

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Erika Valalíková

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Erika Valalíková

Studijní program: Všeobecná sestra 5341R009

BOLEST A AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Hana Korunková

PLZEŇ 2014

Zadanie BP (vložit pri tisku)

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Pod'akovanie

Touto cestou by som chcela vysloviť úprimné pod'akovanie mojej vedúcej práce MUDr. Hane Korunkovej za trpezlivosť, ochotu, a čas ktorý mi venovala, a hlavne za odborné vedenie mojej práce a za cenné rady a pripomienky. Veľké pod'akovanie patrí aj mojím trom respondentom , ktorý mi venovali svoj cenný čas a ochotne so mnou spolupracovali a podieľali sa na získavaní dát, ktoré sa stali súčasťou môjho výskumného šetrenia.

Vd'aka patrí aj mojej rodine, priateľom a známym za prejavenu obrovskú podporu pri písaní tejto práce a pri celom mojom doterajšom štúdiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Valalíková Erika

Katedra: KOS- Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Bolest a aktivity denního života

Vedoucí práce: MUDr. Hana Korunková

Počet stránek: 87

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: bolest- nádor- aktivity- kvalitativní výzkum- rozhovor

Souhrn:

Cílem bakalářské práce je zmapování oblastí, které jsou zasahovány bolestí při vykonávání aktivit denního života. Práce je složena z dvou hlavních částí- teoretická část a praktická část. Obsahem teoretické části je základní definice bolesti, fyziologie bolesti, základní rozdělení typů bolesti a základy v léčbě bolesti. Dále v práci popisujeme psychologické aspekty, které se s bolestí nese. V závěru teoretické části se zaměřujeme na problematiku onkologické bolesti. Praktická část je založena na kvalitativním výskumu. Obsah výskumu tvoří rozhovor s třemi respondenty s diagnostikovaným onkologickým onemocněním, který prožívají bolest.

Annotation

Surname and name: Valalíková Erika

Department: KOS- Department of Nursing and Midwifery

Title of theses: Pain and activities of daily living

Consultant: MUDr. Hana Korunková

Number of pages: 87

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 25

Key words: pain - cancer- activities - qualitative research- interview

Summary:

Aim of the bachelor thesis is mapping areas which are affected by pain in carrying out activities of daily life. The bachelor thesis has two main parts – a theoretical part and a practical part. Content of a theoretical part is the basic definition of pain, pain physiology, basic division of pain types and the foundations in the treatment of pain. Further, I describe psychological aspects of pain. In conclusion of the theoretical part I focused on the issue of oncological pain. The practical part is based on qualitative research. The content of research is formed by interview with three respondents with diagnosed oncological diseases, which are experiencing pain.

OBSAH

Obsah	9
Úvod	10
Teoretická časť	12
1 Bolesť	12
1.1 Definícia bolesti	12
1.2 Fyziológia bolesti	13
1.3 Etiológia bolesti	14
1.4 Pohlavné rozdiely vo vnímaní a interpretácií bolesti	15
1.5 Percepcia bolesti z hľadiska ontogenézy	15
1.6 Bolesť a genetika	16
2 Klasifikácia bolesti	17
2.1 Klasifikácia bolesti podľa dĺžky trvania	17
2.2 Klasifikácia bolesti podľa jej patofyziológie	18
2.3 Klasifikácia bolesti podľa jej pôvodu	20
3 Diagnostika bolesti	21
3.1 Hodnotenie bolesti	21
3.1.1 Škály na hodnotenie bolesti	21
3.1.2 Dotazníky na hodnotenie bolesti	21
3.1.3 Dokumentácia pre hodnotenia bolesti	22
3.2 Základné diagnostické metódy	22
3.2.1 Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie	22
4 Psychologické aspekty bolesti	24
4.1 Reakcie na bolesť	25
4.1.1 Psychické reakcie na bolesť	25

4.1.2	Emočné reakcie na bolesť	25
4.1.3	Konceptuálny model bolesti.....	25
4.2	Psychologické rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou	26
4.3	Psychologické zásady jednania s pacientom trpiacim bolesťou	27
4.4	Psychologické spracovanie onkologickej diagnózy	27
5	Liečba bolesti	28
5.1	Farmakoterapia	28
5.2	Základná schéma farmakoterapie bolesti.....	28
5.2.1	Analgetiká	28
5.2.2	Neopoidné analgetika.....	29
5.2.3	Opidné analgetiká	30
5.2.4	Adjuvantné analgetika.....	31
5.2.5	Kombinované analgetiká.....	32
5.2.6	Pomocné liečivá	32
5.3	Rehabilitácia	32
5.4	Invazívne metódy v liečbe chronickej bolesti.....	34
5.5	Psychoterapia u pacientov s chronickým algickým syndrómom.....	34
5.6	Alternatívne postupy v liečbe bolesti.....	35
6	Onkologická bolesť	37
6.1	Veková incidencia onkologických ochorení.....	37
6.2	Organické príčiny onkologických bolestí	37
6.3	Základné typy nádorovej bolesti	38
6.4	Priemová bolesť	39
6.4.1	Delenie priemovej bolesti	40
6.4.2	Liečba priemovej bolesti.....	40
6.4.3	Záchranná medikácia	40
6.5	Vyšetrenie onkologickej bolesti.....	41

6.6	Liečba onkologickej bolesti	42
	Praktická časť	46
7	Formulácia problému	46
8	Cieľ práce	47
9	Metodika.....	48
9.1	Kvalitatívny výskum.....	48
9.2	Zdroje získaných poznatkov	49
10	Výskumné otázky	50
11	Charakteristika výskumného súboru	51
12	Metóda zberu dát	52
13	Organizácia výskumu	53
14	Spracovanie dát.....	54
15	Respondent A	55
15.1	Úvod rozhovoru.....	55
15.2	Anamnéza.....	55
15.3	Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti.....	57
15.4	Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia	58
15.5	Život v súčasnosti.....	61
16	Respondent B.....	66
16.1	Úvod rozhovoru.....	66
16.2	Anamnéza.....	66
16.3	Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti.....	67
16.4	Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia	69
16.5	Život v súčasnosti.....	70
17	Respondent C.....	75

17.1	Úvod rozhovoru.....	75
17.2	Anamnéza.....	75
17.3	Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti.....	77
17.4	Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia	78
17.5	Život v súčasnosti.....	80
18	Analýza rozhovoru	85
18.1	Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti.....	85
18.2	Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia	86
18.3	Život v súčasnosti.....	86
19	Diskusia	87
	Záver	97

ÚVOD

„Nie je smrteľníka, ktorého by sa nedotkla bolesť a choroba.“

Marcus Tullius Cicero

Ako vraví úvodný citát najväčšej osobnosti antického rečníctva Marcusa Tulliusa Cicera, na svete neexistuje ľudská bytosť, ktorá by sa behom svojho života nestretla s bolesťou. Bolesť je obrazom fyzického a duševného zdravia človeka a z tohto pohľadu je stará ako ľudstvo samo. Je to multidimenzionálny fenomén ktorý je absolútne nevyhnutný pre prežitie organizmu- je to signál poškodenia a ohrozenia, ktorý spúšťa fyziologickú reakciu. Už príchod človeka na svet je sprevádzaný bolesťou pôrodných kontrakcií a koniec života- smrť, ide s bolesťou ruka v ruke.

V priebehu storočí sa menil vzťah človeka k bolesti, zmenili sa spôsoby liečby a moderné preparáty výrazne ovplyvnili kvalitu liečby bolesti. Avšak napriek tomu je pre mňa téma : „ Bolesť a aktivity denného života“ stále otvorená a nadčasová, pretože medicína a farmakológia stále nedošli v tomto smere na koniec svojej cesty. Spôsob, akým človek dokáže pocítiť bolesť a naučiť sa s ňou žiť, závisí na intenzite bolesti, dĺžke jej trvania, individuálnom prahu bolesti jedinca a prístupu ošetrojúceho lekára. Iba kvalitne liečený a informovaný pacient dokáže čeliť bolesti a vyrovnáť sa s ňou.

Človek trpiaci bolesťou vždy dochádza ku strate- strata zdravia a psychickej pohody, strata životnej energie, strata pracovného výkonu, strata možnosti naplňovania bežných sociálnych kontaktov. Choroba a bolesť je tým horšie prežívaná, čím viac sa pacientovi mení jeho doterajší život , zhoršuje sa jeho kvalita, obmedzuje výkonnosť a sebestačnosť a tým sa znižuje jeho činnosť v aktivitách denného života. Človek pociťuje, ako je jeho miesto v živote ohrozené.

Keďže pojem bolesť je vo svojej podstate pomerne široký, rozhodla som sa zamerať predovšetkým na bolesť onkologickú. Moja práca v teoretickej časti poskytuje stručný náhľad na problematiku bolesti , jej definíciu, klasifikáciu, diagnostiku, liečbu ale aj psychologické aspekty ktoré so sebou bolesť nesie. V závere teoretickej časti som sa zamerala na onkologickú diagnózu, typy bolesti ktoré onkologické ochorenie so sebou nesie a spôsoby liečby onkologickej bolesti.

Cieľom praktickej časti bolo zistiť, ako bolesť u vybraných respondentov ovplyvňuje vykonávanie denných aktivít a zmapovať oblasti života, pri ktorých najčastejšie dochádza ku zmenám. U pacientov som sledovala jednotlivé kroky adaptačného procesu na bolesť, a snažila som sa objasniť, akým spôsobom by bolo možné tento proces ovplyvniť. Je totiž dôležité zistiť, ako bolesť ovplyvňuje pacientov doterajší život, aby bolo možné na tomto podklade lepšie pochopiť prežívanie pacienta a eventuálne zlepšiť jeho ošetrovateľskú starostlivosť.

V závere diskusie uvádzam niekoľko návrhov, ktoré môžu pomôcť odstrániť nedostatky v adaptácii pacienta na bolesť a zlepšiť vykonávanie aktivít denného života, ku ktorým som došla mojím výskumným šetrením.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 BOLEST'

Bolesť býva najčastejším symptómom, s ktorým chorý prichádza do kontaktu s lekárom. Vo chvíli, kedy človek prežíva bolesť, ktorú nie je schopný dostatočne účinne potlačiť alebo sa jej na dostatočne dlhú dobu samostatne zbaviť, stáva sa pre neho faktorom, ktorý výrazne znižuje kvalitu života a ovplyvňuje ho vo vykonávaní bežných denných aktivít. Bolesť je najkomplexnejšia ľudská skúsenosť a jej prežívanie je spojené s poznatkami emočnými, telesnými a aj sociálnymi. (3, s.15), (8, s.125)

Na základe vyššie uvedeného je bolesť zaradená v Maslowovej pyramíde hodnôt medzi základné biologické potreby, ináč nazývané aj rastové potreby alebo potreby bytia, bez ktorých aspoň čiastočného uspokojenia sa človek nemôže posunúť na uspokojovanie menej naliehavých, ale vývojovo vyšších potrieb ako je potreba bezpečia a istoty, potreba spolupatričnosti, úcty a finálne potreba sebarealizácie.

1.1 Definícia bolesti

Bolesť je v súčasnosti definovaná rôzne. Medzi najčastejšiu charakteristiku platí vo všeobecnosti kompromisná definícia bolesti, na ktorej sa zhodli zástupcovia medzinárodnej Asociácie pre štúdium bolesti (IASP) v roku 1994 a ktorú tiež prijala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) , ktorá bolesť charakterizuje ako: „*komplexná, nepríjemná, senzorická a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo potenciálnym poškodením tkanív, alebo je popisovaná v termínoch pre takéto poškodenie. Je vždy subjektívna.*“ (1, s.21)

Na posledný dodatok definície podľa IASP a WHO nadväzujú aj ďalšie definície, ktoré môžu byť chápané ako doplnok alebo dokreslenie vyššie uvedenej charakteristiky. McCaffery uvádza: „ *Bolesť je to, čo hovorí pacient, a existuje, keď to tvrdí pacient.*“ Sherrington zas bolesť opisuje ako: „ *subjektívny psychický sprievod*

obranného reflexu.“ V súčasnosti je však dokázané, že reakcia na nocicepciu je zložitejšia než obranná reflexná odpoveď organizmu.(3, s.19)

1.2 Fyziológia bolesti

Bolesť, ktorá je vnímaná výlučne centrálne, je bolesť *psychogénna*. Vzniká na úrovni limbického systému, ktorý slúži k percepcii a riadeniu ľudských emócií, a v mozgovej kôre, kde vzniká centrálna neuropatická bolesť, alebo inak aj bolesť neurogénna. Bolesť, ktorá je vnímaná na periférii tela je nazývaná ako *nociceptívna*. Podnety, ktoré vyvolávajú túto bolesť, vznikajú v organizme v nociceptoroch alebo nocisenzoroch, ktoré sú voľnými zakončeniami primárnych aferentných neurónov. Pod pojmom nociceptory sú chápané chemické receptory ktoré sa nachádzajú na povrchu bunčných membrán, na druhú stranu nocisenzory slúžia ako elektrofyzilogické mechanizmy vnímania bolesti. (1, s.21)

Nocicepcia má štyri fázy. *Transdukcia*, kedy prebieha premena mechanickej, chemickej alebo tepelnej informácie na elektrickú aktivitu nervového systému. Vo fáze *transmisie* si predávajú depolarizované neuróny impulzy do centrálnej nervovej sústavy, kde sú z nociceptívnych signálov vybrané relevantné informácie. *Percepcia*, alebo aj vnímanie bolesti, je dynamická a premenlivá na základe vývojového stupňa človeka, prostredia, poranenia alebo ochorenia. Môže byť krátka (sekundy až hodiny), predĺžená (týždne) alebo dokonca permanentná. Štvrtá fáza, *modulácia bolesti*, alebo inak nazývaná aj prispôsobenie bolesti, znamená vnútorné a vonkajšie spôsoby zvýšenia alebo zníženia bolesti. (5, s.12-20)

Bolesť vzniká fyzikálnym, chemickým alebo bakteriálnym podráždením periférnych zakončení nervových vlákien citlivých na bolesť. Pri podráždení vzniká v príslušnom tkanive biochemická reakcia, pričom z postihnutého tkaniva vedú aferentné (dostredivé) senzitivne nervové vlákna vzruch to thalamu a odtiaľ do mozgovej kôry, kde je vzruch spracovaný a eferentnými (odstredivými) nervovými vláknami je vedená reakcia späť k postihnutému tkanivu, na základe čoho si človek uvedomuje bolesť. (22, s. 15)

V ľudskom organizme sú periférne nervové vlákna rozdelené podľa rýchlosti vedenia vzruchu na vlákna A, B, C. Za rýchlosť vedenia vzruchu zodpovedá myelín, bielkovina, ktorá pokrýva povrch nervových vlákien a vďaka nej prebieha prostredníctvom týchto vlákien elektrický vzruch. (6, s.125)

Bolestivý impulz je z nocisenzorov vedený do miechy nemyelizovanými vláknami C a slabo myelizovanými vláknami A, ktoré prichádzajú do zadných rohov miechy zadnými koreňmi miechovými a končia v Rexedových vrstvách (zónach). V povrchových Rexedových vrstvách končia somatosenzorické vlákna, v hlbších vlákna vedúce viscerálnu bolestivú informáciu. 80% bolestivých vnemov je vedených vláknami C, ktoré sa dostávajú do substantia gelatinosa Rolandi a do Lissauerovho traktu. Tento mechanizmus je základom vrátkovej teórie podľa Melzaca a Walla. (1965). (7, s.285)

Zážitok bolesti a nocicepcia však nie sú identické. Ako uvádza definícia podľa WHO, bolesť je senzoricko-emočný zážitok, ktorý je spojený so skutočným alebo potenciálnym poranením tkaniva, alebo je popisovaný ako také poranenie. Na druhú stranu, nocicepcia je neurologická a reflexná odpoveď spôsobená poškodením alebo možným poškodením tkaniva. Nocicepcia teda na rozdiel od bolesti subjektívna nie je, dokonca nemusí nutne spôsobiť vnímanie bolesti a bolesť sa môže objaviť bez nocicepcie. To je dôvodom prečo sa u pacientov s určitými bolestivými syndrómami neprejavuje žiadna patológia ale napriek tomu pociťujú bolesť. (5, s.12)

1.3 Etiológia bolesti.

Etiológia bolesti je rôznorodá. Môže byť vyvolaná chemickými, biologickými alebo fyzikálnymi noxami, alebo môže byť tiež spôsobená psychickou poruchou na úrovni vnímania bolesti, čo tiež nazývame psychogénna bolesť. Je tiež nutné spomenúť fakt, že bolesť je taktiež súčasťou stresu. Stres vytvára circulus vitiosus, alebo inak bludný kruh, u ktorého sa uplatňuje ďalší rad psychologických fenoménov ako je nespavosť, beznádej, úzkosť a strach. Z toho dôvodu bolesť, predovšetkým dlhotrvajúca často vyvoláva depresiu, čím sa vysvetľuje, prečo niektoré antidepresíva pôsobia analgeticky (1, s.15), (2, s.15)

Bolesť je definovaná ako vzniknutá reakcia pri poškodení tkanív, čo má v zásade dva významy. Signálna bolesť, ktorá je akútna a ktorá organizmu oznamuje, že tkanivo je poškodené alebo hrozí ďalšie poškodenie, a bolesť patognomická, alebo inak bolesť chronická, ktorá je chorobou sama o sebe (*sui generis*). Táto bolesť predstavuje nosologickú jednotku a je predmetom diagnostiky a liečby algeziológie. (1, s.15)

1.4 Pohlavné rozdiely vo vnímaní a interpretácií bolesti

Muži a ženy sú rozdielni nielen svojim somatotypom a psychológiou, ale majú určité rozdiely predovšetkým v oblasti psychológie a interpretácie bolesti. Mozog má totiž štruktúry, ktoré pracujú v niektorých prípadoch rozdielne u mužov a u žien. Vo väčšine štúdií bolo dokázané, že prah bolesti u žien je nižší a ženy vnímajú bolesť viac (v experimentálnych štúdiách 80%). Ženy majú nielen špecifické vnímanie bolesti, ale aj niektoré bolestivé fenomény, ktoré sa vyskytujú častejšie práve u nich (migrény, tvárová bolesť, reumatologické bolesti a pod. Muskuloskeletálna bolesť je častejšia u mužov). Ženy kompenzujú zvýšenú vnímavosť bolesti mechanizmami, ktoré bolesť znižujú. Ide o cyklicky sa vyskytujúcu produkciu β -endorfinu, ktorého hladina sa zvyšuje pri menštruácií, pred pôrodom aj počas neho. Pôsobenie estrogénu nie je vyjasnené. Ženy majú nižšiu reakciu na opoidy, hlavne na morfín. Napriek pomeru k telesnej hmotnosti by sa mali u žien používať vyššie dávky než u mužov, čo je menej známe. Pre ženy taktiež nie je vhodná oligoanalgezia (používanie jednej látky typu opioidov), odporúča sa používať kombinovaná terapia. (1, s.71)

1.5 Percepcia bolesti z hľadiska ontogenézy

Vplyvu veku a vnímania bolesti sa venovali Huley & Whelan v roku 1988. Význam veku v súvislosti s bolesťou je pomerne úzko previazaný s kognitívnymi faktormi. Zahrňuje sa sem vplyv učenia individuálneho prežívania bolesti, vplyv skorých životných skúseností, vplyv prostredia a významu bolesti, ktorý je jej pripisovaný, i modelovania na základe pozorovania iných. (24)

1.6 Bolesť a genetika

Vďaka veľkým pokrokom v oblasti základného výskumu na poli genetiky sa aj v liečbe bolesti začína klásť dôraz na rolu odlišnej expresivity rady génov či ich rozličnú mieru vzájomnej interakcie, ktorá sa premieta do vlastnej percepcie bolesti. Myšlienka skúmať genetiku i pri výskume bolesti vychádza logicky z pozorovania odlišnej reaktivity jedincov na bolestivý podnet. Dnes sú známe nielen prípady insenzitivity k bolestivému stimulu, ale aj prípady zvýšeného prahu percepcie bolesti u celých domorodých kmeňov. Intenzita vnímania bolesti môže podľa niektorých pozorovaní do istej miery korešpondovať s fenotypom daného jedinca . Ukázalo sa napríklad, že u ryšavých žien je k dosiahnutiu účinnej analgézie potrebné nižšie množstvo účinnej látky, a to nielen oproti ostatným ženám, ale aj oproti ryšavým mužom. (9, s.14-16)

2 KLASIFIKÁCIA BOLESTI

Existuje mnoho kritérií, podľa ktorých môžeme bolesť klasifikovať (dĺžka trvania, pôvod, patofyziológia, atď.)

2.1 Klasifikácia bolesti podľa dĺžky trvania

Časové hľadisko je jedným zo základných kritérií klasifikácie bolesti. Podľa neho sa bolesť delí na štádium akútne, subchronické a chronické.

Akútna bolesť

Akútna bolesť je vymedzená časovým intervalom niekoľko sekúnd až po dobu trvania 3 až 6 týždňov, býva lokalizovaná na určitú časť tela. Príčina vzniku tejto bolesti je prevažne periférna a pomerne rýchlo sa zlepšuje. Vo väčšine prípadov sa považuje za symptóm, ktorý má významnú biologickú úlohu ako výstražná funkcia organizmu. Veľmi často býva spojená aj s inými symptómami. Prichádza náhle (úraz, operácia, ochorenie) v dôsledku čoho sa môžu objaviť autonómne (mimovoľné) reflexy, t.z. sympatická časť autonómneho nervového systému (ANS) začne uvoľňovať epinefrin a ďalšie katecholaminy. To spôsobuje potenie, zrýchlený pulz a dýchanie, vazokonstrikciu a tým zvýšený krvný tlak, mydriázu, paralýzu čriev, retenciu moču, katabolizmus a hyperglykémiu. (3, s.19), (5, s.21)

Na liečbu odpovedá veľmi dobre a je dôležité, aby bola adekvátne liečená najmä po operáciách a úrazoch. Pri nedostatočnej liečbe akútnej bolesti hrozí riziko vzniku chronickej perzistentnej bolesti, ktorá sa na rozdiel od akútnej bolesti lieči veľmi zdĺhavo a komplikovane. (1, s.32-33) (2, s.31-32)

Subchronická bolesť

Subchronická bolesť je limitovaná dolnou hranicou 3 až 6 týždňov, na hornej časovej hranici je definovaná chronickou bolesťou. Ide o prechodné štádium medzi bolesťou akútnou a bolesťou chronickou. (3, s.19)

Chronická bolesť

Chronická bolesť je vymedzená tromi časovými intervalmi, podľa prvého trvá chronická bolesť viac ako 3 mesiace, podľa druhého je to dlhšie než 6 mesiacov a posledný časový interval označuje za chronickú bolesť takú bolesť, ktorá trvá aj potom, čo proces hojenia prebehol. Môže trvať počas celého života pacienta. Táto bolesť je naproti akútnej bolesti omnoho komplexnejšia a má často krát hlbší negatívny dopad na človeka- nie je biologicky užitočná, neplní obrannú funkciu. Svojou prítomnosťou pacienta deprimuje, obmedzuje ho v bežných denných aktivitách a v sociálnych väzbách. Lokalizácia je často difúzna, príčina skôr centrálna. Progresívne sa zhoršuje. Ďalším rozdielom je, že chronická bolesť sa považuje za „bolesť svojho druhu“ (sui generis), čím sa značne líši od bolesti akútnej, ktorá je, ako je vyššie uvedené, hlavne symptómom poškodenia, zápalu, apod.(3, s.19-20)

Typickým prejavom pacienta, ktorý dlhodobo trpí chronickou bolesťou je bolestivé chovanie, ktoré sa u pacienta vyskytuje nevedome a je možné ho považovať za objektívne pozorovateľný a kvalifikovateľný prejav bolesti. Medzi bolestivé správanie zaraďujeme bolestivé grimasy, povzdychy, plač, krívanie, ukladanie sa do úľavovej polohy, časté návštevy lekára, nakupovanie liekov proti bolesti a pod. Medzi ďalšie prejavy chronickej bolesti patrí porucha spánku a chovania, depresie, zmeny osobnosti, zhoršenie kvality života, sociálna izolácia, strata zamestnania, suicidálne chovanie, poruchy libida. (1, s.34-35)

Prvoradým cieľom v liečbe chronickej bolesti je zlepšenie spánku pacienta, zvýšenie jeho funkčnej kapacity a úprava kvality života. (2, s.33) Základne rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou sú uvedené v prílohe. (viď. príloha č.1)

2.2 Klasifikácia bolesti podľa jej patofyziológie

Na základe patofyziologických mechanizmov sa bolesť člení na bolesť nociceptívnu, neuropatickú, dysautnómnou, psychogénnu a zmiešanú.

Nociceptívna bolesť

Vzniká podráždením nociceptorov vrátane nocisenzorov, mechanosenzorov a polymodálnych receptorov. Podľa umiestenia týchto receptorov rozlišujeme bolesť somatickú a viscerálnu. K nociceptívnej bolesti zaraďujeme bolesti pohybového aparátu, bolesti vnútorných orgánov a väčšinu stavov akútnej bolesti. Vo farmakoterapii nociceptívnej bolesti sú lieky prvej voľby analgetika. (2, s.33)

Neuropatická bolesť

Vzniká na podklade dysfunkcie nervového systému. Rozlišuje sa periférna neuropatická bolesť s jednostranne lokalizovanými neuropatiami (kraniálna neuralgia), a so systémovými polyneuropatiami (diabetická, toxická: alkohol, chemoterapia). Druhú skupinu tvorí centrálna neurogénna bolesť (stavy po CMP). Neuropatická bolesť je obvykle bodavá, pichavá, pálivá, k jej zhoršeniu môže dochádzať v kľude a v noci. Táto bolesť je sprevádzaná alodýniou, kedy zvyčajne nebolestivý stimul vyvolá bolestivú reakciu. Medzi základné lieky neuropatickej bolesti patria antikonvulzíva a antidepresíva. (2, s.33)

Dysautonómna bolesť

Typickým príkladom tejto bolesti je KRBS I. Pod touto skratkou rozumieme komplexný regionálny bolestivý syndróm, ktorý bol kedysi označovaný ako algodystrofia alebo Sudeckov syndróm. KRBS I označuje rôzne bolestivé stavy, ktoré vznikajú prevažne ako následok chirurgického zákroku alebo úrazu. Vyznačuje sa klinickými zmenami maximálne distálne od miesta prvotnej noxy. Klinický obraz zahŕňa bolesť a motorické, vazomotorické a trofické poruchy. Liečba je zložitá a nie vždy úspešná, odporúča sa kombinácia farmakoterapie a invazívnych techník. (2, s.33)

Psychogénna bolesť

Pri tejto bolesti dominuje psychický komponent. Bolesť je somatickou projekciou primárnych problémov, preto sa vyskytuje predovšetkým pri depresívnych poruchách a pri niektorých neurózach. Najčastejšie je bolesť lokalizovaná v oblasti brucha a v krížovej oblasti. Základ liečby tvoria psychofarmaka a psychoterapia. (2, s.34)

Zmiešaná bolesť

Zahŕňa stavy, na ktorých sa podieľa viac typov vyššie uvedených bolestí. V praxi sa najčastejšie stretávame s bolesťou po operácií bedrovej chrbtice. Terapia sa odvíja od prevažujúcej súčasti jednotlivých zložiek. Liečba je v mnohých prípadoch zložitá a uplatňujú sa aj metódy invazívne (kaudálne blokády, neuromodulácia). (2, s.34)

2.3 Klasifikácia bolesti podľa jej pôvodu.

Neonkologická bolesť

Chronická neonkologická bolesť je najčastejšia. Ako sa dá predpokladať z názvu, bolesť pacienta nie je spôsobená onkologickým ochorením. Najčastejšou príčinou chronickej neonkologickej bolesti je degeneratívne postihnutie pohybového aparátu. V súčasnosti sa používajú k liečbe tohto druhu bolesti všetky dostupné liekové skupiny vrátane silných opioidov. (2, s.35)

Onkologická bolesť

Nádorová bolesť vzniká v súvislosti s prebiehajúcim onkologickým ochorením. Najčastejšie je spôsobená rastom vlastného nádoru, zaradzuje sa sem však aj bolesť spojená s diagnostickými alebo terapeutickými postupmi. Základ liečby tvorí farmakoterapia pre pokrytie celodennej bolesti, najčastejšie pomocou retardovaných alebo transdermálnych analgetík. (2, s.35)

3 DIAGNOSTIKA BOLESTI

3.1 Hodnotenie bolesti

Pre správnu liečbu je hodnotenie intenzity bolesti dôležitým podkladom. Metód na meranie intenzity bolesti je mnoho, avšak každá z nich má veľký nedostatok, a to že žiadna nezachycuje vlastnú bolesť objektívne. Údaje pacienta sú vždy , rovnako ako bolesť, subjektívne. (3, s.76)

Spojená akreditačná komisia (JCAHO) vydala v roku 2000 nové štandardy pre hodnotenie, liečbu a dokumentáciu bolesti. Tieto štandardy vyžadujú aby bolo u pacienta vykonané vstupné vyšetrenie bolesti, pravidelné prehodnotenie bolesti, edukácia zdravotníkov v hodnotení a manažmente bolesti a prípravu plánu na zlepšovanie kvality hodnotenia a prehodnocovania bolesti. Na základe týchto štandardov by mala byť bolesť hodnotená minimálne 4 krát denne. Spánok je dôležitým ukazovateľom pacientovej bolesti. Pokiaľ chorý trpí veľkou bolesťou, je jeho organizmus zaplavovaný veľkým množstvom stresových látok. Ak sa k tomu pridá nespavosť, dochádza k zhoršovaniu liečby bolesti. (5, s.44), (17, s.48)

3.1.1 Škály na hodnotenie bolesti

Ide o neverbálnu metódu hodnotenia bolesti. Tieto škály kvantifikujú intenzitu bolesti- jeden z najviac subjektívnych aspektov bolesti. Ich výhoda je, že zaberú menej času, majú jednoduché použitie, odhalia problémy, ktoré potrebujú podrobnejšie vyšetrenie, a keď sa vykonajú pred a po intervencií slúžiacej k zníženiu bolesti, môžu pomôcť zistiť, či bola intervencia účinná. (5, s.44) Medzi najpoužívanejšiu škálu patri Vizuálna analógová škála (VAS) . Ďalšími používanými škálami pre hodnotenie bolesti je Numerická hodnotiaci škála (NRS), slovné popisná škála a.i. (viď. príloha č. 2)

3.1.2 Dotazníky na hodnotenie bolesti

Ide o celkové nástroje slúžiace na vyšetrenie bolesti verbálnou formou. Na rozdiel od hodnotiacich škál umožňujú zachycovať nielen intenzitu ale aj kvalitu bolesti, čím

poskytujú viac informácií.. Hodnotia bolesť vo viacerých dimenziách – senzorio-diskriminačnej (zmyslovej) a emočnej (afektívnej). Tieto nástroje sú časovo náročné a môžu byť užitočnejšie pre ambulantnú sféru alebo môžu nájsť svoje využitie u hospitalizovaného pacienta s komplikovane liečenou chronickou bolesťou. (3, s.78), (5, s.46) (viď. príloha č. 3)

3.1.3 Dokumentácia pre hodnotenia bolesti

Je dôležité do dokumentácie zaznamenať údaje o normálnom stave bolesti, aby existovala možnosť porovnania bolesti. Na priebežný záznam hodnotenia bolesti sa používa tzv. Flow sheet ktorý ukazuje vývoj intenzity bolesti a reakcie na intervencie v čase. Na typickom flow sheet sú zaznamenané informácie o tom, ako pacient hodnotí intenzitu bolesti, terapeutické intervencie a ich výsledky a vedľajšie účinky liečby, napr.: nauzea alebo sedácia. Ak pacient dostáva analgetika v infúzií, môže sa použiť Priebežný záznam pre pacienta s infúziou analgetik. Pre pacientov ktorý užívajú perorálne lieky slúži Monitorovanie účinnosti analgetik. (5, s.53)

3.2 Základné diagnostické metódy

3.2.1 Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie

Presné vyšetrenie bolesti poskytne informácie, ktoré sú základom pre individualizovaný plán managementu bolesti.

Anamnéza pacienta

Cielený zber najdôležitejších údajov by mal byť jedným z prvých cieľov pre poznanie pacienta s algiami. Z praktického hľadiska je účelné dodržiavanie jednoduchej schémy, ktoré obsahuje najzákladnejšie charakteristiky prežívané pri bolesti. Patrí sem základna schéma otázok, ktoré skonštruovali Křivohlavý (1992) a Opavský (2006) (viď. príloha. č. 4).Lekár sa tiež pýta na doterajšiu farmakologickú liečbu, ktoré z preparátov priniesli hodnotiteľný efekt, ktoré boli bez efektu a ktoré naopak pacient vysadil alebo odmietol (zistiť prečo). Dôležitá je tiež nefarmakologická liečba (fyzioterapia, akupunktúra a pod.) a jej efekt na pacienta. Lekár sa tiež nesmie zabudnúť spýtať na spánok (3, s.75)

Farmakologická anamnéza

Je nutné obstarat' kompletný zoznam liekov, ktoré pacient užíva, pretože mnoho z nich môže meniť účinnosť analgetík. Dôležité sú tiež liekové alergie. (5, s.57)

Sociálna anamnéza

Je dôležitá pre detailné hodnotenie bolesti, pretože pacientovo vnímanie bolesti môže byť ovplyvnené mnohými sociálnymi faktormi a naopak. Je potrebné zistiť, čo si pacient myslí o sebe, svojom mieste v spoločnosti a o svojich vzťahoch s ostatnými. Ďalej je dôležité zistiť pacientov stav, povolanie, finančnú situáciu, kvalitu spánku, povinnosti a pod. Je tiež dôležité, či pacient pije alkohol, fajčí a užíva nelegálne drogy. Ak má pacient chronickú bolesť je potrebné zistiť ako bolesť ovplyvňuje jeho náladu, emócie a ako na jeho stav reaguje rodina. (5, s.59)

Fyzikálne vyšetrenie

Fyzikálne vyšetrenie bolesti sa zahajuje pozorovaním. Je možné vysledovať široké spektrum chovania a príznakov vyjadrujúcich bolesť ako je silné potenie, dilatácia zorničiek, slovné hlásenie bolesti, vokalizácia vzdychaním, časté zmeny polohy, pomalé pohyby alebo rigidita. (23, s.62)

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI

Boleť je neoddeliteľne spojená s psychickým stavom človeka. Bolestivé situácie sú sprevádzané stresom, ktorý má dopad na stav a funkciu mnohých systémov a ich orgánov. U akútnej bolesti môže stres spôsobiť prechodnú stresovú hypalgéziu. Príkladom hypalgézie sú zranení športovci alebo vojaci, ktorý krátkodobé bolestivé zranenie nevnímajú. Opakom stresovej hypalgézie je stresová hyperalgézia, ktorá sa častejšie vyskytuje pri chronickej bolesti. Spôsobuje zlyhávanie a vyčerpanosť mechanizmov potlačujúcich bolesť. (2, s.38)

Stres sa najviac rozvíja u osôb, ktoré okrem bolesti prežívajú úzkosť a strach. Všetko, čo negatívne ovplyvňuje náladu človeka súvisí s negatívnym stresom- distresom, ktorý má na rozdiel od eustresu nepriaznivé dopady do oblasti somatickej aj psychologickej. Telesné dianie, či postihnutý orgán môže teda v súvislosti so stresom reprezentovať poruchu nevyriešeného medziľudského vzťahu. Na druhú stranu bolesť a z nej plynúce utrpenie môže byť vnímané ako výsledok štrukturálnej poruchy osobnosti. Tieto štrukturálne poruchy môžu vzniknúť ako následok deprivácie či rôznych traumát v priebehu rannej socializácie. Môže to byť odpoveď na to, prečo pacient nereaguje na liečbu tak efektívne, ako by sa zo symptomatológie dalo predpokladať. (2, s.38), (3, s.63)

Orientačnou pomôckou pre posúdenie prežívaného stresu a mieri rizika poškodenia zdravotného stavu môže byť vypočítanie skóre zo škály stresových životných udalostí a situácií, ktorú zhotovili Holmes a Rahe (1967). Pokiaľ lekár alebo iní zdravotnícki pracovníci v kontakte s pacientom trpiacim bolesťou podľa jeho údajov alebo chovania usúdia, že pacient výrazne trpí distresom, mali by sa pokúšať sami alebo v spolupráci so špecialistom stanoviť dosiahnuteľné ciele pre zvládanie stresu. (3, s.64) (viď. príloha č.5)

4.1 Reakcie na bolesť

4.1.1 Psychické reakcie na bolesť

Psychologická rovina bolesti je určená emočnou kvalitou, ktorá je jej pripisovaná, ale aj zmesou pocitov, ktorá bolesť vyvoláva, či už sa jedná o krátkodobé afekty alebo dlhodobé naladenie. Zároveň však nie je možné tieto aspekty oddelovať od kognitívneho spracovania zmyslu bolesti (jak jej pacient rozumie) a jej zaradenia do celkovej myšlienkovej hodnotovej schémy. Každé somatické ochorenie je považované za nielen telesne ale aj psychicky náročnú životnú záťaž, ktorá ovplyvní ako psychiku chorého tak jeho vlastnosti osobnosti. V týchto prípadoch sa pacient môže zachovať rôzne.

O neadaptívnom prispôbení sa na chronickú bolesť hovoríme vtedy, keď pacient rezignuje a rozvinie sa u neho faktor utrpenia a pasívne sa „zmieri“ s definitívou jeho stavu. Takéto prispôbenie sa prejavuje rozvojom depresie či apatie, rozvojom agresie a hnevu, rozvojom fóbických reakcií, vyčerpania a stratou životného zmyslu. Adaptívne prispôbenie na chronickú bolesť vyžaduje zmenu. Pacient musí nájsť v sebe samom vieru a nádej, že má možnosti so svojím stavom niečo urobiť a že tento stav nie je definitívny. (2, s.42)

4.1.2 Emočné reakcie na bolesť

Bolesť má negatívny dopad na emočné ladenie a v konečnom dôsledku aj na kvalitu života pacienta. Pre algický syndróm je typické negatívne emočné prežívanie, konkrétne v podobe depresívnych stavov, zhoršenie spánku, prežívanie beznádeje. Pokiaľ sa doba, kedy pacient prežíva silnú bolesť predlžuje, zvyšuje sa riziko rozvoja depresie a úzkosti, ktoré spätne negatívne ovplyvňujú nie len prežívanie ale aj patofyziologické mechanizmy v tele pacienta. (2, s.42)

4.1.3 Konceptuálny model bolesti

Chronická bolesť ako komplexný problém zasahuje človeka nielen po zdravotnej stránke, ale ako je už vyššie spomínané, zasahuje aj do psychiky človeka, preto je nutné hľadiť na ňu v systémovom pojatí. K tomuto účelu slúži koncept amerického neurochirurga Johna Loesera (1982) ktorý sa nazýva konceptuálny model choroby. Tento

model integruje na hlavné komponenty, ktorých pochopenie a objasnenie umožňuje u každého človeka zostaviť individuálny plán intervencií ktoré poskytujú rôzne možnosti jak pomôcť a liečiť algický syndróm a to aj v prípade, že samotná farmakoterapia nebola dostačujúca. Skladá sa zo štyroch rovín, ktoré je potreba komplexne zhodnotiť a následne podrobiť intervencii. Sú to roviny nocicepcia, bolesť ako sensorický vnem, psychická reakcia na bolesť a bolestivé chovanie. Nocicepcia je základom bolestivého vnemu a jej výsledkom je bolesť ako sensorický vnem. Psychická reakcia na bolesť a utrpenie závisí od intenzity bolesti ktorá je tvorená sensorickou a afektívnou zložkou. Pokiaľ je úspešne ovplyvnená afektívna zložka, premieta sa do celkového vnímania intenzity bolesti. Na druhej strane, aj dlhodobé prežívanie negatívnych emócií môže spôsobiť rozvoj somatickej bolesti. Tento postulát tvorí základnú myšlienku psychosomatických teórií. Bolestivé chovanie je behaviorálne rozpoznateľné v podobe grimás, mimiky, vzdychania, plaču ale aj získavanie pozornosti od okolia a pod. Takéto chovanie v sebe môže niesť nevedomý manipulatívny aspekt vďaka ktorému má pacient sekundárne zisky zo svojho ochorenia. Negatívne rozvinuté bolestivé chovanie môže viesť až k obrazu naučenej bezmocnosti a beznádeje ktorý sa nazýva HH syndróm (helplessness & hopelessness). (2, s.27-30) (vid'. príloha č.7)

4.2 Psychologické rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

Akútna bolesť je najčastejšie spájaná s úzkosťou a strachom. Jej prejavmi sú prechodné zmeny autonómneho nervového systému (zvýšenie srdečnej frekvencie, krvného tlaku, potenie a pod.) a zmeny hladín niektorých hormónov (adrenalin, glukokortikoidy a pod.). Po odznení a vyhasnutí pamäťovej stopy na algický stav mizne aj alterácia psychiky. (3, s.64)

Pri chronickej bolesti spracovávanie bolestivých signálov zasahuje do kognitívnych, emočných a behaviorálnych funkcií a prejavov. Pacient s chronickou bolesťou z kognitívneho hľadiska odlišne vníma bolestivé aj nebolestivé podnety a vnemy, odlišne vyhodnocuje informácie a prežitky (inak myslí), má iné emočné ladenie a reaktivitu a má odlišné prejavy chovania. Všetky tieto prejavy je možné zaregistrovať v porovnaní s osobami bez bolesti. Kognitívne spracovanie bolesti ovplyvňuje zmeny prahu bolesti, hranicu tolerovanej bolesti , spôsobuje frustráciu z obmedzenia denných

a pracovných aktivít. Emočné ladenie je u dlhotrvajúcej alebo opakujúcej sa bolesti ovplyvnené veľmi často depresiou. K odhaleniu depresie slúži dotazníky. Najviac zaužívaná je Beckova subjektívna škála depresie a Zungova sebaopisovacia stupnica depresie. (3, s.66) (viď. príloha 9)

4.3 Psychologické zásady jednaní s pacientom trpiacim bolesťou

Základne zásady v komunikácii lekár pacient sformuloval Křivohlavý. Tieto zásady by mali byť vodítkom pre zdravotníckych pracovníkov hlavne vtedy, ak sa stretávajú s ťažko zvládnuteľným a nespokojným pacientom, ktorý nereaguje na doterajšiu liečbu očakávaným spôsobom. (3, s.70) (viď. pril.č.6)

4.4 Psychologické spracovanie onkologickej diagnózy

Pacienti s onkologickou diagnózou sa musia vyrovnávať s pocitom neistoty týkajúcim sa ich ďalšieho života, s nežiadúcimi vedľajšími účinkami terapie, s pocitom izolácie a pocitom stigmatizácie a viny. S nádorovým ochorením je spojený celý rad telesných, psychických a sociálnych problémov. Predovšetkým je to hrozba smrti, diagnóza „rakovina“ je ešte stále spájaná s nevyhnutnou smrťou umieraním a je chápaná ako rozsudok smrti. Pociť nezraniteľnosti je prirodzený a zdravý človek v zásade nikdy nemyslí na to, že by jeho organizmus mohol prestať fungovať, preto človek pri tejto diagnóze stráca pociť telesnej nedotknuteľnosti. Človek stráca tiež autonómiu, pociť sebaurčenia a riadenia vlastného osudu vymizne. Po zdení diagnózy človek cíti ohrozenie sociálnej identity a pociť vlastnej aktivity, stráca aktivity, vykonávanie bežných aktivít je čiastočne alebo úplne znemožnené. (12, s.37)

5 LIEČBA BOLESTI

Existujú rôzne druhy bolestí, každé prežívanie bolesti je individuálne, preto je nutné pri každom type bolesti voliť špecifický prístup a liečbu odpovedajúcu charakteru bolesti. K liečbe akútnej bolesti vystačí obvykle farmakoterapia, na liečbu chronickej bolesti je využívaná multimodálna a multidisciplinárna liečba. Kombinujú sa nielen rôzne liečebné metódy, ale využívajú sa aj úzke medziodborové spolupráce. (2, s.51)

5.1 Farmakoterapia

Základným pilierom v liečbe bolesti je farmakoterapia. Pre správne zvolenú stratégiu liečby je dôležitá správne odobraná anamnéza, ktorá je hlbšie rozobraná v diagnostike bolesti. Cieľom farmakologickej liečby by bolo v ideálnom prípade úplne odstránenie bolesti. V bežnej praxi je však cieľom aspoň zmiernenie bolesti natoľko, aby sa stala pre pacienta znesiteľná a výraznejšie nezasahovala do jeho bežných denných aktivít. (9, s.20)

5.2 Základná schéma farmakoterapie bolesti

Základ liečby bolesti predstavuje trojstupňový analgetický rebríček WHO, pôvodne určený pre liečbu nádorovej bolesti. Používa dve základné skupiny analgetík – neopoidné (1. stupeň) a opoidné analgetiká (2. a 3. stupeň). U miernych bolestí (VAS 0-3) sa odporúča začať s analgetikami 1. Stupňa. V prípade nedostatočného efektu (stredne silná bolesť VAS 4-6) sa pridávajú slabé opoidné analgetiká, a pokiaľ stále nedochádza k dostatočnej úľave od bolesti (silná bolesť VAS 7-10) odporúča sa nasadiť silné opoidy. Vedľa analgetík sa vo farmakoterapii chronickej bolesti využívajú aj tzv. adjuvantné analgetiká, inak koanalgetiká, ktoré môžu tlmieť niektoré špecifické bolestivé stavy. (2, s.53) (viď. príloha č. 8)

5.2.1 Analgetiká

Analgetiká sa rozdeľujú do dvoch veľkých skupín: neopoidné a opoidné. Neopoidné analgetiká tlmia bolesť tým, že znižujú tvorbu látok (prostaglandínov), ktoré

zvyšujú vnímanie bolesti, na druhú stranu opioidné analgetiká tlmia bolesť aktiváciou opioidných receptorov v centrálnom nervovom systéme. (1, s.83)

5.2.2 Neopoidné analgetika

Ide o chemicky rôznorodú skupinu ktorá sa ďalej delí na dve podskupiny: analgetika- antipyretika (paracetamol, metamizol) a nesteroidné antiglogistika (NSA). Sú indikované v monoterapii k liečbe miernej až stredne silnej bolesti, pre liečbu silnej bolesti je potrebné kombinovať ich s opioidmi. Kombinácia paracetamolu a metamizolu s NSA zvyšuje analgetický účinok. (2, s.56)

Analgetika- antipyretiká

Kyselina acetylsalicylová je jedno z najznámejších liečiv (aspirin, acylryrin a.i). Najčastejšie sa využíva na zníženie horúčky, pri ochoreniach z nachladenia atd. Analgetické účinky má u dospelého až vo vyšších dávkach. (1, s.83)

Paracetamol (Paralen, Panadol) je analgetikum protizápalového účinku. Analgetický efekt nastáva v dávke vyššej ako 625 mg v jednotlivej dávke, nižšie dávkovanie má antipyretický účinok. Rýchlosť nástupu je 30 minút, denná dávka by nemala presiahnuť 4000 mg, v opačnom prípade hrozí riziko hepatotoxicity. Pre svoje minimálne nežiadúce účinky je analgetikom prvej voľby. (2, s.54)

Metamizol je analgetikum s nástupom účinku 30 minút, obvyklé dávkovanie 500 mg 4x denne. Nie je vhodný k dlhodobému podávaniu kvôli riziku agranulocytózy. (2, s.54)

Nesteroidné antiflogistika

Ide o najrozšírenejšiu liekovú skupinu v liečbe bolesti, predovšetkým bolesti zápalovej etiológie. Podľa nedávnych rozsiahlych výskumov tlmia bolesť s rovnakou pravdepodobnosťou ako morfín. Medzi najužívanejšie neopoidné analgetiká patrí ibuprofen (Ibalgin, Brufen, Nurofen) a diklofenak (Dolmina, Voltaren). Základným mechanizmom účinku NSA je blokáda enzýmu cyklooxygenázy. Dlhodobé užívanie NSA zvyšuje riziko obličkového poškodenia, vzniku ulcerácií a krvácanie v tráviacom

trakte, ktoré je u seniorov 4x pravdepodobnejšie než u mladšej populácie. A však posledných rokoch bola vyvinutá nová NSA, ktorá na rozdiel od vyššie uvedených „klasických“ NSA má minimálne riziko krvácania do tráviaceho traktu. Nazýva sa coxib a používa sa na liečbu reumatických chorôb a tiež na liečbu bolesti. (1, s.84-85), (9, s.23)

5.2.3 Opidné analgetiká

Opidné analgetiká sú látky pôvodne odvodené od morfínu. Podľa sily analgetického účinku sa opoidy delia na slabé a silné. Slabé opoidy vykazujú na rozdiel od silných tzv. stropový efekt, teda maximálnu účinnú dávku. Slabé opoidy je možné predpisovať na obyčajný recept, t.z. bez modrého pruhu. Takmer žiadny opoid bezprostredne neohrozuje život pacienta, majú však nežiadúce účinky a to zápchu, celkový útlm, nauzeu a zvracanie alebo kožné prejavy. (1, s.85), . (2, s.56)

Slabé opoidy

Kodein je slabým μ antagonistom. V organizme je biotransformovaný na morfin. Často sa používa v kombinácií s paracetamolom, pretože samotný je analgeticky slabý. (2, s.56)

Dihydrokodein je semisyntetický analóg kodeínu. Využíva sa u chronických bolestí, predovšetkým s predĺženým účinkom (retardovaný, s riadeným uvoľňovaním-DHC Continus) . (1, s.85)

Tramadol (Tramal, Tralgit) je najčastejšie používaným opoidom. Vykazuje duálny efekt, pôsobí ako slabý μ antagonista a ovplyvňuje spätné vychytávanie serotonínu a noradrenalínu v CNS. Jeho analgetický účinok sa dá podstatne zvýšiť podávaním paracetamolu. Jeho výhodou je, že väčšinou nespôsobí zápchu, a však niektorí pacienti po ňom mávajú závraty či pocit na zvracanie. (2, s.56) (1, s 85)

Silné opoidy

Sú spravidla antagonisti na μ receptoroch a sú určené pre silné neznesiteľné bolesti. Maximálna denná dávka silných opoidov nie je určená a nie sú určené stropovým efektom. Limitujúcim faktorom je výskyt nežiadúcich účinkov ako je ospalosť, závraty, zmätenosť,

nauzea, zvracanie a zápcha. Ich nižší výskyt bol zaznamenaný u foriem s postupným uvoľňovaním a u transdermálnych foriem. Faktorom znižujúcim výskyt nežiadúcich účinkov je dostatočná hydratácia a kompenzácia interných ochorení. Vždy sa začína minimálnymi dávkami, ktoré sa navyšujú až po odznení prvých nežiadúcich účinkov. Výskyt nežiaducich účinkov je dôvod k zahájeniu ich liečby, nie k vysadeniu opoidnej medikácie. V ČR sú v súčasnej dobe najpoužívanéjšie tieto opoidy: (2, s.57)

Morfín je štandardom v liečbe silnej bolesti. Injekčná forma je vhodná k liečbe silnej akútnej bolesti, pre chronickú bolesť sú vhodné per os formy s postupným uvoľňovaním pôsobiacim 12 alebo 24 hodín. Na liečbu prielomovej bolesti je vhodný morfín s bezprostredným uvoľňovaním (IR forma). (2, s.58)

Fentanyl je vhodný na liečbu silnej chronickej bolesti v transdermálnom terapeutickom systéme (TTS). Transdermálna aplikácia prostredníctvom postupného uvoľňovania z matrix náplaste zaisťuje stabilnú plazmatickú hladinu po dobu 3 dní. V porovnaní s inými opoidmi bol u fentanylu v tejto liekovej forme zaznamenaný nižší výskyt obstipácie. Ekvianalgeticky je fentanyl 100X silnejší než morfin. K liečbe prielomovej bolesti u onkologických pacientov existuje transmukózný fentanyl ktorý vyniká rýchlim nástupom a krátkou dobou účinku. K potlačeniu prielomovej bolesti nie je nutné prihliadať na dávku základného analgetika, ale optimálna dávka je postupne titrovaná. K dispozícii je tzv. titračné balenie, pomocou ktorého si pacient sám určí vhodnú jednotlivú dávku a následne mu je predpísaný liek v sile, v akej mu vyhovuje a prináša dostatočnú úľavu. (2, s.57)

Hydromorfín je efektívny μ antagonist. Ekvianalgeticky je 5-7x silnejší než morfn. Jeho výhodou je nízka väzba na plazmatické bielkoviny. (2, s.57)

5.2.4 Adjuvantné analgetika

Sú to liečiva primárne určené na liečbu iných indikácií (epilepsia, depresia) ako je liečba bolesti, a však v kombinácií s analgetikami zvyšujú ich analgetický účinok.

Pri nádorovej bolesti je možné doplniť liečbu bolesti kortikoidnými hormónmi (dexametazon), ktoré zmierňujú edém zvyšujúci bolesť pri metastázach v CNS. Biofosfáty

(clodronat) tlmia odbúravanie kostí (možné uplatniť pri metastázach v kostiach) alebo je možné využívať psychofarmaka, ktoré skľudňujú pacienta. (1, s.86)

5.2.5 Kombinované analgetiká

Niektoré kombinované analgetiká majú vyššiu účinnosť. Ide hlavne o kombinácie neopoidných analgetík s opoidnými (napr. paracetamol a kodein). Väčšina kombinovaných analgetík obsahuje kofeín, ktorý dokázateľne zvyšuje účinnosť analgetík. Zvláštnu skupinu predstavujú spasmopalgetika, ktoré sa využívajú u kolík, bolestivých menštruácií. Obsahujú okrem analgetík aj látky uvoľňujúce spazmy hladného svalstva. Patrí sem Algifen, Spasmopan, a.i. (1, s.87)

5.2.6 Pomocné liečivá

Pomocné liečivá sú lieky, ktoré sa využívajú k prevencii a liečbe nežiadúcich účinkov analgetík, hlavne opoidov. Medzi najviac predpisované lieky patria:

Antiemetika : Nauzea a zvracanie je najčastejším nežiaducim účinkom pri zahajovaní alebo zvyšovaní liečby opoidmi. Antiemetika sa začínajú podávať profylakticky spoločne so silným opoidom. Vhodný je metoklopramid alebo haloperidol, pri nedostatočnom sa odporúčajú inhibitory 5-HT₃ receptorov- ondansetron.

Laxatíva: Ďalším nežiaducim účinkom sprevádzajúcim užívanie opoidov je zápcha. Prvým opatrením pri vzniku zápchy je dostatočný prísun tekutín, z farmák sú pre liečbu bolesti určené osmotické laxatíva ako je laktulóza. Ďalšou možnosťou sú stimulačné laxatíva (glycerinový čipok). Laxatíva je vhodné striedať.

Antipruriginóza: Niektorí pacienti užívajúci opoidy udávajú na počiatku užívania pocity svrbenia. V tomto prípade je indikované podávanie redukovanej dávky antihistaminík. (2, s.72)

5.3 Rehabilitácia

Ide o snahu o navrátenie poškodeného človeka do predošlého telesného stavu či sociálnej pozície. V liečbe bolesti sa jedná o veľmi účinný a dôležitý liečebný prístup. Do

zdravotníckej oblasti spadá rehabilitácia liečebná. Liečebná rehabilitácia je základný medicínsky odbor s úzkym napojením na celý rad ďalších odborností. Zaisťuje ju odbor rehabilitačná a fyzikálna medicína (RFM). Termín fyzikálny vyjadruje skutočnosť, že vo svojich liečebných postupoch využíva prírodné prostriedky a fyzikálnu energiu. Základná štruktúra liečebnej rehabilitácie zahrňuje prevenciu a terapiu sekundárnych zmien, výcvik kompenzačných mechanizmov v rámci postihnutého orgánu a dosiahnutie a udržanie telesnej zdatnosti. (1, s.73), (2, s.76)

Liečba teplom

Termoterapia je procedúra, pri ktorej je teplo do organizmu privádzané alebo odvádzané. Do termoterapie býva radená aj hydroterapia, kedy sa vedľa celkového pôsobenia tepla využívajú aj podnety mechanické ako vírenie, poprípade chemické. Okrem povrchového tepla je možné do organizmu privádzať aj tzv. hlboké teplo. Hlboké teplo vzniká priamo v organizme premenou iného druhu energie na energiu tepelnú (napr. ultrazvuk). Aplikácia tepla spôsobuje vazodilatáciu, zlepšuje prekrvenie a uvoľňuje sa napätie priečne pruhovaného svalstva. Pri liečbe onkologickej bolesti by teplo nemalo byť aplikované na miesta, ktoré boli nedávno podrobené rádioterapii, na miesta kde je narušený prietok krvi, na opuchnuté lymfatické uzliny a ich okolie a na transdermálne náplasti s opoidom. (2, s.76) , (11, s.136)

Liečba chladom

Pri aplikácií chladu- kryoterapii, sa aplikuje chlad na špecifickú oblasť tela. Okrem zníženia horúčky môže táto technika priniesť okamžité stlmenie bolesti a zmiernenie a prevenciu opuchov. Dochádza k dočasnej vazokonstrikcií a následne k vazodilatácií. Analgetický efekt spôsobený chladom sa vysvetľuje znížením intenzity chemických reakcií, znížením svalového napätia a spomalením vedením nervového impulzu. (5, s.103)

Elektroterapia

Pri tejto forme rehabilitácie sa využíva liečebný účinok rôznych foriem elektrickej energie. Delí sa na kontaktnú, kedy je elektrický prúd privádzaný do tela pomocou elektród, a bezkontaktnú, kedy je elektrický prúd privádzaný do tela prostredníctvom elektromagnetického poľa. Najrozšírenejšou kontaktnou terapiou je TENS. (2, s.77)

5.4 Invazívne metódy v liečbe chronickej bolesti

Invazívne metódy sú indikované ako doplnok farmakoterapie bolesti alebo ako ďalší stupeň v liečbe bolesti. V prípadoch, kedy samotná farmakoterapia neprináša dostatočný terapeutický efekt alebo je zaťažená výraznými nežiadúcimi účinkami. Medzi základne aplikované látky patria lokálne anestetika, opoidy, alfa 2 antagonisti, neurolytické činidlá, a kortikoidy. (2, s.80)

Základný prehľad invazívnych metód liečby

Blokády reverzibilné a ireverzibilné

Ako reverzibilné označujeme blokády pri ktorých dochádza k deštrukcii tkaniva. Najčastejšie sa k nim používajú lokálne anestetika a kortikoidy. Ako ireverzibilné označujeme blokády, pri ktorých dochádza k nenávratnej neurodeštrukcii použitím neurolytického činidla alebo chirurgického zákroku. (2, s.79)

Blokády diagnostické, prognostické a terapeutické

Cieľom diagnostických blokád je zistiť, či konkrétny bolestivý stav reaguje na danú blokádu regionálnej anestézie, prognostické blokády predikujú prípadná analgetický efekt a terapeutické blokády sa používajú k vlastnej liečbe bolesti. (2, s.79)

Blokády jednorazové, opakované a kontinuálne

Pri jednorazových blokádach je analgetikum aplikované obvykle jeden krát, opakované blokády využívajú efekt série niekoľkých blokád autonómneho systému. Kontinuálne blokády privádzajú analgetickú zmes pomocou katétru nepretržite alebo v opakovaných bolusoch priamo k miestu pôsobenia. (2, s.80)

5.5 Psychoterapia u pacientov s chronickým algickým syndrómom

Psychoterapia by mala byť neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o pacientov s chronickou bolesťou. Jedná sa o vysokošpecializovanú intervenciu, pri ktorej je dôležitý postoj pacienta. Vo všeobecnosti psychoterapia chronickej bolesti usiluje o zníženie intenzity bolesti a posilnenie pacientovej kontroly nad bolesťou, snaží sa u pacienta zvýšiť toleranciu bolesti a naučiť ho žiť so zbytkovou bolesťou. Pomáha pacientovi pochopiť

zmysel bolesti, rozvíja sebauzdravujúce mechanizmy a podporuje pacienta v prechode od vonkajších podpor k vlastným sebaopodporám. (2, s.104)

5.6 Alternatívne postupy v liečbe bolesti

Tento pojem je v liečbe bolesti veľmi široký. Ide o určité metódy a terapeutické techniky ktorú môžu byť prínosom pre pacienta trpiaceho bolesťou. Sú založené na princípoch prírodnej liečby a na snahe tieto princípy uplatniť v liečebných postupoch. Zákon rovnováhy je uvádzaný ako základný princíp a zákon prírody (napr. jin a jang v čínskej medicíne) a podľa neho je často chápaná diagnostika a liečba. (1, s.145)

Biofeedback

Táto metóda nazývaná aj ako biologická spätná väzba je terapeutický prístup ktorý zahŕňa meranie fyziologických funkcií ako je krvný tlak, tep, teplota, potenie, svalové napätie v reálnom čase a ich prezentáciu vo vhodnej forme a s vhodným komentárom a vysvetlením pacientovi. Pacient je do istej miery schopný tieto hodnoty ovplyvniť vôľou a tým sa ich naučiť aspoň čiastočne ovládať. (1, s.148)

Akupunktúra

Akupunktúra je stará liečebná metóda z Číny odstraňujúca bolesť. Je to komplexná metóda, ktorá pracuje s bioenergiami podľa toho, ako ich vníma. Metóda využíva stimuláciu presne určených bodov na koži, respektíve štruktúr uložených v rôznej hĺbke pod týmto bodom, k preventívnym, diagnostickým a liečebným účelom. Najbežnejšie je stimulácia akupunktúrneho bodu vykonávané ihlou. (2, s.120)

Placebo efekt

Placebo je zaradené medzi liečebné intervencie bez špecifického účinku na príslušné ochorenie alebo jeho prejavy. Je to efekt, kedy skutočná liečba je simulovaná, ale nemá špecifický kauzálny účinok na ochorenie. Placebo efekt je možné vysvetliť, pretože má svoj biologický podklad. Placebo vyvoláva produkciu látok typu endorfín. Fabricio Benedetti z univerzity v Turíne dokazoval, že sa zvyšuje efekt morfínu

pri podávaní s príslušným komentárom a láskavým prístupom k pacientovi. Placebo efekt je blokovaný naloxonom, čo je látka, ktorá znižuje efekt endorfínu. Existuje určitý rozpor medzi skutočným liečebným účinkom a placebo efektom. Placebo je vždy krátkodobé a u chronických a závažných chorôb, hlavne nádorových, je obrovskou chybou využívať iba tento efekt. Placebo by sa nikdy nemalo odporúčať ako základná liečba. (1, s.151-152)

Chiropraktická liečba

Táto liečba je založená na názore, že väčšina zdravotných problémov je výsledkom nesprávneho postavenia stavcov a môže byť napravená manipuláciou. Chiropraktická liečba ma dve hlavné výhody- zmierňuje myoskeletálnu bolesť a postihnutie, a obnovuje funkcie vnútorných orgánov. (5, s.127)

6 ONKOLOGICKÁ BOLEST'

Bolesť patrí medzi najčastejšie sprievodné príznaky prebiehajúceho nádorového ochorenia. U onkologických pacientov sa výrazne podieľa na znižovaní kvality života, strach z bolestivého priebehu ochorenia je často krát výraznejší než strach zo smrti samotnej. Bolesť u onkologicky chorého pacienta je vo väčšine prípadov spôsobená vlastným nádorom, v ostatných prípadoch je bolesť spojená s protinádorovou liečbou alebo s celkovým oslabením organizmu. Odlišný je aj výskyt bolestí u jednotlivých typov nádorového ochorenia. Medzi najbolestivejšie patria nádorové postihnutia kostí a slinivky brušnej, najmenej bolestivé sú lymfomy. (2, s.202)

Nedostatočne liečená onkologická bolesť vedie k nespavosti, únave, depresii, a k pocitu vyčerpania. Pacient s bolesťou obvykle nedostatočne príma potravu a tekutiny, čo prispieva k zhoršeniu jeho nutričného stavu, imunity a celkovej funkčnej zdatnosti. Neliečená bolesť tak znižuje pacientovu motiváciu k liečbe, zhoršuje jeho spoluprácu a tým výsledky protinádorovej liečby. (14, s.130)

6.1 Veková incidencia onkologických ochorení

Výskyt nádorových ochorení sa líši v jednotlivých obdobiach ľudského života. Adolescenti a mladý dospelý majú vyššie riziko rozvoja nádoru ako deti do 15 rokov na základe predpokladu dlhšej karcinogénnej expozície. Incidencia nádorov u dospievajúcich vo veku 15-19 r. sa v ČR pohybuje okolo 15/100 000/ ročne. U mladých dospelých vo veku 20-24 r. je incidencia ešte vyššia. 25/100 000/ ročne. U dospelých vo veku od 34-45 r. sa incidence pohybuje až vo výške 45/100 000/ prípadov ročne a u seniorov vo veku 60-75 rokov pripadá 55/100 000/ prípadov ročne. (13, s.8)

6.2 Organické príčiny onkologických bolestí

Medzi organické príčiny bolesti u onkologických pacientov patria invázie do kostí ktoré sa vyskytujú pri kostných nádoroch, pri metastázach do kostí a pri prerastaní nádoru do kostí. Medzi ďalšie organické príčiny patria infiltrácie mäkkých tkanív, kompresia

a infiltrácia ciev s ich následnou oklúziou, lymfedémy s následnou poruchou prekrvenia, nekrotizujúce nádory slizníc a kože s ulceráciami a perforáciami, infiltrácie vnútorných orgánov, obštrukcie dutých orgánov, mechanické napínanie orgánových puzdier a fascií, svalové spazmy, komresia, infiltrácia a ischemizácia nervov, nervových pletencov a miechy, zvýšený vnútrolebečný tlak spôsobený rastom nádoru, metastázami, kolaterálnym alebo difúznym mozgovým edémom. (2, s.202) (5, s.216)

6.3 Základné typy nádorovej bolesti

Pacient s nádorom môže mať nociceptívne bolesti, neuropatické bolesti, alebo oboje. Pretože nociceptívna a neuropatická bolesť sú aktivované iným mechanizmom, je presné vyšetrenie bolesti veľmi dôležité pre formuláciu plánu managementu bolesti. Obe typy bolesti sa môžu objaviť v rovnakú dobu na niekoľkých rôznych miestach súčasne. Bolesť môže byť tiež prenesená do iných oblastí tela (5, s.216)

Bolesť nociceptívna somatická

Nociceptívna bolesť sa objaví keď škodlivé podnety aktivujú nociceptory spojené s primárnymi aferentnými neurónmi. Aktivácia týchto receptorov je spôsob, akým dáva telo najavo, že by sa mal postihnutý organizmus vyvarovať pôsobiacej škodlivine a chrániť poranenú oblasť. Býva obvykle ohraničená, dobre lokalizovateľná, ostrého charakteru. Lokalizácia bolesti odpovedá miestu jej príčiny. Tento typ bolesti vyvolávajú nádory prerastajúce mäkké tkanivá alebo kožne exulcerujúce. (2, s.206), (5, s.216)

Bolesť nociceptívna viscerálna

Viscerálna bolesť sa objavuje pokiaľ sú aktivované aferentné nociceptívne vlákna v orgánoch a okolo nich. Pri nádorovej bolesti vzniká pri zápale tuhého orgánu ako je napr. pečeň, či pri obštrukcií spôsobenej tumorom- útlak alebo nádorová infiltrácia orgánov brušnej dutiny. Bolesť je tupého, kŕčovitého, neohraničeného charakteru, niekedy je pacientom lokalizovaná na povrchu tela v mieste, ktoré je vzdialené od miesta vyvolávajúcej príčiny- tzv. prenesená bolesť. (2, s.206)

Bolest' neuropatická

Neuropatická bolest' vzniká, ak je senzoriclá časť nervového systému poranená a vysíela bolestivé impulzy do mozgu napriek tomu, že nie je prítomné žiadne poranenie tkaniva. U onkologických pacientov vzniká útlakom alebo infiltráciou periférneho či centrálného nervového tkaniva. Môže byť spôsobená radioterapiou alebo chemoterapiou. (5, s.217)

Bolest' zmiešaná

Pri tomto type bolesti je prítomná jak neuropatická, tak nociceptívna komponenta bolesti. (2, s.206)

6.4 Prielomová bolest'

Za prielomovú (epizodickú) bolest' považujeme náhle, prechodné, a krátkodobé vzplanutie bolesti, ktoré sa objavuje u pacientov chronicky liečených opioidmi so stabilizovaným algickým syndrómom. Je charakterizovaná nástupom behom niekoľko sekúnd až minút a krátkou dobou trvania (obvykle 30 až 60 minút). Frekvencia jej výskytu je rôzna, od niekoľkých atakov týždenne až po 4 ataky denne. Pri vyššom výskyte bolestivých záchvatov je indikované navýšenie základnej analgetickej terapie. Svojou intenzitou prielomová bolest' navyšuje základnú bolest' v priemere o 2 stupne na stupnici VAS. (2, s.208)

Prielomová bolest' sa objavuje v rôznych situáciách. Môže sa objaviť na konci dávkovacieho intervalu, v posledných hodinách pred podaním ďalšej dávky zavedeného analgetika, čo sa považuje za neadekvátne dávkovanie analgetík. Bolest' môžu vyvolať určité faktory- pohyb, kašeľ, zvýšenie vnútrobrušného tlaku pri defekácií. Za prielomovú bolest' je tiež považovaná bolest', pri ktorej nieje možné identifikovať vyvolávajúcu príčinu. (4, s.372)

Prielomová bolest' znamená pre pacientov s chronickým algickým syndrómom a pokročilým základným ochorením ďalšie utrpenie prejavujúce sa v oblasti fyzickej (obmedzenie schopnosti pracovať alebo vykonávať bežné denné aktivity a z toho plynúce

komplikácie) psychickej (emočne poruchy, strach, depresie) a oblasti spoločenskej (narušenie spoločenských kontaktov) Zo strachu pred znovuoobjavením prielomovej bolesti pacienti stále viac obmedzujú svoj pohyb a bežné denné aktivity, čo má za následok úbytok svalovej hmoty, stuhnutie kĺbov, preležaniny, zápchu a pod. (2, s.209)

6.4.1 Delenie prielomovej bolesti

Podľa vyvolávajúcej príčiny delíme prielomovú bolesť na spontánnu a incidentálnu.

Spontánnu prielomovú bolesť nemá žiadnu vyvolávajúcu príčinu. Je nutné vedieť odlíšiť túto bolesť od nedostatočne doliečenej základnej bolesti. V tomto prípade sa bolesť vyskytuje ku koncu doby účinnosti jednotlivej dávky analgetika.

Incidentálne epizódy prielomovej bolesti sú vyvolané konkrétnym vonkajším alebo vnútorným podnetom. Podľa vyvolávajúcej príčiny sa delí ďalej na voľnú a mimovoľnú. Medzi voľné vyvolávajúce podnety patrí napríklad chôdza, stoj, námaha a medzi najčastejšie mimovoľné aktivity vyvolávajúce bolesť patrí kašeľ a kýchanie. K incidentálnej bolesti patrí tiež bolesť procedurálna, ktorá je spojená s diagnostickými a terapeutickými zásahmi. (2, s.208)

6.4.2 Liečba prielomovej bolesti

Liečba prielomovej bolesti by mala byť komplexná, jedine tak je možné dosiahnuť optimálneho liečebného efektu. Medzi možné terapeutické zásahy patrí optimalizácia onkologickej liečby (paliatívna rádioterapia alebo chemoterapia) chirurgické liečebné postupy (stabilizácia patologických fraktúr), odstránenie alebo minimalizácia vyvolávajúceho podnetu, psychologická podpora, optimalizácia základnej analgetickej terapie, invazívne liečebné metódy a vybavenie pacienta záchrannou medikáciou. (2, s.209)

6.4.3 Záchranná medikácia

Záchranná medikácia je tvorená opoidným alebo neopoidným analgetikom s rýchlim nástupom účinku a krátkou dobou účinku. Z neopoidných liekov sa používa paracetamol v dávkach 650- 1000 mg, nesteroidné antiflogistika ako je ibuprofen 400-600 mg. Nevýhodou týchto analgetik je relatívne pomalý nástup účinku (20-40min) a obmedzený analgetický efekt. Zo skupiny slabých opoid je na liečbu prielomovej bolesti

vhodný tramadol vo forme kapsúl (50 mg) alebo vo forme kvapiek (20-40). Úplne nevhodné na liečbu prielomovej bolesti sú retardované formy tramadolu. Vzhľadom tomu, že na českom trhu nie je dostupný IR morfín (Sevredol), k liečbe sa volí transmukózne fentanyl alebo magistraliter pripravovaný morfinový sirup. Zvyčajná dávka morfinu činí 5-15% celkovej dennej dávky. Od roku 2011 sú k dispozícii nové transmukózne formy fentanylu, ktoré vynikajú predovšetkým rýchlim nástupom a krátkou dobou účinku. K dispozícii sú v niekoľkých aplikačných formách ako ej napríklad nosný sprej, efervescentné tablety k bukálnaj aplikácií a tablety k sublingválnej aplikácií. (2, s.209)

6.5 Vyšetrenie onkologickej bolesti

Objasnenie príčiny je základným predpokladom úspešnej liečby. V kontexte onkológie je nutné pri každom bolestivom stave zhodnotiť jeho vzťah k nádorovému ochoreniu. Správne zhodnotenie nádorovej bolesti predpokladá podrobnú anamnézu, klinické vyšetrenie a podľa potreby laboratórne, elektrofyzilogické a zobrazovacie vyšetrenie. Dôležité je zhodnotenie bolesti z hľadiska časového priebehu a zhodnotenie psychického stavu pacienta a miery psychosociálneho distresu. Významná je aj farmakologická anamnéza a ciele pátranie po abúzu.(10, s.60-63)

Pri vyšetrení nádorovej bolesti by malo byť vykonané dôkladné neurologické vyšetrenie. Nenápadná zmena citlivosti alebo sily môže byť prvou známkou nového ochorenia či postupu ochorenia. (5, s.218)

„Zlatým štandardom“ vo vyšetrení onkologickej bolesti by malo byť zistenie intenzity pacientovej bolesti. Existuje celý rad metód zachycujúci intenzitu bolesti, najvyužívanejšia je Vizuálna analógová škála bolesti VAS (bližšie rozoberaná v diagnostike bolesti.) (14, s.132)

Ako uvádza autor článku o liečbe bolesti pri kritických stavoch MUDr. Marek Lukeš, napriek podrobnému vyšetreniu bolesti býva často krát analgetická liečba neúčinná. V snahe o nájdenie účinného nástroja boli v posledných rokoch vypracované a zdokonalené tzv. observačné testy, ktoré sú založené na pozorovaní pacienta, jeho

emočnej a výrazovej roviny a fyziologických funkcií. Vlastným zmyslom takéhoto pozorovania je mimo iné snaha o detekciu určitých behaviorálnych vzorcov. (16, s 124)

6.6 Liečba onkologickej bolesti

Základným cieľom liečby je zlepšenie kvality života pacienta. Ide o zabezpečenie kľudného, bolesťou nerušeného spánku, následne o utlmenie kľudových a následne aj pohybových a prelomových bolestí. Cieľom liečby by nemalo byť bezpodmienečné dosiahnutie úplného bezbolestného stavu ani utlmenie bolesti na úkor výrazných nežiadúcich účinkov. Vždy by mal prevládať prospech terapie nad nežiaducimi účinkami. (2, s.206)

Postupy v liečbe onkologickej bolesti

Kauzálna alebo paliatívna zákroky

- Chirurgická intervencia (radikálna alebo paliatívna)
- Rádioterapia (kuratívna alebo nekuratívna)
 - a) Telerádioterapia
 - b) Brachyrádioterapia
 - c) Otvorené žiariče (izotopy)
- Chemoterapia a hormonálna terapia

Symptomatické postupy v liečbe bolesti

- Systémové podávanie analgetík a koanalgetík
- Metódy intraspínálnej, lokálnej a regionálnej analgézie
- Neuroablatívne postupy
- Rehabilitácia a fyzikálna liečba
- Psychoterapia (2, s.206)

Farmakoterapia onkologickej bolesti

Farmakoterapia onkologickej bolesti sa svojou základnou stratégiou neodlišuje od liečby bolesti nenádorovej. Základná farmakologická terapia onkologickej bolesti vychádza z trojstupňového rebríčku liečby bolesti, ktorý prvý krát publikovalo WHO

v roku 1986. Pre svoju jednoduchosť a schématickosť bol prijatý aj pre liečbu bolesti neonkologickej. Podľa rebríčku sa začína podávaním neopoidných analgetík (metamizol, paracetamol, nesteroidné antiflogistika), pri nedostatočnom efekte sa pridáva slabý opoid (kodein, tramadol), ktorý je v 3. stupni terapie vystriedaný silným opoidom (morfin, fentanyl, buprenorfin atď.). Toto pravidlo však nie je úplne striktné, v niektorých prípadoch je možné preskočiť druhý stupeň terapie a k neopoidnému analgetiku pridať rovno malú dávku opoidu silného. Jedná sa predovšetkým o onkologických pacientov u ktorých sa predpokladá rýchle zvyšovanie dávky analgetík alebo ktorý už pred zahájením liečby trpeli veľmi silnou bolesťou. Tento prechod na silnú opoidnú liečbu sa nazýva elevator (výťah). Na liečbu bolesti neuropatickej sa používajú obdobne ako na liečbu neonkologickej neuropatickej bolesti koanalgetika zo skupiny antikonvulziv a antidepresív. (2, s.206)

Pri používaní analgetického rebríčku WHO k liečbe nádorovej bolesti je nutné dodržiavať tri základné princípy- pokiaľ je možné, podávať lieky perorálne, analgetiká podávať v pravidelných intervaloch a podľa potreby pridávať lieky na prielomovú bolesť, a zhodnotiť kvalitu života pacienta a na základe tohto zhodnotenia prispôbiť plán liečby jeho potrebám. Je nutné všímať si zmeny v jeho denných aktivitách, hlavne zníženie sociálnych interakcií a problémy s jedlom a spánkom. (5, s.219)

Neopoidné analgetiká v liečbe onkologickej bolesti

Neopoidné analgetiká, ktoré sa používajú k liečbe nádorovej bolesti majú limit, ktorý sa nazýva „strop“. Tento strop znamená, že zvýšenie dávky neprinesie pacientovi žiadne výhody, naopak, zvýši riziko toxicity. Neopoidné analgetiká využívané k liečbe nádorovej bolesti sú aspirin, acetaminofen a NSA. (5, s.221)

Opoidné analgetiká v liečbe onkologickej bolesti

Opoidy sú základom liečby onkologickej bolesti. Zlatým štandardom je morfin. Opoidy sa môžu podávať rôznym spôsobom, najvýhodnejšie je perorálne podanie. A však s postupom ochorenia môže pacient potrebovať spôsob podania zmeniť. Okrem

perorálneho podania sa môže využívať podanie per rectum, lokálne, i.m., s.c., i.v., epidurálne a intratekálne. (5, s.221)

Náplaste v liečbe bolesti

Transdermálne náplaste sú dôležitou alternatívou v liečbe bolesti. Ide o neinvazívnu formu podávania analgetík. Stále viac sa do popredia dostávajú náplaste s pomalým uvoľňovaním účinnej látky, ktoré je možno užívať v dlhodobých intervaloch, pričom ich účinok je dostatočný po celú dobu. Z náplastí sa liek postupne uvoľňuje do organizmu cez nepoškodenú kožu a to aj po dobu 72 hodín. Účinnou látkou v náplasti je fentanyl. Náplasti využívajú moderný matrixový systém, pri ktorom je účinná látka priamo v adhezívnej vrstve. Náplasť sa mení z pravidla každé 3 dni a oproti morfínu má výhodu v menšom výskyte nepríjemných vedľajších účinkov ako je únava alebo zápcha. Napriek tomu že majú náplaste pomalší nástup účinku, vďaka stabilnému zásobovaniu tela účinnou látkou zostáva hladina analgetika v organizme vyrovnaná. Výhodou tejto aplikácie je, že nalepenie náplasti je bezbolestné, účinná látka obchádza tráviaci trakt a nezaťažuje pečeň ako tabletová forma. (15)

Paliatívna liečba onkologickej bolesti

Dve liečebné metódy, chemoterapia a radiačná terapia, ktoré sa primárne využívajú k liečbe rakoviny, sa môžu využívať ako paliatívna liečba bolesti u terminálne chorých onkologických pacientov. (5, s.220)

Rádioterapia je vysoko účinnou, často však nedocenenou liečebnou metódou. Poskytuje analgetický efekt u viac než 80% pacientov, predovšetkým rýchlu a dlhodobú úľavu od bolesti spôsobenej metastázami či miestnym ochorením. Pri lokálnom postihnutí je možné použiť jednorazové alebo frakciované ožiarenie vonkajším zväzkom. Pri viac násobnom postihnutí je možné využiť polotelové ožiarenie vonkajším zväzkom. Pri aplikácií setronu s kortikosteroidom je táto liečebná metóda veľmi dobre tolerovaná. Ďalšou možnosťou pri viac násobnom postihnutí je aplikácia rádioizotopov. (2, s.216)

Paliatívna chemoterapia môže zmenšiť veľkosť nádoru a tým znížiť bolesť ktorá je spôsobená tlakom nádoru na okolie. Chemoterapia môže mať veľa nežiaducich faktorov, preto by mal zdravotník zvážiť spolu s pacientom jej výhody ale aj potencionálne

nežiaduce účinky. FDA schvália použitie dvoch chemoterapeutických liekov k paliatívnemu zmierneniu symptómov- gemcitabine (pri nádoroch pankreasu) a mitoxantrone (nádory prostaty). (5, s.221)

Invazívna liečba onkologickej bolesti

Medzi najčastejšie používané invazívne metódy patrí subarachnoideálna kontinuálna blokáda, periférna blokáda a sympatiková blokáda. Subarachnoideálny prístup sa využíva u pacientov, kde zlyhali neinvazívne možnosti liečby. Punkčnou technikou sa do subarachnoideálneho priestoru zavedie tenký katéter, ktorý je tunelizovaný podkožím a napojený na vonkajší bakteriálny filter alebo podkožný port. Najčastejšie aplikovanou látkou je spinálny morfin. Periférna nervová blokáda plexus brachialis sa najčastejšie využíva pri nádoroch prerastajúcich do brachiálneho plexu alebo u ťažkých postherpetických neuropatií u imunokompromitovaných pacientov. Z farmák sa využívajú miestne anestetika v kombinácií s opioidom. Sympatiková blokády sa vykonávajú buď ako neurolyza plexus coeliacus, ktorého neurolyza je indikovaná u bolestivých stavov v oblasti epigastria, alebo ako neurolyza plexus hypogastricus, ktorého neurolyza je indikovaná u bolestivých stavov v oblasti panvy. Neurolyza sa vykonáva pod rtg alebo CT kontrolou. (2, s.216-217)

PRAKTICKÁ ČASŤ

7 FORMULÁCIA PROBLÉMU

Na základe predchádzajúcej teoretickej časti som pre praktickú časť bakalárskej práce vybrala respondentov s diagnostikovaným onkologickým ochorením, ktorý trpia chronickými bolesťami. U ľudí trpiacich bolesťou je pozorovateľné obmedzenie vo vykonávaní denných aktivít, čo môže značne narušiť až znížiť kvalitu ich doterajšieho života. Bolesť núti človeka zmeniť postoj k životu, aký doteraz viedol, preto je nutné zistiť, aká chronická bolesť ovplyvňuje ľudí rôznych vekových kategórií do takej miery, kedy nie sú schopní vykonávať svoje aktivity denného života, a ako sa táto zmena reflektuje na ich prežívaní. Vybraný traja respondenti boli v čase realizácie výskumu v svojom domácom prostredí, kde som mala možnosť ich navštevovať a sledovať, ako ich bolesť ovplyvňuje, do akej miery sú schopní vykonávať svoje bežné denné aktivity a ako sa to odráža na kvalite ich života.

8 CIEĽ PRÁCE

Vybraní respondenti prechádzajú ťažkým životným obdobím, ktoré počínalo oznámením onkologickej diagnózy a zahájením liečby, pričom obe tieto aspekty, ako samotné ochorenie, tak jeho liečba, so sebou nesú fenomén bolesti. Hlavným cieľom mojej práce bolo zistiť, ako bolesť u vybraných respondentov ovplyvňuje vykonávanie denných aktivít a zmapovať oblasti života, pri ktorých najčastejšie dochádza ku zmenám. Ďalšou časťou bolo porovnať subjektívne prežívanie pacienta v závislosti na vek a pohlavie, poprípade zistiť eventuálne rozdiely.

9 METODIKA

Metodológia sa zaoberá systematizáciou, posudzovaním a navrhovaním stratégií a metód výskumu. Predmetom tejto disciplíny sú nástroje vedy, preto nachádza svoje uplatnenie aj v odbore ošetrovateľstva. Výskum je proces vytvárania nových poznatkov. Jedná sa o systematickú a starostlivo naplánovanú činnosť, ktorá je vedená snahou zodpovedať kladené výskumné otázky a prispieť k rozvoju daného odboru. (19, s. 30-34)

Pre svoje výskumné šetrenie v praktickej časti bakalárskej práce som si zvolila metódu kvalitatívneho výskumu. Túto metódu som zvolila kvôli citlivosti danej témy a individuality každého jedinca prežívajúceho bolesť. Rozhovor a analýza o prežívanej bolesti a o obmedzeniach, ktoré so sebou nesie, umožňujú získať väčšiu hĺbku informácií, ktoré by pri vybraní kvantitatívnej metódy nebolo možné získať. Pre samotný zber dát som si vybrala metódu semištruktúrovaného rozhovoru. Pracovala som na základe samostatne vypracovaných výskumných otázok.

9.1 Kvalitatívny výskum

Existujú dve základne metódy výskumu- kvantitatívny a kvalitatívny, pričom obe tieto metódy je možné kombinovať a použiť v jednom výskumnom projekte. Kvalitatívny výskum býva doplnkom výskumu kvantitatívneho, nie však v zmysle podriadenej časti. S kvalitatívnym výskumom sa spravidla spojuje všeobecná predstava psychologického výskumu, ktorý je možné realizovať vtedy, ak ide o javy relatívne jednoduché a do určitej miery poznané v tom zmysle, že nie sú skryté zmyslovému poznávaniu a majú jednoznačný výraz. Pri kvalitatívnych metódach pracujeme väčšinou so slovom. Ich úlohou je zachytiť jedinečnosť osoby, preto sa zameriavajú na konkrétne prípady. Predpokladom správne vykonaného výskumu sú primerané osobnostné kvality výskumníka. Ide predovšetkým o vedomosti v danom odbore a k skúmanej téme, vnímavosť, empatia, kreativita a logické myslenie. Kvalitatívny výskum zhromažďuje k dispozícii množstvo informácií o malom počte subjektov. Preto nie je vhodné generalizovať tieto poznatky na celú populáciu. V prvej etape kvalitatívneho výskumu je nutné stanoviť problémovú oblasť, ktorá bude skúmaná a ohraničiť hlavný cieľ práce. V druhej etape si výskumník zvolí vhodný spôsob snímania problémovej oblasti

a vytvorí výskumné otázky, na základe ktorých vykonáva rozhovor s respondentmi. V závere zhrnie a vyhodnotí zozbierané dáta a reprezentuje získané údaje. (20, s. 270-276), (21, s.25-26)

9.2 Zdroje získaných poznatkov

Informačnými zdrojmi pre mňa boli publikácie na danú problematiku, časopisy, internetové príspevky a v neposlednom rade vlastné skúsenosti s danou problematikou, o ktoré som sa obohatila pri vykonávaní odbornej praxi na Onkologickom oddelení C vo FN v Plzni.

10 VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Vo výskumnej časti bakalárskej práce som mapovala odpovede na tieto výskumné otázky:

1. Ako ovplyvnila respondentov bolesť pri vykonávaní bežných denných aktivít?
2. Vnímajú respondenti trpiaci bolesťou svoj život ako kvalitný?
3. Ako ovplyvnila u respondentov bolesť ich sociálne postavenie a vzťahy s okolím?
4. Ako vnímajú bolesť respondenti rôznych vekových kategórií?
5. Sú respondenti spokojnejší, ak sa chronická bolesť ktorou trpia lieči po dobu hospitalizácie, alebo uprednostňujú formy liečby, ktoré si nevyžadujú hospitalizáciu?
6. Aké majú respondenti informácie o možnostiach terapie bolesti?
7. Aké formy terapie bolesti pomáhajú respondentom v zmiernovaní bolesti?

Spracovanie tohto výskumu tvorí analýza rozhovorov s jednotlivými respondentmi. Pri výskume som sa snažila zamerať na jednotlivé oblasti v rámci vykonávania denných aktivít, ktoré boli s nástupom bolesti viditeľne ovplyvnené a s ohľadom na to, ako jednotliví respondenti prijali svoju diagnózu a ako prežívajú bolesť som sa sústredila na ich subjektívny pohľad na súčasný život .

11 CHARAKTERISTIKA VÝSKUMNÉHO SÚBORU

V rámci samotného výskumu som si stanovila niekoľko kritérií, na základe ktorých som volila respondentov. Prvým kritériom bolo získať troch respondentov rôznych vekových kategórií, u ktorých je aspoň jeden rok diagnostikované onkologické ochorenie. Vekové kritérium bolo pre mňa základné kvôli rozdielnemu vnímaniu bolesti z hľadiska ontogenézy, keďže vek a samotné vývojové štádium je jedným z aspektov, ktorý nesie rozdielnu percepciu a interpretáciu bolesti, ako aj dopad bolesti na život a psychiku človeka. Cieľom bolo získať zástupcu adolescentného veku v rozmedzí od 15-20 r. , respondenta v období dospelosti od 25-45 r. a zástupcu seniorov vo veku od 50 a viac rokov. Druhým kritériom bolo zamerať sa na mužskú populáciu, pretože vnímanie a interpretácia bolesti z hľadiska gender je taktiež rozdielna, čo potvrdzujú výskumy ako klinické, tak experimentálne. Tretím kritériom bolo nájsť respondentov, u ktorých je jedným zo spôsobov liečby bolesti aplikácia transdermálnych opioidných náplastí, alebo ktorý túto formu terapie v minulosti vyskúšali. K tomuto výskumu som získala informovaný súhlas troch respondentov, ktorý spĺňali požadované kritéria.

Predmetom výskumu boli traja muži vo veku 20, 35 a 64 rokov, na ktorých som dostala odporúčanie od známych. Pri telefonickom skontaktovaní som požiadala respondentov o osobné stretnutie, pri ktorom som im následne vysvetlila zámer môjho výskumu, ubezpečila ich, že ich osobné údaje ostanú anonymné a budú slúžiť výhradne k výskumu mojej bakalárskej práce , ktorý by mohol byť následne prospešný pre iných onkologických pacientov trpiacich bolesťou. Respondenti súhlasili s tým, aby získané údaje boli použité vo výskumnej časti mojej práce a ponúkli spoluprácu, ktorú potvrdili podpísaním mnou vyhotoveného informovaného súhlasu. Jednotlivé schôdzky prebiehali osamote v domácom prostredí jednotlivých respondentov, aby ostala zachovaná intimita rozhovoru.

12 METÓDA ZBERU DÁT

Na jednotlivé schôdzky s respondentmi som si pripravila okruhy tém a semištrukturovaný rozhovor, ktorý som zostavila na základe štandardizovaného dotazníku bolesti WHO „*Quality of life (WHOQOL) –BREF*“ ktorý je zameraný na kvalitu života pacientov trpiacimi bolesťami, a ktorý som doplnila o vlastné otázky. Išlo predovšetkým o vytvorenie obrazu subjektívneho vnímania bolesti respondentov a zmien, ktoré so sebou priniesla bolesť. Okruhy tém výskumu boli dané výskumnými otázkami, ktoré som doplnila o ďalšie podotázky za účelom motivácie pacientov k ďalšiemu rozprávaníu. Výskumné otázky som si stanovila po tom, čo som sa bližšie zoznámila s danou tematikou pomocou publikácií ktoré uvádzam v zozname použitej literatúry.

V rámci zmapovania obmedzení vo vykonávaný aktivít denného života som na základe Testu denných činností IADL (Instrumental activity daily living) vybrala tieto oblasti, v ktorých mohlo dôjsť k zmenám alebo obmedzeniam:

- Práca/ zamestnanie/škola
- Zábuby/ koníčky
- Nakupovanie
- Varenie
- Domáce práce
- Práca okolo domu
- Transport
- Spravovanie financií
- Užívanie liekov
- Telefonovanie
- Spánok

13 ORGANIZÁCIA VÝSKUMU

Rozhovor som koncipovala do troch oblastí. Prvá oblasť bola zameraná na život respondenta pred diagnostikovaním onkologického ochorenia, na jeho bežné denné aktivity a kvalitu života. Druhá oblasť bola zameraná na obdobie vzniku prvých zdravotných komplikácií vrátane prvých výskytov bolesti, samotnú diagnostiku onkologického ochorenia a ovplyvnenie vykonávania denných aktivít vzhľadom na ochorenie a bolesť ako sprievodný príznak. V tretej, poslednej časti, som sa snažila zamerať na vykonávanie bežných denných aktivít a kvalitu života v súčasnej dobe, s prihliadaním na súčasnú terapiu bolesti a zdravotný a psychický stav respondenta. V priebehu rozhovoru som sa snažila dodržiavať etické princípy psychologického výskumu. Všetky poznatky som si zaznamenávala ručne v priebehu rozhovoru, pričom samotný rozhovor som si zaznamenávala taktiež na diktafón pre možný prípad vzniknutých nejasností. Následne som získané dáta zaznamenávala do programu Word, kde som si ich pripravila k ďalšiemu spracovaniu.

14 SPRACOVANIE DÁT

Pri spracovaní získaných dát som použila analýzu a snažila som sa získať odpovede na zadané výskumné otázky. Taktiež som brala ohľad na emócie ktoré som postrehla počas vykonávania rozhovoru a ktoré bolo z niektorých odpovedí zreteľne cítiť.

15 RESPONDENT A

Ďalšie ciele

- zistiť aké ma pacient vzťahy s rodinou a okolím
- zistiť ako ochorenie a bolesť ovplyvnila štúdium respondenta
- zistiť aké ma respondent informácie o možnostiach terapie bolesti
- zistiť v akých oblastiach vo výkone denných aktivít došlo k zmenám

15.1 Úvod rozhovoru

Prvým respondentom je muž vo veku 20 rokov. Pred necelými tromi rokmi mu bol diagnostikovaný Ewingov sarkóm, ktorý bol u respondenta zistený až po metastázovaní do pľúc. V roku 2011 bol podrobený liečbe podľa protokolu EuroEwing99. Respondenta A som informovala o tom, že cieľom realizovaného rozhovoru bude získať dáta ohľadne jeho zdravotného stavu z obdobia pred diagnostikovaním ochorenia až do súčasného obdobia. Respondent A so zrealizovaním rozhovoru, zberom dát rovnako ako aj s dátumami navrhovaných schôdzok súhlasil. Zber údajov prebehol v období od novembra do decembra, kedy prebehli 4 schôdzky s odstupom 1 týždeň. Respondenta A som uistila o tom, že všetky údaje týkajúce sa jeho osoby a zdravotného stavu ostanú anonymné. Respondent ma na základe navzájom blízkeho veku požiadal o to, aby sme si tykali, pretože sa tak cítil lepšie a nemal pocit že je na „výsluchu“. S touto pripomienkou som respondentovi vyhoveľa.

15.2 Anamnéza

Osobná anamnéza

Muž vo veku 20 rokov. Nefajčiar, alkohol neužíva, kávu nepije. Snaží sa dodržiavať zdravú životosprávu. Voľný čas venuje priateľom, rodine, pred ochorením sa profesionálne venoval hokeju, teraz mu to jeho zdravotný stav nedovoľuje.

Rodinná anamnéza

Otec sa lieči na vysoký krvný tlak a diabetes mellitus I typu, je u neho viditeľná obezita. Matka zdravá. Má dvoch súrodencov, o dva roky staršia sestra a o rok mladší brat. Obaja zdravý. Negatívna rodinná anamnéza na onkologické ochorenie.

Sociálna anamnéza

Respondent A žije s rodičmi a bratom v byte. Sestra kvôli štúdiu žije na internáte, rodinu však pravidelne navštevuje. Respondent bol študentom Obchodnej akadémie, po diagnostikovaní ochorenia štúdium na čas prerušil, ak mu to zdravotný stav dovoľoval vyučoval sa doma s rodičmi. Pre jeho veľký záujem po dohode s vedením školy štátnu maturitnú skúšku dokončil externe. Respondent je veľmi ctižiadostivý, v súčasnej dobe má záujem uchádzať sa o vysokoškolské štúdium po dokončení liečby. Pred diagnostikovaním ochorenia sa respondent venoval hokeju, tréningy 5 krát týždenne, mimo tréningov zvykol vykonávať aj iné športové aktivity. Po diagnostike kvôli silným bolestiam a liečbe musel tieto aktivity celkom obmedziť.

Zdravotná anamnéza

Prekonal bežné detské ochorenia bez komplikácií. Respondent A má alergiu na peľ, prach a roztoče. V jarnom a jesennom období kvôli týmto alergiám pravidelne užíva Xyzal a Zodac. V júni 2011 diagnostikovaný Ewingov sarkóm v stehennej kosti pravej nohy, ktorý metastázoval do pľúc. Tumor v pľúcach o veľkosti 8x14 cm, vyplňoval kraniálne 70% pravého hemitoraxu, choval sa expanzívne a spôsobil kolaps pravého pľúca. V júli 2011 zahájená chemoterapia podľa protokolu EuroEwing99 pre nádory zo skupiny ES. Liečba obsahovala 6 cyklov indukčnej chemoterapie VIDE, ktorú respondent zvládol bez výrazných komplikácií. Nasledovala lokálna terapia, ktorá zahrňovala radikálnu resekciu nádoru v pľúcach a operáciu rezidua nádoru v stehennej kosti, kedy mu bola vymenená spodná časť stehennej kosti hemoštepom s následným zaradením do radioterapie, a pooperačnú chemoterapiu VAI. Na záver liečby bola doporučená megachemoterapia s transplantáciou kmeňových buniek. Respondent dosiahol remisiu základného ochorenia. Od operačného výkonu je dispenzarizovaný na onkologickom oddelení kde chodí na kontroly každé 4 mesiace.

15.3 Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti

- *Ako by si popísal kvalitu Tvojho života pred tým, než Ti diagnostikovali ochorenie?*

Myslím že som oproti mojim rovesníkom viedol mnoho voľnočasových aktivít. Mojou najväčšou vášňou bol hokej, tréningy som mával 5 krát týždenne po škole. Okrem iného som si vždy rád išiel s kamarátmi alebo bratom zakopať na ihrisko alebo zahádzať na kôš, keď bolo pekne zvykol som si ísť aspoň raz do týždňa zabehať alebo zaplávať.

- *A čo škola?*

Tak škola ma v tom čase zaujímala asi ako každého 17 ročného pubertiaka (smiech). Nedá sa povedať že by ma nebavila, matika a jazyky ma na strednej bavili asi najviac, ale v tom čase som mal hlavu iba pre hokej. Ale paradoxne ako sa vraví, človek si uvedomí čo má až keď o to príde.

- *Chodil si pred tým na nejaké prehliadky, zaujímal si sa o svoje zdravie?*

Len klasicky raz ročne zubár a preventívky u môjho dorastového lekára. Keď že som športoval a snažil sa žiť zdravo, nepredpokladal som že by sa s mojím telom a zdravým dialo niečo zlé.

- *Trpel si bolesťami aj pred diagnostikovaním ochorenia?*

Pred samotným ochorením nie, sem tam bolesti svalov keď som to na tréningu fakt prehnal, inak asi nič čo by stálo za zmienku. No a potom sa objavil tumor, ktorý mi spôsoboval bolesti.

- *Ako si spal pred tým než si ochorel alebo sa objavili bolesti?*

Úplne normálne, s týmto som nikdy problémy nemal, možno keď som bol v strese pred dôležitým zápasom alebo náročným testom v škole tak sa mi zaspávalo o čosi ťažšie, ale to je myslím normálne. Nedá sa povedať že by som bol nespavý alebo také niečo.

➤ *Mal si nejaké plány do budúcnosti?*

Mal som ich strašne veľa a stále mám. Mojm najväčším snom bolo vypracovať sa na takú úroveň v hokeji, aby som si mohol zahrať v zámorskej lige alebo v reprezentácií (smiech). Žartujem, bol to taký môj tajný sen, samozrejme som sa chcel dostať v hokeji čo najvyššie, asi ako každý kto sa pre niečo zapáli a venuje tomu takmer každú minútu svojho voľného času. Chcel som ísť na vysokú, vyskúšať si, čo so sebou nesie vysokoškolský život. A potom mať super prácu, keby ma neživil hokej, ženu deti, dom, veľa peňazí (smiech). Teraz je pre mňa dôležité byť hlavne zdravý.

15.4 Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia

➤ *Ako začali Tvoje problémy?*

Moje ochorenie začalo bolesťou. Raz po tréningu ma začala pobolievať pravá noha nad kolenom, čo sa behom dňa vytratilo. Myslel som si že som si ju len namožil počas hry tak som to nejak nehrotil. Bolesť sa však začala objavovať častejšie, bola intenzívnejšia, trvala dlhšie. Myslel som, že som si možno natrhol šľachy alebo také niečo, tak som sa o tom nikomu nezmieňoval, hlavne nie rodičom, vedel som že hlavne mamka by sa hneď vystrašila a zadržala by mi tréningy. Tak som si to liečil sám ibalginom, nohu som si masíroval, dával som si teplé kúpele a studené obklady. Časom sa však bolesť stále viac a viac zhoršovala, tabletky nepomáhali, na tréningoch som podával stále horšie výkony. Boli časy kedy som kvôli bolesti strávil viac času na striedačke než na ľade. Raz večer keď som si masíroval nohu som si nad kolenom nahmatal výčnelok, nemal som pocit, žeby som ho tam pred tým niekedy mal. Stav sa mi stále zhoršoval, bolesť neustupovala, pridala sa únava ktorá sa nedala ani zďaleka

pripisovať jarnej únave. Nemal som chuť do jedla, a keď som sa už najedol bolo mi strašne nevoľno, niekoľko krát som dokonca zvracal. Rodičia a moje okolie si tieto zmeny na mne všimli, hlavne môj úbytok na váhe. Už keď som bol rozhodnutý navštíviť lekára začal som mať suchý kašeľ, dokonca záchvaty kašľu. Do toho sa pridali vysoké teploty a to bol konečný impulz prečo navštíviť lekára.

➤ *Ako to prebiehala táto návšteva?*

Lekár mi dal lieky na vykašliavanie, ale v priebehu troch dní sa mi to ešte viac zhoršilo, pridala sa k tomu aj bolesť na hrudi, tak som bol poslaný na pneumologickú ambulanciu, kde zistili že mám oslabené dýchanie a domnievali sa že mám zápal pľúc, tak si ma tam nechali detskom.

➤ *Ako prebiehala Tvoja hospitalizácia?*

V tom čase som už mal nasadené antibiotiká, ale môj stav sa stále nezlepšoval. Poslali ma preto na CT hrudníka kde mi zistili tumor na pľúcach. Po tomto zistení som bol preložený na kliniku detskej onkológie. Tam mi zistili že ide o Ewingov sarkóm, ktorý mi metastázoval do pľúc z mojej boľavej nohy, kde bolo ložisko nádoru. Niekoľko dní na to bola zahájená chemoterapia.

➤ *Ako na to reagovala Tvoja rodina a Tvoje okolie?*

Tak najťažšie to asi niesla mamka, mám pocit že stratu vlasov oplakala viac než ja (smiech). Otec je kus chlapa tak sa v rámci podpory snažil tváriť že sa z toho čoskoro dostanem. Ale celá moja rodina vrátane mamky a súrodencov sa zachovali úžasne, boli mi v časoch liečby obrovskou podporou, rovnako ako moji spoluhráči.

➤ *Tvoji spoluhráči? Udržovali si teda aj počas hospitalizácie kontakt s okolím?*

Samozrejme, chlapci za mnou chodili stále keď si našli čas po tréningu, rovnako tak aj moji spolužiaci, bola to pre mňa obrovská podpora a výzva bojovať, aby som sa medzi nich mohol čo najskôr vrátiť v plnom zdraví.

- *Aké boli Tvoje pocity počas hospitalizácie?*

Necítil som sa tam dobre, chcel som sa čo najskôr vrátiť domov. Veľmi ma bolelo vidieť mladých ľudí napojených na kvapačky a stále keď som ležal a kvapkala mi chemoška, predstavoval som si, ako som mohol byť na tréningu a bláznit' sa s chlapcami.

- *Aký si mal spánok počas hospitalizácie?*

V nemocnici sa spalo fakt strašne, bolelo ma celé telo, bolo mi na zvracanie a nemal som pocit že by mi lieky pomáhali bolesť utíšiť.

- *Ako si sa vracal späť do bežného života?*

Tak po absolvovaní chemoterapie a operácií som bol prepustený domov. Môj život sa zmenil o 180°, do školy som spočiatku nechodil vôbec, učivo som sa snažil doháňať doma tak veľmi ako to môj zdravotný stav dovoľoval. Keď že som postupne spravil „výstupné testy“ z jednotlivých predmetov, po dohode s vedením školy som bol pripustený k maturitnej skúške, ktorú som však vykonával trochu netradičnejšie ako moji rovesníci.

- *Bol si schopný sústrediť sa popri bolesti?*

Chcelo to veľa sebazaprenia ale bol som schopný. Mám pocit, že samotná príprava na jednotlivé predmety moju pozornosť od bolesti mnohokrát odpútavala.

- *Čo Ťa najviac zasiahlo?*

Tak určite to, že som už nemohol hrať hokej. Bolesti boli spočiatku také silné že boli dni kedy som sa nevládal postaviť z postele, takže vidina postaviť sa opäť na ľad bola v nedohľadne.

- *Ako prebiehala liečba po prepustení?*

Mal som lieky na zmiernenie bolesti, tie pomáhali kedy ako, boli dobré dni kedy som bolesť necítil vôbec, no a potom boli zlé dni. S nohou som chodil na rehabilitácie a taktiež som navštevoval jednu našu známu, ktorá je psychologička. Spočiatku som sa za to hanbil, nemal som pocit žeby som bol blázon, len som bol chorý a chcel som sa vyliečiť, ale teraz som za túto možnosť vdáčný, veľmi mi to pomohlo vyrovnať sa s mojím zdravotným stavom, bolesťami, ale aj so stratami.

15.5 Život v súčasnosti

- *Ako by si popísal kvalitu Tvojho života v súčasnosti?*

No je to omnoho lepšie, našiel som si obrovskú záľubu v čítaní kníh, odpútava to moju pozornosť od zlých myšlienok, ako aj od bolesti. Sem tam sa zájdem pozrieť za chlapcami na tréning, keď nemám bolesti zoberiem korčule a spravím si pár kolečok po ľade, ale to nespomínajte pred mamkou (smiech). Teším sa až bude vonku pekne, to si pôjdem s bratom trochu zahádzať na kôš.

- *Máš nejaké nepríjemné pocity v súvislosti s Tvojím ochorením?*

S ochorením asi len strach aby sa to už nevrátilo, ale na kontrolách som mal zatiaľ dobré výsledky, musím poklopať. Ale po liečbe som dosť často unavený, sem tam mi je nevoľno, takže som nemal veľmi chuť do jedla. Ale mám obrovskú radosť že mi dorástli vlasy, ľudia sa už za mnou neotáčajú ako za „tým chorým chlapcom.“

- *Máš v súčasnej dobe bolesti?*

Áno, ale nie je už tak intenzívne ako keď mi diagnostikovali tumor a počas liečby.

- *Ako by si opísal Tvoju bolesť? (lokalizácia, trvanie, intenzita, ...), a ako často sa bolesť počas dňa objavuje? (pozn. použitá škála NRS)*

Bolesť by som hodnotil číslom 4, hlavne v oblasti kolena, trvá krátko, možno hodinku dve, ustupuje rýchlo keď si vezmeme lieky na bolesť, ktoré mám od svojej lekárky. Nemôžem tvrdiť, že sa bolesť objavuje každý deň, je to skôr priemerne raz za tri dni, ale keď sa objaví, tak je to v ten deň aj dva krát.

- *Do akej miery máš pocit, že Ti fyzická bolesť bráni vykonávať denné aktivity?*

Závisí to hlavne od intenzity bolesti. Ako som vravel, hokej si najbližšiu dobu nezahrám, ale môžem sa postaviť na ľad a spraviť pár kolečok, môžem si na chvíľku zaplávať, zahádzať na kôš, pomôcť mame v kuchyni, skrátka môžem vykonávať aktivity pri ktorých sa rýchlo neunavím, v tom prípade mi bolesť nespôsobujú .

- *Si spokojný s tým, ako dokážeš vykonávať denné aktivity?*

Áno, som si vedomí toho, že boli časy kedy som ich dokázal vykonávať viac, rýchlejšie a efektívnejšie, ale teraz sa pozerám hlavne na moje zdravie. Po tom, čo som prešiel liečbou som veľmi spokojný s tým, čo všetko zvládam a ako sa to postupne zlepšuje.

- *Máš teda dostatok príležitostí pre rozvíjanie svojich záujmov?*

Áno, mám, čo som veľmi rád, lebo keby mi niekto v minulosti povedal, že raz prestanem hrať hokej, nevedel by som si predstaviť čo budem robiť ďalej, pritom možností je mnoho, a aj takých, ktoré je možné prispôbiť môjmu zdravotnému stavu.

- *Máte dosť energie pre bežný život?*

Spýtaj sa mojej mamky, tá by mi z nej možno aj ubrala (smiech)

- *Všimol si si na sebe nejaké vyvolávajúce príčiny bolesti? Objavuje sa u teba bolesť, ak prežívaš stres?*

Keď vykonávam nejakú činnosť, pri ktorej sa unavím rýchlejšie ako som predpokladal, bolesť sa objaví hneď. Čo sa týka stresu, je pravdou že som na sebe pár krát spozoroval, že v situácií kedy som sa niečoho bál, alebo som stresoval, tak sa bolesť tiež objavila.

- *Čo ti doteraz spôsobilo najväčšiu úľavu od bolesti?*

Tak určite lieky ktoré užívam, ďalej rehabilitácie, ktoré som absolvoval po operácií a ako som spomínal návštevy psychologičky. Tá mi hneď po mojej rodine pomohla asi najviac.

- *Do akej miery potrebujete nejakú liečbu, aby ste fungoval v bežnom živote?*

Je pravdou, že si neviem predstaviť ako inak by sa mi mohlo uľaviť od bolesti, ak by som nemal lieky. A ak by sa mi od bolesti neuľavilo, asi by som nemohol fungovať spôsobom, akým fungujem teraz.

- *Ako si bol spokojný s terapiou bolesti pomocou transdermálnych náplastí?*

Veľmi, pomohli mi uľaviť po operácií, nemal som zápchy, a čo je dôležité, mohol som byť doma s rodinou a neležať kvôli bolesti v nemocnici.

- *Trpel si zápchami? Ako si sa im snažil predísť?*

Mal som naordinované nejaké prehľadlá, ktoré som užíval.

- *A čo spánok?*

Ak som mal bolesti, spávalo sa mi zle, ráno som bol nevyspaný, podráždený, čo bolesť len zintenzívňovalo. Ale v súčasnej dobe, kedy sa bolesti objavujú len málo, spím pomerne dobre.

- *Počul si o alternatívnych metódach liečby bolesti, poprípade ste ich vyskúšal?*

Asi nie, nie som si istý či viem, čo to vôbec znamená (smiech)

- *Ide o terapiu založenú na princípoch prírodnej liečby. Patrí sem napríklad akupunktúra alebo chiropraktická liečba. Ak by si mal o možnostiach takejto terapie informácie, vyskúšal by si ju?*

Áno, určite, vyskúšal by som všetko, čo by mi pomohlo zmierniť bolesť a vrátiť spať do života.

- *Ako bezpečne sa cítiš vo svojom každodennom živote?*

Cítim sa bezpečne doma, v nemocnici taký pocit nemám, chýba mi tam moja rodina.

- *Robí Ti problémy pohybovať sa mimo Tvoj domov?*

Nerobí ale nesmiem byť sám. Bojím sa aby mi neprišlo nevoľno alebo ma nezachvátila bolesť, potrebujem mať pri sebe niekoho, kto by mi pomohol.

- *Ako získavaš nové informácie? Či už ohľadne Tvojho každodenného života alebo ohľadne svojho zdravotného stavu?*

Informácie získavam od spolužiakov, od chlapcov z tímu a od mojej rodiny. Čo sa týka môjho zdravia, z času na čas si niečo vygooglim, ale verím skôr tomu, čo mi povedia lekári než tomu, čo niekto hodil na wikipédiu (smiech).

Poznámka výskumníka

Respondent A je veľmi pozitívne ladený mladý muž. Extrovert, komunikatívny, o svojom ochorení a bolesti rozprával veľmi otvorene. Ochorenie a bolesť s ním súvisiacu chápe ako výzvu a snaží sa tomu postaviť a prekonať to, aby sa mohol vrátiť k životu, ktorý viedol pred ochorením. Svoj súčasný život však nepokladá za menej kvalitný, snaží sa ho žiť naplno, našiel si aktivity ktoré ho aj naďalej naplňujú.

16 RESPONDENT B

Ďalšie ciele

- zistiť aké ma pacient vzťahy s rodinou a okolím
- zistiť ako ochorenie a bolesť ovplyvnila štúdium respondenta
- zistiť aké ma respondent informácie o možnostiach terapie bolesti
- zistiť v akých oblastiach vo výkone denných aktivít došlo k zmenám

16.1 Úvod rozhovoru

Respondentom B je muž vo veku 35 rokov. V roku 2012 mu bol diagnostikovaný neuroendokrinný malignóm hlavy pankreasu s viacpočetnými metastázami do pečene. Kvôli ťažkým hypoglykemickým stavom bol pacient podrobený operačnému zákroku nádoru pankreasu a následnej chemoterapeutickej liečbe. Respondenta B som informovala o tom, že cieľom nášho rozhovoru bude získať informácie ohľadne jeho zdravotného stavu z obdobia pred diagnostikovaním ochorenia až do súčasnosti. Respondent B so zberom údajov ohľadne jeho zdravotného stavu rovnako ako aj s dátumami navrhovaných schôdzok súhlasil. Zber údajov prebehol v období od decembra do januára, kedy prebehli 4 stretnutia s odstupom 1 týždeň. Respondenta B som uistila o tom, že všetky údaje týkajúce sa jeho osoby a zdravotného stavu ostanú anonymné.

16.2 Anamnéza

Osobná anamnéza

Muž vo veku 35 rokov, fajčí cca od 20 rokov, škatuľku denne. Alkohol nepije, iba príležitostne. Kávu pije dva krát denne. Neraňajkuje, stravuje sa veľmi nepravidelne. Voľný čas venuje priateľom, rodine, práci na záhrade, občas si zájde do posilňovne alebo sa venuje rekreačným športom.

Rodinná anamnéza

Pozitívna rodinná anamnéza na onkologické ochorenie. Matka, 55 rokov, pred desiatimi rokmi diagnostikovaná rakovina ľavého prsníka s metastázami do podpažných lymfatických uzlín. Podstúpila resekciu prsníka a následnú onkologickú liečbu, dispenzarizovaná na RTO oddelení. Ďalej sa lieči na vysoký TK. O otcovi sa vie málo, opustil rodinu v čase keď mal respondent 3 roky. Rodinu od toho času nekontaktoval, potvrdený pozitívny abúzus na alkoholické nápoje. Respondent má dvoch starších bratov, u jedného z nich diagnostikované polypy na konečníku. Je ženatý 14 rokov, má 13 ročnú dcéru, tá je zdravá rovnako ako aj manželka.

Sociálna anamnéza

Respondent žije spolu s manželkou a dcérou v rodinnom dome. Vyštudoval vysokú školu ekonomickú, v súčasnej dobe pracuje ako manažér pre podnik v mieste jeho bydliska. Manželka pracuje v lekárni v tom istom meste ako respondent.

Zdravotná anamnéza

Prekonal bežné detské ochorenia bez komplikácií. Alergie neguje. V roku 2009 vykonaná laparoskopická cholecystektómia. Od operácie sa snaží dodržiavať diétu s obmedzením tukov. Inak je respondent bez závažnejšieho predchorobia. V marci 2012 diagnostikovaný neuroendokrinný malignóm hlavy pankreasu s viacpočetnými metastázami do pečene. Po kontrole nádoru sa zistilo že je neoperabilný kvôli infiltráciám okolitých ciev. Kvôli ťažkým hypoglykemickým stavom sa pristúpilo k čiastočnej resekcii nádoru. Pri operácii sa však nádor podarilo odstrániť celý vrátane maligných trombov z okolitých ciev a metastáz z pravého pečeneového laloku. Po operácii bola glykémia normalizovaná a pristúpilo sa k trojcyklovej chemoterapeutickej liečbe. V súčasnej dobe je zdravotný stav respondenta stabilizovaný, naďalej je dispenzarizovaný na onkologickom oddelení kde chodí a pravidelné kontroly.

16.3 Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti

- *Ako by ste popísal kvalitu Vášho života pred tým, než Vám diagnostikovali ochorenie?*

Ako pomerne mladý človek myslím, že som viedol a vediem kvalitný život. Chodil som do práce, venoval som sa manželke a dcérke, s priateľmi som si zašiel na golf, ak bol čas, rád som si išiel sám alebo s rodinou zaplávať. Malá ma rada vodu.

- *Chodil ste na nejaké prehliadky, zaujímal ste sa o svoje zdravie?*

Chodil som na preventívne prehliadky k zubárovi a praktickému lekárovi.

- *Mal ste nejaké záľuby, koníčky, venoval ste sa nejakému športu?*

No okrem toho golfu a plávania som si zašiel dva krát/ tri krát týždenne do posilňovne.

- *Trpeli ste bolesťami aj pred diagnostikovaním ochorenia?*

Nie, nikdy.

- *Ale bol ste predsa operovaný so žlčníkom, v tom čase ste neprežíval bolesti?*

Aha, áno, v tom čase áno.

- *Čo Vaše zamestnanie?*

Pracujem ako manažér v miestnom podniku, tu prácu mám veľmi rád, nerád by som o ňu prišiel.

- *Aký bol Váš spánok?*

Spal som dobre.

- *Mali ste nejaké plány do budúcnosti?*

Ak sa môj zdravotný stav nezhorší, v lete by som s manželkou a malou chcel ísť na dovolenku k moru.

16.4 Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia

➤ *Ako začali Vaše problémy?*

Spočiatku som si myslel že ma pobolieva žlčník, pripisoval to tomu, že moja životospráva nie je najšťastnejšia. Neskôr som mal problémy s nízkym cukrom, ktoré sa nezlepšovali a pri hľadaní príčiny sa prišlo na to že je to rakovina.

➤ *Ako na to reagovala vaša rodina a vaše okolie?*

Tak samozrejme že to nebola veľmi pozitívna správa, ale obaja sme s manželkou optimisti, postavili sme sa k tomu ako k normálnemu ochoreniu. Ako chrípka, rozumiete, ochoriete, podstúpite liečbu a ste zdravá.

➤ *A čo okolie, v práci napríklad?*

V práci som to musel samozrejme oznámiť kvôli liečbe a operácií, ale veľmi som s nimi o tom nediskutoval, nepotreboval som, aby ma ľutovali.

➤ *Ako prebiehala Vaša hospitalizácia?*

Normálne, prišiel som do nemocnice, nasadili mi chemoterapiu, po ukončení som mohol ísť domov. Nechcem sa k tomu vracat', je to za mnou.

➤ *Môžem sa ešte ohľadne Vašej hospitalizácie spýtať, aké boli Vaše pocity počas nej?*

Negatívne, kto by chcel byť v nemocnici, keď má doma ženu a dieťa.

➤ *Udržovali ste počas hospitalizácie kontakt s okolím?*

Áno, rodina ma chodila navštevovať. Viete, niekto mi musel nosiť pomaranče a minerálky. (smiech)

- *Aký bol Váš spánok?*

Zlý, som zvyknutý na svoju posteľ a na moju manželku v nej.

- *Ako ste sa vracal späť do bežného života?*

Hmm, tak vrátil som sa domov, manželka sa snažila, aby som sa čo najmenej namáhal, do práce som nechodil, snažil som sa pracovať doma ak to bolo možné.

- *Čo Vás najviac zasiahlo?*

Neviem, išlo to v ruka v ruke, strata zdravia, bolesti, nemožnosť pracovať, nemohol som sa naplno venovať dcére. Bolo toho veľa, neviem usúdiť čo z toho ma zasiahlo najviac.

- *Ako prebiehala liečba po prepustení?*

Bral som lieky na potlačenie bolesti, pravidelne som chodil na kontroly.

16.5 Život v súčasnosti

- *Ako by ste popísal kvalitu Vášho života v súčasnosti?*

Tak isto ako som Vám ju opísal pred tým (smiech). Nemôžem povedať, že by môj život stratil na kvalite, samozrejme, došlo k určitým zmenám a obmedzeniam, ale ak človek chce, všetko sa dá vykompenzovať.

- *Máte nejaké nepríjemné pocity v súvislosti s vaším ochorením?*

Únava, občasné bolesti a nevoľnosti, niekedy zle spím.. hmm...trápi ma aj zápcha ale neviem či Vás práve toto zaujíma (smiech).

- *Určite, zaujíma, ako zápchu liečite?*

Preháňadlami, ale tie z nemocnice mi nevyhovujú, manželka mi priniesla z lekárne nejaké lepšie, treba za ne síce doplácať, ale na peniaze čo sa týka zdravia nepozerám.

- *Máte v súčasnej dobe bolesti?*

Áno. Občas.

- *Ako by ste opísal Vašu bolesť? (lokalizácia, trvanie, intenzita, ...)(pozn.: použitá škála NRS)*

Hmmm...myslím že by som ju hodnotil číslami 3-4. Nevieam, niekedy je to aj 8, závisí na okolnostiach. Bolesti mám v oblasti brucha, tie silnejšie sa objavujú raz, dva krát týždenne.

- *Všimli ste si na sebe nejaké vyvolávajúce príčiny bolesti?*

Pri námahe, ak ma stresuje niečo z práce a niekedy pred spaním.

- *Čo vašu bolesť najviac ovplyvňuje?*

Lieky?(smiech) Jedine lieky, o ničom inom neviem, čo by mi od bolesti pomohlo.

- *Aké máte pocity pri bolesti?*

Neskáčem pri nich od radosti. (smiech)

- *Ako ste bo spokojný s terapiou bolesti pomocou transdermálnych náplastí?*

Veľmi, nemusím byť pri ich aplikácií hospitalizovaný, môžem normálne fungovať a mám dojem, že mi to aj celkom pomohlo zmierniť zápchu.

- *Počuli ste o alternatívnych metódach liečby bolesti, poprípade ste ich vyskúšal?*

Všetko čo je alternatívne ide mimo mňa, neverím tomu, pokladám to za šarlatánstvo. Ako keby mal niekto zabiť kohúta a mne to pomôže od bolesti.(smiech) Nie, nie, nič pre mňa. To nech si číňania robia na sebe, ja verím medicíne.

- *Do akej miery máte pocit, že Vám fyzická bolesť bráni vykonávať denné aktivity?*

Nemám ten pocit, niektoré aktivity som musel na čas vynechať, ale všetko potrebné dokážem urobiť sám alebo s pomocou manželky.

- *Venujete sa aj naďalej svojim záľubám?*

Práca, ktorú doma vykonávam je rovnako mojím koníčkom, ak bude čas a chuť, zájdem si opäť na golf.

- *Do akej miery potrebujete nejakú liečbu, aby ste fungoval v bežnom živote?*

Do vysokej miery.

- *Ovplyvnila bolesť Vaše zamestnanie?*

Áno, na čas som musel prestať chodiť do práce, ale čo je možné robím z domova. Stále je to lepšie ako sedieť a nerobiť nič. A účty sa samé nezaplacia.

- *Do akej miery ste schopný sústrediť sa popri bolesti?*

Odpútava to moju pozornosť od bolesti, takže sa dokážem sústrediť. Viete, ja si myslím, že neexistuje bolesť, ktorá by sa nedala zvládnuť. Ide len o to, či si človek povie, či je pre neho lepšie ležať doma na gauči a plakať, ako ho to bolí, alebo sa snažiť a veriť, že toto je len prechodný stav.

- *Máte dostatok príležitostí pre rozvíjanie svojich záujmov?*

Až nad rámec (smiech).

- *Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote?*

Ako bezpečne? No cítim sa bezpečne. Keby sa dačo dialo, viem, že Paulie (pes) začne brechať. (smiech)

- *Robí Vám problémy pohybovať sa mimo Váš domov?*

Nie, ale za volant si ešte netrúfam, viete, keby ma zaskočila bolesť. Takže osobného šoféra mi robí manželka.

- *Ste spokojný so svojím spánkom?*

Áno aj nie, záleží to od toho aký mám za sebou deň

- *Ste spokojný s tým, ako dokážete vykonávať svoje bežné denné aktivity?*

Momentálne áno. Bolo lepšie, bolo horšie. Ale viete, ja vidím pohár ako poloplný než poloprázdny.

- *Ako ste spokojný so svojimi osobnými vzťahmi?*

Som veľmi spokojný, s manželkou máme dobré vzťahy, a táto diagnóza naše vzťahy ešte viac posilnila

➤ *Ako dostupné sú pre Vás informácie, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život?*

V dnešnej dobe? Internet, mobil, fax. Všetko čo potrebujem vedieť viem hneď.

Poznámka výskumníka

Respondent B pozitívne ladený, optimista, ale skôr introvert. Odpovede na otázky veľmi strohé, mala som pocit, že respondentovi nebolo príjemné o ochorení a prežívaní bolesti hovoriť, pri niektorých otázkach mal dlhé chvíle na premýšľanie, je možné, že niektoré informácie zámerne zamlčal. Dohodnuté schôdzky boli diametrálne kratšie než s respondentmi A a C. Napriek tomu som ich množstvo nezredukovala, pretože som dúfala, že sa mi podarí s respondentom vybudovať dôveru a postupne sa rozhovoriť. K tomu však nedošlo. Myslím, že respondent prežíva strach z recidívy ochorenia, nakoľko sa cíti pre svoju rodinu ako živiteľ potrebný.

17 RESPONDENT C

Ďalšie ciele:

- zistiť aké ma pacient vzťahy s rodinou a okolím
- zistiť ako ochorenie a bolesť ovplyvnila zamestnanie respondenta
- zistiť, ako pacient vníma obmedzenia v záľubách ktoré mal pred ochorením a bolesťou
- zistiť aké ma respondent informácie o možnostiach terapie bolesti
- zistiť v akých oblastiach vo výkone denných aktivít došlo k zmenám

17.1 Úvod rozhovoru

Posledným respondentom je muž vo veku 64 rokov, s diagnostikovaným zhubným nádorom hltanu s metastázami do krčných lymfatických uzlín. V roku 2012 absolvoval 4 cykly chemoterapie spolu s tzv. molekulárnu cieleňú liečbu. Respondenta C som informovala o tom, že cieľom môjho rozhovoru bude získať údaje z obdobia pred diagnostikovaním nádoru hltanu až po jeho život v súčasnosti. Respondent C so zberom dát rovnako ako aj s navrhnutými schôdzkami súhlasil. Zber údajov prebiehal v rozmedzí od januára do februára, kedy som s pacientov kvôli väčšej vzdialenosti a súčasnému zdravotnému stavu stihla dohovoriť iba dve schôdzky. Napriek menšiemu počtu stretnutí bol respondent C natoľko ochotný a výrečný, že mi tento počet schôdzok stačil k získaniu všetkých potrebných údajov a vypracovaniu rozhovoru. Respondenta C som rovnako ako ostatných respondentov uistila o tom, že všetky údaje týkajúce sa jeho osoby a zdravotného stavu ostanú anonymné.

17.2 Anamnéza

Osobná anamnéza

Muž vo veku 64 rokov. Fajčil 20 rokov, vo veku 40 prestal kedy prekonal obojstrannú pneumóniu. Alkohol pije minimálne, len na rodinných stretnutiach, občas si dá

pivo, kávu pije dva až tri krát denne. Voľný čas venuje rodine, priateľom, pred ochorením sa často venoval turistike.

Rodinná anamnéza

Respondent C má pozitívnu rodinnú anamnézu na onkologické ochorenie. Matka zomrela vo veku 75 rokov na rakovinu pažeráku. Otec prekonal vo veku 59 rokov IM, o 5 rokov neskôr CMP, čo u neho spôsobilo pravostrannú hemiparézu a imobilitu. Respondent sa o neho spolu s manželkou rok starali, zomrel v dôsledku hypostatickej pneumónie. O 5 rokov mladšia sestra je zdravá. Respondent bol ženatý 40 rokov, manželka 8/2010 (rok pred diagnostikovaním nádoru u respondenta) zomrela na rakovinu prsníka. Respondent túto stratu nesie veľmi ťažko. Má dvoch synov a jednu dcéru. Tí sú zdraví.

Sociálna anamnéza

Respondent C žil s manželkou v rodinnom dome. V súčasnej dobe žije sám, často ho však navštevujú jeho deti. Do diagnostikovania ochorenia sa živil ako učiteľ fyziky a chémie na gymnáziu, momentálne v dôchodku, snaží sa doučovať v mieste svojho bydliska. Manželka pracovala rovnako ako respondent ako učiteľka na základnej škole.

Zdravotná anamnéza

Prekonal bežné detské ochorenia bez komplikácií. Alergie neguje. Pred 20 rokmi bol podrobený operácií kvôli fraktúre stehennej kosti ktorú utrpel pri páde na bicykli inak je respondent bez závažnejšieho predchorobia. V septembri 2011 diagnostikovaný zhubný nádor hltanu s metastázami v krčných lymfatických uzlinách. V decembri roku 2011 zahájená chemoterapeutická a rádioterapeutická liečba, ktorá prebiehala v rozmedzí 9 mesiacov (do 8/2012). Pri hodnotení účinku liečby bolo zistené, že nádor je neoperabilný nakoľko je v tesnom kontakte s veľkými krčnými tepnami. Od októbra 2012 absolvoval respondent ďalšiu chemoterapiu a molekulárnu cieleňú terapiu. Nádor sa podarilo stabilizovať ale respondent ďalšiu chemoterapiu odmietol. V jednomesačných intervaloch navštevuje onkologickú ambulanciu, kde je sledovaný. Základne ochorenie sa snaží liečiť vlastnými alternatívnymi postupmi, bolesť je liečená na onkologickom oddelení, respondent navštevuje aj ambulancie bolesti.

17.3 Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti

- *Ako by ste popísal kvalitu Vášho života pred tým, než Vám diagnostikovali ochorenie?*

S mojou manželkou sme viedli veľmi pekný a bohatý život na aktivity. Obaja sme boli učitelia, manželka na základnej škole, ja som vyučoval predmety fyziku a chémiu na gymnáziu. Vo voľnom čase sme sa venovali turistike, alebo sme sa išli len tak prejsť do prírody alebo sme sa venovali naším vnúčatkám. A však po smrti manželky sa môj život, rovnako ako aj zdravotný stav rapídne zmenili.

- *O tom ako sa zmenil Váš život a zdravotný stav sa porozprávame neskôr, mohli by ste mi teraz bližšie opísať Vašu prácu?*

Tak teda ako som už povedal, vyučoval som predmety fyziku a chémiu, ktoré mi boli už od čias kedy som ja navštevoval školu veľmi blízke. Svoju prácu som miloval, robiť niečo, čo Vás baví a pohybovať sa pri tom medzi mladými ľuďmi Vás nabíja každý deň pozitívnou energiou a ako som zvykol vravieť, sám som sa cítil ako večne mladý (smiech).

- *Pred tým než ste ochorel, chodil ste na nejaké prehliadky, zaujímal ste sa o svoje zdravie?*

Lekárov som nikdy nemal veľmi v láske (smiech), sem tam, povedzme raz za dva roky, som si zašiel pre istotu na preventívnu prehliadku k môjmu praktickému lekárovi. Inak ma zdravie nikdy nejako výrazne nepotrápilo, ak nepočítam sezónne nádchy a občasné pokašliavanie.

- *Mal ste nejaké záľuby, koníčky, venoval ste sa nejakému športu?*

Ako som spomínal, radi sme si zašli s manželkou na turistiku do hôr, niekoľko krát sme dokonca navštívili Vysoké Tatry. Milujem kultúru, preto sme zvykli aspoň raz do mesiaca navštíviť divadlo, poprípade múzeum, ak bolo pekné počasie robili sme si výlety aj na okolité hrady. Niekoľko zaujímavých pamiatok som navštívil aj s mojimi žiakmi v rámci školských výletov. Inak sme si zašli len tak z času na čas rekreačne posedieť na pivko s priateľmi.

- *Trpeli ste bolesťami aj pred diagnostikovaním ochorenia?*

Bolesť ako takú som pociťoval asi ako každý starší človek. Tým myslím bolesti kĺbov pri zmene počasia, niekedy tak silné, že by bol zo mňa dobrý meteorológ (smiech). Čo sa týka môjho súčasného ochorenia, bolesť bola jedným zo symptómov, ktoré ma ku lekárovi priviedli

- *Aký bol Váš spánok?*

So spánkom som nikdy problémy nemával, spal som ako malý chlapec.

- *Mali ste nejaké plány do budúcnosti?*

Nejaké veľké plány do budúcnosti som už nemal, keď som bol mladší, vedel som že sa chcem stať učiteľom, čo sa mi aj splnilo, našiel som si skvelú manželku, mali sme spolu krásne 3 deti, potom prišli krásne vnúčatá. Mojm jediným plánom asi bolo dožiť si svoj život po boku manželky a tešiť sa svojim vnúčatám a rodine.

17.4 Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia

- *Ako začali Vaše problémy?*

Zo začiatku som pociťoval bolesti a tlak na ľavej strane krku. Môj praktický lekár sa domnieval že ide o zápal mandlí, preto som začal užívať antibiotiká.

K tomu sa však neskôr pridal opuch, ktorý bol veľmi bolestivý a antibiotiká nezaberali. V tom istom mesiaci mi diagnostikovali zhubný nádor hltanu.

- *Ako na to reagovala vaša rodina a vaše okolie?*

Bol to šok ako pre mňa, tak aj pre moju rodinu. Zachovali sa však úžasne, boli mi obrovskou oporou.

- *Ako prebiehala Vaša hospitalizácia a aké boli Vaše pocity?*

Bol som prijatý na onkologické oddelenie. Už len ten názov vo mne vyvolával nepríjemné pocity, keďže ako som spomínal, lekárov ani nemocnice som nikdy nemal veľmi v láske. Prvý deň na tomto oddelení bol pre mňa veľmi ťažký, videl som okolo seba samých ležiacich pacientov napojených na kvapačky a začal som si uvedomovať, že som aj ja vlastne jedným z tých pacientov. Prevládali u mňa pocity zlosti, pýtal som sa prečo práve ja, prišlo mi to ako najneférovejšia vec v mojom živote. Ale ako dni ubiehali a videl som okolo seba ľudí, ktorý aj napriek stanovenej diagnóze vyzerali šťastne a zmierene, uvedomil som si, že rakovina je choroba ako každá iná a musím s ňou bojovať.

- *Udržovali ste počas hospitalizácie kontakt s okolím?*

Áno, moje deti ma chodili pravidelne navštevovať spolu s vnúčatami, veľmi ma potešila aj návšteva mojich kolegov s mojimi žiakmi, ktorým som bol triednym učiteľom. Nabilo ma to veľkou energiou a entuziazmom.

- *Aký bol Váš spánok?*

Spočiatku sa mi v nemocnici zaspávalo zle, trápili ma bolesti a nevoľnosti ktoré spôsobovala moja liečba.

- *Ako ste sa vracal späť do bežného života?*

Do mojej práce som sa už nevrátil, ale keďže mi veľmi chýbala, rozhodol som sa doučovať žiakov, ktorý o to mali záujem, ak to môj zdravotný stav dovoľoval. Doučovania som realizoval doma, v prípade že by sa mi zdravotný stav náhle zhoršil.

➤ *Čo Vás najviac zasiahlo?*

Veľmi ma mrzelo že som už nemohol vyučovať v škole, čo som si z časti vykompenzoval doučovaním žiakov u mňa doma. Nemohol som už vykonávať turistiku a výlety do prírody kvôli bolestiam, ktoré ma v tom obmedzovali. Sem tam som sa šiel prejsť okolo domu a do záhrady, ale už to nebolo ono.

➤ *Ako prebiehala liečba po prepustení?*

Ďalšiu chemoterapiu a rádioterapiu ktorá mi bola naordinovaná som odmietol. Naďalej som bol sledovaný na onkologickej ambulancii, kde som chodil na pravidelné prehliadky každý mesiac.

17.5 Život v súčasnosti

➤ *Ako by ste popísal kvalitu Vášho života v súčasnosti?*

Neviem ako na túto otázku odpovedať, v podstate som stále doma alebo v nemocnici, čo je v porovnaní s mojím životom pred ochorením dosť biedne. Napriek tomu sa snažím nachádzať si aktivity, ktoré by mi kompenzovali môj život v minulosti.

➤ *Máte nejaké nepríjemné pocity v súvislosti s vaším ochorením?*

Dosť často pociťujem úzkosť, bojím sa čo bude ďalej, sú chvíle kedy si vravím že už asi ani nemá zmysel byť na tomto svete. Potrápi ma aj nevoľnosť, nemám chuť k jedlu, k tomu sa pridali problémy s vyprázdňovaním, ktoré, ako mi bolo povedané, súvisia s liekmi ktoré beriem proti bolesti.

- *Ako tieto problémy s vyprázdňovaním riešite?*

Beriem preháňadlá.

- *Máte v súčasnej dobe bolesti?*

Áno, mám.

- *Ako by ste opísal Vašu bolesť? (lokalizácia, trvanie, intenzita, ...) (pozn.: použitá škála NRS)*

Ide predovšetkým o bolesť na krku, hodnotil by som ju tak číslom 5 až 6, cítim tam neustáli tlak, niekedy keď jem mám pocit akoby som prehltal žiletky, akoby som tam mal nejakú ostrú prekážku. Niekedy mám pocit že ma bolia aj prsty na nohách. Nie je to každý deň, ale keď sa objaví trvá celý deň, dokonca aj niekoľko dní vkuse, alebo sa objavuje 4-5 krát denne v rôznych intervaloch.

- *Všimli ste si na sebe nejaké vyvolávajúce príčiny bolesti?*

Samozrejme, predovšetkým zvýšená námaha, napríklad keď sa rozhodnem pokosiť trávnik a neodhadnem pri tom svoje sily a rýchlo sa unavím. Niekedy sa bolesť objaví aj keď mám silný kašeľ alebo pri problémoch so stolicou.

- *Ako často sa bolesť počas dňa objavuje?*

To závisí od toho ako mám nastavené lieky, ale väčšinou minimálne raz za deň.

- *Čo vašu bolesť najviac ovplyvňuje? Máte pocit, že vašu bolesť ovplyvňuje prežívanie stresu?*

Z časti ju ovplyvňuje zmena počasia. Často, keď som doma sám a rozmyšľám nad tým, čo bude ďalej, bolesť sa zjaví alebo je intenzívnejšia.

- *Aké máte pocity pri bolesti?*

Mám strach, hlavne keď som sám, že sa budú ďalej zhoršovať alebo neprestanú vôbec. Celkovo sa cítim bezpečnejšie, keď som s bolesťou hospitalizovaný, aj napriek tomu, že som nemal a nemám nemocnice v oblúbe.

- *Čo Vám spôsobilo doteraz najväčšiu úľavu od bolesti?*

Len lieky, ktoré užívam.

- *Počuli ste o alternatívnych metódach liečby bolesti, poprípade ste ich vyskúšal?*

Niečo som si o tom vyhľadal na internete, ale neverím na to, nakoľko mi ani lieky neprinášajú dostatočnú úľavu.

- *Ako ste bo spokojný s terapiou bolesti pomocou transdermálnych náplastí?*

S náplastami som spokojný nebol, asi mi na ne zle reagovala koža, v mieste nalepenia sa vždy objavovalo začervenanie, koža ma svrbela.

- *Do akej miery potrebujete nejakú liečbu, aby ste fungoval v bežnom živote?*

Bez liekov, ktoré užívam proti bolesti si už svoj život ani nedokážem predstaviť.

- *Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote?*

Keď nemám silné bolesti tak áno, ako náhle sú bolesti horšie, bojím sa byť doma sám, svoje deti nechcem obťažovať, nie som už malý chlapec.

- *Robí Vám problémy pohybovať sa mimo Váš domov?*

Nie, rád sa prejdem do obchodu na nákup alebo na záhradu. Ak potrebujem do nemocnice, odvezie ma dcéra alebo chlapci, podľa toho kto z nich má čas.

- *Ste spokojný so svojím spánkom?*

Nie spí sa mi teraz veľmi zle, mám pocit, že bolesť sa mi zhoršuje najmä v noci.

- *Ste spokojný s tým, ako dokážete vykonávať svoje bežné denné aktivity? Bráni Vám fyzická bolesť vo vykonávaní denných aktivít?*

Nedá sa povedať že by som bol nespokojný, všetko čo potrebujem, si dokážem urobiť sám navarím si, sem tam zájdem na nákup, aby som s tým stále neobťažoval deti, ale je to pre mňa namáhavé a bolesť to len zhoršuje.

- *Do akej miery ste spokojný so svojou schopnosťou pracovať?*

Tak býval som spokojnejší, že áno (smiech) ale nie, som strašne rád za to, že môžem doučovať a že sa nájdu žiaci ktorý o to majú záujem, hlavne kvôli skúškam na vysokú. Potom ma vždy poteší, keď mi príde sms-ka že sú prijatý, to je pre mňa dôkazom o tom, že to nerobím zbytočne.

- *Ste schopný sústrediť sa na túto prácu popri bolesti?*

Na určitú bolesť som si už zvykol a naučil som sa fungovať aj cez ňu, takže mi to nebráni sústrediť sa, skôr to odpútava moju pozornosť od bolesti.

- *Ako ste spokojný so svojimi osobnými vzťahmi?*

Bývali lepšie, kedysi som bol v kontakte s kolegami každý deň v práci, teraz už len keď mi zavolajú alebo prídu na návštevu.

- *Ako ste spokojný s podporou od vašej rodiny/ priateľov?*

Moje deti sú úžasné, podporovali ma od prvej chvíle až do dnes, a nikdy mi nedali pocítiť, že by ich to obťažovalo. Tak som šťastný že sme si ich s manželkou takto vychovali a že s nich vyrástli dospelý ľudia na ktorých sa v ťažkých chvíľach môžete spoľahnúť. Moje deti však už majú vlastné rodiny, a tým že ma navštevujú každý deň mám pocit, že ich oberám o čas ktorý môžu naplno venovať svojej rodine. O mojich najbližších priateľoch platí to isté, tiež ma navštevujú, síce nie každý deň ale to často. Nerád by som ich obťažoval. Ale to je na každom z nás aké silné priateľstva si vybuduje.

- *Ako dostupné sú pre Vás informácie, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život?*

Tak v dnešnej dobe úplne, všetko čo potrebujem si dohľadám na internete, alebo zdvihnem telefón a zavolám si, chodia ku mne na návštevu deti. Mám skrátka prístup ku všetkým informáciám ktoré potrebujem, nemám pocit, že by som bol o niečo ochudobnený.

- *Máte dosť energie pre bežný život?*

O energiu ma dosť oberá bolesť, ak je intenzívna musím zrušiť dohodnuté doučovanie. Ak som však bez bolesti, vyjdem si aj na záhradu, pokosím trávnik, vtedy mám energie na rozdávanie (smiech.)

Poznámka výskumníka

Respondent C je veľmi komunikatívny, z rozhovoru však bolo cítiť, že o určitých veciach nechce hovoriť, odpovedal vyhýbavo alebo len jednoslovne. Napriek tomu že respondent pôsobil v určitých chvíľach ako veselý človek, na svoje ochorenie hľadel negatívne a bol pesimisticky ladený. Respondenta veľmi zasiahla strata manželky, cíti sa sám a napriek tomu, že jeho rodina mu je oporou a každý deň ho navštevuje.

18 ANALÝZA ROZHOVORU

18.1 Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti

Oslovený respondent žil veľmi aktívny a usporiadaný život. Respondent A mal svoj život zameraný predovšetkým na hokej a športové aktivity, na štúdium a priateľov. Snažil sa dodržiavať zdravú životosprávu, preto sa pokladal za zdravého jedinca. Výraznými bolesťami pacient pred ochorením netrpel, spánok nemal porušený. Respondent mal vzhľadom k jeho nízkemu veku veľké plány do budúcnosti, ktoré sa snažil zrealizovať.

Respondent B svoj život pokladal za plnohodnotný, životospráve veľkú pozornosť nevenoval, aj napriek nutnosti dodržiavania diéty po vykonanej cholecystektómii. Svojmu zdravotnému stavu nevenoval veľkú pozornosť. Svoj život mal zameraný predovšetkým na zamestnanie, nakoľko sa pokladá za živiteľa rodiny. Vo voľnom čase sa venoval športom, rodine a priateľom. Pred ochorením netrpel výraznými bolesťami, uvádza len bolesti spojené s cholecystektómiou. Spánok u respondenta B nebol porušený, o plánoch do budúcnosti nehovoril, spomenul iba letnú dovolenku pri mori. Respondent C sa živil ako učiteľ, z rozhovoru vyplýva že bol veľmi naviazaný na manželku. Mali rovnaké zamestnanie, svoj voľný čas vyplňovali spoločnými záujmami.

Respondent C je smrťou manželky výrazne poznamenaný. Rovnako ako respondent B, nevedie správnu životosprávu a o svoj zdravotný stav sa vzhľadom k pokročilému veku zaujímal len minimálne. Pred ochorením netrpel závažnými bolesťami, spánok u tohto respondenta taktiež nebol porušený. Respondent C neudával žiadne veľké plány do budúcnosti, má pocit, že všetky plány ktoré mal si už v živote naplnil.

18.2 Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia

Pre všetkých troch respondentov bola onkologická diagnóza šok. Všetkých čakala chemoterapeutická liečba, respondenti A a B podstúpili operatívny zákrok. Respondenti boli intenzívne podporovaní svojou rodinou a priateľmi, napriek tomu, z nezistených príčin, respondent C v liečbe odmietol pokračovať. U všetkých troch respondentov bol počas hospitalizácie porušený spánok, ktorý súvisel s bolesťami a vedľajšími účinkami liečby primárneho ochorenia, taktiež prevažovali negatívne pocity z hospitalizácie nad pozitívnymi.

18.3 Život v súčasnosti

Aj napriek tomu, že u respondentov došlo k obmedzeniu vo vykonávaní denných aktivít, považujú svoj život za kvalitný, počas dňa a sa snažia vykonávať iné aktivity, ktoré ich z časti odpútavajú od bolesti. Respondenti prežívajú aj v súčasnej dobe bolesti, ktoré sú u každého zvládané inak, dominuje strach súvisiaci s recidívou ochorenia. Respondenti okrem iného trpia zápchami a porušenou kvalitou spánku predovšetkým kvôli bolesti. Respondenti A a B boli spokojní s aplikáciou transdermálnych náplastí z niekoľkých dôvodov: vyššia úľava od bolesti, zmiernenie zápchy a predovšetkým, možnosť byť pri tejto terapii v domácom prostredí, nakoľko si nevyžaduje hospitalizáciu. Respondent C s touto terapiou spokojný nebol, je spokojnejší ak je hospitalizovaný, čo môže z časti korešpondovať s faktom, že u pacienta je porušený pocit bezpečia a istoty, pretože žije sám. Respondenti B a C sa k alternatívnym metódam stavajú negatívne, čo môže súvisieť s nedostatkom informácií zo strany zdravotníkov. Respondent A by túto možnosť terapie prijal, nemá však o nej žiadne informácie.

19 DISKUSIA

Táto časť práce je venovaná sumarizácií poznatkov, ktoré boli získané z dokončeného výskumu na základe vopred stanovených cieľov a položených výskumných otázok. Vzhľadom k tomu, že som sa pri hľadaní nestretla s prácou, ktorá by sa opierala o zisťovanie vplyvu bolesti na aktivity denného života u pacientov s onkologickou diagnózou, bude diskusia vedená skôr celkovým zhodnotením zrealizovaného výskumu.

Hlavnou témou výskumnej časti bolo vykonávanie denných aktivít u pacientov, ktorým bolo diagnostikované onkologické ochorenie a prežívajú bolesť, či už v závislosti od samotného ochorenia, procedurálnu, ktorá je spojená s terapiou ochorenia alebo psychogénnu, ktorá súvisí s ich aktuálnym psychickým stavom. Všeobecne prijatou definíciou zdravia je definícia Svetovej Zdravotníckej organizácie, a to, že zdravie je obraz bio-psycho-sociálnej pohody, z čoho som sa snažila v tejto práci vychádzať. Téma bolesti je napriek neustálym novinkám a progresu na poli medicíny veľmi aktuálna.

Dňa 18.-20.9 2014 prebehne Hrrachove už XVI. ročník kongresu s názvom Česko-Slovenské dialógy o bolesti, ktorých hlavná téma sa bude niesť v znamení „Aktivitou proti bolesti.“ Aktivita je neodmysliteľnou súčasťou bytia jedinca, preto pri jej obmedzení bolesťou môže strácať na kvalite života. Kvalita života je však premenná, ktorá pre každého človeka predstavuje niečo iné. To, čo pre niekoho predstavuje kvalitný život, je pre iného človeka nepredstaviteľné. Nároky na kvalitu života sa počas života menia a vplýva na nich množstvo faktorov ako je vek, spoločnosť, atď. Predovšetkým počas adaptácie na onkologické ochorenie, ktoré nemá vždy pozitívnu prognózu a je hrozbou smrti, dochádza k zmene pohľadu na život, k zmene hodnotových rebríčkov a priorít. Pre niekoho sa stane hodnota sebarealizácie hodnotou najvyššou, pre niekoho sa stane hospitalizácia a nemocnica miestom, kde nadobudne pocit bezpečia a istoty a pre niekoho sa stane prioritou číslo jedna byť doma v kruhu rodiny a najbližších. Zistiť, ako na pacienta vplýva bolesť a ako sa takéto vplývanie interpretuje do kvality života pacienta, je dôležité najmä z hľadiska plánovania terapie bolesti, ale aj z hľadiska plánovania psychologických a sociálnych intervencií.

Hlavným cieľom práce bolo zistiť, ako bolesť u vybraných respondentov ovplyvňuje vykonávanie aktivít denného života a zmapovať oblasti života, pri ktorých

najčastejšie dochádza ku zmenám. Súčasťou práce bolo aj subjektívne prežívanie bolesti troch respondentov, mužov, pričom každý z nich zapadal do inej vekovej kategórie. K svojej práci som vybrala kvalitatívny výskum, pretože som sa chcela dostať hlbšie do vybranej problematiky. Samotní respondenti museli spĺňať niekoľko vopred stanovených kritérií- muži vo veku od 15-20 r., 25-40 r., a vo veku 50 a viac rokov, pričom každý z nich musel mať pred viac ako rokom diagnostikované onkologické ochorenie. Tretím kritériom bolo, aby jedným z metód liečby bolesti bola aplikácia transdermálnych náplastí, alebo aby túto metódu mali vyskúšanú aspoň z minulosti. Od respondentov, ktorý spĺňovali požadované kritéria som získala súhlasy k realizácii rozhovorov. K výskumu som si pripravila semištrukturovaný rozhovor, ktorý som zostavila na základe štandardizovaného dotazníku bolesti WHO „*Quality of life (WHOQOL) –BREF*“ ktorý je zameraný na kvalitu života pacientov trpiacimi bolesťami a ktorý som doplnila o vlastné otázky. Rozhovor prebiehal v domácom prostredí respondentov. Stanovila som si niekoľko výskumných otázok, pomocou ktorých som sa snažila odhaliť vplyv bolesti na vykonávanie denných aktivít a ako respondenti pociťujú prípadné obmedzenia. Cieľom výskumných otázok bolo zistiť, ako bolesť ovplyvnila respondentov vo vykonávaní bežných denných aktivít, zistiť, či pacienti, ktorý trpia bolesťami pokladajú svoj život za kvalitný a ako základná diagnóza a bolesť vplývajú na psychiku pacientov. Ďalším cieľom výskumných otázok bolo zistiť, ako bolesť ovplyvnila sociálne vzťahy pacientov a vzťahy s okolím, ako vnímajú bolesť pacienti rôznych vekových kategórií, zistiť, či sú respondenti uprednostňujú formy liečby bolesti, ktoré si vyžadujú hospitalizáciu alebo sa cítia lepšie v domácom prostredí, aké majú pacienti informácie o terapiách bolesti a aké formy terapie bolesti pomáhajú respondentom v zmiernení alebo odstránení bolesti. Rozhovory som sústredila do troch oblastí, na život pred diagnostikovaním ochorenia a nástupom bolesti, život po diagnostikovaní ochorenia a nástupe bolesti a život v súčasnosti. Takéto rozdelenie som zvolila kvôli možnosti porovnania životov jednotlivých respondentov a tým dospela k záverom, v akých oblastiach došlo pri prežívaní bolesti k zmenám.

Zásadné zmeny v aktivitách denného života

- Zamestnanie/ škola
- Koníčky/ záľuby
- Transport
- Spánok

K najzásadnejšej zmene došlo o oblasti zamestnania/ školy. Respondent A musel prerušiť svoje štúdium, snažil sa vyučovať doma, na základe čoho bol s dohodou od vedenia školy pripustený k externej maturitnej skúške. Respondent B prestal chodiť do zamestnania, ak to však bolo možné, prácu vykonával doma. Respondent C svoju prácu učiteľa skončil úplne, snaží sa však realizovať doučovania pre žiakov v svojom domácom prostredí.

Ďalšia výrazná zmena nastala v oblasti vykonávania záujmov/ koníčkov. Respondent A sa pred tým, než sa u neho objavili bolesti aktívne venoval hokeju. Túto činnosť však výrazne obmedzil, ale ak mu to zdravotný stav dovoľuje, snaží sa aspoň z časti venovať iným športovým aktivitám, ktoré ho neunavujú a nespôsobujú mu bolesti. Zábavu si našiel aj v čítaní kníh. Respondent B sa vo voľnom čase venoval golfu a plávaniu, momentálne tieto činnosti kvôli bolesti obmedzil, venuje sa však, ako bolo vyššie spomínané práci doma, ktorá, ako respondent sám udáva, je aj jeho koníčkom. Respondent C vykonával svoje voľno časové aktivity spoločne s manželkou. Ich najväčším koníčkom bola turistika. Manželka však rok pred diagnostikovaním ochorenia u respondenta zomrela, čo ho do značnej miery zasiahlo. Je preto ťažké zhodnotiť, či sa respondent nevenuje jeho koníčkom skutočne kvôli fyzickej bolesti, alebo kvôli bolestivej strate manželky ktorá ho zasiahla psychicky. Respondent sa z času na čas prejde do záhrady na svojom pozemku, ale sám to pociťuje ako stratu oproti aktivitám, ktorým sa venoval pred ochorením.

U respondentov bola tiež obmedzená činnosť transportu. Respondent A uvádza, že sa mimo domov dokáže pohybovať aj sám, ale necíti sa bezpečne; potrebuje mať pri sebe nejaký sprievod. Respondent B uvádza, že sa mimo domov dokáže pohybovať aj sám, ale netrúfne si ešte sadnúť za volant. Paradoxne respondent C, ktorý má na základe rozhovorov z týchto respondentov najväčšie bolesti, chodí sám nakupovať. Nemá pri tom pocit bezpečia a istoty, ale nechce mať pocit, že by zaťažoval deti. Čo sa týka transportu motorovými vozidlami, v tomto smere sa obracia na dcéru alebo synov.

Spánok síce nie je sám o sebe aktivitou, ale je to svojím spôsobom „činnosť“ ktorú každý z nás každý deň praktikuje. Kvalitný spánok je dôležitý u každého jedinca, zvlášť u ľudí trpiacich bolesťami a to z toho dôvodu, že pri nedostatočnom a nekvalitnom spánku nedochádza k regenerácii organizmu, bolesť sa zintenzívňuje, a to môže byť pre pacienta prvým krokom k depresívnym stavom. U respondentov sa hodnotila kvalita spánku z ich

subjektívneho pohľadu vo všetkých troch oblastiach – pred samotným ochorením, počas hospitalizácie a v súčasnej dobe. Odpovede pacientov boli pomerne rovnaké : svoju kvalitu spánku pokladali pred ochorením za dobrú so spánkom nemali problémy. Počas hospitalizácie bola kvalita spánku zhoršená z niekoľkých dôvodov; nepríjemné pocity s hospitalizáciou, bolesť spôsobená ochorením a liečbou, nevoľnosť. Po návrate do domáceho prostredia sa kvalita spánku zlepšila, bola však horšia v porovnaní s kvalitou spánku pred ochorením a to najmä kvôli bolesti, ktorá sa pred spaním, kedy sa pacient odpúta od denných aktivít, ktoré odpútavajú jeho pozornosť, zhoršuje.

Ďalšie oblasti aktivít denného života

- Nakupovanie
- Varenie
- Domáce práce
- Práca okolo domu

Zvyšné oblasti zhrniem do jedného celku, aj keď by sa správne mali hodnotiť zvlášť. A však u mojich vybraných troch respondentov som sa na tieto oblasti v rozhovore nepýtala priamo, pretože v rámci vedeného rozhovoru to zahrnuli v odpovedi na iné položené otázky.

V oblasti nakupovania, varenia , domácich prác a prác okolo domu respondenti nepocítili obmedzenie limitované bolesťou, nakoľko respondenti A a B žijú v jednej domácnosti so svojou rodinou, ktoré im vo vykonávaní týchto denných aktivít pomáhajú, a respondenta C pravidelne navštevuje rodina. Respondent C však uviedol, že nechce svoju rodinu obťažovať, preto sa na nákup občas zájde sám, rovnako tak občas pokosí trávnik pri dome ak mu to aktuálne prežívanie bolesti dovoľuje. Je však možné, ak by žili respondenti sami, a na vykonávanie týchto aktivít by tiež boli sami, bez pomoci blízkych, v závislosti na intenzite bolesti by nastali určité limity vo vykonávaní týchto denných aktivít. Vzhľadom na výber respondentov však tieto oblasti nie je možné objektívne posúdiť.

- Užívanie liekov
- Telefonovanie

- Spravovanie financií

Z rozhovorov vyplýva, že tieto bežné denné aktivity sú respondenti schopný vykonávať sami, bez obmedzení, a nepotrebujú k tomu pomoc od rodiny a okolia.

V analýze realizovaných troch rozhovorov s respondentmi A, B, a C vysvitli nasledujúce spoločné vlastnosti s ohľadom na onkologickú diagnózu a bolestivé stavy, ktoré ich limitujú vo vykonávaní aktivít denného života:

Zdravie na prvom mieste v hodnotovom rebríčku : V rozhovore všetci traja respondenti uviedli, že pred ochorením bolo pre nich dôležité venovať sa práci a záľubám. Svojmu zdravotnému stavu venovali len veľmi malú až žiadnu pozornosť. V súčasnej dobe je pre nich zdravie na prvom mieste. Tento poznatok pokladám za dôležitý z toho dôvodu, pretože aj napriek tomu, že u respondentov nastalo v tomto smere obmedzenie vo výkone, necítia sa poznačený na súčasnej kvalite života. Respondenti cítia potrebu udržať si svoj zdravotný stav a zamedziť vyvolávajúce príčiny bolesti, práca a záľuby ktoré vykonávali v predchorobí je v hodnotovom rebríčku posunutá na nižšie priečky.

Silná potreba rodinného zázemia: Všetci traja respondenti uvádzajú, že blízka rodina im bola v čase diagnostikovania ochorenia a začiatkoch ťažkostí obrovskou oporou a pomocou, či už po psychickej stránke alebo fyzickej. Rovnaké pocity majú respondenti z prítomnosti rodiny aj v súčasnosti. Obklopený rodinou sa po fyzickej stránke cítia lepšie, majú pocit lepšieho zvládania bolesti, po psychickej stránke majú pocit bezpečia a istoty. Tieto pocity do značnej miery prevyšujú nad negatívnymi pocitmi s hospitalizácie.

Obmedzené zaužívané denné aktivity vymenené za nové : Vykonávanie bežných denných aktivít u respondentov bolo v značnej miere zmenené, nedá sa však tvrdiť že bolo úplne redukované. Respondenti sa snažia svoje aktivity transformovať, vymieňajú ich za nové, menej namáhavé, prispôbujú ich svojmu aktuálnemu zdravotnému stavu.

Zachovaná kvalita života: Napriek obmedzeniam, ktoré so sebou bolesť nesie, ani jeden z opýtaných respondentov nepokladal svoj súčasný život za nekvalitný. Priznávajú určitú zmenu v kvalite, kompenzáciou vykonávaných aktivít sa však kvalitu života snažia udržať

Za zaujímavé považujem tieto poznatky:

- Traja respondenti rovnakého pohlavia ale vekovo výrazne vzdialení prežívali situáciu s diagnostikovaným onkologickým ochorením a stavom prežívania bolesti veľmi odlišne : U respondenta A (muž vo veku 20 rokov) a u respondenta B (muž vo veku 35 rokov) bol rozdiel v zvládaní bolesti a v snahe vyliečiť sa a vyrovať s diagnostikovaným ochorením. U respondenta C (muž vo veku 64 rokov, vdovec) bol zásadný rozdiel v pociťovaní osamelosti spôsobený stratou manželky a naproti tomu vysoko postavená hodnota rodiny a rodinného zázemia.
- Aktívni a pozitívne ladení respondenti A a B sa v súčasnej dobe nachádzali vo fáze, kedy sa zmierili so svojím ochorením a snažili sa liečiť, obaja so šťastím zvládnutými bolesťami (bolesť sa objavuje len málo). Pasívny a rezignovaný respondent C, ktorý je emocionálne veľmi labilný sa s ochorením nezmieril a liečbu odmietol, bolesť u tohto respondenta nie je zvládnutá.
- Respondenti A a B majú pocit, že sú pre svoju rodinu potrební, predovšetkým respondent B, čo je pre nich motiváciou k liečbe a zvládaniu bolesti. Ako protiklad k tomu je respondent C, ktorý má zo strany svojej rodiny obrovskú podporu a starostlivosť, napriek tomu sa cíti skôr na príťaž a nechce rodinu obmedzovať v ich vlastných životoch, aj keď mu to nikdy nedali takto pociťovať.
- Napriek negatívnym pocitom, ktoré u všetkých troch respondentov prevládajú v spojitosti s hospitalizáciou, respondenti A a B pokladali terapiu bolesti pomocou transdermálnych náplastí za prínosnú predovšetkým z toho dôvodu, že nevyžaduje hospitalizáciu. Respondentovi C, ktorý žije sám, však táto forma liečby nevyhovuje, uvádza že sa pri silných bolestiach cíti bezpečnejšie hospitalizovaný.

Zistené nedostatky v informovanosti respondentov

V rozhovoroch som zistila niekoľko nedostatkov na poli informovanosti respondentov, ktoré majú aj napriek tomu, že udávajú množstvo príležitostí dostať sa k informáciám, ktoré potrebujú. Z toho vyplýva, že informácie nepovažujú za relevantné, aj keď by bo značnej miery mohli pomôcť zlepšiť ich zdravotný stav.

Možnosti terapie bolesti – respondenti B a C využívajú jedine farmakologickú terapiu bolesti, respondent A využíval aj rehabilitácie a pomoc

psychologičky, U respondentov chýbajú informácie o možnostiach alternatívnych postupov, respondenti B a C nemajú dôveru v iných metódach, než farmakologických.

Problémy s obstipáciou- obstipácia je jedným z vedľajších príznakov analgetickej liečby. A však zvýšeny vnútrobrušný tlak pri sťaženej defekácií je jedným z vyvolávateľov bolesti, predovšetkým prielomovej, ktorá sa objavuje u onkologických pacientov. Vybraný respondenti sa snažili problémy s defekáciou liečiť laxatívami, nepoznali a neužívali iné možnosti, ako zlepšiť črevnú peristaltiku.

Problémy so spánkom- všetci traja respondenti uviedli problémy so spánkom v súvislosti s bolesťou, ale ani jeden sa nevyjadril k tomu, ako tento problém rieši, respondenti užívajú iba lieky na tíšenie bolesti, iné informácie ako zlepšiť kvalitu spánku nemajú.

Únava- respondenti uvádzali, že niekedy pri vykonávaní činnosti neodhadli svoje sily a rýchlo sa unavili, čo bolo pre nich spúšťačom bolesti.

V odporúčaní pre prax zhrniem pár informácií, ktoré by mohli pomôcť aj sestram v informovanosti pacientov, tak samotným pacientom.

Som si vedomá malých, až žiadnych možností pre generalizovanie získaných poznatkov od malého vzorku respondentov, u ktorých je percepcia bolesti subjektívna, ale napriek tomu sa domnievam, nakoľko je bolesť subjektívne vnímaná u každého jedinca individuálne a je ovplyvňovaná množstvom faktorov ako je vek, pohlavie, psychika, stres a pod., že ani rozsiahlejší výskum by neponúkol poznatky možné aplikovať na každého jedinca identicky. Aj popri výrazných pokrokoch na poli medicíny by mal mať zdravotník stále na pamäti, že k pacientovi je nutné pristupovať ako k celku a veľmi individuálne. Nedocniteľný individuálny prístup tvoria práve lekári a zdravotné sestry, ktorý poskytujú individualizovanú starostlivosť a tým že pacienta poznajú, snažia sa „ušiť na mieru“ ako farmakologickú terapiu bolesti, tak psychickú podporu.

Odporúčania pre prax

- Je veľký rozdiel v hodnotení bolesti a jej dopadu na kvalitu života druhou osobou → bolesť je vnímaná subjektívne rovnako ako aj kvalita života. Jediná cesta, ako sa

dopátrať po pacientových potrebách v súvislosti s bolesťou je cieľná komunikácia, preto si myslím, že by bolo vhodné, ak by zdravotnícky pracovníci absolvovali aspoň raz ročne kurzy zamerané na komunikáciu s pacientom prežívajúcim bolesť.

- Domnievam sa, že práca psychológa je v dnešnej dobe stále veľmi podceňovaná. Myslím, že ak by na každom oddelení pracoval jeden interný psychológ, mohol by pacienta už vopred pripraviť na prežívanie bolesti a pomôcť mu vyrovnať sa s bolestivými stavmi po psychickej stránke

- Typy pre zlepšenie kvality spánku pacientov
 - ✓ Počas dňa pacienta aktivizovať, aby sa predišlo spánkovej inverzii
 - ✓ Uspokojené telesné potreby pred spánkom – sýtosť, nebyť smädný, vyprázdnený
 - ✓ Vhodná teplota v izbe (odporúča sa 18°C), vyvetranie
 - ✓ Dodržiavať pravidelný čas zaspávania a prebúdzania (s odchýlkou 30 minút)
 - ✓ Ak spánok neprichádza do 30 minút, je lepšie posteľ na chvíľu opustiť
 - ✓ Telesná námaha 5 hodín pred spánkom zhoršuje spánok
 - ✓ Alkohol a kofeín sa neodporúča 0-5 hodín pred spánkom, narušujú prirodzené striedanie spánkových fáz
 - ✓ Teplá kúpeľ 2 hodiny pred spánkom urýchli zaspávanie
 - ✓ Dôležitá je teplota nôh, môžu pomôcť teplé ponožky
 - ✓ Nepreberať starosti všedného dňa pred spaním
 - ✓ Predspánkový rituál (napr. čítanie knihy)
 - ✓ Netreba sa upínať na pocit, či budete spať alebo nie, ako uvádza prof. Viktor Frankl: „ Spánok neprichádza k tomu, kto si ho úporne želá, lebo práve tým ho plaší. Spánok sa preto prirovnáva k holubici, ktorá- ak sme pokojný sadne na našu ruku, ale uletí, ak sa ju pokúsime chytiť.“

- Typy na zlepšenie črevnej peristaltiky
 - ✓ Ak je to možné, zabezpečiť dostatok pohybu
 - ✓ Príjmať optimálne množstvo tekutín každý deň

- ✓ Potravu denne príjmať v približne rovnakých časových intervaloch
 - ✓ Pri stravovaní sa neponáhľať, vymedziť si čas na jedlo, potravu dôkladne požiť
 - ✓ V strave sa zamerať hlavne na vlákninu- biele jogurty (vhodné s probiotikami), celozrnné pečivo, ovocie, zelenina, slivky, (nakladané, sušené)
 - ✓ Zo stravy vylúčiť potraviny z bielej múky, kávu, čierny čaj, banány, ryžu.
 - ✓ Stolicu v sebe nikdy nezadržiavať
- Typy, ako u pacientov s bolesťou predísť únave pri vykonávaní aktivít denného života
- ✓ Varenie a domáce práce : Aby ste predišli únave pri varení, pripravujte jedlá posediačky, napríklad na vysokej stoličke s opierkami na nohy. Myslite v prvom rade na seba a neplytvajte zbytočne energiou. Používajte kuchynské roboty, ktoré Vám uľahčia prácu.
 - ✓ Nakupovanie: Naučte sa nakupovať s priateľmi. Nákupy sa tak stanú príjemne strávenými chvíľami, čím odbúrate stres a zaženiete únavu. Rovnako by ste mali nakupovať v čase, keď máte najviac energie a po nákupoch si dopriať oddych. Uprednostňujte donášku do domu, prípadne nakupujte cez internet, ak je to možné. Nebojte sa povedať priateľom „áno“, keď sa ponúknu, že Vám nakúpia.
 - ✓ Osobná hygiena: Aj pri osobnej hygiene môžete predísť vyčerpaniu. Stačí, ak sa pri umývaní, či sprchovaní posadíte. Uľahčiť si môžete aj umývanie zubov použitím elektrickej zubnej kefky. Rovnako aj obliekanie môžete vykonať posediačky. Predídete tak rýchlej únave a možno aj nepríjemným úrazom.
 - ✓ Zamestnanie: Uistite sa, že je vaša stolička v správnej výške a polohe. Uistite sa, že máte dostatočne osvetlený váš pracovný priestor. Veci na stole si zorganizujte tak, aby ste mali najčastejšie používané veci na dosah. Ak je to možné, dohodnite si parkovacie miesto v blízkosti vchodu do budovy. Ak bývate popoludní unavený, snažte sa urobiť maximum práce ráno a počas obeda si oddýchnite. V prípade náhlej únavy si urobte krátku prestávku a zacvičte si zopár cvikov, ktoré vás preberú. Ak si potrebujete

krátko oddýchnuť, sadnite si na stoličku, ruky si položte na opierky a relaxujte.

- ✓ Voľný čas: Voľno-časové aktivity majú pre pacientov s bolesťou veľký význam a preto by ste si na nich mali vedieť vyhradiť čas. Vaše koníčky môžu byť kreatívne, intelektuálne, či iného charakteru. Dôležité je, aby ste sa pri nich dokázali uvoľniť a odpútať vašu myseľ od bolesti. Dôležité je voliť také aktivity, ktoré dokážete zvládnuť, aby ste nedosiahli opačný efekt a neprivedili si depresiu. Pokojne môžete do svojich koníčkov zapojiť aj rodinu a priateľov, ale myslite pri tom predovšetkým na seba. Pokiaľ potrebujete oddych, nebojte sa to povedať a ukončiť spoločnú aktivitu skôr. Ani vaše koníčky by vám nemali uberať toľko času, aby vám nezostal čas na každodenný relax. (25)

ZÁVER

V bakalárskej práci som sa venovala problematike onkologickej bolesti a jej vplyvom na vykonávanie aktivít denného života. Práca bola rozdelená na dve základné časti- teoretickú a praktickú. Teoretická časť zahŕňa všeobecné poznatky o bolesti, jej definíciu, fyziológiu, diferenciaciu, liečbu a psychologické aspekty, ktoré so sebou nesie. V závere teoretickej časti som sa zamerala na onkologickú bolesť, nakoľko je téma o bolesti široká. Praktická časť práce bola zameraná na analýzu rozhovorov, ktorých hlavným cieľom bolo zistiť vplyv bolesti u onkologických pacientov na vykonávanie aktivít denného života. Analýza prebehla na základe uskutočnenia rozhovorov u troch respondentov rôznej vekovej kategórie, ktorý spĺňali napred stanovené kritéria.

V rámci výskumu boli sformulované výskumné otázky, na ktoré som sa snažila nájsť odpovede na základe rozhovoru s respondentmi. Došla som k týmto záverom: U respondentov došlo k najväčším obmedzeniam vo vykonávaní aktivít v oblasti zamestnania alebo školy, vo vykonávaní záľub a koníčkov, a v možnosti samostatného transportu. Do značnej miery bola zasiahnutá kvalita spánku. Respondenti považujú aj napriek prežívanej bolesti a obmedzeniam, ktoré so sebou bolesť nesie za kvalitný. Zdravotný stav, v ktorom sa respondenti nachádzajú upevnil rodinné väzby, na psychický stav respondentov vplýval pozitívne fakt, že sa na svoju rodinu mohli obrátiť, rovnako ako aj na priateľov či známych. Vek hral určite dôležitú rolu v percepcii bolesti, mladší respondenti sa snažili bolesť čo najviac zvládnuť, aby sa mohli vrátiť spať do predchádzajúceho života, zatiaľ čo starší respondent sa bolesti do takej miery nepostavil. Respondenti využívajú predovšetkým farmakologickú terapiu, o možnostiach inej terapie chýbajú informácie. Využívali predovšetkým formy terapie, ktoré si nevyžadujú hospitalizáciu, a to predovšetkým kvôli pocitu bezpečia a istoty v kruhu rodiny.

Výsledok môjho výskumu môže byť ovplyvnení telesným a psychickým stavom respondentov v čase realizácie rozhovoru, ako aj aktuálne vnímanie bolesti, únava, kvalita spánku, citlivosť kladených otázok, prípadne zamlčanie určitých faktov, o ktorých nebolo respondentom príjemné hovoriť alebo ktoré sami nepokladali za relevantné informácie. Tento výsledok sa nedá pokladať za celkom zovšeobecniteľný, nakoľko bol výskum

postavený len na troch respondentoch. Napriek tomu dúfam, že vyvodené informácie budú prospešné, alebo aspoň nasmerujú k zamysleniu. Dajú sa považovať aspoň na orientačný pohľad na obmedzenie vo vykonávaní denných aktivít u onkologických pacientov.

ZOZNAM ZDROJOV

1. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4730-127.
2. HAKL, Marek, a kol. *Léčba bolesti; současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 231 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0
3. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6
4. ROKYTA, Richard, Miroslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest*. 1. Vyd. Praha: Tigis, 2006, 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
5. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
6. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-807-3672-102.
7. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 80-858-6645-5.
8. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
9. SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti*. Maxdorf, 2009, 62 s. Farmakoterapie pro praxi, Sv. 37. ISBN 978-807-3451-820.

10. KOZÁK, Jiří, a kol. . *Léčba chronické bolesti*. Editor Jiří Kozák. Olomouc: Solen, 2010, 90 s. ISBN 978-80-87327-45-6.
11. FOLTZ-GRAY, Dorothy *Jak zvládnout bolest: nové a osvědčené způsoby úlevy od bolestí kloubů, zad, hlavy a dalších*. Vyd. 1. Editor Jiří Kozák. Praha: Reader's Digest Výběr, 2010, 352 s. ISBN 978-80-7406-166-0.
12. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Editor Jiří Kozák. Praha: Portál, 2004, 352 s. ISBN 80-717-8826-0
13. BAJČIOVÁ, Viera, Jiří, TOMÁŠEK, Jaroslav, ŠTĚRBA a kol. . *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 363 s. ISBN 978-802-4735-542.
14. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada., 2006, 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
15. HÁJEK, Eduard. *Náplast při léčbě bolesti*. In: [online]. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>
16. LUKEŠ, Marek. Léčba bolesti u kriticky nemocných. *Interní medicína pro praxi*. Brno: Anesteziologicko- resuscitační klinika, LF a FN u sv. Anny, 2011, 13 (3), 123-126. ISSN 1212-7299
17. KLEMENTOVÁ, Renáta. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století? . *Sestra*. Brno: Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN, 2010, 20 (7-8), 48-49. ISSN 1210- 0404
18. KOUTNÁ, Markéta. Hodnocení bolesti na základě rozhovoru s pacienty. *Hojení ran*. Praha: Centrum pro léčbu bolesti, KARIM, 2010, 4 (3), 45-48, ISSN 1802-6400

19. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2
20. ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. . *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, c2003, 319 s. ISBN 80-806-3131-X
21. SURYNEK, Alois, Ružena, KOMÁRKOVÁ a Eva, KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu*. 1.vyd. Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-726-1038-4.
22. CAPLIN, Marcy, KOVACH, Pamela. *Pain management made in incredibly easy*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. ISBN 1- 58255-227-4
23. Grahek, Nikola. *Feeling pain and being in pain*. 2nd ed. Cambridge: MIT Press, ©2007. 181 s. ISBN 978-0-262-07283-0
24. VAŠKOVSKÝ, Radovan. *Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti jej léčby*. In: [online]. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/02.pdf>
25. *Denné aktivity*. In: [online]. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.skleroza.info/zijem-s-sm/ine/denne-aktivity>

ZOZNAM TABULIEK

Tabulka 1 Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

Tabulka 2 Slovné popisná škála

Tabulka 3 McGill Pain Questionnaire- MPQ

Tabulka 4 Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami- (DIBDA)

Tabulka 5 Záznam sebamonitorácie bolesti

Tabulka 6 Schéma prežívania bolesti

Tabulka 7 Ciele pri zvládaní stresu

Tabulka 8 Psychologické zásady jednania s pacientom trpiacim bolesťou

Tabulka 9 Beckova sebaopisová stupnica depresie

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázek 1 Vizuálna analógová škála (VAS)

Obrázek 2 Číselná hodnotiaci škála (NRS)

Obrázek 3 Škála hodnotiaci intenzitu bolesti

Obrázek 4 Mapy bolesti

Obrázek 5 Konceptuálny model bolesti

Obrázek 6 Analgetický rebríček WHO

ZOZNAM SKRATIEK

IASP - International Association for the Study of Pain (Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti)

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (spojená akreditačná komisia pre zdravotnícke organizácie)

WHO - World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)

ANS - autonómny nervový systém

CMP - cievna mozgová príhoda

KRBS I - komplexný regionálny bolestivý syndróm

VAS - vizuálna analógová škála

NRS - Numeric Rating Scale (numerická analógová škála)

NSA - nesteroidné antiflogistiká

CNS - centrálna nervová sústava

RFM - rehabilitačná a fyzikálna medicína

TENS - Transcutaneous electrical nerve stimulation (elektroliečba)

FDA - Food and Drug Administration (správa pre potraviny a liečivá)

CT - Computed Tomography (počítačová tomografia)

i.m - intra muskulárne (do svalu)

i.v - intra venózne (do žily)

s.c - sub cutánne (do podkožia)

min. - minúta

mg - miligram

napr. - napríklad

tzv. - takzvané

a.i. - a iné

a pod. - a podobne

t.z. - to znamená

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č. 1 Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

Príloha č. 2 Škály pre hodnotenie bolesti

Príloha č. 3 Dotazníky pre hodnotenie bolesti

Príloha č. 4 Schéma prežívania bolesti

Príloha č. 5 Ciele pri zvládaní stresu

Príloha č. 6 Psychologické zásady jednania s pacientom trpiacim bolesťou

Príloha č. 7 Konceptuálny model bolesti

Príloha č. 8 Analgetický rebríček bolesti WHO

Príloha č. 9 Beckova sebaodhadzovacia stupnica depresie

Príloha č. 10 Rozhovor

Príloha č. 11 Informovaný súhlas

Príloha č. 1

Tabulka 1 Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

	AKÚTNA BOLEŠŤ	CHRONICKÁ BOLEŠŤ
Charakter	symptóm	syndróm, ochorenie sui generis
Biologický význam	pozitívny, signál ochorenia, obrana organizmu	negatívny, škodlivý, deštruktívny
Patofyziologické mechanizmy	relatívne jednoduché	komplexné, zložité
Autonomná odpoveď	bezprostredná, krátkodobá, ↑ tonus sympatiku, stresová reakcia	udržovaná, nevýrazná
Psychické reakcie	anxieta	depresia
Chovanie	ochranné, reaktívne	naučené, bolestivé
Liečbu určuje a riadi	praktik, špecialista	algeziológ, tím odborníkov
Rozsah terapie	monomodálny, farmakoterapia je kľúčová	multimodálny, biopsychosociálny, komplexný
Farmakoterapia	analgetiká	analgetiká, adjuvantné a pomocné lieky
Analgetický efekt farmakoterapie	výrazný	často nevýrazný
Stratégie farmakoterapie dľa analgetického rebríčku WHO	step down ↓	step up ↑
Spievodné príznaky	potenie, ↑ potenie, ↑ dýchanie, vazokonstrikcia, mydriáza, paralýza čriev, retencia moča, katabolizmus, ↑ glykémia	poruchy spánku a chovania, depresia, zmeny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociálna izolácia, zápcha, strata zamestnania, nebezpečenstvo suicidia, porucha libida

Zdroj: 1,2

Príloha č. 2

Vizuálna analógová škála (VAS)

VAS je najčastejšie využívaná škála na hodnotenie bolesti. Podáva informácie o intenzite bolesti. Ide o horizontálnu úsečku ktorá meria 10 cm. Na jej oboch koncoch sú popisky- na ľavom konci „žiadna bolesť“ a na pravom konci „najhoršia možná bolesť“. Pacient na túto škálu urobí značku určujúcu intenzitu jeho bolesti, následne sa zmeria označená vzdialenosť od ľavého konca úsečky v mm. Takto získaná číselná hodnota odpovedá intenzite bolesti pacienta.(5, s.44)

Vo všeobecnosti sa za dlhodobu znesiteľnú bolesť považuje bolesť s hodnotou 3-4 (30-40) Tieto hodnoty si pacient môže zaznamenávať do tzv. denníku bolesti . Z pravidelne vedeného denníku bolesti je možné vyčítať celkovú intenzitu bolesti, frekvenciu jej zhoršenia ale aj reakciu na súčasnú liečbu. (2, s.36)

Je účelné VAS zaznamenávať spolu s údajmi o meraní frekvencie dychu, tepu a krvného tlaku, nakoľko sa bolesť pokladá za „piatu fyziologickú funkciu“. (1, s.35)

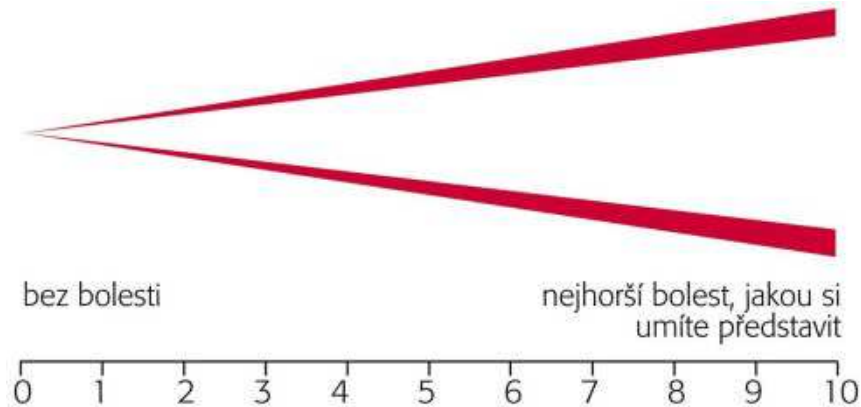


Obrázek 1 Vizuálna analógová škála (VAS)

Zdroj: <http://Zdravi.e15.cz/news/check-pro?id=453242&seoname=sestra>

Číselná hodnotiaci škála (NRS)

Numerická škála sa používa po VAS pomerne najčastejšie. Ide o úsečku označenú od 0 do 10 pričom 0 znamená „žiadna bolesť“ a 10 znamená „najhoršia predstaviteľná bolesť“. (5, s.45)

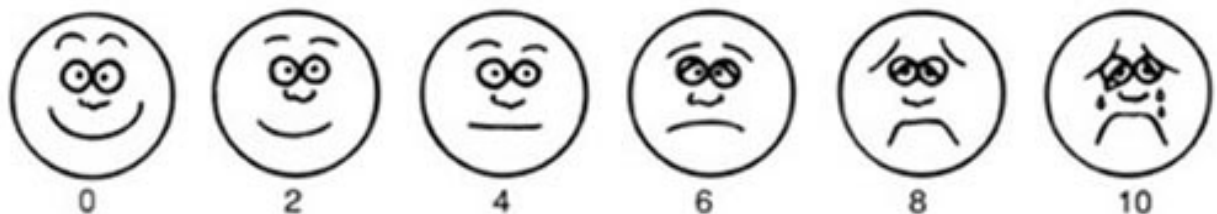


Obrázek 2 Číselná hodnotiaci škála (NRS)

Zdroj: 15

Škála hodnotiaci intenzitu bolesti

Pomocou tejto škály je možné hodnotiť bolesť neverbálne. Využíva sa hlavne u pediatrických pacientov od 3 rokov a u dospelých, ktorí majú problém s jazykom danej zemi. Na štandardnej škále sa nachádza 6 tvári, pričom prvá tvár má spokojný výraz a posledná plačlivý výraz. (5, s.45)



Obrázek 3 Škála hodnotiaci intenzitu bolesti

Zdroj: 5

Slovne popisná škála

Pri tejto škále si pacient vyberie popis svojej bolesti zo zoznamu prídavných mien: „žiadna“, „protivná“, „nepříjemná“, „hrozná“, „strašná“, a „agonizujúca“. (5, s.46)

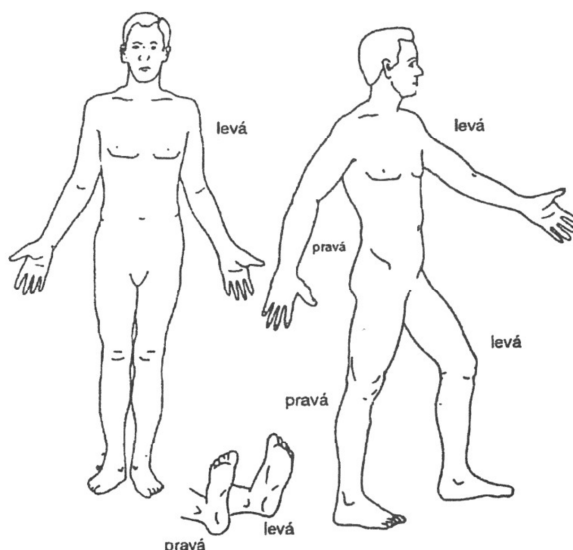
Tabulka 2 Slovne popisná škála

Žiadna	
Protivná	
Nepříjemná	
Hrozná	✓
Strašná	
Agonizujúca	

Zdroj: 5

Mapy bolesti

Doplňujúci spôsob hodnotenia bolesti. Slúžia k registrácii niekoľkých typov bolesti na rôznych miestach na tele. Môžu sa medzi sebou líšiť spôsobom vyznačenia algických zón. (3, s.78)



Obrázek 4 Mapy bolesti

Zdroj: 3

Príloha č. 3

McGill Pain Questionnaire- MPQ

Najčastejšie sa používa dotazník McGillovej Univerzity- McGill Pain Questionnaire- MPQ. (Melzac, 1975) Existuje dlhá a krátka verzia tohto dotazníku, kvôli náročnosti pri vyplňovaní ktorú zaregistroval sám autor sa využíva jeho skrátená forma. Dotazník je obsahovo cieleň na charakter bolesti a jej čo najpresnejší popis. (1, s.36)

Tabulka 3 McGill Pain Questionnaire- MPQ

DESKRIPTOR	0	1	2	3
	žiadna	mierna	stredne silná	silná
Tepavá	✓			
Vystreľujúca		✓		
Bodavá		✓		
Ostrá			✓	
Krčovitá	✓			
Hlodavá (ako zahryznutie)	✓			
Pálivá- páľčivá	✓			
Tupá pretrvávajúca	✓			
Ťaživá (ťažká)	✓			
Citlivé (bolestivé) na dotyk			✓	
Ako by malo prasknúť		✓		
Unavujúca- vyčerpávajúca		✓		
Protivná (odporná)				✓
Hrozná (strašná)		✓		
Mučivá- krutá		✓		

Zdroj: 1

Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami- (DIBDA)

Slúži na zhodnotenie toho, ako bolesť ovplyvňuje pacienta behom denných aktivít.

Skladá sa zo šiestich bodov (0-5) (5, s.46)

Tabulka 4 Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami- (DIBDA)

0	Som bez bolestí
1	Bolesti mám, výrazne ma neobťažuje a neruší, dá sa na ňu pri činnosti zabudnúť
2	Bolesti mám, nedá sa od nich celkom odpútať pozornosť, nezabraňujú však vo vykonávaní bežných denných a pracovných činností bez chýb
3	Bolesti mám, nedá sa od nich odpútať pozornosť, rušia vo vykonávaní aj bežných denných činností, ktoré su preto vykonávané s problémami a s chybami
4	Bolesti mám, obťažujú tak, že aj bežné denné činnosti sú vykonávané len s najväčším úsilím
5	Bolesti sú tak silné, že nie som bežných denných činností vôbec schopný/á, nutia ma vyhľadávať úľavovú polohu, prípadne nútia až k ošetrovaniu u lekára

Zdroj: 5

Záznam sebamonitorácie bolesti

Pokiaľ má pacient chronické alebo rekurentné bolesti tento záznam mu pomôže presne popísať kedy sa bolesť objavuje a jak je silná. (5, s.52)

Tabulka 5 Záznam sebamonitorácie bolesti

Meno:					
Dátum a čas	Symptómy (jak silné na škále 0-10)	Situácia (Čím ste sa zaoberal?)	O čom ste premýšľal?	Čo ste urobil?	Aký to malo výsledok?

Zdroj: 5

Príloha č.4

Tabulka 6 Schéma prežívania bolesti

- Znížiť úroveň toho, čo človeka ohrozuje
- Tolerovať to, čo nás stresuje
- Zachovať si aj v strese pozitívny obraz na seba samého
- Snažiť sa zachovať si duševnú rovnováhu
- Pokračovať v sociálnej interakcii s inými ľuďmi
- Pripraviť podmienky, pri ktorých je možno po zvládnutí stresovej situácie regenerovať

Křivohlavý, 2003

Zdroj: 3

Príloha č.5

Tabulka 7 Ciele pri zvládaní stresu

- Kde to bolí?
- Jak to bolí?
- Jak dlho to bolí?
- O akú silnú bolesť ide?
- Mení sa intenzita bolesti?
- Čo bolesť zhoršuje a čo ju naopak mierni?

Křivohlavý, 1992; Opavský 2006

Zdroj: 3

Príloha č. 6

Tabulka 8 Psychologické zásady jednaní s pacientom trpiacim bolesťou

- Nebyť hluchý k jeho prejavom bolesti a bolestivému chovaniu
- Neponáhľať sa, keď pacient zdieľa, že ho niečo bolí
- Nebagatelizovať slovné sťažnosti pacienta
- Nikdy nehovoriť pacientovi: „To Vás nemôže bolieť.“ a „ To nič nie je.“
- Nikdy neoznačovať pacienta slovami „simulant, hysterka, hypochonder“ a pod.
- Naučiť sa vždy a za akýchkoľvek okolností zaujímať k pacientovi empatický vzťah
- Byť v kontakte s pacientom, aby vedel, že pomoc je nablízku
- Posilňovať aktivitu pacienta v boji s bolesťou
- Akceptovať pacienta takého, aký je

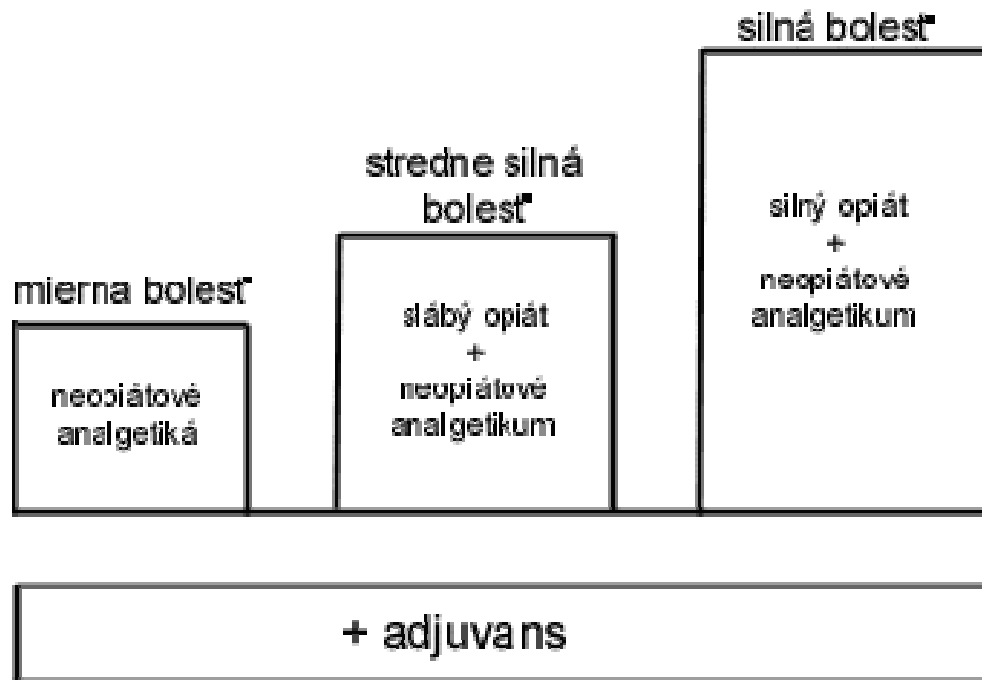
Křivohlavý, 1992

Zdroj: 3



Obrázek 5 Konceptuálny model bolesti

Zdroj: 8



Obrázek 6 Analgetický rebríček WHO

Zdroj: http://www.edusan.sk/temy/liecba_bolesti.htm

Tabuľka 9 Beckova sebaopisová stupnica depresie

Nálada	0	nemám smutnú náladu
	1	cítim sa trochu smutne, sklúčene
	2	som stále smutný alebo sklúčený, a nemôžem sa z toho dostať
	3	som tak smutný alebo nešťastný, že to už nemôžem zniest'
Pesimizmus	0	do budúcnosti nepozierám pesimisticky alebo beznádejne
	1	trochu sa obávam budúcnosti
	2	vidím, že už sa nemám na čo tešiť
	3	vidím, že budúcnosť je celkom beznádejná a nemôže sa to zlepšiť
Pocit neúspechu	0	nemám pocit životného neúspechu
	1	mám pocit, že som mal v živote viac smoly než mávajú iní ľudia
	2	ak sa pozriem späť na svoj život, vidím, že je to len rad neúspechov
	3	vidím že som ako človek v živote úplne sklamal
Neuspokojenie z činnosti	0	nie som nijak zvlášť nespokojný
	1	nemám z vecí také potešenie, aké som mával
	2	už ma neteší skoro vôbec nič
	3	nech robím čokoľvek, nemám z toho sebemenšie potešenie
Vina	0	necítim sa nijak previnilo
	1	občas cítim, že som menejcenný a horší než ostatný
	2	mám trvalý pocit viny
	3	ovláda ma pocit, že som celkom bezcenný a zlý človek
Nenávisť k sebe samému	0	necítim sa sklamaný sám sebou
	1	sklamal som sa sám v sebe
	2	som dosť znechutený sám sebou
	3	nenávidím sa

Myšlienky na samovraždu	0	vôbec ma nenapadá, že by som si mohol niečo urobiť
	1	niekedy mám pocit, že by bolo lepšie nežiť
	2	často premýšľam ako spáchať samovraždu
	3	keby som mal príležitosť, tak by som si vzal život
Sociálna izolácia	0	nestratil som záujem o ľudí a okolie
	1	mám menší záujem o spoločnosť ľudí než skôr
	2	stratil som väčšinu záujmu ľudí a sú mi ľahostajný
	3	stratil som všetok záujem o ľudí a nechcem s nikým nič mať
Nerozhodnosť	0	dokážem sa rozhodnúť v bežných situáciách
	1	niekedy mám sklon odkladať svoje rozhodnutia
	2	rozhodovanie v bežných veciach mi robí problémy
	3	vôbec v ničom sa nedokážem rozhodnúť
Vlastný vzhľad	0	vyzerám rovnako ako stále
	1	mám starosti, že vyzerám staro a neatraktívne
	2	mám pocit, že môj zovňajšok sa trvalo zhoršil
	3	mám pocit že vyzerám hnusne až odpudivo
Únavnosť	0	necítim sa viac unavený než obvykle
	1	unavím sa ľahšie než obvykle
	2	všetko ma unavuje
	3	únava mi zabraňuje čokoľvek urobiť
Nechutenstvo	0	mám obvyklú chuť do jedla
	1	nemám takú chuť do jedla ako som mával
	2	omnoho horšie mi teraz chutná
	3	úplne som stratil chuť do jedla

Hodnotenie:

Norma: 00 - 08, 09

Ľahká až stredná depresia: 09 - 24

Ťažká depresia: 25 a viac

Zdroj: Denník praxe ZČU

ROZHOVOR

Zostavený na základe štandardizovaného dotazníku WHO

„*Quality of life (WHOQOL) –BREF*“

Doplňený o vlastné otázky

1. Obdobie pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a nástupom bolesti

- Ako by ste popísal kvalitu Vášho života pred tým, než Vám diagnostikovali ochorenie?
- Chodil ste na nejaké prehliadky, zaujímal ste sa o svoje zdravie?
- Mal ste nejaké záľuby, koníčky, venoval ste sa nejakému športu?
- Trpeli ste bolesťami aj pred diagnostikovaním ochorenia?
- Čo Vaše zamestnanie/ škola?
- Aký bol Váš spánok?
- Mali ste nejaké plány do budúcnosti?

2. Obdobie diagnostikovania onkologického ochorenia

- Ako začali Vaše problémy?
- Ako na to reagovala vaša rodina a vaše okolie?
- Ako prebiehala Vaša hospitalizácia?
- Aké boli Vaše pocity počas hospitalizácie?
- Udržovali ste počas hospitalizácie kontakt s okolím?
- Aký bol Váš spánok?
- Ako ste sa vracal späť do bežného života?
- Čo Vás najviac zasiahlo?
- Ako prebiehala liečba po prepustení?

3. Život v súčasnosti

- Ako by ste popísal kvalitu Vášho života v súčasnosti?
- Máte nejaké nepríjemné pocity v súvislosti s vaším ochorením?
- Máte v súčasnej dobe bolesti?

- Ako by ste opísal Vašu bolesť? (lokalizácia, trvanie, intenzita, ...)
- Všimli ste si na sebe nejaké vyvolávajúce príčiny bolesti?
- Ako často sa bolesť počas dňa objavuje?
- Čo vašu bolesť najviac ovplyvňuje?
- Objavuje sa u vás bolesť ak prežívate stres?
- Aké máte pocity pri bolesti?
- Čo Vám spôsobilo doteraz najväčšiu úľavu od bolesti?
- Ako ste bo spokojný s terapiou bolesti pomocou transdermálnych náplastí?
- Počuli ste o alternatívnych metódach liečby bolesti, poprípade ste ich vyskúšal?
- Do akej miery máte pocit, že Vám fyzická bolesť bráni vykonávať denné aktivity?
- Do akej miery potrebujete nejakú liečbu, aby ste fungoval v bežnom živote?
- Ovplyvnila bolesť Vaše zamestnanie?
- Do akej miery ste schopný sústrediť sa popri bolesti?
- Máte dostatok príležitostí pre rozvíjanie svojich záujmov?
- Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote?
- Jak zdravé je Vaše fyzické prostredie v ktorom žijete?
- Robí Vám problémy pohybovať sa mimo Váš domov?
- Ste spokojný so svojím spánkom?
- Ste spokojný s tým, ako dokážete vykonávať svoje bežné denné aktivity?
- Do akej miery ste spokojný so svojou schopnosťou pracovať?
- Ako ste spokojný so svojimi osobnými vzťahmi?
- Ako ste spokojný s podporou od vašej rodiny/ priateľov?
- Ako dostupné sú pre Vás informácie, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život?
- Ako získavate nové informácie?
- Máte dost energie pre bežný život?

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Bolesť a aktivity denného života

ŠTUDENT

Erika Valalíková
Katedra ošetrovatelstvá a porodní asistencie
Fakulta zdravotníckych štúdií ZČU
erika.valalíková@gmail.com

VEDÚCA BP:

MUDr. Hana Korunková
Fakultní nemocnice Plzeň
Onkologická a radioterapeutická klinika odd.
korunkovah@fnplzen.cz

CIEĽ ŠTÚDIE

Cieľom štúdie pre moju bakalársku prácu je zistiť, ako bolesť u vybraných respondentov ovplyvňuje vykonávanie denných aktivít a zmapovať oblasti života, pri ktorých najčastejšie dochádza ku zmenám. Ďalšou časťou mojej práce je porovnať subjektívne prežívanie pacienta v závislosti na vek a pohlavie, poprípade zistiť eventuálne rozdiely.

S Vaším zvoľením bude realizovaný rozhovor s Vami, ktorý bude zaznamenávaný na diktafón. Tento záznam nebude zdieľaný nikomu inému než mne samotnej a vedúcej bakalárskej práce. Záznamy budú ihneď po kompletácii štúdie vymazané. Úryvky z rozhovoru môžu byť použité pri prezentácii štúdie, ale tieto citácie budú vždy anonymné. Vaša identita nebude rozpoznaná, bude použité pseudonymum.

Nemusíte odpovedať na žiadne špecifické otázky, pokiaľ nebudete sám/sama chcieť, a môžete tiež kedykoľvek odstúpiť od rozhovoru alebo štúdie.

SÚHLAS S VÝSKUMOM

Ja
súhlasím s účasťou vo výskumnej štúdií. Súhlasím so záznamom rozhovoru na diktafón. Rozumiem, že môžem kedykoľvek od rozhovoru alebo štúdie odstúpiť a že citácie rozhovoru budú použité anonymne, nebudú v štúdiu identifikované.

Podpis účastníka výskumu:

Dátum:

Podpis študenta:

Dátum: