



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha sestry v rovině režimových opatření u
nemocného s migrénou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Veronika Papoušková

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úloha sestry v rovině režimových opatření u nemocného s migrénou.*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Veronika

Papoušková

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Jiřímu Kaasovi Ph.D., vedoucímu mé bakalářské práce za nesmírnou ochotu, trpělivost, velmi vstřícný přístup, odbornou pomoc a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem informantům, kteří byli ochotni poskytnout cenné informace do výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mě po celou dobu velmi podporovala.

Úloha sestry v rovině režimových opatření u nemocného s migrénou

Abstrakt

V předložené bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle. První cíl měl za úkol zmapovat potřeby nemocného s migrénou. Druhým cílem bylo popsat režimová opatření nemocného s migrénou. K cílům byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky, které zní následovně: Jak pacienti subjektivně popisují průběh migrenózních záchvatů? Jaké potřeby má nemocný s migrenózním záchvatem? Jaké faktory ovlivňují četnost a průběh migrenózních záchvatů? Nakolik jsou pacienti trpící migrenózními záchvaty informováni o režimových opatření souvisejících s migrénou?

Empirická část bakalářské práce byla vypracována pomocí metod kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl tvořen 28 otázkami, které jsou představeny v příloze 1. Zjištěné výsledky byly zpracovány pomocí otevřeného kódování, technikou tužka-papír. Výzkumný soubor tvořilo celkem 9 informantů, kteří trpí migrénou. Osoby museli být starší osmnácti let a jejich zkušenost s migrénami musela být minimálně pět let.

Výsledky výzkumné části jsou v bakalářské práci prezentovány prostřednictvím tří hlavních kategorií. První kategorie je zaměřena na subjektivní popis průběhu migrenózního záchvatu jednotlivých informantů. V této kategorii je uvedena četnost migrenózních záchvatů, popis období před atakou, samotný průběh záchvatu, a nakonec pozáchvatové období. Druhá kategorie se zabývá potřebami nemocných trpících migrénou. Zde je popsáno chování informantů v průběhu záchvatu, jak moc jsou informanti migrénou ovlivněni a jak informanti tlumí migrenózní bolest. Poslední kategorie je zaměřená na režimová opatření. V této kategorii nemocní s migrénou popisují spouštěče migrény, je zde uvedeno, jaká režimová opatření pacienti s migrénou dodržují, nakolik jsou informováni o migrenózních stavech a jaké informace jim o migréně scházejí.

Výsledky bakalářské práce mnohou využít zdravotníci k rozšíření informací o potřebách nemocných trpících migrénou. Zjištěné informace pak mohou využít všeobecné sestry ke zmapování režimových opatření u nemocného s migrénou. Získané informace mohou využít také pacienti trpící migrénou, kteří by se na základě práce dokázali lépe zorientovat v migrenózních stavech a v režimových opatřeních souvisejících s migrénou.

Klíčová slova

Bolest; Bolesti hlavy; Migréna; Režimová opatření; Sestra; Pacient

The role of the nurse in regime measures for a migraine sufferer

Abstract

In the presented bachelor thesis were set two main goals. The first one was to map needs of the sufferer with migraine. The second one was to describe regime measures of the sufferer with migraine. Four research questions were developed to address the objectives, which are as follows: How do patients subjectively describe the course of migraine attacks? What are the needs of a patient with migraine attack? What factors influence the frequency and course of migraine attacks? How much are patients with migraine attack informed about regime measures?

The Empirical part of bachelor thesis was developed by using qualitative research methods. To the process of collect data was used semi-structured interview technique. The interview consisted 28 questions, which are presented in Appendix 1. The findings were processed using open coding, pencil-and-paper technique. The research population consisted of a total of 9 informants who suffer from migraine. The subjects had to be over eighteen years of age and their experience of migraine had to be at least five years.

The results of the research part are presented in the bachelor thesis through three main categories. The first category focuses on the subjective description of the course of migraine attacks of individual informants. This category includes the frequency of migraine attacks, the description of the period before the attack, the course of the attack itself, and finally the post-attack period. The second category deals with the needs of migraine sufferers. Here is description of the informants' behaviour during the attack, how much the informants are affected by migraine, and how the informants manage migraines pain. The last category focuses on regime measures. In this category, migraine patients describe migraine triggers, the regime measures followed by migraine patients, how informed they are about migraine conditions, and what information they miss about migraine.

The results of the bachelor thesis will be used by health professionals to expand information about the needs of migraine sufferers. The information found can then be used by nurses to map out the regime measures of patients with migraine. The obtained information can also be used by migraine patients who would be able to better understand migraine-related conditions and regime measures based on the thesis.

Key words

Pain; Headcahes; Migraine; Regime measures; Nurse; Patient

Obsah

Obsah.....	8
Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Bolest	11
1.1.1 Definice bolesti.....	11
1.1.2 Klasifikace bolesti	12
1.2 Bolesti hlavy	15
1.2.1 Primární bolesti hlavy.....	16
1.3 Migréna.....	20
1.3.1 Definice	20
1.3.2 Etiopatogeneze	20
1.3.3 Klinický obraz	21
1.3.4 Diagnostika.....	23
1.3.5 Léčba	23
1.3.6 Ošetrovatelská péče	25
2 Cíle bakalářské práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2.3 Operacionalizace pojmů	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky výzkumného šetření	31
4.1 Struktura výzkumného souboru	31
4.2 Kategorizace získaných dat	31
5 Diskuze.....	55
6 Závěr	62
7 Zdroje	64
8 Seznam příloh.....	69

9	Seznam zkratek	71
---	----------------------	----

Úvod

Migréna je velmi nepříjemné onemocnění řadící se mezi primární bolesti hlavy. Vzhledem ke stálému nárůstu nově diagnostikovaných pacientů je migréna řazena na druhou příčku nejrozšířenějších neurologických poruch. Lidé trpící migrénou jsou jejím působením omezeni ve všech aspektech, migréna je ovlivňuje v profesním či školním životě, ovlivňuje jejich vztahy ať už s rodinou nebo s přáteli a ovlivňuje jejich volnočasové aktivity. Osoby, které migrénu nikdy nezažily, si dost často neuvědomují, co všechno musí diagnostikovaní migrenici snášet, s čím se musí potýkat a jak musí migréně přizpůsobovat svůj každodenní život.

Téma „Úloha sestry v rovině režimových opatření u pacienta s migrénou“ jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem sama diagnostikovaný migrenik a trpím jimi již od základní školy. Za dobu, co trpím migrénami jsem se setkala s velkým nepochopením od svého okolí a s nedostatkem informací ohledně svého stavu. Uvědomuji si, že migrenici jsou velmi často frustrovaní, neboť, nikdo neví, proč se migrény u některých osob vyskytují a proč u jiných ne. Další velkým problémem je, že migréna se řadí mezi nevyléčitelná onemocnění, z tohoto důvodu je však potřeba nemocným s migrénou poskytnout, co nejvíce informací, které jim pomohou zlepšit kvalitu jejich života. Nejvíce informací by měl poskytnout lékař, ale také sestra. Sestra je ve většině případech první osoba, se kterou pacient hovoří při návštěvě lékaře nebo při telefonním hovoru.

U nemocných trpících migrénou je velmi podstatné dodržování režimových opatření. Režimová opatření jsou nejlepší volbou, jak předcházet záchvatům a snížit tak jejich četnost. Někteří nemocní však nevědí, jaká režimová opatření dodržovat, někteří netuší, že režimová opatření existují a v čem spočívají. Režimová opatření se velmi často odvíjejí od jednotlivých spouštěčů migrenózního záchvatu a většinou spočívají v přizpůsobení jídelníčku či denního režimu.

1 Současný stav

1.1 Bolest

Vzhledem k tomu, že migréna je velmi bolestivá záležitost, je zapotřebí projít si důležitá a nezbytná fakta o bolesti jako takové.

Bolest je jedním z nejčastějších příznaků, se kterým se ve zdravotnictví setkáváme. Každý člověk na světě zažije bolestivost minimálně jednou za svůj život (Rokyta, 2017). Podle Gulášové (2008) je bolest jedním z nejčastějších příznaků, které přivádí pacienta do nemocničního zařízení.

1.1.1 Definice bolesti

Bolest je nepříjemný podnět nebo komplex vjemů. Na základě osobnostních funkcí je zařazen mezi vnímání a je citově zbarven. Je to velmi častý symptom, tudíž byl a stále je zkoumán různými vědními obory (Kučerová, 2019). Dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO) je bolest definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivním příznakem (Hakl, 2013).

„Bolest (lat. dolor) je varovným signálem poškození v organismu a platí, že ji nemocnému vždy věříme. Vnímání bolesti je vedeno dráhou bolesti tj. senzitivními nervy z místa poškození do mozku“ (Nejedlá, 2015, s.24).

Velmi zajímavé a můžeme říct výstižné pojetí bolesti vyjádřil ve své knize český chirurg Arnold Jirásek, který popsal bolest jiným způsobem *„Bolest kazí a ničí život lidský. Dosáhne-li určité síly a má-li delší trvání, bere člověku chuť k práci i radost ze života. Zabírá větší okruh jeho zájmů a obrací jeho zřetel k němu samému, k jeho bolesti. Vysiluje ho tělesně i duševně. Zesmutňuje ho, zamlžuje jeho jasný pohled do světa. Zúžuje jeho obzor. Odcizuje ho lidem vzdáleným, ale i blízkým. Nedá postiženému ani se vyspat ani najíst. Snižuje jeho tělesnou výkonnost i zdatnost, opotřebovává ho, mění a hubí jeho duševní schopnosti, ba i jeho mravní podstatu. A na konec - není-li mírněna nebo překonávána, udělá z člověka trosku, zahleděnou jen do své bolesti a ve světě i pro svět ztracenou. Ba vede ho k dobrovolné smrti, která je mu vítaným únikem z jeho utrpení“ (Jirásek, 1959).*

Další definice bolesti, která je více zaměřená na lidské tělo přichází od profesora Karla Paulíka v jeho knize. *„Bolest je nepříjemný zážitek, zpravidla doprovázející nebo*

upozorňující na možné poškození organismu v důsledku fyziologické poruchy nebo vnějších destruktivních vlivů. Přitom může jít o poškození reálné, očekávané i domnělé. O bolesti se hovoří v případě psychických útrap s víceméně neurčitou lokalizací nebo lokalizovaných prostřednictvím tělesných pocitů (pocit tísně na prsou, svírání žaludku, apod.)“ (Paulík, 2017, s.305).

1.1.2 Klasifikace bolesti

Bolest je individuální a složitý jev, který lze z různého hlediska klasifikovat či rozdělit dle odlišných kritérií. Nejpoužívanější rozdělení bolesti je klasifikace dle délky trvání, kdy lze bolest rozdělit na akutní a chronickou bolest (Karel et al., 2022).

Akutní bolest je ve většině případů velmi intenzivní a krátkodobá. Může trvat několik okamžiků, ale zároveň se její působení může prodloužit až na několik týdnů. Akutní bolest vyvolá u člověka určité fyziologické reakce jako je hypertenze, tachykardie nebo nadměrné pocení. Může spustit i psychologické reakce, kdy člověk zaujme úlevovou polohu, mimika v jeho tváři poukazuje na bolestivost (Kolektiv autorů, 2006). Akutní bolest často vzniká náhle a původce je velmi dobře identifikovatelný. Příkladem je bolest od zubu. Víme přesně, že se bolest ozývá z toho důvodu, že něco s našimi zuby je v nepořádku. Pokud nás bolí zlomená ruka, jsme si jistí, že bolest způsobuje zlomenina (Rokyta, 2017). Léčba akutní bolesti je pro organismus velmi důležitá. V okamžiku, kdy léčbě akutní bolesti nebude věnována dostatečná pozornost, nebo se jí pacient pokusí ignorovat, vzniká velké riziko, že se z bolesti akutní stane bolest chronická (Karel et al., 2022). Bolest akutní se dá velmi dobře léčit a ve chvíli, kdy jí lze pomocí léků či určitých výkonů vyřešit, odezní a nevrací se (Hakl et al., 2013). Rokyta (2018) uvádí opakující se akutní bolesti, které vznikají při kolikách, nejčastěji ledvinové a žlučové nebo střevní kolice. Jedná se o opakovaný návrat akutní bolesti, kdy se může zdát, že jde o bolest chronickou, ale není tomu tak. V takovém případě se dá uvažovat právě o bolestech hlavy při migréně. Bolest je záchvatovitá a opakující se. Při odstranění příčiny se bolest mírní a postupně mizí (Hakl et al., 2013).

Naproti tomu existuje bolest chronická, která je dle Rokyty (2018) považovaná za nejkomplicovanější případ algeziologie. Je důležité zmínit, že bolest chronická trvá v řádu měsíců, konkrétně déle než 3-6 měsíců v kuse. Akutní bolest lze považovat za příznak určitého poškození, onemocnění nebo zranění, ale chronická bolest je specifickým zdravotním problémem a je samostatným onemocněním (Karel et al., 2022). Mezi nejčastější poruchy doprovázené chronickou bolestí spadají vertebrogenní bolesti,

osteoartróza, myofasciální syndromy a také bolesti hlavy. Velikou zátěží pro nemocného s chronickou bolestí není pouze narušený fyzický stav, ale také psychické utrpení. Pacienti s dlouhodobou bolestí často upadají do depresivních stavů, mají temné myšlenky a ztrácí potřebu dále žít. Chronickou bolest lze dále rozdělit na chronickou nádorovou bolest a chronickou nenádorovou bolest (Kolektiv autorů, 2006).

Chronická nádorová bolest je zkušenost onkologicky nemocných pacientů. Cílem léčby je odstranění všech nádorových buněk a poté také přerušení bolestivých drah. Tímto způsobem je odstraněna bolest a na ní navazující komplikace (Hakl et al., 2013).

Dle Hakla (2013) je další možná klasifikace bolesti podle její patofyziologie. Rokyta (2009) zdůrazňuje především bolest nociceptivní a neuropatickou. Hakl (2013) k nim přidává bolest dysautonomní, bolest psychogenní a smíšenou bolest.

Bolest nociceptivní vzniká na nociceptorech nebo také na nocisenzorech. Nocisenzory lze rozdělit do tří druhů. Prvním druhem nocisenzorů jsou vysokoprahové mechanoreceptory. Jedná se o stejné mechanoreceptory, které se vyskytují při nízkoprahovém nastavení. Vnímají podněty, které jsou nám určitým způsobem příjemné, příkladem může být pohlazení. Ve chvíli, kdy podnět zesílí, člověk se zraní nebo se pořeže, stávají se z nich mechanoreceptory vysokoprahové (Rokyta, 2017). Podle lokace receptorů lze bolest dělit na bolest viscerální a somatickou (Hakl, 2013). Jako další bolest z této klasifikace lze zmínit bolest somatickou. Jedná se o bolest, která je poměrně dobře lokalizovatelná do místa vzniku a má jasný charakter. Somatická bolest je dále rozdělená na bolest povrchní a hlubokou. Další je bolest viscerální nebo také orgánová, což je bolest, jejíž příčina je vyvolána drážděním vnitřních orgánů. Je charakteristická také tím, že bolestivé místo nemusí vždy souhlasit s polohou orgánu, ze kterého vychází (Karel et al., 2013).

Další bolestí z této klasifikace je bolest neuropatická. Vzniká v případě narušení funkce nervového systému. Lze ji rozdělit na dvě skupiny. První z nich je periferní neuropatická bolest, u které lze jednostranně lokalizovat neuropatie a systémové polyneuropatie. Do této skupiny spadají kraniální neuralgie, postherpetické neuralgie, plexopatie a další. Druhá skupina je tvořena centrální neurogenní bolestí a spadají sem stavy po cévní mozkové příhodě (dále CMP), míšní léze a syringomyelie (Hakl, 2013).

Jako další lze uvést bolest dysautonomní, což je druh bolesti, při které hraje velikou roli, ohledně intenzity bolesti, autonomní vegetativní systém, především sympatikus (Doležal, 2008). Typickým příkladem této bolesti je, jak podle Hakla (2013) tak i dle

Doležala (2008), komplexní regionální bolestivý syndrom (dále KRBS I.), v minulosti označován jako algodystrofie nebo také Sudeckův syndrom. KRBS I označuje různé druhy bolestivých stavů, které vznikají především jako následek úrazů či chirurgických zákroků. Terapie KRBS I je složitý a zdoluhavý proces, nutno dodat, že ne vždy je úspěšný (Hakl, 2013).

Dalším druhem bolesti je bolest psychogenní. Tento druh bolesti je vyhrazen pro bolesti, které vznikají na podkladě psychiatrického onemocnění. Nejzávažnější z nich bývají bolesti u schizofrenních pacientů (Rokyta, 2017). Hakl (2013) staví do popředí depresivní poruchy a některé neurózy, kdy si pacienti trpící psychiatrickým onemocněním stěžují především na bolesti břicha či zad.

Posledním typem bolesti je smíšená bolest. Jedná se o stav, při kterém pacienti pociťují dva či více předchozích druhů bolesti najednou (Doležal, 2008). Hakl (2013) uvádí, že nejčastějším případem smíšené bolesti je FBSS (failed back surgery syndrome), tedy bolesti po operaci bederní páteře. Pacient s tímto problémem trpí nociceptivní složkou bolesti a zároveň se objevuje neuropatická složka (Hakl, 2013).

Dále pokračujeme klasifikací bolesti dle příčiny. Jako první lze v této klasifikaci uvést bolest Ischemickou. Tato bolest vzniká z nedokrvení daného orgánu v důsledku nedostatečného zásobení kyslíkem a nahromaděním kyseliny mléčné. Další bolest v této klasifikaci je bolest kolikovitá. Je vyvolaná stahy hladké svaloviny ve stěnách útrobních orgánů. Další velmi známá je bolest zánětlivá, která je zapříčiněná jakýmkoli zánětem projevujícím se typickými zánětlivými příznaky, mezi které lze zařadit bolest, zahřátí zánětlivého ložiska, zarudnutí, jak postiženého místa, tak okolí, otok a narušení funkce postiženého místa. Dále je příčina úrazová způsobená problémem z vnějšího prostředí, který způsobil poškození tkání. Nepříjemná bolest je bolest nádorová. Je vyvolaná tlakem, který působí nádor na okolní tkáň nebo je vyvolaná vzdálenými metastázemi. Poslední velmi zajímavá bolest je tzv. fantomová bolest. Pacienti udávají bolest již amputované končetiny (Nejedlá, 2015).

Jako další klasifikaci lze uvést klasifikaci dle charakteru či kvality bolesti. Tato klasifikace je pro sestry velmi náročná oblast vzhledem ke složitému posuzování. Velmi záleží na komunikační dovednosti pacienta. Je možné, že tato dovednost bude ovlivněna jeho zdravotním stavem, komunikační schopnosti mohou být ze zdravotních důvodů zablokované. Velmi často se stává, že pacient neumí nebo nedokáže kvalitu své bolesti

přesně popsat. Z těchto důvodu by sestra měla zaznamenat přesná slova pacientů popisujících kvalitu bolesti (Gulášová, 2008)

Karel (2022) uvádí několik charakterů bolestí, mezi které lze zařadit bolest pálivou, tlakovou, svíravou, píchavou, neurčitou, plošnou, bodavou a pásovitou. Gulášová (2008) k nim dále přidává bolest dráždivou, hlodavou, ostrou, tupou, křečovitou, palčivou, popáleninovou, záchvatovitou, přerušovanou, pulzující, stálou, úpornou a další. Některé charaktery bolestí jsou si velmi podobné a pacienti je popisují při stejných diagnózách. Například bolesti pálivá, tlaková a svíravá jsou často popisovány u stenokardií či jiných kardiologických onemocnění (Karel et al., 2022). Další bolestí, která má velmi charakteristické rysy je bolest neuropatická. Mezi tyto projevy spadá také charakter bolesti, který je popisován pálivou, bodavou a šlehavou bolestí. U náhlých příhod břišních byla nejčastěji zaznamenána bolest ostrá či kolikovitá. Velmi dobře je definovaný charakter bolesti migrenózních stavů, kdy bolest bývá tupá, pulzující a tlaková (Rokyta. 2018).

Poslední klasifikací, kterou v práci uvedeme je klasifikace bolesti dle intenzity. Otázku „Jak moc to bolí?“ slyšel každý pacient, kterého bolest dovedla do nemocničního zařízení. Je to velmi důležitá otázka, především kvůli možné terapii bolesti. Existuje několik stupnic určených k měření bolesti, ale žádná nemůže být zcela přesná a objektivní, protože bolest je vždy subjektivní příznak a každý člověk vnímá a snáší bolest individuálně (Gulášová, 2008). Gulášová (2008) udává pětistupňovou škálu bolesti. Do prvního stupně spadá bolest, která neovlivňuje orgánové funkce. Druhý stupeň bolesti je bolest vnímaná a pro pacienta obtěžující. Určitým způsobem ovlivňuje funkce jeho těla. Do třetího stupně lze zařadit bolest silnou a stresující. Taková bolest již ohrožuje aktivity nutné k životu. Za čtvrtý stupeň je považována bolest, která je pro člověka silná a nesnesitelná. Do pátého stupně lze zařadit tzv. ničující bolest, kdy pacient není schopen vnímat nic jiného než bolest (Karel et al., 2022).

1.2 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou doprovodným příznakem řady onemocnění a patofyziologických stavů. Vždy je potřeba je rozlišit v rámci diferenciální diagnostiky (Seidl, 2015). Rokyta (2018) uvádí, že bolestmi hlavy trpí přibližně 35 % dospělých pacientů, přičemž se setkáme spíše s chronickými bolestmi hlavy. Seidl (2015) tvrdí, že bolesti hlavy jsou druhým nejčastějším důvodem návštěvy lékaře. Bolest hlavy lze považovat za symptom, který značí podráždění vnímavých struktur v oblasti hlavy. Mezi tyto struktury lze zařadit

veškeré tkáně uložené extrakraniálně a některé intrakraniální struktury jako jsou například venózní splavy, tepny na bázi mozku a zevní vrstva mozkomíšní pleny (Tyrliková, 2003). Bolesti hlavy mají nejrůznější příčiny, mezi které lze zařadit i určité lékové skupiny jako jsou například kortikosteroidy, svalová relaxancia, nitráty, diuretika, antirevmatika a další (Berlit, 2007). Podle klasifikace International Headache Society (dále IHS) z roku 2003 lze tyto bolesti rozdělit na primární a sekundární (Hakl et al., 2013). Kotas (2015) uvádí, že z hlediska výskytu se velmi často vyskytují benigní primární bolesti hlavy a v pozdějším věku narůstá výskyt sekundárních bolestí hlavy.

Sekundární bolesti hlavy vznikají jako přidružený příznak původního onemocnění. Existují alarmující příznaky, které doprovází bolest hlavy, mezi ně lze zařadit náhlé poruchy vědomí, nevolnost a zvracení, poruchy citlivosti, ochrnutí, poruchy zraku a poruchy řeči. Pokud se objeví tyto příznaky, pacient by měl ihned reagovat a vyhledat lékařskou pomoc (Rokyta, 2017). Bolest hlavy se typicky objevuje po úrazech hlavy a krku, tedy poúrazové bolesti hlavy. Mezi nejčastější příčiny poranění hlavy či krku patří především dopravní autonehody, které tvoří zhruba 45 % poranění hlavy a jsou mnohem častější u mladých lidí. 30 % poranění hlavy tvoří pády, které se vyskytují u lidí ve vyšším věku. Mezi další příčiny, které jsou již méně časté lze zařadit profesionální úraz, rekreační úraz a napadení (Kotas, 2015). Mezi sekundární bolesti hlavy lze zařadit orofaciální bolest hlavy, jejímž původcem je narušení zubního aparátu. Bolest může způsobit zubní kaz, který nebyl ošetřen, pulpitida neboli zánět zubní dřeně nebo také zánět ozubice. V akutní fázi je bolest tepavá až bušivá a vyzařuje z maxily do spánku a ucha. U tohoto druhu bolesti je důležitá prevence a včasná návštěva stomatologa (Rokyta, 2017).

1.2.1 Primární bolesti hlavy

Primární bolesti hlavy jsou druhem bolestí, které nemocného životně neohrožují. Výrazně snižují celkovou kvalitu života a negativně ovlivňují jak rodinný a společenský život, tak také pracovní podmínky (Waberžinek, 2000). Kotas (2015) uvádí, že primární bolesti hlavy nejsou projevem jiného onemocnění.

Nejčastějším druhem primárních bolestí hlavy je tenzní bolest hlavy, která se u žen vyskytuje až v 88 % a u mužů kolem 69 % (Hakl et al., 2013). Příčina vzniku těchto bolestí není zcela známá. Dle dostupných informací jsou za zdroj bolesti považovány nociceptivní impulzy, které pocházejí z perikraniálních a šíjových myofasciálních tkání (Kotas, 2015). Tenzní bolesti hlavy jsou častým projevem stresu a dlouhodobé únavy.

Velmi často bývají spojeny s patologickými náladami, mezi které lze zařadit úzkosti, deprese, hněv a podobné (Rokyta, 2017). De Tommaso (2016) upozorňuje, že velmi důležitou roli ohledně tenzních bolestí hlavy mají přidružené svalové hyperalgie. Seidl (2015) uvádí, že při palpaci se bolest u tenzních bolestí hlavy zhoršuje. Tenzní typ bolestí hlavy (tension typ headache – TTH) má specifické projevy, mezi které lze zařadit především oboustrannou, tlakovou či svíravou bolest mírné nebo střední intenzity (Kotas, 2015). Dle Seidla (2015) intenzita bolesti narůstá během dne, ale i přesto je bolest menšího rázu než bolest při migréně. Wilkinson (2001) uvádí, že bolest může být i pulzující. Toto tvrzení však vyvrací Seidl (2015), který tvrdí, že při tenzních bolestech je bolest hlavy difuzní, ale nepulzuje. Tenzní bolesti hlavy lze rozdělit do dvou skupin. Za prvé je to epizodická forma a druhou skupinu tvoří chronické tenzní bolesti. Epizodická forma je popsána jako opakující se epizody bolesti hlavy, které trvají hodiny až dny, konkrétně 30 minut až sedm dní (Kotas, 2015). Waberžinek (2000) uvádí specifické požadavky, které musí bolesti hlavy splňovat, aby byly považovány za epizodické tenzní bolesti. Pacient musí prodělat přibližně deset epizod bolestí hlavy, které mají jasně daný charakter, tedy tlaková nepulzující bolest lehké až střední intenzity oboustranné lokalizace. Tyto bolesti nenabírají na intenzitě při běžných fyzických aktivitách. Dále se nesmí objevit nauzea či zvracení, ale může být přítomná fotofobie (světloplachost) či fonofobie (přecitlivělost na zvuky) (Waberžinek, 2000). Kotas (2015) dělí epizodické formy tenzních bolestí na méně časté, při kterých je četnost bolestí hlavy nižší než jeden den za měsíc, což znamená, že nepřekročí hranici dvanáct dní v roce, a poté na častou epizodickou formu, kdy se bolesti hlavy objevují jedenkrát či více dní za měsíc, ale nepřesáhnou více jak čtrnáct dní za měsíc, tedy méně než 180 dní za jeden rok. U chronických tenzních bolestí se bolesti hlavy objevují patnáct nebo více dní v měsíci. Mohou trvat hodiny nebo jsou nepřetržité. Postihují přibližně 4 % celkové populace, přičemž jsou častěji postiženy ženy. Ženy tvoří kolem 65 % pacientů s chronickou formou (Ghadiri-Sani, 2016).

Léčba tenzní bolesti hlavy je obtížná. Terapii lze rozdělit na akutní a profylaktickou. Akutní terapie zahrnuje léčbu atak bolestí hlavy při epizodické formě. Léky užívané v léčbě tenzních bolestí jsou především jednoduchá analgetika či nesteroidní antirevmatika, mezi které se řadí Aspirin, Ibuprofen, Diklofenak a další. Tyto dvě lékové skupiny mají vyšší účinnost v kombinaci s kofeinem, ale naproti tomu je zde možnost rizika bolestí hlavy z nadměrného užívání léčiv (Kotas, 2015). Hakl (2013) uvádí, že ze stejného důvodu není doporučována léčba pomocí opiátů. Dlouhodobá terapie

nadměrným užíváním analgetik u tenzních bolestí může vést k tzv. transformované migréně (Seidl, 2015). Hakl (2013) uvádí další možnosti medikamentózní léčby, mezi které patří anxiolytika, lokální obstrukce v místě bolesti a také myorelaxancia, která se dříve používala ve většině případů tenzních bolestí, ale později začala být považována za méně účinná. Profylaktická léčba je soubor opatření prováděných jako ochrana před určitým onemocněním. Profylaktická léčba je podávána pacientům, kteří trpí chronickou formou, ale není vyloučeno její podání u některých nemocných s velmi častou epizodickou formou (Kotas, 2015). Nejčastěji podávaným lékem profylaktické léčby je Amytriptylin. Kvůli velmi častým vedlejším účinkům tohoto léku jsou používány léky z nové generace antidepresiv jako jsou Venlafaxin a Mirtrazapin (Hakl et al., 2013). Kromě farmakologické léčby existuje také léčba nefarmakologická, ve které dobře účinkuje EMG biofeedback. Jednou z metod nefarmakologické léčby je také fyzikální terapie jako jsou masáže, spinální manipulace a různé cvičební programy. Kotas (2015) tvrdí, že většina metod fyzikální terapie nebyla dostatečně posouzena. Cumplido-Trasmonte (2021) přichází se studií, která přináší pozitivní výsledky fyzikální terapie, která podle získaných výsledků zlepšuje kvalitu života nemocných trpících tenzními bolestmi hlavy.

Cluster headache (dále CH) je druh primárních bolestí hlavy, která je ve většině případů popisována jako jeden z nejbolestivějších stavů, které může člověk prožít (Cheema, 2021). CH je nejznámějším typem trigeminových autonomních bolestí hlavy. CH je poměrně vzácná, kdy se vyskytuje přibližně u 0.1 % celkové populace (Kandel a Mandiga, 2022). Za rok se neurologové či neurogenní centra mohou setkat přibližně se 4 -11 případy CH. Spousta pacientů trpících CH je diagnostikována mnohem později a obvykle před neurologickým vyšetřením navštíví praktického lékaře, stomatologa a lékaře z otolaryngologie (Wei, 2019). Hakl (2013) uvádí, že jsou častěji postiženi mladší muži. CH je popsána jako ataka kruté bolesti vyskytující se výhradně na jedné straně (unilaterálně) hlavy objevující se orbitálně či temporálně, ale může se vyskytnout i na jiné části hlavy (Kotas, 2015). Jedna ataka může trvat v rozmezí 15-180 minut, přičemž se může opakovat až osmkrát během jednoho dne (Hakl et al., 2013). Kotas (2015) uvádí, že jedna ataka trvá obvykle 45-90 minut. Bolest se objevuje náhle, častěji začíná v noci a není přítomná aura. Bolest je palčivá a často až nesnesitelná, nachází se především v okolí oka, které je zarudlé, slzí a mohou být oteklá víčka (Seidl, 2015). Podle Kotase (2015) se u CH mohou objevit podobné příznaky, které se vyskytují u migrenózních bolestí. Mezi tyto příznaky patří nauzea a zvracení, fotofobie a fonofobie, ale také se může vyskytnout

aura, která je u CH většinou zrková. Waberžinek (2000) poukazuje na chování nemocného během CH, kdy nemocný je neklidný, nedokáže být v klidu a chodí po místnosti, drží se za hlavu, kde pociťuje bolest a někdy mohou postižení i volat o pomoc nebo hlasitě naříkat. CH lze rozdělit na chronickou CH, což činí přibližně 15 % ze všech nemocných a dále na epizodickou CH, která se vyskytuje u zbylých 85 % pacientů. Epizodická CH je charakterizována záchvaty, které trvají týdny až měsíce a mezi nimi je období remise trvající měsíce až roky (Brandt, 2020). Délka jedné cluster periody se dle Kotase (2015) pohybuje mezi 2 až 12 týdny, přičemž pacienti mívají jedno či dvě cluster období za rok. U chronické formy CH se ataky objevují bez remise nebo s remisemi, které trvají méně než tři měsíce za jeden rok (Brandt, 2020). Chronicita se buď vyvine z první formy CH nebo se objevuje jako ne příliš častá primární chronická forma CH bez remisí od začátku. Sekundární CH se objevuje v kontextu s vaskulárními lézemi, tumory a demyelinizačním onemocněním (Kotas, 2015).

Léčba u CH je opět buďto akutní, anebo profylaktická. U ojedinělých případů je zapotřebí chirurgická prospěšná léčba (Waberžinek, 2000). Rokyta (2009) udává, že lze použít stejné léky, které se užívají při migrenózních záchvatech. Velmi účinnými léky, které mohou pacienti s CH užít jsou všeobecně triptany, které se skutečně využívají i v léčbě migrenózních stavů. U CH se aplikuje především podkožní forma léku Sumatriptan v dávce 6 mg. Tento lék se užívá k potlačení ataky CH, která již začala. U 75 % pacientů nastává úleva od bolesti během patnácti minut (Brandt, 2020). Aplikace sumatriptanu je velmi omezená. Během 24 hodin lze aplikovat pouze dvě dávky. Tento lék nemá funkci profylaktické léčby a používá se opravdu jen jako první pomoc při záchvatu (Kotas, 2015). Mezi další léčebné postupy lze zařadit oxygenoterapii, při které pacient inhaluje 100% kyslík v dávce 7-10 l za minutu. Léčba kyslíkem je účinná přibližně u 70-80 % nemocných trpících CH (Hakl et al., 2013). Velmi diskutovaná je rychlost aplikace kyslíku. Ukazují se dobré výsledky při inhalaci obličejovou maskou při rychlosti 12 l/min po dobu 15 minut. Při výzkumu byli zdokumentováni tři pacienti, kteří neměli reakci na klasickou terapii kyslíkem, ale ve chvíli, kdy se navýšila rychlost toku kyslíku na 15 l/min. nastala úplná úleva od bolesti (Kotas, 2015).

1.3 Migréna

1.3.1 Definice

Migréna je hojně se vyskytující onemocnění, které představuje výrazný zdravotní a socio-ekonomický problém z důvodu výrazného zhoršení kvality života nemocného s migrénou (Kotas, 2015). Podle WHO lze migrénu uvést jako šesté nejčastější handicapující onemocnění a třetí nejčastěji invalidizující diagnózu hned po CMP a po demenci. V České republice se prevalence pohybuje okolo 12 %. České pojišťovny poskytly údaje, podle kterých lze říci, že v ČR trpí migrénami zhruba 23 000 lidí, u kterých selhaly minimálně dva různé typy profylaktické léčby (Migal'ová, 2022). Migréna je nejčastějším druhem primárních bolestí hlavy. Je charakteristická pro své opakující se záchvaty s přesnými rysy. U žen se migrény vyskytují mnohem častěji než u mužů. V ženské dospělé populaci se výskyt migrén pohybuje v rozsahu 18-33 % a u mužské populace je to 7-10 % (Peterová, 2013). První záchvaty se obvykle vyskytují u mladých dospělých okolo 20. roku života a postupně se s věkem mírní. V některých případech bývá přidružen jiný druh bolestí hlavy, například tenzní bolesti hlavy či cervikokraniální syndrom (Seidl, 2015).

1.3.2 Etiopatogeneze

Migrenózní záchvaty jsou vyvolány určitými spouštěči. U velké části nemocných trpících migrénami jsou provokační faktory velmi důležité. Je potřeba zdůraznit, že existuje spousta provokačních faktorů a u každého je proces spouštěčů velmi individuální. Poté je zde skupina migreniků, kteří nemají provokační faktory a jejich záchvaty vyvolává určitý vnitřní rytmus (Kotas, 2015). Mezi nejčastější provokační faktory lze zařadit stres, změnu hormonální rovnováhy během menstruace a také podněty, které působí na naše smysly jako například silné vůně, světelné efekty a silný hluk (Peterová, 2013). Dle Kotase (2015) lze dělit provokační faktory na potravinové a nepotravinové.

Bylo zjištěno, že určité potraviny vyvolávají u pacientů migrenózní záchvaty mnohem častěji než jiné. Mezi tyto potraviny lze zařadit čokoládu, mléko a mléčné výrobky, kofein a alkohol. Tyto potraviny byly prohlášeny za běžné spouštěče migrenózních stavů (Hindiyeh, 2020). Mezi potravinové faktory, které se podílejí na vzniku atak, lze zařadit tyramin, glutaman sodný a dusitan sodný. Mezi potraviny, které obsahují tyramin spadají zralé nebo zrající sýry, salámy a uzeniny. Glutaman sodný je

hlavní přísadou v dochucovadlech, především v asijské kuchyni či jiných fast foodech, ale také smažených chipsech, které jsou ve společnosti velmi populární. Dusitan sodný se vyskytuje jako konzervační přísada při přípravě masa a ryb (Kotas, 2015). V jedné ze studií, které se účastnilo 200 migreniků bylo prokázáno, že 64 %, tedy 128 z nich uvádí jako spouštěč potravin. Byly to především alkohol, přičemž převažovalo červené víno a čokoláda (Kesserwani, 2021).

Nejznámějším nepotravinovým spouštěčem je stres. Většinou se migrenózní záchvat objeví v den, kdy má člověk vysokou míru stresu. Někteří jedinci mívají ataky až po relaxaci ze stresující události například den po ukončení zkoušky (Kotas, 2015). Dalšími ne příliš častými spouštěči migrény mohou být přílišná vlhkost vzduchu, veliké nadmořské výšky či dlouhé čtení (Peterová, 2013). Seidl (2015) uvádí, že v 70 % případů byl prokázán rodinný výskyt. Dalším důležitým faktorem, který spouští migrény jsou hormony. 60 % menstrujících žen trpících migrénami udává určité spojení mezi migrénou a začátkem menstruace. Jedním z neovlivnitelných faktorů, který často migrenici udávají je náhlá změna počasí. Záchvaty se u pacientů objevují při bouřkách, rychlém poklesu tlaku v atmosféře, anebo také při suchém horkém větru. (Kotas, 2015).

1.3.3 *Klinický obraz*

Migréna se vyskytuje v podobě atak, které se dělí na čtyři fáze. Jednotliví pacienti mohou zažít pouze některé z nich (Kotas, 2015). První fází je fáze prodromální. V této fázi se objevují prodromy neboli příznaky, které se vyskytují u nemocného několik hodin až jeden den před záchvatem. Jedná se o příznaky jako je únava, podrážděnost, náhlé změny nálad, nadměrné zívání, touha po jídle. Problémem zde je, že tyto příznaky jsou pro lidi rutinní a mohou se vyskytovat, aniž by předcházely atace. Z tohoto důvodu pacienti nemusí poznat, že se jedná o prodromální fázi (Burstein, 2015). Ke vzniku těchto varovných příznaků mohou napomáhat neurotransmitery dopamin a serotonin, což dokazují experimentální modely a účinnost migrenózní terapie. Na základě určitých vlastností lze prodromy dělit na prodromy s vývojem a prodromy bez vývoje. Varovné příznaky bez vývoje předcházejí atace o 8-48 hodin přibližně u 88 % migreniků. Mají stálou, a ne příliš silnou intenzitu a předpokládá se, že jsou způsobené dopaminem. Prodromy s vývojem se vyskytují minuty až hodiny před atakou. Jejich intenzita je silná podle času jejich nástupu před záchvatem a zde existuje pravidlo, že čím dříve se objeví, tím silnější jsou (Peterová, 2013).

Druhou fází ataky je aura. Dle klasifikace IHS lze dělit migrény do dvou skupin. První skupinou jsou migrény bez aury, které jsou mnohem častější a objevují se zhruba u 75 % migreniků. Druhá je migréna s aurou, kterou trpí 25 % postižených (Novotná, 2019). Aura je řazena mezi příznaky doprovázející migrenózní záchvat. Většinou samotnému záchvatu předchází, ale existuje možnost, že bude pokračovat i ve fázi bolesti hlavy. V ojedinělých případech může pokračovat i po skončení záchvatu, kdy se pacient dostane do stavu zvaného prolongovaná aura (Kotas, 2015). Nejčastější aura, kterou nemocní popisují je aura vizuální. Lidé, kteří auru prožili, popsali, že viděli například slepé skvrny kolem sebe nebo také černé tečky. Mimo tyto dva popisy se objevily i další, jako třeba to, že předměty jsou blíže nebo dále, než ve skutečnosti jsou, šikmé vidění a také deformované obrazy (Viana, 2019). Mimo auru vizuální existují také aury senzitivní a řečové. Senzitivní aura je častá, přičemž nemocný pociťuje brnění či mravenčení na ruce, které postupně stoupá k rameni. Aura řečová není tak častá jako aura vizuální a senzitivní. Postižený může mít poruchu řeči, tedy fatickou poruchu, kdy se nejčastěji jedná o poruchu expresivní (Kotas, 2015).

Další fází je samotná bolest hlavy. Jeden migrenózní záchvat trvá přibližně čtyři hodiny. Pro migrénu je typická bolest hlavy, která je jednostranná, pulzující a postupně se zvyšuje intenzita bolesti (Vallesi, 2020). Migrenózní bolest se po fyzické aktivitě nebo určitou změnou polohy zhoršuje. Z tohoto důvodu se migrenici neradi pohybují a dají přednost poloze v leže v klidu bez výraznějších pohybů. Migrenózní bolest hlavy dosahuje svého vyvrcholení přibližně po třech až čtyřech hodinách od začátku záchvatu, i přesto se může stát, že se objeví náhlý počátek bolesti hlavy a vyvrcholí již za několik sekund (Kotas, 2015). Migréna má další doprovodné příznaky, mezi které lze zařadit nauzeu, tedy nevolnost, kterou zažívá až 90 % postižených. Nevolnost se může u pacientů objevit již hodinu před začátkem bolesti hlavy. Dalším doprovodným příznakem je zvracení, kdy 75 % migreniků při aktivním záchvatu zvrací. Velmi častým doprovodným příznakem u migrenózního záchvatu je tzv. fotofobie. Pacienti s migrénou jsou velmi citliví na světlo a při vystavení se světlu mohou pociťovat zhoršení bolesti. Tento příznak se objevuje až u 80 % migreniků (Peterová, 2013).

Poté co ustane bolest hlavy nastává poslední fáze, tedy pozáchvatové či postdromální období. V této fázi záleží na intenzitě ataky, kterou nemocný prožil. Platí, že čím vyšší intenzita bolesti, tím delší trvání příznaků v pozáchvatovém období. Přetrvávají příznaky jako je precitlivělost na hluk a potíže se soustředěním. Objevují se také příznaky jako je únava, vyčerpání, netečnost. Pacienti o tomto období hovoří jako o

migrenózní kocovině (Aguilar-shea, 2022). Zhruba u 55 % migreniků trvá pozáchvatové období šest hodin, než dojde k úpravě zdraví do normy. 7 % migreniků zažívá tuto fázi déle jak 24 hodin (Peterová, 2013).

Existuje několik komplikací, přičemž mezi ty nejzávažnější lze zařadit stav, kdy migréna přetrvává déle jak 72 hodin, tedy status migrenosus. Pacient pociťuje středně silnou až silnou bolest, často zvrací a obvykle se u něj vyskytne dehydratace. Pacienti, kteří zažijí tento stav jsou ve většině případů indikováni k infuzní terapii (Kotas, 2015).

1.3.4 Diagnostika

Velmi důležitou roli v diagnostice migrén hraje anamnéza, která zdravotníkům o pacientovi a jeho stavu spoustu ukáže. Aby anamnéza byla adekvátní, musí zahrnovat určité prvky. Je třeba znát věk začátku atak, trvání a četnost jednotlivých epizod bolestí, dále také charakter bolesti tedy její lokalizaci, závažnost a doprovodné příznaky. Lékař by měl také zjistit, zda jedinec mívá auru a jak vypadá, pokud je přítomna (Eigenbrodt, 2021). Mimo jiné existují pomocná vyšetření, která jsou dle Peterové (2013) přeceňována, protože diagnóza migrény je stanovena již po dialogu s pacientem a při fyziologickém neurologickém nález. V ČR je na rozdíl od anglosaských zemí vhodné provést doplňující vyšetření jako je počítačová tomografie či magnetická rezonance. Dále se provádí ultrazvukové vyšetření tepen krku a hlavy, které se provádí především u starších nemocných k vyloučení aterosklerózy a zúžení magistrálních tepen. Dalším vyšetřením, které se u migreniků provádí je SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie) mozku, což může ukázat ložiska hypoperfúze mozku během migrenózního záchvatu (Peterová, 2013). Pomocná vyšetření jsou důležitá především proto, aby potvrdila či vyvrátila příčinu sekundární bolesti hlavy (Eigenbrodt, 2021).

1.3.5 Léčba

Kotas (2015) uvádí léčbu farmakologickou a profylaktickou. Peterová (2013) navrhuje i léčbu nefarmakologickou tedy úlevové faktory, která spočívá především v pozorování symptomů prodromální fáze, kdy se dá předpovědět vznik záchvatu a lze tak začít s léčbou ihned. Základním krokem ke správné léčbě migrén je odstranění vyvolávajících příčin a úprava životního stylu nemocného (Ong, 2018).

Léky používané při terapii akutní ataky migrény lze rozdělit na specifické a nespecifické. Mezi nespecifické léky lze zařadit jednoduchá analgetika, mezi která spadá

například paracetamol a acetylsalicylová kyselina, a dále sem patří nesteroidní antiревmatika tedy ibuprofen, indometacin a diklofenak. Taková farmaka se podávají a jsou účinná u záchvatů menší až střední intenzity. Jejich účinnost mohou zvýšit antiemetika s prokinetickými vlastnostmi, což je například metoklopramid. Dále existují částečně specifická antimigrenika s vysokou afinitou k různým druhům receptorů. Jsou jimi námelové alkaloidy, jejichž představitelé jsou například ergotamin a dihydroergotamin. Další léky, které lze podat jsou opioidy (Kotas, 2015). Peterová (2013) tvrdí, že opioidy nemají příliš velkou účinnost v terapii migrén. Kotas (2015) uvádí, že je lze podat ve chvíli, kdy má pacient silný záchvat, při kterém nereagoval na triptany, či například v těhotenství, kdy jsou triptany kontraindikovány.

Druhou skupinu tvoří léky specifické, mezi které lze zařadit především triptany. Triptany jsou léčiva, která jsou v dnešní době považována za standard v terapii migrén. Po užití nastává úleva do dvou hodin (Yang, 2021). Nejčastějším zástupcem je sumatriptan. Později byly vytvořeny další druhy triptanů jako například eletriptan, zolmitriptan, naratriptan a další (Kotas, 2015).

Profylaktická léčba je určena v případě, že má nemocný čtyři či více atak za měsíc. Cílem této léčby je snížit intenzitu a četnost migrenózních záchvatů, zkrácení časového intervalu ataky, potlačení příznaků, které záchvat doprovází a celkové zlepšení kvality života (Novotná, 2019). V současné době se při výběru profylaktik využívají doporučení odborných společností (American Headache Society a American Academy of Neurology, 2012). Profylaktika lze rozdělit na léky první a druhé volby a na ostatní léky. Mezi léky první volby spadá topiramát, valproát, propranolol a další. Do léčiv druhé volby lze zařadit bisoprolol, amitriptylin a cinarizin. Dále lze používat i přírodní látky jako je magnézium a devětsil lékařský (Niedermayerová, 2020).

Již v 80. letech byla známá molekula, která je tvořena 37 aminokyselinami calcitonin gene-related peptid (dále CGRP). V roce 1990 vědci objevili důležitou informaci, že v průběhu migrenózního záchvatu je hladina CGRP v žilní krvi mnohem vyšší. Intravenózním podáním došlo ke zvýšení CGRP a u migreniků vyvolalo migrenózní záchvat, ale ne u nemigreniků. Vědci došli k závěru, že tento neurotransmitter se uvolňuje při stimulaci trigeminovaskulárního ganglia (Nežádal, 2020). V roce 2020 začala pojišťovna hradit tzv. biologická profylaktika, tedy monoklonální látky proti CGRP. Indikace pro nasazení této léčby splňují lidé, kteří mívají více než čtyři záchvaty za měsíc a dva druhy profylaktické léčby, z nichž minimálně jeden druh jsou antiepileptika, u nich neměly žádný účinek. Monoklonální protilátky proti CGRP jsou bílkovinné molekuly o

vyšší molekulové hmotnosti, které uzavírají CGRP receptor lokalizovaný blízko meningeálních cév nebo jsou ligandy CGRP a pronikají do percepce kaskády bolesti (Mígal'ová, 2022). Protilátky se mohou aplikovat jednou měsíčně nebo i méně často z důvodu dlouhého biologického poločasu. Nyní jsou v České republice registrovány tři monoklonální protilátky, mezi které patří Erenumab, Fremanezumab a Galkanezumab (Nežádal, 2021).

Speciální pozornost mají pacienti, kteří trpí prolongovanými migrenózními záchvaty, kdy jsou často rezistentní na klasickou léčbu, záchvaty trvající až dva dny, nebo lidé mající status migrenosus, kde bolest hlavy neustává ani po 72 hodinách. V takových situacích je terapie poměrně náročná. Osvědčeným léčebným postupem se stala repetitivní nebo také kontinuální léčba dihydroergotaminem podaná žilně v kombinaci s metoklopramidem. Je však nutné zmínit, že tento léčebný postup lze využít pouze v zemích, kde je dihydroergotamin povolen, což neplatí pro Českou republiku (Kotas, 2015).

1.3.6 Ošetrovatelská péče

Co se týče ošetrovatelské péče u pacienta s bolestí, je hlavním cílem jeho bolest zmírnit či zcela odstranit. Sestra by se měla pokusit u pacienta navodit psychickou a tělesnou pohodu. Je třeba získat důvěru pacienta, čehož lze dosáhnout například tím, že pacientovi poskytne dostatek informací. Z údajů získaných pomocí anamnézy lze provést hodnocení bolesti. Tyto informace lze získat pomocí rozhovoru s pacientem, dále může sestra využít vlastní pozorování a také lze využít různých hodnotících škál (Šafránková, Nejedlá, 2006). Nejčastěji se využívá vizuální analogová škála – VAS, kdy pacient udává hodnotu své bolesti od 1 do 10 nebo od 1 do 100 (Rokyta, 2017). Sestra podává léky na bolest dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinky. Dále je třeba zvolit i jiné možnosti tlumení bolesti jako je například relaxace, masáž, použití teplých či studených obkladů, úprava polohy a jiné. Důležité je také zajistit pacientovi klidný spánek, neboť je známo, že v noci je bolest horší (Šafránková, Nejedlá, 2006).

V ošetrovatelské péči o pacienta s migrénou sestra posuzuje pacientovu bolest. Sleduje lokalizaci bolesti, zda se bolest nachází na jedné straně, v oblasti oka či spánků a zda se progresivně rozšiřuje na celou půlku hlavy. Dále zjišťuje její charakter, s pomocí vizuální analogové stupnice určuje stupeň bolesti (Slezáková, 2014). Další důležitou roli sestry v péči o pacienty s bolestí hlavy je sledování. Vhodné sledování může zajistit

kvalitnější dodržování léčby a podle potřeby doporučit vhodná režimová opatření (Ertem, 2020). Sestra sleduje kvalitu a typ bolesti, hodnotí frekvenci záchvatů. Je třeba zjistit spouštěcí a utišující faktory. Sestra také sleduje doprovodné příznaky, nauzeu, zvracení a jiné. Sestra by měla zjistit jaké jsou denní aktivity a režim života. Jaké stravovací návyky pacient má, jaký je jeho příjem tekutin, jak je na tom se spánkem a odpočinkem. Cílem ošetrovatelské péče u pacienta s migrénou je především snížit intenzitu bolesti, aby byl schopen navrátit se ke svému každodennímu životu. Mezi intervence sestry lze zařadit například pomoci vyhledat pacientovi úlevovou polohu, zabránit nadměrnému hluku, snížit osvětlení místnosti, umožnit pacientovi dostatečný spánek. Sestra může aplikovat nefarmakologické metody léčby, jako je například aplikace studených obkladů, nebo alternativní metody tlumení bolesti (Slezáková, 2014).

Preventivní terapie je pro léčbu migrenózních stavů zásadní. Pacienti mohou snížit četnost záchvatů užíváním preventivních léčebných látek. Avšak preventivní léčba, týkající se režimových opatření, je také velmi účinná. Takovým to přístupem lze u pacientů s migrénou zlepšit kvalitu jejich života a celkově snížit náklady na efektivní léčbu. I přes to, že studie ukázaly, jak důležitá preventivní léčba je, bylo zjištěno, že je velmi málo pacientů, kteří léčbu dodržují. Režimová opatření jsou běžná jako účinná ve chvíli, kdy se pacientův stav zlepší o 50 % do tří měsíců od začátku léčby (Khan, 2021).

Sestra by měla pacienta edukovat v oblasti zdravého životního stylu. Nemocný, který trpí migrénami, by se měl vyhýbat určitým činnostem a dodržovat pravidelný denní režim. Pacient by měl chodit pravidelně spát a ve správný čas vstávat (Kučera, 2009). Kotas (2015) uvádí, že migrénu může spustit jak nedostatek, tak i nadbytek spánku. Dále je třeba pacienta poučit o pohybu na čerstvém vzduchu, neboť nevhodný je pohyb v zadýchaných či zakouřených prostorech. Pacient se musí vyhýbat nadměrnému hluku a světelným efektům. Je potřeba se minimálně pokusit vyhnout stresovým situacím. Dobré je mít pravidelný pohyb, uvolnění krční páteře, doporučuje se například plavání. Pacienta je nutno edukovat v dodržování profylaktické léčby. Je potřeba léky užívat pravidelně, mít u sebe stále léky určené na migrénu a pokud dotyčný cítí nástup migrény, okamžitě je užít (Kučera, 2009).

Nejčastějším režimovým opatřením u migrenózních stavů, jsou opatření týkající se stravy. Migréna je v poslední době brána jako metabolická a endokrinní porucha. Jako spouštěče ataky mohou působit různé složky potravy. Vzhledem k tomuto zjištění byla zavedena eliminační metoda. K nastolení eliminační diety je nezbytné identifikovat

potravinové spouštěče, které spouštějí ataky a následně tyto potraviny vyřadit z jídelníčku (Khan, 2021).

2 Cíle bakalářské práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat potřeby nemocné s migrénou

Cíl 2: Popsat režimová opatření nemocného s migrénou

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak pacienti subjektivně popisují průběh migrenózního záchvatu?

Výzkumná otázka 2: Jaké potřeby má nemocný s migrenózním záchvatem?

Výzkumná otázka 3: Jaké faktory ovlivňují četnost a průběh migrenózních záchvatů?

Výzkumná otázka 4: Nakolik jsou pacienti trpící migrenózními záchvaty informováni o režimových opatření souvisejících s migrénou?

2.3 Operacionalizace pojmů

Jedním z nejdůležitějších pojmů, který je nutné vysvětlit je termín potřeba. Potřeba člověka je stav, který je charakterizován dynamickou silou vznikající, když má dotyčný pocit, že mu něco schází či naopak přebývá. Člověk má poté touhu dosáhnout uspokojení všech oblastí, tedy v oblastí biologické, psychologické, sociální a spirituální. Vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu dosáhne dotyčný tím, že naplní své potřeby. Potřeby jsou nezbytné, užitečné a jsou spjaty se zachováním a kvalitou našeho života (Šamánková, 2011). Důležitým pojmem, který se objevuje v práci, je režimové opatření. Režimová opatření jsou poskytnuta nemocnému v průběhu onemocnění, kde je za potřebí je dodržovat. Jedná se souhrn přizpůsobení se danému zdravotnímu stavu, kdy nemocný musí přizpůsobit například svůj jídelníček nebo pravidelně cvičit.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracovaná pomocí metod kvalitativního výzkumu. Sběr dat probíhal technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří lidé trpící migrénou. Sběr dat probíhal od poloviny března až do začátku dubna 2023. Všichni informanti byli předem informováni, že jejich identita zůstane anonymní a poskytnuté informace budou sloužit pouze za účelem dokončení výzkumu bakalářské práce. Polostrukturovaný rozhovor je vytvořen z 28 otázek (viz. Příloha 1), které jsou zaměřeny na zjištění potřeb informantů během migrenózního záchvatu a na režimová opatření, která jsou doporučena v souvislosti s migrénou. V některých situacích bylo nutné rozhovor obohatit o doplňující otázky, které přispěly k rozšíření získaných informací. Otázky polostrukturovaného rozhovoru jsou vytvořeny tak, aby zodpověděly výzkumné otázky bakalářské práce.

Rozhovory probíhaly po vzájemné domluvě v klidném nerušeném prostředí. Dva rozhovory byly z důvodu velké vzdálenosti uskutečněny online formou. Na začátku rozhovoru proběhlo představení, byl uveden název práce, cíle práce a podrobnosti výzkumu. Všichni informanti byli ujištěni o zachování naprosté anonymity a také o tom, že rozhovory budou sloužit čistě k výzkumu v práci. Informanti byli upozorněni, že mohou rozhovor odmítnout, popřípadě mají možnost zdržet se odpovědi, pokud nechtějí odpovédět. Dále bylo informantům sděleno, že pokud bude potřeba, budou jim položeny doplňující otázky. Některé rozhovory byly zaznamenány formou zvukové nahrávky po předešlé domluvě s informantem a pouze s jeho souhlasem. Některé rozhovory byly zaznamenány písemnou formou ihned v průběhu rozhovoru. Nahrané rozhovory byly následně taktéž přepsány do písemné formy. Rozhovory byly následně vytištěny a dále zpracovány. Kvalitativní analýza výsledků byla provedena metodou otevřeného kódování, technikou tužka-papír. Zjištěné výsledky jsou prezentovány prostřednictvím hlavních kategorií, které jsou členěny na podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří osoby trpící migrénou. Informanti byli zvoleni na základě záměrného kriteriálního výběru. Rozhodující roli hrály dvě hlavní kritéria: minimální zkušenost s migrenózními stavy pět let a minimální věk informantů musel být 18 let.

Informanty jsem oslovila skrze internet v diskuzních fórech. Dále jsem měla možnost kontaktovat migreniky, které jsem znala z minulosti z mého okolí. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 9 informantů, kteří trpí migrénou minimálně pět let. Ve výzkumné části jsou informanti označeni jako „I1“ až „I9“

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Nynější část práce zahrnuje základní informace získané při dotazování informantů v rámci provedení rozhovoru.

Tabulka 1: Základní údaje informantů

	Věk	Pohlaví	Zaměstnání
I1	49	Žena	Kadeřnice
I2	47	Žena	Všeobecná sestra
I3	50	Muž	Údržbář
I4	44	Žena	OSVČ
I5	22	Žena	Student VŠ
I6	42	Žena	Všeobecná sestra
I7	35	Muž	Jednatel společnosti
I8	53	Žena	Všeobecná sestra a vyučující
I9	37	žena	Obchodní zástupce

Zdroj: Vlastní Výzkum

Tabulka 1 poskytuje základní informace popisující výzkumný soubor. Výzkumný soubor je složen ze sedmi žen od 22 let do 53 let a ze dvou mužů ve věku 35 a 50. Tři z dotazovaných informantů se shodují v zaměstnání, a to v profesi všeobecné sestry. Tři dotazovaní informanti jsou osoby samostatně výdělečně činné. Dva z dotazovaných informantů jsou osoby zaměstnané mimo zdravotnictví a jeden dotazovaný informant je student vysoké školy.

4.2 Kategorizace získaných dat

V nadcházející kapitole jsou výsledky, které byly získané během rozhovorů s informanty trpícími migrénou, prezentovány v několika kategoriích, které jsou členěny na podkategorie.

Stručný přehled kategorií:

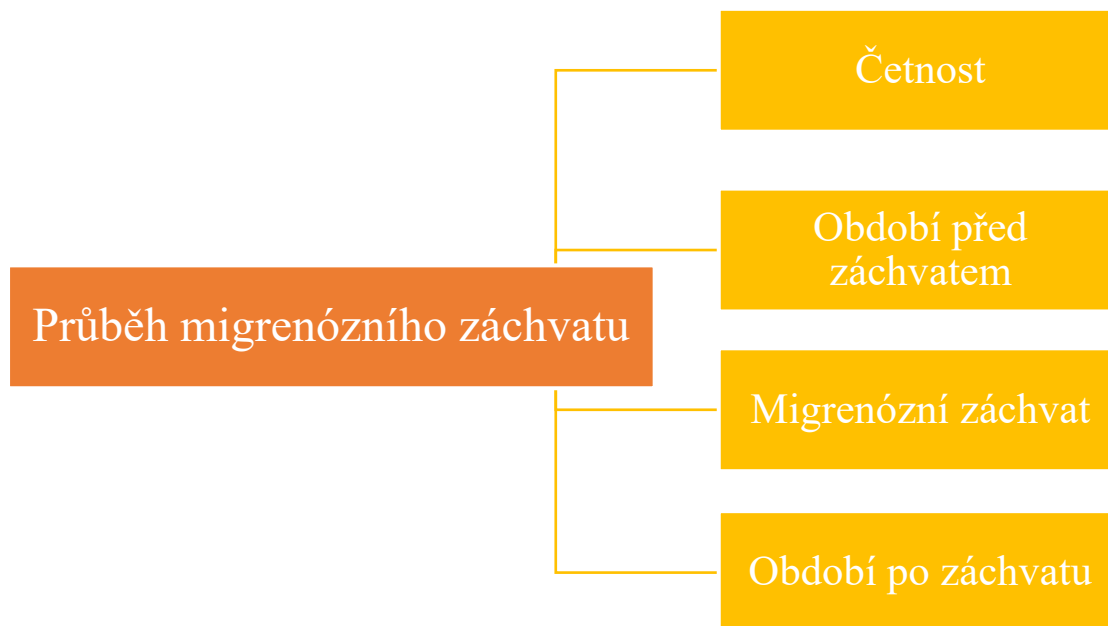
Kategorie č. 1: Průběh migrenózního záchvatu

Kategorie č. 2: Potřeby trpících migrénou

Kategorie č. 3: Režimová opatření

Kategorie č. 1: Průběh migrenózního záchvatu

Diagram 1: Průběh migrenózního záchvatu



První kategorie „Průběh migrenózního záchvatu“ je rozčleněna do čtyř podkategorií, které jsou zaznamenány v diagramu 1. Kategorie č. 1. zaznamenává údaje o průběhu migrenózního záchvatu jednotlivých informantů. V této kategorii jsou zaznamenány vlastní zkušenosti s migrenózním záchvatem v jeho průběhu všech informantů. Z jednotlivých podkategorií lze zjistit, o jak náročný stav se jedná a co všechno nemocní s migrénou prožívají během záchvatu. Kategorie mimo jiné informuje o tom, jaké doprovodné příznaky se během záchvatu u nemocných vyskytují, jak dlouho může záchvat trvat a jak se lidé po záchvatu cítí.

Četnost

Četnost migrenózních záchvatů je u každého velmi individuální a velmi záleží na tom, jak se oni sami vyhýbají spouštěčům jejich záchvatů. Většina informantů (I1, I2, I3, I6, I9) mívá záchvaty v rámci měsíců. Informantka I1 popsala: „*Migrénu mívám přibližně 6x do roka.*“ Informanti I2, I6 a I9 se shodují v četnosti migrén, kdy uvedli, že mívají migrenózní záchvat jednou měsíčně. Informantka I2 uvedla: „*Jednou měsíčně, takový ty záchvaty.*“ Informantka I6 zmínila: „*Kolem periody, 3 dny v kuse...*“ Informantka I9 uvedla: „*...migréna přichází jedenkrát měsíčně a občas 2 - 4 dny v měsíci mám klasické bolesti hlavy...*“ Před nasazením biologické léčby měla informantka I9 bolesti hlavy střídavě s migrénou i 25 dní v měsíci. Informant I3 uvádí, že jeho migrény se objevují přibližně dvakrát do měsíce. Informantky I5 a I8 uvedly, že záchvaty trpí přibližně jednou

týdně. Informantka I5 uvedla: „*Ted' už to není tak často, přibližně asi čtyřikrát do měsíce.*“ Informanti I4 a I7 se shodují v názoru, že záchvaty přicházejí velmi nepravidelně a prodleva mezi nimi je časově různá. Informantka I4 popsala: „*Je to různý, někdy třeba třikrát do měsíce, někdy je to půl roku.*“ Informant I7 řekl: „*No, bývá to dost nepravidelné, ale vlastně potom, když to přijde, tak to mám třeba co týden nebo co tři dny...*“ Důležité je zmínit, že až na informanta I7, který netrpí migrénami příliš dlouho, aby byl schopen toto posoudit, se všichni informanti shodují, že se četnost migrenózních záchvatu v průběhu jejich života měnila. Pět z osmi informantů (I3, I4, I5, I6, I9) uvedli, že v období puberty a mladší dospělosti byly záchvaty častější. Například informantka I5 uvedla, že její migrenózní záchvaty byly v minulosti mnohem častější: „*Nejčastěji jsem měla migrény na střední škole, kde jsem je mívala i třikrát do týdne...*“ Informantka I6 sdělila, že nejvíce záchvatů zažila v době mladší dospělosti: „*Od 18 let jsem měla tak 200 záchvatů za rok, všechny typy...*“ Informantka I6 dále uvedla, že po nasazení léčby Valproatem, který užívá zhruba rok a půl, záchvaty ustaly a již se tak často neobjevují. Informantka I9 uvedla bohaté množství informací o změnách četnosti migrenózních stavů. Od jejích třinácti let se migrény vyskytovaly pouze v období menstruace, avšak v pozdějším věku již nebyly spouštěče pouze hormonálního výskytu, ale i jiných druhů a záchvaty se tedy objevovaly mnohem častěji: „*Jeden měsíc to bylo v pořádku a migréna nepřišla a další měsíc to bylo co deset dní.*“ Informantky I1, I2, a I8 se shodují, když označily největší změnu v souvislosti s hormonálními změnami. Informantka I4 řekla: „*Po porodu se to zhoršilo, ale pouze na nějaký čas 4x - 6x do měsíce...*“ Informantka I2 měla podobné sdělení, kdy přiznala, že migrenózní stavy se měnily okolo mateřství a byly častější. Informantka I8 uvedla, že počet migrén se změnil po zákroku zvaném redukční mammaplastika.

Období před záchvatem

Stejně jako četnost záchvatů, i období před záchvatem se u pacientů trpících migrénou může lišit. Část informantů (I1, I3, I4, I6, I8) uvedla, že před bolestí hlavy mívají určité varovné příznaky, přičemž se nejčastěji jedná o auru. Informantky I1, I4, I6 a I8 uvádí pouze oční auru, informant I3 uvedl, že kromě vizuální aury trpí ještě aurou fatickou, kdy není schopen se slovně srozumitelně vyjádřit. Informantka I1 uvedla: „*Mám rozmazané periferní vidění. Mám pocit takového jakoby vlnění, vidím vlnky a je to velmi nepříjemné.*“ Informantka I4 přiznala, že má vizuální auru, přičemž vidí mžítiky před očima. Informantka I6 odpověděla na otázku, jak vypadá její aura, následovně: „*Jsou to*

blýskavé pŕlměsíce nebo tečky.“ Informantka I8 uvedla, že trpí zrakovou aurou: „...*takže různý světelný kruhy kolem periferního vidění, záblesky, chvění obrazu nebo mlha.*“

Informantky I1 a I8 také uvádí další možné varovné signály před migrenózním záchvatem. Informantka I1 řekla, že o migréně většinou ví již dva dny dopředu: „*Cítím jisté napětí a změny nálad.*“ Informantka I8 tvrdí, že někdy mívá před záchvatem změnu chuti k jídlu a jinak vnímá vůně. Ostatní informanti uvádí, že je před záchvatem nic nevaruje a rovnou začíná bolest hlavy, která se postupně stupňuje a nabírá na intenzitě.

Migrenózní záchvat

Samotný průběh záchvatu, ve kterém hraje největší roli bolest hlavy, která je doprovázená určitými příznaky, je pro nemocné velmi náročný a každý ho opět prožívá a vnímá trochu jinak.

Z pohledů informantů hodně záleží na tom, zda si stihnout včas na začátku migrény vzít léky, které jsou zvyklí užívat. Informanti I1, I3, I4, I5, I9 se shodují na tom, že pokud si vezmou včas své léky, záchvat nenabere na nejvyšší intenzitě a bolest tím potlačí. Informantka I1 sdělila: „*Ve chvíli, kdy přijde aura, si vezmu Ibalgin a Paralen dohromady a tím vlastně potlačím projevy migrény, tu bolest.*“ Informant I3 se v tomto případě velmi shoduje s informantkou I1 a musí si tedy vzít včas Ibalgin: „*Pokud si ho vezmu, je to do hodiny pryč...*“ Podobně jsou na tom i informantky I4, I5 a I9.

Bolest hlavy u migrény je velmi charakteristická a každý informant se ji snažil svým způsobem popsat. Informantka I1 popsal bolest následovně: „...*tak po odeznění oční aury mi začíná tepat v levé nebo v pravé pŕlce hlavy nad okem. Bolest pulzuje a stupňuje se.*“ Informantka I2 uvedla, že bolest cítí nejprve mezi očima a na středu čela, přičemž má pocit, že se bolest různě přemísťuje: „*Později ta hlava bolí už na spánky, že se mi to tam přelevá i podle toho, jak ležím třeba...*“ Informant I3 váhal a nebyl si zcela jistý, jak bolest popsat: „*Tlak za očima a okolo nich, mám pocit, že mě ta hlava bolí celá.*“ Informantka I4 uvedla, kde se bolest nachází v jejím případě: „*Když to jde pozvolna, tak ve spáncích a pak už úplně všude.*“ Nebyla však schopná popsat charakter bolesti a spíše sdělila, jak se při tom cítí: „...*je to prostě obrovská bolest hlavy, hlavně cejtím bezmoc jakoby, že vím, že to třeba za tři hodiny přestane, ale ty tři hodiny jsou prostě peklo.*“ Informantka I5 svou bolest přirovnala k situaci, kdy si někdo vezme tupý nástroj a stále dokola ji bije do levého spánku: „*Ta bolest se opravdu postupně jakoby zhoršuje, je tepavá a většinou mi teda vystřeluje do oka a čela.*“ Informantka I6 uvedla, že bolest se nachází pouze za pravým okem a nyní je již nesitelná, ale zhruba před rokem, než byla

nasazena vyhovující léčba, byla bolest silnější: „*Bolest byla před rokem devastující, zničující.*“ Informant I7 řekl, že bolest se v jeho případě objevuje na levé polovině hlavy od čela ke spánkům: „*Pomalů nastupuje bolest hlavy a řeknu po nějakých pěti až sedmi hodinách už je to nesnesitelný...*“ Dále uvedl, že migrenózní záchvat trvá přibližně jeden až tři dny. Informantka I8 uvedla: „*Silná pulzující bolest, většinou za jedním okem, jako uvnitř hlavy.*“ Informantka I9 uvádí, že migréna začíná přes noc, a tudíž se s bolestí probudí ráno: „*...a hned od počátku silné bolesti v oblasti spánků. Bolest je tepající a spánky se střídají, vždy mě bolí jedna strana.*“

Migrénu doprovází řada příznaků, které pacientům záchvat ještě více stěžují. Kromě informantů I3 a I6 všichni uvedli, že jsou světloplášti a vadí jim hluk. Informantka I5 navíc dodala, že špatně toleruje určité pachy: „*V tu chvíli mi vadí světlo, vadí mi hluk, dokonce i určité pachy, třeba kolínská u chlapů, to je, jak když vás někdo praští.*“ Informant I7 uvedl, že mimo jiné pociťuje dávení, pocit na zvracení až zvracení a bolí ho za krkem. Nakonec ještě dodal: „*Mám ucpanou nosní díрку na straně, která mě bolí, většinou levá.*“ Je jediný z informantů, který uvedl takovýto doprovodný příznak. Informantka I8 řekla, že kromě světloplachosti a nesnášenlivosti zvuků se objevují ještě další doprovodné příznaky: „*Nevolnost, zvracení, někdy mívám i průjem, podrážděnost...*“ S tímto se shoduje informantka I9, která dodala mezi doprovodné příznaky závratě.

Délka migrenózního záchvatu je opět velmi individuální a není zcela jasné, za jakého důvodu u někoho trvá v rámci hodin a u někoho v rámci dní. Ve většině případů trvá migréna od 2 do 72 hodin. Pokud migréna trvá déle jak 72 hodin, jedná se o stav zvaný status migrenosus. Informanti I2, I3 a I4 při dotazování uvedli, že nikdy status migrenosus nezažili a jejich migrenózní záchvaty trvají pouze několik hodin, maximálně jeden den. Informant I3 přiznal: „*...pokud to nechám rozjet, tři až čtyři hodiny není problém, abych ležel a nemohl nic dělat.*“ Informantka I4 při rozhovoru sdělila, že ty nejsilnější záchvaty trvají přibližně třičtvrtě hodiny, než se jí podaří zklidnit a usnout, ale pouze ve chvíli, kdy si včas vezme léky. Pokud si léky nevezme, většinou v případě, kdy je u sebe nemá, trvá hodinu, někdy hodinu a půl, než je schopná si medikaci zapít, neboť při vyvrcholení záchvatu zvrací. Na dotaz, zda někdy zažila status migrenosus, odpověděla následovně: „*Ne, nikdy jsem tohle nezažila a ani si nechci představit, že bych to měla zažít.*“

Zbylí informanti jsou se stavem zvaný status migrenosus obeznámeni a mají s ním zkušenosti. Informantka I1 zmínila: „*Ano, vlastně ho mívám skoro pořád, moje záchvaty trvají tři až čtyři dny.*“ Informantka I5 řekla, že délka záchvatu se v jejím případě odvíjí od včasného podání léku. Pokud si léky nevezme včas, migrény přetrvávají do noci,

někdy i do druhého dne. „*Pokud si včas vezmu léky, tak migréna odezní asi do hodiny,*“ uvedla Informantka I5 hned poté. Status migrenosus zažila několikrát, ale její nejdelší záchvat trval přibližně pět dnů: „*Ano, jednou jsem měla záchvat asi čtyři dny v kuse a myslela jsem, že vypustím duši z těla.*“ Informantka I6 nám sdělila, že délka jejich migrenózních záchvatů se pohybuje okolo tří dnů. Status migrenosus zažila, dle jejich slov, častokrát. Informant I7 uvedl: „*No, tak klidně i ty tři dny to bývá zpravidla.*“ Informantka I8 řekla, že v dřívější době trval záchvat i tři dny: „*Ted' tak dva dny...*“ Informantka I9 odpověděla, že délky záchvatu jsou různé a opět záleží na včasném užití medikace. Jestliže si vezme léky v danou dobu, konkrétně do 15 minut od začátku bolesti, migréna trvá kolem tří až čtyř hodin. Ve chvíli, kdy léky neužila, migréna je přítomna jeden až pět dní, informantka I9 uvedla, že status migrenosus zažila: „*Bohužel několikrát. Vždy se jednalo o stavy, kdy nezabralo nic a končila jsem na pohotovosti, kde mi byla podaná kapačka.*“

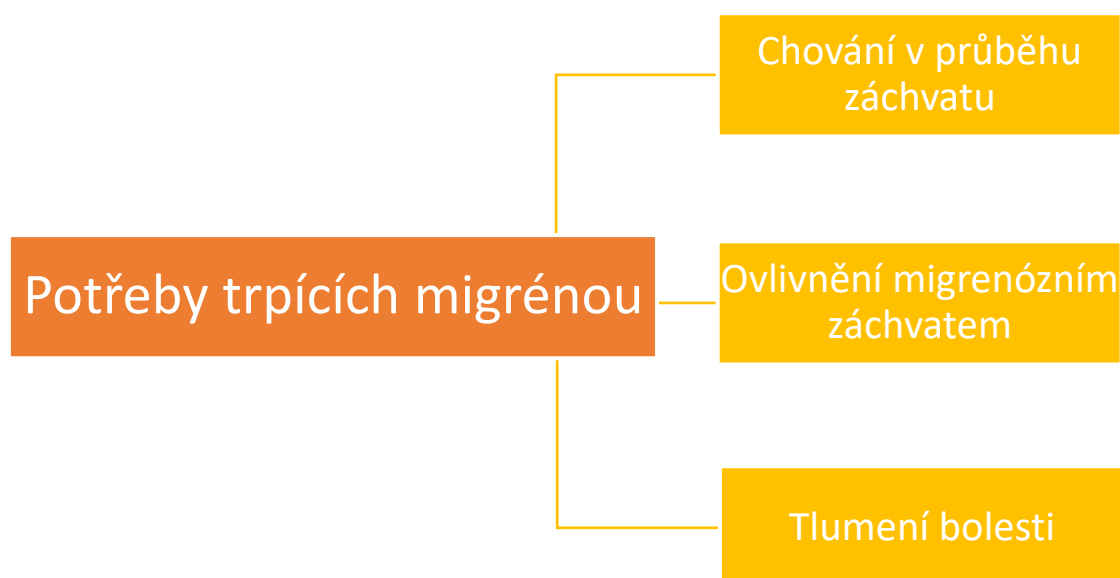
Období po záchvatu

Pozáchvatové období je poslední stádium migrény a informanti ho popisují různě. Většina informantů popisuje tento stav jako období vysílení. Někteří naopak udávají pocit štěstí, kdy se jim konečně uleví a opět můžou působit jako před tím. Informanti I1 a I3 se shodují, že po záchvatu ještě stále pocítují bolest hlavy, která sice již není tak intenzivní, ale stále o sobě dává vědět. Informantka I1 uvedla: „*Po odeznění migrény ještě několik dnů trvá velmi slabá bolest hlavy a několika hodinová silná únava.*“ Informant I3 zmínil: „*Už mi není tak špatně, ale do druhého dne to není ono. Pořád mám pocit, že ta bolest tam ještě je, ale už ne tak silná a jsem unavenější.*“ Odlišné porovnání pozáchvatového období uvádí informantka I4: „*Já bych to trochu přirovnala k období po narkóze. Já, když se po tý migréně vyspím, tak jsem jak po narkóze, jakoby otupělá, taková unavená, bolí mě celý tělo.*“ Nakonec dodala, že jako u informantů I1 a I3 se u ní objevují dozvuky bolesti, které už jsou snesitelné. Informantka I5 popisuje období po migrenózním záchvatu jako kocovinu: „*Po tom záchvatu se cítím skoro, jako kdybych měla kocovinu. Jsem unavená, doznívá bolest hlavy, světlo mi vadí ještě několik dní po záchvatu.*“ Informanti I7 a I8 se spolu shodují, že období po záchvatu je pro ně období úlevy a radosti. Informant I7 uvedl: „*To je úplně skvělý, protože to konečně člověk může zase přemýšlet.*“ Dále informant uvedl, že se bez bolesti musí probudit po tom, co si s ní šel den před tím lehnout. Nestává se mu příliš často, že by bolest odezněla v průběhu dne sama od sebe. Informantka I8 popsala období po záchvatu podobně: „*Po záchvatu euforie, člověk je*

šťastný, ale na druhou stranu unavený. “ Informantka I9 uvedla, že kromě únavy pocítuje zvýšenou chuť k nezdravým mastným potravinám, jako jsou například brambůrky nebo hranolky.

Kategorie č. 1: Průběh migrenózního záchvatu

Diagram 1: Průběh migrenózního záchvatu



Druhá kategorie „Potřeby trpících migrénou“ je rozčleněna do tří podkategorií a zabývá se potřebami nemocných, kteří trpí migrénami. Kategorie obsahuje popis chování v průběhu migrenózního záchvatu jednotlivých informantů. Kategorie dále poskytuje náhled na to, jak moc jsou nemocní ovlivnění migrénou a jak je tento stav omezuje v běžném životě. Mimo to se kategorie zabývá i tím, jak si pacienti dokáží s bolestí poradit, co jim pomáhá během záchvatu a jaké metody využívají k tlumení bolesti hlavy.

Chování v průběhu záchvatu

Když se dostaví migréna, je na každém člověku, jak bude jednat a co bude dělat, aby si co nejvíce ulevil. Samozřejmě záleží, v jaké situaci se momentálně daný jedinec nachází. Někteří informanti uvedli, že potřebují v tu chvíli klid, ale ne vždy je to možné, protože například nejsou v dosahu domova nebo jsou v práci. Informantka I1 uvedla, že pokud má možnost, musí se odebrat do klidného prostředí, lehnout si a potřebuje mít tmou. Problém však nastává ve chvíli, kdy je například v práci: „*Pokud se to stane v práci, tak se modlím, aby to brzy přešlo.*“ Podobné informace uvádí také informantka I5, která tvrdí, že je během záchvatu velmi podrážděná a často se u ní objevuje sebelítost. Dále uvedla: „*V tu chvíli musím prostě zalézt někde do klidu, nejlépe i do tmy, ale když se to stane ve škole nebo na praxích, tak si můžu jen přát, aby to rychle skončilo*“ Informant I3 řekl, že ve chvíli, kdy migréna nastoupí, se snaží zjistit, z jakého důvodu se u něj objevila. K tomu uvedl: „*Samozřejmě se snažím být v klidu, mít tmou a ticho.*“ Pokud je informant I3

v klidu, tak se jeho stav zlepší, ale je nutné, aby měl vše, co potřebuje. Informantka I4 popsala: „*Já v tomhle stavu nejsem schopná nic.*“ K tomuto tvrzení dodala, že není schopná si dojít na toaletu, není schopná mít kolem sebe jakékoli osvětlení a není schopná tolerovat hluk. Její rodina v tu chvíli ví, že i oni musí být klidní a nehlučet, aby měla informantka naprostý klid. Nakonec ještě uvedla: „*Musím mít tmou, ticho, tabletku a i brečím, zvracím, aby se to uvolnilo.*“ Informantka I6 byla stručná a jasně uvedla, co v průběhu migrenózního záchvatu dělá: „*Jsem zpomalená, moc nemluví, když můžu, zalezu si někde do tmy.*“ Informant I7 v rozhovoru sdělil, že stejně jako většina informantů, i on je nejradši, když může mít tmou a lehnout si. Poté dodal: „*Většinou teď když ještě co pomáhá, tak si vezmu mokrej hadr na hlavu a chladím ji.*“ Informantky I8 a I9 sdělily, že první věc, kterou musí udělat, je, že si vezmou svou medikaci, a poté si jdou odpočinout do klidu. Informantka I8 uvedla: „*Pokud je utlumena, tak si musím na dvě hodiny lehnout po medikaci, a pak jsem schopná tak nějak bezmyšlenkovitě stereotypně pracovat.*“ Informantka I9 řekla: „*Pokud migréna přijde v noci, okamžitě si беру prášky, namažu spánky hřejivým olejíčkem a snažím se znovu usnout.*“ Poté uvedla, že pokud začne migrenózní záchvat v práci, taktéž si bere léky, ale pokud medikace nezabere, musí odjet z práce domů nebo se dokonce nechat odvést: „*Následně jen ležím a snažím se to přečkat, je pro mě náročné se pohybovat i na WC nebo dělat cokoli.*“

Jednou z nejdůležitějších otázek v rozhovoru bylo, co informanti potřebují od svého okolí. Odpovědi byly velmi podobné. Pět z osmi informantů (I1, I3, I4, I7, I9) řeklo, že od svého okolí nejvíce potřebují klid a ticho. Informantka I1 odpověděla následovně: „*Upřímně? Potřebuji, aby šli prostě všichni pryč, abych byla sama v klidu.*“ Informant I3 se tady velmi shoduje s informantkou I1: „*Nic, akorát aby mě nechali všichni na pokoji.*“ Informantka I4 uvedla velmi podobné informace a dodala, že mimo jiné potřebuje například i pomoci dovést na toaletu, protože se během záchvatu velmi obtížně pohybuje. Informant 7 se rovněž přidává, ale vzhledem ke své práci ještě dodává: „*Ty telefony za den, mailové korespondence, tak to prostě kolikrát neberu, a odkládám, až mi bude lepší no.*“ Informantka I9 kromě klidu uvádí, že by uvítala pomoc s domácností: „*...mám psy, takže obstarat je, toto většinou nezvládám.*“ Informantky I2, I5 a I8 uvedly jedno velmi důležité slovo, pochopení. Informantka I5 uvedla: „*Je hodně těžké s tím fungovat a mě mrzí, že lidé, kteří to neznají, mávnou rukou a řeknou, že to s nějakou bolestí hlavy vydržím, ale oni nechápou, že to není jen tak ledajaká bolest.*“ Informantka I8 se přidává: „*Asi pochopení, vstřícnost a klid. Zajištění toho klidu.*“ Nejvíce odlišnou

odpověď k této otázce uvedla informantka I6: „*Nikoho tím neobtěžuji.*“ Je to jediná odpověď takového zaměření.

Ovlivnění migrenózním záchvatem

Migréna zásadně ovlivňuje život daného jedince. Ovlivňuje jeho profesní či školní život, jeho volnočasové aktivity, ale i vztahy mezi rodinou a přáteli či blízkými. Všichni informanti, vyjma informantky I2, jsou migrénou velmi zásadně ovlivněni. Informantka I2 popsala: „*Nechá se s tím žít, zvykne si člověk a můžou být horší věci. Jako někdy mě to limituje, ale nechá se s tím prostě žít.*“ Naopak informantka I1 udává zcela jiné informace, kdy je migrénou velmi ovlivněna: „*Velmi. V době, kdy byly migrény velmi časté, jsem cítila frustraci.*“ Dále uvedla, že se cítila handicapovaná, protože většina lidí v jejím blízkém okolí jejímu stavu nerozuměla. Informant I3 bere svůj stav klidně a neudává žádné veliké potíže, pouze přiznal, že s sebou stále musí mít léky a je pro něj trochu obtížné vysvětlit okolí jeho stav před záchvatem: „*A teda, je těžké vysvětlit okolí, že nemůžu mluvit, když nemůžu mluvit, když mám tu poruchu řeči před záchvatem.*“ Informantka I4 uvedla, že migrény ji zásadně ovlivňují, ale záleží na četnosti migrenózních záchvatů: „*Když je to často, tak mě to omezuje hodně, když je to jednou za čas, tak se to vždycky dá nějak vyřešit.*“ Informantka I5 uvedla, že ji migrény ovlivňují velmi, a to po všech stránkách: „*Ovlivňuje mě hodně. Ovlivňuje mě všude, ve škole, na praxi, při sportu. Není legrace ji mít.*“ Informant I7 přiznává, že stejně jako informantka I5, je i on velmi ovlivněn po všech stránkách. Zmiňuje pracovní, ale i rodinné povinnosti a přiznává, že situaci špatně snáší. Informantka I6 se shoduje s většinou informantů: „*Je těžké s tím žít, nikdy jsem se s tím nevyrovnala.*“ Informantka I8 sdělila, že v současné době je situace mnohem lepší, ale než se se svým stavem smířila, tak byla migrénami zcela ochromena, hlavně proto, že také nevěděla, o co se jedná. Informantka I9 zaměřila ovlivnění především na svůj volný čas: „*Dost zásadně, mám strach cestovat...*“

Migréna velmi významně ovlivňuje vztahy v rodině, ale i s přáteli, kolegy a dalšími lidmi v blízkém okolí. Někteří informanti uvedli, že jejich rodina je již na jejich občasné stavy zvyklá, ale i tak na ně situace má nepříjemný vliv. Informantky I2 a I8 neudaly žádné veliké obtíže. Informantka I8 řekla: „*Já si moc nevzpomínám, jak to bylo před tím, teď už je to lepší.*“ Informanti I3 a I7 se shodují v tom, že jejich okolí je s jejich stavem obeznámeno a chápe závažnost jejich stavu. Informant I3 uvedl: „*Lidé kolem mě vědí, že mě to občas vezme, a chápou to.*“ Informant I7 uvedl, že rodina i přátelé jsou zvyklí, pouze jeho dcera tomu ještě nerozumí: „*Malinká je ještě malá, ta z toho nemá rozum, ale*

paní to zná a paní to chápe... “ Informantky I1, I4, I5, I6 a I9 mají již větší problémy se vztahy. Informantka I1 uvedla, že nejtěžší je vysvětlit tento stav životnímu partnerovi: *„No, tak například můj bývalý muž migréně nerozuměl, nechápal, proč okolo toho tolik vyvádím.“* Dále uvedla, že vždy bylo nejtěžší stav okolí vysvětlit. Informantka I4 popsala, že ji migréna ve vztazích příliš neovlivňuje, pouze partner byl velmi vyděšený, když zažil tento stav poprvé: *„...nevěděl, co se mnou má dělat...“* Informantka I5 popsala, že vztah s rodinou je v pořádku, vzhledem k tomu, že už její zdravotní stav všichni znají, ale velmi to ovlivňuje vztahy s přáteli: *„Když jim několikrát odřeknete něco domluveného, tak je to pak těžké, protože to může vypadat třeba tak, že s nimi ten čas nechcete trávit.“* Informantka I9 má podobné obtíže jako informantka I5: *„Tak občas jsem se setkala s tím, že mi bylo vyčteno, že mě zase bolí hlava. Ono to není moc příjemné, když jsem kvůli migréně překazila různé plány...“* Informantka I6 uvedla: *„Rodiče, kamarádi v pohodě, s nima nebydlím. Ve vztahu po letech komentáře typu: Už zase...“*

Další významné ovlivnění v důsledku migrenózních záchvatů se objevuje v profesním či školním životě. Většina informantů je migrénou v práci zásadně ovlivněna. Informantky I2 a I6 se shodují, že pokud je migréna zastihne v práci, je to nepříjemné, ale dá se to vydržet. Informantka I2 uvedla: *„Je to o mojí osobnosti, já se s tím prostě dokážu vypořádat, takže holt mě někdy bolí hlava no.“* Informantka I6 má na tuto situaci podobný pohled: *„Pracuji i při záchvatech, nějak to vydržím.“* Zbylí informanti jsou ovlivněni podstatně hůře. Informantka I1 popsala své problémy, které jsou v jejím povolání dosti zásadní: *„Než jsem se naučila tu migrénu potlačit včas, tak jsem někdy musela i z práce domů a své klienty jsem musela zrušit, což mě limitovalo i z finančního hlediska.“* Informant I3 uvedl, že dříve si musel brát v práci i dovolenou, aby byl schopný stav zvládnout. K tomu dodal, že několikrát musel i z práce odejít domů. Informantka I4 přiznala, že v pracovním životě ji migréna ovlivňuje velmi závažným způsobem: *„No ovlivňuje, protože nejsem schopná pracovat. Je to stav, s kterým se podle mě ani nedá pracovat, protože je to taková bolest, že to prostě nejde.“* Informantka I5 je studentkou vysoké školy. Uvedla, že na střední škole měla veliké problémy se soustředěním ve chvíli, kdy měla migrenózní záchvat, což ovlivňovalo i její výsledky ve škole. Podstatně hůř se jí pracovalo na praxích: *„Například jít dělat hygienu u pacienta a nebo cokoli je v tu chvíli náročný. Jakoby, zvládnete to, ale není to těch sto procent.“* Informant I7 sdělil, že pokud je stav vážný, tak musí z práce odejít domů a musí s pracovními záležitostmi skončit. Uvedl, že si musí jít lehnout a věnuje se pouze tomu nejdůležitějšímu: *„...musím prostě ty dva tři dny z toho vypadnout, a řešit jenom to nejdůležitější.“* Informantka I8 uvedla:

„Musím si ji zaléčit, musím si vzít Triptan, neučí se mi s tím dobře ani v nemocnici se mi s tím nepracuje dobře.“ Informantka I9 řekla, že dříve ji migréna v práci velmi ovlivňovala, ale dnes má pracovní pozici, která je pro ni velmi flexibilní a má tak možnost se s migrénou dobře vypořádat.

Migrény zásadně ovlivňují také volnočasové aktivity jedinců. Informanti popsali, jak konkrétně je migréna limituje v jejich volných chvílích. Jedinou výjimkou mezi informanty je informantka I4, která uvedla, že příliš volného času nemá, neboť je stále v práci. Informanti I3, I5, I7 a I9 jsou migrénami nejvíce ovlivnění v oblasti sportu, kterému se věnují. Je dokázáno, že migréna se během fyzické aktivity zhoršuje a bolest nabírá na vyšší intenzitě. Informant I3 se nevěnuje příliš náročnému sportu, kdy by se mohl zadýchat a nějak by namáhal tělo, ale je zapotřebí se na hru soustředit. Uvedl: *„No, vadí mi to, hraju šipky a bohužel se na to s tím nemůžu soustředit a podávám pak při hře horší výkony, ale dá se to přetřpět.“* Informantka I5 popsala, jak migréna ovlivňuje její volný čas. Hodně se věnuje sportům a je obeznámená s tím, že se migréna při fyzické aktivitě zhoršuje, sama uvedla, že to není ideální: *„Takže většinou musím vynechat trénink nebo s ním přestat.“* Mezi další oblíbené volnočasové aktivity informantky patří hraní videoher či psaní knih, kterým se věnuje skrze počítač, a ve chvíli, kdy má migrénu, s tím musí přestat. Informant I7 se nachází v podobné situaci jako informantka I5 a také se věnuje sportu. Když má migrenózní záchvat, musí tomu své aktivity přizpůsobit: *„Když je to zápas, tak tam samozřejmě jdu, ale není mi dobře, a když jsou to tréninky, tak se z nich prostě omluvím, protože člověk trpí.“* Informantka I9 přiznala, že ani ona není schopná se sportu věnovat tak, jak by chtěla, a to i přes to, že má nasazenou biologickou léčbu: *„Nemohu sportovat tak, jak bych chtěla, pravidelně. I teď s Ajovy si raději dávám pozor na sportovní činnosti, běh, kolo a vše dělám velmi lehce.“*

Informantky I1, I2, I6 a I8 uvedly spíše obecné problémy. Informantka I1 uvedla: *„V době, kdy mám migrénu, jsem ovlivněná na sto procent, protože zkrátka nejsem schopná dělat vůbec nic.“* Informantka I2 přiznala, že v této oblasti už je migrénami limitovaná a musí tedy svůj čas migrénám velmi přizpůsobovat: *„To už třeba nejdu, do práce musím a jdu, ale tohle už třeba samozřejmě ty aktivity prostě dělat nejdu, takže to už jakoby má vliv na ty moje aktivity.“* Informantka I6 popsala: *„Dříve mi to kazilo vše, dovolená začínala migrénou.“*

Tlumení bolesti

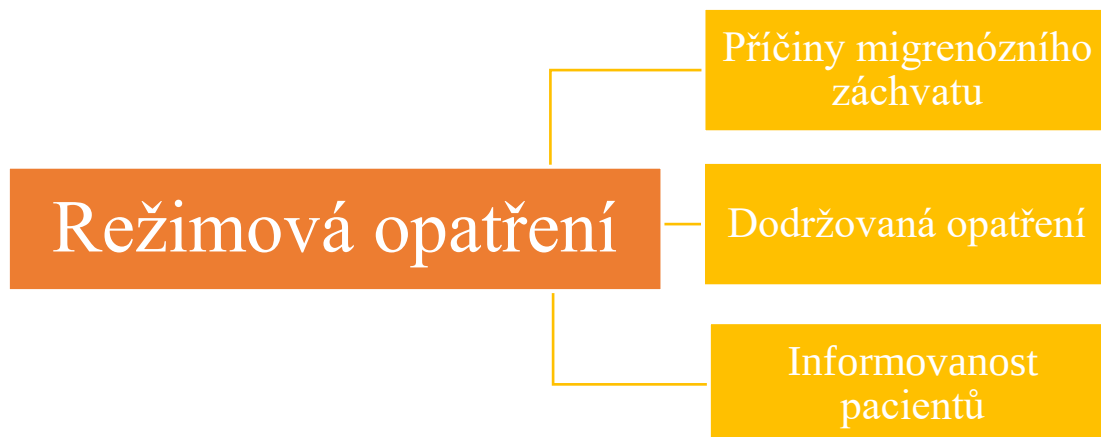
Právě bolest je u migrény zásadní. Každý informant ji podle svého popsal a každý z nich se s bolestí vypořádává trochu jinak. Je důležité zmínit, že u léčby migrény a při tlumení bolesti hlavy záleží na tom, zda jsou pacienti léčeni u neurologa, či nikoli. Léky, které dobře zabírají tzv. triptany, jsou na předpis, tudíž k nim neléčení migrenici nemají přístup a musí si poradit jinak. Informanti I3 a I7 nenavštěvují neurologa a nejsou léčeni. Informant I3 na otázku, z jakého důvodu se neléčí, odpověděl: „*Postupně jsem se naučil to ovládat.*“ K tlumení léčby používá nesteroidní antirevmatika: „*Jenom Ibalgin 400, někdy jeden, někdy dva, ale víc jak tři jsem si nikdy nevzal.*“ V podobné situaci je také informant I7, který se snažil své obtíže řešit. Poté, co vyšetření nic neodhalilo, mu lékař sdělil, že se o migrény nejedná: „*Ve výsledku se mnou doktor skončil s tím, že se to některým lidem stává, že na to občas někdo trpí, má bolesti hlavy, a tím to bylo uzavřeno.*“ Informant tedy zkoušel jiné způsoby tlumení bolesti: „*Takže tím chlazením, tím ručníkem na čelo a zkouším ty prášky, radši spíš větší dávky, no.*“ Informant přiznal, že si bere větší dávky nesteroidních antirevmatik a je si dobře vědom, že to není zcela vhodné.

Ostatní informanti jsou léčeni a pravidelně dochází na kontroly ke svým neurologům. Informantka I1 uvedla, že u neurologa byla poprvé zhruba ve 21 letech, ale léky, které by pomohli, jí lékař nepředepsal. Informantka užívá nesteroidní antirevmatika: „*Užívám především léky Ibalgin rapid 400 a Paralen 500 naráz.*“ Dále si ve chvíli, kdy se migréna rozjede, snaží dávat na hlavu studené obklady a dále se pokouší bolest zaspát. Informantka I2 se s migrénami léčí přibližně 15 let. Bolest tlumí farmakologicky pomocí analgetik, dále používá indometacinové čípky, které jsou dobře účinné, a nakonec Sumatriptan. Informantka dále uvedla: „*Ještě používám Topiramát, ten užívám denně.*“ Podobně je na tom informantka I6, která stejně jako informantka I2 užívá indometacinové čípky a souhlasí s tím, že mají dobré účinky proti bolesti: „*Nyní mi stačí 2 Brufeny, maximálně indometacinové čípky.*“ Informantky I4, I5 a I8 se shodují na léčbě a všechny uvedly při tlumení bolesti účinnost Sumatriptanu. Informantka I5 uvedla: „*Už nějakou dobu užívám Sumatriptan a jsem naprosto spokojená. Nic jiného nezabírá.*“ V rámci nefarmakologické léčby informantka I5 zkoušela aplikovat studené obklady, ale bez úspěchu. Informantka I8 popsala tlumení migrenózní bolest následovně: „*Nejčastěji Triptany nebo Paralen, určitě ticho a tma.*“ Informantka I9 je již rok na biologické léčbě Ajovy, která dle sníženého počtu migrén velmi dobře účinkuje. Informantka tlumí bolest i nefarmakologickými možnostmi: „*Léky, olejíčky Migrenol, studené obklady, horká sprcha, masáž krční páteře a chodidel, většinou pomáhá přítel, zkouším všechno možné.*“

K tlumení bolesti lze využít také alternativní metody, jejichž příkladem je akupunktura či různé bylinné metody. Informanti I2, I3 a I7 alternativní metody nezkoušeli. Informantky I1, I4, I5, I6, I8 a I9 alternativní metody vyzkoušely, ale pouze informantky I6 a I9 uvedly, že alternativní metody měly lehký účinek. Informantka I6 popsala: „*Akupunktura zabrala tak na padesát procent na tři měsíce, bylinky nic.*“ Informantka I9 uvedla, že zkoušela baňky, fyzioterapii, léčitele, různé bylinné čaje a jiné. Svůj názor popsala následovně: „*Většina vyzkoušeného byla krátkodobá, spíše bych to přirovnala k placebo.*“ Informantka I1 popsala: „*Ano, vyzkoušela jsem homeopatika a poté nějaké bylinkové tinktury. Bohužel nenastal efektivní výsledek a migrény se stále objevují.*“ Informantka I5 taktéž využila alternativní metody: „*Ano, využila jsem nějaké byliny, ale bez úspěchu.*“ Informantka I8 využila alternativní metody, ale bohužel se nevybavila jaké.

Kategorie č. 3: Režimová opatření

Diagram 3: Režimová opatření



Kategorie č. 3 „Režimová opatření“ je rozčleněna do tří podkategorií, které se zabývají hned několika zásadními informacemi. Kategorie pojednává o příčinách, tedy spouštěcích migrenózního záchvatu, které jsou velmi rozsáhlé. Dále obsahuje informace o režimových opatřeních, která informanti dodržují, či nikoli. Třetí podkategorie poukazuje na informovanost nemocných trpících migrénou.

Příčiny migrenózního záchvatu

Je známo, že není zcela objasněno, z jakého důvodu někteří lidé trpí migrénou a někteří ne. Existuje široké množství spouštěčů migrenózních záchvatů. Informanti byli dotazováni ohledně příčin jejich záchvatů a odpovědi byly opět různé. Jednou z příčin záchvatů může být například dědičnost, proto se v rozhovoru objevila otázka, zda-li trpí migrénami ještě nějaký člen rodiny informanta. Sedm z devíti informantů odpovědělo pozitivně. Pouze informanti I3 a I7 uvedli, že o nikom neví. Informant I3 přiznal: „*Možná máma, ale nejsem si jistý.*“ Ostatní informanti zaregistrovali výskyt migrény či bolesti hlavy i u dalších členů rodiny. Informantky I1, I4 a I6 uvedly, že migrénami trpí jejich děti. Informantka I1 řekla: „*Ano, moje dcera.*“ Informantka I4 uvedla: „*Ano, Samuel, můj syn.*“ Informantka I6 sdělila, že kromě ní samotné trpěla migrénami i její babička: „*Měla je moje babička z otcovy strany až do menopauzy a má je i můj desetiletý syn.*“ Informantka I2 uvedla, že migrénami trpěla její matka, s čímž se shoduje také

informantka I5, která rovněž uvedla migrény u své matky. Informantky I8 a I9 se shodují, že u jiného člena rodiny vyzorovaly bolesti hlavy. Informantka I8 sdělila: „*Migrénami vyloženě ne, ale údajně moje babička trpěla na bolesti hlavy.*“ Shodnou informaci uvedla také informantka I9: „*Jediný, kdo trpěl občasnými bolestmi hlavy, byla babička, mamka mého otce.*“

Další otázka směřovala již přímo k příčinám migrenózních záchvatů. Informanti I1, I2, I3, I5, I6 a I9 byli schopni své spouštěče popsat. Velmi dobře zmapované spouštěče záchvatů měla informantka I1, která jich uvedla hned několik: „*Tak je to hlavně stres, pak jsem si povšimla, že mám migrénu, když málo, ale i když naopak spím hodně. Dále jsou to skoro veškeré sladké pokrmy, které obsahují velké množství cukru, takže čokolády, dorty, pudinky. Někdy, když se na noc přejím, tak mám druhý den migrénu.*“ Nejčastější příčinu, kterou uvádí, jsou rozhodně cukry. Informantka I2 má stejně jako informantka I1 některé spouštěče vyzorované: „*...takže je to menstruace, změna počasí, bylo to určitě mateřství, ohledně jakoby mých nějakých hormonálních výkyvů. Pak si myslím, že je to určitě flámování, ale ne noční směny, ty to nejsou, je to, když nespím, a ještě do toho flámuji, někdy i piju.*“ Ani informant I3 neměl problém popsat své spouštěče, přičemž uvedl například přechod ze šera do osvětleného prostředí, ofouknutí oblasti krku a také uvedl, že se mu migréna spouští ve chvíli, kdy dlouhou dobu zadržuje močení, například z důvodu zaneprázdněnosti v práci. Poté ještě dodal: „*Dál to mám z koukání do telefonu, nebo když hodně dělám v kuchyni a mám ji dlouho ohnutou, tak poté mám pocit, že mě to začíná brát, ta hlava.*“ Informantka I5 uvedla, že má zjištěných spoustu spouštěčů a nejvíce z nich zahrnuje životní styl: „*Mám vyzorované potraviny, které mi to spouští, mezi které spadá třeba čokoláda, některé druhy, velké množství kořeněných ostrých jídel, aromatické sýry, energy drinky, tvrdý alkohol.*“ Dále informantka uvedla také nepotravinové faktory: „*Mimo stravu je to občas počasí, menstruace, fyzická zátěž, hodně stresu. Mimo jiné mi migrénu spouští i blikající efekty, například na diskotéce blikající efekty.*“ Informantka I6 přiznala, že v dnešní době už jsou spouštěče pouze na podkladu hormonálních vlivů, ale v minulosti bylo spouštěčem podle jejich slov snad všechno a všichni. Informantka I9 sdělila, že jsou u ní příčiny dodnes neobjasněny a uvedla tedy pár spouštěčů, o kterých ví: „*Parfémy, počasí a tlak.*“ Informanti I4, I7 a I8 neví, jaké jsou spouštěče jejich záchvatů. Informantka I4 uvedla: „*Nevím. Když se na to ptám doktorů, tak mi nikdo nedokázal nikdy říct, co to způsobuje, všichni mi říkají akorát stres a vyspání, životní styl, ale to by pak musel mít migrény snad každý, protože v dnešním světě nikdo nemá vzorový životní styl, já nevím.*“ Informant I7 odpověděl na otázku ohledně příčin

migrenózních záchvatu následovně: „*Kdybych je věděl, tak tomu předejdu, vůbec netuším.*“ Informantka I8 odpověděla: „*To mi nikdo nevysvětlil.*“

Dodržovaná opatření

Režimová opatření jsou u migreniků velmi důležitá, neboť díky nim je možné snížit četnost záchvatů a zvýšit tak kvalitu života trpících migrénami. Ne všichni informanti však opatření dodržují. Buď o nich nevědí, nebo nemají možnost je přímo dodržovat, nebo je porušují. V této kategorii je taktéž zmíněno, že jsou migrenici, kterým nebyla doporučena žádná opatření, ať už jsou to léčení migrenici, či neléčení. Informantky I1, I2, I5, I6 a I8 patří do skupiny lidí, která dodržuje podobná režimová opatření. Všechny se shodují v dodržování režimového opatření ohledně dostatečného spánku a odpočinku. Informantky I1, I2 a I8 se navíc shodují v dalším režimovém opatření, kterým je dostatečný příjem tekutin. Informantka I1 uvedla: „*Pravidelný spánek, dostatek tekutin, snažím se vyhýbat stresovým situacím. Pokouším se omezit sladké, hlavně čokoládu a dorty.*“ Informantka I2 se shoduje s informantkou I1 a uvedla: „*Snažím se tedy chodit včas spát, abych měla dostatek hodin. Dostatečně piju, normálně tekutiny.*“ Dále uvedla, že dle jejího mínění je velmi důležité včas si vzít léky, když cítí migrenózní záchvat. Informantka I8 řekla: „*Pitný režim, snažím se mít pravidelný spánek.*“ Informantka I6 uvedla pouze opatření spojené se spánkem: „*Pravidelný spánek je pro mě nejdůležitější.*“ Informantka I5 sdělila, že se snaží dodržovat co nejvíce režimových opatření, o kterých ví. Na otázku, která režimová opatření dodržuje, odpověděla následovně: „*Snažím se jíst zdravě, aspoň v rámci možností, snažím se nepřehnat to s alkoholem, když už se k jeho užití naskytne příležitost. Musím spát minimálně sedm hodin a tak. Jakoby, ráda bych se vyhýbala stresu, ale na škole to není možné, takže na tom stále pracuji.*“ Informanti I4 a I7 jsou migrenici, kteří režimová opatření nedodržují. Informantka I4 přiznala, že žádná režimová opatření nedodržuje. Informant I7 odpověděl: „*No, opatření, jak jsem říkal, když to přijde, tak ten odpočinek, hodně toho odpočinku a zase ten ručník, ale něco, že bych tomu předcházel, to nevím. Ten nástup je rychlejší a to už s tím pak nic neudělám.*“ Zde je vidět, že informant I7 nemá ponětí o režimových opatřeních. Informantka I9 uvedla, že dodržuje režimová opatření především okolo spánku a denních aktivit, jako jsou procházky a nějaký lehký sport, ale musíme přihlídnout k tomu, že jí opatření nikdo nedoporučil.

Dalším důležitým sdělením této podkategorie je to, zda režimová opatření informantům někdo doporučil. Některým informantům se nedostalo žádného doporučení o režimových opatřeních či minimálního, a to i přes to, že jsou léčeni a dochází na pravidelné kontroly k lékaři. Informanti I1, I3, I4, I7 a I9 patří mezi informanty, kterým nebyla režimová opatření doporučena odborníkem, tedy lékařem či sestrou. Informantky I1 a I9 uvedly, že na většinu opatření, která dodržují, si přišly samy postupem času. Informantka I1 uvedla: „*Většinu věcí jsem si našla sama, na internetu.*“ Informantka I9 je na tom velmi podobně: „*To spíše vyplynulo ze stavů migrén, co mi pomáhá a co ne.*“ Informant I3 na dotaz, kde slyšel o režimových opatření, zareagoval takto: „*Co jsou režimová opatření? Nikdo mi o tomhle nic neřek, možná mi něco málo řekli známí.*“ Informantka I4 reagovala velmi podobně: „*Nikde. Možná jen u té lékařky skrz ten stres a spánek.*“ Informant I7 se přidal k předešlým dvěma informantům: „*Tak o těch jsem neslyšel.*“ Informantky I2, I5 a I8 uvedly, že o režimových opatřeních slyšely od odborníků. Informantka I2 uvedla: „*Je to věc, která mě trápí, takže jsem si informace vyhledala sama a je to dlouhodobá léčba u mě, takže poprvé to bylo teda u lékaře, sestřičky a pak jsem si sama vyhledávala informace, a jelikož jsem pracovala na neurologii, tak i jsem se sama o sebe zajímala.*“ Informantka získávala informace během svého působení na oddělení. Informantka I5 uvedla: „*Asi u lékaře a na internetu. Spoustu jsem si jich taky domyslela, přece nebudu jíst to, po čem je mi blbě, že jo.*“ Informantka I8 v rozhovoru sdělila, že jí režimová opatření doporučili v neurologické ambulanci a také její masérka. Informantka I6 je zdravotnice a na otázku, kde slyšela o režimových opatření odpověděla následovně: „*Jsem zdravotník zaměřený na neurologii, kde jsem i léta pracovala, to odpoví na vše.*“ Režimová opatření se týkají také stravovacích návyků vzhledem k tomu, že spousta spouštěčů je potravinového charakteru. Z tohoto důvodu byla informantům položena otázka, zda nějakým způsobem svému stavu přizpůsobili svůj jídelníček. Informantů, kteří jídelníček přizpůsobili a dodržují ho, je menšina. Informantky I2, I5 a I6 se přizpůsobily a uvedly, jakým způsobem. Informantka I2 uvedla: „*Zdravě jím, opravdu si myslím, že jím zdravě a sportuji. Snažím se držet váhu a snažím se i jakoby regulovat to pití alkoholu.*“ Informantka I5 přiznala, že je pro ni náročné opatření ohledně stravy dodržovat, ale i přes to jsou tam jisté úpravy: „*Co jsem udělala asi před rokem a pomohlo mi to, byla změna tepelného zpracování jídla. Přestala jsem vše smažit a začala jsem spíše grilovat a péct, potom se mi hodně ulevilo. Dále se snažím odbourat množství cukru, ano sem, tam si dám čokoládu nebo sladké, ale není to každý den. Dostatečně piju*

tekutiny, minimálně litr a půl denně vypiju.“ Informantka I6 uvedla: *„Vypozorovala jsem pouze kari koření a alkohol, nic z toho nekonзумuji.“*

Informanti I1, I3, I4, I7, I8 a I9 přiznali, že svůj jídelníček nijak zvlášť nepřizpůsobili a pokud ano, tak opatření stejně porušují. Informantka I1 přiznala, že jídelníček nepřizpůsobila migrenózním stavům, a to i přes to, že zná potravinové spouštěče, proto jí byla položena otázka, co tedy porušuje. Informantka I1 odpověděla: *„V případě, že jsem ve stresu nebo větším pracovním nasazení, si dám dort nebo nějaké sladké a vím, že riskuji migrénu.“* Informant I3 odpověděl podobně: *„Snažím se jíst zdravě, ale moc to nedodržuji.“* Informantka I4 měla překvapivou odpověď na otázku, jak přizpůsobila svůj jídelníček. Informantka I4 uvedla: *„Nepřizpůsobila, sežeru, co chci. Nevím, jestli by jídlo mělo na migrénu nějaký vliv. Moje paní doktorka mi vždycky akorát tvrdila, že nikdo neví a že na migrénu se musí spát, dodržovat ten životní styl, zdravě bez stresu.“* Z tohoto vyplývá, že informantka I4 dosud nevěděla, že existují potravinové spouštěče migrenózních záchvatů. Informant I7 je na tom velmi podobně jako informantka I4. Informant I7 uvedl: *„Vůbec jsem nepřizpůsobil, furt vlastně tak jak jsem byl zvyklej, tak jim a piju tak jak jsem byl zvyklej, neomezují se.“* Informantka I8 pouze sdělila, že svůj jídelníček nijak nepřizpůsobila. Informantka I9 si je potravinových spouštěčů vědomá a uvedla: *„Moc ne, nemám úplně silnou vůli držet nějaké diety, ale spíš nic nepřeháním, jím, na co mám chuť, ale snažím se to nepřehánět. Potraviny, co mi podporují bolest hlavy, nejsou moje oblíbené, takže se jim nemusím cíleně vyhýbat.“*

Poslední zaměření je na denní režim, který je i u migreniků velmi důležitý. Někteří informanti uvedli, že jsou si vědomi efektu pravidelného spánku na migrenózní záchvaty, ale už není příliš jasné, kolik z nich je striktně dodržuje. Informanti I1, I2, I3, I4 a I7 přiznali, že svůj denní režim příliš nepřizpůsobili, u většiny z nich je situace složitá. Informantka I1 uvedla, že svůj denní režim nepřizpůsobila, a proto byla dotázána z jakého důvodu. Informantka I1 odpověděla následovně: *„Jsem OSVČ, kadeřnice, a tudíž si nemůžu dovolit více odpočinku a pravidelnou stravu. Cítím, že se mi zdravotní stav zhoršuje. Dokonce se kvůli tomu chystám ukončit podnikání a přejít do zaměstnaneckého poměru.“* Informantka I2 je v podobně tíživé situaci jako informantka I1 a opět je pro ni těžké přizpůsobit denní režim svému zaměstnání. Informantka I2 uvedla: *„Tak to jsem moc nepřizpůsobila, protože, posledních nevím, pět až šest let dělám ve směnném provozu, tak tohle úplně jakoby nejde při mé práci, ale nechá se to, moje tělo to zvládá.“* Je si vědoma, že nemá dostatek spánku a odpočinku, ale vynahrazuje si to ve volných dnech. Uvedla, že stav jí to nezhoršuje, a naopak si myslí, že se migrenózní stavy

v posledních letech zlepšily. Informant I3 uvedl: „*Nijak zvlášť, snažím se akorát víc spát a odpočívat. Ponocování mi moc neprospívá.*“ Informantka I4 sdělila: „*Nijak, buď to přijde, nebo nepřijde. Já nikdy nevím, kdy to přijde, co to spustí.*“ Informant I7 se shoduje s informanty I3 a I4 a přiznává, že ani svůj denní režim nijak nepřizpůsobil migrenózním stavům. Informantky I5, I6, I8 a I9 se shodly na přizpůsobení svého denního režimu a všechny se opět věnovaly především pravidelnému spánku. Informantka I5 uvedla: „*No, tak vím, že musím spát aspoň sedm hodin, abych nebyla přetažená, takže si ten spánek hlídám. Jinak na denním režimu stále pracuji, protože bohužel chodím často na praxe, kde je to takový jako nahoru dolů.*“ Informantka dále uvedla lehké obavy z budoucnosti, protože bude pracovat jako všeobecná sestra a je si vědoma toho, že se její stav pravděpodobně zhorší, minimálně do chvíle, než si zvykne na směnný provoz. Informantka I6 uvedla: „*Pravidelný spánek je pro mě nejdůležitější, cca osm hodin ideál.*“ Informantka I8 se shoduje s informantkou I6 a odkazuje na důležitost pravidelného spánku a stejně tak i informantka I9, která uvedla: „*Jen co se týká spánku, se snažím opravdu denně spát sedm až osm hodin.*“

Informovanost pacientů

Zdravotní stav migreniků se velmi odvíjí od toho, jak moc jsou informováni o svém stavu. Pokud neznají určité informace, není divu, že například nedodržují režimová opatření. Informantům byly pokládány různé otázky ohledně informací o migrénách. Mezi tyto otázky spadala otázka, která je zaměřena na informace ohledně režimových opatření poskytnuté lékařem či sestrou nebo jiným zdravotníkem. Čtyři z devíti informantů (I1, I3, I4, I7) uvedli, že jim nebyly poskytnuty žádné informace ohledně režimových opatření jejich lékařem či sestrou. Informantka I1 prohlásila: „*Nepamatuji si, že by mi někdo ze zdravotníků doporučil nějaká režimová opatření. Ani můj lékař, ani žádná sestra.*“ Informant I3 uvedl, že s lékařem o opatřeních nikdy nemluvil. Informantka I4 v rozhovoru sdělila, že kromě informací, které již řekla, tedy pravidelný spánek a vyhýbání se stresovým situacím, jí jiné informace o režimových opatřeních poskytnuté nebyly. Informant I7 je na tom velmi podobně jako informant I3 a uvedl: „*Jestli si dobře vzpomínám, tak žádný.*“ Informantky I2 a I5 se shodly, že jim od jejich lékaře či sestry byly informace o režimových opatřeních poskytnuty. Informantka I2 uvedla: „*Pro začátek dostačující, a pak jsem si je postupně získávala sama od dalších odborníků nebo z internetu. Nebo i od svých kolegů, s kterými jsem pracovala.*“ Informantka I5 řekla: „*Můj neurolog mě upozorňoval na to jídlo a tak, abych se snažila si ten jídelníček upravit.*“

Pak mi řekl o spánku, abych spala delší dobu, ale na druhou stranu, abych to nepřehnala.“ Informantky I6, I8 a I9 jsou odlišné případy. Informantka I6 na otázku, jaké informace týkajících se režimových opatření obdržela od zdravotníků, odpověděla: *„Sama v knihách nebo od neurologa.*“ Informantka I8 si vzhledem k délce léčby, tedy ke 30 letům, nevzpomíná, co jí bylo řečeno. Informantka I8 uvedla: *„Na to už si nepamatuju, ale určitě to byl dostatečný pohyb, pravidelná strava, pravidelný režim dne.*“ Informantka I9 uvedla: *„Od lékaře pouze být v klidu, nestresovat se, odpočívat, dodržovat pitný režim.*“

Důležitá otázka, která byla informantům položena, se týkala subjektivního pocitu informovanosti, jak oni sami hodnotí informovanost ohledně migrenózního stavu. Většina informantů uvedla, že si myslí, že je dostatečně informovaná. Jedná se o informantky I1, I2, I5, I6, I8 a I9. Informantka I1 řekla, že nejvíc informací získává přes internet a díky němu je v obraze: *„Na internetu je spousta informací, díky internetu si přijdu dostatečně informovaná.*“ Informantka I2 uvedla: *„Myslím, že dostatečný, a jelikož se to snižuje, tak už asi úplně nepátrám po dalších informací.*“ Informantka I5 sdělila, že je dle svého názoru dobře informovaná, ale i tak si myslí, že ještě postrádá určité informace. Informantka I5 uvedla: *„Myslím si, že jsem celkem dobře informovaná, možná bych ocenila ještě nějaké informace ohledně nové léčby. Slyšela jsem, že existuje biologická léčba, ale pořádně nevím, v čem to jako spočívá a jestli na ni mám nárok, nevím. Jinak si myslím, že jsem dobře informovaná.*“ Informantka I6 se shoduje s informantkou I1 a má pocit, že je dobře informovaná. Informantka I8 odkazuje na svou mnoholetou zkušenost a uvedla: *„Tak vzhledem k tomu, že na ně trpím nějakých 30 let, chodím na pravidelné kontroly k neurologovi, tak si myslím, že jsem informovaná dostatečně.*“ Informantka I9 se shoduje s informantkou I8 a díky svým zkušenostem si také myslí, že je dostatečně informovaná.

Informanti I3, I4 a I7 se shodli, že jsou nedostatečně informováni. Informanti I3 a I7 jsou oba neléčení migrenici, a tudíž se dá předpokládat, že budou disponovat pouze minimem informací, ale informantka I4 má nasazenou farmakologickou léčbu určenou migrenózním záchvatům, ale i tak se cítí nedostatečně informovaná. Informant I3 přiznává: *„Mám minimum informací.*“ Informant I7 uvedl: *„Já si myslím, že třeba z toho internetu těch informací tam moc není a je to dost individuální, takže nic moc.*“ Informantka I4 řekla: *„Myslím, že vím málo, a i když jsem googlila, tak tam jsem se nikde nedočetla, že by někdo zjistil vyloženě spouštěč migrény, kde vzniká, jak vzniká. Jako já jsem, si myslím, o tom četla hodně, ale nikde jsem se nic moc nedočetla.*“

Informantům byla položena také otázka ohledně dostupnosti a věrohodnosti internetových zdrojů. Tři informanti uvedli, že jsou s informacemi na internetu spokojeni. Informantka I1 již internetové zdroje zmínila, kdy uvedla, že díky nim si připadá dostatečně informovaná. Dále uvedla: „*Jak už jsem řekla, informací na internetu ohledně migrény je spousta a s těmi jsem spokojená.*“ Informant I3 se zde shoduje s informantkou I1 a uvedl: „*Myslím, že je to věrohodný, většinou to byly zkušenosti jiných a myslím, že tomu můžu věřit.*“ Informantka I9 má trochu jiné zkušenosti, neboť uvedla, že informace o migrénách vyhledávala na diskuzním fóru ve facebookové skupině, kde je mnoho lidí, kteří popsali své postupy. Dále uvedla: „*Celkem na vysoké úrovni díky diskuzím lidí, co tím také trpí. Oproti době, kdy jsem se s migrénou potkala poprvé, informace byly velmi omezené, spíše žádné.*“ Informantky I2, I5 a I8 se domnívají, že na internetu je velké a užitečné množství informací, ale všechny tři informantky nabádají k opatrnosti a doporučují zdroje ověřovat. Informantka I2 uvedla: „*Tak samozřejmě internet jako takový se musí brát s nějakým odstupem a používat u toho selský rozum. Samozřejmě ne všechno je pro mě dobrý, takže musím zvážit, které informace použiju pro sebe a které ne.*“ Dále uvedla, že vzhledem k jejím vztahům na pracovišti, má možnost informace získané na internetu ověřovat u odborníků, neurologů. Informantka I5 mimo jiné uvedla, že lidé po internetu často šahají, když jsou zoufalí a nevědí, co dělat. Informantka I5 uvedla: „*Já bych řekla, že na internetu dneska najdete už spoustu informací ohledně migrény. Jsou tam různé tipy, jak migrénu předejít, jak ji lépe zvládnou a podobně. Samozřejmě, vždy je dobrý si někde ty informace ověřit, zeptat se lékaře nebo i sestry, ale když jste zoufalí, tak kam jinam se podívat, že jo?*“ Informantka I8 uvedla: „*Já si myslím, že to dostupné je všem, myslím, že jsou věrohodné, dá se tam i poradit s lékaři, ale taky jsem si některé informace musela selektovat.*“ Dva informanti, informantka I4 a informant I7, uvedli, že jsou s informacemi nespokojeni a nedůvěřují jim. Informantka I4 prohlásila: „*Nevím, čemu tam mám věřit a čemu ne. Moc jsem se nedočetla, nevím. Já jsem se nikde nedočetla, co ji spouští, co tam je a tak.*“ Informant I7 uvedl: „*Myslím si, že nejsou dobré ty informace. Nic z toho, co jsem vyzkoušel, mi moc nepomohlo.*“ Zcela odlišným příkladem je informantka I6, která uvedla, že na internetu informace nikdy nehledala.

I přes to, že většina informantů se domnívá, že je dobře informovaná, byla informantům položena otázka, zda jim schází nějaké informace. Šest z devíti informantů našlo určitou mezeru ve vědomostech o migrénách a uvedlo, které konkrétní informace jim momentálně chybí. Informanti I1, I3, I4, I5, I6 a I7 uvedli, že jim informace schází.

Informantka I1 a I5 se shodly, že jim chybí podstatné informace ohledně možnosti léčby migrény. Informantka I1 uvedla: „*Schází mi a vždy mi scházely informace o dostupnosti nové léčby. Nějak vzdáleně vím, že existuje mobilní aplikace ohledně migrén, ale pouze z doslechu. Celkově mi schází informace od zdravotníků, lékařů a sester.*“ Informantka I5 sdělila: „*Asi o možnostech té léčby, bych řekla.*“ Informant I3 se shoduje s informantkami I1 a I5 ohledně scházejících informací o léčbě a přidává k nim chybějící informace o režimových opatřeních. Informant I3 uvedl: „*Asi o nějaké léčbě, o těch režimových opatřeních asi. Možná celkově promluvit s nějakým neurologem.*“ Informantka I4 uvedla: „*Já myslím, že teda asi úplně všechny. Ted' jsem se dozvěděla, že sem spadá i strava, že tam je v podstatě všechno. Takže mi chybí podstatný věci o migréně.*“ Informantka I6 řekla: „*Jak je nemít vůbec.*“ Informant I7 odpověděl: „*Jak na to, aby třeba jsem zkrátil tu dobu toho záchvatu, nebo když to začne nastupovat, tak abych to dokázal něčím utlumit, odvrátit nebo tak. Takže všeobecně mi ty informace scházejí.*“ Informantky I2, I8 a I9 jsou si jisté, že jim žádné informace nescházejí. U informantky I2 nebylo třeba se ptát, zda jí nějaké informace scházejí, neboť uvedla, že již po dalších informacích nepátrá. Informantky I8 a I9 se shodují, že již žádné další informace nepotřebují.

V dnešní době narůstá počet diagnostikovaných migreniků. Informantům byl položen dotaz, co by poradili nově diagnostikovaným migrenikům. Odpovědi jsou velmi různé. Informantky I1 a I5 se shodly, když obě uvedly, že se pacienti nesmí bát o migréně mluvit. Informantka I1 uvedla: „*Určitě bych jim řekla, aby se o tom nebáli mluvit, hlavně se svými blízkými. V rámci možností, aby se snažili vyhýbat všem spouštěčům a aby si upravili denní režim dle jejich onemocnění.*“ Informantka I5 měla velmi podobnou odpověď a uvedla: „*Řekla bych jim, aby se nebáli to říct lidem ve svém okolí, aby jim to vysvětlili a nebáli se toho. Je to prostě nelehký stav, který musí ostatní respektovat.*“ Informantka dále nabádá na detailní zaměření dotazů směrem k jejich lékařům a apeluje na dodržování režimových opatření. Informanti I3 a I7 by nově diagnostikovaným pacientům s migrénou předali jejich dosavadní zkušenosti. Poradili by jim, jaké možnosti tlumení léčby jsou u nich účinné. Informant I3 řekl: „*Poradil bych jim, aby si vzali třeba ten Ibalgin, a řekl bych jim svoje zkušenosti. No, a pokud budou mít ty migrény silný, tak bych jim doporučil navštívit doktora.*“ Informantky I6 a I9 radí navštívit odborníky, kteří mohou indikovat specializovanou či biologickou léčbu. Informantka I6 uvedla: „*Nebát se navštívit specialistu a nechat si nasadit trvalou léčbu, mě změnila život k lepšímu.*“ Informantka I9 sdělila: „*Určitě bych jim doporučila začít docházet do Centra bolesti*

hlavy, kde jsou zaměřeny na alternativní léčbu, tu, která prochází studií. Díky takovému programu se mi změnil život o sto procent.“ Informantka I2 odkazuje na novou metodu léčby, o které slyšela: „Vím, že je nyní nová metoda léčby. Aplikují se myslím injekce intramuskulárně nebo subkutánně. Je to pro nemocné, kteří trpí těmi atakami často, jsou tím vyloženě paralyzováni, nemohou prostě fungovat a vím, že ta léčba je velice úspěšná.“ Informantka I4 uvedla: „V podstatě žádný, protože žádný nemám. Jediný, co bych jim mohla říct je, že jen životní styl je nezachrání. To je jediný, co bych jim mohla říct.“ Informantka I8 se zaměřila spíše na tlumení bolesti a léčbu: „Asi ta pravidelnost, mít neustále u ruky Triptany nebo léčbu, která zabírá, která dokáže zasáhnout do toho záchvatu, zabrzdit ho nebo zmírnit tak, abychom mohli normálně fungovat.“

5 Diskuze

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat potřeby nemocného s migrénou. Druhý cíl této bakalářské práce byl popsat režimová opatření nemocného s migrénou. V návaznosti na první cíl byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. První otázka zněla: **„Jak pacienti subjektivně popisují průběh migrenózního záchvatu?“** V průběhu rozhovoru byli nemocní trpící migrénami požádáni o popis jejich migrenózních záchvatů, popřípadě jim byly položeny doplňující otázky, které měly vyplnit nejasnosti. Většina informantů se shodla, že před samotnou bolestí hlavy se objevuje aura. Informantky I1, I4, I6 a I8 uvedly, že trpí vizuální aurou, která je nejčastěji v podobě rozmazaného periferního vidění či pocitu mžitek před očima. Informantka I4 uvedla: *„Ano, oční, mám mžitky před očima.“* Kotas (2015) uvádí, že zraková aura je nejhojněji se vyskytující aura mezi migreniky, kteří na ni trpí. Informantka I8 sdělila, že vidí různé světelné kruhy v oblasti periferního vidění, záblesky či nepravidelný pohyb obrazu. Kurth (2020) uvádí, že zraková aura je charakterizována rozšiřujícím se oslepujícím bodem či zrakovým jiskřením, tedy trpytivé objekty ve vzorném poli. Informant I3 uvedl, že mimo vizuální aury se objevuje také aura fatická a senzitivní: *„Myslím, že mám auru, vždy před tím vidím mlžení nebo nějaké vlnění. Potom, když se to více rozjede, tak mě brní jazyk, brní mě konce prstů a nemůžu se slovně vymáčkout, hůř se mi mluví.“* Symptomy aury z jiného laloku než okcipitálního nejsou příliš časté a lze sem zařadit senzitivní, motorickou a řečovou auru. Poruchy řeči byly uvedeny u 17 - 20 % nemocných s migrénou (Peterová, 2013). Varovné symptomy uvedly dvě informantky, informantka I1 a I8. Například informantka I1 uvedla: *„Já cítím migrénu už dva dny dopředu. Cítím jisté napětí a změny nálad.“* Informantka I8 řekla: *„Takže většinou mívám záchvat s aurou, někdy se stane, že dva tři dny před záchvatem mám změněnou chuť k jídlu...“* Obě tvrzení se shodují s informacemi od Kotase (2015), který uvádí, že prodromy spočívají v pocitech určitého napětí, podrážděnosti a u některých migreniků se projeví například i zvýšenou touhou po jídle. Dle našeho názoru jsou prodromy a aura v mnoha případech užitečné, neboť je lze brát jako jistý druh varování, a tím pádem se na záchvat dotýčný může připravit. Informantka I1 uvedla, že jakmile začne aura, užije léky, které jí zabírají, a již dopředu tím potlačí migrenózní bolest. Ostatní migrenici uvádí, že nikdy neví, kdy migréna udeří, a nic je na to nepřipraví. V souvislosti s touto výzkumnou otázkou pacienti popsali migrenózní bolest, její charakter a lokalizaci. Informanti se shodli, že bolest se nachází v oblasti spánku a očí.

Kotas (2015) uvádí, že ataka trvá přibližně 4-72 hodin a bolest hlavy je nejčastěji lokalizovaná za okem, v oblasti spánků a v čele. Například informantka I1 sdělila, že po odeznění aury jí začíná tepat v levé nebo pravé půlce hlavy nad okem a dodala: „*Bolest pulzuje a stupňuje se.*“ Informantka I5 uvedla: „...*musím říct, že tu bolest mám vždycky na stejném místě, a to na levém spánku.*“ Charakter bolesti popsala informantka následovně: „*Já bych tu bolest popsal, že je to jako kdyby si někdo vzal kladívko a znova a znova vás tím kladívkem bouchal do toho spánku a stále přidával na síle.*“ Informanti se shodli, že bolest se postupně zhoršuje a navyšuje se její intenzita, což souvisí s tvrzením Aguilar-Shea (2022), který uvedl, že intenzita migrenózní bolesti se postupně navyšuje nebo je výbušná na začátku a narušuje tak činnosti každodenního života.

Kotas (2015) uvádí, že samotná bolest hlavy je velmi často doprovázena dalšími symptomy jako jsou nevolnost a zvracení, světloplachost a nesnášenlivost zvuků. S tímto se shodují všichni uvedení informanti a každý z nich uvedl minimálně jeden doprovodný příznak, který pociťují během migrenózního záchvatu. Informantka I1 řekla: „*Vadí mi světlo, hluk, a nakonec začnu i zvracet.*“ Informantka I9 uvedla: „...*a přidávají se další symptomy, citlivost na světlo, hluk, pachy, pocit na zvracení, průjem, točení hlavy.*“ Překvapila nás odpověď informanta I7, který mimo typické doprovodné symptomy přidal příznak, který uvedl jako jediný a během výzkumu jsem tuto informaci jinde nenalezla. Informant I7 uvedl: „*Mám ucpanou jednu nosní dírku na straně, která mě bolí, většinou levá.*“ Domníváme se, že většina informantů má opravdu typické doprovodné příznaky, které se u migrény objevují. Kromě informanta I7 nebyl nikdo jiný, kdo by uvedl něco neznámého.

Pozáchvatové období je doba mezi koncem ataky a subjektivně vnímaným koncem dalších potíží (Peterová, 2013). Co se týče pozáchvatového období, informanti se nejvíce shodují na silné únavě. U některých přetrvává únava i dva dny po skončení záchvatu. Informantka I6 sdělila: „*Otupení, hrozná únava.*“ Informant I7 nahlíží na pozáchvatové období spíše pozitivně, kdy uvedl: „...*a je to úleva samozřejmě, když se po třech dnech člověk probudí bez bolesti.*“ Informantka I8 se zde shoduje jak s informantem I7, tak i s ostatními informanty a uvedla: „*Po záchvatu euforie, člověk je šťastný, ale na druhou stranu unavený.*“ Kotas (2015) uvádí, že v období po záchvatu může nemocný pociťovat vyčerpání, otupělost, lhostejnost a netečnost, dále bývá udávána podrážděnost a neschopnost soustředění se. Jsme toho názoru, že pozáchvatové období je pro pacienty velmi náročné, neboť bolest hlavy sice odezněla, ale stále přetrvává únava a různé pocity

letargie, čili pacienti jsou stále silně ovlivněni i přes to, že samotná bolest hlavy již odezněla, stále je to narušení činností, které nemocní chtějí či potřebují vykonávat.

Druhá výzkumná otázka, která byla v práci stanovena, zní: **„Jaké potřeby má nemocný s migrenózním záchvatem?“** Pacienti nejvíce potřebují utlumit migrenózní bolest. Většina informantů tlumí bolest farmakologickou cestou. Někteří informanti uvedli, že bolest tlumí nesteroidními antirevmatiky, jako jsou Ibalgin či Paralen. Kotas (2015) uvádí, že jednoduchá analgetika, mezi které lze zařadit kyselinu acetylsalicylovou a paracetamol, se užívají při atakách malé či střední intenzity. Například informantka I1 uvedla: *„Užívám především léky, Ibalgin 400 a Paralen 500 naráz.“* Ne u všech jsou nesteroidní antirevmatika účinná. Informant I7 uvedl: *„Trošku občas zabere ten Ibalgin 400, no, že vezmu dva Ibalginy, ale zase tím ničím něco jiného.“* Myslíme si, že nesteroidní antirevmatika jsou dobrou volbou ve chvíli, kdy má pacient migrénu opravdu minimálně a slabší intenzity, ale pokud má nemocný ataky víc jak jednou za měsíc, jsou pro něj tyto léky spíše škodlivé než užitečné. Ostatní informanti se shodují na léčbě Triptany, které jsou však na předpis, a proto se k nim neléčení migrenici nemají šanci dostat. Kauzální terapii migrenózních atak tvoří léčiva ze skupiny 5-H1B/D agonistů neboli tzv. Triptany. Jedná se o léčiva, která zabraňují aktivitě trigemino-vaskulárního komplexu (Rokyta, 2012). Nejčastěji byl uváděn Sumatriptan. Informantka I4 uvedla: *„Beru léky, Sumatriptan.“* Sumatriptan byl uveden v roce 1991 a jedná se o první Triptan, který byl představen. Jde o nejrozsáhleji zkoumaný Triptan, který je dodnes považován za tzv. zlatý standard. Je sehnatelný v různých lékových formách, jako jsou tablety, nazální spreje a subkutánní injekce (Khan, 2021).

Informanti uvedli, že vzhledem k doprovodným příznakům, jako jsou fotofobie a fonofobie, potřebují tmavé tiché prostředí. Kotas (2015) uvádí, že migrenik z důvodu zmíněných příznaků vyhledává zatemnělé a tiché místo. Informantka I1 uvedla: *„Když je to možné, snažím se jít do klidu, lehnu si, zatáhnu závěsy, abych měla tmu.“* Někteří informanti dále uvedli, že potřebují dopomocť při běžných činnostech. Například informantka I4 uvedla: *„...a v podstatě i pomoc, když potřebuju na záchod třeba nebo cokoli.“* Informantka I9 uvedla, že potřebuje pomoc zastat chod domácnosti. Další informantky uvedly, že nejvíce potřebují od svého okolí pochopení. Vzhledem k mým vlastním zkušenostem mě tato odpověď příliš nepřekvapila. Dle našeho názoru se migrenici setkávají s velkým množstvím nepochopení, kdy většina lidí, kteří migrenózní

záchvat nikdy nezažili, neví, jak náročný stav to je. Spousta lidí obecně nemá přehled o migrénách.

Pouze malé množství informantů používá k tlumení bolesti nefarmakologické metody. Peterová (2013) uvádí, že migrénu lze dočasně potlačit po aplikaci studeného či teplého obkladu na čelo a někteří nemocní s migrénou mohou zastavit lehký záchvat za pomoci kávy či coca-coly v kombinaci s citrusy. Například informant I7 uvedl: „*Většinou ted'kon ještě co docela pomáhá, tak si vezmu mokrej hadr na hlavu a chladím ji.*“ Informantka I2 řekla: „*Bud' to se snažím zajít do nějakýho klidu, anebo někdy pomůže se i najíst a napít.*“ Informantka I9 sdělila: „*...olejičky (migrenol), studené obklady, horká sprcha, masáže krční páteře a chodidel...*“

I přes rozsáhlé možnosti akutní a preventivní léčby migrény, není terapie za pomoci léčiv vhodná pro všechny pacienty. Důraz je kladen především u pacientů, kteří by mohli léky nadužívat nebo jsou polymorbidní. Léčba farmaky nemusí být vždy stoprocentní (Peterová, 2013). Většina informantů uvedla, že vyzkoušela alternativní metody, u většiny však neměly pozitivní výsledky. Informantka I5 uvedla: „*Ano, vyzkoušela jsem nějaké byliny, ale bez úspěchu.*“ Informantka I4 řekla: „*Ano, využila, ale úplně k ničemu.*“ Domníváme se, že alternativní metody mohou být velmi prospěšné u jiných onemocnění, ale vzhledem k neúspěchu skoro u všech informantů bychom řekli, že je zde zapotřebí spíše farmakologických léčiv, které mají mnohem větší úspěšnost.

Třetí výzkumná otázka, která byla stanovena, zní následovně: „**Jaké faktory ovlivňují průběh a četnost migrenózních záchvatů?**“ Z našeho pohledu jsou u každé osoby, trpící migrénami, její spouštěče velmi individuální. Na každého působí něco jiného, u někoho jsou to potravinové faktory, u většiny žen se jedná o hormonální vlivy a u jiných jsou to některé z nepotravinových spouštěčů. Například informantka I5 uvedla: „*Já jich mám hodně. Mám vypozerované potraviny, které mi to spouští, mezi které spadá třeba čokoláda, některé druhy, velké množství kořeněných jídel, aromatické sýry, energy drinky, tvrdý alkohol. Mimo stravu je to občas počasí, menstruace, fyzická zátěž, hodně stresu.*“

Specifické spouštěče závažných stavů se velmi obtížně určují. Faktory spouštějící záchvaty jsou nejčastěji identifikovatelné ve chvíli, kdy dojde ke zlepšení při léčbě. Například pravidelné dodržování pitného režimu, zdravé stravovací návyky, vyhýbání se stresu a pravidelný spánek jsou pro snížení záchvatů nezbytné. Přestože vyhledané spouštěče jsou jasné, dnešní doba rušného života a ne příliš kvalitní prostředí tyto úpravy

výrazně komplikují (Khan, 2021). Kotas (2015) uvádí, že potraviny, které pacientům spouští migrenózní záchvaty, jsou především takové, které obsahují následující tři složky, tyramin, který lze nalézt ve zrajících sýrech, salámech a uzeninách, dále je to složka zvaná glutamát sodný, ten je obsažen v přísadách pro ochucení jídel, a poslední je dusitan sodný, což je konzervační přísada využívaná ke zpracování masa a ryb. Překvapilo nás, jak velmi málo informantů uvedlo potravinové faktory. Například informantka I4, která se s migrénami léčí již přes dvacet let, po rozhovoru sdělila, že ani nevěděla, že migrénu spouští potraviny. To je velmi hrubý nedostatek ve vědomostech migrenika, který se léčí již takovou dobu. Informantka I1 uvedla: „*Dále jsou to skoro veškeré sladké pokrmy, které obsahují velké množství cukru, takže čokolády, dorty, pudinky.*“

Spousta informantů uvádělo spouštěče nepotravinové. Peterová (2013) uvádí, že mezi nejčastější spouštěčové faktory nepotravinového původu lze zařadit stres a relaxace po stresových situacích, dále hormonální výkyvy v některých fázích menstruačního cyklu, dále jsou to podněty jako například světelné efekty, silné pachy a vůně a nedostatek kvalitního spánku. S tímto se shoduje informantka I2, která uvedla: „*...takže je to menstruace, změna počasí, bylo to určitě mateřství, ohledně jakoby mých nějakých hormonálních výkyvů.*“ Informantka I9 uvedla nejčastější spouštěče: „*Parfémy, počasí a tlak.*“

Ne každý informant si je vědom svých spouštěčů, mezi takové informanty patří informant I7, který uvedl: „*Kdybych je věděl, tak tomu předejdu, vůbec netuším.*“ Domníváme se, že rozhodujícím faktorem k tomu, aby migrenici byli schopni zmapovat své spouštěče, je informovanost nejen lékařem, ale i sestrou. Informant I7 je bohužel neléčeným migrenikem, takže informace vlastně od nikoho neobdržel, ale například informantka I4, jak bylo již několikrát zmíněno, je léčená, a tudíž by o spouštěcích měla mít o něco větší přehled.

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka stanovená v práci zní: „**Nakolik jsou pacienti trpící migrenózními záchvaty informováni o režimových opatřeních souvisejících s migrénou?**“ Překvapil nás nízký počet informantů, který byl v minulosti informován o režimových opatřeních. Většina informantů totiž uvedla, že pokud nějaká režimová opatření dodržují, nedoporučil jim je žádný zdravotník, ale většinou si na ně postupem času přišli sami. Našli se i tací, kteří o režimových opatřeních nikdy neslyšeli. Informant I3 uvedl: „*Co jsou režimová opatření? Nikdo mi o tomhle ni neřek, možná mi něco málo řekli známí.*“ Preventivní terapie je výraznou částí léčby migrenózních stavů. Režimová

opatření zásadně zlepšují kvalitu života nemocných trpících migrénou a snižují náklady na efektivní terapii. I přestože různé studie ukazují na důležitost preventivní léčby nemocných s migrénou, bylo zjištěno, že jenom malá část takových pacientů dodržuje nebo někdy dodržovala režimová opatření v souvislosti s migrénou (Khan, 2021). V této části se informanti příliš neshodují. Někteří režimová opatření dodržují, jiní z části, někteří je vědomě porušují. Například informantka I1 přiznala: „*V případě, že jsem ve stresu nebo větším pracovním nasazení, si dám dort, nebo nějaké sladké a vím, že tím riskuji migrénu.*“ Informantka I9 odpověděla: „*Moc ne, nemám úplně silnou vůli držet nějaké diety...*“ Domníváme se, že spousta migreniků je na tom podobně jako dvě předešlé informantky. Obě nemají silnou vůli a rozhodně nejsou jediné. Poté jsou zde informanti, kteří režimová opatření dodržují nebo je dodržují částečně. Informantka I5 dodržuje režimová opatření ohledně jídelníčku, ale přizpůsobení denního režimu jí stále dělá problémy. Úplně stejně je na tom informantka I2, která uvedla, že dodržuje pitný režim a jí zdravě, ale vzhledem ke svému povolání, ve kterém dělá směnný provoz, je takřka nemožné, aby zcela přizpůsobila svůj denní režim. Khan (2021) uvedl, že režimová opatření lze považovat za účinná ve chvíli, kdy se pacientův stav zlepší o 50 % do tří měsíců od začátku terapie. Informantka I6 striktně režimová opatření dodržuje. Informantka uvedla: „*Vypozorovala jsem pouze kari koření a alkohol, nic z toho nekonzumuji.*“ Co se jejího denního režimu týče, uvedla toto: „*Pravidelný spánek je pro mě nejdůležitější, cca osm hodin ideál.*“ Většina informantů uvedla, že jim režimová opatření nikdo nikdy nedoporučil. Pouze informantky I2, I5 a I8 uvedly, že jim informace o režimových opatřeních byly sděleny u odborníka. Informantka I2 uvádí, že informace jí kromě lékaře poskytla i sestra. Zbylí informanti řekli, že jim nikdo režimová opatření nedoporučil. Překvapilo mě, že je tolik migreniků, kterým nebyla režimová opatření doporučena, mezi nimi se nachází spousta léčených migreniků, kteří chodí na pravidelné kontroly ke svému lékaři, a i přes to si museli opatření zjistit sami. Jsme toho názoru, že nejen lékaři, ale především sestry by se na taková témata měly více zaměřit. Měly by být schopné pacientům popsat režimová opatření a nějakým způsobem jim pomoci.

Z výzkumu vychází, o čem všem by sestra měla být schopná pacienta edukovat. Sestra by měla pacienta s migrénami edukovat o opatřeních v průběhu migrenózního záchvatu a doporučit mu, jak se zachovat při záchvatu. Migrenici jsou v průběhu záchvatu citliví na světlo, hluky a pachy, tudíž by sestra měla pacientovi doporučit odejít na klidné, tiché místo, kde je možnost vytvořit tmou. Dále by mu měla doporučit vyhnout se pachům, které

prohlubují migrenózní záchvat. Pokud pacient nezvrací, doporučit mu vzít si léky, které mu pomáhají při tlumení migrenózní bolesti. Pacient by měl mít dostatek tekutin. Dále mohou využít terapii chladem čili studené obklady na hlavu.

Sestra může pacienta edukovat o režimových opatřeních, díky kterým lze u nemocných trpících migrénou snížit četnost atak. Sestra by měla pacientům popsat režimová opatření týkající se jídelníčku. Měla by být schopná vyjmenovat potravinové spouštěče a zároveň doporučit jejich vynechání. Měla by se zaměřit především na potraviny s vysokým obsahem cukru, tudíž by se pacienti měli vyhýbat čokoládě, dortů, různým sladkým zákuskům a slazeným nápojů. Dále je třeba pacienty upozornit na další spouštěče, jako je například alkohol, konkrétně by si pacient měl dát pozor na červené víno, tvrdý alkohol a také na množství užitého alkoholu. Sestra by měla pacienta upozornit i na kofeinové nápoje, mezi které lze zařadit kávu a energetické nápoje. Je třeba pacienty poučit u aromatických pokrmů, méně kořenit, méně ostrá jídla a aromatické sýry. Sestra může pacienty poučit nejen o stravě, ale také o možnostech tepelné úpravy, kdy smažená jídla mohou způsobit ataky častěji.

Další režimová opatření, která by sestra měla pacientovi doporučit, se týkají denního režimu. Je potřeba pacienty upozornit na pravidelný spánek. Často si pacienti myslí, že ataky nastupují po nedostatku spánku, ale záchvat se může objevit i při nadbytku spánku. Pacient by měl do svého denního režimu zařadit pravidelnou fyzickou aktivitu, tudíž mu sestra může doporučit, které aktivity jsou vhodné. Vhodné aktivity jsou například plavání či turistika. Do denního režimu spadá také pravidelné stravování, tudíž musí sestra pacienta informovat o pravidelném stravování a o dodržování pitného režimu.

Sestra by měla edukovat také rodinu pacienta, neboť bylo uvedeno, že se migrenici setkávají s nepochopením od svého okolí. Je důležité rodině vysvětlit, že se jedná o závažný stav, který člověka ochromí. Sestra by měla rodinu edukovat, jak pomoci jejich blízkému během migrenózního záchvatu. Je potřeba jim vysvětlit, že nemocní s atakou mají problém s pohybem a koordinací těla, tudíž je potřeba jim pomoci a dovést je tam, kam potřebují. Sestra by měla edukovat rodinu o potřebách nemocného s migrénou v průběhu záchvatu. Popsat jim, co potřebují od okolí. Rodina může pacientovi zařídit klid, ticho a odpočinek. Je potřeba jim vysvětlit, že nemocný nepotřebuje pouze fyzickou pomoc, ale také psychickou podporu. Kvůli atakám může pacient zameškat práci, potažmo školu, z čehož je pak dotyčný ve stresu, a v tuto chvíli je potřeba, aby za ním rodina a okolí stáli a podpořili ho.

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „Úloha sestry v rovině režimových opatření u nemocného s migrénou“ se zabývala problematikou migrenózních záchvatů. V bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zmapovat potřeby nemocného s migrénou. Druhým cílem bylo popsat režimová opatření nemocného s migrénou. V souvislosti s hlavními cíli byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly stanoveny tak, aby bylo zjištěno, jak pacienti popisují průběh migrenózního záchvatu, jak ho prožívají a jaké činnosti provádí, aby se jim ulevilo. Dále bylo zapotřebí zjistit, jaké faktory ovlivňují četnost migrenózních záchvatů, a nakonec bylo zjištěno, na kolik jsou pacienti informováni o režimových opatřeních v souvislosti s migrénou.

Ze získaných informací byla zjištěna pozitivní, ale i negativní fakta. Dle získaných odpovědí informantů lze potvrdit, že průběh migrenózního záchvatu je velmi nepříjemný a vážný stav, který dotyčného zcela ochromí a ovlivní ho po všech stránkách. Informanti při popisu průběhu záchvatu vyjádřili mimo jiné také jejich pocity. Velmi zásadním problémem je, že nemocní trpící migrénou žijí v neustálém strachu, protože nikdy neví, kdy záchvat nastane a jak tomu budou muset přizpůsobit svůj každodenní režim. Za pozitivum lze považovat fakt, že se pomocí výzkumu podařilo zmapovat potřeby nemocného s migrénou. Dotazované osoby uvedly, co vše potřebují od svého okolí. S tímto tvrzením je úzce spjato další negativní zjištění, tedy to, že migrenici se velmi často setkávají s nepochopením jejich okolí. Dotazovaní informanti uváděli, že potřebují pochopení, kterého se jim ode všech nedostane. Lze říci, že je to především tím, že veřejnost není o migrénách dostatečně informovaná a lidé, kteří migrenózní záchvat neprožili, nemohou tudíž vědět, o jak ochromující stav se jedná. Za pozitivní zjištění lze považovat také informaci, že dotazované osoby uvádějí kladné hodnocení léků užívaných k potlačení migrenózního záchvatu. Domníváme se však, že jako pozitivní zjištění ho lze brát pouze pro část nemocných, kteří jsou léčeni v neurologických ambulancích, neboť neléčení nemocní s migrénou k takovým lékům přístup nemají.

Dalším negativním zjištěním bylo, že většina informantů si není vůbec jistá, jaké jsou jejich spouštějící faktory záchvatů. Překvapilo nás, že někteří migrenici léčení již přes deset let nevědí, že existují některé druhy spouštěčů. Jasně to poukazuje na nízkou informovanost pacientů ohledně jejich stavu. Za zjištění, které nás nejvíce zklamalo, považujeme silnou neinformovanost v souvislosti s režimovými opatřeními. Někteří

informanti ani neví, že nějaká režimová opatření existují. Většina informantů sdělila, že jim nebyla doporučena žádná režimová opatření, nebo pouze minimální. Myslíme si, že je to hrubý nedostatek. O prevenci a režimových opatřeních by měli být schopni edukovat jak lékaři, tak i sestry.

Na úplný závěr si dovoluujeme poznamenat, že na bakalářskou práci by bylo možné navázat dalším a mnohem rozsáhlejším výzkumem, který by se mohl zaměřit na informovanost sester v souvislosti s migrenózními záchvaty. Toto téma je v dnešní době velmi aktuální a z výzkumu zcela jasně vyplývá, že informovanost nemocných trpících migrénou, je celkem nízká. Otázkou však zůstává, z jakého důvodu.

Bakalářskou práci mohou využít nemocní trpící migrénou ke zorientování se v informacích o migréně, zároveň v práci naleznou doporučená režimová opatření. Dále mohou práci využít sestry ke zmapování vědomostí pacientů ohledně migrenózních stavů a doplnit tak nedostatky v informovanosti. Práci mohou využít také k rozšíření znalostí ohledně potřeb nemocného v průběhu migrenózního záchvatu.

7 Zdroje

1. AGUILAR-SHEA, L., et al., 2022. Migraine review for general practice. *Atención Primaria*. 54(2). Dostupné z: doi:10.1016/j.aprim.2021.102208.
2. BERLIT, P., 2007. *Memorix neurologie*. 4. rozšířené vydání. Havlíčkův Brod: Grada. 464 s. ISBN: 978-80-247-1915-3.
3. BRANDT, B., et al, 2020. Pharmacotherapy for Cluster Headache. *CNS Drugs*. 34(2), 171-184. Dostupné z: doi:10.1007/s40263-019-00696-2.
4. CUMPLIDO-TRASMONTA, C., et al., 2021. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. *Neurología (English Edition)*. 36(7), 537-547. Dostupné z: doi:10.1016/j.nrleng.2017.12.005.
5. DE TOMMASO, M., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PENAS, C., 2016. Tension Type Headache. *Current Rheumatology Reviews*. 12(2), 127-139. Dostupné z: doi:10.2174/1573397112666151231113625.
6. DOLEŽAL, T., 2008. *Bolest: doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti : [novelizace 2008]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-23-7.
7. EIGENBRODT, A., et al., 2021. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nature Reviews Neurology*. 17(8), 501-514. Dostupné z: doi:10.1038/s41582-021-00509-5.
8. ERTEM, H., 2020. The role and impact of the headache nurse specialist. *Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology*. Dostupné z: doi:10.14744/agri.2020.67365.

9. GHADIRI-SANI, M., SILVER, N. 2016. Headache (chronic tension-type). *BMJ Clinical evidence*. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747324/>
10. GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Bolest jako ošetrovatel'ský problém*. Martin: Osveta. 95 s. ISBN: 978-80-8063-5.
11. HAKL, M. et al., 2013. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. 248 s. ISBN: 978-80-204-2902-5.
12. HINDIYEH, A., et al., 2020. The Role of Diet and Nutrition in Migraine Triggers and Treatment: A Systematic Literature Review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 60(7), 1300-1316. Dostupné z: doi:10.1111/head.13836.
13. CHEEMA, S., MATHARU, M., 2021. Cluster Headache: What's New?. *Neurology India*. 69(7). Dostupné z: doi:10.4103/0028-3886.315983
14. JIRÁSEK, A. 1959. *Chirurgie bolesti*. Praha: Československá akademie věd. 160 s.
15. KANDEL, A., S. MANDIGA, P. 2022. Cluster headache. In *Stat pearls*. Statpearls Publishing.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544241/>
16. LUKÁŠ, K., KAUTZNER J., HOCH, J., 2022. *Bolest na hrudi*. Praha: Grada Publishing. 642 s. ISBN 978-80-271-3099-3.
17. KESSERWANI, H., 2021. Migraine Triggers: An Overview of the Pharmacology, Biochemistry, Atmospheric, and Their Effects on Neural Networks. *Cureus*. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.14243.

18. KHAN, J., et al., 2021. Genetics, pathophysiology, diagnosis, treatment, management, and prevention of migraine. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 139. Dostupné z: doi:10.1016/j.biopha.2021.111557.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 355 s. ISBN: 80-247-1720-4.
20. KOTAS, R., 2015. *Bolesti hlavy v klinické praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 312 s. ISBN: 978-80-7345-443-2.
21. KUČERA. 2009. 9.února 00:00 [cit. 2009-02-09]. Ošetřování nemocného s migrénou. In: *Zdraví.euro.cz*[online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/osetrovani-nemocneho-s-migrenou/>
22. KUČEROVÁ, H. 2019. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén. 180 s. ISBN: 978-80-7492-406-4.
23. KURTH, T., et al., 2020. Association of Migraine With Aura and Other Risk Factors With Incident Cardiovascular Disease in Women. *JAMA*. 323(22). Dostupné z: doi:10.1001/jama.2020.7172
24. MIGALOVÁ, P. 2022. Biologická léčba migrény – současnost a budoucnost. *Acta medicae*. Ostrava. 11(3), 28-30, ISSN: 1805-398X.
25. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
26. NEŽÁDAL, T. 2021. Galkanezumab – nová biologická léčba migrény. *Farmakoterapie*. Praha. 17(4), 609-613, ISSN 1801-1209; 1801-7509.
27. NEŽÁDAL, T., MARKOVÁ, J., BÁRTKOVÁ, A., KLEČKA, L., 2020. CGRP monoclonal antibodies in the treatment of migraine – indication criteria and

- therapeutic recommendations for the Czech Republic. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 83/116(4), 445-451. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2020445.
28. NIEDERMAYEROVÁ, I., 2020. The most common errors in current migraine prophylaxis: case reports. *Neurologie pro praxi*. 21(5), 400-405. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2020.100.
29. NOVOTNÁ, I., 2019. Bolesti hlavy, migréna, léčba a profylaxe: Farmacotherapy of headache, mainly migraine. *Neurológia pre prax*. Bratislava: SOLEN, 20(4), 287-289. ISSN 1335-9592.
30. ONG, J., DE FELICE, M., 2018. Migraine Treatment: Current Acute Medications and Their Potential Mechanisms of Action. *Neurotherapeutics*. 15(2), 274-290. Dostupné z: doi:10.1007/s13311-017-0592-1.
31. PAULÍK, K. 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. Pardubice: Grada. 240 s. ISBN: 978-80-9578-7.
32. PETEROVÁ, Věra, 2013. *Migréna*. Praha: Galén. 140 s. ISBN 978-80-7262-841-4.
33. ROKYTA, R. et al. 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
34. ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
35. ROKYTA, R., KRŠIAK M., KOZÁK, J., 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris. 474 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
36. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

37. ŠAFRÁNKOVÁ, A, NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 284 s. ISBN: 978-80-247-1148-5.
38. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-247-3223--7.
39. TYRLÍKOVÁ, I. Et al. 2003. *Neurologie pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 287 s. ISBN: 80-7013-287-6.
40. VALLESI, A., 2020. On the utility of the trail making test in migraine with and without aura: a meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*. 21(1). Dostupné z: doi:10.1186/s10194-020-01137-y.
41. VIANA, M., TRONVIK, E., DO, T., et al., 2019. Clinical features of visual migraine aura: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain*. 20(1). Dostupné z: doi:10.1186/s10194-019-1008-x.
42. WABERŽINEK, G., 2000. *Bolesti hlavy*. Praha: TRITON. 192 s. ISBN: 80-72-158-7.
43. WEI, D., KHALIL, M., GOADSBY, P., 2019. Managing cluster headache. *Practical Neurology*. 19(6), 521-528. Dostupné z: doi:10.1136/practneurol-2018-002124.
44. WILKINSON, M., MACGREGOR, A., 2001, *Migréna a jiné bolesti hlavy*. Praha: Grada. 96 s. ISBN: 80-247-0090-5.
45. YANG, CH., LIANG, CH., CHANG, CH., et al., 2021. Comparison of New Pharmacologic Agents With Triptans for Treatment of Migraine. *JAMA Network Open*. 4(10). Dostupné z: doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28544

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 1 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše zaměstnání?
3. Jak dlouho trpíte migrénami?
4. Jak často míváte migrenózní záchvaty?
5. Jak dlouho se s migrénou léčíte?
6. Trpí migrénami ještě nějaký jiný člen vaší rodiny?
7. Popište průběh vašeho migrenózního záchvatu?
8. Zažil/a jste někdy status migrenosus?
9. Jak se chováte v průběhu migrenózního záchvatu?
10. Co potřebujete při migrenózním záchvatu od svého okolí?
11. Jak migrenózní bolest tlumíte?
12. Využil/a jste někdy v rámci léčby migrény nějaké alternativní metody?
13. Jak vás migréna ovlivňuje ve vašem životě?
14. Jak migréna ovlivnila vaše vztahy v rodině a s přáteli?
15. Jak migréna ovlivňuje váš profesní/školní život?
16. Jak migréna ovlivňuje vaše volnočasové aktivity?
17. Jaké jsou příčiny vašich migrenózních záchvatů?
18. Existují nějaké faktory, které vám naopak pomáhají předcházet záchvatům nebo je zmírňovat?
19. Jaká režimová opatření v souvislosti s migrénou dodržujete?
20. Jak jste přizpůsobil/a svému zdravotnímu stavu svůj jídelníček?
21. Jak jste migrenózním stavům přizpůsobil/a váš denní režim?
22. Kde jste slyšel o opatřeních?
23. Jaké informace o režimových opatřeních vztahujících se k migréně jste obdržel od vašeho lékaře, případně sestry nebo jiného zdravotníka?
24. Jak byste zhodnotil/a množství informací, které o migréně máte?
25. Jaké informace týkající se migrény vám scházejí?
26. Jak byste zhodnotil/a dostupnost a věrohodnost informací o migréně na internetu?
27. Jaké informace jste potřeboval/a v počátcích vašeho onemocnění?
28. Jaké informace byste dal/a nově diagnostikovaným pacientům trpícím migrénou pro zkvalitnění jejich každodenního života?

9 Seznam zkratek

CGRP

CH

CMP

ČR

IHS

KRBS I.

WHO