

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PRAZE

## **Bakalářská práce**

Klára Trefná

**Psychologické aspekty farmakologické léčby bolesti v paliativní  
péči**

**Psychological aspects of pharmacological pain management in  
palliative care**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za ochotu, s jakou se ujala vedení této práce. Zároveň děkuji za vstřícný přístup, který při vedení této práce projevila. Chtěla bych také poděkovat PhDr. Martinu Loučkovi, Ph.D., který mi poskytl odborné vedení i podmínky, za kterých jsem práci mohla napsat. Velký dík patří i Ing. Mgr. et Mgr. Štěpánu Bahníkovi, který dohlédl na čitelnost této práce.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 29. 7. 2015*

.....

*Klára Trefná*

**Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se zabývá psychologickými fenomény, které se pojí s farmakologickou léčbu bolesti v kontextu paliativní péče. Problematika zahrnuje pacienta samotného, ale i pečující osobu a zdravotnický personál. Teoretická část přibližuje téma bolesti a její léčby farmakologickými prostředky, přičemž na téma nahlíží z psychologického úhlu pohledu a klade důraz na vztah k opioidům. Práce vychází z nejnovějších vědeckých poznatků českých i zahraničních autorů. Součástí práce je i návrh konkrétního výzkumu, který se zabývá psychologickými faktory, které formují postoj k opioidům v české společnosti.

**Klíčová slova:**

Paliativní péče, Farmakopsychologie, Bolest, Opioidy, Postoj

**Abstract:**

This thesis deals with the psychological phenomena that are associated with the pharmacological pain management in a context of palliative care. The issue involves patient himself, but also a caregiver and a medical staff. The theoretical part of this thesis deals with pain and pharmacological pain management from a psychological point of view and focuses on a problematic attitude toward opioids. This thesis is based on the latest scientific findings by Czech and international researchers. This thesis also includes a research plan, which deals with the psychological factors that affect the attitude toward opioids in Czech environment.

**Keywords:**

Palliative care, Pharmacopsychology, Pain, Opioid, Attitude

## Obsah

Seznam použitých zkratk	7
Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Farmakologická léčba bolesti v paliativní péči	11
1.1 Bolest v paliativní péči	11
1.1.1 Neurofyziologické zpracování bolesti	13
1.1.2 Vnímání bolesti	14
1.1.3 Druhy bolesti	15
1.1.4 Diagnostika a hodnocení bolesti	16
1.2 Farmakoterapie bolesti	18
1.2.1 Druhy opioidních analgetik	19
1.2.2 Vedlejší účinky opioidů	21
1.2.3 Koanalgetika	22
2. Psychologické aspekty farmakoterapie	22
2.1 Placebo efekt	23
2.2 Vztah lékaře, pacienta a pečujícího	24
2.3 Postoj k farmakům	26
METODOLOGICKÁ ČÁST	
3. Výzkum	31
3.1 Vymezení výzkumného problému	31
3.2 Cíle výzkumu	31
3.3 Metody a techniky výzkumu	31
3.3.1 Výběr souboru	31
3.3.2 Výzkumná metoda	31
3.4 Kvantitativní a demografické položky	32
3.5 Kvalitativní část	32
3.6 Diskuze	35
Závěr	36
Seznam použité literatury	37

## **Seznam použitých zkratk:**

CAS – Barevná analogová škála (Coloured Analogue Scale)

DCB – Dotazník copingu bolesti

DIBDA - Dotazník interference bolesti s denními aktivitami

fMRI – Funkční magnetická rezonance (Functional magnetic resonance imaging)

FPS – Obličejová škála bolesti (Facial Pain Scale)

GSI – Obecný ukazatel závažnosti (General Severity Index)

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

MPQ - McGillův dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire)

NNT – Hodnota nutná k léčení (Number Needed to Treat)

NSAID – Nesteroidní protizánětlivá léčiva (Non-steroidal anti-inflammatory drug)

OAS – Škála postojů k opioidům (Opioid Attitude Scale)

PBPI – Dotazník názorů na bolest a percepce bolesti (Pain Beliefs and Perception Inventory)

PET - Pozitronová emisní tomografie (Positron emission tomography)

PGIC – Celkový dojem změny stavu pacienta (Patient's Global Impression of Change)

SCL-90 – Kontrolní seznam symptomů 90 (Symptom Checklist 90)

SF-MPQ – Zkrácená verze McGillova dotazníku bolesti (Short-form McGill Pain Questionnaire)

SSRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Serotonin-specific reuptake inhibitors)

VAS – Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale)

VANS – Vizuální analogová numerická škála (Visual Analogue Numerical Scale)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

## Úvod

V současné době se v české společnosti dostává do popředí téma „dobrého umírání“ a s ním provázaná paliativní péče. „Dobré umírání“ je pojem, který se vyznačuje účinným mírněním tělesného strádání, možností dosáhnout přítomnosti blízkých osob kdykoli si umírající přeje, uspokojením duševních i duchovních potřeb a zachováním důstojnosti situace (Kalvach, 2004).

V posledních dvou letech můžeme sledovat zrod mnoha aktivit směřujících k lepšímu umírání v České republice. V roce 2013 proběhl rozsáhlý výzkum veřejného mínění, který mimo jiné ukázal, že 78% z dotázaných si přeje zemřít doma, přesto 69% lidí umírá v nemocnici (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2014a). Na základě předpokladu, že neumíráme tak, jak bychom chtěli, proto, že o svých přáních nemluvíme, vznikly kampaně *Moje smrt* (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2014b) a *Dříve vyslovená přání* (Cesta domů, z.ú., 2015). V roce 2014 bylo v Praze založeno první vzdělávací a výzkumné centrum zaměřené na paliativní péči (Centrum paliativní péče, z. ú., 2014) a v současné době probíhají jednání s pojišťovnami o zahrnutí domácí paliativní péče do systému zdravotního pojištění. Všechny tyto aktivity jsou velkým krokem vpřed a problematika dobrého umírání zasluhuje intenzivnější pozornost i z psychologického hlediska.

V této oblasti mě z psychologického pohledu nejvíce zajímá péče o umírající v domácím prostředí, ke které neodmyslitelně patří i podávání léků tišících bolest. Při svém dobrovolnickém působení v občanském hospicovém sdružení Cesta domů jsem se setkala s rozličnými přístupy k farmakům tišícím bolest, a to u všech zúčastněných. Rozhodla jsem se tedy tématem více zabývat a zjistit, jak k této problematice přistupují lidé v české společnosti a které psychologické faktory zde hrají roli.

Práce se zaměřuje na psychologické fenomény a předsudky, které formují postoj k lékům tlumícím bolest u pacientů. Problematika zahrnuje pacienta samotného, ale i pečující osobu a zdravotnický personál. Tomuto vymezení odpovídá teoretická i metodologická část práce. V práci jsou zohledněny dosavadní publikované výstupy z výzkumů našich i zahraničních autorů. Součástí práce je i návrh konkrétního výzkumu, který se bude zabývat přístupem v české společnosti k této problematice.

Návrh konkrétního výzkumu si klade za cíl připravit podrobný popis explorační studie, kterou by bylo možné zrealizovat v diplomové práci. Výzkumnou otázkou je, jaký postoj mají zdravotníci, pečující osoby a pacienti k opioidům používaným k tišení bolesti. Metodou výzkumu bude strukturovaný rozhovor obohacený o kvantitativní položky. Otázky, které je

třeba zodpovědět, jsou komplexní, a nelze proto použít pouze dotazníkovou metodu. Soubor otázek si nejdříve otestuji na pilotážní skupině splňující charakteristiky výzkumu, ale i na zdravé populaci. Otázky budu moci na základě pilotážní studie upravit a určit časovou dotaci, která bude třeba na sebrání dat. Účastníky výzkumu budou ambulantní pacienti v péči blízké osoby, kteří užívají opiátové tišící prostředky. Tyto osoby se budu snažit oslovit přes ambulantní paliativní pracoviště, jejichž pacienti tyto charakteristiky splňují.

Výsledky výzkumu by měly přinést více porozumění, a to nejen v české společnosti, ale i do mezinárodního společenství. Pokud se ukáže, že přístup české společnosti k opioidům je bezproblémový, bude možné z analýzy položek zjistit, které faktory toto ovlivňují, a položit tak základ dalšímu zkoumání. Opačný výsledek naopak může ukázat, které faktory hrají roli v odmítání opioidů. V obou případech by mělo toto zjištění vést ke krokům, které zlepší přístup k opioidům tam, kde je potřeba, ať už se jedná o jednotlivé rodiny či větší sociální jednotky.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Farmakologická léčba bolesti v paliativní péči

## 1.1 Bolest v paliativní péči

Léčba bolesti je jednou ze základních součástí definic paliativní péče. Evropská asociace paliativní péče ve svých standardech doporučuje užívat následující definici:

*„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddluže. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti“* (Definition of palliative care, 1998; překlad Radbruch a Payne, 2010, str. 14).

Tuto definici vytvořenou v roce 1998 doplňuje definice paliativní péče dle WHO: *„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících život ohrožujícímu onemocnění prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, hodnocení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních obtíží“* (WHO, 2002). Definice WHO rozšiřuje oblast paliativní péče i na pacienty, jejichž onemocnění odpovídá na kurativní léčbu.

Jak je z definic zřejmé, paliativní péče se nezaměřuje na léčbu onemocnění, ale na zvládnutí symptomů s onemocněním spojenými. Právě takovým symptomem je bolest, ke které se v paliativní péči přistupuje specificky. Při kurativní léčbě je bolest okrajová, neboť se předpokládá, že při vyléčení příčiny zmizí i důsledek, kterým bolest je. Oproti tomu v paliativní péči je bolest středem zájmu a jejímu zvládnutí se přizpůsobuje vše ostatní. Vzhledem k tomu, že je paliativní péče poskytována v závěru života, není třeba se zabývat dlouhodobými následky léčby bolesti.

V paliativní péči se lze setkat se všemi známými druhy bolesti u všech věkových skupin. IASP definuje bolest jako *„nepříjemný smyslový a emoční prožitek (zážitek), spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní“* (Merskey a Bogduk, 1994, str. 210; překlad Opavský, 1998, str. 4).

Bolest byla původně chápána čistě jako neurofyziologický děj, který se omezoval na nocicepci a reakci organismu. Nocicepci se rozumí elektrochemické děje vycházející z nociceptorů, což jsou neurony specificky citlivé k podnětům, které mohou poškodit organismus (Vlachová a Vyklický, 2006). Obecně lze nocicepci popsat jako základ vnímání bolesti (Neradilek, 2006). Více se neurofyziologickému zpracování bolesti budu věnovat v příslušné podkapitole.

Dnes už víme, že bolest je jev komplexní a multidimenzionální, který se projevuje v biopsychosociálních interakcích, a že bolest může vzniknout nejen nocicepcí, ale i na základě utrpení. Bolest je výsledkem interakce mezi fyziologickými, emočními, motivačními a kognitivními procesy. Takto k bolesti a její léčbě přistupuje i lékařská specializace algeziologie (Raudenská, 2011a).

Základem multidimenzionálního přístupu je Loeserův konceptuální model bolesti. V tomto modelu jsou dynamickým způsobem integrovány čtyři základní komponenty bolestivého zážitku: nocicepce (somatická složka), bolest jako sensorický vjem (senzorická složka), utrpení jako psychická reakce na bolest (afektivní složka) a bolestivé chování (behaviorální složka; Neradilek, 2006).

Behaviorální složku tvoří bolestivé chování, kterým se rozumí chování zpočátku vedoucí ke snížení intenzity vnímané bolesti (vzdychání, zaujímání úlevných poloh), později však přechází v maladaptivní vzorce chování v době, kdy již bolest pominula, například kulhání, vyhýbání se určitým činnostem, návštěvy lékaře, nákupy léků a podobně (Raudenská, 2011a; Neradilek, 2006).

Všechny složky Loeserova modelu bolesti je třeba při léčbě komplexně zhodnotit a podrobit intervenci. Celková intenzita bolesti je tvořena složkou senzoričnou a afektivní, přičemž se ukazuje, že při snížení afektivní složky se výrazně snižuje celková intenzita vnímané bolesti. Dynamičnost modelu se projevuje v tom, že ovlivnění mezi jednotlivými složkami je možné v obou směrech, například utrpení může být způsobeno jakoukoliv negativní emocií, ta však v důsledku může vést ke vzniku sensorického vjemu bolesti. Z psychologického hlediska je významná složka behaviorální, která podléhá zákonům učení a lze ji léčebně ovlivnit pomocí psychologických intervencí, zejména kognitivně-behaviorálními metodami (Neradilek, 2006).

O psychologických intervencích v léčbě bolesti a jejích dalších psychologických faktorech by se dalo napsat mnohé, těžiště zájmu této práce však spočívá jinde. Pro pochopení účinku farmak je důležité znát procesy spojené se senzoričným vnímáním bolesti a jejím dalším

neurofyziologickým zpracováním. Stručné vysvětlení tohoto mechanismu poskytne následující podkapitola.

### **1.1.1 Neurofyziologické zpracování bolesti**

Současný pohled na mechanismus bolesti vychází z vrátkové teorie bolesti. Vrátková teorie bolesti byla formulována v roce 1965 kanadským psychologem R. Melzackem a anglickým neurofyziologem P. D. Wallem. Původní verze této teorie byla dále rozpracována a podléhá dalšímu zkoumání. Původní představu, že při bolesti se rychlá vlákna přepnou na pomalá a ta pak přenášejí vzruchy do vyšších etáží centrálního nervového systému spinotalamickými drahami, se nepodařilo potvrdit (Rokyta, 2011).

Vrátková teorie bolesti však přinesla nový poznatek, že bolest nemusí mít vždy fyziologickou příčinu. Dalším novým poznatkem bylo, že spinální přenos je neustále modulován, čímž se zdůraznila role psychiky ve vnímání bolesti i na fyziologické úrovni (Melzack a Wall, 2003). Další neurofyziologické výzkumy ukázaly, že v centrální nervové soustavě existuje několik neuronálních okruhů, které na sebe zpětnovazebně působí, takže mohou v důsledku představovat „vrátka“ pro vstup impulzní aktivity. V mozku tedy existují mechanismy, které vnímání bolesti povahy tlumí nebo modifikují (Keller a Vyklický, 2006).

Z vrátkové teorie bolesti vychází neuromatrixová teorie bolesti, která je založená na existenci neuromatrixu v oblastech mozku, které souvisí s bolestí. Neuromatrixem se chápe specifický vzorec neuronální odpovědi na multidimenzionální prožitek bolesti, který může být aktivován zraněním, ale i patologicky či stresem. Tato teorie představuje nový přístup k výzkumu chronické bolesti (Melzack, 2005).

Bolest může vznikat na třech úrovních: na periférii těla, v průběhu periferních nervů a na úrovni centrální nervové soustavy. Bolest vznikající na periférii těla nazýváme nociceptivní. Bolest vnímaná v průběhu periferních nervů se nazývá periferní neuropatická bolest. S limbickým systémem, který je určen pro percepci a řízení našich emocí, se váže bolest psychogenní, která se vyskytuje pouze u psychiatricky nemocných pacientů, a v paliativní péči se s ní nesetkáváme tak často. Na úrovni mozkové kůry může vzniknout centrální neuropatická bolest, bolest neurogenní (Rokyta, 2009).

Jak již bylo dříve v této kapitole popsáno, základem vnímání bolesti jsou nociceptory, což jsou primární aferentní neurony se specifickým nervovým zakončením, které umožňuje odlišit potenciálně poškozující podnět od neškodného, tuto informaci zpracovat a dále předat do centrálního nervového systému. Vzruch je veden z kůže a sliznic pomocí pomalu vedoucích

vláken do míchy (Vlachová a Vyklický, 2006). V šedé hmotě míšní je bolest percipována v deseti Rexedových zónách, přičemž nejpovrchnější zóny percipují bolest somatickou a hlubší zóny percipují bolest útrobní (viscerální) a častěji chronickou (Rokyta, 2009). To znamená, že již na míšní úrovni probíhá organizace různých druhů bolesti (Rokyta, 2011). Z míchy je bolest vedena do mozku, kde vzniká samotný bolestivý vjem, pomocí pěti drah. Rychlá a akutní bolest je vedena do thalamu a dále do mozkové kůry. Viscerální a chronická bolest je vedena přes retikulární formace v mozkovém kmeni do limbického systému. Afektivně-emoční komponenta bolesti, která zahrnuje emoce jako je úzkost, strach a pocit ohrožení, je vedena přes prodlouženou míchu do hypothalamu nebo amygdaly. Pro potlačení bolesti fungují sestupné dráhy začínající v prodloužené míše (Rokyta, 2009).

Neuropatická bolest, která vzniká až v průběhu nervů, je oproti nociceptivní bolesti hůře léčitelná, protože není známá její přesná příčina. Periferní neuropatická bolest vzniká poškozením nervových vláken vedoucích bolest od nociceptorů do míchy. Bolest vzniká lézemi v blízkosti nervů a není vedena přes synapse, ale vzruch může přecházet ze strany jednoho nervu na nerv druhý. Podobným způsobem vzniká i centrální neurogenní bolest, která se od periferní neuropatické bolesti liší umístěním poškození, které je v tomto případě uloženo ve strukturách centrální nervové soustavy (Rokyta, 2009).

### **1.1.2 Vnímání bolesti**

Důležitou součástí definice bolesti je informace, že vnímání bolesti je vždy subjektivní (Merskey a Bogduk, 1994). V paliativní péči se můžeme setkat s pacienty všech věkových kategorií. Vnímání bolesti se může lišit v jednotlivých životních obdobích (Vymětal, 2003), což s sebou nese určitá specifika. Přístup k léčbě bolesti u dětí se výrazně liší od léčby bolesti u geriatrických pacientů, u nichž navíc často dochází ke komorbiditám v diagnóze (Crome, Main a Lally, 2007). Existují však společné faktory, které vnímání bolesti ovlivňují. Takovými faktory jsou práh bolesti a tolerance bolesti.

Práh bolesti je pro každého člověka individuální. Jedná se o objektivní intenzitu potenciálně bolestivého podnětu působící na člověka, který u něj pocit bolesti vyvolá. Pocit bolesti je ovlivňován poměrem mezi množstvím a intenzitou podnětů bolestivých a podnětů jiného druhu, které na člověka působí v danou chvíli (Balcar, 2009). Práh bolesti je neovlivnitelný vůlí a ukazuje se, že rozdíly vnímání bolesti u lidí jsou geneticky dané. Tento genetický mechanismus ovlivňuje i rozdílné účinky analgetik na různé lidi. Genetickými faktory a jimi ovlivněnými účinky léků se zabývá farmakogenetika (Rokyta, 2006).

Oproti tomu tolerance bolesti je čistě psychologickou záležitostí a lze ji tedy psychologickými cestami ovlivňovat. Tolerance k bolesti se u jednotlivce může vyvíjet a měnit v průběhu různých životních období i kratších časových úseků a s ohledem na daný typ bolesti. Hlavní roli zde hraje to, jaký význam jedinec bolesti přikládá a jak ji hodnotí (Vymětal, 2003). Zvýšená tolerance k bolesti neznamena, že dotyčný bolest méně vnímá, ale že dokáže bolest lépe snášet.

Na toleranci bolesti působí i kulturní rozdíly, anticipace velikosti bolesti, emoční a osobnostní nastavení i vzájemné vztahy s okolím (Janáčková, 2007). Klíčovou roli v toleranci bolesti hraje úzkost a strach, které jsou s prožitkem bolesti přímo úměrné. Tolerance bolesti souvisí i s důstojností člověka a jeho sebepojetím. Na vnímání bolesti příznivě působí dobrá nálada, uvolnění, klid a teplo (Vymětal, 2003).

Paliativní péče s tolerancí bolesti pracuje a bere ji v potaz i v léčbě bolesti. Při léčbě bolesti v paliativní péči je pro lékaře důležité vědět, nakolik bolest ovlivňuje pacientův běžný život a do jaké míry je ochotný bolest snášet. Stejně tak se lékař snaží pochopit, co pacient myslí tím, když si na bolest stěžuje a jaké myšlenky, obavy a očekávání má s bolestí spojené. Úkolem paliativní péče není pouze pacienty bolesti zbavovat, ale také zvyšovat jejich toleranci k bolesti (Watson, O'Reilly a Simon, 2010).

### **1.1.3 Druhy bolesti**

Paliativní péče se ve svých počátcích věnovala především pacientům trpícím rakovinou. Postupem času se zaměření paliativní péče rozšířilo i na další chronická život ohrožující onemocnění, jako je AIDS, chronická plicní obstrukce a kardiovaskulární poruchy (Watson, Lucas, Hoy a Wells, 2009). Důsledkem toho se odborníci v paliativní péči zabývají především bolestí u pacientů se zhoubnými nádorovými onemocněními. Výzkumy ukazují, že až 80% těchto pacientů trpí bolestí v pokročilé fázi onemocnění (Caraceni a Portenoy, 1999), přičemž jedna třetina trpí dvěma druhy bolesti a další třetina popisuje tři a více druhů bolesti najednou (Watson et al. 2009).

Základní rozdělení bolesti je podle délky trvání na akutní a chronickou. Funkce akutní bolesti je ochranná a informativní. Akutní bolest předává informaci o tkáňovém poškození a brání tak před další zdravotní újmou. Bolest po několika dnech, týdnech a výjimečně měsících, ustává. Při trvání delším než tři měsíce mluvíme o bolesti chronické. U akutní bolesti lze zpravidla dobře lokalizovat místo poškození a účinně tak zdroj bolesti v krátké době léčit. Při správné analgetické léčbě bolest nenávratně mizí (Ševčík a Čumlivski, 2006). Akutní bolest je obecně

lépe snášena než bolest chronická, protože netrvá dlouho a její příčiny nebývají tak hroživé. Akutní bolest vzniká následkem úrazu nebo v důsledku operace (Fricová a Šimek, 2006).

Chronická bolest trvá od tří měsíců po několik let, nemívá jasnou příčinu a neslouží žádnému užitečnému účelu. Často bývá provázena změnami chování a nálad. Chronická bolest může vést k depresím, úzkostem, vzteku i sebevraždě (Dickman a Simpson, 2008). Chronická bolest se dělí na nádorovou a nenádorovou (Slíva a Doležal, 2009). U nádorových onemocnění se chronická bolest dále dělí na perzistentní bolest a průlomovou bolest (Watson et al., 2009).

Perzistentní bolest, označována také jako přetrvávající bolest či bazální bolest, je bolest trvající nepřetržitě 12 a více hodin denně (Ferrell, Juarez a Borneman, 1999). Průlomová bolest, nebo také epizodická bolest, je občasné zvýšení intenzity jinak dobře kontrolované bolesti (Davies, 2007). Průlomová se jí říká proto, že „prolomí“ skrz běžný rozvrh medikace (Watson et al., 2009). Průlomová bolest se objevuje často, přičemž je vyzozorovaný medián čtyř epizod na den (Zeppetella, O'Doherty a Collins, 2000), je akutní s mediánem 3 minut od začátku po vrchol bolesti (Portenoy, Payne a Jacobsen, 1999) a krátká v trvání s mediánem 30 minut do odeznění bolesti (Portenoy a Hagen, 1990).

Průlomová bolest může být spontánní, nebo incidentní. Spontánní (idiopatická) bolest se objevuje nečekaně, kdežto incidentní bolest se objevuje v určitých chvílích. Volní incidentní bolest se objevuje například při chůzi, mimovolní incidentní bolest se objevuje při mimovolných aktech, jakým je třeba kašel. Procedurální incidentní bolest cítí pacient například při čištění rány (Davies, 2006). Mnozí autoři do incidentní průlomové bolesti zařazují i bolest pociťovanou v závislosti na fázi analgezie, nejčastěji během titrační fáze nebo na konci analgetické dávky, někteří ji považují za selhání adekvátní kontroly perzistentní bolesti (Dickman a Simpson, 2008; Davies, 2006).

#### **1.1.4 Diagnostika a hodnocení bolesti**

Ke zjištění, o jaký typ bolesti se jedná, jakou má intenzitu a jakým způsobem ovlivňuje stav dané osoby včetně emočního naladění, a tedy jakým nejlepším způsobem by bylo dobré ji léčit, slouží diagnostika bolesti. Při diagnostice bolesti je třeba mít na paměti, že stav pacienta je bolestí ovlivněn, proto je třeba působit uklidňujícím dojmem, zbavovat pacienta strachu a přistupovat k němu se zájmem a empatií (Opavský, 2006).

Součástí diagnózy, ale i následné terapie, je hodnocení bolesti. K hodnocení bolesti, které se označuje také jako algometrie, dolorimetrie či měření bolesti, se využívá mnoha metod a

měřicích nástrojů. K hodnocení lze využít subjektivní výpověď, pozorovatelné chování, ale i fyziologické reakce organismu pomocí moderních zobrazovacích metod (Opavský, 2006).

V paliativní péči se využívají především metody pracující se subjektivní výpovědí a pozorovatelným chováním. V posledních dnech života může být komunikace s pacientem ztížena, a nelze proto získat jeho subjektivní výpověď. U všech pacientů s komunikačními bariérami, což zahrnuje i malé děti či pacienty s demencí, je třeba si všimnout změn v chování. Z verbálních projevů je třeba si všimnout pláče při dotyku, křičení, náhlého ztišení, klení, brčení a nesmyslné řeči. Z mimických výrazů vypovídá o bolesti úšklebek, zavírání očí, výraz obav a stažený obličej. Výrazem chování, které může být spojené s bolestí, je odtažení při dotyku, ukazování na určitou část těla, rostoucí zmatení, třes, odmítání jídla, nepohyblivost a nevrlost. Z fyziologických projevů o bolesti vypovídá chlad, bledost, upocenost, změna barvy a vitálních projevů, kterými jsou puls a tlak (Watson et al., 2010).

Vztah mezi tím, jak bolest hodnotí pacient a jak bolest pacienta hodnotí profesionální zdravotníci je problematický – korelace je téměř nulová (Krokosky a Reardon, 1989). Proto je vhodné využít objektivních diagnostických metod. Nejčastější metodou k změření intenzity bolesti je vizuální analogová škála (VAS). Nejběžněji se používá horizontální úsečky o délce deseti centimetrů, na které jsou zaneseny hodnoty od nuly do desíti (VANS). Zcela vlevo je nula, která značí žádnou bolest. Zcela vpravo je hodnota deset, která značí největší možnou bolest. Užívají se i vertikální modifikace této úsečky. Při užití VAS je vždy třeba vymezit časové období, za které má vyšetřovaná osoba bolest popsat (Opavský, 2006). S VANS mohou být vyšetřovány děti od osmi let. Pro děti od tří do osmi let byly vyvinuty škály nahrazující čísla třemi způsoby: emotikony či fotografiemi obličejů (FPS), zvyšující se barevnou intenzitou (CAS) a škály pracující s rostoucím počtem objektů (Melzack a Wall, 2003).

Metoda VAS se nemusí využívat pouze k měření intenzity bolesti, ale má svůj smysl i při posouzení ústupu bolesti. Levý krajní bod zde zobrazuje žádný ústup bolesti oproti pravému krajnímu bodu, který zastupuje naprostý ústup bolesti. Ke kvantifikovanému subjektivnímu posouzení změny stavu slouží sedmistupňová verbální a numerická škála PGIC. Neverbálním doplněním hodnocení bolesti jsou „mapy bolesti“, které slouží k registraci bolesti na těle zakreslením do kontury lidského těla (Opavský, 2006).

Všechny uvedené škály se mohou používat s kognitivně-behaviorální technikou vedení „deníků bolesti“, které přispívají k lepšímu přehledu o účinnosti léčby bolesti. Deník může vést pečující osoba i pacient. Pečující osoba do deníku zároveň zaznamenává bolestivé chování pacienta a

své reakce na něj. Pacientovým úkolem je spojovat podmínky situace a svého prožívání ve chvíli, kdy se bolest objeví. Vedení deníku pečující osobou slouží k rozpoznání toho, jakou úlohu bolest hraje v životě rodiny a zdůrazňuje významnost pečující osoby v procesu. Pacient si díky deníku může uvědomit souvislosti důležité při prožitku bolesti (Melzack a Wall, 2003).

Souvislostmi bolesti s denními aktivitami se zabývá i dotazník DIBDA, který se užívá jako snadno srozumitelný a pochopitelný doplněk k jiným dotazníkovým metodám (Opavský, 2006). Z dotazníků se k hodnocení bolesti nejčastěji využívá McGillova dotazníku bolesti (MPQ). Tento dotazník sestává z dvaceti tříd verbálních deskriptorů k změření sensorické, afektivní i kognitivní složky bolesti, přičemž u každého deskriptoru se uvádí numerické škály hodnocení intenzity bolesti v rozsahu nula až tři. Užívá se i zkrácená verze tohoto dotazníku (SF-MPQ) o patnácti třídách deskriptorů (Melzack a Wall, 2003). Velkou výhodou tohoto dotazníku je získání výsledku k sensorické a afektivní dimenzi zvlášť, takže lze určit velikost rizika dopadu bolesti na psychiku nemocného (Opavský, 2006).

Mezi dotazníky, které se komplexněji zaměřují na souvislosti bolesti s psychikou nemocného a jeho názory na bolest, patří multidimenzionální Dotazník názorů na bolest a percepce bolesti (PBPI). Tento dotazník je vhodný pro pacienty s chronickými bolestmi a měří pět dimenzí: stálost, přetrvávání bolesti, nepochopitelnost, vlastní zavinění a vinu druhých (Opavský, 2006). V českém prostředí vznikl i Dotazník copingu bolesti (DCB), který měří, jak se nemocný na bolest adaptuje, pomocí tří stupnic (aktivizace, uzavírání se, rezignace) o celkem třinácti položkách (Knotek, 2003).

Psychosomatickými obtížemi se zabývá SCL-90 (Baštecký, Šavlík a Šimek, 1993), který se u chronické bolesti využívá zejména k měření deprese a anxiety (Opavský, 2006). Z dotazníku lze zjistit i závažnost případných potíží pomocí obecného ukazatele závažnosti (GSI), který se vypočítává součtem bodů v celém dotazníku děleným počtem otázek (Baštecký et al., 1993).

## **1.2 Farmakoterapie bolesti**

Po diagnostice bolesti lze přistoupit k její komplexní léčbě, jejíž podstatnou součástí je farmakologie bolesti neboli farmakoterapie. Farmakoterapie je léčba bolesti pomocí léků, jejíž cílem je úplné odstranění bolesti či její snížení na tolerovatelnou úroveň (Slíva a Doležal, 2009). V této podkapitole jsou uvedeny farmakologické způsoby léčby bolesti, které podstupují pacienti v paliativní péči.

Analgetická účinnost jednotlivých léčiv se porovnává pomocí ukazatele NNT. Tento ukazatel představuje číslo, kolik pacientů je třeba léčit, aby bylo alespoň u jednoho z nich dosaženo přinejmenším 50% úlevy od bolesti (Slíva a Doležal, 2009).

Vhodnost užití jednotlivých analgetik upravuje třístupňový žebříček analgetik dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1996). První stupeň představuje neopioidní léčbu mírné bolesti pomocí paracetamolu. Pokud se bolest nepodaří pomocí tohoto léku zvládnout, lze ho doplnit či nahradit NSAID (například ibuprofen), případně přejít k druhému stupni žebříčku. V druhém stupni se přistupuje k léčbě středně silné bolesti pomocí slabých opioidů v kombinaci s neopioidními analgetiky. Léčbu silné bolesti upravuje třetí stupeň žebříčku, který doporučuje užití silných opioidů doplněné neopioidními léky (Watson et al., 2010).

Pokud nedojde k průkaznému zlepšení do dvou týdnů, je vhodné od opioidní léčby ustoupit, neboť chronická bolest nemusí vždy na tento způsob léčby reagovat. Bolest může být rezistentní k opioidům u svalových spasmů, břišních křečí a u psychogenní bolesti. Částečně rezistentní je při bolesti kostí, zvýšeném nitrolebečním tlaku, u neuropatických bolestí a bolesti vázané k aktivitě. Zvláštním typem je pseudo-opioidům rezistentní bolest, zapříčiněná nedostatečným příjmem opioidů v důsledku poddávkování, nedostatečného vstřebávání opioidů v zažívacím systému nebo v důsledku častého zvracení (Watson et al., 2010).

Před ústupem od konkrétní léčby bolesti je vždy třeba zvážit faktory zohledněné v léčbě a ujistit se, že je bolest správně diagnostikována, že pacient skutečně léčbu dodržuje a že se od počátku léčby nezměnilo pacientovo prožívání a jeho přístup k bolesti (Watson et al., 2010). Světová zdravotnická organizace zároveň doporučuje během všech tří stupňů léčby bolesti podávat koanalgetika, poskytovat specifické terapie, jakými jsou operace či fyzioterapie, a oslovovat psychosociální souvislosti (WHO, 1996).

Vzhledem k tomu, že převažující diagnózou u pacientů v paliativní péči je nádorové onemocnění, přičemž až 80% pacientů trpí středně silnou až silnou bolestí (Caraceni a Portenoy, 1999), věnuje se práce dále pouze farmakologické léčbě specifické pro druhý a třetí stupeň žebříčku, což je léčba bolesti pomocí opioidů.

### **1.2.1 Druhy opioidních analgetik**

Prototypem opioidních analgetik je morfin, který se získává z opia. Jako opium se označuje zaschlá šťáva z nezralých makovic a jeho účinky jsou známy již po tisíciletí (Hynie, 2001). Morfin byl jako chemická látka izolován v roce 1805 a dodnes je základem opioidních

analgetik. Opioidní analgetika se dělí podle intenzity analgetického účinku na slabé a silné opioidy (Lüllmann, Mohr a Wehling, 2004; Slíva a Doležal, 2009).

V České republice je typické nedostatečné užívání silných analgetik a současně nadužívání slabých opioidů, konkrétně tramadolu, v jehož spotřebě je Česká republika v přepočtu na počet obyvatel na prvním místě v Evropě (Hegmonová, 2014). Nadužívání slabých opioidů by se dalo vysvětlit i tím, že je přeceňována jejich analgetická účinnost oproti neopioidním analgetikům. To se děje pravděpodobně na základě omylu, který se u nás vžil, a vznikl nejspíše špatnou interpretací analgetického žebříčku, že slabé opioidy jsou účinnější než neopioidní analgetika. Pravda je, že slabé opioidy jsou účinnější v kombinaci s neopioidními analgetiky, ale samostatně mohou mít dokonce nižší NNT než neopioidní analgetika (Kršiak, 2009).

Opioidy působí na vnímání bolesti na třech úrovních: v periferních nervových drahách, kde tlumí vznik a vedení impulzu, v míše, kde je vedení bolestivého impulzu inhibováno imitací aktivace descendentního antinociceptivního systému, a v mozku, kde tlumí uvědomění si bolestivého impulzu. Působením opioidů v centrální nervové soustavě je utlumena psychická stránka bolesti, kterou reprezentuje úzkost a pocit ohrožení, a bolest tak již nevyvolává utrpení (Lüllmann et al., 2004; Slíva a Doležal, 2009). Opioidy zvyšují práh vnímání bolesti, přičemž jejich působení je selektivní a neovlivňuje percepci jiných podnětů, jako je dotyk, teplo nebo tlak (Hynie, 2001). S místy působení opioidů jsou však spojené i vedlejší účinky (Slíva a Doležal, 2009), které budou popsány v příslušné podkapitole.

Mezi slabé opioidy se řadí kodein, dihydrokodein a tramadol, přičemž poslední jmenovaný je syntetickou obdobou kodeinu (Watson et al., 2010). Tramadol má navíc oproti jiným opioidům do jisté míry účinek analogický antidepressivům (Slíva a Doležal, 2009). Oproti jiným slabým opioidům má tramadol rychlejší nástup účinku, je metabolizovaný v játrech a ne v ledvinách, může mít signifikantní účinek u neuropatické bolesti a vyvolává méně vedlejších účinků, avšak současně byly u tramadolu zaznamenány psychiatrické reakce (Watson et al., 2010). Tramadol nevede k lékové závislosti, a proto nepodléhá ustanovení o omamných látkách (Hynie, 2001).

Mezi silné opioidy patří morfin, hydromorfon, diamorfin (heroin), buprenorfin, fentanyl a oxykodon. Morfin bývá lékem první volby u středně silných a silných bolestí u zhoubných i nezahubných onemocnění, přičemž v druhém případě by měl na léčbu vždy dohlížet specialista. Morfin může u některých pacientů vyvolávat příliš silné vedlejší účinky nebo ho nelze podávat kvůli selhávání ledvin, proto je lepší ho nahradit jiným silným opioidem. V paliativní péči se

nejčastěji nahrazuje oxykodonem především u neuropatického typu bolesti a hydromorfonem u nociceptivního typu bolesti (Hakl, Lejčko a Kozák, 2011; Watson et al., 2010).

Způsob podání opioidů je rozmanitý. Opioidy lze předepisovat ve formě sirupu, čípků, tablet, injekcí i náplastí. U náplastí je obzvlášť důležité sledovat pacienta, protože v případě horečky či zevního zdroje tepla je z náplasti uvolňováno více léku, než je optimální. Při pocení je naopak třeba dbát, aby náplast dobře doléhala a lék se rovnoměrně uvolňoval do kůže (Watson et al., 2010).

K podávání opioidů lze využít „dávkovače“ a „křidélka“. Dávkovač je automatické zařízení na bázi malé infuzní pumpy sloužící k rovnoměrnému dávkování tekutého léku po dobu 24 hodin (Watson et al., 2010). Křidélko se říká intravenóznímu katéttru, do které může lék pomocí injekce podávat i pečující osoba bez lékařského dohledu.

V paliativní péči v domácím prostředí je běžnou praxí předvídání potřeb pacienta a případných komplikací při zvládnání bolesti a přidružených symptomů. V rámci této péče jsou pacientům předepisovány „SOS léky“ k užití v případě komplikací, jakými je nejčastěji zvracení, průlomová a incidentní bolest. SOS medikace je vždy součástí lékařské zprávy (Moran, 2014).

### **1.2.2 Vedlejší účinky opioidů**

Před podáním opioidů by měli být všichni pacienti seznámeni s možnými vedlejšími účinky, které jsou s užíváním opioidů spojené. Nejčastěji trápí pacienty zácpa, nevolnost a zvracení, ospalost a narušení kognitivních funkcí. Nevolnost a zvracení se dostavuje nejčastěji při zahájení terapie a většinou do týdne odeznívá. Spolu se zácpou je vhodné tyto vedlejší účinky řešit dodatečnou medikací. Účinek na ospalost a zhoršení kognitivních funkcí většinou během několik dní zeslábnou. Zde vstupuje do hry dříve zmíněná tolerance bolesti, kdy lékař s pacientem vyjednává o tolerovatelné míře bolesti v poměru k jasnosti myšlení. Pokud jsou vedlejší účinky závažného charakteru, je vhodné zvážit alternativu z opioidů k danému léku (Watson et al., 2010).

Méně častý vedlejší účinek opioidů je spojený s dýcháním. Opioidy inhibují aktivitu centra pro kašel v prodloužené míše, existuje tedy mírně zvýšené riziko udušení. Vzhledem k působení opioidů v prodloužené míše, kde je i centrum dýchání, může dojít k útlumu dýchání do takové míry, že pacient přestane mít potřebu dýchat. K tomu však dochází až při dávkách, kdy už je pacient v celkovém útlumu a jeho vnímání je omezené. Současně opioidy pomáhají při dušnosti, neboť v limbickém systému tlumí úzkost, kterou lidé mají v obavě z udušení, a dýchá se jim tak lépe (Slíva a Doležal, 2009).

Dalšími méně častými vedlejšími účinky terapeutických dávek jsou potíže s močením, retence moči, sucho v ústech, pocení, bolest hlavy, zčervenání tváří, závrať, podchlazení způsobené účinky opioidů na hypothalamus, dilatace kožních cév manifestovaná svěděním, halucinace, změny nálad, závislost, stažení zorniček, snížené libido či impotence, vyrážka, kopřivka a zmatenost (Hynie, 2001; Slíva a Doležal, 2009; Watson et al., 2010).

Etickou otázkou ve farmakoterapii v paliativní péči je otázka zkrácení života užitím určitých léčiv, mezi které spadají i opioidy. Neexistuje žádný důkaz, který by potvrzoval, že dobře vedená paliativní medikace zkracuje život. Efektivní kontrola symptomů může život jak zkrátit, tak prodloužit. Správný lék podaný ze správných lékařských důvodů ve správných dávkách není eutanázií. Uspíšení smrti může a nemusí být předvídané, ale nikdy není záměrné (Watson et al., 2010).

### **1.2.3 Koanalgetika**

Farmakoterapie bolesti pomocí opioidů by měla být vždy doplněna vhodnými koanalgetiky, které podporují a násobí účinek opioidů. Stručný přehled poskytne tato podkapitola.

Spolu s opioidy se k tišení bolesti doporučují podávat antikonvulziva při neuropatické bolesti, kortikosteroidy při bolestech způsobených edémem, myorelaxancia při svalových křečích, antispasmodika při střevních kolikách, antibiotika při infekční bolesti, přičemž nepodání antibiotik při infekcích je často diskutovaným etickým problémem v paliativní péči (Watson et al., 2010).

Pokud bolest narušuje spánkový režim pacienta, doporučují se užít antidepresiva. Pokud nedostatek spánku snižuje bolestivý práh, je indikována noční sedace. Antidepresiva se ukázala být účinná i při snižování neurogenní bolesti, ve vyšších dávkách se užívají pro léčbu sekundární deprese. Zde je však třeba opatrnosti obzvláště při kombinaci antidepresiv ze skupiny SSRI a tramadolu, protože vzniká riziko serotoninového syndromu (Slíva a Doležal, 2009; Watson et al., 2010).

Z psychofarmak se v léčbě bolesti využívají ještě anxiolytika, a to ve chvílích, kdy úzkost zhoršuje bolest. Při těchto okolnostech se doporučují i relaxační cvičení (Watson et al., 2010). Diskutovaným adjuvantním léčivem jsou kanabinoidy, které se mohou spolu s opioidy podílet na komplexním analgetickém účinku. Stejně jako anxiolytika mohou snižovat úzkost a přispět ke zlepšení kvality života (Lejčko, 2011).

## **2. Psychologické aspekty farmakoterapie**

Farmakologická léčba bolesti je účinná jen tehdy, jsou-li léky užívány. Tato kapitola se proto zaměřuje na psychologické proměnné, které mohou v užívání a následném účinku léků hrát roli, přičemž klade důraz především na postoj k opioidům.

Psychologickými stránkami farmakoterapie se zabývá psychologický obor zvaný farmakopsychologie. Podobně znějícím oborem je psychofarmakologie, ta je však podoborem farmakologie a zabývá se regulací psychiky a chování jedince farmakologickou cestou. Ve farmakopsychologii se zkoumá „pověst léku“, která může být zprostředkována jinými osobami či zkušenostmi, dále vztah a důvěra mezi pacientem a lékařem a v neposlední řadě také postoje hodnoty k samotnému předepisování léků či medikaci jako takové (Orel, 2012; Vymětal, 2003).

### **2.1 Placebo efekt**

Placebo efekt je psychologický faktor, který může ovlivnit léčbu v pozitivním směru a je běžnou součástí účinku léčebných postupů. Stejně působení, ale v negativním směru, se někdy označuje jako nocebo efekt, jindy se působení v negativním směru řadí pod placebo efekt (Orel, 2012; Thompson, 2005).

Placebo efektu se využívá v placebové terapii, která je specifickou psychoterapií, kdy se pacientovi podává pouze zdánlivé léčivo, přičemž ve skutečnosti se jedná o objektivně neutrální látku. Placebová terapie může vést ke zlepšení choroby nebo může vést i k uzdravení pacienta. Účinnost terapie závisí na typu onemocnění, osobnosti nemocného a sugestivě lékaře. V terapii se může projevit i nocebo efekt ve změně psychických i fyzických funkcí, který se vysvětluje strachem z očekávaných nepříjemností, nedůvěrou ve vztahu mezi lékařem a pacientem, nedůvěrou v léčbu či moderní léčebné metody obecně, odmítavým postojem k farmakoterapii a přílišným sebezpozorováním. K placebo terapii je proto potřeba přistupovat s opatrností (Lüllmann et al., 2004; Linde, May, Limmroth a Dahlöf, 2003). Obecně se udává, že placebo efekt do tří měsíců vymizí, nicméně se prokázalo, že placebo efekt může trvat i třicet měsíců (Thompson, 2005).

U bolesti byl vědecky potvrzený biologický podklad placebo efektu, když se ukázalo, že placebo efekt vyvolává produkci endorfinu, což je tělem vytvářený opioid (Levine, Gordon a Fields, 1978). Efekt byl prokázán i pozitronovou emisní tomografií (PET), přičemž se navíc zjistilo, že efekt morfinu se zvyšuje při podávání s komentářem o jeho pozitivním účinku (Benedetti et al., 2004). Pomocí fMRI bylo zjištěno při placebové analgezií snížení mozkové

aktivity zejména v přední cingulární mozkové kůře, v insule a v thalamu, což jsou oblasti, kde se aktivují endogenní opioidy a tyto oblasti jsou tak spojeny s vnímáním bolesti (Wager et al., 2004).

Souvislosti placebo efektu a bolesti jsou často zkoumané a vědecky podložené. F. Benedetti a jeho kolegové (2003) zjistili, že když byl pacient upozorněn na chvíli, kdy je mu do infuze přidáno analgetikum, byl analgetický efekt významný. Jestliže byl lék podáván v infuzi bez upozornění na přítomnost analgetik, efekt byl menší, a to dokonce i u opioidních analgetik.

Překvapivě se placebo efekt prokázal i v situacích, kdy si proband byl vědom, že léčivá substance je placebem (Park a Covi, 1965), a dle nejnovějších studií dokonce i v situacích, kdy si vůbec nebyl vědom spouštěče, tedy že cítí bolest. Tím se prokázalo, že placebo efekt funguje mimo úroveň vědomí na základě nervové dráhy pro nevědomou aktivaci placebo analgezie (Jensen et al., 2012, Jensen, Kirsch, Odmalm, Kaptchuk a Ingvar, 2015).

U placebo analgezie byl zkoumán i sociální rozměr, tedy jestli pozorování úlevy od bolesti u jiné osoby po podání placebo může zvýšit placebo efekt i u daného jedince. Zvýšení placebo efektu observačním učením se potvrdilo a ukázalo se, že je úzce spojeno s mírou schopnosti empatie pozorovatele (Colloca a Benedetti, 2009).

## **2.2 Vztah lékaře, pacienta a pečujícího**

*„Doktor, který nemá placebo efekt na své pacienty, by se měl stát patologem“* (Blau, 1985, str. 344; překlad vlastní). Placebo efekt vznikající na základě vztahu lékaře a pacienta je esenciální součástí léčebného procesu. Lékař může posílit účinek jakékoli efektivní léčby skrz pozitivní přístup a soucit s pacientem. Do léčebného procesu v ambulantní paliativní péči však vstupuje i pečující osoba, která se na léčbě a péči o nemocného podílí. Pečující osoba má svůj podíl na placebo efektu i na celkovém výsledku farmakoterapie, pokud léky pacientovi podává (Thompson, 2005).

Vztahy mezi lékařem, pečujícím a pacientem tvoří rámec, v němž léčba probíhá a znamená vzájemnou, pozitivní a emoční vazbu. Lékař by měl k nemocnému a jeho blízkým osobám přistupovat empaticky, opravdově, partnersky a s osobním zájmem, což vede k důvěře v lékaře a jeho způsob léčby. Pouze ve vztahu naplněném důvěrou najde pacient dostatek odvahy ke sdělení svých emocí a obav spojených s onemocněním (Kratochvíl, 2006; Vymětal, 2003).

Postoj lékaře k pacientovi a příbuzným je ovlivněn podobností mezi pacientem, pečujícími a lékařem, přitažlivostí lékaře pro pacienta a příbuzné, očekáváním ve vztahu k rolím, empatií,

vřelostí a opravdovostí, přenosem, protipřenosem a dimenzí sympatie-antipatie. Pokud je pacient lékaři sympatický, bude mu věnovat větší pozornost a i volba léku může být sympatií k nemocnému a příbuzným ovlivněna. Sympatickým pacientům a příbuzným může lékař vycházet vstříc, poslouchat jejich přání a medikaci uzpůsobit tak, aby jim vyhověl. Nesympatickému pacientovi či příbuzným lékař častěji nevyhoví a bude se řídit pouze svým přesvědčením. Stejně tak pacient může sympatického lékaře „odměňovat“ subjektivním udáváním zlepšení stavu a spokojeností, nebo nesympatického „trestat“ subjektivním uváděním zhoršení stavu (Kratochvíl, 2006; Vymětal, 2003).

Nutným předpokladem úspěšné léčby je dobrá spolupráce všech zúčastněných. Soulad v léčbě (concordance) je proces předpisu a užívání léků založený na partnerské spolupráci pacienta a lékaře. Pouze v 16% případů dodržují pacienti přesné instrukce lékaře ohledně medikace. Třetina pacientů dodržuje instrukce lékaře z 80-90% a další třetina pacientů z 40-80%. O souladu v léčbě vypovídá i to, jestli si pacient vyzvedává recept, což se neděje v 20% případů (Vymětal, 2003; Watson et al., 2010).

Důvodem pro nedodržování preskripce může být nedůvěra vůči lékaři nebo důsledek špatné komunikace mezi lékařem a pacientem. K změně v užívání léků bez konzultace s lékařem pacienti přistupují z podnětu a na doporučení svého okolí, pokud mají dojem, že již léky nepotřebují, že jim škodí, z obavy, aby se na lécích nestali závislími nebo aby konstantní užívání nevedlo ke snížení účinku (Osterberg a Blaschke, 2005; Vymětal, 2003; Watson et al., 2010).

Pacient může k změnám v medikaci přistoupit i na základě dopadů medikace na jeho životní styl, například když jsou léky spojeny s nepříjemnými vedlejšími účinky (především pokud na ně pacient nebyl předem upozorněn lékařem), způsobují potíže v běžném denním režimu, když je třeba brát více dávek léků během dne, pacient nevnímá žádné zlepšení a slýchává fámy o opačném účinku léků typu „teta to brala taky a do týdne zemřela“ (Watson et al., 2010).

K nesouladu v léčbě může dojít i z praktických důvodů. Pokud pacient nepochopí instrukce či si je není schopen vybavit a lékař nepředá stejné informace pečujícímu, není možné v léčbě správně postupovat. Stejně tak může být pravidelné užívání léků ztíženo například zapomínáním si léky v daný čas vzít, vysokou cenou léků či neschopností otevřít nádobky s léky (Raudenská, 2011b; Watson et al., 2010).

Pacienti jsou častěji motivováni brát léky podle předpisu, pokud chápou a přijímají svou diagnózu, souhlasí s nabízenou léčbou a pokud s nimi lékař probral jejich obavy týkající se

medikace (Watson et al., 2010). Podpůrným faktorem může být i utvoření a sepsání kontraktu o podílu pacienta na dodržování léčby s přesně stanovenými cíli (Raudenská, 2011b). Nesouladu v léčbě v důsledku zapomínání instrukcí lze předejít písemným sdělením o nastavení farmakoterapie. Až 77% pacientů očekává, že tyto informace dostane písemně, přičemž je 49-95% pacientů skutečně čte (Morris a Groft, 1982).

### **2.3 Postoj k farmakům**

Důležitou oblastí farmakopsychologie je i zkoumání postoje k předepisování léků a medikaci jako takové. Postoj je příznivý či nepříznivý pohled na něco nebo někoho ovlivněný přesvědčeními, názory nebo záměry dané osoby. Postoj může být prediktorem chování této osoby (Myers, 1994). Negativní postoj k léčbě bolesti pomocí opioidů může bránit adekvátnímu zvládnutí bolesti (Broekmans, Vanderschueren, Morlion, Kumar a Evers, 2004), a proto je důležité postoje u lékařů, pečujících i pacientů zkoumat.

M. Orel (2012) popisuje tři základní postoje ve vztahu k farmakům – vyvážený postoj, farmakofilní postoj a farmakofobní postoj. Každý z těchto postojů může zaujímat zvláště lékař i pacient, kteří spolu v různých konstelacích interagují. V literatuře se také užívá pojmů farmakofilní či farmakofobní lékař a pacient podle toho, jaký postoj zastávají (Vymětal, 2003).

Pokud jedinec zastává vyvážený postoj, tak považuje medikamenty za vhodné a užitečné v určitých situacích. V situacích, kdy je to vhodné, volí nefarmakologické léčebné postupy. Oproti tomu jedinec zastávající farmakofilní postoj volí převážně farmakologické léčebné postupy, a to i v situacích, kdy by se o vhodnosti této léčby dalo pochybovat. Možnosti farmakoterapie jsou přeceňovány a jiné možnosti léčby se podceňují. Farmakofilní pacient vyžaduje předepsání léků a tomuto způsobu léčby nekriticky věří. Stejně tak farmakofilní lékař má tendenci předepisovat více léků, včetně u sebe a svých příbuzných, a s léčbou nebývá spokojen, pokud během ní léky nepředepíše. Pro farmakofilní lékaře je navíc typické zanedbávání psychosociální stránky onemocnění a s pacienty málo komunikují (Orel, 2012; Vymětal, 2003).

Opačným protipólem je farmakofobní postoj, při kterém se lékař bojí léky předepisovat a raději se jim vyhýbá nebo je zcela odmítá. Farmakofobní lékař má tendenci volit nefarmakologické postupy léčby a zpravidla přeceňuje nežádoucí účinky medikamentů (Orel, 2012). Současně však s pacienty více hovoří a je přístupný zvažování vlivu psychosociálních faktorů. Opatrnosti je třeba při setkání s farmakofobními rodiči, kteří svým přístupem mohou významně poškodit zdraví svého dítěte (Vymětal, 2003).

V literatuře se můžeme setkat i se specifickým typem farmakofobie, a to chorobným strachem z opioidů, takzvanou opiofobií či opiátofobií. Opiofobie se v české literatuře nejčastěji spojuje se strachem z předepsání opioidů kvůli možnosti vzniku závislosti u pacientů, přičemž tento strach je neopodstatněný (Hořejší, 2001; Neudertová, 2011; Rokyta, 2009). Během rešerše se však nepodařilo dohledat výzkum, který by opiofobii v českém prostředí popisoval nebo zkoumal faktory, které se podílí na jejím vzniku.

Zahraniční výzkumy se nejčastěji zabývají postojem lékařů, pacientů a rodinných příslušníků k farmakům, jako jsou antidepresiva a antipsychotika. Existují však i zahraniční výzkumy specificky zaměřené na postoj k opioidům a opiofobii u lékařů, zdravotních sester, studentů medicíny a pacientů v situacích jak zhoubných, tak nezhoubných chronických onemocnění. Jen málokterý z výzkumů zahrnuje postoj pečujícího či širší veřejnosti k opioidům.

Zahraniční autoři rozdělují opiofobii u lékařů do tří dimenzí: neochota předepsat opioidy, strach ze vzniku závislosti u pacienta a strach z vyšetřování Agenturou pro regulaci drog. Strach ze vzniku závislosti navíc spojují s nedostatkem informací, důsledkem čehož lékaři zaměňují fyziologickou potřebu za závislostní chování (Morgan, 1985). Jiný výzkum identifikoval jako překážku v předepsání opioidů i regulační postihy a obavu z vedlejších účinků opioidů (Morley-Forster, Clark, Speechley a Moulin, 2003).

Hlavními faktory, které u lékařů limitují přiměřenou léčbu bolesti a užití opioidů, jsou nepatřičná přesvědčení a nedostatek vzdělání (Von Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield a Pandya, 1993). Výzkum mezi studenty medicíny potvrdil, že studium ovlivňuje postoj k opioidům. Na jednu stranu studenti v posledních ročnících vykazují pozitivnější přístup k opioidům a mají také více znalostí ohledně léčby bolesti oproti studentům v prvních ročnících. Na druhou stranu jsou však postoje k opioidům i u studentů posledních ročníků stále spíše negativní, což může být způsobeno převzetím negativních postojů od učitelů. Rozdíly v postoji k opioidům byly zjištěny i mezi jednotlivými specializacemi, z čehož lze odvodit, že profesionalizační proces lékařského vzdělání může posilovat negativní postoj k opioidům (Weinstein et al., 2000).

Výzkum mezi praktickými lékaři a paliativními specialisty ukazuje i na vliv zkušeností při formování postoje k opioidům. Praktičtí lékaři, kteří méně často léčí pacienty s chronickými bolestmi, vykazovali negativnější postoje vůči opioidům (Morley-Forster et al., 2003). Stejně tak internisté se oproti geriatrům více obávají vzniku závislosti u pacientů a častěji pochybují o vlastní schopnosti předepsat správnou dávku opioidů (Lin, Alfandre a Moore, 2007).

Rozdíly ve výsledcích mezi lékaři různých národností ukazují i na kulturní a historické rozdíly v postoji k opioidům. Zřetelně je tento rozdíl vidět porovnáním postojů lékařů ze státu New Hampshire a Taiwanu. Lékaři z New Hampshire byli poměrně dobře seznámeni se základy léčby bolesti a téměř 90% z nich se neobávalo závislosti mezi pacienty (Fürstenberg et al., 1998). Lékaři z Taiwanu oproti tomu mají dle průzkumu výrazně nedostatečné znalosti o opioidech a negativní postoj k jejich předepisování. Autoři tento rozdíl připisují kulturním a historickým rozdílům, především vyzdvihují časté zneužívání opioidů v Číně v devatenáctém století (Ger, Ho a Wang, 2000).

Výzkum z New Hampshiru srovnával i lékaře se zdravotními sestrami a ukázalo se, že zdravotní sestry jsou nejvíce erudované v hodnocení bolesti, přičemž lékaři byli nejlépe informovaní o farmakologické léčbě opioidy, ale zároveň se zdáli být nejméně oddaní tomu poskytovat optimální úlevu od bolesti (Fürstenberg et al., 1998).

V českém prostředí může být předepisování silných opioidů znesnadněno i administrativní zátěží, kterou představuje. Silné opioidy se předepisují pouze na recepty s modrým pruhem, které je nutné vyzvednout na zdravotním odboru městského úřadu. Při vyzvednutí je nutno předložit doklad totožnosti a registraci nestátního zdravotnického zařízení. Jeden recept představuje jeden originál a dvě samopropisovací kopie, přičemž jedna kopie zůstává na pracovišti. Recepty je navíc třeba uchovávat v uzamykatelném trezoru. Při uchovávání silných opioidů v injekční podobě v ordinaci je povinností vést opiátovou knihu. Zároveň se doporučuje uchovávat od pacienta podepsaný Souhlas s podmínkami léčby silnými opioidy. Výhodou oproti Slovensku je, že silné opioidy mohou předepisovat všichni lékaři bez rozdílu specializace (Hakl et al., 2011).

Jacobsen, Møldrup, Christrup a Sjøgren (2009) došli systematickým review dosavadních studií k soupisu překážek u pacientů, které brání zvládnání bolesti u nádorových onemocnění. Nejvíce překážek bylo kognitivní povahy, které se navíc dělily do tří typů. Prvním typem jsou obavy spojené s užíváním analgetik: strach ze závislosti, tolerance a vedlejších účinků; strach, že kvůli medikaci si nevyšimnou rozvíjejících se bolestí. Druhý typ se pojí s komunikací o bolesti: ochota tolerovat bolest, potřeba být „dobrým pacientem“ a přesvědčení, že lékař bude raději léčit rakovinu, než tlumit bolest. Třetím typem jsou maladaptivní představy o možnostech kontroly bolesti obecně: představa, že bolest spojená s rakovinou je nevyhnutelná nebo že analgetika obecně nejsou dostatečně účinná. Z kvalitativních studií dále byly identifikované tyto překážky: obavy spojené s reakcí rodiny na bolest, obavy z přístupu pečujících k opioidní léčbě, vnímání

nedostatečného naplánování léčby, nedostatek důvěry ve zdravotnický systém a obecná neochota k braní léků.

Druhou nejčastější překážkou byla nedostatečná komunikace o prožitku bolesti mezi pacientem a lékařem. Ve většině studií se prokázalo, že kvalita komunikace je v klíčových oblastech nedostatečná. Pacienti chtějí být v procesu rozhodování více aktivní, vyjadřovat se o svých potřebách co se týče medikace a mluvit s lékařem o svých obavách s medikací spojených. Ukázal se pozitivní vztah mezi kvalitou komunikace mezi lékařem a pacientem a dodržováním léčby. Kognitivní překážky mohou negativně ovlivnit pacientovu komunikaci týkající se bolesti a dodržování analgetického režimu. I v případě, kdy pacient léčbu dodržuje, mohou kognitivní překážky zeslabit výsledek léčby bolesti kvůli nízkému placebo efektu (Jacobsen, Møldrup, Christrup a Sjøgren, 2009).

Je to však pečující osoba, ne lékař či zdravotní sestra, kdo řídí a podává každodenní medikaci pacientům v domácí paliativní péči. Udává se, že zvládnutí medikace je nejdůležitější rolí pečující osoby. Americká studie identifikovala klíčové faktory, které ovlivňují podávání medikace pečující osobou: životní zkušenost a sebedůvěra, negativní emoční naladění, kognitivní a fyzické omezení, nízká gramotnost, jiné povinnosti a požadavky kladené pacientem. Na pozadí se ukázal jako velmi důležitý i sociální kontext medikace, přičemž dobré vztahy mezi pečujícím a pacientem řízení medikace usnadňovaly, nedostatečná komunikace a špatné vztahy dostatečnému řízení medikace naopak bránily (Lau et al., 2010).

Ve studii z Velké Británie se podařilo identifikovat obavy pečujících spojených s podáváním medikace. Primární zodpovědnost za administraci a skladování léků leží na pečujícím, což je spojeno se zvýšenou úzkostí. Pečující si nebyli jisti, jakou dávku léků kdy podat, aby byl pacient dobře zaléčen a zároveň nebyl předávkován. Určité obavy byly spojené i s podáváním opioidů a „SOS medikace“. Dalšími překážkami v řízení medikace byl komplexní režim, nesouhlas se zdravotníky a úzkost z chyb v medikaci, které by mohly ovlivnit přežití pacienta. Autoři studie považují za nutnou podporu a trénink v řízení medikace pro pečující (Payne et al., 2014).

Nejnovější a pravděpodobně jediná studie zabývající se přístupem laické veřejnosti k opioidům přišla s překvapivými výsledky, neboť zjistila, že laická veřejnost má oproti odborné veřejnosti k opioidům vyváženější postoj (Grant, Ugalde, Vafiadis a Philip, 2015). Jak již bylo zmíněno, postoj k opioidům může být ovlivněn i kulturním a historickým pozadím. Je tedy důležité tento fenomén zkoumat i v dalších zemích a vyvracet tak mýty o opioidech.

## **METODOLOGICKÁ ČÁST**

### **3. Výzkum**

#### **3.1 Vymezení výzkumného problému**

Výzkumnou otázkou návrhu výzkumu v metodologické části této bakalářské práce je: „Jaký je postoj zúčastněných osob k opioidním analgetikům v paliativní péči v české společnosti?“

#### **3.2 Cíle výzkumu**

- Analyzovat a porovnat postoje k analgetikům u pacientů, ošetřujících a zdravotníků v paliativní péči.
- Identifikovat klíčové faktory formující postoj k analgetikům v české společnosti.

#### **3.3 Metody a techniky výzkumu**

##### **3.3.1 Výběr souboru**

Do výzkumu mohou být zařazeni pouze pacienti paliativní péče v domácím prostředí bez omezení typem diagnózy užívající silné opioidy, a kteří jsou v péči blízké osoby. Pacienti musí být v péči paliativního zařízení alespoň dva týdny před datem, kdy budou sebrána data. Zároveň je třeba, aby byl pacient naživu a alespoň částečně schopný komunikace. Blízká osoba musí být starší 18 let a zároveň být osobou, která má v domácím prostředí na starost podávání medikace pacientovi. Do výzkumu může být zařazen pouze ošetřující lékař pacienta, přičemž se výzkumu může zúčastnit pouze jednou. Základní jednotkou výzkumu je trojice tvořená lékařem, ošetřujícím a pacientem. Kritérii pro vyřazení jednotky z výzkumu je kognitivní deficit pečujícího, nesouhlas či nemožnost poskytnout souhlas se zařazením do výzkumu od kohokoliv ze zúčastněných v dané trojici.

Do výzkumu se pokusím zařadit všechny, kdo splňují daná kritéria. Metodou výběru tedy bude samovýběr. Účastníky se pokusím získat oslovováním mobilních paliativních zařízení, kterých je v České republice 44. Pokud zařízení odpoví na žádost o zařazení do výzkumu, oslovím zde pracující lékaře. Při navázání spolupráce s konkrétním lékařem budu dále oslovovat pacienty s pečujícími, které bude mít daný lékař v péči. Při souhlasu celé trojice se zařazením do výzkumu budou v nejkratší možné době sebrána data, nejdéle však v rozmezí jednoho týdne.

##### **3.3.2 Výzkumná metoda**

Výzkumnou metodou výzkumu bude strukturovaný rozhovor doplněný o kvantitativní část, která bude administrována pomocí Opioid Attitude Scale (OAS). Kvantitativní část se bude věnovat porovnání postojů mezi lékařem, pacientem a pečujícími i v rámci těchto skupin. Kvalitativní část se zaměří na analýzu postojů a identifikaci klíčových faktorů, které je formují.

Výzkumné metody si nejdříve otestuji na pilotážní skupině tvořené zdravými dobrovolníky. Otázky strukturovaného rozhovoru budu moci na základě pilotážní studie upravit a určit časovou dotaci, která bude třeba na celkové sebrání dat. Reliabilitu sebraných dat ověřím triangulací s daty sebranými od dalších dvou účastníků výzkumné jednotky. Data budou anonymizována z důvodu ochrany osobních údajů.

### **3.4 Kvantitativní a demografické položky**

Metodou kvantitativní části výzkumu bude dotazník, který bude dále zpracován pomocí korelační analýzy a párového t-testu. Závislou proměnnou zde bude postoj, zjišťovaný pomocí OAS, což je adaptace Brydonovy postojové škály. OAS sestává z devíti tvrzení s pěti kategoriemi odpovědí v rozsahu od „zcela souhlasím“ po „zcela nesouhlasím“. Tvrzení vyjadřují postoje vůči závislosti, vedlejším účinkům a použití opioidů v diagnostické fázi. Skóry se mohou pohybovat v rozmezí od 5 do 45, přičemž vyšší skór značí pozitivnější postoj k opioidům.

Každý účastník vyplní OAS celkem třikrát – jednou za sebe a dvakrát za každého dalšího účastníka v trojici. Výstupem každé trojice tedy bude devět vyplněných dotazníků. Průměry jednotlivých skupin (pacienti, lékaři, pečující) budou mezi sebou porovnány pomocí párového t-testu, což může například ukázat, nakolik přesně dokáží lékaři odhadovat postoje pacientů.

Nezávislými proměnnými v tomto výzkumu jsou věk, pohlaví, religiozita, zkušenost s opioidy a u lékařů navíc specializace, rok nástupu do lékařského studia a doba působení v hospicovém zařízení. Věk bude měřen v letech, religiozita bude měřena na škále od nulové religiozity po silnou religiozitu, zkušenost s opioidy bude stanovena počtem podaných a přijatých dávek opioidů pečujícím a pacientem a počtem pacientů léčených pomocí opioidů ročně u lékaře. Doba působení lékaře v hospicovém zařízení bude stanovena v měsících.

### **3.5 Kvalitativní část**

Použitou metodou v kvalitativní části je strukturovaný rozhovor. Otázky týkající se postojů k opioidům postihují natolik komplexní problematiku, že je nelze zachytit pouze dotazníkovou metodou. Výzkum se proto neomezuje pouze na kvantitativní metody, ale přistupuje i ke kvalitativnímu zkoumání.

Cílem kvalitativní části je analyzovat postoje k opioidním analgetikům u pacientů, ošetřujících a lékařů s ohledem na kategorie identifikované v předchozích výzkumech a ověřit platnost těchto kategorií v českém prostředí.

Jako hlavní faktory ovlivňující postoj lékařů k opioidům byly v dřívějších výzkumech identifikovány tyto kategorie: specializace při vzdělávání, míra vzdělávání věnovaná bolesti a její opioidní léčbě, zkušenost s opioidní léčbou, historické a kulturní aspekty.

Otázky v strukturovaném rozhovoru s lékaři proto budou následující:

- Jaké léky považujete za nejlepší volbu při tišení bolesti?
- Máte zkušenost s opiáty? Jakou?
  - Co vám pomáhá cítit se jistě při předepisování opiátů?
  - Máte možnost využít supervize či konzultace o vhodnosti léků?
  - Jaké vidíte výhody a nevýhody opiátů?
- Někteří lidé mají z používání opiátů strach, jak to máte Vy?
  - Čeho se Vaše obavy týkají?
  - Co si myslíte o současných opatřeních týkajících se předepisování opioidů?
- Co jste se o opioidních analgetických dozvěděl/a při svém lékařském studiu?
  - Případaly Vám tyto informace dostatečné?
  - Odpovídaly tyto informace Vaším současným zkušenostem?
  - Prošel/prošla jste dalším školením týkajícím se opioidních analgetik?
- Co prožíváte při manipulaci s opioidy?

Předchozí výzkumy identifikovaly jako faktory ovlivňující postoj pacientů k opioidům následující fenomény: strach ze závislosti, tolerance a vedlejších účinků; strach, že si kvůli medikaci nevíšimnou rozvíjejících se bolestí; ochota tolerovat bolest; potřeba být „dobrým pacientem“; představa, že bolest je nevyhnutelná; přesvědčení, že analgetika obecně nejsou dostatečně účinná; obavy z přístupu pečujících k opioidní léčbě; důvěra ve zdravotnický systém; obecná neochota k užívání léků; nedostatečná komunikace o prožitku bolesti mezi pacientem a lékařem.

Otázky v strukturovaném rozhovoru s pacienty proto budou následující:

- Jak hodnotíte dosavadní léčbu bolesti?
  - Souhlasíte s tvrzením, že každá bolest se dá přiměřeně léčit?
  - Co si myslíte o užívání léků?
  - Co si myslíte o účinnosti současných analgetik?
- Máte zkušenost s opiáty? Jakou?
  - Jaké opioidy v současnosti užíváte?

- Někteří lidé mají z používání opiátů strach, jak to máte Vy?
  - Čeho se Vaše obavy týkají?
- Jaký máte vztah ke svému lékaři?
  - Důvěřujete lékaři v předepisování medikace?
  - Jak probíhá rozhovor s lékařem o Vaší bolesti a medikaci?
- Jaký máte vztah k pečujícím?
  - Důvěřujete pečujícím v poskytování medikace?
  - Jak probíhá rozhovor s pečujícím o Vaší bolesti a medikaci?
- Vzpomeňte si na situaci, kdy jste naposledy užíval/a opioidy – jak to probíhalo?
  - Jak jste se přitom cítil/a?

Jako hlavní faktory ovlivňující postoje pečujících a průběh medikace jimi administrovaný byly identifikovány následující kategorie: životní zkušenost a sebedůvěra, informovanost, obavy pečujících, komunikace a vztahy s pacientem a souhlas s nastavením medikace.

Otázky v strukturovaném rozhovoru s pacienty proto budou následující:

- Jak hodnotíte dosavadní léčbu bolesti?
  - Souhlasíte s tvrzením, že každá bolest se dá přiměřeně léčit?
  - Co si myslíte o užívání léků?
  - Co si myslíte o účinnosti současných analgetik?
- Do jaké míry máte na starost administraci léků?
  - Jaké to pro Vás je?
  - Jaká je podpora zdravotnické týmu v administraci léků?
- Máte zkušenost s opiáty? Jakou?
- Někteří lidé mají z používání opiátů strach, jak to máte Vy?
  - Čeho se Vaše obavy týkají?
- Jaký máte vztah ke svému lékaři?
  - Důvěřujete lékaři v předepisování medikace?
  - Jak probíhá rozhovor s lékařem o medikaci?
- Jaký máte vztah k pacientovi?
  - Jak probíhá rozhovor s pacientem o bolesti a medikaci?
- Vzpomeňte si na situaci, kdy jste naposledy podával/a opiáty pacientovi – jak to probíhalo?
  - Jak jste se přitom cítil/a?

V průběhu strukturovaného rozhovoru mohou být kladeny doplňující otázky. Průběh strukturovaného rozhovoru bude zaznamenáván zvukovým nahrávacím zařízením. Z nahrávky vznikne anonymizovaný přepis rozhovoru, který bude dále zpracováván faktorovou analýzou.

### **3.6 Diskuze**

V předchozích studiích se prokázal kulturní a historický faktor v přístupu k opioidům, přesto tato problematika nebyla v českém prostředí hlouběji zkoumána. Navržený výzkum by měl poskytnout srovnání se zahraničními studii zabývajícími se postoji k opioidům. Nelze předvídat, k jakým výsledkům studie dojde, o to potřebnější však takové studie jsou. Ať už kvantitativní část ukáže jakýkoli výsledek, vždy bude možné ho analyzovat pomocí kvalitativní části.

Rozmanitosti poznatků bude dosaženo získáním dat z různých zařízení z celé České republiky. Lze očekávat, že lékaři budou vzdělaní na různých univerzitách a bude se lišit i organizační kultura jednotlivých zařízení. Rozmanitosti bude dosaženo i mezi pacienty, neboť studie nepracuje v kritériem konkrétní diagnózy. Objevnou stránkou výzkumu je, že zahrnuje i dynamiku vztahů mezi pacientem, pečujícím a lékařem, která v dosavadních výzkumech zahrnuta nebyla (Payne et al., 2014). Poznatky, které z této dynamiky plynou, by byly značným přínosem i do mezinárodního společenství.

Výsledky navrženého výzkumu však nebude možné zobecnit na celou českou populaci, pouze na oblast paliativní péče, neboť se v předchozích studiích ukázalo, že paliativní specializace může mít pozitivní vliv na postoj k opioidům (Morley-Forster et al., 2003). Bylo by proto vhodné se v dalším výzkumu věnovat postoji k opioidům v širší míře, a to mezi odbornou i laickou veřejností.

Lze očekávat výsledky výzkumu, které budou v souladu s opiofobním nastavením, stejně jako lze očekávat výsledky, které tuto teorii v českém prostředí vyvrátí. Přínosem této práce by pak bylo zjištění, jaký zaujímá postoj vůči opioidům společnost jako celek. Pokud se ukáže, že přístup české společnosti k opioidům je bezproblémový, bude možné z analýzy položek zjistit, které faktory toto ovlivňují, a položit tak základ dalšímu zkoumání. Opačný výsledek naopak může ukázat, které faktory hrají roli v odmítání opioidů. V obou případech by mělo toto zjištění vést ke krokům, které zlepší přístup k opioidům tam, kde je potřeba, ať už se jedná o jednotlivé rodiny či větší sociální jednotky.

## **Závěr**

V České republice můžeme momentálně sledovat posun v přístupu ke smrti. Dříve silně tabuizované téma se nyní objevuje v médiích, a to v hlavním vysílacím čase. Vznikají instituce a kampaně zabývající se tématem umírání a rozšířením paliativní péče tak, aby byla dostupná pro všechny. Zároveň s tímto posunem vzniká i potřeba po získání vědeckých poznatků z oblasti paliativní péče v české společnosti. Dosavadní výzkumná aktivita na tomto poli je minimální, a to jak od lékařských, tak od psychologických odborníků.

V práci je vysvětleno pojmání bolesti v paliativní péči, jakým způsobem se s bolestí v paliativní péči pracuje a jakými farmakologickými prostředky se jí daří zvládat. V práci je vysvětleno, že hlavním prostředkem pro tišení bolesti v paliativní péči jsou opioidní analgetika. Odborná psychologická literatura v této souvislosti vždy zmiňuje opiofobii, která je psychologickým fenoménem.

Tato práce se zaměřila na téma, které je na pomezí sociologie, psychologie a medicíny, konkrétně na postoj lékařů, pacientů a pečujících k opioidním analgetikům. Postoj k opioidům byl v zahraničí hojně zkoumaný u mediků, lékařů a zdravotních sester různých specializací. Menší zájem byl věnovaný postojům k opioidům u pacientů. Zkoumání těchto postojů u rodinných příslušníků, kteří o pacienta pečují v domácím prostředí, je teprve na počátku. Kvůli soustředění zájmu na postoj odborných pracovníků byly opomenuty psychologické aspekty této problematiky, kterou je terapeutický vztah lékaře, komunikace a její vliv na léčbu bolesti.

Metodologická část práce se proto zaměřuje na postoj k opioidům, přičemž usiluje o potvrzení či vyvrácení existence opiofobie v českém prostředí. Výzkum se dále zabývá vztahovými souvislostmi v triádě lékař, pacient a pečující s ohledem na opioidní léčbu bolesti v domácí paliativní péči.

Jsem přesvědčená, že tato práce je sama o sobě přínosem v rozvoji paliativní péče v České republice. Jednak je známkou toho, že povědomí o paliativní péči je v České republice již natolik rozšířené, že se mu věnují i mladí lidé, kteří ho dokonce zvažují jako svou profesní specializaci. Posílení řad odborných a především vědeckých pracovníků je velmi potřebné a nutné, aby docházelo ke kontinuálnímu růstu vědecké kapacity v české paliativní péči. Napsáním této bakalářské práce jsem se profesně k paliativní péči o krok přiblížila.

## Seznam použité literatury

- Balcar, K. (2009). Psychoterapie a psychologické zvládání bolesti. In Rokyta, R.: *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. (pp. 125-152). Praha: Grada.
- Baštecký, J., Šavlík, J. a Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Benedetti, F., Maggi, G., Lopiano, L., Lanotte, M., Rainero, I., Vighetti, S. a Pollo, A. (2003). Open versus hidden medical treatments: The patient's knowledge about a therapy affects the therapy outcome. *Prevention & Treatment*, 6(1), stránkování neznámé
- Benedetti, F., Colloca, L., Torre, E., Lanotte, M., Melcarne, A., Pesare, M., Bergamasco, B. a Lopiano, L. (2004). Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus. *Nature Neuroscience*, 7(6), 587-588.
- Blau, J. (1985). Clinician and placebo. *The Lancet*, 325(8424), 344-345.
- Broekmans, S., Vanderschueren, S., Morlion, B., Kumar, A. a Evers, G. (2004). Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 183-189.
- Caraceni, A. a Portenoy, R. K. (1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*, 82(3), 263-274.
- Centrum paliativní péče, z. ú. (2014). *Centrum paliativní péče*. Retrieved from: <http://paliativnicentrum.cz/cs>
- Cesta domů, z.ú. (2015). *Dříve vyslovená přání*. Retrieved from: <http://www.cestadomu.cz/cz/kurz.html>
- Colloca, L. a Benedetti, F. (2009). Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain*, 144(1), 28-34.
- Crome, P., Main, C. a Lally, F. (2007). *Pain in older people*. New York: Oxford University Press.
- Davies, A. (2006). *Cancer-related breakthrough pain*. New York: Oxford University Press.
- Davies, A. (2007). *Cancer-related bone pain*. New York: Oxford University Press.
- Definition of palliative care. (1998). *European Association for Palliative Care*. Retrieved from: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>
- Dickman, A. a Simpson, K. (2008). *Chronic pain*. New York: Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Juarez, G., Borneman, T. Use of routine and breakthrough analgesia in home care. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1655-1661.
- Fricová, J. a Šimek, J. (2006). Etika a léčba bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 35-40) Praha: Tigis.

- Fürstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., Pierce, K. L., Dolan, M., Roberts, L. a Silberfarb, P. M. (1998). Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: A comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 15(6), 335-349.
- Ger, L., Ho, S. a Wang, J. (2000). Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: A survey of two medical centers in Taiwan. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 20(5), 335-344.
- Grant, M., Ugalde, A., Vafiadis, P. a Philip, J. (2015). Exploring the myths of morphine in cancer: views of the general practice population. *Supportive Care In Cancer*, 23(2), 483-489
- Hakl, M., Lejčko, J. a Kozák, J. (2011). Farmakoterapie. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 52-65). Praha: Mladá fronta.
- Hegmonová, E. (2014). Léčba chronické bolesti silnými opioidy. *Interní medicína pro praxi*, 16(3), 102-106.
- Hořejší, J. *Opioidy a bolest*. (2001). Praha: Galén.
- Hospicové občanské sdružení Cesta domů. (2014a). *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II-zdravotníci*. (Ver. 1.0). Praha: Český sociálněvědní datový archiv.
- Hospicové občanské sdružení Cesta domů. (2014b). *Moje smrt*. Retrieved from: [www.mojesmrt.cz](http://www.mojesmrt.cz)
- Hynie, S. (2001). *Farmakologie v kostce*. V Praze: Triton.
- Jacobsen, R., Møldrup, C., Christrup, L. a Sjøgren, P. (2009). Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 190-208.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál.
- Jensen, K., Kaptchuk, T., Kirsch, I., Raicek, J., Lindstrom, K., Berna, C., Gollub, R., Ingvar, M. a Kong, J. (2012). Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(39), 15959-15964.
- Jensen, K., Kirsch, I., Odmalm, S., Kaptchuk, T. a Ingvar, M. (2015). Classical conditioning of analgesic and hyperalgesic pain responses without conscious awareness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(25), 7863-7867.
- Kalvach, Z. (2004). *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů.
- Keller, O., Vyklický, L. (2006). Význam vrátkové teorie v hledání nervových mechanismů bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 63-66) Praha: Tigris.

- Knotek, P. (2003). Coping bolesti: Reformulace problému a standardizace dotazníku. *Bolest*, 6(2), 105-111.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krokosky, N. J. a Reardon, R. C. (1989): The accuracy of nurses' and doctors' perceptions of patient pain. In Funk, S. G. (Ed.): *Key aspects of comfort management of pain, fatigue, and nausea* (pp. 127–134). New York: Springer.
- Kršíak, M. (2009). Novinky ve farmakologii opioidů. In Kozák, J.: *Opioidy v léčbě bolesti*. (pp. 61-76). Praha: Mladá fronta.
- Lau, D. T., Berman, R., Halpern, L., Pickard, A. S., Schrauf, R., & Witt, W. (2010). Exploring Factors that Influence Informal Caregiving in Medication Management for Home Hospice Patients. *Journal Of Palliative Medicine*, 13(9), 1085-1090.
- Lejško, J. (2011). Kanabinoidy. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 73-75). Praha: Mladá fronta.
- Levine, J. D., Gordon, N. C. a Fields, H. L. (1978) The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 312(8091), 654-657.
- Lin, J. J., Alfandre, D. a Moore, C. (2007). Physician attitudes toward opioid prescribing for patients with persistent noncancer pain. *The Clinical Journal Of Pain*, 23(9), 799-803.
- Linde, M., May, A., Limmroth, V. a Dahlöf, C. (2003). Ethical aspects of placebo in migraine research. *Cephalalgia*, 23(7), 491-495.
- Lüllmann, H., Mohr, K. a Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada.
- Melzack, R., Wall, P. (2003). *Handbook of pain management: a clinical companion to Wall and Melzack's textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Melzack, R. (2005). Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5(2), 85-94.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Moran, J. (2014). *Clinical guideline: Hospital supply of medications to palliative care patients in the community*. Austin Health.
- Morgan, J. P. (1985). American opiophobia: Customary underutilization of opioid analgesics. *Advances In Alcohol & Substance Abuse*, 5(1-2), 163-173.

- Morley-Forster, P. K., Clark, A. J., Speechley, M. a Moulin, D. E. (2003). Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey. *Pain Research & Management*, 8(4), 189-194.
- Morris, L., Groft, S. (1982) Patient package inserts: a research perspective. *Drug therapeutics*. 5(2), 191-217
- Myers, D. G. (1994). *Exploring Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Neradilek, F. (2006). Bolest jako syndrom. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 22-26). Praha: Tigis.
- Neudertová, H. (2011). Závislost na opioidech. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 66-71). Praha: Mladá fronta.
- Opavský, J. (1998) Terminologie bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie.*, (pp. 4-7.). Praha: Tigis.
- Opavský, J. (2006). Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 172-179). Praha: Tigis.
- Orel, M. (2012). Farmakologická léčba současnosti. In Orel, M.: *Psychopatologie*. (pp. 188-214). Praha: Grada.
- Osterberg, T., Blaschke, L. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Park, L. C. a Covi, L. (1965). Nonblind placebo trial. *Archives Of General Psychiatry*, 12(4), 336-345.
- Payne, S., Turner, M., Seamark, D., Thomas, C., Brearley, S., Wang, X., Blake, S. a Milligan, C. (2014). Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ Supportive*, 5(2), 181-188.
- Portenoy, R., Hagen, N. (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273-281.
- Portenoy, R., Payne, D. a Jacobsen, P. (1999). Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*, 81(1), 129-134.
- Radbruch, L., Payne, S. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů.
- Raudenská, J. (2011a). Bolest. In Raudenská, J. a Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. (pp. 163-190). Praha: Grada.
- Raudenská, J. (2011b). Psychologický přístup k nemocnému. In Raudenská, J. a Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. (pp. 81-118). Praha: Grada.

- Rokyta, R. (2006). Genetika bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 93-97) Praha: Tigis.
- Rokyta, R. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2011). Patofyziologie bolesti. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 15-25). Praha: Mladá fronta.
- Slíva, J., Doležal, T. (2009). *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Maxdorf.
- Ševčík, P., Čumlivski, R. (2006). Akutní bolest. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 202-225) Praha: Tigis.
- Thompson, G. (2005). *The placebo effect and health: combining science and compassionate care*. Amherst, N.Y.: Prometheus Books.
- Von Roenn, J. H., Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K. a Pandya, K. J. (1993). Physician Attitudes and Practice in Cancer Pain Management: A Survey From the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), pp. 121-126.
- Vlachová, V., Vyklický, L. (2006). Buněčné a molekulární mechanizmy nocicepce. In Rokyta, R., Kršiak, M. a Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 42-58) Praha: Tigis.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Wager, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., Sokolik, A., Casey, K. L., Davidson, R. J. a Cohen, J. D. (2004). Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 303(5661), 1162-1167.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. a Wells, J. (2009). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford: Oxford University Press.
- Watson, M., O'Reilly, K. a Simon, C. (2010). *Pain and palliation*. New York: Oxford University Press.
- Weinstein, S. M., Laux, L. F., Thornby, J. I., Lorimor, R. J., Hill Jr., C. S., Thorpe, D. M. a Merrill, J. M. (2000). Physicians' Attitudes Toward Pain and the Use of Opioid Analgesics: Results of a Survey from the Texas Cancer Pain Initiative. *Southern Medical Journal*, 93(5), 479-487.
- WHO (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Zeppetella, G., O'Doherty, C. a Collins, S. (2000). Prevalence and Characteristics of Breakthrough Pain in Cancer Patients Admitted to a Hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(2), 87-92.