

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

2016

Lucie Pokorná

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Pokorná

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2016

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

Prohlášení

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

V Plzni dne 15. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

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

Anotace

Příjmení a jméno: Pokorná Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Bolest jako ošetrovatelský problém

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet číslovaných stran: 57

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: bolest, neuropatická bolest, pacient, léčba bolesti, hodnocení bolesti, kvalita života

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na bolest jako ošetrovatelský problém. Teoretická část je zaměřena na definici, historii a dělení bolesti, dále na léčbu bolesti, zabývá se i ošetrovatelským procesem o pacienta s bolestí, ale i psychologickými aspekty bolesti. Praktická část popisuje kvalitu života pacientů s neuropatickou bolestí. Bylo provedeno výzkumné šetření metodou rozhovoru. Výsledkem výzkumného šetření je narušení kvality života u pacientů s neuropatickou bolestí.

Annotation

Surname and name: Lucie Pokorná

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Pain of nursing problem

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of numbered pages: 57

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 23

Keywords: pain, neuropatic pain, patiens, pain treatment, assessment of pain, qality of life

Summary:

The thesis is focused on the pain as the nursing problem. The theoretical part is focused on the definitiv and history of the Division of pan, paintratment, even in nursing of patiet with pain procem, but also the psychological aspects of pain. The practical part describes the quality of life of patients with neuropatic pain. The research was carried out of investigation by the metod of interview. The reset of research investigation a volation of the quality of life in patiens with neuropatic pain.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 BOLEST	9
1.1 Definice bolesti	9
1.2 Historie bolesti.....	9
1.3 Dělení bolesti dle délky trvání	10
1.4 Akutní bolest.....	10
1.4.1 Chronická bolest.....	10
1.5 Dělení bolesti dle její patofyziologie	10
1.5.1 Nociceptivní bolest.....	10
1.5.2 Neuropatická bolest	11
1.5.3 Dysautonomní bolest	11
1.5.4 Psychogenní bolest	11
1.5.5 Smíšená bolest	12
1.6 Dělení bolesti dle jejího původu	12
1.6.1 Onkologická bolest.....	12
1.6.2 Neonkologická bolest	12
1.7 Hodnocení bolesti	12
1.7.1 Anamnéza bolesti	12
1.7.2 Metody hodnocení bolesti	13
2 LÉČBA BOLESTI.....	15
2.1 Farmakologické přístupy	15
2.1.1 Analgetika.....	15
2.1.2 Neopioidní analgetika.....	15
2.1.3 Nesteroidní antiflogistika –antirevmatika (NSA).....	16
2.1.4 Opioidní analgetika	16
2.1.5 Slabé opioidy	16
2.1.6 Silné opioidy.....	17
2.1.7 Způsoby podávání opioidních analgetik.....	17
2.1.8 Adjuvantní analgetika.....	18
2.1.9 Pomocná léčiva.....	18
2.2 Nefarmakologické přístupy.....	19
2.2.1 Léčebná rehabilitace	19
2.2.2 Doplnková terapie.....	20
2.2.3 Kognitivní a behaviorální terapie	20

2.3	Metody snižování bolesti aplikované sestrou	21
3	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI.....	23
3.1	Zásady jednání s pacientem trpícím bolestmi.....	23
3.2	Psychologické rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí.....	23
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES NEMOCNÉHO S BOLESTÍ	25
4.1	Anamnéza	25
4.2	Reakce organismu na bolest	26
4.3	Faktory ovlivňující vnímání bolesti.....	27
4.4	Etika a komunikace sestry s pacientem s bolestí.....	27
4.5	Činnost sestry	28
5	NOVINKY V LÉČBĚ BOLESTI.....	29
6	FORMULACE PROBLÉMU	31
7	CÍL VÝZKUMU	32
7.1	Dílčí cíle.....	32
8	METODIKA	33
8.1	Metoda	33
8.1.1	Způsob získávání informací	33
8.1.2	Organizace výzkumu	33
9	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
10	VZOREK RESPONDENTŮ	35
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	36
	DISKUZE	43
	ZÁVĚR.....	46
	LITERATURA A PRAMENY.....	47
	SEZNAM ZKRATEK	49
	SEZNAM PŘÍLOH	50

ÚVOD

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

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

Zjištění příčiny bolesti a její odstranění nebo tišení není důležité jen pro samotného pacienta, ale také pro proces léčení a ošetřování, ve kterém je vyžadována úplná spolupráce zdravotnického týmu. Pochopení toho, jakou bolest pacient prožívá, vyžaduje empatický přístup, což v konečném důsledku velmi ovlivňuje proces léčení a ošetřování, jehož cílem je nejen tlumení bolesti, ale vyléčení pacienta a jeho navrácení ke kvalitnímu životu.

Ve své bakalářské práci se snažím popsat příznaky, průběh léčby a následnou kvalitu života nemocných neuropatickou bolestí nenádorového původu. Bakalářskou práci dělím na kapitoly. V teoretické části se zmiňuji o historii bolesti, dělení bolesti, možnosti léčby, ošetřovatelské péči a zahrnuji sem i kapitolu o novinkách v léčbě bolesti. V praktické části popisuji kvalitativní výzkum formou případové studie. Součástí praktické části je popis metodiky výzkumné práce a organizace výzkumu.

Cílem mé práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s neuropatickou bolestí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

1.1 Definice bolesti

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

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

1.2 Historie bolesti

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

Prvním používaným lékem byla šťáva z máku. O tento způsob se zasloužili nomádští obchodníci ze Sýrie. Řekové měli znalosti o účincích šťávy z máku. Vytlačovaná šťáva z nezralých makovic se nazývala meconium a získaná mléčná šťáva z naříznutých nezralých makovic opos; ze slova opos vznikl název opium. V období renesance se opium rozšířilo i do Evropy, kdy švýcarský lékař Paracelsus vytvořil opiovou tinkturu. V Německu lékárník Serturner vytěsnil z opia bílý prášek, který nazval morphin (www.bolestbrno.cz).

Jako první se problematice chronické bolesti se začal věnovat lékař John J. Bonica, který založil v roce 1947 první ambulanci bolesti ve státě Illinois a v roce 1953 vytvořil publikaci o léčbě bolesti s názvem Management of Pain (www.bolestbrno.cz).

1.3 Dělení bolesti dle délky trvání

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

1.4 Akutní bolest

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

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

1.4.1 Chronická bolest

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

1.5 Dělení bolesti dle její patofyziologie

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

1.5.1 Nociceptivní bolest

Jde o nejčastější typ patofyziologické bolesti. Nociceptory se nachází v kůži, podkoží, kloubech, svalech, sliznicích a v dalších strukturách. Mohou být aktivovány zánětem, traumatickým, mechanickým, teplotním nebo chemickým podnětem (Opavský, 2011, s. 42). Podle jejich umístění dělíme bolest na somatickou a viscerální. Mezi nociceptivní bolesti patří bolesti pohybového aparátu, bolesti vnitřních orgánů a většina stavů akutní

bolesti, jako jsou například popáleniny. Nejčastější užívanou lékovou terapií jsou analgetika (Hakl, 2011, s. 33).

1.5.2 Neuropatická bolest

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

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

Pro léčbu neuropatické bolesti se používají antikonvulziva a antidepresiva, v některých případech se využívají i nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (www.pain.about.com).

U pacientů s neuropatickou bolestí se snižuje celkový pohled na zdraví a výrazně se snižuje kvalita jejich života, a to například poruchy spánku, změna nálad, změna sociální role a někdy i nutnost změny zaměstnání (www.ncbi.nlm.nih.gov).

1.5.3 Dysautonomní bolest

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

1.5.4 Psychogenní bolest

Příčinou psychogenní bolesti je neobvyklý psychický problém, u kterého vyšetřo-

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

1.5.5 Smíšená bolest

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

1.6 Dělení bolesti dle jejího původu

Dle původu bolest dělíme na onkologickou a neonkologickou.

1.6.1 Onkologická bolest

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

1.6.2 Neonkologická bolest

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

1.7 Hodnocení bolesti

1.7.1 Anamnéza bolesti

Ke stanovení anamnézy bolesti se nejvíce využívá metoda strukturovaného rozhovoru s pacientem; délka rozhovoru je závislá na jeho stavu, zda se jedná o akutní, nebo chronickou bolest. Struktura rozhovoru je pak zaměřena na místo bolesti, způsob, intenzitu

a délku bolesti z hlediska časového průběhu, na zhoršující a úlevové faktory, vliv bolesti na denní aktivitu a kvalitu života pacienta včetně jeho psychického stavu (Vaňásek, 2014, s. 12).

1.7.2 Metody hodnocení bolesti

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

Verbální škála bolesti

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

Vizuální analogová škála (VAS)

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

Numerická škála (NRS)

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

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

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

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

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

Průvodce k hodnocení bolesti (Pain Assessment Guide)

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

Dotazník McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

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

Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)

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

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

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

Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI)

Sleduje hodnocení chronické bolesti za pomoci pravdivých a nepravdivých otázek.

Průběžný záznam hodnocení bolesti (Flow sheet)

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

2 LÉČBA BOLESTI

2.1 Farmakologické přístupy

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

2.1.1 Analgetika

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

Analgetický žebřík WHO

Jedná se o systém analgetik, který se využívá při léčbě bolesti, nejvíce u nádorové bolesti. Léčba bolesti je posouvána od slabých analgetik k těm silnějším a zkouší se i různé kombinace. Cílem je zmenšit bolest za pomoci slabých analgetik s co nejnižšími vedlejšími účinky. Při zvyšující se bolesti se posouváme po analgetickém žebříku (www.stefajir.cz).

Analgetický žebřík:

1. Nesteroidní antirevmatikum (možné podání pomocných léčiv)
2. Slabý opioid a nesteroidní antirevmatikum (možné podání pomocných léků)
3. Silný opioid a nesteroidní antirevmatikum (možné podání pomocných léčiv)
(www.stefajir.cz)

2.1.2 Neopioidní analgetika

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

Paracetamol

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

Kyselina acetylsalicylová

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

Bazické pyrazolony

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

2.1.3 Nesteroidní antiflogistika –antirevmatika (NSA)

V současné době nejvíce využívaná skupina léčiv s vysokou účinností, jejich terapeutický vliv má pravděpodobný účinek jako morfin. Nežádoucí účinky těchto léků jsou především v gastrointestinálním a kardiovaskulárním systému. V posledních letech se na trh dostává skupina nových NSA, které se nazývají coxidy, využívají se zejména u revmatických obtíží a bolesti. U této skupiny léků narozdíl od „klasických“ NSA je vysoká šetrnost k trávicímu traktu (Rokyta, 2009, s. 84).

2.1.4 Opioidní analgetika

Tuto skupinu léčiv lze rozdělit na slabé a silné opioidy, kdy slabé opioidy jsou limitovány stropovým efektem. Téměř všechna opioidní analgetika způsobují u pacientů zácpu, nauzeu a celkovou slabost (Rokyta, 2009, s. 85).

2.1.5 Slabé opioidy

Mezi nejčastěji využívaného zástupce slabých opioidů patří především tramadol, který společně s paracetamolem zvyšuje analgetický účinek. Dále je možno společně s paracetamolem podat kodein, který se též řadí do slabých opioidů, ale je považován za analgeticky slabý lék (Rokyta, 2009, s. 85).

2.1.6 Silné opioidy

Silné opioidy se využívají v léčbě onkologických onemocnění, ale i v léčbě chronické nenádorové bolesti. Vyskytují se ve formě tablet, injekcí a transdermálních náplastí. Nejznámější představitel je morfin (Rokyta, 2009, s. 86).

2.1.7 Způsoby podávání opioidních analgetik

Neinvazivní podávání

Perorální podání

Perorálně, tedy ústy, se dají podat tablety, kapky či sirup.

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

Transdermální podání

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

Rektální podání

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

Invazivní podání

Parenterální podání

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

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

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

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

Intravenózně – podání léku přímo do žíly.

Intraarteriálně – podání léku do tepny; aplikace nejčastěji kontrastních látek či cytostatik.

Intraspinální – aplikace léku do míšního kanálu.

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

2.1.8 Adjuvantní analgetika

Kombinace neopioidních a opioidních analgetik někdy neúčinkuje na některé druhy bolestí a musí se ještě zkombinovat s jinými farmaky, aby se navyšoval analgetický účinek primárních analgetik. Často jsou to onemocnění muskuloskeletální, nádorové, psychiatrické a neurologické. Jsou využívána i v léčbě neuropatické bolesti (Seifert, 2013, s. 420).

2.1.9 Pomocná léčiva

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

2.2 Nefarmakologické přístupy

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

2.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace ovlivňuje pacienta v rámci lokální pohybové terapie, ovlivňuje systémové poruchy vedoucí ke vzniku bolesti a především psychiku (Vaňásek, 2014, s. 30).

Elektroléčba

Elektroléčba využívá různé formy elektrického proudu, a to stejnosměrného, střídavého nízké nebo střední frekvence nebo vysokofrekvenčního s různě tvarovanými impulzy.

Manuální terapie

V rámci této terapie dochází k léčbě za pomoci terapeutových rukou, kdy provádí masáž, mobilizaci a manipulaci.

Hydroterapie

Terapie využívající studené nebo teplé vody. Terapie spočívá ve zklidnění nervového systému. Pacientovi je poskytnuta vířivá, sedací nebo neutrální koupel o teplotě 37 °C.

Terapie chladem

Chlad působí na ztlumení bolesti a zmírnění otoku. Nejvíce využívané jsou lokálně aplikované sáčky s gelem nebo ochlazovací spreje.

Léčba teplem

Teplem dochází k prohřátí svalů a vazivových struktur a zlepšuje se prokrvení tkání. Aplikace tepla ovlivňuje vnímání bolesti. Teplo lze využít povrchově, a to ve formě zábalů, hydroterapie, parafínu nebo soluxu a hloubkově na základě elektromagnetického pole, elektrického proudu či ultrazvukem (Vaňásek, 2014, s. 30).

Vibrace

Touto metodou lze docílit znečitlivění postiženého místa. K této terapii jsou zapotřebí vibrační polštářky, křesla nebo celá lůžka (Vaňásek, 2014, s. 31).

Cvičení

Do této skupiny zahrnujeme veškeré cvičení, at' už k udržení rozsahu pohybu, nebo posilovací či aerobní cvičení. Hraje velkou roli u akutní i chronické bolesti (Vaňásek, 2014, s. 32).

2.2.2 Doplnková terapie

Terapie, která je využívána souběžně s běžnou a tradiční léčbou.

Aromaterapie

Za pomoci aromaterapie dochází ke změně mysli, nálady, procesu poznávání nebo nemoci a tím ke snížení bolesti. K aromaterapii je zapotřebí éterických olejů a vonných složek. Terapie lze provést jako aromamasáž, aromatickou koupel nebo aromatickou inhalaci.

Muzikoterapie

Hudbou je možné navodit příjemnou náladu, a tím dojde k relaxaci celého těla.

Jóga

Jóga vede k udržení rovnováhy mezi emocemi a psychikou, soustředí se též i na dech, který umožňuje přenášet energii do celého organismu.

Akupunktura

Používá se ke zmírnění bolesti za pomoci tenkých jehel, které jsou zaváděny do specifických akupunkturních míst na těle (Zacharová, 2011, s. 143).

2.2.3 Kognitivní a behaviorální terapie

Tento druh terapie přispívá k uvědomění si pacientových pocitů. Pomáhá zlepšovat psychický a fyzický stav (Janáčková, 2007, s. 169).

Meditace

Meditace prohlubuje soustředění a dochází k uvědomění si prožívané bolesti.

Biofeedback

Tento způsob terapie umožňuje za pomoci monitoru pozorovat změny dechu, krevního tlaku a pulzu.

Hypnóza

Jde o stav změněného stavu vědomí, který lze terapeuticky využít. Hypnózou lze ulevit od bolesti zejména u pacientů s chronickou bolestí, u bolestí psychogenního charakteru a u ekologických pacientů s bolestí. Negativní stránkou této metody může být nemožnost pacienta dostat se do hypnózy (Vaňásek, 2014, s. 33, Jirkovský, 2012, s. 372).

2.3 Metody snižování bolesti aplikované sestrou

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

Metoda odvádění pozornosti

Cílem této metody je snaha odvést pacientovu pozornost od negativních myšlenek jinam. Zaměstnat pacienta je možné za pomoci televize, ručních prací, čtením, přítomností návštěv nebo rozhovorem.

Metoda přímého poučování

Metoda na základě edukace připravené sestrou za pomoci přednášky, rozhovoru či názornými pomůckami.

Metoda představivosti

Sestra se snaží zapojit pacientovu mysl, aby si představil příjemné situace, místa nebo obrazy a cíleně popisoval, co prožívá a vnímá.

Metoda dialogu

Touto metodou se sestra pokouší o důvěryhodnou komunikaci s pacientem.

Metoda transferu

Cíl této metody spočívá v pokusu o uvědomění si utrpení jiných lidí.

Vhodné terapeutické prostředí

Sestra se snaží vytvořit pro pacienta příjemné prostředí, tak aby pomáhala předcházet bolesti, léčit ji nebo mírnit. Důležité je, aby pacient cítil jistotu, aby se snížila úzkost a strach, a hlavně aby se snížily negativní emoce prožívané u pacienta s bolestí.

Zmenšování strachu a úzkosti

Důležitým úkolem je zvládnout pacientovy emoce, a to strach a úzkost, jelikož tyto pocity bolesti vždy doprovází. Pacient by měl mít možnost o svých pocitech, problémech a hlavně bolesti mluvit se sestrou kdykoliv. Je třeba podávat pacientovi průběžně informace, čímž se zmenšuje pocit strachu a úzkosti.

Používání terapeutického dotyku

U této metody záleží na osobnosti pacienta a jeho momentálním rozpoložení. Jde o dotyk nebo pohlazení pacienta, ať už samostatně, nebo ve spojení s jinou metodou proti bolesti.

Posilování vlastní aktivity

Sestra by měla umět pacienta pochválit a povzbudit.

(Dušová, 2007, s. 28, 29, 30, Janáčková, 2007, s. 135)

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI

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

3.1 Zásady jednání s pacientem trpícím bolestmi

Nezlehčovat stížnosti nemocného na bolest, aktivně mu naslouchat, sdělit nemocnému, že máme zájem o to, aby se nám kdykoliv svěřil s bolestí.

Dát nemocnému prostor, aby sám popsal do jaké míry ho bolest trápí. Ptát se ohleduplně, za pomoci jednoduchých otázek, tak abychom si mohli udělat přesný obraz o bolesti pacienta.

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

3.2 Psychologické rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

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

dotazníků či škál posoudit depresivní ladění nemocného. Příkladem může být Beckova subjektivní škála deprese. U bolesti pacienta je nezbytné znát psychický stav nemocného, aby bylo možné pochopit jeho prožívání a chování v bolesti. U některých nemocných se mohou projevit až stavy hněvu a hostility. Takové prožitky mohou být cíleně namířeny proti zdravotníkům či rodině. Nemocný s chronickou bolestí též prožívá beznaděj a bezmoc. Dochází ke změnám hodnotového systému i interpersonálních vztahů (Opavský, 2011, s. 64, 65, 66, 67).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES NEMOCNÉHO S BOLESTÍ

Bolest nemocného je vždy subjektivní prožitek. Jelikož je každý člověk ovlivněn svými vlastnostmi a právě působícím prostředím, musíme bolest hodnotit u každého vždy individuálně (Boroňová, 2011, s. 151).

4.1 Anamnéza

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

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

„Kde to bolí?“

U bolesti povrchové pacient popíše přesné místo, bolest viscerální cíleně popsat nedokáže.

„Jak velmi to bolí?“

Sílu bolesti prožívá každý pacient subjektivně. Každý člověk má jiný práh bolestivosti, ta je ovlivněna prostředím, očekáváním a dřívější zkušeností pacienta s bolestí. Pro sestru je zásadní všimnout si jakékoliv změny bolesti a nemocný by měl také každou změnu oznámit. U některých skupin pacientů bychom si měli dát pozor na jejich předstírání nemoci, například u nemocných seniorů.

„Kdy to bolí?“

Některé typy bolestí se prolínají v časové ose, proto je důležité se ptát na časový průběh bolesti.

„Jak to bolí?“

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

„Co ovlivňuje bolest?“

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

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

Neverbální projevy nemocného

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

Hlavním cílem je poskytnout a zajistit rychlou úlevu nebo zmírnění bolesti nemocného (Boroňová, 2011, str. 158).

4.2 Reakce organismu na bolest

Bolest u pacienta vyvolává reakci organismu, která se odráží v různých sférách pacientova těla. Organismus na tyto reakce dává sympatoadrenální odpověď, která se projevuje tachykardií, tachypnoí, zvýšeným krevním tlakem, zvýšeným pocením, zvýšeným svalovým tonusem a rozšířením zornic, nebo naopak parasympatickou odpověď, která se projevuje bradykardií, sníženým krevním tlakem, ale také nauzeou, zvracením, uzavřeností či synkopou nebo kolapsem. Bolest se také projevuje v pacientově chování, jako je imobi-

lita, únava, neklid, nepřírozená poloha a sténání s pláčem. Organismus může vykazovat projevy afektivity, jako je zlost, beznaděj, bezmoc nebo pocit potrestání. Sestra by měla sledovat a hodnotit nejen bolest samotnou, ale i projevy a reakce organismu pacienta (Mikšová, 2006, s.114).

4.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

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

4.4 Etika a komunikace sestry s pacientem s bolestí

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

4.5 Činnost sestry

Pro zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty trpící bolestí existuje několik zásad dle Mikšové:

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

5 NOVINKY V LÉČBĚ BOLESTI

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

Dále se v současnosti využívá lidocainových náplastí, které fungují na základě blokace sodíkových kanálů. Náplastí jsou nejčastěji využívány po operacích hrudníku.

Ve světě je novou možností pro pacienty s akutní bolestí použití iontoforetic transdermal systému; pacient zmáčkne tlačítko na náplasti a tím se uvolní silný opioid fentanyl. Bohužel u nás není dostupný.

V posledních letech se výzkum v léčbě bolesti také soustřeďuje na inhalační podání opioidů – morfinu jako aerosolu (Rokyta, 2009, s. 154 a 155).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

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

Jakým způsobem se léčba promítá v pacientově životě? Jaké oblasti jsou ovlivněny a změněny v důsledku neuropatické bolesti? Jak je ovlivněna kvalita života pacientů s neuropatickou bolestí?

7 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem je přiblížit kvalitu života pacientů s neuropatickou bolestí.

7.1 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1. Zjistit, jak a v čem pacienta neuropatická bolest omezuje.

Dílčí cíl 2. Zjistit, jestli je pacient sám schopen bolest ovlivnit i jiným způsobem než farmakologickou terapií.

Dílčí cíl 3. Zjistit, jakým způsobem se při léčbě neuropatické bolesti zdravotníci dotazují na intenzitu a charakter bolesti.

Dílčí cíl 4. Vypracovat doporučení, informační leták.

8 METODIKA

Byl zvolen kvalitativní výzkum se zaměřením na to, jaká je kvalita života pacientů s neuropatickou bolestí. Konkrétně ovlivnění pacientů neuropatickou bolestí v oblastech bio-psycho-sociálních. Pomocí rozhovoru zjistit odraz neuropatické bolesti v kvalitě života u dvou respondentů. Tento způsob umožňuje konkrétně se zaměřit a přiblížit kvalitu života ve všech zmíněných oblastech u pacientů s neuropatickou bolestí.

8.1 Metoda

Výzkum probíhal metodou případové studie v jedné z menších nemocnic Plzeňského kraje. Úvod průzkumu je zacílen na popis klienta, jeho onemocnění související s neuropatickou bolestí, popis zdravotního stavu před onemocněním a v průběhu léčby a na kvalitu jeho života s neuropatickou bolestí. Rozhovor byl doplněn pozorováním. K hodnocení bolesti byly použity škály bolesti (viz příloha 1, 2, 3, 4) a záznamový arch.

8.1.1 Způsob získávání informací

Rozhovor trval v průměru šedesát minut. Při rozhovoru byly použity předem připravené otázky a vymezen rozsah a struktura rozhovoru. Kladené otázky byly pokládány jasně a srozumitelně. Postup rozhovoru byl zaměřen na stav pacienta od začátku příznaků neuropatické bolesti a na ovlivnění kvality pacientova života v průběhu léčby až po současnost. V průběhu rozhovoru bylo důležité dát najevo zájem o rozhovor, empatický přístup a dát respondentovi prostor pro jeho názory a odpovědi. Účelem rozhovoru bylo získat informace o kvalitě pacientova života s touto bolestí, v jakých oblastech pacient bolesti nejvíce ovlivněn a jak se mění jeho role ve společnosti. Respondenti byli seznámeni s možností odstoupit od výzkumu a s možností nemuset odpovědět na některou otázku. Informovaný souhlas pacienta s výzkumem je součástí přílohy. (viz příloha 5)

8.1.2 Organizace výzkumu

Úvod byl zaměřen na anamnézu pacienta, kdy důraz byl kladen nejvíce na pacientovy potřeby od začátku jeho potíží a na průběh jeho života s neuropatickou bolestí. Rozhovor byl zaznamenáván do předem připraveného záznamového archu. Průzkum probíhal v Plzeňském kraji od prosince 2015 do poloviny února 2016.

9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. V které oblasti nejvíce omezuje neuropatická bolest pacienta?
2. Jaké techniky pacient využívá k ovlivnění bolesti?
3. Do jaké míry jsou pacienti informováni o neuropatické bolesti?
4. Vypracovat doporučení, informační leták.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

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

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Respondent A

Osobní anamnéza:

Muž 58 let, ženatý, bezdětný

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

Léčba diabetu mellitu od roku 2005 s následným podáváním inzulínu.

Nynější onemocnění: diabetická polyneuropatie, chronická bolest krční páteře

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

Úrazy: neudává

Operace: ureterorenoskopie + stenty 2012

Alergie: Mesocain

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

Farmakologická anamnéza:

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

Sociální anamnéza:

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: dříve řidič, nyní v invalidním důchodu

Bydlení: v rodinném domě, s manželkou

Symptomatika bolesti:

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

Nynější onemocnění:

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

Přepis rozhovoru:

Kdy a jak vaše potíže začaly?

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

Mohl byste bolest nějakým způsobem charakterizovat?

Pro mě je to palčivá bolest.

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

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

V čem Vás bolest nejvíce obtěžuje?

Můj život se celkově změnil, nejvíce tedy v péči o mě samotného. Byl jsem zvyklý si vše udělat sám, víte, vždy jsem byl takový domácí kutil a nic pro mě nebylo problém. Teď je to ale jiné, o vše musím prosit svou ženu. Je to pro mě hrozně trapné, prosit aby mi vše donesla. Například obléci si ponožky je pro mě nepředstavitelný problém. Nebo podepsat se na poště je také velmi těžký úkol. Je to pro mě hrozně těžké, neudržit se na nohou, a ještě když vás brní ruce, je to opravdu nesnesitelné a obtěžující v životě obecně. Ani léky na bolest už mi nepomáhají. Nejhorší je to v klidu v noci, v podstatě nespím. A ráno jsem hrozně unavený, takže následující den hodně spím nebo si čtu, protože nevydržím být u něčeho vsedě a ohnutý. Po srdečním infarktu minulý rok jsem dostal invalidní důchod, do práce bych takhle jít nemohl. Manželka je uklízečka a chodí do práce jen večer, takže ty dvě hodiny, co je pryč, se o sebe nějak postarám, spíše mi tedy manželka, než odejde, ohřeje jídlo a dá mi vše potřebné na stůl do obýváku, abych to měl vše při ruce. Někdy je těžké se i najíst. Nevím, co se to se mnou děje.

V které oblasti Vás bolest nejvíce trápí?

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

Změnil se nějakým způsobem Váš žebříček hodnot?

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

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

Ptají se na bolest, ale když nic nezabírá, pomalu začínám ztrácet víru. Dostával jsem Gabapentit, ale ani po tom se mi neulevilo. Myslím, že už si se mnou nevedí rady. Zatím se

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

Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:

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

Shrnutí:

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

Respondent B

Osobní anamnéza:

Muž, 62 let, 2 děti zdravé

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

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

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

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

Úrazy: pád na zledovatělém chodníku 2015

Operace: operace katarakty

Alergie: PNC, vosí a sršní bodnutí

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

Farmakologická anamnéza:

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

Sociální anamnéza:

Vzdělání : vyučen

Zaměstnání: poštovní a doručovací služby

Bydlení : v bytě, s manželkou

Symptomatika bolesti:

Dvanáct let léčen pro distální axonální diabetickou polyneuropatii s opakovanou infuzní terapií, nyní nově od podzimu 2015 si stěžuje na bolest a křeče v levém lýtku, které se objevují v klidu večer při sezení. Někdy po propnutí levé dolní končetiny bolest ustoupí.

Dále si stěžuje na bolest v levém kolenu, kde je popsána gonarthrosa, dochází na RHC, ale zatím bez žádné výrazné úlevy, a udává bolest také v bederní krajině. Respondent je nyní v pracovní neschopnosti a bez zátěže je stav lepší.

Nynější onemocnění:

Respondent uvádí začátek svých obtíží na podzim roku 2015. Začaly křečemi a bolestí levého lýtka při večerním sledování televize, dále pozoruje bolest levého kolene, při delším sezení upozorňuje na bolest v bederní oblasti. Respondent nevydrží dlouho sedět a nedokáže se předklonit. V současné době je v péči neurologa, internisty a rehabilitačního oddělení.

Přepis rozhovoru:

Kdy a jak Vaše potíže začaly ?

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

Mohl byste bolest nějakým způsobem charakterizovat ?

Přirovnal bych to k bodání jehel do všech částí těla.

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

Snažím se rehabilitovat, občas si vezmu prášek na bolest.

V čem Vás bolest nejvíce obtěžuje?

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

V které oblasti Vás bolest nejvíce trápí?

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

Změnil se nějakým způsobem Váš žebříček hodnot?

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

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

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

Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:

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

Shrnutí:

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

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se snažím přiblížit kvalitu života lidí s neuropatickou bolestí. Neuropatická bolest se dělí na periferní a centrální část, přičemž periferní část je postižení periferního nervu a centrální část postihuje mozek a míchu. Tento druh bolesti nemá žádný ochranný význam a léčba této bolesti je velmi obtížná. U dvou respondentů se zabývám především neuropatickou bolestí, a to diabetickou polyneuropatií. Diabetická polyneuropatie je nejen velmi obtížně léčitelné onemocnění vzhledem k přibývajícím pacientům s diabetem, ale i finančně náročné.

Provedeným výzkumem jsem zjistila narušení kvality života pacientů s neuropatickou bolestí. Do výzkumného šetření jsem zapojila dva respondenty, kteří trpí diabetickou polyneuropatií s další chronickou bolestí, především zad a pohybového ústrojí.

Zaměřila jsem se na to, jaký je jejich pohled na život s touto bolestí, jelikož nejen v publikacích, které jsem využila pro tvorbu své bakalářské práce, ale i provedeným výzkumem jsem zjistila, jak je narušen život člověka s neuropatickou bolestí.

Stanovila jsem si výzkumné otázky a dílčí cíle, na které jsem se snažila odpovědět.

Výzkumná otázka č. 1: **V které oblasti nejvíce pacienta neuropatická bolest omezuje?** Ze získaného výzkumného šetření je patrné, že u obou respondentů jsou bolesti narušeny oblasti běžného života a denního režimu. Respondent A uvádí, že ho bolest omezuje především v péči o sebe samotného, byl zvyklý samostatně fungovat, a nyní je odkázán na péči své manželky. Respondent B je omezován především při sezení a v pracovním procesu. Oba respondenti jsou omezováni v pohybu, jelikož mají problém třeba s předklonem, obouváním bot a zavazováním tkaniček. Respondent A navíc vidí omezení v práci jemnou motorikou, například se dokáže jen stěží podepsat. Také nemůže vykonávat své oblíbené činnosti domácího kutila. Oba respondenti též poukazují na největší intenzitu bolesti v klidu. Velice zajímavá je odpověď respondenta A týkající se vzájemného vztahu s manželkou – jejich intimní život je narušen v celé míře. Respondent B poukazuje na oblast společenského života, již se mu nedokáže plně věnovat vzhledem k bolestem při sezení, a tím je též narušen i jeho vzájemný vztah s manželkou.

Výzkumná otázka č. 2: **Jaké techniky pacient využívá k ovlivnění bolesti?**

Respondent A udává, že někdy mívá intenzivní bolest, která nejde farmakologicky ani jiným způsobem ovlivnit. Respondent B zaujímá úlevovou polohu na boku nebo využívá analgetika. Za velmi zajímavé považují, že respondent A není schopen přes intenzitu silné bolesti zaujmout žádnou úlevovou polohu; nezabírá ani farmakologická terapie, respondent nevyhledává nefarmakologické ovlivnění bolesti a nenavštěvuje ambulance bolesti při takto silné bolesti. Zabývám se tedy otázkou nedostatečné informovanosti respondentů o nefarmakologických metodách od zdravotnického personálu. O nefarmakologických metodách léčby bolesti pojednává především publikace Léčba bolesti od MUDr. Hakla.

Výzkumná otázka č. 3: **Do jaké míry jsou pacienti informováni o neuropatické bolesti?**

Oba respondenti považují za příčinu neuropatické bolesti diabetes. Nedokáží však popsat, o jaké postižení se jedná či jakou roli to hraje v jejich onemocnění diabetickou polyneuropatií. Zdravotnický personál se u obou respondentů dotazuje na intenzitu bolesti a nabízí možnost analgetické terapie dle ordinace lékaře.

Z provedeného výzkumného šetření je patrné, že respondent A je závislý na pomoci druhé osoby. Je narušen i vzájemný vztah s manželkou, jelikož je jediná kdo se o respondentu A může postarat. Je na ní i velmi závislý. Nemá možnost se zapojit bez všedních denních činností a nemůže vykonávat své oblíbené koníčky. Není možné nalézt úlevovou polohu a nezabírá farmakologická léčba. Problém vidím i v oblasti spánkového deficitu vzhledem k silné bolesti u respondentu. Bolest mu činí problém při vstávání z lůžka, ale i při zavazování tkaniček, obouvání bot a oblékání ponožek, jelikož má problém i s jemnou motorikou. Pacient se nemůže zapojit ani do společenského života vzhledem k silné bolesti a problémy s chůzí. Dovolím si tvrdit, že u tohoto respondentu je velice zřetelně narušen psychický stav.

U respondentu B je zřejmé, že je narušen jeho osobní i společenský život a především pracovní proces. Po pracovním nasazení je velmi uneven a má bolesti při usazení do klidného prostředí. Respondent využívá k tlumení analgetickou terapii či úlevovou polohu na boku. Zčásti je narušena i kvalita spánku tohoto jedince. Je narušen vztah s manželkou, jelikož ji vzhledem k bolestem při sezení nemůže nedoprovázet na společenské akce.

Oba respondenti mají narušenou kvalitu života jak v oblasti fyzické, psychické i sociální.

Vypracovat doporučení, informační leták

Na základě nedostatečné informovanosti obou respondentů jsem se rozhodla vytvořit informační leták s doporučením nové nefarmakologické bezbolestné metody, která se zaměřuje právě na pacienty s neuropatickou bolestí a především na diabetickou polyneuropatii. Jedná se o metodu, která dokáže zlepšit mikrocirkulaci, a tím tedy dochází k prokrvení DK. Metoda spočívá ve stimulaci centrálního nervového systému pomocí elektrod. Z klinických studií vyplývá, že je tato metoda velmi účinná a především bezpečná, bez vedlejších účinků a může se kombinovat s farmakologickou terapií.

ZÁVĚR

Bolest je pro zdravotnický personál velmi složitý ošetrovatelský problém. Zasahuje do všech oblastí lidských potřeb, ať už jsou to potřeby biologické, psychické, sociální, ale zasažena je i emoční složka. Neuropatická bolest omezuje jedince nejen v jeho lidských potřebách a běžných denních činnostech, ale je ohrožena i složka mezilidských vztahů. Tímto negativním procesem dochází u člověka k postupnému zhoršování kvality života. Neuropatická bolest snižuje kvalitu života u obou respondentů z výzkumného šetření. Musím ovšem zdůraznit to, že u obou respondentů jsem se setkala s dlouhodobě trvající bolestí bez jakékoliv účinné reakce na farmakologickou terapii. Musím, ale podotknout, že musíme hodnotit bolest u každého jedince individuálně se subjektivním názorem pacienta. A musím také hodnotit momentální přihlídnutí ke zdravotnímu stavu jedince. Jeden z respondentů, vzhledem k dlouhodobé bolesti trpěl velmi negativním psychickým rozpoložením a tím hodnotil i svůj nynější zdravotní stav jako velmi negativní. Tento respondent nebyl vůbec informován o žádných nefarmakologických metodách dostupných v současné době. Na základě tohoto jsem vypracovala informační leták s novou nefarmakologickou metodou v současné době a předala ho oboum respondentům se snahou jim pomoci v jejich problému s bolestí. A dále jsem jim doporučila navštívit ambulanci bolesti. Myslím, že právě to, že jsem je dokázala informovat o jiných možnostech terapie, mě velmi uspokojilo a posunulo mě to ve své zdravotnické praxi o velký kus dál. Doufám, že i tímto výzkumem byl splněn můj cíl bakalářské práce.

LITERATURA A PRAMENY

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DESCALZI, Gianinna. *Translation investigation and treatment of neuropatic pain*[online]. Publikováno 9.3.2012 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2663.htm>>.
4. DUCAIOVÁ, Jarmila. *Etika bolesti a utrpení*[online]. Publikováno 1.8.2011 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967.htm>>.
5. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.
6. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
7. HAKL, Marek. *Historie léčby bolesti*. [online]. Publikováno 1.3.2009 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.bolestbrno.cz/historie.html>>.
8. JACQUES, Erica. *What is chronic neuropatic pain*[online]. Publikováno 28.3.2015 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.pain.about.com/od/typesofchronicpain/g/neuropatic.htm>>.
9. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.
10. JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-13-3.
11. KNÁPEK, Miroslav. *Hodnotící škály*. [online]. Publikováno 7.2.2010 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx.htm>>.
12. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.

13. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.
14. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
15. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
16. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK (eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
17. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
18. SEIFERT, Bohumil, Václav BENEŠ a Svatopluk BÝMA. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-934-3.
19. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
20. SLÍVA, Jiří, Jiří KOZÁK a Rudolf ČERNÝ. *Farmakoterapie neuropatické bolesti: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2011. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-242-1.
21. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Léčba bolesti* [online]. Publikováno 27.2.2016 [cit. 2016-3-24]. Dostupné z: <<http://www.stefajir.cz/?q=lecba-bolesti.htm>>.
22. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetřovatelství*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.
23. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM ZKRATEK

CNS.....centrální nervový systém

DK.....dolní končetina

NSA.....nesteroidní antiflogistika

NRS.....numerická škála

PAD.....perorální antidabetika

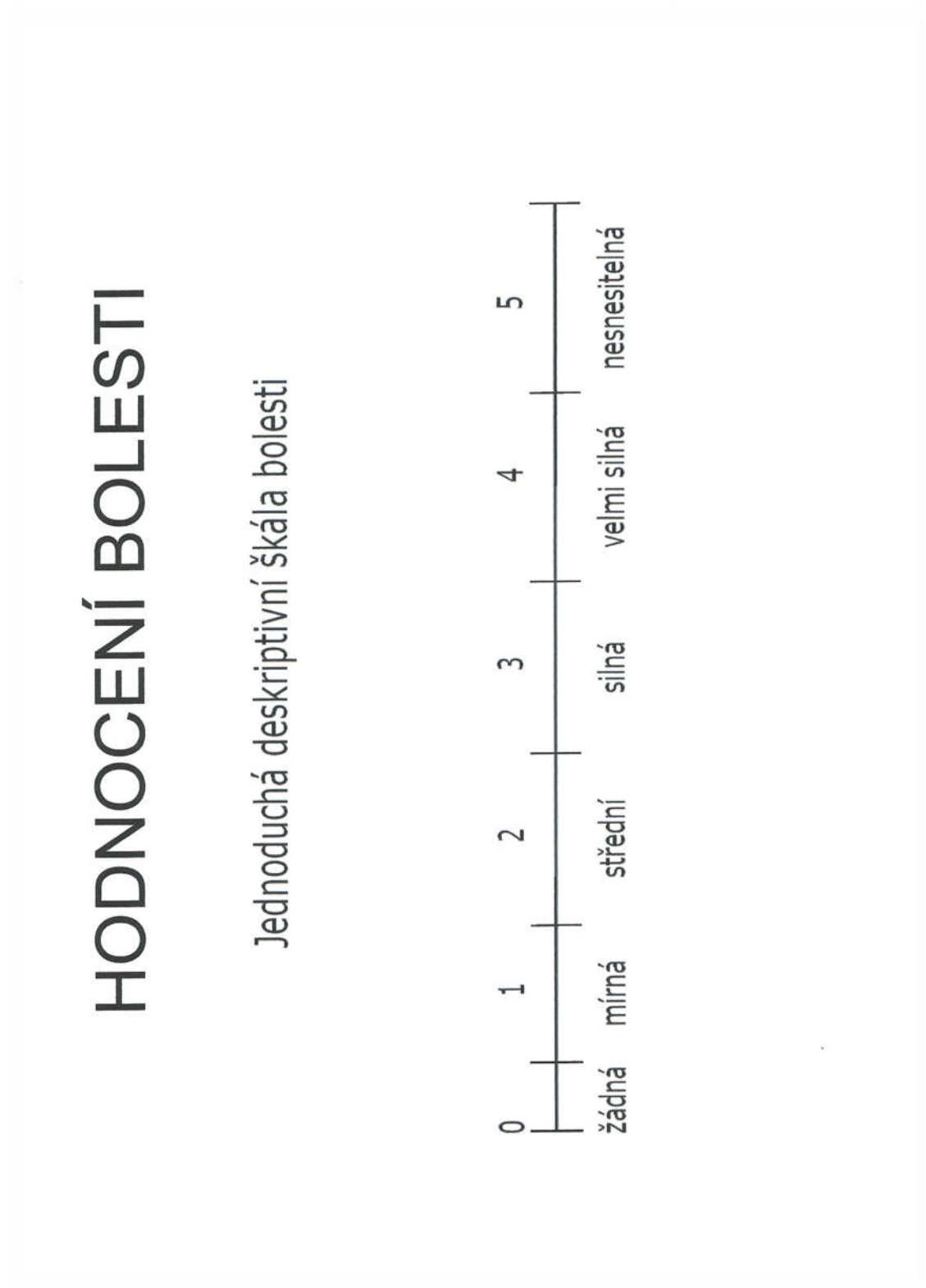
VAS.....vizuální analogová škála

WHO.....world healthy organ

SEZNAM PŘÍLOH

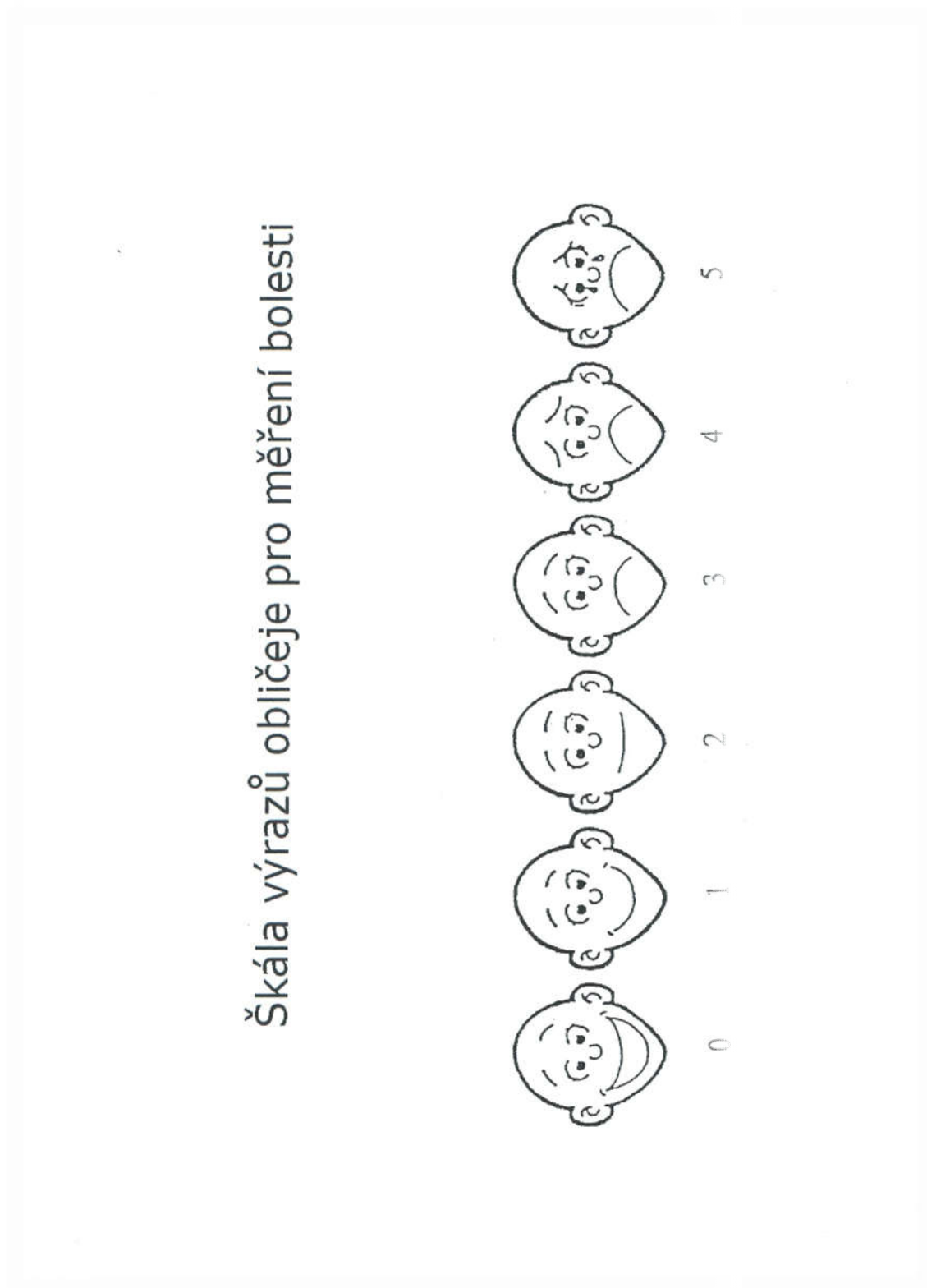
Příloha 1 Jednoduchá deskriptivní škála bolesti.....	50
Příloha 2 Škála výrazů obličeje pro měření bolesti.....	51
Příloha 3 Hodnocení bolesti dle Melzacka.....	52
Příloha 4 Záznam hodnocení bolesti.....	53
Příloha 5 .Informovaný souhlas s výzkumným šetřením.....	54
Příloha 6 Žádost o povolení k výzkumnému šetření.....	55
Příloha 7 Povolení o provedení výzkumného šetření.....	56

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



Příloha 2

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Zdroj: www.ose.zshk.cz

Denní záznam bolesti dle Melzacka

HODNOCENÍ BOLESTI

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

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

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

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

Záznam hodnocení bolesti

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

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

Informovaný souhlas respondenta s výzkumným šetřením

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Bolest jako ošetrovatelský problém

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

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

CÍL STUDIE
Cílem studie je přiblížit kvalitu života pacientů s neuropatickou bolestí.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 6

Žádost o povolení k výkumnému šetření

Žádost o povolení šetření

Mgr. Magdaléna Budková

Ředitelka ošetrovatelské péče

Městská nemocnice Plzeň, Privamed a.s.

Kotíkovská 17, 19

323 00 Plzeň

Věc: Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci

Vážená paní magistro,

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

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

Děkuji za vyřízení mojí žádosti.

S pozdravem

Lucie Pokorná,

studentka třetího ročníku, oboru všeobecná sestra.

Příloha 7

Povolení o provedení výzkumného šetření

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

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

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

MNOHO DÍKŮ ZA VYŘÍZENÍ
PŘÍKAZU
KONTAKT: TEL. 377 182 324
MNO. 41 40 62 01

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

>
>
>

21.3.2016