

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Marušová Natálie

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života pacientů s migrénami

Diplomová práce

2023

Bc. Marušová Natálie

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Natálie Marušová**
Osobní číslo: **Z21339**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života pacientů s migrénami**
Téma práce anglicky: **Quality of life in migraine patients**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. CSISKO, Matěj. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. Sestra. 2013, 12. ISSN 1210-0404
2. DOČEKAL, Petr. SOCIOEKONOMICKÉ ASPEKTY MIGRÉNY. Interní medicína pro praxi. Neurologická klinika 1. LF UK Praha, 2014, 12-13.
3. KÁNSKÁ, Petra. Migréna – příčiny, průběh a léčba. EUC. 2021, 24(7).
4. KOTAS, MUDr Rudolf, et al. Nové perspektivy léčby migrény. Neurologie pro praxi, 2017,18.3: 179-185.
5. ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, a kol. Léčba bolesti v primární péči. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Papršteínová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

LS.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Kvalita života pacientů s migrénami“, jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12.3. 2023

Bc. Marušová Natálie v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především paní Mgr. Markétě Papršteinové Ph.D, za vstřícné a milé vedení při psaní této diplomové práce. Také bych chtěla velice poděkovat své rodině za podporu nejen při psaní diplomové práce, ale i za podporu po celou dobu studia. Děkuji i všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, a také vrchní sestře, která mi umožnila provést výzkum na dané klinice.

ANOTACE

Cílem této diplomové práce bylo identifikovat dopad diagnostikované migrény na kvalitu života pomocí hodnotících nástrojů. V teoretické části jsou vymezeny základní informace o bolesti, jejím dělení, diagnostice a léčbě. Jsou zde informace o migréně, její klasifikaci a výskytu, dále jsou tu uvedeny důležité informace o patofyziologii migrén a stručně popsány fáze migrénového záchvatu a v neposlední řadě je tu popsána diagnostika migrény a také zdlouhavá a náročná léčba. Další důležitou kapitolou v teoretické části je ta, která se zabývá kvalitou života pacientů s migrénou, a to jakou má tato nemoc vliv na pacienta jako takového, jeho rodinu a pracovní výkon. Poslední kapitola v teoretické části se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s diagnostikovanou migrénou, a především rolí sestry. Průzkumná část je zaměřena na hodnocení kvality života pomocí dvou standardizovaných dotazníků HIT-6 a WHOQOL-BREF. Díky 80 respondentům bylo zjištěno, že migréna má velký vliv na kvalitu života a velmi negativně jej ovlivňuje. Dále byly testovány dvě statistické hypotézy pomocí programu TIBCO STATISTICA. U první hypotézy bylo zjištěno, že mezi ženami a muži trpícími migrénami není signifikantní rozdíl ve kvalitě života. U druhé hypotézy bylo zjištěno, že migréna nemá větší dopad na náladu a chování u žen než u mužů.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, kvalita života, migréna, nemoc, psychické zdraví

TITLE

Quality of life in migraine patients

ANNOTATION

The aim of this thesis was to identify the impact of a diagnosed migraine on quality of life through assessment tools. The theoretical part defines basic information about pain, its division, diagnosis and treatment. There is information about migraine, its classification and occurrence, there is also important information about the pathophysiology of migraines and briefly described the stage of migraine attack and last but not least there is a description of migraine diagnosis as well as lengthy and demanding treatment. Another important chapter in the theoretical part is the one dealing with the quality of life of patients with migraine, namely how the disease affects the patient as such, his family and work performance. The final chapter in the theoretical part deals with nursing care for a patient diagnosed with migraine and, above all, the role of a nurse. The survey section is aimed at assessing quality of life using two standardized hit-6 and whoqol-bref questionnaires. Thanks to 80 respondents, migraine was found to have a large impact on quality of life and affect it very negatively. In addition, two statistical hypotheses were tested using the tibco statistica program. The first hypothesis found that there was no significant difference in quality of life between women and men suffering from migraines. The second hypothesis found that migraine had no greater impact on mood and behaviour in women than in men.

KEYWORDS

pain, quality of life, migraine, disease, psychological health

OBSAH

Úvod	16
Cíle práce	17
Teoretická část	18
1 BOLEST	18
1.1 DĚLENÍ BOLESTI	18
1.1.1 Akutní bolest	18
1.1.2 Chronická bolest	19
1.1.3 Neuropatická bolest	19
1.1.4 Nociceptivní bolest	20
1.1.5 Dysautonomní bolest	20
1.1.6 Psychogenní bolest	20
1.1.7 Smíšená bolest	20
1.1.8 Onkologická bolest	20
1.1.9 Neonkologická bolest	21
1.2 DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ BOLESTI	21
1.2.1 Anamnéza	21
1.2.2 Fyzikální vyšetření bolesti	22
1.2.3 Metody hodnocení bolesti	22
1.3 FARMAKOLOGICKÁ A NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BOLESTI	23
2 MIGRÉNA	26
2.1 KLASIFIKACE MIGRÉNY	26
2.1.1 Migréna s aurou	26
2.1.2 Migréna bez aury	26
2.1.3 Další typy a komplikace migrény	26
2.2 VÝSKYT MIGRÉNY	27

2.3	SPOUŠTĚCÍ FAKTORY MIGRÉNY.....	27
2.4	PATOFYZIOLOGIE	27
2.4.1	Vaskulární teorie.....	27
2.4.2	Destičková teorie	28
2.4.3	Neurogenní teorie	28
2.4.4	Humorální teorie.....	28
2.5	FÁZE MIGRÉNOVÉHO ZÁCHVATU.....	29
2.5.1	Prodromální fáze.....	29
2.5.2	Fáze aury.....	29
2.5.3	Fáze bolesti hlavy	29
2.5.4	Postdromální fáze	29
2.6	DIAGNOSTIKA MIGRÉNY	30
2.7	LÉČBA MIGRÉNY.....	30
2.7.1	Akutní terapie	30
2.7.2	Triptany	32
2.7.3	Antiemetika	34
2.7.4	Profylaktická terapie.....	34
2.7.5	Moderní profylaktická terapie	36
3	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S MIGRÉNOU	39
3.1	Prožívání nemoci	39
3.2	Vliv migrény na rodinu pacienta	39
3.3	Vliv migrény na pracovní výkon	40
3.4	Oblasti kvality života ovlivněné migrénou.....	40
4	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MIGRÉNOU ROLE SESTRY	41
	Průzkumná část.....	43
5	PRŮZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	43
6	METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI	44

6.1	Nástroj pro sběr dat.....	44
6.2	Výzkumný vzorek.....	45
6.3	Pilotní průzkum.....	45
6.4	Zpracování a prezentace výsledků.....	45
7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	46
8	DISKUZE.....	74
9	ZÁVĚR.....	84
10	POUŽITÁ LITERATURA.....	86
11	PŘÍLOHY.....	93

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1-circulus vitiosus (Rokyta, 2012).....	93
Obrázek 2-náramek Nerivio (Davis, 2022)	93
Obrázek 3-deník bolesti (vlastní obrázek).....	94
Obrázek 4-dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2006).....	97
Obrázek 5-dotazník HIT6 (Bayliss, 2002)	99

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 věk a pohlaví respondentů	46
Tabulka 2 kvalita života (otázka 1 a 3 – HIT6).....	47
Tabulka 3 kvalita života (otázka 1, 2, 4, 8, 9, 12, 13, 14, 15 a 16 – WHOQOL-BREF)	48
Tabulka 4 každodenní a pracovní činnosti (otázka 2, 4 a 6 - HIT6)	52
Tabulka 5 každodenní a pracovní činnosti (otázka 3, 10, 17 a 18 – WHOQOL-BREF)	53
Tabulka 6 nálada a chování (otázka 5 – HIT6)	55
Tabulka 7 nálada a chování (otázka 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 – WHOQOL-BREF).....	55
Tabulka 8 statistické ukazatele z hlediska získaných bodů (hypotéza 1).....	60
Tabulka 9 četnosti u žen (hypotéza 1)	60
Tabulka 10 četnosti u mužů (hypotéza 1).....	61
Tabulka 11 bodová tabulka (hypotéza 1)	63
Tabulka 12 Shapiro test (hypotéza 1)	65
Tabulka 13 Wilcoxonův test (hypotéza 1).....	66
Tabulka 14 statistické ukazatele z hlediska získaných bodů (hypotéza 2).....	67
Tabulka 15 četnosti u žen (hypotéza 2).....	67
Tabulka 16 četnosti u mužů (hypotéza 2).....	68
Tabulka 17 bodová tabulka (hypotéza 2)	70
Tabulka 18 Shapiro test (hypotéza 2)	72
Tabulka 19 Wilcoxonův test (hypotéza 2).....	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 histogram muži (hypotéza 1).....	61
Graf 2 histogram ženy (hypotéza 1)	62
Graf 3 krabicový graf muži a ženy (hypotéza 1)	62
Graf 4 histogram muži (hypotéza 2).....	68

Graf 5 histogram ženy (hypotéza 2)	69
Graf 6 krabicový graf ženy a muži (hypotéza 2)	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

5-HT	5-hydroxytryptamin
ASA	kyselina acetylsalicylová
atd.	a tak dále
CGRP	calcitonin gene-related peptide
COX	cyklooxygenáza
cps	kapsle
CT	počítačová tomografie
EEG	elektroencefalografie
eff	šumivé tablety
FBSS	failed back surgery syndrome
g	gram
GIT	gastrointestinální trakt
gra	granule
HIT-6	Headache impact test
IASP	Mezinárodní společnost pro studium bolesti
IHS	International Headache society
KRBS I	komplexní regionální bolestivý syndrom
mg	miligram
MR	magnetická rezonance
např.	například
NMDA	N-methyl-D-asparagová kyselina
NO	oxid dusnatý

NSA	nesteroidní antiflogistika
NSAID	nesteroidní antiflogistika
ORL	otorhinolaryngologie
PBS	pain behavioral scale
PET	pozitronová emisní tomografie
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
supp	čípky
SÚKL	státní ústav pro kontrolu léčiv
tbl	tableta
TME	The Migraine Experience
tzv.	takzvaně
VAS	vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá kvalitou života u pacientů trpících migrénami. Bolest je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (Procházka, 2016). O akutní bolesti hovoříme jako o smysluplné bolesti, která poukazuje na možné poškození organismu, zatímco bolest chronická tuto funkci zcela ztrácí. Svou dlouhodobou přítomností se naopak stává hlavním utrpením člověka. Pacient s chronickou bolestí se postupně dostává do bludného kruhu a výsledkem je snížení kvality života. Chronické bolesti pacienta limitují, vedou ke snížení jeho pracovní schopnosti, sociální izolaci a také k ekonomickým potížím. Vzhledem k tomu, že počty pacientů trpících chronickou bolestí narůstají, stává se postižení jedince i celospolečenským problémem s výrazným ekonomickým vlivem (Rokyta, 2012). Studie prokázaly 19 % prevalenci středně silné až silné chronické bolesti v evropské populaci (Hakl, 2019). Bolesti hlavy patří mezi nejčastější neurologická onemocnění. Většina lidí se s nimi alespoň jednou v životě setkala, někteří jimi trpí pravidelně. Podle mezinárodní klasifikace IHS (*International Headache society*) z roku 2018 se bolesti hlavy dělí na primární a sekundární. Nejznámější primární bolestí hlavy je migréna, jejíž prevalence dosahuje 18 % u žen a 6 % u mužů (Kress, 2016). Každý rok si náklady na léky a také na proplácení pracovní neschopnosti vyžádají částku 700 miliard korun (Csisko, 2013). Z výzkumu v roce 2010 vyplynulo, že migréna je třetím nejrozšířenějším onemocněním a sedmá nejčastější příčina invalidity (Tomášová, 2019). Z populačních studií vyplynulo, že 62–66 % migreniků má jeden a více záchvatů za měsíc. Záchvaty 2-3 za měsíc udává 37 %. V České republice se migréna vyskytuje u 10-15 % populace (Dočekal, 2014). Migréna nijak neohrožuje život pacientů, avšak může jej značně znepríjemnit tím, že záchvat nečekaně omezí všechny každodenní činnosti. Příčina migrény doposud nebyla dostatečně vysvětlena, ale je zde velká pravděpodobnost genetické podmíněnosti (Peterová, 2013). K vypracování této diplomové práce mě přiměl především vysoký výskyt migrenózních stavů v rodinně.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části práce

1. Shrnout aktuální publikované poznatky týkající se migrény a kvality života pacientů s touto nemocí.

Cíl průzkumné části práce

1. Zjistit, jaký vliv má onemocnění migrénou na kvalitu života pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je součástí stresu. Stres vytváří circulus vitiosus (viz. příloha A), u toho se uplatňují další psychologické fenomény, v první řadě nespavost, beznaděj, úzkost a strach. Proto bolest, především chronická, často vyvolává i depresi. Tím také vysvětlujeme, proč některá antidepressiva, hlavně klasická první generace působí i analgeticky např. amitriptylin, nortriptylin. Stresem vyvolané psychoneuroendokrinoimunologické reakce způsobují také vznik některých onemocnění, např. deprese, psychóz, schizofrenie a epilepsie. Taktéž se mění elektrická aktivita buněk, ta je za normálních okolností chaotická a neuspořádaná. V případě bolesti vznikne uspořádání těchto buněk do pravidelných clusterů. Tyto změny je možné odstranit, když bolest přestane působit. Bolest se skládá ze čtyř základních komponentů. První je sensoricko-diskriminační komponent, o tomto máme nejvíce poznatků. Postupuje od receptorů až po periferní vlákna do míchy a odtud spinothalamickými drahami a retikulothalamickými drahami do různých částí thalamu. Druhým komponentem je afektivní neboli emocionální komponent. Jedná se o dráhu, která jde do prodloužené míchy a odtud do hypotalamu a amygdaly a zpět. Třetí je vegetativní nebo také autoimunitní komponent, který je navázán na autonomní nervový systém, proto při bolesti můžeme pozorovat pocení, snížení krevního tlaku, bledost, změny tonu gastrointestinálního traktu a tachykardii. Posledním čtvrtým komponentem je motorický komponent. Tento komponent je založen na principech stresu a reakcemi tzv. fight or flight (Rokyta, 2012).

1.1 DĚLENÍ BOLESTI

Bolest se může dělit z hlediska délky trvání na akutní a chronickou, dále na neuropatickou, nociceptivní, dysautonomní, psychogenní a smíšenou dle patofyziologie a v neposlední řadě dle původu na onkologickou a neonkologickou.

1.1.1 Akutní bolest

Prvním druhem bolesti je akutní bolest. Je to jeden z nejčastějších případů vyžadujících návštěvu lékaře. Jedná se o velice nepříjemný emoční, sensorický a mentální pocit, který je spojený s doprovodnými vegetativními a psychickými reakcemi a také se změnami chování. Je příznakem, který informuje organismus o poškození tkání např. při úraze, operačním zákroku nebo při onemocnění. Její trvání je zpravidla několik hodin až dnů, zřídka déle než jeden měsíc. Akutní bolest zahrnuje tři komponenty. Prvním je aferentní nociceptivní stimulace,

druhým je interpretace signálů vyššími centry a poslední je emotivní neboli afektivní komponent, který zahrnuje strach či depresi. Tento typ bolesti lze zpravidla dobře lokalizovat. Při vyšší intenzitě představuje tento typ bolesti velkou psychickou zátěž. Výskyt akutní bolesti, která trvá méně než jeden měsíc, je odhadován v České republice na 36,7 % (Rokyta, 2017).

1.1.2 Chronická bolest

Jedná se o bolest dlouhodobou. Délka trvání této bolesti neodpovídá vyvolávající příčině. Na rozdíl od akutní bolesti ztrácí chronická bolest svůj význam a neplní obrannou funkci. Omezuje pacienta ve všech běžných denních aktivitách, také v sociálních vazbách, vyvolává depresi a také ruší spánek. Vyvolává i snížení kvality života. Trvá zpravidla déle než 3-6 měsíců a příčiny, které ji způsobují, nejsou vždy dobře identifikovatelné. Dá se dělit na chronickou nádorovou bolest neboli cancer pain a dále na chronickou bolest nenádorovou neboli non-cancer pain (Kozák, 2016).

1.1.3 Neuropatická bolest

Je definována Mezinárodní asociací pro studium bolesti jako bolest, která vzniká na podkladě léze nebo nemoci postihující somatosenzitivní systém. Vzniká postižením hlavně tenkých senzitivních nervových vláken, málokdy myelinizovaných typu A δ a nemyelinizovaných typu C a také spino-thalamo-kortikální dráhy, které se také podílejí na percepci bolesti. Je nutné rozlišovat podle lokalizace poruchy v nervovém systému na periferní a centrální bolest. U neuropatické bolesti se intenzita zvyšuje zejména při únavě, často je popisována jako vystřelující nebo pálivá, někteří pacienti ji popisují jako elektrický šok. Časté jsou však i jiné senzitivní projevy. Rozlišují se dva typy neuropatické bolesti. První je bolest vyvolaná stimulací a druhá je bolest spontánní. Ta je nezávislá na stimulaci. Dále lze rozlišit čtyři typy spontánních senzitivních symptomů, do nichž patří parestezie, dysestezie, trvalá pálivá bolest a paroxysmální lancinující bolest. Jako parestezie lze označit abnormální senzitivní vjemy nebolestivého charakteru. Tyto vjemy vznikají buď spontánně, anebo jsou vyvolané stimulem. Jsou často popisovány jako mravenčení, brnění nebo pálení. Dysestezie jsou také spontánní nebo stimulem navozené senzitivní vjemy, jsou však vnímány nemocným spíše jako velice bolestivé a nepříjemné. Mezi bolesti neuropatického charakteru, které jsou závislé na stimulaci, řadíme hyperalgezie. Tento pojem značí zvýšenou citlivost a snížený práh k vnímání bolestivých stimulů nadprahové intenzity, což znamená, že bolestivý podnět vyvolá bolest větší intenzity, než je obvyklé. Další neuropatickou bolestí závislé na stimulaci je alodynies. Ta je definována, jako bolest vyvolána podnětem, který normálně bolest nevyvolá (Hakl, 2019).

1.1.4 Nociceptivní bolest

Vzniká na podkladě podráždění nociceptorů. Dle umístění receptorů můžeme rozlišit bolest na somatickou a viscerální. K tomuto typu bolesti můžeme řadit především bolesti pohybového aparátu např. při artritidě nebo u osteoporózy. Také se tento typ bolesti objevuje u onemocnění vnitřních orgánů a při stavech akutní bolesti. Při tomto typu bolesti jsou první volbou pomoci analgetika (Hakl, 2019).

1.1.5 Dysautonomní bolest

Jde o druh bolesti, který představuje komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I). Tento stav byl dříve označován jako algodystrofie nebo také Sudeckův syndrom. Dysautonomní bolest označuje převážně stavy, které vznikají na základě úrazu nebo také chirurgického zákroku. Klinický obraz zahrnuje především bolest a společně s ní i poruchy motorické, vazomotorické, sudomotorické a trofické. Léčba KRBS je velmi náročná a ne vždy úspěšná. Pro léčbu se doporučuje kombinace analgetických přípravků společně s pomocí invazivních technik (Nosková, 2010).

1.1.6 Psychogenní bolest

U tohoto typu bolesti převažuje psychický komponent. Především u poruch depresivního charakteru a u některých neuróz je bolest somatickou projekcí primárních potíží. Nejčastější stížnosti od pacientů jsou na bolesti zad a břicha. Základní terapie této bolesti je psychoterapie a psychofarmaka (MeDitorial, 2022)

1.1.7 Smíšená bolest

Tento typ bolesti zahrnuje stavy, na kterých se podílí více typů bolesti. Nejvíce se setkáváme s FBSS (failed back surgery syndorme) jedná se o bolest po operaci bederní páteře. V oblasti zad pacient trpí nociceptivní složkou bolesti, v oblasti postižených nervových kořenů ale převažuje neuropatická bolest. Terapie tohoto typu bolesti je složitá a mimo farmakoterapii se zde i uplatňují invazivní metody např. kaudální blokády a neuromodulace (Hakl, 2019).

1.1.8 Onkologická bolest

Nádorová bolest vzniká na podkladě probíhajícího onkologického onemocnění, avšak řadíme sem i bolesti spojené s terapeutickými a diagnostickými postupy. Tato bolest je nejčastěji způsobena vlastním růstem nádoru. Terapie této bolesti se nijak neliší od jiných, základem je adekvátní farmakoterapie, v případě výskytu průlomové bolesti je nově k dispozici lék fentanyl k sublinguálnímu podání s velmi rychlým nástupem (Pochop, 2015).

1.1.9 Neonkologická bolest

Jedná se o chronickou bolest, se kterou se setkáváme nejčastěji. Tento typ nevyhází z onkologické diagnózy. Jejími příčinami jsou nejčastěji bolesti lokomočního aparátu. Pro terapii této bolesti se používají všechny typy analgetik včetně opioidů. Určující pro zvolení terapie je typ a intenzita bolesti (Veverová, 2019).

1.2 DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ BOLESTI

Bolest je subjektivní pocit a její hodnocení je nepřímé. Hodnocení se děje na podkladě verbálních a neverbálních projevů a dále podle fyziologických odpovědí na dráždění nociceptorů. Z diagnostického hlediska lze dělit vyšetření na získávání anamnézy a hodnocení bolesti (Adamcová, 2016).

1.2.1 Anamnéza

Pro posouzení intenzity, typu bolesti a dopadu bolesti na pacienta je potřeba získat dostatek anamnestických informací. Žádné jiné vyšetření nezajistí takové kvalitní údaje jako dobře odebraná anamnéza. Jedná se o základní vyšetření vyskytující se v algeziologii. Při odběru anamnézy je potřeba dostatek času na navázání kontaktu s vyšetřovaným. Prvním a ne posledním údajem, který nás zajímá, je farmakologická anamnéza. Důležitá je informace o užívání analgetik a dalších léčiv, jako například hypnotik a psychofarmak a následně informace o efektu a průběhu, případně i nežádoucích účincích. Bolest by měla být hodnocena dle chronicity, intenzity, kvality, lokalizace a původu šíření, faktorů, které ovlivňují bolest, a také na mechanismu případného poranění (Kishner, 2016).

Chronicita se vyšetřuje během prvotního hodnocení bolesti. Měl by být vyšetřen nástup bolesti a její progres v čase. Rozpoznání délky trvání bolesti může rozhodovat o stanovení řádné léčby. Výskyt této bolesti může být prudký nebo postupný, může být také konstantní, přerušovaná nebo nepolevující. V závislosti na etiologii mohou být bolesti nejhorší ráno, později během dne anebo v noci (Kishner, 2016).

Intenzitu bolesti lze určit dle verbální škály a verbálního hodnocení anebo graficky, zde lze využít vizuální analogovou škálu (Opavský, 2011).

Kvalitu bolesti popisuje pacient čistě subjektivně. Bolest stimulována nociceptory je většinou popisována jako chemická (například dezinfekce v ráně), tepelná (horko nebo chlad) a mechanická (Kishner, 2016).

U lokalizace rozlišujeme, zda je bolest stálá nebo se mění, či je na povrchu těla, nebo se objevuje v hloubce. Vyšetřuje se, zda se bolest šíří jen v zóně nervu nebo nepodléhá nervovým strukturám. Občas je třeba i uvažovat, že bolest může být přenesena z vnitřních orgánů do tzv. Headových zón, které se projevují na povrchu těla (Opavský, 2011).

Do faktorů, které ovlivňují bolest lze zařadit faktory, které mohou bolest zesilovat i zmírňovat. Je třeba se zaměřit na psychickou a tělesnou zátěž a také na psychickou zátěž v rodině či zaměstnání (Kishner, 2016).

Mechanismus poranění může lékaři dopomoci ke správnému určení diagnózy, je tomu tak zejména, pokud je poranění traumatického původu. Poranění totiž bývá často důsledkem opakovaných mikrotraumat. Tento typ bolesti často vede ke chronicitě a degenerativním změnám (Kishner, 2016).

1.2.2 Fyzikální vyšetření bolesti

Při fyzikálním vyšetření se vyšetřující zaměřuje převážně na bolestivá místa, ale také na vzdálenější oblasti, které by mohly s potížemi souviset. Fyzikální vyšetření vždy začíná pohledem neboli aspekci, při tomto se pozoruje celkový vzhled pacienta, pohyby pacienta a také chůzi, držení těla a antalgické chování. Vyšetřující se zaměřuje na výraz obličeje, pohyby očí a chování pacienta během vyšetřování. Dalšími kroky, které následují, jsou pohmat neboli palpace, následně i poklep (perkuse) a poslech (auskultace) (Nejedlá, 2015).

1.2.3 Metody hodnocení bolesti

Dnes již existuje velká škála metod hodnocení bolesti, nevýhodou však je, že žádná z nich nehodnotí bolest objektivně. Tyto metody lze rozdělit na metody, které se běžně užívají v praxi a na metody laboratorní. Metody mohou být také verbální a neverbální. U obou lze hodnotit spontánní projevy během bolestivého stavu a také odpovědi na nociceptivní stimuly. V praxi je nejčastěji využívána vizuální analogová škála (VAS) (Londhey, 2015).

Metody hodnocení bolesti se nejčastěji dělí na verbální a neverbální.

Verbální metody zahrnují nejen intenzitu, ale také kvalitu bolesti. Nejjednodušší posuzování bolesti představuje hodnocení na škále od 0-3, kdy je 0- žádná bolest, 1- mírná bolest, 2- středně silná bolest, 3- silná bolest. Nebo také existuje rozšířená stupnice, ta se hodnotí od 0-5, kdy je 0- žádná bolest, 1- mírná bolest, 2- středně silná bolest, 3- silná bolest, 4- krutá bolest a 5- nesnesitelná bolest. Existují i rozsáhlejší stupnice, ale jejich použití bývá pro pacienty náročné (Vaňásek, 2014).

Nejčastější používanou metodou neverbálního hodnocení je vizuální analogová škála (VAS). Tato škála podává informaci pouze o intenzitě bolesti. Používá se horizontální úsečka, na jejímž levém okraji je bod, který představuje stav bez bolesti, zato pravý okraj má ukazovat ne nejvyšší míru bolesti. V praxi je třeba ověřovat, zda pacienti hodnocení chápe a zda ho správně používá. Náhradou za vizuální analogovou škálu může být numerická škála. Na numerické škále je také na levém okraji vyznačen stav bez bolesti, jako 0. Na pravé straně je opět vyznačen stav nejvyšší možné bolesti. Tyto hodnoty může pacient zaznamenávat do tzv. deníku bolesti. Z tohoto deníku lze vyčíst informaci o kvalitě bolesti, intenzitě bolesti a také reakci na danou léčbu. Způsob, který taktéž můžeme použít a je doplňující k neverbálnímu hodnocení, je mapa bolesti. Ta slouží k zakreslení místa bolesti na dané části těla (Vaňásek, 2014).

Další neverbální metodou je pain behavioral scale (PBS), která se používá u sedovaných pacientů. U tohoto hodnocení se přiřazují body ke třem kategoriím. První kategorie se týká výrazu obličeje, další pohybu končetin a poslední poddajnosti s plicní ventilací. Pacient nejspíše neprožívá bolest, pokud je skóre nižší než 5. Skóre bolesti ale není to samé jako intenzita bolesti. Jakékoliv pozitivní skóre může znamenat, že bolest je přítomna, nelze ji však interpretovat ve spojení s intenzitou bolesti (Ptáček, 2015).

1.3 FARMAKOLOGICKÁ A NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BOLESTI

U bolesti akutní a chronické je volen rozdílný přístup léčby. To samé platí i u bolesti nociceptivní a neuropatické. Zatímco při léčbě akutní bolesti si lékař vystačí pouze s řádnou farmakoterapií, při léčbě chronické bolesti je to obtížnější. Je potřeba kombinovat různé léčebné metody, často je potřeba úzká mezioborová spolupráce.

Nejčastější terapeutické metody využívané v léčbě chronické bolesti jsou: farmakoterapie, rehabilitační postupy, invazivní léčebné postupy, psychoterapeutické postupy, postupy alternativní medicíny a sociální podpora (Cheatle, 2011).

Ve farmakologické léčbě by v ideálním případě, bylo cílem úplné odstranění bolesti, avšak v praxi je snaha alespoň o snížení intenzity bolesti tak, aby se stala pro pacienta snesitelnou a nezasahovala do každodenního života. Preferuje se podávání analgetik v pravidelných dávkách, nikoliv až po vzniku bolesti. Třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje základní strategii léčby bolesti. Tento žebříček byl původně určen pro léčbu nádorové bolesti, pro svou jednoduchost byl ale převzat i pro léčbu bolesti nenádorové.

I. Stupeň – mírná bolest – neopioidní analgetika

II. Stupeň – středně silná bolest – neopioidní analgetika + slabé opioidy

III. Stupeň – silná bolest – neopioidní analgetika + silné opioidy + koanalgetika a pomocná léčiva

Nejčastěji využívaná neopioidní analgetika pro léčbu bolesti jsou například Metamizol, Paracetamol nebo nesteroidní antiflogistika (NSA). Tato léky mohou být podávány v monoterapii, což znamená léčbu jedním lékem nebo jedním způsobem, anebo mohou být kombinovány s opioidními analgetiky. Tyto analgetika mají obvykle nastavenou denní dávku, protože užívání vyšších dávek nevede k posílení účinku, spíše dochází ke komplikacím, kterými je erozivní působení na žaludeční sliznici a možnost krvácení do trávicího ústrojí (Fricová, 2018).

Mezi slabá opioidní analgetika se můžou zařadit Tramadol či Kodein. U podávání slabých opioidů může dojít k tzv. stropovému efektu, to znamená, že od určité dávky dochází jen k velmi malému nárůstu analgetického efektu. Kromě analgetického účinku mají i antitusický účinek (Hakl, 2013).

Silná opioidní analgetika jsou určena pro silné a neutišitelné bolesti. Zpravidla se to týká onkologické bolesti, ale bývají využívána i pro tišení silné akutní bolesti. Analgetický účinek opioidů závisí na podané dávce. Nejčastěji se setkáváme s léky Dipidolor, Morphin nebo Sufentanil. Velice limitujícím je však velká míra nežádoucích účinků na lidský organismus. Nejčastěji objevovanými nežádoucími účinky jsou zácpa, ospalost, zvracení a nevolnost (Hakl, 2013).

Dnes již existuje mnoho nefarmakologických metod léčby. Tyto metody se dostávají do popředí, jak mezi veřejností, tak mezi zdravotníky. Nefarmakologická léčba má i další výhody kromě tlumení intenzity bolesti. Pomáhá také zmírnit stres, podporovat spánek a zlepšovat náladu (Hakl, 2019).

Do metod rehabilitace a fyzikální léčby spadá především lokální terapie (chlad, teplo, fototerapie, elektrické proudy atd.), zlepšení celkové kondice, ovlivnění psychiky (vodoléčba, relaxace) a ovlivnění systémových poruch, které vedou ke vzniku bolesti (Backes, 2016).

Postupně se stává aktuální i přírodní léčba bolesti. V našem prostředí je nejvíce jedná o léčbu konopím. Analgetický efekt konopí je znám již od starověku. Výzkum již v minulém století objevil několik kanaboidů, u kterých se prokázalo, že dokáží potlačit akutní i chronickou bolest.

Chronická bolest vyžaduje k léčbě použití více farmak, kanaboidy tak představují velký přínos. Jediné, co brání k rozvoji této metody, je legislativní důvod. Přitom tato metoda léčby by mohla přinést spoustu výhod, např. snížení množství používaných léků. Ale i v této oblasti se situace začíná měnit a některé státy začínají marihuanu legalizovat (Backes, 2016).

2 MIGRÉNA

Migréna je pulzující, bolestivé a chronické onemocnění, které postihuje cévy mozku. V první fázi dochází ke stažení cévního řečiště v oblasti zrakového centra v týlní části mozku. Již v druhé fázi je vyvolána silná bolest hlavy, ta vychází z mimolebních tepen, zejména z krkavice. Záchvaty bolesti přicházejí periodicky a zasažena bývá zpravidla jedna půlka hlavy. Migrénou častěji trpí ženy (18 %) a muži (6 %), u dětí tomu bývá naopak. Nejvíce lidí trpících migrénami bývá od 30–40 let věku. Nad 50 let věku je vypuknutí nemoci spíše sekundaritou. Podle IHS se migrenózní stavy dělí na migrény s aurou a bez aury (Kánská, 2021).

2.1 KLASIFIKACE MIGRÉNY

2.1.1 Migréna s aurou

Asi u 25 % migrenózních záchvatů je přítomna aura, která trvá od 5 do 60 minut. Aura se projevuje ložiskovými příznaky, nejčastěji zrakovými, dále také senzitivními, např. parestezií nebo hyperestezií končetin. Může se také objevit porucha řeči afázie či dysartrie. Někdy se objevuje také fotopise, což jsou bílé nebo černé skvrnky, jiskřičky nebo také záblesky. Negativním příznakem je skotom. Ten vede k inkompletní nebo kompletní ztrátě zraku nebo části zorného pole (Klečka, 2019). Zvláštní je tzv. hemiplegická migréna. U tohoto typu se migréna projevuje reverzibilními motorickými příznaky hemiparézou a hemiplegií (Novotná, 2019).

2.1.2 Migréna bez aury

Projevuje se pulzující bolestí a provází ji i svírající pocit bolesti hlavy. Záchvat může trvat několik hodin, někdy až tři dny. Zhruba po dvou hodinách záchvat dosahuje vrcholu. Na intenzitu bolesti může mít vliv i mírná námaha. Migréna bez aury snižuje toleranci vůči světlu, pachům nebo také hluku. V prvním období je bolest lokalizována jen na jednu polovinu hlavy, strany se ale mohou střídát. Objevují se také nevolnosti a zvracení. Každý záchvat může probíhat odlišně s různou intenzitou bolesti. Bolest hlavy se dokonce nemusí ani dostavit a záchvat provází pouze zažívací problémy (Slezáková, 2014).

2.1.3 Další typy a komplikace migrény

Pokud přítomnost bolesti přesahují 15 dní v měsíci, hovoříme o tzv. chronické migréně. Další vážnou komplikací je migrenózní status. Ten se objevuje, když migréna trvá déle než 72 hodin. Nebo také migrenózní infarkt, ten nastává v moment, když příznaky aury přetrvávají více než 60 minut a na CT a MR mozku je prokázána korelující ischemie (Cephalgia, 2018).

2.2 VÝSKYT MIGRÉNY

Prevalence migrény je v populaci velmi vysoká. Boolestmi hlavy a migrénou trpí každý šestý člověk, z toho každá pátá žena. Prevalence se pohybuje okolo 14,2 % u dospělých, většinou však u žen. Výskyt migrény je ale závislý na věku. Nejvyšší výskyt je popisován u žen od 18–44 let věku, zde se tříměsíční prevalence pohybovala okolo 23,5 %. Pacienti s takovými bolestmi hlavy vyhledávají často odbornou pomoc a tvoří 0,5 % ze všech návštěv praktického lékaře. U více než třetiny pacientů byla předepsána opiátová analgetika. Tato data byla získána z populační studie a informací od pacientů. Prevalence migrény je také vyšší u žen, zejména v reprodukčním věku. Byla publikována velká řada studií, které popisují souvislost mezi migrénou a hladinou ženských pohlavních hormonů. Jsou k dispozici také data, která poukazují na to, že výskyt migrény kolísá s menstruačním cyklem, také s menopauzou nebo těhotenstvím. Migréna patří mezi chronická a nepříjemná onemocnění. Bolest snižuje pacientovu kvalitu života naopak, zvyšuje návštěvy u lékaře nebo zvyšuje užívání analgetik (Racková, 2019).

2.3 SPOUŠTĚCÍ FAKTORY MIGRÉNY

U migrenózních stavů je prokázána genetická predispozice, především z matky na dceru, náchylnější bývá městská populace. Další spouštěče mohou být nedostatek spánku nebo nadbytek či nedostatek pohybu. Nadmíra stresu také přispívá k propuknutí migrén. Dalším spouštěčem mohou být i hormonální změny, především při klimakteriu nebo menstruační migréna. Dále nevhodná dieta, hladovění nebo žíznění. Migrény se mohou objevit i po úrazu hlavy, při hypoglykemii či při užívání antikoncepce. Migréna může být vyvolána i nadměrným užíváním analgetik. Ta by se proto neměla užívat déle než 15 dní v měsíci, pokud se jedná o jednoduchá analgetika. A ne déle než 10 dní, když se jedná o směsi analgetik (Kánská, 2021).

2.4 PATOFYZIOLOGIE

2.4.1 Vaskulární teorie

Vysvětlení této teorie poprvé popsal lékař Wolff. Podle této teorie spazmus cerebrálních arterií vyvolá snížení krevního průtoku v dané části mozku. Důsledkem je mozková ischemie, která vyvolává auru. Co bylo důsledkem spazmu cév nebylo známé, pak se ale obrátila pozornost k vazoaktivním substancím, a to především k serotoninu. Zde byla zjištěna zvýšená aktivita kyseliny 5-hydroxyindolactové, hlavního metabolitu serotoninu, při migrenózní atace. V druhé fázi vzniká bolestivá vazodilatace, při níž tepová vlna naráží na hypotonickou cévní stěnu, což vyvolává distenzi arterií, tudíž jsou drážděna nervová zakončení v cévách a vyvolávají bolest (Pražský, 2015).

2.4.2 Destičková teorie

Ve fázi aury se vytváří shluky krevních destiček. Z těchto krevních destiček se uvolňuje serotonin způsobující vazokonstrikci. Po této fázi nastává fáze bolesti, kdy serotonin postupuje do perivaskulárních tkání. Tam s dalšími vazoaktivními látkami vyvolává sterilní zánět, např. s bradykininem, histaminem, calcitoninem a substancí P (Pražský, 2015).

2.4.3 Neurogenní teorie

V dnešní době je tato teorie považována za správnou a je všeobecně uznávána. Jako příčina dle této teorie je paroxyzmální porucha funkce mozkového parenchymu, která se šíří do mozkové kůry. Při atace tohoto druhu migrény je iniciálním dějem korová šířící se deprese, ta je charakterizována jako depolarizace neuronů, která začíná okcipitálně a postupuje po mozkové kůře směrem dopředu. Aby byl spuštěn tento děj, je nutná aktivace NMDA receptorů. Korová šířící se deprese stimuluje nociceptivní vlákna trigeminu, ta patří k trigeminovaskulárnímu systému. Tato vlákna obklopují durální a piální arterie, také velké mozkové cévy a žilní splavy. Zároveň se při stimulaci trigeminových vláken uvolňují vazoaktivní látky. Při uvolnění těchto látek se spouští procesy, jejichž výsledkem je sterilní perivaskulární zánět na mozkových plenách a také vazodilatace. Bolestivé podněty postupují po trigeminovaskulární dráze do mozku. Mezi vazoaktivní neurotransmitery, které jsou uvolňovány stimulací trigeminu řadíme například calcitonin, substancí P a neurokinin. Tyto substance dále aktivují některé receptory, čímž dochází k syntéze oxidu dusnatého. Ten má vazodilatační a protizánětlivé účinky. V buňkách intrakraniálních cév se dají najít dva druhy serotoninových receptorů. Receptor 5 - HT2 vyvolává syntézu NO, tím dochází k protizánětlivému působení, vazodilataci a také k celkovému rozvoji migrény. Na druhou stranu receptor 5 – HT1B působí vazokonstrikci a ruší působení 5 – HT2, proto má velký význam při terapii akutní migrény. Další receptor 5 – HT1D je na trigeminových zakončeních a působením na tento receptor dochází k zabránění perivaskulárního zánětu a to tím, že brání uvolnění neurokininu, substance P a calcitoninu. Antagonisté těchto receptorů mají také velký význam při léčbě akutních migrenózních záchvatů (Kotas, 2019).

2.4.4 Humorální teorie

Vazoaktivní látky mohou způsobovat stahy cév, to může přivodit ischemii. Snížená koncentrace těchto látek může způsobit bolestivou vazodilataci. Bylo dokázáno, že při migrenózním záchvatu se nachází v moči zvýšená hladina 5-hydroxyindolactové kyseliny, ta je metabolitem serotoninu. Hladina serotoninu se totiž při migrenózním záchvatu zvyšuje, poté, při probíhající migréne klesá. Zároveň se také zvyšuje vylučování kyseliny 5-hydroxyindolactové močí (Kotas, 2019).

2.5 FÁZE MIGRÉNOVÉHO ZÁCHVATU

Rozlišují se čtyři fáze záchvatu migrény, ne každý pacient ale prochází všemi fázemi.

2.5.1 Prodromální fáze

Prodromy nebo také varovné signály, jsou nejspíše projevem chemických změn v mozku. Ty se projevují na začátku migrény. U některých pacientů se objevují již 24 hodin před samotným záchvatem. Objevují se častěji u migrény s aurou. Tyto příznaky zahrnují například euforii nebo naopak smutek a deprese, může se objevit i únava nebo nadměrné zívání, dále pak touha po jídle nebo hlad. Tyto varovné příznaky má 40-60 % migreniků (Kotas, 2015).

2.5.2 Fáze aury

Objevuje se u menšího procenta pacientů podle toho, zda je aura přítomná nebo není, mluvíme o migréně s aurou nebo bez aury. Ve většině případů předchází samotným bolestem hlavy, ale může také přetrvávat i při samotných bolestech. Aura trvá většinou 5-20 minut, někdy přetrvává až 60 minut. Výjimečně se může objevit samostatně bez bolestí hlavy. Aura jsou změny kterýchkoliv smyslů od mluvení nebo rovnováhy až po změny čichu, chuti, hmatu nebo sluchu. Nejčastější je především aura zraková, může se také ve výjimečně objevit aura motorická, řečová nebo senzorická (Slezáková, 2014).

2.5.3 Fáze bolesti hlavy

Po aure nebo také ještě v průběhu aury nastává fáze bolesti hlavy. Bolesti bývají většinou jednostranné, avšak strany se mohou střídát při jednotlivých záchvatech. U některých migrén může být bolest i jednostranná. V rozvinuté fázi bolesti bývají v silné až velice silné intenzitě. Fáze bolesti hlavy přetrvává 4-72 hodin. Bolest narůstá při kterékoli poloze nebo činnosti, při které se zvyšuje intrakraniální tlak. Rozvoj migrény je postupný a svého vrcholu dosáhne za 3-4 hodiny. Bolest hlavy často provází zvracení a nevolnost, také fotofobie a fonofobie. Vyskytovat se mohou ale i další méně časté příznaky. Opakování migrény bývá nepravidelné, může se objevit po pár dnech, měsících i letech (Kotas, 2015).

2.5.4 Postdromální fáze

V postdromální fázi se dostavuje především nadměrná únava, hned po tom, co skončí bolesti hlavy. Ale samotný záchvat ještě není u konce. Nastává tzv. migrénová kocovina. Při této fázi se nemocný cítí velice unavený jak po psychické, tak i fyzické stránce. Některé z těchto příznaků mohou také připomínat prodromy (Peterová, 2013).

2.6 DIAGNOSTIKA MIGRÉNY

Základem diagnostiky je pečlivá anamnéza. V rodinné anamnéze se lékař zaměřuje i na komorbidity, např. diabetes mellitus, arteriální hypertenze nebo epilepsie. U žen je důležitá gynekologická anamnéza, aby byla možnost spojení migrén s hormonálními změnami. Pacient by si měl zaznamenávat, kdy záchvat má, a případně i spouštěcí faktory migrén. Pacient je požádán o vedení deníku migrenika (viz. příloha A), kam pečlivě zaznamenává nejen četnost a spouštěcí faktory, ale i počet užitých analgetik. Pozornost by měla být zaměřena především na možnost narušení rodinných či pracovních vztahů. U některých pacientů může být také diagnostikována deprese ze sníženého pracovního výkonu a tím spojené snížení financí a následné invalidizaci. Pro správnou diagnostiku se používá nejčastěji standardizovaný dotazník MIDAS a HIT-6. Diagnostika migrény začíná již samotným pohovorem s nemocným, avšak vše je ještě doplněno o CT nebo MR vyšetření. Tato vyšetření se dělají hlavně z důvodu vyloučení sekundarit. Další vyšetření, které se může provádět je EEG, není zde však velký klinický přínos. U pacientů s prolongovanými záchvaty bývají popsány změny na EEG, je to však vzácný nález. Další vyšetření mohou zahrnovat PET, SPECT, ORL i oční vyšetření, avšak tato vyšetření se dělají v případě podezření na sekundaritu, pro samotnou diagnostiku a léčbu migrény nemají zásadní význam (Kotas, 2019).

2.7 LÉČBA MIGRÉNY

Léčba migrény se může dělit na medikamentózní nebo také farmakologickou a nemedikamentózní. Terapie nemedikamentózní je založena na odbourání spouštěcích faktorů migrény a změně životního stylu. Může se zde také uplatnit fyzioterapie či psychoterapie. Farmakologická léčba se dále dělí na terapii akutní a profylaktickou. Akutní terapie se volí v případě dvou migrenózních atak do měsíce a řídí se dle závažnosti záchvatů. Jestliže selhává terapie akutní nebo se vyskytují za měsíc více než dva záchvaty, nastavuje se léčba profylaktická (Niedermayerová, 2008).

2.7.1 Akutní terapie

Léky, které jsou v současné době nejvíce užívané při léčbě akutního migrenózního záchvatu, se dělí na specifické a nespecifické. Léky nespecifické zahrnují analgetika jednoduchá jako jsou např. paracetamol, kyselina acetylsalicylová, ale také nesteroidní antiflogistika např. diklofenak, ibuprofen, indometacin nebo kyselina tolfenamová, která je v České republice nedostupná. Tato léčiva jsou používána především u záchvatů menší a střední intenzity (Silberstein, 2017). Mezi specifická anitmigrenika se řadí triptany, to jsou antagonisté 5-HT_{1D/1B} receptorů. Triptany

jsou doposud nejúčinnější léky, které působí při potlačování akutního migrenózního záchvatu, avšak užívají se s úspěchem i u těžkých záchvatů. Základním představitelem je sumatriptan, po kterém byly vyvinuty další triptany jako například almotriptan, zolmitriptan, eletriptan, frovatriptan a rizatriptan, avšak almotriptan a frovatriptan nejsou v České republice dostupné. Mechanismus účinku těchto léků je vícečetný. Působí totiž vazokonstrikci intrakraniálních cév vazbou na serotoninové 5 – HT1B receptory, přičemž vazodilatace se považuje za jeden z faktorů, který vyvolává bolest hlavy. Ačkoliv jsou triptany velice účinné, u některých jedinců mají také svá omezení, a to ta, že může nastat tzv. rekurentní účinek neboli návrat příznaků. Dále jsou pro své vazokonstrikční účinky kontraindikovány u pacientů s cévními onemocněními jako například infarkt myokardu, ischemické ikty, angina pectoris a další (Diener, 2015).

Jednoduchá analgetika

Paracetamol a jeho účinek stále není zcela jasný, ale předpokládá se, že tlumí cyklooxygenázu a tímto i syntézu prostaglandinů, ale to jen v centrální nervové soustavě. Užívá se převážně k léčbě lehké a střední bolesti u migrény. Paracetamol je kontraindikován při insuficienci jater, akutní hepatitidě a také u hemolytické anemie. Také je doporučován u pacientů, kteří užívají warfarin, u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena a u těhotných. U pacientů, kteří užívají warfarin se dávkování pohybuje od 500-1000 mg po 4-6 hodinách, maximálně 2000 mg denně. Na trhu je paracetamol dostupný jako Panadol Novum 500 mg tbl nebo Paralen 500 mg tbl a 100 mg supp (Měsíčník pro lékaře a farmaceuty, 2015).

Metamizol je pyrazolonové analgetikum se spazmolytickým účinkem. Není vhodný pro těhotné, především v posledním trimestru, také působí poruchu krvetvorby (Šimíček, 2014). Je kontraindikován pro děti do 15 let. Děti nad 15 let a nad 53 kg a také dospělí mohou užívat 1000 mg metamizolu 4krát denně v intervalech od 6-8 hodin. Na trhu je dostupný v kombinaci s fempiverinem a pitofenonem, nebo také jako Novalgin 500 mg tbl (SÚKL, 2020).

Nesteroidní antiflogistika

Mají účinek antipyretický, protizánětlivý, ale také analgetický. Tato léčiva inhibují enzym cyklooxygenázu-1 a cyklooxygenázu-2. Tímto mechanismem je inhibován vznik prostaglandinů a tromboxanů z kyseliny arachidonové. Nežádoucí účinky vyplývají i z mechanismu účinku, hlavními nežádoucími účinky jsou průjem, zácpa, nevolnost a zvracení. Dlouhodobé užívání této lékové skupiny může vést až k selhání ledvin. Některá léčiva z této skupiny jsou pro svůj efekt využívána pro terapii lehké a střední migrény (Nežádal, 2017).

Diklofenak má nízký gastrotoxický index. Pro léčbu migrén se nejvíce používají jeho draselné soli, jelikož mají rychlý nástup účinku. Pro léčbu migrény je nejvhodnější síla 50-100 mg, u dospělých se doporučuje 50-150 mg denně. V lékárnách je tento přípravek k dostání jako Diklofenak 50 mg tbl, Dolmina 50 mg tbl, Olfen SR 100 mg cps a Voltaren rapid 50 mg tbl (Šimíček, 2014).

Ibuprofen patří k nejvíce užívaným léčivům, která patří do skupiny NSAID. V lékárnách je volně prodejné v síle 200 a 400 mg. Pro léčbu lehké a střední migrény se ale využívají až v síle 600-800 mg, přičemž maximální dávka navozující antiflogistický účinek je 2400 mg. Toto dávkování však může předepsat pouze lékař. Ibuprofen je na trhu registrován jako Brufen 600 mg gra eff, Ibalgin 600 mg tbl, Dolgit 800 mg tbl (SÚKL, 2020).

Meloxicam je především indikován ke krátkodobé symptomatické léčbě osteoartrózy nebo artritidy, avšak při dávce 15 mg lze použít k léčbě středně silné migrény. Doporučená denní dávka pro dospělé je 7,5-15 mg denně, přičemž celková dávka 15 mg nesmí být překročena. Na trhu je registrován jako Melocox 15 mg tbl a Recoxa 15 mg tbl (SÚKL, 2020).

2.7.2 Triptany

Jde o specifická selektivní léčiva, která se využívají k léčbě akutních migrenózních záchvatů. Jde o selektivní antagonisty 5 – HT1D/1B receptorů, přičemž každý zástupce této skupiny se liší farmakokinetickými a farmakodynamickými vlastnostmi, jejich afinitou a selektivitou (Kotas, 2017). Mechanismus účinku u triptanů je vícečetný, vazbou na serotoninové 5 – HT1B receptory dochází k vazokonstrikci cerebrálních tepen, přičemž dilatace těchto cév je považována za jednu z příčin migrenózního záchvatu. Vazbou na 5 – HT1D se způsobí blokáce vazoaktivních peptidů, které pochází z perivaskulárních nervových zakončení trigeminovaskulárního systému. Proto blokací peptidů jako jsou substance P a neurokinin A poté nedojde k sterilnímu neurogennímu zánětu (Kuca, 2018). Velký rozdíl od běžných analgetik a triptanů je ten, že triptany netlumí pouze bolestivé podněty, ale také další příznaky migrény, jako je nevolnost, zvracení, fonofobie a fotofobie. Nejčastěji popisovanými nežádoucími účinky jsou ospalost, závratě, malátnost, parestezie v okolí úst, poruchy regulace a také tzv. chest syndrom. Chest syndrom obsahuje příznaky, které se projevují v oblasti hrudníku, mohou se projevit jako pocit tísně, svírání nebo píchání na hrudi, pocity staženého hrdla, anebo nával horka v hrudní oblasti. Tento syndrom je popisován u 3-10 % pacientů (Kotas, 2017). Kvůli vasokonstrikčním účinkům je absolutně kontraindikována u léčby triptany, dekompenzovaná hypertenze, angina pectoris, srdeční arytmie, ale také je kontraindikována u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu či

infarkt myokardu. Triptany se nesmí kombinovat s tramadolem, lithiem ani ergotaminem a jeho deriváty ani 14 dní po vysazení. U triptanů dochází velice často k bolestem hlavy z nadužívání léčiva, proto by nemocný neměl tento lék užívat déle jak 10 dní v měsíci nebo více než 2krát v jednom týdnu (Hoffman, 2018).

Sumatriptan je v České republice nejčastěji užívaný triptan vůbec. Jde o nejúčinnější preparát k léčbě střední a těžké migrény. Sumatriptan se dá na trhu najít ve všech lékových formách, v tabletách, nosních sprejích, rozpustných tabletách i subkutánních injekcích. Některá generika sumatriptanu jsou pojišťovnou plně hrazena. Nevýhodou jeho užívání je krátký biologický poločas, ten je 2 až 2,5 hodiny. Kvůli tomu může dojít k relapsu bolesti během 10-14 hodin. K relapsu dochází až u 40 % nemocných. V těchto případech lze sumatriptan podat po 2 hodinách. Mezi výhody léčby sumatriptanem patří dobrá tolerance, vysoká účinnost a také rychlý nástup účinku. Sumatriptan se z organismu vylučuje 40 % stolicí a 60 % močí, přičemž močí je vylučován v nezměněné formě. Na trhu se dá najít pod názvy Rosemig 50 mg tbl a 100 mg tbl, Sumatriptan Actavis 50 mg tbl a 100 mg tbl, Imigran 50 mg tbl a 100 mg tbl, Cinie 100 mg tbl a další generika. Obvyklá doporučená denní dávka je 50-100 mg maximálně však 300 mg. Sumatriptan v síle 100 mg vykazoval zlepšení u 67 % pacientů. U 29 % pacientů bolest vymizela úplně. Nosní sprej má stejnou účinnost jako léky per os, to samé rektální čípky, avšak v České republice není tato léková forma dostupná. Od roku 2006 lze na trhu najít sumatriptan ve formě rozpustných tablet, díky nové výrobní technologii dochází k rychlejšímu nástupu účinku až o 15 minut. Srovnání sumatriptanu tablet a rozpustných tablet prováděli v roce 2008 MUDr. Mastík a kolektiv. V jejich studii, kde se zúčastnilo 70 dobrovolníků, došli k výsledku, že rozpustné sumatriptanové tablety mají mnohem rychlejší nástup účinku, u poloviny pacientů byl nástup rychlejší až o 25 minut (Novotná, 2013).

Zolmitriptan je lipofilnější než sumatriptan, a proto působí i centrálně. Je velice rychle absorbován, a tudíž nástup účinku je rychlý. U 62-67 % pacientů účinek nastoupí do dvou hodin. Bylo prokázáno snížení nevolnosti, zvracení, fonofobie i fotofobie. Na trhu je dostupný ve formě tablet jako Zomig 2,5 mg a 5 mg, také ve formě nosního spreje 5 mg a jako tableta rozpustná v ústech Repilment 2,5 mg (Novotná, 2013).

Frovatriptan má dlouhý biologický poločas, který dosahuje až 26 hodin, tímto je také dán nízký výskyt rekurencí. Je vhodný u protrahovaných migrenózních atak. Nevýhodou je ale nižší účinnost s porovnáním ostatních zástupců této skupiny. Na trhu je registrován jako Fromen 2,5 mg tbl nebo také Almorán 2,5 mg tbl. V České republice zatím není registrován. (Ho, 2014).

2.7.3 Antiemetika

V tom případě, že je migrenózní ataka provázena nechutenstvím a zvracením, je možné před podáním samotného analgetika podat i antiemetikum. Nejčastěji užívaným antiemetikem je metoclopramid či domperidon, a to 15 minut před podáním analgetika. V tomto případě se předpokládá rychlejší vstřebávání později podaného léčiva. Dospělým pacientům se doporučuje dávka metoclopramidu 20 mg, dětem naopak domperidonu 10 mg (Peterová, 2013).

2.7.4 Profylaktická terapie

Úkolem této terapie je snížení délky trvání, frekvence a intenzity migrenózních atak. Dalším cílem je také zvýšení účinnosti aktuálně užívané akutní terapie, dále snaha zabránit přechodu z migrény epizodické na migrénu chronickou a v neposlední řadě celkové zlepšení kvality života u pacientů, kteří trpí migrénami. Profylaxe se může lišit třemi základními typy, které se od sebe liší svým cílem, a podáváním profylaktika. Prvním typem je profylaxe epizodická. Ta je používána v případě, že pacient zná faktor, který migrénu vyvolává. V tomto případě se léčivo podává pouze před stykem s daným faktorem. Druhým typem se profylaxe subakutní. Ta je využívána v případě, že pacientovým spouštěčem je menstruace. V tomto případě se léčivo podává před i během očekávané migrény. Třetím a posledním typem je profylaxe chronická, cílem této profylaxe je snížení počtu atak a zmírnění intenzity (Diener, 2015). Profylaktická léčba se zahajuje nízkými dávkami a dále se léčivo postupně navyšuje až do účinné dávky. Léčba touto účinnou dávkou pak trvá půl roku až rok. Účinnost léčby se hodnotí po 1-3 měsících, a to po minimálně 6 měsících léčby. V případě, že je profylaktická terapie neúčinná může se léčivo vysadit již po 2-3 měsících a lze volit léčivo z jiné skupiny. V těžších případech lze některá profylaktická léčiva kombinovat (Ho, 2014).

Antikonvulziva

Antikonvulziva jsou v České republice nejvíce užívána profylaktika a působí na několika úrovních. Předpokládá se, že působí na neurotransmitery glutamát a GABA, a ty pak ovlivňují biochemické děje v mozku. Antikonvulziva též blokují rozvoj sterilního neurogenního zánětu a také se předpokládá i ovlivnění přímo trigeminového centra (Pražský, 2015).

Kyselina valproová a její obvyklé podání je 300-1000 mg denně, nejčastěji se ale podává 500 mg večer. Výhodou je, že pacienti na lék dobře reagují. Má však i své nevýhody, a tím je častý váhový přírůstek. Jedinou kontraindikací je pouze těžká jaterní insuficience. Na trhu je možné je najít pod názvy Depakine, Convulex a Orifiril (Hoffmann, 2018).

Gabapentin je vysoce účinné léčivo bez zásadních negativních účinků. Obvyklá dávka se pohybuje mezi 1200-1600 mg, a je rozdělena do tří dávek denně. Nevýhodou tohoto léčiva jsou jeho sedativní účinky. Dávka až 2400 mg za den je používána jako léčba farmakorezistentní migrény. Na trhu je toto léčivo registrováno jako Neurontin a jeho generika (Cushman, 2018).

Léčba topiramátem je využívána kromě profylaxe migrény také k léčbě migrény z nadužívání medikace. Obvykle je podáván v dávkách 50 mg dvakrát denně. Je velice účinný, avšak nevýhodou je, že se u něj vyskytují vedlejší účinky jako je únava, poruchy paměti a nebo parestezie. Ve vysokých dávkách může také snižovat účinek hormonální antikoncepce. Je kontraindikován u pacientů s glaukomem a u renálních insuficiencí. Mohou ho předepisovat jen lékaři s odborností neurologie. Na trhu je k nalezení pod názvem Topamax a jeho generika (Ryzí, 2019).

Betablokátory

Betablokátory se velmi často užívají k léčbě a profylaxi migrenózních záchvatů. Mechanismus účinku je dán vlivem na noradrenergní betareceptory, skrze ty je pak tlumen stres, zevní podněty i emoce. Kontraindikací pro léčbu betablokátory je bradykardie, asthma bronchiale a atrioventrikulární blokády. V začátku této léčby je důležité postupné zvyšování dávky kvůli riziku vzniku hypotenze. Jsou vhodné spíše pro pacienty trpící anginou pectoris nebo hypertenzí. Naopak by se tomuto léčivu měli vyhnout pacienti s depresemi (Novotná, 2019).

Propranolol je nejčastěji předepisovaným profylaktikem v léčbě migrény, avšak v České republice není dostupný. Je nejčastěji užíván v dávce 40-240 mg denně, léčba se ale zahajuje pozvolně a začíná se dávkou 20 mg dvakrát denně (Fallah, 2013).

Metoprolol je podáván v dávce 50-200 mg denně, avšak je nutné dávku postupně navyšovat. Na trhu je registrován pod názvy jako například Betaloc, Betaloc Zok a Vasocardin (Hebestreit, 2017).

Posledním nejčastěji podávaným profylaktikem z této řady je Bisoprolol, jeho doporučená dávka je 5-10 mg denně (Novotná, 2019).

Blokátory kalciových kanálů

Zabraňují šíření kortikální deprese, blokují uvolňování serotoninu a také zasahují do mechanismu vzniku sterilního neurovaskulárního zánětu. Nejsou vhodné pro pacienty trpící depresivními onemocněními, jelikož při dlouhodobém užívání může dojít ke vzniku extrapyramidových symptomů a také deprese (Racková, 2019).

Verapamil se v počátku léčby užívá dvakrát denně 40 mg, postupně se dávka zvyšuje na 240 mg denně. Mezi jeho vedlejší účinky patří zácpa, zadržování tekutin nebo hypotenze. Toto léčivo je kontraindikováno při aortální steanóze, síňokomorových převodních poruchách a hypotenzi. Na trhu je k nalezení pod názvem Isoptin (Novotná, 2019).

Antidepresiva

Mezi antidepresiva, která jsou účinná jako profylaktika, se využívají tricyklická antidepresiva. Nejen že inhibují 5-HT₂ receptory, ale mají také anticholinergní účinek a blokují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu (Cushman, 2018).

Amitriptylin je nejrozšířenější zástupce této skupiny, avšak je lékem až druhé volby kvůli jeho negativním účinkům na lidský organismus. Mezi nežádoucí účinky patří například sucho v ústech, palpitace, retence moči a další. Kontraindikován je u pacientů s adenomem prostaty a u pacientů s glaukomem. Avšak vhodný je u pacientů s poruchami spánku. Užívá se nejčastěji večer v dávkách 10-50 mg. Další léky, které lze v této skupině užívat jsou, Clopramin, Doxepin a Nortriptylin (Ryzí, 2019).

Antagonisté serotoninu

Tato skupina léčiv byla oblíbená především v minulosti, dnes se užívá jen okrajově (Ryzí, 2019).

Pizotifen je pro profylaxi migrenózních stavů užíván v dávkách 1,5 mg třikrát denně. V České republice na trhu je registrován jako Sandomigran. Jeho nežádoucím účinkem je zvýšená chuť k jídlu a tím přibírání na váze, dalším nežádoucím účinkem je somnolence (Cushman, 2018).

Cyproheptadin je u nás registrován na trhu pod názvem Peritol. Podává se v dávce 4-8 mg denně u dospělého člověka. Způsobuje také zvýšení chuti k jídlu a tím přibírání na váze, ale jinak je dobře snášen a je využíván především při hormonálně ovlivněných migrénách nebo u dětí (Ryzí, 2019).

2.7.5 Moderní profylaktická terapie

Monoklonální protilátky proti CGRP nebo receptorům CGRP

Calcitonin gene-related peptide je neuropeptid, který je složen z 37 aminokyselin, u něhož byla prokázána souvislost s migrenózní atakou. Účastní se na vazodilataci meningeálních cév a na rozvoji sterilního zánětu. Na základě tohoto poznatku byly vytvořeny léky, které zasahují do patogeneze migrény. Zástupcem těchto protilátek je Erenumab, jedná se o humánní protilátku, která se váže přímo selektivně na vazebné místo receptoru. Erenumab byl zkoušen s 955 dobrovolníky ve studii, kdy jedna část užívala 70 mg, další 140 mg a poslední částí bylo

podáváno placebo. Počet dní s migrénou byl u pacientů zredukován o 50 % a více. Účinnost léčiva byla pozorována i u pacientů, u nichž předešlé profylaktické terapie selhaly. U 45 % pacientů se vyskytovaly nežádoucí účinky, jako například respirační infekce a nauzea. Eptinezumab, galcanezumab a fremanezumab jsou monoklonální protilátky, které snižují přebytek CGRP na trigeminálních vláknech. Dle studií při užívání fremanezumabu a galcanezumabu došlo ke snížení dní s bolestmi a zvýšení kvality života u těchto pacientů. Eptinezumab je podáván intravenózně jednou za 3 měsíce. Nejefektivnější účinek byl u dávky 300 mg. Všechna tato léčiva jsou registrována v SÚKL (Monoclonal Antibodies, 2019).

Dle European Headache Federation jsou vhodnými pacienty na léčbu monoklonálními protilátkami lidé, kteří trpí epizodickou nebo chronickou migrénou, u kterých selhaly minimálně dvě předchozí perorální terapie z různých skupin nebo nemohou užívat jinou léčbu z důvodu nežádoucích účinků nebo komorbidit. Dále jsou vhodnými pacienty lidé starší 18 let, kteří splňují diagnostická kritéria pro migrénu s aurou nebo bez aury. Zhodnocení efektu léčby by mělo probíhat každých 3-6 měsíců, pokračování v terapii je možné při snížení migrenózních atak alespoň o 50 % (Grünermelová, 2020).

Po podání protilátky může dojít k alergické reakci, která může mít různou závažnost, od svědění kůže, dušnost, přes anafylaktický šok. Avšak tyto reakce jsou vzácné a nejčastěji se objevují hned při podání první injekce.

Dalšími nežádoucími účinky mohou být reakce v místě vpichu, zarudnutí, svědění, mírná bolest a zvracení. (Grünermelová, 2020).

V České republice jsou dostupné čtyři látky, které cílí na aktivitu CGRP. Mezi ně patří Fremanezumab (Ajovy), Erenumab (Aimovig), Galcanezumab (Emgality) a Eptinezumab (Vyepti), přičemž první tři protilátky se podávají jako injekce pod kůži a poslední je podávána ve formě infuzí. Jedná se o měsíční nebo čtvrtletní injekce. Novinkou jsou také tablety podávány per os zvané gepanty, které se užívají při akutním záchvatu migrenózní ataky. V České republice zatím nejsou k dispozici. Mezi ně patří Rimegepant (Nurtec) a Ubrogapant (Ubrelyvy), mezi další novinky patří i náramek Nerivio (Davis, 2022).

Náramek Nerivio (viz příloha A) je zařízení, které se upevní na horní část paže a ovládá se pomocí chytrého telefonu. Náramek používá elektrické signály k uklidnění neuronů během migrenózního záchvatu. Pacient si řídí léčbu sám pomocí aplikace v chytrém telefonu. Tento náramek se používá pro léčbu akutních záchvatů migrén. Délka jedné terapie většinou trvá 45 minut, poté by měl pacient ucítit úlevu. Jako vedlejší účinky byly zaznamenány svalové křeče, pocity tepla, dočasná necitlivost paže či ruky a svědění nebo brnění v ramenu nebo krku. Toto zařízení by neměly používat osoby s aktivními implantáty např. kardiostimulátor, dále lidé se

závažným cerebrovaskulárním onemocněním a nesledovanou epilepsií (Davis, 2022).

3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S MIGRÉNOU

Kvalita života je v současné době velmi frekventovaným pojmem. S prodlužováním délky života a převahou chronických onemocnění má současná medicína jediný cíl a to zachování nebo zlepšení kvality života. Kvalita života je zkoumána v medicíně, psychologii, ošetrovatelství, ale i ve filozofii nebo ekonomii (Grinberg et al, 2017).

Chronická nemoc zasahuje do fyzické, psychické i sociální oblasti života. S touto nemocí se pacient musí vyrovnat sám, avšak způsob vyrovnání závisí především na osobnosti pacienta, charakteru obtíží, závažnosti onemocnění, míře nutných změn a celkovém rodinném zázemí. Migréna spadá do chronických onemocnění, to znamená, že pacient s ní bude žít většinu svého života. Prognoza u chronických nemocí bývá často nejistá. Pacient se musí přizpůsobovat novým životním podmínkám, a proto pro něj tato nemoc představuje velkou zátěž. Nemocní často upadají do depresivních a úzkostných stavů a postupně se nemoci poddají. Pacienti jsou během záchvatu vyloučeni z prožívání soukromého i pracovního každodenního života (Csisko, 2013).

3.1 Prožívání nemoci

Každý člověk prožívá nemoc jinak, především záleží na individuálních rysech osobnosti. Průběh nemoci je ovlivněn spoustou faktorů například psychickým stavem pacienta, obavami a jeho náladami a také působení rodiny. Pacient se s nemocí vyrovnává pomocí osvojených mechanismů, které si osvojil v průběhu života.

Migréna je velice časté onemocnění, které významně zhoršuje kvalitu života, a tím představuje velký socioekonomický a zdravotní problém pro společnost. Většina finančních nákladů činí náklady za pracovní absenci nebo snížení pracovní produktivity kvůli migrenóznímu záchvatu. Počet ztracených pracovních dní na jednoho pacienta trpícího migrénou v Evropě je 6 dní ročně. Často rodina ani zaměstnavatel nemají pro nemoc pochopení. V dnešní době většina lékařů nemá dostatečné znalosti o migréně a velice často zlehčují pacientovy příznaky, někdy dokonce odkazují nemoc do psychosomatické roviny a pacienta označí za simulanta (Ngan, 2020).

3.2 Vliv migrény na rodinu pacienta

Změna stavu chronicky nemocného pacienta se dotýká i jeho partnera a rodiny. Spousta pacientů cítí vinu za to, že nemocí trpí a že to má negativní dopad i na jeho rodinu. Muže i ženy trápí pocit viny za to, že nejsou při migrenózní atace schopni zastat chod domácnosti a postarat se o děti. Opakované ataky mohou partnera zklamávat a unavovat, partner může být unavený z toho, že na něm spočívá veškerá péče. Důležité je vše ohledně nemoci vysvětlit dětem. Ty mohou mít strach z toho, co se děje s jejich rodičem. Děti se mohou domnívat, že rodič je vážně nemocný či dokonce umírá. Vhodné je děti ujistit, že migrenózní záchvat opět přejde (Csisko, 2013).

3.3 Vliv migrény na pracovní výkon

Pracovní výkonnost je kvůli výskytu migrén významně snížena. Dle výzkumů se při migrenózním záchvatu snižuje pracovní výkon zhruba o polovinu. V ČR je běžné, že lidé s migrenózní atakou zůstávají v práci a pracují méně hodnotně nebo si berou jiné formy náhradního volna. V ojedinělých případech může být nemocnému uznán invalidní důchod (Ngan, 2020).

3.4 Oblasti kvality života ovlivněné migrénou

Životní styl, a především strava ovlivňuje vznik migrény. Pacienti trpící migrenózními atakami musí omezit potraviny, ve kterých se objevuje histamin a tyramin, a vynechat oblíbené pokrmy jako jsou uzeniny, sýry, čokoláda, káva, ale i alkohol. Nebezpečné při vzniku migrény jsou dlouhé půsty, hladovění nebo nepravidelná strava, proto je velice důležité každé 2-3 hodiny jíst. Pokud chceme minimalizovat záchvaty migrény, je dobré přestat kouřit. Taktéž je nezbytné vyhnout se konfliktním situacím, jelikož i ty zvyšují možnost výskytu migrenózních atak. U některých žen se objevují migrény při menstruačním cyklu, proto je dobré každou změnu cyklu konzultovat se svým gynekologem. Migréna a její dopad na kvalitu života byly předmětem výzkumu, který proběhl v roce 2004 v deseti zemích Evropy. Cílem průzkumu The Migraine Experience bylo prozkoumat vliv migrény na každodenní život lidí s touto nemocí, zjistit spokojenost s léčbou a ověřit si znalosti o možnostech prevence (Khatri, 2017).

Spánek, jeho nedostatek nebo naopak přebytek, souvisí s rozvojem migrenózních atak. Doporučeno je spát denně 5-6 hodin a vstávat každý den ve stejnou dobu (Ngan, 2020).

Každodenní činnosti jsou také ovlivňovány migrénami, především sportovní aktivity. Dále bolest ovlivňuje nemocné při výkonu v práci nebo ve škole a také při péči o rodinu nebo ve společenském životě (Csisko, 2013).

Studijní a pracovní povinnosti migréna taktéž ovlivňuje, kvůli bolesti jsou nemocní často nuceni opustit pracoviště či školu nebo si brát náhradní volna. Velice často nejsou pacienti schopni dodržovat termíny či se účastnit důležitých pracovních akcí.

Obětování se je věc, kterou musí spousta migreniků podstupovat. Téměř většina migreniků uvádí, že by byli schopni přestat cvičit, jíst čokoládu či dokonce by oželeli dovolenou v zahraničí jen pro to, aby netrpěli migrénami (Khatri, 2017).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MIGRÉNOU

ROLE SESTRY

Sestra shromažďuje informace, které se týkají osobní, rodinné a sociální anamnézy. Také provádí fyzikální vyšetření a hodnotí bolest. V osobní anamnéze pátrá po informaci, zda pacient netrpí zánětem zubů nebo vedlejších dutin nosních, ptá se na hormonální změny, abúzy a farmakoterapie. V rodinné anamnéze se ptá na informace ohledně cévních onemocnění a podobných tohoto charakteru. V sociální anamnéze je důležité, jak to má pacient v práci, v jakém pracuje prostředí, zda je v práci hluk nebo zažívá stres, zda jsou tam výkyvy počasí nebo extrémní vůně. Ve fyzikálním vyšetření se sestra zaměřuje na hlavu a krk, pozoruje zčervenání tváře, překrvení očních spojivek, záblesk barvy nebo světla, neostré vidění, edém očních víček, částečnou ztrátu zraku, zvýšenou sekreci z nosu, slzení, čichové halucinace nebo bolesti hlavy při pohybech. Dále sestra při fyzikálním vyšetření pozoruje gastrointestinální systém a kardiovaskulární systém, zaměřuje se na poruchy prokrvení nebo oběhovou nedostatečnost, tachykardie a bradykardie. U GIT se zaměřuje na zvracení, nevolnost, průjem a zácpu. U pacienta se mohou také vyskytnout hemiparézy nebo hemiplegie, blokády krční páteře, pocit slabosti na jedné straně těla nebo v končetinách, zmatenost, dezorientace, problémy s řečí, únava či přechodná ztráta paměti. Sestra získává informace o bolesti jako takové, o její intenzitě, co jí vyvolává, trvání, vznik, lokalizace, provokující faktory, frekvence, typ bolesti a přidružené příznaky. Dále sestra zjišťuje, jaký má bolest vliv na kvalitu života a každodenní aktivity jako je příjem tekutin, stravování nebo spánek. Mezi intervence všeobecné sestry u pacienta s migrénou patří sledování, posuzování a zaznamenávání bolesti, zajištění úlevové polohy, dostatečného spánku, odpočinku a klidu. Vhodné je také, aby pacient zaznamenával bolest do dotazníku bolesti. Sestra podává pacientovi léky dle ordinace lékaře a je mu psychickou oporou. Také může doporučit alternativní léčbu v podobě masáží, akupunktury nebo jógy. Pacienti trpící migrenózními atakami jsou přijímáni na neurologické oddělení jen zřídka, většinou při prvozáhytu nemoci či silném záchvatu, kdy jejich zdravotní stav vyžaduje podávání intravenózních analgetik a sledování. Vzácně jsou pacienti hospitalizováni i na jednotce intenzivní péče, ale to jen v případě, kdy při migréně dochází ke změnám vědomí (Slezáková, 2014).

Sestra si stanovuje ošetrovatelské diagnózy na základě pacientových problémů. U pacientů trpících migrénou se může jednat o tyto diagnózy: chronická bolest (00133), akutní bolest (00132), únava (00093), porušený spánek (00095), nedostatečná výživa (00002), nedostatek zájmových aktivit (00097), bezmocnost (00125), zhoršená rodičovská role (00056), poškození

sociální interakce (00052), sociální izolace (00053), neefektivní sexuální život (00065), sexuální dysfunkce (00059), riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025), riziko deficitu tělesných tekutin (00028), beznaděj (00124), riziko osamělosti (00054), riziko oslabení vazby rodičů a dítěte (00058), úzkost (00146), strach (00148), riziko pádu (00155), riziko sebevraždy (00150), riziko sebepoškození (00139), nauzea (00134), sociální izolace (00053) (Haškovcová, 2013).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

V souvislosti se stanovenými cíli byly stanoveny průzkumné otázky a hypotézy:

1. Uvede většina dotázaných respondentů, že je jejich kvalita života kvůli migréne snížena?
2. Uvedou dotázaní respondenti, že je migréna omezuje nejen v každodenních, ale i pracovních činnostech?
3. Uvede většina dotázaných, že má migréna vliv na jejich náladu a chování?

H01 – Předpokládáme, že není mezi ženami a muži trpícími migrénami signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

HA1 – Předpokládáme, že je mezi ženami a muži trpícími migrénami signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

H02 – Předpokládáme, že migréna nebude mít silnější dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT6.

HA2 – Předpokládáme, že migréna bude mít silnější dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT6.

6 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Pro realizaci průzkumného šetření v této diplomové práci byly použity kvantitativní metody šetření. Nástrojem pro sběr dat byly standardizované dotazníky HIT-6 (Bayliss, 2002) a WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2006) (dotazníky jsou k nahlédnutí v příloze A).

Otázky byly uzavřené a respondenti pouze označovali jednu z nabízených odpovědí. Dotazníky byly rozdávány pacientům docházejícím do centra léčby migrény a byly rozdávány tak, aby celkový počet činil 40 žen a 40 mužů. Respondentům bylo vysvětleno, že zpracovaná data budou použita jen pro účely diplomové práce. Každý z respondentů vyplnil 2 dotazníky, jeden HIT-6 a jeden WHOQOL-BREF, dohromady tedy 160 dotazníků, přičemž návratnost činila 100 % a všechny dotazníky byly správně vyplněné.

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaká je kvalita života pacientů s diagnostikovanou migrénou a jak ovlivňuje bolest jejich počínání v každodenním životě. Průzkumné šetření bylo vedením nemocnice povoleno a probíhalo v nemocnici krajského typu po dobu čtyř měsíců, od 1.11. 2022 do 1.2. 2023. Vyplnění a odevzdání dotazníku bylo dobrovolné a anonymní a respondenti s těmito informacemi byli obeznámeni.

Dále byly testovány dvě statistické hypotézy, které byly zhotoveny v programu TIBCO STATISTICA. Tyto hypotézy jsou interpretovány pomocí tabulek a grafů a popsány stručnými komentáři.

6.1 Nástroj pro sběr dat

Dotazník HIT-6 se zaměřuje především na bolesti hlavy a jak tyto bolesti ovlivňují každodenní i pracovní činnosti a také chování a nálady za určitou časovou dobu. Skládá se ze 6 otázek, zde se kroužkovaly odpovědi nikdy, zřídka, někdy, velmi často a vždy. Byl vytvořen mezinárodním týmem odborníků, kteří se specializují na bolesti hlavy. Skóre, které pacient dosáhne, poukazuje na to, jaký dopad má bolest hlavy na každodenní život a činnosti. Druhý dotazník WHOQOL-BREF je zaměřen na kvalitu života a je sestaven ze 24 otázek sdružených do 4 domén a dále dvou samostatných otázek, které hodnotí zdravotní stav a celkovou kvalitu života. Zde se taktéž vyhovující odpovědi kroužkují a všechny otázky jsou uzavřené. Tato verze je zkrácená a vychází z dotazníku WHOQOL-100. Dotazník byl sestaven tak, aby pokrýval široké spektrum kvality života.

6.2 Výzkumný vzorek

Do průzkumného šetření se zapojilo 80 respondentů, 40 žen a 40 mužů. Mezi kritéria výběru patřilo jen to, že museli mít diagnostikovanou migrénu. Při výběru respondentů nebyl brán zřetel na vzdělání, typ léčby nebo typ migrény a ani délku postižení tímto onemocněním. Před průzkumným šetřením byly se sloužícím lékařem domluveny návštěvy centra, aby se respondenti neopakovali.

6.3 Pilotní průzkum

Před samotným začátkem průzkumu byly dotazníky rozdány dvěma rodinným příslušníkům, kteří taktéž trpí dlouhé roky migrénami. Tito respondenti všem otázkám z obou dotazníků rozuměli a na všechny dotazníkové otázky v pořádku a bez problémů odpověděli. Tyto dotazníky jsem do průzkumu nezapojila.

6.4 Zpracování a prezentace výsledků

Výsledky průzkumného šetření jsou zhotoveny pomocí stručných tabulek se slovním popisem v praktické části diplomové práce. Tabulky byly vyhotoveny v programech MS Word a MS Excel. Statistické hypotézy byly zhotoveny v programu TIBCO STATISTICA. Všechna data z dotazníkového šetření byla zpracována do tabulek a u testování statistických hypotéz byla vypočítána absolutní a relativní četnost v procentech. Při zpracovávání hypotéz byly nejdříve určeny H_0 a stanoveny hladiny významnosti, a to 5 %. Dále byl zvolen vhodný test normality (Shapiro test) a statistický test (Wilcoxonův test). Dle výsledků těchto testů, na základě hladiny významnosti bylo rozhodnuto o přijetí a zamítnutí hypotézy.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1 věk a pohlaví respondentů

Věk	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
20-29 let	6	3	8 %	4 %
30-39 let	11	13	14 %	16 %
40-49 let	10	7	13 %	9 %
50-59 let	8	9	10 %	11 %
60 a více let	5	8	6 %	10 %
CELKEM	80		100 %	

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 80 respondentů, z celkového počtu bylo 40 žen a 40 mužů. Nejvíce ženských respondentů bylo mezi 30-39 lety a to 14 %, u mužů byla taktéž nejvíce zastoupena skupina mezi 30-39 lety a to 16 %. Naopak nejméně ženskou zastoupenou skupinou byly ženy 60 a více let, těch bylo pouze 6 %, u mužů nejméně zastoupená skupina byla skupina 20-29 let a to jen 4 % respondentů.

Tabulka č. 1 je pouze informativní, s věkem dále pracováno nebylo.

Průzkumná otázka číslo 1: Uvede většina dotázaných respondentů, že je jejich kvalita života kvůli migréře snížena? (otázka 1 a 3 HIT-6, otázka 1, 2, 4, 8, 9, 12, 13, 14, 15 a 16 – WHOQOL-BREF)

Tabulka 2 kvalita života (otázka 1 a 3 – HIT6)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 1		
Nikdy	0	0 %
Zřídka	6	8 %
Někdy	13	16 %
Velmi často	51	64 %
Vždy	10	13 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 3		
Nikdy	0	0 %
Zřídka	4	5 %
Někdy	14	18 %
Velmi často	30	38 %
Vždy	32	40 %
CELKEM	80	100 %

Tabulka č.2 pojednává o zvolené průzkumné otázce číslo 1. Tato průzkumná otázka má za úkol zjistit, zda je kvalita života dotázaných respondentů snížena. Jsou zde zpracovány otázky 1 a 3 z dotazníku HIT6. Na otázku 1, která zní „*Když máte bolesti hlavy, jak často jsou tyto bolesti silné?*“ odpovědělo 51 respondentů (64 %), že jsou velmi často silné, naopak žádný respondent neoznačil jako odpověď, že silné nejsou nikdy. Na otázku číslo 3 „*Když vás bolí hlava, jak často si přejete, abyste si mohl/a lehnout?*“, odpověděla většina dotázaných, že si to přejí vždy, a to 32 respondentů (40 %). U této otázky také ani jeden respondent neoznačil odpověď „nikdy“ jako vyhovující.

Tabulka 3 kvalita života (otázka 1, 2, 4, 8, 9, 12, 13, 14, 15 a 16 – WHOQOL-BREF)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 1		
Velmi špatná	9	11 %
Špatná	36	45 %
Ani špatná ani dobrá	26	33 %
Dobrá	9	11 %
Velmi dobrá	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 2		
Velmi nespokojen/a	11	14 %
Nespokojen/a	35	44 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	20	25 %
Spokojen/a	14	18 %
Velmi spokojen/a	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 4		
Vůbec ne	0	0 %
Trochu	11	14 %
Středně	32	40 %
Hodně	36	45 %
Maximálně	1	1 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 8		
Vůbec ne	3	4 %
Trochu	37	46 %
Středně	28	35 %
Hodně	12	15 %
Maximálně	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 9		

Vůbec ne	2	3 %
Trochu	14	18 %
Středně	51	64 %
Hodně	13	16 %
Maximálně	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 12		
Vůbec ne	11	14 %
Spíše ne	37	46 %
Středně	31	39 %
Většinou ano	1	1 %
Zcela	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 13		
Vůbec ne	1	1 %
Spíše ne	24	30 %
Středně	47	59 %
Většinou ano	8	10 %
Zcela	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 14		
Vůbec ne	4	5 %
Spíše ne	30	38 %
Středně	34	43 %
Většinou ano	11	14 %
Zcela	1	1 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 15		
Velmi špatně	4	5 %
Špatně	4	5 %
Ani špatně ani dobře	20	25 %
Dobře	30	38 %
Velmi dobře	22	28 %

CELKEM	80	100 %
Otázka 16		
Velmi nespokojen/a	8	10 %
Nespokojen/a	17	21 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	32	40 %
Spokojen/a	23	29 %
Velmi spokojen/a	0	0 %
CELKEM	80	100 %

Tato tabulka taktéž pojednává o zvolené průzkumné otázce číslo 1. Jsou zde zpracovány otázky 1, 2, 4, 8, 9, 12, 13, 14, 15 a 16 z dotazníku WHOQOL-BREF. Na první dotazníkovou otázku „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ odpověděla většina dotázaných, 36 respondentů (45 %), že kvalita jejich života je špatná, opověď „velmi dobrá“ neoznačil ani jeden z dotázaných jako vyhovující odpověď. Další dotazníková otázka „*Jak jste spokojen/á se svým zdravím?*“ dopadla tak, že 35 respondentů (44 %) odpovědělo, že jsou se svým zdravím nespokojeni, velmi spokojen se svým zdravotním stavem není ani jeden z dotázaných. Dotazníková otázka číslo 4 zjišťuje, jak moc respondent potřebuje lékařskou péči, aby mohl fungovat v každodenním životě. Na tuto otázku odpovědělo 36 respondentů (45 %), že lékařskou péči potřebují pro fungování v každodenním životě hodně, naopak žádný respondent nevedl, že lékařskou péči nepotřebuje vůbec. „*Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*“, takto zněla další dotazníková otázka číslo 8. 37 respondentů (46 %) uvedlo, že se ve svém životě cítí středně bezpečně, avšak maximálně bezpečně se ve svém životě necítí žádný z respondentů. Na otázku 9, „*Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*“ odpověděla naprostá většina dotázaných, a to 51 respondentů (64 %), že prostředí, ve kterém žijí je středně zdravé, odpověď „maximálně“ neoznačil za vyhovující žádný z respondentů. Otázka 12 se snaží zjistit, zda mají respondenti dostatek peněz k uspokojení potřeb. 37 respondentů (46 %) odpovědělo, že mají středně financí, odpověď „zcela“ neodpověděl ani jeden z respondentů. Otázka číslo 13 hodnotí, zda mají respondenti přístup k informacím, které potřebují pro každodenní život. 47 respondentů (59 %), což je většina, odpovědělo, že mají střední přístup k informacím. Odpověď „zcela“ opět neoznačil ani jeden respondent za vyhovující. Na další otázku „*Máte možnost věnovat se svým zálibám?*“ většina respondentů, 34 (43 %), odpověděla, že se mohou svým zálibám věnovat středně, jen 1 respondent (1 %), odpověděl, že se může zcela věnovat svým zálibám a koníčkům. Otázka číslo 15 pojednává o tom, jak se dotazovaní respondenti dokáží pohybovat. Zde 30 respondentů (38

%) zodpovědělo, že se pohybují dobře, 4 respondenti (5 %) uvedli, že se pohybují špatně, taktéž i 4 dotázaní respondenti (5 %) uvedli, že se pohybují velmi špatně. Na poslední otázku „*Jak spokojen/a jste se svým spánkem*“ 32 respondentů (40 %) odpovědělo, že nejsou spokojeni ani nespokojeni, žádný z respondentů nevedl, že je se svým spánkem velmi spokojen.

Průzkumná otázka číslo 2: Uvedou dotázaní respondenti, že je migréna omezuje nejen v každodenních, ale i pracovních činnostech? (otázka 2, 4 a 6 HIT-6, otázka 3, 10, 17 a 18 – WHOQOL-BREF)

Tabulka 4 každodenní a pracovní činnosti (otázka 2, 4 a 6 - HIT6)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 2		
Nikdy	3	4 %
Zřídka	10	13 %
Někdy	21	26 %
Velmi často	36	45 %
Vždy	10	13 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 4		
Nikdy	2	3 %
Zřídka	12	15 %
Někdy	21	26 %
Velmi často	27	34 %
Vždy	18	23 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 6		
Nikdy	2	3 %
Zřídka	11	14 %
Někdy	36	45 %
Velmi často	19	24 %
Vždy	12	15 %
CELKEM	80	100 %

Tabulka číslo 4 se zabývá průzkumnou otázkou 2, a to otázkami 2, 4 a 6 z dotazníku HIT6. Na otázku číslo 2 „*Jak často omezují bolesti hlavy vaši schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti, včetně práce v domácnosti, v zaměstnání, ve škole anebo ve společenské činnosti?*“ odpovědělo 36 respondentů (45 %), že je bolesti hlavy omezují velmi často, nejméně označovanou odpovědí bylo „nikdy“, tuto odpověď označili jako vyhovující jen 3 respondenti (4

%). Na dotazníkovou otázku 4, která zní „*Jak často v posledních 4 týdnech jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy příliš unavený/á na to, abyste pracoval/a anebo vykonával/a každodenní činnosti?*“ odpovědělo 27 dotázaných (34 %), že se takto cítí velmi často, jen 2 dotázaní (3 %) uvedli, že se takto nikdy necítí. Na poslední dotazníkovou otázku z dotazníku HIT6, a to otázku číslo 6, která zní „*Jak často v průběhu posledních 4 týdnů omezily bolesti hlavy vaši schopnost soustředit se na práci anebo každodenní činnosti?*“ odpovědělo 36 dotázaných respondentů (45 %), že je bolesti hlavy omezily jen někdy, odpověď „nikdy“ označili za vyhovující pouze 2 respondenti (3 %).

Tabulka 5 každodenní a pracovní činnosti (otázka 3, 10, 17 a 18 – WHOQOL-BREF)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 3		
Vůbec ne	1	1 %
Trochu	2	3 %
Středně	25	31 %
Hodně	38	48 %
Maximálně	14	18 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 10		
Vůbec ne	5	6 %
Spíše ne	41	51 %
Středně	22	28 %
Většinou ano	3	4 %
Zcela	9	11 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 17		
Velmi nespokojen/a	8	10 %
Nespokojen/a	11	14 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	36	45 %
Spokojen/a	21	26 %
Velmi spokojen/a	4	5 %
CELKEM	80	100 %

Otázka 18		
Velmi nespokojen/a	3	4 %
Nespokojen/a	33	41 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	24	30 %
Spokojen/a	14	18 %
Velmi spokojen/a	6	8 %
CELKEM	80	100 %

Pátá tabulka se zabývá otázkami 3, 10, 17 a 18 z dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazníková otázka číslo 3 pojednává o tom, do jaké míry má dotazovaný respondent pocit, že mu bolest brání dělat to, co potřebuje. Na tuto otázku 38 respondentů (48 %) odpovědělo, že mu bolest brání hodně, naopak odpověď „vůbec ne“ zodpověděl jen 1 respondent (1 %). Další otázka číslo 10 se zabývala informací, má-li dotazovaný respondent dostatek energie pro běžný život. Zde 41 respondentů (51 %) odpovědělo, že spíše nemají energii, jen 3 respondenti (4 %) zodpověděli, že většinou mají dostatek energie pro svůj běžný každodenní život. Otázka 17, která se zabývala situací, jak je respondent spokojen s tím, jak je schopný vykonávat každodenní aktivity, dopadla, tak, že 36 dotázaných respondentů (45 %) odpovědělo, že nejsou ani spokojení, ani nespokojení, naopak nejméně respondentů, a to 4 (5 %) uvedlo, že jsou velmi spokojeni. Na poslední otázku číslo 18, „*Jak spokojen/a jste se svým pracovním výkonem?*“ uvedlo nejvíce respondentů, a to 33 (41 %), že jsou nespokojeni se svou schopností pracovat, jen 3 respondenti (4 %) uvedli, že jsou velmi nespokojeni.

Průzkumná otázka číslo 3: Uvede většina dotázaných, že má migréna vliv na jejich náladu a chování? (otázka 5 – HIT6, otázka 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 – WHOQOL-BREF)

Tabulka 6 nálada a chování (otázka 5 – HIT6)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 5		
Nikdy	1	1 %
Zřídka	5	6 %
Někdy	30	38 %
Velmi často	33	41 %
Vždy	11	14 %
CELKEM	80	100 %

Šestá tabulka pojednává o zvolené průzkumné otázce číslo 3. Pod tuto průzkumnou otázku spadá pouze jedna otázka z dotazníku HIT 6, a to otázka 5. Na tuto otázku, která zní „*Jak často v průběhu posledních 4 týdnů jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy otrávený/á nebo podrážděný/á?*“ odpovědělo 33 respondentů (41 %), že se takto kvůli bolestem hlavy cítí velmi často, pouze 1 respondent (1 %) zodpověděl, že se takto nikdy necítí.

Tabulka 7 nálada a chování (otázka 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 – WHOQOL-BREF)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otázka 5		
Vůbec ne	4	5 %
Trochu	45	56 %
Středně	24	30 %
Hodně	5	6 %

Maximálně	2	3 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 6		
Vůbec ne	7	9 %
Trochu	22	28 %
Středně	37	46 %
Hodně	9	11 %
Maximálně	5	6 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 7		
Vůbec ne	10	13 %
Trochu	15	19 %
Středně	51	64 %
Hodně	4	5 %
Maximálně	0	0 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 11		
Vůbec ne	10	13 %
Spíše ne	23	29 %
Středně	37	46 %
Většinou ano	6	8 %
Zcela	4	5 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 19		
Velmi nespokojen/a	11	14 %
Nespokojen/a	33	41 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	29	36 %
Spokojen/a	5	6 %
Velmi spokojen/a	2	3 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 20		
Velmi nespokojen/a	9	11 %
Nespokojen/a	21	26 %

Ani spokojen/a ani nespokojen/a	34	43 %
Spokojen/a	12	15 %
Velmi spokojen/a	4	5 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 21		
Velmi nespokojen/a	5	6 %
Nespokojen/a	39	49 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	23 %
Spokojen/a	13	16 %
Velmi spokojen/a	5	6 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 22		
Velmi nespokojen/a	1	1 %
Nespokojen/a	33	41 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	37	46 %
Spokojen/a	6	8 %
Velmi spokojen/a	3	4 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 23		
Velmi nespokojen/a	3	4 %
Nespokojen/a	11	14 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	44	55 %
Spokojen/a	20	25 %
Velmi spokojen/a	2	3 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 24		
Velmi nespokojen/a	7	9 %
Nespokojen/a	38	48 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	29 %
Spokojen/a	10	13 %
Velmi spokojen/a	2	3 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 25		

Velmi nespokojen/a	7	9 %
Nespokojen/a	22	28 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	31	39 %
Spokojen/a	13	16 %
Velmi spokojen/a	7	9 %
CELKEM	80	100 %
Otázka 26		
Nikdy	0	0 %
Někdy	8	10 %
Středně	26	33 %
Celkem často	41	51 %
Neustále	5	6 %
CELKEM	80	100 %

Tabulka 7 pojednává o zvolené průzkumné otázce 3. Zabývá se otázkami 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 z dotazníku WHOQOL-BREF. Otázka číslo 5, která se snaží zjistit, jak dotazovaného respondenta těší život, dopadla, tak, že 45 respondentů (56 %) zodpovědělo, že je život těší pouze trochu, 2 respondenti (3 %) uvedli, že je život těší maximálně. Na otázku 6, která zní „*Nakolik se vám zdá, že váš život má smysl?*“ uvedlo 37 respondentů (46 %) odpověď „středně“, pouze 5 dotázaných (6 %) uvedlo jako vyhovující odpověď „maximálně“. Na otázku 7 naprostá většina respondentů, a to 51 (64 %), uvedla jako odpověď „středně“, žádný z dotázaných respondentů nevedl jako vyhovující odpověď „maximálně“. Otázka číslo 11, která se snaží zjistit, jak respondent hodnotí svůj tělesný vzhled, dopadla následně, a to tak, že 37 respondentů (46 %), uvedlo, že svůj vzhled hodnotí středně, pouze 4 dotázaní (5 %) uvedli jako vyhovující odpověď „zcela“. Na 19. otázku, která zní „*Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?*“ odpovědělo 33 respondentů (41 %), že jsou sami se sebou nespokojeni, pouze 2 dotázaní (3 %) odpověděli, že jsou sami se sebou velmi spokojeni. Na otázku 20, jak se dotazovaný respondent spokojen se svými osobními vztahy, nejvíce respondentů, 34 (43 %), odpovědělo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, zatímco „velmi spokojen“ uvedli pouze 4 respondenti (5 %). Otázka 21, „*Jak spokojen/a jste se svým sexuálním životem?*“ dopadla následovně. 39 dotázaných respondentů (49 %) uvedlo, že jsou se svým sexuálním životem nespokojeni, 5 respondentů (6 %) zodpovědělo, že jsou velmi nespokojeni, naopak 5 dotázaných (6 %) uvedlo, že jsou velmi spokojeni se svým sexuálním životem. Na otázku 22, která se od respondentů snaží zjistit, jak

jsou spokojeni s podporou od svých přátel dopadla následovně, 37 respondentů (46 %) uvedlo, že nejsou ani nespokojeni ani spokojeni, jen 1 respondent (1 %) odpověděl, že je s podporou od přátel velmi nespokojen. „*Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?*“, tak zní otázka číslo 23, na kterou 44 dotázaných respondentů (55 %) odpovědělo, že nejsou ani nespokojeni ani spokojeni, pouze 2 respondenti (3 %) uvedli, že jsou velmi spokojeni. Na 24. otázku, která se snaží zjistit, jak je respondent spokojen s dostupností zdravotní péče odpovědělo 38 respondentů (48 %), že jsou se zdravotní péčí a její dostupností nespokojeni, pouze 2 respondenti (3 %) uvedli jako vyhovující odpověď, že jsou velmi spokojeni. Na otázku 25, která zní „*Jak jste spokojen/a s dopravou?*“ odpovědělo 31 dotázaných (39 %), že s dopravou nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, 7 respondentů (9 %) uvedlo, že jsou velmi nespokojeni, a dalších 7 dotázaných (9 %) odpovědělo, že jsou naopak velmi spokojeni. Na poslední dotazníkovou otázku, a to otázku 26, která zní „*Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?*“ odpověděla většina dotázaných, 41 (51 %), že tyto pocity zažívají celkem často, zatímco žádný z dotázaných respondentů neodpověděl, že tyto pocity nikdy neprožívá.

Hypotéza číslo 1

H01 – Předpokládáme, že není mezi ženami a muži trpícími migrénami signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

HA1 – Předpokládáme, že je mezi ženami a muži trpícími migrénami signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

Ke zjištění rozdílu, zda bude mezi ženami a muži trpícími migrénou signifikantní rozdíl či ne byla potřebná data vložena do programu TIBCO STATISTICA. Byly provedeny základní popisné statistiky a vytvořeny tabulky četností jak pro muže, tak pro ženy.

Tabulka 8 statistické ukazatele z hlediska získaných bodů (hypotéza 1)

	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Ženy	40	58,72	55,00	Vícenás.	26,00	101,00	22,12
Muži	40	72,00	75,00	Vícenás.	29,00	115,00	25,64

Tabulka 8 zobrazuje počet respondentů, mužů i žen. Dále zobrazuje hodnoty jako je průměr, medián, modus, minimum, maximum a směrodatnou odchylku.

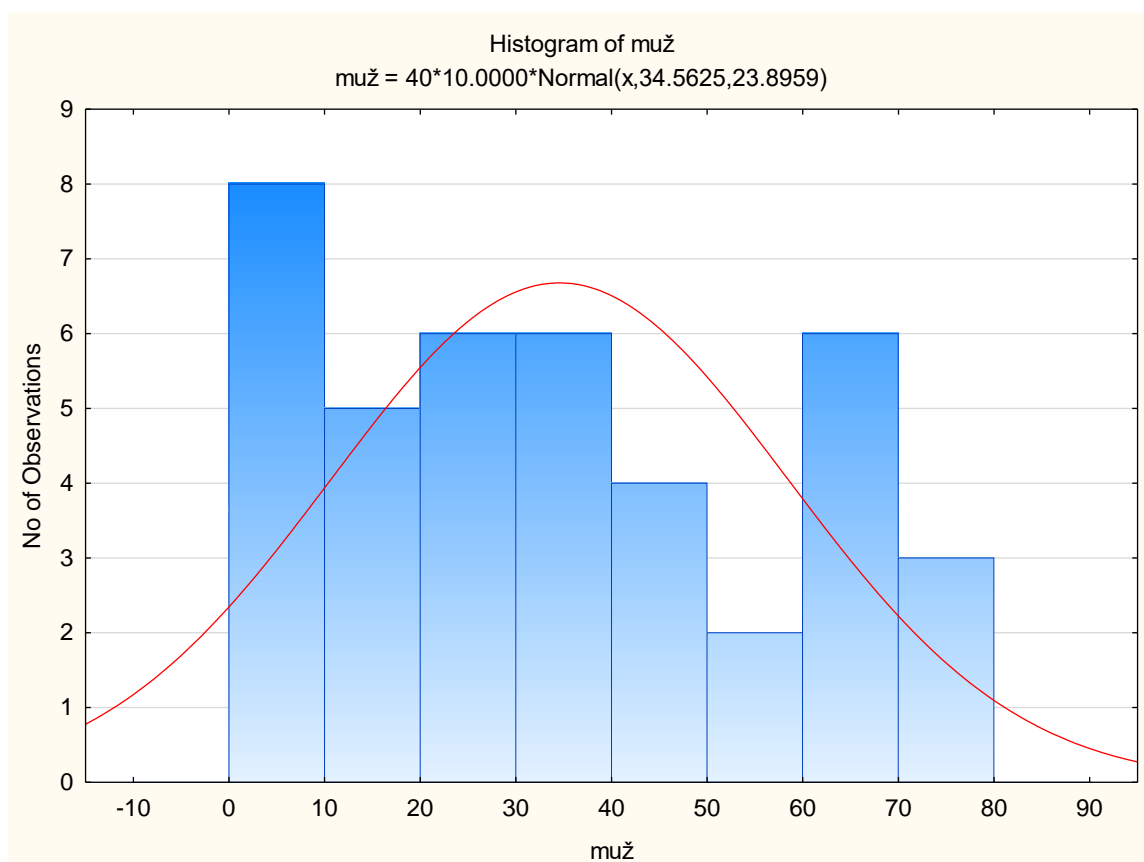
Tabulka 9 četnosti u žen (hypotéza 1)

Ženy				
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. Četnost	Kumulativní rel. Četnost
10,00000<x<=20,00000	0	0	0,00	0,00
20,00000<x<=30,00000	4	4	10,00	10,00
30,00000<x<=40,00000	5	9	22,50	22,50
40,00000<x<=50,00000	6	15	37,50	37,50
50,00000<x<=60,00000	9	24	60,00	60,00
60,00000<x<=70,00000	6	30	75,00	75,00
70,00000<x<=80,00000	1	31	77,50	77,50
80,00000<x<=90,00000	4	35	87,50	87,50

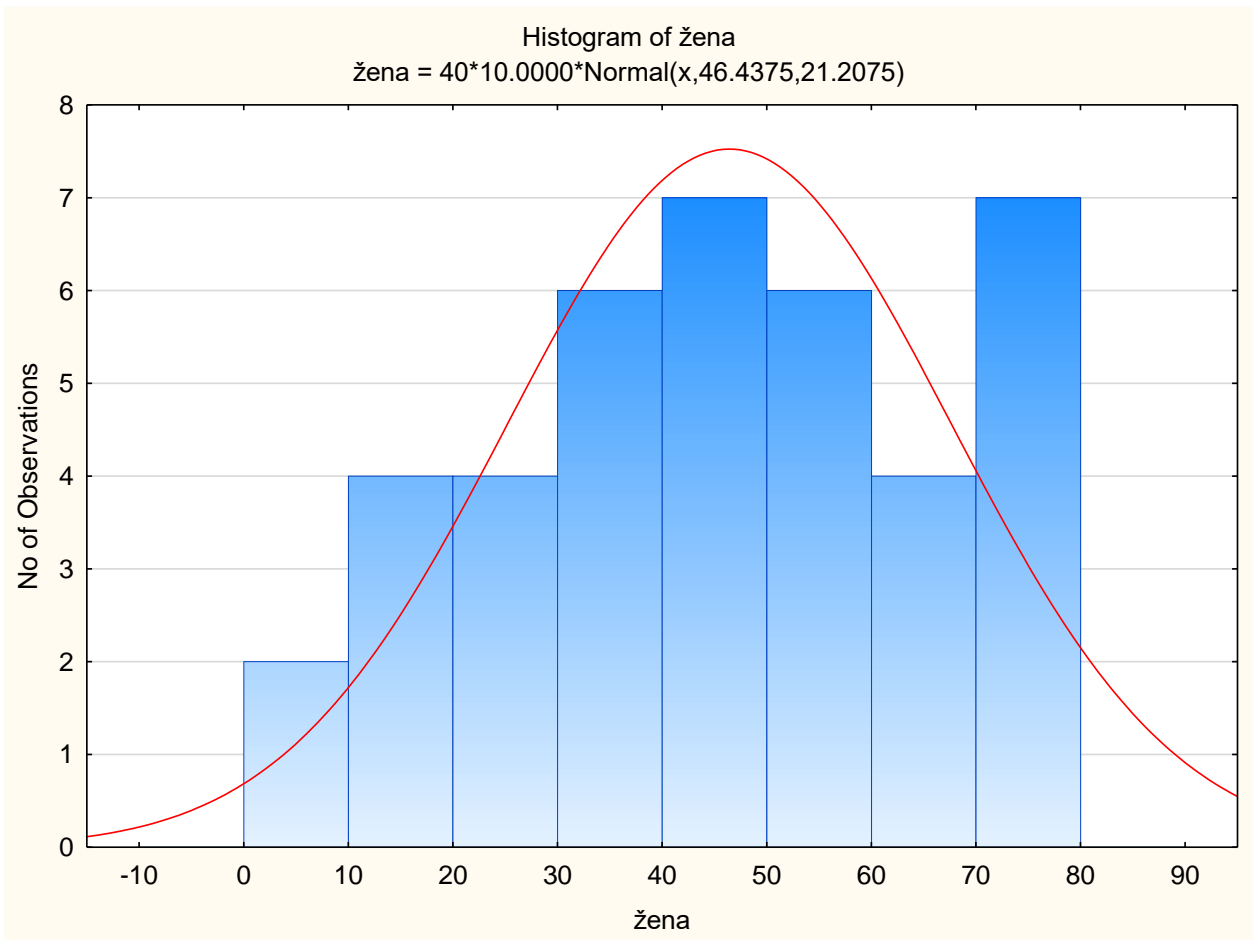
90,00000<x<=100,0000	4	39	97,50	97,50
100,00000<x<=110,0000	1	40	100,00	100,00
Celkem		40		100,00

Tabulka 10 četnosti u mužů (hypotéza 1)

Muži				
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. Četnost	Kumulativní rel. Četnost
20,00000<x<=40,00000	7	7	17,50	17,50
40,00000<x<=60,00000	8	15	37,50	37,50
60,00000<x<=80,00000	9	24	60,00	60,00
80,00000<x<=100,0000	10	34	85,00	85,00
100,00000<x<=120,0000	6	40	100,00	100,00
Celkem		40		100,00

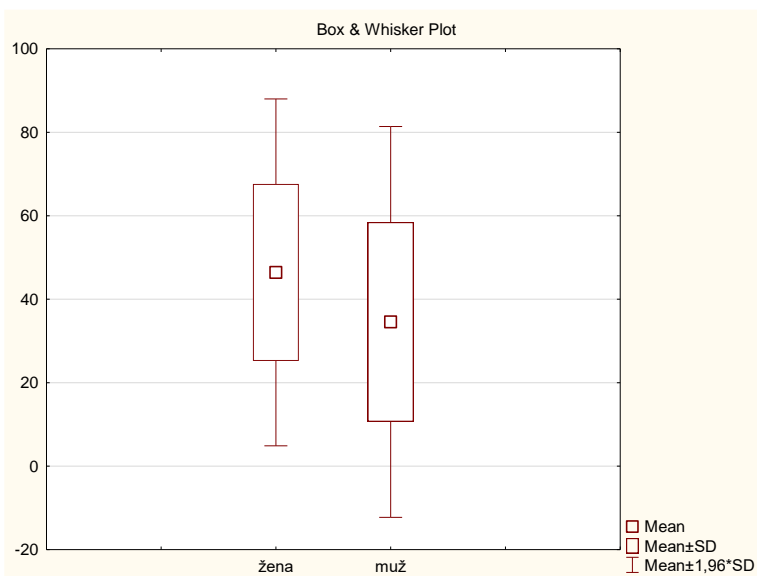


Graf 1 histogram muži (hypotéza 1)



Graf 2 histogram ženy (hypotéza 1)

Pro přehledný popis a vizualizaci byly vytvořeny tabulky četností a histogram pro ženy i muže, dle tvaru histogramu předpokládáme normální rozložení dat u žen a nenormální u mužů.



Graf 3 krabicový graf muži a ženy (hypotéza 1)

Krabicový graf zobrazuje mediány obou sledovaných skupin, jak žen, tak mužů. Je zde vidět, že u žen jsou mírně vyšší hodnoty než u mužů. U žádné ze skupin nejsou patrné extrémní ani odlehle hodnoty. Vzhledem k tomu, že krabice se překrývají, lze předpokládat, že mezi skupinami nebude signifikantní rozdíl. Kvůli následujícím testům bylo přiřazeno pořadí mužům i ženám na základě získaných bodů.

Tabulka 11 bodová tabulka (hypotéza 1)

Respondent	počet bodů	pořadí	žena	muž
žena	100	8,5	8,5	50
žena	45	59	59	34
žena	81	25	25	32
žena	98	12	12	3
žena	69	34	34	14,5
žena	54	50	50	38
žena	32	73	73	58
žena	40	65,5	65,5	27,5
žena	54	50	50	50
žena	82	23,5	23,5	63,5
žena	44	60	60	68,5
žena	51	54,5	54,5	73
žena	26	79,5	79,5	77
žena	33	71	71	1
žena	57	45	45	4
žena	91	17,5	17,5	46,5
žena	32	73	73	27,5
žena	43	61,5	61,5	21
žena	59	43,5	43,5	14,5
žena	67	36	36	6,5
žena	64	40	40	2
žena	54	50	50	12
žena	60	42	42	26
žena	76	29	29	23,5
žena	89	19	19	43,5

žena	101	6,5	6,5	10
žena	98	12	12	8,5
žena	66	37	37	21
žena	50	56	56	30,5
žena	51	54,5	54,5	16
žena	64	40	40	53
žena	42	63,5	63,5	61,5
žena	26	79,5	79,5	65,5
žena	30	75	75	68,5
žena	37	70	70	77
žena	47	57	57	30,5
žena	64	40	40	17,5
žena	56	46,5	46,5	34
žena	87	21	21	5
žena	29	77	77	67
muž	54	50		
muž	69	34		
muž	71	32		
muž	105	3		
muž	97	14,5		
muž	65	38		
muž	46	58		
muž	78	27,5		
muž	54	50		
muž	42	63,5		
muž	38	68,5		
muž	32	73		
muž	29	77		
muž	115	1		
muž	104	4		
muž	56	46,5		
muž	78	27,5		
muž	87	21		

muž	97	14,5		
muž	101	6,5		
muž	106	2		
muž	98	12		
muž	80	26		
muž	82	23,5		
muž	59	43,5		
muž	99	10		
muž	100	8,5		
muž	87	21		
muž	75	30,5		
muž	96	16		
muž	53	53		
muž	43	61,5		
muž	40	65,5		
muž	38	68,5		
muž	29	77		
muž	75	30,5		
muž	91	17,5		
muž	69	34		
muž	103	5		
muž	39	67		

Ještě byla tato data ověřena testem normality (Shapiro testem), kde dosažená hodnota p u žen je $0,18 > 0,05$, u druhé mužské skupiny tento test vyšel $0,02 < 0,05$. Tímto testem bylo potvrzeno, že data žen patří do normálního rozložení a data mužů ne, proto byl proveden Wilcoxonův test.

Tabulka 12 Shapiro test (hypotéza 1)

Shapiro test			
	Platných N	W	P hodnota
ženy	40	0,960903	0,179823
muži	40	0,931380	0,017871

Tabulka 13 Wilcoxonův test (hypotéza 1)

Wilcoxonův test				
	Platných N	T	Z	P hodnota
ženy & muži	40	183,0000	2,888685	0,003869

Na základě tohoto Wilcoxonova testu H_A zamítáme, jelikož $p < \alpha$ ($0,003869 < 0,05$) a přijímáme H_0 , že mezi ženami a muži trpícími migrénami není signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

Hypotéza číslo 2

H02 – Předpokládáme, že migréna nebude mít silnější dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT6.

HA2 – Předpokládáme, že migréna bude mít silnější dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT6.

Ke zjištění rozdílu, zda bude mít migréna silnější dopad na chování žen či mužů, jsem potřebná data vložila do programu TIBCO STATISTICA. Provedla jsem základní popisné statistiky a vytvořila tabulky četností jak pro muže, tak pro ženy.

Tabulka 14 statistické ukazatele z hlediska získaných bodů (hypotéza 2)

	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Ženy	40	57,70	58,50	Vícenás.	36,00	78,00	13,66
Muži	40	56,03	55,00	Vícenás.	36,00	78,00	12,54

Tabulka 14 zobrazuje počet respondentů, mužů i žen. Zobrazuje také průměr, medián, modus, minimum, maximum a směrodatnou odchylku.

Pro testování byli muži i ženy seřazeni dle získaných bodů (čím více bodů, tím lepší pořadí).

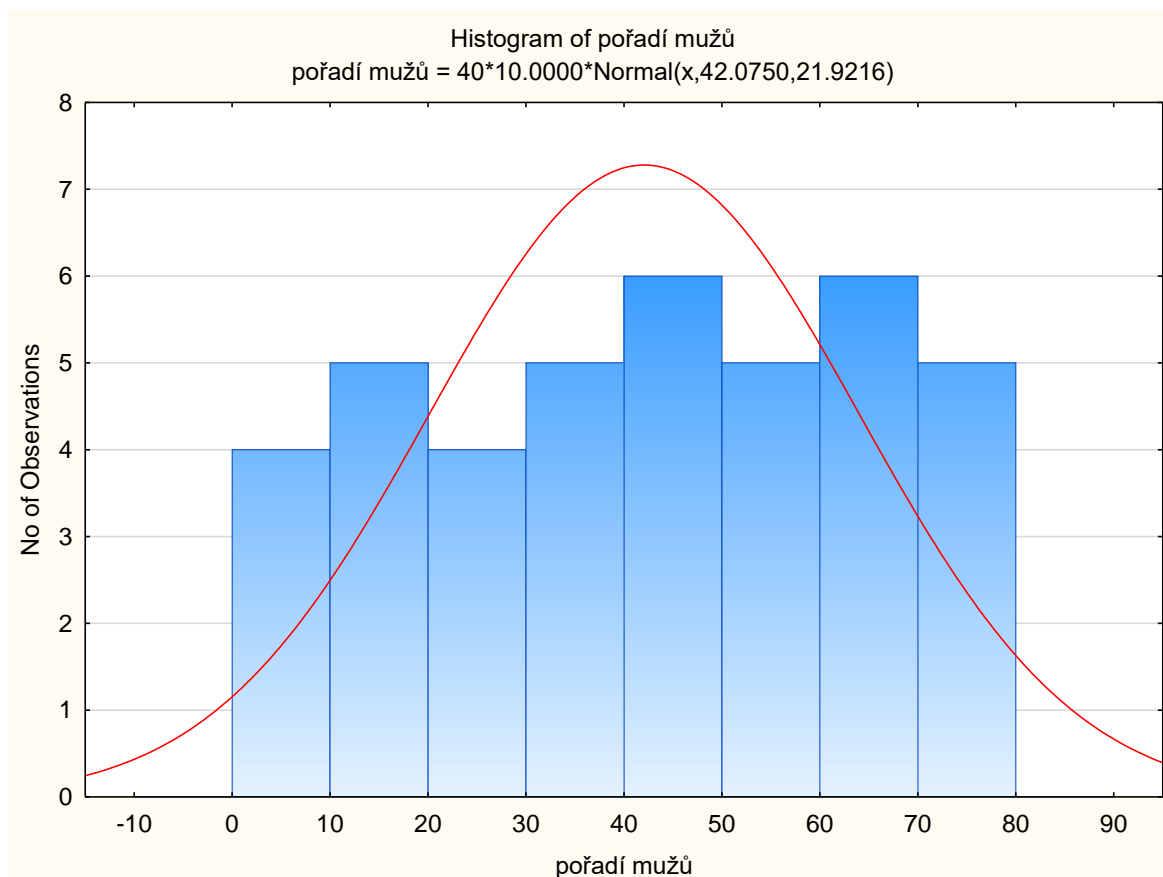
Tabulka 15 četnosti u žen (hypotéza 2)

Ženy				
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. Četnost	Kumulativní rel. Četnost
30,00000<x<=40,00000	7	7	17,50	17,50
40,00000<x<=50,00000	5	12	30,00	30,00
50,00000<x<=60,00000	11	23	57,50	57,50
60,00000<x<=70,00000	7	30	75,00	75,00
70,00000<x<=80,00000	10	40	100,00	100,00

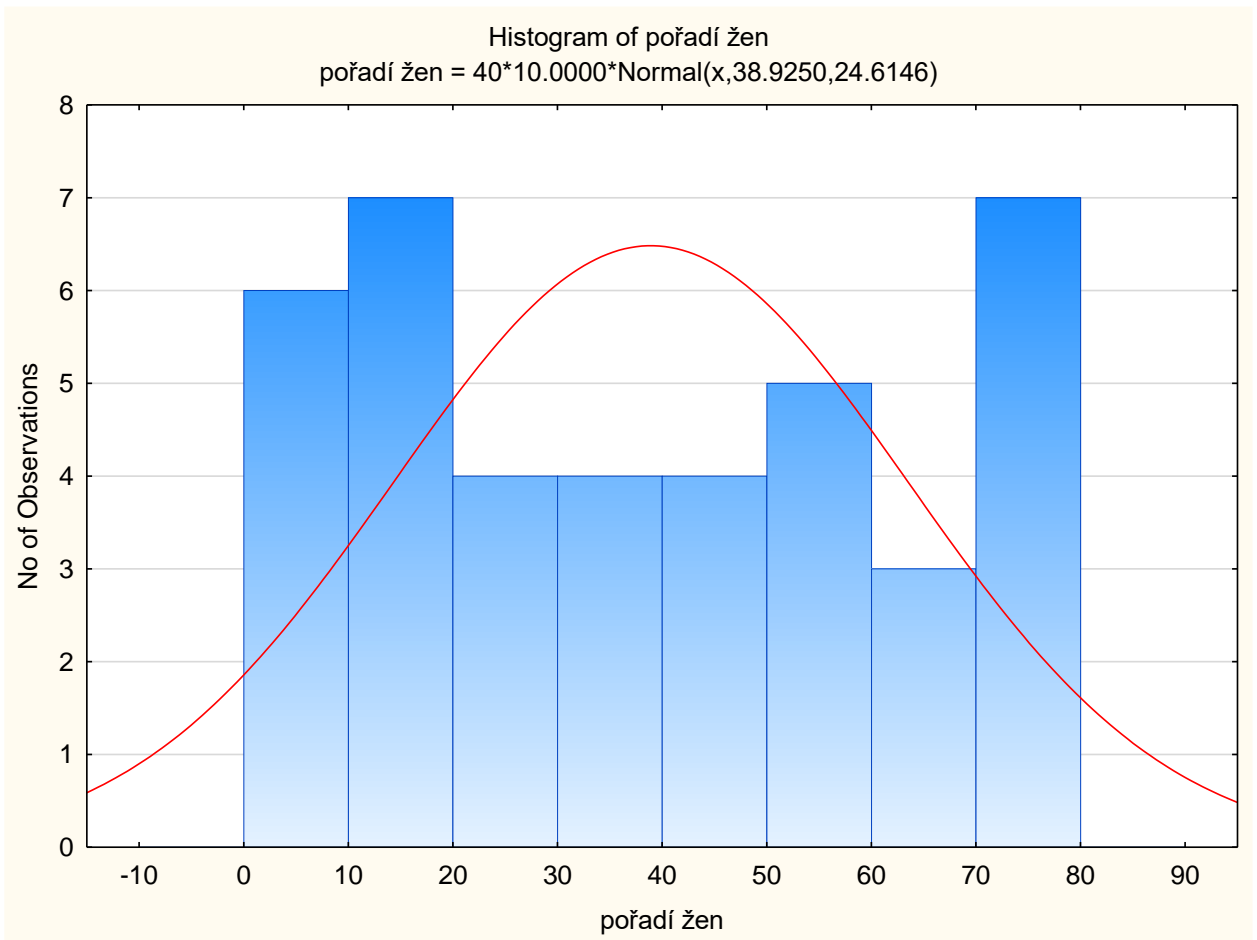
Celkem		40		100,00
--------	--	----	--	--------

Tabulka 16 četnosti u mužů (hypotéza 2)

Muži				
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. Četnost	Kumulativní rel. Četnost
30,00000<x<=40,00000	5	5	12,50	12,50
40,00000<x<=50,00000	9	14	35,00	35,00
50,00000<x<=60,00000	10	24	60,00	60,00
60,00000<x<=70,00000	11	35	87,50	87,50
70,00000<x<=80,00000	5	40	100,00	100,00
Celkem		40		100,00

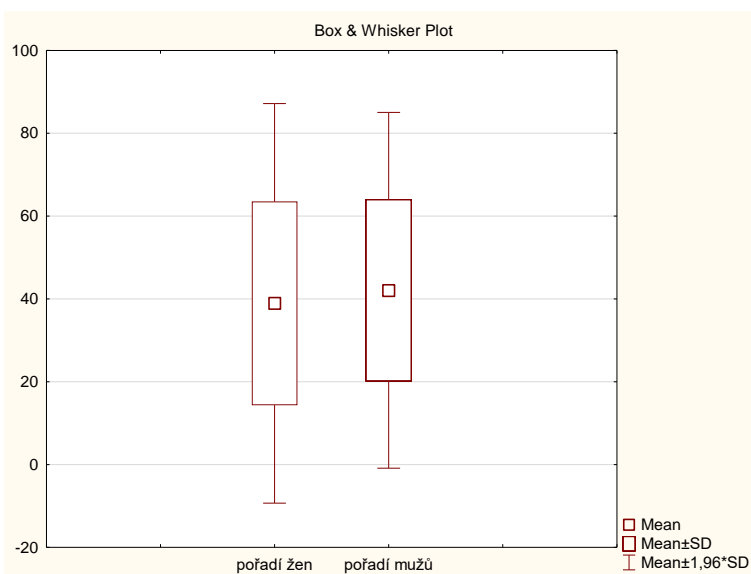


Graf 4 histogram muži (hypotéza 2)



Graf 5 histogram ženy (hypotéza 2)

Pro přehledný popis a vizualizaci dat byly vytvořeny tabulky četností a histogram pro ženy i muže, dle tvaru histogramu předpokládáme normální rozložení dat u mužů a nenormální u žen.



Graf 6 krabicový graf ženy a muži (hypotéza 2)

Krabicový graf zobrazuje mediány obou sledovaných skupin. Je zde vidět, že hodnoty žen a mužů jsou porovnatelné. Ani zde u žádné ze skupin nejsou odlehle ani extrémní hodnoty. Z důvodu výrazného překrytí krabic není předpoklad, že by měla migréna větší dopad na náladu žen než mužů.

Tabulka 17 bodová tabulka (hypotéza 2)

Respondent	počet bodů	pořadí	pořadí žen	pořadí mužů
1.	74	8	8	44
2.	39	72	72	62,5
3.	76	5,5	5,5	13,5
4.	56	44	44	2
5.	59	36,5	36,5	28,5
6.	51	52	52	31,5
7.	58	38,5	38,5	52
8.	72	11	11	72
9.	73	9,5	9,5	79
10.	65	28,5	28,5	62,5
11.	60	34,5	34,5	49
12.	43	62,5	62,5	20
13.	51	52	52	4
14.	38	76,5	76,5	20
15.	36	79	79	2
16.	41	67	67	62,5
17.	70	16,5	16,5	72
18.	44	59	59	46,5
19.	38	76,5	76,5	16,5
20.	36	79	79	23,5
21.	67	25	25	72
22.	75	7	7	46,5
23.	57	41	41	38,5
24.	60	34,5	34,5	33
25.	69	20	20	28,5
26.	71	13,5	13,5	31,5

27.	65	28,5	28,5	26
28.	71	13,5	13,5	67
29.	78	2	2	56
30.	69	20	20	48
31.	76	5,5	5,5	41
32.	51	52	52	55
33.	43	62,5	62,5	72
34.	39	72	72	57
35.	56	44	44	52
36.	71	13,5	13,5	9,5
37.	39	72	72	20
38.	46	58	58	62,5
39.	57	41	41	36,5
40.	68	23,5	23,5	67
	56	44		
	43	62,5		
	71	13,5		
	78	2		
	65	28,5		
	63	31,5		
	51	52		
	39	72		
	36	79		
	43	62,5		
	52	49		
	69	20		
	77	4		
	69	20		
	78	2		
	43	62,5		
	39	72		
	54	46,5		
	70	16,5		

	68	23,5		
	39	72		
	54	46,5		
	58	38,5		
	62	33		
	65	28,5		
	63	31,5		
	66	26		
	41	67		
	48	56		
	53	48		
	57	41		
	49	55		
	39	72		
	47	57		
	51	52		
	73	9,5		
	69	20		
	43	62,5		
	59	36,5		
	41	67		

Tato data byla ještě ověřena testem normality (Shapiro testem), kde dosažená hodnota p u žen je $0,02 < 0,05$, u druhé skupiny tento test vyšel vyšší, tedy $0,16 > 0,05$, tímto testem bylo potvrzeno, že data mužů patří do normálního rozložení a data žen oproti tomu nejsou normálně rozložena. Z tohoto důvodu, pro analýzu signifikantnosti byl zvolen Wilcoxonův test.

Tabulka 18 Shapiro test (hypotéza 2)

Shapiro test			
	Platných N	W	P hodnota
ženy	40	0,932179	0,018983
muži	40	0,959044	0,155343

Tabulka 19 Wilcoxonův test (hypotéza 2)

Wilcoxonův test				
	Platných N	T	Z	P hodnota
ženy & muži	40	172,0000	2,767584	0,003141

Na základě tohoto Wilcoxonova testu H_A zamítáme, protože $p < \alpha$ ($0,003141 < 0,05$) a přijímáme H_0 , že migréna nebude mít silnější dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT6.

8 DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda migrenózní záchvaty ovlivňují kvalitu života. Průzkumného šetření se zúčastnilo 80 respondentů, z toho 40 žen a 40 mužů, kteří pravidelně docházeli na kontroly do centra pro léčbu migrén.

Byly zvoleny 3 průzkumné otázky a 2 hypotézy, na které byla tímto hledána odpověď.

Průzkumná otázka č. 1: Uvede většina dotázaných, že je jejich kvalita života kvůli migréně snížena?

K této průzkumné otázce se vztahovaly otázky 1 a 3 z dotazníku HIT-6. Zde byla zjišťována intenzita migrenozních atak a také, jak často si respondenti přejí, aby si mohli odpočinout, když je zrovna postihne migréna.

Na otázku č. 1 „*Když máte bolesti hlavy, jak často jsou tyto bolesti silné?*“ odpověděla převážná většina dotázaných respondentů, a to 64 %, že jsou jejich bolesti velmi často silné. Naopak žádný z dotázaných neuvedl, že jejich bolesti silné nejsou nikdy. Migréna na rozdíl od jiných typů bolestí hlavy se objevuje na jedné straně, je doprovázena zvracením a nechutenstvím a zpravidla intenzita bolesti je silná s pulsujícím charakterem (Holbová, 2015).

Otázka č. 3 „*Když vás bolí hlava, jak často si přejete, abyste si mohl/a lehnout?*“ dopadla tak, že většina dotázaných uvedla, že si vždy při migréně přejí, aby si mohli lehnout a odpočinout, těchto respondentů bylo 40 %.

U těchto dvou otázek z dotazníku HIT-6 bylo zjištěno, že bolesti mají na život respondentů veliký vliv. Dle výzkumu The Migraine Experience (dále jen TME) z roku 2004, 75 % dotazovaných uvedlo, že kvůli migrenóznímu záchvatu jsou nuceni opustit školu a mají za zameškaný čas pocity viny, také se domnívají, že jim migréna ovlivnila jejich budoucí kariéru. Podle tohoto výzkumu 25 % dotázaných uvedlo, že si nadřizený či učitel myslí, že mají migrénu jako výmluvu a neuvědomují si, jak je jejich problém vážný (Charles, 2017).

Z dotazníku WHOQOL-BREF pod tuto průzkumnou otázku spadají dotazníkové otázky 1, 2, 4, 8, 9, 12, 13, 14, 15 a 16, které jsou taktéž orientovány na kvalitu života.

Otázka č. 1 „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ dopadla tak, že 45 % dotázaných respondentů, a také většina odpověděla, že se domnívají, že kvalita jejich života je špatná. Naopak žádný respondent neuvedl za vyhovující odpověď „velmi dobrá“. V populačních studiích je uvedeno, že 62–66 % migreniků má jeden a více záchvatů za měsíc (Dočekal, 2014).

Tato data poukazují na to, že intenzita a frekvence migrénových záchvatů má velký vliv na kvalitu života lidí trpících touto nemocí.

„*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“, tak zněla otázka č. 2, na kterou 44 % respondentů zodpovědělo, že jsou se svým zdravím nespokojeni. Avšak odpověď „velmi spokojen“, nevedl za vyhovující ani jeden dotázaný respondent. I když migrenozní ataky velice člověka a jeho zdraví, především psychické, ovlivňují, není zde však jisté, zda své zdraví označují za špatné jen kvůli migréně, nebo i kvůli jinému onemocnění.

Na otázku č. 4, která zní „*Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?*“, odpovědělo 45 % dotázaných, že lékařskou péči potřebují hodně. Naopak odpověď „vůbec ne“ nevedl za správnou ani jeden z dotázaných respondentů. Také zde ale není zcela jasné, kvůli čemu respondenti lékaře vyhledávají.

Průzkum TME z roku 2004 ukázal, že zatímco ve Finsku či Francii navštíví pro migrény 80-90 % pacientů svého lékaře, tak ve Velké Británii a USA je to jen 66 % a v Dánsku 56 %. V České republice tento statistický údaj zatím chybí, ale lze odhadnout, že se pohybuje pod hranicí 50 % (Charles, 2017). Zajímavé je, že téměř 70 % pacientů má zájem o každodenní užívání léků s cílem omezit četnost a intenzitu záchvatů (Dočekal, 2014).

„*Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*“, takto zněla otázka č. 8. Na ni odpovědělo 46 % dotázaných respondentů, že se ve svém životě cítí jen trochu bezpečně a žádný z dotázaných, tedy 0 %, uvedlo, že se cítí maximálně bezpečně.

Otázka č. 9 „*Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete*“ dopadla takto. Převážná většina, a to 64 % dotázaných zodpovědělo, že žijí ve středně zdravém prostředí. Žádný z dotázaných nevedl jako nejvíce přijatelnou odpověď „maximálně“.

Další otázkou je otázka č. 12, která zní „*Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?*“. Na tuto dotazníkovou otázku odpovědělo 46 % respondentů, že spíše nemají dostatek peněz, žádný z dotázaných respondentů nevedl jako vyhovující odpověď odpověď „zcela“.

Na otázku č. 13, která zní „*Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?*“, odpověděla převážná většina dotázaných respondentů, a to 59 %, že mají střední přístup k informacím, které potřebují, naopak žádný z dotázaných respondentů nevedl za vyhovující odpověď zcela.

Otázka č. 14 „*Máte možnost věnovat se svým zálibám?*“, dopadla následovně, 43 % dotázaných respondentů odpovědělo, že mají střední možnost věnovat se svým zálibám, a jen 1 % těchto

dotázaných odpovědělo, že mají zcela určitě možnost věnovat se svým zálibám a koníčkům. Lidé trpící migrénami mají strach z dalšího záchvatu i v období, kdy jsou bez bolesti. Tento strach bohužel přetrvává a stává se stálým společníkem, který postupem času přerůstá v pocit úzkosti a může narušovat záliby a volný čas nemocného (Migréna fórum, 2023).

Na otázku č. 15 „*Jak se dokážete pohybovat?*“, odpovědělo 38 % dotázaných respondentů, že se pohybují dobře, 5 % dotázaných uvedlo „velmi špatně“ a „špatně“ stejné procento. To je velice překvapivé zjištění, jelikož většina respondentů uvedla, že jejich migrenozní ataky jsou silné intenzity a takto velká intenzita bolesti negativně ovlivňuje chůzi.

Poslední otázka, tudíž otázka č. 16 „*Jak jste spokojen/a se svým spánkem?*“, dopadla následovně. Většina dotázaných, a to 40 %, uvedla, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, naopak žádný z dotázaných respondentů neuvedl jako vyhovující odpověď, že je se svým spánkem velmi spokojen. U pacientů s migrénou se velmi často vyskytují poruchy spánku. Tyto spánkové poruchy se objevují přibližně u 30 % lidí, kteří mají diagnostikovanou migrénu. Mimo jiné spánkové poruchy mohou být také spouštěčem migrenozních atak. Pacienti, kteří trpí migrénami, často trpí i ranními bolestmi hlavy z důvodu nedostatečného spánku (Migréna fórum, 2023).

Dle odpovědí na dotazníkové otázky z dotazníku HIT-6 a WHOQOL-BREF je zřejmé, že dotázaní respondenti trpící chronickou migrénou mají výrazně sníženou kvalitu života. Stejně dopadl i průzkum s názvem „*Beyond Migraine: The Real You (Tvé pravé Já ukryté za migrénou)*“. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 7520 pacientů, kteří trpí migrénou, z toho více než 500 jich bylo z České republiky. Dle tohoto průzkumu se 58 % respondentů cítí vyčerpaně, deprese a smutek pocítuje 54 % dotázaných, 85 % pacientů uvedlo, že společnost nebere jejich nemoc vážně, proto se nemoc snaží skrývat. V Česku to je až 60 %. Přitom, když tito pacienti prožívají více než 10 celodenních migrenozních záchvatů za měsíc, je jejich kvalita života poměrně výrazně narušena (Migréna help, 2020).

Průzkumná otázka č. 2: Uvedou dotázaní respondenti, že je migréna omezuje v každodenních, ale i pracovních činnostech?

Pod průzkumnou otázku číslo 2 spadají dotazníkové otázky 2, 4 a 6 z dotazníku HIT- 6 a otázky 3, 10, 17 a 18 z dotazníku WHOQOL-BREF. Tyto dotazníkové otázky se snaží zjistit, jak a jestli vůbec migréna omezuje dotázané respondenty v pracovních a každodenních činnostech.

První otázka č. 2 „*Jak často omezují bolesti hlavy vaši schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti, včetně práce v domácnosti, v zaměstnání, ve škole anebo společenské činnosti?*“, dopadla následovně. Většina dotázaných respondentů, a to 45 % uvedla, že migréna velmi často ovlivňuje jejich každodenní i pracovní činnosti, a pouze 4 % dotázaných odpověděla, že nikdy migréna neměla vliv na každodenní i pracovní činnosti.

Na otázku č. 4, která zní, „*Jak často v posledních 4 týdnech jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy příliš unavený/á na to, abyste pracoval/a anebo vykonával/a každodenní činnosti?*“, odpovědělo 34 % dotázaných respondentů uvedlo, že mají takové bolesti velmi často, pouze 3 % dotázaných uvedla, že tyto bolesti nemívají nikdy.

„*Jak často v průběhu posledních 4 týdnů omezily bolesti hlavy vaši schopnost soustředit se na práci anebo každodenní činnosti?*“, takto zněla otázka č. 6, která dopadla takto. Naprostá většina dotázaných, a to 45 % uvedla, že jejich schopnost soustředit se ovlivnila bolest hlavy jen někdy, a jen 3 % dotázaných odpověděla, že je tato bolest nikdy v pracovních ani každodenních činnostech neovlivnila.

V rámci průzkumu *Beyond Migraine: The Real You (Tvé pravé Já ukryté za migrénou)*, bylo zjištěno, že migréna komplikuje nejen přístup ke vzdělání, takto ovlivňuje každého čtvrtého pacienta, ale i každého druhého brzdí při budování kariéry (Migréna help, 2020).

Odpovědi na dotazníkové otázky č. 3, 10, 17 a 18 z dotazníku WHOQOL-BREF dopadly takto:

Převážná většina dotázaných, a to 48 % respondentů, na dotazníkovou otázku č. 3, která zní „*Do jaké míry vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?*“, odpověděla, že jim bolest brání hodně, pouze 1 % uvedlo jako správnou odpověď na tuto otázku „vůbec ne“.

Otázka č. 10, která zní „*Máte dost energie pro každodenní život?*“, dopadla následovně. Většina, a to 51 % uvedla, že spíše energii pro každodenní život nemají, jen 4 % dotázaných respondentů zodpověděla, že většinou energii mají.

Na otázku č. 17 „*Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?*“, odpovědělo 45 % respondentů, a to naprostá většina, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, pouze 5 % dotázaných odpovědělo, že jsou velmi spokojeni se svou schopností provádět každodenní činnosti.

Poslední otázka č. 18, která zní, „*Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*“, dopadla následovně. 41 % dotázaných respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni se svým pracovním výkonem, jen 4 % respondentů uvedla, že jsou naopak velmi nespokojeni.

Chronickou migrénou můžeme rozumět 15 a více záchvatů za měsíc, toto celé po dobu minimálně 3 měsíců. Dá se říci, že u středně těžkého migrénového záchvatu jsou postižení schopni vykonávat každodenní i pracovní činnosti ale jen s velkým sebezapřením. Naopak u velmi těžké migrény jsou nemocní naprosto vyřazeni z běžného denního života (Mluvme o migréně, 2023).

Průzkumná otázka č. 3: Uvede většina dotázaných, že migréna ovlivňuje jejich náladu a chování?

Pod tuto průzkumnou otázku byla zařazena otázka 5 z dotazníku HIT-6 a otázky 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 z dotazníku WHOQOL-BREF. Zde bylo důležité zjistit, zda a jestli vůbec migréna ovlivňuje náladu a chování u dotázaných respondentů.

Na jedinou otázku č. 5 z dotazníku HIT-6, která zní „*Jak často v průběhu posledních 4 týdnů jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy otrávený/á nebo podrážděný/á?*“, odpovědělo 41 % dotázaných respondentů, že se takto cítili velmi často, pouze 1 % uvedlo jako správnou odpověď, že „nikdy“.

Není pochyb, že migréna a deprese se navzájem přitahují. Nemocní trpící migrénou mají dvakrát častější výskyt deprese než ostatní, kteří migrénou netrpí (Racková, 2019).

První otázka č. 5 z dotazníku WHOQOL-BREF, která zní „*Jak moc vás těší život?*“, dopadla tak, že převážná většina, a to 56 % odpověděla, že je těší život pouze trochu, a pouze 3 % těchto dotázaných zodpověděla, že je život těší maximálně.

„*Nakolik se vám zdá, že váš život má smysl?*“, takto zní otázka č. 6. Na ní odpovědělo 46 % dotázaných, že jejich život má střední smysl, naopak 6 % dotázaných zodpovědělo, že má smysl maximální.

Otázka č. 7, která zní „*Jak se dokážete soustředit?*“, dopadla následovně. Nejvíce dotázaných, a také převážná většina, a to 64 %, uvedlo, že se dokáží soustředit středně a odpověď „maximálně“ neuvedl ani jeden z respondentů.

Ve studii z roku 2018 byl zjištěn o 1,8krát větší výskyt sebevražedných pokusů u pacientů trpících migrénou než u populace, která migrénami netrpí. Mezi rizikové faktory spojené se sebevraždami byl věk pod 50 let, ženské pohlaví a déletrvající migrény (Harnold, 2018).

Na otázku č. 11 „*Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?*“, 46 % dotázaných respondentů odpovědělo, že svůj vzhled akceptují středně, jen 5 % uvedlo jako odpověď, která jim nejvíce vyhovuje „zcela“.

Další otázka, a to otázka č. 19 „*Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?*“, dopadla takto. 41 % dotázaných respondentů zodpovědělo, že sami se sebou spokojeni nejsou, jen 3 % dotázaných respondentů zodpověděla, že jsou sami se sebou velmi spokojeni.

Je překvapivé zjištění, že i když většina % respondentů uvedla, že jsou sami se sebou nespokojeni, tak také většina dotázaných zodpověděla, že jim jejich vzhled celkem vyhovuje a jsou s ním středně spokojeni.

Chronická onemocnění jako je migréna ovlivňují pacienta ve všech ohledech, narušují prožívání radosti a odpočinku, bez kterých se v životě každý těžko obejde. Pokud pacienty trpící touto nemocí navíc rodina nepodporuje a nemoc zlehčuje, může se z migrény vyvinout i deprese. Pozitivní ovšem je, že 40 % Čechů uvedlo, že pro ně a jejich onemocnění mají jejich partneři pochopení (American Migraine Foundation, 2018).

Na otázku č. 20 „*Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?*“ odpovědělo 43 % respondentů, že nejsou ani nespokojeni, ani spokojeni se svými osobními vztahy, pouze 5 % dotázaných uvedlo, že jsou se svými osobními vztahy velmi spokojeni.

Otázka č. 21 „*Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?*“ dopadla následovně. Většina dotázaných, a to 49 %, uvedla, že jsou se svým sexuálním životem nespokojeni a stejné procento, a to 6 %, uvedlo, že jsou velmi nespokojeni a také velmi spokojeni.

Zajímavostí je, že u některých pacientů mohou sexuální aktivity migrenózní záchvat zmírnit. Při sexu se vylučují endorfiny, které pomáhají tlumit bolest. Ale je možné, že u některých pacientů mohou naopak sexuální aktivity migrénu zhoršit nebo dokonce vyvolat (Does sex really help relieve migraine, 2018).

Na otázku č. 22 „*Jak jste spokojen/a s podporou, kterou vám poskytují přátelé?*“ odpovědělo 46 % dotázaných respondentů, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, a jen 1 % dotázaných respondentů uvedlo jako odpověď, která jim nejvíce vyhovuje, „velmi nespokojen“.

Třetina všech migreniků přiznává, že je jejich nemoc okrádá o společné chvíle s partnerem či přáteli, z toho jeden ze čtyř Čechů trpících migrénami se setkává s nepochopením od svých blízkých. Přibližně jeden z deseti migreniků uvádí, že si jejich přátelé a partneři myslí, že se na migrénu jen vymlouvají (Czech Headache Society, 2020).

Otázka č. 23, která zní „*Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?*“, dopadla takto. Většina dotázaných respondentů, a to 55 % odpovědělo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, pouze 3 % respondentů zodpověděli, že jsou velmi spokojeni.

Na otázku č. 24 „*Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče*“, odpovědělo 48 % respondentů, že jsou nespokojeni s dostupností zdravotní péče, pouze 3 % dotázaných respondentů odpověděla, že jsou s dostupností zdravotní péče velmi spokojeni.

V málokteré nemocnici se nachází centrum léčby migrén, kde nasadí adekvátní individuální terapii každému pacientovi. Většinu času pacienti trpící migrénami docházejí k praktickému lékaři, který ve většině případů předepíše analgetika.

Otázka č. 25 „*Jak jste spokojen/a s dopravou?*“, dopadla následovně. Nejvíce dotázaných, a to 39 %, uvedlo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, odpověď „velmi nespokojen“ a „velmi spokojen“ uvedlo stejné procento dotázaných, a to 9 %.

Poslední dotazníková otázka č. 26, která zní „*Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?*“, dopadla takto. Naprostá většina dotázaných respondentů, a to 51 % uvedlo, že tyto pocity bohužel prožívají celkem často, žádný z dotázaných respondentů nevedl jako vyhovující odpověď „nikdy“.

Závěrem lze říci, že většina dotázaných uvedla, že migréna velmi ovlivňuje jejich nálady i chování. Bohužel spousta pacientů trpících migrénami trpí navíc i depresemi. Řada příznaků u deprese a migrény jsou podobné, například poruchy spánku, změny nálady, změny chuti k jídlu a problém se soustředěním. Podobných výsledků jako v tomto průzkumu dosáhla i metaanalýza z roku 2019, do které bylo zařazeno 16 studií, i v této metaanalýze bylo zjištěno, že je větší výskyt deprese u pacientů trpících migrénou než u lidí, kteří migrénami netrpí (Amiri, 2019).

Hypotéza číslo 1

V této hypotéze bylo statisticky testováno, zda bude či nebude mezi ženami a muži významný rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF. Byla zde vložena všechna potřebná data do programu Excel a vytvořena pořadí dle získaných bodů. Z tohoto byly poté vytvořeny popisné statistiky, tabulky četností, histogramy a krabicový graf, dále byla otestována normalita dat a dle výsledku vytvořen Wilcoxonův test. Na základě tohoto testu byla H_A zamítnuta a přijata H_0 , kdy mezi muži a ženami není signifikantní rozdíl ve kvalitě života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

Dle průzkumu Globální zátěže nemocí z roku 2010 zveřejněným Světovou zdravotnickou organizací se zjistilo, že důsledky chronické migrény jsou stejné pro obě pohlaví. I když si většina populace myslí, že je migréna hlavně doména žen, není tomu tak. Muži stejně jako ženy ztrácejí některé společenské možnosti, potýkají se se sníženým zapojením v práci a také jejich nemoc ovlivňuje rodinný i partnerský život (Migréna není jen doménou žen, 2021).

Hypotéza číslo 2

Zde bylo zjišťováno, zda bude mít migréna silnější dopad na náladu žen či mužů dle dotazníku HIT-6. Byla zde také vložena všechna data do programu Excel, vytvořena pořadí dle toho, kdo kolik získal bodů. Dále byly vytvořeny tabulky s popisnými statistikami, tabulky četností, histogramy a krabicový graf. Poté byl postup stejný jako u první hypotézy. Byla otestována normalita dat a dle výsledku byl použit Wilcoxonův test. Dle výsledku tohoto testu byla H_A zamítnuta a přijata H_0 , že migréna nebude mít silnější dopad na náladu žen než mužů dle dotazníku HIT-6.

I když v České republice trpí třikrát častěji migrénami ženy než muži, tak dle výzkumu Globální zátěže nemocí z roku 2010 zveřejněným Světovou zdravotnickou organizací, bylo zjištěno, že migréna má stejný dopad na nálady i chování žen i mužů. Důvod, proč migrény postihují ženy častěji, je ten, že se problémy objevují kolikrát ve chvíli, kdy jsou přítomny hormonální změny během menstruace. Ovšem muži mívají tyto migrenozní záchvaty delší než ženy, a to klidně i 72 hodin v kuse (Migréna není jen doménou žen, 2021).

9 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce s názvem „Kvalita života pacientů s migrénami“ bylo shrnout aktuální publikované poznatky, které se týkají migrény a kvality života pacientů s touto nemocí. Jsou zde zahrnuty důležité informace o bolesti, která velice negativně ovlivňuje kvalitu života lidí, kteří jí trpí. Především kvalitu života ovlivňuje chronická bolest, v tomto případě chronická migréna, o kterou se v diplomové práci opíráme nejvíce. Dále jsou v práci shrnuty informace o kvalitě života a především o tom, jak migrény ovlivňují samotného pacienta a jeho nejbližší. V neposlední řadě je zde zmíněna ošetrovatelská péče o pacienta trpícího migrénami z pohledu všeobecné sestry.

Na začátku průzkumné části práce je popsáno, jak probíhal průzkum, kdo byl respondentem a jaké dotazníky byly použity. Také byly testovány dvě statistické hypotézy. V další kapitole byly analyzovány a interpretovány výsledky dotazníkového šetření z obou dotazníků pomocí přehledných tabulek. Výsledky hypotéz byly taktéž přehledně vloženy do tabulek a grafů. V diskuzi jsou poté porovnávány výsledky průzkumné části této práce i s výsledky jiných průzkumných šetření.

Cílem průzkumné části bylo pomocí tří průzkumných otázek zjistit jaký, vliv má migréna na kvalitu života pacientů. U první průzkumné otázky bylo zjištěno, že dotázaní respondenti hodnotí kvalitu svého života špatně, a to až ve 45 %. Dokonce 64 % dotázaných uvedlo, že mají migrenozní ataku velmi často a vždy si přejí, aby si mohli lehnout. Dotázaní respondenti nejsou spokojeni se svým zdravím a potřebují častou pomoc lékaře. Překvapivé je, že respondenti uvádějí, že se i při takové intenzitě bolesti mohou středně věnovat svým zálibám a že se dobře pohybují, i když tak moc trpí bolestí. Se spánkem nejsou dotázaní respondenti ani nespokojeni, ani spokojeni.

Druhá průzkumná otázka zjistila, zda dotázané respondenty onemocnění migrénou omezuje v každodenních a pracovních činnostech. Až 45 % dotázaných zodpovědělo, že je migréna v těchto činnostech omezuje velmi často, také se na tyto činnosti nemohou dostatečně soustředit, anebo jsou na ně příliš unavení a nemají dostatek energie. Jejich onemocnění je tedy velmi ovlivňuje jak v zaměstnání, tak v každodenním obyčejném životě.

Třetí průzkumná otázka pojednává o chování a náladách a jak je ovlivňuje migréna. Většina dotázaných, a to 41 % uvedlo, že se kvůli migréně cítí otrávení a podráždění. Respondenty jejich život vůbec netěší a cítí se často úzkostně a depresivně. Dotázaní respondenti nejsou spokojeni sami se sebou ani se svým sexuálním životem. Na druhou stranu překvapivým zjištěním je, že

jsou středně spokojeni se svými osobními vztahy a s podporou, kterou jim poskytují jejich přátelé. Někteří dokonce dokáží akceptovat i svůj tělesný vzhled.

V průzkumné části práce byly také testovány dvě statistické hypotézy. Po otestování první hypotézy bylo zjištěno, že není významný rozdíl mezi ženami a muži ve kvalitě života dle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. U druhé testované hypotézy bylo zjištěno, že migréna nebude mít větší dopad na náladu a chování žen než mužů dle dotazníku HIT-6.

Limity této diplomové práce jsou především v menším počtu respondentů. Doporučením pro praxi je fakt, že migréna velice negativně ovlivňuje kvalitu života ve všech směrech, ovlivňuje náladu i chování pacientů, rodiny pacientů a také počínání v práci či každodenních činnostech. Proto je důležité migrény nepodceňovat a věřit pacientům, kteří tímto onemocněním trpí, jelikož jim migréna velice jejich život znesnadňuje.

10 POUŽITÁ LITERATURA

ADAMCOVÁ, K., KNOTEK, P., RUDENSKÁ, J. Proaktivní zvládání a chronická bolest. Bolest. 2016, 19(1), 20-29. ISSN 1212-0634.

AMERICAN MIGRAINE FOUNDATION.2018 [cit. 18. 3. 2023] Dostupné z: <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/link-between-migraine-depression-anxiety/>

AMIRI S, Behnezhad S, Azad E. Migraine headache and depression in adults: a systematic Review and Meta-analysis. Neuropsychiatr 2019; doi: 10.1007/s40211-018-0299-5

BACKES, Michael. Konopná lékárna: praktický průvodce světem léčivé marihuany. Přeložil Jan KOZÁK. Olomouc: Fontána, [2016]. ISBN 978-80-7336-823-4.

BAYLISS M, Batenhorst A: The HIT-6™ A User's Guide. QualityMetric Incorporated, Lincoln, RI; 2002.

CEPHALGIA The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. 2018, 38(1): 1-211.

CSISKO, Matej. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. Sestra. 2013, 12. ISSN 1210-0404

CUSHMAN, Daniel a Lauren BOROWSKI. Gabapentin and Tricyclics in the Treatment of Post-Concussive Headache. The Journal of Head and Face Pain. University of Utah, Division of Physical Medicine & Rehabilitation, 2018, (59), 371-382. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/head.13451>

CZECH HEADACHE SOCIETY, 2020 [cit.18.3. 2023] Dostupné z: <http://www.czechhs.cz/laicka-verejnost/lecba-migreny/>

DAVIS, Ziff, ed. Migraine Again: Migraine Help and Hope [online]. Everyday Health company, 2022 [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.migraineagain.com/>

DIENER H CH, Charles A, Goadsby PJ, Holle D. New therapeutic approaches for the prevention and treatment of migraine. Lancet Neurol 2015; 14(10): 1010-1022

DOES SEX REALLY HELP RELIEVE MIGRAINE? 2018 [cit. 18. 3. 2023] Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/healthy-sex/does-sex-help-migraines#how-it-works>

DOČEKAL, Petr. SOCIOEKONOMICKÉ ASPEKTY MIGRÉNY. Interní medicína pro praxi. Neurologická klinika 1. LF UK Praha, 2014, 12-13.

DRAGOMIRECKÁ, E. & Bartoňová, J. (2006 b). Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, 10(3), 144-149.

FALLAH, Razieh a Mehran KARIMI. Topiramate and Propranolol for Prophylaxis of Migraine. 2013, 80, 920-924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0976-0>

FRICOVÁ, Jitka. Neopioidní analgetika. Časopis lékařů českých. Centrum pro léčbu bolesti, KARIM 1. LF UK a VFN v Praze, 2018, 157, 74-78.

GRINBERG, Amy a Elizabeth SENG, 2017. Headache-Specific Locus of Control and Migraine-Related Quality of Life: Understanding the Role of Anxiety. *International Journal of Behavioral Medicine* [online]. 24(1), 136-143 [cit. 2022-04-09]. DOI: 10.1007/s12529-016-9587-2. ISSN 10705503.

GRÜNERMELOVÁ, Markéta a Tomáš NEŽÁDAL. Terapeutická doporučení pro profylaktickou léčbu migrény a podávání anti CGRP monoklonálních protilátek. *Remedia*. 2020, 30, 54–59.

HAKL, Marek a Pavel ŠEVČÍK. Opioidní analgetika v léčbě chronické bolesti. *Remedia*. Kostelec nad Černými lesy, 2013.

HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5272-6. Srozumitelnou a podrobnou metodiku pro citování a tvorbu bibliografických citací dle normy ČSN ISO 690 (01 0197) lze nalézt na <http://www.citace.com/soubory/csniso690-interpretace.pdf>.

HARNOLD T, Lin CL, Kao CH. Survival outcome and mortality rate in patients with migraine: a population-based cohort study. *J Headache Pain* 2018; 19(1): 57.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, PAVLICOVÁ, Jindra. Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči. Galen 2013, ISBN 978-80-7492-063-9

HEBESTREIT, Julia a Arne MAY. The enigma of site of action of migraine preventives: no effect of metoprolol on trigeminal pain processing in patients and healthy controls. *The Journal of Headache and Pain*. 2017, 116(18). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0827-x>

HO, Tw., et al. Randomized controlled trial of the CGRP receptor antagonist telcagepant for migraine prevention. *Neurology* 2014; 83(11): 958-966.

HOFFMANN, Jan; CHARLES, Andrew. Glutamate and its receptors as therapeutic targets for migraine. *Neurotherapeutics*, 2018,15.2: 361-370.

HOLBOVÁ, Tereza. PharmaNews [online]. 2015 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/migrena-2/>

CHARLES, Andrew, 2017. Migraine. *New England Journal of Medicine* [online]. 377(6), 553-561 [cit. 2019-12-10]. DOI: 10.1056/NEJMcp1605502. ISSN 00284793. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1605502>.

CHEATLE, M., Opioid therapy in patients with chronic noncancer pain: diagnostic and clinical challenges. In: Clark MR, Treisman GJ (eds.): *Chronic pain and addiction*. Karger, Basel, 2011: 61-91

KÁNSKÁ, Petra. Migréna – příčiny, průběh a léčba. *EUC*. 2021, 24(7).

KHATRI, Minesh. Quality of Life Scale for Pain. In: *WebMD Medical Reference* [online]. America: WebMD, LLC., 2017, 30. 04. 2017 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/pain-management/guide/quality-of-life-scale-for-pain>

KISHNER, S. Pain Assessment. *Medscape* [online]. 2016 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/1948069-overview#showall>

KOTAS, MUDr Rudolf, et al. Migréna-od patofyziologie k monoklonálním protilátkám. *Neurologie pro praxi*, 2019, 20.4: 296-300.

KOTAS, MUDr Rudolf, et al. Nové perspektivy léčby migrény. *Neurologie pro praxi*, 2017,18.3: 179-185.

KOTAS, Rudolf, Jolana MARKOVÁ a David DOLEŽIL, 2019. Primární bolesti hlavy-část I. Klasifikace primárních bolestí hlavy a migréna. *Medical Tribune* [online]. Praha: Medical Tribune [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43811-primarni-bolesti-hlavy-cast-i-klasifikace-primarnich-bolesti-hlavy-a-migrena>.

KOTAS, Rudolf. *Bolesti hlavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. 312 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-443-2

KOZÁK J, LEJČKO J (eds.). Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. Bolest 2016, 19 (Suppl. 1).

KRESS HG, BALTOV A, a BASINSKI A. Acute pain: a multifaceted challenge-the role of nimesulide. *Curr Med Res Opin.* 2016, 32(1), 23-36.

KUCA, Bernice, et al. Lasmiditan is an effective acute treatment for migraine: a phase 3 randomized study. *Neurology*, 2018, 91.24: e2222-e2232.

LONDHEY, V., A. Pathophysiology of Pain. Journal of the association of physicians of india [online]. Mumbai, 2015, 63, 5-7 [cit. 2022-01-03]. ISSN 00045772. Dostupné z: http://www.japi.org/february_2015_special_issue_pain/01_pathophysiology_of_pain.pdf

MEDITORIAL. Průlomová - bolest.cz. 2022. ISSN 1804-1906

MIGRÉNA FORUM. Migréna Forum [online]. 2023 [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://www.migrenaforum.cz/info>

MIGRÉNA HELP. Migréna help [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.migrena-help.cz/l/unikatni-vyzkum-o-zivote-s-migrenou/>

MIGRÉNA NENÍ JEN DOMÉNOU ŽEN [online]. 2021 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.migrena-help.cz/l/migrena-neni-jen-domenou-zen/>

MLUVME O MIGRÉNĚ [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.omigrene.cz/preventivni-lecba-clanek>

MONOCLONAL ANTIBODIES TO CGRP OR ITS RECEPTOR FOR MIGRAINE [online]. In: 2019 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(19\)30277-6/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(19)30277-6/fulltext).

NEJEDLÁ, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.

NEŽÁDAL, Tomáš. Nesteroidní antirevmatika v léčbě akutní bolesti z pohledu neurologa. *Solen*, 2017, 14.3: 142-146.

NGAN, Nguyen Thi, 2020. Factors Influencing on Quality of Life: Model Selection by AIC. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* [online]. 24(2), 163-171 [cit. 2020-04-12]. ISSN 14757192. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true>.

NIEDERMAYEROVÁ, MUDr Ingrid. JAK EFEKTIVNĚ LÉČIT MIGRÉNU. Interní medicína pro praxi, 2008, 310-312.

NOSKOVÁ, Pavlína. Chronická bolest, diagnostika, terapie. Interní medicína pro praxi. KARIM VFN a 1. LF UK Praha, 2010, 12(4), 200-204.

NOVOTNÁ, Irena. Bolesti hlavy, migréna, léčba a profylaxe. Neurologie pro praxi. 1. neurologická klinika LF MU, FN u sv. Anny v Brně, Pekařská 53, 656 91 Brno, 2019, 20(4), 302–306.

NOVOTNÁ, Irena. Farmakoterapie bolestí hlavy, zejména migrény. Praktické lékařství.cz, 2013, 53-54

OPA VSKÝ, J. Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.

OPTIMÁLNÍ DÁVKOVÁNÍ PARACETAMOLU A MOŽNOSTI ZVÝŠENÍ JEHO ÚČINNOSTI. FARM AKO TERAPEUTICKÉ INFORMACE, Měsíčník pro lékaře a farmaceuty. 2015. ISSN 1211-0647.

PETEROVÁ, Věra. Migréna. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-841-4.

POCHOP, Lukáš. Léčba bolesti u onkologických pacientů se zaměřením na průlomovou bolest. Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno, 2015, 9(5), 239–241.

PRAŽSKÝ, Bohumil. Chronická migréna [online]. 2015 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualnimedicina/chronicka-migrena-477776>.

PROCHÁZKA, Jan. Jaké jsou současné možnosti ambulance bolesti a kdy tam posílat pacienty? Interní medicína pro praxi. Ústní nad Labem, 2016, (13(3), 106-111.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

RACKOVÁ, Sylva. Deprese a migréna: co mají společného? Neurologie pro praxi. Psychiatrická ambulance, Slovanská 69, 326 00 Plzeň, 2019, 20(3), 208-213.

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. Léčba bolesti v primární péči. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

RYZÍ, Michal. Farmakoterapie u primárních bolestí hlavy. Neurologie pro praxi. LF MU a FN Brno, 2019, (20(2)), 88-92.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Ošetřovatelství v neurologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. 2020 [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=&data%5Bcode%5D=&data%5Batc_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=ibuprofen&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braillyes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailno&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailldf&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. 2020 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=&data%5Bcode%5D=&data%5Batc_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=nimesulid&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braillyes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailno&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailldf&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20.

[SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. 2020 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=&data%5Bcode%5D=&data%5Batc_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=metamizol&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braillyes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailno&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=brailldf&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20.

ŠIMÍČEK, Martin. Oxfordská liga analgetik a terapie akutní bolesti z pohledu farmaceuta. Praktické lékárenství, 2014

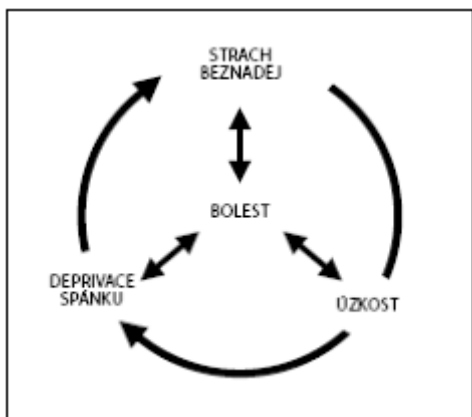
TOMÁŠOVÁ, Zdena, 2019. VITAL: Migréna je nejdražší neurologické onemocnění Evropy. [online]. Praha [cit.2022-01-03]. Dostupné z: <https://vitalplus.org/migrena-je-nejdrazi-neurologicke-onemocneni-evropy/>.

VAŇÁSEK, Jaroslav, ČERMÁKOVÁ, Kateřina, KOLÁŘOVÁ, Iveta. Bolest v ošetrovatelství. 1 vyd. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií, 2014. 49 s. ISBN 978 80-7395-796-8

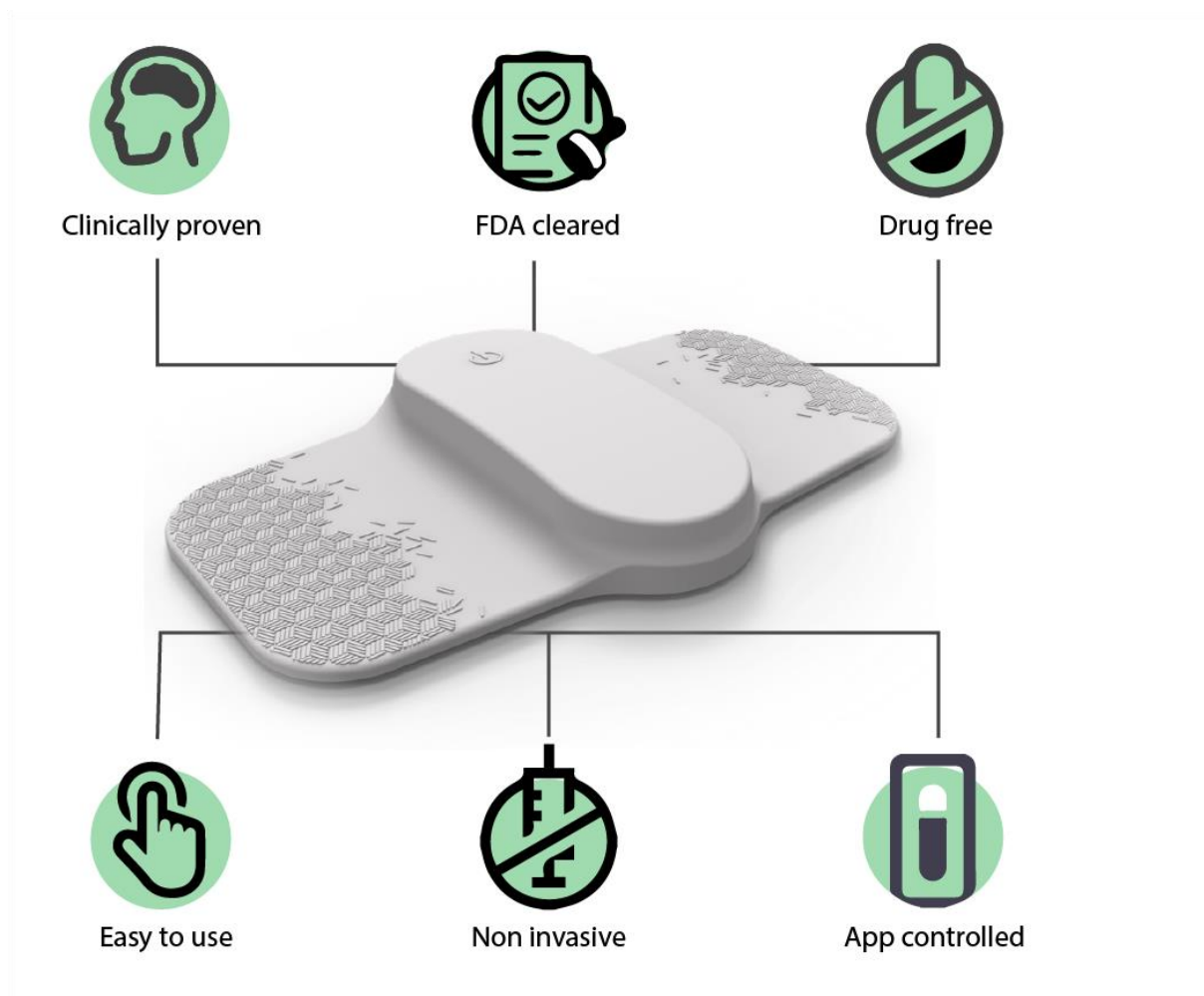
VEVEROVÁ, E., 2019. Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – obrázková příloha k teoretické části



Obrázek 1-circulus vitiosus (Rokyta, 2012)



Obrázek 2-náramek Nerivio (Davis, 2022)

DENÍK PRO ZÁZNAM BOLESTÍ HLAVY

LEDEN

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
typ bolesti																														
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
menstruace																														

ÚNOR

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
typ bolesti																												
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
menstruace																												

BŘEZEN

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
typ bolesti																														
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr		
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
menstruace																														

DUBEN

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
typ bolesti																													
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
menstruace																													

KVĚTEN

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
typ bolesti																														
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr		
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
menstruace																														

ČERVEN

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
typ bolesti																													
lék	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	Tr	
počet tablet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
menstruace																													

MAVOD K VYPLNĚNÍ:

TVP BOLESTI:

migréna bez aury

migréna s aurou

aura bez migrén. bolesti

tenzní bolest hlavy

LEKY:

su - sumatriptan,
B - Bufen apod.

Tramal 50mg
Darakina
Triptan
Topamax 200
25mg/150mg
ad 99.9.201
Ibuprofen 400

Součet dnů s bolestí hlavy: 18

Součet počtu užitých analgetik: 44

Součet dnů s bolestí hlavy: 16

Součet počtu užitých analgetik: 54

Součet dnů s bolestí hlavy: 18

Součet počtu užitých analgetik: 44

Topamax

Součet dnů s bolestí hlavy: 16

Součet počtu užitých analgetik: 58

Topamax

Součet dnů s bolestí hlavy: 14

Součet počtu užitých analgetik: 40

Součet dnů s bolestí hlavy:

Součet počtu užitých analgetik:

Obrázek 3-deník bolesti (vlastní obrázek)

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obrázek 4-dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2006)

Když máte bolesti hlavy, jak často jsou tyto bolesti silné?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Jak často omezují bolesti hlavy Vaši schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti, včetně práce v domácnosti, v zaměstnání, ve škole anebo ve společenské činnosti?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Když Vás bolí hlava, jak často si přejete, abyste si mohl/a lehnout?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Jak často v posledních 4 týdnech jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy příliš unavený/á na to, abyste pracoval/a anebo vykovával/a každodenní činnosti?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Jak často v průběhu posledních 4 týdnů jste se cítil/a kvůli bolestem hlavy otrávený/á nebo podrážděný/á?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Jak často v průběhu posledních 4 týdnů omezily bolesti hlavy Vaši schopnost soustředit se na práci anebo každodenní činnosti?

Nikdy Zřídka Někdy Velmi často Vždy

Sloupec 1 - za každou zaškrtnutou položku – 6bodů

Sloupec 2 - za každou zaškrtnutou položku – 8bodů

Sloupec 3 - za každou zaškrtnutou položku – 10bodů

Sloupec 4 - za každou zaškrtnutou položku – 11bodů

Sloupec 5 - za každou zaškrtnutou položku – 13bodů

Rozsah skóre je 36 – 78 bodů

Vyhodnocení:

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 – 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 – 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 hlavy ovlivňují Váš život.

Obrázek 5-dotazník HIT6 (Bayliss, 2002)