

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Bolest a její zvládání u onkologických
pacientů**

bakalářská práce

Autor: Alena Tomanová

Vedoucí práce: PhDr. Petra Doucková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Alena Tomanová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Bolest a její zvládání u onkologických pacientů
Cíl práce:	Zjistit problémy pacientů spojené s léčbou onkologické bolesti.



PhDr. Petra Doucková
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na bolest a její zvládání u onkologických pacientů. Práce je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly. V teoretické části je vysvětleno, co je bolest, dále onkologická bolest, léčba onkologické bolesti, cíl léčby onkologické bolesti a péče o psychiku onkologicky nemocného. Ve výzkumné části jsou data kvantitativního dotazníkového šetření, které jsou znázorněny v tabulkách. Výsledky jsou popsány a porovnány s pracemi na podobné téma. Ze samotného výzkumného šetření vyplynulo doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Bolest, onkologická bolest, metody hodnocení, průlomová bolest, léčba bolesti

Abstract

The bachelor thesis is focused on pain and its management in cancer patients. The thesis is divided into four main chapters. The theoretical part explains what is pain, oncological pain, oncological pain treatment, the goal of oncological pain treatment and care for the psyche of the oncologically ill. In the research part there are data of the quantitative questionnaire survey, which are shown in tables. The results are described and compared with works on a similar topic. The research itself resulted in recommendations for practice.

Key words

Pain, oncology pain, methods of evaluation, breakthrough pain, pain treatment

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Petře Douckové za odborné vedení, cenné rady, čas a především trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat personálu Onkologického oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s., kde mi umožnili provést dotazníkové šetření. Chtěla bych dále poděkovat pacientům, kteří svůj čas věnovali vyplnění dotazníku.

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	9
1.1 Charakteristika bolesti.....	9
1.1.1 Historie bolesti.....	9
1.1.2 Dělení bolesti	9
1.1.3 Faktory ovlivňující bolest	10
1.1.4 Vnímání bolesti.....	11
1.2 Charakteristika onkologické bolesti.....	12
1.2.1 Průlomová bolest	12
1.2.2 Příčina onkologické bolesti.....	14
1.2.3 Dělení nádorové bolesti	14
1.2.4 Hodnocení onkologické bolesti	16
1.2.5 Výskyt bolesti v závislosti na typu a lokalizaci nádoru.....	20
1.3 Léčba onkologické bolesti.....	20
1.3.1 Léčba bolesti při metastatickém postižení	21
1.3.2 Invazivní léčba onkologické bolesti	23
1.3.3 Nejčastěji využívané techniky invazivní léčby onkologické bolesti	24
1.3.4 Farmakoterapie nádorové bolesti.....	25
1.3.5 Názvy léčivých přípravků.....	26
1.4 Cíl léčby onkologické bolesti.....	29
1.4.1 Cíl léčby průlomové bolesti.....	30
1.4.2 Předpoklady úspěšné léčby onkologické bolesti	30
1.4.3 Chyby v léčbě onkologické bolesti.....	31
1.4.4 Komplikace související s léčbou nádorové bolesti.....	32
1.5 Péče o psychiku onkologicky nemocným.....	33
1.5.1 Komunikace s onkologickým pacientem.....	34
1.5.2 Role sestry v péči o pacienta s bolestí	35
1.5.3 Psychologický přístup sestry k onkologickým pacientům.....	36
1.5.4 Psychoterapie	36
2 Výzkumná část.....	39
Cíle práce	39
Hlavní cíl.....	39
Výzkumné otázky	39
2.1 Metodika výzkumu.....	39
2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	40

2.3	Průběh výzkumu.....	40
2.4	Zpracování získaných dat.....	40
2.5	Výsledky výzkumu.....	41
3	Diskuze	53
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	62
	Seznam tabulek	70
	Seznam grafů	71
	Přílohy.....	Chyba! Záložka není definována.

Úvod

Zvolila jsem si pro svou závěrečnou práci toto téma ze dvou důvodů. Téma je nejen zajímavé, ale také mi je velmi blízké. V minulosti jsem působila na geriatrickém oddělení a každý den jsem pečovala o desítky onkologických pacientů, kteří měli intenzivní a dlouhodobé bolesti. Měla jsem možnost poznat, jak bolest ovlivnila jejich život a jak se vyrovnávali se samotnou bolestí. Proto, jsem se rozhodla, že dané téma si zaslouží více pozornosti a hlubší prostudování.

Bolest nás provází po celý náš život a to bez ohledu na věk. Se zvyšujícím věkem se bolest objevuje častěji a to je dáno opotřebením pohybového aparátu. Nemusí se jednat pouze o bolest fyzickou, ale může se jednat i o bolest duševní. Vnímání bolesti je pro každého z nás velmi rozdílné a to je dáno prahem bolestivosti každého jedince. V mnoha případech může být bolest psychickou i fyzickou zátěží. Reakce na bolest každého jedince je subjektivní. Projevem bolesti může být agresivita a v nejhorším případě uzavírání se do sebe.

Bakalářská práce bude rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se bude zaměřovat na charakteristiku onkologické bolesti, léčbu onkologické bolesti, cíl léčby onkologické bolesti a péči o psychiku onkologicky nemocných. Informace pro tuto část budou čerpány z odborných publikací a odborných časopisů. Druhá část bude tvořena syntézou dotazníkového šetření bolesti a její zvládání u onkologických pacientů.

Cílem bakalářské práce je zjistit problémy pacientů spojené s léčbou onkologické bolesti.

1 Teoretická část

1.1 Charakteristika bolesti

„Bolest je nepříjemným senzorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2012, s. 43)

1.1.1 Historie bolesti

Soukupová (2012) tvrdí, že snaha ovlivnit a zmírnit bolest provází člověka od samého počátku jeho bytí.

Tišení bolesti, bylo v minulosti založeno především na instinktivním chování. Bolest se zmirňovala např. třením bolestivého místa, vyhledáváním úlevové polohy, nanášením různých mastí z bylin, přikládání studených obkladů na bolestivé místo, vystavování účinkům slunečního tepla (Erbenová, 2016). Starověký Egypt je zejména spjatý s vysokou úrovní léčitelství. Ve starověkém Egyptě k tišení bolesti využívali například nadpřirozených postupů, nošení náramků a náhrdelníků z magnetického kamene. Erbenová (2016) tvrdí, že k tišení bolesti využívali elektrické ryby např.: úhoře. Poznatky o bolesti a jejich technikách zmírňující bolest jsou k nalezení v historických dokumentech a to v 13 lékařských papyrech. Velmi významným lékem proti bolesti byla maková šťáva, která je dnes známa pod názvem opium. V roce 1805 německý lékárník Serturner izoloval z opia bílý prášek, který nazval jako „morphin“, po bohu spánku Morpheovi. Prvním lékařem, který se intenzivně začal věnovat léčbě chronické bolesti, byl John. J. Bonica. Tentýž lékař v roce 1947 ve státě Illinois ve městě Tacoma zakládá „Pain Clinic“ první ambulanci léčby bolesti. V roce 1953 John. J. Bonica vydal první ucelenou publikaci, která se věnuje problematice léčby bolesti - „Management of Pain“. V roce 1974 byla skupinou lékařů založena mezinárodní organizace „International Association for the Study of Pain“ (dále jen IASP), (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

1.1.2 Dělení bolesti

V této kapitole jsou uvedeny jednotlivé druhy bolesti a jednotlivé bolesti jsou stručně popsány.

Bolest dělíme podle způsobu jejího vzniku a délky působení:

Akutní bolest vzniká náhle a působí krátkodobě. Jedná se o dobu působení několika hodin, dnů až 3 měsíců. Akutní bolest vzniká ihned po bolestivém podnětu. Léčba akutní bolesti, by měla být hned zahájena, aby nedošlo k přejití do chronické fáze. Akutní bolest je velmi dobře lokalizovatelná a je varovným signálem poškození organismu. Dobře reaguje na tlumení pomocí léků - analgetik (Slíva, Doležal, 2009).

Projevem akutní bolesti je zrychlený pulz, dech, neklidem, pocení, zarudnutí obličeje, pláč, časté změny poloh a při velmi intenzivní bolesti může dojít až k šoku. Jedinec postižen akutní bolestí může reagovat až agresivně a to nejen ke svému okolí, ale také i k sobě samému (Soukupová, 2012).

Chronická bolest je považována za samotné onemocnění. Doba působení chronické bolesti je obvykle 3-6 měsíců a její lokalizace je často difuzní. Působení chronické bolesti je dlouhodobé a pro jedince vyčerpávající. Jedinec je unavený a dochází ke změnám nálad, kdy se objevuje skleslost, apatičnost a později dochází k sociální izolaci. Sociální izolace může u jedince rozvinout depresivní stavy. Postihuje kvalitu života, znesnadňuje a znemožňuje běžné aktivity. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Chronická bolest se nejčastěji vyskytuje u onkologických pacientů, neurologických, ortopedických, gynekologických a interních pacientů. Chronická bolest trvá déle jak půl roku a ztrácí ochranný charakter, který informuje organismus o možném riziku vzniku poškození, nebo již vzniklém poškození (Novotný, Vítek, Kleibl a kol. 2016).

Psychogenní bolest je takovým druhem bolesti, kdy člověk stále pociťuje a prožívá bolest i přesto, že všechna lékařská vyšetření byla negativní. Psychogenní bolest se objevuje u jedinců, u kterých proběhly opakované hospitalizace v nemocničním zařízení, které byly spojeny s náročnou léčbou. Práh bolesti je u takových jedinců výrazně snížen (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011).

Nádorová bolest je spojena s onkologickým onemocněním a léčbou onemocnění (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011).

1.1.3 Faktory ovlivňující bolest

V následující podkapitole je stručně popsáno, do jaké míry má na nás vliv samotné prožívání bolesti. Dále je zde popsáno jaké faktory ovlivňují prožívání bolesti.

Fyziologicko biologické faktory: věk, pohlaví, vývojové faktory, genetická vybavenost, typ nervové soustavy jedince, nemoc.

Psychicko duchovní faktory: nálada, emoce, duševní poruchy, víra, inteligence jedince, předchozí zkušenosti, které jsou spojené s bolestí.

Sociálně kulturní faktory: výchova jedince, osamělost, společenský status, ekonomické zajištění, společnost, ve které se jedinec nachází.

Faktory životního prostředí: teplo, chlad, infračervené a ultrafialové záření, geografické vlivy, denní doba (Soukupová, 2012).

1.1.4 Vnímání bolesti

Zacharová (2017) tvrdí, že výraznější prožívání bolesti je tehdy, pokud je organizmus unaven a vyčerpan. Dále také záleží na tom, zdali je bolest doprovázena strachem a to například z určitého vyšetření, operace, ztráty zaměstnání.

Velmi významnou roli také hraje předešlá zkušenost s bolestí. Úzkostní, nejistí a neurotiční pacienti jsou na bolest mnohem citlivější, než člověk, který je po psychické stránce dobře naladěný. Záleží na situaci, jak k bolesti došlo, zdali byla, způsobena vlastní zapříčiněním, nebo někým jiným. U dětí například při hrách, které byly způsobené nedbalostí. Adaptace na bolest je výrazně malá a jsou zde rozdíly mezi nemocnými. Bolest je ovlivněna osobnostními vlastnostmi, výchovou a kulturou. Snáze se snáší bolest, která může být postiženým alespoň částečně kontrolována. Chování při bolesti je ovlivněno učením a předešlou zkušeností s bolestí (Rokyta a kol. 2009).

Významná regulační funkce bolesti je termín, který znamená, usměrnění účelného jednání jedince. Značí signál silné únavy a nutí nás k odpočinku mnohem dříve, než by došlo k poškození organismu jedince (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

U bolesti rozlišujeme tři stránky:

Smyslovou - souvisí s lokalizací bolesti, posuzováním intenzity bolesti a její kvality pacientem.

Emoční - v tomto případě se jedná o prožívání nemoci. Emoční stránka se týká motivace a tendencí bolest zmírnit nebo zcela odstranit.

Hodnotící - zde uplatňujeme myšlení. Srovnávání bolesti na základě předešlé zkušenosti (Zacharová, Šimíčková, Čížková, 2011).

1.2 Charakteristika onkologické bolesti

Vorlíčková, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012) tvrdí, že termín nádorová bolest, je označením pro celou řadu bolestivých syndromů, kterými mohou onkologičtí pacienti trpět.

Bolest je nejčastějším příznakem doprovázející probíhající nádorového onemocnění. Onkologická bolest je způsobena karcinomem a jeho léčbou. U onkologických pacientů onkologická bolest výrazně snižuje kvalitu života a strach z bolestivého průběhu onemocnění je výraznější než samotný strach ze smrti. V době, kdy je pacientům stanovena diagnóza, trpí bolestí až 30 % pacientů. Při protinádorové léčbě trpí bolestí až 60 % pacientů. V pokročilých stádiích onkologických nemocí trpí bolestí až 80 % - 90 % pacientů. Onkologická bolest je pacienty velmi často hodnocena jako „silná“. Incidence, charakter, intenzita bolesti vždy závisí na typu daného nádoru (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2016).

Onkologická onemocnění, která bývají často spojovány se silnou bolestí, jsou nádory v kostech, slinivce břišní, žaludku a jícnu. Mezi méně bolestivá onkologická onemocnění, se řadí nádory kůže, nebo leukémie. Zvládání bolesti je velice důležité pro úspěšnost protinádorové léčby. Dalším souvisejícím faktorem je adaptace pacienta (Hakl, Ševčík, 2009).

Klener (2011) tvrdí, že potíže s léčbou nádorové bolesti nejsou pouze otázkou dostatečné dávky analgetik, ale také otázkou psychického stavu pacienta. Nezbytnou nutností při léčbě onkologické bolesti je potřeba nahlížet na pacienta jako na celek. Nevěnovat pozornost pouze léčbě bolesti, ale hlavní důležitostí je nahlížet i na psychický stav pacienta.

1.2.1 Průlomová bolest

Jedná se o takovou bolest, kdy se náhle zvýší intenzita bolesti u pacienta s jinak dobře léčenou chronickou bolestí. Průlomová bolest nastupuje během 3-5 minut a trvá až 60 minut. Průlomová bolest je popisována jako krutá bolest, která se objeví obvykle 1 -

5krát denně. Charakteristická je pro pokročilá stadia onkologického onemocnění. Velmi často je spojené s růstem nádoru, léčbou a přítomností metastáz. (linkos.cz, a.s. © 2018)

Pokud se u pacienta objeví průlomová bolest, je nutné vyhledat lékařskou pomoc. Průlomová bolest se vyskytuje až u 40 - 80 % onkologických pacientů, z toho 20 % průlomové bolesti, je spojeno s onkologickou léčbou. O průlomovou bolest se jedná tehdy, pokud pacient užívá pravidelně analgetika. Onkologičtí pacienti s průlomovou bolestí jsou ovlivněni v psychické, fyzické a sociální oblasti. Tento typ bolesti s sebou nese i riziko vzniku dekubitů, zácpy, žilní trombózu, úbytky svalové hmoty a ztuhlost kloubů (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2012).

Průlomová bolest může být: Ideopatická - nepředvídatelná, předvídatelná, procedurální

Předvídatelná průlomová bolest je léčena podáním hydrofilních rychle nastupujících ovoidů minimálně 30 minut před vyvolávající aktivitou. Účinek se dostaví do 30-60 minut a trvá 4-6 hodin (linkos.cz, a.s. © 2019a).

Nepředvídatelná průlomová bolest

Při této bolesti jsou potřebná taková farmaka, která mají okamžitý účinek do 10-15 minut. Jediná farmaka, která se ještě donedávna podávala, byly morfinové preparáty, jejichž farmakokinetika není ideální. Nástup účinku je do 15 minut. Léčebná látka se rychle vstřebává přes sliznice do oběhu a z oběhu do centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Transmukózní forma fentanylu - citrátu je formě bukálního filmu, bukálních tablet, sublingválních tablet a nasálního spreje. Účinek všech těchto forem nastupuje do 10 minut. Nasální podání léků je účinnost ovlivněna otokem sliznic zejména při rýmě. (linkos.cz, a.s. © 2019b)

Transmukózní formy fentanylu – citrátu a preparáty registrované v ČR od roku 2010

- Bukální film - Breakyl (bohužel není hrazen zdravotní pojišťovnou)
- Bukální tablety - Effentora
- Sublingvální tablety - Fentanyl Ethypharm, Vellofent (nehradí zdravotní pojišťovna), Lunaldin Nasální sprej - Percfent (není hrazen zdravotní pojišťovnou), Instanyl (linkos.cz, a.s. © 2019c).

1.2.2 Příčina onkologické bolesti

Bolesti u nádorového onemocnění je často způsobována prorůstáním nádoru do nervů nebo bohatě nervově zásobených struktur. V tomto případě se jedná o pobřišnici, pohrudnici a okostici. Bolest může být vyvolána především nádorovým utlačováním těchto struktur. Mezi příčiny nádorové bolesti řadíme diagnostické a terapeutické postupy, které tvoří 15 - 20 % pacientů. Jedná se o bolest pooperační, po chemoterapii a radioterapii (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2015).

Tabulka 1: Příčina onkologické bolesti

Invaze do kostí	Infiltrace měkkých tkání
Komprese a infiltrace cév s jejich následnou okluzí	Lymfedémy s následnými poruchami prokrvení
Infiltrace vnitřních orgánů	Obstrukce dutých orgánů
Mechanické napínání orgánových pouzder a fascií	Svalové spasmy
Ulcerace a perforace sliznic a kůže	Mechanické napínání orgánových pouzder a fascií
Iritace mozkových plen	komprese, infiltrace a ischemizace míchy
Infiltrace, prokrvácení nebo ischemizace některých mozkových struktur	Komprese, infiltrace a ischemizace nervů a nervových pletení
Zvýšený nitrolební tlak	

Zdroj: (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2015)

1.2.3 Dělení nádorové bolesti

Onkologičtí pacienti mohou trpět až několika možnými typy bolesti současně a každý z nich vyžaduje rozdílný léčebný postup (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2012).

Základní dělení onkologické bolesti

- Dělení nádorové bolesti podle převažujícího mechanismu.
- Dělení nádorové bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění.

Dělení bolesti podle převažujícího mechanismu:

- Nociceptorová somatická

- Nociceptorová viscerální
- Neuropatická
- Smíšená

Bolest nociceptorová somatická jedná se o typ bolesti, který je způsobován podrážděním nervových zakončení. Bolest bývá často ohraničená, dobře lokalizovaná a je především typická ostrým charakterem. Lokalizace nociceptivní somatické bolesti odpovídá místu její příčiny. Tento typ bolesti vyvolávají nádory, které prorůstají do svalů, kůže a mají schopnost metastazovat do kostních tkání (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011).

Bolest nociceptivní viscerální vzniká při útlaku nebo nádorové infiltraci orgánů dutiny břišní a malé pánve. Dále má význam při nedostatečném prokrvení srdce nebo hladké svaloviny a zánětech. Bolest má tupý a neohraničený charakter, bývá velmi intenzivní, trvalá a je lokalizovaná na povrchu těla v místě, které je vzdálené od místa vyvolávající příčiny bolesti. Této bolesti říkáme „přenesená“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíček, 2012).

Bolest nociceptivní viscerální doprovází nádorové onemocnění slinivky břišní, střev, jater a močového měchýře. Výskyt záchvatovitých kolikovitých bolestí, které trvají několik málo minut a jsou doprovázeny nevolnostmi, zvracením, pocením (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2016).

Bolest neuropatická vzniká v důsledku utlačování nebo infiltrací periferní či centrální nervové tkáně. Neuropatická bolest se objevuje v průběhu léčby onkologického onemocnění. Může být způsobena radioterapií a chemoterapií. Po léčbě radioterapií může docházet ke vzniku plexopatie. Charakter bolesti je palčivý a jedná se až o žhavé bolesti. Intenzita bolesti je dána únavou, emocemi především v noci a v klidu (zdravi.euro.cz, a.s. © 2019).

Neuropatické bolesti mají dvojí charakter

- Náhlá a záchvatovitá bolest, která vystřeluje, má charakter bodavé bolesti-neuralgiformní.
- Trvalá neuropatická bolest mívá charakter dysestezií, parestezií končetin, pálivé bolesti, hyperalgezie a alodynii.

- Neuropatická bolest je doprovázena charakteristickými změnami cití (například hypestezie. Výskyt poruch hybnosti různého rozsahu, jsou změněny reflexy.

U onkologických pacientů, se kombinují oba základní patogenetické typy bolestí, nociceptivní a neuropatická.

Smíšená nádorová bolest má vlastnosti nociceptorové a neuropatické. Smíšená bolest se vyskytuje u nádorového onemocnění malé pánve, kdy nádor prorůstá do kostí, svalů pánevní stěny. Současně destruuje nervové pleteně (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Tabulka 2: Dělení nádorové bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění

Vztah k nádorovému onemocnění	Příklady
Bolest vyvolána nádorem	- kostní metastázy - prorůstání nádoru do měkkých tkání - mozkové metastázy s nitrolební hypertenzí
Bolest vyvolána diagnostikou a protinádorovou léčbou	Bolestivé diagnostické procedury: punkce, trepanobiopsie, pooperační bolest - bolestivá neuropatie po chemoterapii (např: cisplatina, vinkristin, taxol) - chronické bolesti po onkologických operacích (např: postmastektomických syndrom) - bolesti po radioterapii (iradiační dermatitida a neuropatie)
Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním	- postherpetická neuralgie – - migréna - musculoskeletální bolesti při degeneračních změnách kloubů a páteře

Zdroj: (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2012)

1.2.4 Hodnocení onkologické bolesti

Správné zhodnocení bolesti zahrnuje podrobnou anamnézu, klinické, laboratorní vyšetření, elektrofyziologická a zobrazovací vyšetření. Dále je nezbytné zhodnocení bolesti z hlediska časového průběhu. Při hodnocení bolesti se také zaměřujeme na

pacientův psychický stav a míru psychosociálního distresu. Pacienta se ptáme na farmakologickou anamnézu, lékovou, alkoholovou či drogovou závislost. Diagnózu bolestivého stavu je potřeba vždy provést na úplném začátku léčby bolesti a při každé změně lokalizace, intenzity a charakteru bolesti. Při rozhodování o dávce daných analgetik se vždy řídíme především intenzitou bolesti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Hodnocení intenzity bolesti

Intenzita bolesti je rozhodujícím faktorem o celkovém vlivu bolesti na pacienta a jeho psychickém stavu. Silná bolest je považována za neodkladný a klinický stav, který je třeba ihned řešit. V průběhu hodnocení musíme zachytit a klasifikovat pacientem udávanou intenzitu bolesti. Praxe poukazuje nato, že pro pacienty je složité občas rozlišit intenzitu bolesti a stres, který je způsobený bolestí. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Dané stupně intenzity bolesti

Podle vyhodnocení bolesti jsou zvoleny vhodné léčebné postupy a kombinace léčiv.

Mírná bolest 1 - 4 na numerické škále - (dále jen NRS) - ve velmi malé míře ovlivňuje pacienta. V tomto případě, je bolest léčena neopioidními analgetiky. Nezbytnou nutností je edukace pacienta o možnostech léčby při zvýšení intenzity bolesti. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012)

Středně silná bolest 5 - 6 na NRS - velmi výrazně ovlivňuje prožitek pacienta. Pacientovi jsou lékařem naordinovány opioidy se slabým účinkem. Léčebný efekt je třeba zhodnotit do 24-72 hodin (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Silná bolest 7 - 10 na NRS - pokud pacient vyhodnotí svou bolest jako za velmi silnou, tak jsou lékařem indikovány opioidy se silnými účinky. Efekt léčby se musí zhodnotit do 24 hodin. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012)

Dostupné nástroje na měření intenzity bolesti:

Jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální).

Jednoduché (unidimensionální) nástroje na měření intenzity bolesti:

Užitečnost těchto nástrojů byla prokázána při hodnocení a léčbě akutní pooperační bolesti. Bohužel při hodnocení chronické nádorové bolesti je situace mnohem složitější. Principem těchto nástrojů je snaha „*vyjádřit jednou souhrnnou hodnotu komplexní prožitek bolesti*“. Po pacientovi vyžadujeme to, aby dokázal zkombinovat somatosenzorickou a emocionální dimenzi bolestivého prožitku a vyjádřil jedním číslem. Pacientovo hodnocení intenzity bolesti je ovlivňováno emočním stavem. Nejčastějšími nástroji na hodnocení bolesti jsou numerická, vizuální analogová a slovní škála (Rokyta a kol., 2009).

Verbální škála

Pacient udává intenzitu své prožívané bolesti pomocí nabídnutých kategorií například: 1 - žádná, 2 - mírná, 3 - středně silná, 4 - silná, 5 - nesnesitelná. Tato metoda je pro pacienta více srozumitelná.

Vizuální analogová škála bolesti

Informuje nás o intenzitě bolesti. Pacient intenzitu bolesti označí na úsečce, nebo také někdy na trojúhelníku, kdy je znázorněna kontinuita intenzity bolesti od „*žádné bolesti*“ po „*nejhorší bolest, jakou si umí představit*“. Nutností v tomto případě je pacienta naučit, aby svůj prožitek vyjádřil abstraktním způsobem. Musíme si být jistí, že pacient metodě zcela rozumí. Pacienta se opakovaně ptáme, zdali je metoda pro něho dostatečně srozumitelná (viz příloha A).

Mapa bolesti podle M. S. Margolese

Slouží ke konkrétnímu záznamu bolestivého místa. Pacient na obrázku vyznačí jednotlivé části těla tam, kde pociťuje bolest a případnou propagaci do jiných oblastí. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014), (viz příloha B).

Numerická škála bolesti

Pacient bolest označí číslem 0 - 10, popřípadě 0 - 100. Čím vyšší číslo, tím větší bolest. Numerická škála je pro pacienta mnohem srozumitelnější, než škála analogová. Důležitou otázkou při měření intenzity bolesti, je určení, který údaj chceme opravdu zjistit. Podle toho musíme vhodně zformulovat otázku, které budeme pacientovi pokládat (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014), (viz příloha C).

Retrospektivní hodnocení bolesti, je ovlivněno několika faktory:

Zapomnětlivostí starších pacientů, která znemožňuje spolehlivé zhodnocení bolesti v minulosti. Zkušenost se silnou bolestí velmi často vede ke zkreslenému hodnocení bolesti v celém období, kdy je bolest hodnocena.

Je důležité, aby pacient zaznamenával intenzitu do deníku bolesti. Vytvořené záznamy mají důležitý význam při léčbě bolesti (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Vícerozměrné (multidimenzionální) nástroje měření intenzity bolesti:

Dotazníky bolesti využívají numerické a verbální škály k zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinky zavedené léčby. Dále sleduje vliv bolesti na denní aktivity a na pacientovi emoce.

Druhy jednotlivých dotazníků:

- *Průvodce k hodnocení bolesti (Pain Assessment Guide)*

Pomocí získaných informací z dotazníků, lze zjistit celkový prožitek pacientovi bolesti. Vhodné pro pacienty léčící se s chronickou bolestí. Zápornou vlastností tohoto dotazníku je časová náročnost.

- *Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)*

Sleduje onkologickou bolest v průběhu 24 hodin. Zaměřuje se na intenzitu bolesti v průběhu celého dne. Sleduje, jak bolest pacienta ovlivnila a jak byla léčba účinná. Časová náročnost dotazníku odpovídá přibližně 15 minutám. Dotazník byl vytvořen v anglickém jazyce a byl přeložen do mnoha dalších jazyků (viz příloha D).

- *Minnesotský vícefázový osobnostní inventář - (dále jen MMPI)*

Využití k hodnocení chronické bolesti. Dotazník obsahuje 556 otázek, které pacient označuje jako pravdivé a nepravdivé. Hodnotíme tak reakce na bolestivé intervence.

- *Průběžný záznam hodnocení bolesti - Flow sheet*

Kontroluje vývoj intenzity bolesti, reakce na dané intervence, jaký byl výsledek každé intervence nebo nežádoucí účinky léčby. Možné využití jak v nemocničním, tak v domácím prostředí. Lze kombinovat spolu s použitím deníku bolesti, kde pacient uvádí své aktivity, intenzitu bolesti a intervence použité na zmírnění bolesti. Pacient si průběžně

během léčby zaznamenává v pravidelných intervalech intenzitu bolesti do tzv. deníku bolesti. Při metodě pravidelné zaznamenávání intenzity bolesti má vysokou vypovídající hodnotu. Touto metodou nedochází ke zkreslení syntézy dat způsobenou zapomnětlivostí pacienta (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.2.5 Výskyt bolesti v závislosti na typu a lokalizaci nádoru

Tabulka 3: Výskyt bolesti v závislosti na typu a lokalizace nádorů

Karcinom slinivky břišní	70 - 100 %
Karcinom vaječníků a děložního hrdla	40 - 100 %
Karcinom tlustého střeva a konečníku	50 - 95 %
Karcinom plic	45 - 85 %
Nádory orofaciální oblasti	60 - 80 %
Karcinom žaludku	60 - 75 %
Karcinom prostaty	40 - 75 %
Karcinom prsu	35 - 65 %
Hematologické malignity	15 - 20 %

Zdroj: (Novotný, Vitek, Kleibl a kol., 2016)

1.3 Léčba onkologické bolesti

Léčba onkologické bolesti je u každého pacienta velmi individuální. Měla by být u každého pacienta jednoduchá, přijatelná, nepříliš nákladná a s minimem vedlejších účinků. Při léčbě onkologické bolesti musíme zvažovat přínos, rizika a vedlejší účinky analgetické léčby. O úspěšné léčbě můžeme hovořit pouze tehdy, pokud analgetický efekt výrazně převyšuje nežádoucí účinky dané léčby. Při léčbě bolesti využíváme dostupné farmakologické, ale i nefarmakologické postupy. Základem léčby onkologické bolesti jsou analgetika a častými doplňujícími léky jsou adjuvantní léky tzv. koanalgetika (Hakl, Ševčík a kol., 2009).

Způsoby, které se při léčbě onkologické bolesti využívají: kauzální a symptomatické

Kauzální způsob léčby onkologické bolesti - v tom případě se jedná o protinádorovou léčbu - radioterapii, chemoterapii a hormonoterapii, které mohou na dlouhou dobu zmírnit nebo dokonce eliminovat bolesti. Nesmíme ale zapomínat nadále na monitoring bolesti. Nutnost podávání analgetik je většinou vyžadována po dobu celé onkologické terapie.

Chemoterapie - Snížení bolesti po chemoterapii se většinou dostaví během několika týdnů. Chemoterapie se využívá při léčbě onkologické bolesti, která je způsobena nádorovým postižením vnitřních orgánů.

Radioterapie je využívána k léčbě bolesti, která je způsobena kostními metastázemi. Účinky radioterapie se dostaví během 10-14 dnů.

Radioterapii dělíme na:

- Kurativní
- Nekurativní

Součástí radioterapie je teloraditerapie, brachyradioterapie, izotopy (otevřené zářiče).

Hormonoterapie je využívána u kostních bolestí, kdy jsou pacientovi podávány kortikoidy a antiandrogenní terapie je indikována u karcinomu prostaty. Analgetický efekt se většinou projeví do 3 týdnů (linkos.cz, a.s. © 2018d).

Součástí kauzální léčby jsou dále: operace, cytostatika, Biofosfonáty a deriváty somatostatinu

Symptomatický způsob léčby onkologické bolesti

Tento způsob je zaměřen na mírnění bolesti jako symptomu bez ovlivnění vyvolávající příčiny. Symptomatický způsob léčby onkologické bolesti zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii, fyzikální terapii, invazivní postupy anesteziologické a neurochirurgické (linkos.cz, a.s. © 2018e)

1.3.1 Léčba bolesti při metastatickém postižení

Hakl, Ševčík a kol. (2009) tvrdí, že léčba bolesti při metastatickém postižení vychází ze třístupňového žebříčku léčby bolesti. Důraz je kladen na adjuvantní terapii.

Adjuvantní analgetika jsou nejčastěji používaným léčivem při léčbě bolesti u kostních metastáz.

Zástupci: Kortikoidy a Biofosfonáty

Kortikoidy působí komplexně, ale ne zcela objasněným principem. Působí především protizánětlivě. Mají také vliv na redukci otoků a přímý vliv na přenos vzruchu v poškozených nervech.

Biofosfonáty snižují aktivitu osteoklastů a stimulují osteoblasty. Biofosfonáty jsou charakteristické pro špatnou resorpci ze zažívacího traktu.

Nejčastěji používané skupiny léků: Klodronát, Ibandronát, Pamidronát a Zolendronát

Klodronát je významný pro svou výbornou resorpční schopnost. Doporučená denní dávka je cca okolo 1 600 a 3 200 mg, přičemž je možné podání v jedné dávce. V praxi se nejčastěji podává dávka 900 mg jednou za 2 týdny nebo také 900 mg 3 dny po sobě 1 za měsíc.

Pamidronát v současné době není využíván.

Ibandronát - dávkování je 2 - 6 mg 1krát za 14 dní.

Zolendronát - Nejnovější lék ze skupiny Biofosfonátů. Doporučená dávka je 4 - 8 mg v 3 týdenním intervalu.

Nežádoucí účinky Biofosfonátů: Subfebrilie a febrilie, nauzea, zvracení, gastrointestinální toxicita (u Klodronátu), renální toxicita (u Zolendronátu).

Paliativní radioterapie je řazena mezi účinnou, ale nedoceněnou léčebnou metodou. Analgetický efekt u více než 80 % onkologických pacientů.

Léčba bolesti u jaterních metastáz

Bolesti jsou velmi často lokalizovány do pravého hypochondria. Bolesti jsou tupé a stálé. Intenzita bolesti se zvyšuje při fyzické aktivitě nebo v předklonu a snižuje se vleže. Bolest je doprovázena nechutenstvím a úbytkem hmotnosti. V léčbě bolesti se uplatňují silné opioidy, nesteroidní antiflogistika a kortikoidy. Kortikoidy se podílejí na snížení napětí jaterního pouzdra. (Kršiak, Hakl a kol., 2009)

Léčba bolestí u metastáz do mozku

Bolesti mají bodavý nebo tupý neurčitý charakter. Základem léčby bolesti u metastáz mozku jsou kortikoidy, které snižují nitrolební tlak. Podává se 16 mg Dexametazonu.

Dále jsou součástí léčby nesteroidní antiflogistika, Paracetamol a opioidy. Úlevová poloha pro onkologického pacienta je vleže. Invazivní metoda léčby možná také nitrokomorová a subarachnoidální aplikace morfinu (Kršiak, Hakl a kol., 2009).

1.3.2 Invazivní léčba onkologické bolesti

Doplňkem farmakoterapie bolesti jsou invazivní metody. Ty volíme také tehdy, kdy farmakoterapie bolesti nepřináší dostatečný terapeutický efekt nebo je zatížena nežádoucími účinky (Kršiak, Hakl a kol., 2009).

Základní dělení invazivních metod

- *Blokády reverzibilní a ireverzibilní*

U reverzibilních blokád nedochází k destrukci tkáně. Nejčastěji se podávají lokální anestetika, lokálně působící kortikoidy a moderní neuromodulační techniky např. epidurální nebo periferní neurostimulace a pulzní radioterapie. U ireverzibilních blokáдах, dochází k nevratné neurodestrukci použitím neurolytického činidla, chirurgického zákroku a lokálním působením tepla (Hakl, Ševčík a kol., 2009).

- *Blokády diagnostické, prognostické, terapeutické*

Cílem diagnostických blokáд je zjistit, zdali bolestivý stav reaguje na techniku regionální anestezie. Prognostické blokády předpovídají analgetický efekt neurodestruktivního zákroku. Terapeutické blokády se používají k léčbě bolesti (Hakl, Ševčík a kol., 2009).

Aplikované látky

- *Lokální anestetika* - nejčastěji používaná Trimekain, Lidokain, Bupivakain, Levo-bupivakain a Ropivakain. Princip jejich účinku spočívá v bloádě vstupu sodíkových iontů do axoplazmy a tím dochází ke zpomalení depolarizaci buněčné stěny (Hakl a kol., 2009).
- *Opioidy* - jejich účinek spočívá ve vazbě na receptory, které se nacházejí v CNS a periferních oblastech. Pro invazivní techniky se často využívají lipofilní opioidy - Fentanyl, Sufentanil, Hydrofilní morfin. Injekční forma morfinu není vhodná pro aplikaci do subarachnoidálního prostoru, kvůli přítomnosti neurotoxického stabilizátoru. Pro subarachnoidální podání je určen magistraliter připraveného morfinu.

Neurolytická činidla

Neurolytickým činidlem je etylalkohol (etanol), který se používá v 50 % - 80 % koncentraci. Etanol oproti fenolu mnohem lépe difunduje řídkou pojivovou tkáň. Fenol je využíván v 5 - 8 % koncentraci a to rozpuštěný ve vodě, glycerinu či kontrastní látce. Účinek fenolu je krátkodobý (Hakl, Ševčík a kol., 2009)

1.3.3 Nejčastěji využívané techniky invazivní léčby onkologické bolesti

Tato podkapitola se zabývá jednotlivými technikami, které jsou využívány v léčbě onkologické bolesti.

Subarachnoidální kontinuální blokády

Využívají se u pacientů, u kterých selhaly neinvazivní možnosti léčby bolesti. Punkční jehlou je zaveden do arachnoidálního prostoru tenký katétr, který je tunelizován podkožím. Katétr je napojen na bakteriální filtr nebo na podkožní port. Spinální morfin (magistraliter) je nejčastěji aplikovanou látkou. Aplikuje se 1krát až 2krát denně. Riziko zavlečení infekce do CNS (Kršiak, Hakl a kol., 2009).

Periferní nervové blokády

Nejčastější využití u nádoru prorůstajícího do brachiálního plexu, u těžkých postherpetických neuropatií a imunokompromitovaných pacientů. Používají se místní anestetika v kombinaci s opioidem nebo klonidinem.

Sympatikové blokády

Neurolyza plexus coeliacus a splanchnických nervů

Indikováno u bolestivých stavů v oblasti epigastria při bolesti u nádoru pankreatu, žaludku a žlučových cest. Blokáda se provádí pod rentgenem (dále jen RTG) a počítačová tomografie - (Computer tomography dále jen CT).

Neurolyza plexus hypogastricus

Indikováno u bolestivých stavů v oblasti pánve - nádory dělohy, vaječníků, prostaty a rekta (Kršiak, Hakl a kol., 2009).

1.3.4 Farmakoterapie nádorové bolesti

Adam, Krejčí, Vorlíček et al. (2011) tvrdí, že samotným základem léčby bolesti, která je, podmíněna nádorovým onemocněním jsou analgetika. Spolu s analgetiky podáváme doplňující léky, pak hovoříme o komedikaci. Analgetika podáváme v pevných časových intervalech. Další dávku analgetik podáváme ještě dříve, než odezní předchozí dávka, např. při podání morfinu. Podávají se perorálně s rychlým uvolňováním a vstřebáváním. Dávky by měly mít maximální čtyřhodinový rozestup. Pokud bychom podaly následující dávku analgetik až tehdy, kdy bolest opět nastupuje, tak její tlumení by bylo o to problematičtější. Pacienta s analgetickou léčbou bychom měli seznámit s farmakologickými informacemi o biologickém poločase léčiva, průměrném trvání analgetik a nežádoucích účincích (linkos.cz, a.s. © 2018f)

Třístupňový medikamentózní žebříček analgetik podle WHO (World Health Organization - Světová zdravotnická organizace) dále jen WHO:

- I. Neopioidní analgetika**
- II. Slabé opioidy**
- III. Silné opioidy**

Farmakoterapie pro I. Stupeň bolesti - mírná bolest.

Pokud pacient pociťuje mírnou bolest, tak podáváme neopioidní analgetika v kombinaci s kodeinem v rámci kombinovaných přípravků či doplňující léky (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Farmakoterapie pro II. Stupeň bolesti - mírná bolest až střední.

Adam, Krejčí, Vorlíček et al. (2011) tvrdí, že pacientovi jsou podávány slabé opioidy, které je možné doplnit neopioidním analgetikem. Účinnou kombinací může být dihydrokodein či tramadol kombinovaný s paracetamolem nebo s nesteroidním antiflogistikem. Anglický průzkum (ligy analgetik) poukazuje na to, že slabá opioidní analgetika v monoterapii utlumí bolest dostatečně pouze u některých pacientů. Výsledek výzkumu záleží také na tom, zdali byl proveden v rámci akutní či chronické bolesti. Pokud u pacienta bolest stále přetrvává, tak podáváme silné opioidy (linkos.cz, a.s. © 2018g).

Farmakoterapie pro III. Stupeň bolesti - bolest střední až silná

Dříve než začneme léčbou bolesti pomocí silných opiátů, mělo by být dávkování a frekvence podávání dosáhnout nejvyšší možné míry.

Způsoby podávání analgetik: perorální, transdermální, rektální, injekční

Analgetika podávána v rámci I. Stupně žebříčku léčby bolesti WHO

Řadíme sem chemicky různorodé skupiny opioidních analgetik. Většina těchto analgetik patří do skupiny nesteroidních antiflogistik.

Analgetika podávaná v rámci II. a III. Stupně žebříčku léčby bolesti WHO

Opioidy jsou základem léčby střední a silné onkologické bolesti.

1.3.5 Názvy léčivých přípravků

Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika se nevážou na ovoidní receptory. Některá neovoidní analgetika mají na víc účinek antipyretický, jiná mají při vhodném dávkování účinek antipyretický a antiflogistický. Můžeme říci, že téměř většina neovoidních analgetik má středně silný účinek. Tato analgetika nejsou návyková, neovlivňují dechové centrum a nezpůsobují obstrukci (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Dělení neopioidních analgetik:

Dle jejich chemické povahy a místa účinku dělíme do podskupin:

- Kyselá antipyretická analgetika (nesteroidní antirevmatika)
- Nekyselá antipyretická analgetika
- Analgetika bez antipyretického - antiflogistického účinku

Kyselá antipyretická analgetika

Tato skupina analgetik tlumí bolest tím, že výrazně snižuje vznik komediátorů bolesti v zánětlivém či nádorovém ložisku. Zástupci této skupiny jsou ibuprofen a diclofenak. Účinky těchto léků jsou protizánětlivé, antipyretické a analgetické. Ibuprofen a diclofenak jsou považovány za nejvhodnější analgetika k léčbě bolesti (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Nekyselá antipyretická analgetika

Analgetika nemají kyselý charakter a jsou z malé části vázána na bílkoviny plazmy. Nekyselá antipyretická analgetika nepůsobí protizánětlivě a poměrně snadno se dostávají do CNS. Nejčastěji používanými léky jsou paracetamol a metamizol. Paracetamol je obsažen ve většině přípravků. Metamizol je obsažen v Algifenu a Novalginu (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Nežádoucími účinky antipyretických analgetik jsou postižení trávicího systému, ledvin, jaterního parenchymu, rozvoj bronchospasmu (u nemocných s astmatem).

Zástupci: paracetamol, metamizol, nesteroidní antiflogistika, kyselina acetylsalicylová, Biofenac (aceklofenac).

Základní zásady používání neopioidních analgetik:

- Indikovány v monoterapii k léčbě mírné a středně silné bolesti. Při léčbě silné bolesti nutná kombinace opioidů.
- Pokud po podání léků nedochází ke zmírnění bolesti na snesitelnou míru (VAS-vizuální analogová škála bolesti - dále jen VAS, maximálně 2 - 3/10), indikován přechod na analgetika II. stupně dle žebříčku WHO).
- Zvyšování dávek neopioidních analgetik nevede k posílení analgetického účinku, ale ke zvýšení rizika nežádoucích účinků.
- Kombinace paracetamolu a metamizolu s nesteroidními antiflogistiky se zvyšuje analgetický účinek.

Kombinací více nesteroidních antiflogistik se zvyšuje riziko nežádoucích účinků (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Opioidní analgetika

Slíva, Doležal (2009) tvrdí, že opioidy působí na opioidní receptory v centrálním nervovém systému. Přítomnost opioidních receptorů také v periferním nervovém systému či jiných tkáních např. trávicí trakt, kde se podílejí na vzniku obstrukce). Opioidní analgetika patří mezi nejbezpečnější analgetika.

Opioidy nejsou nebezpečné pro orgány a hematopoézu. Opioidní analgetika způsobují spoustu nežádoucích účinků např. nevolnost, pruritus, zvracení, sedace, dezorientace a závislost (lecba-bolesti.cz, a.s. © 2018).

Pacient, který je dlouhodobě léčen s onkologickou bolestí, je považován za fyzicky závislého. Pokud dojde k náhlému vysazení analgetik u pacienta, objeví se abstinенční syndrom. Opioidy je možné podávat i v době pokročilého stadia gravidity, ale nesmí docházet k dlouhodobému užívání, protože je zde riziko toxikomanie (Slíva, Doležal, 2009).

Podle daných vztahů k opioidním receptorům dělíme opioidy na:

- čisté agonisty - morfin, petidin, piritramid, dihydrokodein, kodein, oxykodon, hydromorfon, fentanyl a sufentanil.
- Parciální agonisty - buprenorfin
- Smíšené agonisty/antagonisty - pentazocin a nalbufin.

Smíšené antagonisté nejsou doporučovány v léčbě chronické bolesti pro svůj slabý účinek a pro možné antagonizování účinku silnějších opioidních analgetik (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011).

Slabé opioidy

Slabé opioidy mají slabší analgetický efekt a vedlejšími účinky (obstipace, nevolnost, ovlivnění kognitivních funkcí). Farmakologicky se jedná o slabé agonisty nebo smíšené agonisty/antagonisty (lecba-bolesti.cz, a.s. © 2019a).

Zástupci:

Tramadol - nízké riziko obstipace, závislosti, dobrá biologická dostupnost pro perorální aplikaci, velký počet lékových forem. Výskyt nauzey, zvracení, závratí. Účinek tramadolu lze zvýšit kombinací s paracetamolem.

Kodein - analgeticky slabý, použití v kombinaci s paracetamolem, dávka u dospělého 650 mg paracetamolu + 60 mg kodeinu.

Dihydrokodein - analgetický účinek obdobný jako u kodeinu

Silné opioidy

Skupina těchto léků je určena pro silné až neztišitelné bolesti. Maximální denní dávky silných opioidů nejsou jasně stanoveny a nejsou limitovány stropovým efektem.

Podání silných opioidů je vyžadováno při dušnosti, bolesti a úzkosti (lečba-
bolesti.cz, a.s. © 2019c).

Zástupci:

Morfin - nejčastější a standardní lék pro léčbu chronické bolesti. Doba působení morfinu je okolo 12-ti hodin až 24 hodin. Pro léčbu průlomové bolesti se využívá morfin s bezprostředním uvolňováním.

Fentanyl v transdermálním terapeutickém systému - vhodný pro léčbu chronické bolesti, ve formě náplastí, nižší výskyt obtíží.

Hydromorfon - v perorální formě, určen pro léčbu nádorové bolesti.

Oxykodon - řízené uvolňování, silný opioid pro léčbu chronické nádorové bolesti.

Bruprenorfin - jedná se o parciální agonistu a antagonistu na kappa receptorech. Doba trvání účinku je 6-8 hodin. Pokud aplikujeme ve formě náplastí, tak na dobu 72 hodin. Sublingvální forma se podává při průlomové bolesti (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol. 2011).

1.4 Cíl léčby onkologické bolesti

Tato podkapitola se zabývá cílem léčby onkologické bolesti a poukazuje na nezbytné důležitosti související s léčbou onkologické bolesti. V tomto případě se jedná o stanovení daných cílů spojené s léčbou bolesti.

Hlavním cílem léčby onkologické bolesti je zlepšení kvality života pacienta v průběhu celého onemocnění. Před samotným zahájením léčby onkologické bolesti je nutné si stanovit konkrétní cíle, abychom věděli, co od samotné léčby očekáváme (Lejčko a kol. 2016).

V průběhu léčby onkologické bolesti si klademe následující cíle:

- Zajistit bezbolestný spánek (cíl je dosažitelný u všech pacientů).
- Úleva od bolesti v klidovém režimu (cíl je dosažitelný u většiny pacientů).

- Úleva od bolesti při fyzické aktivitě (cíl je dosažitelný u většiny pacientů).
- Odstranění nebo výrazné zmírnění bolesti a dosažení, co nejlepší kvality života onkologicky nemocného pacienta.

Úleva od bolesti neznamena to, že pacienta zcela zbavíme bolesti. Léčba onkologické bolesti spočívá v tom, že bolest zmírníme na takovou úroveň, která bude pro pacienta snesitelná a neomezovala ho v denních aktivitách (Lejčko a kol., 2016).

1.4.1 Cíl léčby průlomové bolesti

V této podkapitole je popsáno, co by měla splňovat léčba onkologické bolesti.

Cíle léčby jsou komplexní a vždy by mělo jít o:

- Nejrychlejší a nejúčinnější úlevu od kruté bolesti.
- Zlepšení emočního stavu onkologického pacienta.
- Zajištění klidného, bezbolestného spánku.
- Odstranění nebo zmírnění bolesti při odpočinku.
- Odstranění nebo zmírnění bolesti při fyzické aktivitě.

Hlavním základem úspěšné léčby průlomové bolesti je správně nastavená léčba základní bolesti. Dále správná diagnostika, uplatněný komplexní přístup a správná volba konkrétního léku na průlomovou bolest. Léky na průlomovou bolest by měly mít rychlý účinek, rychlé odeznění, silný analgetický efekt, jednoduchá aplikace a spolehlivá bezpečnost (Lejčko a kol., 2016).

1.4.2 Předpoklady úspěšné léčby onkologické bolesti

V této podkapitole je uvedeno několik nezbytných předpokladů úspěšné léčby onkologické bolesti, které mají určitou spjatost se zlepšením kvality života u onkologicky nemocného pacienta. Pokud je přístupováno k léčbě bolesti zodpovědně a s určitým zájmem nemocnému pomoci, tak ke zmírnění bolesti u onkologicky nemocného lze docílit.

Důležité je se zaměřit na:

- Správné zhodnocení bolestivého stavu - podle intenzity, charakteru a časového průběhu.
- Využití všech farmakologických a nefarmakologických postupů při léčbě bolesti.
- Monitoring analgetického účinku, nežádoucího účinku a řešení nežádoucích účinků.
- Léčba bolesti součástí komplexního plánu onkologické léčby s využitím postupů protinádorové léčby.
- Komunikace a psychologická podpora pacienta - zohledňuje to, v jaké fázi nemoci se nachází a především nám umožňuje pohled na to, jak se pacient se svou situací adaptoval.

Včasně odeslání pacienta na specializované pracoviště léčby nádorové bolesti (v případě nedostatečné odpovědi na analgetickou léčbu), (Lejčko a kol., 2016).

1.4.3 Chyby v léčbě onkologické bolesti

Podkapitola je zaměřena na nejčastější chyby v léčbě onkologické bolesti a to jak ze strany lékařů, tak i nelékařského zdravotnického personálu.

Lékaři se dopouštějí nejčastějších chyb při léčbě bolesti. Chyby jsou velmi často způsobovány z nedostatku času na samotného pacienta. Lékař ve spěchu může přehlédnout bolest, pokud pacient sám lékaře s bolestí neseznámí. Lékař by si měl najít na pacienta tolik času, kolik je potřeba. Velmi často může dojít k chybnému zahájení léčby ze strany pacienta, kdy u něho přetrvávají obavy z užívání opiátů a závislosti. Pacient ze samotného strachu z medikace lékaře neseznámí s bolestí, nebo nepopíše skutečný charakter bolesti. Může také docházet úplnému zatajení bolesti a tak dochází k zanedbání analgetické léčby. U chronických bolestí je nedostatečná analgezie chybou, která může pacientovi značně snížit kvalitu života a může docházet k sociální izolaci pacienta (lecba-bolesti.cz, a.s. © 2018d).

1.4.4 Komplikace související s léčbou nádorové bolesti

Tato podkapitola upozorňuje na možný výskyt komplikací spojené s léčbou onkologické bolesti, které jsou způsobené velmi často užíváním analgetik. Nežádoucí účinky nejsou důvodem pro přerušení analgetické léčby. Pacienta vždy před zahájením léčby upozorňujeme na možný výskyt nežádoucích účinků a zároveň stanovujeme plán jejich léčby. Nežádoucí účinky se nejčastěji vyskytnou na začátku léčby. Profylaxe a léčba nežádoucích účinků opioidů, považujeme za nedílnou součást celkové léčby onkologické bolesti (Lejčko a kol., 2016).

Nejčastější nežádoucí účinky doprovázející analgetickou terapii:

Obstipace - Zácpa

Výskyt po celou dobu užívání opiátů a má velký vliv na kvalitu života nemocného. Obstipace u onkologických pacientů je podmíněna řadou faktorů např.: dehydratace, omezená mobilita, malnutrice, dysfunkce autonomního nervového systému po chemoterapii, ostatní léky - bicyklická antidepresiva a spasmolytika, setrony. Obvykle jsou onkologickým pacientům preventivně podávána laxativa (Lejčko a kol., 2016).

Druhy laxativ:

Osmotické změkčující laxativa - macrogol, lactulosa 10 - 60 ml, Mg SO₄ 10 - 30 g ve vodném roztoku

Kontaktní laxativa - list senny - vývar z 1, 5 - 3 g listu ve 250 ml vody, bisacodyl 5 - 15 mg perorálně (dále jen p. o.). Kontaktní laxativa, jsou podávána, pokud se nedostavil účinek změkčujících laxativ.

Rektální laxativa - glycerinový čípek a malé nálevy docusátu. Často je vyžadováno laxativa kombinovat.

Nevolnost a zvracení - výskyt na počátcích opioidní léčby u 40 - 60 %. Pacientům s onkologickou bolestí jsou podávány antiemetika (např: metoklopramid 10 mg po 6-8 hodinách, haloperidol 1 - 2 mg 2-3krát denně, olanzapin 5 - 10 mg v 1-2 denních dávkách). Užívání antiemetik je u každého pacienta individuální. Pokud nevolnosti a zvracení přetrvávají, tak se zvažuje změna opioidu

Celkový útlum - sedace - výskyt obvykle na začátku léčby opioidy 1-2 týdny. U většiny nemocných se rozvine tolerance na opioidy. Pacient, který byl obeznámen s tímto nežádoucím účinkem, tento stav lépe snáší. Při přetrvávající sedaci je nutné zvažovat změnu opioidu. Pokud i přesto změnou opioidu není dosaženo zmírnění útlumu, tak je možné použití invazivních metod (intraspinální aplikace analgetik, neurodestruktivní intervence) a odeslání pacienta na specializované pracoviště léčby bolesti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2011).

Hyperalgezie - u pacientů s vysokými dávkami opioidů. Bolest občas dosahuje stupně generalizované hyperplazie. V tomto případě zvyšování dávek opioidů je nepřípustné, protože zvýšení dávek by vyvolalo prohloubení bolesti. Léčba vyžaduje snížení dávky opioidů a zamezení rotace opioidů, aplikace ketaminu intravenosně nebo subkutánně (dále jen i. v., s. c.) - 0,5 mg/kg bolusově a následně kontinuálně infuzí 0,25 mg/kg/h. Dále se také podává lidocain i. v. s denní dávkou 1 - 3 mg/kg během 20-30 minut, poté kontinuálně infuzí 0,5 - 2 mg/kg/h. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2011).

Hypogonadismus - se rozvíjí při dlouhodobém užívání silných opioidů a projevuje se sexuální dysfunkcí, úbytkem svalové hmoty, zvýšenou únavou a osteoporózou. Léčba zahrnuje redukci až úplné vysazení opioidů. Pokud není možné vysazení opioidů, tak je indikována hormonální substituce - testosteron.

Svědění - je typické pro užívání morfinu i jiných opioidů. Onkologickým pacientům jsou indikovány antihistaminika a při přetrvávání obtíží rotace opioidů.

Myoklony (mimovolné trhavé pohyby končetin a trupu) - u pacienta nepřetržitě sledujeme tiky, škubání a nekontrolovatelné pohyby. Léčba zahrnuje dostatečnou hydrataci, snížení dávky opioidu, rotace opioidu nebo přidání benzodiazepinu (Lejčko a kol., 2016).

1.5 Péče o psychiku onkologicky nemocným

Podkapitola poukazuje na to, jak moc je důležité se také poohlížet na psychickou stránku pacienta a nezaměřovat se pouze jen na léčbu onkologické bolesti. Léčba onkologického onemocnění a bolesti, která je s onemocněním spojena, je pro nemocného velkou psychickou zátěží.

Všeobecná sestra, která pracuje na lůžkovém onkologickém oddělení, nebo na onkologických ambulancích, se setkává s řadou pacientů, kteří se nacházejí v různých stádiích onkologického onemocnění. Všeobecná sestra má tedy možnost včas rozpoznat změny na psychice pacienta a pomáhat jim se vyrovnat s těžkou životní situací. Pokud se všeobecná sestra rozhodne vykonávat práci na onkologických odděleních, tak by měla velmi dobře znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Jednotlivé fáze:

Šok - je emočně velmi výrazná a silná odezva na sdělení maligní diagnózy. Častým projevem je pláč, dušnost, neklid nebo strnulost. Délka šokové reakce je u každého velmi individuální, ale většinou sama odeznívá.

Popření - je když se pacient nechce smířit s daným onemocněním. Pacienti neustále vyhledávají racionální vysvětlení a převažují pochybnosti. Nechtějí se smířit s tím, že diagnóza se týká právě jich samých. Fáze popření může přetrvávat po dobu celé léčby onkologického onemocnění.

Agrese - pacienti jsou v emoční pasti. Mezi častý projev agrese patří zlost vůči všem zdravým lidem, přestávají komunikovat s okolím a zdravotnickým personálem. Pacienti vyjadřují nespokojenost, hádají se a odmítají jakoukoliv pomoc.

Smlouvání - Pacienti se uchylují k boží autoritě, přírodní či autoritě lékaře.

Deprese - je považována za nejtěžší fázi psychické odezvy. Pacient je ponořen do beznaděje, strachu, úzkosti. Charakteristický znak pro depresi je psychomotorický neklid, přemrštěná komunikace s okolím, strnulost, uzavřenost a nespolupráce při léčbě.

Smíření - je fáze psychického uvolnění. Pacient přistupuje k léčbě rozumně, je klidný a spolupracuje při léčbě (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.5.1 Komunikace s onkologickým pacientem

Podkapitola stručně popisuje jednotlivé fáze reakcí, kterými člověk prochází při zjištění nových skutečností, týkající se zdravotního stavu. Jednotlivé fáze samozřejmě člověka provázejí v průběhu celé léčby onkologického onemocnění.

Fáze šoku - komunikace s pacientem je pro sestru velice náročná. Pacient v tomto stavu je schopen si zapamatovat minimální množství informací, které mu sdělujeme týkající se jeho diagnózy, zdravotního stavu a léčby. Pacient pociťuje smutek, strach a lítost. V tomto případě se od všeobecné sestry vyžaduje podpora pacienta.

Fáze popření - této fázi je důležité, abychom pacientovi vše důkladně vysvětlovali, co se výsledků vyšetření týče. Pacienta psychicky podporujeme, dáváme naději a snažíme se především snížit pacientovo sebeobviňování za vznik nemoci, které u něho převládá. Sebeobviňování může vést až k hluboké psychické krizi

Fáze agrese - komunikace s agresivním pacientem je nejen náročná, ale také vyžaduje trpělivost. Rozhovor by měl být klidný bez napětí. Přizveme pacienta ke spolupráci dobře zvládnutými technikami asertivního chování.

Fáze smlouvání - komunikace s pacientem ve fázi smlouvání je zaměřena na podporu jeho vyslovených přání. Sestra se snaží vyslechnout pacientovy potřeby. Aktivně si všímáme pacientovi mimiky, gest a tónu jeho hlasu.

Fáze deprese - nelze pacientovi v tomto stavu předávat závažné zprávy týkající se jeho zdravotního stavu. Komunikace by měla být pouze podpůrná a empatická.

Fáze smíření - Pacient komunikuje přiléhavě o svém stávajícím zdravotním stavu a svých pocitech. Pacient přijímá zprávy zcela pozitivně a dokáže je racionálně zpracovávat (Raudenská, Javůrková, 2011).

1.5.2 Role sestry v péči o pacienta s bolestí

Hudáková (2008) tvrdí, že všeobecné sestry mají zásadní postavení v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti analgetické léčby. Sestry jsou zpravidla první, které jsou v kontaktu s pacientem. Získané informace z rozhovoru s ním dále předávají ošetřujícímu lékaři a dalším členům ošetrovatelského týmu. Kvalitní komunikace mezi členy týmu se promítá do samotné péče o pacienta. Všeobecná sestra také pomáhá pacientovi se vyrovnat s náročnou životní situací, která je spojena se závažným onemocněním a jeho léčbou. Důležité je také to, aby projevila zájem o pacienta, měla dostatek času na rozhovor a také, aby dokázala pacienta pochopit. Pacient s chronickými bolestmi potřebuje mnohem více času na vyjádření svých pocitů. Všeobecná sestra musí pacientovi věřit bolesti, které pacient udává i přesto, že k tomu nejsou žádné objektivní klinické důvody

a je zavedena analgetická léčba onkologické bolesti. Role všeobecné sestry během poskytování ošetrovatelské péče je role naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. Role vyžaduje specializované znalosti všeobecné sestry v problematice fyziologie, analgeziologie, farmakoterapie a psychologie.

1.5.3 Psychologický přístup sestry k onkologickým pacientům

- Stále myslíme na to, že pacienti jsou lidé psychicky zdraví, nacházející v mezní situaci ohrožení života a jejich chování může být na čas neočekávané či patologické.
- Všeobecná sestra musí zachovávat klid v krizových situacích.
- Dotýkejte se pacientů.
- Naslouchajte pacientům.
- Chválíme pacienty i za malé úspěchy, povzbuzujeme.
- Aktivně se ptáme pacientů, co bychom mohli pro ně udělat.
- S pacienty komunikujeme verbálně přiléhavě s ohledem na jejich věk, vyhýbáme se tykáním a zdobnělinám.
- Nezapomínat, že k nám pacient vzhlíží s nadějí na vyléčení.
- Nezapomínáme na empatie a reagujeme na potřeby pacienta.
- Nutnost přemýšlet při práci a snažit se být včas tam, kde je nás v danou dobu potřeba.
- Sestra se zaměřuje i na sebe samotnou. Pokud je sestra v dobré psychické a fyzické kondici, tak o to je péče o pacienty kvalitnější (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

1.5.4 Psychoterapie

Při léčbě onkologické bolesti se doporučuje pacientům psychoterapeutické a relaxační techniky, které napomáhají pacientovi lépe zvládat pocíťovanou bolest. Odvést pozornost pacienta od bolesti, lze relaxací, pomalým rytmickým dýcháním, aktivním posloucháním

nebo regulovanými představami. Tyto techniky napomáhají zpomalit zrychlený pulz a uvolňuje svalové napětí. Techniky na zvládání bolesti najdeme v přístupu kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT). Přístup KBT pracuje na úrovni chování, učení a je hlavním zdrojem pacientova léčení. KBT napomáhá k lepšímu uchopení bolesti pacienta (Jetelinová, 2013).

Lékaři považují psychoterapeutický přístup za zúžený, kde jde pouze o odstranění bolesti pacienta. Přesto je psychoterapie lékaři doporučována. Pacienti se však samotné psychoterapii brání. Hlavním důvodem je neznalost pacientů. Nevědí, co mají od psychoterapie očekávat. Podle zastaralých názorů považují psychoterapii za zbytečnou a jsou toho názoru, že psychoterapii by měli podstupovat pouze psychiatrickí pacienti. Doporučení k psychoterapii pacienti vnímají jako ohrožující či diskvalifikující. (Dostálová, 2016).

Psychoterapie je využívána k ovlivnění 3 složek: emoční, myšlení, chování. Emoční složka je charakterizována smutkem, pesimistickou náladou, vztekem, strachem a pocitem beznaděje.

Myšlení je charakterizováno představami o vzniku a udržování bolestí. Dále častými pocity viny a pocity subjektivní vlastní výkonnosti. Chování je spojené se snížením aktivity a vyhýbání se denním činností z důvodů bolestí. Pacient si chrání bolestivá místa na svém těle, výrazné stažení obličejových svalů, grimasování, vzdychání, užívání vyšších dávek léků a časté vyhledávání lékaře (Dostálová, 2016).

Jetelinová (2013) tvrdí, že struktura psychoterapie spočívá v určení pravidelných a časově ohraničených sezení. Dodržování těchto pravidel je součástí terapeutického procesu. Psychoterapie a její pravidla u onkologických pacientů jsou určovány jejím zdravotním stavem. Psychoterapie u onkologických pacientů je flexibilnější a četnost kontaktu s psychoterapeutem je variabilnější. Netýká se pacientů vyléčených nebo v remisi. Psychoterapeut v průběhu léčby musí respektovat intimitu pacientova sdělení.

Techniky pro zvládání bolesti v psychoterapii: hypnóza, imaginace, práce s desenzitizací. Užití technik je dáno potřebami pacienta a psychoterapeutickým procesem. Relaxační techniky a hypnóza zlepšují efekt podávaných analgetik (Jetelinová, 2013).

Cíl psychoterapie: zlepšit kvalitu života a spolupráci s lékařským týmem, snížit pocity beznaděje, úzkosti, sociální izolace, pocity osamělosti, zoufalství, deprese, zmírnit pocity osamělosti a snížit obavy z léčby.

Výrazná pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací (Dostálová, 2016).

2 Výzkumná část

Cíle práce

Hlavní cíl

Zjistit problémy pacientů spojené s léčbou onkologické bolesti.

Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost pacientů o možnostech tlumení bolesti?
2. Jakým způsobem byla onkologická bolest tlumena?
3. U kolika pacientů byla úspěšně utlumena bolest?
4. Jak bolest ovlivnila psychickou stránku pacientů?

2.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí metody kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat, který byly dále zpracovávány do grafů, jsme využili dotazník vlastní konstrukce, a který byl zcela anonymní (viz příloha E).

Otázky v dotazníku jsou sestavené tak, aby nám dokázali odpovědět na stanovené cíle mé bakalářské práce. V dotazníku jsou použity uzavřené, polozavřené a otevřené otázky. Dotazník je tvořen z 19 otázek a 4 otázky s identifikačními údaji. Otázky č. 2, 3, 12, 14 jsou uzavřené, otázky č. 1, 4, 6, 7, 10, 15, 17, 19 jsou polozavřené a otázky č. 5, 9, 11, 13, 16, 18 jsou otevřené.

K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky 1, 3, 4, 5, 6

K výzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky 2, 7,

K výzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky 9, 10, 11, 12

K výzkumné otázce č. 4 se vztahují otázky 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazovanými respondenty byli muži a ženy s onkologickým onemocněním. Soubor respondentů tvořili pacienti onkologické ambulance v Oblastní nemocnici Kolín a.s.. Dotazníky byly respondentům rozdány sestrou onkologického ambulance a vyplněné je odevzdávali na recepci v čekárně. Respondenti byli seznámeni s účelem a využitím dotazníku.

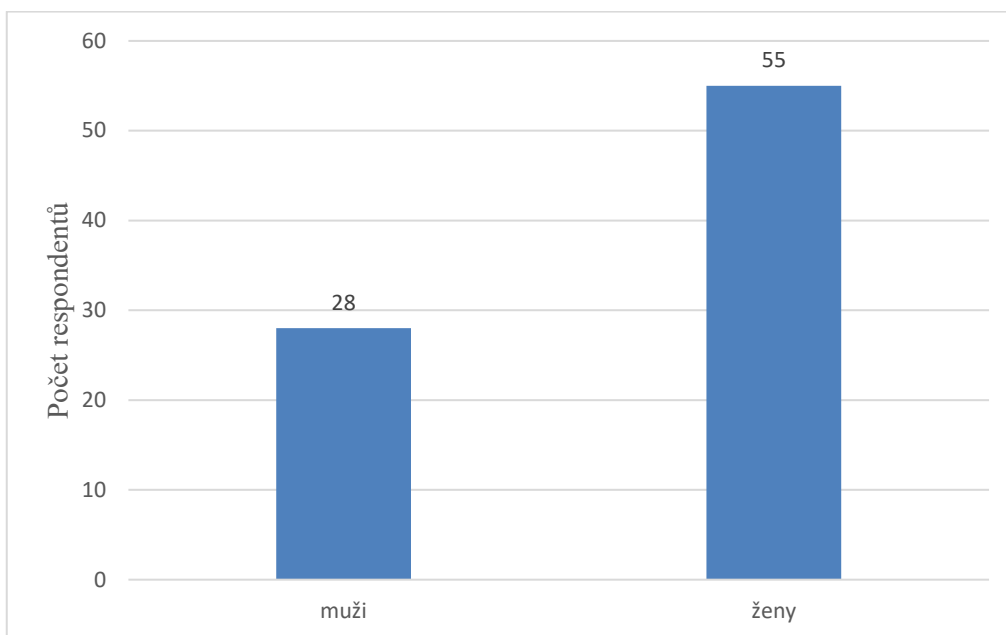
2.3 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal na onkologickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s.. Výzkum probíhal od září roku 2018 do prosince roku 2018 na základě povolení hlavní sestry Nemocnice Kolín, a.s. (viz příloha F). Rozdáno bylo 100 dotazníků, 83 (100%) vráceno a správně vyplněných 83 dotazníků, které byly dále zpracovány. Před samotným výzkumem bylo provedeno pilotní šetření, kdy jsem dotazník předložila k vyplnění vrchní sestře onkologické ambulance a mé bývalé kolegyni z mého pracoviště Interny E, která dochází do onkologické ambulance pro karcinom prsu. Pilotní studie poukázala na to, že otázky v dotazníkovém šetření jsou srozumitelné a tak nebyly potřeba žádné úpravy.

2.4 Zpracování získaných dat

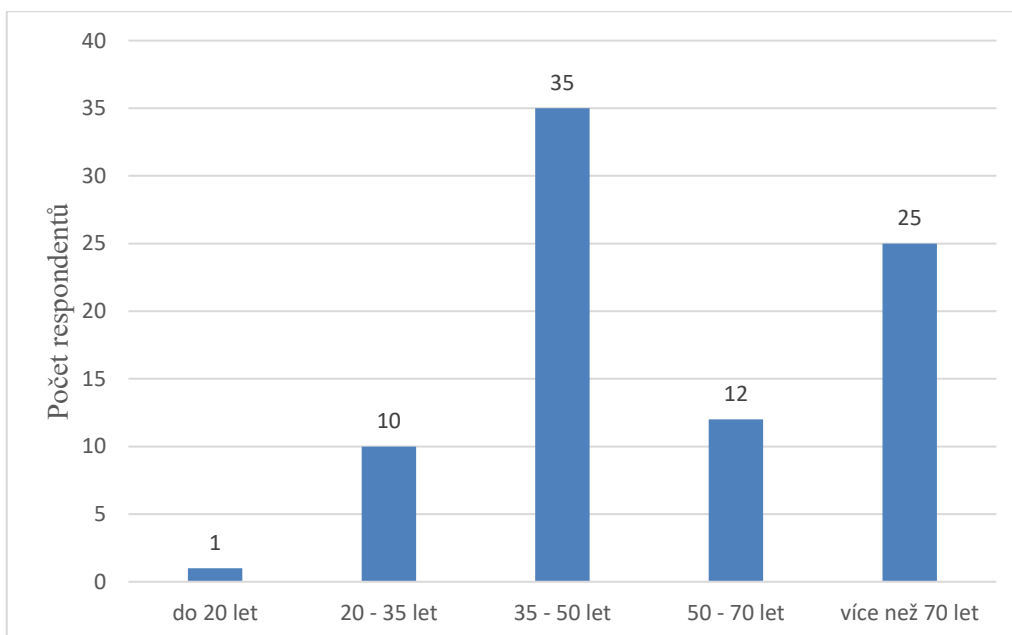
Při zpracovávání dat byly použity programy Microsoft Office (Excel, Word) a Mozilla Firefox.

2.5 Výsledky výzkumu



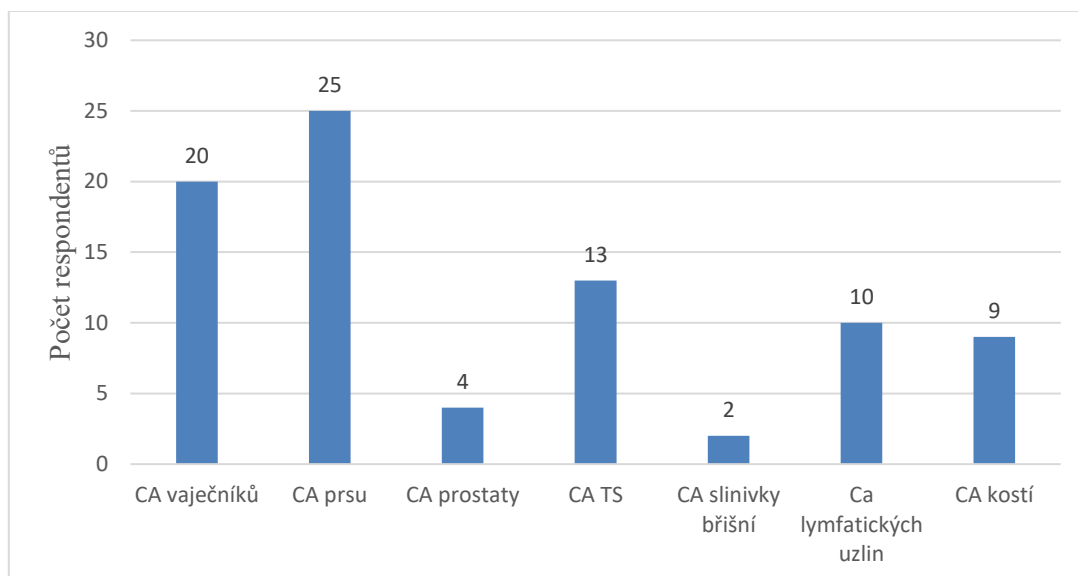
Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf 1 znázorňuje jaké je zastoupení respondentů z hlediska jejich pohlaví. V grafu 1 je možné vidět, že se výzkumu účastnilo 83 (100 %) respondentů, z toho 28 (33,7 %) mužů a 55 (66,2 %) žen.



Graf 2: Věk respondentů

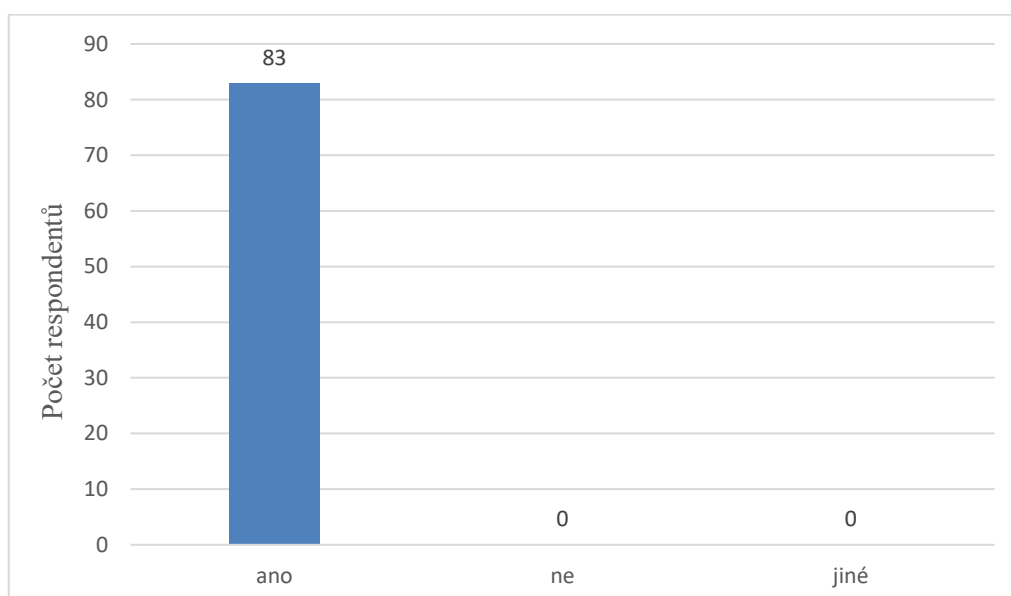
V grafu 2, jsou respondenti, rozděleny dle věku. Do 20 let 1 (1,2 %), 20 - 35 let 10 (12 %), 35 - 50 let 35 (42,2 %), 50 - 70 let 12 (14,5 %) a 25 (30,1 %) respondenti starší 70-ti let.



Graf 3 : Druh onkologického onemocnění

Graf 3 znázorňuje druh onkologického onemocnění, se kterým se respondenti podotýkají. Respondentek s karcinomem vaječníků je 20 (24,1 %), s karcinomem prsu 25 (30,1 %), s karcinomem prostaty 4 (4,8 %), s karcinomem tlustého střeva 13 (15,7 %), s karcinomem slinivky břišní 2 (2,4 %), s karcinomem lymfatických uzlin 10 (12,4 %) a 9 (10,8 %) s karcinomem kostí.

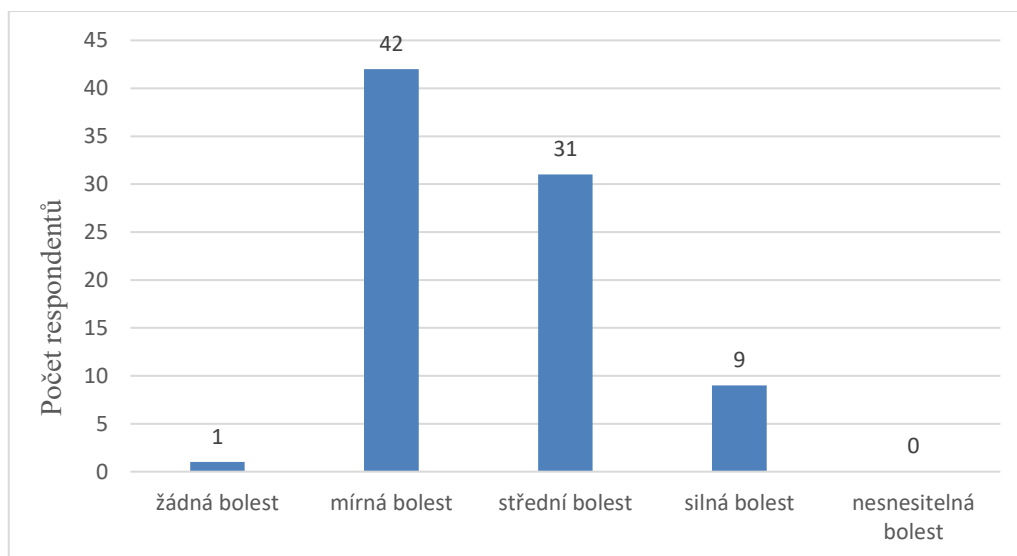
Otázka 1 : Dotazuje se Vás Váš lékař/ka při pravidelných návštěvách ambulance na bolest a její intenzitu?



Graf 4: Dotazování lékaře na bolest

Graf 4 (viz výše str. 42) znázorňuje počet respondentů, kteří jsou či nejsou dotazováni lékařem na bolest při pravidelné prohlídce. Všechny 83 (100 %) respondentů uvedlo, že se jich lékař dotazuje na bolest.

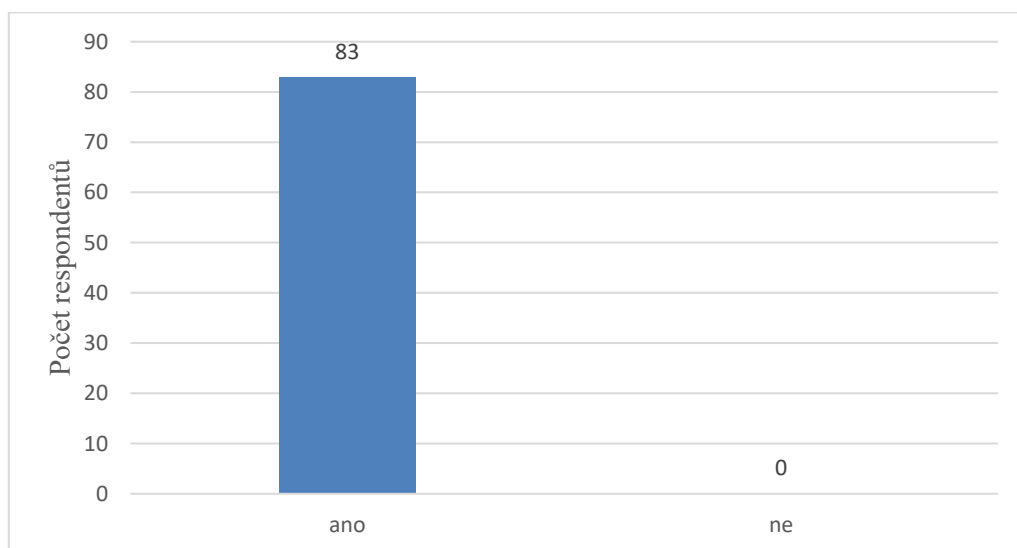
Otázka 2: Jak byste ohodnotil/a svou bolest před podáním léků na bolest? (Pokud nemáte žádnou bolest, tak dále nevyplňujte)



Graf 5: Intenzita bolesti před podáním léků na bolest

Graf 5 znázorňuje intenzitu bolesti u respondentů. Žádnou bolest uvedl 1 (1,2 %), mírnou bolest 42 (50,6 %), střední bolest 31 (37,3 %), silnou bolest 9 (10,8 %) a nesnesitelnou bolest neuvedl žádný z respondentů.

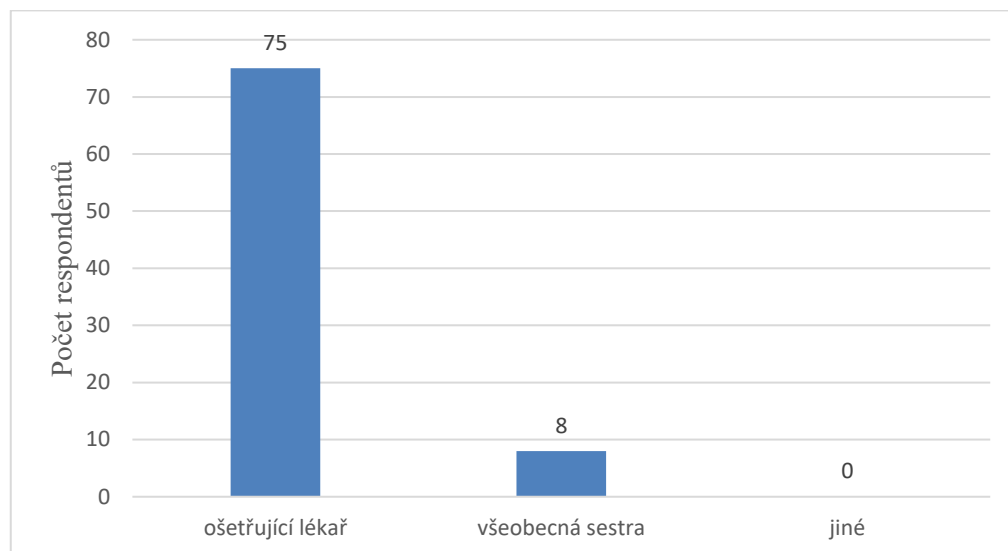
Otázka 3: Byl/a jste seznámen/a s možností tlumení bolesti v průběhu léčby onkologického onemocnění?



Graf 6: Informovanost o možnostech tlumení bolesti

V grafu 6 (viz výše str. 43) lze vidět, kolik respondentů bylo seznámeno s možnostmi tlumení bolesti. Všechny 83 (100 %) respondentů uvedlo, že byli důkladně seznámeni s možnostmi tlumení bolesti.

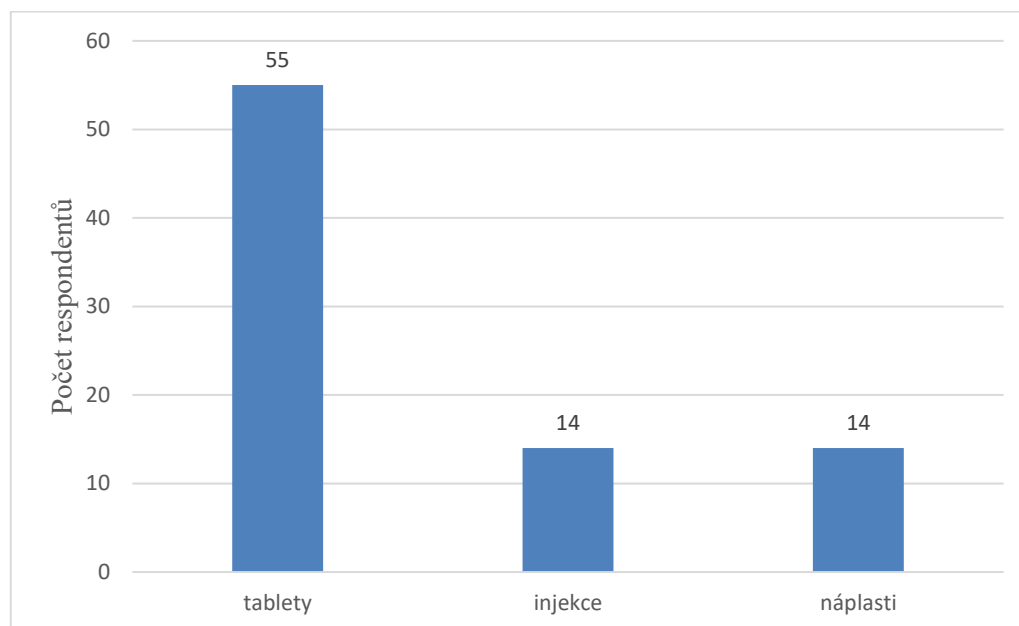
Otázka 4: Kdo Vás seznámil s možnostmi tlumení bolesti?



Graf 7: Seznámení s možnostmi tlumení bolesti

Graf 7 znázorňuje, kým byli respondenti seznámeni s možnostmi tlumení bolesti. Téměř všichni respondenti tj. 75 (90,3 %) uvedlo, že s možnostmi tlumení bolesti byli seznámeni svým ošetřujícím lékařem a 8 (9,6 %) všeobecnou sestrou.

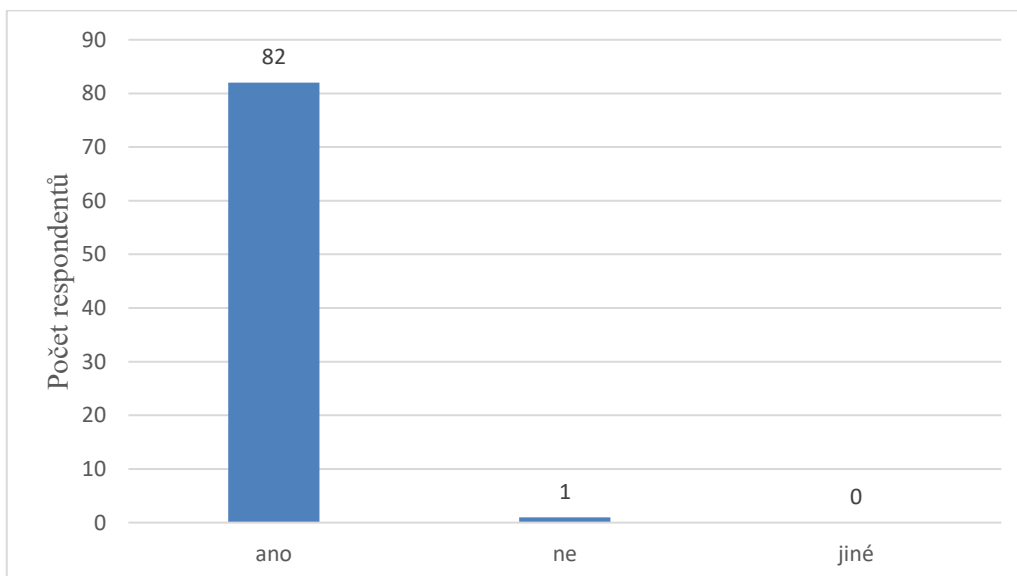
Otázka 5: S jakými možnostmi tlumení bolesti jste byl/a seznámen/a?



Graf 8: Formy léků

Graf 8 (viz výše str. 44) znázorňuje s jakou formou léků byli respondenti seznámeni. Více než polovina tj. 55 (66,2 %) uvedlo, jednoznačně tablety, 14 (16,8 %) injekční formu a zbylých 14 (16,8 %) náplasti.

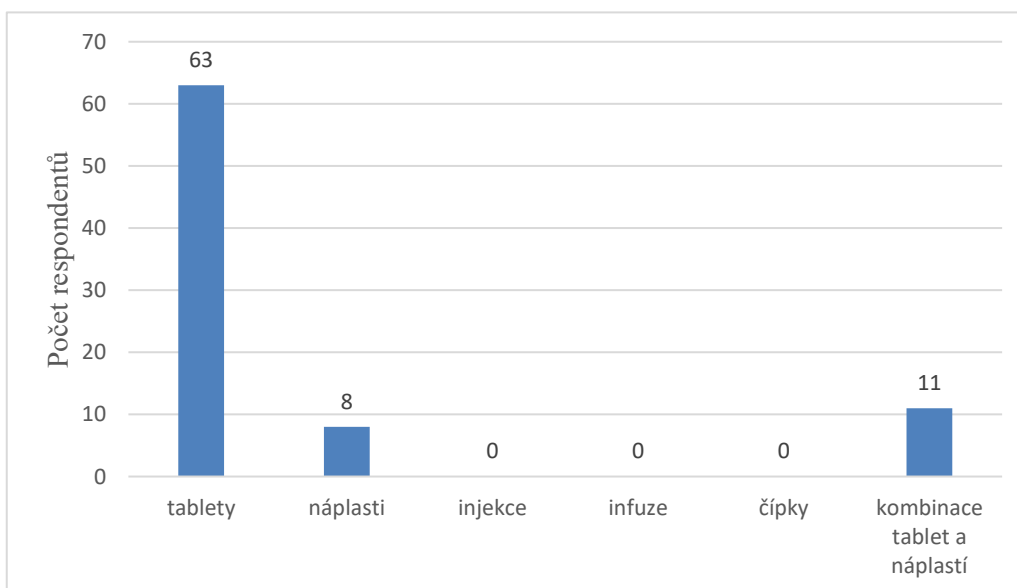
Otázka 6: Byly pro Vás získané informace dostatečně srozumitelné?



Graf 9: Srozumitelnost získaných informací

Graf 9 znázorňuje počet respondentů pro, které byly získané informace přínosem či nikoli. Téměř všichni tj. 82 (98,7 %) uvádí, že získané informace byly pro ně srozumitelné a 1 (1,2 %) uvádí, že získané informace byly nesrozumitelné.

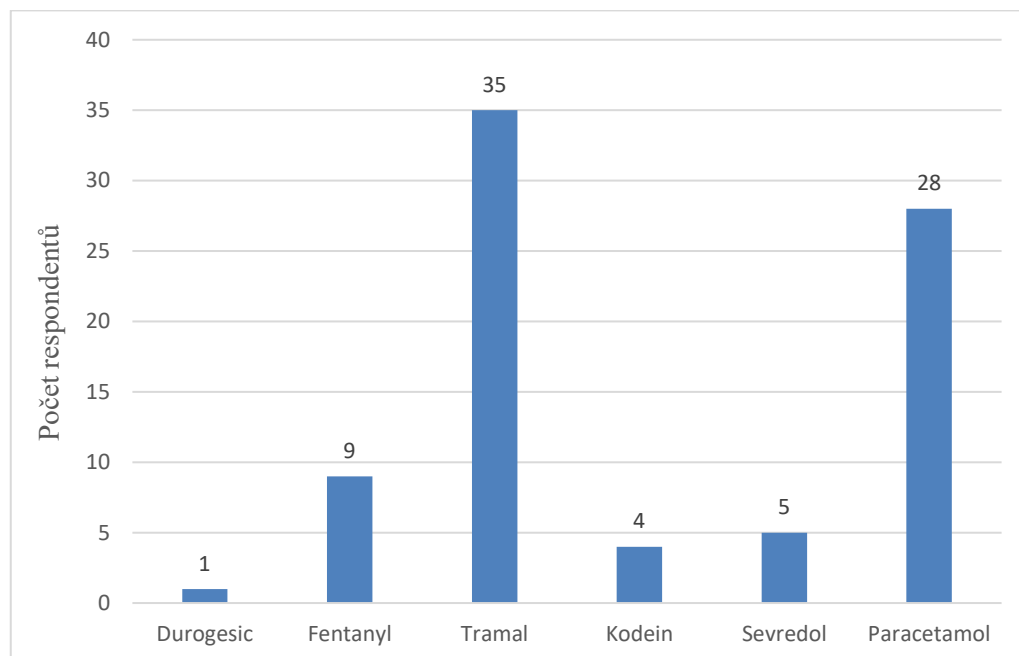
Otázka 7: Jakou formou léku byla u Vás bolest tlumena?



Graf 10: Formy léků na bolest

Graf 10 (viz výše str. 45) znázorňuje počet respondentů a forma léků, která byla využita na tlumení jejich bolesti. U 63 (76,8 %) byla bolest tlumena tabletami, u 8 (9,75 %) náplastmi a u 11 (13,4 %) byla bolest tlumena kombinací tablet a náplastí.

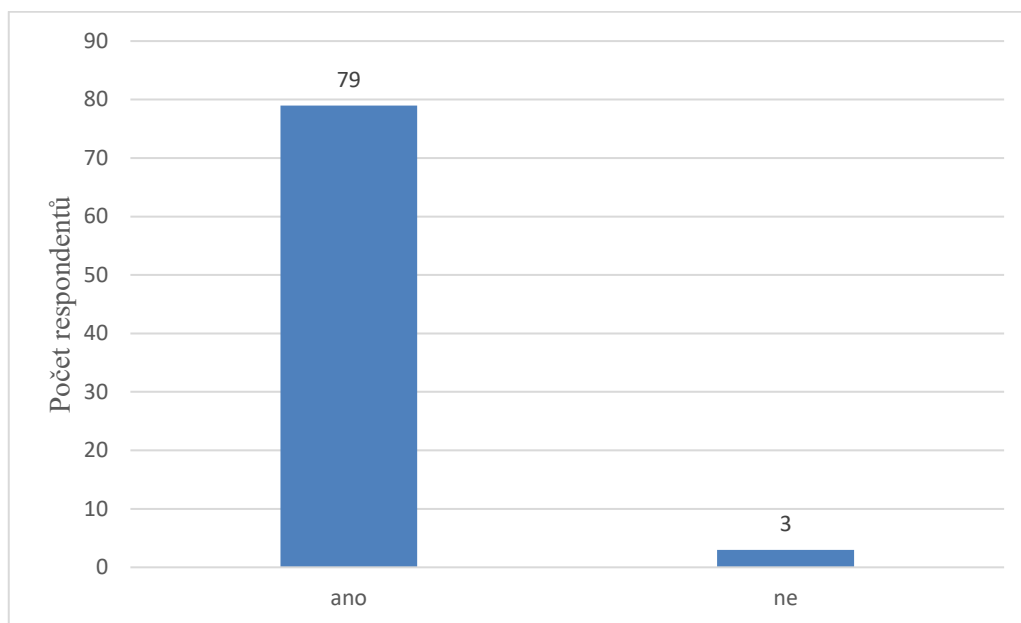
Otázka 8: Který lék na zmírnění bolesti nyní užíváte?



Graf 11: Názvy léků

V grafu 11 lze vidět názvy léků, kterými byla bolest u dotazovaných respondentů tlumena. U 1 (1,2 %) byla bolest tlumena Durogesicem, u 9 (10,9 %) Fentanylem, u 35 (42,6 %) Tramalem, 4 (4,8 %) Kodeinem, 5 (6,09 %) Sevredolem a u 28 (34,1 %) Paracetamolem.

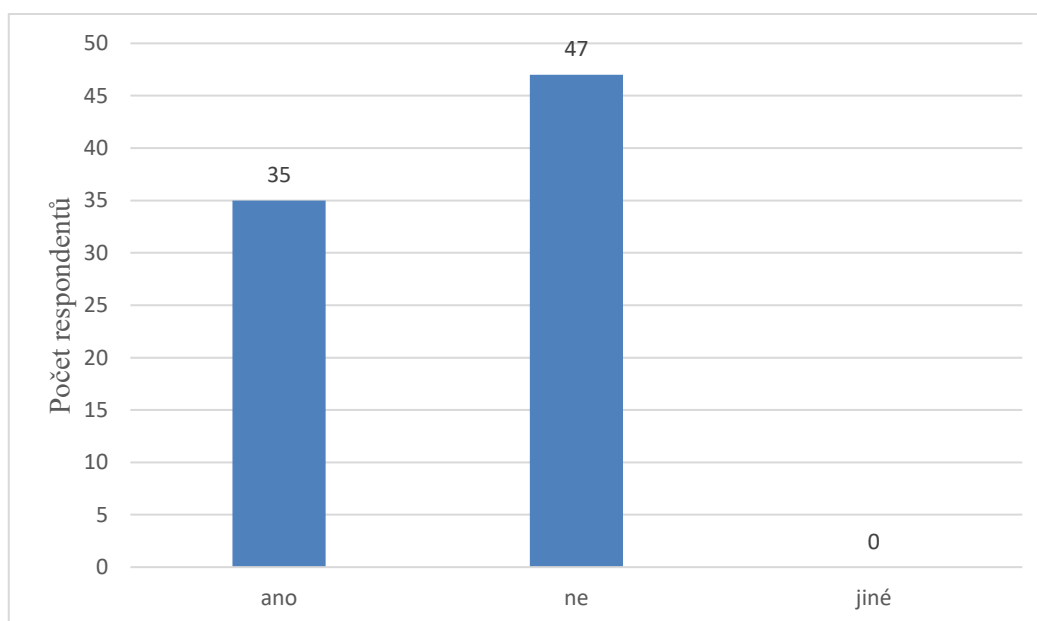
Otázka 9: Jste spokojen/a se zvoleným způsobem léčby?



Graf 12: Spokojenost s léčbou

Graf 12 poukazuje na spokojenost respondentů spojenou s léčbou bolesti. Téměř všichni tj. 79 (96,3 %), jsou spokojeni se stávající léčbou a 3 (3,6 %) s léčbou spokojeni nejsou.

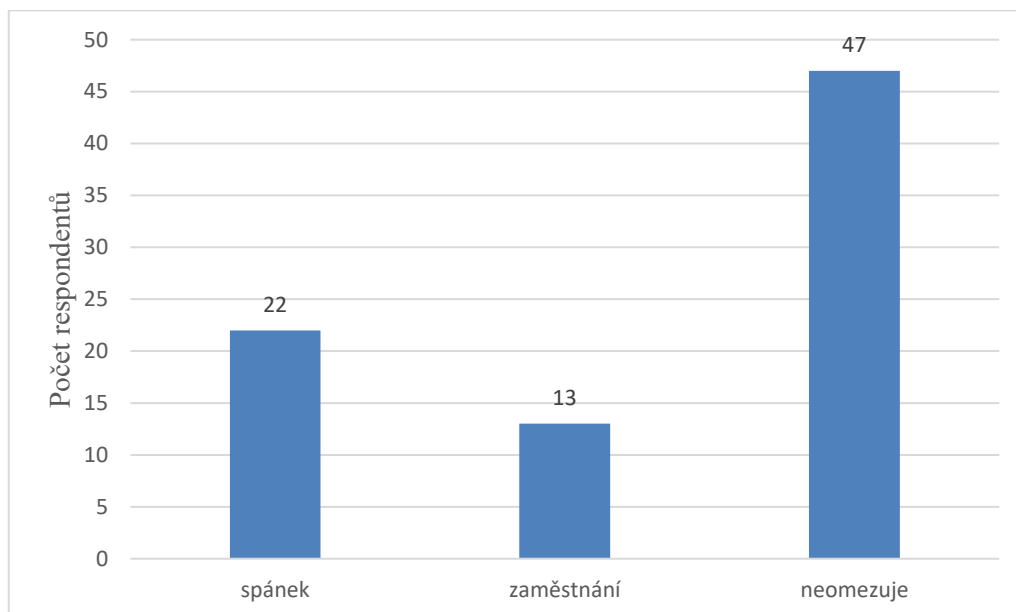
Otázka 10: Omezuje Vás bolest při každodenních činnostech?



Graf 13: Omezení způsobené bolestí

Graf 13 znázorňuje omezení, které respondentům způsobuje bolest, při každodenních činnostech. Třetina respondentů tj. 35 (42,7 %) uvádí, že je bolest omezuje v denním režimu a 47 (57,3 %) respondentů je bez obtíží.

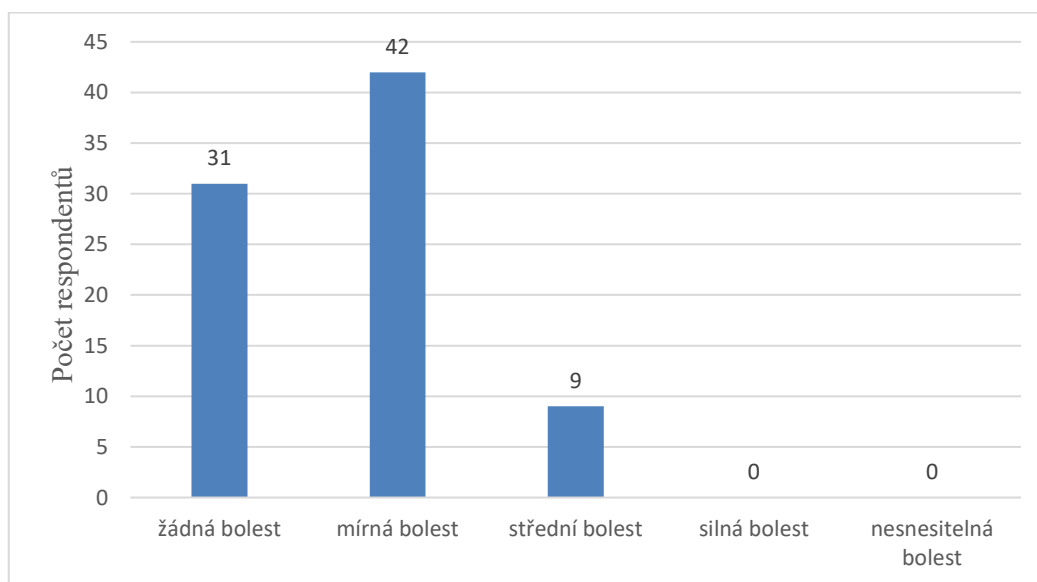
Otázka 11: Při jakých činnostech, situacích Vás bolest omezuje? (Odpovězte, pokud jste odpověděla na otázku č. 10 ANO)



Graf 14: Omezení v činnostech v důsledku bolesti

Graf 14 znázorňuje činnosti, které jsou vlivem bolesti narušovány. Čtvrtina respondentů tj. 22 (26,8 %) uvedla, že bolest narušuje spánek, 13 (15,8 %) uvádí jistá omezení v zaměstnání vlivem bolesti a 47 (57,3 %) respondentů bolest neomezuje.

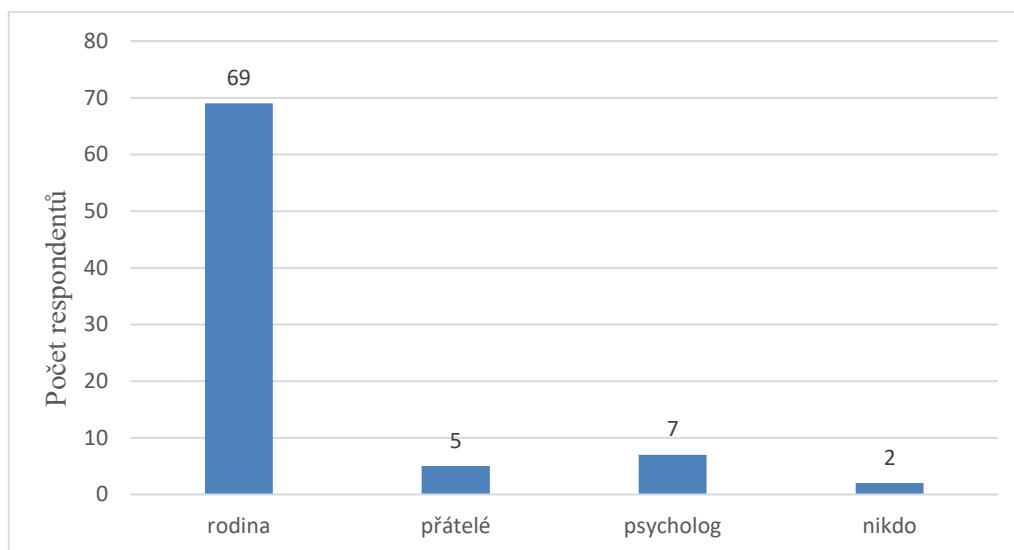
Otázka 12: Jak byste ohodnotil/a svou bolest po podání léků?



Graf 15: Intenzita bolesti po podání léků na bolest

V grafu 15 lze vidět hodnocení bolesti po podání léků. Téměř třetina respondentů tj. 31 (37,8 %) uvádí, žádnou bolest, 42 (51,2 %) mírnou bolest a 9 (10,9 %) střední bolest. Ohodnocení silné bolesti a nesnesitelné neuvedl žádný z respondentů.

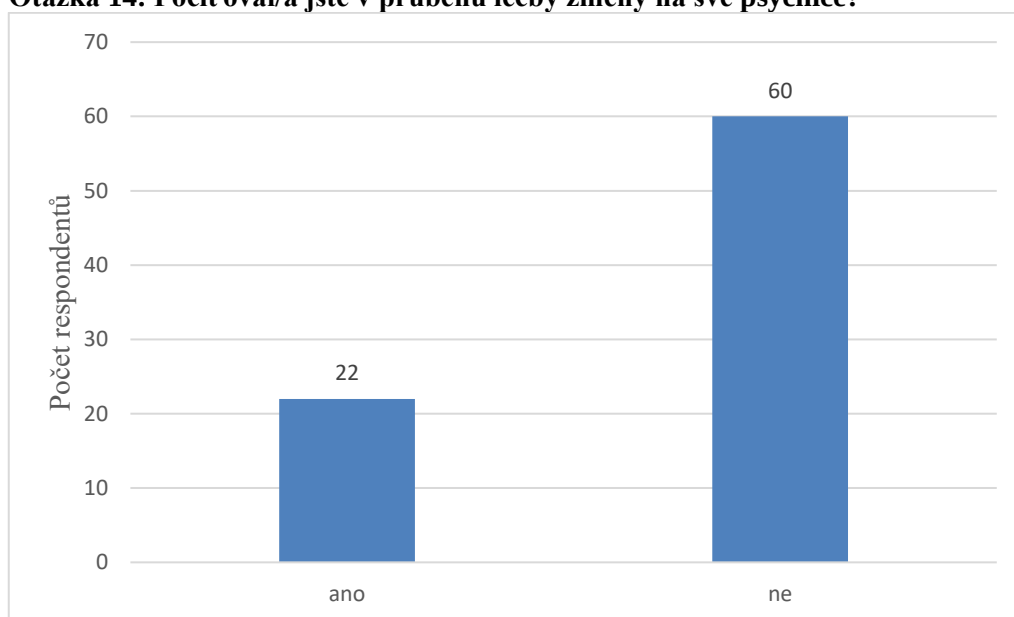
Otázka 13: Kdo byl pro Vás psychickou oporou při léčbě bolesti?



Graf 16: Psychická opora

V grafu 16 je znázorněno, kdo byl respondentům oporou při léčbě bolesti. Možnost odpovědi rodina zvolilo 69 (84,1 %) respondentů, 5 (6,09 %) přátelé, 7 (8,5 %) psycholog a 2 (2,4 %) uvedli, že nikdo.

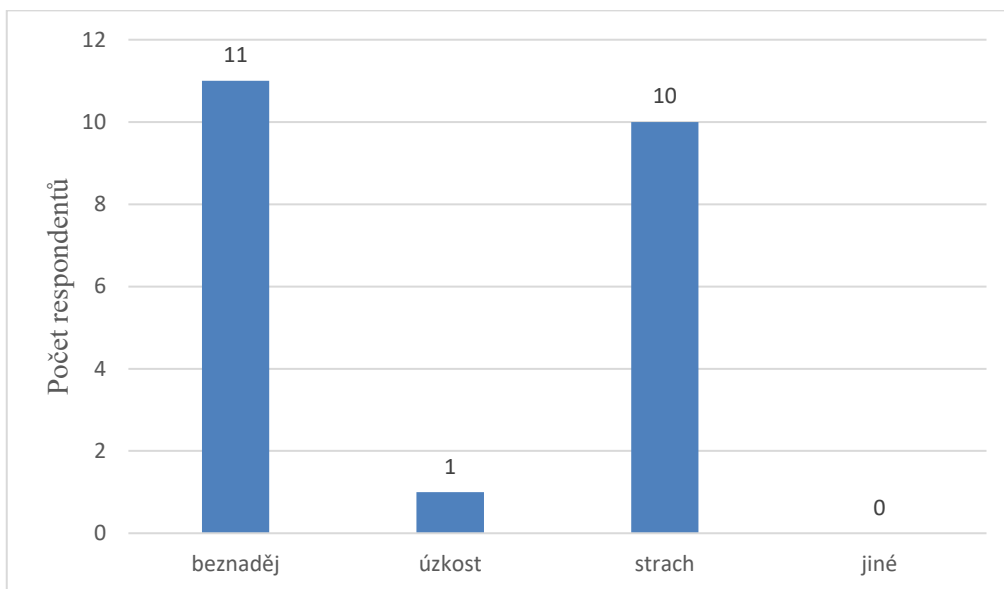
Otázka 14: Pociťoval/a jste v průběhu léčby změny na své psychice?



Graf 17: Výskyt psychických změn

Graf 17 značí počet respondentů, u kterých se v průběhu léčby objevily psychické obtíže. U 22 (26,8 %) respondentů se objevily psychické obtíže a 60 (73,1 %) respondentů je bez zjevných obtíží.

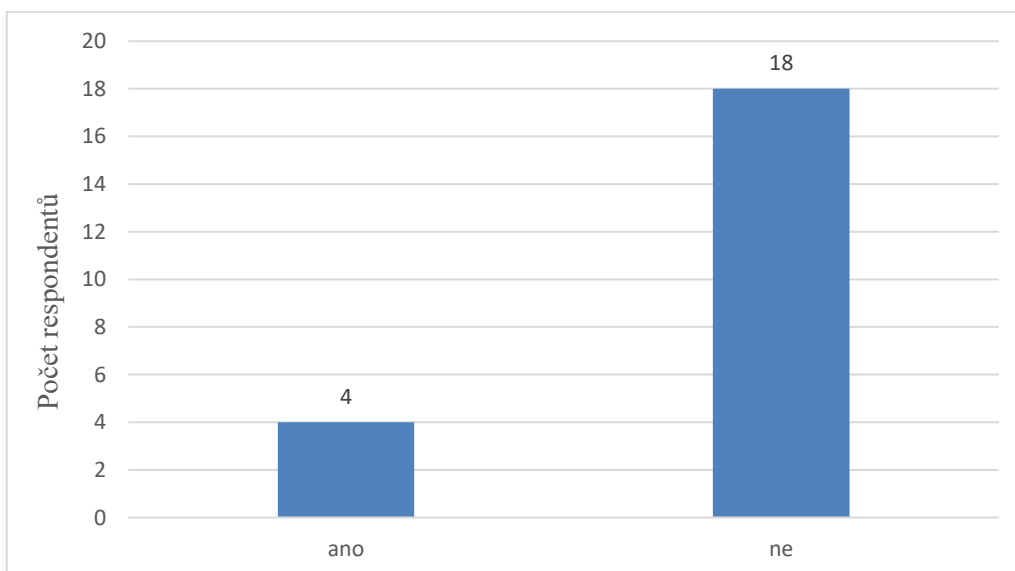
Otázka 15: Jaké psychické obtíže se u Vás objevily? (Odpovězte, pokud jste v předchozí otázce č. 14 zvolil/a odpověď ANO)



Graf 18: Psychické obtíže

Graf 18 popisuje výskyt psychických obtíží u dotazovaných respondentů. Jen 11 (13,4 %) respondentů uvedlo beznaděj, 1 (1,2 %) úzkost a 10 (12,1 %) strach.

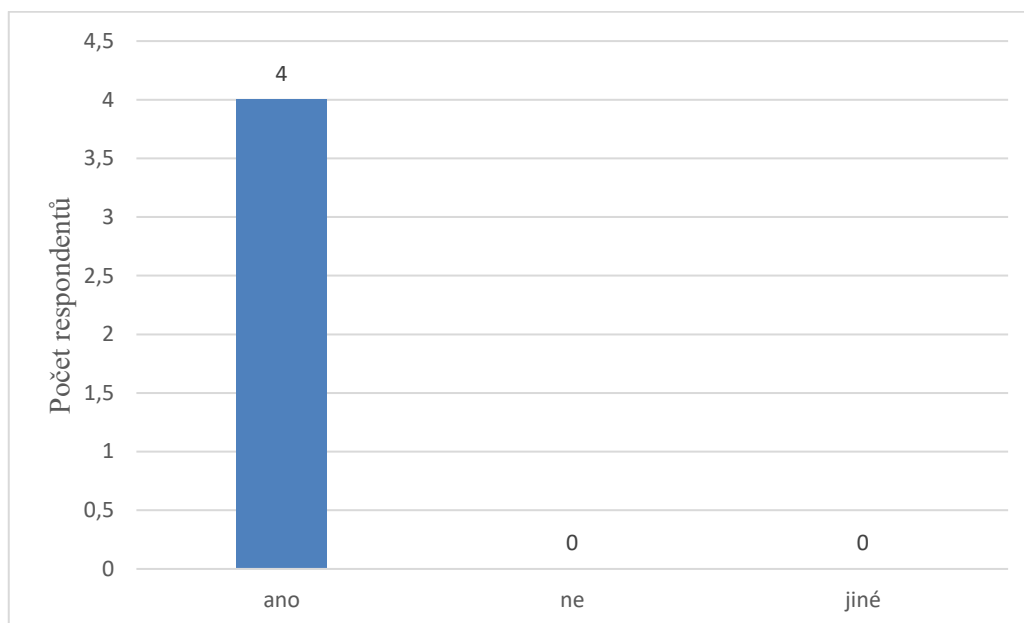
Otázka 16: Vyhledala jste odbornou pomoc psychologa?



Graf 19: Vyhledání odborné pomoci

Z grafu 19 je zřejmé, že odbornou pomoc psychologa vyhledalo 4 (18,2 %) a 18 (81,8 %) odbornou pomoc nevyhledalo.

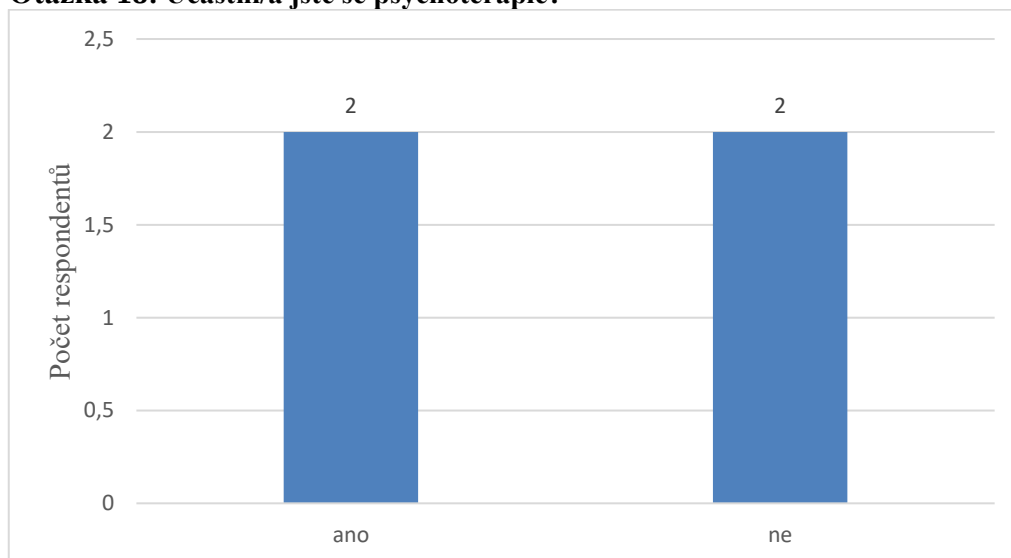
Otázka 17: Informoval Vás psycholog o možnostech psychoterapie?



Graf 20: Informovanost o psychoterapii

V grafu je možné vidět počet respondentů, kteří byli informováni o případné psychoterapii. Jen 4 (100 %) respondenti byli seznámeni o možnosti psychoterapie.

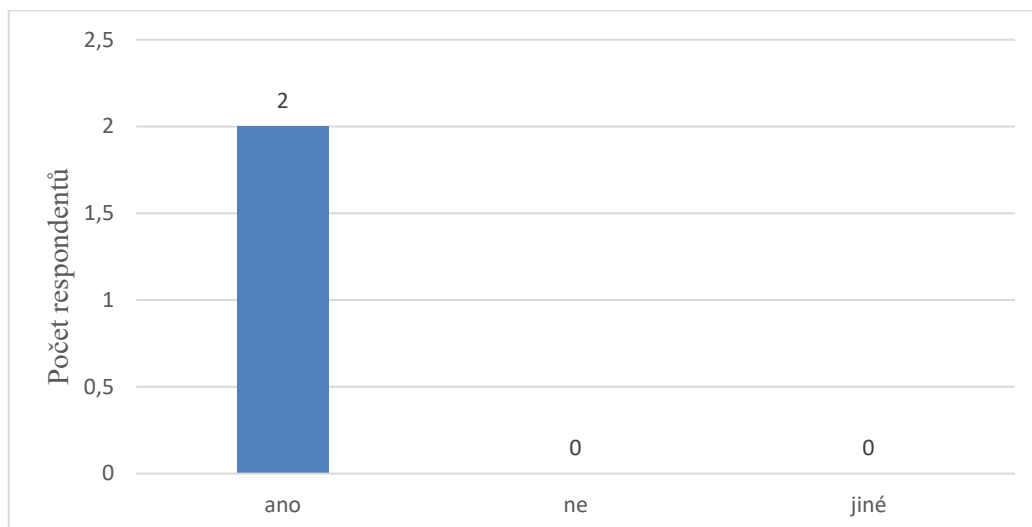
Otázka 18: Účastní/a jste se psychoterapie?



Graf 21: Účast na psychoterapii

V grafu 21 je znázorněn počet respondentů účastnících na psychoterapii. Pouze 2 (50 %) se účastnili psychoterapie a druhá polovina tj. 2 (50 %) se terapie neúčastnila.

Otázka 19: Pomohla Vám účast na psychoterapii? (Odpovězte, pokud jste u otázky č. 18 odpověděl/a ANO)



Graf 22: Přínos psychoterapie

Graf 22 nám ukazuje počet respondentů, pro které byla účast na psychoterapii přínosem. Pouze pro 2 (100 %) byla psychoterapie přínosem.

3 Diskuze

V diskuzní části v bakalářské práci jsou vyhodnoceny a postupně rozebrány všechny dotazníkové otázky. Cílem práce bylo zaměřit se na bolest a její zvládání u onkologických pacientů. Abychom dosáhli dostatečného množství informací, bylo provedeno výzkumné šetření. Dotazník byl vlastní konstrukce. Na základě předchozí analýzy výsledků je důležité si zodpovědět čtyři výzkumné otázky.

K porovnávání výsledků dotazníkových otázek výzkumu byly použity následující práce:

- Štursová (2012), jejímž vzorkem respondentů je 74 (100%) s onkologickým onemocněním. Práce byla zaměřena na informovanost pacientů s onkologickým onemocněním.
- Kadlecová (2014), jejímž vzorkem respondentů je 62 (100%). Práce byla zaměřena na bolest u onkologicky nemocných pacientů.
- Sokol (2019), výzkumný vzorek se skládal z 33 mužů a 15 žen ve věku 27 -81 let. Práce byla zaměřena na souvislost deprese, úzkosti a kvalitu života u onkologických pacientů.
- Fazourová (2018), která ke svému výzkumu využila polostrukturované rozhovory 3 respondentů. Jednalo se o rodinné příslušníky onkologicky nemocných pacientů. Práce byla na téma rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním.
- Baslíková (2017), která k výzkumu využila rozhovory třech žen s karcinomem prsu. Práce byla na téma Psychologické aspekty rakoviny prsu.
- Výzkum se zahraniční prací nebyl porovnán, protože podobná práce není k dispozici.

Výzkumná otázka 1 - Jaká je informovanost pacientů o možnostech tlumení bolesti?

Otázka č. 1 se týkala dotazování lékařů na bolest onkologických pacientů. Výzkumem bylo zjištěno, že dotazování pacientů ze strany lékaře je velmi kladně ohodnocena. Dotazovaných 83 (100 %) respondentů uvedlo, že se lékařský či nelékařský personál aktivně dotazuje na případnou bolest. Z výsledku můžeme usuzovat, že dotazování na vznik případných komplikací je v průběhu léčby jakéhokoliv onemocnění obzvlášť

důležité, protože jsou pacienti, kteří sami nedokáží vyjádřit, jaké mají momentální obtíže, nebo také při příchodu k lékaři zcela zapomenou, co je trápí. Tím, že se lékařský či nelékařský zdravotnický personál dotazuje na bolest a následně se snaží vzniklé obtíže řešit, tak tím pacientovi napomáháme ke zlepšení kvality života. Výsledek týkající se dotazování lékařů na bolest u pacientů nebyl nějak zvlášť překvapující. Dotazování lékaře na nově vzniklou či dlouhodobě působící bolest, by mělo být samozřejmostí a především povinností. Výsledek není porovnáván s jinou prací, protože není k dispozici práce na stejné či podobné téma, která by ke svému výzkumnému šetření použila stejný vzorek respondentů. Ve shrnutí je možné říci, že informovanost pacientů o možnostech tlumení bolesti je velmi uspokojující.

Otázka č. 3 byla zaměřena na seznámení respondentů s možnostmi tlumení bolesti v průběhu léčby onkologického onemocnění. Ve výzkumu 83 (100 %) respondentů opět uvedlo, že byli adekvátně seznámeni s aktuálními možnostmi bolesti, aniž by se museli dotazovat. Tento výsledek z výzkumného šetření byl téměř očekáván a je zcela prokazatelné, že lékařský či nelékařský personál reaguje velmi pohotově se zájmem pacientovi od vzniklé bolesti odpomoci. Získaná data jsme porovnávali s výzkumem Štursově (2012). Uvádí, že ze 74 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 25 (34 %) respondentů adekvátní informovanost o možnostech tlumení bolesti a 49 (66 %) odpovídalo, že nebyli dostatečně informováni. Výsledky vlastního výzkumu byly porovnány s výzkumem Štursově (2012). Porovnané výsledky jsou výrazně nižší, což může být dané vyšším počtem dotazovaných respondentů ve výzkumu Štursově (2012). Z vyhodnocených dat této bakalářské práce lze podotknout, že informovanost pacientů na onkologickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s. můžeme ohodnotit za velmi kladné.

V otázce č. 4 jsme se dotazovali, kdo pacienta seznámil s možnostmi tlumení bolesti. Dotazovaných 75 (90,3 %) respondentů uvedlo, že o možnostech tlumení bolesti byli informováni ošetřujícím lékařem a zbylých 8 (9,6 %) všeobecnou sestrou. Výsledek výzkumu byl překvapující a to z toho hlediska, že byl očekáván vyšší počet respondentů u volby všeobecná sestra a to už jen z toho důvodu, že všeobecná sestra se také podílí na informovanosti pacientů. Výzkum Štursově (2012) poukazuje na to, že respondenti jsou seznamováni s možnostmi tlumení bolesti z velké části všeobecnou sestrou. Odpověď všeobecnou sestru, zvolilo téměř 32 (43,2 %) pacientů. Takto rozdílný výsledek může být daný vyšším počtem dotazovaných respondentů ve výzkumu Štursově (2012) oproti

výzkumu této bakalářské práce. Celková informovanost respondentů, kteří byli součástí výzkumu, této práce přesáhla mé očekávání. Nabízí se mi ale přesto otázka, zdali dotazník byl skutečně vyplněn pravdivě. Můžeme se jen domnívat, zdali se všeobecné sestry v Oblastní nemocnici Kolín a.s. skutečně podílejí až v tak minimální míře na informovanosti pacienta.

Otázka č. 5 zněla, s jakými možnostmi tlumení bolesti jste byl/a seznámena. Nejvyšší počet respondentů z 55 (66,2 %) uvedlo formu tablet, 14 (16,8 %) injekční formu a 14 (16,8 %) náplastí. Výsledek dotazníkového šetření byly zarážející v tom smyslu, že pacient by měl být seznámen se všemi možnostmi tlumení bolesti a to bez ohledu na to, jakou bolest momentálně pociťuje. Výsledky byly porovnávány s výzkumem Štursově (2012), kdy uvádí, že dotazovaní respondenti byli seznámeni především s formou tablet a náplastmi. Dle mého názoru každý pacient byl seznámen s takovou formou tlumení bolesti, která by pro něho dle zvážení lékařem mohla být přínosem. V porovnání s vlastním výzkumem jsou výsledky téměř podobné.

Otázka č. 6 byla zaměřena na to, zdali byli respondentům všechny získané informace o tlumení bolesti srozumitelné. Dotazovaných 82 (98,7 %) respondentů odpovědělo, že získané informace byly srozumitelné a 1 (1,2 %) uvedl, že informace nebyly srozumitelné. Podle výsledku je zřejmé, že s komunikací mezi lékařem a pacientem není žádným problémem. Výsledek dotazníkového šetření byl obzvlášť překvapující, pouze jeden respondent uvedl, že řádně neporozuměl získaným informacím. Můžeme se jen domnívat, že zbylých 82 (98,7 %) respondentů skutečně porozumělo získaným informacím. Výsledek není porovnáván s jinou prací, protože není k dispozici práce na podobné téma, která by ke svému výzkumnému šetření použila stejný vzorek respondentů.

Jaká je informovanost pacientů o možnostech tlumení bolesti?

Získaná data výzkumného šetření této bakalářské práce nám potvrdila, že celková informovanost dotazovaných respondentů, kteří se účastnili výzkumu o možnostech tlumení bolesti, přesáhla téměř mé očekávání. Informovanost pacientů v průběhu léčby onkologického onemocnění lze ohodnotit velmi kladně. Pacientům je podáváno dostatek informací o celém průběhu onkologické léčby a tlumení bolesti. Co se týče tlumení bolesti, tak jsou pacientům doporučovány takové formy léků, které odpovídají dané intenzitě jejich bolesti. Nezbytné informace týkajících se tlumení bolesti, jsou pacientům

předávány lékaři a všeobecnými sestrami. Shrnutím získaných dat můžeme konstatovat, že výzkumná otázka byla splněna a tudíž zodpovězena.

Výzkumná otázka 2 - Jakým způsobem byla onkologická bolest tlumena?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky z dotazníku č. 2 a 7 Otázka č. 2 byla zaměřena na určení intenzity bolesti před podáním léků na bolest. Pouze 1 (1,2 %) respondent se vyjádřil, že nepocítuje žádnou bolest. Tento výsledek byl zářející. Očekávaným výsledkem byl vyšší počet respondentů. Samotná bolest nemusí být přítomna na počátku léčby onkologického onemocnění, ale až v pozdější fázi léčby. Přes polovinu dotazovaných tj. 50,6 % (42), ohodnotilo bolest jako mírnou, 31 (37,3 %) střední bolest, 9 (10,8 %) respondentů označilo silnou bolest a nesnesitelnou bolest nepocíťoval nikdo. Překvapujícím výsledkem byl pro mě také vysoký počet respondentů, kteří ohodnotili svou bolest před podáním léků za mírnou. Výsledkem byl nižší počet respondentů a naopak vyšší počet respondentů u střední bolesti. Výsledky vlastního výzkumu jsme srovnávali s výzkumem Štursové (2012), která uvádí, že 20 (27,3 %) nepocíťují bolest. Tento výsledek potvrzuje jen to, že skutečně pacienti nemusejí na počátku léčby onkologického onemocnění pocíťovat bolest. Bolest se může rozvinout až v pozdní fázi léčby. Dále 25 (33,78 %) respondentů uvedlo mírnou bolest, 26 (35,14 %) střední bolest a 3 (4,05 %) uvedlo silnou a vyšší bolest. Lišící se výsledek v porovnání s vlastním výzkumem může být daný vyšším počtem dotazovaných respondentů ve výzkumu Štursové (2012).

V otázce č. 7 jsme se dotazovali respondentů, jakou formou léku byla u nich bolest tlumena. Nejčastější formou léku na tlumení bolesti byly tablety. Bolest tabletami byla tlumena u 63 (76,8 %) respondentů. Dále pak náplastmi u 8 (9,75 %) a kombinací tablet a náplastí u 11 (13,4 %) dotazovaných. Nejvyšší procentuální výsledek u formy tablet byl ve větší míře předpokládán. Z výsledků se lze domnívat, že formu tablet zvolili ti pacienti, kteří svou bolest zvládají a mají mírnou až střední bolest. Výsledky jsme porovnávali s výzkumem Štursové (2012), která sděluje, že u většiny respondentů byla tlumena bolest tabletami. Dále je zde uvedeno tlumení bolesti pomocí náplastí a to zvolilo 18 (24,3 %) respondentů. V porovnání s výzkumem mé bakalářské práce lze říci, že výsledky jsou téměř podobné. Tento výsledek poukazuje na to, že se může jednat o pacienty, kteří pocíťují mírnou až silnou bolest.

Jakým způsobem byla onkologická bolest tlumena?

Ve vyhodnocení této výzkumné otázky je možné říci, že výběr způsobu tlumení bolesti závisí ve velké míře na intenzitě pociťované bolesti u onkologických pacientů. Získaná data nám potvrdila, že nejčastěji byla u respondentů/respondentek onkologická bolest tlumena především tabletami. Lze říci, že výzkumná otázka byla zodpovězena.

Výzkumná otázka 3 - U kolika pacientů byla úspěšně tlumena bolest?

S výzkumnou otázkou č. 3 jsou spojeny otázky z dotazníku č. 9, 10, 11 a 12. Otázka č. 9 byla zaměřena na spokojenost léčby bolesti u onkologických pacientů. Téměř všichni respondenti tj. 79 (96,3 %), vyjádřili spokojenost a 3 (3,6 %) naopak nespokojenost, protože očekávali úplné vymizení bolesti. Výsledek šetření mě mile překvapily. Předpokládala jsem vyšší počet respondentů, kteří vyjádří svou nespokojenost se svou léčbou. Z výsledku je možné usoudit, že byl zvolen správný způsob léčby onkologické bolesti a zpětnou vazbou je spokojenost pacientů. Výsledek byl porovnáván s prací Kadlecové (2014), která poukazuje na to, že 68 (100 %) respondentů vyjadřuje svou spokojenost s léčbou. Výsledek mé bakalářské práce je vyšší než u Kadlecové (2014). Tento výsledek má vliv na vyšší počet dotazovaných respondentů v jednotlivých šetřeních.

V otázce č. 10 jsme se zaměřovali na vznik případných omezení způsobené bolestí. Nejvyšší počet respondentů 47 (57,3 %) uvádějí, že jim bolest nezpůsobuje omezení v denním či nočním režimu a 35 (42,7 %) uvádí omezení způsobené pociťováním bolesti. Předpokládaný výsledek výzkumného šetření byl poněkud nižší u respondentů, kterým bolest nezpůsobuje omezení v denním či nočním režimu. Naopak očekávaný vyšší výsledek byl u výskytu omezení způsobené bolestí. Vlastní výzkum byl porovnáván s výzkumem Štursově (2012), která odhalila takový výsledek, že 44 (59,4 %) respondentům bolest způsobuje jistá omezení v každodenních činnostech. Zbýlých 30 (40,5 %) se vyjádřilo, že jim bolest naopak nezpůsobuje omezení. Procento znázorňující omezení způsobené bolestí této bakalářské práce je oproti výsledku výzkumu Štursově (2012) nižší, což může být ve větší míře způsobené rozdílným počtem dotazovaných respondentů v této problematice.

Otázkou č. 11 jsme se dotazovali respondentů na konkrétní činnost, která je narušena v důsledku působení bolesti. Respondenti uvedli, že bolest je nejvíce omezuje v činnostech jako je spánek a ve vykonávání zaměstnání. Jen čtvrtina respondentů tj.

22 (26,8 %) uvedlo, že v důsledku bolesti mají narušený režim spánku a 13 (15,8 %) bolest omezuje ve výkonu povolání. Poměrně vysoké procento 47 (57,3 %) respondentů nemá způsobené žádné omezení. Vyšší počet respondentů byl očekáván u narušení spánku v důsledku bolesti. Z výsledku výzkumu lze usoudit, že u většiny pacientů je zvolen správný a efektivní způsob mírnění bolesti. Výsledky byly porovnávány s výzkumem Kadlecové (2014), které vypovídají o tom, že nejčastější oblastí, na kterou má bolest vliv jsou emoce a nálada. Druhou nejčastější oblastí, která byla zvolena, je pohyb, spánek, chuť k jídlu a omezení v samoobsluze. Při porovnání výsledků bakalářské práce s výzkumem Kadlecové (2014) lze poukázat na výraznou odlišnost v odpovědích respondentů, což může být zapříčiněno např.: typem osobnosti jedince, věkem či pohlavím.

Otázka č. 12 byla zaměřena na intenzitu bolesti po podání léků na bolest. Nejvyšší počet respondentů 42 (51,2 %) označilo svou bolest jako za mírnou, 31 (37,8 %) nepocituje žádnou bolest. Tento výsledek mě mile překvapil a lze ohodnotit za velmi pozitivní. Zbýlých 9 (10,9 %) ohodnotilo svou intenzitu bolesti jako střední bolest. Nesnesitelnou bolest neoznačil žádný z respondentů. Podle výsledků výzkumu lze léčbu bolesti považovat za účinnou. Výsledek není porovnáván s jinou prací, protože není k dispozici práce na stejné či podobné téma, která by ke svému výzkumnému šetření použila stejný vzorek respondentů.

U kolika pacientů byla úspěšně tlumena bolest?

Výzkumným šetřením se nám podařilo zjistit úspěšnost tlumení bolesti u onkologických pacientů na snesitelnou úroveň bolesti. Výsledky jsou znatelně vyšší oproti mému očekávání a poukazují na to, že byla u pacientů zvolena správná a tudíž účinná analgetická léčba bolesti. Zpětnou vazbou je spokojenost onkologických pacientů s léčbou bolesti. Výzkumná otázka byla splněna a zodpovězena.

Výzkumná otázka 4 - Jak bolest ovlivnila psychickou stránku pacientů?

K této otázce řadíme položky z dotazníku č. 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

V otázce č. 13 jsme se zajímali o to, kdo byl pro jedince psychickou oporou při léčbě bolesti. Téměř všichni respondenti tj. 69 (84,1 %) uvedli, že největší oporou při léčbě bolesti v průběhu onkologického onemocnění byla především rodina. Tento výsledek byl očekáván, 5 (6,09 %) respondentů označili přátelé, pro 7 (8,5 %) respondentů psycholog a 2 (2,4 %) uvedli odpověď nikdo. Na základě tohoto zjištění se můžeme domnívat, že

všichni rodinný příslušníci bez ohledu na danou roli jedince je největší oporou při léčbě bolesti. Musíme podotknout, že podpora během léčby je obzvlášť důležitá. Ve svém výzkumu Fazourová (2018) uvedla, že nejvýraznější podporou v době léčby s onkologickým onemocněním byla skutečně rodina, kdy se ještě více vztahy v rodině upevnilly. Výsledky výzkumu a této bakalářské práce, jsou téměř podobné. Výsledky poukazují na to, že pomoc rodiny je skutečně to nejdůležitější. Co se týče přátel, tak uvedla, že vztahy mezi přáteli byly narušeny z důvodu neznalosti týkající se onkologického onemocnění.

V otázce č. 14 jsme se zajímali o psychickou stránku onkologicky nemocného. Otázkou jsme se snažili zjistit, zdali onkologická bolest ovlivnila psychickou stránku jedince. V této otázce je zřejmé, že 60 (73,1 %) respondentů nepocítilo, že by onkologická bolest ovlivnila jejich psychickou stránku. Čtvrtina respondentů tj. 22 (26,8 %) se potýkala s psychickými obtížemi. Výsledek výzkumu byly překvapující a to z toho důvodu, že pouze třetina se potýkala s psychickými obtížemi. Podpora rodiny či blízkých má velký vliv na psychiku jedince. Pokud má člověk podporu při léčbě, tak se potom lépe vyrovnává se samotným onemocněním a jeho průběhem. Ve svém výzkumu Fazourová (2018) uvádí, že psychická stránka byla značně ovlivněna během onkologické léčby. Respondenti ve výzkumu uvedli, že bylo těžké přijmout sebe a svůj vzhled, který se při onkologické léčbě výrazně měnil. V tomto případě hlavním zdroj špatné psychické stránky bylo u žen vypadávání vlasů, úbytek fyzických sil, změny na kůži.

Otázka č. 15 se dotazovala respondentů na konkrétní psychické obtíže, se kterými se podotýkali. Z 22 (26,8 %) respondentů, kteří pocítovali změny, na své psychice uvedlo, že se objevila beznaděj, úzkost a strach. Jen 11 (13,4 %) respondentů uvedlo beznaděj, 1 (1,2 %) úzkost a 10 (12,1 %) strach. Z výsledků lze přepokládat, že nejčastěji zvolená odpověď je beznaděj a strach, který je spojen se samotnou léčbou onkologického onemocnění a zvládáním bolesti. Výzkum byl porovnáván s výzkumem Sokola (2019), který uvádí, nejčastější výskyt úzkosti. Sokol (2019) tvrdí, že úzkost provází ty jedince, kteří mají danou genetickou predispozici. Dle tvrzení jsou tyto jedinci mnohem citlivější k těmto stavům.

V otázce č. 16 jsme se ptali respondentů, zdali vyhledali odbornou pomoc psychologa. Z 22 (26,8 %) respondentů, kteří uvedli, že pocítovali na své psychice změny, vyhledalo odbornou pomoc psychologa 4 (18,2 %) a zbylých 18 (81,8 %) odbornou pomoc

nevyhledali. Překvapujícím výsledkem byl počet respondentů, kteří i přes psychické obtíže, nevyhledali odbornou pomoc. Lze se domnívat, že ta to skupina respondentů vyhledalo pomoc u své rodiny či přátel. Ve výzkumu Baslíkové (2017), ve kterém rovněž vyplývá, že i přesto jak situace během léčby byla náročná, tak nebyla potřeba vyhledat odbornou pomoc. Respondenti dále uvedli, že vždy byla možnost požádat o pomoc někoho blízkého.

Otázkou č. 17 byl cíl zjistit, zda respondenti byli informováni o možnostech psychoterapie. Z výsledku je zřejmé, že 4 (100 %) respondenti bylo informováno o možnostech využití psychoterapie. Výsledek byl předpokládán. Výzkum nelze s jinou prací porovnat z důvodu toho, že práce s podobným tématem není k dispozici.

V otázce č. 18 jsme se ptali respondentů, zdali využili možnosti psychoterapie. Ze 4 (100 %), kteří byli informováni o psychoterapii, tak možnost psychoterapie využilo 2 (50 %) a zbylých 2 (50 %) nevyužilo. Očekávaným výsledkem bylo, že možnost psychoterapie využijí všichni dotazovaní respondenti. Výsledek výzkumu lze ohodnotit tak, že 2 (50 %) jedinci nejsou schopni se vyrovnat s onemocněním a jeho průběhem. Současná situace je pro jedince zátěží. Výsledek nelze porovnat s jinou prací na podobné téma, protože není k dispozici.

Otázkou č. 19 jsme zjišťovali přínos psychoterapie. Jen 2 (100 %) respondenti uvedli, že jim byla psychoterapie přínosem. Výsledek poukazuje na to, že psychoterapie napomohla jedincům pochopit danou situaci, kterou momentálně prožívají. Výsledek výzkumu jsem očekávala. Výzkumná otázka jak bolest ovlivnila psychickou stránku pacienta/pacienty byla zodpovězena. Není k dispozici práce zaměřena na stejné či podobné téma, která by použila ke svému výzkumnému šetření stejný vzorek respondentů.

Jak bolest ovlivnila psychickou stránku pacientů?

Ve shrnutí této výzkumné otázky lze říci, že psychická stránka onkologického pacienta je výrazně ovlivněna tím, zdali jedinec má podporu rodiny či blízkých osob v době léčby. Výsledky šetření nám potvrdily, že pokud se projevila podpora rodiny, pacienti se lépe vyrovnávali s onkologickou diagnózou a onkologická bolest byla mnohem snesitelnější. Data z dotazníkového šetření nám potvrdila, že se u pacientů často rozvíjejí psychické obtíže v důsledku náročné léčby a působením bolestí. Získaná data nám poukázala na to, že jedinci, kteří neměli podporu blízkých, tak vyhledali odbornou pomoc psychologa.

Z mého pohledu je důležité, aby byl pacient v psychické pohodě, a to v jakékoli situaci, protože jen tak se daná situace zvládá skutečně mnohem snáz. Výzkumná otázka byla splněna.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Onkologické onemocnění a bolesti, které jsou s onemocněním spojené, tak velmi negativně ovlivňují psychickou stránku pacienta. Výsledky dotazníkového šetření, které byly prováděné na onkologickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s., poukázaly na to, že se u pacientů skutečně objevují psychické obtíže, které jsou spojeny s léčbou onkologického onemocnění a pociťovanou bolestí. Doporučila bych proto před zahájením léčby onkologického onemocnění pacienty důkladně informovat o možných výskytech psychických obtíží v průběhu léčby. Vysvětlit pacientům, že průběh léčby je u každého pacienta velmi individuální, ale že se jedná o velmi náročnou životní situaci. Pacientovi vysvětlit, že psychické obtíže mohou vyplývat z celkového tělesného stavu např.: z únavy, fyzického vyčerpání, psychického vyčerpání a ze samoty během léčby. Zajistit pro onkologické pacienty dostatek informací o této problematice. Poukázat na literaturu, odborné články, kde si mohou pacienti o této problematice přečíst.

Zdravotnickému personálu bych doporučila při léčbě onkologické diagnózy sledovat chování pacienta, provádět pravidelné hodnocení jeho stavu a při objevených obtížích doporučit návštěvu psychologa a především zapojit rodinu. Dále je nezbytně nutné, aby zdravotnický lékařský či nelékařský personál byl trpělivý a komunikoval s pacientem v krátkých, jasných větách. Vše pacientovi s ochotou vysvětloval a při rozhovoru s pacientem nesměrujeme téma rozhovoru na onkologickou diagnózu, ale zaměřujeme se na takové téma, které je pacientovi naopak příjemné. V tomto případě by to měly být např.: záliby a koníčky. Nezbytností je také, aby všeobecná sestra či lékař důvěřovali pacientovi a vyvarovali se bagatelizování stavu jeho obtíží. Důležité je, aby byl lékařský či nelékařský personál důkladně proškolen, a nadále by se měl vzdělávat v komunikaci s onkologickým pacientem.

Závěr

Bakalářské práce byla zaměřena bolest a její zvládání u onkologických pacientů. Práce je rozdělena na 2 části - teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou sepsány poznatky z důkladně prostudované literatury a pramenů. V úvodu jsou uvedeny základní informace a důvod zvolení vybraného tématu. V jednotlivých kapitolách se věnujeme problematice onkologické bolesti a její léčbě. V této části jsou uvedeny informace, které byly podkladem k výběru daných cílů.

Praktická část byla zpracována na základě kvantitativního výzkumu metodou dotazníku vlastní konstrukce, kdy vyplnění bylo zcela anonymní a dobrovolné. Zpracováno bylo celkem 83 dotazníků, kdy se zúčastnilo 28 mužů a 55 žen. Dominantní skupinou byli respondenti ve věku 35 - 50 let. Nejčastějším onkologickým onemocněním mezi respondenty byl karcinom prsu. Výzkum byl prováděn na onkologickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s. v období září do prosince 2018.

Pro splnění cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost pacientů o možnostech tlumení bolesti?

Informovanost dotazovaných pacientů dotazníkového šetření této bakalářské práce o možnostech tlumení bolesti hodnotíme dle výsledků za velmi vysoké.

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem byla onkologická bolest tlumena?

Výsledky 2. výzkumné otázky poukazují na to, že u poloviny pacientů byla bolest tlumena jednoznačně analgetiky ve formě tablet. Jednoznačně můžeme říci, že zvolený způsob tlumení onkologické bolesti závisí na intenzitě pociťované bolesti.

Výzkumná otázka č. 3: U kolika pacientů byla úspěšně tlumena bolest?

Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že u méně jak poloviny pacientů byla zmírněna intenzita bolesti na snesitelnou úroveň bolesti. Vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření lze ohodnotit za velmi dobré.

Výzkumná otázka č. 4: Jak bolest ovlivnila psychickou stránku pacientů?

Výsledky ve 4. výzkumné otázce je poukazováno na to, že u 26,8 % (22) pacientů se objevily psychické potíže. Z výsledků vyplývá, že je nutné se dotazovat pacienta a sledovat jeho psychický stav. V případě výskytu psychických obtíží nabídnout pomoc.

Na základě zjištěných výsledků a zodpovězení výzkumných otázek lze konstatovat, že stanovený cíl bakalářské práce byl splněn.

Závěrem na základě prostudované literatury a vlastních zkušeností z praxe u lůžka, lze tvrdit, že onkologická bolest je pro pacienta velmi obtížnou zvládnutelnou situací a způsobuje možná omezení. Léčba onkologické bolesti neznamena pouze zmírnit nebo zbavit pacienta bolesti. Nezbytností během léčby je se také ohlížet na samotnou psychickou stránku pacienta, protože i ta je důležitá. Důležité je s pacientem stále komunikovat a ukázat mu, že se o něho opravdu zajímáme a samozřejmě bychom měli zapojit do léčby rodinu pacienta, aby na prožívání bolesti nebyl sám. Při komunikaci převádíme pozornost pacienta na jiné myšlenky a tak mu alespoň na chvíli odpomůžeme od neustálého myšlení na pociťovanou bolest.

Seznam použité literatury

1. ADAM, Z., a kol., 2011. *Obecná onkologie*. 1. vydání. Praha: Galén., 239, 241, 245, 247, 248 s. ISBN 978-80-7262-715-80.
2. BASLÍKOVÁ, Bc. Monika. *Psychologické aspekty rakoviny prsu*. Brno, 2017. Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA, PEDAGOGICKÁ FAKULTA, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D.
3. *Bolest: časopis pro studium a léčbu bolesti: Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti*. 2016, **19**(1). s. 19-22, 27,28 ISSN 1212-0634.
4. DOLEŽAL, T., SLÍVA, J., 2009. *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Maxdorf. 10, 29, 30 s. IBSN: 978-80-7345-182-0.
5. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing., 166 s. IBSN: 978-80-247-5706-3.
6. ERBENOVÁ, Helena, 2016. Historie léčby bolesti. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Alena MELLANOVÁ., 14-16, 37 s.
7. FAZOUROVÁ, Bc. Jitka. *Rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním*. Zlín, 2018. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Doc. PhDr. Zlatica Bakošová, CSc.
8. HAKL, Marek a Pavel ŠEVČÍK. *Onkologie: Léčba nádorové bolesti*. A. Olomouc: solen, 2009. s. A5, A7-A9, A15,A17 ISBN 793-80-87327-03-6.
9. HUDÁKOVÁ, Z., a kol., 2008. *Onkologické ošetrovatel'stvo - všeobecná část*. Rožumberok: Katolická univerzita., 146 s. ISBN: 978-80-8084-363-2.
10. JETELINOVÁ, Martina, 2013. Změny v prožívání a chování během nemoci u onkologických pacientů. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Šárka JEŽORSKÁ., 13-14, 25-26 s.

11. KADLECOVÁ, Petra, 2014. Bolest u onkologicky nemocných pacientů. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Markéta SEDLÁKOVÁ
12. KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. 80 s. ISBN 978-80-7262-716-5.
13. KRŠIAK, Miloslav a Marek HAKL. *Medicina pro praxi: Repetitorium bolest*. Olomouc: solen, 2009. s. A11, A15-A19 ISBN 978-80-87327-04-3.
14. LÉKAŘ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, © 2019. Novinky v terapii bolesti u onkologických nemocných pacientů. *Lékař a multidisciplinární tým* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/postaveni-chemoterapie-a-hormonoterapie-v-lecbe-er-pozitivniho-pokrocileho-karci/>
15. LÉKAŘ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, © 2019. Novinky v terapii bolesti u onkologických nemocných pacientů. *Lékař a multidisciplinární tým* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/novinky-v-terapii-bolesti-u-onkologicky-nemocnych-pacientu/>
16. LÉKAŘ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, © 2019. Prístup k pacientovi s onkologickou bolesťou. *Lékař a multidisciplinární tým* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/pristup-k-pacientovi-s-onkologickou-bolestou/>
17. LÉKAŘ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, © 2019. Průlomová bolest - nejčastější klinické formy, způsoby hodnocení a základní strategie léčby - paliativní sekce. *Lékař a multidisciplinární tým* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prulomova-bolest-nejcastejsi-klinicke-formy-zpusoby-hodnoceni-a-zakladni-strateg/>

18. LÉKAŘ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, © 2019. Průlomová bolest - nejčastější klinické formy, způsoby hodnocení a základní strategie léčby - paliativní sekce. *Lékař a multidisciplinární tým* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prulomova-bolest-nejcastejsi-klinicke-formy-zpusoby-hodnoceni-a-zakladni-strateg/>
19. MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, © 2009 - 2019 Léčba bolesti. *Masarykův onkologický ústav* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/lecba-bolesti/t2059>
20. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. 553, 554 s. ISBN 978-80-204-3944-4.
21. PRO LÉKAŘE, © 2008 - 2019. Diagnostika bolesti. *Pro lékaře* [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/vyhody-kombinovanych-analgetik-43/vyhody_kombinovanych_analgetik-40
22. PRO LÉKAŘE, © 2008 - 2019. Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP. *Pro lékaře* [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2013-6/hodnoceni-bolesti-a-kvality-analgezie-u-kriticky-nemocnych-na-jip-46930>
23. PRŮLOMOVÁ BOLEST, © 2019. Chyby v léčbě bolesti. *Průlomová bolest* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.lecba-bolesti.cz/chyby-v-lecbe-bolesti?confirm%20rules=1>
24. PRŮLOMOVÁ BOLEST, © 2019. Opioidní analgetika. *Průlomová bolest* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: https://www.lecba-bolesti.cz/opioidni-analgetika?confirm_rules=1
25. RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing., 67, 134 s. ISBN: 978-80-247-2223-8.
26. ROKYTA, R, a kol., 2009. Bolest a jak s ní zacházet - učebnice pro nelékařské obory. Praha: Grada Publishing., 35-39 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

27. SOKOL, Antonín. *Souvislosti deprese, úzkosti a kvality života u onkologických pacientů*. Brno, 2019. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický stav. Vedoucí práce PhDr. Dalibor Vobořil, Ph.D.
28. SOUKUPOVÁ, Eva, 2012. Bolest a její analgetická terapie. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Michaela SCHNEIDEROVÁ., 7, 12, 15 s.
29. ŠTURSOVÁ, Michaela, 2012. Informovanost onkologických pacientů o léčbě bolesti. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jaroslav VAŇÁSEK. Bolest u onkologicky nemocných pacientů
30. U LÉKAŘE, © 2007 - 2019. Nádorová bolest. *U lékaře* [online]. [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/nadorova-bolest-1162>
31. VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ, K. a kol., 2014. Bolest v ošetrovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice., 5-6, 13, 46-48 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
32. VORLÍČEK, J. a kol., 2012. Klinická onkologie pro sestry 2. vydání přeprac. a dopln. vydání. Praha: Grada Publishing., 190-193, 197, 198, 210,211, 433, 437 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
33. VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNÍ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. © 2019a. Mapa bolesti. *Voš zdravotnická a Střední škola Hradec Králové* [online]. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5831.pdf>
34. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J., 2011. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vydání Praha: Grada Publishing., 138-139 s. ISBN 978-80-247-4062-1
35. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019. Péče o onkologicky nemocného s bolestí. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-onkologicky-nemocneho-s-bolesti-475021>
36. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019. Psychoterapie při léčbě bolesti. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychoterapie-pri-lecbe-bolesti-281816>

37. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019a. Akutní a chronická bolest. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
38. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019b. Léčba bolesti u onkologických nemocných. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-bolesti-u-onkologicky-nemocnych-151971>
39. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019c. Nádorová bolest a její léčení. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/nadorova-bolest-a-jeji-leceni-319050>
40. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019d. Akutní a chronická bolest. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
41. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019e. Nádorová bolest a její léčení. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/nadorova-bolest-a-jeji-leceni-319050>
42. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA, © 2019f. Neuropatická bolest - hlavní příčiny a terapie. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/neuropaticka-bolest-hlavni-priciny-a-terapie-460128>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Příčina onkologické bolesti	14
Tabulka 2: Dělení nádorové bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění	16
Tabulka 3: Výskyt bolesti v závislosti na typu a lokalizace nádorů	20

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	41
Graf 2: Věk respondentů.....	41
Graf 3 : Druh onkologického onemocnění	42
Graf 4: Dotazování lékaře na bolest	42
Graf 5: Intenzita bolesti před podáním léků na bolest	43
Graf 6: Informovanost o možnostech tlumení bolesti	43
Graf 7: Seznámení s možnostmi tlumení bolesti	44
Graf 8: Formy léků	44
Graf 9: Srozumitelnost získaných informací	45
Graf 10: Formy léků na bolest	45
Graf 11: Názvy léků.....	46
Graf 12: Spokojenost s léčbou	47
Graf 13: Omezení způsobené bolestí	47
Graf 14: Omezení v činnostech v důsledku bolesti	48
Graf 15: Intenzita bolesti po podání léků na bolest	48
Graf 16: Psychická opora.....	49
Graf 17: Výskyt psychických změn.....	49
Graf 18: Psychické obtíže	50
Graf 19: Vyhledání odborné pomoci	50
Graf 20: Informovanost o psychoterapii	51
Graf 21: Účast na psychoterapii.....	51
Graf 22: Přínos psychoterapie.....	52

Seznam použitých zkratk

BPI - Dotazník Brief Pain Inventory

CNS - Centrální nervová soustava

CT - Computer tomography - počítačová tomografie

i. v. - Intravenosní podání

IASP - International Association for the Study of Pain

KBT - Kognitivní behaviorální terapie

MMPI - Minnesotský vícefázový osobnostní inventář

Např. - například

NRS - Numerická škála

PER OS - Perorální podání – podání ústy

RTG - Rentgenové vyšetření

S. C. - Subkutánní podání

TK - Krevní tlak

VAS - Vizuální analogová škála

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace