

Hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči

Michaela Motyčková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Motyčková**
Osobní číslo: **H22135**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek, popis současného stavu řešené problematiky.
Stanovení cílů a příprava metodiky přehledové studie.
Formulace kritérií pro výběr hodnotících nástrojů a zdrojů.
Příprava a realizace průzkumu dle stanovené metodiky.
Analýza a interpretace získaných informací.
Zhodnocení a prezentace výsledků práce, návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BENZON, Honorio; RATHMELL, James P.; WU, Christopher L.; TURK, Dennis; ARGOFF, Charles E. a HURLEY, Robert W. *Practical Management of Pain*. E-Book. Nizozemí: Elsevier, 2022. ISBN 9780323711029.

BROOK, Judy; MCGRAW, Caroline a THURTL, Val. *Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2021. ISBN 9780198831822.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-727-3.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktual. a přeprac. vyd. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-90-4.

ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči se zaměřením na výběr vhodných nástrojů pro praxi. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních tematických oblastí. První kapitola se věnuje bolesti z hlediska její definice, patofyziologie, typologie a možností hodnocení. Druhá kapitola se zaměřuje na domácí péči, její vývoj, financování, formy a cíle v rámci českého zdravotnického systému. Třetí kapitola se zaměřuje na úlohu všeobecné sestry v domácí péči, její kompetence včetně oblasti hodnocení bolesti, specializační vzdělání a specifické činnosti, včetně vedení zdravotnické dokumentace. Praktická část obsahuje řešerši odborné literatury a nástrojů pro hodnocení bolesti. Vybrané nástroje jsou porovnávány z hlediska použitelnosti v domácí péči, přičemž jsou posuzovány faktory jako časová náročnost, srozumitelnost pro pacienty, potřeba komunikace nebo odborné posouzení a přínos při rozhodování o léčbě. Výsledkem je přehled a doporučení vhodných nástrojů pro hodnocení bolesti v domácím prostředí.

Klíčová slova: bolest, hodnocení bolesti, domácí péče

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the issue of pain assessment in home care patients, focusing on the selection of appropriate tools for clinical practice. The theoretical part is divided into three main thematic areas. The first chapter focuses on pain in terms of its definition, pathophysiology, types, and assessment methods. The second chapter focuses on home care, its development, financing, forms and goals within the Czech healthcare system. The third chapter focuses on the role of the general nurse in home care, including her competences in pain assessment, specialized education, and specific activities such as maintaining medical documentation. The practical part contains a literature review of scientific literature and pain assessment tools. Selected tools are compared in terms of their applicability in home care, considering factors such as time requirements, comprehensibility for patients, the need for communication or professional evaluation, and their contribution to treatment decisions. The outcome is an overview and recommendations for suitable tools for pain assessment in the home care setting.

Keywords: pain, pain assessment, home care

Ráda bych vyjádřila své srdečné poděkování vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za odborné vedení, čas, cenné rady, podporu a vstřícnost, které mi poskytovala po celou dobu zpracování této práce.

Velké poděkování patří také mé rodině za jejich trpělivost, podporu a povzbuzení během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 BOLEST	15
1.1 PATOFYZIOLOGIE BOLESTI.....	15
1.1.1 Vedení bolesti.....	15
1.2 TYPY BOLESTI	16
1.2.1 Dle délky trvání.....	16
1.2.2 Dle patofyziologie	17
1.3 HODNOCENÍ BOLESTI.....	17
1.3.1 Nástroje pro hodnocení bolesti.....	18
1.4 LÉČBA BOLESTI	19
1.4.1 Farmakoterapie.....	19
1.4.2 Nefarmakologická léčba.....	20
2 DOMÁCÍ PÉČE	21
2.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE.....	21
2.2 HISTORIE A VÝVOJ DOMÁCÍ PÉČE	21
2.2.1 Vývoj domácí péče ve světě.....	21
2.2.2 Vývoj domácí péče v České republice	22
2.3 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	22
2.3.1 Financování domácí péče	23
2.4 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	23
2.5 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE	24
2.6 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	25
3 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI	26
3.1 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	26
3.2 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY	26
3.3 SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁNÍ	27
3.3.1 Cíle	27
3.4 KOMPETENCE SESTRY PRO DOMÁCÍ A HOSPICOVOU PÉČI.....	28
3.5 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI.....	28
3.5.1 Zdravotní dokumentace v domácí péči	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 METODIKA	32
4.1 VÝZKUMNÁ METODA	32

4.2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
4.3	KRITÉRIA PRO VÝBĚR NÁSTROJŮ	32
4.4	ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	33
4.5	VÝBĚR A ANALÝZA STUDIÍ	34
4.5.1	Databáze Scopus.....	34
4.5.2	Databáze Web of Science.....	35
4.5.3	Databáze EBSCO	35
4.5.4	Databáze PubMed.....	37
4.5.5	Databáze MEDLINE	37
5	VÝSLEDKY	39
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	40
6	DISKUZE	45
	ZÁVĚR.....	47
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
	SEZNAM TABULEK.....	54
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Bolest patří mezi nejčastější obtíže, se kterými se pacienti potýkají, zároveň je i jednou z nejsložitěji hodnotitelných zdravotních problémů. Vzhledem k tomu, že bolest je silně subjektivní a její projevy se mohou lišit, nejedná se o jednoduchý úkol. Pro správné nastavení léčby je klíčové porozumět intenzitě, typu a vlivu bolesti na každodenní život pacienta. Hodnocení bolesti vyžaduje v praxi vysoce profesionální a specifický přístup ze strany všech, kdo se podílejí na zdravotní péči, především sestry. Při plánování a poskytování ošetrovatelské péče je hodnocení bolesti jednou z nejdůležitějších činností sestry, a to především v domácí péči, kdy pacient není pod stálým dohledem zdravotníků. Včasné a přesné hodnocení bolesti je zásadní pro volbu vhodných léčebných opatření, zajištění účinné úlevy od bolesti a celkové zlepšení kvality života pacienta.

Domácí péče, jakožto specifická forma zdravotní péče poskytovaná v přirozeném prostředí pacienta, klade důraz na individualizovaný přístup, podporu jeho soběstačnosti a spolupráci mezi různými členy zdravotnického týmu a rodinnými pečujícími. V tomto prostředí má sestra nezastupitelnou roli, nejen při hodnocení bolesti, ale i při edukaci pacienta a rodinných pečujících, při plánování ošetrovatelské péče a při realizaci vhodných intervencí.

Tato práce se věnuje problematice bolesti, zejména z pohledu jejího hodnocení u pacientů v domácí péči. Cílem práce je vyhledat a analyzovat dostupné měřicí techniky vhodné pro hodnocení bolesti pacientů v domácí péči.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je intenzivní prožitek, který má zásadní vliv na život pacienta. Dle Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) „Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní“ (Rokyta et al., 2012 s. 17).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je bolest nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně organismu.

Zásadním rysem bolesti je její subjektivita. Právě subjektivní charakter bolesti komplikuje její přesnou definici. Zatímco z hlediska anatomických a fyziologických mechanismů lze bolest popsat poměrně přesně, její vnímání a intenzita se liší mezi jednotlivci. Bolest má také rozporuplný charakter. Na jedné straně bolest plní klíčovou signální funkci, kdy upozorňuje organismus na případné nebezpečí nebo poškození. Na druhé straně však přechod bolesti do chronické fáze vede k výraznému zhoršení kvality života a ztrátě její původní varovné funkce (Rokyta, 2015, s. 564).

1.1 Patofyziologie bolesti

Bolest vzniká stimulací nociceptorů, což jsou receptory citlivé na škodlivé mechanické, tepelné nebo chemické podněty. Nociceptory se nacházejí především v kůži, svazech, kloubech a viscerálních orgánech. Po aktivaci nociceptorů jsou impulzy vedeny periferními nervovými vlákny do míchy a následně do centrálního nervového systému, kde dochází k vnímání bolesti (Rokyta, 2015, s. 569-570).

1.1.1 Vedení bolesti

Bolestivý podnět je zachycen nociceptory, což jsou nervová zakončení. Tato zakončení jsou spojena s aferentními nervovými vlákny, která vedou bolest do míchy. Existují dva typy aferentních vláken A δ vlákna a C vlákna. A δ vlákna myelinizovaná, vedou rychlou, ostrou a dobře lokalizovatelnou bolest. C vlákna nemyelinizovaná, vedou pomalou, tupou a špatně lokalizovatelnou bolest. Aferentní vlákna vstupují do zadních míšních rohů, kde končí v Rexedových vrstvách I, II, III, V, VIII a X. Klíčovou roli hraje Rexedova vrstva II, kde dochází k první modulaci bolesti. Odtud jsou signály vedeny do vyšších center přes spinotalamický trakt (Rokyta, 2015, s. 569-570).

Bolestivé signály jsou přenášeny do mozku prostřednictvím čtyř hlavních drah.

1. Tractus spinothalamicus vetrolateralis – zajišťuje vedení bolesti z míchy do ventrobasálního komplexu thalamu, tato dráha přenáší zejména povrchovou a kožní bolest,

2. tractus spinoreticulothalamicus – zajišťuje vedení bolesti z míchy do mediální části thalamu, tato dráha hraje klíčovou roli při vedení viscerální a chronické bolesti,

3. tractus spinoparabrachialis amyglaris a hypothalamicus – je spojen s afektivně-emocionálním vnímáním bolesti,

4. dráhy zadních provazců – podílejí se na přenosu viscerální bolesti (Hakl, 2022, s. 19-20).

1.2 Typy bolesti

Bolest lze klasifikovat podle různých kritérií. Z hlediska délky trvání rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Podle původu se bolest dělí na bolest onkologickou a neonkologickou. Z pohledu patofyziologie se rozlišují typy bolesti nociceptivní, psychogenní, neuropatická a bolest smíšená (Hakl, 2022, s. 27).

1.2.1 Dle délky trvání

Akutní bolest

Akutní bolest je krátkodobá, náhle vzniklá a její trvání nepřesahuje tři měsíce. Vzniká jako přímá reakce na vyvolávající příčinu jako je například chirurgický zákrok nebo akutní onemocnění. Má ochranný charakter, protože chrání organismus před dalším poškozením. Je lokalizována a její intenzita může ovlivňovat psychiku, například vyvolá strach a obavy. Mezi rizika akutní bolesti patří její přechod v bolest chronickou, což lze předcházet včasnou a účinnou léčbou. K akutní bolesti patří bolest pooperační, traumatická, porodní a bolest spojená s vnitřním onemocněním (Hakl, 2022, s. 27; Benzon et al., 2022, s. 12-14).

Chronická bolest

Chronická bolest je dlouhodobá a přetrvává nebo se opakuje po dobu delší než tři měsíce. Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí svůj ochranný význam a neplní obrannou funkci. Bolest je často vyčerpávající svou neustálou přítomností, omezuje v běžných aktivitách, narušuje spánek, a snižuje kvalitu života. Hlavním cílem léčby chronické bolesti je zlepšení

kvality spánku a celkovému životnímu komfortu (Hakl, 2022, s. 27; Benzon et al., 2022, s. 13-14).

1.2.2 Dle patofyziologie

Neuropatická bolest

Neuropatická bolest vzniká v důsledku poškození nebo onemocnění somatosenzorického systému. Toto poškození vede k nadměrné stimulaci bolestivých drah nebo k poruše nociceptivních senzitivních drah, což narušuje rovnováhu mezi bolestivými a nebolestivými vjemy. Podle lokalizace poškození se neuropatická bolest dělí na centrální a periferní (Slezáková 2014, s. 165).

Nociceptivní bolest

Nociceptivní bolest vzniká podrážděním nociceptorů, což jsou volná nervová zakončení aktivujících se při bolestivých podnětech. Patří sem nociceptory, mechanosenzory a polymodální receptory reagující na teplo a chlad. Podle lokalizace receptorů se dělí na bolest somatickou a viscerální. Tento typ bolesti zahrnuje bolesti pohybového aparátu, vnitřních orgánů a většinu akutních stavů (Landa et al., 2020, s. 83).

Psychogenní bolest

Psychogenní bolest je charakterizována převahou psychické složky. Nad složkami somatickými. Vyskytují se především u pacientů trpícími neurózami nebo depresivními poruchami, kde bolest představuje tělesný projev primárních psychických potíží. Nejčastěji bývá lokalizována do oblasti břicha a zad (Landa et al., 2020, s. 83).

Bolest smíšená

Bolest smíšená vzniká při kombinaci více typů bolesti. Nejčastěji především bolest nociceptivní a neuropatická. Nejlepším příkladem této bolesti je syndrom bolesti po neúspěšné operaci bederní páteře – failed back surgery syndrome (Doležal et al., 2008, s. 6).

1.3 Hodnocení bolesti

Bolest, jakožto subjektivní prožitek nelze objektivně změřit. Každé měření bolesti je tedy závislé na vnímání bolesti pacientem. Hodnocení bolesti je individuální pro každého pacienta. Bolest je definována jako nepříjemný vjem, a proto je při jejím hodnocení zásadní pacientův popis intenzity bolesti. K těmto údajům je také vhodné doplnit pozorování projevů

bolesti. Pro účinnou léčbu bolesti je nezbytné získat dostatečné informace a správně posoudit stav pacienta. Je důležité zjistit příčinu bolesti, typ bolesti, časový průběh bolesti a intenzitu bolesti (Vokurka et al., 2022).

1.3.1 Nástroje pro hodnocení bolesti

Je mnoho způsobů, jak hodnotit bolest. Pro všechny pacienty není vhodné používat jednotný hodnotící nástroj. Je nutné zohlednit jejich schopnost porozumět textu. Například pro hodnocení u bolesti dětí a dospělých volíme různé nástroje. Při hodnocení bolesti je potřebné hodnotit kvalitu, intenzitu a význam bolesti (Řasová, 2024, s. 142).

V současné době se nejvíce využívají tyto hodnotící nástroje:

Vizuální analogová škála (VAS)

Vizuální analogová škála je 10 cm dlouhá horizontální úsečka označena čísly 0 a 10. Na jejímž jednom konci je číslo 0, které znázorňuje žádnou bolest a na druhém konci úsečky je číslo 10, které značí nejintenzivnější bolest. Na tuto úsečku pacient značí aktuální bolest (Pokorná et al. 2013).

Numerická škála bolesti (NRS)

Jedna z nejvyužívanějších hodnotících škál. Obdobná jako vizuální analogová škála. Pacient na této škále hodnotí intenzitu bolesti na 10 cm stupnici, která je označena čísly od 0 do 10, kde 0 značí žádnou bolest a 10 značí nejintenzivnější bolest (Řasová, 2024, s. 142-143).

Mapa bolesti

Na této škále pacient označuje bolest na připraveném nákresu postavy a rozlišuje intenzitu bolesti na škále od 0 do 5. dále také využívá barevné označení pro pocity spojené s bolestí. Například modrá symbolizuje obecnou bolest, červená symbolizuje bolest pálivou, žlutá symbolizuje bolest tupou a zelená symbolizuje bolest svíravou (Pokorná et al., 2013).

Obličejová škála bolesti

Obličejová škála bolesti někde také Wongova-Bakerova škála. Tato škála je nejvíce využívána u pacientů s omezenou schopností komunikace a u dětí. Jde o škálu 6 až 10 obličejů. Výrazy obličejů na obrázcích se postupně mění od širokého úsměvu přes neutrální vzhled až po smutný pláč. Pacient označí obrázek, který nejlépe odpovídá tomu, jak subjektivně vnímá bolest (Pokorná et al., 2013)

Melzackova škála bolesti

Tato škála patří mezi verbální metody hodnocení bolesti. Jejím cílem je pomocí předem stanovených slovních a číselných údajů kvalifikovat bolest do pěti stupňů. 0 znamená žádnou bolest, 2 = nepříjemná bolest, 3 = intenzivní bolest, 4 = krutá bolest, 5 = nesnesitelná bolest (Pokorná et al., 2013).

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Škála PAINAD je určena pro pacienty s pokročilou demencí, u nichž je verbální komunikace značně omezená nebo zcela nemožná. Hodnocení pomocí této škály je možné provést již po krátkém pozorování pacienta, což umožňuje její snadné využití v běžné klinické praxi. PAINAD zahrnuje hodnocení pěti klíčových oblastí – dýchání, bolestivá vokalizace, řeč těla, utěšování. Posuzují se například pohyby obličejových svalů, hlasové projevy nebo změny v tělesném držení. Každá položka je hodnocena na škále od 0 do 2. Celkový součet se pohybuje v rozmezí od 0 – žádná bolest, až po 10, označující silnou bolest (Pokorná et al., 2013, s. 119).

1.4 Léčba bolesti

Léčba bolesti je multidisciplinární proces, který zahrnuje farmakologické i nefarmakologické přístupy. Při léčbě bolesti je nutný individuální a komplexní přístup ke každému pacientovi. Cílem léčby bolesti je nejen redukce bolesti, ale také zlepšení funkčních schopností pacienta (Hakl, 2022).

1.4.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie představuje základní terapii akutní a chronické bolesti. Pro správnou volbu analgetik je běžně využíván třístupňový analgetický žebříček definovaný Světovou zdravotnickou organizací, který poskytuje jednoduchý návod k léčbě bolesti. První stupeň analgetického žebříčku je určen k léčbě mírné bolesti, která je na numerické stupnici hodnocena mezi 1 a 3. Do druhého stupně spadá středně silná bolest, odpovídající hodnotám 4 až 6. Třetí stupeň je určen pro bolest s nejvyšší intenzitou, která se pohybuje mezi 7 až 10. Při léčbě akutní a chronické bolesti se uplatňují dva hlavní přístupy step down a step up. Step down se využívá především u akutní bolesti, kdy je zahájena léčba vyššími dávkami analgetik, které jsou následně postupně snižovány. Naopak přístup step up je typický pro léčbu chronické bolesti a spočívá v postupném navyšování dávek analgetik dle potřeby pacienta (Rokyta 2018, s. 60).

1.4.2 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba bolesti zahrnuje škálu terapeutických přístupů, které se zaměřují na ovlivnění bolesti prostřednictvím rehabilitačních a psychologických metod (Rokyta 2018, s. 99-127).

Rehabilitační léčba

Rehabilitační medicína nabízí širokou škálu nefarmakologických terapeutických metod, které tvoří nezbytnou součást léčebných programů, zejména u pacientů s bolestivými stavy různého původu. Tyto metody se osvědčují především při léčbě bolestivých poruch pohybového aparátu. Mezi nejvýznamnější metody současnosti patří především různé formy pohybové terapie, které jsou nejen základem léčby, ale hrají rovněž klíčovou roli v prevenci (Rokyta 2018, s. 99-127).

Psychoterapie

Psychoterapie představuje jednu ze základních medicínských metod a je klíčovou v psychologické podpoře pacientů při zvládání bolesti. Její význam spočívá v poskytování terapeutického vedení, které zlepšuje psychickou odolnost a přispívá k celkovému zlepšení kvality života (Rokyta 2018, s. 99-127).

2 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče se stala od roku 1990 nedílnou součástí zdravotnického systému v České republice. Jejím hlavním cílem je poskytovat zdravotní péči v prostředí, které je pacientovi blízké a minimalizovat potřebu hospitalizace pouze na nezbytně nutné případy. Tuto službu může využít každý občan České republiky bez ohledu na věk, pohlaví nebo diagnózu. Péče je poskytována v domácím prostředí na základě doporučení praktického lékaře případně po propuštění z nemocnice. Náklady na domácí péči jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění (Hamplová, 2019).

Domácí péče patří mezi nejrychleji rostoucí sektory zdravotnictví. Díky pokroku v medicíně a ošetrovatelství je možné poskytovat pacientům vysoce kvalitní péči v jejich domácím prostředí, což podporuje psychickou pohodu a významně přispívá k uzdravení (Jarošová, 2007, s. 60).

2.1 Definice domácí péče

Dle Světové zdravotnické organizace je domácí péče definována: „*Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech.*“ (Jarošová, 2007, s. 60).

Dle koncepce Ministerstva zdravotnictví České republiky je domácí péče definována: „*Domácí péče představuje nezastupitelnou formu zdravotní péče (ošetrovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči), která je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí, a spolu se sociální péčí, včetně péče laické, tvoří souhrnný základ péče o pacienta.*“ (MZČR, 2020, s. 10).

2.2 Historie a vývoj domácí péče

Domácí péče patří k nejstarším formám zdravotní péče a byla dlouhá staletí přirozeným způsobem, jak se lidé starali o své blízké. Kořeny domácí péče sahají hluboko do historie a její počátky lze najít již v období raného křesťanství (Krátká a Šilháková, 2008, s. 28).

2.2.1 Vývoj domácí péče ve světě

K významnému rozvoji domácí péče došlo v 19. století, zejména v Anglii, kde byla v roce 1859 Viliamem Rathbonem a Florence Nigtingalovou založena první škola pro zdravotní sestry, které měli poskytovat návštěvní služby chudým a sociálně znevýhodněným pacientům. V roce 1885 se objevují první zmínky o poskytování domácí péče v Americkém Buffalu, o dva roky později vzniká domácí péče v Bostonu. Ve Velké Británii byla v roce

1893 zřízena první organizovaná ošetrovatelská služba pod záštitou Ministerstva zdravotnictví, kterou vedly Lilian Waldová a Mary Neesterová. Tyto ženy se také zasloužily o založení školy, která byla zaměřena na poskytování ošetrovatelské péče v domácnostech. V Evropě zaznamenala domácí péče rozvoj na konci 19. století, přičemž se péče zaměřovala především na starší populaci. Výjimkou bylo Nizozemsko, kde byla domácí péče poskytována jako univerzální péče poskytována osobám všech věkových kategorií (Hanzlíková, 2007, s. 238-239).

2.2.2 Vývoj domácí péče v České republice

Rok 1989 představoval zásadní změnu v poskytování zdravotní péče v České republice (dále jen „ČR“). V tomto období docházelo k transformaci zdravotnictví, reformě jeho struktury a způsobu financování. Již v roce 1990 se začaly tvořit první agentury domácí péče, které byly na počátku převážně součástí katolických charitativních organizací (Hanzlíková, 2007, s. 239).

V lednu 1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky legalizovalo domácí péči jako zvláštní formu domácí péče. V říjnu roku 1991 byla při nemocnici v Pardubicích založena agentura domácí péče, která odpovídá současnému modelu domácí péče. Rozvoj domácí péče v ČR výrazně vzrostl po přijetí zákona č. 160/1992 Sb. v roce 1992. Do konce téhož roku bylo evidováno 68 agentur. V následujících letech vznikaly další agentury pod záštitou nemocnic, Červeného kříže, diakonie či městských úřadů. V roce 1994 byla založena Asociace domácí péče ČR, sdružující odborníky v oblasti domácí péče. Ve stejném roce bylo registrováno 353 agentur domácí péče. Postupně se rozšířila péče o pacienty v terminálním stádiu, přičemž do roku 2000 vzrostl počet agentur na 472 (Jarošová, 2007, s. 63).

2.3 Domácí péče v České republice

Domácí péče je v České republice poskytována jako odbornost 925 podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR (Jarošová, 2007, s. 64).

Domácí péče je indikována u pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou následnou nebo paliativní péči. S ohledem na jejich specifické potřeby je upřednostňováno nepřetržité poskytování domácí péče, tedy 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a po celý kalendářní rok. Maximální rozsah a frekvence návštěv domácí péče hrazené zdravotním pojištěním jsou 3 návštěvy denně. Službu nejčastěji indikuje praktický lékař, který ji může opakovaně

předepisovat na tak dlouhou dobu, jak je potřeba. V některých případech může domácí péči předepsat také ambulantní specialista, lékařská pohotovostní služba nebo lékař v nemocnici při propuštění pacienta. Je důležité, aby domácí péče navazovala na péči poskytovanou v nemocnici (MZČR, 2020, s. 12; Kolektiv autorů, 2021, s. 19).

Domácí péči může zajišťovat individuálně působící všeobecná sestra specializovaná na domácí péči, avšak častěji se jedná o multidisciplinární tým zdravotních pracovníků. Kvalifikace a kompetence zdravotnických pracovníků poskytující zdravotní péči jsou přesně definovány platnou legislativou, zejména zákony a vyhláškami upravující jednotlivá zdravotnická povolání. Důležitou roli při poskytování péče sehrává nejen samotný pacient, ale také rodina, která se může aktivně podílet na péči (Seifert et al., 2023, s. 20).

2.3.1 Financování domácí péče

Financování domácí péče je primárně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, a to na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem domácí péče a zdravotní pojišťovnou. Rozsah hrazené péče je stanoven podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, která obsahuje seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami. V případech, kdy pacient není pojištěn nebo požadované výkony nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, je možné financování prostřednictvím přímé úhrady pacientem. Další možnosti financování domácí péče zahrnují sponzorské dary, příspěvky z nadací nebo granty (Seifert et al., 2023, s. 20-21).

2.4 Formy domácí péče

Domácí péče tvoří důležitou součást zdravotní péče poskytované pacientům mimo zdravotnické zařízení, v jejich vlastní sociálním prostředí. Podle § 10 zákona č. 372/2011 Sb., zdravotních službách, se za zdravotní domácí péči poskytovanou v domácím prostředí považuje návštěvní služba, domácí péče ošetrovatelská, rehabilitační nebo paliativní péče a ošetrovatelská péče v zařízení sociálních služeb (Česko, 2011a).

Preventivní domácí péče

Preventivně zaměřená domácí péče se soustředí na průběžné sledování zdravotního i psychického stavu pacienta. Je určena především osobám s chronickými interními onemocněními, u kterých je potřeba pravidelně kontrolovat fyziologické funkce, provádět odběry biologického materiálu a sledovat psychosociální adaptaci zejména u pacientů s duševními poruchami (Seifert et al., 2023, s. 21).

Domácí hospitalizace

Domácí péče zahrnuje specializovanou zdravotní péči, která je poskytována klientům v období po operaci nebo po úrazu. Délka poskytování této formy péče se pohybuje v rozmezí několika hodin až dnů (Misconiová, 2008, s. 9-10).

Dlouhodobá domácí péče

Tento typ péče je určen pro chronicky nemocné pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou a dlouhodobou péči odborného personálu. Nejčastěji se jedná o klienty po mozkových příhodách, s neurologickým onemocněním, komplikovaným diabetem, chronickou bolestí. Dlouhodobá zdravotní péče zahrnuje jak zdravotní, tak i sociální aktivity. Tento typ péče se označuje jako komplexní domácí péče a je poskytována po dobu několika měsíců až let (Misconiová, 2008, s. 9-10).

Domácí paliativní péče

Domácí paliativní péče je poskytována pacientům v terminálním nebo preterminálním stádiu života. Cílem je zajistit pacientovi důstojné podmínky pro poslední fázi života, zmírnit bolest, poskytnout psychickou a emocionální podporu a snížit fyzické utrpení. Tato forma péče je indikována tehdy, pokud ošetřující lékař předpokládá úmrtí pacienta v horizontu šesti měsíců (Seifert et al., 2023, s. 22).

Domácí péče ad hoc

Domácí péče ad hoc nebo také jednorázovou domácí péči představuje specifickou formu domácí péče, která je využívána k provádění jednorázových výkonů bez zavedení domácí péče, nejčastěji z provozních důvodů lékaře. Nejčastěji se jedná o provedení odborných zdravotnických výkonů jako je například odběr biologického materiálu (Jarošová, 2007, s. 66-67).

2.5 Výhody domácí péče

Domácí péče plně respektuje integritu pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí a zohledňuje jeho individuální vnímání kvality života. Tento způsob poskytování zdravotní péče přináší řadu výhod nejen pacientovi jako příjemci ošetrovatelské péče, ale také zdravotnímu systému, který ji zajišťuje. Výhody domácí péče lze rozdělit do dvou hlavních kategorií – výhody pro pacienta a výhody pro zdravotnický systém (Kožuchová et al., 2014, s. 34-35).

Mezi hlavní výhody domácí péče lze zařadit:

- **Ekonomičnost** – domácí péče přispívá ke snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací, zkracováním pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení.
- **Víceoborovost** – na poskytování domácí péče se podílí multidisciplinární tým, což zajišťuje komplexní podporu pacienta.
- **Individualizovaná péče** – každý pacient má specifické potřeby, na které je domácí péče zaměřena, čímž se zvyšuje efektivita poskytované péče.
- **Komplexnost** – domácí péče zahrnuje nejen léčebné a ošetrovatelské úkony, ale také rehabilitaci a psychickou podporu pacienta.
- **Dlouhodobá péče** – služby jsou poskytovány podle potřeb pacienta, od několika dní až po několik let (Hanzlíková, 2007, s. 247).

2.6 Cíle domácí péče

Domácí péče se zaměřuje na poskytování zdravotní péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta, přičemž plně respektuje jeho integritu a individuální vnímání kvality života. Je nezbytné posuzovat potřeby pacienta v širším bio-psycho-sociálním kontextu, který je následně reflektován v přístupu k domácí péči (MZČR, 2020, s. 4).

Hlavním cílem domácí péče je zajistit maximální dostupnost, kvalitu a efektivitu poskytovaných zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Tento cíl je realizován prostřednictvím například:

- zajištění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta,
- podpora a udržování sociálního postavení pacienta s důrazem na individuální kvalitu života,
- vytvoření optimálního sociálního prostředí,
- minimalizace negativního dopadu onemocnění na duševní stav pacienta,
- podpora soběstačnosti pacienta,
- aktivní vyhledávání, monitorace a uspokojování potřeb pacienta,
- spolupráce s rodinou pacienta (MZČR, 2020, s. 14).

3 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI

3.1 Všeobecná sestra

Profese všeobecné sestry a poskytování zdravotní péče spadají mezi regulované činnosti, které podléhají legislativním předpisům. Tyto právní normy určují nejen rozsah činností, ale i podmínky, za nichž je možné tyto služby poskytovat (Vévoda a kol., 2013, s. 104).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „MZČR“) definuje povolání všeobecné sestry v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotních povolání. *„Všeobecná sestra je zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči jednotlivcům, rodinám a komunitám v různých prostředích. Její činnost zahrnuje podporu a udržení zdraví, prevenci onemocnění, poskytování první pomoci a péči o nemocné, osoby se zdravotním postižením a umírající. Všeobecná sestra je schopna samostatně rozhodovat v oblastech ošetrovatelství a nese za svá rozhodnutí osobní odpovědnost.“* (MZČR, 2021).

3.2 Kompetence všeobecné sestry

Kompetence všeobecné sestry jsou definovány vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1, § 4 (viz. příloha P I) a dále bez odborného dohledu a bez indikace. Na základě diagnózy stanovené lékařem nebo zubním lékařem všeobecná sestra poskytuje nebo zajišťuje základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, kterou realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Česko, 2011b).

Všeobecná sestra je oprávněna samostatně bez dohledu a bez indikace lékaře vykonávat například následující činnosti:

- vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnoticích a měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy,
- sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,
- zajišťovat rehabilitační ošetrovatelskou péči, zejména polohování, posazování, dechová cvičení, nácvik mobility,

- poskytovat edukaci pacientům o ošetrovatelských postupech, zdravotnických prostředcích
- realizovat výměnu periferního žilního katetru pacientům starším 3 let věku a jeho odstranění.

Všeobecná sestra je oprávněna vykonávat činnosti na základě indikace lékaře a bez odborného dohledu. Příkladem těchto činností jsou:

- realizovat zavádění periferních žilních katetrů pacientům starším 3 let,
- realizovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Všeobecná sestra je oprávněna podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru u pacientů starších 3 let, a to na základě indikace lékaře. Tuto činnost vykonává pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí (Česko, 2011b).

3.3 Specializační vzdělání

Pro zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Domácí a hospicové péče je nezbytné získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. Další podmínkou k zařazení do specializačního vzdělání v oboru Domácí péče a hospicové péče je nutné doložení minimálně roční praxe na pozici všeobecné sestry v domácím prostředí pacienta podle § 10 zákona č. 372/2011 Sb., nebo v hospici podle § 44a zákona č. 372/2011 Sb., nebo také doložením nejméně dvou let výkonu povolání všeobecné sestry v lůžkové péči dle § 9 zákona č. 372/2011 Sb., v ambulantní péči dle § 7 zákona č. 372/2011 Sb., nebo v zařízení sociálních služeb dle § 34 zákona č. 108/2006 Sb., (MZČR, 2019).

3.3.1 Cíle

Specializační vzdělání všeobecných sester v oboru domácí a hospicové péče je zaměřeno na získávání specializované způsobilosti s odborným označením Sestra pro domácí a hospicovou péči. Cílem je osvojení teoretických znalostí, praktických dovedností a schopností potřebných pro poskytování péče v souladu s platnými právními předpisy. Důraz je kladen také na týmovou spolupráci a samotné rozhodování (MZČR, 2019).

3.4 Kompetence sestry pro domácí a hospicovou péči

Sestra pro domácí a hospicovou péči zajišťuje poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovateľské a paliativní péče. Tato péče je poskytována pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí, ve specializovaných lůžkových zdravotnických zařízení hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče zaměřených na poskytování paliativní péče (Česko, 2011b).

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 a § 66b (viz příloha P II) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Mezi tyto činnosti patří například:

- plánovat rozsah, obsah a časovou náročnost ošetrovateľské péče dle individuálních potřeb pacienta,
- zajišťovat komplexní péči o pacienta na domácí plicní ventilaci,
- provádět zavedení a udržování kyslíkové terapie,

Dále může bez odborného dohledu, ale s indikací lékaře provádět následující činnosti, jako jsou například:

- provádět zahájení a ukončení domácí péče, včetně administrativních úkonů,
- podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,
- realizovat činnosti spojené s přípravou, realizací a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
- nastavovat ventilační parametry při poskytování domácí umělé plicní ventilace podle specifických potřeb pacienta (Česko, 2011b).

3.5 Práce všeobecné sestry v domácí péči

Ošetrovateľské činnosti poskytované v rámci domácí péče jsou realizovány všeobecnou sestrou buď přímo, nebo nepřímo. Tyto provedené činnosti jsou zaznamenávány do ošetrovateľské dokumentace, která je vedena individuálně pro každého pacienta a následně vykázány příslušné zdravotní pojišťovně (Kudlová, 2015, s. 28).

Přímá péče zahrnuje veškeré činnosti, při nichž je všeobecná sestra v bezprostředním kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Mezi tyto činnosti patří například fyzické vyšetření a hodnocení zdravotního stavu pacienta, převazy ran, aplikace injekcí, infuzní terapie. Nedílnou součástí přímé péče je také edukace pacienta a jeho rodiny (Jarošová, 2007, s. 69).

V rámci přímé péče je důležitou součástí také pravidelné hodnocení bolesti, zejména u chronicky nemocných pacientů. Brook et al. (2021) uvádí, že v domácí péči je třeba přistupovat k bolesti individuálně, s ohledem na fyzický, psychický i sociální stav pacienta. Doporučují využití vhodných nástrojů.

Nepřímá péče zahrnuje ošetrovatelské aktivity zaměřené na primárně na zkvalitnění a koordinaci péče. Patří sem například konzultace s ostatními odborníky, multidisciplinární spolupráce, administrativní činnosti související se zdravotním systémem a zdravotními pojišťovnami, vedení dokumentace (Jarošová, 2007, s. 69).

Ošetrovatelská péče je poskytována pacientům pomocí ošetrovatelského procesu. Tento proces umožňuje systematickou a cílenou péči o klienta v jeho vlastním prostředí. Dle Jarošové (2007) probíhá ošetrovatelský proces ve všech pěti základních fázích:

1. Posuzování klienta

Všeobecná sestra v domácí péči provádí komplexní hodnocení pacienta již při první návštěvě v domácím prostředí pacienta. Tento proces však není jednorázový, ale musí probíhat průběžně během všech návštěv. Všeobecná sestra zaznamenává jak objektivní, tak i subjektivní informace týkající se pacienta i jeho rodiny.

2. Diagnostika problému

Na základě shromážděných informací stanovuje všeobecná sestra diagnózu, která umožňuje identifikovat problémy pacienta. Ke klasifikaci těchto diagnóz slouží například NANDA.

3. Plánování ošetrovatelských aktivit

Na základě stanovené ošetrovatelské diagnózy sestavuje všeobecná sestra společně s pacientem a jeho rodinou individuální plán péče. Tento plán obsahuje krátkodobé i dlouhodobé cíle. Správné stanovení cílů zajišťuje kontinuitu péče a musí být řádně zaznamenáváno v dokumentaci pacienta.

4. Realizace plánu

Po sestavení individuálního plánu přechází všeobecná sestra k jeho realizaci. Všeobecná sestra rozhoduje o nejvhodnějším způsobu provedení plánovaných aktivit s cílem dosažení co nejlepší úrovně zdraví a funkční zdatnosti klienta.

5. Hodnocení klientova stavu

V závěrečné fázi ošetrovatelského procesu všeobecná sestra spolu s pacientem a jeho rodinou a dalšími odborníky hodnotí dosažené výsledky vzhledem k očekávaným cílům péče. Na základě těchto zjištění se plán upravuje nebo se stanovují nové cíle.

3.5.1 Zdravotní dokumentace v domácí péči

Všeobecná sestra pracující v domácí péči je povinna vést ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s vyhláškou č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Vedení této dokumentace představuje nedílnou součást poskytování zdravotní péče. Jejím hlavním cílem je kontinuální získávání, shromažďování, zaznamenávání a uchovávání údajů, které umožňují efektivní plánování a realizaci ošetrovatelské péče (Kožuchová et al., 2014, s. 69-71).

Důsledné vedení zdravotní dokumentace je nezbytné nejen pro zajištění kvality a kontinuity péče, ale také pro vykazování zdravotnických výkonů, které jsou propláceny zdravotními pojišťovnami. Zdravotní dokumentace je klíčovým nástrojem pro zajištění kvalitní péče, jelikož poskytuje důležité informace o potřebách pacienta, stanovených cílech péče, jejím průběhu a výsledcích. V rámci domácí péče je za vedení dokumentace odpovědná ošetřující všeobecná sestra. Tato dokumentace zahrnuje ošetrovatelský záznam, dohodu o poskytování zdravotní péče, dekurz a ošetrovatelskou propouštěcí zprávu (Kožuchová et al., 2014, s. 69-71).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

4.1 Výzkumná metoda

Přehledová studie je specifický typ odborné práce, která shrnuje, analyzuje a hodnotí dosavadní poznatky z vybrané oblasti výzkumu. Přehledové studie mohou mít různé formy, obvykle se dělí na dva základní typy. V prvním případě slouží přehledová studie jako teoretický úvod do problematiky, který je součástí širší výzkumné studie nebo kvalifikační práce. V druhém případě se jedná o samostatný žánr, jehož cílem je výběr, analýza, zhodnocení a syntéza poznatků z velkého množství výzkumných studií zaměřených na dané téma (Mareš, 2013, s. 427–428).

Tato přehledová práce je založena na literární rešerši, která slouží k souhrnu dostupných odborných poznatků. Pomocí literární rešerše byly vyhledány a analyzovány studie zaměřené na hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči.

4.2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce je vyhledat a analyzovat dostupné měřicí techniky vhodné pro hodnocení bolesti pacientů v domácí péči.

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké nástroje jsou dostupné k hodnocení bolesti sestrou v praxi?

Výzkumná otázka č. 2:

Které z nástrojů jsou vhodné k hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči?

Výzkumná otázka č. 3:

Jak ovlivňuje volba měřicí techniky bolest pacienta?

Výzkumná otázka č. 4:

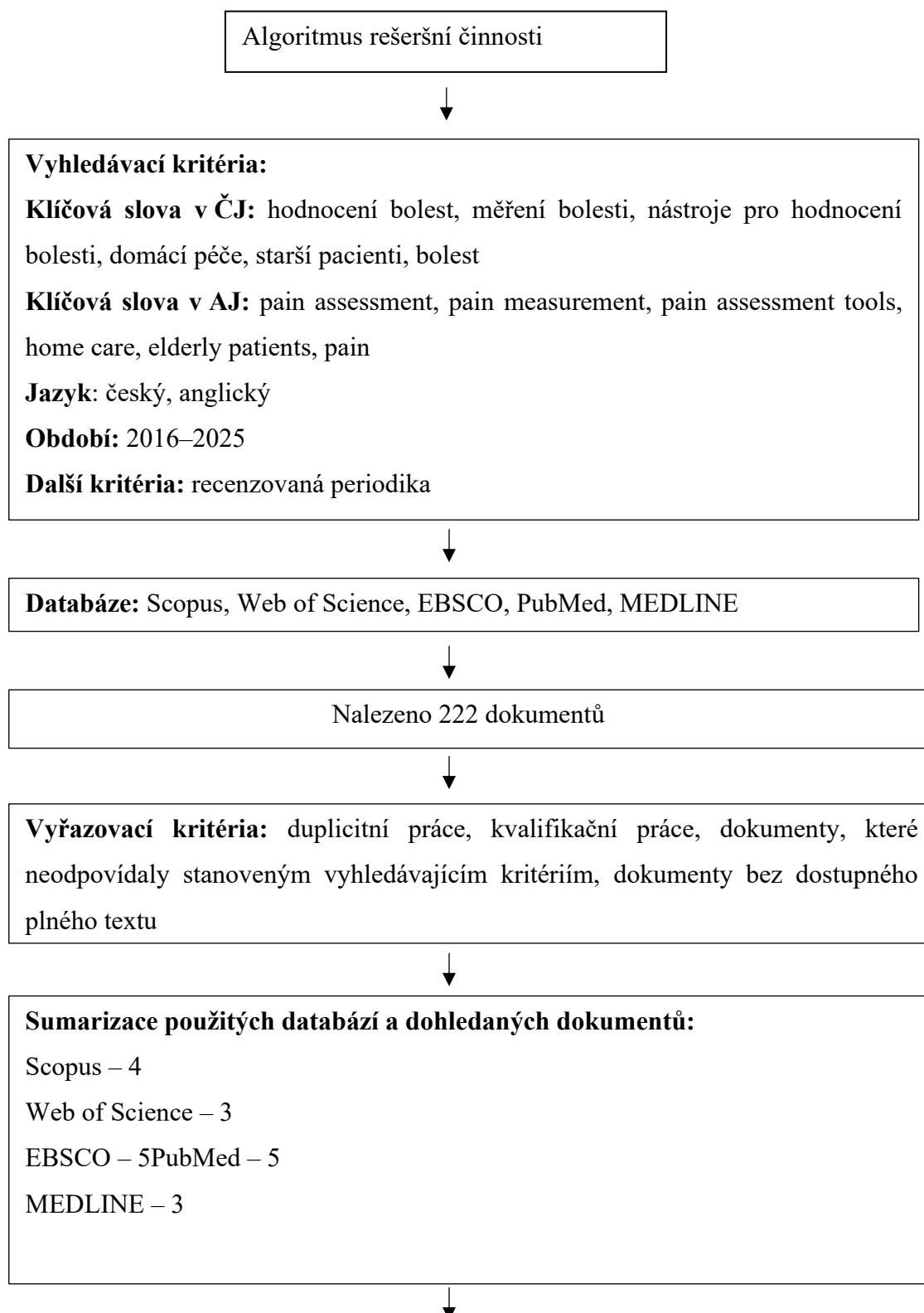
Které nástroje jsou vhodné pro pacienty s těžkou demencí?

4.3 Kritéria pro výběr nástrojů

Po stanovení výzkumných cílů a otázek byly vyhledány relativní odborné zdroje z předem zvolených elektronických databází. K vyhledávání byly zvoleny databáze Scopus, Web of Science, EBSCO, PubMed, MEDLINE. Do praktické části byly zahrnuty pouze práce publikované v letech 2016 až 2025.

Do analýzy byly zařazeny studie napsané v českém, slovenském nebo anglickém jazyce. Výběr zahrnoval pouze práce zabývající se validizací nástrojů, studie musely obsahovat využití hodnotících nástrojů. Zahrnuté studie musely být dostupné v plném textu a zdarma.

4.4 Algoritmus řešeršní činnosti



**Výsledek:**

Do přehledové studie bylo zařazeno 20 dohledaných dokumentů

4.5 Výběr a analýza studií

Na základě předem stanovených kritérií bylo do přehledu zařazeno pouze 20 studií zaměřených na hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči. Vyhledané studie byly analyzovány postupně. Nejprve na základě názvu a abstraktu, poté podle relevantnosti k tématu. Vyloučeny byly bakalářské a diplomové práce. Zařazeny byly pouze nástroje ověřené odborným výzkumem, které jsou využívány v praxi. Důraz byl kladen na použitelnost u pacientů v domácí péči, včetně těch s omezenou komunikací.

4.5.1 Databáze Scopus

Po zadání klíčových slov bylo v databázi Scopus nalezeno 25 odborných zdrojů, z nichž pouze 4 studie obsahovaly relativní informace o použití nástrojů pro hodnocení bolesti v domácí péči. Do výsledné analýzy byly zahrnuty pouze ty studie, které se konkrétně věnovaly hodnocení bolesti. Zbývající studie, které tyto informace neobsahovaly, byly z analýzy vyřazeny.

Brief Pain Inventory (BPI)

Ve studii Maltoni et al. (2018) byl k hodnocení bolesti použit dotazník Brief Pain Inventory. BPI (viz příloha P III) je standardizovaný dotazník, který slouží k hodnocení intenzity bolesti a jejího dopadu na každodenní aktivity pacienta. Zahrnuje otázky na aktuální bolest, průměrnou bolest, nejhorší bolest, jak bolest ovlivňuje spánek, chůzi, práci, náladu či vztahy.

Dotazník S-LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sings Pain Scale)

S-LANSS (viz příloha P IV) je standardizovaný nástroj určený k rozpoznání neuropatické bolesti na základě subjektivních příznaků a jednoduchých klinických znaků, které může pacient sám hodnotit. Tento dotazník vznikl jako modifikace původní LANSS škály, která vyžadovala vyšetření zdravotníkem. S-LANSS byl vyvinut tak, aby umožnil samostatné vyplnění pacientem, čímž se stal vhodným i pro využití v domácím prostředí.

Skládá se ze 7 položek, z nichž pět se týká příznaků bolesti a dvě se vztahují ke klinickým příznakům. Maximální skóre je 24 bodů a hranice pro podezření na neuropatickou bolest je méně než 12 bodů. Ve studii byl tento nástroj přeložen a validován pro pacienty hovořící malajštinou v onkologickém centru. Výsledky ukázaly vysokou spolehlivost nástroje (Anzar et al., 2017).

Douleur Neuropathique 4 (DN4)

Je validovaný nástroj k hodnocení neuropatické bolesti, patří mezi nejčastěji používané nástroje pro rychlé rozpoznání neuropatické bolesti. DN4 (viz příloha P V) je deseti položkový dotazník, který kombinuje sedm subjektivních otázek zaměřených na charakter bolesti a tři jednoduché klinické testy prováděné zdravotníkem (hypestezie na dotek). Skóre menší jak 4 body naznačuje přítomnost neuropatické bolesti. Studie The Greek Neuropathic Pain Registry používá dotazník DN4 a ukazuje tak jeho efektivitu jako rychlého a spolehlivého nástroje pro diagnostiku neuropatické bolesti, což je zvláště důležité v prostředí domácí péče, kde je potřeba jednoduchých a účinných metod hodnocení bolesti (Vadalouca et al., 2022).

4.5.2 Databáze Web of Science

V databázi Web of Science bylo nalezeno 32 studií, odpovídajících zadaným klíčovým slovům. Do analýzy byly zařazeny 3 studie.

The 11-face Faces Pain Scale (FPS-11)

Obličejová škála bolesti (viz příloha P VI) byla původně vyvinuta pro pediatrické pacienty a obsahovala šest obličejů vyjadřujících různé stupně bolesti. V průběhu let vznikly i verze se sedmi a devíti obličejů. V roce 2006 byla upravena původní FPS-9 do formy FPS-11, aby odpovídala 11bodové číselné škále bolesti. Tato verze byla dále validována v korejském jazyce. V rámci studie autorů Fadayevevan et al. (2019) byla FPS-11 přeložena a testována u starší populace. FPS-11 se ukázala jako vhodný nástroj pro hodnocení bolesti u starší populace, včetně osob s kognitivním omezením. Studie potvrdila, že tato škála má vysokou míru validity a spolehlivosti, a je proto doporučována jako jednoduchý, srozumitelný a efektivní nástroj pro hodnocení intenzity bolesti u pacientů v domácí péči.

4.5.3 Databáze EBSCO

V databázi EBSCO bylo nalezeno celkem 58 studií. Po vyřazení nerelativních nebo duplicitních zdrojů bylo vybráno 5 studií, splňující stanovená kritéria.

Škála Doloplus

Je jeden z prvních zveřejněných behaviorálních nástrojů pro hodnocení bolesti, který je určen pro pacienty, kteří mají omezenou schopnost komunikace, což je časté u pacientů s kognitivními poruchami. Doloplus hodnotí tři dimenze bolesti – somatické, psychomotorické a psychosociální reakce. Každá z nich dimenze obsahuje deset položek, které jsou hodnoceny na škále od 0 do 3. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 30, přičemž skóre větší než 5 indikuje přítomnost bolesti (Pickering et al., 2016).

PainDETECT Questionnaire (PDQ)

PDQ (viz příloha P VII) je standardizovaný dotazník určený k detekci neuropatické bolesti, původně vyvinut v Německu pro pacienty s chronickou bolestí zad. Dotazník obsahuje 9 hlavních položek, které jsou rozděleny do několika sekcí. Lokalizace bolesti, šíření bolesti, charakter bolesti. Každá z těchto položek je hodnocena na škále kde 0 (vůbec) a 5 (velmi silně). Celková skóre je vypočítáno a slouží k určení pravděpodobnosti neuropatické bolesti. Ve studii provedené na Filipínách by PDQ přeložen a kulturně přizpůsoben do dvou regionálních jazyků. Studie zahrnovala 100 pacientů trpících bolestí po dobu tří měsíců. Obě verze dotazníku prokázaly dobrou spolehlivost a validitu při detekci neuropatické bolesti u filipínských pacientů (Gomez et al., 2019).

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

PACSLA je behaviorální škála, která hodnotí neverbální projevy bolesti u pacientů s demencí nebo jinými kognitivními poruchami a nejsou schopni verbálně komunikovat. Zahrnuje seznam chování, výrazů v obličeji, pohybech těla a reakcí na dotyk a pohyb. Zahrnuje 60 položek rozdělenou do čtyř kategorií. Každá položka se hodnotí slovně ano – projev přítomen nebo ne – projev nepřítomen (Pickering et al., 2016).

Short Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)

Short Form McGill Pain Questionnaire-2 je standardizovaný nástroj určený k hodnocení charakteru a intenzity bolesti z pohledu pacienta. Obsahuje 22 popisů bolesti. Každý popis je hodnocen na 11bodové škále, kde 0 značí žádnou bolest, 10 značí nejhorší možnou bolest. Tento dotazník byl ve studii Pain descriptors and adaptation of SM-MPQ-2 for older people in Brunei Darassamlam přeložen do brunejské malajštiny. Po překladu byl dotazník testován na skupině 75 seniorů ve věku 65 a více let. Výsledky ukázaly, že nástroj je pro starší pacienty srozumitelný a vhodný pro hodnocení různých typů bolesti v klinické

praxi, včetně domácí péče. Studie zároveň potvrdila důležitost jazykové a kulturní přizpůsobitelnosti nástrojů při jejich využití v různých populacích (Maidin et al., 2023).

4.5.4 Databáze PubMed

Databáze PubMed přinesl nejvyšší počet výsledků – 62 studií. Po analýze bylo vybráno 5 studií, které se zabývaly aktuálními přístupy k hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči.

Patient Pain Questionnaire (PPQ)

Jak je popsáno ve studii Kumar et al. (2024), dotazník PPQ je rozdělen do několika klíčových oblastí, které hodnotí samotné prožitky pacienta, tak i jeho povědomí o příčinách a možnostech léčby bolesti. Dotazník je tvořen 16 položkami, devět položek o znalostech a sedm o zkušenostech. Každá položka je strukturována tak, že 0 označovala nejlepší výsledek 10 nejhorší výsledek. Použití PPQ umožňuje zdravotníkům lépe porozumět zkušenostem pacientům s bolestí a přizpůsobit léčbu tak, aby co nejlépe odpovídala individuálním potřebám.

Pain Quality Assessment Scale (PQAS)

Pain Quality Assessment Scale (viz příloha P VIII) je standardizovaný dotazník, který slouží k podrobnému hodnocení kvality bolesti na základě subjektivního vnímání pacientem. Dotazník obsahuje 19 položek, které zachycují různé senzorické charakteristiky bolesti, jako je pálení, tlak, mravenčení, pulzování, elektrické výboje nebo chlad. Hodnotí také vnímání intenzity bolesti v několika situacích. Využití nástroje PQAS je významné pro přesné zachycení typu a kvality bolesti, které může pomoci lépe individualizovat léčbu pacientů s chronickou bolestí (Carvalho et al., 2016).

4.5.5 Databáze MEDLINE

V databázi MEDLINE bylo vyhledáno 45 studií, z nichž byly vybrány 3 studie.

Abbey Pain Scale (APS)

Abbey Pain Scale (viz příloha P IX) je nástroj určený k hodnocení bolesti u pacientů s omezenou schopností komunikace. Škála zahrnuje šest položek – výraz obličeje, hlasové projevy, změny v chování, pohybu, v denních aktivitách a změny v duševním stavu. Každá položka je hodnocena na škále od 0 do 3, přičemž celkové skóre určuje závažnost bolesti. Ve studii Assessment of cancer pain in a patient with communication difficulties: a case

report je APS prezentována jako efektivní nástroj pro hodnocení bolesti u pacientů s omezenou schopností komunikace (Okimasa et al., 2016).

Pain Catastrophizing Scale (PCS)

Pain Catastrophizing Scale je standardizovaný nástroj sloužící k hodnocení katastrofického vnímání bolesti. Autorem je Sullivan et al. (1995, aktualizováno v roce 2009). PCS obsahuje 13 položek, které hodnotí, jak intenzivně pacient prožívá negativní myšlenky a pocity během bolesti. Pacienti jsou vyzváni, aby se zamysleli nad předchozími bolestivými zkušenostmi a na škále od 0 (vůbec) až 4 (pořád) označili, jak často se jim vybavují určité myšlenky spojené s bolestí. Škála měří celkovou míru katastrofizace a tři samostatné dimenze – přehnané zaměření na bolest, tendenci předpokládat zhoršení a pocit, že bolest nelze zvládnout. Vyšší skóre, může negativně ovlivnit zvládání bolesti a vést ke zvýšenému riziku rozvoje chronické bolesti (Anagnostopoulos et al., 2022).

Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

Ve studii The Role of Pain Catastrophizing, Emotional Intelligence, and Pain Intensity in the Quality of Life of Cancer Patients with Chronic Pain byla pro hodnocení bolesti použita zkrácená forma McGillova dotazníku bolesti (viz příloha P X), jehož autorem je Melzack (1987). Tento nástroj je určen ke komplexnímu zachycení jak fyziologických, tak i psychologických aspektů bolesti. Dotazník obsahuje 15 deskriptorů bolesti, z nichž 11 se vztahuje k senzorické složce a 4 k psychické složce bolesti. Každý z deskriptorů je pacientem hodnocen na čtyřbodové škále kde 0 značí žádnou bolest a 3 značí silnou bolest. Vyšší celkové skóre znamená vyšší intenzitu a negativnější subjektivní zkušenosti pacienta. Dotazník dále obsahuje dvě doplňující škály – vizuální analogovou škálu pro měření průměrné intenzity a šestibodovou numericko-verbální škálu pro akutní bolest (Anagnostopoulos et al., 2022).

5 VÝSLEDKY

V rámci rešerše bylo analyzováno více studií zaměřených na hodnocení bolesti, zejména u seniorů a pacientů v domácí péči. Bylo identifikováno několik validovaných nástrojů.

1. Abbey Pain Scale (APS) – nástroj zaměřený na hodnocení bolesti u pacientů s demencí nebo těžkým kognitivním deficitem.

2. Brief Pain Inventory (BPI) – nástroj měřící nejen intenzitu, ale i její dopad na denní aktivity, běžně využívaný u pacientů v domácí péči i u pacientů s onkologickým onemocněním.

3. Doloplus – behaviorální škála určené pro hodnocení bolesti u pacientů s poruchami komunikace, vhodné také pro paliativní péči.

4. Douleur Neuropathique 4 (DN4) – nástroj k rychlému rozpoznání, hodnocení neuropatické bolesti.

5. Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) – nástroj určený na diagnostiku neuropatické bolesti u onkologických pacientů.

6. Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) – nástroj pro hodnocení bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat.

7. Pain Catastrophizing Scale (PCS) – nástroj hodnotící katastrofizace bolesti, využívaný ke zjištění psychologických aspektů bolesti u pacientů včetně domácí péče.

8. PainDETECT Questionnaire (PDQ) – nástroj pro rozpoznání neuropatické bolesti v běžné praxi, validovaný v různých jazycích.

9. Pain Quality Assessment Scale (PQAS) – standardizovaný nástroj, který slouží k detailnímu hodnocení kvality bolesti na základě subjektivního vnímání pacienta.

10. Patient Pain Questionnaire (PPQ) – nástroj hodnotící zkušenosti a vnímání bolesti.

11. Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) – dotazník kombinující senzorické a emoční charakteristiky bolesti, včetně vizuální analogové škály.

12. Short Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)

13. The 11-face Faces Pain Scale – nástroj, využívající kreslené obličejové k hodnocení intenzity bolesti. Vhodné i pro starší pacienty a pacienty s kognitivním deficitem.

Také bylo zjištěno ze studií, že mezi nejčastěji používané nástroje pro hodnocení bolesti patří: Vizuální analogová škála (VAS), Numerická škála bolesti (NRS), Brief Pain Inventory (BPI).

5.1 Doporučení pro praxi

V domácí péči je nezbytné spolehlivě hodnotit bolest, která patří mezi nejčastější a nejvíce zatěžující symptomy pacientů. Výběr vhodného nástroje pro hodnocení bolesti má zásadní vliv pro efektivní monitorování a úpravu léčby, a tím i zlepšení kvality života pacientů. V tomto procesu hraje důležitou roli také spolupráce s rodinnými pečujícími, kteří se často podílejí na každodenním hodnocení stavu pacienta. Vhodná edukace těchto rodinných pečujících ze strany sestry zvyšuje přesnost hodnocení bolesti a přispívá k celkové kvalitě poskytované péče. V tabulce č. 1 je uveden přehled nástrojů pro hodnocení bolesti, které jsou vhodné u pacientů v domácím prostředí. Přehled dostupných nástrojů může sestrám pomoci při výběru toho nejvhodnějšího nástroje na základě individuálních projevů a potřeb konkrétního pacienta. Pro správné použití je však nezbytné, aby sestra nejen nástroj správně zvolila, ale zároveň poučila jak pacienta, tak i jeho rodinné pečující o způsobu jeho používání. Tabulka obsahuje základní informace o jednotlivých nástrojích, výhody a nevýhody.

Abbey Pain Scale (APS)

APS je nástroj speciálně navržený pro pacienty s pokročilým věkem a poruchami komunikace, což je časté u pacientů v domácí péči. Tento nástroj se zaměřuje na pozorování psychických a fyzických příznaků bolesti, což je klíčové pro pacienty, kteří nejsou schopni komunikace.

Brief Pain Inventory (BPI)

BPI je široce používaný nástroj, který umožňuje snadno sledovat intenzitu a charakteristiku bolesti. Tento nástroj je vhodný pro domácí péči, protože poskytuje jasné a přehledné hodnocení bolesti na základě číselného hodnocení, což je pro pacienty snadno pochopitelné. Monitorování intenzity bolesti je klíčové pro efektivní úpravu léčby bolesti v domácím prostředí.

DOLOPUS

Dolopus je nástroj pro hodnocení bolesti u pacientů se zhoršenou komunikací, například u starších lidí nebo lidí s neurologickými poruchami. Tento nástroj je užitečný

v domácí péči, protože se zaměřuje na psychické reakce pacienta, což umožňuje monitorovat bolest u pacientů, kteří nemohou popsat své pocity.

Douleur Neuropathique 4 (DN4)

DN4 je nástroj, určený k diagnostice neuropatické bolesti. Tento nástroj je vhodný pro domácí péči, protože je jednoduchý a rychlý, nevyžaduje odborné zdravotní znalosti a poskytuje praktický způsob, jak odhadnout, zda pacient trpí neuropatickou bolestí, což je důležité pro rozhodování o správné léčbě v domácím prostředí.

Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)

S-LANSS je nástroj, který umožňuje rozpoznání neuropatické bolesti. V domácí péči je užitečný zejména pro pacienty trpící chronickou bolestí, kteří potřebují specifické nástroje pro rozlišení mezi typy bolesti. Díky jeho jednoduchosti a krátkému času pro jeho realizaci je ideální pro domácí péči.

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

PACSLAC je zaměřen na pacienty se sníženou schopností komunikace, jako jsou starší osoby s demencí. Tento nástroj je ideální pro domácí péči, protože umožňuje sledovat různé projevy bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni ústně vyjádřit svou bolest. Pomáhá identifikovat změny chování, které mohou naznačovat bolest.

Pain Catastrophizing Scale (PCS)

PCS měří kognitivní a emocionální aspekty, které ovlivňují vnímání bolesti, což je také velmi užitečné v domácí péči. Tento nástroj může pomoci identifikovat pacienty, kteří mají sklon ke katastrofizaci své bolesti, což může vést k lepšímu pochopení jejich potřeby a přizpůsobení léčby.

PainDETECT Questionnaire (PDQ)

PDQ je nástroj k hodnocení neuropatické bolesti, užitečný v domácí péči, kde je často potřeba diagnostikovat neuropatické bolesti u pacientů s chronickými bolestmi.

Pain Quality Assessment Scale (PQAS)

PQAS je nástroj, který se soustředí na hodnocení různých kvalitních vlastností bolesti, což je v prostředí domácí péče velmi přínosné. Tento nástroj umožňuje nejen zhodnotit

intenzitu, ale také lépe porozumět jejím specifickým charakteristikám. Nástroj umožňuje sledovat, jak se mění bolest v čase, a tím lépe přizpůsobit léčbu podle potřeby pacienta.

Patient Pain Questionnaire (PPQ)

PPQ je nástroj zaměřený na hodnocení vnímání a zkušeností pacientů s bolestí. Tento dotazník je vhodný pro domácí péči, protože poskytuje rychlý přehled o pacientově bolesti a umožňuje monitorovat její intenzitu a dopad na kvalitu života.

Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

SF-MPQ poskytuje podrobnější kvalitu bolesti a je užitečný v domácí péči, protože umožňuje sledovat tělesné, tak afektivní složky bolesti. Díky tomu je možné pochopit, jak bolest ovlivňuje celkový stav pacienta a přizpůsobit péči jeho individuálním potřebám. Tento nástroj je vhodný pro dlouhodobé sledování bolesti, což je velmi zásadní pro udržování pacientovy kvality života.

Short Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)

SF-MPQ-2 je upravenou a rozšířenou verzí původního SF-MPQ. Přináší aktualizaci, která lépe zachycuje bolest. SF-MPQ-2 obsahuje širší spektrum popisů bolesti a je vhodný pro pacienty s komplexnějšími typy bolesti jako je například chronická neuropatická bolest, která je v domácí péči častá u onkologických nebo geriatrických pacientů.

The 11-face Faces Pain Scale

Tento nástroj je vhodný pro pacienty, kteří mají potíže s verbálním vyjadřováním, jako jsou pacienti s kognitivními poruchami. Použití obrázků usnadňuje hodnocení bolesti. Tento nástroj je snadno použitelný i pro pacienty s omezenou schopností komunikace.

Tabulka 1- Přehled vybraných nástrojů pro hodnocení bolesti v domácí péči

Název nástroje	Doba aplikace	Pro koho je určen	Výhody	Nevýhody
Abbey Pain Scale	10 minut	Pacienty s poruchou komunikace.	Umožňuje identifikovat bolest u pacientů, kteří nejsou schopni ji vyjádřit.	Vyžaduje pečlivé pozorování pacienta.

Brief Pain Inventory	10 minut	Pacienty, kteří jsou schopni komunikovat, různé typy bolesti.	Snadné číselné hodnocení, přehledné.	Méně vhodný pro pacienty s kognitivními poruchami.
DOLOPUS	15 minut	Pacienty se horšenou komunikací.	Zaměřuje se na psychické reakce bolesti.	Vyžaduje pečlivé pozorování pacienta.
Douleur Neuropathique 4	5 minut	Pacienty s neuropatickou bolestí.	Jednoduché, rychlé provedení. Nevyžaduje odborné znalosti.	Pouze pro neuropatickou bolest.
Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)	5 minut	Pacienty s podezřením na neuropatickou bolest.	Jednoduché, rychlé rozlišení neuropatické bolesti.	Zaměřuje se na neuropatickou bolest.
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	15 minut	Pacienty s omezenou komunikací.	Umožňuje odhalit bolest i bez verbálního projevu.	Vyžaduje znalost pacienta, časově náročnější.
Pain Catastrophizing Scale (PCS)	10 minut	Pacienty s emočními problémy spojenými s bolestí.	Pomáhá identifikovat psychické aspekty bolesti.	Nehodnotí samostatnou bolest, ale vnímání bolesti.
PainDETECT Questionnaire (PDQ)	10 minut	Pacienty s chronickou neuropatickou bolestí.	Pomáhá při vyhodnocení bolesti, podporuje správnou léčbu.	Delší, může být pro některé pacienty složitější.
Pain Quality Assessment Scale (PQAS)	15 minut	Pacienty s různými typy bolesti.	Podrobné sledování změn bolesti v čase.	Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta, náročnější na čas.
Patient Pain Questionnaire (PPQ)	10 minut	Pacienty, kteří jsou schopni komunikace.	Rychlý přehled bolesti a dopadu na kvalitu života.	Méně detailní.
Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	10 minut	Pacienty s chronickou bolestí.	Zohledňuje nejen intenzitu, ale i emocionální složky bolesti.	Náročnější na vyplnění.

Short Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)	15 minut	Pacienty s komplexní bolestí (např. onkologická, neuropatická).	Detailní popis bolesti, který umožňuje přesnější léčbu bolesti.	Vyžaduje více času a schopnost detailně popsat bolest.
The 11-face Faces Pain Scale	5 minut	Pacienty s omezenou schopností verbální komunikace.	Umožňuje vyjádřit bolest bez slov, vhodné pro pacienty s demencí nebo poruchami řeči.	Není detailní, nelze sledovat přesné změny intenzity.

(Zdroj: vlastní zpracování)

6 DISKUZE

Cílem práce bylo analyzovat dostupné nástroje pro hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči a vyhodnotit jejich vhodnost podle specifických potřeb jednotlivých skupin pacientů. Byly analyzovány výsledky několika studií, které se zaměřovaly na různé skupiny pacientů, včetně pacientů s chronickou bolestí, neuropatickou bolestí a pacientů s těžkou demencí.

Odpovědi na výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké nástroje jsou dostupné k hodnocení bolesti sestrou v praxi?

Na základě analýzy studií byly identifikovány různé validované nástroje pro hodnocení bolesti. Nejčastěji používané metody napříč studiemi byly jednoduché a rychlé škály jako je vizuální analogová škála (VAS), numerická škála (NRS) a Brief Pain Inventory (BPI), dále pak také Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) a jeho rozšířená verze SF-MPQ-2. Hollerova (2020) ve své práci zdůrazňuje význam používání validních škál bolesti zejména v prostředí domácí péče. V kontextu domácí péče autorka uvádí jako vhodné nástroje právě vizuální škálu, numerickou škálu nebo Brief Pain Inventory pro jejich jednoduchost a praktické použití.

Výzkumná otázka č. 2: Které z nástrojů jsou vhodné k hodnocení bolesti u pacientů v domácí péči?

Domácí péče klade důraz na jednoduchost použití a schopnost sledovat bolest v čase. Výběr vhodného dotazníku je zásadním vzhledem k omezeným možnostem. Studie Neuropathic Pain in Cancer doporučuje použití BPI pro jeho jednoduchost a komplexnost při sledování dopadu bolesti na kvalitu života. PainDETECT je považován za vhodný pro pacienty s neuropatickou bolestí, jelikož nevyžaduje klinické vyšetření a je snadno proveditelný v domácím prostředí. Ve studii Translation and transcultural adaption of PQAS bylo uvedeno, že PQAS je přínosný právě v domácí péči, protože umožňuje detailní sledování změn v kvalitě bolesti v čase. Pro pacienty s omezenou komunikací byly ve studiích doporučovány nástroje jako PACSLAC, Doloplus a Abbey PainScale, které hodnotí neverbální projevy bolesti. Sekorová (2021) ve své práci poukazuje na význam pravidelného hodnocení bolesti a dalších symptomů pro zajištění kvalitní péče v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivňuje volba měřící techniky bolest pacienta?

Správná volba měřícího nástroje pro hodnocení bolesti má přímý vliv na kvalitu péče a na zmírnění bolesti pacienta. Každý nástroj se zaměřuje na různé aspekty bolesti, některé hodnotí pouze intenzitu, jiné i charakter, vliv na každodenní aktivity nebo emocionální složku. Pokud je použit nástroj, který dostatečně nezachycuje komplexnost bolesti může mít zkreslený výsledek a tím pádem může být i samotná léčba nedostatečná nebo nevhodně zaměřená. Například nástroje jako Brief Pain Inventory nebo SF-MPQ-2, které byly zmíněny ve více studiích, umožňují nejen stanovení intenzity bolesti, ale i vyhodnocení, jak bolest ovlivňuje život pacienta, což vede k cílenější léčbě bolesti. Pokud byl použit nástroj hodnotící pouze intenzitu bolesti, mohly by být přehlédnuty aspekty bolesti související s funkčním omezením. Tato zjištění se shodují s doporučením Hollerové (2020), která upozorňuje, že neadekvátní měřící technika může vést k podcenění závažnosti problému a zhoršení pacientova stavu. Také zdůrazňuje, že správná volba nástroje umožňuje nejen lépe rozpoznat typ bolesti, ale i přizpůsobit léčbu. Svobodová (2012) zdůrazňuje, že správné hodnocení bolesti je klíčové pro adekvátní léčbu a zajištění komfortu pacienta. Celkově tedy platí, že správná volba hodnotícího nástroje může výrazně ovlivnit, zda bude bolest správně zachycena a adekvátně léčena. Je proto důležité volit nástroj s ohledem na typ bolesti a na komunikační schopnosti pacienta.

Výzkumná otázka č. 4: Které nástroje jsou vhodné pro pacienty s těžkou demencí?

U pacientů s těžkou demencí je verbální komunikace často výrazně omezena nebo zcela chybí, což výrazně ztěžuje hodnocení bolesti běžnými prostředky, jako jsou slovní nebo číselné škály. Proto se v těchto případech doporučuje využívat behaviorální nástroje, které umožňují hodnotit bolest na základě mimiky, vokalizace, změn chování. Jedním z nejpoužívanějších nástrojů je PACSLAC, který byl navržen speciálně pro seniory s omezenou schopností komunikace. Dalším validovaným nástrojem je Doloplus, který posuzuje tři dimenze chování. Abbey Pain Scale je nástroj používaný především v péči o pacienty s pokročilou demencí. Tato škála je jednoduchá na použití a vhodná pro domácí péči. Použití těchto nástrojů je zásadní, protože tito pacienti často trpí nepoznanou a neléčenou bolestí, což negativně ovlivňuje jejich kvalitu života. Hollerová (2020) označuje hodnocení bolesti u pacientů s demencí za jednu z největších výzev domácí péče. Upozorňuje na nezbytnost kombinovat různé pozorovací metody. Je zřejmé, že bez vhodných behaviorálních nástrojů nelze u této skupiny pacientů zajistit odpovídající míru komfortu a kvality života.

ZÁVĚR

Problematika hodnocení bolesti u pacientů v domácí je stále aktuálním tématem, které nabývá význam v souvislosti s rostoucím počtem pacientů, kteří využívají domácí zdravotní služby. Přestože existuje řada validovaných nástrojů pro hodnocení bolesti, jejich uplatnění v domácí péči s sebou přináší specifické výzvy, mezi ně patří omezené možnosti odborného dohledu, nedostatek informací u pacientů a jejich rodinných příslušníků, nebo různé komunikační bariéry. Bolest vyžaduje individuální přístup, který zahrnuje nejen hodnocení intenzity bolesti, ale také vliv bolesti na kvalitu života, emoční stav a funkční schopnosti pacienta. Z praktické části této práce vyplynulo, že právě sestra hraje klíčovou roli při monitorování bolesti a výběru vhodného měřicího nástroje. Ukázalo se, že nejefektivnější nástroje pro domácí péči jsou takové, které jsou srozumitelné pro pacienty, popřípadě pro rodinné pečující, časově nenáročné, nevyžadují klinické vyšetření a umožňují zachytit vývoj bolesti v čase. Správně zvolený nástroj navíc může sestrám pomoci lépe rozpoznat typ bolesti a po konzultaci s lékařem přizpůsobit následnou léčbu pacientovým potřebám. Důležitým zjištěním však je, že dostupnost odborné literatury věnované výhradně tématu hodnocení bolesti v domácí péči je poměrně omezená. Většina dostupné literatury se zaměřuje na nemocniční prostředí nebo obecné přístupy, přičemž domácí péče je často opomíjena. To poukazuje na potřebu rozšířit výzkum zaměřený na hodnocení bolesti v prostředí domácí péče. Na základě analýzy dostupné literatury a srovnání jednotlivých nástrojů lze doporučit, aby hodnocení bolesti v domácí péči bylo součástí standardizovaných ošetrovatelských postupů. Dále by mělo být podpořeno vzdělávání sester v oblasti hodnocení bolesti, a to včetně specifík u pacientů s omezenou schopností komunikace. V neposlední řadě je důležité, aby bylo hodnocení bolesti prováděno pravidelně, individuálně přizpůsobeného v kontextu celkového zdravotního a psychosociálního stavu pacienta. Důležitá je i spolupráce s rodinnou, která sehraává každodenní péči a může významně přispět k přesnějšímu hodnocení bolesti. Sestra by měla rodinné pečující vhodně edukovat a zapojit je do procesu sledování bolesti. Pouze tak lze zajistit komplexní a účinnou péči, která odpovídá skutečným potřebám pacientů v domácí péči.

Téma bolesti v domácí péči je velmi široké, a proto by bylo vhodné, aby se další výzkumy zaměřily také na míru informovanosti a připravenosti rodinných pečujících na rozpoznání a hodnocení bolesti v domácí prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANAGNOSTOPOULOS, Fotios; PARAPONIARI, Aristi a KAFETSIOS, Konstantinos, 2023. The Role of Pain Catastrophizing, Emotional Intelligence, and Pain Intensity in the Quality of Life of Cancer Patients with Chronic Pain. Online. *Journal of clinical psychology in medical settings*. Vol. 30, no. 3, s. 501-519. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09921-5>. [cit. 2025-04-18].

ANZAR, Shoukkathali; KOSHY, Cherian a ABRAHAM, Kurian Mathew, 2017. Validation of the Malayalam Version of Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale in Cancer Patients in the Regional Cancer Centre, Thiruvananthapuram, Kerala, India. Online. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol. 23, no. 3, s. 293-299. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_119_16. [cit. 2025-04-18].

BENNETT, Michael; SMITH, Blair; TORRANCE, Nicola a POTTER, Jean, 2005. The S-LANSSScore for Identifying Pain of Predominantly Neuropathic Origin: Validation for Use in Clinical and Postal Research. Online. *The Journal of Pain*. Vol. 6, no. 3, s. 137-212. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.11.007>. [cit. 2025-05-20].

BENZON, Honorio; RATHMELL, James P.; WU, Christopher L.; TURK, Denis; ARGOFF, Charles E. a HURLEY, Robert W, 2022. *Practical Management of Pain*. Nizozemsko: Elsevier. ISBN 9780323711029.

BROOK, Judy; MCGRAW, Caroline a THURTMORE, Val, 2021. *Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing*. New York: Oxford University Press. ISBN 9780198831822.

CARVALHO Anamada Barros; GARCIA Joao Batista Santos; SILVA Thayanne Kelly a RIBEIRO JoaoVictor Forseca, 2016. Translation and transcultural adaptation of Pain Quality Assessment Scale (PQAS) to Brazilian version. Online. *Braz Journal of Anesthesiology*. Vol. 66, no. 1, s. 94-104. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.10.018>. [cit 2025-04-20].

ČESKO, 2011b. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

ČESKO, 2011a. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-37>.

DOLEŽAL, Tomáš; HAKL, Marek; KOZÁK, Jiří; KRŠIAK, Miroslav; LEJČKO, Jan et al., 2008. *Doporučené diagnostické a léčebné postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN: 978-80-86998-23-7.

FADEYEVATAN, Reza; ALIDEH-KHOEI, Mahtab; HESSAMI-AZAR, Salaheddin Taleb, SHARIFI, Farshad; HAGHI, Marjan et al., 2019. Validity and Reliability of 11-face Faces Pain Scale in the Iran Elderly Community with Chronic Pain. Online. *Indian journal of palliative care*. Vol. 25, no. 1, s. 46. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_126_18. [cit. 2025-04-10].

GOMEZ, Ma. Felisse Carmen S.; GOMEZ, Maria Faye Anne S.; GOMEZ, Maria Honolia S.; QUE, Jocelyn C. a ROSALES, Raymond L., 2019. PainDETECT Questionnaire Filipino version: Transcultural adaptation and validation in two widely spoken regional languages (Tagalog and Cebuano). Online. *Neurology Asia*. Vol. 24, no. 1, s. 21–30. Dostupné z: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=f8d58fdf-3469-3009-996d-3e5f78f3f22c>. [cit. 2025-04-18].

HAKL, Marek, 2022. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-727-3.

HAMPLOVÁ, Lidmila, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2827-3.

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 9788080632571.

HOLLEROVÁ, Denisa, 2020. *Léčba chronické bolesti v domácím prostředí*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5295ga/>. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta humanitních studií.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JENSEN, Mark P.; GAMMAITONI, Arnold R.; OLALEYE, David O.; OLEKA, Napoleon; NALAMACHU, Srinivas R. a GALER, Bradley S., 2006. The Pain Quality Assessment Scale: Assessment of Pain Quality in Carpal Tunnel Syndrome. Online. *The Journal of Pain*. Vol. 7, no. 11, s. 823-832. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.04.003>. [cit 2025-05-20].

KOLEKTIV AUTORŮ, 2021. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-90-4.

KOŽUCHOVÁ, Mária; BUBENÍKOVÁ, Milina; FARSKÝ, Ivan; KURUCOVÁ Radka a TABÁKOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, spol. s. r. o. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRÁTKÁ, Anna a ŠILHÁKOVÁ, Gabriela, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-731-8726.

KRKOŠKA, Peter; RAJDOVÁ, Aneta; BEDNAŘÍK, Josef; RYBA, Luděk; ADAMOVÁ, Blanka a VLČKOVÁ, Eva, 2022. Validace české jazykové verze dotazníků DN4 a PainDetect pro diagnostiku neuropatické bolesti. Online. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. Roč. 85, č. 1, s. 59-69. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccsnn202259>. [cit. 2025-05-20].

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovateľská péče v diabetologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5367-6.

KUMAR Divyesh; DEY Treshita a ARORA Mini, 2024. A Prospective Study to Compare Caregivers' Knowledge and Perception of Cancer Pain with Patients' Pain Assessment and to Evaluate their Quality of Life. Online. *Indian Journal Palliative Care*. Vol. 30, no. 1, s. 41-46. Dostupné z https://doi.org/10.25259/IJPC_133_2021. [cit. 2025-04-10].

LANDA, Leoš; JUŘICA, Jan; HŘIB, Radovan; PECHÁČKOVÁ, Monika; POCHOP, Lukáš et al., 2020. *Léčebné konopí v současné medicínské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3967-0.

MAIDIN, Muhammad, Amirul; ABDUL, Rahman; NOOR, Artiny a HUSAIN, Asmah, 2023. Pain descriptors and adaptation of Short Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2) for older people in Brunei Darussalam. Online. *Palliative Medicine in Practice*. Vol. 17, no. 3, s. 130–138. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/PMPI.a2023.0011>. [cit 2025-04-18].

MALTONI, Benedetta; FORTI, Paola; ZOLI, Marco; MALTONI, Marco a RICCI, Marianna, 2018. Prevalence of Chronic Cancer and No-Cancer Pain in Elderly Hospitalized Patients: Elements for the Early Assessment of Palliative Care Needs. Online. *International Journal of Gerontology*. Vol. 12, no. 3, s. 180-185. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2017.11.005>. [cit. 2025-04-20].

MAREŠ, Jiří, 2013. Přehledová studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. Online. *Pedagogická orientace*. Roč. 23, č. 4, s. 427-454. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/PedOr2013-4-427>. [cit. 2025-04-02].

MELZAC, Roland, 1987. The Short-Form McGill Pain Questionnaire. Online. *Pain*. Vol. 30, no. 2, s. 191-197. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8). [cit. 2025-05-20].

MISCONIOVÁ, Blanka, 2008. *Domácí péče-otázky a odpovědi*. In: Pečující on-line: Staráte se o starší osobu a nevíte si rady? Online. Praha. Dostupné z: <https://www.pecujici.cz/cz/prirucky/domaci-pece-otazky-a-odpovedi>. [cit. 2025-01-25].

MZČR, 2019. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru: Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče*. Online. Dostupné z: <https://1url.cz/zu8oG>. [cit. 2025-02-10].

MZČR, 2020. *Koncepce domácí péče*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/koncepce-domaci-pece/>. [cit. 2025-02-09].

MZČR, 2021. Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání Všeobecná sestra. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/prehled-kvalifikacnich-standardu/>. [cit. 2025-02-10].

OKIMASA, Seiji; SAITO, Yasufumi; OKUDA, Hiroshi; FUKUDA, Toshikatsu; YANO, Masatsugu a OKAMOTO, Yuzo, 2016. Assessment of cancer pain in patient with communication difficulties: a case report. Online. *Journal of medical case reports*. Vol. 10, no. 1, s. 148. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13256-016-0935-2>. [cit. 2025-04-18].

PICKERING, Gisèle; MARCOUX, Margaux; CHAPIRO, Sylvie, 2016 An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People. Online. *Drugs & Aging*. Vol. 33, no. 8, s. 575–583. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0389-7>. [cit. 2025-04-10].

POKORNÁ, Andrea; KOMÍNKOVÁ, Alena; SCHNEIDEROVÁ, Michaela a PINKAVOVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.

ROKYTA, Richard, 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0312-6.

ROKYTA, Richard; KRŠIAK, Miloslav a KOZÁK, Jiří, 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-873-2302-1.

ŘASOVÁ, Kateřina, 2024. *Neurorehabilitace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5626-7.

SEIFERT, Bohumil; BÝMA, Svatopluk a SEIFERT, Martin, 2023. *Primární péče: všeobecné praktické lékařství: výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5478-2.

SEKOROVÁ, Jitka, 2021. *Hodnocení symptomů u pacientů v domácí paliativní péči*. Ostrava: Ostravská univerzita. Dostupné z: <https://theses.cz/id/tjdnxv/>. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK Jiří, 2011. *Paliativní medicína v praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2849-0.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9474-7.

SVOBODOVÁ, Dagmar, 2012. *Hodnocení bolesti u seniorů po operačním výkonu*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/znaxp/>. Masarykova univerzita Brno. Lékařská fakulta.

VADALOUCA, Athina; ALEXOPOULOU-VRACHNOU, Evnomia; REKATSINA, Martina; KOUROUKLI, Irene; KREMASTINO, Fani; GABOPOULOU, Zoi et al., 2022. The Greek Neuropathic Pain Registry: The structure and objectives of the sole NPR in Greece. Online. *Pain Practice*. Vol. 22, no. 1, s. 47-56. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/papr.13049>. [cit. 2025-04-20].

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VOKURKA, Samuel; EID, Michal; FIALOVÁ, Petra; HABÁNOVÁ, Michaela; SLÁMA, Ondřej et al., 2022. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3556.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Přehled vybraných nástrojů pro hodnocení bolesti.....	42
--	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APS	Abbey Pain Scale
BPI	Brief Pain Inventory
ČR	Česká republika
DN4	Douleur Neuropathique 4
FPS-11	The 11-face Faces Pain Scale
LANSS	The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International
NRS	Numeric Rating Scale
PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PCS	Pain Catastrophizing Scale
PDQ	painDetect Questionnaire
PPQ	Patient Pain Questionnaire
PQAS	Pain Quality Assessment Scale
SF-MPQ	Short Form McGill Pain Questionnaire
SF-MPQ-2	Short Form McGill Pain Questionnaire2
S-LANSS	The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs
VAS	Visual analogue scale

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 3 Činnosti zdravotnického pracovníka, § 4 Všeobecná sestra)

Příloha P II: Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 54 Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, § 66b Sestra pro domácí a hospicovou péči)

Příloha P III: Brief Pain Inventory (BPI)

Příloha P IV: Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)

Příloha P V: Douleur Neuropathique (DN4)

Příloha P VI: The 11-face Faces Pain Scale

Příloha P VII: PainDETECT Questionnaire (PDQ)

Příloha P VIII: Pain Quality Assessment Scale (PQAS)

Příloha P IX: Abbey Pain Scale (APS)

Příloha P X: Short Form McGill Pain Questionnaire

PŘÍLOHA P I: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB., VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví⁶⁾,
- c) provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů⁷⁾, pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů,
- g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe⁴¹⁾,
- h) podílí se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků,
- i) provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace⁴³⁾.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje,

případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

- a)** vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnoticích a měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy,
- b)** sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,
- c)** pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta,
- d)** získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,
- e)** zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,
- f)** provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost,
- g)** hodnotit a ošetrovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetrovat stomie,
- h)** hodnotit a ošetrovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,
- i)** pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,
- j)** provádět rehabilitační ošetrování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- k)** edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály,
- l)** orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- m)** zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,

- n)** poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- o)** přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- p)** přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- q)** analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče⁴²⁾,
- r)** zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků,
- s)** doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,
- t)** doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí,
- u)** provádět výměnu močového katetru u žen a dívek starších 3 let věku,
- v)** provádět výměnu periferního žilního katetru pacientům starším 3 let věku a jeho odstranění.

(2) Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 s výjimkou písmene q).

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

- a)** zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,

- b)** podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,
- c)** zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d)** provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,
- e)** provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,
- f)** odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,
- g)** provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,
- h)** provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,
- i)** provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,
- j)** asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- k)** provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- l)** podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely⁴⁴⁾.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty¹²⁾,

b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,

c) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(5) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru může na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru pacientům starším 3 let věku.

(6) Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat

programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace (Česko, 2011b).

PŘÍLOHA P II: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67c po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace,
8. provádět a dokumentovat fyzikální vyšetření pacienta;

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetrovat po výkonu,
2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech (Česko, 2011b)

§ 66b

Sestra pro domácí a hospicovou péči

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- 1.** zjišťovat zdravotní a sociální situaci pacienta a osob blízkých ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a následnému zajištění zdravotní a sociální péče,
- 2.** plánovat obsah, rozsah a časovou náročnost ošetrovatelské péče a vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče,
- 3.** edukovat pacienta a jeho osoby blízké v oblastech prevence onemocnění, přitom zejména spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem,
- 4.** vyhotovovat plán ošetrovatelské paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami jemu blízkými,
- 5.** pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- 6.** pečovat o pacienta na domácí plicní ventilaci, včetně obsluhy zdravotnických prostředků, vyhodnocení ventilačních parametrů, výměny tracheostomické kanyly při komplikacích, provádět poučení pacienta a jím určených osob o používání pomůcek a obsluhu zdravotnických prostředků,
- 7.** hodnotit a ošetrovat nehojící se rány,
- 8.** zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- 9.** podávat očistné klyzma nebo provádět manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku,
- 10.** aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, včetně zavedení periferního žilního katetru,
- 11.** provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku,

12. doporučovat pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče. Přitom zejména může

1. zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace,

2. podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,

3. zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění,

4. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,

5. provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,

6. provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

7. nastavovat ventilační parametry při poskytování domácí umělé plicní ventilace,

8. provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku (Česko, 2011b).

PŘÍLOHA P III: BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

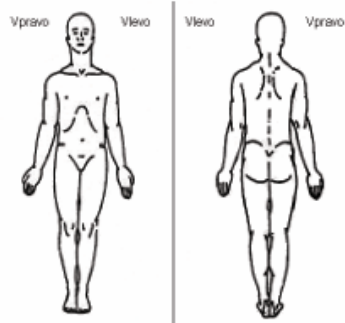
Brief Pain Inventory (česká verze)

- 1) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub).

Cítil(a) jste dnes jinou než takovouto všední bolest?

Ano₁

Ne₂



- 2) Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí.
Nejbolestivější místo označte "X".

Intenzita bolesti

- 3) Ohodnoťte prosím svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší NEJHORŠÍ bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 4) Ohodnoťte prosím svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší NEJMENŠÍ bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 5) Ohodnoťte prosím svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší PRŮMĚRNÉ bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 6) Ohodnoťte prosím svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte PRÁVĚ TEĎ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Léčba bolesti

- 7) Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?

- 8) Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?

- 9) Označte prosím procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc léky nebo léčba uleví.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Vliv bolesti na život (interference)

- 10) Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši:

a) celkovou aktivitu:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnost chodit:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) běžnou práci (doma i mimo domov):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vztahy s jinými lidmi:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánek:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radost ze života:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Sláma et al., 2011)

PŘÍLOHA P IV: LEEDS ASSESSMENT OF NEUROPATHIC SYMPTOMS AND SIGNS (S-LANSS)

APPENDIX

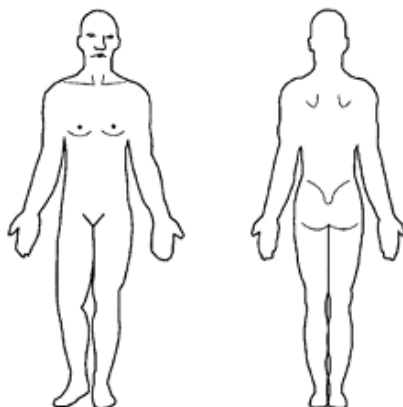
THE S-LANSS PAIN SCORE

Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (self-complete)

NAME _____

DATE _____

- This questionnaire can tell us about the type of pain that you may be experiencing. This can help in deciding how best to treat it.
- Please draw on the diagram below where you feel your pain. If you have pain in more than one area, **only shade in the one main area where your worst pain is.**



- On the scale below, please indicate how bad your pain (that you have shown on the above diagram) has been in the last week where:
'0' means no pain and '10' means pain as severe as it could be.

NONE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 SEVERE PAIN

-
- On the other side of the page are 7 questions about your pain (the one in the diagram).
 - Think about how your pain that you showed in the diagram has felt **over the last week**. Please circle the descriptions that best match your pain. These descriptions may, or may not, match your pain no matter how severe it feels.
 - Only circle the responses that describe your pain. **Please turn over.**

S-LANSS

1. **In the area where you have pain, do you also have 'pins and needles', tingling or prickling sensations?**
 - a) NO – I don't get these sensations (0)
 - b) YES – I get these sensations often (5)
2. **Does the painful area change colour (perhaps looks mottled or more red) when the pain is particularly bad?**
 - a) NO – The pain does not affect the colour of my skin (0)
 - b) YES – I have noticed that the pain does make my skin look different from normal (5)
3. **Does your pain make the affected skin abnormally sensitive to touch? Getting unpleasant sensations or pain when lightly stroking the skin might describe this.**
 - a) NO – The pain does not make my skin in that area abnormally sensitive to touch (0)
 - b) YES – My skin in that area is particularly sensitive to touch (3)
4. **Does your pain come on suddenly and in bursts for no apparent reason when you are completely still? Words like 'electric shocks', jumping and bursting might describe this.**
 - a) NO – My pain doesn't really feel like this (0)
 - b) YES – I get these sensations often (2)
5. **In the area where you have pain, does your skin feel unusually hot like a burning pain?**
 - a) NO – I don't have burning pain (0)
 - b) YES – I get burning pain often (1)
6. **Gently rub the painful area with your index finger and then rub a non-painful area (for example, an area of skin further away or on the opposite side from the painful area). How does this rubbing feel in the painful area?**
 - a) The painful area feels no different from the non-painful area (0)
 - b) I feel discomfort, like pins and needles, tingling or burning in the painful area that is different from the non-painful area (5)
7. **Gently press on the painful area with your finger tip then gently press in the same way onto a non-painful area (the same non-painful area that you chose in the last question). How does this feel in the painful area?**
 - a) The painful area does not feel different from the non-painful area (0)
 - b) I feel numbness or tenderness in the painful area that is different from the non-painful area (3)

Scoring: a score of 12 or more suggests pain of predominantly neuropathic origin

(Bennett et al., 2005)

PŘÍLOHA P V: DOULEUR NEUROPATHIQUE (DN 4)

Test DN4_{CZ}.

Dotazníková část

Otázka 1: Má bolest jednu nebo více níže uvedených charakteristik?
(odpovídá pacient)

	ANO	NE
1. Pálení (pálivá bolest)		
2. Bolestivý chlad		
3. Pocit elektrických šoků (výbojů)		

Otázka 2: Je bolest spojena s jedním nebo více příznaky v oblasti bolesti?

	ANO	NE
4. Brnění		
5. Mravenčení		
6. Necitlivost		
7. Svědění		

Skóre pacienta v dotazníkové části (DN4 I):/7 (cut-off $\geq 3/7$)

Vyšetření pacienta

Otázka 3: Je tato bolest lokalizovaná v oblasti, v níž lze klinickým vyšetřením odhalit jednu nebo obě následující poruchy?
(porovnáním s citlivostí v nebolestivé oblasti)

	ANO	NE
8. Snížení citlivosti na dotyk		
9. Snížení citlivosti na tlak (von Frey č. 13)		

Otázka 4: Může být bolest vyvolána nebo zvýrazněna v bolestivé oblasti?

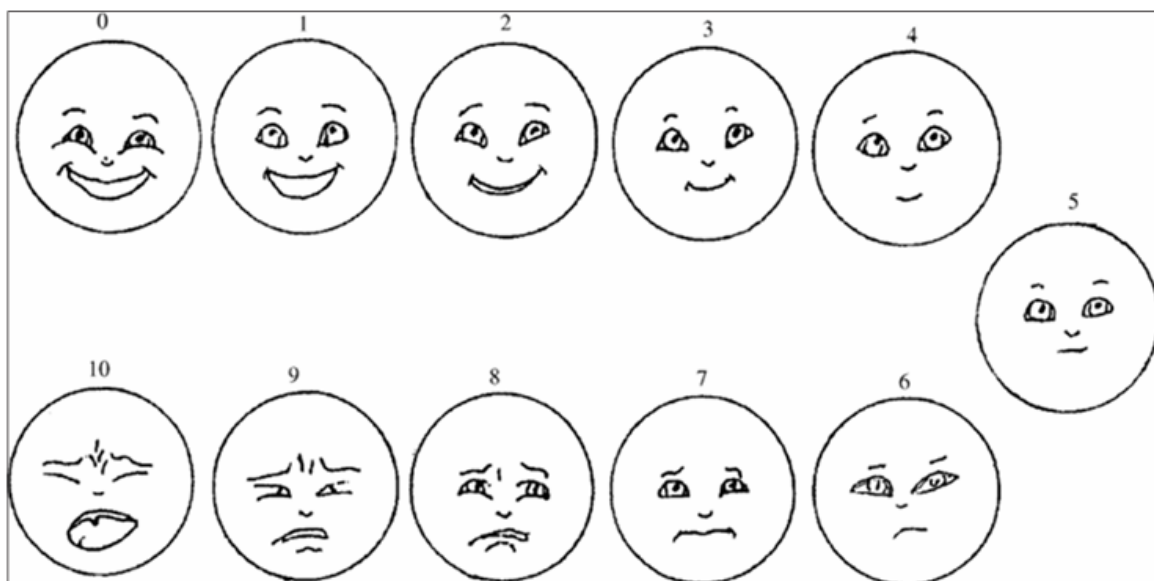
	ANO	NE
10. Třením smotkem vaty (dynamická taktilní alodynie)		

Celkové skóre pacienta (DN4 II):/10 (cut-off $\geq 4/10$)

Vysvětlivky: ANO = 1 bod, NE = 0 bodů

(Krkoška et al., 2022)

PŘÍLOHA P VI: THE 11-FACES FACE PAIN SCALE



(Fadeyevatan et al. 2019)

PŘÍLOHA P VII: PAINDETECT QUESTIONNAIRE (PDQ)

painDETECT

DOTAZNÍK O BOLESTI

Datum: **Pacient:** **Příjmení:** **Jméno:**

Jak byste ohodnotila svou bolest nyní, v tomto okamžiku?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

žádná maximální

Jak silná byla Vaše **nejsilnější** bolest během minulých 4 týdnů?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

žádná maximální

Jak silná byla bolest během minulých 4 týdnů **v průměru**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

žádná maximální

Zakřížte políčko vpravo vedle obrázku, který nejlépe vystihuje průběh Vaší bolesti:

Trvalá bolest s mírnými výkyvy

☐

Trvalá bolest s občasnými záchvaty silné bolesti

☐

Záchvaty silné bolesti, mezi nimi bez bolesti

☐

Časté záchvaty silné bolesti, a mezi nimi trvalá bolest

☐

Označte prosím křížkem nebo vystínováním jednu hlavní oblast Vaší bolesti přetažením a umístěním níže uvedených ikon

0 0 0 0 → ↓ ← ↑

Vyzařuje Vaše bolest i do jiných částí těla?

ano ☐ ne ☐

Pokud ano, nakreslete prosím šipkou směr, kterým bolest vyzařuje.

Míváte v této označené oblasti pálivé bolesti (jako např. při popálení kopřivou)?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Míváte v této označené oblasti pocit brnění nebo šimrání (jako mravenčení, brnění jako od elektřiny)?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Působí Vám v této označené oblasti bolest lehký pohyblivý dotek na velké ploše (s oblečením, příkrývkou)?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Míváte v této označené oblasti Vaši bolest vystřelující záchvaty silné bolesti, jakoby od elektrického proudu?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Je pro Vás chlad nebo teplo (např. voda ve vaně) v této označené oblasti občas bolestivé?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Trpíte v této označené oblasti pocitem znecitlivění?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Vyvolává lehký stálý tlak, např. prstem, v této označené oblasti bolest?

vůbec ne ☐ takřka vůbec ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Výsledek screeningu

přítomnosti neuropatické komponenty bolesti

negativní

nejasně

pozitivní

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Neuropatická komponenta bolesti je nepravděpodobná (< 15%)

Nejednoznačný výsledek, avšak neuropatická komponenta bolesti může být přítomna

Neuropatická komponenta bolesti je pravděpodobná (> 30%)

Tento dotazník nenahrazuje lékařskou diagnostiku!

Slouží k provádění screeningu přítomnosti neuropatické komponenty bolesti

pain

DFNS

(Krkoška et al., 2022)

PŘÍLOHA P VIII: PAIN QUALITY ASSESSMENT SCALE (PQAS)

1. Please use the scale below to tell us how intense your pain has been over the past week, on average.		
No pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most intense pain sensation imaginable
2. Please use the scale below to tell us how sharp your pain has felt over the past week. Words used to describe sharp feelings include " <u>like a knife</u> ," " <u>like a spike</u> ," or " <u>piercing</u> ."		
Not sharp	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most sharp sensation imaginable ("like a knife")
3. Please use the scale below to tell us how hot your pain has felt over the past week. Words used to describe very hot pain include " <u>burning</u> " and " <u>on fire</u> ."		
Not hot	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most hot sensation imaginable ("burning")
4. Please use the scale below to tell us how dull your pain has felt over the past week.		
Not dull	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most dull sensation imaginable
5. Please use the scale below to tell us how cold your pain has felt over the past week. Words used to describe very cold pain include " <u>like ice</u> " and " <u>freezing</u> ."		
Not cold	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most cold sensation imaginable ("freezing")
6. Please use the scale below to tell us how sensitive your skin has been to light touch or clothing rubbing against it over the past week. Words used to describe sensitive skin include " <u>like sunburned skin</u> " and " <u>raw skin</u> ."		
Not sensitive	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most sensitive sensation imaginable ("raw skin")
7. Please use the scale below to tell us how tender your pain is when something has pressed against it over the past week. Another word used to describe tender pain is " <u>like a bruise</u> ."		
Not tender	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most tender sensation imaginable ("like a bruise")
8. Please use the scale below to tell us how itchy your pain has felt over the past week. Words used to describe itchy pain include " <u>like poison ivy</u> " and " <u>like a mosquito bite</u> ."		
Not itchy	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most itchy sensation imaginable ("like poison ivy")
9. Please use the scale below to tell us how much your pain has felt like it has been shooting over the past week. Another word used to describe shooting pain is " <u>zapping</u> ."		
Not shooting	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	The most shooting sensation imaginable ("zapping")

10. Please use the scale below to tell us how **numb** your pain has felt over the past week. A phrase that can be used to describe numb pain is "like it is asleep."

Not
numb

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **numb**
sensation imaginable
("asleep")

11. Please use the scale below to tell us how much your pain sensations have felt **electrical** over the past week. Words used to describe electrical pain include "shocks," "lightning," and "sparking."

Not
electrical

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **electrical**
sensation imaginable
("shocks")

12. Please use the scale below to tell us how **tingling** your pain has felt over the past week. Words used to describe tingling pain include "like pins and needles" and "prickling."

Not
tingling

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **tingling**
sensation imaginable
("pins and needles")

13. Please use the scale below to tell us how **cramping** your pain has felt over the past week. Words used to describe cramping pain include "squeezing" and "tight."

Not
cramping

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **cramping**
sensation imaginable
("squeezing")

14. Please use the scale below to tell us how **radiating** your pain has felt over the past week. Another word used to describe radiating pain is "spreading."

Not
radiating

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **radiating**
sensation imaginable
("spreading")

15. Please use the scale below to tell us how **throbbing** your pain has felt over the past week. Another word used to describe throbbing pain is "pounding."

Not
throbbing

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **throbbing**
sensation imaginable
("pounding")

16. Please use the scale below to tell us how **aching** your pain has felt over the past week. Another word used to describe aching pain is "like a toothache."

Not
aching

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **aching**
sensation imaginable
("like a toothache")

17. Please use the scale below to tell us how **heavy** your pain has felt over the past week. Other words used to describe heavy pain are "pressure" and "weighted down."

Not
heavy

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

The most **heavy**
sensation imaginable
("weighted down")

18. Now that you have told us the different types of pain sensations you have felt, we want you to tell us overall how **unpleasant** your pain has been to you over the past week. Words used to describe very unpleasant pain include “**annoying**,” “**bothersome**,” “**miserable**,” and “**intolerable**.” Remember, pain can have a low intensity but still feel extremely unpleasant, and some kinds of pain can have a high intensity but be very tolerable. With this scale, please tell us how **unpleasant** your pain feels.

Not unpleasant 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

The most **unpleasant** sensation imaginable (“intolerable”)

19. Finally, we want you to give us an estimate of the severity of your **deep** versus **surface** pain over the past week. We want you to rate each location of pain separately. We realize that it can be difficult to make these estimates, and most likely it will be a “best guess,” but please give us your best estimate.

HOW INTENSE IS YOUR DEEP PAIN?

No **deep** pain 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

The most **intense deep** pain sensation imaginable

HOW INTENSE IS YOUR SURFACE PAIN?

No **surface** pain 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

The most **intense surface** pain sensation imaginable

20. Pain can also have different time qualities. For some people, the pain comes and goes and so they have some moments that are completely without pain; in other words the pain “comes and goes”. This is called **intermittent** pain. Others are never pain free, but their pain types and pain severity can vary from one moment to the next. This is called **variable** pain. For these people, the increases can be severe, so that they feel they have moments of very intense pain (“breakthrough” pain), but at other times they can feel lower levels of pain (“background” pain). Still, they are never pain free. Other people have pain that really does not change that much from one moment to another. This is called **stable** pain. Which of these best describes the time pattern of your pain (please select only one):

- () I have **intermittent** pain (I feel pain sometimes but I am pain-free at other times).
- () I have **variable** pain (“background” pain all the time, but also moments of more pain, or even severe “breakthrough pain or varying types of pain).
- () I have **stable** pain (constant pain that does not change very much from one moment to another, and no pain-free periods).

(Jensen et al., 2006)

PŘÍLOHA P IX: ABBEY PAIN SCALE (APS)

Abbey Pain Scale For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise.										
How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6 Name of resident: _____ Name and designation of person completing the scale: _____ Date: _____ Time: _____ Latest pain relief given was _____ at _____ hrs.										
Q1.	Vocalisation eg: whimpering, groaning, crying <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q1								
Q2.	Facial expression eg: looking tense, frowning grimacing, looking frightened <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q2								
Q3.	Change in body language eg: fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q3								
Q4.	Behavioural change eg: increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q4								
Q5.	Physiological change eg: temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q5								
Q6.	Physical changes eg: skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q6								
Add scores for 1-6 and record here Now tick the box that matches the Total pain score Finally, tick the box which matches the type of pain ➔ Total pain score <table border="1" style="margin-top: 10px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">0-2 No pain</td> <td style="padding: 5px;">3-7 Mild</td> <td style="padding: 5px;">8-13 Moderate</td> <td style="padding: 5px;">14+ Severe</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-top: 10px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Chronic</td> <td style="padding: 5px;">Acute</td> <td style="padding: 5px;">Acute on chronic</td> </tr> </table>				0-2 No pain	3-7 Mild	8-13 Moderate	14+ Severe	Chronic	Acute	Acute on chronic
0-2 No pain	3-7 Mild	8-13 Moderate	14+ Severe							
Chronic	Acute	Acute on chronic								

(Okimasa et al., 2016)

PŘÍLOHA P. X: SHORT FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (SF-MPQ)

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE RONALD MELZACK

PATIENT'S NAME: _____

DATE: _____

	<u>NONE</u>	<u>MILD</u>	<u>MODERATE</u>	<u>SEVERE</u>
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

P P I

- 0 NO PAIN _____
- 1 MILD _____
- 2 DISCOMFORTING _____
- 3 DISTRESSING _____
- 4 HORRIBLE _____
- 5 EXCRUCIATING _____

© R. Melzack, 1984

(Melzac,1987)