

# Kvalita života pacientů s onkologickou bolestí

Eva Sedláčková

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Sedláčková**  
Osobní číslo: **H13695**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života pacientů s onkologickou bolestí**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti kvality života a onkologické bolesti.**  
**Příprava metodiky průzkumné části.**  
**Realizace průzkumu metodou dotazníkového šetření a rozhovoru.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka Bartoňová. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN 80-851-2182-4.**

**HAKL, Marek a kol. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.**

**HELMING, Mary. Core curriculum for holistic nursing. Boston: Jones and Bartlett, 2013. ISBN 128-4035-832.**

**HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.**

**KOZÁK, Jiří a kol. Léčba chronické bolesti. Olomouc: Solen, 2010. 90 s. ISBN 978-80-87327-45-6.**

**OPAVSKÝ, Jaroslav. Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.**

**PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-725-4657-0.**

Vedoucí bakalářské práce:	<b>PhDr. Anna Krátká, Ph.D.</b> Ústav zdravotnických věd
Datum zadání bakalářské práce:	<b>8. ledna 2016</b>
Termín odevzdání bakalářské práce:	<b>20. května 2016</b>

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 12. 2. 2016

.....  


*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, optisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Piati, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učiní-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odptává-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života pacientů s onkologickou bolestí. Teoretická část je podrobně zaměřena na vymezení pojmu kvality života a bolesti. Empirická část představuje průběh a výsledky smíšeného průzkumu. Věnuje se především subjektivnímu hodnocení kvality života, životním potřebám, sociálním aspektům a fyzickému zdraví u pacientů s onkologickou bolestí. Empirická část je doplněna kazuistikou. Cíle práce jsou vyhodnoceny na základě analyzovaných výsledků.

Klíčová slova: kvalita života, onkologická bolest, průlomová bolest, WHOQOL-BREF

## **ABSTRACT**

The bachelor paper deals with the life quality of the patients with the oncological pain. The theoretical part is focused in detail on the „life quality“ and „pain“ concepts. The empirical part comprises the mixed research development and its results. It concerns the subjective evaluation of the life quality, the life needs, the social aspects and the physical health all related to the patients with the oncological pain. The empirical part is completed by the case study. The goals of the paper are evaluated on the analysed results base.

Key words: quality life, oncological pain, break pain, WHOQOL-BREF

Děkuji PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za vedení bakalářské práce, trpělivý přístup, vstřícnost a ochotu. Děkuji Mgr. Haně Veselé, s níž jsem mohla svou bakalářskou práci kdykoli konzultovat. Mé velké poděkování patří všem pacientům plicního oddělení, podílejících se na průzkumu.

Děkuji manželovi Romanovi a dceři Evě za obrovskou podporu při studiu.

Tuto práci věnuji in memoriam rodičům mého manžela.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>12</b>
1.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA .....	12
1.2 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA .....	13
1.3 KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH .....	17
1.3.1 Onkologický pacient a pacientovo pojetí nemoci .....	18
1.4 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	18
<b>2 BOLEST .....</b>	<b>21</b>
2.1 DEFINICE BOLESTI .....	21
2.2 DĚLENÍ BOLESTI .....	22
2.2.1 Dělení bolesti podle délky trvání .....	22
2.2.2 Dělení bolesti podle její patofyziologie .....	22
2.2.3 Dělení bolesti podle jejího původu .....	24
2.3 NÁDOROVÁ BOLEST .....	24
2.3.1 Průlomová bolest.....	26
2.3.2 Hodnocení bolesti.....	26
2.3.3 Léčba bolesti .....	26
2.3.4 Nesprávné představy (mýty) o silných opioidech.....	29
2.4 ÚLOHA SESTRY V PĚČI O PACIENTY S BOLESTÍ .....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>3 PRŮZKUM V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S ONKOLOGICKOU BOLESTÍ.....</b>	<b>33</b>
3.1 PRŮZKUMNÝ CÍL .....	33
3.2 METODA PRŮZKUMU .....	33
3.2.1 Kvantitativní průzkum .....	33
3.2.2 Kvalitativní průzkum .....	35
3.2.3 Design průzkumu .....	35
3.3 PRŮZKUMNÝ SOUBOR.....	36
Kvantitativní průzkum.....	36
Kvalitativní průzkum.....	36
3.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ .....	37
3.5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	38
3.5.1 Dotazníkové šetření.....	38
3.5.2 Rozhovory .....	65
<b>4 DISKUZE .....</b>	<b>71</b>
4.1 NÁVRH ŘEŠENÍ .....	73
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>83</b>



<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>85</b>

## ÚVOD

Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších symptomů nádorového onemocnění. Podle statistik Světové zdravotnické organizace trpí bolestí 30 % pacientů v době stanovení diagnózy, v pokročilých stádiích nemoci udává bolest téměř 90 % nemocných. Incidence a intenzita bolesti závisí na typu nádoru. Nádorové bolesti bývají obvykle chronické a trvalé. Již několik let pracuji na plicním oddělení. Do oboru pneumologie je zahrnuta i léčba a ošetrovatelská péče o onkologické pacienty. S onkologickou bolestí se tedy setkávám velmi často a to, jako mnozí z nás, i v soukromém životě. Péče o onkologické pacienty je psychicky velmi náročná. Na druhou stranu mi přináší dobrý pocit, že má smysl, a že často můžeme těmto pacientům zlepšit kvalitu jejich života. Bolest je velmi subjektivní pocit a podle toho bychom také měli k pacientům přistupovat. Jejich boj s onkologickou nemocí a bolestí je velmi těžký. Někdy je až obdivuhodné, jak bojují o své zdraví a o svůj život den po dni. Mnohokrát jsem přehodnotila žebříček hodnot ve svém životě a hodila běžné problémy za hlavu. Měli bychom se naučit pacientovu bolest sledovat, hodnotit a správným způsobem na ni reagovat. Bolest má zásadní vliv na momentální stav i náladu, radost ze života, naději, motivaci pacienta k životu a spolupráci při léčbě. Bolest je bohužel také to, co většinu z nás na umírání děsí. Bolest dokáže člověka zcela rozložit. Domnívám se, že bolest může ovlivnit i určité smíření pacienta s umíráním. Ve způsobu umírání se ukazuje způsob, jakým člověk prožil celý život. Někteří pacienti se kvůli vedlejším účinkům brání lékům. Bolest ale můžeme docela dobře ovlivňovat. Za dobré ovlivnění můžeme považovat takové, kdy bolest nemocného neobtěžuje a může s ní vést svůj život. Neléčená bolest může vést k imobilitě, podvýživě nebo sociální izolaci. Pacienti nemusí trpět a my nemusíme o bolesti mluvit jako o příznaku způsobujícím utrpení. Součástí bolesti je samozřejmě i emoční složka, která může způsobovat agresivitu, nervozitu či deprese u pacienta. Správně nastavená léčba umí vyřešit téměř všechny bolesti nebo alespoň velkou část těchto problémů. Důležité však je najít shodu s pacientem. Právě ten má vždy první a také poslední slovo. To, co vede k úmrtí, je samotné onemocnění, kterým pacient trpí, a které vede k vyčerpání jeho rezerv až k zástavě životních funkcí.

Cílem práce je zjistit vnímání a hodnocení kvality života pacientů s onkologickou bolestí. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a empirickou. Teoretická část se věnuje problematice kvality života a bolesti. Empirická část je zpracována pomocí kvantitativního a kvalitativního průzkumu za využití dotazníku a rozhovoru, je doplněna kazuistikou.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 KVALITA ŽIVOTA

*„Není důležité, co s námi život udělá, ale co my uděláme s životem.“*

Gerhard Uhlenbruck (Klomínek, 2012, s. 336)

Výzkum kvality života prodělává svůj boom zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které se pokoušejí z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. Obecně studium kvality života znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Payne a kol., 2005, s. 206).

Hodnocení kvality života v klinické praxi je na prvním místě u pacientů s chronickým, nevyléčitelným onemocněním, jako například onkologická, psychiatrická, kardiovaskulární nebo metabolická onemocnění. Jde o onemocnění, která jsou progredující, invalidizující, vyžadující celodenní dodržování režimových zásad, omezující v běžných každodenních činnostech, atd. Pacient s chronickým onemocněním může prožívat různé omezování, napětí, starosti a trápení, které mu umožní pouhé přiblížení se ke kvalitě života, jakou ostatní prožívají automaticky. Faktory ovlivňující dopad onemocnění na kvalitu života mohou být: nároky selfmonitoringu onemocnění, druh léčby (kauzální, kurativní, substituční, paliativní), nejasnost prognózy, vědomí závažných komplikací (Gurková, 2011, s. 139).

Kvalita života pacientů s chronickou nemocí je multifaktoriálně podmíněná. Je závislá na intenzitě a trvání symptomů onemocnění, jednotlivé symptomy zase závisí na aktivitě onemocnění, formách, lokalizaci a rozsahu onemocnění. Rovněž je podmíněna psychickými a sociálními faktory. Kvalita života je dlouhodobým cílem ošetrovatelské péče, která by se měla zaměřit nejen na fyzické potřeby, ale hlavně na návrat pacientů do běžného života, zvládnutí denních činností nebo využití zdrojů sociální opory (Gurková, 2011, s. 139-140).

## 1.1 Pojem kvalita života

Dle Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 9) se stala kvalita života jedním z nejčastěji používaných pojmů současné medicíny. Zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. V současné době, kdy za charakteristické považujeme prodlužování délky života a převahu chronických, dlouhotrvajících nemocí nad nemocemi infekčními, se za hlavní cíl medicíny považuje zachování nebo zlepšení kvality života.

Jak uvádí Dragomirecká a Bartoňová (2006, s. 9) o kvalitě života se nemluví jen v lékařství. Do povědomí společnosti tento pojem vnesli kritici politiky neomezeného ekonomického růstu, kteří upozorňovali na dopad extenzivního rozmachu průmyslu na budoucí podmínky dobrého života. Po 2. světové válce se pojmy jako štěstí, well-being a kvalita života staly cílem sociálních programů. Vzniká nový interdisciplinární obor, výzkum kvality života, který má poskytnout podklady pro návrh a hodnocení účinné sociální politiky. „*V medicíně termín kvalita života vyjadřoval, že je při rozhodování potřeba brát ohled také na to, jaké strádání léčba pacientovi způsobí a nakolik mu pomůže si zachovat nezávislost a vykonávat běžné životní role*“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9).

Vorlíček, Adam a Pospíšilová (2004, s. 432) uvádí, že kvalita života je obtížnou kategorií. Po marných snahách ji objektivně hodnotit dospěli odborníci k závěru, že se jedná o výrazně subjektivní hodnotu. Rozpor mezi vyznávaným ideálem a realitou bývá někdy velký, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života. „*Mnozí handicapovaní a vážně nemocní lidé jsou neklamným důkazem toho, že i přes mnohá protivenství a nerovnost šancí lze žít kvalitní život i s nemocí a v nemoci*“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 432).

## 1.2 Definice kvality života

Termín kvalita života není možné jednoznačně specifikovat, protože o definici pojmu se pokusilo mnoho autorů s poznáním, že jde o čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36). Jednou z nejstarších definic, kterou by bylo možné chápat jako oborovou definici kvality života, je definice zdraví, kterou již v roce 1948 navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice uvádí, že zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being). Předností této definice je to, že zachycuje nejen objektivní fyzickou či fyziologickou dimenzi zdraví, ale zdůrazňuje i dimenzi subjektivní a sociální, tj. otázku uspokojování základních lidských potřeb a aspirací. Velmi se tak významově přibližuje dnešnímu chápání subjektivní kvality života. Szalai A. (1980 dle Heřmanové 2012, s. 33) definuje kvalitu života jako stupeň výjimečnosti způsobu a uspokojivého charakteru života, jako osobní existenční stav zdraví a stav pohody. Spokojenost se životem je podle něj určována objektivními skutečnostmi a faktory, a také subjektivním vnímáním a hodnocením těchto skutečností a faktorů, vnímáním a hodnocením sebe sama,

tj. sebereflexí. Dufková J. (1986 dle Heřmanové 2012, s. 33) vymezuje tři základní typy pojetí kvality života. Jednak jde o:

- a) makrostrukturální pojetí, které je nejméně přesné, protože charakterizuje kvalitu života jako jedno z kritérií společenského pokroku,
- b) mezostrukturální pojetí je již méně obecné, snaží se o podchycení kvality života na nižší úrovni obecnosti, u menších sociálních celků,
- c) mikrostrukturální pojetí používá individuálně subjektivní přístupy, neboť pracuje s takovými pojmy jako spokojenost, štěstí či sebereflexe, individuální tvorba, individuální uspokojování potřeb apod.

Johnston R. J. et al. (1994 dle Heřmanové 2012, s. 33) chápe kvalitu života jako stav sociální pohody (well-being) jednotlivce nebo skupiny, který je sledovaný nebo hodnocený objektivními indikátory. Hartl P., Hartlová H. (2000 dle Heřmanové 2012, s. 36) definují kvalitu života jako vyjádření pocitu životního štěstí. K obecným znakům kvalitního života podle nich patří soběstačnost při vlastní obsluze a pohyblivost. Po psychické stránce vidí kvalitu života jako míru seberealizace a duševní harmonie, tj. míru životní spokojenosti či nespokojenosti. Ze sociální stránky chápou kvalitu života jako pocity a životní úroveň speciálních skupin, například starých lidí, etnických a jiných minorit. Medicínský význam kvality života vidí autoři v tom, jaká je úroveň a s jakými omezeními žijí lidé s chronickými chorobami.

### **Kvalita života**

- Je subjektivní a individuální – definovaná je tak, jak ji vnímá jednatel. Je prezentovaná různými komponenty u různých lidí a v různém čase a její obsah se nedá obecně vymezit.
- Vyjadřuje rozpor mezi očekáváními a realitou, možnostmi a skutečností. Tento rozpor můžeme redukovat správnou ošetrovatelskou intervencí.
- Má dynamický charakter – v různých životních obdobích a životních situacích se může značně lišit, a lze tedy hovořit i o specifických aspektech kvality života člověka z hlediska jeho životní etapy nebo situace.
- Je hodnotově orientovaná, spojuje spokojenost s hodnocením významu a zdůrazňuje význam individuálních hodnot a preferencí, souvisejících s uspokojováním potřeb.

- Odráží hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost jednotlivce a nejen těch oblastí, které se vztahují ke zdraví (health related aspects of life).
- Je komplexní pojem, který má široký význam. Objevuje se jako samostatně používaný pojem bez vztahu ke konkrétnímu onemocnění a vyjadřuje tak kombinaci prožívání osobní pohody, spokojenosti a často také určitého postavení v sociální stratifikaci.

Sleezer et al. (2004 dle Hudákové a Majerníkové 2013, s. 39) uvádí, že na podkladě těchto konceptů o kvalitě života můžeme kvalitu života charakterizovat jako subjektivní, holistickou, multimediálně podmíněnou, dynamickou, hodnotově orientovanou, zahrnující subjektivní a objektivní indikátory a související s uspokojováním potřeb.

Lékaři by se dnes měli zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Je jasné, že v medicíně a ve zdravotnictví zkoumáme kvalitu života v oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji potom používáme pojem health related quality of life, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Dle Payna a kol. (2005, s. 211) můžeme tento pojem označit jako *“subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“*. V praxi to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nastavené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, TK, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby...) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí. Tento přístup je důležitý především při léčení onkologických a psychiatrických pacientů. V oblasti péče o nevléčitelně nemocné či duševně nemocné se kvalita života stala vodítkem pro změnu v přístupu k těmto nemocným. Protože zde nelze většinou dosáhnout plného uzdravení, mluvíme v souvislosti s příslušnou terapií stále více o zlepšení kvality života pacientů jako o cíli, ke kterému v terapii směřujeme. U nemocných trpících rakovinou se o kvalitě života uvažuje při rozhodování, zda je vůbec účelné aplikovat zatěžující terapii s prognosticky nejasným cílem. V tomto kontextu není náhodou, že v medicíně bylo sledování kvality života nejdříve započato právě u onkologických nemocných pacientů. Bohužel víme, že život prodlužující terapie často svojí agresivitou zhoršuje kvalitu života nemocných více než nemoc samotná. Proto je

potřeba alternativní terapeutické postupy posuzovat nejenom podle jejich klinických výsledků, ale i z hlediska jejich dopadu na kvalitu života. Sledování kvality života přináší navíc lékařům další důležité informace, které se v běžné klinické praxi u pacientů vůbec nezjišťují (Payne a kol., 2005, s. 211).

Abychom mohli kvalitu života pacientů zlepšit, musíme ji nejdříve přesně definovat a následně měřit. Přesněji řečeno: *“diagnostika kvality života je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na jejich zlepšení“* (Gurková, 2011, s. 26). Právě tato pozice hodnotícího kritéria pro výběr konkrétních intervencí je důvodem, proč je důležité přesně vymezit její význam v kontextu ošetrovatelství. Ten nabývá na intenzitě v současnosti tak zmiňované praxe založené na důkazech (evidence based practice). Koncept kvality života v ní nachází velmi široké uplatnění. Nejčastěji ji využíváme v rámci klinických studií zaměřených na léčbu s kurativním (léčebným) nebo paliativním (tlumícím obtíže) efektem, resp. na zmírnění příznaků onemocnění (Gurková, 2011, s. 26).

Specifickou charakteristikou posuzování kvality života v ošetrovatelství je akcentace perspektivy pacienta. Gurková (2011, s. 88) uvádí, že na základě analýzy definic kvality života v ošetrovatelství, můžeme vymezit její následující definující znaky. Kvalita života:

- představuje proces hodnocení individuálních životních podmínek,
- je relativně nezávislá na objektivních aspektech zdraví/zdravotního stavu, jenž představuje její nejvýznamnější ukazatel a měl by být měřen samostatně,
- je subjektivní, její percepce nebo hodnocení je založené na interních hodnotách, očekáváních, apod.,
- je multidimenzionální (na rozdíl od funkčně zaměřených přístupů HRQoL je v rámci ošetrovatelství zdůrazňovaná její spirituální doména),
- je hodnotově orientovaná,
- je kulturně podmíněná (kulturní rozdíly jsou nejvíc reflektované v její spirituální oblasti),
- vyznačuje se určitou stabilitou v čase, ale také dynamičností,
- zaměřuje se na negativní či pozitivní aspekty dopadu onemocnění.



Podle Vodvářky (2004, s. 183) je kvalita života dána člověkem, jeho nadějemi, ambicemi a zkušenostmi. Pacienti hodnotí kvalitu života jako dobrou, pokud jsou jejich naděje a očekávání splněna při jejich zkušenostech. Kvalita života je stav pohody, který rozdělujeme na:

- schopnost provádět každodenní aktivity, které odráží fyzickou, psychickou, psychologickou a sociální pohodu
- uspokojení pacienta s kontrolou symptomů spojených s nemocí anebo s léčbou.

### 1.3 Kvalita života onkologicky nemocných

*„Když před 30 lety někdo hovořil o výsledcích onkologické léčby, měl na mysli objektivní ukazatele jako léčebná odpověď (o kolik se nádor po léčbě zmenšil), přežití (obvykle vyjadřované jako procento pacientů, kteří se dožijí 3, resp. 5 let od zahájení léčby), popř. délka přežití bez známek nemoci. Mnoho se od té doby změnilo. Poslední desetiletí jsou ve znamení stále větší pozornosti věnované psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Je rozpoznán veliký vliv nemoci a léčby na tělesný a psychický stav, na celkovou funkční zdatnost v oblasti společenského, pracovního i rodinného života. Začíná být studována velmi dynamická interakce pacientovi osobnosti a stresu způsobeného nemocí a léčbou. Tyto změny jsou bezpochyby součástí širšího procesu posunu v chápání rolí lékaře a pacienta. Důraz se přesouvá na pacientovu autonomii, na jeho informovaný souhlas. Předpokládá se pacientova aktivní účast na některých léčebných rozhodnutích, zohledňují se pacientova přání. Každý léčebný postup musí být dnes hodnocen z hlediska jeho vlivu na kvantitu (jak dlouho), ale rovněž na kvalitu života. Porozumět tomu, jak pacient svou nemoc zakouší a prožívá, se stává zásadně důležitým faktorem v moderní komplexní onkologické péči. Řeč je o kvalitě života“ (Payne a kol., 2005, s. 288).*

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012, s. 221) uvádí, že paliativní medicína se snaží o udržení dobré kvality života. Pokouší se nabídnout účinnou léčbu a podporu v oblasti tělesných obtíží, psychosociálních a duchovních potřeb. Jejím cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými symptomy a aby mohl vnímat svůj život až do konce jako smysluplný. Léčba a péče tedy vychází z konkrétních potřeb pacienta. Dobrá kvalita života je mnohem víc, než aby pacient neměl bolesti, nebyl dušný a nezvracel. Jako zdravotníci se musíme učit respektovat jedinečnost každého pacienta, respektovat a podporovat jeho přirozené vazby na rodinu a přátele i zdroje naděje

a potěšení (umění, koníčky, náboženská víra). „Klíčem k úspěchu je smysl pro detail“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 221).

V oblasti onkologické péče je potřeba stále bojovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře (well being) a aby byly minimalizovány pocity označované jako špatné (ill being – cítit se nemocný). Je třeba dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří realizovat již omezené cíle (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 432).

### 1.3.1 Onkologický pacient a pacientovo pojetí nemoci

Všechny karcinomy jsou jedním z největších zdravotních problémů. Patří mezi nejvýznamnější příčiny dlouhodobé pracovní neschopnosti a invalidity. Nemocní s nádory (karcinomy), tzv. onkologičtí pacienti, netrpí jen psychicky, ale mají také velké problémy v oblasti psychického a sociálního vnímání. Péče o onkologické pacienty vyžaduje tedy všestrannou mezioborovou péči. Důležitou roli v péči o onkologické pacienty hraje spolupráce s rodinou a rodinnými příslušníky.

Pacientovo pojetí nemoci se týká představ, jaké má sám pacient o své nemoci, jaká je příčina jeho nemoci, komu přičítá změnu zdravotního stavu, jak nahlíží na různá omezení, která sebou toto onemocnění přináší a čeho všeho je zapotřebí, aby došlo ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Jestli je přesvědčen o tom, že se uzdraví a zda v to věří. Především, jak vnímá vliv nemoci na kvalitu svého života (Mareš, Vachková, 2010, s. 29). Pacientovo pojetí nemoci pomáhá rozhodovat o tom, jestli bude pacientova role v procesu léčby a vyrovnání se s obtížemi aktivní (Salmon a Hall, 2003 cit. podle Mareš, Vachková, 2009, s. 53). Onemocnění ovlivňuje osobnost člověka a přináší sebou řadu fyzických, psychických a sociálních změn (Mareš, Vachková, 2010, s. 30).

## 1.4 Metody měření kvality života

K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada nástrojů, většinou však dotazníkového typu. Za zlatý standard v této oblasti je pokládán dotazník SF-36 (36 – Item Health Survey), který je zaměřen obecně a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Existuje ovšem celá řada metodik zcela specificky zaměřených na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemocí, např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stádiu v paliativní péči, v kardiologii apod. (Payne a kol., 2005, s. 212).

Evaluační nástroje snažící se podchytit jednak objektivní stav fyzického zdraví jednotlivců, jednak i jejich spokojenost se zdravím jsou dnes již dostatečně propracovány. V základním dotazníku pro měření kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), podnět, k jehož vypracování dala v roce 1991 Sekce duševního zdraví WHO, je významná část věnována otázkám zdraví a hodnocení vlastního zdravotního stavu respondentem. Kromě výše uvedeného úplného základního dotazníku WHOQOL-100 je v praxi používána i jeho na čtvrtinu zkrácená verze WHOQOL-BREF, popř. verze pro vyšší věk WHOQOL-OLD. Všechny tyto dotazníky umožňují hodnocení různých aspektů života (fyzického zdraví, úrovně nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí, spirituality a celkové kvality života) i jejich používání, včetně celkové spokojenosti se zdravím (Heřmanová, 2012, s. 64).

Dle Payna (2005, s. 212) existuje bohužel i v oblasti měření kvality života celá řada problémů. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce často vychází ze subjektivních názorů jejich tvůrců a tím pádem je jejich validita problematická. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl vypadat kvalitní život, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví.

Payne (2005, s. 289) popisuje, jak se moderní medicína snaží prokázat oprávněnost svých postupů průkazem jejich účinnosti. Hovoříme o evidence based medicíně, tedy medicíně založené na důkazech. Jsou různé stupně průkaznosti, evidence. Za nejprůkaznější jsou považovány výsledky randomizovaných, pokud možno dvojitě zaslepených klinických studií. Takto je dnes testována účinnost nových léků a léčebných postupů. V klinických studiích jde o srovnání léčebných postupů na souborech pacientů. Je důležité všechny parametry určitým způsobem převést na společného jmenovatele, kvantifikovat a poté srovnávat. Podobný osud stihl i kvalitu života. Za první pokus systematicky hodnotit vliv onkologické léčby na kvalitu a nikoliv pouze na kvantitu života bývá považována práce Karnofského z roku 1948. Karnofský užil měřítko od 0 % do 100 % k posouzení celkové funkční zdatnosti (tzv. performance status, PS). Pacientovu funkční zdatnost hodnotil lékař. PS 100 % znamenal plné zdraví, 0 % označoval smrt. I v současnosti je tato metoda stále využívána. V 80. letech jsme svědky rychlého vývoje dotazníkových nástrojů, které

spočívají na hodnocení různých aspektů kvality života ze strany pacienty. Vznikají první verze dotazníků, dnes považovány za klasické:

- Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) - 38 otázek
- Functional Living Index – Cancer (FLIC) - 22 otázek
- Evropský EORTC QLQ-C30 - 30 otázek

Všechny uvedené dotazníky jsou tzv. generické. Měly by být použitelné u všech onkologicky nemocných bez ohledu na typ a stupeň pokročilosti nádoru. Kromě těchto dotazníků byly vyvinuty různé dotazníky zaměřené specificky na symptomy spojené s onemocněním nebo léčbou:

- dotazníky na komplexní hodnocení bolesti,
- souhrnné zhodnocení nejčastějších symptomů,
- dotazník na nevolnost a zvracení.

Celkově lze říci, že máme dnes k dispozici více než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života.

Pacient prodělává v průběhu onkologického onemocnění kromě různých tělesných obtíží často velmi dramatický proces psychické a existenční adaptace. Zažívá mnohé ztráty, malá a občas i velká vítězství, mnoho věcí musí oželeť, mnoho přehodnotit, mnoho přijmout. To jsou souřadnice, ve kterých pacient tematizuje ten poněkud abstraktní pojem kvalita života.

*„Snaha o zlepšení kvality života onkologicky nemocných, to nejsou především dotazníky, statistiky a hromady administrativní práce navíc. Je to mnohem více výzva, abychom nasadili svou lidskost a profesionalitu a spolu s pacienty hledali dobrá řešení jejich obtíží“* (Payne a kol., 2005, s. 294-295).

## 2 BOLEST

*„Dolorem existimo maximum malorum omnium.*

*Bolest považuji za nejhorší ze všeho zlého.“*

Marcus Tullius Cicero (Marečková – Štolcová a kol., 2009, s. 173)

Bolest je stará jako lidstvo samo. Ve starých pramenech čínských, indických a babylonských a písemných památkách ze starého Řecka a Říma můžeme najít zprávy o různých formách lidské bolesti a o prostředcích proti ní. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může i sama lidský život zničit. Bolest je nejkompexnější lidskou zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. *„Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem až přídavným šokujícím momentem, spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech, celém organismu“* (Trachtová a kol., 2006, s. 125).

Bolest má zásadní vliv na komfort a náladu, radost ze života, naději a motivaci pacienta k životu. Neléčená bolest vede ke snížení hybnosti, k nechutenství, malnutrici až ke kachexii. Může dojít k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nemůžeme vnímat jen jako somatický vjem. Bolest patří mezi složky utrpení v závěru života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, et al., 2007, s. 39).

Kozák a kolektiv (2010, s. 58) uvádí, že bolest patří mezi nejobávanější klinické symptomy nádorového onemocnění. Představuje jeden rozměr komplexní zkušenosti života s nádorovým onemocněním. Celkové zvládnutí bolesti a úspěšnost léčby bolesti velmi úzce souvisí s úspěšností vlastní protinádorové léčby a s mírou pacientovy adaptace na situaci nádorové nemoci. Léčebná intervence musí být tedy komplexní.

### 2.1 Definice bolesti

Trachtová a kol. (2006, s. 125) popisuje bolest jako typicky subjektivní zážitek, která existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má. Bolest je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry.

*„Bolest si prožil každý z nás, a proto by ji mohl charakterizovat vlastními slovy. Jednotlivé definice a charakteristiky by se lišily podle typu a intenzity bolesti, se kterou má dotyčný jedinec subjektivní zkušenost“* (Opavský, 2011, s. 18). Podle Hakla (2013, s. 14) je bolest

Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) definována následovně jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.

## 2.2 Dělení bolesti

*„Bolest lze dělit na základě řady kritérií. Podle délky trvání rozlišujeme bolest na akutní a chronickou, podle původu na onkologickou a neonkologickou, podle patofyziologie na nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, dysautonomní a smíšenou.“* (Hakl a kol., 2013, s. 31).

### 2.2.1 Dělení bolesti podle délky trvání

Akutní bolest – jedná se o bolest krátkodobou. Délkou svého trvání nepřekračuje 3 měsíce, respektive délka jejího trvání odpovídá vyvolávající příčině. O akutní bolesti mluvíme jako o fyziologické, smysluplné, protože plní své základní poslání chránit organismus před poškozením. Akutní bolest vzniká vždy bezprostředně po vyvolávající příčině a je ohraničená. Místo jejího výskytu odpovídá místu její příčiny. Při vyšší intenzitě tato bolest ovlivňuje psychiku, emočně je spojená se strachem a obavami. Největším rizikem akutní bolesti je její přechod v bolest chronickou. Nejúčinnější prevencí chronifikace bolesti je její včasná a razantní léčba.

Chronická bolest – jedná se o bolest dlouhodobou. Délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině. Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí chronická bolest svoji smysluplnost, jelikož neplní obrannou funkci. Chronická bolest nemocného deptá svou neustálou přítomností, v běžných denních aktivitách a v sociálních vazbách jej omezuje, ruší spánek, vyvolává depresi, snižuje kvalitu života. V takovýchto případech se chronická bolest stává samostatnou nozologickou jednotkou (nemocí samou o sobě). Prvořadým cílem léčby chronické bolesti je zlepšení spánku pacienta, zvýšení jeho funkční kapacity a úprava kvality života (Hakl a kol., 2013, s. 31-32).

### 2.2.2 Dělení bolesti podle její patofyziologie

Nociceptivní bolest – vzniká podrážděním nociceptorů zahrnujících nocisenzory (volná nervová zakončení v tkáních, aktivují se pouze při bolestivé stimulaci), mechanosenzory (Vaterova-Paciniho tělíška) a polymodální receptory (reagují na teplo a chlad). Podle

umístění receptorů rozlišujeme bolest somatickou a viscerální. K nociceptivní bolesti můžeme zařadit bolesti pohybového aparátu (osteoartrózy, artritidy, degenerativní změny páteře), bolesti vnitřních orgánů a většinu stavů akutní bolesti. Ve farmakoterapii nociceptivní bolesti jsou léky první volby analgetika.

Neuropatická bolest – vzniká na podkladě dysfunkce nervového systému. První skupinu tvoří periferní neuropatická bolest s jednostranně lokalizovanými neuropatiemi (kraniální neuralgie, postherpetická neuralgie, úžinové syndromy, plexopatie) a systémovými polyneuropatiemi (diabetická, toxická: alkohol, chemoterapie). Druhou skupinu tvoří centrální neurogenní bolest (stavy po CMP, syringomyelie, míšní léze). Neuropatická bolest bývá obvykle píchavá, bodavá, pálivá, šlehavá, k jejímu zhoršení dochází v klidu i v noci. Neuropatická bolest je doprovázena alodynii, kdy obvykle nebolestivý stimul vyvolává bolestivou reakci. Mezi základní léky neuropatické bolesti patří antikonvulziva a antidepresiva.

Dysautonomní bolest – typický příklad tohoto druhu bolesti představuje komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I), dříve označovaný jako algodystrofie nebo Sudeckův syndrom. KRBS I označuje různé bolestivé stavy, jež vznikají převážně jako následek úrazu nebo chirurgického zákroku. KRBS se vyznačuje klinickými změnami maximálně distálně od místa prvotní noxy. V patofyziologii hraje důležitou roli vegetativní nervový systém, především sympatikus. Klinický obraz zahrnuje bolest a současně poruchy vazomotorické, sudomotorické, motorické a trofické. Léčba KRBS je složitá a ne vždy úspěšná. Doporučuje se kombinace farmakoterapie a invazivních technik.

Psychogenní bolest – u této bolesti převažuje nebo dominuje psychická nástavba. Především u depresivních poruch a některých neuróz je bolest somatickou projekcí primárních obtíží. Pacienti nejčastěji uvádějí bolesti břicha a zad. Základ terapie tvoří psychofarmaka a psychoterapie.

Smíšená bolest – zahrnuje stavy, na kterých se podílí více předchozích typů bolesti. V praxi se nejčastěji setkáváme s FBSS (failed back surgery syndrome) – bolestí po operaci bederní páteře. V oblasti zad pacienti trpí nociceptivní složkou bolesti, v distribuční oblasti postižených nervových kořenů naopak převažuje neuropatická složka. Mezi možné etiologické komponenty patří epidurální fibróza a adhezivní arachnoiditis. Terapie se odvíjí od převažující účasti jednotlivých složek. Často je velmi

složité a uplatňují se zde i metody invazivní: kaudální blokády, neuromodulace (Hakl a kol., 2013, s. 33-34).

### 2.2.3 Dělení bolesti podle jejího původu

Onkologická (nádorová) bolest – vzniká v souvislosti s probíhajícím onkologickým onemocněním. Nejčastěji je způsobena růstem vlastního nádoru, můžeme zde zařadit i bolesti spojené s diagnostickými nebo terapeutickými postupy. V základní strategii léčby onkologické bolesti nejsou výraznější rozdíly oproti léčbě neonkologické bolesti. Její základ tvoří adekvátní farmakoterapie pro pokrytí celodenní bolesti, nejčastěji pomocí retardovaných či transdermálních analgetik. V případě průlomové bolesti máme nově k dispozici Fentanyl k slizniční aplikaci s velmi rychlým nástupem účinku.

Neonkologická bolest – s chronickou neonkologickou bolestí se setkáváme nejčastěji. Jak vyplývá z jejího názvu, bolest pacienta není způsobena onkologickým onemocněním. Mezi nejčastější příčiny chronické neonkologické bolesti patří degenerativní postižení pohybového aparátu. V současné době používáme k léčbě tohoto typu bolestí veškeré dostupné lékové skupiny včetně silných opioidů. Pro zvolení adekvátní farmakoterapie je rozhodující intenzita a typ bolesti - nociceptivní, neuropatická, nikoli její původ - onkologická, neonkologická (Hakl a kol., 2013, s. 34-35).

## 2.3 Nádorová bolest

Onkologická onemocnění provází lidstvo od nepaměti, jak o tom svědčí archeologické nálezy. Dokladem toho jsou nejen rentgenologické snímky kostí, ale i nálezy nádorových mas. Samotný název karcinom pochází od Hippokrata, který nádorové onemocnění popsal jako nozologickou jednotku. Rovněž název oboru onkologie má počátek v době Hippokratově (onkos = tumor). V současné medicíně pak obor klinické onkologie má své nezastupitelné místo (Kozák a kol., 2009, s. 51).

*„Termín nádorová bolest je souhrnným označením pro celou řadu bolestivých stavů (syndromů), kterými mohou onkologičtí pacienti trpět“* (Vorlíček, 2012, s. 190). Tato široká skupina algických stavů zahrnuje všechny typy bolestí uvedené v jejich patofyziologické klasifikaci podle Lindbloma. I zde se mohou objevit bolesti akutní, s převahou však bývají bolesti chronické, s významným negativním psychickým doprovodem. Psychický dopad je o to závažnější, že pacienti řeší v průběhu trvání bolesti zásadní existenční otázky. Původ tzv. nádorových bolestí je multietologický, jejich



zdrojem bývá nejen vlastní nádorový proces postihující tkáň s nociceptory, ale také nežádoucí účinky farmakoterapie (např. cytostatiky vyvolaná neuropatie), důsledky terapeutických procedur (např. poradiační bolesti), a konečně psychogenní nástavba, která se obvykle rozvíjí v průběhu onemocnění. Proto se jako vhodnější a širší jeví označení bolest onkologických pacientů. Podle typu tedy bývají časté bolesti způsobené vlastním patologickým procesem nociceptorové (nocicepční), kde vedle bolestí somatických mohou být přítomny často ještě hůře snesitelné bolesti viscerální, vycházející z nociceptorů nejčastěji ve stěnách nebo obalech (pouzdrech) orgánů. Dalším typem jsou nádorové bolesti neuropatické, které mohou být vyvolány různými příčinami. Vedle přímého postižení obvodových nervových struktur z komprese jednotlivých nervů v jejich průběhu, resp. z rozvoje úžinových syndromů, se mohou při prorůstání nádorových mas do nervových struktur ve specifických lokalizacích objevit bolesti typu plexopatií, které bývají často spojeny s poruchami hybnosti a cití. Ty lze rozdělit podle anatomické lokalizace na cervikální, brachiální, lumbální a sakrální, resp. na jejich kombinace – cervikobrachiální a lumbosakrální. Nádorové postižení hlavových nervů patří rovněž do této skupiny periferních neuropatických bolestí. Bolesti centrální (centrální neuropatické) vznikají nejčastěji při rozvoji primárního nebo metastatického procesu v oblasti páteřního kanálu, popř. intrakraniálně. Bolesti psychogenní se objevují v individuálně značně rozdílné intenzitě, která závisí na psychickém typu a odolnosti jedince, na kvalitě a intenzitě prožívané bolesti, na míře prožívané úzkosti a deprese, resp. dalších negativních psychologických fenoménů spojených s utrpením a bilancováním takového nemocného (Opavský, 2011, s. 356).

Kvalita života pacientů trpících nádorovými bolestmi (jak z vlastního onemocnění, tak z nežádoucích účinků terapie) je často zhoršována metabolickými poruchami až metabolickým rozvratem v důsledku těžkých poruch vnitřních orgánů. Proto intenzita bolesti nemůže být jediným a hlavním kritériem, podle kterého hodnotíme stav nemocného. Vždy je nutno současně posuzovat psychický stav a jeho ladění, zjišťovat nežádoucí účinky terapie a potlačovat je všemi dostupnými prostředky, upravovat spánek a snažit se udržovat základní biologické funkce (zde konkrétně příjem a vylučování potravin a tekutin) na co nejlepší úrovni. Specifickým okruhem jsou preterminální a terminální stavy spojené s bolestmi, u kterých je často nutná paliativní péče. Problematika nádorových bolestí je velmi široká a speciální péči těmto nemocným

poskytují onkologové, avšak tam, kde není potlačení bolesti dostatečné, by ji měli pomoci zvládnout algeziologové na pracovištích léčby bolesti (Opavský, 2011, s. 357).

### **2.3.1 Průlomová bolest**

Průlomovou bolest u pacientů s nádorovým onemocněním můžeme charakterizovat jako prudké výrazné zesílení základní bolesti, dosahující maxima během několika minut a trvající řádově desítky minut u nemocných, jejichž základní bolest byla do té doby zvládána pravidelným podáváním opioidů. Průlomové bolesti se pro časové omezení také někdy označují jako bolesti epizodické. V situacích, kdy nastupují po pohybu nebo po změně polohy těla (ale také např. po zakašlání nebo kýchnutí), se označují rovněž jako bolesti incidentální. Tam, kde je vyvoláno prudké, desítky minut trvající zesílení bolesti po lékařských nebo jiných zdravotnických zákrocích (např. po převazu), se užívá rovněž označení procedurální bolest (Opavský, 2011, s. 358).

### **2.3.2 Hodnocení bolesti**

Abychom zajistili účinné zmírnění pacientovy bolesti, musíme provést důkladné a přesné vyšetření bolesti. To však není vůbec jednoduché, protože bolest je vždy velmi subjektivní. Bolest není ovlivněna pouze tělesnou patologií, ale také kulturními a sociálními faktory, očekáváním, náladou a pocitem kontroly. Navíc může mít pacient dramaticky odlišný práh bolesti a toleranci k bolesti, očekávání bolesti a způsoby vyjadřování bolesti. Můžeme dokonce o pacientových stížnostech na bolest pochybovat – zejména pokud si myslíme, že jeho chování neodpovídá jeho hlášení bolesti (Kolektiv autorů, 2006, s. 339).

Objasnění příčiny bolesti, tedy zjištění, co pacienta vlastně bolí, je základním předpokladem úspěšné léčby. Důležitým požadavkem onkologie je zhodnocení vztahu k nádorovému onemocnění u každého bolestivého stavu. Z hlediska léčby je významné zhodnocení převažujícího mechanismu bolesti. Nádorovou bolest správně zhodnotíme pomocí podrobné anamnézy, klinického vyšetření a v případě potřeby laboratorním, elektrofyziologickým a zobrazovacím vyšetřením (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 192).

### **2.3.3 Léčba bolesti**

Cílem léčby bolesti by mělo vždy být: zajištění klidného spánku, odstranění nebo zmírnění bolesti při tělesném klidu a odstranění nebo zmírnění bolesti při tělesné aktivitě.

Konečným cílem léčby je odstranění či výrazné zmírnění bolesti a dosažení co nejlepší kvality života nemocného (Vorlíček, Ševčík, 2011, s. 4).

Podle Vorlíčka, Abrahámové, Vorlíčkové a kol. (2012, s. 190) není problém léčby nádorové bolesti pouze otázkou dostatečné dávky analgetik. Nezbytný je komplexní léčebný přístup, který zohledňuje i ostatní aspekty života pacienta s nádorovou nemocí. Dnešní medicína zvládá tišení bolesti na snesitelnou míru téměř u všech onkologicky nemocných. U většiny nemocných může dosáhnout úlevy od bolesti neinvazivním podáváním analgetik a hlavně bez výraznějšího ovlivnění psychického stavu, tj. bez celkového útlumu a zmatenosti.

Většina doporučení pro léčbu bolesti vychází z rozdělení bolesti do tří stupňů: mírná, středně silná a silná. Tyto kategorie v sobě odrážejí pacientem udávanou intenzitu bolesti a stupeň, jakým tato bolest ovlivňuje jeho funkční zdatnost. Pro jednotlivé stupně jsou doporučeny léčebné postupy a lékové kombinace.

- Mírná bolest, kdy pacient udává nejhorší bolest v rozmezí 1-4 na číselné škále do 10, obvykle poměrně málo interferuje s pacientovými funkcemi a k jejímu zmírnění většinou stačí neopioidní analgetika. Důležitou součástí léčebného plánu je edukace pacienta o tom jak postupovat v případě, že se intenzita bolesti zhorší.
- Středně silná bolest je nejhorší bolest v rozmezí 5-6 na číselné škále do 10, která obvykle již významně ovlivňuje některé oblasti pacientova života. Je třeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a nejpozději za 24-72 hodin zhodnotit efekt této léčby.
- Silná bolest je udávaná nejhorší bolest v rozmezí 7-10, která vyžaduje rychlé zahájení léčby dostatečně účinnými analgetiky (většinou silnými opioidy). Efekt této léčby je třeba zhodnotit nejpozději za 24 hodin a podle potřeby musíme dávky léků upravit (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 197 - 198).

Léčba bolesti je součástí komplexní onkologické léčby. Způsoby, kterých při léčbě bolesti využíváme, rozdělujeme na kauzální a symptomatické.

Kauzální léčba nádorové bolesti spočívá ve využití postupů protinádorové léčby. Jejich obecným principem je zmenšení nebo odstranění nádoru pomocí chirurgie, chemoterapie, hormonální léčba, radioterapie. Nebo snížení jeho biologické aktivity - paliativní chemoterapie, biologická léčba. Z hlediska vlivu na bolest mají v klinické praxi největší význam metody chirurgické (např. přímé odstranění nádoru nebo stabilizace páteře

a dlouhých kostí při patologických frakturách) a radioterapie (např. zevní ozáření bolestivých kostních metastáz, aplikace radionuklidů při mnohočetné kostní diseminaci).

Symptomatické postupy ovlivňují vznik, vedení a další zpracování (vnímání) bolestivé stimulace na různých úrovních periferního a centrálního nervového systému. Na nádorové buňky (a tím i prognózu nádorového onemocnění) nemají tyto postupy vliv. Základním pilířem léčby nádorové bolesti je farmakoterapie. Přehled farmakologických a nefarmakologických postupů při léčbě bolesti onkologických pacientů:

**Tabulka č. 1** Přehled farmakologických a nefarmakologických postupů

<b>Postupy farmakologické</b>	<b>Příklady</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• systémové podávání analgetik</li> <li>• systémové podávání adjuvantních léků (koanalgetik)</li> </ul>	perorálně, parenterálně, transdermálně, rektálně podávaná neopioidní a opioidní analgetika a koanalgetika
<ul style="list-style-type: none"> <li>• spinální (epidurální a subarachnoidální) podávání analgetik</li> </ul>	aplikace opioidů nebo směsi opioidu a lokálního anestetika do spinálního katétru, nověji se začínají využívat implantované podkožní pumpy spojené se spinálním katétre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• metody regionální anestezie</li> </ul>	aplikace lokálního anestetika k nervovým strukturám vede k navození anestezie v příslušné oblasti, v léčbě nádorové bolesti se využívají pro krátkou dobu účinku velmi omezeně
<b>Postupy nefarmakologické</b>	<b>Příklady</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• neurochirurgické (neuroablativní) postupy</li> </ul>	chemická neurolyza ggl. celiacum při bolestech při nádoru slinivky, chordotomie při neztížitelných jednostranných bolestech v pánvi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilizační operace na páteři a dlouhých kostech</li> </ul>	osteosyntézy, vertebroplastika, kyfoplastika
<ul style="list-style-type: none"> <li>• rehabilitace, fyzikální léčba a protetika</li> <li>• psychoterapie</li> </ul>	masáže, TENS, ortézy a protézy relaxační metody, řízená imaginace, distrakce, podpůrné patientské skupiny
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pastorační péče</li> </ul>	podpora při hledání odpovědi na existenciální otázky (smysl života, vína, odpuštění, naděje, víra) může významně ovlivnit celkové prožívání nemoci (a tedy i vnímání bolesti)

(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 199 - 200)

Mezi nejčastější indikace paliativní chemoterapie patří právě bolest. Indikace by měla vycházet ze závažnosti pacientových symptomů a ne z výsledků zobrazovacích metod.

Radioterapie může u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním příznivě ovlivnit kvalitu a délku života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 86).

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012, s. 214 - 215) uvádí, že ačkoli jsme dnes schopni u naprosté většiny onkologických pacientů bolest dobře zmírnit, některé průzkumy naznačují, že v ČR u více než 50 % onkologicky nemocných není bolest léčena dostatečně. Příčinou je malá pozornost, kterou zdravotníci bolesti věnují, jejich často nedostatečné znalosti a také některé rozšířené nesprávné představy o opioidech, které vedou k tomu, že jsou tyto léky nasazovány příliš pozdě a bývají nevhodně dávkovány. Zdravotní sestry, které budou problematiku léčby bolesti dobře ovládat, mohou tuto neutěšenou situaci významně změnit.

#### 2.3.4 Nesprávné představy (mýty) o silných opioidech

Mýty o morfinu na straně zdravotníků:

- Morfin je nebezpečný, protože může způsobit útlum dechového centra a pacienta zabít.
- Po nasazení morfinu bude pacient trvale utlumený a obluzený a jeho kvalita života se sníží.
- Na morfin se rychle vyvíjí tolerance, dávku bude třeba stále zvyšovat, a proto lék nemůžeme nasadit příliš brzy, abychom si nevystříleli prach.
- Morfin je lékem indikovaným pouze u terminálně nemocných a umírajících pacientů.
- Předepisováním opioidů se člověk vystavuje velkému riziku administrativních až trestněprávních problémů. Proto je bezpečnější, aby tyto léky předepisovali onkologové.

Mýty o morfinu na straně pacientů a jejich příbuzných:

- Pravidelným užíváním morfinu se z člověka stává narkoman.
- Jakmile začnu užívat morfin, budu stále zmatený, budu mít halucinace a ztratím nad sebou kontrolu.
- Morfin je lék na tišení bolesti umírajících. Jestliže mi lékař předepisuje morfin, znamená to, že můj stav je vážný a že brzy umřu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 215).

## 2.4 Úloha sestry v péči o pacienty s bolestí

Proces hodnocení bolesti vyžaduje aktivní úsilí sestry a začíná pochopením, že bolest je subjektivní zkušenost. Aby mohla poskytnout pacientovi úlevu, musí sestra umět rozpoznat náznaky bolesti a posoudit míru utrpení. To není snadný úkol. Dokonce i velmi zkušené sestry někdy podcení závažnost pacientových bolestí. Jedním z důvodů těchto potíží je skutečnost, že pacienti i sestry mají odlišné názory a přisuzují odlišnou hodnotu tomu, jak by patrně člověk měl reagovat na bolest a hlásit ji. Sestra může předpokládat, že pacient bude mít objektivní znaky bolesti. Mohou to být zvýšený krevní tlak, zrychlený tep a dýchání, pocení. Může se také domnívat, že pacient jí sdělí bolesti slovy nebo projeví znaky bolesti neverbálním chováním, např. zmítáním nebo neklidem. Pacienti se dokážou bolesti přizpůsobit ve svém chování i fyziologicky. Mnozí přisuzují velký význam sebeovládání, a proto leckdy potlačí znaky utrpení. Jelikož bolesti i nemoc navíc unavují, reagují pacienti občas tím, že jsou klidnější než obvykle a jen tak leží v lůžku. Rovněž nelze vyloučit očekávání sester, že lidé dokážou ovládat své pocity prostě proto, že ony samy je musejí ve stresových situacích ovládat (Sofaer, 1997, s. 55).

Při hodnocení bolesti musí sestra získat anamnézu bolesti a udělat fyzikální vyšetření se zaměřením na pacientovy fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Údaje, které je nutné získat při anamnéze bolesti, jsou: lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy, předcházející zkušenosti. Při zjišťování anamnézy bolesti musí sestra poskytnout nemocnému příležitost ke slovnímu vyjádření a vnímání bolesti. Usnadňuje pochopení nemocného i toho, jaký význam má pro nemocného bolest a jak ji zvládá (Trachtová a kol., 2006, s. 132).

Dle Vorlíčka, Abrahámové, Vorlíčkové a kol. (2012, s. 193) je intenzita bolesti nejdůležitějším a rozhodujícím faktorem o celkovém vlivu bolesti na pacienta. Silná bolest vyžaduje okamžité řešení a považujeme ji tedy za neodkladný klinický stav. Bolest je svou povahou vždy subjektivní. Zlatým standardem při hodnocení intenzity bolesti proto musí být to, co nám pacient sdělí. Zaznamenat a určit pacientem udávanou intenzitu bolesti je z mnoha důvodů poměrně složitým metodologickým problémem. Každodenní klinická praxe ukazuje, že pacienti umí někdy velmi obtížně rozlišit intenzitu bolesti od stresu způsobeného bolestí. Při ztížené nebo nemožné verbální komunikaci s nemocným, bývá hodnocení intenzity bolesti velmi obtížné (např. u malých dětí, pacientů s demencí)

syndromem, pacientů s delirantním syndromem atd.). V takovýchto situacích musíme celkové hodnocení bolesti doplnit o pečlivé pozorování projevů bolestivého chování.

Pro hodnocení intenzity bolesti nejčastěji používáme tzv. vizuální analogovou škálu (VAS). Jedná se o úsečku dlouhou 100 mm se stupnicí 0-10 nebo 0-100. Levý konec úsečky označuje stav bolesti a pravý konec úsečky vyjadřuje maximální představitelnou bolest. Pacient označí místo na úsečce odpovídající intenzitě bolesti, následně se změří označená vzdálenost od levého konce úsečky. Takto získaná číselná hodnota odpovídá intenzitě bolesti. Obecně je za dlouhodobě snesitelnou považována bolest s hodnotou VAS 3-4 (30-40). Tuto hodnotu může pacient zaznamenávat do tzv. deníku bolesti. Z pravidelně vedeného deníku bolesti vyčteme celkovou intenzitu bolesti, frekvenci a intenzitu jejího zhoršení a reakci na zavedenou léčbu. Z informací v deníku můžeme najít i vnější příčiny zhoršení bolesti (počasí, pracovní aktivity, stres apod.). Veškeré tyto informace nám výrazně pomohou při dalším vedení léčby bolesti. Jinou možností je využití číselné hodnotící škály (NRS). Na rozdíl od grafické škály VAS používá číselné hodnoty k popisu bolesti na úsečce od 0 do 10, kde 0 znamená žádnou bolest a číslo 10 nejhorší představitelnou bolest. Mezi další možnosti měření intenzity bolesti patří škála slovní, kdy si pacient vybírá výraz nejlépe vystihující intenzitu jeho bolesti. Nejčastěji se používá pětistupňová škála členící bolest na následující stupně: 1) žádná, 2) mírná, 3) střední, 4) intenzivní, 5) nesnesitelná (velmi intenzivní). U dětí a simplexních osob často vystačíme s hodnocením popisným nebo s pětistupňovou obrázkovou škálou (Hakl a kol. 2013, s. 35). Tzv. Melzackova škála intenzity bolesti má 5 stupňů – 1) mírná, 2) nepříjemná, 3) silná, 4) krutá, 5) nesnesitelná bolest (Vorlíček, Ševčík, 2011, s. 3).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



### **3 PRŮZKUM V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S ONKOLOGICKOU BOLESTÍ**

#### **3.1 Průzkumný cíl**

Hlavním cílem průzkumu je zjistit hodnocení a vnímání kvality života pacientů s onkologickou bolestí. Hlavní cíl průzkumu je doplněn dílčími cíli.

##### **Cíl průzkumu**

Zjistit, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života.

##### **Dílčí cíle**

1. Zjistit, co si respondenti představují pod pojmem kvalita života.
2. Zjistit, jak bolest omezuje respondenty v každodenních činnostech a jak ovlivňuje jejich spánek.
3. Zjistit, jak bolest ovlivňuje společenský život a sociální vztahy respondenta.
4. Zjistit, jaký typ analgezie respondenti upřednostňují.

#### **3.2 Metoda průzkumu**

V praktické části jsme použili metodu triangulace. Jedná se o metodu kombinace a návaznosti využitelnou u jednoho průzkumu. V našem případě kvalitativní průzkum navazuje na kvantitativní. Pro výběr vzorku jsme využili náhodného stratifikovaného výběru. Jako techniku průzkumu jsme použili dotazník, rozhovor a analýzu dokumentů.

##### **3.2.1 Kvantitativní průzkum**

V první části našeho šetření jsme použili metodu kvantitativního průzkumu formou anonymních dotazníků. Využili jsme standardizovaného dotazníku WHO, WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Zvolený dotazník obsahuje 26 položek. 24 položek zahrnuje 4 domény - „fyzické zdraví“ (DOM1), „prožívání“ (DOM2), „sociální vztahy“ (DOM3) a „prostředí“ (DOM4). Dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Rozpětí škály u položek v dotazníku je 1-5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (lepší hodnocení). U každé položky si respondent může zvolit odpověď na škále od 1 do 5 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 14, 17). Škálování pouze stanovuje míru dotazovaného problému.

Nikoli, zda je odpověď špatná či dobrá. Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje příloha bakalářské práce.

První doménu – fyzické zdraví (DOM1) zjistíme z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. S druhou doménou – prožívání (DOM2) si poradíme pomocí otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Třetí doménou jsou sociální vztahy (DOM3) a ty zjistíme pomocí otázek č. 20, 21 a 22. Poslední doménou je prostředí (DOM4) a k výsledku nám pomůžou otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23).

**Tabulka č. 2** Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

domény		položky	
DOM1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnost
		q18	pracovní výkonnost
DOM2	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
DOM3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
		q8	osobní bezpečí
DOM4	prostředí	q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

(Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32)

### 3.2.2 Kvalitativní průzkum

Jelikož jsme v první fázi průzkumu pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF nezískali všechny potřebné informace, přistoupili jsme ke druhé části průzkumu a tou je kvalitativní průzkum. Ten nám může pomoci porozumět člověku a chápat jeho subjektivní názory a pocity.

Zvolili jsme techniku strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovor je jako přirozený prostředek lidské komunikace nejstarší a nejčastěji používaný způsob získávání informací. Patří mezi nejobtížnější, ale také nejvýhodnější techniky pro získání kvalitativních dat (Kutnohorská, 2009, s. 38-39). Strukturovaný rozhovor probíhá podle předem připravených otázek, které mají jednoznačné pořadí. Jeho podoba se blíží dotazníku (Kutnohorská, 2008, s. 75). Otevřené otázky jsou s výhodou pro respondenta, protože je zcela na něm volnost v odpovědi (Kutnohorská, 2009, s. 46).

### 3.2.3 Design průzkumu

Vlastnímu průzkumnému šetření předcházelo potvrzení žádosti o umožnění dotazníkového šetření a žádosti o umožnění přístupu k informacím. Obě žádosti nám schválila náměstkyně ošetrovatelské péče KNTB Zlataše Mihalová a primář oddělení Vladimír Řihák.

Průzkumné šetření probíhalo v Plicním oddělení KNTB od října 2015 do ledna 2016.

Každému klientovi jsme nejdříve pomohli s vyplněním standardizovaného dotazníku a pak jsme pokračovali rozhovorem.

Před realizací samotného rozhovoru jsme vytvořili schéma otázek, které nás zajímaly ve vztahu k průzkumnému problému. Při realizaci rozhovoru jsme se drželi těchto otázek, abychom předešli velmi volným odpovědím, odbíhajícím od tématu, ze strany respondentů. Typ a náplň rozhovoru jsme předem konzultovali s psychologkou. Pro získání důvěry a validitu dat jsme se snažili navodit příjemnou, ničím nerušenou atmosféru. Rozhovory probíhaly bez přítomnosti třetí osoby a v naprostém soukromí, abychom dodrželi anonymitu respondentů. S ohledem na celkový zdravotní stav respondentů jim bylo nabídnuto kdykoli přerušit rozhovor, aby si mohli odpočinout. Této nabídky využil respondent č. 2 pro velkou bolest a potřebu zvracení.

V rámci průzkumného řízení jsme se drželi etických zásad.

Získaná data jsme po předchozím souhlasu respondenta nahráli na diktafon. Nahrávku jsme poté přepsali do textového editoru. Vznikla tedy fixace v elektronické podobě, se kterou můžeme dále pracovat. Z etických důvodů však nebudou rozhovory s onkologickými pacienty přehrávány a doslovné přepisy rozhovorů nebudou součástí této bakalářské práce. Budou ale na vyžádání k dispozici u autorky.

Bakalářskou práci jsme doplnili kazuistikou. Data jsme autenticky přepsali z dokumentace pacientky.

### 3.3 Průzkumný soubor

#### Kvantitativní průzkum

Základní průzkumný soubor tvoří 5 pacientů, kteří byli v období od října 2015 do ledna 2016 hospitalizovanými pacienty Plicního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně (KNTB), a kteří v tuto dobu trpěli onkologickou bolestí. Tito pacienti byli také svolní a ochotní vyplnit dotazník WHOQOL-BREF.

Kritéria pro výběr respondentů:

- minimální věk 18 let,
- diagnostikované onkologické onemocnění a současně onkologická bolest,
- hospitalizační léčba v Plicním oddělení KNTB,
- ochota spolupracovat na vyplnění dotazníku.

#### Kvalitativní průzkum

Pro výběr průzkumného vzorku jsme použili záměrný výběr respondentů. Při záměrném výběru se badatel řídí jednak svými zkušenostmi, ale také svou intuicí a představou. Někdy musí zvážit i možnosti. Do vzorku jsou zařazovány osoby, které se jeví pro daný výzkum vhodné (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2009, s. 80).

Průzkumný vzorek tvoří 5 respondentů – dvě ženy a tři muži. Věk respondentů není záměrný, ale náhodný. Všichni respondenti splňují kritéria průzkumu.

Vzhledem k důvěrnosti informací se všichni respondenti rozhodli zůstat v anonymitě. Označení respondentů bude tedy smyšlené a jejich charakteristika bude velmi obecná z důvodu neporušení osobních dat.

**Respondenti:**

**Respondent č. 1 (R1)** – Petr, 80 let, bydlí se synem, je rozvedený, nyní důchodce, dříve inženýr architekt, nyní se léčí pro karcinom plic s prorůstáním do mediastina a metastazující proces do skeletu.

**Respondent č. 2 (R2)** – Karel, 67 let, bydlí se sedmnáctiletou dcerou, je rozvedený, nyní důchodce, dříve inspektor plynového zařízení, nyní se léčí pro metastatické postižení plic nejasného origa, metastázy peritonea a omenta.

**Respondent č. 3 (R3)** – Jaroslav, 68 let, bydlí s manželkou, je ženatý, nyní důchodce, dříve zedník, nyní se léčí pro tumorózní proces plic s metastázami do plic, osteolytická ložiska v žebrech a metastázy jater.

**Respondent č. 4 (R4)** – Kateřina, 70 let, bydlí sama, je rozvedená, nyní důchodce, dříve učitelka v mateřské škole, nyní se léčí pro bronchogenní karcinom a patologické osteolytické zlomeniny pánve.

**Respondent č. 5 (R5)** – Růžena, 63 let, bydlí s přítelem, rozvedená, nyní důchodce, dříve knihovnice, nyní se léčí pro suspektní primární bronchogenní karcinom a patologickou zlomeninu 4. lumbálního obratle a metastatické postižení lumbální páteře.

### 3.4 Zpracování získaných informací

Data z dotazníků WHOQOL-BREF jsme zpracovali do tabulek četností. Každou otázku z dotazníku jsme vyhodnotili do tabulky, obsahující absolutní i relativní četnost ze získaných odpovědí. Absolutní četnost jsme označili  $n$  a relativní četnost jsme označili %.

**Absolutní četnost** – udává sumu jednotlivých variant odpovědí v číslech. Součtem všech absolutních četností získáme celkovou četnost v daném souboru.

**Relativní četnost** –  $f_i$  = podíl absolutní četnosti  $n_i$  a celkové četnosti  $n$ . Relativní četnost je vyjádřená v procentech, proto se vypočítaná hodnota  $f_i$  vynásobí 100.

Ke všem tabulkám jsme zvolili i grafické vyjádření výsledků. Tabulky i grafy jsme vypracovali v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2007.

Rozhovory jsme přepsali z nahrávacího zařízení do textového editoru Microsoft Word 2007. Tak jsme vytvořili fixaci dat, se kterými jsme mohli dále pracovat. V rámci průzkumného šetření jsme tato data zpracovali pomocí otevřeného kódování.

Kódování je tvůrčí proces, který nelze v žádném případě formalizovat. „Otevřené kódování se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí studia údajů. Jde o přiřazování pojmů jednotlivým případům, událostem a jiným výskytům jevů. Pojmy jsou základním pilířem vědy“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2009, s. 126).

### 3.5 Výsledky šetření

#### 3.5.1 Dotazníkové šetření

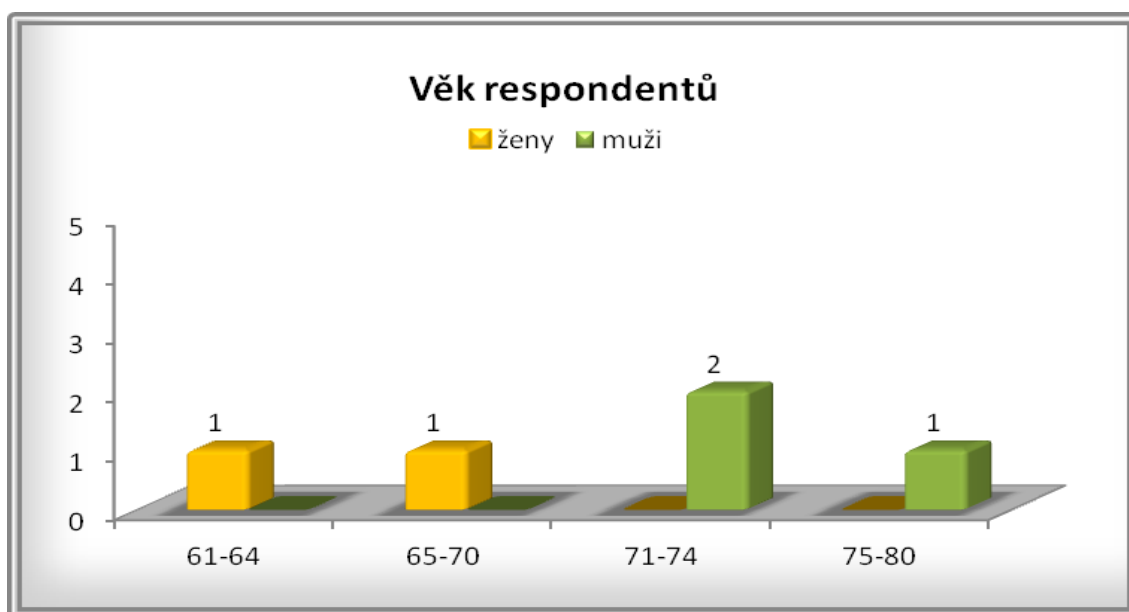
##### Vyhodnocení standardizovaného dotazníku

Tabulka č. 3 Věk respondentů

věk	61-64	65-70	71-74	75-80
ženy	1	1	0	0
muži	0	0	2	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1 Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

#### Komentář:

Průzkumného šetření se zúčastnili: 1 žena ve věku 61 – 64 let, 1 žena ve věku 65 – 70 let, 2 muži ve věku 71 – 74 let a 1 muž ve věku 75 – 80 let.

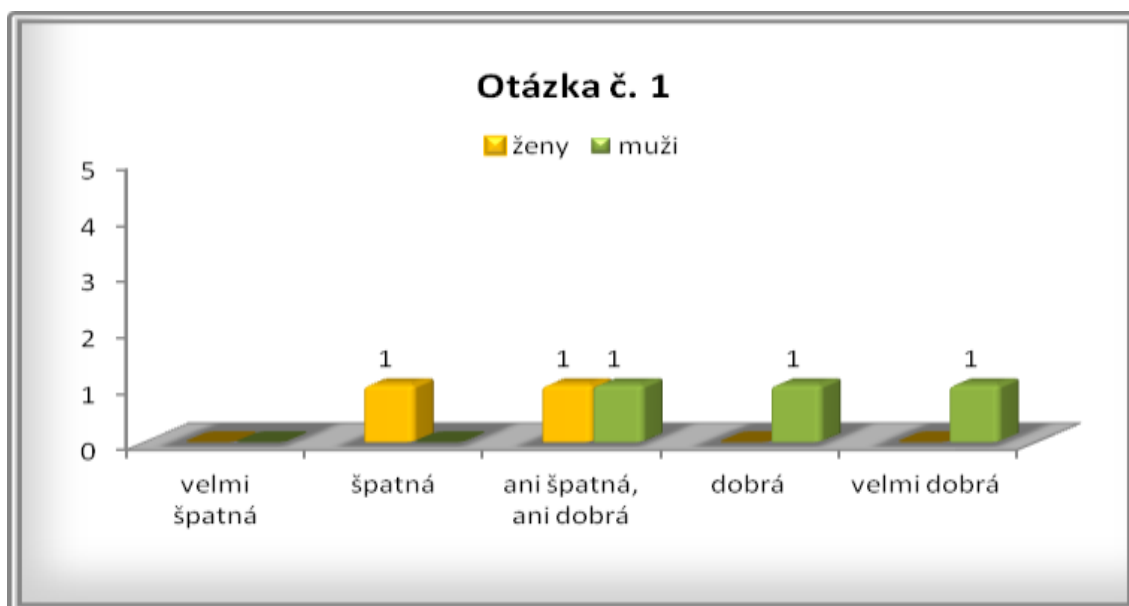
## Otázka č. 1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka č. 4 Kvalita života

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi špatná	0	0	0	0
špatná	1	20	0	0
ani špatná, ani dobrá	1	20	1	20
dobrá	0	0	1	20
velmi dobrá	0	0	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 Kvalita života



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Kvalitu života hodnotila jako špatnou 1 žena (20 %). Ani špatnou ani dobrou kvalitu života hodnotila 1 žena a 1 muž (40 %). Dobrou kvalitu života hodnotil 1 muž (20 %). Kvalitu života jako velmi dobrou hodnotil 1 muž (20 %).

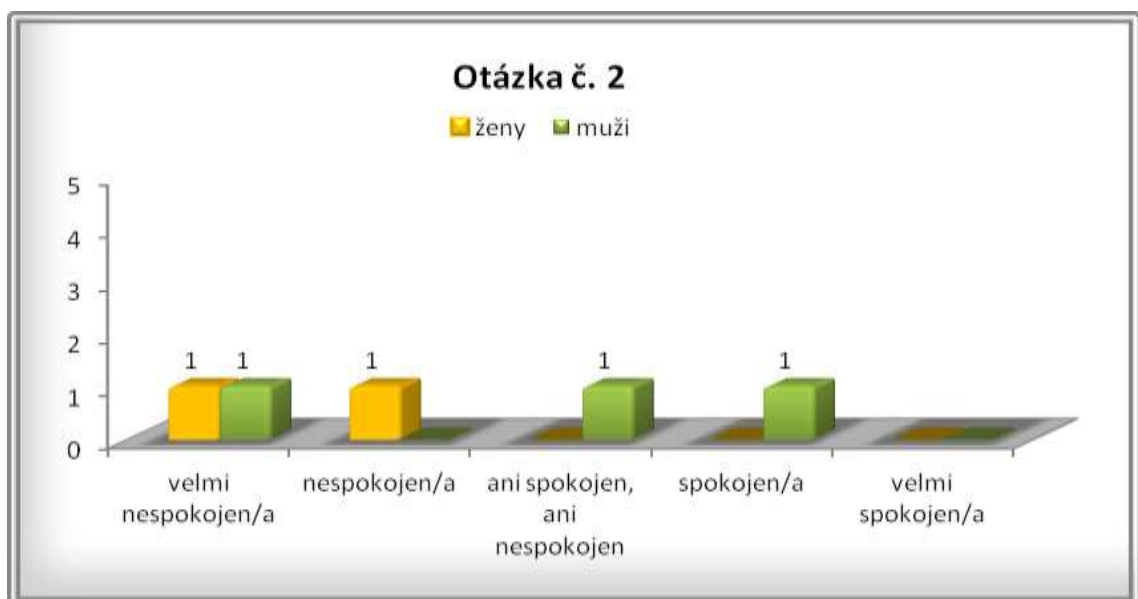
## Otázka č. 2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka č. 5 Spokojenost se zdravím

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	1	20	1	20
nespokojen/a	1	20	0	0
ani spokojen, ani nespokojen	0	0	1	20
spokojen/a	0	0	1	20
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 Spokojenost se zdravím



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

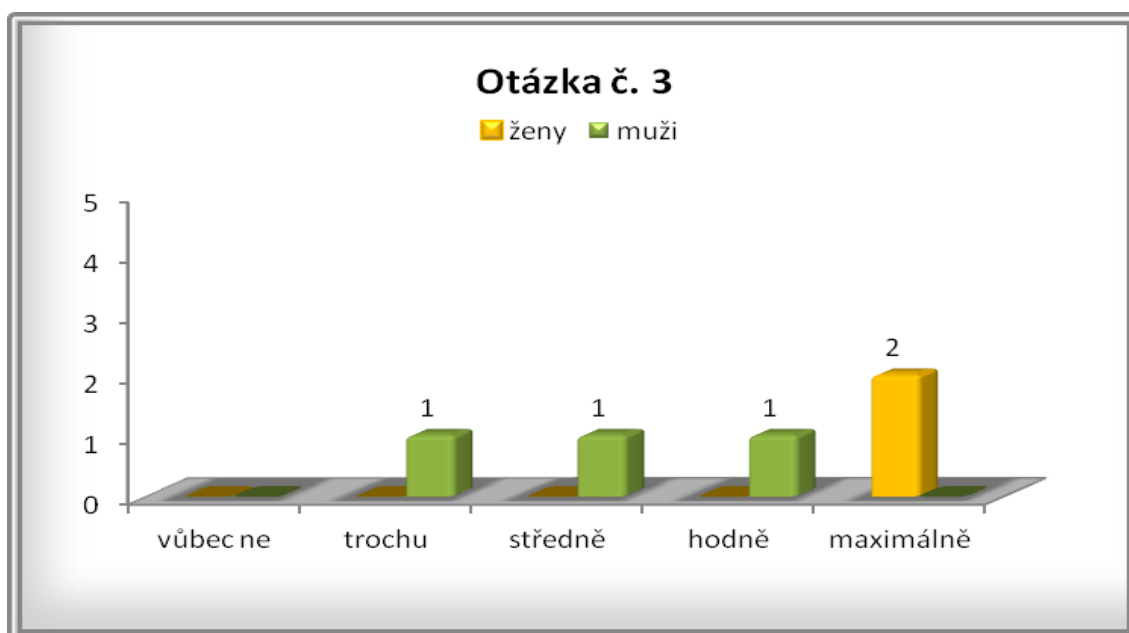
Se zdravím je velmi nespokojena 1 žena a 1 muž (40 %). Nespokojena je 1 žena (20 %). Ani spokojen ani nespokojen se zdravím je 1 muž (20 %). Spokojen se zdravím je 1 muž (20 %).



**Otázka č. 3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?****Tabulka č. 6** Míra omezení vlivem bolesti

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	0	0	1	20
středně	0	0	1	20
hodně	0	0	1	20
maximálně	2	40	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č. 4** Míra omezení vlivem bolesti

Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

2 ženy (40 %) hodnotily, že jim bolest brání maximálně v tom, co potřebují dělat. 1 muž (20 %) hodnotil trochu, 1 muž (20 %) hodnotil středně a 1 muž (20 %) hodnotil hodně, že jim bolest brání v tom, co potřebují dělat.

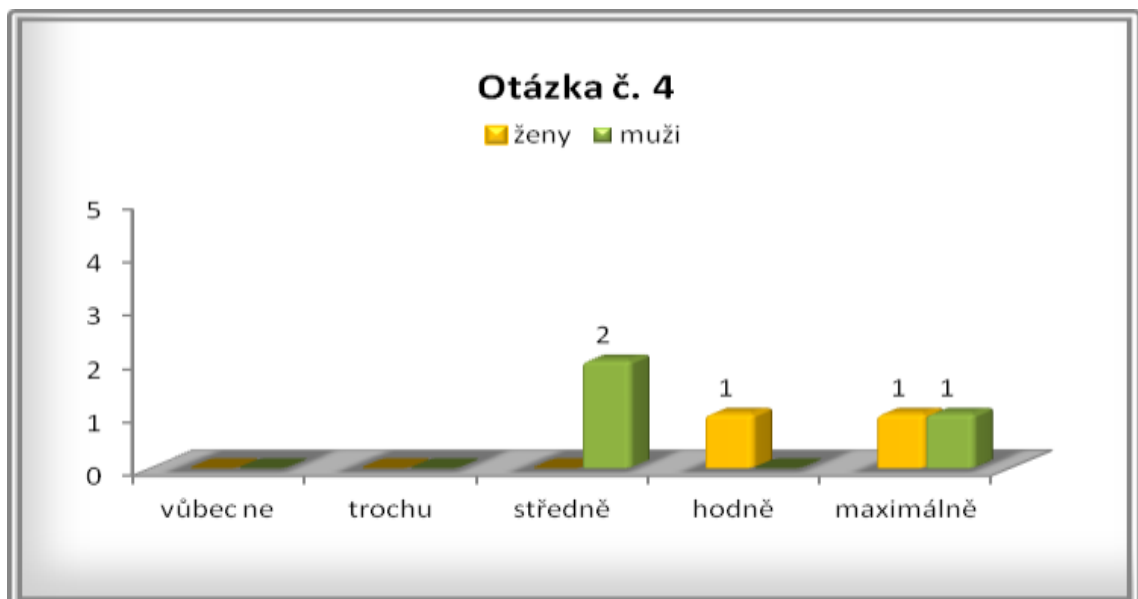
**Otázka č. 4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?**

**Tabulka č. 7** Potřeba lékařské péče

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	0	0	0	0
středně	0	0	2	40
hodně	1	20	0	0
maximálně	1	20	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č. 5** Potřeba lékařské péče



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

2 muži (40 %) hodnotili potřebu lékařské péče jako střední. 1 žena (20 %) potřebuje lékařskou péči hodně a 1 žena a 1 muž (40 %) potřebují lékařskou péči maximálně.

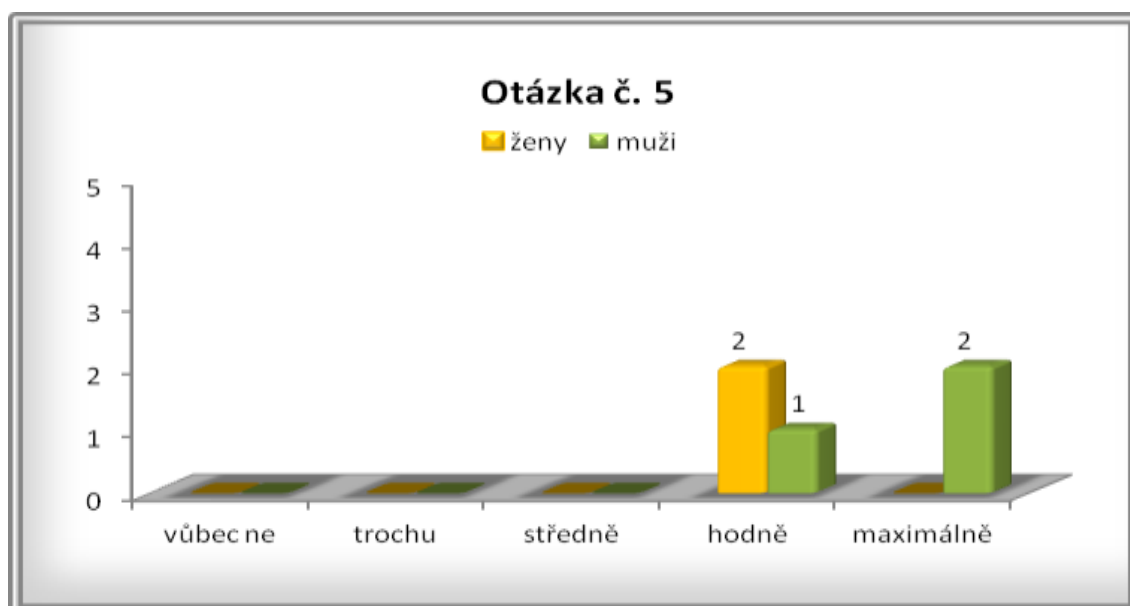
## Otázka č. 5: Jak moc Vás těší život?

Tabulka č. 8 Rádost ze života

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
hodně	2	40	1	20
maximálně	0	0	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 Rádost ze života



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

2 ženy a 1 muž (60 %) jsou se životem spokojeni hodně a 2 muži (40 %) jsou se životem spokojeni maximálně.

Otázka č. 6: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Tabulka č. 9 Smysl života

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
hodně	0	0	0	0
maximálně	2	40	3	60
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 Smysl života



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Všech 5 respondentů – 2 ženy a 3 muži (100 %) hodnotí smysl života maximálně.

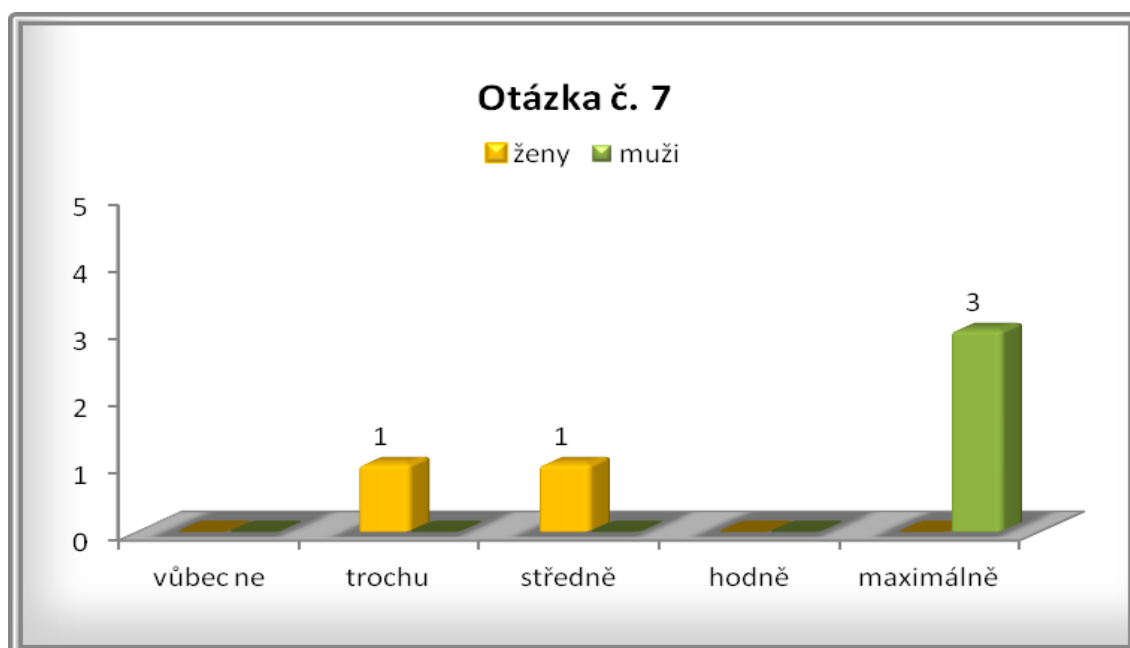
## Otázka č. 7: Jak se dokážete soustředit?

Tabulka č. 10 Schopnost soustředění

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	1	20	0	0
středně	1	20	0	0
hodně	0	0	0	0
maximálně	0	0	3	60
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 Schopnost soustředění



Zdroj: vlastní výzkum

## Komentář:

1 žena (20 %) se dokáže soustředit trochu, 1 žena (20 %) se dokáže soustředit středně a všichni 3 muži (60%) se dokážou soustředit maximálně.

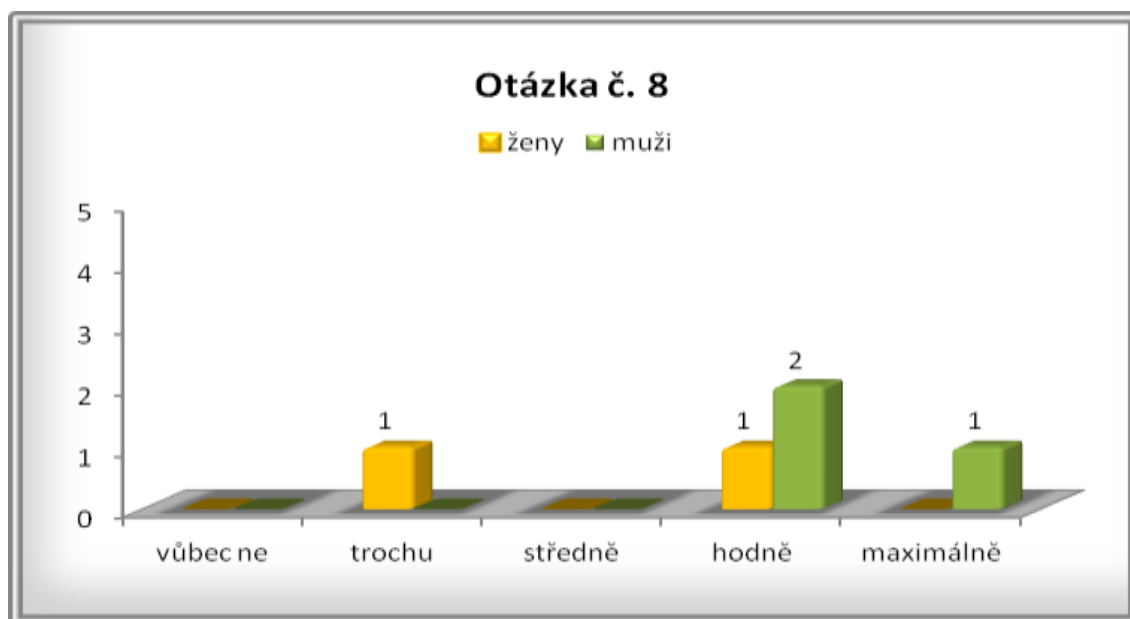
## Otázka č. 8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka č. 11 Bezpečnost v každodenním životě

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	1	20	0	0
středně	0	0	0	0
hodně	1	20	2	40
maximálně	0	0	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 Bezpečnost v každodenním životě



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

V každodenním životě se trochu bezpečně cítí 1 žena (20 %). Hodně bezpečně se cítí 1 žena a 2 muži (60 %) a maximálně bezpečně se cítí 1 muž (20 %).

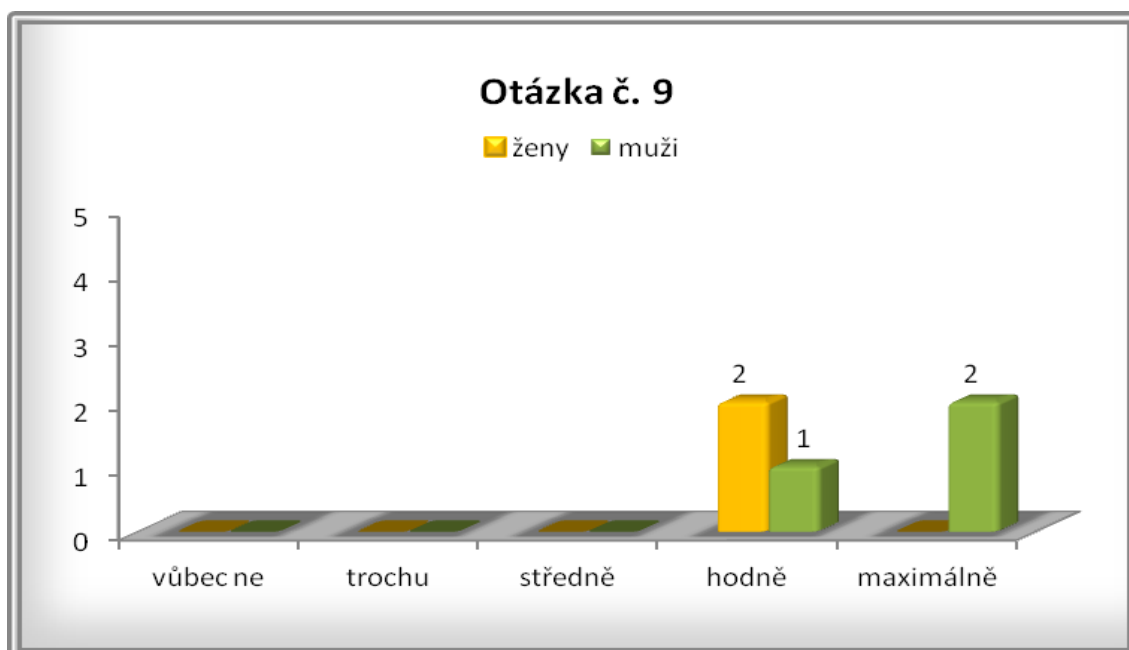
## Otázka č. 9: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka č. 12 Zdravé prostředí

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
hodně	2	40	1	20
maximálně	0	0	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 Zdravé prostředí



Zdroj: vlastní výzkum

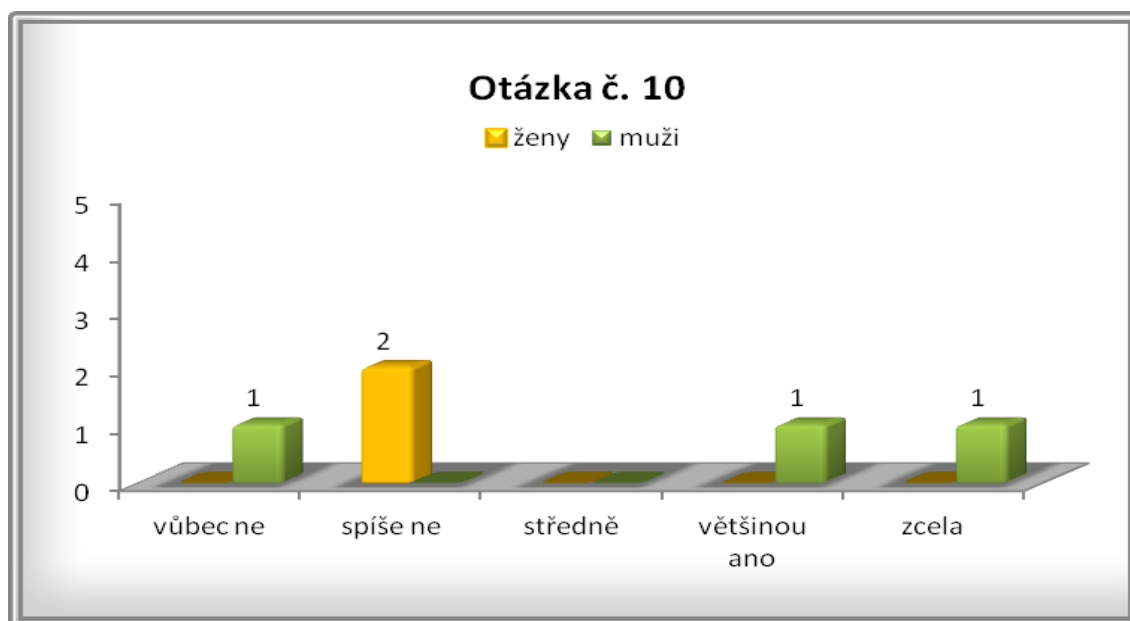
**Komentář:**

3 respondenti – 2 ženy a 1 muž (60 %) žijí v hodně zdravém prostředí a 2 muži (40 %) žijí v maximálně zdravém prostředí.

**Otázka č. 10: Máte dost energie pro každodenní život?****Tabulka č. 13** Energie v každodenním životě

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	1	20
spíše ne	2	40	0	0
středně	0	0	0	0
většinou ano	0	0	1	20
zcela	0	0	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č. 11** Energie v každodenním životě

Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Energii pro každodenní život vůbec nemá 1 muž (20 %). Energii spíše nemají 2 ženy (40 %). Energii většinou má 1 muž (20 %) a zcela má také 1 muž (20 %).



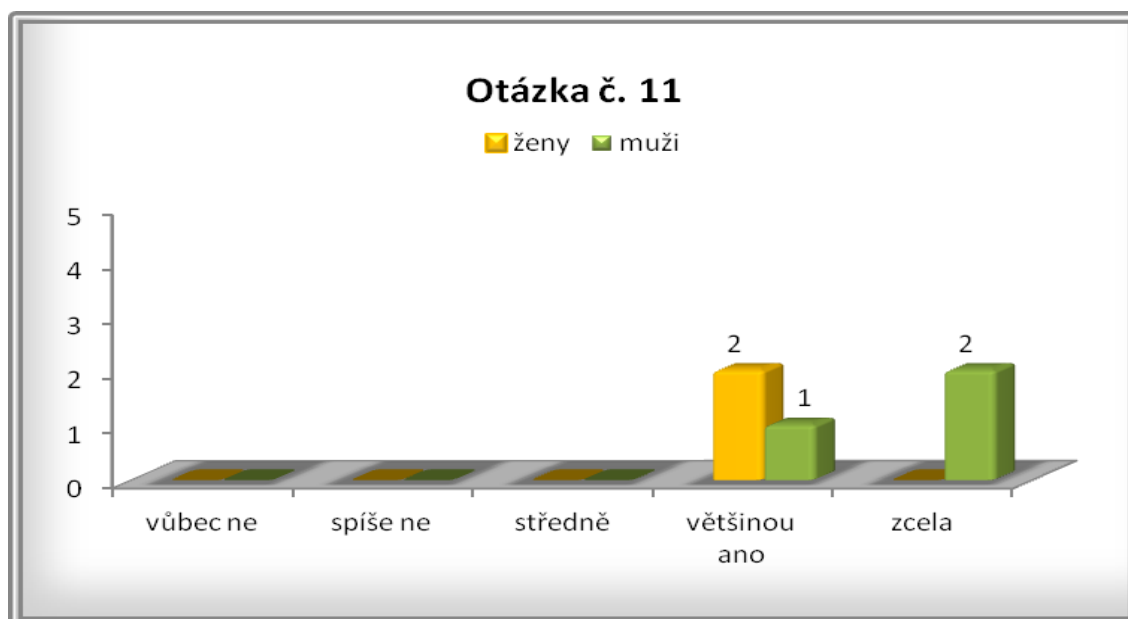
## Otázka č. 11: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tabulka č. 14 Spokojenost se svým vzhledem

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
většinou ano	2	40	1	20
zcela	0	0	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 Spokojenost se svým vzhledem



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Svůj tělesný vzhled většinou dokážou akceptovat 2 ženy a 1 muž (60 %). Zcela dokážou akceptovat svůj vzhled 2 muži (40 %).

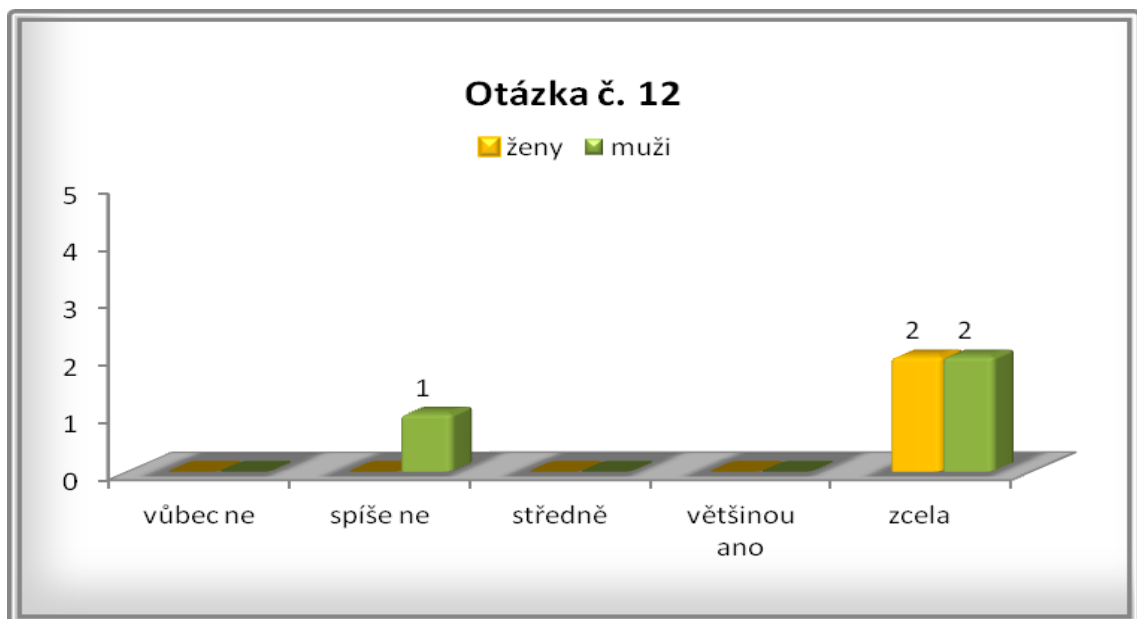
## Otázka č. 12: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Tabulka č. 15 Finanční jistota

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	0	0	1	20
středně	0	0	0	0
většinou ano	0	0	0	0
zcela	2	40	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 Finanční jistota



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

1 muž (20 %) hodnotil spíše nedostatek peněz k uspokojení svých potřeb. Obě ženy a dva muži (80 %) mají zcela dostatek peněz k uspokojení svých potřeb.

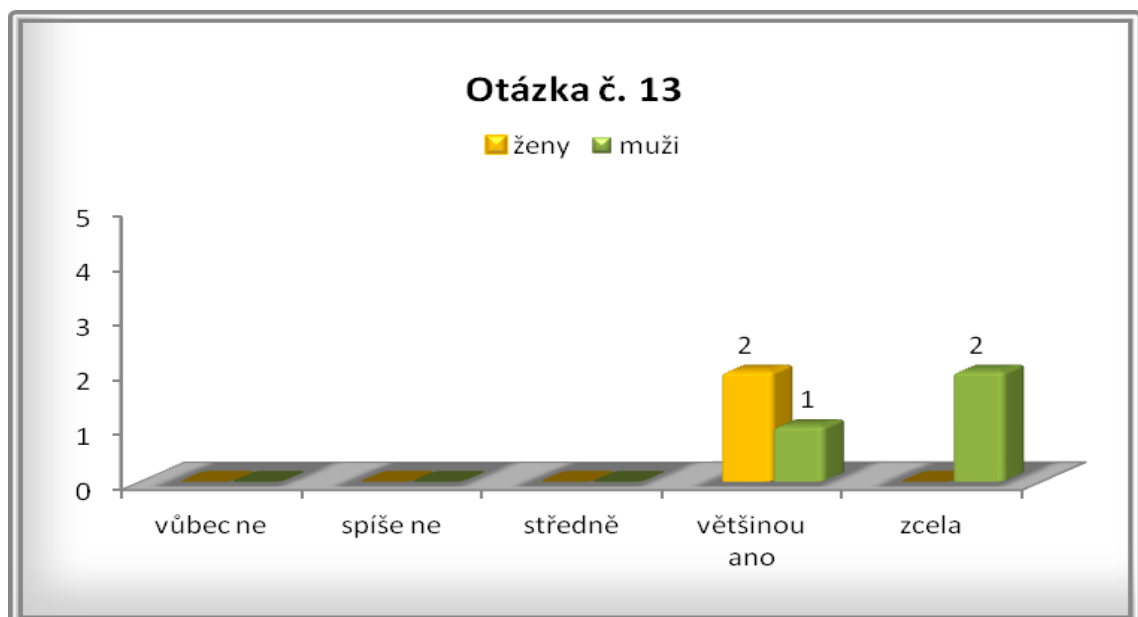
**Otázka č. 13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?**

**Tabulka č. 16** Dostupnost informací

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
většinou ano	2	40	1	20
zcela	0	0	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č. 14** Dostupnost informací



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentáře:**

2 ženy a 1 muž (60 %) většinou mají dostatek informací pro každodenní život. 2 muži (40 %) mají zcela dostatek informací pro každodenní život.

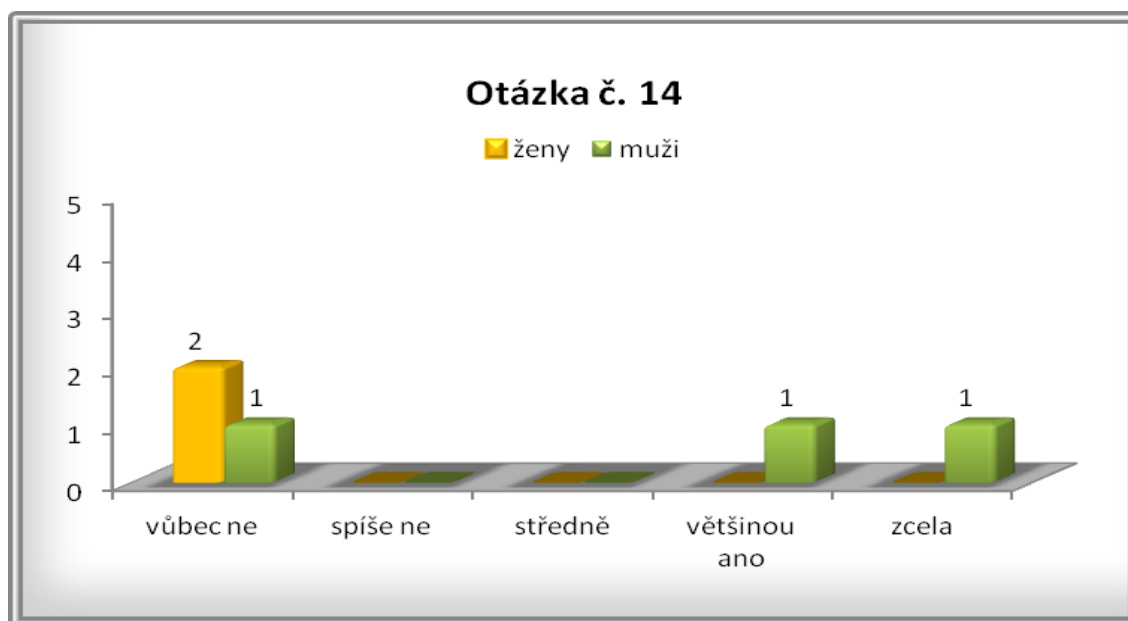
## Otázka č. 14: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tabulka č. 17 Schopnost věnovat se zálibám

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	2	40	1	20
spíše ne	0	0	0	0
středně	0	0	0	0
většinou ano	0	0	1	20
zcela	0	0	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 Schopnost věnovat se zálibám



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Obě ženy a 1 muž (60 %) vůbec nemají možnost věnovat se svým zálibám. 1 muž (20 %) má většinou možnost a 1 muž (20 %) má zcela možnost věnovat se svým zálibám.

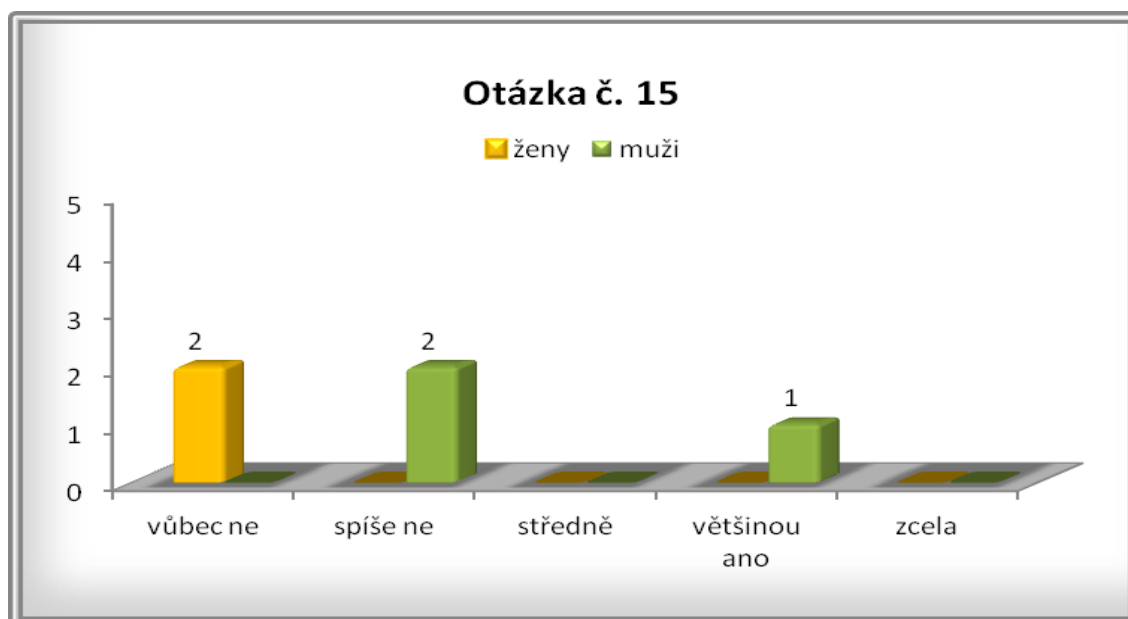
## Otázka č. 15: Jak se dokážete pohybovat?

Tabulka č. 18 Mobilita

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
vůbec ne	2	40	0	0
spíše ne	0	0	2	40
středně	0	0	0	0
většinou ano	0	0	1	20
zcela	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 Mobilita



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentáře:**

Obě ženy (40 %) hodnotily, že se vůbec nedokáží pohybovat. 2 muži (40 %) se spíše nedokáží pohybovat a 1 muž (20 %) se většinou dokáže pohybovat.

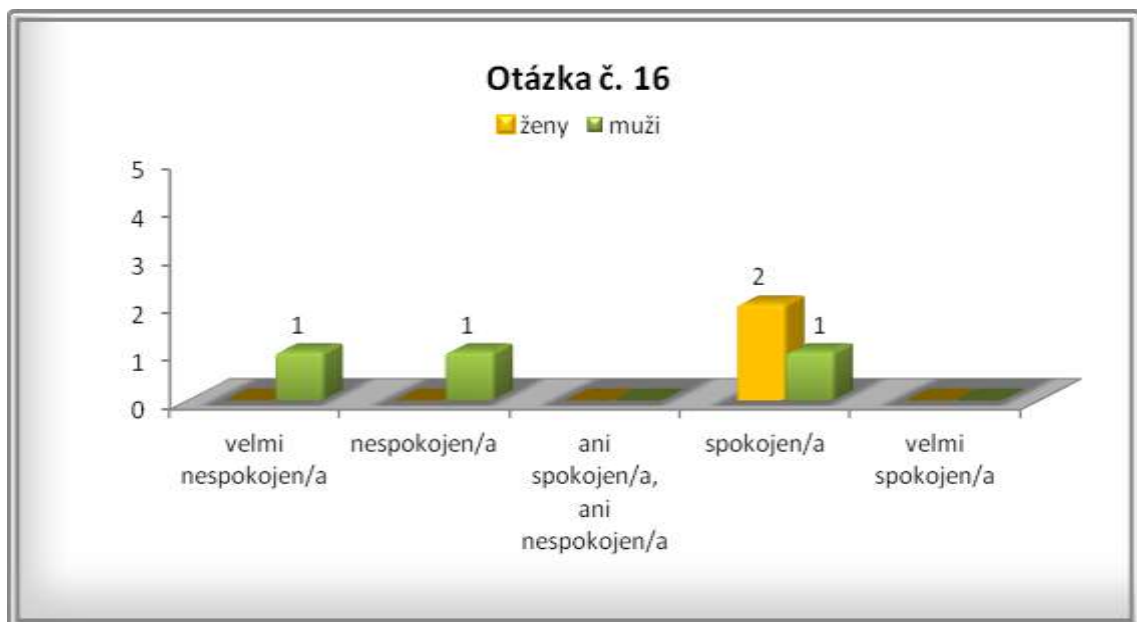
## Otázka č. 16: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Tabulka č. 19 Spokojenost se spánkem

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	1	20
nespokojen/a	0	0	1	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	0	0
spokojen/a	2	40	1	20
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17 Spokojenost se spánkem



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

1 muž (20 %) je se svým spánkem velmi nespokojen a 1 muž (20 %) je nespokojen. Obě ženy a 1 muž (60 %) jsou se svým spánkem spokojeni.

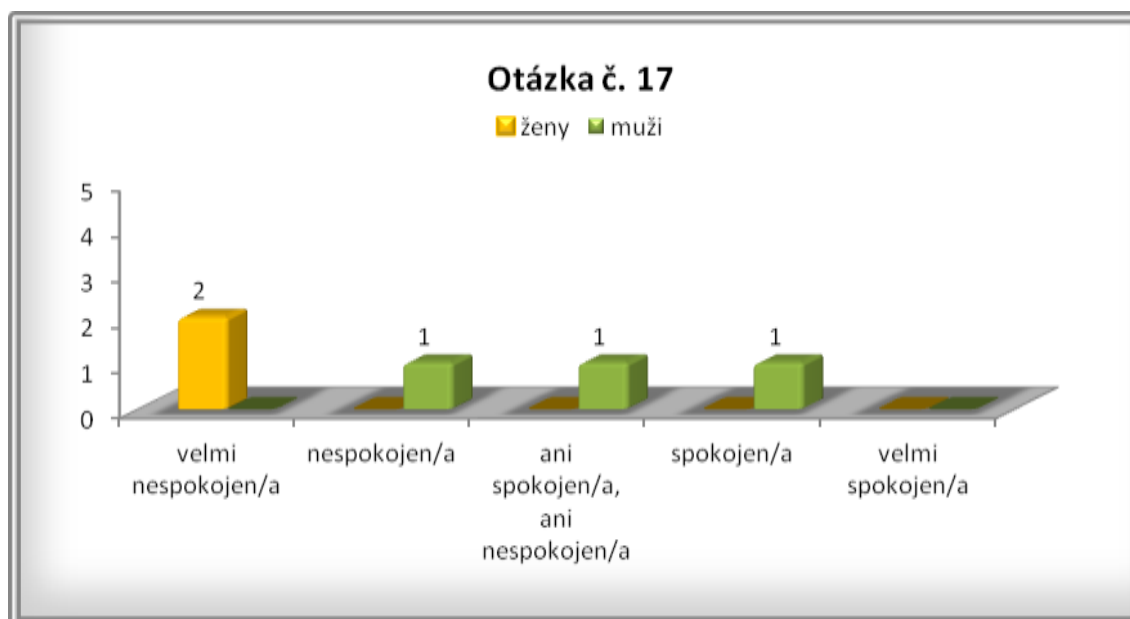
## Otázka č. 17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka č. 20 Možnost provádět každodenní činnosti

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	2	40	0	0
nespokojen/a	0	0	1	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	1	20
spokojen/a	0	0	1	20
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 Možnost provádět každodenní činnosti



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Se schopností provádět každodenní činnosti jsou velmi nespokojeny obě ženy (40 %). 1 muž (20 %) je nespokojen, 1 muž (20 %) je ani spokojen ani nespokojen a 1 muž (20 %) je spokojen se svou schopností provádět každodenní činnosti.

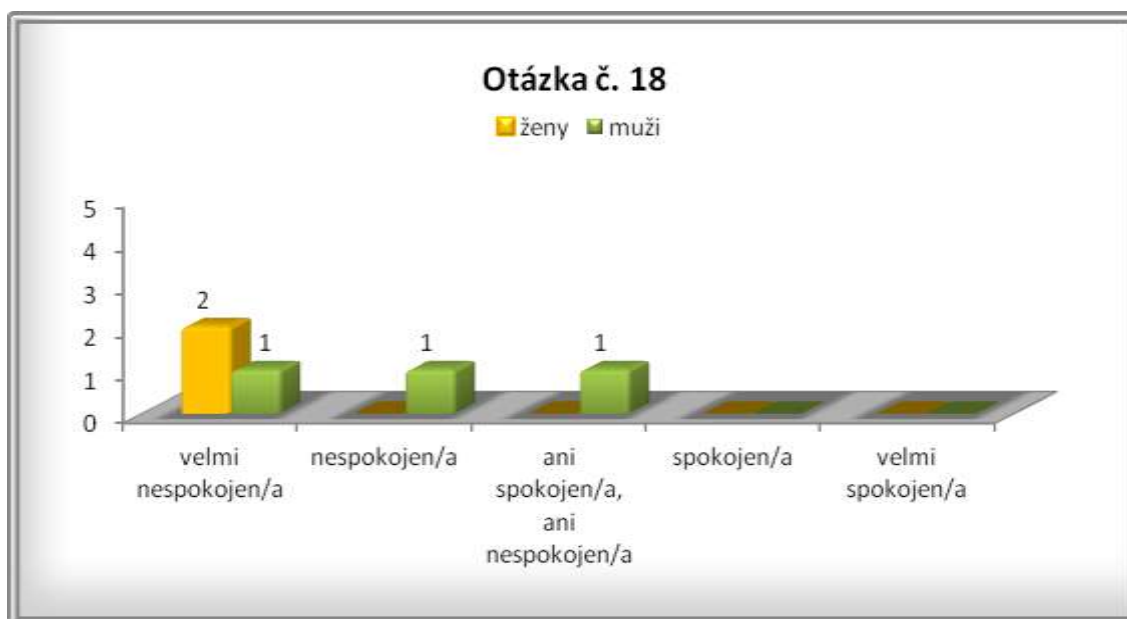
## Otázka č. 18: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Tabulka č. 21 Spokojenost s pracovním výkonem

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	2	40	1	20
nespokojen/a	0	0	1	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	1	20
spokojen/a	0	0	0	0
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 Spokojenost s pracovním výkonem



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Se svým pracovním výkonem jsou velmi nespokojeny obě ženy a 1 muž (60 %). 1 muž (20 %) je nespokojen a 1 muž (20 %) je ani spokojen ani nespokojen se svým pracovním výkonem.



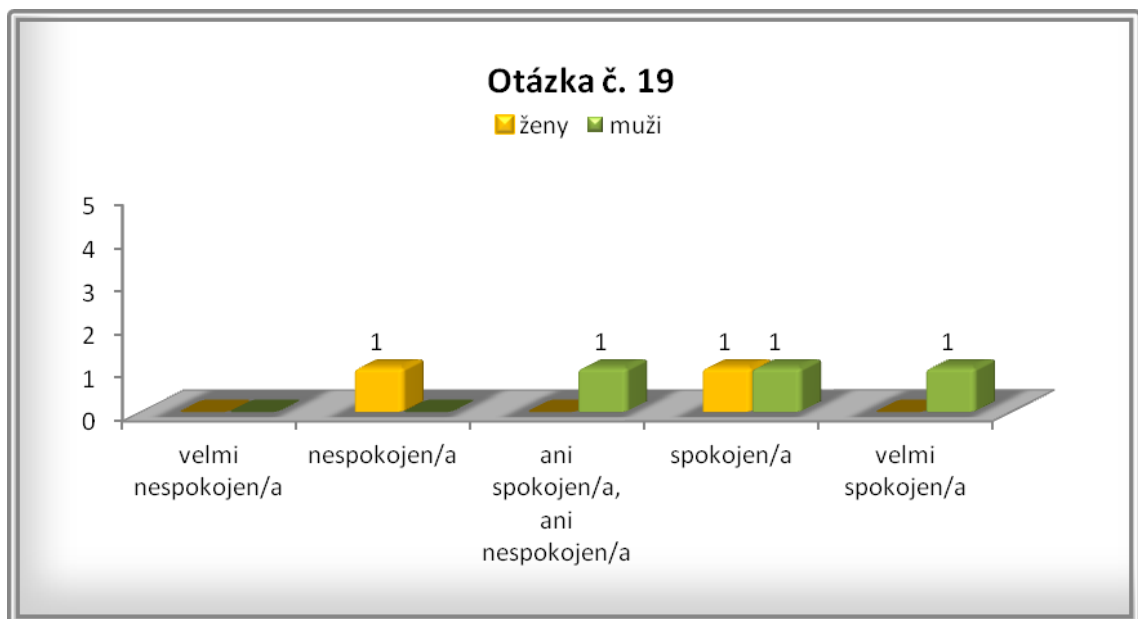
## Otázka č. 19: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

Tabulka č. 22 Spokojenost s vlastní osobou

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	1	20	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	1	20
spokojen/a	1	20	1	20
velmi spokojen/a	0	0	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 Spokojenost s vlastní osobou



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Sama se sebou je nespokojena 1 žena (20 %). Ani spokojen ani nespokojen je 1 muž (20 %). 1 žena a 1 muž (40 %) jsou spokojeni sami se sebou a 1 muž (20 %) je velmi spokojen sám se sebou.

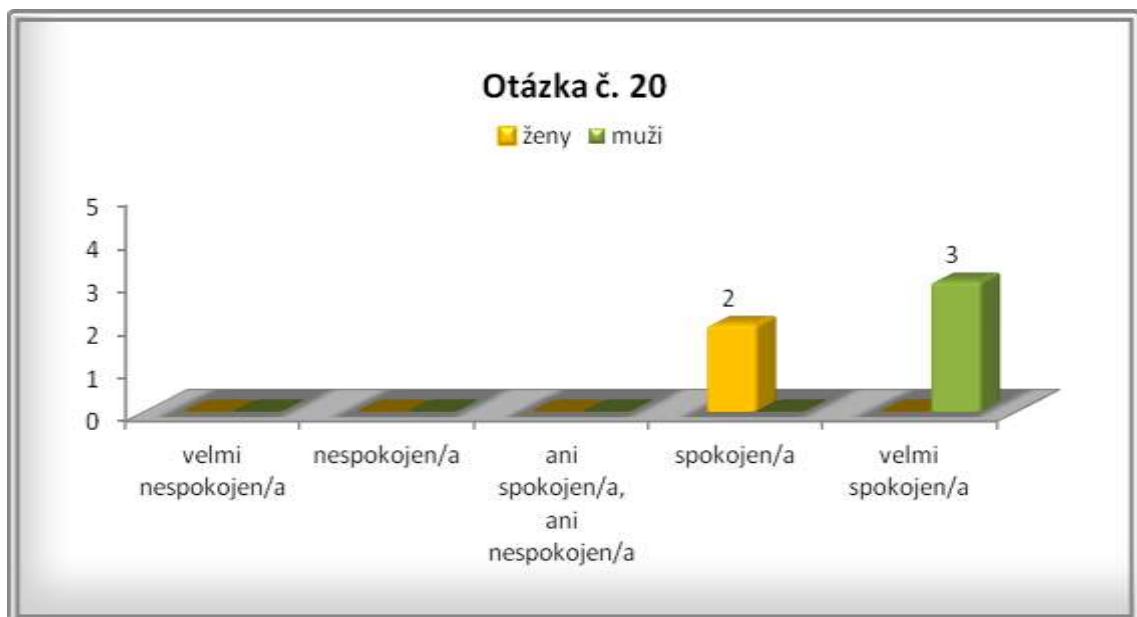
## Otázka č. 20: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Tabulka č. 23 Spokojenost s osobními vztahy

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	0	0	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	0	0
spokojen/a	2	40	0	0
velmi spokojen/a	0	0	3	60
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21 Spokojenost s osobními vztahy



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Obě ženy (40 %) jsou se svými osobními vztahy spokojeny. Všichni muži (60 %) jsou se svými osobními vztahy velmi spokojeni.

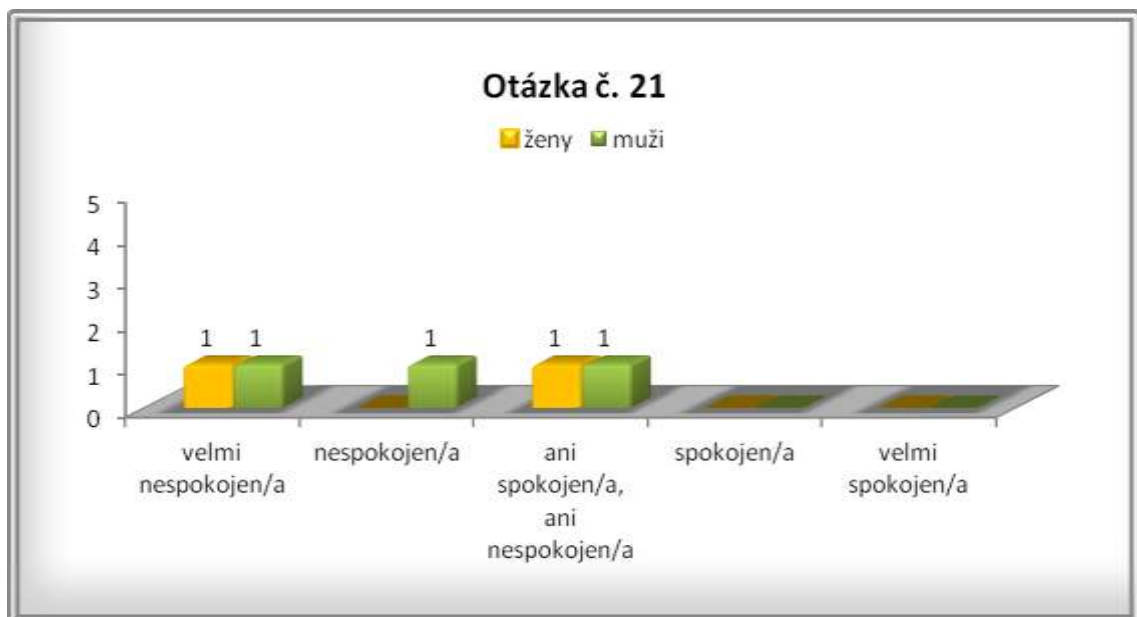
## Otázka č. 21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Tabulka č. 24 Spokojenost se sexuálním životem

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	1	20	1	20
nespokojen/a	0	0	1	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	1	20	1	20
spokojen/a	0	0	0	0
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22 Spokojenost se sexuálním životem



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Se svým sexuálním životem jsou velmi nespokojeni 1 žena a 1 muž (40 %). 1 muž (20 %) je nespokojen. Ani spokojen ani nespokojen jsou 1 žena a 1 muž (40 %).

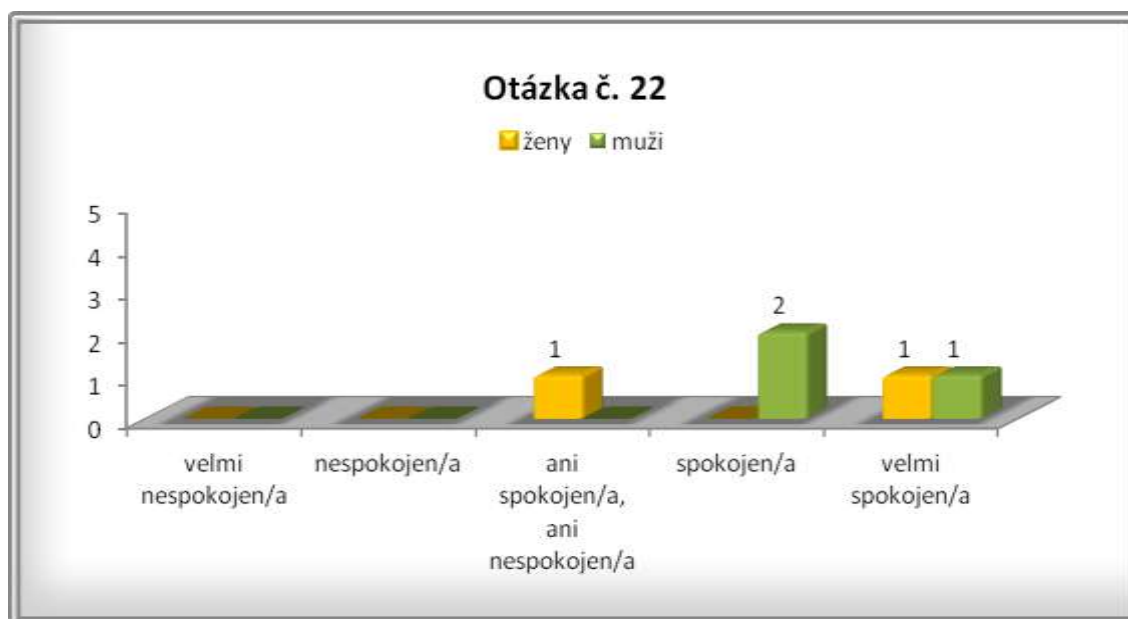
## Otázka č. 22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Tabulka č. 25 Podpora přátel

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	0	0	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	1	20	0	0
spokojen/a	0	0	2	40
velmi spokojen/a	1	20	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23 Podpora přátel



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Ani spokojen ani nespokojen s podporou přátel je 1 žena (20 %). Spokojeni jsou 2 muži (40 %). Velmi spokojeni s podporou svých přátel jsou 1 žena a 1 muž (40 %).

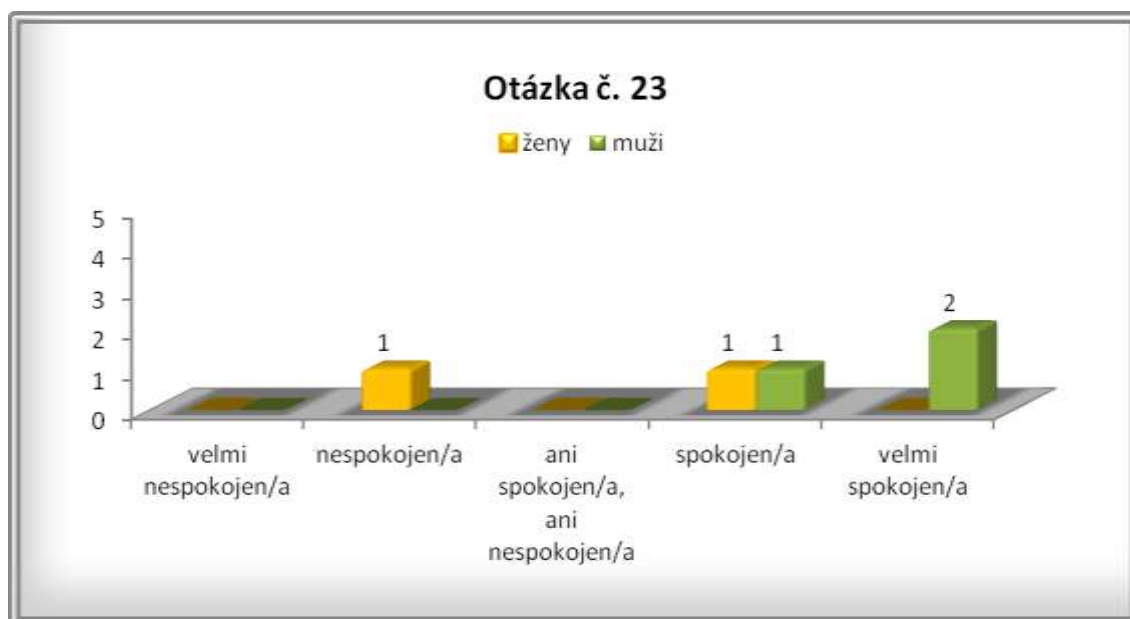
Otázka č. 23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tabulka č. 26 Podmínky bydliště

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	1	20	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	0	0
spokojen/a	1	20	1	20
velmi spokojen/a	0	0	2	40
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24 Podmínky bydliště



Zdroj: vlastní výzkum

#### Komentář:

S podmínkami, kde žije, není spokojena 1 žena (20 %). Naopak spokojeni s podmínkami jsou 1 žena a 1 muž (40 %). Velmi spokojeni s podmínkami, kde žijí, jsou 2 muži (40 %).

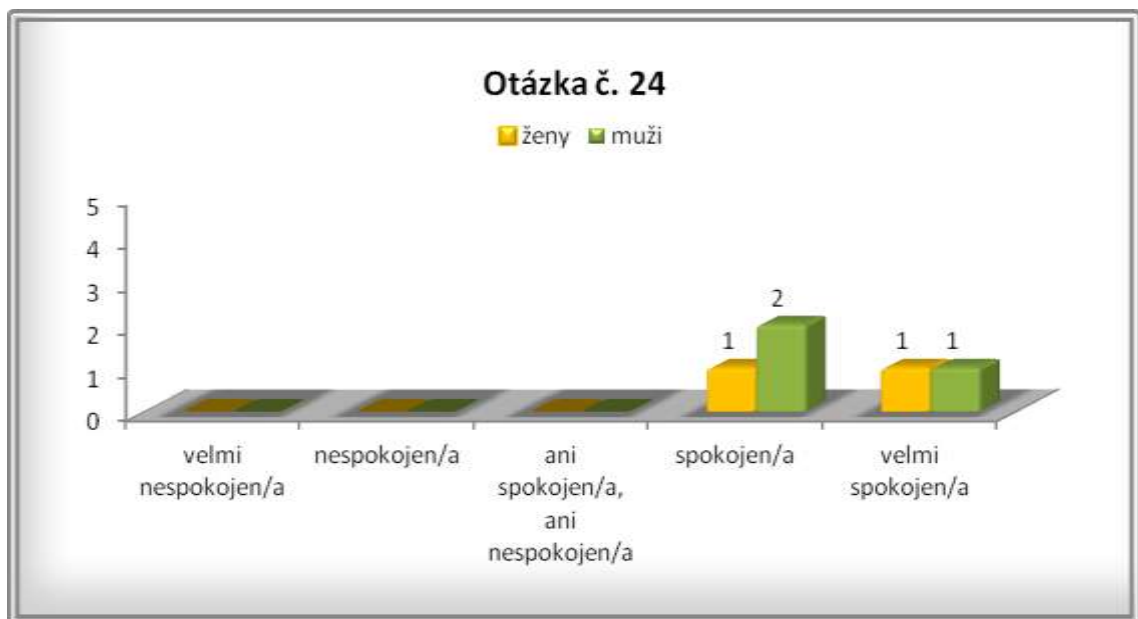
## Otázka č. 24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Tabulka č. 27 Dostupnost zdravotní péče

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	0	0	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	0	0	0	0
spokojen/a	1	20	2	40
velmi spokojen/a	1	20	1	20
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 25 Dostupnost zdravotní péče



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Spokojeni s dostupností zdravotní péče jsou 1 žena a 2 muži (60 %) a velmi spokojeni jsou 1 žena a 1 muž (40 %).

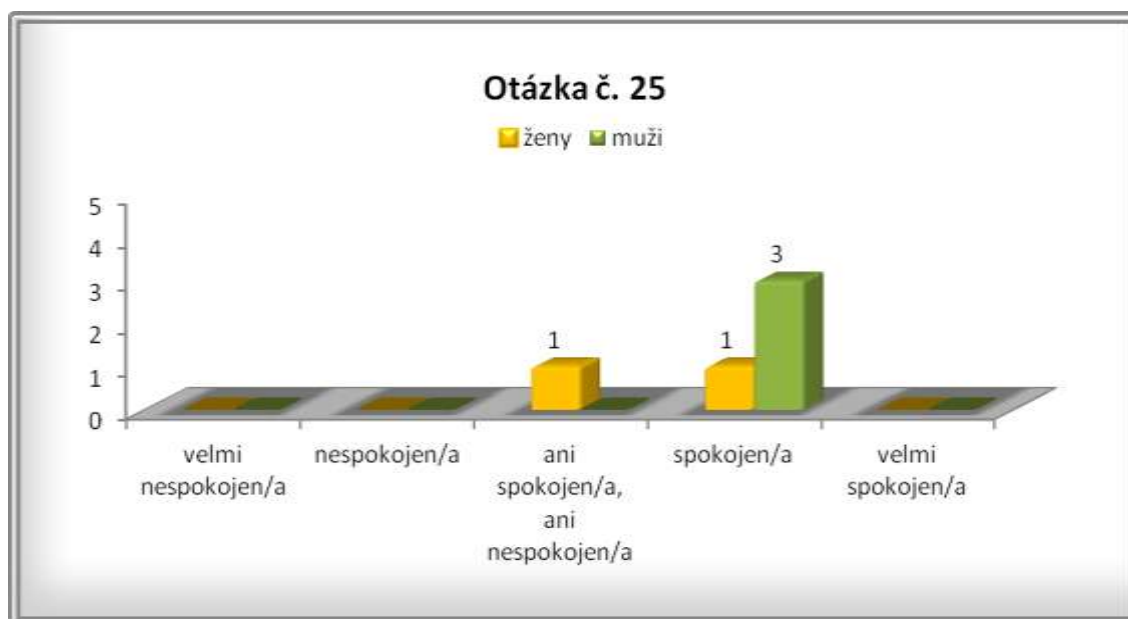
## Otázka č. 25: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Tabulka č. 28 Spokojenost s dopravou

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
velmi nespokojen/a	0	0	0	0
nespokojen/a	0	0	0	0
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	1	20	0	0
spokojen/a	1	20	3	60
velmi spokojen/a	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 26 Spokojenost s dopravou



Zdroj: vlastní výzkum

**Komentář:**

Spokojenost s dopravou hodnotí ani spokojena ani nespokojena 1 žena (20 %). Spokojeni s dopravou jsou 1 žena a 3 muži (80 %).

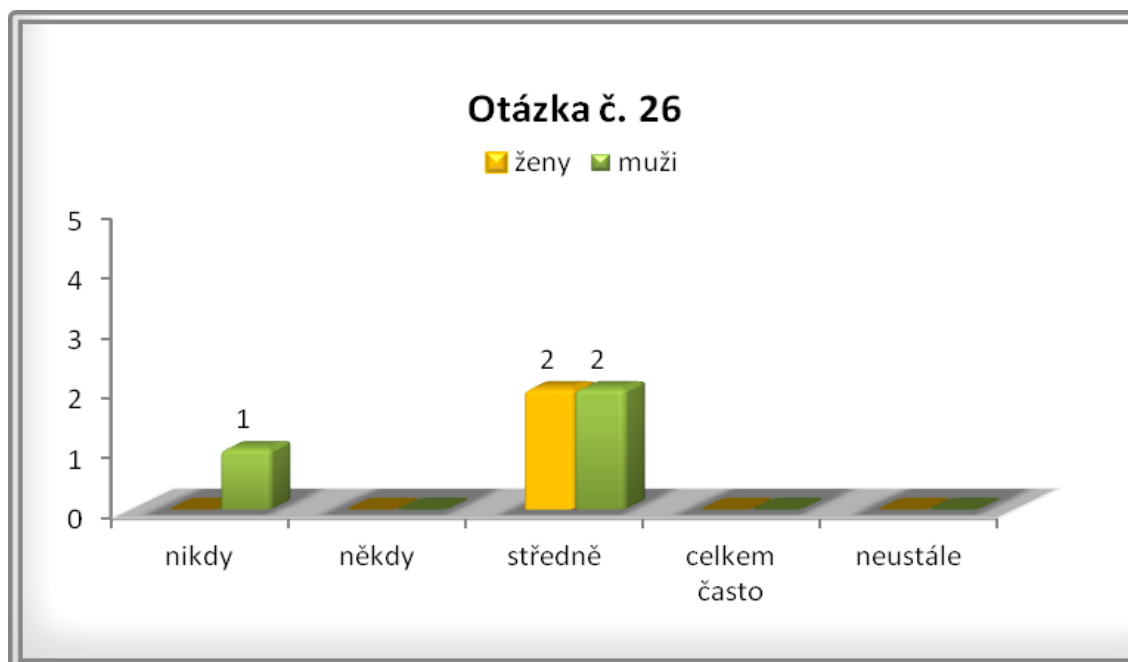
Otázka č. 26: Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka č. 29 Míra prožívání negativních pocitů

odpověď	ženy		muži	
	n	%	n	%
nikdy	0	0	1	20
někdy	0	0	0	0
středně	2	40	2	40
celkem často	0	0	0	0
neustále	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 27 Míra prožívání negativních pocitů



Zdroj: vlastní výzkum

#### Komentář:

1 muž (20 %) negativní pocity nikdy neprožívá. Středně hodnotí prožívání negativních pocitů obě ženy a 2 muži (80 %).



### 3.5.2 Rozhovory

#### Otevřené kódování

##### Kategorie č. 1. – Fyzické prožívání bolesti a nemoci

Vlastnosti:	Dimenze:
Bolest	Přechodná / Dlouhodobá
Fyzická nepohoda	Bezvýznamná / Významná
Spánek	Nenarušený / Narušený

**Kódy:** nemoc, fyzická bolest, schopnost zvládat bolest, tlumení bolesti, spánek

Prožívání fyzické bolesti a komplikací provázejících bolest popisují respondenti různým způsobem. Zcela přirozeně se jejich vnímání odlišuje nejen na základě délky léčby, ale také s ohledem na subjektivní vnímání bolesti, které je u každého respondenta naprosto odlišné. Hovoříme zde o subjektivním vnímání prahu bolesti. Zároveň může být pro pacienta obtížné bolest slovně popsat, proto je nutné při hodnocení bolesti pokládat přesné otázky, kterým pacient snadno porozumí. Takovým příkladem je senzorická kvalita bolesti, kdy pacient potvrdí, zda je bolest ostrá či tupá, vystřelující, pulzující, trvalá či přechodná.

*„Mám takové tlaky, není to bolest řezavá, vlevo vzadu na žebrech, jako bych tam měl cizí těleso. V místě jater mívám velké pálení, jako když mi někdo přiloží žehličku.“ R1*

*„Bolesti mám několik měsíců, čtvrt roku.“ R5*

*„Začalo to 10 dnů před nástupem, bolesti plic a pod žaludkem, nafouknutý, neodchází plyny, nelze si říhnout, nelze chodit na velkou.“ R2*

*„Mám dost vysoký práh, tady to zvládám, ale už je toho moc, říkám si o čípek.“ R2*

*„Akorát že ty bolesti byly těžko snesitelné a konstatoval jsem, že už musím dojít k nějakému pořádnému vyšetření. Nějakou dobu jsem očekával, že se to zlepší. Převedli mě na plicní oddělení a já jsem teda ten Tramal ani nebral potom, protože jsem byl v klidu jako, možná mě to trošičku nějak, organismus si na medikamenty částečně zvykl, ale on je taky zbytečně silný, tak ten Tramal jsem nebral, pak jsem začal docházet na ambulantní tady a dostal jsem mezi tím nějaké pilulky, jak se to jmenovalo a tam byla látka, která byla opioid, a bylo to s Tramalem a nedělalo mi to dobře na žaludek.“ R1*

*„Jak kdyby tam píchali hřebík, někdy se to nedá vydržet.“ R3*

*„Když to bolí moc, tak si zavolám o injekci, když to bolí, tak se moc nehýbu.“ R3*

*„Dřív jsem bolesti kromě hlavy žádné neměla, ona netrvá celé 3 týdny, ona trvá třeba dneska taková pálivá a svíravá, když mi dají prášky na uklidnění, tak to přejde, já nemůžu vstávat, mám slabé ruce.“ R4*

Medikace je u respondentů v tomto stádiu onemocnění velmi podobná. Zpravidla u všech jsou indikovány náplasti nebo injekce.

*„Pokud jsou ty bolesti tupé, tak stačí náplast.“ R1*

*„Náplast, injekce málo, mám tabletky Diclofenac, ještě jsem taky měla kapačku – Novalgín.“ R5*

*„Preferuji injekce, musím šetřit žaludek. Náplasti také vyhovují.“ R2*

*„Tabletky jsou špatné, asi jsem se předávkoval, nemůžu jíst, spíše upřednostňuji injekce. Ted' mám náplast, míval jsem silné prášky, ted' je to lepší.“ R3*

Bolest samozřejmě ovlivňuje i možnost fyzického a psychického odpočinku. Zejména spánek respondentů je vlivem bolesti významně narušen. Nezřídka je probouzí ze spánku, takže se spánek nejen zkracuje, ale současně se snižuje jeho kvalita a hloubka. Respondenti shodně uvádějí, že bolest a psychická zátěž plynoucí z nemoci má u všech alespoň částečný vliv na schopnost relaxace a odpočinku.

*„Nemůžu spát, už jsem si vyžádal čípek, prášek na spaní, tak už spím, ale je tu další věc, že jsou tu ostatní pacienti.“ R2*

*„Ovlivňuje, ani nevstanu z postele.“ R4*

*„Někdy se probudím bolestí a zavolám si na injekci.“ R5*

*„Nemůžu spát, celou noc nespím, ve 12 hodin jsem si bral léky a pak jsem na chvíli usnul. V nemocnici je to lepší.“ R3*

### **Komentář:**

Bolest a nemoc velmi ovlivňují fyzickou pohodu, ale i spánek a odpočinek. Bolest popisují respondenti opravdu velmi subjektivně. Někdy jsou to tlaky, někdy to pálí a někdy mají

pocit něčeho cizího. Někdy to píchá, někdy je bolest tupá či pálivá a svíravá. Téměř všichni respondenti si na spánek stěžují a uvádějí, že si potřebují vzít léky od bolesti.

## Kategorie č. 2. – Psychické prožívání bolesti a nemoci

Vlastnosti:	Dimenze:
Zvládání situace	Snadné / Obtížné
Emoce	Stabilní / Nestabilní
Psychická nepohoda	Bezvýznamná / Významná
Kvalita života	Neovlivněná/ Ovlivněná

**Kódy:** emoce, psychika, duševní zdraví, motivace, kvalita života

Fyzická bolest a z ní plynoucí omezení mají neodmyslitelně vliv i na psychiku všech respondentů. Tak jako práh bolesti mají respondenti odlišný, tak i psychickou zátěž zvládá každý z nich jinak. Společným znakem pro všechny respondenty je fakt, že onkologické onemocnění a dlouhodobá bolest měly u všech vliv na psychiku.

*„Syn se mě zeptá, jak se cítím a když ne tak mu sám řeknu, že stojí to za prd, nebo je to horší jak včera, ale žádné krize zatím, kritické stavy a on řekne, tati, to si musíš uvědomit, že to lepší nebude, horší a víš, co ti říkala doktorka. Ne že bych byl mimo, ale tolik informací nevstřebám.“ R1*

*„Sotva mluvím, když ležím, nehýbu se, tak je to dobré. Jsem z toho nešťastná, trápí mě to, jenom ležím, chci domů.“ R4*

*„Částečně jo, ano, nemůžu si kolem sebe nic udělat, bolí mě lopatka, celé rameno. Pořád čekám na výsledky, mám už toho dost, chci domů.“ R3*

*„Tu nesnesitelnou bolest jsem vlastně měl v místě těch jater. Pokud ta bolest netrvala dlouho, bylo to takové dočasné, tak jsem vlezl do postele do tepla, a dá se říct, že se to uklidnilo nebo jsem usnul.“ R1*

*„Snažím se to zvládat, nevolat si moc brzo o injekci.“ R5*

Dlouhodobá bolest má určitě nesporný vliv na kvalitu života. Kvalitu života každý z respondentů posuzuje samozřejmě jinak. I na první příčku pomyslného žebříčku toho nejdůležitějšího v životě staví každý respondent jinou hodnotu. Někteří respondenti potřebují oporu ve svých nejbližších, jiní zase potřebují být zdraví a soběstační. Poměrně

zvláštním zjištěním je skutečnost, že někteří respondenti bez ohledu na závažnost svého onemocnění a velmi špatný fyzický stav, uvádějí jako nejdůležitější v životě lásku, děti a blízkost životního partnera, nikoliv právě zdraví.

*„No tak nejdůležitější je tělesné zdraví.“ R1*

*„No tak záleží, jestli obecně. Já si myslím, že je to zachovat si schopnost jako fyzického zdraví, fyzické kondice a mentální vlastnosti, aby člověk mohl co nejvíce jako vykonávat životní potřeby a vztahy, okolí. To je zásadní. Tak asi.“ R1*

*„Nejdůležitější v mém životě je vychovat dceru.“ R2*

*„Smyslem života a všeho dokud tady budu, aby dcera dostudovala, uvést ji do života a v podstatě ji veškerý majetek tak naservírovat, aby s tím měla co nejméně starostí.“ R2*

*„Jako nejdůležitější považuji soužití dvou lidí.“ R3*

*„Spokojený jsem, s manželkou se nehádáme, takové mráčky přejdou, nemám si na co stěžovat.“ R3*

*„Zdraví, nic jiného.“ R4*

*„Jedině opravdu to zdraví, dřív mi to připadalo taková fráze, ale teď je to jinak.“ R4*

*„Nejdůležitější je láska.“ R5*

*„Aby člověk mohl žít, aby mohl dělat to, co ho baví, aby mohl normálně fungovat, to je jako první, aby se mohl o sebe postarat, to se mně trochu změnila ta hierarchie, dřív bych to ani třeba neřekla, ale dnes to vidím jako velmi důležité, aby se člověk dokázal o sebe postarat, no a aby mohl žít s těmi, které má rád, aby mohl prožívat radosti s nimi.“ R5*

### **Komentář:**

Bolest a nemoc psychické prožívání u respondentů velmi zhoršují. Zvládání daných situací je pro většinu respondentů velmi obtížné. Všichni se situaci snaží do určité míry zvládat, ale v určitém okamžiku svůj boj vzdávají. Bolest a onemocnění mají samozřejmě vliv na kvalitu života respondentů. Hledají oporu u svých nejbližších, vidí smysl svého života pro své děti. Hledají lásku a porozumění a přejí si zdraví.

**Kategorie č. 3. – Dopad onkologického onemocnění a bolesti na život**

Vlastnosti:	Dimenze:
Význam rodiny	Velký / Malý
Dopad na vztahy	Žádný / Maximální
Podpora	Velká / Minimální
Přátelé	Nedůležití / Důležití

**Kódy:** rodina, přátelé, děti, sociální vazby, pomoc, podpora

U všech respondentů je zřejmé, že je bolest natolik odpoutala od společenského života, že se i přestali stýkat se svými přáteli. Jsou vděční za pomoc svých nejbližších z rodiny.

Pan Karel je velmi upnutý na svou dceru, se kterou bydlí. Říká, že po padesátce postavil chatu, garáž, zasadil stromy a stará se o pozemek. Vše, co pořídil, chce předat své dceři. S náznakem radosti uvádí, že mu nyní ve všem pomáhá jeho bývalá manželka. Obě dvě jej velmi často navštěvují.

*„Samozřejmě, že psychicky strádám. Dcerka mi odjede o půl sedmé do školy, vrátí se mi o půl čtvrté, jsem sám, návštěvy už přešly, život je ovlivněný.“ R2*

*„Tak společenský život je téměř nulový, prostě žádný společenský život.“ R1*

*„Nemohu nikam jít, když tak o berličkách, ale nikam nechodím. Se známýma se teď nestýkám.“ R4*

*„Zatím nevím, ležím tady a čekám. Nic nemůžu. Zrušil jsem pozvání na svatbu.“ R3*

*„Já nemám problémy s komunikací nebo s navazováním kontaktů, ale nikdo za mnou nechodí, jen někdy přítel.“ R5*

Pan Petr má ve svém mladším synovi velkou oporu, mluví o něm po celou dobu rozhovoru velmi pěkně a je na něm závislý.

*„Prakticky vegetuji jen se synem. Nemohl jsem vůbec chodit, tak on chodil za mnou. Je všemu přítomen, když jdu na kontrolu, on jako právě poslouchá a pak mi to zopakuje.“ R1*

**Komentář:**

Dopad onemocnění a bolesti na život respondentů je zásadní. Respondenti se hodně fixují ke svým nejbližším, potřebují jejich pomoc. S přáteli se postupně přestávají stýkat,

do společnosti nejsou schopni chodit z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu. Někdy se respondenti společenskému životu vyhýbají záměrně také proto, že cítí nevyřešené otázky ze strany kamarádů a přátel. Je to určitá společenská a komunikační bariéra mezi nemocným a jeho okolím. Nemocný často doufá, že se okolí na jeho onemocnění nebude ptát. Okolí zase netuší, jak s nemocným komunikovat a případně jak se k němu chovat.

## 4 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo za pomoci dotazníkového šetření a rozhovorů zjistit subjektivní vnímání a hodnocení kvality života pacientů s onkologickou bolestí. Vyhodnocení průzkumu jsme provedli podle výše uvedeného postupu zpracování dat. Na průzkumném šetření se podílelo celkem 5 respondentů Plicního oddělení KNTB. Všichni respondenti se podíleli současně na vyplnění dotazníků a rozhovorech. Pro ilustraci celé problematiky uvádíme, že i v době moderní farmakoterapie pacienti pociťovali bolesti dle svých slov nesnesitelné a ani při nastavené analgezii nepociťovali dostatečnou úlevu, kterou ve zdravotnickém zařízení od erudovaného personálu očekávali, a které by se pacientům za všech okolností mělo dostávat, aby si zachovali důstojnost bez ohledu na svůj fyzický a psychický stav. Za tímto účelem jsme průzkumné šetření doplnili kazuistikou, která je přílohou bakalářské práce.

Hlavním cílem průzkumu je zjistit hodnocení a vnímání kvality života pacientů s onkologickou bolestí. Hlavní cíl průzkumu byl naplněn pomocí dílčích cílů.

Odpověď na cíl průzkumu nám poskytuje dotazníková položka č. 1 (Q1) „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ Výsledek vypovídá o tom, že pacienti s onkologickou bolestí nejčastěji uváděli odpověď, že kvalita jejich života není „ani špatná, ani dobrá“. Současně jeden respondent hodnotil kvalitu života jako velmi dobrou a jeden jako dobrou. Z toho by se dalo usuzovat, že respondenti hodnotí kvalitu života spíše pozitivně či neutrálně, neboť hodnoty se kloní k výsledku na straně pozitivního škálování.

### **Dílčí cíl 1: Zjistit, co si respondenti představují pod pojmem kvalita života**

Pod pojmem kvalita života si respondenti představují každý něco zcela odlišného. Někteří respondenti potřebují oporu v rodině, ve svých nejbližších, zejména pak v partnerovi a v dětech. Někteří zase chtějí být především zdraví a soběstační, aby nebyli odkázáni na pomoc druhých a zvládali běžné každodenní činnosti. Velmi zvláštním zjištěním je skutečnost, že někteří respondenti, a to zcela bez ohledu na závažnost svého onemocnění a s vědomím horšícího se fyzického stavu, uvádějí jako nejdůležitější v životě lásku, nikoliv právě zdraví, které jim tolik schází.

**Dílčí cíl 2: Zjistit, jak bolest omezuje respondenty v každodenních činnostech a jak ovlivňuje jejich spánek**

Zjistili jsme, že bolest respondenty ve všech případech omezuje v každodenním životě. Často nemohou vykonávat činnosti, které pro ně dříve byly zcela běžné nebo je vykonávají s menšími či většími obtížemi. Nejčastějším problémem pacientů s chronickou bolestí je porucha spánku, která je společným faktorem pro všechny naše respondenty. Absence spánku nebo jeho snížená kvalita má nesporný vliv na psychickou pohodu a současně se respondentům prodlužuje i čas vnímání bolesti, protože jsou v bdělém stavu mnohem déle, než bývali zvyklí a než je běžné. Nezřídka se jedná zejména o zhoršené usínání a předčasné probouzení, kdy pacient udává, že většinu noci probděl. Pacienti se po probuzení cítí unavení, skleslí a vyčerpaní. Jsou podrážděni i banálními situacemi a mnohdy jen pouhým kontaktem s okolím.

**Dílčí cíl 3: Zjistit, jak bolest ovlivňuje společenský život a sociální vztahy respondenta**

Společným jmenovatelem pro sociální vztahy je především fakt, že přátelé a kamarádi postupem času ubývají. Jednak z toho důvodu, že často vůbec netuší, jak a o čem mohou s nemocným hovořit, jak se k němu mají chovat, jak se postavit k jeho diagnóze, ale také jistě i proto, že problémy a starosti druhých jsou pro mnohé z dlouhodobého hlediska spíše na obtíž.

**Dílčí cíl 4: Zjistit, jaký typ analgezie respondenti upřednostňují**

V oblasti analgezie respondenti nejčastěji upřednostňují náplasti a injekce, které jim přinášejí úlevu od bolesti. Toto je společné pro všechny bez výjimky. Náplasti jsou pro pacienta jednoduchým způsobem analgezie a pro jeho okolí jsou zcela neviditelné.

Z dostupných zdrojů se nám nepodařilo vyhledat stejnou práci, proto zde nepřistupujeme ke srovnání. Z mnohaleté praxe můžeme potvrdit, že zatímco pacienti hospicové péče v terminálním stádiu onkologického onemocnění jsou, zdá se, se smrtí vyrovnání a jsou na ni psychicky připraveni, což může být dáno rozdílným způsobem a obsahem komunikace ve zdravotnickém zařízení a v hospici, pacienti z našeho oddělení stále doufají v zázrak, ve vyléčení, těší se na odchod zpět do domácího prostředí a o hospicové péči neradi slyší. A to se bohužel týká i jejich nejbližších, kteří stále doufají, že se jim nemocný vrátí z nemocnice domů a nezřídka neumějí domyslet vysoké nároky na péči o pacienta v terminálním stádiu onemocnění a mají o ní naprosto mylné a zkrácené představy.



#### 4.1 Návrh řešení

Předkládané bakalářská práce má pouze popisný charakter. Výsledky průzkumu mohou přispět zdravotnickým pracovníkům, kteří každodenně pečují o tyto pacienty, ale i nejbližším příbuzným k pochopení různých pocitů a potřeb pacientů s onkologickou bolestí. Práce může být také užitečná pro sociální pracovníky a klinické psychology, kteří pomáhají pacientům, ale i jejich rodinám vyrovnat se s vážným onemocněním a zvládnout toto těžké období života.

Výsledky průzkumu budou po obhajobě bakalářské práce předány primáři Plicního oddělení KNTB, MUDr. Vladimíru Řihákovi, Ph.D.

S výsledky průzkumného šetření bych chtěla dále pracovat a seznámit s nimi i nelékařské zdravotnické pracovníky svého oddělení, ale i ostatní zdravotníky na některé z odborných konferencí či kongresů, kde bych formou přednášky právě získané výsledky průzkumného šetření prezentovala.

## ZÁVĚR

Bolest bohužel nerozlučně patří k lidskému životu, zcela bez ohledu na pohlaví, věk, či sociální postavení. Asi každý z nás, byť relativně zdravých jedinců, alespoň jednou v životě pocítil třeba jen krátkodobou bolest a z ní plynoucí pocit nepohody nebo i strachu. Onkologická bolest je zpravidla faktor, který kromě fyzického strádání působí i v psychickém neboli duševním rozměru, protože kromě bolesti samotné musí onkologicky nemocný zvládat i mnoho dalších nepříjemností plynoucích ze svého onemocnění. Bolest je proto bez diskuze negativním smyslovým i emočním zážitkem, kterého se onkologičtí pacienti často obávají. Nezřídka se proto setkáváme s názorem, že kde trpí tělo, tam trpí i duše. Za cenu pokory před moderní medicínou je pak vyspělá farmakologie pro většinu pacientů prakticky jediným způsobem k dosažení úlevy od bolesti.

Cílem předkládané bakalářské práce na téma „Kvalita života pacientů s onkologickou bolestí“ bylo zjistit vnímání a hodnocení kvality života pacientů během jejich onkologického onemocnění doprovázeného bolestí. V teoretické části jsme se věnovali problematice kvality života a bolesti. Důležitou částí bakalářské práce bylo uskutečnění průzkumného šetření metodou triangulace, kdy kvalitativní průzkum navazuje na kvantitativní. Současně je práce doplněna kazuistikou. Kvantitativní průzkum probíhal pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Poté navazoval kvalitativní průzkum metodou rozhovoru. Na průzkumném šetření se podílelo celkem 5 respondentů, jejich společným jmenovatelem bylo onkologické onemocnění a z něj plynoucí onkologická bolest. Na tomto místě můžeme konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny.

Volbou daného tématu byla jednoznačně dlouholetá praxe všeobecné sestry lůžkového oddělení ve zdravotnickém zařízení a pravidelný kontakt s onkologicky nemocnými pacienty trpícími bolestí v důsledku svého onemocnění. Celé průzkumné šetření bylo velmi náročné, a to jak z časového hlediska, tak především psychicky. Onkologické onemocnění a bolest je citlivá oblast, která však nedílně patří k lidskému životu a může se dotknout, byť i nepřímo, každého z nás. Současně bylo průzkumné šetření velmi zajímavé a podnětné, a to i s ohledem na možnost dalšího studia této problematiky a využití získaných poznatků přímo v praxi vrchní sestry.

Práce se věnuje především subjektivnímu hodnocení kvality života, životním potřebám, sociálním aspektům a fyzickému zdraví u pacientů s onkologickou bolestí. Jak jsme již naznačili, kvalita života má v sobě ukryté informace o stavu člověka v oblasti fyzické, psychické a také sociální. To jak se sami cítíme, jak vnímáme svoje tělo, jaký rodinný a společenský život žijeme, mám-li kamarády a přátele, jestli a jaké máme zaměstnání, jestli jsme v dobré psychické pohodě, zda trpíme bolestí nebo se těšíme dobrému zdraví a dokážeme se sami o sebe plnohodnotně postarat, to všechno bude mít ve výsledku vliv na to, jak hodnotíme a vnímáme kvalitu svého života.

Smyslem práce bylo prohloubení znalostí v oblasti kvality života pacienta s onkologickou bolestí. Bohužel ani v dnešní době, přes veškeré dostupné metody a vyspělost současné medicíny se nám nedaří u všech onkologických pacientů zajistit dobrou kvalitu života v poslední fázi života, kdy hovoříme o terminálním stádiu onemocnění a paliativní péči. Mnohdy můžeme spatřovat rezervy i na straně lékařského personálu, který nemá pro jednotlivého pacienta potřebný prostor a dostatek času, aby se mu mohl individuálně a osobně věnovat, probrat do hloubky jeho vnímání bolesti, aby mohl zkoušet jiné a efektivnější způsoby odstranění bolesti a nastavit léčbu zcela ve prospěch nemocného. Setkali jsme se v praxi i s pacienty, kteří i v době moderní farmakoterapie pociťovali bolest dle svých slov nesnesitelnou a ani při nastavené analgezií nepociťovali dostatečnou úlevu, kterou ve zdravotnickém zařízení od erudovaného personálu očekávali, a které by se pacientům za všech okolností mělo dostávat, aby si zachovali důstojnost bez ohledu na svůj fyzický a psychický stav. Za tímto účelem jsme průzkumné šetření doplnili kazuistikou, která je přílohou bakalářské práce.

Výsledky smíšeného průzkumu se vztahují pouze na zvolené pacienty s onkologickou bolestí Plicního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně. Tyto výsledky mají pouze popisný charakter a nelze je v žádném případě zobecňovat.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 88 s. ISBN 80-851-2182-4.
- [3] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [4] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [5] HAKL, Marek a KOL, 2013. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 237 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
- [6] HELMING, Mary, 2013. *Core curriculum for holistic nursing*. Boston: Jones and Bartlett. ISBN 128-4035-832.
- [7] HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [8] HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 115 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- [9] KLOMÍNEK, Miroslav, 2012. *Velká kniha citátů*. Knižní outlet s.r.o., 578 s., ISBN 978-80-87075-02-9.
- [10] KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 355 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
- [11] KOZÁK, Jiří a KOL., 2010. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, 90 s. ISBN 978-80-87327-45-6.
- [12] KOZÁK, Jiří a KOL., 2009. *Opioidy v léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 119 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2122-7.

- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [14] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 175 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [15] MAREČKOVÁ – ŠTOLCOVÁ, Elena a KOL., 2009. *Latinitas medica, Lexikon nejen lékařských sentencí, citátů a rčení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 909 s. ISBN 978-80-210-4758-7.
- [16] MAREŠ, Jiří, Eva VACHKOVÁ, 2009. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0.
- [17] MAREŠ, Jiří, Eva VACHKOVÁ, 2010. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, 172 s. ISBN 978-80-7392-150-7.
- [18] OPAVSKÝ, Jaroslav, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 394 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.
- [19] PAYNE, Jan a KOLEKTIV, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
- [20] ROKYTA, Richard a KOL., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. + 8 s. barevné přílohy, ISBN 978-80-247-3012-7.
- [21] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [22] SOFAER, Beatrice, 1997. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 104 s., ISBN 80-716-9309-X.
- [23] TRACHTOVÁ, Eva a KOL., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. nezměněné vyd. Brno: NCO NZO, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [24] VODVÁŘKA, Pavel, 2004. *Podpůrná léčba v onkologii 2003: podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika*. Praha: Galén, 224 s. ISBN 80-726-2264-1.
- [25] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ a KOLEKTIV, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

- [26] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ a KOLEKTIV, 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 537 s., s barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.
- [27] VORLÍČEK, Jiří, Pavel Ševčík, 2011. *Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění, obecné informace pro pacienty*, Praha: liga proti rakovině, 12 s. ISBN 978-80-260-2005-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CMP	centrální mozková příhoda
ČR	Česká republika
HRQoL	Health-related quality of life (kvalita života související se zdravím)
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní asociace pro studium bolesti)
KRBS	komplexní regionální bolestivý syndrom
NRS	numerická (číselná) hodnotící škála
popř.	popřípadě
TK	krevní tlak
tzn.	to znamená
VAS	vizuální (grafická) analogová (hodnotící) škála
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
mg	miligram
cm	centimetr
kg	kilogram
tbl	tabletky
°C	stupeň celsia
tě.	tohoto času
O <sub>2</sub>	kyslík
VATS	videoasistovaná thorakoskopie
CRP	c reaktivní protein
ATB	antibiotika
ug	mikrogram
g	gram
Th	hrudní

---

ml	mililitr
FR	fyziologický roztok
CT	computerová tomografie
s.c.	subcutánní
i.v.	intravenózní
WC	toaleta
CŽK	centrální žilní katétr
RTG	rentgen
MgSO <sub>4</sub>	Magnezium sulfuricum
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
ggl.	ganglion (uzlina obsahující nervové buňky)
TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation (transkutánní elektrická nervová stimulace) neboli aplikace elektrického proudu přes pokožku za účelem zmírnění chronické bolesti
cit.	citace
kol.	kolektiv
AE	ablace endometria
tj.	to je
apod.	a podobně
et al	a kolektiv
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
PS	performance status
FBSS	failed back surgery syndrome
tzv.	tak zvaně
DOM	doména
č.	číslo



R1	respondent č. 1
R2	respondent č. 2
R3	respondent č. 3
R4	respondent č. 4
R5	respondent č. 5
Hod.	hodin
Dg.	diagnóza

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<b>Obrázek 1:</b>	Snímky z CT – ověření polohy epidurálního katétru .....	93
<b>Obrázek 2:</b>	Snímky z CT – ověření polohy epidurálního katétru .....	94
<b>Obrázek 3:</b>	Snímek z RTG – ověření polohy centrálního žilního katétru .....	98

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka č. 1</b>	Přehled farmakologických a nefarmakologických postupů.....	28
<b>Tabulka č. 2</b>	Přehled domén a položek WHOQOL-BREF.....	34
<b>Tabulka č. 3</b>	Věk respondentů .....	38
<b>Tabulka č. 4</b>	Kvalita života.....	39
<b>Tabulka č. 5</b>	Spokojenost se zdravím .....	40
<b>Tabulka č. 6</b>	Míra omezení vlivem bolesti.....	41
<b>Tabulka č. 7</b>	Potřeba lékařské péče.....	42
<b>Tabulka č. 8</b>	Radost ze života .....	43
<b>Tabulka č. 9</b>	Smysl života.....	44
<b>Tabulka č. 10</b>	Schopnost soustředění.....	45
<b>Tabulka č. 11</b>	Bezpečnost v každodenním životě.....	46
<b>Tabulka č. 12</b>	Zdravé prostředí .....	47
<b>Tabulka č. 13</b>	Energie v každodenním životě.....	48
<b>Tabulka č. 14</b>	Spokojenost se svým vzhledem .....	49
<b>Tabulka č. 15</b>	Finanční jistota.....	50
<b>Tabulka č. 16</b>	Dostupnost informací.....	51
<b>Tabulka č. 17</b>	Schopnost věnovat se zálibám .....	52
<b>Tabulka č. 18</b>	Mobilita.....	53
<b>Tabulka č. 19</b>	Spokojenost se spánkem .....	54
<b>Tabulka č. 20</b>	Možnost provádět každodenní činnosti .....	55
<b>Tabulka č. 21</b>	Spokojenost s pracovním výkonem .....	56
<b>Tabulka č. 22</b>	Spokojenost s vlastní osobou.....	57
<b>Tabulka č. 23</b>	Spokojenost s osobními vztahy.....	58
<b>Tabulka č. 24</b>	Spokojenost se sexuálním životem .....	59
<b>Tabulka č. 25</b>	Podpora přátel .....	60
<b>Tabulka č. 26</b>	Podmínky bydliště .....	61
<b>Tabulka č. 27</b>	Dostupnost zdravotní péče.....	62
<b>Tabulka č. 28</b>	Spokojenost s dopravou .....	63
<b>Tabulka č. 29</b>	Míra prožívání negativních pocitů .....	64

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf č. 1</b>	Věk respondentů.....	38
<b>Graf č. 2</b>	Kvalita života .....	39
<b>Graf č. 3</b>	Spokojenost se zdravím.....	40
<b>Graf č. 4</b>	Míra omezenosti vlivem bolesti .....	41
<b>Graf č. 5</b>	Potřeba lékařské péče .....	42
<b>Graf č. 6</b>	Radost ze života .....	43
<b>Graf č. 7</b>	Smysl života .....	44
<b>Graf č. 8</b>	Schopnost soustředění .....	45
<b>Graf č. 9</b>	Bezpečnost v každodenním životě .....	46
<b>Graf č. 10</b>	Zdravé prostředí .....	47
<b>Graf č. 11</b>	Energie v každodenním životě .....	48
<b>Graf č. 12</b>	Spokojenost se svým vzhledem .....	49
<b>Graf č. 13</b>	Finanční jistota .....	50
<b>Graf č. 14</b>	Dostupnost informací .....	51
<b>Graf č. 15</b>	Schopnost věnovat se zálibám .....	52
<b>Graf č. 16</b>	Mobilita .....	53
<b>Graf č. 17</b>	Spokojenost se spánkem .....	54
<b>Graf č. 18</b>	Možnost provádět každodenní činnosti.....	55
<b>Graf č. 19</b>	Spokojenost s pracovním výkonem .....	56
<b>Graf č. 20</b>	Spokojenost s vlastní osobou .....	57
<b>Graf č. 21</b>	Spokojenost s osobními vztahy .....	58
<b>Graf č. 22</b>	Spokojenost se sexuálním životem .....	59
<b>Graf č. 23</b>	Podpora přátel .....	60
<b>Graf č. 24</b>	Podmínky bydliště.....	61
<b>Graf č. 25</b>	Dostupnost zdravotní péče .....	62
<b>Graf č. 26</b>	Spokojenost s dopravou .....	63
<b>Graf č. 27</b>	Míra prožívání negativních pocitů .....	64

**SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA P I	Dotazník WHO WHOQOL-BREF .....	86
PŘÍLOHA P II	Žádost o umožnění dotazníkového šetření .....	89
PŘÍLOHA P III	Žádost o umožnění přístupu k informacím .....	90
PŘÍLOHA P IV	Kazuistika .....	91

# PŘÍLOHA P I      DOTAZNÍK WHO WHOQOL-BREF

PCP 2003

## KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuální životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5





# PŘÍLOHA P II ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

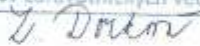
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	EVA SEDLÁČKOVÁ	
Téma bakalářské práce	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S NEUROLOGICKOU BOLESTÍ	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Králková, Ph.D.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	pacienti plicního oddělení KVIB, a.s.	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
PLICNÍ ODĚLENÍ	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..... 20.9.2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
 .....  
 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajské nemocnice a.s. z. s.  
 Havlíčkovo náměstí 600  
 782 75 Zlín (9)



.....  
 razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P III ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

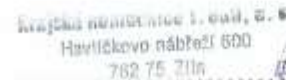
Jméno a příjmení studenta	EVA SEDUŠKOVÁ		
Téma bakalářské práce	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S ONKOLOGICKOU ŽALOSTÍ		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Králková, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	pacienti žilního oddělení KNTB, a.s.		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
ŽILNÍ ODDĚLENÍ	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 prim. MUDr. Vladimír Řihák, Ph.D.
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne 20.9.2015

  
 .....  
 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
 .....  
 razítko a podpis zástupce zařízení

## **PŘÍLOHA P IV KAZUISTIKA**

**V lednu 2012 přichází pacientka, paní Karla, narozená v roce 1963, na první vyšetření do plicní ambulance.** Paní Karla byla dříve učitelkou na základní škole, nyní je v invalidním důchodu a žije v rodinném domě s manželem. Má 2 syny, 1 sourozence, otec zemřel na infarkt myokardu, matka žije. Do pneumoonkologické ambulance byla pacientka odeslána onkologem k dovyšetření nálezu suspektního ložiska na plicích. Pacientka prodělala operaci varixů pravé dolní končetiny a artroskopii levého kolene. V 8/2006 byla provedena operace močového měchýře pro karcinom, následně byla podána chemoterapie a aktinoterapie. V 9/2007 se u pacientky vyskytl erysipel obou dolních končetin (recidiva 10/2008 a 4/2011) a sekundární lymfedém dolních končetin. V roce 2005 byl diagnostikován karcinom sigmoidei, následně byla provedena resekce a byla aplikována adjuvantní chemoterapie 6x Futa Mayo. Pacientka 2x rodila, 1x bylo provedeno umělé přerušování těhotenství. V 11/2002 byl diagnostikován karcinom cervixu, následně byla provedena hysterektomie + AE + radioterapie – známky lymfangioinvaze. Pacientka je nekuřačka, alergie neudává a do její farmakologické anamnézy patří pouze Vesicare 5 mg 0-0-1. Subjektivně je pacientka bez dušnosti, kašel neudává, občas udává pocit pálení za sternem a občas pocit škrábání v krku, bolesti na hrudi a teploty neudává. Objektivně je pacientka přiměřené výživy, hydratace přiměřená, **Karnofského index 100 %**, klidové eupnoe, hlava a krk bez patologického nálezu, hrudník symetrický, dýchání alveolární, bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, břicho měkké, nebolestivé, dolní končetiny bez otoků a bez známek zánětu. Výška 175 cm, **váha 83 kg.**

Byla provedena bronchoskopie, kde vpravo obturace vstupu do Bd5 (bronchus pravý 5) a částečně Bd4 (bronchus pravý 4) tumorózními granulacemi a infiltrace sliznice pravého středního lobárního bronchu. Funkční vyšetření plic: bez klinicky významné ventilační poruchy, bronchodilatační test s Ventolínem negativní, statické objemy v normě, bez poruchy plicní difúze. Pacientka je schopna operace v celkové anestezii. Resekce možná do rozsahu pneumonektomie.

**Dg.: triplicita – bronchogenní karcinom pravé plice, histologicky adenokarcinom.**

Terapie: Vesicare 5 mg tbl. 0-0-1

V lednu 2012 byla provedena pravostranná pneumonektomie s resekci části perikardu a ústí horní duté žíly.

Pacientka byla v únoru 2012 přijata k hospitalizaci za účelem aplikace 1. série adjuvantní chemoterapie pro adeno karcinom pravého středního lobárního bronchu. Subjektivně občas suchý kašel, dušná po minimální námaze, bolesti nemá, na hrudníku netlačí, nepíchá, palpitace neguje. Jíst nechutná, musí se nutit, zhubla, stolice a močení bez potíží. Objektivně lucidní, orientovaná, habitus normostenický, kožní turgor v normě, saturace O<sub>2</sub> 97 %. Plíce – vpravo poklep temný v celém rozsahu, dýchání neslyšné, vlevo poklep jasný, dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů. Lymfedémy dolních končetin. **Karnofského index 90 %**. Výška 175 cm, **hmotnost 76 kg**.

V prosinci 2012 byla pacientka přijata pro fluidothorax v pravé pleurální dutině, udává bolesti na pravé straně hrudníku, zadýchává se při chůzi do schodů. Provedena opakovaně pleurální punkce vpravo. Pacientka delší hospitalizaci neakceptuje, propuštěna oproti negativnímu reverzu, který stvrzuje svým podpisem.

V lednu 2013 byla pacientka přijata k provedení série pleurálních punkcí. Subjektivně při přijetí udává bolesti na pravé straně hrudníku, **VAS 4**, zadýchává se při chůzi do schodů. Objektivně saturace O<sub>2</sub> 94 %. Plíce – dýchání vpravo difúzně oslabené až neslyšné od poloviny hrudníku, vlevo alveolární, bez vedlejších fenoménů, poklep vlevo ztemnělý od poloviny hrudníku, vpravo poklep plný, jasný. **Karnofského index 80 %**. Výška 175 cm, **váha 72 kg**. Opakovaně provedena pleurální punkce vpravo, cytologicky maligní buňky pozitivní – meta adeno karcinom, provázeno empyémem. Zavedena hrudní drenáž, provázeno hnisavým zánětem, aplikovány antibiotika. Dochází ke zmenšování výpotku, následně hrudní drenáž odstraněna.

V lednu 2014 pacientka přichází pro silné bolesti na hrudi. Bolesti jsou na hrudi vpravo, nově i vlevo, podél páteře i vepředu, jsou silné, neustoupily po podání tabletky. Bolesti jsou již delší dobu, dnes se zvýraznily ve večerních hodinách, a to velmi intenzivně. Dech nyní zhoršen není, jiné potíže v tuto chvíli nejsou, bolest je tak silná, že nedokáže na nic jiného myslet. **VAS 8**. Pacientka orientovaná, spolupracuje, úzkostná, algická. Kůže suchá, čistá, bez eflorescencí. Hlava oči spojivky bledší, skléry bez ikteru, zornice izokorické, reakce na osvit přítomná. Nos, uši bez výpotku, dutina ústní klidná, jazyk plazí ve střední čáře. Krk uzliny nezvětšeny, štítná žláza nezvětšena, pulsace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvětšena. Hrudník poklep vpravo utlumený, dýchání vymizelé, vlevo čisté, poklep hypersonorní. Akce srdeční pravidelná 100/minutu, TK 110/70, saturace O<sub>2</sub> 96 %. Břicho měkké, prohmatné, bez rezistence, játra nezvětšena, slezina nehmatná, rezistence nehmatná, tapottement bilaterálně negativní. Páteř na poklep není bolestivá,

respektive při poklepu se nezvětšuje. Dolní končetiny bez otoků, pulsace na periferii hmatné, oslabené. Výška 175 cm, **hmotnost 70 kg. Karnofského index 70 %**. Pacientce provedena pleurální punkce a je nastavena na kombinaci léků – Paralen, Novalgin, Lexaurin, Morphin 40 mg. s.c. za 24 hod. a Citalec. Pro progredující bolest přivolán algeziolog, který doporučuje převedení parenterálních opiátů na transdermální Fentanyl 175 ug/hodinu s výměnou co 3 dny (např. Dolforin, Durogesic nebo Matrifen). Na bolesti během dne doporučuje Sevredol 20 mg. tbl. maximálně 3x za den. Koanalgetika vhodné ponechat (antidepressiva), Paracetamol možno ponechat, Novalgin 1 g do stabilizace stavu. Důležitá je péče o stolici – dostatek tekutin, Lactuloza. Haloperidol 5 kapek 3x denně při nevolnosti.

V březnu 2014 pacientka přichází do ambulance bolesti. Tč. je pacientka na analgetické terapii Dolforin 175 ug/hod. co 3 dny, dopichy Morphinu 10 mg co 6 hodin, infuze Tramal, Mesocain, Algifen 3x denně, Paracetamol, Zoloft, Stilnox. I přes analgetizaci přetrvává bolestivost v oblasti hrudníku vpravo, zhoršení při pohybu, po dopichu mírná úleva, **VAS 8**. Napodruhé zaveden permanentní epidurální katétr v oblasti Th 9 pro dislokaci toho prvního. Do katétru aplikován Marcain 0,5% 2 ml + 5 mg Morphinu doplněno do 6 ml FR. Aplikace bez komplikací.

**Obrázek 1:** Snímky z CT – ověření polohy epidurálního katétru



Zdroj: KNTB, a. s.

**Obrázek 2:** Snímky z CT – ověření polohy epidurálního katétru



Zdroj: KNTB, a. s.

Tenký katétr detekován v podkoží zad vlevo, ve výši Th7/8 vstupuje zprva do páteřního kanálu, kde probíhá krátce (v délce asi 10mm) a končí mediálně při dorzálním okraji durálního vaku. V blízkosti je patrna bublinka plynu. Červená barva označuje katétr a modrá barva označuje bublinku plynu (obrázek 1 a 2).

Následně pacientka přichází k opakované hospitalizaci pro progresi bolestí v pravém boku hrudníku. Dochází ke zvýšení tumor markerů. Laboratorně mírná elevace zánětlivých ukazatelů. Dle kontrolního CT mnohočetné meta levé plíce, meta IV. žebra vpravo. Pacientka lucidní, orientovaná, algická poloha, habitus normostenický, saturace O<sub>2</sub> 98 %. Poklep vpravo přikrácený, dýchání vpravo vymizelé. Chronické lymfedémy. **Karnofského index 70 %**, výška 175 cm, **hmotnost 70 kg**. Dle pozorování klinického psychologa je allopsychicky orientovaná. Mimika bez nápadností, psychomotorické tempo přiměřené. Spolupracuje ochotně, je sdílná, navazuje kontakt bez obtíží. Oční kontakt navazuje a udržuje. Chování přiměřené situaci. Odpovědi jsou přiléhavé, logické, bez latence. Řeč je bez poruch formy i obsahu, tempo a tón přiměřené. Vyjadřování dobré. U pacientky je v závislosti na aktuální situaci dysforická rozlada. Pacientka se snadněji dojme, je plačtivá. Vnímání bez kvantitativních a kvalitativních poruch. Myšlení je v přiměřeném tempu, koherentní, bez patologických obsahů. Intelekt a kognitivní funkce dle klinického odhadu orientačně v rámci normy. Dle rozhovoru s klinickým psychologem pacientka sděluje, že již po několikáté se jí vrátilo onkologické onemocnění a cítí se už vyčerpaná. Nejdříve řešila děložní čípek, pak střeva a nyní přes rok plíce. Popisuje, že dříve byla větší

optimista, absolvovala ozařování i chemoterapii a snažila se při tom žít co nejvíce běžný život, chodila do zaměstnání. Nyní ji trápí, že má bolesti, které ale lze ovlivnit medikací. Také ji trápí, že nemá chuť k jídlu, ale i tak se snaží do sebe něco dostat. Sděluje, že když si vezme medikaci na spaní, tak usne a cítí se ráno odpočatá. Pacientka je vdaná, manželství hodnotí jako spokojené, manžel je pro ni velkou psychickou oporou. Pravidelně ji v nemocnici navštěvuje. Má dva syny (28 a 24 let). Vztahy se syny hodnotí také jako velmi dobré. Zde v nemocnici si občas pouští televizi, což ji pomůže alespoň odvést myšlenky a má sebou notebook. Dříve velmi ráda četla. Pacientka užívá antidepresiva. Závěr psychologa: pacientka je aktuálně ve stavu lehké depresivní epizody v reakci na těžkou životní situaci (komplikovanou onkologickou léčbu). Za hospitalizace přivolán algeziolog: pacientka udává bolesti v pravé části hemithoraxu, při pohybu i v klidu, úleva po aplikaci do epidurálního katétru, v noci spí, budí se bolestí kolem 4 hodiny ráno. **VAS 6-7.** Je orientovaná, spolupracuje, schopná chůze, epidurální katétr volně průchodný, tunelizován, bez známek zarudnutí v místě zavedení. Ponecháváme do epidurálního katétru 10 mg Morphin + 3 ml 0,5% Marcaine + 2 ml FR á 6 hodin pravidelně. Dále Dolforin 100ug/hod., Lunaldin dle potřeby na průlomovou bolest. Zolofť ponechat, přidat Grandaxin postupně 3x 1 tbl. Za hospitalizace byla provedena analgetická radioterapie na IV. žebro vpravo.

V dubnu pacientka navštívila ambulanci bolesti, kde sděluje, že jí zavedená analgezie vyhovuje. Dnes kontrola katétru, vyměněn bakteriální filtr, katétr průchozí, ale aplikace jde velmi těžko. Mírné zarudnutí po náplasti, nesvědčí. Lunaldin na průlomovou bolest použila jen 2x.

Ambulantně opakovaně provedeny pleurální punkce pro recidivující fluidothorax, pacientka pokračuje v chemoterapii.

V červnu 2014 je pro zhoršení celkového stavu a progresi bolestí na pravé polovině hrudníku pacientka odeslána k hospitalizaci. Subjektivně při přijetí udává bolesti na pravé straně hrudníku, které mají nyní v posledním týdnu zhoršující se tendence, zadýchává se při chůzi, nekašle, teploty neměla, cítí se unavená. Močení, stolice v normě. Chuť k jídlu nemá, ale snaží se jíst. Zhubla 2 kg za 14 dní. Výška 175 cm a **váha 68 kg. Karnofského index 70 %.** **VAS 5.** Přivolán algeziolog, který upravuje léčbu. 20 mg Morphin (2 ml 1%) + 4 ml Marcain doplnit do 10 ml FR aplikovat v 5ml stříkačce ráno, v poledne a večer. Na noc aplikovat Morphin 10 mg (1 ml), Marcain 0,5% 4 ml, doplnit do 10 ml FR á 6 hod. Dále Matrifen 125 ug/hod. á 3 dny, Stilnox tbl. 0-0-0-1, Zolofť 50 ug 1-0-0, Degan 1-1-1,

Paralen 500 mg 2-2-2, Vesicare 1-0-0, KCL 500 mg 1-0-0, eventuelně přidat Novalgin 500 mg 4x denně.

Na konci června 2014 pacientka přichází na kontrolu do ambulance bolesti. Proveden převaz, katétr funkční, ale nedostačuje dávka. Proto po dohodě navyšujeme Morphin 20 mg + Marcain 0,5% 6 ml do 10 ml FR. Dávka co 6 hod. zůstává Matrifen 125 ug/hod. á 3 dny. Na průlomovou bolest navyšuji Lunaldin tbl. sublinguální ze 100 mg na 200 mg., dle potřeby možno ještě Morphinové kapky. Dobrá úleva po Novalgin 500 mg tbl, možno 3x denně pravidelně.

V červenci 2014 pacientka hospitalizována na interním oddělení v Nemocnici Vsetín pro bronchopneumonii. Telefonicky kontaktuje ambulanci bolesti, udává zhoršení bolesti. Kontaktován sloužící internista, doporučena aplikace Morphinu s. c. 5–10 mg. Nutno zajistit z domu léky na průlomovou bolest.

V červenci 2014 pacientka přeložena z Nemocnice Vsetín pro pneumonii. Při přijetí subjektivně dušnost i při malé námaze, předtím si nemohla dojít ani na WC, dnes se jí dýchá lépe, nic nevykašlává, hemoptýzu neguje. Měla teploty maximálně 37,5 °C. Chuť k jídlu má, zhubla 2 kg za 6 měsíců. Výška 175 cm, **hmotnost 68 kg**. Moč i stolice normální barvy, bez patologických příměsí. Objektivně saturace O<sub>2</sub> 96 %, spojivky překrvené, vpravo na čele vystouplý kulovitý útvar. Poklep jasný, dýchání sklípkové, vpravo úplně vymizelé, vlevo bez vedlejších fenoménů. Puls – 90/min., TK – 105/80 torr. **Karnofského index 70 %. VAS 6.**

V srpnu 2014 pacientka přichází do ambulance bolesti. Do terapie přidán Oxycontin, bolesti zhoršené, dosavadní analgezie nestačí. EDA co 6 hod. 2 ml Morphin a 6 ml 0,5% Marcain, Morphin ještě během dne do epidurálního katétru.

V říjnu 2014 proběhla konzultace s ambulancí bolesti po telefonu: Matrifen 150 lze navýšit na 175, Oxycontin 20-0-20.

V říjnu 2014 proběhlo CT vyšetření. Tenký katétr detekuji v podkoží zad vlevo, ve výši Th7/8 vstupuje zprva do páteřního kanálu, kde probíhá krátce (v délce asi 10mm) a končí mediálně při dorzálním okraji durálního vaku. V blízkosti je patrna bublinka plynu. Progrese ložiskových, převážně osteoplastických změn skeletu. Kompletně postižen obratel Th6 (počítáno od posledního žebra) – tělo, oblouk, výběžky, komprese těla na 65 % původní výše, zadní hrana zachována, bez prominence do páteřního kanálu, patologická fraktura zadní části oblouku vpravo, bez dislokace. Postižená proximální část VI. žebra



vpravo. Dále postiženo: Th5 – oblouk a processus costarius vpravo. Th7 – tělo, oblouk a processus costarius vpravo, přilehlá proximální části VI. žebra vpravo. Th9 – tělo vpravo.

V říjnu 2014 byla pacientka odeslána k hospitalizaci z naší pneumoonkologické ambulance k došetření nového nálezu Th páteře dle CT. Subjektivně při přijetí dýchání v pořádku, bez kašle. Bolesti zad v hrudní části, včetně žeber vpravo, bez bolesti břicha, bez váhového poklesu. Otok levé dolní končetiny pozoruje přes víkend. Stolice pravidelná bez příměsí, s močením potíže nemá. Bez teplot. Výška 175 cm, **váha 68 kg. VAS 5. Karnofského index 70 %**. Za hospitalizace byl přivolán algeziolog: pacientka s progresí základního onemocnění. Nyní bolesti v oblasti dolních žeber, bolesti má při nastavené terapii jen mírné. Celkově psychicky špatně kompenzovaná, nesmířená. Pacientka s epidurálním katétre in situ, katétr funkční, ale mírně se analgetická směs tlačí ven. Navržena výměna bakteriálního filtru. Pacientka popisuje po aplikaci úlevu, ale nevydrží celých 6 hodin, proto po dohodě s pacientkou i ošetřující lékařkou zkracují interval aplikace na cca 4 hodiny, v noci možno prodloužený interval ponechat, do katétru zatím podávat analgezií beze změny. Tedy Morphin 20 mg + 0,5% Marcain 6 ml do 10 ml FR. Sledovat 24 hodin, při nedostatečné úlevě eventuálně přepíchnutí katétru, ale toto bude nesmírně obtížné. Ostatní analgetika ponechat. Za hospitalizace proběhlo neurochirurgické konzilium: operační řešení není indikováno, doporučen paliativní postup. Pro zhoršení stavu ukončena i chemoterapie.

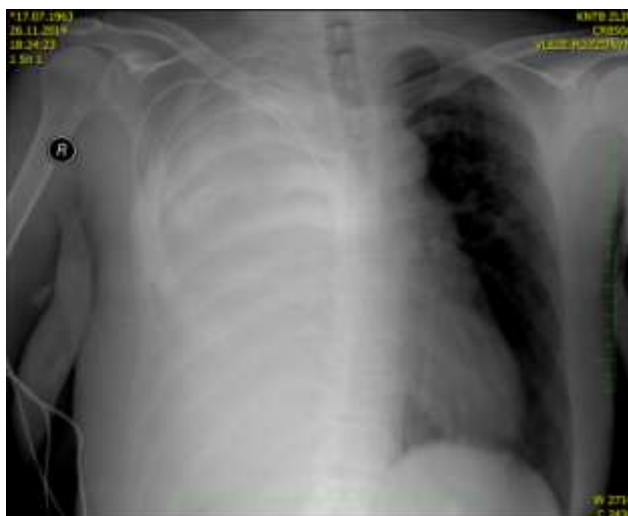
V listopadu přichází pacienta k další hospitalizaci. Subjektivně při přijetí progresí bolesti celého těla, otok pravého prsu asi týden. Pacientka udává od včera nechutenství, pije málo. Stolice, močení bez potíží, bez patologických příměsí. Objektivně lucidní, orientovaná, habitus astenický, otok tváří bilaterálně, kožní turgor v normě, saturace O<sub>2</sub> 97 %. Hrudník symetrický, mamma latio dexter silně oteklá, bolesti pod pravou mammou. Lymfedém levého lýtko trvale. **Karnofského index 60 %**. Výška 175 cm, **váha 68 kg. VAS 10**.

Za hospitalizace přivolán algeziolog: pacientka přijata pro zhoršení bolesti pravděpodobně při dislokaci epidurálního katétru. Do medikace infuze Novalgin 1 g + MgSO<sub>4</sub> 10% 1 ampule + Mesocain 1% 1 ampule. Morphin lze zavést i kontinuálně i.v. místo do epidurálního katétru s monitorací efektu.

Za tři dny opět algeziologické konzilium při hospitalizaci: Matrifen dnes vysazen ošetřujícím lékařem. Epidurální katétr dnes ex. Do žíly dnes nastavena ošetřujícím lékařem dávka 150 mg Morphinu cca 12 hodin – to je 300 mg/24 hodin. Pacientka subjektivně

spokojenější. Nutno sledovat kliniku – měřit bolest pomocí VAS (nyní **VAS 5**), dechovou frekvenci a TK, vědomí - klást cílené otázky. Dle potřeby možno připichovat směs Novalgin 1 g + MgSO<sub>4</sub> 1 g + Mesocain 1% 10 ml do 250FR, maximálně 3x za den. Dávka Morphinu nyní 300 za den – bedlivě monitorovat a další zvýšení Morphinu za 3 dny v případě potřeby po konzultaci s algeziologem. Při předávkování Morphinu neváhejte použít Naloxon 0,4 mg do dávky obnovující dýchání. Další postup po stabilizaci pacientky. Za další dva dny opět algeziologické konzilium při hospitalizaci: u pacientky požadováno zavedení CŽK. Po získání informovaného souhlasu od pacientky, za kontrolní monitorace vitálních funkcí a sterilních kautel, v lokální anestezii 1% Mesocainem provedena kanylace CŽK cestou véna subclavia latio dexter, zaveden katétr s 3cestným lumen, fixace 15 cm u kůže 4 stehy. Aspirace z 2 lumen volně, aplikace volně do všech lumen. Výkon bezprostředně bez komplikací. RTG kontrola za 2 hodiny po kanylaci k ověření polohy a vyloučení možných komplikací.

**Obrázek 3:** Snímek z RTG – ověření polohy centrálního žilního katétru



Zdroj: KNTB, a. s.

Po domluvě s algeziology kombinovaná analgetická a adjuvantní terapie kontinuálně.

Pro elevaci CRP nasazena empiricky ATB, ve sputu kulturační nález Escherichia Coli, změněna ATB dle citlivosti. Dále od počátku hospitalizace anurie, zaveden močový katétr, retence moči charakteru hematurie, po domluvě s urology ponechán katétr a postupováno konzervativně – aplikace hemostyptik, následně ústup masivní hematurie. V dalším průběhu bolesti u pacientky progredují, hodnota bolesti dle **VAS 9**, postupně zvyšována kombinovaná kontinuální analgetická terapie, dále se objevuje i komplikace analgetické

terapie, výrazná nevolnost, zvracení, postupováno paliativně symptomaticky (**Karnofského index pod 50 %**). Dne 11. 12. 2014 pacientka umírá.

Poslední medikace: Stilnox 10mg 0-0-0-1, Zoloft 1-0-0, Vesicare10mg 1-0-0, KCl 500mg 1-0-1, Brufen 600mg tbl 1-1-1, Lactuloza 1 odměrka 1-1-1, Loseprasol 20mg 0-0-1, Ondasetron 8mg i.v. 1-1-1-1, Dicynone 1 ampule i.v. á 4 hodiny, Dexamed 8mg + 100 ml FR i.v. 1-1-1, Novalgin 1g + MgSO<sub>4</sub> 10% 1 ampule + Mesocain 1% 1 ampule + 500 ml FR i.v. 1-1-1, Torecan 1 ampule 1-1-1, 300 mg Morphin 1% kontinuálně na 24 hodin i.v., Midazolam 20 mg na 24 hodin, Haloperidol 1 ampule i.v. 1-1-1, Manitol 15% 100 ml i.v. 1-1-0, Nutridrink 1-0-1.