

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU
BOLESTÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Zuzana Čapková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2023

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**QUALITY OF PATIENT'S LIFE WITH CHRONIC
PAIN**

Bachelor's thesis

Author: **Zuzana Čapková**
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2023

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původním autorským dílem a byla vypracována samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, které jsou v bakalářské práci použity, jsou řádně citovány v seznamu literatury.

V Hradci Králové
(podpis)

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala svojí vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a konzultace, které mi během psaní bakalářské práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod	7
1. Bolest	9
1.1 Definice bolesti.....	9
1.2 Fyziologie bolesti	10
1.3 Dělení bolesti.....	12
1.3.1 Dle délky trvání.....	12
1.3.2 Dle její patofyziologie.....	13
1.3.3 Dle jejího původu.....	14
1.4 Etiologie bolesti.....	15
1.5 Diagnostika bolesti	16
1.5.1 Anamnéza.....	16
1.5.2 Fyzikální vyšetření	16
1.6 Hodnocení bolesti.....	18
1.6.1 Neverbální metody hodnocení bolesti.....	18
1.6.2 Verbální metody hodnocení bolesti	19
1.7 Terapeutické postupy v řešení bolesti	20
1.7.1 Farmakologické.....	20
1.7.2 Nefarmakologické	24
1.8 Zvládání bolesti	26
1.8.1 Faktory ovlivňující bolest	26
1.9 Role všeobecné sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí.....	29
1.10 Centra pro léčbu bolesti.....	33
2. Kvalita života.....	35
2.1 Historie	35
2.2 Definice kvality života	35

2.3 Definice kvality života v ošetrovatelství	36
2.4 Čtyři kvality života	37
2.5 Faktory ovlivňující kvalitu života	38
2.6 Kvalita života související se zdravím	38
2.7 Metody měření kvality života.....	39
2.7.1 Generické nástroje pro měření kvality života	40
2.7.2 Specifické nástroje pro měření kvality života.....	42
2.8 Kvalita života u chronicky nemocných pacientů.....	43
2.8.1 Kvalita života u pacientů s chronickou bolestí	44
3. Cíle výzkumu	46
4. Metodika výzkumu	47
4.1 Použitá metoda	47
4.2 Výběr a charakteristika zkoumaného souboru	48
4.3 Zpracování získaných dat	48
5. Vyhodnocení výsledků výzkumu	49
5.1 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku Bolest.....	49
5.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF	61
6. Diskuze.....	87
Závěr	97
Anotace	99
Použitá literatura a prameny.....	101
Seznam zkratk	108
Seznam grafů.....	109
Seznam tabulek	110
Seznam příloh.....	111
Přílohy.....	112

Úvod

Bolest je nejčastěji vnímána jako nepříjemný, negativní vjem, má však i svůj pozitivní význam, který slouží jako varovný signál. Každý bolest někdy zažil, bohužel někteří z nás trpí chronickou bolestí, která se jeví jako dlouhodobý problém a jedince poškozují ve všech aspektech života. Bolest může nepříjemně ovlivnit sociální vztahy, nezávislost i zaměstnání. Z psychologického hlediska je trvání bolesti velmi vysilující.

Pro pacienty je prvotně důležité pochopit příčinu bolesti, proč se bolest vyskytuje a snažit se bolest zmírnit alternativními metodami, než se hned uchýlí k užívání medikamentů k léčbě bolesti. Léčba bolesti je komplexní záležitost, za klíčové považují komunikaci ošetřujícího a lékařského personálu s pacientem. V České republice je poměrně rozlehlá síť center pro léčbu bolesti, které pacientům umožňují zmírňovat jejich obtíže. Měli bychom také myslet na to, že bolest je zcela subjektivní, každý jedinec ji vnímá jinak a proto bychom pacientovi bolest měli věřit.

Inspirací pro výběr tématu mé bakalářské práce mi byla má sestra, která již 5 let trpí chronickou bolestí zad, kvůli problémům se zády jí nebylo umožněno studovat zubní lékařství a dělat tak své vysněné povolání.

V teoretické části jsem se zaměřila na problematiku bolesti, fyziologii, etiologii, dělení bolesti, diagnostiku, hodnocení bolesti, terapeutické postupy v léčbě bolesti (farmakologické, nefarmakologické), zvládání bolesti, roli všeobecné sestry, centra bolesti, dále jsem se věnovala obecnému popisu kvality života, metodám měření kvality života i kvalitě života pacientů s chronickou bolestí.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů, porovnání pacientů trpících chronickou bolestí s populační normou, porovnat běžnou populaci a populaci podle věku, zjistit, zdali má intenzita a charakter bolesti vliv na kvalitu života, jestli má pohlaví u pacientů vliv na chronickou bolest. Vliv délky terapeutické péče na kvalitu života poskytované centrem bolesti na kvalitu života.

Teoretická část

1. Bolest

1.1 Definice bolesti

Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for The Study of Pain – IASP) spolu se Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization – WHO) definují bolest jako:

„Nepříjemný tělesný a emoční zážitek, spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání, nebo který je termíny takového poškození popisován, je výsledkem faktorů tělesných, psychických a sociálních. Bolest je vždy subjektivní.“

Současná definice IASP uznává, „že ačkoliv je poranění tkáně běžným předchůdcem bolesti, bolest může být přítomna, i když poškození tkáně není rozpoznatelné“ (Rokyta, Höschl, 2015, s. 12).

Mnoho lidí udává bolest v nepřítomnosti poškození tkáně nebo jakékoliv pravděpodobné patofyziologické příčiny, obvykle se tak děje na základě psychologického důvodu. Bolest se může velmi lišit v její kvalitě, intenzitě a doby trvání, má různé patofyziologické mechanismy a významy (Raja et al., 2020).

Bolest má dvě složky, které spolu navzájem souvisejí.

Složku smyslovou (senzorickou), která udává informace o kvalitě, intenzitě a lokalizaci bolesti.

Složku emoční (afektivní), která oznamuje o dopadu na psychické ladění jedince, na chuť věnovat se běžným aktivitám denního života, zálibám, na hodnocení jeho postavení v rodině i společnosti, avšak i o vlivu bolesti do budoucna.

Bolest často přesahuje svůj ochranný význam či význam varovného signálu. Výsledkem toho je, že se bolest stává chronickou a vysilující (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

1.2 Fyziologie bolesti

Základní vlastnost organismu je schopnost vnímat porušení vlastní integrity a různým způsobem na tyto změny reagovat. Na porušení integrity umožňuje působit systém nocicepce, Jedná se o významný homeostatický mechanismus (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

Nocicepce je základ pro bolestivý vjem (Hakl, 2011).

Receptory pro vnímání bolesti se nazývají nociceptory a jsou přítomny v kůži, ve sliznicích, ale také téměř ve všech tkáních těla jako jsou například svaly, kosti, cévy a orgány zažívacího traktu.

Mezi výjimky se řadí nervová tkáň mozku, ledvin, jater a plic, kde nejsou přítomny receptory bolesti. Vjem bolesti z těchto orgánů tak pochází z nociceptorů v pojivových tkáních.

Nociceptory se nachází u dvou typů primárních senzoričtých neuronů.

První typ má axon tvořený A δ vlákny. Popisují se jako myelinizovaná vlákna, která vedou akční potenciál rychlostí asi 10-40 m/s a vedou signály hlavně z mechanických a termálních nociceptorů.

Druhý typ neuronů má nemyelinizované axony typu C, které vedou akční potenciál rychlostí 0,5-2m/s. Přibližně 70% všech vláken vedoucích signály bolesti představují vlákna typu C (Kittnar, 2020).

Pomocí nociceptorů rozlišujeme dva druhy vedení bolesti.

Rychlá bolest – V první fázi vzniku poškození reagují hlavně nociceptory spojené s myelinizovanými A δ vlákny. Informace jsou přenášeny specifickými drahami do thalamu a do somatosenzoričtější oblasti mozkové kůry (Kittnar, 2020). Rychlá bolest je označována jako ostrá, prudká, pálivá, dobře lokalizovaná, rychle odeznívající (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

Pomalá bolest – Ve druhé fázi jsou aktivovány nociceptory spojené s nemyelinizovanými C-vlákny. Ty jsou součástí aferentní dráhy retikulární formace mozkového kmene (Kittnar, 2020). Pomalá bolest se popisuje jako tupá, pulzující, obtížně lokalizující, dlouhotrvající (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

Bolestivý vjem může být doprovázen vegetativními reakcemi, mezi ně se řadí zrychlení srdeční akce, zvýšení tlaku, pocení, rozšíření zornic. Bolest vykazuje i silný emoční doprovod (Kittnar, 2020).

Pro celkové vedení bolesti rozlišujeme čtyři komponenty:

- **Senzoricko-diskriminační komponenta.** Rozlišuje percepci bolesti, odkud bolest přichází.
- **Afektivní (emocionální) komponenta.** Prosazuje se u psychických změn, které provázejí bolest. Mezi ně patří deprese, strach, úzkost, někdy i agresivita, kterou v pacientech může dlouhodobá bolest vyvolat.
- **Vegetativní (autonomní) komponenta.** Sem se řadí zblednutí, pocení, snížení krevního tlaku, zrychlení srdeční frekvence či zrychlené dýchání.
- **Motorická komponenta.** Uplatňuje se zde stresový princip *fight or flight* (bojuj nebo uteč). Člověk, který zažívá bolestivý podnět, z bolestivého podnětu ucukne, uteče nebo může bojovat (Rokyta a kol., 2017).

1.3 Dělení bolesti

1.3.1 Dle délky trvání

Akutní bolest

Mívá známou příčinu. Představuje v organismu signál, že je něco v nepořádku. Ve většině případů, kdy vyléčíme příčinu, bolest odezní a již se znovu neobjeví (Rokyta, 2018).

Nejčastěji vzniká úrazovým mechanismem či operačním výkonem. Může trvat sekundy, týdny, maximálně však tři měsíce. Akutní bolest působí jako velký stresor. Vyvolává vyplavení katecholaminů, stresových hormonů a pokles imunity (Skála, Kozák, 2021).

Chronická bolest

Je definována trváním déle než tři až šest měsíců nebo jako bolest, která se často opakuje. Svoji intenzitou neodpovídá intenzitě stimulace a ztrácí tím tak svůj ochranný význam (Danzigová, 2017).

Chronická bolest patří mezi onemocnění, které postihují člověka v celé její šíři i hloubce. Dochází k akcentaci prožívaného utrpení, fyzickému strádání, ohrožuje spirituální rovnováhu. Narušuje mezilidské vztahy, připravuje člověka o možnost realizovat své pracovní plány, snižuje kvalitu emočního prožívání a ohrožuje bytí člověka ve společnosti (Hakl, 2011). Způsobuje velké tělesné utrpení, objevují se psychologické změny. Pacient může trpět anxiétou či depresí, bolest může být doprovázena nespavostí a strachem. Chronická bolest také značně ovlivňuje kvalitu pacientova života (Kozák, 2010).

Postihuje každého čtvrtého až pátého dospělého Evropana a její prevalence stále stoupá. Chronická bolest je častější než srdeční infarkt, diabetes mellitus, nádory a mozkové příhody (Rokyta, 2018). „*Studie prokázaly 19 % prevalenci středně silné až silné chronické bolesti v evropské populaci, 17% pacientů s velmi silnou bolestí je léčeno pouze volně prodejnými léky a 11% není léčeno vůbec. V telefonické studii 20% lidí s chronickou bolestí uvedlo, že se jich lékaři na jejich bolest nikdy nezeptali, 40% udávalo nespokojenost s léčbou bolesti. Nejnižší výskyt je ve Španělsku, Irsku a Velké Británii (12-30%), nejvyšší naopak v Itálii, Polsku a Norsku (26-30%)*“ (Hakl, 2022 s. 12).

Chronické bolesti nejsou jen záležitostí těla, ale i psychického zdraví, proto je vhodné se na chronickou bolest dívat v systémovém pojetí (Hakl, 2011).

1.3.2 Dle její patofyziologie

Nociceptivní bolest

Vzniká podrážděním nociceptorů zahrnujících nocisenzory, mechanosenzory a polymodální receptory. Dle umístění receptorů rozlišujeme bolest na somatickou a viscerální. K nociceptivní bolesti řadíme bolesti pohybového aparátu (osteoartrózy, artritidy, bolesti vnitřních orgánů). Mezi nociceptivní bolest se také řadí většina stavů akutní bolesti (Hakl, 2019).

Neuropatická bolest

Vzniká na podkladě postižení centrálního, periferního nebo vegetativního nervového systému. Je často přenesená. Do této skupiny můžeme zařadit bolest posttherpetickou, diabetickou, ischemickou neuropatii a bolest u onemocnění centrální nervové soustavy (Adamus, 2012).

Dysautonomní bolest

Příkladem tohoto druhu bolesti představuje komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS), dříve se označoval jako algodystrofie nebo Sudeckův syndrom. Regionální bolestivý syndrom označuje různé bolestivé stavy, které vznikají převážně jako následek úrazu nebo chirurgického zákroku (Hakl, 2019).

Psychogenní bolest

Dnes se pojednává o psychosomatické bolesti. Základem je psychická porucha a poté vzniká porucha somatická. Název bolest psychogenní pojmenovává bolest, která vzniká u psychiatrických onemocnění (Rokyta a kol., 2017). Především u depresivních poruch a některých neuróz je bolest somatickou projekcí primárních obtíží. Pacienti si nejčastěji stěžují na bolesti zad a břicha (Hakl, 2019).

Smíšená bolest

Podílí se na ní více předchozích typů bolesti. Nejčastěji se setkáme s FBSS (Failed back surgery syndrome). Syndrom je kombinací neuropatické, nociceptivní i psychogenní bolesti (Adamus, 2012).

1.3.3 Dle jejího původu

Onkologická bolest

V souvislosti s probíhajícím onkologickým onemocněním vzniká i onkologická nádorová bolest (Hakl, 2019). Onkologická bolest je rozmanitá, pokud budeme vyhodnocovat charakter. Závisí na několika faktorech, jako je například typ onkologického onemocnění, stadium nádorového onemocnění, léčba a tolerance pacienta k bolesti.

Průlomová nádorová bolest je definována jako „*Náhlé a přechodné zhoršení bolesti, ke kterému dochází buď spontánně, nebo v souvislosti s konkrétním předvídatelným či nepředvídatelným spouštěcím mechanismem, přes relativně stabilní a dostatečně kontrolovanou bolest*“ (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022, s. 2).

Neonkologická bolest

S tímto typem bolesti se setkáváme nejčastěji. Bolest pacienta nezpůsobuje žádné onkologické onemocnění. Pro tento typ bolesti se uplatňují veškeré dostupné lékové skupiny, do kterých spadají i silné opioidní analgetika (Hakl, 2019).

Porodní bolest

Denní doba, prostředí, gestační týden, zdravotní i psychický stav, spánek a bdění v daném okamžiku jsou faktory, které ovlivňují vnímání bolesti v době těhotenství (Moravcová, Poláčková, Welge, 2022). Snižovat percepci bolesti je možné svalovou aktivitou (opakované monotónní pohyby), relaxací či koncentrací na dýchání. Vědomí navodí pozitivní vztah k bolesti představou, že k rychlejšímu ukončení porodu vede silnější bolest (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

1.4 Etiologie bolesti

Chronickou bolest u osob staršího věku, může vyvolat přítomnost přidružených onemocnění. Může se tedy stát, že pacient, ani jeho okolí často nezaznamená přesnou příčinu vzniklé bolesti (Danzigová, 2017).

Příčiny, které chronickou bolest způsobují, nejsou vždy identifikovatelné. U mnoha případů je tedy příčina neznámá. Často je intenzita bolesti větší, než odpovídá intenzitě skutečné bolesti příslušné stimulace (Kozák, 2010).

Chronická bolest se řadí mezi nejkomplikovanější případy algeziologie. Má stoupající tendenci v populacích a v průměru postihuje 30% obyvatel. Ve vyspělých státech se s ní potýká až 50% populace, jelikož mají lepší diagnostiku a také jsou lidé citlivější na bolestivé podněty než v méně rozvinutých zemích. Pacient opětovně navštěvuje lékaře s bolestmi. Je třeba mít v povědomí, že simulantů je 5 %. Většina lidí bolest opravdu cítí, proto je nezbytné jim věřit. Chronická bolest je mnohdy obtížně léčitelná. Nejčastěji pacienti trpí neuropatickou bolestí (Rokyta a kol., 2017).

Bolest může být vyvolána biologickými, chemickými, nebo fyzikálními noxami, ale také psychickými poruchami. Příčina vzniku bolesti je poškození tkání, podle toho je také definována.

Bolest má dva hlavní významy:

Signální – Představuje bolest akutní, která nám oznamuje, že v organismu není něco v pořádku, že tkáň je poškozena či hrozí další poškození. Bolest patří k fenoménu, které nás ochraňují a upozorňují na vznik nebezpečí.

Patognomický – Zástupcem je bolest chronická, která je nemocí sama o sobě. Chronická bolest je předmětem diagnostiky a léčby lékařské disciplíny, která se nazývá algeziologie. Ta je samostatným oborem v několika evropských státech včetně České republiky. Léčba bolesti disponuje sítí speciálních pracovišť (Rokyta, 2009).

1.5 Diagnostika bolesti

1.5.1 Anamnéza

Mezi základní diagnostiku spadá důkladné odebrání anamnestických dat, které se zaměřují na popisnou charakteristiku bolesti. Pro stanovení správné diagnózy bolestivého stavu se především ptáme na:

- Dobu trvání bolesti
- Co bolesti předcházelo
- Lokalizaci bolesti
- Kam bolest vyzařuje
- Zda se objevují i momenty bez bolesti
- Co bolest zlepšuje
- Co bolest zhoršuje

Důležitý údaj je také to, zda je pacient bolestí rušen během spánku, kolikrát za noc se vzbudí kvůli bolesti. Lékař se také ptá na současnou analgetickou léčbu bolesti, jaké léky doposud užívá. Zajímají ho alergické reakce na léky. Táže se, jaké léky bolest zmírňují a jaké mu naopak úlevu nepřinášejí (Lukáš, Kautzner, Hoch, 2022).

1.5.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření se zaměřujeme na místo maximálních potíží, ale i na vzdálené struktury, které mohou s bolestí souviset (Málek, Ševčík, 2021).

Aspekce

Jedná se o vyšetření pohledem.

- Celkový aspekt – Zaměřujeme se na tělesnou konstituci. Zda je pacient astenik, pyknik, atlet, na zbarvení kůže, pohybové chování. Může se objevovat obranné držení do flexí (neurotik), introvert, extrovert. Typy jako jsou astenici a pyknici trpí často konstituční hypermobilitou.

- **Bolestivé chování** – Je přítomen pláč, vzdechy, naříkání, kulhání, podpírání bolestivé oblasti, časté měnění polohy nebo strnulé sezení. Objevuje se rozdíl chování v čekárně a ambulanci, způsob chování nepovažujeme za simulaci, je výrazem snahy, že člověk bolesti opravdu trpí.
- **Postura** – Všímáme si vzhledu páteře. Porucha postavení páteře i nosných kloubů způsobuje statické přetěžování. Poškození v rovině sagitální způsobuje například bederní hyperlordózu. Poškození v rovině frontální má za následek idiopatickou skoliózu. Součástí je i vyšetření chodidel, zdali není přítomnost plochých nohou.
- **Rozsah pohybu** – Omezený rozsah pohybu je známkou svalové dysbalance, patologickoanatomických nebo funkčních poruch pohybového ústrojí. Zvýšený rozsah pohybu je známkou volného ligamentového aparátu, nejčastěji se jedná o hypermobilitu. Při zátěži s přítomností bolestí má příznivý účinek bederní podpora a s fyzikálních metod aplikace tepla (Skála, Neradílek, Fila, 2016).

Palpace

Vyšetření pohmatem se používá k objektivizaci místních bolestivých projevů, seskupujících se do bolestivého vzorce, který tvoří bolestivé kožní zóny, bolestivé body a bolestivé svaly.

Perkuse

Vyšetření poklepem se v dnešní době používá již málo, lze ho považovat za citlivější metodu pro posouzení stupně hyperalgie měkkých tkání, povrchnějších periostálních a vazivových struktur, než běžnou palpaci. Bolestivá odpověď na poklep svědčí o přechodu k vyššímu stupni poruchy vnímání bolesti. Je přítomný i výrazný podíl centrální senzitivace nocisenzorů nebo neurogenní bolesti. Nejčastěji je přítomen u syndromu karpálního tunelu (Rokyta a kol., 2017).

Manuální vyšetření rozsahu pohybu

Rozsahem fyziologického pohybu se zabývá ortopedická propedeutika. Je třeba vyšetřovat aktivní a pasivní rozsah kloubního pohybu (Skála, Neradílek, Fila, 2016).

1.6 Hodnocení bolesti

Metody měření bolesti jsou subjektivním hodnocením pacienta (Málek, Ševčík, 2021). Žádná metoda nezachycuje vlastní bolest objektivně, což je velký nedostatek. Přesto užívané metody mají důležitou úlohu v posuzování bolesti a jejího dopadu na jedince (Opavský, 2011).

1.6.1 Neverbální metody hodnocení bolesti

Vizuální analogová škála

Na stupnici od nuly do deseti hodnotí intenzitu bolesti. Používá se převod z výrazové škály, procenta nebo číslice nebo lineární grafické vyjádření převoditelné na číslice. Všechny varianty lze snadno porovnávat. Z hlediska časové veličiny je vizuální analogová škála nenáročná, jak v záznamu, tak i pro její následné vyhodnocení (Danzigová, 2017).

Obličejová škála (Face pain scale)

Rokyta, Kršiak, Kozák (2012) citují autory Hickse a kol. (2001), kteří uvádí, že pro malé děti, které nedokáží přesně popsat svou bolest, se využívá k zachycení intenzity bolesti jejího dopadu na afektivitu a dynamiku dne škály obličejů bolesti (Face pain scale), ty ukazují výraz obličeje od stavu pohody až po stav nesnesitelné bolesti. Na těchto sebehodnotících stupních dítě vybírá, který model nejpřesněji zachycuje jejich stav, ovlivněný bolestí.

Mapa bolesti

Mapy bolesti, které se používají k registraci několika typů bolesti na různých částech těla, se uplatňují jako doplňková metoda hodnocení bolesti. Mohou se vzájemně lišit způsobem označení algických zón, kde se používá smluvených grafických znaků pro určení intenzity a kvality bolesti, nebo za pomoci barevného rozlišení (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012).

1.6.2 Verbální metody hodnocení bolesti

Verbální metody hodnocení používají slovní vyjádření k ohodnocení intenzity bolesti. Jsou velmi využívány pro snadné a rychlé vyšetření bolesti u dezorientovaných, nevidomých a starších pacientů. Je možno posoudit smyslovou bolest, která vypovídá o lokalizaci, kvalitě a intenzitě. Lze také hodnotit i emoční (afektivní) bolest (Málek, Ševčík, 2021).

Škála intenzity současné bolesti (Present pain intensity)

Tuto škálu lze aplikovat u verbálního hodnocení intenzity prožívané bolesti (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012).

Hodnocení je od čísla 0 do čísla 5, kdy vyjádření 0 je žádná bolest, 1 – mírná bolest, 2 – středně silná bolest, 3 – silná bolest, 4 – krutá bolest, 5 – nesnesitelná (Málek, Ševčík, 2021).

Dotazník bolesti McGillovy univerzity (McGil Pain Questionnaire)

Jedná se o celosvětově nejrozšířenější dotazník. Spolu s intenzitou bolesti hodnotí i kvalitu bolesti, charakter a její vliv na afektivní posuzování bolesti. Při měření akutní bolesti se nevyužívá (Málek, Ševčík, 2021).

Autorem je Ronald Melzack, který vymyslel i kratší verzi dotazníku (SF-MPQ), která se rychle rozšířila do mnoha zemí a stala se nejčastěji užívaným prostředkem k hodnocení bolesti

Dotazník obsahuje vizuální analogovou škálu, verbální posouzení současně prožívané intenzity bolesti a mapu bolesti, do které pacient vyznačí oblasti, v nichž pociťuje bolest a verbální stupnice současné intenzity bolesti (PPI). K doplnění anamnestického vyšetření a SF-MPQ je dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA).

Všechny součásti tohoto dotazníku lze skórovat, tak můžeme získat přehled o subjektivním hodnocení bolesti nemocným, porovnání jednotlivých součástí slouží k ověření průkaznosti výpovědi vyplňující osoby (Opavský, 2011).

1.7 Terapeutické postupy v řešení bolesti

1.7.1 Farmakologické

Cíle farmakoterapie

Nejlépe možný cíl analgetické léčby je absolutní odstranění bolesti. V praxi se však snažíme o zmírnění intenzity bolesti natolik, aby se stala pro pacienta přijatelnou a měla minimální dopad na vykonávání běžných, každodenních činností v jeho životě (Sláva, Doležal, 2009).

Neopioidní analgetika

Jejich hlavními výhodami jsou analgetické a antipyretické účinky, účinek protizánětlivý chybí. Hlavními zástupci neopioidních analgetik jsou paracetamol a pyrazolové deriváty

Paracetamol

Využívá se pro své analgetické a antipyretické účinky. Řadí se mezi relativně nejbezpečnější neopioidní analgetika. Je indikován při horečce, akutních infekčních onemocněních, bolesti vertebrogenního původu, bolesti hlavy či bolesti svalů nebo kloubů při onemocněních podobných chřipce (Martínková, 2018).

Dobře se absorbuje po perorálním podání a následně se v játrech metabolizuje. Přestože jeho toxicita je nízká, zvyšuje se možnost hepatotoxického poškození jater možnou kombinací přípravků paracetamolu a opioidů (Nesměrák, 2017).

Metamizol

Je indikován k léčbě bolesti způsobené spasmy hladkého svalstva (biliární a renální koliky, spastická dysmenorea), také se využívá ke kontrole bolesti po menších chirurgických zákrocích, ke spasmioanalgezií před a po instrumentálních vyšetřeních. Jedná se o derivát pyrazolu (Martínková, 2018). Pyrazolami mají dostatečnou analgetickou účinnost s minimálními vedlejšími účinky. Výjimečně způsobují poruchu krvetvorby a nejsou vhodné pro dlouhodobou analgetickou léčbu (Hakl, 2020).

Nesteroidní antiflogistika

Nesteroidní antiflogistika (nesteroidní antirevmatika – NSA). Řadí se mezi nejrozšířenější lékovou skupinu v léčbě bolesti, nejčastěji bolesti zánětlivé etiologie. O jejich oblibě svědčí i to, že jsou v současnosti nabízeny v různých léčivých formách, například ve formě tablet, léků, kapslí, čípků, náplastí, sirupů a gelů.

Na základě znalosti jejich chemické struktury, nebo také pragmatictěji z klinického hlediska, je můžeme klasifikovat dle jejich schopnosti inhibovat enzym cyklooxygenázu. Cyklooxygenáza se jeví nejméně ve dvou variantách (izoformách) – cyklooxygenáza 1 (COX-1) a cyklooxygenáza 2 (COX-2). Blokáda enzymu cyklooxygenázy je základním mechanismem účinku všech NSA.

Kyselina acetylsalicylová (ASA), řazena mezi ostatní analgetika/antipyretika podle AISLPU, zaujímá výsadní postavení, má také antirevmatický a protizánětlivý účinek. V nižších dávkách je podávána jako antiagregans (Slíva, Doležal, 2009).

Adjuvantní analgetika

Pacienti nejenže vnímají bolest samotnou, ale prožívají také emoce jako beznaděj, zlobu, deprese, úzkost, strach a tyto obtíže nemocného je nutno pro úspěšnou analgetickou léčbu zvládnout.

Bez dostatečné pozornosti se bolest může přeměnit na centrální chronickou, téměř neléčitelnou bolest, která přetrvává i poté, co původní nociceptivní podněty vymizely (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Kortikosteroidy

Jejich využití je vhodné k léčbě určitých typů bolesti, například při bolestech souvisejících s jaterními a mozgovými nádory, při kostních metastázách. Příznivě ovlivňují náladu, zvyšují chuť k jídlu a mohou zabraňovat zvracení (Gulášová, 2008).

Antikonvulziva

Antikonvulzivní léčiva mají dobrou zkušenost v léčbě neuropatické bolesti. Klasickým zástupcem je karbamazepin, který dobře působí u záchvatovitých neuropatických bolestí, kterou je například neuralgie trigeminu.

Gabapentin a pregabalin kromě analgetického efektu mají pozitivní vliv na zlepšení spánku a na zmírnění depresivních příznaků (Štětkářová, 2021).

Antidepresiva

Perrot a kol. (2006) píší, že antidepresiva se využívají jako koanalgetika u většiny typů bolestí. Jejich účinnost byla prokázána u revmatických, nádorových, neuropatických a některých psychogenních bolestí (Opavský, 2011).

Tricyklická antidepresiva (amitriptylin, imipramin) jsou preferována, pokud je přítomna deprese, i přes to, že mají řadu nežádoucích účinků. Inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu (venlafaxin, duloxetin) potlačují depresi i bolest. Příznivých výsledků bylo dosaženo při podávání duloxetinu u diabetické neuropatie (Štětkářová, 2021).

Anxiolytika

Jsou to léčiva určená k potlačení strachu a patologické úzkosti. Mezi anxiolytika se řadí benzodiazepiny, ty mají antikonvulzivní, myorelaxační, anxiolitický a hypnotický efekt (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Opioidní analgetika

Opioidy představují velmi efektivní nástroj ke zvládnutí silné akutní bolesti, nádorové bolesti, ale i chronické nenádorové bolesti. Opioidy nezpůsobují jen analgezií, ale komplexně ovlivňují celý organismus. Jsou považována spolu s paracetamolem za nejbezpečnější analgetika (Kozák, Lejčko, Vrba, 2021).

Mezi časté nežádoucí účinky opioidů patří závratě, sedace, nevolnost, zvracení, tolerance, respirační deprese, zácpa a fyzická závislost (Benyamin et. al., 2008).

Při adekvátním terapeutickém postupu téměř žádný z nich neohrožuje život pacienta (Kozák, Lejčko, Vrba, 2021).

Opioidní analgetika získala svůj název odvozený od opia. Opium se získává z nezralých makovic máku. Obsahuje alkaloidy s analgetickým účinkem jako je kodein a morfin (Martínková, 2018).

Silné opioidy

- Morphin – Obvyklý opioid při léčbě silné bolesti.
- Fentanyl – Osvědčené silné opioidní analgetikum. Nejčastěji se využívá u silných chronických bolestí v transdermálním terapeutickém systému (náplasti). Používá se i u silných akutních bolestí v injekční formě.
- Oxykodon – Určen pro léčbu silné nenádorové i chronické bolesti a v některých případech i silné akutní bolesti, protože jeho výhodou je poměrně rychlý nástup účinku.

Slabé opioidy

- Tramadol – Jedná se o nejčastěji používaný slabý opioid. Mezi přínosy patří relativně nízké riziko zácpy a vzniku závislosti, značný počet lékových forem a dobrá biologická dostupnost po perorální aplikaci.
- Kodein – Má poměrně slabé analgetické účinky, proto se prakticky užívá nejlépe jen v kombinacích s paracetamolem.
- Pentazocin, Nalbufin – Nejsou určeny pro chronickou bolest, jsou indikovány u krátkodobé či akutní bolesti (Kozák, 2009).

Závislost na opioidech

Za fyzicky závislého se považuje každý pacient dlouhodobě léčený opioidy z důvodu rizika vzniku abstinčního syndromu při náhlém vysazení.

Abstinční syndrom vzniká po odeznění obecně tlumivého účinku opioidů na centrální nervový systém v důsledku hyperaktivity centrálního nervového sympatoadrenálního systému. Příznaky abstinčního syndromu dělíme na psychické a somatické.

Mezi psychické příznaky se řadí anxieta, depresivní symptomatologie, zvýšená iritabilita, agresivita, insomnie až hypervigilní stav. Ze somatických příznaků se nejčastěji uvádí nauzea, zvracení, pocení rinorea, lakrimace, nárůst původní bolesti, zívání, mydriáza, hypertenze, tachykardie, arytmie, může vzniknout paroxysmus křečí (Kozák, Lejčko, Vrba, 2021).

Riziko závislosti je při kombinaci neopioidních a opioidních analgetik. Spojení analgetik s adjuvantními analgetiky a paracetamolu s nesteroidními antiflogistiky má také aditivní efekt. Nekombinují se ani jednotlivá nesteroidní antiflogistika z důvodu výskytu hojných vedlejších účinků (Tigis, 2017).

1.7.2 Nefarmakologické

Psychoterapie

Potencionální hrozbu ztráty zaměstnání, snížení finančního příjmu, zvýšení stresu, emocionální (úzkost, deprese) a sociální problémy představují důsledky chronické bolesti. Aby se pacient mohl úspěšně adaptovat na život s chronickou bolestí, musí se naučit pracovat s dlouhodobými změnami, jeho rodina by se také měla zapojit a adaptovat se na dlouhotrvající změny. Stále větší počet algeziologů uznává důležitost význam bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu v léčbě bolesti ve srovnání s biomedicínským přístupem a na tomto základě doporučují svým pacientům psychoterapii.

Známkami efektivity terapie chronické bolesti jsou především redukce užívaných léků, zlepšení fyzického fungování, zmírnění úzkosti či deprese, návrat do práce a zvýšení kvality života (Hakl, 2022).

Akupunktura

Akupunktura je metoda využívající bioenergii. Vychází z různých filozofických koncepcí světa. Používá se na poruchy energetické autoregulace, ne k léčbě symptomů. K dosažení cíle léčby se využívá vlastního energetického potenciálu organismu k uzdravení a harmonizaci toku energie. Nejčastěji se ke stimulaci akupunkturních bodů používají jehly (Adamus, 2012).

Rehabilitace

Na terapii bolesti se přímo podílí léčebná rehabilitace. Významnou složkou vzniku bolesti, především v pohybovém aparátu hrají svalové dysbalance, porucha motorických stereotypů, poruchy postury. Důležitá je diagnostika funkčních poruch pohybového systému (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Fyzikální terapie

Chlad

Mezi hlavní účinky kryoterapie patří zvyšování prahu bolesti, snižování lokálního místního otoku a svalového spasmu. Používá se krátkodobě po drobných incizích, extrakci zubu či malých výkonech na koleni. Dlouhodobá terapie chladem je nepříjemná a může způsobit trauma.

Teplo

Teplo má pozitivní účinek na mobilitu kloubů, také uvolňuje svalové spasmy. Ke zvýšené intenzitě bolesti může přispět tepelný diskomfort (Málek, Ševčík).

Terapie teplem znamená aplikaci suchého tepla, které může být vytvořeno nahřívací láhví, pomocí sáčků s chemickou látkou uvolňující teplo či elektrickou poduškou. Využívá se aplikace vlhkého tepla, které je vytvořeno teplým obkladem nebo horkým zábalem (Kolektiv autorů, 2006).

Placebo efect

Placebo efekt je psychologický proces navozený terapeutickými rituály, ať už jde o terapii účelnou nebo o terapii zjevně inertní, je to také pozitivní reakce.

Předchozí zkušenost s konkrétním terapeutickým rituálem není nezbytná, pro vyvolání reakce stačí, aby měl pacient kladný důvod předpokládat, že daný zákroklepší jeho zdravotní stav.

Nocebo je opakem placebo, kdy jde o negativní očekávání, které může u pacienta vzniknout na základě náhodně získaných nesouvislých informací nebo vzniklých předsudků (Šrámek, 2017).

1.8 Zvládání bolesti

1.8.1 Faktory ovlivňující bolest

Fyziologicko-biologické

Kopp (1995) radí mezi klíčové biologické faktory věk jedince, typ onemocnění, způsob diagnostikování bolesti a její léčba (Raudenská, Javůrková, 2011).

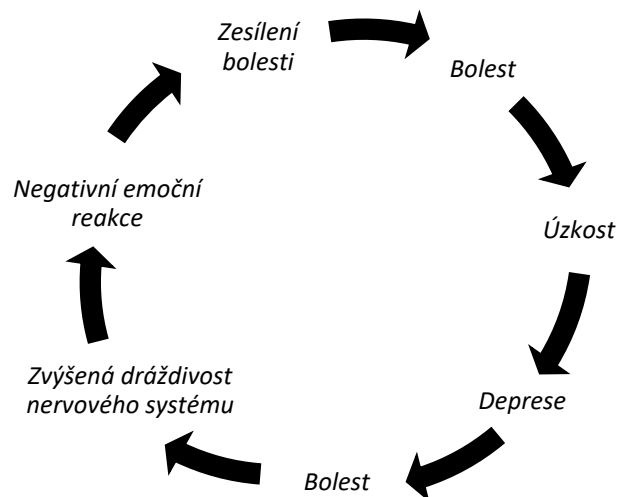
Hypothalamus a limbický systém ovlivňují emotivní složku bolesti, zodpovídají za negativní emoce, jako je úzkost a strach, které jsou s bolestí spojené (Trachtová, 2018).

Bolest je méně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života a omezuje soběstačnost nemocného (Raudenská, Javůrková, 2011).

Psychicko-duchovní

Jak velký význam pacient své bolesti přikládá, je v psychologické rovině podstatné. Šířka významu závisí na mnoha okolnostech, zahrnující charakter bolesti, os charakteru bolesti a porozumění jejímu významu, osobnostní vlastnosti a předchozí životní zkušenost.

Schéma vztahu bolesti a psychického stavu:



(Schéma: Trachtová, 2018, s. 142)

Mezi psychicko-duchovní faktory patří vlastnosti osobnosti například introverze, extroverze, které také ovlivňují vnímání bolesti (Trachtová, 2018).

Nezbytná psychoterapeutická intervence je nutná při výrazném podílu psychogenních vlivů (Skála, Neradílek, Fila, 2016).

Cílem psychoterapie je naučit se poznávat sebe sama v oblasti myšlení, chování a emocí za účelem rozlišit si možnosti, jak svými postupnými změnami v postojích a v chování zlepšit kvalitu života. Pečovat o svoje potřeby, učit se pozitivnímu myšlení, plánovat denní režim, stanovovat si smysluplné životní cíle, to jsou příklady, které jsou kladeny za cíle v psychoterapeutické podpoře u bolestivých syndromů (Klempíř, Klempířová, 2017).

Chronická bolest ovlivňuje chování pacientů, pacient může být úzkostný, depresivní a nekritický více, než by byl za standardních okolností (Raudenská, Javůrková, 2011).

K pocitu trvalého ohrožení, nepříjemným emocím, které označujeme jako emocionální utrpení, může vést chronická bolest. Pro pacienty s tímto typem bolesti je často velmi náročné řešit sociální, vztahové a osobní problémy v důsledku bolesti, například různá omezení a změny životních rolí, finance, práci, volný čas a právní problémy. V důsledku prožívané bolesti nazýváme tyto problémy jako psychosociální utrpení.

Pacienti s chronickou bolestí obvykle zažívají hluboké psychosociální potíže, které souvisejí s dlouhodobou bolestí i se subjektivním přesvědčením, že dosavadní léčba bolesti nemá významný či žádný vliv na kvalitu života.

Náboženství nebo spiritualita mohou pacientům s bolestí pomoci při prožívání utrpení. Spiritualita se týká způsobu, jakým lidé hledají, vyjadřují a zažívají vztah k sobě samým, k ostatním i přírodě. Lze ji chápat jako sbírku mínění přinášející smysl života, vitalitu, zájem o druhé a o sebe (Hakl, 2022).

Sociálně-kulturní

Ztráty a poškození sociálních vztahů mají za důsledek sociální bolest (Hakl, 2022).

V kulturách, které jsou založeny dle židovské a křesťanské etiky, je bolest vnímána jako trest po spáchání zlých skutků. Je přijímána lidmi jako odplata za hříchy. Porozumění významu bolesti záleží na schopnostech snášet bolestivé stimuly, na individuálním vnímání bolesti, stejně tak i reakce na bolest.

Vnímání bolesti a reakce na ni jsou ovlivněné okolím jedince. Práh bolesti zvyšují dobré mezilidské vztahy, přítomnost blízké osoby, příjemné sociální prostředí (Trachtová, 2018).

Nemoc spojená s bolestí mění sociální postavení nemocného, který přichází o prestiž, svoji profesionální roli a uspokojení. Mění se i role nemocného, stává se závislý na ostatních členech rodiny (Raudenská, Javůrková, 2011).

1.9 Role všeobecné sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí

Role všeobecné sestry je naprosto zásadní v systému péče o pacienta s bolestí. Mají zásadní postavení v oblasti hodnocení účinnosti léčby a diagnostiky, ale pravomoce v rozhodování o indikaci analgetik nemají. Sestry předávají informace lékařům i dalším členům zdravotnického týmu a jsou zpravidla první v kontaktu s pacientem. Negativně projektovat se může do samotné péče o pacienta narušená komunikace mezi členy týmu. V péči o pacienta s bolestí je role sestry naslouchací, informační a vyhodnocovací. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Mezi první a velmi důležitý krok se řadí přesné zhodnocení bolesti. Objektivně posoudit bolest je značně náročné. Klíčem ke správné léčbě a přístupu k pacientovi je porozumění bolesti v celé její mnohostrannosti.

Sestra by také měla znát anamnézu, diagnózu a navržený způsob léčby nemocného. Pacientovi reakce na bolest, aktivity během dne a odpověď na léčbu sestra pozorně sleduje. O všem bude informovat lékaře a veškeré informace použije ke zmírnění či odstranění bolesti.

Již od přijetí začíná individuální přístup k nemocnému trpícímu bolestí. Sestra se nemocnému představí a přivítá ho. Pacient musí získat pocit, že on a jeho bolest jsou ve středu zájmu. Sestra spolupacientům na pokoji představí nemocného a zajistí mu pohodlnou polohu na lůžku či křesle. Pro odstranění bolesti je poloha nemocného důležitá.

Sestra zaznamenává do zvláštní karty informace o místě, druhu a intenzitě bolesti. Při stanovení ošetrovatelské péče a léčbě bolesti jsou tyto informace mimořádně důležité. Značně záleží na zkušenostech a znalostech sestry, aby obtíže nemocného dokázala posoudit, jelikož bolest nelze objektivně měřit. Sestra musí ovládat způsob aplikace a pravděpodobnou délku účinku léků, jednotlivé účinky léků a důležitá je znalost nežádoucích účinků. Tyto účinky je nutné aktivně vyhledávat a předcházet jim (Ševčík, 1994).

Dle doby trvání dělíme bolest na akutní a chronickou, každá je samostatnou ošetrovatelskou diagnózou.

Ošetrovatelská diagnóza	Doména Třída	Určující znaky	Související faktory
00132 Akutní bolest	Doména 12 Pohodlí Třída 1 Tělesné pohodlí	<ul style="list-style-type: none"> - beznaděj - diaforeza (pocení) - důkazy o bolesti získané pomocí standardního seznamu (položek) pro osoby neschopné komunikovat verbálně - expresivní chování - nesoustředěné chování - ochranné chování - protektivní chování - rozšířené zornice - vlastní hlášení o charakteristikách bolesti pomocí standardizovaného nástroje bolesti - vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti - vyhledávání antalgické (úlevové) polohy - výraz bolesti v obličeji - zaměření se na sebe - změna chuti k jídlu - změna ve fyziologických parametrech - zprostředkované hlášení např: pečovatelem o chování značícím bolest/změnách v činnostech -zúžené zaměření pozornosti 	<ul style="list-style-type: none"> - biologický původce zranění - chemický původce zranění - fyzický původce zranění

Tabulka č. 1 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (akutní bolest)

Ošetřovatelská diagnóza	Doména Třída	Určující znaky	Související faktory
0013 Chronická bolest	Doména 12 Pohodlí Třída 1 Tělesné pohodlí	<ul style="list-style-type: none"> - anorexie - důkazy o bolesti získané pomocí standardizovaného seznamu (položek) pro osoby neschopné komunikovat verbálně - vlastní hlášení o charakteristikách bolesti pomocí standardizovaného nástroje bolesti - vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti - výraz v obličeji - zaměření se na sebe - změna ve vzorci spánku - změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách - zprostředkované hlášení např: pečovatelem o chování značícím bolest/změnách v činnostech 	<ul style="list-style-type: none"> - dlouhotrvající používání počítače - emoční strádání - komprese nervu - malnutrice - neefektivní vzorec sexuality - opakovaná manipulace s těžkými břemeny - původce zranění - sociální izolace - únava - vibrace celého těla - změna ve vzorci spánku - zvýšená hodnota indexu tělesné hmotnosti

Tabulka č. 2 – Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (chronická bolest)

Související ošetřovatelské diagnózy pro akutní i chronickou bolest

Zhoršená pohyblivost 00085

Porušený spánek 00095

Spánková deprivace 00096

Deficit sebepeče při stravování 00102

Strach 00148

Úzkost 00146

Beznaděj 00124

Sociální izolace 00053

Neefektivní zvládnání zátěže 00069

Sexuální dysfunkce 00059

Přerušovaný život rodiny 00060 (Dušová, 2007).

Vybrané ošetřovatelské intervence pro akutní i chronickou bolest

- Nemocnému podejte dostatek informací
- Ukažte, že reakci na bolest nemocného akceptujete
- O nesprávných názorech bolesti a jejího léčení poučte rodinu
- Edukujte o příčinách, proč může pacient pociťovat sníženou nebo zvýšenou bolest
- Zajistěte, aby během dne mohl pacient odpočívat a měl období nepřerušovaného spánku v noci.
- Během akutní bolesti uče metodu distrakce, která nezatěžuje.
- Edukujte o neinvazivních krocích, které ulevují od bolesti (relaxace).
- Zajistěte, aby pacient pomocí předepsaných analgetik dosáhl optimálního zmírnění bolesti.
- Zajistěte, aby své obavy, frustraci i hněv pacient prodiskutoval v soukromí (Trachtová, 2018).
- Nepřetržitě a systematicky posuzujte pacientovu bolest.
- Opakovaně hodnotěte potřeby podávání analgetik pacientovi, monitorování jejich účinnosti i neúčinnosti.
- Trvale sledujte a zaznamenávejte účinků analgetik, žádoucí i nežádoucí.
- Předpokládejte přítomnost bolesti při bolestivých procedurách (Gulášová, 2008).

1.10 Centra pro léčbu bolesti

Pokud hovoříme o léčbě bolesti, musíme zmínit a popsat ambulance pro léčbu chronické bolesti. Tato specializovaná ambulantní pracoviště zajišťují diagnostiku a léčbu chronických bolestivých stavů, centra se soustřeďují na léčbu bolestí různých příčin včetně bolesti onkologické i neonkologické. Pacienti s chronickou bolestí zad, hlavy, kloubů a bolestí neuropatickou doprovázející různá další onemocnění jako je cukrovka, ischemická choroba dolních končetin, pásový opar, stavy po chemoterapii a podobně, nejčastěji navštěvují tyto ambulance. Pacienti s bolestí při onkologickém onemocnění představují samostatnou skupinu.

Klíčem center pro léčbu bolesti je vycházet z celkového pohledu na člověka a jeho bolest, individuální terapie následuje po vyhodnocení psychosomatického stavu pacienta a jeho onemocnění. Terapie bolesti není směřována na nemoc či příznak, ale danému pacientovi.

Ambulance využívají farmakologické i nefarmakologické metody léčby. Je nezbytné, aby ambulance disponovaly dostatečným množstvím analgetik i pomocných koanalgetik s možností různých způsobů aplikace léčiv. Další možností terapie je aplikace analgetických infuzí, provádění invazivních metod, jednou z invazivních metod je nervová blokáda neboli opich, vykonávají se i kontinuální metody v rámci polodenního stacionáře. Lékař ambulance v rámci odbornosti léčby bolesti a paliativní medicíny mnohdy poskytuje konziliární služby pro celou nemocnici.

K problémům pacientů je potřeba přistupovat komplexně. Je nutná spolupráce ambulance léčby bolesti s lůžkovým resuscitačním oddělením, konziliárním ambulantním a lůžkovým neurologickým oddělením, rehabilitačním oddělením, ambulantně multidisciplinární spolupráce a odborností interní, kardiologickou, s revmatologem, nezbytná je i komunikace s psychologem i psychiatrem.

Některé ambulance léčby bolesti nabízejí porady ženám v období těhotenství, zároveň umožňují pomocí akupunktury snižovat poporodní bolesti (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Tato pracoviště mohou poskytovat superkonziliární péči nebo mohou nemocné přebírat do své péče. Centra pro léčbu bolesti nabízejí různou škálu diagnostických a terapeutických metod (Opavský, 2011).

Pro kvalitní a dostupnou léčbu bolesti je základním předpokladem vytvoření sítě pracovišť, které budou léčbu bolesti poskytovat. Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) navrhla ucelený systém specializovaných pracovišť léčby bolesti.

1. Multidisciplinární centra pro léčbu bolesti

Fungují jako vědecko – výzkumná, klinická a výuková střediska. Obvykle spadají pod fakultní nemocnice. Věnují se chronické i akutní bolesti. Pracovní tým se skládá z lékařů nejméně tří oborů, jsou to zejména anesteziologové, neurologové, internisté, onkologové, psychiatři a další. Tým tvoří i psychologové a střední zdravotničtí pracovníci. Pracoviště mohou být ambulantního, lůžkového, nebo smíšeného rázu. Komplexní multidisciplinární program léčby je vypracován individuálně pro každého pacienta. Je nutné, aby diagnostiku a léčbu vedl jeden lékař, ostatní lékaři se podílejí konziliárně.

2. Multidisciplinární poradny pro léčbu bolesti

Jsou podobné předchozímu typu pracoviště a však o střediska výzkumná a výuková se nejedná.

3. Syndromově orientované poradny pro léčbu bolesti

Léčba bolesti je zaměřena na určitý profil pacientů v závislosti na druhu onemocnění a typu postižené oblasti například bolest páteře, hlavy, zad a onkologická bolest. Zpravidla se jedná o zařízení ambulantní, ne však o ordinace praktikujícího lékaře.

4. Speciálně zaměřené poradny

Ty umožňují limitovaný druh léčby, který je bez možnosti komplexního diagnostického a léčebného programu, mezi ně můžeme řadit akupunkturu, hypnózu či léčbu blokádami nervů (Ševčík, 1994).

2. Kvalita života

2.1 Historie

Pojem kvalita života byl poprvé v historii podotknut ve 20. letech, byl zmíněn v souvislosti s úvahami o úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev a ekonomickém vývoji. Předmětem diskuze byl zejména vliv státních dotací na celkový vývoj státních financí a na kvalitu života chudých lidí (Payne, 2005).

2.2 Definice kvality života

Koncept kvality života zahrnuje rozsáhlou řadu různých oblastí zkušenosti člověka, od fyzických funkcí až po oblasti spojené s prožíváním životního štěstí a dosahováním životních cílů. O kvalitě života mluvíme jako o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti a je označována jako multidimenzální.

Do velkého množství definic a přístupů k pojmu kvalita života byly různou měrou v odlišném historickém a sociokulturním kontextu zařazeny kulturní, ekonomické, sociální, historické, politické, filozofické, psychologické, mezilidské i medicínské aspekty kvality života (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života se používá v mnoha oblastech lidské činnosti. Mezi ně spadá charakteristika přírodního sociálního prostředí člověka, jeho psychický a fyzický stav, subjektivní hodnocení života v pojmech osobní spokojenosti a pohody, otázky užitečnosti a smyslu života (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Problematikou kvality života se zabývá několik vědních oborů zejména medicína, ošetrovatelství, sociologie, filozofie, psychologie, andragogika a pedagogika. (Gurková, 2011).

Hnilcová, Bencko, (2005) dělí kvalitu života na dvě základní oblasti, **subjektivní a objektivní**. Za subjektivní oblast je považována všeobecná spokojenost se svým životem vycházející z emočního prožívání a kognitivního hodnocení. Objektivní kvalitou života je míněn sociální status, dosažení základních materiálních a sociálních podmínek pro život a fyzické zdraví (Mareš, 2007).

Matrice, kterou navrhl Zapf (citováno dle Veenhocen 2000, s. 4) vystihuje vzájemný vztah mezi subjektivní a objektivní kvalitou života. Jsou zde uváděny čtyři koncepty – adaptace, deprivace, pohoda, disonance (nesoulad). Adaptace vykresluje výsledek kombinací pozitivního hodnocení nepříznivých životních podmínek. Deprivace je opakem adaptace. Pozitivní hodnocení dobrých životních podmínek se nazývá pohoda. Dilema nespokojeného člověka se označuje jako disonance (Gurková, 2011).

Objektivní životní podmínky	Subjektivní ohodnocení životních podmínek	
	Pozitivní	Negativní
Dobré životní podmínky	Pohoda	Disonance
Špatné životní podmínky	Adaptace	Deprivace

Tabulka č. 3 – Kombinace životních podmínek a jejich subjektivního ohodnocení zpracováno dle Zapfa, 1984, citováno dle Veenhovea 200, s. 4), (Gurková, 2011, s. 58).

2.3 Definice kvality života v ošetrovatelství

Ferrensová (1990, s. 5) Na základě přehledu definic kvality života identifikovala pět kategorií konceptualizace kvality života. Podle ní je v uvedených významech kvalita života v ošetrovatelství vymezena jako:

- „*Schopnost vést normální život.*“
- „*Štěstí, spokojenost.*“
- „*Dosahování osobních cílů.*“
- „*Schopnost vést sociálně aktivní život.*“
- „*Jako úroveň potencionální tělesné a mentální kapacity*“ (Gurková, 2011, s.

25, 26).

Cella, Tulsy (1990, s. 30) definují kvalitu života v ošetrovatelství jako „*Spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování v porovnávání s tím, co považuje za možné nebo ideální.*“ (Gurková, 2011, s. 49).

2.4 Čtyři kvality života

Holandský sociolog (Veenhoven, 2000), rozlišuje příležitosti pro dobrý, kvalitní život a pro dobrý, kvalitní život samotný, to znamená, že na jedné straně je šance, skutečnost a na straně druhé jsou výsledky. Zároveň dělí kvalitu života na vnější a vnitřní, co je charakteristické pro prostředí jedince a co pouze pro člověka. Kvalita života podle Veenhovena tak může znamenat „*existenci podmínek, které jsou nevyhnutelné pro dobrý život a také žití dobrého života*“ (Gurková, 2011, s. 158).

Čtyři kvality života	Vnější kvality života (charakteristiky prostředí, společnosti)	Vnitřní kvality života (charakteristiky jedince)
Předpoklady (životní šance)	<p>Vhodnost prostředí zahrnuje ekonomické, sociální a kulturní podmínky)</p> <p>Koncepty: životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň</p> <p>Předmět zájmu ekologie, sociálně-politických věd</p>	<p>Života schopnost jedince zahrnuje zdraví, psychologický kapitál, adaptační potenciál</p> <p>Koncepty: fyzické a duševní zdraví, vědomosti, způsobilosti, předmět zájmu medicíny, psychologie, pedagogiky</p>
Výsledky (životní výsledky)	<p>Užitečnost života týká se vnější užitečnosti člověka pro blízké prostředí, společnost, lidstvo</p> <p>Koncepty: mravní vývoj, transcendence</p> <p>Předmět zájmu filozofických disciplín</p>	<p>Vlastní hodnocení života široce aplikované pojetí kvality života</p> <p>Koncepty: subjektivní spokojenost, pohoda, smysl života</p> <p>Předmětem zájmu humanitních disciplín</p>

Tabulka č. 4 – Čtyři kvality života dle (Veenhovena, 2000, s. 4), (Gurková, 2011, s. 59).

2.5 Faktory ovlivňující kvalitu života

Na utváření kvality života jedince se podílí výčet nejzávažnějších faktorů, většina definic vymezujících kvalitu života se snaží tyto faktory vymezit. Tyto oblasti však není možné determinovat vzhledem k jejich subjektivně odlišnému vnímání.

Na lidský a společenský rozvoj má přímý a nepřímý vliv skupina faktorů. Jedná se o oblast *zdravotní, ekonomickou, sociální a environmentální*. Zcela specifická a konkrétní je další skupina faktorů, do které spadá pohlaví, věk, polymorbidita, hodnotový žebříček jednotlivce, získané vzdělání, kultura a ekonomické situace.

Zdraví je nejčastěji veřejností zdůrazňovaný faktor ovlivňující kvalitu života. Zdraví je výslednicí mnoha faktorů, které spolu vzájemně souvisí. Hovoříme o interakci prostředí, nacházení smyslu života, emocí člověka, postoje ke smrti, stárnutí a stáří. Existuje mnoho dalších okolností, kterými je podmíněna kvalita života, ale v dnešní době se na subjektivní spokojenost jedince klade větší důraz (Dvořáčková, 2012).

2.6 Kvalita života související se zdravím

Dle Kingové a Hindsonové (2008) se v posledních desetiletích obecný pojem využívá v mnoha oborech. Lze se s ním setkat ve zdravotnictví a to především v lékařských oborech, ale i v ošetrovatelství.

Ve zdravotnictví se kvalita života podle Bradlyn, Varni, Hinds (2003) vztahuje ke zdraví a nemoci, zde počet praktických aplikací neustále narůstá. Kategorie kvalita života nachází uplatnění v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřující nové léky a nové léčebné postupy, rovněž i při standardní léčbě chronických a závažných chorob (Mareš, 2007).

2.7 Metody měření kvality života

Můžeme používat v rámci klinické praxe rozsáhlou paletu nástrojů na měření kvality zdraví a kvality zdravotního stavu. Nástroje určené na měření zdravotního stavu respektive na kontrolu symptomů, by neměly být aplikovány při měření kvality života. (Švaříček, Šedřová, 2007).

Křivohlavý rozdělil metody měření kvality života do tří skupin:

- **Objektivní měření kvality života**
Předmětem je hodnocení kvality života druhou osobou.
- **Subjektivní měření kvality života**
Sama daná osoba se stává hodnotitelem.
- **Smišené měření kvality života**
Vzniklé kombinací objektivního a subjektivního měření kvality života (Ludíková, 2012).

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

Dotazníkem SEIQOL můžeme subjektivně měřit kvalitu života. Jedná se o strukturovaný rozhovor, jehož cílem je zjistit kriticky závažné aspekty života daného jedince. Dotazovaný je poté požádán, aby uvedl pět oblastí, které on sám považuje za nejdůležitější v dané situaci. Citované oblasti jsou zejména práce, rodina, zdraví a podobně. Uvádí se míra uspokojení v procentech, u každé z pěti uvedených oblastí (absolutní spokojenost 100%, úplná nespokojenost 0%) (Ludíková, 2012).

Na základě použitých metod někteří autoři vymezují **kvalitativní** výzkum proti **kvantitativnímu**. Dotazník je nástrojem kvantitativního výzkumu na druhé straně rozhovor se používá při kvalitativním výzkumu. V obou zmiňovaných výzkumných přístupech můžeme úspěšně upotřebit rozhovor, který spočívá v jeho účelu a podobně. Cílem kvalitativního přístupu tedy polostrukturovaného a hloubkového rozhovoru je získat komplexní a detailní informace o studovaném jevu. Zatímco položit všem respondentům několik totožných otázek ve stejném pořadí je účelem kvantitativního přístupu tedy standardizovaného strukturovaného rozhovoru.

Další rys kvalitativního přístupu spočívá ve způsobu analýzy dat. „*Definice říkají, že pomocí kvalitativního přístupu můžeme získat nejenom jiná data (terénní poznámky, dlouhé výpovědi respondentů), ale že tato data musíme analyzovat a interpretovat jinými postupy, než využívá kvantitativní přístup, a díky tomu získáme zcela jiné typy závěrů.*“ Analýza v kvantitativním přístupu, kde uplatňujeme předem zřízené kategorie k datům podle pevných pravidel je zcela odlišná v přístupu od analýzy dat v kvalitativním přístupu. Spojování deskriptivních kategorií do logických celků a hledání sémantických vztahů mezi nimi to jsou prvky interpretace dat a kvalitativní analýzy. Pomocí pozorování a rozhovorů, což jsou metody spojované s kvalitativním výzkumem, někteří badatelé shromažďují údaje. Poté své údaje klasifikují prostřednictvím statistické analýzy a tím pádem kvalitativní data kvantifikují (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 16).

2.7.1 Generické nástroje pro měření kvality života

Sickness Impact Profile

Má široké užití bez ohledu na závažnost či typ onemocnění, kulturní nebo demografické aspekty. Jeho součástí je 136 položek týkajících se denních aktivit, ty jsou rozdělené do 12 subškál, mezi ně se řadí oddech, spánek, emocionální život, pohybová aktivita, péče o tělo, péče o domácnost, sociální interakce mobilita, komunikace, rekreační aktivity, práce a stravování. Vyskolená osoba nebo sám pacient může vyplňovat uvedené subškály.

Nottingham Health Profile

Využívá se na měření tělesného, psychického a sociálního distresu. Při jeho tvorbě autoři vycházeli z dotazníku SIP. Dotazník NHP je méně orientován na denní aktivity a více na změny v prožívání, na emocionální stav. Je jednodušší na vyplňování, jelikož obsahuje méně položek. Jeho součástí je 38 položek, které jsou rozděleny do 6 subškál, ty jsou uvedeny jako bolest, spánek, sociální izolace, emocionální reakce, úroveň energie a tělesná mobilita. Oba dotazníky při hodnocení jednotlivých subškál uplatňují vážené skóre, to znamená že, na důležitost jednotlivých položek pro zkoumaného jedince se bere ohled (Gurková, 2011).

Medical Outcomes Study 36 Items Short Form

Poskytuje hodnocení zahrnující mnohé všeobecné koncepty, související se zdravím, které pro žádné onemocnění typ léčby nebo věk nejsou specifické. Uplatňuje se v okruhu klinické praxe, výzkumu, při zjišťování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva či v oblasti farmakoekonomických analýz. Zahrnuje 36 položek, nazývá se SF-36, 12 položek vykazuje jeho kratší verze SF-12. Mezi subškály reprezentující fyzické zdraví se řadí omezení fyzických aktivit, omezení ve vykonávání obvyklých činností, omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, celkové vnímání zdraví a bolest. Mezi subškály mentálního zdraví patří omezení ve vykonávání obvyklých činností, omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku emocionálních problémů, všeobecné mentální zdraví a vitalita (Gurková, 2011).

World Health Organization Quality of Life-BREF

Dotazník WHOQOL – 100 je jeho delší verzí. Největší využití má v oblasti klinické praxe. Skládá se z 26 položek rozdělených do 4 oblastí. Položky jsou hodnoceny na stupnici od 1 do 5, přičemž vyšší kvalita života znamená vyšší číslo v dané oblasti (Gurková, 2011). Tento typ dotazníku jsem použila ve své výzkumné části.

European Quality of Life Questionnaire Version

Vystupuje jako generický, standardizovaný nástroj hodnotící zdravotní stav. Hodnotí se dva ukazatele – objektivní a subjektivní. Pět položek zahrnuje objektivní ukazatel, mezi ty se řadí sebeděče, pohyblivost, bolest, úzkost/deprese, obvyklé potíže. Pro skórování každé položky se využívá třístupňová škála – „*bez potíží, mírné potíže, intenzivní potíže*.“ EQ-5D index (dimenze kvality života) nabývající hodnotu 0 – 1 „(0 – nejhorší zdravotní stav, 1 – nejlepší zdravotní stav)“ je celkovým výstupem. Vizuální analogovou škálu zahrnuje subjektivní ukazatel, kdy nejlepší zdravotní stav je hodnota 100, nejhorší zdravotní stav se vyznačuje hodnotou 0. Na stupnici tzv. teploměru respondent vyznačí svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav. EQ-5D VAS je výstupem nabývající hodnotu 0-100 (Gurková, 2011, s. 146).

2.7.2 Specifické nástroje pro měření kvality života

Specifické nástroje měření kvality života se snaží o co nejpřesnější identifikaci faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů. Hodnotí poměrně úzký okruh faktorů souvisejících s konkrétním onemocněním. Všeobecné oblasti spoluurčující celkovou kvalitu života jejich prostřednictvím není možné hodnotit. Většina dotazníků je navržena tak, aby zde byla možnost samostatného vyplňování. Jsou i dostupné formy dotazníku, při kterých během rozhovoru s pacientem výzkumný či klinický pracovník vyplňuje sdělené údaje. U mnohých dotazníků je možnost elektronického vyplnění (Gurková, 2011).

The McGill Pain Questionnaire

Dotazník zahrnuje 4 části. Předmětem první části jsou emocionální a senzorycké aspekty bolesti, druhá část se zabývá časovým průměrem bolesti, třetí oblast se zaměřuje na zjištění intenzity momentální bolesti, obsahem čtvrté části je obraz tomografického vyšetření „*kde to pacienta bolí.*“

West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory

Dotazník obsahuje 52 otázek, které jsou zaměřené na intenzitu bolesti, podporu od druhých, na přítomnost negativní nálady, spokojenost s vykonáváním denních aktivit a jak moc pacientovi bolest při běžném životě vadí. Součástí je seznam 30 denních činností, pacient má uvést, jak často tyto aktivity provádí.

Pain Anxiety Symptoms

Dotazník uvádějící 40 údajů je zaměřený na zjišťování míry strachu z bolesti, která ho sužuje.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Mnohostranný dotazník osobnosti z univerzity v Minnesotě nastínil souvislost mezi bolestí a osobnostní dimenzí hypochondrie, hysterií a depresí. Podle tohoto přístupu se dá zjišťovat reakce pacientů na terapii bolesti (Křivohlavý, 2002).

Quality of Life Questionnaire-Core 30

QLQ-C30 je nejčastěji používaným dotazníkem k hodnocení kvality života u pacientů s onkologickým onemocněním. Zahrnuje 30 položek rozdělených do pěti funkčních škál (tělesná, kognitivní, sociální, emocionální, vykonávání rolí), dále obsahuje tři symptomové škály (únava, zvracení/nauzea, bolest). Jedná se o modulární nástroj, jehož součástí je široké spektrum nádorových diagnóz a léčba.

Specifické nástroje měření kvality život pacientů s chorobami pohybového aparátu

Tento specifický dotazník byl vytvořen pro hodnocení kvality života ve sféře muskuloskeletárních onemocněních (Gurková, 2011).

2.8 Kvalita života u chronicky nemocných pacientů

Chronická onemocnění mají mnohdy pomalý a plíživý charakter. Daný člověk si častokrát neuvědomuje, že je nemocen, například plíživý příchod některých leukémií. Často se u člověka trpícího chronickým onemocněním objevuje falešný postoj. Je přesvědčen, že zřejmě v krátké době odezní a bude zase dobře. Neuvědomuje si, že s tímto onemocněním bude pravděpodobně žít až do konce svého života. Statistika nemocných lidí ukazuje, že až polovina lidí trpí určitým chronickým onemocněním v řadě oblastí. Většina z těchto onemocnění nemá charakter ohrožovat pacienta na životě. Toto onemocnění má často střídavý efekt. Pacient zažívá různě dlouhá období, kdy se cítí dobře. V důsledku chronického onemocnění se později objeví změny a období, kdy se pacient cítil dobře, postupně vymizí. Vyskytují se však i chronicky vážná onemocnění, například onemocnění kardiovaskulárního systému, různé druhy onkologických onemocnění, revmatická onemocnění, či astma bronchiale, u těchto onemocnění lze pozorovat mnoho fyzických, psychických i sociálních obtíží, které postihují člověka trpícího chronickým onemocněním, ale i lidi kolem něho (Křivohlavý, 2002). V následující kapitole se věnuji kvalitě života pacientů s chronickou bolestí, kde jsou problémy podrobněji vymezeny.

2.8.1 Kvalita života u pacientů s chronickou bolestí

Pacienti s chronickými bolestmi se potýkají s celou řadou problémů. Téměř veškeré aspekty jejich života může bolest ovlivňovat, tudíž jsou pacienti nuceni se bolesti přizpůsobit emočně, tělesně i společensky. Bolest je schopna lidem zabránit žít normální život, udržet zaměstnání, zachovat si vztahy v rodině či s přáteli, dokonce může znemožnit získat lékařskou péči (Kolektiv autorů, 2006).

Postupná úleva od bolesti s co nejmenšími nežádoucími účinky je cílem péče o pacienty trpící chronickou bolestí. Měli bychom mít na paměti, že lidé procházejí odlišnými vývojovými a životními fázemi, mají specifickou funkci při řízení vlastního života, ve kterém prodělávají různé zvraty. Pro některé lidi se za předpokladu, že dokážou ovládat rovnováhu mezi příjemnými pocity a bolestí, stává život snesitelnější a stojí za to, pro neschopnost tuto rovnováhu řídit, se pro mnohé lidi stává život méně snesitelný. Pomáhat pacientům s chronickou bolestí, kteří ztratili schopnost udržet a znovu získat tuto rovnováhu, často znamená jim pomoci porozumět, že vedle sebe mohou existovat kladné pocity a bolest.

V léčbě bolesti je podstatné zdůraznit multidisciplinární tým, jelikož jen tak lze docílit uspokojivého terapeutického účinku a výrazně zlepšit kvalitu života těchto pacientů (Dušová, 2007).

Dle výzkumu Douckové (2012) v odborném časopisu Florence se uvádí, že v šetření zpracovávala 105 dotazníků, které byly vyplněny pacienty s chronickou bolestí různé etiologie. Cílem této práce byl monitoring kvality života pacientů s chronickou bolestí, určení sociálních vztahů a potřeb pacientů. Na základě analýzy výsledků bylo zjištěno, že chronická bolest je z převážné části vnímána jako špatná a negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Můžeme tedy konstatovat, že být bez bolesti, je pro pacienty nejdůležitější potřebou. Sociální vztahy, dle jejich monitoringu, chronická bolest neovlivňuje. Na druhé straně se nepotvrdila závislost mezi kvalitou života a intenzitou bolesti. Intenzitu bolesti dle VAS jako silnou, nesnesitelnou udává skupina 24 respondentů dokonce je vyjádřena dle VAS škály číslem 10 v pěti případech. Mnozí pacienti se s bolestí naučili žít, tudíž mají nadměrně vysoký práh bolesti, přestože odpovídali, že je bolest omezuje absolutně ve všem.

Empirická část

3. Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života.

Dílčí cíle

Cíl č. 1: Porovnat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a kvalitu života populační normy.

Cíl č. 2: Zjistit vliv vybraných proměnných na kvalitu života.

Cíl č. 3: Zjistit vliv terapeutické péče poskytované centrem bolesti na kvalitu života.

K dílčím cílům byly stanoveny hypotézy:

H1: Intenzita bolesti má vliv na kvalitu života pacienta s chronickou bolestí.

H0: Intenzita bolesti nemá vliv na kvalitu života pacienta s chronickou bolestí.

H2: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí je ovlivněna pohlavím.

H0: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí není ovlivněna pohlavím.

H3: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí je ovlivněna věkem.

H0: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí není ovlivněna věkem.

H4: Délka poskytované péče má vliv na intenzitu bolesti (snižuje, nebo zvyšuje intenzitu bolesti).

H0: Délka poskytované péče nemá vliv na intenzitu bolesti.

H5: Kvalita života je ovlivněna délkou terapeutické péče poskytované centrem bolesti.

H0: Kvalita života není ovlivněna délkou terapeutické péče poskytované centrem bolesti.

4. Metodika výzkumu

4.1 Použitá metoda

K zpracování empirické části bakalářské práce jsem použila kvantitativní metodu výzkumu standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF a nestandardizovaný dotazník Bolest, který jsem s pomocí mé vedoucí práce vytvořila.

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek. Dotazník koncipují 4 domény (*fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí*).

Doména *fyzické zdraví* zahrnuje fyzická nezávislost, mobilita, schopnost pracovat, závislost na zdravotní péči, možnost vykonávat běžné každodenní činnosti (otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18). Do domény *prožívání* spadá spiritualita, psychologické zdraví zejména nálada, vztah k sobě samému a kognitivní funkce (otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26). Mezi *sociální vztahy* řadíme partnerství, osobní vztahy a charakteristiku sociálního prostředí (otázky č. 20, 21, 22). Doména *prostředí* popisuje životní podmínky počítaje bezpečí, podnětnost, finanční situaci, stránku duchovní, kvalitu péče a okolního prostředí (otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Dotazník tvoří 26 položek, domény zastupuje 24 položek a zbylé 2 položky samostatně hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 17). Týká se to otázky (Q1) „*Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života*“ respondenti měli možnost odpovídat na základě stupnice 1 (velmi špatná), 2 (špatná), 3 (ani špatná, ani dobrá), 4 (dobrá), 5 (velmi dobrá) a otázky (Q2) „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím*“ respondenti odpovídali na základě stupnice 1 (velmi nespokojen/a), 2 (nespokojen/a), 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a), 4 (spokojen/a), 5 (velmi spokojen/a).

Nestandardizovaný dotazník Bolest prezentuje 12 otázek, respondenti jsou dotazováni na demografické údaje (otázka č. 1, 2), profesi (otázka č. 3), délku trvání chronické bolesti (otázka č. 4), příčinu bolesti (otázka č. 5), je přítomna mapa bolesti, ve které respondenti zakroužkovali lokalitu bolesti (otázka č. 6), VAS škála, kde je zaznamenaná intenzita bolesti od 0-10 (otázka č. 7), charakter bolesti, proměnlivost bolesti během dne (otázka č. 9), délku docházení do centra/ambulance chronické bolesti

(otázka č. 10), léčbu chronické bolesti (otázka č. 11), na využití nefarmakologických metod pro zmírnění bolesti (otázka č. 12).

Uzavřené jsou otázky č. 1, 2, 4, 7, 9, 10, polouzavřené jsou otázky č. 3, 5, 8, 11, 12 a otázka č. 6 je otevřená. Původně byla otázka č. 8 považována za uzavřenou, respondenti zakroužkovali více odpovědí, tudíž byla zařazena do polouzavřených.

Celková doba vyplňování obou dotazníků trvala přibližně 30 minut.

4.2 Výběr a charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v Krajské nemocnici Liberec a. s. a v Nemocnici Jablonec nad Nisou p.o., kde jsem oslovila ambulance chronické bolesti. Výzkum probíhal od října 2022 do prosince 2022. Předpokládaný počet respondentů byl 50.

Před zahájením rozdávání dotazníků byla provedena pilotní studie. Oba dotazníky byly rozdány dvěma respondentkám, které dotazník vyplnily a zhodnotily, zda jsou srozumitelné. Na základě jejich kladné výpovědi nebylo třeba dotazník Bolest upravit.

Následně byly dotazníky předány vedoucímu lékaři ambulance chronické bolesti v Krajské nemocnici Liberec v počtu 50 dotazníků, totožný postup byl proveden i v ambulanci chronické bolesti Nemocnice Jablonec nad Nisou, kde bylo také odevzdáno 50 dotazníků. Poprosila jsem sestřičky o následnou distribuci respondentům. Celkový počet poskytnutých dotazníků činil 100. Celková návratnost dotazníků byla 80%, z důvodu neúplného vyplnění bylo do výzkumného šetření zahrnuto 80 kompletně vyplněných dotazníků.

Dotazník také obsahoval seznámení s cílem výzkumu, informování o způsobu vyplnění a ujištění o anonymitě.

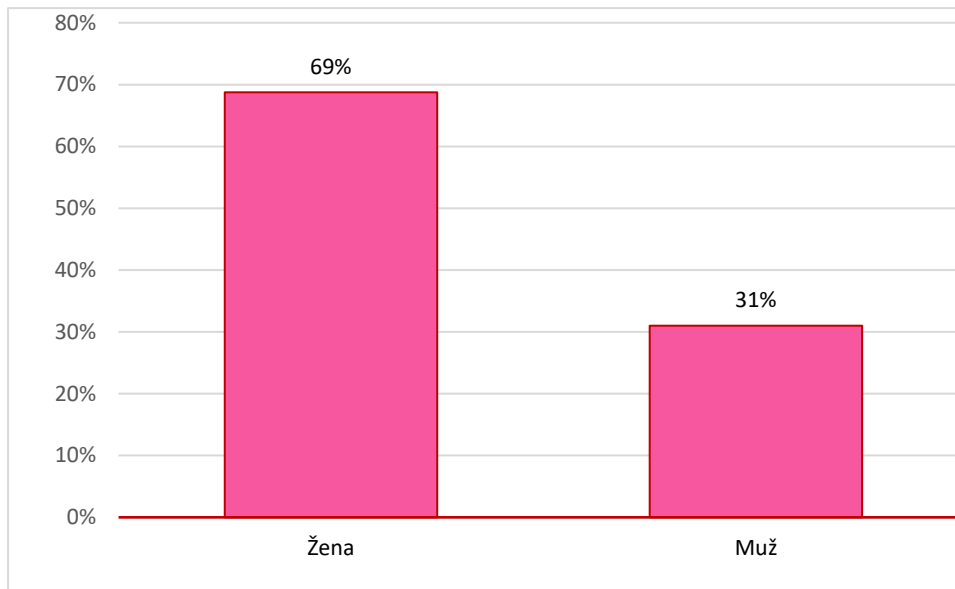
4.3 Zpracování získaných dat

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány a analyzovány pomocí programu Microsoft Excel. Statistická analýza byla provedena pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.5.1). Získaná data jsou prezentována formou tabulek a grafů.

5. Vyhodnocení výsledků výzkumu

5.1 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku Bolest

Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

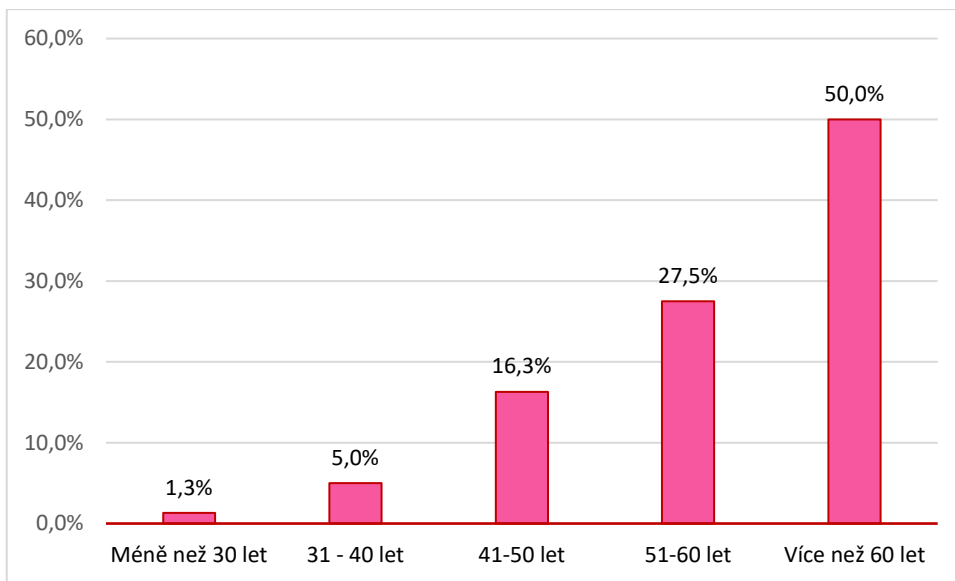


Graf č. 1 – Pohlaví

Interpretace:

Z celkového počtu **80** (100%) respondentů dotazník vyplnilo **55** žen (69%) a **25** mužů (31%).

Otázka č. 2 Kolik Vám je let?



Graf č. 2 – Věk

Interpretace:

Z celkového počtu **80** (100%) respondentů se v kategorii méně než 30 let nachází **1** (1,3%) respondent, 31-40 let **4** (5,0%) respondenti, 41-50 let **13** (16,3%) respondentů, 51-60 let **20** (27,5%) respondentů a **40** (50,0%) respondentů se nachází ve věku více než 60 let.

Otázka č. 3 Jaká je/byla Vaše profese?

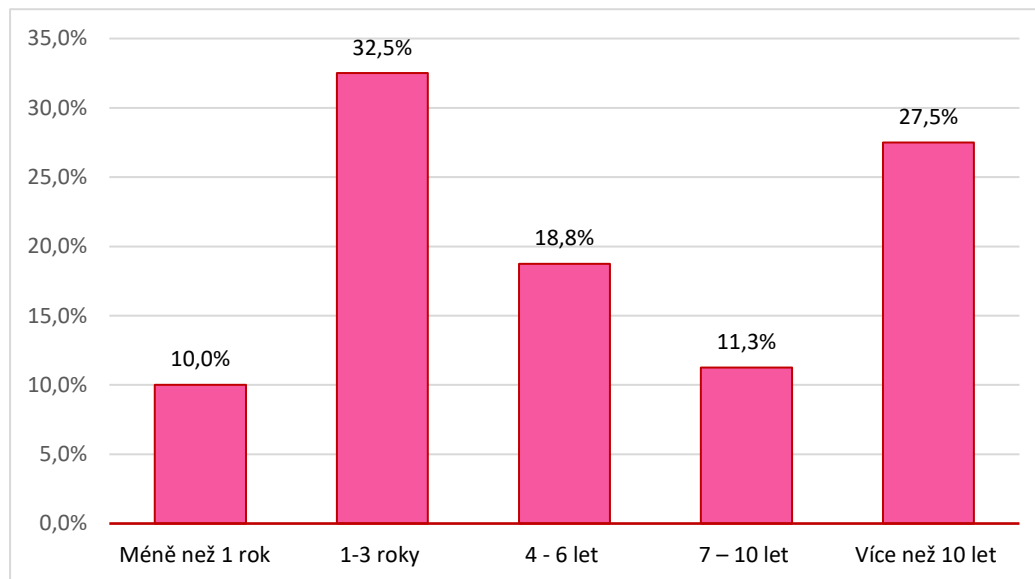
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotnictví	11	13,8%
Dělnická profese	36	45,0%
Administrativa	11	13,8%
Gastronomie	5	6,3%
Umělecké zaměstnání	2	2,5%
Pedagogická profese	4	5,0%
Profese ve službách	11	14%
Celkem	80	100%

Tabulka č. 5 – Profese

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) pracuje **11** respondentů (13,8%) ve zdravotnictví, **36** respondentů (45,0%) má zaměstnání v dělnické profesi, **11** respondentů (13,8%) pracuje v administrativě, **5** respondentů (6,3%) pracuje v gastronomii, **2** respondenti (2,5%) mají umělecké zaměstnání, pedagogickou profesi mají **4** respondenti (5,0%), profesi ve službách má **11** respondentů (14%).

Otázka č. 4 Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?



Graf č. 3 – Délka trvání chronické bolesti

Interpretace:

Z celkového počtu **80** (100%) respondentů udává období kratší než 1 rok **8** respondentů (10%), období 1-3 let udává **26** respondentů (32,5%), 4-6 let je bolestí postiženo **15** respondentů (18,8%), 7-10 trpí chronickou bolestí **9** respondentů (11,3%), chronickou bolestí trvající více než 10 let trpí **22** respondentů (27,5%).

Otázka č. 5 Jaká je příčina Vaší chronické bolesti?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Úraz	11	13,8%
Onemocnění pohybového aparátu	27	33,8%
Bolest hlavy	2	2,5%
Respirační onemocnění	2	2,5%
Onkologické onemocnění	4	5,0%
Cévní onemocnění	3	3,8%
Neurologické onemocnění	1	1,3%
Autoimunitní onemocnění	1	1,3%
Jiné	11	13,8%
Nevím, nedokáži určit příčinu	18	22,5%
Celkem	80	100%

Tabulka č 6 – Příčina chronické bolesti

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **11** respondentů (13,8%) jako příčinu chronické bolesti uvádí úraz, **27** respondentů (33,8%) trpí chronickým onemocněním pohybového aparátu, bolestí hlavy trpí **2** respondenti (2,5%), chronickým respiračním onemocněním jsou postiženi také **2** respondenti (2,5%), onkologickou příčinu udávají **4** respondenti (5,0%), cévním onemocněním trpí **3** respondenti (3,8%), mezi neurologické onemocnění se řadí **1** respondent (1,3%), **1** respondent (1,3%) uvedl, že za příčinu chronické bolesti může autoimunitní onemocnění, **11** respondentů (13,8%) shledávají příčinu jinde a **18** respondentů (22,5%) příčinu své chronické bolesti neví, nebo nedokáže určit.

Otázka č. 6 Kde Vás to bolí?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velké klouby (kyčelní, kolenní, ramenní, loketní)	27	33,8%
Krční páteř	10	12,5%
Bederní páteř	36	45,0%
Dolní končetiny	9	11,3%
Celý člověk	3	3,8%
Hlava	2	2,5%
Amputace dolní končetiny	1	1,3%
Oblast celých zad	4	5,0%
Hrudní oblast	8	10,0%
Břicho	1	1,3%

Tabulka č. 7 – Lokalizace bolesti

Interpretace:

U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí.

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) na mapě bolesti bylo **27** označení (33,8%) pro velké klouby, krční páteř se v dotazníkovém šetření vyskytla v **10** odpovědích (12,5%), bederní páteř byla uvedena v **36** případech (45,0%), odpověď dolní končetiny se v dotazníkovém šetření vyskytla v **9** případech (11,3%), odpověď celý člověk byla zjištěna ve **3** odpovědích (3,8%), bolest hlavy se v šetření vyskytla ve **2** odpovědích (2,5%), odpověď amputace dolní končetiny byla uvedena **1** (1,3%) respondent tedy trpí fantomovými bolestmi, oblast celých zad byla zjištěna v **8** odpovědích (10,0%), ohnisko bolesti hrudní oblast bylo označeno v **8** případech (10,0%), bolest břicha byla uvedena v **1** odpovědi (1,3%).

Otázka č. 7 Jaká je intenzita bolesti?

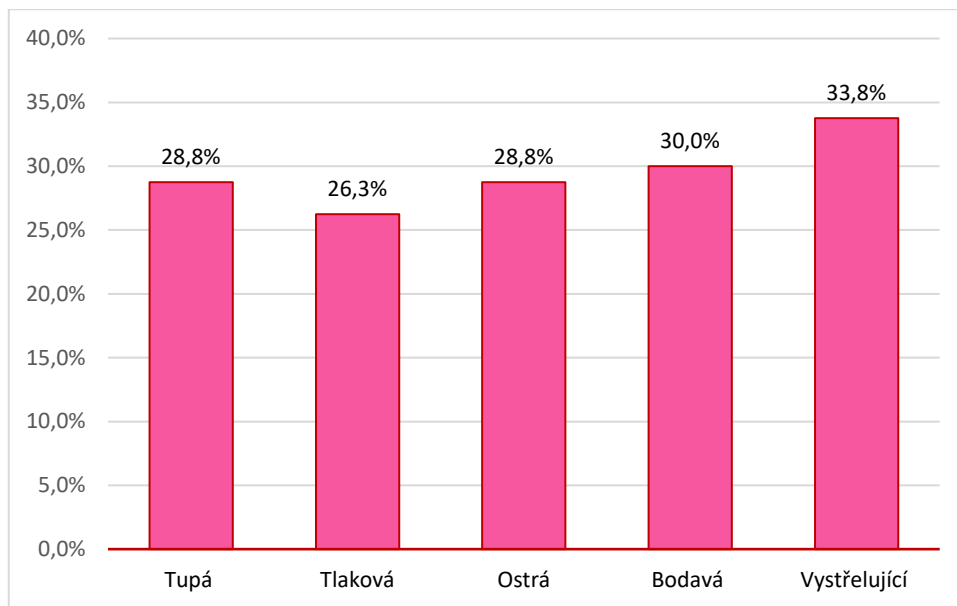
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 Mírná bolest	0	0,0%
2 Mírná bolest	2	2,5%
3 Mírná bolest	7	8,8%
4 Středně silná bolest	9	11,3%
5 Středně silná bolest	14	17,5%
6 Středně silná bolest	9	11,3%
7 Silná bolest	12	15,0%
8 Silná bolest	12	15,0%
9 Silná bolest	11	13,8%
10 Nejhorší možná bolest	4	5,0%
Celkem	80	100%

Tabulka č. 8 – Intenzita bolesti dle škály VAS

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) hodnotu bolesti na škále VAS 1 neoznačil **žádný** respondent (0,0%), VAS 2 označili **2** respondenti (2,5%), VAS 3 označilo **7** respondentů (8,8%), středně silnou bolest VAS 4 udává **9** pacientů (11,3%), VAS 5 zakroužkovalo **14** respondentů (17,5%), intenzitou VAS 6 středně silnou bolestí trpí **9** respondentů (11,3%), **12** respondentů (15,0%) udává silnou bolest VAS 7, VAS 8 udává také **12** respondentů (15,0%), silnou bolest VAS 9 zakroužkovalo **11** respondentů (13,8%) a nejhorší možnou intenzitou bolesti VAS 10 trpí **4** respondenti (5,0%).

Otázka č. 8 Jaký je charakter bolesti?



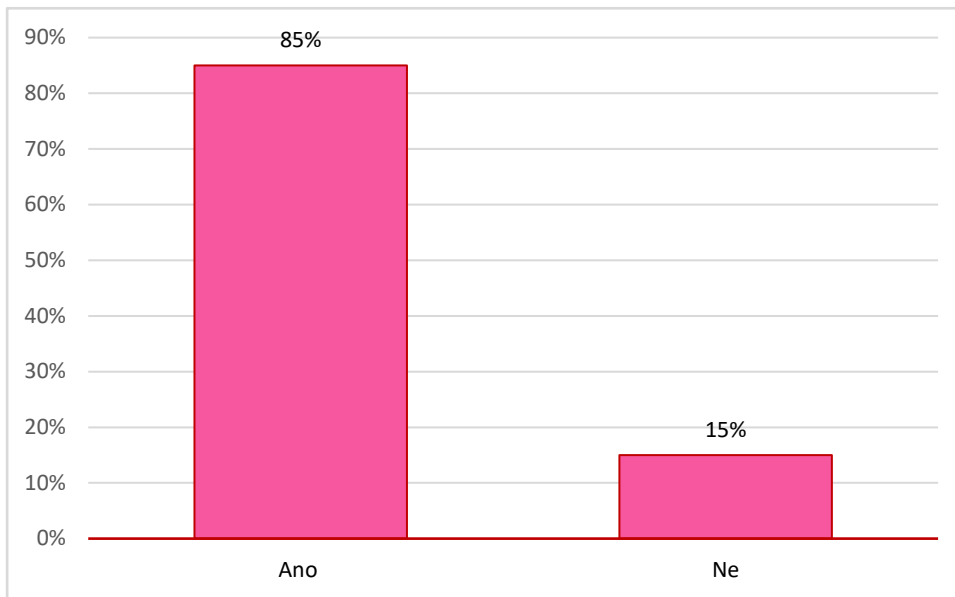
Graf č. 4 – Charakter bolesti

Interpretace:

U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí.

Z celkového počtu respondentů **80** respondentů (100%) pro tupou bolest bylo **23** označení (28,8%), pro tlakovou bolest **21** označení (26,3%), ostrý charakter bolesti se v dotazníkovém šetření vyskytl v **23** odpovědích (28,8%), bodavý charakter bolesti získal **24** označení (30,0%), odpověď vystřelující bolest byla zjištěna ve **27** odpovědích (33,8%).

Otázka č. 9 Mění se intenzita bolesti během dne?

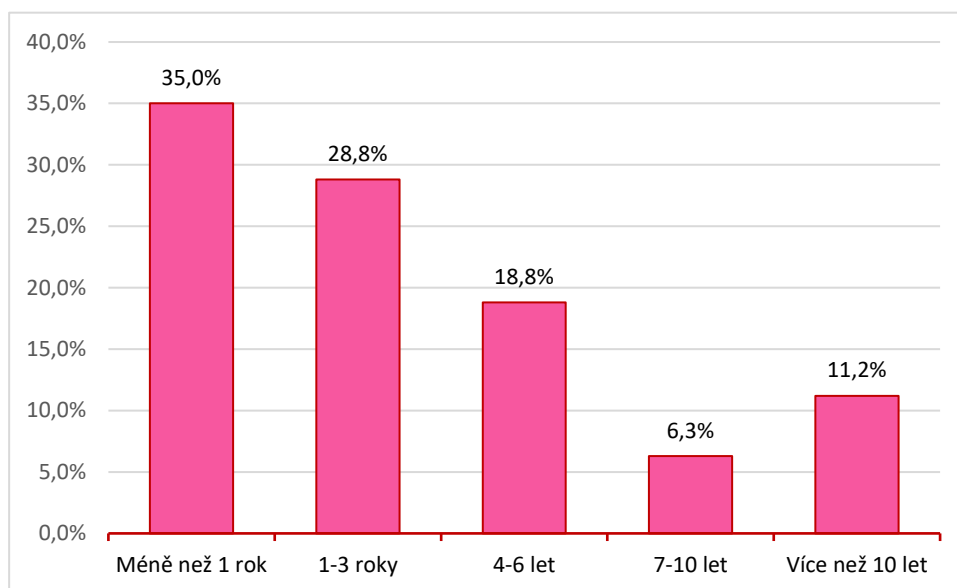


Graf č. 5 – Změna intenzity bolesti během dne

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se **68** respondentům (85,0%) mění intenzita bolesti během dne a **12** respondentům (15,0%) se intenzita nemění.

Otázka č. 10 Jak dlouho již docházíte do ambulance chronické bolesti?



Graf č. 6 – Délka docházení do ambulance chronické bolesti

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **28** respondentů (35,0%) do ambulance chronické bolesti dochází méně než 1 rok, 1-3 roky do ambulance dochází **22** respondentů (28,8%), 4-6 let navštěvuje ambulanci chronické bolesti **15** respondentů (18,8%), **5** respondentů (6,3%) chodí do ambulance 7-10 let, více než 10 let ambulanci chronické bolesti navštěvuje **9** pacientů (11,2%).

Otázka č. 11 Jak je Vaše bolest v ambulanci chronické bolesti léčena?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Užívám pravidelně léky na utišení bolesti	46	57,5%
Užívám nepravidelně léky na utišení bolesti	25	31,3%
Používám náplasti s analgetickým účinkem	10	12,5%
Je mi aplikována infuzní terapie	19	23,8%
Jsou mi aplikované injekce – obštrik a znecitlivění nervů tzv. blokáda nervů	17	21,3%
Epidurální analgesie	16	20,0%
Jiné	6	7,5%

Tabulka č. 9 – Léčba chronické bolesti

Interpretace:

U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí.

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se vyskytla odpověď pravidelně užívám léky na utišení bolesti ve **46** odpovědích (57,5,1%), nepravidelné užívání medikace bylo uvedeno ve **25** odpovědích (31,3%), náplasti s analgetickým účinkem se vyskytly v **10** odpovědích (12,5%), aplikace infuzní terapie se v dotazníkovém šetření vyskytla v **19** případech (23,8%) pro aplikaci injekcí pro blokádu nervů bylo **17** označení (21,3%), epidurální analgesie byla uvedena v **16** odpovědích (20,0%), odpověď jiné se v dotazníkovém šetření vyskytla v **6** odpovědích (7,5%),

Otázka č. 12 Používáte alternativní/nefarmakologické metody léčby?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Cvičení (jóga, plavání)	27	33,8%
Masáže	27	33,8%
Relaxační techniky	10	12,5%
Bylinné přípravky (masti, tinktury)	24	30,0%
Léčba teplem a chladem	22	27,5%
Jiné	10	12,5%
Nepoužívám alternativní /nefarmakologické metody léčby	20	25,0%

Tabulka č. 10 – Použití alternativních/nefarmakologických metod

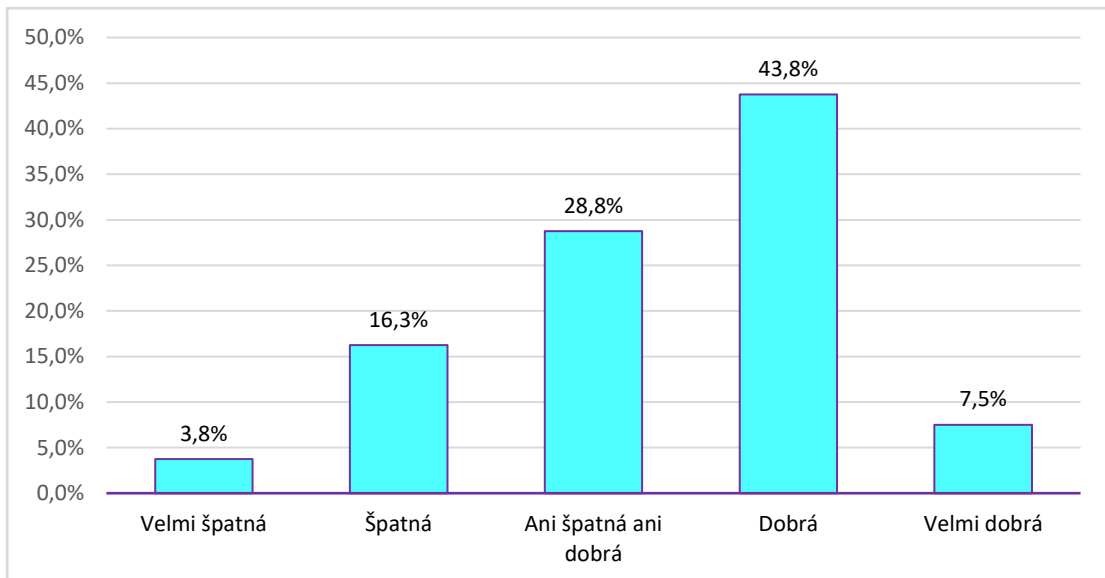
Interpretace:

U této odpovědi měli respondenti možnost zvolit více odpovědí.

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) cvičení ve formě jógy či plavání se v dotazníkovém šetření vyskytlo v **27** odpovědích (33,8%), stejný počet **27** odpovědí (33,8%) získala možnost masáže, odpověď relaxační techniky se v dotazníkovém šetření objevila v **10** případech (12,5%), bylinné přípravky (masti či tinktury) byly uvedeny v **24** odpovědích (30,0%), odpověď léčba teplem a chladem se v dotazníkovém šetření vyskytla v **22** případech (27,5%), odpověď jiné byla uvedena v **10** odpovědích (12,5%), nepoužívání alternativních/nefarmakologických metody léčby se v dotazníkovém šetření vyskytla v **20** odpovědích (25,0%).

5.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

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

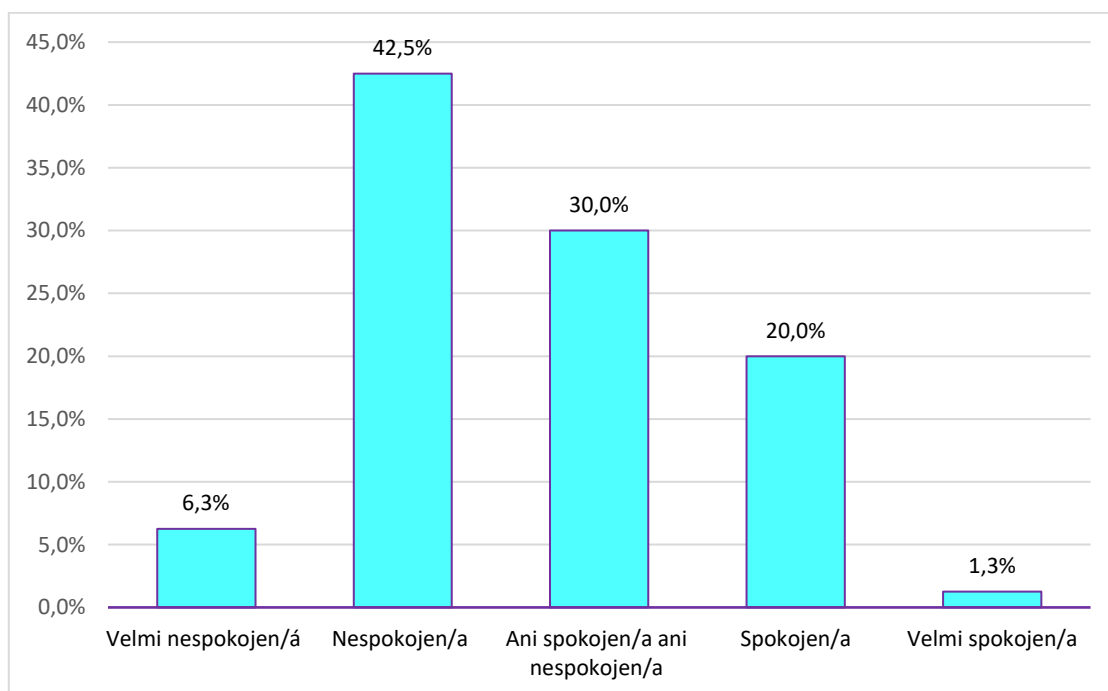


Graf č. 7 – Zhodnocení kvality života

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **3** respondenti (3,8%) zhodnotili kvalitu svého života za velmi špatnou, **13** respondentů (16,3%) vyhodnotilo kvalitu svého života za špatnou, ani špatná ani dobrá kvalita života má **23** respondentů (28,8%), jako dobrou kvalitu svého života zhodnotilo **35** respondentů (43,8%), za velmi dobrou kvalitu svého života považuje **6** respondentů (7,5%).

Otázka č. 2 Jak jste spokojená se svým zdravím?

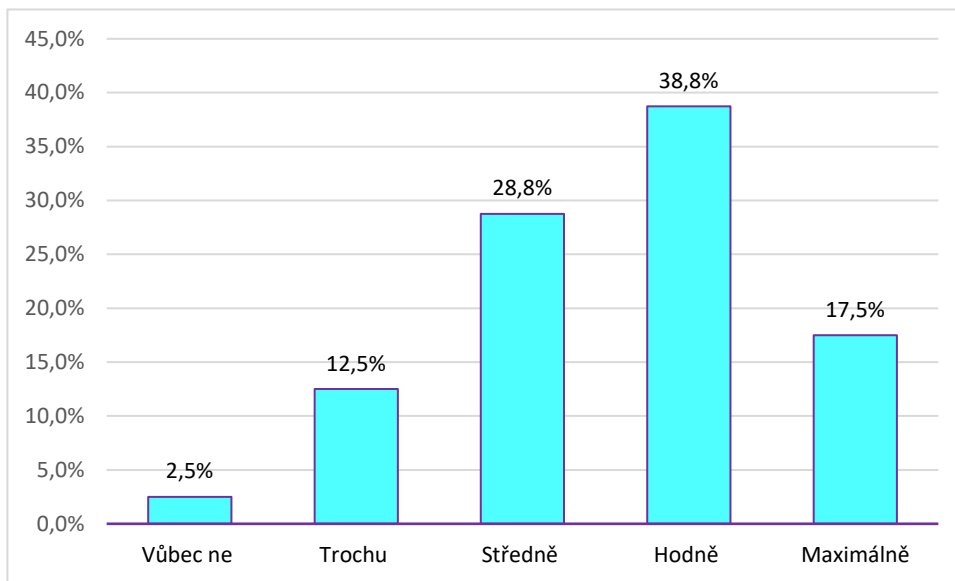


Graf č. 8 – Zhodnocení spokojenosti se zdravím

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **5** respondentů (6,3%) je se svým zdravím velmi nespokojeno, **34** respondentů (42,5%) je se svým zdravím nespokojeno, ani spokojeno/ani nespokojeno je **24** respondentů (30%), spokojenost se svým zdravím uvádí **16** respondentů (20 %) a velmi spokojený se svým zdravím je **1** respondent (1,3%).

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

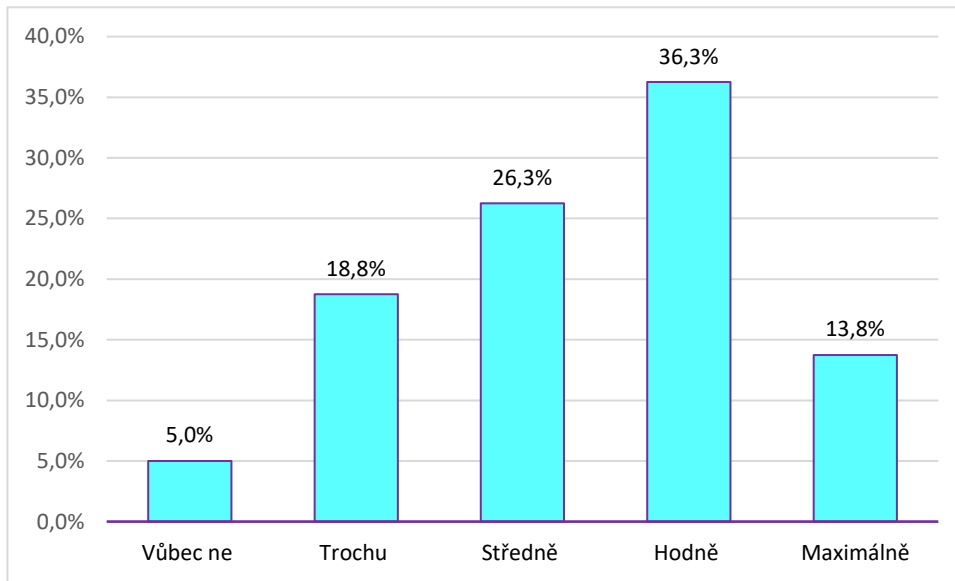


Graf č. 9 – Omezení každodenních aktivit z důvodu bolesti

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **2** respondentům (2,5%) bolest vůbec nebrání v tom, co potřebují dělat, **10** respondentům (12,5%) bolest brání trochu v tom, co potřebují dělat, bolest brání středně označilo **23** respondentů (28,8%), hodně bolest brání **31** respondentům (38,8%), maximálně **14** respondentům (17,5%).

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

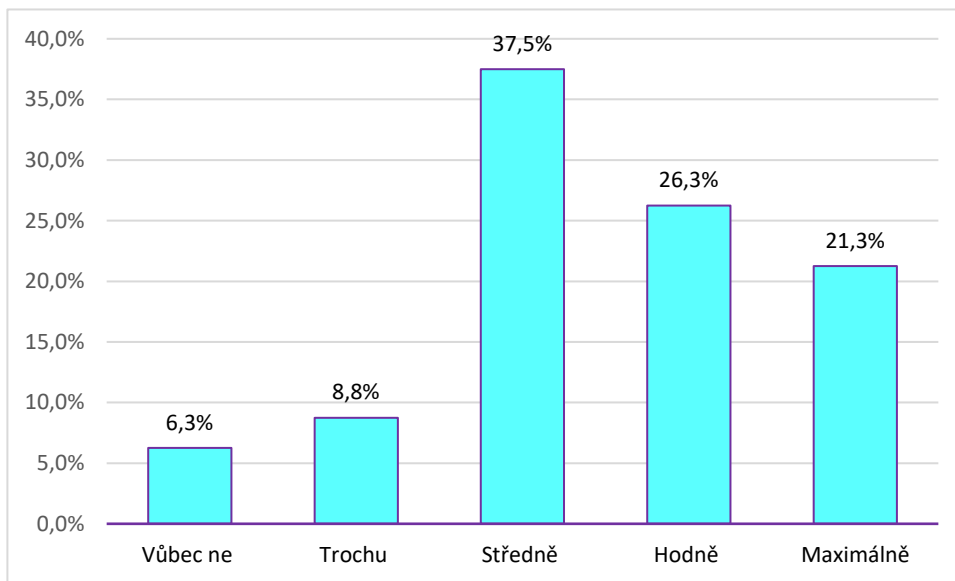


Graf č. 10 – Potřeba lékařská pomoci při fungování v každodenním životě

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) lékařskou péči vůbec nepotřebují **4** respondenti (5,0%), trochu potřebuje lékařskou péči **15** respondentů (18,8%), střední lékařskou péči potřebuje **21** respondentů (26,3%), **29** respondentů (36,3%) označilo, že lékařskou péči k tomu, aby mohli fungovat v každodenním životě, potřebují hodně a maximálně ji potřebuje **11** respondentů (13,8%).

Otázka č. 5 Jak moc vás těší život?

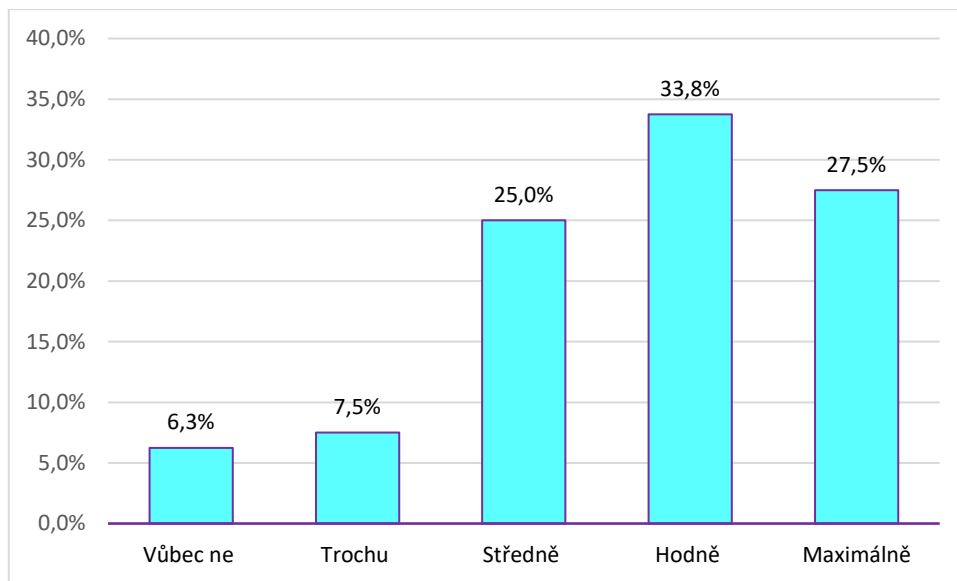


Graf č. 11 – Potěšení ze života

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se z života vůbec netěší **5** respondentů (6,3%), trochu **7** respondentů (8,8%), **30** respondentů (37,5%) se z života těší středně, hodně se ze svého života těší **21** respondentů (26,3%) a **17** respondentů (21,3%) se ze svého života těší maximálně.

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

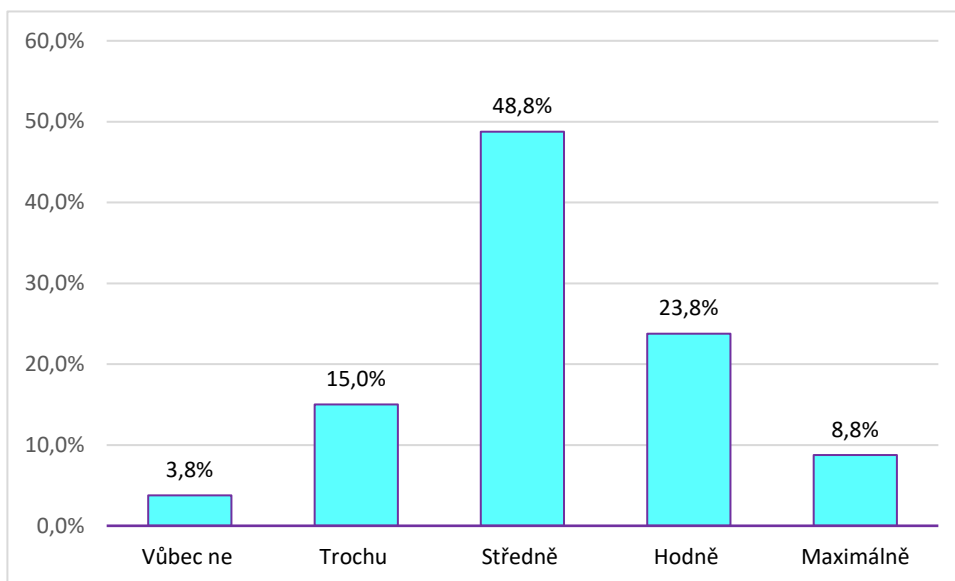


Graf č. 12 – Pocit smysluplného života

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **5** respondentům (6,3%) se zdá, že jejich život nemá vůbec smysl, trochu smysl svého života uvádí **6** respondentů (7,5%), střední smysl života uvádí **20** respondentů (25,0%), pro **27** respondentů (33,8%) má jejich život hodně smysl, maximální smysl života nachází **22** respondentů (27,5%).

Otázka č. 7 Jak se dokážete soustředit

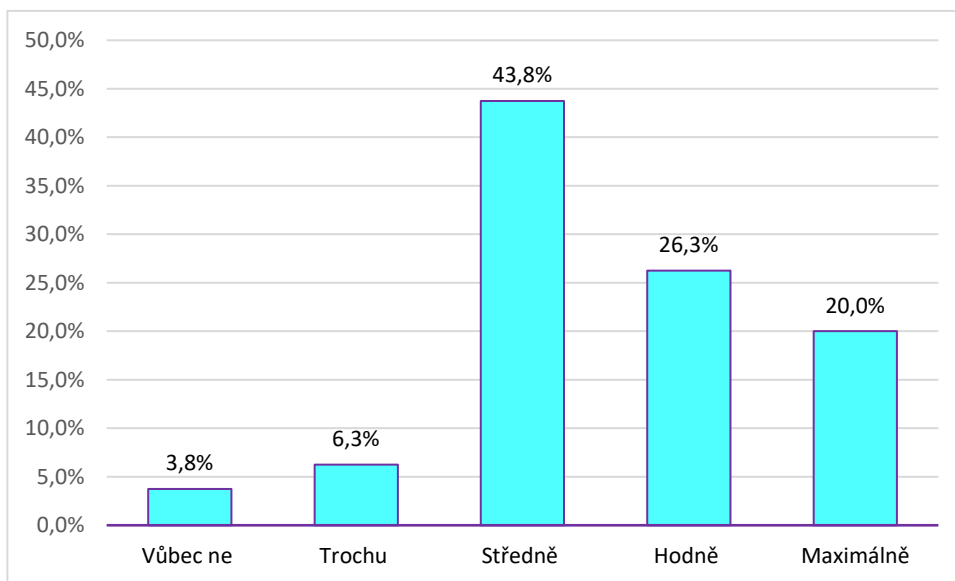


Graf č. 13 – Schopnost soustředit se

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se vůbec nedokáží soustředit **3** respondenti (3,8%), trochu se dokáže soustředit **12** respondentů (15,0%), středně se dokáže soustředit **39** respondentů (48,8%), hodně se soustředí **19** respondentů (23,8%), jako svou maximální schopnost soustředit se hodnotí **7** respondentů (8,8%).

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

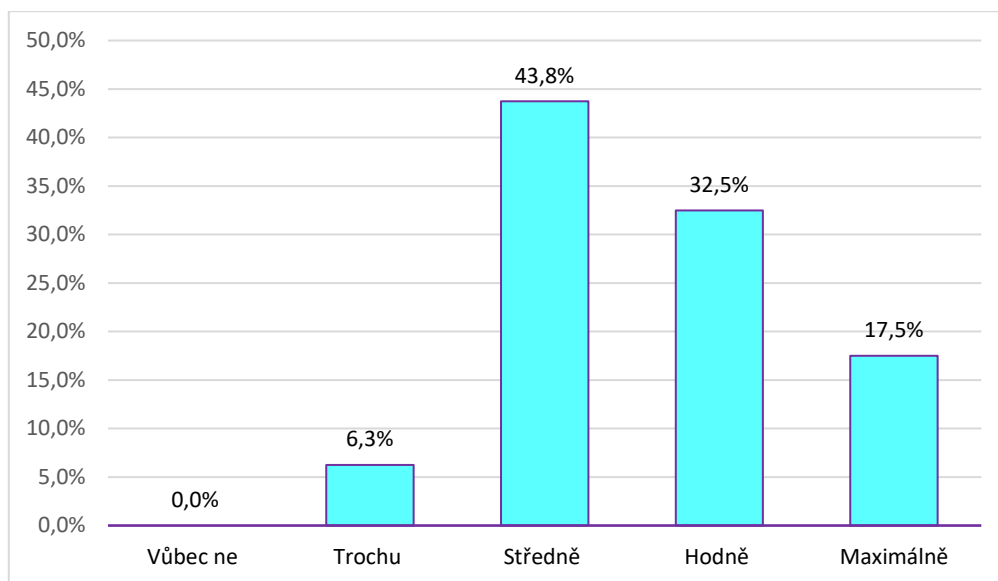


Graf č. 14 – Pocit bezpečí ve svém životě

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **3** respondenti (3,8%) se vůbec necítí bezpečně ve svém okolí, trochu bezpečně se cítí **5** respondentů (6,3%), středně **35** respondentů (43,8%), hodně bezpečně uvádí **21** respondentů (26,3%), maximálně bezpečně se cítí **16** respondentů (20,0%).

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

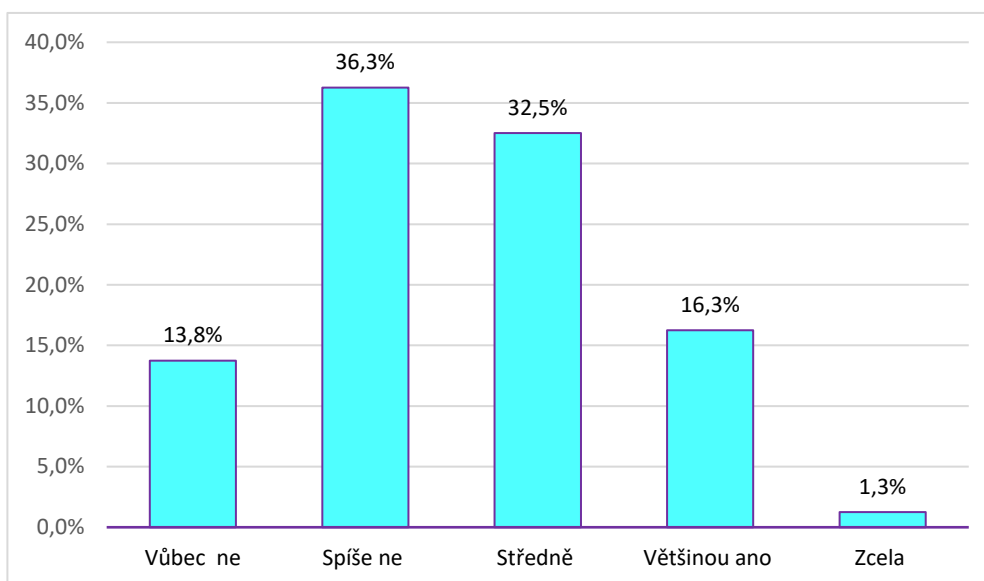


Graf č. 15 – Zdravé prostředí

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) možnost vůbec ne neoznačil **žádný** respondent, **5** respondentů (6,3%) považuje prostředí, ve kterém žije za trochu zdravé, **35** respondentů (43,8%) hodnotí prostředí, ve kterém žije za středně zdravé, **26** respondentů (32,5%) považuje prostředí, kde žije za hodně zdravé, **14** respondentů (17,5%) shledává prostředí, ve kterém žije za maximálně zdravé.

Otázka č. 10 Máte dost energie pro každodenní život?

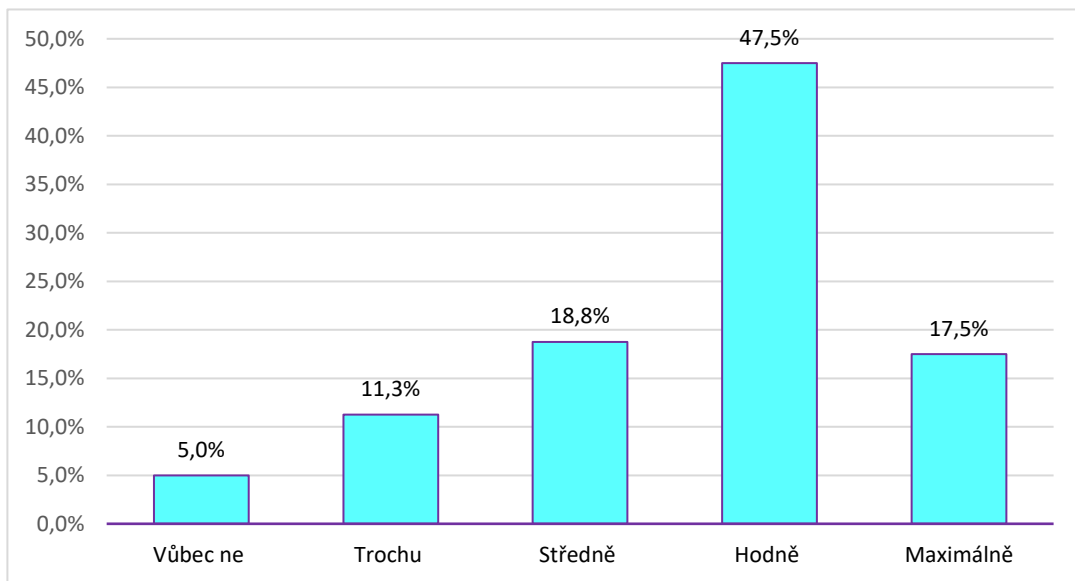


Graf č. 16 – Dostatek energie

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **11** respondentů (13,8%) vůbec nemá dost energie pro každodenní život, **29** respondentů (36,3%) spíše nemá energii vykonávat činnosti každodenního života, **26** respondentů (32,5%) má střední energii pro každodenní život, **13** respondentů (16,3%) určilo, že většinou mají dostatek energie pro každodenní život, zcela dost energie vytyčil **1** respondent (1,3%).

Otázka č. 11 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

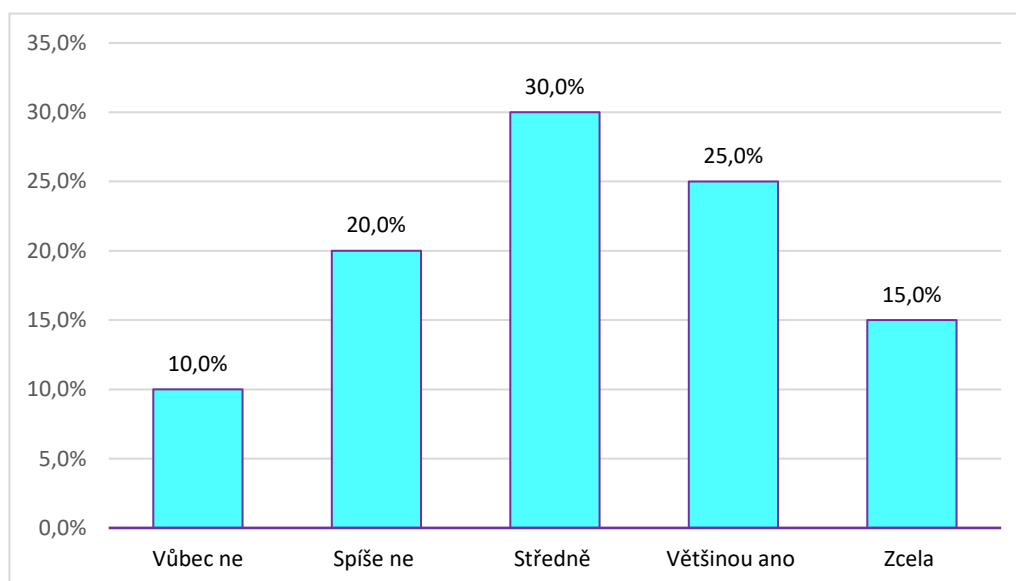


Graf č. 17 – Akceptace svého tělesného vzhledu

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **4** respondenti (5,0%) vůbec nedokáží akceptovat svůj tělesný vzhled, **9** respondentů (11,3%) dokáže svůj tělesný vzhled akceptovat trochu, středně svůj tělesný vzhled akceptuje **15** respondentů (18,8%), **38** respondentů (47,5%) dokáže svůj tělesný vzhled akceptovat hodně, maximálně svůj tělesný vzhled dokáže akceptovat **14** respondentů (17,5%).

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

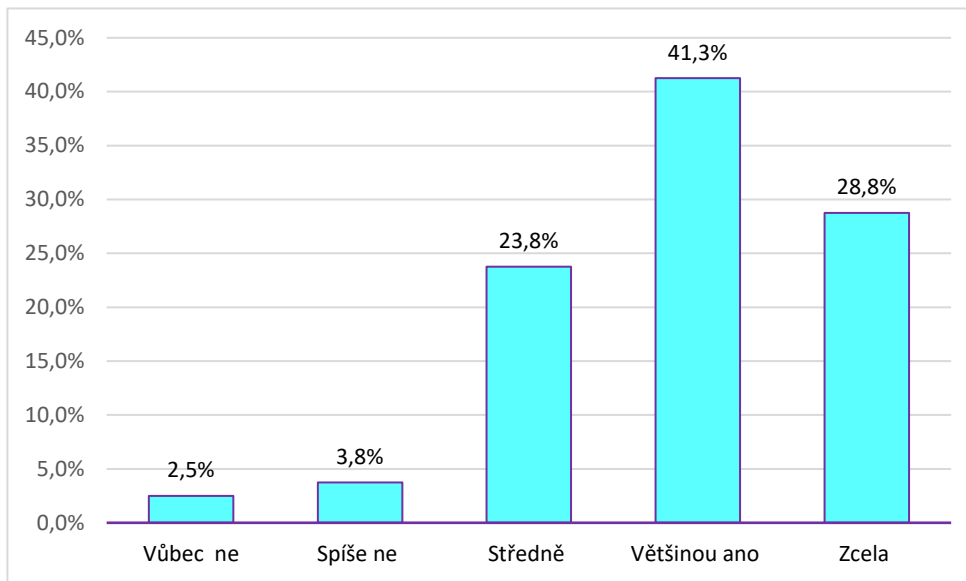


Graf č. 18 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **8** respondentů (10,0%) vůbec nemá dostatek peněz k uspokojení svých potřeb, **16** respondentů (20,0%) spíše nemá dostatek peněz k uspokojení svých potřeb, **24** respondentů (30,0%) označilo střední hranici pro finanční uspokojení svých potřeb, **20** respondentů (25,0%) většinou má dostatek peněz k uspokojení svých potřeb, **12** respondentů (15,0%) má zcela finanční prostředky k uspokojení svých potřeb.

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

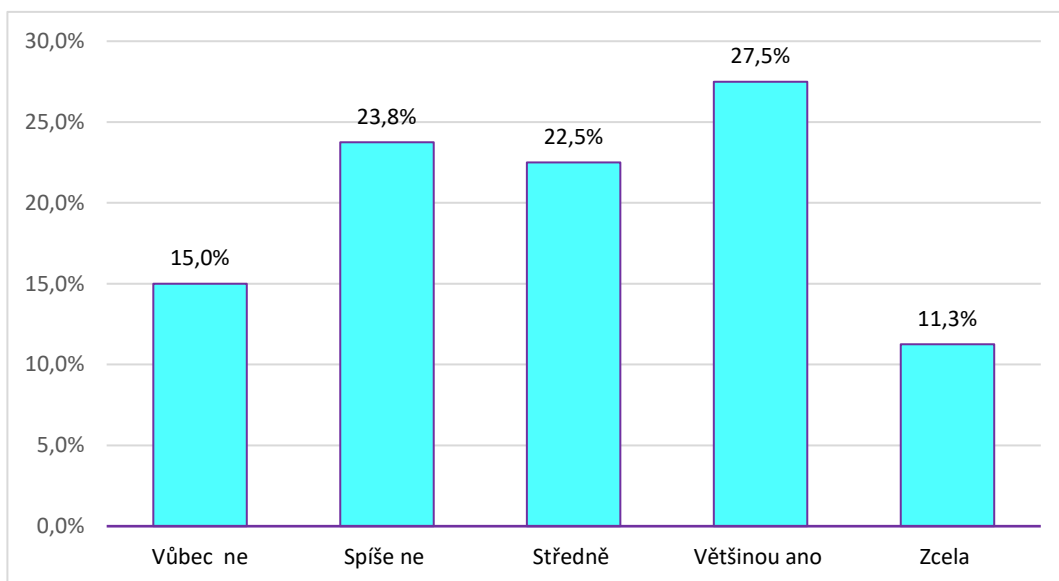


Graf č. 19 – Přístup k informacím

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **2** respondenti (2,5%) vůbec nemají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život, **3** respondenti (3,8%) spíše nemají dostatek informací, které potřebují pro svůj každodenní život, střední dostatek informací má **19** respondentů (23,8%), většinou ano uvádí **33** respondentů (41,3%), zcela přístup k informacím má **23** respondentů (28,8%).

Otázka č. 14 Máte možnost věnovat se svým zálibám?

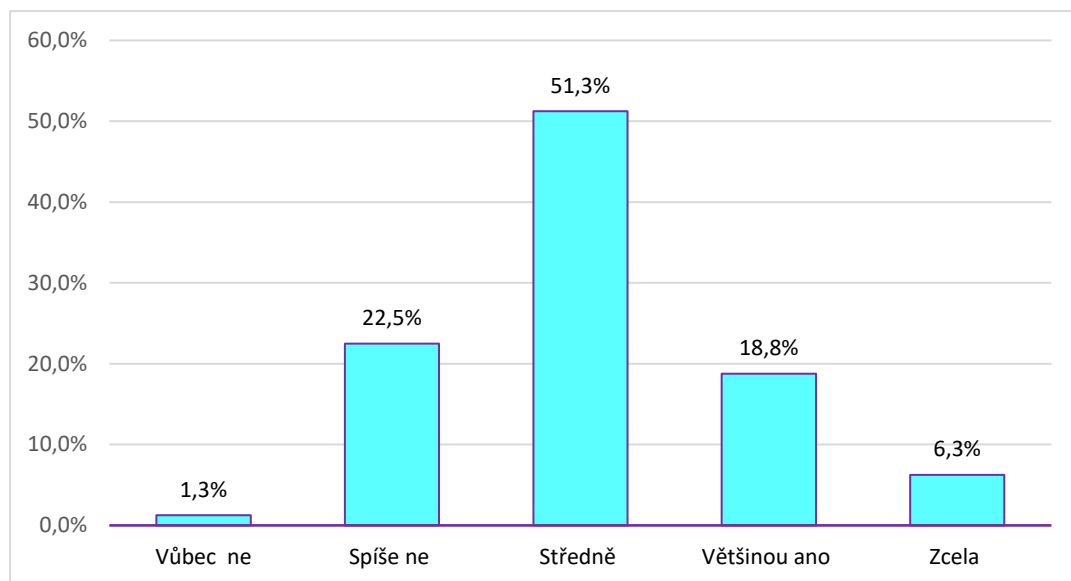


Graf č. 20 – Možnost věnovat se zálibám

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **12** respondentů (15,0%) nemá vůbec možnost se věnovat svým zálibám, spíše nemá možnost věnovat se svým zálibám **19** respondentů (23,8%), středně má možnost věnovat se svým zálibám **18** respondentů (22,5%), **22** respondentů (27,5%) má většinou možnost se věnovat svým zálibám, možnost zcela se věnovat svým koníčkům má **9** respondentů (11,3%).

Otázka č. 15 Jak se dokážete pohybovat?

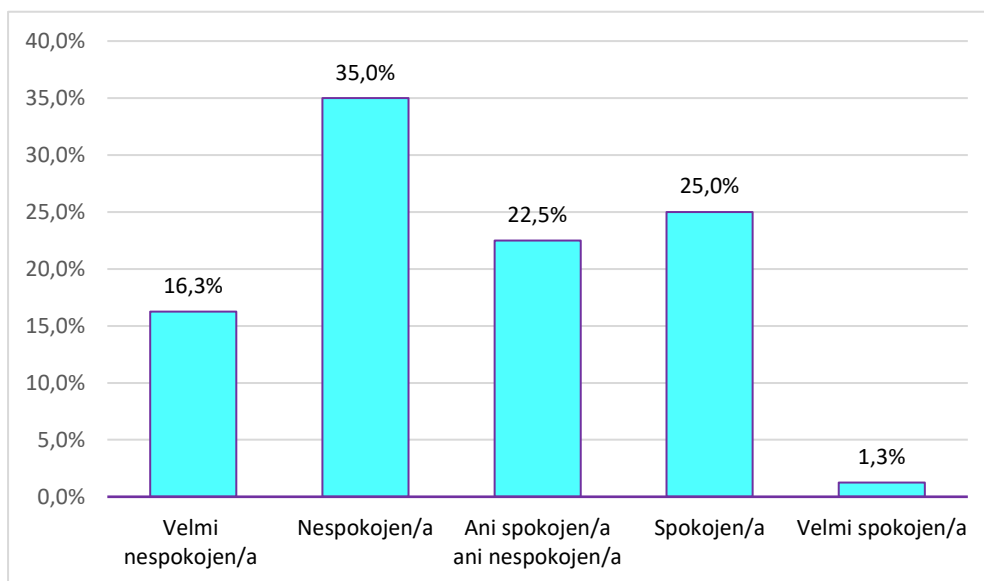


Graf č. 21 – Možnost pohybu

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se **1** respondent (1,3%) vůbec nedokáže pohybovat, spíše se nedokáže pohybovat **18** respondentů (22,5%), středně se dokáže pohybovat **41** respondentů (51,3%), **15** respondentů (18,8%) se většinou dokáže pohybovat, **5** respondentů (6,3%) se dokáže pohybovat zcela.

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

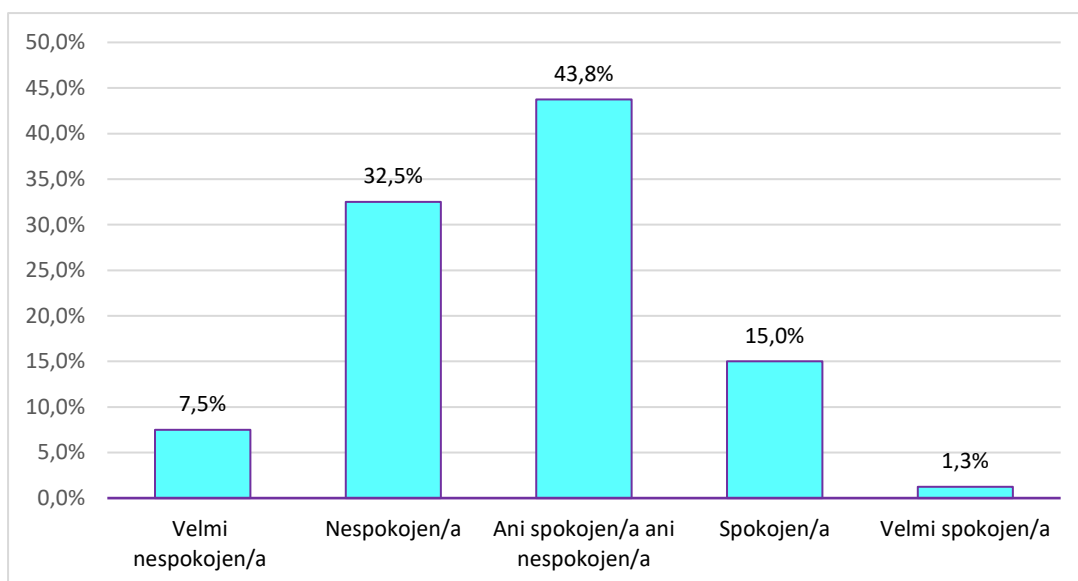


Graf č. 22 – Spokojenost se spánkem

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se svým spánkem je velmi nespokojeno **13** respondentů (16,3%), **28** respondentů (35,0%) je nespokojeno, ani spokojeno ani nespokojeno se svým spánkem je **18** respondentů (22,5%), **20** respondentů (25,0%) je s kvalitou svého spánku spokojeno a **1** respondent (1,3%) je se svým spánkem velmi spokojen.

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

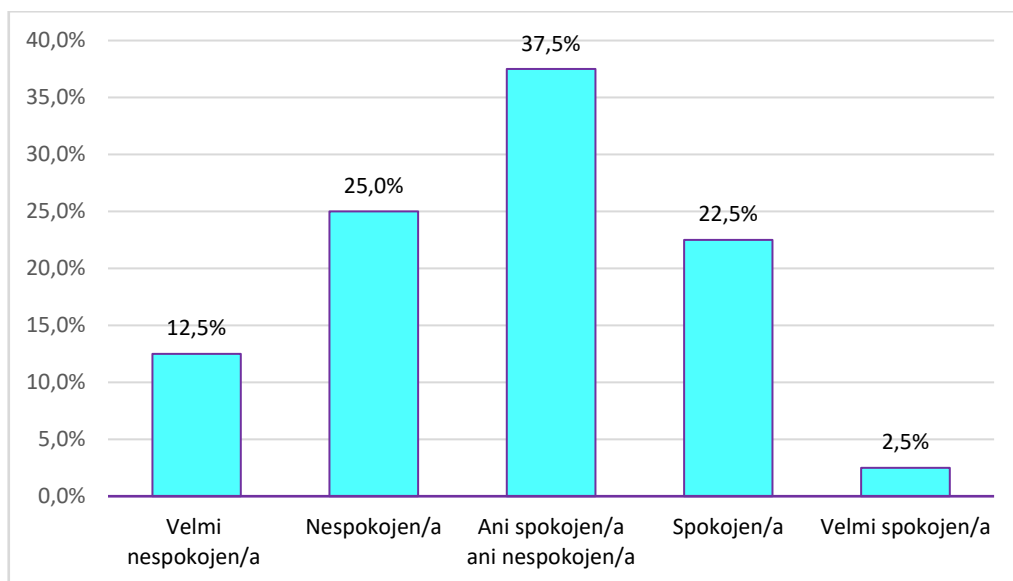


Graf č. 23 – Schopnost provádět každodenní činnosti

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) velmi nespokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti je **6** respondentů (7,5%), nespokojeno se schopností provádět každodenní činnosti je **26** respondentů (32,5%), ani spokojeno ani nespokojeno je **35** respondentů (43,8%), se svou schopností vykonávat každodenní činnosti je spokojeno **12** respondentů (15,0%), velmi spokojen se svou schopností vykonávat každodenní činnosti je **1** respondent (1,3%).

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

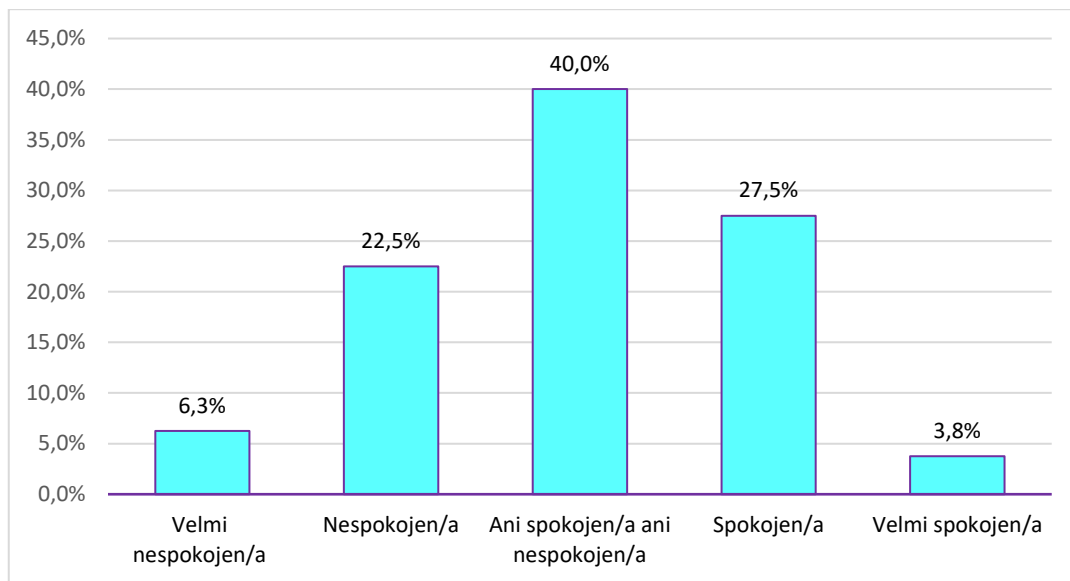


Graf č. 24 – Spokojenost s pracovním výkonem

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) je se svým pracovním výkonem velmi nespokojeno **10** respondentů (12,5%), nespokojeno se svým pracovním výkonem je **20** respondentů (25,0%), ani spokojeno ani nespokojeno je se svým pracovním výkonem **30** respondentů (37,5%), se svým pracovním výkonem je spokojeno **18** respondentů (22,5%), **2** respondenti (2,5%) jsou velmi spokojeni se svým pracovním výkonem.

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

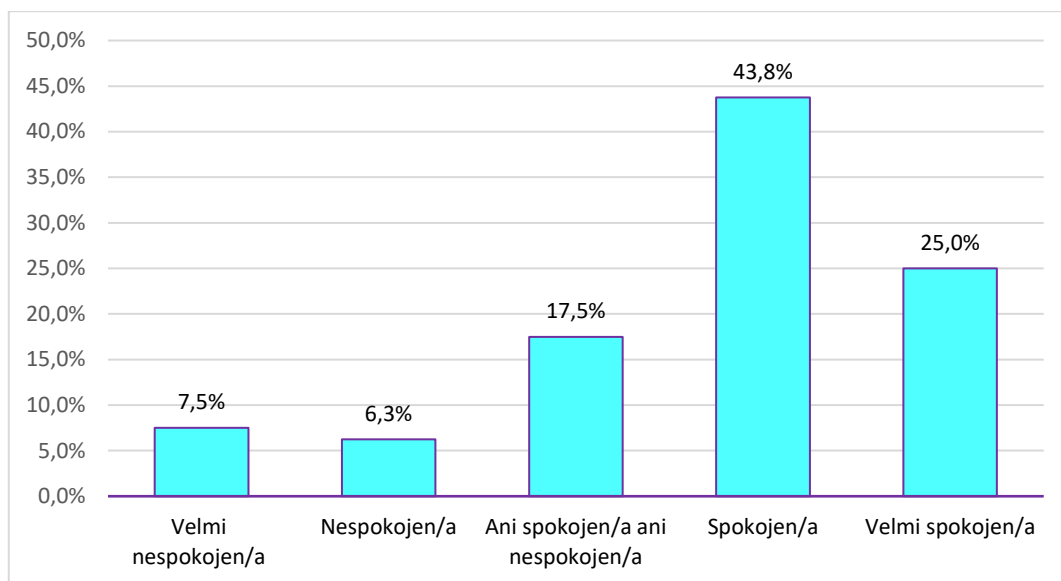


Graf č. 25 – Spokojenost sám/sama se sebou

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) sám se sebou je velmi nespokojeno **5** respondentů (6,3%), nespokojeno sám se sebou je **18** respondentů (22,5%), ani spokojeno ani nespokojeno sám se sebou je **32** respondentů (40,0%), sám se sebou je spokojených **22** respondentů (27,5%), velmi spokojeni sami se sebou jsou **3** respondenti (3,8%).

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

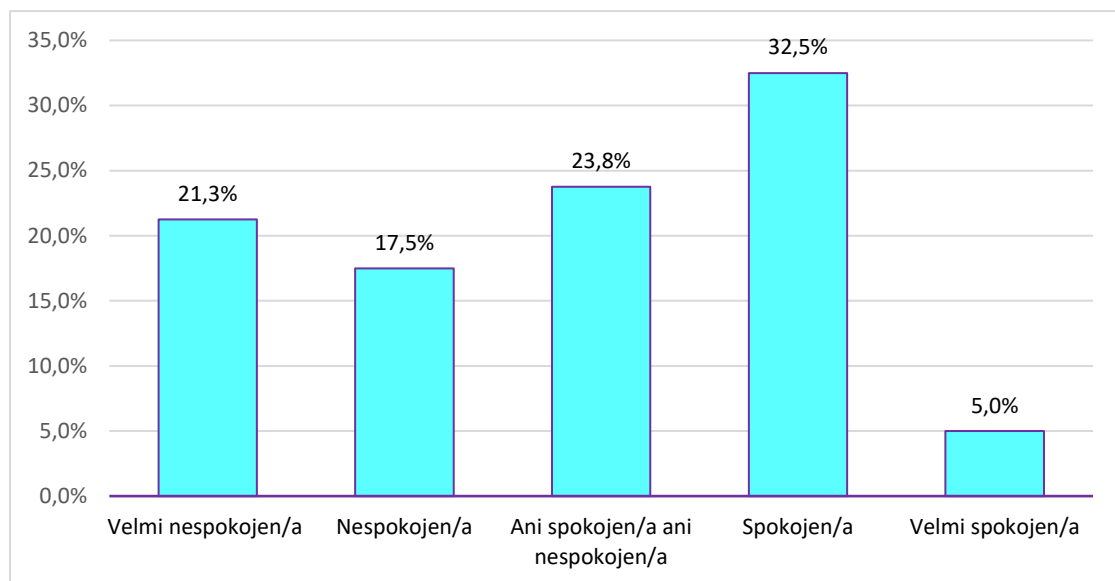


Graf č. 26 – Spokojenost s osobními vztahy

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) se svými osobními vztahy je velmi nespokojeno **6** respondentů (7,5%), **5** respondentů (6,3%) je se svými osobními vztahy nespokojeno, ani spokojeno ani nespokojeno se svými osobními vztahy je **14** respondentů (17,5%), se svými osobními vztahy je spokojeno **35** respondentů (43,8%), velmi spokojeno se svými osobními vztahy je **20** respondentů (25,0%).

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

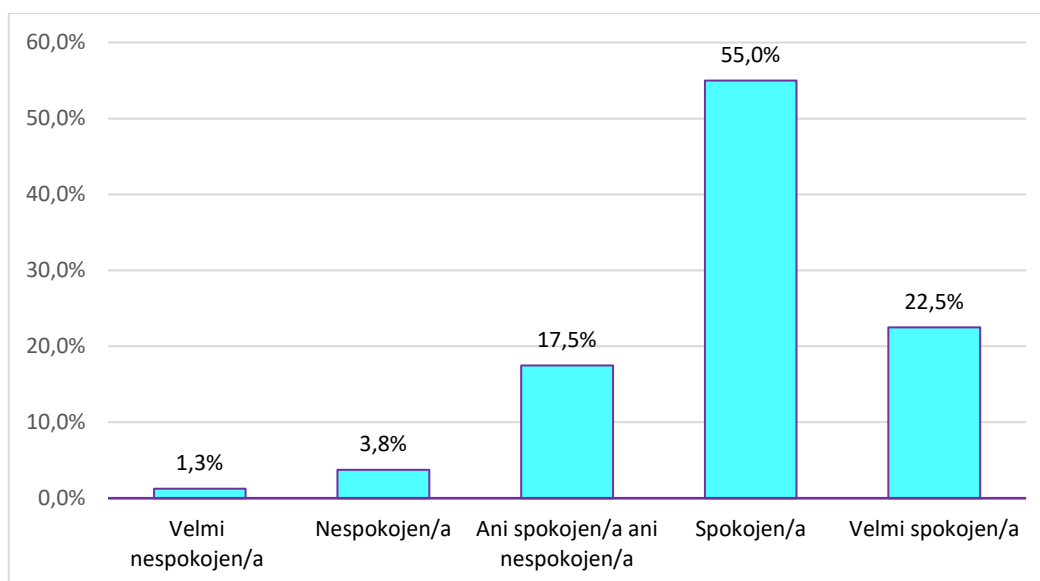


Graf č. 27 – Spokojenost se sexuálním životem

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) je se svým sexuálním životem velmi nespokojeno **17** respondentů (21,3%), nespokojeno se svým sexuálním životem je **14** respondentů (17,5%), se svým sexuálním životem je ani spokojeno ani nespokojeno **19** respondentů (22,8%), spokojeno je se svým sexuálním životem je **26** respondentů (32,5%), se svým sexuálním životem jsou velmi spokojeni **4** respondenti (5,0%).

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

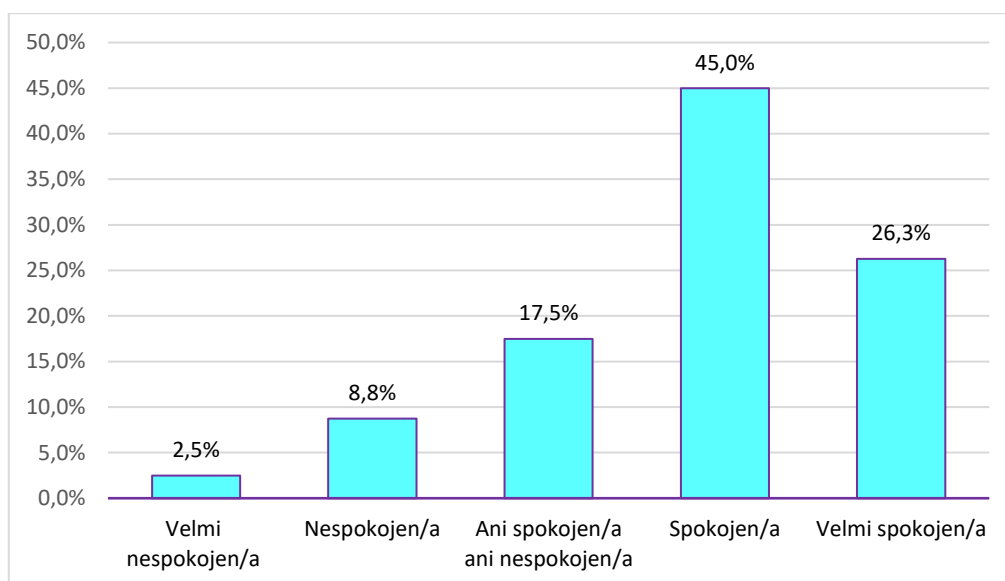


Graf č. 28 – Spokojenost s podporou od přátel

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) je **1** respondent (1,3%) velmi nespokojen s podporou, kterou mu poskytují přátelé, nespokojeno s podporou, kterou mu přinášejí přátelé, jsou **3** respondenti, s podporou, kterou přinášejí přátelé je ani spokojeno ani nespokojeno **14** respondentů (55,0%), s podporou, kterou mu poskytují přátelé, je velmi spokojeno **18** respondentů (22,5%).

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

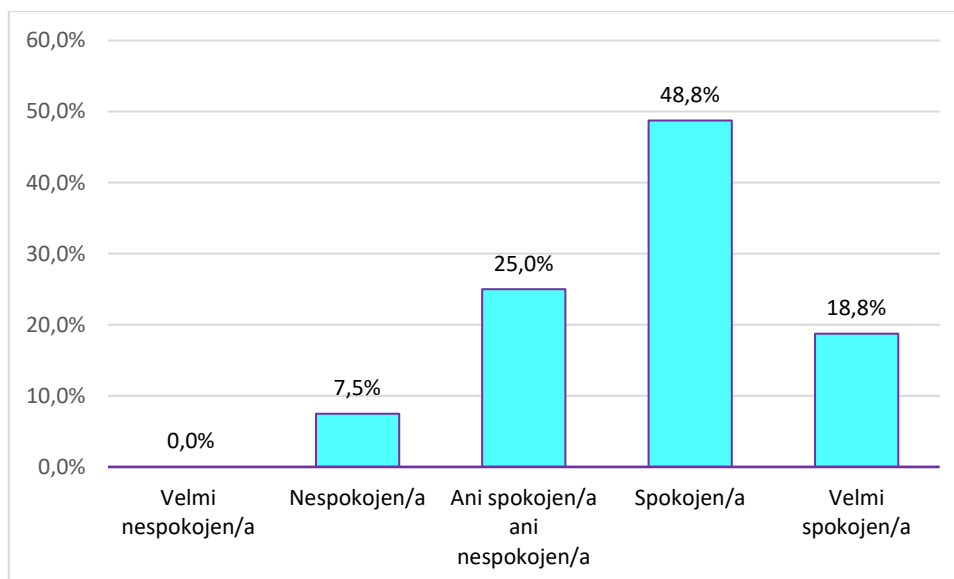


Graf č. 29 – Spokojenost s životními podmínkami

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **2** respondenti (2,5%) jsou velmi nespokojeni s podmínkami v místě, kde žijí, **7** respondentů (8,8%) je nespokojeno s podmínkami, v místě kde žijí, **14** respondentů (17,5%) s podmínkami v místě, kde žijí, je ani spokojeno ani nespokojeno, s podmínkami v místě, kde žijí, je spokojeno **36** respondentů (45,0%) a velmi spokojeno s podmínkami v místě, kde žijí, je **21** respondentů (26,3%).

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

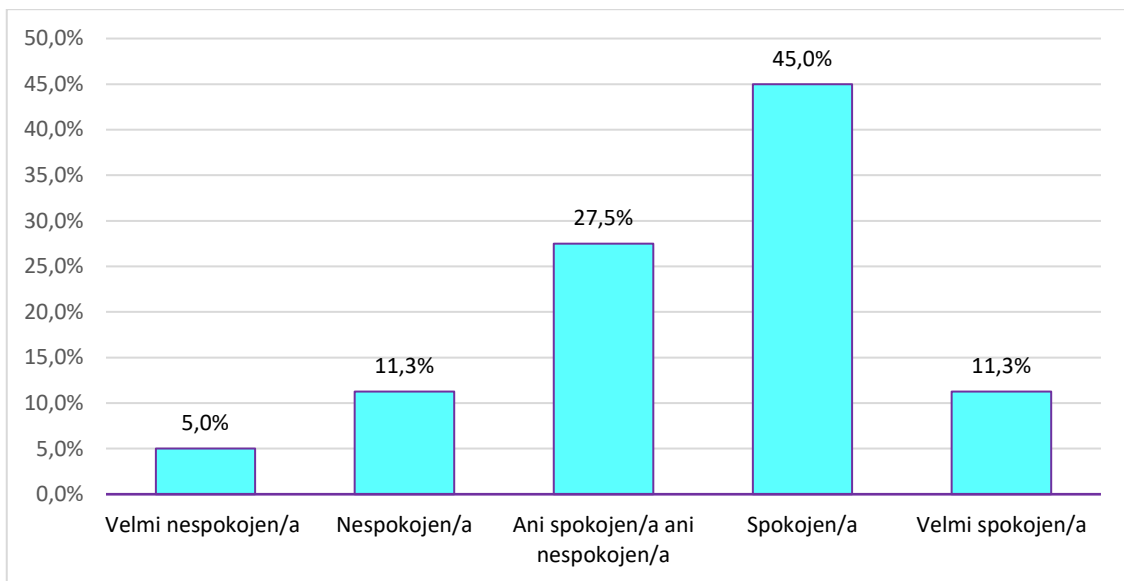


Graf č. 30 – Dostupnost zdravotní péče

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **žádný** respondent neoznačil, že je velmi nespokojen s dostupností zdravotní péče, **6** respondentů je nespokojeno s dostupností zdravotní péče (7,5%), ani spokojeno ani nespokojeno s dostupností zdravotní péče je **20** respondentů (25,0%), spokojeno s dostupností zdravotní péče je **39** respondentů (48,8%) **15** respondentů je velmi spokojeno s dostupností zdravotní péče (18,8%).

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

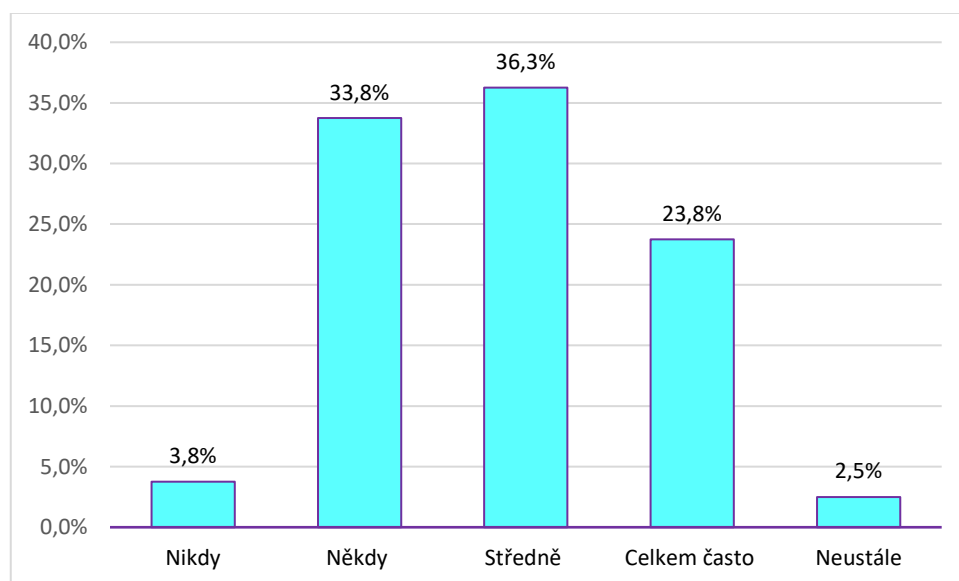


Graf č. 31 – Spokojenost s dopravou

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) **4** respondenti (5,0%) jsou velmi nespokojeni s dopravou, nespokojeno s dopravou je **9** respondentů (11,3%), ani spokojeno ani nespokojeno s dopravou je **22** respondentů (27,5%), spokojeno s dopravou je **36** respondentů (45,0%), s dopravou je velmi spokojeno **9** respondentů (11,3%).

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



Graf č. 32 – Prožívání negativních pocitů

Interpretace:

Z celkového počtu **80** respondentů (100%) nikdy neprožívají negativní pocity **3** respondenti (3,8%), **27** respondentů (33,8%) někdy zažívá negativní pocity, středně zažívá negativní pocity např: deprese, úzkost **29** respondentů (36,3%), celkem často prožívá negativní pocity **19** respondentů (23,8%), neustále prožívají negativní emoce **2** respondenti (2,5%).

6. Diskuze

V této části bakalářské práce jsme se zaměřily na průběh výzkumu, vyhodnocení zadaných hypotéz a porovnávání výsledků s dříve provedenými studiiemi v téže oblasti.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života. Jako další dílčí cíl bylo stanoveno porovnat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a kvalitou života populační normy. Cílem statistické analýzy bylo zjistit, zda mají vybrané proměnné vliv na kvalitu života a zjistit vliv terapeutické péče na kvalitu života poskytované centrem bolesti.

Statistická analýza byla provedena pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.5.1). Rozhodnutí, které testy budou využity při statistické analýze námi stanovených hypotéz, předcházelo ověření normálního rozložení námi získaných dat pomocí Shapiro-Wilkova testu, Anderson-Darlingova testu. Potvrdilo se, že data v našem výzkumném souboru mají normální rozdělení. Pro statistické analýzy byl tedy využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA a nepárový t-test. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Převážnou část respondentů tvořily ženy, kterých odpovědělo 55 (69%). Polovinu výzkumného šetření tvořili respondenti, kterým bylo více než 60 let, tedy 40 respondentů (50,0%).

Nejvíce respondentů 36 (45,0%), kteří trpí chronickou bolestí, se živí dělnickou profesí. Do ambulance chronické bolesti dochází respondenti zaměstnaní ve zdravotnictví 11 (13,8%), stejnou hodnotu získala i profese ve službách a administrativě 11 (13,8%). Mile mě překvapilo, že respondentů ze zdravotnické profese nebylo tolik, jak jsem předpokládala. Co se týče délky trvání bolesti, nejpočetnější skupina 26 respondentů (32,5%) trpí chronickou bolestí 1-3 roky, druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 22 respondentů (27,5%), kteří trpí chronickou bolestí více než 10 let.

Příčiny vzniku bolesti byly různé, nejvíce 27 respondentů (33,8%) odpovědělo, že jejich příčinou pro vznik chronické bolesti je onemocnění pohybového aparátu, 18 respondentů (22,5%) nedokáže určit příčinu. V otázce číslo 6 měli respondenti k dispozici mapu bolesti a byli dotazováni na lokalizaci bolesti. Zde respondenti označovali více lokalizací. Nejvíce označována byla bederní oblast, která byla uvedena ve 36 případech (45,0%), Toto tvrzení potvrdila Tobolková (2012), která se zaměřovala

na kvalitu života lidí s chronickou bolestí, u které také nejčastější lokalizace bolesti vyšla oblast zad. Dobruská (2014), se věnovala tématu kvalita života seniorů s chronickou bolestí, také využila pro svou výzkumnou část standardizovaný dotazník WHQOL-BREF, potvrdila, že se pacienti nejčastěji léčí s onemocněním pohybového aparátu, konkrétně s vertebrogenní oblastí. Dle mého názoru tato oblast je přetěžována v každodenním životě nejvíce, oblast zad je ovlivněna několika faktory, mnoho lidí má sedavý způsob života, nedostatek fyzické aktivity, nadměrný stres, nadváhu či obezitu, která zatěžuje záda a klouby, nesprávné držení těla, úraz či ploché nohy. Bederní oblast zad může souviset se svalovými křečemi či s natažením vazů a svalů.

V otázce číslo 7 byli respondenti dotazováni na intenzitu bolesti v podobě VAS škály. Nejčastěji respondenti trpí středně silnou bolestí v podobě VAS 5, kterou označilo 14 respondentů (17,5%), silnou bolest VAS 7 označilo 12 respondentů (15,0%), VAS 8 zakroužkovalo také 12 respondentů (15,0%).

V otázce číslo 8 byl zjišťován charakter bolesti, u této otázky respondenti označovali více možných odpovědí, i když jsem předpokládala, že budou kroužkovat vždy jen jednu možnou odpověď. Nejvíce odpovědí 27 získala bolest vystřelující (33,8%), 24 odpovědí měla bolest bodavá (30,0%). Dle mého názoru tento charakter bolesti odpovídá lokalizaci zad.

V otázce číslo 9 nás zajímalo, zda se intenzita bolesti během dne mění. Většině 68 respondentům (85,0%) se intenzita bolesti mění během dne, 12 respondentům (15%) intenzita bolesti během dne zůstává stejná. Na rozdíl od výsledků výzkumu Tobolkové (2012), který uvádí nejintenzivnější bolest večer.

U otázky číslo 10, byli respondenti dotazováni, jak dlouho docházejí do ambulance chronické bolesti. Největší počet 28 respondentů (35,0%) dochází do ambulance chronické bolesti méně než 1 rok.

U otázky číslo 11 při dotazování na léčbu chronické bolesti měli respondenti možnost označovat více odpovědí. Nejvíce 46 odpovědí (57,5%) měla odpověď s pravidelným užíváním léků na utišení bolesti. 25 odpovědí (31,3%) bylo označeno u nepravidelného užívání léků na utišení bolesti.

U otázky číslo 12 respondentům bylo umožněno označovat více odpovědí, ta pojednávala o používání či nepoužívání alternativních/nefarmakologických metod léčby.

Nejvíce 27 odpovědí (33,8%) získala možnost cvičení například jóga, plavání, možnost masáže jako alternativní metodu léčby uvedlo též 27 respondentů (33,8%). Domnívala jsem se, že mnoho lidí s chronickou bolestí nevyužívá nefarmakologické metody pro zmírnění bolesti, v našem výzkumu tomu tak nebylo, největší počet respondentů využívá jako alternativní metodu cvičení například v podobě jógy či plavání, stejný počet respondentů navštěvuje masáže.

Dílčí cíl č. 1: Porovnat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a kvalitu života populační normy.

Níže uvedené tabulky č. 11, 12 porovnávají kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a kvalitu života populační normy. Jednotlivé položky jsou barevně přiřazeny k hlavním doménám.

Položky a domény WHOQOL – BREF	Pacienti s chronickou bolestí (průměr)	Populační norma (průměr)
Q1 – Celková kvalita života	3,35	3,82
Q2 – Spokojenost se zdravím	2,68	3,68
q3 – Bolest a nepříjemné pocity	3,56	4,03
q4 – Závislost na lékařské péči	3,35	4,16
q5 – Potěšení ze života	3,48	3,83
q6 – Smysl života	3,71	3,86
q7 – Soustředění	3,19	3,55
q8 – Osobní bezpečí	3,53	3,24
q9 – Životní prostředí	3,61	2,85
q10 - Energie a únava	2,55	3,62
q11 – Přijetí tělesného vzhledu	3,61	3,90
q12 – Finanční situace	3,15	2,87
q13 – Přístup k informacím	3,90	3,87
q14 – Zálaby	2,96	3,33
q15 – Pohyblivost	3,06	4,27
q16 – Spánek	2,60	3,61
q17 – Každodenní činnosti	2,70	3,76
q18 – Pracovní výkonnost	2,78	3,76
q19 – Spokojenost se sebou	3,00	3,57
q20 – Osobní vztahy	3,73	3,75
q21 – Sexuální život	2,82	3,64
q22 – Podpora přátel	3,94	3,84
q23 – Prostředí v okolí bydliště	3,84	3,54
q24 – Dostupnost zdravotní péče	3,79	3,70
q25 – Doprava	3,46	3,19
q26 – Negativní pocity	2,88	3,47

Tabulka č. 11 - Jednotlivé populační normy kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Položky a domény WHOQOL - BREF	Pacienti s chronickou bolestí (průměr)	Populační norma (průměr)
Q1 – Celková kvalita života	3,35	3,82
Q2 – Spokojenost se zdravím	2,68	3,68
DOMÉNA 1 FYZICKÉ ZDRAVÍ	11,73	15,55
DOMÉNA 2 PROŽÍVÁNÍ	13,22	14,78
DOMÉNA 3 SOCIÁLNÍ VZTAHY	13,93	14,98
DOMÉNA 4 PROSTŘEDÍ	14,12	13,30

Tabulka č. 12 – Populační normy kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Interpretace:

V tabulce č. 11 jsou znázorněny jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledné průměrné hodnoty kvality života pacientů s chronickou bolestí našeho souboru jsou porovnány s průměrnými hodnotami kvality života zdravé populace.

Podle průměrných výsledků můžeme sledovat, že kvalita života pacientů s chronickou bolestí v našem výzkumném šetření je snížena oproti průměrné kvalitě života normální, zdravé populace. V první otázce dotazníku (**Q1**), která se zabývá celkovým hodnocením kvality života, můžeme pozorovat, že kvalita života pacientů s chronickou bolestí je podle výsledků dotazníku horší (3,35) v porovnání s populační normou (3,82) s rozdílem (0,47).

Otázka č. 2 (**Q2**) hodnotící spokojenost se zdravím, zde vyšla hodnota u pacientů s chronickou bolestí (2,68), u normální populace (3,68) s rozdílem (1,00).

Když se zaměříme na jednotlivé domény standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, v doméně číslo 1 (*Fyzické zdraví*) vychází kvalita života pacientů s chronickou bolestí oproti populační normě horší v otázce zabývající se bolestí a nepříjemnými pocity (**q3** – rozdíl 0,47), závislostí na lékařské péči (**q4** – rozdíl 0,81), poměrně významně horší vyšly otázky zabývající se energií a únavou (**q10** – rozdíl 1,11) a pohyblivostí (**q15** – rozdíl 1,21), spánkem (**q16** – rozdíl 1,01), každodenními činnostmi (**q17** – rozdíl 1,06) a pracovní výkonností (**q18** – rozdíl 0,98).

V doméně číslo 2 (*Prožívání*) je kvalita života pacientů s chronickou bolestí zhoršena od populační normy u otázky zaměřující se na potěšení ze života (**q5** – rozdíl 0,35), smyslem života (**q6** – rozdíl 0,15), soustředěním (**q7** – rozdíl 0,36), přijetím tělesného vzhledu (**q11** – rozdíl 0,26), negativními pocity (**q26** – rozdíl 0,59). Doména číslo 2 (*prožívání*) je ve všech sférách také zhoršena, již ale ne tak významně, jako tomu je u domény číslo 1 *fyzické zdraví*.

V doméně číslo 3 *Sociální vztahy* se nepatrný snížený rozdíl objevil u otázky zkoumající osobní vztahy (**q20** – rozdíl 0,02), sexuální život (**q21** – rozdíl 0,82), vyšší skóre oproti populační normě získala otázka podpora přátel (**q22** – rozdíl 0,1).

Doména číslo 4 *Prostředí* měla velmi pozitivní výsledky. Snížený průměr byl pouze u otázky zaměřující se na záliby (**q14** – rozdíl 0,37), ostatní otázky získaly oproti populační normě vyšší skóre, otázky se zaměřovaly na osobní bezpečí (**q8** – rozdíl 0,29), životní prostředí (**q9** – rozdíl 0,76), finanční situaci (**q12** – rozdíl 0,28), prostředí v okolí bydliště (**q23** – rozdíl 0,3), dostupnost zdravotní péče (**q24** – 0,09), doprava (**q25** – rozdíl 0,27).

V tabulce č. 12 je shrnut celkový průměr jednotlivých domén. Doména č. 1 *Fyzické zdraví* (11,73) měla velmi zhoršený průměr oproti populační normě (15,55), (rozdíl – 3,82). Doména č. 2 *Prostředí* (13,22) měla zhoršené skóre od populační normy (14,78), (rozdíl – 1,56). Doména č. 3 *Sociální vztahy* získala nižší průměr (13,93) s porovnáním od populační normy (14,98), (rozdíl – 1,05). Doména 4 *Prostředí* vyšla lépe u pacientů s chronickou bolestí (14,12) v porovnání se zdravou populací (13,30), (rozdíl – 0,9).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života.

Jak můžeme vidět v grafu číslo 7 z celkového počtu 80 respondentů (100%) nejvíce 35 respondentů (43,8%) hodnotilo svoji kvalitu života jako dobrou (stupnice 4). Celková hodnota Q1 poté vyšla (3,35) čili „ani dobrá, ani špatná“. Bohdalová (2009), která se zabývala životem pacientů s chronickou bolestí a také ke svému výzkumnému šetření použila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF uvádí celkové hodnocení Q1 (3,21). Dle Tobolkové (2012), byla kvalita života nejčastěji popisována jako velmi špatná. V diplomové práci Dobruské (2014), ve které byl také použitý dotazník WHOQOL-BREF, hodnotili respondenti nejčastěji kvalitu života jako neutrální, tedy ani dobrou, ani špatnou.

Když srovnáme hodnocení respondentů s našim výzkumným souborem, tak můžeme vidět, že se kvalita života pacientů s chronickou bolestí neustále zlepšuje. Domnívám se, že to můžeme připisovat lékařské péči, která se neustále vyvíjí a posouvá dopředu, jsou k dispozici nové léky k tišení bolesti. Lidé využívají více alternativní metody k zmírnění bolesti.

I přes uspokojivý výsledek u otázky Q1, u otázky Q2 „*Jak jste spokojen/á se svým zdravím*“ v našem výzkumném souboru nejvíce respondentů se svým zdravím spokojena není (2,68). Podle Bohdalové (2009) hodnotí respondenti spokojenost se svým zdravím v celkovém průměru (2,32), můžeme tedy konstatovat, že hůře než v mém výzkumném souboru, na druhou stranu ve výzkumném šetření Dobruské (2014) respondenti své zdraví hodnotí neutrálně.

Poměrně velký propad byl zjištěn u domény č. 1 *Fyzické zdraví*, která se zabývá otázkami bolesti, lékařské pomoci, energií, pohybem, spánkem, schopností provádět každodenní činnosti, spokojenost s pracovním výkonem. U pacientů s chronickou bolestí byl průměr (11,73)

Doména č. 2 *Prožívání* se zabývá otázkami potěšením ze života, smyslu života, soustředění, tělesného vzhledu, spokojeností sama se sebou, na negativní pocity (deprese, úzkost, beznadějí). U pacientů s chronickou bolestí byl zjištěn průměr (13,22). U otázky č. 26, která se zajímá, jak často respondenti prožívají negativní pocity, v našem výzkumu vyšlo, že středně často. Dobruské (2014) vyšla subjektivní odpověď na tuto otázku „celkem často“. Cocerjenco (2018), která se zaměřovala na kvalitu života pacientů s chronickou bolestí, na položenou otázku, jak často prožíváte negativní pocity, nejvíce respondentů odpovědělo, že často. Nemělo by se zapomínat a zlehčovat psychické zdraví, do léčebného procesu by bylo vhodné zapojit i psychoterapii.

Doména č. 3 *Sociální vztahy* se zabývá otázkami spokojeností s osobními vztahy, sexuálním životem, podporou přátel. Tato doména pro pacienty s chronickou bolestí vyšla relativně dobře. To vidím jako důsledek dobré komunikace s rodinou, setkávání se s přáteli a návštěvy kulturních akcí.

Doména č. 4 *Prostředí* se zabývá otázkami bezpečí, zdravého prostředí, peněz, k přístupu k informacím, zálibami, podmínkami v místě, kde respondent žije, na spokojenost s dostupností zdravotní péče a spokojenost s dopravou. Tato doména vyšla velmi pozitivně. Tento fakt přisuzuji tomu, že pacienti s chronickými chorobami si

nejspíš tolik nestěžují a radují se z maličkostí více než relativně zdraví lidé, kteří si neuvědomují, jaké mají štěstí. Ve výzkumné práci Dobruské (2014), byla respondentům položena otázka „Co považujete v životě za nejdůležitější“ na první příčce se umístilo právě zdraví.

Můžeme tedy konstatovat, že chronická bolest má značný vliv na kvalitu života pacientů. Negativně ovlivňuje zejména pohyblivost, spánek, energii, provádění každodenních činností, prohlubuje negativní pocity a snižuje pracovní výkonnost.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit vliv vybraných proměnných na kvalitu života.

H1: Intenzita bolesti má vliv na kvalitu života pacientů s chronickou bolestí.

H0: Intenzita bolesti nemá vliv na kvalitu života pacientů s chronickou bolestí.

Pro statistické ověření H1 byl využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

	Průměr	
VAS 2	4,5 (n=2)	p=0,266
VAS 3	3,571 (n=7)	
VAS 4	3,778 (n=9)	
VAS 5	3,5 (n=14)	
VAS 6	2,889 (n=9)	
VAS 7	3,5 (n=12)	
VAS 8	3,167 (n=12)	
VAS 9	3,0 (n=11)	
VAS 10	3,0 (n=4)	

Tabulka č. 13 – Vztah kvality života pacientů a intenzity bolesti

V případě této hypotézy vyšla hodnota kvadrantu $p = 0,266$. Signifikantní rozdíl je tedy větší než 0,05 ($0,266 > 0,05$). **V tomto případě není signifikantní rozdíl mezi jednotlivými podskupinami, nelze zamítnout nulovou hypotézu. Můžeme tedy konstatovat, že intenzita bolesti nemá vliv na kvalitu života pacientů s chronickou bolestí.** S tímto tvrzením se ztotožňuje i Michalíková (2019), která se zabývala kvalitou života u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí a které vyšel podobný výsledek, že intenzita a nepříjemnost trvání bolesti nemá žádnou významnou souvislost s kvalitou života. Vliv intenzity bolesti na kvalitu života se nepotvrdil ani u Douckové (2012). Toto tvrzení bylo zdůvodněno tím, že mnozí pacienti se s bolestí naučili žít, tudíž mají vyšší práh bolesti.

H2: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí je ovlivněna pohlavím.

H0: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí není ovlivněna pohlavím.

Pro statistické ověření H2 byl využit nepárový test. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

	Průměr	
Ženy	3,436 (n=55)	p=0,2395
Muži	3,16 (n=25)	

Tabulka č. 14 – Vztah kvality života a pohlaví

V případě této hypotézy vyšla hodnota kvadrantu **p= 0,2395**. Signifikantní rozdíl je tedy větší než 0,05 ($0,2395 > 0,05$). **Není signifikantní rozdíl mezi jednotlivými podskupinami, nelze zamítnout nulovou hypotézu. Můžeme tedy konstatovat, že kvalita života pacientů s chronickou bolestí není ovlivněna pohlavím.** S tímto tvrzením se shoduje i Tobolková (2012), kde mají muži a ženy téměř identické výsledky u otázky týkající se hodnocení kvality života. Se stejným výsledkem se setkala i Bohdalová (2009).

H3: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí je ovlivněna věkem.

H0: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí není ovlivněna věkem.

Pro statistické ověření H3 byl využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

	Průměr	
Méně než 30 let	3,0 (n=1)	p=0,1514
31-40 roky	4,0 (n=4)	
41-50 let	3,231 (n=13)	
51-60 let	3,045 (n=20)	
Více než 60 let	3,475 (n=40)	

Tabulka č. 15 – Vztah kvality života a věku

V případě této hypotézy vyjde hodnota kvadrantu **p= 0,1514**. Signifikantní rozdíl je tedy větší než 0,05 ($0,1514 > 0,05$). **Není signifikantní rozdíl mezi jednotlivými podskupinami, nelze zamítnout nulovou hypotézu. V našem výzkumném souboru pohlaví nehraje roli v ovlivnění kvality života.** Věkové kategorie se v práci Bohdalové (2009) lišily jen nepatrně.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit vliv terapeutické péče poskytované centrem bolesti na kvalitu života

H4: Délka poskytované péče má vliv na intenzitu bolesti (snižuje, nebo zvyšuje intenzitu bolesti).

H0: Délka poskytované péče nemá vliv na intenzitu bolesti.

Pro statistické ověření H4 byl využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

	Průměr	
Méně než 1 rok (n=8)	5,375	p=0,38
1-3 roky (n=26)	6,0	
4-6 let (n=15)	6,067	
7-10 let (n=9)	6,556	
Více než 10 let (n=22)	6,913	

Tabulka č. 16 – Vztah intenzity bolesti a délky poskytované péče

V případě této hypotézy vyjde hodnota kvadrantu $p = 0,38$. Signifikantní rozdíl je tedy větší než $0,05$ ($0,38 > 0,05$). **Není signifikantní rozdíl mezi jednotlivými podskupinami, nelze zamítnout nulovou hypotézu. Můžeme tedy konstatovat, že délka poskytované péče nemá vliv na intenzitu bolesti.** V případě této hypotézy mě výsledek překvapil, jelikož jsem předpokládala, že čím déle budou respondenti docházet do ambulance chronické bolesti, tím se jim bude intenzita bolesti snižovat, tomu ale tak nebylo.

H5: Kvalita života je ovlivněna délkou terapeutické péče poskytované centrem bolesti.

H0: Kvalita života není ovlivněna délkou terapeutické péče poskytované centrem bolesti.

Pro statistické ověření H5 byl využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

	Průměr	
Méně než 1 rok (n=28)	3,75	p=0,0513
1-3 roky (n=22)	3,304	
4-6 let (n=15)	2,867	
7-10 let (n=5)	3,2	
Více než 10 let (n=9)	3,111	

Tabulka č. 17 – Vztah kvality života a délkou terapie

V případě této hypotézy vyjde hodnota kvadrantu **p= 0,0513** Signifikantní rozdíl je tedy větší než 0,05 ($0,0513 > 0,05$). **Což je na hranici statistické významnosti. Přijímáme tedy H5 a můžeme konstatovat, že kvalita života je ovlivněna délkou terapeutické péče poskytované centrem bolesti. Nejlepší kvalitu života uvedli respondenti s nejnižší délkou terapeutické péče. Výsledek koresponduje s výsledky Slivoňové (2015), která se věnovala kvalitě života pacientů s chronickou bolestí, vyšlo na základě kvalitativního výzkumu, že celkové hodnocení kvality života závisí na délce trvání chronické bolesti a na aktuálním stavu nemocného. Čím déle respondent trpí chronickou bolestí, tím negativněji hodnotí svůj nynější zdravotní stav.**

Závěr

V naší bakalářské práci jsme se zabývaly kvalitou života pacientů s chronickou bolestí. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zaměřily na interpretaci definic, fyziologii bolesti, její dělení, diagnostiku, hodnocení bolesti, terapeutické postupy v tišení bolesti, faktory ovlivňující bolest, role všeobecné sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí, centra pro léčbu bolesti, na obecný popis kvality života, metody měření kvality života i na specifickou kvalitu života pacientů s chronickou bolestí.

V empirické části jsme si stanovily hlavní a dílčí cíle. Výzkum probíhal formou kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že cílů bylo dosaženo. Většina respondentů s chronickou bolestí považuje kvalitu života za dobrou, dle průměrného hodnocení byla kvalita života u pacientů s chronickou bolestí označena za neutrální, na druhou stranu se svým zdravím spokojeni nejsou. Prvním cílem bylo porovnat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí s kvalitou života populační normy. Zjistily jsme, že respondenti v našem výzkumném souboru hodnotí kvalitu života hůře než normální populace, a to především v oblasti fyzického zdraví. V dalším cíli jsme se zaměřily na vliv vybraných proměnných na kvalitu života. Dle výsledků zkoumaného souboru intenzita bolesti, pohlaví, ani věk nemají vliv na kvalitu života pacientů s chronickou bolestí. V posledním cíli jsme se zabývaly vlivem terapeutické péče, kterou poskytují centra bolesti, na kvalitu života respondentů. Intenzita bolesti nebyla ovlivněna délkou poskytované péče. Naopak kvalita života pacientů s chronickou bolestí je ovlivněna délkou terapeutické péče.

Když se zaměříme na výsledky nestandardizovaného dotazníku, bylo zjištěno, že výzkumný vzorek tvořily převážně ženy, největší počet respondentů byl ve věku více než 60 let a délka prožívané bolesti byla 1-3 roky. Jako příčinu bolesti nejvíce respondentů označuje onemocnění pohybového aparátu, nejvíce respondentů navštěvuje ambulanci chronické bolesti méně než 1 rok. Nejvíce respondentů trpí vystřelující bolestí do bederní páteře, nejčastěji jsou postiženi lidé, kteří mají či měli dělnické zaměstnání. Terapie bolesti je u většiny respondentů řešena pravidelným předepisováním analgetik. Mnoho respondentů se snaží bolest zmírnit aktivním cvičením a masážími.

Jak bylo zjištěno z našeho výzkumu, chronická bolest má značný vliv na kvalitu života pacientů. Negativně ovlivňuje zejména pohyblivost, spánek, energii, provádění každodenních činností, prohlubuje negativní pocity a snižuje pracovní výkonnost. Musíme mít na mysli to, že kvalita života je velmi individuální pojem a proto ji nelze snadno měřit.

V závěru bych chtěla dodat, že nejdůležitějším faktorem je dostatečná komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Lékaři společně se sestrami musí každého pacienta brát jako individuálního jedince a jeho bolest nebagatelizovat. Mělo by se více dbát na psychické zdraví pacientů trpící chronickou bolestí, jelikož chronická bolest může pacienta z psychického hlediska velice ovlivnit a negativní pocity jako je smutek, beznaděj či deprese se mohou dále prohlubovat.

Anotace

Autor: Zuzana Čapková

Instituce: Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Název práce: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Počet stran: 121

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2023

Klíčová slova: bolest, chronická bolest, centrum chronické bolesti, kvalita života, WHOQOL – BREF

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů s chronickou bolestí.

V teoretické části jsem se zaměřovala na definici, fyziologii bolesti, její dělení, diagnostiku, hodnocení bolesti, terapeutické postupy v tišení bolesti, faktory ovlivňující bolest, roli všeobecné sestry při ošetřování pacientů s chronickou bolestí, centra pro léčbu bolesti a na obecný popis kvality života i na specifickou kvalitu života pacientů s chronickou bolestí.

Empirická část předkládá výsledky kvantitativního šetření formou nestandardizovaného dotazníku, který se zaměřoval na otázky vztahující se k chronické bolesti a standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který hodnotil celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Výzkum probíhal v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. Dále se empirická část věnovala porovnáním kvality života pacientů s chronickou bolestí, zjišťováním vybraných proměnných na kvalitu života a vlivu terapeutické péče na kvalitu života poskytované centrem bolesti.

Annotation

Author: Zuzana Čapková

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

Title: Quality of patient's life with chronic pain

Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Number of pages: 121

Number of attachments: 8

Year of defense: 2023

Key words: pain, chronic pain, center of chronic pain, quality of life, WHOQOL-BREF

The bachelor thesis deals with the quality of patient's life with chronic pain.

In the theoretical part, I focused on the definition, physiology of pain, its division, diagnosis, pain assessment, therapeutic procedures in pain management, factors affecting pain, the role of the general nurse in the treatment of patients with chronic pain, pain management centres and a general description of the quality of life and the specific quality of life of patients with chronic pain.

The empirical part presents the results of a quantitative investigation in the form of a non-standardized questionnaire that focused on questions related to chronic pain and a standardized WHOQOL-BREF questionnaire that assessed overall quality of life and health status. The research was conducted at the Regional Hospital Liberec, a.s. and at the Hospital Jablonec nad Nisou, p.o. Furthermore, the empirical part focused on comparing the quality of patient's life with chronic pain, identifying selected variables on quality of life and the impact of therapeutic care on quality of life provided by the pain centre.

Použitá literatura a prameny

ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.

Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, Glaser SE, Vallejo R. Opioid complications and side effects. *Pain Physician*. 2008 Mar;11(2 Suppl):S105-20. PMID: 18443635. Dostupné z: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=OTg1&journal=42>

BOHDALOVÁ, Helena. *Život pacientů s chronickou bolestí*. Č. Bud., 2009. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/r4qrbk/downloadPraceContent_adipIdno_13401

COCERJENCO, Cristina. *Kvalita života pacientů s chronickou bolestí v současné době* [online]. Praha, 2018 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Vseobecna_sestra_2018/Cocerjenco_Cristina/COCERJENCO_CRISTINA_3B_VS.pdf

DANZIGOVÁ, Zdenka. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti: Bolest ve stáří*. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti* [online]. 2017, 2017, **20**(4), 174 [cit. 2022-10-16]. ISSN 1212-0634. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/4_2017/Bolest_4_2017_clanek_Danzigova.pdf

DOBRUSKÁ, Martina. *Kvalita života seniorů s chronickou bolestí* [online]. Brno, 2014 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sev659/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.

DOUCKOVÁ, Petra. *FLORENCE časopis moderního ošetrovatelství: Vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů* [online]. 8. Praha: Ambit Media, 2012 [cit. 2023-04-15]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/2/vliv-chronicke-bolesti-na-kvalitu-zivota-pacientu/>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.

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

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolest' ako ošetrovatelský problém*. Martin: Osveta, 2008, 95 s. ; 21 cm. ISBN 978-80-8063-288-5.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAKL, Marek. *Bolesti zad a kloubů*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2020]. Medica (Maxdorf). ISBN 978-80-7345-659-7.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5272-6.

HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2022]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-727-3.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ, přeložil Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada, [2010] -. ISBN 978-80-271-0710-0.

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.

KLEMPÍŘ, Jiří a Olga KLEMPÍŘOVÁ. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti: Komplexní přístup k bolesti u roztroušené sklerózy* [online]. 20. Praha: Tigis, 2017 [cit. 2023-01-01]. ISSN 1212-0634. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/2_2017/Bolest_2_2017_clanek_Klempir.pdf

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4

KOZÁK, Jiří, ed. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, [2010]. ISBN 978-80-87327-45-6.

KOZÁK, Jiří, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Opioidy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-664-1.

KOZÁK, Jiří. *Opioidy v léčbě bolesti*. Praha: Mladá fronta, 2009. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2122-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.

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

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-696-2.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2007. ISBN 80-86633-65-9.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.

MICHALÍKOVÁ, Lucie. *Kvalita života u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí*. Praha, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce Raudenská, Jaroslava. Dostupné z:
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/108534/130252571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MORAVCOVÁ, Markéta, Helena POLÁČKOVÁ a Eva WELGE. *Základy péče v porodní asistenci I.: prenatální péče a péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického porodu : péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí : péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2022. ISBN 978-80-7560-424-8.

NESMĚRÁK, Karel. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti: Toxikologie analgetik* [online]. 20. Praha: Tigis, 2017 [cit. 2023-01-01]. ISSN 1212-0634. Dostupné z:
https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/4_2017/Bolest_4_2017_Nesmerak.pdf

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulanci praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.

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

Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

Richard Rokyta. *Časopis lékařů českých: Patofyziologie bolesti a její klinické aplikace* [online]. 157. Praha: Sokolská 31, 120 26, Praha 2, 2018 [cit. 2022-10-22]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-2/download?hl=cs>

ROKYTA, Richard a Cyril HÖSCHL, ed. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite CZ, 2015. Axonite review. ISBN 978-80-88046-03-5.

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

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

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

SKÁLA, Bohumil a Jiří KOZÁK. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E. PURKYNĚ. CENTRUM DOPORUČENÝCH POSTUPŮ PRO PRAKTICKÉ

LÉKAŘE. *Léčba bolesti: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2021, 25 stran : ilustrace (převážně barevné) ; 30 cm. ISBN 978-80-88280-27-9.

SKÁLA, Bohumil a Jiří KOZÁK. *Léčba bolesti: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2021]. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-27-9.

SLÍVA, Jiří a Tomáš DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti: praktický průvodce*. Praha: Maxdorf, c2009. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-182-0.

SLIVONŇOVÁ, Monika. Kvalita života pacientů s chronickou bolestí. Plzeň, 2015. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

ŠEVČÍK, Pavel. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-171-3.

ŠRÁMEK, Jaromír. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti: Tlumení bolesti placebem. Metabolická aktivita mozku* [online]. 20. Praha: Tigris, 2017 [cit. 2023-01-01]. ISSN 1212-0634. Dostupné z: https://www.tigris.cz/images/stories/Bolest/2017/3_2017/Bolest_3_2017_clanek_Sramek.pdf

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, [2021]. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-706-8.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TIGIS, *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti, Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti - speciální část: Specifické postupy ve farmakoterapii bolesti*,

tritace analgetické léčby [online]. 20. Praha: Tigis, 2017 [cit. 2022-11-13]. ISSN 1212-0634. Dostupné z:

https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/suppl_1_2017/BOLEST_suppl_2017_SPFB.pdf

TOBOLKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života lidí s chronickou bolestí* [online]. Jihlava, 2012 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3nbq6p/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

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

Seznam zkratek

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

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

KRBS – Complex Regional Pain Syndrome, Regionální bolestivý syndrom

FBSS – Failed back surgery syndrome

SF-MPQ – Dotazník bolesti McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire)

PPI – Present pain intensity, Škála intenzity současné bolesti

DIBDA – Dotazník interference bolesti s denními aktivitami

VAS – Vizuální analogová škála

NSA – Nesteroidní antirevmatika

COX-1 – Cyklooxygenáza 1

COX-2 – Cyklooxygenáza 2

ASA – Kyselina acetylsalicylová

AIISLP – Automatizovaný informační systém léčivých přípravků

IASP – International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti

SIP – Simple impact profile

NHP – Notting Health Profile

SF-36 – Medical outcomes 36 items short form

SF-12 – Medical outcomes 12 items short form

WHOQOL – BREF – World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL – 100 – World Health Organization Quality of Life Assessment

EQ-5D – Index dimenze kvality života

SEIQOL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire-Core 30

Seznam grafů

Graf č. 1 – Pohlaví	49
Graf č. 2 – Věk.....	50
Graf č. 3 – Délka trvání chronické bolesti	52
Graf č. 4 – Charakter bolesti	56
Graf č. 5 – Změna intenzity bolesti během dne	57
Graf č. 6 – Délka docházení do ambulance chronické bolesti.....	58
Graf č. 7 – Zhodnocení kvality života	61
Graf č. 8 – Zhodnocení spokojenosti se zdravím.....	62
Graf č. 9 – Omezení každodenních aktivit z důvodu bolesti	63
Graf č. 10 – Potřeba lékařská pomoci při fungování v každodenním životě.....	64
Graf č. 11 – Potěšení ze života.....	65
Graf č. 12 – Pocit smysluplného života	66
Graf č. 13 – Schopnost soustředit se.....	67
Graf č. 14 – Pocit bezpečí ve svém životě.....	68
Graf č. 15 – Zdravé prostředí.....	69
Graf č. 16 – Dostatek energie	70
Graf č. 17 – Akceptace svého tělesného vzhledu	71
Graf č. 18 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb	72
Graf č. 19 – Přístup k informacím	73
Graf č. 20 – Možnost věnovat se zálibám.....	74
Graf č. 21 – Možnost pohybu	75
Graf č. 22 – Spokojenost se spánkem	76
Graf č. 23 – Schopnost provádět každodenní činnosti.....	77
Graf č. 24 – Spokojenost s pracovním výkonem	78
Graf č. 25 – Spokojenost sám/sama se sebou	79
Graf č. 26 – Spokojenost s osobními vztahy.....	80
Graf č. 27 – Spokojenost se sexuálním životem	81
Graf č. 28 – Spokojenost s podporou od přátel.....	82
Graf č. 29 – Spokojenost s životními podmínkami.....	83
Graf č. 30 – Dostupnost zdravotní péče.....	84
Graf č. 31 – Spokojenost s dopravou	85
Graf č. 32 – Prožívání negativních pocitů	86

Seznam tabulek

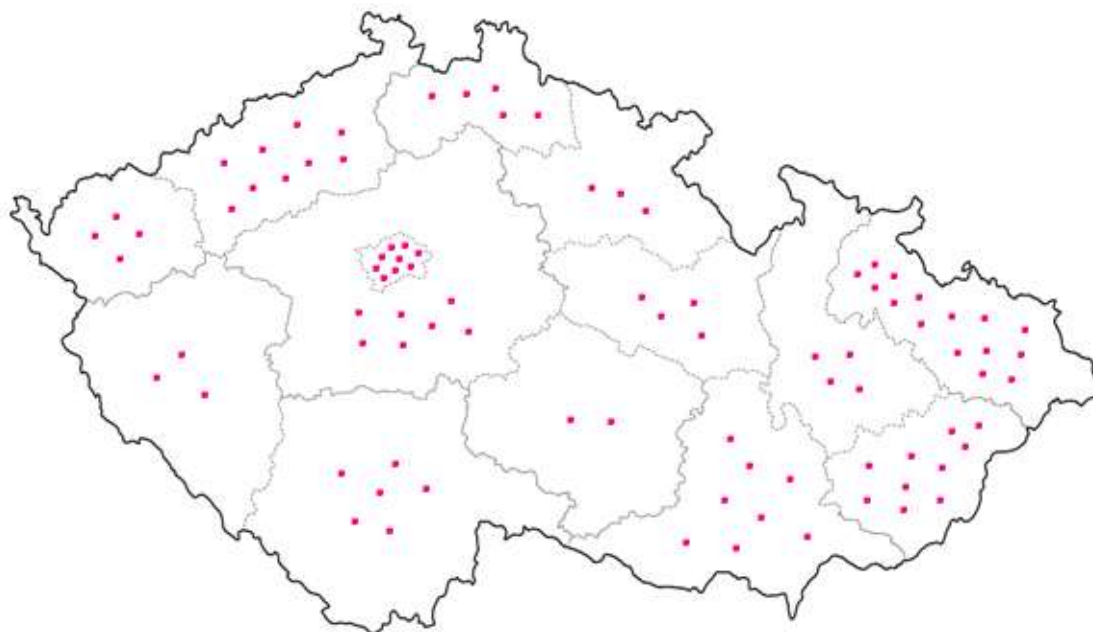
Tabulka č. 1 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (akutní bolest)	30
Tabulka č. 2 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (chronická bolest)...	31
Tabulka č. 3 – Kombinace životních podmínek a jejich subjektivního ohodnocení.....	36
Tabulka č. 4 – Čtyři kvality života.	37
Tabulka č. 5 – Profese	51
Tabulka č. 6 – Příčina chronické bolesti	53
Tabulka č. 7 – Lokalizace bolesti	54
Tabulka č. 8 – Intenzita bolesti dle škály VAS	55
Tabulka č. 9 – Léčba chronické bolesti	59
Tabulka č. 10 – Použití alternativních/nefarmakologických metod	60
Tabulka č. 11 - Jednotlivé populační normy kvality života.	89
Tabulka č. 12 – Populační normy kvality života	90
Tabulka č. 13 – Vztah kvality života pacientů a intenzity bolesti.....	93
Tabulka č. 14 – Vztah kvality života a pohlaví	94
Tabulka č. 15 – Vztah kvality života a věku	94
Tabulka č. 16 – Vztah intenzity bolesti a délky poskytované péče.....	95
Tabulka č. 17 – Vztah kvality života a délkou terapie	96

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Mapa pracovišť pro léčbu bolesti	112
Příloha č. 2 – Schéma vztahu bolesti a psychického stavu.....	112
Příloha č. 3 – Vizuální analogová škála.....	113
Příloha č. 4 – Mapa bolesti	113
Příloha č. 5 – Celé znění nestandardizovaného dotazníku Bolest	114
Příloha č. 6 – Celé znění standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF	117
Příloha č. 7 – Žádost o povolení výzkumného šetření, Liberec.....	120
Příloha č. 8 – Žádost o povolení výzkumného šetření, Jablonec nad Nisou	121

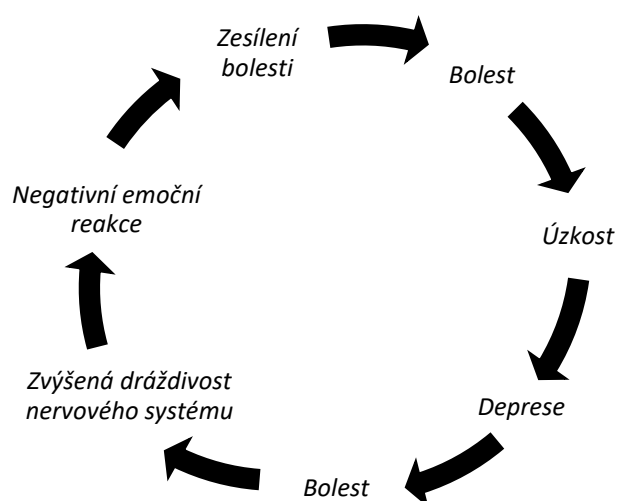
Přílohy

Příloha č. 1 – Mapa pracovišť pro léčbu bolesti



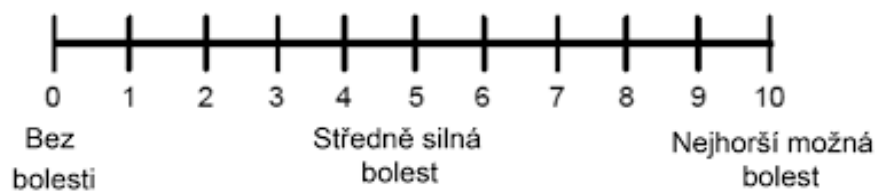
Zdroj: <https://www.nechcibolest.cz/pracoviste-lecby-bolesti.html>

Příloha č. 2 – Schéma vztahu bolesti a psychického stavu



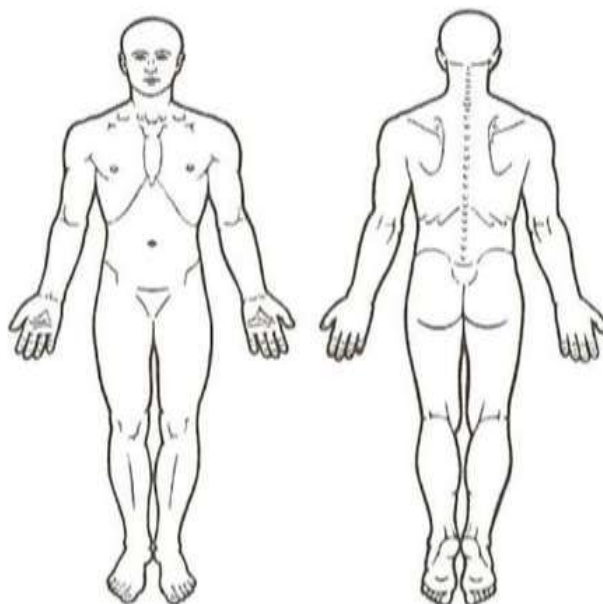
Zdroj: (Trachtová, 2018, s. 142)

Příloha č. 3 – Vizuální analogová škála



Zdroj: <https://aimjournal.cz>

Příloha č. 4 – Mapa bolesti



Zdroj: <https://zdravi.euro.cz>

Vážené respondentky, Vážení respondenti,

jmenuji se Zuzana Čapková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Karlově, na Lékařské fakultě v Hradci Králové,

Tématem mé bakalářské práce je Kvalita života pacientů s chronickou bolestí.

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který doplňuje standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF a je zaměřen na zhodnocení vaší anamnézy bolesti.

Získané odpovědi budou použity pouze za účelem zpracování mé bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění:

Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď. Jestliže se rozhodnete odpověď změnit, prosím, odpověď zřetelně škrtněte a zakroužkujte jinou.

Děkuji Vám za ochotu spolupracovat a za Váš čas.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2) Kolik Vám je let?

- a) Méně než 30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51-60 let
- e) Více než 60 let

3) Jaká je/byla Vaše profese?

Prosím, zde uveďte:.....

4) Jak dlouho trpíte chronickou bolestí?

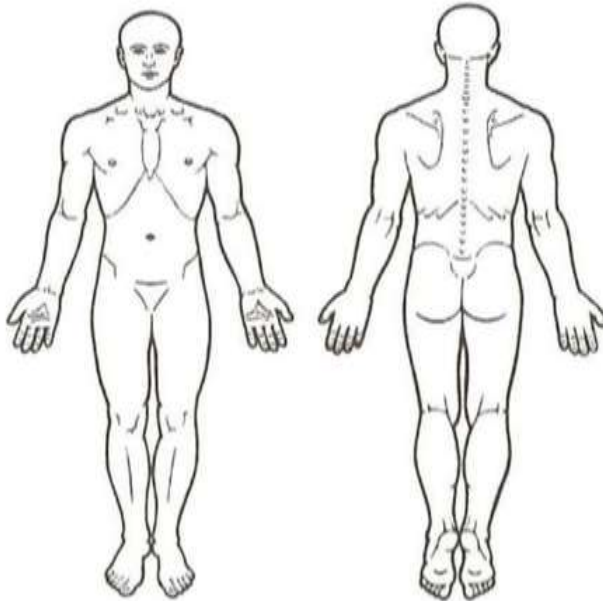
- a) Méně než 1 rok
- b) 1-3 roky
- c) 4 - 6 let
- d) 7 – 10 let
- e) Více než 10 let

5) Jaká je příčina Vaší chronické bolesti?

- a) Úraz
- b) Chronické onemocnění (uveďte, prosím, o jaké se jedná.....)
- c) Jiné
- d) Nevím, nedokáži určit příčinu

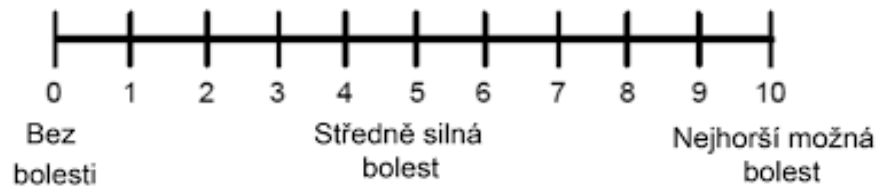
6) Kde Vás to bolí?

Prosím, zakroužkujte na obrázku a slovně popište:.....



7) Jaká je intenzita bolesti?

Prosím, zakroužkujte číslo od 0-10, které nejlépe odpovídá vaší bolesti.



8) Jaký je charakter bolesti?

- a) Tupá
- b) Tlaková
- c) Ostrá
- d) Bodavá
- e) Vystřelující

9) Mění se intenzita bolesti během dne?

- a) Ano
- b) Ne

10) Jak dlouho již docházíte do ambulance chronické bolesti?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-3 roky
- c) 4-6 let
- d) 7-10 let
- e) Více než 10 let

11) Jak je Vaše chronická bolest v ambulanci chronické bolesti léčena? (můžete označit i vícero odpovědí)

- a) Užívám pravidelně léky na utišení bolesti
- b) Užívám nepravidelně léky na utišení bolesti
- c) Používám náplasti s analgetickým účinkem
- d) Je mi aplikována infuzní terapie
- e) Jsou mi aplikované injekce – obstřík a znečítlivění nervů tzv. blokáda nervů
- f) Epidurální analgesie
- g) Jiné

12) Používáte alternativní/nefarmakologické metody léčby? (můžete označit i vícero odpovědí)

- a) Cvičení (jóga, plavání)
- b) Masáže
- c) Relaxační techniky
- d) Bylinné přípravky (masti, tinktury)
- e) Léčba teplem a chladem
- f) Jiné
- g) Nepoužívám alternativní /nefarmakologické metody léčby

Kvalita života

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

Příloha č. 7 – Žádost o povolení výzkumného šetření, Liberec

Vážená paní
Mgr. Marie Fryaufová
Ředitelka ošetrovatelské péče v Krajské nemocnici Liberec, a.s.
Husova 357/10
460 63 Liberec

V Liberci dne 16. 9. 2022

Žádost o povolení výzkumného šetření na Ambulanci chronické bolesti, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Vážená paní magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Ambulanci chronické bolesti, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Čapkové, narozené 13. 2. 2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a vliv vybraných demografických faktorů na kvalitu života ovlivněnou chronickou bolestí.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku hodnotící kvalitu života WHOQOL – BREF a dobrovolného anonymního nestandardizovaného dotazníku, dotazníky jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií Lékařské fakulty v Hradci Králové, Univerzity Karlovy.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Zuzana Čapková
Gagarinova 772
Liberec 6
460 07
E-mail: capkovazuz@lfhk.cuni.cz
Tel: 737 155 899

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci
Králové – Ústav nelékařských studií
Šimkova 870
Hradec Králové 500 03
E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz
Tel: 495 816 365 - Ústav nelékařských studií

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

21-09-2022

Podpis a razítko

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Mgr. Marie Fryaufová
ředitelka ošetrovatelské péče

Příloha č. 8 – Žádost o povolení výzkumného šetření, Jablonec nad Nisou

Vážená paní
Mgr. Jitka Řehořová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocniční 4446
466 01 Jablonec nad Nisou

V Liberci dne 16. 9. 2022

Žádost o povolení výzkumného šetření na Ambulanci chronické bolesti, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Vážená paní magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Ambulanci chronické bolesti, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Čapkové, narozené 13. 2. 2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty v Hradci Králové, Univerzity Karlovy.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života pacientů s chronickou bolestí a vliv vybraných demografických faktorů na kvalitu života ovlivněnou chronickou bolestí.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku hodnotící kvalitu života WHOQOL – BREF a dobrovolného anonymního nestandardizovaného dotazníku, dotazníky jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Zuzana Čapková
Gagarinova 772
Liberec 6
460 07
E-mail: capkovazuz@lfhk.cuni.cz
Tel: 737 155 899


Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci
Králové – Ústav nelékařských studií
Šimkova 870
Hradec Králové 500 03
E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz
Tel: 495 816 365 - Ústav nelékařských studií

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 16.9.2022

Podpis a razítko


Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Mgr. Jitka Řehořová MBA
náměstka pro ošetrovatelskou péči
Nemocniční 4446/15 466 01 Jablonec nad Nisou