

**OŠETŘOVATELSKÁ KASUISTIKA U PACIENTA S CHRONICKOU
BOLESTÍ**

Bakalářská práce

LADISLAVA ŠVECOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Magistře Andree Pohlové za vedení a cenné rady k této práci. Dále děkuji klientovi, jehož údaje jsem v této práci použila, za jeho trpělivost a ochotu.

ABSTRAKT

ŠVECOVÁ, Ladislava: Ošetřovatelská kasuistika u pacienta s chronickou bolestí. (Bakalářská práce) Ladislava Švecová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář, všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Andrea Pohlová, PhD. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetřovatelská kasuistika u pacienta s chronickou bolestí. Zdravotní sestra se nezaměřuje pouze na bolest jako takovou, ale na člověka jako celek spolu se všemi jeho potřebami a dopad bolesti na život člověka. Proto je jak pro pacienta, tak pro sestru a lékaře velice důležitá vzájemná komunikace. Teoretická část práce charakterizuje patofyziologii bolesti, její metody měření, diagnostiku a hlavně léčbu bolesti. Dále popisuje péči ošetřovatelskou. Část praktická obsahuje posouzení klientova stavu – identifikační údaje, výtah z lékařské dokumentace, lékařskou anamnézu, fyzikální vyšetření sestrou a posouzení stavu klienta podle modelu Marjory Gordonové v oblasti podpory zdraví, výživy, vylučování a výměny, aktivity a odpočinku, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahů, sexuality, zvládnutí zátěže a odolnosti vůči stresu, životního principu, bezpečnosti a ochrany, komfortu, růstu a vývoje. Shledala jsem čtyři diagnózy a jednu diagnózu edukační, seřadila je podle důležitosti a vypracovala plán ošetřovatelské péče plněný primární sestrou. Do praktické části jsem zahrнула také edukaci klienta s bolestí a jeho prognózu.

Klíčová slova:

- Akutní bolest
- Chronická bolest
- Pacient
- Analgetika
- Opioidy
- Terapie
- Edukační proces

Předmluva

V dnešní době není chronické bolesti věnována z ošetřovatelského hlediska taková pozornost, jako by si zaslouhovala. Existuje obrovské množství léčiv, které dokážou bolest zmírnit, nebo ji zcela odstranit. To ovšem nestačí. Proto se v mé práci zaměřuji hlavně na ošetřovatelskou činnost u léčby bolesti.

Chronická bolest je všude kolem nás a úkolem všech zdravotníků je tuto bolest odstranit, nebo alespoň zmírnit a umožnit tak klientovi plnohodnotné prožití každého dne. Proto je má práce směřovaná ke všem zdravotníkům.

Výběr téma práce byl ovlivněn tím, že se s chronickou bolestí setkávám téměř na každém oddělení a také tím, že touto bolestí trpí i člen mé rodiny.

Cílem mé práce je přiblížit problematiku chronické bolesti. Materiál jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých publikací a internetových zdrojů.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Andree Pohlové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla během vypracování bakalářské práce.

Obsah

1 Úvod	8
2 Klinická charakteristika onemocnění	9
2.1 Definice, charakteristika	9
2.2 Patofyziologie bolesti	10
2.2.1 Vnímání bolesti na periferní úrovni	10
2.2.2 Vrátková teorie bolesti	11
2.3 Metody měření bolesti, diagnostika bolesti	11
2.4 Akutní bolest	13
2.5 Chronická bolest	13
2.6 Léčba bolesti	13
2.6.1 Invazivní metody	14
2.6.2 Neinvazivní metody	14
2.6.2.1 Farmakologická léčba	14
2.6.2.2 Fyzioterapie	18
2.6.2.3 Psychoterapie	22
3 Ošetrovatelský proces u klienta s chronickou bolestí	24
3.1 Ošetřování nemocných	24
3.2 Možné ošetrovatelské diagnózy	26
4 Posouzení stavu klienta	27
4.1 Identifikační údaje	27
4.2 Lékařská anamnéza	27
4.3 Výtah z lékařské dokumentace	28
4.4 Fyzikální vyšetření sestrou	29
4.5 Posouzení stavu klienta dle Marjory Gordonové	31
4.5.1 Podpora zdraví	31
4.5.2 Výživa	31
4.5.3 Vylučování a výměna	31
4.5.4 Aktivita – odpočinek	32
4.5.5 Vnímání – poznávání	32

4.5.6 Vnímání sebe sama	32
4.5.7 Vztahy	32
4.5.8 Sexualita	33
4.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	33
4.5.10 Životní princip	33
4.5.11 Bezpečnost – ochrana	33
4.5.12 Komfort	33
4.5.13 Růst/vývoj	34
5 Ošetrovatelská péče	35
5.1 Ošetrovatelské diagnózy	35
5.2 Plán ošetrovatelské péče	35
6 Edukace	40
6.1 Edukační list	40
6.2 Edukační plán	40
6.2.1 Cíl edukačního plánu	41
6.2.2 Význam edukace	42
6.2.3 Technika edukace	42
6.2.4 Postup při edukaci klienta	42
6.2.5 Kontrolní otázky pro klienta	42
6.2.6 Efekt edukace	43
7 Zhodnocení ošetrovatelské péče	44
8 Prognóza	45
9 Závěr	46
10 Seznam informačních zdrojů	47
10.1 Seznam použité literatury	47
10.2 Seznam použitých internetových zdrojů	48
11 Přílohy	49
11.1 Seznam příloh	49

1 Úvod

Snad každý z nás se ve svém životě setkal s bolestí. Existuje tu od pradávna a dá se říci, že je stará jako lidstvo samo. A také od pradávna se s ní snaží člověk bojovat a překonat ji. Tišení bolesti se vždy považovalo za etickou prioritu lékařské profese.

Bolest je hluboký emoční prožitek, který nepříznivě ovlivňuje život člověka a negativním dopadem není jen pocit, že to momentálně bolí. Bolest ruší spánek, vysiluje, snižuje schopnost soustředit se, řešit intelektuální problémy, komunikovat s okolím. Tím přispívá k sociální izolaci člověka.

Bolest jako symptom či jako nemoc prochází celým spektrem medicíny a setkáváme se s ní ve všech oborech. Mělo by být povinností všech zdravotníků, pomoci člověku od bolesti, nebo ji úplně odstranit.

Téma chronické bolesti jsem zvolila proto, že je mně i mé rodině velmi blízké a setkávám se s ní téměř každý den. Cílem práce je seznámit s problematikou a ošetrovatelskou péčí u nemocných s chronickou bolestí. Ošetrovatelský proces u klienta s chronickou bolestí se nachází v praktické části mé práce. Zaměřuji se hlavně na léčbu a ošetrovatelskou péči u klienta trpícího chronickou bolestí.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Klinická charakteristika onemocnění

2.1 Definice, charakteristika

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“ (World Health Organization, Janáčková, 2007)

Bolest je podobně jako strach a úzkost varovným signálem a plní ochrannou funkci organismu. Upozorňuje na poškození tkání a nutí nás k odstranění příčiny bolesti.

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“ (Margo Mc Caffery, 1983)

Bolest je komplexní zážitek, který se projevuje v oblasti biologické, psychologické a sociální. Tyto faktory také bolest zpětně ovlivňují.

Dělí se na:

- Bolest akutní, jež má užší definici ve smyslu reakce organismu signalizující poškození tkáně. Má fyziologický význam a napomáhá reparaci organismu, hojení a úniku ze stresové situace. Soubor reakcí směřuje k pozitivnímu přeladění organismu k obraně.
- Bolest chronická je déletrvající stav, který v celé své šíři ztrácí účelný fyziologický charakter a působí negativně na veškerý bio-psycho-sociální stav člověka. Trvání chronické bolesti je v období 3-6 měsíců.

Chronická bolest má na rozdíl od bolesti akutní odlišné fyziologické mechanismy. Vytváří pohotovostní stav komplexu somatických a psychosociálních změn, které jsou nedílnou součástí chronického bolestivého stavu, a které přispívají k zátěži bolesti trpícího pacienta. (Kozák, 2002)

2.2 Patofyziologie bolesti

Současné představy o anatomii a fyziologii bolesti vypadají takto:

Periferní struktury (receptory) bolest percipují a vedou do centrálních struktur, kde je zpracována, modulována a kde se na ni vytváří určitá reakce. Na úrovni periferie i centra existují mechanismy, které zároveň bolest tlumí, a to buď na téže úrovni, nebo na úrovni nižší či vyšší. Bolest se výrazně moduluje. Je součástí širšího fenoménu – stresu, který má na bolest velký vliv, a mnohdy je ani nelze od sebe zásadně oddělit. Nelze také opomenout subjektivní vnímání bolesti a různou reakci osob na bolest. Je anatomicky obtížné přesně umístit kognitivní a emociální složku bolesti, i když víme, že tyto procesy probíhají na úrovni centrálního nervového systému. (Janáčková, 2007, s. 25)

2.2.1 Vnímání bolesti na periferní úrovni

Bolest je vnímána na periferní úrovni nocisenzory (nociceptory nebo nociceptivní receptory). Tyto receptory jsou lokalizovány v periferních (kůži) i centrálních tkáních (centrální nervové soustavě – míše, hypotalamu, talamu a mozkové kůře). Typy periferních nocisenzorů:

- Nocisenzory na volných nervových zakončeních, které jsou lokalizovány na „bouton terminal“ (konečných knoflíčích). Volná nervová zakončení jsou v kůži a v dalších orgánech, sliznicích a v orgánech proprioreceptivních.
- Vysokoprahové mechanosenzory, které vnímají mechanické změny, jako jsou tlak, tah, dotyk, jež se objeví v příslušném okrsku a vyvolají bolestivou stimulaci.
- Polymodální receptory, vysokoprahové receptory pro chlad a teplo.

Vedení bolesti

Signály bolesti vedou dva typy nervových vláken. Myelinizovaná vlákna typu A (která se dále dělí na alfa, beta, gama a delta), jež vedou vzruchy rychlostí 7-14 m/sec. a vlákna typu C, která jsou nemyelinizovaná a vedou vzruchy rychlostí 0,5-3 m/sec.

2.2.2 Vrátková teorie bolesti

Vrátková teorie bolesti je založena na zjištění, že vzruchy, které za normálních okolností přicházejí somatosenzorickou aferencí (vzruchy přivádějící informace dotykové, tlakové, vibrační a jiné somatosenzorické cití), jsou vedeny rychlými vlákny (především A-alfa, rychlostí až 70-120 m\sec.) a jsou přepínány transmisní (T-přenosovou) buňkou v Lissauerově traktu do vyšších etáží. V případě, že nastane bolestivé dráždění, vzruchy jsou „převrátkovány“ a podráždí transmisní buňku v oblasti Lissauerova traktu. Tím se „přehluší“ impulzy z ostatních somatosenzorických zdrojů a místo toho, aby se spinoalamickými drahami vedly vzruchy taktilní a dotykové, vedou se jimi vzruchy bolestivé. Platí však i opak: jestliže podráždíme silněji ostatní somatosenzorické senzory, utlumí se dráhy bolestivé. (Janáčková, 2007)

Modulace bolesti

Modulace znamená vnitřní a vnější způsoby snížení či zvýšení bolesti. Vnější způsob jak zmírnit bolest je použití analgetik. Dalším typem modulace jsou kognitivní vlivy, jež mohou buď zmírnit bolest (odvrácení pozornosti), nebo ji zvýšit (očekávání). Tělo umí samo modulovat vnímání bolesti kontrolním mechanismem ve středním mozku. Externí opioidy (morfin) a endogenní opioidy (endorfiny – přirozená analgetika organismu) spustí inhibiční reakci, která postupuje do míchy.

2.3 Metody měření bolesti, diagnostika bolesti

Při měření bolesti zaznamenáváme lokalizaci bolesti, intenzitu bolesti, časovou dimenzi bolesti, kvalitu bolesti a ovlivnitelnost bolesti. Tyto údaje zjišťujeme pomocí dotazníkových metod, analogových stupnic, map bolesti a zaznamenáváním nonverbálních projevů pacienta.

V praxi se největší pozornosti těší způsoby, které pracují s řečí pacienta (verbální sociální komunikací):

- Kde to bolí – tzv. lokalizace a topologie bolesti. Na tuto otázku může pacient odpovědět sám, dále můžeme použít dotazníkovou metodu (např. „Dotazník bolesti“ Kabat-Zinna) a mapu bolesti (Křivohlavý, 1992).
- Jak moc to bolí – tzv. problematika intenzity bolesti, kterou zjišťujeme pomocí analogové stupnice intenzity bolesti (VAS – Visual Analogue Scale), verbální metody diagnostikování velikosti bolesti (pacient tlumočí zážitek toho, „jak moc to bolí“), srovnávací tourniketovou metodou vyšetření intenzity bolesti (D. Lewis, pomocí nafukování gumové manžety na ruce) a vyjadřováním intenzity bolesti v dolech (dol je jednotka bolesti, na principu turniketu).
- Kdy to bolí – časová dimenze bolesti. Využívá se metoda VAS, kdy při záznamu o intenzitě bolesti ještě navíc nanášíme na vodorovnou osu měření časové údaje. Dále zobrazujeme „tok“ bolesti – graficky se na vodorovné ose zaznamenává chod času (ve dnech, týdnech) a na svislé ose pak intenzita bolesti.
- Ovlivnitelnost bolesti – kdy a za jakých okolností se bolest zhoršuje či polevuje.
- Jak to bolí – kvalita, charakter bolesti. Např. bolest pálivá, bodavá, křečovitá, řezavá, svíravá atd. Kvalitu bolesti měříme metodou MPQ (McGill Pain Questionnaire, R. Melzack), s jejíž pomocí se zjišťují afektivní, sensorické a hodnotící údaje o kvalitě bolesti.

Diagnostika bolesti z nonverbálních projevů, přehled mimoslovních deskriptorů bolesti dle Craiga a Prkachina (1983):

- paralingvistické projevy (vzdechy, sykání, pláč, akustické nespisovné zvuky, naříkání, vzlykání a jiné);
- mimické projevy (grimasy, pitvoření obličeje);
- pohyby končetin (ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou, útěk od zdroje bolesti a jiné);
- posturologické nonverbální projevy (ustrnutí v určité poloze, střež a obrana před zdrojem ohrožení a jiné);
- aktivita autonomního nervového systému (zvracení, zrudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, prudké bušení srdce a jiné).

2.4 Akutní bolest

Akutní bolest vzniká na základě mechanického poškození tkáně, nebo na poškození tkáně nemocí. Je charakterizována náhlým začátkem a časově omezeným trváním. Při různé intenzitě se může vyskytovat i několik hodin, dnů a týdnů. Pro člověka představuje zátěž, na kterou organismus reaguje výraznými fyziologickými změnami (zvýšení krevního tlaku, prohloubené dýchání, zatajování dechu, zvýšené svalové napětí a jiné). lokalizace akutní bolesti je většinou dobře určitelná a člověk se snaží v první řadě odstranit její zdroj. U postiženého jedince je značně zvýšené afektivní prožívání bolesti (například agresivní chování k okolí nebo k sobě).

2.5 Chronická bolest

Chronická bolest je diagnostikována u pacientů trpících bolestí déle než 3 až 6 měsíců. Její příčina nebývá většinou známá, a stává se tedy onemocněním sama o sobě, nebo je neodstranitelná (jako například u degenerativních onemocnění). Na chronickou bolest člověk reaguje vyčerpáním, cítí bezmoc, depresi, u pacientů se vyskytují poruchy spánku, snižuje se chuť k sexuálnímu životu. Pacient postupně mění své chování, omezuje své sociální kontakty a uzavírá se do sebe. Analýza problematiky bývá komplikovaná mnoha okolnostmi – od možného vytvoření závislosti na látkách s analgetickým účinkem přes psychiatrickou problematiku až po zhoršení sociálních funkcí pacienta. Důležitý je zde i význam bolesti v sociálních vztazích nemocného, význam, který pacient bolesti subjektivně připisuje, a také vzájemná interakce lékaře a pacienta. (Janáčková, 2007, s. 64)

2.6 Léčba bolesti

Léčebné postupy klasické medicíny rozdělujeme na tzv. invazivní a neinvazivní. Invazivní metody spočívají v podávání látek do páteřního kanálu, v blokadě nervů vedoucích bolest nebo nervů ovlivňujících místní prokrvení. Neinvazivní metody zahrnují farmakoterapii, psychoterapii, fyzikální terapii.

2.6.1 Invazivní metody

Mezi tyto metody léčby patří subarachnoidální podání léků, epidurální anestezie, blokády periferních nervů a neurochirurgické metody.

- Aplikace do míšního vaku, tzv. subarachnoidální podání léku. Látka se podává přímo do míšního vaku, tedy do vazivového pouzdra obsahujícího mozkomíšní mok a míchu.
- Aplikace před tvrdou plenu, tzv. epidurální anestezie. Léčebná látka se aplikuje před tvrdou plenu míšní, tedy před stěnu míšního vaku. Výhoda této metody spočívá v tom, že ji lze provádět nejen v úrovni dolních bederních obratlů, ale i v oblasti obratlů hrudních nebo krčních.
- Blokády periferních nervů. K blokáde periferních nervů dochází tehdy, blokujeme-li nervové vedení jinde než v oblasti páteře. Při této technice se vychází z anatomických znalostí průběhu nervů. Jednorázová blokáda spočívá v aplikaci léčebné látky pouze jednou. Při kontinuální blokáde se přes zavedenou jehlu zasune tenký katétr, který slouží k opakovanému podávání anestetika.
- Neurochirurgické metody. Při těžko ovlivnitelných bolestech lze neurochirurgickým zásahem přerušit vedení bolesti z dané oblasti. Provádějí se cílené destrukční výkony na míše, stereotaktické výkony na mozku i dlouhodobá elektrostimulace v oblasti míchy nebo mozku. (Janáčková, 2007, s. 74-75)

2.6.2 Neinvazivní metody

K těmto metodám terapie řadíme farmakoterapii, fyzioterapeutické postupy a psychoterapii.

2.6.2.1 Farmakologická léčba

V původním doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace) pro léčbu bolesti jsou v „analgetickém žebříčku“ uváděna postupně stále silnější analgetika v kombinaci

s tzv. adjuvantní léčbou (léčba aplikovaná primárně z jiné indikace, než je tlumení bolesti, která je ale při určitých stavech k léčbě bolesti aplikována), která zahrnuje kromě řady léků ulevujících dyskomfortu především **psychofarmaka** a z nich zejména **antidepresiva**. Další výzkum prokázal, že psychofarmaka mají nejen modulující vliv na emoční prožívání, ale některá z nich mají též přímý analgetický účinek. Je třeba si uvědomit, že tyto preparáty mají analgetický účinek bez ohledu na to, zda je deprese přítomna či ne. Působí příznivě zejména u neuropatických bolestí (diabetické neuropatie) a u spastických bolestí svalových.

Analgetika a antipyretika jsou nejběžněji používané léky, které potlačují a snižují vnímání bolesti typicky na periferní úrovni (záněty, kosti, klouby, útroby) s minimálním ovlivněním vědomí. Kyselina acetylsalicylová je nejznámějším a nejpoužívanějším představitelem této skupiny, a má výrazný analgetický a protizánětlivý účinek, ale i řadu účinků nežádoucích (např. vliv na jaterní a ledvinné funkce, krvácivé projevy, ulcerogenní vliv na gastrointestinální trakt). Dalším představitelem je paracetamol, který má výrazné analgetické účinky a minimum účinků nežádoucích. Jeho použití se indikuje u periferních bolestivých stavů zánětlivého původu. Při předávkování paracetamolem může dojít k poškození jater. Tyto dva preparáty jsou základem pro kombinovaná analgetika, u kterých jsou přiřazené další složky k zesílení analgetického efektu, ale je zde často zvýšeno nebezpečí návyku. Jde o kofein, kodein, aminophenazon a jiné.

Specifickou skupinou jsou **spasmoanalgetika** v kombinaci analgetika a spasmolytika. Indikují se u bolestivých stavů spojených se stahy hladkého svalstva (bolesti břicha, migrény). Jejich užívání má být pouze krátkodobé kvůli nebezpečí návyku a nežádoucím účinkům.

Nesteroidní antirevmatika mají rychlejší účinek analgetický než protizánětlivý a jejich využití se stále rozšiřuje od útrobních bolestí a bolestí pohybového ústrojí až k bolestem hlavy a migrénám. Nežádoucí účinky mají vliv především na trávicí systém. Z hlediska délky biologického poločasu se dělí nesteroidní antirevmatika na:

- antirevmatika s krátkým poločasem (do několika hodin) jako např. ibuprofen, diklofenac, ketoprofen a kyselina tiaprofenová,
- antirevmatika se středně dlouhým poločasem (asi 12 hodin) jako např. naproxen,
- antirevmatika s dlouhým poločasem (nad 30 hodin) jako prakticky jediné piroxicam.

Další lékovou skupinou používanou při ovlivnění bolesti jsou **anxiolytika**. Teoretický předpoklad pro jejich indikaci vycházel ze zkušenosti, že úzkost, podobně jako deprese, negativně ovlivňuje prožívání bolesti. Nejrozšířenější skupinou mezi anxiolytiky jsou benzodiazepiny, z nichž zejména diazepam, ale i některé další preparáty vykazují navíc myorelaxační efekt. Jsou účinná především u bolestí akutních, kde uklidnění a relaxace pacienta hrají podstatnou roli. Mezi nevýhody benzodiazepinů patří postupný útlum (může imitovat depresi, nebo dokonce depresivní symptomy provokovat), možnost zvyšování tolerance a možnost vzniku návyku, kdy se po vysazení mohou objevit abstinenční příznaky. (Janáčková, 2007)

Neuroleptika, léky, které výrazně snižují dráždivost. Jejich účinek na vnímání bolesti je komplexnější než prostý útlum. U levopromazinu a fluphenazinu se předpokládá analgetický efekt, u mírnějších bolestí dokonce srovnatelný s morfinem. U ostatních neuroleptik není analgetický účinek jednoznačný a využívá se především jejich sedativního (uklidňujícího) a spánek navozujícího účinku.

Antikonvulziva – neurofyziologicky je účinek patrný tlumením záchvatové pohotovosti. Uplatňují se především u tlumení neuralgií a dalších bolestí neuropatického charakteru.

Steroidy se uplatňují jak pro jejich lokální protizánětlivý efekt, tak i účinek centrální. I přes jejich nežádoucí účinky zůstává jejich indikace zejména u bolestí zánětlivých, dále při bolestech spojených s nitrolební hypertenzí a u neuropatických bolestí udržovaných sympatikem.

Nelze opomenout také **placebo efekt** (tedy zlepšení stavu po podání neúčinné látky). To, že nemocný reaguje příznivě na placebo terapii, neznamená, že netrpí skutečnou bolestí. Placebo odpověď můžeme vykládat též jako podmíněnou (naučenou) reakci. Rozhodneme-li se pro placebo terapii, měl by být postup jednotný, racionálně postavený i pochopený a pacient by neměl snadno rozpoznat z ironických náznaků personálu, o co se v jeho případě terapeut pokouší.

Opioidní analgetika jsou farmaka užívaná k tlumení intenzivních bolestí. Podle původu je můžeme rozdělit na deriváty opia (morfin, codein) nebo polysyntetické (oxykodon) a syntetické (pethidin, bezitramid) látky. Jejich hlavní efekt je zprostředkován přes speciální receptory v centrálním nervovém systému. V organismu se také vyskytují tzv. přirozené opioidy (endorfiny), jež mají podobný účinek jako preparáty farmakologické. Základním představitelem a zároveň nejpoužívanějším opioidem je morfin. Tolerance na opioidy si vyžaduje zvyšování dávek pro dosažení stejného účinku. Kromě zácpy, nevolnosti a mírného útlumu nemá morfin téměř žádné vedlejší účinky. Toxikomanie ve své pravé podobě s fyzickou a psychickou závislostí se vyskytuje u pacientů s neztišitelnou bolestí ve velmi nízkém procentu.

Způsoby podávání opioidů:

- perorálně v podobě tablet, kapek nebo sirupu,
- transdermálně pomocí náplasti uvolňující opioid do kůže,
- rektálně za použití čípků a tablet
- a injekčně (intradermálně, subkutánně, intramuskulárně, intravenózně, intraarteriálně, intraspinálně a intraartikulárně).

Třístupňové schéma farmakoterapie bolesti dle WHO:

1. stupeň – NEOPIOIDNÍ ANALGETIKA

- analgetika – antipyretika
- nesteroidní antiflogistika

+ - adjuvantní léčiva z jiných lékových skupin pokud bolest přetrvává nebo zesiluje

2. stupeň – SLABÁ OPIOIDNÍ ANALGETIKA

+ - adjuvantní léčba

+ - neopioidní analgetika pokud bolest přetrvává nebo zesiluje

3. stupeň – SILNÁ OPIOIDNÍ ANALGETIKA

+ - adjuvantní léčba

+ - neopioidní analgetika

+ - slabá opioidní analgetika

2.6.2.2 Fyzioterapie

Fyzikální terapie užívá v léčbě přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií (například tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic). Kromě přístrojů nejrůznějšího technického provedení využívá fyzikální terapie i skutečně přírodních zdrojů při léčbě lázeňské (balneologie).

Fyzioterapii rozdělujeme do několika skupin podle druhu použité energie.

- **Elektroléčba** – jedna z nejrozšířenějších procedur v oblasti fyzikální terapie. Je založena na aplikaci stejnosměrného, nebo střídavého elektrického proudu. Stejnosměrný proud umožňuje vpravování různých látek do organismu (u bolestivých stavů zejm. místní znečitlivující prostředky jako např. prokain). Dále mají za následek účinky elektrického proudu snížení vedení a vnímání bolestivých podnětů. Střídavý proud je používán v nízkofrekvenční (do 1000 Hz, nejvýhodnější pro léčbu bolesti), středofrekvenční (do 100 000 Hz, interferenční proudy) nebo vysokofrekvenční (nad 100 000 Hz, diatermie neboli léčba teplem) formě.
- **Vodoléčba** – nejdéle používaný prostředek fyzikální léčby. Kromě účinku tlaku vodního sloupce na povrch těla jde hlavně o působení tepla nebo chladu. Jednotlivé metody používají různě silných podnětů od mírných (omývání, kartáčování, tření, studené polévání) přes středně silné (celkové nebo částečné

koupele, vířivé lázně, roštové lázně s probublávajícím kysličníkem uhličitým nebo vzduchem (perlička), sprchy, podvodní masáže, různé druhy napařování, sauna) až po silné (parní lázně, horké lázně, celotělové střídavé stříky studenou a horkou vodou a celkové zábaly). Vodoléčbou lze podporovat imunitní reakce.

- **Fototerapie** – světelná energie má podpůrný biologický vliv na metabolismus tkání, její účinky jsou i tepelného charakteru. Infračervené záření je formou teplotoláčky, stejně jako solux. V léčbě bolesti se nejvíce osvědčuje moderní forma fototerapie, kterou je laserový paprsek. Lze jím ovlivnit bolestivé stavy pohybového ústrojí.
- **Sonoterapie** – zvuková energie působí na tkáně tepelným účinkem, ve který se proměňuje energie ultrazvukových vln při odrazu na rozhraní dvou rozdílných struktur v hloubi tkáně. Ultrazvuk se osvědčuje hlavně u chronických bolestivých poruch pohybového ústrojí degenerativního rázu. (Janáčková, 2007, s. 78)
- **Magnetoterapie** – terapie magnetickým polem. Při magnetoterapii se používají nástroje, které produkují trvalé (kontinuální) nebo přerušované (pulzní) magnetické pole. Ovlivňují pozitivně biologické vlastnosti tkání tím, že mění vodivost nervů a jejich reaktivitu. (Janáčková, 2007, s. 79)
- **Vakuová léčba** – řada přístrojů působí na základě střídání podtlaku a normálního tlaku ve vzduchotěsných válcích, do kterých se vkládají jednotlivě dolní nebo horní končetiny. Střídáním tlaku s podtlakem dochází ke zlepšení proudu krve v končetinách.
- **Pneumoterapie** – obdoba vakuové terapie s tím rozdílem, že různých tlaků se dosahuje nafukováním a vypouštěním vzduchu ze speciálních textilních návleků na končetiny.
- **Radiační léčba** – léčba energií volných částic. Pro léčbu bolesti se používá jen tzv. měkkého záření pomocí rentgenových lamp. (Janáčková, 2007, s. 79)
- **Mechanoterapie** – účinek tlaků a tahů na lidský organismus, které je možno vyvíjet pomocí přístrojových zařízení nebo manuálně. V léčbě bolesti se uplatňují známé trakce krční nebo bederní páteře. (Janáčková, 2007, s. 79)

- **Masáže** – jsou založené na souhře různých tahů a tlaků, které se uplatňují působením rukou maséra na kůži a měkké tkáně nemocného. Podstatou jejich účinku je propracování měkkých tkání s následným povolením napětí stažených svalů. Dochází při ní ke zlepšení prokrvení a uvolnění látek, snižujících vnímání bolesti. (Janáčková, 2007, s. 79)

Léčba bolesti pomocí radonu

Terapeutické využívání radonu se datuje od počátku našeho století, kdy se přišlo na to, že některé prameny mají výrazně vyšší účinky při léčbě kloubních potíží. Příčinou léčebného efektu je radioaktivní interní plyn radonu. Radon je vzácný radioaktivní plyn. Jeho alfa-paprsky (používané v radonové balneoterapii) působí na stimulaci buněčné činnosti. Indikace radonové léčby jsou zánětlivá i degenerativní onemocnění pohybového aparátu, stavy po ortopedických operacích, úrazech a při metabolických chorobách. Úspěch léčby záleží na koncentraci radonu v přírodních termálních pramenech. Příznivé účinky dlouhodobé léčby přinášejí úlevu od bolesti, regenerují organismus, prodlužují fyzickou aktivitu a umožňují výraznou redukci medikamentózní léčby. Nejznámější a první radonové lázně na světě jsou lázně Jáchymov.

Hlavní účinky radonových koupelí:

- snížení aktivity a brzdění rozvoje zánětu,
- aktivace endorfinů a výrazné tlumení bolesti,
- stimulace imunologického systému (zvýšení fagocytózy leukocytů),
- stimulace nadledvinek (vzrůst produkce kortizonu),
- vazodilatační reakce periferního cévního řečiště (zlepšení funkce vitality).

Lázeňská léčba – balneoterapie

Balneoterapie je nedílnou součástí léčebně preventivní péče a má jednoznačně prokazatelný význam při léčbě funkčních, degenerativních a zánětlivých onemocnění

pohybového aparátu, jako součást rehabilitačního plánu po operacích a v prevenci přechodu nemoci do chronického stadia.

Přírodními léčivými zdroji jsou přirozeně se vyskytující minerální voda, plyn nebo peloid (bahno), které mají vlastnosti vhodné k léčbě. Balneoterapie představuje využití chemických a fyzikálních účinků přírodních léčivých zdrojů. Přírodní léčivá voda musí obsahovat v 1 litru alespoň 1 g rozpuštěných pevných součástí nebo některou z látek v minimálním množství, v případě sirtých vod 1 mg sulfidové síry. Klienti navštěvují například sirtaté lázně Ostrožská Nová Ves.

Léčba bolesti podpůrnými technikami

- Akupunktura – tato stará Čínská metoda blokuje přenos nocicepčního dráždění na různých úrovních centrální nervové soustavy. Akupunktura má více podob – klasická aplikace jehel do akupunktorních bodů či drah, požehování (MOXY), elektroakupunktura, vakuopunktura, laseropunktura.
- TENS (transkutánní elektroneurostimulace) kožních a podkožních nervových receptorů. Pomocí akupunktorních jehel nebo jednorázových EKG elektrod se aplikují elektrické impulzy. Po stimulaci je ošetřené místo dokrvené, prohřáté svalový spasmus se uvolní, vyplaví se endorfiny a dochází ke zmírnění bolesti. Indikuje se především u neurogenních bolestí.
- REBOX – přístroj využívající elektrického impulzu k léčbě bolesti. Terapie je prováděna tužkovou elektrodou, bodově, v bolestivém místě. Dochází k uvolnění svěračů arteriol a lymfatických cév ve tkáni. Uvolní se spasmus hladké i příčně pruhované svaloviny, výsledkem je vasodilatace, spasmolytický a myorelaxační efekt. Tento přístroj se využívá u otoků, po úrazech či operacích, u čerstvě vzniklých blokáde páteře a při revmatických bolestech kloubů.
- Laserová sonda využívá infračerveného paprsku. Aplikuje se u pacientů s neuropatickou bolestí.
- Masáž elektrickým ručním přístrojem F 96, jehož hlavice je speciálně designovaná pro mnoho druhů masáží: masážní válečky, měkké masáže

(přisavky), akupresurní masáže, masážní kartáčky, široké masáže. Masáž vyvolává příjemné pocity, snižuje svalové napětí, snižuje bolest, prokrvuje svaly a snižuje únavu.

- **Vakuoterapie** – přikládání teplých nebo studených baněk. Teplé baňky jsou prostředkem pro podtlakovou reflexní terapii a přikládají se po prohřátí jejich vnitřku hořícím lihovým tampónem. Baňky s balónkem (studené baňky) se požívají tak, že balónkem vytvoříme podtlak a baňku přisajeme na místo bolesti. Velmi účinná je touto baňkou i podtlaková masáž.

2.6.2.3 Psychoterapie

Jedná se o snahu o pozitivní ovlivnění zdravotního stavu a kvality života psychologickými a psychofyziologickými metodami. Psychoterapeut může pracovat s jednotlivcem (individuální), s rodinou (rodinná), se speciálně sestavenou skupinou 5-15 pacientů (skupinová) nebo se skupinou větší (kolektivní). Podle stupně aktivity terapeuta a pacienta dělíme tyto postupy na direktivní (například hypnóza, nácvik, kognitivně-behaviorální terapie) a nedirektivní (dynamické psychoterapie, rogersovská psychoterapie).

Pro léčbu bolesti jsou využívány tyto techniky:

- **Sugesce** – navození určitých myšlenek, představ, postojů, pocitů nebo přesvědčení, sugestibilita je pak schopnost tyto „ne-vlastní“ myšlenky přijímat.
- **Hypnóza** – přirozený stav změněného a zúženého vědomí, při kterém se změní činnost mozku a přesouvá pozornost. Stav je charakterizován koncentrací pozornosti požadovaným směrem, sníženou kritičností a zvýšenou sugestibilitou. Hypnosuggestivní postupy pomáhají nemocnému zaměřit se na jiné věci, odvrátit jeho pozornost a zaměřenost od bolesti. (Janáčková, 2007, s. 80)
- **Relaxace** – stav sníženého psychosomatického napětí. Slouží k uvolnění, odpoutání se a intenzivnímu odpočinku. Mezi nejčastěji používané techniky patří autogenní trénink, meditace, imaginace a biologická zpětná vazba.

- **Kognitivně-behaviorální terapeutické metody** – vycházejí z racionálního pojetí a z přesvědčení, že lidé mají tendenci k logickému pohledu na svět. Podle této teorie člověk není jen pasivním příjemcem vjemů, ale jejich aktivním zpracovatelem. Vzhledem k tomu, že při chronické bolesti je nejčastější doprovodnou psychopatologií chorobná deprese, je tato terapie nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata. (Janáčková, 2007, s. 81)
- **Psychodynamické směry** – zaměřují se na jak na strukturu premorbidní osobnosti, tak na evaluaci poškozeného sebevědomí a vytváření zdravých mezilidských vztahů. Některé z forem dynamické psychoterapie je výhodné použít tam, kde se chronická bolest stala „součástí životního příběhu“, a pomáhá (nevědomě) k zachování vnitřní stability jedince nebo jeho rodiny. (Janáčková, 2007, s. 81)

3 Ošetrovatelský proces u klienta s chronickou bolestí

3.1 Ošetřování nemocných

Lidé trpící chronickou bolestí jsou zpravidla ošetřováni na speciálních pracovištích zaměřených na léčbu bolesti, nebo na odděleních zaměřených na problematiku, z níž chronická bolest vychází (například ortopedie, neurologie a jiné).

Sestra zaujímá při léčbě bolesti významné místo – pracuje s nemocnými, je s nimi v přímém kontaktu a je v jejích silách poskytnout nemocnému úlevu. Důležitá je komunikace v celém ošetrovatelském týmu. Sestra, která pečuje o nemocné s bolestí, musí mít neustále na paměti, že bolest je to, co pacient říká a existuje vždy, když to pacient tvrdí.

Jak psychologicky pomáhat pacientům trpícím bolestí:

- vytvořit si vztah k pacientovi, který mu umožní hovořit o jeho pocitech;
- snažit se zjistit, jak pacient nahlíží na vlastní osobnost (to nám poskytne určitý klíč jak mu pomoci, aby si poradil se stresem a s bolestí);
- vysvětlit pacientovi jakou zkušenost mu přinese nemocniční rutina a procedury;
- pohovořit si s pacientem o jeho postoji k analgezii; zda nemá nějaké vlastní strategie, které by rád vyzkoušel; zdůraznit, že zmírnění bolesti je dostupné v rámci ošetrovatelské péče;
- zapojit pacienta do těchto snah jako „partnera“, nikoliv jako osobu závislou; tím mu vnukneme jistý pocit kontroly; bude-li mít pacient dojem, že má v rukou určitou kontrolu při bolesti, sníží to intenzitu bolesti a zlepší kvalitu života.

Specifika léčby bolesti na oddělení paliativní péče (péče ke zlepšení kvality života):

- zajištění dostatečného spánku;
- ulehčení pohybu na lůžku;
- pomocí vhodné komunikace snaha o rozptýlení obav z toho, že se bolest bude zhoršovat;
- sledování intenzity bolesti na stupnici VAS (1-10);

- sledování účinků analgetik, opioidů a jejich nežádoucích účinků.

Úloha sestry při léčbě bolesti (Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, FN

Motol):

- léčba prvotní příčiny základního onemocnění;
- léčba akutní bolesti (prevence přechodu do chronické bolesti);
- léčba bolesti chronické a s ní spojenou depresí a poruchami spánku;
- sestra také asistuje u invazivních výkonů (periferní a centrální nervové blokády), podává infúzní terapie a sleduje pacienty na stacionáři;
- pravidelná účast na ranních hlášeních oddělení, kde se referuje o nových a komplikovaných pacientech pracoviště;
- přítomnost všech sester na „multidisciplinární konferenci“, jež se koná jednou týdně, sestry a lékaři diskutují a polemizují o pacientech;
- sestry také pracují na „Lince proti bolesti“ a musí tedy být orientovány v problematice algeziologie a musí být psychologicky a komunikačně dovedné.

Péče o pacienta s bolestí na chirurgickém oddělení:

- je nutné, aby si zdravotní sestra uvědomila, že je v nejhodnějším postavení pro poskytnutí pomoci lidem trpícím bolestmi
- sestra vede kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci, kterou zaměřuje především na ujišťování biologických a psychosociálních potřeb;
- zvláštní pozornost je třeba věnovat lidem, které ovládá strach a úzkost;
- důležitá je komunikace a dostatek vhodně podaných informací;
- dále sestra zajišťuje vhodnou analgezii;
- sestra pravidelně monitoruje základní fyziologické funkce;
- sestra vede důkladný záznam o bolesti (je nezbytné stanovit hranici snesitelnosti, lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti; zapsat každou terapii či způsob, jak bylo na bolest reagováno a nejpozději do 60 minut zhodnotit úspěšnost zásahu; podpis ordinujícího lékaře a sestry, která lék podala);
- sestra dbá na to, aby měla s pacienty harmonický vztah a vzájemné porozumění, protože ten má kladný vliv na tlumení bolesti;

- zvláště u starších lidí není dobré podceňovat hmatový kontakt (podáním ruky nebo pohlazením sdělujeme, že jsme na blízku a že o bolesti víme);
- empatie a ochota vyslechnout nemocného by měly být základními vlastnostmi sester.

Zásady jednání sester s klienty trpícími bolestí – všímat si, naslouchat a slyšet, sledovat neverbální projevy, nespíchat, když nemocný něco sděluje, nebagatelizovat jeho stížnosti, neoznačovat nemocného slovy simulant, hysterka, hypochondr apod., informovat o bolestivých zákrocích, kde, jak dlouho a jak budou bolest, nabízet důvěru a důvěryhodnost, zaujímat emfatický vztah k nemocnému, akceptovat nemocného a posilovat jeho aktivitu a iniciativu v boji s bolestí. (Vopeláková, Raitmajerová a kol., Sestra, s. 55-56)

3.2 Možné ošetrovatelské diagnózy

1. Chronická bolest 00133
2. Nadměrná výživa 00001
3. Sociální izolace 00053
4. Zhoršená pohyblivost 00085
5. Porušený spánek 00095
6. Strach 00148
7. Deficit sebepéče při jídle 00102
8. Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108
9. Deficit. sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku 00109
10. Únava 00093
11. Intolerance aktivity 00092
12. Deficitní znalost 00126

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Posouzení stavu klienta

4.1 Identifikační údaje

Klient XY, narozen v lednu 1949 (59 let), přijat na ortopedickou kliniku pro vyšetření kloubů. Hospitalizace trvala 6 dní.

4.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza – otec + ve věku 64 let na cévní mozkovou příhodu; matka + ve věku 71 let na jaterní cirhózu; sestra prodělala infarkt myokardu, sledována, jinak zdravá; bratr prodělal ca plic, nyní sledován na onkologii, jinak zdravý; dcera (23 let) zdravá.

Sociální anamnéza – žije s manželkou v panelovém domě, pracuje jako výpravčí.

Farmakologická anamnéza – Prednison 5mg ½-0-0 (kortikoid), Methotrexate 2,5mg 3 tablety týdně (cytostatikum), Acidum Folicum 1x týdně (vitamín), Coxtral 100mg 1-0-1 (antirevmatikum)

Alergická anamnéza – alergie na zvířecí srst.

Osobní anamnéza – v dětství prodělal běžná dětská onemocnění, jinak vážněji nestonal, tonzilektomie ve věku 12 let; od roku 1994 léčen pro hypercholesterolémii, nyní kompenzovaná; fraktura palce (1998); od roku 1999 revmatické obtíže léčené ambulantně; nekuřák, alkohol příležitostně.

Nynější onemocnění – klient začal cítit nepříjemnou bolest v pravém koleni, navštívil svého praktického lékaře, který ho doporučil k hospitalizaci na revmatologii pro vyšetření.

4.3 Výtah z lékařské dokumentace

Průběh hospitalizace: 59letý mírně obézní pacient s revmatoidní artritidou přijat k přešetření pro bolesti pravého kolene. Vzhledem k minimální zánětlivé kloubní a laboratorní aktivitě onemocnění, charakteru bolestí a rentgenového nálezu na donesených snímcích uzavíráme jako dekompenzovanou gonartrosu. Maximum bolesti pacient lokalizuje do oblasti úponu pouzdra na mediální straně, proto proveden obstřík. Došlo k výraznému zmírnění bolestí pravého kolene, přesto doporučujeme po propuštění ještě v rehabilitaci pokračovat. Průběh hospitalizace byl bez komplikací, laboratoř uspokojivá, nejsou patrné žádné nežádoucí účinky Methotrexanu. Pacient propuštěn v dobrém klinickém stavu.

Vyšetření:

RTG nález: gonarthrosa incip. – až maximálně I. stupně s postižením hlavně patellofemorální štěrbiny, přihrocení na mediálním kondylu tybie, drobný stín v kloubní štěrbině, vakuový fenomén mediální kloubní štěrbiny.

Laboratorní vyšetření:

- FW 14/39;
- biochemie, sérum – S-kreatinin 70, S-urea 3,8, S-bílkovina 74, S-AST 0,27, S-ALT 0,39, S-bilirubin 4, S-vápník 2,55, S-fosfor anorg. 1,31, S-Na 142, S-K 5,3, S-Cl 104, S-albumin 57,200, S-alfa1 2,800, S-alfa2 11,300, S-beta 11,300, S-gama 17,400, S-CRP 9,5, TSH 2,30, T4 volný 14,7;
- moč (chemicky, sediment) – pH 6, leukocyty negativní, patologické válce negativní;
- krevní obraz – leukocyty 10,3, erytrocyty 4,83, hemoglobin 139,00, hematokrit 0,416, destičky 250;

- imunologie – LATEX negativní, C3 složka komplementu 1,46, C4 složka komplementu 0,41, Anti-kardiolipin IgG 10,20.

Závěr: Revmatoidní artritida I. stupně, seronegativní, mírné klinické aktivity M 06.9
Gonartrosa incip., l. dx. dekompenzovaná M 17.9.

Doporučujeme: rehabilitaci se zaměřením na pravé koleno – 5x (předpis vydán), kontrolní odběry na naší ambulanci, kontrola v ambulanci, redukci váhy.

Medikace: Prednison 5mg ½-0-0 (kortikoid)
Methotrexate 2,5mg 3 tablety týdně (cytostatikum)
Acidum Folicum 1x týdně (vitamín)
Coxtral 100mg 1-0-1 (antirevmatikum)

4.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Vyšetření celkového stavu

- klient plně při vědomí, orientován místem, časem i osobou
- dýchání sklípkové, čisté
- poloha aktivní, chůze bez obtíží, postoj vzpřímený
- tremor 0
- vlasy prošedivělé a prořídle, řasy a obočí v normě, nehty v normě
- kůže růžová, kožní turgor v normě
- výživa nadměrná (nadváha)
- výraz tváře fyziologický
- čítí v normě
- řeč plynulá, hlas bez patologických změn
- pulz 78/min., pravidelný, dobře hmatný, tlak 130/80
- tělesná teplota 36,4

Vyšetření hlavy a krku

- normocefalie, na poklep nebolestivá, oční bulby pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovky prokrvené, zornice izokorické, reagují na osvit, výstupy trigeminu nebolestivé, ucho a nos průchodný a bez sekrece, rty růžové, jazyk plazí ve střední čáře, dásně růžové, chrup sanován, patrové oblouky fyziologické, tonzily nepřítomny
- krční pulsace pohyblivá, karotidy tepou symetricky, náplň vény jugularis fyziologická, lymfatické uzliny nezvětšeny, na pohmat nebolestivé, příušní a štítná žláza nezvětšena, na pohmat nebolestivé

Vyšetření hrudníku

- hrudník symetrický, eupnoe, 15/min., poklep diferencovaný bubínkový, poslechově bez patologických zvukových fenoménů, srdeční akce pravidelná a klidná, poslechově bez vedlejších zvukových fenoménů, ozvy ohraničené, prsní žlázy bez rezistence a sekrece

Vyšetření břicha

- břicho souměrné, v úrovni, bez rezistencí, poklep diferencovaný bubínkový, játra nebolestivá, nezvětšena, slezina nehmatná, peristaltika přiměřená, ledviny a močový měchýř nehmatný, kůže růžová, genitál nevyšetřen

Vyšetření končetin a páteře

- kůže růžová, teplá, suchá, tenká, svaly v normě, řidší ochlupení, pulsace artérií na DK hmatná, bez otoků, varixů a jiných patologických změn, hybnost kloubů mírně omezená, páteř nezměněná

4.5 Posouzení stavu klienta dle Marjory Gordonové

4.5.1 Podpora zdraví

Klient uvádí, že jeho zdravotní stav je narušený mnoho let trvající revmatickou chorobou. Pro udržení zdraví jezdí pravidelně na kole, užívá perorálně každý den vitamíny v tabletách a snaží se jíst zeleninu nebo ovoce. Za poslední rok neprodělal žádnou nemoc. Tvrdí, že lékařská nařízení dodržuje důsledně. Při objevení prvních obtíží navštívil svého praktického lékaře. Úrazy nejuje.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.2 Výživa

Klient váží 79 kg při výšce 170 cm, BMI: 27,34, má tedy nadváhu. V poslední době beze změn na váze. Chuť k jídlu udává dobrou a stravu přijímá per os v normální formě. Poruchu polykání neudává. Chrup má vlastní, sanován. Dyspeptické potíže neudává. Jako typický denní příjem jídla udává bohatou snídani, oběd, odpolední svačinu, večeři a někdy ještě menší druhou večeři udává větší chuť k jídlu večer). Dietní omezení nemá. Preferuje tučnější jídla, maso, knedlíky, pečivo. V přijímání jídla je naprosto soběstačný. Udává, že denně vypije přibližně 1,5 litru tekutin (čaj, ovocné šťávy, káva). Pocit sucha v ústech nemá. Kožní turgor v normě. Nehty fyziologické. Vlasy prošedivělé a prořídle.

V této oblasti jsem shledala problém: nadměrná výživa.

4.5.3 Vylučování a výměna

Mikce bez obtíží, inkontinenci neudává. Vyprazdňování stolice je pravidelné jednu denně (většinou ráno po snídani). Preparáty na vyprazdňování neužívá. Obtíže neudává.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.4 Aktivita – odpočinek

Tělesnou kondici si udržuje každodenní jízdou na kole, jinak necvičí. Kompenzační pomůcky neuzívá. Držení těla je vzpřímené a koordinace pohybu je dobrá. Dále se věnuje domácnosti a své práci. Je zcela soběstačný. Usíná bez obtíží, udává narušený spánek v noci, budí ho bolesti kloubů, vezme si prášek dle ordinace lékaře a usne. Kromě léků mu nic jiného proti bolesti nepomáhá. Usíná většinou u televize. Stále cítí dostatek síly a životní energie. Jiné obtíže neudává.

V této oblasti jsem shledala problém porušeného spánku.

4.5.5 Vnímání – poznávání

Pozornost stálá. Klient je plně při vědomí, orientován časem, místem i osobou. Sluch má dobrý, zrak je zhoršený na blízko (používá brýle), na dálku vidí dobře. Řeč nenarušena, mluví plynule a jasně. Mluvenému slovu rozumí. Kontakt udržuje otevřený. Paměť je neporušená.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.6 Vnímání sebe sama

Klient o sobě tvrdí, že je optimista, velice schopný, důvěřuje si. Hněv, smutek, zlost a úzkost neudává. Nervózní nebývá. Je sám se sebou spokojen.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.7 Vztahy

Klient bydlí s manželkou v panelákovém bytě, dcera žije s partnerem. Rodinné problémy neudává. Na jeho onemocnění rodina reaguje zájmem. Klient je zaměstnaný již přes 30 let jako výpravčí a v této pozici je velmi spokojen. S lidmi je často v kontaktu a jedná asertivně.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.8 Sexualita

Klient sexuální obtíže ani diagnostické poruchy neudává.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klient udává že napětí cítí jen zřídka a to v zaměstnání. Snáší ho dobře a vyrovnává se s ním rychle. Stresové situace prožívá zřídka a vyrovnává se s nimi sám. Udává pocit strachu z toho, že se jeho bolest zhorší. V posledních dvou letech neproběhly žádné důležité změny.

V této oblasti jsem shledala problém strachu.

4.5.10 Životní princip

Klient je ateista, víra pro něj není důležitá. Udává, že na 1. místě je rodina a zdraví, dále zaměstnání a vlastní zájmy.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.11 Bezpečnost – ochrana

Riziko infekce nemá. Kožní integrita neporušena. Poškození ústní sliznice nebo chrupu nemá. Riziko poškození nebo pádu není. Alergické reakce má na zvířecí srst v podobě kašle, dušnosti, zarudnutí a slzení z očí. Tělesná teplota normální.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

4.5.12 Komfort

Bolest má chronickou v místě malých i velkých kloubů obou dolních končetin. Udává bolest 3. stupně dle VAS 1-5. Vnímá ji přiměřeně a tiší ji analgetiky dle ordinace lékaře. Nauzeu a zvracení neudává. Pocit osamění nemá.

V této oblasti jsem shledala problém chronické bolesti 3. stupně dle VAS (1-5).

4.5.13 Růst/vývoj

Klient celkově prospívá. Má chronické zdravotní problémy s onemocněním kloubů a tím i chronickou bolest. Úpadek ve zpracování informací a pokles sociálních dovedností neudává. Deficit sebepěče nemá.

V této oblasti jsem neshledala žádný problém.

5 Ošetrovatelská péče

5.1 Ošetrovatelské diagnózy

1. Chronická bolesť 00133
2. Strach 00148
3. Zhoršená pohyblivosť 00085
4. Nadmerná výživa 00001
5. Ochota ke zlepšení výživy 00163

5.2 Plán ošetrovatelskej péče

00133 Chronická bolesť veľkých kĺbov dolných končetín intenzity stupne č. 3 dle VAS (1-5)

v souvislosti s artritidou

projevující se verbalizací, mimikou, přerušovaným spánkem.

Cíl dlouhodobý: klient je bez bolesti do 3 měsíců.

Cíl krátkodobý: klient udává bolest 1.-2. stupně v dle VAS (1-5) do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Klient umí škálovat bolest dle VAS (1-5) do 12 hodin.
- Klient verbalizuje zlepšení spánku do 48 hodin.
- Klient verbalizuje zmírnění bolesti do 48 hodin.

Intervence (plní primární sestra):

- Nauč klienta škálovat bolest dle VAS (1-5) do 12 hodin.
- Podávej klientovi analgetika dle ordinace lékaře.
- Neustále klienta psychicky podporuj.
- Vysvětli klientovi příčiny bolesti do 12 hodin.
- Neustále odváděj pozornost klienta od bolesti.

- Pouč klienta o faktorech zlepšujících spánek do 12 hodin.

Realizace:

- Klient poučen o faktorech zlepšujících spánek (vyvětraný pokoj, upravené lůžko, četba před spaním) do 12 hodin.
- Klientovi vysvětleny příčiny bolesti do 12 hodin.
- Klient neustále psychicky podporován a pozornost odváděna rozhovorem.

Vyhodnocení: Efekt částečný, klient se bolesti zcela nezbavil, udává snížení bolesti na 2. stupeň dle VAS (1-5).

00148 Strach ze zhoršení bolesti

**v souvislosti s progresí onemocnění kloubů
projevující se verbalizací vlastních obav.**

Cíl dlouhodobý: klient je bez strachu do 14 dní.

Cíl krátkodobý: klient verbalizuje zmírnění strachu do 48 hodin.

Výsledná kritéria:

- Klient komunikuje o svých subjektivních pocitech do 24 hodin.
- Klient má reálný náhled na svou nemoc do 24 hodin.
- Klient zná a umí používat vhodné relaxační techniky do 24 hodin.

Intervence (plní primární sestra):

- Neustále klienta psychicky podporuj.
- Pouč klienta o vhodných relaxačních technikách do 24 hodin.
- Sleduj neustále klientovy somatické projevy strachu.
- Vyslechni klienta a jeho reprodukováné pocity vždy, když bude potřebovat.

Realizace:

- Klient neustále psychicky podporován a dle jeho potřeby vyslechnut.

- Klient poučen o relaxačních technikách (správné dýchání) do 24 hodin.

Vyhodnocení: Efekt částečný, klient se strachu zcela nezbavil, verbalizuje zmírnění strachu.

**00085 Zhoršená pohyblivost
v souvislosti s onemocněním kloubů
projevující se omezením v pohybu.**

Cíl dlouhodobý: klient má obnovenou pohyblivost do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: klient verbalizuje zlepšení pohyblivosti do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Klient chápe příčiny snížené pohyblivosti do 6 hodin.
- Klient zná rehabilitační techniky vedoucí ke zlepšení pohyblivosti do 24 hodin.
- Klient zná a umí používat vhodné relaxační techniky do 24 hodin.

Intervence (plní primární sestra):

- Vysvětlí klientovi příčiny porušené pohyblivosti do 6 hodin.
- Vysvětlí klientovi rehabilitační techniky vedoucí ke zlepšení pohyblivosti do 24 hodin.
- Pouč klienta o vhodných relaxačních technikách do 24 hodin.
- Neustále klienta psychicky podporuj.
- Podávej klientovi léky dle ordinace lékaře.

Realizace:

- Klientovi vysvětleny rehabilitační a relaxační techniky (aktivní cvičení, správné dýchání) do 24 hodin.
- Klient neustále psychicky podporován, léky dle ordinace lékaře podány.
- Příčiny porušené pohyblivosti klientovi vysvětleny do 6 hodin.

Vyhodnocení: Efekt částečný, klient je i nadále omezený v pohybu, ale verbalizuje mírné zlepšení.

Nadměrná výživa 00001

**v souvislosti s nadměrným příjmem potravy
projevující se BMI 27,34, onemocněním kloubů.**

Cíl dlouhodobý: klient má ideální hmotnost vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a tělesné konstituci do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: klient zredukuje 1 kg za týden.

Výsledná kritéria:

- Klient chápe nutné změny ve stravování do 24 hodin.
- Klient spolupracuje s nutričním terapeutem do 24 hodin.
- Klient zná všechna rizika a potencionální komplikace nadváhy do 24 hodin.
- Klient zná a akceptuje vhodné potraviny do 24 hodin.

Intervence (plní primární sestra):

- Vysvětlí klientovi nutnost změn ve stravování do 24 hodin.
- Zajisti klientovi nutričního terapeuta do 24 hodin.
- Pouč klienta o vhodných potravinách a pohybovém režimu do 24 hodin.
- Vysvětlí klientovi všechna rizika a potencionální komplikace nadváhy do 24 hodin.
- Pravidelně sleduj klientovu hmotnost.
- Neustále klienta psychicky podporuj.

Realizace:

- Klientovi vysvětleny nutné změny ve stravování, důležitost pohybové aktivity, rizika a komplikace nadváhy do 24 hodin.
- Nutriční terapeut zajištěn do 24 hodin.
- Klient neustále psychicky podporován.

Vyhodnocení: Efekt částečný, klient zredukoval za týden 1 kg a verbalizuje pochopení nutnosti změn ve stravování.

6 Edukace

6.1 Edukační list

Téma edukace: Redukce hmotnosti

Klienta jsem edukovala v oblasti výživy a redukce hmotnosti. Z hlediska jeho zdravotního stavu (revmatoidní artritida a nadváha) je edukace zcela na místě. Edukace byla provedena formou rozhovoru s primární sestrou a konzultací s nutričním terapeutem.

V době edukace byl klient hospitalizovaný na revmatologickém oddělení. Edukace byla zaměřena na jednorázové vzdělávání v oblasti výživy a redukce hmotnosti. Žádné pomůcky jsem při edukaci nepoužila a u klienta se nevyskytovala žádná komunikační bariéra. V době edukace klient nebyl pod vlivem žádných léků, jež by mohly edukaci nějakým způsobem ovlivnit. Edukace byla vedena individuální verbální formou a klient reagoval dotazy, verbálním pochopením, prokazoval dovednosti.

6.2 Edukační plán

00163 Ochota ke zlepšení výživy v souvislosti s odlehčením pohybového aparátu vzhledem k revmatickému onemocnění projevující se zájmem klienta o redukci své hmotnosti.

Potenciál klienta: klient má zájem na snížení hmotnosti.

Cíl dlouhodobý: klient má optimální hmotnost vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a tělesné konstituci do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: klient zredukuje svou hmotnost o 1 kg za týden.

Výsledná kritéria:

- Klient vyjadřuje souhlas s dietním opatřením do 12 hodin.
- Klient je ztotožněn s nutnými změnami ve stravování do 12 hodin.
- Klient zná zásady zdravého životního stylu do 24 hodin.

Intervence:

- Prober s klientem jeho stravovací návyky a pohybový režim ihned.
- Zajisti klientovi nutričního terapeuta do 24 hodin.
- Prober s klientem zdravotní následky a komplikace nadváhy do 12 hodin.
- Upozorni klienta na nevhodné jídelní zvyklosti do 24 hodin.
- Pravidelně sleduj klientovu hmotnost.
- Pouč klienta o zdravém životním stylu a pohybové aktivitě do 12 hodin.

Realizace:

- Nutriční terapeut zajištěn do 24 hodin.
- S klientem probrán jeho dosavadní životní styl, komplikace nadváhy, upozorněn na chyby ve stravování.
- Pravidelně monitorována klientova hmotnost.
- Klient poučen o zdravém životním stylu a pohybové aktivitě do 12 hodin.

Vyhodnocení: efekt částečný, klient zredukoval za týden svou hmotnost o 1 kg, verbalizuje pochopení změn ve stravování.

6.2.1 Cíl edukačního plánu

Dlouhodobým cílem plánu edukace bylo zredukovat hmotnost klienta na hmotnost optimální k jeho zdravotnímu stavu a tělesné konstituce do 1 měsíce. Cílem krátkodobým bylo zredukovat klientovu hmotnost o 1 kg za týden.

6.2.2 Význam edukace

Významem edukace bylo pochopení snížení klientovy hmotnosti, změny ve stravování a důležitosti pohybové aktivity vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

6.2.3 Technika edukace

Technika edukace tkvěla ve vysvětlení nutnosti redukce hmotnosti, nutných změn ve stravování a důležitosti pohybové aktivity. Vysvětlila jsem mu, jakých potravin by se měl klient vyvarovat a naopak které by měl vyhledávat. Doporučila jsem mu jednoduché cviky, které může provádět například doma u televize. Velký důraz jsem kladla na vyvarování se těžších jídel po 18 hodině a rozdělení si denního příjmu potravy do kratších časových úseků a menších porcí.

6.2.4 Postup při edukaci klienta

1. Seznámení klienta s problémem
2. Motivace klienta ke spolupráci
3. Naplánování s klientem cílů, kterých chce dosáhnout
4. Samotný rozhovor na téma redukce hmotnosti a zdravý životní styl

6.2.5 Kontrolní otázky pro klienta

1. Proč je pro vás důležitá redukce hmotnosti?

Odpověď: Aby nevznikaly komplikace kvůli obezitě a aby nedošlo ke zhoršené mého onemocnění.

2. Co je důležité pro redukci hmotnosti?

Odpověď: Zdravý a pravidelný jídelníček a pohybová aktivita.

6.2.6 Efekt edukace

Výsledný efekt provedené edukace byl velice příznivý. Klient velice aktivně spolupracoval, správně odpovídal na kontrolní otázky, verbalizoval pochopení a projevil zájem o literaturu a recepty se zdravými jídly.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči u mého klienta hodnotím velice kladně. Během pobytu v nemocnici se jeho stav výrazně zlepšil. Klient verbalizoval zmírnění strachu, bolesti i omezené pohyblivosti. Klient chápe, že kvůli svému revmatickému onemocnění se musí zbavit nadváhy. Jeho stav je stabilizovaný a bude-li dodržovat lékařská doporučení, rehabilitovat a užívat předepsané léky, jeho stav se nezhorší.

8 Prognóza

Prognóza chronické bolesti je velice individuální, závisí na správné léčbě, na přístupu klienta k léčbě a lékařským doporučením.

9 Závěr

Chronická bolest může postihnout každého z nás. Odstranění bolesti je jedním ze základních posláních medicíny. Pro nemocné trpící bolestí není důležité pouze bezbolestné dožití. Cílem všech zdravotníků by mělo být, zajistit pacientovi plnohodnotné prožití každého dne.

Tato práce mi byla velkým přínosem a jsem ráda, že nejen mně, ale i klientovi, u kterého jsem pozorovala výrazné zlepšení jeho psychického i fyzického stavu.

10 Seznam informačních zdrojů

10.1 Seznam použité literatury

1. Dytrychová, D., Bc.: *Specifika léčby bolesti*. In: *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 5, s. 32-33, ISSN 1210-0404
2. Gavendová, L.: *Úlohy sestry při léčbě bolesti*. In: *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s. 25-26, ISSN 1210-0404
3. Janáčková, L.: *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978 – 80 – 7367 – 210 – 2
4. Kolektiv autorů: *Vše o léčbě bolesti. Příručka pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80 – 247 – 1720 – 4
5. Kozák, J., prim., MUDr.: *Chronická bolest a její léčba*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002
6. Krupková, V., Prim. MUDr.: *Jak pomáhá radon v léčení bolesti*. In: *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s. 30, ISSN 1210-0404
7. Křivohlavý, J.: *Bolest, její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992
8. Marečková, J., PhDr., Ph.D.: *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN: 80 – 247 – 1399 – 3
9. Němcová, H.: *Léčba bolesti podpůrnými technikami*. In: *Sestra*, 2001, roč. 11, č.5, s. 37-38, ISSN 1210-0404

10. Pavlíková, S., PhDr., Mgr., MPH: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80 – 247 – 1211 – 3
11. Sofear, B.: *Bolest. Příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1997, ISBN 80-7169-309-X
12. Sochor, L., MUDr.: *Balneorehabilitace u onemocnění pohybové soustavy*. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 50-51, ISSN 1210-0404
13. Vopeláková, J., Raitmajerová, A. a kol.: *Péče o pacienta s bolestí na chirurgickém oddělení*. In: *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 55-56, ISSN 1210-0404
14. Zelenková, J., et al.: *Příručka interní propedeutiky*. Praha: Triton, 2002, ISBN 80 – 7254 – 227 - 3

10.2 Seznam použitých internetových zdrojů

1. Chronická bolest: *Deník pacienta*. [on line] dostupné na :
<http://www.chronickabolest.cz/materialy/denik.pdf> [citované 12.1.2008, 16:48]
2. Linka proti bolesti: *Léčba chronické bolesti*. [on line] dostupné na:
<http://www.linkaprotiboolesti.cz/index.php?id=0201> [citované 12.1.2008, 16:02 hod.]
3. Sanquis: *Etika a léčba bolesti*. [on line] dostupné na:
http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=599 [citované 12.1.2008, 17:07 hod.]

11 Přílohy

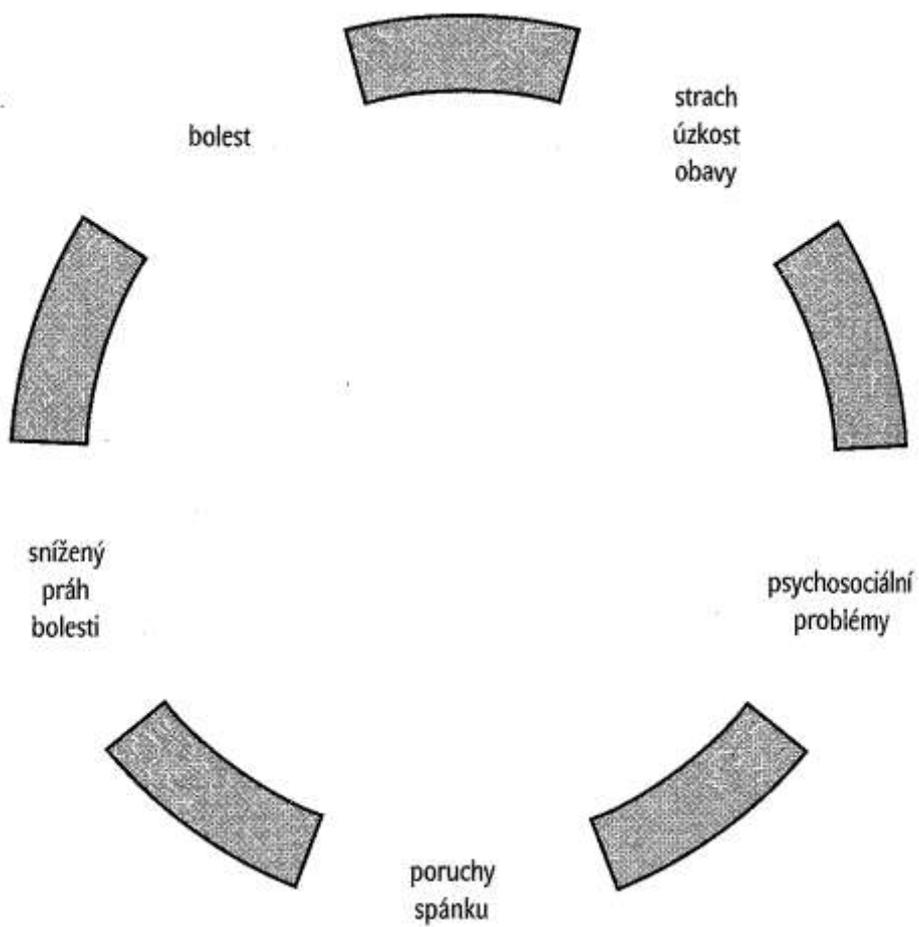
11.1 Seznam příloh

1. Adresář pracovišť pro léčbu bolesti v Praze
2. Bludný kruh chronické bolesti
3. Dotazník CSQ
4. Dotazník MPQ
5. Mapa bolesti
6. Právítko bolesti
7. Práva pacientů na léčbu bolesti

Adresář pracovišť pro léčbu bolesti v Praze
(<http://www.linkaprotiboleti.cz/index.php?id=0500>)

Oddělení rehabilitace a léčby bolesti Poliklinika Lovosická 440, Praha 9	Ambulance léčby bolesti, ARO NHM Nemocnice Na Homolce Roentgenova 2, Praha 5
Pracoviště léčby bolesti Nemocnice na Žižkově Kubelíkova 16, Praha 3	Neurologické odd., ambulance bolesti Nemocnice Na Františku Na Františku 8, Praha 1
Centrum pro léčbu bolesti Všeobecná FN U nemocnice 2, Praha 2	ARO a ambulance bolesti Fakultní Thomayerova nemocnice Václavská 800, Praha 4
Poradna pro léčbu bolesti při ARK FN Královské Vinohrady Šrobárova 50, Praha 10	Poradna pro léčbu bolesti CENTROMED a.s. A. Staška 80, Praha 4
Centr.pro léčbu a výzkum bol.stavů Fakultní nemocnice Motol V Úvalu 84, Praha 5	Centrum pro léčbu chronické bolesti Fakultní nemocnice Bulovka Budínova 2, Praha 8
Ambulance pro léčbu bolesti ÚVN Poliklinika Palackého 5, Praha 1	Neurochirurgická klinika 1. LF UK a Ústřední vojenská nemocnice U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6

Bludný kruh chronické bolesti (Janáčková, 2007, s. 58)



Dotazník CSQ (Janáčková, 2007, s. 16)

Zatrhněte si a vyhodnoťte, které z uvedených činností děláte, když vás něco silně bolí:

a) Odpoutání se

Myslím na věci, které rád/ráda dělám.

Myslím na lidi, s nimiž rád/ráda něco dělám.

Opakuji si v myšlenkách příjemné zážitky z minulosti.

Dělám něco, co mě baví, třeba se dívám na TV nebo poslouchám hudbu.

Jdu ven a dělám něco, co mě baví, třeba jdu do kina nebo nakoupit.

Snažím se být mezi lidmi.

Čtu si.

Dám si sprchu nebo koupel.

b) Ignorování pocitů

Pokračuji, jako by se nic nedělo.

Nevšímám si toho.

Řeknu si, že přece nedovolím, aby mě bolest rušila v tom, co dělám.

Přestože mě bolest trápí, pokračuji ve své činnosti.

Nepřemýšlím o bolesti.

Ignoruji ji.

Vnímám bolest jako výzvu, která mě přece nemůže obtěžovat.

Nezáleží na tom, jak zlé to je, já vím, že to zvládnou.

c) Přeformulování pocitů či přerámování situace

Předstírám, že to není část mne.

Představuji si, že bolest je někde mimo tělo.

Snažím se vzdálit bolesti co nejvíce, téměř tak, jako by bolest byla v těle někoho jiného.

Snažím se nemyslet na ni jako na své tělo, ale jako na něco, od čeho jsem oddělen/a.

Nemyslím na ni jako na bolest, ale spíše jako na tupý nebo teplý pocit.

d) Katastrofizace

Přemýšlím o jiných pocitech, například o znečitlivění.

Cítím, že to už nevydržím.

Cítím, že takhle už nemohu dál.

Stále si dělám starosti, zda to někdy skončí.

Cítím, že můj život nemá cenu.

Je to hrozné a cítím, jak mě to přemáhá.

Je to strašné a já vím, že to nikdy nebude lepší.

e) Modlitba a doufání

Modlím se k Bohu, aby to dlouho netrvalo.

Modlím se, aby mě bolest přešla.

Vím, že jednou přijde někdo, kdo mi pomůže, a bolesti na chvíli zmizí.

Spoléhám na svou víru v Boha.

Eventuální další činnosti, které mi pomáhají.

Dotazník MPQ (Janáčková, 2007, s. 48-49)

Senzorická charakteristika bolesti

Časová – rytmická charakteristika bolesti; bolest neklidná, chvějící, pulzující, tlučící, bušící, drtivá.

Místní charakteristika bolesti: bolest proměnlivá (přeskakující z jednoho místa na druhé), pronikavá, šlehající.

Bodový charakter bolesti: bolest bodavá, dloubavá, vrtající, probodávající, provrtávající.

Pronikavost bolesti: bolest ostrá, řezavá, drásající.

Svíravost bolesti: bolest stahující, svírající, hlodající, křečovitá, drtící.

Bolest s charakteristikou stahování: bolest cukající, škubající, rvoucí.

Bolest s pocití tepla: bolest teplá, pálivá, palčivá, žhoucí.

Průzračnost bolesti: bolest svědivá, svrbící, dráždivá, trýznivá.

Výraznost bolesti: bolest nejasná, tupá, zraňující, divoká, děsivá.

Obecná senzorická charakteristika bolesti: bolest jemná, tuhá, drásající, tříštivá.

Afektivní charakteristiky bolesti

Charakter napětí u bolesti: bolest unavující, vyčerpávající.

Celkový subjektivní pocit při bolesti: bolest oslabující, dusivá.

Vztah bolesti k úzkosti: bolest znepokojující, děsivá, úděsná.

Postoj k bolesti jako k trestu: bolest trápící, nemilosrdná, ukrutná, vzteklá, smrtící.

Emocionální charakteristika bolesti: bolest odporná, bezohledná.

Hodnotící charakteristika bolesti

Celkové posouzení hodnoty bolesti: bolest nepříjemná, obtěžující, těžko zvládnutelná, zoufalá, neunesitelná.

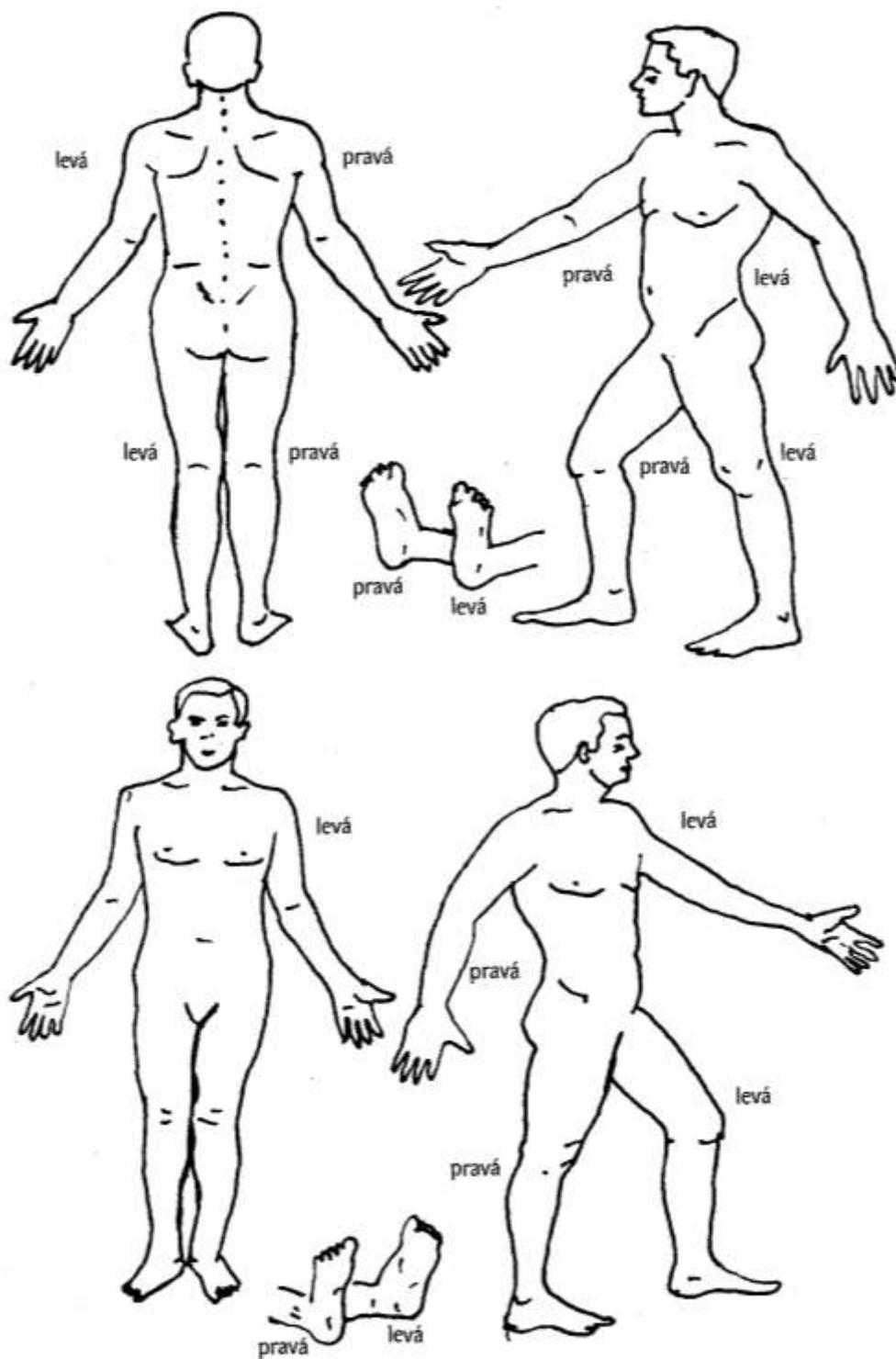
Charakteristika šíření bolesti: bolest pozvolna se šířící, vyzářující do okolí, pronikající do okolí, vystřelující do okolí.

Charakteristika stahování při dané bolesti: bolest stahující, svírající, škrťící, zaškrucující, ochromující.

Pocity chladu při dané bolesti: bolest chladná, studená, mrazivá.

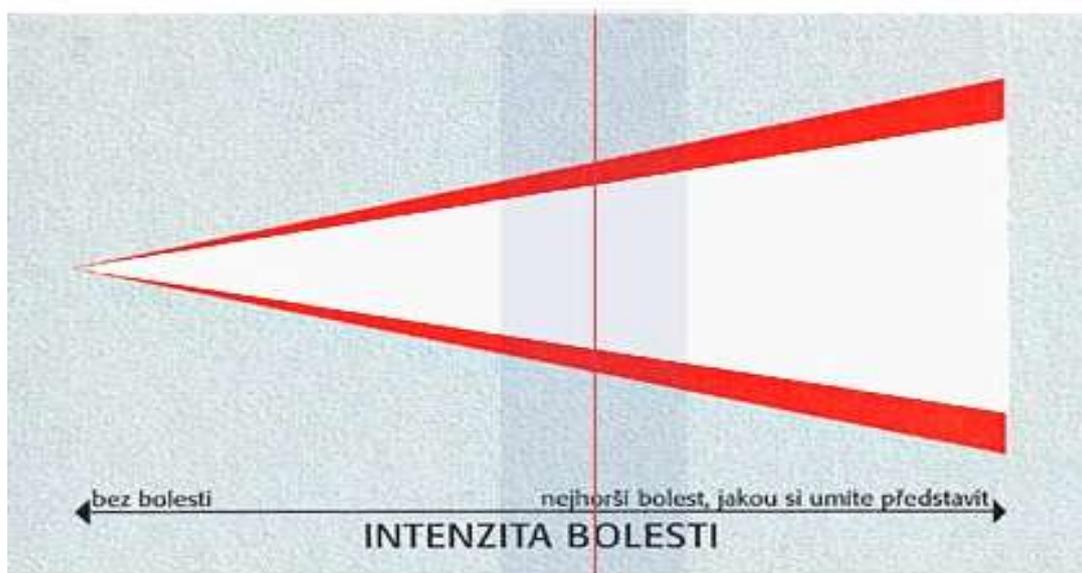
Obtěžující charakteristika bolesti: bolest obtěžující, trápící, týrající, mučivá.

Mapa bolesti (Křivohlavý, 1992)



Pravítko bolesti

(<http://www.chronicakabolest.cz/materialy/denik.pdf>)



Práva pacientů na léčbu bolesti

(http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=599)

(Prohlášení vydaly: The Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's) ANZCA uznala, že krutá nepolevující bolest může způsobit nežádoucí fyzické a psychické následky u pacientů a jejich rodin, spojené s emočním, sociálním a duchovním stresem. Někdy je krutá bolest léčitelná velmi obtížně a je nutné, aby součástí léčebné péče byly vhodné, efektivní a bezpečné metody léčby bolesti.

Deklarace shrnuje práva pacientů do sedmi zásad:

1. Právo na uznání bolesti: bolest je vlastní zkušenost pacienta a je různými pacienty prožívána různě.
2. Právo na hodnocení a léčbu bolesti: pacienti a jejich rodina hrají klíčovou roli a jsou součástí zdravotnického týmu, který o pacienta pečuje a snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti.
3. Právo na výsledky hodnocení bolesti pacienta a na jejich základě přizpůsobovat terapii k dosažení efektivní úlevy od bolesti.
4. Právo na péči poskytovanou profesionály s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové). Jestliže odborník není k dispozici, měl by být pacient o této skutečnosti vhodně informován.
5. Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti. To musí být podporováno také politicky a postupy musí odpovídat používání zdravotnickými profesionály.
6. Právo na vzdělávání v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě. To platí i pro rodinné příslušníky (v České republice je vydáván časopis pro pacienty „Jak na bolest?“, který vychází společně s odborným časopisem „Bolest“).
7. Právo na vhodný plán léčby bolesti po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.