

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**SPOKOJENOST PACIENTŮ S LÉČBOU
CHRONICKÉ BOLESTI**

Bakalářská práce

Autor práce: Renáta Řezáčová

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.

Hradec Králové

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**PATIENTS' SATISFACTION WITH THE CURE
OF THE CHRONICAL PAIN**

Bachelor's thesis

Author práce: Renáta Řezáčová

Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.

Hradec Králové

2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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 Tanvaldě dne 30. dubna 2008

.....
Řezáčová Renáta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálových podkladů k bakalářské práci.

Děkuji MUDr. Otu Feldmanovi, lékaři ARO a ambulance pro léčbu chronické bolesti nemocnice v Jablonci nad Nisou, za spolupráci a vstřícný přístup při realizaci tohoto šetření.

OBSAH

I. Teoretická část

1. Úvod.....	7
2. Cíle práce.....	8
3. Charakteristika problému chronická bolest.....	9
3.1. Definice bolesti	9
3.2. Bolest jako syndrom.....	9
3.3. Typologie bolesti	10
3.3.1. Dělení bolesti z hlediska průběhu.....	10
3.3.2. Dělení bolesti z hlediska charakteru.....	11
3.3.3. Dělení bolesti z hlediska místa vzniku	11
3.4. Loeserův konceptuální model chronické bolesti	12
4. Psychosomatika bolesti.....	14
4.1. Úzkost.....	15
4.2. Strach	16
4.3. Naděje.....	18
5. Výskyt chronické bolesti v populaci ČR.....	19
6. Faktory ovlivňující vnímání chronické bolesti.....	20
7. Sociální důsledky chronické bolesti	21
8. Adaptace na chronickou bolest	22
8.1. Utrpení a bolest jako součást lidské existence.....	23
8.2. Posttraumatický rozvoj.....	25
9. Léčba chronické bolesti.....	26
9.1. Pracoviště pro léčbu chronické bolesti.....	26
9.2. Úloha sestry při léčbě chronické bolesti.....	27
9.2.1. Hodnocení bolesti.....	27
9.2.2. Příznaky bolesti	29
9.3. Komunikace s pacientem s chronickou bolestí.....	29
9.4. Možnosti léčby chronické bolesti	31
9.4.1. Analgetika.....	31
Místní anestetika.....	31
9.4.3. Diagnostické a prognostické nervové blokády.....	31

9.4.4. Biostimulační techniky.....	32
9.4.5. Chirurgické intervence.....	32
9.4.6. Alternativní metody.....	33
9.4.7. Odvádění pozornosti, představivost.....	34
9.4.8. Relaxační techniky.....	34
9.4.9. Psychoterapie.....	34
9.4.10. Rehabilitace a léčba bolesti	34
9.5. Změna životního stylu v léčbě chronické bolesti.....	35
9.6. Práva pacientů na léčbu bolesti	37
II. Empirická část.....	38
1. Cíle práce	38
2. Metoda výzkumu.....	39
2.1. Zdroje odborných poznatků.....	39
2.2. Užitá metoda a organizace šetření.....	39
3. Popis vzorků.....	40
3.1. Charakteristika souboru respondentů.....	40
3.2. Identifikační údaje sledovaných osob.....	41
4. Výsledky výzkumu.....	43
5. Diskuse.....	71
6. Závěr	77
7. Anotace.....	80
8. Seznam použité literatury.....	82
9. Seznam tabulek.....	86
10. Seznam obrázků a příloh.....	90
11. Přílohy.....	91

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ÚVOD

Motto: Stav nouze, v níž se člověk nachází, často není překonatelný na té rovině, kde vznikl. Je zapotřebí, aby se člověku otevřela nová rovina, v níž je život pro člověka opět možný ...

lékař, psycholog, filozof Gebtsatell (1992)

Bolest nás provází v různých podobách po celý náš život a spolu s utrpením tvoří neodmyslitelnou součást lidské existence. Ostatně různá trápení jsou součástí každého lidského života a my bychom si měli být schopni připustit, že tomu tak prostě je. Bolesti se člověk stejně jako ostatní tvorové instinktivně brání a snad ve všech civilizacích se setkáváme se snahou ji mírnit nebo zcela odstranit

Bolest, která trýzní člověka a útočí na něj po měsíce či dokonce roky zanechá hluboké stopy na jeho nervové soustavě a může ukrátkit život nemocného mnohem spíše než vlastní nemoc. Trvale silné bolesti již nelze snášet hrdinsky ani stoicky. Bolest se postupně zmocňuje celého života, vystupuje do popředí a stává se jediným obsahem. Skličuje, vysiluje, vede k osamělosti. Ze symptomu bolesti se stává samostatná choroba, kterou je nezbytné léčit.

Dnes již umíme s bolestí úspěšně bojovat bez ohledu na její příčinu. K tomu je však zapotřebí odborných znalostí možností léčby. Spolupráce expertů různých oborů bude proto při léčbě chronické bolesti sehrávat v budoucnosti stále významnější roli.

Chronická bolest však nemusí mít pouze negativní dopad na život nemocného. Stejně jako jiná utrpení, může v některých případech i chronická bolest člověka posílit, posunout ho dál. Znovuvytvoření kvalitního života totiž vyžaduje nemalou dávku kreativity a morální síly k překonání vlastní letargie a nabytí nové chuti do života. Překonávání této nelehké životní situace může nemocnému pomoci najít smysl života, ujasnit si priority, otevřít nové obzory, stát se moudřejším.

2. CÍLE PRÁCE

Naše práce si klade tyto cíle:

V teoretické části:

1. Shrnout současné poznatky o chronické nenádorové bolesti obecně, zejména definovat pojem chronická bolest, bolest jako syndrom, přiblížit Loeserův konceptuální model bolesti, sumarizovat poznatky o faktorech ovlivňující vnímání chronické bolesti, o důsledcích chronické bolesti, o psychosomatické chronické bolesti.
2. Shrnout výsledky nových studií výskytu chronické bolesti v populaci obyvatel České republiky a výsledky podobných zahraničních studií.
3. Podrobněji vyložit současné poznatky o chronické bolesti a faktorech ovlivňujících léčbu této bolesti, nutnost multidisciplinárního přístupu a změnu životního stylu pacienta jako součást úspěšné léčby.
4. Definovat úlohu sestry při diagnostice a léčbě chronické bolesti, seznámit s právy pacientů na léčbu bolesti.

3. CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU BOLEST

V této části práce se věnujeme obecným pohledům na bolest. Pro náš problém je důležité, že chronická bolest je vždy subjektivní a že by se ke chronické bolesti mělo přistupovat jako k nemoci a vysvětlíme, z jakého důvodu.

3. 1. Definice bolesti

Bolest je komplexní, individuální a subjektivní fenomén. Je to nepříjemný senzorický a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poraněním tkáně, nebo popisovaný v pojmech jako takové postižení... Bolest je vždy subjektivní... (Světová zdravotnická organizace).

Vhodná definice bolesti pro oblast ošetrovatelství zní: Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (Sofaer, 1997, modifikovaně podle McCaffery, 1983).

Bolest je naprosto nezbytná pro přežití živých organizmů. To se týká akutní bolesti, kde jde o signál poškození a ohrožení, který spouští fyziologickou stresovou reakci. V případě, že akutní bolest není dostatečně tlumena, může být tato odpověď nadměrná a svým dopadem na organismus škodí. Bolest vnáší do lidských životů mnoho utrpení a je odpovědná za značné procento pracovní neschopnosti. Přes určité zlepšení jak z hlediska povědomí o problematice bolesti, tak i z hlediska její léčby lze konstatovat, že bolest je celosvětově nedostatečně léčená (Breivik, 2006).

3. 2. Bolest jako syndrom

Nové poznatky základního a klinického výzkumu bolesti v sedmdesátých a na začátku osmdesátých let minulého století vedly k závěru, že bolest musíme nazírat ve dvou odlišných klinických formách, s odlišnými patofyziologickými mechanismy. Pouze akutní, po omezenou dobu trvající bolest můžeme považovat za klinický symptom podmíněný základním onemocněním. Po určité době, udává se 3–6 měsíců, nastává habituace vegetativních změn, které se projevují slábnutím nebo změnou odpovědi organismu na trvající podnět. Lze ji považovat za určitou formu adaptace organismu daného jedince a vyznačuje se především změnou chování. Komplex těchto změn vytváří z chronické bolesti klinický syndrom (Neradilek, 2006).

Chronická bolest vyžaduje odlišný lékařský přístup než bolest akutní. U akutní bolesti

je rozhodující diagnóza základního onemocnění a jeho terapie. U chronické bolesti je potřeba obsáhnout všechny souvislosti vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti, což lze optimálně uskutečnit v metodologicky pojaté mezioborové spolupráci, v podobě multidisciplinárního přístupu na speciálních pracovištích (Neradilek, 1992).

Cílem léčby chronické bolesti může být jen s těžší úplná eliminace bolesti, ale především snížení její intenzity a zlepšení kvality života postiženého člověka posílením jeho funkční zdatnosti a nezávislosti na okolí (Neradilek, 2006).

Je třeba mít na paměti, že k bolesti nelze přistupovat jako k nemoci, kterou lze vymýtit.

A také, že její léčba se neobejde bez aktivní spolupráce nemocného.

3. 3. Typologie bolesti

3. 3. 1. Dělení bolesti z hlediska průběhu

Akutní bolest – je důležitým příznakem, symptomem. Má ochranný význam, je signálem poškození organismu. Je to bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem – trvá několik dnů až týdnů. Není-li adekvátně léčena, pak může přejít do stadia chronicity.

Chronická bolest – je to bolest, která trvá více než 6 měsíců. Není fyziologická, do popředí se dostávají psychické změny. Chronická bolest vede k únavě a může interferovat s kvalitou pacientova života. Rozděluje se dle etiologie základního onemocnění na maligní a nemaligní (Benešová, 2001).

Spodní časová hranice chronické bolesti je předmětem diskuzí. Je stanovena hranice 6 měsíců, ale ukazuje se, že některé typy chronických bolestí mohou trvat kratší dobu, a přesto mohou mít charakter chronicity (Mareš, 1997).

Rekurentní bolest – tvoří přechod mezi akutní a chronickou bolestí. Jde o bolest, která se mění v čase: nastupuje, kulminuje, ustupuje, následují různě dlouhé fáze bez bolesti a pak se bolest opět vrací v nepravidelných a obtížně předvídatelných intervalech. Neplní funkci varovného signálu, je chápána jako bolest psychosomatická (Mareš, 1997).

3. 3. 2. Dělení bolesti podle charakteru

Bolest můžeme dělit na tři typy:

- bolest somatická (nociceptivní), která vznikla poškozením tkáně
- bolest neurogenní, vzniká poškozením mechanismů přenosu bolestivých vjemů
- bolest psychogenní, která vzniká bez jakékoliv zjevné příčiny

3. 3. 3. Dělení bolesti podle místa vzniku

Podle hlavního místa, odkud bolest vychází:

- somatická zevní, podnět vychází z kůže
- somatická vnitřní, podnět vychází ze svalů, kloubů, kostí, pojiva
- viscerální (útrobní) bolest, vychází z orgánů dutiny břišní a hrudní (Sestra, 2000)

3. 4. Loeserův konceptuální model bolesti základem multidisciplinárního přístupu

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Neradilek, 2006

Ve srovnání s akutní bolestí, která jako výsledek základního patologického procesu s hojením při efektivní terapii slábne, až posléze zmizí, chronická bolest přetrvává jeho zvyklý časový průběh, pokud není důsledkem chronického onemocnění. Na rozdíl od bolesti při akutním onemocnění je hůře lokalizovatelná, hluboká, tupá a trvalá. Může být přítomna i v době zhojení původního onemocnění, mnohdy se vyskytuje bez prokazatelného patologického podkladu. Celkovému obrazu dominuje změna chování nemocného, který je depresivní, podrážděný, unavený, zesláblý a cítí se chronickým invalidou.

Dlouholeté klinické zkušenosti ukazují jako nejvhodnější racionální východisko zmíněného přístupu konceptuální model bolesti, který vytvořil americký neurochirurg Loeser (1982). Integruje v něm 4 základní komponenty bolestivého zážitku, které je třeba komplexně zhodnotit a podrobit intervenci: nocicepci, bolest jako sensorický vjem, psychickou reakci na bolest (utrpení) a bolestivé chování.

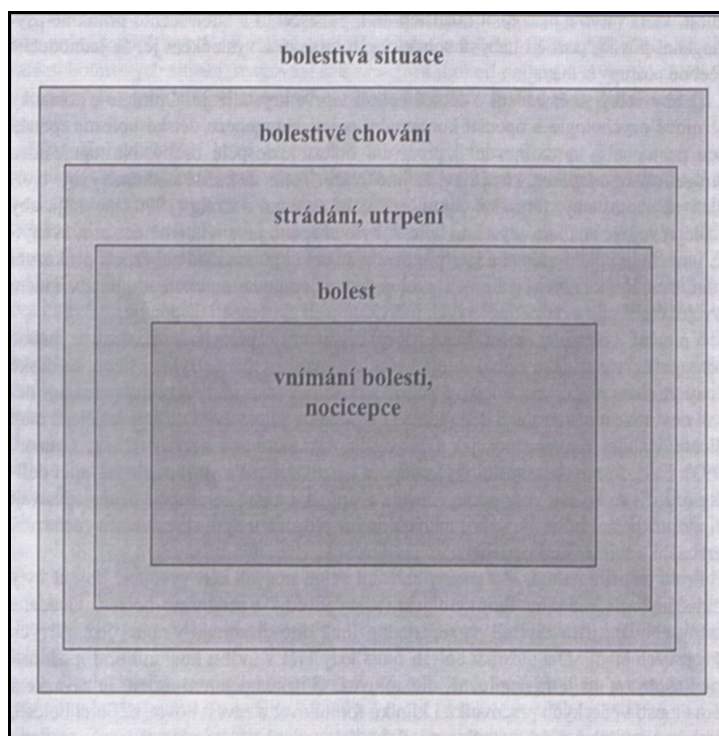
Podkladem sensorického vjemu bolesti je nocicepce – veškeré podněty vyvolané aktivací nocisenzorů. Reflexí nocicepce ve vědomí je bolest jako vlastní sensorický vjem. Záhada bolesti podle Melzacka (1978) spočívá v tom, že nocicepce nemusí nutně vyvolávat bolest a naopak, že bolest může být přítomna i bez aktivace nocisenzorů. To tehdy, když je výsledkem poškození nervových struktur – neurogenní (neuropatická) bolest.

Na dalším stupni konceptuálního modelu stojí psychická reakce na bolest – utrpení. Je třeba vědět, že celková intenzita bolesti je tvořena složkou sensorickou a afektivní. Úspěšné ovlivnění afektivní komponenty snižuje celkovou intenzitu vnímané bolesti. Konceptuální model lze považovat za jakousi kaskádu, ve které je průtok mezi některými stupni (bolest – utrpení) možný oběma směry. Utrpení může být způsobeno jakoukoliv negativní emocí. Nemocný se chová, jako by měl bolest. Obranné držení ve stresu se zvýšeným napětím posturálního svalstva může vyvolat funkční poruchy v pohybovém ústrojí s projevy primární i sekundární hyperalgie a vznikem sensorického vjemu bolesti.

Posledním stupněm je porucha chování – bolestivé chování. Lze je považovat za objektivně pozorovatelný a kvantifikovatelný projev bolesti. Bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, kulhání, zaujímání různých úlevových poloh, ale také návštěvy lékaře, nákupy léků, zdravotnických přístrojů a literatury, snahy o přiznání odškodnění či důchodu apod. jsou

uváděny mezi projevy a formy bolestivého chování. Smyslem tohoto chování je velmi často snaha přimět okolí, aby vzalo na vědomí, že nemocný má bolest, že trpí. Jedná se o projev maladaptace. Jako každé jiné chování podléhá vlivům okolí a zákonům učení. Z toho plyne možnost takové chování léčebně ovlivnit kognitivně-behaviorálními metodami. Znalost projevů a dynamiky bolestivého chování nám umožňuje pochopit trvání bolesti v situacích, kdy již původní příčina nemusí být přítomná, ale existují důvody, pro upevnění bolestivého chování, které je třeba objasnit. Měli bychom se vyhýbat jakýmkoliv morálním soudům o nemocném, neboť jeho chování je v naprosté většině případů nevědomé. Vychází z pocíťované potřeby uchovat si „roli nemocného“, která má v podstatě ochrannou funkci. Bolestivé chování jako klinický projev bolesti je třeba považovat za mimořádně významný přínos k pochopení bolesti.

Tolik původní konceptuální model Loesera. Podle Mareše je však tento model založen ryze somaticky, je proto třeba ho doplnit ještě o jednu, pátou oblast. Touto oblastí je bolestivá situace. Jde o soubor specifických charakteristik materiálního prostředí, psychosociální atmosféry té situace, v níž se člověk se svou bolestí ocitá, lidského vnímání a interpretování této situace (Mareš, 1997).



Obr. 1 – Konceptuální model bolesti (Mareš, 1997, modifikovaně podle Loeser, Cousins 1991)

4. PSYCHOSOMATIKA BOLESTI

V této části se zaměříme na problém chronické bolesti z pohledu psychosomatiky a kvality života nemocného. Zmíníme úlohu úzkosti, strachu a naděje v prožívání a zvládání chronické bolesti.

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Raudenská, 2004, 2006.

Celkový zážitek chronické bolesti se projevuje ve složce somatické, emoční, kognitivní a behaviorální, které se navzájem mohou ovlivňovat.

Typického pacienta s chronickou bolestí to bolí většinou na více místech, přichází s bolestí hlavy, zad, dolních končetin a s minimální úlevou přes veškerou lékařskou péči. Je omezen v aktivitě pracovní i sociální, emočně tento stav způsobuje iracionální vyhodnocení nemoci a bolesti, způsobuje negativní sebepojetí i pohled na budoucnost, pocity beznaděje, bezmocnosti a cestou bludného kruhu se zhoršují příznaky samotné bolesti.

Bolest se projevuje ve složce somatické intenzitou, lokalizací, typem, nespavostí, ztrátou chuti k jídlu, potížemi s hmotností, ztrátou libida, poklesem energie, zvýšenou únavou, snížením výkonu a nesoustředěností. Emoční složku bolesti charakterizuje vztek, strach, úzkost, smutná nálada a pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Kognitivní složku zahrnují představy o vzniku a udržování bolesti, očekávání léčby, pocity viny, subjektivní pocity vlastní výkonnosti a užití zvládacích strategií. Behaviorální složka představuje bolestivé chování, které zahrnuje snížení aktivity nebo úplné vyhýbání se aktivitě kvůli bolestem, zaujímání určitých fyzických postojů, svalovou tenzi, ochranu bolestivých částí těla, nadužívání léků a opakované vyhledávání lékařské péče.

Alterace psychického stavu u pacientů s chronickou bolestí je stále velmi často spojována s konceptem „psychogenní bolesti“, který se v klinické praxi užívá v případě, že u pacienta nebyla shledána somatická příčina bolesti. Je důležité soustředit se na vztah mezi utrpením a bolestí: bolest většinou vede k utrpení, ale i utrpení skrze somatizaci může vytvářet bolest. V celostním pojetí chronické bolesti je emoční složka v různé míře vždy obsažena a pro pacienta může být poškození sociální a psychické v důsledku bolestivé zkušenosti stejně obtížné jako poškození somatické.

Pacienti s psychosomatickým onemocněním nebývají přístupní psychologickým postupům v léčbě chronické bolesti. Vycházejí z přesvědčení o závažnosti somatických obtíží,

domnívají se, že léčba biologicky zaměřená je obtíží zbaví a tím se vyléčí. Často trvá velmi dlouho, než pacient sám akceptuje podíl psychosociálních aspektů ve vývoji a udržování chronické bolesti, ale i potom může význam psychosociálních faktorů bagatelizovat a nedokáže vedle somatické léčby akceptovat význam psychosociálních intervencí. Psychosomatický pacient mívá často problém v komunikaci, z reakce pacienta na návrh řešení jeho problému je možno usuzovat na způsob jeho běžné interpersonální komunikace. U psychosomatických pacientů se doporučuje psychologické vyšetření k návrhu vhodné psychoterapie. Celostní léčba potom obvykle probíhá na úrovni somatické, psychoterapeutické a psychofarmakologické. Zaměřuje se na změnu životního stylu, změnu bolestivého chování, zlepšení schopnosti zvládat stres a relaxovat. Tak je možné u pacientů s chronickou bolestí, depresí, úzkostí, bolestivým chováním a iracionálním myšlením ovlivnit i somatické příznaky chronické bolesti.

4. 1. Úzkost

Úzkost je druh emoce orientovaný do budoucna, pro níž je typické negativní zabarvení a anticipace neurčitého nebezpečí provázená obavami z možného ohrožení jedince. Navozuje zvýšenou bdělost a somatickou tenzi (např. svalové napětí). Úzkost nutí ke zvýšenému sledování okolí i sebe sama, což usnadňuje senzoryckou receptivitu.

Tváří v tvář bolestivé chorobě je většina lidí vylekaná. Při konfrontaci s takovou příhodou bývají lidé se sklonem k ustaranosti úzkostí přímo zahlceni. Úzkost dokáže vnímání bolesti umocnit. Pacient v bolestech občas ztrácí sebeúctu; informace mu pomáhají situaci lépe pochopit. Podstatou je, že pokud člověk lépe chápe co ho čeká, sníží toto pochopení jeho úzkost a tudíž i jeho bolest. Je ovšem důležité vědět něco o tom, jak pacient nahlíží svou normální hladinu úzkosti. Středně úzkostlivý člověk se může trochu „trápit“, což mu většinou pomáhá vybudovat si psychologickou obranu proti stresu; lidé s příliš vysokou nebo příliš nízkou hladinou úzkosti bývají proto v nevýhodě. Příliš úzkostlivý jedinec většinou dokáže velmi těžko vyburcovat vnitřní sílu, která by mu pomohla si nějak poradit. Naopak příliš klidného člověka může nepříjemně překvapit, že nedokáže stresu a bolesti uniknout. Pacientům často pomáhá sebeléčení – dává jim pocit, že mají situaci ve svých rukou (Soafer, 1997).

4. 2. Strach z bolesti

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Mareš, 2002.

Strach je bezprostřední poplachová reakce na přítomné ohrožení; hlavním impulsem je uniknout a typickým důsledkem je prudký nástup rozrušení. Strach mobilizuje organismus k akci a jedinec odpovídá na ohrožení reakcemi typu uteč, nebo zaútoč.

Pro problém strachu z bolesti jsou klíčové čtyři aspekty bolesti:

- emoční nepříjemnost;
- jistá vázanost bolesti na zkušenosti a zážitky;
- snaha vyhnout se bolesti vede ke specifickému vyhýbavému chování, které má tendenci se zpevňovat;
- zážitky bolesti vyvolávají selektivní (hypersenzitivní) vnímání těch informací o nemoci a chystaných výkonech, které souvisejí s bolestí.

Sám pojem strach není jednoduchou entitou, liší se intenzitou i obsahem. Proto odborníci rozlišují normální strach a strach vybočující z normy – fobii.

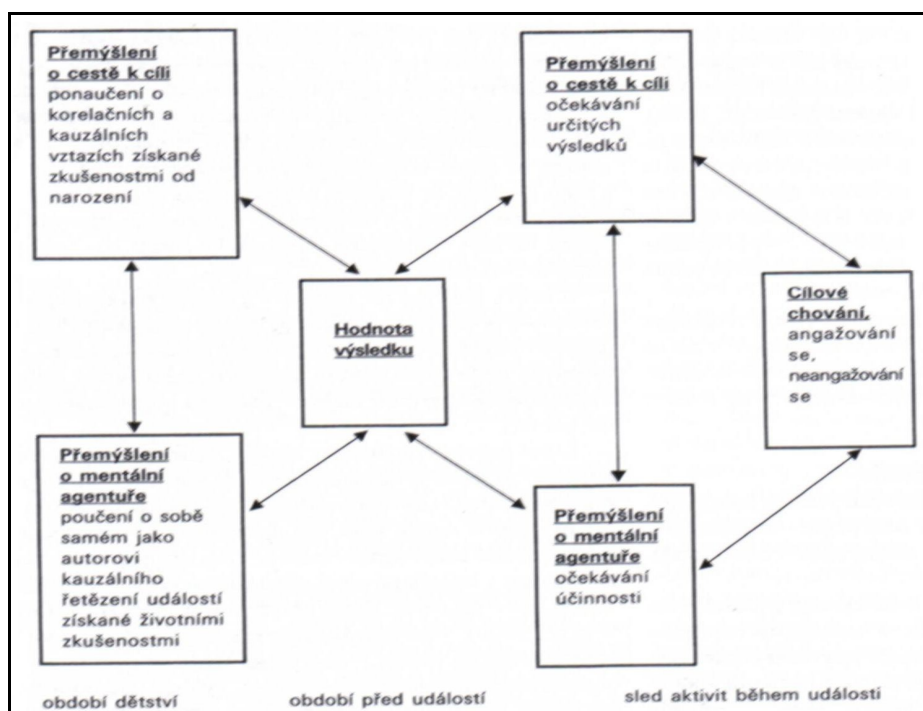
Normální strach je charakterizován jako normální reakce jedince na ohrožení, které je buď reálné, nebo si jedinec nebezpečí pouze představuje. Tento strach je integrální a adaptivní složkou vývoje jedince. Patří mezi základní lidské emoce a jeho funkcí je chránit jedince před riziky a umožnit mu přežít. Výzkumy normálního strachu konstatovaly, že výsledky závisejí mj. na osobě, která strach hodnotí, typu použité metody, způsobu odpovídání, kulturních a etnických zvláštnotech jedinců. Strach z bolesti je částečně determinován zvláštnotmi osobnosti pacienta, jeho věkem (zejména v dětství a dospívání) a pohlavím. Z medicínského hlediska představuje strach z bolesti nejvážnější problém u chronické a rekurentní bolesti. V současné době lze strach z bolesti uspokojuvě diagnostikovat, chybí však dostatek výzkumných dat o strachu z bolesti ve vztahu k typům bolesti, typům lidí, typům zdravotnických aj. situací, typům nemocí. Málo víme o prevenci strachu z bolesti a nejvhodnějších intervenčních postupech, když už se strach objevuje.

Vystupňovanou podobou strachu je fobie. Fobie představuje intenzivní, až chorobný strach provázený úzkostí. Jedinec prožívá mimořádné rozrušení. Své negativní emoce obvykle nedokáže racionálně vysvětlit. Fobie se navzájem liší jak svou intenzitou, tak především předmětem. Mezi fobiami se vyskytují i fobie, svědčící o chorobném strachu z bolesti obecně (algorfobie, odynofobie) nebo bolesti ve specifických situacích: strach ze stomatologického

ošetření, strach z pohybu, který by mohl vyvolat bolest či traumatické poškození organismu. Odborníci hledají jejich původ v raném dětství; v nepříjemných zážitcích spojených s nemocí, úrazem, zdravotnickými zákroky, v nevhodném reagování rodičů, zdravotnického personálu a jiných osob na dítě.

Bolest sama anebo strach z možné bolesti vedou jedince k tomu, že se jí snaží předejít. Volí proto vyhýbavé chování. Můžeme ho charakterizovat jako soubor různých druhů chování, které se snaží a) momentálně pozdržet, oddálit, b) přesunout na jinou dobu, c) vůbec eliminovat situace či zážitky, které jsou pro daného jedince nepříjemné, nežádoucí, ohrožující. Vyhýbavé chování často přetrvává i poté, co poškození organismu bylo odstraněno, vyléčeno. Pak je toto chování klasifikováno jako maladaptivní.

Pro ilustraci tento výklad doplňujeme obrázkem modelu strachu, který ilustruje všechny momenty vedoucí k maladaptivnímu chování. V tomto modelu je klíčovým okamžikem to, jak jedinec zažívanou bolest hodnotí. Zde je vytvořen prostor pro zdravotníky, aby profesionálním přístupem a multidisciplinární spoluprací pomohli obtíže řešit a překonat, tím by pomohli odstranit pacientův strach z bolesti a výsledkem by byl návrat k normálu.



Obr. 2 – Model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti (Mareš, 2002)

4. 3. Naděje

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Mareš, 2001.

Jedním z moderátorů bolesti může být naděje, či naopak beznaděj, kterou pacient spojuje s léčbou své bolesti a s dalším vývojem nemoci. A jsou to právě zdravotníci (lékaři i sestry), kteří mohou svým chováním a komunikací s pacientem ovlivňovat jeho naději, či beznaděj, tedy ovlivňovat i jeho zvládnání bolesti.

Každý člověk je během svého života vystaven různým typům zátěží. Mezi velmi specifické druhy zátěže patří právě bolest. Zejména bolest chronická a rekurentní (podle svého průběhu v čase), bolest onkologická (podle své etiologie) a bolest psychická (podle oblasti, kterou zasahuje). Tyto a další bolesti navozují negativní emoce a způsobují utrpení dětí, dospívajících i dospělých.

Člověk zažívající intenzivní a dlouhotrvající bolest trpí. Tato bolest mu znemožňuje vykonávat v plném rozsahu běžné životní aktivity, tedy ztrácí určité životní cíle. Bolest navíc modifikuje, či dokonce komplikuje jedincovo uvažování, myšlení.

Přesto se však můžeme setkat s pacienty, kteří – navzdory svému bolestem a navzdory svému závažnému stavu – jsou psychicky vyrovnání, netrpí, neprojevují známky bolesti nebo svou bolest obdivuhodně snášejí. Říkají a svým chováním to i dosvědčují, že je posiluje naděje, že mají naději. Jde o jev, který stojí na opačném pólu od jevů typu deprese, beznaděje, zoufalství, jevů, jež můžeme pozorovat u jejich spolupacientů se stejnou diagnózou, se stejnou fází nemoci.

Holandské zkušenosti s extrémními případy pacientů ukazují, že žádosti pacientů o možnost sebevraždy za asistence lékaře nejsou motivovány nesnesitelnou bolestí (pouze 5% osob uvádí jako důvod bolest), ale primárně ztrátou životních perspektiv – beznadějí.

Definování pojmu naděje :

Zdravý rozum charakterizuje naději jako jisté očekávání, nebo dokonce vnitřní přesvědčení o tom, že budoucnost bude lepší než současnost. Na základě přemýšlení člověk dospívá k názoru, že ze všech možných variant budoucího vývoje událostí nastane spíše ta pozitivní. Pokud uvažuje o budoucnosti, prosazuje se v jeho úvahách „princip radosti, potěšení“. Tedy: naděje, jako výsledek a dále doufání jako děj, proces se vyznačuje dvěma aspekty – kognitivním a emocionálním.

5. VÝSKYT CHRONICKÉ BOLESTI V POPULACI ČESKÉ REPUBLIKY

Ačkoli je bolest obecně považována za významný společenský a ekonomický problém, epidemiologické studie sledující prevalenci bolesti a faktory, kterými lze její výskyt ovlivnit, se začínají objevovat až v posledních letech. Bolest je nejčastější příčinou, proč lidé vyhledávají lékařskou pomoc, osoby s chronickou bolestí využívají zdravotnických služeb až pětkrát častěji než zbytek populace (Von Korff et al., 1990 a 1991; Einsenberg et al., 2001). Bolest tak přestává být individuální záležitostí a stává se sociálním jevem (Málek, 2003).

Podle provedené pilotní studie výskytu bolesti v populaci České republiky (Málek, Příkazský, Dáňová, Kurzová, Kozák, Lengálová, *časopis Bolest*, 2/2003) předběžné výsledky potvrzují téměř 20% prevalenci chronické bolesti v populaci se vzrůstajícím zastoupením ve vyšších věkových kategoriích. Jako hlavní zdroj jsou uváděny bolesti zad, hlavy a kloubů. Překvapením pro autory této pilotní studie bylo poměrně vysoké procento výskytu bolesti při menstruaci, které není v jiné literatuře uváděno. Přesto, i když většina respondentů uvádí spokojenost s dostupností a kvalitou lékařské péče, efekt terapie je spíše průměrný a většina postižených nevěří v možnost zlepšení. V tomto hodnocení zjistili téměř rovnoměrně stoupající trend zvyšujícího se podílu osob s chronickou bolestí v závislosti na věku. Výskyt bolesti podle zaměstnání nejevil významné odlišnosti. Ve srovnání se zaměstnanci nebyl rozdílný ani u soukromníků, starobních důchodců, invalidních důchodců ani nezaměstnaných. Obdobně se výskyt bolesti nelišil v gradaci vzdělání. Ani v kategoriích rodinného stavu, hodnocení finanční situace, podmínek bydlení ani bydlení s někým ve stejném bytě nezaznamenali rozdíly výskytu bolesti. Dokonce ani u zdravotního rizika kouření a požívání alkoholu nezjistili souhlasně stoupající gradient frekvence bolesti v závislosti na zvyšování množství cigaret nebo alkoholu.

Podle šetření v rámci projektu ALGOS (podle Příkazský, et al., 2004) , který sledoval výskyt chronické bolesti v populaci České republiky u respondentů starších 18let, existuje trend zvyšujícího se podílu osob s chronickou bolestí v závislosti na věku. Významné zvýšení výskytu chronických bolestí je kolem 40 roku věku a potom znovu kolem 70 roku věku.

Podle této studie se chronická bolest vyskytuje průměrně u 13,5% obyvatelstva staršího 18 let, ve věkové skupině nad 80 let u 40% mužů a 45% žen (Málek, 2007).

Braivik a kolektiv provedl v roce 2005 velkoplošný telefonní výzkum, který zjišťoval výskyt, závažnost, léčbu a důsledky chronické bolesti v patnácti evropských zemích a v

Izraeli. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že se chronická bolest střední a vysoké intenzity vyskytuje u 19% Evropanů a že závažně ovlivňuje kvalitu jejich sociálního a pracovního života. Ačkoli byly mezi 16 zeměmi rozdíly patrné, zdokumentovali, že chronická bolest je v Evropě velkým problémem zdravotní péče, který je potřeba brát vážně.

6. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ CHRONICKÉ BOLESTI

Reakce na bolest je ovlivněna mnoha faktory, je odlišná u každého jedince, dokonce se liší u stejného jedince v různou dobu a v různých situacích. A tyto faktory v různé míře ovlivňují reakce člověka na bolest.

Somatické – věk, pohlaví, diagnóza, fyziologie bolesti, další zdravotní defekty a tělesná postižení

Psychologické – v psychologické rovině je podstatné, jaký význam člověk své bolesti přikládá. To závisí na mnoha okolnostech, jako jsou struktura osobnosti, míra kontroly, kognitivní faktory, emoční labilita – stabilita, nálada, stres, úzkost, strach z bolesti, naděje, zkušenost s bolestí v dětství, odolnost proti zátěži, přítomnost psychických poruch.

Sociální – kultura ze které člověk pochází, výchova, sociálně ekonomické podmínky, vzdělání nemocného i jeho rodiny, zaměstnání, sociální opora, sociální izolace, vliv úzkostných partnerů, sociální očekávání (mýty o bolesti). Příslušníci některých etnik, ale i jednotlivci v našich kulturách si přejí být s bolestí osamoceni, jiní potřebují podporu a porozumění blízkých osob. Přítomnost blízké osoby, sociální opora usnadňuje snášení bolesti jak u dětí, tak u dospělých lidí.

Životní prostředí - chlad, teplo, ultračervené a ultrafialové záření

(Trachtová, 2001; Raudenská, 2000).

7. SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY CHRONICKÉ BOLESTI

Chronická bolest mění sociální pozici nemocného, který většinou ztrácí svoji profesionální roli, uspokojení a prestiž. Sociální procesy mají podstatný vliv na vznik naučeného bolestivého chování.

Pacient vnímá a hodnotí blízké lidi, například členy rodiny, spolupracovníky, přátele nebo zdravotníky. Blízcí lidé vzbuzují pacientovy emoce a ovlivňují jeho chování. Podobné reakce vyvolává u druhých osob i pacient. Mezi pacientem a druhými osobami probíhá mezosobní komunikace. Tato komunikace zprostředkovává sociální učení a sociální coping. Oba procesy probíhají prostřednictvím zpětných vazeb, kterými druzí ovlivňují psychické procesy a chování pacienta. Výsledkem sociálního učení je relativně trvalá změna názorů, postojů, nebo chování (Zavadilová, Knotek, 2006).

Sociální důsledky chronické bolesti se v podstatě projevují ve třech oblastech:

Zaměstnání: bolest často znemožňuje postiženému vykonávat v plném rozsahu dosavadní činnosti ve své profesi, vede i ke změně či ztrátě zaměstnání. Staví dotyčného do situace, kdy se musí naučit zvládat nové problémy, osvojovat si nové zkušenosti. To vše může být zdrojem nejistoty, stresu a vést až k snížení sebeúcty, frustraci, depresivním stavům.

Rodina: chronická bolest může způsobit narušení vztahů v rodině, mezi partnery. Nemocný se nemůže účastnit na domácích pracích tak, jak si by si on, i jeho rodina, představoval. Mění se vztahy vůči dětem, mezi partnery může vzniknout nesoulad v sexuální sféře života. Změny v rodinných vztazích působí v obou směrech. Mohou vést jak ke zlepšování vztahů, tak i k jejich zhoršování.

Trávení volného času: dlouhotrvající bolest, únava a snížená fyzická kondice může omezit nebo dokonce znemožnit další činnosti v různých společenských, sportovních a dalších organizacích. Nemocní přestanou provozovat své zájmy, koníčky, návštěvy. Nedostatek těchto aktivit pak vede k sociální izolaci, frustraci až depresím (Bártlová, 1996).

Podle pilotní studie výskytu bolesti v populaci České republiky (Málek, Příkazský, Dáňová, Kurzová, Kozák, Lengálová, 2003), v části zaměřené na význam bolesti pro život postižených se ukazuje, že společně se zvyšujícím se vlivem bolesti na rodinný život se zvyšoval i její vliv na pracovní život. Více je tedy postižený soukromý život než profesionální.

8. ADAPTACE NA CHRONICKOU BOLEST

V tomto oddíle budeme mluvit o bolesti jako o součásti lidského života, která nikdy úplně nevymizí z našeho života, a proto je důležité se naučit ji účinně zvládat.

Součástí života dospělého člověka jsou i nepříznivé události: nemoci, úrazy, složité mezilidské konflikty, ba i úmrtí někoho z blízkých. Člověk se snaží s nimi vypořádat a okolí předpokládá, že – alespoň na přechodnou dobu – bude mít taková událost negativní dopady na jeho psychiku. Jedná-li se o závažnou událost, určité trauma, očekává dokonce, že se může objevit posttraumatický stresový syndrom.

Ve skutečnosti je to mnohem složitější. Závažná životní událost, trauma, nemívá jen krátkodobé a střednědobé dopady. A nemusí jít výhradně jen o negativní dopady. S odstupem času se mohou v některých případech objevit (buď souběžně nebo následně) i pozitivní dopady. Jádrem tohoto tvrzení je myšlenka, že vyšší kvalita života nepřichází sama, bez vynaložení úsilí. Ke kvalitnímu životu se musí člověk propracovat překonáváním obtíží, v některých případech se k němu musí dokonce i protrpět (Mareš a kolektiv, 2007).

Chronická bolest je víc než pouhé ohrožení fyzické integrity a příčina obtíží při obstarávání životních nezbytností, úkolů a povinností běžného života. Chronická bolest je ohrožení vnímání sebe a postoje k sobě a ohrožení vlastní identity: Pojetí „kdo jsem a „co si přeji být“ se mění na „co ještě mohu“. Vzrůstá rozdíl mezi pojetím sebe a pozorovaným já. Výsledkem je narušený obraz sebe a zpochybnění sobě přisuzovaných vlastností – „nejsem to já“.

Psychologické parametry adaptace lze vymezit na úrovni osobnosti a chování. Adaptace znamená změny v kognitivních procesech pacienta. Na úrovni osobnosti se projevuje pokles adaptace generalizovaným afektivním diskomfortem – utrpením a kognitivními změnami. U pacienta dochází ke změně percepce sebe, k omezení obvyklého způsobu života a sociálních vztahů, ke změně tolerance vůči bolesti, zejména při vystavení další zátěži.

Neadekvátní percepce sebe a hodnocení vlastního zdraví se tak postupně mění na neadekvátní bolestivé chování. Příkladem neadaptivní změny chování následkem bolesti je naučené bolestivé chování motivované udržením invalidního důchodu, nechutí pracovat, vymáháním ohledů nebo předpisů návykového léku.

Změny názorů, postojů a sociální percepce patří k základu prevence i racionální a kognitivně behaviorální terapie naučeného bolestivého chování (Zavadilová, Knotek, 2006).

8. 1. Utrpení a bolest jako přirozená součást lidské existence

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Šimek, 2006.

Lidské tělo je vysoce složitý systém, který čím více poznáváme, tím více nezodpovězených otázek před nás staví. Duše člověka představuje také souhrn neobyčejně složitých funkcí, a když si připustíme, jak komplikovaný systém sociálních vztahů lidé vytvářejí, měli bychom si být schopni připustit, že je vlastně obdivuhodné, když to vše funguje dobře, v uspokojivé jednotě.

Lidský život vždy byl, je a bude spojen s nejrůznějším trápením. Utrpení není pouze nežádoucím doprovodem nejrůznějších nemocí, ale je neodmyslitelnou součástí lidské existence. Proto je namístě otázka, jakým způsobem je lidmi v různých dobách utrpení přijímáno a jaká role je mu přisuzována.

Utrpení připomíná člověku zranitelnost jeho existence a volá jej k zodpovědnému rozvrhování jeho života. Je příčinou moudrých životních postojů. Vyvolává mezilidskou solidaritu, protože trpící člověk si často nemůže pomoci sám, zato druzí pomoci mohou a také sdílené utrpení se snáze snáší. Proto empatická pomoc utužuje přátelství a vede k humanitě jak trpícího člověka, tak i těch, kdo se snaží pomoci.

Zdravý člověk vidí své zdraví jako samozřejmou součást svého života. Teprve, když onemocní, objeví jinou perspektivu – perspektivu člověka toužícího po zdraví jako po něčem, co není samozřejmé. Trápení dává našemu porozumění novou dimenzi.

V dnešní době lidé často považují trápení za něco, co do lidského života nepatří. Svě trápení vnímají jako osudovou nespravedlnost, velmi obtížně se s ním smiřují a hledají co nejrychlejší cestu ven. Pokud se únik nedaří, mají tendenci někoho obvinít ze svého neštěstí. Jako viníci lidského trápení jsou pak často obviňováni zdravotníci, zvláště tam, kde je utrpení spojeno s neléčitelnou nemocí. Neochota přijmout jakékoliv utrpení stojí také za mnohým voláním po legalizaci eutanázie a představuje tu méně přijatelnou motivaci.

Bolest může být i nástrojem komunikace. Většinou jde o nástroj velice účinný. V naší civilizaci nelze přikázat člověku, aby dělal něco, co mu způsobuje bolest. Tak se bolest může za určitých situací stát i nástrojem citového či jiného vydírání. Využívání, či někdy dokonce zneužívání bolesti v komunikaci je obvykle bezděčné, nevědomé. Bolest se stává komunikačním nástrojem záměrně, spíše ze zvyku a z nedostatku jiných možností, tedy svým způsobem ze zoufalství.

Pokud se týká bolesti, můžeme na základě výše popsaných zkušeností obohatit naše porozumění roli bolesti ještě o další rozměry. Bolest má jistě svou signální roli. Akutní bolest je signálem, že byly poškozeny tkáně, nebo upozorněním na riziko vážné poruchy. Bolest chronická především volá člověka ke změně životního stylu. Když se příslušnými léčebnými opatřeními nepodařilo akutní bolest zcela zlikvidovat, jde buď o chronickou poruchu, nebo nemocný člověk dělá něco špatně a měl by to změnit. Tyto dvě možnosti se navzájem nevylučují, chronická porucha bývá často udržována nevhodnými životními návyky. Co často chybí, je ochota přiznat i této bolesti její vlastní poslání. Neztížitelná bolest je zkouškou nejen pro trpícího nemocného, ale i pro jeho okolí. Nemocný se učí trpělivosti a pro lidi v jeho okolí je to výzva k solidaritě, k starosti a pomoci. Lze věřit, že člověk otevřený všem možným významům bolesti bude aktivnější a vynalézavější při hledání cesty ke snížení utrpení.

Při diskuzi pozitivních stránek utrpení nelze nezmínit Franklovu logoterapii (Frankl, 1996), který problém smyslu v lidském životě a v medicíně znovu otevřel. Čerpal ze svých zkušeností z mezní situace dlouhodobé ztráty lidské důstojnosti při pobytu v koncentračním táboře. Ukázal, že nejen účinná léčba, ale i nalezení smyslu života tam, kde léčba není možná, může nemocnému přinést podstatnou úlevu.

Krutá, obtížně ztížitelná bolest přináší všem zúčastněným mnoho problémů. Nejde-li jinak, může zdravotník v duchu Franklovy logoterapie alespoň položit otázku smyslu snášení takové bolesti.

8. 2. Posttraumatický rozvoj

Výklad v tomto oddíle je založen na práci Mareš a kol., 2007.

Jedná se o relativně novou výzkumnou oblast, která se zajímá především o pozitivní dopady negativních událostí. Posttraumatický rozvoj bývá definován jako významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít své vnější projevy ve změně jedincova chování. Přitom „rozvojem“ se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života. Rozvoj v tomto pojetí může mít dvě podoby. Jednak procesu, děje, ale i jeho pozitivního výsledku, který se může dostavit až s delším časovým odstupem. Dalším důležitým pojmem je trauma. Není chápáno v přesně medicínském smyslu, ale ve významu mnohem širším. Výraz trauma je používán k popsání okolností, které jsou pro jedince významnou výzvou nebo závažným způsobem narušují jeho dosavadní svět.

Má-li u jedince nastat změna, musí prodělat relativně závažné trauma. Příliš těžká událost, ani příliš „drobná“ událost nenavodí změnu k lepšímu. Kritériem závažnosti traumatu pro daného člověka je stupeň, od kterého se události stávají právě pro něj událostmi „seizmickými“, tj. naruší jeho dosavadní život.

Posttraumatický rozvoj ovšem závisí na jedincově mentální aktivitě, nepřichází automaticky. Jedinec musí to, co zažil, promýšlet, analyzovat, hledat řešení. Musí objevit smysl v tom, co se přihodilo. Musí hledat „srozumitelnost“ a „smysluplnost“ vážné události. Hodnocení celé situace a sebe sama neprobíhá jen okamžitě, během traumatické události. Vyžaduje delší čas a jistý odstup. Pak teprve nastupuje hlubší přemítání, pak dochází k transformaci osobnosti. Badatelé říkají, že výsledkem takového úsilí je připravenost jedince zvládat další zátěžové situace v budoucnu. Utváří se jedincova schopnost transformovat svůj dosavadní svět nebo schémata svého jednání, buduje se jeho rezistentnost vůči dalším traumatům.

9. LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI

V tomto oddíle uvedeme pracoviště zaměřená na léčbu bolesti. Dál vyjmenujeme s stručně charakterizujeme hlavní léčebné metody a přístupy. Zmíníme nezastupitelnou úlohu sestry v léčbě bolesti.

9. 1. Pracoviště pro léčbu chronické bolesti

Aby bylo možné komplexně řešit všechny diagnostické i léčebné problémy u nemocných s bolestmi, je nutný multidisciplinární přístup. Buduje se síť pracovišť pro léčbu bolesti s různým rozsahem poskytované péče.

Péči lze rozdělit na lékařskou (poskytují ji lékaři několika odborností, nejčastěji anesteziolog, psychiatr, psycholog, neurolog, rehabilitační lékař), péči ošetrovatelskou (poskytují ji zdravotní sestry) a péči doplňkovou (je poskytována například rehabilitačním pracovníkem, duchovním). Pracoviště mají stupňovitou strukturu (centra, oddělení, poradny, ordinace), danou rozsahem poskytované péče (Neradílek, 2001).

Rozlišujeme 4 typy pracovišť:

Pracoviště IV. typu: zahrnují ambulance – samostatné ordinace bez užší spolupráce s ostatními specialisty, které se v rámci své základní odbornosti zabývají některou z metod léčení bolesti (například akupunktura, TENS, fyzikální metody).

Pracoviště III. typu: jsou to poradny / ambulance pro léčbu bolesti, často přičleněné k odbornému oddělení (ARO, neurologie). Zpravidla jsou v provozu pouze omezený počet hodin v týdnu a pravidelně spolupracují s lékaři nejméně dvou dalších oborů a také s psychologem nebo psychiatrem.

Pracoviště II. typu: má plnohodnotný multidisciplinární charakter, je součástí většího zdravotnického zařízení. Vhodnější označení je spíše „Oddělení pro léčbu bolesti“. Může být ambulantní, lůžkové nebo stacionář s denním i nočním provozem. Na diagnostice se podílejí specialisté z oborů, například anesteziologie, neurologie, rehabilitace, psychiatrie, revmatologie, ortopedie, neurochirurgie, interna, onkologie.

Pracoviště I. typu: je zakládáno při fakultní nemocnici, charakter i složení je stejné s typem II., ale má navíc za úkol pedagogickou činnost pregraduální i postgraduální a účastní se výzkumu v rámci oboru – Centrum pro léčbu bolesti (Kozák, 2000).

9. 2. Úloha sestry při léčbě chronické bolesti

Za naše mediky závidím sestřám jejich výhody, totiž, že žijí v každodenním styku s nemocnými. (Sofaer, 1997, modifikováno podle Osler, 1947)

Sestry mají lepší možnost než jiní zdravotníci vytvářet si s pacienty úzký a smysluplný vztah. To jim skýtá jedinečnou příležitost hodnotit tělesné i duševní zdraví pacientů především jako odpověď na léčbu. Tyto informace si pak mohou vzájemně předávat a zároveň je sdělovat kolegům z řad lékařů a dalším členům ošetrujícího týmu (Sofaer, 1997).

Sestra má při léčbě bolesti nezastupitelnou úlohu. Velmi důležitým krokem v léčbě bolesti je její přesné zhodnocení. Posoudit bolest lze jen velmi obtížně. Čím je sestra vzdělanější a zkušenější, tím lépe dokáže bolest, její kvalitu, úroveň i účinnost léčby zhodnotit.

Je nutné, aby sestra znala anamnézu a diagnózu nemocného a navržený způsob léčby. Sleduje pozorně nemocného, jeho reakci na bolest, odpověď na léčbu a jeho aktivitu v průběhu dne. Všechny informace zaznamenává do dokumentace a použije v plánu ošetrovatelské péče k odstranění nebo zmírnění bolesti a zjištěných skutečnostech informuje včas lékaře. Individuální přístup k nemocnému s bolestí by měl začít již při přijetí. Je důležité, aby nemocný získal pocit, že on a jeho bolest jsou v popředí zájmu. Sestra shromažďuje a zaznamenává informace po celou dobu kontaktu s nemocným.

Terapii bolesti řídí lékař. Sestra však musí znát účinky jednotlivých léků. Způsoby aplikace a pravděpodobnou délku jejich působení. Účinná léčba bolesti je možná jen při úzké spolupráci nemocného s týmem lékařů a sester.

9. 2. 1. Hodnocení bolesti

Proces hodnocení bolesti vyžaduje aktivní úsilí sestry a nezbytnou podmínkou pro toto hodnocení jsou základní vědomosti o teoretických koncepcích složitého fenoménu bolesti. Sestra, která chce poskytovat účinnou úlevu musí akceptovat rozdíly mezi jednotlivými pacienty v toleranci bolesti a ve způsobech zacházení s ní, musí umět rozpoznat „náznaky bolesti“ a posoudit míru utrpení. To není snadný úkol, dokonce i velmi zkušené sestry někdy podcení závažnost pacientových bolestí.

Ne všichni pacienti spontánně vyjadřují bolesti slovy. Pokud ano, je důležité. Aby ošetrovatelský personál jejich popis bolesti akceptoval. Jen zcela zřídka pečuje sestra o

„simulanta“; v podstatě jsou vedlejší účinky medikace nechtěné a simulantů je málo. Jestliže akceptujeme výpovědi o bolestech a věříme jim, můžeme mnohdy zamezit zbytečnému utrpení pacienta. Mnoho lidí s chronickými bolestmi se naučí ovládat vyjádření bolesti a bylo by nesprávné jim nevěřit, když si občas na bolest stěžují.

Vzhledem k individuální povaze bolesti a rozdílům v jejím vyjadřování musí sestry převzít jistou odpovědnost při stanovení, kdy má pacient bolesti. Tabulky pro hodnocení bolesti jsou jednou z možností jak tyto potíže překonat.

Hlavní výhodou písemného záznamu hodnocení bolesti je lepší možnost zmenšit trápení; takový písemný záznam totiž usnadňuje komunikaci mezi pacienty, ošetřujícím personálem a lékaři.

Bolesti hodnotíme s pacientem, nikoliv na pacientovi. To je nesmírně důležité, protože základem léčby musí být pacientovo posouzení bolesti. Sestra by neměla toto hodnocení ovlivňovat vlastní zkušeností s bolestmi nebo pozorováním z jiných situací. Při hodnocení chronických bolestí pacientům často pomáhá nákres těla, na němž mohou lokalizaci bolesti vyznačit. Zároveň tím lokalizaci dokumentujeme. Tabulka popisu bolestí bývá vhodnou pomůckou, abychom získali popis bolestí a mohli hodnotit jak se povaha a závažnost bolestí mění v čase. Tímto způsobem můžeme i vystopovat souvislosti bolestivé epizody s určitými tělesnými funkcemi nebo denní dobou či aktivitami a tak pacientovi pomoci při hledání způsobu jak se vyhnout situacím vyvolávajícím bolesti (Sofaer, 1997).

9. 2. 2. Příznaky bolesti

Bolestivé chování je způsob, kterým pacient vyjadřuje, že má bolesti, není v pořádku či trpí.

Zjevné příznaky, které mohou indikovat, že pacient trpí bolestmi jsou:

- slovní hlášení bolesti
- vokalizace, například vzdychání a nařikání
- změněná motorická aktivita (časté změny polohy, vynucená poloha, pomalé pohyby, rigidita)
- kulhání
- funkční omezení, včetně dlouhého odpočinku
- aktivity ke snížení bolesti, například užívání léků

- používání kompenzačních pomůcek, například hole, krční límec
- podrážděnost
- zaťaté zuby
- držení či podpírání části těla
- vyžadování pomoci při různých činnostech, při chůzi
- vyhýbání se tělesné aktivitě, různým činnostem a úkolům
- silné pocení, dilatace zornic, zrychlení srdeční či dechové aktivity, zvýšení krevního tlaku

(u

pacientů s chronickou bolestí však tyto reakce autonomního nervového systému nemusí být přítomny, protože tělo se bolesti postupně přizpůsobilo)

(Vše o léčbě bolesti, 2006)

9. 3. Komunikace s pacientem s chronickou bolestí

Není to jen pacient, kdo vnáší do bolestivé situace předchozí zkušenosti s bolestí poznamenané nejen jeho osobností, ale i tehdejšími chováními lidí kolem něho. Jsou to i osoby, jež o pacienta pečují. Protože i tyto osoby mají vlastní autobiografii bolesti. V některých situacích to může pacientovi pomoci, v jiných nikoliv. Sestra, která sama trpěla bolestmi, patrně projeví větší porozumění pro pacienta v bolestech než sestra bez této zkušenosti. Pacient přicházející do nemocnice, se proto často setkává s týmem zdravotníků s různými postoji a hodnotami ve vztahu k bolesti, jejímu vyjádření a zvládnutí (Sofaer, 1997).

Jedna stránka komunikace mnohdy důležitá pro klid pacientovy mysli je, aby lékaři a sestry vysvětlovali fyziologický a patofyziologický podklad bolesti a to způsobem pro pacienta srozumitelným. Pacienti mívají často nesprávnou představu o probíhajících patologických procesech a ta může být hrozivější než vlastní choroba. Pro pacientovo zvládnutí bolesti je také důležitá dobrá interakce mezi ošetřujícími a lékařským personálem (Sofaer, 1997).

Kladný vliv lékaře a sestry na tlumení bolesti má :

Compliance: harmonický vztah mezi ošetřujícím týmem a nemocným, souznění, vzájemné porozumění.

Informovanost nemocného v protipólu k negativnímu vlivu neinformovanosti a z ní plynoucí nejistotě.

Empatie: schopnost vžít se do pocitů nemocného, pochopit jeho problémy. Je zrcadlením psychického stavu nemocného.

Haptický kontakt: podání ruky, pohlazení, uchopení ruky při sledování tepu. Nemocnému sděluje, že jsme mu nablízku, že o jeho bolesti víme.

Sugestivní působení: jako přesvědčování nemocného, že o jeho bolesti víme, dále posilování sebevědomí.

Posilování vlastní aktivity: povzbuzování nemocného ze strany zdravotníků

Ochota vyslechnout: ze strany zdravotníků, lékařů. nemocný se potřebuje někomu svěřit, s někým si popovídat o svých starostech, problémech, stresech.

Akceptace: přijetí nemocného jako sobě rovného. Nemocný je partnerem, aktivně se podílí na léčbě.

Zásady jednání lékaře a sestry s nemocným s bolestí:

- nechodte kolem nemocného nevšímavě
- nebuďte hluší k jeho projevům bolesti
- sledujte neverbální projevy nemocného
- nespíchejte, když nemocný sděluje, že ho něco bolí
- nebagatelizujte slovní stížnosti nemocného
- nikdy nemocnému neříkejte „To Vás nemůže bolet.“
- nikdy neříkejte „To nic není“, když má nemocný bolesti
- nikdy neoznačujte nemocného slovy „simulant, hysterka, hypochondr“
- v jednání s nemocným nabízejte důvěru a důvěryhodnost
- vždy a všude zaujímejte empatický vztah k nemocnému
- pacienta akceptujte
- posilujte vlastní aktivitu a iniciativu nemocného v boji s bolestí
- buďte v úzkém kontaktu s pacientem

(Trachtová, 2005)

9. 4. Možnosti léčby chronické bolesti

Léčbu bolesti individuálně přizpůsobujeme každému nemocnému a zvažujeme její přínos, rizika i vedlejší účinky (Vorlíček, 1998).

Farmaka jsou hlavní metodou léčby většiny typů chronické nenádorové bolesti. K dispozici máme celou řadu možností, z nichž mnohé lze vzájemně kombinovat. Tato terapie využívá lokální anestetika, neopioidy, opioidy, epidurální i adjuvantní analgezií.

9. 4. 1. Analgetika

Jsou to léky proti bolesti, hrající důležitou roli v její léčbě. Dělíme je na:

Neopioidní analgetika (analgetika – antipyretika, nesteroidní antirevmatika), která se užívají k tlumení méně intenzivních bolestí.

Opioidní – narkotická analgetika (analgetika – anodyna), jedná se o nejúčinnější látky u krutých bolestí.

Adjuvantní látky, především psychofarmaka, antikonvulziva, kortikosteroidy, případně i inhibitory cholinesterázy, které používáme k zesílení a prodloužení analgetického účinku.

9. 4. 2. Místní anestetika

Jsou látky, vyvolávající místní znecitlivění. Používají se preparáty, které reverzibilně blokují vedení vzruchu neuronem. Terapeuticky se využívá blokáda vedení vlákny senzitivních nervů.

9. 4. 3. Diagnostické, prognostické a profylaktické nervové blokády

Diagnostické blokády mohou v mnoha případech nejen zcela odstranit bolest, ale pomoci v upřesnění diagnózy odhalením způsobu šíření bolestivého podnětu, stanovením mechanismu bolesti a určit, zda se jedná o bolest somatickou nebo sympatickou.

Epidurální blokáda - jde o tlumení bolesti pomocí epidurálně (někdy i subarachnoidálně) aplikovaných anestetik. V případě chronické bolesti jsou to indikace: postherpetická neuralgie, reflexní sympatická dystrofie, malignity, fantómové bolesti, bolesti zad nervového původu. Provádí se krční, hrudní, bederní a kaudální blokáda.

Do epidurálního prostoru lze aplikovat přípravky z těchto lékových skupin: místní anestetika, opiáty, kortikoidy.

9. 4. 4. Biostimulační techniky

K odstranění bolesti se využívá vyvolání nebolestivé parestézie. a to následujícími technikami:

- transkutánní neurostimulace používající povrchových elektrod aplikovaných na různé oblasti kůže
- periferní nervová stimulace používající implantované elektrody přímo na nervy
- periferní nervová stimulace přes subkutánně aplikované elektrody
- aplikace vibrátoru na kůži k aktivaci rychle vedoucích vláken s nízkým prahem
- stimulace zadních rohů míšních (Ševčík, 1994)

9. 4. 5. Chirurgické intervence

Pokud se zvažuje chirurgická léčba chronické nenádorové bolesti, je nutné zvážit pacientův současný stav, dlouhodobé výhody a možná rizika. Nejdůležitější proměnnou je kvalita pacientova života. Nejčastěji se provádí chordotomie a neurotomie.

Chordotomie – oddělí se jednostranně nebo oboustranně nervová vlákna v míše. Tím se zabrání transmisi nervových impulsů do mozku, tedy zablokování cesty bolesti. Protože bolest a vjem teploty se šíří stejnou cestou, vzniká po tomto zákroku porucha vnímání teploty.

Neurotomie – resekuje se jedna nebo více periferních větví kraniálních či spinálních nervů. Je to bezpečný, rychlý výkon, vyžadující pouze lokální nebo regionální anestezii. Úleva od bolesti bývá pouze dočasná, spolu se ztrátou vnímání bolesti se projeví i motorická porucha. Periferní neurotomie se provádí například jako poslední možnost léčby neuralgie trigeminu (Vše o léčbě bolesti, 2006).

9. 4. 6. Alternativní postupy

Základem těchto metod jsou většinou logické myšlenkové postupy, které se mohou zdát na první pohled cizí a podivné.

Akupunktura:

Terapeutickým cílem akupunktury je harmonizace a optimalizace toku energie po akupunkturálních drahách. Pokud je cíle dosaženo, zlepší se i klinické symptomy, v našem případě bolesti, se kterými pacient přichází. Existuje několik různých způsobů napichování akupunkturálních bodů, různá je i délka, po kterou jehla v místě bodu působí. V dnešní době lze použít elektroakupunkturu, laser, magnet, tlak, drahé kameny či instilovat do akupunkturálních bodů různá farmaka (Strouhalová, Honzák; 2006).

Ostatní metody tradiční čínské medicíny:

Léčba bylinami – již v historických dobách vznikaly herbáře a různé předpisy pro léčení.

Masáže – které vycházejí ze znalosti tradiční čínské medicíny (šia cu).

Léčebná gymnastika – soustava cviků Hra pěti zvířat, jóga.

Dechová cvičení

Koncentrace, relaxace a jiná duchovní cvičení

Stravování podle pravidel zachování rovnováhy jinu a jangu. Existují knihy s podrobným popisem jednotlivých potravin ve smyslu míry jinovosti či jangovosti (Strouhalová, Honzák; 2006).

Homeoterapie:

Klade zvláštní důraz na psychosomatickou stránku patologií (Švehla, 2000)

Placebo v léčbě bolesti:

Placebo je léčebná intervence bez specifického účinku na pacientovu nemoc nebo její symptomy, která skutečnou léčbu simuluje, ale nemá specifický účinek na příslušnou nemoc. Placebo efekt je zprostředkován nervovým systémem a jednoznačně uvolňuje endorfiny. Účinek je pouze krátkodobý, má podklad neurobiologický a psychologický. Nelze jej používat jako základní léčbu, pouze jako určitého pomocného prvku (Rokyta, 2006).

9. 4. 7. Odvádění pozornosti, představivost

Odvádět pozornost znamená zaměřit se na jiný stimul než bolest. Příklady odvádění pozornosti jsou čtení, poslouchání hudby, sledování televize, provozování zálib.

Technika využívání představivosti se liší od odvádění pozornosti v tom, že je výlučně záležitostí mysli (například si pacient vybavuje nějaké vizuální vjemy). Představivost dokáže zvýšit pacientovu toleranci bolesti a někdy i snížit její intenzitu. Nejlepších výsledků lze dosáhnout při zapojení všech smyslů (Sofaer, 1997)

9. 4. 8. Relaxační techniky

Relaxace znamená vyloučení duševního a tělesného napětí, úzkosti a stresu. Existuje několik technik, jak dosáhnout stavu relaxace – všechny vyžadují účast pacienta. Některé techniky lze kombinovat s jinými formami terapie, lze tak vytvořit program – relaxační terapie (Sofaer, 1997).

9. 4. 9. Psychoterapie

Psychoterapie je snaha po pozitivním ovlivnění zdravotního stavu a kvality života psychologickými a psychofyziologickými prostředky. Je to působení na pacienta, eventuálně také na jeho blízkou sociální skupinu (nejčastěji rodinu), psychologickými prostředky s cílem změnit chování v nejširším smyslu a homeostázu cílového objektu směrem k optimu. Nejčastěji se zaměřuje na zlepšení zdravotního stavu, a to jak čistě psychického (zmírnění úzkosti), tak stavů psychofyziologických a psychosomatických (Strouhalová, Honzák; 2006).

9. 4. 10. Rehabilitace a léčba bolesti

Mezinárodní společnost pro studium bolesti (IASP) zařazuje rehabilitaci programově jako jeden z hlavních postupů multidisciplinární léčby nemocných s chronickou bolestí.

Rehabilitace etymologicky vyjadřuje opětovné nabytí nějaké ztracené schopnosti. Ze společenského hlediska znamená rehabilitace znovunabytí určitého postavení, ztraceného nebo zpochybněného vlastním či cizím zaviněním.

Jednotlivé metody vhodné pro léčbu bolesti:

Ošetření lokálních bolestivých změn a funkčních poruch: teplo, chlad, vodoléčba, elektrický proud, trakce, fototerapie, magnetoterapie, manuální terapie.

Ovlivnění systémové poruchy vyvolávající bolestivé změny v pohybovém ústrojí: pohybová léčba, reedukace pohybových stereotypů.

Zlepšení celkové výkonnosti: pohybová léčba.

Ovlivnění reaktivní deprese: pohybová léčba, relaxační postupy, vodoléčba. (Neradilek, 2006)

9. 5. Změna životního stylu v léčbě chronické bolesti

V odborné literatuře posledních 20 let se čím dál více objevuje termín, pro který se těžko hledá adekvátní český ekvivalent. V angličtině tento termín zní – *patient self-management*.

Obsah a rozsah tohoto pojmu se postupně proměňuje. Původně znamenal v klinické psychologii klientův osobní plán. Klient se učil přesně definovat svůj problém, stanovovat si realistické cíle, používat specifické postupy ke zvládnutí problému. Časem dostal tento pojem širší obsah. Zahrnuje celé spektrum zdravotních problémů, zejména chronická onemocnění (v našem případě chronickou bolest), dále pozitivní chování pacienta, průběžné zdokonalování léčebného režimu, odbornou supervizi, která postupně ustupuje do pozadí a konečně zdokonalování pacienta samého jako odborníka na sebe sama a svou nemoc.

V podstatě tak pacient přebírá větší díl odpovědnosti za svou léčbu, pod odborným dohledem a oporou ze strany profesionálů a svého okolí nejen pasivně dodržuje předepsaný léčebný režim, nýbrž aktivně se léčí, zvládá zátěžové situace, které mu chronická bolest přináší. Monitoruje symptomy své nemoci, včas a správně rozhoduje o dalším postupu léčby a lékaře vyhledá jen v případech, kdy pozná, že úroveň jeho kompetencí a spektrum terapeutických aktivit, na nichž se s lékařem dohodli, na zvládnutí závažnějšího problému nestačí (Mareš, Hodačová, Býma, 2005).

Rozvoj dovedností sebe-managementu a sebe-účinnosti může dramaticky zlepšit funkční schopnosti pacienta a jeho schopnost vyrovnání se. Sebe-účinnost člověka znamená

odhad, posouzení jeho vlastní schopnosti uspět při dosahování určitého cíle.

Studie ukazují, že u pacienta s chronickou bolestí pochyby o jeho schopnosti bolest zvládnout, vyrovnat se s ní a fungovat s ní, přispějí k depresi a invaliditě. Když pacient získá dovednosti v těchto oblastech, zjistí, že bolest zeslábla a že je schopen zvýšit úroveň své aktivity. Tyto úspěchy pomohou částečně navrátit radost a naději, která se zdála ztracená.

Způsoby posílení sebe-účinnosti jsou například:

- přesvědčit pacienta, aby dělal věci za sebe,
- edukace pacienta o jeho stavu,
- pomoci mu porozumět jeho bolestivým pocitům,
- naučit pacienta zvládací mechanismy,
- podpořit rozvoj dovedností,
- doporučit mu setkání s pacienty s chronickou bolestí, kteří toto vše již zvládli

Rozvoj dovedností může být navozen individuálně, nebo jako část integrovaného behaviorálního edukačního programu. Pro pacienta s chronickou bolestí jsou zásadní následující dovednosti:

- psaní deníku bolesti,
- rozvrhnutí aktivit,
- naučení se relaxačním technikám,
- používání imaginace,
- používání hypnózy,
- restrukturalizace myšlenek,
- přijetí zdravějšího postoje,
- zvládnutí exacerbací a relapsů,
- efektivní komunikace,
- zdravé aktivity (včetně zdravé stravy),

Pomoci mohou také sebeprůzkumné aktivity, například kreslení autoportrétu, a definování osobních cílů. I když tyto aktivity přímo neovlivňují bolesti, mohou přispět k náhledu a k motivaci, které pacient potřebuje ke zlepšení kvality života.

Pacient potřebuje přehodnotit svůj vztah sám k sobě, své spiritualitě a smyslu života, což je důležité k provedení nutných životních změn (změna aktivit, prostředí, zaměstnání, vztahů, stanovení vhodných cílů), aby mohl žít nový a hodnotný život. (*Vše o léčbě bolesti*, 2006).

9. 6. Práva pacientů na léčbu chronické bolesti

Bolest patří k nejhorsším lidským zážitkům, často znemožňujícím realizaci jakýchkoliv hodnot a vážně narušujícím naplnění životních plánů. Proto má člověk právo na aktivní pomoc v bolesti, má právo, aby jeho bolest byla včas a odborně léčena (Deklarace IASP o právech pacientů na adekvátní léčbu bolesti).

Znění této deklarace předkládám k zamyšlení, je to návrh australských vědeckých pracovníků, jak by jsme měli přistupovat k nemocným s bolestí.

The Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's sestavili a vydali „Práva pacientů na léčbu bolesti“. Deklarace shrnuje práva pacientů do 7 zásad:

1. **Právo na uznání bolesti:** bolest je vlastní zkušenost pacienta a je různými pacienty prožívána různě.
2. **Právo na hodnocení a léčbu bolesti:** pacienti a jejich rodina hrají klíčovou roli a jsou součástí zdravotnického týmu, který o pacienta pečuje a snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti.
3. **Právo na výsledky hodnocení jejich bolesti** a na jejich základě přizpůsobovat terapii k dosažení efektivní úlevy od bolesti.
4. **Právo na péči poskytovanou profesionály** s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové). Jestliže odborník není k dispozici, měl by být pacient o této skutečnosti vhodně informován.
5. **Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti.** To musí být podporováno politicky a postupy musí být odpovídající pro používání zdravotnickými profesionály.
6. **Právo na vzdělání** v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě. To platí i pro rodinné příslušníky.
7. **Právo na vhodný plán léčby bolesti** po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.

(Šimek, 2006)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. CÍLE PRÁCE

Naše práce si klade tyto cíle: u vybraného souboru respondentů léčených v ambulanci pro léčbu chronické bolesti pro chronickou nenádorovou bolest

- zhodnotit úroveň strachu z bolesti
- zmapovat, jak dlouho trpí chronickou bolestí, jak dlouho se léčí s chronickou bolestí
- zhodnotit subjektivně vnímanou intenzitu bolesti v době před zahájením léčby v ambulanci léčby chronické bolesti a v současné době, kdy je léčí specialista
- zjistit, jakými postupy byla jejich bolest léčena v minulosti a jakými postupy jsou léčeni v současnosti
- určit oblasti života, které pacientům léčba bolesti pomohla vylepšit
- popsat pozitivní a negativní zkušenosti po dobu léčby chronické bolesti
- určit oblasti života, ve kterých je chronická bolest nejvíce zasáhla, omezila
- posoudit spokojenost pacientů s výsledky dosavadní léčby chronické bolesti

2. METODA VÝZKUMU

2.1. Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky byly získány z prostudovaných literárních pramenů (například Rokyta, 2006; Raudenská, 2004, Sofaer, 1997) a z materiálů uveřejněných v síti internetu. Poté bylo přistoupeno ke konstrukci dotazníku.

2.2. Užitá metoda a organizace šetření

K šetření byla použita dotazníková metoda. Dotazník byl vytvořen specificky pro účely tohoto šetření. Obsahuje 14 otázek, jeho plné znění je v příloze. Jeho součástí je také česká verze dotazníku strachu z bolesti – FPQ-III CZ (*Fear of Pain Questionnaire – III* Daniel W. McNeil 1998, D. Skorunka, V. Mareš, 2000), která je určena pro klinické ověření jako screeningová metoda a seznam otázek kladených respondentům formou standardizovaného rozhovoru. Dotazník strachu z bolesti a seznam otázek standardizovaného rozhovoru jsou v plném znění uvedeny v příloze.

Dotazník je poloanonymní, jsou v něm zahrnuty otázky zaměřené na pohlaví a věkové zařazení dotazovaných respondentů. Tyto dvě otázky jsou v úvodu dotazníku a nejsou číslované.

V otázkách č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 jsme zjišťovali dobu trvání chronické bolesti, intenzitu a charakter bolesti. Otázky č. 8, 11, 12, 13, 14 byly orientovány na účinnost léčby chronické bolesti a spokojenost pacientů s léčbou v ambulanci bolesti. Položky 9 a 10 porovnávaly způsob léčby před návštěvou specializovaného pracoviště se způsobem léčby v ambulanci bolesti.

Znění dotazníku bylo ověřeno v předvýzkumu. Pracovní verze dotazníku byla nejprve předložena sedmi osobám s charakteristikami cílové skupiny šetření. Zjistili jsme, že některé položky byly pro pacienty hůře srozumitelné, proto jsme se ujistili o vhodnosti vyplňování dotazníků formou osobního rozhovoru s jednotlivými respondenty. Položku č. 13, která zjišťuje oblasti jež se podařilo léčbou v ambulanci bolesti vylepšit, jsme navíc rozšířili o možnost zhoršení.

Výzkum i předvýzkum byl proveden po předchozí domluvě s vedením nemocnice, s primářem oddělení ARO, osobně projednán a schválen při zasedání etické komise této nemocnice. Písemná potvrzení souhlasu s výzkumným šetřením jsou uvedena v příloze.

Naše šetření jsme se rozhodli realizovat u pacientů navštěvujících ambulanci pro léčbu chronické bolesti pro chronickou nenádorovou bolest. Volba tohoto vzorku respondentů nebyla náhodná. Ve spolupráci s lékařem ambulance pro léčbu chronické bolesti jsme vybrali 6 diagnóz : VAS, FBSS, arthralgie, osteoporóza, bolesti hlavy, neuralgie a postupně oslovili celkem 26 respondentů, kteří splňovali předem stanovená kritéria.

Na začátku každého šetření byl každý pacient požádán o písemný souhlas, byla mu zdůrazněna jeho anonymita a byl mu vysvětlen důvod a smysl šetření. Dotazníky byly vyplňovány s každým vybraným pacientem individuálně při zajištění maximálního možného soukromí. Nabyl tedy problém s návratností dotazníků – byla 100%.

Průzkum byl proveden u 26 pacientů navštěvujících po různě dlouhou dobu ambulanci pro léčbu chronické bolesti vybrané nemocnice.

Čas potřebný k vyplnění dotazníků a vedení standardizovaného rozhovoru se pohyboval průměrně okolo šedesáti minut, neboť respondenti své odpovědi často zdůvodňovali a většinou byli rádi, že si mohou o svých zkušenostech s někým popovídat a byli i mile překvapeni našim zájmem.

3. POPIS VZORKŮ

3.1. Charakteristika souboru respondentů

Pro zařazení do výzkumu jsme si předem určili vzorek respondentů, vykazující tyto charakteristiky:

- dospělý člověk
- postižený chronickou nenádorovou bolestí
- léčba v ambulanci pro léčbu chronické bolesti v nemocnici v Jablonci nad Nisou
- diagnóza základního onemocnění těchto respondentů je VAS, FBSS, arthralgie, osteoporóza, bolesti hlavy, neuralgie
- je ochoten spolupracovat

3.2. Identifikační údaje sledovaných osob (nečíslované položky dotazníku)

1. Zastoupení respondentů podle pohlaví

Z celkového počtu 26 dotazovaných osob bylo 15 mužů a 11 žen (tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 – Zastoupení respondentů podle pohlaví

muži	15	57,7 %
ženy	11	42,3 %
celkem odpovídalo	26	100 %

2. Zastoupení respondentů podle věku

Ve věkové kategorii méně než 30 let byli 3 osoby (1 muž a 2 ženy). Do kategorie 30 – 45 let se zařadil 1 osoba (1 žena). V kategorii 46 – 60 let bylo zastoupeno 5 osob (4 muži a 1 žena). Nejvíce dotazovaných bylo ve věku 61 a více let (10 mužů a 7 žen).

Tabulka č. 2 – Zastoupení respondentů podle věku

věk/pohlaví	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	1	33,3	6,7	2	66,7	18,2	3	100	11,5
30 - 45 let	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
46 - 60 let	4	80	26,7	1	20	9,1	5	100	19,2
61 a více let	10	58,80	66,7	7	41,2	63,6	17	100	65,4
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0,3733

Accept H0

3. Zastoupení respondentů podle diagnózy

Z celkového počtu 26 respondentů bylo 5 osob s diagnózou VAS (2 muži a 3 ženy), 5 osob s diagnózou FBSS (4 muži a 1 žena), 4 osoby s arthralgií (2 muži a 2 ženy), 4 osoby s bolestmi hlavy (4 muži), 3 osoby s neuralgií (1 muž a 2 ženy) a 5 osob s osteoporózou (2 muži a 3 ženy).

Tabulka č. 3 – Zastoupení respondentů podle diagnózy

dg./pohlaví	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
VAS	2	40	13,3	3	60	27,3	5	100	19,2
FBSS	4	80	26,7	1	20	9,1	5	100	19,2
arthralgie	2	50	13,3	2	50	18,2	4	100	15,4
bolesti hlavy	4	100	26,7	0	0	0	4	100	15,4
neuralgie	1	33,3	6,7	2	66,7	18,2	3	100	11,5
osteoporóza	2	40	13,3	3	60	27,3	5	100	19,2
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0,3002

Accept H0

4. Zastoupení respondentů podle úrovně strachu z bolesti

Do kategorie podprůměrné úrovně strachu z bolesti se zařadilo 10 respondentů (6 mužů a 4 ženy). Nejvíce respondentů se zařadilo do kategorie průměrné úrovně strachu z bolesti, celkem 11 respondentů (8 mužů a 3 ženy). Nadprůměrnou úroveň strachu z bolesti jsme vyhodnotili u 5 respondentů (1 muž a 4 ženy).

Tabulka č. 4 – Zastoupení respondentů podle úrovně strachu z bolesti

pohlaví/ strach	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
podprůměrný	6	60	40	4	40	36,4	10	100	38,5
průměrný	8	72,7	53,3	3	20,3	27,3	11	100	42,3
nadprůměrný	1	20	6,7	4	80	36,4	5	100	19,2
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0,1387

Accept H0

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části uvádíme souhrnné výsledky odpovědí respondentů na jednotlivé části dotazníku. Výsledky jsou statistické údaje počítačově zpracované pomocí následujících testů: T test, Kolmogorov – Smirnov test, Mann – Whitney U test, Aspin – Welch test. Byla určena hladina významnosti a závěr. Statistické výpočty provedla RNDr. Eva Čermáková z oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

V podstatě se tento soubor respondentů dá brát jako celek, je homogenní, statisticky významně se neliší v žádných z uvedených faktorů.

1. Závislost věku na vybraných faktorech

Dle věkových skupin se statisticky významně neliší v zastoupení pohlaví, v míře strachu z bolesti, době po kterou navštěvují ambulanci bolesti, v intenzitě bolesti ani v aktuální celkové aktivitě pacientů.

Tabulka č. 5 – Závislost věku na pohlaví

věk / pohlaví	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	1	33,3	6,7	2	66,7	18,2	3	100	11,5
30 - 45 let	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
46 - 60 let	4	80	26,7	1	20	9,1	5	100	19,2
61 a více let	10	58,80	66,7	7	41,2	63,6	17	100	65,4
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0,3733 Accept HO

Tabulka č. 6 – Závislost věku na úrovni strachu z bolesti

věk/strach	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
30 - 45 let	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
46 - 60 let	4	80	40	1	20	20	5	100	33,3
61 a více let	6	75	60	2	25	40	8	100	53,3
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0,1992 Accept HO

Tabulka č. 7 – Závislost věku na délce léčby v ambulanci bolesti

věk/ot. 2	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	3	100	33,3	0	0	0	3	100	11,5
30 - 45 let	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
46 - 60 let	1	20	11,1	4	80	23,5	5	100	19,2
61 a více let	5	29,4	55,6	12	70,6	70,6	17	100	65,4
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0,0761

Accept H0

Tabulka č. 8 – Závislost věku na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

věk/ot.3A	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	0	0	0	3	100	20	3	100	11,5
30 - 45 let	0	0	0	1	100	6,7	1	100	3,8
46 - 60 let	1	20	9,1	4	80	26,7	5	100	19,2
61 a více let	10	58,8	90,9	7	41,2	46,7	17	100	65,4
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0,1190

Accept H0

Tabulka č. 9 – Závislost věku na aktuální celkové aktivitě pacienta

ot.13H/ věk	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	1	33,3	9,1	2	66,7	18,2	3	100	13,6
30 - 45 let	1	100	9,1	0	0	0	1	100	4,5
46 - 60 let	2	50	18,2	2	50	18,2	4	100	18,2
61 a více let	7	50	63,6	7	50	63,6	14	100	63,6
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0,7212

Accept H0

2. Závislost pohlaví na vybraných faktorech

Není zde statisticky významný rozdíl v délce léčby, ve vnímání intenzity bolesti ani v aktuální celkové aktivitě pacientů.

Tabulka č. 10 – Závislost pohlaví na délce léčby a ambulanci bolesti

ot. 2 / pohlaví	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
muži	5	33,3	55,6	10	66,7	58,8	15	100	57,7
ženy	4	36,4	44,4	7	63,6	41,2	11	100	42,3
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0,8725

Accept H0

Tabulka č. 11- Závislost pohlaví na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

ot. 3A / pohlaví	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
muži	6	40	54,5	9	60	60	15	100	57,7
ženy	5	45,5	45,5	6	54,5	40	11	100	42,3
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0,7809

Accept H0

Tabulka č. 12 – Závislost pohlaví na aktuální celkové aktivitě pacienta

ot. 13H/ pohlaví	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
muži	6	46,2	54,5	7	53,8	63,6	13	100	59,1
ženy	5	55,6	45,5	4	44,8	36,4	9	100	40,9
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0,6645

Accept H0

3. Závislost strachu na vybraných faktorech

Statisticky se významně neliší skupiny, které docházejí do ambulance bolesti krátkou dobu od skupin, které se léčí v ambulanci bolesti delší dobu. Úroveň strachu z bolesti nesouvisí ani s intenzitou bolesti, ani s aktuální celkovou aktivitou pacientů.

Tabulka č. 13 – Závislost strachu na pohlaví

pohlaví/ strach	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
podprůměrný	6	60	40	4	40	36,4	10	100	38,5
průměrný	8	72,7	53,3	3	20,3	27,3	11	100	42,3
nadprůměrný	1	20	6,7	4	80	36,4	5	100	19,2
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0,1387

Accept H0

Tabulka č. 14 – Závislost strachu na délce léčby v ambulanci bolesti

strach /ot.2	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
podprůměrný	2	20	22,2	8	80	47,1	10	100	38,5
průměrný	4	36,4	44,4	7	63,6	41,2	11	100	42,3
nadprůměrný	3	60	33,3	2	40	11,8	5	100	19,2
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0,3038

Accept H0

Tabulka č. 15 - Závislost strachu na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

strach/ot. 3A	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
podprůměrný	4	40	36,4	6	60	40	10	100	38,5
průměrný	5	45,5	45,5	6	54,5	40	11	100	42,3
nadprůměrný	2	40	18,2	3	60	20	5	100	19,2
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0,9620

Accept H0

Tabulka č. 16 – Závislost strachu na aktuální celkové aktivitě pacienta

ot. 13H/ strach	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
podprůměrný	4	50	36,4	4	50	36,4	8	100	36,4
průměrný	5	45,5	45,5	6	54,5	54,5	11	100	50
nadprůměrný	2	66,7	18,2	1	33,3	9,1	3	100	13,6
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0,8088

Accept H0

4. Závislost diagnózy na vybraných faktorech

Tento soubor se dá v podstatě považovat za celek, je homogenní, neliší se statisticky významně v zastoupení pohlaví, v míře strachu z bolesti, délkou léčby, intenzitou bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti ani aktuální celkovou aktivitou pacientů,

Tabulka č. 17 – Závislost diagnózy na úrovni strachu z bolesti

dg./úroveň strachu	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
VAS	1	33,3	10	2	66,7	40	3	100	20
FBSS	3	60	30	2	40	40	5	100	33,3
arthralgie	2	100	20	0	0	0	2	100	13,3
bolesti hlavy	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
neuralgie	1	50	10	1	50	20	2	100	13,3
osteoporóza	2	100	20	0	0	0	2	100	13,3
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0,5002

Accept H0

Tabulka č. 18 – Závislost diagnózy na délce léčby v ambulanci bolesti

délka léčby(ot. 2)/ dg	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
VAS	2	40	22,2	3	60	17,6	5	100	19,2
FBSS	3	60	33,3	2	40	11,8	5	100	19,2
arthralgie	2	50	22,2	2	50	11,8	4	100	15,4
bolesti hlavy	1	25	11,1	3	75	17,6	4	100	15,4
neuralgie	0	0	0	3	100	17,6	3	100	11,5
osteoporóza	1	20	11,1	4	80	23,5	5	100	19,2
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0,5309

Accept H0

Tabulka č. 19 – Závislost diagnózy na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

dg./ot. 3A	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
VAS	1	20	9,1	4	80	26,7	5	100	19,2
FBSS	2	40	18,2	3	60	20	5	100	19,2
arthralgie	1	25	9,1	3	75	20	4	100	15,4
bolesti hlavy	1	25	9,1	3	75	20	4	100	15,4
neuralgie	2	66,7	18,2	1	33,3	6,7	3	100	11,5
osteoporóza	4	80	36,4	1	20	6,7	5	100	19,2
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0,3415

Accept H0

Tabulka č. 20 – Závislost diagnózy na aktuální celkové aktivitě pacienta

dg./ot. 13H	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
VAS	2	40	18,2	3	60	27,3	5	100	22,7
FBSS	2	50	18,2	2	50	18,2	4	100	18,2
arthralgie	1	33,3	9,1	2	66,7	18,2	3	100	13,6
bolesti hlavy	1	25	9,1	3	75	27,3	4	100	18,2
neuralgie	2	100	18,2	0	0	0	2	100	9,1
osteoporóza	3	75	27,3	1	25	9,1	4	100	18,2
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0,4754

Accept H0

5. Závislost délky trvání chronické bolesti na vybraných faktorech

Závislost délky trvání chronické bolesti se statisticky významně neliší v zastoupení pohlaví, v míře strachu z bolesti, v průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti, v aktuální celkové aktivitě dotazovaných.

Statisticky se liší v délce trvání léčby v ambulanci bolesti, což je způsobeno skutečností, že u pacientů navštěvující ambulanci bolesti kratší dobu je kratší i délka trvání chronické bolesti.

Tabulka č. 21 - Závislost délky trvání chronické bolesti na pohlaví

otázka č. 1	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
1 - 3 roky	5	50	33.3	5	50	45.5	10	100	38.5
4 - 6 let	4	100	26.7	0	0	0	4	100	15.4
7 - 10 let	0	0	0	1	100	9.1	1	100	3.8
nad 10 let	6	54.5	40	5	100	40.5	11	100	42.3
celkem	6	57.7	100	11	100	100	26	100	100

0.2049

Accept H0

Tabulka č. 22 - Závislost délky trvání chronické bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 1	podprůměrný strach			nadprůměrný strach			Celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
1 - 3 roky	3	75	30	1	25	20	4	100	26.7
4 - 6 let	1	50	10	1	50	20	2	100	13.3
7 - 10 let	0	0	0	1	100	20	1	100	6.7
nad 10 let	6	75	60	2	25	40	8	100	53.3
celkem	10	66.7	100	5	33.3	100	15	100	100

0.4531

Accept H0

Tabulka č. 23 - Závislost délky trvání chronické bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 1	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
1 - 3 roky	6	60	66.7	4	40	23.5	10	100	38.5
4 - 6 let	1	25	11.1	3	75	17.6	4	100	15.4
7 - 10 let	1	100	11.1	0	0	0	1	100	3.8
nad 10 let	1	9.1	11.1	10	90.9	58.8	11	100	42.3
celkem	9	34.6	100	17	65.4	100	26	100	100

0.0446

Reject H0

Tabulka č. 24 - Závislost délky trvání chronické bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 1	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
1 - 3 roky	5	50	45.5	5	50	33.3	10	100	38.5
4 - 6 let	0	0	0	4	100	26.7	4	100	15.4
7 - 10 let	1	100	9.1	0	0	0	1	100	3.8
nad 10 let	5	45.5	45.5	6	54.5	40	11	100	42.3
celkem	11	42.3	100	15	57.7	100	26	100	100

0.2049

Accept H0

Tabulka č. 25 - Závislost délky trvání chronické bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 1	horší nebo stejná			zlepšení nad 50%			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
1 - 3 roky	5	55,6	45,5	4	44,4	36,4	9	100	40,9
4 - 6 let	2	100	18,2	0	0	0	2	100	9,1
7 - 10 let	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
nad 10 let	4	40	36,4	6	60	54,5	10	100	45,5
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.3193

Accept H0

6. Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na vybraných faktorech

Závislost délky léčby v ambulanci bolesti se statisticky významně neliší v zastoupení podle věku, pohlaví, úrovně strachu z bolesti, průměrné intenzity bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti ani v aktuální celkové aktivitě pacienta.

Tabulka č. 26 – Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na věku

věk/ot. 2	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 30 let	3	100	33,3	0	0	0	3	100	11,5
30 - 45 let	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
46 - 60 let	1	20	11,1	4	80	23,5	5	100	19,2
61 a více let	5	29,4	55,6	12	70,6	70,6	17	100	65,4
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0,0761

Accept H0

Tabulka č. 27 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na pohlaví

otázka č. 2	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 1 měsíc	1	50	6,7	1	50	9,1	2	100	7,7
1 - 3 měsíce	2	66,7	13,3	1	33,3	9,1	3	100	11,5
4 - 6 měsíců	2	50	13,3	2	50	18,2	4	100	15,4
7 - 10 měsíců	4	100	26,7	0	0	0	4	100	15,4
< 10 měsíců	6	46,2	40	7	53,8	63,6	13	100	50
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.4215

Accept H0

Tabulka č. 28 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 2	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 1 měsíc	1	50	10	1	50	20	2	100	13,3
1 - 3 měsíce	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
4 - 6 měsíců	1	50	10	1	50	20	2	100	13,3
7 - 10 měsíců	0	0	0	0	0	0	0	0	0
< 10 měsíců	8	80	80	2	20	40	10	100	66,7
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.3476

Accept H0

Tabulka č. 29 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 2	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 1 měsíc	2	100	18,2	0	0	0	2	100	7,7
1 - 3 měsíce	2	66,7	18,2	1	33,3	6,7	3	100	11,5
4 - 6 měsíců	1	25	9,1	3	75	20	4	100	15,4
7 - 10 měsíců	2	50	18,2	2	50	13,3	4	100	15,4
< 10 měsíců	4	30,8	36,4	9	69,2	60	13	100	50
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.3135

Accept H0

Tabulka č. 30 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 2	horší nebo stejná			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
> 1 měsíc	0	0	0	2	100	18,2	2	100	9,1
1 - 3 měsíce	1	50	9,1	1	50	9,1	2	100	9,1
4 - 6 měsíců	1	25	9,1	3	75	27,3	4	100	18,2
7 - 10 měsíců	4	100	36,4	0	0	0	4	100	18,2
< 10 měsíců	5	50	45,5	5	50	45,5	10	100	45,5
celkem	1	50	100	11	50	100	22	100	100

0.1358

Accept H0

7. Závislost průměrné intenzity bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti na vybraných faktorech

Není statisticky významný rozdíl v závislosti průměrné intenzity bolesti na věku, pohlaví, diagnóze, strachu z bolesti, délce léčby v ambulanci bolesti, na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti ani na aktuální celkové aktivitě nemocného.

Tabulka č. 31 - Závislost průměrné intenzity bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.

otázka č. 3A	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
do 70	5	45,5	55,6	6	54,5	35,3	11	100	42,3
nad 70	4	26,7	44,4	11	73,3	64,7	15	100	57,7
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.3198

Accept H0

Další tabulky k tomuto tématu jsou uvedeny na straně

...

8. Závislost očekávaného výsledku léčby chronické bolesti na vybraných faktorech

Zde existuje rozdíl v očekávání výsledku léčby bolesti v závislosti na délce léčby v ambulanci bolesti. Pacienti léčení kratší dobu uvedli, že očekávají zmírnění bolesti, zatímco pacienti léčení delší dobu očekávají dokonce úplné odstranění bolesti. Toto zjištění se dá vyložit jako příznivé, ukazuje na to, že tito pacienti věří v tuto možnost.

Dále se objevil rozdíl závislosti očekávaného výsledku léčby na zlepšení celkové aktivity pacienta. Ti, kteří uvedli, že se jejich celková aktivita vlivem léčby bolesti zlepšila, očekávají již jen zmírnění bolesti. To může být spojeno s tím, že už jsou s výsledky léčby spokojeni, uvažují realisticky a do budoucna jim stačí pouhé zlepšení stavu. Respondenti, kteří uvedli, že se jejich celková aktivita zhoršila nebo zůstala stejná, očekávají jak zmírnění, tak odstranění bolesti v poměru 1 : 1.

Závislost očekávaného výsledku na pohlaví, úrovni strachu z bolesti a průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti se ukazuje jako statisticky nevýznamná.

Tabulka č. 32 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na pohlaví

Otázka č. 4	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
zmírnění	11	55	73,3	9	45	81,8	20	100	76,9
odstranění	4	66,7	26,7	2	33,3	18,2	6	100	23,1
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.6119

Accept H0

Tabulka č. 33 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 4	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
zmírnění	8	61,5	80	5	38,5	100	13	100	86,7
odstranění	2	100	20	0	0	0	2	100	13,3
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.2827

Accept H0

Tabulka č. 34 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 4	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
zmírnění	9	45	100	11	55	64,7	20	100	76,9
odstranění	0	0	0	6	100	35,3	6	100	23,1
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.0421

Reject H0

Tabulka č. 35 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 4	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
zmírnění	9	45	81,8	11	55	73,3	20	100	76,9
odstranění	2	33,3	18,2	4	66,7	26,7	6	100	23,1
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.6119

Accept H0

Tabulka č. 36 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 4	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
zmírnění	6	35,3	54,5	11	64,7	100	17	100	77,3
odstranění	5	100	45,5	0	0	0	5	100	22,7
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.0109

Reject H0

9. Závislost přítomnosti bolesti na vybraných faktorech

Závislost přítomnosti bolesti na pohlaví, úrovni strachu z bolesti, délce léčby v ambulanci bolesti, průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti a aktuální celkovou aktivitou se ukazuje jako statisticky nevýznamná.

Je však zajímavé, že pacienti, kteří se léčí kratší dobu (do 6. měsíců) udávají ve 44,4 % období, kdy jsou bez bolesti. Naopak pacienti, kteří se léčí déle jak 6 měsíců udávají období bez bolesti pouze v 17,6 %. Zřejmě se tedy u pacientů léčených kratší dobu jedná o lehčí případy chronické bolesti.

Tabulka č. 37 - Závislost přítomnosti bolesti na pohlaví

otázka č. 5	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
stále	1	33,3	6,7	2	66,7	18,2	3	100	11,5
stále, ale kolísavá intenzita	8	50	53,3	8	50	72,7	16	100	61,5
jsou období bez bolesti	6	85,7	40	1	14,3	9,1	7	100	26,9
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.1855

Accept H0

Tabulka č. 38 - Závislost přítomnosti bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 5	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
stále	2	100	20	0	0	0	2	100	13,3
stále, ale kolísavá intenzita	7	58,3	70	5	41,7	100	12	100	80
jsou období bez bolesti	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.3916

Accept H0

Tabulka č. 39 - Závislost přítomnosti bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 5	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
stále	0	0	0	3	100	17,6	3	100	11,5
stále,ale kolísavá intenzita	5	31,3	55,6	11	68,8	64,7	16	100	61,5
jsou období bez bolesti	4	57,1	44,4	3	42,9	17,6	7	100	26,9
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.1981

Accept H0

Tabulka č. 40 - Závislost přítomnosti bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 5	do 70			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
stále	1	33,3	9,1	2	66,7	13,3	3	100	11,5
stále,ale kolísavá intenzita	8	50	72,7	8	50	53,3	16	100	61,5
jsou období bez bolesti	2	28,6	18,2	5	71,4	33,3	7	100	26,9
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.5981

Accept H0

Tabulka č. 41 - Závislost přítomnosti bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 5	horší nebo stejná			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
stále	2	66,7	18,2	1	33,3	9,1	3	100	13,6
stále,ale kolísavá intenzita	6	50	54,5	6	50	54,5	12	100	54,5
jsou období bez bolesti	3	42,9	27,3	4	57,1	36,4	7	100	31,8
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.7881

Accept H0

10. Závislost charakteru bolesti na vybraných faktorech

Charakter bolesti nijak statisticky významně nesouvisí s pohlavím, s úrovní strachu z bolesti, nezávisí na délce léčby, průměrné intenzitě bolesti ani na aktuální celkové aktivitě pacienta.

Tabulka č. 42 – Závislost charakteru bolesti na vybraných faktorech

ot. č.6	pohlaví		strach z bolesti		délka léčby (o.2)		prům. int. bolesti (o.3a)		celk. aktivitě (o. 13h)	
bodavá	0,8506	A; H0	1	A;H0	0,2155	A;H0	0,3152	A;H0	0,0867	A;H0
pálivá	0,0077	R;H0	0,2635	A; H0	0,4433	A; H0	0,5003	A; H0	0,1696	A; H0
řezavá	0,4462	A; H0	0,0316	R;H0	0,4819	A; H0	0,7349	A; H0	0,0623	A; H0
tlaková	0,1839	A; H0	0,4385	A; H0	0,0673	A; H0	0,5993	A; H0	0,2008	A; H0
vystřelující	0,4623	A; H0	1	A; H0	0,4841	A; H0	0,0199	R;H0	0,033	R;H0
ochromující	0,2612	A; H0	1	A; H0	0,4446	A; H0	0,3729	A; H0	0,027	R;H0
jiná	0,1502	A; H0	0,1709	A; H0	0,6603	A; H0	0,7349	A; H0	0,0623	A; H0

11. Závislost vedení deníku bolesti v závislosti na vybraných faktorech

Není statisticky významný rozdíl v závislosti vedení deníku bolesti na věku, diagnóze, strachu z bolesti, délce léčby v ambulanci bolesti, na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti ani na aktuální celkové aktivitě nemocného.

Je vidět, že si deník bolesti vedli více muži než ženy, rozdíl je ale statisticky nevýznamný.

Tabulka č. 43 - Závislost vedení deníku bolesti na pohlaví

otázka č. 7	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	4	100	26,7	0	0	0	4	100	15,4
ne	11	52,4	73,3	10	47,6	90,9	21	100	80,8
v minulosti	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.1033

Accept H0

Tabulka č. 44 - Závislost vedení deníku bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 7	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
ne	9	64,3	90	5	35,7	100	14	100	93,3
v minulosti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.4642

Accept H0

Tabulka č. 45 - Závislost vedení deníku bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 7	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	2	50	22,2	2	50	11,8	4	100	15,4
ne	7	33,3	77,8	14	66,7	82,4	21	100	80,8
v minulosti	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.6178

Accept H0

Tabulka č. 46 - Závislost vedení deníku bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

otázka č. 7	do 70			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	2	50	18,2	2	50	13,3	4	100	15,4
ne	8	38,1	72,7	13	61,9	86,7	21	100	80,8
v minulosti	1	100	9,1	0	0	0	1	100	3,8
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.4463

Accept H0

Tabulka č. 47 - Závislost vedení deníku bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 7	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	3	75	27,3	1	25	9,1	4	100	18,2
ne	8	47,1	72,7	9	52,9	81,8	17	100	77,3
v minulosti	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.3572

Accept H0

12. Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance bolesti na vybraných faktorech

Závislost nejčastějšího způsobu léčby na uvedených faktorech je statisticky nevýznamná. Převládá léčba formou tablet.

Tabulka č. 48 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na pohlaví

otázka č. 9	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	15	68,2	100	7	31,8	63,6	22	100	84,6
injekce	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
zdr. cvičení	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
tablety + jiná	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
tablety + inj.	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.1682

Accept H0

Tabulka č. 49 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance
léčby bolesti na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 9	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	10	83,3	100	2	16,7	40	12	100	80
injekce	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
zdr. cvičení	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tablety + jiná	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
tablety + inj.	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.0575

Accept H0

Tabulka č. 50 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance
léčby bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 9	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	7	31,8	77,8	15	68,2	88,2	22	100	84,6
injekce	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
zdr. cvičení	1	100	11,1	0	0	0	1	100	3,8
tablety + jiná	1	100	11,1	0	0	0	1	100	3,8
tablety + inj.	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.2963

Accept H0

Tabulka č. 51 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance
léčby bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

otázka č. 9	do 70			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	9	40,9	81,8	13	59,1	86,7	22	100	84,6
injekce	1	100	9,1	0	0	0	1	100	3,8
zdr. cvičení	0	0	0	1	100	6,7	1	100	3,8
tablety + jiná	1	100	9,1	0	0	0	1	100	3,8
tablety + inj.	0	0	0	1	100	6,7	1	100	3,8
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.3781

Accept HO

Tabulka č. 52 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance
léčby bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 9	horší nebo stejná			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	10	52,6	90,9	9	47,4	81,8	19	100	86,4
injekce	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zdr. cvičení	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
tablety + jiná	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
tablety + inj.	1	100	9,1	0	0	0	1	100	4,5
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.3835

Accept HO

13. Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v ambulanci bolesti na vybraných faktorech

Závislost nejčastějšího způsobu léčby na uvedených faktorech je statisticky nevýznamná. Převládá léčba formou tablet.

Tabulka č. 53 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na pohlaví

otázka č. 10	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	12	60	80	8	40	72,7	20	100	76,9
náplasti	3	75	20	1	25	9,1	4	100	15,4
akupunktura	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
tbl.+ náplasti	0	0	0	1	100	9,1	1	100	3,8
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.3529

Accept H0

Tabulka č. 54 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 10	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	9	69,2	90	4	30,8	80	13	100	86,7
náplasti	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
akupunktura	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tbl.+ náplasti	0	0	0	1	100	20	1	100	6,7
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.2810

Accept H0

Tabulka č. 55 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 10	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	8	40	88,9	12	60	70,6	20	100	76,9
náplasti	0	0	0	4	100	23,5	4	100	15,4
akupunktura	1	100	11,1	0	0	0	1	100	3,8
tbl.+ náplasti	0	0	0	1	100	5,9	1	100	3,8
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.1876

Accept H0

Tabulka č. 56 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

Otázka č.10	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	9	45	81,8	11	55	73,3	20	100	76,9
náplasti	1	25	9,1	3	75	20	4	100	15,4
akupunktura	0	0	0	1	100	6,7	1	100	3,8
tbl.+ náplasti	1	100	9,1	0	0	0	1	100	3,8
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.4492

Accept H0

Tabulka č. 57 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 10	horší nebo stejné			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
tablety	10	58,8	90,9	7	41,2	63,6	17	100	77,3
náplasti	1	25	9,1	3	75	27,3	4	100	18,2
akupunktura	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
tbl.+ náplasti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.2823

Accept H0

14. Závislost ochoty experimentovat, zkoušet i jiné způsoby léčby na vybraných faktorech

Výsledky jsou statisticky nevýznamné, ale naznačují, že muži by ještě zkoušeli jiné způsoby léčby, jsou radikálnější (60 % mužů).

Dál výsledky naznačují, že pacienti s podprůměrným strachem z bolesti by zkusili ještě něco jiného (30 %), zatímco pacienti s nadprůměrným strachem z bolesti by neměnili nic. (100 %).

Tabulka č. 58 – Závislost ochoty experimentovat na pohlaví

otázka č. 11	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ne	6	50	40	6	50	54,5	12	100	46,2
ano	9	75	60	3	25	27,3	12	100	46,2
nevím	0	0	0	2	100	18,2	2	100	7,7
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.1058
Accept H0

Tabulka č. 59 – Závislost ochoty experimentovat na úrovni strachu z bolesti

otázka č. 11	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ne	5	50	50	5	50	100	10	100	66,7
ano	3	100	30	0	0	0	3	100	20
nevím	2	100	20	0	0	0	2	100	13,3
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.1533
Accept H0

Tabulka č. 60 – Závislost ochoty experimentovat na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 11	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ne	5	41,7	55,6	7	58,3	41,2	12	100	46,2
ano	4	33,3	44,4	8	66,7	47,1	12	100	46,2
nevím	0	0	0	2	100	11,8	2	100	7,7
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.5139 Accept H0

Tabulka č. 61 – Závislost ochoty experimentovat na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

otázka č. 11	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ne	6	50	54,5	6	50	40	12	100	46,2
ano	5	41,7	45,5	7	58,3	46,7	12	100	46,2
nevím	0	0	0	2	100	13,3	2	100	7,7
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.4148
Accept H0

Tabulka č. 62 – Závislost ochoty experimentovat na aktuální celkové aktivitě nemocného

otázka č. 11	horší nebo stejná			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ne	3	33,3	27,3	6	66,7	54,5	9	100	40,9
ano	7	58,3	63,6	5	41,7	45,5	12	100	54,5
nevím	1	100	9,1	0	0	0	1	100	4,5
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.3114
Accept H0

15. Závislost spokojenosti pacientů s léčbou chronické bolesti na vybraných faktorech

V této otázce se nevyskytují statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými faktory.

Tabulka č. 63 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na pohlaví.

otázka č. 12	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
není spokojen	2	66,7	13,3	1	33,3	9,1	3	100	11,5
pomohlo									
dočasně	1	50	6,7	1	50	9,1	2	100	7,7
velmi spokojen	3	37,5	20	5	62,5	45,5	8	100	30,8
spokojen	9	69,2	60	4	30,8	36,4	13	100	50
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

0.5333

Accept H0

Tabulka č. 64 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu bolesti

otázka č. 12	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
není spokojen	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
pomohlo									
dočasně	1	100	10	0	0	0	1	100	6,7
velmi spokojen	3	50	30	3	50	60	6	100	40
spokojen	5	71,4	50	2	28,6	40	7	100	46,7
celkem	10	66,7	100	5	33,3	100	15	100	100

0.6102

Accept H0

Tabulka č. 65 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 12	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
není spokojen pomohlo	0	0	0	3	100	17,6	3	100	11,5
dočasně	1	50	11,1	1	50	5,9	2	100	7,7
velmi spokojen	4	50	44,4	4	50	23,5	8	100	30,8
spokojen	4	30,8	44,4	9	69,2	52,9	13	100	50
celkem	9	34,6	100	17	65,4	100	26	100	100

0.4370
Accept H0

Tabulka č. 66 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

otázka č. 12	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
není spokojen pomohlo	1	33,3	9,1	2	66,7	13,3	3	100	11,5
dočasně	0	0	0	2	100	13,3	2	100	7,7
velmi spokojen	4	50	36,4	4	50	26,7	8	100	30,8
spokojen	6	46,2	54,5	7	53,8	46,7	13	100	50
celkem	11	42,3	100	15	57,7	100	26	100	100

0.6066
Accept H0

Tabulka č. 67 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.

otázka č. 12	horší nebo stejná			zlepšení nad 50			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
není spokojen pomohlo	3	100	27,3	0	0	0	3	100	13,6
dočasně	0	0	0	1	100	9,1	1	100	4,5
velmi spokojen	2	28,6	18,2	5	71,4	45,5	7	100	31,8
spokojen	6	54,5	54,5	5	45,5	45,5	11	100	50
celkem	11	50	100	11	50	100	22	100	100

0.1462
Accept H0

16. Závislost zlepšení celkové aktivity pacienta vlivem léčby v ambulanci bolesti na vybraných faktorech

V této otázce se nevyskytly statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými faktory.

Tabulka č.68 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na pohlaví.

otázka č. 13	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
horší/stejně	6	54,5	46,2	5	45,5	55,6	11	100	50
zlepšení < 50	7	63,6	53,8	4	36,4	44,4	11	100	50
celkem	13	59,1	100	9	40,9	100	22	100	100

0.6645

Accept H0

Tabulka č. 69 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na úrovni strachu z bolesti.

otázka č. 13	podprůměrný			nadprůměrný			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
horší/stejně	4	66,7	50	2	33,3	66,7	6	100	54,5
zlepšení < 50	4	80	50	1	20	33,3	5	100	45,5
celkem	8	72,7	100	3	27,3	100	11	100	100

0.6210

Accept H0

Tabulka č. 70 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na délce léčby v ambulanci bolesti

otázka č. 13	do 6-ti měsíců			nad 6 měsíců			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
horší/stejně	2	18,2	25	9	81,8	64,3	11	100	50
zlepšení < 50	6	54,5	75	5	45,5	35,7	11	100	50
celkem	8	36,4	100	14	63,6	100	22	100	100

0.0762

Accept H0

Tabulka č. 71 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti

otázka č. 13	do 70-ti			nad 70			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
horší/stejně	4	36,4	40	7	63,6	58,3	11	100	50
zlepšení < 50	6	54,5	60	5	45,5	41,7	11	100	50
celkem	10	45,5	100	12	54,5	100	22	100	100

0.3918

Accept H0

17. Závislost využití dalšího ošetření v ambulanci chronické bolesti na vybraných faktorech

V této otázce se 100 % respondentů vyjádřil, že hodlají opakovaně využít péče v ambulanci pro léčbu chronické bolesti.

Tabulka č.72 - Využijete dalšího ošetření v ambulanci léčby bolesti?

otázka č. 14	muži			ženy			celkem		
	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %	A	B v %	C v %
ano	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100
celkem	15	57,7	100	11	42,3	100	26	100	100

Nelze

DISKUSE

Průzkum byl proveden u 26 pacientů navštěvujících po různě dlouhou dobu ambulanci pro léčbu chronické bolesti vybrané nemocnice.

Vyhodnocením všech položek v dotazníku u našeho souboru 26 respondentů byli zjištěny následující údaje: Z celkového počtu 26 dotazovaných osob bylo 15 mužů a 11 žen. Nejpočetněji byla zastoupena věková skupina 61 a více let, celkem tvořili 65,4 % respondentů. Zastoupeny však byly i kategorie pacientů ve věku méně než 30 let. Z těchto 26 respondentů bylo 5 osob s diagnózou VAS, 5 osob s diagnózou FBSS, 4 osoby s arthralgií, 4 osoby s bolestmi hlavy, 3 osoby s neuralgií a 5 osob s osteoporózou. Do kategorie podprůměrné úrovně strachu z bolesti se zařadilo 10 respondentů. Nejvíce respondentů se zařadilo do kategorie průměrné úrovně strachu z bolesti, celkem 11 respondentů. Nadprůměrnou úroveň strachu z bolesti jsme vyhodnotili u 5 respondentů.

Výsledky jsou statistické údaje počítačově zpracované pomocí následujících testů: T test, Kolmogorov – Smirnov test, Mann – Whitney U test, Aspin – Welch test. Byla určena hladina významnosti a závěr. Statistické výpočty provedla RNDr. Eva Čermáková z oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

V podstatě se tento soubor respondentů dá brát jako celek, je relativně homogenní, statisticky významně se neliší v žádných z uvedených faktorů. K tomuto celku budou tvořeny interpretace.

Pro diskusi použiji údaje zejména z těchto prací Málek a kolektiv, *Výskyt bolesti v populaci České Republiky – pilotní studie*, 2003; Breivik at all, *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*, 2005.

Považuji za důležité zmínit skutečnost, že pracovišť pro léčbu bolesti přibývá, nicméně jsem v dostupné literatuře nenašla práci, která by hodnotila u pacientů s chronickou bolestí spokojenost s výsledky léčby.

V úvodu je nutné zdůraznit, že byl v tomto výzkumu použit malý soubor respondentů, proto se výsledky odlišují od literárních údajů. Naše výsledky naznačují podobnost s těmito údaji, ale statisticky se jedná o nevýznamné rozdíly. Je třeba si uvědomit, že existuje rozdíl mezi statistickou významností a věcnou významností ve spojení s klinickou praxí. V malých souborech je statistická významnost velmi vzácná, důležitější je brát v úvahu klinické

zkušenosti a výsledky rozhovorů s pacienty.

- Výsledky získané u tohoto souboru respondentů ukazují, že se není významný statistický rozdíl mezi muži a ženami v zastoupení věkových skupin, v míře strachu z bolesti, době po kterou navštěvují ambulanci bolesti, v intenzitě bolesti ani v aktuální celkové aktivitě pacientů.

Komentář: patrně do této ambulance přicházejí lidé, kteří si jsou na vstupu podobní. Málek at al (2003) uvádí, že v jejich souboru zkoumaných respondentů nezjistili rozdílný výskyt bolesti u obou pohlaví, zaznamenali však tendenci růstu počtu respondentů s bolestmi se vzrůstajícím věkem.

- Není statisticky významný rozdíl v úrovni strachu z bolesti v závislosti na vybraných faktorech

Komentář: v souboru se nevyskytují ve vyšší míře pacienti, kteří by měli výrazně zvýšenou úroveň strachu z bolesti. V klinické literatuře se setkáváme s názorem, že ženy udávají vyšší intenzitu strachu z bolesti než muži (Mareš, 2002).

- Závislost délky trvání chronické bolesti se statisticky významně neliší v zastoupení pohlaví, v míře strachu z bolesti, v průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti, v aktuální celkové aktivitě dotazovaných.

Statisticky se liší v délce trvání léčby v ambulanci bolesti. Tento soubor se rozdělil na dvě části. Jedna má obtíže v trvání do 3 let, ti chodí do ambulance bolesti kratší dobu. Skupina s délkou trvání bolesti nad 10 let chodí do ambulance bolesti delší dobu.

Komentář: není třeba, druhá skupina zřejmě vystřídala řadu léčebných postupů, než se dostali do ambulance bolesti. Zde je vhodné připomenout, že zmíněná ambulance je v provozu asi 5 let.

- Závislost délky léčby v ambulanci bolesti se statisticky významně neliší v zastoupení podle věku, pohlaví, úrovně strachu z bolesti, průměrné intenzity bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti ani v aktuální celkové aktivitě pacienta.

- V tomto souboru se neukázal statisticky významný rozdíl v závislosti průměrné intenzity bolesti před začátkem léčby v ambulanci bolesti na věku, pohlaví, diagnóze, strachu z bolesti, délce léčby v ambulanci bolesti, na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti ani na aktuální celkové aktivitě nemocného.

Komentář: jedná se o velice malý soubor respondentů, u většího souboru se dá předpokládat rozdíl.

- Existuje rozdíl v očekávání výsledku léčby bolesti v závislosti na délce léčby v ambulanci bolesti. Pacienti léčení kratší dobu uvedli, že očekávají zmírnění bolesti, zatímco pacienti léčení delší dobu očekávají dokonce úplné odstranění bolesti. Toto zjištění se dá vyložit jako příznivé, ukazuje na to, že tito pacienti věří v tuto možnost.

Komentář: Pacienti léčení delší dobu již zaznamenali ústup bolesti, jsou s výsledkem relativně spokojeni a realisticky očekávají pouze zmírnění stávající bolesti. Pacienti léčení kratší dobu mohou tvořit skupinu s lehčí chronickou bolestí, která lépe zabírá na léčbu a tím se posilují v očekávání. Nebo se léčba u těchto pacientů zahájila včas, nežli se bolest úplně rozvinula. Je však možné, že jejich onemocnění budou do budoucna progredovat, Tato interpretace by zasloužila podrobnější sledování.

Dále se objevil rozdíl závislosti očekávaného výsledku léčby na zlepšení celkové aktivity pacienta. Ti, kteří uvedli, že se jejich celková aktivita vlivem léčby bolesti zlepšila, očekávají již jen zmírnění bolesti. Respondenti, kteří uvedli, že se jejich celková aktivita zhoršila nebo zůstala stejná, očekávají jak zmírnění, tak odstranění bolesti v poměru 1 : 1.

Komentář: to může být spojeno s tím, že už jsou s výsledky léčby spokojeni, uvažují realisticky a do budoucna jim stačí pouhé zlepšení stavu.

Závislost očekávaného výsledku na pohlaví, úrovni strachu z bolesti a průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti se ukazuje jako statisticky nevýznamná.

- Není statisticky významný rozdíl v závislosti vedení deníku bolesti na věku, diagnóze, strachu z bolesti, délce léčby v ambulanci bolesti, na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti ani na aktuální celkové aktivitě nemocného. Je vidět, že si deník bolesti vedli více muži než ženy, rozdíl je ale statisticky nevýznamný.

Komentář: vedení deníku bolesti tedy zřejmě závisí na jiných faktorech, které výzkum nesledoval. Dá se předpokládat, že zde svou roli hraje určitá systematičnost jedince.

- Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance bolesti je statisticky nevýznamná. Převládá léčba formou tablet. Výsledky naznačují, že ženy více než muži zkoušeli i jiné léčebné postupy.

Komentář: Zde se vyskytuje rozpor v interpretacích výsledku s tvrzením, že muži jsou ochotni více experimentovat. Jedno vysvětlení může být takové, že něco jiného je proklamace do budoucna a něco jiného jsou reálné činy. Další možné vysvětlení vidím v tom, že ženy jsou mnohem přístupnější k alternativním léčebným postupům, zatímco muži by volili radikálnější způsoby terapie s okamžitým efektem.

- Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v ambulanci bolesti na vybraných faktorech je statisticky nevýznamná. Převládá léčba formou tablet, následují náplasti a akupunktura.

- Závislost ochoty experimentovat, zkusit i jiné způsoby léčby na vybraných faktorech se neprokázala, výsledky jsou statisticky nevýznamné, ale naznačují, že muži by ještě zkusili jiné způsoby léčby, jsou radikálnější (60 % mužů). Dál výsledky naznačují, že pacienti s podprůměrným strachem z bolesti by zkusili ještě něco jiného (30 %), zatímco pacienti s nadprůměrným strachem z bolesti by neměnili nic. (100 %).

- V otázce závislosti spokojenosti pacientů s léčbou chronické bolesti na vybraných faktorech se nevyskytují statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými faktory. Breivik at al (2005) uvádí, že 60% respondentů trpících chronickou bolestí bylo spokojeno s výsledkem léčby, 40 % bylo nespokojeno. Málek at al (2003) uvádí, že z pacientů, kteří hodnotili úroveň léčby jejich bolesti většina uvádí, že se lékař věnuje jejich bolesti plně nebo poměrně dost. Rozdělení odpovědí na tuto otázku bylo nejvíc uchýleno směrem k lepšímu hodnocení. Hůře hodnotili účinek léků.

- V otázce závislosti zlepšení celkové aktivity pacienta vlivem léčby v ambulanci bolesti na vybraných faktorech se nevyskytly statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými faktory.

Komentář: Málek at al (2003) zjistil, že bolest má za důsledek nejčastěji stesky na vyčerpanost, nedostatek energie, postižení pohyblivosti, nedostatek spánku a další. Uvedené čtyři důsledky jsou častější a vyskytují se často společně. K této otázce je potřebné dodat, že mnozí pacienti do těchto oblastí shrnuli svou celkovou životní situaci, ve které se nacházeli. Ukázalo se, že nelze oddělovat účinnost léčby bolesti od pacientova psychického stavu, sociálního a rodinného zázemí. Pacienti například udávali úlevu od bolesti, ale pokud se nacházeli v obtížné životní situaci, chyběla jim sociální opora, neodrazil se výsledek léčby

pozitivně na hodnocení těchto oblastí. Je jasné, že samotná úleva od bolesti nestačí k tomu, aby se pacient automaticky cítil lépe.

- V otázce využití dalšího ošetření v ambulanci pro léčbu chronické bolesti se 100 % respondentů vyjádřilo, že hodlají opakovaně využívat této možnosti.

Komentář: v této otázce se nijak neodrazil se výsledek léčby bolesti. Je zřejmé, že pro pacienty není důležitá jen spokojenost s výsledky somatické léčby. Z rozhovorů vyplynulo, tito lidé oceňují hlavně lidský přístup, dostatek času, vstřícnost zdravotníků, pocit psychické opory. I když se somatické ukazatele nezlepší nebo dokonce zhorší, toto vše sytí celkově dobrý dojem z fungování ambulance. Klinické zkušenosti ukazují, že lékař dává těmto pacientům naději a společně s nimi hledá další způsoby léčby, které by byly právě v jejich případě účinnější.

- Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že většinu z nich do ambulance bolesti odeslal jejich obvodní lékař, když už si s nimi nevěděl rady. Současnou léčbu v ambulanci bolesti hodnotí všichni pacienti pozitivně, předchozí léčbu hodnotí jako neúčinnou nebo účinnou jen na přechodnou dobu. Někteří pacienti zkusili i léčitele, ale bez efektu.

Pacienti si bolest sami zmírňují teplem, klidem, úlevovou polohou, myšlením na pěkné věci, procházkami. Shodují se na tom, že nejlépe je se bolesti nepoddávat a myslet na něco jiného nebo se vhodně zaměstnat.

Většina pacientů tvrdila, že jim nedělá problémy dodržovat léčebný režim, ale pacienti s diagnózou FBSS většinou shodně uváděli, že jim cvičení bolesti zhoršuje – vůbec jakákoliv namáhavá fyzická aktivita.

Málek at al (2003) uvádí, že překvapivým zjištěním není ani to, jak významný vliv na kvalitu rodinného a profesionálního života má chronická bolest. Bližší vysvětlení toho, že více je postižený soukromý život než profesionální, zatím nemůže poskytnout.

Pro nás bylo zajímavým zjištěním, jakým způsobem chronická bolest zasáhla do života pacientů. Z rozhovorů vyplynulo, že chronickou bolest partnera lépe tolerují ženy než muži. Zejména starší muži mají ve svých partnerkách oporu, ty ji pomáhají, doprovází je k ošetření a vytvářejí jim zázemí. I muži v produktivním věku měli oporu ve svých partnerkách, byli prostě nemocní a rodina to tolerovala a umožnila jim nevykonávat činnosti, které bolest zhoršovaly. Mnohem hůře na tom byly ženy v produktivním věku. Jak se zdá, jejich partneri

nezvládají situaci, žena jim je přítěží, nechodí do práce, dokonce nezvládá péči o rodinu a domácnost tak, jak byli zvyklí. Jedna mladá žena v rozhovoru přiznala časté hádky s partnerem, že ji partner považuje za příživníka, protože se jim v důsledku její invalidity značně snížil příjem. Tato žena se cítila psychicky i přes úspěch v terapii bolesti velmi špatně. Další žena uvedla, že manžel její bolesti nevěří, obviňuje ji z lenosti a dokonce ji odmítá vozit do ambulance bolesti, přestože tam pacientka sama dojde jen s velkými obtížemi. Doma si prý dovolí lehnout jen pokud není manžel doma, aby ji neviděl. Přiznává, že by se jí ulevilo, kdyby ji opustil, pak by mohla činnosti doma vykonávat tak, jak jí to vyhovuje. Celou situaci komplikuje to, že je v invalidním důchodu a na manželovi je finančně závislá.

Tato situace je zřejmě způsobena tradičním pohledem na mužské a ženské role v této společnosti a staví ženy do nepříznivé situace, kdy nezvládají péči o rodinu a domácnost v takové míře, jak bylo zvykem a jejich partneři jen velmi neradi přistupují na nové uspořádání chodu domácnosti.

Závěrem je třeba konstatovat, že pro tento typ šetření se dotazníkové metody, hlavně ty, které se zaměřují na tradiční ukazatele bolesti, jeví jako málo vypovídající. Je výhodnější pracovat s kvalitativními metodami, neboť ty citlivěji zachytí psychosociální kontext chronické bolesti. A právě tento kontext je pro pacientův život leckdy mnohem důležitější, než mírný posun v ukazatelích intenzity bolesti. Vše totiž nelze doložit objektivními údaji, protože kvalita života má pro každého jedince těžiště někde jinde.

ZÁVĚR

Dnes již umíme s bolestí úspěšně bojovat bez ohledu na její příčinu. K tomu je však zapotřebí odborných znalostí možností léčby. Spolupráce expertů různých oborů bude proto při léčbě chronické bolesti sehrávat v budoucnosti stále významnější roli.

Chronická bolest však nemusí mít pouze negativní dopad na život nemocného. Stejně jako jiná utrpení, může v některých případech i chronická bolest člověka posílit, posunout ho dál. Znovuvytvoření kvalitního života totiž vyžaduje nemalou dávku kreativity a morální síly k překonání vlastní letargie a nabytí nové chuti do života. Překonávání této nelehké životní situace může nemocnému pomoci najít smysl života, ujasnit si priority, otevřít nové obzory, stát se moudřejším.

V teoretické části jsme shrnuli současné poznatky o chronické nenádorové bolesti obecně, zejména jsme definovali pojem chronická bolest, bolest jako syndrom, přiblížili Loeserův konceptuální model bolesti, sumarizovali poznatky o faktorech ovlivňující vnímání chronické bolesti, o důsledcích chronické bolesti, o psychosomatické chronické bolesti. Dále jsme shrnuli výsledky nových studií výskytu chronické bolesti v populaci obyvatel České republiky a výsledky podobných zahraničních studií. Podrobněji jsme vyložili současné poznatky o chronické bolesti a faktorech ovlivňujících léčbu této bolesti, nutnost multidisciplinárního přístupu a změnu životního stylu pacienta jako součást úspěšné léčby. Definovali jsme úlohu sestry při diagnostice a léčbě chronické bolesti a seznámili s deklarací práv pacientů na léčbu bolesti, kterou vytvořili australští kolegové z *The Australian and New Zeland College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's* jako určité doporučení odborné veřejnosti.

Zmínili jsme zde i relativně novou výzkumnou oblast, posttraumatický rozvoj, která se zajímá především o pozitivní dopady negativních událostí. Posttraumatický rozvoj bývá definován jako významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít své vnější projevy ve změně jedincova chování.

Naše výzkumné šetření jsme se rozhodli realizovat u pacientů navštěvujících ambulanci pro léčbu chronické bolesti pro chronickou nenádorovou bolest. Volba tohoto vzorku respondentů nebyla náhodná. Ve spolupráci s lékařem ambulance pro léčbu chronické bolesti jsme vybrali 6 diagnóz : VAS, FBSS, arthralgie, osteoporóza, bolesti hlavy, neuralgie a postupně oslovili celkem 26 respondentů, kteří splňovali předem stanovená kritéria.

Statistické zpracování získaných údajů ukázalo, že se tento soubor v podstatě dá brát jako celek, je relativně homogenní, statisticky významně se neliší v žádných z uvedených faktorů. K tomuto celku byly tvořeny interpretace.

Je nutné zdůraznit, že byl v tomto výzkumu použit malý soubor respondentů, proto se výsledky odlišují od literárních údajů. Naše výsledky naznačují podobnost s těmito údaji, ale statisticky se jedná o nevýznamné rozdíly. Je třeba si uvědomit, že existuje rozdíl mezi statistickou významností a věcnou významností ve spojení s klinickou praxí. V malých souborech je statistická významnost velmi vzácná, důležitější je brát v úvahu klinické zkušenosti a výsledky rozhovorů s pacienty.

Zajímavým zjištěním bylo, že se v otázce závislosti zlepšení celkové aktivity pacienta vlivem léčby v ambulanci bolesti na vybraných faktorech nevyskytly statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými faktory. K této otázce je potřebné dodat, že mnozí pacienti do těchto oblastí shrnuli svou celkovou životní situaci, ve které se nacházeli. Ukázalo se, že nelze oddělovat účinnost léčby bolesti od pacientova psychického stavu, sociálního a rodinného zázemí. Pacienti například udávali úlevu od bolesti, ale pokud se nacházeli v obtížné životní situaci, chyběla jim sociální opora, neodrazil se výsledek léčby pozitivně na hodnocení těchto oblastí. Je jasné, že samotná úleva od bolesti nestačí k tomu, aby se pacient automaticky cítil lépe.

Jako velice pozitivní zjištění a skvělé vysvědčení pro personál ambulance bolesti lze považovat výsledek v otázce využití dalšího ošetření v ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Zde se 100 % respondentů vyjádřilo, že hodlají opakovaně využívat této možnosti. V této otázce se nijak neodrazil se výsledek léčby bolesti. Je zřejmé, že pro pacienty není důležitá jen spokojenost s výsledky somatické léčby. Z rozhovorů vyplynulo, tito lidé oceňují hlavně lidský přístup, dostatek času, vstřícnost zdravotníků, pocit psychické opory. I když se somatické ukazatele nezlepší nebo dokonce zhorší, toto vše sytí celkově dobrý dojem z fungování ambulance. Klinické zkušenosti ukazují, že lékař dává těmto pacientům naději a společně s nimi hledá další způsoby léčby, které by byly právě v jejich případě účinnější

Šetření neprokázalo statisticky významný rozdíl v otázce ochoty experimentovat, zkoušet i jiné způsoby léčby, ale naznačuje, že muži by ještě zkoušeli jiné způsoby léčby, jsou radikálnější (60 % mužů). Faktor strachu z bolesti v ochotě experimentovat také sehrává svou roli. Pacienti s podprůměrným strachem z bolesti by zkusili ještě něco jiného (30 %), zatímco pacienti s nadprůměrným strachem z bolesti by neměnili nic. (100 %).

Zajímavým a možná i trochu zarážejícím zjištěním bylo, jakým způsobem chronická bolest zasáhla do života pacientů. Z rozhovorů vyplynulo, že chronickou bolest partnera lépe tolerují ženy než muži. Zejména starší muži mají ve svých partnerkách oporu, ty jim pomáhají, doprovází je k ošetření a vytvářejí jim zázemí. I muži v produktivním věku měli oporu ve svých partnerkách, byli prostě nemocní a rodina to tolerovala a umožnila jim nevykonávat činnosti, které bolest zhoršovaly. Mnohem hůře na tom byly ženy v produktivním věku. Jak se zdá, jejich partneři nezvládají situaci, žena jim je přítěží, pokud nechodí do práce, dokonce nezvládá péči o rodinu a domácnost tak, jak byli zvyklí.

Je třeba konstatovat, že pro tento typ šetření se dotazníkové metody, hlavně ty, které se zaměřují na tradiční ukazatele bolesti, jeví jako málo vypovídající. Je výhodnější pracovat s kvalitativními metodami, neboť ty citlivěji zachytí psychosociální kontext chronické bolesti. A právě tento kontext je pro pacientův život leckdy mnohem důležitější, než mírný posun v ukazatelích intenzity bolesti. Vše totiž nelze doložit objektivními údaji, protože kvalita života má pro každého jedince těžiště někde jinde.

Lékaři i sestry jsou odborníci na diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči u onemocnění, včetně bolesti. Ale pacient je odborníkem na život s onemocněním. Proto je důležité právě u chronických onemocnění převést odpovědnost za dlouhodobou léčbu na pacienta samotného. Edukovat ho tak, aby všechny běžné problémy se svým onemocněním, v našem případě s chronickou nenádorovou bolestí, dokázal vyřešit sám, aktivně se léčil, monitoroval symptomy své nemoci, včas a správně rozhodoval o dalším postupu léčby a k lékaři přicházel jen s problémy, na které už nestačí. To se u nás zatím neděje, je zapotřebí přípravy zdravotníků i pacientů na nový, svébytný, psychosociální a logický přístup k léčbě chronických onemocnění.

7. ANOTACE

Autor:	Renáta Řezáčová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Spokojenost pacientů s léčbou chronické bolesti
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	100
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	Chronická bolest, léčba chronické bolesti, kvalita života, multidisciplinární přístup

Bakalářská práce pojednává o problematice spokojenosti pacientů s léčbou chronické bolesti. Teoretická část je zaměřena na současné poznatky o chronické nenádorové bolesti. Jsou shrnuty současné poznatky o chronické nenádorové bolesti, zejména je zde definována chronická bolest a bolest jako syndrom. Jsou zde sumarizovány poznatky o faktorech ovlivňujících vnímání chronické bolesti, důsledcích a psychosomatické chronické bolesti. Zdůrazněna je nutnost multidisciplinárního přístupu a změny životního stylu pacienta jako součást úspěšné léčby chronické bolesti.

Empirickou část tvoří průzkumné šetření formou dotazníku a vedením standardizovaného rozhovoru s oslovenými pacienty, kteří jsou léčeni v ambulanci pro léčbu chronické bolesti v nemocnici Jablonec nad Nisou. Toto šetření je zaměřeno na zjištění pozitivních a negativních zkušeností po dobu léčby s chronickou bolestí, posoudit spokojenost s výsledky dosavadní léčby bolesti, určit oblasti života, ve kterých je chronická bolest nejvíce zasáhla a oblastí, které jim tato léčba pomohla vylepšit.

Annotation : The dissertation deals with problems of patients' satisfaction with the cure of the chronic pain.

The theoretical part is centered on the present knowledge of the chronic untumoral pain. The present knowledge of the chronic untumoral pain is summarized there, especially the chronic pain and the pain as a syndrome are defined. The knowledge of factors, which influence the perception of the chronic pain are summarized there, their reasons and the psychosomatics of the chronic pain. The multidisciplinary approach is needed and it is important to change patient's lifestyle as a part of a successful cure of the chronic pain.

The empirical part enlarges research investigation in a form of questionnaires and a leadership of standardized interview with asked patients, which are cured in the ambulance for the cure of the chronic pain in a hospital in Jablonec nad Nisou. This research is centered on discovering positive and negative experience for the time of the cure of the chronic pain, to survey the satisfaction with the results of the present cure of the chronic pain, to determine parts of life, in which the chronic pain mostly hit the patients and parts, which this treatment helped them to get better.

8. POUŽITÁ LITERATURA

Monografie:

1. BARTLOVÁ, E. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 1996. 117s. ISBN 80-7013-233-7
2. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-4
3. MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 212s. ISBN 80-246-1062-0
4. MAREŠ, J. a kol. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 317s. ISBN 80-7169-267-0
5. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno: MSD, 2007. 259s. ISBN 978-80-7392-008-1
6. SOFAER, B. *Bolest - příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 104s. ISBN 80-7169-309-X
7. ŠEVČÍK, P. A kol. *Bolest a možnosti její kontroly*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1994. 236s. ISBN 80-7013-171-3

8. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2 vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-4
9. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480s. ISBN 80-7169-437-1

Části monografických publikací:

10. FRICOVÁ, J.; ŠIMEK, J. *Etika a léčba bolesti*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. I., Bolest, s.35
11. NERADILEK, F. *Bolest jako syndrom*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. I., Bolest, s.22
12. NERADILEK, F. *Rehabilitace a léčba bolesti*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. VIII., Bolest, s.620
13. RAUDENSKÁ, J. *Psychologické vyšetření a hodnocení pacientů s chronickou bolestí podle kognitivně-behaviorálního přístupu*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. IV., Bolest, s.195
14. ROKYTA, R. *Placebo a jeho postavení v léčbě bolesti*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. III., Bolest, s.167
15. STROUHALOVÁ, L.; HONZÁK, R. *Psychoterapie v léčbě bolesti*. Praha: Tigis, 2006. 684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. VIII., Bolest, s.645

16. ŠIMEK, J. *Některé humanitní a psychosomatické aspekty bolesti*. Praha: Tigis, 2006.
684s. ISBN 80-903750-0-6. Kap. I., Bolest, s.27

Články v periodických publikacích

17. BENEŠOVÁ, S.; HORKÁ, E. Léčba chronické a nepotlačitelné bolesti. *Lékařské listy*.
Praha: Mladá fronta. ISSN 0044-1996. 2001, č.19, s50

18. BREIVIK, H. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and
treatment. *European Journal of Pain*. ISSN 1090-3801. UK: Alden Press. Vol. 10,
number 4, 2006

19. KOZÁK, J. Historie a současnost léčby bolesti. *Medica revue*. Praha: Pražská
vydavatelská společnost. ISSN 1210-9673. 2000, č. 1, s. 4-5

20. Léčba bolesti - Tematický sešit, *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2000,
roč. 10, č. 4

21. ŠVEHLA, J. Alternativní postupy v léčbě chronické bolesti. *Medica revue*. Praha: Pražská
vydavatelská společnost. ISSN 1210-9673., 2000, č. 10, s.14

22. MÁLEK, J. at al. Výskyt bolesti v populaci České republiky – pilotní studie. *Bolest*.
Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2003, roč. 6, č. 2, s.113-122

23. MAREŠ, J.; JEŽEK, S.; SKORUNKA, D. PEČENKOVÁ, J. Diagnostika strachu z bolesti. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2002, roč. 5, č. 4, s. 235-242
24. MAREŠ, J.; OTTEROVÁ, E: Naděje jako moderátor bolesti. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2001, roč. 4, č.3, s.138- 147
25. MAREŠ, J. Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634.2002, roč. 5, č. 1, s.17-27
26. RAUDENSKÁ, J. Psychologie chronické bolesti. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2000, roč. 3, č. 2, s. 86-90.
27. RAUDENSKÁ, J. Psychosomatická medicína a chronická bolest. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2004, roč. 7, č. 4, s.210-213
28. ZAVADILOVÁ, R.; KNOTEK, P. Dotazník adaptace na chronickou bolest. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2006, roč. 9, č. 1, s.28-33
29. ZAVADILOVÁ, R.; KNOTEK, P. Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest*. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634. 2006, roč. 9, č. 2, s.100-105

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Zastoupení respondentů podle pohlaví.....	41
Tabulka č. 2 – Zastoupení respondentů podle věku.....	41
Tabulka č. 3 – Zastoupení respondentů podle diagnózy v ambulanci bolesti.....	42
Tabulka č. 4 – Zastoupení respondentů podle úrovně strachu z bolesti.....	42
Tabulka č. 5 – Závislost věku na pohlaví	43
Tabulka č. 6 – Závislost věku na úrovni strachu z bolesti.....	43
Tabulka č. 7 – Závislost věku na délce léčby.....	44
Tabulka č. 8 – Závislost věku na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	44
Tabulka č. 9 – Závislost věku na aktuální celkové aktivitě pacienta.....	44
Tabulka č. 10 - Závislost pohlaví na délce léčby a ambulanci bolesti.....	45
Tabulka č. 11 - Závislost pohlaví na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	45
Tabulka č. 12 – Závislost pohlaví na aktuální celkové aktivitě pacienta.....	45
Tabulka č. 13 – Závislost strachu na pohlaví.....	46
Tabulka č. 14 – Závislost strachu na délce léčby v ambulanci bolesti.....	46
Tabulka č. 15 - Závislost strachu na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	46
Tabulka č. 16 – Závislost strachu na aktuální celkové aktivitě pacienta.....	47
Tabulka č. 17 – Závislost diagnózy na úrovni strachu z bolesti.....	47
Tabulka č. 18 – Závislost diagnózy na délce léčby v ambulanci bolesti.....	48
Tabulka č. 19 – Závislost diagnózy na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	48
Tabulka č. 20 – Závislost diagnózy na aktuální celkové aktivitě pacienta.....	49
Tabulka č. 21 – Závislost délky trvání chronické bolesti na pohlaví.....	49

Tabulka č. 22 - Závislost délky trvání chronické bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	50
Tabulka č. 23 - Závislost délky trvání chronické bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	50
Tabulka č. 24 - Závislost délky trvání chronické bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti.....	50
Tabulka č. 25 - Závislost délky trvání chronické bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	51
Tabulka č. 26 – Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na věku	51
Tabulka č. 27 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na pohlaví.....	52
Tabulka č. 28 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	52
Tabulka č. 29 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti	52
Tabulka č. 30 - Závislost délky léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	53
Tabulka č. 31 - Závislost průměrné intenzity bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	53
Tabulka č. 32 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na pohlaví.....	54
Tabulka č. 33 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	54
Tabulka č. 34 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	55
Tabulka č. 35 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti.....	55
Tabulka č. 36 - Závislost očekávaného výsledku léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	55
Tabulka č. 37 - Závislost přítomnosti bolesti na pohlaví.....	56
Tabulka č. 38 - Závislost přítomnosti bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	56
Tabulka č. 39 - Závislost přítomnosti bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	57

Tabulka č. 40 - Závislost přítomnosti bolesti na průměrné intenzitě bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti.....	57
Tabulka č. 41 - Závislost přítomnosti bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	57
Tabulka č. 42 – Závislost charakteru bolesti na vybraných faktorech.....	58
Tabulka č. 43 - Závislost vedení deníku bolesti na pohlaví.....	58
Tabulka č. 44 - Závislost vedení deníku bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	59
Tabulka č. 45 - Závislost vedení deníku bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	59
Tabulka č. 46 - Závislost vedení deníku bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	59
Tabulka č. 47 - Závislost vedení deníku bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	60
Tabulka č. 48 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na pohlaví.....	60
Tabulka č. 49 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na úrovni strachu z bolesti.....	61
Tabulka č. 50 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	61
Tabulka č. 51 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	62
Tabulka č. 52 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti před návštěvou ambulance léčby bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	62
Tabulka č. 53 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na pohlaví.....	63
Tabulka č. 54 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na úrovni strachu z bolesti.....	63
Tabulka č. 55 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na délce léčby v ambulanci bolesti.....	64
Tabulka č. 56 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	64

Tabulka č. 57 - Závislost nejčastějšího způsobu léčby bolesti v současné době na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	64
Tabulka č. 58 – Závislost ochoty experimentovat na pohlaví.....	65
Tabulka č. 59 – Závislost ochoty experimentovat na úrovni strachu z bolesti.....	65
Tabulka č. 60 – Závislost ochoty experimentovat na délce léčby v ambulanci bolesti.....	65
Tabulka č. 61 – Závislost ochoty experimentovat na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	66
Tabulka č. 62 – Závislost ochoty experimentovat na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	66
Tabulka č. 63 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na pohlaví.....	67
Tabulka č. 64 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na úrovni strachu bolesti.....	67
Tabulka č. 65 -Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na délce léčby v ambulanci bolesti.....	68
Tabulka č. 66 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	68
Tabulka č. 67 - Závislost spokojenosti s výsledky léčby v ambulanci bolesti na aktuální celkové aktivitě nemocného.....	68
Tabulka č.68 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na pohlaví.....	69
Tabulka č. 69 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na úrovni strachu z bolesti.....	69
Tabulka č. 70 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na délce léčby v ambulanci bolesti.....	69
Tabulka č. 71 - Závislost aktuální celkové aktivity pacienta na průměrné intenzitě bolesti před léčbou v ambulanci bolesti.....	70
Tabulka č.72 - Využijete dalšího ošetření v ambulanci léčby bolesti?.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Konceptuální model bolesti.....	13
Obrázek č. 2 – Model strachu z chronické bolesti.....	17

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Souhlas pacientů s dotazníkovým šetřením.....	91
Příloha č. 2 – Dotazník strachu z bolesti.....	92
Příloha č. 3 – Dotazník spokojenosti s léčbou chronické bolesti.....	93
Příloha č. 4 – Otázky standardizovaného rozhovoru.....	99
Příloha č. 5 – Souhlas etické komise nemocnice Jablonec nad Nisou.....	100

Příloha č. 1

**SOUHLAS KLIENTA AMBULANCE PRO LÉČBU CHRONICKÉ BOLESTI
S ANONYMNÍM ŠETŘENÍM**

Souhlasím s vyplněním dotazníků a s vedením standardizovaného rozhovoru na téma Spokojenost pacientů s léčbou chronické bolesti.
Výsledky tohoto šetření jsou anonymní a nebudou poskytovány třetím osobám.

V Jablonci nad Nisou dne:.....

Podpis pacienta:.....

Příloha

Česká verze dotazníku FPQ-III: určena pro klinické ověření jako screeningová metoda

Dotazník strachu z bolesti – FPQ-III CZ

(Fear of Pain Questionnaire – III)

© Daniel W. McNeil (Oklahoma State University), Avie J. Rainwater (Medical University of South Carolina) 1998

© Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové 2000

Jméno a příjmení: Věk: Problémy s bolestí (čeho).....
Dnešní datum:

Pokyny pro vyplňování

Předkládáme vám seznam položek, které popisují různé zážitky bolesti, různé zkušenosti s bolestí. Přečtěte si pozorně každou položku a promyslete si, jak silné obavy máte ze zážitku bolesti v konkrétních situacích.

Pokud jste dosud v podobných situacích neocitli, pokud jste takovou bolest sami ještě nezažili, zkuste si alespoň představit, jaký by asi byl váš strach z bolesti v takovém případě. Na základě této své představy, svého odhadu se pokuste odpovědět.

Odpovídá se tím, že **zakroužkujete** jednu číslici z pěti možných. Číslice vyjadřují různou intenzitu prožívaného strachu v konkrétní bolestivé situaci. Pokud se spletete nebo změníte svůj názor, škrtněte to, co neplatí, a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice hodnocení:

Vůbec se nebojím	Trochu se bojím	Dost se bojím	Velmi se bojím	Strašně se bojím
1	2	3	4	5

1. Kousnutí se do jazyka při jídle	1	2	3	4	5
2. Zlomenina ruky	1	2	3	4	5
3. Říznutí se do jazyka při olizování obálky	1	2	3	4	5
4. Úder těžkým předmětem do hlavy	1	2	3	4	5
5. Zlomenina končetiny	1	2	3	4	5
6. Úder do „brňavky“ – do citlivého místa na lokti	1	2	3	4	5
7. Odebírání krve	1	2	3	4	5
8. Pád ze schodů	1	2	3	4	5
9. Aplikování injekce do paže	1	2	3	4	5
10. Zlomenina krční páteře	1	2	3	4	5
11. Aplikování injekce do hýždě	1	2	3	4	5
12. Odstraňování třísky, která je hluboko zaražená v chodidle, sondou a pinzetou.	1	2	3	4	5
13. Aplikování injekce do ústní dutiny	1	2	3	4	5
14. Popálení cigaretou na tváři	1	2	3	4	5
15. Šití stehů na rtu	1	2	3	4	5
16. Pořezání žiletkou při holení	1	2	3	4	5
17. Polykání velmi horkého nápoje	1	2	3	4	5
18. Vniknutí mýdla do obou očí během sprchování	1	2	3	4	5
19. Trhání zubu	1	2	3	4	5
20. Opakované zvracení vyvolané otravou z jídla	1	2	3	4	5
21. Zanesení písku do očí	1	2	3	4	5
22. Vrtání zubu	1	2	3	4	5
23. Svalová křeč	1	2	3	4	5

Děkujeme Vám za spolupráci a prosíme: projděte celý dotazník, zda jste někde nezapomněli zakroužkovat svou odpověď! Těžko bychom ji za Vás potom vymýšleli.

Klíč k české verzi dotazníku FPQ-III.

Strach z velké bolesti zjišťují položky č.: 2, 4, 5, 8, 10, 14 (celkem 6 položek)

Strach z malé bolesti zjišťují položky č.: 1, 3, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23 (celkem 9 položek)

Strach z lékařských výkonů zjišťují položky č.: 6, 7, 9, 11, 13, 15, 19, 22 (celkem 8 položek)

Tab. 4: Pracovní normy pro míru strachu u dospělých osob (počet bodů v dotazníku FPQ-III)

	Podprůměrný strach z bolesti	Průměrný strach z bolesti	Nadprůměrný strach z bolesti
Strach z velké bolesti	6 - 15	16 - 21	22 - 30
Strach z malé bolesti	9 - 13	14 - 19	20 - 45
Strach z lékařských výkonů	8 - 12	13 - 19	20 - 40

Příloha č. 3

Spokojenost klientů s léčbou chronické bolesti

anonymní dotazník pro pacienty

Věk: méně než 30 let

30 – 45 let

46 – 60 let

61 a více let

Pohlaví: muž žena

1) Jak dlouho trvá Vaše bolest?

Méně než 1 rok 1-3 roky 4 - 6 let 7 – 10 let více než 10 let

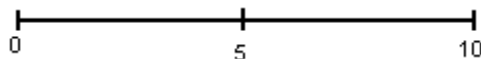
2) Jak dlouho navštěvujete ambulanci léčby bolesti ?

Méně než 1 měsíc 1-3 měsíce 4 - 6 měsíců 7 – 10 měsíců
více než 10 měsíců

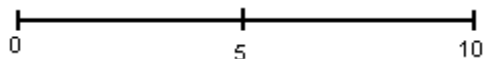
3) Pomocí této stupnice od 0 do 10 určete, jaká byla intenzita Vaší bolesti (jak moc Vás to bolelo) v době před zahájením léčby v ambulanci léčby bolesti.

0 = žádná bolest 10 = nejhorší možná bolest

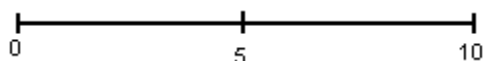
a) **Průměrná** intenzita bolesti před zahájením léčby v ambulanci bolesti



b) **Nejvyšší zažívaná** intenzita bolesti (když Vás to nejvíc bolelo) , před zahájením léčby v ambulanci bolesti



c) Kam až **nejníže bolest ustoupila** (když jste se cítil(a) dobře), v době před zahájením léčby v ambulanci bolesti



4) **Od léčby v ambulanci bolesti očekáváte :**

zmírnění bolesti

úplné odstranění bolesti

5) **Vaše bolest je přítomná, cítíte ji :**

stále

stále, ale s kolísáním intenzity

jsou období, kdy jsem bez bolesti

6) **Jak byste popsal(a) svou bolest, charakter bolesti :**

bodavá

pálivá

řezavá

tlaková

vystřelující

ochromující

jiná , doplňte jaká :

7) **Vedete si denník bolesti, nebo si jinak zaznamenáváte intenzitu bolesti během dne?**

Ano

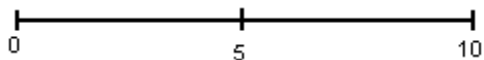
Ne

Vedl(a) jsem si v minulosti

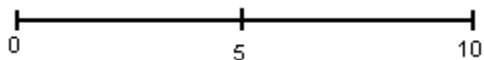
8) **Pomocí této stupnice od 0 do 10 určete, jaká je intenzita Vaší bolesti (jak moc vás to bolí) nyní, kdy se léčíte v ambulanci léčby bolesti.**

0 = žádná bolest 10 = nejhorší možná bolest

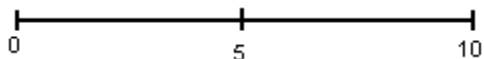
a) **Průměrná** intenzita bolesti za období posledního **jednoho** měsíce



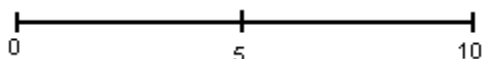
b) **Nejvyšší zažívaná** intenzita bolesti za období posledního měsíce



c) **Nejnižší zažívaná** intenzita bolesti za období posledního měsíce



d) Intenzita bolesti **nyňí**, v tuto chvíli



9) Jakým způsobem byla léčena Vaše bolest před návštěvou ambulance léčby bolesti (můžete označit více možností):

tablety injekce infuze náplasti s látkou proti bolesti

operace lokální obstríh nervové blokády psychoterapie

relaxace akupunktura zdravotní gymnastika lázně

masáže žádná léčba bolesti

jiná léčba, doplňte jaká:

Zakroužkujte nám ještě tu možnost, která byla nejčastější při Vaší léčbě.

10) Jakým způsobem je léčena Vaše bolest v současné době, v ambulanci léčby bolesti (můžete označit více možností)

tablety injekce infuze náplasti s látkou proti bolesti

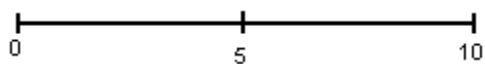
13) Jaké oblasti Vašeho života Vám léčba bolesti v ambulanci bolesti pomohla vylepšit

Pomocí této stupnice od 0 do 10 určete, jak výrazné je toto zlepšení

0 – žádné zlepšení

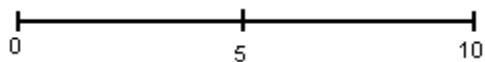
10 – úplné zlepšení

a) Nálada



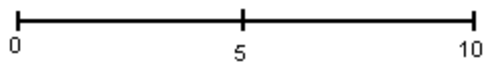
spíše zhoršení

b) Spánek



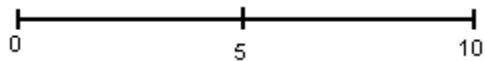
spíše zhoršení

c) Každodenní aktivity



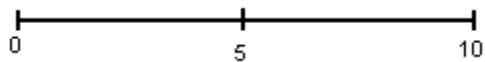
spíše zhoršení

d) Schopnost chodit



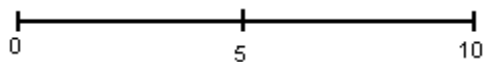
spíše zhoršení

e) Schopnost se soustředit



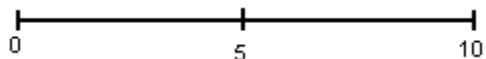
spíše zhoršení

f) Vztahy s druhými lidmi



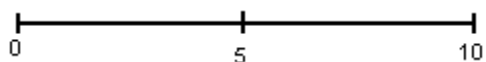
spíše zhoršení

g) Práce



spíše zhoršení

h) Celková aktivita



spíše zhoršení

i) Radost ze života

spíše zhoršení

14) Bude-li to třeba, využijete dalšího vyšetření, ošetření v ambulanci léčby bolesti?

Ano

Ne

Nevím

Příloha č. 4

Otázky, standardizovaný rozhovor

10. Jak jste se dozvěděl (a) o existenci ambulance pro léčbu bolesti? Od koho?
11. Kdo Vás odeslal do ambulance pro léčbu bolesti?
12. Kde všude jste se léčil(a) s Vaší bolestí před návštěvou ambulance pro léčbu bolesti?
13. Jak byla tato předchozí „úřední“ léčba účinná?
14. Zkoušel(a) jste jiný způsob léčby **bolesti, pomoc od** někoho jiného (léčitele) a s jakými výsledky?
15. Jste schopný(á) přijmout léčebný plán a dodržovat ho?
16. Co děláte Vy sám(a) pro zmírnění bolesti?
17. Jaké jiné postupy tlumení bolesti (**bez použití léků, injekcí**) Vám osobně nejvíce pomáhají?
18. Jaké máte pozitivní zkušenosti s léčbou bolesti u lékaře?
19. Jaké máte negativní zkušenosti s léčbou bolesti u lékaře?
20. Napadá Vás cokoli, co byste chtěl(a) dodat, zmínit o léčbě bolesti?



NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p.o.

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Etická komise pro klinické hodnocení léčiv

konaná dne 14.2.2008 od 14,00 hod. v zasedací místnosti nemocnice

Projednáání výzkumu u klientů ambulance pro léčbu bolesti

Žádost sestry ARO, Renáty Řezáčové o souhlas Etické komise s provedením výzkumu u klientů ambulance pro léčbu bolesti a to za účelem vypracování bakalářské práce, studia oboru Ošetrovatelství na UK LF v Hradci Králové.

Jedná se o obecné zjištění spokojenosti pacientů s léčbou před a po zahájení v ambulanci bolesti u pacientů s léčbou chronické bolesti. Respondenti cca 30, muži, ženy a diagnóz .

Závěr Etické komise:

EK nemá připomínky k realizaci výzkumu sestry Řezáčové. Podmínkou je, aby před zahájením respondenti s výzkumem souhlasili, byli informováni o spolupráci standardizovaným rozhovorem při vyplnění anonymního dotazníku.

V Jablonci nad Nisou dne 14.2.2008

MUDr. Ota Feldman
předseda etické komise

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Nemocnice
Jablonec nad Nisou, p.o.
Nové nábřeží
Na Mlýnské 15
478 00 Jablonec nad Nisou