnutých odpovědí, jakou metodu léčby bolesti upřednostňují oni sami. Stejně tak jako v předchozí položce měli na výběr z více možností odpovědí, proto jsem vycházela z celkového počtu odpovědí všech respondentů, a to v ambulanci Zlín 101 odpovědí (100 %) a v ambulanci Kroměříž 92 odpovědí (100 %). Nejvíce upřednostňovanou metodou léčby bolesti v ambulanci Zlín byla metoda *rehabilitace a masážní techniky* a to u 34 respondentů (38,03 %), v ambulanci Kroměříž metoda invazivní léčby bolesti: *kaudální bloky* u 36 respondentů (39,13 %). Tento výsledek mě nepřekvapil, neboť už z předchozí položky vyplynulo, že nejpoužívanější metodou léčby bolesti v ambulanci Kroměříž jsou *kaudální bloky* a domnívám se, že většína respondentů se ke zvolení této odpovědi rozhodla právě z důvodu pozitivních osobních zkušeností s touto metodou léčby bolesti.

11 ZÁVĚR

Počet pacientů trpících chronickou bolestí dle mého názoru a zkušeností z naší ambulance pro léčbu bolesti nejen v Kroměříži narůstá. Dochází také ke zdokonalování diagnostických postupů a léčebných metod v léčbě bolesti. V ambulancích se začínají uplatňovat i alternativní metody léčby bolesti, což je dle mého názoru velmi pozitivní. Ale i přesto bychom neměli zapomínat na empatický přístup a kvalitní informovanost o možnostech léčby bolesti, kterou považuji za stěžejní v rámci další spolupráce s pacientem.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji charakteristice typů bolesti, diagnostice a hodnocení bolesti prostřednictvím hodnotících škál. Dále je teoretická část zaměřena na historii a současnost v algeziologii. V závěru teoretické části se věnuji roli sestry v ambulanci bolesti.

Praktická část je zaměřena na vytyčení cílů práce, popis průzkumného šetření a zhodnocení výsledků šetření do přehledných tabulek a grafů, které jsou opatřeny popisem, diskuzí a závěrem. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 105 respondentů, z toho 55 respondentů z ambulance pro léčbu bolesti ve Zlíně a 50 respondentů z ambulance pro léčbu bolesti v Kroměříži. Hlavním cílem mé práce, bylo zjistit, zda jsou pacienti léčeni v ambulanci bolesti spokojeni nejen s informovaností, ale i s přístupem zdravotnického personálu obou ambulancí. Dále mě zajímalo užívání hodnotících škál pro bolest personálem obou ambulantních zařízení a užívané metody léčby bolesti. Protože výzkumné šetření probíhalo ve dvou ambulancích pro léčbu bolesti ve Zlínském kraji, bylo na základě výsledků průzkumného šetření provedeno srovnání těchto dvou ambulantních zařízení.

Většina respondentů obou ambulancí byla spokojena nejen s informovaností, ale také s přístupem zdravotnického personálu, což byl velmi pozitivní výsledek pro obě ambulantní zařízení. Velký deficit se týkal užívání hodnotících škál pro bolest, zvláště v ambulanci Kroměříž, kde by bylo vhodným opatřením navrhnout seminář pro sestry týkající se užívání hodnotících škál pro bolest jako jednu z možností, která může pozitivně ovlivnit průběh léčby pacienta. Výraznější rozdíly se týkaly pouze aplikovaných metod léčby bolesti obou ambulancí, což je dle mého názoru dáno zkušenostmi jednotlivých pracovníků. V ambulanci Kroměříž pacienti upřednostňovali spíše invazivní metodu léčby bolesti - kaudální bloky, naproti tomu v ambulanci Zlín zase jako metodu léčby bolesti pacienti upřednostňovali pohovor s lékařem nejen o kombinaci léčiv. Velmi potěšující byl pro mě i výsledek užití akupunktury v ambulanci Zlín, jako metody léčby bolesti.

Výstupy pro praxi:

S výsledky průzkumného šetření seznámím odbornou veřejnost.

1. Osobní prezentace této práce a jejích výsledků na 7. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů Ošetřovatelství a Porodní asistence na Univerzitě v Pardubicích, Fakultě zdravotnických studií. Konference probíhala dne 26. 4. 2012 [příloha P I].
2. Vytvoření a publikace přehledového článku v časopisu Sestra z výsledků průzkumného šetření mé práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIDLOVÁ, Martina, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

DUŠOVÁ, Bohdana, 2007. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-461-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1994. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOZÁK, J., et al., 2001. *Opioidy a bolest*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-080-0.

KOZÁK, J., et al., 2002. *Kapitoly z léčby bolesti*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-90-2.

KOZÁK, J., et al., 2009. *Opioidy v léčbě bolesti*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2122-7.

KOZÁK, J., et al., 2010. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-45-6.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACH, J., et al., 2003. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac. ISBN 80-86199-50-9.

NEŠPOR, Karel, 2004. *Bolest se dá zvládnout - Jak mírnit bolest vlastními silami*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-362-2.

OPAVSKÝ, Jaroslav, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.

PRCHALOVÁ, Eva, 2005. *Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí*. Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění. ISBN 80-239-6053-9

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. 2006. *Bolest*. Praha: Tigris. ISBN 80-235 00000-0-0

ROKYTA, R., et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Hakl, Marek. Historie léčby bolesti. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2009, č. 10 [cit. 2012-03-10]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/historie-lecby-bolesti-423514>.

Kozák, Jiří. Historie a současnost léčby bolesti. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2002, č. 25 [cit. 2012-03-10]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/historie-a-soucasnost-lecby-bolesti-145897>.

Kozák, Jiří. Invazivní techniky v léčbě chronické bolesti. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2006, roč. 55, č. 12 [cit. 2012-03-12]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/invazivni-techniky-v-lecbe-chronicke-bolesti-173468>.

Rokyta, Richard. Patofyziologie bolesti. *Postgraduální medicína*. [online]. 2003, č. 1 [cit. 2012-03-12]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/patofyziologie-bolesti-151958>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DBS Hluboká mozková stimulace (deep brain stimulation)

ED epidurální

EEG elektroencefalogram

event. eventuelně

FN Fakultní nemocnice

IASP International Association for the Study of Pain

KRBS Komplexní regionální bolestivý syndrom

MCS Korová stimulace (motor cortex stimulation)

MMPI Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

MS Microsoft

MUDr. Doktor medicíny

např. například

n. l. našeho letopočtu

NRS Číselná hodnotící škála (numerical rating scale)

NSA Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika

PAG periakveduktální šed'

PNS Periferní nervová stimulace (peripheral nerve stimulation)

př. n. l. před našim letopočtem

RFM Rehabilitační a fyzikální medicína

SA subarachnoidální

SCS Stimulace míchy, zadních nervových kořenů, provazců míchy (spinal cord stimulation)

SSLB Společnost pro studium a léčbu bolesti

VAS Vizually analogová škála

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví	39
Graf č. 2 - Věk.....	40
Graf č. 3 - Vzdělání	42
Graf č. 4 - Typ bolesti.....	44
Graf č. 5 - Charakter bolesti.....	46
Graf č. 6 - Délka návštěvnosti ambulance	47
Graf č. 7 - Zdroj informací	49
Graf č. 8 - Spokojenost s přístupem personálu	51
Graf č. 9 - Představení lékaře v ambulanci bolesti.....	53
Graf č. 10 - Představení sestry v ambulanci bolesti	55
Graf č. 11 - Spokojenost s množstvím a charakterem informací	57
Graf č. 12 - Vysvětlení postupu léčby	58
Graf č. 13 - Možnost zpětného dotázání.....	60
Graf č. 14 - Nedostatek informací.....	61
Graf č. 15 - Způsob předávání informací	63
Graf č. 16 - Užívání hodnotících škál pro bolest	65
Graf č. 17 - Typy hodnotících škál pro bolest	66
Graf č. 18 - Absolvované metody léčby bolesti.....	68
Graf č. 19 - Upřednostňované metody léčby bolesti pacientem	70
Graf č. 20 - Ochrana soukromí	72
Graf č. 21 - Doporučení návštěvy ambulance bolesti svým blízkým.....	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Pohlaví.....	39
Tabulka č. 2 - Věk.....	40
Tabulka č. 3 - Vzdělání	42
Tabulka č. 4 - Typ bolesti.....	44
Tabulka č. 5 - Charakter bolesti.....	46
Tabulka č. 6 - Délka návštěvnosti ambulance	47
Tabulka č. 7 - Zdroj informací.....	49
Tabulka č. 8 - Spokojenost s přístupem personálu.....	51
Tabulka č. 9 - Představení lékaře v ambulanci bolesti.....	53
Tabulka č. 10 - Představení sestry v ambulanci bolesti.....	55
Tabulka č. 11 - Spokojenost s množstvím a charakterem informací	57
Tabulka č. 12 - Vysvětlení postupu léčby	58
Tabulka č. 13 - Možnost zpětného dotázání	60
Tabulka č. 14 - Nedostatek informací	61
Tabulka č. 15 - Způsob předávání informací.....	63
Tabulka č. 16 - Užívání hodnotících škál pro bolest.....	65
Tabulka č. 17 - Typy hodnotících škál pro bolest.....	66
Tabulka č. 18 - Absolvované metody léčby bolesti	68
Tabulka č. 19 - Upřednostňované metody léčby bolesti pacientem.....	70
Tabulka č. 20 - Ochrana soukromí.....	72
Tabulka č. 21 - Doporučení návštěvy ambulance bolesti svým blízkým	74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Sterilní stůl k aplikaci kaudálního bloku.....	93
Obrázek č. 2 - Medikace užívaná při aplikaci kaudálního bloku.....	93
Obrázek č. 3 - Aplikace lokálního anestetika (Mesocain 1%) před provedením kaudálního bloku.....	94
Obrázek č. 4 - Dokončení lokální anestezie před provedením kaudálního bloku.....	94
Obrázek č. 5 - Zavedení jehly do kaudálního prostoru	95
Obrázek č. 6 - Aplikace medikace do kaudálního prostoru (Marcain 0,5% + Depo Medrol + F1/1).....	95
Obrázek č. 7- Ošetření místa vpichu po provedeném kaudálním bloku	96

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Potvrzení o účasti na konferenci v Pardubicích

Příloha PII: Fotografie pomůcek a postupu aplikace Kaudálního bloku

Příloha PIII: Dotazník

Příloha PIV: Škály pro hodnocení bolesti

PŘÍLOHA P I: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI V PARDUBICÍCH



POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

pro
jméno a příjmení účastníka akce:

pan/paní **Monika Pucová**

narozen/a **16.2.1983**

**VII. Celostátní studentská vědecká konference
bakalářských a magisterských nelekářských
zdravotnických oborů**

**26. dubna 2012
Univerzita Pardubice**

Forma celoživotního vzdělávání:	odborná konference
Délka trvání akce:	8 hodin
Druh účasti na vzdělávací akci:	aktivní

Souhlasné stanovisko: POUZP pod číslem OZ 592/12 K dle Vyhlášky MZČR č.4/2010 Sb.*
Akce je určena pro: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, radiologické asistenty, zdravotně sociální pracovníky, nutriční terapeutky.

*Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Konference nebyla vedena v cizím jazyce.

Akce byla finančně podpořena Pardubickým krajem a Magistrátem města Pardubic.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
332 10, Pardubice, Průmyslová 295
razítko

.....
podpis

Tato konference je organizována v rámci projektu Zdravotnické studijní programy v inovaci,
Reg.č.: CZ.1.07/2.2.00/15.0357, OP VK, Oblast podpory 7.2.2 Vysokoškolské vzdělávání



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost



Univerzita
Pardubice

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

PŘÍLOHA P II: FOTOGRAFIE POMŮCEK A POSTUPU APLIKACE KAUDÁLNÍHO BLOKU



Obrázek č. 1 - Sterilní stůl k aplikaci kaudálního bloku



Obrázek č. 2 - Medikace užívaná při aplikaci kaudálního bloku

Zdroj: Vlastní.



Obrázek č. 3 - Aplikace lokálního anestetika (Mesocain 1%) před provedením kaudálního bloku



Obrázek č. 4 - Dokončení lokální anestezie před provedením kaudálního bloku

Zdroj: Vlastní.



Obrázek č. 5 - Zavedení jehly do kaudálního prostoru



Obrázek č. 6 - Aplikace medikace do kaudálního prostoru (Marcain 0,5% + Depo Medrol + F1/1)

Zdroj: Vlastní.



Obrázek č. 7- Ošetření místa vpichu po provedeném kaudálním bloku

Zdroj: Vlastní.

Fotografie byly pořízeny na ambulanci pro léčbu bolesti v Kroměříži v průběhu zpracování mé práce a se souhlasem pacienta.

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Monika Pucová, jsem studentkou 3. ročníku kombinované formy studia v programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník, který jste obdržel/la je zaměřen na péči o pacienty navštěvující ambulanci bolesti. Veškerá data a informace jsou anonymní a slouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma: **Bolest z pohledu sestry - informovanost pacientů v ambulanci bolesti**. Cílem mé práce je zjistit spokojenost pacientů s přístupem a informovaností ze stran zdravotnických pracovníků ambulance bolesti a nejužívanější metody léčby bolesti aplikované v ambulanci bolesti a metody léčby upřednostňované pacientem. Děkuji Vám za Vaši spolupráci a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku. Prosím doplňte a zaškrtněte vybrané odpovědi. Poté odevzdejte vyplněný dotazník zdravotní sestře dané ambulance, která uloží Váš dotazník do připravené obálky.

Kontakt: e-mail: MonikaPucova@seznam.cz

1. Jsem:

- Muž
- Žena

2. Jaký je Váš věk? (uved'te, prosím):

.....
.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučen

- Středoškolské
- Vysokoškolské

4. Jakým typem bolesti trpíte?

- Neurologické - záněty nervů
- Neurologické - bolesti zad, hlavy
- Bolest spojená s onkologickým onemocněním
- Pooperační bolesti
- Jiné onemocnění, které Vás vedlo k návštěvě ambulance bolesti (uved'te, prosím):

.....

.....

.....

.....

5. Jaký je charakter Vaší bolesti?

- Akutní (do 3 měsíců)
- Chronická (nad 3 měsíce)

6. Jak dlouho navštěvujete ambulanci bolesti?

- 1 - 3,5 týdne
- Měsíce - (prosím, uveďte kolik měsíců):
- Roky - (prosím, uveďte kolik let):

7. O možnosti návštěvy ambulance bolesti jste se dozvěděl/la?

- Od obvodního lékaře
- Od ošetřujícího lékaře v nemocnici
- Prostřednictvím internetu
- Prostřednictvím edukačních materiálů: časopisy, brožury, knihy
- Jiným způsobem (uveďte, prosím):

.....
.....
.....

8. Jste spokojen/na s přístupem a péčí zdravotnického personálu ambulance bolesti?

- Ano, jsem zcela spokojený/á s přístupem zdravotnického personálu
- Ano jsem částečně spokojený/á s přístupem zdravotnického personálu
- Nejsem spokojený/á s přístupem zdravotnického personálu
- (Uveďte důvod nespokojenosti, prosím.):

.....
.....
.....

9. Představil se Vám lékař při první návštěvě v ambulanci bolesti?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji si

10. Představila se Vám sestra při první návštěvě ambulance bolesti?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji si

11. Jste spokojen/na s množstvím a charakterem předávaných informací?

- Ano, jsem zcela spokojený/á, rozumím všem informacím
- Ano, jsem částečně spokojený/á, některým informacím úplně nerozumím (Uveďte, o jaké informace se jedná, prosím.):
.....
.....
- Nejsem spokojený/á s informacemi (Uveďte, o jaké informace se jedná, prosím.):
.....
.....
.....

12. Je Vám vždy dopředu vysvětlen postup léčby?

- Ano, zcela
- Ano, částečně
- Ne

13. V případě, že neporozumíte podávaným informacím, máte možnost se dotázat znovu?

- Ano
- Ne

14. Jaké informace v souvislosti s Vaší léčbou Vám chyběly? (uved'te, prosím):

.....
.....
.....
.....

15. Jaký způsob pro předání informací je pro Vás výhodnější? (Můžete uvést více odpovědí.)

- Ústně - lékařem, sestrou
- Odkazy na internetu
- Formou edukačních materiálů: letáky, brožury
- Časopisy

16. Užívá zdravotnický personál k hodnocení Vaší bolesti hodnotících škál:

- Ano
- Ne

(pokud jste odpověděl/la ne přejděte k otázce č. 18.)

17. Pokud jste v předchozí otázce uvedl/la ano, vyberte, jaké typy škál u Vás byly použity: (Můžete uvést více odpovědí.)

- VAS - Vizuální analogová škála - horizontální čára měřící 10 cm se slovním popisem na každém konci „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší možná bolest“ na konci druhém
- Číselná hodnotící škála - rozsah škály od 0 – 10, 0 – bez bolesti, 10 – maximální bolest
- Grafická mapa bolesti - zakreslování lokalizace a charakteru bolesti
- Jiný typ hodnotící škály (uved'te, prosím):

.....
.....

18. Jaké metody léčby bolesti absolvujete v ambulanci bolesti:

(Můžete uvést více odpovědí.)

- Pohovor s lékařem o možnosti kombinace léčiv
- Elektroterapie - Rebox
- Kaudální bloky
- Akupunktura
- Baňkování
- Jiné metody léčby (uved'te, prosím):

.....
.....
.....

19. Jaké metody léčby bolesti upřednostňujete Vy? (Můžete uvést více odpovědí.):

- Pohovor
- Relaxační techniky
- Rehabilitace a masážní techniky
- Užívání léčiv
- Invazivní metody léčby bolesti: kaudální bloky
- Jiné (uveďte, prosím)

.....
.....

20. Bylo v průběhu vyšetření a léčby chráněno Vaše soukromí?

- Ano, zcela
- Ano, částečně
- Ne

21. Doporučil/la byste návštěvu Vámi navštěvované ambulance

bolesti svým blízkým trpícím bolestí?

- Ano
- Ne (uveďte důvody, prosím):

.....
.....

- Nevím

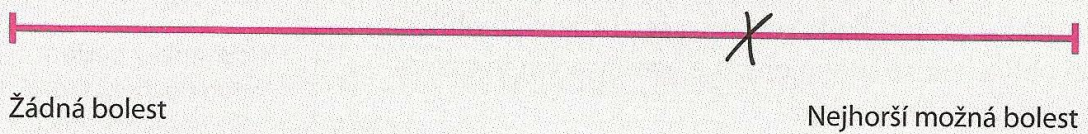
Děkuji Vám za pravdivé vyplnění tohoto dotazníku.

PŘÍLOHA P IV: ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ BOLESTI

VAS

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).

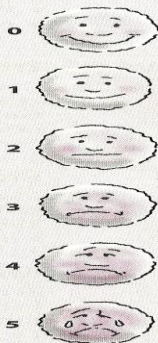


Zdroj: (BIDLLOVÁ, 2006)

ŠKÁLA HODNOTÍCÍ INTENZITU BOLESTI

Použití škály hodnotící intenzitu bolesti

Pediatrický pacient nebo dospělý, který má problémy s řečí, možná nedokáže vyjádřit, jakou bolest cítí. V takovém případě můžete použít škálu na hodnocení intenzity bolesti, uvedenou níže. Požádejte pacienta, aby si vybral obličej, který nejlépe vyjadřuje závažnost jeho bolesti, na škále 0–5.



Zdroj: (BIDLLOVÁ, 2006)

NRS



Špičková technika
Použití číselné hodnotící škály

Číselná hodnotící škála může pacientovi pomoci kvantifikovat jeho bolesti. 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

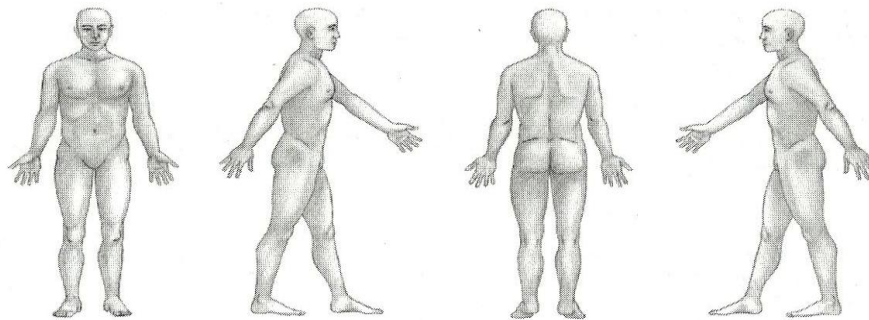
Zdroj: (BIDLOVÁ, 2006)

Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide)

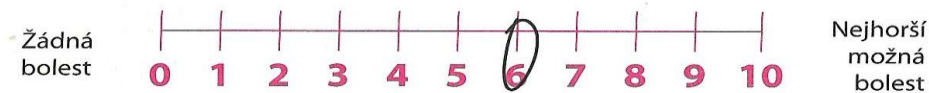
Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide)

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

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



Jak velká je nyní vaše bolest?



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

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

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

Co vaši bolest zlepšuje?

Odpočin a teplo

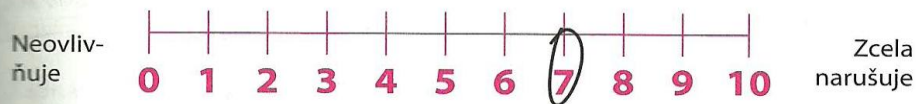
Co vaši bolest zhoršuje?

Aktivita

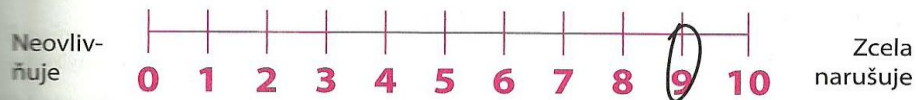
Průvodce k hodnocení bolesti (pokračování)

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

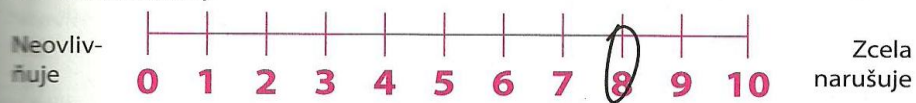
Náladu



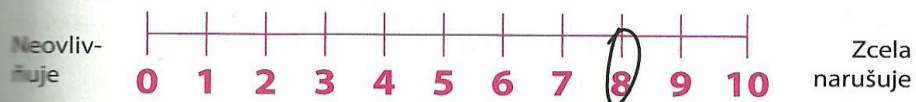
Spánek



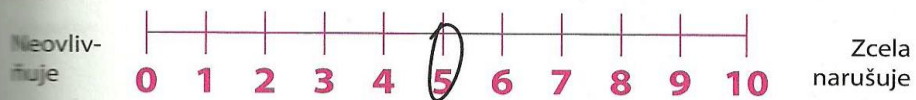
Každodenní aktivity



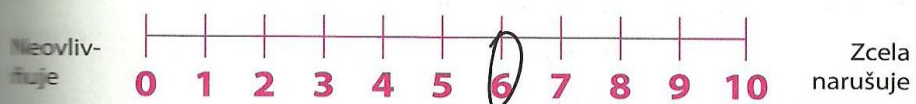
Koncentraci



Vztahy

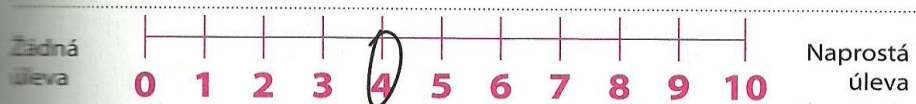


Práci

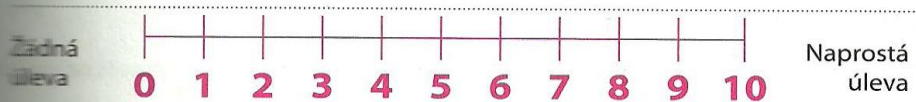


Jaké léky či terapie jste vyzkoušel/a k odstranění bolesti? Jak byly účinné?
(Zakroužkujte vždy jedno číslo.)

1. Parolox



2.



3.

