

záchranáře (6,3 %) byla omezená, což může mít vliv na obecnou interpretaci výsledků. Průměrné skóre úrovně znalostí a postojů obou skupin respondentů bylo 49,5 %. Podobných výsledků dosáhla například studie Alsaman a kol., provedená v Saudské Arábii [18]. Výrazný deficit znalostí byl prokázán především v oblasti managementu bolesti u nádorového typu bolesti, a to jak v aplikaci léčiv, kombinacích analgetik, tak ve způsobech doporučeného způsobu jejich aplikace. Tento výsledek bylo možné očekávat, vzhledem ke skutečnosti, že na pracovištích JIP, na nichž byl výzkum realizován, typicky není poskytována péče chronicky nemocným onkologickým pacientům. Mezi zajímavá zjištění patří výsledky srovnání odpovědí na některé položky, které prokázalo nesoulad mezi znalostmi a postoji respondentů, kdy například uvedli, že nejpravděpodobnějším důvodem, proč pacient vyžaduje zvýšení dávky analgetika, je že pociťuje zvýšenou bolest (59,4 %), ale pouze 37 % respondentů uvedlo správnou odpověď v otázce týkající se aplikace placeba. Přestože je problematika použití placeba u pacientů v odborné literatuře diskutována a zkoumána, jak naznačuje například studie Mortensena a kol. [19], nejeví se jako vhodná alternativa k terapii bolesti u pacientů v intenzivní péči, a to zejména s dopady na celkový stav pacienta a zhoršování schopnosti organismu reagovat na zátěž.

Z analýzy odpovědí na zbývající položky byla ověřena průměrně méně než 50% úspěšnost. Za nejvíce alarmující považujeme přetrvávající mýtus, že vitální funkce jsou vždy spolehlivým ukazatelem intenzity bolesti, tuto odpověď uvedlo 46 % respondentů. Podobná situace se týkala položky zaměřené na posouzení intenzity bolesti, kdy pouze 48,7 % respondentů uvedlo, že je to samotný pacient, kdo nejlépe vyhodnotí svou bolest. Domníváme se, že mohlo dojít k nepochopení položky, přesto že operacionalizace odborných termínů a položek byla opakovaně ověřována různými výzkumy [20]. Respondenti se mohli domnívat, že právě v podmínkách intenzivní péče jsou schopnosti pacienta ovlivněny poruchou kognice a vědomí či objektivními důvody, které brání verbální expresi. Hodnocení bolesti na JIP je náročné z mnoha důvodů, přesto je vždy její vnímání subjektivní a její vlastní hodnocení pacientem je nejspolehlivější metodou [3].

Omezené znalosti v oblasti péče o pacienta s bolestí v intenzivní péči souvisí s dosaženou úrovní vzdělání a specializací respondentů, jak ukázaly výsledky naší studie. Respondenti s deklarovaným magisterským stupněm vzdělání dosáhli, v porovnání s respondenty se středoškolským vzděláním, lepších výsledků. Úroveň dosaženého vzdělání pozitivně koreluje s vyššími úrovní znalostí a efektivními postupy v péči o pacienty s bolestí, jak potvrzuje studie Alomari a kol. [21]. Z věcného hlediska je ale třeba uvést, že respondentů s magisterským vzděláním bylo v celém souboru 20 % (n = 41).

Bylo ověřeno, že typ pracoviště, na kterém respondenti působí, rovněž determinuje znalosti v péči o pacienty s bolestí. V naší studii byla nejvyšší úroveň znalostí u respondentů z pracoviště následně intenzivní péče (NIP). V kontextu naší studie považujeme uvedené zjištění za logické. Na NIP jsou většinou hospitalizováni pacienti s dlouhodobými a chronickými obtížemi a zřejmě je tam dobře zavedena analgoterapie. Tato skutečnost může být rovněž ovlivněna složením pacientů, kteří jsou mnohdy již ve stabilizovaném stavu a na těchto pracovištích bývá kladen důraz na komfort a kvalitu života, což může

vést k lepší vnímavosti. Naopak v akutní péči není mnohdy prostor pro systematické hodnocení bolesti, protože pozornost zdravotnického personálu bývá často zaměřena především na stabilizaci životních funkcí. Projevy bolesti mohou být také překryty jinými projevy, případně potlačeny farmakologicky nebo samotným kritickým stavem nemocného [22].

V naší studii jsme rovněž ověřili, že existuje variabilita ve využívání škál pro hodnocení bolesti, která naznačuje nesystematický přístup k hodnocení bolesti, neboť až 31 % respondentů deklarovalo použití stejných škál pro různé skupiny pacientů (s poruchou anebo bez poruchy vědomí). Výrazná heterogenita byla prokázána rovněž v používání konkrétních škál a skórovacích systémů, přičemž dle našeho názoru je alarmujícím výsledkem deklarované využívání škály VAS (28,4 %) a hodnocení vitálních funkcí (23,4 %) jako samostatné metody v evaluaci bolesti u pacientů s poruchou vědomí. Studie naznačují, že evaluace bolesti pomocí vitálních funkcí je častá, ale pro efektivní léčbu nevhodná [23], a pro specifickou skupinu pacientů v intenzivní péči existují validované skórovací systémy, např. dříve zmíněné CPOT nebo BPS [3]. Obě škály se zaměřují na několik domén chování a zohledňují rovněž ventilaci nemocného. CPOT a BPS mají rozdílnou senzitivitu a specifitu, ale v kombinovaném užití dosahují vyšší efektivity při evaluaci bolesti [20].

Silné stránky a limity studie

Hlavní silnou stránkou naší studie je využití validovaného nástroje KASRP [15], který byl pro účely námi realizované studie použit s cílem oslovit nelékařské zdravotnické pracovníky na pracovištích poskytujících intenzivní péči napříč Českou republikou. Dle nám dostupných informací se jednalo o první studii plánovanou v takovém rozsahu (zapojeni byli respondenti ze 13 z celkového počtu 14 krajů v ČR). Nicméně z celkového počtu oslovených pracovišť (n = 109) byla získána negativní odpověď a výzkum nebyl umožněn (n = 34). Limitem studie, který má vliv na konečné výsledky může být i z uvedeného důvodu především relativně nízký počet respondentů a nehomogenita v rozdělení profesí (majorita všeobecných sester), které následně neumožňují generalizovat zjištění na národní úrovni. Nerovnoměrné zastoupení mužů a žen ve zkoumané populaci odpovídá profesní skladbě u nelékařských zdravotnických pracovníků v klinické praxi – cílové populaci respondentů studie (převaha žen). Možným dalším vysvětlením je větší ochota žen účastnit se výzkumu. Limitem je rovněž nezařazení odpovědi *nevím* do celkových výsledků, aby nedošlo ke zkreslení. Tento přístup je vhodný v budoucnu zvážit a do výzkumu zařadit jako indikátor nejistoty nebo nedostatečné orientace respondentů v dané oblasti. Svou roli sehrává i fakt, že si respondenti mohli u znalostních položek správné odpovědi dohledat, nicméně tento faktor není zřejmě relevantní s ohledem na celkové výsledky studie, kdy znalosti nebyly na vysoké úrovni.

Dalším limitem studie je rozsah a délka dotazníku a jeho forma diseminace prostřednictvím profesně orientovaných skupin na sociálních sítích. Nekontrolovatelná distribuce a návratnost dotazníku mohla ovlivnit reprezentativnost vzorku. Zjištění rovněž nejsou zobecnitelná na všechna zdravotnická zařízení, a ne vždy musí odrážet aktuální klinickou praxi. Navazující studie v této oblasti by mohly přinést užitečné výsledky