



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Problematika průlomové bolesti u pacientů
v onkologické léčbě**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lenka Tomšíčková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci s názvem „**Problematika průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě**“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Lenka Tomšíčková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za její odborné vedení a za cenné rady, které mi po celou dobu zpracování práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu a v neposlední řadě i mým nejbližším, kteří mě podporovali během celého studia.

Problematika průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě

Abstrakt

Cíle práce: Diplomová práce se zabývá problematikou výskytu a léčby průlomové bolesti objevující se u pacientů, kteří jsou léčeni pro onkologické onemocnění. Role sestry je v problematice průlomové bolesti nenahraditelná, protože mezi kompetence sester se řadí rozpoznání a uspokojování potřeb, kam spadá i potřeba tišení bolesti. Cílem práce tedy bylo zjistit zkušenosti sester související s péčí o pacienty s průlomovou bolestí. Dále popsat zkušenosti samotných pacientů s průlomovou bolestí a s léčbou bolesti pomocí transmukózně podávaných opioidů.

Metodika: Pro splnění cílů práce byla zvolena kvalitativní forma výzkumu. Získání informací bylo zajištěno pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů s patnácti sestrami a případové studie u pěti pacientů. Pro případovou studii byla data získána ze zdravotnické dokumentace zúčastněných pacientů v kombinaci s rozhovory s těmito pacienty a sestrami, které o zmíněné pacienty pečují. Volba vhodných participantů byla zvolena pomocí záměrného výběru. Získaná data byla následně analyzována pomocí otevřeného kódování, metodou nazývanou „tužka a papír“.

Výsledky: Z výzkumné části vyplývá, že léčba a celkově sesterská péče o pacienty s průlomovou bolestí je velice náročná. Zúčastněné sestry zmiňují ale fakt, že často se léčbu daří zvládnout prostřednictvím erudovaných lékařů daného zařízení pomocí nejrůznějších forem léčby. Sestry dále zmiňují, že intervence, které mohou v rámci svých kompetencí využít pro tišení bolesti, nejsou v oblasti průlomové bolesti většinou dostačující. To tvrzení dokládají i informace získané od samotných pacientů. Z výsledků také vyplývá, že lékaři v zařízeních, ve kterých dotazované sestry pracují, dávají přednost před transmukózně podávanými opioidy jiným formám léků na léčbu průlomové bolesti. Zároveň ale z případové studie vyšlo zjištění, že zúčastnění pacienti jsou s touto formou léčby průlomové bolesti spokojeni, což dokládají odpovědi samotných pacientů i pečujících sester. Práce dokládá také zjištění, že sestry jsou velice důležité při hodnocení efektivity léčby bolesti nebo při edukaci o použití či aplikaci konkrétních lékových forem.

Přínos práce: Informace o průlomové bolesti a o zkušenostech s její léčbou, kterými se zabývá teoretická i výzkumná část, mohou být zdrojem poučení pro zdravotníky i pro laiky. Výsledky dále umožňují vytvořit si ucelený přehled o problematice průlomové bolesti.

Klíčová slova

Léčba; onkologický pacient; průlomová bolest; sestra; transmukózně podávané opioidy

Problems of breakthrough pain in cancer patients

Abstract

Objectives: The diploma thesis deals with the occurrence and treatment of breakthrough pain in patients treated for cancer. The role of the nurse is irreplaceable in the issue of breakthrough pain, because the competences of nurses include the recognition and satisfaction of needs, which includes the need for pain relief. The aim of the thesis was to find out the experience of nurses related to the care of patients with breakthrough pain. Then to further describe the experience of patients themselves with breakthrough pain and with the pain treatment with transmucosal administration of opioids.

Methodology: A qualitative form of research was chosen to fulfill the objectives of the thesis. Obtaining information was ensured using the method of semi-structured interviews with fifteen nurses and case studies in five patients. For the case study, data were obtained from the medical records of the participating patients in combination with interviews with these patients and the nurses caring for these patients. The choice of suitable participants was chosen by deliberate sampling. The data obtained were then analysed using open coding, a method called "pencil and paper".

Results: The research part shows that the treatment and overall nursing care of patients with breakthrough pain is very demanding. However, the participating nurses mention the fact that treatment is often managed through erudite doctors of the facility using various forms of treatment. The nurses also mention that the interventions they can use to relieve pain within their competencies are usually not sufficient in the area of breakthrough pain. This statement is supported by information obtained from the patients themselves. The results also show that physicians in the facilities where the interviewed nurses work prefer other forms of drugs to treat breakthrough pain to transmucosally administered opioids. At the same time, however, the case study revealed that the participating patients are satisfied with this treatment form of breakthrough pain, as evidenced by the answers of the patients themselves and nurses. The thesis also documents the finding that nurses are very important in evaluating the effectiveness of pain treatment or in education about the use or application of specific dosage forms.

Contribution of the thesis: Information about breakthrough pain and experience with its treatment, which is dealt with in the theoretical and research part, can be a source of instruction for health professionals and lay people. The results also allow to create a comprehensive overview of the issue of breakthrough pain.

Key words

Treatment; cancer patient; breakthrough pain; nurse; transmucosally administered opioids

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Onkologické onemocnění.....	11
1.2 Bolest jako součást onkologických onemocnění.....	14
1.3 Průlomová bolest a její hodnocení	15
1.4 Léčba průlomové bolesti	17
1.4.1 Nefarmakologické metody léčby průlomové bolesti	20
1.4.2 Analgetická léčba průlomové bolesti.....	21
1.5 Transmukózně podávané opioidy při léčbě průlomové bolesti.....	24
1.6 Zacházení s opioidy a nežádoucí účinky léčby průlomové bolesti	27
1.7 Úloha sestry v problematice průlomové bolesti.....	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a výzkumných otázkách ...	35
3 Metodika.....	36
3.1 Popis metodiky práce	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.3 Zpracování získaných dat.....	38
4 Výsledky.....	39
4.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami	39
4.1.1 Kategorie 1 Vzdělání	39
4.1.2 Kategorie 2 Zaměstnání	40
4.1.3 Kategorie 3 Zdroje informací o zařízení.....	42
4.1.4 Kategorie 4 Vnímání průlomové bolesti sestrou	43

4.1.5	Kategorie 5 Hodnocení průlomové bolesti	44
4.1.6	Kategorie 6 Léčba průlomové bolesti	47
4.1.7	Kategorie 7 Edukace při léčbě průlomové bolesti	49
4.1.8	Kategorie 8 Spolupráce rodiny v léčbě průlomové bolesti.....	51
4.1.9	Kategorie 9 Postup při nedostatečné léčbě průlomové bolesti	53
4.1.10	Kategorie 10 Spolupráce s institucemi zabývajícími se léčbou průlomové bolesti	54
4.1.11	Kategorie 11 Transmukózně podávané opioidy	55
4.1.12	Kategorie 12 Distribuce léků na průlomovou bolest	59
4.1.13	Kategorie 13 Likvidace zbytků opioidů.....	60
4.2	Výsledky případové studie	62
4.2.1	Kategorie 1 Osobní údaje	62
4.2.2	Kategorie 2 Onemocnění	64
4.2.3	Kategorie 3 Zkušenosti pacientů s průlomovou bolestí.....	66
4.2.4	Kategorie 4 Zkušenosti pacientů s léčbou transmukózně podávanými opioidy	72
4.2.5	Kategorie 5 Ošetřovatelské diagnózy související s případovou studií	74
5	Diskuse	76
6	Závěr.....	84
7	Seznam literatury	85
8	Seznam příloh.....	97
9	Seznam použitých zkratk	98

Úvod

Téma práce s názvem „Problematika průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě“ bylo zvoleno z důvodu, že průlomová bolest je aktuálním tématem vzhledem ke stále více stoupajícímu trendu výskytu nejrůznějších onkologických onemocnění. Pro onkologické pacienty je jakákoliv bolest dalším nepříjemným zážitkem, který je důvodem pro snížení kvality jejich života, kdy kvalita života není snížena pouze u samotných pacientů, ale zasahuje i jejich rodiny. U průlomové bolesti toto tvrzení platí mnohonásobně vzhledem k její nepředvídatelnosti. V dnešní době existuje mnoho způsobů, jak lze průlomovou bolest léčit. Jednou z nejnovějších forem léčby této bolesti je využití transmukózně podávaných opioidů, kterými se práce také zabývá.

Práce je rozdělena na dvě části. V prvním případě se jedná o část teoretickou, která popisuje současný stav u problematiky průlomové bolesti. Tato část je zaměřena na samotný výskyt onkologických onemocnění, jejich prevenci a léčbu. Dále jsou popsány jednotlivé druhy bolesti, kdy podrobněji se práce věnuje průlomové bolesti. Teoretická část zahrnuje i nejrůznější možnosti léčby průlomové bolesti, kdy jednou z nich je již zmíněná transmukózní forma opioidů. Tato část práce se zabývá taktéž úlohou sester v problematice průlomové bolesti.

Druhá část práce je zaměřena na výzkum, který byl prováděn kvalitativní formou pomocí polostrukturovaných rozhovorů zaměřujících se na sestry pečující o pacienty s průlomovou bolestí. Dále i na pacienty, u kterých se tato bolest vyskytuje. V tomto případě se jednalo o metodu případové studie, při které byly informace získávány od samotných pacientů, ze zdravotnické dokumentace a pro doplnění z rozhovorů s pečujícími sestrami. Postup práce byl předem zvolen tak, aby splňoval předem dané cíle a k nim vytvořené výzkumné otázky.

1 Současný stav

1.1 Onkologické onemocnění

Výskyt onkologických onemocnění má v posledních letech stále více stoupající trend. V oblasti výskytu není výjimkou ani Česká republika, ve které dokonce některá onkologická onemocnění zaujímají prvenství. Příkladem je karcinom tlustého střeva a konečníku (Dušek et al., 2014). Příčinou vzniku nádorových onemocnění je celá řada, patří sem jak faktory vnitřní, tak i vnější. Společným znakem však u všech druhů a typů karcinomů je určitá změna v genetice buněk. Mezi vnitřní faktory patří genetické vlivy každého člověka, které způsobují dědičnou predispozici ke vzniku určitého druhu karcinomu, čemuž se říká tzv. familiární výskyt onemocnění. Druhou příčinou vzniku karcinomu, jak již bylo řečeno, jsou vlivy vnější, kam patří výživa jedince, pohyb, kouření, alkohol, výskyt infekce, dále i prostředí, ve kterém člověk žije a pohybuje se (Adam et al., 2012). Faktorů pro vznik karcinomu je tedy celá řada, a proto je důležité, snažit se nádorovým onemocněním předcházet. K tomu slouží prevence. Prevencí se rozumí předcházení vzniku onemocnění neboli primární prevence, za kterou je zodpovědný každý jedinec sám. Pokud již onemocnění vznikne, snažíme se jej aktivně vyhledávat, k tomu slouží tzv. screening neboli sekundární prevence (Cibula et al., 2009). Dalším typem prevence je prevence terciální, která slouží k léčení pacienta a navrácení jeho zdraví, ale i k léčení nevratných a dlouhodobých následků nemoci (Adam et al., 2012). Posledním, čtvrtým druhem prevence je prevence kvartérní. Jedná se o předejití dopadu postupujícího onkologického onemocnění, které by mohlo výrazně snížit kvalitu života nemocného i délku jeho života. I přesto, že jde o nevléčitelné onemocnění, je i zde důležitá prevence v oblasti psychické, biologické i sociální (Vorlíček et al., 2009). Do kvartérní prevence patří především léčba bolesti spojená s progredujícím onkologickým onemocněním a je tedy nutno na ni myslet ještě před tím, než se u pacienta vyskytne (Cibula et al., 2009). Mimo předcházení bolesti patří do kvartérní prevence i udržení pohyblivosti pacienta, kroky k zajištění nutričního pacienta apod. (Vorlíček et al., 2009). Do kvartérní prevence patří tedy mimo medicínu i sociální a psychologická pomoc i různé instituce, které se o onkologicky nevléčitelně nemocné starají (Cibula et al., 2009).

Léčbou zhoubných nádorů se zabývá tzv. multidisciplinární tým lékařů a specialistů, ve kterém se však do popředí řadí onkologové a chirurgové. V multioborovém týmu se

jedná o lékaře z různých oborů a mezi specialisty patří psychologové, sestry se specializací v péči o stomie, fyzioterapeuti atd. Důvodem nutnosti vzájemné spolupráce výše zmíněných odborníků je fakt, že onkologické onemocnění zasahuje do celé řady procesů v lidském těle. Tento tým společně navrhuje individuální léčbu pro konkrétního pacienta k zajištění zlepšení kvality života a k přispění k co možná nejlepší prognóze (Matek, 2014). Pro nastavení správné léčby slouží TNM klasifikace neboli stading, který určuje rozsah nádoru. Písmeno T znamená určení velikosti prvotního nádoru, písmeno N označuje, zdali jsou metastaticky zasaženy lymfatické uzliny a písmeno M značí výskyt vzdálených metastáz. Dále se rozlišuje typing neboli typ nádorů a grading, což je vyzrállost nádoru (Šubrt, 2015).

Mezi způsoby, jakými lze onkologické onemocnění léčit patří operační řešení, radiace neboli ozařování, chemoterapie, hormonální a biologická léčba a léčba pomocí imunoterapie. Často se jedná o kombinace těchto léčebných forem. Léčba se dá rozdělit i dle léčebného cíle. Tímto rozdělením je myšlena léčba proti nádorovým buňkám a léčba, jejímž cílem není vymizení nádorových buněk, ale léčení obtíží spojených s nádorem. Takto lze tedy léčbu rozdělit na kurativní, kdy je cílem uzdravení nemocného, podpůrnou neboli symptomatickou a na paliativní. Podpůrná léčba se využívá v situaci, kdy kurativní terapie by již vzhledem k pokročilosti onemocnění byla bezvýsledná. Je zaměřena na léčbu symptomů, které způsobuje nádor. Sem patří např. léčba bolesti nebo dušnosti. Volba podpůrné léčby je využívána i v případě, že důvodem obtíží je onkologická léčba, a to např. když při chemoterapii dojde k zánětu sliznice neboli k mukozitidě. Podpůrná forma léčby, která je spojena s onkologickým onemocněním a jeho léčbou zahrnuje i psychologickou, sociální i spirituální pomoc pro pacienta i jeho blízké. (Vorlíček et al., 2012).

Základem léčby onkologického onemocnění je kombinace chirurgického řešení a radioterapie (Odrážka et al., 2014). Radioterapie se může využít jako neoadjuvantní léčba tzn. cílem je zmenšení nádoru před operací pro lepší možnost provedení chirurgického výkonu a ke zničení mikrometastáz (Vorlíček et al., 2012). Druhým způsobem radioterapie je adjuvantní léčba onkologického onemocnění, která je využívána pooperačně po chirurgickém výkonu s cílem zničit taktéž mikrometastázy a snížit riziko recidivy onemocnění (Odrážka et al., 2014). Adjuvantně lze využít i chemoterapii. Chemoterapeutika společně s hormonálními preparáty, imunoterapií a biologickou léčbou patří do medikamentózní léčby onkologického onemocnění

(Vorlíček et al., 2012). Chemoterapie znamená toxické působení látek na buňky zasažené nádorovým onemocněním, ale bohužel i na buňky zdravé, a právě to je důvodem pro vznik komplikací při léčbě chemoterapeutiky. Je tedy velice důležité nastavit přesnou dávku léčiv, aby léčba byla účinná, ale zároveň aby přespříliš nezatěžovala pacienty (Tesařová, 2014). Dalším typem léčby onkologického onemocnění je léčba hormonální, která je využívána v případě, kdy je nádorem zasažen orgán, v němž probíhá hormonální činnost. Např. se může jednat o mléčnou žlázu, u mužů o prostatu a u žen o dělohu. Léčba spočívá v podávání léčiv, která působí na hormonální receptory vně buněk, které jsou zasaženy nádorem. Tato léčba vyvolává méně komplikací oproti chemoterapii. Tento cílený způsob léčby by bylo možné zařadit i mezi další možnou onkologickou léčbu, a to léčbu biologickou (Nový, 2017). Biologická léčba oproti chemoterapii je cíleně zaměřena pouze na buňky zasažené onkologickým onemocněním, a tím se tedy snižuje riziko vzniku komplikací. Biologická léčba je stále ve fázi vývoje a pacientům je často nabízena v rámci klinických studií (Petruželka, 2014). Poslední způsob léčby je léčba pomocí imunoterapie, kdy se využívá zmnožení obranných buněk, které se zaktivují a ničí nádorem zasažené buňky. Nástup jejího účinku trvá však poměrně déle než např. při využití chemoterapie, výhodou je ale nižší riziko vzniku komplikací jako právě u chemoterapie. Imunoterapii nelze využít ale u všech onkologicky nemocných, protože kontraindikací je onemocnění roztroušená skleróza nebo Crohnova nemoc. Po řadě výzkumů a zvyšování znalostí o funkci imunitního systému byla nejprve schválena imunoterapie pro léčbu karcinomu prostaty a poté pro nádorové onemocnění melanomu (Vanneman a Dranoff, 2012).

Všechny zmíněné způsoby onkologické léčby s sebou nesou i riziko vzniku komplikací. Mezi prvotní komplikace protinádorové léčby pomocí chemoterapeutik patří paravenózní podání léků. Sestra, která chemoterapeutika aplikuje, musí zajistit, aby k aplikaci mimo žilní systém nedošlo a v případě, že taková komplikace nastane, je v jejích kompetencích znalost následných postupů, aby se snížila míra nežádoucích účinků (Krejčí et al., 2012). Dále do komplikací patří potíže v oblasti gastrointestinálního traktu, které zahrnují mukozitidu, poruchy polykání, nechutenství, nauzeu, zvracení, projímavé účinky apod. U pacientů se může také vyskytnout alopecie, která je však přechodná a po ukončení léčby vymizí. Dále chemoterapie způsobuje poruchy krevetvorby. Může zasáhnout krevní destičky, červené i bílé krvinky. Při snížení

počtu bílých krvinek dojde k imunosupresi, která může u pacienta zapříčinit rozvoj infekce. Případy poklesu krevních destiček nejsou časté, ale při jejich snížení dochází k trombocytopenii. Kvůli vylučování chemoterapeutik močovým systémem mohou být poškozeny ledviny. Vlivem kardiotoxických látek může dojít k poškození srdečního svalu. Nežádoucími účinky někdy bývá zasažen i nervový systém, a to ve všech jeho částech. Nejvíce se však vyskytuje neuropatie na periferních částech končetin, projevující se parestézií, sníženou senzitivitou, pocitem chladu a někdy i bolestmi (Tesařová, 2014). Taktéž při léčbě zářením dochází ke komplikacím. Mezi časné komplikace patří tzv. postradiační syndrom, který zahrnuje pacientovu únavu, bolest hlavy, nevolnost, zvracení, projímavé účinky apod. Podobně jako u chemoterapie dochází k poškození krevetvorby, a to zejména při ozařování oblasti, kde se nachází větší počet kostí. Vlivem radiace může dojít k poškození kůže, kožních adnex nebo sliznic (Abrahámová, 2012). Na vysoký výskyt komplikací při onkologické léčbě je nutno myslet při jejím plánování a nastavování. Protože vlivem komplikací při léčbě se snižuje kvalita života pacientů a cílem zdravotníků je kvalitu života pacientů naopak zvyšovat (Vorlíček et al., 2012).

1.2 Bolest jako součást onkologických onemocnění

Bolest je součástí mnoha nemocí a můžeme říci, že patří mezi nejhorší příznaky většiny chorob. Je to nejen velice závažný příznak, ale bolest zasahuje i do pacientovy kvality života, a to takovým způsobem, že se život stává často nesnesitelným. Mezi nemoci, u kterých je příznakem bolest, bezpochyby patří onkologická onemocnění (Abrahámová, 2018). V okamžiku, kdy je u pacienta diagnostikované onkologické onemocnění, se bolest vyskytuje asi u 30 % případů. Při léčbě onkologického onemocnění udává bolest zhruba 60 % pacientů (Sláma et al., 2012). V pokročilých fázích nemoci se může výskyt bolesti projevit až u 80 % onkologicky nemocných jedinců (Abrahámová, 2018). Proto se onkologičtí pacienti obávají ze všech příznaků nejvíce většinou právě bolesti (Závadová a Hegmonová, 2017). Míra bolesti a její charakter je ovlivněn oblastí a orgánem, které jsou nádorovým onemocněním postižené. Je prokázáno, že se bolest vyskytuje nejvíce u nádorových onemocnění, která postihují skelet, slinivku břišní nebo zažívací trakt. Oproti tomu nejméně bolí nádorem postižená kůže pacienta nebo příkladem méně bolestivého nádorového onemocnění může být leukémie (Sláma et al., 2012).

Existuje několik forem bolesti. Podle délky trvání rozlišujeme dva druhy bolesti, a to bolest akutní a chronickou. O akutní bolesti hovoříme tehdy, pokud se jedná o bolest s jasně rozpoznatelnou příčinou. Tato bolest je tzv. varovným signálem, kdy je pacient i lékař upozorněn na probíhající problém v organismu pacienta. Akutní bolest je dobře léčitelná, a jakmile je příčina odstraněna, vymizí i samotná bolest. Naopak příčina chronické bolesti je často těžko rozpoznatelná. Pacienti navštěvují lékaře s bolestí opakovaně, a přes vyzkoušení celé řady možných léčiv bolest neustupuje. Protože bolest je subjektivní pocit pacienta, zdravotníci ji musí pacientovi za všech okolností věřit. S chronickou bolestí jsou spojeny i psychické problémy, právě proto, že je obtížně léčitelná (Rokyta et al., 2017). Chronickou bolest definuje i Przekop: „*Chronická bolest je jakýkoliv vjem s negativním kontextem v mysli, který člověku brání uzdravit se.*“ (Przekop, 2015, s. 31). Dále se bolest dělí podle původu na nociceptivní a na neuropatickou. Nociceptivní bolest se u pacienta vyskytuje při podráždění receptorů bolesti. V případě, že se tyto nocireceptory nacházejí v kůži, ve svalech či v kloubech, mluvíme o bolesti somatické, pokud se však vyskytují ve vnitřních orgánech, jedná se o bolest viscerální (Abrahámová, 2018). V diagnostice je obtížné správně lokalizovat viscerální bolest, protože může být z orgánu přenesena na jiné místo v pacientově těle. Oproti tomu se dobře lokalizuje somatická bolest, kdy pacient dovede přesně určit místo bolesti. U nociceptivní bolesti můžeme tedy hovořit jako o tzv. varovném signálu, kdy je pacient i lékař upozorněn na probíhající problém v organismu pacienta. Opakem nociceptivní bolesti je bolest neuropatická, která se vyskytuje v případě poranění nervů. Nervový systém může být poškozen např. z důvodu zánětu, zranění a nádoru, ale může se objevit i u pacienta po proběhlém ozařování jako důsledek léčby. Jedná se o bolest chronickou, kdy bývá často spojena s úzkostí apod. Obě výše zmíněné formy bolesti se vyskytují mimo jiné i při nádorových onemocněních a při tomto výskytu hovoříme pak o tzv. nádorové bolesti (Sláma et al., 2012).

1.3 Průlomová bolest a její hodnocení

Další forma bolesti, která se vyskytuje u pacientů s onkologickým onemocněním, je bolest průlomová (Brant, 2017). Průlomová bolest byla definována již v roce 1989 Portenoyem a Hagenem (1989), jako přechodné vzplanutí bolesti, kdy je základní bolest léčena, a přesto k bolesti dojde. Později byla několikrát předefinována, až vznikla dnešní definice průlomové bolesti. Průlomová bolest je náhlé zhoršení bolesti, u které

není jistá příčina nebo je její příčina známá a vyskytuje se i u pacientů, kteří se s bolestí léčí (Bejvančický a Bejvančická, 2015). Dle Bejvančického a Bejvančické (2015) se vyskytuje průlomová bolest asi u 60 % pacientů, kteří trpí chronickou bolestí spojenou s léčbou onkologických onemocnění. Průlomová bolest nastupuje u pacientů velice rychle a trvá poměrně krátkou dobu, nejčastěji v řádech několika minut (Sláma et al., 2011). Z dotazníkového průzkumu, který byl prováděn u 450 onkologických pacientů v České republice v roce 2010, a který zjišťovala společnost PARMA, vyšlo, že průlomová bolest se projevuje vysokou intenzitou bolesti, a na vizuální analogové škále se dá určit nejčastěji o dva stupně vyšší, než pacient udává chronickou bolest (Sláma, 2011).

Průlomová bolest se uvádí jako bolest epizodická (Mercadante et al., 2002). Její výskyt bývá zaznamenán v jakékoliv fázi onkologického onemocnění. Může se tedy vyskytovat při léčbě onkologického onemocnění, tak i v přímé souvislosti s daným onemocněním (Vondráčková, 2009). Při diagnostice a následném nastavení správné léčby bolesti je důležité, aby bylo rozpoznáno, zda se jedná o bolest idiopatickou, u které není známá příčina nebo jestli její vznik je předvídatelný a souvisí např. se změnou polohy nebo s pohybem. Dále se průlomová bolest může rozdělit dle toho, jestli ji pacient může ovlivnit nebo jestli bolest ovlivnit nelze. Bolest lze ovlivnit např., když se objevuje při chůzi, oproti tomu ji pacient ovlivnit nemůže např. při zakašlání (Davies, 2006).

Stejně jako u jiných forem bolesti, je i průlomová bolest subjektivní prožitek pacienta. Zjistit míru intenzity bolesti je proto často velice složité. Ke správnému určení, a především k pochopení zdravotníků, jakou intenzitu bolesti pacient prožívá, pomáhají nejrůznější škály a dotazníky vytvořené na bolest (Sláma, 2012). Mimo intenzitu bolesti musí zdravotník od pacienta zjistit i lokalizaci bolesti, její charakter a časový průběh a psychologickou rovinu bolesti, což znamená určení emocí, které bolest doprovázejí (Feixová, 2016). Bolest lze hodnotit slovy s využitím verbální neboli slovní škály bolesti, při které je pacientovi nabídnuta řada možných odpovědí, pro vyjádření prožívané bolesti. Zde je důležité se ujistit, že pacient slovům rozumí (Sláma, 2012). Další možností je vizuální analogová škála, při které pacient určí na úsečce intenzitu bolesti, kterou právě prožívá. I v tomto případě se zdravotník musí ujistit, že jej nemocný chápe (Feixová, 2016). Obdobnou možností, jak od pacienta zjistit míru jeho bolesti, je numerická škála (Příloha 1). V tomto případě určí pacient intenzitu své bolesti pomocí čísel. Nejčastěji je využíváno číselné rozmezí 0 až 10, kdy číslice 0

znamená žádná bolest a číslo 10 představuje nejvyšší možnou bolest, kterou si pacient dokáže představit (Sláma, 2012). U dětských pacientů a nemocných, kteří nedokážou popsat přesnou bolest, lze využít škálu obličejů. Výrazy obličejů vyjadřují emoční stav, který člověk při bolesti prožívá (Opavský, 2011). Sláma (2012) uvádí, že u pacientů s onkologickým onemocněním by mělo být sledování bolesti rutinní záležitostí, stejně jako sledování fyziologických funkcí. Mezi dotazníkovými hodnoceními bolesti je nejvíce rozšířen dotazník Brief Pain Inventory, v českém překladu Krátký inventář bolesti, ve kterém jsou využívány numerické a verbální škály v souvislosti s bolestí, léčbou bolesti atd. (Pokorná et al., 2013; Marková et al., 2015). Taktéž McGillův dotazník byl vytvořen pro hodnocení bolesti u onkologických pacientů (Opavský, 2011). Avšak tento dotazník se příliš nevyužívá (Sláma, 2012). V roce 2011 vydala společnost Richter Gedeon dotazník (Příloha 2), který lze taktéž dobře využít k posouzení průlomové bolesti u pacientů (Fricová, 2013).

1.4 Léčba průlomové bolesti

Při léčbě průlomové bolesti je důležité si uvědomit, že tato bolest zahrnuje celou řadu bolestivých projevů. Léčba tedy musí saturovat všechny problémy spojené s průlomovou bolestí, aby mohlo dojít k adekvátnímu zhodnocení léčby (Haugen, 2010). Nastavení správné léčby průlomové bolesti je velice individuální, protože každý jedinec, u kterého se vyskytuje průlomová bolest, má jiné projevy. Důvodem je odlišné onkologické onemocnění, rozdílná účinnost a tolerantnost podávaných léků, celkový psychický stav pacienta apod. Dále záleží na samotné průlomové bolesti a to, jak se u konkrétního pacienta projevuje, jakou má délku trvání od nástupu a jak často se vyskytuje (Sláma, 2011). Mimo výše zmíněné důvody pro nastavení správné léčby se musí lékař rozhodovat i dle předvídatelné délky života pacienta a podle předpokládaného zlepšení kvality života (Závadová a Hegmonová, 2017). Při léčbě se často volí kombinace různých léčebných postupů, které budou pacientovi přesně v léčbě vyhovovat. Patří sem farmakologická forma léčby, tedy léčba s pomocí medikamentů. Druhá, nefarmakologická léčba, zahrnuje veškeré jiné postupy léčby, kde se nevyužívají léky (Sláma, 2011).

Dle Ševčíka (© 2002) je léčba bolesti zahajována na onkologickém pracovišti, kde se primárně léčí pacienti s nádorovým onemocněním. Onkologové využívají i možnost konzultace o nastavení léčby bolesti s ambulancemi určenými speciálně pro léčbu

bolesti (Procházka, 2016). Při nekomplikovaném průběhu léčby bolesti si péči o pacienta přebírá praktický lékař, který ale může případné nejasnosti konzultovat s odborníky na léčbu bolesti. Schopnost ovládat nastavení analgetické léčby by však měl zvládat každý lékař v případě, že se jedná o léčbu bolesti bez komplikací (Ševčík, © 2002). V případě komplikovaného průběhu léčby bolesti má lékař možnost konzultace a případné předání pacienta s cílem léčby bolesti do rukou specializovaných lékařů – algeziologů, kteří péči zajišťují v již zmíněných speciálních ambulancích pro léčbu bolesti. Ambulance bolesti jsou v ČR v dnešní době zřizovány téměř v každé spádové nemocnici pro daný okres. Nejčastěji jsou součástí anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Mimo to se může jednat i o soukromé ambulance, kde je také péče zajišťována lékaři specializovanými na léčbu bolesti. Lékař z ambulance bolesti má v případě komplikovaného průběhu léčby možnost konzultace s lékařem z některého z osmi center bolesti v ČR (Procházka, 2016). Součástí všech ambulancí je mimo lékaře i sestra, která se v případě ambulance bolesti také podílí na péči o pacienty s bolestí. Práce sestry v ambulanci bolesti je velice náročná z důvodu důležitosti rozsáhlých znalostí o změnách funkce organismu z důvodu bolesti, možnostech léčby a dále i praktických činnostech v péči o pacienty s bolestí. Na sestry je proto kladen velký tlak ve smyslu dalšího vzdělávání. Není tajemstvím, že to byly právě sestry, které se velkým podílem zasloužily o zřízení ambulancí bolesti, a to prostřednictvím České asociace sester. Významnou součástí práce sestry v ambulanci bolesti je schopnost komunikace a celkového postoje v péči o pacienty s bolestí, s cílem zaměřit se na související ošetrovatelské problémy (Janáčková, 2007).

Léčba bolesti související s onkologickým onemocněním je velice významnou součástí péče o pacienty v paliativní péči (Marková et al., 2015). Starost o nevléčitelně nemocné nebyla vždy samozřejmostí. Ke zlepšení péče a celkově pohledu na umírající pacienty s bolestmi došlo na počátku druhé poloviny 20. století. První osobou, která se o tuto problematiku začala více zajímat, byla Cicely Saundersonová (Saunders, 1964). Bolest chápala nejen jako fyzický prožitek, ale i jako sociální a emoční důsledek. To bylo podnětem pro vznik dalších myšlenek zabývajících se samotnou kvalitou života nevléčitelně nemocných, zvládáním jejich bolestí apod. (Bužgová, 2015). V České republice nejprve paliativní péči nabízela nemocnice v Babicích nad Svitavou, a to od roku 1992. Později byla ale spíše přesměrována na léčbu dlouhodobě nemocných pacientů. Vůbec první osobou, která se v České republice začala zajímat o paliativní

péči a svoji vizi začala šířit dále, byla paní doktorka Marie Svatošová, a to již od roku 1990. Nejprve se zaměřila na poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacientů a poté v roce 1996 vznikl díky ní první hospic postavený v České republice, který poskytuje své služby dodnes. Tento hospic nese název Hospic Anežky České a nachází se v Červeném Kostelci. Následně začaly vznikat hospice na dalších místech České republiky. Důležitost hospicové péče dokazuje fakt, že mezi roky 2000 a 2010 se navýšil počet lůžek o 252 a tato lůžka jsou všechna využívána. Počet služeb, které zajišťuje hospicová péče, je vyšší než v klasických zdravotnických zařízeních, tzn. nutnost většího počtu pracovníků, kam patří zaměstnanci i osoby vykonávající dobrovolnickou činnost. Všechny formy hospicové péče nabízejí sociální, psychologickou, zdravotní a duchovní pomoc (Sedlářová, 2015). Toto tvrzení dokládá definice, vydaná v roce 2002 organizací WHO, kterou zmiňuje Bužgová (2015). „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“ (Bužgová, 2015, s. 17).

Jak již bylo výše zmíněno, mezi typy poskytovaných služeb spadající pod pojem hospicová péče patří lůžkové zařízení, které poskytuje komplexní péči v rámci paliativní péče a mobilní neboli domácí hospic, který zahrnuje pracovníky, kteří se starají o pacienty a jejich rodiny v jejich blízkém prostředí (Marková et al., 2015). Pacienti, kterým je tato služba poskytována, jsou nevléčitelně nemocní a péče o ně je komplexní. Důvodem, proč vznikla domácí hospicová péče, respektive domácí hospic, je možnost pacientovy léčby v domácím prostředí a není tedy nutná jeho hospitalizace. Poskytovaná péče musí však být na stejné úrovni jako klasická hospicová péče, která je poskytována v kamenných hospicích a musí tedy zahrnovat stejné služby (Tomeš, 2015). Pracovní tým zajišťující domácí hospicovou péči zahrnuje lékaře, nelékařské zdravotnické pracovníky tzn. všeobecné sestry, ošetřovatele atd., dále osoby mající na starost duchovní služby, pracovníky zajišťující dobrovolnickou činnost a další pracovníky dle potřeb pacientů a jejich rodin. Stejně jako v jakékoliv jiné službě poskytované zdravotníky je důležitá správná komunikace a respektování pacientových potřeb. V případě poskytování domácí hospicové služby to platí ještě více. Nemocní i jejich blízcí musí z osob poskytující tuto péči cítit, že jsou pro pracovníky na prvním místě a názor pacientů má největší váhu. To platí jak v přímé komunikaci, tak i při

rozhovoru po telefonu, který je v případě domácího hospice nejčastější (Marková et al, 2015). Dalšími zařízeními, která zajišťují paliativní péči, jsou paliativní oddělení v nemocnicích a léčebnách nebo denní stacionáře paliativní péče, kde pacienti tráví čas pouze během dne (Tomeš, 2015).

1.4.1 Nefarmakologické metody léčby prŕlomové bolesti

Onkologická léčba, která využívá jak chemoterapii, tak i léčbu radioterapií, tedy ozařováním, může pozitivně působit i na prŕlomovou bolest (Pochop, 2015). Aplikace radioterapie na léčbu prŕlomové bolesti je nejvíce efektivní na onkologické onemocnění kostí. Naopak chemoterapii lze využít např. na nádorové onemocnění prostaty, prsu a dalších nádorŕ, které jsou na chemoterapii citlivé (Ripamonti et al., 2007).

Další možností, jak řešit prŕlomovou bolest, je operace. Operační řešení spočívá v chirurgickém odstranění nádoru nebo v operační stabilizaci kostí, u kterých je hrozbou fraktura nebo v případě, že ke zlomenině již došlo. Mimo stabilizaci dlouhých kostí sem patří i vertebroplastiky a kyfoplastiky (Vorlíček, et al., 2012). Jedná se o miniinvazivní zákroky, které pacienty tolik netraumatizují (Repko a Neubauer, 2010). Při perkutánní vertebroplastice se využívá RTG kontrola, kdy se do obratle, u kterého hrozí zlomenina, aplikuje speciální cement přes zavedenou jehlu. Výhodou perkutánní vertebroplastiky je provedení výkonu pouze pod místní anestézií a pacient tedy nemusí být navozen do anestezie celkové (Ryška, et al., 2011). Kyfoplastika je modernější způsob, kdy se nejprve zavede do postižené části obratle balónka pro vrácení se obratle do své původní polohy. Poté se taktéž jako u vertebroplastiky zavede přes jehlu do postiženého místa speciální cement pro vyplnění. Tímto se nejen více stabilizuje páteř, ale také se zmírní bolest, kterou způsoboval stlačený obratel (Repko a Neubauer, 2010).

Léčba prŕlomové bolesti musí být doplněna i o zajištění vhodného prostředí pro pacienty. Tzn. zajistit správné lŕžko s možností úpravy požadované polohy či v případě potřeby přistavit k lŕžku toaletní křeslo. Dále obstarat invalidní vozík, berle, hole a jiné protetické pomůcky. Součástí této pomoci musí být i edukace o správném používání výše zmíněných pomůcek a případně poskytnutí rad, jak s co nejmenší bolestí vstávat z lŕžka, pohybovat se apod. Zmíněná edukace je i součástí kompetencí sester (Kabelka et al., 2011).

Mezi další doporučené postupy někteří autoři uvádějí léčbu bolesti pomocí meditace, hypnózy nebo jiných psychologických intervencí. Tyto postupy mohou, ale i nemusí být vhodné pro každého pacienta. V případě potvrzení jejich účelnosti na léčbu bolesti, je správné pacientům s odstraněním bolesti napomáhat a nijak je za volbu této metody neodsuzovat (Sláma, 2013).

1.4.2 Analgetická léčba průlomové bolesti

Při léčbě průlomové bolesti je základem správné nastavení farmakologické léčby. Analgetika jsou rozdělena do 3 stupňů dle Světové zdravotnické organizace. Nejprve se volí analgetika 1. stupně, kam patří neopioidní analgetika (Rokyta a Kozák, 2016). Mezi neopioidní analgetika se řadí nesteroidní antiflogistika, paracetamol, metamizol a další (Rychlíčková, 2015). Nesteroidní antiflogistika lze zakoupit bez lékařského předpisu, proto patří mezi nejvíce užívaná analgetika. Při užívání nesteroidních antiflogistik musí být pacienti velice obezřetní, protože jejich dlouhodobé užívání je spojeno s řadou nežádoucích vedlejších účinků. Nesteroidními antiflogistiky je nejvíce ohrožen gastrointestinální trakt, močový a kardiovaskulární systém a červené krvinky. Riziko je především u pacientů, kteří mají v anamnéze onemocnění gastrointestinálního traktu, užívají kortikoterapii nebo antikoagulantia a jsou ve věku nad 65 let (Nosková, 2010). Analgetika 1. stupně se volí při mírné nebo středně silné bolesti. Pokud ale bolest i přes podávání neopioidních analgetik do jednoho až dvou dnů nevyjmí, přechází se na analgetika 2. nebo 3. stupně. Nedoporučuje se analgetika 1. stupně zvyšovat nad možnou denní dávku, protože to zapříčiní spíše vedlejší účinky než zmírnění bolesti. Analgetika, která se řadí do 2. stupně, se podávají při léčbě středně silné až silné bolesti (Rokyta a Kozák, 2016). Do 2. stupně analgetik se řadí slabé opioidy, a to konkrétně např. kodein nebo tramadol (Rychlíčková, 2015). Slabé opioidy se doporučují podávat s neopioidními analgetiky, tzn. s analgetiky 1. stupně. V případě, že bolest neustupuje ani po podání analgetik 2. stupně přechází se na analgetika 3. stupně podle žebříčku WHO (Rokyta a Kozák, 2016). Zástupci analgetik 3. stupně jsou např. morfin, fentanyl a oxycodon. Tato analgetika nesou společný název silné opioidy (Rychlíčková, 2015). V případě, že se u pacienta vyskytují metastázy nebo agresivní prorůstající nádory do okolní tkáně, přechází se obvykle rovnou k podávání analgetik 3. stupně, tedy k silným opioidům. Stejně jako při podávání slabých opioidů se i u silných opioidů doporučuje kombinace i s neopioidními analgetiky (Rokyta a Kozák, 2016). Se všemi třemi výše

zmíněnými stupni analgetik je doporučováno podávat i tzv. koanalgetika. Koanalgetika jsou léčebné přípravky, které primárně léčí jiné symptomy, ale sekundárně ovlivňují i bolestivé projevy. Mezi koanalgetika se řadí např. myorelaxancia, spasmolytika a antidepresiva (Rychlíčková, 2015). Tato léčiva pozitivně působí na nervová vlákna, která vedou i bolest. Využívají se především v případě prokázání, že se jedná o neuropatickou bolest (Nosková, 2010). Mimo lékové skupiny, které zmiňuje Rychlíčková (2015) řadí Nosková (2010) do koanalgetik i antiepileptika. Účinnost antiepileptik byla prokázána právě při léčbě neuropatické bolesti. Konkrétně se jedná o lék s názvem Neurontin nebo Lyrica (Nosková, 2010).

Při volbě správného léčení průlomové bolesti pomocí analgetik se volí metoda, při které se zvýší množství pravidelné analgetické medikace nebo se naopak podá tzv. záchranná dávka léků na bolest (Rokyta a Kozák, 2016). Při nástupu průlomové bolesti, která má kratší interval lze zvolit první variantu, tj. upravení dávky dosavadně podávaných zejména opioidních analgetik. Jedná se o bolest, která trvá několik sekund až minut. Při volbě této léčebné metody se zvyšuje dávka opioidů na maximální možnou, kdy jsou nežádoucí účinky léčby ještě v udržitelné míře. Taktéž lze využít tzv. rotaci opioidů (Mercandante et al., 2004). Rotace opioidů je záměrná změna opioidů, která probíhá opakovaně, z důvodu že doposud užívaný opioid již na pacientovu bolest nezabírá (Doležal a Hakl, 2011).

Výběr správného opioidu pro daného pacienta je velice individuální záležitost. Při výběru se lékař musí rozhodovat podle přesně daných kritérií. Tato kritéria zahrnují popis pacienta, kam patří míra pacientových bolestí i jeho nemocnost. Dále stanovení dávky opioidu, účinnost podávání a sledování účinků zvoleného opioidu. (Doležal a Hakl, 2011). Součástí nastavení léčby bolesti je i výběr vhodného způsobu podání léků na bolest individuálně pro každého pacienta (Hakl a Ševčík, 2013).

Perorální aplikace

Nejběžnějším způsobem aplikace léků jen podání perorální. Nástup požadovaného účinku při této aplikaci má delší trvání, a proto pro léčbu průlomové bolesti není zcela vhodný (Vondráčková, 2009).

Per rectum aplikace

Zcela vhodný není ani způsob aplikace per rectum, při kterém je nástup účinku poměrně rychlý, ale nestálý (Vondráčková, 2009).

Intravenózní, subkutánní a intramuskulární aplikace

Dalším způsobem podání léků je aplikace intravenózní a subkutánní. V obou těchto případech lze podat léky bolusově nebo pomocí pumpy zajišťující analgezii řízenou přímo pacientem. Pacient má předem od lékaře nastavenou dávku pro tišení bolesti. V případě, že se intenzita bolesti zvýší, pacient si sám zajistí aplikaci analgetik bolusově. Aby nedocházelo při opakovaném bolusovém podání k předávkování pacienta, je v pumpě nastaven interval mezi opakovaným bolusovým podáním. Tato pumpa je pro pacienty velkým přínosem, protože si díky ní mohou řídit analgezii sami, což má velice příznivý efekt pro jejich psychický stav. Zásadní nevýhodou pumpy je ale její pořizovací cena, která sahá až k několika desítkám tisíc korun. Proto není tato metoda léčby bolesti tolik využívaná (Alušíková et al. eds., 2017). Léky lze podat také intramuskulárně a tato metoda aplikace se využívá při nemožnosti perorální, subkutánní nebo intravenózní. Nástup účinku je však v tomto případě poměrně pomalejší než při podání intravenózním (Munden et al. eds, 2006).

Intervenční techniky

Dalším způsobem léčby průlomové bolesti je zvolení některé z intervenčních technik léčby bolesti. Takovýto způsob léčby je volen v případě, kdy jsou již vyčerpány všechny předchozí metody a pacient mývá i přesto stále bolesti. Může se jednat o cílenou blokádu zaměřenou na konkrétní svazek nervů tzv. plexus (Kabelka et al., 2011). Sem patří epidurální nebo intratekální aplikace. Tímto způsobem lze aplikovat opioidy, které se vstřebávají likvorem neboli mozkomíšním mokem. Obě metody nazývané se též jako neuraxiální podání, by měly být nabídnuty pacientům s průlomovou bolestí, kterou se nedaří nijak léčit (Smyth et al., 2014). Léky se aplikují pomocí katetru, jehož konec je napojen na filtr, který zabraňuje propustnosti bakterií. Katetr může být také vyveden formou podkožního portu (Hakl a Ševčík, 2013).

Transdermálně podávané opioidy při léčbě průlomové bolesti

Transdermální opioidy neboli opioidy podávané pacientovi přes kůži se nejvíce využívají u onkologicky nemocných, u kterých se vyskytuje průlomová bolest a zároveň mají poruchu gastrointestinálního traktu. Využívají se i při velkém množství ostatních farmakoterapeutik, která se podávají perorálně, z důvodu předcházení lékové interakce mezi velkým množstvím léčiv. Svě opodstatnění mají i v případě, kdy pacient není již vzhledem ke zdravotnímu stavu schopen přijímat dostatečné množství potravy a tekutin ústy a nachází se především v domácím léčení. Nemocní volí také transdermální způsob podání opioidů pro pocit, že užívají méně léčiv, což je přínosem pro jejich psychický stav (Lejčko, 2018). Výhodou transdermálních opioidů je také výrazné prodloužení analgetického účinku (Chou, 2009). Marková et al. (2015) zmiňuje taktéž důležitost neukončovat léčbu bolesti transdermálně při umírání pacienta.

1.5 Transmukózně podávané opioidy při léčbě průlomové bolesti

Mimo per orálně užívané opioidy je v dnešní moderní době možnost užívat opioidy i jinou formou podání. Jedná se např. o formy léčiv, která výrazně přispějí k co nejrychlejšímu nástupu účinku. Tento účinek zajišťují transmukózně podávané opioidy. Tyto opioidy se tedy, jak už název napovídá, podávají přes sliznici (Chou, 2009). Transmukózně podávané opioidy jsou nyní k dostání ve formě sprejů do nosu nebo ve formě tablet, které se rozpouštějí v ústech (Kršiak a Fricová, 2017). Do druhé skupiny patří opioidy, které se rozpouštějí buď na sliznici ve tvářích pacienta, sem patří bukalní tablety a filmy nebo rozpustné pod pacientovým jazykem a tyto nesou název sublinguální tablety (Fine et al., 2009). Pro tuto formu léčiv bývá používána látka fentanyl pro svůj prokázaný větší účinek na bolest než např. morfin (Fricová, 2012).

Od okamžiku, kdy se fentanyl ve formě nosního spreje objevil na českém trhu, se stal jednou z nezastupitelných forem opioidů, kterými se léčí onkologičtí pacienti s výskytem průlomové bolesti (Fricová, 2012). Lze jej získat pod názvem Instanyl (Hakl a Ševčík, 2013). Fentanyl podávaný přes sliznici dutiny nosní byl nejprve používán k tišení bolesti u pacientů po operaci (Fricová, 2012). Epitel v dutině nosní má velmi dobré cévní zásobení, proto se léky podané intranasálně velmi dobře a rychle vstřebávají. Nosní forma aplikace je oproti ostatním transmukózně podávaným preparátům výhodná především u pacientů, kteří mají v dutině ústní nějaký zdravotní

problém, a nelze tedy přes ústa látku aplikovat. Intranasálním podáním lze velmi snadno a rychle docílit analgezie při jakékoliv činnosti a na jakémkoliv místě, kde se pacient nachází (Dále et al., 2002). V roce 2008 proběhla studie Christrupra et al. (2008), jejímž cílem bylo zhodnotit podávání fentanylu přes žilní systém a přes nosní sliznici. Z výsledků lze vyčíst prokázání rychlého nástupu účinků a s tím spojenou vysokou spokojenost zkoumaných pacientů s intranasálním podáváním fentanylu (Christrup et al., 2008). Dále ve stejném roce proběhla i další studie cílená na ověření účinků a bezpečnosti fentanylu aplikovaného také přes nosní sliznici. Z výsledků tohoto výzkumu jasně vyplynulo, že žádná vzniklá nežádoucí událost, ať už to byl pocit na zvracení, samotné zvracení, zácpa nebo porucha chuti, neměla spojitost s aplikací intranasálního fentanylu, ale byla zapříčiněna daným onkologickým onemocněním. Fentanyl však nesmí být aplikován intranasálně pacientům s alergií na tuto látku, dále pacientům, kterým nejsou aplikovány opioidy nějakou z jiných forem pro udržovací léčbu bolesti. Závažnou kontraindikací pro podání intranasálního fentanylu je i plicní obstrukční nemoc, proběhlé ozařování v oblasti obličeje nebo časté krvácení z nosu. Aplikace není doporučena ani při rýmě spojené s neprůchodností dutiny nosní (Nave et al., 2009).

Další výše zmíněnou možností aplikace fentanylu přes sliznice je forma sublinguální. Sublinguální aplikace nebo taktéž aplikace pod jazyk dovede rychle a s přesným účinkem zmírnit průlomovou bolest. Tato metoda je v případě dodržení všech daných doporučení velice snadnou, a především bezpečnou formou léčby bolesti u onkologicky nemocných (Fricová a Slíva, 2011). Také na vyhodnocení účinnosti této transmukózní formy fentanylu probíhalo několik studií, např. výzkum Bredenberga et al. (2003) a také zde byl prokázán rychlý nástup účinku fentanylu. Dalším a novějším výzkumem, který se zabýval sublinguálním fentanylem, byl prováděný výzkum, který zaznamenal Lister et al. (2011). Výzkumného šetření se zúčastnili dobrovolníci, kteří neměli v anamnéze onkologické onemocnění a u nichž se sledovala rychlost vstřebávání a farmakokinetika fentanylu v organismu. I zde vyšly výsledky prováděné studie ve prospěch fentanylu aplikovaného touto formou (Lister et al., 2011).

Sublinguální tablety se podávají pacientovi pod jazyk, aby se zde rozpustily (Fricová a Slíva, 2011). V dnešní době je na trhu k dostání např. sublinguální tableta pod názvem Lunaldin (Hakl a Ševčík, 2013). Pacient tablety nijak nežvýká ani nepolyká. Při podávání sublinguálních tablet je důležité pacientům řádně vysvětlit a zdůraznit

nejedení a nepití až do úplného rozpuštění tablety. Při zahájení léčby bolesti touto metodou se nejprve pacientovi podá tableta se 100 mikrogramy účinné látky. V případě, že nedojde do několika minut až půl hodiny od doby podání k úlevě od bolesti, podá se ještě jedna tableta se stejným množstvím látky (Fricová a Slíva, 2011). Fiala (2010) uvádí dobu nástupu účinku do 10 až 15 minut. Pokud se nepodařilo zajistit u pacienta analgezií první tabletou, mělo by se při příští atace bolesti zvážit její navýšení. V každém případě však platí pravidlo nenavyšovat při jedné epizodě průlomové bolesti množství více než dvou sublinguálních tablet (Fricová a Slíva, 2011).

Stejně jako předchozí metoda tlumení bolesti sublinguálně je i bukální forma tablet a filmu aplikována pacientům po již předchozí aplikaci a nastavení léčby opioidy (Fricová, 2014). V České republice lze získat bukální tabletu pod názvem Effentora (Hakl a Ševčík, 2013). Bukální tablety se podávají při začátku nástupu bolesti a vyjmout z ochranného obalu se musí těsně před aplikací. Místo určení pro správné podání je mezi dásněmi a tváří a její rozpuštění trvá od 14 do 25 minut a látka se dostane ihned přímo do krve. Po 30 minutách, co má pacient tabletu v ústech, může její zbytek spolknout a poté dostatečně zapít. Pacient musí být před aplikováním upozorněn na zákaz tabletu nějakým způsobem pūlit, kousat apod. Stejně jako u sublinguálních tablet, v době účinku do zmíněných 30 minut je nežádoucí pít a jíst (Fricová, 2014).

Efektivita a bezpečnost u bukálních tablet byla předmětem studie, které se zúčastnili pacienti, u nichž se vyskytuje průlomová bolest. Během studie byla hodnocena průlomová bolest před její atakou a po ní. Po vyhodnocení studie šlo u více než poloviny dotazovaných určit individuálně pro každého přesné množství účinné dávky látky na mírnění bolesti (Elsner et al., 2011). Dalšího výzkumu, který tentokrát probíhal v roce 2013, se zúčastnilo přes 200 pacientů s průlomovou bolestí. Zde bylo cílem porovnat účinek bukálně podávaného fentanylu a per orálně podávaného oxycodonu. Účinek byl hodnocen u všech pacientů v 5., 10., 30., 45. a 60. minutě po podání. Téměř polovina dotazovaných hodnotila lépe podání fentanylu bukálně oproti per orálnímu podání oxycodonu. Nutno zmínit, že 18 % dotazovaných nepreferovalo ani jeden ze způsobů úlevy od bolesti. Z výsledků tedy vyplývá že, fentanyl podávaný bukálně byl hodnocen lépe než oxycodon podávaný per orálně. Hodnocen byl efekt účinnosti na tlumení bolesti, i celková spokojenost s bukálním podáním léku (Webster et al., 2013).

Další forma bukalního podání léčiv je v podobě bukalních filmů. Díky vlhkému prostředí v ústech filmy přilnou velmi rychle k bukalní sliznici. Proto se také poměrně rychle léčebná látka začíná vstřebávat do sliznice, a to bez závislosti na pacientově úsilí. U pacientů, kteří trpí suchostí v ústech, je nutné před aplikací filmu zajistit zvlhčení sliznice v ústech (Kršiak a Fricová, 2017). Bukální filmy jsou tvořeny z jedné nebo více vrstev (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Existují dva typy bukalních filmů. Z filmů permanentních, které působí obdobně jako transdermální náplasti, se léčebná látka vstřebává postupně. Jejich součástí je nerozpustná vrstva, která brání rozpuštění celého filmu ihned po aplikaci. Po vstřebání veškeré léčebné látky se film musí z úst pacienta vyjmout. Oproti tomu druhý typ filmu se rozpustí v ústech celý, bez nutnosti odstranění filmu z úst (Preis, 2013). Vstřebání celého filmu nastane do půl hodiny od aplikace (Kršiak a Fricová, 2017). Existují různé lékové síly a rozměry filmů (Walicová a Gajdziok, 2016). Na českém trhu lze získat fentanylový bukalní film pod názvem Breakyl (Marková et al., 2015).

Bukální filmy jsou výhodné především u pacientů, kteří nejsou schopni pozřít tablety kvůli jejich velikosti nebo pro poruchy v gastrointestinálním traktu. Jejich výhodou je i přijatelná chuť filmů a prostý způsob podání (Breitkreutz a Boos, 2007).

1.6 Zacházení s opioidy a nežádoucí účinky léčby průlomové bolesti

Důležité je si uvědomit, že užívání analgetik a zejména opioidů s sebou nese i mnohdy závažná rizika. Lékař, který léčbu nastavuje, musí umět léky správně kombinovat, aby došlo k co nejmenším nežádoucím účinkům. Výběr vhodné kombinace léčiv při léčbě průlomové bolesti je proto snad tím nejdůležitějším krokem (Lejčko, 2018). O opioidech je známo, že dobře léčí bolest, tedy navozují analgezi. Mezi pozitivní působení opioidů lze zahrnout i antitusický účinek (Šustková, 2018). Mezi další účinky opioidů patří celkové utlumení, útlum dýchání, obstipace a svědění (Lejčko, 2018). Úkolem sester je tyto vedlejší účinky sledovat a snažit se předcházet jejich následkům. Při podávání opioidů sestra pravidelně zajišťuje měření frekvence dýchání pacienta. V případě obstipace sestra musí zajistit u pacienta dostatečný příjem tekutin, případně, po předchozí ordinaci lékaře, podání laxantiv na změkčení stolice pacienta a podpoře činnosti střev. Pokud se u pacienta vyskytuje nepříjemné svědění, sestra tuto informaci předá lékaři a po ordinaci lékaře podá pacientovi léky proti svědění neboli antihistaminika (Sláma, 2012). Vyskytnout se může i nevolnost nebo zvracení (Lejčko,

2018). Opioidy kromě pozitivního ovlivnění bolesti působí na činnost mozku i negativně (Šustková, 2018). Sestra proto musí kontrolovat stav vědomí pacienta (Sláma, 2012). Příkladem negativního ovlivnění činnosti mozku může být zásah do receptorů umožňujících pohyb, neklid, zmatenost, mění se činnost zažívacího traktu, ovlivněna bývá i srdeční činnost a obranyschopnost. (Šustková, 2018). V případě neklidu nebo zmatenosti je nejdůležitější zajistit u pacienta jeho bezpečnost. V tomto případě musí být součástí pacientova lůžka zvednuté postranice. Zmatený pacient by měl být taktéž pod neustálým dohledem zdravotníků nebo případně rodinných příslušníků (Sláma, 2012).

Riziko při podávání opioidů představuje předávkování a s tím spojené největší riziko – útlum dechového centra a srdeční činnosti. Užívání opioidů lze i zneužít, kdy se jedná o jiné než léčebné důvody podávání opioidů. Děje se tak pro jejich jiné účinky, než je zmírnění bolesti, příkladem je euforie. Proto předepisování a podávání opioidů spadá pod přísnou kontrolu dle Zákona o omamných a psychotropních látkách č. 167/1998 Sb., v platném znění (Česko, 1998). Trestnost při zneužívání opioidů zmiňuje i Hůsková a Kašná (2009). V ambulantní péči předepisuje lékař opioidová léčiva na recepty opatřené modrým pruhem a léčiva na nich předepsaná může následně v lékárně vyzvednout pouze osoba starší osmnácti let proti podpisu. Při podávání opioidů v lůžkové péči jsou opioidy uloženy v zabudovaném trezoru, který je opatřen zámkem s klíčem. Po naordinování opioidu lékařem sestra musí podání zapsat do evidence opioidů neboli do opiátové knihy. Vedení této knihy má jasná kritéria, která nesmí být porušována. Sestra, která lék z trezoru vyjme, musí ihned do knihy modře zapsat datum podání daného opioidu, číslo chorobopisu pacienta, kterému je lék naordinován a následně podán, množství vyjmutého léku z trezoru a konečný zůstatek léku. To vše stvrdí svým podpisem. Poté ta samá sestra aplikaci zapíše do zdravotnické dokumentace pacienta, kterému je lék podáván. Zde se již záznam píše červeně. Do opiátové knihy se taktéž zapisuje červeně, ale pouze doplnění opioidů v trezoru a provedení kontroly opioidů. Za správné zapisování a za celkové hospodaření s opioidy je na oddělení zodpovědný vedoucí pracovník (Hůsková a Kašná; 2009).

Po delším užívání vzniká na opioidy tolerance, proto je nutné zvyšovat jejich dávku, aby byla zajištěna správná účinnost opioidů. Kromě zvyšování dávky lze při vzniku tolerance využít i již výše popsanou tzv. rotaci opioidů. Pokud se opioidy podávají pravidelně po dobu několika týdnů, hrozí v tomto případě riziko závislosti.

U onkologicky nemocných s bolestmi je však riziko závislosti bezvýznamné (Šustková, 2018).

1.7 Úloha sestry v problematice průlomové bolesti

Pro správné nastavení managementu léčby bolesti je důležitým krokem uvědomění si, že se jedná o práci celého multioborového týmu. Součástí týmu je lékař, farmaceut, pracovník sociálních služeb, psycholog a další. V neposlední řadě je to i pacient a pacientova rodina. Samozřejmou roli v týmu zastává i sestra pečující o pacienta, a to z toho důvodu, že v jejích kompetencích je rozpoznání a uspokojování pacientových potřeb, zde myšlena konkrétně potřeba mírnění bolesti (Munden et al. eds., 2006). Jako jednu z mnoha kompetencí sester uvádějí i Wörosövä et al. (2015) péči o pacienta s bolestí. Kompetencí je myšleno realizování úkonů, které sestry mohou vykonávat samostatně dle vyhlášky MZ nebo při spolupráci a indikaci lékaře (Wörosövä et al., 2015). Lidská potřeba je pocit nedostatku nebo naopak nadbytku v oblastech bio-psycho-sociálních a spirituálních (Šamánková et al., 2011). Do biologických potřeb patří mimo jiné i potřeba vymizení nebo zmírnění bolesti. K uspokojení potřeb pacientů byl vytvořen ošetrovatelský proces, který slouží k saturování lidských potřeb a pro zdravotníky je velice cenným nástrojem pro jejich činnost. Tóhtová (2014a) tvrdí, že ošetrovatelský proces byl definován již několikrát, ale všechny definice se shodují ve věci, že se jedná o celkovou ošetrovatelskou činnost, zaměřenou na jedinečnost potřeb každého pacienta. Pro dobře fungující ošetrovatelský proces je důležité, aby se při jeho aplikaci dodržoval jasně daný postup. Dodržení postupu je zárukou správného použití a zejména uplatnění a účinnosti ošetrovatelského procesu, a tím vede k zajištění řádné péče o pacienty. Strukturu ošetrovatelského procesu tvoří pět základních kroků (Šamánková et al., 2011). Tóhtová (2014a) uvádí, že obvykle se pět fází ošetrovatelského procesu vyskytuje jak v ošetrovatelství v Evropě, tak i v České republice.

Prvotním krokem ošetrovatelského procesu je získání potřebných informací o pacientovi a jeho potřebách. (Šamánková et al., 2011). Tóhtová (2014b) kromě sběru informací popisuje první fázi ošetrovatelského procesu i jako záměrné vyhledávání tzv. rizikových faktorů, které mohou mít špatný vliv na pacientův stav. Nástrojem pro sběr informací může být rozhovor s pacientem, s jeho rodinou, komunikace mezi zdravotníky apod. (Šamánková et al., 2011). Sestra se při dotazování na bolest musí

zaměřit na intenzitu bolesti, její charakter, dobu, kdy se bolest vyskytuje, za jakých okolností se vyskytuje a případně i na další faktory, které bolest u pacienta ovlivňují (Sláma, 2012). Důležitou činností při sběru dat je pozorování pacientových neverbálních projevů. Sestra si proto všímá, jakou pacient zaujímá polohu, jeho mimiky, gest, zdali pláče nebo nějakým jiným mimoslovním způsobem dává bolest najevo (Boroňová, 2010). Do souvislosti si tedy musí sestra dát jak verbální, tak i neverbální projevy bolesti, jako např. když pacient říká, že má bolesti, a přitom se drží někde na těle (Herdman a Kamitsuru eds., 2015). Při sběru dat k problematice bolesti sestřám dobře poslouží i nástroje, jako jsou tzv. škály bolesti, dotazníky zabývající se bolestí pacientů a jiné (Sláma, 2012). Jejich podrobnější výčet a charakteristika se nachází výše v textu v podkapitole o hodnocení průlomové bolesti. Sláma (2012) při tomto sběru dat zmiňuje, že si sestra musí u pacienta opakovaně zjišťovat, jestli danému nástroji pacient rozumí a pokud ani po opakovaném vysvětlení jej pacient nechápe, sestra pacienta vyzve, aby svoji bolest vyjádřil slovně. Pro získání relevantních informací je důležité umět s pacienty komunikovat. Někteří pacienti se rozhovoří sami a nemají s popisem svých potřeb potíže. Jiným naopak nějaký čas trvá, než si vytvoří se sestrou důvěryhodný vztah. Proto je při komunikaci důležitá motivace pacienta a navození pocitu pochopení ze strany zdravotníků. Při komunikaci musí brát sestra ohled na možné komunikační překážky, mezi které patří i bolest. Pouze odstranění překážek v komunikaci mezi sestrou a pacientem, popřípadě jeho rodinou, vede k získání potřebných informací, a tím k saturaci potřeb pacientů (Zacharová, 2017). V případě, že pacientova léčba probíhá v domácím prostředí, sestra musí získat od pacienta a jeho rodiny informace, týkající se zvládnutí péče v tomto prostředí. Popřípadě informace zajistit díky spolupráci se sestrou sociální oblasti. Při sběru dat je též důležitá spolupráce s lékařem, protože lékař může díky správnému a efektivnímu sběru dat, který provádí sestra, ještě více zefektivnit pacientovu léčbu. (Sláma, 2012).

Po získání všech dostupných informací následuje část ošetrovatelského procesu zabývající se rozborem problému, jinak také analýzou dat. Cílem analýzy je jasné vytyčení problému (Šamánková et al., 2011). K tomuto kroku slouží sestřám ošetrovatelské diagnózy (Tóhtová, 2014c). „*Ošetrovatelské diagnózy jsou vědeckými interpretacemi hodnotících nástrojů, které se používají jako návod k ošetrovatelskému plánování, k realizaci a vyhodnocení*“ (Herdman ed., 2009, s. 3). Z definice vyplývá již zmiňovaná návaznost jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu (Šamánková et al.,

2014). Ošetrovateľské diagnózy majú uplatnenie pro sestry, ale i pro pacienty, a to formou poskytovania vhodnej péče. Podstatu majú i ve zjednodušení predávania informácií medzi sestrami, ďalej medzi ďalšími pracovníkmi ve zdravotníckom tíme, ale i pri komunikácii, ktorou provádí sestra s pacientom (Tóhtová, 2014c). Tóhtová (2014c, s. 67) tak tiež uvádza: „*Ošetrovateľská diagnóza identifikuje zdravotní stav pacienta, jeho vitalitu a zdravotní problémy - dobre zformulovaná ošetrovateľská diagnóza chráni sestru od toho, aby zasahovala do řešení tých problémů, které patří do kompetence lékaře.*“ Sestra tedy díky sestavení ošetrovateľskej diagnózy presne ví, kam až sahají její kompetence a kde je již nutný zásah lékaře (Tóhtová, 2014c). Ošetrovateľské diagnózy vycházejí z klinických výzkumů sester z praxe a súčasne z vedeckých dokumentů vytvorených členy asociace ošetrovateľských diagnóz, ktorá se nazývá NANDA-International. Tyto diagnózy jsou pravidelně dle potřeb upravovány a doplňovány (Herdman ed., 2009). Důležitost ošetrovateľských diagnóz zmiňuje i Tóhtová (2014c) jako návod pro co nejefektivnější činnosti k uspokojení pacientových potřeb. Sestra by měla znát nejen názvy jednotlivých ošetrovateľských diagnóz, ale i jejich definice, a to alespoň u těch nejběžnějších (Herdman a Kamitsuru eds., 2015). Ošetrovateľské diagnózy jsou rozděleny do řady domén a tříd podle problému, kterým se zabývají (Herdman ed., 2009). Problematika bolesti se řadí do oblasti zabývající se tělesným komfortem. Ošetrovateľská diagnóza zabývající se prūlomovou bolestí zatím nebyla definována, ale lze při ní čerpat z diagnóz zabývajících se bolestí akutní a chronickou, tedy z ošetrovateľských diagnóz *00132 Akutní bolest* a *00133 Chronická bolest* (Herdman a Kamitsuru eds., 2015). S bolestí může souviset i celá řada další ošetrovateľských diagnóz, a to jak z důvodu samotné bolesti, tak i kvůli nežádoucím účinkům léčby prūlomové bolesti. Příkladem mohou být ošetrovateľské diagnózy zabývající se sníženou sebedečou, únavou, problémy v gastrointestinálním traktu, rizikem pádu a dalšími (Dušová, 2007). S těmi souvisejí konkrétní ošetrovateľské diagnózy: *00095 Nespavost*, *00085 Zhoršená tělesná pohyblivost*, *00124 Beznaděj*, *00108 Deficit sebedeče při koupání*, *00109 Deficit sebedeče při oblékání*, *00102 Deficit sebedeče při stravování*, *00110 Deficit sebedeče při vyprazdňování*, *00155 Riziko pádů*, *00148 Strach*, *00146 Úzkost*, *00011 Zácpa*, *00015 Riziko zácpy*, *00060 Narušené procesy v rodině*, *00093 Únava* apod. (Herman a Kamitsuru eds., 2015).

Po sestavení ošetrovateľskej diagnózy přichází krok stanovení cílů a nastavení postupu, jak cíle dosáhnout, tedy plánování. (Šamánková et al., 2011). Prvním krokem při

plánování je stanovit si nejdůležitější potřeby, respektive ošetrovatelské diagnózy, které jsou třeba u pacienta naplnit co nejdříve. Sestra postupuje jednak na základě závažnosti ošetrovatelských diagnóz, ale musí spolupracovat i s pacientem a respektovat i jeho přání a aktuální potřeby. Sestra ve spolupráci s pacientem k seřazení ošetrovatelských diagnóz by měla využít tzv. kritické myšlení, díky němuž zjistí, které potřeby jsou pro pacienta důležitější, u kterých může začít s jejich řešením sama v rámci kompetencí sester a které musí řešit ve spolupráci s ostatními zdravotníky a členy multioborového týmu. Při plánování tedy sestra ve spolupráci s pacientem seřadí ošetrovatelské diagnózy a díky tomu vytvoří plán péče, který slouží pro další kroky ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2014d). Úspěch při sestavení plánu péče v problematice bolesti závisí na zvolení pacientova cíle. Tím je myšlena intenzita bolesti, při které bude pacient schopen fungovat při péči o sebe sama s co nejnižším nepohodlím (Munden et al. eds., 2006).

Na plánování navazuje další krok ošetrovatelského procesu, kde je cílem realizace vytvořeného plánu k zajištění ošetrovatelské péče, který vznikl v předchozí fázi. I v této fázi ošetrovatelského procesu sestra spolupracuje s pacientem a pacient se spolu se sestrou aktivně účastní na realizaci vytvořeného ošetrovatelského plánu. Pacientova účast se však odvíjí od jeho zdravotního stavu (Tóthová, 2014e). Realizace neboli naplnění cílů v případě bolesti souvisí se zmírněním nebo úplným vymizením bolesti (Šamánková et al., 2011). Oproti tomu Zacharová (2017) však uvádí, že sestra musí při realizaci u pacienta vzbudit dojem, že jí může pacient zcela důvěřovat, ale zároveň sestra nesmí pacientovi slibovat to, co není reálné. V souvislosti s bolestí neslibovat tedy, že bolest u pacienta úplně vymizí, ale sdělit pacientovi, že bolest, která se u něj vyskytuje, bude v průběhu realizace ošetrovatelského plánu slábnout a tím se bude snižovat i jeho diskomfort (Zacharová, 2017). K naplnění cíle poslouží ošetrovatelské intervence (Tóthová, 2014e). Intervence k zajištění zmírnění bolesti lze rozdělit na nefarmakologické a farmakologické. Oba typy intervencí sestra zajišťuje na základě spolupráce v multioborovém týmu. Farmakologické musí vždy zajišťovat ve spolupráci s lékařem a po jeho předchozí ordinaci. Oproti tomu nefarmakologické zajišťuje na základě svých znalostí nebo ve spolupráci s dalšími členy týmu. Jedná se např. o zajištění úlevové polohy pacienta, aplikaci tepla, popřípadě chladu, masáže, zajištění kvalitního spánku a odpočinku apod. (Sláma, 2012). Zacharová (2017) však uvádí, že řada zdravotníků a pacientů ke zmírnění bolesti nerada využívá jiné techniky, než je

volba léčiv. Nástup účinků a samotné pohodlí při aplikaci je zcela jistě rychlejší. Je ale nutné si v tomto případě uvědomit, že u pacienta se takto zajistí pasivní forma léčby bolesti a pacient může mít pocit, že podaný lék vyřeší všechny jeho problémy způsobené bolestí. Pacient nemá poté potřebu bolest zmírňovat svým vlastním úsilím a ke snížení bolesti se staví pasivně (Zacharová, 2017). Proto je nutné pacientům nabízet intervence k tišení bolesti farmakologické, ale zmiňovat i důležitost postupů nefarmakologických (Sláma, 2012). Pro naplnění cíle sestaveného ošetrovatelského plánu je důležité zajistit potřebné pomůcky a taktéž dostatek personálu. Pouze zajištění těchto dvou složek dokáže efektivně uskutečnit ošetrovatelský plán. Sestra tedy připraví potřebné pomůcky k danému ošetrovatelskému plánu, dále určí, kdo bude plán naplňovat, zajistí adekvátní prostředí a v neposlední řadě seznámí pacienta s realizací (Tóthová, 2014e). V přípravě pacienta na spolupráci v realizaci ošetřování Tóthová (2014e) zmiňuje konkrétně bolest, jako narušitele při realizování samotného ošetrovatelského procesu, a tedy i důležitost jejího zmírnění.

Po zrealizování ošetrovatelského plánu sestrou ve spolupráci s pacientem nastává fáze zhodnocení, kde se hodnotí, zdali byl sestavený ošetrovatelský plán účinný. Pokud ne nebo to vyžadují aktuální potřeby pacienta, musí dojít následně ke stanovení změn v ošetrovatelském plánu (Šamánková et al., 2011). Hudáčková (2014) doplňuje, že vyhodnocení pomáhá zjistit, jestli byly pacientovy cíle naplněny a do jaké míry. Zde se opět využívá již zmíněné kritické myšlení a díky němu se vyhodnotí dosažení výsledků. Sestra v této fázi tedy zjišťuje, zda došlo ke zlepšení, popřípadě ke zhoršení stavu pacienta. Tato fáze ošetrovatelského procesu slouží také k hodnocení kvality poskytované péče, a to právě na základě naplňování cílů. K adekvátnímu vyhodnocení slouží srovnání očekávaných výsledků s výsledky skutečnými. Pokud v rámci ošetrovatelského plánu k očekávaným výsledkům nedojde, provede sestra ve spolupráci s pacientem v ošetrovatelském plánu změnu a celý ošetrovatelský proces se opakuje, a to až do doby, kdy dojde k naplnění očekávaných cílů, a tím k uspokojení potřeb pacienta (Hudáčková, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Pro výzkumnou část práce byly stanoveny tři cíle práce a v souvislosti s nimi byly vytvořeny tři výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

1. Popsat zkušenosti sester v péči o onkologické pacienty s průlomovou bolestí.
2. Popsat zkušenosti onkologických pacientů s průlomovou bolestí.
3. Zjistit zkušenosti onkologických pacientů s léčbou průlomové bolesti transmukózně podávanými opioidy.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti sester v péči o onkologické pacienty s průlomovou bolestí?
2. Jaké jsou zkušenosti onkologických pacientů s průlomovou bolestí?
3. Jaké zkušenosti mají onkologičtí pacienti s léčbou průlomové bolesti transmukózně podávanými opioidy?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a výzkumných otázkách

Průlomová bolest - „Průlomová, někdy v literatuře označována jako epizodická bolest, je definována jako přechodné vzplanutí bolesti silné intenzity při dobře kontrolované základní bolesti analgetickou léčbou.“ (Nosková, 2010, s. 482)

Transmukózní podání - „Podání přes sliznici. Toto podání lze využít například pro podání nitroglycerinu pro léčbu anginy pectoris nebo fentanylu pro léčbu průlomové bolesti.“ (Gajdziok a Vetchý, 2016, s. 63)

Opioidy - „Dřívější termíny opiáty (látky odvozené z opia; látky na předpis s modrým pruhem) a narkotika (látky způsobující spánek, stupor) se v současné farmakologii již nepoužívají. Pro tuto skupinu látek se nyní zavedl pojem opioidy. Opioidy jsou látky se schopností aktivovat opioidní receptory. Opioidy jsou nenahraditelným typem analgetik určených ke kontrole intenzivní bolesti akutní, nádorové a v řadě případů chronické nenádorové bolesti.“ (Lejčko, 2009, s. 172)

3 Metodika

3.1 Popis metodiky práce

Pro zpracování diplomové práce nesoucí název „Problematika průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě“, byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla využita triangulace výzkumných metod neboli kombinování, o kterém se zmiňuje i Gurková (2019). Sběr dat byl tedy získáván pomocí metody dotazování a zvolenou technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory se sestrami. Předem připravené otázky pro polostrukturované rozhovory se sestrami jsou k práci přiloženy v příloze (Příloha 3). Pro výzkum byla také použita metoda případové studie. Konkrétně se jednalo se o charakter vícepřípadové transverzální popisné studie, kterou uvádí i Mareš (2015). Zmíněný druh případové studie je využíván k podrobnému a celostnímu popisu určité situace, která je založena na realitě. Jedná se tedy o popis reálného případu. Vícepřípadová, jak už i název napovídá, znamená, že se jedná o zkoumání několika případů (Mareš, 2015). Hendl a Remr (2017) zmiňují, že pro případovou studii je potřeba mít informace z více zdrojů, ze kterých se data navzájem doplňují. Proto byly pro případovou studii zdrojem informací zdravotnické dokumentace pacientů v kombinaci s polostrukturovanými rozhovory se zvolenými pacienty a sestrami, které o tyto pacienty pečují. Připravené otázky k polostrukturovaným rozhovorům k této části jsou taktéž uvedeny v příloze (Příloha 4). Otázky pro rozhovory i pro metodu případové studie byly zvoleny v souvislosti s cíli a výzkumnými otázkami diplomové práce.

Sběr dat probíhal v období února až dubna roku 2020 v ambulanci bolesti, na oddělení paliativní péče a onkologie v rámci nemocničního zařízení, dále v domácích hospicích a hospici lůžkovém. Celkem se jednalo o devět zařízení a oddělení. Před samotným sběrem dat byla podepsána povolení k provádění výzkumného šetření ve všech předem telefonicky či osobně oslovených institucích. Následně byl dán i písemný souhlas s účastí ve výzkumu jednotlivých participantů. Všichni zúčastnění participanté se výzkumného šetření účastnili dobrovolně. Z důvodu dodržení anonymity všech zúčastněných nejsou povolení ani souhlasy s výzkumem součástí diplomové práce. Potvrzená povolení jsou případně k nahlédnutí u autorky práce. Rozhovory byly se souhlasem většiny zúčastněných participantů nahrávány na záznamové zařízení. Tyto záznamy však participanté odmítli zveřejnit. Záznamy poté byly doslovně přepsány do

souboru Microsoft Word 2013, do kterého je taktéž možno nahlédnout u autorky práce. U participantů, kteří nesouhlasili s nahráváním rozhovorů na záznamové zařízení, byl rozhovor zapisován ručně a následně doslovně přepsán taktéž do souboru Microsoft Word 2013. Data pro případovou studii si autorka zaznamenávala písemnou formou. Všechna data byla poté analyzována pomocí otevřeného kódování metodou, která je nazývána „tužka a papír“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo cíleně a konkrétně bylo cíleno na sestry a pacienty. Sestry i pacienti byli vybíráni záměrným výběrem. Sestry, které se měly stát součástí výzkumu, byly osloveny na základě souvislosti s jejich péčí o onkologické pacienty. Péče o onkologické pacienty, u kterých se vyskytuje průlomová bolest, byla kritériem pro zařazení do výzkumného souboru. Proto byly vybírány instituce, ve kterých se tito pacienti léčí. Celkem se jednalo o devět zařízení nebo oddělení. Oslovené sestry následně doporučily pacienty vhodné pro výzkum. Požadavkem pro volbu těchto pacientů byla u nich vyskytující se průlomová bolest v souvislosti s onkologickým onemocněním, jejíž léčba zahrnuje i trasmukózně podávané opioidy.

Výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami se nejprve zúčastnilo dvanáct sester. Pro teoretickou nasycenost odpovědí byl poté výzkumný soubor doplněn ještě o tři rozhovory se sestrami. Rozhovory trvaly v průměru zhruba 25 minut. Dle Hendla a Remra (2017) je důležité se před sběrem dat pro případovou studii rozhodnout, zda se bude zkoumat pouze jedna nebo více situací. Gurková (2019) uvádí, že v ošetrovatelském výzkumu pro případovou studii může být předmětem zkoumání konkrétní pacient. Pro metodu případové studie bylo tedy ve spolupráci se zúčastněnými sestrami osloveno pět pacientů. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byl výskyt průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě, která zahrnuje transmukózně podávané opioidy. Jak již bylo řečeno výše, sběr dat zahrnoval čerpání informací ze zdravotnické dokumentace zvolených pacientů v kombinaci s polostrukturovanými rozhovory s těmito pacienty a se sestrami, které o tyto pacienty pečují.

3.3 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů se sestrami byla zvolena metoda otevřeného kódování „tužka a papír“. Díky této metodě byla následně všechna přepsaná data ve formě souboru Microsoft Word 2013 kódována a rozdělena do kategorií podle svých zaměření. Tak vzniklo u rozhovorů zaměřujících se na sestry třináct kategorií s dalšími podkategoriemi. Protože všechny rozhovory byly očíslovány od jedné do patnácti, mohlo dojít i ke stejnému očíslování zúčastněných sester. Sestry byly proto označovány S1 až S15. Očíslovány byly i všechny řádky rozhovorů. Příkladem zápisu může být S1/25, kdy číslo 25 znamená 25. řádek u prvního rozhovoru.

Metoda případové studie byla taktéž zpracována pomocí otevřeného kódování díky stejné metodě „tužka a papír“. V tomto případě byli jednotliví pacienti označováni P1 až P5. A taktéž jako v případě rozhovorů se sestrami došlo k očíslování jednotlivých řádků. Hendel a Remr (2017) uvádějí, že pro případovou studii je vhodným zpracováním dat metoda kategorizování. Proto i zde došlo k určení kategorií, tentokrát v počtu čtyř s několika podkategoriemi.

4 Výsledky

Výsledky práce jsou rozděleny na dvě části. První část se zabývá daty získanými díky polostrukturovaným rozhovorům se sestrami. Druhá část následně zkoumá data získaná pomocí metody případová studie.

4.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami

Zpracované výsledky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které jsou označeny S1 až S15, byly rozděleny metodou otevřeného kódování do třinácti kategorií podle svých zaměření.

4.1.1 Kategorie 1 Vzdělání

Do kategorie Vzdělání bylo zahrnuto vzdělání jednotlivých sester. Jednalo se o vzdělání získané školským systémem, ale i pomocí certifikovaných kurzů. U této kategorie vzniklo deset kódů.

Doktor filozofie v oboru ošetrovatelství S1/1

Certifikovaný kurz na léčbu bolesti S1/3

Pomaturitní specializační studium v ošetrovatelství S2/3

ELNEC S2/4; S3/5; S4/3; S10/5; S11/4; S15/4

ARIP S3/3; S9/4

Diplomovaný specialista S4/3; S5/3

Magisterské studium S9/5,6

Certifikované kurzy vztahující se k péči o onkologické pacienty S5/5; S6/4,5; S7/5; S9/4,5; S13/4,5

SŠ s maturitní zkouškou S6/2; S8/3; S11/3; S13/3; S14/2,3

Vysokoškolské bakalářské studium S7/3; S10/3; S12/3; S15/3

Z výsledků vyplynulo, že všechny zúčastněné sestry mají minimálně vystudovanou střední zdravotnickou školu ukončenou maturitní zkouškou. Vysokoškolské bakalářské

studium zmiňují sestry S7, S10 a S12, kdy S10 zmiňuje: „*Jsem bakalářka ošetrovatelství.*“ Vzdělání diplomovaný specialista dokazuje sestra S4 svou odpovědí: „*Já mám vyšší odbornou školu zdravotní.*“ A dále S5: „*Já mám všeobecnou diplomovanou sestru.*“ Nejvyššího vzdělání dosáhla S1, která konstatovala: „*Doktor filozofie v oboru ošetrovatelství, rigorózní zkouška.*“ Většina sester také absolvovala kurzy, které souvisejí s péčí o onkologické pacienty. Tuto skutečnost dokládá odpověď sestry S3: „*Mám ELNEC.*“ To tvrzení také dokládá odpověď S4: „*Mám kurz vzdělávání ELNEC.*“ Z odpovědí je tedy zřejmé, že zúčastněné sestry mají zájem o vzdělání ve svém oboru.

4.1.2 Kategorie 2 Zaměstnání

Do kategorie Zaměstnání byla zařazena nynější zaměstnání sester, která se vztahují k péči o onkologické pacienty. V této kategorii vznikly dvě podkategorie – Místo zaměstnání s pěti kódy a podkategorie Délka praxe u onkologických pacientů s jedenácti kódy.

Podkategorie Místo zaměstnání

Ambulance bolesti S1/5

Domácí hospic S2/30; S3/10, 20; S4/4; S5/7; S6/7; S7/9; S11/8,9; S12/7; S13/8

Lůžkový hospic S15/7

Onkologické oddělení S7/8; S8/7; S9/9

Oddělení paliativní péče S10/7; S14/2

Podkategorie Délka praxe v onkologické péči

3 měsíce S12/7

8 měsíců S15/7

1 a půl roku S2/29; S7/8

2 roky S11/9

2 a půl roku S5/8

5 let S4/5

6 let S6/7; S10/7, 8, 9; S13/8

9 let S14/6, 7

12 let S1/5; S3/9

20 let S9/9

23 let S8/7

Z otázek, které se vztahovaly k zaměstnání sester, vyplynulo, že většina zúčastněných sester pracuje v domácích hospicích, jednalo se například o sestru S11, která uvedla: *„Pracuji v domácí hospicové péči.“* Další zastoupení mělo onkologické oddělení v počtu tří, kdy tuto skutečnost doložila odpověď S8: *„Pracuju tady jako zdravotní sestra na onkologickém oddělení.“* Dvě z tázaných sester zmínily, že pracují na oddělení paliativní péče. S14 uvedla: *„Tady na oddělení paliativy jsem devět let.“* S10 dokonce uvedla: *„No tak jako zdravotní sestra na paliativě, jsem tady tři čtvrtě roku a před tím jsem byla tři roky na onkologii na oddělení a na ambulanci.“* Tato odpověď dokázala přehled sestry S10 o poskytované péči u onkologických pacientů z více pracovních míst. Jedna ze zúčastněných sester S1 pracuje v ambulanci léčby bolesti a uvedla: *„Ambulance bolesti.“* Dále jediná sestra S15 je zaměstnána v lůžkovém hospici: *„Tedy pracuji v lůžkovém hospici.“*

Dále se tato kategorie zabývala délkou praxe sester, myšleno v péči o onkologické pacienty. Nejkratší dobu praxe uvedla S12 s délkou tří měsíců. Dále délku praxe do pěti let uvedlo šest sester, kdy například S2 zmínila: *„Tady pracuju rok a půl jako staniční sestra na domácím hospici.“* Délku praxe do deseti let v zaměstnání vztahující se k onkologickým pacientům uvedly čtyři sestry, kdy S14 konstatovala: *„Tady na oddělení paliativy jsem devět let, před tím jsem pracovala na chirurgii a v domácí péči.“* Délku praxe s onkologickým zaměřením do dvaceti let včetně zmínily tři sestry. Tuto skutečnost doložila S9 svojí odpovědí: *„Nyní je to deset let ve funkci vrchní sestry onkologicko-chirurgického oddělení,“* a dodala, *„celkem jsem na onkologii dvacet let.“* Nejdelší dobu praxe u onkologických pacientů zmínila S8 a to v délce 23 let.

4.1.3 Kategorie 3 Zdroje informací o zařízení

Pod kategorií Zdroje informací o zařízení spadá deset kódů, které obsahují zdroje, z nichž mohou pacienti čerpat potřebné informace o poskytované péči v daném zařízení.

Webové stránky S1/9; S2/68; S3/26; S5/19; S6/15, 16; S11/15; S12/16; S14/9; S15/10

Přímo od zařízení S1/9

Praktičtí lékaři S2/69; S4/10; S5/16, 17; S6/19, 24; S7/13; S8/10; S11/15; S12/17; S13/13; S14/9; S15/10

Koordinátor hospicové péče S2/59; S3/31; S5/15; S6/17; S13/10

Telefonní kontakt S2/61; S4/12; S10/23

Kontakt z předchozího zařízení S2/61, 69; S3/26, 27; S4/9; S5/14; S7/14; S8/11; S10/11, 12, 13, 20; S11/17; S14/9, 10; S15/10

Informační letáky S3/25, 27; S6/14, 15; S10/19; S11/16; S12/16; S13/10, 13

Informace od známých S5/18; S11/16

Média S6/14

Paliativní tým S10/13, 14

Z výsledků vztahujících se ke zdrojům, ze kterých dostanou pacienti informace o zařízeních pro ně vhodných, jasně vyplynulo, že důležitým zprostředkovatelem informací jsou praktičtí lékaři a zařízení, ve kterých byli pacienti v předchozí péči. Tuto skutečnost dokládá odpověď S2: „*Špitál to zprostředkuje, to je jako fakt skvělá spolupráce.*“ Informace dále zprostředkovává i tzv. krizový intervent, kterého zmiňuje S5: „*Dostávají informace od lékařů v nemocnici o nás nebo i vlastně funguje krizový intervent v nemocnici, který je tak jako mezi nemocnicí a námi, takže ty pacienty obchází a říká jim o nás.*“ Obdobně koordinátora poskytované péče zmínila i S2 svojí odpovědí: „*Máme tady naši koordinátorku celý hospicový péče.*“ Dále se také v hojném počtu jednalo o informační letáky, které pacienti mohli získat právě prostřednictvím praktických lékařů nebo v nemocnicích. Dokládá to odpověď S13: „*Praktici mají letáčky v ordinacích všichni a na všech odděleních jsou taky letáky.*“ Ze získaných dat je také zřejmé, že značnou část informací dostávají pacienti a jejich rodiny z webových

stránek jednotlivých zařízení. S1 uvedla: „Z oficiálních stránek nemocnice.“ A S14 reagovala podobně: „Mladší lidé z internetových stránek.“ S5 také zmínila získání informací od pacientových známých a její odpověď zněla: „Potom jsou to vlastně známí třeba někoho, kam už jsme chodili, komu jsme pomáhali.“

4.1.4 Kategorie 4 Vnímání průlomové bolesti sestrou

Kategorie Vnímání průlomové bolesti sestrou zahrnuje sedm kódů, kterými sestry popisují, co pro ně samotné znamená průlomová bolest a případně i její léčba.

Zhoršení kvality života S1/17; S5/30; S15/12

Individuální záležitost S2/84; S5/34; S7/19

Důležitost spolupráce s rodinou S4/15, 16

Důležitost spolupráce s lékařem S5/31

Velký problém S6/29; S8/17; S9/26; S12/20; S15/13

Důležitost správného nastavení léčby S7/20; S8/22; S11/26; S13/16; S14/14

Náročná léčba S9/26; S10/30

Cílem otázky bylo získat informace, které dokazují, jak samy sestry vnímají průlomovou bolest. Ze získaných dat je zřejmé, že průlomová bolest je z pohledu pečujících sester ve většině případů velice náročnou problematikou. Nejdůležitějším krokem je správné nastavení léčby, bez které nelze průlomovou bolest tišit. S11 to potvrdila svou odpovědí: „Když začneme řešit tu průlomovou bolest nebo jakoukoliv jinou bolest, pak postupně navyšujeme všechny ty léky a je vidět, jak ty lidi pak, když se to zadaří, že hezky jakoby rozkvetou.“ S14 zareagovala: „Musí se dobře nastavit léčba, jinak pacienti velice trpí.“ Důležitá je také spolupráce s rodinou a s ošetřujícím lékařem. S1 odpověděla: „Průlomová bolest je to něco, co zhoršuje pacientům kvalitu života v tom bio-psycho-sociálně spirituálním kontextu.“ Z tohoto konstatování jasně vyplynulo, že S1 hodnotí průlomovou bolest holisticky, kdy pacientovu kvalitu života tato bolest zasahuje ve všech směrech. Průlomovou bolest jako velký problém hodnotí i S6 svou odpovědí: „Je to velkej problém svým způsobem pro ty pacienty.“ Průlomovou bolest a její léčbu jako individuální záležitost zmínila S7: „Tak jak u koho

asi a někdy se hrozně dlouho jako vychytává to, co pak nakonec zabere,“ a dodala „když už se to nastaví, tak pak jim to vyhovuje dobře.“ Obdobně reagovala i S2: „Já si myslím, že je to tak strašně individuální, to je můj názor, protože každý člověk to prožívá úplně jinak.“ S8 konstatovala: „Průlomová bolest u našich pacientů je strašně složitá, protože ve většině případů těch našich pacientů, málo kdo ji dokáže vyhodnotit.“ S13 uvedla: „Takže si myslím, že v dnešní době je ta paliativní péče o ty pacienty, co se týče analgetický a opiátový péče, na výborný úrovni, protože je dostatek všech preparátů a ty lidi to můžou okamžitě dostat.“ S15 odpověděla: „Já osobně ji беру velmi hrozivě, myslím si, že značně ovlivňuje komfort a pohodlí pacienta.“

4.1.5 Kategorie 5 Hodnocení průlomové bolesti

Do kategorie Hodnocení průlomové bolesti se řadí tři podkategorie. První podkategorie s názvem Nástroje zkoumá možnosti při hodnocení průlomové bolesti a řadí se do ní osm kódů. Druhá podkategorie s názvem Interval zkoumá, jak často je průlomová bolest hodnocena a patří do ní sedm kódů. Třetí podkategorii je Způsob záznamu. Do této podkategorie spadá pět kódů, které znázorňují možnosti, jakými sestry bolest u pacientů zaznamenávají.

Podkategorie Nástroje

Vizuální analogová škála S1/23; S3/38, 39, 57; S7/36; S8/33; S9/28; S10/41; S11/30; S12/26; S13/22; S14/19; S15/15

Verbální hodnocení S1/41; S3/41, 42, 53; S4/22, 26; S6/39, 43; S7/38; S9/28; S11/31; S12/27, 28; S14/24

Hodnocení ESAS S2/215, 216

Číselná hodnotící škála S4/20, 21; S5/48; S10/40

Podle mimiky S4/26; S5/50; S12/28; S14/19

Barthelův test S6/38

Škála obličejů S14/20

Podle pohybu S5/50, 51; S12/28; S14/20

Podkategorie Interval

Při každé návštěvě S3/53; S4/25, 26; S5/41; S11/33, 34; S12/29

Podle potřeby rodina telefonuje S4/27, 28; S5/41

Minimálně jedenkrát denně S5/46; S6/53; S11/34, 35; S12/30

Minimálně třikrát denně S7/29; S14/21; S15/15

Minimálně šestkrát denně S10/45

Hlásit při výskytu bolesti S7/31; S8/31; S10/44, 46; S14/22, 23

Individuálně S13/33, 38

Podkategorie Způsob záznamu

Zápis do počítačového systému S2/212; S4/33; S5/55, 56; S6/59; S7/43; S8/34; S9/44; S11/38; S14/23; S15/15, 16

Zhodnocení ve větách S2/217, 218; S14/24

Slovní předání mezi zdravotníky S2/220

Papírová forma dokumentace S3/54; S4/32, 33; S5/54; S6/59; S7/44; S8/34; S9/43; S10/51; S13/44; S14/23, 24

Grafický záznam S13/40; S15/16

Cílem otázky vztahující se k hodnocení průlomové bolesti bylo zjistit, jakými způsoby sestry bolest u pacientů hodnotí, tedy které nástroje k tomu využívají, jak často je hodnocení bolesti prováděno a jak bolest zaznamenávají. Z výsledků je zřejmé, že téměř většina sester hodnotí bolest pomocí VAS škály. Dokládá to odpověď S14: „*Používáme škálu VAS, dále to vidíme z mimiky pacienta, při manipulaci pozorujeme, že pacient má bolesti.*“ S14 jako jediná také zmínila na hodnocení průlomové bolesti škálu obličejů: „*Někdy využíváme i smajlíky pro zhodnocení bolesti.*“ VAS stupnici uvedla i S7: „*Více méně VAS.*“ Většina sester k hodnocení bolesti využívá také slovní hodnocení. Kombinaci hodnocení bolesti pomocí škály VAS a slovního zhodnocení zmínilo několik sester. S12 uvedla následující odpověď: „*Tak my hlavně podle VAS stupnice, ale potom prostě podle rozhovoru s tím klientem.*“ Kombinaci zmínila i S9: „*Máme*

normálně škálu, tak jak je u bolesti, VAS a více méně je to slovní popis toho pacienta.“ Hodnocení pomocí číselné stupnice přiznala S1 svojí odpovědí: *„Využíváme škálu normálně na stupnici od jedné do deseti, stejně tak ji popisujeme i v dokumentaci.“* Hodnocení bolesti dle ESAS škály, která zahrnuje i hodnocení bolesti, zmínila S2: *„Děláme hodnocení ESAS,“* a dodala: *„Takže v tom ESASU speciálně ta bolest je.“*

Z výsledků dále vyplývá, že hodnocení bolesti probíhá v domácí hospicové péči pravidelně vždy při každé návštěvě nebo prostřednictvím telefonního hovoru. Dokazuje to odpověď S11: *„Dá se říct, že pokaždý když tam přijedeme na návštěvu.“* S12 reagovala obdobně: *„Při každé návštěvě, to je u každého individuálně, buď každý den nebo přes den, ale vždycky každé ráno probíhá telefonát, kde se pravidelně na tu bolest ptáme.“* Z této odpovědi zároveň vyplynulo, že pokud zdravotníci nejsou v osobním kontaktu s pacientem každý den, probíhá hodnocení po telefonu, a to minimálně jedenkrát denně. Tuto skutečnost dokládá i S5: *„Máme s pacientama a rodinama vlastně denodenní kontakt, když není osobní návštěva, tak voláme, ujišťujeme se, jak ten stav vypadá.“* Z odpovědí je dále zřejmé, že při hospitalizaci pacienta, ať už na oddělení onkologie nebo paliativní péče, probíhá hodnocení častěji. S14 uvedla: *„Hodnotíme třikrát denně a potom vždy hodinu po podání léků na bolest.“* Interval čtyř hodin, tedy šestkrát denně, zmínila S10: *„Měli bysme aspoň každý čtyři hodiny se zeptat u té průlomové bolesti, ale to se určitě zeptáme.“* Všechny sestry z oddělení onkologie a paliativní péče také uvedly, že pacienti v jejich péči jsou poučeni o okamžité signalizaci v okamžiku výskytu bolesti. S7 reagovala: *„Intervaly, tak více méně třikrát denně, s tím, že pokud ten pacient samozřejmě je víc bolestivej, tak má vždycky informaci, že kdykoliv tu bolest má, tak aby to řekl v okamžiku, kdy se to objeví, aby to vlastně hned nahlásil.“*

V oblasti způsobu záznamu průlomové bolesti jasně vyplynulo, že všechny tázané sestry, zapisují informace o pacientově bolesti do počítačového systému nebo do papírové formy dokumentace. S2 zmínila: *„My píšeme rovnou do systému, kde píšeme celý hodnocení té návštěvy.“* Naopak pouze formu papírového záznamu zmínila S13: *„Papírového, jo.“* Ve většině případů se jednalo i o kombinaci těchto dvou způsobů záznamu. Tento fakt dokládá odpověď sestry S14: *„Píšeme to do počítače i do papírové dokumentace.“* Obdobně reagovala S9: *„Je to i v počítači.“* A dále i sestra S4: *„My máme u pacientů dokumentaci papírovou, do který může nahlídnout i sám pacient, ve formě takových sešitů ošetřovatelských a potom máme samozřejmě dokumentaci*

v počítači, kde je to vlastně potom k nahlídnutí lékaři online.“ S15 uvedla odpověď: „Bolest zapisujeme do dekurzu v počítači a do grafické křivky v papírech.“ Grafické zhodnocení bolesti zmínila i S13: „Tak jak rodina řekne, tak vlastně my to zapisujeme do toho grafu.“

4.1.6 Kategorie 6 Léčba průlomové bolesti

Kategorie 6 Léčba průlomové bolesti je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie se nazývá Metody léčby průlomové bolesti a řadí se do ní třináct kódů. Druhou podkategorií jsou Intervence bez indikace lékaře. Tato podkategorie zahrnuje intervence, které vykonávají sestry při tišení bolesti samy, a to bez indikace lékaře. Jedná se tedy o intervence, které jsou v kompetenci sester. Řadí se sem osm kódů.

Podkategorie Metody léčby průlomové bolesti

Farmakoterapie S1/46

Měkké techniky S1/ 46

Per rectum S13/57

Analgetika S2/95; S3/63; S5/61, 62; S6/64

Transdermální podání S2/95, 139; S3/60, 62, 64; S4/ 36, 40; S5/63; S7/49; S11/41; S12/38; S13/49; S14/26

Subkutánní podání S2/105, 112; S7/47; S11/42; S14/25; S15/18

Injekční formy S3/59, 65; S4/37, 42; S5/95; S6/63; S7/48; S8/38; S9/51; S11/42; S12/38; S13/57; S14/26; S15/18

Opioidy v lineárním dávkovači S4/37; S11/44; S14/27

Epidurální katetr S4/37; S7/48

Bukální tablety S11/41; S14/26

Intranasální podání S3/61; S9/48; S10/56; S15/18

Sublinguální podání S3/61; S5/64; S7/47; S8/37; S9/47; S10/55; S14/26

Perorální podání S4/36; S7/47; S11/40; S12/38; S13/57; S15/18

Podkategorie Intervence bez indikace lékaře

Nevyužívání S2/298; S6/73; S7/57; S8/42

Minimální využití S11/53

Úlevová poloha S3/77, 78, 79; S4/47, 48; S10/60; S12/49; S14/30; S15/19

Aplikace chladu S3/80, 81; S13/81; S15/20

Aplikace tepla S3/82; S11/53; S13/83; S15/19

Zjistit jinou příčinu bolesti S4/49, 50, 51, 52

Více klidu pro pacienta S5/68

Vyvětrání místnosti S5/70; S10/60

Oblast léčby průlomové bolesti se zabývala konkrétními technikami, formami a způsobem podání a dále intervencemi, které pro tišení bolesti zahajují samy sestry v rámci svých kompetencí. Obecně farmakoterapii zmínila S1: „*Většinou farmakoterapie a ta nám dělá 95 %*,“ a dodala, „*a to doplňkový třeba měkký techniky*.“ Z výpovědí dále jasně vyplývá, že nejvíce se na léčbu průlomové bolesti využívají transdermální formy léků, injekční preparáty a sublinguální aplikace léků. Toto tvrzení dokládá odpověď sestry S3: „*Je to buďto injekční forma nebo transdermální náplasti*“. Sestra S5 dodala: „*Případně se pak vlastně doplňuje buď nějakýma těma sublinguálníma tabletkama anebo se přechází většinou na morfin*.“ Tři sestry zmínily aplikaci opioidů lineárním dávkovačem, kdy S4 konstatovala: „*Od perorálních léků, přes náplasti, přes injekční léky, až po opiáty v dávkovači*.“ S11 zmínila: „*I v dávkovači kontinuálně*.“ Intranasální podání zmínily čtyři zúčastněné sestry. V případě S10 to bylo ale pouze jednou: „*Jednou někdo měl ten sprej do nosu nasální*.“ Bukální tablety uvedly dvě sestry. S11 reagovala: „*Bukální tablety, co se rozpouštějí*.“ Aplikaci per rectum prozradila pouze S13: „*Ve formě čípků*.“

Z oblasti zaměřující se na intervence sester, které neindikuje lékař, lze vyčíst, že nevyužívání či minimální využití konstatovalo pět sester. S7 přiznala: „*Já jim s onkologickou bolestí, úplně si nejsem jistá, že jsem schopná pomoci*.“ S8 dodala: „*To tady u našich pacientů, tady ne. U onkologických pacientů určitě ne*.“ A S11 konstatovala: „*Doporučíme právě třeba to teplo nebo takhle nebo takhle, ale to je v té*

naší péči minimálně.“ Šest sester zmínilo intervenci úlevová poloha. Odpověď sestry S4 zněla: „*Tak já samozřejmě můžu nabídnout úlevovou polohu tomu pacientovi nebo říct mu jestli by nechtěl zaujmout třeba jinou polohu.*“ A S10 dále konstatovala: „*Změnit nějak polohu, pomoci si sednout nebo lehnout.*“ S12 odpověděla takto: „*Tak určitě doporučíme úlevovou polohu.*“ S14 zmínila kombinaci: „*Úlevovou polohu a různě pacienty vypořádáváme.*“ Dále čtyři sestry zmínily i aplikaci tepla a tři sestry aplikaci chladu. Například odpověď S3 zněla: „*Určitě úlevová poloha, ta je vždycky.*“ A dodala: „*Pakliže je taková bolest, na kterou funguje chlad, poučíme je, ať si koupí ty gelový polštářky, ať to chladí, ale zase prostě jenom do té doby kdy jim to dělá dobře.*“ Oproti tomu S13 zmínila aplikaci tepla: „*Při těch bolestech břicha nebo zad většinou jim dáváme termofory teplý.*“ S15 reagovala: „*Aplikaci tepla nebo chladu, ale nejvíce zabírají léky, bez těch to prostě nejde.*“ Dvě sestry doporučily vyvětrání místnosti, ve které pacient pobývá. S5 odpověděla: „*Případně vyvětrat.*“ S5 dále jako jediná konstatovala: „*Někdy opravdu ty návštěvy chodí, že se dveře netrhnou.*“ A doplnila: „*Snažíme se doporučit více klidu, aby dopřáli tomu pacientovi.*“ Zajímavou odpověď vyslovila S4: „*Před tím, než se navyšují analgetika, tak jako pátráme po tom, jestli ta bolest nemůže být zapříčiněná něčím jiným, zácpou třeba například.*“

4.1.7 Kategorie 7 Edukace při léčbě průlomové bolesti

Kategorie Edukace při léčbě průlomové bolesti je rozdělena na tři podkategorie. V prvním případě se jedná o podkategorii Způsob edukace, která popisuje, jaké způsoby edukace oslovené sestry využívají. Pod tuto podkategorii spadá pět kódů. Další podkategorii je Osoba edukátora se dvěma kódy a poslední podkategorii v kategorii zabývající edukací je Osoba edukanta taktéž se dvěma kódy.

Podkategorie Způsob edukace

Vysvětlování S1/55; S2/185; S5/93; S6/96; S7/64; S10/68

Názorná edukace S1/55; S2/183; S4/122; S5/93; S6/94

Zpětná vazba S1/56

Opakovaná edukace S2/187, 192, 201; S3/120, 121; S5/102; S8/51

Komunikace S3/128; S4/54; S6/101; S8/48; S14/33; S15/22

Podkategorie Osoba edukátora

Sestra S2/196, 199; S3/114; S4/64, 66; S5/116, 121; S6/88; S7/63; S8/45; S9/69; S10/65; S11/58; S12/56; S13/112; S14/37; S15/22

Lékař S2/196, 199; S4/63; S5/121; S6/88; S7/62; S8/45; S9/69; S10/64; S11/59; S12/56; S14/36, 37; S15/22

Podkategorie Osoba edukanta

Pacient S1/59; S2/190, 191; S3/113, 114, 115, 120; S4/58, 59; S5/84; S9/72; S10/67; S11/59; S12/58; S13/92, 96; S14/38

Rodina S1/57; S2/191; S3/115, 120; S5/84; S6/79; S9/72, 73; S10/67; S11/59; S12/59; S13/96; S14/38

V oblasti způsobu edukace, které jsou využívány pro pochopení léčby bolesti, vyšly následující informace. Nejvíce se využívá vysvětlování dané problematiky v kombinaci s názornou edukací, s čímž souvisí komunikace. S1 odpověděla: „*Edukace vysvětlování, fakt edukace, názorná edukace, vysvětlení.*“ A následně dodala: „*Zpětná vazba, pochopení.*“ Důležitost komunikace dokládá odpověď S3: „*První dny se snažíme fakt jako s nima hodně komunikovat.*“ Dále i S4: „*Tak my se snažíme mluvit s pacienty otevřeně i říkat, co ten lék obsahuje, pokud přecházíme na opiáty, popsat i nežádoucí účinky těch léků.*“ Opakovanou názornou edukaci uvedla S2: „*Takže sestřička při každé další návštěvě edukuje znovu.*“ A S8 konstatovala: „*Ještě znovu mu zopakujeme trošku i laickým způsobem, protože ti pacienti jsou vystresovaní.*“

Jako osobu poskytující edukaci, sestry zmiňují lékaře i zdravotní sestry. Ve většině případů se jedná o kombinaci spolupráce zmíněných zdravotních sester a ošetřujících lékařů. S3 uvedla odpověď: „*Pokud se tam jedná o navýšení, může to být ta edukace jenom sestrou a někdy, když to nestačí, tak potom zpětně tam vyjíždí lékař.*“ S7 konstatovala: „*Samozřejmě doktor jim řekne, že se jim nalepí náplast, vysvětlí jim, co to je za náplast.*“ Následně dodala: „*My když jim to potom jdeme lepit, tak samozřejmě probíhá znova ta edukace.*“ S8 stručně odpověděla: „*Sestry i lékaři.*“ Podobně i sestra S9: „*Napřed lékař a pak sestra.*“ S15 řekla: „*Rozhovorem s lékařem i sestrou, ústní edukace.*“ Provádění edukace pouze sestrou zmiňuje S13: „*Ty lékařský návštěvy jsou*

většinou týdně.“ Na otázku kdo zajišťuje tedy edukaci S13 odpověděla: „*To zajišťujeme my.*“

Z oblasti zaměřující se na roli edukanta při průlomové bolesti jasně vyplývá, že zastoupení pacientů a jejich rodin je podobné a ve většině případů se jedná o edukaci pacienta a zároveň jeho rodiny. S14 odpověděla: „*Primárně se edukuje pacient, ale když chce být přítomna i rodina, určitě jim nebráníme.*“ S2 konstatovala: „*Když je schopen pacient vnímat, tak se samozřejmě edukuje pacient, ale vždycky ta rodina je edukovaná.*“ S8 preferuje nejprve návštěvu rodiny pacienta v daném léčebném zařízení a následně edukaci daného pacienta. Dokazuje to odpovědí S8: „*Nejlepší způsob je, když ta rodina má čas na to, aby přišla za náma, abychom si o tom všem popovídali,*“ a dodává, „*jdeme k pacientovi, představíme se a pak se dělíme a většinou sestra se domlouvá s pacientem o té bolesti.*“ Dále se S8 ještě zmínila: „*V podstatě je edukovaněj jak pacient, tak ta rodina.*“ Naopak S4 konstatovala: „*Snažíme se mluvit prvně o tom s pacientem, co by si přál pacient. Rodina je samozřejmě taky důležitá, ale prvně ten pacient.*“ S5 odpověděla: „*Většinou v devadesáti procentech je to jakoby najednou, že je pacient i rodina v jedny místnosti a vysvětluje se to najednou.*“ Obdobně se vyjádřila i S11: „*Právě hovoří i s pacientem i s tou rodinou, aby věděli, co mají dělat, kdy, jak a tak.*“

4.1.8 Kategorie 8 Spolupráce rodiny v léčbě průlomové bolesti

Kategorie Spolupráce rodiny v léčbě průlomové bolesti zkoumá, jakým způsobem spolupracuje rodina pacienta a jestli třeba samy rodiny přicházejí s návrhem další léčby a řadí se do ní šest kódů.

Domluvení se S1/67; S6/117

Vzájemné pochopení S1/68; S7/81, 82; S8/72; S12/78; S14/46,47

Vysvětlení S1/68; S3/158; S4/85

Komunikace S1/69; S3/163; S11/75; S15/26

Vychází se rodině vstříc S2/347; S4/78; S5/156; S6/115; S9/77; S13/132, 133, 137, 141

Vyslechnutí rodiny S10/80

Spolupráce rodiny v léčbě prŕlomové bolesti zahrnovala oblast otázek se zaměřením na to, jakým způsobem rodiny pacientů zasahují do léčby prŕlomové bolesti, případně jestli rodiny přicházejí s nějakými návrhy léčby. Pokud ano, tak jak dané zařízení reaguje. Z odpovědí jasně vyplývá, že polovina tázaných sester odpověděla, že se rodině vychází vstříc. S2 reagovala: „*Rodinám se vždycky vychází vstříc.*“ S14 uvedla: „*Rodina funguje vlastně nejvíc, my v tom zahrajeme jako hrozně malou jakoby v uvozovkách roli.*“ S9 zmínila: „*Vycházíme, ale většinou jsou to nějaké alternativní věci, který at' si dělají.*“ S4 konstatovala: „*Bereme to v potaz, rodina u nás je důležitěj element v tý péči.*“ Ale zároveň dodala: „*A snažíme se jim vysvětlovat, že vlastně třeba ty analgetika nejsou to největší zlo v léčbě u paliativního pacienta.*“ Dále také S13 přiznala občasné problémové situace v rodinách, což dokládá odpověď: „*Furt chtěli jakoby ty fentanyl, že se mamince odlepovaly, když šla do sprchy a my jsme potom vždycky zjistili, že jsme jí tu náplast vždycky nalepili a oni jim už za dveřma stáli jakoby nějaký ti dealeri a ty jí to prostě jako za peníze odlepili a takhle to tam fungovalo.*“ A dodala: „*Oni radši nechali toho člověka v bolestech.*“ S12 zmínila i skutečnost: „*Jsou třeba rodiny, které nechtějí zvýšení náplasti, protože by se cítili třeba potom unavení ti klienti.*“ Zároveň ale uvedla, že pokud se bolest zvyšuje a nedaří se jí tišit, nechají si pacienti a jejich rodiny následnou léčbu doporučit. S12 tedy ještě dodala: „*Nechá si prostě doporučit od lékaře.*“ Opakem byla odpověď S8: „*Rodina je daleko na tohleto citlivější a nejraději by tomu svému tatínkovi, mamince, já nevím komu, dali daleko větší dávky, než ten člověk potřebuje.*“ S10 zmínila aktivitu pečující rodiny tímto způsobem: „*To jsem se setkala na onkologii, myslím, že tam ta rodina jako fakt hledala a ty informace si sháněla.*“ Prioritní rozhodnutí pacienta před názorem rodiny na léčbě bolesti zmínila sestra S5: „*Jak pacient, tak rodina mají právo říct, že takhle to nechtějí nebo že by to chtěli jinak. Když ta situace nastane, tak nejprioritnější je vždycky pacient.*“ Obdobně reagovala i S3: „*V první řadě se ptáme toho nemocného a komunikuje to s nima doktor.*“ Zároveň dodala, že někdy jsou u pacientů důležitější jejich náboženské nebo psychické důvody, proč bolest netišit: „*K tomu mají potom i nějakej náboženskej důvod, že tu bolest chtějí nějak obětovat, ale na to se jich ptáme, jakej k tomu máte důvod.*“

4.1.9 Kategorie 9 Postup při nedostatečné léčbě prŕlomové bolesti

Kategorie s názvem Postup při nedostatečné léčbě prŕlomové bolesti se zabývá různými postupy, které jsou využívány při nedostatečném tišení prŕlomové bolesti. Patří sem sedm kódů.

Zvládne samotné zařizení S1/80; S2/163; S4/71; S6/108; S7/72; S10/72; S11/65, 66; S12/68; S14/41, 42; S15/25

Komunikace s lékařem S3/131; S5/140

Konzultace s ambulancí bolesti S4/70; S5/133, 134; S7/70, 73; S8/61; S9/86; S10/74; S11/63, 64; S13/116

Konzultace s předchozím zařizením nemocného S4/72

Pátrání po jiné příčině S4/74

Farmaceutický laborant S7/71

Konzultace s centrem léčby bolesti S9/87

Z výsledků vyplývá, že léčbu bolesti zvládá většina zařizení, ve kterých zúčastněné sestry pracují, svépomocí a konzultace ohledně léčby bolesti probíhá maximálně s lékaři z ambulance léčby bolesti. S1 uvedla: „*My si tady vystačíme v podstatě sami.*“ S6 konstatovala: „*Nestalo se mi to ještě, zatím to jakoby naši doktoři velice dobře pokryjí, tak jakoby tu bolest.*“ S15 řekla: „*Změní se léky na bolest, u nás si lékaři vždy poradí. Jsou velice vzdělaní v tomto směru.*“ S2 zminila: „*Naši lékaři jsou vlastně, tím že to jsou paliatři, tak v rámci tady toho oni jako řekla bych, že ten náš primář, že má hodně velkou erudici v tomhle.*“ Sestra S8 reagovala: „*Když už mají jakoby vyčerpáno všechny možné způsoby a už nepomáhá ani třeba dejme tomu ta morfiová injekce v kombinaci s paracetamolem v kombinaci s opiátovými analgetickými náplastmi, tak potom už dochází k tomu, že lékaři kontaktují ambulanci bolesti.*“ S4 odpověděla: „*Tak můžeme konzultovat s ambulancí bolesti, ale tak teď se nám to v poslední době moc nestává. Máme lékaře paliatra. Když si neví rady, tak to může, jako i konzultovat třeba s pracovištěm, kde pacient i předtím ležel. A pak opravdu často pátráme po tom, jestli není jiná příčina.*“ Z této odpovědi vyplynula další skutečnost, že konzultace k léčbě bolesti v pracovišti sestry S4 může probíhat s ambulancí léčby bolesti nebo

i s pracovištěm, ve kterém podstupoval pacient předchozí léčbu a také pátrání po jiné příčině bolesti mimo samotné onkologické onemocnění. Příkladem může být zácpa. Pomoc od lékařů z ambulance bolesti zmínila i S6: „*S ambulancí bolesti, pokud by se to tady nenastavilo dobře, tak určitě paní doktorka kontaktuje ambulanci bolesti.*“ A zároveň dodala: „*Možná teďka se i radí trochu s tou paní co tady je, farmaceutický laborant.*“ S9 uvedla: „*Musí se odeslat do ambulance bolesti,*“ a doplnila, „*tady se pohybujete na centru, protože jste ve fakultní nemocnici, takže je to centrum.*“

4.1.10 Kategorie 10 Spolupráce s institucemi zabývajícími se léčbou průlomové bolesti

Kategorie nesoucí název Spolupráce s institucemi zabývajícími se léčbou průlomové bolesti popisuje nejruznější možnosti spolupráce, které jsou v zařízeních oslovených sester využívány. Do této kategorie patří pět kódů.

Domácí hospicová péče S1/81

Praktičtí lékaři S1/83

Nespolupracuje se - není třeba S2/167, 168; S12/70; S14/49; S15/30

Ambulance léčby bolesti S3/134; S5/165; S6/123; S7/86; S8/83; S10/76; S13/128

Centrum léčby bolesti S9/98, 99

Spolupráci s jinými zařízeními, které se zabývají léčbou bolesti, uvedla většina dotazovaných sester. Spolupráce se týkala např. poskytování informací o daném zařízení, pomoc v léčbě bolesti a podobně. Nejvíce se jedná o spolupráci s již zmíněnými ambulancemi léčby bolesti. S5 uvedla: „*Ambulance bolesti především.*“ S6 odpověděla shodně: „*Ambulance bolesti.*“ A taktéž i S8: „*Ambulance bolesti.*“ S7 zmínila, že informace o spolupráci s centrem většího rozsahu, než je ambulance léčby bolesti, nemá: „*To nevím, já jakoby tady vím o naší nemocniční ambulanci bolesti, ale jinak nevím. Jinak ne.*“ Na otázku jak často spolupráce probíhá, odpověděla S9: „*Většinou jsou to ojedinělé. Čím je člověk starší a dostane nádorový onemocnění, tak to není tak agresivní, jako u těch mladých. Takže pak ta spolupráce je, ale není to zase tak často.*“ A doplnila: „*Je to spojený s věkem, čím mladší, tím je nádor agresivnější, a tím spíš tam potom musí být ta spolupráce.*“ V tomto případě se jednalo o spolupráci

s centrem léčby bolesti. Nespolutpráci uvedla S2: „Nevím o tom, že by se přímo takhle spolupracovalo s nějakým centrem.“ Podobně reagovala S12: „Se žádnou, ne, přesně tak.“ A i sestra S14: „Se žádnými. Naši lékaři si vědí rady sami.“ A dále S15: „Se žádnými.“

4.1.11 Kategorie 11 Transmukózně podávané opioidy

Do kategorie Transmukózně podávané opioidy se řadí získané informace o těchto formách léků na bolest. Kategorie zahrnuje čtyři podkategorie. První podkategorie Formy se zabývá konkrétními formami transmukózních léčiv, která v jednotlivých oslovených zařízeních podávají. Do této podkategorie se řadí čtyři kódy. Další podkategorie s názvem Nejčastěji využívané formy se zabývá, jak už název napovídá, nejčastěji využívanými formami a patří sem tři kódy. Následující podkategorii u transmukózního podání jsou Výhody transmukózního podání z pohledu sester a sem patří tři kódy. Poslední podkategorii je Spokojenost pacientů se čtyřmi kódy.

Podkategorie Formy

Intranasální S1/88; S2/334; S3/61; S5/173; S9/48; S10/56; S13/187; S15/32

Sublinguální S1/92; S3/61; S5/170; S7/90, 92; S8/86; S9/47; S10/55; S12/ 81, 82, 83; S13/191; S14/53

Bukální S4/89; S8/89; S11/80; S12/82; S14/53

Nesetkala jsem se S6/129

Podkategorie Nejčastěji využívané formy

Sublinguální S1/92; S5/174

Nasální S15/35

Spíše se nevyužívají S2/319, 331, 332; S3/149, 150, 151, 152, 123

Podkategorie Výhody transmukózního podání z pohledu sester

Rychlost nástupu účinku S1/94; S4/100; S10/94, 97; S11/83; S14/56; S15/34

Podání mimo zažívací trakt S5/176, S7/99, 100; S13/203

Nebolestivá aplikace S7/99, 100; S9/111; S10/97; S11/86; S12/93, 94

Podkategorie Spokojenost pacientů

Dobry efekt při pohybu S4/95

Vyhovuje S7/97; S8/90, 95; S11/82; S12/89; S13/192, 193; S14/54; S15/33

Nespokojenost s vyjmutím léků z obalu S12/85, 86

Počáteční nedůvěra S9/101

U transmukózního podávání opioidů byly sestry tázány na lékové formy, se kterými se při léčbě průlomové bolesti na svém pracovišti setkávají. Nejvíce sester uvedlo sublinguální podání, dále intranasální podání méně často bukalní podání. S1 zmínila i konkrétní názvy léků: *„Takže tady většinou Lunaldin nebo Effentora, to jsou přípravky, který se dávají v podstatě do úst a nechají se tam rozpustit.“* S1 okomentovala i intranasální podání: *„Intranasálně to tady vůbec, to jsme zkoušeli asi ve dvou případech. Když se to dostalo před lety na trh.“* Na dotaz jestli intranasální podání v daném zařízení nevyužívají pro jeho neúčinnost S1 odpověděla: *„Fungovalo možná, ale tam je tak, když se zmáčkne ten intranasální sprej, tak je tam tak jemná, která jde do nosu, že ta pacientka měla pocit, že jí tam nic nejde, jako několikrát zmáčkla a vůbec.“* Nespokojenost s intranasálním podáním uvedla i S13: *„My s tím nemáme dobrý zkušenosti. Ted' nevím, jak se jmenoval ten sprej, ale s tím jsme vůbec neměli dobrý zkušenosti.“* Minimální využívání intranasálního podání opioidů okomentovala i S4: *„Častěji využíváme ty rozpustný v ústech, ty spreje moc jsme se s tím nesetkali.“* A dodala: *„Většinou je to, když už to má někdo třeba předepsaný, když s tím přijde.“* Obdobně odpověděla i sestra S5: *„Že už přijdou se svou analgetickou léčbou v těch sprejích třeba, se sprejem, ale opravdu jde o minimum, takže spíš ve formě těch tablet to převládá.“* I sestra S7 reagovala podobně: *„Ale ty spreje jsme taky třeba měli a ty už jako se nedávají.“* Na dotaz, z jakého důvodu, S7 odpověděla: *„To vůbec nevím, vím, že tady chvíli byly a pak najednou zmizely a už se vůbec nedávají. Ale ty pod jazyk určitě.“* Opakem byla odpověď S15, která uvedla, že nejvíce využívají nasální sprej a pacienti s ním jsou velice spokojeni: *„Nasální sprej Pecfent.“* „Minimální využití celkově transmukózních opioidů přiznala sestra S14: *„Možnost mají, ale moc často se to u nás nevyskytuje. Tady se moc nenabízejí. Spíše doma je používají. U nás jen pokud s tím přijdou z domu.“* S2 zmínila sublinguální a intranasální podání, zároveň ale uvedla:

„Takže tyhle ty transmukózní my vůbec nepoužíváme, primárně vůbec. Když s tím přijdou z onkologie, tak v tom třeba pokračují, že jim to i naši doktoři normálně napíšu do jejich medikace, ale většinou jim k tomu přidají už ten morfin, většinou. Neříkám, že vždycky, jo. Ale většinou to tak je. Je to už na ně slabý.“ S3 uvedla: *„To jsou vlastně opiody, který se aplikují buďto nasálně nebo pod jazyk.“* Ale na dotaz jestli se tyto formy opioidů využívají v jejich zařízení často, dodala: *„Minimálně. Protože jsou to léky, který jsou dost drahý.“* Odpověď S9 zněla: *„Takže Lunaldin jsou tablety a potom ty spreje.“* A sestra S10 uvedla: *„Tak vlastně tady jsem se setkala jenom s tím Lunaldinem, jakoby se sublinguálním podáním. A jinak myslím si, že jednou někdo měl ten sprej do nosu nasální.“* Sublinguální podání zmínila dále S8: *„Takže jen ty sublinguální.“* Formu bukálního podání uvedla S11: *„My dáváme tady ty bukální.“* Bukální a zároveň i sublinguální formu okomentovala S12: *„Ano, tabletky na rozpuštění v ústech. Vlastně je to buď pod jazykem nebo na těch stranách jako tý tváře.“* Nesetkání se s léčbou bolesti pomocí transmukózně podávaných opioidů přiznala S6: *„Nesetkala jsem se. Já myslím, že jen jakoby injekční forma anebo náplasti.“*

Z otázek týkajících se nejčastěji využívaných forem transmukózního podání vyplynulo, že nejčastěji se sestry setkávají se sublinguálním podáním nebo naopak se tyto formy léčby bolesti obecně spíše nevyužívají a jsou nahrazeny jinými způsoby podání léků na tlášení průlomové bolesti. Jedna sestra S15 uvedla, že nejvíce využívají nasální sprej: *„Používáme jenom nasální sprej, takže ten.“* S14 uvedla, že pokud je tato forma léků využívána, jedná se o: *„Bukální tablety a tablety pod jazyk.“* Zároveň však přiznala, že často se tato forma nevyužívá. Toto tvrzení dokládá její odpověď v předešlé podkategorii. Podobně reagovala i S13 a mezi nejčastější uvedla i konkrétní lék. Její odpověď tedy zněla: *„Sublinguálně, ten Lunaldin se nejčastěji dává.“* Nejčastější formou transmukózních opioidů uvedla S10 formu sublinguální, ale doplnila: *„Jenom, když s tím někdo už jako to měl z domu. Jo, to je kvůli ceně vysoký. Domácí péče má v tomhle tom jako lepší tu možnost, ten rozpočet.“* Častější využití sublinguálních opioidů před jinými formami podání zmínila i S4: *„Častěji využíváme ty rozpustný v ústech.“* Skutečnost minimálního využití transmukózních opioidů přiznala svojí odpovědí S3: *„Minimálně, řeknu, že za těch deset let jsme měli asi dva pacienty, neměli jsme jich moc, fakt ne.“* A S2 uvedla: *„Lunaldin, ten bych řekla, že je takovej nejčastější.“* Ale zároveň S2 přiznala, že spíše jsou tyto léky nahrazovány jinými

formami. Dokazuje to její dodání k odpovědi: „*Přeci jenom ty transmukolytika nejsou tak silný, jako klasickéj morfin.*“

Dále byly sestry tázány na výhody transmukózního podání právě z pohledu samotných sester. Dotazované sestry uvedly výhodu v rychlosti nástupu účinku, podávání mimo zažívací trakt a nebolestivý způsob aplikace. To tvrzení dokládá odpověď S5: „*Tak určitě je to vhodný a velká výhoda, co se týče stran toho, že ti pacienti mají nevolnosti, zvracení, takže takhle se ten trávicí trakt obejde. Vstřebává se rychleji, i ten účinek je, nástup toho účinku jsme vyzorovali, že je rychlejší.*“ S1 se vyjádřila: „*Že to rychle zabere.*“ S4 reagovala podobně: „*Má to rychlejší nástup, většinou to má efekt, je to dobrý při těch bolestech souvisejících s pohybem.*“ Nebolestivou aplikaci zmínila S7: „*No, že to nebolí, nemusí polykat velkou tabletku.*“ S9 konstatovala: „*Tak výhody jsou, že opravdu to nezatěžuje.*“ S10 uvedla: „*Někdo se bojí injekce a tak, takže je to takový bezbolestný a zároveň rychlý, takže i to je dobrý.*“ S14 reagovala: „*Určitě je tam výhodou rychlost účinku.*“ Jako tzv. ukazatele zmínila transmukózní formu podání S11: „*Má to rychlý nástup a je to pro nás dobrý ukazatel, když už třeba nestačí náplasti, že když už potřebuje ten nemocný častěji sáhnout tady na ty bukalní tablety, tak je to pro nás znamení, že je potřeba to navýšit ty náplasti.*“ S12 přiznala: „*No za mě je asi nejlepší náplast, ale myslím si, že aspoň pro toho klienta nemusí se píchat s. c. aplikovat.*“ S13 prozradila svoji nedůvěru k transmukóznímu podání opioidů takto: „*Možná že si nezatěžují žaludek, ale já v tom fakt nevidím žádnou výhodu. Já k tomu nemám moc důvěru.*“

V oblasti spokojenosti pacientů s transmukózními formami aplikace opioidů z pohledu sester vyplynulo, že většina pacientů je s tímto podáním spokojená. Sestry uvedly dobrý efekt po podání např. při pohybu a celkově vyhovování této formy léčby. S9 zmínila počáteční nedůvěru v této odpovědi: „*No samozřejmě je tam nedůvěra na počátku a někteří to opravdu odmítnou, protože věří jenom injekci nebo práškům.*“ A dodala: „*Jelikož jsme generace, která opravdu je zvyklá prášek nebo injekce, tak tam si člověk musí udělat pořádek v hlavě, že i toto podání je vlastně to správný.*“ S8 zmínila: „*Musí být dobrá spolupráce mezi tím člověkem, ale myslím si, že vždycky se to vytitruje natolik, že jim to dokáže pomoci.*“ S7 konstatovala: „*Myslím, že více méně jako jim to vyhovuje, pokud nemají nějaký afty v puse.*“ S14 odpověděla: „*Reagují dobře, jsou spokojeni. Třeba když mají nádor v krku, tak je to pro ně určitě dobrá forma léku.*“ S15 dokonce řekla: „*Velmi dobře. Někteří pacienti to velmi často vyžadují, více než*

injekce.“ S12 uvedla spokojenost pacientů s tišením bolesti transmukózní formou opioidů, ale zároveň zmínila nespokojenost pacientů při vyjmutí těchto léků z obalu. Dokládá to její odpověď: *„Co je trápí jako víc bych řekla, že ta tabletky je zatavená v platičku, které jde špatně rozdělat, jo, takže většinou se nás ptají třeba, jak se do toho dostat nebo jak se ta tabletky rozdělavá. Ale jinak až se potom zedukují, že ta tabletky se nepolyká, tak si myslím, že většina těch pacientů je to schopna jakoby pojmout a pochopit.“*

4.1.12 Kategorie 12 Distribuce léků na průlomovou bolest

Kategorie Distribuce léků na průlomovou bolest zahrnuje dva kódy a zabývá se tím, jestli pacientům léčiva zajišťuje dané zařízení, nebo si tyto léky musí pacienti, případně jejich rodiny, zajišťovat sami prostřednictvím předepsaných receptů od lékařů.

Předpis receptů S1/115; S2/264, 265, 266, 267; S3/99; S7/115; S8/102; S9/120; S10/103; S13/171; S14/63

Dodá zařízení S2/261, 262; S3/108; S4/106; S5/190, 192; S6/137; S11/94; S12/103; S15/41

Z výsledků o distribuci léků na průlomovou bolest vyplynulo, že pacienti mají většinou možnost dostávat léky prostřednictvím zařízení, ve kterém jsou v péči nebo si léky mohou vyzvedávat v lékárnách i sami nebo případně to za ně mohou vykonat jejich rodiny díky předepsanému receptu s modrým pruhem. V některých případech dochází i ke kombinaci těchto dvou způsobů distribuce. S1 uvedla: *„Marcaim jim normálně vydávám já, potom se vykóduje, že byl vydaný a recepty, normálně opiátovéj pruh a to si jdou vybrat. Stejně jako ten Lunaldin, Effentoru, na všechno recepty.“* S2 uvedla taktéž obě možnosti, ale zároveň dodala: *„Snažíme se o to, aby prostě měli ten komfort a i pro nás je to jednodušší. Je to jednodušší po všech stránkách, dokumentace, nemusíte hlídat recepty, oni si to nemusí tak hlídat.“* S7 konstatovala: *„Bud' když mají svoje, tak se dávají jejich, když nemají tak se to vlastně tady řeší, tím že se tady nafasují.“* S5 zmínila následující odpověď: *„Je to různý. Takže když se stane, že už jsou vybavení z nemocnice nebo už mají nasazenou nějakou léčbu a vyzvednutý i opiáty vlastně třeba od obvodního lékaře nebo z ambulance bolesti. V podstatě nejdřív využijeme ty zásoby, co mají ještě doma a pak už dodáváme naše léky.“* S6 reagovala obdobně a doplnila: *„A odepisujeme v opiátové knize.“* S10 uvedla: *„Bud' tady prostě*

naordinujeme a normálně z oddělených léků nebo když mají svoje, tak si je přinesou a dáváme i z jejich.“ Pouze dodání prostřednictvím pečujícího zařízení uvedla S4: *„My vlastně máme režim domácí hospitalizace, to znamená, že my ty opiáty dodáváme.“* Obdobně odpověděla i S11: *„Tak teď co jsme jakoby pod pojišťovnou, tak my jim to dodáváme, jako že jim to dovezeme.“*

4.1.13 Kategorie 13 Likvidace zbytků opioidů

Kategorie Likvidace zbytků opioidů se zabývá způsoby, jakými jsou pacienti nebo případně jejich rodiny poučeni při nakládání se zbytky opioidů a řadí se do ní pět kódů.

Do nádoby na ostrý materiál S2/148, 149; S4/115; S5/197; S6/146; S11/90

Likviduje přímo zdravotnický personál S3/92, 93; S4/118; S6/145; S9/138; S15/37, 38

Vrácení do lékárny S5/203; S7/106; S8/105, 106, 109; S9/138

Speciální nádoba S12/100, 101; S13/162; S14/60

Zatím bez poučení S10/109

Zacházení se zbytky opioidů je důležitým úkonem a pacienti či jejich rodiny musí být dostatečně informováni, jak se zbytky opioidů nakládat. Většina sester uvedla, že pacienti nebo ostatní rodinní příslušníci jsou poučeni, že např. odlepené a použité náplasti mají odkládat do nádob k tomu určených nebo případně do nádob na ostrý materiál. Některá zařízení, respektive sestry, poučují pacienty o navrácení přímo do lékáren. Řada tázaných sester však likvidaci zajišťuje sama. Pouze jedna sestra uvedla, že zatím takto nikoho nepoučovala. S2 uvedla: *„Měli bysme mít na to speciální firmu. Čistě teoreticky je to v určitým jednání. Ale to už by bylo tak náročný, že to vlastně my jim vždycky přivezeme kontejner na jehly, takže oni to hodí do těch jehel.“* A poté ještě k transdermálnímu podání dodala: *„Jako my, když jim to nalepíme, tak jim přes to přelepíme, prostě ještě normální papírovou náplast a tam mají napsaný prostě den toho podání a hodin, takže vlastně, když to odlepi, tak se toho vlastně prakticky ani nedotknou.“* S11 se zmínila: *„Máme tam kontejnerky na biologický odpad a ostrý, takže nám to tam dávají a my to pak odnášíme a máme speciální jakoby svoz na tento materiál.“* S3 odpověděla: *„Pakliže se pravidelně vyměňuje po dvaasedmdesáti hodinách, takže není potřeba, protože to je takovej interval, ve kterým my tam jedeme.“*

Takže vlastně oni nemusí nic likvidovat, protože to máme vlastně na starosti my.“ Obdobně odpověděla S4: *„My máme u lidí kontejnery, který potom likvidujeme v rámci nebezpečného odpadu. Nicméně třeba náplast, tím že se mění za několik dní, tak je často spojena s tou ošetrovatelskou návštěvou, takže často ji právě vymění sestra.“* S5 to okomentovala: *„Tak co se týče toho injekčního podání, tak to tam vlastně vozíme kontejnery na nebezpečný odpad, takže to všechno dávají tam, použité jehly, stříkačky, ampulky, protože ty léky jim my připravujeme, takže je mají nachystaný ve stříkačkách už jenom rovnou k té aplikaci.“* A dodala: *„Když pacient zemře a zůstane tam připravená nějaká taková injekce, tak si od těch lidí ty připravený injekce vyzvedneme, znehodnotíme a říkám jim, že prostě zbytek těch léčiv, co se nevyužilo, tak aby vrátili do lékárny.“* S6 reagovala následovně: *„Do těch sběrných nádob, jako poučujeme, že prostě jako do samotného toho koše ne.“* Nádoby na ostrý materiál a na použité náplasti odděleně zmínila S12: *„Stříkačky a ostrý materiál zvlášť a potom zvlášť ty náplasti a takovýto, a potom se to likviduje.“* A dále S7 uvedla tuto odpověď: *„Mají alespoň ode mě informaci, že by měli ten zbytek té náplasti vždycky dát zpátky do obalu a odnést to do lékárny.“* A k tomu doplnila: *„Někteří pak řeknou, že to do lékárny nesli a že to tam nikdo od nich nevezal.“* Odpověď sestry S10 zněla: *„To jsem nepoučovala nikdy. Asi v tomhle směru s tím nakládáním, tak nepoučujeme, bych tak řekla upřímně.“*

4.2 Výsledky případové studie

Data pro případovou studii byla získávána z dokumentace pacientů v kombinaci s polostrukturovanými rozhovory s těmito pacienty a pro doplnění z rozhovorů se sestrami pečujícími o zúčastněné pacienty. Následně byly zpracované výsledky rozděleny metodou otevřeného kódování do čtyř kategorií, podle svého zaměření. Pacienti, respektive participantů jsou zde označováni P1 až P5.

4.2.1 Kategorie 1 Osobní údaje

Kategorie Osobní údaje se zabývá údaji jednotlivých pacientů, respektive participantů. Pod tuto kategorii spadá pět podkategorií zabývajících se věkem, pohlavím, sociálním zázemím, alergickou a pracovní anamnézou. Pro podkategorie zaměřující se na věk, pohlaví, sociální zázemí a pracovní anamnézu byla zdrojem informací zdravotnická dokumentace participantů. Podkategorie nazývající se Alergická anamnéza zahrnovala data získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty v kombinaci se sběrem dat ze zdravotnické dokumentace participantů.

Podkategorie Věk

37 let P3/1

57 let P5/1

65 let P4/1

69 let P1/1

72 let P2/1

Podkategorie Pohlaví

Muž P1/2; P3/2; P4/2; P5/2

Žena P2/2

Podkategorie Sociální zázemí

S manželkou v rodinném domě P1/6; P3/6; P5/6

S dcerou v bytě P2/6

Se synem v rodinném domě P4/6

Podkategorie Alergická anamnéza

Neguje P1/5, 22; P4/5, 20

Kontrastní látka P2/5, 17, 18

Pyl P3/5, 18

Novalgin P5/6, 20, 21

Podkategorie Pracovní anamnéza

Starobní důchodce P1/7; P2/7; P4/7

Vedoucí směny ve výrobě, nyní PN P3/7

Strojní zámečnick, nyní v PN P5/8

Z výsledků dat participantů vyplývá, že většina z nich jsou muži, kteří jsou již ve starobním důchodu. Toto tvrzení dokládají informace pořízené ze zdravotní dokumentace jednotlivých participantů. Nejmladším participantem byl P3 ve věku 37 let a jednalo se o muže, který žije s manželkou v rodinném domě, pracuje jako vedoucí ve výrobě, nyní je ale tedy v PN. Alergii P3 udává pouze na pyl a dokládá to i jeho odpověď: „*Co vím, tak na pyl jenom. Na léky nebo tak to ne.*“ S druhým nejnižším věkem byl participant P5, kterému v době provádění výzkumu bylo 57 let, taktéž byl mužského pohlaví a také žije s manželkou v rodinném domě. P5 pracuje jako strojní zámečnick, nyní je ale taktéž v PN. Alergie se u něj vyskytla po požití Novalginu a jeho odpověď zněla: „*Na začátku jsem brával od bolesti Novalgin, ale po něm mi bylo špatně. Takže asi na něj. Jinak asi na nic.*“ Dalším tázaným dle pořadí věku byl taktéž muž, tentokrát ve věku 65 let a je označen P4. Tento participant je již ve starobním důchodu a žije se synem v rodinném domě. Alergickou reakci neguje. Předposledním zúčastněným byl také muž, a to ve věku 69 let, značený P1. Participant P1 je ve starobním důchodu a žije s manželkou v rodinném domě. Alergii taktéž neguje. Dalším a posledním participantem P2 byla žena ve věku 72 let. P2 žije s dcerou v bytě a nyní je již také ve starobním důchodu. Alergii udává na kontrastní látku: „*Při vyšetření CT jsem měla alergickou reakci. Dávali mi při tom něco do žíly a bylo to prý z toho. Jinak o ničem nevím.*“

4.2.2 *Kategorie 2 Onemocnění*

Kategorie Onemocnění se již zabývá konkrétními diagnózami participantů. V tomto případě byly vytvořeny čtyři podkategorie. První podkategorií je Hlavní diagnóza, jedná se o diagnózu, se kterou se pacient primárně nyní léčí. Informace k této podkategorii byly získány ze zdravotnické dokumentace v kombinaci s výpověďmi participantů. Další podkategorii jsou První příznaky, které popisují, před jak dlouhou dobou se u participantů vyskytly, data byla získána z polostrukturovaných rozhovorů s pacienty. Třetí podkategorii jsou Další diagnózy, se kterými se participant léčí. Informace poskytl jak samotní participant, tak dále i jejich zdravotnická dokumentace. Čtvrtá podkategorie se zajímá o užívání léků participantů s výjimkou léků užívaných na bolest. Pro čtvrtou podkategorii byla zdrojem dat zdravotnická dokumentace.

Podkategorie Hlavní diagnóza

Zhoubný novotvar orofarynxu P1/3, 17

Tumor jater P2/3, 12

Zhoubný novotvar močového měchýře P3/3, 12, 13

Zhoubný novotvar v oblasti krku P4/3, 13

Zhoubný novotvar pankreatu P5/3, 14

První příznaky

Před tři čtvrtě rokem P2/15

Před půl rokem P1/19, 20; P5/15

Před rokem P3/13, 14

Náhodný nález P4/14

Další diagnózy

Diabetes mellitus P1/21

Arteriální hypertenze P1/4; P3/4, 17; P4/4, 19; P5/4, 18

Benigní hyperplázie prostaty P1/4

Dyslipidémie P2/4; P5/4

Osteoporóza P2/4, 16

Gastroezofageální reflux P4/4

Idiopatická trombocytopenická purpura P5/4, 5

Chronická cystitida P5/5, 18, 19

Užívané léky

Verospiron 25 mg tbl. 1-1-0, Nitrendipin 20 mg tbl. 1-0-0 P1/8

Megaplex 160 mg tbl. 0-2-2; Cerucal tbl. 1-1-1 při nevolnosti P2/8

Tritace 5 mg tbl. 1-0-0 P3/8

Tonarssa 4 mg/5 mg tbl. 1-0-0; Nolpaza 20 mg tbl. 2-0-0 na lačno P4/8

Tezeo 40 mg tbl. 1-0-0; Controloc 40 mg tbl. 1-0-0 na lačno; Furolin 100 mg tbl. 0-0-1;

Lannatam 0,4 mg tbl. 1-0-0; Agen 5 mg tbl. 1-0-0 P5/8, 9

Z odpovědí všech participantů a z jejich zdravotnické dokumentace je zřejmé, že se jedná o pacienty s onkologickým onemocněním. U P1 se jedná o zhoubný novotvar orofarynxu, který se u něj začal projevovat takto: *„Začal mě bolet zub, otekla mi tvář a šel jsem k zubaři“*. Na otázku, kdy se u P1 vyskytly první příznaky, odpověděl takto: *„V říjnu roku 2019, takže před půl rokem.“* Na otázku zaměřující se na další onemocnění pacientů odpověděl P1: *„Mám cukrovku, ale mám dodržovat jen dietu.“* Z dokumentace následně vyplynula ještě arteriální hypertenze a benigní hyperplázie prostaty. Participant P1 užívá léky na arteriální hypertenzi Verospiron 25 mg a Nitrendipin 20 mg. Participant P2 má tumor jater, který se u něj začal projevovat takto: *„V létě mě začalo bolet břicho a měla jsem ho takový jakoby nafouknutý, potom v září to už jsem měla takový šílený křeče, že jsem šla k paní doktorce, no a tak to začalo.“* Na otázku, kdy se první příznaky objevily, byla u P2 vyřčena odpověď: *„Tři čtvrtě roku zpět.“* P2 se dále léčí s osteoporózou: *„Mám osteoporózu.“* Ve zdravotnické dokumentaci byla zmíněna ještě dyslipidémie a užívané léky Megaplex 160 mg tbl. 0-2-2 a Cerucal tbl. 1-1-1 při nevolnosti. Participant P3 uvedl: *„Mám rakovinu močového měchýře,“* což dokládá i vyjádření ve zdravotnické dokumentaci. První příznaky se u P3

vyskytly před rokem a na otázku, jak se nemoc začala nejprve projevovat, odpověděl: „Prvně jsem měl takový nepříjemný pocit při močení a začala se objevovat i krev v moči. Šel jsem k doktorovi, ten mě poslal na různý vyšetření a tam mi potom řekli, co mi je.“ Jako další diagnózu, se kterou se P3 léčí, uvedl: „Kromě té rakoviny mám ještě vysoký tlak.“ Na arteriální hypertenzi užívá participant P3 lék Tritace 5 mg tbl. 1-0-0. U participanta P4 se jedná o zhoubný novotvar v oblasti krku. První příznaky okomentoval P4 takto: „Mně se nic nijak neprojevovalo. Byl jsem na vyšetření s kýlou. Dělal mi kolonoskopii i gastro a při tom se přišlo na tuhle bouli na krku. Ta boule tam v té době nebyla, to se potom takhle zvětšilo až. Mě to nijak nebolelo.“ P4 se léčí s arteriální hypertenzí a gastroezofageálním refluxem, na které užívá Tonarssa 4 mg/5 mg tbl. 1-0-0 a Nolpaza 20 mg 2-0-0 na lačno. Poslední participant P5 uvedl: „Mám rakovinu slinivky.“ Toto tvrzení dokládá i jeho zdravotnická dokumentace, kde byl uveden zhoubný novotvar pankreatu. Na otázku, kdy se u P5 začaly objevovat první příznaky toho onemocnění, odpověděl: „To bylo před půl rokem asi tak. Začalo mi být zle, zvracel jsem a do toho ještě bolesti břicha. Poslali mě na vyšetření a tam přišli na to, že mám tu slinivku.“ Mezi vedlejší diagnózy u P5 patří arteriální hypertenze, na kterou užívá Tezeo 40 mg tbl. 1-0-0 a Agen 5 mg tbl. 1-0-0. Dále trpí dyslipidemií, idiopatickou trombocytopenickou purpurou, na které ale žádné léky neužívá. Další diagnózou je u P5 chronická cystitida, která je řešena lékem Furolin 100 mg tbl. 0-0-1 a dále lékem Lannatam 0,4 mg tbl. 1-0-0. Ve farmakologické anamnéze má P4 uveden ještě Controloc 40 mg tbl. 1-0-0.

4.2.3 Kategorie 3 Zkušenosti pacientů s průlomovou bolestí

Kategorie Zkušenosti pacientů s průlomovou bolestí je podle zaměření rozdělena do deseti podkategorií. První podkategorie se zabývá lokalizací bolesti na pacientově těle a spadá pod ni šest kódů. Podkategorie Příčina průlomové bolesti je zaměřena na udávané důvody, při kterých dojde u participantů k výskytu průlomové bolesti. Do této podkategorie se řadí tři kódy. Další podkategorie s názvem Dopad průlomové bolesti na život se zaměřuje na nejčastější omezení, se kterými se pacienti v souvislosti s průlomovou bolestí setkávají. Tato podkategorie zahrnuje dva kódy. Tři výše zmíněné podkategorie obsahují data získaná z polostrukturovaných rozhovorů s participanty. Dále se jedná o podkategorii nazvanou Léky užívané na průlomovou bolest, spadá pod ni deset kódů neboli pět lékových forem a pět konkrétních skupin léků, které pacienti na

průlomovou bolest užívají. Zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace participantů v kombinaci s polostrukturovanými rozhovory s nimi. Podkategorie Navrhovatel léčby je zaměřena na informace, kdo a ve kterém zařízení léčbu průlomové bolesti participantům navrhnul a řadí se do ní dva kódy. Dále se jedná o podkategorii s názvem Edukace, která zahrnuje dva kódy a udává informace, jaká osoba edukaci provedla. Podkategorie nesoucí název Způsob léčby průlomové bolesti mimo farmaka se zaměřuje na tišení bolesti bez využití léků. Pod tuto podkategorii spadají čtyři kódy. Předchozí tři podkategorie zahrnují informace, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty. Následující podkategorie Projev bolesti udává informace, jakým způsobem zúčastnění participantů bolest projevují, zde se jedná o pět kódů. Podkategorie Hodnocení průlomové bolesti se zaměřuje na metody pro hodnocení bolesti, které jsou u těchto participantů využívány, v tomto případě se jedná o dva kódy. Poslední podkategorii v této oblasti je Zvládání aplikace léčiv a zaměřuje se na osoby, které aplikaci provádějí. Řadí se do ní tři kódy. Tři výše uvedené podkategorie obsahují informace získané díky polostrukturovaným rozhovorům s pečujícími sestrami.

Podkategorie Lokalizace průlomové bolesti

Pravá část obličeje P1/23

Břicho P2/19; P5/23

Záda P2/19; P3/19

Podžebří P3/19

Krk P4/22

Celé tělo P5/23

Podkategorie Příčina průlomové bolesti

Změna počasí P1/25

Větší pohyb P1/25, 29; P2/20, 21; P3/21, 22; P4/24; P5/25

Nevím P2/21, 22

Podkategorie Dopad průlomové bolesti na život

Velké omezení P1/43; P2/36; P3/41; P5/42

Velké omezení při pohybu P4/39

Podkategorie Léky užívané na průlomovou bolest

Opioidová náplast P1/9, 32; P2/11,24; P3/9, 24; P4/10, 11, 25; P5/11, 28

Perorální kapky P1/10, 31; P2/11

Sublinguální tablety P1/10, 11, 31; P2/10, 23; P3/10, 25; P5/13, 28, 29

Bukální tablety P4/11, 26, 27

Perorální tablety P2/9, 10, 24; P3/10, 26; P4/9, 10; P5/12, 27

Participant 1: Dolforin 75 ug/h náplast výměna á tři dny; Paralen 500 mg tbl. 2-2-2 á 8 hodin; Ibalgin 400 mg tbl. při bolesti maximálně 3krát denně; Lunaldin 600 mcg tbl. při průlomové bolesti á 6 hodin P1/9, 10, 11

Participant 2: Ibalgin 600 mg tbl. při bolestech dle potřeby; Targin 10/5 mg tbl. 2 tbl á 12 hodin; Lunaldin 600 mcg tbl. při průlomové bolesti á 4 hodiny; Fentanyl 25 ug/h náplast výměna á tři dny; Algifen gtt. 25 kapek při bolesti na noc P2/9, 10, 11

Participant 3: Dolforin 75 ug/h náplast výměna á tři dny; Sevredol 10 mg tbl. při bolestech á 4 hodiny; Lunaldin 400 mcg tbl. při průlomové bolesti á 6 hodin P3/9, 10, 11

Participant 4: Zaldiar 37,5/325 mg tbl. při bolesti maximálně 4krát denně; Novalgin 500 mg 1 tbl. při mírné bolesti maximálně 3krát denně; Fentanyl 50 ug/h náplast výměna á 72 hodin; Effentora 400 mcg při průlomové bolesti maximálně 4krát denně P4/9, 10, 11, 12

Participant 5: Dolforin 75 ug/h náplast výměna á tři dny; Paralen 500 mg tbl. 2-2-2 á 8 hodin; Ibalgin 400 mg tbl. při bolesti maximálně 3krát denně; Lunaldin 600 mcg tbl. při průlomové bolesti á 6 hodin P5/9, 10, 11

Podkategorie Navrhovatel léčby

Lékař na onkologii P1/35; P2/26; P3/27, 29; P4/28, 30; P5/30, 31

Lékař v hospici P5/31, 32

Podkategorie Edukace

Lékař P1/36; P2/30; P3/31; P4/31; P5/34, 35

Sestra P1/37; P2/33; P3/32; P4/31; P5/35

Podkategorie Způsob léčby průlomové bolesti mimo farmaka

Aplikace chladu P1/39, 40; P3/36

Aplikace tepla P3/36

Změna polohy P2/35; P3/35

Úlevová poloha P4/33, 34; P5/37

Podkategorie Projev bolesti

Změna mimiky P1/57; P2/49; P4/49

Gestikulace P1/57; P4/50

Verbální projev P1/56; P2/47, 48; P3/51, 52, 54; P4/49; P5/55

Uchopení místa bolesti P1/56; P3/53

Úlevová poloha P5/54

Podkategorie Hodnocení průlomové bolesti

VAS škála P1/58; P2/49; P3/54; P4/51; P5/57

Verbální hodnocení P2/49, 50; P4/51; P5/57

Podkategorie Zvládání aplikace léčiv

Sám P1/60; P2/53; P3/56, 57, 58; P4/55; P5/58

Rodina P1/60, 61; P2/52; P4/53

Zdravotníci P1/59; P2/52; P4/53; P5/60

Participant P1 na dotaz, na které části těla se u něj bolest vyskytuje odpověděl: „*Na pravé tváři,*“ a jako příčinu bolesti uvedl: „*Jak začnu chodit nebo je změna počasí, když jdu ven třeba do obchodu, když jsem byl doma, tak to bylo jak kdybych tam měl vraženej muž.*“ P2 se vyjádřil na otázku týkající se lokalizace bolesti následovně: „*Břicho a jde mi to do zad.*“ Příčina byla v tomto případě uvedena takto: „*Při pohybu, jako když udělám nějaký prudší pohyb, tak to začne bolet. Nebo i ráno nebo v noci mě to vzbudí. To prostě když to přijde, tak to přijde.*“ P3 na lokalizaci bolesti uvedl: „*V kříži a jakoby pod žebry tady vlevo.*“ P3 jako příčinu taktéž uvedl pohyb: „*Bolesti mám, když se začnu nějak víc hýbat. Při tom větším pohybu to fakt hodně bolí.*“ P4 odpověděl: „*Ted' už to ani tak nebolí. Ted' ty léky, co ted' беру, tak mi pomáhají. Ale ta bolest teda byla v oblasti krku vlevo.*“ A doplnil: „*Když jsem udělal nějaký špatnej pohyb.*“ Participant P5 konstatoval: „*No jakoby v oblasti břicha, ale někdy mě bolí celý tělo,*“ a následně dodal: „*Ted' poslední dobou je to docela často. Několikrát denně. Jak se začnu víc hýbat, tak mě to začne hodně bolet. Ale jsou i dny, kdy je to dobrý a ani si nemusím nic navíc brát.*“ V oblasti dopadu průlomové bolesti na život jednotlivých participantů bylo zjištěno, že tato bolest je pro ně velkým problémem a ve většině případů participanty velmi omezuje. Dokládá to např. odpověď P2: „*Omezuje mě to ve všem. Nemůžu jít nakoupit ani. Dcera mi vaří, nakupuje a všechno. I syn se stará.*“ P1 odpověděl podobně: „*Vždycky si raději rozmyslím, jestli půjdu ven, na ten nákup třeba. I při braní těch léků si musím uvědomovat, abych nespádl třeba.*“ P3 zmínil: „*Jak už jsem říkal, byl jsem zvyklý hodně sportovat, to ted' bohužel nemůžu.*“ A doplnil: „*Vím, že jsem chlap a měl bych se o rodinu postarat, někdy mám ale takový bolesti, že jsem rád, když si dojdu na záchod alespoň. Bolest mě omezuje dost, i když ted' s těmi tabletkami, jak se rozpouštějí v puse, je to lepší.*“ P4 se vyjádřil: „*Ted' jak беру ty na rozpuštění, tak už je to lepší. Ale pořád musím myslet na to, že určitý pohyby dělat nesmím. A potom taky na to, abych třeba po těch lécích nespádnul.*“ Svoji zkušenost s průlomovou bolestí okomentoval P5 následovně: „*Je to šílený. Kdyby to jen bolelo, ale mohl bych normálně fungovat, tak by mi to tak nevadilo. Ale protože, když ta bolest začne, nejsem v tu chvíli schopnej udělat nic. To mě hodně štve.*“ Mezi lékové formy, které participanti užívají, se ve většině případů řadí opioidové náplasti, perorální formy léků a sublinguální léčiva. V některých případech se jedná i o bukální tablety a perorální kapky. Např. P1 uvedl: „*Prášky rozdrcený polykám a potom ten na rozpuštění pod jazykem. A potom mám ještě kapky a náplasti.*“ Ze zdravotnické dokumentace vplynuly tyto konkrétní léky: náplast Dolforin 25 ug/h, Algifen gtt. a transmukózní Lunaldin 200 mcg. P3 reagoval podobně:

„Mám náplast, tu si vždycky po třech dnech měním. Potom tady na tu bolest mám, když to fakt hodně bolí, ten prášek pod jazyk a jinak беру i pravidelně léky, co polykám.“ Naordinované léky to byly konkrétně tyto: náplast Dolforin 75 ug/h, perorální lék Sevredol 10 mg a Lunaldin 400 mcg podávaný transmukózně. Participant P4 měl ve zdravotnické dokumentaci naordinovaný perorální Zaldiar 37,5/325 mg a Novalgin 500 mg, náplast Fentanyl 50 ug/h a transmukózní formy léku s názvem Effentora 400 mcg. Zdravotnická dokumentace P5 obsahovala náplast Dolforin 75 ug/h, perorální Ibalgin 400 mg a Paralen 500 mg a dále transmukózní Lunaldin 600 mcg. Participant P2 užívá dle zdravotnické dokumentace perorální Ibalgin 600 mg a Targin 10/5 mg, perorální Algifen gtt., náplast Fentanyl 25 ug/h a transmukózní Lunaldin 600 mcg. Na otázku, kde a kdo léčbu průlomové bolesti participantům navrhnul, odpovídali, že se jednalo o lékaře z oddělení onkologie A v jednom případě to byl také lékař z hospicového zařízení. P2 zmínila: *„Tady na onkologii paní doktorka.“* P3 reagoval podobně: *„To bylo tady na onkologii.“* P5 odpověděl: *„To bylo už v nemocnici, tam to všechno začalo. Potom tady v hospici se to jen doupravilo, aby mi to víc sedlo.“* Z odpovědí dále vyplynulo, že edukace u pacientů byla zajišťována lékaři i sestrami. P5 řekl: *„S panem doktorem jsem se na tom domluvil a sestřička mi potom vysvětlila, jak to mám užívat.“* Obdobně reagoval P4: *„Pan doktor a potom teda i sestra, jak si to mám lepit nebo brát.“* P3 dodal: *„Ukázali mi, i jak se náplast nalepuje. Třeba že se mají střídát místa a před tím mám tu kůži očistit, aby to dobře drželo.“* Participant P2 zmínil: *„No paní doktorka mi řekla co a jak. Jaké možnosti v té léčbě jsou. Vše mi vysvětlila a já jsem se mohla na cokoliv zeptat,“* a doplnil: *„Jinak potom jak si co mám brát, jako že to polykat, to lepit a ty poslední nechat rozpustit, tak to mi řekly sestřičky.“* Mezi možnostmi, jaké participanté využívají pro tišení bolesti bez užití farmak, uvedli aplikaci chladu, využití úlevové polohy nebo změnu polohy a aplikaci tepla. Zároveň však uvedli, že nejlepším způsobem je užití léků, protože výše zmíněné možnosti jsou často nedostačující. P1 přiznal: *„Zkoušel jsem si na to dávat led, ale to moc nepomáhá. Spíš jediné ty léky.“* P2 reagoval takto: *„Maximálně si nějak jinak sednu, ale to je vše. Pomáhají mi ty léky.“* P3 se vyjádřil podobně: *„Snažím se si třeba nějak jinak lehnout nebo sednout. Zkoušel jsem si dávat let na to nebo vlastně i termofor, ale to moc nezabíralo. Ty léky jsou fakt potřeba.“* P4 odpověděl: *„Já si vždycky na tu stranu, kde to mám, lehnu. I sestřičky se divily. Vždycky si prý pacienti lehají spíš na tu zdravou stranu. Ale mě to pomáhá.“* A P5 dodal: *„Když ta bolest není až tak velká, tak mi zabere někdy i když si lehnu na bok nebo se tak jakoby stočím. Když je to ale bolest velká,*

musím si vzít ten prášek navíc.“ Pro další podkategorie v této oblasti byly využity jako doplnění odpovědi sester pečující o zúčastněné pacienty neboli participanty. Z odpovědí vyšlo, že participanti nejvíce bolest projevují verbálně. Dále také změnou polohy, změnou mimiky ve tváři, gestikulací nebo uchopením místa na těle, kde se bolest vyskytuje. V podkategorii zaměřující se na hodnocení průlomové bolesti u těchto participantů byla nejvíce zastoupena vizuální analogová škála, a to u všech pěti participantů. Dále byla také bolest hodnocena jejich verbálním projevem. U otázky, jak participanti aplikaci léčiv zvládají, vyšlo najevo, že některé z forem léků si dokážou aplikovat všichni participanti. S některými léky pomáhá rodina pacientů nebo případně zdravotníci.

4.2.4 Kategorie 4 Zkušenosti pacientů s léčbou transmukózně podávanými opioidy

Kategorie Zkušenosti pacientů s léčbou transmukózně podávanými opioidy byla rozdělena na čtyři podkategorie. V první podkategorii Užívané léky jsou uvedeny konkrétní transmukózní léky, které participanti užívají a řadí se sem dva kódy. Informace k této podkategorii byly získány ze zdravotnické dokumentace participantů. Další podkategorie zahrnuje data, ze kterých lze vyčíst, kdo informace o těchto léčích participantům podal a spadají sem taktéž dva kódy. Získaná data poskytlí sami participanti prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Podkategorie Znalost jiných forem léků se zabývá tím, jestli participanti mají informace i o jiných lékových transmukózních formách léků, mimo ty, které užívají a taktéž se do této podkategorie řadí dva kódy. K této podkategorii byly informace získány z polostrukturovaných rozhovorů s participanty. Poslední podkategorie celkově hodnotila transmukózní podání, a to z pohledu samotných pacientů i prostřednictvím odpovědí pečujících sester, myšleno v souvislosti s péčí o tyto konkrétní zúčastněné pacienty. Do této podkategorie se řadí pět kódů.

Podkategorie Užívané léky

Lunaldin P1/10, P2/10, 23; P3/10; P5/13

Effentora P4/11

Podkategorie Kdo podal informace

Na onkologii P1/48; P2/41; P4/43; P5/45

V hospici P3/44

Podkategorie Znalost jiných forem léků

Neznám P1/48; P2/41; P4/43; P5/45

Vím o sprejích P3/45

Podkategorie Zhodnocení pacientem

Nemusí se polykat P1/51, 52; P4/58; P5/52

Někdy účinek není P1/54, 51, 65

Spokojenost P2/45, 55; P3/61; P4/45; P5/48, 62

Rychlý nástup účinku P3/48; P4/45; P5/51

Celkový tlumící účinek P4/46; P1/42

Z výsledků získaných ze zdravotnické dokumentace jasně vyplynulo, že čtyři participanti užívají lék Lunaldin, tedy sublinguální formu a jeden participant Effentoru, což je bukalní forma opioidů. Na otázku, kdo informace o těchto léčích participantům podal, odpověděl P1: „Na onkologii, tam mi to řekli,“ a dodal, „tam mi to nasazovali.“ P2 uvedl obdobně: „O těch mi řekla paní doktorka tady na onkologii. Před tím jsem to nikdy neslyšela. Zнала jsem jen léky na polykání.“ A také P3 reagoval podobným způsobem: „O těch mi řekl tady pan doktor na onkologii. Před tím jsem je neznal.“ P4 zmínil: „O té tabletě mi řekli tady na onkologii.“ A P4 reagoval: „O těch mi řekl pan doktor tady v hospici.“ Z těchto odpovědí lze vyčíst, že čtyřem participantům byly informace o transmukózní léčbě bolesti podány prostřednictvím onkologických oddělení a jeden participant dostal tyto informace díky hospicové péči. Výsledky dále doložily fakt, že čtyři participanti jiné formy těchto léků, mimo těch, které užívají, neznají a ani jim o nich nikdo neřekl. Pouze P3 uvedl, že ví o sprejích a jeho odpověď zněla: „Myslím, že se pan doktor zmínil ještě o nějakém spreji, ale říkal mi, že tady s tím mají lepší zkušenost.“ Na otázku, zda P3 zmíněný sprej vyzkoušel, se dostalo odpovědi: „Ne, ne.“ P1 reagoval: „Jiné neznám.“ Obdobně reagoval P2: „Ne, o tom mi nikdo nic neříkal.“ A taktéž i P5: „Neznám. Znáám jen tady tu tabletku pod jazyk.“ Poslední

podkategorie hodnotila celkově trans mukózně podávané opioidy. Odpovídali samotní participanti i sestry, které o tyto participanty pečují, a to v souvislosti právě se zmíněnými participanty. Mezi výhody byla uvedena spokojenost, rychlý nástup účinku, a že se tyto léky nemusí polykat. Nevýhody participanti našli v celkově tlumícím účinku a někdy nedostavení se účinku vůbec. Shodně ve všech případech reagovaly i pečující sestry. P1 uvedl: „*Ono to chvíli zabere, usnu, zaspím to, ale jsou momenty, kdy to můžete brát a ono to nezabírá. Ale je dobrý, že se to nemusí polykat, což mně teď moc nejde, takže to je určitě výhoda,*“ a dodal, „*musí se vždycky vystihnout přesně ten moment, kdy to zabere.*“ P2 prozradil: „*Myslím, že je to dobré. Náplast je taky dobrá, ta jede pořád. Ale ta tableta na rozpuštění fakt do deseti minut zabere. Jsem fakt spokojená.*“ P3 reagoval: „*Na tu bolest, jak rychle přichází, je to určitě dobré. Protože ten nástup je fakt rychlý*“ Dále P3 doplnil: „*Naštěstí ale už taky tak nějak vím, čeho se vyvarovat, jaký pohyb nedělat.*“ P4 konstatoval: „*Je to účinný, rychle to zabere, ale je to teda oblbovák.*“ Následně P4 dodal: „*Jako na tu bolest to fakt zabere, musím si ale sednout a myslet na to, že jsem si ten prášek vzal.*“ P5 uvedl: „*Když je ta bolest fakt nesnesitelná, tak vím, že tu tabletku mám k dispozici a že mi fakt zabere,*“ a následně doplnil: „*Jestli mám zhodnotit to podání, tak je to určitě super věc. Zabere to rychle, a navíc nemusím nic polykat. Protože prášků, které polykám, mám fakt hodně.*“

4.2.5 Kategorie 5 Ošetrovatelské diagnózy související s případovou studií

Aktuální:

Oš. dg. Akutní bolest v souvislosti s onkologickým onemocněním projevující se výrazem v obličeji, vyhledáváním úlevové polohy a hlášením intenzity bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P2, P3, P4, P5)

Oš. dg. Chronická bolest v souvislosti s chronickým onemocněním projevující se změnou schopností pokračovat v předchozích aktivitách např. ve sportu a v nakupování a výrazem v obličeji a hlášením intenzity bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P2, P3, P4, P5)

Oš. dg. Zhoršená tělesná pohyblivost v souvislosti s bolestí projevující se diskomfortem, pomalejší reakcí a potížemi při otáčení. (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P2, P3, P4, P5)

Oš. dg. Nespavost v souvislosti s bolestí projevující se nočním buzením, potížemi se spaním a nedostatkem energie. (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P2)

Oš. dg. Porucha polykání v souvislosti s onemocněním ezofageální reflux a s orofaryngeální abnormalitou projevující se neschopností vyprázdnit dutinu ústní, pomalou konzumací jídla a pomalým polykáním (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P4)

Oš. dg. Zhoršený tělesný komfort v souvislosti s onemocněním projevující se pocitem diskomfortu (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P2, P3, P4, P5)

Potenciální:

Oš. dg. Riziko pádu v souvislosti užívání farmak (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P1, P4)

Oš. dg. Riziko nežádoucích reakcí na jodové kontrastní látky v souvislosti s alergií v anamnéze a předchozími nežádoucími účinky jodové kontrastní látky v anamnéze (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P2)

Oš. dg. Riziko alergické reakce v souvislosti s vystavením se alergenům (léky, pyl apod.) (Herman a Kamitsuru eds., 2015). (Oš. dg. vztahující se k participantovi P3, P5)

5 Diskuse

Diplomová práce se zabývá problematikou průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě. Povědomí a znalost o zmíněné problematice je důležitá vzhledem ke stále více stoupajícímu trendu výskytu onkologických onemocnění. Také Kabelka et al. (2011) zmiňuje důležitost znalostí, které se týkají problematiky průlomové bolesti. Důvod je zde uveden ten, že průlomová bolest je součástí komplexní péče při bolestivých stavech, a to především v onkologii (Kabelka et al., 2011). V návaznosti na zmíněné téma byly pro práci vytvořeny tři cíle a k nim tři výzkumné otázky.

V prvním cíli práce a v návaznosti na něj zvolené první výzkumné otázce jsme se zabývali zkušenostmi sester v péči o onkologické pacienty, u nichž se vyskytuje průlomová bolest. Ze získaných dat lze vyčíst, že většina oslovených sester měla doplněné vzdělání se zaměřením na péči o onkologické pacienty. Ve většině těchto případů se jednalo o certifikované kurzy a příkladem byl kurz nazývaný se zkratkou ELNEC. Důležitost vzdělaných sester při poskytování péče o onkologicky nemocné pacienty dokládá i výzkum Kaňové (2013), která uvádí, že 93,61 % oslovených sester považuje vzdělání v paliativní péči za velice důležité a část z nich by také navrhovala jako téma pro další vzdělávání lékařů.

Z našeho výzkumu dále vyplývá, že jako zdroje informací pro pacienty o poskytované péči v daném zařízení sestry nejvíce zmiňovaly praktické lékaře, webové stránky daného zařízení a informační letáky. Dále sestry zmiňovaly, že řada pacientů je také oslovuje prostřednictvím zařízení, ve kterém byl pacient hospitalizován dříve. Informovaností o poskytované péči v souvislosti s hospicovou péčí se zabývala i Laschová (2010), která ve svém výzkumu došla ke zjištění, že zúčastnění respondenti čerpali informace z tiskovin, případně z televize nebo rozhlasu. Internetové stránky zde nevedl žádný z tázaných, avšak důvodem mohlo být, že se ve zmíněném výzkumu jednalo o seniory. Sestry byly dále tázány, jak ony samy vnímají průlomovou bolest. V této oblasti bylo zjištěno, že sestry vnímají průlomovou bolest jako faktor, který zhoršuje kvalitu života, je velkým problémem a je velice důležité správně nastavit léčbu, která může být náročná. Taktéž Zavadová (2012) zmiňuje, že nedostatečně léčená průlomová bolest velmi zhoršuje kvalitu života nemocných i ostatních rodinných příslušníků. Dále také Holubec et al. (2015) zmiňují negativní dopad průlomové bolesti na oblast psychickou, fyzickou, ale i společenskou. V oblasti hodnocení průlomové

bolesti, jsme zjistili, že sestry k hodnocení intenzity průlomové bolesti nejvíce využívají vizuální analogovou škálu neboli zkráceně VAS. Sestry průlomovou bolest hodnotí také dle verbálního projevu pacientů či změny mimiky v pacientově tváři. Berman et al. (2016) zmiňují, že hodnocení bolesti vlastními slovy pacienta je tím nejlepším zhodnocením bolesti, které může sestra využít, a dále také uvádějí, že neverbální hodnocení, jako je např. dle mimiky pacienta, je nedostačující. Hodnocením průlomové bolesti se také zabývala Nosková (2010), která uvedla, že k hodnocení průlomové bolesti slouží VAS a dále záznamy v deníku bolesti. Z našeho výzkumného šetření však vyplynulo, že deníky bolesti k hodnocení průlomové bolesti nevyužívá žádná ze sester. Nosková (2010) dále uvádí, že hodnocení průlomové bolesti musí být zařazeno do každé kontroly pacienta v onkologické léčbě, u kterého je vedena léčba chronické bolesti. S tímto tvrzením se ztotožňují výsledky našeho výzkumu, ve kterém jsme zjistili, že sestry z domácích hospiců hodnotí průlomovou bolest při každé návštěvě pacienta. Celkově sestry uvedly, že minimálně se hodnocení provádí jedenkrát za dvacet čtyři hodin. Jako způsob záznamu hodnocení průlomové bolesti sestry nejčastěji uváděly kombinaci papírového a elektronického záznamu. Část sester také jako záznam uvedla znázornění do předem vytvořeného grafu. Jednalo se např. o sestru S15, která uvedla: *„Bolest zapisujeme do dekurzu v počítači a do grafické křivky v papírech.“* V části, která se zabývá léčbou průlomové bolesti, jsme došli ke zjištění, že nejčastěji se průlomová bolest léčí transdermálními náplastmi nebo injekčními formami léčiv. Velice často sestry uváděly podávání morfinu. Např. S3 uvedla: *„Je to buďto injekční forma nebo transdermální náplasti“*. A S5 doplnila: *„Případně se pak vlastně doplňuje buď nějakýma těma sublinguálníma tabletkama anebo se přechází většinou na morfin.“* Morfin jako nejčastěji používaný lék na průlomovou bolest uvádí i Fricová (2011). Fricová (2011) dále ale také zmiňuje, že léčba průlomové bolesti se v současné době velice zlepšila, a to pomocí tzv. rychlých forem fentanylu. Tyto formy se jinak také nazývají transmukózně podávané opioidy, které zúčastněné sestry v souvislosti s léčbou průlomové bolesti taktéž zmiňovaly. Oblast léčby průlomové bolesti zahrnovala samotnou léčbu této bolesti a dále intervence, které sestry zahajují při tišení bolesti samy bez indikace lékaře. I Berman et al. (2016) mezi sesterské intervence pro tišení průlomové bolesti zahrnují využití nefarmakologických postupů. Většina sester zmínila úlevovou polohu. Dále sestry také zmiňovaly aplikaci tepla nebo chladu. Zároveň se ale většina sester shodla, že v případě průlomové bolesti jsou ve velké části případů tyto intervence nedostačující a bolest musí být následně řešena podáním analgetik. Rustøen

et al. (2012) ve svém výzkumu, kterého se účastnilo 1241 sester z dvanácti zemí včetně České republiky, došli ke zjištění, že 38 % tázaných sester nefarmakologické metody pro tišení průlomové bolesti nevyužívá a zbylých 62 % sester jako nejběžnější metodu uvedlo využití úlevové polohy. Dále 29,4 % sester zmínilo i aplikaci chladu. Využití úlevové polohy, případně aplikaci tepla nebo chladu, zmiňuje ve výsledcích svého výzkumu i Koucká (2014). Koucká (2014) ale stejně jako my v našem výzkumu došla k závěru, že nejvíce je využíváno podání analgetik, dle ordinace lékaře. Z výsledků našeho výzkumu dále vyplynulo, že žádná ze zúčastněných sester neuvedla, v souvislosti se sesterskými intervencemi, sledování nežádoucích účinků léčby průlomové bolesti. Pravidelnou kontrolu analgetické účinnosti, ale i sledování případných nežádoucích účinků léčby bolesti zmiňují Doležal et al. (2004). V oblasti edukace jsme došli ke zjištění, že nejčastěji je využívána metoda vysvětlování v kombinaci s názornou edukací při aplikaci léčiv. Sestry dále v hojném počtu uváděly důležitost opakované edukace. Míčková (2009) zmínila, že správně vedená edukace slouží nejen k předávání informací, ale i ke vzniku důvěry mezi edukantem a edukátorem. Osoby edukátorů si musí uvědomit, že nelze edukanty zahltit najednou velkým množstvím informací. Poskytované informace se musí předávat postupně dle důležitosti a informace také opakovat. Nelze předpokládat, že si edukanti vše zapamatují při prvním rozhovoru. Proto je zde na místě edukaci opakovat (Míčková, 2009). S tímto tvrzením se ztotožňuje i výsledek našeho výzkumu v oblasti edukace. V této oblasti jsme dále došli ke zjištění, že osobou edukátora bývají často lékaři ve spolupráci se sestrami. Dokládá to např. odpověď S15: „*Rozhovorem s lékařem i sestrou, ústní edukace.*“ Oproti tomu osobami edukantů bývají nejčastěji pacienti a zároveň i jejich rodiny. V této souvislosti uvedla např. S11 odpověď: „*Právě hovoří i s pacientem i s tou rodinou, aby věděli, co mají dělat, kdy, jak a tak.*“ Argoff et al. (2014) uvádí, že sestry tráví s pacienty velké množství času a jsou tedy nedílnou součástí procesu edukace pacientů. To platí i pro edukaci o užívání a aplikaci opioidů pro léčbu průlomové bolesti (Argoff et al., 2014). S oblastí edukace souvisí i další oblast zkoumání, a tou je spolupráce rodiny v léčbě průlomové bolesti. Zde bylo zkoumáno, jakým způsobem zasahuje rodina pacienta do jeho léčby. Z výsledků vyplývá, že sestry velice často uváděly důležitost docílení vzájemného pochopení mezi rodinami a pečujícími zdravotníky. Dále jsme také došli ke zjištění, že často se rodinám pacientů při požadavcích na léčbu bolesti vychází vstříc. Důležitost a nezbytnost spolupracující rodiny při léčbě bolesti zmiňuje i Vorlíček et al. (2011). Dále bylo

prostřednictvím odpovědí sester zkoumáno, jaký postup je volen v jejich zařízení při nedostatečném tišení průlomové bolesti u pacientů. Nadpoloviční většina sester uvedla, že takovýto postup není třeba. V zařízení, ve kterém péči poskytují, se daří bolest léčit vlastními prostředky a silami prostřednictvím svých erudovaných lékařů. Jako příklad je uvedena odpověď S2: „*Naši lékaři jsou vlastně, tím že to jsou paliatři, tak v rámci tady toho oni jako řekla bych že, ten náš primář, že má hodně velkou erudici v tomhle.*“ Více než polovina sester ale také připustila, že pokud by byl nějaký další postup nutný, jednalo by se o konzultaci s ambulancí léčby bolesti. S tímto zjištěním souvisí i další oblast, kterou je spolupráce s institucemi zabývajícími se léčbou průlomové bolesti. I zde sestry nejčastěji uváděly právě ambulance léčby bolesti. Procházka (2016) zmiňuje možnost konzultace o léčbě bolesti s některou z ambulančí bolesti, ale zároveň zdůrazňuje, že se má takto jednat pouze v případech, kdy nastavená léčba ošetřujícím lékařem je i po využití více možností nedostačující. S tímto tvrzením se ztotožňuje i výsledek našeho předmětu zkoumání, kdy sestry nejčastěji uváděly, že ve většině případů, není nutnost takovéto spolupráce z důvodu, že lékaři v jejich zařízení léčbu průlomové bolesti nastavují dostatečně. Součástí tohoto cíle bylo i zkoumání transmukózního podávání opioidů. Kalčíková et al. (2014) uvádí, že ještě donedávna byla jedinou záchranou medikací při náhlé a nepředvídatelné bolesti možnost užití morfinových preparátů. Nyní tomu ale už tak není, díky vstupu transmukózně podávaných opioidů na trh (Kalčíková et al., 2014). Taktéž Rustøen et al. (2012) ve svém výzkumu zjistili, že 69,5 % tázaných sester na léčbu průlomové bolesti využívá morfinové preparáty, vždy samozřejmě po předchozí ordinaci lékaře. Ve zmíněném výzkumu uvedlo dále 16,2 % sester využívání intranasálního fentanylu a 42,1 % sester používá transmukózního fentanylu podávaného orální cestou (Rustøen et al., 2012). V našem výzkumu pouze jedna sestra uvedla, že s touto formou léčiv se zatím neseetkala. Mezi konkrétní formy užívaných transmukózních opioidů sestry nejčastěji uváděly sublinguální tablety. Jednalo se dokonce o dvě třetiny dotazovaných sester. Pouze v jednom případě jsme došli ke zjištění, že nejčastěji využívaným transmukózním opioidem je nasální forma. Oproti tomu Zeppetella a Ribeiro (2003) mezi nejčastěji užívanými uvádějí bukalní tablety a nosní spreje. Sestry ale také v řadě případů uvedly, že často jsou v zařízeních, ve kterých pracují, transmukózní formy opioidů nahrazovány tzv. postaru, a to již zmíněnými morfinovými preparáty. Dokládá to například odpověď S2: „*Když s tím přijdou z onkologie, tak v tom třeba pokračují, že jim to i naši doktoři normálně napíší do jejich medikace, ale většinou jim k tomu*

přidají už ten Morfin, většinou. Neříkám, že vždycky, jo. Ale většinou to tak je. A dodala: „Přeci jenom ty transmukolytika nejsou tak silný, jako klasickéj morfin.“ Ve výzkumu Jandhyaly et al. (2013) vyšlo zjištění, že morfin podávaný perorálně měl pouze o něco lepší účinnost než podávání placebo (56 %). Tohoto výsledku dosáhl také Rivera et al. (2014) v jejich výzkumu, který zkoumal účinnost sublinguálního fentanylu oproti perorálnímu morfinu. Výzkum probíhal ve Španělsku a zúčastnilo se jej 40 onkologických pacientů s průlomovou bolestí. Rychlejší úleva v případě sublinguálního fentanylu se dostavila u všech pacientů. Na otázku zabývající se spokojeností pacientů s tímto způsobem léčby sestry ale ve většině případů odpověděly, že pokud pacienti transmukózně podávané opioidy užívají, jsou s nimi spokojeni. Jedna ze sester S12 zmínila, že se setkává s reakcí pacientů takovou: *„Co je trápí jako víc bych řekla, že ta tabletky je zatavená v platičku, které jde špatně rozdělat, jo, takže většinou se nás ptají třeba, jak se do toho dostat nebo jak se ta tabletky rozdělává.“* Holubec et al. (2015) však vidí výhodu transmukózního podání ve způsobu aplikace, kterou nemocný zvládne sám. Sestra S9 uvedla počáteční nedůvěru k těmto formám léků a vyjádřila se takto: *„No samozřejmě je tam nedůvěra na počátku a někteří to opravdu odmítnou, protože věří jenom injekci nebo práškům.“* A dodala: *„Jelikož jsme generace, která opravdu je zvyklá prášek nebo injekce, tak tam si člověk musí udělat pořádek v hlavě, že i toto podání je vlastně to správný.“* Martínková et al. (2018) ve své publikaci uvádějí, že transmukózní absorpce léčiv, v tomto případě léčiv na bolest, má celou řadu výhod, mezi které patří rychlejší nástup a vyšší intenzita analgetického účinku. S tímto názorem se dále odpovědi zúčastněných sester shodují, protože jako výhody transmukózního podání nejčastěji uvedly rychlost nástupu účinku, aplikaci mimo zažívací trakt a dále nebolestivou aplikaci. V části, která se zaměřuje na distribuci léků pacientům, jsme došli ke zjištění, že se nejčastěji jedná o kombinaci předepisování léků na recept s poskytováním vlastních léčiv daného zařízení, kdy se však daná zařízení snaží pacientům vše co nejvíc ulehčovat, a mají tedy i snahu jim všechny léky dodávat. Martínková et al. (2018) uvádějí, že předpis opioidů se musí shodovat se zákony k tomu určenými a předpis může být vystaven pouze na recept s modrým pruhem. V této souvislosti např. S1 uvedla: *„Recepty, normálně opiátovej pruh a to si jdou vybrat. Stejně jako ten Lunaldin, Effentoru, na všechno recepty.“* Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem jsou pacienti poučeni o nakládání se zbylým materiálem a konkrétně byla myšlena likvidace zbytků opioidů. Sestry nejčastěji uváděly, že pacienti nebo jejich rodiny, pokud se tedy jejich léčba odehrává v jejich domácím prostředí, jsou poučeni

o ukládání těchto zbytků do kontejnerů na ostrý materiál. Tyto kontejnery jim dodávají pečující sestry, které poté zajišťují i jejich sběr a následnou likvidaci. Některé sestry také zmiňovaly, že pacienti poučují o navrácení zbytků opioidů do lékárny. V této souvislosti se však např. sestra S7 prostřednictvím svých pacientů setkává s negativní reakcí pracovníků lékáren. S7 uvedla tuto odpověď: „*Mají alespoň ode mě informaci, že by měli ten zbytek té náplasti vždycky dát zpátky do obalu a odnést to do lékárny.*“ K tomu ale S7 doplnila: „*Někteří pak říkají, že to do lékárny nesli a že to tam nikdo od nich nevezal.*“ Oproti tomu přímo příbalová informace např. u transdermální formy fentanylu uvádí, že tyto použité opioidové náplasti by měly být navráceny zpět do lékárny (SÚKL, 2011).

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, jaké zkušenosti s průlomovou bolestí mají přímo onkologičtí pacienti. Z odpovědí jednotlivých pacientů v kombinaci s informacemi z jejich zdravotnické dokumentace jsme došli ke zjištění, že se jednalo o pacienty ve věku od 37 do 72 let. Ve většině případů to byli muži, ženské pohlaví zde bylo zastoupeno pouze jednou. Jednalo se o tři seniory ve starobním důchodu a o dva participanty, kteří uvedli, že jsou zaměstnaní, v době výzkumu ale byli v pracovní neschopnosti. Všichni zúčastnění pacienti žili v dobrém rodinném zázemí. Z jejich zdravotnické dokumentace a z jejich odpovědí bylo zjištěno, že u dvou participantů nebyla zjištěna žádná alergie, ale další participant uvedl, že má alergii na Novalgin. Novalgin je lék na tlumení bolesti, a proto je velice důležité, v případě ordinování léků na průlomovou bolest, o této předchozí alergické reakci vědět. Z výsledků dále vyplývá, že každý z participantů se léčí s jiným onkologickým onemocněním a první příznaky těchto onemocnění se objevily nejčastěji do jednoho roku před sběrem dat pro výzkum. Pouze jeden participant uvedl, že šlo o náhodný nález tumoru při vyšetřování jiných potíží. Z výsledků jsme dále došli k zjištění, že čtyři z pěti respondentů mají jako další diagnózu v anamnéze uvedenu arteriální hypertenzi. Toto zjištění nesouvisí s průlomovou bolestí, je ale velice zajímavé, že i v tom výzkumu se potvrdila skutečnost, že arteriální hypertenze se řadí mezi nejčastější příčiny morbidit v České republice, kterou uvádí i Trojanová (2017) ve své práci. V oblasti lokalizace průlomové bolesti všichni participanti zmiňovali návaznost na jejich onkologické onemocnění. Václavková (2013) ve svém výzkumu došla ke zjištění, že nejčastěji je průlomová bolest u pacientů vyvolána pohybem nebo případně změnou polohy. Z našeho výzkumu vyšlo totožné zjištění, a to takové, že u všech pěti oslovených pacientů se průlomová

bolest vyskytuje po předchozím větším pohybu. Dokládá to například odpověď P3: „Bolesti mám, když se začnu nějak víc hýbat. Při tom větším pohybu to fakt hodně bolí.“

V oblasti, ve které pacienti hodnotili dopad průlomové bolesti na vlastní život, jsme došli k závěru, že průlomová bolest je pro pacienty velkým omezením v jejich dosavadním životě. Václavková (2013) ve svém výzkumu také došla ke zjištění, že u většiny účastníků (77 %) jejího výzkumu negativně ovlivňuje průlomová bolest jejich život. Mezi dopady Václavková (2013) uvádí neschopnost vykonávat běžné domácí práce nebo péči o rodinu. Také Brant et al. (2017) uvádějí, že průlomová bolest významně ovlivňuje aktivitu pacientů a velmi přispívá ke zhoršení jejich kvality života. Dále bylo předmětem zkoumání, jaké léky na bolest pacienti užívají. Všichni pacienti měli ve farmakologické anamnéze uvedenou nějakou z transdermálních opioidových náplastí. Dále také perorální analgetika či opioidy, které užívali i ve formě transmukózní. Aplikaci transdermálních náplastí při léčbě průlomové bolesti ve své práci uvádí také Blažková (2010). V našem výzkumu byla léčba bolesti pacientům nejčastěji nabídnuta lékaři v rámci onkologických oddělení. Tito lékaři se také zasloužili o edukovanost zmíněných pacientů ve spolupráci s pečujícími sestrami. Toto zjištění dokládá fakt, že lékaři tvoří společně se sestrami spolupracující tým, který je v péči o pacienty důležitým faktorem. To zjištění zmiňuje i Kulichová (2007) ve své práci. Mezi způsoby tišení bolesti bez užití farmak pacienty v našem výzkumu ve shodném počtu uvedli aplikaci chladu, změnu polohy nebo zaujetí úlevové polohy. Jeden pacient uvedli i aplikaci tepla. Ovšem čtyři z pěti pacientů přiznali, že většinou se bolest podaří zmírnit až po podání léků na bolest. Ke zjištění zkušeností onkologických pacientů s průlomovou bolestí byly dále nápomocny i pečující sestry. Sestry, které pečují o pět pacientů, kteří se účastnili výzkumu, uvedly, že u všech těchto pacientů se bolest hodnotí pomocí VAS a dále také z jejich verbálního hodnocení. Nosková (2010) také uvedla, že nejčastěji je průlomová bolest hodnocena pomocí VAS. Dále jsme se sester ptali, jak dotyční pacienti bolest projevují. Zde jsme došli ke zjištění, že všichni pacienti projevují svoji bolest verbálně. Dále změnou mimiky, gestikulací nebo se pacienti drží místa bolesti na svém těle. Taktéž Holoubková (2007) ve své práci uvádí, že mimo verbálního projevu je důležité si všimnout i projevů neverbálních, které jsou velmi často nepřehlédnutelné. Ke druhému zvolenému cíli bylo ještě zkoumáno, jestli pacienti zvládají aplikaci léčiv na bolest sami nebo jestli jim aplikaci zajišťuje rodina nebo zdravotníci. Zde jsme došli ke zjištění, že aplikaci léčiv jsou schopni zvládat i samotní pacienti. Např. perorální analgetika jim nedělají žádný problém, ale pomoc

potřebují u nalepení transdermální náplasti. Toto je u nich zajišťováno rodinou nebo zdravotníky.

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s léčbou průlomové bolesti pomocí transmukózních opioidů. Čtyři z pěti pacientů uvedli a důkazem byla i jejich zdravotnická dokumentace, že užívají sublinguální tabletu Lunaldin. Pátý pacient měl ve své farmakologické anamnéze bukalní tabletu Effentoru. Informace o těchto lécích poskytli pacientům lékaři nejčastěji na oddělení onkologie. Pacienti dále také uvedli, že jiné formy transmukózních opioidů mimo ty, které užívají, neznají. V závěru rozhovorů byli pacienti tázáni, jak by oni zhodnotili transmukózně podávané opioidy. Také pečujících sester jsme se zeptali, jak hodnotí transmukózní opioidy v souvislosti s danými pacienty. Ve všech případech došlo ke shodě odpovědí. Pacienti i sestry uvedli spokojenost, výhodu, že se tablety nemusí polykat a rychlý nástup účinku. Transmukózními fentanyly se zabývali i Zeppetella a Ribeiro (2006), kteří zkoumali účinnost těchto léků. Jejich výzkumu se účastnilo 393 participantů s onkologickým onemocněním s průlomovou bolestí. Z výsledků v tomto případě vyplynulo, že se jedná o efektivní formu léčby (Zeppetella a Ribeiro, 2006). Byl to tedy stejný výsledek jako v našem případě. Jeden pacient z našeho výzkumu ale dodal, že ne vždy je účinek dostačující a že někdy dochází k celkovému útlumu organismu. S posledním tvrzením se ztotožnil i jeden další pacient.

Z těchto výsledků je patrné, že cíle práce byly naplněny. Celkově lze z výsledků výzkumu vyčíst, že průlomová bolest je velkým problémem pro samotné pacienty, jejich rodiny, ale i pro pečující personál. Dále jsme došli ke zjištění, že ve většině případů se daří léčbu nastavit díky erudovanosti lékařů z daného zařízení. Z výsledků dále také vyplývá, že i v dnešní pokrokové době celá řada zdravotníků dává více přednost zakotveným metodám pro léčbu průlomové bolesti před moderními formami, kterými jsou transmukózně podávané opioidy. Přesto, že jsou s těmito moderními metodami oslovení pacienti spokojeni. Zjistit, proč tomu tak je a jaké důvody k upřednostnění starších forem léčby průlomové bolesti zdravotníci mají, by mohlo být dalším námětem pro výzkumná šetření.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou průlomové bolesti u pacientů v onkologické léčbě. Důležitost zkoumání této problematiky potvrhuje fakt, že diagnostikování onkologických onemocnění je stále častější.

Pro výzkumnou část byly zvoleny tři cíle a k nim tři výzkumné otázky. Cílem práce bylo popsat, jaké zkušenosti mají sestry v péči o onkologické pacienty, u nichž se vyskytuje průlomová bolest. Dále popsat, jaké zkušenosti s průlomovou bolestí mají samotní pacienti v onkologické léčbě a jaké jsou jejich zkušenosti s transkukózně podávanými opioidy. Všechny zvolené cíle byly naplněny.

Ze získaných dat vyplynulo, že průlomová bolest je pro pacienty i jejich rodiny velkým problémem. Toto zjištění dokazují odpovědi sester i samotných pacientů. Dále bylo zjištěno, že sestry, které pečují o onkologické pacienty s průlomovou bolestí, dosáhly vzdělání k tomu určené a vzdělání si i nadále prohlubují. Zjistili jsme také, že ve většině případů se daří průlomovou bolest zvládat pomocí léčby nastavené lékaři ze samotných zařízení, a není proto většinou důvod ke konzultaci s lékaři z ambulancí léčby bolesti. Z výsledků také vyplynulo, že mezi intervence, které sestry vykonávají pro tišení bolesti u onkologických pacientů, se nejčastěji řadí úlevová poloha nebo aplikace chladu či tepla. Ve většině případů se však sestry i zúčastnění pacienti shodují, že na průlomovou bolest jsou nejúčinnější farmaka. V oblasti sesterských intervencí bylo dále zjištěno, že žádná z dotazovaných sester nezmínila sledování nežádoucích účinků opioidů, což je velmi důležité. Proto by se další výzkumná šetření mohla touto problematikou více zabývat. Dále jsme došli ke zjištění, že i přes spokojenost pacientů s transkukózně podávanými opioidy, jsou velice často tyto formy léků nahrazovány staršími formami opioidů, jako je např. morfin. Právě toto zjištění by mohlo být námětem pro další výzkumná šetření, která by se mohla zajímat, proč tomu tak je a jaké důvody k upřednostňování starších forem opioidů zdravotníci mají.

Výsledky výzkumného šetření lze považovat za přínosné pro všechny, kteří si chtějí přečíst informace o problematice průlomové bolesti z pohledu pečujících sester i samotných pacientů v onkologické léčbě.

7 Seznam literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, J., 2012. Léčba zářením. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 100-118. ISBN 978-80-247-3742-3.
2. ABRAHÁMOVÁ, J., 2018. Bolest a karcinom prsu. *Bolest*. 21(3), 93-101. ISSN 1212-0634.
3. ADAM, Z. et al., 2012. Příčiny vzniku (etiologie) nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 33-52. ISBN 978-80-247-3742-3.
4. ALUŠÍKOVÁ, M. et al. (eds.), 2017. Anestezie a analgezie u císařského řezu. *Farmakologické informace*. 11(4), 1-4. ISSN 1211-0647.
5. ARGOFF, CH. E. et al., 2014. Management of opioid-induced constipation. *Journal of Family Practice*. 64(12), 4-9. ISSN 0094-3509.
6. BEJVANČICKÝ, Š., BEJVANČICKÁ, P., 2015. Léčba chronické a průlomové bolesti u nádorového onemocnění slinivky. *Onkologie*. 9(5), 248–250. ISSN 1802-4475.
7. BERMAN, A. et al., 2016. *Skills in clinical nursing*. Australia: National Library of Australia, 682 p. ISBN 978-14-860-1197-1.
8. BLAŽKOVÁ, M., 2010. *Léčba bolesti u nádorových onemocnění*. Praha. Diplomová práce. FF UK.
9. BRANT, J. M. et al., 2017. Breakthrough Cancer Pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21(3), 71-80. doi: 10.1188/17.CJON.S3.71-80.
10. BREDENBERG, S. et al., 2003. In vitro and in vivo evaluation of a new sublingual tablet system for rapid oromucosal absorption using fentanyl citrate as the active substance. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 20(3), 327-334. doi: 10.1016/j.ejps.2003.07.002.
11. BREITKREUTZ, J., BOOS, J., 2007. Paediatric and geriatric drug delivery. *Expert Opinion Drug Delivery*. 4(1), 37-45. doi: 10.1517/17425247.4.1.37.

12. BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
13. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
14. CHOU, R., 2009 Clinical guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: what are the key messages for clinical practice? *Pol Arch Med Wewn.* 119(1), 469-477. ISSN neuvedeno.
15. CHRISTRUP, L. L. et al., 2008. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third-molar extraction. *Clinical Therapeutics.* 30(3), 469-481. doi: 10.1016/j.clinthera.2008.03.001.
16. CIBULA, D. et al., 2009. *Onkogynekologie.* Praha: Grada. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
17. ČESKO, 1998. Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* Částka 57, 6770-6800 s. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html
18. DALE, O. et al., 2002. Nasal administration of opioids for pain management in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 46(7), 759-770. doi: 10.1034/j.1399-6576.2002.460702.x.
19. DAVIES, A., 2006. *Cancer Related Breakthrough Pain by Edited by Andrew Davies.* Oxford Pain Management Library: Oxford University Press. 128 p. ISBN 978-01-992-1567-6.
20. DOLEŽAL, T. et al., 2004. Farmakoterapie nádorové bolesti. *Remedia.* 14(1), 69-74. ISSN 0862-8947.
21. DOLEŽAL, T., HAKL, M., 2011. Racionální volba silných opioidů – farmakologický a klinický pohled. *Farmakoterapie.* 7(1), 37-41. ISSN 1801-1209.

22. DUŠEK, L. et al., 2014. Současný stav a budoucí vývoj epidemiologické zátěže české populace zhoubnými nádory. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 1-17. ISBN 978-80-247-4284-7.
23. DUŠOVÁ, B., 2007. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ZSF. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.
24. ELSNER, F. et al., 2011. Newer generation fentanyl transmucosal products for breakthrough pain in opioid-tolerant cancer patients. *Clinical Drug Investigation*. 31(9), 605-618. doi: 10.2165/11592910-000000000-00000.
25. FEIXOVÁ, D., 2016. Léčba bolesti. In: BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 207-216. ISBN 978-80-247-4343-1.
26. FIALA, V., 2010. Odborné sympóziu Léčba průlomové bolesti. *Československé dialogy o bolesti*. Olomouc. ISSN neuvedeno.
27. FINE, P. G. et al., 2009. Long-acting opioids and short-acting opioids: appropriate use in chronic pain management. *Pain Medicine*. 10(2), 79-88. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00666.x.
28. FRICOVÁ, J., 2011. Současné možnosti léčby průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Remedia*. 21(1), 14-19. ISSN 0862-8947.
29. FRICOVÁ, J., SLÍVA, J., 2011. Sublinguální fentanyl – nová forma opioidu pro léčbu průlomové bolesti. *Farmakoterapie*. 7(1), 19-23. ISSN 1801-1209.
30. FRICOVÁ, J., 2012. Intranazální fentanyl. *Bolest*. 15(3), 108-112. ISSN 1212-0634.
31. FRICOVÁ, J., 2013. Léčba průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Bolest*. 16(3), 111-114. ISSN 1212-0634.
32. FRICOVÁ, J., 2014. Bukální tablety fentanylu v léčbě průlomové bolesti. *Bolest*. 17(2), 47-50. ISSN 1212-0634.
33. GAJZIOK, J., VETCHÝ, D., 2016. Dutina ústní jako aplikační místo pro přívod léčiva do organismu. *Praktické lékařství*. 12(2), 63-65. ISSN 1801-2434.

34. GURKOVÁ, E., 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc. Studijní text. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5627-0.
35. HAUGEN, D. F. et al., 2010. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. *Pain*. 149(3), 476–482. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.035.
36. HAKL, M., 2013. Dělení a hodnocení bolesti. In: HAKL, M. et al. *Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. Doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, s. 31-36. ISBN 978-80-204-2902-5.
37. HAKL, M., ŠEVČÍK, P., 2013. Onkologická bolest. In: HAKL, M. et al. *Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. Doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, s. 214-225. ISBN 978-80-204-2902-5.
38. HERDMAN, T. H. (ed.), 2009. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009- 2011*. Praha: Grada, 480s. ISBN 978-80-247-3423-1.
39. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. (eds.), 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
40. HOLOUBKOVÁ, J., 2007. *Centra pro léčbu bolesti*. Praha. Diplomová práce. LF UK.
41. HOLUBEC, L., et al., 2015. Postavení sublingválního fentanylu (Lunaldin®) v klinické praxi. *Onkologie*. 9(2), 93-95. ISSN 1802-4475.
42. HUDÁČKOVÁ, A., 2014. Vyhodnocení – 5. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 123-134. ISBN 978-80-7387-785-9.
43. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2853-7.
44. JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.

45. JANDHYALA, R. et al., (2013). Efficacy of rapid-onset oral fentanyl formulations vs. oral morphine for cancer-related breakthrough pain: A meta-analysis of comparative trials. *Journal of Pain and Symptom Management*. 46(4), 573–580. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.09.009.
46. KABELKA, L. et al., 2011. Doporučený postup pro léčbu průlomové nádorové bolesti. *Bolest*. 14(1), 1-5. ISSN 1212-0634.
47. KALČÍKOVÁ, M. et al., 2014. 19. ročník sympózia Onkologie v gynekologii a mammalogii. *Česká onkologická společnost*. Černá Hora. ISSN neuvedeno.
48. KAŇOVÁ, M., 2013. *Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
49. KOUCKÁ, L., 2014. *Akutní bolest jako téma ošetrovatelské péče*. Liberec. Bakalářská práce. FZS TU.
50. KREJČÍ, M. et al., 2012. Protinádorová farmakologická léčba. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 119-158. ISBN 978-80-247-3742-3.
51. KRŠIAK, M., FRICOVÁ, J., 2017. Farmakoterapie bolesti. In: ROKYTA, R. et al. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, s. 60-77. ISBN 978-80-271-0312-6.
52. KULICHOVÁ, B., 2007. *Vztah lékaře a sestry*. Praha. Diplomová práce. LF UK.
53. LASCHOVÁ, D., 2010. *Paliativní a hospicová péče*. České Budějovice. Diplomová práce. TF JU.
54. LEJČKO, J., 2009. Přehled opioidních analgetik. *Praktické lékárenství*. 5(4), 172-175. ISSN 1801-2434.
55. LEJČKO, J., 2018. Současné možnosti léčby nádorové bolesti. *Urologie pro praxi*. 19(2), 76-80. ISSN 1213-1768.
56. LISTER, N. et al., 2011. Pharmacokinetics, safety, and tolerability of ascending doses of sublingual fentanyl, with and without naltrexone, in Japanese subjects. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 51(8), 1195-1204. doi: 10.1177/0091270010379410.

57. MAREŠ, J., 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*. 65(2), 113-142. ISSN 2336-2189.
58. MARKOVÁ, A. et al., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 155 s. ISBN 978-80-805809-4-7.
59. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
60. MATEK, J., 2014. Multidisciplinární přístup k onkologicky nemocným a personalizovaná cílená léčba v onkologii (patient tailored therapy) In: KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 101-104. ISBN 978-80-247-4284-7.
61. MERCADANTE, S. et al., 2002. Episodic (breathrough) pain: Consensus conference of an Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Cancer*. 94(3), 832–839. doi: 10.1002/cncr.10249.
62. MERCADANTE, S. et al., 2004. Optimization of opioid therapy for preventing incident pain associated with bone metastases. *Journal of Pain and Symptom Manage*. 28(5), 505-10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.02.024.
63. MÍČKOVÁ, I., 2009. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 19(9), 44. ISSN 1210-0404.
64. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2013. *Český lékopis 2009 – Doplněk 2013*. Praha: Grada. 1168 s. ISBN 978-80-247-4679-1.
65. MUNDEN, J. et al. (eds.), 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
66. NAVE, R. et al., 2009. Pharmacokinetics of intranasal fentanyl spray (INFS) in subjects with common cold. *European Journal of Pain*. 13(1), 207-208. doi: 10.1016/S1090-3801(09)60722-9.

67. NOLTE, T. et al., 2009. Efficacy and tolerability of intranasal fentanyl spray 50 to 200 microg for breakthrough pain in patients with cancer. *Clinical Therapeutics*. 31(6), 1177-1191. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.05.022.
68. NOSKOVÁ, P., 2010. Průlomová bolest a její léčba. *Interní medicína pro praxi*. 12(10), 482-486. ISSN 1803-5256.
69. NOVÝ, F., 2017. *Hormonální léčba*. [online]. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/farmakoterapie/hormonalni-lecba-1/>
70. ODRÁŽKA, K. et al., 2014. Radioterapie a protonová léčba. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 105-116. ISBN 978-80-247-4284-7.
71. OPAVSKÝ, J., 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. 398 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
72. PETRUŽELKA, L., 2014. Cílená biologická léčba solidních nádorů. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 123-128. ISBN 978-80-247-4284-7.
73. POCHOP, L., 2015. Léčba bolesti u onkologických pacientů se zaměřením na průlomovou bolest. *Onkologie*. 9(5), 239-241. ISSN neuvedeno.
74. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
75. PORTENOY, R. K., HAGEN, N. A., 1990. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*. 41(3), 273-281. doi:10.1016/0304-3959(90)90004-w.
76. PREIS, M. et al., 2013. Oromucosal film preparations: classification and characterization methods. *Expert Opinion on Drug Delivery*. 10(9), 1303-1317. doi: 10.1517/17425247.2013.804058.
77. PROCHÁZKA, J., 2016. Jaké jsou současné možnosti ambulance bolesti a kdy tam posílat pacienty? *Medicína pro praxi*. 13(3), 106-111. ISSN 1214-8687.
78. PRZEKOP, P. 2018. *Vítězství nad chronickou bolestí: inovativní přístup k mysli a tělu*. České vydání. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-137-6.

79. *Příbalová informace: informace pro uživatele (fentanylum)*, 2011. [online]. SÚKL. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/download/pil/PI21379.pdf>
80. REPKO, M., NEUBAUER, J., 2010. Kyfoplastika a vertebroplastika v léčbě osteoporotických obratlových zlomenin. *Medicína po promoci*. ISSN neuvedeno.
81. RIPAMONTI, C., et al., 2007. Decreases in pain at rest and movement-related pain during zoledronic acid treatment in patients with bone metastases due to breast or prostate cancer: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*. 15(10) 1177–1184. doi: 10.1007/s00520-007-0230-2.
82. RIVERA, I. V. et al., 2014. Efficacy of Sublingual Fentanyl vs. Oral Morphine for Cancer-Related Breakthrough Pain. *Advances in Therapy*. 31(1), 107-117. doi: 10.1007/s12325-013-0086-4.
83. ROKYTA, R., KOZÁK, J., 2016. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti. *Bolest*. 19(1), 22-28. ISSN neuvedeno.
84. ROKYTA, R. et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
85. RUSTØEN, T. et al., 2012. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17(1), 95-100. doi: doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.005.
86. RYCHLÍČKOVÁ, J., 2015. Koanalgetika – správná volba a indikace. *Praktické lékařství*. 11(3), 93-95. ISSN 1801-2434.
87. RYŠKA, P. et al., 2011. Použití perkutánní vertebroplastiky u pacientů s mnohočetným myelomem – zkušenosti jednoho centra. *Onkologie*. 5(3), 155-159. ISSN 1802-4475.
88. SAUNDERS, C., 1964. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers Journal*. 4, 68-73. ISBN neuvedeno.
89. SEDLÁROVÁ, K., 2015. Hospicová péče v ČR. In: TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, s. 38-44. ISBN 978-80-246-2941-4.

90. SLÁMA, O., 2011. Klinický obraz a současné možnosti léčby průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Onkologie*. 5(2), 87-90. ISSN 1803-5345.
91. SLÁMA, O. et al., 2011. Epidemiologie a léčba průlomové bolesti u onkologických pacientů v ČR. Výsledky výzkumného projektu PARMA. Část 1. Prevalence a klinické charakteristiky průlomové bolesti. *Bolest*. 14(1), 158-160. ISSN 1212-0643.
92. SLÁMA, O. et al., 2012. Nádorová bolest. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 190-217. ISBN 978-80-247-3742-3.
93. SLÁMA, O., 2013. Léčba průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Klinická onkologie*. 26(3), 191-194. doi: 10.14735/amko2013191.
94. SMYTH, C. E. et al., 2014. Neuraxial analgesia in refractory malignant pain. *Canadian Journal of Anesthesia*. 61(2), 141-153. doi: 10.1007/s12630-013-0075-8.
95. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
96. ŠEVČÍK, P. et al., © 2002. *Doporučené postupy pro praktické lékaře: onkologická bolest – diagnostika* [online]. MZ ČR a Česká evangelická společnost Jana Evangelisty Purkyně. ISSN 1802-1891. Dostupné z: <https://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>
97. ŠUBRT, Z., 2015. Onkochirurgie. In: FERKO, A. (eds). *Chirurgie v kostce*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, s. 174-178. ISBN 978-80-247-1005-1.
98. ŠUSTKOVÁ, M., 2018. Závislost na návykových látkách. In: ŠVIHOVEC, J et al. (eds). *Farmakologie*. Praha: Grada, s. 141- 176. ISBN 978-80-247-5558-8.
99. TESAŘOVÁ, P., 2014. Chemoterapie. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 116-123. ISBN 978-80-247-4284-7.

100. TÓHTOVÁ, V., 2014a. Konspekt ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 13-36. ISBN 978-80-7387-785-9.
101. TÓHTOVÁ, V., 2014b. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta – 1. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 37-62. ISBN 978-80-7387-785-9.
102. TÓHTOVÁ, V., 2014c. Diagnostika – 2. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 63-88. ISBN 978-80-7387-785-9.
103. TÓHTOVÁ, V., 2014d. Plánování – 3. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 89-106. ISBN 978-80-7387-785-9.
104. TÓHTOVÁ, V., 2014e. Realizace – 4. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓHTOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 107-122. ISBN 978-80-7387-785-9.
105. TOMEŠ, I., 2015. Vývoj pojmů a pojetí. In: TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, s. 11-21. ISBN 978-80-246-2941-4.
106. TROJANOVÁ, V., 2017. *Povědomí o rizicích vzniku hypertenze u lidí zvolených věkových skupin*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
107. VÁCLAVKOVÁ, A., 2013. *Hodnocení průlomové bolesti u onkologicky nemocných pacientů*. Pardubice. Diplomová práce. FZS UP.
108. VANNEMAN, M., DRANOFF G., 2012. Combining immunotherapy and targeted therapies in cancer treatment. *Nature Reviews Cancer*. 12(4), 237-251. doi: 10.1038/nrc3237.
109. VONDRÁČKOVÁ, D., 2009. Průlomová bolest - klinický obraz a léčení. *Neurologie pro praxi*. 10(5), 310-313. ISSN 1213-1814.

110. VORLÍČEK, J. et al., 2009. *Onkoprevence pro Českou republiku*. [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/#kvar>
111. VORLÍČEK, J., et al., 2011. *Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí*. [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/>
112. VORLÍČEK, J. et al., 2012. Obecné principy léčby a její plánování. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 70-81. ISBN 978-80-247-3742-3.
113. WALICOVÁ, V., GAJDZIOK, J., 2016. Orální filmy jako perspektivní léková forma. *Česká a slovenská farmacie*. 65(1) 15-21. ISSN 1210-7816.
114. WEBSTER, L. R. et al., 2013. Fentanyl Buccal Tablet Compared with Immediate-Release Oxycodone for the Management of Breakthrough Pain in Opioid-Tolerant Patients with Chronic Cancer and Noncancer Pain: A Randomized, Double-Blind, Crossover Study Followed by a 12-Week Open-Label Phase to Evaluate Patient Outcomes. *Pain Medicine* 14(9), 1332-1345. doi: 10.1111/pme.12184.
115. WÖROSÖVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada, s. 208. ISBN 978-80-247-5538-0.
116. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
117. ZÁVADOVÁ, I., SLÁMA, O., 2012. Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti. *Postgraduální medicína*. 14(4), 431-439. ISSN 1212-4184.
118. ZÁVADOVÁ, I., HEGMONOVÁ, E., 2017. Léčba bolesti u umírajících pacientů. *Bolest*. 20(2), 76-79. ISSN 1212-0634.

119. ZEPPELELLA, G., RIBEIRO M. D. C., 2003. Pharmacotherapy of cancer – related episodic pain. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 4(4), 493-502. doi: 10.1517/14656566.4.4.493.
120. ZEPPELELLA, G., RIBEIRO, M. D. C., 2006. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 8(1), 100-115. doi: 10.1002/14651858.CD004311.pub2.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Vizuální analogová škála, numerická škála

Příloha 2 Dotazník průlomové bolesti

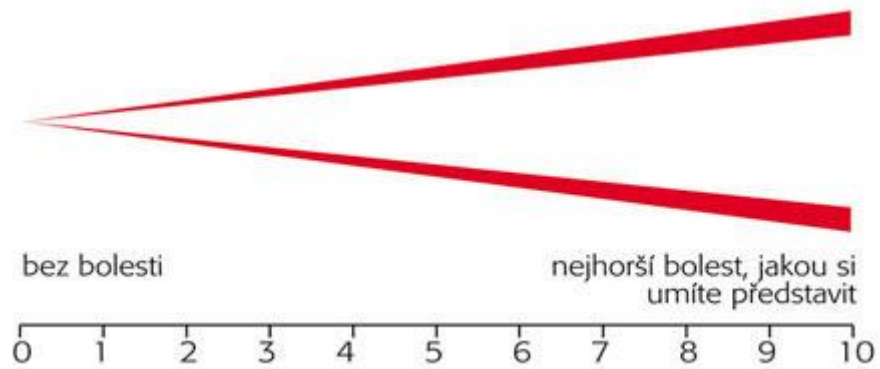
Příloha 3 Otázky k polostrukturovaným rozhovorům se sestrami

Příloha 4 Otázky k polostrukturovaným rozhovorům s pacienty a pro doplnění se sestrami

9 Seznam použitých zkratk

ARIP	Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
BPI	Brief pain inventory (Krátký inventář bolesti)
CT	Computer tomography (Výpočetní tomografie)
Gtt.	Guttae (Kapky)
ELNEC	End of life nursing education consortium (Vzdělávací kurz pro sestry v paliativní péči)
ESAS	Edmonton symptom assessment scale (Škála hodnocení symptomů)
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PN	Pracovní neschopnost
RTG	Rentgen
SŠ	Střední škola
Tbl.	Tableta
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha 1 Vizuální analogová škála (nahore), numerická škála (dole)



Zdroj: HAKL, M., ŠEVČÍK, P., 2013. Onkologická bolest. In: HAKL, M. et al. *Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. Doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, s. 214-225. ISBN 978-80-204-2902-5.

Příloha 2 Dotazník průlomové bolesti

1. Užíváte pravidelné opioidní analgetika v souvislosti s Vaším základním onemocněním?

ANO

NE *(dále již nemusíte vyplňovat)*

2. Je vaše bolest touto léčbou uspokojivě tlumena?

ANO = bolest je trvale snížena na přijatelnou úroveň
(dále již nemusíte vyplňovat)

NE → intenzita bolesti je příliš vysoká po většinu dne
 v průběhu dne někdy dochází k přechodnému zesílení bolesti (k průlomové bolesti)

3. Jak často míváte tuto průlomovou bolest?

x denně *nebo* x týdně

Zdroj: FRICOVÁ, J., 2013. Léčba průlomové bolesti u onkologických pacientů. Bolest. 16(3), 111-114. ISSN 1212-0634.

Příloha 3 **Otázky k polostrukturovaným rozhovorům se sestrami**

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství, případně specializace vztahující se k péči o onkologické pacienty s průlomovou bolestí?
2. V jakém zaměstnání nyní pracujete a jak dlouho? Případně pracovala jste před tím někde, kde jste se setkávala s podobnými diagnózami pacientů jako v nynějším zaměstnání?
3. Jakým způsobem získají pacienti informace o poskytované péči ve Vašem zařízení?
4. Jak Vy sama vnímáte průlomovou bolest, případně její léčbu?
5. Jakým způsobem hodnotíte průlomovou bolest (nástroje, intervaly, způsob záznamu)?
6. Jaké možnosti léčby průlomové bolesti u Vás pacienti mají?
Jaké intervence při tišení bolesti sama zahajujete bez indikace lékaře?
7. Jakým způsobem probíhá edukace pacienta při léčbě průlomové bolesti?
8. V případě, že pacient na léčbu průlomové bolesti nereaguje, jak se u Vás postupuje dále?
9. Jakým způsobem do léčby bolesti zasahuje rodina pacienta?
10. S jakými institucemi zabývající se léčbou průlomové bolesti spolupracujete?
11. Mají u Vás pacienti možnost léčby bolesti transmukózně podávanými opioidy?
Jakými?
Jak na tento způsob podání reagují pacienti?
Jaké jsou dle Vás výhody tohoto podání?
Který způsob transmukózního podání nejvíce využívají?
12. Jakým způsobem jsou pacienti, případně jejich rodiny, poučeni o nakládání se zbytky opioidů a pomůckami? (náplasti, stříkačky, jehly...)
13. Léky pro tišení bolesti si pacienti, případně jejich rodiny, vyzvedávají v lékárně sami nebo jim je poskytuje Vaše zařízení? Kdo ordinuje tyto léky?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Příloha 4 Otázky k polostrukturovaným rozhovorům s pacienty a pro doplnění se sestrami

Otázky pro pacienty:

1. S jakým onkologickým onemocněním se léčíte? Kdy se u Vás začaly vyskytovat první příznaky?
2. Léčíte se ještě s nějakým onemocněním?
3. Jste na něco alergický?
4. Která část těla Vás bolí?
5. Jak často a při jakých činnostech se u Vás průlomová bolest vyskytuje?
6. Jaké léky na bolest užíváte?
7. Kdo Vám léčbu průlomové bolesti navrhnul?
8. Kdo a jakým způsobem Vás edukoval?
9. Jaký způsob pro mírnění bolesti mimo léky využíváte?
10. Jaký dopad má průlomová bolest na Váš život?
11. Od koho jste se o transmukózně podávaných opioidech dozvěděl?
12. Znáte nějaké jiné formy těchto léků mimo ty, které užíváte?
13. Jak hodnotíte transmukózní podávání opioidů?

Pro doplnění otázky pro sestry:

14. Jak pacient XY průlomovou bolest projevuje?
15. Jak pacient XY zvládá aplikaci léčiv na průlomovou bolest? Pomáháte mu, nebo je schopen aplikaci zvládnout sám, popřípadě s dopomocí rodiny?
16. Jak byste u pacienta zhodnotila léčbu průlomové bolesti transmukózně podávanými opioidy?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020