

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Věra Müllerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Věra Müllerová, DiS

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S MIGRÉNOU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 28. 5. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji paní Mgr. Evě Matouškové za cenné rady, vstřícnost a pomoc. Mé poděkování patří také všem respondentkám za ochotu ke spolupráci.

Největší DĚKUJI patří mému manželovi a dětem za výdrž, podporu a trpělivost během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Müllerová Věra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života lidí s migrénou

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 25

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: migréna- bolest- nemoc- ošetrovatelská péče- kvalita života- výzkum

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života lidí s migrénou. Rozdělená je na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřená na samotnou nemoc, její vznik, příznaky a léčbu. Dále se zabývá vlivem nemoci na život pacienta, úlohou sestry v péči o nemocné s migrénou a kvalitou života. Praktická část popisuje, jak sami nemocní hodnotí kvalitu svého života a jak se jejich prožívání nemoci liší v závislosti na věku a délce nemoci. K tomu účelu bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Annotation

Surname and name: Müllerová Věra

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: The quality of life of the people with migraine

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 25

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 32

Keywords: migraine- pain- illness- nursing care- quality of life- research

Summary:

This bachelor thesis is about quality of life of people with the migraine. It is separate to two parts- theoretic part and practical part. Theoretic part is about migraine-genesis, symptoms and treatment and about quality of life. The practical part includes three half- structures interviews with three women and evaluates disease's influences to theirs lifes.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 MIGRÉNA.....	10
1.1 Vznik migrény	10
1.1.1 Spouštěcí faktory	11
1.2 Formy migrény	11
1.2.1 Migréna bez aury	11
1.2.2 Migréna s aurou	13
1.2.3 Status migraenosus	15
1.3 Průběh záchvatu	15
1.3.1 Prodromální fáze.....	16
1.3.2 Fáze aury.....	16
1.3.3 Fáze vlastní bolesti hlavy	16
1.3.4 Fáze odeznění	17
1.3.5 Postdromální fáze	17
1.4 Diagnostika	17
1.5 Léčba.....	18
1.5.1 Léčba při akutním záchvatu.....	18
1.5.2 Profylaktická léčba	20
1.5.3 Prevence.....	20
1.6 Zvláštnosti migrény u žen.....	20
1.7 Mýty o migréně.....	21
2 BOLEST	23
2.1 Fyziologie bolesti.....	23
2.2 Bolest hlavy	24
2.3 Typy bolesti	24
2.3.1 Akutní bolest	24
2.3.2 Chronická bolest.....	25
2.4 Dolorimetrie – měření bolesti	25
2.5 Terapie bolesti.....	26
2.5.1 Terapie akutní bolesti	26
2.5.2 Terapie chronické bolesti.....	27
2.6 Ošetřovatelské intervence u pacienta s bolestí.....	27
3 VLIV NEMOCI NA ŽIVOT PACIENTA	28
3.1 Prožívání nemoci	28

3.2	Vliv migrény na pacienta a jeho rodinu.....	29
3.3	Vliv migrény na pracovní výkon pacienta.....	30
4	ÚLOHA SESTRY	31
5	KVALITA ŽIVOTA.....	35
5.1	Hodnocení kvality života.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
6	FORMULACE PROBLÉMU.....	38
7	CÍL VÝZKUMU	39
7.1	Dílčí cíle.....	39
7.2	Výzkumné otázky	39
8	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	40
8.1	Metoda sběru dat.....	40
8.2	Výběr respondentů.....	40
8.3	Způsob získávání informací.....	40
8.4	Organizace výzkumného šetření.....	41
9	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	42
9.1	Respondentka č. 1	42
9.1.1	Shrnutí rozhovoru.....	47
9.2	Respondentka č. 2	48
9.2.1	Shrnutí rozhovoru.....	52
9.3	Respondentka č. 3	52
9.3.1	Shrnutí rozhovoru.....	58
10	DISKUZE	59
11	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
	ZÁVĚR.....	64
	LITERATURA A PRAMENY.....	65
	SEZNAM ZKRATEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH	69

ÚVOD

„Migréna sice nezabíjí, ale dovede připravit pacientovi peklo na zemi“

Christian Wolff

Citát německého osvícenského filozofa trefně vystihuje působení migrény na život pacienta. Migréna pacienta nezabije, nezpůsobí mu krvácení ani není vidět, přesto je boj s touto nemocí zdoluhavý a zdánlivě nekonečný.

Migréna provází lidstvo od jeho počátku a vyskytuje se ve všech civilizacích. Její povaha a příčiny jsou popsány už v roce 1200 před Kristem v Erbesově papyru pocházejícího ze starověkého Egypta. Ale ještě dnes, po tolika staletích vědeckých výzkumů a medicínských objevů, není její původ ani mechanismus vzniku zcela objasněn. Doporučená léčba dokáže pouze zmírnit průběh migrénového záchvatu, ale samotná migréna je i v dnešní době nevléčitelná.

Migréna patří mezi primární bolesti hlavy a je pro ni typický nepravidelný, opakovaný výskyt. Do puberty je výskyt vyšší u chlapců než u dívek, po pubertě se tento trend obrací a v dospělosti je poměr žen k mužům 2-3:1. Pro přehlednost se migréna dělí na migrénu s aurou a migrénu bez aury. Bolest není jediným příznakem migrény. Migréna postihuje celý organismus a její příznaky dokáží vyřadit pacienta z běžného života na poměrně dlouhou dobu. Léčba migrény je zdoluhavá a představuje medicínský i socioekonomický problém.

Ve své práci jsem se zaměřila na zmapování kvality života lidí s migrénou. A to z toho důvodu, že tento aspekt nemoci bývá v dnešní moderní době zanedbáván. Ten, kdo nikdy migrénový záchvat neprožil, si není schopen představit, co pacient zažívá. Pacienti navštěvují špičkové specialisty, jsou jim předepisovány nejnovější léky, ale dopad nemoci na jejich život je stále opomíjen a podceňován. Ale to je podle dnešních poznatků nedostatečné. I kvalita života má své nezastupitelné místo v léčebném procesu a nemělo by se na ní zapomínat.

I když nepracuji na oddělení, kde bychom se migrénou nebo bolestmi hlavy zabývali, mám kolem sebe několik lidí, kteří migrénou trpí. Proto vím, jak je pro ně složité „normálně“ fungovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MIGRÉNA

Mezinárodní společnosti pro bolest hlavy- IHS (International Headache Society) definuje migrénu jako opakující se bolest hlavy trvající od 4 do 72 hodin.

Bolest hlavy však nikdy není jediným ani nezbytným příznakem migrény. V rámci migrénového komplexu je známá celá řada syndromů, které se mohou vzájemně přesahovat a splývat jeden ve druhý (Sacks, 2012, s. 31).

Podle různých statistik je v Evropě postiženo 6% mužské populace a kolem 18% ženské populace, což je zhruba 40 milionů Evropanů. Před pubertou je výskyt migrény častější u chlapců než u dívek, poměr se obrací během puberty. V dospělosti je poměr žen k mužům 2- 3:1. Maximum pacientů postižených migrénou je ve věku mezi 30. a 35. rokem (Kotas, 2010, s. 53).

Záchvat migrény postihuje celý organismus. Typicky se první záchvaty objevují v období kolem puberty, většina pacientů prodělá první záchvat onemocnění do 20 let věku, maximum bývá kolem třicítky. V období padesáti let věku výskyt migrény, zejména u žen klesá. Velmi neobvyklý je výskyt prvního záchvatu po padesátém roce věku. Záchvaty u mladých lidí jsou intenzivnější, s postupujícím věkem intenzita klesá. Mezi záchvaty se postižený cítí zcela zdrav. Nejobvyklejší frekvence záchvatů je 1-2krát do měsíce. Častým jevem je rodinný výskyt (Kotas, 2010, s. 54).

1.1 Vznik migrény

Vznik migrenózního záchvatu není ještě plně objasněn, vždy se jedná o souhru více příčin. Pacientův mozek je na určité spouštěče hypersenzitivní, když se s nimi setká, podráždí ho to a vyvolá záchvat.

Předpokládá se genetický podklad nemoci. To znamená vrozenou dispozici pro zvýšenou citlivost center v oblasti mozkového kmene, která mohou přecitlivěle reagovat na změny ve vnějším nebo vnitřním prostředí. Tento podnět následně způsobí aktivaci migrénového centra v oblasti mozkového kmene, které cestou nervu trigeminu aktivuje nervová zakončení ve stěně drobných mozkových tepen. V nich dojde k uvolnění mediátorů, které způsobí prosáknutí a rozšíření cévních stěn a zpětné podráždění vláken trojklanného nervu. Vlákna trojklanného nervu vedou informaci o poškození tkáně a o

bolesti nazpět do mozkového kmene, do podkorových center bolesti v thalamu a do center v oblasti mozkové kůry. Nejdůležitější mediátor pro rozvoj migrenózního záchvatu je serotonin (Wachter, 2007, s. 35- 39).

U některých lidí mohou migrénu vyvolat úrazy hlavy, užívání léků nebo další nemoci.

1.1.1 Spouštěcí faktory

Většina pacientů s migrénou dovede udat jeden nebo více spouštěcích faktorů, které hrají důležitou roli při vzniku záchvatů. Spouštěče nezpůsobí migrénu, pouze ji spustí. Spouštěče fungují jen tehdy, pokud se jedná o osobu s dispozicí k migréně.

Dotyčné faktory však nemusí pokaždé vyvolat záchvat, mohou se různě kombinovat, vyvolat migrénu jen někdy nebo vyvolat migrénu jen při kombinaci několika spouštěčů najednou. Mezi nejčastější spouštěče patří nedostatek spánku, poruchy spánku, změna počasí, požití určitého jídla nebo nápoje, působení chladu a tepla, hormonální změny během menstruačního cyklu, kolísání hladiny krevního cukru, hlad, žízeň, kouření, alkohol, stres (Henry, 2009, s. 8).

1.2 Formy migrény

Migrenózní onemocnění se pro ulehčení klasifikace od roku 1988 rozděluje na dvě skupiny: na základní, kam patří migréna bez aury a migréna s aurou a na speciální, kam patří migrény z jiných různých příčin (viz. příloha č. 1) (Manson, 2011, s. 22).

1.2.1 Migréna bez aury

Při migréně bez aury se záchvaty objevují v různých intervalech. V mezičase postižený netrpí žádnými příznaky migrény. Záchvat se většinou ohlašuje varovnými příznaky, a jestliže je pacient umí rozeznat, může mu včas začít čelit.

K základním příznakům běžné migrény patří: bolest hlavy a nevolnost. Záchvat může být provázen celou řadou dalších potíží a fyziologických změn, které si postižený nemusí uvědomovat. Typická je velká proměnlivost příznaků nejen u každého pacienta, ale i při každém novém záchvatu (Sacks, 2012, s. 33).

Bolest hlavy

Charakter bolesti je různý. Tradičně se popisuje jako silná bušivá, tepající bolest v jednom spánku, jindy jako tlak a tupá bolest, otravná s pocitem, že hlava pukne, píchavá

bolest, drásavá, šponující, ostrá, paprskovitě se rozbíhající do všech stran. Bolest často postihuje jen jednu stranu hlavy, sílí během normální tělesné aktivity a je provázena nevolností nebo zvracením. Bolest začíná převážně na jedné straně hlavy za okem a v oblasti čela. Odtud se šíří do spánku nebo pomalu do šíje a nakonec může přejít i na druhou stranu hlavy. Intenzita bolesti je velice variabilní. Může naprosto zneschopňovat nebo být nepatrná a přechodná, že se projeví jen při změně polohy hlavy. Intenzita nezůstává po celou dobu stejná. Často se popisuje pozvolné narůstání a ústup v několika minutové periodě a běžně dochází k delšímu ústupu a novému vzplanutí bolesti. Trvání bolesti je proměnlivé, jen výjimečně je kratší než tři hodiny a obvykle trvá osm až dvacet čtyři hodin, ale mimořádně může trvat i týden (Sacks, 2012, s. 35).

Nausea

Nausea je při běžné migréně přítomná trvale, ať jako lehká nebo nepřetržitá. Většina pacientů mívá při záchvatu odpor k jídlu a někdy dokonce jen myšlenka, pohled či ucítění jídla přivodí nauseu. S nauseou jsou spojené další celkové i místní příznaky: slinění, zpětný tok žaludečního obsahu, říhání, zvracení. Někdy bývají slinění a pálení žáhy první příznaky začínajícího záchvatu. Zvracení většinou nepřináší úlevu od nausei a většinou dochází ke zhoršení bolesti hlavy. Opakované zvracení pacienta vyčerpává jak tělesně - ztrátou tekutin a elektrolytů, tak psychicky.

Vzhled tváře

Vzácně se objevuje zarudnutí tváře a to hlavně u pacientů, kteří mají sklon rudnout ve vzteku nebo v rozpacích. Častější je vzhled bledé, sinalé tváře se zapadlýma očima a s tmavými kruhy pod nimi.

Oční příznaky

Během migrény se objevuje citlivost nebo dokonce bolestivost oční koule, může se objevit svědění, bolest, pálení, zvýšené slzení, bolestivá citlivost na světlo a zastřené vidění. U jednostranné migrény může dojít k zúžení jedné zornice, k poklesu víčka nebo k exoftalmu. V začátcích záchvatu nebo při intenzivní bolesti se mohou zornice rozšířit a v průběhu záchvatu se zužují.

Nosní příznaky

Až čtvrtina pacientů udává v průběhu záchvatu pocit plného či ucpaného nosu. Před začátkem nebo na konci záchvatu může být velká sekrece z nosu (Sacks, 2012, s. 40).

Břišní příznaky

Asi jedna desetina pacientů si v průběhu záchvatu stěžuje na bolest břicha a abnormální činnost střev. Častěji bývá popisovaná kolikovitá bolest v pravém břišním kvadrantu. V časné fázi migrény se objevuje zácpa a v závěrečné části záchvatu se zvyšuje střevní aktivita, která se projevuje kolikovitou bolestí, průjmem a zvracením.

Ospalost

Pro všechny pacienty je typická jistá netečnost a ospalost. Někdy může být ospalost prvním příznakem. Některým pacientům prospívá krátký odpočinek před začátkem migrény a může zabránit jejímu rozvinutí.

Závrať, synkopa

Tyto symptomy jsou reakcí organismu na bolest, nevolnost, vyčerpání, svalovou slabost a ztrátu tekutin.

Změny v rovnováze tekutin

Během záchvatu může dojít ke zvýšenému zadržování vody v organismu. Jak záchvat postupuje, voda se z organismu vylučuje častým močením, přičemž moč je vysoce koncentrovaná.

Další příznaky

Tepová frekvence se zpočátku zrychluje, následuje její zpomalení spojené s hypotenzí. Velmi často se během záchvatů objevuje podrážděnost, světloplachost, nesnášenlivost zvuků, vysoce citlivý čich a zkreslení čichových vjemů, zkreslení chuťových vjemů, netečnost, změny nálady (Sacks, 2012, s. 49).

1.2.2 Migréna s aurou

Migrény s aurou nejsou tak časté jako migrény bez aury. Aura se vyskytuje u 10-20% pacientů trpících migrénou. Aura je souhrn neurologických potíží, které předcházejí

bolesti hlavy a jsou lokalizované do mozkové kůry nebo do mozkového kmene. Aura jsou změny jakéhokoli ze smyslů, mluvení, rovnováhy, tělesného vnímání.

Aura se rozvíjí nejčastěji v průběhu 5 - 20 minut a obvykle odezní do 60 minut. Bolest hlavy, která následuje, obvykle nebývá tak intenzivní jako při migréně bez aury a trvání bolesti je kratší. Migréna s aurou není tedy tolik bolestivá, ale pacienta omezuje více narušením smyslového vnímání (Manson, 2011, s. 24-25).

Všechny příznaky, které se při migréně s aurou objevují, jsou reversibilní a nezanechávají žádné následky.

Délka aury umožňuje určit, jestli jsou potíže migrenózního původu nebo zda potíže souvisí s jinou patologií. Aura kratší než 5 minut může být příznakem epilepsie a pokud trvá déle než hodinu, může se jednat o cévní příhodu.

Pokud dochází k auře trvající hodiny až dny, označuje se jako prolongovaná aura.

Zraková aura

Nejobvyklejší je u pacientů zraková aura. Manifestuje se dočasným narušením zrakového vnímání. Takto postižený pacient může realitu vidět zdeformovaně, kdy vidí pozmeněné kontury předmětů. V tomto stádiu má postižená osoba potíže se čtením a soustředěním. Dále mohou následovat poruchy vidění. V zorném poli se objevují třpytivé skvrny, které mohou měnit svoji barvu i tvar a mohou se různě pohybovat. Skvrny se rozdělují do dvou skupin na skotomy a fosfeny. Skotom je označení pro tmavou skvrnu, která se nejdříve objeví uprostřed zorného pole a poté se přeskupí do klikatého útvaru, který se rozšiřuje do stran. Fosfen má podobu různých třpytivých geometrických útvarů jako jsou body, asymetrické linky a hvězdy. Skotomy i fosfeny se různě pohybují v zorném poli a nemizí ani při zavření očí. Tyto zrakové vjemy zmizí, jakmile se objeví bolest hlavy (Manson, 2011, s. 25).

Sluchová aura

Objevuje se u malé skupiny pacientů. Pacienti mohou slyšet zvuky, které ve skutečnosti neexistují, třeba kapání vody nebo bubnování. Zvuky se zdají hlasitější, než ve skutečnosti jsou. Může dojít i ke ztrátě sluchu v jednom uchu (Bernsteinová, 2009, s. 76).

Čichová aura

Nepříjemné je prožívání čichové aury. Pacient cítí pachy, které ve skutečnosti neexistují nebo je normálně necítí. Pachy mohou být silnější nebo nepříjemnější než obvykle (Bernsteinová, 2009, s. 76).

Senzitivní aura

V případě senzitivní aury se objevují parestezie horních i dolních končetin, někdy i tváře nebo příslušné poloviny těla, přičemž za sebou zanechá přechodné znecitlivění. Brnění se šíří od konečků prstů vzhůru a většinou netrvá déle než 15 minut.

Řečová aura

Řečová aura se projevuje obtížnou artikulací, problémy s nacházením slov, zakoktáváním, dočasnou dyslexií, kdy postižený přehazuje slabiky ve slovech.

Pacient může prožívat i další neurologické změny jako třeba závratě, poruchy rovnováhy nebo duševní zmatek minut (Manson, 2011, s. 25).

1.2.3 Status migraenosus

Pokud migrenózní záchvat trvá déle než 72 hodin, nazývá se status migraenosus.. Status migraenosus může být následek nadměrného užívání léků během záchvatu. Některé léky mohou migrénový záchvat zastavit, ale současně mohou vyvolat bolest hlavy a nevolnost, tedy stav podobný migréně. Někdy se v tomto stavu doporučuje hospitalizace, hlavně kvůli hrazení ztrát tekutin a nutnosti pacienta pečlivě vyšetřit a vyloučit další onemocnění (Wachter, 2007, s. 27).

1.3 Průběh záchvatu

Migréna se u každého pacienta projevuje jinak. I přesto se dají rozeznat určitá, opakující se stádia. Migrenózní záchvat má 5 fází: prodromální fázi, fázi aury, fázi vlastní bolesti hlavy, fázi odeznění a postdromální fázi.

Většinou pacienti neprožívají při každém migrénovém záchvatu vždy všechna stádia. Někteří nemají auru, jiní ji mají jen při některých záchvatech. Jiní mají jen auru bez bolesti. A někteří nemají migrénové dozvuky. Přesto je velice pravděpodobné, že pacienti procházejí všemi fázemi, ale neví o tom (Bernsteinová, 2009, s. 71).

1.3.1 Prodromální fáze

Jako prodromy jsou označovány zvláštní, nespecifické pocity. Ty v předstihu dávají pacientovi signál, že v následujících hodinách začne migrénový záchvat. Toto stádium se objevuje zpravidla 8 – 48 hodin před začátkem záchvatu. Prodromy jsou u každého pacienta jiné, někdo je nemusí mít vůbec a záchvat přichází bez varování. K typickým příznakům patří velmi dobrá nálada nebo podrážděnost, únava spojená s častým zíváním, mžítka před očima, pocit těžké hlavy, velký hlad a chuť především na sladké, zácpa, časté močení nebo hromadění vody ve tkáních, poruchy řeči a koncentrace. I když se tyto příznaky nemusí objevit pokaždé, mnoho pacientů ví, že když se s nimi začne dít něco neobvyklého, s největší pravděpodobností mohou očekávat migrénu (Taubert, 2007, s- 13).

1.3.2 Fáze aury

Fáze aury začíná asi hodinu před začátkem záchvatu a je provázena poruchami zraku, řeči, citlivosti. Typická aura odezní s nástupem bolesti. Během aury se nedoporučuje užívat léky (Taubert, 2007, s. 14).

Během aury prokazatelně dojde k poklesu perfuze krve mozkiem a na přechodnou dobu se zvyšuje hladina serotoninu (Waberžinek, 2006, s. 362).

1.3.3 Fáze vlastní bolesti hlavy

U 80 – 90% pacientů začíná migréna až fází vlastní bolesti hlavy. Může to být nejhorší stádium. Toto stádium může trvat od 4 až do 72 hodin. V době, kdy pacient začne cítit bolest, jeho tělo už nějakou dobu záchvatu podléhá a prochází množstvím změn. Bolest se většinou objevuje pozvolna, ale výjimkou není ani náhlá, silná až nepředstavitelná bolest hlavy. Bolest má pulzující charakter, v začátku je soustředěna v jedné polovině hlavy. Hlavními místy bolesti jsou čelo, okolí oka, spánky, týl a šíje. Bolest se zhoršuje při tělesné aktivitě, protože dochází k ještě většímu roztažení mozkových tepen. Často se s narůstající bolestí objevuje nauzea nebo zvracení. Někteří pacienti mají zácpu nebo naopak průjem. Pacientům většinou vadí světlo a hluk. Většina pacientů vypadá v této fázi schváceně, jsou bledí, přepadlí, většinou mají tmavé kruhy pod očima, mohou mít ucpaný nos, rýmu nebo nateklou tvář. Z těchto důvodů pacienti vyhledávají klid a preferují zatemněnou místnost. V této fázi je vhodné užívání léků. Pokud záchvat trvá více než 48 hodin, je vhodné kontaktovat lékaře (Peterová, 2013, s. 28).

1.3.4 Fáze odeznění

Akutní, tepající bolest často vystřídá bolest tupá, která se pokládá za bolest svalů. V této fázi se doporučuje užívání již jen běžných analgetik. (Taubert, 2007, s. 18).

1.3.5 Postdromální fáze

Jedná se o stádium po bolesti. Obvykle trvá několik hodin až dní než se tělo vrátí do normálního stavu. Mnoho pacientů se po prodělaném záchvatu cítí ještě několik dní unaveně a malátně. Někteří pacienti mohou celé hodiny prospat, někteří chtějí jíst, další mohou upadnout do deprese, jiní prožívají příval energie. Tělo se potřebuje znovu nastartovat, potřebuje se uklidnit, aby mohlo znovu normálně fungovat (Bernsteinová, 2009, s. 81).

1.4 Diagnostika

Migréna se řadí mezi primární bolesti hlavy. Jen asi 25% pacientů trpících migrénou je správně diagnostikováno. Je to proto, že někteří nikdy se svými problémy u lékaře ani nebyli anebo jsou diagnostikováni mylně, například jako lidé trpící problémy s dutinami, se zuby nebo psychickými chorobami.

Prvozáchyt migrenózní bolesti může zaznamenat již pediatr, praktický či závodní lékař. Současně by měl zahájit obvyklou doporučenou léčbu podle Doporučeného diagnostického a léčebného postupu pro všeobecné praktické lékaře, vydaného v roce 2007 ve spolupráci týmu Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy (Mastík, 2007, s. 25).

V současné době neexistuje žádný speciální diagnostický postup ani vyšetření, které by migrénu jednoznačně potvrdilo či vyvrátilo. Stanovení diagnózy je postaveno především na precizním odběru anamnestických dat. Proto je nutné, aby si pacient a lékař důvěřovali. Pro pacienty trpící migrénou je důležité vědět, že ho lékař poslouchá, věří mu a neodsuzuje ho. Spolu s pacientem by měli vytvořit migrénový profil a pacient by si měl vést deník bolestí hlavy. Migrénový profil, deník bolestí hlavy (viz příloha č. 2) (Mastík, 2007, s. 26).

K posouzení četnosti migrény a intenzity bolesti se osvědčilo skórování pomocí dotazníků. Dotazník MIDAS (Migraine Disability Assesment) (viz. příloha č. 3), který posuzuje stav pacienta ve tříměsíčních intervalech. Podle tohoto dotazníku lze migrénu následně rozdělit na stádia I. – IV. Kdy skóre I. značí lehkou formu, skóre IV. znamená těžké postižení. Další dotazník posuzující rozsah postižení u migrény je dotazník HIT- 6

(Headache Impact test 6), který se používá jednorázově (viz. příloha č. 4) (Peterová, 2013, s. 24).

Lékař by měl z případných dalších vyšetření vyloučit všechna vnitřní a neurologická onemocnění. Při podezření na další bolesti hlavy by mělo být pacientovi provedeno CT vyšetření mozku pro vyloučení krvácení, nádorového bujení nebo cévních malformací. CT vyšetření se provádí asi u 5 % pacientů. Spíše výjimečně se provádí vyšetření magnetickou rezonancí. Z laboratorních parametrů může na migrénu poukazovat hypoglykemie, zvýšený hematokrit, zvýšený počet trombocytů, zvýšený histamin, snížená hladina hořčíku.

1.5 Léčba

Léčba migrény je vždy dlouhodobá. Migrénu nelze léčit u všech pacientů stejně a stejně tak neexistuje žádný zázračný prostředek na její léčbu. V léčbě migrény se uplatňují nefarmakologické postupy a medikamentózní léčba. Obvykle se začíná léčbou akutní, která je zaměřená na zvládnutí jednotlivých záchvatů (Mastík, 2007, s. 42).

Léčba může probíhat pod dohledem praktického lékaře nebo ve specializovaných ambulancích. Pacienti z velkých měst mají nezpochybnitelnou výhodu, protože si mohou vybírat z většího okruhu specialistů. V dnešní době už téměř každé větší zdravotnické zařízení provozuje ambulanci pro léčbu bolesti nebo specializovanou neurologickou ambulanci. V České Republice fungují specializovaná registrovaná centra pro léčbu bolestí hlavy.

Najít ideálního lékaře není snadné. Pacient by měl navštívit specialistu, který má s jeho nemocí zkušenost a léčí hodně pacientů s migrénou. Společným cílem lékaře a pacienta není jen zastavit bolest. Lékař by měl pacienta motivovat, aby měl zájem se své nemoci věnovat a pracovat s ní. Léčba migrény je zdlouhavá a vyžaduje velkou dávku trpělivosti. Pacient, kterému je zle, většinou nemá náladu přesně si zaznamenat svůj stav a později, když se mu uleví, si nemusí přesně vzpomenout na své potíže.

1.5.1 Léčba při akutním záchvatu

Odporující akutní léčba působící přímo na záchvat se nehledá snadno. Léčba akutního záchvatu záleží na tíži záchvatu. Často pacient musí vyzkoušet několik léků, než se najde ten, který je v jeho případě účinný. Obecně se doporučuje, začínat léčbu jednoduchými analgetiky. Pokud nejsou účinná, postupně se přechází na další jinou

specifickou léčbu. Léky proti migréně lze rozdělit na nescifická a specifická antimigrenika (Manson, 2011, s. 86).

Mezi nescifická antimigrenika patří jednoduchá analgetika, nesteroidní antirevmatika, antiemetika. Při lehkém záchvatu pomohou léky ze skupiny jednoduchých analgetik např. paracetamol. Jsou dostupné ve formě kapek, tablet, čípků a v injekční formě. Rozhodně se nedoporučuje kombinovat analgetika mezi sebou. Pokud běžná analgetika nezaberou do dvou hodin, je možné dávku opakovat, ale jen pokud se tím nepřekročí maximální doporučená dávka. Pokud nedojde k úlevě ani teď, dá se předpokládat, že lék nezabere a je třeba jiná alternativa. Nebezpečí užívání analgetik spočívá v rychle se rozvíjející závislosti. Práh tolerance bolesti se posouvá a dávky musejí být vyšší. Opioidní analgetika nejsou při léčbě migrény vhodná pro své nežádoucí účinky a rychlý nástup závislosti. Nesteroidní antirevmatika působí na bolest tím, že blokují syntézu prostaglandinů. Jejich účinky se mohou vzájemně ovlivňovat s jinými léky, proto je v tomto případě nutná konzultace s lékařem. Významnou skupinou při léčbě migrény jsou antiemetika. Potlačení zvracení přináší pacientovi úlevu a také umožní polykání dalších léků (Manson, 2011, s. 87).

Na rozhraní mezi specifickými a nescifickými antimigreniky stojí přípravky z námele, které se u léčby migrény používají více než sto let. Námelové přípravky potlačují migrénu díky svým vasokonstrikčním účinkům, mají se užít hned na počátku záchvatu, kdy jsou nejúčinnější. Mají však spoustu nežádoucích účinků jako je zvracení, bolesti kloubů, bolestivé stahy dělohy a nadměrná vasokonstrikce cév převážně dolních končetin. Hlavním zástupcem je ergotamin tartrát (Peterová, 2013, s. 73).

Specifickými antimigreniky hlavně pro léčbu migrény bez aury jsou Triptany. Patří mezi deriváty serotoninu a jejich uvedení na trh v 90. letech minulého století znamenalo revoluci v léčbě migrény. V 70 % případů dokáží do dvou hodin potlačit migrenózní záchvat a v průběhu třiceti minut utišit bolest. Jsou ve formě tablet, nasálního spreje nebo v injekční formě. Aplikují se jen u velmi těžkých záchvatů. Jejich účinnost je nezpochybnitelná, ale mají spoustu vedlejších účinků a kontraindikací. Jsou kontraindikované u kardiaků, při hypertenzi, menopauze. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou otoky končetin, návaly horka, zrudnutí obličeje. Bohužel část pacientů s migrénou na tyto léky vůbec nereaguje nebo se jejich migréna ještě zhorší (Peterová, 2013, s. 73-76).

1.5.2 Profylaktická léčba

Pokud je frekvence záchvatů příliš častá, doporučuje se doplnit akutní léčbu doplňkovou léčbou. Pokud je frekvence záchvatů příliš častá a pacient je nucený pravidelně užívat léky působící přímo na záchvat, hrozí mu závislost nebo předávkování. Většinou se podaří snížit počet a intenzitu záchvatů. Výsledky se však dostavují až s odstupem několika měsíců. Profylaktická léčba může trvat několik let nebo i doživotně. Nevýhodou profylaktické léčby je nutnost užívání léků každý den. Dávky se upravují dle potřeby. Mezi profylaktické léky patří betablokátory, blokátory kalciových kanálů, antiserotoninové preparáty, antiepileptika a některá antidepresiva (Peterová, 2013, s. 77-79).

1.5.3 Prevence

Velmi důležitá je nemedikamentózní léčba, která spočívá v prevenci opakujících se bolestí. Spočívá ve vyhýbání se možným spouštěčům migrény. Někdy je obtížné a zdoluhavé odhalit a eliminovat vyvolávající příčinu, ale je vhodné se o to alespoň pokusit.

1.6 Zvláštnosti migrény u žen

U žen se dají rozlišit tři druhy migrény v závislosti na menstruačním cyklu.

Premenstruační migréna

Tento typ migrény se objevuje 2-7 dní před menstruačním krvácením a je kombinovaná s dalšími projevy premenstruačního syndromu. Tento typ migrény vymizí s nástupem menstruačního krvácení (Waberžinek, 2006, s. 363).

Menstruační migréna

Menstruační migréna se začíná v den menstruace. Perimenstruační migréna je vzácnější, vyskytuje se zhruba u 10 % žen (Waberžinek, 2006, s. 363).

Migréna asociovaná s menstruací

O migréně asociované s menstruací se hovoří v případě, že dochází k nakupení migrénových záchvatů v perimenstruačním období, ale současně dochází k migrénovým záchvatům i v dalších obdobích cyklu. Tímto typem migrény se vyskytuje asi až u 50 % žen. Záchvaty bývají delší a léčba je obtížnější (Waberžinek, 2006, s. 362).

1.7 Mýty o migréně

Migréna je málo známá, přehlížená a často nesprávně léčená nemoc. Informace o migréně bývají chaotické a lidé často nevědí, co je pravda a co ne, co je mýtus a co realita. Původ migrény nebývá totiž všem zcela jasný a tím je migréna mezi nemocemi považovaná téměř za kuriozitu. Tak jako každá neobjasněná oblast je i migréna opředená řadou mýtů, které není snadné vyvrátit, a proto o migréně stále koluje mnoho předsudků.

Největším mýtem je to, že migréna je bolesti hlavy. Migréna je složitá neurologická choroba, která ovlivňuje centrální nervový systém. Bolest je jen jedním z jejích symptomů. S touto skutečností se pojí mýtus znění: protože migréna je pouze druh bolesti, všechno, co pacient potřebuje k jejímu vyléčení, je účinný prášek proti bolesti. Analgetika nejsou tou nejlepší léčbou, mohou pomoci u jiných bolestí hlavy, ale u migrény příliš nefungují, protože migréna se týká celého těla (Manson, 2011, s. 18).

Snad nejabsurdnějším mýtem je tvrzení, že migrénou netrpí muži. I když se nemoc vyskytuje v poměru 3:1 ve prospěch žen, rozšířený názor, že migréna je pouze ženskou záležitostí, je naprosto nepravdivý. Příznaky i intenzita záchvatů jsou totiž pro obě pohlaví stejné. Rozdíl je jen v tom, jak se k ní staví. Ženy o svých problémech mluví a řeší je, zatímco muži v obavě před zesměšněním raději mlčí a tiše trpí. Muži neberou migrénu jako skutečnou nemoc a tudíž se za ni stydí a tají ji. Léčba je pro obě pohlaví stejná.

Dalším mýtem je tvrzení, že lidé postižení migrénou jsou inteligentnější než ostatní. Tomuto tvrzení do značné míry přispělo poukazování na slavné osoby trpící migrénou (Manson, 2011, s. 19).

Migréna postihuje jen určité sociální vrstvy. Tento názor vlastně vznikl na základě tvrzení, které spojovalo nemoc s vyšší inteligencí. Migrénou mohou trpět lidé pracující duševně, ale nemá se týkat osob manuálně pracujících.

Migréna, to je psychická záležitost. Uvedené tvrzení se objevuje velice často. Počet osob, které věří, že migréna má původ v psychice a přejde sama od sebe, je stále vysoký. I přes vědecké objevy poukazující na původ nemoci tento názor občas šíří i někteří málo informovaní lékaři. I když migréna nemá psychický původ, je pravda, že psychické faktory v kombinaci s dalšími prvky, riziko migrény zvyšují. Její prvotní příčinou však nejsou.

Vliv počasí. Studie prokázaly, že počasí a roční období na migrénu nepůsobí. Jedna skupina pacientů trpících migrénou však tvrdí, že při jejich záchvatech počasí hraje určitou roli. Druhá skupina tvrdí, že na počasí citliví nejsou (Manson, 2011, s. 20- 22).

2 BOLEST

Odborná literatura uvádí, že pacienti s migrénou uvádějí bolest jako nejvíce obtěžující a zničující příznak migrény. Bolest u pacientů s migrénou je velké intenzity a pacienta může zcela ochromit. Z toho důvodu jsem se rozhodla zabývat se bolestí podrobněji a věnovat jí celou kapitolu.

Bolest je podle WHO a IASP definovaná jako nepříjemná senzorká a emocionální zkušenost, která je spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní a její vnímání se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika (Rokyta, 2006, s. 21).

Nejsme schopni bolest objektivně změřit, ale jsme povinni ji pacientovi věřit. Bolest je to, co pacient říká, že ho bolí (Vaňásek, 2014, s. 7). Bolest je účelná jako varovný signál, který upozorňuje na situaci ohrožení. Bolest přivádí nemocného k lékaři. Bolest je neúčelná všude tam, kde ztratila svůj signální význam a kde její intenzita překročila snesitelnou míru. (Trachtová, 2013, s. č 125).

Všichni zdravotníci by si měli uvědomit, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí a z toho vyplývá právo včasné a odborné léčby bolesti (Rokyta, 2009, s. 39).

2.1 Fyziologie bolesti

Při posuzování fyziologie bolesti se vychází z vjemu bolesti, nocicepce, která znamená neurologickou reakci a reflexní odpověď, která je způsobená poškozením nebo možným poškozením tkáně. Receptory bolesti jsou nociceptory. Jsou to pravděpodobně pouze volná nervová zakončení a jsou uložena na periferii i v centrálním nervovém systému. Nociceptory jsou uloženy nerovnoměrně. Podle reakce na bolestivé podněty a podle způsobu vedení bolestivých vzruchů se dále rozdělují na mechanoreceptory a polymodální nociceptory.

Z nociceptorů je impulz vedený dvěma způsoby:

- 1 pomalými, nemyelinizovanými vlákny C- pomalá bolest
- 2 slabě myelinizovanými vlákny A- delta- rychlá bolest, dále silnými myelinizovanými a rychlými vlákny A- alfa, A- beta- ostrá bolest.

Vlákna vstupují do míchy zadními kořeny do zadních rohů míšních, kde se nachází první neuron bolesti. Z míchy jsou bolestivé podněty vedeny do thalamu, kde se nachází druhý neuron bolesti. Z thalamu pokračuje bolestivý impulz do mozkové kůry, kde je třetí neuron bolesti a vzniká tak dráha bolesti (Trachtová, 2013, s. 128- 129).

2.2 Bolest hlavy

V roce 2003 na XI. Kongresu International Headache Society (IHS) v Římě začala platit nová Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy a skončila platnost předchozí Klasifikace bolestí hlavy z roku 1988. Podrobný český překlad klasifikace uveřejnila Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy v roce 2005. Klasifikace obsahuje celkem 14 skupin, čtyři skupiny jsou primární bolesti, deset skupin jsou sekundární bolesti hlavy (Mastík, 2007, s. 21-23).

Dle mezinárodní klasifikace se bolesti hlavy dělí na primární a sekundární. Primární bolest hlavy představuje migréna, tenzní bolest hlavy a cluster headache. Primární bolesti vznikají bez podílu jiných onemocnění a nedochází ke strukturálnímu poškození mozku. (Rokyta, 2009, s. 41).

Sekundární bolesti hlavy vznikají jako doprovodný příznak jiného onemocnění. K tomuto typu bolesti můžeme zařadit bolest vznikající při meningeálním dráždění nebo při zánětu dutin. (Rokyta, 2009, s. 47).

2.3 Typy bolesti

Klasifikací bolesti je několik, a to podle zvolených kritérií. Základní a nejjednodušší rozdělení je podle časového hlediska na akutní a chronickou bolest (Opavský, 2011, s. 19).

2.3.1 Akutní bolest

Symptom naléhavě informuje organismus o tkáňovém infarktu a brání jeho dalšímu poškození (Vaňásek, 2014, s. 34).

Akutní bolest přichází náhle, je intenzivní, krátkodobá a dobře lokalizovatelná. Je účelná jako varovný signál, který upozorňuje na situaci ohrožení. Akutní bolest způsobuje krátkodobé psychické změny. Akutní bolest je nejčastěji spojená s úzkostí a strachem, později se zlostí nebo rozmrzelostí. Ke zvládnutí psychických změn přispívá vysvětlení příčiny bolesti. Čím jsou příčiny o mechanismu vzniku lépe pochopeny, tím snáze pacient bolest přijme, prožije a zvládne. Psychické změny lze redukovat psychologickou

přípravou. Vznik bolesti spouští neuroendokrinní, imunitní a zánětlivé reakce. Bolest patří mezi silné stresory a zvýšená hladina stresových hormonů se projevuje typickými změnami. K typickým doprovodným příznakům akutní bolesti patří pocení, tachykardie, zvýšení srdečního výdeje, tachypnoe, zvýšená krevní srážlivost, vazokonstrikce, mydriáza, paralýza střev, retence moči, katabolismus, hyperglykémie (Vaňásek, 2014, s. 34, 35).

2.3.2 Chronická bolest

Chronická bolest je samostatné onemocnění. Za chronickou bolest se považuje bolest trvající déle než 3- 6 měsíců, která není způsobená život ohrožujícím onemocněním (Rokyta, 2009, s. 35). Chronická bolest může být trvalá, kdy bolest trvá bez přestání nebo rekurentní, která se v různých časových intervalech opakuje (Křivohlavý, 2002, s. 83- 84).

K typickým doprovodným příznakům chronické bolesti patří poruchy spánku, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, ztráta zaměstnání, nebezpečí suicidia, poruchy libida (Rokyta, 2009, s. 35).

2.4 Dolorimetrie – měření bolesti

Bolest lze měřit fyziologickými a psychologickými metodami. Mezi fyziologické metody patří měření evokovaných potenciálů, měření svalového napětí a zjištění autonomní nervové činnosti. Do psychologických metod patří hodnocení chování pacienta a metody sebehodnocení, to znamená subjektivní posuzování pacientem. K subjektivnímu posuzování bolesti pacientem se využívají různé hodnotící škály, dotazníky nebo standardizované psychologické testy (Křivohlavý, 2002, s. 85).

Důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti je pravidelné hodnocení lokalizace, intenzity, kvality bolesti a časové období vzniku bolesti (Trachtová, 2013, s. 132).

Lokalizací bolesti je myšleno místo nebo oblast, kde to bolí. Přesně lze lokalizovat povrchní a akutní bolest než bolest v hlubších tkáních a chronickou bolest. Ke zjištění přesné lokalizace bolesti se zdravotníci cíleně ptají na místo bolesti, k upřesnění lokality se používají mapy bolesti (viz příloha č. 5). Používat mapy bolesti je výhodné zejména kvůli mylné představě pacientů o uložení orgánů (Trachtová, 2013, s. 132).

Intenzita bolesti vyjadřuje „jak moc to bolí“. Intenzita bolesti je vždy subjektivní. Od bolesti malé intenzity se pacient odpoutá odvedením pozornosti, může při ní i pracovat. Středně intenzivní bolest je už neodbytná, stále upoutává pacientovu pozornost, nedovolí

soustředit se na práci, ruší pacientovi spánek. Při velmi intenzivní bolesti se pacient soustředí jen na bolest, nemůže se od bolesti odpoutat. Velmi intenzivní bolest provází vegetativní projevy: pocení, slzení očí, mydriáza, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, zpomalení nebo zrychlení peristaltiky. Jestliže se bolest i nadále stupňuje, nastupuje bolest nesnesitelná. Pacient je bolestí zcela pohlcen, ztrácí schopnost adaptivního chování. Vegetativní projevy se vystupňují až k šokovému stavu a pokud není bolest adekvátně tlumena, může pacient z šoku vyvolaného bolestí i zemřít. Nejčastěji používané škály pro měření intenzity bolesti jsou vizuální analogová škála- VAS nebo numerická škála bolesti (viz. příloha č.6) (Trachtová, 2013, s. 132- 133).

Hodnocení kvality bolesti je náročné a problematické. Velmi záleží na vyjadřovacích schopnostech každého pacienta. Pacient se snaží vystihnout charakter bolesti a ten může být velice různorodý např.: pálení, tupá bolest, píchání, řezání, svírání, štípání, napínání, tepání, šubání, bodavá bolest, putující, bušivá, silná, stálá nebo pulzující (Trachtová, 2013, s. 132, Křivohlavý, 2002, s. 89).

Důležité je zaznamenávání časového aspektu vzniku bolesti v závislosti na denní i noční době, po námaze, v klidu, po požití potravy, po změně polohy, atd.

2.5 Terapie bolesti

Léčba bolesti patří k nejčastěji indikovaným druhům zniřňování utrpení pacientů. Jedním ze základních předpokladů úspěchů terapie bolesti je empatie. Pacient s bolestí by se měl aktivně podílet na své léčbě. Druhy léčby bolesti lze jednoduše rozdělit do dvou skupin: lékařské nebo farmakologické ovlivnění bolesti a psychologické ovlivnění bolesti (Křivohlavý, 2002, s. 91).

Farmakologické ovlivnění bolesti je základem léčby akutní i chronické formy bolesti. Dle intenzity bolesti je farmakologická léčba rozdělena do tří stupňů podle analgetického žebříčku WHO (viz. příloha č. 7).

2.5.1 Terapie akutní bolesti

Akutní bolest velmi dobře odpovídá na léčbu a měla by být adekvátně léčena. Pokud není akutní bolest dobře léčena, hrozí riziko, že vznikne chronická bolest. (Rokyta, 2006, s. 32). Jakýkoli odklad léčby bolesti je nesprávný a léčbu bolesti je třeba zahájit co nejdříve (Rokyta, 2012, s. 204).

Základ léčby silné akutní bolesti tvoří farmakoterapie. U většiny pacientů s akutní bolestí lze docílit dostatečné analgezie podáváním neopioidních analgetik, adjuvantních analgetik, opioidů, opiátů, anestetik. Analgetika lze podat intradermálně, sublinguálně, perorálně, rektálně, intravenózně, intramuskulárně nebo epidurálně. V pooperačním období se kombinují neopioidní analgetika s opiáty (kolektiv autorů, 2006, s. 144- 151).

U méně bolestivých stavů nebo jako doplněk farmakoanalgezie lze použít nefarmakologické postupy tišení akutní bolesti. Vždy je na místě psychická podpora pacienta, přítomnost zdravotníka, uložení do úlevové polohy, zajištění klidu, znehybnění, kryoterapie, hydroterapie, teplo, masáž, akupunktura, transkutánní elektrická nervová stimulace, ultrazvuková terapie, magnetoterapie (Rokyta, 2012, s. 204- 205).

2.5.2 Terapie chronické bolesti

Chronická bolest by se měla léčit multidisciplinárně, to znamená s využitím spolupráce algeziologa, neurologa, psychiatra, rehabilitačního lékaře a psychologa (Rokyta, 2006, s. 38). Především u chronické bolesti se uplatňuje kombinace podávání analgetik a psychologických metod, které pacientovi pomáhají bolest potlačit. Psychologické metody jsou modulace dolní prahu bolesti, hypnóza, placebo, relaxace, bio- feed-back, kognitivní psychoterapie (Křivohlavý, 2002, s. 92- 95).

2.6 Ošetřovatelské intervence u pacienta s bolestí

Na základě svých znalostí by sestra měla být schopná pomoci pacientovi se s bolestí vypořádat. Sestra pacientovi podává analgetika podle časového plánu, měla by znát účinky podaných analgetik, ale měla by vědět jak pacientovi ulevit nad rámec analgetik. Pro pacienta a jeho blízké je důležité mít dostatečné množství přesných informací o bolesti a její léčbě. Každý pacient se s bolestí vyrovnává jinak. Sestře nepřísluší hodnotit reakce pacienta na bolest, ale naopak reakce akceptovat. Pacient s bolestí může být vyčerpaný a proto je pro něj přínosný odpočinek a nepřerušovaný spánek v úlevové poloze. Při péči o klienta s bolestí sestra pravidelně sleduje, hodnotí a zaznamenává projevy bolesti, účinnost podaných analgetik a celkový stav pacienta. Pro pacienta je jistě přínosné o své bolesti hovořit, a proto by ho sestra měla taktně zapojit do hovoru. Z chování sestry by měl pacient pochopit, že sestra je zde pro něj, chápe jeho pocity a má o něj skutečný zájem (Mikšová, 2006, s. 121).

3 VLIV NEMOCI NA ŽIVOT PACIENTA

Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví. Nemoc přináší potíže. Pro většinu pacientů představuje náročnou životní situaci. Nemoc narušuje navyký způsob života, mění zažitý stereotyp a omezuje pacienta v jeho běžných činnostech. Nemoc donutí pacienta adaptovat se na novou situaci, vyrovnat se s novými projevy, narušuje nebo mění mezilidské vztahy, může přinášet i zhoršení ekonomické situace (Zacharová, 2007, s. 16-17).

Chronická nemoc zasahuje fyzickou, psychickou i sociální oblast života. Reakce na nemoc jsou adaptivní nebo maladaptivní. S chronickým onemocněním se pacient musí vyrovnat. Způsob vyrovnávání se s nemocí závisí na osobnosti pacienta, závažnosti onemocnění, charakteru obtíží, způsobu života, míře nutných změn, reakcích rodiny a na celkovém rodinném zázemí (Venglářová, 2006, s. 115).

Migréna je chronická nemoc, což znamená, že většina pacientů se jí nikdy nezbaví a bude s ní žít většinu svého života. V současné době začínají chronické nemoci převažovat nad akutními stavy. Chronické nemoci se postupně stávají celospolečenským, biologickým a psychologickým problémem. Často není známý ani začátek ani konec nemoci. Prognóza u chronických nemocí bývá často nejistá. Chronická nemoc představuje velkou zátěž pro pacienta, protože se musí přizpůsobovat zcela novým podmínkám. Nemocní často upadají do deprese, rezignují a poddají se nemoci (Zacharová, 2007, s. 31).

Migréna má podstatný vliv na život pacientů. Prožívají značná omezení, jelikož během záchvatu mohou být naprosto vyloučeni z prožívání soukromého života i výkonu povolání. Při těžkém průběhu migrény dochází k významnému negativnímu ovlivnění životního standardu, srovnatelnému s nemocemi jakými jsou například deprese, diabetes nebo srdeční onemocnění (Wachter, 2007, s. 148).

3.1 Prožívání nemoci

Každý člověk prožívá svou nemoc jinak, záleží na individuálních rysech osobnosti, na aktuální sociální situaci. Průběh nemoci je ovlivněn mnoha faktory jako je například psychický stav pacienta, jeho nálady, obavy, znalosti, působení rodiny a další. Reakce na nemoc a postoje k nemoci jsou odlišné u každého pacienta. Pacient se s nemocí vyrovnává pomocí mechanismů, které si osvojil v průběhu života (Venglářová, 2007, s. 19).

Migréna je časté onemocnění, které významně zhoršuje kvalitu života pacienta, a proto představuje významný socioekonomický a zdravotní problém a pro společnost představuje velkou ekonomickou zátěž. Většina finančních nákladů spojená s migrénou jsou nepřímé náklady kvůli pracovní absenci nebo snížení pracovní produktivity kvůli migrénovému záchvatu. Pokud pacient pracuje při migrénovém záchvatu, sníží se jeho produktivita práce v průměru o 35%. Počet ztracených pracovních dnů na jednoho pacienta v Evropě je více než 6 dnů v roce (Kotas, 2010, s. 54).

S chronickým onemocněním se pacient musí vyrovnat. Migréna má podstatný vliv na život pacientů. Prožívají značná omezení, jelikož během záchvatu mohou být naprosto vyloučeni z prožívání soukromého života i výkonu povolání. Při těžkém průběhu migrény dochází k významnému negativnímu ovlivnění životního standardu, srovnatelnému s nemocemi jakými jsou například deprese, diabetes nebo srdeční onemocnění (Wachter, 2007, s. 148).

Migréna ničí život pacienta. Pacientův zdravotní stav může být tak špatný, že nemůže pracovat ani se radovat z běžného života. Migréna je velice stresující onemocnění, protože nemá jen jednu podobu a její symptomy jsou různorodé. Předsudky vůči migréně jsou hluboce zakořeněné a rodina i zaměstnavatel často nemají pro nemoc pochopení.

Pacient s migrénou trpí svou nemocí a ještě k tomu trpí navíc podezíráním okolí, zda je skutečně nemocný. V dnešní době ještě spousta lékařů nemá dostatek informací o migréně a velice často zlehčují pacientovy příznaky. V některých případech dokonce pacienta označí za simulanta nebo odkazují nemoc do psychosomatické roviny. Pro pacienta je obzvlášť těžké zbavit se nálepky hypochondra, který svou nemoc jen předstírá.

3.2 Vliv migrény na pacienta a jeho rodinu

Změna celkového stavu chronicky nemocného pacienta se mimořádně intenzivně dotýká i jeho partnera a rodiny (Křivohlavý, 2002, s. 133).

Mnoho pacientů s migrénou cítí vinu za to, že migrénou trpí a že má negativní dopad na jeho nejbližší okolí. Ženy i muži trpí pocitem viny, že nejsou schopni postarat se o své děti a zabezpečit běžný chod domácnosti. Základním faktorem je komunikace. Vysvětlit svým blízkým své pocity a svou nemoc. Kromě samotného pacienta je nemocí zasažen hlavně jeho partner. Opakované záchvaty ho mohou unavovat nebo zklamávat. Partner může být unavený a někdy ho může přemáhat fakt, že na něm spočívá veškerá péče

o rodinu. Důležité je podstatu nemoci vysvětlit dětem. Děti vnímají nemoc jako něco neznámého a mohou mít velkou starost o zdraví svého rodiče nebo se domnívají, že onemocní i druhý rodič. Mohou trpět tím, že rodič má vážnou nemoc nebo, že dokonce umírá. Jindy mohou děti cítit vinu nad tím, co se stalo rodičům a upadají do deprese a sebeobviňování. Vhodné je ujistit děti, že migrenózní záchvat zase přejde (Bernsteinová, 2008, s. 248- 252).

Pacient s migrénou může trpět pocitem viny a špatně snáší pocit, že působí negativně na své okolí. (Manson, 2011, s. 73).

3.3 Vliv migrény na pracovní výkon pacienta

Pracovní potenciál je díky záchvatům migrény významně snížený. Podle výsledků různých socioekonomických výzkumů v USA představuje větší ekonomickou ztrátu, když pacienti nečerpají pracovní neschopnost. Podle výzkumů se během migrenového záchvatu snižuje pracovní výkon zhruba o polovinu. V ČR je také běžné, že pacienti s migrénou zůstávají v práci a pracují méně hodnotně nebo si vybírají různé formy náhradního volna. Připívá k tomu i nastavení sociálního systému, který stanoví vyplácení nemocenské dávky až od 4 dne pracovní neschopnosti. Ve zcela ojedinělých případech může být pacientovi uznán invalidní důchod (Mastík, 2007, s. 24).

Pacient, který má několik záchvatů do měsíce žije neustále pod tlakem, že musí dohnat čas ztracený migrenovým záchvatem. Pacient se cítí neschopný a má pocit, že selhal. Protože pacient většinou nedokáže odhadnout, kdy migrenový záchvat přijde, podřizuje svůj život neustálému zohledňování a předvídání migrény (Wachter, 2006, s. 146).

4 ÚLOHA SESTRY

Péče o pacienty s migrénou se odehrává hlavně jako ambulantní a to v neurologické ambulanci, ambulanci bolesti nebo v ordinaci praktického lékaře. Sestra poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu, hodnotí pacienta z bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska. Stanovuje aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy. K této činnosti musí splňovat podmínky profesního vzdělávání. Základem je mít dostatečné množství teoretických vědomostí o migréně. Sestra pracuje dle zvyklostí dané ambulance a vykonává: administrativní činnost, diagnosticko- terapeutickou činnost, dispenzární a preventivní činnost. (Slezáková, 2014, s. 8).

Při realizaci ošetrovatelského procesu záleží na tom, zda se jedná o pacienta léčeného ambulantně, což je většina pacientů s migrénou nebo hospitalizovaného.

Na běžnou kontrolu do ambulance bolestí hlavy je pacient objednáván individuálně, nejčastěji za 3- 6 měsíců. Během jeho návštěvy společně se sestrou a lékařem kontrolují deník bolestí hlavy, hodnotí a plánují další terapeutické postupy.

Pacienti s migrénou jsou hospitalizováni na neurologickém oddělení jen výjimečně při silném záchvatu nebo prvozáchytu nemoci, kdy jejich stav vyžaduje sledování, podávání intravenózních léků a upřesnění diagnostiky. Ojedinele jsou pacienti během záchvatu hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. To hlavně pokud je záchvat silný a dochází ke změnám v kvalitě vědomí. Sestra při hospitalizaci spolupracuje při získávání anamnestických údajů, asistuje při diagnostických vyšetřeních, odebírá biologický materiál, aplikuje léky a sleduje jejich účinnost, hodnotí celkový stav pacienta, hodnotí bolest (Slezáková, 2014, s. 120).

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje důležité subjektivní a objektivní informace. Získává anamnestické údaje. V rodinné anamnéze se zaměřuje na výskyt migrény, bolesti hlavy, endokrinní poruchy. Pro osobní anamnézu jsou důležité informace o předchozí hospitalizaci, prodělaných nemocech, úrazech, operacích, očkování, bolesti, vlastních migrénových záchvatech, vyvolávajících faktorech a průvodních příznacích.

Dalším krokem je fyzikální vyšetření. Sestra hodnotí pacienta cefalokaudálně nebo podle orgánových systémů. Při vyšetření hlavy se zaměřuje na držení hlavy, palpační

citlivost, výskyt, lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti a na případné poruchy vidění. Sestra si všímá barvy obličeje, sekrece z nosu, slzení. Při vyšetření hrudníku si sestra všímá charakteru dýchání. Během vyšetření kardiovaskulárního systému sleduje hodnoty krevního tlaku, charakter pulzu, prokrvení periferie. Během vyšetřování gastrointestinálního traktu se zajímá o nechutenství, nauzeu, zvracení, poruchy vyprazdňování moče a stolice. Sestra dále hodnotí aktivity denního života. Zde se jedná o stravování a příjem tekutin, pohyblivost, spánek a aktivitu a samostatnost. Sociální stav hodnotí podle schopnosti verbální a neverbální komunikace a podle míry informovanosti o chorobě (Slezáková, 2014, s. 121).

Ve druhé fázi ošetřovatelského procesu si sestra na základě zjištěných problémů stanoví ošetřovatelské diagnózy. Prioritou jsou potřeby pacienta nevyhnutelné pro zajištění základních životních funkcí. U pacientů trpících migrénou se může jednat o následující ošetřovatelské diagnózy: akutní bolest hlavy (00132), chronická bolest (00133), nauzea (00134), strach (00148), úzkost (00146), únava (00093), porušený spánek (00095), spánková deprivace (00096), nedostatečná výživa (00002), deficit tělesných tekutin (00027), porucha vyprazdňování moči (00016), zhoršená pohyblivost (00085), neefektivní léčebný režim (00078), nedostatek zájmových aktivit (00097), deficit sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku (00109), deficit při koupání a hygieně (00108), deficit znalostí (00126), ochota doplnit deficit znalostí (00161), zhoršená verbální komunikace (00051), zhoršené udržování domácnosti (00098), hledání zdravého životního stylu (00084), porušená osobní identita (00121), bezmocnost (00125), beznaděj (00124), situačně snížená sebeúcta (00120), chronicky nízká sebeúcta (00119), zhoršená rodičovská role (00056), přerušovaný život rodiny (00060), neefektivní plnění role (00055), poškození sociální interakce (00052), sexuální dysfunkce (00059), neefektivní sexuální život (00065), duchovní nouze (00066), sociální izolace (00053) aj. (Marečková, 2006, s. 20- 28).

Třetí fáze ošetřovatelského procesu se nazývá plánování. Během něj si sestra určí priority a podle nich si seřadí ošetřovatelské diagnózy, dále si stanoví cíle, kterých chce dosáhnout, a výsledná kritéria. Sestra si naplánuje ošetřovatelské intervence s cílem redukovat a eliminovat problémy pacienta. Poté sestaví ošetřovatelský plán, ve kterém naplánuje sesterské ordinace. V případě potřeby konzultuje nejasnosti s ostatními členy ošetřovatelského týmu.

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu sestra realizuje postupy a strategie sestavené a zaznamenané v plánu ošetrovatelské péče. Všechny činnosti prováděné u pacienta sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu je nutné zaznamenat do dokumentace pacienta.

V poslední, páté fázi ošetrovatelského procesu sestra vyhodnocuje a zjišťuje, do jaké míry se jí podařilo dosáhnout stanovených cílů (Tóthová, 2009, s. 38- 49).

Nejdůležitější ve vztahu sestra – pacient je efektivní komunikace. Sestra nesmí zapomenout, že je první, s kým se pacient při vstupu do zdravotnického zařízení setká. Schopnost komunikovat je nedílnou součástí profesionálního vybavení sestry a slouží k navázání a rozvíjení vztahu s pacientem. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoli v životě člověka. Není jednoduché komunikovat s pacientem, který má těžkou nemoc ovlivňující kvalitu života. Stejně tak je náročné domluvit se, získat a předat informace, povzbudit a dodat naději (Venglářová, 2006, s. 8- 11).

Sestra by si měla uvědomovat, jak svou verbální i neverbální komunikací může pacienta motivovat, ale i demotivovat a devalvovat. Každý pacient by měl mít za všech okolností pocit, že sestry jsou tu pro něj (Haškovcová, 2013, s. 22). Sestra by měla na pacienta působit laskavě, přátelsky, zdvořile, taktně, uctivě, slušně a uznale. Měla by pacienta brát jako sobě rovného partnera, vyjadřovat mu pochopení, umět mu naslouchat, věnovat mu čas, odpovídat trpělivě na otázky a poskytovat adekvátní informace (Venglářová, 2006, s. 115- 116).

Samozřejmě že každá sestra komunikuje s nemocným na úrovni, kterou si osvojila a která jí vyhovuje. Velkou roli v komunikaci hraje nastavení zdravotnického systému, to znamená vyžadovaný způsob práce, který je při ošetřování nemocných technicky náročný. Soustředění na výkon a ekonomické zájmy vytěsňují komunikaci na okraj. Přesto je třeba rozlišit běžnou komunikaci, to je vlastně základní slušnost a nic nás sestry nestojí a výjimečnou komunikaci, která opravdu vyžaduje čas, námahu a peníze (Haškovcová, 2013, s. 26).

Nezbytnou součástí náplně práce sestry je edukace pacientů, při ambulantním i nemocničním ošetření klienta. Ne vždy je realizována dle potřeb pacienta. Navázání důvěrného vztahu napomáhá iniciovat potřebné změny a někdy pomůže předejít závažným komplikacím. Při každé edukaci je důležité zohlednit individuální odlišnosti konkrétního

pacienta. Primárně je důležité, aby pacient dostal informace o vzniku nemoci, možnosti léčby, prevence a vývoji nemoci. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví nebo ke zkvalitnění života jedince. Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně (Juřeníková, 2010, s. 10).

Pacienty s migrénou sestra spolu s lékařem edukují o zdravém životním stylu, aktivitách denního života, podporují ho v zaznamenávání bolesti, pomáhají s vyhledáváním spouštěcích faktorů migrény. Každý člověk trpící migrénou by měl dodržovat pravidelný denní režim. To znamená neměnit čas vstávání a chození spát. Měl by se často pohybovat na čerstvém vzduchu a eliminovat pobyt v dusných nebo zakouřených místnostech. Také není vhodné dlouhodobě pobývat na prudkém slunci nebo v příliš chladném prostředí. Pacient by se měl snažit eliminovat stres a není od věci správně se naučit relaxační techniky a umět je včas a správně použít. Pokud pacient užívá profylaktickou léčbu, měl by být edukován o pravidelném užívání léků, o nutnosti nosit léky sebou a měl by je umět správně použít. Pacient by si měl sestavovat jídelníček podle zásad zdravé výživy, měl by jíst v pravidelných intervalech a dodržovat dostatečný pitný režim. Ženy by se měly dozvědět o vazbě migrény na menstruační cyklus.

5 KVALITA ŽIVOTA

„Zdraví určitého člověka je co nejlépe propojeno s kvalitou jeho života“

David Seedhouse

Pojem „kvalita života“ se poprvé objevil na začátku 20. století. V této době se používal především v souvislosti s ekonomickým vývojem státu a úlohou státu v materiální podpoře nižších společenských vrstev. V 60. letech se začíná objevovat v USA v souvislosti s politikou státu. Tehdejší prezident stanovil hlavní cíl své domácí politiky zlepšování kvality života Američanů. V politických programech USA má vystihovat životní úroveň populace dle měřítek, jako je plat, bydlení, vybavení domácnosti, možnost studia, kvalita a dostupnost zdravotnické péče – jde tedy o jakýsi popis životních podmínek, které jsou měřitelné a zachytitelné (Vašina, 2009, s. 21).

V Evropě v 70. letech vystoupil německý politik Willy Brandt s politickým programem zaměřeným na dosažení lepší kvality života svých spoluobčanů. V pozdějších letech se termín „kvalita života“ uplatnil hlavně v sociologii. První sociologický výzkum zaměřený na kvalitu života probíhal v USA v 70. letech. Cílem šetření bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak sami lidé hodnotí svůj život. V posledních letech se tento termín rozšířil do mnoha vědních oborů. V rámci systému zdravotní péče se pojem kvalita života začíná užívat od 70. let 20. století. Zde už neslouží jen k zachycení ekonomických potřeb, ale je chápána jako subjektivní hodnocení vlivu zdraví a podmínek na úroveň života jedince (Payne, 2005, s. 205).

I přes to, že je zkoumání kvality života velmi rozšířené a přes množství definic, neexistuje žádná definice výrazu kvalita života, která by byla všeobecně přijatá a akceptovaná. Není žádný standard určující kvalitní život, proto je problém definovat kvalitu života. Na tento termín nahlíží odborná veřejnost jako na ukazatel, který hodnotí negativní i pozitivní stránky lidského života. Často se můžeme setkat s termínem well-being, česky osobní pohoda. Toto sousloví označuje dlouhodobý emoční stav, který odráží spokojenost jedince se svým životem. Z medicínského pohledu se zde propojuje zdraví a způsob životního stylu. (Payne, 2005, s. 208).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze kvalitu života definovat, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, ve vztahu ke svým

cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. To znamená, že kvalita života vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci (Dragomirecká 2006, s. 10).

Podle modelu WHO je kvalita života rozdělena do šesti základních oblastí, domén. Domény se dále vnitřně člení podle dalších indikátorů, které představují užší vymezení dané domény. První doména se týká fyzické kvality života a v ní je stanoveno pět indikátorů. Je to subjektivní hodnocení energie, vytrvalosti a únavy, prožívání bolesti a nepohodlí, schopnost odpočívat a ovlivnění spánku. Druhá doména je zaměřená na psychickou kvalitu života a patří k ní šest indikátorů. Prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost myšlení a učení, paměť a koncentrace. Třetí doména je stupeň samostatnosti a je členěna na každodenní činnosti, závislost na zdravotní péči a lécích, mobilitu a práceschopnost. Čtvrtou doménou jsou sociální vztahy. Sem patří indikátor subjektivního hodnocení osobních vztahů, subjektivní hodnocení sexuálního života a sociální podpora. Pátou doménou je životní prostředí, jež zahrnuje indikátory, kterými jsou finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, získávání informací, bydlení a doprava. Poslední, šestou doménou je duchovno, ve které tvoří indikátory náboženské a světonázorové přesvědčení (Gurková, 2011, s. 73).

Kvalitu života ovlivňují různé faktory: pohlaví, věk, aktuální zdravotní stav, ekonomické podmínky, cíle jedince, postoje jedince. Lze ji rozdělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života ukazuje, co daná osoba právě prožívá a pociťuje. Objektivní kvalita života vyplývá z ukazatelů jako je dostupnost zdravotní péče, životní prostředí nebo podmínky bydlení (Gurková, 2011, s. 81).

Z dnešního hlediska je tedy kvalita života jedním z významných faktorů, který musí být brán do úvahy ve vztahu k pacientovi – je zde posuzován vliv volby konkrétního léčebného procesu nebo terapie. Zdravotníky dnes zajímá, jakou kvalitou života žijí pacienti s různými nemocemi a jaký je dopad konkrétní terapie na kvalitu jejich života (Payne, 2005, s. 214).

5.1 Hodnocení kvality života

Kvalitu života lze v ošetřovatelství hodnotit u skupiny nebo jednotlivce. V případě skupiny hodnotíme kvalitu života skupiny pacientů s určitým onemocněním. V případě jednotlivce se do hodnocení zahrnují všechny oblasti lidského působení (Gurková, 2011, s. 103).

Způsob hodnocení kvality života se mění podle účelu, který se hodnocením sleduje. Hodnocení kvality života se v ošetrovatelské praxi uplatňuje hlavně u pacientů trpících chronickou nemocí. Pacient s chronickou nemocí může denně prožívat omezení ve všech oblastech, ale nemusí nutně vnímat svou kvalitu života jako nedostatečnou nebo špatnou (Csisko, Sestra, 2013).

Postupy pro měření kvality života se dají rozdělit na objektivní, subjektivní a kombinované. Nejpoužívanějším postupem pro měření objektivní kvality života jsou kritéria podle W. O. Spitzera a zahrnují pracovní schopnost, způsob trávení volného času, fyzickou nezávislost na druhých, bolest, nepohodlí, náladu, ekonomickou situaci, komunikaci, vztahy s okolím a informovanost pacienta o nemoci. Pro měření subjektivní kvality života se nejčastěji používá metoda Schedule for the Evaluation of Individual Quality Life- SEQOL . Je to vlastně do určité míry strukturovaný rozhovor, který je tematicky omezený na nejdůležitější aspekty kvality života. U kombinovaných metod se používají obě předchozí metody (Farkašová, 2009, s. 216- 218).

Všechny metody hodnocení kvality života bývají v různých kombinacích součástí generických a specifických dotazníků komplexně hodnotící léčbu. Generické dotazníky všeobecně hodnotí celkový stav nemocného, aniž by braly v potaz konkrétní onemocnění. Jsou použitelné pro jakýkoliv soubor pacientů nebo zdravé populace. Většinou mapují oblast zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek, prostředí a spiritualitu. Jejich výhodou je, že umožňují vzájemné srovnání různých podmínek a souborů osob a mohou být využívány pro populační šetření. Jejich nevýhodou je, že nemusí být dost citlivé na intervence zaměřené na symptomy. Mezi generické dotazníky nejčastěji využívané pro potřeby klinické praxe v České Republice patří WHOQOL- 100 a jeho zkrácená verze WHOQL- Bref. Specifické dotazníky jsou určeny pro jednotlivé typy onemocnění, hodnotí faktory, které úzce souvisí s konkrétním onemocněním a zjišťují dopad nemoci na život pacienta (Dragomirecká, 2006, s. 10).

Není pravda, že člověk, který trpí chronickou chorobou, musí nutně vnímat svou kvalitu života jako špatnou nebo nedostatečnou. Proto by mělo být úlohou zdravotníků umět v rámci ošetrovatelského procesu posoudit i vnímání kvality života každého pacienta. V současné době se v našich podmínkách kvalita života hodnotí hlavně z výzkumných důvodů a nebývá běžnou součástí léčebných programů (Csisko, Sestra, 2013, s. 30).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Migréna postihuje několik milionů Evropanů. V posledních letech se dostává do povědomí širší veřejnosti, ale stále o ní chybí relevantní ucelené informace. Pacienti nejsou plně informováni o své nemoci nebo dokonce podléhají různým pověrám o migréně. Tato skutečnost je nebezpečná zejména z toho důvodu, že léčba migrény vyžaduje především pravdivé a přesné informace. Pacienti by měli navštěvovat specializovaná centra pro léčbu bolestí hlavy, neboť tam mají nejucelenější poznatky o léčbě migrény a mají zkušenosti s léčbou velkého množství pacientů. Bohužel tyto ambulance jsou ve větších městech a pacienti se do nich ne vždy dostanou.

V dnešní uspěchané době a v materiálně zaměřené společnosti, není jistě lehké trpět onemocněním, které pacienta vyřazuje z běžného života, brání mu v práci a stigmatizuje ho. Pro pacienta je to o to těžší, že jeho diagnóza není okolím zcela přijímána – pacient může být pokládán za hypochondra, který své problémy zveličuje, aby získal pozornost a úlevy. Pokud nastane situace, že pacientovi nevěří ani jeho lékař, může se pacient uzavírat před okolím do sebe a jeho nemoc zůstává neléčená.

Při léčbě migrény je pro pacienty velice důležité mít ucelené, relevantní informace o nemoci, spolupracovat s odborným lékařem, vyhýbat se spouštěčům migrénového záchvatu a dodržovat doporučený léčebný režim.

7 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumného šetření je zjistit kvalitu života lidí s migrénou. Ve své práci jsem se zaměřila na subjektivní hodnocení kvality života respondentů s migrénou pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

7.1 Dílčí cíle

1. Zjistit jaká je informovanost lidí s migrénou o jejich nemoci.
2. Zjistit zda lidé s migrénou dodržují doporučený léčebný režim.
3. Zjistit jak lidé vnímají všeobecné sestry během hospitalizace kvůli migrénovému záchvatu
4. Zjistit jak lidé s migrénou subjektivně hodnotí kvalitu svého života

7.2 Výzkumné otázky

1. Narušuje migréna život pacienta?
2. Ovlivňuje migréna rodinný život pacienta?
3. Ovlivňuje migréna profesní život pacienta?
4. Mají pacienti dostatečné množství informací o migréně?
5. Dodržují pacienti s migrénou doporučený léčebný režim?
6. Poskytují všeobecné sestry pacientům s migrénou podporu?
7. Jak pacienti s migrénou hodnotí kvalitu svého života?

8 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

S přihlédnutím ke stanoveným cílům jsem pro svou bakalářskou práci zvolila kvalitativní formu výzkumného šetření. Metodiku sběru dat tvoří tři polostrukturované individuální rozhovory se třemi respondentkami. Pro rozhovor jsem se inspirovala dotazníky WHOQOL- 100 a WHOQOL- Bref.

8.1 Metoda sběru dat

Jako metodu ke sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor uvedený v příloze č. 9. Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje soubor otázek, které se vztahují ke zkušenostem, názorům, pocitům, znalostem, vnímání, k demografickým údajům respondenta. Pro řazení otázek při organizaci rozhovoru nejsou daná pevná pravidla. Tazatel vytváří průběh rozhovoru dle vlastní představy a záleží jen na něm, jakým způsobem otázky pokládá a formuluje (Hendl, 2012, s. 164- 166). Pro získání co nejširších odpovědí jsou otázky konstruovány jako obecné a otevřené. Rozhovor je tvořen 37 otázkami rozdělenými do 4 oblastí. U třech otázek byly položeny doplňkové otázky.

8.2 Výběr respondentů

Respondentky kvalitativního šetření jsem vybrala záměrně a tvoří ho tři ženy. Výzkumného šetření se měl zúčastnit i jeden muž, ten ale nakonec svou účast odmítl. Všechny respondentky mají migrénu diagnostikovanou neurologem. Onemocnění prožívají několik let a mají dlouhodobou zkušenost s omezením, které nemoc přináší. Dvě respondentky znají spouštěče svého migrénového záchvatu. Respondentka č. 1 nedochází ke specialistovi, léčí se sama, tak jak jí bylo před lety doporučeno lékařkou na neurologii. Respondentky č. 2 a č. 3 se léčí na neurologické ambulanci. Dvě respondentky spojuje stejné povolání, jinak je kromě diagnózy nic nespojuje.

8.3 Způsob získávání informací

Informace od respondentek jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Všechny rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentek po předchozí telefonické domluvě. Nejprve jsem respondentky ujistila o zachování naprosté anonymity a to tím, že jejich identifikační údaje nebudou uvedené v bakalářské práci. Všechny tři respondentky věděly, že mají právo od rozhovorů kdykoli odstoupit a neodpovídat na otázky, které budou pokládat za příliš osobní. Respondentky podepsali informovaný souhlas- příloha

č.8. Rozhovory trvaly přibližně 60- 80 minut. Rozhovory jsem si nahrávala na záznamové zařízení a po té jsem je přepsala do bakalářské práce.

8.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu května 2015. Provedla jsem tři polostrukturované rozhovory a každý rozdělila do následujících oblastí: 1. oblast- oblast nemoci, 2. oblast- profesní život, 3. oblast- rodinný život, 4. oblast- informovanost. Pro každou oblast jsem vytvořila 4 až 13 otázek. Otázky byly v rozhovorech pokládány tak, abych jimi dokázala odpovědět na výzkumné otázky. Protože jsem prováděla polostrukturované rozhovory, otázky na sebe volně navazují, tak jak vyplývaly ze situace. V příloze č. jsou rozdělené podle uvedených oblastí. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a následně přepsány do bakalářské práce.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

9.1 Respondentka č. 1

Respondentka č. 1, kterou jsem si vybrala do kvalitativního šetření, je žena ve věku 46 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní pracuje jako všeobecná sestra ve trojzměném pracovním provozu na anesteziologicko- resuscitačním oddělení. Žije ve městě v bytovém domě s 19. letou dcerou a psem, stálého partnera nemá.

Rozhovor probíhal 17. 5. 2015 v podvečerních hodinách v bytě respondentky. Na čase a místě jsme byly předem telefonicky domluvené. Prostředí bylo klidné a příjemné. Respondentka odpovídala bez větších obtíží. Na začátku respondentka působila poněkud nervózně, ale po ujištění, že nemusí odpovídat na otázky, které by jí byly nepříjemné nebo se výrazně dotýkaly jejího soukromí, se viditelně uklidnila.

Rozhovor jsem zahájila otázkami z oblasti nemoci

1. oblast- oblast nemoci

1. Jak dlouho už trpíte migrénou? Víte co ji spustilo?

„Migréna se u mě poprvé objevila v 19 ti letech, neuvědomuji si přesně, co ji spustilo. Možná nástup do práce a s tím spojený stres.“

2. Vyskytuje se nemoc u někoho dalšího ve vaší rodině?

„Ano, migrénu má i tatínkův bratr, ale s ním se naše rodina nestýká, takže nedokážu říct, jak záchvaty probíhají u něj.“

3. Jakou formou migrény trpíte?

„Ne to nevím, ani nevím, že je víc forem.“

4. Navštěvujete v současné době odborné lékaře kvůli migréně?

„Ne. Všechno si řeším sama. Dneska už sice jsou neurologové, kteří se migrénou zabývají, ale já mám pocit, že čím víc se budu migrénou zabývat, tím víc na ní budu myslet a bude mi hůř. Jako všichni zdravotníci nikam nejdu, dokud můžu fungovat. Nejsem typ člověka, který běhá se vším k lékaři. Dokud mě záchvat nedostane do nemocnice, tak si to budu řešit podle svého. Sama si pomáhám.“

5. Jak často se u Vás průměrně vyskytují migrénové záchvaty?

„Průměrně tak tři do měsíce, ale je to různé. Tenhle měsíc jsem měla dva záchvaty. Jeden byl drobnější, ale trval tři dny. Zřejmě byla větší změna tlaku. Druhý byl opravdu těžký, ale naštěstí trval jen asi 12hodin.“

6. Jaké faktory vyprovokují Váš migrénový záchvat?

„Určitě stres, ani ne tak v práci, ale spíš v rodině. Neumím se povznést nad věci, které mně štvou ve vztahu, jaký má můj bratr k našim rodičům, pořád je řeším. A pak se to otočí proti mně a navrch k tomu mám ještě záchvat. Ale o naší rodinné situaci nechci mluvit. A posledních pár let jsem zjistila, že mi někdy vadí bílé víno. Když si ho náhodou dám, stačí mi se jednou napít a poznám, jestli po něm budu mít záchvat nebo ne. Červené mi nevadí, ale piju ho jen příležitostně.“

7. Dokážete popsat průběh záchvatu a jeho příznaky?

„Někdy mi začnou vadit hlasy lidí a vysoké zvuky. Jakmile si to uvědomím, je mi jasné, že během příštích hodin mi začne migréna a to pak většinou mívám těžký záchvat se zvracením, tlakem v hlavě a bolestí hlavy. Časově to nesleduji, ale většinou mi těžký záchvat netrvá déle než 24h. Když mám lehký záchvat, jen mně bolí hlava a je mi na zvracení. Ale záchvat pak trvá klidně i tři dny.“

8. Jaký příznak pocítujete během záchvatu jako nejhorší?

„Nejhorší během záchvatu je pro mě to strašný zvracení, kdy zvracíš a už nemáš vlastně ani co. Ta samotná bolest je v tu chvíli úplně vedlejší. Taky mi strašně vadí ten tlak v hlavě během zvracení. To už si prostě jen říkáš, prosím už dost. Mám vždycky pocit, že mi tím tlakem hlava exploduje. Vždycky se jen modlím, abych neměla někde nějaké aneurysma, aby mi neruplo a neskončila jsem u nás v práci s čidlem a drénem v mozku. Pak, když už mi zaberou léky, lehnu si a stáhnou hlavu utěrkou, je to v pohodě.“

a) Kde cítíte největší tlak nebo je to různé?

„To je různý, není to vždycky na stejném místě, stěhuje se to od jednoho spánku na druhý až na zátylek. Je to vážně různý.“

9. Popište bolest během záchvatu? Jak byste jí ohodnotila na VAS?

„Bolest je různě intenzivní, od malé bodavé až k bolesti, kdy mám pocit, že se mi hlava rozskočí a stupnice absolutně nestačí. Ale průměrně tak 5.“

10. Jaké pocity máte během záchvatu?

„Modlím se, aby to přestalo. Děsně se bojím, abych se nedostala do nemocnice. A mám vztek, že musím mít zrovna tuhle děsnou nemoc.“

11. Na koho se můžete obrátit o pomoc během záchvatu?

„Já se starám sama o sebe, nikoho svou migrénou neobtěžuju. Jsem soběstačný člověk. Požádat o pomoc je až krajní řešení. Třeba, když byla Míša malá, občas jsem jí odvedla k mým rodičům a ti se mi o ni postarali. Ale teď, když je velká, to nutné není. A po Míše taky nic nechci, jen aby mně neotravovala, nemluvila a nechala mně v klidu. Třeba mi jen udělá čaj a to je všechno.“

12. Jaké užíváte léky během záchvatu?

„Když jsem doma indometacínový čípek, ten jediný mi pomůže a pak léky od paní neuroložky. V práci mi děvčata píchnou Torecan a vezmu si Ataralgin nebo mi nechají vykapat Veral.“

a) Zkoušela jste někdy užívat Triptany?

„Nezkoušela jsem je, mám z nich strach. Sice u většiny lidí zabírají, ale někdy můžou migrénovou bolest zhoršit. Bojím se, že by mi záchvaty zhoršily. A svoje léky mám vyzkoušené, pomáhají mi. Tak nemám důvod zkoušet něco dalšího.“

13. Jak hodnotíte finanční zátěž na léčbu?

„Léčba mně zase tak nezatěžuje. Ataralgin není drahý a ostatní léky jsou na předpis, jsou částečně hrazené pojišťovnou, takže to jde. Kardiaci jsou na tom hůř.“

14. Máte zkušenost s alternativní léčbou?

„Nezkoušela jsem jí. Ne, že bych jí nevěřila, ale mám pocit, že je to drahý.“

15. Jaký je váš názor na psychoterapii v léčbě migrény, máte osobní zkušenost?

„Já ani nevím. Léčit se na migrénu ve chvíli, když Tě to nebolí, je divný. Chodit někam si povídat o migréně, na to já nejsem.“

16. Byla jste někdy kvůli migréně hospitalizovaná?

„Naštěstí ne.“

17. Jak vnímáte chování všeobecných sester?

„Mám zkušenost jen se svými kolegy a spolupracovníky a ta je vždycky výborná. Jinak jsem pomoc zdravotníků, třeba na neurologické ambulanci nikdy nepotřebovala.“

2. oblast- profesní život

18. Musela jste nemoci přizpůsobit výběr povolání?

„Ne. Migréna se mi rozjela, až když jsem vystudovala a pracovala.“

19. Musela jste někdy kvůli migréně z práce odejít během pracovní doby?

„Dřív jsem někdy z práce odcházela, ale ne při každém záchvatu. Třeba, když jsem zvracela a nebyla jsem schopná vylézt ze záchodu. Jednou mně dokonce vezla domů sanitka. Měla jsem tak strašný záchvat, že mi nejdřív kolegyně nechaly vykapat v práci léky a pak mě domů odvezla sanitka. Vůbec jsem nebyla schopná fungovat. Odešla jsem z práce asi tak možná desetkrát. Ale většinou to v práci zvládnou. Nemůžu si vzít tak silné léky, jako kdybych byla doma, ale zvládnou to. Už jsem si asi zvykla. Nebo mi holky píchnou torecan a veral a zase můžu fungovat do konce směny. Doma pak zalezu do postele, vezmu si léky a čekám, až se mi uleví.“

a) Jak řešíte pracovní absence?

„Když jsem se omluvila předem, tak buď náhradním volnem, nebo dovolenou a když jsem odešla v průběhu služby, tak to mi prostě staniční službu nechala napsanou a nijak se to neřešilo. Ale nezneužívám toho.“

20. Měla jste někdy v práci problémy kvůli migréně- s kolegy, s nadřízenými?

„Ne, mám štěstí, že jsem sestra a kolem sebe mám lidi, kteří chápou, že i zdravotník může být nemocný. Mám velké štěstí na kolegy“

3. oblast- rodinný život

21. Do jaké míry Vás migréna omezuje v péči o rodinu?

„To zase závisí na tom jaký ten záchvat je. Při mírném záchvatu se snažím fungovat normálně. Při těžkém si prostě zalezu do tmy a do postele a nic neřeším. Víím, že dcera je už velká a nemusím se o ni tolik starat.“

22. Omezuje Vás migréna v běžných denních aktivitách?

„Mám pocit, že ne. Mimo záchvat na migrénu vůbec nemyslím. Žiju si prostě svůj život a nic se neděje.“

23. Plánujete Vaše volnočasové aktivity s ohledem na migrénu?

„Ne, to vůbec ne. Dopředu záchvat neřeším. Pokud mám něco domluvené a mám záchvat, tak to zkrátka zruším nebo z akce odejdu, to se nedá nic dělat.“

24. Chápe rodina Vaši nemoc?

„Míša určitě, je to inteligentní holka a vidí mně při záchvatech. Ví, že si na nic nehraju. Jediný, kdo mi absolutně nevěří je moje mamka. Ona je v těchhle věcech zvláštní člověk. Taťka to bere, ale mamka má pocit, že přeháním. Dřív, když jsem měla migrény a potřebovala jsem hlídat Míšu, tak jí hlídala, ale neodpustila si komentáře, abych se nepředváděla, abych se nezbláznila. Ona nikdy takový stav nezažila, takže vlastně vůbec netuší jak je migréna děsná.“

25. Máte pocit, že Vaše nemoc obtěžuje Vaši rodinu?

„Já ani nevím. Míšu snad ani ne, je na to zvyklá. Spíš když se dostaneme do situace, že ona má náladu si se mnou povídat a já bych nejradši zalezla, tak mě mrzí, že jí odbydu a nebavím se s ní. Ale ona moc dobře ví, co se děje a chápe mně.“

26. Máte pocit, že se v průběhu trvání Vaší nemoci změnil vztahy s Vašimi blízkými?

„Asi ne, určitě ne. S mamkou se o migréně nebavím, prostě tohle téma spolu neřešíme.“

27. Kdo Vám poskytuje největší oporu?

„Každopádně Míša, ale snažím se jí moc neobtěžovat a nezatahovat jí do svých problémů.“

4. oblast- informovanost

28. V čem vidíte hlavní problém nemoci?

„Asi v tom, že každý záchvat probíhá jinak. Jsem schopná poznat, jestli bude záchvat těžkej nebo lehkej, ale jaký příznaky ho budou doprovázet to je vždycky překvapení. A že se záchvaty pořád opakují, že třeba nemám rok pokoj, abych se dala pořádně dohromady.“

29. Máte obavy z vývoje nemoci?

„Tak to víš, že jo. Bojím se, aby se mi to během menopauzy ještě víc nezhoršilo. Já vím, že se migréna většinou postupem života zlepšuje, ale nechci na to spoléhat. Nikdy nevíš, jak to bude dál.“

30. Jak se vyrovnáváte s faktem, že se jedná o chronické, celoživotní onemocnění?

„Když jsem byla mladší, tak mě migréna samozřejmě štvala, byla jsem naštvaná, proč zrovna já mám tu nemoc. Postupem času jsem si na ni zvykla a smířila se s ní.“

31. Dodržujete pravidelný denní režim?

„S mojí prací? Jako sestra pracující na směny? Absolutně ho nedodržuji.“

32. Víte, že existují certifikovaná centra pro léčbu bolestí hlavy?

„Ano, vím. Ale nechce se mi dojíždět do Prahy nebo do Plzně, když si vystačím s léčbou sama.“

33. Vedete si migrénový deník?

„Ne, vůbec netuším, že něco takového existuje.“

34. Jak získáváte informace o své nemoci?

„Určitě si informace aktivně nevyhledávám. Nejsem typ, který by seděl na internetu a pořád lovil nějaké novinky. Když něco potřebuji, domlouvám se s paní docentkou na neurologii.“

35. Myslíte si, že máte o migréně dostatečné množství informací, které potřebujete?

„Informace, které mám, mi stačí. Takže ano, myslím, že mám.“

36. Je pro Vás důležitá kvalita Vašeho života?

„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlela, ale asi je pro mě důležitá.“

37. Jak byste hodnotila kvalitu Vašeho života? Vyberte si ze škály jako ve škole- 1 je nejlepší, 5 nejhorší.

„Nevím, asi 2-3. Nemyslím, že mám kvalitu života výbornou, ale ani ne strašnou.“

9.1.1 Shrnutí rozhovoru

Respondentka č.1 je smířená se svou nemocí. O své nemoci má pouze omezené informace. Migréna se u ní objevila v 19 ti letech, ale neuvědomuje si, co ji spustilo. V současné době za spouštěč svých záchvatů označila stres v rodině. Z tohoto důvodu by bylo pro respondentku vhodné doplnění informací z oblasti psychoterapie, která by jí

mohla pomoci pracovat se stresem a umět se sním lépe vyrovnat. Kvalitu života hodnotí subjektivně svými slovy: „ani výborně, ale ani špatně a ohodnotila ji na stupnici číslem 2-3. Nemá pocit, že by její život byl migrénou negativně ovlivněn.

9.2 Respondentka č. 2

Respondentka č. 2, kterou jsem si vybrala do výzkumného šetření, je 23 letá žena. Vystudovala gymnázium a vyšší zdravotnickou školu. Nyní pracuje 10 měsíců jako zdravotní sestra na anesteziologicko- resuscitačním oddělení ve trojsměnném pracovním provozu. Žije ve městě v bytě v panelovém domě s přítelem.

Rozhovor probíhal 20. 5. 2015 ve večerních hodinách v bytě respondentky. Prostředí bylo klidné. Respondentka odpovídala bez potíží.

1. oblast- oblast nemoci

1. Jak dlouho už trpíte migrénou? Víte co ji spustilo?

„Migréna se u mě poprvé objevila asi před čtyřmi lety během studia na vyšší škole. Co ji spustilo nevím. Neřekla bych, že jsem prožívala něco zvláštního.“

2. Vyskytuje se nemoc u někoho dalšího ve vaší rodině?

„Ne, nikdo další migrénu nemá“

3. Jakou formou migrény trpíte?

„Mám migrénu bez aury“

4. Navštěvujete v současné době odborné lékaře kvůli migréně?

„Ano, docházím k neurologovi.“

5. Jak často se u Vás průměrně vyskytují migrénové záchvaty?

„To je strašně různý. Někdy to mám každý týden, někdy mám půlroční pauzu. V zimě je to lepší, v létě jsou záchvaty častější. Ta intenzita je vážně různá. Jak už jsem na to zvyklá, tak už to nepočítám.“

6. Jaké faktory vyprovokují Váš migrénový záchvat?

„Nejsem si jistá. Mám pocit, že když se strašně moc soustředím na jednu věc, pořád o ní přemýšlím, tak pak někdy ten záchvat přijde. Na nic jiného jsem zatím nepřišla.“

7. Dokážete popsat průběh záchvatu a jeho příznaky?

„Najednou si uvědomím, že mě bolí hlava, je mi špatně od žaludku a je to tu. Když mě začne bolet málo a bolest pomalu narůstá, je jasný, že ten záchvat bude hmusnej, budu si muset jít lehnout a zkusit usnout. Když mě hlava bolí od začátku málo a pořád stejně, vím, že si vezmu migralgin a bude klid.“

8. Jaký příznak pocítujete během záchvatu jako nejhorší?

„Nejúděsnější je pro mě ta bolest, která jakoby vychází ze vnitř hlavy. Je to pulzující bolest, tepe mi v hlavě a to mně bolí.“

9. Popište bolest během záchvatu? Jak byste jí ohodnotila na VAS?

„Bolest je různá. Někdy jen malá a někdy nesnesitelná. Začíná vevnitř v hlavě a postupně se rozleze do celé poloviny hlavy a vždycky je to jiná půlka. Třeba 1, ale někdy i klidně 10“

10. Jaké pocity máte během záchvatu?

„Určitě jsem úzkostná, mám strach. Někdy i vztek. Jsem podrážděná a někdy lítostivá.“

11. Na koho se můžete obrátit o pomoc během migrénového záchvatu?

„Určitě k přítelovi, k rodičům a ke kolegům z práce a hlavně k posteli.“

12. Jaké užíváte léky během záchvatu?

„Migralgin nebo algifen, ale vždycky v kombinaci s kinedrilem Ten mně ale dost uspává a zpomaluje.“

Zkoušela jste někdy užívat Triptany?

„Zkoušela a bylo to to nejhorší, co jsem zažila. Měla jsem doporučený sumatriptan, Místo úlevy jsem tenkrát zažila ten nejstrašnější záchvat, co jsem kdy měla. Tři dny jsem jen ležela, zvracela a myslela jsem, že mi praskne hlava a umřu. Jen jsem se modlila, aby to už přestalo. Pak už jsem neměla nikdy odvahu to zopakovat.“

13. Jak hodnotíte finanční zátěž na léčbu?

„Léčba mně finančně absolutně nezatěžuje.“

14. Máte zkušenost s alternativní léčbou?

„Nemám, neměla jsem potřebu hledat něco dalšího.“

15. Jaký je váš názor na psychoterapii v léčbě migrény, máte osobní zkušenost?

„Já ani nevím. Přide mi to docela zbytečný, když nemám nějaký vážný problémy. Psychoterapie je určitě na místě, pokud se někdo s nemocí nemůže vyrovnat nebo mu přináší omezení nebo něco podobného. Já jsem nic takového nepotřebovala.“

16. Byla jste někdy kvůli migréně hospitalizovaná?

„Během mého triptanového záchvatu jsem skončila na neurologii a dva dny jsem ležela v nemocnici.“

17. Jak jste vnímala chování všeobecných sester během hospitalizace?

„Všichni byli strašně hodní a snažili se mi pomoci. Měla jsem pocit, že je jim opravdu líto, že je mi tak hrozně zle. Ale zase na druhou stranu, pořád jsem spala, nic jsem po nich nechtěla.“

2. oblast- profesní život

18. Musela jste nemoci přizpůsobit výběr povolání?

„Ne, nemoc se mi objevila při studiu a zatím nemám pocit, že by mně v práci obtěžovala tolik, abych jí změnila.“

19. Musela jste někdy kvůli migréně z práce odejít během pracovní doby?

„Jednou.“

a) Jak jste řešila pracovní absence?

„Nijak, bylo to už asi jen dvě hodiny před koncem noční směny, tak jsme to neřešili.“

20. Měl jste někdy v práci problémy kvůli migréně- s kolegy, s nadřízenými?

„Ne.“

3. oblast- rodinný život

21. Do jaké míry Vás migréna omezuje v péči o rodinu?

„Prostě při záchvatu nic nedělám, ale asi je to proto, že nic vlastně dělat nemusím. Vím, že přítel se o všechno postará. Kdybych měla děti, bylo by to určitě jinak.“

22. Omezuje Vás migréna v běžných denních aktivitách?

„Během záchvatu určitě, mimo záchvat vůbec ne.“

23. Plánujete vaše volnočasové aktivity s ohledem na migrénu?

„Ne, to vůbec ne“

24. Chápe rodina vaši nemoc?

„Ano, všechno jsem přítelovi i rodičům vysvětlila. S rodiči svou nemoc moc neprobírám. Začala mi, když už jsem s nimi nebydlela.“

25. Máte pocit, že vaše nemoc obtěžuje vaši rodinu?

„Trochu asi ano. Přítel se musí starat o domácnost, když nemůžu, ale nějak strašně mu to nevadí.“

26. Máte pocit, že se v průběhu trvání Vaší nemoci změnilы vztahy s Vašimi blízkými?

„Neřekla bych, že se změnilы. Přítel byl se mnou od té doby, co mám záchvaty. Uvědomuji si, jak je přítel úžasný, jak se o mně stará. Vím, že se na něj můžu ve všem spolehnout.“

27. Kdo Vám poskytuje největší oporu?

„Určitě můj přítel.“

4. oblast- informovanost

28. V čem vidíte hlavní problém nemoci?

„Že se nedá dopředu zjistit, kdy záchvat přijde a že jen tak sama nezmizí.“

29. Máte obavy z vývoje nemoci?

„Obavy snad ani ne. Jasně, že mě někdy napadne, co bych dělala, kdybych těch záchvatů měla víc nebo kdyby byly mnohem horší. Snažím se moc na to nemyslet.“

30. Jak se vyrovnáváte s faktem, že se jedná o chronické, celoživotní onemocnění?

„Prostě mi nic jiného nezbyvá, neřeším to.“

31. Dodržujete pravidelný denní režim?

„Vím, ale vzhledem k mojí práci není v mých silách ho dodržovat. Dávám si pozor na pitný režim, ale jídlo neřeším.“

32. Víte, že existují certifikovaná centra pro léčbu migrény?

„Ano, ale zatím na tom nejsem tak špatně, abych vyhledala dalšího specialistu.“

33. Vedete si migrénový deník?

„Nevedu si. Na doporučení lékaře jsem si ho několikrát začala vést, ale věčně jsem ho ztrácela, tak jsem se na to vykašlala.“

34. Jak získáváte informace o své nemoci?

„Od lékaře nebo na internetu.“

35. Myslíte si, že máte o migréně dostatečné množství informací, které potřebujete?

„Určitě mám.“

36. Jak byste hodnotila kvalitu svého života? Vyberte si ze škály jako ve škole - 1 je nejlepší, 5 nejhorší?

„Určitě 1.“

37. Je pro Vás důležitá kvalita Vašeho života?

„Ano, samozřejmě. Ta je snad důležitá pro každého, ne?“

9.2.1 Shrnutí rozhovoru

Respondentka č. 2 se dobře sžila se svou nemocí. Nikdo jiný v rodině migrénou netrpí. Neví, co přesně spouští její záchvat. O léčbě migrény má omezené informace, alternativní léčbu ani psychoterapii nevyužila. Během migrénových záchvatů není schopná pracovat. Nemoc jí přináší do určité míry omezení, ale i přes to hodnotí svou kvalitu života jako výbornou.

9.3 Respondentka č. 3

Respondentkou č. 3 je žena ve věku 47 let. Vystudovala střední ekonomickou školu, vždy pracovala jako pečovatelka v agentuře domácí péče. Nyní pracuje v mateřské školce jako asistentka chlapečka s downovým syndromem a studuje speciální pedagogiku na vysoké škole. Je vdaná, žije s manželem a třemi dětmi v rodinném domě. Bylo zjištěno, že je vhodným dárce ledviny pro svého nemocného manžela a během příštího měsíce by mělo dojít k odběru a transplantaci. Rozhovor probíhal 23. 5. 2015 v odpoledních hodinách v domě respondentky. Rozhovor byl velice emotivní, respondentka odpovídala na všechny otázky s rozvahou.

1. oblast- oblast nemoci

1. Jak dlouho už trpíte migrénou? Víte, co ji spustilo?

„Migrénu mám už 13 let, je to od doby co jsem přestala kojit třetí dítě. Jen, co jsem přestala kojit, začaly bolesti hlavy. Hned byly se zrakovou aurou, s bílýma a červenýma světylkama. Je jasné, že roli v tom hrály hormony.“

2. Vyskytuje se nemoc u někoho dalšího ve Vaší rodině?

„Můj tatínek měl příšernou migrénu. Měl jí skombinovanou s depresí a došlo to tak daleko, že jednoho dne spáchal sebevraždu. Ale nevím, jestli deprese byla důsledek migrény nebo se objevila nezávisle na migréně.“

3. Jakou formou migrény trpíte?

„To není úplně jasný. Někdy mám zrakovou auru, to začnu vidět ty různé světylka. Ale někdy mě prostě ta hlava začne hned bolet, aniž bych předtím zaznamenala něco zvláštního.“

4. Navštěvujete v současné době odborné lékaře kvůli migréně?

„Ano, byla jsem okolnostmi nucená změnit praktického doktora, a když jsem paní doktorce líčila své migrény, okamžitě mě objednala k neurologovi. Je to asi dva roky. Do té doby jsem sice na neurologii chodila, ale měla jsem pocit, že paní doktorku vysloveně obtěžuju a o migréně jsem věděla víc než ona. Pořád jsem z nového pana doktora nadšená, má zájem, okamžitě mi nechal udělat všechna možná vyšetření, poslouchá mě a hlavně má na mně čas. Na jeho radu opravdu striktně dodržuju pravidelný režim, všechno si zapisuji. Byl první, kdo se mnou dělal různé testy na migrénu, na depresi, na spánek. Prostě mi strašně pomohl. Konečně se někdo začal mým problémem zajímat. A ještě docházím tak jednou za dva měsíce k paní doktorce psycholožce.“

5. Jak často se u vás průměrně vyskytují migrénové záchvaty?

„Dohromady, je to asi patnáct až dvacet dní v měsíci, jak kdy. Většinou mám migrénu na začátku cyklu, uprostřed a na konci. Pan doktor mi v podstatě řekl, že je to na částečný invalidní důchod. Ale i tak se mi za poslední dva roky migrény zlepšily. Co mám nového lékaře a novou práci, záchvaty nejsou tak děsný jako dřív.“

6. Jaké faktory vyprovokují Váš migrénový záchvat?

„Čokoláda, sladkosti, alkohol, aromatické sýry, bílá mouka, strašné to bylo, když jsem zkoušela hormonální antikoncepci, určitě kolísání hormonů, a situace, kdy ze mě opadne stres nebo když mám velkou fyzickou námahu.“

7. Dokážete popsat průběh záchvatu a jeho příznaky?

„Záchvat mi začne buď zrakovou aurou a tak do hodiny nastoupí bolest hlavy a zimnice nebo rovnou jako blesk z čistého nebe začne bolest hlavy. Takže mám bolest, špatně mi je, mám zimnici, musím mít tmou, vysloveně mi vadí puštěná televize a různé vůně, třeba máta nebo heřmánek. A po záchvatu mám pocit jako bych běžela maraton, to tělo je tak oslabené, že mi trvá jeden, dva dny než se dám do pořádku. A pak jsem zase schopná normálně fungovat.“

8. Jaký příznak pocít'ujete během záchvatu jako nejhorší?

„Nejhorší je jednoznačně bolest. Někdy mám pocit, že to nevydržím a vyskočím z okna.“

9. Popište bolest během záchvatu. Jak byste jí ohodnotila na VAS?

„Mám jí jen vpravo. Většinou jde ze zadu dopředu do oka nebo někdy je to jako bumerang, prolítne zadním týlem jako, když tu hlavu uříznou. No ta bolest je strašná, má různou intenzitu, při každém záchvatu je jiná. Podle škály jí nedokážu určit.“

10. Jaké pocity prožíváte během záchvatu?

„Pocity? Jsem bezmocná, úplně mě to ochromí a srazí na zem, lítostivá jsem taky, trochu možná depresivní.“

11. Na koho se můžete obrátit o pomoc během záchvatu?

„Dokud byly děti malé a mohl fungovat manžel, tak určitě na něj. Stačilo jen říct, že mám migrénu a on už věděl, že se musí o všechno postarat. Sebral děti, šel s nimi ven, nakoupil, uvařil. Dneska se neobracím na nikoho, snažím se pomoci si sama. Když mám záchvat a přijede nejstarší syn s přítelkyní, tak aniž bych něco řekla, Zuza všechno udělá. Strašně mi pomůže, když sebere a poskládá prádlo, dá nádobí do myčky. Nebo se věnuje dceři. Takový obyčejný věci mi pomůžou nejvíc. Nepotřebuju, aby mě litovali.“

12. Jaké užíváte léky během záchvatu?

„Sumatriptan, nimesil. Mám i preventivní léčbu betaloc.“

Jak dlouho užíváte Triptany?

„Triptany užívám už asi deset let. Jak už je beru dlouho, tak už ne vždy zaberou. Mám strach, aby je nepřestali vyrábět.“

13. Jak hodnotíte finanční zátěž na léčbu?

„Jde to, zátěž v tom nevidím. Dala bych cokoli za lék, který by mi pomohl.“

14. Máte zkušenost s alternativní léčbou?

„Jasně. Zkoušela jsem různé masáže, mačkala jsem si body na lebce. Ale neměla jsem pocit, že by mi to pomáhalo. Teď jsem objednaná na akupunkturu do centra čínské medicíny, tak uvidím, co to udělá.“

15. Jaký je Váš názor na psychoterapii v léčbě migrény, máte osobní zkušenost?

„Myslím si, že je zcela na místě. A to nejen při léčbě migrény. Dneska je na lidi strašný tlak. Já sama, jakmile mám pocit, že nemám tohle hotovo a tam jsem nebyla, dostanu se do stresu, když se z něj po nějaké době vymotám, sejme mě záchvat. U psychologa si jednou začas popovídám, všechno řeknu a rozeberu a všechno je zase na chvíli dobrý.“

16. Byla jste někdy kvůli migréně hospitalizovaná?

„Kvůli migréně nikdy.“

17. Jak vnímáte chování všeobecných sester během návštěv ambulance?

„Nikdy jsem nezažila, že by někdo na mě byl hnusnej. Mám jen dobré zkušenosti, vždycky jsem měla kliku na hodné sestřičky. Všechny se ke mně chovaly moc hezky.“

2. oblast – profesní život

18. Musela jste nemoci přizpůsobit výběr povolání?

„Musela jsem přestat pracovat v domácí péči. Nebyla jsem schopná starat se při záchvatu o někoho dalšího a ještě řídit. Asi dva roky teď pracuji ve školce jako asistentka Kubíka, který má downův syndrom.“

19. Musela jste někdy kvůli migréně odejít z práce během pracovní doby?

„V domácí péči téměř pokaždé. Když jsem se snažila pracovat i s migrénou, tak se ta migréna stupňovala. To byla tak tisíckrát horší. Uplně jsem byla pokrytá ledovým

potem, nemohla jsem stejně nic dělat. Co pracuji ve školce, na chvíli než mi zaberou léky, předám Kubu kolegyni a hlavně jsem tam jen jako asistent a jen na šest hodin a to se prostě dá zvládnout.“

Jak jste řešila pracovní absence?

„Vždycky jsem si brala dovolenou nebo náhradní volno.“

20. Měla jste někdy v práci problémy kvůli migréně- s kolegy, nadřízenými?

„Ano, několikrát. Některé kolegyně nemohly pochopit, proč se nemůžu přemoci. A když pěkně mojí nemoc použily na jedné supervizi proti mně, sebrala jsem se a odešla. Asi půl roku jsem byla vedená na pracáku a pak jsem se náhodou seznámila s Kubou, udělala jsem si kurz pro asistenty a teď mu pomáhám s integrací do kolektivu.“

3. oblast- rodinný život

21. Do jaké míry Vás migréna omezuje v péči o rodinu?

„Když mě migréna chytne doma, odcházím do postele. Všichni už ví, že nemůžu fungovat, nechají mě na pokoji. I když byly děti malé, prostě jsem se musela natáhnout. Skákaly mi po hlavě, bordel byl doma, ale než přišel manžel a dal všechno do kupy, tak se nedalo prostě nic dělat. Já prostě nemohla.“

22. Omezuje Vás migréna v běžných denních aktivitách?

„Určitě. I běžný úklid musím dělat pomalu, odpočinout si, abych se fyzicky neodrovnala. Cvičit můžu jen chvíli. Ráda běhám, ale můžu taky jenom kousek. Pořád mám na paměti, že když se fyzicky přetáhnu, mám pak migrénu.“

23. Plánujete Vaše volnočasové aktivity s ohledem na migrénu?

„Radši si vůbec nic neplánuju. Teď jsme stejně kvůli manželovi převážně doma.“

24. Chápe rodina Vaši nemoc?

„Mám úžasnýho manžela, chápe to. Je taky sám hodně nemocnej. Staráme se jeden o druhýho. Děti to taky chápou. Konec konců, od malička viděly, jak u mě ta nemoc probíhá, tak si zvykly.“

25. Máte pocit, že Vaše nemoc obtěžuje Vaši rodinu?

„Rozhodně ano, ale jak říkám, už jsme si všichni zvykli.“

26. Máte pocit, že se v průběhu trvání Vaší nemoci změnilы vztahy s Vašimi blízkými?

„Určitě s mojí mámou. Ta nikdy migrénu nezažila a neuznává takovouhle nemoc. Říká mi vždycky, ať si poručím. Kde bych k takový nemoci přišla. A když se trefí a volá, když mám záchvat a ležím, to si pěkně vyslechnu, jak jsem nemožná, že se válím v posteli, z čeho můžu být unavená, když celé dny nic nedělám. Jak si to můžu dovolit. S takovým přístupem se ani nedivím, že táta skončil, tak jak skončil. Ale ona mě sráží celej život, nikdy jsem v ní neměla žádnou oporu. Nevím, kde se stala chyba. A určitě jsem se v průběhu let stala závislou na manželovi. Díky tomu jak se o mně vždycky staral, jsem se k němu možná až patologicky přimkla. Modlím se, aby tu transplantaci přežil, jinak netuším, jak bych se vyrovnala, s tím, že jsem sama.

27. Kdo Vám poskytuje největší oporu?

„Manžel, Zuzka, děti. Prostě nejbližší rodina.“

4. oblast- informovanost

28. V čem vidíte hlavní problém nemoci?

„Hlavní problém je v tom, že je ta nemoc naprosto nevyzpytatelná. Nevím, kdy přijde, jestli mi zrovna zaberou léky. To, že je každý záchvat jiný. Proto sebou neustále tahám v kabelce krabičku se všemi léky.“

29. Máte obavy z vývoje nemoci?

„Mám, strašně se bojím, že se to ještě zhorší a já budu muset doopravdy zůstat doma, nebudu moct dělat věci, které mě baví.“

30. Jak se vyrovnáváte s faktem, že se jedná o chronické, celoživotní onemocnění?

„Už jsem se smířila s tím, že to budu mít do smrti. Je to nevléčitelný. Třeba ale vymyslí nějaký nový léky.“

31. Dodržujete pravidelný denní režim?

„To dodržuju naprosto striktně a nekompromisně. Netroufnu si jít dlouho spát nebo ráno dýl ležet. Mám navyklý večerní i ranní rituál a dodržuju to. Večer chodím spát ve stejný čas, chvíli si čtu, pak ležím a přemýšlím, jak celý den bylo. Někdy za mnou přijde dcera Anička, tak si s ní popovídám. Nebo mazlím kocoura. A ráno vstávám každý den

stejně, vezmu si léky, pak cvičím, abych stačila dětem ve školce. To samý mám s jídlem. Jím pravidelně pětkrát za den. Dbám na to, abych jedla potraviny hlavně čerstvé a kvalitní. Hlídám si, abych nepoužívala moc umělotin. Všechno mám rozfázovaný, abych byla co nejméně v klidu a nedostala se do stresu.“

32. Víte, že existují certifikovaná centra pro léčbu bolestí hlavy?

„Samozřejmě, že vím.“

33. Vedete si migrénový deník?

„Jasně, ten si vedu už několik let. Potřebovala jsem si to všechno přesně vysledovat. Ještě než jsem si začala všechno zapisovat, měla jsem pocit, že všechno jede v nějakých intervalech a pak se mi to potvrdilo. Mrzelo mě, že předchozí neuroložka nad mými zápisky vždycky jen mávla rukou, nikdy mi ani neporadila zapisování do kalendáře. Naopak nový pan doktor to chce při každé kontrole vidět, i si všechno skenuje do mojí karty.“

34. Jak získáváte informace o své nemoci?

„V současné době hlavně od lékaře, ale ono těch novinek zase tolik není.“

35. Myslíte si, že máte o migréně dostatečné množství informací, které potřebujete?

„Já už snad o migréně vím všechno, ale nedokážu se jí zbavit. To není v mé moci.“

36. Je pro Vás důležitá kvalita Vašeho života?

„Nad tím jsem nikdy moc nepřemýšlela, ale asi je.“

37. Jak byste hodnotila kvalitu svého života? Vyberte si ze škály jako ve škole- 1 je nejlepší, 5 nejhorší.

„Mám pocit, že kvalita života je pro mě hrozná. Nesouvisí to ale jen s migrénou, ale i s nemocí manžela. Při každých jeho náběrech se děsím, kolik zase bude mít hladinu kreatininu. Ale na stupnici to hodnotím tak 4, pořád ještě by mohlo být hůř.“

9.3.1 Shrnutí rozhovoru

Respondentka č. 3 je také se svou nemocí smířená. Zná spouštěče svého migrénového záchvatu. Má znalosti o své nemoci, dodržuje pravidelný denní režim. Migrénu hodnotí jako velký problém, který jí a její rodinu velice omezuje. Migrénou trpí už třináct let. Kvůli své nemoci navštěvuje lékaře neurologa a psychologa.

10 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám hodnocením kvality života lidí s migrénou. Migréna je komplikované onemocnění, které pacienty vyčerpává a ovlivňuje po všech stránkách. Jedná se o chronické onemocnění a předpoklad k jeho správné léčbě závisí na smíření se s danou situací a dodržování denního režimu.

Kvalitativní výzkumné šetření potvrdilo, že migréna ovlivňuje kvalitu života pacientů. Do kvalitativního výzkumného šetření jsem zapojila tři respondentky, jejichž výběr byl záměrný. Jejich diagnózu určil neurolog. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě během května 2015 v domácnostech respondentek. Průběh rozhovoru byl jednodušší v tom, že se se všemi respondentkami znám osobně. Jejich příběhy jsou v některých oblastech podobné. Respondentky jsem ujistila o naprostém zachování anonymity, o možnosti odstoupení od rozhovoru kdykoli v jeho průběhu a o možnosti neodpovídat na otázky, které by jim příliš zasahovaly do soukromí. Všechny tři podepsaly souhlas s nahráváním na záznamové zařízení. Ve všech publikacích o migréně, kterou jsem ve své práci použila, se uvádí častější výskyt migrény u žen než u mužů. Při výběru respondentů pro rozhovor jsem tento fakt zaznamenala.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je pokusit se zjistit jaká je vlastně subjektivně vnímaná kvalita života lidí s migrénou. Dílčími cíli jsem specifikovala oblasti, kterými jsem se chtěla zabývat podrobněji. Dále jsem si stanovila výzkumné otázky, kterými jsem chtěla dosáhnout dílčích cílů.

V rámci výzkumu byla položena otázka č. 1: **Narušuje migréna život pacienta?** Z výzkumného šetření jasně vyplývá, že migréna skutečně do jisté míry narušuje život dotazovaných respondentek. **Respondentka č. 1** vidí hlavní problém v tom, že každý záchvat probíhá jinak a dopředu neví, jaké příznaky ho budou provázet. **Respondentky č. 2 a č. 3** shodně uvedly, že je u migrény nejhorší nevyzpytatelnost. **Respondentky č. 1 a č. 2** na migrénu mimo záchvat nemyslí. **Respondentka č. 3** žije v neustálé obavě z migrénového záchvatu, dopředu radši nic neplánuje, léky má pořád při sobě. I mimo záchvat ji nemoc ovlivňuje. Musí dávat pozor, aby se neunavila a ani volnočasovým aktivitám se nemůže věnovat s takovou intenzitou, jakou by chtěla. Respondentky se snaží na nemoc mimo záchvat moc nemyslet

Další výzkumnou otázkou byla otázka č. 2: **Ovlivňuje migréna rodinný život pacienta?** Jednou z nejhorších věcí při migréně, je její vliv na rodinu pacienta (Bernsteinová, 2009, s. 24). Všechny respondentky se shodly, že jim migréna do určité míry rodinný život ovlivňuje. Všechny respondentky uvádí, že během záchvatu nejsou schopné postarat se o rodinu a péči o rodinu přenechávají na svých blízkých. **Respondentka č. 2** uvedla, že během záchvatu se o rodinu nestará, protože nemusí. Kdyby měla děti a musela se o ně postarat, možná by záchvat prožívala jinak. Dále všechny respondentky přiznávají, že nemoc jejich rodinu obtěžuje, ale už si zvykli. Všechny respondentky jednoznačně uvádí podporu svých nejbližších, ať už dcery nebo partnerů, kteří jsou pro ně velkou oporou a jejich nemoc chápou a šzili se s ní. **Respondentka č. 3** dokonce uvádí, že stala na manželovi závislou. Takový jev popisuje Křivohlavý ve své knize Psychologie nemoci (Křivohlavý, 2002, s. 133).

Zvláštní je, že **respondentky č. 1 a č. 3** uvedly velké problémy se svými matkami, které jim nemoc nevěří nebo nemoc podceňují. To mě velmi překvapilo. Kdo jiný by měl být svému dítěti oporou než jeho matka?

Výzkumná otázka č. 3: **Ovlivňuje migréna profesní život pacienta?** **Respondentky č. 1 a č. 2** pracují jako všeobecné sestry na anesteziologicko- resuscitačním oddělení. **Respondentka č. 1** musela několikrát ze směny odejít nebo se předem omluvila a do zaměstnání nedorazila. Díky benevolentním nadřízeným a chápajícím kolegům, neměla nikdy kvůli migréně v zaměstnání problémy ani nebyla nucená změnit zaměstnání. Absence řešila dovolenou nebo náhradním volnem. Jak **respondentka č. 1** podotkla: „*mám štěstí, že jsem sestra a kolem sebe mám lidi, kteří chápou, že i zdravotník může být nemocný. Mám velké štěstí na kolegy*“. Stejně tak **respondentka č. 2** nemá v zaměstnání problémy, odejít ze směny musela jen jednou. Může to být ale i z důvodu, že zatím pracuje jen krátce. Zde vyvstává otázka, zda si obě respondentky uvědomují, že se v zaměstnání starají a vážně nemocné pacienty, které by mohly při migrénovém záchvatu nechtěně poškodit. Naproti tomu, **respondentka č. 3** musela kvůli své nemoci změnit povolání. Pracovala jako pečovatelka v domácí péči a během migrénového záchvatu nebyla schopná se o klienty postarat. Kolegyně měla velmi netolerantní. Nyní pracuje jako asistentka chlapečka s downovým syndromem v MŠ. U této respondentky byla změna zřejmě k jejímu prospěchu. Při práci v MŠ není fyzicky vyčerpaná, pracuje kratší dobu a i případný záchvat zvládne v zaměstnání. V současném zaměstnání má i chápající kolegyně, kterým může chlapce svěřit, než nastoupí účinky léků. Respondentky mají ve své práci

štěstí, že nemusí dohánět pracovní povinnosti, které během záchvatu zanedbaly. Nemusí se proto cítit neschopně a nemají pocit, že selhaly (Wachter, 2006, s. 146).

Výzkumné otázka č. 4: **Mají pacienti dostatečné množství informací o migréně?** Všechny respondentky uvedly, že mají dostatečné množství informací o nemoci, ale je tomu skutečně tak? V této oblasti mě respondentky překvapily. Respondentky uvedly jako zdroj pro získávání informací lékaře nebo internet. Nejen pro pacienty s migrénou jsou informace zásadní (Juřeníková, 2010, s. 9). Díky dostatečnému množství informací jsou pacienti schopni svou nemoc pochopit a snáze se s ní vyrovnávají. Proto mě překvapilo, že **respondentka č. 1** nemá zájem vyhledávat si dostupné informace, při čemž vůbec netuší o existenci migrénových deníků a celkově má zastaralé informace o léčbě migrény. Ale subjektivně má pocit, že informace o nemoci jí stačí. Myslím, že pro tuto respondentku by bylo přínosné doplnění informací v oblasti psychoterapie. Mohla by jí pomoci pracovat se stresem, který podle ní spouští migrénové záchvaty. Vhodné by bylo doplnění informací v oblasti léčby i pro **respondentku č. 2**, která uvádí jako lék při migrénovém záchvatu kinedril, který jí ale uspává a zpomaluje. V dnešní době existuje jistě modernější lék. Do oblasti informovanosti patří i informace o nemoci samotné. **Respondentky č. 1 a 3** znají spouštěče svých migrénových záchvatů a vyhýbají se jim.

Výzkumná otázka č. 5: **Dodržují pacienti s migrénou doporučený léčebný režim?** Bohužel jak jsem zjistila tato oblast je **respondentkami č. 1 a č. 2** zcela opomenuta. Do této oblasti patří nejen užívání léků, ale i návštěvy lékaře, dodržování pravidelného denního režimu, pravidelná strava, dostatečný pitný režim a další. **Respondentky č. 1 a č. 2** díky svému nepravidelnému pracovnímu režimu nemohou dodržovat pravidelný denní režim? Klást vinu pro nedodržování režimu práci na směny není zcela na místě. Jejich denní režim je jistě narušený střídáním denních a nočních směn. To by jim ale nemělo bránit v dostatečně dlouhém spánku, pravidelném a kvalitním stravování, dodržováním pitného režimu a v pravidelných kontrolách u lékaře. **Respondentka č. 3** má k dodržování pravidelného denního režimu ideální podmínky. Mimo pravidelný čas vstávání a chození spát se stravuje podle zásad zdravé výživy, nekouří, dává si pozor na dostatečný pitný režim, pravidelně cvičí, pravidelně užívá betablokátory.

Výzkumná otázka č. 6: **Poskytují všeobecné sestry pacientům s migrénou podporu?** Na tuto otázku jsem odpověď jednoznačně nenalezla. Pouze **respondentka č. 2**

byla hospitalizovaná kvůli migrénovému záchvatu. Během hospitalizace neměla se sestrami negativní zkušenost. Z této odpovědi jsem měla opravdu radost. Ani ostatní respondentky nevedly špatné zkušenosti se sestrami. Sestra je první člověk, se kterým se pacient dostává ve zdravotnickém zařízení do kontaktu (Venglářová, 2006, s. 9). Negativní zkušenost se zdravotníkem může pacienta ovlivnit na dlouhou dobu.

Výzkumná otázka č. 7: **Jak pacienti s migrénou hodnotí kvalitu svého života?** Z výše uvedených závěrů jasně vyplývá ovlivnění kvality života migrénou. Pomocí všech předchozích závěrů jsem vyhodnotila omezení kvality života respondentek. **Respondentka č. 1** hodnotí subjektivně kvalitu života takto: „*Nemyslím, že mám kvalitu života výbornou, ale ani ne strašnou.*“ A na numerické škále ji ohodnotila číslem 2-3. Migréna jí přináší omezení hlavně během záchvatu. Mimo migrénový záchvat na nemoc nemyslí, ani se jí nijak nezabývá. Během záchvatu je schopná pracovat, nikdy nemusela změnit povolání ani neměla problém s kolegy ani s nadřízenými. Během záchvatu se spoléhá sama na sebe nebo na dceru.

Nejméně ovlivněná je svou nemocí **respondentka č. 2**. Subjektivně uvádí kvalitu svého života jako výbornou a na numerické stupnici ji ohodnotila číslem 1. Podle mého názoru k jejímu hodnocení přispívá i to, že se nemusí starat o nikoho jiného než sama o sebe. Sama uvedla: „*Prostě při záchvatu nic nedělám, ale asi je to proto, že nic vlastně dělat nemusím. Vím, že přítel se o všechno postará. Kdybych měla děti, bylo by to určitě jinak.*“

Naopak nejvíce ovlivněná je migrénou **respondentka č. 3**. Subjektivně hodnotí kvalitu svého života jako hroznou a na numerické škále vybrala číslo 4. Respondentku migréna ovlivňuje téměř neustále. Byla nucena kvůli migréně změnit povolání, žije v neustálém strachu ze záchvatu, musí brát pravidelně preventivní léky.

Jak uvádí Dragomirecká, kvalita života vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Podle Gurkové se do hodnocení kvality života jednotlivce zahrnují všechny oblasti lidského působení. K tomu, aby respondentky hodnotily kvalitu svého života, nemusí nutně znát kritéria pro hodnocení kvality života. Každý člověk si pod pojmem kvalita života představí, to jak žije.

Výsledky mého kvalitativního šetření by mohly být v praxi využity jako podklad pro kvantitativní šetření v této oblasti.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Kvalitativní šetření v mé bakalářské práci jasně ukázalo, že kvalita života je migrénou ovlivněna. Zde bych viděla prostor pro provedení kvantitativního výzkumu, kde by šlo moji práci využít jako zdroj. Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že se ženy se svou nemocí dokázaly vyrovnat. Při rozhovoru s ženami jsem zjistila, že nejhorší je pro ně nejistota, kterou nemoc přináší a nevyzpytatelnost migrénových záchvatů. Přestože se migréna považuje za chronické onemocnění, nestřídají se u ní období exacerbace a období klidu a to pacienty vyčerpává. Je důležité, aby si pacient všímal spouštěčů svých migrénových záchvatů a pokusil se jim vyhýbat, aby se pokusil o pravidelnost v denním režimu a dodržoval léčebné postupy. Toho, ale nedosáhne bez kvalitních informací. Překvapením pro mě při rozhovorech byl fakt, jak málo toho dvě respondentky věděly o možnosti léčby své nemoci. Zda je to tím, že v jihočeském kraji chybí registrované centrum pro léčbu bolestí hlavy nebo pohodlností respondentek, nedovedu posoudit. V tomto případě navrhuji vytvořit ucelený článek o migréně a publikovat ho v našem nemocničním časopise. Tak by se informace o migréně dostaly k většímu počtu pacientů a možná by jim pomohly v boji s jejich nemocí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřená na kvalitu života lidí s migrénou. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit jaký má nemoc dopad na život pacienta. Na základě zjištění dílčích cílů a výzkumných otázek byl hlavní cíl splněn.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je dále rozdělena do pěti kapitol, ve kterých jsem popisovala vlastní onemocnění, bolest, vliv migrény na život pacienta, úlohu sestry v péči o pacienty s migrénou a kvalitu života.

V praktické části popisuji a zpracovávám výsledky kvalitativního výzkumného šetření, pro které jsem si zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval 34 otázek rozdělených do okruhů. Pro mé šetření bylo zásadní hlouběji proniknout do dané tematiky a to se mi podařilo. Překvapilo mě, jak málo měly respondentky znalostí o možnostech léčby migrény, ačkoli uváděly, že mají o nemoci dostatečné množství informací. Bylo pro mě těžké udržet se během rozhovoru v nestranné pozici, nehodnotit a nevyjadřovat svůj názor.

Při migréně je velice důležité, aby se i pacient své nemoci aktivně věnoval a nenechal vše jen v rukou zdravotníků. Záleží na něm, jestli si bude vyhledávat doplňující informace o nemoci, jestli si bude všimnout faktorů, které vyprovokují jeho migrénový záchvat a jestli se s nemocí pokusí bojovat nebo ji jen pasivně přijme. To vše jde ruku v ruce s edukací pacientů zdravotníky. Všeobecné sestry a lékaři dostávají během svého vzdělávání návody na edukaci pacientů, na komunikaci v krizových situacích a rady jak pacienty evalvovat a podporovat. Pokud nastudované poznatky využijí v praxi, věřím, že pacienti s chronickou nemocí budou se svou nemocí aktivně bojovat a nenechají ji, aby ničila jejich život a snižovala jeho kvalitu.

Závěrem bych chtěla podotknout jaká je škoda, že se migréně nevěnuje větší pozornost odborné veřejnosti. Díky stresu a celkovému rychlému životnímu tempu lidí s migrénou může přibývat.

Nemělo by se stávat, že pro ně bude adekvátní léčba nedostupná jen z důvodu vzdálenosti k odbornému lékaři.

LITERATURA A PRAMENY

1. BERNSTEINOVÁ, Carolyn a MCARDLE, Elaine. *Migrénový mozek: převratná kniha o redukování bolesti a utužení zdraví*. 1 vyd. Praha: Práh, 2009, 347 s. ISBN 978-80-7252-261-3.
2. CSISKO, Matej. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi*. Sestra. 2013, 12. ISSN 1210-0404.
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
4. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelstvo - teória*. 3., doplnene vydanie. Martin: Osveta, 2009, 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 9788024736259.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena, PAVLICOVÁ, Jindra. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Galen 2013, ISBN 978-80-7492-063-9
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
9. HENRY, Katherine A. a BOSSIS, Anthony P. *100 questions & answers about migraine*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, c2009, viii, 268 p. 100 questions & answers. ISBN 0763764124.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 355 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
11. KOTAS, Rudolf. *Primární nebo sekundární bolest hlavy?*. Bolest. 2009, 12, 2, s. 73-77. Dostupný také z WWW: <http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2009/02/04_Kotas_bolest_2_09_web_zabez_p.pdf>. ISSN 12-12-6861.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
13. MANSON, Lise. *Migréna*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 147 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-835-7.
14. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 8024713993.

15. MASTÍK, Jiří. *Migréna: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2007, 104 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-139-4.
16. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie a ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.
17. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 8073452472.
18. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 8072546570.
19. PETEROVÁ, Věra. *Migréna*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 140 s. ISBN 9788072628414.
20. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.
21. ROKYTA, Richard, KRŠIAK, Miloslav, KOZÁK, Jiří. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tegis, 2012, 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
22. SACKS, Oliver W. *Migréna*. 1 vyd. Překlad Dana Balatková. Praha: Dybbuk, 2012, 437 s. ISBN 978-80-7438-051-8.
23. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
24. TAUBERT, Konrad. *Migréna: [jak ji předcházet a léčit]*. 1 vyd. Brno: Computer Press, 2007, 208 s. Zdraví pro každého (Computer Press). ISBN 978-80-251-1604-3.
25. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
26. TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
27. VAŇÁSEK, Jaroslav. *Bolest v ošetrovatelství*. Univerzita Pardubice 2014, ISBN 978-80-7395-769-8
28. VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. 1.vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009, 123 s. ISBN 978-80-7368-757-1.

29. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
30. WABERŽINEK, Gerhard a KRAJÍČKOVÁ, Dagmar. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 396 s. ISBN 80-246-1020-5.
31. WACHTER, Klaus, SARKADY Claudia a SARKADY Laszlo. *Migréna: prevence a vhodná léčba*. 1. vyd. Praha: Olympia, 2007, 159 s. Můj problém--. ISBN 978-80-7376-052-6.
32. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM ZKRATEK

HIT – 6 Headache Impact Test- 6

IASP Mezinárodní asociace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain)

IHS Mezinárodní společnost pro bolest hlavy (International Headache Society)

MIDAS Migraine Disability Assessment

SEQOL Evaluation of Individual Quality Life

VAS Vizuální analogová škála

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

WHOQOL The World Health Organization Quality of Life

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Klasifikace migrény dle Mezinárodní společnosti pro bolest hlavy

Příloha č. 2 Deník bolestí hlavy

Příloha č. 3 Dotazník MIDAS

Příloha č. 4 Dotazník HIT- 6

Příloha č. 5 Mapa bolesti

Příloha č. 6 Vizuální analogová škála, numerická škála bolesti

Příloha č. 7 Analgetický žebříček WHO

Příloha č. 8 Informovaný souhlas s pořízením zvukového záznamu rozhovoru

Příloha č. 9 Oblasti a otázky rozhovoru s respondenty

Přílohy

Příloha č.1 Klasifikace migrény dle Mezinárodní společnosti pro bolest hlavy

IHS	MKN-10	Název jednotky
1.	G43	Migréna
1.1	G43.0	Migréna bez aury
1.1.1	G43.01	Pravá menstruační migréna bez aury
1.1.2	G43.02	Nepravá menstruační migréna bez aury
1.1.3	G43.03	Nemenstruační migréna bez aury
1.2.	G43.1	Migréna s aurou
1.2.1	G43.10	Typická aura s migrénou
1.2.2	G43.10	Typická aura s nemigrenózní bolestí hlavy
1.2.3	G43.104	Typická aura bez bolesti hlavy
1.2.4	G43.105	Familiární hemiplegická migréna
1.2.5	G43.105	Sporadická hemiplegická migréna
1.2.6	G43.103	Bazilární migréna
1.3	G43.82	Periodické syndromy v dětském věku předcházející migrénu
1.3.1	G43.82	Cyklické zvracení
1.3.2	G43.820	Abdominální migréna
1.3.3	G43.821	Benigní paroxysmální vertigo v dětství
1.4	G43.81	Retinální migréna
1.5.	G43.3	Komplikace migrény
1.5.1	G43.3	Chronická migréna
1.5.2	G43.2	Migrenózní status
1.5.3	G43.3	Perzistující aura bez migrenózního infarktu
1.5.4	G43.3	Migrenózní infarkt
1.5.5	G43.x	Migrénou spuštěný epileptický záchvat
1.6	G43.83	Pravděpodobná migréna
1.6.1	G43.83	Pravděpodobná migréna bez aury
1.6.2	G43.83	Pravděpodobná migréna s aurou
1.6.3	G43.83	Pravděpodobná chronická migréna

Příloha č. 2 Deník bolestí hlavy

Záznamový diář bolestí hlavy

Pokyny pro vyplňování

Měsíc:	Začněte vyplňovat od první stránky v aktuálním měsíci. Např. nyní je květen, vepište tedy květen, v červnu pokračujte na další stránce.
Den:	Začněte vyplňovat ode dneška, např. od 5. května, a pokračujte v záznamech vždy při bolesti.
Intenzita bolesti:	Vepište čísla od 1 do 5, stejně jako ve škole. Nejlepší je tedy 1 a nejhorší bolest je 5.
Trvání:	Uveďte číslem počet hodin trvání bolesti.
Další obtíže:	Vepište A - při auře, C - u citlivosti na světlo či hluk, N - u nevolností, Z - u zvracení.
Příčina:	Pokud máte podezření na spouštěcí faktor, uveďte jej: D - dietní chyba, tj. rizikové potraviny, alkohol, R - poruchy denního režimu, tj. ponocování, S - pohlavní styk.
Práceschopnost:	Oznamujte také svou schopnost pracovat - ať doma, či v zaměstnání. Opět školní stupnicí: 1 - práce není ovlivněna, 5 - neschopnost práce, klidový režim na lůžku.
Počet tablet:	Uveďte číslicí.
Menses u žen:	Zakřížkujte dny svého menstruačního krvácení.

Záznamový diář bolestí hlavy

Měsíc:

Den	Intenzita bolesti	Trvání	Další obtíže	Příčina	Práceschopnost	Počet tablet	Menses u žen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Příloha č. 3 Dotazník MIDAS

Mezinárodní tým odborníků na bolesti hlavy pro Vás připravil dotazník k vyhodnocení, jak bolesti hlavy ovlivnily Váš život za poslední tři měsíce. A k tomu používáme nejlepší metodu, která spočívá v součtu dnů, kdy bolest hlavy ovlivnila Váš každodenní život. Postup pro Vás je snadný: vyplňte laskavě odpovědi o všech bolestech hlavy, které jste měl(a) během posledních tří měsíců. »Práce« nebo »škola« v otázkách 1 a 2 – znamená placenou práci nebo vzdělávání, pokud jste student ve škole nebo na vysoké škole. V otázkách 3 a 4 - »práce v domácnosti« - jde o činnost charakteru domácích prací, opravy a údržbu domu, nákupy, péči o děti a příbuzné. Pokud jste bolesti neměl(a) v posledních třech měsících, zapište nulu. Svou odpověď vyznačte do předtištěného políčka umístěného vpravo od otázky. Pokud jste zmíněnou aktivitu nevykonával(a) v posledních třech měsících, napište do políčka nulu.

1. Kolik dní v posledních 3 měsících jste pro bolesti hlavy nebyl(a) v práci nebo ve škole?
 2. Kolik dní v posledních 3 měsících byla Vaše produktivita v práci nebo ve škole snížena na polovinu nebo méně v důsledku bolesti hlavy (nezapočítávejte dny, které byly již uvedeny v otázce 1.)?
 3. Kolik dní v posledních 3 měsících jste nebyl(a) schopen(a) vykonávat domácí práce pro bolesti hlavy?
 4. Kolik dní v posledních 3 měsících byla Vaše produktivita v domácnosti snížena na polovinu nebo méně pro bolesti hlavy (nezapočítávejte dny, které byly již uvedeny v otázce 3.)?
 5. Kolik dní v posledních 3 měsících jste nebyl schopen rodinných, sociálních či společenských aktivit pro bolesti hlavy?
- A. Kolik dní v posledních 3 měsících jste měl(a) bolesti hlavy?
(když bolesti trvaly déle než 1 den, započítejte každý den zvlášť).
- B. Ve škále 0 - 10 uveďte, jak silné byly tyto bolesti hlavy v průměru
(0 = žádné bolesti, 10 = nejsilnější možné bolesti).

Pro vyplnění dotazníku spočítejte celkový počet dnů z otázek 1 až 5 (otázky A. a B. ignorujte). Máte-li skóre vyšší než 6, doporučujeme Vám návštěvu lékaře. Tento dotazník vezměte laskavě s sebou.

Součet dnů ze všech 5 otázek udává stupeň závažnosti migrény:

St. I	skóre	0 - 5
St. II	skóre	6 - 10
St. III	skóre	11-20
St. IV	skóre	21 a více

PETEROVÁ, Věra. *Migréna*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 140 s. ISBN 9788072628414.

Příloha č. 4 Dotazník HIT -6

Tento dotazník je koncipován tak, aby Vám pomohl popsat a sdělit, jak se cítíte a co nemůžete dělat kvůli bolestem hlavy. Vyplňte laskavě zakroužkováním jedné odpovědi pro každou otázku.

- | | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|--|
| 1. | Máte-li bolesti hlavy, jak často je bolest těžká? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| 2. | Jak často bolesti hlavy omezují Vaši schopnost vykonávat běžné denní činnosti, včetně domácích prací, zaměstnání, školních povinností nebo společenských aktivit? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| 3. | Máte-li bolesti hlavy, jak často máte současně potřebu si lehnout? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| 4. | Jak často jste se cítil(a) tak unavený(á), že jste se nemohl(a) věnovat práci nebo denním aktivitám kvůli vaší bolesti hlavy v posledních 4 týdnech? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| 5. | Jak často jste se cítil(a) podrážděný(á) kvůli vaší bolesti hlavy v posledních 4 týdnech? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| 6. | Jak často vaše bolesti hlavy omezily vaši schopnost soustředit se na práci nebo každodenní činnosti v posledních 4 týdnech? | | | | |
| nikdy | zřídka | někdy | velmi často | vždy | |
| sloupec 1
(6 bodů každý) | sloupec 2
(8 bodů) | sloupec 3
(10 bodů) | sloupec 4
(11 bodů) | sloupec 5
(13 bodů) | |

K vypočtení výsledného skóre přidávejte body za odpovědi v každém sloupci.

Celkové skóre.....

Vyšší skóre ukazuje vyšší vliv na Váš život. Rozsah skóre je 36 – 78. Co Vaše skóre znamená?

Pokud máte skóre 60 a více

Vaše bolesti hlavy mají velmi vážný dopad na Váš život. Toto postižení může zasahovat do všech aspektů Vašeho života a může mít další závažné projevy. Navštivte co nejdříve lékaře a diskutujte o Vašich výsledcích v testu HIT-6 a vašich bolestech hlavy.

Pokud máte skóre 56 až 59

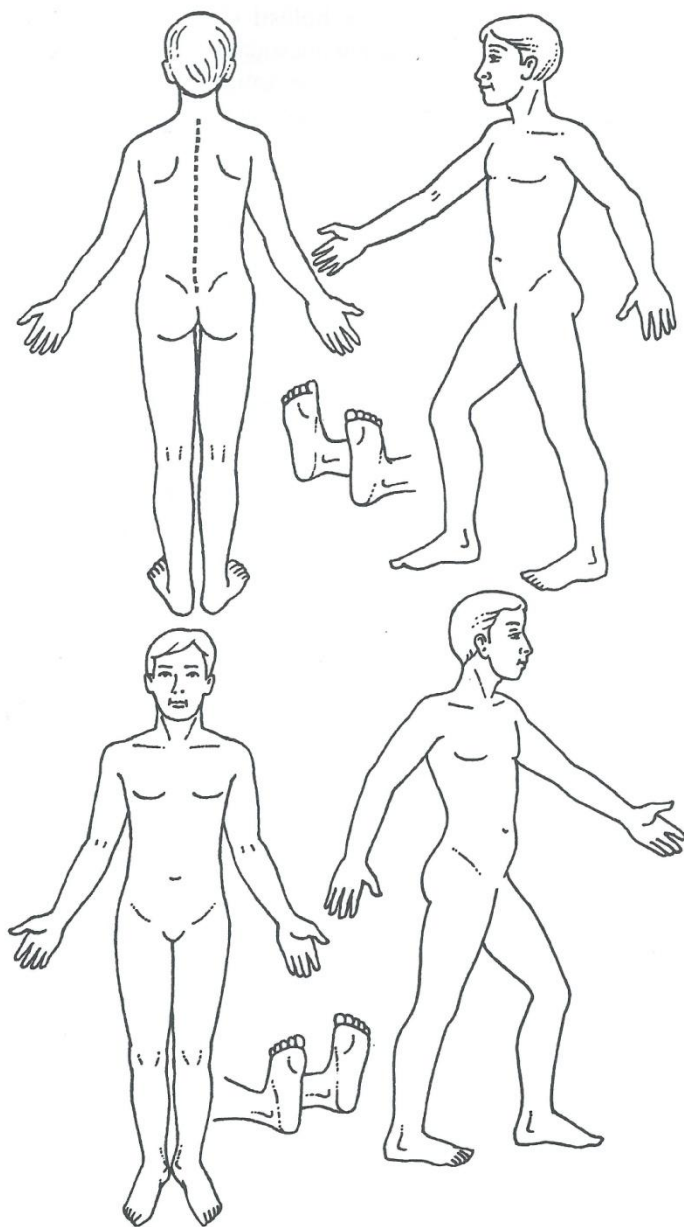
Vaše bolesti hlavy mají velký vliv na Váš život. Přicházíte o čas plnohodnotně trávený v rodině, v práci, ve škole, nebo při společenských aktivitách. Navštivte co nejdříve lékaře s Vašimi výsledky v testu HIT-6 a řešte s ním Vaše bolesti.

Pokud máte skóre 50 až 55

Zdá se, že Vaše bolesti hlavy mají určitý vliv na Váš život, ale neměly by Vás limitovat v čase stráveném s rodinou, v práci, ve škole, nebo při společenských aktivitách. Doporučujeme Vám měsíčně opakovat test HIT-6 a sledovat, jak Vaše bolesti ovlivňují Váš život.

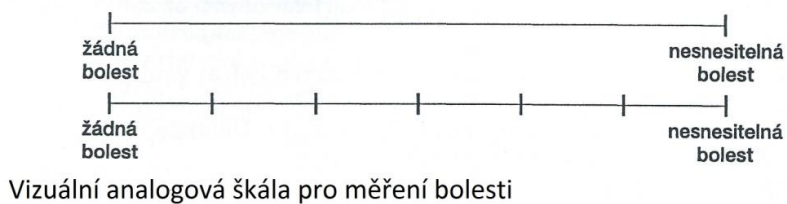
PETEROVÁ, Věra. *Migréna*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 140 s. ISBN 9788072628414.

Příloha č. 5 Mapa bolesti podle M. S. Margolese

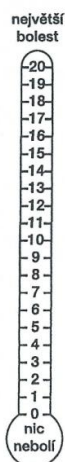


KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

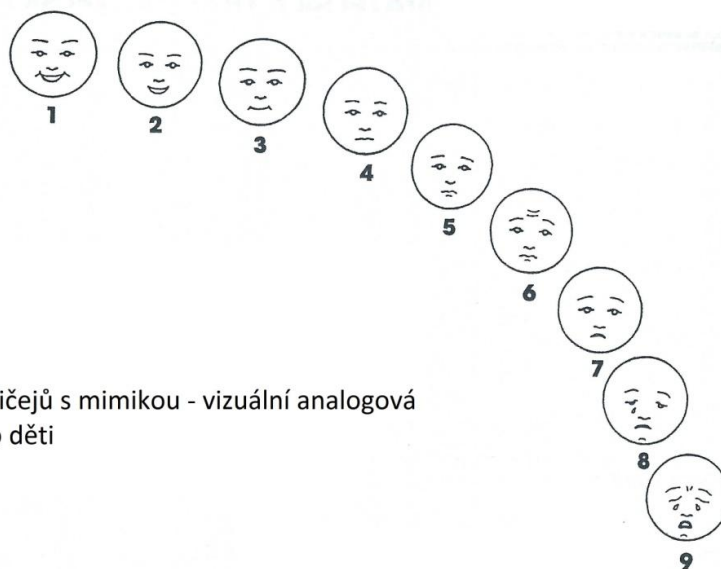
Příloha č. 6 Vizuální analogová škála, numerická škála bolesti



Vizuální analogová škála pro měření bolesti

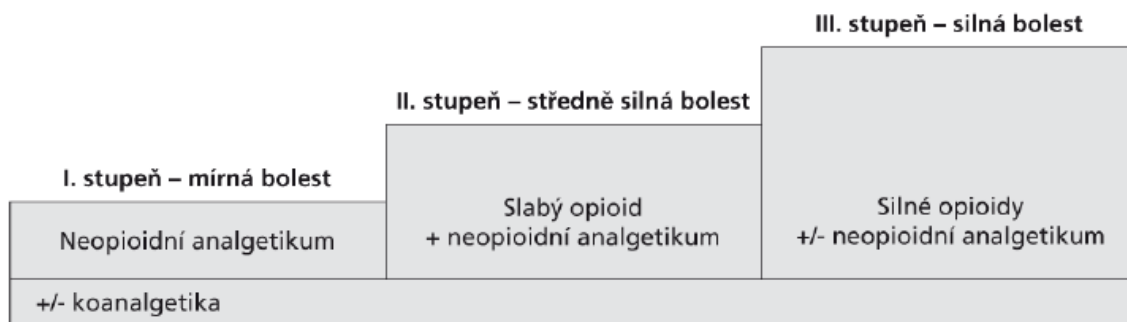


Teploměr jako vizuální analogová škála



Řada obličejů s mimikou - vizuální analogová škála pro děti

Příloha č. 7 Analgetický žebříček WHO



www.who.cz

Příloha č. 8 Informovaný souhlas s pořízením zvukového záznamu rozhovoru

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Kvalita života lidí s migrénou

STUDENT

Věra Müllerová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je získat informace o kvalitě života lidí s migrénou a jejich vyhodnocení.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 9 Oblasti a otázky rozhovoru s respondenty

1. oblast – oblast nemoci

1. Jak dlouho už trpíte migrénou? Víte co ji spustilo?
2. Vyskytuje se nemoc u někoho dalšího ve Vaší rodině?
3. Jakou formou migrény trpíte?
4. Navštěvujete v současné době odborné lékaře kvůli migréně?
5. Jak často se u Vás průměrně vyskytují migrénové záchvaty?
6. Jaké faktory vyprovokují Váš migrénový záchvat?
7. Dokážete popsat průběh záchvatu a jeho příznaky?
8. Jaký příznak pocítujete během záchvatu jako nejhorší?
9. Popište bolest během záchvatu. Jak byste jí ohodnotila na VAS?
10. Jaké pocity prožíváte během záchvatu?
11. Na koho se můžete obrátit o pomoc během záchvatu?
12. Jaké užíváte léky během záchvatu?
 - a) Zkoušela jste někdy užívat Triptany?
13. Jak hodnotíte finanční zátěž na léčbu?
14. Máte zkušenost s alternativní léčbou?
15. Jaký je Váš názor na psychoterapii v léčbě migrény, máte osobní zkušenost?
16. Byla jste někdy kvůli migréně hospitalizovaná?
17. Jak jste vnímala chování všeobecných sester během hospitalizace?

2. oblast- profesní život

18. Musela jste nemoci přizpůsobit výběr povolání?
19. Musela jste někdy kvůli migréně odejít z práce?
 - a) Jak řešíte pracovní absence?
20. Měla jste někdy v práci problémy kvůli migréně- s kolegy, s nadřízenými?

3. oblast- rodinný život

21. Do jaké míry Vás migréna omezuje v péči o rodinu?
22. Omezuje Vás migréna v běžných denních aktivitách?
23. Plánujete Vaše volnočasové aktivity s ohledem na migrénu?
24. Chápe rodina Vaši nemoc?
25. Máte pocit, že Vaše nemoc obtěžuje Vaši rodinu?
26. Máte pocit, že se v průběhu trvání Vaší nemoci změnil vztahy s vašimi blízkými?

27. Kdo Vám poskytuje největší oporou?

4. oblast- informovanost

28. V čem vidíte hlavní problém nemoci?

29. Máte obavy z vývoje nemoci?

30. Jak se vyrovnáváte s faktem, že se jedná o chronické, celoživotní onemocnění?.

31. Dodržujete pravidelný denní režim?

32. Víte, že existují certifikovaná centra pro léčbu bolestí hlavy?

33. Vedete si migrénový deník?

34. Jak získáváte informace o své nemoci?

35. Myslíte si, že máte o migréně dostatečné množství informací, které potřebujete?

36. Je pro Vás důležitá kvalita Vašeho života?

37. Jak byste hodnotila kvalitu svého života? Vyberte si ze škály jako ve škole - 1 je nejlepší, 5 nejhorší

AUTOR