

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Monika Slivoňová**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Monika Slivoňová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU BOLESTÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji respondentům za poskytování potřebných informací.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Slivoňová Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodnické asistence

Název práce: Kvalita života pacientů s chronickou bolestí

Vedoucí práce: Mgr. Šafránková Zuzana

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 9

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: chronická bolest, typy bolesti, hodnocení bolesti, léčba bolesti, kvalita života, potřeby člověka

### **Souhrn:**

Bolest je subjektivním prožitkem, příznakem doprovázející mnoho onemocnění a stavů. Prožívání bolesti je závislé na mnoha faktorech. Chronická bolest je v současné době chápána ne jako příznak, ale je označována jako syndrom chronické nenádorové bolesti. Pro stanovení správného postupu léčby je důležité správné hodnocení bolesti. Při léčbě se uplatňuje komplexní přístup. Léčba zahrnuje farmakologické postupy, ale i rehabilitaci, psychoterapii. Chronická bolest zasahuje do všech oblastí kvality života, ovlivňuje základní potřeby člověka, každodenní aktivity, sociální vztahy. Přístup k nemocnému s bolestí vyžaduje empatii, vzájemné porozumění. Důležitou roli má schopnost adaptace na chronickou bolest. Nemocní s chronickou bolestí pocítují ve svém životě všeobecně větší omezení. Při hodnocení byli pacienti s chronickou bolestí nejméně spokojeni se svým fyzickým zdravím.

## **Annotation**

Surname and name: Slivoňová Monika

Department: Institute of Nursing and Widwifery

Title of thesis: Quality of life in patiens with chronic pain

Consultant: Mgr. Šafránková Zuzana

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 9

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 30

Keywords: chronic pain, pain types, pain assessment, treatment of pain, quality of life,

### Summary:

Pain is subjective symptom that related with diseases and specific conditions. Experience of pain depend on many faktors. Chronic pain is a specific health problem, a separate disease. Optimal pain assessment is necessary for successful treatment. Treatment is divided into pharmacological treatment, rehabilitation, psychotherapy. Chronic pain affects quality of patiens life, daily activities, social relationships. Adaptation to chronic pain is very important for the quality of life. Patients with chronic pain feel greater limitations in their life. Patients with chronic pain were least satisfied with their physical health.



# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 DEFINICE BOLESTI.....	11
1.1 Konceptuální model bolesti .....	11
1.2 Biopsychosociální model chronické nenádorové bolesti.....	11
2 DĚLENÍ BOLESTI .....	12
2.1 Z časového hlediska.....	12
2.1.1 Akutní bolest .....	12
2.1.2 Chronická bolest.....	12
2.1.3 Rekurentní bolest.....	12
2.2 Z klinického hlediska.....	13
2.2.1 Nociceptivní bolest.....	13
2.2.2 Neuropatická bolest.....	13
2.2.3 Psychogenní bolest .....	13
3 PRINCIP VZNIKU A VEDENÍ BOLESTI .....	15
3.1 Receptory .....	15
3.2 Fyziologie bolesti.....	16
3.2.1 Fáze nocicepce.....	16
3.2.2 Dráhy bolesti .....	16
3.2.3 Vrátková teorie .....	17
3.2.4 Odezva na bolest.....	17
3.2.5 Tolerance bolesti.....	18
4 PSYCHOLOGICKÉ REAKCE NA BOLEST .....	19
4.1 Stádia bolestivého chování .....	19
4.2 Psychologické zásady jednání s nemocným .....	20
4.3 Mýty o bolesti .....	20
5 METODY HODNOCENÍ BOLESTI.....	21
6 LÉČEBNÉ POSTUPY OVLIVNĚNÍ BOLESTI .....	23
6.1 Farmakologická léčba .....	23
6.1.1 Analgetika I. stupně -neopioidní analgetika.....	23
6.1.2 Analgetika II. stupně - slabé opioidy.....	24
6.1.3 Analgetika III. stupně - silné opioidy .....	24
6.1.4 Adjuvantní analgetická léčba.....	25
6.2 Rehabilitační postupy .....	27
6.2.1 Fyzioterapie .....	27
6.2.2 Ergoterapie.....	27

6.2.3	Fyzikální terapie .....	27
6.2.4	Balneoterapie .....	28
6.2.5	Myoskeletální medicína.....	28
6.3	Psychoterapeutické postupy.....	28
6.3.1	Psychoterapie.....	28
6.3.2	Relaxační metody .....	29
6.3.3	Hypnóza.....	29
6.3.4	Edukace .....	29
6.4	Alternativní způsoby léčby .....	30
6.4.1	Akupunktura .....	30
6.4.2	Ajurvéda .....	30
6.4.3	Aromaterapie .....	30
6.4.4	Homeopatie.....	30
6.4.5	Muzikoterapie.....	31
6.5	Invazivní techniky.....	31
6.5.1	Jednorázové techniky .....	31
6.5.2	Dlouhodobé neurolytické blokády.....	31
6.5.3	Neuromodulační techniky.....	32
7	KVALITA ŽIVOTA.....	33
7.1	Hodnocení kvality života v ošetrovatelství.....	35
8	POTŘEBY NEMOCNÝCH .....	36
8.1	Faktory ovlivňující uspokojování potřeb .....	36
8.2	Význam ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	38
9	FORMULACE PROBLÉMU .....	38
10	CÍL VÝZKUMU .....	39
10.1	Dílčí cíle .....	39
11	METODIKA .....	40
11.1	Metoda.....	40
11.1.1	Způsob získávání informací .....	40
11.1.2	Organizace výzkumu .....	40
12	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	41
13	VZOREK RESPONDENTŮ .....	42
14	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	43
	DISKUZE.....	56
	ZÁVĚR.....	62
	LITERATURA A PRAMENY .....	63

SEZNAM ZKRATEK .....	66
SEZNAM PŘÍLOH .....	67
NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	71

## ÚVOD

Téma bolest je velmi široké i specifické zároveň. Každý z nás se ve svém životě s bolestí již setkal. Bolest doprovází mnoho onemocnění, stavů. Většinou se jedná o bolest akutní, která po odstranění příčiny odeznívá. Může být různě intenzivní, neboť samotné prožívání bolesti je závislé na mnoha faktorech, na věku, pohlaví, psychickém rozpoložení, na dané situaci. U chronické bolesti je to složitější. Jedná se o poměrně problematickou oblast medicíny. Bolest můžeme hodnotit podle různých škál a dotazníků, přesto jde vždy o subjektivní prožitek určitého jedince. Není možné škatulkovat a podle toho striktně léčit. Člověk je individuální bytost se svým prožíváním. Z pohledu druhé osoby jde vždy o zprostředkovaný pohled na daný problém. V současné době je snaha se bolestí více zabývat, ne vždy však ku prospěchu všech nemocných. Bolest jako syndrom bývá často podhodnocena. Nemocní trpící chronickou bolestí se stávají otroky svých potíží. Často se dostávají do začarovaného kruhu. Pro mnoho nemocných se bolest stává hlavním problémem, který zasahuje do všech oblastí jejich života. Mění je samotné, jejich okolí, jejich pohled na svět a život. Ovlivňuje jejich základní potřeby a způsob uspokojování potřeb.

Ve své bakalářské práci se zabývám kvalitou života nemocných s chronickou bolestí. Snažila jsem se zjistit, jaký vliv má chronická bolest na kvalitu života vybraných nemocných. Nemocných, kteří se léčí s onemocněním doprovázeným chronickou bolestí nenádorového původu. Bakalářská práce je rozdělena do několika oddílů. V teoretické části se zabývám teorií bolesti, fyziologií a patofyziologií bolesti, způsoby hodnocení a možnostmi léčby bolesti. Začleněna je také kapitola o kvalitě života a jejím hodnocení. V praktické části jsem se zaměřila na kvalitativní výzkum, formou případové studie. Mým cílem bylo zjistit kvalitu života vybraných nemocných s nenádorovou chronickou bolestí. Součástí praktické části je popis metodiky výzkumné práce a organizace výzkumu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DEFINICE BOLESTI

Dle WHO je bolest definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní. Dle IASP Asociace pro studium bolesti je bolest nepříjemná smyslová a emoční zkušenost a zážitek spojený s akutním nebo potenciálním poškozením tkáně nebo je popisovaný výrazy takového poškození (Křivohlavý, 2002, s. 83).

### 1.1 Konceptuální model bolesti

Tento model byl vytvořen americkým neurochirurgem Johnem Loeserem. Model umožňuje pochopení celého řetězce jednotlivých složek účastnících se v celkovém průběhu chronické bolesti. Aby bylo možno dosáhnout úspěšné léčby, je nutné ovlivnit všechny úrovně. Model samotný obsahuje čtyři roviny, ve kterých se bolest projevuje. Somatickou rovinou vyjádřenou nocicepcí, sensorickou, která je výsledkem samotné nocicepce a projeví se uvědoměním si bolesti. Další je afektivní složka vyjádřená psychickou reakcí a utrpením. Na vrcholu se nachází behaviorální složka – bolestivé chování.

### 1.2 Biopsychosociální model chronické nenádorové bolesti

Je rozšířenou variantou, vycházející z konceptuálního modelu. Tento model řeší vztah mezi biologickou a psychosociální rovinou bolesti. Model se zabývá propojením jednotlivých složek, ve kterých se chronická bolest projevuje. Napomáhá při léčbě a hodnocení bolesti (Hakl a kol., 2013, s. 27-30). Pro tento model je důležité pojetí chronické bolesti z pohledu celostní medicíny. Projevy chronické bolesti jsou patrné ve všech složkách - somatické, emoční, kognitivní, behaviorální. Každá ze složek má své typické projevy a znaky. Pozornost je zde také věnována změnám v kvalitě života způsobených chronickou bolestí (Raudenská, 2012, s. 166).

## **2 DĚLENÍ BOLESTI**

Základní dělení bolesti rozlišuje chronickou bolest nádorového a nenádorového původu (Kozák a kol., 2009, s. 27). Další dělí bolest z časového a klinického hlediska.

### **2.1 Z časového hlediska**

Dle délky trvání dělíme bolest na akutní, chronickou, rekurentní bolest. Každá z nich má svá specifika. Podle typu bolesti je volena příslušná léčba (Nosková, 2010, s. 200).

#### **2.1.1 Akutní bolest**

Je spojena časově s objevením se subjektivních nebo objektivních příznaků, obvykle dobře odpovídá na léčbu analgetickou i na léčbu hlavní příčiny vzniku bolesti. Při vyšší intenzitě ovlivňuje psychiku, je spojená se strachem a obavami. Patří sem bolest pooperační, traumatická, porodní a bolest při onemocnění některých vnitřních orgánů. Má vliv na celý organismus. Dochází k aktivaci sympatiku, imunitní a zánětlivé reakce, katabolismu a zvýšení spotřeby kyslíku myokardem. Největším rizikem akutní bolesti je její přechod v chronickou bolest (Hakl, 2013, str. 31). Akutní bolest může být prolongovaná nebo rekurentní. Nejčastěji je ostrá, intenzivní a dobře lokalizovaná (Kolektiv autorů, 2006, s. 48).

#### **2.1.2 Chronická bolest**

Je dlouhodobá, délka neodpovídá vyvolávající příčině, neplní obrannou funkci (Hakl, 2013). Jedná se o bolest trvající déle než 3 - 6 měsíců. Obvykle se označuje jako syndrom chronické nenádorové bolesti (Vaňásek, 2014, s. 7). Chronická bolest omezuje pacienta v běžných denních aktivitách, v sociálních vazbách, ruší spánek, vyvolává depresi a snižuje kvalitu života (Hakl, 2013, str. 32). Za chronickou je možné považovat také bolest kratšího trvání, která přesahuje dobu obvyklou pro dané onemocnění. Podkladem pro vznik chronické bolesti jsou změny CNS ve smyslu periferní a centrální senzitivace, sekundární hyperalgie a také vliv paměti a emocí (Nosková, 2010, s. 200).

#### **2.1.3 Rekurentní bolest**

Rekurentní bolest stojí na pomezí mezi akutní a chronickou bolestí. Jedná se o bolest, která se mění, ustupuje a znovu se nepravidelně vrací. Má kolísavou intenzitu. Možný je výskyt negativních emocí jako úzkost, strach a stres (Raudenská, 2011, s. 164).

## **2.2 Z klinického hlediska**

Z klinického hlediska rozlišujeme čtyři základní typy bolesti nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, neurogenní neboli centrální neuropatickou bolest (Rokyta a,kol., 2009, s.21).

### **2.2.1 Nociceptivní bolest**

Vzniká drážděním nociceptorů. Lze rozlišit mezi bolestí somatickou a viscerální. Nejčastěji jsou to bolesti pohybového aparátu a bolesti vnitřních orgánů (Nosková, 2010, s. 201). Somatická bolest může být povrchová nebo hluboká, pochází z kůže, ze svalů nebo kloubů. Povrchová bolest je ostrá, dobře lokalizovatelná. Hluboká je difúznější, trvá déle, projevuje se jako palčivá a úporná. Viscerální bolest vzniká na podkladě stimulace receptorů bolesti v hrudníku a v břišní dutině, bývá difuzní, může se projevovat pálením, tlakem či pícháním. Může se přenášet do různých částí těla označených jako Headovy zóny, pak se jedná o přenesenou bolest. Často se promítá do kožních segmentů, vzdálených od místa dráždění. V akutní fázi bývá provázena nauzeou, zvracením a pocením.

### **2.2.2 Neuropatická bolest**

Vzniká v průběhu nervů jejich poškozením. Nejsou stimulovány samotné receptory bolesti. Dochází k fenoménu zvaného efaše. Znamená přestup vzruchu ze strany jednoho nervu na druhý nerv, z membrány jednoho typu nervu na druhou. Vedení bolesti je jiné. Jsou změněny funkce iontových kanálů, především sodíkových. Zvýšená činnost sympatiku zvyšuje bolest. Je přítomna zvýšená citlivost na mechanické, termické i chemické typy podnětů (Rokyta, 2009, s. 26). Rozlišuje se periferní neuropatická bolest s lokalizovanými neuropatiemi a systémovými polyneuropatiemi. Do druhé skupiny patří centrální neurogenní bolest hlavy. Má typický charakter, bolest je bodavá, píchavá, šlehavá se zhoršením v klidu a v noci. Je doprovázena alodynii (Nosková, 2010, s. 201).

### **2.2.3 Psychogenní bolest**

Při jejím vzniku nedošlo k žádnému poškození tkáně, ale bylo nějakým způsobem zraněno naše já – tedy vědomá část naší osobnosti. Zejména se jedná o situace spojené s životními ztrátami, s pocitem ohrožení, ponížení a bezvýchodnosti. Též se může jednat o bolest ze soucitu, z vcítění do situace blízké osoby. Bývá prožívána stejně jako tělesné poranění (Honzák, 2011). Psychogenní bolest představuje diagnosticky obtížně řešitelný stav. Příčinou není organické postižení nebo poškození tkáně či orgánu, ale abnormálně zpracovaný psychický problém. Není prokázána žádná patologie, přesto trpí pacient bolestmi. Nejčastějšími příznaky jsou bolesti hlavy, páteře, svalů a břicha. Při určení

tohoto typu je zapotřebí vyloučit všechny možné příčiny (Opavský, 2011, s. 60). Psychogenní bolest vzniká ve vyšších etážích centrálního nervového systému, především v limbickém systému a mozkové kůře. Léčba spočívá v komplexním přístupu a využívá psychofarmak, psychoterapie. Důležité je ujistění pacienta, že netrpí psychickou poruchou (Janáčková, 2007, s. 36).



### **3 PRINCIP VZNIKU A VEDENÍ BOLESTI**

Periferní bolest je vnímána receptory bolesti. Nazývají se nociceptory nebo nocisenzory. Podle uložení se rozeznávají nociceptory kožní, svalové, kloubní a viscerální. (Opavský, 2011, s. 32). Bolest vzniká přímou stimulací receptorů bolesti působením vnějších podnětů nebo vnitřních např. při zánětu, nedostatku kyslíku ve tkáni, při poranění (Rokyta, 2009, s. 26).

#### **3.1 Receptory**

Receptory nociceptivní jsou specializované na bolest. Nachází se v kůži, ve tkáních a viscerálních orgánech. Mají komplexní strukturu a funkci, některé jsou polymodální. Mohou být aktivovány chemickými látkami těla vlastními nebo pocházejícími zvnějšku. Receptory nenociceptivní mohou ovlivnit vnímání bolesti. Existuje několik typů, každý typ má typickou strukturu, funkci, umístění v těle a rychlost vedení. Každý typ odpovídá na jiné podněty. Jsou unimodální, specializované, vysoce citlivé. Dokáží reagovat na minimální stimulaci (Kolektiv autorů, 2006, s. 15).

Podle reakce na podněty vyvolávající bolest se dělí do tří skupin. Vysokoprahové mechanoreceptory vnímají bolest prostřednictvím receptorů pro vnímání tlaku, tahu, vibrací. Pokud dojde k silnějšímu podráždění reagují jako receptory bolesti. Mezi mechanoreceptory patří Vater- Paciniho, Meissnerova, Merkelova tělíska. Polymodální nocisensory vnímají bolestivé stimuly, hlavně tepelné a chladové. Intenzivní podnět tepla a chladu je vnímán bolestivě. Receptory tepla a chladu rozeznáváme Ruffiniho tělíska a Krauseho tělíska. Vlastní nocisenzory receptory sloužící jen pro vnímání bolesti. Jedná se o volná nervová zakončení primárních aferentních neuronů, vedoucí informace z kůže a ze sliznic do míchy (Rokyta a kol. 2009, s. 21).

Vzruchy vedou z periferních orgánů dva typy vláken, vlákna A- delta a vlákna typu C. Vlákna typu A jsou slabě myelinizovaná a vedou vzruch relativně pomalu (rychlostí 7-14m/s). Vlákna typu C nemají myelinovou pochvu, vzruch vedou velmi pomalu (rychlostí 0,5-3m/s). Bolestivé vzruchy mohou vyvolat i některé látky. Bolestivou stimulaci vyvolávají přímo například histamin, bradykinin, serotonin, substance P (Janáčková, 2007, s. 26). Mediátory zánětu jsou schopné měnit citlivost nociceptorů. Funkční stav nociceptorů není stálý, ale mění se působením somatických i psychických faktorů. Sensitizaci nociceptorů napomáhají prostaglandiny a leukotrieny, ionty draslíku,

adrenalin, noradrenalin a snížená koncentrace vodíkových iontů. Označují se jako algogenní substance. Existuje i další skupina nociceptorů, které se nazývají tiché nebo němé. Tyto receptory jsou aktivovány chemickými podněty, nejčastěji při zánětu. Při chemickém dráždění, při zánětu se stávají citlivými na běžné mechanické a termické podněty (Opavský, 2011, s. 33).

## **3.2 Fyziologie bolesti**

### **3.2.1 Fáze nocicepce**

Nocicepce probíhá ve čtyřech fázích. Transmise je předání elektrických impulsů do CNS, akční potenciál se posunuje nahoru z místa poranění do míchy a poté do vyšších nervových center.

Percepce znamená uvědomění si bolesti. Percepce je dynamická a proměnlivá v závislosti na stupni vývoje člověka, jeho prostředí, nemoci a poranění. Percepce může být krátká, prodloužená nebo permanentní.

Transdukce je proces přeměny mechanické, chemické nebo tepelné informace na elektrickou aktivitu nervového systému. Sensorická nervová zakončení v kůži, v tkáních a vnitřních orgánech. Rozlišujeme povrchové somatické nociceptory, hluboké somatické nociceptory, viscerální nociceptory.

Modulace znamená vnitřní a vnější způsoby snížení či zvýšení bolesti. Pomocí gelové látky omývající interneurony jsou zesíleny nebo potlačeny bolestivé signály. Dalším typem modulace jsou kognitivní vlivy, které mohou bolest zmírnit či zvýšit. Kontrolní mechanismy ve středním mozku, externí a endogenní opioidy spouští inhibiční reakci postupující dolů do míchy. Sestupnou inhibici zprostředkovávají neurotransmitery serotonin (medulla) a norepinefrin (pons). Sestupná modulace hraje roli při chronických stavech (Kolektiv autorů, 2006, s. 14-20).

### **3.2.2 Dráhy bolesti**

Dráha bolesti je třineuronová. První neuron vede signál z periferie do neuronů v zadních rožích míšních, zde se přepojuje na druhý neuron. Tractus spinothalamicus ventrolateralis vede z míchy přímo do thalamu. Vzruchy jsou vedeny do ventrobazálního komplexu, uloženého v přední části na spodině thalamu (Janáčková, 2007). Přepojení na třetí neuron probíhá v thalamicém jádru. Nucleus ventrobasalis, majícího dvě jádra. Jedna část přijímá informace z oblasti těla, druhá z oblasti hlavy. Odtud dále do gyrus postcentralis v mozkové kůře. Tudy je vedena akutní bolest (Rokyta, 2009, s. 20). Tractus

spinoreticulothalamicus vede z míchy do retikulární formace mozkového kmene (Hakl, 2013, s. 24). Dále probíhá do mediálních talamických jader. Tudy je vedena bolest do limbického systému a do prefrontální mozkové kůry, bolest akutní i chronická, povrchová i hluboká (Rokyta, 2009, s. 10). Tractus spinoparabrachialis amygdalaris a hypothalamici vedoucí z míchy do nukleus parabrachialis v prodloužené míše, do hypothalamu a do amygdaly. Ta je zodpovědná za afektivně emoční složku bolesti (Hakl a kol., 2013, s. 24). Dráhy zadních provazců vedou viscerální bolest do mozkového kmene a pak do dalších částí mozku. Sympatický nervový systém se také účastní při regulaci bolest. Sestupné dráhy začínají v prodloužené míše jako bulbospinální dráhy a také v oblasti periakveduktální šedi okolo Sylviova kanálku. Regulace bolesti na centrální úrovni probíhá přímou stimulací některých oblastí mozku, sestupnou kontrolou ke spinálním neuronům, analgezii navozená opioidy, cestou endogenních opioidních peptidů (Rokyta, 2009, s. 12).

### **3.2.3 Vrátková teorie**

V roce 1965 neurofyziolog profesor Patrik Wall z University Colledge v Londýně a profesor Ronald Melzack, psycholog z Mc Gillovy University v Montrealu vytvořili teorii bolesti umožňující vysvětlení některých jevů. Dali podnět ke zkoumání bolesti jako takové. Vedení bolesti na míšní úrovni je regulováno vrátkovým mechanismem, který dovolí průchod jen omezenému počtu vzruchů (Rokyta, 2009, s. 18). Teorie je založena na tvrzení, že intenzita bolesti není závislá na závažnosti poranění. Hlavní úlohu mají neurony v průběhu nervové dráhy vedoucí signál bolesti dále do mozku. Tento signál je regulován na míšní úrovni ve smyslu inhibičním nebo aktivačním. Součástí teorie je také tvrzení o vlivu emocí jako faktoru na přenos bolestivého podnětu (Opavský, 2011, s. 29).

### **3.2.4 Odezva na bolest**

Při bolesti se uplatňuje množství mechanismů. Dochází k řadě reakcí v organismu na úrovni vegetativního, kardiovaskulárního a pohybového systému. U chronické bolesti nedochází k výrazné fyziologické reakci. Tento druh bolesti na rozdíl od akutní bolesti ztrácí smysl ochranného charakteru, stává se specifickým klinickým syndromem. Bolest přetrvává i bez zjevného poškození tkáně, je hůře lokalizovatelná, tupá, trvalá. Vede ke změně chování nemocného. Často je spojena s nepřiměřenou celkovou únavou. Dostavuje se bezmoc, poruchy spánku, omezení sociálních kontaktů, poruchy sexuálních funkcí. Chronická bolest sebou přináší negativní emocionální reakce (Rokyta, 2009, s. 133). Emocionální reakce vznikající v souvislosti s bolestí jsou regrese, úzkost, strach, hněv, sklíčenost, deprese (Janáčková, 2007, s. 69).

### **3.2.5 Tolerance bolesti**

Tolerance k bolesti je zcela individuální, závislá na více faktorech. Svou roli hraje věk, nemoc, pohlaví, osobnost, charakter člověka. Záleží také na fyzické zátěži, na prahu bolesti, na časovém úseku (část dne, úsek života), na významu a hodnocení bolesti postiženým i jeho okolím, na schopnosti adaptace na bolest. Svou roli hrají etnické a kulturní rozdíly, očekávaná míra bolesti, úzkosti a strachu, vzájemné vztahy v rodině. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 44-46).

## 4 PSYCHOLOGICKÉ REAKCE NA BOLEST

Chronická bolest zasahuje do kognitivních, emočních a behaviorálních funkcí a projevů. Dochází k rozdílnému vnímání bolestivých a nebolestivých podnětů, odlišnému zpracovávání a vyhodnocení informací a prožitků. Projevuje se to v jiném emočním ladění a reaktivitě a také odlišným chováním. Cílem je zaměřit se na odstranění příčin, které mění projevy nemocného a mají svůj podíl na jeho strádání a utrpení. Kromě úzkosti a strachu se u déle trvající bolesti častěji vyskytují také deprese, které mají vliv na emoční ladění nemocného. K tomu se u části nemocných přidávají projevy hněvu, namířené nejvíce proti osobám z nejbližšího okolí a zdravotníkům. Dále se u části nemocných na podkladě chronické bolesti ve spojení s depresí objevuje katastrofický způsob myšlení. Rozvojem bolestivého chování a následkem těchto změn jsou ovlivněny mezilidské vztahy v rodině, ale i mimo ni. Projevy chování jsou rozdílné v závislosti na věku, pohlaví, vzdělání, temperamentu, ale roli tu hraje také rasa a různá etnika (Opavský, 2011, s. 64). Na přetrvávání chronické bolesti se podílí další faktor a to učení. Reakce na podněty jsou v průběhu života získávány učením na podkladě fyziologických podmíněných reflexů a psychologických zvyků. Z velké části jde o děj probíhající mimo vědomí a vůli pacienta (Rokyta, 2009, s. 134).

### 4.1 Stádia bolestivého chování

*Výkřik* - Jedná se o reflexní citovou reakci na podnět. Projevuje se různou formou: panika, zmatek, vyhocení pocitu obav a strachu. *Popření* – Stav, kdy se projevuje citový útlum a snaha potlačit přítomnost krizové situace. Dochází k otupení pozornosti a vnímání, úplná nebo částečná ztráta paměti, ztráta smyslu pro realitu, citové otupělosti, lhostejnosti. Často se objevuje regrese. *Intruze* – Vzpomínky a vtíravé myšlenky spojené s kritickou událostí. *Vyrovnaní a přijetí* – Období hledání a přijetí skutečnosti (Honzák, 2011).

Psychologická rovina bolesti je dána emoční kvalitou, pocity vyvolané bolestí. Chronická nemoc je náročnou životní situací, tělesně i psychicky. Dochází k pocitu ztráty, ztráty zdraví a psychické pohody, životní energie, je doprovázena utrpením. Celkově je ovlivněna sociální situace ve smyslu omezení aktivity, pracovní výkonnosti a sociálních kontaktů, změna rolí v rámci rodiny. Adaptivní přizpůsobení vyžaduje změnu. Vůle a snaha se pokusit bojovat, najít sílu změnit daný stav. To umožní rozvoj adaptivních zvládacích mechanismů a hledání možnosti řešení ovlivnění bolesti. Důležité je rodinné zázemí, přátelé a podpora z řad odborníků. Behaviorálním projevem neadaptivního

přizpůsobení se chronické bolesti jsou maladaptivní copingové mechanismy jako sebelítost, autoagrese a katastrofismus. Depresivní symptomatika zpětně ovlivňuje prožívání i patofyziologické mechanismy v těle nemocného. Při rezignaci se rozvíjí neadaptivní mechanismy (Hakl a kol. 2013, s. 40).

## **4.2 Psychologické zásady jednání s nemocným**

Nebýt hluchý k projevům bolesti.

Nepospíchat, když pacient sděluje, co a jak ho bolí.

Nebagatelizovat slovní stížnosti pacienta.

Nikdy neříkat pacientovi: „*To vás nemůže bolet. To nic není,*“ když to pacienta bolí.

Nikdy neoznačovat pacienta slovy: „*Simulant, hysterka, agravant, hypochondr*“ atd.

Naučit se vždy a všude za jakýchkoliv okolností zaujímat k pacientovi empatický vztah

Posilovat aktivitu pacienta v boji s bolestí

Akceptovat pacienta takového, jaký je! (Křivohlavý, 2002).

## **4.3 Mýty o bolesti**

*„Mýtus 1: Bolest patří k životu. Je přece nemocný, tak ho to bolí.*

*Mýtus 2: Bolest nelze objektivně měřit, nemocný ji může zveličovat.*

*Mýtus 3: Toho přece nemůže bolet, to je jen jeho psychická nadstavba.*

*Mýtus 4: Muži musí bolest snášet hrdinsky, ženy vydrží větší bolest.*

*Mýtus 5: Děti snesou větší bolest, protože mají ještě nezralou nervovou soustavu.*

*Mýtus 6: Dostal už dost léků, aby mu to stačilo k utlumení bolesti.*

*Mýtus 7: Když bylo možné utlumit bolest placebem, nemůže to být tak hrozné“.*

(Honzák, 2011).

## 5 METODY HODNOCENÍ BOLESTI

Pro stanovení postupů úspěšné léčby je důležité správné zhodnocení bolesti. Základem každé diagnostiky je podrobná anamnéza. Součástí anamnézy je záznam lokalizace, intenzity, kvality bolesti a časový faktor. Při hodnocení bolesti se využívají škály pro hodnocení bolesti. Pomáhají objektivizovat individuální vnímání bolesti. Hodnocení bolesti se provádí při příjmu nemocného, dále se bolest hodnotí pravidelně a systematicky (O'Connor, 2005, s. 91).

Specifické vyšetření bolesti slouží ke zjištění lokalizace bolesti, její iradiace, charakteru bolesti, intenzity a délky trvání. Pozornost věnujeme vyvolávajícím faktorům, dalším doprovodným symptomům, kvalitě spánku, přístupu k bolesti a očekávání nemocného.

*Anamnéza* – základní otázky: Kde to bolí? Jak to bolí? Jak dlouho to bolí? O jak silnou bolest se jedná? Mění se intenzita bolesti? Co bolest zhoršuje a co ji naopak mírní?

*Velikost – intenzita bolesti*: Vizuální analogová stupnice bolesti (VAS) – zakreslení bodu na úsečce, označuje velikost bolesti v daný moment. Na jednom konci je vyznačena žádná bolest, na opačném nejhorší možná bolest. Varianta VAS pro děti sestává ze šesti obličejů, každý vyjadřuje jiný stupeň bolesti, od spokojeného úsměvu po pláč. Numerická škála umožňuje vyjádření velikosti bolesti pomocí stupnice od 0 do 10. Verbální škála bolesti charakterizuje kategorii odpovídající bolesti z nabízeného seznamu: 0 - žádná, 1- mírná, 2- střední, 3- silná, 4- krutá, 5- nesnesitelná.

*Mapa bolesti*: Obraz lidského těla ze všech stran, úkolem klienta je zakroužkovat místa, kde ho to bolí. Velikost kroužku vyjadřuje i míru bolesti. Lze použít i různobarevné odlišení jednotlivých druhů bolesti. Často je součástí dotazníků a deníků bolesti (Opavský, 2011, s. 74-78).

*Charakter bolesti*: Určení charakteru bolesti pomáhá odlišit, zda se jedná o bolest somatickou, viscerální nebo neuropatickou. Pomáhá to při volbě správného terapeutického postupu, každá bolest reaguje na různé léky.

*Kvalita bolesti*: Metoda MPQ dotazník (Mc Gill Pain Questionnaire). Tento dotazník existuje ve dvou variantách, v krátké a dlouhé. Dotazník slouží k celkovému hodnocení bolesti. Jeho součástí jsou mapa bolesti, vizuální analogová škála, stanovení

intenzity bolesti. K doplnění anamnézy je možné použít Dotazník interference bolesti s denními aktivitami DIBDA (Opavský, 2011, s. 81-82).

*Nonverbální projevy pacienta:* Při hodnocení je úkolem sestry sledovat i chování nemocného související s bolestí. Hodnotí se dle paralingvistických projevů jako jsou pláč, vzdechy, naříkání, dle mimických projevů, pohybů končetin, posturologických nonverbálních projevů. Hodnotí se také aktivita autonomního nervového systému – zvracení, zrudnutí, těžké dýchání, bušení srdce, lapavé dýchání. Poskytuje informace o schopnosti nemocného uspokojovat jeho základní potřeby (O'Connor, 2005, s. 93).



## 6 LÉČEBNÉ POSTUPY OVLIVNĚNÍ BOLESTI

Při léčbě se vychází z typu bolesti a celkového hodnocení bolesti, přičemž rozhodující je intenzita bolesti. Nejčastější onemocnění způsobující chronickou bolest jsou bolest zad, bolest hlavy, kloubní bolesti, neuropatické syndromy, viscerální bolest, pooperační a poúrazová chronická bolest. Důležitá je multioborová spolupráce algeziologa, neurologa, rehabilitačního lékaře, psychologa a kombinace dostupných léčebných metod. Svou roli mají psychosociální a ekonomické faktory. Odbornou péči nemocným trpících chronickou bolestí poskytují specializovaná centra a ambulance zaměřená na léčbu bolesti. (Málek a kol., 2014, s. 113,114).

### 6.1 Farmakologická léčba

Základem léčby každé bolesti je účinná a odpovídající farmakoterapie. U akutní bolesti, symptomu probíhajícího onemocnění, je hlavním cílem odstranění příčiny bolesti. Při léčbě chronické bolesti se uplatňuje několik lékových skupin. Skupina léků ovlivňujících bolest se obecně nazývá analgetika. Analgetika se dělí na neopioidní a opioidní. Mezi nejúčinnější látky z této skupiny působící proti bolesti patří opioidy (Opavský, 2011, s. 86). U opioidních analgetik dochází k tlumení bolesti cestou aktivace opioidních receptorů v centrální nervové soustavě (Rokyta, 2009, s. 83).

Světová zdravotnická organizace WHO stanovila pravidla pro farmakologickou léčbu bolesti, doporučuje tento postup: léčba dle žebříčku, léčba dle hodin, dávat přednost perorálnímu podání (Kozák a kol., 2009, s. 28).

#### 6.1.1 Analgetika I. stupně -neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika se podávají u mírných bolestí. Mechanismus účinku neopioidních analgetik je založen na tlumení enzymu cyklooxygenázy, který zasahuje do syntézy prostaglandinů. Patří sem dvě skupiny léčiv.

#### **Analgetika – antipyretika**

Patří mezi nejčastěji používané léky proti bolesti. Jejich výhodou je potlačení bolesti bez ovlivnění vnímání a stavu vědomí při terapeutické dávce. Mají především periferní účinek i centrální účinek na úrovni míšni, potlačují zánětlivou bolest. Výhodou je rozpustná forma, která zrychluje účinek. Většinou nejsou vhodná k dlouhodobému užívání. Při současném užívání s antikoagulancii je vyšší riziko krvácivosti (Opavský, 2011, s. 87-93). Paracetamol (acetaminofen) – v nižších dávkách má antipyretické účinky, v dávce od

625 mg také analgetické. Má minimální nežádoucí účinky, ve vyšších dávkách může působit hepatotoxicky.

### **Nesteroidní antiflogistika NSA**

Používají se k léčbě slabých a středně silných bolestí nociceptivního a neuropatického původu. Při podávání těchto léčiv se vyskytuje tzv. stropový efekt. Podstatou tohoto jevu je nezvyšování účinnosti při současném zvyšování dávky léku (Vaňásek, 2014, s. 16). Inhibují syntézu prostaglandinů, ty způsobují zánět, bolest, horečku, pozitivně ovlivňují funkci trombocytů. Prostaglandiny mají také ochranou funkci na sliznici žaludku. Nеспецифická NSA jako ibuprofen, diclofenac, naproxen, indometacin se používají pro krátkodobější léčbu u nerizikových pacientů. Existují v různých lékových formách (Hakl, 2013, s. 51). Nové typy nesteroidních antiflogistik potlačují jen cyklooxygenázu 2. Tím je sníženo riziko negativního působení na sliznici trávicího systému a na funkci krevních destiček. Hlavní využití mají při léčbě osteoartritidy a revmatoidní artritidy. Časté jsou interakce s jinými léky (Kolektiv autorů, 2006, s. 69).

Při dlouhodobém podávání může docházet k projevům nežádoucích účinků. Nejčastěji se vyskytuje dráždění zažívacího traktu, možný vznik peptického vředu žaludku a dvanáctníku, poruchy srážlivosti s poruchou shlukování krevních destiček, nefrotoxicita a u astmatiků bronchospasmus. Mezi méně časté, ale závažné reakce patří alergické a kožní projevy, hepatotoxicita, průjmy. Hlavními zásadami při podávání je pravidelné dávkování v dostatečné dávce a nepřekračování maximální doporučené dávky. Možné je kombinovat se slabými opiáty (Vaňásek a kol., 2014, s. 17).

#### **6.1.2 Analgetika II. stupně - slabé opioidy**

Opioidy se dělí podle síly účinku na slabé a silné opioidy. Tato léková skupina má nejsilnější účinek potlačující bolest. Nejvyšší účinek mají na nociceptorovou a viscerální bolest. Společným účinkem je působení na opioidních receptorech (Opavský, 2011, s. 110). Patří sem kodein a tramadol. Nežádoucí účinky jsou podobné jako u silných opioidů. Kombinace slabých opioidů a neopioidních analgetik vede ke zvýšení účinku s možností snížení dávky a omezení projevu vedlejších účinků. Vyskytuje se u nich stropový efekt. (Hakl, 2013, s. 54).

#### **6.1.3 Analgetika III. stupně - silné opioidy**

Opioidy odvozené od morfinu ovlivňují centrální nervový systém. Dělí se na agonisty, antagonisty, smíšená agonisty – antagonisty. Agonisté působí na střední a silnou bolest, nezpůsobují ztrátu vědomí (kodein, fentanyl, oxykodon, morfin, hydromorfon,

metadon). Mezi antagonisty patří naloxon, který způsobuje blokádu opioidních agonistů. Smíšené snižují riziko toxicity a útlumu dechového centra. Obecnými vlastnostmi silných opioidů jsou vysoká účinnost, vznik tolerance, nebezpečí vzniku závislosti. Toleranci rozumíme snižování účinku opioidů při jejich opakovaném podávání. Somatická závislost se projevuje vznikem abstinenčních příznaků po vysazení (mydriáza, slzení, sekrece z nosu, hluboký spánek, po probuzení se nachází v těžkém stavu) trvajících dva až tři dny. Psychická závislost způsobuje neschopnost žít bez stálého účinku léku. Často bývá způsobeno nesprávnou léčbou.

### **Nežádoucí účinky opioidů**

Nauzea a zvracení jsou způsobeny drážděním zóny pro zvracení v prodloužené míše a vestibulárního aparátu, zvyšuje tonus žaludečních svalů, snižuje rychlost vyprazdňování žaludečního obsahu, útlum dechového centra hlavně u osob s plicními chorobami. Zácpa je spojena s útlumem peristaltiky a střevní sekrece (dietní opatření, minerální vody, laxativa). Spasmus sfinkteru močového měchýře u predisponovaných osob (cévkování). Ortostatická hypotenze, multifokální záškuby a křeče se mohou vyskytovat u všech opioidů ve vysokých dávkách.

#### **6.1.4 Adjuvantní analgetická léčba**

Adjuvantní analgetika, označovaná také jako koanalgetika, jsou původně léky určené na léčbu jiných potíží. Tato skupina léků zahrnuje léky z různých lékových skupin zaměřených na ostatní potíže nemocného, především psychické. Psychofarmaka mají vliv na psychickou složku bolesti, ovlivňují duševní stav nemocného. Některá také zlepšují kvalitu spánku. Mezi adjuvantní analgetika řadíme tyto lékové skupiny: antidepressiva, antiepileptika (antikonzulziva), anxiolytika, neuroleptika, kortikosteroidy a myorelaxancia (Opavský, 2011, s. 128).

#### **Antidepressiva**

Jsou účinné při neuropatických, nádorových, revmatických a psychogenních bolestech. Největší účinek mají antidepressiva první generace. Mají význam především v léčbě chronických bolestivých syndromů. Jejich účinek proti bolesti se dostavuje při nižších dávkách než je běžné dávkování při depresi (Vaňásek a kol., 2014, s. 23). Ovlivňují descendní inhibiční systém, který ovlivňuje nocicepci v zadních rožích míšních. Jejich užívání je spojeno s nežádoucími účinky, hlavně na kardiovaskulární systém s rozvojem dysrytmií. Hrozí riziko, především u starších pacientů, vzniku kognitivních poruch,

glaukomu. Některá antidepresiva ze skupiny SNRI se užívají k léčbě neuropatických bolestí (Opavský, 2011, s. 129).

### **Antiepileptika**

Léky s této skupiny mají dobrou účinnost u periferních i centrálních neuropatických bolestí, tlumí nadměrné nervové impulzy. Léčba neuralgie trigeminu, migrenózní bolesti, úžínové syndromy a stavy po poranění periferních nervů (Opavský, 2011, s. 131).

### **Anxiolytika**

Původně se užívají k tlumení úzkosti a strachu. Patří mezi adjuvantní analgetika a své místo mají u chronických silných bolestí, mohou ovlivňovat emoční složku bolesti. Vyskytuje se u nich riziko rozvoje závislosti a některá ovlivňují metabolismus ostatních léčiv. Mají centrálně relaxační účinek, proto se krátkodobě podávají při svalovém hypertonu. Negativně ovlivňují paměť a jiné kognitivní funkce (Opavský, 2011, s. 132).

### **Neuroleptika**

Užívají se u bolestí spojených s úzkostí, nespavostí a u centrálních bolestí. Podávání s antidepresivy ulevují při artritidách a bolestech hlavy. Mají tlumivý efekt a možné riziko extrapyramidových příznaků (Opavský, 2011, s. 133).

### **Kortikosteroidy**

Tyto léky mají silný protizánětlivý účinek, který se využívá při léčbě některých revmatických onemocnění. Podávají se také u nádorových bolestí pro svůj antiedematozní účinek (Opavský, 2011, s. 134). Užívají se hlavně při paliativní léčbě, protože zlepšují chuť k jídlu, potlačují nevolnost, snižují únavu a mají protizánětlivé a protialergické účinky. Účinek při tlumení bolesti není plně znám. Snižují tvorbu mediátorů bolesti, ovlivňují nocicepční bolest. Snižují edém vzniklý v důsledku útlaku nervů (Vaňásek a kol., 2014, s. 22).

### **Lokální anestetika**

Používají se hlavně u léčby neuropatické bolesti.

### **Myorelaxancia**

Myorelaxancia jsou látky na zmírnění spasticity, tlumí krátkodobě bolest a spasmus svalů centrálně. Hlavní použití u muskuloskeletálních bolestí, akutní traumata pohybového aparátu (Hakl a kol., 2013, s. 70).

## **Pomocné léky**

Užívají se k prevenci nebo léčbě nežádoucích účinků, hlavně opioidních analgetik. Nejčastějším nežádoucím účinkem při podávání opioidů je nauzea a zvracení, zejména na začátku léčby. Zde se podávají antiemetika, která se ze začátku podávají také preventivně. Může se objevit také celkový útlum hlavně u vyšších dávek. Při dlouhodobém užívání opioidů se často objevuje zácpa. V tomto případě jsou na místě dietní opatření, podávají se osmotická laxativa nebo stimulační laxativa, často kombinace obou. V souvislosti s podáváním některých opioidů se může vyskytnout svědění (Kozák a kol., 2009, s. 41-45).

## **6.2 Rehabilitační postupy**

Rehabilitace má široké spektrum využití. Rehabilitace je zaměřená na obnovu tělesného a duševního života po úrazu nebo nemoci. Slouží ke zmírnění následků nemoci nebo úrazu a celkově má vliv na zlepšení kvality života. Rehabilitace zahrnuje rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou (Hakl a kol., 2013, s. 72).

Do léčebné rehabilitace se zahrnují tyto obory: fyzioterapie, ergoterapie, fyzikální terapie, balneoterapie a myoskeletální medicína (Hakl a kol., 2013, s. 73).

### **6.2.1 Fyzioterapie**

Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou poruch pohybového systému. Využívá standardizované metody a postupy.

### **6.2.2 Ergoterapie**

Léčebná metoda, která se pomocí nácviku denních činností rozvíjí či se snaží udržet funkční zdatnost a pohyblivost jedince, směřující k udržení soběstačnosti.

### **6.2.3 Fyzikální terapie**

Fyzikální terapie je pomocnou léčebnou metodou s využitím ve všech klinických oborech. Fyzikální terapie využívá účinků fyzikální energie za léčebným účelem na lidský organismus. Své uplatnění má především jako součást léčby onemocnění pohybového aparátu. Využívá podnětů jako tepla, chladu, magnetického pole, elektrické, mechanické, světelné energie. Společným účinkem fyzikálních podnětů je působení na aferentní nervový systém. Fyzikální terapie se vyznačuje souborem účinků na organismus, má především analgetický, myorelaxační, myostimulační, disperzní, trofotropní, antiedematozní, odkladný účinek. Zahrnuje tyto léčebné metody – elektroterapii, termoterapii, fototerapii, mechanoterapii.

#### **6.2.4 Balneoterapie**

Využívá přírodních léčivých zdrojů k léčbě, minerální vody, plyny, peloidy. Aplikují se ve formě koupelí, zábalů, obkladů.

#### **6.2.5 Myoskeletální medicína**

Hlavní náplní myoskeletální medicíny je diagnostika a léčba funkčních poruch pohybového aparátu. Zahrnuje techniky měkkých tkání, mobilizační techniky, manipulace, doplněné o cílené cvičení (Poděbradský, Poděbradská, 2009, s. 13-21).

### **6.3 Psychoterapeutické postupy**

Psychoterapeutické metody mají svůj účel využití i u chronických bolestivých stavů. Chronická bolest má kromě somatické složky také složku emoční, kognitivní a behaviorální. Je doprovázena psychologickými fenomény. Metodou volby je především u psychogenně podmíněné bolesti.

Tyto metody nemají prakticky žádné kontraindikace, dají se poměrně snadno osvojit. Nemocný je schopen po zaškolení provádět je doma sám. Důležitá je ochota a schopnost spolupráce.

#### **6.3.1 Psychoterapie**

Psychoterapie je součástí léčby chronické bolesti, psychosomatických onemocnění, přispívá ke zlepšení celkového psychického stavu. K léčbě se využívají psychologické prostředky, kterými působí na duševní život a chování pacienta samotného, ale i na jeho rodinu a osoby v blízkém okolí. Hlavním cílem je změna chování a přístupu k onemocnění. *Kognitivně - behaviorální terapie* se zabývá analýzou a změnou chování a myšlení, ovlivněním spouštěčů patologického chování a jejich důsledků, se snaží zabránit vzniku bolestivého chování. Hlavním cílem je ovlivnění postojů nemocného a navození žádoucích pozitivních změn v jeho chování a posílení sebevědomí. Dalšími možnostmi terapie je využití dynamické psychoterapie a rodinné psychoterapie (Křivohlavý, 2002, s. 95). *Podpůrná psychoterapie* umožňuje vyrovnat se s obtížnou situací, svěřit se a probrat své psychické pocity spojené s dlouho prožívanou bolestí s odborníkem - lékařem. *Skupinová terapie* umožňuje navzájem terapeuticky ovlivňovat nemocné mezi sebou, poskytnout jim sociální podporu a pochopení. *Systemická psychoterapie* se zaměřuje na zvládnutí problémů v manželství způsobených bolestí (Raudenská, 2011, s. 147-149).

### **6.3.2 Relaxační metody**

Relaxační postupy odstraňují zvýšené svalové napětí a psychickou tenzi. Často se používají při tenzních bolestech hlavy a algických syndromech pohybového aparátu. Důležité je zvážit vhodnost konkrétní relaxační metody s ohledem na intenzitu bolesti. Příliš silná intenzita bolesti znemožňuje nácvik a dostatečné uvolnění. K nejčastějším metodám patří autogenní trénink, Jacksonova progresivní relaxace, meditace a dechová cvičení. (Opavský, 2013, s. 136-137).

#### *Autogenní trénink*

Využívá prvky z jógy a hypnózy. Učí, jak navodit jednoduché pocity. Pracuje s napětím svalů. Přes celkové svalové uvolnění se snaží dosáhnout uvolnění duševního a harmonizovat vegetativní nervový systém. Má tři stupně.

#### *Biologická zpětná vazba*

Biofeedback. Je přístrojová metoda, která učí, jak vůlí ovlivnit průběh fyziologických funkcí při bolesti žádoucím směrem. Je možné naučit se regulovat svalové napětí, krevní zásobení končetiny, tep či krevní tlak. Tímto způsobem se pracuje s bolestí hlavy, zad, revmatoidní artritidy (Sivohlavý, 2002, s. 94).

#### *Meditace*

Odpoutání od bolesti zaměřením pozornosti žadáným směrem za účelem zklidnění. Uvědomování si pocitů, myšlenek, zvuků. Hlavním cílem je navození klidného stavu duše.

#### *Imaginace*

Metoda řízené představivosti, jejímž použitím se nemocní učí zvládat, jak potlačit bolest nebo různé obtěžující pocity či myšlenky. Učí se pracovat s nevědomím, dává schopnost více porozumět sám sobě, svým potřebám. Představou navozených příjemných vzpomínek dochází k potlačení negativních prožitků a pozitivnímu ovlivnění psychiky.

### **6.3.3 Hypnóza**

Jedná se o přirozený stav zúženého a změněného vědomí. Jedná se o přechodný stav. Dochází ke změně paměti, vyšší náchylnosti k sugescím, reakcím a myšlenkám, zaměřením pozornosti požadovaným směrem a navození fyziologických změn žádoucím směrem (Málek a kol., 2014, s. 30).

### **6.3.4 Edukace**

Vychází z biopsychosociálního modelu. Zaměřená na příčiny vzniku chronické bolesti, na léčebné přístupy.

## **6.4 Alternativní způsoby léčby**

Mají své místo v léčbě bolesti. Používají se jako součást holistického přístupu k nemocnému. Také v případě neúčinnosti běžných léčebných postupů.

### **6.4.1 Akupunktura**

Jedná se o starou metodu, součást tradiční východní medicíny. Základním principem je myšlenka rovnováhy energií v těle. Metoda pomocí stimulace speciálních bodů reguluje pochody v těle člověka. Efekt akupunktury je analgetický, homeostatický, imunomodulační. Na body je možné působit tlakem, jehlou. Další formy využívají ke stimulaci ultrazvuku, elektrody, baňkování, kysličníku uhličitého. Své využití má u akutních i chronických bolestivých stavů, funkčních onemocnění, imunobiologických poruch (Hakl a kol. 2013, s. 134-136).

### **6.4.2 Ajurvéda**

Ajurvéda je celostní indická medicína těla a mysli. Zabývá se prevencí i léčbou. Hledá a léčí příčinu nemoci. Základem je život v souladu s přírodními zákony, jehož součástí je strava, cvičení a celková životospráva. Používá jen přírodních léčebných prostředků. Filozofie je založena na rovnováze a propojení těla, mysli a ducha. Vztah pacienta a terapeuta je rovnocenný, partnerský. Individuálně zaměřená léčba využívá mnoho postupů aromaterapii, bylinnou léčbu, cvičení, dechová cvičení, dietní opatření, detoxikaci, jógu, meditaci, masáže, terapii barvami a léčivými kameny. Jednotlivé metody působí na každý z pěti smyslů. Pomocí ajurvédy je možné léčit velké množství nemocí, zejména se osvědčuje při chronických nemocech.

### **6.4.3 Aromaterapie**

Metoda zabývající se použitím a účinky esenciálních olejů na lidský organismus. Své uplatnění má v podobě inhalací nebo přímé aplikaci na kůži v podobě masáže. Je možné je využít při bolestech hlavy, svalů, kloubů (Vaňásek, 2014, s. 32).

### **6.4.4 Homeopatie**

Základním principem homeopatické léčby je zákon podobnosti. Při léčbě se hodnotí především příznaky, které jsou nemocí vyvolány. Příslušný lék je vybrán podle příznaků, vyskytujících se u nemocného. V homeopatii mají důležitou roli také subjektivní příznaky. Homeopatický přístup vychází z obrazu nemoci u daného nemocného, nesoustředí se na určení její příčiny. Základem léčby je použití vysoce ředěných léků, které jsou podávány dle zásad bezpečné a účinné homeopatické léčby. Ty jsou založeny na podávání jednoho léku v minimální možné dávce (Lansky , 2010, s. 53-56).



### **6.4.5 Muzikoterapie**

Při muzikoterapii dochází k zapojení mozku, tak i celého těla. Hudba má vliv na limbický systém. Limbický systém je centrem emocí. Leží po stranách thalamu, jeho součástí je amygdala. Zde se ukládají pocitové vzpomínky. Zvukové vibrace jsou vnímány hmatovými receptory ve škáře. Protože vnímání zvuků probíhá prostřednictvím smyslů, mohou je vnímat i osoby hluché. Pomocí muzikoterapie dochází k rozvoji osobnosti člověka, k aktivaci emocí, k uvolnění napětí a k relaxaci. Preventivně působí proti stresu (Gerlichová, 200, s. 14 -23).

## **6.5 Invazivní techniky**

Invazivní techniky se používají jako doplněk farmakologické léčby bolesti, která není dostatečně účinná. Častěji se využívají reverzibilní techniky, klasické techniky ustupují modernějším metodám neuromodulačním a radiofrekvenčním (Hakl a kol., 2013, s. 106).

### **6.5.1 Jednorázové techniky**

Mezi tyto techniky patří periferní blokády, obštriky aplikované do hyperalgičtých zón nebo spoušťových bodů, a svodné techniky při operacích. Kombinují se kortikosteroidy a anestetika s adjuvantními analgetiky. Využití při bolestech v oblasti hlavových nervů, na končetinách, v oblasti páteře při diskopatiích, kořenových syndromech, postherpetické neuralgie.

Centrální blokády kaudální blokády aplikuje se lokální anestetikum v kombinaci s kortikoidem. Epidurální jednorázové blokády analgetická směs s kortikoidem. Kombinované blokády spočívají v zavedení kontinuálního katetru a jednorázové aplikace. Blokády sympatiku se využívají při chronické bolesti, při ischemické bolesti. Více možností jednorázově, opakovaně, kontinuálně. Provádí se i chirurgické přetětí (Vaňásek a kol., 2014, s. 26).

### **6.5.2 Dlouhodobé neurolytické blokády**

Jejich použití je limitováno. Používá se u neztížitelných bolestí, většinou onkologických pacientů. Přerušování dráhy bolesti je provedeno neurolyzou. Při neurolyze se používá alkohol nebo fenol. Nejčastěji prováděným výkonem tohoto typu je intrathékální blokáda. Dále je možné provádět neurolytické blokády sympatických ganglií.

### **6.5.3 Neuromodulační techniky**

Řadí se sem neurostimulace, intraspinální pumpové systémy, pulzní radiofrekvenční terapie. Jejich nevýhodou je především finanční náročnost.

Neurostimulace se používá při neuropatické bolesti. Epidurálně zavedené elektrody jsou napojeny na podkožní neurostimulátor. Elektrickou stimulací dochází na základě paměťového efektu k ovlivnění bolesti. Tato metoda je vhodná na léčbu chronických neuropatických bolestí a bolestí ischemického původu. Angina pectoris, diabetické polyneuropatie, ischemická choroba dolních končetin, postherpetická neuropatie, postamputační bolestivé syndromy a další diagnózy (Hakl a kol., 2013, s. 123-124).

Intraspinální pumpové systémy mají hlavní využití u nociceptivní bolesti. Pomocí subarachnoidálně zavedeného katetru napojeného na podkožně umístěnou pumpu se aplikuje analgetikum. Využití u závažných chronických bolestí a centrálních spastických syndromů.

Radiofrekvenční terapie je nová moderní metoda pro pacienty s vertebrogenní bolestí, ischemickou bolestí, neuropatickou bolestí. Jedná se o účinnou a bezpečnou metodu, méně nákladnou než dvě předchozí. Dochází k přerušení nervových drah působením tepla. Teplo je výsledkem působení elektrického proudu v místě léze, který je přiveden přes zavedenou jehlu s aktivní špičkou (Hakl a kol., 2013, s. 111).

## 7 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života je velice široká, dnes se kvalitou života zabývají různé vědní disciplíny. Z počátku se zohledňovaly pod pojmem kvality života spíše ekonomické ukazatele. Postupně se dospělo k tomu, že ekonomický růst jednoznačně nevede k vyšší spokojenosti. Kvalitou se rozumí jakási hodnota sloužící k odlišení jednoho celku od druhého. V tomto případě se jedná o život člověka. Stanovení určitých kritérií není možné jednoznačně, neboť v dané situaci či stavu je pro každého důležité něco jiného. Vždy záleží na posouzení každého jednotlivce (Křivohlavý, 2002, s. 162).

V současnosti neexistuje jedna přesná definice vyjadřující komplexně tento termín. Vždy se jedná o souhrn a interakci mnoha faktorů. V každém vědním oboru se posuzují podmínky života podle určitých ukazatelů specifických pro daný obor. Mezi objektivní ukazatele se většinou zahrnují ekonomické podmínky, úroveň bydlení, kvalita životního prostředí, hlučnost atd. Subjektivní ukazatele doplňují objektivní charakter životních podmínek. Subjektivní hodnocení a vnímání kvality života je závislé na kognitivním hodnocení a emočním prožíváním, a nemusí být přímo úměrné biologickému zdraví. Obecně se kvalita života posuzuje podle faktorů sociálních, zdravotních, ekonomických a podmínek životního prostředí, které se mezi sebou navzájem ovlivňují. Z medicínského hlediska se posuzuje vliv zdravotního stavu a podmínek na jedince. Ve zdravotnictví se vychází z definice WHO týkající se pojmu zdraví.

Posuzované životní domény zahrnují bytí, což je souhrn charakteristik určitého člověka. Tato doména obsahuje tři subdomény. Jednou z nich je fyzické bytí, druhou psychologické bytí, a třetí spirituální bytí. Další doménou je přilnutí neboli napojení na vlastní prostředí. Zde se posuzují další subdomény jako fyzické, užší sociální a přilnutí k širšímu prostředí. Poslední doménou je realizace (dosahování osobních cílů). Sem jsou zahrnuta praktická uskutečňování – aktivity spojené s prací, školou a zájmy, relaxační aktivity sloužící k redukci stresu a relaxaci a uskutečnění růstu. To je spojeno se zvyšováním znalostí, dovedností a adaptací na změny.

### **Zkoumání kvality života**

V psychologii se zkoumá subjektivně prožívaná životní pohoda a spokojenost se životem. K tomu se používají standardizované škály – SWLS, PGWB. V sociologii je zdůrazněna sociální úspěšnost související s termínem životní úroveň (majetek, vzdělání, rodinný stav). Od sedmdesátých let se tento pojem objevuje i v klinické medicíně. Sleduje se dopad

terapie na kvalitu života u nemocných. Hlavním zájmem je psychosomatické a fyzické zdraví. Pojem „*Health related quality of life*“ subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Payne a kol., 2005, s. 211). Měření kvality života se provádí pomocí dotazníků. Sleduje se dopad nemoci a léčby na životní domény určující kvalitu života.

Pojetí kvality života se rozlišuje ve třech sférách. Makro-rovina je zaměřena na kvalitu života velkých celků např. země, kontinenty. V popředí stojí smysl života samotného, je chápán jako absolutní morální hodnota. Mezo - rovina se posuzuje v malých sociálních skupinách, jako jsou školy, nemocnice, domovy důchodců, dětské domovy. Hodnotí se vzájemné vztahy, základní potřeby jednotlivých členů a jejich stupeň uspokojování, existence společných hodnot. Osobní rovina se týká života jednotlivce, jedná se o subjektivní hodnocení vlastního života v různých rovinách (Payne a kol., 2005, s. 352).

### **Metody měření kvality**

*Metody hodnocené druhou osobou* – hodnocení celkového stavu pacienta na základě fyziologických a patofyziologických kritérií. Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu, hodnocení závažnosti stavu je v rozmezí 0 – 71 bodů. Karnofskyho index – stanoveno lékařem, posouzení celkového zdravotního stavu pacienta v procentech. Vizuální škálování celkového stavu pacienta metodou VAS. Jedná se o úsečku dlouhou 10 cm s vyznačenými extrémy na obou koncích. Vyznačením křížku na stupnici je vyjádřen stav pacienta v danou chvíli (Křivohlavý, 2001, s. 167).

*Slovně vyjádřené metody* – ILF index kvality života pacienta dle daných kritérií. Hodnocené subjektivně – externí přístupy zaměřené na objektivní chování pacienta, slouží ke srovnávání kvality života, vyjadřuje se číselně. Řadíme sem HRQoL (měření kvality života z hlediska zdraví), DDRS (posuzovací škála stresu a neschopnosti), SWLS (stupnice spokojenosti se životem). Interní přístup je hodnocený na základě osobního pojetí a smyslu života, vyjádřeno mírou spokojenosti při dosahování cílů. SEIQoL (systém individuálního hodnocení kvality života). Smíšené metody zahrnují metodu MANSA (krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru) a LSS (škála životního uspokojení) (Křivohlavý, 2001, s. 176).

## **7.1 Hodnocení kvality života v ošetřovatelství**

Kvalita života je v ošetřovatelství orientována na hodnocení určité životní situace a zdravotního stavu. Cílem ošetřovatelské péče je zajištění takové péče, která je zaměřena na podporu navrácení nemocných do běžného života. Hodnocení kvality života je složitý proces, při kterém je možné použít různé hodnotící škály, dotazníky, rozhovor, pozorování. Specifické nástroje měření kvality se používají v souvislosti s měřením kvality života při různých onemocněních. Tato onemocnění bývají často chronického charakteru, omezující, invalidizující. Jsou zaměřené na hodnocení faktorů, které přímo souvisejí s konkrétním onemocněním. V současné době je možné využít tyto nástroje v hodnocení kvality života nemocných s kardiovaskulárními chorobami, s gastrointestinálními problémy, chorobami pohybového aparátu, neurologickými chorobami, plicními chorobami, onkologickými chorobami (Gurková, 2011, s. 139 -149).

## **8 POTŘEBY NEMOCNÝCH**

Ošetrovatelství se zabývá uspokojováním potřeb zdravého a především nemocného člověka. Ošetrovatelský proces napomáhá při určování problémů a jejich řešení v souvislosti s ošetřováním nemocného. Pomocí potřeb dochází k udržování rovnováhy organismu člověka. Mají svůj význam na zachování kvality života člověka. (Šamánková, 2011, s. 12).

Potřeba má tři významy: biologický, psychologický a ekonomický. Biologický význam ukazuje stav narušené fyziologické rovnováhy.

Při rozlišování potřeb vycházíme z teorie amerického psychologa Maslowa, který se zabýval hierarchií potřeb. Systém je založen na rozdělení jednotlivých skupin potřeb od nejnižších po nejvyšší. Jsou uspořádány do pyramidy.

K primárním potřebám patří fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba být bez bolesti. Mezi sekundární potřeby řadíme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu uznání a sebeúcty, potřebu seberealizace a sebeaktualizace. Princip je založen na tom, že potřeby jsou mezi sebou navzájem propojeny. Nejprve musí být uspokojeny základní biologické potřeby, aby mohli být uspokojeny i ty vyšší. Uspokojení vyšších potřeb je spojeno s pocitem štěstí, klidu (Šamánková, 2011, s. 17-20).

Poruchy v naplňování potřeb se projevují příznaky psychickými i somatickými. Mohou v závislosti na délce trvání vyústit v negativní reakce stres, distres, frustrace, deprivace a deprese (Šamánková, 2011, s. 15,16).

### **8.1 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb**

Faktory ovlivňující naplnění potřeb se rozlišují na objektivní a subjektivní. K objektivním patří individualita člověka, věk, pohlaví, vzdělání, mezilidské vztahy v rodině a mezi nemocným a ošetřujícím personálem. Mezi subjektivní řadíme hodnocení sebe sama ve smyslu kladném či záporném. Schopnost, jakým způsobem dochází k uspokojování potřeb i schopnost se přizpůsobit změnám v systému potřeb a naléhavosti jejich uspokojení (Šamánková, 2011, s. 23).

### **8.2 Význam ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb**

Ošetrovatelská péče směřuje zejména k naplnění primárních a sekundárních potřeb člověka. Při procesu uspokojování potřeb je nutné respektovat zachování identity

nemocného, umožnit mu přístup k potřebným informacím. Snažit se zapojit do spolupráce také jeho rodinu a blízké. Poskytovat mu potřebnou podporu a dostatek času (Šamánková, 2011, s. 39).

Sestry představují velkou profesní skupinu, která působí v ošetrovatelství. Jejich význam je dán jejich postavením v hierarchii ve zdravotnictví. Jsou prostředníkem mezi lékařem a nemocným a jeho rodinou. Sestry poskytují individualizovanou profesionální péči, aktivní ošetrovatelskou péči, pomáhají uspokojovat lidské potřeby prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Důležitou roli v práci sestry zaujímá komunikace v rámci celého zdravotnického týmu. Nezastupitelnou roli má sestra při komunikaci s nemocnými. Získané informace využívá při poskytování ošetrovatelské péče. Povinností sestry v péči o nemocného s bolestí je psychologický a etický přístup (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 239 – 242). Úkolem sestry je poskytování dostatečných informací během ošetrovatelské péče nemocnému s bolestí, sleduje dostatečnou účinnost podávaných léků proti bolesti, využívá jiných dostupných metod k úlevě od bolesti, pravidelně hodnotí intenzitu bolesti u nemocného pomocí hodnotících škál bolesti, provádí záznam v dokumentaci veškerých činností s tím spojených (Šamánková, 2011, s. 95).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 FORMULACE PROBLÉMU

Chronická bolest na rozdíl od akutní bolesti nemá ochranný charakter, stává se specifickým klinickým syndromem. Vede ke změně chování nemocného. Při bolesti se uplatňuje mnoho mechanismů. V organismu dochází k řadě reakcí na úrovni jednotlivých systémů, vegetativního, kardiovaskulárního i pohybového. Zároveň je ovlivněna také psychika nemocného člověka. Chronická nemoc je náročnou životní situací, fyzicky i psychicky. Pocit ztráty, ke kterému dochází, je spojen se ztrátou zdraví, psychické pohody, životní energie, je doprovázena utrpením. Celkové ovlivnění sociální situace je způsobeno omezením aktivity, pracovní výkonnosti a sociálních kontaktů včetně rodiny. Řada nemocných je léčena praktickými lékaři, jinými odbornými lékaři, ne všichni jsou odesláni a léčeni v ambulancích bolesti. Kvalita života je v ošetřovatelství orientována na hodnocení určité životní situace a zdravotního stavu. Charakterizuje kvalitu prožívání života podle toho, jak to vidí samotný pacient. Jakým způsobem se to promítá v jeho životě, které oblasti života jsou ovlivněny a změněny v důsledku chronické bolesti. Jaká je kvalita života nemocných s chronickou bolestí?



## **10 CÍL VÝZKUMU**

Zjistit kvalitu života vybraných nemocných s chronickou bolestí

### **10.1 Dílčí cíle**

**Dílčí cíl 1.** Zjistit v jaké oblasti uspokojování potřeb pociťují nemocní největší omezení

**Dílčí cíl 2.** Zjistit, jak jsou respondenti schopni ovlivnit bolest vlastními silami

**Dílčí cíl 3.** Zjistit, jak hodnotí přístup zdravotníků a způsob komunikace

**Dílčí cíl 4.** Vypracovat doporučení, informační leták

## **11 METODIKA**

Byl zvolen kvalitativní výzkum se zaměřením na to, jak chronická bolest u konkrétního člověka ovlivňuje kvalitu života. Konkrétně fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí. Pomocí rozhovoru zjistit odraz onemocnění v jednotlivých oblastech u čtyř respondentů s chronickou bolestí nenádorového původu. Tento způsob umožňuje konkrétně se zaměřit na sledované oblasti a získat co možná nejvíce informací k dané problematice u konkrétních osob.

### **11.1 Metoda**

Průzkum probíhal metodou případové studie. Úvod je zaměřen na popis klienta, jeho onemocnění související s chronickou bolestí, popis zdravotního stavu před onemocněním a v průběhu léčby. Dále na oblasti života ovlivněné chronickou bolestí, odraz onemocnění v rodině. Metoda rozhovoru byla doplněna pozorováním. K hodnocení bolesti byly použity škály bolesti, které jsou součástí přílohy (Viz příloha A,B,C).

#### **11.1.1 Způsob získávání informací**

Řízený rozhovor trval v průměru šedesát minut. Při rozhovoru byly použity předem stylizované otázky, vymezen obsah rozhovoru. Otázky byly pokládány jasně, srozumitelně, věcně, postup od obecnějších otázek k podstatě problému. Během rozhovoru bylo důležité držet se daného tématu, dát najevo zájem, empatii, chovat se taktně, nespěchat. Účelem rozhovoru bylo získat informace o prožívání, potížích, názorech nemocného s chronickou nenádorovou bolestí, se zaměřením na ovlivnění životních potřeb a jejich uspokojování. Všichni klienti byli seznámeni s možností odstoupení od výzkumu, s možností volby odmítnutí odpovědi na nějakou otázku. Součástí je informovaný souhlas s výzkumem, který je součástí přílohy (Viz příloha č. 3).

#### **11.1.2 Organizace výzkumu**

Úvod byl zaměřen na popis samotného klienta, anamnézu včetně farmakologické, sociální. Popis stavu před onemocněním, jeho počátek a průběh, současný stav. Odraz potíží v posuzovaných oblastech kvality života – tělesné, psychické, sociální a prostředí. Důležité pro hodnocení bylo zjištění priorit oblastí kvality života daného jedince. Průběh rozhovoru byl zaznamenáván do předem připraveného bloku. Průzkum probíhal v Karlovarském kraji, od prosince 2014 do poloviny února 2015.

## **12 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Jak jsou změněny potřeby nemocného s chronickou bolestí?
2. V které oblasti se vyskytují největší obtíže?
3. Došlo ke zlepšení potíží?
4. Jsou nemocní dostatečně informováni?

## **13 VZOREK RESPONDENTŮ**

Soubor respondentů tvoří čtyři osoby léčené pro chronickou bolest, žijící v Karlovarském kraji. Důležité je, aby byli ochotní a schopní o svých potížích otevřeně hovořit a sdělit informace mnohdy dost osobní. Vybraní klienti se léčí pro revmatoidní artritidu, s vertebrogenním onemocněním, se syndromem pánevní bolesti, s poúrazovou bolestí. Dva se léčí v ambulanci bolesti, dva v odborné ordinaci. Všichni souhlasí s poskytnutím rozhovoru podpisem informovaného souhlasu s výzkumem, který je ve všech případech anonymní.

## 14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### Respondent A

#### Osobní anamnéza:

Žena 65 let, rozvedená, 2 děti

Nynější onemocnění: revmatoidní artritida, hypertenze

Předchozí onemocnění: stav po výhřezu disku L4, L5 opakovaně, stav po resekci tlustého střeva pro tumor 2000, osteoporóza

Úrazy: distorze levého kotníku 2013

Operace: laserová operace pravého oka 1992, resekce tlustého střeva 2000, operace levého kolene 2007

Alergie: neguje

#### Farmakologická anamnéza:

Novalgín, Nitresan, Atorvastatin, Zovirax

#### Sociální anamnéza:

Vzdělání: střední odborné ekonomické

Zaměstnání: nyní starobní důchodkyně, dříve účetní

Důchod: starobní

Charakter pracovní činnosti: spíše duševní

Převažující polohy při práci: sed

Manipulace s těžkými břemeny: spíše ne, nošení šanonů

#### Symptomatika bolesti:

Potíže trvají již 15 let. Závislost intenzity bolesti na denní době, nejhůře se cítí po ránu.

Závislost na počasí zmiňuje zejména při vlhkém a teplém počasí, závislost na pohybu při předklonu a při zvedání těžších předmětů. Úlevová poloha hlavně vleže, provokujícím faktorem je zvedání těžkých věcí, celodenní chůze. Výskyt nočních bolestí udává v levé dolní končetině. Rehabilitace absolvuje pravidelně 1- 2x do roka, s efektem pozitivním především u elektroléčby ve spojení se cvičením. Navštěvuje ambulanci bolesti.

### **Nynější onemocnění:**

Respondentka uvádí, že počátek jejích obtíží má vztah k břišní operaci. Souhrnně spadá, dle respondentky, začátek veškerých zdravotních problémů do období následujícího po zmíněném zákroku. V podstatě z plného zdraví se u respondentky v průběhu dvou měsíců postupně začaly objevovat příznaky zvýšené únavy, potíže s příjmem potravy a tekutin, subfebrilie a bolest v oblasti břišní dutiny, která byla. Po vyšetření a krevních odběrech byla odeslána k hospitalizaci na interním oddělení z důvodu podání krevní transfuze. Po vyšetřeních a stanovení diagnózy byla přeložena na chirurgické oddělení k operaci. Jednalo se o komplikovanou operaci, po které byla dlouho hospitalizována na JIP, následovala další léčba- chemoterapie. Poté začaly bolesti v bedrech a v kloubech rukou. Po roční pracovní neschopnosti nastoupila znovu do zaměstnání na zkrácený úvazek. V té době se potíže objevovaly stále častěji, především potíže s pohybem a bolest nejvíce po ránu a po dlouhém sezení. V současné době navštěvuje ordinaci revmatologie, onkologie, hematologie, ambulanci bolesti.

### **Přepis rozhovoru:**

Jak se změnily Vaše potřeby v důsledku chronické bolesti?

*Má to souvislost s operací tlustého střeva. V roce 2000 jsem byla na operaci a tak po půl roce začaly moje potíže. Nejdřív se objevily bolesti zad, pak se přidaly bolesti rukou a dalších kloubů, osteoporóza a vysoký tlak. Možná to má něco společného s tím, že jsem měla ještě chemoterapii. V podstatě to má vliv na všechno. Musím se neustále kontrolovat a hlídat. Nejvýrazněji se to projevuje při pohybu. I úplně obyčejný pohyb je pro mě někdy strašně náročný, což mě vyčerpává a připadám si i víc unavená. Se spaním to není zrovna nejlepší. Abych mohla v klidu usnout, musím si nejdřív najít tu správnou polohu. V noci se několikrát probudím při změně polohy, a když se znovu uvelebím, podaří se mi většinou za chvíli zase usnout. Ráno to pak dospívám. Horší je to, když ten den musím brzo vstávat. Někdy celé dny odpočívám, spíš se šetrím. Teď už vím, že si tělo samo řekne, co potřebuje, že je to z nějakého důvodu. To se mi pak nikam nechce, natož mezi lidi. Mám výhodu, že žiju sama, nikoho neobtěžuju. Když mi není dobře, tak prostě zůstanu doma. Nejhorší by pro mě bylo zůstat na někom závislá. Mám děti, vnoučata, přátele, ale každý má svých starostí dost. Nejlepší je se něčím zaměstnat, baví mě chodit na výlety, plavat, občas nějaká kultura třeba kino, divadlo, taky hodně čtu.*

V které oblasti se vyskytují největší obtíže?

*Nejvíce mě omezuje takový ten vnitřní pocit nebo strach z toho, že při nějakém pohybu se mi zablokuje z ničeho nic páteř a já se nebudu moct bolestí hýbat. Teď jde o to, kdy a kde se to stane. Vůbec mě nemusí předtím nic bolet. Přijde většinou samo bez varování. Je to hrozně nepříjemné, protože bolestí nemůžete nic. Úplně cítíte, jak jsou ty svaly v křeči a nechtějí povolit. To pak nezbyvá než čekat, jestli to samo nepoleví. Teď si představte tu situaci- sama doma, nikde nikdo, telefon leží někde na stole a já se nemůžu hnout. Hrozný pocit bezmoci, co dál, jak to bude dlouho trvat? Mám ten pocit neustále v hlavě, jakoby v podvědomí a ten mě nutí se stále kontrolovat, hlídat si některé pohyby. Nejhorší je to při předklonu a prudkých pohybech. Ranní vstávání mám už zažité, všechno pomalu, v klidu, protože jsem po ránu ztuhlá a potřebuju se pomalu rozhybat. Zajímavé je, že častěji se mi to stává na přelomu jara a léta, v zimě tolik ne. Musím dávat pozor, jak se oblékám. Hlavně záda a potřebuju mít v teple.*

Došlo ke zlepšení potíží?

*Jelikož mám problémy už patnáct let, jsem ráda za každou změnu k lepšímu. V období po operaci jsem trávila dost času po různých ordinacích, několikrát v nemocnici, a to člověku taky moc nepřidá. Pak jsem se dostala do ordinace k paní doktorce na revmatologii, která mi hrozně pomohla. Hlavně svým přístupem, dokázala pomoci, poradit, vyslechnout moje problémy, i když měla vždycky plnou čekárnu. Mohla jsem se na ní s čímkoliv obrátit, to ona mi doporučila ambulanci bolesti, protože jsem měla problém s některými léky na bolest. Hodně mi kolísal tlak, měla jsem zvláště nateklé nohy od kolen dolů a k tomu ještě divně zarudlé. Nakonec se to upravilo natolik, že léků potřebuju minimum a spíš využívám jiné možnosti. Určitě mi pomáhá rehabilitace, kterou pravidelně navštěvuju. Z té hlavně elektroléčba a také cvičení, zajímavé, že masáže moc nemusím. Nejvíce mi pomáhá suché teplo, teplé prostředí. Proto se snažím podle svojí finanční situace jezdit alespoň ob rok k moři, protože to mi dělá moc dobře. Mám to už vyzkoušené, že se cítím lépe a moje potíže a bolesti nejsou tak časté. Ráda chodím taky plavat do bazénu, a když je to možné, chodím na procházky. Krásně si pročistím hlavu, přijdu na jiné myšlenky a cítím se celkově líp a líp spím. Taky trávím čas s rodinou, s vnoučaty. Kromě toho se snažím zdravě jíst, hlídám si porce, jím libové maso, omezuju sladké a taky mám ráda zeleninu. Nerada bych přibrála na váze hlavně kvůli kolenům a zádům.*

Jak hodnotíte poskytování informací ze strany zdravotníků o Vaší nemoci, léčbě?

*Ordinací jsem prošla poměrně dost. Dnes můžu říct, že jsem spokojená. Ale nebylo to tak vždycky, hlavně ze začátku. Dnes mám dojem, že můj praktický lékař si asi se mnou nevěděl moc rady. Bylo to také v době, kdy začaly platit různá omezení od pojišťovny a on si to hrozně hlídal. Dostat od něj doporučení na nějaké další vyšetření bylo skoro nemožné. Přesto, že jsem potíže měla poměrně dlouho, dostala jsem se do nemocnice až na poslední chvíli. A to mi vlastně zachránilo život. Řekla bych, že dnes je to lepší. A když potřebuji nějakou radu, řeším to většinou v těch odborných ordinacích, kam teď pravidelně docházím. Hodně se toho dá zjistit i v knihovně, v časopisech, nebo třeba na internetu.*

### **Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:**

Klient A působí dojmem klidného, vyrovnaného člověka. Otázkám porozuměla bez problémů, chápala na, co byly otázky zaměřeny. Vyjadřovala se přiléhavě k tématu. Během celého rozhovoru nebyl problém ze strany klienta s udržováním očního kontaktu. Celkově byla řeč plynulá, bez dlouhých pauz, tón hlasu spíše nižší. Při rozhovoru občas poposedávala a hladila si rukou levé stehno. Přesto se byla schopna dostatečně soustředit. Při některých pasážích rozhovoru bylo vidět rozrušení v obličeji, především v souvislosti s počátkem potíží a průběhem hospitalizace. Držení těla bylo lehce napjaté při chůzi i vsedě, přičemž levá noha byla mírně natažená a položená více do strany.

### **Shrnutí:**

Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondent A je i přes přítomnost chronické bolesti soběstačný, bolest jej omezuje v pohybové aktivitě většího rozsahu, kterou od doby trvání bolesti vykonává s rozvahou. Je schopen i v exacerbaci bolest regulovat zaujmutím úlevové polohy. Nyní je respondent A v důchodu a tak si dovede činnost momentálnímu stavu přizpůsobit. Spánek klienta A je vlivem chronické bolesti narušen, ne však zásadně a tak klient není nucen užívat léky na ovlivnění kvality spánku. Klient využívá volné chvílky k odpočinku, či relaxaci, preferuje klid, především v noci, vlastní postel a pohodlí bytu. V předklonu a při zvedání jsou bolesti většinou nejznatelnější, což bývá prakticky u každého oblékání, obouvání, bohužel těmito dvěma činnostem se vyhnout prakticky nedá. Klient využívá pomůcky k obouvání bot, obouvače ponožek a tím se snaží alespoň částečně bolest omezit. Po plavání se klientovi vždy znatelně uleví, pozitivně jeho chronická bolest reaguje také na elektroléčbu, ke zlepšení potíží tedy došlo. Klient se snaží o dodržování zdravého životního stylu, dochází na rehabilitace, navštěvuje ambulanci bolesti, snaží se sám o dodržování pohybové aktivity, tento klient je v současné době dostatečně informován o svém onemocnění i o možnostech léčby chronické bolesti.



## **Respondent B**

### **Osobní anamnéza:**

Muž 42 let, ženatý, 2 děti

Nynější onemocnění: neuritida sedacího nervu

Úrazy: úraz ve 23 letech, s výhřezem ploténky v bederní oblasti

Další úrazy- pravé koleno 2014 - poškozené kolenní vazy

Operace: 0

Alergie: neguje

Léky užívané: milgamma, tramal

### **Sociální anamnéza**

Vzdělání: magisterské - policejní akademie

Zaměstnání: policista

Charakter pracovní činnosti: fyzická i duševní práce

Převažující polohy při práci: střídavě sed, stoj, chůze

Manipulace s těžkými břemeny: ne

Pravidelná pohybová sportovní aktivita: plavání, stolní tenis, tenis

Důchod: žádný

### **Symptomatika bolesti:**

Vznik potíží při sportu- tenis, trvají 1 rok intenzivnější. Závislost intenzity bolesti na denní době zhoršení hlavně k večeru, na počasí, když je sychravo a chladno. Udává závislost bolesti na pohybu. Existence úlevové polohy, po ukončení pohybové aktivity se bolest obvykle zmírní. Provokujícím faktorem bývá dlouhé stání a sezení. Noční bolesti nebývají moc často. Rehabilitace navštěvuje s pozitivním efektem, zejména cvičení a reflexní léčba. Lázeňskou léčbu neměl. Navštěvuje ambulanci bolesti.

### **Nynější onemocnění:**

K prvnímu úrazu došlo ve 23 letech. Hrál tenis, když došlo ke zranění. Od té doby občasné potíže, většinou při pohybové aktivitě. Byl hospitalizován a poté léčen na rehabilitaci. V loňském roce došlo opět při sportu ke zranění. Pro neustupující potíže odeslán k vyšetření na magnetickou rezonanci, zde prokázáno poškození bederní páteře.

Momentálně je práce neschopen pro úraz pravého kolenního kloubu, který se mu stal při fyzické přípravě v zaměstnání. Nyní se léčí na rehabilitaci, ta mu přináší úlevu.

### **Přepis rozhovoru:**

Jak se změnila Vaše potřeba v důsledku chronické bolesti?

*Nejhorší to bylo bezprostředně po tom, co se mi to stalo. Nakonec můžu být asi rád, že to nebylo horší. No a od té doby se mi ty bolesti tak nějak stále vrací a nedaří se mi jich úplně zbavit. Docela jsem sportoval, to lze teď jen do určité míry a některé sporty bych nemohl dělat třeba vůbec. Věnuji se hodně tenisu a i při tom se neustále hlídám, občas, když dám větší úder, okamžitě to v zádech cítím. To se pak jdu na chvíli protáhnout, napít, nebo tak a za chvíli už jsem schopen pokračovat. Dříve mě hodně lákal squash, ale to nyní nepřipadá v úvahu. Na jednu stranu mám nyní víc času na jiné věci, dříve mi hraní tenisu zabíralo velkou část volného času, tak jsem na druhou stranu i rád, že jsem našel i jiné věci, hodně čtu, hraji šachy a zkusil jsem i malovat. Přes den jsem se již naučil střídát polohy a tak to nyní dělám již automaticky. V noci se občas probudím, ale během chvíle usnu znovu. Jsem hodně rád za doporučení do té ambulance bolesti, rehabilitacemi se mi ta moje záda hodně zlepšila a i úprava léků na bolest zabrala tak jsem nyní schopen docela normálně fungovat.*

V které oblasti se vyskytují největší obtíže?

*Jak kdy, když zrovna hraji tenis a jak jsem říkal, neuhlídám to a dám větší úder, více se rozmáchnu, to mi pak v zádech lupne a je to. Nebo když se rychle pro něco ohnu, to se mi takhle jednou stalo, nějak jsem nestíhal a potřeboval jsem si rychle zavázat tkaničky, a jak jsem se sehnul, bylo to špatné. Ale to byla moje nepozornost, normálně si takové věci hlídám. No a pak občas v práci, když třeba dělám papíry a celý den u toho sedím, musím se po chvíli jít alespoň projít, nebo protáhnout, jinak mě ta záda začnou také bolet. Během dne si léky většinou vůbec neberu, spíš jen při potížích.*

Došlo ke zlepšení potíží?

*No bezprostředně po úrazu to bylo nejhorší, to jsem měl opravdu strach, že to tak zůstane, to by bylo strašné, jsem si říkal. Ale časem se to nějak stabilizovalo, já si také zvykl na tu bolest a začal se jí přizpůsobovat, to je myslím hodně důležité. No a následně ty rehabilitace, když jsem přišel na první, byl jsem k tomu po pravdě dost skeptický, ale opak byl pravdou a od bolesti mi to velmi pomohlo. A také ambulance bolesti si nemohu vynachválit, právě tam mi upravili jak užívání léků na bolest tak i doporučili další léčbu.*

Jak hodnotíte poskytování informací ze strany zdravotníků o Vašem onemocnění, léčbě?

*Když jsem ležel prvně po úrazu v nemocnici, moc jsem z toho nepochopil následky, které budu mít, ale to bylo i tím, že se v medicíně moc nevyznám a také jsem byl vystrašený, co se mnou bude. Jinak jsem se vždy dozvěděl to, co jsem potřeboval a když ne, zeptal jsem se a vždy mi byla poskytnuta dostačující odpověď, naopak jsem velmi rád za doporučení rehabilitací a návštěv ambulance bolesti. Sám bych na to asi jen tak nenarazil.*

### **Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:**

Respondent B zpočátku rozhovoru seděl na židli, nohy spočívaly pod stolem ruce způsobně položeny na stole. Na mnou kladené otázky odpovídal velmi hbitě, až bych řekla nedočkavě. Zhruba v polovině rozhovoru se klient dotázal na změnu polohy a následně si stoupl, střídavě popocházel po místnosti, nepůsobil však nervózním dojmem, tak jsem toto chování přičetla bolestem, které jak uvedl, sílí ve chvíli, kdy po delší dobu setrvá v jedné poloze. Klient na mě během rozhovoru působil velmi vyrovnaně a sebejistě. Během téměř celého rozhovoru se mnou plynule udržoval oční kontakt, nepoposedával, ani jinak nevydával známky nervozity.

### **Shrnutí:**

Pohybovou aktivitu je respondent schopen vykonávat pouze do určité míry, je tedy třeba se více hlídat a nepřepínat se, což je někdy v zaměstnání, které vykonává obtížné. Klient uvádí, že pokud přece jen k výskytu bolesti dojde, většinou následně sama odezní po ukončení pohybové aktivity. Jako preventivní opatření klient střídá pravidelně polohy tak, aby nezůstával příliš dlouho ve stejné poloze. Je tudíž třeba přesně promýšlet každý pohyb, který se chystá vykonat. Spánek je chronickou bolestí občas narušen, klient je však schopný spát dostatečně kvalitně i bez medikace. Při jakékoli sportovní aktivitě je klient nucen častěji odpočívat, prudké pohyby se snaží úplně vyřadit. Cvičením se snaží udržet v dobrá fyzické kondici. Není to pro něj snadné, byl zvyklý žít aktivně. Především se respondentovi ulevilo po návštěvě rehabilitačního cvičení. Jelikož tento respondent, stejně, jako předchozí navštěvuje rehabilitaci a je klientem ambulance bolesti, dodržuje pohybovou aktivitu, samozřejmě v mezích únosnosti z hlediska bolesti, považuji i jeho informace za dostatečné.

## **Respondent C**

### **Osobní anamnéza:**

Muž 45 let, ženatý, 2 děti

Nynější onemocnění: syndrom chronické pánevní bolesti, diabetes mellitus, hemoroidy

Úrazy: fraktura ulnae 1986,

Operace: osteosyntéza ulny 1986, stav po operaci tříselné kýly 2014

Alergie: pyl

Léky užívané: ibalgin, glimepirid, mobivenal

### **Sociální anamnéza:**

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: dělník, obsluha obráběcího stroje

Charakter pracovní činnosti: fyzická práce

Převažující polohy při práci: stoj, chůze

Manipulace s těžkými břemeny: občas

Pravidelná pohybová sportovní aktivita: ne

Důchod: ne

### **Symptomatika bolesti:**

Závislost intenzity bolesti na denní době neuvádí, na počasí ne, ale v zimě ano, na pohyb určitě. Potvrzuje existenci úlevové polohy a zlepšení při přerušení pohybové aktivity, jako provokující faktor udává zvedání těžkých věcí, občasné noční bolesti. Rehabilitaci neabsolvoval, ani lázeňskou léčbu.

### **Nynější onemocnění:**

Zhruba 3 roky se u respondenta nepravidelně opakují potíže spojené s onemocněním konečníku hemoroidy, pro které je léčen. V loňském roce podstoupil laparoskopickou operaci kýly, která se vytvořila před 2 lety. Zároveň je léčen pro diabetes, dochází pravidelně do diabetologické poradny.

### **Přepis rozhovoru:**

Jak se změnila Vaše potřeby v důsledku chronické bolesti?

*Řekl bych, že hlavně v práci, tam je to asi vidět nejvíce, když je třeba odnést nějaké těžší věci, tak to já už teď prostě nemůžu. To můžu být myslím moc rád, že tam jsou chlapi, který to vezmou za mě. Teda nedělají to jen tak, to já jsem zase takovej, že jim za to pak každému něco dám kafe, cigarety, nebo tak... ale nebejt jich tak to Vám řeknu, nevím, jestli bych o tu práci nepřišel. Jinak doma to se o mě hodně stará žena, máme velký hospodářství a tak to musí chodit všechno krmit a tak, mám dva kluky a ti už jsou také velcí, tak můžou s něčím pomoci. No já na ty zvířata nikdy moc nebyl, žena chtěla mít doma zvěřinec a tak ho má. Já měl tak nějak vždycky rád svůj klid. Jen si musím dávat pozor, abych nenastydnu, občas když ležím na gauči a dívám se na fotbal, někdo nechá otevřené dveře a ten průvan to je nejhorší. Já naštěstí na žádné sport nikdy moc nebyl a jak říkám, zahradu a zvířata jsem měl spíše za trest, tak mě to ani nějak zvlášť neomezuje, jo to kdybych to měl poklízet všechno sám, to by byla jiná. Zdá se mi, že od té doby, je to asi 3 roky zpátky, co mi začaly ty bolesti, nemám už takovou chuť na sex. Nevím, jestli je to věkem nebo něčím jiným. Občas špatně spím, jen tak se převaluju a nemůžu zabrat. Ale většinou se vyspím normálně, tedy bez léků, já vždycky dobře spal. Taky od té doby, co beru léky mi už tolik nechutná, ale pivo si večer dám. Dřív jsem jedl hodně, hlavně maso. Ale to zas tolik nevadí, paní doktorka stejně říkala, že bych měl trochu shodit. Ted' v zimě jsem i víc unavený. Dřív jsem na kole, ale teď to nejde. Tak aspoň chodím do práce pěšky. S ženou nám to klapne, i když je pravda, že mívám dny, kdy mi není dobře a to pak mívám špatnou náladu.*

V které oblasti se vyskytují největší obtíže?

*A jak jsem už říkal, na to prochlazení si musím dávat velký pozor, to je pak asi ze všeho nejhorší. Takže nosím tilka i v létě a nějaké koupání pro mě nepřipadá v úvahu, tedy já moc neplaval ani před tím, ale teď již bych se koupat určitě nešel. K tomu ještě ty bolesti. Zhoršuje se to, řekl bych, když dlouho stojím, nebo sedím. A pak je tady zase to nošení těžkých věcí, už to trvá skoro tři roky, ale i teď se ještě občas zapomenu a něco zvednu. Nejhorší je, když přijede ségra s dětma, to se po mně sápe a chtějí se chovat a to se pak někdy neuhlídám.*

Došlo ke zlepšení potíží?

*Ted' již vím co a jak, tedy myslím, co mi vadí a co ne a na co si mám dávat pozor, takže je to lepší. Hodně teď přemýšlím o té ambulanci bolesti, možná, že kdyby mi tam nějaké ty rehabilitace doporučili, nemuselo by to být vůbec špatné. Já vůbec nevěděl, že něco*

*takového existuje a jak to funguje. V úterý jsem k paní doktorce stejně objednaný, tak se ji na to zeptám.*

Jak hodnotíte poskytování informací ze strany zdravotníků o Vašem onemocnění, léčbě?

*Já na takové to běhání po doktorech moc nejsem, takže vždycky rychle koukám, abych už byl pryč. Ale doktorku mám dobrou, to musím říct, když něco potřebuji, vždycky mě vezme a dá se s ní rozumně mluvit. Asi jí někdy úplně ve všem nerozumím, ale to je asi spíš moje chyba, že se na to pořádně nezeptám, to bych asi také měl změnit a začít se o to více zajímat. Jinak musím říct, že se ke mně vždycky v nemocnici chovali pěkně, někdy je tam na mě trochu moc fofr, ale to asi s tím počtem pacientů jinak nejde. Nejhorší je, když se mám objednávat přes ten internet, já tomu nerozumím a tak vždycky čekám, až přijdou mladí, aby mi to tam udělali, v tom jsem tedy opravdu ztracený.*

### **Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:**

Respondent C působí na první dojem velmi nejistě a neklidně. Od počátku rozhovoru si pohrává s tužkou, poposedává, střídavě si mne čelo a bradu. Dle habitu na první pohled působí neupraveně až lehce zanedbaně. Nehty na horních končetinách jsou špinavé a nepřiměřeně dlouhé, vlasy a vousy nepůsobí udržovaným dojmem. Je téměř nemožné navázat oční kontakt, neustále uhýbá pohledem, nebo jej směřuje před sebe do země. Odpovědi jsou podávány s delšími pauzami, ale klient je orientován a dotazovaným věcem rozumí, k tomuto účelu jsem zvolila použití složitějších otázek opakovaně v jiném znění.

### **Shrnutí:**

Respondent je opakovaně omezován recidivujícími potížemi, nepříjemné a bolestivé jsou především při vykonávání fyzicky namáhavých činností. V zaměstnání tento problém řeší domluvou s kolegy, kteří za něj zejména těžké věci odnosí, doma si vždy vezme někoho na pomoc. Vyskytující se období remise, kdy je bolest slabá, až neznatelná, ale to je obvykle následováno opětným zhoršením, kdy je bolest naopak velmi intenzivní. Tudíž ke zlepšení dochází, ale nezávisle na klientových činnostech, tedy pokud si bolest neobvyklou fyzickou aktivitou přímo sám nevyvolá. Myslím, že vzhledem k tomu, že respondent nevyužívá ani možnost rehabilitace a ani nenavštěvuje ambulanci bolesti, obávám se, že jeho informace nejsou dostatečné. Velkým přínosem mé práce je fakt, že poté, co jsem mu během rozhovoru vysvětlila klady návštěv těchto ambulancí, vážně uvažuje o její návštěvě.

## **Respondent D**

### **Osobní anamnéza:**

Žena 34 let, rozvedená

Nynější onemocnění: vertebrogenní algický syndrom, osteoporóza

Úrazy: luxace kyčelního kloubu 2009

Operace: tříselná kýla 1998

Alergie: jod, peří, pylly

Léky užívané: dolgit, paracetamol pouze při potížích, caltrate, stilnox

### **Sociální anamnéza:**

Vzdělání: základní

Zaměstnání: prodavačka

Charakter pracovní činnosti: fyzická

Převažující polohy při práci: stoj, chůze

Manipulace s těžkými břemeny: ne často

Pravidelná pohybová sportovní aktivita: ne

Důchod: žádný

### **Symptomatika bolesti:**

Nyní považuje pacientka za hlavní potíže bolesti hlavy a krční páteře. Tyto potíže jsou sice mírného charakteru, ale vyskytují se téměř neustále. Na levé HK udává křeče, občas vertigo. Závislost intenzity bolesti na denní době neudává pouze na počasí, když je sychravo a chladno a v zimě, na pohybu občas. Existenci úlevové polohy a provokujícího faktoru si není vědoma. Noční bolesti mívá, často.

### **Nynější onemocnění:**

Respondentka udává bolesti zad, nejvýraznější u krční páteře, bolest trvá 4 roky. Dále respondentka udává ztuhlost krku, bolest hlavy, křeče ve svalech levé HK, brnění dlaně a všech prstů levé HK. Popisované symptomy se objevují nárazově, respondentka si není vědoma žádné vyvolávající příčiny. Úlevu jí přináší protahování, ledování. Na rehabilitace nedochází, lázeňskou péči dosud neměla.

## **Přepis rozhovoru:**

Jak se změnila Vaše potřeby v důsledku chronické bolesti?

*Myslím, že nejvíce mě bolest trápí v práci, pracuji jako prodavačka a tudíž jsem celý den na nohou, nehledě na to, že tu a tam je třeba předělat výlohu, což znamená donést si štafle a na štaflích ji následně upravit. Když mám den, kdy jsou záda v pořádku docela mě to baví, ale v případě, že mě záda bolí, je to často dosti obtížné. A to ani nemluví o strachu, že ze žebříku spadnu, mám od té doby, co mi zjistili tu osteoporózu asi až abnormální strach z pádů. Jinak do práce jezdím většinu roku na kole, když je namrzlo, prší nebo mě bolí záda hned od rána, to pak jedu autobusem. Jinak běžné činnosti zvládám dobře, občas mi vyhovuje to, že jsem momentálně sama, když mě večer ta záda chytne, jdu se natáhnout a neřeším ničí nevyžehlené košile a ani neumyté nádobí. Horší je to, když na mě zrovna padne služba ve vchodě na vytírání schodů, to je hodně nepříjemné, ale když to nejde, udělám to holt později. To ze začátku jsem se vždy přemáhala, brala si prášky na bolest, jen aby to bylo hotové, to už nyní nedělám a myslím, že je to jen dobře.*

V které oblasti se vyskytují největší obtíže?

*Je to složité, někdy jsem ráda, že jsem sama, že po nikom nemusím uklízet a brát na něj ohledy, jindy bych zase velmi ocenila pomoc, ani ne tak fyzickou, i když někdy také, ale spíše by mi ve chvílích bolesti pomohla psychická opora. Někdo na koho bych se mohla spolehnout, mám sice dítě, ale to z toho ještě nemá ten správný rozum a tak jsem kolikrát spíše pro smích...samozřejmě chápu, že ve čtrnácti letech, kdy ho nic netrápí, pro to ještě nemá pochopení a tak se jim to snažím nemít za zlé. Jednou se mi přihodila taková věc, převlékala jsem ložní prádlo, a jak jsem natřepávala peřinu, luplo mi v zádech tak, že jsem nebyla schopná ničeho, opatrně jsem se pokusila z postele, na které jsem zůstala ležet, přesunout na zem a doplazít se k telefonu, naštěstí jsem jej tenkrát měla v kabelce na zemi. Řeknu Vám, kdyby byl někde výš, opravdu nevím, co bych si počala, to bylo, jako by se mi někdo „zakouzl“ do půlky zad. Teď to již vyprávím s humorem, ale v té chvíli ve mně byla opravdu malá dušička. No a pak jsou tu ještě alergie v létě a na jaře, když začnu kýchat a do toho mě bolí ta má záda, to je vám opravdu zážitek, proto raději po loukách moc necourám.*

Došlo ke zlepšení potíží?

*Od té doby, co se snažím nepřepínat a když mi není dobře, odsouvám namáhavé činnosti na jindy, je to určitě znát. Především po psychické stránce jsem se uklidnila, dříve jsem*



*stále trnula, jestli mě to nezaskočí ve chvíli, kdy budu mít něco v plánu a nyní již vím, že vše může počkat a že zdraví je mi přednější. Když je nejhůře vezmu si i prášek na bolest, ale to dělám nerada, někdy mi to alespoň trochu uleví.*

Jak hodnotíte poskytování informací ze strany zdravotníků o Vašem onemocnění, léčbě?

*Ale jo, můj pan doktor je šikovný, když mě to bere hodně, napíše mi kolikrát i neschopenku, což mi moc pomůže, dá se s ním na všem domluvit. Asi se ho zeptám na ty ambulance, jak jste mi říkala, to mi připadá, jako dobrý nápad. Já ty rehabilitace moc nechtěla, stojí to peníze a zabere to čas, ale asi máte pravdu, že by to na ta záda mohlo být dobré a ten čas si na to určitě najdu. Já jsem taková „konzerva“, nemám ráda moc nové lidi, činnosti a vůbec změny, ale je pravda, že v tomto případě to opravdu stojí za zvážení. A co se týče té osteoporózy tam také dostávám spoustu informací od našeho pana doktora a právě i on mi říkal a posílal mě do osteoporadny, ale jak jsem již říkala, nemám to ráda a tak jsem tam ještě nebyla, ale myslím, že až zkusím tu ambulanci bolesti, protože jestli by mi tam upravili, nebo pozměnili i dávkování léků opravdu by to stálo za to, tak pak se vrhnu i do té osteoporadny a konečně s tím začnu něco dělat. Já se po rozvodu ocitla v takovém nějakém stagnujícím stavu, že se mi nechtělo nic, ale je pravda, že zdraví mám jen jedno.*

#### **Objektivní pozorování v průběhu rozhovoru:**

Respondent D působí lehce rozpačitě, velmi často si během poskytování odpovědí hraje s prstýnky na pravé ruce. Pohled je často fixován na sklenici vody, ale lze navázat i přímý oční kontakt. Na první pohled je klient spíše pohublý, upravený, oblečený lehce výstředně. Odpovídá adekvátně a pokládaným otázkám rozumí. V době poskytování rozhovoru klient bolestmi netrpěl a nevykazoval žádné známky nepohodlí.

#### **Shrnutí:**

Vzhledem k náhlým atakám bolesti jsou některé činnosti, zejména fyzicky náročné respondentovi zcela odepřeny. Dále ani kvalita spánku není zcela vyhovující. Vyhýbá se činnostem, kde hrozí byť sebemenší riziko pádu. Nošení nákupů do schodů uvádí klient, jako bolestivé, i narušený spánek je nepříjemný. Také žehlení a věšení prádla klient omezil pouze na nezbytné minimum. Myslím, že z uvedeného vyplývá, že respondent je chronickou bolestí velmi znatelně limitován a skutečnost, že nedošlo ke zlepšení potíží, považuji za signál, že něco dělá „špatně“, nebo nedělá dostatečně. Myslím, že i u tohoto klienta by bylo prospěšné rehabilitační cvičení, či návštěva fyzioterapeuta. K čemuž nedošlo do této doby. Nyní jejich návštěvu reálně zvažuje.

## DISKUZE

V této kapitole se pokusím zhodnotit výsledky provedeného průzkumu u vybraných jedinců, jejichž společným znakem jsou onemocnění doprovázená chronickou bolestí. Zde hodnotím nejprve jednotlivé domény kvality života, rozdělené na čtyři oblasti podle WHO, oblast fyzického zdraví, psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví následujícím způsobem, jedná se o „stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody“. Tedy nejedná se jen o absenci nemoci nebo vady. Přestože toto je užitečná a přesná definice, lze ji považovat za idealistickou a nerealistickou a pro praktické potřeby jen těžko aplikovatelnou.<sup>1</sup>

Provedený průzkum v doméně fyzického zdraví ukázal, že dva z oslovených respondentů se cítí docela dobře, u těchto respondentů bolest trvá méně než 5 let, ale více než dva roky. Jeden velmi dobře, tento respondent uvádí trvání bolesti ne více než dva roky. Čtvrtý respondent se cítí ne moc dobře, dle vlastních slov a zároveň udává problémy s bolestí trvající déle než 5 let. Všichni čtyři dotazovaní respondenti se shodli, že potíže s chronickou bolestí spojené se zhoršují v průběhu zimních měsíců, což bych osobně přisoudila celkové depresivnější náladě v souvislosti s nedostatkem denního světla, který také poskytuje prostor pro přemýšlení a hodnocení nastalé situace. Myslím, že během ostatních měsíců se nabízí více příležitostí, kterými je možno volné chvílky vyplnit aktivně.

Další stoprocentní shoda se objevuje v omezeních, která nacházejí zejména v aktivitách spojených s nadměrnou fyzickou námahou či pohybem. V klidu se bolesti objevují pouze sporadicky a to jen u dvou dotazovaných. Myslím tedy, že není snadné udržet si životní elán, pokud je člověk tímto způsobem limitován. Myslím, že v takové situaci může mít pouhé vyslechnutí mnohdy léčebný účinek a poskytne-li jej odborník v kombinaci s doporučením, jak tuto psychicky náročnou situaci zvládat, věřím, že se může jednat skutečně o nezanedbatelný pocit zlepšení. Je tedy možné, že kdyby byla tato možnost běžně komunikována praktickými lékaři byla by situace opačná.

Za velice zajímavé považuji odpovědi týkající se sexuálního života dotazovaných, které prozrazují nespokojenost se svým sexuálním životem. Myslím, že takovéto hodnocení, je velice důležité zejména u mužů z hlediska udržení si sebedůvěry, protože i v dnešní době je toto téma pro spoustu lidí stále tabu. Na souvislost mezi chronickou bolestí a současnými změnami v sexuálním životě poukazuje Venglářová (2013, s. 36).

---

<sup>1</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdrav%C3%AD>, 8.3.2015

Zabývá se možnými příčinami a souvislostmi, na jejichž podkladě vznikají různé sexuální dysfunkce. Ať jsou to možné organické příčiny, z nichž patří mezi nejčastější chronická neurologická onemocnění a metabolické poruchy. Z psychogenních příčin uvádí nejčastěji poruchy související se stavy napětí, úzkosti, vyčerpanosti, nedostatku odpočinku a depresivní poruchy. Také Tobolková se zabývá ve své bakalářské práci (2012, s. 46) problematikou sexuálního života u chronické bolesti.

Dalším důležitým aspektem je porucha spánku, kterou potvrzují všichni čtyři respondenti, léky na podporu spánku užívá jen jeden z respondentů.

Dle Beckera je psychické zdraví definováno následujícím způsobem: “Duševním zdravím rozumíme vzorec všech takových relativně stabilních psychických vlastností, které ... zmenšují pravděpodobnost duševního onemocnění.”(Hendl, 20)

V okruhu otázek týkajících se psychického zdraví mě zaujal fakt, že jej všichni čtyři respondenti hodnotili jako dobré nebo nejhůře ucházející, což bych vzhledem k hodnocení zdraví fyzického neočekávala. Předpokládala bych zde jistou závislost psychiky na zdravotním stavu a naopak. Nehledě na to, že u problému takto vleklého a zdraví omezujícího, jímž chronická bolest bezesporu je, bych očekávala spuštění stresové reakce s každým nástupem bolesti, což by samo o sobě bylo pro psychický stav jedince velmi náročné. Viz níže. Dle tabulky stresových faktorů, hodnocených dle Holmes-Raheové, má změna osobního zdravotního stavu 53 bodů ze 100, což tento stresor řadí na přední místa v této tabulce (Viz příloha). To, že tedy k tomuto jevu u mnou dotazovaných respondentů nedochází ani v jednom z případů, nebo respektive neuvádějí, že by docházelo, přisuzuji tomu, že postupem času se jedinec trpící chronickou bolestí stane mimořádně psychicky odolný. Což ale vyžaduje nejspíše dostatek času, během kterého je klient schopný si základní potřeby a cíle přehodnotit a přizpůsobit nynějšímu onemocnění. Vzhledem k tomu, že každý z mnou dotazovaných respondentů je chronickou bolestí sužován alespoň 1 rok, mohl by to být opravdu důvod k tomu, proč je zde tato jinak obvyklá závislost psychické kondice na fyzickém zdraví popřena. V tomto případě jsem tedy své zkoumání prováděla na vzorku psychicky velmi odolném. Samozřejmě, že základem mého průzkumného šetření je naprostá důvěra v poskytnuté informace. Považuji za nutné uvést, že podobnou situaci zmiňuje také Doucková ve svém výzkumném sdělení, zveřejněném v časopise Florence (2012, s. 26). Skupina respondentů hodnotila svou kvalitu života pozitivně přesto, že udávali omezení díky bolesti téměř ve všem.

Dalším jevem, který se mi podařilo z mého šetření vyvodit, je skutečnost, že v oblasti přání se opět všichni čtyři dotazovaní shodli na tom, že nejdůležitější je pro ně zdraví. Což shledávám, jako logické, že ve chvíli, kdy člověk zjistí, jak moc může být bolestí takového typu limitován, začne si vlastního zdraví vážit o to více. Na druhou stranu ve spojitosti s výzkumy z oboru fyzického zdraví bych očekávala větší procento třeba např. u léčebných rehabilitací a návštěv v již zmiňovaných ambulancích bolesti.

V oblasti sociálních vztahů šetření ukázalo, že do osobních vztahů chronická bolest zasahuje pouze u dvou ze čtyř dotazovaných respondentů, což bych bývala vzhledem k charakteru popisované bolesti předpokládala u všech čtyř dotazovaných. Tentýž předpoklad si stanovila Doucková (2012, s. 25), avšak na základě výsledků šetření se tento předpoklad nepotvrdil. Zajímavé je, že tito dva jedinci, kteří uvádějí zásah bolesti do osobního života, doposud setrvávají ve vztahu. Podstatou je, že nebydlí sami. Zatímco zbylí dva dotazovaní, jež negují vliv nemoci na osobní život, bydlí alespoň v době dotazníkového šetření sami. Otázkou je, zdali by v případě společné domácnosti názor na ovlivnění osobního života chronickou bolestí nezměnili, nebo zdali právě to nemohla být jedna z příčin, proč jsou nyní tito dva respondenti sami. Myslím, že právě zpětná vazba, kterou nám nejlépe poskytnou právě členové rodiny, či blízké osoby, do jisté míry utváří vlastní vnímání současné situace jedince. Člověk je do jisté míry přizpůsobivý a tak může myslím docházet k nevědomým, malým změnám, které jedince trpící chronickou bolestí nutí situace provádět, aniž by si je plně uvědomoval. Také PhDr. Laura Janáčková uvádí ve svém článku (2012, s. 231), že dlouhodobé vztahy jsou u chronicky nemocných zasaženy v závislosti na délce vztahu a závažnosti postižení.

Dále na dotaz, kdo je pro respondenty nejdůležitější, bylo shodně zodpovězeno rodina. I když pravdou je, že dva ze čtyř respondentů uvedli fakt, že jsou někdy docela rádi sami, a to zejména v době zhoršení bolestí. Myslím, že pokud je bolest v jakési snesitelné normě, jedinec si uvědomuje potíže a komplikovanost situace, ve které se ocitá a tak zde samozřejmě může docházet k rychlejšímu podráždění, které by mohlo vyústit v konfliktní situaci. Proto je i role blízkých velice důležitá a takovým způsobem by k ní také mělo být přistupováno s dostatkem empatie, tolerance, klidu a vstřícnosti. A právě i v tomto případě bych chtěla zmínit význam ambulancí bolesti, které kromě pomoci lékařské nabízejí i pomocnou ruku v oblasti psychologie.

Ve vztahu k zaměstnání, které respondenti vykonávají nebo vykonávali se ve třech ze čtyř případů vyjadřovali velmi kladně, práci hodnotili jako smysluplnou a uspokojivou,

pracovní podmínky dobré. Jediné, co bylo lehce kritizováno, byl výdělek. Tento jev považují také za velice zajímavý, neboť bych čekala, že jedinec potýkající se chronickou bolestí, bude limitován v pracovní činnosti, tím pádem bych očekávala spíše neplnění nebo opožděné plnění pracovních povinností a s tím související pracovní problémy. Naopak tito tři respondenti své pracovní tempo popisovali velmi detailně a působili na mě velmi zapáleně v tom, co vykonávali a nutno dodat, že i míra zodpovědnosti a pečlivosti byla ve vztahu k zaměstnání značná. Je možné, že je to jakýsi způsob kompenzace toho, že nemohou vykonávat všechny činnosti tak, jak by si bývali představovali, tak se snaží realizovat na poli pracovním, což je z mého pohledu velice obdivuhodné. Dokonce se vyjádřili tak, že během pracovního nasazení pocity bolesti vnímají daleko méně, nejspíše z důvodu nedostatečných časových prostojů, během kterých by se mohli zabývat samy sebou.

S okolím, kde respondenti žijí, jsou dva ze dvou dotazovaných spokojeni zcela, ostatní dva by preferovali klidnější městskou část. Myslím, že není jednoduché nalézt optimální místo pro život ani pro zdravého člověka, a tudíž to pro jedince trpící chronickou bolestí musí být ještě složitější. Na jednu stranu se všichni dotazovaní shodli v tom, že klidné prostředí je pro ně důležité, na stranu druhou potřebují dostupnost zdravotnické péče, která by v ideálním případě fungovala nepřetržitě. Čtyři respondenti ze čtyř se shodli na dobré dostupnosti poskytované zdravotnické péče.

### **Zjistit v jaké oblasti uspokojování potřeb pocítují nemocní největší omezení**

Dle vyhodnocení odpovědí, které jsem získala od respondentů, se nejedná o žádné zásadní limitace, myslím tím skutečnost, že ani jeden z respondentů neuvedl žádnou činnost, kterou provozoval do té doby, než začal trpět chronickými obtížemi, a které by se musel nyní úplně vzdát. Shodují se ovšem, že fyzicky namáhavější úkony, během kterých je bolest očekávaně či neočekávaně zastihne, jsou život komplikující, ale že se postupem času i s tímto omezením naučili pracovat. Ač je původ chronické bolesti u tohoto vzorku respondentů různý, u všech chronická bolest negativně ovlivňuje schopnost tolerovat zvýšenou fyzickou zátěž. Což je dle mého názoru důkazem toho, že chronická bolest působí na organismus jako celek. Všichni respondenti udávají poruchy spánku různého stupně. Sportovní aktivity dva ze čtyř provozují i nadále, což považují za velice důležité nejen z hlediska udržení si fyzické kondice, nebo pro pocit momentálního uspokojení, ale i z hlediska kvality spánku. Dva ze čtyř oslovených respondentů navštěvují pravidelně rehabilitace a také jsou klienty ambulance bolesti.

### **Zjistit, jak jsou respondenti schopni ovlivnit bolest vlastními silami**

U třech ze čtyř oslovených jedinců lze intenzitu bolesti regulovat opatrnějšími pohyby, či úplným vynecháním některých fyzicky náročných úkonů, a tím je možné udržet bolestivost v jakési přijatelné normě. Jeden z oslovených udává charakter a intenzitu bolesti takovou, že jí není schopen téměř ničím ovlivnit. Další šetření ukázalo, že tři ze čtyř zkoumaných respondentů jsou schopni v době exacerbace bolesti nalézt alespoň částečně úlevovou polohu, ve které je možné intenzitu bolesti zredukovat. Zajímavé je, že jeden ze čtyř zkoumaných jedinců, který tuto úlevovou polohu není schopen zaujmout, nebo najít, nevyužívá ani možnost rehabilitace, ani nenavštěvuje ambulanci bolesti, jak bych v takovémto případě očekávala. Kladu si nyní otázku, zdali je takový klient dostatečně informován zdravotnickým personálem o dostupných možnostech z oblasti rehabilitace a také o poskytování užitečných informací ambulancemi bolesti. Například kognitivně behaviorální, ale i fyzikální terapie ve spojení s alternativními a doplňkovými metodami lze užít samostatně nebo v kombinaci s farmakoterapií. Kombinace terapií může posílit účinek léků, což má pozitivní dopad pro nemocného v podobě možnosti užívání nižších dávek léků, jak je uvedeno v literatuře (Kolektiv autorů, 2006, s. 98). Při cíleném dotazu tento jedinec uvedl, že na rehabilitace nemá dostatečné časové podmínky, což dle mého názoru nelze považovat za korektní důvod, vedoucí k rozhodnutí rehabilitace nenavštěvovat, jelikož pro každého je život otázkou priorit, které závisí tedy jen na osobním nastavení každého jedince. A tak ve mně tento fakt opět evokuje dojem nedostatečné informovanosti.

### **Zjistit, jak hodnotí přístup zdravotníků a způsob komunikace**

Při hodnocení přístupu ze strany zdravotnického personálu se respondenti shodují na nesporném vlivu jedince, ať již lékaře či sestry na celkový dojem z poskytované péče. Právě toto téma nabízí uplatnění pro sestru samotnou, která má z pozice své profese k nemocným nejbliže. Jejím hlavním posláním je zajistit nemocnému co nejlepší potřebný komfort v rámci ošetrovatelské péče. Z hlediska přístupu ze strany zdravotnického personálu si tři své ošetřující lékaře a sestry chválili, a pouze jeden z nich poukazoval na špatnou zkušenost. Bohužel v tomto ohledu to bude asi pouze na přístupu jedince ke klientovi. Čtyři respondenti ze čtyř se shodli na dobré dostupnosti poskytované zdravotnické péče, úroveň a poskytované služby si svorně chválili opět čtyři ze čtyř dotazovaných.

## **Vypracovat doporučení, informační leták**

Jak již jsem psala výše, rozhodnutí mých dvou respondentů o návštěvě ambulance bolesti, mě natolik motivovalo, že jsem se rozhodla vytvořit informační leták, který doufám, poslouží více lidem. Ambulance bolesti jsou zdravotnická zařízení specializující se na léčbu chronické, tedy dlouhodobé bolesti onkologického, či neonkologického původu. V takovýchto ambulancích se věnuje specializovaný personál různým variantám léčby chronické bolesti od klasické medikamentózní až po akupunkturu, dle potřeb jednotlivých klientů. Síť takovýchto pracovišť lze najít po celé ČR, proto bych tedy využití těchto středisek všem klientům trpících chronickou bolestí velmi doporučila. Měla jsem několik návrhů na vzhled a obsah informací, který by tento prospekt měl obsahovat. Postupným předěláváním a úpravami jsem jej však zredukovala na naprosté minimum. Vzala jsem v potaz, že většina jedinců trpících chronickou bolestí jsou osoby starší, pro ty by mohlo být obtížné číst velké množství informací malými písmeny. Konečné pojetí mnou vytvořeného letáku má za cíl, v první řadě zaujmout jedince s chronickou formou bolesti, což považuji za nejdůležitější. Ostatní informace o lokalizaci ambulancí bolesti jsou dostupné na internetu. Odkázala jsem je na jejich ošetřujícího lékaře, který bude jistě schopný klientům poskytnout i své vlastní zkušenosti s činností těchto ambulancí. Nehledě na to, že stále praktický lékař platí za osobu, které klienti plně důvěřují, a tak podané informace budou mít jistě větší váhu, a tím spíše se třeba k prvnímu kroku do těchto středisek klienti odhodlají a touto cestou vyhledají pomoc.

## ZÁVĚR

Chronická bolest zasahuje všechny oblasti života postiženého jedince, má také vliv na jeho okolí a mezilidské vztahy. Přestože přímo neohrožuje život člověka, dochází postupně k poklesu kvality života. Tato skutečnost se potvrdila i během tohoto průzkumu, byť vychází z malého množství respondentů. Za velice zajímavé zjištění považuji fakt, že u mnou dotazovaných respondentů, nynější hodnocení celkové kvality života závisí daleko více na délce trvání chronické bolesti a na aktuálním stavu nemocného. Čím déle respondent chronickou bolestí trpí, tím negativněji hodnotí svůj nynější zdravotní stav, ačkoli dle škály hodnotící stupeň aktuálních potíží by bolest neměla dosahovat přílišné intenzity. Nutno ovšem vzít v potaz, že vnímání bolesti je čistě subjektivní záležitost a tak ji lze jen stěží objektivně hodnotit, tuto skutečnost samozřejmě беру na vědomí, nicméně i tak tento jev považuji za velmi zajímavý. Myslím, že je složité naučit se žít s faktem, že se chronická bolest stane nedílnou součástí Vašeho života na dobu přesně neurčenou, což se tedy všem mým respondentům podařilo. Z poskytnutých odpovědí jasně vyplývá, že tento fakt přijali. A i dle výsledků výzkumu vede přijetí bolesti jako součásti života ke zlepšení psychickému stavu pacienta, na rozdíl od opakovaně neúspěšných pokusů bolest odstranit. To však neznamená, že by se měl pacient klient smířit s tím, že jej budou intenzivní bolesti provázet celý život. Zmiňuji-li přijetí chronické bolesti, mám na mysli nikoli polevení ve snaze ovlivnit intenzitu bolesti, nýbrž právě již zmiňované přijetí faktu, že chronická bolest je dlouhodobá, v některých případech i trvalá záležitost, která nemusí být zcela eliminována, a jako takovou ji je třeba akceptovat.

Velkým uspokojením pro mě je skutečnost, že dva respondenti, kteří do té doby ambulance bolesti nikdy nenavštívili, se na základě mých doporučení rozhodli tento krok podniknout. Myslím, že právě toto splnilo cíl mé bakalářské práce, která pokud by měla posloužit byť jen těm dvěma k cestě za úlevou od chronické bolesti, mělo její sepsání pro mě osobně velký smysl.

Myslím, že z poskytnutých informací vyplývá, že všichni čtyři respondenti se s psychickou zátěží, kterou chronická bolest představuje, vyrovnali poměrně dobře. Tento aspekt jsem já osobně považovala za nejtěžší a současně nejdůležitější.



## LITERATURA A PRAMENY

1. **GURKOVÁ, Elena.** *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha : Grada, 2011. str. 223. ISBN 978-80-247-3625-9.
2. **KAČMÁROVÁ, Monika.** *Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života.* Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2013. str. 253 ISBN 978-80-555-0972-3.
3. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Psychologie zdraví.* Praha : Portál, 2009. str. 280. ISBN 978-80-7367-568-4.
4. **KUTNOHORSKÁ, Jana.** *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha : Grada, 2009. str. 176. ISBN 978-80-247-2713-4.
5. **PTÁČEK, Radek., BARTŮNĚK, Petr.** *Etika a komunikace v medicíně.* Praha : Grada, 2011. str. 528. ISBN 978-80-247-3976-2.
6. **RAUDENSKÁ, Jaroslava., JAVŮRKOVÁ, Alena.** *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
7. **SLEZÁKOVÁ, Zuzana.** *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha : Grada, 2014. str. 232. ISBN 978-80-247-4868-9.
8. **ŠAMÁNKOVÁ, Marie., a kol.** *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci.* Praha : Grada, 2011. str. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
9. **ZACHAROVÁ, Eva., HERMANOVÁ, Miroslava., ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava.** *Zdravotnická psychologie.* Praha : Grada, 2007. str. 232. ISBN 978-80-247-2068-5.
10. **SLÍVA, Jiří., DOLEŽAL, Tomáš.** *Farmakoterapie bolesti: praktický průvodce.* Praha : Maxdorf, 2009. str. 62. ISBN 978-80-7345-182-0.
11. **JANÁČKOVÁ, Laura.** *Bolest a její zvládnutí.* Praha : Portál, 2007. str. 191. ISBN 978-80-7367-210-2.
12. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Psychologie nemoci.* Vyd.1. Praha : Grada, 2002. str. 198. ISBN 80-247-0179-0.
13. **GERLICOVÁ, Markéta.** *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest.* Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2014. str. 136. ISBN 978-80-247-4581-7.
14. **LANSKY, Amy L.** *Homeopatie - medicína 21. století.* Vyd. 1. V Praze : Elfa, 2010. str. 322. ISBN 978-80-86439-15-0.

15. **MÁLEK, Jiří a kol.** *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha : Mladá fronta, 2014. str. 149. ISBN 978-80-204-2453-2.
16. **VAŇÁSEK, Jaroslav., ČERMÁKOVÁ, Kateřina a KOLÁŘOVÁ, Iveta.** *Bolest v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Pardubice : Univerzita Pardubice, 2014. str. 55. ISBN 978-80-7395-769-8.
17. **HAKL, Marek.** *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha : Mladá fronta, 2013. str. 237. ISBN 978-80-204-2902-5.
18. **OPAVSKÝ, Jaroslav.** *Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha : Maxdorf, 2011. str. 394 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.
19. **KOZÁK, Jiří., a kol.** *Opioidy v léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2009. str. 119 s. ISBN 978-80-204-2122-7.
20. **ROKYTA, Richard a kol.** *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd., Praha : Grada, 2009. str. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
21. **PRCHALOVÁ, Eva, ed.** *Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí*. Hradec Králové 2003-2005. : Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2005. str. 87 s. ISBN 80-239-6053-9.
22. **MARKOVÁ, Monika.** *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. str. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
23. **O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia.** *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. str. 324 s. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
24. **autorů, Kolektiv.** *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. str. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
25. **PODĚBRADSKÝ, Jiří., PODĚBRADSKÁ, Radana.** *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. str. 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
26. **DOUCKOVÁ, Petra.** Vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů. *Florence*. 2012, stránky 24-26.
27. **JANÁČKOVÁ, Laura.** Vliv biologik na kvalitu života pacientů je zásadní. *Medical tribune*. 2012, roč. 8, č. 9, A6. ISSN 1214-8911.
28. **DOUCKOVÁ, Petra.** Vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 2,, stránky 24-26. ISSN 1801-464X.

29. **HONZÁK, Radkin.** Stěžeň. [Online] 3 2011. [Citace: 2. 11 2014.] <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/02/index.php?ap=bolest>.
30. **NOSKOVÁ, Pavlína.** Interní medicína pro praxi. [Online] 4. 12 2010. [Citace: 3. 11 2014.] <http://www.internimedicina.cz>. ISSN-1803-5256.

## **SEZNAM ZKRATEK**

CNS.....	Centrální nervový systém
DDRS.....	Distress and Disability Rating Scale
DIBDA.....	Dotazník interference bolestí s denními aktivitami
HRQoL.....	Health Related Quality of Life
IASP.....	International Asociation for The Study of Pain
ILF.....	Index Quality of Life
LSS.....	Life Satisfaction Scale
MANSA.....	Manchester Short Assessment
MPQ.....	Dotazník Mc Gillovy Univerzity
NSA.....	Nesteroidní antiflogistika
PGWB.....	Psychological General Well – Being Index
SEIQoL.....	Shedule for the Evaluation of Individual Quality
SWLS.....	The Satisfaction with Life Scale
VAS.....	Vizuální analogová škála
WHO.....	World Health Organization

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Anonymizovaná medicínská data .....	68
Příloha 2.....	69
Příloha 3.....	70
Příloha 4.....	71

*Příloha 1 – Anonymizovaná medicínská data*

Dotazník interference bolesti s denními aktivitami

<b>0</b>	Jsem bez bolesti.
<b>1</b>	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
<b>2</b>	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.
<b>3</b>	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
<b>4</b>	Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
<b>5</b>	Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/-na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.

*Zdroj: Opavský 2011, s. 82*

## Příloha 2

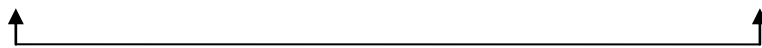
### KRÁTKÁ FORMA DOTAZNÍKU BOLESTI MCGILLOVY UNIVERZITY

Deskriptor bolesti	žádná-0	mírná-1	středně silná-2	silná-3
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá - palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé) na dotyk				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující (vyčerpávající)				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá - krutá				

*Zdroj: Opavský, 2011, s. 80*

*Příloha 3*

VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA



(Opavský, 2006)



## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Kvalita života pacientů s chronickou bolestí

### **STUDENT**

Jméno: Monika Slivoňová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: monasli@seznam.cz

### **VEDOUCÍ BP:**

Jméno: Mgr. Zuzana Šafránková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: safrankz@kos.zcu.cz

### **CÍL STUDIE**

Cílem studie je zjistit kvalitu života nemocných s chronickou bolestí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: