

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Magda Pinková

Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

Bolest v hospicové paliativní péči

Olomouc 2015

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Bolest v hospicové paliativní péči“ jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu literatury na konci práce.

V Olomouci dne:

.....

Magda Pinková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za příkladnou pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu a klientům hospicového zařízení za vyplnění dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	7
1.1 Dílčí úkoly	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Bolest	8
2.1.1 Rozdělení bolesti	8
2.1.2 Příčiny bolesti	11
2.1.3 Komplikace bolesti	11
2.1.4 Hodnocení intenzity bolesti	11
2.1.4.1 Anamnéza	11
2.1.4.2 Fyzikální vyšetření	12
2.1.4.3 Laboratorní a přístrojová diagnostika	12
2.1.5 Léčba bolesti	12
2.1.5.1 Model léčby bolesti	13
2.1.5.2 Nefarmakologické přístupy	13
2.1.5.3 Farmakologická léčba	13
2.2 Hospicová péče	14
2.2.1 Historie	15
2.2.1.1 Česká historie hospice	16
2.2.2 Rozdělení hospicové péče	16
2.2.2.1 Domácí hospicová péče	16
2.2.2.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)	16
2.2.2.3 Lůžková hospicová péče	16
2.2.3 Hospic	17
2.2.4 Současný stav hospicové péče v ČR	19
2.3 Paliativní péče	19
2.3.1 Rozdělení paliativní péče	21
2.3.2 Principy a cíle paliativní péče	21
2.3.2.1 Cíle paliativní péče v závislosti na stádiu onemocnění	22
2.3.3 Základní etické principy paliativní péče	22
3 METODIKA PRÁCE	24
3.1 Výzkum	24
3.1.1 Cíl výzkumu	24
3.1.1.1 Dílčí cíle	24

3.1.2	Charakteristika souboru	24
3.1.3	Metoda sběru dat.....	24
3.1.4	Organizace výzkumu	25
3.1.5	Zpracování dat	25
4	VÝSLEDKY	26
5	DISKUSE.....	46
	ZÁVĚR	48
	SOUHRN	50
	Klíčová slova	50
	SUMMARY	51
	Key words	51
	REFERENČNÍ SEZNAM	52
	SEZNAM ZKRATEK	54
	SEZNAM TABULEK	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57
	PŘÍLOHA	58
	ANOTACE PRÁCE	

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Bolest v hospicové paliativní péči. Jedná se o velmi citlivou oblast lidského života. Většina z nás si nechce připustit, anebo si neuvědomuje, že se toto může dříve či později týkat i nás samotných.

Pro toto téma jsem se rozhodla, protože jsem pracovala v Hospici jako zdravotní sestra. Denně jsem se setkávala s lidským utrpením a bolestí. Byla jsem několikrát svědkem, že i přes veškerou snahu ošetřujícího personálu někteří nevléčitelně nemocní trpěli silnými bolestmi, na které nepůsobily ani silné opioidy.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit jak velký vliv na vnímání bolesti má domácí prostředí nemocného.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – části teoretické a části praktické.

V teoretické části jsem popsala bolest, hospicovou a paliativní péči. U bolesti jsem se zaměřila na její rozdělení, příčiny, možné komplikace, hodnocení a léčbu bolesti. U hospicových klientů je velmi důležité pravidelně a častěji hodnotit bolest a co nejdříve docílit toho, že nemocný nebude mít bolest. V některých případech nelze bolest zcela odstranit, v tomto případě je důležité zmírnit bolest natolik, aby byl nemocný schopen odpočinout si a vyspat se bez nesnesitelných bolestí. Hospicovou péči jsem popsala od historie, přes její rozdělení až po současnost. V paliativní péči jsem uvedla její rozdělení, cíle a základní etické principy.

V praktické části jsem se zaměřila na sledování bolesti v domácím prostředí a lůžkovém hospici. Také jsem chtěla zjistit, jestli je léčba bolesti dostatečná a nevléčitelně nemocní netrpí nesnesitelnými bolestmi. Pro tento účel jsem ve spolupráci s vrchní sestrou Hospice Frýdek-Místek Mgr. Monikou Krupovou sestavila dotazník, zabývající se sledováním bolesti u hospicových klientů. Tento dotazník je v praktické části rovněž vyhodnocen.

Hlavním zdrojem poznatků o bolesti v hospicové paliativní péči pro mne byla kniha Paliativní medicína pro praxi, kterou mi věnoval její spoluautor, lékař MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. při návštěvě Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Dále se touto problematikou zabývá kniha „Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory“ jejímž autorem je Richard Rokyta a kniha „Hospice a umění doprovázet“ od autorky Marie Svatošové.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo srovnat bolest u klientů v terminálním stádiu, trpících bolestí, v domácím prostředí a v lůžkovém hospici.

1.1 Dílčí úkoly

Zjistit zda hospicovým klientům brání bolest v běžných denních aktivitách.

(Položky v dotazníku 6 a 8.)

Zjistit co přináší hospicovým klientům největší úlevu od bolesti.

(Položky v dotazníku 10 a 11.)

Zjistit zda je sledování bolesti z pohledu klientů dostačující.

(Položka v dotazníku 15.)

Zjistit intenzitu bolesti u klientů v mobilním a lůžkovém hospici.

(Položky v dotazníku 2 a 14.)

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretické poznatky obsahují tři základní části, kterými jsou bolest, hospicová péče a paliativní péče.

2.1 Bolest

Bolest je obtížné definovat pro komplexnost jejích fyziologických a anatomických základů, individuální povahy zkušenosti a různorodých sociálních a kulturních významů. Bolest měla jiný význam a závažnost podle období a společnosti, přesto se vyvinuly definice, které jsou obecně uznávány (Payne, 2007).

Bolest bývá označována za multidimenzionální jev ležící na pomezí psychologie a fyziologie. Její mnohostrannost ukazuje, že ji nelze čistě považovat jen za psychologický anebo fyziologický jev (Křivohlavý, 2002).

„Definice bolesti podle IASP (International Association for the Study of Pain; Asociace pro studium bolesti): Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození“ (Křivohlavý, 2002, s. 83).

„Kompromisní definicí, na které se shodly Světová zdravotnická organizace (WHO) a Asociace pro studium bolesti (IASP) je následující: Bolest je definována jako nepříjemná senzorká a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání“ (Rokyta, 2009, s. 21).

2.1.1 Rozdělení bolesti

Nejjednodušeji lze bolest rozdělit podle délky jejího trvání, a to na bolest akutní a chronickou (Rokyta, 2009).

Akutní bolest informuje organismus o vzniku, nebo již vzniklém poškození tkání. Z toho pramení obrana či útěk – reakce „fight or flight“. Chronická bolest bývá negativní a většinou trvalou součástí života člověka. V některých případech je vnímání života spjato s existencí bolestí. Chronická bolest je součástí celkového utrpení, protože má psychosociální konsekvence (Kalvach, 2011).

Nejčastější chronické bolesti: vertebrogenní bolesti (bolesti páteře), osteoartritida (kloubní onemocnění), revmatoidní artritida (zánětlivé onemocnění kloubů), osteoporóza

(onemocnění látkové výměny kostní tkáně), fibromyalgie (chronická bolest svalů), myofasciální syndrom (porucha svalové činnosti) a bolesti hlavy (Rokyta, 2009).

Akutní bolest trvá hodiny až dny a je lokalizována na určitou oblast těla. Příčina bývá periferní a rychle se zlepšuje. Akutní bolest má výstražnou funkci pro organismus. Naproti tomu **chronická bolest** trvá měsíce až roky, má negativní význam pro organismus, příčina bývá centrální a progresivně se zhoršuje. Pouřazová bolest vzniká obvykle jako následek mechanického či chemického poškození tkání, dále působením tepla nebo mrazu. Pooperační bolest vzniká mechanickým nebo tepelným poškozením tkání při léčebných nebo diagnostických chirurgických zákrocích (Rokyta, 2009).

V paliativní péči se většinou objevuje intenzivní nádorová bolest (chronická, akutní průlomová), chronická bolest jiného původu a u neonkologických (nenádorových) pacientů to je náhodná bolest (Kalvach, 2010).

U onkologických (nádorových) pacientů je základní rozdělení bolestí uvedeno v tabulce 1 a v tabulce 2.

Tabulka 1. Dělení bolestí podle vztahu k nádorovému onemocnění

<i>Vztah k nádorovému onemocnění</i>	<i>Příklady</i>
<i>bolest vyvolaná nádorem</i>	<i>kostní metastázy prorůstání nádorů do měkkých tkání mozkové metastázy s nitrolební hypertenzí</i>
<i>bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou</i>	<i>bolestivé diagnostické procedury: punkce, trepanobiopsie, pooperační bolest bolestivá neuropatie po chemoterapii (např. cisplatina, vinkristin, taxsol) chronické bolesti po onkologických operacích (např. postmastektomický syndrom) bolesti po radioterapii (poradiační dermatitida a neuropatie)</i>
<i>bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním</i>	<i>posherpetická neuralgie migréna muskuloskeletální bolesti při degenerativních změnách kloubů a páteře</i>

(Vorlíček, 2012, s. 191).

Tabulka 2. Dělení bolestí podle převažujícího patofyziologického mechanismu

<i>Typ bolesti</i>	<i>Charakteristika</i>	<i>Příklady</i>
<i>Nociceptorová Somatická</i>	<i>Bolest vyvolaná drážděním nervových zakončení (nociceptorů) při místním tkáňovém poškození, je obvykle dobře lokalizovaná v místě poškození.</i>	<i>prorůstání nádorů do svalů a kůže, kostní metastázy</i>
<i>Nociceptorová Viscerální</i>	<i>Bolest vyvolaná drážděním nociceptorů v orgánech pánve a malé pánve, bolest obvykle neostře lokalizovaná, někdy pacientem udávaná na jiném místě na povrchu těla („přenesená“)</i>	<i>bolest při nádorovém postižení slinivky břišní, střev, jater, močového měchýře</i>
<i>Neuropatická</i>	<i>bolest vzniká v důsledku poškození struktur periferního nebo centrálního nervového systému, pacient udává pálivou, brnivou nebo elektrizující bolest a přitom nenacházíme poškození příslušné tkáně, často současně nacházíme i jiné senzomotorické poruchy</i>	<i>bolestivá neuropatie po chemoterapii, plexopatie po radioterapii, poškození nervových plexů přímou nádorovou infiltrací</i>
<i>Smíšená</i>	<i>bolest má současně vlastnosti nociceptorové i neuropatické bolesti</i>	<i>nádor v oblasti malé pánve, který prorůstá do kostí a svalů pánevní stěny a současně destruuje nervové pleteně</i>

(Vorlíček, 2012, s. 191-192).

Podle místa vzniku rozdělujeme bolest na somatickou, viscerální (útrobní) a centrální.

Somatická bolest vzniká podrážděním nociceptorů kůže, eventuálně sliznic.

Útrobní bolest je rozdělena podle toho, jestli vzniká drážděním zevních listů peritonea, plicní pleny nebo perikardu.

Centrální bolest může vznikat drážděním nervových vláken a center jejich výše položené dráhy, tzv. projekční bolest (Mourek, 2012).

2.1.2 Příčiny bolesti

Dělení příčin bolesti na organické a psychogenní je u onkologicky nemocných nedostačující. Každý z nich trpí hlavně organicky nepodmíněnými bolestmi. Nejčastěji jsou to bolesti způsobené nádorem (60 – 90 %), méně časté jsou bolesti u protinádorové terapie (10 – 25 %), bolesti spjaté s celkovým oslabením organismu (5 – 20 %) a bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění (Vorlíček, 2004).

Příčiny bolesti mohou být chemické, biologické, fyzikální a psychickými poruchami vnímání bolesti (Rokyta, 2009).

2.1.3 Komplikace bolesti

Komplikace bolesti jsou spojovány s psychiatrickými komplikacemi, a proto existuje blízký vztah mezi chronickou bolestí a depresí. Tyto onemocnění mívají společné některé mechanismy (Vlček, Fialová, 2010).

2.1.4 Hodnocení intenzity bolesti

Obsah správného hodnocení bolesti:

zhodnocení každé nové bolesti: zjišťuje se příčina bolest, u onkologicky nemocných bývá většinou více než jeden bolestivý problém a každá bolest je hodnocena zvlášť, sledování dalšího průběhu: obsahuje pravidelné zhodnocení účinnosti léčby, vedlejších účinků, léčebného plánu a odpovědi na otázky nemocných a jejich rodin (Vorlíček, 2004), pro správné zhodnocení nádorové bolesti je důležité: anamnéza, klinické vyšetření, laboratorní, elektrofyzilogická a zobrazovací vyšetření (Vorlíček, 2012).

2.1.4.1 Anamnéza

V anamnéze zjišťujeme: lokalizaci a vyzařování bolesti, nástup a časové změny bolesti, charakter a intenzitu bolesti, vliv bolesti na příjem potravy, spánek, pohybové a jiné aktivity, dosavadní léčbu bolesti a její účinnost, faktory zhoršující a snižující bolest, rozdíly ve vnímání bolesti při psychické zátěži (Vorlíček, 2004).

Lokalizace bolesti: popis bolestivého místa a zjišťování zda bolest vyzařuje a kam (Vorlíček, 2004).

Změny bolesti v čase: zjišťujeme, kdy bolest začala, její vývoj, její četnost, jestli je nepřetržitá nebo intermitentní a změny během dne (Vorlíček, 2004).

Charakter bolesti: nemocní jsou schopni popsat bolest přívlastky, ze kterých lze usoudit příčiny bolesti a o jaký typ bolesti se jedná (Vorlíček, 2004).

Pro výběr nejvhodnější léčby bolesti je správné hodnocení intenzity bolesti, při kterém se vychází z údajů zjištěných od nemocného. Nástroje pro hodnocení bolesti jsou jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální).

Jednoduché (unidimenzionální)

Verbální škála bolesti: nemocný hodnotí intenzitu bolesti podle kategorií, například žádná, mírná, střední, silná a nesnesitelná.

Vizuální analogová škála: nemocný označí intenzitu bolesti na úsečce, která znázorňuje intenzitu bolesti od žádné po nejhorší bolest.

Numerická škála bolesti: podle intenzity bolesti si vybere nemocný číslo, obvykle 0-10.

Vícerozměrné (multidimenzionální, dotazníky bolesti)

Ve světě se nejčastěji nádorová bolest hodnotí pomocí dotazníku Brief Pain Inventory (BPI) a u chronické nenádorové bolesti se používá McGillův dotazník bolesti (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Psychosociální anamnéza: nemocní, kteří trpí bolestmi, mívají ovlivněnou psychiku a u onkologických pacientů se přidávají obavy z průběhu a následné léčby nemoci, strach z umírání a smrti (Vorlíček, 2004).

2.1.4.2 Fyzikální vyšetření

Vyšetření se netýká jen bolestivé oblasti, ale celého těla, protože nádorové onemocnění je nemocí celého těla. Neurologické vyšetření patří ke klinickému vyšetření a zjišťujeme výpadky cití a motoriky, poruchy vegetativní inervace a činnost hlavových nervů. U vyšetřování místa bolesti sledujeme palpační bolestivost, známky zánětu, zvětšení orgánů, výskyt patologické rezistence a změny cití (Vorlíček, 2004).

2.1.4.3 Laboratorní a přístrojová diagnostika

Podle rozsahu a stádia onemocnění se volí typ vyšetřovací metody. Důležitá jsou zobrazovací vyšetření, rentgenová, ultrazvuková. Vyšetření počítačovou tomografií, popřípadě nukleární magnetickou rezonancí a scintigrafie kostí. Nejdůležitější z triochemického vyšetření je zjištění úrovně ledvinových a jaterních funkcí (Vorlíček, 2004).

2.1.5 Léčba bolesti

U onkologických pacientů lze z 90 % bolest zvládat i přesto, že to není jednoduché. Bolest bývá v souvislosti s nádorem komplexním jevem a pro její snížení je nutná podrobná analýza problému a použití specifických metod terapie. Léčba bolesti je

individuální, analgetika se předepisují pravidelně, protože je nutné mít bolesti pod kontrolou a předcházet její recidivě. Cílem je bezbolestnost a proto je důležité počítat i s léčbou tzv. průlomové bolesti (Vorlíček, 2004).

2.1.5.1 Model léčby bolesti

V roce 1990 byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vytvořen systém, který pomáhá zdravotnickým pracovníkům při léčbě nádorové bolesti a lze ho použít i při léčbě bolesti na konci života. Systém pro léčbu bolesti dle WHO: 1. podle žebříčku, 2. podle hodin, 3. perorálně (O'Connor, Aranda, 2005).

Doporučení WHO k léčbě bolesti:

- **Podle žebříčku:** řídí se podle analgetického žebříčku WHO, který člení léčbu bolesti do postupných kroků. Když nemocný udává mírnou bolest (stupeň 1-4), podává se neopioidní analgetikum (1. stupeň). Pokud se bolest zhoršuje, přetrvává anebo se zvyšuje (stupeň 5-6), tak se podává slabší opioid (2. stupeň). Pokud bolest přetrvává, anebo se zhoršuje (stupeň 7-10), tak se podává silný opioid (3. stupeň). U každého stupně je možnost přidat adjuvantní a neopioidní analgetikum.
- **Podle hodin:** analgetika se podávají v pravidelných časových intervalech a tím se udržuje stálá hladina léků v krvi. Předchází se „peak-and-trough“ efektu (bolest přicházející ve vlnách). U průlomové bolesti se podává analgetikum navíc.
- **Perorálně (podávaný ústy):** pokud to jde, tak se analgetikum podává per os, ale použít lze i transdermální a rektální analgetika (O'Connor, Aranda, 2005).

2.1.5.2 Nefarmakologické přístupy

Mezi nefarmakologické přístupy se řadí mnoho technik a přístupů, například rehabilitace, akupunktura, fyzikální terapie, laserterapie, magnetoterapie, TENS (transkutánní neurostimulace), ultrazvuk a tekutá média (Dušová, 2007).

Nejčastější je kombinace s farmakologickou léčbou a nejdůležitější je psychologický přístup k nemocnému. Pacienti s chronickou bolestí většinou nacvičují zvládací a relaxační techniky, aby zapomněli na bolest (Rokyta, 2009).

2.1.5.3 Farmakologická léčba

NEOPIOIDNÍ ANALGETIKA

Používají se převážně při nocicepční somatické a viscerální bolesti.

- **Paracetamol** – používá se při nocicepční bolesti,

- **Metamizol** – používá se u nocicepční somatické a viscerální bolesti,
- **Nesteroidní antiflogistika** – používány k léčbě nocicepční a některých typů neurotické bolesti, např. selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2, koxiby, dnes se již používají málo z důvodu velkých nežádoucích účinků.

OPIOIDNÍ ANALGETIKA (OPIOIDY)

SLABÉ OPIOIDY – společnou vlastností je přítomnost „stropového efektu“ od určité dávky je i přes navýšení malý nárůst analgetického účinku. Výhodná je kombinace s neopioidními analgetiky – například Tramal a Paracetamol, Tramadel a Ibuprofen.

Výhodné je užití v kombinaci s neopioidními analgetiky (např. tramadol + paracetamol, tramadol + ibuprofen);

- **Tramadol** – nežádoucích účinků je méně než u ekvianalgetické dávky Morphinu;
- **Codein, dyhydrocodein** - mají analgetický i antitusický účinek;

SILNÉ OPIOIDY – používají se při léčbě silné onkologické bolesti, silné akutní bolesti a u některých neonkologických chronických bolestí;

- **Morphin** – nejpoužívanější u silných nádorových bolestí;
- **Hydromorphon** – u starých a polymorbidních pacientů má predikovatelnější účinek než Morphin;
- **Oxycodon** – Dvakrát silnější než Morphin při podání per os;
- **Fentanyl** – používá se u léčby epizodické bolesti a premedikace;
- **Buprenorphin** – má malé nežádoucí účinky;
- **Piritramid** – srovnatelný lék s Morphinem;
- **Sufentanil, Alfentanil** – užití hlavně v anesteziologii

(Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

2.2 Hospicová péče

„Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Chtí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost“ (Vorlíček, 2004, s. 511).

Nemocnému v hospici je zaručeno, že nebude mít nesnesitelné bolesti, bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane nikdy sám (Špatenková 2014).

Hospicová péče je zvláštním druhem zdravotnické péče, která je zaměřena na zkvalitnění života nevyléčitelně nemocného (Kupka, 2011).

Multiprofesní tým se skládá ze zaměstnanců a dobrovolníků a zajišťuje péči podle individuálních potřeb a přání nemocného (Radbruch, 2010).

2.2.1 Historie

Středověký hospic již poskytoval bio-psycho-sociální komfort. Změnou životního stylu a úbytkem poutníků středověký hospic zanikl. V 18. století byl v Dublinu otevřen zvláštní typ nemocnice pro umírající a byla nazvána hospicem, uplatňovaly se zde principy sesterské charity. Zakladatelkou byla Mary Aikdenheadová. Hospicové hnutí vzniklo ve Velké Británii a jeho protagonistkou byla Cecillia Saundersová. Pro C. Saundersovou bylo osudové setkání s Davidem Tasmou, který byl hospitalizovaný v St. Joseph's hospice v Hackney, ve kterém pracovala. C. Saundersová mu řekla pravdu o závažnosti jeho zdravotního stavu a starala se o něho do konce jeho života. David Tasma jí za to daroval 500 liber a přál si, ať jsou peníze použity pro vznik dalšího hospice a tak byl v roce 1969 otevřen St. Christopher's Hospic v Londýně pod vedením Cecillie Saundersové. Po druhé světové válce se rozvíjí vítězná medicína a dochází ke zvyšování počtů hospiců (Kupka, 2011).

Hospicové hnutí se rozvíjí v Anglii, poté rozvoj pokračuje do dalších západních zemí. První britský hospic St.Christophers v Londýně v Sydenhamu vznikl v roce 1967 a první americký hospic byl otevřen v roce 1974 ve městě New Haven ve státě Connecticut (Marková, 2005).

Hospice vznikaly už za Římské říše a ve středověku. V té době to byly útulky, přístřešky při cestách, ve kterých mohli poutníci odpočívat, těhotné ženy rodit a nemocní uzdravit či klidně zemřít. Při vzniku hospiců se vycházelo ze studií a zkušeností Elisabeth Kübler-Rossové. Velmi významný je její popis stádií, kterými člověk projde, než zemře: 1. Odmítání pravdy, 2. Hněv – zloba, 3. Smlouvání – vyjednávání, 4. Deprese, 5. Smíření – přijetí – souhlas (Munzarová, 2005).

V Lyonu roku 1842 bylo založeno společenství žen, které se věnovalo nevyléčitelně nemocným. Zakladatelkou byla Jeanne Garnierová. Toto společenství založilo v roce 1874 první hospic v Paříži (Vorlíček, 2012).

2.2.1.1 Česká historie hospice

V České republice je hospicová historie velice krátká. V roce 1993 založila Marie Svatošová občanské sdružení Ecce homo, které podporovalo domácí péči a hospicové hnutí. Za „českou Sandersovou“ je považována MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1995 založila první hospic, hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci, a dodnes pomáhá při zakládání nových hospiců (Munzarová, 2005).

2.2.2 Rozdělení hospicové péče

Rozlišujeme tři základní typy hospicové, které jsou organizovány:

- v lůžkových hospicích,
- ve stacionářích,
- v domácím prostředí nemocného (Haškovcová, 2007).

2.2.2.1 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je většinou ideální, ale někdy nedostačující. Problémy se objeví tam, kde se rodinné zázemí časem vyčerpá anebo vůbec není (Svatošová, 2008, s. 118-120).

Většina umírajících se cítí nejlépe doma a to hlavně po psychické stránce. Domácí hospicová péče je rozdělena na „home help“ a „home care“. „Home help“ je domácí pečovatelská péče, kterou provádí laici. „Home care“ je domácí ošetřovatelská péče prováděna profesionály (Kupka, 2011).

2.2.2.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Tento typ hospicové péče je vhodný pro nemocné z blízkého okolí. Do hospicového stacionáře nemocný přichází ráno a odpoledne se vrací zpět domů. Doprava je zajišťována rodinou, nebo hospicem (Kupka, 2011).

2.2.2.3 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je určena pro stejné nemocné, jak bylo uvedeno u péče stacionární, využívá se, pokud není možné dojíždění nemocného z důvodu velké vzdálenosti nebo zdravotního stavu (Svatošová, 2008).

Největším všeobecným omylem ohledně lůžkového hospice je, že zde zůstávají nemocní až do smrti. Nemocní v lůžkovém hospici přicházejí většinou na krátkodobé, opakované a dobrovolné pobyty, pokud jsou pro ně vhodné. Hospice jsou zaměřeny na paliativní ošetřovatelskou péči, která zahrnuje odlišné pomůcky než v běžných

zdravotnických zařízeních. Lůžkový hospic je určen pro lidi, které jejich postupující choroba ohrožuje na životě, potřebují paliativní péči a léčbu, ale jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení (Kupka, 2011).

Myšlenka hospice je ve světě v zásadě stejná, ale její aplikace je vždy přizpůsobena místní situaci. Například v USA je preferována domácí péče z důvodu menší zaměstnanosti žen, ta je zde doplněna ošetrovatelskými domy. Stejný typ ošetrovatelských domů byl u nás v padesátých letech minulého století zrušen a stále zde tento typ péče chybí. Dalšími faktory určování vývoje hospice v jednotlivých zemích je financování a legislativa. Například Itálie vynakládá nemalé prostředky na to, aby lidé z hospicového týmu navštěvovali nemocného u něj doma a to včetně lékařů specialistů (Svatošová, 2008).

2.2.3 Hospic

Podmínky, které zpravidla nemocný splňuje pro příjem do lůžkového hospice:

- postupující choroba, která nemocného ohrožuje na životě,
- potřeba paliativní péče a symptomatické léčby,
- není potřeba nemocniční ošetření,
- není možná domácí péče (i dočasně - pobyty respitní), (Vorlíček, 2004).

Hlavními důvody, uváděnými rodinami v žádostech o lůžko v hospici se v našich podmínkách neliší od zahraničních zkušeností. Prvním důvodem, uváděným v 90-ti % případů, je to, že ošetřování je příliš odborně, fyzicky a psychicky náročné. Dalším důvodem, uváděným v 60-ti % případů, je nutná kontrola bolesti a jiných symptomů. A třetím důvodem je, že se rodina ošetřováním vyčerpala nebo vůbec neexistuje, toto je uváděno v 30-ti % případů (Vorlíček, 2004).

Do hospice je nemocný přijat po vyplnění žádosti na formulář, který je možné zaslat poštou, emailem nebo faxem. U nemocných v terminální fázi jejich nemoci je nutné jednat co nejrychleji (Vorlíček, 2004).

Svobodný informovaný souhlas pacienta je vždy součástí žádosti, je informován o tom, že v hospici bude pokračovat paliativní léčba, symptomatická (léčba příznaků). V hospici se neprovádí léčba, která není efektivní, je zatěžující nebo není účinná. Ke zlepšení, nebo alespoň udržení kvality života může nemocný využívat komfort hospice (Vorlíček, 2004).

Pro hospic je důležité mít kvalitní personál. U lékařů a sester je důležitá odbornost a u ostatních osobní předpoklady. Sestry v hospicích pracují samostatně, zodpovědně a kreativně. Řídí se metodou ošetrovatelského procesu. Pochtivě vedou ošetrovatelskou

dokumentaci, denně do ní zakreslují barevně fáze, podle Kübler-Rossové a tím se naučily rozpoznat aktuální psychický stav nemocných. Díky této praxi jsou schopny doprovázet nemocné, umírající i jejich příbuzné fázemi negace, agrese, smlouvání, deprese i rezignace, až do konečné fáze smíření a akceptace (Vorlíček, 2004).

Kromě běžné analgetizace jsou ke kontinuální léčbě bolesti používány lineární dávkovače, porty a ostatní moderní prostředky. Pokud nelze odstranit bolest při pohybu, tak je nutné alespoň, aby si nemocný bez bolestí odpočinul a vyspal se. Proto je bolest průběžně sledována (Vorlíček, 2004).

Nemocnými a jejich rodinami je nejvíce ceněný důsledně nedirektivní přístup a partnerský vztah ošetřujícího personálu. Veškerý personál hospice, i nelékařský, včetně řidičů, uklízeček a dobrovolníků by měl zvládat slovní i mimoslovní komunikaci s nemocnými a jejich rodinami. V hospici je velmi důležitá komunikace a je potřeba hovořit s rodinami i s nemocnými (Vorlíček, 2004).

Multidisciplinární tým hospice je složen z lékařů, zdravotnických sester, zdravotnických asistentů, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, nutričního specialisty a duchovního (Marková, 2010).

V tomto týmu má zdravotní sestra důležitou funkci. Pro nemocného je nejbližším odborníkem, musí umět odpovědět nemocnému na vše a ostatním členům týmu musí předat informace o nemocném i jeho rodině. Sestra pozorně sleduje postřehy nemocného a poté s ostatními členy týmu přicházejí na možnosti jejich splnění (Marková, 2010).

Hospic připomíná spíše domov než nemocnici. Denní režim je velmi odlišný od toho nemocničního a vždy se přizpůsobuje nemocnému. Nemocní vstávají a chodí spát, kdy chtějí. Osobní hygiena se provádí individuálně, podle přání pacienta. Nemocný si může zvolit čas, kdy se bude stravovat, nemocní mají k dispozici balkony, terasy i zahrady, kde mohou být tak dlouho, jak chtějí. Návštěvy nejsou časově omezeny a nepřetržitá přítomnost rodiny není zakazována, ale spíše podporována (Haškovcová, 2007).

I přesto, že jsou v hospici pravidelné vizity, tak je denní režim velmi odlišný od nemocničního a pokud to jde, tak se přizpůsobuje nemocnému. Nemocný se sám rozhodne, kdy ho kdo navštíví a jestli chce, aby někdo z rodiny byl s ním nepřetržitě. Hospicový lékař rozhoduje o přijetí nemocného do hospice individuálně po dohodě s ošetřujícím lékařem nemocného (Svatošová, 2007).

Důležitou složkou hospicového týmu tvoří dobrovolníci, kteří tuto práci vykonávají zadarmo (Svatošová, 2007).

„Důraz je kladen na kvalitu života. Příkladem může být vyjádření potřeb umírajících v následujícím seznamu Charty umírajících:

Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.

Mám právo na naději, ale nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění.

Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.

Mám právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě.

Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.

Mám právo nezemřít opuštěn.

Mám právo být ušetřen bolesti.

Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.

Mám právo nebýt klamán.

Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.

Mám právo zemřít v klidu a důstojně.

Mám právo zachovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.

Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.“ (Kupka, 2011, s. 80).

Součástí paliativní medicíny je rovněž péče o duchovní stránku nemocného a je součástí multidisciplinárního přístupu (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

2.2.4 Současný stav hospicové péče v ČR

V současné době je v České republice řada aktivních společností a sdružení zabývajících se domácí hospicovou péčí. Zároveň je zde již otevřeno 18 lůžkových hospiců. Seznam domácí hospicové péče a lůžkových hospiců je uveden v příloze 2.

2.3 Paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Skála, 2005, s. 1).

„Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím“ (Munzarová, 2005, s. 61).

Paliativní péče, někdy nazývána rovněž jako útěšná péče, je jednou z nejstarších disciplín ošetřovatelství a lékařství. Rovněž konstatování Světové zdravotnické organizace (WHO) podporuje paliativní medicínu s tvrzením, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces; paliativní péče ani neurychluje, ani neoddaluje smrt; paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů; paliativní péče začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty; paliativní péče vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Kupka, 2011).

Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a ostatních symptomů,
- podporuje život a umírání pokládá za normální,
- cílem není urychlovat ani oddalovat smrt,
- spojuje psychologickou a duchovní péči o nemocného,
- podporuje aktivní život nemocných s ohledem na jejich zdravotní stav,
- vytváří podporu rodinám, která jim má pomoci s vyrovnáním se s nemocí a úmrtím blízkého,
- týmovým přístupem pomáhá aktivním potřebám nemocných a jejich rodin a poskytuje poradenství při zármutku,
- snaží se zvyšovat kvalitu života a může pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- bývá indikována od počátku nemoci s terapeutickými postupy pro prodloužení života (např. chemoterapie), a obsahuje zkoumání, která jsou důležitá pro eliminaci (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

Paliativní péče cílevědomě a kvalifikovaně podporuje lidi se závažnou, život ohrožující, zkracující a nevyléčitelnou nemocí a jejich rodiny. Tato péče nabízí podporu při tělesných, psychických, sociálních i spirituálních potížích (Špatenková, 2014).

V paliativní péči je respektována vnitřní hodnota člověka jako nezávislé a jedinečné bytosti. Péče je poskytována když je nemocný, anebo jeho rodina, schopen ji akceptovat. Snahou je, ať si nemocný sám vybere typ a místo léčby a péče a sám si zvolí přístup ke specializované paliativní péči (Radbruch, 2010).

2.3.1 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči dělíme podle nabízených služeb na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči.

Za **obecnou paliativní péči** je považována dobrá klinická praxe u pokročilého onemocnění. Součástí je dobrá komunikace s nemocným a jeho rodinou, léčba a péče je zaměřena na kvalitu života, léčbu symptomů a psychosociální podporu. Všichni lékaři by měli tuto péči aplikovat při své práci. Praktický lékař tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, ambulantními specialisty a s agenturami domácí péče. Většina paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče je charakteru obecné paliativní péče (Skála, 2005).

Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče, která je poskytována nemocným a jejich rodinám týmem odborníků, kteří mají speciální paliativní vzdělání a potřebné zkušenosti. Hlavní pracovní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče. Tento typ paliativní péče je indikován tam, kde již nestačí nebo nevyhovuje obecná paliativní péče. Přechod mezi nimi bývá plynulý (Skála, 2005).

Zařízení specializované paliativní péče jsou například oddělení paliativní péče, domácí hospice (mobilní paliativní péče), lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek...) (Marková, 2010).

2.3.2 Principy a cíle paliativní péče

Paliativní medicína se snaží udržet dobrou kvalitu života. Také nabízí účinnou léčbu a podporu při tělesných obtížích, psychosociálních a duchovních potřebách. Cílem je, aby nemocný neměl nesnesitelné tělesné symptomy a vnímal až do konce svůj život jako smysluplný. Z konkrétních potřeb nemocného vychází léčba a péče (Vorlíček, 2012).

Moderní paliativní péče:

- neodvrací se od nevyléčitelně nemocných, chrání jejich důstojnost a kvalitu života,
- zvládá bolest a další příznaky závěrečných stádií smrtelných nemocí,
- je založená na interdisciplinární spolupráci a spojení lékařských, psychologických, sociálních a spirituálních prvků,
- klade důraz na individuální přání a potřeby nemocných, respektuje jejich priority a právo na sebeurčení,
- vyzdvihuje význam nejbližších přátel a rodiny,

- ponechává nemocné v jejich přirozených sociálních vazbách a snaží se, aby poslední chvíle života prožili v důstojném prostředí se svými nejbližšími,
- rodinám a přátelům umírajících nabízí všestrannou pomoc a pomáhá jim zvládat zármutek i po smrti nemocného,
- rozlišuje špatnou a kvalitní péči o umírající a je si vědoma, že umírání nemusí být doprovázeno nesnesitelnou bolestí, strachem a utrpením (Kalvach, 2004).

2.3.2.1 Cíle paliativní péče v závislosti na stádiu onemocnění

Fáze kompenzovaného onemocnění – pravděpodobná délka života několik měsíců až let. Někteří nevyléčitelně nemocní jsou stabilizovaní a léčba spočívá v udržení tohoto kompenzovaného stavu. Při akutním zhoršení je poskytována intenzivní i resuscitační péče. Doporučována je i prevence akutních kardio (srdeční) a cerebrovaskulárních (mozkovévní) onemocnění (Skála, 2009).

Fáze nezvratně progredujícího onemocnění – délka života se odhaduje na týdny až měsíce. Cílem je udržení co nejvyšší kvality života. Většinou není doporučována prevence interních onemocnění. Intenzivní léčba bývá někdy indikována, ale resuscitační (oživovací) léčba už ne (Skála, 2009).

Terminální fáze – délka života několik týdnů, dnů a hodin. Cílem je důstojné umírání, minimalizace dyskomfortu, neprodlužovat umírání a respektovat konec lidského života. Intenzivní a resuscitační léčba nebývá indikována a praktikuje se léčba symptomatická (Skála, 2009).

2.3.3 Základní etické principy paliativní péče

Mezi základní etické principy paliativní péče patří stejné etické principy, které platí i v jiných oblastech medicíny. Patří sem autonomie, informovanost pacienta, beneficence, nonmaleficence a spravedlnost.

Autonomie

Filozofie člověka upozorňuje na to, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, které vzniknou po dostatečné informovanosti. I přesto, že ve finální fázi nemoci mohou způsobit smrt nemocného, je nutné je respektovat. Je potřeba brát ohled na vyváženost a souvislosti rozhodování (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Informovanost pacienta

Pro racionální rozhodování je důležitá dobrá informovanost nemocného. Nemocný má právo být plně informovaný, ale taky má právo informace odmítnout. Jako první musí

být informován nemocný a ten se rozhodne, komu se informace předají dále nebo zatají. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Beneficence

Beneficence je závazek lékaře vůči nemocnému, aby udělal vše co je pro nemocného prospěšné. Dobro, důstojnost a kvalita jsou subjektivními pojmy. Dobro pro nemocného nemusí odpovídat představě zdravotníka, a proto je důležité jej hledat za pomoci dialogu, naslouchání a argumentací. Ideální je tedy empatická (vcítění se) a pravdivá komunikace (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Nonmaleficence

Neškodit a nenechat poškodit nemocného. Nemocného nesmí poškodit jakékoliv jednání. V úvahu se musí vzít i nežádoucí poškození a vedlejší účinek pozitivní činnosti. Důležitá je snaha vzdalovat od nemocného vše škodlivé, počínaje bolestí až po sociální ublížení (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Spravedlnost

Spravedlnost je něco mezi potřebami nemocného a tím, co je schopna společnost poskytnout. Jedná se například o dostupnost paliativní medicíny a kvalita poskytované péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

3 METODIKA PRÁCE

Tato část práce obsahuje výzkumné šetření, které se zabývá bolestí u nemocných v terminálním stádiu jejich nemoci v mobilním a lůžkovém hospici.

3.1 Výzkum

Výzkum je rozdělen na formulaci problému, cíl výzkumu, charakteristiku souboru, metodu sběru dat, organizaci výzkumu a zpracování dat.

3.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo srovnat bolest u klientů v terminálním stádiu, trpících bolestí v domácím prostředí a v lůžkovém hospici.

3.1.1.1 Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zjistit zda hospicovým klientům brání bolest v běžných denních aktivitách.

Cíl č. 2: Zjistit co přináší hospicovým klientům největší úlevu od bolesti.

Cíl č. 3: Zjistit zda je sledování bolesti z pohledu klientů dostačující.

Cíl č. 4: Zjistit intenzitu bolesti u klientů v mobilním a lůžkovém hospici.

3.1.2 Charakteristika souboru

Soubor 60 respondentů, tvoří ženy a muži, kteří trpí nevléčitelnou nemocí a využívají služeb mobilního hospice Ondrášek v Ostravě a sv. Kryštofa v Ostravě a lůžkový hospic ve Frýdku-Místku. 30 respondentů bylo osloveno v lůžkovém hospici a 30 respondentů v mobilním hospici.

3.1.3 Metoda sběru dat

Ke sběru dat byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce (viz. příloha č. 1). Účast respondentů v šetření byla dobrovolná a dotazník byl vyplňován anonymně. Dotazník obsahoval 15 otázek, které byly zaměřeny na danou problematiku. Otázky byly v dotazníku uzavřené, kdy si respondenti mohli jako odpověď vybrat jednu nebo více z předem předložených a připravených alternativ. Dotazník také obsahoval otázky polootevřené, které umožňovaly výběr z uvedených variant odpovědí s možností vlastních odpovědí. Dotazník obsahoval i otázky otevřené, na které respondenti odpovídali dle

vlastního uvážení. Konec dotazníku tvořily 3 otázky, které se týkaly demografických údajů.

3.1.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl proveden v mobilních hospicích Ondrášek v Ostravě a u sv. Kryštofa v Ostravě a v lůžkovém hospici ve Frýdku-Místku v časovém rozmezí od března roku 2014 do června roku 2014. V rámci pilotáže byla na malém vzorku zkoumaných osob ověřena správnost, srozumitelnost a vhodnost formulace otázek v dotazníku. Se souhlasem vedoucích pracovníků byl prezentován dotazník respondentům, kteří byli ochotni jej vyplnit. S vyplněním dotazníku jim pomáhaly zdravotní sestry.

3.1.5 Zpracování dat

Údaje z vyplněných dotazníků byly následně zpracovány prostřednictvím programu Microsoft Office Excel 2010 do tabulek. Výsledky výzkumu jsou vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností.

4 VÝSLEDKY

V rámci výzkumu bylo rozdáno celkem 60 dotazníků, z nichž 60 se vrátilo vyplněných. Návratnost byla tedy 100 %.

Tabulka 3. Intenzita bolesti nemocných v mobilním hospici

Intenzita bolesti	n	%
žádná	4	13,33
mírná	7	23,33
střední	7	23,33
silná	7	23,33
velmi silná	4	13,33
nesnesitelná	1	3,33
celkem	30	100

V otázce číslo 1 z dotazníku byla zjištěna intenzita bolesti u nemocných v mobilním hospici. Žádnou bolest udávali 4 respondenti z 30 oslovených, tj. 13,33 %. Mírnou bolest zaškrtnulo 7 respondentů (23,33 %), střední a silnou také označilo 7 respondentů. Velmi silnou bolest označili 4 z oslovených, tj. 13,33 % a nesnesitelnou bolest označil 1 respondent z 30 (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 4. Intenzita bolesti nemocných v lůžkovém hospici

Intenzita bolesti	n	%
žádná	6	20,00
mírná	6	20,00
střední	2	6,67
silná	7	23,33
velmi silná	5	16,67
nesnesitelná	4	13,33
celkem	30	100

V otázce číslo 1 z dotazníku byla zjištěna intenzita bolesti u nemocných v lůžkovém hospici. Žádnou bolest udávalo 6 respondentů z 30 oslovených, tj. 20 %. Mírnou bolest zaškrtnulo 6 respondentů (20 %), střední bolest 2 respondenti (6,67 %), silnou 7 respondentů (23,33 %). Velmi silnou bolest označilo 5 z oslovených, tj. 16,67 % a nesnesitelnou bolest označili 4 respondenti z 30 (13,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 4.

Tabulka 5. Intenzita bolesti v posledním týdnu dle visuální analogové škály (VAS) u nemocných v mobilním hospici

Intenzita bolesti dle VAS	n	%
0	4	13,33
1	5	16,67
2	3	10,00
3	4	13,33
4	4	13,33
5	2	6,67
6	2	6,67
7	5	16,67
8	1	3,33
9	0	0
10	0	0
celkem	30	100

V otázce číslo 2 z dotazníku jsme zjistili intenzitu bolesti nemocných v mobilním hospici dle visuální analogové škály. Z nabídky 0 – 10 odpovídali respondenti: odpověď 0 zaškrtnuli 4 respondenti (13,33 %), odpověď 1 zaškrtnulo 5 respondentů (16,67 %), odpověď 2 označili 3 respondenti (10 %), odpovědi 3 a 4 označilo po čtyřech respondentech (13,33 %), odpovědi 5 a 6 zaškrtnulo po dvou respondentech (6,67 %), odpověď 7 označilo 5 respondentů (16,67 %), odpověď 8 zaškrtnul 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 6. Intenzita bolesti v posledním týdnu dle visuální analogové škály (VAS) u nemocných v lůžkovém hospici

Intenzita bolesti dle VAS	n	%
0	4	13,33
1	1	3,33
2	3	10,00
3	5	16,67
4	5	16,67
5	8	26,67
6	1	3,33
7	0	0
8	1	3,33
9	0	0
10	2	6,67
celkem	30	100

V otázce číslo 2 z dotazníku jsme zjistili intenzitu bolesti nemocných v lůžkovém hospici dle visuální analogové škály. Z nabídky 0 – 10 odpovídali respondenti: odpověď 0 zaškrtnuli 4 respondenti (13,33 %), jedničku zaškrtnul 1 respondent (3,33 %), dvojku označili 3 respondenti (10 %), trojku a čtyřku označilo po pěti respondentech (16,67 %), odpověď pět zaškrtnulo 8 respondentů (26,67 %), odpověď 6 zaškrtnul 1 respondent (3,33 %), odpověď 7 žádný z oslovených, odpověď 8 označil 1 respondent (3,33 %), odpověď 9 neoznačil nikdo a odpověď 10 zaškrtnuli 2 respondenti (6,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 6.

Tabulka 7. Charakteristika bolesti nemocných v mobilním hospici

Charakteristika bolesti	n	%
ostrá	9	30,00
pálivá	8	26,67
řezavá	10	33,33
pulzující	4	13,33
tupá	3	10,00
křečovitá	4	13,33
svíravá	12	40,00
pichlavá	1	3,33
trhavá	4	13,33
hlodavá	2	6,67
bodavá	1	3,33
tlaková	7	23,33
hrozná	2	6,67
vystřelující	2	6,67
protivná	9	30,00
mučivá	5	16,67
jiná: nemám bolesti	2	6,67

V otázce číslo 3 jsme zjistili, jak nemocní v mobilním hospici charakterizovali bolest. Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí najednou. Ostrou udávalo 9 respondentů (30 %). Pálivou 8 (26,67 %), řezavou 10 (33,33 %), pulzující 4 (13,33 %), tupou 3 (10 %), křečovitou 4 (13,33 %), svíravou 12 (40 %), pichlavou 1 (3,33 %), trhavou 4 (13,33 %), hlodavou 2 (6,67 %), bodavou 1 (3,33 %), tlakovou 7 (23,33 %), hroznou 2 (6,67 %), vystřelující také 2, protivná 9 (30 %), mučivá 5 (16,67 %) a nemá bolesti – napsali 2 respondenti (6,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 7.

Tabulka 8. Charakteristika bolesti nemocných v lůžkovém hospici

Charakteristika bolesti	n	%
ostrá	10	33,33
pálivá	10	33,33
řezavá	13	43,33
pulzující	2	6,67
tupá	3	10,00
křečovitá	2	6,67
svíravá	7	23,33
pichlavá	7	23,33
trhavá	4	13,33
hlodavá	3	10,00
bodavá	6	20,00
tlaková	6	20,00
hrozná	5	16,67
vystřelující	2	6,67
protivná	2	6,67
mučivá	3	10,00
jiná: nemám bolesti	5	16,67

V otázce číslo 3 jsme zjistili, jak nemocní v lůžkovém hospici charakterizovali bolest. Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí najednou. Ostrou udávalo 10 respondentů (33,33 %). Pálivou 10 (33,33 %), řezavou 13 (43,33 %), pulzující 2 (6,67 %), tupou 3 (10 %), křečovitou 2 (6,67 %), svíravou 7 (23,33 %), pichlavou 7 (23,33 %), trhavou 4 (13,33 %), hlodavou 3 (10 %), bodavou 6 (20 %), tlakovou 6 (20 %), hroznou 5 (16,67 %), vystřelující 2 (6,67 %), protivná 2 (6,67 %), mučivá 3 (10 %) a nemá bolesti – napsalo 5 respondentů (16,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 8.

Tabulka 9. Bolest v průběhu dne v mobilním hospici

Bolest v průběhu dne	n	%
stále stejná	3	10,00
pravidelně se opakující	4	13,33
nepravidelně se opakující	15	50,00
nemám nyní bolest	8	26,67
celkem	30	100

V otázce číslo 4 jsme zjistili, jaká je bolest nemocných v průběhu dne v mobilním hospici. Stále stejnou bolest uvedli 3 respondenti (10 %), pravidelně se opakující bolest 4 respondenti (13,33 %), nepravidelně se opakující bolest 15 respondentů (50 %) a 8 respondentů (26,67 %) uvedlo, že nyní nemají bolest. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 9.

Tabulka 10. Bolest v průběhu dne v lůžkovém hospici

Bolest v průběhu dne	n	%
stále stejná	4	13,33
pravidelně se opakující	2	6,67
nepravidelně se opakující	18	60,00
nemám nyní bolest	6	20,00
celkem	30	100

V otázce číslo 4 jsme zjistili, jaká je bolest nemocných v průběhu dne v lůžkovém hospici. Stále stejnou bolest uvedli 4 respondenti (13,33 %), pravidelně se opakující bolest 2 respondenti (6,67 %), nepravidelně se opakující bolest 18 respondentů (60 %) a 8 respondentů (20 %) uvedlo, že nyní nemají bolest. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 10.

Tabulka 11. Nejčastější doba bolesti v mobilním hospici

Nejčastější doba objevování bolesti	n	%
ráno	1	3,33
přes den	9	30,00
večer	0	0
v noci	5	16,67
v klidu	1	3,33
po námaze	6	20,00
podle počasí	3	10,00
nedokážu posoudit	5	16,67
jinak	6	20,00

V otázce číslo 5 jsme zjistili, kdy se nejčastěji bolest objevuje u nemocných v mobilním hospici. Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí najednou. Odpověď ráno uvedl 1 respondent (3,33 %), přes den uvedlo 9 respondentů (30 %), večer neodpověděl žádný respondent, v noci uvedlo 5 respondentů (16,67 %), v klidu označil 1 respondent (3,33 %), po námaze označilo 6 respondentů (20 %), podle počasí uvedli 3 respondenti (10 %), nedokáže posoudit 5 respondentů (16,67 %) a jinak odpovědělo 6 respondentů (20 %). Při doplnění k odpovědi jinak byly zmíněny odpovědi: celodenně, po jídle, při polykání, nyní se neobjevuje a nemám bolesti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 11.

Tabulka 12. Nejčastější doba bolesti v lůžkovém hospici

Nejčastější doba objevování bolesti	n	%
ráno	4	13,33
přes den	13	43,33
večer	5	16,67
v noci	5	16,67
v klidu	3	10,00
po námaze	5	16,67
podle počasí	4	13,33
nedokážu posoudit	5	16,67
jinak	5	16,67

V otázce číslo 5 jsme zjistili, kdy se nejčastěji bolest objevuje u nemocných v lůžkovém hospici. Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí najednou. Odpověď ráno uvedli 4 respondenti (13,33 %), přes den označilo 13 respondentů (43,33 %), večer označilo 5 respondentů (16,67 %), v noci označilo 5 respondentů (16,67 %), v klidu uvedli 3 respondenti (10 %), po námaze označilo 5 respondentů (16,67 %), podle počasí uvedli 4 respondenti (13,33 %), nedokážou posoudit označilo 5 respondentů (16,67 %) a jinak odpovědělo 5 respondentů (16,67 %). Při doplnění k odpovědi jinak byly zmíněny odpovědi: v sedě, před jídlem nebo po jídle a nemám bolesti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 12.

Tabulka 13. Ovlivňování bolesti v mobilním hospici

Ovlivňování bolesti		n	%
A. zhoršuje bolest:	pohyb	13	43,33
	všechno	7	23,33
	nevím	2	6,67
	chůze	2	6,67
	jídlo a pití	2	6,67
	dlouhé sezení	1	3,33
	zácpa	1	3,33
	nemoc	1	3,33
	nemám bolesti	1	3,33
B. ulevuje od bolesti:	odpočinek	12	40,00
	léky od bolesti	10	33,33
	ležení	2	6,67
	sezení	2	6,67
	spánek	2	6,67
	projímadla	1	3,33
	nic	1	3,33
	nemám bolesti	1	3,33

V otázce číslo 6 jsme zjistili, co ovlivňuje bolest u nemocných v mobilním hospici ve smyslu zhoršování a úlevy bolesti. Jednalo se o otevřenou otázku a odpovědi byly členěny do skupin: A-zhoršuje bolest a B-ulevuje od bolesti. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. V části zhoršování bolesti odpovědělo 13 respondentů „pohyb“ (43,33 %), 7 respondentů odpovědělo „všechno“ (23,33 %), „nevím“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „chůze“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „jídlo a pití“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „dlouhé sezení“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „zácpa“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „nemoc“ odpověděl 1 respondent (3,33 %) a „nemám bolesti“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). V části úlevy bolesti odpovědělo „odpočinek“ 12 respondentů (40 %), „léky od bolesti“ odpovědělo 10 respondentů (33,33 %), „ležení“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „sezení“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „spánek“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „projímadla“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „nic“ odpověděl 1 respondent (3,33 %) a „nemám bolesti“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 13.

Tabulka 14. Ovlivňování bolesti v lůžkovém hospici

Ovlivňování bolesti		n	%
A. zhoršuje bolest:	pohyb	12	40,00
	nevím	6	20,00
	jídlo a pití	4	13,33
	nemám bolesti	4	13,33
	dlouhé sezení	2	6,67
	počasí	1	3,33
	chůze	1	3,33
	všechno	1	3,33
B. ulevuje od bolesti:	odpočinek	10	33,33
	léky od bolesti	5	16,67
	sezení	5	16,67
	nevím	4	13,33
	nemám bolesti	4	13,33
	ležení	3	10,00
	spánek	1	3,33
	nejíst a nepít	1	3,33

V otázce číslo 6 jsme zjistili, co ovlivňuje bolest u nemocných v lůžkovém hospici ve smyslu zhoršování a úlevy bolesti. Jednalo se o otevřenou otázku a odpovědi byly členěny do skupin: A-zhoršuje bolest a B-ulevuje od bolesti. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. V části zhoršování bolesti odpovědělo 12 respondentů „pohyb“ (40 %), 6 respondentů odpovědělo „nevím“ (20 %), „jídlo a pití“ odpověděli 4 respondenti (13,33 %), „nemám bolesti“ odpověděli 4 respondenti (13,33 %), „dlouhé sezení“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „počasí“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „chůze“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), a „všechno“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). V části úlevy bolesti odpovědělo „odpočinek“ 10 respondentů (33,33 %), „léky od bolesti“ odpovědělo 5 respondentů (16,67 %), „sezení“ odpovědělo 5 respondentů (16,67 %), „nevím“ odpověděli 4 respondenti (13,33 %), „nemám bolesti“ odpověděli 4 respondenti (13,33 %), „ležení“ odpověděli 3 respondenti (10 %), „spánek“ odpověděl 1 respondent (3,33 %) a „nejíst a nepít“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 14.

Tabulka 15. Pocity nemocných při bolesti v mobilním hospici

Pocity při bolesti	n	%
únava	14	46,67
úzkost	4	13,33
strach	15	50,00
osamělost	2	6,67
beznaděj	8	26,67
hněv	6	20,00
depresi	10	33,33
bezmocnost	9	30,00
smutek	10	33,33
sebeobviňování	1	3,33
obviňování jiných	4	13,33
zlost na sebe	6	20,00
zlost na ostatní	3	10,00
jiné	1	3,33

V otázce číslo 7 jsme zjišťovali, co pociťují nemocní při bolesti v mobilním hospici. Respondenti mohli označit více odpovědí. Odpověď únava uvedlo 14 respondentů (46,67 %), úzkost 4 respondenti (13,33 %), strach 15 respondentů (50 %), osamělost 2 respondenti (6,67 %), beznaděj 8 respondentů (26,67 %), hněv 6 respondentů (20 %), depresi 10 respondentů (33,33 %), bezmocnost 9 respondentů (30 %), smutek 10 respondentů (33,33 %), sebeobviňování 1 respondent (3,33 %), obviňování jiných 4 respondenti (13,33 %), zlost na sebe 6 respondentů (20 %), zlost na ostatní 3 respondenti (10 %) a odpověď jiné označil 1 respondent (3,33%). Při doplnění k odpovědi jiné byla zmíněna odpověď: nemám bolesti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 15.

Tabulka 16. Pocity nemocných při bolesti v lůžkovém hospici

Pocity při bolesti	n	%
únava	11	36,67
úzkost	6	20,00
strach	14	46,67
osamělost	5	16,67
beznaděj	5	16,67
hněv	4	13,33
depresi	4	13,33
bezmocnost	7	23,33
smutek	15	50,00
sebeobviňování	3	10,00
obviňování jiných	3	10,00
zlost na sebe	3	10,00
zlost na ostatní	3	10,00
jiné	4	13,33

V otázce číslo 7 jsme zjišťovali, co pociťují nemocní při bolesti v lůžkovém hospici. Respondenti mohli označit více odpovědí. Odpověď únava uvedlo 11 respondentů (36,67 %), úzkost 6 respondentů (20 %), strach 14 respondentů (46,67 %), osamělost 5 respondentů (16,67 %), beznaděj 5 respondentů (16,67 %), hněv 4 respondenti (13,33 %), depresi 4 respondenti (13,33 %), bezmocnost 7 respondentů (23,33 %), smutek 15 respondentů (50 %), sebeobviňování 3 respondenti (10 %), obviňování jiných 3 respondenti (10 %), zlost na sebe 3 respondenti (10 %), zlost na ostatní 3 respondenti (10 %) a jiné odpověděli 4 respondenti (13,33%). Při doplnění k odpovědi jiné byla zmíněna odpověď: nemám bolesti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 16.

Tabulka 17. Bolest a její bránění v běžných denních aktivitách nemocným v mobilním hospici

Brání bolest v denních aktivitách	n	%
ano	14	46,67
ne	5	16,67
občas	11	36,67
celkem	30	100

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, zda bolest brání nemocným v běžných denních aktivitách v mobilním hospici. Odpověď ano uvedlo 14 respondentů (46,67 %), ne 5

respondentů (16,67 %) a občas uvedlo 11 respondentů (36,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 17.

Tabulka 18. Bolest a její bránění v běžných denních aktivitách nemocným v lůžkovém hospici

Brání bolest v denních aktivitách	n	%
ano	13	43,33
ne	5	16,67
občas	12	40,00
celkem	30	100

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, zda bolest brání nemocným v běžných denních aktivitách v lůžkovém hospici. Odpověď ano uvedlo 13 respondentů (43,33 %), ne 5 respondentů (16,67 %) a občas uvedlo 12 respondentů (40 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 18.

Tabulka 19. Buzení bolestí a bránění ve spánku nemocných v mobilním hospici

Buzení bolestí a nemožnost spánku	n	%
ano	7	23,33
ne	9	30,00
občas	14	46,67
celkem	30	100

V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, zda se nemocní budí ze spaní bolestí a nemůžou spát v mobilním hospici. Odpověď ano uvedlo 7 respondentů (23,33 %), ne 9 respondentů (30 %) a občas uvedlo 14 respondentů (46,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 19.

Tabulka 20. Buzení bolestí a bránění ve spánku nemocných v lůžkovém hospici

Buzení bolestí a nemožnost spánku	n	%
ano	8	26,67
ne	13	43,33
občas	9	30,00
celkem	30	100

V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, zda se nemocní budí ze spaní bolestí a nemůžou spát v lůžkovém hospici. Odpověď ano uvedlo 8 respondentů (26,67 %), ne 13 respondentů (43,33 %) a občas uvedlo 9 respondentů (30 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 20.

Tabulka 21. Úleva od bolesti nemocným v mobilním hospici

Úleva od bolesti	n	%
léky od bolesti	16	53,33
injekce od bolesti	4	13,33
klid	2	6,67
spánek	2	6,67
silná analgetika	1	3,33
vyprázdnění	1	3,33
Algifen	1	3,33
úlevová poloha	1	3,33
Ibalgin	1	3,33
odpočinek	1	3,33
nemám bolesti	1	3,33

V otázce číslo 10 jsme zjišťovali, co přináší největší úlevu od bolesti nemocným v mobilním hospici. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „léky od bolesti“ uvedlo 16 respondentů (53,33 %), odpověď „injekce od bolesti“ 4 respondenti (13,33 %), „klid“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „spánek“ odpověděli 2 respondenti (6,67 %), „silná analgetika“ uvedl 1 respondent (3,33 %), „vyprázdnění“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „Algifen“ uvedl 1 respondent (3,33 %), „úlevová poloha“ uvedl 1 respondent (3,33 %), „Ibalgin“ uvedl 1 respondent (3,33 %), „odpočinek“ uvedl 1 respondent (3,33 %) a „nemám bolesti“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 21.

Tabulka 22. Úleva od bolesti nemocným v lůžkovém hospici

Úleva od bolesti	n	%
léky od bolesti	11	36,67
injekce od bolesti	5	16,67
nemám bolesti	4	13,33
kapky od bolesti	3	10,00
náplast od bolesti	1	3,33
sezení	1	3,33
přítomnost rodiny	1	3,33
„dala jsem si panáka“	1	3,33
tabletky od bolesti	1	3,33
1% Morphin	1	3,33
přítomnost vnučky	1	3,33

V otázce číslo 10 jsme zjišťovali, co přináší největší úlevu od bolesti nemocným v lůžkovém hospici. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „léky od bolesti“ uvedlo 11 respondentů (36,67 %), „injekce od bolesti“ uvedlo 5 respondentů (16,67 %), „nemám bolesti“ odpověděli 4 respondenti (13,33 %), „kapky od bolesti“ odpověděli 3 respondenti (10 %), „náplast od bolesti“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „sezení“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „přítomnost rodiny“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „dala jsem si panáka“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „tabletky od bolesti“ odpověděl 1 respondent (3,33 %), „1% Morphin“ odpověděl 1 respondent (3,33 %) a „přítomnost vnučky“ odpověděl 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 22.

Tabulka 23. Jiné možnosti snížení bolesti, kromě léků u nemocných v mobilním hospici

Úleva od bolesti	n	%
čtení knih/časopisů	4	13,33
přítomnost rodiny	4	13,33
spánek	4	13,33
žádné	4	13,33
odpočinek	3	10,00
klid	3	10,00
přítomnost manžela/manželky	2	6,67
přítomnost dcery	2	6,67
sledování televize	2	6,67
úlevová poloha	1	3,33
sezení ve vlastním křesle	1	3,33
projímadla	1	3,33
pití chlazených nápojů	1	3,33
mazání masážním krémem	1	3,33
nemám bolesti	1	3,33

V otázce číslo 11 jsme zjišťovali, co jiného přináší úlevu od bolesti nemocným v mobilním hospici kromě léků od bolesti. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „čtení knih nebo časopisů“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „přítomnost rodiny“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „spánek“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „žádné“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „odpočinek“ uvedli 3 respondenti (10 %), „klid“ uvedli 3 respondenti (10 %), „přítomnost manžela nebo manželky“ uvedli 2 respondenti (6,67 %), „přítomnost dcery“ uvedli 2 respondenti (6,67 %), „sledování televize“ uvedli 2 respondenti (6,67 %), jednou (3,33 % respondentů) byly zmíněny následující odpovědi: úlevová poloha; sezení ve vlastním křesle; projímadla; pití chlazených nápojů; mazání masážním krémem; nemám bolesti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 23.

Tabulka 24. Jiné možnosti snížení bolesti, kromě léků u nemocných v lůžkovém hospici

Úleva od bolesti	n	%
návštěva rodiny	5	16,67
přítomnost manžela/manželky	4	13,33
přítomnost synů	4	13,33
nemám bolesti	4	13,33
sledování televize	3	10,00
procházky po zahradě	3	10,00
návštěva kněze	3	10,00
žádné	3	10,00
návštěva dcery s rodinou	2	6,67
přítomnost někoho blízkého	2	6,67
ležení	2	6,67
ležení na boku	2	6,67
sezení v křesle	2	6,67
návštěva kamarádů	1	3,33
přítomnost vnučky	1	3,33
krmení králíků	1	3,33
pivo	1	3,33
cigarety	1	3,33
přítomnost ošetřujícího personálu	1	3,33
spánek	1	3,33
odpočinek	1	3,33
přítomnost kamarádky	1	3,33
čtení od kamarádky	1	3,33

V otázce číslo 11 jsme zjišťovali, co jiného přináší úlevu od bolesti nemocným v lůžkovém hospici kromě léků od bolesti. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „návštěva rodiny“ uvedlo 5 respondentů (16,67 %), „přítomnost manžela nebo manželky“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „přítomnost synů“ uvedli 4 respondenti (13,33 %), „nemám bolesti“ uvedli 4 respondenti (13,33 %). Třikrát (10 % respondentů) byly zmíněny odpovědi: sledování televize; procházky po zahradě; návštěva kněze; žádné. Dvakrát (6,67 % respondentů) byly uvedeny odpovědi: návštěva dcery s rodinou; přítomnost někoho blízkého; ležení; ležení na boku; sezení v křesle. Jednou (3,33 % respondentů) byly zmíněny následující odpovědi: přítomnost vnučky; krmení králíků; pivo; cigarety; přítomnost ošetřujícího personálu; spánek; odpočinek; přítomnost kamarádky; čtení od kamarádky. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 24.

Tabulka 25. Druh léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče u nemocných v mobilním hospici

Předchozí léčba bolesti	n	%
žádná	15	50,00
léky	3	10,00
Tramal	3	10,00
Algifen	1	3,33
Paralen	1	3,33
Novalgin	1	3,33
Brufen	1	3,33
DHC 90mg	1	3,33
DHC 60mg	1	3,33
Durogesic TDN	1	3,33
velmi dobrá	1	3,33
mírná	1	3,33

V otázce číslo 12 jsme zjišťovali druh léčby bolesti před nástupem do hospice nebo domácí péče nemocných v mobilním hospici. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „žádná“ uvedlo 15 respondentů (50 %), „léky“ uvedli 3 respondenti (10 %), „Tramal“ uvedli 3 respondenti (10 %), jednou (3,33 % respondentů) byly zmíněny následující odpovědi: Algifen; Paralen; Novalgin; Brufen; DHC 90mg; DHC 60mg; Durogesic TDN; velmi dobrá; mírná. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 25.

Tabulka 26. Druh léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče u nemocných v lůžkovém hospici

Předchozí léčba bolesti	n	%
žádná	10	33,33
analgetika	7	23,33
1% Morphin	3	10,00
Tramal	3	10,00
DHC 90mg	2	6,67
Algifen	1	3,33
Fentanyl TDN	1	3,33
Transtec TDN	1	3,33
DHC 60mg	1	3,33
Durogesic TDN	1	3,33
nevím	1	3,33

V otázce číslo 12 jsme zjišťovali druh léčby bolesti před nástupem do hospice nebo domácí péče nemocných v lůžkovém hospici. Jednalo se o otevřenou otázku. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Odpověď „žádná“ uvedlo 10 respondentů (33,33 %), „analgetika“ uvedlo 7 respondentů (23,33 %), „1% Morphin“ uvedli 3 respondenti (10 %), „Tramal“ uvedli 3 respondenti (10 %), „DHC 90mg“ uvedli 2 respondenti (6,67 %), jednou (3,33 % respondentů) byly zmíněny následující odpovědi: Algifen; Fentanyl TDN; Transtec TDN; DHC 60mg; Durogesic TDN; nevím. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 26.

Tabulka 27. Dostatečnost léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče v mobilním hospici

Dostatečnost předchozí léčby	n	%
ano	7	23,33
ne	23	76,67
celkem	30	100

V otázce číslo 13 jsme zjišťovali, zda byla léčba bolesti dostatečná před nástupem do hospice nebo do domácí péče u nemocných v mobilním hospici. Odpověď ano uvedlo 7 respondentů (23,33 %) a odpověď ne uvedlo 23 respondentů (76,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 27.

Tabulka 28. Dostatečnost léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče v lůžkovém hospici

Dostatečnost předchozí léčby	n	%
ano	10	33,33
ne	20	66,67
celkem	30	100

V otázce číslo 13 jsme zjišťovali, zda byla léčba bolesti dostatečná před nástupem do hospice nebo do domácí péče u nemocných v lůžkovém hospici. Odpověď ano uvedlo 10 respondentů (33,33 %) a odpověď ne uvedlo 20 respondentů (66,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 28.

Tabulka 29. Hodnocení bolesti, kterou aktuálně pociťují nemocní v mobilním hospici

Aktuální bolest	n	%
žádná	8	26,67
mírná	13	43,33
střední	7	23,33
silná	0	0
velmi silná	2	6,67
krutá až nesnesitelná	0	0
jíná	0	0
celkem	30	100

V otázce číslo 14 jsme zjišťovali, jak hodnotí aktuální bolest nemocní v mobilním hospici. Odpověď žádná uvedlo 8 respondentů (26,67 %), mírná uvedlo 13 respondentů (43,33 %), střední uvedlo 7 respondentů (23,33 %), a velmi silná uvedli 2 respondenti (6,67 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 29.

Tabulka 30. Hodnocení bolesti, kterou aktuálně pociťují nemocní v lůžkovém hospici

Aktuální bolest	n	%
žádná	6	20,00
mírná	9	30,00
střední	11	36,67
silná	1	3,33
velmi silná	3	10,00
krutá až nesnesitelná	0	0
jíná	0	0
celkem	30	100

V otázce číslo 14 jsme zjišťovali, jak hodnotí aktuální bolest nemocní v lůžkovém hospici. Odpověď žádná uvedlo 6 respondentů (20 %), mírná uvedlo 9 respondentů (30 %), střední uvedlo 11 respondentů (36,67 %), silná uvedl 1 respondent (3,33 %) a velmi silná uvedli 3 respondenti (10 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 30.

Tabulka 31. Dostatečnost sledování bolesti nemocných v mobilním hospici

Dostatečné sledování bolesti	n	%
ano	29	96,67
ne	1	3,33
celkem	30	100

V otázce číslo 15 jsme zjišťovali, zda si nemocní myslí, že je jejich bolest dostatečně sledována v mobilním hospici. Odpověď ano uvedlo 29 respondentů (96,67 %) a odpověď ne uvedl 1 respondent (3,33 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 31.

Tabulka 32. Dostatečnost sledování bolesti nemocných v lůžkovém hospici

Dostatečné sledování bolesti	n	%
ano	30	100
ne	0	0
celkem	30	100

V otázce číslo 15 jsme zjišťovali, zda si nemocní myslí, že je jejich bolest dostatečně sledována v lůžkovém hospici. Odpověď ano uvedlo všech 30 respondentů (100 %). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 32.

5 DISKUSE

Výzkum byl zaměřen na problematiku bolesti v paliativní péči. Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali vnímání bolesti u klientů v mobilním a lůžkovém hospici. Počtem výsledných odpovědí z dotazníků jsme získali odpovědi na stanovené cíle.

Dotazníky nám odhalily, zda bolest brání hospicovým klientům v běžných denních aktivitách. Klienti mobilního hospice odpovídali takto: ano 14 respondentů z 30 (46,67 %). Záporně odpovídalo 5 z 30 oslovených (16,67 %) a občas uvedlo 11 (36,67 %) respondentů z 30.

13 klientů v lůžkovém hospici (43,33 %) z 30 oslovených uvádí, že bolest jim brání v běžných denních aktivitách. 5 respondentů (16,67 %) z 30 nebrání bolest v denních aktivitách a občas uvedlo 12 (40 %) z 30 oslovených.

Skála a kolektiv (2011, s. 18) uvádí, že bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií onemocnění, kterými se paliativní medicína zabývá. Má zásadní vliv na momentální komfort a náladu, ale také na radost ze života, naději, motivace pacienta k životu a spolupráci při léčbě. Neléčená bolest vede k snížené hybnosti až imobilitě, nechutenství, malnutrici (snížený příjem potravy) až kachexii (podvýživa), k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat pouze jako somatický vjem. Bolest je jednou ze složek utrpení v závěru života.

Každá bolest způsobuje utrpení a uzavírá člověka do sebe, odvádí od zájmu o okolí, o věci, o lidi i o ty nejbližší (Vondráčková, 2010, s. 53).

V dotazníku jsme zjišťovali, co přináší klientům úlevu od bolesti. 16 respondentů (53,33 %) z 30 oslovených v mobilním hospici uvádělo, že největší úlevu jim poskytují léky od bolesti. 4 respondenti (13,33 %) uváděli injekce od bolesti, 1 z 30 respondentů uváděl silná analgetika (3,33 %), klid ulevuje od bolesti 2 (6,67 %) klientům, 1 respondentovi pomáhá od bolesti vyprázdnění. 2 respondenti z 30 (6,67 %) uvádí, že úlevu od bolesti jim poskytuje spánek. Konkrétní analgetika respondenti uváděli: Algifen 1 respondent, Ibalgin také 1 respondent. Úlevová poloha pomáhá 1 respondentovi, odpočinek také jednomu z 30 oslovených respondentů a jeden klient odpovídal, že bolesti nemá.

V lůžkovém hospici 11 respondentů z 30 (36,67 %) oslovených uvádí, že úlevu od bolesti jim poskytují léky od bolesti. Injekce od bolesti uvedlo 5 respondentů (16,67 %), kapky od bolesti 3 z 30 respondentů (10 %), náplasti od bolesti uvedl 1 respondent

(3,33 %), sezení pomáhá jednomu (3,33 %) z 30 oslovených. Přítomnost rodiny ulevuje od bolesti jednomu respondentovi (3,33 %). Jeden respondent uvádí alkohol (3,33 %). Analgetika ve formě tablet ulevuje od bolesti jednomu z 30 respondentů, opiáty (Morphin 1 %) uvádí jeden respondent. Návštěva vnučky ulevuje od bolesti jednomu z oslovených respondentů a 4 (13,33 %) z oslovených respondentů odpovídalo, že nemá bolesti.

Pro mnohé nemocné je důležité, aby měli léčbu bolesti pod kontrolou. Aby mohli při průlomové bolesti okamžitě sáhnout po léku. Pokud ho mají k dispozici, zmenší se strach z nezvládnuté bolesti a celková bolest je pozitivně ovlivněna.

(Marková, 2010, s. 102)

Dle výzkumu Havlíčkové (2008, s. 61) hospic využívá všech možných a dostupných prostředků, aby utrpení pacientů zmírnil.

Otázka číslo 15 z dotazníku zkoumala, zda je sledování bolesti z pohledu klientů dostačující. 29 respondentů (96, 67 %) z 30 v mobilním hospici uvádí, že sledování bolesti je dostačující, jeden respondent (3,33 %) uvádí, že není dostačující. V lůžkovém hospici uvádí 30 respondentů z 30 (100 %), že bolest je dostatečně sledována.

Dnešní medicína dovede zmírnit bolest i ostatní tělesné symptomy umírání na dobře snesitelnou míru. Pacienti dnes nemusí umírat v nesnesitelných bolestech. Pro lékaře i pacienty je to dobrá zpráva. (Sláma, 2007, s. 61)

Dle výzkumu Havlíčkové (2008, s. 61) všichni mají určité obtíže, které však v hospici buď částečně, nebo úplně ustoupily. Považují péči o svou fyzickou stránku za dostačující, oceňují ochotu zdravotnického personálu vždy pomoci. Dokonce se všichni pacienti shodli na tom, že péče v hospici je nesrovnatelně lepší, než ve zdravotnických zařízeních, kde byli v minulosti hospitalizováni.

V otázce číslo 14 z dotazníku jsme zjišťovali intenzitu bolesti u klientů v lůžkovém a mobilním hospici. V mobilním hospici 8 respondentů (26,67 %) neuvádělo žádnou bolest. Mírnou bolest označilo 13 (43,33 %) respondentů z 30. Střední bolest 7 (23,33 %) respondentů a velmi silnou uvedli 2 respondenti z 30 (6,67 %).

V lůžkovém hospici 6 respondentů uvedlo, že nemá bolesti (20 %) ze třiceti respondentů. 9 (30 %) respondentů z 30 oslovených uvedlo mírnou bolest, střední bolest uvedlo 11 (36,67 %), jeden respondent označil silnou bolest (3,33 %) a 3 respondenti označili velmi silnou bolest (10 %).

Dle výzkumu Havlíčkové (2008, s. 61) všichni pacienti shodně udávají, že netrpí nesnesitelnou bolestí. A pokud ano, lékaři na ni ihned reagují různými terapeutickými postupy.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsme věnovali problematice bolesti v paliativní péči. Jednak jsme se pokusili vymezit základní pojmy této problematiky, bolest, hospicová a paliativní péče. V neposlední řadě jsme se pokusili zmapovat vnímání bolesti u hospicových klientů. Výzkum prokázal, že zhruba polovině klientům hospicové péče brání bolest v běžných denních aktivitách. Konkrétně v mobilním hospici 46,67 % a v lůžkovém hospici 43,33 %. Tyto výsledky nejsou uspokojující z důvodu, že pokud brání bolest člověku vykonávat denní aktivity, snižuje tím vlastně soběstačnost klientů, což může postupně vést k imobilizaci a zhoršení celkového fyzického i psychického stavu klientů.

Výzkum odhalil fakt, že klientům hospicové péče nejvíce pomáhá k tišení bolesti farmakologická terapie, a to v různých formách podání. Konkrétně v mobilním hospici 76,67 % a v lůžkovém hospici 80 % respondentů uvedlo, že největší úlevu od bolesti jim přináší farmakologická léčba. Stále ale stojí za zmínku upozornit na přítomnost rodiny a blízkých, která je mnohdy stejně účinná jako analgetika. Konkrétně v mobilním hospici 26,67 % a v lůžkovém hospici 66,67 % respondentů uvedlo jako jiné možnosti snížení bolesti přítomnost rodiny a blízkých. Bolest totiž často nutí nemocného stále na ní myslet, a tak kontakt s blízkými osobami je úleva.

Výzkum nám odhalil pozitivní výsledek, který se týkal sledování bolesti u hospicových klientů, kde všichni z oslovených krom jednoho uváděli, že jejich bolest je dostatečně sledována. To znamená 96,67 % respondentů v mobilním hospici a 100 % respondentů v lůžkovém hospici. Tento fakt je velmi potěšující, vzhledem k nízkému stavu ošetřujícího personálu v hospicích jak mobilním, tak lůžkovém. Poukazuje to také na zájem o klienta a na individuální přístup ze stran personálu.

Bolest v hospicové péči je nejčastější symptom a je mu věnována stále větší pozornost. Bolest je však subjektivní a proto by se neměla hodnotit globálně. Přesto v našem výzkumu většina respondentů udává bolest mírnou. To znamená 43,33 % respondentů v mobilním hospici a 30 % respondentů v lůžkovém hospici. Můžeme tedy říci, že bolest se u hospicových klientů, alespoň ve větší polovině daří tlumit.

Kdybychom celkově hodnotili výsledky výzkumu, museli bychom přiznat, že klienti v mobilním hospici mají menší bolesti a jejich léčba je dostačující. Konkrétně v mobilním hospici 26,67 % a v lůžkovém hospici 20 % respondentů uvedlo, že nepociťují žádnou

bolest. Je to překvapivé vzhledem k tomu, že mobilní hospic u nás není zdaleka tak rozšířen jako v jiných zemích a odborná péče není celodenní, jako v lůžkovém hospici.

Mé doporučení pro praxi by na základě tohoto výzkumu určitě směřovalo k pozitivnímu rozvoji paliativní a hospicové péče, zejména pak mobilní paliativní péči. Zajistit v těchto zařízeních kvalifikovaný multidisciplinární tým, který by pečoval o hospicové klienty na vysoké úrovni.

SOUHRN

Základ bakalářské práce tvoří téma bolest v hospicové paliativní péči. Jedná se stále o aktuální téma z důvodu stále se rozvíjející paliativní a hospicové péče v České republice, která není na dostatečné úrovni ve srovnání s jinými zeměmi. První část práce definuje cíle bakalářské práce.

Druhá, teoretická část bakalářské práce se zabývá základními pojmy týkající se bolesti, hospicové péče a paliativní péče.

Třetí, praktická část prezentuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo realizováno v mobilním hospici Ondrášek a mobilním hospici u sv. Kryštofa a lůžkovém hospici ve Frýdku-Místku. Soubor byl tvořen počtem 30 respondentů v mobilním hospici a 30 respondentů v lůžkovém hospici.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 46,67 % respondentům z mobilního hospice a 43,33 % respondentům v lůžkovém hospici brání bolest v běžných denních aktivitách. Dále bylo zjištěno, že různé druhy léků od bolesti přináší úlevu 76,67 % respondentům z mobilního hospice a 73,33 % respondentům z lůžkového hospice. Sledování bolesti z pohledu klientů je dostačující pro 96,67 % respondentů z mobilního hospice a 100 % respondentů z lůžkového hospice. Dále nejvíce respondentů v mobilním hospici označilo intenzitu bolesti jako mírnou (43,33 % respondentů) a oproti tomu v lůžkovém hospici označilo nejvíce respondentů intenzitu bolesti jako střední (36,67 % respondentů).

Klíčová slova

Bolest; hospicová péče; paliativní péče.

SUMMARY

The foundation of this bachelor thesis comprises of pain in hospice palliative care. It is still a current topic because of the constantly developing palliative and hospice care in the Czech Republic, which is not at a sufficient level compared with other countries. The first part defines the objectives of the thesis.

The second theoretical part of the thesis deals with basic concepts related to pain, hospice care and palliative care.

Third, the practical part presents the results of the questionnaire survey, which was implemented in a mobile hospice Ondrášek and mobile hospice sv. Krystof and inpatient hospice in Frydek-Mistek. The group consisted of 30 respondents in mobile hospice and 30 respondents in inpatient hospice.

In our research it was found that 46.67% of respondents from mobile hospice and 43.33% respondents inpatient hospice prevents pain in normal daily activities. It was also found that different types of pain medication bring relief 76.67% respondents from the mobile hospice and 73.33% of respondents inpatient hospice. Tracking the pain from the perspective of clients is sufficient for 96.67% of respondents from the mobile hospice and 100% of respondents from inpatient hospice. Furthermore, most respondents marked in a mobile hospice intensity of pain as mild (43.33% of respondents) compared to the inpatient hospice respondents said they most pain intensity as moderate (36.67% of respondents).

Key words

Pain; hospice care; palliative care.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Hospicové občanské sdružení Cesta domů*, www.cestadomu.cz. [online] VIZUS, 2015 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/adresar.html>.
2. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. 1. vydání. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
4. HAVLÍČKOVÁ, Jana. *Hospic a paliativní péče v životě nevyléčitelně nemocných*. Brno, 2008. 61 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Filozofická fakulta. Ústav pedagogických věd. Pedagogika. Vedoucí bakalářské práce Dana Knotová.
5. KALVACH, Zdeněk, a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha : Grada, 2011. 400 s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
6. KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vydání. Praha : Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
7. KALVACH, Zdeněk a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky): projekt Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha*. Praha : Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha : Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
9. KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 134 s. ISBN 978-80-244-2931-1.
10. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
11. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie, Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vydání. Praha : Grada, 2012. 224 s. ISBN: 978-80-247-3918-2.
12. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
13. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

14. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETTON. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vydání. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
15. RADBRUCH, Lukas a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha : Cesta domů, 2010. 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
16. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha : Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
17. SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha : ČSL JEP, 2005. 10 s. ISBN: 80-86998-03-7.
18. SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. 18 s. ISBN 978-80-869-9851-0.
- SLÁMA, Ondřej. *Mírnění bolesti u umírajících nemocných*. Solen. 2007, 61 s. ISSN 1212-7973.
19. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vydání. Praha : Cesta domů, 2004. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
20. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha : Galén, 2011. 362 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
21. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vydání. Jinočany : H & H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
22. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., doplněné vydání. V Kostelním Vydří : APHPP, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
23. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2014. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
24. VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vydání. Praha : Grada, 2010. 368 s. ISBN: 978-80-247-3169-8.
25. VONDRÁČKOVÁ, Dana. *Průlomová bolest – klinický obraz a léčení*. Solen. 2010, 53 s. ISSN 1335-9592.
26. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
27. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

SEZNAM ZKRATEK

IASP	(International Association for the Study of Pain) Asociace pro studium bolesti
WHO	(World health organisation) Světová zdravotnická organizace
BPI	(Brief Pain Inventory) Dotazník bolesti
mg	miligram
USA	Spojené státy americké
ČR	Česká republika
VAS	visuální analogová škála
St.	(Saint) svatý
sv.	svatý
s.	strana
tbl.	tableta
tzv.	takzvaně
tj.	to je
popř.	popřípadě
např.	například
a kol.	a kolektiv

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Dělení bolestí podle vztahu k nádorovému onemocnění	- 9 -
Tabulka 2. Dělení bolestí podle převažujícího patofyziologického mechanismu	- 10 -
Tabulka 3. Intenzita bolesti nemocných v mobilním hospici	- 26 -
Tabulka 4. Intenzita bolesti nemocných v lůžkovém hospici	- 26 -
Tabulka 5. Intenzita bolesti v posledním týdnu dle visuální analogové škály (VAS) u nemocných v mobilním hospici	- 27 -
Tabulka 6. Intenzita bolesti v posledním týdnu dle visuální analogové škály (VAS) u nemocných v lůžkovém hospici	- 28 -
Tabulka 7. Charakteristika bolesti nemocných v mobilním hospici	- 29 -
Tabulka 8. Charakteristika bolesti nemocných v lůžkovém hospici	- 30 -
Tabulka 9. Bolest v průběhu dne v mobilním hospici	- 30 -
Tabulka 10. Bolest v průběhu dne v lůžkovém hospici	- 31 -
Tabulka 11. Nejčastější doba bolesti v mobilním hospici	- 31 -
Tabulka 12. Nejčastější doba bolesti v lůžkovém hospici	- 32 -
Tabulka 13. Ovlivňování bolesti v mobilním hospici	- 33 -
Tabulka 14. Ovlivňování bolesti v lůžkovém hospici	- 34 -
Tabulka 15. Pocity nemocných při bolesti v mobilním hospici	- 35 -
Tabulka 16. Pocity nemocných při bolesti v lůžkovém hospici	- 36 -
Tabulka 17. Bolest a její bránění v běžných denních aktivitách nemocným v mobilním hospici	- 36 -
Tabulka 18. Bolest a její bránění v běžných denních aktivitách nemocným v lůžkovém hospici	- 37 -
Tabulka 19. Buzení bolestí a bránění ve spánku nemocných v mobilním hospici	- 37 -
Tabulka 20. Buzení bolestí a bránění ve spánku nemocných v lůžkovém hospici	- 37 -
Tabulka 21. Úleva od bolesti nemocným v mobilním hospici	- 38 -
Tabulka 22. Úleva od bolesti nemocným v lůžkovém hospici	- 39 -
Tabulka 23. Jiné možnosti snížení bolesti, kromě léků u nemocných v mobilním hospici	- 40 -
Tabulka 24. Jiné možnosti snížení bolesti, kromě léků u nemocných v lůžkovém hospici	- 41 -

Tabulka 25. Druh léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče u nemocných v mobilním hospici	- 42 -
Tabulka 26. Druh léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče u nemocných v lůžkovém hospici	- 42 -
Tabulka 27. Dostatečnost léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče v mobilním hospici	- 43 -
Tabulka 28. Dostatečnost léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče v lůžkovém hospici	- 43 -
Tabulka 29. Hodnocení bolesti, kterou aktuálně pociťují nemocní v mobilním hospici	- 44 -
Tabulka 30. Hodnocení bolesti, kterou aktuálně pociťují nemocní v lůžkovém hospici	- 44 -
Tabulka 31. Dostatečnost sledování bolesti nemocných v mobilním hospici	- 44 -
Tabulka 32. Dostatečnost sledování bolesti nemocných v lůžkovém hospici	- 45 -

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Seznam hospiců

PŘÍLOHA

Příloha 1. Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Magda Pinková a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, obor sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání. Předložený dotazník je anonymní a bude sloužit k mé bakalářské práci na téma Bolest v paliativní hospicové péči. Tento dotazník také poslouží k prohloubení mých znalostí, a pro zlepšení práce hospicové zdravotní sestry. Získaná data nebudou zneužita. Tento dotazník bude vyplňovat zdravotní sestra, která zaznačí Vaši odpověď do dotazníku. U některých otázek máte možnost více odpovědí. Děkuji za spolupráci.

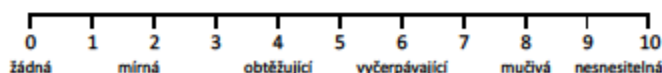
Dotazník:

1. Zkuste slovy popsat průměrnou intenzitu vaší bolesti v posledním měsíci:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ žádná | ☐ mírná | ☐ střední | ☐ silná |
| ☐ velmi silná | ☐ krutá až nesnesitelná | | |

2. Uveďte průměrnou intenzitu bolesti od 0 do 10, kterou pociťujete poslední týden:

(0 = žádná bolest; 10 = maximální bolest jakou si lze představit)



3. Jak by jste charakterizovali Vaši bolest slovy: (možno více odpovědí)

- | | | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ ostrá | ☐ tupá | ☐ píchavá | ☐ bodavá | ☐ vystřelující |
| ☐ pálivá | ☐ křečovitá | ☐ trhavá | ☐ tlaková | ☐ protivná |
| ☐ řezavá | ☐ svíravá | ☐ hlodavá | ☐ hrozná | ☐ mučivá |
| ☐ pulzující | ☐ jiná (dopíšte): _____ | | | |

4. Jaká je Vaše bolest v průběhu dne:

- | |
|--|
| ☐ stále stejná |
| ☐ pravidelně se opakující |
| ☐ nepravidelně se opakující |
| ☐ nemám nyní bolesti |

5. Bolest, kterou pociťujete se nejčastěji objevuje:

- ☐ ráno ☐ přes den ☐ večer ☐ v noci
☐ v klidu ☐ po námaze ☐ podle počasí
☐ nedokážu posoudit
☐ jinak (dopíšte): _____

6. Co ovlivňuje Vaši bolest? (popište)

A. zhoršuje:

B. ulevuje:

7. Když máte bolesti, pociťujete: (můžete označit více odpovědí)

- ☐ únavu ☐ úzkost ☐ strach ☐ osamělost
☐ beznaděj ☐ hněv ☐ depresi ☐ bezmocnost
☐ smutek ☐ sebeobviňování ☐ obviňování jiných
☐ zlost na sebe ☐ zlost na ostatní
☐ jiné (dopíšte): _____

8. Brání Vám bolest v běžných denních aktivitách?

- ☐ ano ☐ ne ☐ občas

9. Budíte se bolestí a nemůžete spát?

- ☐ ano ☐ ne ☐ občas

10. Co Vám přináší největší úlevu od bolesti? (napište)

11. Jaké jiné možnosti snížení bolesti jsou pro Vás účinné, kromě léků od bolesti? (napište)

12. Uveďte jaký byl druh Vaší léčby bolesti před nástupem do hospice/ do domácí péče.

13. Byla tato léčba dostatečná?

☐ ano ☐ ne

14. Jak hodnotíte bolest, kterou nyní pocítujete?

☐ žádná ☐ mírná ☐ střední ☐ silná

☐ velmi silná ☐ krutá až nesnesitelná

☐ jiná (dopíšte): _____

15. Myslíte si, že je Vaše bolest dostatečně sledována?

☐ ano ☐ ne

Údaje o dotazovaném:

Základní diagnóza:

Pohlaví:

☐ muž ☐ žena

Věk:

Příloha 2. Seznam hospiců

Domácí hospicová péče:

Benešov, RUAH o.p.s.
Blatná (U Strakonice), Hospic U dobrého srdce
Brno, Domácí hospic TABITA
Čerčany, Mobilní hospic Dobrého pastýře
Červený Kostelec, Mobilní hospic Anežky České
Česká Třebová, detašované pracoviště Domácí hospicové péče Charity Ústí n. Orlicí
Cheb, Hospic sv. Jiří, o.p.s.
Choceň, detašované pracoviště Domácí hospicové péče Charity Ústí n. Orlicí
Hořice, Domácí hospic Duha, o.p.s.
Hradec Králové, Domácí hospicová péče, Oblastní charita
Jablonec nad Nisou, Smržo-medic, s.r.o.
Jihlava, Bárka - charitní domácí hospicová péče
Jihlava, Domácí hospic Vysočina, o.p.s.
Karlovy Vary, Ladara, o.p.s.
Kladno, Hospic knížete Václava, o.p.s.
Kladno, Hospic svaté Hedviky, o.p.s.
Kutná Hora, SC domácí péče, o.p.s.
Kyjov, Domácí hospic David, Charita
Lanškroun, Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí
Letohrad, Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí
Liberec, Hospicová péče svaté Zdislavy
Litoměřice, Hospic sv. Štěpána, domácí hospicová péče
Nové Město na Moravě, Domácí hospic Vysočina, o.p.s.
Opava, Charitní hospicová péče Pokojný přístav
Ostrava, Charitní středisko sv. Kryštofa
Ostrava, Mobilní hospic Ondrášek
Pelhřimov, Domácí hospicová péče, Oblastní charita
Prachatice, Hospic sv. Jana N. Neumanna
Praha, Domácí hospic Cesta domů
Praha, Mobilní hospic Most k domovu
Rajhrad, Mobilní hospic sv. Jana
Rychnov nad Kněžnou, Domácí hospic Setkání, o.p.s.

Tábor, Domácí hospic Jordán

Telč, Sdílení o.p.s.

Třebíč, Domácí hospicová péče Oblastní charity

Třeboň, Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.

Třinec, Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče

Ústí nad Labem, Mobilní hospic Masarykovy nemocnice

Ústí nad Orlicí, Domácí hospicová péče oblastní Charity

Zábřeh, Domácí hospicová péče Charity Zábřeh

Žďár nad Sázavou, Domácí hospicová péče oblastní Charity

Zlín, Domácí hospic Most k domovu

Lůžkové hospice v ČR:

Brno, Hospic sv. Alžběty

Čerčany, Hospic Dobrého Pastýře

Červený Kostelec, Hospic Anežky České

Chrudim, Hospic

Frydek – Místek, Hospic a centrum zdravotních a sociálních služeb

Litoměřice, Hospic sv. Štěpána

Malejovice, Dětský hospic

Mladá Boleslav, Dům péče ČČK

Most, Hospic v Mostě

Olomouc, Hospic na Svatém kopečku

Ostrava, Hospic sv. Lukáše

Plzeň, Hospic sv. Lazara

Prachatice, Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna

Praha, Hospic Malovická (Soft Palm, o.s.)

Praha, Hospic Štrasburk

Rajhrad, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Valašské Meziříčí, Citadela

Zlín, Hospic Hvězda

ANOTACE PRÁCE

Jméno a příjmení:	Magda Pinková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Bolest v hospicové paliativní péči
Název v angličtině:	Pain in hospice palliative care
Anotace práce:	Bakalářské práce se zabývá základními pojmy týkající se bolesti, hospicové péče a paliativní péče. V rámci bakalářské práce byl proveden dotazníkový výzkum. Výzkumu se účastnilo 60 respondentů.
Klíčová slova:	bolest; hospicová péče; paliativní péče
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis is devoted basic concepts related to pain, hospice care and palliative care. As part the bachelor thesis was a questionnaire survey. The study involved 60 respondents.
Klíčová slova v angličtině:	pain; hospice care; palliative care
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník Příloha 2. Seznam hospiců
Rozsah práce:	57 stran
Jazyk práce:	čeština