

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti

Bc. Michaela Štursová

Diplomová práce

2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Štursová**
Osobní číslo: **Z10194**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací a vyhledávání odborné literatury.
2. Stanovení cílů, hypotéz a metod.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr respondentů a rozdání dotazníků.
6. Sběr, zpracování a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, hypotéz a celé diplomové práce.


Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. ADAM, Zdeněk; VORLÍČEK, Jiří; KOPTÍKOVÁ, Jana. Obecná onkologie a podpůrná léčba. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
2. DORFMÜLLER, Monika; DIETZFELBINGER, Hermann. Psychoonkologie : Diagnostik-Methoden-Therapieverfahren. 3. dopl. vyd. München : Elsevier GmbH, 2009. ISBN 978-3-437-24490-2.
3. HEHLMANN, Annemarie. Leitsymptome : Ein Handbuch für Studenten und Ärzte. vyd. 5. München : Elsevier GmbH, 2007. ISBN 978-3-437-42102-0.
4. KLENER, Pavel; KLENER JR., Pavel. Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2808-7.
5. ROKYTA, Richard, et al. Bolest a jak s ní zacházet. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
6. VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.


Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc.
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností a i do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Chrastí, dne 25. 4. 2012

Bc. Michaela Tursová

Podkování:

Tímto bych chtěla podkovat vedoucímu mé diplomové práce doc. MUDr. Jaroslavu Vaškovi, CSc, za poskytnutí a vnovaný čas, které mi poskytl při vypracování mé práce. Dále patří velký dík PhDr. Kateřině Šermákové za pomoc, cenné rady a ochotu při konzultacích o mé diplomové práci. Také bych chtěla podkovat paní Ing. Janu Holé, Ph.D, za pomoc při zpracování statistického vyhodnocení praktické části.

Dále bych chtěla podkovat sestřičkám z onkologických oddělení, které mně pomáhaly s vyplněním dotazníků. Velký dík patří zejména všem onkologickým pacientům, kteří ochotně dotazníky vyplnili, i přes své vážné onemocnění a léčbu.

V Chrastí dne 25. 4. 2012

Bc. Michaela TMŠursová

Anotace a klíčová slova

Anotace

Má diplomová práce se zabývá problematikou informovanosti onkologických pacientů o léčbě bolesti. V prvním úseku teoretické části popisují fyziologii, etiologii a léčbu bolesti. V další části se zamějí na téma onkologické bolesti. Popisují zde, jakými mechanismy může onkologická bolest vznikat, jakým způsobem se dá léčit. Část práce je věnována farmakologickým postupům v léčbě bolesti, také dávám prostor pro zmínění alternativních způsobů tlumení bolesti. V práci se též zabývám prlomovou bolestí, psycho-onkologií a ambulancemi léčby bolesti. Na teoretickou část navazuje část výzkumná. Výzkum probíhá formou dotazníkového šetření mezi onkologickými pacienty. Zjistí se, jakým způsobem jsou pacienti informováni o léčbě bolesti, o jejich spokojenosti s léčbou bolesti a také o intenzitě bolesti, kterou trpí.

Klíčová slova:

bolest, onkologická bolest, léčba bolesti, alternativní způsoby léčby bolesti, informovanost,

Summary

This thesis studies the question of oncology patients' awareness of pain treatment. First of all, the theoretical part describes the physiology, etiology and treatment of pain, focusing then on oncological pain. It presents source mechanisms of the pain and possible ways of treatment. It includes pharmacological methods of pain treatment as well as alternative ways of pain relief, covering also breakthrough pain, psycho-oncology and pain treatment departments.

The theoretical part is followed by an empirical part based on research carried out by means of interviews with oncological patients. It studies how the patients have been informed about pain treatment, their attitudes concerning pain treatment and the intensity of their pain.

Key words:

pain, oncological pain, pain treatment, alternative pain treatment, awareness

Obsah

Anotace	6
Klí ová slova:.....	6
Summary.....	6
Key words:	6
Úvod	10
Cíle práce	11
I TEORETICKÁ ÁST	12
1 Bolest	12
1.1 Fyziologiebolesti.....	12
1.1.1Dráha bolesti.....	13
1.2 Typy bolesti	13
1.2.1 Akutníbolest.....	13
1.2.2 Chronickábolest	14
2 Onkologická bolest.....	14
2.1 Patogeneze onkologické bolesti.....	15
2.1.1 Bolesti zp sobené vlastním nádorem.....	15
2.1.2 Bolesti zp sobené lé boua diagnostikou.....	15
2.1.3 Bolesti zp sobené oslabením nemocného	16
2.1.4 Bolesti bez p ímé souvislosti s onkologickým onemocněním	16
3 Pr lomová bolest	16
4 Hodnocení onkologické bolesti	17
4.1 Hodnocení intenzity bolesti	18
5 Terapie nádorové bolesti	20
5.1 Organizace lé by onkologické bolesti.....	20
5.2 Kauzální terapie onkologické bolesti	21

5.3	Symptomatická léčba bolesti	21
5.3.1	Farmakoterapie nádorové bolesti	21
5.3.1.1	Neopioidní analgetika	22
5.3.1.3	Koanalgetika	23
5.3.2	Radioterapie	24
5.3.3	Chemoterapie	24
5.3.4	Paliativní chirurgický výkon	25
5.3.5	Další nefarmakologické postupy v léčbě onkologické bolesti	25
6	Alternativní způsoby zvládnání bolestí	25
6.1	Akupunktura	25
6.2	Akupresura	26
6.3	Aromaterapie	27
6.4	Hypnóza	28
7	Psychoterapie v onkologii	28
8	Komunikace s onkologickým pacientem	29
8.1	Rozhovor s onkologickým pacientem	29
8.2	Rozhovor lékaře s pacientem o závažných skutečnostech	30
8.3	Komunikace s pacientem ve fázích modelu dle E. Kübler-Rossově	31
9	Ambulance bolesti	32
10	Informovanost pacient	33
10.1	Informovaný souhlas	33
II	Praktická část	35
1	Výzkumné otázky	35
2	Hypotézy	35
3	Metodika výzkumu	35
4	Statistické zpracování výsledků výzkumu	36
5	Prezentace výsledků výzkumu	39

Statistické vyhodnocení hypotéz.....	57
Diskuze	62
Záv r.....	65
Doporu ení pro praxi.....	66
Bibliografické citace.....	66
Seznam tabulek.....	70
Seznam obrázk ů a graf ů	70
Seznam zkratek.....	71
P ůlohy.....	72
P ůloha . 1- Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru.....	72
P ůloha . 2- Dotazník interference bolestí s denními aktivitami.....	73
P ůloha . 3 ů Medikamentózní fleb í ek dle WHO.....	74
P ůloha . 4 - Dotazník	75
P ůloha . 5 ů Akupresurní body dlaní a chodidel	80
P ůloha . 6 ů Akupunktura	81
P ůloha . 7- Seznam bylinek, které se vyuffívají v managementu bolesti.....	82

Úvod

Počet nádorových onemocnění stoupá, avšak život s onkologickým onemocněním se prodlužuje a pravděpodobnost vyléčení se zvyšuje. Kvalita života onkologických pacientů je určena množstvím symptomů a možnostmi jejich kontroly. Jedním z nejvýznamnějších symptomů je bolest. Nedostatečná léčba bolesti vede k tělesnému i psychickému utrpení. Znamená újmu běžné aktivity a má vliv i na náladu pacienta. Následně ovlivňuje život nejen nemocnému, ale celé jeho rodině. Má vliv na sociální život, někdy může vést až k sociální izolaci pacienta. Samozřejmě má onkologická bolest vliv i na ekonomickou situaci. Nemocný často musí přestat pracovat, léky a léčba stojí mnoho peněz.

Zhruba před dvaceti lety byla léčba onkologického onemocnění v plenkách, v tina nemocných trpěla velkými bolestmi a léčba z pravidla končila smrtí. I proto se před pacienty taková diagnóza obvykle zamlévala. Lékaři vyvolávali tzv. šmilosrdné lži. Informování byli v tinou jen přibližní. Dostatečná informovanost je předpokladem pro racionální rozhodování pacienta. Pokud je stanovena infaustní diagnóza, je nezbytné to pacientovi sdělit co nejdříve. A to zejména proto, aby měl dostatek času na vyřešení veškerých soukromých záležitostí. V současné době dochází k proměně vztahu lékaře a pacienta, kdy pacient je schopný být lékařem i partnerem při spolurozhodování o své léčbě. Pokud je pacient dostatečně informován o své diagnóze, prognóze a všech možnostech léčby, může se rozhodovat, jakým způsobem a kde by si přál zbytek života prožít. Nemusí být šokováno žádnými traumatizujícími a mnohdy invazivními léčbami, ale může se svobodně rozhodovat o své léčbě.

lovk, kterého by se nedotkla bolest a nemoc, neexistuje. Jifi Hippokrates chápal medicínu především jako odstranění utrpení a mírnění neřádných symptomů onemocnění. V dnešní době víme téměř vše o patofyziologii tělesných příznaků, včetně bolesti, a o tom, jakým způsobem lze do jednotlivých procesů zasahovat a jak je tlumit. Jifi se nemusíme bát, třeba kdo musí nesnesitelně trpět. Pokud onkologický pacient trpí, měl by zmítnit lékaře nebo se obrátit na specializovaná centra léčby bolesti. Zakladatelka komplexní paliativní péče Cecilie Saundersová začala analyzovat vše z pohledu šcelkové bolesti. Celková bolest se podle Saundersové skládá z bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální. Lékaři a zdravotníci se nejvíce zabývají fyzickou bolestí, v této oblasti jsou výborní vyškoleni, na druhé straně je jejich vzdělání nedostatečné, pokud jde o oblasti sociální, spirituální a emoční (Munzarová, 2008).

O bolest u onkologických pacientů jsem se začala více zajímat během své profesní praxe na jednotce intenzivní péče. Při své práci jsem si začala uvědomovat, že je velmi nutné

a dleffíté se zajímat o bolesti u onkologických pacientů . Jejich bolest je jiná, než u pacientů po operacích. Je stálá a velmi intenzivní, ovlivňuje jejich náladu, fyziologické funkce a jejich celkový stav. Vímela jsem si také, že pacienti často nejsou dostatečně informováni o možnostech léčby bolesti. Mnoho z pacientů, které jsem poznala, má problémy s předpisem na opioátové léky u obvodních lékařů, bojí se lékařů říct, že jim nerozumí, protože je nechtějí zdrflovat a obtflovat. Mají strach z uflívání opioátů, protože jim nikdo nevysvětlil, jak se tyto léky dají bezpečně a efektivně využívat. Proto jsem se rozhodla vnovat tomuto tématu svou diplomovou práci.

Cíle práce

Cíl teoretické části

Hlavním cílem teoretické části diplomové práce je sesumarovat informace o fyziologii, etiologii a o možnostech léčby onkologické bolesti.

Hlavní cíl praktické části

Jako hlavní cíl praktické části mé diplomové práce jsem si stanovila zjistit informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti.

Jako dílčí cíle jsem si zvolila:

- 1) Zjistit subjektivní spokojenost onkologických pacientů s informacemi o léčbě bolesti.
- 2) Zjistit zda jsou pacienti spokojeni s informacemi, které jim poskytují zdravotní sestry.
- 3) Zjistit zda délka léčby souvisí se spokojeností pacientů s informacemi.
- 4) Zjistit od koho pacienti nejčastěji získávají informace o léčbě bolesti.

I TEORETICKÁ ÁST

1 Bolest

V posledních letech se provádí řada výzkumů a studií, které se zabývají bolestí. Díky těmto výsledkům lépe rozumíme nejen povahu bolesti, fyziologii bolesti, ale také můžeme využívat nejmodernější postupy v léčbě bolesti. Jejich neustálým vývojem, na kterém se podílí mnoho odborníků například lékařů, psychologů, farmaceutů apod., můžeme lépe bojovat s bolestí. Bolest vstupuje do života pacientů velkou měrou. Zasahuje do jejich rodiny, soukromého života, práce a samozřejmě i do financí. Proto je nesmírně důležité pacientovi bolest vždy vidět jako zdravotníci bychom měli bolest správně monitorovat a vyhodnocovat účinnost využitých metod k tlumení bolesti. (Rokyta, 2009; Sofaer, 1997)

Definovat bolest je velmi náročné, protože bolest a její vnímání je výsledkem mnoha složitých interakcí různých faktorů. *„Bolest je nepříjemným senzoryckým a emocionálním prožitkem spojeným se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání“*. Definice je obecně platná a vytvořena Mezinárodní společností pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain -Pain Definitions, 1994).

1.1 Fyziologie bolesti

Dráha bolesti je tělesně neuronová aferentní sítěmi propojenými do jiných oblastí mozku, protože bolestivé podněty jsou spojeny s nepříjemnými pocity, které vznikají aktivací sympatiku, parasympatiku a následně se projevují motorickou reakcí. Bolest představuje ochranný signál pro potenciální nebezpečí, při kterém může dojít k poškození tkání. (Mourek, 2005)

Jako nocicepci označíme vznik a přenos signálu, který bolest způsobí. Je to proces, který zahrnuje vznik bolesti podrážděním nociceptorů, její vedení nervovými vlákny do mozku a její následné zpracování centrálním nervovým systémem. Bolest je výsledkem tohoto zpracování bolestivého podnětu v centrálním nervovém systému, tedy vnímání bolesti jako subjektivního pocitu. (Mourek, 2005)

1.1.1 Dráha bolesti

Vedení bolesti, jak ufl jsem zmi ovala v p edchozí ásti, je t í neuronové.

Prvním neuronem je bu ka spinálního ganglia, která vede podn t od nociceptoru (receptor pro bolest). Nocicep ní vlákna prvního neuronu vstupují do zadních roh mí-ních, kde stoupají a sestupují o n kolik segment vý-e a nífle. Vytvá ejí synapse s neurony zadních roh mí-ních, zde dochází k reflexní motorické odpov di na bolestivý podn t (Mourek, 2005).

Druhý neuron se nachází v zadních rozích mí-ních, odtud vede tractus spinothalamicus, zde dochází k rychlému p enosu vzruchu do ventrální posterolaterální ásti talamu. Odtud se p ená-í ostrá pronikavá bodavá bolest. Ve tractu spinoreticularis dochází k pomalému p enosu vzruchu do retikulární formace a odtud t etím neuronem do talamu. Toto je vývojov star-í dráha. Zp sobuje p enos pomalé, tupé, -patn lokalizovatelné bolesti (Mourek, 2005).

Tractus spinoparabrachioamygaris a tractus spinoparabrachiohypothalamicus umofl ují spoje do limbického systému, cofl ovliv uje emo ní sloflku bolesti.

T etím neuronem resp. tvrtým neuronem dochází k p epojení z talamu do somatosenzorické k ry a asocia ních korových oblastí. Zde dochází k analýze informací z periferie a eferentními vlákny se uskute uje motorická nebo jiná odpov . Centrální ízení umofl uje modifikaci bolesti (Mourek, 2005).

1.2 Typy bolesti

Existují r zné druhy bolestí. D líme je nap íklad podle lokalizace, intenzity í mechanismu vzniku, doby trvání.

1.2.1 Akutní bolest

Akutní bolest je krátkodobá, pro organismus ú elná, nicmén její lé ba a zmír ování jsou velmi d leflité, a to zejména z preventivních d vod . Protofle, nebudeme-li akutní bolest dostate n lé it, existuje riziko, fle z akutní bolesti vznikne chronická perzistentní bolest, jejífl lé ení je velmi obtíflné, zdlouhavé a finan n náro né. Akutní bolest na lé bu odpovídá velmi dobře a m la by být adekvátn lé ena zejména po operacích a úrazech. Mechanismy chronické nebo perzistentní bolesti, nap íklad bolest spojená se zán tem nervu nebo poopera ním poran ním, se zásadn lí-í od akutní bolesti, n kdy ozna ované jako nocicep ní

nebo fyziologická bolest. U akutní bolesti jsou –kodlivé podmínky –í eny predominantní pomocí nociceptorů a informace jsou přenášený dále do mozku (Vorlíček, 2004; Rokyta, 2009; Hehlman, 2007).

1.2.2 Chronická bolest

Chronická bolest je onemocněním. Jako chronickou bolest můžeme označit bolest, trvající déle než 366 dní. Také však můžeme za chronickou bolest označit bolest kratšího trvání, pokud přesahuje dobu pro dané onemocnění a poruchu obvyklou. Nejčastějšími chronickými bolestmi jsou vertebrogenní bolesti, a to hlavně bolesti dolních zad, osteoartróza, revmatoidní artritida, osteoporóza, myofasciální syndromy a bolesti hlavy. Typickým projevem pacienta, který dlouhodobě trpí chronickou bolestí, je bolestivé chování, které je nevhodné a lze je považovat za objektivně pozorovatelný projev bolesti. Bolestivé výrazy ve tváři, vzdychání, pláč, vyhledávání různých úlevových poloh (Vorlíček, 2004; Rokyta, 2009; Hehlman, 2007).

2 Onkologická bolest

Bolestmi u nádorového onemocnění trpí asi třetina pacientů, kteří se vyskytují v časném stádiu nemoci. U pacientů v pokročilém stádiu se bolesti objevují již u 70 % pacientů a v terminálním stádiu trápí bolest téměř všechny nemocných. Bolestmi, spojenými s onkologickým onemocněním trpí denně na 4 miliony lidí na celém světě (Vorlíček, 2004; Adam a kol., 2003).

Mnoho onkologických pacientů udává, že nemají strach z léčby samotného onemocnění, ale z toho, že budou trpět nesnesitelnými bolestmi. Nádorová bolest bývá chronického trvalého charakteru, ovšem jejich informování o tvrdém postižení je typickým příkladem bolesti akutní. Proto nemůžeme onkologickou bolest označovat za typickou chronickou bolest, ale jako sled bolestivých syndromů, stupňujících se v závislosti s progresí onemocnění. U mnohých pacientů se kromě téměř stabilních klidových bolestí objevují tzv. epizodní bolesti, které nazýváme jako bolesti přelomové. Mluvíme o stavu, kdy dojde k přechodnému zhoršení bolesti u pacienta, který má jinak relativně stabilní a adekvátně léčenou onkologickou bolest. Přelomovou bolestí trpí asi ¾ onkologických pacientů. Přelomová bolest negativně ovlivňuje pacientovu pohyblivost, funkční zdatnost, náladu a celkovou kvalitu života (Sláma, 2007; Sláma, 2004; O'Connor, 2005).

2.1 Patogeneze onkologické bolesti

Bolesti u onkologického onemocnění jsou v první řadě organicky podmíněné. Psychogenní bolesti se vyskytují velmi vzácně. Ovšem práh bolesti u onkologických pacientů a vnímání bolesti je velmi ovlivněno psychologickými a psychickými faktory (Vorlíček, 2004).

Kvalita znalostí, které se týkají příčin bolestí, velmi ovlivňuje a usnadňuje stanovení diagnózy před samotným zavedením terapie (Vorlíček, 2006).

V 60 až 90 % se jedná o bolesti způsobené samotným nádorem, v 10 až 25% se jedná o bolesti způsobené proti-nádorovou léčbou, dále se objevují bolesti, které jsou způsobeny dalšími přidruženými nemocemi a bolesti, které nemají žádný vztah k onkologickému onemocnění pacienta (Vorlíček, 2006; Sláma 2007).

2.1.1 Bolesti způsobené vlastním nádorem

Výskyt těchto bolestí je ovlivněn typem a lokalizací nádoru. Velké bolesti tohoto typu se vyskytují nejčastěji u nádorů kostí a slinivky. Nejméně se objevují u lymfomů a leukémií. Mezi organické příčiny těchto bolestí můžeme zahrnout například invazi do kostí, infiltraci měkkých tkání, lymfedémy s následnými poruchami prokrvení, obstrukce dutých orgánů (stěva), svalové spazmy - viz. Příloha 1- Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru (Tab. 1) (Vorlíček, 2004).

2.1.2 Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou

Tyto bolesti mohou vznikat v důsledku několika faktorů. Mohou souviset s operačním výkonem. Vznikají například po amputacích, po resekcích stěvy atd. Jsou to klasické pooperační bolesti, které můžeme označit za bolesti akutní (Kolektiv autor, 2006; Marková, 2010).

Dále bolesti vznikají v důsledku ozařování. Po ozařování mohou vzniknout fibrózy, myelopatie, lumbální i brachiální plexopatie atd (Vorlíček, 2004).

Bolesti také vznikají v důsledku chemoterapie. Pokud dojde k para-venóznímu podání, vznikají nekrózy tkání. Dále dochází k zánětlivým sliznicím i různým neuropatiím (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Dalšími příčinami vzniku bolestí, které souvisí s léčbou, jsou bolesti způsobené kostní biopsií, lumbálními punkcemi, implantací portů a zavedením periferních i centrálních katetrů. (Vorlíček, 2006)

2.1.3 Bolesti způsobené oslabením nemocného

Tyto bolesti způsobuje celkové oslabení pacienta, které souvisí s dehydratací, malnutricí a vznikajícím imobilizačním syndromem. Tyto bolesti způsobují dekubity, kterým můžeme předcházet jako zdravotníci předcházet správnou a dostatečnou ošetřovatelskou péčí, polohováním, sipingem, správnou hygienou a také u nemožoucích a ležících pacientů s aplikací bazální stimulace (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Dále mohou tyto bolesti vznikat při filních trombózách, tomu můžeme předcházet rehabilitací a profylaktickou kompresivní terapií. (Vorlíček, 2006)

Zácpa a průjmy způsobují také závažné problémy a bolesti onkologickým pacientům. Tyto problémy nesmíme podceňovat a musíme je vyřešit, abychom předcházeli dalším komplikacím (Sofaer, 1997).

2.1.4 Bolesti bez přímé souvislosti s onkologickým onemocněním

Do této skupiny bolestí můžeme zařadit všechny ostatní bolesti. Například sem patří migrény, tenzní bolesti hlavy, bolesti, které souvisejí s degenerativními onemocněními pohybového aparátu apod.

Mnohé onkologické pacienty trápí bolesti dvou a více typů, tyto bolesti je trápí souasně (Vorlíček, 2004).

3 Průlomová bolest

Neexistuje jednotná definice průlomové bolesti. Většina definic průlomové bolesti pracuje s konceptem tzv. základní bolesti, která je trvalá a má stabilní intenzitu. Tato základní bolest by měla být dobře tlumená pravidelně podávanou bazální medikací. Na pozadí této základní bolesti dochází k rozvoji průlomové bolesti. Průlomová bolest je definována jako předchodné zhoršení bolesti, která je relativně stabilní a adekvátně léčená (Sláma, 2011; Vorlíček 2004).

Nyní si uvedeme stručnou charakteristiku pr lomové bolesti. Pr lomovou bolestí trpí podle různých pr zkum 40-70 % onkologických pacient , kteří se lé í s chronickou nádorovou bolestí. Pacienti mívají obvykle 2-3 epizody pr lomové bolesti denn . Trvání jedné epizody pr lomové bolesti se pohybuje v pr m ru kolem 30-60 minut, ve skute nosti ale sahá od n kolika sekund afl po n kolik hodin. Pr lomová bolest má nej ast ji rychlý nástup. Maxima intenzity bolesti bývá dosaeno b hem n kolika desítek vte in afl n kolika minut. Pomalejší postupný vývoj bolesti m fme pozorovat asi u 40 % pacient . Patofyziologie pr lomové bolesti bývá obvykle v souvislosti se základní chronickou bolestí, kterou pacient trpí. Epizody pr lomové bolesti mohou být spojené s ur itým pohybem nebo inností. ást epizod pr lomové bolesti se objevuje zcela ne ekan , bez identifikovatelné vyvolávající p í iny. Tyto ne ekané epizody velmi silné bolesti pro pacienty p edstavují významný psychický stresor, a pokud nejsou lé eny, mohou vést k pocitu šztráty kontroly nad bolestí (Sláma, 2011; Marková, 2010).

Je nutné dotaz na pr lomovou bolest za azovat do každé kontroly pacienta. K objektivizaci a hodnocení pr lomové bolesti se vyuffívá vizuální analogová -kála (dále jen VAS) a záznam v deníku bolesti. Pacient zapisuje také situace a p í iny, které ke vzniku pr lomové bolesti vedou. V rámci p ístupu k lé b onkologické bolesti je nutné každého ambulantního pacienta vybavit i analgetikem, které má rychlý nástup ú inku, tzv. záchrannou (rescue) medikaci. V p ípadech, kdy p edpokládáme výskyt pr lomové bolesti, aplikujeme farmaka asi 30 minut p ed vyvolávající událostí. ástý výskyt pr lomových bolestí, by m l vést ke zhodnocení efektivity základní dávky dlouhodob p sobícího opiátu a p ípadn k navý-ení dávky (Sláma, 2011).

Základem farmakoterapie je analgetický fleb í ek WHO (tabulka 1), navržený v roce 1986 p vodn pro onkologickou bolest. Dnes je základem pro lé bu bolesti nádorového i nenádorového p vodu. P i PB st ední intenzity je vhodné pouflit analgetika s rychlým nástupem ú inku 1. stupn WHO, p i bolesti st ední afl silné intenzity analgetika 2. stupn nebo kombinace 1. a 2. stupn . U silné PB nereagující na p edchozí lé bu je t eba uflit dostupná analgetika 3. stupn (Sláma, 2011; Klener, 2010).

4 Hodnocení onkologické bolesti

Správné zhodnocení nádorové bolesti p edpokládá odebrat d kladnou anamnézu pacienta, klinické vy-et ení, a pokud je to nutné, tak i vyuffití zobrazovacích metod a laboratorních

test . V léčbě bolesti je velmi podstatné, hledět na pacienta jako na celek (Kolektiv autor , 2006).

Měli bychom se zajímat se o psychický stav pacienta. Mělo by nás zajímat, zda pacient netrpí úzkostmi a depresemi, zda se u pacienta neobjevuje delirantní stav a neméně důležitá by pro nás měla být informace, jaké má pacient rodinné a sociální zázemí (Kolektiv autor , 2006; Vorlíček, 2006).

Významnou je i farmakologická anamnéza pacienta, tj. jaké léky užívá a jaký mají tyto léky efekt. Samozřejmě by měly být otázky, které se vztahují k závislostem na návykových látkách například alkohol nebo benzodiazepiny, protože tyto faktory velmi negativně ovlivňují úspěšné zvládnutí bolesti (Kolektiv autor , 2006; Vorlíček, 2006).

Bolest pacienta bychom měli hodnotit i z časového hlediska. Ptáme se pacienta, zda je bolest trvalá nebo zdali je závislá na fyzické aktivitě a také zda dochází k velkým výkyvům intenzity bolesti (Kolektiv autor , 2006; Mikšová, 2006).

Popsané zhodnocení bolesti je třeba provést na začátku léčby a při každé změně lokalizace, charakteru a intenzity bolesti. V léčbě bolesti se zamůžeme především na intenzitu bolesti, tu je nutné sledovat a hodnotit. Podle toho urůjeme i dávku analgetik (Vorlíček, 2004).

4.1 Hodnocení intenzity bolesti

Bolest hodnotíme s pacientem nikoliv na pacientovi. Je velmi důležité, aby pacient sám posoudil, jakou má bolest a dokázal tuto bolest verbalizovat. Silnou bolest je třeba ihned řešit a považovat ji za neodkladný klinický stav, který je nezbytné okamžitě řešit. Věchna mezinárodní doporučení pro léčbu onkologické bolesti považují intenzitu bolesti za nejvýznamnější ukazatel při volbě léčebného postupu (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Existuje řada metod pro měření intenzity bolesti. Dostupné nástroje můžeme dělit na jednoduché a vícerozměrné. Doposud ovšem neexistuje jednotná standardizovaná metodologie hodnocení intenzity onkologické bolesti, která by brala v potaz všechny relevantní klinické aspekty. Tento fakt výborně vystihuje studie De Witta, 1999. Ta ukazuje, že u jedné a té samé skupiny onkologických pacientů můžeme dojít při využití různých metod hodnocení bolesti k údajům o neefektivně léčené bolesti v rozmezí od 16 %- 96 % v závislosti na použité metodě (De Witt, 1999; Vorlíček, 2004).

I přes existenci mnoha škál a metod by si každé pracoviště mělo vybrat jednu metodu, kterou bude k hodnocení bolesti využívat (Vorlíček, 2004).

Pro hodnocení bolesti se často využívá vizuální analogová škála, což je 10cm dlouhá úsečka, jejíž levý konec je označen jako 0, což označuje šládnou bolest a pravý konec označen číslem 10, což je šnejhorčí močnou bolest. Pacientem ohodnocená bolest, která je ohodnocena 5 a více body ovlivuje kvalitu života pacienta a je pokládána za vážnou. Pro dtské pacienty i pacienty s demencí je možné využít škálu, která je označena místo čísel obličejí, na kterých znázorujeme bolestivé i bezbolestné grimasy (Vorlíček, 2004; Sláma, 2007).

Další využívanou škálou je Melzackova škála. Tato škála intenzity bolesti má pět stupňů (1- mírná bolest, 2- nepříjemná bolest, 3- silná bolest, 4- krutá bolest, 5- nesnesitelná bolest). Správným a dkladným hodnocením intenzity bolesti může pomoci onkologickému pacientovi velmi usnadnit a zkvalitnit život (Hehlman, 2007; Hrubá, 2001).

Velmi často využívanou metodou pro hodnocení bolesti je dotazník McGillovy Univerzity (McGill Pain Questionnaire- MPQ). Tento dotazník se v praxi používá ve své zkrácené podobě. Dotazník je cílený na charakter bolesti a jejich popis. Deskriptory bolesti jsou například bodavá, vystelující, ostrá, křečovitá atd. (Vorlíček, 2006; Mikšová, 2006)

U hodnocení bolesti je velmi podstatné i to, jak nás bolest ovlivňuje během našich denních aktivit. K tomuto účelu nám slouží dotazník interference bolestí s denními aktivitami viz příloha 2. Tento dotazník má 5 bodů. 0 označuje stav bez bolesti. 5 označuje stav, kdy jsou bolesti tak silné, že lidé nejsou schopni každodenní aktivity vykonávat (Vorlíček, 2006; Mikšová, 2006).

4.2 Příiny nedostatné léby bolesti

Bolest se často podceňuje, příiny nedostatné léené bolesti jsou na straně zdravotníka, pacienta a někdy i rodinných příslušníků (Adam, 2003).

Zdravotníci velmi často postrádají dostatečné znalosti hodnocení a léby bolesti. Často se nesmyslně obávají psychické závislosti, zvýšené tolerance a fyzické závislosti na opiátech. Ve skutečnosti je výskyt závislosti na opiátech velmi nízký, zejména pokud hovoříme o onkologických pacientech a pacientech v terminální fázi. Při rozhodování o podání opiátů bychom měli vždy myslet na princip dvojího efektu. Na které medikamenty, jako je morfin

nebo jiné opiáty, které se podávají pacientům zejména na sklonku života, nesou riziko vzniku závažných nežádoucích účinků, které mohou dokonce způsobit smrt. I přes tuto skutečnost tyto léky podáváme a je to správné, protože jejich pozitivní efekt převažuje nad jejich potenciálně škodlivými účinky (Vorlíček, 2004).

I sami pacienti bývají při jiné nedostatky léčebné bolesti. Někdy své bolesti tají, protože si myslí, že bolest je nevyhnutelná a neléčitelná. Některí pacienti se obávají, že pokud si budou stěžovat na bolest, budou obtížovat zdravotníky. Pacienti se také mohou obávat vzniku závislosti a vedlejších účinků. Všechny uvedené důvody mohou způsobit to, že pacienti nebudou dodržovat léčebný režim, protože jsou pesimisté, že vhodné léky nezabírají a jejich stav se také stále zhoršuje (Marková, 2010).

5 Terapie nádorové bolesti

Bolesti u onkologicky nemocných lze ať v 90 % úspěšně zvládat. Nejedná se o jednoduchou záležitost. Bolest bývá často v souvislosti s nádorem velmi komplexním jevem a její léčba nebo zmírnění vyžaduje dle kladnou analýzu problému a zavedení specifických metod léčby. Je nezbytné, stejně jako u bolesti akutní i chronické, postupovat ke každému pacientovi individuálně. Analgetika by měla být pacientům předepisována pravidelně, aby byla bolest kontinuálně pod kontrolou. Vždy musíme počítat s opatřeními pro případ, že se u pacienta vyskytne tzv. prlomová bolest (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

5.1 Organizace léčby onkologické bolesti

Léčba nádorové bolesti začíná na oddělení, kde je onemocnělé onemocnění. Často onkologové spolupracují a konzultují léčbu s lékaři ambulancí pro léčbu bolesti. Pokud je terapie správně nastavena, pokračuje v ní obvodní lékař (Vorlíček, 2004).

Každý lékař by měl být schopný zvládat základní analgetickou léčbu včetně léčby silnými opioidy. Každý lékař, i praktický, který pracuje s onkologicky nemocnými, by měl mít opiátové recepty a v indikovaných případech tyto léky předepisovat. Pokud lékař neposkytne potřebnou léčbu k tlumení onkologické bolesti lze to označit za postup non lege artis. Nedaří-li se bolest dostatečně kontrolovat, měl by každý lékař pacienta odeslat na specializované pracoviště pro léčbu bolesti (Vorlíček, 2004).

Zde spolupracuje multidisciplinární tým, který je složen z anesteziolog, onkolog, neurochirurg, psycholog a specializovaných sester, kteří jsou schopni bolest zvládat i za použití invazivních metod. Pacienti jsou zde pravidelně sledováni při kontrolách. Pracovníci ambulancí bolesti dokonale ovládají edukaci nemocných a samozřejmě je pravidelně hodnotí intenzitu bolesti a celkové spokojenosti pacienta s léčbou. V preterminálních stavech bývá často velký problém s dopravou klientů do ambulancí, cesta je pro ně velmi vyčerpávající. Pro takové případy jsou zřízeny pracoviště, která jsou specializovaná pro takové případy. Tímto záležitostmi jsou hospice nebo oddělení paliativní péče. Další možností, která se v současné době velmi rozvíjí, jsou domácí hospice, což je forma domácí péče, která poskytne hospicovou péči přímo doma u klienta (Vorlíček, 2004; Kolektiv autor, 2006).

5.2 Kauzální terapie onkologické bolesti

Jako kauzální léčbu nádorové bolesti označujeme terapii, která vyvolává proti-nádorové postupy léčby. Jejím hlavním úkolem je zmenšení či odstranění nádoru. Mezi tyto metody řadíme chemoterapii, radioterapii, chirurgické zákroky i hormonální terapii. V souvislosti s bolestí mají největší význam v klinické praxi metody chirurgické (operační odstranění nádoru, stabilizace páteře) a radioterapie (zevní ozáření kostních metastáz) (Vorlíček, 2004).

5.3 Symptomatická léčba bolesti

Do této kategorie léčby zahrnujeme farmakoterapii, psychologickou péči, invazivní řešení bolesti a neméně důležitou fyzikální terapii. Také sem můžeme zařadit alternativní metody jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie a další (Vorlíček, 2006; Klener, 2010).

5.3.1 Farmakoterapie nádorové bolesti

Pokud je medikace vedena přesně a správně, je možné bolest mít pod kontrolou až v 90 % případů onkologických pacientů. Základním kamenem této léčby je vyvolávání analgetik. Ve většině případů musíme však pacientům spolu s analgetiky podávat i jinou medikaci, v tomto případě mluvíme o tzv. koanalgetických (Vorlíček, 2004; Klener, 2010).

Medikamentózní léčba onkologické bolesti má svá pravidla. Je nezbytné medikaci podávat v pevných časových intervalech. Vždy vycházíme ze známé doby účinku léku, další dávka je podána dříve, než odezní účinek léku předchozího. Pokud by došlo k tomu, že další dávka bude podána až v době, kdy nastupuje znovu bolest, je její tlumení problematické a dochází k postupnému nekontrolovatelnému zvyšování dávek a dále to vede k tzv. pseudo-toleranci léku (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Dalším pravidlem, které doporučuje WHO, je nasazování analgetik podle síly účinku. WHO k tomuto účelu vypracovala třístupeňový medikamentózní řebík (viz. Příloha 3)

Dalším pravidlem medikamentózní léčby bolesti je, že dávkování je nastavováno individuálně, dle reakce nemocného. Dáváme přednost perorálnímu nebo transdermálnímu podávání medikamentů. Tyto metody jsou pro pacienta nejjednodušší, netraumatizují je. Pokud není možné podat léky per os, můžeme zvolit rektální cestu. Pokud je nutné zavést parenterální podávání medikamentů, nejideálněji volíme cestu kontinuálního subkutánního podávání léku. Tento způsob aplikace může pacient bez problémů ovládat i doma pomocí malých lineárních dávkovačů a pump (Vorlíček, 2006; Marková, 2010; Rokyta, 2009).

Cílem léčby nemusí být vždy úplná bezbolestnost pacienta. Tě jde u onkologických pacientů docílit jen málokdy. Je nutné, aby se pacient cítil dobře a aby bolest byla na subjektivně snesitelné úrovni. Při plné analgezií často dochází u pacientů k velkému, celkovému útlumu. Pacienti jsou unavení, spaví, mívají omezenou schopnost komunikace (Vorlíček, 2006; Marková, 2010; Rokyta, 2009).

Dále je nutné sledování pacienta, musíme kontrolovat účinnost léčby a výskyt nežádoucích účinků. Terapii můžeme dle nutnosti a potřeby pacienta. V prvních dnech nastavování terapie je nutné denní sledování pacienta, po optimalizaci stavu můžeme být kontroly méně časté (Vorlíček, 2006; Marková, 2010; Rokyta, 2009).

5.3.1.1 Neopioidní analgetika

Tyto léky u onkologických pacientů mají určitý limit. To znamená, že zvýšení dávky pacientovi nepřinese žádné výhody, ale zvýší se riziko toxicity léku. Tyto léky nezpůsobují závislosti. Mají antipyretický efekt, také inhibují tvorbu prostaglandinů a tím zabrávní zánětlivé reakci. Nejčastěji vyvolávanými neopioidními analgetiky v léčbě nádorové bolesti jsou aspirin, acetaminofen a NSA (nesteroidní antiflogistika) (Klener, 2010; Vorlíček, 2004).

5.3.1.2 Opioidní analgetika

Akoliv mají pacienti i nkte í zdravotníci zlé by opiáty obavu, opiáty jsou základem lé by nádorové bolesti. U v t-íny pacient nastane po podání opiátu úleva. Opioidní analgetika m fle rozd lit na slabá a silná (Vorlí ek, 2004; Rokyta, 2009).

Mezi slabé opiáty adíme *kodein*, který se metabolizuje na morfin, takže je istý *mí* agonista. Dále se poufívá *dihydrokodein*, p edev-ím s pomalým uvol ováním (aplikace po 12 hodinách) ó DHC continuus. Téfl mezi slabé opiáty adíme *tramadol*, který ze 40% p sobí jako *mí* agonista a zp sobuje inhibici zp tného vychytávání serotoninu a noradrenalinu v CNS. Lze jej aplikovat per os, iv., i.m., per rektum. Oblíbený je ve form kapek. Lze jej podávat i v retardované form s prodlouženým ú inkem (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009; Marková, 2010).

K silným opiát m pat í morfin. M fleme ho ozna it jako šzlátý standardō. Dal-ími poufívanými léky jsou fentanyl a sufentanyl. P i adekvátním zp sobu podání jsou efektivní asi u 95% nemocných. Nej ast ji se poufívá morfin, který je možno aplikovat v-emi zp soby. Nejvhodn j-í je aplikace per os v retardované form . Pro pr lomovou bolest je vhodné podání ípk nebo s.c. aplikace. Fentanyl a sufentanyl nejsou k dispozici v perorální form , av-ak jsou k dispozici v parenterální form , jsou vhodné i pro spinální podání. Fentanyl je vhodný v transdermálním podání p edev-ím u nemocných, kde není možná aplikace opiát per os v d sledku poruchy polykání, nauzey, zvracení, poruchám pasáfle nebo výrazné zácp p i podávání morfinu (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009; Marková, 2010).

5.3.1.3 Koanalgetika

Je vhodné doplnit analgetickou lé bu podp rnými preparáty, které nemají p ímý analgetický ú ink. Možnosti kombinací jsou velmi -íroké. Lé bu chronické bolesti mohou dopl ovat preparáty zlep-ující celkový efekt lé by. Typickým p íkladem takového koanalgetika jsou antidepresiva, nejlépe moderní, typu SSRI (selektivní inhibitory zp tného vychytávání serotoninu). Ty p sobí anxiolyticky, p edcházejí projev m deprese a pomáhají tak nemocnému p enést se p es bolest. Vhodná mohou být antikonvulziva, která pomáhají sniflovat dávky ostatních analgetik a zvy-ují ú ink lé by (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009; Marková, 2010; Adam, 2003).

5.3.2 Radioterapie

Oza ováním m ěme docílit zmenění nádoru, což m ě vést ke zmírnění bolestí, které jsou způsobeny vlastním nádorem (Vorlí ek, 2004).

Lokální radioterapie má nejlepší úinky na karcinomy v oblasti hlavy. Zde m ě p íněst velkou úlevu od bolesti. Také je vhodné tuto metodu využít u lokalizovaných bolestí p í mnoho etných kostních metastázách nap . u karcinom plic, prsu, prostaty atd. vede k analgetickému úinku ať u 70 % pacient . P í ozá ení kostních metastáz dochází k výbornému analgetickému efektu a u n kterých typ nádor m ě radioterapie dokonce snížit metastatické bu ky ve skeletu, tím pádem m ě ozá ení zastavit osteolýzu. Také m ě paliativní ozá ení zabránit patologickým frakturám p í metastatickém postižení kostí. (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009).

Analgetickou radioterapii, je vhodné volit v p ípadech bolestí, které jsou vyvolány napínáním pouzdra metastaticky postižených jater a sleziny a p í ko enových bolestech, které jsou podmíněny pror stáním nádoru. Dále tuto metodu m ěme volit p í bolestech, které jsou způsobeny kompresí nerv , cév nebo exulcerací dutých orgán (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009).

Nitrofilní aplikace radiofarmak je vhodné jen pro maligní ložiska, která jsou ve skeletu a mají schopnost vychytávat radiofarmaka. Nejlepší úinky této metody byly zaznamenány u osteoplastických metastáz karcinomu prostaty, prsu a plic. Tuto metodu využíváme tehdy, pokud je metastatických ložisek více. Pokud se jedná pouze o jedno ložisko, volíme zevní ozá ení (Vorlí ek, 2006; Rokyta, 2009).

5.3.3 Chemoterapie

Chemoterapie má analgetický efekt zejména u mnoho etných myelom a u chemosenzitivních karcinom . Chemoterapie má v-ak celou adu neřádoucích úink , proto by léka , který chemoterapii doporu í, m l zvažít výhody a nevýhody této lé by. Chemoterapie jako způsob lé by bolesti se nejvíce využívá u karcinom pankreatu a prostaty (Vorlí ek, 2004).

5.3.4 Paliativní chirurgický výkon

Touto metodou můžeme přispět k odstranění či zmírnění bolesti. Například obnovením průchodnosti gastrointestinálního traktu, který je uzavřený tumorem. Také ortopedické výkony mají svoje nezastupitelné místo při patologických zlomeninách. Kombinace chirurgické a hormonální terapie se vyvíjí například při ooforektomie u karcinomu prsu či orchiektomie u karcinomu prostaty (Vorlíček, 2006; Rokyta, 2009).

5.3.5 Další nefarmakologické postupy v léčbě onkologické bolesti

Dále můžeme využívat neurochirurgické postupy, mezi které řadíme například chemickou neurolyzu při bolestech slinivky nebo při jednostranných bolestech v pánvi (Vorlíček, 2006).

6 Alternativní způsoby zvládnutí bolesti

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby pacientů trpících bolestí. Zabývají se vždy celkově komplexně, a nikoliv pouze jednotlivými příznaky (Kolektiv autor, 2006; Nešpor, 2004).

6.1 Akupunktura

Akupunktura je lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou, prevencí a léčbou především funkčních poruch organismu, psychosomatických onemocnění, bolestivých stavů, alergických nemocí, poruch imunity, návykových chorob a poruch motorických funkcí. Akupunkturou lze dále doplňovat klasické postupy paliativní medicíny a zlepšovat kvalitu života u nevyléčitelně nemocných. Pozitivním efektem při léčbě akupunkturou je i redukce množství podávaných farmak, čímž se výrazně snižuje riziko farmako-patologie. U onkologických pacientů je nutné posouzení celkového stavu, nasazené léčby před zavedením léčby akupunkturou (Kolektiv autor, 2006; Nešpor, 2004).

Prevence a léčba pomocí akupunktury spočívá v cíleném ovlivnění organismu stimulací přesně ohraničených míst na povrchu těla, tzv. aktivních bodů. Stimulaci můžeme provádět zavedením speciálních jehel na určitou dobu (vlastní akupunktura) nebo aplikací jiných podnetů (modifikované techniky akupunktury). Z velkého množství různých podnetů se

nejast ji poufívá aplikace tepla, tlaku a masáfních hmat , elektrického proudu, sv tla a laserového sv tla, poufítí magnet , ban k apod. (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Akupunkturu mohou provád t léka i, kte í získali specializaci v n kterém z klinických obor v etn oboru v-eobecného léka ství a absolvovali zvlá-tní p ípravu organizovanou d íve ILF nyní IPVZ Praha, IDVPZ Brno, VLA Hradec Králové, pop . zdravotnickou organizací pov enou k tomu Ministerstvem zdravotnictví (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Kontraindikace akupunktury vycházejí ze v-eobecných zásad platných v lékařských oborech. Mezi absolutní kontraindikace m feme zahrnout následující stavy a onemocn ní- akutní stavy nejasné etiologie a patogeneze p ed stanovením diagnózy, zejména akutní bolesti a infekce, náhlé b i-ní p íhody, infarkt myokardu apod., krvácivé stavy, kachexie, vy erpání organismu, akutní psychóza s psychomotorickým neklidem, opilost atd. (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Dále jsou zakázány (absolutn kontraindikovány) n které oblasti a body - nádorov zm n ná tká , ozá ená tká , b hem t hotenství (mimo vedení p í porodu) jsou zakázány lokální body v oblasti b icha a dolních zad podle pokro ilosti onemocn ní (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Mezi relativní kontraindikace adíme: ireverzibilní patologie, zhoubné nádory (mimo symptomatickou terapii), t flké formy interních nemocí (nap . diabetes mellitus, komata aj.), ozá ení, chemoterapie - nutno po kat p l roku afl rok (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

6.2 Akupresura

adí se do systému tradi ní ínské medicíny a stojí na stejných principech. Akupunktura i akupresura v í, fle jakákoli choroba má p í inu v nerovnováze energie proudící drahami, a pracují s ur ítými t lesnými body, jejichfl dráfd ním lze v-e op t vyrovnávat. (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Nejedná se o vpichování jehli ek, ale spí-e o masáfní techniku, která vyufívá v první ad tlaku na jednotlivé body na povrchu lidského t la. Pokud se nám tyto akupresurní body zablokují, cítíme bu fyzickou bolest, nebo citovou podráfd nost a psychickou nepohodu. Akupresura dokáfle postupn odstra ovat tyto pocity nepohody a uvol ovat energetické bloky vyskytující se hlavn u pohybového aparátu (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Technika akupresury není ufl tak sloflitá ani náro ná a dá se v men-í mí e provád t i v domácím prost edí, pokud jsme ov-ém dob e seznámeni s jednotlivými body a umíme je správn lokalizovat. Tlak je vyvíjen b í-kem prstu, palcem, ukazovákem nebo prost edníkem, po dobu asi jedné minuty s rytmickým zvy-ováním a sniflováním tlaku. Nejlep-ím zp sobem jak docílit pofladovaného ú inku, je masáfl krouflivým pohybem prstu. Pomocí celé ady pom cek m fleme docílit reflexní a lymfatické stimulace, cofl vede k celkové harmonizaci organismu. I tady platí, fle nic se nesmí p ehán t. Na po átku je moflné, fle budeme cítit bolest, ale ta by p i opakování m la ustávat. Jednorázová stimulace akupresurních bod sice utlumí bolesti, ale pro jejich úplné odstran ní by se akupresura m la provád t vícekrát (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Tuto techniku je t eba se nau it a získat zku-enosti, ufl jen proto, fle akupresurních bod je na lidském t le nespo et. Akupresura je tedy specifickým druhem dotekové terapie, jejífl pomocí lze ú inn mírnit lokální bolesti i nep íznivé nervové stavy. Akupresura je výborným prost edkem prevence, uvoln ní nap tí, sval í nejr zn j-ích blokáfl. Výrazn pomáhá vylep-ít funk nost kloubního i svalového aparátu a rychle a ú inn p ivodit úlevu i v akutních situacích (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

6.3 Aromaterapie

Aromaterapie je lé ení v n mi. Vyuffívá výtaflky z vonných rostlin. P i ichávání k nim, ale není jediným zp sobem vyuffívání výtaflk . Nap íklad koupel s n kolika kapkami levandulového extraktu nebo masáfl s eukalyptovou mastí namoflených sval , pat í k velmi p íjemným procedurám. Jífl od dávných dob se aromaterapie vyuffívá k lé ení t la, mysli a ducha. Rozumn provád ná aromaterapie nebolí a zpravidla ani neublíflí. T hotné fleny a epileptici by se m li n kterým v ním vyhýbat. Nap íklad cyp í-je nevhodný pro epileptiky stejn jako kafrovník, který by nem ly uflívat ani t hotné fleny. Pro t hotné fleny také není vhodné vyuffívat santalové d evo. K aromaterapii, která by m la mírnit bolesti, jsou nejvhodn j-í medu ka, která má i zklid ující ú inky, dále potom mate ídou-ka, která mírní bolesti hlavy. Levandule zase pomáhá odstranit bolesti sval a dutin (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Ú inkování aromaterapie je nejspí- zp sobeno vst ebáváním esenciálních olej do tkání. Zde reagují s hormony a enzymy, cofl zp sobí zm ny krevního tlaku, pulzu a jiných fyziologických funkcí (Kolektiv autor , 2006; Ne-por, 2004).

Aromaterapie se dá využít mnoha způsoby. Záleží na problému a také na individuálním postupu každého člověka. Vonné látky můžeme také inhalovat, nebo s nimi masírovat bolavé místo. Můžeme používat aroma lampičku, která pomocí svíčky vonné oleje smíchané s vodou odpařuje. Také extrakty můžeme využít do koupele, nebo si je kápnout na kapesník či vousatí pánev na vousy. Způsob provedení aromaterapie je zcela individuální (Kolektiv autor, 2006; Nešpor, 2004).

6.4 Hypnóza

Hypnóza může zmírnit různé typy bolesti. Je to stav změněného v domění, z části podobný spánku. Je potlačena zvýšená sugestibilita a úzký vztah k osobě hypnotizéra. Je to stav zvýšené koncentrace a zesílené imaginace, dochází k disociaci v domění, je možné vyvolat různé hypnotické jevy. Máme dva základní typy hypnózy. Aktivní, což je vlastně bdělý trans se zvýšenou reaktivitou, a pasivní, kdy je navozen somnambulní trans se sníženou reaktivitou neboli hypnotický spánek (Nešpor, 2004).

Navození hypnózy můžeme docílit několika technikami. Za prvé můžeme využít fascinaci náhlými silnými podněty, které okamžitě působí. Také můžeme používat delší monotónní působení slabšími podněty na různé analyzátoři. Existuje mnoho dalších technik. Je nezbytné upozornit na to, že hypnózu by měl provádět pouze člověk, který je k tomu speciálně vycvičený a má praxi (Nešpor, 2004).

Velmi zajímavé je, že po využití hypnózy k léčbě bolesti někdy bolesti odezní dlouhodoběji (Nešpor, 2004).

7 Psychoterapie v onkologii

Pro onkologického pacienta je velmi důležité, aby mu zdravotníci a lékaři naslouchali a šly s ním. Velkou úlohu v postupu k pacientovi má verbální i neverbální komunikace. Ze strany zdravotníka je podstatná empatie a naslouchání. Pro pacienta je nezbytné, aby chom mu dávali najevo, že tu není sám. Řešení pacientových problémů není prací jen psychologa, ale celého zdravotnického týmu. Sociální a emocionální podpora onkologicky nemocných i jejich rodin má pozitivní vliv na průběh onemocnění (Dorfmueller, 2009; Zemanová, 2008).

Onkologickou diagnózu často pacienti vnímají jako rozsudek. Pacienti do jisté míry předpokládají, že jejich onemocnění je závažné, zároveň do poslední chvíle doufají, že se

uzdraví. Po stanovení onkologické diagnózy je pacient kromě ohrožení života vystaven ještě dalším ztrátám. Jeho tělesná integrita je v ohrožení a někdy je jí i narušena. Léčba se musí přizpůsobit režimu léčby a tím pádem často ztrácí svoji autonomii. Velkou hrozbou je pro onkologické pacienty sociální izolace a velmi často dochází i ke stigmatizaci (Křivohlavý, 2002; Zemanová, 2008; Dorfmueller, 2009).

Profesionalita psychoterapeuta je klíčová. Spouívá v navázání vztahu s pacientem. Tento vztah pacientovi umožní uje bezpečně zkoumat svoji životní situaci, ventilovat pocity, které jsou spojeny s léčbou a také si uvědomovat, jak hodně nemoc zminila jeho život. Mezi cíle, které má psychoterapie patřit zmírnění pocitů osamlosti. V této situaci můžeme nabídnout svépomocné skupiny. V těchto skupinách se soustředí lidé, kteří mají také zkušenost s onkologickým onemocněním i sami jsou onkologickými pacienty. Dále má psychoterapie za cíl, redukovat strach z léčby, snížit pocity zoufalství a deprese. Psycholog může zmírňovat pocity izolace a objasňovat nedorozumění a chybné informace (Křivohlavý, 2002; Zemanová, 2008; Dorfmueller, 2009).

8 Komunikace s onkologickým pacientem

Komunikace je základní životní potřebou každého živého tvora, zásadní význam má zejména pro lékaře. Správně komunikovat musí umět hlavně ten, kdo pracuje v sociálních službách, například ve zdravotnictví, kde záleží na každém správně zvoleném slovu, gestu, mimice, postoji, aby konečný výsledek rozhovoru nevyšel špatně, nebyl zamýšlen (Vorlíček, 2004;).

Intrapersonální komunikace probíhá neustále, v průběhu celého dne se v mysli lékaře analyzují situace, ve kterých se ocitá, on hledá řešení, chválí se, nadává si, zlobí se, raduje se, ukládá zážitky do paměti (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Interpersonální komunikace je vlastně dialog, kdy názory jednoho účastníka hovoru jsou konfrontovány s názory druhého. Je důležité, že naše paměť je schopna uložít všechny důležité informace z rozhovoru (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

8.1 Rozhovor s onkologickým pacientem

Rozhovor lékaře nebo sestry s onkologickým pacientem je předání velmi důležitých informací o stavu choroby, možnostech léčby, prognostických faktorech, laboratorních a

kteřá popisuje lékařem sdělenou informaci. Protože ve chvíli, kdy lékař sděluje pacientovi závažnou diagnózu, je pacient v šoku a v tichu informací si nezapamatuje. A když se za ním znovu dříve ordinace, ví sotva o obsahu toho, co mu lékař vysvětloval. Zdravotníci by si měli pamatovat, že délku rozhovoru určuje vždy pacient. Měli bychom pacientovi nechat dostatek prostoru a času na kladení otázek. Pokud si lékař není jistý, že sdělování špatné zprávy pacient psychicky zvládne, měl by být přítomen i klinický psycholog. Ten dokáže vhodnými psychoterapeutickými postupy zmírnit krizovou situaci a pacientovi pomoci (Zemanová, 2008; Křivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009).

8.3 Komunikace s pacientem ve fázích modelu dle E. Kübler-Rossově

Úk. Pacient se po sdělení závažné zprávy ocitá ve fázi panické ataky. Pláče, těžce dýchá, je překvapený, ptá se „Proč právě já? Proč právě tebe?“, jedinou myšlenkou v emoční smyčce je rakovina = ohrožení = bolest = smrt. V této fázi bychom měli pacienta ubezpečit, že je to není nic ztraceno. Opakovat pacientovi, že jsme na začátku léčby. V žádném případě, bychom neměli pacientovi vysvětlovat složitější léčebné postupy. Nebojme se nechat odeznít šok v mlčení (Zemanová, 2008; Křivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

Odmítání, popření. Pacient se brání výsledkem vyšetření a lékařským doporučením. Dokáže vymyslet mnoho argumentů, proč neměl být nemocný, nebo naopak hledá příčiny vzniku choroby u sebe i ve svém okolí. V této fázi bychom měli trvale vysvětlovat výsledky vyšetření, snímat z pacienta odpovědnost za nemoc, nebo sebeobviňování vede k hluboké psychické krizi. Pacienti se pokoušejí nalézt pomoc u lékařů, drží diety, radí se s bylináři. Není třeba je od těchto praktik odrazovat, pacient má právo svobodně zacházet se svým zdravím a volit si cesty a prostředky léčby (Zemanová, 2008; Křivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

Agrese. Pacient se ocitá v šermónní pasti, prožívá hluboký odpor vůči své nemoci, bezmocnosti, tlu, vůči zdravým lidem nebo léčebným úkonům. Je to psychicky nebezpečná fáze, ve které některé pacienti mohou zůstat po celou dobu onemocnění až do smrti. V těchto situacích je doporučováno vést konverzaci, která je jasná, stručná, adresná (Zemanová, 2008; Křivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

Smlouvání. Pacient smlouvá o svůj život s lékařem i ve své mysli. Slibuje, prosí, přitom se tímto jednáním regreduje neodmyslitelně do dětského věku. Doporučenou komunikací je prosté vyslechnutí, podpora jeho přání. V žádném případě by se nemělo stát, že byly pacientovy

touhy zesm – ovány (Zemanová, 2008; K ivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

Deprese. Pacient se m fle dostávat za dobu své lé by do stavu patologické deprese relativn ěasto. Je to stav, který velmi váfn ohrofluje du–evní zdraví a pacient v flivot v bec. Je nezbytné, aby kařdý pacient, který má by jen minimální p íznaky depresí, byl lé en antidepresivy. Je to nejslořit j–í a siln ě vy erpávající fáze, zejména pro doprovázející a podporující osoby (Zemanová, 2008; K ivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

Smí ení. Toto je fáze psychického uvoln ění. Vypjaté emoce p eváflí rozumový p ístup k nemoci i lé b . Pacient je schopen rozumn ě komunikovat o svém zdravotním stavu, participovat se na lé b s léka i i se sestrami. Dokáfle p íjímat a racionáln ě zpracovávat zprávy o svém zdravotním stavu. Stav psychické krize pominul. Ale musíme mít na pam ti, fle se m fle kdykoliv p í zhor–ení fyzického stavu znovu vrátit (Zemanová, 2008; K ivohlavý, 2002; Dorfmueller, 2009; Munzarová, 2008).

9 Ambulance bolesti

Ambulance pro lé bu chronické bolesti se zabývají diagnostikou a lé bou chronických bolestivých stav ě. V nuř se lé b bolesti z r zných p í in ó bolesti nenádorové i nádorové.

Hlavní skupinu pacient ě p edstavují pacienti s chronickou bolestí zad, bolestmi kloub ě, bolestí hlavy a bolestí neuropatickou doprovázející r zná dal–í onemocn ění (cukrovka, pásový opar, ischemická choroba dolních kon etin, stavy po chemoterapii a podobn ě). Samostatnou skupinu pacient ě p edstavují pacienti s bolestí p í onkologickém onemocn ění.

V Ambulancích lé by bolesti jsou vyufflívány k lé b bolesti metody farmakologické i nefarmakologické. Dal–í sou ástí terapie v ambulancích je mořnost podávání analgetických infuzí a provád ění invazivních metod, jako jsou nervové blokády, v etn ě kontinuálních metod. Léka ambulance bolesti poskytuje konziliární sluřby pro celou nemocnici v rámci odbornosti lé ba bolesti a paliativní medicína (Vorlí ek, 2004; Marková, 2010).

10 Informovanost pacient

Nádorová onemocnění jsou postrachem moderní společnosti. Lidé mají obavy otevřeně hovořit o těchto nemocích a každý náznak vede spíše k uhybání než k přímému názoru. Prakticky u každého pacienta, který se dozví, že trpí onkologickou diagnózou, se objevují pocity, spojené s nejistotou, strachem a bezmocí. Medicína dnes dokáže léčit nádorových onemocnění a dokonce i vyléčit. Aby však člověk mohl s nemocí efektivně bojovat, i když se jedná o zdánlivě beznadějnou situaci, jako je onemocnění rakovinou, je nutná dokonalá informovanost (Hašková, 2007; Sláma, 2007).

Právě v důsledku zlepšení informovanosti obyvatel, preventivních programů a zavádění nových poznatků v praxi se ve vyspělých zemích úmrtnost na tyto choroby snižuje. I když počet onemocnění stoupá, počet úmrtí na nádorů zůstává stejný nebo dokonce klesá. Tato informace svědčí o stále lepší diagnostice a léčbě. Podle Světové zdravotnické organizace přelivá dnes díky moderním způsobům léčby až 66% pacientů s nádorovým onemocněním. Současná medicína by dokázala poskytnout dalších několik let života mnohem většímu počtu pacientů, kdyby ovlivnění léčba mohla být zahájena dostatečně včas. Léčba pokročilého onemocnění je podstatně méně účinná a stojí mnohonásobně více (Hašková, 2007; Sláma, 2007).

Dostatek informací je předpokladem pro pacientovo racionální rozhodování. Pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu, ale má i právo takovou informaci odmítnout. První informace náleží pacientovi. On má právo uvést, koho si přeje informovat, případně komu informace nepodávat. Zdravotní stav, věk a medikace ovlivní pacientovo vnímání a porozumění informacím, která mu byla sdělena. Je třeba vhodným způsobem ověřit, zda člověk skutečně rozumí potřebným sdělením. Způsob porozumění je vhodné kontrolovat pomocí otázkami položenými pacientovi (Hašková, 2007; Sláma, 2007).

10.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas nesmí nikdy nahradit kvalifikovaný ústní rozhovor. Lékaři jsou povinni pacienta citlivě, ale pravdivě informovat, a pacient má mít vždy možnost klást přesvědčující otázky (Hašková, 2007; Sláma, 2007).

Zavádění plného informovaného souhlasu do zdravotnického systému vzbuzovalo různé reakce, od výslovného odmítnutí, až po naprosté a bezvýhradné přebírání sdělením na

jeho šplnýõ p ípadn šsvobodnýõ charakter. Lep-í informovanost pacienta je podmín na nutností zm ny vztahu léka e a nemocného (Ha-kovcová, 2007; Sláma, 2007).

Zcela legitimní je otázka míry informovanosti. Ke -kod v ci je, kdyfl je obsah informovaného souhlasu šdémonizovánõ a je zd raz ován aspekt plné informovanosti ve v-ech alternativách navrhované lé by a jejich rizicích. Léka i namítají, fle požadavek takové míry informovanosti je nereálný. Ani léka nem fle p edvídat, a tedy ani uvést, v-e co se stane, nebo co se m fle stát, a pacient v-emu nem fle správn porozum t. Vfdy je t eba mít na pam ti p im enost informovanosti. Sv j souhlas stvrzuje pacient podpisem (Ha-kovcová, 2007; Sláma, 2007).

II Praktická část

1 Výzkumné otázky

- 1) Má stupeň vzdělání vliv na informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti?
- 2) Kdo poskytuje onkologickým pacientům nejvíce informací o léčbě bolesti?
- 3) Vedou si onkologičtí pacienti deník bolesti?
- 4) Znájí onkologičtí pacienti alternativní způsoby tlumení bolesti?
- 5) Vyhovují pacientům brožurky a letáky o léčbě bolesti?

2 Hypotézy

Hypotéza . 1

Pacienti se nebudou cítit adekvátně informováni o léčbě bolesti.

Hypotéza . 2

Pacienti budou spokojeni s informacemi, které jim podávají sestry.

Hypotéza . 3

Pacienti, kteří se budou s onkologickým onemocněním léčit více než 2 roky, budou lépe informováni o léčbě bolesti, než pacienti s kratším trváním nemoci.

3 Metodika výzkumu

Má práce je teoreticky i prakticky výzkumná. K získávání informací jsem zvolila dotazníkovou metodu. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů sběru dat pro různé typy výzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Dále se výsledná data dají celkem snadno zpracovávat (Farkašová, 2006).

Tento dotazník byl zcela anonymní. Byl určen pro onkologické pacienty. Dotazník měl 28 otázek. Dotazník byl sestaven z několika standardizovaných škál a dotazníků (vizuální analogová škála, McGill dotazník) Obsahoval otázky identifikační, dichotomické,

polytomické výb rové. Dotazníky byly pacient m p edkládány po jejich výslovném souhlasu. V-echny dotazníky jsem s pacienty osobn vypl ovala.

Pofladavky na respondenty

- Funk ní a kognitivní schopnost vyplnit dotazník
- Respondent musel být onkologicky lé ený pacient
- Ochota dotazník vyplnit

Výzkum probíhal od listopadu 2011 do konce ledna 2012, dotazníky jsem rozdávala pacient m v rámci jednoho komplexního onkologického centra a onkologickým pacient m v mém okolí.

4 Statistické zpracování výsledk výzkumu

V t-ina dat je vyjád ena absolutní a relativní etností. K zobrazení n kterých dat jsou pouflity tabulky a grafy. Ke zpracování hypotéz byl pouflit **test rozdílu dvou etností**

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

n- celkový počet respondent

p_i- první relativní etnost

p_j- druhá relativní etnost

Dále byl využit ke statistickému zpracování Chí-kvadrát test, který, slouží ke statistickému testování shody mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - n\pi_i)^2}{n\pi_i}$$

U χ^2 testu je nutné dodržet podmínku, že žádná četnost není 0 a 80 % jich je v t-í nejl 5 (Farkašová, 2006).

Absolutní četnost je počet statistických jednotek, jimž přísluší stejná hodnota znaku. Ve výzkumné části práce je absolutní četnost značena symbolem n_i .

Relativní četnost je definována jako podíl četnosti znaku a rozsahu souboru. Ve výzkumné části práce je relativní četnost značena p_i .

Součet absolutních četností je roven rozsahu souboru, součet relativních četností je roven 1. (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Testování hypotéz

Hypotézu lze definovat jako předpokládanou odpověď na výzkumnou otázku či tvrzení, předtím předpoklad vztahu mezi dvěma nebo více proměnnými, vztahu mezi závislou a nezávislou proměnnou. Hypotéza umožňuje vysvětlení určitého jevu. Hypotéza je tvrzení o podstatě určité situace ve světě, je to v podstatě předpoklad možného stavu skutečnosti (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Postup při testování hypotéz

- a) Prvním krokem je formulování nulové hypotézy (H_0) a hypotézy alternativní (H_A).
- b) Dalším krokem je zvolit si hladinu významnosti p .
- c) Vybrat vhodný statistický test.
- d) Vyhledat ve statistických tabulkách kritickou hodnotu pro zvolenou hladinu významnosti a pro zvolený test.
- e) Provést statistické rozhodování porovnáním kritické a experimentální hodnoty.

Pokud hodnota testovaného kritéria p překročí kritickou hodnotu, nulovou hypotézu zamítáme při zvolené hladině významnosti a přijímáme hypotézu alternativní. V opačném případě nulovou hypotézu nepřijmeme (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

5 Prezentace výsledk výzkumu

Dotazníková polofka 1: šJaké je Va-e pohlavíø?

Tab. 1 Pohlaví

pohlaví	ni	pi	pi v %
muhl	32	0,43	43,24
řena	42	0,57	56,76
celkem	74	1,00	100,00

Výzkumu se zú astnilo celkem 74 respondent . řien bylo v tomto výzkumu 42 (56,76 %) a muhl 32 (43,24 %). To, ře bylo v mém vzorku více řen, je dáno tím, ře 10 muhl odmítlo dotazník vyplnit. Nej ast j-ím d vodem pro muhli necht li dotazník vypl ovat bylo, ře se necht li o problému bolesti bavit s cizím lov kem.

Dotazníková polofka 2: šJaký je Vá-v kø?

Tab. 2 V k

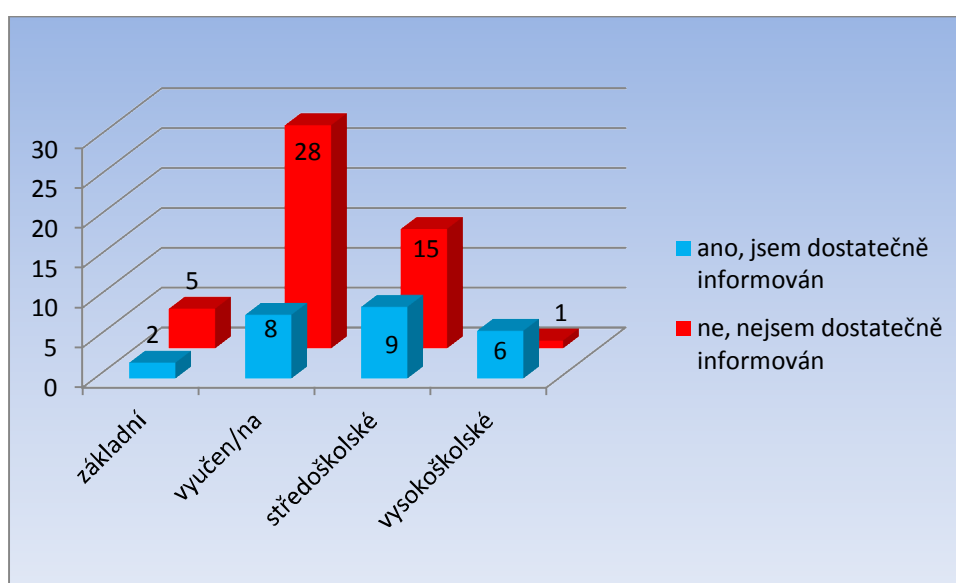
V k	ni	pi	pi v %
25- 30 let	4	0,05	5,41
31-50 let	10	0,14	13,51
51-60 let	20	0,27	27,03
61-90 let	40	0,54	54,05
Celkem	74	1	100,00

Pr zkumu se zú astnilo celkem 74 pacient . Nejvíce zastoupených onkologických pacient bylo ve v kové skupin 61- 90 let a to celkem 40 (54,05 %) respondent . Ve v ku 51-60 let bylo celkem 20 (27,03 %) respondent . Ve v kové skupin 31-50 let vyplnilo dotazník 10 (13, 51 %) pacient . Nejmén zastoupená byla skupina ve v ku 25-30 let, z nířli odpov d li 4 pacienti, tedy vyjád eno v procentech 5,41 %.

Dotazníková polofka 3: šJaké je Va-e vzd lánío?

Tab. 3 Vzd lání

jaké je va-e vzd lání	ni	pi	pi v %
Základní	7	0,09	9,46
vyu en/na	36	0,49	48,65
St edo-kolské	24	0,32	32,43
Vysoko-kolské	7	0,09	9,46
Celkem	74	1,00	100,00



Obr. 10- Graf vzd lání versus spokojenost s informacemi

V otázce . 3 jsem se respondent dotazovala na stupe jejich vzd lání. Respondent , kte í m li základní vzd lání, bylo 7 (9,46 %). Vyu ených respondent bylo ve vzorku 36 (48,65 %). Se st edo-kolským vzd láním bylo ve vzorku 24 (32, 43 %). Vysoko-kolsky vzd laných bylo mezi respondenty 7 (9, 46 %).

V grafu m fleme vid t vliv vzd lání na pocit informovanosti. Ze sedmi respondent se základním vzd láním, mají pocit dobré informovanosti pouze 2 pacienti. Z ad vyu ených pacient je s informacemi spokojeno pouze 8 respondent z 28. Mezi st edo-koláky je spokojenost u 9 z respondent . Mezi vysoko-koláky je spokojenost vy—í. Spokojeno je 6 pacient ze 7.

Dotazníková polofka 4: Šs kým doma bydlíte?

Tab. 4 S kým doma bydlíte

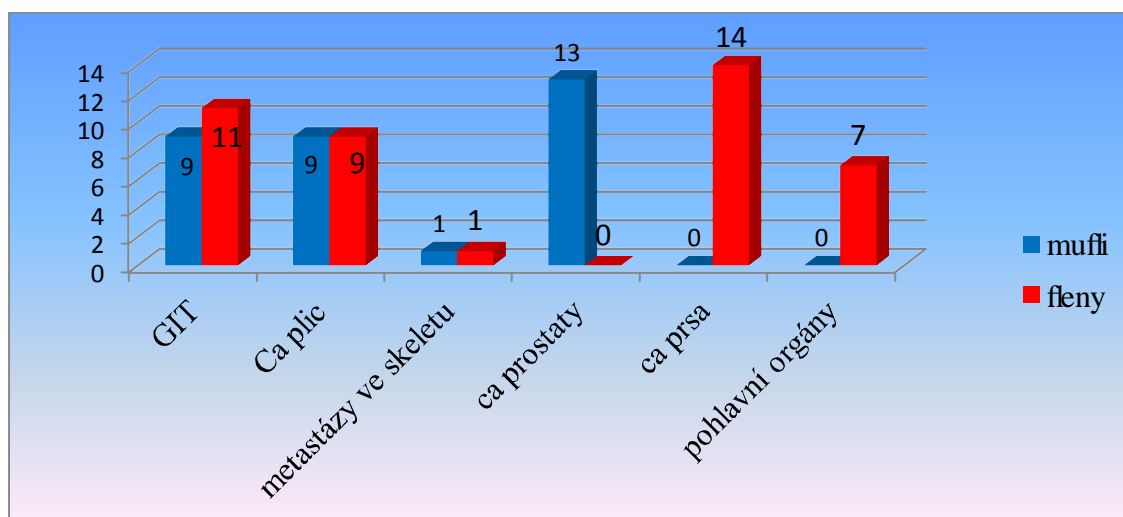
s kým doma bydlíte?	ni	pi	pi v %
s manfelem/manfelkou	31	0,42	42
s druhem/druflkou	22	0,30	30
s d tmi a jejich rodinami	5	0,07	7
sám/sama	16	0,22	22
Celkem	74	1	101

V otázce . 4 jsem se dotazovaných ptala na to, s kým doma bydlí. 31 respondent bydlí s manfelem/manfelkou. 22 dotazovaných flije s druhem nebo druflkou. 5 respondent flije ve spole né domácnosti s d tmi a jejich rodinami. Samo bydlí celkem 16 pacient .

Dotazníková polofka 5: ŠJaký orgán je zasařen nádorem?

Tab. 5 orgán zasařený nádorem

Jaký orgán je postižen nádorem	ni	pi	pi v %
zařivací trakt	20	0,27	27,03
prostata	13	0,18	17,57
plíce	18	0,24	24,32
prs	14	0,19	18,92
metastázy ve skeletu	2	0,03	2,70
ženské pohlavní orgány	7	0,09	9,46
celkem	74	1	100,00



Obr. 1 graf- lokalizace nádoru muffi versus feny

V dal-í otázce jsem se zam ěla na to, jaká řást t ěla je nádorem zasařena. Celkem na tuto otázku odpovídalo 74 respondent ě. Zařivací trakt byl postižen ve 20 p ěípadech. Prostata byla zasařena u 13 muffl ě. Nádor plíc byl p ěítomen u 18 pacient ě. Nádorem prsu bylo postiženo 14 řen. Metastázy ve skeletu bez ur ěení primárního lořiska byly p ěítomny u 2 pacient ě. U 7 řen se vyskytly nádory, které postihovaly řenské pohlavní orgány.

V následujícím grafu m ěme vid ět, jakým pom ěrem byly jednotlivé nádory p ěítomny u muffl ě a u řen. Zařivací trakt byl postižen u 9 muffl ě a u 11 řen. Karcinom plíc byl shodn ě u obou pohlaví zastoupen 9 respondenty. Metastázy ve skeletu byly p ěítomny u 1 řeny a u 1 muffl ě. Prostata byla postižena u 13 muffl ě. Karcinomem prsu trp ělo 14 řen. Pohlavní orgány byly zasařeny u 7 řen.

Dotazníková polofka 6: šJak dlouho se s onkologickým onemocn ním lé íteř?

Tab. 6 délka nemoci

Délka nemoci	ni	pi	pi v %
do 2 let	64	0,86	86
déle neř 2 roky	10	0,14	14
celkem	74	1	100

Otázkou íslo 6 bylo, jak dlouho se pacienti lé í s onkologickým onemocn ním. Do 2 let se s onkologickým onemocn ním lé ilo 64 pacient . Déle neř 2 roky se lé ilo 10 pacient . Takový nepom r vznikl nejspí– tím, ře výzkum probíhal ve v t-in p ípad na l íkovém odd lení komplexního onkologického centra. Zde byla v t-ina pacient hospitalizována na po átku svého onemocn ní.

Dotazníková polofka 7: šMáte v sou asné chvíli bolestř?

Tab. 7 p ítomnost bolesti

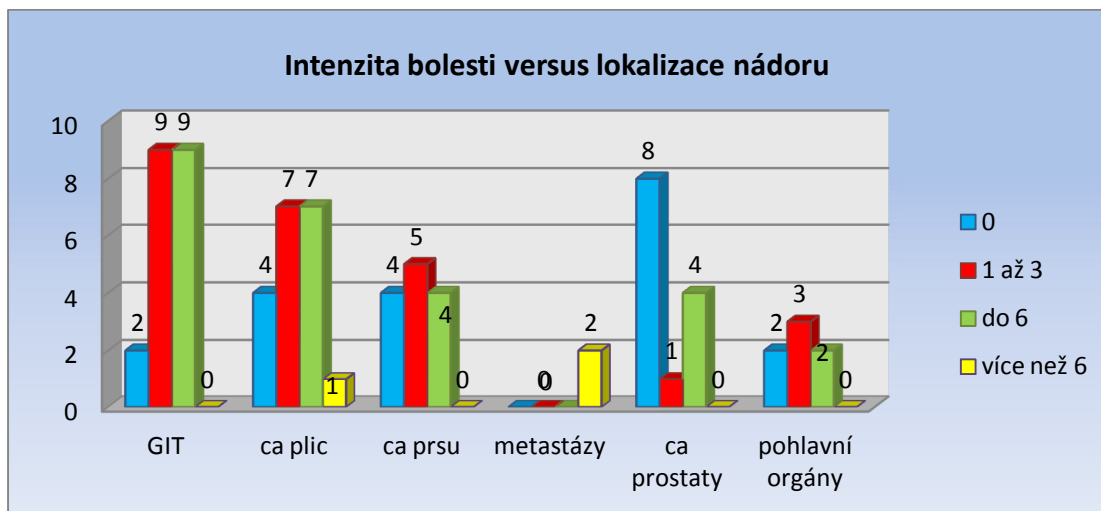
Máte v sou asné chvíli bolest?	ni	pi	pi v %
ano	54	0,73	72,97
ne	20	0,27	27,03
celkem	74	1	100,00

V otázce íslo 7 odpovídali respondenti na otázku, zda mají v sou asné chvíli bolesti. 54 pacient odpov d lo, ře bolesti má. 20 pacient uvedlo, ře jsou bez bolesti.

Dotazníková polofka 8: šJaká je intenzita Va-í bolesti na -kále VAS?

Tab. 8 intenzita bolesti

intenzita	ni	pi	pi v %
0	20	0,27	27,03
1 - 3	25	0,34	33,78
4 - 6	26	0,35	35,14
více než 6	3	0,04	4,05
celkem	74	1,00	100,00

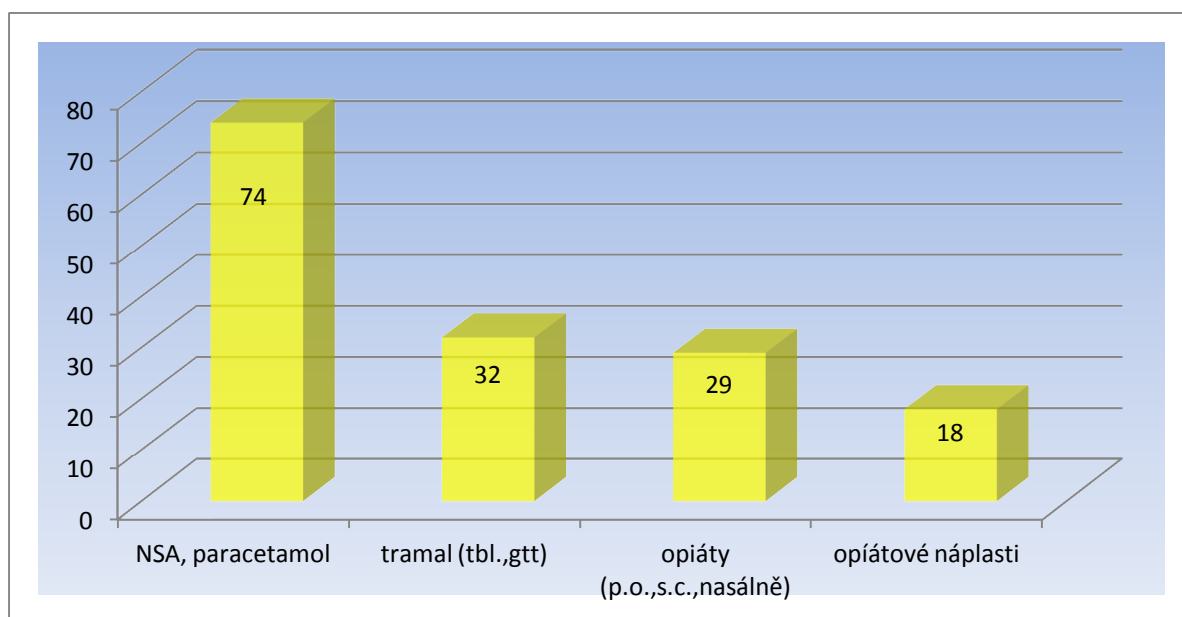


Obr. 2 graf- intenzita bolesti a lokalizace nádoru

V dotazníkové polofce . 8 odpovídali pacienti na otázku, jaká je jejich intenzita bolesti. Zárove tato otázka fungovala jako otázka kontrolní pro otázku p edchozí. Shodn jako v p edchozí otázce 20 pacient odpov d lo, že jsou bez bolesti. 25 respondent m lo bolesti na stupnici VAS 1-3, což je mírná bolest. U 26 odpovídajících byla nam ěna bolest střední intenzity. Silná bolest byla nam ěna u 3 pacient . U t chto pacient byl po zji-t ní silné bolesti p ivolán o-et ující personál a do-lo k aplikaci analgetik.

V následujícím grafu jsem zobrazila vztah mezi intenzitou bolesti a lokalizací nádoru. Jasn zde vidíme, že nejsiln j-í bolesti se vyskytovaly u pacient s metastázami do skeletu a to ve 2 p ípadech, a v jednom p ípad u pacienta s pokročilým nádorem plic. Střední intenzita bolesti se nejvíce objevovala u pacient s nádorem v zafívacím ústrojí a to v 9 p ípadech. Slabá bolest se nejvíce objevovala taktéž u pacient s nádorem v zafívacím ústrojí. Bez bolesti bylo nejvíce pacient ve skupin muž s karcinomem prostaty. To bylo zp sobeno nejspí-tím, že to byli pacienti, kterým byl nádor erstv diagnostikován.

Dotazníková polofka 9: Jaké užíváte léky proti bolesti?



Obr. 3 graf užívání analgetik

Tento graf se týká otázky . 9. Ta zní la, jaké léky proti bolesti pacienti vy užívají. V této otázce mohli pacienti zvolit více odpovědí. Všechny 74 pacient uvedlo, že užívají pravidelné léky typu ibalgin nebo paralen. 32 pacient užívá tramalové kapky nebo tramal v tabletách. 29 respondent užívá opiátové léky buď ve formě tablet a nebo injekční formou. 18 pacient vy užívá k léčbě bolesti opiátových náplastí.

Dotazníková polofka 10: šVíte co znamená označení pro lomová bolest?

Tab. 9 pro lomová bolest

Víte co znamená označení pro lomová bolest?	ni	pi	pi v %
• žádná bolest	28	0,38	37,84
• Označujeme jako zhoršení pooperační bolesti	17	0,23	22,97
• Jako pro lomovou bolest označujeme zhoršení jinak stabilní chronické bolesti	29	0,39	39,19
celkem	74	1	100

V otázce 9 jsem se respondent ptala, zda ví, co znamená pojem špro lomová bolest. 45 respondent neodpovědělo, co tento pojem znamená. Z toho 28 pacient zvolilo možnost, že tento pojem znamená žádná bolest. 17 pacient si myslelo, že pro lomová bolest je zhoršení pooperační bolesti. 29 respondent tento pojem zná a určil tak správnou variantu, že se jedná o zhoršení jinak stabilní chronické bolesti.

Dotazníková polofka 11: šVíte, k čemu slouží analgetická náplast?

Tab. 10 analgetická náplast

analgetická náplast:	ni	pi	pi v %
má pouze psychický efekt	5	0,07	6,76
trvale uvolňuje léky proti bolesti	47	0,64	63,51
neznám tento pojem	22	0,3	29,73
celkem	74	1	100

V otázce 10 odpovídali respondenti na otázku, zda ví, k čemu slouží analgetická náplast. 5 respondent si myslelo, že má pouze psychický efekt. 47 pacient odpovědělo, že náplast trvale uvolňuje léky proti bolesti a tedy ví, k čemu se náplast využívá. 22 respondent odpovědělo, že tento pojem nezná.

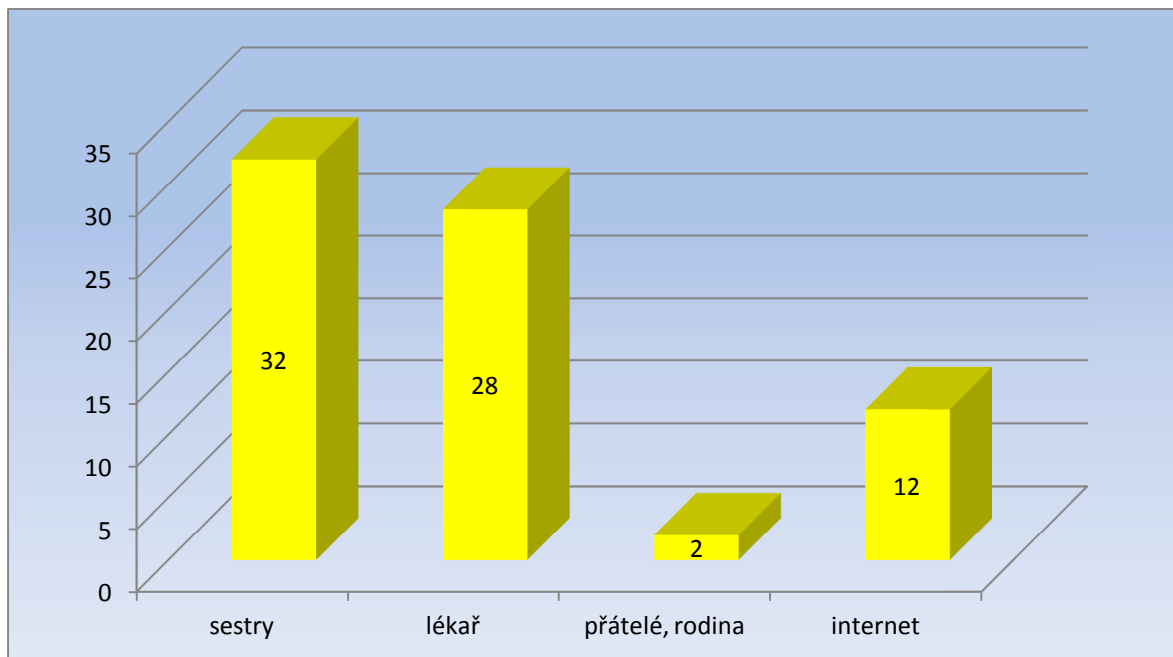
Dotazníková položka 12: Vyufili jste n kdy voln prodejné náplasti proti bolesti?

Tab. 11 voln prodejné analgetické náplasti

Vyufili jste n kdy voln prodejné náplasti proti bolesti	ni	pi	pi v %
ano, nepomohly mi	20	0,27	27,03
ano, pomohly mi	25	0,34	33,78
ne	7	0,09	9,46
neznám tyto p ípravky	22	0,30	29,73
celkem	74	1	100

V otázce . 12 jsem se respondent ptala, zda si n kdy koupili voln prodejné náplasti proti bolesti. 20 pacient si v minulosti náplast koupilo, ale nepomohla jim. 25 respondent si také náplasti koupilo a pomohly jim. 7 lidí uvedlo, že si je nikdy nekoupili. 22 pacient uvedlo, že tyto p ípravky neznají.

Dotazníková polofka 13: _šKdo Vám poskytuje nejvíce informací o lé b bolestiö?



Obr. 4 graf- informace

V grafu . 4 m ěme vid t odpov di na otázku . 13 - kdo Vám poskytuje nejvíce informací o lé b bolesti. 32 pacient zvolilo odpov , ě jim nejvíce informací poskytují sestry. 28 pacient odpov d lo, ě jim nejvíce informací poskytují léka i. 12 respondent zvolilo mořnost, ě si informace nejvíce hledá na internetu, a pouze 2 respondenti zvolili mořnost, ě jim informace poskytuje n kdo z rodiny i z p átel.

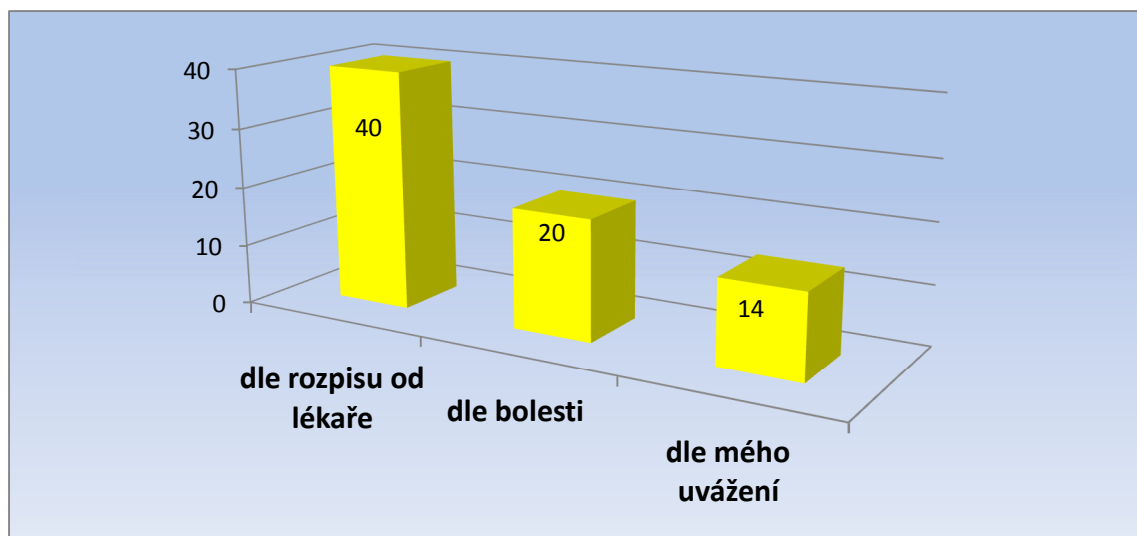
Dotazníková polofka 14: šVedete si deník bolesti?

Tab. 12 deník bolesti

Vedete si deník bolesti	ni	pi	pi v %
ano	35	0,47	47,00
ne	20	0,27	27,00
nevím co to je	19	0,26	26,00
celkem	74	1	100,00

V otázce . 14 jsem se pacient ptala, zda si vedou deník bolesti. 35 pacient zvolilo možnost, že ano. 20 pacient si deník bolesti nevede. 19 pacient v bec neví, co tento pojem znamená.

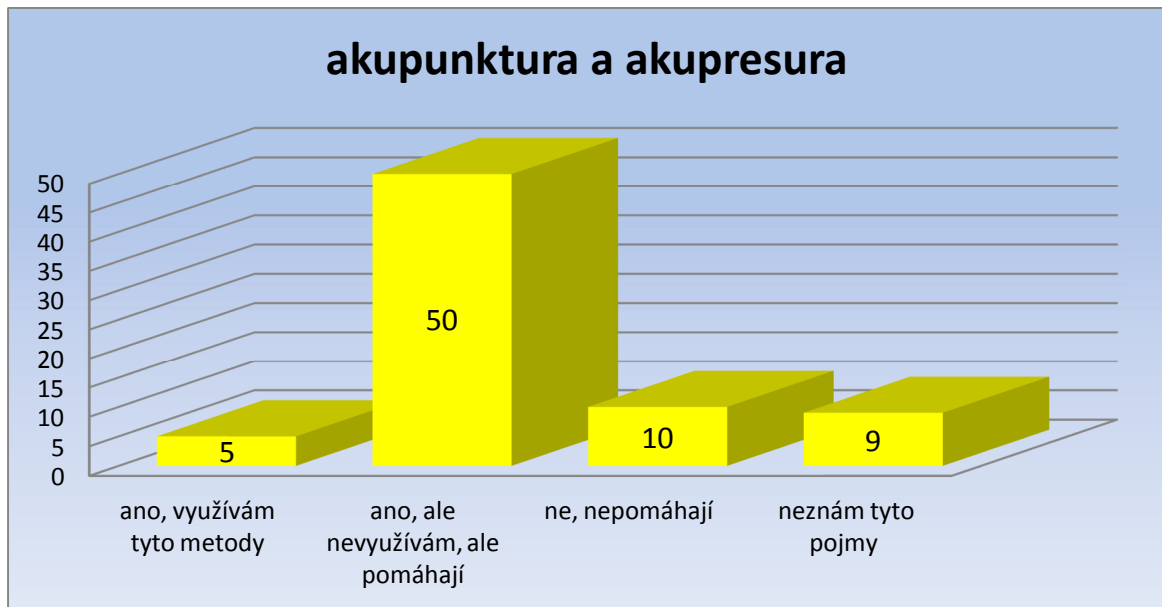
Dotazníková polofka 15: šJak užíváte léky proti bolesti?



Obr. 5 graf jak užíváte léky proti bolesti

V otázce íslo 15 jsem se pacient ptala, jakým zp sobem analgetika užívají. Ve 40 p ípadech pacienti odpov d li, že analgetika užívají dle pokyn od léka e. 20 pacient udalo, že léky proti bolesti užívají, aš kdyfl je n co bolí. 14 dotazovaných užívá analgetika dle svého vlastního uvážení.

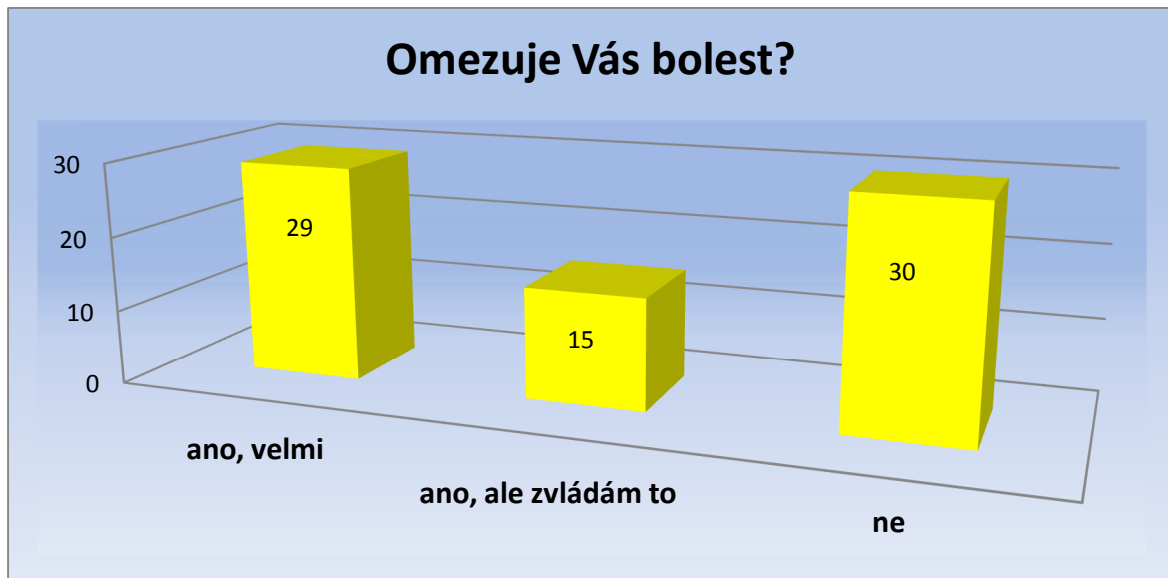
Dotazníková polofka 16: šMyslíte si, že akupunktura a akupresura mohou pomáhat od bolesti?



Obr. 6 graf akupunktura a akupresura

V otázce číslo 16 jsem se pacient dotazovala, zda si myslí, že akupunktura i akupresura mohou pomoci od bolesti. V grafu . 6 m máme vidět, že 50 respondent si myslí, že tyto procedury pomáhají od bolesti, ale zatím tyto metody nevyužili. 10 respondent se domnívá, že tyto metody od bolesti nepomáhají. 9 pacient odpovědlo, že tyto pojmy vůbec nezná. Akupunkturu i akupresuru v minulosti využilo 5 odpovídajících a uvedli, že jim od bolesti opravdu pomohly.

Dotazníková polofka 17: šOmezuje Vás bolest p i vykonávání b flných domácích pracíõ?



Obr. 7 graf Omezuje Vás bolest?

V otázce íslo 17 jsem se zam íla na to, jestli respondenty bolest omezuje ve vykonávání b flných domácích prací. Velmi bolest omezuje 29 respondent . 15 respondent bolest omezuje, ale práce zvládají. 30 pacient odpov d lo, fle je bolest nijak neomezuje.

..

Dotazníková polofka 18: Informují se zdravotníci, zda se Vám po analgetiku ulevilo?

Tab. 13 informují se zdravotníci, zda se Vám po analgetiku ulevilo?

informují se zdravotníci, zda se vám po analgetiku ulevilo?	ni	pi	pi v %
vždy	25	0,34	34
občas	20	0,27	27
ne	29	0,39	39
celkem	74	1	100

V otázce číslo 18 jsem se zaměřila na to, zda se zdravotníci informují na úlevu od bolesti, po podání analgetik pacientům. 25 respondentů uvedlo, že se jejich zdravotníci vždy na úlevu od bolesti zeptají. U 20 pacientů se zdravotníci pouze občas na úlevu zeptají. A 29 pacientů uvedlo, že se jejich zdravotníci na úlevu od bolesti po podání analgetik neptají. Myslím si, že toto číslo je velmi vysoké. Protože, pokud zdravotník podá pacientovi lék proti bolesti, mělo by být automatické, že se pacienta zeptá, jestli analgetikum zabralo a jestli nastala úleva.

Dotazníková polofka 19: Informovali Vás zdravotníci na možné neřádoucí úinky lék proti bolesti?

Tab. 14 Neřádoucí úinky analgetik

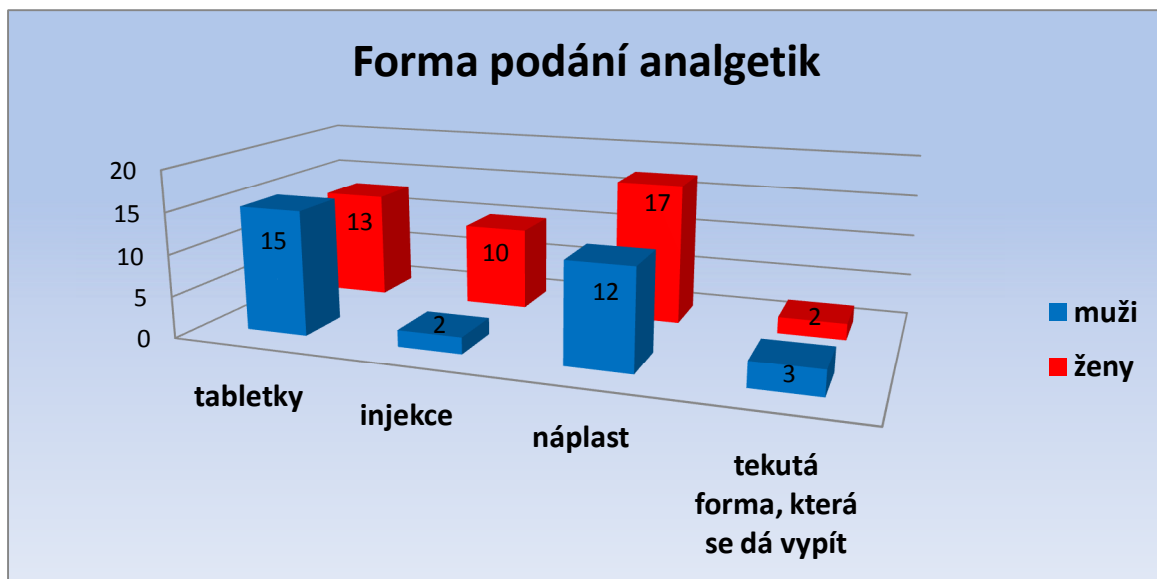
informovali vás zdravotníci na neřádoucí úinky analgetik?	ni	pi	pi v %
ano	15	0,20	20
ne	50	0,68	68
ne, ale já tu p íbalové letáky	9	0,12	12
celkem	74	1	100

V dal-í otázce jsem zji-ovala, zda zdravotníci upozor ují pacienty na neřádoucí úinky analgetik. Pouze 15 respondent odpov d lo, ře jim zdravotníci tyto informace podávají. 50 pacient odpov d lo, ře zdravotníci je na neřádoucí úinky neupozor ují. 9 pacient uvedlo, ře jim sice zdravotníci informace nepodávají, ale nevdí jim to, proto ře tou p íbalové informace.

Dotazníková polofka 20: šJaká forma lék by vám nejvíce vyhovovala?

Tab. 15 Forma podání analgetik

jaká forma lék by vám nejvíce vyhovovala?	ni	pi	pi v %
tabletky	21	0,28	28
injekce	8	0,11	11
náplast	40	0,54	54
tekutá forma, která se dá vypít	5	0,07	7
celkem	74	1	100

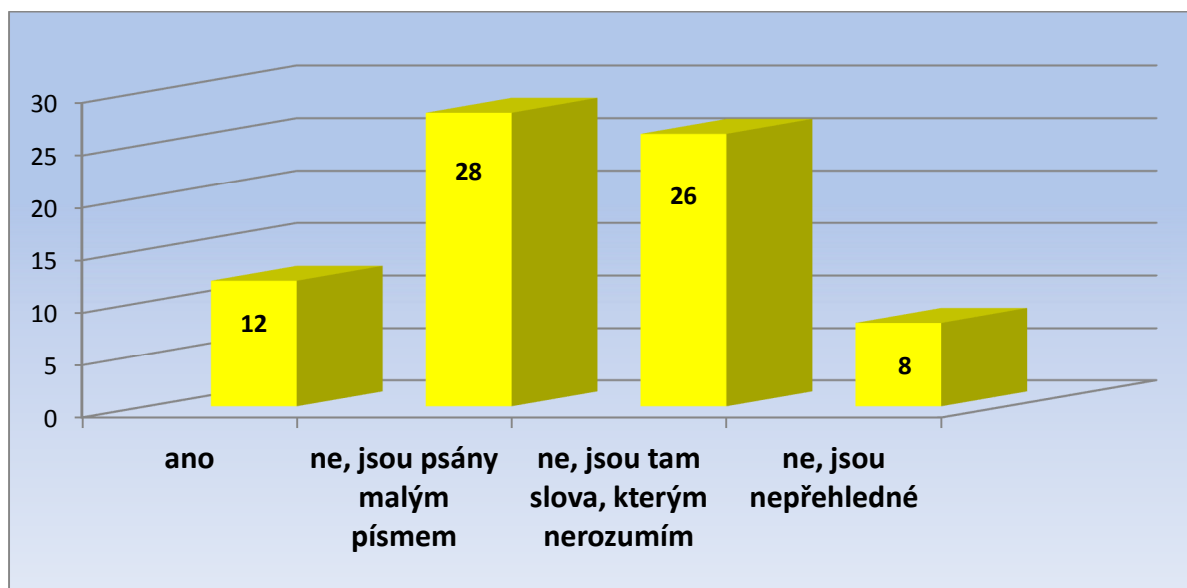


Obr. 8 graf- srovnání pofladavk na formu podání analgetik muflí versus fleny

V této otázce jsem se zajímala o to, jaká forma podávání analgetik, by pacient m vyhovovala nejvíce. 21 pacient uvedlo, že nejvíce by jim vyhovovala aplikace analgetik pomocí tablet. 8 respondent uvedlo, že by cht li analgetika aplikovat formou injekcí. Ve 40 p ípadech by si p áli pacienti aplikovat analgetika formou náplasti. P ti pacient m by vyhovovala tekutá forma analgetik.

V grafu m fleme vid t srovnání pofladavk na formu analgetik mezi muflí a flenami. Náplasti by cht lo vyuffívat 17 flen a 12 mufl . Tabletky by preferovali spí-e muflí (15) a flen v tomto p ípad 13. Injekce by preferovalo více flen a to 10, oproti tomu muflí byli v tomto p ípad pouze 2. Tekutou formu by volili t i muflí a dv fleny.

Dotazníková polofka 21: Š Vyhovují Vám letáky a broflury, které se týkají lé by bolesti?



Obr. 9 graf letáky a broflurky

V otázce íslo 21 jsem se dotazovala, zda jsou pacienti spokojeni s broflurami a s letáky, které se v nují problematice bolesti. Z grafu m flíme jasn vid t, flé v t-ina dotazovaných s nimi spokojena není. 28 pacient uvedlo, flé jim nejvíce vadí to, flé jsou broflury psány malým písmem. Moflnost, flé jsou v broflurách slova, kterým respondenti nerozumí, uvedlo 26 respondent . Osmi respondent m vadí to, flé jsou tyto materiály nep ehledné. Pouze 12 pacient odpov d lo, flé jim broflury vyhovují.

Dotazníková polovka 22: šCítíte se adekvátn ě informován/na o mofnostech lé by bolesti?

Tab. 16 - Adekvátnost informací

Cítíte se adekvátn ě informován ě o mofnostech lé by bolesti?	ni	pi	pi v %
Ano	25	0,34	34 %
Ne	49	0,66	66 %
Celkem	74	1,00	100 %

V otázce 22 odpovídali pacienti na otázku, zda se cítí adekvátn ě informován ě o mofnostech lé by bolesti. Pouze 25 pacient odpov d lo, ě ano. 49 pacient odpov d lo, ě nikoliv. Myslím si, ě je to velmi zneklid ující ěslo, nebo jak v práci n kolikrát zmi uji, adekvátn ě a kvalitn ě informovaný pacient znamená lep-í spolupráci s léka em p i lé b bolesti.

Dotazníková polovka 23: šPoskytují Vám zdravotní sestry dostate né informace?

Tab. 17 - Informace od sester

Poskytují Vám sestry dostate né informace?	ni	pi	pi v %
ano	52	0,70	70 %
ne	22	0,30	30 %
celkem	74	1,00	100 %

V této otázce jsem se zam ěila na problematiku informací podávaných sestrami. Ptala jsem se respondent ě, zda jim zdravotní sestry poskytují dostate né informace. 52 respondent uvedlo, ě ano. Mofnost šneš zvolilo 22 odpovídajících.

Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

H: Pacienti se budou cítit adekvátně informováni o léčbě bolesti, neřve se tak cítit nebudou.

H₀: Mezi etnostmi odpovědí uvádějících adekvátnost informovanosti o možnostech léčby bolesti nebude statisticky významný rozdíl.

H_A: Mezi etnostmi odpovědí uvádějících adekvátnost informovanosti o možnostech léčby bolesti je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je testována testem na rozdíl etností:

Respondenti odpovídali na otázku .22 v dotazníku: „Cítíte se adekvátně informováni o možnostech léčby bolesti?“

- a) Ano, cítím.
- b) Ne, necítím.

Tabulka .15 s absolutními a s relativními etnostmi je umístěna v prezentaci výsledků výzkumu.

Výpočet:

$$\chi^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

Pro tento test je nutné znát **hladinu významnosti**, což je pravděpodobnost, že nesprávně odmítneme nulovou hypotézu. Ve většině výzkumů se pracuje s hladinou významnosti 0,05 (5 %) nebo 0,01 (1 %). V našem výzkumu pracujeme s hladinou významnosti 0,05. Vypočítanou hodnotu porovnáváme s tabulkovou hodnotou funkce CHIINV (3,84). Pokud je vypočítaná hodnota menší než hodnota CHIINV, přijímáme nulovou hypotézu. Pokud je naopak větší, přijímáme hypotézu alternativní (Chrátka, 2007).

$$X^2 = 74 * \frac{(0,34 - 0,66)^2}{(0,34 + 0,66)}$$

$$X^2 = 74 * \frac{0,1024}{1}$$

$$X^2 = 7,58$$

$$X^2 > 3,84$$

Vypočítaná hodnota: $X^2=7,58$

Kritická hodnota $p_i = 0,05$ a $df=1$ je 3,84

= hladina významnosti

df = počet stupňů volnosti

Rozhodnutí o přijetí i nepřijetí nulové hypotézy:

Naměřená hodnota (7,58) je větší, než hodnota tabulková (3,84). Proto nulovou hypotézu zamítám a přijímám hypotézu alternativní.

Závěr statistického testování hypotézy:

Existuje statisticky významný rozdíl mezi etnostmi pacientů, kteří se cítí adekvátně informováni o možnostech léčby bolesti a mezi pacienty, kteří se tak necítí. Z tabulky 15 vyplývá, že etnost pacientů, kteří se cítí informováni je nižší (25), než u pacientů, kteří se cítí nedostatečně informováni (49).

Hypotéza 2

H: Pacienti budou s informacemi od sester spíše nespokojeni, než se spokojeni budou.

H₀: Mezi etnostmi odpovědí uvádějících spokojenost pacientů s informacemi od sester nebude statisticky významný rozdíl.

H_A: Mezi etnostmi odpovědí uvádějících spokojenost pacientů s informacemi od sester bude statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je testována testem na rozdíl etností:

Respondenti odpovídali na otázku . 23 v dotazníku: šPodávají Vám zdravotní sestry dostatečné informace?

- a) Ano, podávají.
- b) Ne, nepodávají.

K této otázce se vztahuje tabulka . 16 s absolutními a s relativními etnostmi, která je umístěna v prezentaci výsledků výzkumu.

Výpočet:

$$X^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

$$X^2 = 74 * \frac{(0,70 - 0,30)^2}{(0,70 + 0,30)}$$

$$X^2 = 74 * \frac{0,16}{1}$$

$$X^2 = 11,84$$

Vypočítaná hodnota: $X^2 = 11,84$

Kritická hodnota $p_i = 0,05$ a $df = 1$ je 3,84

= hladina významnosti

$df =$ počet stupňů volnosti

Rozhodnutí o přijetí i nepřijetí nulové hypotézy:

Naměřená hodnota (11,84) je vyšší, než hodnota tabulková (3,84). Proto nulovou hypotézu zamítám a přijímám hypotézu alternativní.

Závěr statistického testování hypotézy:

Existuje statisticky významný rozdíl mezi etnostmi pacientů, kterým zdravotní sestry poskytují dostatek informací a kterým dostatek informací neposkytují. Z tabulky 16 vyplývá, že etnost pacientů, kteří nejsou spokojeni s informacemi od sester je nižší (22), než etnost pacientů, kteří jsou s informacemi spokojeni (52).

Hypotéza 3

H: Pacienti, kteří se léčí s onkologickým onemocněním 2 roky a více budou s informacemi spokojenější než pacienti, kteří se léčí kratší dobu.

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností pacientů spokojených s informacemi, kteří se léčí déle než dva roky a četností pacientů, kteří se léčí kratší dobu.

H_A: Je statisticky významný rozdíl mezi četností respondentů spokojených s informacemi, kteří se léčí déle než dva roky a četností pacientů, kteří se léčí kratší dobu.

Hypotéza je testována testem:

- Chí-kvadrát - test pro porovnání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích.

Základem je kontingenční tabulka, stupňovitost a rozložení χ^2 .

Respondenti odpovídali na otázku . 6: ŠJak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?

- a) Do 2 let
- b) Více než 2 roky

A na otázku . 22: ŠCítíte se adekvátně informováni o možnostech léčby bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. 17- Kontingenční tabulka délka nemoci versus spokojenost s informacemi- naměřené hodnoty

Délka onemocnění	Spokojenost s informacemi		
	ano	ne	celkem
do 2let	18	46	64
2 a více let	7	3	10
celkem	25	49	74

Tab. 18- Kontingenční tabulka délka nemoci versus spokojenost s informacemi o ekávané hodnoty

Délka onemocnění	Spokojenost s informacemi		
	ano	ne	celkem
do 2 let	21	43	64
více než 2 roky	4	6	10
celkem	25	49	74

Výpočet

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

$$\chi^2 = \frac{(18 - 21)^2}{21} + \frac{(46 - 43)^2}{43} + \frac{(7 - 4)^2}{4} + \frac{(3 - 6)^2}{6}$$

$$\chi^2 = 0,406$$

Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 0,406$

Kritická tabulková hodnota $p = 0,05$ a $df = 1$ je 3,84

= hladina významnosti

$df = \text{počet stupňů volnosti}$

Rozhodnutí o přijetí a zamítnutí H0:

Naměřená hodnota (0,406) je nižší než kritická tabulková hodnota (3,84) a tedy nulovou hypotézu přijímáme.

Závěr statistického testování hypotézy:

Není statisticky významný rozdíl mezi četností pacientů spokojených s informacemi, kteří se léčí déle než dva roky a četností pacientů, kteří se léčí kratší dobu. Tento výsledek je ovlivněn tím, že pacient, kteří se léčí dva a více let bylo mnohem méně (10), než pacient léčících se kratší dobu (64).

Diskuze

Výzkumná část diplomové práce se zabývá informovaností onkologických pacientů o léčbě bolesti. Myslím si, že se jedná o aktuální a velmi důležitou problematiku. Mnoho výzkumů je prováděno na účinnost léčby bolesti, na neefektivitu užívání analgetik, na kvalitu života onkologických pacientů. Ale informovanost pacienta je také ohromně důležitá záležitost.

Má první výzkumná otázka zní: „Má stupeň vzdělání vliv na informovanost onkologických pacientů o možnostech léčby bolesti?“ Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že ve skupině vysokoškolačů je opravdu výrazně vyšší subjektivní pocit informovanosti než u ostatních skupin. To může být také dáno tím, že mezi vysokoškolačky si drtivě většina hledá informace na internetu, kde je nepečetelné množství informací. U středních školáků je spokojenost s informacemi také na slušné úrovni. Devět z patnácti respondentů je s informovaností spokojeno. Nejvíce jsou s informovaností nespokojeni vyšetřovaní respondenti. Ale tento výsledek může být zkreslen tím, že jich ve zkoumaném vzorku bylo nejvíce.

Má druhá výzkumná otázka zní: „Kdo poskytuje onkologickým pacientům nejvíce informací o léčbě bolesti?“ Ve 32 případech pacienti zvolili možnost, že je nejvíce informují sestry. Tento fakt může být způsoben tím, že jsou sestry v úzkém kontaktu s pacientem. Více spolu hovoří a tím pádem pacienti rádi a edukují je v oblasti léčby bolesti. 28 pacientů odpovědělo, že nejvíce informací jim poskytl lékař. Zde musím zdůraznit, že většina pacientů, která uvedla tuto možnost, se léčí v ambulanci léčby bolesti. Překvapilo mě, že pouze dva pacienti zvolili možnost, že nejvíce informací dostávají od rodiny či přátel. 12 pacientů hledá informace nejvíce na internetu. 11 z nich jsou vysokoškolsky vzdělaní pacienti.

Má třetí výzkumná otázka zní: „Vedou si onkologičtí pacienti deník bolesti?“ 47 % pacientů si deník bolesti vede. 27 % respondentů si jej nevede. Překvapilo mě, že 26 % pacientů vůbec netuší, co deník bolesti je. Tento fakt svědčí o tom, že pacienti nejsou v tomto tématu dostatečně informováni. Přitom, jak uvádí česká i světová literatura, měly denní záznamy bolesti znatelně usnadnit nasazení správného množství a druhu analgetik a také, rozpoznání vyvolávajících příčin bolestí. I pro samotného pacienta je vedení deníku výhodné, protože se lépe seznámí se svou bolestí. Po zprávném prošetření deníku, může identifikovat

příny, které způsobují např. pro lomovou bolest, může zjistit, co mu nejvíce pomáhá v tlumení bolesti atd.

Má čtvrtá výzkumná otázka zní: Znájí onkologičtí pacienti alternativní způsoby léčby bolesti? Pouze 7 % respondentů v minulosti akupunkturu vyzkoušelo. Uvádějí, že jim pomohla. To, že akupunktura pomáhá od bolesti u onkologických pacientů, potvrzuje i výzkum, který provedl Pfister v roce 2008. Výzkum provedli na skupině pacientů s odoperovaným nádorem hlavy a krku. Zavedli u nich léčbu akupunkturou a srovnávali tuto skupinu se skupinou klasicky léčených pacientů i týdny. Po tomto časovém úseku, pacienti léčení akupunkturou jeví mnohem lepší výsledky než kontrolní skupina. Autoři však upozorňují, že tato problematika potřebuje další bádání a zkoumání (Pfister, 2008). Poměrně velká skupina pacientů ve výsledcích uvádí, že si myslí, že by akupunktura pomáhat mohla, ale nikdy ji nevyzkoušeli. 10 pacientů si myslí, že tyto metody nepomáhají a nevěří jim. Devět pacientů tyto pojmy nezná. Jedná se především o pacienty, kteří jsou starší 70 let.

Pátá výzkumná otázka zní: Vyhovují pacientům informační brožury a letáky o léčbě bolesti? Pouze 16 % respondentů informační letáky vyhovují. Ostatním na letáčích vadí, že jsou psány malým písmem (38 %). To je velký problém, protože většina pacientů (54 %) jsou lidé starší 61 let a tedy u většiny případů mají horší zrak. V 35 % si nemocní stěžovali na to, že se v písmenách vyskytují slova, kterým nerozumí. Často se jedná o latinské názvosloví i odborné termíny, které nejsou dostatečně vysvětleny. Na nepřehlednost si stěžovalo 11 % respondentů.

Z těchto výsledků bychom si měli vzít ponaučení. Ve své době výzkumu spokojenosti pacientů s informačními letáky věnují více než vědeckých. Pro příklad uvádím výzkum, který byl proveden v roce 2003. Tato studie byla publikována v časopise *Topics in Stroke Rehabilitation* (Eames et al., 2003). Tato studie hodnotila obtížnost edukačních materiálů. Studie uvádí, že respondenti by dávali přednost brožurám, které jsou kratší a které jsou psány jednodušším jazykem. Dále je pro pacienty důležitá i grafická podoba letáku i brožury. Účastníci této studie navrhli několik nápadů, jak informační materiály zlepšit. Zde se potvrzují výsledky mého zkoumání, že si pacienti přejí zjednodušený text, tedy vyhýbání se cizím výrazům, používání většího písma a logičtější uspořádání informací, aby byly brožury přehledné (Eames et al., 2003).

První hypotéza diplomové práce zní: Pacienti se nebudou cítit adekvátně informováni o léčbě bolesti. Tato hypotéza byla ověřena statistickým zpracováním, pomocí testu rozdílu dvou etností. Potvrdilo se, že mezi etnostmi je statisticky významný rozdíl. Pouze 25 (34 %) respondentů se cítilo být adekvátně informovanými o možnostech léčby bolesti. Zbýlá část respondentů 49 (66 %), tedy nadpoloviční většina pacientů, se necítí být adekvátně informována. Dle mého názoru je to velmi alarmující číslo. Nebo problematika nádorové bolesti je velmi závažná, a pokud se pacienti sami necítí být adekvátně informováni, měli bychom se nad tím zamyslet. V několika řádcích, které sepsal Prof. MUDr. Stanislav Filip, CSc., se potvrzuje, že onkologičtí pacienti jsou v oblasti léčby bolesti neadekvátně informováni. Informovanost má následně vliv i na kvalitu života onkologických pacientů (Slováček; Filip; Slováčková, 2011).

Druhá hypotéza se zaměřovala na spokojenost pacientů s informacemi, které jim poskytují sestry. Tato hypotéza byla testována pomocí statistického testu rozdílu dvou etností. Statistické zpracování potvrdilo, že mezi etnostmi statisticky významný rozdíl je. Já jsem se domnívala, že pacienti nebudou s informacemi od sester spokojeni. Má domněnka se nepotvrdila. 70 % respondentů je s informacemi od sester spokojeno, 30 % pacientů bylo s informacemi od sester nespokojeno. Myslím si, že pro všeobecné sestry je tento výsledek velmi příjemný. Když jsem se pacientku dotazovala, zda si na sestry udělají čas, když si chtějí o něčem promluvit, většina bez váhání řekla, že ano. Pacienti udávali, že po vizitách, kdy na ně lékař mluví rychle a používá odborné výrazy, se ptají sestřiček a ty jim vysvětlí.

Třetí hypotéza mé práce zní: Pacienti, kteří se budou s onkologickým onemocněním léčit více než dva roky, se budou cítit lépe informováni, než pacienti, kteří se léčí kratší dobu. Tato hypotéza byla ověřována Chi-kvadrát testem. Test odhalil, že mezi etnostmi pacientů není statisticky významný rozdíl. Ovšem výsledek byl zkreslen tím, že ve skupině pacientů léčících se s onkologickým onemocněním déle než dva roky, bylo pouze 10 pacientů. Toto zkreslení bylo způsobeno tím, že výzkum probíhal zejména na lůžkovém oddělení onkologického komplexního centra, kdy byli hospitalizováni hlavně nově diagnostikovaní pacienti nebo pacienti, kteří se podrobovali začínající léčbě. I přes nepotvrzení hypotézy se domnívám, že délka onemocnění má vliv na kvalitu informovanosti.

Závěr

Hlavním cílem teoretické části bylo shrnout poznatky o onkologické bolesti a jejích možnostech diagnostiky, tlumení a farmakoterapii a dále zmínit poznatky z psycho-onkologie.

Jako hlavní cíl praktické části jsem si stanovila zjistit informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti. Ze svých výzkumných otázek a hypotéz jsem zjistila, že onkologičtí pacienti nejsou subjektivně spokojeni s informovaností o léčbě bolesti. Také jsem zjistila, že vzdělání opravdu souvisí s informovaností. Proto bychom při edukaci pacientů měli mít na paměti i jejich vzdělání a výklad tomu přizpůsobit. Dále jsou pacienti (84 %) velmi nespokojeni s materiálem, který jim jsou poskytovány o léčbě bolesti. Nejvíce jim vadí grafická podoba letáků a brožur, kde velkým problémem jsou texty psané malým písmem. Také z diplomové práce vyplynulo, že pacienti dostávají nejvíce informací od sester a od lékaře, odpovědělo tak 60 pacientů z 74 dotazovaných. Cofl si myslím, že je velmi pozitivní zpráva. 53 % dotazovaných pacientů si nevede deník bolesti. Z toho 26 % vůbec netuší co deník bolesti je. V této oblasti by bylo vhodné pacienty více edukovat, nebo jak jsem již v práci zmínila, deník bolesti nám může velmi usnadnit nastavování a vedení terapie bolesti.

Hypotéza, číslo jedna, se mi potvrdila, opravdu se pacienti necítí adekvátně informováni o možnostech léčby bolesti, celých 66 % pacientů takto odpovědělo. Hypotéza, číslo dvě, se mi také potvrdila, celých 70 % dotazovaných pacientů je s informacemi od sester spokojeno. Hypotéza číslo tři, se mi nepotvrdila. Ta zněla, že pacienti, kteří se léčí s onkologickou diagnózou déle než dva roky se budou cítit lépe informovanější, než pacienti, kteří se léčí kratší dobu. Myslím si, že to bylo způsobeno nedostatečným vzorkem pacientů z dlouhodobějších pacientů.

Bohužel výzkum mé diplomové práce mi potvrdil, že onkologičtí pacienti nejsou adekvátně informováni o léčbě bolesti. Zejména v počátečních letech nejsou pacienti informováni skoro vůbec. Dle výzkumu, který provedla agentura STEM/MARK, která na našem spolupracovala s Cestou domů, což je hospicové občanské sdružení, jasno ukazuje, že pacienti nemají strach ani tak ze smrti samotné, ale z toho, že budou trpět nesnesitelnými bolestmi a to 46 % dotazovaných.

Doporučení pro praxi

- 1) Více edukovat pacienty o problematice léčby onkologické bolesti, kteří se nacházejí na začátku léčby onkologického onemocnění. Vytvořila jsem prezentaci, která se týká léčby onkologické bolesti. Je určena pro pacienty. Najdou v ní informace o analgetických, opiátech, mání bolesti a mnoho dalších informací. Tato prezentace je na přiloženém CD.
- 2) Zaměřit se na edukační materiály pro onkologické pacienty. K jejich tvorbě přizvat i onkologické pacienty. Měli bychom se zaměřit na velikost písma, grafickou stránku i na to, aby se v textu neobjevovala cizí slova.

Bibliografické citace

- 1) VORLÍ EK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
- 2) ROKYTA, Richard, et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s., VIII s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 3) KLENER, Pavel; KLENER JR., Pavel. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2010. 232 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
- 4) ADAM, Zdeněk; VORLÍ EK, Jiří; KOPTÍKOVÁ, Jana. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6.
- 5) DORFMÜLLER, Monika; DIETZFELBINGER, Hermann. *Psychoonkologie : Diagnostik-Methoden-Therapieverfahren*. 3. dopl. vyd. München : Elsevier GmbH, 2009. 437 s. ISBN 978-3-437-24490-2.
- 6) VORLÍ EK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- 7) HEHLMANN, Annemarie . *Leitsymptome : Ein Handbuch für Studenten und Ärzte*. vyd. 5. München : Elsevier GmbH, 2007. 447 s. ISBN 978-3-437-42102-0.
- 8) SOFAER, Beatrice. *Bolest : Příručka pro zdravotní sestry*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
- 9) KIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 10) NEŘPOR, Karel. *Bolest se dá zvládnout : Jak zmírnit bolest vlastními silami*. vyd. 1. Praha : Lidové noviny, 2004. 167 s. ISBN 80-7106-362-2.
- 11) HRUBÁ, M., et al. *Role sestry v prevenci včasné diagnostice nádorových onemocnění*. vyd. 1. Brno : GAD STUDIO s.r.o., 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
- 12) ZEMANOVÁ, Marie. *Psychoterapie v onkologii*. *Onkologie*, 2008, ro. 2(4), 249-252
- 13) SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍ EK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362s. ISBN 978-80-7262-505-5. Str. 320, 35.
- 14) SLÁMA, O.; VORLÍ EK J., Co víme o kvalitě života onkologicky nemocných a jak ji můžeme ovlivnit, *Onkologická péče*, 2004, 3, str. 16.

- 15) O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry v ech obor* . vydání 1. české. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- 16) KOLEKTIV AUTOR . *V-ě o lé b bolesti: p íru ka pro sestry*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
- 17) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní pé i*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- 18) MIKŠOVÁ, Zde ka. *Kapitoly z o-ět ovatelské pé e I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- 19) MOUREK, Jind ich. *Fyziologie: u ebnice pro studenty zdravotnických obor* . 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 208 s. ISBN 80-247-1190-7.
- 20) SLÁMA, Ond ej, Jan LEJKO, Ji í KOZÁK a Ji í VORLÍ EK. *Epidemiologie a lé ba pr lomové bolesti u onkologických pacient v R: Výsledky výzkumného projektu Parma*. *Bolest*. 2011, ro . 14(. 1), str. 38-40.
- 21) MUNZAROVÁ, Marta. *Pro ne eutanazii, aneb, Být, i nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vyd í: Pro ob anské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s. ISBN 978-807-1953-043.
- 22) HATKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 80-7262-471-3. str. 44.
- 23) De Witt R, Huijjer Abu Saad H, Loonstra S, Zandbelt L, Buuren A, Heijden K, Leenhouts G. *Empirical comparison of comonly used measures to evaluate pain treatment in cancer patients with chronic pain*. *J Clin Oncol* 1999; 17: 128061287.
- 24) SLÁMA, Ond ej. *Nové mofnosti lé by pr lomové bolesti u onkologických pacient* . *Zdravotnické noviny: ZDN*. 2011, ro . 2011(. 5). Dostupné z: http://www.zdn.cz/news/check-pro?id=459816&seo_name=priloha-lekarske-listy
- 25) Těv ík, P., Vorl íek, J. *Bolest a mofnosti jejího lé ení*. In: Vorl íek, J., Adam, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Grada Publishing, Praha 1998, s. 27-65.
- 26) International Association for the Study of Pain -Pain Definitions, (1994)
- 27) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v o-ět ovatelství*. P elofila Jana Uhrová, Jana Novotná. 1. české vyd. Martin : Osveta, spol. s r. o., 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- 28) CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

- 29) Pfister D, Vickers A, Deng G, et al: *Acupuncture for pain and dysfunction after neck dissection: Preliminary results of a randomized controlled trial*. J ClinOncol 26:320s, 2008 (suppl; abstr 6016)
- 30) EAMES, Sally; MCKENNA, Kryss; WORAL, Linda; READ Stephen. *The Suitability of Written Education Materials for Stroke Survivors and Their Carers*. Topics in Stroke Rehabilitation. 2003, ro . 10, . 3, s. 70-83. ISSN 1074-9357.
- 31) SLOVÁ EK, L., S. FILIP a B. SLOVÁ KOVÁ. *Paliativní onkologická pé e v systému poskytování zdravotní pé e v Královéhradeckém kraji: vlastní zku-enosti*. Paliativní onkologická pé e v systému [online]. 2011, ro . 24, . 4, s. 265-270, 2012-01-23 [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/164.pdf>

Seznam tabulek

Tab. 1 ó pohlaví	str. 39
Tab. 2 ó v k	str. 39
Tab. 3 ó vzd lání	str. 40
Tab. 4 ó s kým doma bydlíte	str. 41
Tab. 5 ó orgán zasafený nádorem	str. 42
Tab. 6 ó délka nemoci	str. 43
Tab. 7 ó p ítomnost bolesti	str. 43
Tab. 8 ó intenzita bolesti	str. 44
Tab. 9 ó pr lomová bolest	str. 46
Tab. 10 ó Analgetická náplast	str. 46
Tab. 11 ó Voln prodejné analgetické náplasti	str. 47
Tab. 12 ó deník bolesti	str. 49
Tab. 13 ó Informují se zdravotníci, zda se Vám po podání analgetika ulevilo?	str. 52
Tab. 14 ó Nefládoucí ú inky analgetik	str. 53
Tab. 15 ó forma podání analgetik	str. 54
Tab. 16 ó adekvátnost informací	str. 56
Tab. 17 ó informace od sester	str. 56

Seznam obrázk ó graf

Obr. 1 ó graf - lokalizace nádoru muffi versus fleny	str. 42
Obr. 2 ó graf ó intenzita bolesti a lokalizace nádoru	str. 44
Obr. 3 ó graf ó uflívání analgetik	str. 45
Obr. 4 ó graf- informace	str. 48
Obr. 5 ó graf ó Jak uflíváte analgetika	str. 49
Obr. 6 ó graf ó akupunktura a akupresura	str. 50
Obr. 7 ó graf ó omezuje Vás bolest	str. 51
Obr. 8 ó graf ó srovnání pořadavk na formu podání analgetik muffi versus fleny	str. 54
obr. 9 ó graf- letáky a broflurky	str. 55
obr. 10 ó graf- vzd lání versus spokojenost s informacemi	str. 40

Seznam zkratk

Apod. ó a podobn

Atd. ó a tak dále

. ó íslo

Kol. ó kolektiv

Obr. ó obrázek

Str. - strana

Tab. ó tabulka

Viz. ó lze vid t

VAS ó vizuální analogová -kála

Přílohy

Příloha . 1- Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru

Tab. . 1 - Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru

Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru	
Kosti	85 ó 100 %
Pankreas	70 ó 100 %
vaje níky a d lovní ípek	40 ó 100 %
tlusté st eva a kone ník	50 ó 95 %
Plíce	45 ó 85 %
dutina ústní	60 ó 80 %
fialudek	60 - 75 %
Prostata	40 ó 75 %
prsní fláza	35 ó 65 %
Lymfomy	15 ó 20 %

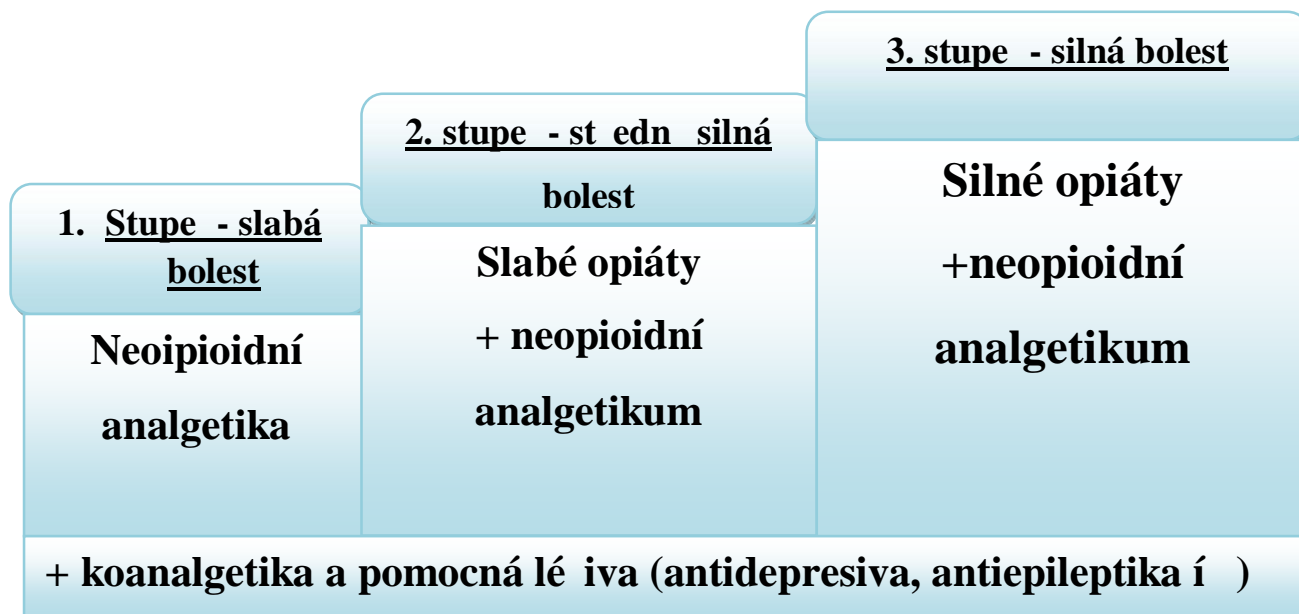
(Vorlí ek, 2004, s. 32)

Příloha . 2- Dotazník interference bolestí s denními aktivitami

0	Jsem bez bolesti.
1	Bolesti mám, ale výrazně mě neruší a neobtěžují.
2	Bolesti mám, nejde se od nich zcela odpoutat, ale běžné činnosti dle potřeby mohu.
3	Bolesti mám, nejde se od nich odpoutat, ruší mě při provádění denních aktivit.
4	Bolesti jsou takové, že i běžné činnosti jsou vykonávány s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností schopen/na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu nebo vyhledat lékaře.

(Rokyta, 2009)

Příloha 3.3. Medikamentózní léčba bolesti dle WHO



Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michaela Tůrsová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studijního oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech se zaměřením na onkologii Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit k vypracování mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní. Při vyplnění dotazníku prosím zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď. U některých otázek je možnost i více možností odpovědí. Pokud Vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených odpovědí, doplňte vlastní odpověď.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Michaela Tůrsová

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) žena

2) Kolik je Vám let? (prosím doplňte)

í í í í í let

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední
- d) vysoké

4) S kým doma bydlíte?

- a) S manželem/manželkou
- b) S druhem/ družkou
- c) S dětmi a jejich rodinami
- d) Sám/sama

5) Jaký orgán je zasažen nádorem? (prosím doplňte)

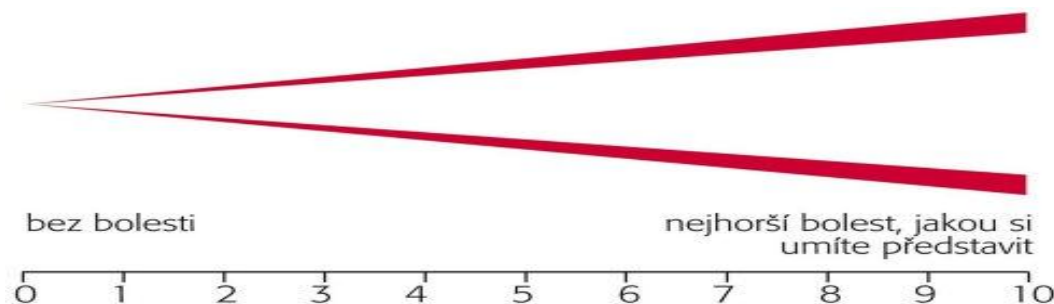
6) Jak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?(prosím doplňte)

_____let

7) Trápí vás v současné chvíli bolest?

- a) Ano
- b) Ne

8) Jaká je intenzita Vaší bolesti na stupnici 0-10 (0 je žádná a 10 je nejvíce možná bolest) označte vaši současnou bolest.



Doplňte, prosím-----

9) Jaké užíváte léky proti bolesti?

-
- a) Léky typu ibalgin, paralen, nimesil
 - b) Slabé opiáty (Tramal, Tramadol, Dyhydrokodein, Kodeiní .)
 - c) Silné opiáty (morfin, fentanyl, sufentanylí .) injekcí, aplikací do nosu
 - d) Opiátové náplasti

10) Víte, co znamená označení pro lomovou bolest?

- a) řádná bolest
- b) Jako pro lomovou bolest označíme zhoršení pooperační bolesti.
- c) Jako pro lomovou bolest označíme zhoršení jinak poměrně stabilní chronické bolesti.

11) Víte, k čemu slouží analgetická náplast?

- a) Má pouze psychický vliv na zmírnění bolesti, nemusí se vyměňovat.
- b) Trvale uvolňuje léky proti bolesti, musí se měnit v předepsaný den a čas.
- c) Neznám tento pojem.

12) Vyuffil/la jste někdy volně prodejné náplasti proti bolesti? (Voltaren, vitapainí...)

- a) Ano, vůbec to mi to nepomohlo
- b) Ano, náplast mi velmi pomohla
- c) Ne
- d) Neznám tyto přípravky

13) Kdo vám poskytuje nejvíce informací o léčbě bolesti? (zvolte prosím jen jednu možnost)

- a) Zdravotní sestra
- b) Lékař
- c) Přátelé, rodina
- d) Informace hledám na internetu
- e) Jiné, prosím doplňte:

14) Vedete si deník bolesti?

- a) Ano, pečlivě si vše zapisuji dle instrukcí od zdravotníka
- b) Ne
- c) Nevím co je deník bolesti

15) Léky proti bolesti užívám

- a) Dle instrukcí lékaře
- b) Dle potřeby
- c) Jiné-----

16) Myslíte si, že akupunktura i akupresura mohou ulevit od bolesti?

- a) Ano, tyto metody využívám
- b) Ano, ale nikdy jsem to nevyzkoušel /la
- c) Ne
- d) Nevím, co tyto pojmy znamenají

17) Omezuje vás bolest při výkonu běžných domácích prací?

- a) Ano, velmi
- b) Ano, ale zvládám to
- c) Ne

18) Informují se zdravotníci, zda po podání léku proti bolesti se vám ulevilo?

- a) Vždy
- b) Občas
- c) Ne

19) Informovali Vás zdravotníci o možných nežádoucích účincích léků proti bolesti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, ale nevadí mi to, protože tu pečlivě přečtu obalové letáky.

20) Jaká forma podání léků by Vám nejvíce vyhovovala?

- a) Tabletky
- b) Injekce
- c) Náplast
- d) V tekuté formě, aby se daly vypít.

21) Vyhovují Vám brožury a letáky o léčbě bolesti?

- a) Ano
- b) Ne, jsou nepřehledné.
- c) Ne, jsou psány malým písmem.
- d) Jiné, prosím doplňte _____

22) Cítíte se adekvátně informováni o možnostech léčby bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

23) Poskytují Vám zdravotní sestry dostatečné informace?

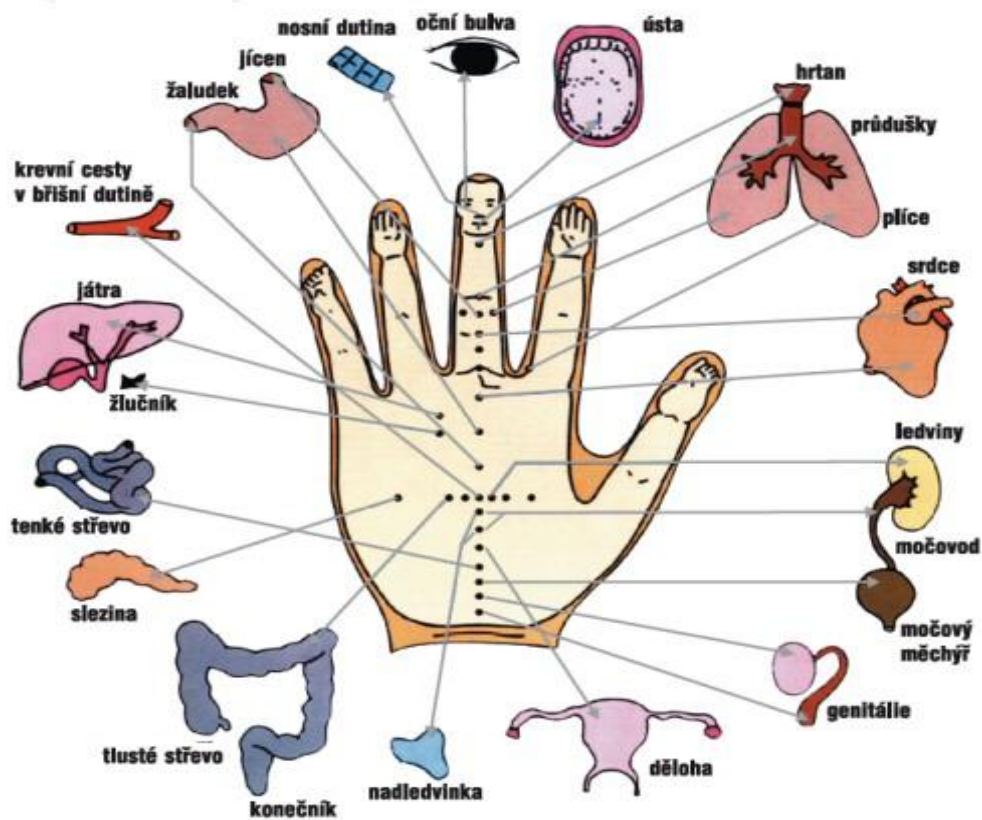
- a) Ano
- b) Ne

Velice Vám děkujeme za vyplnění dotazníku. Přejeme Vám krásný den.

Bc. Michaela Tursová

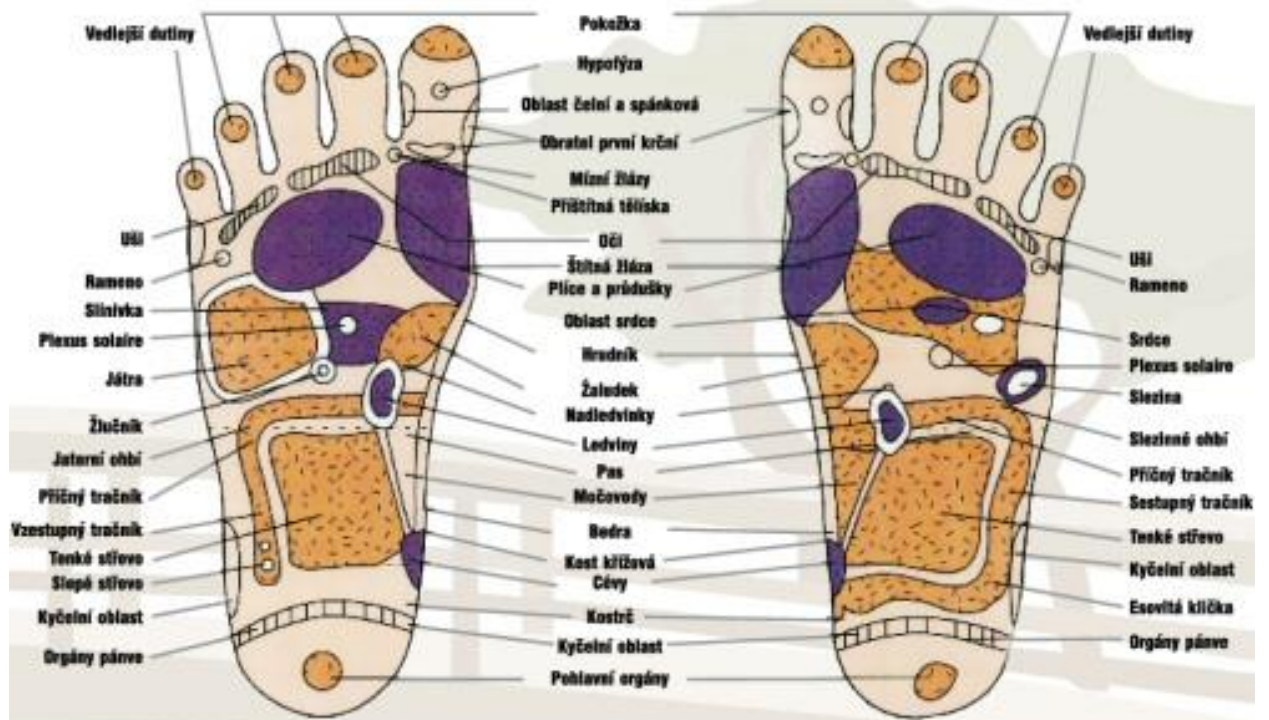
Příloha 5. Akupresurní body dlaní a chodidel

Akupresurní body dlaní a chodidel



Pravé chodidlo

Levé chodidlo



Obrázek dostupný na: <http://www.modom.cz/produkty/akupresura/>

Příloha . 6 o Akupunktura



Obrázek dostupný z : <http://www.totalhealthclinics.com/treatments/acupuncture/>

Příloha 7- Seznam bylinek, které se využívají v managementu bolesti

Oblast pomoci	Vhodné bylinky
Analgezie	nové koení, arnika, dev tsil léka ský, paprika, ko ský ka-tan, kop iva, petrřel, broskev, topol, kurkuma, vrbaí
Protik e ové ú inky	anýz, dev tsil léka ský, celer, -alv j lu ní, blatouch, kopr, fenykl, zázvor, chmel, petrřel, máta peprnáí
Artritida	-afrán, erný pep , lopuch, paprika, celer, pýr plazivý, prvosenska, kopretina imbaba, zázvor, kapra samec, kop iva, mu-kátový o ech, -ípek, vrbaí
Bolesti zad	Dev tsil léka ský, divizna, melatoniní
Bolesti zub	Nové koení, arnika, ch est, h ebí ková silice, koriandr, bezinka, m sí ek léka ský, rozmarýní
Bolesti hlavy	erný pep , dev tsil léka ský, -alv j lu ní, sedmikráska, bezinka, jinan dvoulalo ný, zelený aj, majoránka, broskev, máta peprná, rozmarýn, -afrán, vrba, kozlík léka skýí
Zán t	Arnika, -alv j lu ní, káva, kostival léka ský, sedmikráska, zázvor, m sí ek léka ský, tuflebník jilmový, kop iva, broskev, koniklec, t ezalka, kurkuma, vrbaí
Kloubní bolesti	Sedmikráska, jalovec, star ek p ím tník, rozmarýn, vrbaí
Migréna	Dev tsil léka ský, -alv j lu ní, sedmikráska, kopretina imbaba, mu enka jedlá, máta peprná, vratí obecný, vrbaí
Nauzea	Zázvor s medem, máta peprná, bazalka praváí

