

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Jana Grecmanová

Strach z bolesti

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: **Jana Grecmanová**

Vedoucí práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.**

Datum obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

GRECMANOVÁ, Jana. Strach z bolesti. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2015. 71 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Anotace

Tato bakalářská práce pojednává o důležitém vztahu mezi bolestí, strachem z bolesti a vyhýbavým chováním pacientů. Je rozdělena na dvě části - část teoretickou a část empirickou. V první části definuje základní pojmy, jako je bolest, bolestivé chování, úzkost, strach a vyhýbavé chování. Práce vysvětluje, co je normální strach a co je již fobie. Jsou zde podrobně popsány rozdíly mezi úzkostí a strachem, které jsou mezi sebou často zaměňovány. Dále uvádí čtyři modely vztahů mezi strachem a chronickou bolestí, které se pokoušejí odpovědět na otázku, jakými bio-psycho-sociálními mechanismy může strach z bolesti ovlivňovat chování pacientů. V závěru teoretické části jsou popsány metody hodnocení strachu z bolesti a strategie, jak jej zvládnout a nepodlehnout mu. Empirická část je zaměřena na zjištění intenzity strachu z bolesti u pacientů s chronickou bolestí v závislosti na pohlaví, věku a jejich aktuální bolesti. Také jsou zde zkoumány rozdíly v používání strategií zvládnání strachu mezi muži a ženami. Nakonec zjišťuje, které pohlaví se častěji vyhýbá bolestivým činnostem a pohybům. Ke zpracování této problematiky a zjištění stanovených cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Byly zvoleny tři dotazníkové metody – nestandardizovaný dotazník, dotazník strachu z bolesti Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III) v české verzi a dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI. Pro zjištění intenzity bolesti byla použita numerická škála. Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti s onemocněním kloubů.

Annotation

This bachelor thesis deals with the important relationship between pain, fear of pain and an avoidance behavior of patients. The thesis is divided into two parts – theoretical part and empirical part. The first part defines the basic concepts such as pain, pain behavior, anxiety, fear and avoidance behavior. This thesis explains what is normal fear and which fear is already phobia. There are described differences in detail between anxiety and fear, which are often confused with each other. It briefly describes two theories of anxiety and fear – Rachman's and Eysenck's. It adds four models of relations between fear and chronic pain that attempt to answer the question, such as bio-psycho-social mechanisms fear of pain may affect patient behavior. In conclusion, the theoretical section describes the methods of evaluation the fear of pain and strategy how to overcome it and not to give up it. The empirical section is focused on the intensity of fear in patient with chronic pain depending on gender, age and their current pain. There are also researched differences in the use of strategy of control over fear among men and women. Finally we found which gender use more avoidance behaviour of painful activities and movements. For processing of this issue and determine the objectives was chosen quantitative research. There were chosen three questionnaire methods - non-standardized questionnaire, Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III) in Czech version and fear and pain observation's questionnaire (FOPI). To determine the intensity of pain was used numerical scale.

Klíčová slova

Bolest, chronická bolest, vnímání bolesti, úzkost, strach z bolesti, zvládání strachu

Keywords

Pain, chronic pain, pain perception, anxiety, fear of pain, coping with fear

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jana Grecmanová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Strach z bolesti**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

Al-Obaidi SM, Nelson RM, Al-Awadhi S, Al-Shuwaie N. The role of anticipation and fear of pain in the persistence of avoidance behavior in patients with chronic low back pain. *Spine* 2000; 25/9: 1126-1131
Rokyta R. Bolest - morfologické a fyziologické základy. *Remedia* 1995; 5, 1/2: 64-70.
Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A State of the art. *Pain* 2000; 85/3: 317-332.
Asmundson GJ, Taylor S. Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *J Behav Med* 1996; 19: 577-586.
Asmundson GJ, Norton PJ, Norton GR. Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clin Psychol Rev* 1999; 19/1: 97-119 (a).
Lethem J, Slad, P, Troup, J. et al.: Outline of fear-avoidance model of exaggerated pain perception I. *Behav Res Ther* 1983; 21: 401-408.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Švarcová Eva, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 20.3.2014


.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Jaroslavy Raudenské, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 15. 4. 2015

Jana Grecmanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala 2. lékařské fakultě za možnost studia. Velmi děkuji PhDr. Jaroslavě Raudenské, Ph.D., za odborné vedení mé práce, za její rady a čas, který mi věnovala. Dále děkuji všem respondentům, kteří přispěli k realizaci výzkumné části této práce.

Významné poděkování patří mé rodině za podporu a péči, kterou mi věnovala po celou dobu mého studia. Velké dík patří mé kamarádce Mgr. Michaele Petlíkové za pomoc s grafickou úpravou a mému partnerovi za bezmeznou pomoc, oporu a trpělivost v období mého tvůrčího útlumu.

OBSAH

1	ÚVOD	12
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	13
2.1	Bolest	13
2.1.1	Etiologie bolesti.....	13
2.1.2	Klasifikace bolesti	13
2.1.3	Dělení bolesti podle délky jejího trvání.....	14
2.1.3.1	Akutní bolest.....	14
2.1.3.2	Rekurentní bolest	14
2.1.3.3	Chronická bolest.....	15
2.1.3.4	Nenádorová chronická bolest.....	15
2.1.4	Vnímání bolesti	15
2.1.5	Léčba bolesti.....	16
2.1.6	Bolest při onemocnění kloubů	16
2.1.6.1	Soběstačnost pacienta s onemocněním kloubů	17
2.2	Bolestivé chování.....	17
2.2.1	Klasické podmiňování	18
2.2.2	Operantní podmiňování.....	18
2.2.2.1	Principy operantního podmiňování	19
2.2.3	Sociální důsledky bolestivého chování.....	19
2.3	Strach a úzkost – vymezení pojmů	20
2.3.1	Úzkost	21
2.3.2	Strach.....	21
2.3.2.1	Obranné chování	22
2.3.2.2	Intenzity strachu	23
2.3.3	Rozdíly mezi strachem a úzkostí	23
2.4	Strach z bolesti - odynofobie	24
2.4.1	Vznik strachu	24
2.4.2	Teorie strachu z bolesti	25
2.4.2.1	Katastrofická interpretace	26
2.4.2.2	Zvýšení intenzity strachu	26
2.4.2.3	Bolest související s úzkostí.....	26
2.4.3	Vyhýbavé chování.....	27
2.4.3.1	Preventivní vyhýbání	28

2.5	Modely strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti.....	28
2.5.1	Kognitivně-behaviorální model Phillipsové	29
2.5.2	Afektivně-behaviorální model Asmundsona a Taylora	29
2.5.3	Lethemův model strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti	29
2.5.4	Současný model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti Vlaeyena a Lintona	30
2.6	Metody hodnocení strachu z bolesti	31
2.7	Strategie zvládání strachu	32
3	EMPIRICKÁ ČÁST	35
3.1	Cíle a pracovní hypotézy	35
3.2	Metodika vlastního šetření	36
3.2.1	Stavba dotazníků	36
3.2.1.1	Vlastní nestandardizovaný dotazník	36
3.2.1.2	Dotazník Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III).....	36
3.2.1.3	Dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI	37
3.2.2	Numerická analogová škála	38
3.2.3	Analýza dat	38
3.3	Organizace šetření	38
3.4	Charakteristika a popis zkoumaného vzorku.....	39
3.5	Výsledky výzkumu a jejich interpretace	39
3.5.1	Výsledky vlastního nestandardizovaného dotazníku.....	39
3.5.2	Výsledky dotazníku Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III).....	53
3.5.3	Výsledky dotazníku strachu a pozorování bolesti FOPI	55
3.6	Diskuse	57
3.6.1	Výsledky testování pracovních hypotéz	58
3.6.2	Porovnání výsledků s dříve realizovanými výzkumy	60
4	ZÁVĚR	63
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH	71
	PŘÍLOHY.....	72

SEZNAM ZKRATEK

2. LF UK – 2. lékařská fakulta univerzity Karlovy

et al. – and others, a kolektiv

č. – číslo

FABQ - Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

FPQ-III - Fear of Pain Questionnaire

FN Motol – Fakultní nemocnice Motol

FOPI - Fear and Observation of Pain Inventory

např. – například

Obr. – Obrázek

ot. – otázka

PASS - Pain Anxiety Symptom Scale

s.o. – směrodatná odchylka

SV – Stupeň volnosti

Tab. - Tabulka

TSK – Tampa Scale of Kinesiophobia

1 ÚVOD

V posledních desetiletích se téma bolesti začalo studovat stále detailněji, zejména na medicínské úrovni. Mnohem méně pozornosti je však věnováno úrovni psychologické, tedy vztahům mezi bolestí a psychickými stavy, které bolest provázejí. Jednou z nejčastějších odpovědí na bolest je strach.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na strach z bolesti, který se stává svébytným fenoménem pro lékaře, psychology i pacienty.

Každý člověk vnímá a prožívá strach odlišně a volí si i odlišné strategie, jak svůj strach překonat a vyrovnat se s ním. Toto téma jsem si zvolila, abych se detailněji dozvěděla o problematice strachu z bolesti a pokusila se najít řešení, jak strachu předejít, nebo jak se ho alespoň pokusit zmírnit. Strach úzce souvisí s úzkostí. Nicméně jsou odlišné, a je třeba uvědomit si a pochopit jejich rozdíly, které budou prezentovány v této práci.

Cílem mé bakalářské práce je popsat současné teorie o vzniku a fungování strachu z bolesti a s ním spojeným vyhýbavým chováním, které brání člověku vykonávat běžné aktivity a ztěžuje navrácení se do původního zdravotního stavu.

V empirické části jsem se zaměřila na pacienty s kloubním onemocněním a to na pacienty s artrózou a artritidou. Budu se zde věnovat strachu z bolesti a vyhýbání se činnostem, které bolest způsobují u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí, kde se pokusím zjistit rozdíly v intenzitě strachu v závislosti na věku, pohlaví a aktuální bolesti respondentů. V této práci bych chtěla informovat o strategiích, jak strach zvládnout a nepodlehnout mu.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Bolest

Ve všech typech zdravotnických zařízení se setkáváme s bolestí. Nekontrolovaná bolest zpomaluje hojení, přispívá k rozvoji komplikací a způsobuje utrpení. Bolest funguje jako ochranný mechanismus, upozorňuje nás na poranění nebo na nemoc a je nezbytná pro přežití živých organismů (Kolektiv autorů, 2006).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) je bolest definována jako „*nepříjemná sensorická a emoční zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Hakl, 2011, s. 13).

V současné době, je bolest vnímána jako vícerozměrný jev, zahrnující biologické, psychologické, sociální a kulturní složky (Asmundson et al., 2004).

2.1.1 Etiologie bolesti

Bolest vzniká při poškození tkání, to může být způsobeno různými noxami, fyzikálními, chemickými či biologickými. Také však může být způsobena psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolest). Bolest má v podstatě dvě úlohy:

1. **Signální** – nachází se u bolesti akutní. Oznamuje nám, že něco v organismu není v pořádku. Má stejnou funkci jako například zvýšená teplota.
2. **Patognomickou** – objevuje se u bolesti chronické, je nemocí sama o sobě. Je to samostatná nosologická jednotka a je předmětem diagnostiky algeziologie, lékařské disciplíny, zabývající se léčbou bolesti (Rokyta, 2009).

2.1.2 Klasifikace bolesti

Bolest lze dělit na základě řady kritérií. Dle délky trvání se rozlišuje bolest akutní, rekurentní a chronická, podle původu je rozlišována bolest nádorová a nenádorová, podle patofyziologie dělíme bolest na nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, dysautonomní a smíšenou (Hakl, 2011).

2.1.3 Dělení bolesti podle délky jejího trvání

Jak již bylo zmíněno, dle délky trvání se bolest dělí na akutní, rekurentní a chronickou a každá z nich představuje lékařský, ošetrovatelský i psychologický problém.

2.1.3.1 Akutní bolest

Tato bolest je krátkodobá, udává se, že délkou svého trvání nepřekračuje 3 měsíce. O Akutní bolesti se hovoří jako o fyziologické a smysluplné, protože plní své základní poslání chránit organismus před poškozením. Akutní bolest vzniká bezprostředně po vyvolávající příčině, místo jejího výskytu odpovídá místu její příčiny (Hakl, 2011).

Při akutní bolesti dominuje nocicepce, přítomny jsou všechny kvalitativní aspekty bolesti – sensorický, afektivní a hodnotící. Akutní bolest přináší přechodně určitá omezení pohybu, zájmů i komunikace. Při vyšší intenzitě akutní bolest ovlivňuje především psychiku, emočně je spojena se strachem a obavami. Jedním z největších rizik je přechod akutní bolesti v bolest chronickou (Mareš, 1997).

Akutní bolest má výrazný vliv na celý organismus, aktivuje sympatikus, neuroendokrinní, imunitní a zánětlivé reakce, katabolismus, imunosupresi, zvyšuje spotřebu kyslíku myokardem, snižuje motilitu gastrointestinálního traktu a podílí se na řadě dalších změn. Výsledkem je zvýšení morbidity a mortality, často již výrazně ovlivněné vlastní nemocí, úrazem nebo operací (Hakl, 2011).

2.1.3.2 Rekurentní bolest

Rekurentní bolest tvoří přechod mezi akutní a chronickou bolestí. Tento typ bolesti je chápán jako psychosomatický, neplní funkci varovného signálu. Jde o bolest, která se mění v čase, bolest se v nepravidelných intervalech vrací a její intenzita kolísá během bolestivých epizod. Obvykle není symptomem nějakého závažného onemocnění, které by vyžadovalo naléhavý lékařský zákrok, ale poukazuje na poruchu některé funkce. Příkladem je rekurentní bolest hlavy, břicha nebo na hrudi. Rekurentní bolest je obtížně léčitelná, nelze ji však podceňovat. Může být někdy prvním projevem závažného celkového onemocnění (Mareš, 1997).

2.1.3.3 Chronická bolest

„Podle epidemiologických studií až 30 % populace trpí nějakou formou chronické bolesti. Tento fenomén se označuje jako pandemie chronické bolesti. Do značné míry je to daň za životní styl současné civilizace“ (Kolektiv autorů, 2006, s. 9).

Za chronickou bolest se považuje bolest trvající déle než 3 až 6 měsíců. Je příkladem bolesti, která ztratila svůj původní v zásadě pozitivní smysl obrany před dalším poškozením organismu a stala se samostatným onemocněním *sui genesis* (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

„Chronická bolest atakuje život jedince, způsobuje jeho utrpení, má rozměr existencionální a sociální, lze říci, že devastuje kvalitu života“ (Kolektiv autorů, 2006, s. 9).

Chronickou bolest můžeme rozdělit na nádorovou a nenádorovou. Ve své bakalářské práci se budu věnovat bolesti nenádorové.

2.1.3.4 Nenádorová chronická bolest

Nejčastějšími chronickými nenádorovými bolestmi jsou vertebrogenní bolesti, a to hlavně bolesti zad, osteoartritida, osteoporóza, fibromyalgie, artróza, bolesti hlavy a revmatoidní artritida. Dále sem patří bolest fantómová, která začíná po amputaci končetiny a je charakterizována bolestí, jež je paradoxně lokalizována v končetině, která byla amputována. K fantómově bolesti v amputované končetině dochází přibližně u 60-80 % pacientů (Shermann, 1997).

2.1.4 Vnímání bolesti

Bolest je velmi individuální záležitost a její vnímání máme každý jiné. Tak jako rozdílně vnímáme i jiné vjemy – vůně, chuť, kulturu, hudbu, lze stejně vysvětlit i rozdílnost vnímání bolesti. Tyto individuální rozdíly jsou obzvlášť důležité pro vysvětlení bolesti, která je identifikovatelná při zranění nebo poškození tkáně a bolesti, která se vyskytuje v nepřítomnosti identifikovatelného zranění nebo organické patologie nebo přetrvává i po uzdravení zranění (Asmundson et al., 2004).

Prožitek bolesti je ovlivněn náboženským a kulturním prostředím, předešlými zkušenostmi s bolestí, anticipací bolesti, různými emocionálními a kognitivními faktory. Na stejné poranění může jedna osoba reagovat extrémně bolestivě a druhá

naopak cítí minimální bolest. Je známo, že vojáci ve válce vnímají bolest ze zranění až po bitvě, a na stejné zranění by mimo bitvu reagovali silnou bolestí. Tento jev nazýváme stresovou analgezií. To dokazuje, že vnímání bolesti stejného charakteru se významně liší, dle toho v jakých podmínkách a kdy se zranění stalo. Jeden a ten samý podnět může působit odlišně na jednoho člověka v závislosti na čase (Boos et al., 1995).

Výzkumy ukázaly, že myšlenky mohou ovlivnit koncentraci endorfinů snižující bolest. Pacienti s vysokým pocitem sebedůvěry měli vyšší koncentraci endorfinů, která snižuje bolest. Nižší koncentrace endorfinů byly spojovány s naučeným pocitem bezmoci. To ukazuje, že myšlenky přímo ovlivňují endorfiny a tedy i vnímání bolesti (Kolektiv autorů, 2006).

2.1.5 Léčba bolesti

Chronické bolesti by se měla věnovat pozornost a cíleně ji léčit. V současné době je již mnoho způsobů léčby bolesti. Neléčená bolest zhoršuje psychický stav nemocného. K správné terapii je zapotřebí určit správnou příčinu bolesti na základě důkladné anamnézy, klinického vyšetření, zobrazovacích metod a laboratorních vyšetření. Léčbou bolesti se zabývá lékařský obor, algeziologie (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

Mezi metody léčby bolesti patří farmakoterapie, rehabilitace, psychoterapie, invazivní metody a různé alternativní metody jako je např. akupunktura (Hakl, 2011).

2.1.6 Bolest při onemocnění kloubů

Bolest je pravidelnou obtíží pacientů s onemocněním kloubů. Ovlivňuje schopnost vykonávat každodenní činnosti, ochotu zapojit se do společenských aktivit a práce, což výrazně zhoršuje kvalitu života. V této práci jsem se zaměřila na pacienty s artrózou a artritidou.

Artritida je zánětlivé onemocnění kloubu, kdežto artróza je degenerativní onemocnění kloubů, při kterém dochází k omezení jejich funkčnosti. Toto onemocnění patří mezi hlavní příčiny tělesného postižení u seniorů. Rozvoj artrózy ovlivňuje mnoho faktorů, např. rodinná zátěž nebo předchozí poškození kloubu úrazem.

Bolesti při artróze jsou hluboké a spojené se ztuhlostí a omezením rozsahu pohybů v postižených kloubech. Bolesti se zhoršují v průběhu dne a při cvičení. Artritická bolest je způsobená rozpadem kloubní chrupavky, což vede ke tření kosti o jinou kost a bolest se postupně zhoršuje.

I když se nadměrným zatěžováním kloubu bolest zhoršuje, nedostatečný pohyb kloubu vede k dalšímu ztuhnutí a omezení. Pokud chceme při mírné aktivitě kloubu bolesti snížit, doporučuje se před začátkem cvičení aplikovat teplo na daný kloub k relaxaci svalů. Po skončení cvičení naopak přiložit studené obklady. Další užitečné typy fyzikální terapie jsou hydroterapie, terapie teplem či spaní na tvrdé matraci. Operace k náhradě kloubu se užívá u závažných případů. Úplná náhrada kloubu poskytne úlevu od bolesti alepší rozsah pohybů (Kolektiv autorů 2006).

2.1.6.1 Soběstačnost pacienta s onemocněním kloubů

Bolest pacienta s onemocněním kloubů má vliv především na jeho soběstačnost. Míra soběstačnosti ovlivňuje kvalitu jeho života. Pro udržení soběstačnosti je významná funkce rukou. Na funkci rukou jsou závislé úkony každodenních činností, jako je osobní hygiena, oblékání, schopnost se najíst a napít, ale i správné používání kompenzačních pomůcek. Nefunkčnost ruky znamená závislost na pomoci druhých, významně se tím mění role pacienta ve společnosti a jeho sebehodnocení (Olejárová, Korandová, 2011).

2.2 Bolestivé chování

Podle Rokyty (2009) je typickým projevem pacienta dlouhodobě trpícího chronickou bolestí, bolestivé chování, které je nevědomé a lze jej považovat za objektivně pozorovatelný a kvalifikovaný projev bolesti. Zjevnými projevy jsou bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, kulhání, zaujímání různých úlevových poloh, ale také časté návštěvy lékaře, nákupy léků, zdravotnických přístrojů a literatury.

Vznik a prožívání bolesti často zahrnuje vedle tělesného utrpení i problémy duševní, duchovní a sociální. Doprovodnými příznaky chronické bolesti jsou poruchy spánku a chování, poruchy libida, zácpa, sociální izolace, zhoršená kvalita života, i ztráta zaměstnání. To vše ovlivňuje psychiku pacienta natolik, že u něho může dojít ke změnám osobnosti a těžkým depresím s nebezpečím suicidia (Rokyta 2009; Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014).

2.2.1 Klasické podmiňování

Jedna z vrozených reakcí na bolest je svalové napětí obklopující zraněné místo. Pravděpodobně je to evoluční funkce jak omezit vznik dalšího poškození díky znehybnění poškozené části a utlumení bolesti na základě nociceptivní bolesti dle předchozí zkušenosti. Nicméně, chronické napětí svalů může mít negativní a nežádoucí vliv na prožitek bolesti, stimuluje a zcitlivuje nociceptory přes ischemie a hypoxie.

I když literatura přikládá velký význam jevu podmíněného svalového napětí, neexistuje žádný experiment, který by dokázal jeho dopad na akutní či chronické bolesti. Nejčastěji zjišťujeme, že chronická bolest u pacientů reaguje na zvýšení svalového napětí na fyzické i osobní stresory, a že vykazují pomalý návrat na původní stresovou indukci. Například Florová (1985) s kolegy našla zvláštní propojení svalového napětí u pacientů s chronickou bolestí zad a čelistního kloubu v reakci na jejich namáhání. Během obraznosti osobních stresových situací u pacientů s bolestí čelistního kloubu bylo zjištěno větší svalové napětí v této oblasti. Pacient s bolestí v zádech reagoval s větším svalovým napětím okolo páteřních svalů. Tato studie však ukazuje individuální stereotypy: jsou to tendence jednotlivců určité skupiny reagovat na širokou škálu podnětů způsobujících stres a podobné fyziologické reakce (Asmundson et al., 2004).

2.2.2 Operantní podmiňování

Rozdíl mezi klasickým a operantním podmiňováním je rozsah kontroly nad prostředím. V klasickém podmiňování neexistuje žádná kontrola výskytu událostí v životním prostředí. V operantním podmiňování, je kontrola životního prostředí podstatou učení. Základní principy operantního podmiňování jsou velmi jednoduché. U jakéhokoliv chování, které vyvolá příznivé následky je větší pravděpodobnost, že se bude opakovat. Naopak negativní reakce okolí na jedincovo chování způsobí, že toto chování jedinec nebude často opakovat nebo se mu vyvaruje úplně. Fordyce (1976) byl první, kdo aplikoval principy operantního podmiňování k problémům pacientů s chronickou bolestí. Jeho aplikace byla revoluční způsob uvažování o chronické bolesti. Jeho tvorba vycházela z nedostatků pokusů tradiční zdravotní péče řešit chronické problémy bolesti se zaměřením na poškození tkáně a nemoci. Centrální byla myšlenka, že bolestné chování by se mělo zaměřit na léčbu. To znamená, že řada reakcí, při kterých se pacient zavazuje bolesti, by měla být potlačena vůči celkovému

dopadu na obnovení všech jeho životních funkcí. Jeho vliv na teorii a léčbu chronické bolesti je značný. Bolestivé chování zahrnuje verbální stížnosti, neverbální zvuky, časté nadužívání léků, polehávání během dne, vyhýbání se aktivitě a pracovním povinnostem, úlevové postoje těla a grimasy obličeje. Podle Fordyceho by všechny tyto projevy chování měly být chápány jako chování, které se jedinec naučil a chce si udržet jejich důsledky. Pacientům je dán soucit od starostlivých partnerů, získají přístup k lékům proti bolesti, jsou finančně kompenzováni. Stručně řečeno, bolestivé chování se objevuje vždy, když pozitivní následky převažují nad negativními. Principy operantního podmiňování mají prvořadou důležitost v souvislosti se strachem z bolesti a vyhýbavého chování. Prostřednictvím operantního podmiňování, se mohou pacienti vyhnout budoucí bolesti užíváním léků nebo omezením jejich aktivity. Nicméně, mechanismy vyhýbavého chování jsou mnohem méně zkoumány než vliv sociálních důsledků při bolestivé reakci (Asmundson et al., 2004).

2.2.2.1 Principy operantního podmiňování

Operantní podmiňování zahrnuje tři hlavní koncepty:

- **Pozitivní upevňování** – objevuje se, pokud jedincovo chování vyvolá pozitivní důsledky či nějaký druh odměny. Výsledkem se stane, že jedinec bude motivován své chování opakovat. Např. bolestivé chování bude pozitivně upevněno, jestliže se kvůli bolestivému výrazu obličeje člověku dostane pozornosti.
- **Negativní upevňování** – objeví se, pokud ukončení nějakého chování vyvolá pozitivní reakce. Např. jedincovo chování může být negativně upevněno, jestliže se mu dostane pozornosti poté, co si přestal stěžovat na bolesti.
- **Vyhýbavé učení** – objevuje se, jestliže člověku určité chování pomůže vyhnout se nepříznivým důsledkům nebo ztrátě odměny. Např. pacient s bolestmi zad může projít vyhýbavým učením, když pochopí, že rehabilitace, i když bolestivá, mu nakonec pomůže vyhnout se většímu handicapu, kvůli ztrátě svalové pohyblivosti, síly a výdrže (Kolektiv autorů, 2006).

2.2.3 Sociální důsledky bolestivého chování

Pozornost blízkého člověka jedince s chronickou bolestí je následkem pozitivního posílení bolestivého chování. Fordyce (1976) poskytl několik klinických příkladů

tohoto mechanismu. Tato myšlenka však také vede k neustálým a populárním ujednání jako jsou mylné představy, že bolestivé chování je záměrná strategie jedince, která nastává, pokud pozitivní reakce převažují nad negativními (Eccleston et al., 1999).

Existuje dostatek výzkumů, které se zabývaly dopadem přítomnosti manžela nebo manželky na samostatnou reakci bolesti a bolestivé reakce. Jednu z prvních studií udělal Block (1980). Ta ukázala, že nařikání na bolest v průběhu nahraného strukturovaného rozhovoru závisí na tom, zda pacienti byli sledováni jejich partnery nebo skupinou úředníků. Pacienti, kteří uvedli, že jejich partner byl vůči nim starostlivý, měli práh bolesti nižší, než před nezávislým pozorovatelem a naopak. Výsledky této studie byly interpretovány jako důkaz pro operantní pohled při bolestivé reakci. Předpokládá se, že starostlivý partner působí jako ovlivňující podnět na intenzitu bolesti. Podobná studie Lousberga (1992) hodnotí chování na základě starostlivosti jak u pacienta, tak u partnera. Jeho výsledky jsou částečně replikovány na zjištění Blocka (1980). Pouze kategorizace partnerským soucitem podle pohledu partnera nikoli pacienta je v souladu s operantním pohledem. Přesněji řečeno, u pacientů se starostlivějšími partnery došlo dříve k ohlášení bolesti než u pacientů s méně starostlivým partnerem. Další podporu operantního pohledu poskytl Romano a jeho kolektiv (2000). Zjistili, že po kontrole věku pacienta, pohlaví a intenzity bolesti bylo starostlivé chování partnera signifikantně spojeno s vyšší mírou pacientova verbálního a neverbálního chování. Prokázalo se, že negativní reakce partnera se projevila na neverbálním chování pacienta. Ve studii Florové (1995), pacienti vykazovali snížený práh bolesti a úroveň tolerance bolesti v přítomnosti starostlivých partnerů než v jejich nepřítomnosti.

2.3 Strach a úzkost – vymezení pojmů

Strach a úzkost jsou blízké pojmy, nicméně nejsou navzájem zaměnitelné. Rozdíly mezi nimi se budu podrobně zabývat v následující kapitole.

Strach a úzkost jsou součástí sebezáchovných mechanismů a hrají důležitou roli v boji o přežití. Přestože pocity strachu a úzkosti jsou nepříjemné, jsou velmi užitečné, protože upozorňují na nebezpečí a pomáhají tak zachránit život (Honzák et al., 2005).

Autoři jako Vymětal (2004) nebo Stuchlíková (2002) uvádí, že strach a úzkost jsou adaptační mechanismy, které se evolučně vyvinuly jako emoce, jež signalizují nebezpečí a slouží tak jedinci k přežití. Podle Vymětala (2004) vzniká strach a úzkost

na základě vlastní zkušenosti, kterou získáváme učením, především nápodobou a přejímáním od druhých prostřednictvím myšlení a řeči.

Pokud úzkost spolu se strachem znemožňuje vykonávat rutinní činnosti a brání v plném prožívání života, stává se nemocí (Janíček, 2008).

2.3.1 Úzkost

Úzkost je nepříjemný jev, který často doprovází chronickou bolest. Část pacientů s chronickou bolestí trpí generalizovanou úzkostnou poruchou nebo panickou poruchou. Bylo zjištěno, že panickou úzkostnou poruchou trpělo 41% pacientů s akutními bolestmi břicha a 15% pacientů s chronickými bolestmi hlavy (Reilly et al., 1999).

Úzkost není jen nepříjemný psychický pocit, ale podobně jako bolest je *„komplexní psychosomatický prožitek nebo zkušenost doprovázející člověka především v situaci ohrožení a její rozvoj začíná tam, kde o úzkosti ještě nikdo neuvažuje“* (Honzák et al., 2005, s. 23).

Jedním z významných autorů, kteří se zabývají úzkostí a strachem je Ján Praško. Ten uvádí, že *„úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se mělo něco ohrožujícího stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí“* (Praško, 2012, s. 13).

Úzkost lze považovat za abnormální tehdy, když představuje nepřiměřenou reakci na podnět a trvá i po odstranění vyvolávajícího podnětu nebo je spjata s maladaptivním chováním. Tato úzkost jedinci nepomáhá při zvládnutí ohrožující situace (Zvolský, 2011). *„Je projevem očekávaného nebo akutního ohrožení zvenku či zevnitř, kterým se naše já pokouší předejít ještě horší zkušenosti a zalarmovat obrany proti ní“* (Janíček, 2008, s. 18).

2.3.2 Strach

Strach je psychický jev, který nás doprovází po celý život. Je často popisován jako jeden ze základních emočních stavů, který je určen k ochraně jednotlivce před vnímáním bezprostředního ohrožení. To obvykle směřuje k silné stimulační, činnosti. Ačkoli emocionální zážitek je často nejnápadnější aspekt, strach je mnohostranný jev (Gray, McNaughton, 2000).

Strach se významnou měrou podílí na formování osobnosti člověka a jeho socializaci. Je to nepříjemná emoce, kterou doprovází neurovegetativní symptomy, jako je zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce, zvýšení krevního tlaku. Jde o normální reakci na nebezpečí nebo ohrožení. Strach může vést k vyhybavému chování jedince (Vymětal, 2007).

Nejčastěji lze identifikovat tři hlavní dimenze strachu - kognitivní, fyziologické a behaviorální. Tyto komponenty strachu jsou spojené a mohou se rychle měnit.

- **Kognitivní složka strachu**

Je charakterizována zvýšenými myšlenkami na nebezpečí, ohrožení nebo smrt. Těmto myšlenkám slouží dvě funkce, zvýšená pozornost zaměřená na hrozbu až po nedůležité a zkreslené situace. Aktivace strachu může také vyvolat vyrovnání se s vnímanou hrozbou, to bude do značné míry určovat míru strachu, který jsme zažili a odpověď na něj (Lazarus, Folkman, 1984).

- **Fyziologická složka strachu**

Vyznačuje se aktivací sympatického nervového systému. Tato aktivace má za následek různé fyziologické změny, které mají zvýšit pravděpodobnost přežití po ohrožení. Játra uvolňují přebytečné sacharidy, aby poskytla zvýšenou energii k akci. Rychlost dýchání zvyšuje množství kyslíku, který se používá pro spalování přebytečných cukrů transportovaných do krevního oběhu. Zvýšený adrenalin a noradrenalin způsobuje zvýšení srdeční frekvence a rychleji se přenáší kyslík do svalů. Dochází k oběhovým změnám, zvýšenému průtoku krve do hlavní svaloviny a do menších svalů, kůže, lebky a gastrointestinálního traktu (Asmundson et al., 2004).

2.3.2.1 Obranné chování

Obranné chování obvykle vzniká v přímé reakci na aktivaci strachu a je určeno k ochraně jednotlivce z vnímané hrozby, kterou podnítil aktivací emocionálního stavu. Aktivací sympatického nervového systému se upřednostní boj nebo útěk ze situace. Běžně vznikají, ale i další obranné vzorce chování, zvláště když s hrozbou nelze bojovat ani utéci. Toto alternativní obranné chování zahrnuje pasivní zvládání chování (např. ztuhnutí nebo nehybnost) a aktivní zvládání chování. Lidé se často nezabývají zjevným obranným chováním z různých důvodů, jako jsou například situační požadavky nebo očekávání možných rolí, ale stále přetrvávají obavy pro obranné akce. Toto naznačuje,

že obranné opatření, není pravděpodobně částí emocí samo o sobě, ale odpovědí na ni (Asmundson et al., 2004).

2.3.2.2 Intenzity strachu

Sám pojem strach se liší intenzitou i obsahem. Proto odborníci odlišují normální strach a strach vyčnávající z normy – fobii.

- **Normální strach**

Je charakterizován jako přirozená poplachová reakce jedince na ohrožení, které je buď reálné, nebo si ho jedinec pouze představuje. Hlavním úkolem je uniknout. Typickým projevem je prudký nástup rozrušení (Stuchlíková, 2002).

- **Fobie**

Je považována za chorobný strach. Jedinec trpící fobií pociťuje výraznou úzkost v situaci, kterou pro sebe považuje za zvláště nebezpečnou. Jedinec trpící fobií si obvykle uvědomuje, že jeho obava je iracionální, ale přesto úzkost prožívá. Jeho úzkost lze zmírnit pouze tím, že se bude těmto situacím vyhýbat (Zvolský, 2011).

Specifickou fobií trpí 17 – 30% pacientů s chronickou bolestí (Frombach et al., 1999). Chorobný strach z bolesti se nazývá odynofobie nebo také algofobie. S odynofobií je také úzce spjata kineziofobie, neboli strach z pohybu, dále a strach z krve a hrozící operace (Raudenská, Javůrková, 2011).

2.3.3 Rozdíly mezi strachem a úzkostí

Úzkost a strach je od sebe obtížné odlišit. Mají totiž mnoho společných prožitkových, behaviorálních a fyziologických aspektů. Většina autorů o nich hovoří ve vzájemném kontextu.

Mezi strachem a úzkostí existují rozdíly v motivačních reakcích. Zatímco strach motivuje zapojit se do obranného chování, úzkost obvykle zahrnuje motivaci pro zapojení do preventivního chování. Tento druhý typ chování, který zahrnuje varovné chování a používání bezpečnostních prvků, slouží k ochraně jednotlivce před předpokládanou budoucí hrozbou. Mechanismus, kterým je jedinec chráněn před hrozbou se může značně lišit. Varovné chování, například slouží k minimalizaci pravděpodobného setkání s předpokládaným ohrožením, zatímco používání bezpečnostních prvků nebo jiné kompenzační chování slouží k minimalizaci množství

rizika nebo zmírnění závažnosti hrozby, se kterou se setkal. Strach má na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt (Asmundson et al., 2004).

Úzkost, je také na rozdíl od strachu orientovaná jako kognitivně - afektivní stav (Gray, McNaughton, 2000). Vyskytuje se v reakci na předpokládané hrozby, které jsou často nejasné nebo neurčité. Stejně jako strach, tak i úzkost, zahrnuje kognitivní, fyziologické a motivační komponenty. Nicméně, na rozdíl od strachu má úzkost obvykle větší kognitivní složku a další potlačené fyziologické prvky (Barlow, 2002). Fyziologická odpověď popsaná Barlowem (2002) je umístěna v obranném fyziologickém systému ve stavu zvýšené pohotovosti. Tento stav slouží k usnadnění a urychlení reakce „boj nebo útěk“ po zjištění potenciální hrozby. Po znepokojení dochází k fyziologickým změnám podobným těm, získaným ze zkušeností v průběhu strachu (např. zvýšená tepová frekvence, svalové napětí, změny motility), ale obvykle na méně intenzivní úrovni.

2.4 Strach z bolesti - odynofobie

„Rozvoj strachu z bolesti je spojený s nepříjemnými zážitky s nemocí, úrazem, operací, zdravotnickými výkony, chováním rodiny a zdravotnického personálu v době ošetření, operace a rekonvalescence. Strach z bolesti má často mnohem větší intenzitu než bolest samotná“ (Raudenská, Javůrková, 2011).

Strach je směřován na pocity bolesti, stejně jako na aktivity a situace, které má osoba spojeny s bolestí. Detailní diskuse předmětu bolesti ukazují, že se týká senzorké zkušenosti bolesti samotné, zahrnující souvislost s prací, zraněním, nemocí a sociálním kontaktem (Asmundson et al., 1999).

Strach z bolesti a únikově obranné chování jsou negativní a nepříjemné jevy samy o sobě. Nemají však zcela vysvětlené zkušenosti chronické bolesti v nepřítomnosti identifikovatelného zranění nebo organické patologie a probíhajícího postižení bolestí (Asmundson et al., 2004).

2.4.1 Vznik strachu

Rachman (1977) uvedl třífaktorovou teorii vzniku strachu. Předpokládal, že strach u lidí vzniká třemi způsoby. První způsob je, že strach vzniká jako přímý důsledek traumatických zážitků (cestou negativního upevňování), druhý způsob vzniku strachu je

pozorování a napodobování (modelování) chování druhých osob, zejména těch, jež jsou pro dítě sociálně významní, např. ustrašení rodiče. Třetím způsobem je slovní strašení, vyprávění strašidelných historek či sledování hororů (informační cestou).

2.4.2 Teorie strachu z bolesti

V odborné literatuře jsem se setkala s mnoha modely, které se snaží vysvětlit propojené vztahy mezi strachem a bolestí, popřípadě strachem, bolestí a vyhubým chováním.

Jeden z modelů uvádí, že primární je strach, který bolesti předchází. Když už bolest nastane, tak její prožitek zesiluje. Strach tedy způsobuje, že bolestivé chování je výraznější a intenzivnější. Další model naopak říká, že primární je bolest. Nejprve člověk musí prožít opakovanou bolest. Opakované zážitky bolesti postupem času navodí strach z každé další situace, která by mohla navodit bolest. Pokud budou zdravotníci dbát na to, aby jedinec netrpěl bolestí, pak se zážitky spojené s nemocí či lékařskými výkony budou jevit spíše neutrálně a jedinec nebude mít důvod se bolestí bát. Třetí model definuje vzájemné vazby jako oboustranné. Existují situace, kdy bolest předchází strach a naopak.

Vztah mezi strachem a bolestí je jiný než vztah mezi úzkostí a bolestí. Pokusy na zvířatech bylo zjištěno, že strach, spíše tlumí bolest, kdežto prožívaná úzkost bolest zesiluje (Rhudy, Meagher, 2000; Amundson et al., 2004).

Eysenckova čtyřfaktorová teorie úzkosti a strachu

M. W. Eysenck (1997) předložil čtyřfaktorovou kognitivně-behaviorální teorii úzkosti a strachu (viz příloha č. 1). Podle něho mají psychické stavy tyto čtyři dimenze:

1. jedincovo kognitivní hodnocení nebezpečnosti situace,
2. jedincův stupeň fyziologické vzrušivosti,
3. jedincovy tendence a akční chování,
4. jedincovo dosavadní poznání, kognice, které se opírají o dlouhodobou paměť.

2.4.2.1 Katastrofická interpretace

Kognitivní posuny, které zvyšují vnímání hrozby, mohou přispívat k zhoršení, nebo alespoň k zachování katastrofických interpretací týkajících se strachu, čímž znovu umožňují reakci strachu z bolesti. Například mírné vyvrtnutí kotníku může osoba zkatastrofizovat jako značně zraněný kloub (např. „hrozně to bolí. Musel jsem si zlomit kost a potřhat šlachu. Nejspíš už nikdy nebudu běhat.“), čímž se zranění stává strašlivým. Jeho pozornost se zúží na zranění kotníku a doprovázející pocity. Citlivost místa, pocity pulzace a znecitlivění mohou posílit věrohodnost katastrofické interpretace. Posun pozornosti může podpořit další katastrofické interpretace, jako očekávání vyvinutí trvalého kulhání a neschopnosti zúčastnit se jakýchkoliv rekreačních aktivit (Amundson et al., 2004).

Jak popisují Norton a Asmundson (2003), fyziologické vzrušení hraje také důležitou roli v prohlubování zkušenosti bolesti. I když fyziologické změny spojené se strachem jsou určeny k ochraně jednotlivce, mohou mít na člověka neúmyslný negativní vliv.

2.4.2.2 Zvýšení intenzity strachu

Lidé se strachem z bolesti se souvisejícími příznaky sympatického vzrušení si mohou svůj strach několika způsoby zvýšit. Za prvé, fyziologické příznaky sympatického vzrušení mohou být nesprávně vyloženy jako důkaz o bolesti nebo zranění (Weisenberg et al., 1984; Al Absi, Rokke, 1991). Za druhé, vzruchové příznaky mohou ovlivnit biomechanickou účinnost, což může zase vytvářet pohyby z poškození tkáně a vytváření bolesti (Watson et al., 1997). A za třetí, vzruchové příznaky, jako jsou svalové napětí, mohou přímo zhoršit oslabení či poranění tkání a tím zvýšit bolest. Tyto hypotézy mechanismů mohou působit zvýšením vnímání bolesti a její nejhorší interpretaci (Flor et al., 1992).

2.4.2.3 Bolest související s úzkostí

Když úzkosti předchází bolest či zranění, vracejí se kognitivní (hypervigilance), fyziologické (autonomní vzrušení) a motivační (preventivní motivace) součásti. Crombez (1996) předpokládal posuny podporující hypervigilanci (zvýšená pozornost) na známky možné bolesti nebo zranění. Vzpomínky a bolestná schémata jsou aktivovány k rozřídění a zhodnocení důkazů o bolesti. Autonomní aktivace připraví

jedince na boj nebo útěk a výrazně zvyšuje motivace ochrany před potenciální hrozbou. Hypervigilance může komunikovat s pamětí a bolestí tak, že neškodné podněty mohou být mylně považovány za důkaz bolesti. Fyziologická složka může komunikovat s kognitivní složkou, poskytující cílové symptomy a případně nesprávně vyhodnotí vliv na vnímání bolesti.

Snad nejdůležitější ve vývoji dlouhodobé chronicity, může motivační aspekt úzkosti vést k zapojení vyhýbání se a preventivnímu chování. Vyhýbání se bolesti může mít úspěch v krátkodobém horizontu, ale bude zas mít dopad na ty dlouhodobé horizonty, tj. že se zvýší pravděpodobnost výskytu bolesti (Asmundson et al., 2004).

2.4.3 Vyhýbavé chování

Strach z možné bolesti anebo bolest sama vedou pacienty k tomu, že se jí snaží předcházet. Volí proto vyhýbavé chování. Vyhýbavé chování je charakterizováno jako soubor různých druhů chování, jako je např. momentální pozdržení či oddálení, přesunutí na jinou dobu, vůbec eliminovat situace či zážitky, které jsou pro daného jedince nepříjemné, nežádoucí a ohrožující. Vyhýbavé chování je projevem buď spontánní nebo promyšlené adaptivní reakce na akutní či potenciální poškození tkání. Vyhýbavé chování často přetrvává i poté, co poškození organismu bylo odstraněno a vyléčeno. Tento typ chování je nazýván jako maladaptivní. Může přispívat k inaktivitě a naučené bezmocnosti, projevující se nevykonáváním určitých pohybů a činností, kterým se dříve pacient při bolesti vyhýbal (Amundson et al., 2004).

Philipsová (1987) uvádí, že vyhýbání je klíčovou komponentou bolestivého chování jedince při chronické bolesti. Přesněji řečeno, že vyhýbání se bolesti není jen výsledkem souhry mezi současnou úrovní bolesti a negativních emocí, ale také očekávání, na základě současných osobních pocitů a předchozích zkušeností s bolestí.

Vyhýbání slouží jako krátkodobý přínos, který minimalizuje pravděpodobnost dalšího poškození, a poskytuje příležitost k uzdravení poškozené tkáně. U většiny jedinců, je vyhýbání postupně nahrazeno běžným chováním, dochází k obnově poškozené tkáně a nakonec k návratu úrovně aktivit před zraněním. Nicméně, pro malou, ale významnou část jedinců je negativní posílení takové, že naopak slouží k udržení vyhýbání. V podstatě, se tito lidé domnívají, že vyhýbat se činností a situacím, které se spojují s bolestí, snižuje pravděpodobnost výskytu nové bolesti.

Vyhýbání se činnosti v důsledku očekávání bolesti může vést ke svalové atrofii, ztrátě koordinace, ztrátě pružnosti vazů, odvápnění a oslabení kosterních struktur a degeneraci spojené tkáně kvůli nedostatku, nebo omezení použití (Asmundson et al., 2004).

2.4.3.1 Preventivní vyhýbání

Zapojení se do vyhýbavého nebo preventivního chování, může zdánlivě potvrdit přesvědčení o bolesti. Asmundson (2004) uvádí příklad: Jan se chystá sníst něco, co bude způsobovat gastrointestinální bolest. Radši místo toho sní nějaké méně výrazné jídlo. Když se nerozvíjí gastrointestinální bolest, Jan rozhodne takto:

1. Čekal jsem, že pikantní jídlo způsobí bolest
2. Namísto toho jsem snědl nevýrazné jídlo
3. Nepocítil jsem bolest, protože jsem radši snědl nevýrazné jídlo než to pikantní a proto
4. Že by pikantní jídlo způsobilo bolest

Tato úvaha má často velký vliv na posílení přesvědčení o možné hrozbě. Jan nemusí mít zkušenosti s pálivým jídlem, aby věděl, že mu to bude nepříjemné. Podobné úvahy jsou u těch, kteří předvídají bolest v souvislosti s pohybem nebo jinou fyzickou aktivitou. Příkladem může být zvedání krabice, když cítíme bolest, znamená to, že naše zranění je čím dál tím horší (Smeets et al., 2000).

Preventivní vyhýbání brání zjištění, že některé pohyby neškodí ani nebolí. Kromě toho se sníží úroveň fyzické aktivity, která má negativní účinky na fyzickou kondici pacienta. V extrémních případech tělesné aktivity může vést k syndromu fyzické destrukce, která může dále přispět k problému bolesti. Někteří pacienti se nevyhýbají činnostem kvůli očekávané bolesti, ale proto, že se obávají, že tyto činnosti mohou vést ke zranění (Kori et al., 1990).

2.5 Modely strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti

Současné modely strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti jsou z velké části založeny na modelu Fordyce (1976). Tyto modely se ukázaly jako heuristické pochopení intenzity bolesti, která je nepřiměřená s aktuálním zraněním (Asmundson et al., 2004).

2.5.1 Kognitivně-behaviorální model Phillipsové

Tento model se zabývá pouze vyhýbáním se bolesti, strach v tomto modelu nehraje roli. Podstata modelu spočívá v tom, že vyhýbání se bolesti je určováno jedincovým myšlením, uvažováním a jedincovými postoji či přesvědčeními (viz příloha č. 2). To zahrnuje jedincovo očekávání, jak se bude bolest vyvíjet, jeho vnímání a jeho paměť pro předcházející bolestivé situace. Jakmile jsou od jedince vyžadovány takové činnosti, u nichž si uvědomuje, že může následovat bolest, pak použije vyhýbavého chování (Bandura, 1997; Mareš 2002).

2.5.2 Afektivně-behaviorální model Asmundsona a Taylora

Asmundson a Taylor (1996) navrhli model naznačující, že vyhýbání se bolesti je předurčeno intenzitou dříve zažité nebo aktuálně prožívané bolesti a jedincovou zvýšenou senzitivitou k obavám (viz příloha č. 3). Tato senzitivita zesiluje strach z bolesti. Strach z bolesti pak povzbuzuje vyhýbavé chování (Mareš, 2002).

2.5.3 Lethemův model strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti

Bolestivé chování se může mezi jedinci značně lišit. Klasickým příkladem je, že se pacienti učí vyhýbat se bolesti. Lethem (1983) poskytl nejpropracovanější verzi tohoto pohledu v jeho modelu strachu - zamezení přehnaného vnímání bolesti. Lethem postuloval dvě extrémní reakce na bolest, zejména konfrontaci a vyhýbání. První typ reakce obvykle vede ke snížení strachu s časem, zatímco druhá reakce obvykle vede k udržování a zhoršení strachu, kdy na konci etapy je panický stav.

Lethem upozornil, že souběžně probíhají sensoricko-diskriminanční a afektivně-motivační složky, ale v určitých případech mohou být v čase nesynchronizované.

Afektivně-motivační složku lze rozčlenit na:

- 1) prožitek bolesti,
- 2) bolestivé chování a
- 3) fyziologickou odpověď na bolest.

Může se ovšem stát, že jedinec dává najevo bolestivé chování, přesto že prožitek bolesti chybí.

Hlavní pojmem v Lethemově modelu je strach z bolesti. Ten hraje klíčovou roli v afektivně-motivační složce bolesti. Strach z možné bolesti způsobuje, že člověk bolest předvídá, připravuje se na ni nebo dokonce aktivně vyhledává její souvislosti.

Očekávání a vyhlížení bolesti činí člověka senzitivnějším k jeho vnímání bolesti, zesiluje potenciální pocit bolesti a posiluje vyhýbavé chování. Vyhýbání je ovlivněno jedincovou pamětí pro předchozí bolestivé zážitky a situace kolem nich. Tento model tedy počítá s pacientovým očekáváním intenzity, trváním, a jejími důsledky (Asmundson et al., 2004).

2.5.4 Současný model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti Vlaeyena a Lintona

To, co označujeme jako model současného strachu a vyhýbání se následné chronické bolesti je založeno především na spisech McCrackena (1992), Waddella (1993), Vlaeyena a Lintona (2000). Každý z těchto vědců má poněkud odlišný pohled na koncept role strachu a vyhýbání se různým činnostem a aktivitám. Například, kromě samotného strachu z bolesti se Waddell (1993) zaměřuje zejména na strach z činnosti vyvolávající bolest. Asmundson ukazuje, že strach z bolesti může být sekundární strach z pocitů úzkosti spojených se zkušenostmi s bolestí. Hlavní myšlenky každého z těchto vědců jsou zachyceny v modelu navrženého Vlaeyenem a Lintonem (2000). Tento model je široce používán a podporován.

Přetrvávání chronické bolesti může vést ke změnám fyzického i psychického chování. Model vysvětluje, že vyhýbání se bolesti kvůli strachu a vyhýbání se bolestivých aktivit může mít fyzické a psychické následky. Model je zaměřen na to, jak jedinec prožívanou bolest interpretuje. Pokud ji chápe jako vážné ohrožení, jako katastrofu, potom se jeho strach z bolesti zvětšuje. Proto se jedinec snaží, bolesti se vyhýbat. U jedince se vyvíjí zvýšená pozornost k bolesti (hypervigilance), která je způsobena soustředěním pozornosti na možný výskyt bolesti. Zvýšená bdělost na tělesné vjemy a snaha předejít bolesti vyúsťuje ve vyhýbání se určitým aktivitám. Další prožitek bolesti jen upevňuje jedincovo negativní emoce a vytváří se bludný kruh - negativní očekávání, strach z bolesti, vyhýbání se bolesti, porucha funkce.

Tento model lze shrnout takto (viz příloha č. 4):

1. Když je bolest vnímána po úrazu, je rozhodnutí na jednotlivci do jaké míry je vnímána jako ohrožující nebo škodlivá, klade se důraz na zkušenosti s bolestí.

2. U většiny jedinců je bolest považována za nežádoucí a nepříjemný jev, ale ne tak katastrofální nebo připomínající velké kalamity. V tomto případě jedinec vhodně omezí aktivity, dokud nedojde k zhojení a uzdravení.
3. Pro menší část jedinců má katastrofální význam zkušenost s bolestí. Pocit velké bolesti je ovlivněn predispozicí jedince a současně psychologickými faktory, které vedou ke strachu z bolesti. To následně vede do začarovaného kruhu – vyhýbavému chování, které podporuje a udržuje omezení aktivit, zdravotního postižení a chronickou bolest. V průběhu strachu se zvyšuje vnímání ohrožení, např. snížením pozornosti, katastrofálním vnímáním bolesti a vyhýbáním se činností způsobující bolest (Asmundson et al., 2004).

2.6 Metody hodnocení strachu z bolesti

V současnosti existuje již několik metod pro hodnocení strachu z bolesti. Jejich hlavní rozdíly vyplývají z rozdílných pojetí jednotlivých autorů. Níže uvedu některé z nich.

PASS (Pain Anxiety Symptom Scale) - Škála symptomů úzkosti z bolesti. Je to čtyřicetipoložková sebehodnotící škála, vyvinutá pro měření strachu a úzkostného chování souvisejícího s bolestí. Škála hodnotí symptomy úzkosti, únikové a vyhýbavé chování, hodnocení bolesti jako hroživé události a fyziologické symptomy úzkosti ve vztahu k bolesti (McCracken et al. 1992).

FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire) – Dotazník názorů na strach-vyhýbání se. Zaměřuje se na pacientovy názory na to, jak práce a fyzická aktivita ovlivňuje jeho bolest. Má dvě škály – Názory na strach-vyhýbání se fyzické aktivitě a Názory na strach-vyhýbání se práci (Waddell, 1993).

TSK (Tampa Scale for Kinesiophobia) – Tamská škála kineziofobie byla vytvořena v roce 1990. Je to sedmnácti bodová stupnice původně vyvinutá pro měření míry strachu z pohybu v souvislosti s chronickými bolestmi. Stupnice je založena na modelu vyhýbání se strachu, strachu z činností souvisejících s prací, strachu z pohybu a strachu z opětovného zranění (Kori et al., 1990).

TSK bývá nejčastěji využívána při studiu pacientů s chronickou bolestí zad a krku. Pacienti, kteří měli na škále vyhýbání se strachu vysoké skóre, uvedli nejen více bolesti,

ale mají i mnohem více potíží při zapojení se do fyzických úkolů, jako jsou cviky na extenzi a flexi. Vlaeyen a kolegové přišli na metodu, která umožňuje pacientům s vysokou mírou vyhýbání se strachu konfrontovat limity v aktivitách, které jsou spojeny s jejich strachem (Keefe et al., 2009; Vlaeyen, Linton, 2000).

Kinesiofobie je termín, který popisuje situaci, kdy pacient má nadměrný, iracionální a oslabující strach z fyzické aktivity, a aktivity vyplývající z pocitu zranitelnosti na bolestivé zranění nebo opětovné zranění. TSK slouží k posouzení subjektivního ohodnocení strachu z pohybu. Dotazník se zpočátku používal k měření strachu z pohybu v souvislosti s chronickou bolestí zad. TSK se používá stále u bolestí spojených s různými částmi těla, včetně krční páteře. Rozsah skóre je 17 až 68, kde vyšší skóre ukazuje na rostoucí míru kineziofobie. TSK byla také spojena s prvky katastrofického myšlení (Vlaeyan et al., 1995).

Následující dotazníky strachu z bolesti jsem využila pro výzkum bakalářské práce. Jejich podrobnější popis je uveden v empirické části.

FPQ-III (Fear of Pain Questionnaire) – Dotazník strachu z bolesti (McNeil, Rainwater, 1998) prošel poměrně dlouhým vývojem a sérií opakovaných výzkumů. Byl přeložen do češtiny (Mareš, 2002). Obsahuje 23 položek a má 3 škály: Strach z velké bolesti, Strach z malé bolesti a Strach z lékařských výkonů.

FOPI (Fear and Observation of Pain Inventory) – Dotazník strachu a pozorování bolesti (Knotek 2009) je navzdory svému anglickému názvu původní českou metodou. Má dvě škály – Pozorování, čili zvýšená pozornost k tělesným projevům a Strach z bolesti ve smyslu tendence k vyhýbavému chování.

2.7 Strategie zvládnání strachu

Jedinci, kteří jsou více citliví, si vytvářejí více starostí a obav, intenzivní starosti se mohou proměnit v negativní přesvědčení, které zesilují strach a ovlivňují vnímání bolesti.

Účinná taktika, která přivede jedince na jiné myšlenky, je vykonávání jakékoliv oblíbené činnosti, která člověka dovede pozitivně rozptýlit. Nevhodně zvolenou strategií je neustálé přemýšlení nad problémem, které naopak více zesiluje obavy a strach (Praško, 2012).

Strategie zvládnání strachu představuje potlačování negativních myšlenek, vytváření závěrů na základě pocitů, popření všeho negativního v minulosti a motivování sebe samého. Je třeba vytěsnit negativní myšlenky a snažit se uvažovat pozitivně. V případě, že ve chvíli, kdy pocítujeme strach, nejsme schopni racionálně uvažovat, je vhodné se uklidnit pomocí relaxačních technik nebo meditace (Praško, 2012).

K tlumení negativních psychických projevů jako je strach a úzkost, pomáhá pozitivní naladění jedince, které působí přes fyziologii na psychiku člověka. Zjistilo se, že smích a dobrá nálada stejně jako sport způsobuje vylučování endorfinů, které mají uklidňující účinek (Mareš, 2002).

Autoři, kteří se zabývají možnostmi, jak se vyrovnat s vlastním strachem nabízí mnoho alternativ. „*Psychologické prostředky ke zvládnání strachu jsou aplikací obecněji uplatnitelných prostředků vyrovnání se i s jinými stresovými situacemi*“ (Paulík, 2010, s. 82).

Mezi prostředky zvládnání strachu patří:

- **Rozbor příčin strachu a zhodnocení reálných hrozeb** – jedinec si klade otázku „*co se opravdu může a nemůže stát?*“ Pomoci také může, když si jedinec vzpomene na podobnou situaci, kterou již zvládl a tak věří i v dobrý vývoj současné situace.
- **Verbalizace** – jedinec si pro sebe slovně popisuje současnou situaci.
- **Zpracování obávané situace** – představy a myšlenky, co budu dělat za daných okolností? V praxi lze uplatnit techniku paradoxní intence – místo toho, aby se jedinec obávané situace vyhýbal, aktivně ji vyhledává ve snaze zvládnout a překonat své obavy.
- **Trénink zvládnání strachu** – nácvik vede k určitému návyku na situaci, jež navozuje strach „*k vytvoření reakčních automatismů omezujících nejistotu při rozhodování o volbě alternativ*“ (Paulík, 2010, s. 83). Při nácviku zvládnání strachu se v současné době používá princip modelování, kdy je zúčastněná osoba vystavena určitým podnětům analogickým situacím tak, aby se na ně mohly adaptovat. Nácvikem lze získat určitou kontrolu nad obávanou situací a nadhled, který posiluje sebedůvěru.
- **Relaxace** – při svalovém uvolnění, nepůsobí úzkost a strach takovou intenzitu, jako při svalové tenzi.

- ***Odvádění pozornosti od předmětu strachu*** – odreagování jinými příjemnějšími myšlenkami nebo činnostmi.
- ***Autosugesce*** – ovlivnění vlastních pocitů a myšlenek cíleným působením na své emoce s tím, že se dokážeme se strachem vyrovnat tak, aby převahovaly pozitivní pocity.

„Pro uplatnění autoregulačních postupů při zvládnání vlastního strachu je důležité především vyrovnat se s destruktivním působením případné paniky“ (Paulík, 2010, s. 83).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce jsou popsány cíle a pracovní hypotézy, které jsem stanovila pro výzkumnou část. Věnuji se zde zvolené metodice výzkumu, organizaci šetření a charakteristice zkoumaného vzorku. Následně jsou zanalyzovaná data z dotazníků prezentována v kapitole 3.5 a celá empirická část je zakončena diskusí nad danou problematikou.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny následující cíle a hypotézy.

Stanovené cíle pro empirickou část:

- **C1:** Zjistit rozdíl intenzity strachu mezi pohlavími.
- **C2:** Zmapovat nejpoužívanější zvládací strategie strachu.
- **C3:** Zjistit rozdíl intenzity strachu v závislosti na intenzitě bolesti.
- **C4:** Zmapovat nejčastější projevy strachu.

Stanovené hypotézy pro empirickou část:

- **H1:** Lze předpokládat, že ženy udávají větší intenzitu strachu z bolesti než muži.
- **H2:** Lze předpokládat, že muži a ženy nepoužívají zvládací strategie strachu stejně často.
- **H3:** Lze předpokládat, že osoby udávající větší intenzitu bolesti, zároveň udávají větší intenzitu strachu.
- **H4:** Lze předpokládat, že osoby nad padesát let, budou udávat větší intenzitu strachu než osoby do padesáti let.
- **H5:** Lze předpokládat, že muži se bolestivým činnostem/pohybům vyhýbají častěji než ženy.

3.2 Metodika vlastního šetření

Data ke zjištění informací o problematice týkající se této bakalářské práce, byla získána pomocí tří dotazníků. Prvním z nich byl autorkou sestavený nestandardizovaný dotazník, jenž sloužil především k získání anamnestických dat, obsahuje celkem 18 položek a je v něm zahrnuta numerická analogová škála. Dále byl použit dotazník strachu z bolesti Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III) v české verzi a dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI.

3.2.1 Stavba dotazníků

Dotazníkové šetření je kvantitativní metodou výzkumu. Díky této metodě je možné sesbírat velké množství dat. Výhodou dotazníkového šetření je především nízká časová náročnost. Pro respondenty je důležitá relativně vysoká míra anonymity a časová nenáročnost.

3.2.1.1 Vlastní nestandardizovaný dotazník

Tento anonymní dotazník obsahuje celkem 18 položek. První čtyři položky zjišťují základní anamnestické údaje, jako jsou pohlaví, věk, dosažené vzdělání a povolání respondentů. Otázky 5 a 6 zjišťují dobu trvání potíží, a jaké klouby mají pacienti postiženy artrózou. V osmé položce je zahrnuta numerická škála bolesti, kde 0 značí žádnou bolest a 10, tak velkou jakou si pacient dokáže představit. Ostatní otázky zjišťují, při jakých aktivitách má pacient největší bolesti, jakým činnostem se snaží vyhnout, zda uvažuje o operačním řešení a čeho se obává. V neposlední řadě dotazník zjišťuje, jak se pacientův strach obvykle projevuje, a jaké používá strategie k jeho zmírnění (viz příloha č. 5).

3.2.1.2 Dotazník Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III)

Česká verze dotazníku Fear of Pain Questionnaire, FPQ-III vznikala ve dvou krocích. Nejprve byl dotazník o 30 položkách administrován 88 medikům. Na základě faktorové analýzy byl zkrácen na 25 položek a administrován 325 dospělým osobám (113 hospitalizovaným pacientům a dalším 212 dospělým osobám s běžnými zdravotními obtížemi). Nová faktorová analýza vyústila ve 23 položek a připouští dvě interpretace. Jde – podobně jako u originální verze – o metodu měřící tři proměnné: **strach z velké bolesti**, **strach z malé bolesti** a **strach z lékařských výkonů**. Nebo jde

o jednodimenzionální dotazník měřící obecně strach z bolesti. Autoři české verze se přiklánějí spíše k jednodimenzionalitě. Doporučují klinické využití dotazníku pro screeningové účely a předkládají uživatelům pracovní normy. (Mareš et al. 2002)

Tento standardizovaný dotazník má celkem 23 položek a měří podprůměrný, průměrný a nadprůměrný strach. Položky č. 2, 4, 5, 8, 10, 14 měří strach z velké bolesti. Položky č. 1, 3, 12, 16, 17, 18, 20, 21 a 23 měří strach z malé bolesti a položky č. 6, 7, 9, 11, 13, 15, 19 a 22 měří strach z lékařských výkonů (viz příloha č. 6).

3.2.1.3 Dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI

Dotazník strachu a pozorování bolesti je standardizovaná, klinicky ověřená metoda testování počátečních psychických změn u pacientů s chronickou bolestí (viz příloha č. 7).

Dotazník má dvě stupnice, *Strach z bolesti* (7 položek) a *Pozorování bolesti* (4 položky). Obě stupnice jsou téměř nezávislé, měří statisticky odlišné procesy.

Stupnice *strach z bolesti* vznikla úpravou dotazníku strachu z bolesti (Knotek, 2006). Standardizace dotazníku byla provedena na souboru 174 pacientů Centra pro léčeni a výzkum bolestivých stavů FN Motol. Průměrný věk souboru byl 48,70 roků trvání bolesti 11,27 roků. V souboru bylo 71 mužů a 103 žen.

Obě stupnice dotazníku dostatečně reprezentují změny pozornosti a strachu, které jsou podstatné pro vývoj změn při chronické bolesti.

Dotazník měří počáteční fáze nepříznivých psychických změn u pacientů s chronickou bolestí. Zvýšené hodnoty stupnic *Strach z bolesti* a *Pozorování bolesti* jsou důležité pro určení rizika vývoje negativních afektů, afektivních a neurotických poruch, nepříznivých změn sebehodnocení, rezignace na aktivní postoj k terapii i k životu a rizika vývoje účelového bolestivého chování. Vyšší skóre těchto stupnic je třeba interpretovat výlučně jako riziko těchto změn.

Osoby, které mají vyšší skóre *Strachu z bolesti*, udávají vyšší intenzitu a nepříjemnost bolesti, očekávají trvání bolesti v budoucnu, rezignují na zlepšení potíží a ústup bolesti, vnímají se jako změněné následkem bolesti, méně schopné normálně žít a tolerovat běžné životní zátěže. Tyto osoby jsou úzkostné, zlostné a depresivní, jsou unavené v práci a mají v práci konflikty.

Osoby, které více pozorují bolest, se vnímají jako změněné v důsledku bolesti a méně schopné tolerovat bolest, doma mají starosti a jsou unavené (Knotek, 2009).

3.2.2 Numerická analogová škála

Ke zjištění intenzity bolesti mého vzorku respondentů byl standardizovaný dotazník doplněn o numerickou škálu, ve které 0 představuje „žádnou bolest“ a 10 „nesnesitelnou bolest“. Dotazovaní pacienti udávali svou bolest na uvedené škále, přičemž získaná data vypovídala o intenzitě aktuálně vnímané bolesti.

Stejnou numerickou škálu jsem použila pro zjištění intenzity strachu z bolesti při každodenních činnostech. Princip byl stejný jako u zjišťování intenzity bolesti. Dotazovaní pacienti udávali intenzitu svého strachu z činností, které vyvolávají bolest, na uvedené škále. Získaná data vypovídala o intenzitě vnímaného strachu při: osobní hygieně, oblékání se, vaření, chůzi do schodů a chůzi ze schodů.

3.2.3 Analýza dat

Primární analýzu dat jsem provedla pomocí aplikace Microsoft Excel 2007. Pro testování hypotéz jsem použila Chí kvadrát a T-test. Pro výpočet průměrné intenzity bolesti jsem použila aritmetický průměr. V tabulkách jsou uváděny relativní a absolutní četnosti odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku.

3.3 Organizace šetření

Před samotným šetřením proběhl pilotní průzkum. Bylo osloveno 12 pacientů (pět žen a sedm mužů) s artrózou, aby vyplnili dotazník kvůli prověření srozumitelnosti otázek. Dotazník byl srozumitelný pro všechny respondenty. Zpětná vazba tedy byla pozitivní.

Výzkum probíhal od poloviny listopadu 2014 do poloviny ledna 2015 v ordinaci praktické lékařky MUDr. Heleny Trtkové Říhové v Karlových Varech. Následné výzkumné šetření probíhalo od poloviny ledna 2015 do začátku března 2015 ve FN Motol na Klinice dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. lékařské fakulty UK a na Oddělení revmatologie dětí a dospělých za souhlasu paní Mgr. Jany Novákové, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz příloha č. 8).

Celkový počet administrovaných dotazníků byl 130. Návratnost byla 77 dotazníků (59,23 %), ale 15 dotazníků muselo být vyřazeno kvůli neúplnému vyplnění. Pro vlastní výzkum tak bylo použito 62 dotazníků.

3.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

Soubor celkově tvoří 62 respondentů, z čehož je 29 mužů a 33 žen, kteří byli hospitalizováni na Klinice dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. lékařské fakulty UK a FN Motol, nebo navštívili Oddělení revmatologie dětí a dospělých ve FN Motol či ordinaci praktické lékařky MUDr. Heleny Trtkové Říhové v Karlových Varech.

Průměrný věk respondentů ve zkoumaném souboru je 54,69, po zaokrouhlení 55 let. U mužů je průměrný věk po zaokrouhlení 55,97 roku a u žen po zaokrouhlení 53,58 let věku. Zkoumaný vzorek se skládá z respondentů s kloubním onemocněním a různou intenzitou bolesti a strachu z ní. Bližší informace o zkoumaném vzorku jsou popsány v další kapitole.

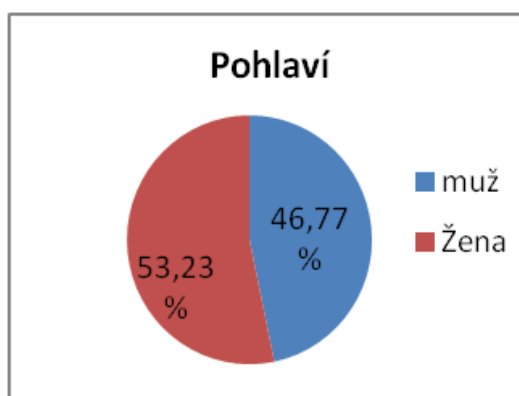
3.5 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

3.5.1 Výsledky vlastního nestandardizovaného dotazníku

Položka č. 1 - Pohlaví respondentů

Z celkového počtu ($n = 62$; 100 %) pacientů je mužů 29 (46,77 %) a žen 33 (53,23 %). Z těchto výsledků vyplývá, že ve sledovaném souboru 62 pacientů je větší zastoupení žen ($n = 33$; 53,23 %).

Obr. č. 1



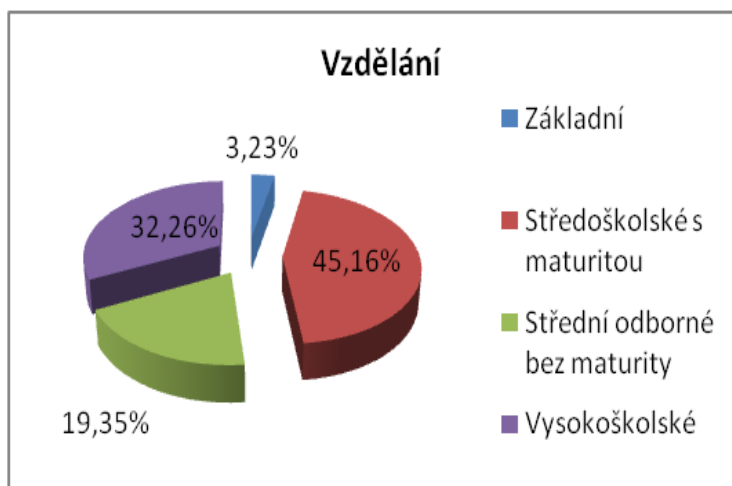
Položka č. 2 – Věk

Ve druhé položce pacienti udávali svůj věk. Nejvíce osob (6) bylo ve věku 47 let. Nejmladší ženě ze zkoumaného souboru bylo 31 let, stejně tak bylo nejmladšímu muži. Nejstarší ženě bylo 77 let a nejstaršímu muži 92 let. Pacienty jsem rozdělila na dvě poloviny, na pacienty mladší než padesát let (včetně) a pacienty starší než padesát let. Ve věku do padesáti let bylo 14 žen a 12 mužů. Žen nad padesát let bylo 19 a mužů 17 (viz tab. 2).

Položka č. 3 - Dosažené vzdělání

Nejvíce respondentů 28 (45,16 %) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, 20 (32,26 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 12 (19,35 %) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity a 2 (3,23 %) respondenti měli základní vzdělání.

Obr. č. 2



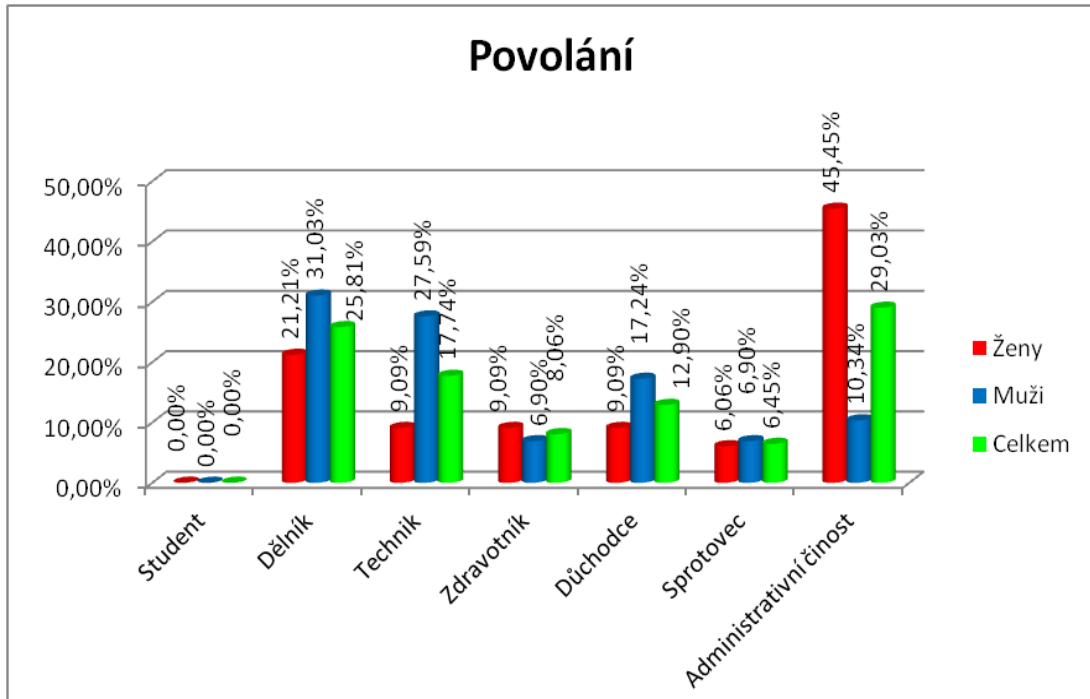
Následující grafy znázorňují podíl (%) z celkového počtu žen, mužů a celého souboru.

Položka č. 4 – Povolání respondentů

Ve zkoumaném souboru ($n = 62$; 100 %) pracovalo 18 (29,03 %) respondentů v administrativní činnosti. 16 (25,81 %) pacientů bylo dělníkem, 11 (17,74 %) bylo technikem, 8 (12,03 %) pacientů bylo ve starobním důchodu, 5 (8,06 %) respondentů pracovalo ve zdravotnictví a 4 (6,45 %) respondenti byli sportovci. Studentem nebyl nikdo z dotazovaných. Muži ($n = 29$) nejvíce pracovali jako dělníci 9 (31,03 %), 8 (27,59 %) mužů bylo technikem, 5 (17,24 %) mužů bylo ve starobním důchodu, 3 (10,34 %) muži pracovali v administrativní činnosti, 2 (6,90 %) muži pracovali jako

zdravotníci a stejný počet zastoupili sportovci. Ženy (n = 33) nejvíce pracovaly v administrativní činnosti 15 (45,45%), 7 (21,21 %) z dotazovaných žen pracovalo jako dělnice, 3 (9,09 %) ženy pracovaly ve zdravotnictví, stejný počet žen byly techničky a stejný počet žen byl ve starobním důchodu. 2 (6,06 %) ženy byly sportovkyně.

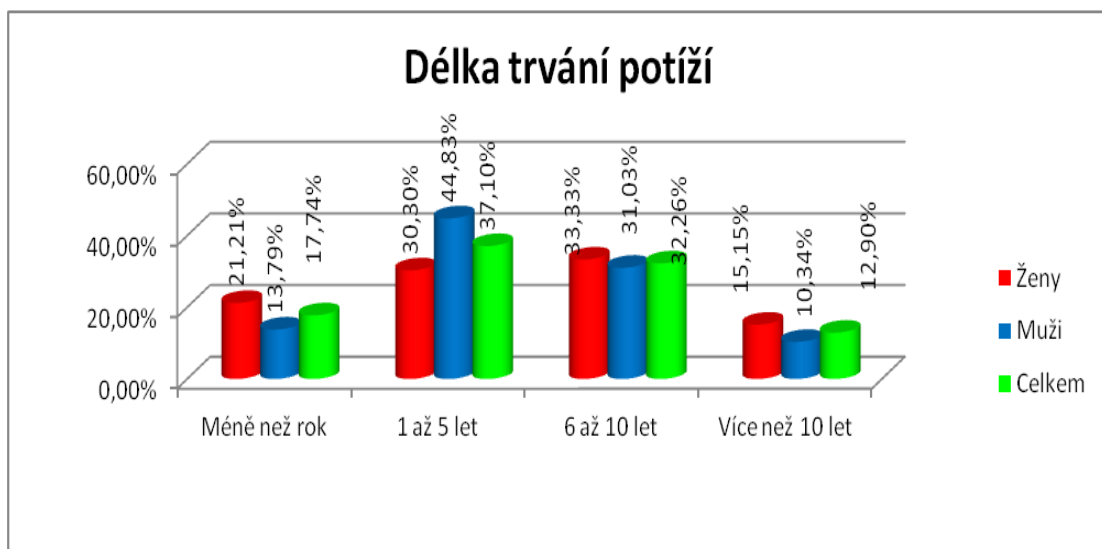
Obr. č. 3



Položka č. 5 – Délka trvání potíží

Nejvíce respondentů 23 (37,10 %) odpovědělo, že jejich potíže trvají 1 až 5 let, 20 (32,26 %) respondentů označilo, že jejich potíže trvají 6 až 10 let, 11 (17,74 %) pacientů mělo potíže méně než 1 rok a 8 (12,90 %) pacientů mělo potíže více než 10 let.

Obr. č. 4

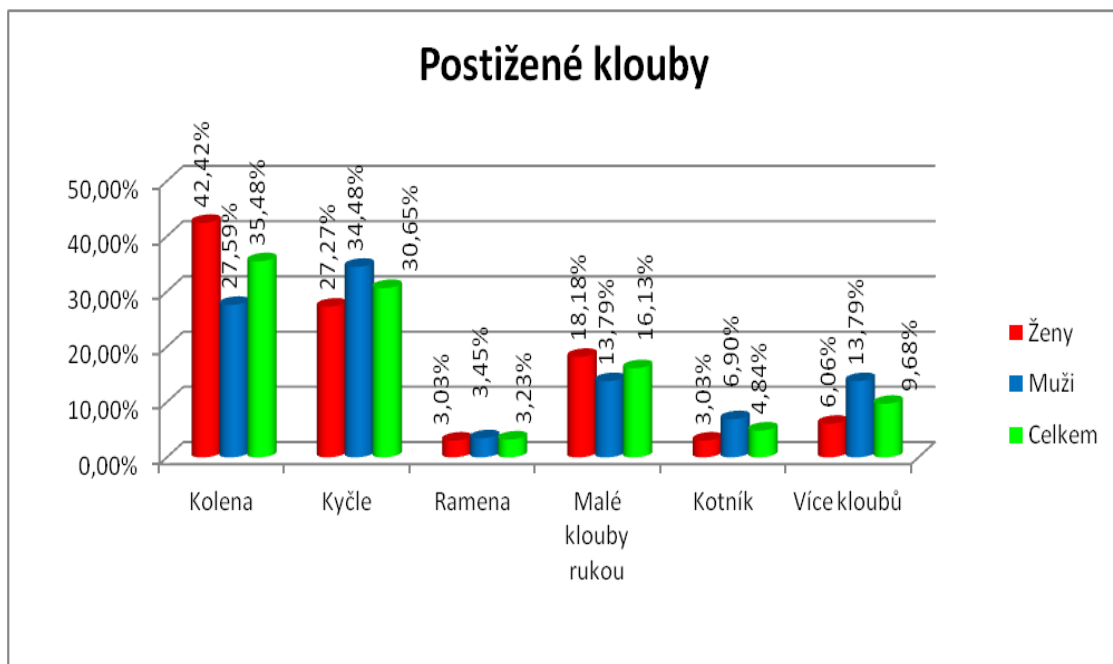


Položka č. 6 – Postižené klouby

Položka č. 6 přináší odpověď na otázku „Jaké klouby máte postiženy?“

Z celkového počtu dotazovaných (n = 62; 100 %) mělo nejvíce pacientů 22 (35,48 %) bolestivá kolena, 19 (30,65 %) pacientů mělo postižený kyčelní kloub, 10 (16,13 %) mělo postiženo malé klouby rukou, 6 (9,68 %) z dotazovaných mělo postiženo více kloubů najednou, 3 (4,84 %) respondenti uvedli potíže s kotníkem a 2 (3,23 %) respondenti měli postižené ramenní klouby.

Obr. č. 5

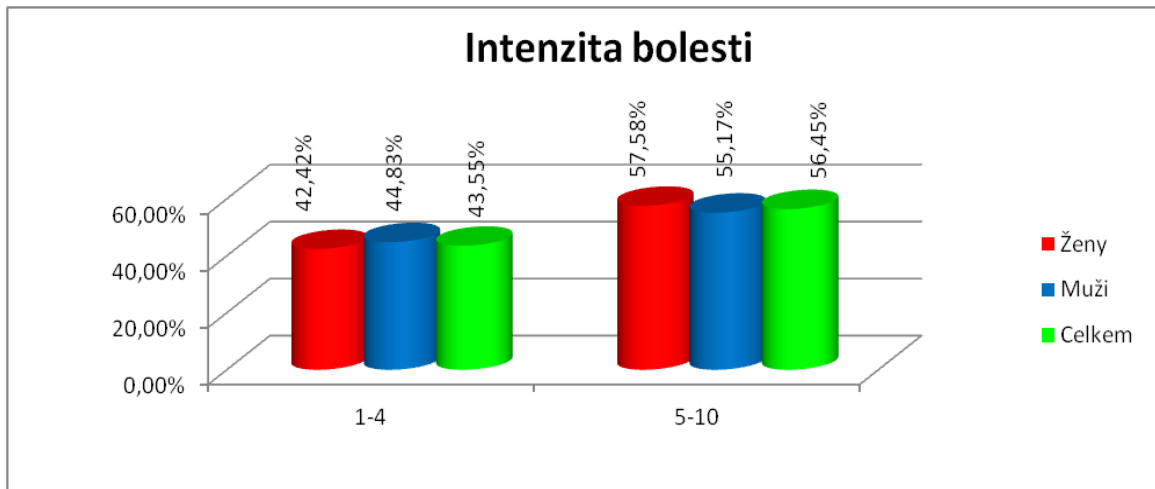


Položka č. 7 – Intenzita bolesti

Položka č. 7 udává, jakou mají respondenti momentální intenzitu bolesti.

Pro přehlednější znázornění jsem numerickou škálu rozdělila na dvě části, a to škály 0-4 a 5-10. Muži (n = 29; 100 %) udávali nižší intenzitu bolesti 13krát (44,83 %) a vyšší intenzitu bolesti 16krát (55,17 %). Ženy (n = 33; 100 %) udávaly nižší intenzitu bolesti 14krát (42,83 %) a vyšší intenzitu bolesti 19krát (57,58 %), z čehož je patrné, že ženy ve zkoumaném souboru pociťovaly vyšší intenzitu bolesti než muži. Z celkového počtu (n = 62; 100 %) respondentů uvádí 27 (43,55 %) pacientů nižší intenzitu bolesti tj. na škále 0-4 a 35 (56,45 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu bolesti, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření bolesti. Výpočet aritmetického průměru celého souboru udává hodnotu intenzity bolesti 5, 2.

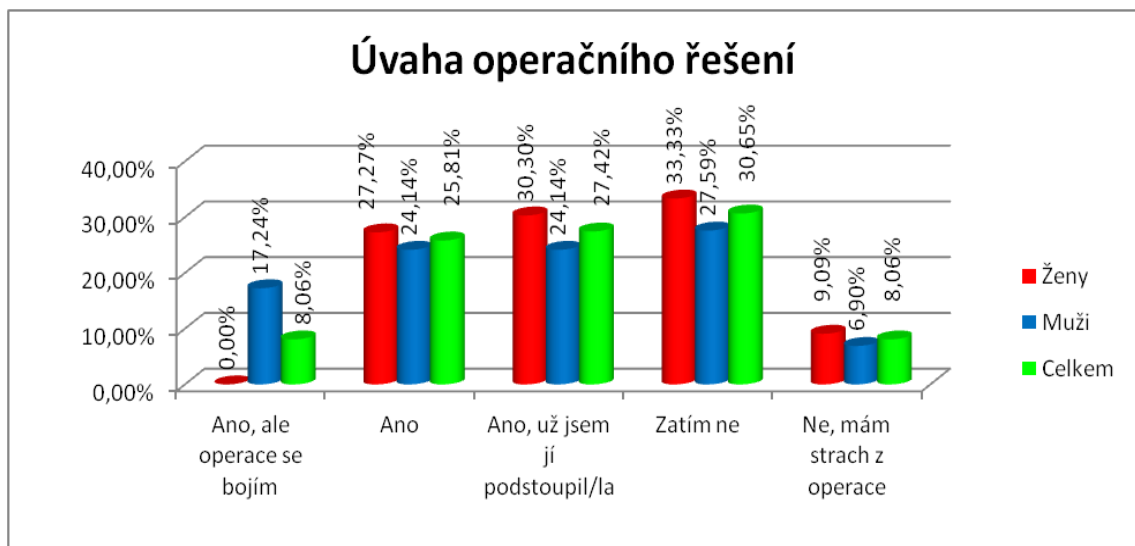
Obr. č. 6



Položka č. 8 – Úvaha operačního řešení

Bylo osloveno 62 respondentů, z toho 19 (30,65 %) jich uvedlo, že o operačním řešení zatím neuvažovalo, 17 (27,42 %) respondentů již operaci podstoupilo, 16 (25,81 %) z dotazovaných o operaci uvažuje, 5 (8,06 %) pacientů o operaci uvažuje, ale operace se bojí a stejný počet pacientů se operace bojí, proto o ní neuvažuje.

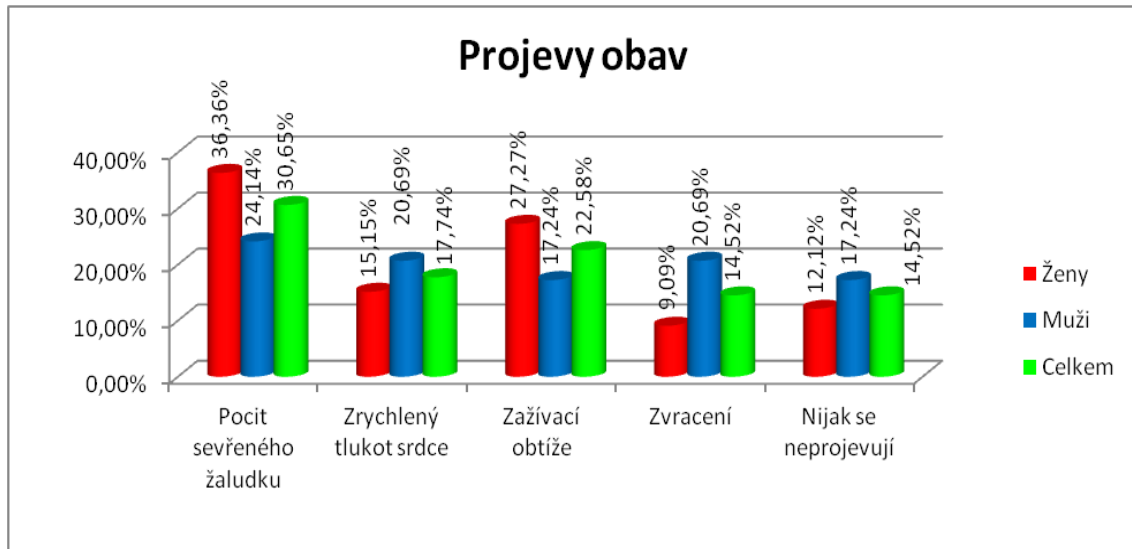
Obr. č. 7



Položka č. 9 – Projevy obav

Na otázku „Jak se obvykle projevují Vaše obavy?“ bylo nejčastější odpovědí pocit sevřeného žaludku, kterou uvedlo 19 (30,65 %) respondentů z celkového počtu 62, zažívací obtíže byly označeny 14krát (22,58 %), 11 (17,74 %) respondentů uvedlo, že má při strachu zrychlený tlukot srdce, 9 (14,52 %) respondentů uvedlo, že zvrací a stejný počet respondentů odpovědělo, že se jejich obavy nijak neprojevují.

Obr. č. 8



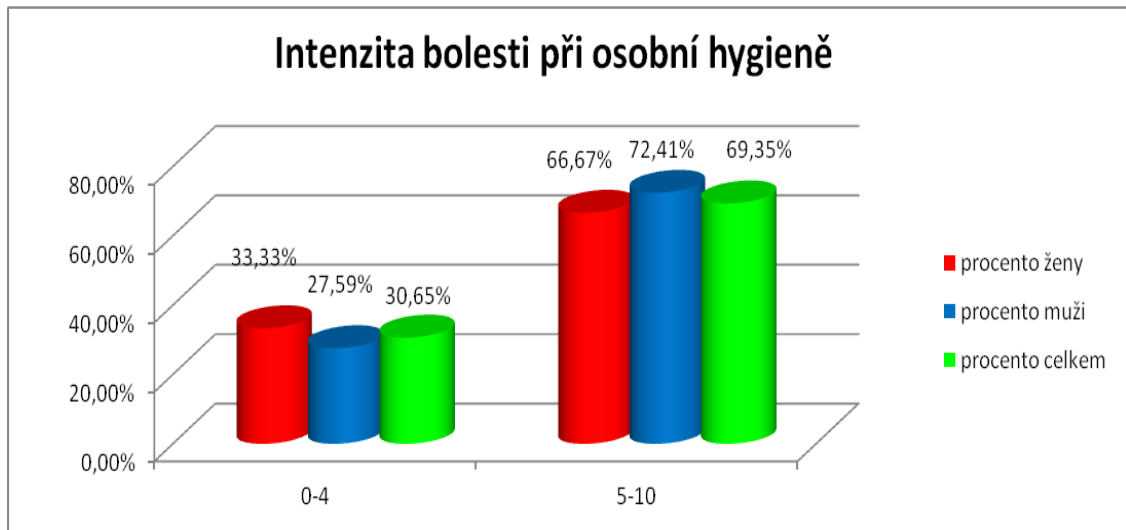
Položka č. 10 – Intenzita strachu z každodenních činností

Tato položka zkoumá intenzitu strachu pacientů, kterou udávají při osobní hygieně, vaření, oblékání se, chůzi do schodů a chůzi ze schodů. U každé s těchto aktivit se nacházela numerická škála s číslovkami od 0 do 10, kdy 0 udávala žádný strach a 10 tak velký jaký si pacient dokáže představit. Pro přehlednější znázornění jsem numerickou škálu rozdělila na dvě části, a to škály 0 - 4 a 5 - 10.

10.1 Intenzita strachu z bolesti při osobní hygieně

Z celkového počtu (n = 62; 100 %) respondentů uvádí 19 (30,65 %) pacientů nižší intenzitu strachu z bolesti při osobní hygieně tj. na škále 0-4 a 43 (69,35 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu strachu, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření strachu z bolesti. Muži (n = 29; 100 %) udávali nižší intenzitu strachu 8krát (27,59 %) a vyšší intenzitu strachu 21krát (72,41 %). Ženy (n = 33; 100 %) udávaly nižší intenzitu strachu 11krát (33,33 %) a vyšší intenzitu strachu 22krát (66,67 %), z čehož je patrné, že muži ve zkoumaném souboru pociťovaly vyšší intenzitu strachu z bolesti při osobní hygieně než ženy.

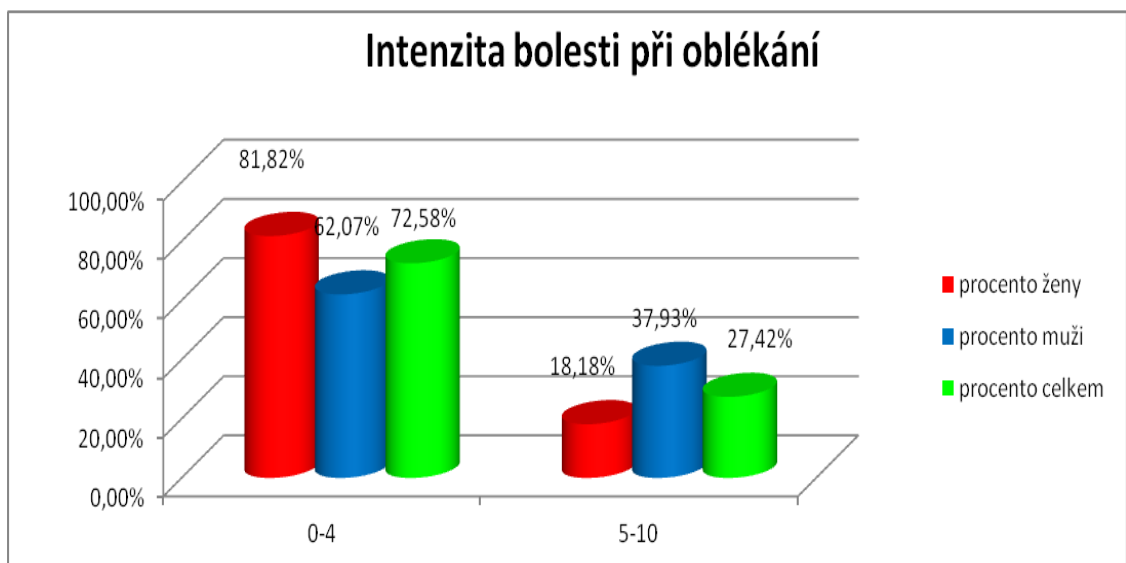
Obr. č. 9.1



10.2 Intenzita strachu z bolesti při oblékání

Z celkového počtu ($n = 62$; 100 %) respondentů uvádí 45 (72,65 %) pacientů nižší intenzitu strachu z bolesti při oblékání tj. na škále 0-4 a 17 (27,42 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu strachu z bolesti, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření strachu z bolesti. Muži ($n = 29$; 100 %) udávali nižší intenzitu strachu 18krát (62,07 %) a vyšší intenzitu strachu 11krát (37,93 %). Ženy ($n = 33$; 100 %) udávaly nižší intenzitu strachu 27krát (81,82 %) a vyšší intenzitu strachu 6krát (18,18 %), z čehož je patrné, že muži ve zkoumaném souboru pociťovali vyšší intenzitu strachu z bolesti při oblékání než ženy.

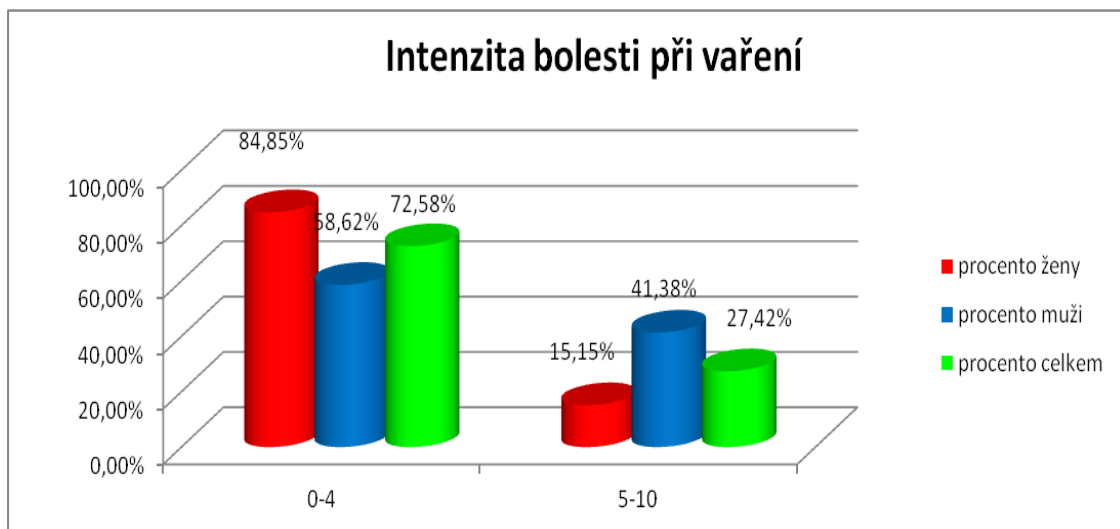
Obr. č. 9. 2



10.3 Intenzita strachu z bolesti při vaření

Z celkového počtu ($n = 62$; 100 %) respondentů uvádí 45 (72,65 %) pacientů nižší intenzitu strachu z bolesti při vaření tj. na škále 0-4 a 17 (27,42 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu strachu z bolesti, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření strachu z bolesti. Muži ($n = 29$; 100 %) udávali nižší intenzitu strachu 17krát (58,62 %) a vyšší intenzitu strachu 12krát (41,38 %). Ženy ($n = 33$; 100 %) udávaly nižší intenzitu strachu 28krát (84,85 %) a vyšší intenzitu strachu 5krát (15,15 %), z čehož je patrné, že muži ve zkoumaném souboru pocívaly vyšší intenzitu strachu z bolesti při vaření než ženy.

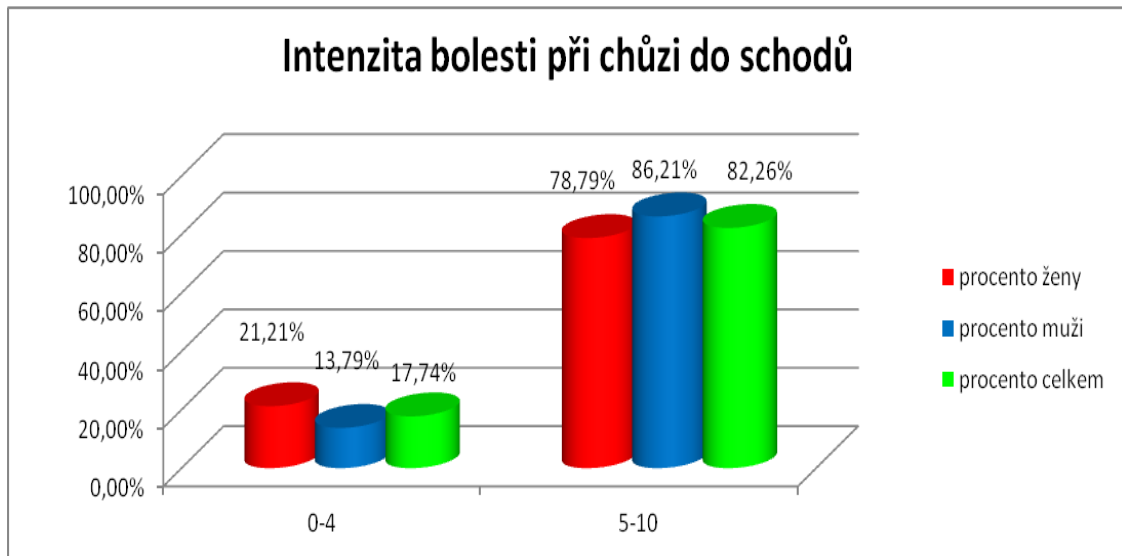
Obr. č. 9.3



10.4 Intenzita strachu z bolesti z chůze do schodů

Z celkového počtu ($n = 62$; 100 %) respondentů uvádí 11 (17,74 %) pacientů nižší intenzitu strachu z bolesti z chůze do schodů tj. na škále 0-4 a 51 (82,26 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu strachu z bolesti, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření strachu z bolesti. Muži ($n = 29$; 100 %) udávali nižší intenzitu strachu 4krát (13,79 %) a vyšší intenzitu strachu 25krát (86,21 %). Ženy ($n = 33$; 100 %) udávaly nižší intenzitu strachu 7krát (21,21 %) a vyšší intenzitu strachu 26krát (78,79 %), z čehož je patrné, že muži ve zkoumaném souboru pocívaly vyšší intenzitu strachu z bolesti z chůze do schodů než ženy.

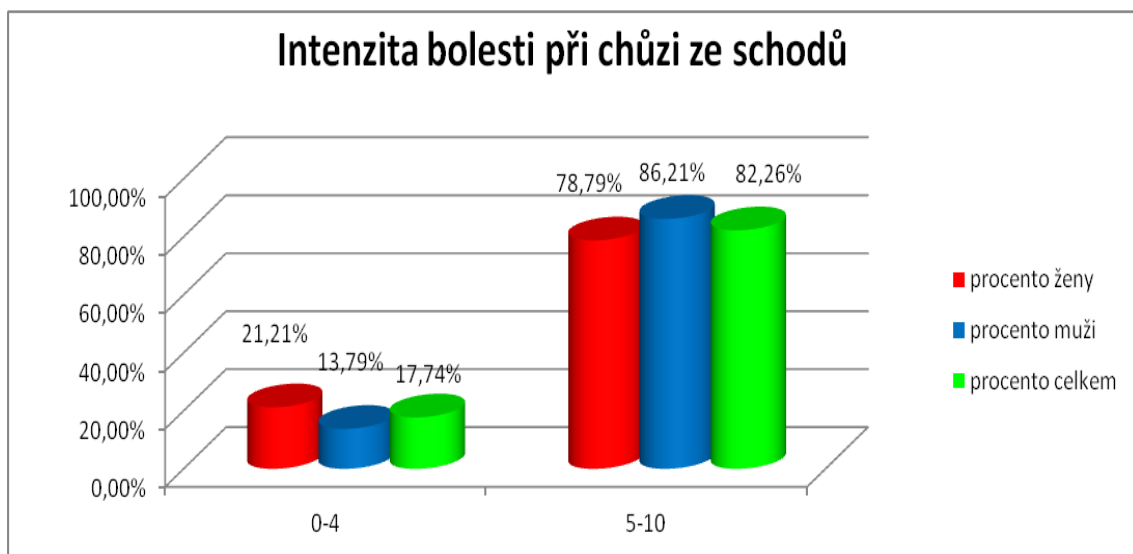
Obr. č. 9.4



10.5 Intenzita strachu z bolesti z chůze ze schodů

Z celkového počtu ($n = 62$; 100 %) respondentů uvádí 11 (17,74 %) pacientů nižší intenzitu strachu z bolesti z chůze do schodů tj. na škále 0-4 a 51 (82,26 %) dotazovaných udává vyšší intenzitu strachu z bolesti, tj. 5-10 bodů na numerické škále pro měření strachu z bolesti. Muži ($n = 29$; 100 %) udávali nižší intenzitu strachu 4krát (13,79 %) a vyšší intenzitu strachu 25krát (86,21 %). Ženy ($n = 33$; 100 %) udávaly nižší intenzitu strachu 7krát (21,21 %) a vyšší intenzitu strachu 26krát (78,79 %), z čehož je patrné, že muži ve zkoumaném souboru pociťovaly vyšší intenzitu strachu z bolesti z chůze ze schodů než ženy.

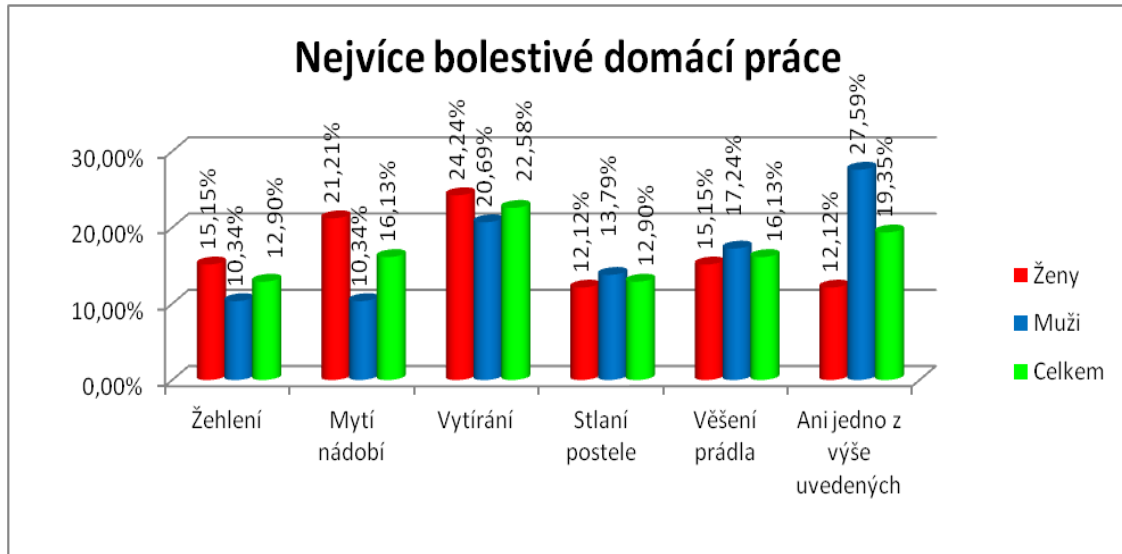
Obr. č. 9.5



Položka č. 11 - Nejvíce bolestivé domácí práce

Z celkového počtu (n = 62; 100 %) je pro 14 (22,58 %) pacientů nejvíce bolestivé vytírání, 10 (16,13 %) pacientů uvedlo jako nejbolestivější mytí nádobí a stejný počet byl uveden u věšení prádla, 8krát (12,90 %) bylo označeno žehlení a stlaní postele a 12 (19,35 %) respondentů označilo odpověď ani jedno z výše uvedených.

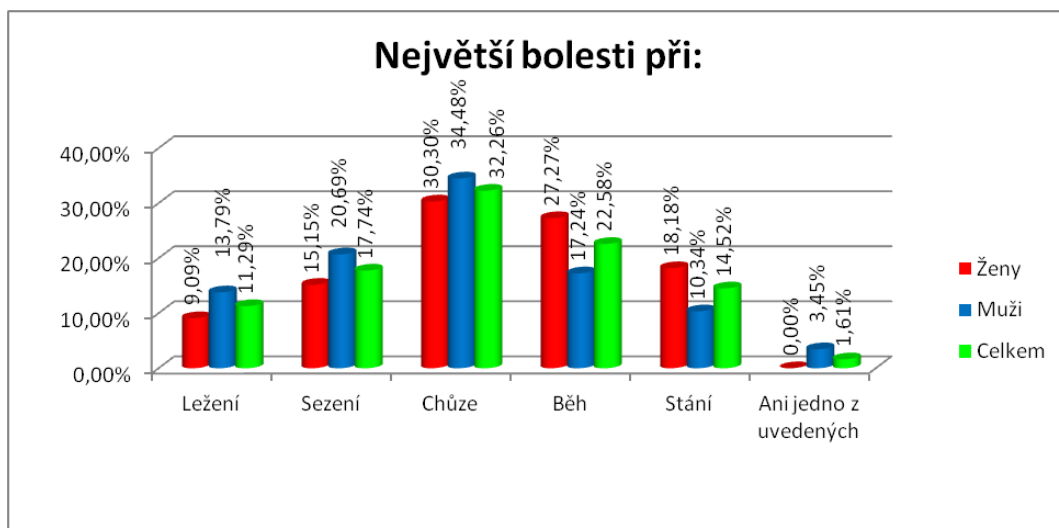
Obr. č. 10



Položka č. 12 – Největší bolest

Z celkového počtu respondentů (n = 62; 100 %) je pro 20 z nich (32,26 %) nejbolestivější chůze, pro 14 (22,58 %) respondentů je nejbolestivější běh, 11 (17,74 %) pacientů uvedlo, že nejbolestivější je pro ně sezení, 9 (14,52 %) pacientů označilo odpověď stání, 7 (11,29 %) jich označilo jako nejbolestivější ležení a 1 (1,61 %) respondent označil variantu ani jedno z výše uvedených.

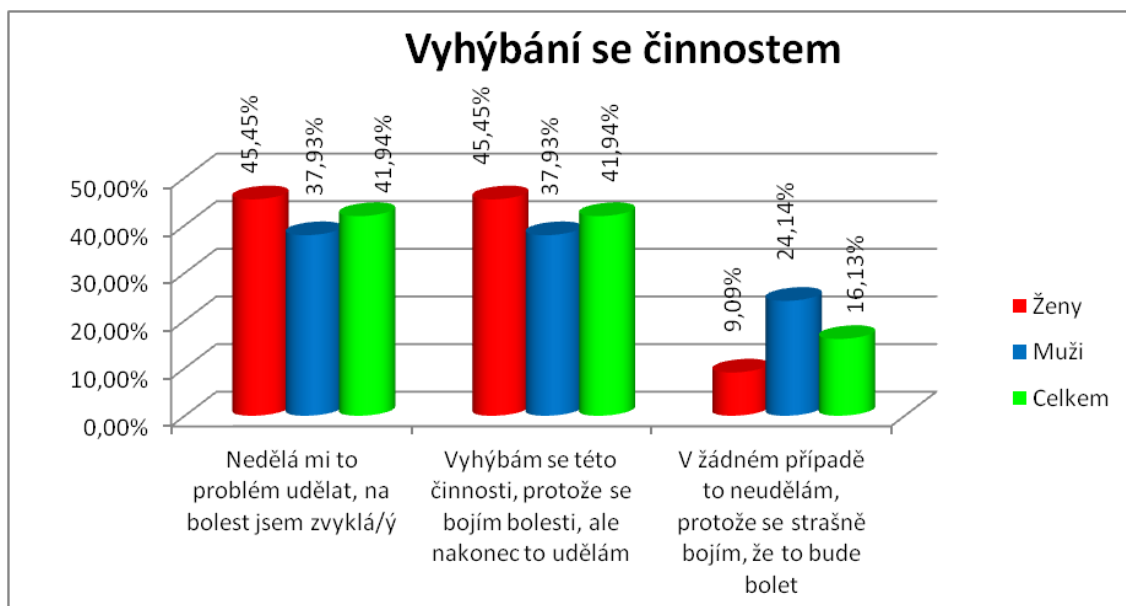
Obr. č. 11



Položka č. 13 – Vyhýbání se činností

Ze zkoumaného souboru odpovědělo 26 (41,94 %) pacientů, že jim bolestivou činnost/pohyb nedělá problém vykonat, protože si na bolest zvykli. 26 (41,94 %) pacientů uvedlo, že se těmto činnostem vyhýbají, ale nakonec ji vykonají a 10 (16,13 %) pacientů uvedlo, že bolestivou činnost/pohyb v žádném případě nevykonají z důvodu strachu z bolesti. Z celkového počtu dotazovaných žen (n = 33) jich 15 (45,45 %) uvedlo, že jim bolestivou činnost/pohyb nedělá problém udělat, protože si na bolest zvykli. 15 (45,45 %) žen uvedlo, že se těmto činnostem vyhýbají, ale nakonec ji vykonají a 3 (9,09 %) ženy uvedly, že bolestivou činnost/pohyb v žádném případě nevykonají z důvodu strachu z bolesti. Z celkového počtu dotazovaných mužů (n = 29) jich 11 (37,93 %) uvedlo, že jim bolestivou činnost/pohyb nedělá problém udělat, protože si na bolest zvykli. 11 (37,93 %) mužů uvedlo, že se těmto činnostem vyhýbají, ale nakonec ji vykonají a 7 (24,14 %) mužů uvedlo, že bolestivou činnost/pohyb v žádném případě nevykonají z důvodu strachu z bolesti.

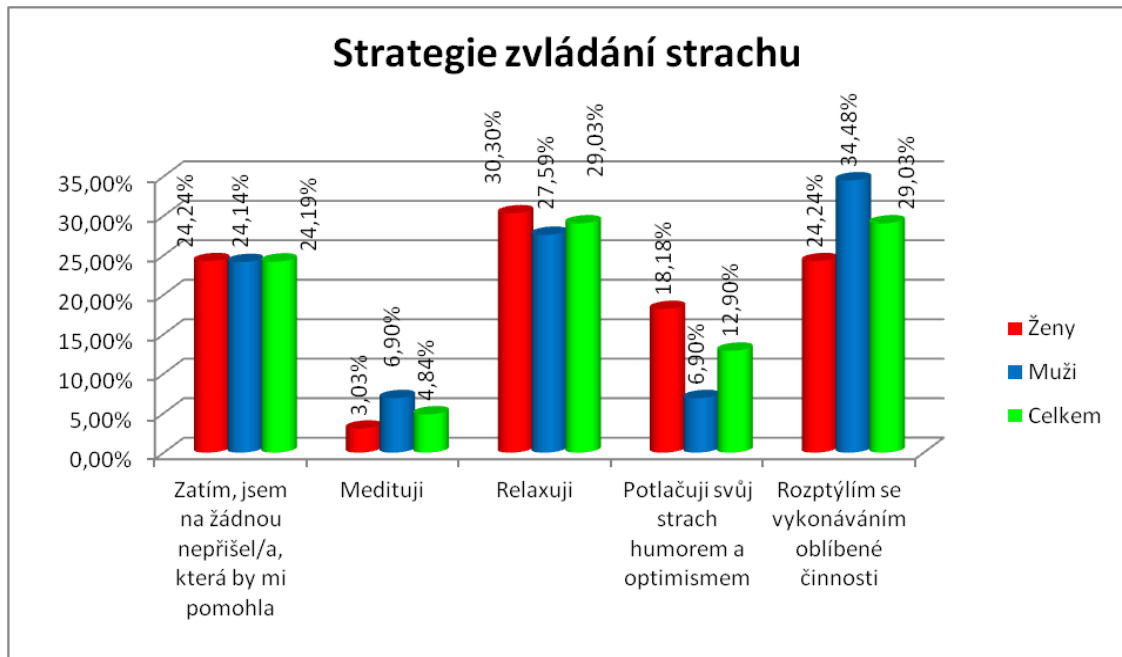
Obr. č. 12



Položka č. 14 – Strategie zvládání strachu

Z celkového počtu respondentů (n = 62; 100 %) odpovědělo 15 (24,19 %), že na žádnou strategii, která by jim pomohla zatím nepřišli, 3 (4,84 %) pacienti uvedli, že při strachu meditují, 18 (29,03 %) pacientů relaxuje, odpověď „potlačuji svůj strach humorem a optimismem“ byla označena 8krát (12,90 %) a 18 (29,03 %) respondentů uvedlo, že se rozptýlí vykonáváním oblíbené činnosti.

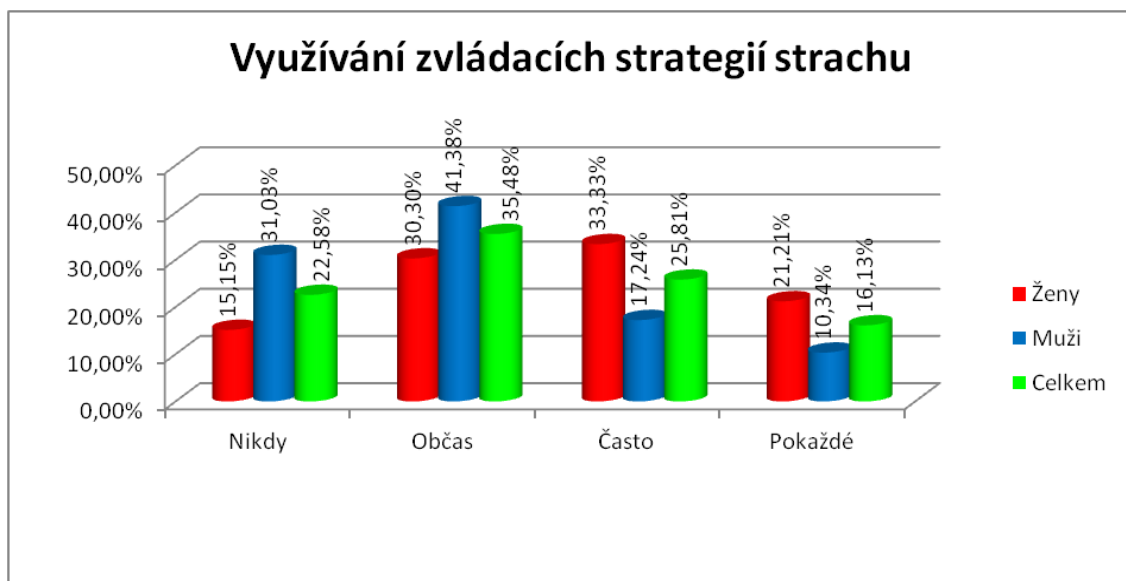
Obr. č. 13



Položka č. 15 – Využívání zvládacích strategií strachu

Ženy (n = 33) odpověděly, že své zvládací strategie nikdy nepoužijí v 5 (15,15 %) případech, v 10 (30,30 %) případech byla označena odpověď občas, v 11 (33,33 %) případech byla označena odpověď často a 7 (21,21 %) žen uvedlo, že své zvládací strategie používají pokaždé. Muži (n = 29) označili odpověď nikdy 9krát (31,03 %), odpověď občas 12krát (41,38 %), často své zvládací strategie používá 5 (17,24 %) mužů a 3 (10,34 %) muži je používají pokaždé.

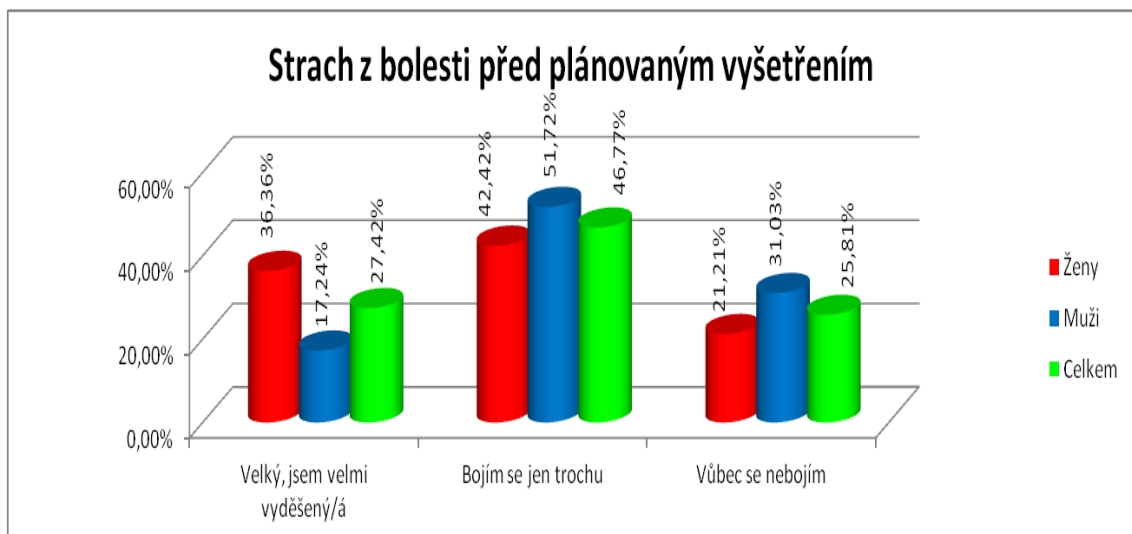
Obr. č. 14



Položka č. 16 – Strach z bolesti před plánovaným vyšetřením

Z celkového počtu dotazovaných (n = 61; 100%) uvedlo 29 (46,77 %), že se trochu bojí, 17 (27,42 %) pacientů je velmi vyděšeno a 16 (25,81 %) pacientů se vůbec nebojí. Dotazované ženy odpověděly, že mají velký strach 12krát (36,36 %), 14krát (42,42 %) uvedly, že se bojí trochu a 7krát (21,21 %), že se nebojí vůbec. Muži uvedli velký strach v 5 (17,24 %) případech, 15 (51,72 %) mužů uvedlo, že se trochu bojí a 9 (31,03 %) mužů se vůbec nebojí.

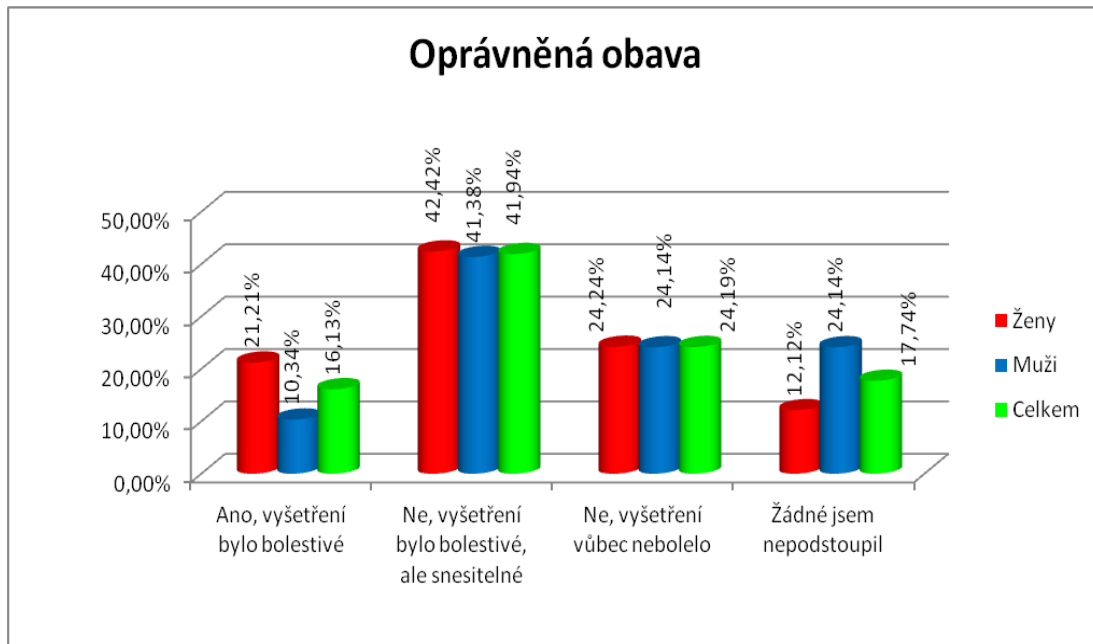
Obr. č. 15



Položka č. 17 – Oprávněná obava

Z 62 respondentů uvedlo 26 (41,94 %), že jejich obava před lékařským vyšetřením nebyla oprávněná, protože bylo snesitelné, i když bolestivé, 15 (24,19 %) respondentů uvedlo, že vyšetření vůbec nebolelo a tak obava taktéž nebyla oprávněná, 10 (16,13 %) pacientů uvedlo, že jejich obava oprávněná byla, protože vyšetření bylo bolestivé a 11 (17,74 %) respondentů žádné takové vyšetření nepodstoupilo.

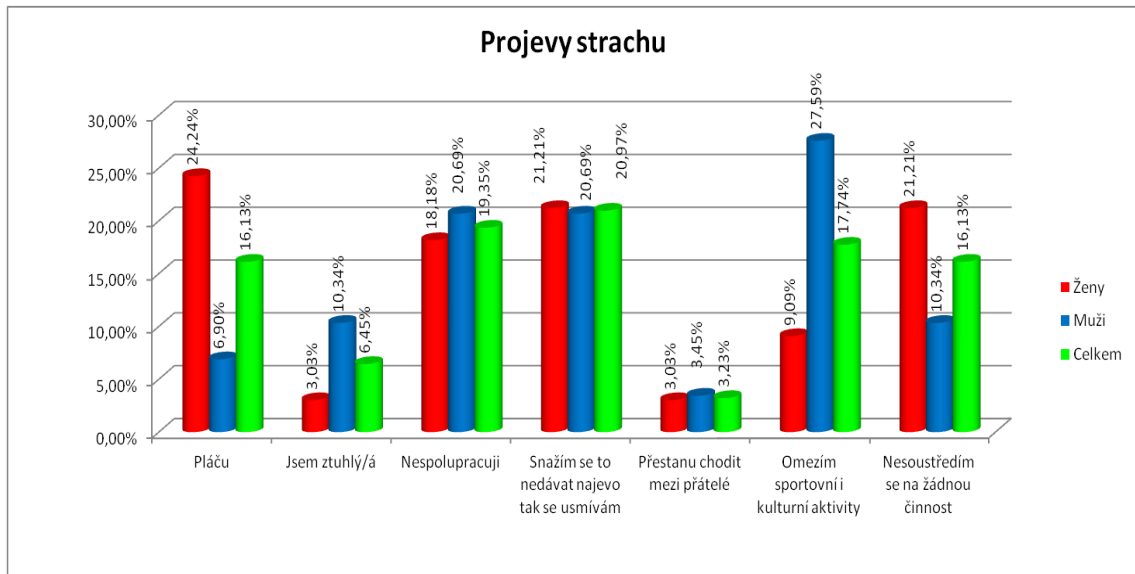
Obr. č. 16



Položka č. 18 – Projevy strachu z bolesti

Z celkového počtu respondentů ($n = 62$; 100 %) odpovědělo 13 (20,97 %) z nich, že se svůj strach snaží nedávat najevo, 12 (19,35 %) respondentů odpovědělo, že ve strachu nespolupracuje, 11 (17,74 %) respondentů ze strachu z bolesti omezuje sportovní i kulturní aktivity, 10 (16,13%) pacientů označilo, že pláče, stejný počet pacientů se nesoustředí na žádnou činnost, 4 (6,45 %) respondenti odpověděli, že když mají strach, tak jsou ztuhlí a 2 (3,23 %) respondenti uvedli, že přestanou chodit mezi přátele. Z celkového počtu žen ($n = 33$), jich 8 (6,13 %) uvedlo, že pláče, 7 (21,21%) žen se strach z bolesti snaží nedávat najevo, 7 (21,21%) žen se nesoustředí na žádnou činnost, 6 (18,18 %) žen nespolupracuje, 3 (9,09 %) ženy omezí sportovní i kulturní aktivity, 1 (3,03 %) žena uvedla, že celá ztuhne a stejně tak 1 žena uvedla, že přestane chodit mezi přátele. Muži ($n = 29$) ze strachu z bolesti omezí sportovní i kulturní aktivity v 8 (27,59 %) případech, v 6 (20,69 %) případech nespolupracují a snaží se svůj strach nedávat najevo, 3 (10,34 %) muži uvedli, že jsou celí ztuhlí a stejný počet mužů odpověděl, že se nesoustředí na žádnou činnost, 1 (3,45 %) muž přestane chodit mezi přátele.

Obr. č. 17



3.5.2 Výsledky dotazníku Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III)

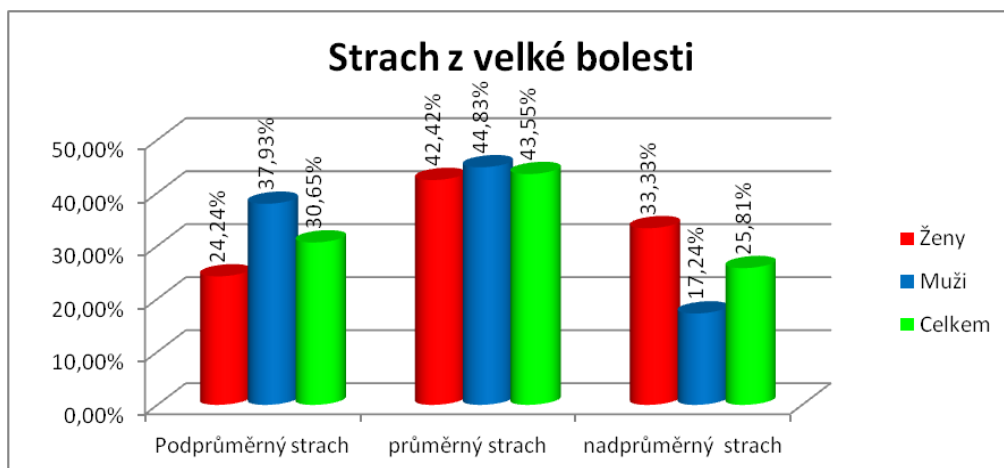
Dotazník FPQ měří tři proměnné: strach z velké bolesti, strach z malé bolesti a strach z lékařských výkonů

Strach z velké bolesti

Strach z velké bolesti měřili položky č. 2, 4, 5, 8, 10 a 14. Z 62 (100 %) respondentů mělo podprůměrný strach z velké bolesti 19 (30,65%) pacientů, z toho 8 bylo žen a 11 mužů, průměrný strach z velké bolesti mělo 27 (43,55%) pacientů z toho 14 bylo žen a 13 mužů a nadprůměrný strach z velké bolesti mělo 16 (25,81%) dotazovaných z toho 11 žen a 5 mužů.

Z této analýzy vyplývá, že ze zkoumaného souboru, měly nadprůměrný strach z velké bolesti více ženy než muži.

Obr. č. 18

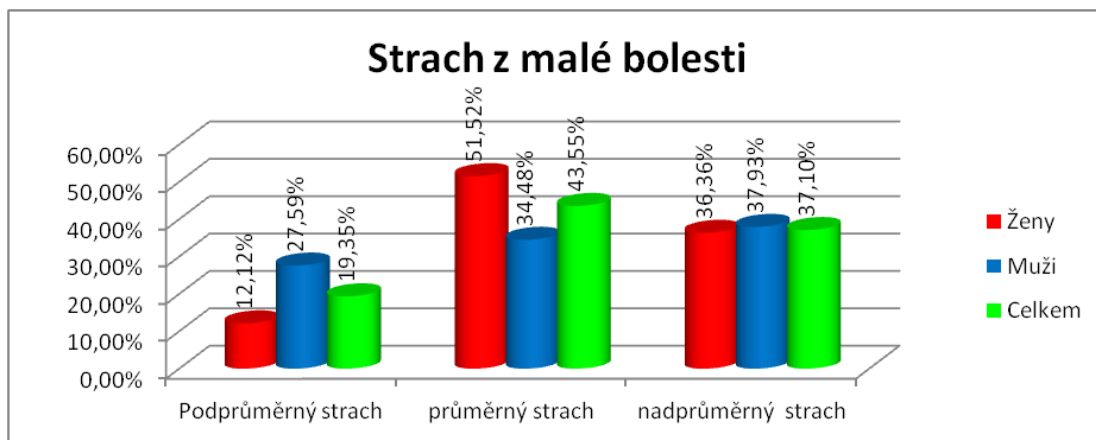


Strach z malé bolesti

Strach z velké bolesti měřili položky č. 1, 3, 12, 16, 17, 18, 20, 21 a 23. Z 62 (100 %) respondentů mělo podprůměrný strach z malé bolesti 12 (19,35%) pacientů, z toho 4 ženy a 8 mužů, průměrný strach z malé bolesti mělo 27 (43,55%) pacientů z toho 17 bylo žen a 10 mužů a nadprůměrný strach z malé bolesti mělo 23 (37,10%) respondentů z toho 12 žen a 11 mužů.

Z této analýzy vyplývá, že ze zkoumaného souboru, měly nadprůměrný strach z malé bolesti více ženy než muži.

Obr. č. 19

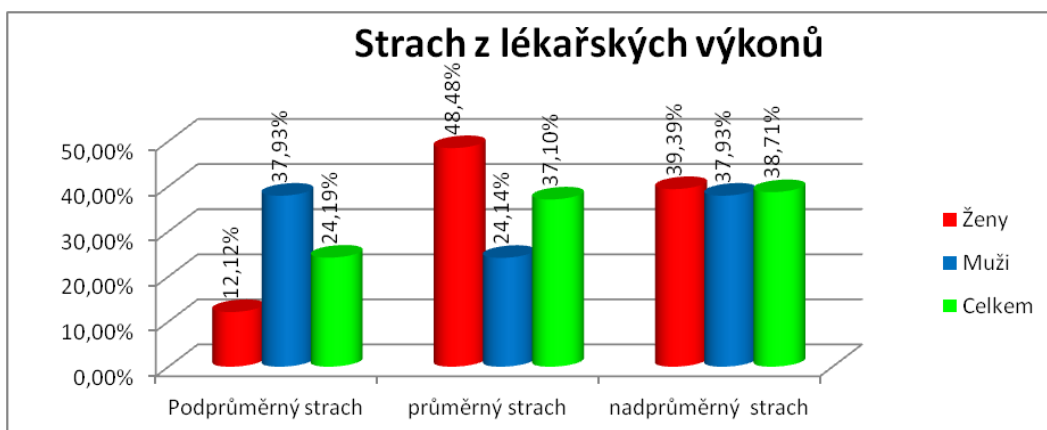


Strach z lékařských výkonů

Strach z lékařských výkonů měřili položky č. 6, 7, 9, 11, 13, 15, 19 a 22. Z 62 (100 %) respondentů mělo podprůměrný strach z lékařských výkonů 15 (24,19%) pacientů, z toho 4 ženy a 11 mužů, průměrný strach z lékařských výkonů mělo 23 (37,10%) pacientů z toho 16 bylo žen a 7 mužů a nadprůměrný strach z lékařských výkonů mělo 24 (38,71%) respondentů z toho 13 žen a 11 mužů.

Z této analýzy vyplývá, že ze zkoumaného souboru, měly nadprůměrný strach z lékařských výkonů více ženy než muži.

Obr. č. 20



Celkové vyhodnocení

Nejvíce pacientů z celkového počtu 62 (100 %) mělo průměrný strach z velké bolesti - 27 (43,55%) osob, také průměrný strach z malé bolesti udávalo 27 (43,55%) osob. Nejméně bylo zastoupeno pacientů s podprůměrným strachem z malé bolesti - 12 (19,35%) osob.

Podprůměrný strach z velké bolesti	Průměrný strach z velké bolesti	Nadprůměrný strach z velké bolesti	Podprůměrný strach z malé bolesti	Průměrný strach z malé bolesti	Nadprůměrný strach z malé bolesti	Podprůměrný strach z lékařských výkonů	Průměrný strach z lékařských výkonů	Nadprůměrný strach z lékařských výkonů
19	27	16	12	27	23	15	23	24
30,65%	43,55%	25,81%	19,35%	43,55%	37,10%	24,19%	37,10%	38,71%

3.5.3 Výsledky dotazníku strachu a pozorování bolesti FOPI

Bylo otestováno, zda muži a ženy mají rozdílný strach z bolesti, respektive, zda bolest odlišně pozorují. Na strach z bolesti se vztahovaly položky č. 1, 3, 5, 6, 8, 9 a 11 a na pozorování bolesti se vztahovaly položky č. 2, 4, 7 a 10. Na daném datovém vzorku nebyla na 5% hladině shledána statisticky významná závislost strachu z bolesti (respektive pozorování bolesti) na pohlaví respondentů. Vypočtené hodnoty t-statistiky a p-hodnoty se vztahují k oboustranné alternativní hypotéze.

	Celý soubor n=62		Muži n=29		Ženy n=33		t-test df=60	
	M	SD	M	SD	M	SD	t-statistka	p-hodnota
Strach z bolesti	13,35	6,79	14,14	6,74	12,67	6,86	-0,85	0,40
Pozorování bolesti	8,50	4,17	8,69	3,96	8,33	4,40	-0,34	0,74

Vyhodnocení, zda naměřené hodnoty spadají do stanovené normy pro dotazník strachu a pozorování FOPI, provedeme následujícím způsobem. Na základě střední hodnoty a směrodatné odchylky stupně strachu z bolesti (respektive pozorování bolesti), zkonstruujeme 95% oboustranný konfidenční interval a to pro ženy i muže zvlášť. Následně porovnáme, zda hodnoty z naší studie spadají do takto vykonstruované normy.

Ženy	Splňuje normy pro pozorování bolesti	Nesplňuje normy pro pozorování bolesti	Celkem
Splňuje normy pro strach z bolesti	11	17	28
Nesplňuje normy pro strach z bolesti	0	5	5
Celkem	11	22	33

Muži	Splňuje normy pro pozorování bolesti	Nesplňuje normy pro pozorování bolesti	Celkem
Splňuje normy pro strach z bolesti	14	8	22
Nesplňuje normy pro strach z bolesti	0	7	7
Celkem	14	15	29

K nesplnění normy došlo ve všech případech, díky nižší než průměrné míře strachu z bolesti (respektive pozorování bolesti). Žádný z respondentů tedy nevedl vysoce nadprůměrnou míru strachu či pozorování bolesti ve srovnání se stanovenou normou (Knotek, 2009).

3.6 Diskuse

Tato bakalářská práce se věnuje problematice strachu z bolesti a s ním spojeným vyhýbavým chováním. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v intenzitě strachu a vyhýbavého chování v závislosti na pohlaví, věku a aktuální bolesti pacientů s kloubním onemocněním, a dále zmapovat nejpoužívanější strategie ke zvládnutí strachu. Pomocí dotazníkového šetření jsme zjišťovali, nejen v jakých činnostech pacienti pocítují největší intenzitu strachu z bolesti, ale také jak se tento strach u nich projevuje a jak se mu snaží předejít. Všechny tyto aspekty jsme porovnávali mezi muži a ženami a mezi osobami mladšími padesáti let a osobami staršími tohoto věku. Distribuce dotazníků probíhala v ordinaci praktické lékařky MUDr. Heleny Trtkové Říhové v Karlových Varech a ve FN Motol na Klinice dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. lékařské fakulty UK a na Oddělení revmatologie dětí a dospělých za souhlasu paní Mgr. Jany Novákové, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Zamrzela mě návratnost dotazníků 59,23 %, nicméně navrácený počet dotazníků byl k mému výzkumu dostačující.

Mého výzkumu se zúčastnilo 33 žen a 29 mužů. Nejvíce pacientů (45,16 %) mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Průměrný věk celého souboru činil po zaokrouhlení 55 let. Největší počet osob 27 (37,10 %) udávalo dobu trvání potíží mezi 1 až 5 lety, přičemž 22 (35,48 %) pacientů mělo problémy s koleny, 19 (30,65 %) pacientů mělo potíže s kyčelními klouby a 10 (16,13 %) pacientů mělo nemocné malé klouby rukou. Ženy (57,58 %) udávaly větší aktuální intenzitu bolesti než muži. Dále jsem ve svém výzkumu zjistila, že nejvíce - 19 (30,65 %) respondentů provází při obavách pocit sevřeného žaludku a druhým nejčastějším projevem obav jsou zažívací obtíže, které uvedlo 14 (22,58 %) respondentů.

Vezmeme-li v úvahu podíl mužů a žen, je pro mne překvapením, že u otázky č. 10, která zjišťovala intenzitu strachu z bolesti při každodenních činnostech, muži pocítvali větší intenzitu strachu než ženy ve všech nabízených činnostech – v osobní hygieně, oblékání, vaření, chůzi do schodů a chůzi ze schodů. Ženy naopak více uváděly nadprůměrný strach z velké a malé bolesti a strach z lékařských výkonů v dotazníku FPQ. Mohu tedy říci, že nadprůměrné hodnoty strachu v dotazníku FPQ nesouvisí se subjektivní intenzitou strachu, kterou pacienti udávali na numerické škále. Mohu však také říci, že nadprůměrné hodnoty strachu v dotazníku FPQ mohou souviset se subjektivní intenzitou bolesti, která byla větší u žen než u mužů.

Dalším zjištěním bylo, že pro pacienty s onemocněním kloubů je z domácích prací nejvíce bolestivé vytírání (22,58 %), dále mytí nádobí a věšení prádla (32,26 %). Potěšující zjištění je, že více než polovina pacientů si našla strategii jak zvládat svůj strach. Nejvíce pacientů - 18 (29,03 %) uvedlo, že proti strachu využívají relaxaci, stejný počet pacientů se naopak snaží rozptýlit vykonáváním své oblíbené činnosti. 15 (24,19 %) pacientů však nepřišlo na žádnou strategii, která by jim pomohla strach zmírnit.

3.6.1 Výsledky testování pracovních hypotéz

V této části budu prezentovat výsledky testování pracovních hypotéz a následně je porovnávat s dříve realizovanými výzkumy.

H1: Lze předpokládat, že ženy udávají větší intenzitu strachu z bolesti než muži.

H₀: Ženy a muži udávají stejnou intenzitu strachu.

H_A: Ženy udávají větší intenzitu strachu než muži.

Průměrná intenzita strachu - ženy	Průměrná intenzita strachu - muži
2,460	2,295

Nejprve byla spočítána průměrná intenzita strachu ve všech aktivitách pro každého respondenta. Následně byli respondenti rozděleni na muže a ženy a byla otestována hypotéza pomocí t-testu.

T- statistika	Sv	P-hodnota
-0,921	50,419	0,1807

$0,1807 > 0,05$

Zamítáme alternativní hypotézu. Na 5% hladině se neprokázala statisticky významná závislost intenzity strachu na pohlaví respondentů. **Hypotézu číslo 1 tedy nemůžeme přijmout.**

H2: Lze předpokládat, že muži a ženy nepoužívají zvládací strategie strachu stejně často.

H₀: Ženy a muži používají zvládací strategie strachu stejně často.

H_A: Ženy a muži používají zvládací strategie strachu různě často.

Chí-kvadrát	Sv	P-hodnota
4,937	3	0,1765

$$0,1765 > 0,05$$

Zamítáme alternativní hypotézu. Na 5% hladině neexistuje statisticky významný vztah mezi používáním zvládacích strategií strachu a pohlavím respondentů. **Hypotézu číslo 2 tedy nemůžeme přijmout.**

H3: Lze předpokládat, že osoby udávající větší intenzitu bolesti, zároveň udávají větší intenzitu strachu.

H₀: Intenzita bolesti nezávisí na intenzitě strachu.

H_A: Intenzita bolesti závisí na intenzitě strachu.

Chí-kvadrát	Sv	P-hodnota
2,1047	2	0,3491

$$0,3491 > 0,05$$

Zamítáme alternativní hypotézu. Na 5% hladině neexistuje statisticky významný vztah mezi intenzitou strachu a intenzitou bolesti. **Hypotézu číslo 3 tedy nemůžeme přijmout.**

H4: Lze předpokládat, že pacienti nad padesát let budou udávat vyšší intenzitu strachu než pacienti do padesáti let.

H₀: Lidé ve věku padesáti let a starší udávají stejnou intenzitu strachu jako lidé mladší padesáti let.

H_A: Lidé ve věku padesáti let a starší udávají větší intenzitu strachu než lidé mladší padesáti let.

Průměrná intenzita strachu – mladší 50 let	Průměrná intenzita strachu – starší 50 let
2,107	2,545

Nejprve byla spočítána průměrná intenzita strachu ve všech aktivitách pro každého respondenta. Následně byli respondenti rozděleni podle věku a byla otestována hypotéza pomocí t-testu.

T- statistika	Sv	P-hodnota
-2,336	36,08	0,0126

$$0,0126 < 0,05$$

Nezamítáme alternativní hypotézu. Na 5% hladině se prokázala statisticky významná závislost intenzity strachu na věku respondentů: lidé ve věku padesáti let a starší udávají větší intenzitu strachu než lidé mladší padesáti let. **Hypotézu číslo 4 tedy můžeme přijmout.**

H5: Lze předpokládat, že muži se bolestivým činnostem/pohybům vyhýbají více než ženy.

H₀: Muži a ženy se vyhýbají bolestivým činnostem a pohybům stejně často.

H_A: Muži a ženy se vyhýbají bolestivým činnostem a pohybům různě často.

Chí-kvadrát	Sv	P-hodnota
2,5835	1	0,2748

$0,2748 > 0,05$

Zamítáme alternativní hypotézu. Na 5% hladině neexistuje statisticky významný vztah mezi pohlavím respondentů a vyhýbáním se bolestivým činnostem a pohybům. **Hypotézu číslo 5 tedy nemůžeme přijmout.**

3.6.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými výzkumy

Prací s podobným tématem není mnoho. Jednou z prací, ve které byl použit dotazník FPQ je bakalářská práce Bc. Ivety Hylčerové z Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze, která v roce 2007 obhájila svou bakalářskou práci s názvem: „Úloha strachu při invazivních zákrocích.“ Vedoucím této práce byl Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Hylčerová se ve své práci snažila zmapovat strach u nemocných s diagnózou syndrom karpálního nebo kubitálního kanálu v souvislosti s invazivním zákrokem. Její výzkum se uskutečnil u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na neurochirurgické klinice na třech standardních odděleních dospělých v období ledna až dubna 2007. Ke svému výzkumu použila 2 vlastní dotazníky a dotazník strachu z bolesti FPQ-III v české verzi, jehož výsledky z výzkumu Hylčerové porovnáme se svými. Zajímavostí je, že překladatelem dotazníku FPQ-III do české verze je autorčin vedoucí práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Hylčerová oslovila celkem 60 pacientů z toho 41 žen (68%) a 19 mužů (32%), návratnost dotazníků byla 100% (Hylčerová, 2007).

Ke srovnání výsledků u dotazníku strachu z bolesti FPQ-III jsem také využila časopis *Bolest*, kde výzkumná studie z Kanady a Finska uvádí, že intenzita strachu z bolesti je u žen vyšší než u mužů, což odpovídá i výzkumu Hylčerové. V mém výzkumu nebyly rozdíly intenzity strachu mezi pohlavími natolik patrné, že se tato hypotéza nepotvrdila.

V práci Hylčerové mělo podprůměrný strach z velké bolesti 15 mužů a 10 žen (42%), z malé bolesti 17 mužů a 12 žen (48%) a z lékařských výkonů 10 mužů a 12 žen (37%). Nadprůměrný strach z velké bolesti vyšel 15 ženám a žádnému muži (25%), nadprůměrný strach z malé bolesti vyšel 18 ženám (30%), opět žádnému muži a nadprůměrný strach z lékařských výkonů vyšel 8 ženám a 2 mužům (17%).

V mém zkoumaném vzorku mělo podprůměrný strach z velké bolesti 8 žen a 11 mužů, z malé bolesti 4 ženy a 8 mužů a z lékařských výkonů 4 ženy a 11 mužů. Nadprůměrný strach z velké bolesti mělo 11 žen a 5 mužů, z malé bolesti 12 žen a 11 mužů a z lékařských výkonů 13 žen a 11 mužů.

Výzkum Hylčerové potvrdil, že ženy se bojí více než muži, ale upozorňuje, že to může být způsobeno tím, že muži svůj strach nepřiznají. Také v mém souboru měly ženy více nadprůměrný strach z velké i malé bolesti a z lékařských výkonů.

Z výsledků dotazníku strachu a pozorování bolesti FOPI, jehož standardizace byla provedena na souboru 174 pacientů Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol, kde soubor zahrnoval 71 mužů a 103 žen, je zřejmé, že žádný z respondentů v mém zkoumaném souboru, nevedl vysoce nadprůměrnou míru strachu či pozorování bolesti ve srovnání se stanovenou normou (Knotek, 2009).

Strach z bolesti je nejvýraznější složkou celkových obav, celkového strachu z výkonu, který má pacient podstoupit.

Finský výzkum (Heikkilä et al., 1999) se zaměřil na strach pacientů z koronární arteriografie a zavedení bypassu. Delší sledování ukázalo, že ženy během celé studie udávaly v průměru vyšší intenzitu prožívaného strachu než muži. Proměny intenzity prožívaného strachu mezi muži a ženami se nejvíce lišily ve třech proměnných: strachu z bolesti, strachu z toho, že personál nebude mít dost času na pacienta a z toho, že personál bude diskutovat o pacientově zdravotním stavu bez jeho přítomnosti (pacient nebude dostatečně informován o změnách svého zdravotního stavu). Studie současně

upozornila, že ne všechny rozdíly mezi muži a ženami v intenzitě strachu, jak je registrují různé výzkumy, lze jednoduše vysvětlit pohlavím pacientů. Ve hře může být i způsob léčby pacienta a míra jeho akceptování doporučené léčby.

Výsledky mého dotazníkového šetření jsou pro mě překvapením. Očekávala jsem, že ženy z mého vzorku budou udávat větší intenzitu strachu z bolesti než muži, ale rozdíly strachu u žen a mužů nebyly natolik patrné, aby tato hypotéza mohla být přijata. Větší intenzitu strachu prožívali pacienti starší padesáti let než pacienti mladší tohoto věku. Také mě mile překvapilo, že větší část dotazovaných si našla způsob jak svůj strach zvládat a naučila se tuto strategii používat.

4 ZÁVĚR

Proces bolesti zahrnuje komplexní fyziologické a psychické reakce, které se u každého člověka liší. Opakovanými zážitky bolesti jsou vyvolány závažné projevy negativních emocí, jako jsou strach a úzkost. Obavy z možné bolesti mohou změnit práh bolesti člověka a jeho toleranci.

V teoretické části jsem se věnovala popisu bolesti, tomu, jak ji vnímáme a jak se chováme, když ji pociťujeme. Dále jsem vymezila pojmy, jako jsou strach, úzkost a vyhýbavé chování a věnovala se metodám hodnocení strachu z bolesti a strategiím, jak jej zvládnout. Také jsem představila čtyři modely vztahů mezi strachem a chronickou bolestí - kognitivně-behaviorální model Philipsové, afektivně-behaviorální model Asmundsona a Taylora, model strachu z bolesti a vyhýbání se bolesti Lethema a model strachu z chronické bolesti Vlaeyena a Lintona.

Cíle, které byly stanoveny pro mou bakalářskou práci, byly splněny. Ze stanovených pěti hypotéz se potvrdila jedna a to, že intenzita strachu z bolesti je větší u pacientů starších padesáti let než u pacientů mladších tohoto věku. Z mého zkoumaného souboru respondentů se nepotvrdil vztah mezi intenzitou strachu z bolesti a pohlavím. Také intenzita bolesti pacienta neurčuje intenzitu strachu z ní. Dále jsem zjistila, že četnost vyhýbání se činností nebo pohybům, které pacientovi způsobují bolest, nezávisí na pohlaví. Využívání strategií, které pomáhají strach zvládat nebo mu předcházet, dle mého výzkumu rovněž nezávisí na pohlaví jedince. Výzkumného šetření se zúčastnili pacienti s onemocněním kloubů a to s artrózou či artritidou, velikost zkoumaného vzorku mi však neumožňuje aplikovat výsledky na celou populaci těchto pacientů. Pro získání výzkumných dat byly zvoleny tři dotazníkové metody – vlastní nestandardizovaný dotazník, standardizovaný dotazník strachu z bolesti Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III) v české verzi a dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI.

V současné době lze strach z bolesti spolehlivě diagnostikovat, není však dostatek výzkumných dat o strachu z bolesti ve vztahu k typům bolesti, typům lidí nebo typům nemocí. Je málo informací o prevenci strachu z bolesti a nejvhodnějších zásahových postupech, když už strach nastupuje.

Efektivně v krátkodobém horizontu na snížení strachu z bolesti může posloužit obranné chování. To může sloužit k posílení maladaptivního vnímání bolesti, což

zvyšuje pravděpodobnost, že budoucí vnímání bolesti, bude považováno katastrofálně a podporovat další strach z bolesti. Jedinec, který bude cítit, že nemá kontrolu nad svou bolestí, si bude vytvářet katastrofické vize o důsledcích bolestivé epizody i situace, která by mohla jeho bolest zhoršit.

Strach z bolesti je novou oblastí, která by měla zvýšit pozornost nejen lékařům a psychologům, ale také všem sestřám, které jsou s pacientem v kontaktu nejčastěji. Ačkoli strach z bolesti existuje stejně dlouho, jako lidstvo samo, v popředí zájmu společnosti je na samém počátku. Toto důležité téma by mělo vstoupit do každodenních klinických úvah zdravotníků. To je zřejmě jedinou šancí, že nebude s přibývajícimi léty našich pacientů strach z bolesti narůstat.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AL ABSI, M. and ROKKE, P.D. (1991). *Can anxiety help us tolerate pain?* *Pain*, 43-51.
2. ASMUNDSON, Gordon j.g., Johan w.s. VLAHEYEN a Geert CROMBEZ. *Understanding and treating fear of pain*. united states: oxford, 2004. ISBN 0198525141.
3. ASMUNDSON, G.J.G. – NORTON, P.J. – VLAHEYEN, J.W.S. *Fear-avoidance models of chronic pain: An overview*. In Asmundson, G.J.G., Vlaeyen, J.W.S., Crombez, G. (eds.). *Understanding and treating fear of pain*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004. Kapitola 1. S. 3-24. ISBN 0198525141.
4. ASMUNDSON, G.J.G. – NORTON, P.J. – NORTON, G.R. *Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity*. *Clinical psychology review*, 1999, vol. 19, no. 1, s. 97- 119.
5. ASMUNDSON GJ, TAYLOR, S. *Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance*. *J Behav Med* 1996; 19: 577-586.
6. BANDURA, A. *Self – efficacy: toward a unifying theory of behavioral chase*. *Psychological review*, 1977, 84, s. 191-215.
7. BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its Disorders, 2nd ed.* New York, NY: Guilford Press.
8. BECK, A.T., STEER, R.A. *Manual for revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1987.
9. BLOCK, A., KREMER, E., and GAYOR, M. (1980). *Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior*. *Pain*, 9,243-52.
10. BOOS, N., RIEDCR, R., SCHADC, V., SPRATT, K.F., SEMNCR, N., and AEBI, M. (1995). *The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception and psychosocial factors in identifying symptomatic disk herniations*. *Spine*, 2D, 2613-25.
11. CROMBEZ, G.,VERVAET,L., LYSSENS, R., ECLLEN, P., and BAEYENS, F. (1996). *Do pain expectancies cause pain in chronic low back patients? A clinical investigation*. *Behaviour Research and Therapy*, 34,919-26.
12. ECCLESTON, C. – CROMBEZ, G. *Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain*. *Psychological Bulletin*, 1999, vol. 125, no. 3, s. 356-366.
13. EYSENCK, M.W. *Anxiety and cognition. A unified theory*. Hove, Psychology Press 1997, 200 s.

14. FLOR, H., TURK, D.C., BIRBAUMER, N. (1985). *Assesment of stress-related responses in chronic back pain patiens*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 354-64.
15. FLOR, H., BIRBAUMER,N., SCHUGCNS, M.M., and LUTZENBERGER, W. (1992). *Symptom-specific psychophysiological responses in chronic pain patients*. Psychophysiology, 29,452-60.
16. FLOR, H., BREITENSTEIN, C, BIRBAUMER, N., and FÜRST, M. (1995). *A psychophysiological analysis of spouse solid to us n ess towards pain behaviors, spouse interaction and pain perception*. Behavior Therapy 26,255-72.
17. FORDYCE, W.E. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. 1st ed. Saint Louis: The C.V.Mosby Company, 1976. ix, 236 s. ISBN 0801616212.
18. FROMBACH, I. – ASMUNDSON, G. – COX, B. *Confirmatory factor analysis of the far Questionnaire in injured workers with chronic pain*. Depression and anxiety, 1999, 9, s. 117 – 121.
19. GRAY, JA. and MCNAUGHTON, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Function of the Septo-hippocampal System*, 2nd edn., New York, NY: Oxford University Press.
20. HAKL, Marek a kol., 2011. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.
21. HEIKKILA J, PAUNONEWN M, VIRTANEN V, LAIPPALA L. *Gender differences in fear related to coronary arteriography*. Heart Lung 1999; 28/1: 20-30.
22. HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 180 s. ISBN 8072623672.
23. HYLČEROVÁ, Iveta. *Úloha strachu při invazivních zákrocích*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2007. 82 s. Vedoucí bakalářské práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
24. JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 203 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3673-666.
25. KEEFE, Francis J., Tamara J. SOMERS a Sejal M. KOTHADIA. *Coping with Pain*. Pain clinical updates. 2009, XVII, č. 5. ISSN 1083-0707.
26. KNOTEK, P., FRGAL J., POKORNÝ D., ŠIMOVÁ M., ŠÍPEK J. *Dvoudimenzionální systém hodnocení psychogenních rizik Aktivity*. Conference of the Psychiatrics Research Institute Proceedings. Praha, VÚPs, 1986 pp. 64-6.
27. KNOTEK, P., ŽALSKÝ, M. *Škála bolestivého chování*. Bolest. 2002; 2: 117-22.
28. KNOTEK, P. *Fear of chronic pain: intervening process between pain, pain Belin and chase of affects?* In: Roussi P, Vassilaki E, Kaniasty K, Barker JD. 27 th SRAR Society Proceeding. Rethymnon: University of Crete, 2006, 13-15 July, pp. 180-88.

29. KNOTEK, Petr. *Dotazník copingu bolesti: restandardizace*. *Bolest*, 2005, Roč. 8, č. 2, s. 90-93. ISSN: 1212-0634
30. KNOTEK, Petr. *Dotazník strachu a pozorování bolesti: metoda měření počáteční fáze psychických změn při chronické bolesti*. *Bolest*, 2009, roč. 12, č. 1, s. 33-38. ISSN: 1212-0634.
31. KOLEKTIV AUTORŮ, 2009. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
32. KORI, S.H., MILLER, R.P., and TODD, D.D. (1990). *Kinisiophobia: A new view of chronic pain behavior*. *Pain Management*, Jan./Feb., 35-43.
33. LAZARUS and FOLKMAN (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
34. LETHEM J, SLAD, P. Troup, J. et al.: *Outline of fear-avoidance model of exaggerated pain perception I*. *Behav Res Ther* 1983; 21: 401-408.
35. LOUSBERG, R., SCHMIDT, A.J.M., and GROENMAN, N.H. (1992). *The relationship between spouse solicitousness and pain behavior: Searching for more experimental evidence*. *Pain*, 51, 75-9.
36. MAN, F. *A preliminary Czech vision of the Beck Depression Inventory – Short Form*. Technical report. České Budějovice: Univ. Of South Bohemia, 1987.
37. MAREŠ, Jiří. *Dítě a bolest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997, 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
38. MAREŠ, J. – JEŽEK, S. – SKORUNKA, D. – PEČENKOVÁ, J. *Diagnostika strachu z bolesti*. *Bolest*, 2002, roč. 5, č. 4, s. 235-243
39. MAREŠ, J. *Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy*. *Bolest*, 2002, 5, 1, s. 17 – 27.
40. MCCracken, L.M. – ZAYFERT, C. – GROSS, R.T. *The pain anxiety symptom scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain*. *Pain*, 1992, vol. 50, s. 67-73.
41. MCNEIL, D.W., RAINWATER A.J. *Development of the fear of Pain Questionnaire.III*. *Behavi Med*. 1998; 21: 389-410
42. NORTON, PJ. and ASMUNDSON, GJ.G. (2003). *Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal?* *Behavior Therapy*, 34,17-30.
43. OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. *Lexikon revmatologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.

44. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596.
45. PHILIPS, H. *Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain*. Behaviour Res Ther 1987; 25: 273-279
46. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.
47. RACHMAN S. *The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination*. Behavior Res Ther 1977; 15: 375-387.
48. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
49. REILLY, J. – BAKER, G. – RHODES, J. et al. *The Association of sexual and Psychological Abuse with Somatization: Characteristics of Patients Presenting with Irritable Bowel Syndrome and Non epileptic Attack Disorder*. Psychological medicine, 1999, 29, 2, s. 399 – 406.
50. RHUDY JL, MEAGHER MW. *Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds*. Pain 2000; 84: 1: 65-75.
51. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. obr. příl. ISBN 978-802-4730-127.
52. ROMANO, J.M., JENSEN, M.P., TURNER, JA., GOOD, A.B., and HOPS, H. (2000). *Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain*. Behavior Therapy, 31,415-40.
53. SHERMAN, Richard A, Marshall DEVOR a Kim HEERMANN-DO. *Phantom pain*. New York: Plenum Press, 1997, xii, 264 p. ISBN 03-064-5339-8.
54. SMEETS, G., de JONG, P.J, and MAYER, B. (2000). *If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: Do main-specific reasoning "bias" and hypochondriasis*. Behaviour Research and Therapy, 38,763-76.
55. SPIELBERG C.D., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press, 1983.
56. SPIELBERG C.D., *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, Research Edition, 1988.
57. STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 227 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-717-8553-9.

58. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
59. VLAEYEN, Johannes; LINTON, Steven J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 2000, 85.3: 317-332.
60. VLAEYEN, J.W.S., KOLE-SNIJDERS, A.M.K., BOEREN, R.G.B., and van EEK, H. (1995). *Fear of movement/(re)Indry in chronic low back pain its relation to behavioral performance*. *Pain*, 52, 157-68
61. VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 181 s. ISBN 8071788309.
62. VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
63. WADDELL, G. – NEWTON, M. – HENDERSON, I. et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 1993, vol. 52, s. 157-168.
64. WATSON, P.J., BOOKER, C.K., and MAIN, C.J. (1997). *Evidence for the role of psychological factors in abnormal paraspinal activity in patients with chronic low back pain*. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5,11-56.
65. WEISENBERG, M., AVIRAM, O., WOLIJ,Y., and RAPHAELI, N. (1984). *Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain*. *Pain*, 20,371-83.
66. WILLIAMS, D.A., THORN, B.E. *An empiricical assesment of pain beliefs*. *Pain*. 1989; 36: 351-58.
67. ZVADILOVÁ, R., KNOTEK, P. *Dotazník adaptace na chronickou bolest*. *Bolest*. 2006a; 9: 28-33.
68. ZVADILOVÁ, R., KNOTEK, P. *Dotazník sociálního copingu bolesti*. *Bolest*. 2006b; 9: 100-09.
69. ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Dot. Praha: Karolinum, 2011, 208 s. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. č. 1: Pohlaví respondentů
- Obr. č. 2: Dosažené vzdělání respondentů
- Obr. č. 3: Povolání respondentů
- Obr. č. 4: Délka trvání potíží
- Obr. č. 5: Postižené klouby
- Obr. č. 6: Intenzita bolesti
- Obr. č. 7: Úvaha operačního řešení
- Obr. č. 8: Projevy obav
- Obr. č. 9.1: Intenzita strachu při osobní hygieně
- Obr. č. 9.2: Intenzita strachu při oblékání
- Obr. č. 9.3: Intenzita strachu při vaření
- Obr. č. 9.4: Intenzita strachu z chůze do schodů
- Obr. č. 9.5: Intenzita strachu z chůze ze schodů
- Obr. č. 10: Nejvíce bolestivé domácí práce
- Obr. č. 11: Největší bolest
- Obr. č. 12: Vyhýbání se činností
- Obr. č. 13: Strategie zvládnutí strachu
- Obr. č. 14: Využívání zvládacích strategií strachu
- Obr. č. 15: Strach z bolesti před plánovaným vyšetřením
- Obr. č. 16: Oprávněná obava
- Obr. č. 17: Projevy strachu z bolesti
- Obr. č. 18: Strach z velké bolesti
- Obr. č. 19: Strach z malé bolesti
- Obr. č. 20: Strach z lékařských výkonů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Eysenckova čtyřfaktorová teorie úzkosti a strachu

Příloha č. 2: Model vyhýbání se chronické bolesti podle Phillipsové

Příloha č. 3: Model vyhýbání se chronické bolesti podle Asmundsona a Tylora

Příloha č. 4: Model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti podle Vlaeyena a Lintona

Příloha č. 5: Vlastní nestandardizovaný dotazník

Příloha č. 6: Česká verze dotazníku Fear of Pain Questionnaire, FPQ-III

Příloha č. 7: Dotazník strachu a pozorování bolesti FOPI

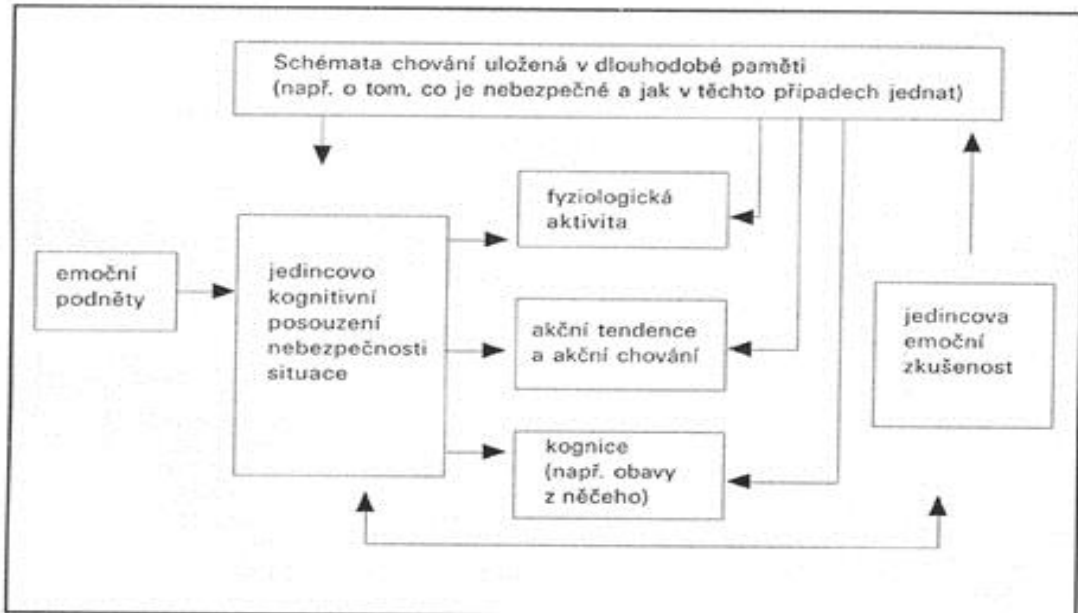
Příloha č. 8: Žádost o povolení dotazníkového šetření a souhlasné stanovisko

Příloha č. 9: Seznam tabulek

Příloha č. 10 : Tabulky

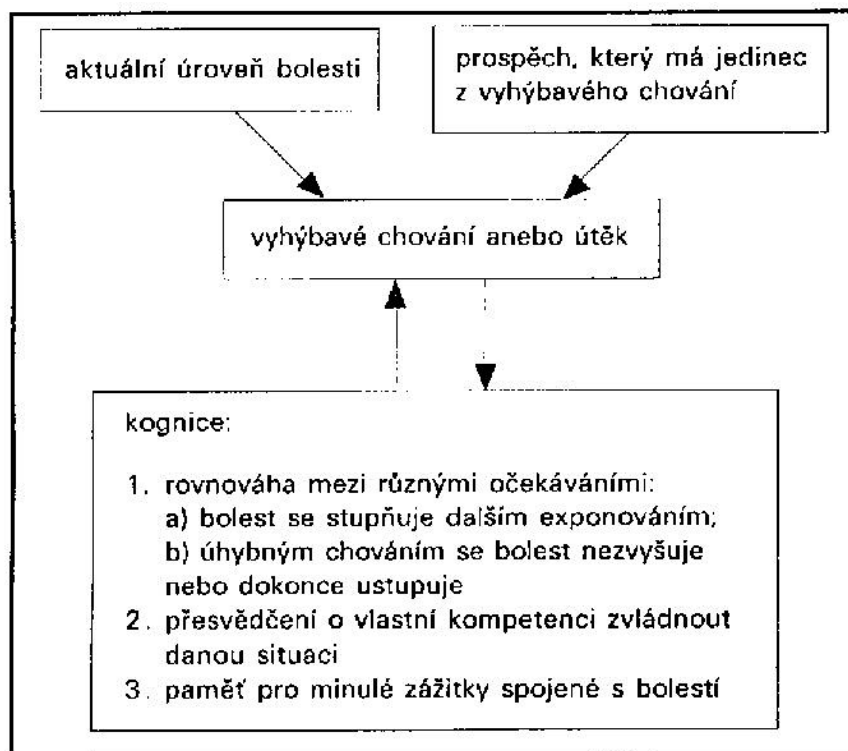
PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Eysenckova čtyřfaktorová teorie úzkosti a strachu



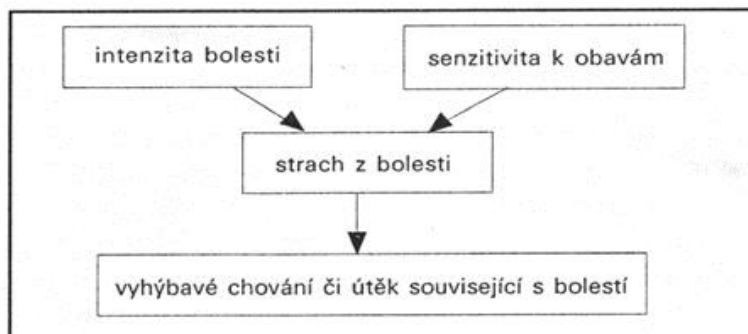
Obr. 1: Eysenckova čtyřfaktorová teorie úzkosti a strachu (Eysenck, 1997, s.39)

Příloha č. 2: Model vyhýbání se bolesti podle Philipsové



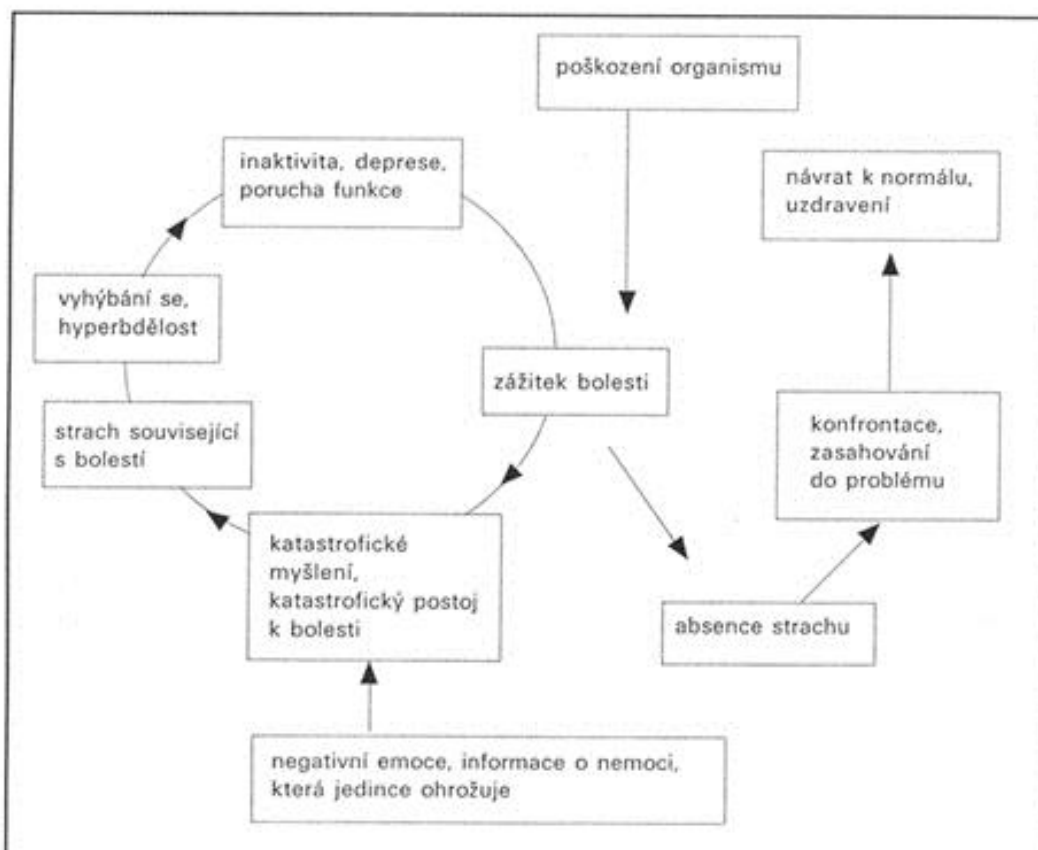
Obr. 2: Model vyhýbání se chronické bolesti (modifikovaně podle Philipsové, 1987, s. 277)

Příloha č. 3: Model vyhýbání se chronické bolesti podle Asmundsona a Taylora



Obr. 3: Model vyhýbání se chronické bolesti (modifikovaně podle Asmundsona a Taylora, 1996, s. 582)

Příloha č. 4: Model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti podle Vlaeyena a Lintona



Obr. 4: Model strachu z chronické bolesti a vyhýbání se bolesti (modifikovaně podle Vlaeyena, Lintona, 2000, s. 329)

Příloha č. 5

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Grecmanová a studuji bakalářský obor Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad k vypracování mé bakalářské práce, která nese název **Strach z bolesti**. Dotazník je zcela anonymní a vyhodnocená data budou použita pouze pro účel mé práce. Dotazník má celkem **18** otázek.

Děkuji Vám za ochotu a za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Pozn. Označte pouze jednu odpověď

1. Vaše pohlaví:
 - Žena
 - muž

2. Uveďte Váš věk:

3. Vaše dosažené vzdělání:
 - základní
 - středoškolské s maturitou
 - střední odborné bez maturity
 - vysokoškolské

4. Uveďte Vaše povolání:
 - Student
 - Dělník
 - Technik
 - Zdravotník
 - Důchodce
 - Sportovec
 - Administrativní činnost

5. Potíže máte:
 - Méně než 1 rok
 - 1 až 5 let
 - 6 až 10 let
 - Déle než 10 let

6. Jaké klouby máte postiženy?:
 - Kolena
 - Kyčle
 - Ramena
 - Malé klouby rukou
 - Kotník
 - Mám postiženo více kloubů

7. Jak intenzivní je Vaše bolest? **Označte na škále 0 až 10 (0 je žádná bolest a 10, tak velká jak si dokážete představit)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Uvažoval/a jste o operačním řešení Vašich potíží?
 - Ano, bolesti mám velké, ale operace se bojím
 - Ano, operaci bych chtěl/a podstoupit
 - Ano, operaci jsem již podstoupil/a
 - Ne, zatím se bolesti dají vydržet
 - Ne, bolesti jsou nesnesitelné, ale více mám strach z operace

9. Vaše obavy se obvykle projevují:
- Pocitem sevřeného žaludku
 - Zrychleným tlukotem srdce
 - Zažívacími obtížemi
 - Zvracením
 - Nijak se neprojevují
10. U běžných denních aktivit máte největší strach z bolesti
(označte intenzitu strachu, kdy 0 značí žádný strach a 10 tak velký jaký si dokážete představit) při:
- Osobní hygieně 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Vaření 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Oblékání se 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Chůzi do schodů 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Chůzi ze schodů 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Z domácích prací je pro Vás nejvíce bolestivé:
- Zehlení
 - Mytí nádobí
 - Vytírání
 - Stlaní postele
 - Věšení prádla
 - Ani jedno z výše uvedených
12. Největší bolesti máte při:
- Ležení
 - Sezení
 - Chůzi
 - Běhu
 - Ani jedno z výše uvedených
13. Když víte, že Vás čeká činnost/pohyb u kterého máte bolesti, tak:
- Nedělá mi to problém udělat, na bolest jsem zvyklý/á
 - Vyhýbám se této činnosti, protože se bojím bolesti, ale na konec to udělám
 - V žádném případě to neudělám, protože se strašně bojím, že mě to bude bolet
14. Jaké strategie využíváte při zvládání strachu z bolesti?
- Zatím, jsem na žádnou nepřišel/a, která by mi pomohla
 - Medituji
 - Relaxuji
 - Potlačuji svůj strach humorem a optimismem
 - Rozptýlím se vykonáváním oblíbené činnosti
15. Jak často tyto strategie ke zvládání strachu využíváte?
- Nikdy
 - Občas
 - Často
 - Pokaždé
16. Jak velký strach z bolesti máte před plánovaným vyšetřením?
- Velký, jsem velmi vyděšený/á
 - Bojím se jen trochu
 - Nebojím se vůbec
17. Když jste již podstoupil/a vyšetření ze kterého jste měl/a strach z bolesti, byla vaše obava oprávněná?
- Ano, vyšetření bylo bolestivé
 - Ne, vyšetření bylo bolestivé, ale snesitelné
 - Ne, vyšetření vůbec nebolelo
 - Žádné jsem nepodstoupil
18. Jak se u Vás obvykle projevuje strach z případné bolesti? (můžete označit více odpovědí)
- Pláču
 - Jsem celý ztuhlý/á
 - Nespolupracuji
 - Snažím se to nedávat najevo tak se usmívám
 - Přestanu chodit mezi přátele
 - Omezím sportovní i kulturní aktivity
 - Nesoustředím se na žádnou činnost

Příloha č. 6

Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ

Datum:

Věk:.....

Problémy s bolestmi (čeho):.....

Pokyny pro vyplňování

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

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

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

Zde je nabízená stupnice hodnocení:

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

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

Příloha č. 7

Dotazník strachu a pozorování bolesti - FOPI

Instrukce:

Následující tvrzení se vztahují k Vaší bolesti. Zakroužkujte prosím číslici tak, do jaké míry tyto věty vyjadřují Vaše názory a pocity.

Svou odpověď označte takto:

Vůbec ne	Málokdy	Občas	Často	Stále
0	1	2	3	4

1.	Snažím se vyhnout tomu, co by mohlo mou bolest zesílit.	0	1	2	3	4
2.	Přemýšlím, jak bych se zbavil bolesti.	0	1	2	3	4
3.	Hlídám se, abych neudělal/a pohyb, který by mohl být bolestivý.	0	1	2	3	4
4.	Uvažuji, co by mi mohlo pomoci od bolesti.	0	1	2	3	4
5.	Musím být opatrný/á, abych si nepřitížil/a a nebo neublížil/a.	0	1	2	3	4
6.	Když něco dělám, přestanu radši dřív, než se mi přitíží.	0	1	2	3	4
7.	Snažím se nějak si pomoci.	0	1	2	3	4
8.	Dělám všechno proto, abych se vyhnul/a bolesti.	0	1	2	3	4
9.	Radši se šetřím, aby se mé bolesti nezhoršily.	0	1	2	3	4
10.	Myslím na to, jak si ulevit.	0	1	2	3	4
11.	Když něco dělám, sleduji, zda se mé bolesti nezhoršují.	0	1	2	3	4

Příloha č. 8

Náměstkyně pro ošeftovatelskou péči
Mgr. Jana Nováková, MBA

Fakultní nemocnice v Motole,
V Úvalu 84
150 06, Praha 5

Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,
jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studijního oboru všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Ráda bych Vás požádala o umožnění provést dotazníkové šetření na Vašem pracovišti, které poslouží jako hlavní podklad k praktické části mé bakalářské práce na téma „**Strach z bolesti**“.

O vyplnění dotazníků bych ráda požádala klienty s artrózou na Klinice dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. lékařské fakulty UK a na Oddělení revmatologie dětí a dospělých.

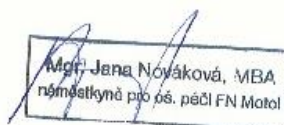
Vzor dotazníku příkládám a jeho vyplnění potrvá maximálně 10 minut.

Děkuji za Vaše zvažení, vstřícnost a čas.



Jana Greemanová

V Praze 19.1.2015



Příloha č. 9**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1: Pohlaví

Tab. 2: Věk

Tab. 3: Dosažené vzdělání respondentů

Tab. 4: Povolání

Tab. 5: Délka doby potíží

Tab. 6: Postižené klouby

Tab. 7: Intenzita bolesti

Tab. 8: Úvaha operačního řešení

Tab. 9 : Projevy obav

Tab. 10.1: Intenzita strachu z každodenních činností - ženy

Tab. 10.2: Intenzita strachu z každodenních činností - muži

Tab. 11: Nejvíce bolestivé domácí práce

Tab. 12: Největší bolest při pohybu

Tab. 13: Vyhýbání se činnostem

Tab. 14: Strategie zvládnání strachu

Tab. 15: Využívání strategií zvládnání strachu

Tab. 16: Strach z bolesti před plánovaným vyšetřením

Tab. 17: Oprávněná obava

Tab. 18: Projevy strachu z bolesti

Tab. 19: Strach z velké bolesti

Tab. 20: Strach z malé bolesti

Tab. 21: Strach z lékařských výkonů

Příloha č. 10

Tab. 1

Pohlaví	n	%
Ženy	33	53%
Muži	29	47%
Celkem	62	100%

Tab. 2

věk	ženy	muži	celkem
31-40	6	3	9
41-50	8	9	17
51-60	6	9	15
61-70	11	4	15
71-80	2	2	4
81-90	0	1	1
91-100	0	1	1
celkem	33	29	62

Tab. 3

Dosažené vzdělání						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Základní	2	0	2	6,06%	0,00%	3,23%
Střední s maturitou	18	10	28	54,55%	34,48%	45,16%
Střední odborné bez maturity	4	8	12	12,12%	27,59%	19,35%
Vysokoškolské	9	11	20	27,27%	37,93%	32,26%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 4

Povolání						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Student	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Dělník	7	9	16	21,21%	31,03%	25,81%
Technik	3	8	11	9,09%	27,59%	17,74%
Zdravotník	3	2	5	9,09%	6,90%	8,06%
Důchodce	3	5	8	9,09%	17,24%	12,90%
Sprotovec	2	2	4	6,06%	6,90%	6,45%
Administrativní činnost	15	3	18	45,45%	10,34%	29,03%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 5

Doba potíží						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Méně než rok	7	4	11	21,21%	13,79%	17,74%
1 až 5 let	10	13	23	30,30%	44,83%	37,10%
6 až 10 let	11	9	20	33,33%	31,03%	32,26%
Více než 10 let	5	3	8	15,15%	10,34%	12,90%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 6

Postižené klouby						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Kolena	14	8	22	42,42%	27,59%	35,48%
Kyčle	9	10	19	27,27%	34,48%	30,65%
Ramena	1	1	2	3,03%	3,45%	3,23%
Malé klouby rukou	6	4	10	18,18%	13,79%	16,13%
Kotník	1	2	3	3,03%	6,90%	4,84%
Více kloubů	2	4	6	6,06%	13,79%	9,68%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 7

Intenzita bolesti						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
1-4	14	13	27	42,42%	44,83%	43,55%
5-10	19	16	35	57,58%	55,17%	56,45%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 8

Úvaha operačního řešení						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Ano, ale operace se bojím	0	5	5	0,00%	17,24%	8,06%
Ano	9	7	16	27,27%	24,14%	25,81%
Ano, už jsem jí podstoupil/la	10	7	17	30,30%	24,14%	27,42%
Zatím ne	11	8	19	33,33%	27,59%	30,65%
Ne, mám strach z operace	3	2	5	9,09%	6,90%	8,06%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 9

Projevy obav						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Pocit sevřeného žaludku	12	7	19	36,36%	24,14%	30,65%
Zrychlený tlukot srdce	5	6	11	15,15%	20,69%	17,74%
Zažívací obtíže	9	5	14	27,27%	17,24%	22,58%
Zvracení	3	6	9	9,09%	20,69%	14,52%
Nijak se neprojevují	4	5	9	12,12%	17,24%	14,52%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 10.1

Ženy						
Intenzita	Osobní hygiena	Oblékání se	Chůze do schodů	chůze ze schodů	Vaření	celkem
0	1	5	0	0	2	8
1	3	5	1	1	8	18
2	2	6	0	0	5	13
3	1	4	4	4	6	19
4	4	7	2	2	7	22
5	8	1	1	1	0	11
6	1	2	2	2	1	8
7	4	1	4	4	3	16
8	5	0	6	6	1	18
9	3	2	7	7	0	19
10	1	0	6	6	0	13
Celkem	33	33	33	33	33	

Tab. 10.2

Muži						
Intenzita	Osobní hygiena	Oblékání se	Chůze do schodů	chůze ze schodů	Vaření	celkem
0	0	5	1	1	2	9
1	2	2	0	0	3	7
2	4	4	0	0	3	11
3	1	6	1	1	6	15
4	1	1	2	2	3	9
5	3	5	2	2	4	16
6	10	3	4	4	7	28
7	4	1	5	5	1	16
8	0	1	3	3	0	7
9	1	1	6	6	0	14
10	3	0	5	5	0	13
Celkem	29	29	29	29	29	

Tab. 11

Nejvíce bolestivé domácí práce						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Žehlení	5	3	8	15,15%	10,34%	12,90%
Mytí nádobí	7	3	10	21,21%	10,34%	16,13%
Vytírání	8	6	14	24,24%	20,69%	22,58%
Stlání postele	4	4	8	12,12%	13,79%	12,90%
Věšení prádla	5	5	10	15,15%	17,24%	16,13%
Ani jedno z výše uvedených	4	8	12	12,12%	27,59%	19,35%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 12

Největší bolesti při:						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Ležení	3	4	7	9,09%	13,79%	11,29%
Sezení	5	6	11	15,15%	20,69%	17,74%
Chůze	10	10	20	30,30%	34,48%	32,26%
Běh	9	5	14	27,27%	17,24%	22,58%
Stání	6	3	9	18,18%	10,34%	14,52%
Ani jedno z uvedených	0	1	1	0,00%	3,45%	1,61%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 13

Vyhýbání se činností						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Nedělá mi to problém udělat, na bolest jsem zvyklá/ý	15	11	26	45,45%	37,93%	41,94%
Vyhýbám se této činnosti, protože se bojím bolesti, ale nakonec to udělám	15	11	26	45,45%	37,93%	41,94%
V žádném případě to neudělám, protože se strašně bojím, že to bude bolet	3	7	10	9,09%	24,14%	16,13%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 14

Strategie zvládnutí strachu						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Zatím, jsem na žádnou nepřišel/a, která by mi pomohla	8	7	15	24,24%	24,14%	24,19%
Medituji	1	2	3	3,03%	6,90%	4,84%
Relaxuji	10	8	18	30,30%	27,59%	29,03%
Potlačuji svůj strach humorem a optimismem	6	2	8	18,18%	6,90%	12,90%
Rozptýlím se vykonáváním oblíbené činnosti	8	10	18	24,24%	34,48%	29,03%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 15

Využívání zvládacích strategií strachu						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Nikdy	5	9	14	15,15%	31,03%	22,58%
Občas	10	12	22	30,30%	41,38%	35,48%
Často	11	5	16	33,33%	17,24%	25,81%
Pokaždé	7	3	10	21,21%	10,34%	16,13%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 16

Strach z bolesti před plánovaným vyšetřením						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Velký, jsem velmi vyděšený/á	12	5	17	36,36%	17,24%	27,42%
Bojím se jen trochu	14	15	29	42,42%	51,72%	46,77%
Vůbec se nebojím	7	9	16	21,21%	31,03%	25,81%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 17

Oprávněná obava						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Ano, vyšetření bylo bolestivé	7	3	10	21,21%	10,34%	16,13%
Ne, vyšetření bylo bolestivé, ale snesitelné	14	12	26	42,42%	41,38%	41,94%
Ne, vyšetření vůbec nebolelo	8	7	15	24,24%	24,14%	24,19%
Žádné jsem nepodstoupil	4	7	11	12,12%	24,14%	17,74%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 18

Projevy strachu z bolesti						
Odpověď	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Pláču	8	2	10	24,24%	6,90%	16,13%
Jsem ztuhlý/á	1	3	4	3,03%	10,34%	6,45%
Nespolupracuji	6	6	12	18,18%	20,69%	19,35%
Snažím se to nedávat najevo tak se usmívám	7	6	13	21,21%	20,69%	20,97%
Přestanu chodit mezi přátelé	1	1	2	3,03%	3,45%	3,23%
Omezím sportovní i kulturní aktivity	3	8	11	9,09%	27,59%	17,74%
Nesoustředím se na žádnou činnost	7	3	10	21,21%	10,34%	16,13%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 19

Strach z velké bolesti						
Intenzita	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Podprůměrný	8	11	19	24,24%	37,93%	30,65%
průměrný	14	13	27	42,42%	44,83%	43,55%
nadprůměrný	11	5	16	33,33%	17,24%	25,81%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 20

Strach z malé bolesti						
Intenzita	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Podprůměrný	4	8	12	12,12%	27,59%	19,35%
průměrný	17	10	27	51,52%	34,48%	43,55%
nadprůměrný	12	11	23	36,36%	37,93%	37,10%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%

Tab. 21

Strach z lékařských výkonů						
Intenzita	n			%		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Podprůměrný	4	11	15	12,12%	37,93%	24,19%
průměrný	16	7	23	48,48%	24,14%	37,10%
nadprůměrný	13	11	24	39,39%	37,93%	38,71%
Celkem	33	29	62	100%	100%	100%