

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU
BOLESTÍ V SOUČASNÉ DOBĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

COCERJENCO CRISTINA

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU
BOLESTÍ V SOUČASNÉ DOBĚ**

Bakalářská práce

COCERJENCO CRISTINA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra – kombinované studium

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

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

COCERJENCO Cristina
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

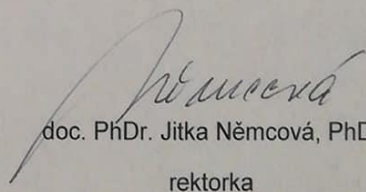
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době

Quality of Life of Patients with Chronic Pain at the Present Time

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30.3.2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za vedení bakalářské práce. Děkuji své rodině za podporu a přátelům za pomoc při psaní bakalářské práce a všem respondentům, kteří spolupracovali při realizaci průzkumu.

ABSTRAKT

COCERJENCO, Cristina. *Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2018. 77 stran.

Tématem bakalářské práce je Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době. Záměrem bylo zjistit, jaký vliv má chronická bolest na kvalitu života. Teoretická část práce se zaměřuje na historii bolesti, její definici, dělení bolesti, způsoby léčby bolesti, je řešena kvalita života člověka s chronickou bolestí. Tato problematika je popsána na základě komparace odborných zdrojů. Praktická část se zabývá kvantitativním průzkumem prostřednictvím standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL – BREF, jehož průzkumným vzorkem jsou pacienti ambulance bolesti. Výsledky průzkumu jsou hodnoceny pomocí čtyř domén, a to domény fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Ukázaly, že chronická bolest nejvíce ovlivňuje psychické zdraví a omezuje člověka při naplňování svých běžných potřeb.

Klíčová slova

Bolest. Chronická bolest. Akutní bolest. Kvalita života. Rehabilitace. Pain diagnosis. Farmakoterapie. Nefarmakologická léčba. Hodnotící škála.

ABSTRACT

COCERJENCO, Cristina. *Quality of Life of Patients with Chronic Pain at the Present Time*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2018. 77 pages.

The topic of this bachelor work is the quality of life of patient with chronic pain at the present time. Its aim is to discover, how is the quality of life influenced by the chronic pain. The theoretical part describes the issue on the basis of the professional resource comparison. The quantitative research is introduced in the practical part, the patients of the pain ambulance has been its reconnaissance pattern. The standardized questionnaire of quality of life WHOQOL – BREF has been used for the data collection. The results of the research were evaluated by the four domains – the physical health, the experiencing, the social relations and the environment. It got clear, that the most affected sphere influenced by the chronic pain is the psychological health, the pain also limits the man in realization of the daily needs.

Keywords

Pain. Chronic pain. Urgent pain. Quality of life. Rehabilitation. Pain diagnosis. Pharmacology. Non-pharmacological treatment. Rating scale.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 HISTORIE BOLESTI.....	15
2 DEFINICE BOLESTI.....	18
3 FYZIOLOGIE BOLESTI.....	19
4 DĚLENÍ BOLESTI PODLE DÉLKY TRVÁNÍ.....	21
Akutní bolest.....	21
Chronická bolest	21
5 DĚLENÍ BOLESTI DLE LOKALIZACE	23
Bolest hlavy	23
Bolesti pohybového aparátu.....	24
Bolesti břicha	24
Bolest na hrudi	25
6 DĚLENÍ CHRONICKÉ BOLESTI DLE VZNIKU	26
7 METODY HODNOCENÍ BOLESTI	27
Anamnéza.....	27
Fyzikální vyšetření.....	28
Hodnotící škály	29
8 LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI	31
Nefarmakologická léčba chronické bolesti.....	31
Farmakologická léčba chronické bolesti.....	34
9 KVALITA ŽIVOTA S CHRONICKOU BOLESTÍ.....	38
Péče o pacienta s chronickou bolestí	39
Ambulance bolesti	40

10 PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	42
Formulace problému.....	42
Cíle průzkumu a metodika.....	42
Časový harmonogram.....	44
Průzkumný vzorek.....	44
11 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	47
12 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	63
13 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ	65
14 DISKUZE	67
14 NÁVRHY A DOPORUČENÍ	70
ZÁVĚR	71
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CNS – centrální nervová soustava

COX – enzym zajišťující přeměnu kyseliny arachidonové na prostaglandiny a tromboxany, vyskytuje se ve dvou formách – COX1 A COX2

GIT – gastrointestinální trakt

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

MPQ – Dotazník McGillovy univerzity

NRS – Numerická škála bolesti

NSA – nesteroidní antiflogistikum

SSLB – Společnost pro studium a léčbu bolesti

VAS – vizuální analogová škála

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOL – 100 – dotazník zaměřený na kvalitu života (World Health Organization Quality of Life Assessment)

WHOQOL – BREF – zkrácená verze dotazníku WHOQOL – 100

(VOKURKA A KOL., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Apendicitida – zánět červovitého přívěšku slepého střeva

Biofeedback – biologická zpětná vazba

Divertikulitis – zánětlivé onemocnění tlustého střeva

Cholecystitida – zánět žlučníku

Gastroezofageální reflux – zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu

Gastropareza – porucha vyprazdňování žaludku

Granulocytóza – zvýšení počtu granulocytů

Hepatom – nádor jater

International Headache Society – Mezinárodní společnost bolesti hlavy

Cholangitis – infekce žlučovodu

Cholecystolitiáza – přítomnost konkrementů ve žlučníku.

Nocisenzory – hloubkové receptory citlivé na bolest

Maligni – zhoubný

Mydriáza – rozšíření zornice lidského oka

Obstipace – zácpa

Pain Clinic – klinika bolesti

Pancreatitis – zánět slinivky břišní

Puritus – svědění

(VOKURKA A KOL., 2009)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	45
Tabulka 2 – Věk respondentů	45
Tabulka 3 – Délka trvání bolesti.....	46
Tabulka 4 – Užívání léků.....	46
Tabulka 5 – Hodnocení kvality života.....	47
Tabulka 6 – Spokojenost se svým zdravím	48
Tabulka 7 – Fyzická bolest a její vliv na činnost.....	49
Tabulka 8 – Potřeba léčby v běžném životě	50
Tabulka 9 – Spokojenost se životem	51
Tabulka 10 – Smysl života.....	51
Tabulka 11 – Schopnost se soustředit.....	52
Tabulka 12 – Pocit bezpečí.....	52
Tabulka 13 – Zdravé prostředí.....	53
Tabulka 14 – Energie pro běžný život	53
Tabulka 15 – Schopnost přijmout svůj fyzický vzhled.....	54
Tabulka 16 – Finanční uspokojení vlastních potřeb	54
Tabulka 17 – Dostupnost informací.....	55
Tabulka 18 – Příležitost pro rozvíjení zájmů.....	55
Tabulka 19 – Pobyť mimo domov.....	56
Tabulka 20 – Spokojenost se spánkem	57
Tabulka 21 – Každodenní aktivity.....	57
Tabulka 22 – Schopnost pracovat	58
Tabulka 23 – Spokojenost sám se sebou	58
Tabulka 24 – Spokojenost se vztahy.....	59
Tabulka 25 – Sexuální život	59

Tabulka 26 – Podpora přátel.....	60
Tabulka 27 – Bydlení.....	60
Tabulka 28 – Dostupnost zdravotní péče.....	61
Tabulka 29 – Mobilita.....	61
Tabulka 30 – Negativní pocity.....	62
Tabulka 31 – Skutečné četnosti zhodnocení	65
Tabulka 32 – Očekávané četnosti zhodnocení.....	66

ÚVOD

Bolest je subjektivním prožitkem, příznakem, který doprovází mnoho onemocnění a stavů. Člověk se s ní během svého života setkává mnohokrát, téměř každý má s ní určité zkušenosti. Bolest je velmi složitým smyslovým prožitkem, každý člověk ji přitom prožívá a vnímá odlišně. Druhů bolesti, s nimiž se můžeme setkat, je přitom mnoho, jsou různého charakteru a různé intenzity, přičemž je závislá na mnoha faktorech, jako je věk, pohlaví, psychické rozpoložení nebo typ onemocnění (LEJČKO 2017).

Přáním každého člověka je žít plnohodnotným a smysluplným životem, jehož kvalita však může být ovlivněna mnoha různými faktory. Chronické prožívání bolesti je jedním z nich. Zatímco akutní bolest je krátká a dává člověku znamení, že by měl na ní nějak reagovat, bolest chronická již tento varovný signál nemá. Délka jejího trvání a její intenzita značně narušuje život trpícího, a odráží se tak v míře kvality života, ať již v oblasti zdravotní, ekonomické, finanční nebo sociální.

Na kvalitu života pacienta s chronickou bolestí je zaměřena tato bakalářská práce, která je tradičně rozdělena na dvě části. Teoretická část nejprve popisuje historii bolesti, a to od samého počátku, kdy se lidé řídili intuicí, až po dobu současnou. Práce dále pokračuje definicemi bolesti, v další části se podrobněji věnuje její fyziologii. Bolest lze rozdělit podle několika kritérií. Nejčastější je její dělení podle délky trvání na akutní a chronickou, proto jsou oba tyto typy popsány v další kapitole. Dále je popisováno také její dělení podle lokalizace a jejího vzniku. Bolest může být hodnocena nejen na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření, ale také pomocí hodnotících škál, na tuto problematiku je zaměřena další část teoretické části. Následně jsou uvedeny způsoby léčby chronické nemoci, a to jak farmakologické, tak nefarmakologické. Závěr teoretické části je pak věnován samotné kvalitě života člověka s chronickou bolestí.

Na teoretickou část navazuje část praktická, jejímž cílem bylo zjistit, jak chronická bolest ovlivňuje kvalitu života. Výzkumným vzorkem jsou pacienti ambulance bolesti. Průzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů. Průzkumný vzorek je popsán na základě věku, pohlaví a délky trvání chronické bolesti. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF, který pomocí 26 otázek šetřil kvalitu života na základě čtyř domén, a to domény fyzické zdraví, prožívání, sociální

vztahy a prostředí. Výsledky jsou v této části popsány, shrnuty a doplněny diskuzí, která výsledky komentuje a hodnotí.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Zjistit vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů.

Vstupní literatura:

VAŇÁSEK, Jaroslav., ČERMÁKOVÁ, Kateřina a KOLÁŘOVÁ, Iveta. Bolest v ošetrovatelství. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-807395-769-8.

HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2902-5.

KOZÁK, Jiří., a kol. Opioidy v léčbě bolesti. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-2122-7.

ROKYTA, Richard a kol. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

Popis rešeršní strategie:

Literatura, která byla použita pro bakalářskou práci s názvem Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době, byla vyhledávána v období října 2017 až března 2018. Vyhledávací období pro rešerši (viz Příloha K) z Národní lékařské knihovny bylo stanoveno od roku 2006 do roku 2017, v českém a anglickém jazyce. Bylo vyhledáno 127 českých knih, 131 českých článků a 69 anglických článků. Pro tvorbu bakalářské práce bylo z rešerše využito 27 knih, 13 článků.

1 HISTORIE BOLESTI

Bolest je od pradávna nejznámějším příznakem onemocnění, její historie je tedy stará jako lidstvo samo. Podle Říhové a kol. (ŘÍHOVÁ A KOL., 2005) byla původně bolest tišena instinktivním chováním, jako bylo olizování rány, tření bolavého místa, vyhledávání vhodné polohy tak, aby byla bolest co nejlépe snesitelná, ochlazováním nebo například odstraňováním parazitů. Postupem času, kdy lidé získali orientační znalosti o anatomii, především díky porcování ulovených zvířat, se vyvinuly první léčebné metody, jako byly nápravy vymknutí nebo fixace zlomenin. Zrovna tak se prováděla trepanace v oblasti lebky, o čemž svědčí nálezy pocházející podle Vrby (VRBA, 2000) z období 40 – 30 tisíc let př. n. l., Janáčková (JANÁČKOVÁ, 2007) vysvětluje, že se lebeční kost na vhodném místě nejprve vyholila, poté se opatrně snímala pomocí pazourkových břitů, úlomky pak byly odstraněny a rána očištěna tak, aby nedocházelo k zánětům.

Naši dávní předkové vnímali bolest jako působení démonů. Vrba (VRBA, 1998) uvádí, že k jejich zahánění ve snaze zbavit se bolesti se například nosily kruhy v uších nebo se na krk navlékaly talismany, amulety, zvířecí drápy či zuby, zrovna tak byla do kůže tetována různá znamení. Podle autora to byla žena, která díky svému mateřskému instinktu pomáhala od bolesti, postupně pak tuto funkci přebírali zaříkávači a šamani, kteří využívali nejrůznější lektvary, rituály a zaříkávání.

Nejstarší dochované písemné zprávy o léčbě bolesti, jak uvádí Vaňásek a kol. (VAŇÁSEK A KOL., 2014), jsou zaznamenány na papyru a pocházejí ze starého Egypta ze čtvrtého tisíciletí př. n. l. Bolest zde byla vnímaná jako trest způsobený různými druhy bohů. Strouhalová a Vrba (STROUHALOVÁ, VRBA, 1998) dodávají, že z té doby pochází 13 lékařských papyrů, z nichž je patrné, že již v té době byly podávány opiáty v podobě vývaru z makovic. Escotado (ESCOHOTADO, 2003) však počátky používání opia datuje již do 8. – 5. tisíciletí př. n. l., přičemž uvádí, že pochází z Mezopotámie, odkud se potom rozšířil i do Egypta.

Mimo těchto dvou národů však opium používaly také další národy, jako byla Minojská kultura na Krétě nebo Řekové. Hakl (HAKL, 2013) uvádí, že kolem roku 1000 opium znali také Arabové, do Evropy se pak dostalo až v období renesance.

O jeho rozšíření se zasloužil švýcarský lékař Paracelsus. Jeho zneužívání jako drogy je známo od 16. století (VRBA, 2000).

K léčbě bolesti se však používaly také jiné byliny, například kořen mandragory, blín nebo bolehlav, hojně také alkohol nebo stimulace pomocí ostrých rybích kostí. Řekové jako první použili elektroléčbu. U pacientů s bolestivým revmatickým postižením kloubů bylo opakovaně použito výboje elektrického úhoře – Scriborinus longum (VAŇÁSEK A KOL., 2014), (HAKL, 2013).

Ve staré Číně ve 3. a 2. tisíciletí př. n. l. vznikl základ techniky zvané akupunktura, která se používá dodnes. Podle Hakla (HAKL, 2013) pocházejí zmínky o této metodě z knihy Žlutého císaře z přelomu letopočtu.

Roku 1805 německý lékárník Friedrich Sertürner (1783 – 1841) izoloval morphin z opia a usnadnil tak jeho použití. Morphin byl pojmenován po bohu spánku Morpheovi, čímž odstartoval morfinovou mánii. Nitrožilně byl podle autorů podáván od roku 1853, pro svou návykovost byl však nahrazen heroinem, který se na přelomu 19. a 20. století považoval za nenávykový a byl podáván také jako lék proti kašli (VRBA 2000), (HAKL 2013).

První operace při celkové anestezii byla uskutečněna v roce 1846 v Bostonu lékaři Johnem Collinsem Warrenem a Thomasem Greenem Mortonem, využili přitom éter. První, kdo provedl éterovou anestezii v Čechách, byl mnich Celestýn Opitz v nemocnici „U milosrdných bratří“, dnes Nemocnice Na Františku, v roce 1847. V 19. století se začaly rozvíjet analgeticko-anesteziologické metody v rámci chirurgických oborů. První epidurální anestezie byla provedena v roce 1921 (VRBA, 2000). Éter byl postupně nahrazen chloroformem, postupně se objevila také další anestetika jako prokain v roce 1904 a lidokain v roce 1943 (MÁLEK A KOL., 2011).

Předmětem zkoumání se bolest stala v druhé polovině minulého století. Prvním lékařem byl americký anesteziolog italského původu John J. Bonica (1916 – 1996), který se začal systematicky věnovat chronické bolesti. Ten v roce 1947 ve státě Illinois ve městě Tacoma založil Pain Clinic, čímž byl odstartován vznik dalších ambulancí bolesti po celém světě. Od roku 1973 se léčba bolesti prosazuje jako samostatná medicínská disciplína. Využívá různé terapeutické postupy, jako jsou invazivní techniky, fyzikální terapie, akupunktury a behaviorální metody, které jsou vesměs

založené na původních základech Bonicových a jeho kolegy Fordyce (SKÁLA A KOL., 2016).

V roce 1974 vznikla mezinárodní organizace IASP (International Association for the Study of Pain). Z nutnosti vytvořit koncepci nového přístupu k problematice léčby bolesti z iniciativy představenstva naší společnosti vzešel „Metodický pokyn pro budování pracovišť léčby bolesti“ (VRBA, 2000).

V posledních letech vzrostl zájem o bolest a její léčení. Tento obor je velice mladý a u nás vznikl teprve v roce 1972, většinou v rámci oddělení ARO. U nás se o bolest začal zajímat v 70. letech anesteziolog prim. D. Miloschewsky z fakultní nemocnice Bulovka, který zde v roce 1977 otevřel ambulanci pro léčbu bolesti. Roku 1990 byla založena i česká Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB). V roce 2004 vzniká v České republice samostatný lékařský obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Od samého začátku je obor postaven na multidisciplinární spolupráci vícero odborníků z oblasti přírodních věd, lékařství a věd o chování, které společně působí na pracovišti specializovaných na léčbu bolesti. Základem léčby je bio-psycho-sociální pohled při hledání vzniku bolesti (VAŇÁSEK A KOL., 2014), (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2016).

V roce 2010 bylo definováno v Montrealské deklaraci, že léčba bolesti patří k základním lidským právům. Přesto, jak zdůrazňuje Rokyta (ROKYTA, 2015), ve světě není stále ještě dostatečně léčena, údaje z roku 2011 uvádějí, že v postkomunistických zemích střední Evropy včetně ČR není dostupnost léčby chronické bolesti ještě zcela zajištěna.

2 DEFINICE BOLESTI

Pojem bolest je definován různě. WHO definovalo bolest v roce 1994 jako nepříjemnou senzickou a emocionální zkušenost spojenou s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Podobně ji definuje také IASP, která působí na celém světě již od roku 1974. Podle ní se bolestí rozumí nepříjemná smyslová a emoční zkušenost a zážitek spojený s akutním nebo potenciálním poškozením tkáně, stejně tak se bolestí rozumí, je-li takovými výrazy tento zážitek popisován (IASP, 2018).

WHO definuje kvalitu života jako vnímání vlastní pozice či postavení v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije, ve vztahu k jeho vlastním cílům, očekáváním, životnímu stylu, normám a zájmům (GOLECKÁ, 2006).

Klener (KLENER, 2006) k této definici doplňuje vysvětlení. Bolest má tedy celkem dvě složky, a to smyslovou, která podává informaci o intenzitě bolesti, její kvalitě a o místě, kde se vyskytuje a emocionální, tedy odráží se v psychickém stavu člověka. Má funkci signální, upozorňuje tedy na poškození tkáně a funkci hrozící, kdy nás varuje před možným nebezpečím. Přesto, jak dodává poslední část této definice, je spojena také se zážitkem, tedy řadí se sem také případy, kdy k poškození nedochází, přesto je bolest pociťována.

Různí autoři však bolest vnímají odlišně. Jak uvádí Sofaer (SOFAER, 1997), Sternbach ji v roce 1968 popsal jako složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, vnímá ji jako integrovanou obrannou reakci a soukromou zkušenost s utrpením. V roce 1983 byla tato definice upravená podle McCaffery, který doplnil, že bolest je to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí.

Kaňová (KAŇOVÁ, 2009) doplňuje, že cílem bolesti je informovat o tom, že se v organismu děje něco nepřírodního, trvá-li však taková bolest příliš dlouho, je potom považována za nemoc.

3 FYZIOLOGIE BOLESTI

Bolest vzniká drážděním nervových vláken citlivých na bolest, čímž dochází k biochemické reakci. Z místa poškození je aferentními nervovými vlákny veden vzruch do mozku a do ústředí mozkové kůry, odkud vlákny eferentními po jeho zpracování odchází odpověď do postižených míst, takže člověk bolest pocítí, uvědomuje si ji a může tak na ni reagovat (JANÁČKOVÁ 2007).

Autoři uvádějí různé dělení bolesti. Rokyta nebo Vaňásek (ROKYTA A KOL. 2009), (VAŇÁSEK A KOL., 2014) ji podle jejího původu dělí na nociceptivní a neuropatologickou.

Bolest nociceptivní je vnímána nociceptory (nebo také nocisenzory), jichž autoři rozlišují několik typů. Prvním typem jsou vysokoprahové mechanoreceptory (mechanosenzory), které se vyskytují při nízkoprahovém nastavení, vnímají přitom silný mechanický podnět, například kopnutí nebo říznutí. Druhým typem pak jsou polymodální nocisenzory, reagující na teplo, chlad a mechanické dráždění, třetím pak jsou vlastní nocisenzory. Jde o volná zakončení nervová, která jsou na konci ztluštěná a na povrchu nesou receptory pro bolest, ty vedou informace z kůže a sliznic do míchy.

Nocisenzory jsou distribuovány v periférii, na kůži a ve sliznicích vnitřních orgánů, v centrálním nervovém systému, v míše, v prodloužení míše, v talamu, v hypotalamu a dokonce i v mozkové kůře. Nocisenzory jsou s nervovými centry spojeny pomocí dlouhých nervových vodičů, které lze rozdělit do dvou typů - nemyelinizovaná vlákna C a myelinizovaná vlákna A, která se podle jejich šířky a rychlosti vedení vzruchu dále řadí do čtyř podskupin – alfa, beta, gama a delta (ROKYTA A KOL. 2009), (VAŇÁSEK A KOL. 2014).

Neuropatická bolest je bolest, která nevzniká na nocisenzorech, ale v průběhu nervů poškozením nebo onemocněním somatosenzorického systému. Dochází-li k bolesti poškozením centrálního nervového systému, pak se hovoří o bolesti centrální, kam patří také centrální neurogenní bolest hlavy, je-li způsobena poškozením periferní nervové léze, pak jde o bolest periferní. Pacienti tuto bolest popisují různě,

jako svíravou, vystřelující, pálivou, pichlavou, přičemž se může vyskytovat střídavě nebo i stále, intenzivnější pak bývá v noci (ROKYTA 2009), (HAKL 2013).

Podle fyziologického zdroje pak autoři (ROKYTA 2009), (HAKL 2011), (JANÁČKOVÁ 2007) dělí bolest na somatickou, viscerální, fantomovou a psychogenní.

Somatickou bolest lze rozdělit na hlubokou a povrchovou. Hluboká je palčivá a úporná, je doprovázena vegetativními příznaky jako jsou nevolnost, třes nebo pocení a oproti bolesti povrchové trvá poměrně dlouho. Je způsobena stimulací receptorů bolesti v hlubokých vrstvách kůže, svalů nebo kloubů, přenáší se nemyelinizovanými nervovými C-vlákny. Povrchová bolest bývá vnímána jako ostrá a pichlavá, pacienti ji dokáží dobře lokalizovat a mnohokrát tyto bolesti často popisují jako stálé, bušivé a rozbolavělé. Vzniká v kůži a sliznicích, přenášená je myelinizovanými vlákny A-delta, nejčastěji se vyskytuje při rakovině nebo maligním nádoru kosti (HAKL, 2011), (ROKYTA, 2009).

Viscerální bolest vzniká při zánětu či spazmech hladkého svalstva, zdroj má v nitrobršních orgánech. Pacienti tuto bolest často popisují jako ostrou a bušivou, ale také hlubokou či křečovitou, přesně lokalizovat ji ale nelze (ROKYTA, 2009).

Fantomová bolest způsobuje vjem, který se objevuje po amputaci části těla nebo ochrnutí některé jeho oblasti těla. Pacienti mají pocit přítomnosti amputované končetiny. Tuto bolest popisují jako drtivou, trhovou, úpornou, intenzivní a nepřestávající (IASP, 2018).

Psychogenní bolest můžeme charakterizovat jako bolest způsobenou našemu „JÁ“, tzv. vědomé části naší osobnosti. Je proto spojena se životními ztrátami, s pocitem ohrožení, ponížení a bezvýchodností. Můžeme sem zahrnout též bolest ze soucitu, nebo vcítění se do situace blízké osoby. Psychogenní bolest nepoškozuje organismus ani tkáň pacienta, je to bolest psychická. Nejčastější příznaky jsou bolesti hlavy, páteře, svalů a břicha. Léčba psychogenní bolesti spočívá v komplexním přístupu, při kterém se využívají psychofarmaka i psychoterapie (JANÁČKOVÁ, 2007), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006).

4 DĚLENÍ BOLESTI PODLE DÉLKY TRVÁNÍ

Bolest nejčastěji a nejjednodušeji dělíme na akutní a chronickou bolest. Každá je specifická a je nutné je rozlišovat, protože podle toho volíme odlišné přístupy při léčbě. Kritériem k jejímu rozdělení je přitom období třech měsíců, které je hranicí mezi oběma typy, dalším kritériem je pak význam bolesti, tedy jde-li o bolest, která signalizuje nebezpečí nebo o takovou, která již tento signál postrádá (ROKYTA, 2009).

Akutní bolest

Akutní bolest je krátkodobá, dobře lokalizovatelná a nese v sobě varování o tom, že v organismu dochází k něčemu, na co je potřeba reagovat. Bolest je proto nepříjemná, senzorká a emoční, spojená je s vegetativními a psychickými reakcemi na změnu chování (HAKL, 2013). Většinou trvá krátce po dobu několika minut, přetrvávat ale může i tři měsíce. Jedná se většinou o bolesti zubů a hlavy, patří sem také ale bolest pooperační a poúrazová (SKÁLA A KOL., 2016).

Zatímco poúrazová bolest vzniká nejčastěji jako následek mechanického nebo chemického poškození tkání nebo působením tepla a mrazu, bolest pooperační je následkem různých chirurgických výkonů. Důležitým faktorem je kvalita pooperační péče nebo místo, typ a trvání pooperačního výkonu. Jestliže nastanou komplikace nejen během operačního výkonu, ale i v následné péči, může být rekonvalescence obtížnější (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006), (HAKL 2011).

Podle Doležala a kol. (DOLEŽAL A KOL., 2008) trvá tato bolest obvykle den, několik dnů či týdnů, neměla by však být delší než 3 měsíce. Základním lékařským postupem je léčení příčin bolesti, zabránit by se mělo jejímu přechodu k bolesti chronické. Bolest zpravidla vymizí, jsou-li její příčiny odstraněny.

Chronická bolest

Jak uvádí Hakl (HAKL 2009), (HAKL 2013) nebo Rokyta (ROKYTA, 2009), je chronická bolest delší než 3 měsíce a oproti bolesti akutní nemá už varovný charakter, jde tedy o bolest, která škodí, přináší pacientům utrpení a snižuje tak kvalitu jejich života. Chronická bolest se tedy vyskytuje většinou v případech, kdy sice odeznělo vlastní onemocnění nebo přešlo do chronického stádia, zrovna tak se chronická bolest

vyskytuje tehdy, když dochází k pomalému zhoršování zdravotního stavu člověka, který je už nenávratný. Příkladem jsou různé kloubní změny při artróze nebo bolesti nohou při cukrovce (CLB, 2008).

Chronická bolest často omezuje pacienta v běžných denních aktivitách, v sociálních vazbách, pacienti trpí poruchou spánku, padají do depresí a stresu. Typické projevy pacienta s chronickou bolestí se projevují například v podobě bolestivých grimas v obličeji. Autoři jako příčinu uvádějí trvalou stimulaci nocisenzorů v oblasti patologických tkáňových změn a změny v CNS. U některých lidí dokonce může dojít ke změně chování a nálad, vyskytovat se může netrpělivost, podrážděnost nebo zlost, bolest tak může pacienta ohrozit také v oblasti mezilidských vztahů a odsoudit ho tak k sociální izolaci nebo dokonce rozpadu rodiny (CLB, 2008), (ROKYTA, 2009).

Bolest je považována za chronickou, trvá-li déle než tři měsíce. Jak však upozorňuje Doležal a kol. (DOLEŽAL A KOL., 2008), lze za ní považovat také případy, kdy bolest přetrvává delší dobu, než je pro dané onemocnění obvyklé, přičemž pak se za chronickou bolest považuje také taková, která je kratší než tři měsíce.

Hakl (HAKL, 2013) udává, že v evropské populaci trpí tímto druhem bolesti 19 % lidí. Jejím nejčastějším typem jsou vertebrogenní bolesti a to hlavně bolesti dolních zad, bolesti zad po operacích páteře, osteoartritida, revmatoidní artritida, osteoporóza, fibromyalgie, myofasciální syndrom a bolesti hlavy (ROKYTA, 2009). Chronická bolest je již dnes vnímána jako samostatný syndrom, celosvětově jde o významný zdravotnický fenomén (PROCHÁZKA, 2007).

5 DĚLENÍ BOLESTI DLE LOKALIZACE

Bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo pohybového aparátu. Z pohledu lokalizace bolesti se rozeznávají tyto bolesti: bolest hlavy, pohybového aparátu, svalů, břicha a hrudníku. Existuje mnoho způsobů jak bolest diagnostikovat a léčit. Lékařský názor na léčbu v průběhu let se změnil, v dnešní době pohled zahrnuje jak složku tělesnou, tak i emoční (SKÁLA, 2016).

Bolest hlavy

Zřejmě každý člověk zažil alespoň jednou za život bolest hlavy. Podle různých výzkumů jí trpí až 35 % dospělé populace. Dosud platná klasifikace International Headache Society z roku 2003 bolest hlavy dělí na primární a sekundární.

Primární bolest nemá známý organický podklad, jejím nejznámějším typem je migréna. Jde o pulzující středně či silně intenzivní bolest hlavy, doprovázenou nauzeou či zvracením a trvá od 4 do 72 hodin. Podle průzkumu jsou uváděny zhruba u 20 % evropské populace. Migrénu můžeme rozdělit do 4 fází. První fáze se nazývá prodromální migréna, trvá několik hodin, pak přechází do druhé fáze aury. Aura se projevuje záblesky před očima, hvězdičkami a výpadkem zorného pole. Třetí fáze je prudká nebo pulzující bolest hlavy, ve čtvrté sice již bolest ustupuje, dochází však ke zvýšené únavě ve svalech. Pacientovi vadí světlo a bývá citlivý na hluk (MARKOVÁ, 2009), (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2016), (ZAFAROVÁ, 2015).

Sekundární bolest je zapříčiněna organickým onemocněním, většinou začíná rychle a nečekaně silnou bolestí, která se stále zhoršuje, neustupuje. Může jít také o bolest, která se objevuje náhle, například při fyzické námaze (MARKOVÁ, 2009).

Mezi další bolesti hlavy patří tenzní bolest hlavy. V populaci je také poměrně častá, během života postihuje minimálně jednou za život každého jedince. Souvisí nejčastěji s emočním stresem a únavou, její trvání se pohybuje v rozmezí od 30 minut do 7 dnů. Pacienti tuto bolest popisují jako čelenku nebo pásek pevně utažený okolo hlavy, jde tedy o tupou, tlakovou nebo stahující bolest, jejíž intenzita bolesti je mírná nebo střední a při které bolí celá hlava. Nezhoršuje se při chůzi do schodů nebo při obtížné aktivitě. Také při této bolesti pacient nepocítí nevolnost, nezvrací

a neobtěžuje ho světlo. Při její léčbě je důležité odstranit emoční problémy, ordinovaná jsou běžná analgetika, myorelaxancia a antidepresiva (HAKL, 2013), (ROKYTA, 2009).

Bolesti pohybového aparátu

Také bolesti pohybového aparátu patří mezi ty nejčastější. Je známo, že tento problém nevzniká náhle, ale má dlouhodobý vývoj. Mezi nejvíce ohrožené patří ti, kteří vykonávají zaměstnání s velkou zátěží na záda, např.: dělníci, všeobecné sestry nebo jiný zdravotnický personál. Autoři uvádějí, že bolesti zad se ročně vyskytují u 15 – 45 % v české populaci, chronické bolesti bederní páteře pak u 3 – 7 % dospělé populace (HAKL, 2017), (ROKYTA, 2009).

Bolest zad je mimořádně častým a ze socioekonomického hlediska vysoce závažným zdravotním problémem. Teorií, proč jsou bolesti zad tak rozšířeným problémem, existuje velké množství, zapříčiněny mohou být například vzpřímenou postavou. Tu však nepotvrzuje skutečnost, že národy nežijící moderním způsobem života, bolestmi zad netrpí., je tedy pravděpodobné, že moderní způsob života je další příčinou. Chronická bolest zad výrazně ovlivňuje pacienta, mění jeho chování, bývá doprovázena depresí, poruchami spánku a značně zhoršuje kvalitu života pacienta (HAKL, 2017), (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGLOVÁ, 2017).

Akutní bolest zad trvá 6 – 12 týdnů, chronické bolesti zad i déle než 6 měsíců. V dnešní době můžeme být vděční za moderní technologie, které nám umožňují odhalit příčiny bolesti zad, protože diagnostika za pomoci magnetické resonance či počítačové tomografie je na vysoké úrovni. Mezi nejčastější příčiny chronické bolesti zad patří poškození meziobratlových plotének, různé poruchy struktury a tvarů obratlů a páteře a poruchy opěrného systému páteře (ROKYTA, 2009).

Bolesti břicha

Další velmi častou bolestí jsou bolesti břicha, které postihují děti i dospělé a patří tak mezi nejčastější příčiny návštěvy u lékaře. Mohou být varovným příznakem závažného poškození nitrobršních orgánů nebo projevem chronických obtíží bez zjištěné patologie (SOFAER, 1997).

Bolest břicha může být jak akutní tak i chronická. Rozdíl mezi nimi je složitější, protože akutní bolest je často důsledkem chronického onemocnění např.: pancreatitis, duodenální vřed, cholecystolitiaza. Mezi nejčastější příčiny akutní bolesti břicha patří apendicitis, cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, diverticulitis, bakteriální peritonitis, infekční enterocolitis, ischemická kolitida, nebdisekující a intestinální obstrukce. Tato onemocnění vyžadují okamžitou pozornost lékaře, protože mohou být spojeny s životem ohrožujícími stavy (KŘIVOHLAVÝ, 2009)

Často jsou příčinou chronické bolesti břicha také vředové choroby gastroduodena či gastropareza, proto jsou pacienti většinou v péči gastroenterologů. K léčbě se používá z analgetik nejčastěji paracetamol a nesteroidní antiflogistika. Mezi další nejčastější příčiny patří erozivní ezofagitida, gastroduodenální vřed, malabsorbce, pancreatitis, hepatom, karcinom pankreatu (HAKL, 2013).

Bolest na hrudi

Bolesti v oblasti hrudníku vyvolávají u pacienta strach a paniku z obavy o život. Jak je známo, hrudník má složitou stavbu a obsahuje důležité orgány jako srdce nebo plíce, proto tato bolest může být příznakem akutního života ohrožujícího onemocnění. Proto se takovéto bolesti berou od samotného počátku vzniku až do vyloučení kardiální příčiny velmi vážně, značný důraz je kladen na včasnou a správnou diagnostiku. Ta zkoumá bolest z hlediska jejího charakteru, délky trvání, lokalizace, zhoršujících se manévru nebo činnosti, které ji způsobují jako je chůze, kašel, tlak nebo chlad (ROKYTA, HÖSCHL, 2015), (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2016).

Bolesti břicha jsou dvojího původu – kardiálního a plicního. Mezi bolestmi kardiálního původu se řadí stenokardie, při nichž bolest vzniká v důsledku nedostatečného prokrvení myokardu (angina pectoris, infarkt myokardu). Perikardiální bolest vzniká při akutní perikarditidě, je ostrá a palčivá, zhoršuje se při hlubokém nádechu nebo kašli. Mezi bolestmi plicního původu hraje významnou roli pleura, kdy postupně dochází ke vzniku tzv. pleurální bolesti. Tato bolest je popsána jako stále zhoršující se při hlubokém nádechu, kašli nebo pohybu hrudníku (ROKYTA, 2009).

Nejčastější bolestí na hrudi je bolest gastroezofageální, nejčastějšími příčinami bolesti jícnu je podráždění sliznice při gastroezofageálním refluxu. Aneurysma aorty je v chronickém stadiu bezbolestné. V akutní fázi je bolest popsána jako silná ostrá,

pálivá nebo bodavá, jde o urgentní a život ohrožující stav, který vyžaduje okamžitou chirurgickou léčbu (HAKL, 2013).

6 DĚLENÍ CHRONICKÉ BOLESTI DLE VZNIKU

Nejčastěji se pacienti setkávají s neonkologickou (nenádorovou) bolestí. Chronické neonkologické bolesti jsou způsobeny degenerativním postižením pohybového aparátu, na jejich léčbu se používají všechny dostupné skupiny léky včetně silných opioidů (ROKYTA, HÖSCHL 2015), (HAKL 2017).

Bolest podle jejího vzniku můžeme rozdělit na bolest onkologickou a neonkologickou. Onkologická bolest (nádorová) vzniká v souvislosti s onkologickým onemocněním, je jedním z nejběžnějších příznaků, jimž se nemoc projevuje, a probíhá jak při nemoci samotné, tak i při související léčbě. Důležitým základem jejího léčení je tedy správné nastavení farmakoterapie pro pokrytí celodenní bolesti (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006). Jak totiž doplňuje Hakl, Hřib (HAKL, HŘIB, 2007), je strach z bolesti provázejících léčbu vyšší než strach ze smrti, většina onkologických pacientů totiž hodnotí bolest, kterou způsobuje nádor, léčba nebo oslabení organismu, za skutečně silnou.

Vaňásek a kol. (VAŇÁSEK A KOL., 2014) rozdělují chronickou bolest podle jejího vzniku řadit do dalších třech podskupin. Onkologická onemocnění se projevují specifickými projevy a doprovázeny jsou tzv. *maligní bolestí*. Onemocnění, která přímo neohrožují pacienta na životě, jsou provázena *bolestí benigní*, u *psychogenní bolesti* dominuje psychická komponenta, základ léčby pak tvoří psychofarmaka.

7 METODY HODNOCENÍ BOLESTI

Pro správnou léčbu je velmi důležité umět správně hodnotit pacientovu bolest. V praxi se nejčastěji využívá vizuální analogová škála (VAS). Aby mohla poskytnout pacientovi úlevu, musí sestra umět rozpoznat „náznaky bolesti“ a posoudit míru utrpení (IASP, 2018).

Pacienta s bolestí musíme ohodnotit individuálně, každý má svůj práh bolesti a prožívání bolesti samotné je velice subjektivní. K jejímu hodnocení slouží anamnéza, fyzikální vyšetření a hodnotící škály (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2016).

Anamnéza

Anamnéza stejně jako v ostatních medicínských oborech, tak i při diagnóze bolesti tvoří velmi důležitou část komplexního klinického vyšetření. Odpovědi jsou determinovány mnoha faktory, jako jsou faktory dědičné, pohlaví, věk, kulturně etnické a sociální vlivy, emoční ladění a aktuální psychický stav. Pro posouzení dopadu bolesti na organismus pacienta se klade důraz na získání dostatečného množství anamnestických údajů z bio-psycho-sociálního hlediska. Po jejich získání by mělo následovat hodnocení samotné bolesti. Anamnéza bolesti mapuje lokalizaci, propagaci, trvání, původ, charakter, vztah bolesti k pohybu a původní příznaky (ROKYTA, HÖSCHL, 2015).

Cílem je získat co největší počet informací k posouzení a diagnostikovat, o jaký typ bolesti se jedná, jakou má intenzitu a jak samotná bolest ovlivňuje zdravotní a psychický stav pacienta. Také je důležité přihlížet k odlišnostem mezi pohlavím, věkem, kulturou a psychologickým stavem (SOFAER, 1997).

V anamnéze zaměřené na bolest je nutné zdůraznit význam farmakologické anamnézy. Je důležité znát, jestli pacient bere léky na bolest a jaké, všechny léky je pak dobré sepsat a určit jejich nežádoucí účinky. Základní otázky z oblasti bio-psycho-sociální, na které se je při vyšetření pacienta s bolestí vhodné zeptat, uvádí Křivohlavý (KŘIVOHLAVÝ, 2009):

- Kde vás to bolí? (Snažíme se lokalizovat bolest pacienta)
- Jak moc to bolí? (Pacient popisuje intenzitu bolesti)

- Kdy to bolí? (Doba nebolí časový faktor)
- Jak to bolí?
- Kdy bolest zmírňuje a kdy zesiluje?
- Jak se celkově cítíte?
- Jakou máte náladu?
- Čeho se v souvislosti s bolestí bojíte?
- Máte problémy v zaměstnání? (Zjišťujeme, jak bolest ovlivňuje výkonnost práce u pacienta)
- Máte problémy v rodině? (Zjišťujeme, jaká je kvalita života v rodině a jaké jsou poměry v rodině) (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Fyzikální vyšetření

Stejně jako anamnéza, tak i fyzikální vyšetření je pro diagnózu bolesti velmi důležité. Jedná se o vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem (ROKYTA, HÖSCHL, 2015).

Vyšetření pohledem trvá po celou dobu vyšetření, po příchodu či převozu do zdravotnického zařízení. Zde je hodnocen celkový stav pacienta, jeho vzhled, barva a změny na kůži, případně další objektivní příznaky. V potaz je také potřeba brát skutečnost, za jakých podmínek pacienta hodnotíme, zda za denního světla nebo v temné místnosti či za umělého osvětlení. Všeobecně je doporučováno pacienta dostatečně odhalit tak, aby bylo možné sledovat nejen obličej, ale i ostatní části těla (HAKL, 2013).

Vyšetření pohmatem čili palpací, se nejlépe provádí, pokud pacient leží na zádech. Při něm je prohmatávána kůže, podkoží, oblast dutiny břišní, zjišťuje se velikost orgánů a jejich konzistence (HAKL, 2013).

Vyšetření poklepem neboli perkuse se provádí prostředníkem jedné ruky na prostřední prst druhé ruky. Je slyšet jasný, plný, zkrácený, temný, hypersonorní (škatulový) nebo bubínkový poklep (SOFAER, 1997).

Při vyšetření poslechem neboli auscultací jsou hodnoceny zvuky, které vyvolávají a vydávají orgány. Nejčastěji se poslechem vyšetřuje srdce, plíce a střeva. Při tomto vyšetření se používá fonendoskop (ROKYTA, 2009).

Hodnotící škály

Hodnocení bolesti úzce souvisí s prahem bolesti člověka. Pacient snese bolest do jisté míry, pokud je nad rámec toho, co unese, přesáhne bolest jeho vlastní individuální práh. Ten je u každého jedince různý a může se značně lišit, proto k hodnocení bolesti slouží anamnéza, fyzikální vyšetření a hodnotící škály (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Verbální škála bolesti

Při verbální metodě hodnocení bolesti je zachycována nejen kvalita, ale i intenzita bolesti. Individuálně se posuzují jednotlivé části těla. Pacient sám zhodnotí bolest z jednotlivé kategorie nabízené sestrou – 1 – žádná, 2 – mírná, 3 – střední, 4 – silná, 5 – nesnesitelná (VAŇÁSEK A KOL., 2014).

Vizuální analogová škála (VAS)

Poměrně často využívaná je vizuální analogová škála (VAS), která informuje o intenzitě bolesti. Nejběžněji se používá horizontální úsečka, na které jsou umístěny body, vlevo je stav zcela bez bolesti, vpravo pak leží bod nejvyšší představitelné bolesti daného nemocného (viz Příloha A) (HAKL, 2017).

Numerická škála bolesti (NRS)

Numerická škála bolesti je další z neverbálních způsobů k určení intenzity bolesti, Podobně jako škála předchozí se používají úsečky s numerickými hodnotami od 0 do 10, na niž pacient označí místo, které nejvíce odpovídá skutečnosti (viz Příloha B) (VAŇÁSEK A KOL., 2014).

Škála výrazů obličeje

Tato škála se nejčastěji používá u dětí a u osob se zhoršenou schopností komunikace, tam kde pacienti nedovedou přesně popsat svou bolest. Je to alternativa numerické a číselné škály bolesti, používající namalované obličeje od usmívajícího se až po plačící (viz Příloha C) (HAKL, 2013).

Mapa bolesti podle M. S. Margoese

Neverbální metodou, která se používá při hodnocení intenzity bolesti, je mapa bolesti podle M. S. Margoese. Pacientovi je podána mapa celého lidského těla a barevná tužka, pomocí které pacient na škálu označí jednotlivé oblasti těla tam, kde bolest pociťuje a do jakých dalších oblastí zasahuje. Bolest lze od sebe barevně odlišit (viz Příloha D) (JANÁČKOVÁ, 2007).

Dotazník McGillovy univerzity (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

K podrobnému vyšetření bolesti patří dotazníky, které vyplňuje pacient hlavně při vstupním vyšetření. Nejvíce se používá MPQ dotazník, který existuje ve dvou formách a to ve zkrácené a dlouhé formě. Tento dotazník se používá u lidí s chronickou bolestí. Vyplněním dotazníku zdravotnický personál získá informace o intenzitě bolesti, jejích kvalitách, sensorických a afektivních složkách a o celkovém hodnocení konkrétní bolesti. Součástí tohoto dotazníku je i topografický záznam, kam pacient sám nakreslí lokalizaci bolestivého místa (VAŇÁSEK A KOL., 2014).

Součástí dotazníku je také škála VAS a verbální posouzení toho, jak pacienti svoji bolest prožívají. Obsahuje celkem dvacet tříd, v nich jsou uvedeny popisy různé intenzity bolesti, z nichž byly vytvořeny čtyři skupiny – sensorická, afektivní, vyhodnocovací a různá (ROKYTA A KOL., 2006).

8 LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI

Chronické bolestivé stavy a jejich léčení jsou celosvětovým problémem s dopadem nejen na zdravotní stav obyvatel, ale i na celý sociálně-ekonomický systém země. Chronická bolest je déletrvající stav, na pacienta působí negativně a ovlivňuje jeho život z hlediska celkového bio-psycho-sociálního stavu. Dochází tedy k poruchám nejen zdravotním, ale také psychickým a sociálním, což se může odrážet ve změně osobnosti a charakteru. Proto je nastavení správné léčby velice důležité (KOTKOVÁ A KOL., 2016).

Chronická bolest má na rozdíl od akutní bolesti odlišné fyziologické mechanismy. Pacienti trpí silnou bolestí, následkem pak bývají poruchy hybnosti a následně postižení svalů, kloubů, imunitního systému, dochází k narušení spánku, poruchy výživy, vzniku závislosti na lécích a nadměrné fixaci na pomoc od rodiny nebo zdravotnického personálu (HAKL, 2011).

Pacient s chronickou bolestí trpí i po stránce psychické, protože u něho dochází k sociálním změnám. Snižuje se pracovní výkonnost, může nastat pracovní neschopnost, dochází často k invaliditě, izolaci od společnosti a rodiny, objevují se duševní poruchy, úzkost, strach, nevěle, frustrace, deprese nebo sebevražednost. Proto je velice důležité nastavit správnou léčbu chronické bolesti a k pacientovi přistupovat individuálně (KOTKOVÁ A KOL., 2016).

K léčbě chronické bolesti patří využívání nefarmakologických a farmakologických přístupů k pacientovi. Je snaha v první řadě využívat nefarmakologických metod řešení bolesti, pokud tyto selhávají, je nutné přistoupit k farmakologickému řešení bolesti (HAKL, 2011).

Nefarmakologická léčba chronické bolesti

V léčbě bolesti zahrnují nefarmakologické postupy celou škálu technik a přístupů, které se používají v různých odvětvích medicíny. Tyto metody pomáhají tlumit bolest, ale mohou pacientům také odstraňovat stres, zlepšovat náladu, podporovat spánek a dodávat pocit kontroly nad bolestí, zlepšují tak její toleranci a zvládání (HAKL, 2011).

Využívá se široká škála metod založených na působení fyzikálních metod, jako jsou především rehabilitace, terapie chladem nebo teplem, vibrace, použití elektrické stimulace nervů, aromaterapie, muzikoterapie, jóga, akupunktura, magnetoterapie nebo masáž. Pacienti se pomocí nich učí svou bolest ovládat, kontrolovat a žít s ní (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Léčba rehabilitací

Rehabilitace je zaměřená na obnovu tělesného a duševního života po úrazu nebo nemoci, používá různé metody pro efektivní léčbu a úlevu od bolesti. Autoři vyjmenovávají mnoho druhů terapie, například fyzioterapii, ergoterapii, fyzikální terapii, balneoterapii, myoskeletální medicínu nebo rehabilitační inženýrství. Důležité je správně diagnostikovat příčinu funkčních poruch pohybového ústrojí (HAKL, 2017).

Nejčastější a nejvíce využívanou formou z výše jmenovaných je fyzioterapie, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou poruch pohybového aparátu. Fyzioterapie může být prováděna jak samostatně, tak v rámci léčebné rehabilitace (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGLOVÁ, 2017).

Další možností je ergoterapie, tedy terapie *vlastníma rukama*. Pomáhá pacientům při zvládnání běžných denních pracovních úkonů a je určena lidem s fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním (VAŇÁSEK A KOL., 2014).

Do fyzikální terapie zahrnujeme léčbu teplem a chladem, elektrickým proudem, magnetoterapii a podobné druhy metod. Využívá fyzikální energie, která je aplikována na lidský organismus. Své uplatnění má především jako součást léčby onemocnění pohybového aparátu (WEIS, 2015).

Přírodní léčiva jako jsou přírodní minerální vody, plyny, peloidy jsou využívány při tzv. balneoterapii, která používá aplikace ve formě obkladu, zábalů nebo koupelí (HOSKOVCOVÁ, 2017).

Myoskeletální rehabilitace se zabývá diagnostikou a léčbou funkčních poruch pohybového aparátu. Zahrnuje techniky měkkých tkání, mobilizační techniky, manipulace, doplnění o cílené cvičení (HAKL, 2017).

Zdravotně postižený člověk také potřebuje pomoci s vybavením technickými pomůckami tak, aby se mohl zařadit do společnosti a dosáhl co nejvyššího uspokojení svých životních potřeb. K tomu slouží rehabilitační inženýrství, které individuálně vytváří potřebné pomůcky. Pomáhá s vybavením zdravotně postiženého člověka technickými pomůckami pro zařazení do společnosti s maximálním uspokojením životních potřeb (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGLOVÁ, 2017).

Doplňková terapie

Mezi doplňkové terapie patří aromaterapie, jóga, masáže, akupunktura a muzikoterapie, které také mají své místo v léčbě bolesti, protože se používají jako součást holistického přístupu ke každému jedinci (HAKL, 2017).

Nejznámější z nich, jak uvádí Křivohlavý (KŘIVOHLAVÝ, 2009) je pravděpodobně akupunktura, která vznikla v Číně před sedmi tisíci lety jako preventivní diagnostika a léčebná metoda. V Evropě se tato metoda začala více uplatňovat ve 20. století. Používají se tenké kovové jehly aplikované pod kůži do specifických míst na dobu 20 – 30 min. Nejčastěji se akupunktura používá při bolesti hlavy, pooperačních bolestech nebo bolestech zad.

Procházka (PROCHÁZKA, 2017) dále popisuje další metody doplňkové terapie, jako je aromaterapie nebo muzikoterapie. Při aromaterapii je inhalován esenciální olej z různých rostlin, které snižují bolest (bazalka, eukalyptus, heřmánek, pelargonie, levandule, rozmarýn, čajovník). Další možností je pak také použití těchto olejů při masáži, kdy se nanášejí na tělo pacienta nebo se přidávají do koupelí. Aromaterapie se využívá při bolesti hlavy, svalových problémech, artritidě, pasovém oparu, nebo u premenstruačního syndromu.

Muzikoterapie může pomáhat ke snižování chronické bolesti. Dochází k zapojení mozku, ale i celého těla. Hudba má vliv na náš limbický systém, který je centrem emocí. Hudbu můžeme poslouchat, tvořit, zpívat nebo se pohybovat do jejího rytmu. Důležité přitom je, aby se pacient nacházel v příjemném prostředí a aby samotná hudba byla příjemná a měla pro něho nějaký význam. Muzikoterapie preventivně působí proti stresu (PROCHÁZKA, 2017).

Jóga znamená spojení, sjednocení, obnovení, spojení individuálního „Já“ s univerzálním „Bytím“. Řadíme ji mezi jednu z nejstarších metod terapie a relaxace

těla a duše. Jóga napomáhá ke snížení stresu a úzkostí, bolesti, dýchání, hypertenzí. Základní prvky jógy jsou správné dýchání, pohyb, meditace a relaxace (VAŇÁSEK A KOL., 2014).

Velice oblíbenou metodou pro pacienty s chronickou bolestí je v dnešním 21. století tzv. biofeedback (biologická zpětná vazba). Ta zahrnuje měření osobních fyziologických veličin jako krevní tlak, tep, teplotu, pocení, svalové napětí v reálném čase. Používají se elektronické monitory, které učí pacienta vědomě kontrolovat svoje výše popsané autonomní funkce (PROCHÁZKA, 2017).

Farmakologická léčba chronické bolesti

Základním pilířem léčby chronické bolesti je především léčba farmakologická, a to zejména z pohledu zdravotnického personálu, jako je lékař a poté všeobecné sestry v ošetrovatelském procesu. Ke zvolení správného léčebného postupu léčby chronické bolesti je důležité znát anamnézu pacienta, délku trvání bolesti, lokalizaci, charakter bolestí i faktory, které ovlivňují bolest, doposud používané léky, jejich efekt na bolest a také nežádoucí účinky (HAKL, 2017).

WHO v roce 1990 představila třístupňový analgetický žebříček pro léčbu bolesti. Původně byl určen pro léčbu bolesti onkologického původu, později tato léčba byla použita i pro neonkologická onemocnění (viz Příloha E) (HAKL, 2013).

Farmakologická léčba bolesti zahrnuje především využívání neopioidních analgetik na jedné straně a opioidních analgetik na straně druhé (GOLDMANOVÁ, 2016).

Neopioidní analgetika

Při mírné bolesti jsou předepisována především neopioidní analgetika. Sem řadíme paracetamol, metamizol a nesourodou skupinu nesteroidních antiflogistik (NSA). Neopioidní analgetika jsou indikována v monoterapii k léčbě mírné a středně silné bolesti, u silné bolesti jsou vždy kombinovány s opioidy (LEJŠKO, 2017).

Paracetamol (acetoaminofen, paralen, panadol) je antipyretikum a analgetikum bez protizánětlivého účinku. Je předepisován k léčbě chronické bolesti. Doporučené dávkování je 500 – 1000 mg po 4 – 6 hodinách. Paracetamol má jen minimální

protizánětlivý efekt, nepoškozuje GIT, ledviny, neovlivňuje trombocyty. Jde často o volně prodejné léky (GOLDMANOVÁ, 2016).

Metamizol je volně prodejný lék, avšak není vhodný pro dlouhodobé používání z důvodu rizika granulocytozy. Denní dávkování je 500 mg 4 krát denně (GOLDMANOVÁ, 2016).

Nesteroidní antiflogistika – antirevmatika (NSA), jsou v současnosti nejužívanější analgetika. Působí především inhibicí COX1 a COX2. COX2 mají menší nežádoucí účinky. Dlouhodobé užívání NSA zvyšuje riziko poškození ledvin, vzniku ulcerací a krvácení v zažívacím traktu. Nejužívanějším zástupcem je ibuprofen (Ibalgin, Nurofen, Brufen), jsou to též volně prodejné léky (HAKL, 2011).

Slabé opioidy

Do skupiny slabých opioidů patří farmaka, jako jsou dihydrokodein, kodein nebo tramadol. Léky jsou plně kontrolovány a jsou předepisovány lékařem, nejsou volně dostupné. Opioidy nejsou toxické pro parenchymatozní orgány a hematopoezu, mohou však způsobit různé nežádoucí účinky jako jsou nevolnost, zvracení, sedaci, dezorientaci, puritus nebo obstipaci (ROKYTA, 2015).

Prvním zástupcem této lékové skupiny je kodein. Jeho analgetický účinek je ale poměrně nízký, proto je vhodný v kombinaci s paracetamolem. Jednotlivá dávka se doporučuje ve výši 60 mg, maximální denní dávka je pak 240 mg (LEJČKO, 2017).

Dihydrokodein je semisyntetický analog kodeinu, k dispozici je retardovaný dihydrokodein. Je možné ho podávat v dávkách 60 – 120 mg po 12 nebo 8 hodinách. Maximální denní dávka je 240 mg (LEJŠKO, 2017).

Tramadol má duální efekt. Ovlivňuje zpětné vstřebávání noradrenalinu a serotoninu v CNS. Je podáván v různých formách od injekční přes čípkovou až po tablety s účinkem na 24 hodin. Maximální denní dávka činí 400 mg (HAKL, 2013).

Silné opioidy

Silné opioidy se používají na silnou až krutou bolest, nejvíce účinkují při nociceptorové a viscerální bolesti. Společným účinkem je působení na opioidní receptory. Vhodný opioid volíme dle intenzity a příčiny bolesti (LEJČKO, 2017).

Nejběžnějším opioidním analgetikem pro snížení bolesti je morfin, jehož nejčastější dávkování je 10 – 20 mg i.m. nebo s.c. s délkou trvání účinku 4 – 5 hodin. Tento lék tlumí bolest aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému. Občasné nežádoucí účinky jsou ospalost, zvracení, svědění, pocení, pokles krevního tlaku, městnání moči, útlum dýchání a vznik závislosti. Morfin se nepodává osobám s onemocněním jater, omezením pohybu střev a při léčbě některými antidepresivy (HOSKOVCOVÁ, 2017).

Fentanyl a sufentanil se, stejně jako morfin, používají k léčbě silné chronické bolesti. Transdermální aplikace prostřednictvím postupného uvolňování z náplastí zajišťuje stabilní plasmatickou hladinu po dobu 3 dnů. Na trhu se objevuje v několika aplikačních formách – nosní sprej, efervescentní tablety, tablety k sublingvální aplikaci (LEJŠKO, 2017).

Pethidin ve srovnání s morfinem má menší spazmogenní efekt a proto je vhodnější při kolikových bolestech. Má kratší trvání účinku, pouze 2 hodiny, proto není vhodný pro léčbu chronické bolesti. Obvyklá dávka je 50 – 100 mg i.m. nebo s.c, tato dávka může být po 1 – 3 hodinách opakována. Maximální denní dávka je 200 mg při i.m. a s.c. podání (GOLDAMANNOVÁ, 2013).

Opioidy a závislost

Obecnými vlastnostmi silných opioidů je sice vysoká účinnost, ale také vznik tolerance, čímž se rozumí snižování účinku opioidů při jejich opakovaném podávání, často je tedy třeba dávky opioidů zvyšovat pro dosažení stejného účinku. Stejně tak hrozí nebezpečí vzniku závislosti, pak je nutno počítat s fenomény jako je psychická nebo fyzická závislost (ZAFAROVÁ, 2015).

Fyzická závislost je charakterizována rozvojem abstinenčního syndromu při náhlém přerušení podávaného opioidu nebo při snížení jeho dávky. Abstinenční syndrom se většinou projevuje zvýšenou nervozitou, podrážděností, neklidem nohou, zíváním, sníženým prahem bolesti, myalgií, zimomřivostí, poruchami spánku, úzkostmi a depresemi. Avšak to nemusí vždy být pravidlem, stává se, že i po vysazení léčby pacienti neprojevují příznaky abstinenčního syndromu ani jeho náznaky (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2013).

Psychická závislost je bio-psycho-sociální fenoménem, který charakterizuje nutkavý pocit a chorobnou touhu užívat danou látku i přes neblahé zdravotní a psychosociální souvislosti. Pacient preferuje injekční podání opioidy pro rychlý nástup účinku, jež je důsledkem pro vznik opojného pocitu euforie a zdánlivé kontroly nad svou životní situací (ROKYTA, 2009).

9 KVALITA ŽIVOTA S CHRONICKOU BOLESTÍ

Definovat pojem „kvalita života“ je velmi nesnadný úkol. Jde o poměrně hodně používaný pojem, protože se dnes kvalitou života zabývají různé vědní disciplíny. Když hovoříme o kvalitě života, sledujeme, jaké dopady má nemoc na pacienta z pohledu fyzického či psychického stavu, jak ovlivňuje způsob života a mění jeho pocit životní spokojenosti. Rozumíme tím jakousi hodnotu sloužící k odlišení jednoho celku od druhého, a to je život člověka. Přesně definovat a stanovit přesná kritéria pro pojem „kvalita života“ není možné, jelikož v dané situaci, či v daném stavu je pro každého pacienta důležité něco jiného. Je potřeba zachytit, popsat či nějak kvantifikovat, jaký dopad má onemocnění, léčba či úroveň zdravotní péče na fyzický a psychický stav člověka, na způsob jeho života a pocitu životní spokojenosti (VONDŘICH, VONDŘICHOVÁ, 2013).

Při chronické bolesti bývá léčba pacienta velmi často jen částečná, nejistá a dočasná, mnohdy s nepříjemnými vedlejšími účinky. V ošetrovatelské péči je třeba brát ohled také na to, jaké potíže a omezení léčba konkrétnímu jedinci přinese, při vykonávání běžné životní role (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Proto v sobě kvalita života zahrnuje také aspekty, na nichž lze jasně ukázat, jakým způsobem je ovlivněné fyzické zdraví, jakým rizikům je jedinec vystaven, jak je ovlivněn pacientův funkční stav, jeho sociální prostředí nebo socioekonomický status. Podle WHO je tedy vhodnější definovat tento pojem jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006)

Kvalitu života lze měřit buď tak, že je měřena druhou osobou nebo lze využít různých strukturovaných dotazníků. Hodnotí-li tuto skutečnost druhá osoba, jde vždy o hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta na základě fyziologických a patofyziologických kritérií (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Metoda měření pomocí dotazníku je zaměřena na zjištění zdravotního stavu, celkového funkčního stavu a stupně postižení pacienta. Zjišťování kvality života

doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu tím, že popisuje dopad nemoci a léčbu na každodenní život pacienta, zprostředkuje subjektivní pohled na člověka a hodnotí účinnost terapie, při které nedochází k úplnému vyléčení, jako je tomu u většiny chronických poruch (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Péče o pacienta s chronickou bolestí

Musíme brát v potaz, že pacient, pokud říká a udává bolest, znamená to, že ji skutečně cítí a prožívá. Hodnocení bolesti s použitím fyzikálních a laboratorních testů často neposkytuje informace vhodné k posouzení závažnosti stavu, proto je velice důležité věřit pacientovi a naslouchat mu. Chronickou bolest totiž ovlivňují i další faktory, například kulturní, etnické, bio-psycho-sociální nebo emoční. Zaměřili se zdravotník také na ně, umožní mu to lepší pochopení chování a reakce trpícího člověka. Mimo podávání léků k potlačení chronické bolesti, kterých existuje velké množství, je tedy potřeba zaměřit léčbu se také na další skutečnosti, které vnímání bolesti značně ovlivňují (IASP, 2018).

Při hodnocení chronické bolesti je proto kladen důraz na uplatňování holistického přístupu, a to, jak ze strany zdravotních sester, tak i ze strany lékařů. Pacienta s chronickou bolestí je totiž nutné vidět celostně. Lékař, všeobecná sestra a všech zdravotnický personál musí brát vážně stížnosti nemocného, naslouchat mu, dát mu najevo, že máme pro něj čas. Člověk trpící bolestmi má právo sám vlastními slovy popsat, jaký má problém, kde to bolí, jak to bolí a jak dlouho to bolí, jeho slova přitom nesmějí být bagatelizována, nemělo by být o nich pochybováno, ani by se neměla zlehčovat intenzita jeho bolesti (PALAŠČÁKOVÁ, ŠPRINGLOVÁ, 2017).

Sestra shromažďuje informace po celou dobu kontaktu s pacientem. Musí sledovat jeho fyzické reakce, chůzi, jak sedí, reakce na bolest, psychický stav, grimasy v obličeji atd. Všechny získané informace využije v plánu ošetrovatelské péče k odstranění nebo zmírnění bolesti. Účinná léčba bolestí je založena na úzké spolupráci pacienta s týmem lékařů, zdravotnického personálu a nelékařských zdravotnických pracovníků (GOLDMANOVÁ, 2016).

Ambulance bolesti

Pacientům s chronickou bolestí slouží ambulance bolesti. Jsou to odborná zařízení, poskytují péči v případě, že bolest pacienta není zvládnutelná v ordinacích běžného praktického lékaře. Dnes jsou ambulance bolesti zřízeny téměř v každé okresní nemocnici, většinou je tak učiněno v rámci Anesteziologicko-resuscitačního oddělení, v některých případech jde také o privátní ambulance vedené odborníky (PROCHÁZKA, 2007). V současné chvíli je podle CLB (CLB, 2018) u nás celkem 121 ambulancí bolesti, jejich rozmístění ukazuje mapka uvedená v přílohách (viz Příloha G).

Při léčbě pacientů, kteří trpí chronickou bolestí, se klade důraz ne pouze na potlačení příznaků, ale především na залéčení příčiny bolesti, pokud je to možné. Cílem léčby je totiž zlepšení funkčního stavu pacienta, proto jsou do léčby zapojeni odborníci z různých oborů, aby tak pacienti dostali komplexní péči. Do léčby je tak zapojen nejen praktický lékař, ale také internisté, chirurgové, dále pak algeziologové, neurologové, rehabilitační pracovníci, psychologové nebo ortopedi. Jak však autoři Kelner a Procházka (KLENER, 2007), (PROCHÁZKA, 2007) dodávají, ne všichni pacienti s chronickou bolestí potřebují takto komplexní péči. Často se stává, že ji s použitím silných opioidů zvládne již praktický lékař. Ambulance bolesti jsou určeny zejména pro ty pacienty, u nichž jde o složitější případ. Je-li pak nastaven správný a vyhovující způsob terapie, často se pak pacient vrací do péče svého obvodního lékaře.

Procházka (PROCHÁZKA, 2007) popisuje průběh léčby ve třech liniích. Do první patří praktický lékař, který léčbu zahajuje pomocí doporučených postupů. Není-li schopen pacientův problém vyřešit, je na místě kontaktovat lékaře z druhé linie, tedy především neurologa, chirurga, onkologa nebo psychiatra. Pokud ani tito odborníci nenajdou vhodnou léčbu, jsou na řadě odborníci z linie třetí, tedy jde o kontaktování algeziologa, který pracuje na nejbližší ambulanci pro léčbu chronické bolesti, zrovna tak je možné kontaktovat multidisciplinární centrum pro léčbu bolesti.

Chronická bolest je v ordinacích léčena nejrozličnějšími způsoby. Jde-li například o bolest pohybového aparátu, dochází pacient na rehabilitaci, přičemž je mu také nasazena farmakoterapie. Analgetika, která jsou samozřejmou součástí léčby, mohou mít podobu tablet, injekcí nebo náplastí. Moderní preparáty pak vedou ke stimulaci struktur, které jsou za bolest odpovědné. Jde například o míšní struktury, kůru

mozkovou či periferní nervy. Selžou-li tyto konzervativní metody, pak je další možností také operace (KLENER, 2007).

K potlačení chronické bolesti se využívají opioidní i neopioindní analgetika spolu s tzv. adjuvantními analgetiky s preferencí retardovaných forem. Při léčbě se přitom začíná od jednodušších metod a slabších léků k metodám náročnějším, kdy se ordinují léky stále silnější, začíná se tedy od neopioindních analgetik, přechází se ke slabým opioidům až k opioidům silným (PROCHÁZKA, 2007).

10 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Praktická část je pojatá metodou kvantitativního průzkumu za použití anonymního standardizovaného dotazníkového šetření.

Formulace problému

Chronická bolest je klinickým syndromem. Svým dlouhodobým trváním ovlivňuje psychiku i chování nemocného. Při bolesti se uplatňuje mnoho mechanismů, v organismu přitom dochází k řadě reakcí u kardiovaskulárního, pohybového a vegetativního systému. Chronická bolest ovlivňuje fyzický, ale i psychický stav nemocného.

Velkou část lidí s chronickou bolestí léčí praktičtí lékaři nebo jiní odborní lékaři, jen malá část nemocných s chronickou bolestí je odeslána a léčena v ambulancích bolesti. Na rozdíl od akutní bolesti, která je krátkodobá, chronická bolest ovlivňuje i finanční stránku nemocného. Léčba chronické bolesti bývá nákladná na mnoha úrovních, často zasahuje i do pracovního života nemocného, kdy nemocný je buď nepřítomen, nebo je nucen svůj pracovní proces přerušit. Je tak ohrožen ztrátou příjmu a tím se zvyšuje riziko vzniku dalších sociálních problémům.

Chronickou bolestí rozumíme především takovou bolest, která trvá více než 3-6 měsíců. Významnou součástí péče o pacienty s chronickou bolestí jsou v současné době ambulance bolesti (viz Kapitola 9.3), kde prostor pro individuální přístup k pacientovi a nastavení jeho léčby.

Cíle průzkumu a metodika

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak chronická bolest ovlivňuje kvalitu života pacienta. Průzkumná otázka tedy zní:

Jak ovlivňuje chronická bolest celkovou kvalitu života?

Dílčí otázky:

Jak ovlivňuje chronická bolest psychické zdraví?

Jaký vliv má chronická bolest na zdraví fyzické?

Jak ovlivňuje chronická bolest prostředí člověka?

Jaký vliv má prožívání chronické bolesti na sociální vztahy?

Ke zjištění výše uvedených cílů byl zvolen kvantitativní výzkum se zaměřením na to, jak chronická bolest ovlivňuje kvalitu života pacienta, konkrétně psychické zdraví, fyzické zdraví, prostředí a sociální vztahy.

Za účelem provedení průzkumu pomocí dotazníkového šetření byl zvolen anonymní standardizovaný dotazník dle WHOQOL – BREF s uzavřenými otázkami. Jde o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), který je zaměřen na měření kvality života a používá se jak ve zdravotnických, tak sociálních službách, přičemž nehodnotí jenom kvalitu života vzhledem k onemocnění, v sociálních službách je využíván také při intervencích ohledně nepříznivých sociální situací. Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace dal podnět k jeho sestavení v roce 1991, sestaven pak byl pracovní skupinou, kterou tvořilo 15 zástupců výzkumných center z celého světa. Zatímco dotazník WHOQOL – 100 obsahuje 100 položek, dotazník WHOQOL – BREF jím má pouze 26 (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Dotazník, který byl respondentům předkládán, je uveden krátkým vysvětlením důvodu jeho vyplňováním a zaručením anonymity, dále následuje dotazník samotný. Jde o standardizovaný zkrácený dotazník WHOQOL – BREF. Ten se skládá z 26 otázek, jejichž odpověď je škálovaná, nabízí celkem 5 druhů odpovědí, z nichž první je většinou záporná (velmi nespokojený, vůbec, velmi špatně apod.) poslední pak kladná (velmi spokojen, v obrovské míře, velmi dobře apod.). Dotazník je zakončen krátkým poděkováním.

Standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF šetří tyto domény (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006):

- fyzické zdraví – šetřeno otázkou číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
- prožívání – šetřené otázkou číslo 5, 6, 7, 11, 19, 26
- sociální vztahy – šetřeno otázkou číslo 20, 21, 22

- prostředí – šetřeno otázkou číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25
- dvě samostatné položky – kvalita života – šetřena otázkou číslo 1 a spokojenost se zdravím – šetřena otázkou číslo 2

V rámci kvantitativního výzkumu jsme jako metodu zvolili terénní výzkum. Pro vyhodnocení získaných údajů byla použita matematicko-statistická metoda. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Office Word a Excel 2010 a vyjádřena v absolutní a relativní četnosti (relativní četnosti jsou uvedené v procentech). Data jsou znázorněna pomocí tabulek.

Časový harmonogram

Od září 2017 probíhal sběr literárních zdrojů pro sestavení teoretické části této bakalářské práce. Byl stanoven průzkumný cíl a zvolena metodika sběru dat prostřednictvím dotazníku WHOQOL – BREF. Sběr dat probíhal od prosince 2017 do ledna 2018 ve Středočeském kraji, v hlavním městě Praha, po jeho ukončení byla data vyhodnocena a zpracována.

Průzkumný vzorek

Pomocí dotazníku jsme zjišťovali odraz chronické bolesti na kvalitu života u respondentů, kteří jsou pacienti pražských ambulancí bolesti. Ti byli osloveni v čekárně ještě před vstupem do ordinace či po té, co se z ní navrátili. Byl jim vysvětlen důvod vyplňování dotazníků, zaručena naprostá anonymita, v případě potřeby jsme dotazník vyplnili s nimi. Díky osobnímu kontaktu s respondenty jsme měli možnost položit doplňující otázky.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Z celkového počtu jich bylo použito 50 pro zpracování této bakalářské práce. Návratnost dotazníků tedy čila 63 %.

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	14	28
Žena	36	72
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Průzkumný vzorek se tedy skládal z 50 respondentů (100 %), kteří odpovídali na dotazník, přičemž zde bylo zastoupeno 14 mužů (28 %) a 36 žen (72 %).

Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
30-35 let	7	14
36-40 let	6	12
41-45 let	8	16
46-50 let	5	10
51-55 let	4	8
56-60 let	8	16
61-65 let	12	24
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Z tabulky je zřejmé, jaké bylo věkové složení průzkumného vzorku. Největší počet tvořili respondenti ve věku od 61 až 65 let (24 % – 12 respondentů). Druhé v pořadí pak byly skupiny věku od 41 do 45 let a od 56 do 60 let, tento vzorek obsahoval po 16 % (obě skupiny měly 8 respondentů). 14 % (7 respondentů) bylo ve věku od 30 až 35 let, 12 % (6 respondentů) ve věku od 36 až 40 let, nejméně početná byla skupina ve věku od 46 až 50 let (10 % – 5 respondentů) a skupina ve věku od 51 až 55 let (8 % – 4 respondenti).

Tabulka 3 – Délka trvání bolesti

Délka trvání chronické bolesti		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 rok	15	30
2-6 let	20	40
7-14 let	10	20
15-20 let	5	10
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Měli jsme možnost položit respondentům doplňující otázky, které neobsahoval dotazník WHOQOL – BREF použitý v našem průzkumu. Zajímalo nás, jak dlouho trpí respondenti chronickou bolestí.

Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) celkem 20 respondentů (40 %) trpí chronickou bolestí od 2 do 6 let, 15 z nich (30 %) pak alespoň 1 rok, 10 respondentů (20 %) pak chronickou bolestí prožívají už 7-14 let, 5 z nich (10 %) pak dokonce i 15-20 let.

Tabulka 4 – Užívání léků

Užívání léků proti bolesti		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	10	20
Žena	40	80
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Další otázka, kterou neobsahoval dotazník WHOQOL – BREF použitý v našem průzkumu, byla, zda respondenti užívají léky proti bolesti.

Z 50 (100 %) respondentů nejvíce užívají léky ženy – celkem 40 (80 %), z mužů jich užívá 10 (20 %). Ženy častěji sahají pro analgetika na bolest. Muži jen při velké bolesti.

11 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V této kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které vyšly vyhodnocením standardizovaného zkráceného dotazníku WHOQOL – BREF .

Otázka číslo 1 – Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 5 – Hodnocení kvality života

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi špatně	5	10
Špatně	7	14
Ani špatná, ani dobrá	10	20
Dobrá	8	16
Velmi dobrá	20	40
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Z odpovědí na otázku č. 1 *Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?*, vyplynulo, že 5 respondentů (10 %) vnímá kvalitu svého života velmi špatně, o trochu vyšší počet – 7 respondentů (14 %) ji také hodnotí špatně. 8 respondentů (16 %) ji hodnotí jako dobrou. Ani dobrou, ani špatnou ji vnímá 20 respondentů (40 %). Nejvíce respondenti volili odpověď *velmi dobrá*, z průzkumu tedy vyplynulo, že 40 % (20 respondentů) je s kvalitou svého života spokojeno. S kvalitou svého života oproti tomu není spokojeno celkem 24 % (volili odpověď *velmi špatně* nebo *špatně*).

Otázka číslo 2 – Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Tabulka 6 – Spokojenost se svým zdravím

Jak spokojený/á jste se svým zdravím?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	11	22
Nespokojený/á	6	12
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	15	30
Spokojený/á	5	10
Velmi spokojený/á	13	26
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 2 *Jak spokojený/á jste se svým zdravím?*, 15 (30 %) dotazovaných respondentů odpovědělo *ani spokojený ani nespokojený*. Odpověď *spokojený* nebo *velmi spokojený* pak celkově volilo 18 respondentů (36 %). 6 respondentů (12 %) projevilo nespokojenost, 11 respondentů (22 %) pak je dokonce se svým zdravím velmi nespokojeno.

V porovnání s Tabulkou 5 je tedy patrné, že ačkoliv 56 % respondentů je s kvalitou života spokojeno (volili odpověď *velmi dobrá* nebo *dobrá*), je se svým zdravím nespokojeno 34 % z nich (volili odpovědi *nespokojený/á* nebo *velmi nespokojený/á*). Respondenti tedy mohou být s kvalitou svého života spokojeni, zatímco se svým zdravím již nespokojenost projevují v mnohem větší míře.

Otázka číslo 3 – Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

Tabulka 7 – Fyzická bolest a její vliv na činnost

Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	8	16
Málo	11	22
Středně	5	10
Velmi	6	12
V obrovské míře	20	40
Celkem	50	100

zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 3 *Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?*, volili respondenti nejvíce odpověď *v obrovské míře*. Šlo celkem o 20 respondentů, tedy 40 % z nich vnímá, že jim fyzická bolest brání, aby mohli dělat to, co potřebují. Dalších 11 respondentů (22 %) pak naopak cítí, že je bolest omezuje jen *málo*, 8 z nich (16 %) dokonce neomezuje vůbec, 6 respondentů (12 %) odpovídalo *velmi* a 5 (10 %) volilo odpověď *středně*.

Je tedy zřejmé, že bolest respondentům skutečně značně brání v tom, aby mohli dělat to, co potřebují, neboť odpověď *v obrovské míře* a *velmi* volilo celkově 62 % z nich.

Otázka číslo 4 – Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

Tabulka 8 – Potřeba léčby v běžném životě

Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	4	8
Málo	5	10
Středně	2	4
Velmi	15	30
V obrovské míře	24	48
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Z výsledků odpovědí na otázku č. 4 *Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?*, vyplývá, že potřeba léčby je nejvíce vnímána *v obrovské míře*, tak totiž odpovídalo 24 % respondentů (48 %). Podobně volilo odpověď *velmi* dalších 15 respondentů (30 %). *Málo* léčbu potřebuje pouze 5 respondentů (10 %), vůbec jen 4 z nich (8 %), další 2 (4 %) respondenti volili odpověď *středně*.

Léčba je tedy poměrně důležitou součástí života respondentů, neboť celkem 78 % z nich volilo odpověď *velmi* nebo *v obrovské míře*.

Otázka číslo 5 – Jak moc Vás baví život?

Tabulka 9 – Spokojenost se životem

Jak moc Vás baví život?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Málo	2	4
Středně	6	12
Velmi	13	26
V obrovské míře	28	56
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 5 *Jak moc Vás baví život?*, se většina – celkem 28 respondentů (56 %) vyjádřila, že *v obrovské míře*. Dalším 13 (26 %) pak život baví *velmi*, 6 (12 %) *středně*, 2 (4 %) *málo* a pouze 1 (2%) *vůbec ne*. Je tedy potěšující skutečností, že i když respondenti trpí bolestí, nemá to vliv na to, aby je život těšil, neboť celkem 82 % život baví *velmi* nebo *v obrovské míře*.

Otázka číslo 6 – Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

Tabulka 10 – Smysl života

Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Málo	0	0
Středně	5	10
Velmi	13	26
V obrovské míře	31	62
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 6 *Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?*, volila převážná většina respondentů odpověď *v obrovské míře*. Takto reagovalo celkem 31 respondentů, tedy 62 %. Druhou v pořadí je pak odpověď *velmi*, tu volilo 13 respondentů (26 %). Pouze 5 respondentů (10 %) baví život *středně*, žádný nevolil odpověď *málo* a pouze 1 (2 %) se vyjádřil, že ho život nebaví *vůbec*.

Prožívání bolesti tedy zřejmě nemá vliv na to, aby respondenti neviděli ve svém životě smysl, neboť 88 % volilo odpověď *velmi* nebo *v obrovské míře*.

Otázka číslo 7 – Jak dobře jste schopen/a se soustředit?

Tabulka 11 – Schopnost se soustředit

Jak dobře jste schopen/a se soustředit?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Málo	3	6
Středně	7	14
Velmi	10	20
V obrovské míře	28	56
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Z průzkumné otázky č. 7 *Jak dobře jste schopen/a se soustředit?*, je vidět, že i když pacienti trpí chronickou bolestí, z dotazovaných 50 (100 %) respondentů jich je více jak polovina – celkem 28 (56 %) schopno se soustředit *v obrovské míře*, dalších 10 (20 %) se soustředí *velmi dobře*. 7 (14 %) respondentů se soustředí *průměrně*, 3 (6 %) *málo* a pouze 2 (4 %) z nich se nedokáže soustředit *vůbec*.

Otázka číslo 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka 12 – Pocit bezpečí

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	8	16
Málo	2	4
Středně	6	12
Velmi	9	18
V obrovské míře	25	50
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 8 se dotazovala, *Jak bezpečně se respondenti cítí ve svém každodenním životě?* Z výsledků vyplynulo, že 25 respondentů (50 %) se cítí bezpečně *v obrovské míře*, 9 (18 %) se cítí *velmi* bezpečně, 6 (12 %) pociťuje míru bezpečnosti jako *střední*.

Odpoř' *vůbec ne* volilo 8 respondentů (16 %), 2 respondenti (4 %) se pak ve svém životě cítí bezpečni pouze *málo*.

Otázka číslo 9 – Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka 13 – Zdravé prostředí

Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Málo	4	8
Středně	8	16
Velmi	11	22
V obrovské míře	25	50
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 9 *Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?*, reagovala polovina – tedy 25 respondentů (50 %) odpovědí *v obrovské míře*, odpověď *velmi* vybralo 11 respondentů (22 %), jako *středně* zdravé své fyzické prostředí vnímá 8 respondentů (16 %), 4 (8 %) ho pak hodnotí jako *málo* zdravé, 2 (4 %) ho pak *vůbec* jako zdravé nevnímají.

Otázka číslo 10 – Máte dost energie pro běžný život?

Tabulka 14 – Energie pro běžný život

Máte dost energie pro běžný život?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Málo	2	4
Přiměřeně	12	25
Většinou	26	54
Naprosto	8	17
Celkem	48	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 10 šetřila, jestli *Mají respondenti dost energie pro běžný život?*. Celkem 26 (54 %) respondentů odpověděly, že ji většinou mají. Ačkoliv jsou tedy ovlivněni svojí bolestí, neubírá jim to nijak podstatně energii pro svůj běžný život. 12 respondentů

(25 %) ohodnotilo svou energii jako průměrnou, 8 (17 %) volilo odpověď *naprosto* a pouze 2 z nich (4 %) odpovídali *málo*.

Otázka číslo 11 – Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?

Tabulka 15 – Schopnost přijmout svůj fyzický vzhled

Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Málo	2	4
Přiměřeně	15	30
Většinou	21	42
Naprosto	12	24
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Pomocí otázky č. 11 bylo šetřeno, jak respondenti vnímají sami sebe po fyzické stránce. 21 respondentů (42 %) je schopno přijmout svůj fyzický vzhled *většinou*, 12 (24 %) je se svým fyzickým vzhledem jsou *naprosto* spokojeno. 15 respondentů (30 %) svůj fyzický vzhled přijímají *přiměřeně*, pouze 2 (4 %) *málo*.

Otázka číslo 12 – Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

Tabulka 16 – Finanční uspokojení vlastních potřeb

Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Málo	8	16
Přiměřeně	28	56
Většinou	7	14
Naprosto	5	10
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Z odpovědí na otázku č. 12 *Máte dost peněz na to, aby jste uspokojil/a své potřeby?*, vyplynulo, že z celkového počtu dotazovaných respondentů 50 (100 %) má 28 respondentů (56 %) *přiměřené* množství peněz pro uspokojení svých potřeb. 7 (14 %) z nich volilo odpověď *většinou*, naopak 8 (16 %) málo. 5 respondentů (10 %)

vnímají své potřeby jako *naprosto* zajištěné, oproti tomu 2 respondenti (4 %) se finančně zajištění necítí *vůbec*.

Otázka číslo 13 – Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 17 – Dostupnost informací

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Málo	2	4
Přiměřeně	17	34
Většinou	8	16
Naprosto	23	46
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 13 *Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život*, ukázala, že většina respondentů cítí, že mají informace *naprosto dostatečné*. Tuto odpověď volilo 23 z nich (46 %), 17 respondentů (34 %) je pak vnímají jako *přiměřené*. Pro 8 respondentů (16 %) jsou informace dostupné *většinou*, pouze 2 (4 %) je vnímají jako dostupné *málo*.

Otázka číslo 14 – Máte dost příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Tabulka 18 – Příležitost pro rozvíjení zájmů

Máte dost příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Málo	5	10
Přiměřeně	9	18
Většinou	28	56
Naprosto	6	12
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Respondenti na otázku č. 14 *Máte dost příležitostí k rozvíjení svých zájmů?*, odpovídali v nejčastěji odpovědi *většinou*, tuto odpověď volilo 28 respondentů (56 %)

z 50 (100 %) dotazovaných. 9 respondentů (18 %) považuje příležitosti za *přiměřené*, 6 (12 %) za naprosto *dostačující*, naopak podobný počet, tedy respondentů 5 (10 %) cítí, že má příležitostí *málo*, 2 (4 %) dokonce vnímají, že nemají příležitosti *žádné*.

Srovnáním tabulky 16 a tabulky 18 lze zjistit, že 28 respondentů (56 %) má přiměřené množství peněz za uspokojení svých potřeb, zrovna tak stejný počet – 28 respondentů (56 %) vnímá, že má většinou dost příležitostí pro rozvoj svých zájmů. Z toho lze usuzovat, že i přes to, že respondenti trpí chronickou bolestí, nadále jim zůstává dostatek finančních prostředků i příležitostí k tomu, aby mohli uspokojovat své potřeby a žít plnohodnotný život.

Otázka číslo 15 – Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

Tabulka 19 – Pobyť mimo domov

Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi špatně	4	8
Špatně	0	0
Ani špatně ani dobře	24	48
Dobře	7	14
Velmi dobře	15	30
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 15 šetřila, zda dělá respondentům potíže pohybovat se mimo domov. Zde většina z nich – celkem 24 (48 %) dotazovaných odpovídalo *ani dobře ani špatně*, tedy daří se jim pohybovat se v rámci možností. 15 (30 %) respondentů se mimo domov pohybuje *velmi dobře*, bez obtíží. 7 (14 %) respondentů pak uvedlo odpověď *dobře*. 4 respondenti (8 %) se mimo domov pohybuje velmi špatně.

Otázka číslo 16 – Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

Tabulka 20 – Spokojenost se spánkem

Jak spokojený/á jste se svým spánkem?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	1	2
Nespokojený/á	5	10
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	18	36
Spokojený/á	9	18
Velmi spokojený/á	17	34
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 16 *Jak spokojený/á jste se svým spánkem?*, odpovědělo 18 (36 %) respondentů, že jsou se svým spánkem průměrně spokojeni. Z odpovědí tedy vyplývá, že pacienti s chronickou bolestí moc kvalitní spánek nemají. 17 (34 %) respondentů jsou se svým spánkem *velmi spokojeni*, 9 (18 %) respondentů svůj spánek hodnotí jako *spokojený* spánek, 5 (10 %) respondentů naopak se spánkem spokojeni *nejsou*, 1 (2 %) respondent odpověděl, že není *vůbec* spokojený, tedy nemá kvalitní spánek.

Otázka číslo 17 – Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

Tabulka 21 – Každodenní aktivity

Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	4	8
Nespokojený/á	9	18
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	14	28
Spokojený/á	11	22
Velmi spokojený/á	12	24
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 17 zkoumala, jak jsou respondenti spokojeni se svojí schopností vykonávat každodenní aktivity. 14 (28 %) z nich odpovědělo *ani spokojený, ani nespokojený*, 12 (24 %) respondentů jsou se svým schopností velmi spokojeni,

11 (22 %) pak volili odpověď *spokojený*. *Nespokojeno* je 9 (18 %) respondentů, 4 (8 %) jsou dokonce *velmi nespokojeni*.

Otázka číslo 18 – Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

Tabulka 22 – Schopnost pracovat

Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	0	0
Nespokojený/á	3	6
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	21	42
Spokojený/á	8	16
Velmi spokojený/á	18	36
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 18 zkoumala, jak jsou respondenti spokojeni se svojí schopností pracovat. *Ani spokojeno, ani nespokojeno* je 21 (42 %) respondentů z 50 (100 %), *velmi spokojeno* 18 (36 %) respondentů. 8 (16 %) respondentů jsou se svojí schopností pracovat *spokojeni*, 3 (6 %) respondenti odpověděli, že jsou *nespokojeni*.

Otázka číslo 19 – Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

Tabulka 23 – Spokojenost sám se sebou

Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	2	4
Nespokojený/á	5	10
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	19	38
Spokojený/á	11	22
Velmi spokojený/á	13	26
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 19 *Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?*, ukázala opět průměrnou spokojenost, protože 19 (38 %) respondentů volilo odpověď *ani spokojený, ani nespokojený*. 13 (26 %) respondentů je *velmi spokojeno* samo se sebou, 11 (22 %)

respondentů uvedlo, že jsou *spokojeni*. *Nespokojeno* je naopak 5 (10 %) respondentů, *velmi nespokojeni* jsou 2 (4 %).

Otázka číslo 20 – Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Tabulka 24 – Spokojenost se vztahy

Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	0	0
Nespokojený/á	5	10
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	14	28
Spokojený/á	17	34
Velmi spokojený/á	14	28
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 20 *Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?*, odpovědělo 14 (28 %) respondentů, že jsou *velmi spokojeni*, stejný počet – 14 (28 %) pak bylo *spokojeno průměrně*. 17 (34 %) respondentů uvedlo odpověď *spokojený*, pouze 5 (10 %) projevilo *nespokojenost*. Dá se tedy soudit, že prožívání chronické bolesti ovlivňuje vztahy pouze v malé míře.

Otázka číslo 21 – Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

Tabulka 25 – Sexuální život

Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	1	2
Nespokojený/á	10	20
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	8	16
Spokojený/á	11	22
Velmi spokojený/á	20	40
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Jestli chronická bolest ovlivňuje také oblast sexuality, šetřila otázka č. 21. Celkem 20 (40 %) respondentů odpověděl, že jsou v této oblasti *velmi spokojeni*, dalších 11 (22 %) je *spokojeno*. Odpověď *ani spokojený a ani nespokojený* volilo 8 (16 %)

respondentů. *Nespokojených* respondentů se svým sexuálním životem bylo 10 (20 %), pouze 1 (2 %) odpověděl, že je *velmi nespokojen*.

Otázka číslo 22 – Jak spokojený/á jste s podporou, kterou vám poskytují Vaši přátelé?

Tabulka 26 – Podpora přátel

Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	0	0
Nespokojený/á	2	4
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	11	22
Spokojený/á	18	36
Velmi spokojený/á	19	38
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Podporu přátel šetřila otázka č. 22. *Velmi spokojeno* je s podporou svých přátel 19 (38 %) respondentů, dalších 18 (36 %) je *spokojeno*, průměrnou spokojenost udalo 11 (22 %) dotazovaných. Pouze 2 (4 %) respondenti pak s podporou svých přátel spokojeni *nejsou*.

Otázka číslo 23 – Jak spokojený/á jste se svým bydlením?

Tabulka 27 – Bydlení

Jak spokojený/á jste se svým bydlením?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	0	0
Nespokojený/á	1	2
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	13	26
Spokojený/á	28	56
Velmi spokojený/á	8	16
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum 2018

Spokojenost s bydlením zkoumala otázka č. 23. Z celkového počtu dotazovaných 50 (100 %) respondentů, na tuto otázku odpovědělo 28 (56 %) z nich, že jsou

s bydlením *spokojeni*, 13 (26 %) uvedli odpověď *ani spokojený, ani nespokojený*. 8 (16 %) dotazovaných respondentů je *velice spokojeno*, pouze 1 (2 %) dotazovaný spokojen *není*.

Otázka číslo 24 – Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

Tabulka 28 – Dostupnost zdravotní péče

Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	2	4
Nespokojený/á	4	8
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	9	18
Spokojený/á	22	44
Velmi spokojený/á	13	26
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Otázka č. 24 se zajímala, jak jsou respondenti spokojeni s dostupností zdravotní péče. Na tu celkem 22 (44 %) dotazovaných odpovědělo, že jsou *spokojeni, velmi spokojeno* bylo pak 13 (26 %) respondentů. Průměrnou spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí projevilo 9 (18 %) respondentů, *nespokojeni* byli 4 (8 %) a *velmi nespokojeni* byli 2 (4 %) respondenti.

Otázka číslo 25 – Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Tabulka 29 – Mobilita

Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojený/á	1	2
Nespokojený/á	0	0
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	20	40
Spokojený/á	3	6
Velmi spokojený/á	26	52
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Na otázku č. 25 *Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?*, reagovalo z celkového počtu dotazovaných 50 (100 %) respondentů, 26 z nich (52 %) respondentů, že je *velmi spokojeno*. Průměrně spokojeno pak bylo 20 respondentů (40 %), *spokojeni* byli 3 (6 %), pouze 1 (2 %) z dotazovaných odpověděl, že je *nespokojený* s tím, aby se dostal tam, kam potřebuje.

Otázka číslo 26 – Jak často jste měl/a negativní pocity, jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Tabulka 30 – Negativní pocity

Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	0	0
Zřídka	5	10
Celkem často	12	24
Velmi často	8	16
Stále	25	50
Celkem	50	100

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Poslední otázka č. 26 zjišťovala, zda mají respondenti negativní pocity související s chronickou bolestí. Na tuto otázku odpovědělo 25 (50 %) dotazovaných, že tyto pocity mají *stále*, *velmi často* je pak má 8 (16 %) respondentů, 12 (24 %) uvedlo, že jimi trpí *velmi často*, pouze 5 (10 %) dotazovaných odpovědělo, že depresemi trpí *zřídka*.

Z výsledků odpovědí na tuto otázku vyplývá, že chronická bolest může velice negativně ovlivnit psychiku pacienta. Z celkem dotazovaných 50 (100 %) respondentů, trpí stále špatnou náladou, zoufalstvím, úzkostmi nebo depresemi 25 (50 %) z nich, dalších 8 (16%) pak jimi trpí velmi často. Chronická bolest tedy, jak již bylo zmíněno výše, ovlivňuje nejen psychiku, ale také myšlení a náladu pacienta.

12 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Z hlediska domén lze na základě získaných výsledků provést následující shrnutí:

Doména fyzické zdraví: Fyzická bolest respondenty velice ovlivňuje, neboť 62 % z nich uvedlo, že jim velmi brání v tom, aby mohli dělat to, co potřebují, neboť odpověď *v obrovské míře* a *velmi* volilo právě 62 % z nich. 78 % respondentů pak uvedlo, že potřebují léčbu. Přesto 71 % z nich pociťují dostatek energie k tomu, aby mohli žít svůj život, 44 % pak nečiní problémy pohybovat se mimo domov, pohyb mimo domov pociťuje negativně pouze 8 % respondentů. 52 % respondentů nemá potíže se spánkem, tu uvedlo pouze 12 % dotazovaných. 46 % respondentů také nemá potíže vykonávat běžné denní aktivity, 26 % uvedlo, že tyto potíže pociťují. 52 % respondentů se také nijak necítí omezeno v práci, tuto skutečnost uvedlo pouze 6 % respondentů.

Doména prožívání: Bolest respondentům ovšem nebrání v tom, aby se cítili spokojeni se svým životem, tuto skutečnost potvrdilo 82 %, oproti 10 %, kteří projeví nespokojenost. Smysl života zrovna tak pozitivně vnímá 88 % respondentů, pouze 2 % nevnímají svůj život vůbec smysluplně. Nezdá se být omezena ani schopnost soustředit se, protože s tou je spokojeno 76 % respondentů, nespokojeno je pouze 10 %. 76 % respondentů je schopno přijmout sami sebe – svůj fyzický vzhled, pouze 4 % toho schopni nejsou. Spokojeno samo se sebou je 48 % respondentů, oproti 14 % nespokojených. Zdá se však, že bolest má značný vliv na jejich psychické prožívání, protože 66 % uvedlo, že stále nebo velmi často trpí depresemi, úzkostmi a špatnými náladami.

Doména sociální vztahy: Sociální vztahy se také nezdají být bolestí ovlivněné. Se svým sexuálním životem je spokojeno 62 % respondentů, nespokojeno 22 %. S podporou přátel je spokojeno 72 % respondentů, nespokojeny jsou pouze 4 %. Spokojenost s bydlením uvedlo 72 % respondentů, nespokojenost pouze 2 %.

Doména prostředí: Bezpečně se ve svém životě cítí 68 % respondentů, bezpečnost vůbec nebo částečně necítí 20 % respondentů. Jako zdravé své prostředí považuje 72 % respondentů, za nezdravé 12 %. 24 % pak cítí své finanční možnosti za dostatečné a jsou spokojeni, 20 % je v této oblasti nespokojeno, avšak 56 % uvádí,

že má finanční prostředky přiměřené. S dostupností zdravotní péče projevilo spokojenost 70 % respondentů, nespokojenost 12 %. 58 % je spokojeno s tím, že se dostanou, kam potřebují, pouze 2 % jsou nespokojena.

Kvalitu života hodnotí jako velmi dobrou a dobrou 56 % respondentů, pouze 24 % je v této oblasti nespokojeno.

Spokojeno se zdravím je 30 % respondentů, dalších 30 je spokojeno průměrně, 34 % je nespokojeno.

13 TESTOVÁNÍ NEZÁVISLOSTI

Tato část práce je vyhrazena všem výpočtům, které sloužili pro vyhodnocení průzkumných otázek dotazujících se na pohlaví respondentů a jak by zhodnotili kvalitu svého života.

Statistické ověření výsledků průzkumných otázek pomocí chí kvadrát testu

Datový soubor obsahuje zjištěné výsledky z odpovědí na otázku zjišťující pohlaví respondentů a otázky zjišťující, jak by zhodnotili kvalitu svého života. Testování proběhlo za pomoci testu chí-kvadrát nezávislosti. Při výpočtu jsme použili webovou aplikaci <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/final.php>. Hodnota hladiny významnosti byla zvolena $\alpha = 0,05$. Určili jsme nulovou a alternativní hypotézu. Jako nulovou hypotézu H_0 jsme stanovili, že hodnocení kvality života pacientů s chronickou bolestí je nezávislé na pohlaví. Jako alternativní hypotézu H_1 jsme stanovili, že hodnocení kvality života pacientů s chronickou bolestí je závislé na pohlaví. Vytvořili jsme tabulku skutečných četností a vypočetli očekávané četnosti. Provedli jsme kontrolu podmínek. Abychom mohli test použít, bylo potřeba sloučit skupiny.

Datový soubor udávající skutečné zjištěné četnosti (absolutní):

Tabulka 31 – Skutečné četnosti zhodnocení kvality Definice nulové a alternativní hypotézy života s ohledem na pohlaví

	Ženy	Muži	Celkem
Velmi špatně, špatně, ani špatná/ani dobrá	16	6	22
Dobrá, velmi dobrá	20	8	28
Celkem	36	14	50

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Datový soubor udávající očekávané četnosti (absolutní):

Tabulka 32 – Očekávané četnosti zhodnocení kvality života s ohledem na pohlaví

	Ženy	Muži	Celkem
Velmi špatně, špatně, ani špatná/ani dobrá	15,84	6,16	22
Dobrá, velmi dobrá	20,16	7,84	28
Celkem	36	14	50

Zdroj: Vlastní průzkum, 2018

Vypočtené testové kritérium je 0,01. Kritická tabulková hodnota pro 1 stupeň volnosti a hladinu významnosti 5 % je 3,841. Protože kritická tabulková hodnota je větší než vypočtené testové kritérium, na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Na základě výpočtu nelze tvrdit, že existují statistické rozdíly hodnocení kvality života pacientů s chronickou bolestí s ohledem na pohlaví.

14 DISKUZE

Není snadné srovnávat práci na toto téma s jinými autory. Problematika chronické bolesti je velmi rozsáhlá a každý autor se zaměřuje na jinou oblast. Některé otázky mého průzkumného šetření jsme přesto porovnali s výsledky průzkumu jiné práce.

Naše průzkumné šetření jsme porovnali s výsledky bakalářské práce Eriky Matiko. Její průzkum probíhal v roce 2014 a jejím tématem práce bylo Bolest jako ošetrovatelský problém. Dotazník tvořilo 23 otázek, z nichž některé se blížily otázkám mé práce, a ty jsme použili pro srovnání výsledků. Sběr dat probíhal v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace. Průzkumu se účastnilo 74 respondentů. Z celkového počtu 74 respondentů bylo 27 mužů (36 %) a 47 žen (64 %) (MATIKO, 2014). V našem průzkumu bylo z celkového počtu 50 respondentů 14 mužů (28 %) a 36 žen (72 %). Z tohoto porovnání je patrné, že v našem průzkumu bylo zastoupeno žen o 22 % méně, přesto procento žen je v obou případech vyšší než zastoupené procento mužů.

Další otázka, kterou bylo možné porovnat, byl věk respondentů. Z výsledků Matiko vyplynulo, že největší počet respondentů byl zastoupen ve věkové kategorii 56-69 let celkem 38 %, 31 % respondentů bylo ve věku od 70-84 let, 19 % respondentů bylo ve věku od 41-55 let a 12 % tvořili respondenti ve věku 25-40 let (MATIKO, 2014). V našem výzkumu byla nejvíce zastoupena věková skupina 61-65 let, celkem 24 %, dále 56-60 let 16 %, stejně tak 41-45 let též 16 %, skupina 30-35 let 14 %. Z výsledků je patrné, že chronickou bolestí stále trpí nejvíce skupina lidí ve věku od 60 let.

Další položka, kterou bylo možné porovnat, byla délka trvání chronické bolesti. Matiko ve svém průzkumu uvádí, že u 58 % respondentů přetrvává chronická bolest 1-6 let, 30 % respondentů trpí chronickou bolestí 7-14 let, 8 % respondentů pociťuje chronickou bolest 15-20 let, 4 % respondenti uvedli délku trvání chronické bolesti 26-32 let (MATIKO, 2014). Náš průzkum délky trvání chronické bolesti obsahoval jinou kategorizaci, a sice – 1 rok, 2-6 let, 7-14 let a 15-20 let. Výsledky pak ukázaly, že 40 % respondentů uvedlo délku trvání bolesti 2-6 let, 30 % uvedlo délku trvání 1 rok, 20 % respondentů udalo 7-14 let a 10 % respondentů pak rozmezí 15-20 let. Z porovnání výsledků vychází, že nejčastější délka trvání chronické bolesti je v rozmezí 1-6 let. Je

tedy zřejmé, že i s odstupem času mezi těmito dvěma průzkumy nedošlo k zásadním změnám.

Další otázka, kterou bylo možno porovnat je užívání léků proti bolesti. Zatímco průzkum Matiko ukázal, že 81 % respondentů ze 100 % užívá léky proti bolesti, z toho 26 % je muži a 55 % jsou ženy (MATIKO, 2014), náš průzkum ukázal, že ze 100 % respondentů 100 % užívá léky proti bolesti, přičemž 72 % respondentů jsou ženy a 28 % respondentů jsou muži. Porovnání ukazuje, že ženy častěji než muži sahají po lécích na bolest, a to v případě obou průzkumů. Při srovnání měl náš průzkum 100 % respondentů z řad uživatelů léků, což je způsobeno tím, že naši respondenti byli pacienti ambulancí bolesti.

Pro zajímavost jsme srovnali výsledek průzkumu Matiko v doméně partnerských vztahů a jejich ovlivnění chronickou bolestí. Průzkum Matiko ukázal, že z počtu 74 respondentů (100 %) uvedlo 65 % celkově, že chronická bolest jejich partnerský vztah neovlivnila a 35 % celkově uvedlo, že chronická bolest ovlivnila partnerský vztah (MATIKO, 2014). Náš průzkum dotazoval, jaká je spokojenost s osobními vztahy, přičemž celkovou spokojenost vyjádřilo 62 % z 50 respondentů (100 %), ani nespokojenost, ani spokojenost vyjádřilo 28 % respondentů a celkovou nespokojenost pouze 10 %. Z výše uvedeného vyplývá, že v obou našich průzkumech u více jak poloviny respondentů chronická bolest nepoznamenala jejich partnerské vztahy.

Další práce, se kterou bylo možno porovnat naše výsledky, byla bakalářská práce Ludmily Tobolkové. Její průzkum probíhal v roce 2012, tématem práce bylo Kvalita života lidí s chronickou bolestí, a obsahoval 16 otázek. Osloveni byli respondenti z řad pacientů léčených v ambulanci bolesti v nemocnici Jihlava a Pelhřimov. Průzkumu se zúčastnilo 73 respondentů, z toho bylo 27 mužů a 46 žen. Zde jsme porovnali položku, která se týkala osobních vztahů. Zatímco průzkum Tobolkové se dotazoval, zda ovlivnila chronická bolest osobní vztahy, kdy bylo možné vybrat z variant odpovědí ano – ne (TOBOLKOVÁ, 2014). Náš průzkum se dotazoval, jak jsou respondenti spokojeni s osobními vztahy, bylo možno vybírat z variant odpovědí velmi nespokojený/á; nespokojený/á; ani spokojený/á, ani nespokojený/á; spokojený/á; velmi spokojený/á. Výsledky Tobolkové ukazují, že 53 % respondentů celkově (tedy muži i ženy dohromady z celkového počtu 73 respondentů) uvedlo, že bolest jejich osobní vztahy

neovlivnila, 47 % respondentů celkově uvedlo, že bolest jejich osobní vztahy ovlivnila (TOBOLKOVÁ, 2014). V našem průzkumu byla dotazována spokojenost s osobními vztahy. Přičemž 62 % respondentů uvedlo celkovou spokojenost s osobními vztahy, 28 % respondentů nevyjádřilo ani spokojenost, ani nespokojenost, 10 % respondentů vyjádřilo celkově nespokojenost. Dá se říci, že došlo k mírnému zlepšení v otázce vztahů z pohledu hodnocení pacientů s chronickou bolestí.

K zajímavému výsledku jsme došli při porovnání otázek zjišťujících negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, strach nebo deprese. Z výsledků Tobolkové vyplývá, že 27 % respondentů celkově trpí těmito negativními pocity často, 57 % respondentů celkově uvedlo, že občas a 16 % respondentů celkově uvedlo, že těmito pocity vůbec netrpí (TOBOLKOVÁ, 2014). Z našeho průzkumu vyplynulo, že 50 % respondentů těmito pocity trpí stále, 16 % respondentů uvedlo, že velmi často, 24 % uvedlo, že celkem často, 10 % respondentů uvedlo, že zřídka. Údaj nikdy – ne zvolil žádný respondent. Z našeho šetření je tedy zřejmé, že negativním pocity trpí 90 % respondentů, přičemž zbývajících 10 % jimi trpí zřídka, oproti zjištění Tobolkové, jejíž respondenti trpěli z 84 % výskytem těchto negativních pocitů a 16 % uvedlo, že vůbec. Dá se tedy říci, že v této oblasti hodnocení došlo ke zhoršení situace.

Zajímavé bylo také srovnání hodnocení kvality života, zejména v kontrastu s předchozím porovnáním. Z výsledků Tobolkové jsme zjistili, že více než 50 % z celkového počtu respondentů ohodnotilo kvalitu svého života jako velmi špatnou, 33 % z celkového počtu respondentů uvedlo možnost dobrá, odpověď velmi dobře nevyplnil žádný z respondentů a 11 % z celkového počtu využilo odpověď jiné (TOBOLKOVÁ, 2012). Z našeho průzkumu vyplynulo, že celkem 56 % respondentů hodnotilo kvalitu života jako velmi dobrou nebo dobrou, pouze 24 % respondentů bylo v této oblasti nespokojeno, 20 % respondentů zvolilo odpověď ani špatná, ani dobrá. Z porovnání je patrné, že došlo k významnému posunu v hodnocení kvality života pacientů s chronickou bolestí. Zatímco průzkum Tobolkové ukazoval převážnou nespokojenost s kvalitou života, v našem průzkumu převažovalo kladné hodnocení kvality života. V obou průzkumech se jednalo o pacienty navštěvující ambulance bolesti, může to tedy ukazovat na zlepšení kvality péče o pacienty s chronickou bolestí.

14 NÁVRHY A DOPORUČENÍ

Na základě výsledků průzkumu předkládám tato doporučení:

- Nadále pokračovat v dobré praxi terapie, kterou ambulance bolesti používají pro léčbu chronické bolesti.
Léčba bolesti, kterou tyto ambulance poskytují, je totiž účinná a značnou mírou přispívá ke zkvalitnění života pacientů.
- Intenzivněji zapojit do léčby také psychologa nebo psychoterapeuta, pacientům více nabízet možnost rozšíření komplexní péče také o jeho služby.
Největším problémem, která léčba umí potlačit jen málo, je totiž častý výskyt depresí, úzkostí, podráždění a špatných nálad. K jejich potlačení je sice možné nasadit psychofarmaka, ale podpora psychologa či terapeuta by mohla být v této oblasti účinnější.
- Navrhnout pacientům možnost vzájemně se setkávat, podporovat vznik svépomocných a podpůrných skupin.
Ačkoliv je zřejmé, že sociální síť pacientů je poměrně funkční, ke zmírnění psychických potíží by mohlo také dopomoci vzájemné sdílení se a výměna informací. Rozšíření podpůrné sítě také o ty, kteří mají podobné potíže, by mohlo přispět také ke zlepšení psychické pohody.

ZÁVĚR

Bolest je běžnou součástí života člověka a ve svém prvotním významu je jejím cílem signalizovat, že v organismu není něco v pořádku. Prožívání bolesti má tedy především ochranný a varovný charakter. Jde-li ovšem o bolest chronickou, tuto funkci tento signál ztrácí. Chronická bolest významně ovlivňuje kvalitu života každého člověka, proto je v dnešní době kladen značný důraz na správné nastavení léčebného programu.

Trpí-li člověk intenzivní a dlouhodobou bolestí, nejprve vyhledává svého praktického lékaře, se kterým se snaží svůj problém vyřešit. Není-li to v jeho silách, jsou pak pacienti odesíláni do nejbližší ambulance bolesti, aby dostali komplexnější léčbu. Dnes je již pracovišť zaměřených na tuto problematiku k dispozici u nás více než sto, tedy především ve velkých městech již není problémem řešit bolest nejlepšími léčebnými metodami.

Právě z řad pacientů ambulance bolesti pocházejí respondenti průzkumu, který je v této práci představen, a jehož cílem bylo zjistit, jak vlastně chronická bolest člověka ovlivňuje.

Na základě získaných výsledků průzkumu se dá soudit, že i přes to, že člověk prožívá chronickou bolest, nemusí vždy dojít k úplnému narušení kvality jeho života. To, že skoro 2/3 respondentů tuto oblast hodnotí jako velmi dobrou nebo dobrou, ovšem může být odrazem dobré lékařské péče, protože respondenti pocházeli z řad pacientů ambulance bolesti.

Mírná nespokojenost panovala v oblasti zdraví. Přibližně 1/3 respondentů spokojena je, 1/3 není. 1/3 pak svůj zdravotní stav hodnotí jako průměrný. U lidí s chronickou bolestí by se dalo očekávat, že budou více znepokojeni svým zdravotním stavem, je tedy pravděpodobné, že mají dobře nastavenou léčbu. Nicméně skutečnost, že 30 % z nich hodnotí svůj zdravotní stav negativně, poukazuje na to, že zhoršení svého zdraví vnímají. Je ale možné, že mimo chronické bolesti mohou mít také jiné zdravotní komplikace, které jim život znepříjemňují.

Chronická bolest však ve velké míře ovlivňuje fyzické zdraví. Nejvíce si totiž respondenti stěžovali na to, že jim bolest brání v tom, aby mohli vykonávat to,

co potřebují. Téměř polovina udala, že jim bolest nebrání pohybovat se mimo své domovy, negativně tuto skutečnost hodnotilo pouze 8 % respondentů. Takový výsledek je možné například chápat tak, že respondenti mají dostatečnou podporu svých přátel a rodiny, nebo také tak, že jim v pohybu pomáhá léčba, neboť 78 % respondentů uvedlo, že ji potřebují. Je také nutné vzít v potaz fakt, tato skutečnost může být ovlivněna vyšším zastoupením žen, které mají vyšší potřebu postarat se o svoji domácnost nebo se setkávat s přáteli.

Mohlo by se zdát, že chronická bolest nijak výrazně neovlivňuje to, jak se respondenti cítí, co prožívají a jak pohlíží na svůj život a na sebe sama. Nižší míra spokojenosti se ukázala být pouze v oblasti hodnocení sebe sama, kterou kladně vyhodnotila necelá půlka respondentů, zatímco v jiných oblastech jako je smysl života, spokojenost se životem či přijetí sami sebe kladně hodnotily 2/3 respondentů. Je možné, že tím, že pacienti svoji bolest řeší, mluví o ní a sdílejí ji, je to samo o sobě pro ně velikou oporou, takže pak dokáží lépe zvládat svoji životní situaci.

Přesto se právě tato oblast zdá být nejvíce ovlivněnou sférou v oblasti psychického prožívání. Oproti jiným oblastem života, kde respondenti neuvedli výrazné znepokojení, panuje právě v této oblasti vysoká míra nespokojenosti. Skoro 2/3 respondentů často trpí depresemi, úzkostmi nebo špatnými náladami. Ačkoliv se tedy v jiných oblastech kvality života chronická bolest nijak neprojevuje, je právě psychické prožívání tou oblastí, která je ovlivněna v poměrně vysoké míře.

Prostředí respondentů se nezdá být bolestí nijak významně narušeno, protože skoro 2/3 z nich považuje své prostředí za zdravé a také jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče. Tyto výsledky však mohou být zkresleny tím, že průzkum probíhal ve velkém městě, které je všeobecně z hlediska dostupnosti různých zdrojů mnohem příznivější. V oblasti financí pak mírná nespokojenost panovala, ačkoliv polovina respondentů pokládá své ekonomické možnosti za přiměřené. To, že 20 % naopak projevilo nespokojenost, může být mimo jiné způsobeno také celkově nižšími příjmy, protože 40 % respondentů se vyskytuje ve věkové hranici 56 – 65 let, kdy se již nemohou tak dobře uplatnit na trhu práce.

Celkově lze tedy konstatovat, že chronickou bolest lze zvládnout s pomocí dobře nastavené léčby, nejvíce však zasahuje chronická bolest do psychického prožívání člověka.

V oblasti zdravotní totiž respondenti neprojevili nijak výraznou nespokojenost, dá se tedy předpokládat, že dnešní zdravotnictví již má dostupné takové léky, které pacientům pomáhají tuto oblast dobře vyřešit. Na základě užívání takovéto medicíny dokáží pacienti žít kvalitním životem, vnímají jeho smysl, přijímají sami sebe, dokáží se o sebe postarat, pohybovat se a naplňovat svoje potřeby. Zrovna tak jim zůstávají funkční sociální vazby i ekonomické zajištění. A to přesto, že respondenti negativně vnímají skutečnost, že jim fyzická bolest brání v uskutečňování toho, co potřebují.

Z výsledků průzkumů vyplynulo, že dlouhodobé prožívání bolesti nejvíce ovlivňuje psychický stav člověka. Jestliže se tedy bolest samotná dá farmakoterapií odstranit nebo zmírnit, samotné psychické prožívání člověka se takovýmto postupem vyřešit nedá. Je tedy otázkou, zdali by nebylo vhodné doplnit léčbu jinými alternativními způsoby, jakou jsou konzultace s psychologem nebo zavedením podpůrných či svépomocných skupin. Vzájemné sdílení by mohlo pacientům lépe pomoci naučit se žít i přesto, že se musejí potýkat s léčbou chronické nemoci, navíc by mohli více rozšířit své sociální zázemí.

Léčba bolesti je celosvětovým fenoménem, k dispozici má nejrůznější typy terapií a dnes již dokáže ve vysoké míře zkvalitnit pacientův život. Při léčbě by se však mělo myslet nejen na fyzický stav člověka, ale také na jeho stav psychický, protože duševní pohoda poměrně významně ovlivňuje prožívání bolesti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CLB, 2018. *Chronická bolest* [on line]. [vid. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://www.iclb.cz/cs/bolest-obecne/chronicka-bolest/>
- DOLEŽALL, A KOL., 2008. *Bolest. Novelizace 2008*. Praha: CDP-PL. [on line]. [vid. 2018-03-12]. Dostupné z.: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/bolest.pdf>
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006. *WHOQOL-BREF WHOQOL -100*. Praha: Asprint s.r.o. ISBN 80-85121-82-4.
- ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.
- ESCOHOTADO, A., 2003. *Stručné dějiny drog*. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 176 s. ISBN 80-7207-512-8.
- GOLDMANNOVÁ, M., ZÁVADOVÁ, I., 2016. *Už je to na Morfin, pane doktore?: vysvětlení nejčastějších nepravd, mýtů a báchorek o opioidech*. 3. vydání. Praha: Cesta domů, 2016. 4 nečíslované strany.
- GOLECKÁ, L. (2006). Zvládanie každodennej reality vo vzťahu ku kvalite života seniorov. In M. Blatný, D. Vobořil, P. Květon, M. Jelínek & V. Sobotková (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2005* (s. 114 - 119). Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- IASP, 2018. *Pain* [Online] [vid. 2018-01-20] Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- HAKL, M., 2017. *Bolesti zad a kloubu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4325-0.
- HAKL, M. HŘIB, R., 2007. *Farmakologie léčby onkologické bolesti*. *Interní medicína pro praxi*. 9 (6), s. 299–300. ISSN 1212-7299.
- HAKL, M. a kol., 2011. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá Boleslav. ISBN 9788020429025.
- HAKL, M. a kol., 2013. *Léčba bolesti*. Praha: Mladá fronta: EAN. ISBN 978-80-204-2473-0.

- HOSKOVCOVÁ, M. HRADIL, V., JANDOVÁ, D., MICHALÍČEK, P., VACEK, J., 2017. *Léčebná rehabilitace bolestivých stavů hybné soustavy*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-304-9.
- JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7367-210-2.
- KAŇKOVÁ, K. a kol., 2009. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4923-9.
- KLENER, Pavel a kol., 2007. *Vnitřní lékařství: svazek*. Praha: Karolinum. ISBN 8085824949.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Grada. ISBN 9788073675684.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o bolesti*. Příručka pro sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
- KOTKOVÁ, K., ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O., 2016. *Chronická bolest a možnosti jejího ovlivnění rehabilitací*. Časopis pro studium a léčbu bolesti, s. 164–168. Praha: Tigis. ISSN 1212-0634.
- LEJČKO, J., 2017. *Dlouhodobá léčba opioidy a závislost*. Anesteziologie a intenzivní medicína, r. 2017, s. 106–113. ISSN 1803-6597.
- MÁLEK, J. a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MARKOVÁ, J., 2009. *Diagnostika a léčba bolesti hlavy v České republice*. Solen; 10 (3), s. 161–164. ISSN 1339-4223.
- MATIKO, E., *Bolest jako ošetrovatelský problém*. Č.Bud., 2014. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGLOVÁ, I., 2017. *Akrální vzpěrná cvičení pro napřímená záda u sportovců*. Čelákovice: ACT centrum s.r.o. ISBN 978-80-260-7317-8.

PROCHÁZKA, J., 2016. *Jaké jsou současné možnosti ambulance bolesti a kdy tam posílat pacienty*. *Medicína pro praxi*, roč. č. 13., č. 3., s. 106–111. ISSN 1803-5310.

PROCHÁZKA, M., DAVÍDEK, P., KAZALAKOVA, K., PROUZA, O., 2017. *Fotomechanický afekt vysokovýkonného laseru 4. třídy 1064nm na vedení bolesti volnými nervovými zakončeními: multicentrická, randomizovaná, placebem kontrolovaná studie*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, roč. 24, č. 1, s. 11–18. ISSN 1211-2658.

ROKYTA, R., KRŠIAK M., KOZÁK, J., 2006. *Bolest*. Praha: Tigis. ISBN 80-903-750-0-6.

ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R., HÖSCHL, C., 2015. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite cz. ISBN 978-80-88046-03-5.

ROKYTA, R. a kol., 2016. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0312-6.

ŘÍHOVÁ, M. a kol., 2005. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1021-3.

SKÁLA, B., NERADILEK, F., FILA, P., 2016. *Bolest - chyby a omyly v léčbě bolesti z pohledu algeziologické praxe*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. ISBN: 978-80-86998-79-4.

SOFAER, B., 1997. *Bolest. Příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 807169309X.

STROUHALOVÁ, L., VRBA, I., 1998. *Z historie bolesti: Starověké civilizace a bolest*. *Bolest*. Praha: Tigis s. r. o., 1(3), s. 76–77. ISSN 1212-0634.

TOBOLKOVÁ, L., 2012. *Kvalita života lidí s chronickou bolestí*. Bakalářská práce (Bc.). VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA, Katedra zdravotnických studií.

VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ, K., KOLÁŘOVÁ, I., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*.

Pardubice : Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

VRBA, I., 1998. *Z historie bolesti: I. Primitivní koncepce a terapie. Bolest*. Praha: Tigris s. r. o., 1(2), s. 48–49. ISSN 1212-0634.

VRBA, I., 2000. *Historie bolesti*. Časopis pro studium a léčbu bolesti. Praha: Tigris. ISSN 1212-0634.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

VONDŘICH, I., VONDŘICHOVÁ Z., 2016. *Celostní přístup k léčbě bolesti*. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-49-3.

WEISS, D., 2015. *Svépomoc při bolestech sválů a jiných obtížích*. Bratislava: Noxi. ISBN 978-80-8111-265-2.

ZAFAROVÁ, Z., 2015. *Farmakoterapie. Akutní bolest zad a akutní bolest hlavy v ordinaci praktického lékaře* [Konference]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Praha: CDP-PL, 2015.

PŘÍLOHY

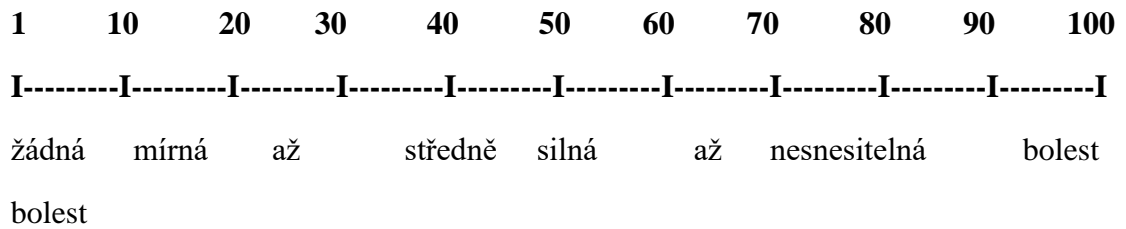
Příloha A – Hodnotící škála VAS.....	I
Příloha B – Numerická škála bolesti.....	II
Příloha C – Škála výrazů obličeje.....	III
Příloha D – Mapa bolesti podle M. S. Margolese.....	IV
Příloha E – Třístupňový analgetický žebříček léčby bolesti.....	V
Příloha F – Dotazník kvality života dle WHOQOL – BREF	VI
Příloha G – Ambulance bolesti	XI
Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XII
Příloha I – Rešeršní protokol	XIII

Příloha A – Hodnotící škála VAS

žádná bolest |—————| **I nejsilnější bolest**

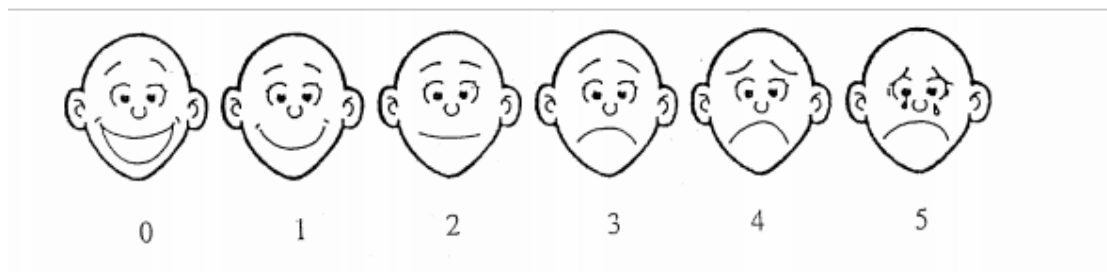
Zdroj: HAKL, M. 2017. *Bolesti zad a kloubu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4325-0.

Příloha B – Numerická škála bolesti



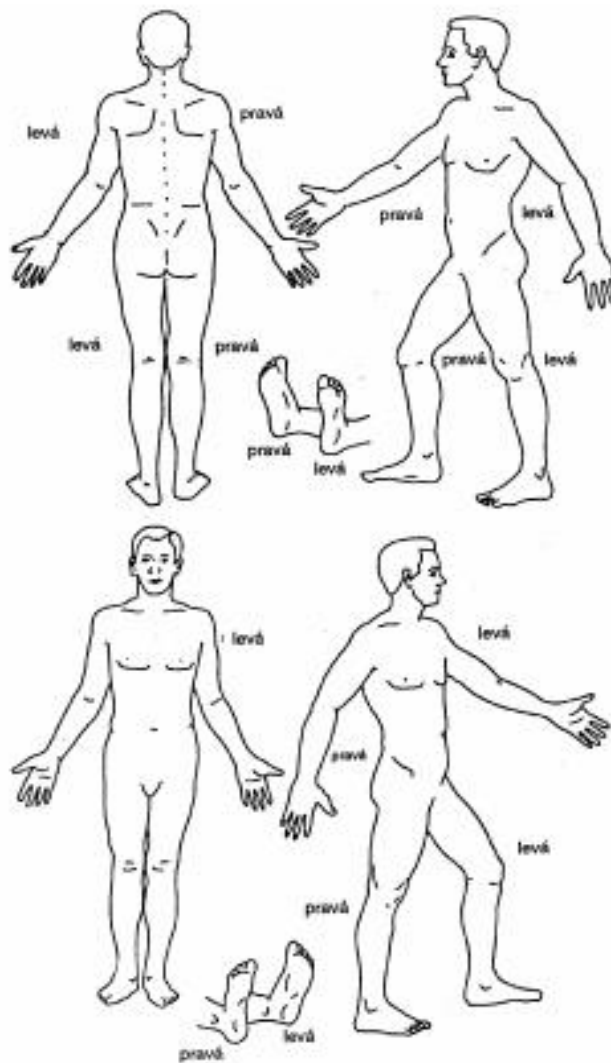
Zdroj: VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ, K. , KOLÁŘOVÁ, I., 2014. Bolest v ošetrovatelství. Pardubice : Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

Příloha C – Škála výrazů obličeje



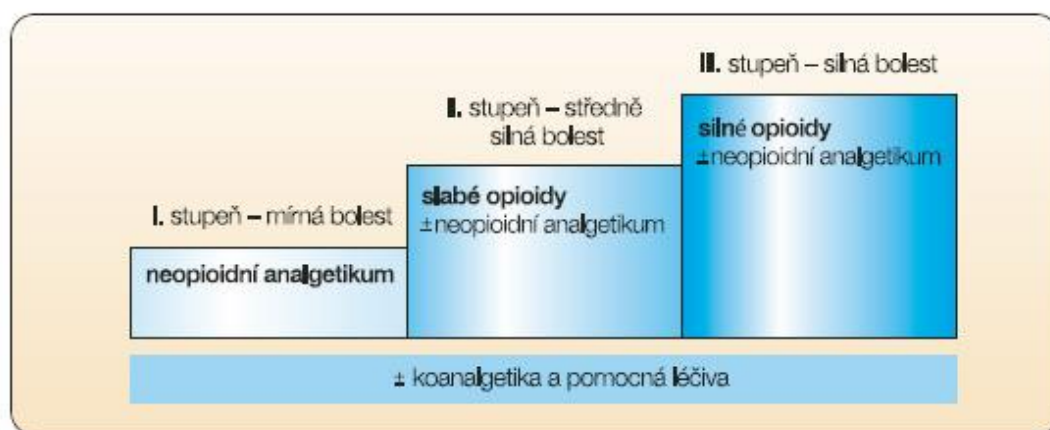
Zdroj: HAKL, M. kol., 2013. *Léčba bolesti*. Praha: Mladá fronta: EAN. ISBN 978-80-204-2473-0.

Příloha D – Mapa bolesti podle M. S. Margolese



Zdroj: JANÁČKOVÁ, L. 2007. Bolest a její zvládnání. Praha: Grada. ISBN 978-80-7367-210-2.

Příloha E – Třístupňový analgetický žebříček léčby bolesti



Graf 1 Analgetický žebříček WHO

Zdroj: Časopis Remedia online, 2018, *Akutní bolest* [on line]. [vid. 2018-03-20].
Dostupnost z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Anesteziologie-a-intenzivni-pece/Akutni-bolest/8-R-aX.magarticle.aspx>

Příloha F – Dotazník kvality života dle WHOQOL – BREF

Milý respondentí,

jmenuji se Cristina Cocerjenco a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění strukturovaného dotazníku dle WHOQOL – BREF na kvalitu života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce. Přečtěte si jednotlivé otázky a vyberte, prosím, odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Dotazník je anonymní, takže nikde nemusíte uvádět své jméno. Odpovědi pouze zakroužkujte.

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA DLE WHOQOL – BREF

Věk:

Pohlaví:

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

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažil/a pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5

13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dost příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/a	Nespokojený/a	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5

19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5
20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

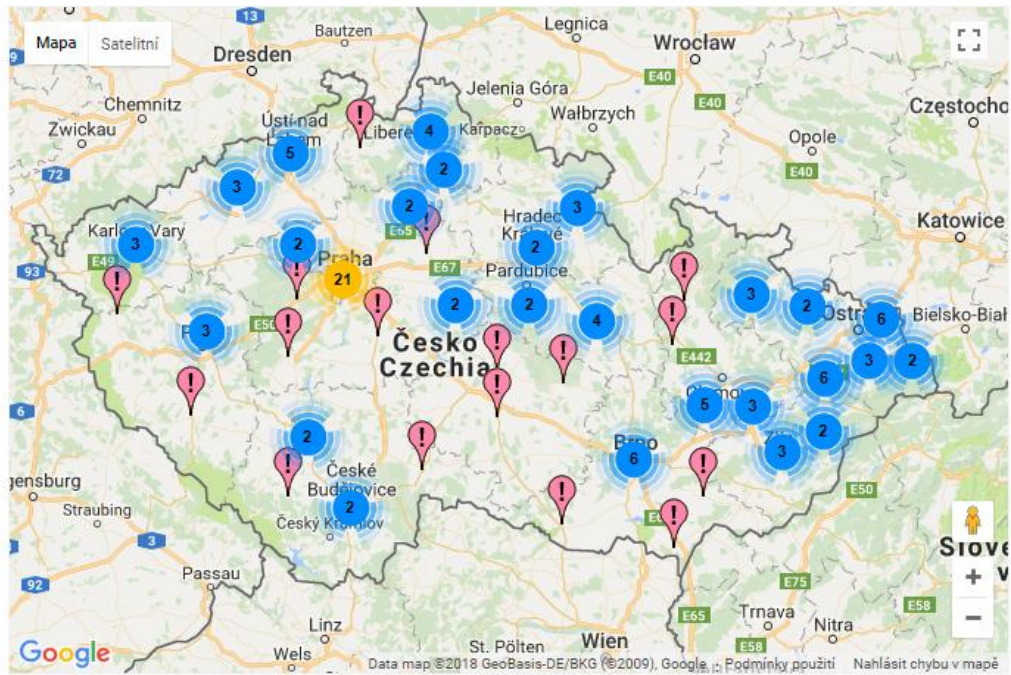
Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťovala/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Všem ještě jednou velice děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL-BREF WHOQOL - 100*. Praha: Asprint s.r.o. ISBN 80-85121-82-4.

Příloha G – Ambulance bolesti



Zdroj: CLB, 2018. *Chronická bolest* [on line]. [vid. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://www.i-clb.cz/cs/bolest-obecne/chronicka-bolest/>.

Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha I – Rešeršní protokol

Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době

Cocerjenco Cristina

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Akutní bolest. Chronická bolest. Farmakoterapie. Kvalita života..
Nefarmakologická léčba. Rehabilitace

Časové vymezení: 2006-2017

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce, elektronické zdroje

Počet záznamů:

- České zdroje: 127 záznamů/plné texty: 131
- Zahraniční zdroje: 20 záznamů/plné texty: 49

Použitý citační styl: Harvadský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Vysoká škola zdravotnická (www.vszdrav.cz)