

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

VLIV BOLESTI NA AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor práce: **Nikola Petříčková**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Matulová

2025

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**IMPACT OF PAIN ON ACTIVITIES OF DAILY
LIVING**

Bachelor's thesis

Author: **Nikola Petříčková**

Supervisor: Mgr. Jana Matulová

2025

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
(podpis)

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala svojí vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Matulové za užitečné rady a konzultace, které mi během psaní bakalářské práce poskytovala. Také tímto chci poděkovat rodině a přátelům, kteří mi během studia a psaní bakalářské práce pomohli.

Obsah

ÚVOD	7
1 BOLEST.....	8
1.1 DEFINICE BOLESTI.....	8
1.2 ETIOLOGIE BOLESTI	8
1.3 DĚLENÍ BOLESTI.....	9
1.3.1 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE DÉLKY TRVÁNÍ	9
1.3.2 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE PATOFYZIOLOGIE	10
1.3.3 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE INTENZITY BOLESTI	12
1.4 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE BOLESTI	13
1.5 DIAGNOSTIKA BOLESTI	14
1.6 HODNOCENÍ BOLESTI.....	15
1.7 TERAPIE BOLESTI.....	17
1.7.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE BOLESTI.....	17
1.7.2 FYZIKÁLNÍ TERAPIE BOLESTI.....	19
1.7.3 INVAZIVNÍ TERAPIE BOLESTI.....	20
1.7.4 PSYCHOLOGICKÁ TERAPIE BOLESTI.....	20
1.7.5 NETRADIČNÍ TERAPIE BOLESTI.....	20
1.8 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTA S BOLESTÍ	21
1.9 AMBULANCE BOLESTI	23
1.9.1 ROLE SESTRY V AMBULANCI BOLESTI.....	24
2 KVALITA ŽIVOTA	25
2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	25
2.2 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	25
2.3 HISTORIE KONCEPTU KVALITY ŽIVOTA	26
2.4 KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM.....	26
2.5 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	27
2.5.1 KONCEPČNÍ MODELY.....	27
2.6 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	29
2.6.1 GENERICKÉ NÁSTROJE.....	29
2.6.2 SPECIFICKÉ NÁSTROJE	30
2.7 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA	32
3 CÍLE VÝZKUMU	33
4 METODIKA VÝZKUMU	34
4.1 POUŽITÁ METODA.....	34
4.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	34

4.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
5	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU	36
5.1	VYHODNOCENÍ DEMOGRAFICKÝCH PROMĚNNÝCH.....	36
5.2	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU WHOQOL-BREF.....	46
5.3	KVALITA ŽIVOTA V POROVNÁNÍ SE SOCIODEMOGRAFICKÝMI FAKTORY	71
5.3.1	KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU POHLAVÍ	71
5.3.2	KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU VĚKU	75
5.3.3	KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU VZDĚLÁNÍ	79
5.3.4	KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU TYPU POVOLÁNÍ (SEDAVÉ VERSUS MANUÁLNÍ)	84
6	DISKUZE.....	88
6.1	KVALITA ŽIVOTA V JEDNOTLIVÝCH DOMÉNÁCH A JEJÍ POROVNÁNÍ S POPULAČNÍMI NORMAMI	89
6.2	KVALITA ŽIVOTA V POROVNÁNÍ S POPULAČNÍ NORMOU	96
	ZÁVĚR	99
	ABSTRAKT.....	101
	ABSTRACT.....	102
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	103
	SEZNAM ZKRATEK	107
	SEZNAM GRAFŮ.....	108
	SEZNAM PŘÍLOH	110

ÚVOD

Bolest se týká každého člověka v průběhu jeho života. Ať už jde o akutní či chronickou bolest, její přítomnost má zásadní vliv na kvalitu života, fyzické schopnosti a psychickou pohodu jedince. Téma vlivu bolesti na každodenní aktivity života je proto nejen aktuální, ale i nesmírně důležité z hlediska zdravotní péče, sociálních vztahů a celkového fungování společnosti.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou bolesti a jejího vlivu na kvalitu života pacientů. V teoretické části je nejprve věnována pozornost definici bolesti, jejím příčinám, rozdělení a klasifikaci podle různých hledisek, dále pak fyziologii a patofyziologii bolesti, možnostem diagnostiky a hodnocení bolesti a přehledu současných terapeutických přístupů. V závěru této kapitoly je zmíněna role všeobecné sestry v péči o pacienta s bolestí a na specifika práce v ambulanci bolesti.

Další část teoretického rámce je zaměřena na pojem kvality života, jeho historický vývoj, dimenze a faktory, které ji ovlivňují, a na způsoby měření kvality života včetně využití standardizovaných nástrojů. Pozornost je věnována také kvalitě života ve vztahu ke zdraví a specifikům v ošetrovatelství.

Cílem výzkumné části práce je zhodnotit kvalitu života pacientů docházejících do ambulance bolesti a porovnat ji s běžnou populací. Výzkum je zaměřen na porovnání jednotlivých domén kvality života a na zkoumání vlivu sociodemografických faktorů, jako je věk, pohlaví, vzdělání nebo typ povolání. Pro výzkumné šetření byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.

Tuto práci jsem si vybrala pro rozšíření mých dosavadních poznatků o vlivu a omezení v životě člověka s bolestí. Tyto znalosti mi pomohou být lepší zdravotní sestrou a lépe pomoci ať už pacientům nebo mým blízkým.

1 BOLEST

1.1 DEFINICE BOLESTI

Bolest je podle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) definována jako: *„nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisované výrazy pro takové poškození.“* (IASP a WHO)

Definice podle světové organizace World Health Organization, zkráceně WHO udává: *„Bolest je fyzický a emocionální zážitek spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně“* (WHO)

Ptáček a Bartůněk definují bolest jako: *„Bolest představuje významný prvek lidského vnímání, jenž nás provází v průběhu celé naší existence, ať už fyzicky, psychicky, emocionálně, nebo dokonce existenciálně.“* (Ptáček a Bartůněk, 2024, s. 981)

„Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně spojena“ (Kozák, 2020, s. 189)

1.2 ETIOLOGIE BOLESTI

Etiologie bolesti je různorodá. Způsobená může být biologickými, chemickými nebo fyzikálními noxami. Také zde můžeme zařadit psychické poruchy na úrovni vnímání bolesti, jinak známá jako psychogenní bolest. Bolest je reakce organismu na poškození tkání a udává nám dva významy (Rokyta a kol., 2009).

Jedním z významů je signální bolest, jinak známá jako bolest akutní, nám oznamuje, že je s organismem něco v nepořádku. Může to být způsobeno mechanickým poškozením tkáně, zánětlivými procesy, tepelnými vlivy nebo chemickými podněty. Signální bolest nás ve své podstatě ochraňuje a upozorňuje na nebezpečí (Rokyta a kol., 2009).

Druhý význam bolesti je patognomická bolest, také známá jako bolest chronická. Je brána jako onemocnění samo o sobě. Chronická bolest spadá do oblasti diagnostiky a léčby specializovaného lékařského oboru zvaného algeziologie, která se zabývá léčením chronické bolesti (Rokyta a kol., 2009).

1.3 DĚLENÍ BOLESTI

1.3.1 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE DÉLKY TRVÁNÍ

Základní i nejjednodušší způsob klasifikace bolesti vychází z délky jejího trvání, a to na akutní a chronickou bolest. Jak akutní, tak i chronická bolest má svá specifika, a je zde nutné je rozlišovat pro individuální postupy v léčbě (Rokyta a kol., 2009).

Akutní bolest

Bolest akutní se snáze rozpoznává, protože její příčina je obvykle známá. Slouží jako varovný signál, že v těle není něco v pořádku. Jako příklad můžeme uvést bolest zubu, protože víme, že zdrojem bolesti je právě on. Nicméně ani u akutní bolesti nelze vždy okamžitě určit její původ. (Rokyta a kol., 2017).

Pro akutní bolest existují účinné léky, které ji dokážou zmírnit nebo odstranit. Jakmile je příčina vyléčena, bolest ustoupí a nevrací se (s výjimkou opakujících se akutních bolestí). Ty se typicky objevují u kolik, ať už ledvinových, žlučnickových nebo střevních. Jde o opakované epizody akutní bolesti, nikoliv o bolest chronickou. Příkladem může být bolest při angině pectoris, která se neprojevuje trvale, ale ve formě záchvatů. Jakmile se podaří odstranit příčinu, bolest odezní (Rokyta a kol., 2017).

Chronická bolest

Bolest chronická je jedním z nejsložitějších problémů v algeziologii, přičemž její výskyt v populaci roste. Postihuje zhruba 30 % obyvatel, přičemž v rozvinutých zemích může dosahovat až k 50 % díky lepší diagnostice a vyšší citlivosti na bolest. U mnoha případů zůstává příčina nejasná, což vede k frustraci pacientů i lékařů. Pacienti často končí na psychiatrických odděleních, kde nejsou často bráni vážně a zdravotní personál jim nevěří bolest, kterou prožívají, ačkoliv pouze 5 % případů je skutečně předstíraných. (Rokyta a kol., 2017)

Intenzita chronické bolesti obvykle převyšuje objektivní nálezy, což zdůrazňuje její psychologickou složku. Nejčastěji se setkáváme s neuropatickou bolestí, jejíž léčba bývá náročná. Hodnocení bolesti je převážně subjektivní, přičemž nejčastěji se používá vizuální analogová škála (VAS). Pro srovnání pacientů se hodnotí relativní pokles bolesti po léčbě (Rokyta a kol., 2017).

Moderní metody jako funkční magnetická rezonance nebo biochemické analýzy, mohou odhalit změny spojené s bolestí, avšak jejich využití v běžné praxi je omezené kvůli

nákladům a časové náročnosti. Léčba zahrnuje farmakologické a nefarmakologické přístupy, například neuromodulaci. Praktický lékař hraje jako první klíčovou roli při výběru léčby a práci s informovanými pacienty, kteří často čerpají informace z internetu – někdy správné, někdy zavádějící (Rokyta a kol., 2017).

1.3.2 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE PATOFYZIOLOGIE

Nociceptivní bolest

Nociceptivní bolest je vnímána prostřednictvím specializovaných receptorů, tzv. nocisenzorů. Ty lze rozdělit do tří hlavních skupin (Rokyta a kol., 2017).

Prvním typem jsou vysoko prahové mechanoreceptory, které reagují na silné mechanické podněty. Patří sem například Vaterova-Paciniho tělíska a Markelovy disky. Pokud však podnět zesílí, například při poranění, úderu nebo říznutí, tyto receptory začnou vnímat bolest (Rokyta a kol., 2017).

Druhou skupinou jsou polymodální nocisenzory, které reagují na teplotní podněty. Vnímají bolest způsobenou extrémním chladem nebo teplem. Teplotní změny běžně zaznamenávají Ruffiniho tělíska (pro vnímání tepla) a Krauseho tělíska (pro vnímání chladu). Při výrazném zahřátí, například při popálenině, nebo extrémním ochlazení, které vede k omrzlinám, dochází k aktivaci těchto receptorů a výsledkem je bolest (Rokyta a kol., 2017).

Třetím typem jsou specifické nocisenzory, které jsou určeny výhradně k vnímání bolesti. Jde o volná nervová zakončení na primárních aferentních vláknech, která přenášejí signály z kůže a sliznic do míchy. Tyto receptory se aktivují pouze při dostatečně silném bolestivém podnětu, a proto se jim říká „mlčící receptory“ (silent receptors) (Rokyta a kol., 2017).

Bolest je považována za šestý smysl, což dokazuje existence vrozené necitlivosti k bolesti způsobené absencí nebo poruchou nocisenzorů, často v důsledku nedostatku specifických nervových vláken C a vláken A δ (Rokyta a kol., 2017).

Neuropatická bolest

Neuropatická bolest vzniká při vedení signálu vlákny C a A δ , nikoli na nocisenzorech. Může dojít k jevu „pučení“ (sprouting), kdy se tvoří nová vlákénka, a k „efapsi“, což je přenos vzruchů mimo synapse. Léčba se zaměřuje na potlačení přenosu bolesti do vyšších částí nervového systému.

V klinické praxi je častá postherpetická neuralgie, zejména u rizikových skupin (onkologičtí pacienti, senioři nad 60 let). Typické projevy zahrnují trvalý charakter bolesti (bodavá, pálivá), vysoká intenzita ($VAS > 6/10$), lokalizace v oblasti postiženého nervu, doprovodné příznaky jako jsou pruritus, parestzie, hyperalgezie, alodynzie, a jizvy po operaci nebo ztráta pigmentu v bolestivé oblasti (Rokyta a kol., 2017).

Dysautonomní bolest

Dysautonomní bolest je způsobena narušením funkce sympatického nervového systému. Tato porucha může vést k různým bolestivým stavům, přičemž typickým příkladem je komplexní regionální syndrom. Tyto bolestivé stavy se často objevují jako následek traumatu nebo chirurgického zásahu.

Klinické projevy dysautonomní bolesti zahrnují vazomotorické poruchy, motorické obtíže a trofické změny. Léčba této formy bolesti obvykle vyžaduje kombinovaný přístup, který zahrnuje farmakologickou terapii i invazivní techniky (Hakl, 2011).

Psychogenní bolest

Psychogenní bolest je stav, kde psychická složka hraje hlavní nebo významnou roli. Tento typ bolesti je úzce spjat s psychickými poruchami, zejména s neurózami a depresemi. Pacienti často pocítují fyzické projevy svých psychických problémů, přičemž nejčastěji se tyto projevy manifestují jako bolesti zad nebo břicha. Jedná se tzv. somatizaci, kdy se psychické obtíže projevují tělesnými příznaky. Léčba tohoto typu bolesti se primárně zaměřuje na psychiku pacienta, a to prostřednictvím kombinace psychofarmak a psychoterapeutických metod (Hakl, 2011).

Smíšená bolest

Smíšená bolest se vyznačuje kombinací různých typů bolesti. Terapeutický přístup se určuje podle dominantní složky bolesti v daném případě. Vzhledem k složitosti těchto stavů bývá léčba často náročná a může zahrnovat i invazivní postupy. Efektivní zvládnutí smíšené bolesti vyžaduje pečlivou analýzu jejich jednotlivých komponent a individualizovaný léčebný plán (Hakl, 2011).

Somatická bolest

Somatická bolest se vztahuje ke kůži, svalům, kostem, kloubům, měkkým tkáním a pohybovému aparátu. Povrchová bolest se skládá ze dvou částí. První je rychlá, ostrá a dobře lokalizovatelná bolest, která slouží jako spouštěč reflexní obranné reakce a je přenášena myelinizovanými nervovými vlákny. Na ni navazuje druhá fáze – pomalá bolest, která bývá tupá nebo pálivá, hůře lokalizovatelná a odeznívá pomaleji. Tato bolest je vedena nemyelinizovanými vlákny. Hluboká somatická bolest využívá stejné mechanismy jako druhá pomalá fáze povrchové bolesti. Do této kategorie spadá i zánětlivá bolest, která je charakteristická bolestivým napínáním v postižené oblasti a pocitem tepla (Ptáček a Bartůněk, 2024).

Viscerální bolest

Viscerální neboli útrobní bolest vzniká v důsledku poruch orgánů nacházejících se v hrudní nebo břišní dutině, případně jiných struktur uvnitř těla. Tato bolest je často obtížně lokalizovatelná, může mít různou intenzitu, charakter i časový průběh. Často se také projevuje jako přenesená bolest, tedy v oblastech vzdálených od postiženého orgánu. Mezi viscerální bolesti patří například kolikovitá bolest, která vzniká v důsledku křečí hladkého svalstva. Jedná se o prudkou bolest s kolísající intenzitou, která může na svém vrcholu dosahovat až nesnesitelné síly. Tato bolest je způsobena intenzivní peristaltikou dutých orgánů, která se snaží překonat překážku, například při vypuzování kamene. S tímto typem bolesti bývají spojeny i výrazné vegetativní příznaky (Ptáček a Bartůněk, 2024).

1.3.3 KLASIFIKACE BOLESTI PODLE INTENZITY BOLESTI

Slabá/mírná bolest

Slabou bolest je možné dočasně ignorovat, pokud se zaměříme na něco jiného, ale jakmile pozornost opět obrátíme na ni, znovu ji pocítíme. Pro nemocného bývá tato bolest obvykle dobře snesitelná a většinou neovlivňuje celkový stav organismu (Ptáček a Bartůněk, 2024).

Středně silná bolest

Středně intenzivní bolest neustále přitahuje naši pozornost, narušuje pracovní činnosti, spánek i potěšení z volnočasových aktivit a je obtížné ji ignorovat. Pro nemocného je taková bolest často obtížně snesitelná, přičemž významnou roli hraje individuální citlivost. Typicky ji doprovází zrychlené dýchání a zvýšená srdeční frekvence (Ptáček a Bartůněk, 2024).

Silná bolest

Silně intenzivní bolest zcela upoutává pozornost na sebe a znemožňuje jakoukoli jinou činnost. Je doprovázena vegetativními reakcemi, jako jsou změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence, rozšíření zornic, pocení, slzení, nevolnost, zvracení či vazomotorické změny v obličeji (zarudnutí nebo zblednutí), a v krajních případech může dojít i k uvolnění svěračů (Ptáček a Bartůněk, 2024).

Nesnesitelná bolest

Při nesnesitelné bolesti může pacient ztratit kontrolu nad svým jednáním, projevovat se hlasitým sténáním nebo se zmítat na zemi. Pokud bolest není zmírněna, může to vyústit až v šok nebo dokonce smrt (Ptáček a Bartůněk, 2024).

1.4 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE BOLESTI

Podnět, který je schopen poškodit tkáň, vyvolává bolest a často i reflexní pohyb, který tělo vzdaluje od zdroje ohrožení. Bolest tak slouží jako varovný signál před možným poškozením a má ochrannou funkci. Tento vjem je obvykle doprovázen vegetativními reakcemi, jako je zrychlený srdeční tep, zvýšený krevní tlak, rozšíření zornic nebo pocení, a bývá spojen se silnými emocemi (Kittnar a kol. 2020).

Receptory bolesti, tzv. nociceptory, se nacházejí nejen v kůži a sliznicích, ale téměř ve všech tělesných tkáních, včetně kostí, svalů, cév a orgánů trávicího systému či ledvin. Významnou výjimku tvoří mozková nervová tkáň, játra, ledviny a plíce, kde samotné vnímání bolesti chybí. Bolestivé podněty z těchto orgánů pocházejí z nociceptorů umístěných v jejich vazivových obalech (Kittnar a kol. 2020).

Nociceptory jsou součástí dvou typů primárních senzorických neuronů. První typ má axony tvořené myelinizovanými Ad vlákny, která vedou akční potenciály rychlostí 10–40 m/s a přenášejí signály zejména z mechanických a tepelných nociceptorů. Druhý typ zahrnuje nemyelinizované axony typu C s rychlostí vedení 0,5–2 m/s. Tyto neurony mají velká receptivní pole a zahrnují chemické nociceptory i polymodální receptory. Vlákná typu C tvoří přibližně 70 % všech vláken přenášejících bolestivé podněty (Kittnar a kol. 2020).

V první fázi vzniku bolesti reagují především nociceptory napojené na Ad vlákna. Tyto receptory přenášejí informace specifickými nervovými drahami do thalamu a

somatosenzorické kůry mozku, což zajišťuje vnímání ostré a přesně lokalizované bolesti (Kittnar a kol. 2020).

Ve druhé fázi, která bývá často delší, se aktivují nociceptory spojené s C-vlákny. Tyto dráhy zahrnují také retikulární formaci mozkového kmene, která zprostředkovává vnímání tupé, dlouhodobé a hůře lokalizovatelné bolesti. Tento typ bolesti má výrazný emoční náboj a motivuje jedince k odstranění její příčiny. Retikulární formace je propojena s limbickým systémem, který ovlivňuje emoční reakce a chování, a s hypothalamem, jenž řídí vegetativní reakce organismu. Zkušenosti ukazují, že vnímání bolesti lze zmírnit působením jiných senzoričtých podnětů nebo aktivitou mozkové kůry. To naznačuje zapojení dalších nervových spojení a mediátorových systémů při přenosu bolesti. Například při silných pozitivních emocích může být bolest vnímána méně intenzivně nebo zcela potlačena (např. válečná zranění vítězů bolí méně než u poražených). Naopak negativní emoce, jako deprese, mohou bolest zesilovat. Přenos bolesti lze ovlivnit i podáním látek modulujících signál, například morfinu nebo jeho derivátů, které působí na endorfinové receptory. Analgetický účinek akupunktury pravděpodobně spočívá ve snížení přenosu bolestivých signálů díky současné stimulaci jiným senzoričtým podnětem. Vzhledem k biologickému významu bolesti má její vnímání jen velmi omezenou schopnost adaptace (Kittnar a kol. 2020).

Bolest pocházející z vnitřních orgánů hrudníku a břicha bývá často špatně lokalizovaná, subjektivně velmi nepříjemná a obvykle ji provází různé vegetativní reakce. Nemusí být vnímána přímo v místě podráždění, ale často se přenáší do oblasti kůže, kterou inervují nervová vlákna ze stejného míšního segmentu (tzv. přenesená bolest). Například u akutního infarktu myokardu se typicky objevuje ostrá bolest, která může vystřelovat do levé paže (Kittnar a kol. 2020).

1.5 DIAGNOSTIKA BOLESTI

V dnešní době nemáme k dispozici jednoznačný a objektivní způsob, jak přesně diagnostikovat bolest. Když se snažíme posoudit, jak silnou bolest pacient pociťuje, můžeme se orientovat podle změn fyziologických funkcí a projevů (Ševčík, Kříklava, 2007).

Na subjektivní diagnostické údaje se ptáme na dobu trvání bolesti, důvod vzniku, lokalizaci, propagaci, změnu intenzity bolesti při aktivitách a zda bolest někdy vymizí (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

1.6 HODNOCENÍ BOLESTI

Vnímání bolesti je individuální a subjektivní zkušenost. Zdravotnický personál, včetně lékařů a sester, může někdy podceňovat intenzitu bolesti pacienta. Proto je nezbytné respektovat a brát pacientovo hodnocení vážně (Rokyta a kol., 2009).

Existuje mnoho hodnotících škál pro posouzení síly, místa, charakteru, tak i ovlivnitelnosti bolesti.

Vizuální analogová škála (VAS)

Pravidelné posuzování intenzity bolesti je klíčovým prvkem pro efektivní léčbu. Nejběžnější metodou je využití vizuální analogové škály (VAS). Tato metoda umožňuje pacientům subjektivně ohodnotit svou bolest na stupnici od 0 do 10, kde 0 představuje absenci bolesti a 10 symbolizuje nejintenzivnější bolest, jakou si pacient dokáže představit (Rokyta a kol., 2009).

Pro komplexní posouzení stavu pacienta je vhodné zaznamenávat výsledky VAS společně s dalšími vitálními funkcemi jako je frekvence dechu, krevní tlak a tepová frekvence (Rokyta a kol., 2009).

Hodnocení bolesti podle McGillovy Univerzity (MPQ)

Pro hodnocení bolesti se často využívá zkrácená verze dotazníku McGillovy univerzity. Toto hodnocení se zaměřuje na popis charakteru bolesti a její vyjádření. Česká verze dotazníku obsahuje 15 deskriptorů bolesti, které pomáhají pacientům lépe popsat své pocity.

1. Tepavá (bušivá)
2. Vystřelující
3. Bodavá
4. Ostrá
5. Křečovitá
6. Hlodavá (jako kousnutí)
7. Pálivá – palčivá
8. Tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)

9. Tíživá (těžká)
 10. Citlivé (bolestivé) na dotyk
 11. Jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)
 12. Unavující – vyčerpávající
 13. Protivná (odporná)
 14. Hrozná (strašná)
 15. Mučivá – krutá
- (Rokyta a kol., 2009, s.36)

Mapa bolesti

Jako doplňková metoda pro posuzování bolesti se využívají takzvané mapy bolesti. Tyto mapy slouží k zaznamenávání různých druhů bolesti v odlišných oblastech těla. Umožňují vizuálně a systematicky dokumentovat, kde přesně pacient pocítuje bolest a jaké jsou její charakteristiky. Tento přístup poskytuje dodatečné informace k celkovému hodnocení bolesti pacienta (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012).

Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA)

Dotazník interference bolestí s denními aktivitami je klíčovým nástrojem pro posouzení dopadu bolesti na každodenní život. Tento dotazník, který využívá škálu od 0 do 5, nám umožňuje zhodnotit, do jaké míry bolest zasahuje do našich běžných činností. Zásadním význam je schopnost změřit, jak bolest ovlivňuje fungování během dne.

0 – Jsem bez bolestí.

1 – Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.

2 – Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.

3 – Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.

4 – Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.

5 – Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře (Rokyta a kol., 2009).

1.7 TERAPIE BOLESTI

Účelem léčby bolesti je zmírnit její intenzitu na snesitelnou míru, případně a ideálně ji zcela odstranit (Rokyta a kol., 2017). Bolest je možné zmírnit či zcela odstranit různými metodami, ať je to farmakologickou, nefarmakologickou, chirurgickou, psychologickou, či jinou cestou.

1.7.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE BOLESTI

Farmakoterapie je klíčovou metodou léčby akutní i chronické bolesti. Léčba se podle intenzity bolesti dělí na 3 stupně, což tvoří tzv. analgetický žebříček dle WHO.

Bolest na prvním stupni žebříčku je charakterizována jako mírná a na číselné škále odpovídá hodnotám 1-3. druhý stupeň označuje střední bolest, která je vyjádřena hodnoty 4-6. Třetí stupeň pak zahrnuje silnou bolest, která dosahuje nejvyšší intenzity bolesti na škále 7-10 (Rokyta a kol., 2017).

1.7.1.1 ANALGETIKA NEOPIOIDNÍ

Neopioidní analgetika zmírňují bolest tím, že zmenšují vznik prostaglandinů, což jsou látky zodpovědné za zesílení vnímání bolesti. Působí tak, že inhibují enzym cyklooxygenázu, který hraje klíčovou roli při tvorbě těchto látek. Tento typ analgetik dále dělíme na analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (Rokyta a kol., 2017).

Analgetika-antipyretika

Kyselina acetylsalicylová, známější pod názvy aspirin či acylpyrin, patří mezi nejznámější léčiva. V České republice se nejčastěji využívá ke snižování horečky a při nachlazení. V menších dávkách se užívá k prevenci infarktu. Analgetické účinky se u dospělých projevují spíše při vyšším dávkování. U užívání kyseliny acetylsalicylové je kontraindikací vředová choroba, zvýšená krvácivost a alergie (Rokyta a kol., 2017).

Paracetamol, jinak známý pod názvy paralen či panadol, je nejbezpečnější variantou analgetik-antipyretik. Díky tomu je v celém světě volně prodejný bez receptu.

Propyfenazon se vyskytuje v kombinaci v analgetikách valetol a saridon. Je analgeticky účinný a u většiny pacientů je dobře snášený. Často se ale nedoporučuje kvůli nebezpečí poruchy krvetvorby či šokové reakce, přestože je tato reakce velmi vzácná. Mezi další pyrazolonová analgetika se řadí také metamizol (Rokyta a kol., 2017).

Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (NSA)

Mezi nejčastěji používaná neopioidní analgetika patří ibuprofen, známý též pod názvy jako ibalgin či nurofen, a diklofenak, známý také pod názvy olfen nebo voltaren. NSA jsou velmi účinná analgetika, která tlumí bolest podobně jako silné opioidy, jako například morfin. Nízké dávky NSA jsou dostupné bez lékařského předpisu. Vyšší dávky těchto látek zvyšují účinnost, ale také nežádoucí účinky, proto jsou dostupné pouze na lékařský předpis (Rokyta a kol., 2017).

Největším rizikem je krvácení do GIT-u, nejčastěji žaludku, a hlavně u starších osob nad 65 let (Rokyta a kol., 2017).

1.7.1.2 ANALGETIKA OPIOIDNÍ

Opioidní analgetika působí na bolest stimulací opioidních receptorů v centrální nervové soustavě. Patří mezi nejnebezpečnější analgetika. Většina může způsobit celkový útlum, nauzeu, kožní projevy či zácpu. Jsou k dostání pouze na recept, kdy slabší opioidy jsou na normální recept a silnější na recept s modrým pruhem, které upozorňují na zvýšené riziko závislosti. Opioidy dělíme na slabší a silnější opioidy (Rokyta a kol., 2017).

Slabé opioidy

Tramadol, též známý jako Tramal nebo Tralgit, je nejčastěji předepisovaný slabý opioid v České republice. Analgetický účinek se dá zvýšit při současném používání paracetamolu. Jako jeden z mála nezpůsobuje zácpu, ale u některých pacientů může způsobit vertigo či nauzeu (Rokyta a kol., 2017).

Kodein patří ke slabým opioidům, pro jeho slabý účinek se používá v kombinaci paracetamolu či jiných léčiv. (Rokyta a kol., 2017).

Silné opioidy

Morfin je nejznámějším a typickým představitelem silných opioidů. Může se podávat injekčně i per os v tabletové formě, přičemž existují varianty s rychlým uvolňováním, které zajišťují rychlý nástup účinku, například Sevredol, a také formy s řízeným uvolňováním, jež působí po dobu 12 hodin, například Vandal či MST Continus, které jsou vhodné pro léčbu chronické bolesti (Rokyta a kol., 2017).

Oxykodon, jinak známý pod jménem oxycontin, je silný opioid v perorální formě, který díky řízenému uvolňování působí 12 hodin (Rokyta a kol., 2017).

Fentanyl či buprenorfin, neboli transtec, jsou opiátové náplasti, které mohou působit až 3 dny (Rokyta a kol., 2017).

Piritramid, neboli Dipidolor patří k řadě silných opioidů, které se podávají injekční cestou (Rokyta a kol., 2017).

1.7.2 FYZIKÁLNÍ TERAPIE BOLESTI

Terapie chladem

Kryoterapie, známá také jako léčba chladem, je terapeutická metoda, která využívá nízké teploty k tlumení bolesti (analgetický účinek) a potlačení zánětu (antiflogistický účinek). Tyto příznivé účinky lze dosáhnout použitím chladivých obkladů přímo na postižené místo, provedením obstríků, kdy se chladný roztok vstříkne do specifických oblastí těla a pobytem v speciálně navržené kryokomoře, kde je celé tělo vystaveno extrémně nízkým teplotám (Adamus et al., 2010).

Krátkodobá aplikace chladu nejprve způsobí stažení cév a zvýšení svalového napětí. Po odeznění chladu však nastává opačný efekt, díky tomu se cévy rozšíří a svaly uvolní, což připomíná účinky tepelné terapie a trvá déle. Chlad také tlumí vnímání bolesti tím, že přehluší bolestivé signály. Při intenzivnějším chlazení se postupně snižuje citlivost na chlad i bolest, až může dojít k úplnému znecitlivění ošetřované oblasti (Heřt, 2010).

Terapie teplem

Termoterapie, neboli léčba teplem, významně ovlivňuje oběhový systém. Její hlavní účinek spočívá v rozšíření cév, což vede k lepšímu zásobení tkání kyslíkem. Když se zlepší prokrvení svalů, dochází ke změně jejich napětí. To má za následek snížení dráždivosti nervových zakončení ve svalech, které za normálních okolností vysílají do mozku signály bolesti. Tato metoda nachází uplatnění v různých situacích. Využívá se například při zmírnění svalových bolestí a uvolnění svalových stažení, léčbě bolestivých stavů kloubů, terapii bolestí zad, léčbě paralýz a zmírnění zánětů periferních nervů (Heřt, 2010).

1.7.3 INVAZIVNÍ TERAPIE BOLESTI

Invazivní metody představují doplněk k farmakologické léčbě bolesti. Lékaři k nim přistupují v případech, kdy samotná medikamentózní terapie bolesti nedosahuje uspokojivých výsledků, nebo pokud pacienti trpí výraznými vedlejšími účinky léků. Tyto postupy tak nabízejí alternativní cestu k managementu bolesti, zejména u pacientů, u nichž konvenční farmakoterapie selhává nebo není dostatečně účinná (Hakl et al., 2013).

Tato skupina zahrnuje širokou škálu specializovaných invazivních postupů, které se využívají v léčbě bolesti. Mezi tyto metody patří obstríky, které se aplikují přímo do postižené oblasti. Dále sem spadají nervové blokády, jež mají za cíl přerušit přenos bolestivých signálů specifickými nervy. Významnou roli hrají také sympatické blokády, které ovlivňují funkci sympatického nervového systému. V neposlední řadě je součástí této skupiny i aplikace botulotoxinu, látky známé svými analgetickými a myorelaxačními účinky (Adamus et al., 2010).

1.7.4 PSYCHOLOGICKÁ TERAPIE BOLESTI

Psychoterapie hraje klíčovou roli při zvládání bolesti. Existují bolesti, které vznikají v reakci na konkrétní podněty, které si vyvoláme sami, ale také takové, které jsou způsobeny vlivy, které neovládáme. To platí především pro určité psychologické podněty. V souvislosti s bolestí se tento jev nazývá trápení (Rokyta a kol., 2017).

Psychologický práh bolesti se u každého liší. Existuje horní práh bolesti, neboli maximální úroveň bolesti, kterou jsme schopni snést, a dolní práh bolesti, který určuje, kdy bolest začneme vnímat. Subjektivní intenzita prožívání bolesti se mění jak u horního, tak i dolního prahu. Existují různé psychologické metody, které můžou pomoci od bolesti jako je například metoda kognitivně behaviorální terapie, která se provádí opakovaným sezením s psychologem. Na sezení se psycholog snaží přesvědčit klienta, že se nemusí bolesti bát (Rokyta a kol., 2017).

1.7.5 NETRADIČNÍ TERAPIE BOLESTI

Akupunktura

Jedná se o metodu pocházející z Číny, která se postupně rozšířila po celém dálném východě, včetně Japonska, Koreje a Filipín. Je založena na čínské filozofii jin a jang (Rokyta a kol., 2017).

Akupunktura si klade za cíl obnovit rovnováhu a zlepšit proudění energie podél specifických drah v těle. Když se tohoto cíle úspěšně dosáhne, očekává se, že se zmírní i zdravotní potíže pacienta, v tomto případě bolest, která ho přivedla k léčbě. Existuje několik různých technik, jak zavádět jehly do akupunkturních bodů. Také se liší doba, po kterou jehly zůstávají na místě během terapie (Strouhalová, Honzák; 2006).

Ostatní

Mezi další netradiční terapie bolesti můžeme řadit léčbu bylinami, dechová cvičení, relaxace, masáže a léčebná gymnastika (Strouhalová, Honzák; 2006).

1.8 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTA S BOLESTÍ

Role všeobecné sestry v péči o pacienty s bolestí je klíčová. Jako první kontaktní osoby předávají informace lékařům a ostatním členům zdravotnického týmu. Jejich role zahrnuje naslouchání, vyhodnocování, poskytování informací a edukaci pacientů. K tomu je zapotřebí hlubokých znalostí v oblasti fyziologie, analgeziologie, farmakoterapie a psychologie. Zároveň je u všeobecných sester vyžadován zájem, dostatek času a pochopení pro pacienty. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014)

Sestra u pacienta hodnotí aktuální stav jeho bolestivých obtíží, přičemž se zaměřuje na jejich lokalizaci, charakter, intenzitu a trvání. Sestra sleduje projevy bolesti, včetně jejich příznaků, a zaznamenává jak verbální, tak i neverbální vyjádření bolesti. Současně zjišťuje pacientovy představy o léčbě a jeho dosavadní zkušenosti s bolestí. Rovněž se zaměřuje na případné nežádoucí účinky léků nebo alergické reakce. Veškeré získané informace jsou pečlivě zapisovány do ošetrovatelské dokumentace a lékař je informován o stavu bolesti pacienta.

Při chronické bolesti je pacient navíc veden k tomu, aby svou bolest sledoval a zaznamenával do Deníku bolesti. Klíčovou součástí péče je také edukace pacienta a jeho chronické bolesti, s důrazem na sledování jejího zlepšení či zhoršení. Informování jsou rovněž blízcí pacienta, a to o nutnosti dodržování doporučených postupů farmakologické i nefarmakologické léčby. (Pokorná, 2013)

U základního rozdělení bolesti na akutní a chronickou můžeme posoudit bolest pomocí ošetrovatelských diagnóz.

Akutní bolest – 00132

- Doména 12. Komfort
- Třída 1. Tělesný komfort

Určující znaky	Související faktory
- Změny chuti k jídlu - Změny ve FF - Pocení (diaforeze) - Nesoustředěné chování - Důkazy o bolesti zaznamenané pomocí standardizovaného záznamu pro osoby neschopné komunikovat verbálně (např. u kojenců apod.) - Expresivní chování (neklid, pláč, ostražitost...) - Výrazy bolesti v obličeji - Ochranné chování - Beznaděj - Zúžené zaměření pozornosti (např. vnímání času, interakce s lidmi a okolím...) - Vyhledávání antalgické polohy - Protektivní chování - Zprostředkované hlášení o bolesti/změnách v aktivitách (např. člen rodiny, pečovatel...) - Rozšíření zornic - Zaměřenost na sebe - Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS, numerická škála...) - Vlastní hlášení o příznacích bolesti pomocí standardizovaného nástroje (například McGillský dotazník bolesti...)	- Biologičtí původci zranění (infekce, ischemie, neoplazma) - Chemičtí původci zranění (popáleniny, kapsaicin, hořčičné látky...) - Fyzikální původci zranění (absces, amputace, popálení, pořezání, zvedání těžkých předmětů, operace, trauma, přetřénování)

Tabulka 1. ošetřovatelské diagnózy NANDA taxonomie - Aktuální bolest

(Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 404)

Chronická bolest – 00133

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Určující znaky	Související faktory
- Změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách - Změněný vzorec spánku - Anorexie - Důkazy o bolesti zaznamenané pomocí standardizovaného záznamu pro osoby neschopné komunikovat verbálně (u kojenců...) - Výraz bolesti v obličeji (ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa) - Zprostředkované hlášení o bolesti/změnách v aktivitách (člen rodiny, pečovatel) - Zaměřenost na sebe - Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS, numerická čkala...) - Vlastní hlášení o příznacích bolesti pomocí standardizovaného nástroje (McGillský dotazník bolesti...)	- Věk >50 let - Změněný vzorec spánku - Chronický muskuloskeletální stav - Pohmoždění - Zranění rozdrčením - Poškození nervového systému - Emoční distres - Únava - Ženské pohlaví - Zlomenina - Genetická porucha - Týrání, mrzačení pohlavních orgánů, přehnané zadlužení, statická práce v anamnéze, abúzus látek v anamnéze - Nerovnováha neurotransmiterů, neuro-modulátorů a receptorů - Porucha imunity - Zhoršená metabolická funkce - Zvýšené BMI, malnutrice - Inschemické potíže - Infiltrace nádoru - Sociální izolace

Tabulka 2. ošetřivatelské diagnózy NANDA taxonomie - chronická bolest

(Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 405-406)

1.9 AMBULANCE BOLESTI

V roce 1990 byla v České republice založena Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSBL), která přispěla k vytvoření strukturovaných pracovišť pro léčbu bolesti, rozdělených do 4 typů.

Pracoviště 1, typu – centrum léčby bolesti

Toto centrum kombinuje klinickou, výzkumnou a pedagogickou činnost. Může být lůžkové, ambulantní nebo kombinované a obvykle je součástí fakultních nemocnic. Tým zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, psychology, rehabilitační a sociální pracovníky i duchovní.

Poskytuje terapii různých bolestivých stavů, včetně nádorových bolestí, a zajišťuje pregraduální i postgraduální vzdělávání. Členové centra se také podílejí na vědeckém výzkumu.

Pracoviště 2. typu – poradna pro léčbu bolesti

Toto oddělení se podobá centru léčby bolesti, ale neprovádí výzkum ani výuku. Může fungovat jako ambulantní zařízení, lůžkové oddělení nebo stacionář s denním či nočním provozem.

Pracoviště 3. typu – Poradna pro léčbu bolesti

Poradna se zaměřuje na ambulantní léčbu chronické bolesti určitých částí těla nebo specifických typů bolesti, jako je například fantomová bolest či neuralgie. Je součástí zdravotnického zařízení s dostupností dalších lékařských oborů a spolupracuje s psychology či psychiatry. Může fungovat samostatně nebo jako součást jiného oddělení, například neurologického.

Pracoviště 4. typu – ordinace pro léčbu bolesti

Tato pracoviště se specializují na léčbu bolesti konkrétními metodami, jako jsou anesteziologické techniky, akupunktura nebo hypnóza. Péče je poskytována ambulantně a ordinace obvykle fungují samostatně. (Málek, 2009)

1.9.1 ROLE SESTRY V AMBULANCI BOLESTI

V ambulanci léčby bolesti je práce sestry velmi náročná. Její náplní je asistence lékařů, a to jak při vyšetřeních, tak při provádění invazivních i neinvazivních léčebných postupů. Sestra pracuje v souladu se stanovenými standardy, připravuje potřebné pomůcky, podává léčiva na základě lékařských pokynů a využívá škály pro hodnocení bolesti. Musí být nejen manuálně zručná a pohotová, ale také schopná zhodnotit celkový stav pacienta a informovat o něm lékaře. Díky svému citlivému přístupu pomáhá pacientovi při zaujetí správné polohy během vyšetření. Empatickým chováním naslouchá pacientovi a vytváří příjemné prostředí pro odebrání anamnézy. (Kapounová, 2020)

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA

Pojem kvality života zahrnuje rozmanité aspekty a zkušeností člověka, sahající od fyzického fungování až po naplňování životních cílů a prožívání štěstí. Při snaze definovat, co ten pojem znamená, se často objevuje předpona „multi“. Kvalita života je tedy vnímána jako mnohorozměrná (Gurková, 2011).

Koncept kvality života se rozšířil do mnoha oblastí lidské činnosti a vědeckých disciplín. Kromě původních oborů jako ekonomie, politologie a sociologie se nyní uplatňuje v širokém spektru oblastí, jako jsou humanitní vědy, technické obory, přírodní věda a medicína a příbuzné obory (Mareš, 2006).

Problematika kvality života je v posledních 30-ti letech více zkoumána v různých vědních disciplínách. Každý obor přistupuje k tomuto tématu z jiného úhlu pohledu, což vede k rozdílným teoretickým vymezením této lidské zkušenosti i k odlišným metodám jejího měření. Koncept kvality života tak dosud nemá všeobecně uznávanou definici ani jednotnou metodologii. Tento pojem je předmětem mnoha interpretací a interdisciplinárních diskuzí, které zatím nepřinesly jednoznačný konsenzus ohledně jeho konceptualizace (Gurková, 2011).

2.2 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA V OŠETŘOVATELSTVÍ

K knize Hodnocení kvality života od Eleny Gurkové se nachází mnoho definic kvality života v ošetrovatelství od různých autorů.

„Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě.“ (Ferrel et al., 1992, Gurková, 2011, s. 49)

„Subjektivní pocit pohody pramenící ze spokojenosti nebo nespokojenosti v rámci životních oblastí důležitých pro danou osobu.“ (Ferrans et al., 1992, Gurková, 2011, s. 49)

„Dynamický konstrukt determinovaný schopností jedince přizpůsobit se diskrepanci mezi očekávanou a reálně prožívanou pohodou.“ (Padilla et al., 1985, Gurková, 2011, s. 49)

„Rozdíl mezi nadějemi a očekáváními člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období.“ (Calman, 1984, Gurková, 2011, s. 49)

Spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování v porovnání s tím, co považuje za možné nebo ideální.“ (Cella, Tulskey, 1990, Gurková, 2011, s. 49)

2.3 HISTORIE KONCEPTU KVALITY ŽIVOTA

Koncept kvality života se objevil ve 20. letech 20. století v ekonomicko-politických diskuzích. Po přechodném útlumu se téma vrátilo po 2. světové válce, kdy se hodnocení zaměřovalo především na ekonomické ukazatele. V USA se však ukázalo, že ekonomický růst automaticky nezvyšuje spokojenost občanů. Prezidenti Kennedy a Johnson proto začlenili kvalitu života jako cíl své domácí politiky, čímž se tento pojem začal odlišovat od pouhého kvantitativního růstu (Payne, 2005).

Pojem kvality života se postupně rozšířil i mimo ekonomickou sféru. OSN významně přispěla k jeho rozvoji poválečnou definicí zdraví jako celkové pohody. Mezinárodní organizace dále rozvíjely metody hodnocení a měření kvality života. V 60. letech Římský klub ve Švýcarsku propojil kvalitu života s globálními problémy a usiloval o humanizaci světa (Vaďourová, Muhlpachr, 2005).

V 60. a 70. letech se koncept kvality života stal významným tématem v sociologii. Výzkumy ukázaly, že ekonomické ukazatele již nestačí k plnému popisu kvality života. Začaly se proto vyvíjet sociální indikátory, které zohledňovaly nejen objektivní aspekty, ale i subjektivní vnímání kvality života jednotlivci (Gullone, Cummins, 2002).

Od 90. let se studium kvality života dále rozvíjí. Existuje snaha o sjednocení teoretických základů a vytvoření vhodných metod měření. Téma se stává důležitým v mnoha oborech souvisejících s člověkem, přičemž zvláštní důraz je kladen na kvalitu života zdraví. (Libingerová, Mullerová, 2001).

2.4 KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM

Výzkum kvality života ve zdravotní péči začal v 70. letech 20. století, byl ovlivněn dvěma hlavními faktory. Prvním byla potřeba hodnotit nákladnost a efektivitu léčby, zejména při tlaku na snižování výdajů a určování priorit při rozdělování zdrojů. Druhým faktorem byla snaha komplexně doložit účinnost léčby a její dopad na zdravotní stav pacienta. Kvalita života se stala klíčovým ukazatelem v rámci farmakoekonomických analýz a klinických studií, které

hodnotí efektivitu terapie. Tyto přístupy doplňují ekonomické a klinické aspekty o snahu zlepšit pacientovu kvalitu života, což znamená posun od zaměření na nemoc k důrazu na subjektivní prožívání pacienta, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality a od pouhé léčby symptomů k podpoře každodenního fungování pacienta (Gurková, 2011).

2.5 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA

Na kvalitu života lze pohlížet ze dvou úhlů pohledu a to ze subjektivního a objektivního. V odborné literatuře se navíc objevuje přístup, který měří kvalitu života ze tří perspektiv. Mezi ně řadíme objektivní hodnocení sociálních ukazatelů a okolního prostředí, subjektivní posouzení celkové spokojenosti se životem a subjektivní hodnocení spokojenosti v jednotlivých oblastech života (Kirby, Brooks, Oescher, 2003).

V současnosti se odborníci v různých oborech stále více zaměřují na subjektivní hodnocení kvality života. Tento trend se projevil i v medicíně, kde byli dříve objektivní ukazatele zdraví považovány za klíčové pro rozhodování o léčbě. Objektivní kvalita života zahrnuje faktory jako materiální zajištění, sociální podmínky, společenský status a fyzické zdraví, tedy souhrn ekonomických, sociálních zdravotních a enviromentálních vlivů na život člověka (Vymětal, 2003).

Z různých studií vyplývá, že subjektivní a objektivní posuzování kvality života přináší odlišné informace, přičemž obě složky jsou nezbytné pro komplexní hodnocení. Ačkoli je tento termín v současnosti velmi často používaný, v oblasti metodologie výzkumu stále nepanuje jednotný názor (Libingerová, Mullerová, 2001).

2.5.1 KONCEPČNÍ MODEL

Dle WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozdělila kvalitu života do hlavních oblastí, které odrážejí různé dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnický původ nebo zdravotní stav. První oblast se zaměřuje na fyzické zdraví a míru samostatnosti, což zahrnuje například únavu, bolest, energii, odpočinek, závislost na lékařské péči, mobilitu, každodenní aktivity nebo pracovní schopnost. Druhá oblast se týká psychického zdraví a duchovní stránky, kam spadá sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní či negativní emoce, paměť, myšlení, víra a spiritualita. Třetí oblast zahrnuje sociální vztahy, jako je sociální podpora či osobní

vztahy. Čtvrtá oblast se pak soustředí na prostředí, včetně dostupnosti zdravotní a sociální péče, domácí zázemí, klimatu, finančního zabezpečení, bezpečí nebo příležitostí k získávání nových dovedností a znalostí (Vaďourová, Muhlpackr, 2005).

QOL research unit v Torontu

Qol research unit v Torontu vytvořila model kvality života, který na rozdíl od zdravotně orientovaného přístupu WHO zahrnuje jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost. Tento koncept zdůrazňuje fyzické, psychické a duševní schopnosti jedince, jeho vztahy s prostředím a možnosti rozvíjet své schopnosti a znalosti. Model se skládá ze 3 hlavních oblastí života, přičemž každá z nich zahrnuje další 3 podoblasti (Vaďourová, Muhlpackr, 2005).

Čtyři kvality života

Holandský profesor Ruut Veenhoven významně přispěl k jeho systematizaci prostřednictvím své teorie „čtyř kvalit života“ (Veenhoven, 2000).

Takto definované kvality života umožní rozdělit koncepty dobrého života podle toho, na který konkrétní aspekt kvality života se zaměřují. Vzniká tak matice rozdělená do 4 kvadrantů, která nabízí neobvyklý pohled na různé podoby kvality života.

	Vnější kvalita života (prostředí)	Vnitřní kvalita života (jedinec)
Životní šance, předpoklady	A. Vhodnost prostředí, životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. Životaschopnost jedince, Psychologický kapitál, zdraví, způsobilost
Podoba života, výsledky	C. Užitečnost života	D. Porozumění vlastnímu životu, subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí

Tabulka 3: čtyři typy kvality života podle Veenhovena (Dvořáčková, 2012, s. 73)

Kvadrant A se zaměřuje na vhodnost prostředí pro život (tzv. „livability“) a klade důraz na životní, ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které jsou předmětem zkoumání ekologie, sociologie a sociálně-politických věd. někteří odborníci využívají termín enviromentální kvalita života a usilující o propojení životního a sociálního prostředí se zdravotní kvalitou života do nového konceptu nazývaného „Health-Related Enviromental Quality of Life“ (Lechler, 2003).

Kvadrant B se pojí s konceptem životaschopnosti jedince (life-ability), kam spadají aspekty jako fyzické a duševní zdraví, znalosti, dovednosti a vnitřní kvality člověka. Tato

oblast je zkoumána především lékařstvím, psychologii a pedagogikou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Kvadrant C se zaměřuje na užitečnost života (Utility of life) a zkoumá, do jaké míry jedinec přispívá k prospěchu ostatních lidí a jak je obohacuje. Zahrnuje také morální vývoj, etickou dokonalost a vnitřní hodnotu člověka. Tato oblast je předmětem zájmu filozofů, teologů, pedagogů i sociálních pracovníků. V odborné literatuře bývá tento přístup označován jako transcendentní koncepce kvality života (Gerson, 1976).

Kvadrant D představuje pojetí kvality života, které v současné době zažívá velký rozvoj v humanitních vědách, zejména v medicíně, kde se vytváří vlastní metodologické přístupy. Tento kvadrant se zaměřuje na koncept porozumění vlastnímu životu (appreciation of life). Zkoumá subjektivní pohodu, životní spokojenost, štěstí a podobné aspekty. Patří sem také hodnocení spokojenosti s jednotlivými oblastmi života, celková spokojenost se životem a většina dotazníků kvality života, včetně dotazníku WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

2.6 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Hodnocení kvality života se v klinické praxi stává klíčovým zejména u pacientů s chronickými a nevyлéčitelnými nemocemi, jako jsou onkologická, psychiatrická, kardiovaskulární či metabolická onemocnění.

Tato onemocnění jsou charakterizována jako progresivní, invalidizující a vyžadující celoživotní dodržování režimových opatření. Pacienti s chronickými nemocemi mohou zažívat neustálé omezení, napětí a úsilí, aby dosáhli kvality života, kterou zdraví lidé považují za samozřejmou. Dopad těchto nemocí na kvalitu života ovlivňuje řada faktorů, které je třeba zohlednit při léčbě a péči (Charlton, Elliott, Alexander, 2003).

V klinické praxi lze využívat širokou škálu nástrojů k hodnocení kvality zdravotního stavu a zdraví. Při měření kvality života by však neměly být používány nástroje určené pro hodnocení zdravotního stavu nebo sledování symptomů. Nástroje měření kvality života rozdělujeme na generické a specifické (Gurková, 2011).

2.6.1 GENERICKÉ NÁSTROJE

Sickness Impact Profile (SIP)

SIP byl navržen tak, aby byl univerzálně použitelný bez ohledu na typ či závažnost onemocnění nebo demografické či kulturní rozdíly. Tento nástroj slouží k hodnocení efektivity léčby a je využíván také ve farmakoekonomických analýzách a při tvorbě zdravotní politiky. Obsahuje celkem 136 položek, které popisují každodenní aktivity, rozdělené do dvacíti subškál. Mezi subškály řadíme spánek, odpočinek, emoční život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, volnočasové aktivity a stravování. Tyto subškály může vyplnit pacient nebo vyškolený odborník (Gurková, 2011).

Nottingham Health Profile (NHP)

NHP byl vytvořený v roce 1981 autory Hunt a kolegy (dle Fayers a Machin, 2000) jako nástroj k měření fyzického, sociálního a psychického distresu. Vychází z konceptu Sickness Impact profile (SIP), avšak oproti SIP se více zaměřuje na emocionální prožívání než každodenní aktivity. Obsahuje méně položek, což usnadňuje jeho vyplňování.

Druhá verze NHP zahrnuje 38 položek rozdělených do šesti oblastí, kterými jsou spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita a energie (Gurková, 2011).

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, určený především pro klinickou praxi. Obsahuje 26 otázek rozdělených do 4 oblastí nebo subškál. Odpovědi jsou hodnoceny na škále od 1 do 5, přičemž vyšší číslo znamená lepší kvalitu života v dané oblasti. U tří negativně formulovaných otázek se skóre při vyhodnocování obrací podle schématu. Pro příklad se 1 mění na 5.

Průměrné skóre jednotlivých oblastí se dále transformuje ve dvou krocích. Nejprve se násobí čtyřmi, aby bylo srovnatelné s WHOQOL-100, což vede ke škále od 4 do 20. Poté se skóre převádí na procentuální hodnocení kvality života v rozmezí od 0% do 100% (Jenkins, 1992).

2.6.2 SPECIFICKÉ NÁSTROJE

Specifické nástroje pro měření kvality života vznikly s cílem co nejpřesněji určit faktory, které ovlivňují kvalitu života pacientů. Zaměřují se na poměrně úzký okruh aspektů, jež přímo souvisejí s konkrétním onemocněním. Nicméně jsou tyto dotazníky často kritizovány

za svou orientaci převážně na symptomy onemocnění a upřednostňování kauzálních proměnných (Juniper, 1998).

Vybrala jsem několik specifických nástrojů souvisejících s bolestí.

The McGill Pain Questionnaire MPQ

MPQ je nejznámější a mezinárodně uznávaný dotazník pro hodnocení bolesti, který zahrnuje vícedimenzionální měřítko. Tento typ měřítka posuzuje řadu faktorů, jako jsou okolnosti spojené s bolestí, umístění a intenzitu, délku trvání, charakter a distribuci bolesti, stejně jako její původ (pokud je známý), mechanismus zranění (pokud je relevantní), a překážky při hodnocení bolesti. Přestože se v současné době používá méně často, zůstává MPQ klíčovým nástrojem pro zkoumání zkušeností s bolestí, včetně vlivu verbální komunikace na klinické vyšetřování bolesti. (Lanfredini a Cipriani, 2023)

West Heaven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)

WHYMPI je široce využívaným nástrojem pro hodnocení chronické bolesti, který zahrnuje fyziologické, psychologické a emocionální aspekty. Tento nástroj posuzuje, jak bolest ovlivňuje každodenní život, účast na aktivitách a vnější projevy bolesti. Díky překladům do mnoha jazyků se používá při posuzování různých patologických stavů. (Ertunc Gulcelik, Malkoc, Ozbek, Ozer, 2020)

QLQ-C30

QLQ-C30 (verze 3.0) je nejpoužívanější dotazník pro hodnocení kvality života onkologických pacientů, vytvořený organizací EORTC. Tento 30ti položkový nástroj je multidimenzionální, zahrnuje 5 funkčních škál (tělesné, role, kognitivní, emoční, sociální) a 3 symptomové škály (únava, bolest, nauzea/zvracení). Dotazník je stručný a vyplnění trvá cca 10-12 minut, klinicky použitelný a kulturně přizpůsobitelný. Obsahuje jádro pro široké spektrum nádorových onemocnění a specifické moduly pro konkrétní diagnózy, např. QLQ-H&N35 pro nádory hlavy a krku. Validace proběhla i v češtině a slovenštině. (Gurková, 2011)

FACT-G

FACT-G verze 4, je nástroj podobný QLQ-C30, který zahrnuje základní položky pokrývající široké spektrum aspektů nádorových onemocnění a jejich léčby. Obsahuje také moduly zaměřené na specifické diagnózy a terapie. V rámci FACIT systému existuje 7 skupin nástrojů, například obecné verze, specifické nástroje pro různé typy nádorů, symptomy,

terapie, nespecifické nástroje a ty ve vývoji. FACT-G zahrnuje 27 položek rozdělených do 4 subškál (fyzická pohoda, sociální/rodinná pohoda, emocionální pohoda a funkční pohoda (Gurková, 2011).

2.7 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA

Kvalita života jednotlivce je ovlivňována řadou klíčových faktorů, které se různé definice snaží identifikovat. Tyto faktory však nelze jednoznačně určit, protože každý člověk je vnímá subjektivně a odlišně.

Existuje skupina faktorů, která přímo i nepřímo ovlivňuje rozvoj jedince a společnosti. Patří mezi ně zdravotní stav, ekonomická situace, sociální aspekty a životní prostředí. Další specifickou skupinu tvoří individuální charakteristiky jako pohlaví, věk, přítomnost více nemocí současně, osobní hodnoty, dosažené vzdělání, kulturní zázemí a finanční situace.

Veřejnost často považuje zdraví za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu života. Zdraví je výsledkem vzájemného působení mnoha souvisejících faktorů, včetně prostředí, nalezení smyslu života, emocí, postoje k smrti a procesu stárnutí (Dvořáčková, 2012).

3 CÍLE VÝZKUMU

Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit vliv bolesti na kvalitu života.

Dílčí cíle

Cíl č.1: Zjistit kvalitu života v jednotlivých doménách.

Očekávání 1: Kvalita života respondentů bude nižší v doménách fyzické zdraví a psychický stav, naopak v doménách sociální vztahy a životní prostředí očekávám kvalitu života vyšší.

Cíl č.2: Posoudit kvalitu života v porovnání s populační normou

Očekávání 2: Respondenti z ambulance bolesti budou mít nižší kvalitu života oproti populační normě.

Cíl č.3: Porovnání vlivu vybraných demografických proměnných (pohlaví, věk, vzdělání, typ povolání) na jednotlivé domény kvality života.

Očekávání č.3: Respondenti ženského i mužského pohlaví budou mít shodnou kvalitu života.

Očekávání č.4: Respondenti s vyšším věkem budou mít nižší kvalitu života v jednotlivých doménách než respondenti s nižším věkem.

Očekávání č.5: Respondenti s vyšším vzděláním budou mít vyšší kvalitu života v doméně životní prostředí.

Očekávání č.6: Respondenti se sedavým zaměstnáním budou mít vyšší kvalitu života v doméně fyzické zdraví a životní prostředí proti respondentům s manuální prací.

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 POUŽITÁ METODA

Pro zpracování empirické části jsem zvolila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je kvantitativní nástroj kvality života s bolestí doplněný o vybrané demografické údaje zjišťující věk, pohlaví, vzdělání, povolání, doba trvání chronické bolesti, příčina, charakter, intenzita bolesti, doba docházení do ambulance bolesti a od koho se dozvěděli o ambulanci. (Celé znění dotazníku je v příloze č.1)

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí původního dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek. WHOQOL-BREF je rozdělen do 4 hlavních domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Fyzické zdraví zahrnuje aspekty jako fyzická nezávislost, mobilita, pracovní schopnost, závislost na zdravotní péči a schopnost vykonávat denní činnosti (otázky č. 3,4,10,15,16,17,18).

Prožívání se zaměřuje na spiritualitu, psychologické zdraví (zejména náladu, vztah k sobě samému) a kognitivní funkce (otázky č. 5,6,7,11,19,26).

Sociální vztahy zahrnují partnerství, osobní vztahy a charakteristiku sociálního prostředí (otázky č. 20,21,22).

Prostředí popisuje životní podmínky, včetně bezpečí, podnětnosti, finanční situace, duchovní stránky, kvality péče a okolního prostředí (otázky č. 8,9,12,13,14,23,24,25).

Celkem dotazník obsahuje 26 položek, z nichž 24 reprezentuje výše zmíněné domény. Zbývající dvě položky hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Respondenti mohou své odpovědi na otázky Q1 a Q2 vyjadřovat od stupnice od 1 (nejnižší hodnocení) do 5 (nejvyšší hodnocení).

4.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Výzkum probíhal v Nemocnici Pardubického kraje, kde jsem oslovila ambulanci bolesti. Další dotazníky jsem chtěla rozeslat do ambulaní bolesti v Praze, bohužel i přes původní souhlas mi byl výzkum v obou pražských ambulancích zamítnut.

Dotazníky jsem po telefonické domluvě s lékařkou v pardubické ambulanci bolesti přinesla a poprosila o distribuci pacientům. Celkový počet přinesených dotazníků byl 120

kopii. Výzkum probíhal od 16.12.2024 do 14.3.2025. Respondentům bylo rozdáno 120 dotazníků a kompletně vyplněných dotazníků, které byly následně analyzovány, bylo 65.

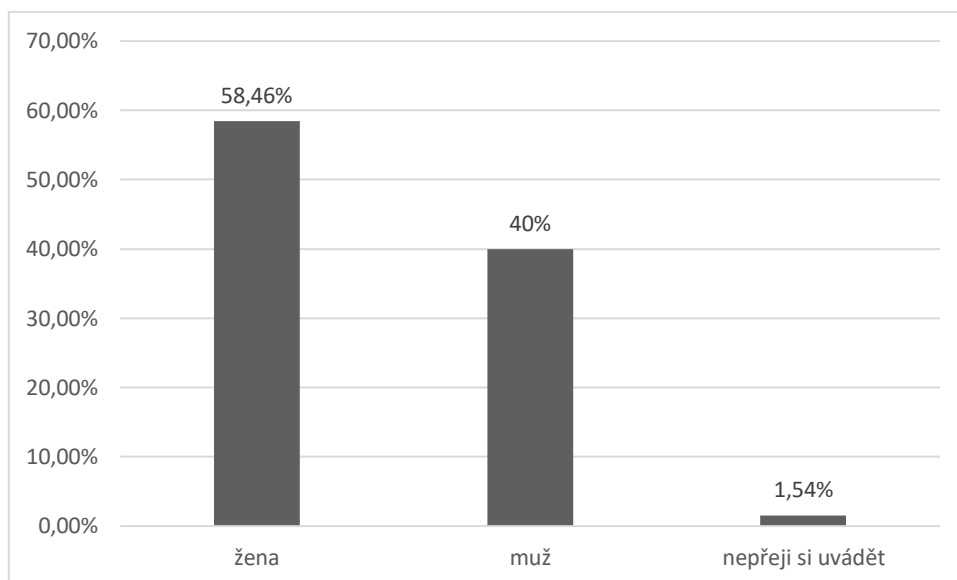
4.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Výsledky mého šetření jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Excel, kde jsem všechny výsledné hodnoty použila do tabulek a grafů.

5 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU

5.1 VYHODNOCENÍ DEMOGRAFICKÝCH PROMĚNNÝCH

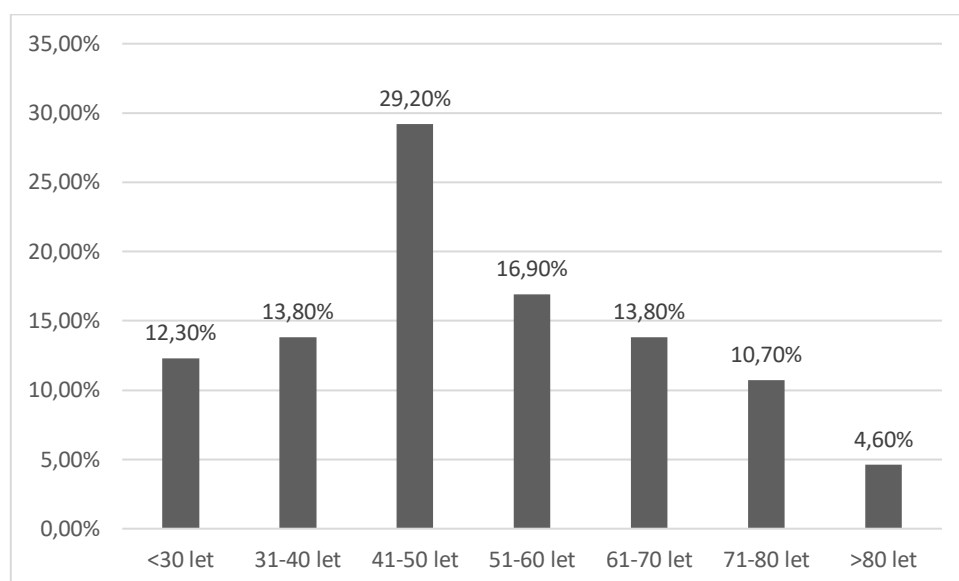
Otázka č.1: Jaké je vaše pohlaví?



Graf 1. – pohlaví

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů dotazník vyplnilo **38** (58,46%) žen, **26** (40%) mužů a **1** (1,54%) respondent si nepřál pohlaví uvádět.

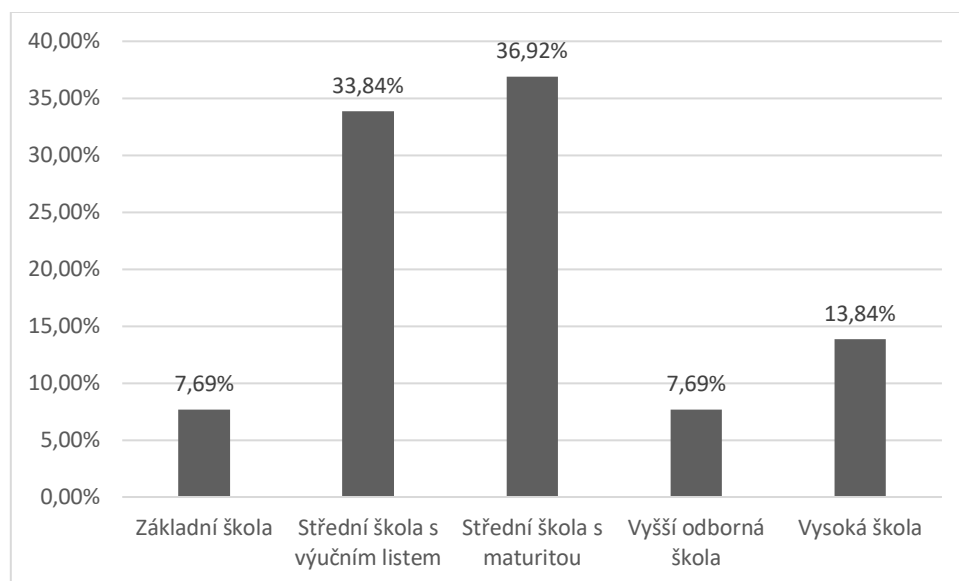
Otázka č.2: Kolik vám je let?



Graf 2 – Věk

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů dotazník vyplnilo **8** (12,30%) respondentů mladší 30-ti let, **9** (13,80%) respondentů ve věku 31-40 let, **19** (29,20%) respondentů ve věku od 41-50 let, **11** (16,90%) respondentů ve věku 51-60 let, **9** (13,80%) respondentů ve věku 61-70 let, **7** (10,70%) respondentů ve věku 71-80 let a **3** (4,60%) respondenti starší 80-ti let.

Otázka č.3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 - vzdělání

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů dotazník vyplnilo **5** (7,69%) respondentů se základní školou, **22** (33,84%) respondentů se středoškolským vzděláním s výučním listem, **24** (36,92%) respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou, **5** (7,69%) s vyšší odbornou školou a **9** (13,84%) respondentů s vysokoškolským vzděláním.

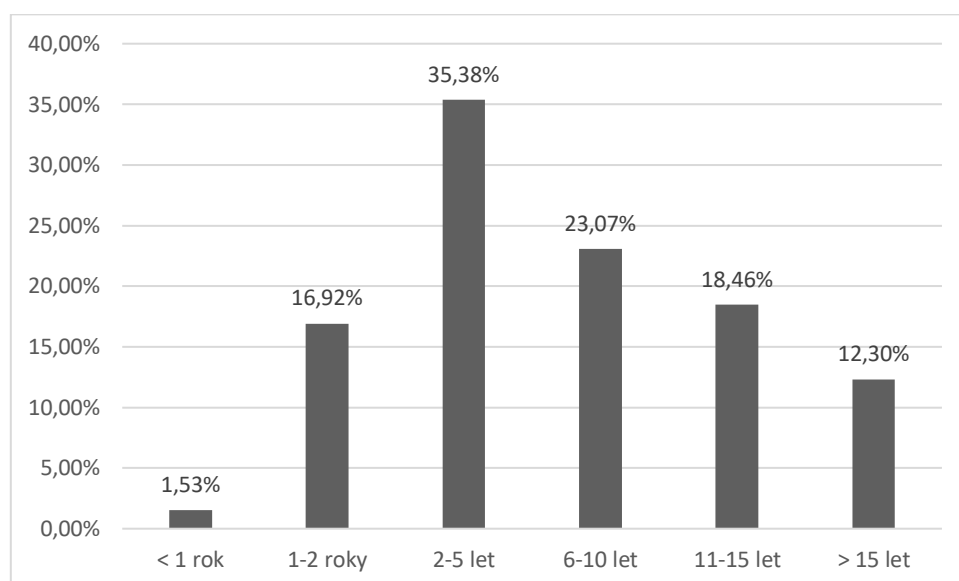
Otázka č.4: Jaké povolání vykonáváte/jste vykonával?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotnictví	14	21,53%
Vzdělávání	6	9,23%
Stavebnictví a řemesla	8	12,3%
Právo a administrativa	8	12,3%
Obchod a služby	11	16,92%
Průmysl a logistika	10	15,38%
IT a technika	4	6,15%
Podnikání	2	3,07%
Gastronomie	2	3,07%
Celkem	65	100%

Tabulka 4 – povolání

Jednotlivá povolání, která respondenti uvedli do dotazníku byla rozdělena do kategorií uvedených v tabulce č. 4. Z celkového počtu **65** (100%) respondentů pracuje **14** (21,53%) ve zdravotnictví, **6** (9,23%) ve vzdělávání, **8** (12,3%) ve stavebnictví a řemeslech, **8** (12,3%) v právu a administrativě, **11** (16,92%) v obchodech a službách, **10** (15,38%) v průmyslu a logistice, **4** (6,15%) v IT a technice a **2** (3,07%) v podnikání, **2** (3,07%) v gastronomii.

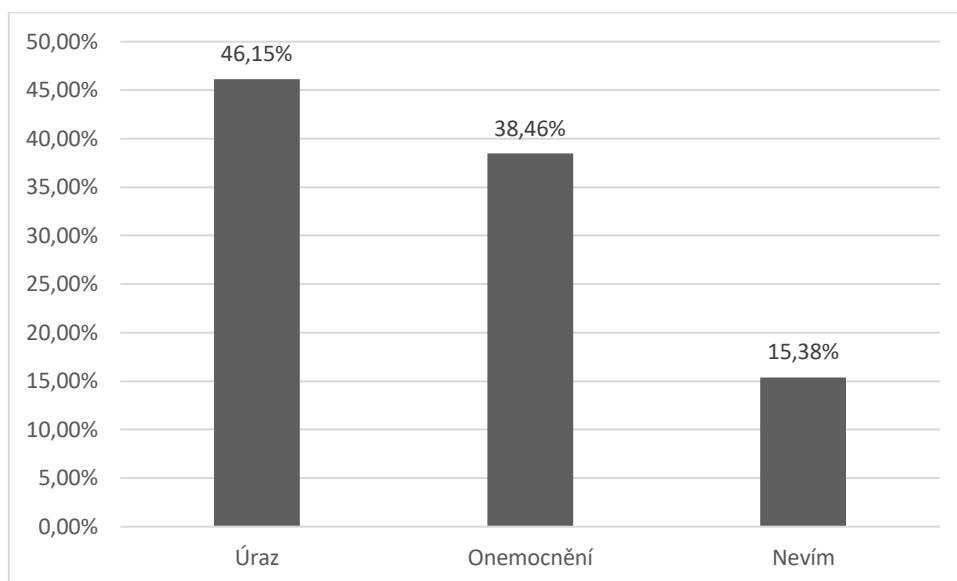
Otázka č.5: Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?



Graf 4 - doba trvání bolesti

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů trpí chronickou bolestí **1** (1,53%) respondent méně než 1 rok, **11** (16,92%) respondentů 1-2 roky, **23** (35,38%) respondentů 2-5 let, **15** (23,07%) respondentů 6-10 let, **12** (18,46%) respondentů 11-15 let a **8** (12,30%) respondentů více než 15 let.

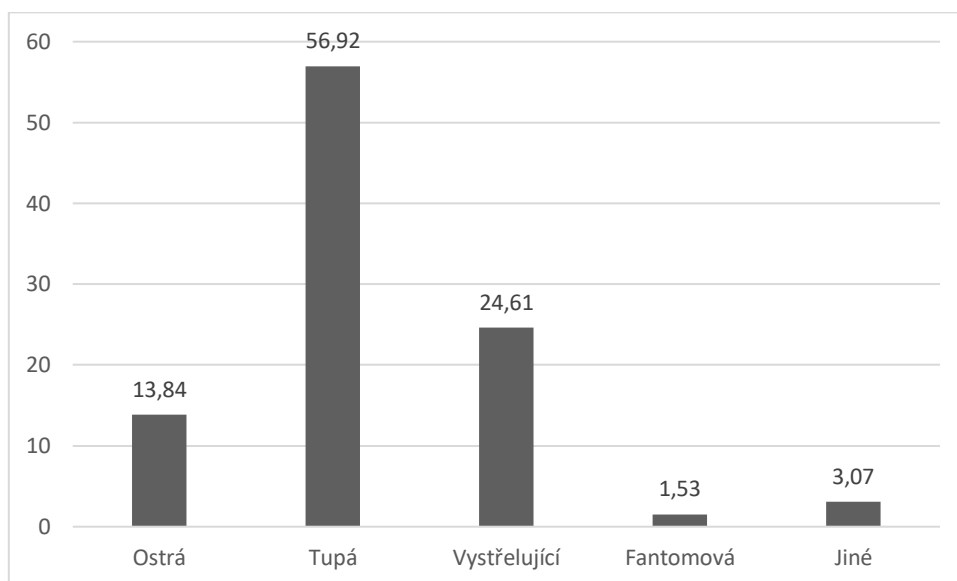
Otázka č.6: Co způsobilo vaši chronickou bolest?



Graf 5 - důvod chronické bolesti

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů **30** (46,15%) trpí chronickou bolestí z důvodu úrazu, **25** (38,46%) mají chronické bolesti z důvodu onemocnění a **10** (15,38%) neví z jakého důvodu mají chronickou bolest.

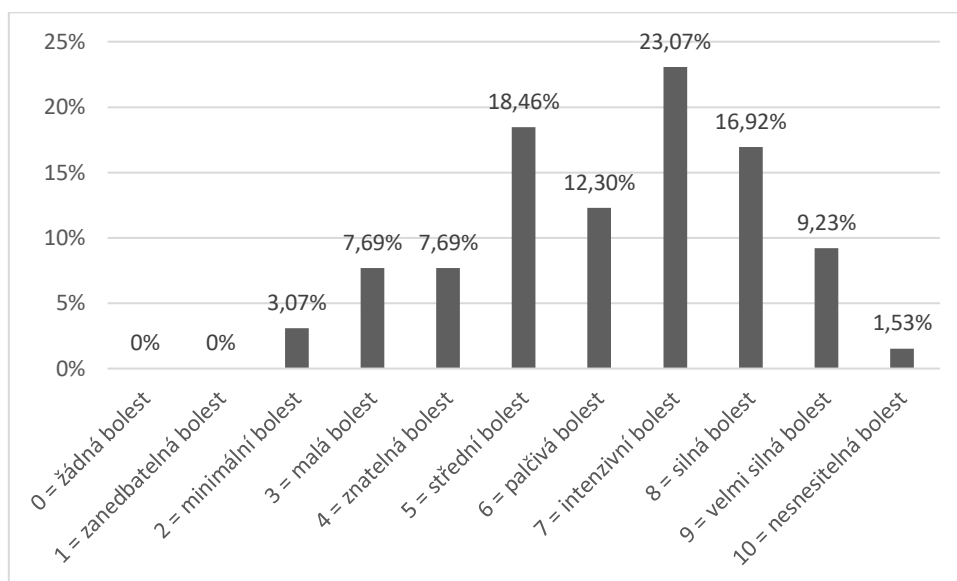
Otázka č.7: Jaký charakter má vaše bolest?



Graf 6 - charakter bolesti

Z celkového počtu **65** (100%) respondentů charakter bolesti uvádí **9** (13,84%) jako ostrou bolest, **37** (56,92%) uvádí tupou bolest, **16** (24,61%) jako vystřelující bolest, **1** (1,53%) uvádí fantomovou bolest a **2** (3,07%) respondenti uvádí jiné.

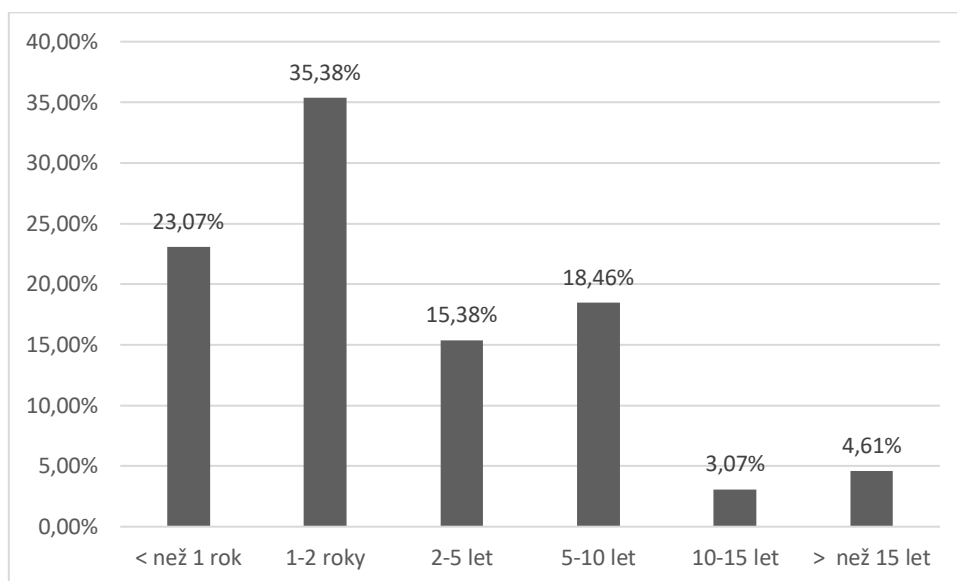
Otázka č.8: Jak intenzivní máte bolesti?



Graf 7 - intenzita bolesti

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů odpovědělo na intenzitu bolesti VAS 0 celkem **0** (0%) respondentů, na intenzitu VAS 1 také **0** (0%) respondentů, VAS 2 udávají **2** respondenti (3,07%), VAS 3 zakroužkovalo **5** respondentů (7,69%), VAS 4 též **5** respondentů (7,69%), VAS 5 udává **12** respondentů (18,46%), VAS 6 označilo **8** respondentů (12,30%), VAS 7 udává **15** respondentů (23,07%), VAS 8 má celkem **11** respondentů (16,92%), VAS 9 vyznačilo **6** respondentů (9,23%) a VAS 10 označil **1** respondent (1,53%).

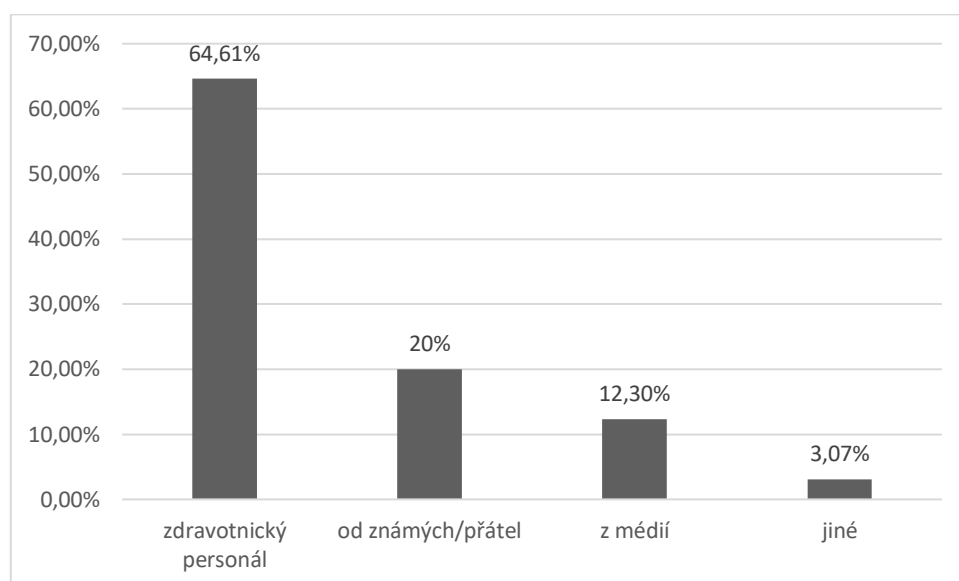
Otázka č.9: Jak dlouho docházíte do ambulance bolesti?



Graf 8 - doba docházení do ambulance bolesti

Z celkového počtu **65** (100 %) odpovědělo na délku docházení do ambulance bolesti. Méně než 1 rok uvedlo 15 (1,53%) respondentů, 1-2 roky zvolilo 23 (16,92%) respondentů, 2-5 let označilo 10 (35,38%), 5-10 let uvedlo 12 (23,07%) respondentů, 10-15 let zmínil 2 (3,07%) respondent a více než 15 let označilo 3 (12,30%) respondentů.

Otázka č.10: Jak jste se dozvěděli o ambulanci bolesti?

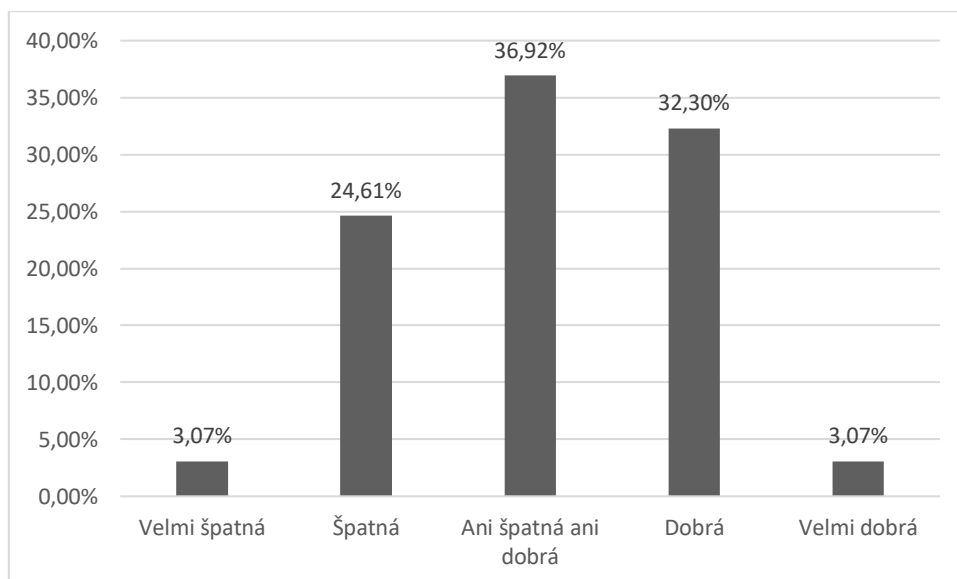


Graf 9 - informovanost o ambulanci bolesti

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů, **42** (64,61%) se dozvědělo o ambulanci bolesti od personálu, **13** (20%) respondentů byli zdrojem známí a přátelé, **8** (12,30%) respondentů zaslechlo o ambulanci bolesti z médií a **2** (3,07%) respondentů se o ambulanci dozvěděli z jiných zdrojů.

5.2 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU WHOQOL-BREF

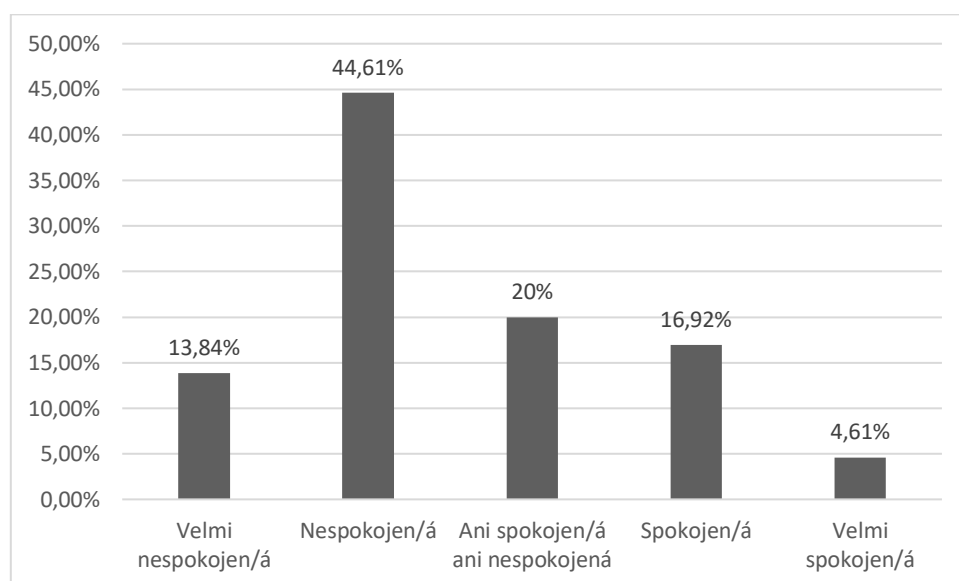
Otázka č.1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?



Graf 10 - zhodnocení kvality života

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů **2** (3,07%) respondenti zhodnotili svojí kvalitu života jako velmi špatnou, **16** (24,61%) respondentů udalo kvalitu života jako špatnou, **24** (36,92%) uvádí kvalitu života jako ani dobrou ani špatnou, **21** (32,30%) respondentů zakroužkovalo svojí kvalitu života jako dobrou a **2** (3,07%) respondenti udali kvalitu života jako velmi dobrou.

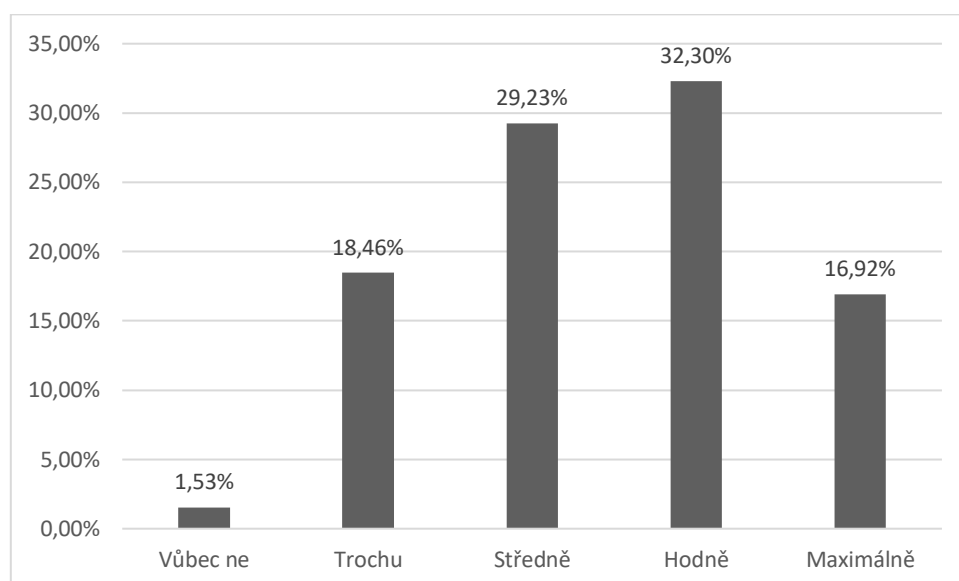
Otázka č.2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?



Graf 11 - spokojenost se zdravím

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je **9** (13,84%) respondentů velmi nespokojeno se svým zdravím, **29** (44,61%) respondentů je nespokojeno se svým zdravím, **13** (20%) respondentů udává ani nespokojenost ani spokojenost se svým zdravím, **11** (16,92%) je spokojeno se svým zdravím a **3** (4,61%) respondenti jsou velmi spokojeni se svým zdravím.

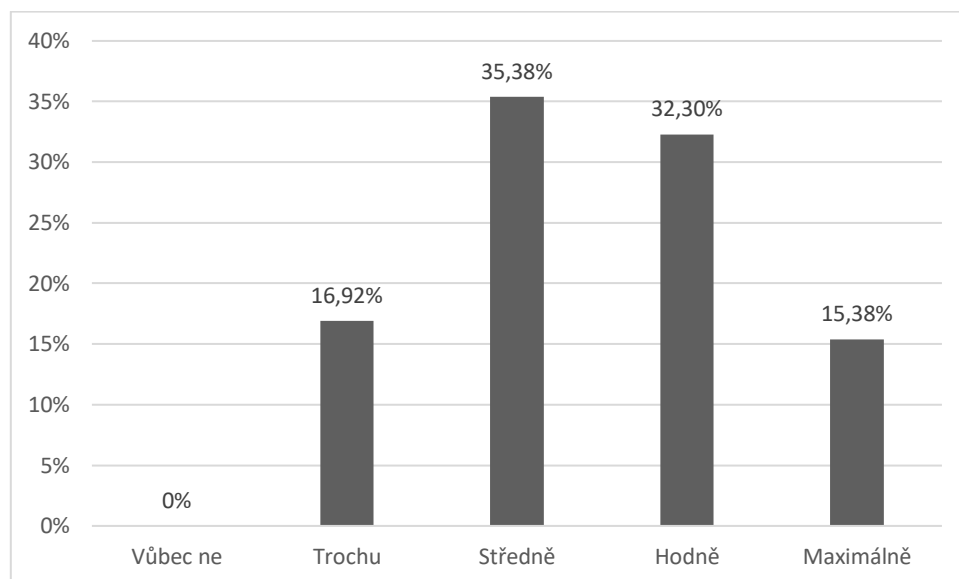
Otázka č.3: Do jaké míry vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?



Graf 12 - omezení aktivity z důvodu bolesti

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů **1** (1,53%) respondentovi bolest vůbec nebrání v tom, co potřebuje dělat, **12** (18,46%) respondentům bolest brání trochu v tom, co potřebují dělat, **19** (29,23%) respondentům bolest brání středně v tom co potřebují dělat, **21** (32,30%) respondentům bolest brání hodně v tom, co potřebují dělat a **11** (16,92%) respondentům bolest brání maximálně, v tom co potřebují dělat.

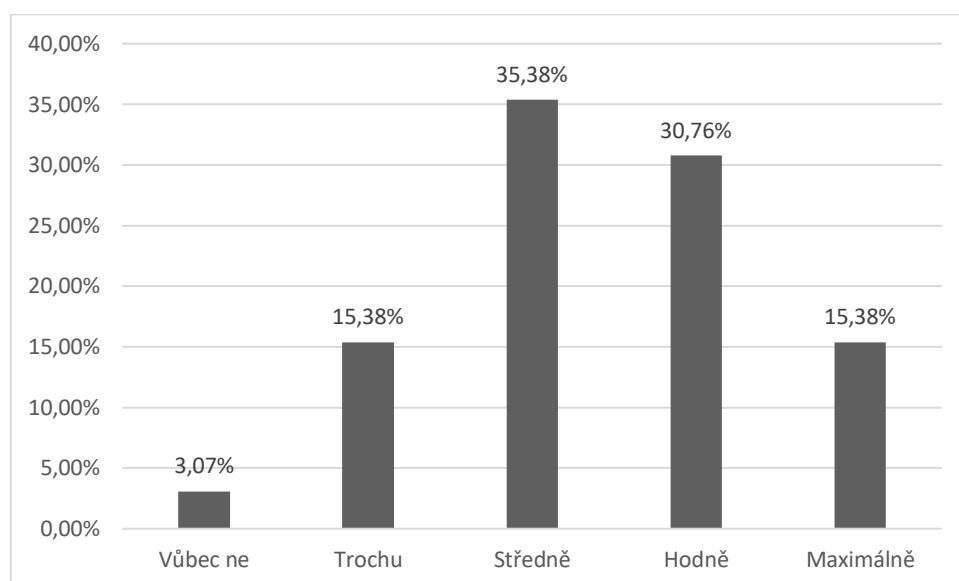
Otázka č.4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?



Graf 13 - potřeba lékařské pomoci při fungování v každodenním životě

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů **0** (0%) respondentům nepotřebuje lékařskou péči pro fungování v každodenním životě, **11** (16,92%) respondentů trochu potřebuje lékařskou péči pro fungování v každodenním životě, **23** (35,38%) respondentů středně potřebuje lékařskou péči pro fungování v každodenním životě, **21** (32,30%) respondentů potřebuje lékařskou péči pro fungování v každodenním životě hodně a **10** (15,38%) respondentů potřebuje lékařskou péči pro fungování v každodenním životě maximálně.

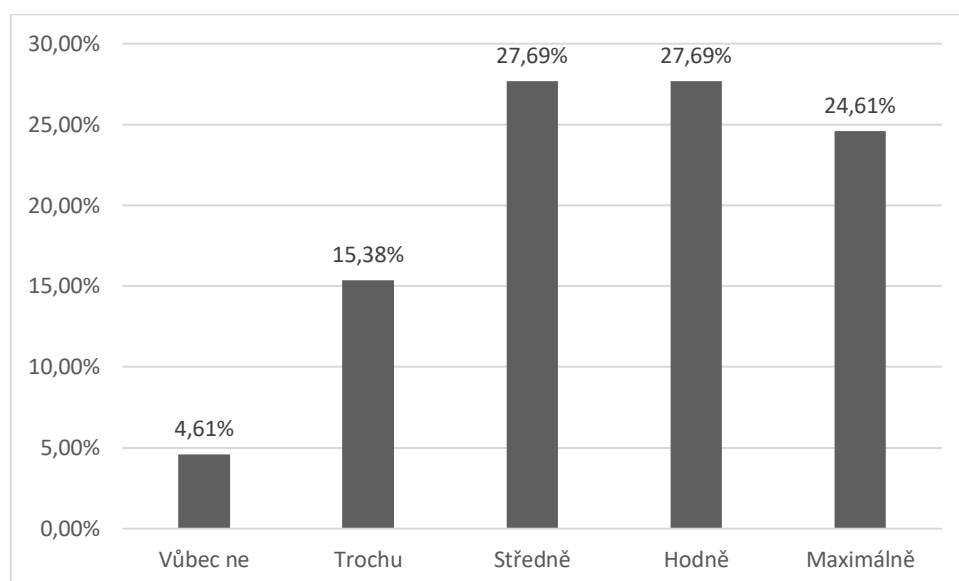
Otázka č.5: Jak moc vás těší život?



Graf 14 - potěšení ze života

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů uvedlo na otázku jak moc je těší život **2** (3,07%) respondenti vůbec ne, **10** (15,38%) respondentů trochu, **23** (35,38%) respondentů středně, **20** (30,76%) respondentů hodně a **10** (15,38%) respondentů maximálně.

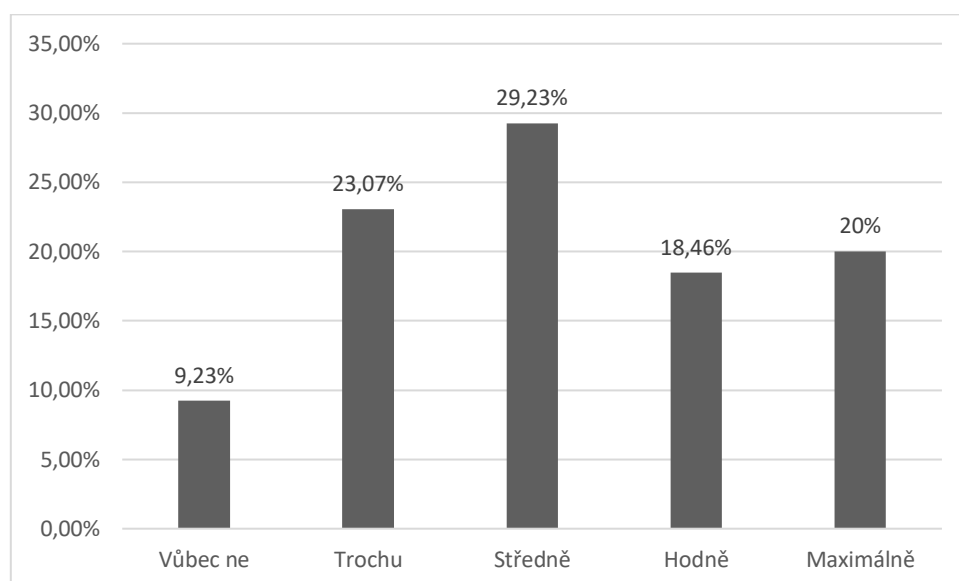
Otázka č.6: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?



Graf 15 - pocit smyslu života

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů odpovědělo na otázku nakolik se jim zdá, že váš život má smysl **3** (4,61%) respondenti vůbec ne, **10** (15,38%) respondentů uvedl trochu, **18** (27,69%) respondentů odpovědělo středně, **18** (27,69%) respondentů zapsali hodně a **16** (24,61%) respondentů zhodnotilo jako maximálně.

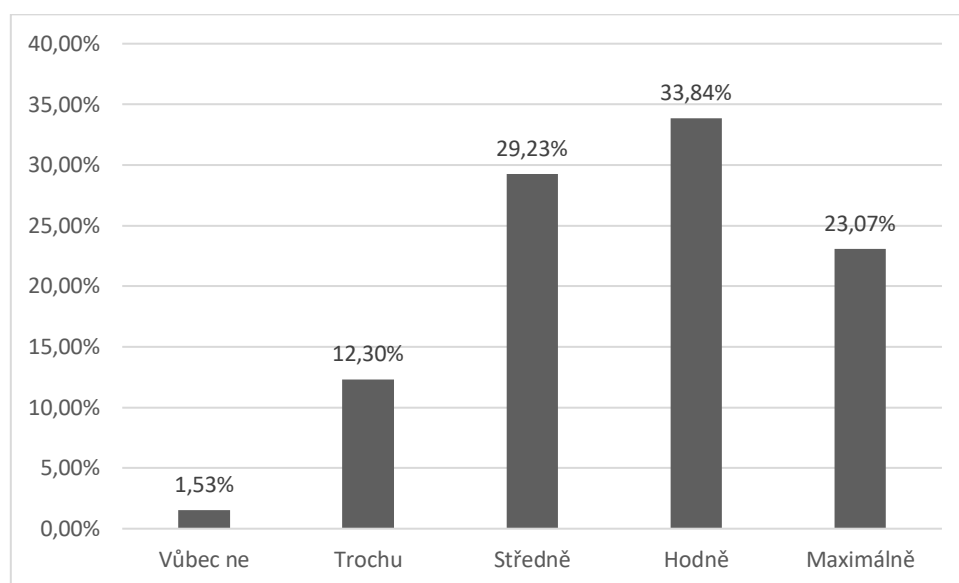
Otázka č.7: Jak se dokážete soustředit?



Graf 16 - schopnost soustředění

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů se vůbec nedokáže soustředit **6** (9,23%) respondentů, trochu se zvládne soustředit **15** (23,07%) respondentů, středně se zvládá soustředit **19** (29,23%) respondentů, hodně se zvládá soustředit **12** (18,46%) respondentů a maximálně se soustředí **13** (20%) respondentů.

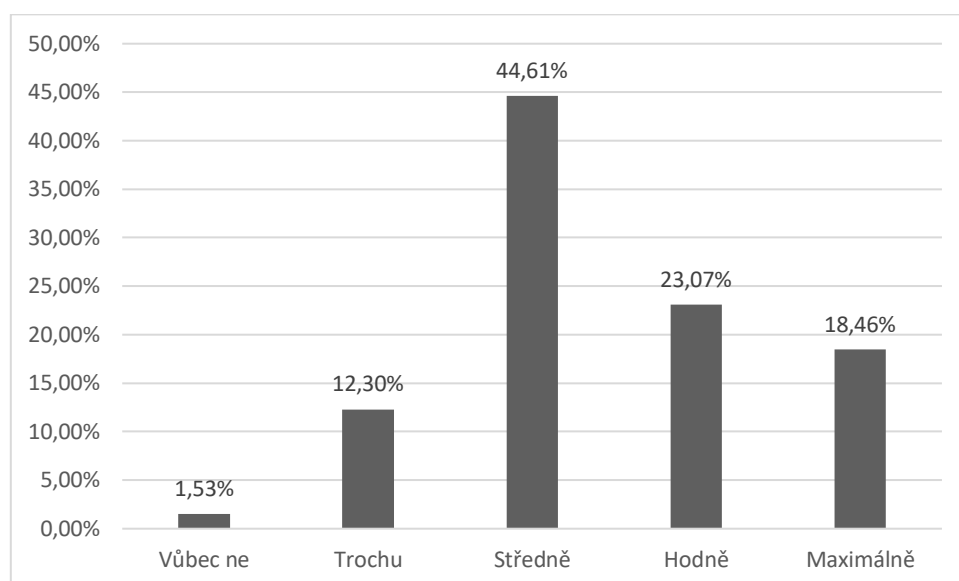
Otázka č.8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?



Graf 17 - pocit bezpečí

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů se 1 (1,53%) vůbec necítí bezpečně, 8 (12,30%) respondentů se cítí bezpečně trochu, 19 (29,23%) respondentů se cítí středně bezpečně, 22 (33,84%) respondentů se cítí hodně bezpečně a 15 (23,07%) respondentů se maximálně cítí bezpečně.

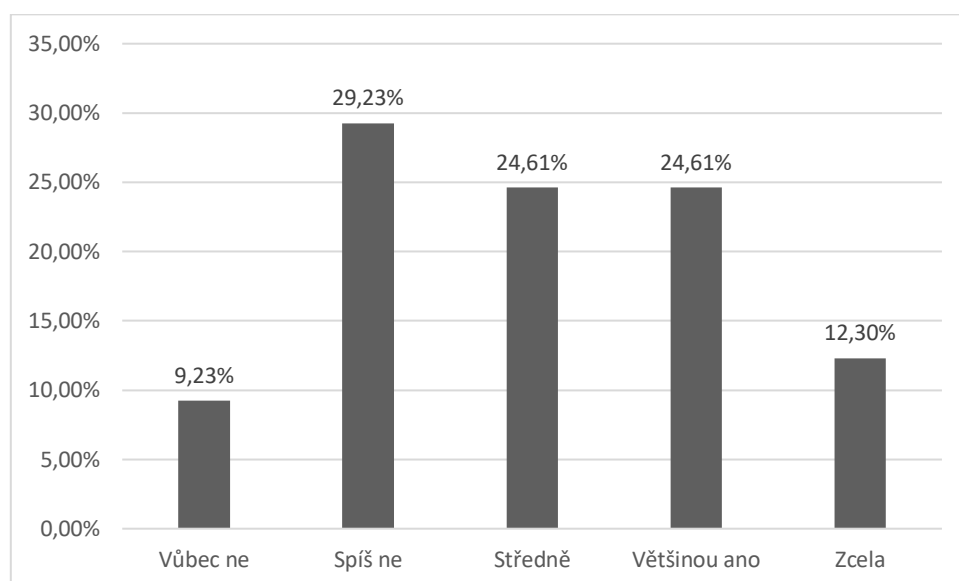
Otázka č.9: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?



Graf 18 - zdravé prostředí

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů **1** (1,53%) respondent vůbec nežije ve zdravém prostředí, **8** (12,30%) žije trochu ve zdravém prostředí, **29** (44,61%) respondentů žije ve středně zdravém prostředí, **15** (23,07%) respondentů žije hodně ve zdravém prostředí a **12** (18,46%) respondentů žije maximálně ve zdravém prostředí.

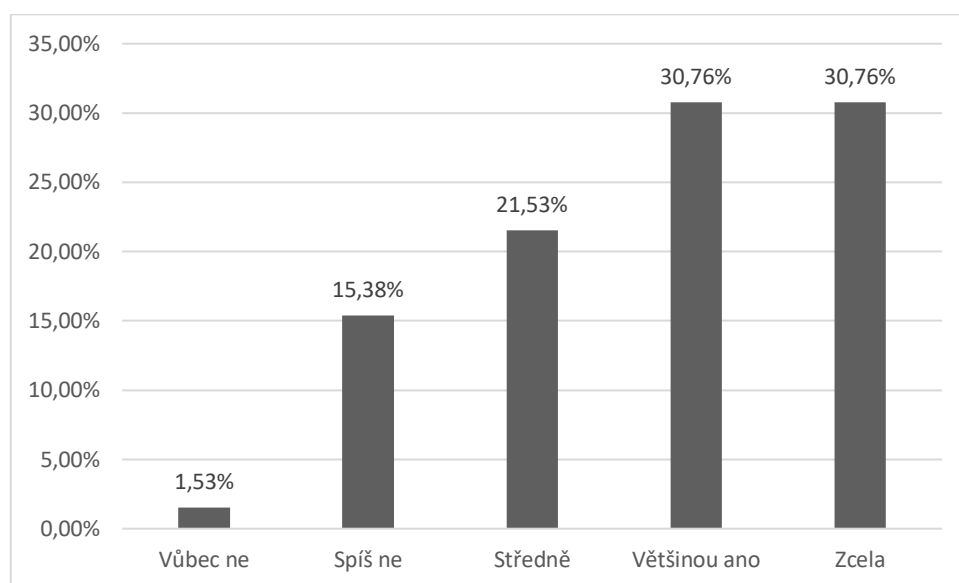
Otázka č.10: Máte dost energie pro každodenní život?



Graf 19 - dostatek energie

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů **6** (9,23%) respondentů vůbec nemá dost energie pro každodenní život, **19** (29,23%) spíš nemá energii pro každodenní život, **16** (24,61%) má středně energie pro každodenní život, **16** (24,61%) respondentů má většinou dost energie pro každodenní život a **8** (12,30%) respondentů má zcela energii pro každodenní život.

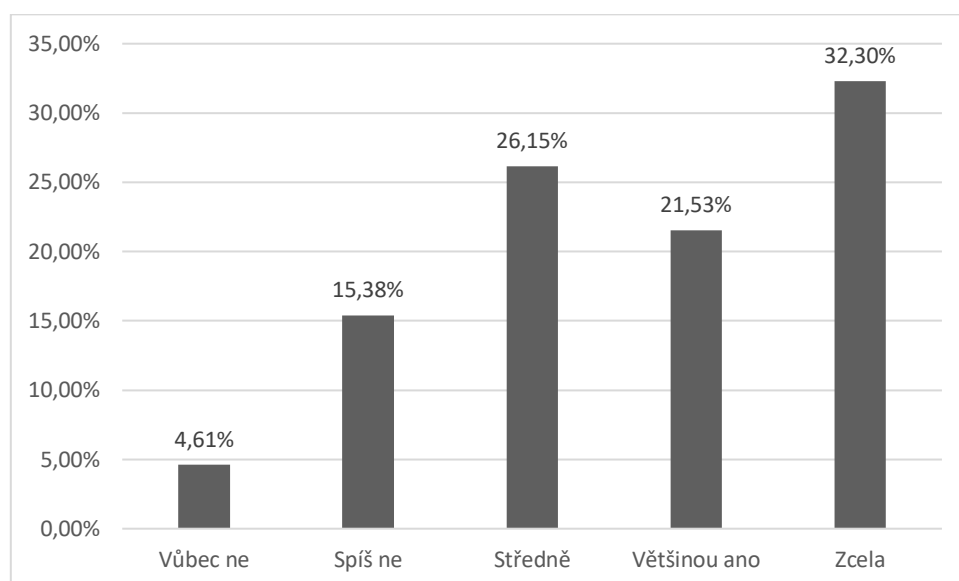
Otázka č.11: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?



Graf 20 - akceptování tělesného vzhledu

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů nedokáže vůbec akceptovat svůj tělesný vzhled **1** (1,53%) respondent, spíše nedokáže akceptovat svůj tělesný vzhled **10** (15,38%) respondentů, středně dokáže svůj tělesný vzhled akceptovat **14** (21,53%) respondentů, většinou ano dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled **20** (30,76%) respondentů a zcela dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled **20** (30,76%) respondentů.

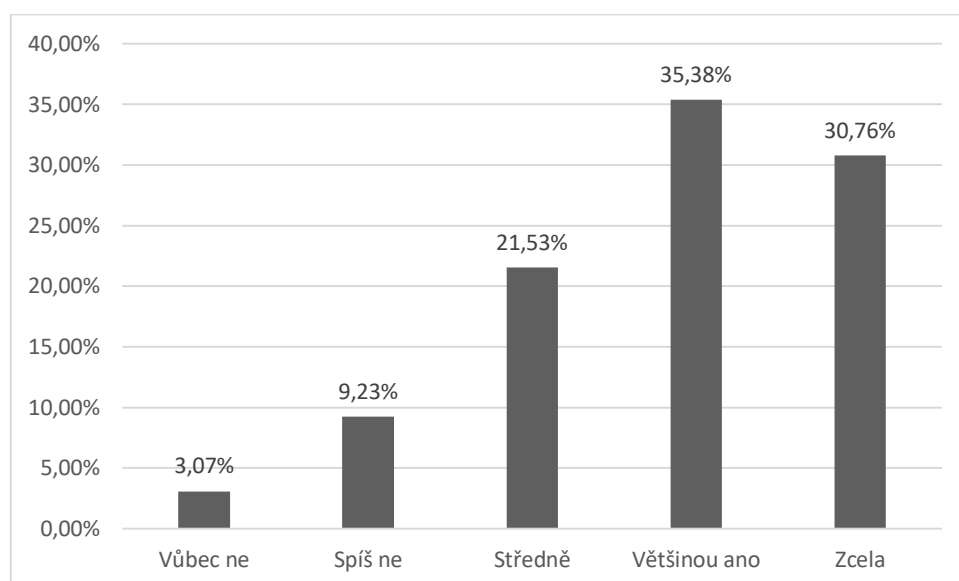
Otázka č.12: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?



Graf 21 - dostatek peněz

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů vůbec nemá dostatek peněz k uspokojení svých potřeb **3** (4,61%) respondenti, spíš nemá dostatek peněz k uspokojení svých potřeb **10** (15,38%) respondentů, středně má dostatek peněz k uspokojení svých potřeb **17** (26,15%) respondentů, většinou ano má dostatek peněz k uspokojení svých potřeb **14** (21,53%) respondentů a zcela má dostatek peněz k uspokojení svých potřeb **21** (32,30%) respondentů.

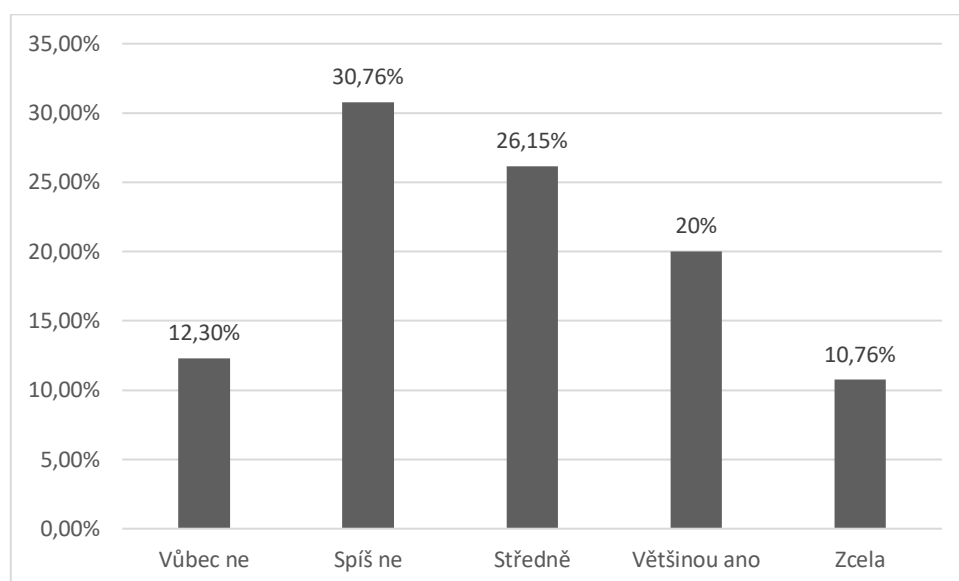
Otázka č.13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?



Graf 22 – přístup k informacím

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů vůbec nemá přístup k informacím **2** (3,07%) respondenti, spíš nemá přístup k informacím **6** (9,23%) respondentů, středně má přístup k informacím **14** (21,53%) respondentů, většinou má přístup k informacím **23** (35,38%) respondentů a zcela má přístup k informacím **20** (30,76%) respondentů.

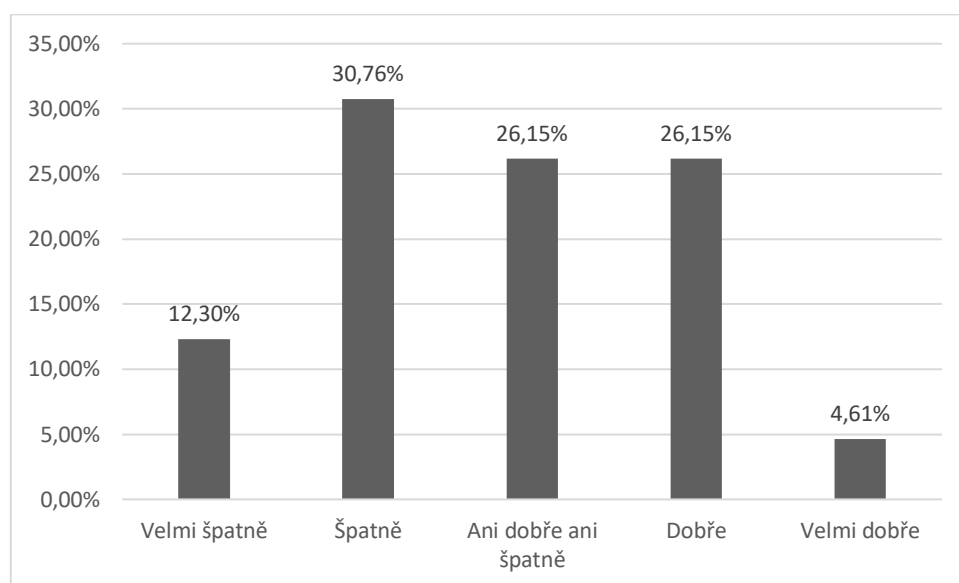
Otázka č.14: Máte možnost věnovat se svým zálibám?



Graf 23 - možnost věnování zálibám

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů se vůbec nemá možnost věnovat se svým zálibám **8** (12,30%) respondentů, spíš nemá možnost věnovat se svým zálibám **20** (30,76%) respondentů, středně má možnost věnovat se svým zálibám **17** (26,15%) respondentů, většinou má možnost věnovat se svým zálibám **13** (20%) respondentů a zcela má možnost věnovat se svým zálibám **7** (10,76%) respondentů.

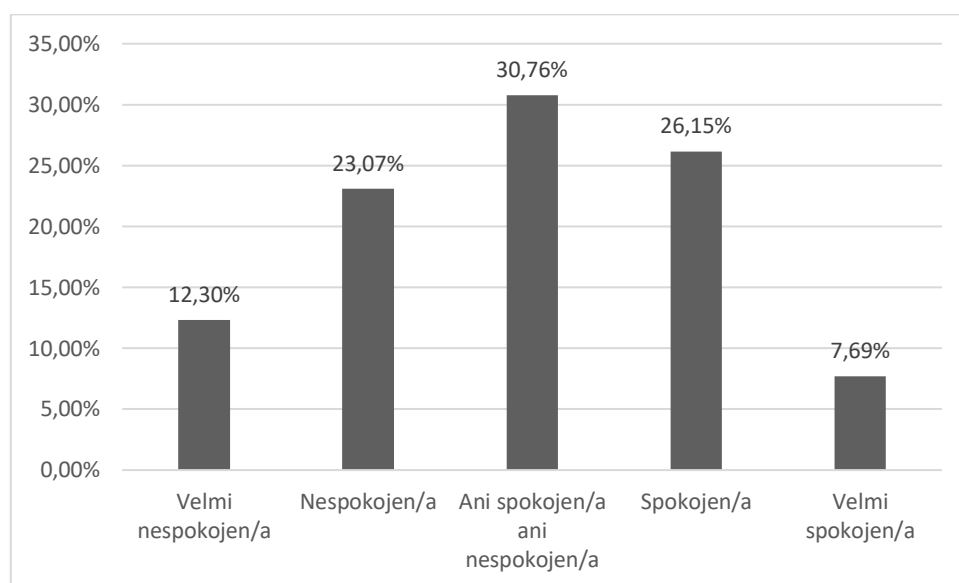
Otázka č.15: Jak se dokážete pohybovat?



Graf 24 - možnost pohybu

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů se velmi špatně dokáže pohybovat **8** (12,30%) respondentů, špatně se dokáže pohybovat **20** (30,76%) respondentů, ani dobře ani špatně se dokáže pohybovat **17** (26,15%) respondentů, dobře se dokáže pohybovat **17** (26,15%) respondentů a velmi dobře se dokáže pohybovat **3** (4,61%) respondenti.

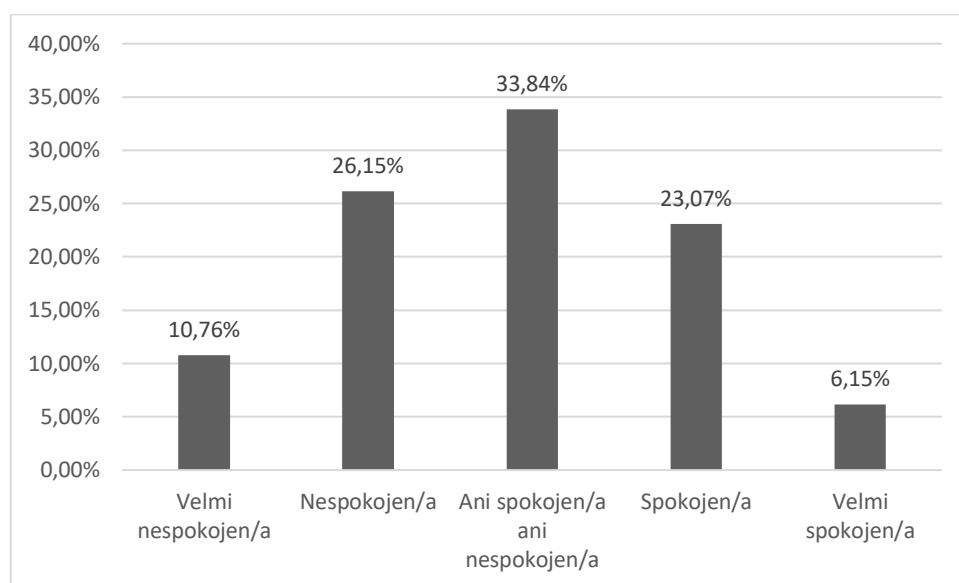
Otázka č.16: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?



Graf 25 - spokojenost se spánkem

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno se svým spánkem **8** (12,30%) respondentů, nespokojeno se svým spánkem je **15** (23,07%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno se svým spánkem je **20** (30,76%) respondentů, spokojeno se svým spánkem je **17** (26,15%) respondentů a velmi spokojeno se svým spánkem je **5** (7,69%) respondentů.

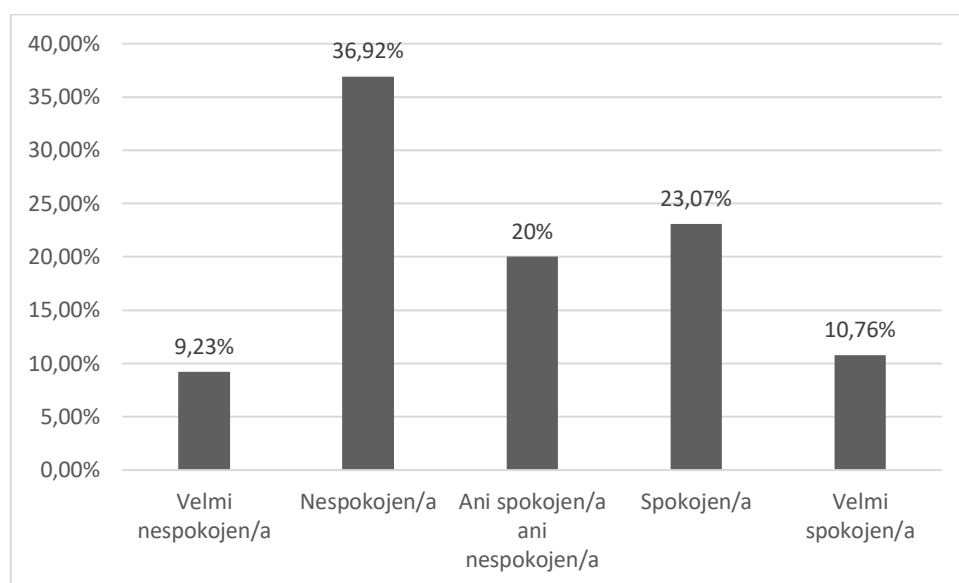
Otázka č.17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?



Graf 26 - spokojenost s prováděním každodenních činností

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti **7** (10,76%) respondentů, nespokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti je **17** (26,15%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti je **22** (33,84%) respondentů, spokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti je **15** (23,07%) respondentů a velmi spokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti jsou **4** (6,15%) respondenti.

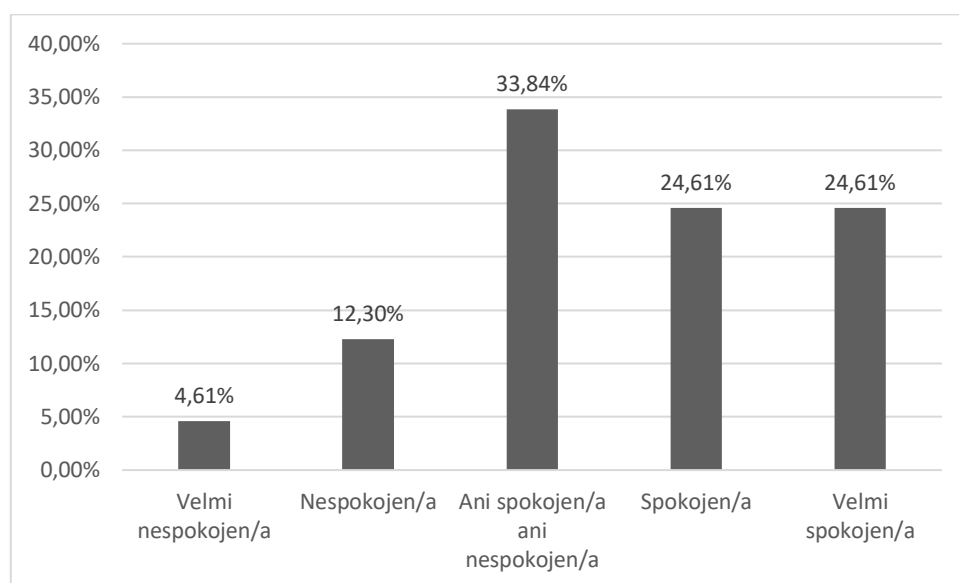
Otázka č.18: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?



Graf 27 - spokojenost s pracovním výkonem

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno se svým pracovním výkonem **6** (9,23%) respondentů, nespokojeno se svým pracovním výkonem je **24** (36,92%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno se svým pracovním výkonem je **13** (20%) respondentů, spokojeno se svým pracovním výkonem je **15** (23,07%) respondentů a velmi spokojeno se svým pracovním výkonem je **7** (10,76%) respondentů.

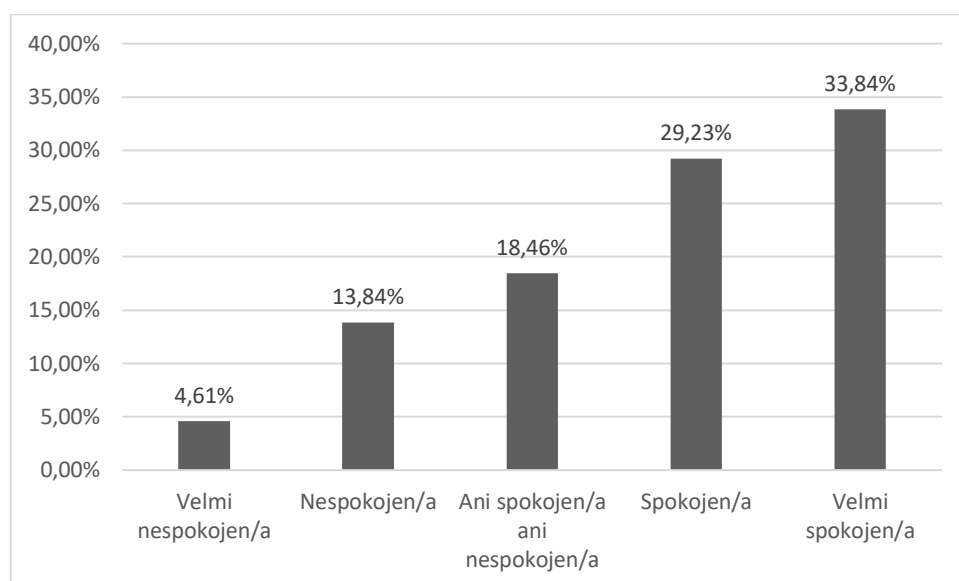
Otázka č.19: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?



Graf 28 - spokojenost sám/sama se sebou

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů jsou velmi nespokojeni **3** (4,61%) respondenti, nespokojeno samo se sebou je **8** (12,30%) respondentů, ani nespokojeno ani nespokojeno sám se sebou je **22** (33,84%) respondentů, spokojeno samo se sebou je **16** (24,61%) respondentů a velmi spokojeno je **16** (24,61%) respondentů.

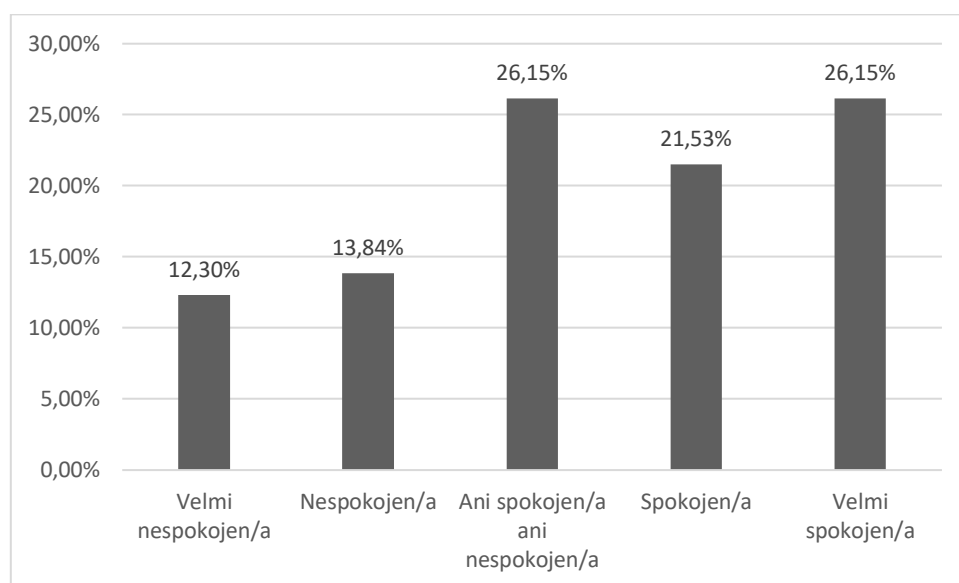
Otázka č.20: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?



Graf 29 - spokojenost se vztahy

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů jsou velmi nespokojeni se svými osobními vztahy **3** (4,61%) respondenti, nespokojeno se svými osobními vztahy je **9** (13,84%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno se svými osobními vztahy je **12** (18,46%) respondentů, spokojeno se svými osobními vztahy je **19** (29,23%) respondentů a velmi spokojeno se svými osobními vztahy je **22** (33,84%) respondentů.

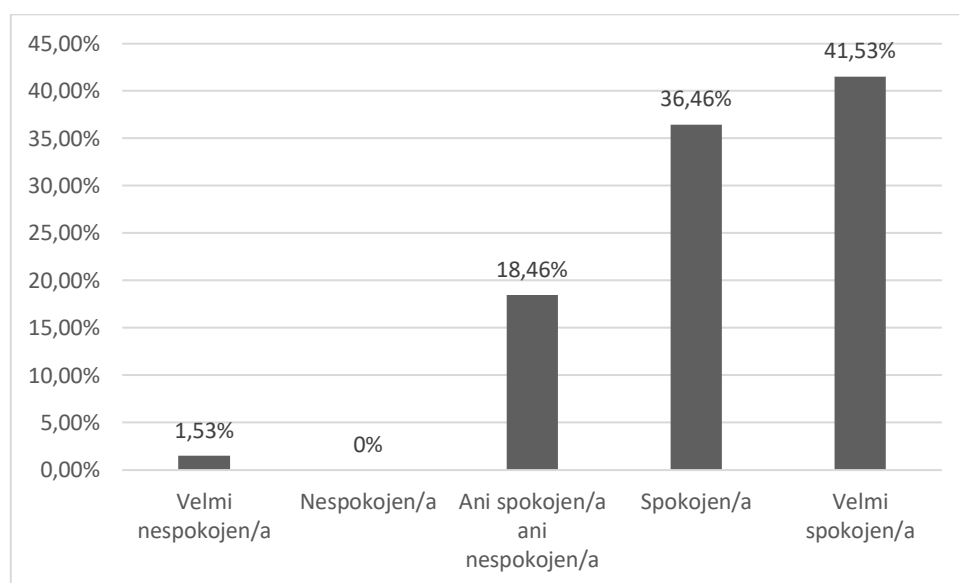
Otázka č.21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?



Graf 30 - spokojenost se sexuálním životem

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno se svým sexuálním životem **8** (12,30%) respondentů, nespokojeno se svým sexuálním životem je **9** (13,84%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno se svým sexuálním životem je **17** (26,15%) respondentů, spokojeno se svým sexuálním životem je **14** (21,53%) respondentů a velmi spokojeno se svým sexuálním životem je **17** (26,15%) respondentů.

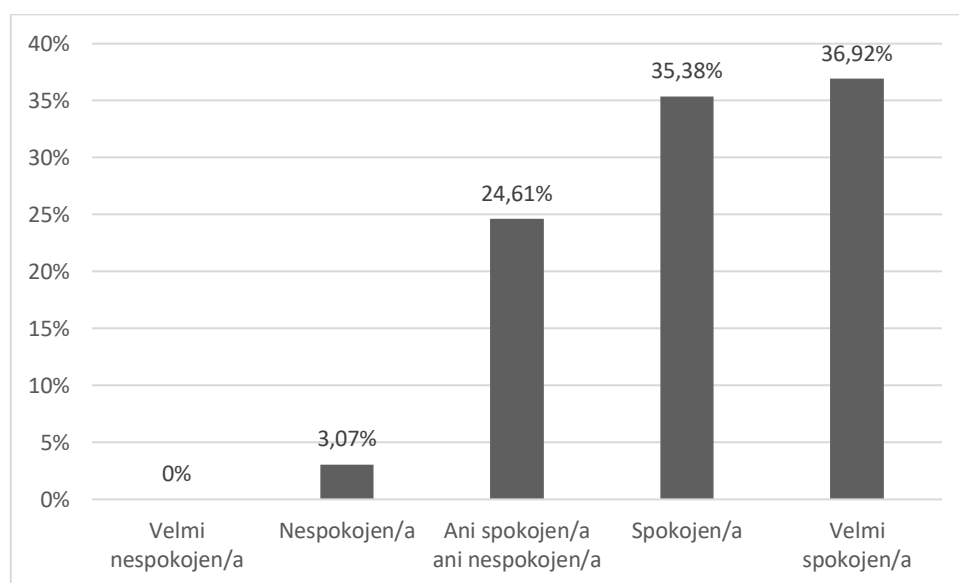
Otázka č.22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou vám poskytují přátelé?



Graf 31 - spokojenost s podporou přátel

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno s podporou od přátel **1** (1,53%) respondent, nespokojeno s podporou od přátel je **0** (0%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno s podporou od přátel je **12** (18,46%) respondentů, spokojeno s podporou od přátel je **25** (36,46%) respondentů a velmi spokojeno s podporou od přátel je **27** (41,53%) respondentů.

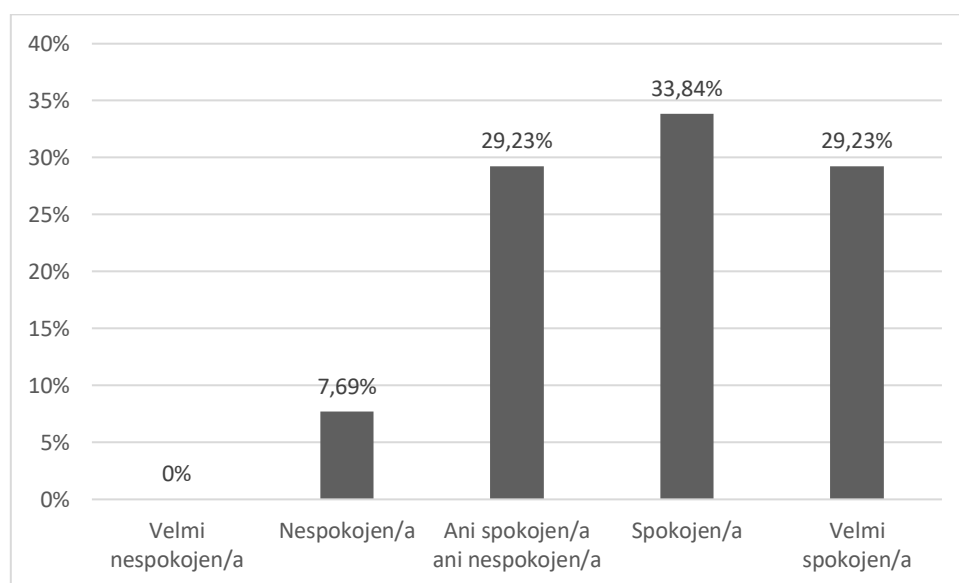
Otázka č.23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?



Graf 32 - spokojenost s podmínkami místa života

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno s podmínkami v místě života **0** (0%) respondentů, nespokojeni s podmínkami v místě života jsou **2** (3,07%) respondenti, ani spokojeno ani nespokojeno s podmínkami v místě života je **16** (24,61%) respondentů, spokojeno s podmínkami v místě života je **23** (35,38%) respondentů a velmi spokojeno s podmínkami v místě života je **24** (36,92%) respondentů.

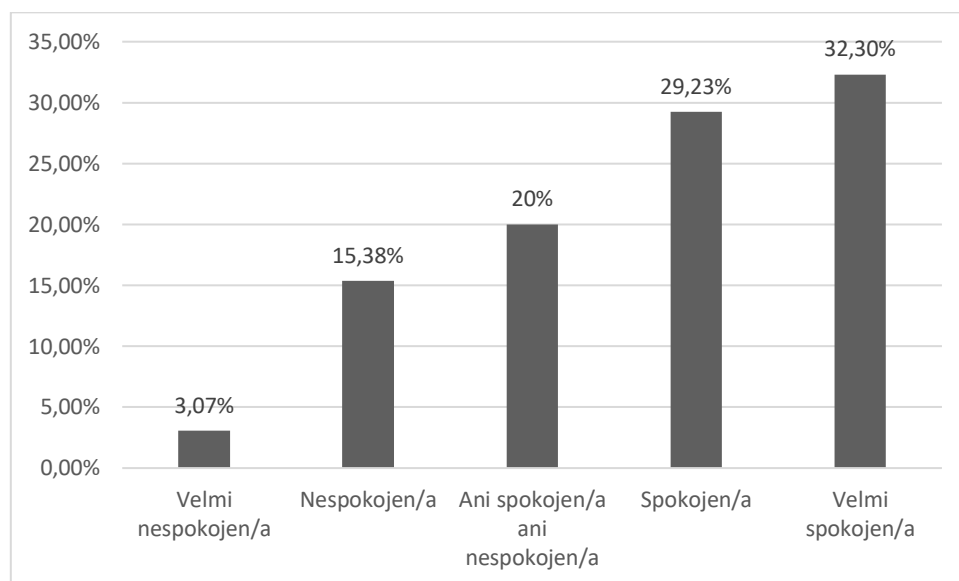
Otázka č.24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?



Graf 33 - spokojenost s dostupností zdravotní péče

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů je velmi nespokojeno s dostupností zdravotní péče **0** (0%) respondentů, nespokojeno s dostupností zdravotní péče je **5** (7,69%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno s dostupností zdravotní péče je **19** (29,23%) respondentů, spokojeno s dostupností zdravotní péče je **22** (33,84%) respondentů a velmi spokojeno s dostupností zdravotní péče je **19** (29,23%) respondentů.

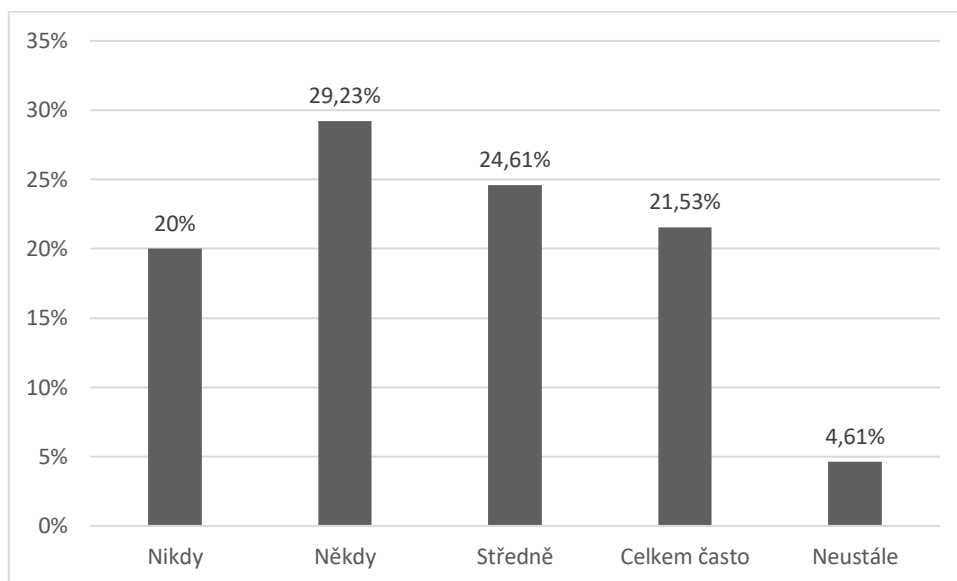
Otázka č.25: Jak jste spokojen/a s dopravou?



Graf 34 - spokojenost s dopravou

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů jsou velmi nespokojeni **2** (3,07%) respondenti, nespokojeno s dopravou je **10** (15,38%) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno s dopravou je **13** (20%) respondentů, spokojeno s dopravou je **19** (29,23%) respondentů a velmi spokojeno s dopravou je **21** (32,30%) respondentů.

Otázka č.26: Jak často prožíváte negativní pocity jako je např.: rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?



Graf 35 - prožívání negativních pocitů

Z celkového počtu **65** (100 %) respondentů nikdy neprožívá negativní pocity **13** (20%) respondentů, někdy prožívá negativní pocity **19** (29,23%) respondentů, středně prožívá negativní pocity **16** (24,61%) respondentů, celkem často prožívá negativní pocity **14** (21,53%) respondentů a neustále prožívá negativní pocity **3** (4,61%) respondentů.

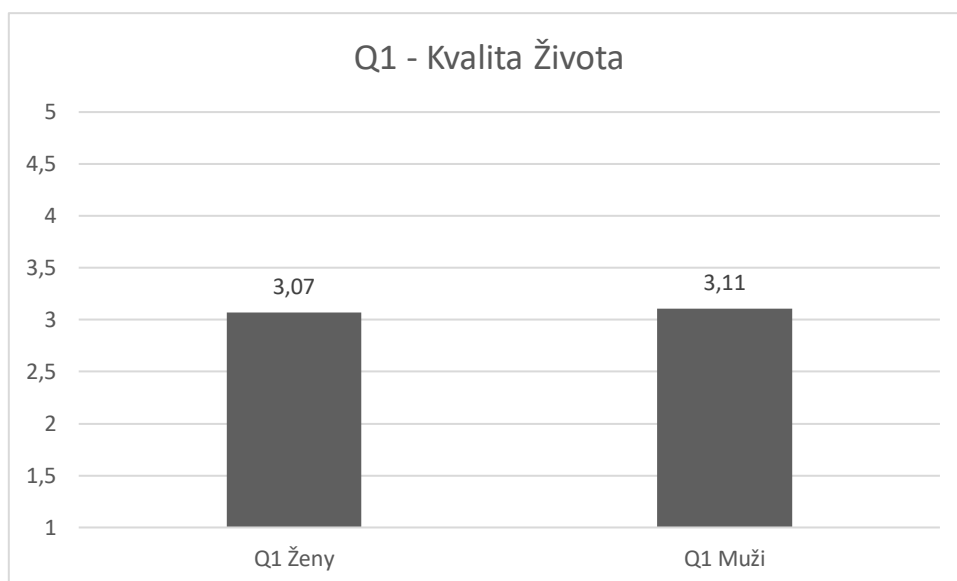
5.3 KVALITA ŽIVOTA V POROVNÁNÍ SE SOCIODEMOGRAFICKÝMI FAKTORY

5.3.1 KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU POHLAVÍ

Otázka Q1

Graf 42 znázorňuje průměrné hodnocení kvality života u žen a mužů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Výsledky ukazují, že ženy hodnotily svou kvalitu života průměrnou známkou 3,07, zatímco muži dosáhli průměrné hodnoty 3,11. Rozdíl mezi pohlavími je tedy minimální, přičemž muži vnímají svou kvalitu života nepatrně lépe než ženy.

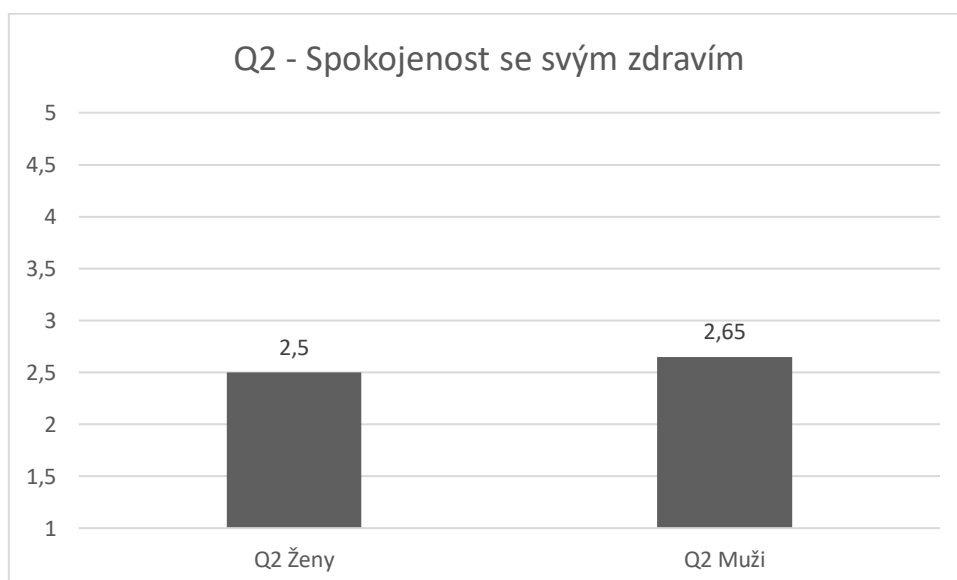
Celkově jsou však obě hodnoty srovnatelné a pohybují se pod populační normou, což je v souladu s předchozími zjištěními, že bolest negativně ovlivňuje vnímání kvality života u obou skupin respondentů. Výsledky naznačují, že z hlediska subjektivního hodnocení kvality života není mezi ženami a muži, kteří navštěvují ambulanci bolesti, významný rozdíl.



Graf 36 Q1 - kvalita života z pohledu pohlaví

Otázka Q2

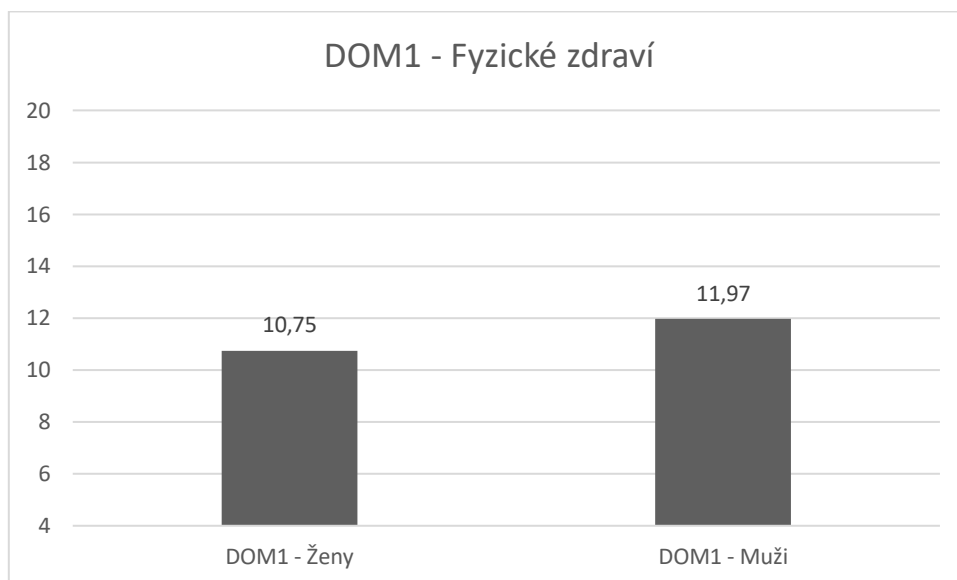
Graf 43 zobrazuje průměrné hodnocení spokojenosti se svým zdravím u žen a mužů docházejících do ambulance bolesti. Ženy ohodnotily svou spokojenost se zdravím průměrnou hodnotou 2,5, zatímco muži dosáhli mírně vyššího průměru 2,65. Obě hodnoty jsou však výrazně pod populační normou (3,68), což ukazuje, že respondenti s chronickou bolestí vnímají své zdraví výrazně hůře než běžná populace. Rozdíl mezi pohlavími je minimální, muži hodnotí své zdraví jen nepatrně lépe než ženy. Výsledky potvrzují, že chronická bolest významně snižuje subjektivní spokojenost se zdravím bez ohledu na pohlaví.



Graf 37 Q2 - spokojenost se svým zdravím z pohledu pohlaví

DOM1

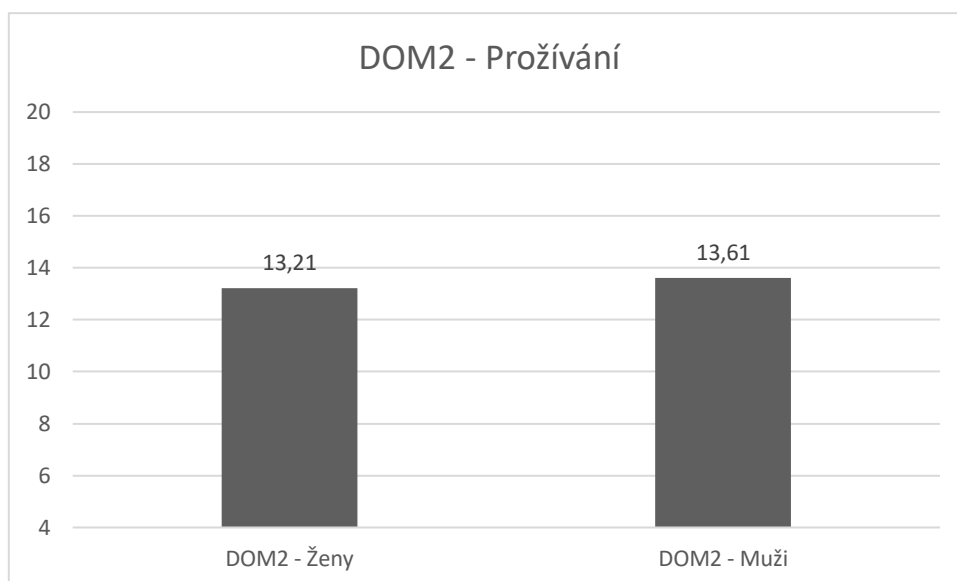
Graf 44 znázorňuje průměrné hodnoty u žen a mužů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Ženy dosáhly průměrné hodnoty 10,75, zatímco muži 11,97. Z výsledků vyplývá, že muži hodnotí své fyzické zdraví o něco lépe než ženy. Obě skupiny však vykazují nižší skóre, což naznačuje sníženou kvalitu fyzického zdraví u pacientů s chronickou bolestí bez ohledu na pohlaví. Rozdíl mezi pohlavími je patrný, ale není zásadní; celkově výsledky potvrzují negativní dopad bolesti na fyzické zdraví respondentů.



Graf 38 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu pohlaví

DOM2

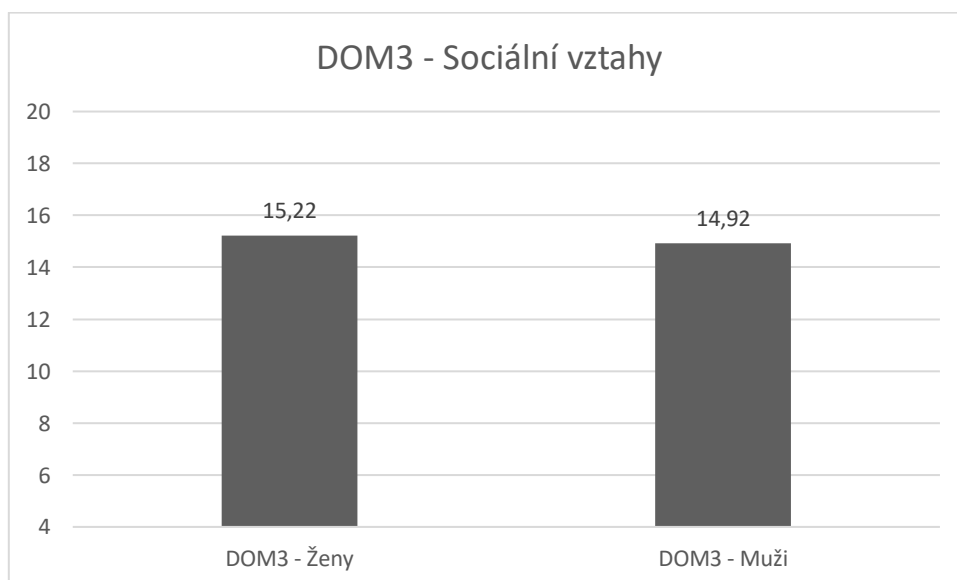
Graf 45 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti psychické pohody u žen a mužů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Ženy dosáhly průměrné hodnoty 13,21, zatímco muži 13,61. Z výsledků vyplývá, že muži hodnotí svou psychickou pohodu o něco lépe než ženy. Rozdíl mezi pohlavími je malý, ale patrný, což naznačuje, že chronická bolest může mít poněkud větší dopad na psychiku žen ve srovnání s muži. Celkově se však obě hodnoty pohybují v podobném rozmezí, což svědčí o tom, že psychická pohoda je ovlivněna chronickou bolestí u obou skupin.



Graf 39 DOM2 - Prožívání z pohledu pohlaví

DOM3

Graf 46 porovnává průměrné hodnoty u žen a mužů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Ženy dosáhly průměrné hodnoty 15,22, zatímco muži 14,92. Z výsledků vyplývá, že ženy hodnotí své sociální vztahy o něco lépe než muži. Rozdíl mezi pohlavími je malý, ale naznačuje, že sociální vztahy mohou být pro ženy s chronickou bolestí o něco významnější než pro muže. Obě hodnoty jsou relativně vysoké, což svědčí o tom, že sociální podpora hraje důležitou roli v životě respondentů bez ohledu na pohlaví.

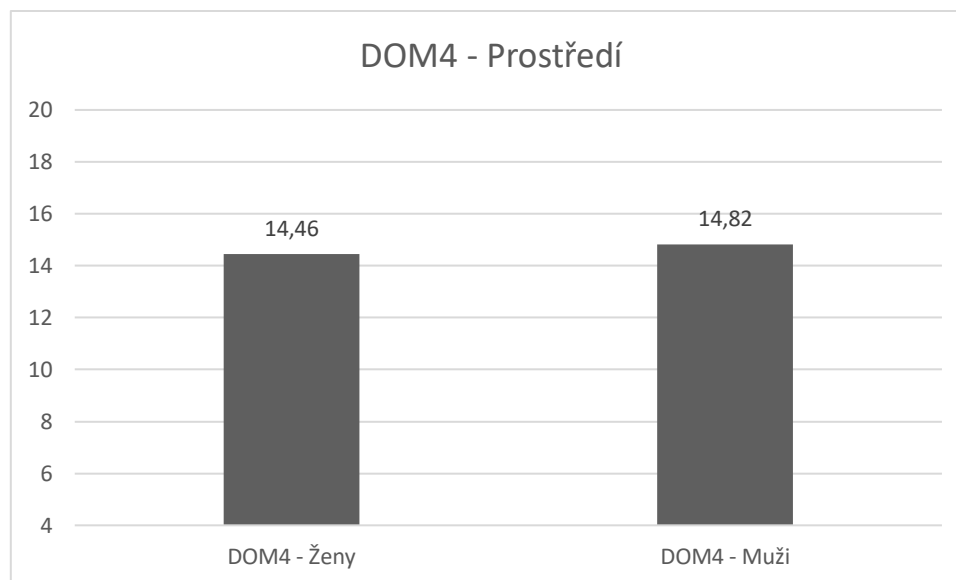


Graf 40 DOM3 - Sociální vztahy z pohledu pohlaví

DOM4

Graf 47 znázorňuje průměrné hodnoty u žen a mužů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Ženy dosáhly průměrné hodnoty 14,46, zatímco muži 14,82. Z výsledků vyplývá, že

muži hodnotí své prostředí o něco lépe než ženy. Rozdíl mezi pohlavími je malý, ale naznačuje, že vnímání prostředí (např. bezpečí, dostupnost služeb) může být pro muže s chronickou bolestí o něco pozitivnější než pro ženy. Obě hodnoty jsou relativně srovnatelné, což svědčí o tom, že prostředí hraje podobnou roli v životě obou skupin respondentů.



Graf 41 DOM4 - Prostředí z pohledu pohlaví

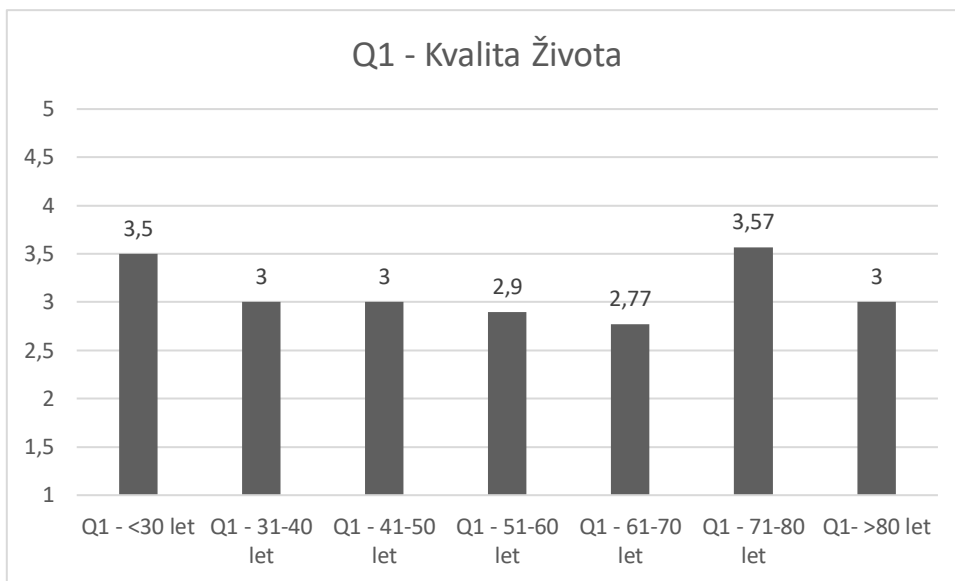
Je dobré zde zmínit, že početně nebyli vyrovnané skupiny žen a mužů, proto nelze tyto výsledky zobecňovat. Přesto mohou být ovlivněné složením tázaných respondentů.

5.3.2 KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU VĚKU

Otázka Q1

Graf 48 znázorňuje průměrné hodnocení celkové kvality života v závislosti na věku respondentů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Nejvyšší průměrná hodnota kvality života je u věkové skupiny 71-80 let (3,57), zatímco nejnižší průměrná hodnota je u věkové skupiny 61-70 let (2,77). Mladší respondenti do 30 let hodnotí svou kvalitu života průměrně (3,5). U věkových skupin 31-40 let, 41-50 let a nad 80 let je průměrná hodnota kvality života shodná (3). U věkové skupiny 51-60 let je hodnota (2,9). Z výsledků vyplývá, že vnímání kvality života se liší v závislosti na věku, přičemž nejstarší respondenti 71-80 let ji hodnotí nejlépe.

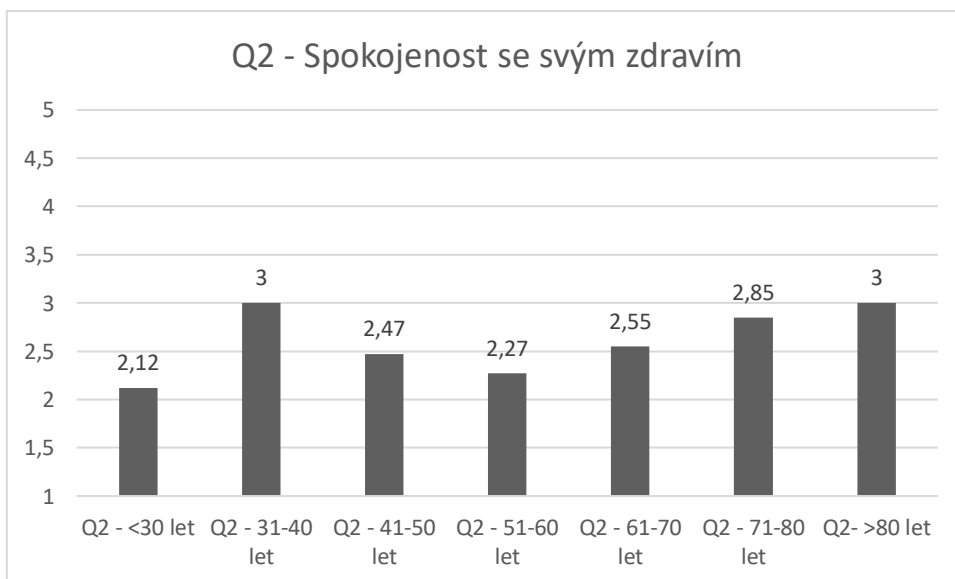
U této otázky mě velice překvapil výsledek respondentů ve věku 71-80 let. Domnívám se, že to může být způsobeno lepším přijmutím bolesti a celkovým smířením s ohledem na věk. Podobně mě překvapil výsledek respondentů mladších 30ti let. Uvažuji, zda to není způsobeno motivací vrácení se k běžnému životu a možná také díky vyššímu prahu bolesti.



Graf 42 Q1 - Kvalita života z pohledu věku

Otázka Q2

Graf 49 zobrazuje průměrné hodnocení spokojenosti se svým zdravím v závislosti na věku respondentů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Nejvyšší průměrná hodnota spokojenosti se zdravím je u věkové skupiny 31-40 let a nad 80 let (shodně 3), zatímco nejnižší průměrná hodnota je u věkové skupiny do 30 let (2,12). Z výsledků vyplývá, že vnímání spokojenosti se zdravím se liší v závislosti na věku, přičemž nejmladší respondenti (do 30 let) ji hodnotí nejhůře. U věkových skupin 41-50 let hodnocení činí (2,47), u 51-60 let je průměrná hodnota (2,27) a u 61-70 let činí průměrná hodnota (2,55). Respondenti ve věku 71-80 let hodnotí svou spokojenost se zdravím průměrně 2,85.

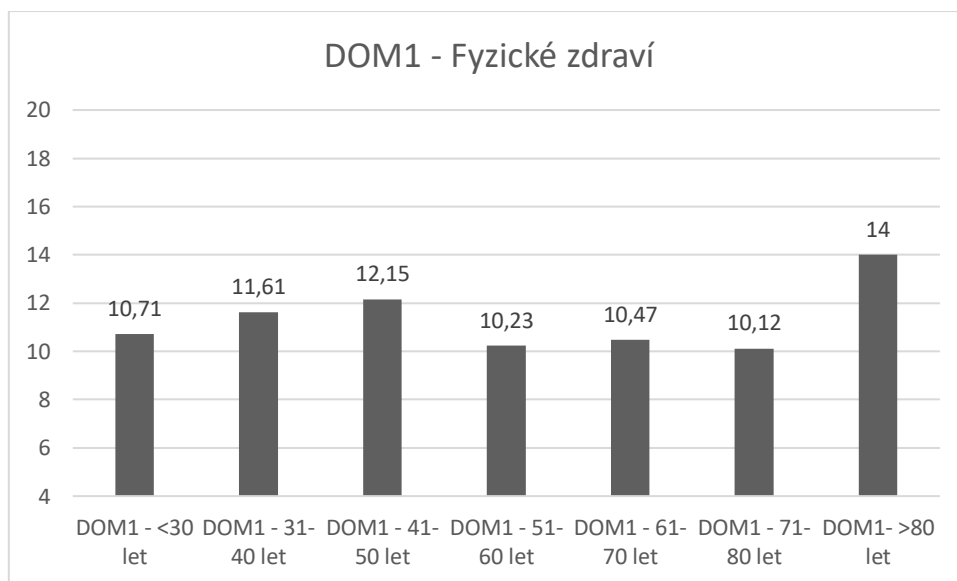


Graf 43 Q2 - Spokojenost se zdravím z pohledu věku

DOM1

Graf 50 ukazuje průměrné hodnoty v závislosti na věku respondentů, kteří docházejí do ambulance bolesti. Respondenti do 30ti let dosáhli průměrné hodnoty (10,71), ve věkové skupině 31-40 let je to (11,61), u 41-50 letých je průměr (12,15), respondenti ve věku 51-60 let dosáhli průměru (10,23), u 61-70 letých průměr činí (10,47), ve věkové skupině 71-80 let je průměrná hodnota (10,12) a respondenti nad 80 let dosáhli průměrné hodnoty (14).

Pacienti nad 80 let vykazují nejvyšší průměrnou hodnotu fyzického zdraví, zatímco nejnižší hodnoty jsou u pacientů ve věku 71-80 let. Vnímání fyzického zdraví se tedy s věkem nemění lineárně.

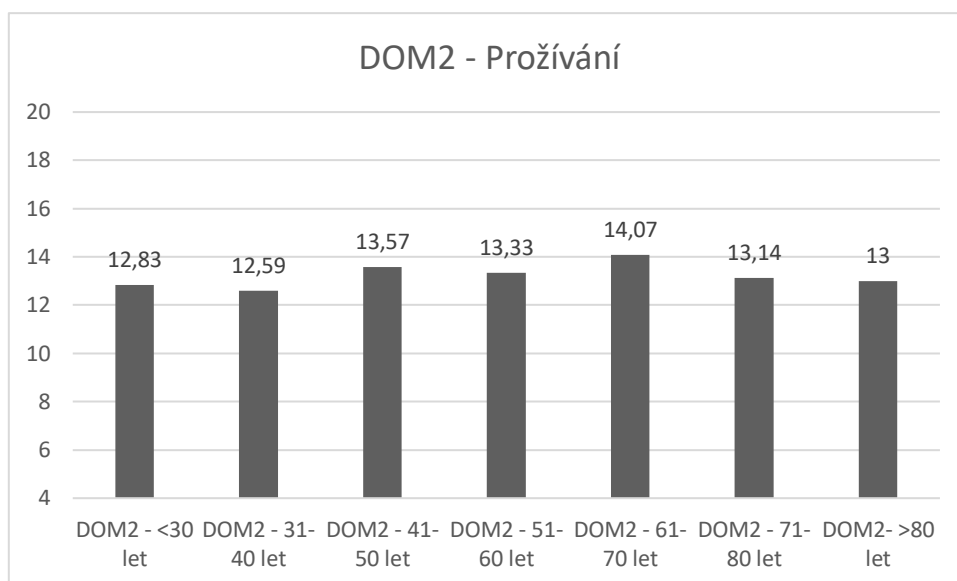


Graf 44 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu věku

DOM2

Graf 51 znázorňuje průměrné hodnoty psychické pohody u pacientů docházejících do ambulance bolesti v různých věkových kategoriích. Respondenti do 30ti let dosáhli průměrné hodnoty (12,83), ve věkové skupině 31-40 let je to (12,59), u 41-50ti letých je průměr (13,57), respondenti ve věku 51-60 let dosáhli průměru (13,33), u 61-70ti letých je to (14,07), ve věkové skupině 71-80 let je průměrná hodnota (13,14) a respondenti nad 80 let dosáhli průměrné hodnoty (13).

Výsledek ukazuje, že pacienti ve věku 61-70 let vykazují nejvyšší průměrnou hodnotu psychické pohody, zatímco nejnižší hodnoty jsou u pacientů ve věku 31-40 let. Můžeme tedy předpokládat, že věk může ovlivnit vnímání psychické pohody u pacientů s bolestí.

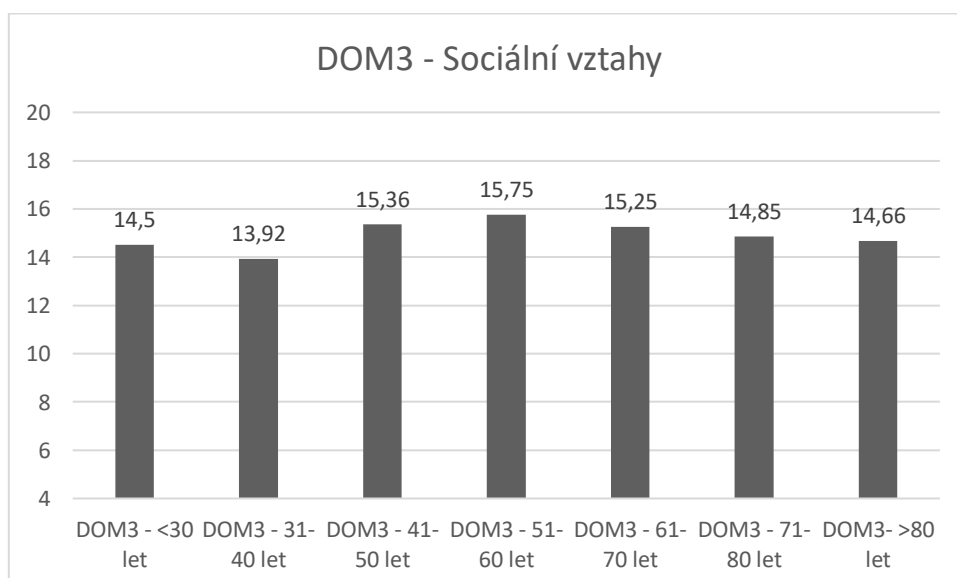


Graf 45 DOM2 - Prožívání z pohledu věku

DOM3

Graf 52 znázorňuje průměrné hodnoty u pacientů docházejících do ambulance bolesti v různých věkových kategoriích. respondenti do 30ti let dosáhli průměrné hodnoty (14,5) ve věkové skupině 31-40 let je to (13,92), u 41-50ti letých je průměr (15,36) respondenti ve věku 51-60 let dosáhli průměru (15,75), u 61-70 letých průměr činí (15,25) ve věkové skupině 71-80 let je průměrná hodnota (14,85) a respondenti nad 80 let dosáhli průměrné hodnoty (14,66).

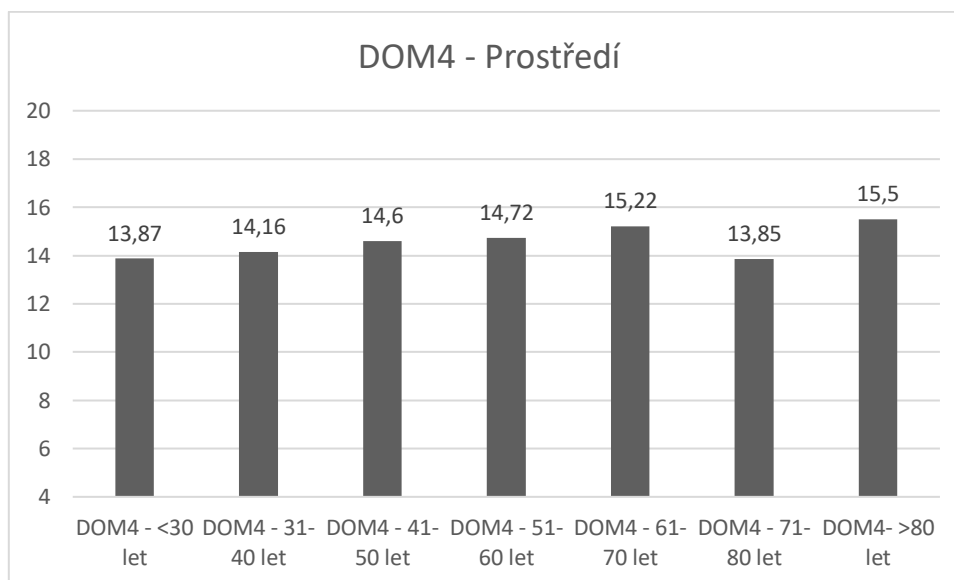
Z grafu vyplývá, že nejvyšší průměrné hodnocení sociálních vztahů (DOM3) uvádějí pacienti ve věku 51–60 let (15,75), zatímco nejnižší hodnotu vykazuje skupina 31–40 let (13,92). Ostatní věkové skupiny se pohybují mezi těmito hodnotami, což naznačuje, že spokojenost se sociálními vztahy je v průběhu života poměrně stabilní, s mírným vrcholem ve středním věku.



DOM4

Graf 53 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti prostředí u pacientů docházejících do ambulance bolesti v různých věkových kategoriích. Respondenti do 30ti let dosáhli průměrné hodnoty (13,87), ve věkové skupině 31–40 let je to (14,16), u 41–50ti letých (14,6), ve skupině 51–60 let (14,72), u 61–70ti letých (15,22), ve věkové skupině 71–80 let (13,85) a respondenti starší 80 let dosáhli průměrné hodnoty (15,5).

Výsledky ukazují, že nejvyšší spokojenost s prostředím uvádějí pacienti ve věku nad 80 let a 61–70 let, zatímco nejnižší hodnoty jsou patrné u nejmladších respondentů do 30 let a u skupiny 71–80 let. Celkově jsou však rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami poměrně malé, což naznačuje, že vnímání kvality prostředí je u pacientů s bolestí relativně stabilní napříč věkem.



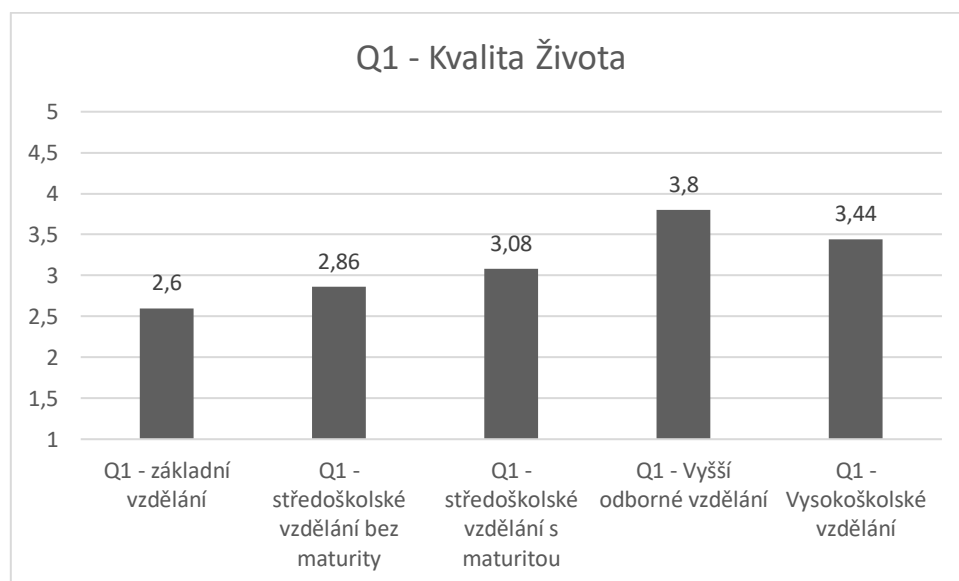
Graf 47 DOM4 - Prostředí z pohledu věku

5.3.3 KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU VZDĚLÁNÍ

Otázka Q1

Graf 54 znázorňuje průměrné hodnocení kvality života podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnižší průměrná hodnota kvality života je u respondentů se základním vzděláním (2,6), následovaná skupinou se středoškolským vzděláním bez maturity (2,86). Respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou uvádějí průměr 3,08. Vyšší odborné vzdělání je spojeno s nejvyšším průměrným hodnocením kvality života (3,8), zatímco vysokoškolské vzdělání dosahuje hodnoty 3,44.

Výsledky ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání roste i subjektivní hodnocení kvality života, přičemž nejvyšší spokojenost uvádějí respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

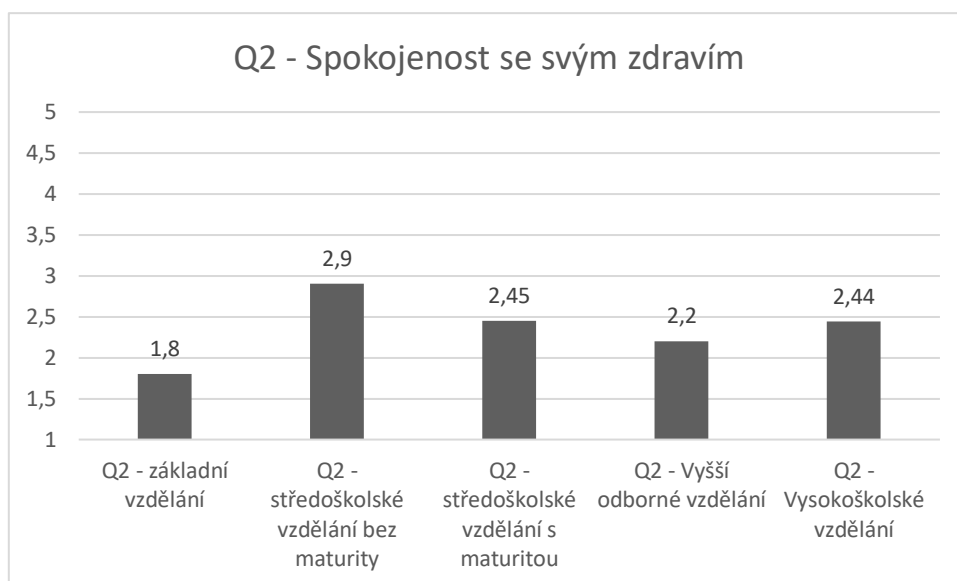


Graf 48 Q1 - Kvalita zdraví z pohledu vzdělání

Otázka Q2

Graf 55 znázorňuje průměrnou spokojenost se svým zdravím podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnížší průměrnou hodnotu uvádějí respondenti se základním vzděláním (1,8). Nejvyšší spokojenost se zdravím vykazují osoby se středoškolským vzděláním bez maturity (2,9). Respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou dosáhli hodnoty 2,45, s vyšším odborným vzděláním 2,2 a s vysokoškolským vzděláním 2,44.

Výsledky ukazují, že spokojenost se zdravím není přímo úměrná úrovni dosaženého vzdělání, přičemž nejvyšší hodnoty se objevují u skupiny se středoškolským vzděláním bez maturity.

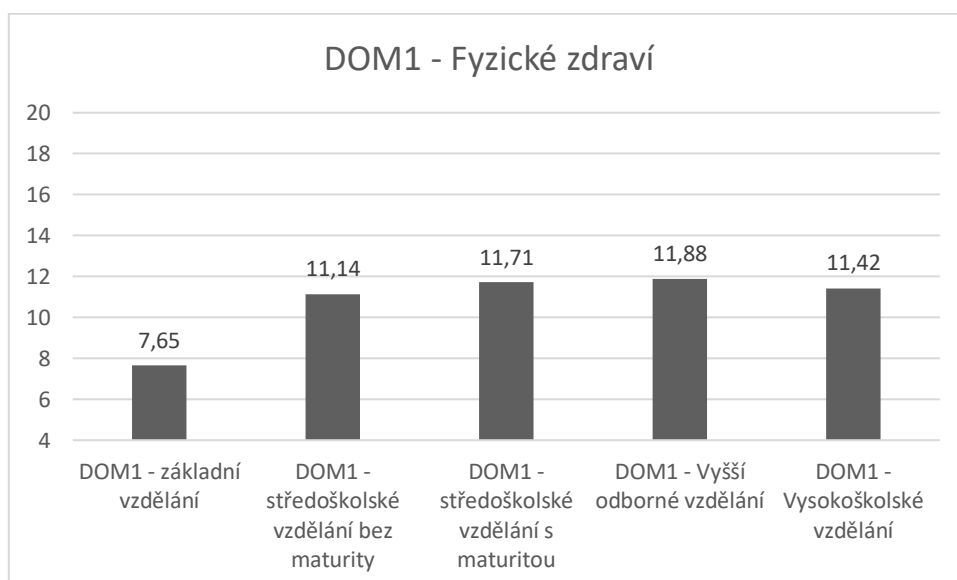


Graf 49 Q2 - Spokojenost se zdravím z pohledu vzdělání

DOM1

Graf 56 znázorňuje průměrné hodnoty fyzického zdraví podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnižší průměrnou hodnotu fyzického zdraví uvádějí respondenti se základním vzděláním (7,65). U ostatních skupin jsou hodnoty vyšší: středoškolské vzdělání bez maturity (11,14), středoškolské vzdělání s maturitou (11,71), vyšší odborné vzdělání (11,88) a vysokoškolské vzdělání (11,42).

Výsledky ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání se zvyšuje také subjektivní hodnocení fyzického zdraví, přičemž nejnižší hodnoty uvádějí osoby se základním vzděláním.

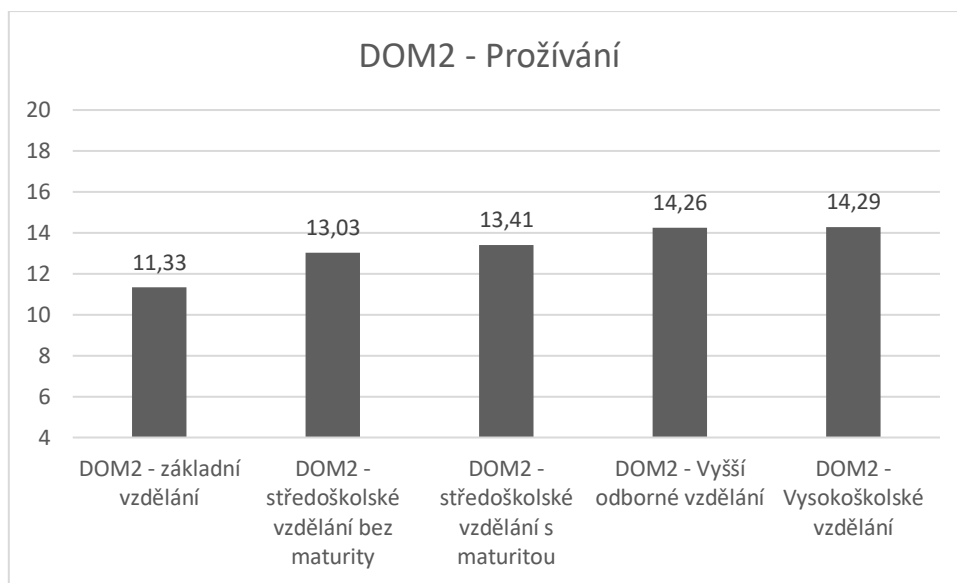


Graf 50 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu vzdělání

DOM2

Graf 57 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti psychické pohody podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnižší průměrnou hodnotu uvádějí respondenti se základním vzděláním (11,33). Vyšší hodnoty vykazují osoby se středoškolským vzděláním bez maturity (13,03) a se středoškolským vzděláním s maturitou (13,41). Nejvyšší průměrné hodnoty psychické pohody dosahují respondenti s vyšším odborným vzděláním (14,26) a s vysokoškolským vzděláním (14,29).

Výsledky ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání roste i subjektivní vnímání psychické pohody.

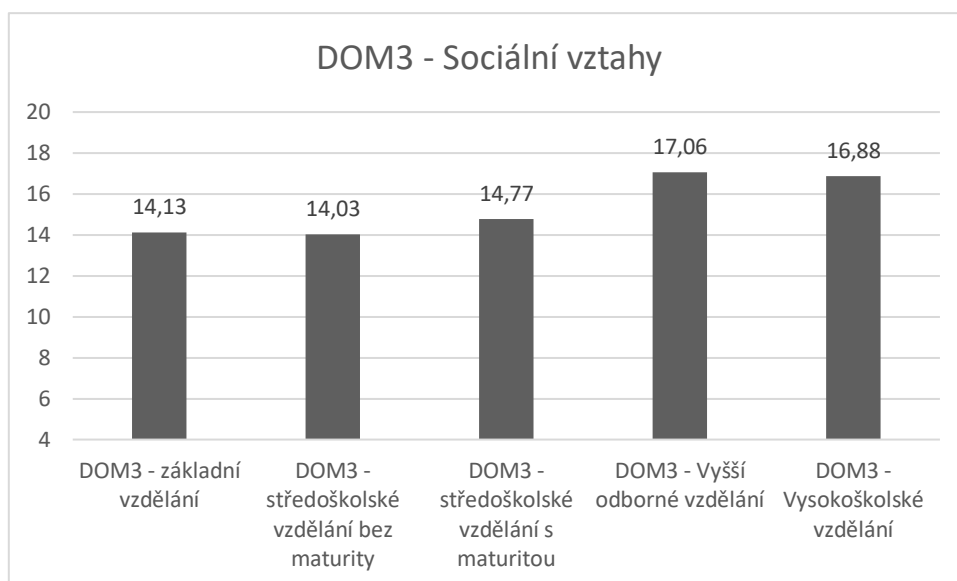


Graf 51 DOM2 - Prožívání z pohledu vzdělání

DOM3

Graf 58 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti sociálních vztahů podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnižší průměrnou hodnotu uvádějí respondenti se středoškolským vzděláním bez maturity (14,03) a se základním vzděláním (14,13). Vyšší hodnoty vykazují osoby se středoškolským vzděláním s maturitou (14,77). Nejvyšší průměrné hodnoty sociálních vztahů dosahují respondenti s vyšším odborným vzděláním (17,06) a s vysokoškolským vzděláním (16,88).

Výsledky ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání roste i subjektivní vnímání kvality sociálních vztahů

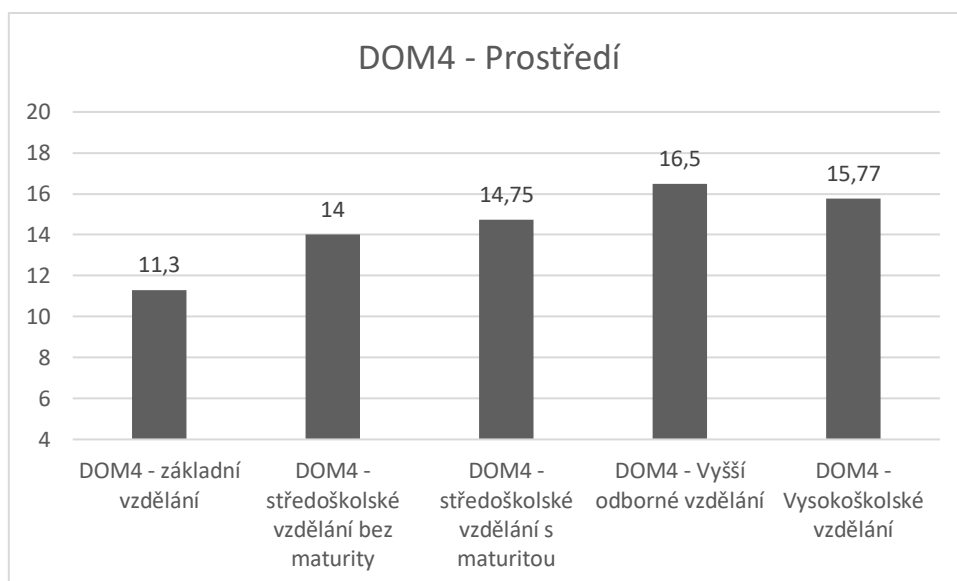


Graf 52 DOM3 - Sociální vztahy z pohledu vzdělání

DOM4

Graf 59 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti prostředí podle dosaženého vzdělání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Nejnížší průměrnou hodnotu uvádějí respondenti se základním vzděláním (11,3). Vyšší hodnoty vykazují osoby se středoškolským vzděláním bez maturity (14) a se středoškolským vzděláním s maturitou (14,75). Nejvyšší průměrné hodnocení prostředí uvádějí respondenti s vyšším odborným vzděláním (16,5) a s vysokoškolským vzděláním (15,77).

Výsledky ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání roste i subjektivní vnímání kvality prostředí



Graf 53 DOM4 - Prostředí z pohledu vzdělání

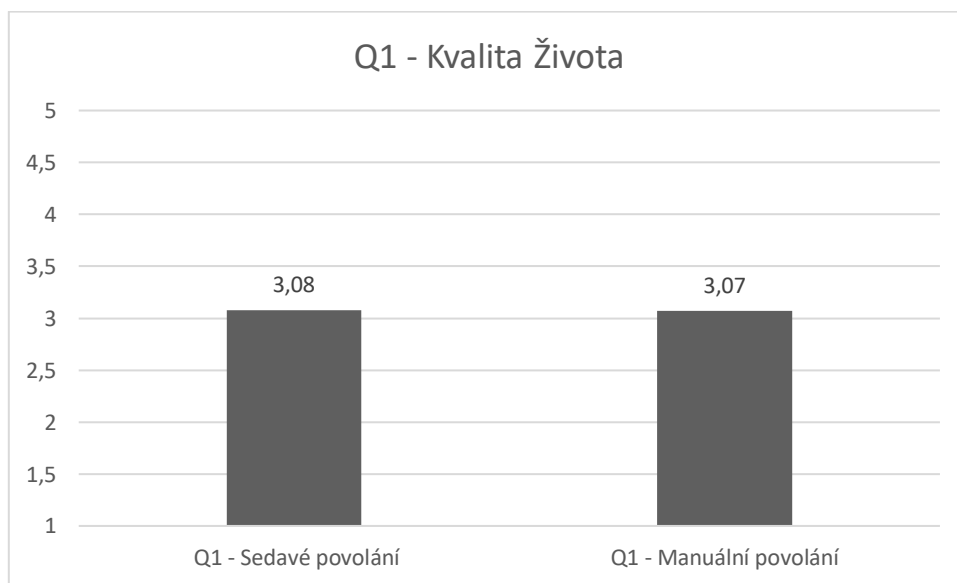
5.3.4 KVALITA ŽIVOTA V DOMÉNÁCH Z POHLEDU TYPU POVOLÁNÍ (SEDAVÉ VERSUS MANUÁLNÍ)

Porovnání kvality života podle typu povolání, jsem rozdělila do dvou kategorií. První je sedavé zaměstnání, mezi které jsem zařadila administrativu a kancelářské profese, školství a vzdělávání, IT profese, obchod a služby (sedavé), doprava, podnikání a právo. Druhá kategorie je manuální profese, do které jsem zařadila zdravotnictví a sociální služby, řemesla a technické profese, výroba a dělnická profese, gastronomická profese, bezpečnost a ochrana a sportovní profese.

Otázka Q1

Graf 60 znázorňuje průměrné hodnocení kvality života podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti se sedavým povoláním uvádějí průměrnou hodnotu 3,08, zatímco ti s manuálním povoláním hodnotí kvalitu svého života velmi podobně, průměrnou hodnotou 3,07.

Výsledky ukazují, že typ povolání nemá výrazný vliv na subjektivní vnímání kvality života u této skupiny pacientů.

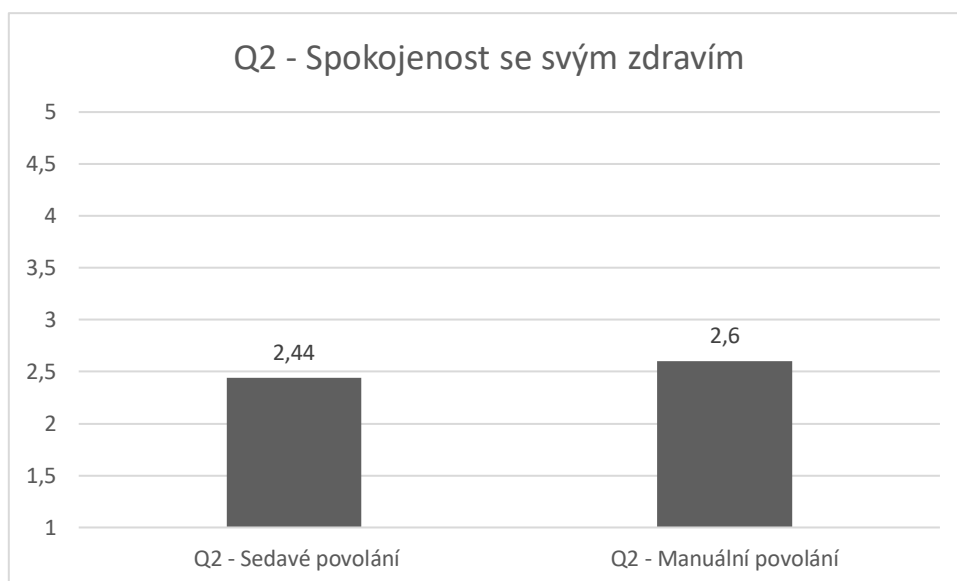


Graf 54 Q1 - Kvalita života z pohledu povolání

Otázka Q2

Graf 61 znázorňuje průměrnou spokojenost se svým zdravím podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti s manuálním povoláním uvádějí průměrnou hodnotu 2,6, zatímco osoby se sedavým povoláním hodnotí svou spokojenost se zdravím mírně hůře, průměrnou hodnotou 2,44.

Výsledky ukazují, že pacienti s manuálním povoláním jsou se svým zdravím o něco spokojenější než ti se sedavým zaměstnáním.

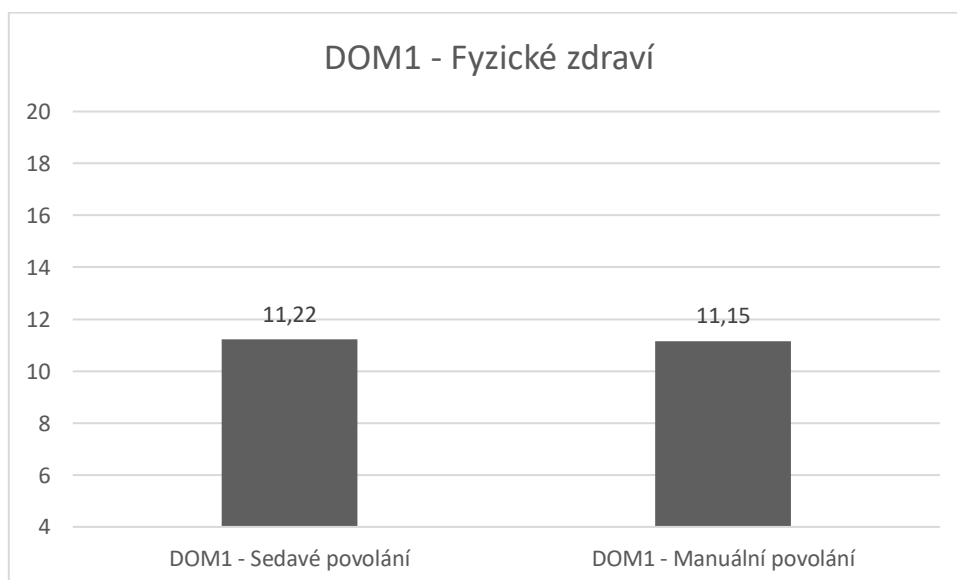


Graf 55 Q1 - Spokojenost se zdravím z pohledu povolání

DOM1

Graf 62 znázorňuje průměrné hodnoty fyzického zdraví podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti se sedavým povoláním dosáhli průměrné hodnoty 11,22, zatímco ti s manuálním povoláním 11,15.

Výsledky ukazují, že rozdíl ve vnímání fyzického zdraví mezi těmito dvěma skupinami je minimální, což naznačuje, že typ zaměstnání nemá zásadní vliv na subjektivní hodnocení fyzického zdraví u této skupiny pacientů

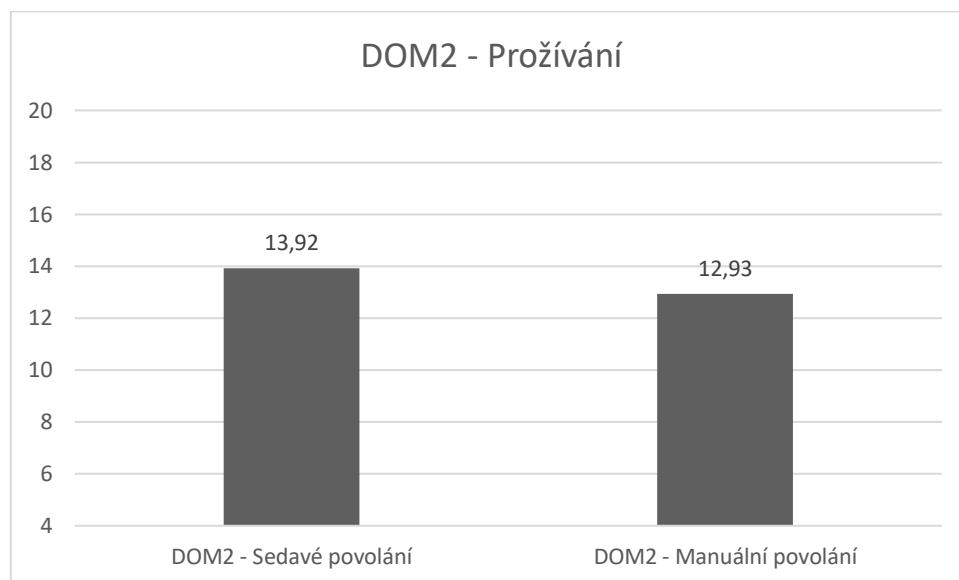


Graf 56 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu povolání

DOM2

Graf 63 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti psychické pohody podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti se sedavým povoláním dosáhli průměrné hodnoty 13,92, zatímco ti s manuálním povoláním 12,93.

Výsledky ukazují, že pacienti se sedavým zaměstnáním hodnotí svou psychickou pohodu o něco lépe než pacienti s manuálním povoláním.

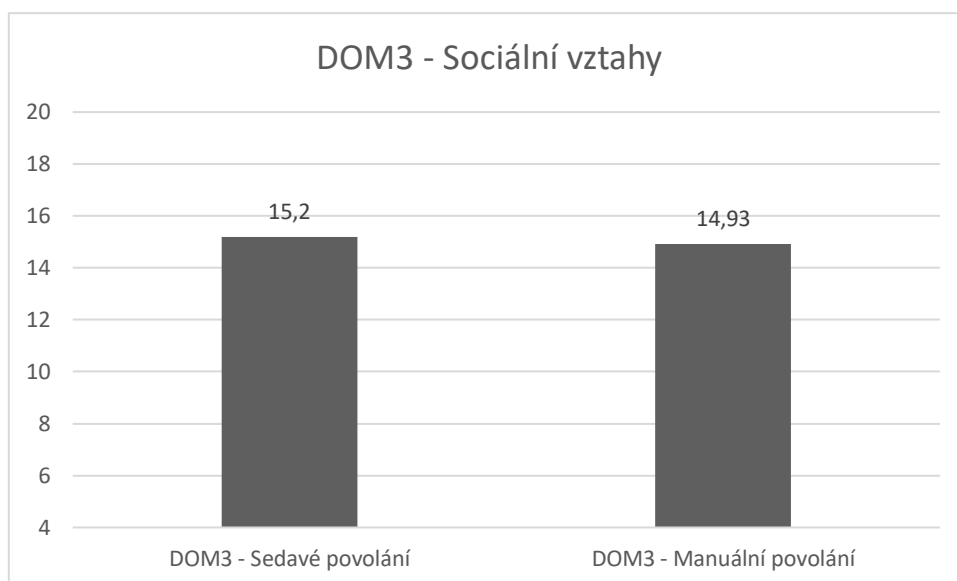


Graf 57 DOM2 - Prožívání z pohledu povolání

DOM3

Graf 64 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti sociálních vztahů podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti se sedavým povoláním uvádějí průměrnou hodnotu 15,2, zatímco ti s manuálním povoláním 14,93.

Výsledky ukazují, že pacienti se sedavým zaměstnáním hodnotí své sociální vztahy mírně lépe než pacienti s manuálním povoláním, rozdíl mezi skupinami je však velmi malý.

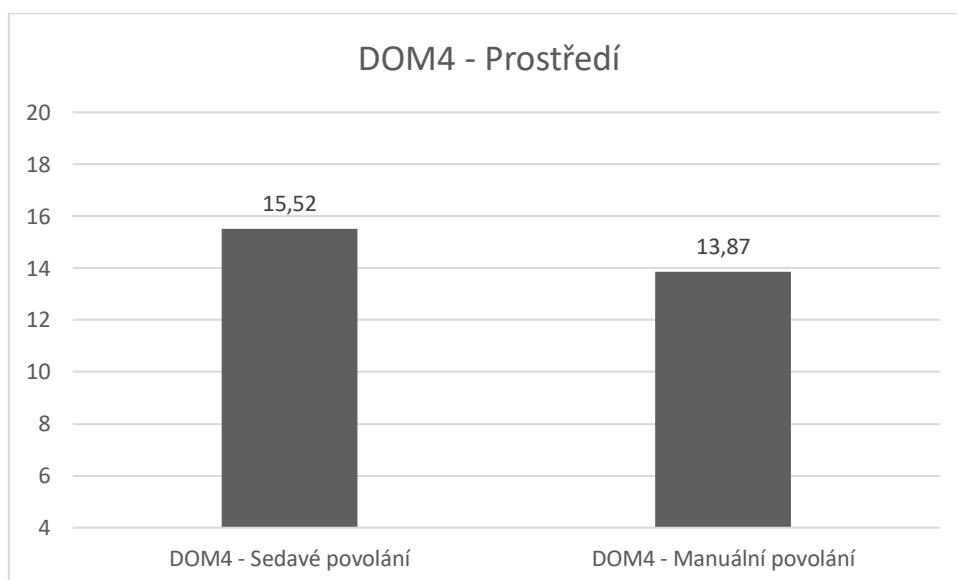


Graf 58 DOM3 - sociální vztahy z pohledu povolání

DOM4

Graf 65 znázorňuje průměrné hodnoty v oblasti prostředí podle typu povolání u pacientů docházejících do ambulance bolesti. Respondenti se sedavým povoláním dosáhli průměrné hodnoty 15,52, zatímco ti s manuálním povoláním 13,87.

Výsledky ukazují, že pacienti se sedavým zaměstnáním hodnotí kvalitu svého prostředí lépe než pacienti s manuálním povoláním.



Graf 59 DOM4 - Prostor z pohledu povolání

6 DISKUZE

V diskuzi jsme se zaměřily na vyhodnocení hlavních a dílčích cílů, potvrzení či vyvrácení očekávaných výsledků a porovnání výsledků s populační normou a jinými výzkumnými pracemi zabývajícími se touto problematikou.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit vliv bolesti na kvalitu života. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaká je kvalita života v jednotlivých doménách dle dotazníku WHOQOL-BREF. Druhý dílčí cíl nám pomohl posoudit, jaká je kvalita života pacientů s bolestí v porovnání s populační normou dle manuálu WHOQOL-BREF. Posledním dílčím cílem bylo porovnat kvalitu života v doménách z pohledu pohlaví, věku, vzdělání a typu povolání, tzv. sedavé a manuální.

6.1 KVALITA ŽIVOTA V JEDNOTLIVÝCH DOMÉNÁCH A JEJÍ POROVNÁNÍ S POPULAČNÍMI NORMAMI

Pro porovnání výsledků otázek (Q1, Q2) a jednotlivých domén (1, 2, 3, 4) jsem použila údaje z Příručky pro uživatele české verze dotazníků Kvality života Světové organizace, kterou připravily Dragomerická a Bartoňová v roce 2006. Tato data představují tzv. populační normu WHOQOL-BREF, která slouží jako referenční rámec pro hodnocení kvality života v české populaci.

Otázka Q1

Na první otázku „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ byla nejčastěji volena odpověď Ani dobrá ani špatná (36,92 %), po které hned následovala druhá nejčastější odpověď dobrá (32,32 %). Špatnou kvalitu života uvedlo (24,61 %) dotazovaných. Nejméně měly odpovědi velmi špatná a velmi dobrá kvalita života, které měly stejný počet respondentů a to (3,07 %).

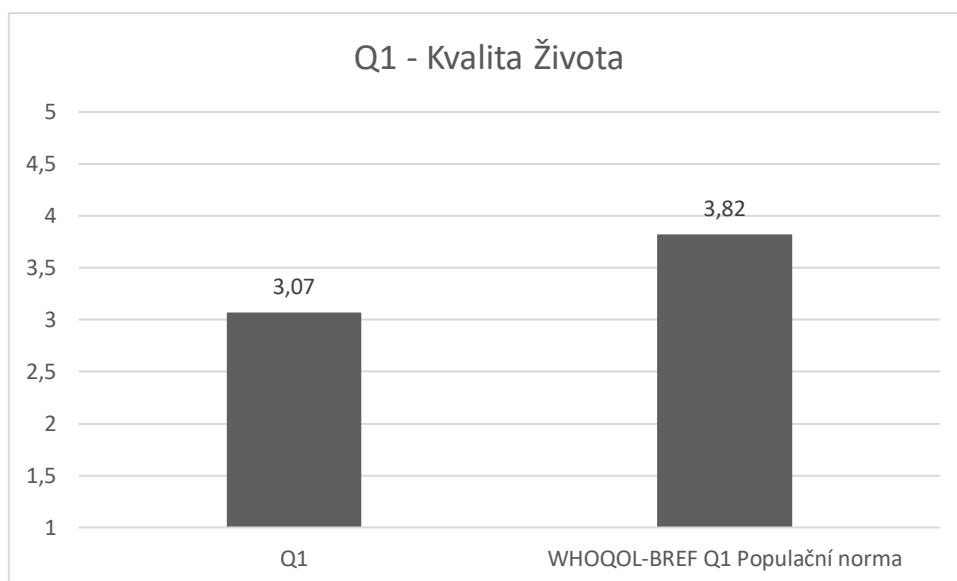
Odpovědi na otázku byly zaznamenávány na škále od 1 do 5, kde 1 označuje velmi špatnou kvalitu, 2 špatnou, 3 průměrnou (ani dobrou, ani špatnou), 4 dobrou a 5 velmi dobrou kvalitu.

Průměrná hodnota získaných odpovědí činila 2,53, zatímco v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace je uvedena průměrná populační norma na úrovni 3,82. Rozdíl je, jak jsem předpokládala větší a respondenti udávají horší kvalitu života oproti populační normě.

Domnívám se, že bolest působí negativně na kvalitu života a omezuje respondenty žít běžný život.

Čapková Zuzana (2023) ve své bakalářské práci na téma „*Kvalita života pacientů s chronickou bolestí*“ uvádí, že pacienti s chronickou bolestí mají v průměru kvalitu svého života 3,35. Respondenti z mého výzkumného šetření uvádí svoji kvalitu života v průměru 3,07. Výsledky Čapkové (2023) jsou blíže populační normě 3,82; která je uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od Dragomerické a Bartoňové (2006).

Domnívám se, že respondenti Čapkové (2023) uvádějí vyšší kvalitu života, jelikož mohou mít lepší adaptaci na chronické stavy a nižší očekávání od kvality života, z důvodu vyššího počtu respondentů starších 60ti let (50% respondentů).



Graf 60 Q1 Kvalita života x populační norma

Otázka Q2

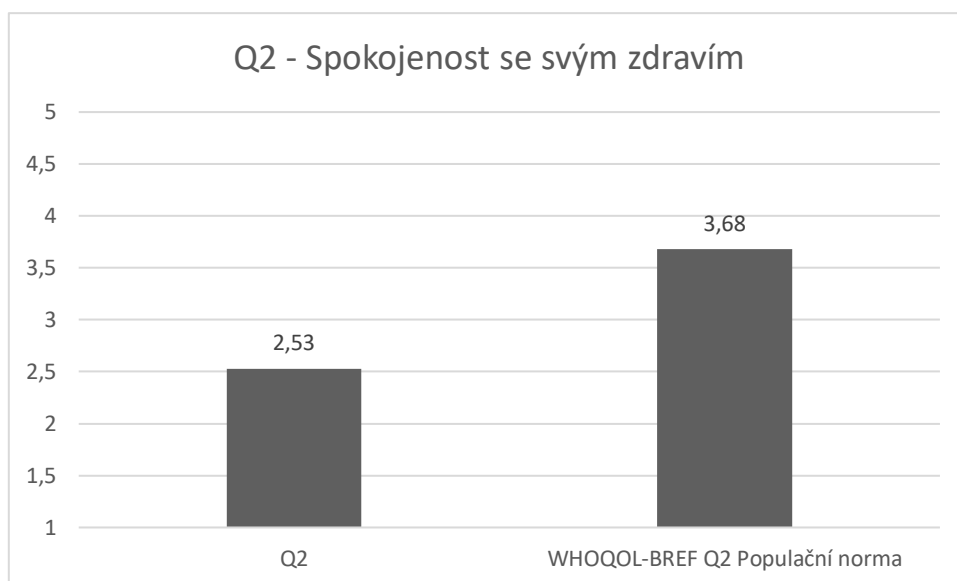
Druhá otázka „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ byla nejčastěji zodpovězena jako Nespokojen/a (44,61 %), jako druhá nejčastější odpověď byla volena odpověď Ani spokojen/á ani nespokojen/á (20 %), po které následovala odpověď spokojen/a (16,92 %) a velmi nespokojen/a (13,84 %). Nejméně dotazovaných odpovědělo jako velmi spokojen/a, která činila pouze (4,61 %).

Odpovědi na otázku byly zaznamenávány na škále od 1 do 5, kde hodnota 1 označuje velmi nespokojenost se svým zdravím, 2 nespokojenost, 3 neutrální postoj (ani spokojenost, ani nespokojenost), 4 spokojenost a 5 velmi vysokou spokojenost se zdravím.

Průměrná hodnota odpovědí byla 2,53, zatímco v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace je stanovena průměrná populační norma na 3,68. Spokojenost se svým zdravím, jako jsem předpokládala je nižší než populační norma.

Ve své práci se Čapková Zuzana (2023) dotazuje na spokojenost se zdravím pacientů, u které je uvedena průměrná hodnota 2,68. Respondenti z mého šetření uvedli v průměru 2,53. Výsledky autorky jsou blíže populační normě, která činí v průměru 3,68. Z tohoto můžeme soudit, že respondenti z mého šetření uvádějí nižší spokojenost se svým zdravím.

Domnívám se, že respondenti Čapkové (2023) uvedli vyšší spokojenost se zdravím z důvodu vyššího počtu respondentů nad 60 let, jelikož mohou mít lepší adaptaci a smíření s chronickou bolestí.



Graf 61 Q2 Spokojenost se zdravím x populační norma

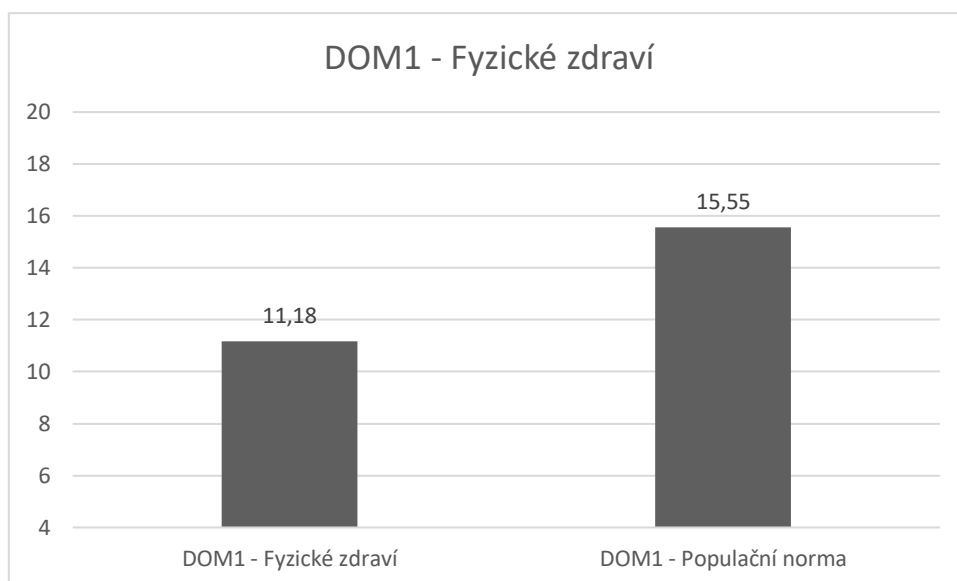
DOM1

Doména 1 (Fyzické zdraví) zahrnuje otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Tyto otázky se zaměřují na aspekty jako bolest, potřebu lékařské péče, úroveň energie a pohyblivost, spokojenost se spánkem, schopnost vykonávat každodenní aktivity a pracovní výkonnost. Škála hodnocení v této doméně se pohybuje od 4 do 20. Čím vyšší číslo je, tím vyšší je kvalita života v dané oblasti (Dragomerická a Bartoňová, 2006).

Průměrné skóre v doméně 1 (Fyzické zdraví) bylo 11,18, což je nižší než průměrná populační norma 15,55 uvedená v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Tento rozdíl naznačuje nižší hodnocení fyzického zdraví u respondentů docházející do ambulance bolesti oproti běžné populaci.

V doméně 1 Fyzické zdraví respondenti Zuzany Čapkové (2023) v průměru udali 11,73, v mé práci respondenti uvedli v průměru 11,18. V porovnání s populační normou, která činí 15,55, mají vyšší fyzické zdraví respondenti autorky, přes to je to v porovnání s populační normou ve výsledku nižší.

Domnívám se, že respondenty z mé práce ovlivňuje doména 1 – fyzické zdraví více, oproti respondentům Čapkové (2023), z důvodu nižšího průměrného věku mých respondentů. Největším faktorem snižujícím skóre v doméně 1 je omezená pohyblivost a s tím související ztráta energie, narušený spánek a omezení v běžných denních činnostech v důsledku chronické bolesti.



Graf 62 DOM1 Fyzické zdraví x populační norma

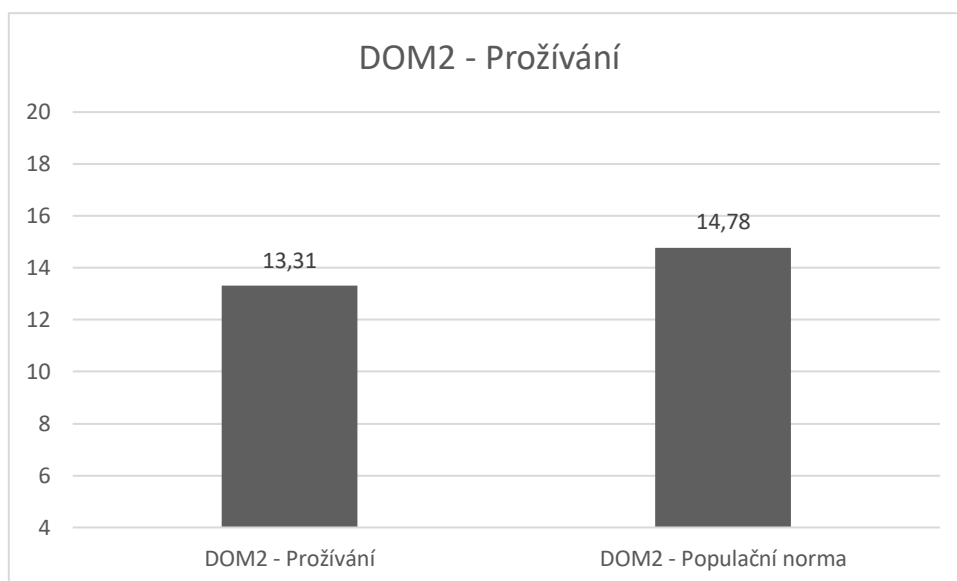
DOM2

Doména 2 (Prožívání) zahrnuje otázky číslo 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Tyto otázky se zaměřují na aspekty jako radost ze života, smysl života, schopnost soustředění, přijetí vlastního tělesného vzhledu, spokojenost se sebou samým a prožívání negativních emocí, jako jsou deprese, úzkost či beznaděj. Škála hodnocení v této doméně se pohybuje od 4 do 20. Čím vyšší číslo je, tím vyšší je kvalita života v dané oblasti (Dragomerická a Bartoňová, 2006).

Průměrná hodnota v doméně 2 (Prožívání) byla 13,31, což je mírně nižší než průměrná populační norma 14,78 uvedená v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Tento rozdíl naznačuje o něco nižší hodnocení psychologické oblasti kvality života u respondentů docházejících do ambulance bolesti ve srovnání s běžnou populací.

V doméně 2 Prožívání, uvedla ve svém díle autorka Zuzana Čápková (2023) v průměru hodnotu 13,22. V mé práci respondenti uvedli v průměru hodnotu 13,31. V porovnání s populační normou v průměru 14,78, udávají moji respondenti vyšší psychickou pohodu, než respondenti autorky.

Domnívám se, že respondenti z mé práce uvedli vyšší hodnotu oproti respondentům Čápkové (2023), z důvodu vyššího počtu respondentů nad 60 let. Největším faktorem, který podle práce Zuzany Čápkové nejvíce ovlivňuje snížení skóre v doméně 2 (prožívání, psychická doména) je častější výskyt negativních pocitů, jako jsou deprese, úzkost a beznaděj.



Graf 63 DOM2 prožívání x populační norma

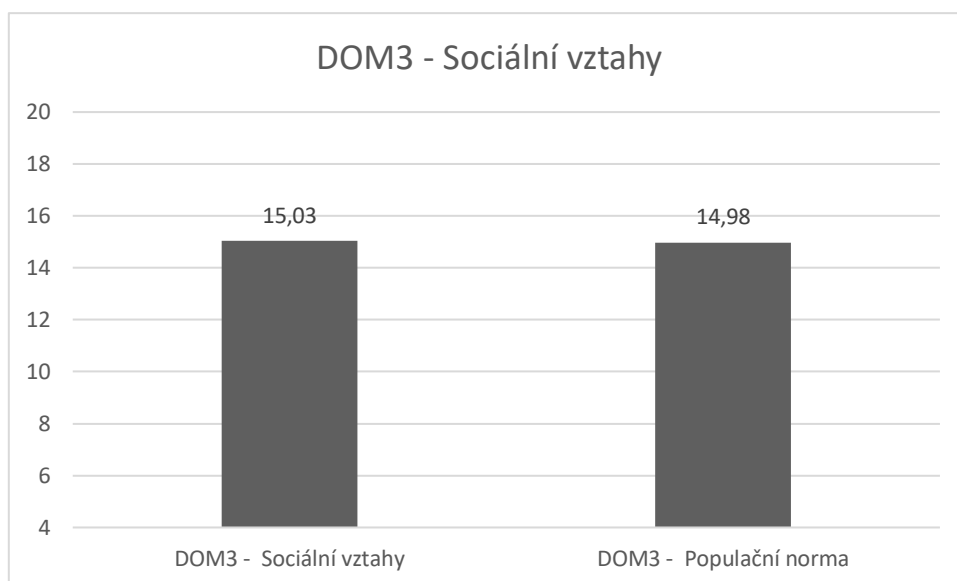
DOM3

Doména 3 (Sociální vztahy) zahrnuje otázky číslo 20, 21 a 22, které se zaměřují na spokojenost s osobními vztahy, sexuálním životem a podporou od přátel. Škála hodnocení v této doméně se pohybuje od 4 do 20. Čím vyšší číslo je, tím vyšší je kvalita života v dané oblasti (Dragomerická a Bartoňová, 2006).

Průměrné skóre v doméně 3 dosáhlo hodnoty 15,03, což je mírně nad průměrnou populační normou 14,98 uvedenou v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO. To naznačuje, že spokojenost respondentů docházejících do ambulance bolesti v oblasti sociálních vztahů je zhruba na úrovni běžné populace.

V doméně 3 Sociální vztahy, uvádí Zuzana Čapková (2023) v průměru 13,93. Respondenti v mé práci uvádí hodnotu v průměru 15,03. V porovnání s populační normou, která v průměru činí 14,98; můžeme soudit, že respondenti v mé práci mají nejen vyšší kvalitu sociálního života oproti respondentům v práci autorky, ale také vyšší kvalitu oproti populační normě.

Domnívám se, že respondenti z mé práce uvedli vyšší hodnotu oproti respondentům Čapkové (2023), z důvodu vyššího počtu respondentů nad 60 let. Předpokládám, že tento rozdíl je způsoben větší uzavřeností a sociální distancí.



Graf 64 DOM3 Sociální vztahy x populační norma

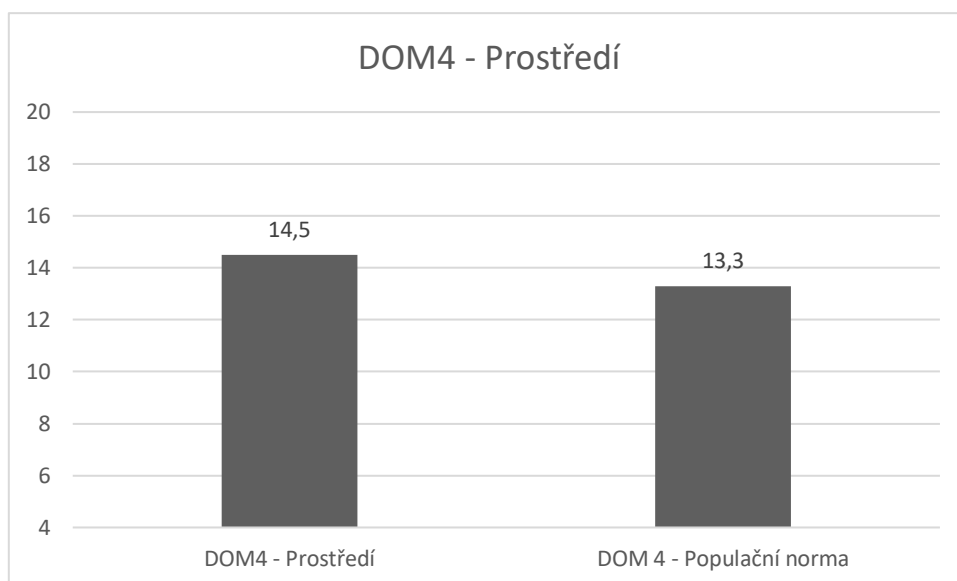
DOM4

Doména 4 (Prostředí) zahrnuje otázky číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25, které se zaměřují na vnímání bezpečí, kvalitu životního prostředí, finanční možnosti pro uspokojení potřeb, přístup k informacím a koníčkům, podmínky bydliště, dostupnost zdravotní péče a spokojenost s dopravou. Škála hodnocení v této doméně se pohybuje od 4 do 20. Čím vyšší číslo je, tím vyšší je kvalita života v dané oblasti (Dragomerická a Bartoňová, 2006).

Průměrná hodnota domény 4 dosáhla 14,05, což je vyšší než průměrná populační norma 13,30 uvedená v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO. Výsledná průměrná hodnota 13,80 tak spadá do intervalu populační normy, což znamená, že kvalita života v oblasti prostředí je v rámci očekávaných hodnot pro běžnou populaci.

V doméně 4 Prostředí, uvádí autorka Zuzana Čapková (2023) průměr 14,12. V mé práci uvádí respondenti průměrnou hodnotu 14,5. V porovnání s populační normou, která činí 13,3; můžeme usoudit, že obě práce mají vyšší kvalitu prostředí, než udává populační norma.

Domnívám se, že vyšší hodnoty u této domény v obou pracích mohou být způsobeny změnou životosprávy pacientů s bolestí, kteří se na zlepšení svého zdraví podílí více.



Graf 65 DOM4 prostředí x populační norma

6.2 KVALITA ŽIVOTA V POROVNÁNÍ S POPULAČNÍ NORMOU

Pro porovnání výsledků otázek Q1–Q26 jsem použila údaje z Příručky pro uživatele české verze dotazníků Kvality života Světové organizace, kterou připravily Dragomerická a Bartoňová v roce 2006. Tato data představují tzv. populační normu WHOQOL-BREF, která slouží jako referenční rámec pro hodnocení kvality života v české populaci.

Výsledky zadané v tabulce 5 dotazníku WHOQOL-BREF ukazují, že pacienti docházející do ambulance bolesti hodnotí svou kvalitu života v mnoha aspektech hůře než běžná populace. Již v první otázce, která se týká celkové kvality života (Q1), je patrný rozdíl – pacienti s bolestí udávají nižší průměrné skóre (3,07) oproti populační normě (3,82). Podobně i spokojenost se zdravím (Q2) je u pacientů s bolestí výrazně nižší (2,53) než u běžné populace (3,68), což poukazuje na zásadní negativní dopad bolesti na subjektivní vnímání zdraví.

Omezení způsobená bolestí (Q3) jsou u pacientů s bolestí rovněž vyšší (3,49) než u běžné populace (4,03), což potvrzuje, že bolest je významným limitujícím faktorem v jejich životě. Nutnost vyhledávat lékařskou péči (Q4) je v této skupině také vyšší (3,46 vs. 4,16), což může odrážet jak potřebu častějšího kontaktu se zdravotnickým systémem, tak i určitou nespokojenost s jeho dostupností či efektivitou.

V otázce radosti ze života (Q5) pacienti s bolestí dosahují nižšího skóre (3,4) než běžná populace (3,83), což je v souladu s nižším pocitem smyslu života (Q6; 3,52 vs. 3,86). Soustředěnost (Q7) je u pacientů s bolestí rovněž nižší (3,16) oproti populaci (3,55), což může být důsledkem chronické bolesti a s ní související psychické zátěže.

Zajímavé je, že pocit bezpečí (Q8) hodnotí pacienti s bolestí lépe (3,64) než běžná populace (3,24), což může souviset s častějším kontaktem se zdravotníky a větší oporou v systému. Také vnímání zdravého prostředí (Q9) je u pacientů s bolestí vyšší (3,44) než u běžné populace (2,85), což může být způsobeno zvýšenou citlivostí na prostředí, které je pro ně důležité kvůli zdravotnímu stavu.

Pocit energie (Q10) je u pacientů s bolestí nižší (3,01) než u běžné populace (3,62), což opět odráží vliv chronické bolesti na celkovou vitalitu. Akceptování vlastního vzhledu (Q11) je u obou skupin podobné (3,73 vs. 3,90). Zajímavé je, že pacienti s bolestí hodnotí lépe svou finanční situaci (Q12; 3,61 vs. 2,87).

Přístup k informacím (Q13) je u obou skupin téměř totožný (3,81 vs. 3,87). V možnosti věnovat se zálibám (Q14) pacienti s bolestí zaostávají (2,86 vs. 3,33), což je logické vzhledem k jejich omezením. Výrazně nižší je u pacientů s bolestí možnost pohybu (Q15; 2,8 vs. 4,27),

což je jeden z největších rozdílů mezi skupinami a potvrzuje zásadní dopad bolesti na fyzickou aktivitu.

Kvalita spánku (Q16) je u pacientů s bolestí rovněž nižší (2,93 vs. 3,61), což může dále prohlubovat jejich zdravotní potíže. Schopnost vykonávat každodenní činnosti (Q17) a pracovní výkonnost (Q18) jsou u pacientů s bolestí také výrazně nižší (2,87 a 2,89 vs. 3,76 a 3,76), což ukazuje na omezení v běžném životě i pracovní sféře.

Spokojenost se sebou samým (Q19) je u obou skupin téměř stejná (3,52 vs. 3,57). V oblasti osobních vztahů (Q20) a sexuálního života (Q21) jsou rozdíly mezi skupinami minimální (3,73 vs. 3,75 a 3,35 vs. 3,64), což naznačuje, že tyto aspekty života nejsou bolestí ovlivněny tak výrazně jako jiné oblasti.

Podpora od přátel (Q22) je u pacientů s bolestí dokonce vyšší (4,18 vs. 3,84), což může být důsledkem větší potřeby a následné aktivace sociální sítě. Podmínky místa života (Q23) hodnotí pacienti s bolestí rovněž lépe (4,06 vs. 3,54), stejně jako spokojenost se zdravotní péčí (Q24; 3,84 vs. 3,70) a dostupnost dopravy (Q25; 3,72 vs. 3,19).

Naopak v otázce negativních pocitů (Q26) je patrné, že pacienti s bolestí vykazují vyšší míru negativních emocí (2,61 vs. 3,47), což může být důsledkem dlouhodobého stresu a frustrace spojené s chronickou bolestí.

Domnívám se, že vyšší hodnoty u otázek Q9, Q12, Q22, Q23, Q24 a Q25 mohou být způsobeny probíhajícími změnami ve společnosti. Populační normy vznikly bezmála před 20 lety, od té doby došlo například ke zlepšení infrastruktury a životní úrovně. Naopak u otázek Q1, Q2, Q4, Q15, Q16, Q17, Q18 a Q26 jsou nižší z důvodu zásahu bolesti do každodenního života.

V tabulce jsem barevně odlišila vyšší hodnoty modře a nižší hodnoty zeleně, ve srovnání s populační normou.

Otázky WHOQOL-BREF	Respondenti s bolestí (průměr)	Populační norma (průměr)
Q1 – Kvalita života	3,07	3,82
Q2 – Spokojenost se zdravím	2,53	3,68
Q3 – Omezení bolestí	3,49	4,03
Q4 – Nutnost lékařské péče	3,46	4,16
Q5 – Radost ze života	3,4	3,83
Q6 – Pocit smyslu života	3,52	3,86
Q7 – Soustředěnost	3,16	3,55
Q8 – Pocit bezpečí	3,64	3,24
Q9 – Zdravé prostředí	3,44	2,85
Q10 – Pocit energie	3,01	3,62

Q11 – Akceptování vzhledu	3,73	3,90
Q12 – Dostatek financí	3,61	2,87
Q13 – Přístup k informacím	3,81	3,87
Q14 – Věnování se zálibám	2,86	3,33
Q15 – Možnost pohybu	2,8	4,27
Q16 – Spánek	2,93	3,61
Q17 – Každodenní činnosti	2,87	3,76
Q18 – Pracovní výkonnost	2,89	3,76
Q19 – Spokojenost se sebou	3,52	3,57
Q20 – Osobní vztahy	3,73	3,75
Q21 – Sexuální život	3,35	3,64
Q22 – Podpora od přátel	4,18	3,84
Q23 – Podmínky místa života	4,06	3,54
Q24 – Zdravotní péče	3,84	3,70
Q25 – Doprava	3,72	3,19
Q26 – Negativní pocity	2,61	3,47

Tabulka 5 Kvalita života x populační norma

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na problematiku vlivu bolesti na kvalitu života pacientů docházejících do ambulance bolesti. Teoretická část práce poskytuje pohled na problematiku bolesti a kvality života v kontextu ošetrovatelství. Shrnuje základní poznatky o definici, příčinách, klasifikaci a diagnostice bolesti, stejně jako o jejích fyziologických a patofyziologických aspektech. Dále nabízí přehled současných terapeutických možností a zdůrazňuje nezastupitelnou roli všeobecné sestry v péči o pacienty s bolestí, včetně specifík práce v ambulanci bolesti.

Druhá část teoretického rámce se zaměřuje na pojem kvality života, její historický vývoj, dimenze a faktory, které ji ovlivňují, a způsoby jejího měření včetně využití standardizovaných nástrojů. Kvalita života je v současném ošetrovatelství vnímána jako klíčový ukazatel efektivity péče, zejména u chronicky nemocných pacientů, kde hodnocení kvality života významně ovlivňuje strategická rozhodnutí o léčbě. Vztah mezi zdravím a kvalitou života je v ošetrovatelské péči zásadní a vyžaduje individuální přístup k potřebám každého pacienta.

Výzkum byl realizován pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku s demografickými údaji, který umožnil komplexně zhodnotit jednotlivé domény kvality života a porovnat je s populační normou i v kontextu sociodemografických faktorů.

Výsledky ukazují, že bolest má významný negativní dopad na celkovou kvalitu života i spokojenost se zdravím. Průměrné hodnocení kvality života i spokojenosti se zdravím bylo u respondentů s bolestí výrazně nižší než v běžné populaci, přestože jsou populační normy v této době neaktuální. Největší rozdíly oproti populační normě byly patrné v doméně fyzického zdraví, kde se projevuje omezení pohyblivosti, snížená energie, horší kvalita spánku a zhoršená schopnost vykonávat každodenní aktivity. Také doména prožívání byla u pacientů s bolestí hodnocena hůře, což se projevuje nižší radostí ze života, sníženým pocitem smyslu života a častějším výskytem negativních emocí.

Naopak v doménách sociálních vztahů a prostředí dosahovali respondenti s bolestí srovnatelných nebo dokonce lepších výsledků než běžná populace. To může být dáno vyšší potřebou a aktivací sociální podpory a větším důrazem na kvalitu prostředí, které je pro pacienty s chronickou bolestí klíčové.

Porovnání sociodemografických faktorů ukázalo, že rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami jsou minimální, přestože početně nebyli vyrovnané skupiny žen a mužů, proto nelze tyto výsledky zobecňovat. S rostoucím vzděláním se zvyšuje subjektivní vnímání

kvality života, zejména v doménách psychické pohody, sociálních vztahů a prostředí. Typ zaměstnání (sedavé vs. manuální) neměl zásadní vliv na hodnocení kvality života, s výjimkou domény prostředí, kde pacienti se sedavým zaměstnáním hodnotili tuto oblast lépe.

Výsledky této práce potvrzují, že bolest je komplexní fenomén, který ovlivňuje nejen fyzické, ale i psychické, sociální a environmentální aspekty života. Zjištění podtrhují nutnost multidisciplinárního přístupu v péči o pacienty s chronickou bolestí, kde klíčovou roli hraje nejen léčba bolesti samotné, ale také podpora psychické pohody, sociálních vztahů a optimalizace životního prostředí. Roli zde hrají také všeobecné sestry v holistickém přístupu k pacientovi.

Též bych zde chtěla zmínit, že jsem si vědoma toho, že nelze zobecňovat výsledky práce na celou populaci pro omezený počet respondentů, celá práce je proto posouzena v závislosti na výsledcích mého výzkumného souboru.

Závěrem lze říct, že bolest významně snižuje kvalitu života pacientů, zejména v oblasti fyzického a psychického zdraví. Výsledky této práce mohou přispět ke zkvalitnění péče o pacienty s chronickou bolestí, upozornit na potřebu komplexního hodnocení kvality života a podpořit rozvoj individualizovaných intervencí v ošetrovatelské i lékařské praxi.

Anotace

Autor:	Nikola Petříčková
Instituce:	Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova
Název práce:	Vliv bolesti na aktivity denního života
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Matulová
Počet stran:	115
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2025
Klíčová slova:	Bolest, kvalita života, WHOQOL-BREF, léčba bolesti, život s bolestí

Bakalářská práce pojednává o Vlivu bolesti na aktivity denního života. V teoretické části práce jsem uvedla definici, etiologii, dělení, fyziologii a patofyziologii, diagnostiku, hodnocení a terapii bolesti, roli všeobecné sestry v péči o pacienta s bolestí, ambulance bolesti. V druhé části teoretické části jsem se zaměřila na kvalitu života, její definici, historii konceptu kvality života, kvalitu života související se zdravím, dimenze kvality života, měření kvality života a faktory ovlivňující kvalitu života.

V empirické části jsem zjišťovala kvalitu života pacientů v ambulanci bolesti s použitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF doplněným o demografické údaje.

Annotation

Name and surname of the author: Nikola Petříčková

Institution: Department of Non-medical Studies, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Charles University

Title: Impact of pain on activities of daily living

Supervisor: Mgr. Jana Matulová

Number of pages: 115

Number of attachments: 2

Year of defense: 2025

Keywords: Pain, Quality of life, WHOQOL-BREF, Pain treatment, life with pain

The goal of bachelor's thesis is to discuss the influence of pain on activities of daily living. In the theoretical part of the thesis, I included the definition, etiology, classification, physiology and pathophysiology, diagnosis, assessment, and treatment of pain, as well as the role of the general nurse in caring for patients with pain, and pain clinics. In the second part of the theoretical section, I focused on quality of life, its definition, the history of the concept of quality of life, health-related quality of life, dimensions of quality of life, measurement of quality of life, and factors influencing quality of life.

In the empirical part, I investigated the quality of life of patients in a pain clinic using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire, supplemented with demographic data.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ADAMUS, M., et al., 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 343 s. ISBN 978-80-244- 2425-5.

Bolest a její farmakoterapie – doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře. Online. Prolékaře.cz. 2016. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/bolest-a-jeji-farmakoterapie-doporuceny-diagnosticky-a-lecebny-postup-pro-prakticke-lekare-67/bolest_a_jeji_farmakoterapie_doporuceny_diagnosticky_a_lecebny_postup_pro_prakticke_lekare-64. [cit. 2025-02-08].

ČAPKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života pacientů s chronickou bolestí*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Eva Vachková, Ph.D. Hradec Králové: Lékařská fakulta v Hradci Králové / Faculty of Medicine in Hradec Králové, 2023. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/181743>. [cit. 2025-04-22].

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:7cf40010-d055-11e3-b110-005056827e51>.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

ERTUNC GULCELIK, Gonul; MALKOC, Melih; OZBEK, Hanefi a YILDIZ OZER, Aysel. A pilot study of reliability and validity of Turkish version of West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory in patients with low back pain. Online. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. 2020, roč. 24, č. 5, s. 521-531. ISSN 1607-8322. Dostupné z: <file:///C:/Users/Notebook/Downloads/EBSCO-FullText-09.%2003.%202025%20.pdf>. [cit. 2025-03-09].

GERSON, E. M. On „Quality of Life“. *American Sociological Review*. 1976, vol.41, s.793-806. [online]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/pss/2094727>.

Gullone, E., Cummins, R.A.: *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London 2002, Kluwer Academic Publisher.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201108/contents/nkc20112201568_1.pdf.

HAKL, M., et al., 2013. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2.doplňené vydání. Praha: Mladá fronta a.s. 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.

HERDMAN, T. Heather a KAMITSURU, Shigemi (ed.). *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie 2015-2017 : 10. vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEŘT, J., 2010. Alternativní medicína a léčitelství Kritický pohled [online]. Chomutov: Sisyfos, [cit.2020-10-20]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <https://www.sisyfos.cz/clanek/442-jiri-hert-alternativni-medicina-a-lecitelstvikriticky-pohled-kniha>

CHARLTON, J., ELLIOTT, A. I., ALEXANDER, W. A., MCKNIGHT, J.A. Travelling with diabetes – an internet resource for education. [online]. Dostupné z: <http://www.desg.org/>

JENKINS, C. D. Assessment of outcomes of health interventions. Social Science and Medicine, 1992, vol. 35, p. 367-375.

JUNIPER, E. F. Impact of upper respiratory allergic diseases on quality of life. Journal Of Allergy and Clinical Immunology, 1998, Vol. 101, No. 2, p. 386-391.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. Ošetrovateľství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

Kirby, P. C., Brooks, C., & Oescher, J. (2003). Using quality of life studies to improve local mental health service. National Conference on Mental Health Statistics. Washington.

LANFREDINI, Roberta a CIPRIANI, Letizia. The experience of pain and its ontological modelling from a philosophical point of view: Phenomenological description and ontological revision of the McGill Pain Questionnaire. Online. *WILEY Blackwell*. 2023, roč. 29, č. 7, s. 1211-1221. ISSN 1356-1294. Dostupné z: [file:///C:/Users/Notebook/Downloads/EBSCO-FullText-09.%2003.%202025%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Notebook/Downloads/EBSCO-FullText-09.%2003.%202025%20(1).pdf). [cit. 2025-03-09].

LECHLER, P. Which Health Outcomes Should Be Measured in Health Related Environmental Quality of Life Studies? Landscape and Urban Planning, 2003, vol. 63, no. 1, s. 63-72.

Léčba bolesti. Online. ProLékaře.cz. 2015. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/lecba-bolesti-45/lecba_bolesti-42. [cit. 2025-02-08].

Libigerová, E.: Mullerová, H.: Posuzování kvality života v medicíně. Česká a Slovenská Psychiatrie 2001, ročník 97, číslo 4, str. 183-186

LUKÁŠ, Karel, Josef KAUTZNER a Jiří HOCH. Bolest na hrudi. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3099-3.

Mareš, J. a kol. Kvalita života u dětí a dospívajících 1. 1.vyd. Brno: MSD, 2006. 228s. ISBN 80-86633-65-9.

MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P., 2009. Léčba pooperační bolesti. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1981-1.

MEDICAL TRIBUNE CZ. Online. MEDICAL TRIBUNE. 2025. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/>. [cit. 2025-02-08].

Neuropatická komponenta chronických bolestí bederní péče. Online. *Neurologie v praxi*. 2011, roč. 12, č. 2. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/08.pdf>. [cit. 2025-02-08].

NOP Péče o pacienta s bolestí. Online. *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 2020, roč. 2020, č. 2, s. 7. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/we-pub/18576/40361/NOP%C3%A9%C4%8De%20o%20pacienta%20s%20bolest%C3%AD.pdf>. [cit. 2025-02-26].

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

POKORNÁ, Andrea, 2013. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

Průlomová-bolest.cz. Online. 2025. Dostupné z: https://www.lecba-bolesti.cz/chronicke-stavy?utm_source=perplexity&confirm_rules=1. [cit. 2025-02-08].

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr (ed.). *Bolest v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5562-0.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, Richard; BEDNAŘÍK, Josef; FRICOVÁ, Jitka; KRŠIAK, Miloslav; LEJČKO, Jan et al. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

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

STROUHALOVÁ, L.; HONZÁK, R. *Psychoterapie v léčbě bolesti*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. VIII., *Bolest*, s.645

ŠEVČÍK, Pavel, KŘÍKAVA, Ivo. *Pooperační analgezie v České republice: Věnujeme jí dostatečnou pozornost?*. Lékařské listy, 2010, roč. 59, č. 12, s. 14-19.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života : teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., V nakl. Portál 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VEENHOVEN, R. the four Qualities of life. In journal of happiness studies. 2000, vol. 1, s. 1-39. [online]. Dostupné z: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/pub2000s/2000c-full.pdf>.

What is psychogenic pain. Online. J.Flowers Health Institute. .. Dostupné z: <https://jflowershealth.com/what-is-psychogenic-pain/>. [cit. 2025-02-08].

SEZNAM ZKRATEK

DIBDA – dotazník interference bolesti

FACT-G – Functional Assessment of Cancer Therapy - general

GIT – gastrointestinální trakt

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

MPQ – The McGill Pain Questionnaire (hodnocení bolesti podle McGillovy Univerzity)

NANDA – North American Association for Nursing Diagnosis International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)

NHP – Nottingham Health Profile

NSA – Nesteroidní antirevmatika

OSN – Organizace Spojených Národů

QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire-Core 30

SIP – Sickness Impact Profile

SSBL – Společnost pro studium a léčbu bolesti

USA – Spojené státy americké

VAS – vizuální analogová škála

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life Assessment

WHYMPI – West Haven-Yale Multidimensional Pain. Inventory

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. – pohlaví	36
Graf 2 – Věk.....	37
Graf 3 - vzdělání.....	38
Graf 4 - doba trvání bolesti.....	40
Graf 5 - důvod chronické bolesti.....	41
Graf 6 - charakter bolesti	42
Graf 7 - intenzita bolesti	43
Graf 8 - doba docházení do ambulance bolesti.....	44
Graf 9 - informovanost o ambulanci bolesti	45
Graf 10 - zhodnocení kvality života.....	46
Graf 11 - spokojenost se zdravím.....	47
Graf 12 - omezení aktivity z důvodu bolesti.....	48
Graf 13 - potřeba lékařské pomoci při fungování v každodenním životě	49
Graf 14 - potěšení ze života	50
Graf 15 - pocit smyslu života.....	51
Graf 16 - schopnost soustředění.....	52
Graf 17 - pocit bezpečí	53
Graf 18 - zdravé prostředí.....	54
Graf 19 - dostatek energie.....	55
Graf 20 - akceptování tělesného vzhledu	56
Graf 21 - dostatek peněz.....	57
Graf 22 – přístup k informacím.....	58
Graf 23 - možnost věnování zálibám	59
Graf 24 - možnost pohybu	60
Graf 25 - spokojenost se spánkem	61
Graf 26 - spokojenost s prováděním každodenních činností	62
Graf 27 - spokojenost s pracovním výkonem	63
Graf 28 - spokojenost sám/sama se sebou	64
Graf 29 - spokojenost se vztahy	65
Graf 30 - spokojenost se sexuálním životem	66
Graf 31 - spokojenost s podporou přátel	67
Graf 32 - spokojenost s podmínkami místa života.....	68
Graf 33 - spokojenost s dostupností zdravotní péče.....	69
Graf 34 - spokojenost s dopravou	70
Graf 35 - prožívání negativních pocitů.....	71
Graf 42 Q1 - kvalita života z pohledu pohlaví.....	72
Graf 43 Q2 - spokojenost se svým zdravím z pohledu pohlaví.....	72
Graf 44 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu pohlaví.....	73
Graf 45 DOM2 - Prožívání z pohledu pohlaví.....	74
Graf 46 DOM3 - Sociální vztahy z pohledu pohlaví	74
Graf 47 DOM4 - Prostředí z pohledu pohlaví	75
Graf 48 Q1 - Kvalita života z pohledu věku.....	76
Graf 49 Q2 - Spokojenost se zdravím z pohledu věku.....	76
Graf 50 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu věku.....	77
Graf 51 DOM2 - Prožívání z pohledu věku.....	78
Graf 52 - DOM3 - Sociální vztahy z pohledu věku	79
Graf 53 DOM4 - Prostředí z pohledu věku	79

Graf 54 Q1 - Kvalita zdraví z pohledu vzdělání	80
Graf 55 Q2 - Spokojenost se zdravím z pohledu vzdělání	81
Graf 56 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu vzdělání	81
Graf 57 DOM2 - Prožívání z pohledu vzdělání	82
Graf 58 DOM3 - Sociální vztahy z pohledu vzdělání	83
Graf 59 DOM4 - Prostředí z pohledu vzdělání	83
Graf 60 Q1 - Kvalita života z pohledu povolání	84
Graf 61 Q1 - Spokojenost se zdravím z pohledu povolání	85
Graf 62 DOM1 - Fyzické zdraví z pohledu povolání	85
Graf 63 DOM2 - Prožívání z pohledu povolání	86
Graf 64 DOM3 - sociální vztahy z pohledu povolání	87
Graf 65 DOM4 - Prostředí z pohledu povolání	87
Graf 36 Q1 Kvalita života x populační norma	90
Graf 37 Q2 Spokojenost se zdravím x populační norma	91
Graf 38 DOM1 Fyzické zdraví x populační norma	92
Graf 39 DOM2 prožívání x populační norma	93
Graf 40 DOM3 Sociální vztahy x populační norma	94
Graf 41 DOM4 prostředí x populační norma	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Použitý dotazník WHOQOL-BREF doplněný o demografické údaje	111
Příloha B – Souhlas k provedení výzkumného šetření.....	114

Příloha A – Použitý dotazník WHOQOL-BREF doplněný o demografické údaje

Vážení respondenti/ Vážené respondentky.

Jmenuji se Nikola Petříčková a jsem studentkou Lékařské Fakulty v Hradci králové, ve 3. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství.

Tématem mé bakalářské práce je vliv bolesti na aktivity denního života. Proto bych vás chtěla touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který se zaměřuje na zjištění kvality života s bolestí. Použit je standardizovaný dotazník WHOQOL-Bref doplněný o demografické údaje.

Pokyny k vyplnění:

Vždy zaškrtněte nebo vyplňte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž
- c. Nepřeji si uvádět

2. Kolik vám je let?

Prosím, zde uveďte:

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní škola
- b. Střední škola s výučním listem
- c. Střední škola s maturitou
- d. Vyšší odborná škola
- e. Vysoká škola

4. Jaké povolání vykonáváte/ jste vykonával?

Prosím, zde uveďte:

5. Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?

Prosím, zde uveďte:

6. Co způsobilo vaši chronickou bolest?

- a. Úraz
- b. Onemocnění (prosím, zde uveďte onemocnění):
- c. Nevím

-
7. Jaký charakter má vaše bolest?
- Ostrá
 - Tupá
 - Vystřelující
 - Fantomová
 - Jiné (prosím, zde uveďte)
8. Jak intenzivní máte bolesti?
- Prosím, hodnotte dle škály bolesti od 0-10
- 0 = žádná bolest
 - 1 = zanedbatelná bolest
 - 2 = minimální bolest
 - 3 = malá bolest
 - 4 = znatelná bolest
 - 5 = střední bolest
 - 6 = palčivá bolest
 - 7 = intenzivní bolest
 - 8 = silná bolest
 - 9 = velmi silná bolest
 - 10 = nesnesitelná bolest
9. Jak dlouho docházíte do ambulance bolesti?
- Prosím, zde uveďte:
10. Jak jste se dozvěděl o ambulanci bolesti?
- Od zdravotnického personálu
 - Od známých/ přátel
 - Z médií (noviny, televize, internet)
 - Jiné (prosím, zde uveďte):

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

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Velmi nespokojen/á	Nespokojen/á	Ani spokojen/á ani nespokojen/á	Spokojen/á	Velmi spokojen/á
	1	2	3	4	5

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

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

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

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

15. Jak se dokážete pohybovat?	Velmi špatně	Špatně	Ani dobře ani špatně	Dobře	Velmi dobře
	1	2	3	4	5

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

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

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

	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např.: rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha B – Souhlas k provedení výzkumného šetření

Vážená paní
MUDr. Lenka Madurkayová
Lékařka v ambulanci bolesti
Kyjevská 44,
Pardubice

v Pardubicích dne 16.12.2024

Žádost o povolení výzkumného šetření na Ambulanci Bolesti, Nemocnice Pardubického kraje

Vážená paní doktorko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší Ambulanci bolesti, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Nikolky Petříčkové, narozené 30.8.2002, posluchačky 3. ročníku prezenční formy bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na Univerzitě Karlově, Lékařské fakultě v Hradci Králové. Cílem této práce je zjistit vliv bolesti na každodenní aktivity života pacientů pomocí standardizovaného dotazníku WHO-QOL, který je doplněn o demografické údaje. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, zástupkyně přednosty Ústavu nelékařských studií Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Nikola Petříčková
Poběžovice u Přelouče 33
535 01, Přelouč
e-mail: petrickni@lfhk.cuni.cz
tel.: +420 727 841 181

Mgr. Jana Matulová
Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav nelékařských studií
Šimkova 870,
Hradec Králové 500 03
e-mail: zitnj5ar@lfhk.cuni.cz
tel.: +420 495 816 423

Vyjádření vedení instituce:

☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko

MUDr. Lenka Madurkayová
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Klinická 14, 502 03 Pardubice
IČ: 252 20 111
Fakulta lékařská
Univerzita Karlova v Praze