

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Jaroslava BURDYCHOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Psychosociální problematika nemocných s chronickou
bolestí**

Jaroslava Burdychová

**Bakalářská práce
2009**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava BURDYCHOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Psychosociální problematika nemocných s chronickou bolestí.**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis psychosociální problematiky nemocných s chronickou bolestí
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů práce
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce
4. Sestavení vhodné metodiky a sestavení dotazníku
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníku
6. Analýza a interpretace získaných dat
7. Kritické zhodnocení a doporučení

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. KOLEKTIV AUTORŮ. Vše o léčbě bolesti- příručka pro sestry. Praha : Grada Publisching, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
2. OCONNOR, M.; ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha : Grada Publisching, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
3. TROJAN, S. a kol. Lékařská fyziologie. Praha : Grada Publisching, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
4. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMKOVÁ, J. a kol. Klinická onkologie pro sestry. Praha : Grada publisching, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
5. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení, Praha : Grada Publisching, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 04. 2009

Jaroslava Burdychová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Marii Holubové za její čas, připomínky a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Současně děkuji hlavním sestrám za umožnění realizace výzkumu a všem respondentům za trpělivost a vstřícnost. Dále děkuji Mgr. Květě Kopecké za konzultaci stylistické stránky mé práce. Velká část mého díky patří rodičům, kteří podporovali mé studium po celé roky.

Anotace:

Tato práce se zabývá psychosociální problematikou nemocných s chronickou bolestí. V teoretické části naleznete krátké seznámení se vznikem bolesti, s konkrétními typy bolesti, s možnostmi léčby bolesti, jsou zde také uvedeny způsoby hodnocení bolesti a popis hodnotících škál. Je zde také stručné seznámení s psychologií bolesti a sociálními vlivy na vnímání bolesti, především vliv rodiny na vnímání a prožívání bolesti, je zde seznámení se sociálním copingem a s dotazníkem sociálního copingu. V praktické části je uvedena metodika prováděného výzkumu a postupné vyhodnocení otázek použitého dotazníku, který se zabývá psychosociální problematikou dotazovaných. V závěru naleznete zhodnocení celé práce, a zda došlo k dosažení cílů práce.

Klíčová slova:

bolest, chronická bolest, sociální coping, sociální opora, hodnotící škály

Title:

Psychosocial problematic of the people suffering from chronic pain

Annotation:

This work deals with psychosocial problematic of the people suffering from chronic pain. In the theoretical part, you will find the short familiarization with the pain origin, with the concrete pain types, with the possibilities of the pain treatment and here are also mentioned the ways of pain evaluation and the description of evaluation spectrums. You can also see here the brief familiarization with the pain psychology and social factors to the pain sensation, especially influence of the family to the pain reception and experience, here is also familiarization with the social coping and with the questionnaire for the social coping. In the practical part, there is mentioned the methodology of the performed research and gradual evaluation of the questions of the applied questionnaire, which deals with the psychosocial problematic of the questioned persons. In the epilogue of the work, you can find the evaluation of the whole work, and if the objectives of the work have been reached.

Keywords:

pain, chronic pain, social coping, social standby, evaluation spectrum

Obsah	
Úvod.....	8
Cíle.....	9
I. Teoretická část.....	10
1 Bolest	10
1.1 Fyziologie bolesti	10
1.2 Druhy bolestí	10
1.2.1 Akutní bolest.....	11
1.2.2 Chronická nenádorová bolest.....	11
1.2.3 Nádorová bolest	11
1.2.4 Psychogenní bolest.....	12
2 Hodnotící škály bolesti – hodnocení bolesti	13
2.1 Vizuální analogová škála (VAS)	13
2.2 Intenzita současné bolesti (PPI – Present Pain Intensity).....	13
2.3 Dotazník McGill Pain Questionnaire (MPQ).....	14
2.4 Interference bolesti s denními aktivitami	14
2.5 Topologie bolesti.....	14
3 Léčba chronické bolesti	15
3.1 Farmakologická léčba.....	15
3.1.1 Neopioidní analgetika	15
3.1.2 Opioidní analgetika	15
3.2 Nefarmakologická léčba	16
3.2.1 Fyzikální terapie.....	16
3.2.2 Alternativní a doplňkové terapie.....	16
3.2.3 Kognitivní a behaviorální přístupy.....	16
4 Psychologie bolesti.....	17
4.1. Bolestivé chování.....	18
5 Sociální stránky – vliv rodiny na vnímání bolesti	19
5.1 Sociální opora	19
6 Sociální coping.....	21
II. Praktická část	22
1 Výzkumné záměry.....	22
2 Metodika	22
3 Způsob zpracování dotazníků	23
4 Interpretace výsledků výzkumu.....	24
5 Diskuze	47
6 Závěr	51
Seznam použité literatury.....	52
Seznam zkratk	54
Seznam příloh.....	55

Úvod

Bolest. Pocit, který zná každý z nás. Pocit, který přináší mnoho dalších pocitů a jistým způsobem mění chování člověka. Jakým způsobem se však mění člověk, který prožívá bolest den co den a to několik měsíců až let? Co tito lidé cítí, co očekávají od svých blízkých a svého okolí? Jak bolest mění jejich životy? Velké množství otázek, na které mohou odpovědět jen lidé, kteří chronickou bolestí trpí. Takových lidí je mezi námi veliké množství.

Ve všech zdravotnických zařízeních pečují sestry o pacienty s chronickou bolestí, která obvykle zhoršuje psychický stav, zpomaluje hojení ran, přispívá k celkovému diskomfortu pacienta a způsobuje jeho zbytečné utrpení. Záleží nejen na osobních kvalitách sestry, které jsou dány pozorovacím talentem, empatií, vlídností, citlivým jednáním a zkušenosti, ale důležité jsou také teoretické vědomosti, jednotný systém zjišťování bolesti a tím i větší přehlednost a zjednodušení analgetické terapie poskytované pacientovi. Aktivní a individuální přístup ke každému jednotlivci by měl být samozřejmostí.

Díky mým několikaletým zkušenostem v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci jsem poznala, že pacientům chronická bolest přináší mnoho psychických a sociálních problémů. Proto jsem se chtěla o této problematice dozvědět něco nového.

V mé práci se zabývám psychosociální problematikou, kterou přináší chronická bolest nemocným s neurologickým, ortopedickým či onkologickým onemocněním.

Cíle:

- Zjistit míru sociálního copingu (zvládnání) u nemocných s chronickou bolestí.
- Zjistit interferenci bolesti na denní činnosti.
- Výskyt psychických problémů u respondentů.
- Využití možnosti návštěvy u psychologa.
- Zjistit délku trvání bolesti a délku její léčby u respondentů s onkologickým a neonkologickým onemocněním.
- Zjistit lokalitu bolesti u respondentů.
- Zjistit zda mají bolesti vliv na problémy v zaměstnání.
- Zjistit zda respondenti využívají jiné možnosti léčby bolesti než farmakologický způsob.
- Zjistit intenzitu současné bolesti.

I. Teoretická část

1 Bolest

Bolest je psychický stav spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením živé tkáně organismu. Nejčastěji vzniká v důsledku poškozujících účinků na organismus, či jako příznak poruchy normálního průběhu fyziologických procesů, může však mít i čistě psychické příčiny. Má velký význam pro ochranu organismu před poškozením. Je stimulem pro obranné reakce zaměřené na odstranění vnějších nebo vnitřních podnětů, které ji vyvolaly.

„... bolest je vždy to, co pacient označí za bolest, a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká...“
(McCaffery, 1968, s. 95)

Bolest je komplexní zážitek, ovlivněný mnoha faktory. Patří mezi ně kultura, ze které člověk pochází, očekávání bolesti, předchozí zážitek bolesti, kontext ve kterém se bolest vyskytuje, emoční a kognitivní reakce. Proces bolesti zahrnuje fyziologické a psychické reakce. Tyto reakce jsou u každého člověka různé.

1.1 Fyziologie bolesti

U bolesti rozlišujeme fyziologické aspekty (nocicepce) a psychologické aspekty. K bolesti se přidružují také reakce autonomního nervového systému. (Kolektiv autorů, 2006)

Nocicepce znamená vjem bolesti. Je výsledkem stimulace nociceptorů. Tyto receptory jsou umístěny v kůži nebo ve stěnách vnitřních orgánů. Nocicepce a pocit bolesti nejsou identické. Je to neurologická reakce a reflexní odpověď způsobená poškozením nebo možným poškozením tkáně. Bolest je nepříjemný sensorický a emoční zážitek provázející skutečné nebo potenciale poranění tkáně. Bolest je subjektivní pocit. Nocicepce nezpůsobuje vždy vnímání bolesti a bolest se objevuje i bez nocicepce. (Trojan, 2003)

1.2 Druhy bolesti

Podle místa vzniku rozdělujeme bolest na somatickou, viscerální (útrobní) a bolest centrální.

Bolest somatická vychází z podráždění nociceptorů kůže a sliznic. Povrchní bolest je většinou přesně lokalizovaná, náhle vzniklá. Radíme sem i bolest svalů, kloubních pouzder a šlach. Mluvíme pak o bolesti somatické hluboké. (Mourek, 2005; Trojan, 2003)

Bolest útrobní (viscerální) dělíme dle vzniku bolesti na bolest, která vzniká drážděním zevních listů peritonea, pleury nebo perikardu. Tato bolest je dobře lokalizovatelná. Útrobní bolest (pravá viscerální) vzniká při dráždění břišních orgánů, při působení toxických látek, při ischemizaci. Tato bolest má tupý charakter, je špatně lokalizovatelná. (Mourek, 2005)

Centrální bolest má pestřejší genezi. Vzniká drážděním nocicepčních drah proximálně od nociceptorů. (Mourek, 2005)

Dle délky trvání a příčiny lze bolest rozdělovat na bolest akutní, chronickou nenádorovou a nádorovou bolest.

1.2.1 Akutní bolest

Akutní bolest přichází náhle. Trvá několik dní až několik týdnů. Má ochranné účinky. Způsobí obranný reflex a může spustit mimovolní tělesné reakce způsobené reakcí sympatiku. Způsobuje také psychologické reakce, jako vynucenou polohu, bolestivý výraz ve tváři nebo verbalizaci bolesti, ztrácí zájem o dění kolem sebe. (Kolektiv autorů, 2006)

Při akutní a nesnesitelné bolesti se mění fyziologické funkce. Člověk se potí, zbledne, zvyšuje se mu krevní tlak, stoupá tepová frekvence. (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2002)

1.2.2 Chronická nenádorová bolest

Chronická bolest ztrácí své poslání a navíc, je-li vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného.

„Bolest je považována za chronickou, jestliže přetrvává déle, než je obvyklé pro zhojení poranění nebo vyléčení nemoci. Odborníci definují chronickou nenádorovou bolest jako bolest, která přetrvává 6 měsíců nebo déle.“ (Kolektiv autorů, 2006, s. 22)

Při chronické bolesti se nemocný stáhne do sebe, je smutný, má sníženou chuť k jídlu, nejeví zájem o okolí, nechce se mu komunikovat s druhými. Jsou přítomny poruchy spánku. Vyhledává polohy, v kterých nachází úlevu.

1.2.3 Nádorová bolest

Nádorová bolest může být výsledkem nemoci, nebo může být způsobena léčbou. Více než polovina pacientů s rakovinou pociťuje bolesti. Někdy je tato bolest výsledkem tlaku nádoru na okolní orgány, kosti, nervy, krevní cévy. Někdy mohou bolesti způsobit léčebné a diagnostické metody rakoviny. (Kolektiv autorů, 2006)

Intenzita bolesti u nádorově nemocných během dne často kolísá. Často dochází k přechodnému zhoršení intenzity bolesti v závislosti na některých pohybech či běžných činnostech (např. chůze, polohování, kašel, defekace, převaz rány apod.). Tyto bolesti, které přicházejí při jinak dobře zvládnuté bolesti, nazýváme průlomové (epizodické bolesti). (Vorlíček, Abrahámová a kol., 2006)

1.2.4 Psychogenní bolest

Při psychogenní bolesti jsou somatické obtíže projekcí nemocné mysli. Vztah mezi psychickou a tělesnou bolestí je oboustranný. Při dlouhodobém onemocnění často vzniká depresivní porucha a naopak následkem dlouhodobého psychického strádání vznikají tělesné obtíže. Při převažující psychogenní složce bolesti je na prvním místě indikována psychoterapie v kombinaci s psychofarmaky. (Loučná, 2006)

2 Hodnotící škály bolesti – hodnocení bolesti

Pro správnou a účinnou léčbu bolesti je zapotřebí kvalitní zhodnocení typu bolesti, intenzity bolesti, časového průběhu bolesti, lokalizaci bolesti, kvalitu bolesti a ovlivnitelnost bolesti. K tomu nám slouží velké množství hodnotících škál a individualizovaných tabulek k záznamu průběhu bolesti. Tyto metody nám pomáhají blíže charakterizovat subjektivní prožívání bolesti.

Pro zlepšení péče o pacienta s bolestí je důležité, aby ošetřující personál znal dobře svého klienta. To poté přispívá ke zvýšení kvality péče a zvolení vhodných přístupů k pacientovi. Ošetřující sestra by měla zjistit odpovědi na několik otázek týkajících se vlivu okolí na vnímání bolesti a již získaných zkušeností s bolestí.

Jsou to tyto otázky:

Jaké sociální a kulturní faktory hrají roli při reakci nemocného na bolest?

Jaké má nemocný znalosti o své současné nemoci a o bolesti, kterou trpí?

S jakým typem bolesti má nemocný zkušenosti z dřívějška?

Jak reagoval doposud na bolest?

Jak mohou okolní prostředí a osobnostní faktory ovlivňovat jeho reakci na bolest?

Jak chápe rodina bolest nemocného a jak mu může pomoci?

(Ševčík, Kolektiv autorů, 1994, s. 68)

2.1 Vizuální analogová škála (VAS)

Jedná se o horizontální či vertikální příčku o délce 10 cm, která je ohraničena dvěma body. Bod vlevo určuje stav bez bolesti a vpravo bolest nejsilnější intenzity či nejhorší, jakou kdy v životě zažil. Na této příčce nemocný vyznačí bod, který určuje intenzitu bolesti. Pak dle vzdálenosti od levého bodu určíme intenzitu bolesti nemocného a její vývoj.

2.2 Intenzita současné bolesti (PPI – Present Pain Intensity)

Jedná se o verbální zhodnocení bolesti. Tato stupnice je součástí dotazníku McGill Pain Questionnaire. Užívá se stupňů 0 – 5, ke každému z těchto stupňů je přiřazené adjektivum

určující intenzitu bolesti. Tato metoda je velice rychlá a velice snadno se i v krátkém časovém rozmezí dozvíme o vývoji bolesti. To oceníme především u hodnocení efektivity léčby bolesti.

2.3 Dotazník McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Tento dotazník podává velmi podrobný obraz o subjektivně prožívaném stavu, jeho vyplňování je však časově náročné a klade vysoké nároky na slovní zásobu i vzdělání nemocného, kdy verbalizace pocitů může být velmi obtížná. Proto vznikla zkrácená verze tohoto dotazníku (příloha 4 a 5). Poskytuje informace o složce senzorio-diskriminační i o složce afektivní (citové). (Opavský, 1998)

2.4 Interference bolesti s denními aktivitami

Tato metoda je především doplňkovou metodou dotazníku MPQ. Je však neméně důležitá. Přispívá také k hodnocení aktuální kvality života u pacienta s bolestí. Tato škála hodnotí vliv bolesti na denní aktivity, viz příloha 3.

2.5 Topologie bolesti

Pro zjištění, kde to pacienta bolí, je nejjednodušší se pacienta zeptat, kde ho to bolí. Pacient nám místo bolesti ukáže přímo nebo ho můžeme požádat o zakreslení místa bolesti do tzv. mapy bolesti. Příkladem mohou být mapy bolesti podle Margolese (1983), které znázorňují jednoduchou kresbu lidského těla. Pacient zakreslí lokalitu a barevně rozliší, zda se jedná o bolest povrchovou či útrobní, nebo barevně určí kvalitu bolesti. (Křivohlavý, 2002; Opavský, 1998)

3 Léčba chronické bolesti

Pacienty s chronickými bolestmi můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou pacienti s perzistentními bolestmi a normální délkou života, druhou pak pacienti s nepřetržitými a zhoršujícími se bolestmi a kratší délkou života. Tito pacienti trpí nejčastěji nějakou zhoubnou chorobou. „*Pro zvládnutí bolesti těchto pacientů bychom jim měli podávat dostatečně silnou analgezii, v dostatečném množství a dostatečně často.*“ (Sofaer, 1997, s. 78-79)

Hlavní metody v léčbě bolesti se dají dělit na dvě základní, farmakologické a nefarmakologické.

3.1 Farmakologická léčba

Hlavní farmakologickou skupinou pro léčbu bolesti jsou analgetika. Tato léková skupina je dostupná ve většině lékových skupin: tablety, kapky, čípky, masti, injekční forma a transdermální aplikace analgetik (náplastí).

Analgetika dělíme do dvou hlavních skupin, neopioidní a opioidní analgetika.

3.1.1 Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika pomáhají zmírnit muskuloskeletální bolest. Používají se ke zmírnění mírných až středních bolestí. Dále jsou užitečným doplňkem pro utišení sekundárních kostních bolestí u zhoubných nádorů. (Sofaer, 1997)

Tato analgetika se používají k léčbě nociceptivní a neuropatické bolesti. Kromě kontroly bolesti mají neopioidní analgetika také vlastnosti omezující zánět a snižují horečku. Do této kategorie patří především acetaminofen, nesteroidní protizánětlivé látky a salicyláty. (Kolektiv autorů, 2006)

3.1.2 Opioidní analgetika

Nejsilnějším lékem k tišení bolesti jsou opioidní analgetika. Nejčastěji se podávají při silných útrobních bolestech nebo pro analgezii při paliativní péči. (Richards, Edwards, 2004)

Opioidní analgetika ovlivňují vnímání bolesti působením na centrální nervový systém. Mnohdy zároveň vyvolávají pocit blaha. To souvisí s jistou tendencí těchto léků vyvolat duševní i tělesnou závislost. (O'Connor, Aranda, 2005)

Opioidy zahrnují opioidní agonisty, antagonisty a smíšené agonisty-antagonisty. Opioidní agonisté se užívají k léčbě bolesti bez způsobení ztráty vědomí. Opioidní antagonisté blokují účinek opioidních agonistů, především ke zvrácení jejich nežádoucích účinků. Nejčastějšími zástupci jsou kodein, sevredol, dolsin a mezi nejsilnější patří morfin.

3.2 Nefarmakologická léčba

Rostoucí zájem o tyto metody způsobují především obavy z nadměrného užívání léků. Tyto přístupy nabízejí široké spektrum možností pro každého. Nefarmakologická terapie se rozděluje do tří hlavních kategorií. Jsou to fyzikální terapie, alternativní a doplňující terapie a kognitivní a behaviorální terapie. (Kolektiv autorů, 2006)

Některé léčebné metody spadají do kompetence sestry. Jsou to metody, které mohou sestry provádět a používat bez lékařského předpisu. Sestry by měli zajistit aplikováním jednotlivých metod spokojenost každého pacienta a zmírnit jejich bolesti.

3.2.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie používá metod fyzikálních a jejich vlivů k rehabilitaci a navrácení normální funkčnosti klienta po nemoci či poranění. Tyto postupy jsou snadné a levné. Fyzikální terapie mírní bolest, redukuje zánět, zmírňuje spasmy svalů a navozuje relaxaci. Mezi hlavní metody patří hydroterapie, terapie teplem, chladem, vibracemi, transkutánní elektrickou stimulací nervu, cvičení nebo naopak imobilizace. (Kolektiv autorů, 2006)

3.2.2 Alternativní a doplňkové terapie

Alternativní a doplňkové terapie rozšiřují velkou měrou možnosti léčby jedincům trpících bolestí. *„Nezávisle na problému, kvůli kterému jsou alternativní a doplňkové terapie využívány, se tyto terapie vždy zabývají celým člověkem – tělem, myslí a duchem, a nikoliv pouze jednotlivými příznaky.“* (Kolektiv autorů, 2006, s. 116)

Mezi tyto metody řadíme aromaterapii, muzikoterapii, terapii dotykem, jógu, masáž, chiropraktickou léčbu a akupunkturu.

3.2.3 Kognitivní a behaviorální přístupy

Kognitivní přístupy se zaměřují na ovlivnění pacientovy interpretace zážitku bolesti. Behaviorální přístup pomáhá pacientovi k vytvoření přístupu k bolesti a změnit reakce na bolest. Tyto metody zahrnují meditaci, biofeedback a hypnózu.

4 Psychologie bolesti

Bolest je prožitek, který je ovlivňován mnoha faktory. Na to, jak silný prožitek vnímáme, má vliv kultura a prostředí, ve kterém žijeme, předchozí zkušenosti s bolestí, také je ovlivněna aktuálními emocionálními faktory. Z toho vyplývá, že stejný podnět dva různí jedinci budou vnímat různě intenzivně, ale i to, že stejný podnět může vnímat jedinec odlišně v závislosti na čase.

„Moderní psychologie bolesti začíná prací Melzacka a Caseye, která vymezuje senzorickou, afektivní a kognitivní dimenzi pocitu bolesti.“ (Knotek, 2007, s. 67) Tyto dimenze byly použity pro postupné fáze psychologického zpracování bolesti. Jedná se o čtyři fáze:

1. Senzoricko-diskriminační fáze
2. Nepříjemnost, první afektivní fáze. Jedná se o emoční nepohodu související s bolestí.
3. Utrpení, druhá afektivní fáze. Je kognitivně zpracovaná, jedná se o celkové změny afektů v důsledku reálných či nepřiměřených názorů na následky bolesti.
4. Změny chování od změn mimiky, motoriky a denního režimu, po změnu sociální integrace. (Knotek, 2007)

Konceptuální model bolesti, který vypracovali Loeser a Cousins, ukazuje schéma, které nám umožňuje orientaci v jednotlivých charakteristikách bolesti a jak postupovat při jejím tlumení. Tento model se zabývá pěti složkami:

1. Nocicepce – somatická složka
2. Bolest – senzorická složka
3. Utrpení – psychická složka
4. Význam v životě – spirituální složka
5. Bolestivé chování – behaviorální složka (Honzák, Strouhalová, 2000)

To, jaký má pacient názor na bolest a postoj ke vzniku bolesti, utváří individuální obraz toho, co bolest je a co pro něho znamená. *„Z hlediska nepříznivých psychologických změn je kognitivní zpracování bolesti rozhodující.“* (Knotek, 2007, s. 68)

Bolest je komplexní smyslový a emoční zážitek, kdy kvalita a intenzita jsou dány jednak předchozí zkušeností s bolestí, jednak i významem, který bolesti přikládá. Důležitou složku

tvoří i způsob, jakým se jedinec naučil s bolestí vyrovnávat. Bolest je tedy subjektivní zkušeností. (Zacharová, Šrámková, Hermanová, 2007)

Jedním způsobem učení bolesti je modelování. Na základě tohoto způsobu může člověk předvídat dopad nějaké situace na chování bez vlastní zkušenosti, a to pouze na základě pozorování jiných lidí. Při vlastní zkušenosti poté pacient vychází z chování, které viděl již v minulosti u někoho jiného. (Sofaer, 1997)

Znalosti o psychických faktorech, které souvisejí s bolestí, pomáhají v dobré péči o pacienta. Důležitými oblastmi pro chronickou bolest jsou osobnostní rysy pacienta a deprese. Psychosociální hodnocení bolesti zahrnuje vliv bolesti na náladu, spánek, zvládání obtížných situací, cíle pacienta i jeho finanční zabezpečení.

4.1. Bolestivé chování

Chování pacienta trpícího bolestí se mění. Projevuje se převážně neverbální složkou chování. Toto chování se projevuje na mimice člověka, pohybech končetin, poloze. Nemocný dává najevo bolesti také tzv. paralingvistickými projevy, jsou to např. vzdechy, nářky, úpění. Takovéto chování je typické pro akutní bolest nebo pro průlomové bolesti. Toto přirozené chování pomáhá při akutní bolesti hojení, uvolňuje napětí, ale také vyvolává ohledy, přivolává pozornost a pomoc. Pokud však tyto věci přinášejí jisté uspokojení, pacient se učí bolestivému chování. Podněty, které podmiňují učení bolestivého chování, jsou tzv. druhotné zisky z bolesti. Naučené bolestivé chování zahrnuje formy chování, které jsou běžnými projevy bolesti. Toto naučené chování nemá funkci úlevovou od bolesti, ale jinou psychologicky významnou hodnotu. Naučené příznaky se projeví až při ohrožení druhotného zisku. (Křivohlavý, 2002, Knotek, 2007)

„Účelové bolestivé chování je součástí patologického způsobu života.“ (Knotek, 2007, s. 70)

5 Sociální stránky – vliv rodiny na vnímání bolesti

„Soucit nezmenšuje bolest, ale trochu ji oslazuje.“

(Stefan Garczyński)

Názory a postoje na bolest ovlivňuje několik faktorů. Jedná se především o rodinné prostředí, kulturní a sociální vlivy, zdravotní výchovu a podvědomí o lécích a dostupnosti zdravotních služeb a další.

„Model sociálního učení říká, že lidé mohou získat bolestivé chování pozorováním a modelováním.“ (Kolektiv autorů, 2006, s. 29) Sociální učení je proces změn psychických procesů, ale také působení chováním druhých, je to tedy změna názorů a postojů k bolesti a chování pacienta. Děti získávají nové způsoby chování pozorováním jiných lidí, především nejbližšího okolí. V závislosti na sociálním učení pak mohou symptomy ignorovat nebo na ně reagovat přemrštěně. Reakce na bolestivé podněty mohou být podmíněny pozorováním ostatních osob v okolí, které trpí bolestí. Rozdíly, které vznikají v sociálním učení, mohou být jedním z důvodů, proč lidé vnímají stejné podněty rozdílně a mají velice odlišné behaviorální reakce.

5.1 Sociální opora

Pacient trpící bolestí má potřebu spoluúčasti druhých a blízkých lidí na zvládnání bolesti, tedy potřebu opory a pomoci. Sociální oporou rozumíme přítomnost druhého člověka, který na postiženého jedince působí pozitivně, uspokojí jeho sociální požadavky, kterými jsou potřeba náklonnosti, jistoty, souhlasu a sociální interakce. (Knotek, 2007; Tschuschke, 2004)

Pacientova potřeba a nabízená pomoc lidmi z nejbližšího okolí se buď shoduje, nebo neshoduje. Stejně jako v jakékoli krizové situaci i zde je důležité mít okolo sebe významné vztahové osoby. Ať už se jedná o pocit nevyřazenosti, pocit hodnotového bytí, pocit podpory při zvládnání bolesti a další jiné. Lidé pro pocit smysluplného života potřebují někoho dalšího. Sociální a emoční opora poskytovaná nejbližšími rodinnými příslušníky má povzbudivý vliv proti prožívání stresu. Nedostatečná nebo minimální opora však může vést k narůstání prožívaného stresu. (Knotek, 2007; Tschuschke, 2004)

Naděje je jedním z činitelů, které ovlivňují průběh i výsledky zvládnání zátěže. Naděje působí ve prospěch úspěšného zvládnání bolesti. Onkologická i chronická bolest bývají svízelné proto, že vyvolávají u pacienta i jeho rodinných příslušníků sociální stres. Čím je bolest delší a vyšší intenzity, pacient vyžaduje větší pozornost, adekvátní tlumení bolesti. Rodina sama vyžaduje rozsáhlejší emocionální oporu, aby dostála své roli sociální opory pacienta. Vyhledává ji v chování zdravotníků, v jednání rodinných příslušníků a přátel. Kontakt pacienta s rodinou a přáteli je naprosto zásadní. Je důležité členy rodiny poučit, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při léčbě bolesti. (Fricová, 2005)

6 Sociální coping

„Sociální coping je proces obnovy stability osobnosti, adaptivního chování a sociální integrity prostřednictvím komunikace s druhými lidmi.“ (Zavadilová, Knotek, 2006, s. 95)

Chronická bolest má společenský charakter, proto deformovaný sociální coping a změněná sociální komunikace způsobuje udržování patologické adaptace pacienta. Na základě mnoha strukturovaných rozhovorů byly stanoveny tři aspekty sociálního copingu. Prvním aspektem je opora – očekávaná komunikace, emoční podpora, požadované soucítění s bolestí a potřeba pochopení druhých. Druhým aspektem je ovlivňování – vnímaná aktivizace, poskytování opory, nebo podpora bolestivého chování. Třetím aspektem je sekundární zisk z bolesti – chronická bolest jako způsob úniku od povinností, z problémů, nebo jako omluva neúspěchu a prostředek k dosahování ohledů a tolerance od druhých. (Knotek, 2007; Zavadilová, Knotek, 2006)

Na základě těchto třech aspektů vznikl Dotazník sociálního copingu chronické bolesti (DSCCB) viz PŘÍLOHA 1. Dotazník testuje dva faktory, sociální oporu požadovanou (SOP) a sociální oporu vnímanou (SOV). Třetí aspekt, druhotný zisk, nebyl zahrnut do DSCCB z důvodu nedostatečného počtu položek. Tento standardizovaný dotazník má dvě stupnice a to SOP, která je vyjádřena ve čtyřech položkách, a SOV, která je vyjádřena v sedmi položkách. Dotazníkem lze testovat Frustraci sociální opory, tj. rozdíl mezi SOP a SOV. Frustrace potřeby sociální opory je ve vztahu s očekáváním bolesti v budoucnosti, s věkem a s odpoutáváním pozornosti od bolesti. Faktor SOP vyjadřuje aktuální sociální opory potřebné pro zvládnutí bolesti. SOV vyjadřuje aktuální vnímání ochoty blízkých pomáhat svému blízkému při bolesti. Tento dotazník je hlavním prvkem mé výzkumné části.

„Dotazník sociálního copingu chronické bolesti měří podstatný aspekt komunikace, která souvisí s psychickými a behaviorálními změnami při chronické bolesti. DSCCB je vhodný pro psychologická vyšetření pacientů s chronickou bolestí a pro kontrolu korekce nepříznivých vlivů rodinné (partnerské) komunikace na adaptaci a bolestivé chování pacienta. DSCCB je první česká metoda pro testování sociálních procesů při chronické bolesti.“ (Zachová, Knotek, 2006, s. 95)

II. Praktická část

1 Výzkumné záměry:

1. Sociální opora vnímaná je silnější u onkologicky nemocných než u neonkologicky nemocných.
2. Sociální opora požadovaná je silnější u neonkologicky nemocných než u onkologicky nemocných.
3. Bolest bude v denních činnostech více omezovat nemocné s neonkologickým onemocněním než nemocné s onkologickým onemocněním.
4. Psychickými problémy budou častěji trpět nemocní s onkologickým onemocněním než nemocní s neonkologickým onemocněním.

2 Metodika

Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření. Některé dotazníky byly vyplněny vedeným strukturovaným rozhovorem. Dotazník byl sestaven z 15 položek, ve kterých byly uvedeny otázky identifikační, dichotomické, polytomické, výběrové a výčtové. Dále byla použita tabulka Intenzity současné bolesti a tabulka Interference bolesti s denními aktivitami. V závěru dotazníku je použit standardizovaný Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. Viz PŘÍLOHA 6.

Připraveno jsem měla 100 dotazníků, 50 pro onkologicky nemocné a 50 pro neonkologicky nemocné, které jsem rozdala respondentům ve věkovém rozmezí od 20 do 75 let. Výzkum probíhal od prosince 2008 do konce února 2009 v Pardubické Krajské nemocnici, a.s (PKN) a v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Po schválení dotazníku v PKN jsem ho umístila na oddělení klinické onkologie, na neurologické oddělení a na ortopedické oddělení. Na každé z těchto oddělení jsem donesla 25 dotazníků. V Hospici Anežky České jsem také požádala o možnost provádění výzkumu. Poté jsem pravidelně docházela do Hospice Anežky České a pomohla nemocným s vyplněním mého dotazníku. Postupně jsem takto oslovila 15 vhodných respondentů. Více nemocných vhodných pro vyplnění mého dotazníku zde v tomto období nebylo. (viz tab. 1, obr. 1)

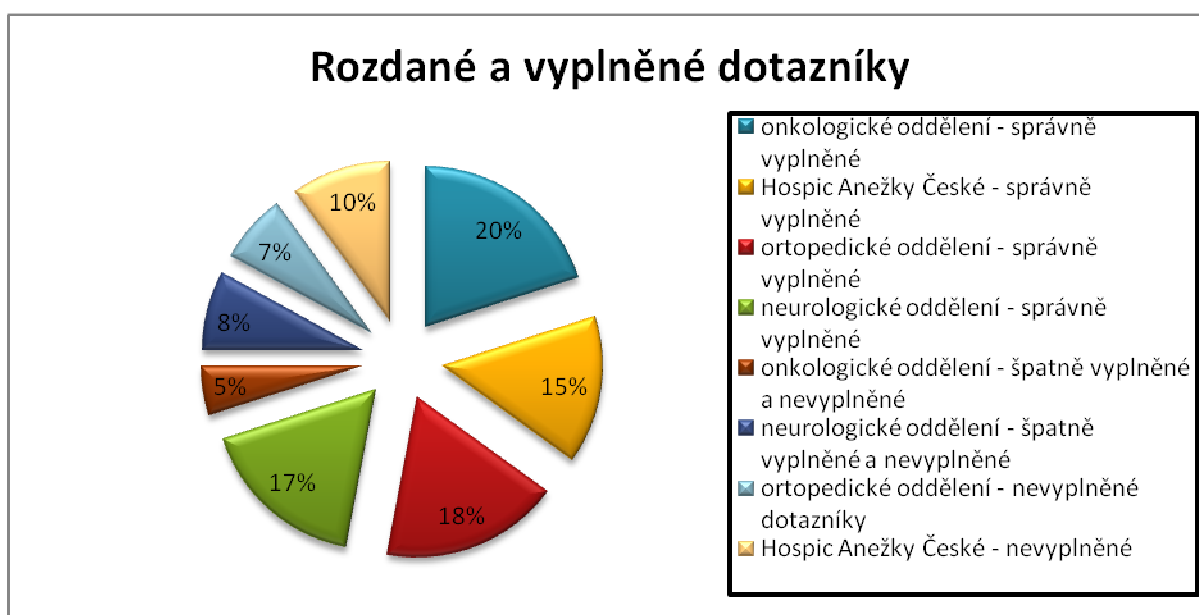
Celkem jsem na vyhodnocení měla 70 dotazníků, 35 od neonkologicky nemocných a 35 od onkologicky nemocných. Tyto dvě skupiny respondentů budu v další části porovnávat.

3 Způsob zpracování dotazníků

Respondenty jsem rozdělila do dvou hlavních skupin dle základního onemocnění, a to na onkologicky nemocné a neonkologicky nemocné. Získané výsledky jsem hodnotila po jednotlivých otázkách, které jsem vyjádřila absolutní a relativní četností. Relativní četnost hodnoty f_i jsem použila v tabulkách a vypočítala jsem ji ze vzorce: $f_i = (n_i/n) \cdot 100$ (f_i – relativní četnost v procentech, n_i – absolutní četnost, n - celkový počet respondentů).

Tab. 1 Přehled původně rozdaných a celkem vyplněných dotazníků

	n_i	f_i (%)
<i>onkologické oddělení - správně vyplněné</i>	20	20
<i>neurologické oddělení - správně vyplněné</i>	17	17
<i>ortopedické oddělení - správně vyplněné</i>	18	18
<i>Hospic Anežky České - správně vyplněné</i>	15	15
<i>onkologické oddělení - špatně vyplněné a nevyplněné</i>	5	5
<i>neurologické oddělení - špatně vyplněné a nevyplněné</i>	8	8
<i>ortopedické oddělení - nevyplněné dotazníky</i>	7	7
<i>Hospic Anežky České - nevyplněné</i>	10	10
použito	70	70
Vyřazeno a nevyplněno	30	30



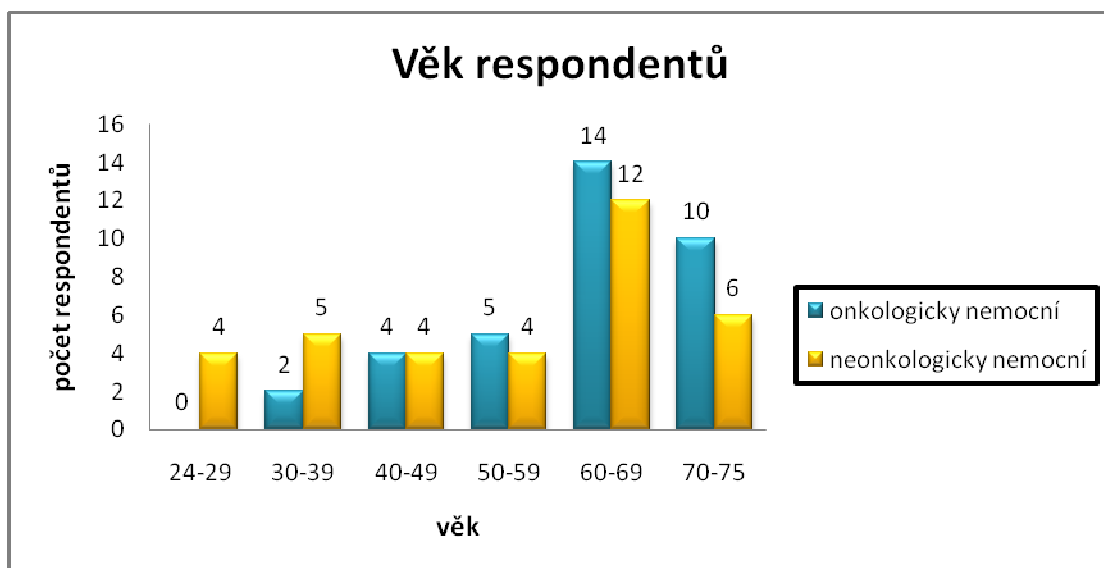
Obr. 1 Graf přehledu původně rozdaných a celkem vyplněných dotazníků

4 Interpretace výsledků výzkumu

Otázka číslo 1. Kolik je Vám let?

Tab. 2 Věk

věk respondentů	onkologicky nemocní		neonkologicky nemocní	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
24-29	0	0	4	11
30-39	2	6	5	14
40-49	4	11	4	11
50-59	5	14	4	11
60-69	14	40	12	34
70-75	10	29	6	17
n	35	100	35	100



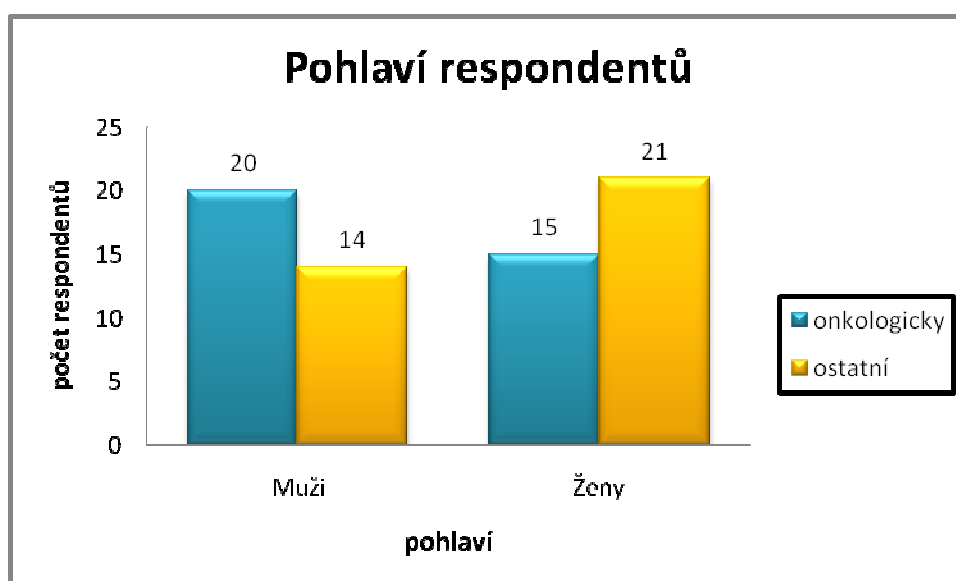
Obr. 2 Graf ukazující věk respondentů

Nejpočetnější věkovou kategorií v obou skupinách je 60-69 let - 40 a 34%, další nejpočetnější je kategorie 70-75 let - 29 a 17%. 11% za neonkologicky nemocné bylo ve věkovém rozmezí 24-29 let, 6 a 14% ve věkové kategorii 30-39 let, 11% za obě skupiny ve věkové kategorii 40-49 let a 14 a 11% v kategorii 50-59 let. Viz tab. 2 a obr. 2.

Otázka číslo 2. Jakého jste pohlaví?

Tab. 3 Pohlaví respondentů

<i>pohlaví</i>	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	<i>ni</i>	<i>fi (%)</i>	<i>ni</i>	<i>fi (%)</i>
Muži	20	57	14	40
Ženy	15	43	21	60
n	35	100	35	100



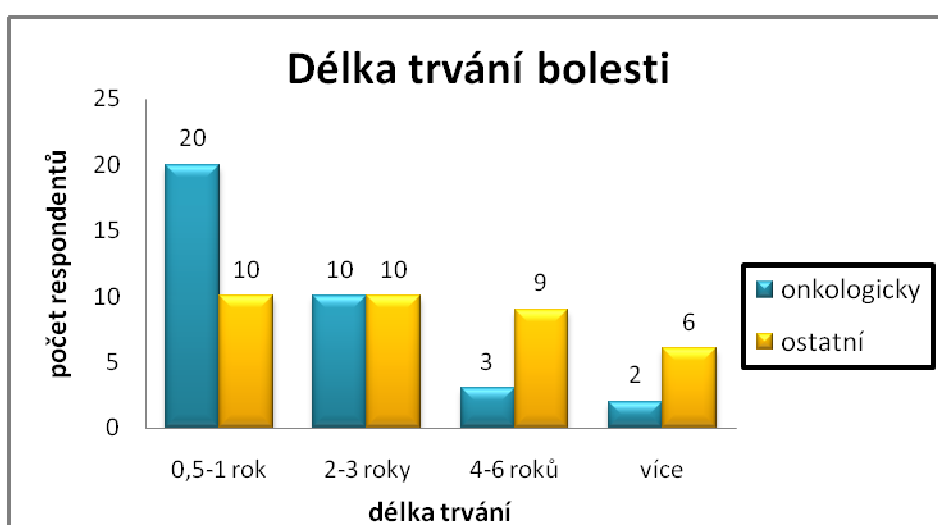
Obr. 3 Graf rozdělení dle pohlaví respondentů

Za každou skupinu se zúčastnilo 35 respondentů. Z toho bylo za onkologicky nemocné 57% mužů a 43% žen. Za neonkologicky nemocné bylo 40% mužů a 60% žen. Viz tab. 3 a obr. 3.

Otázka číslo 3. Jak dlouho již trpíte bolestí?

Tab. 4 Délka trvání bolesti

<i>délka trvání bolesti</i>	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
<i>0,5-1 rok</i>	20	57	10	29
<i>2-3 roky</i>	10	29	10	29
<i>4-6 roků</i>	3	9	9	26
<i>více</i>	2	6	6	17
<i>n</i>	35	100	35	100



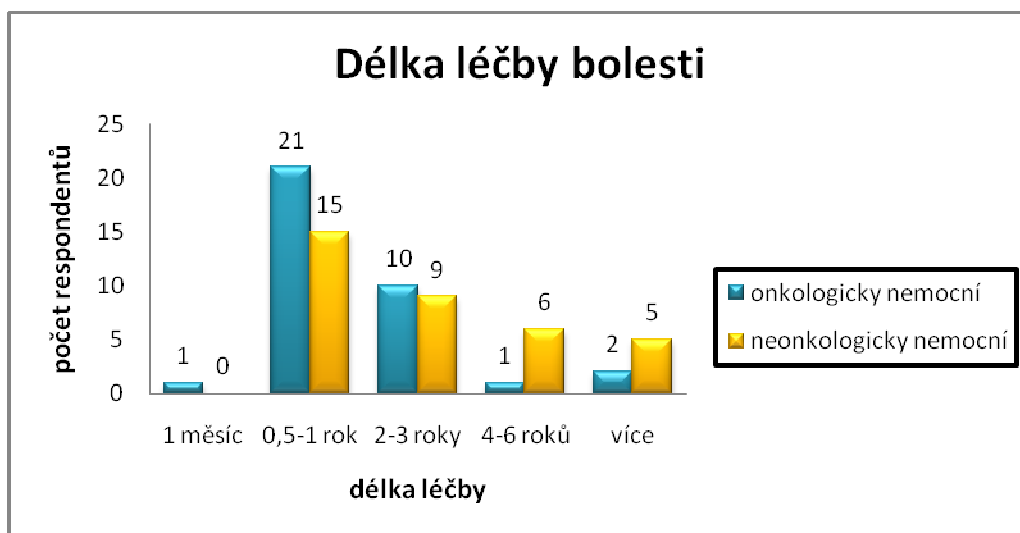
Obr. 4 Graf délky trvání bolesti

Délka trvání bolesti, kterou onkologicky nemocní trpěli, byla v 57% 0,5-1 rok, v 29% 2-3 roky, v 9% 4-6 let a 6% respondentů prožívalo bolest více let. U neonkologicky nemocných je délka bolesti u kategorie 0,5-1 rok a 2-3 roky shodná 29%, 26% má bolesti 4-6 let a 17% má bolesti více roků. Viz tab. 4 a obr. 4.

Otázka číslo 4. Jak dlouho se léčíte s bolestí?

Tab. 5 Délka léčby bolesti

<i>délka léčby bolesti</i>	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
1 měsíc	1	3	0	0
0,5-1 rok	21	60	15	43
2-3 roky	10	29	9	26
4-6 roků	1	3	6	17
více	2	6	5	14
n	35	100	35	100



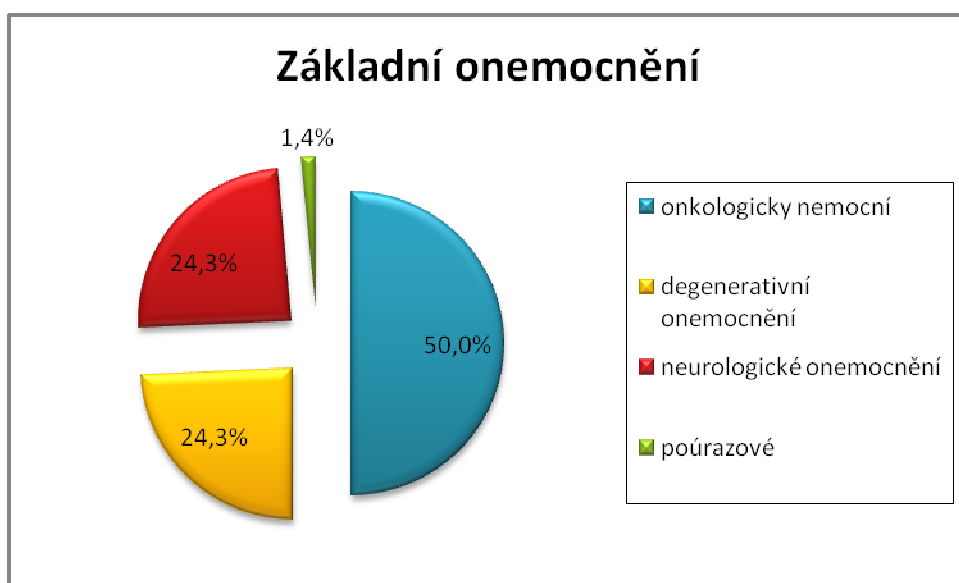
Obr. 5 Graf délky léčby bolesti

Délka léčby bolesti u onkologicky nemocných je 1 měsíc u 3% respondentů, v 60% je délka 0,5-1 rok, v 29% je 2-3 roky u 3% 4-6 let a 6% respondentů se léčí déle jak 6 let. Neonkologicky nemocní se z 43% léčí 0,5-1 rok, 26% se léčí 2-3 roky, 17% se léčí 4-6 roků a 14% se léčí již více let. Délka léčby bolesti se liší od délky trvání bolesti. Viz tab. 5 a obr. 5.

Otázka číslo 5. V důsledku jakého onemocnění trpíte bolestí?

Tab. 6 Základní onemocnění

	n_i	f_i (%)
<i>onkologicky nemocní</i>	35	50
<i>degenerativní onemocnění</i>	17	24
<i>neurologické onemocnění</i>	17	24
<i>poúrazové</i>	1	1
n	70	100



Obr. 6 Graf základního onemocnění

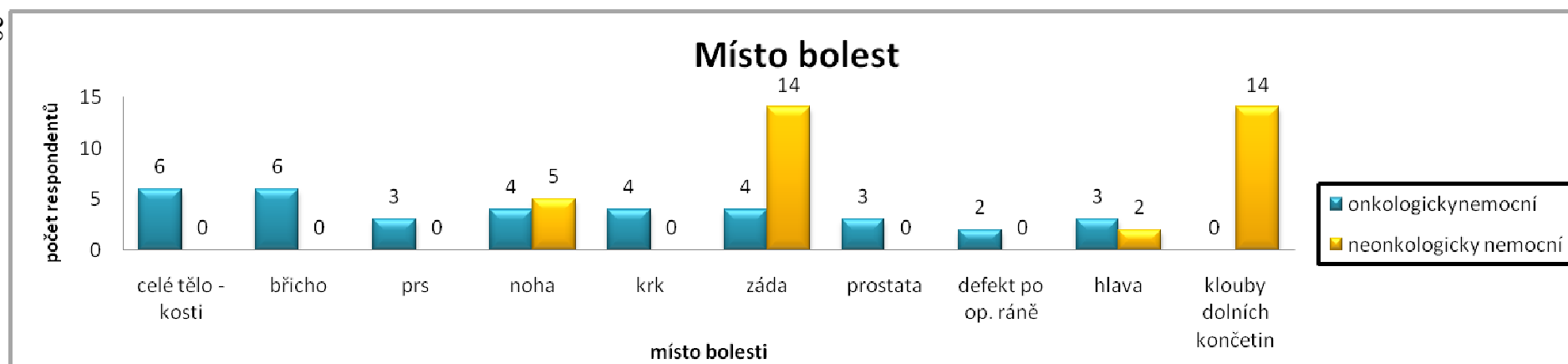
Dotazník vyplnilo celkem 70 respondentů. 50% má základní onemocnění onkologické. 24% respondentů trpí degenerativním onemocněním, stejně tak neurologickým onemocněním. A necelé 2% trpí bolestí poúrazově. Viz tab. 6 a obr. 6.

Otázka číslo 6. Co Vás bolí?

Tab. 7 Místo bolesti

	<i>celé tělo - kosti</i>		<i>břicho</i>		<i>prs</i>		<i>noha</i>		<i>krk</i>		<i>záda</i>		<i>prostata</i>		<i>defekt po op. ráně</i>		<i>hlava</i>		<i>klouby dolních končetin</i>		<i>n</i>	
	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>		
<i>onkologicky nemocní</i>	6	17	6	17	3	9	4	11	4	11	4	11	3	9	2	6	3	9	0	0	35	100%
<i>neonkologicky nemocní</i>	0	0	0	0	0	0	5	14	0	0	14	40	0	0	0	0	2	6	14	40	35	100%

29



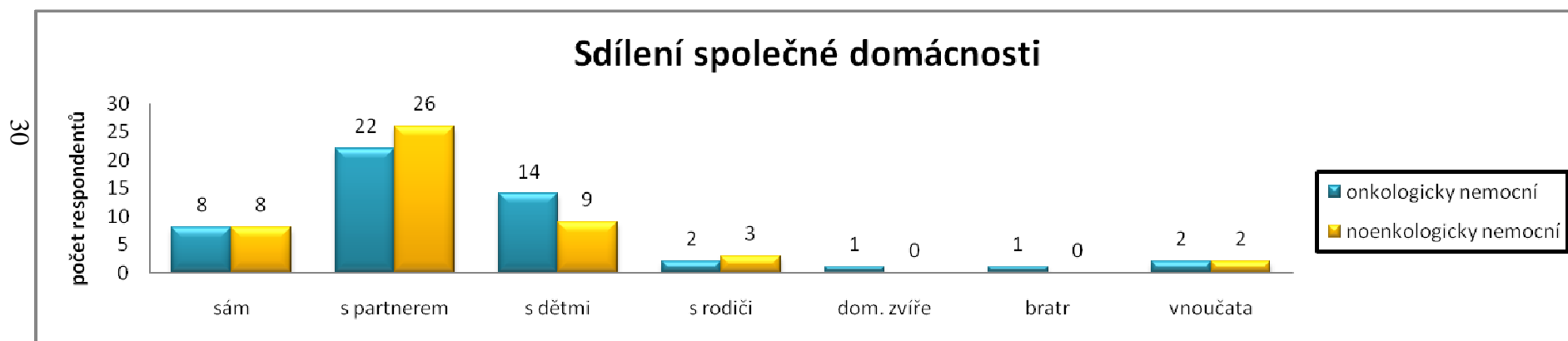
Obr. 7 Graf místa bolesti

Respondenti s onkologickým onemocněním nejčastěji trpí bolestmi celého těla, kostí a břicha a to v 17%, druhou nejčastější lokalitou bolestí jsou záda, krk, a noha a to v 11%. Dalšími místy výskytu bolestí je prs, prostata, defekt po operační ráně a hlava. U neonkologicky nemocných se bolest nejčastěji vyskytuje v zádech a kloubech dolních končetin a to v 40%. V 14% je to celá noha a v 6% je to hlava. Viz tab. 7 a obr. 7.

Otázka číslo 7. S kým žijete ve společné domácnosti?

Tab. 8 Sdílení společné domácnosti

	<i>sám</i>		<i>s partnerem</i>		<i>s dětmi</i>		<i>s rodiči</i>		<i>dom. zvíře</i>		<i>bratr</i>		<i>vnučata</i>		n	
	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>		
onkologicky nemocní	8	23	22	63	14	40	2	6	1	3	1	3	2	6	35	100%
neonkologicky nemocní	8	23	26	74	9	26	3	9	0	0	0	0	2	6	35	100%



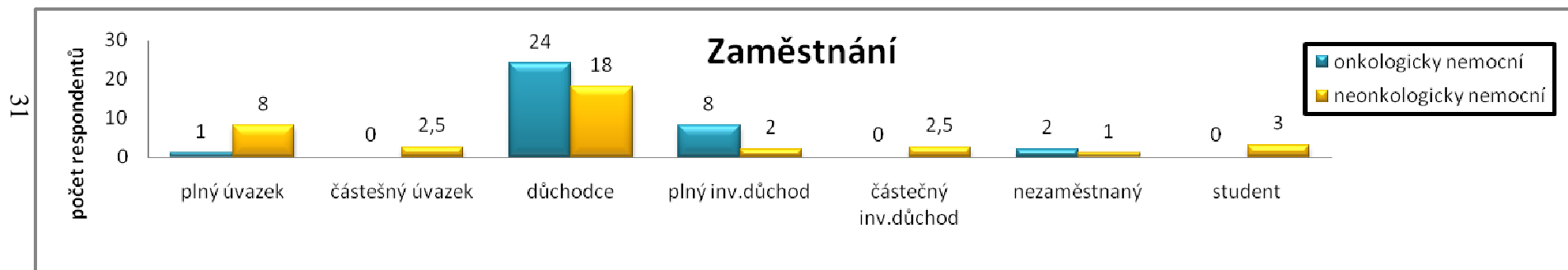
Obr. 8 Graf sdílení společné domácnosti

Respondenti na tuto otázku mohli vybrat více odpovědí. Dotazovaní svou domácnost nejčastěji sdílí s partnerem a to onkologicky nemocní z 63% a neonkologicky nemocní z 74%. Obě skupiny poté mají stejné zastoupení respondentů, kteří žijí sami a to 23%. S dětmi žije 40% onkologicky nemocných a 26% neonkologicky nemocných. 6% onkologicky nemocných a 9% neonkologicky nemocných sdílí svou domácnost s rodiči. Někteří sdílí svou domácnost s vnučaty, domácím zvířetem a bratrem. Viz tab. 8 a obr. 8.

Otázka číslo 8. Vaše zaměstnání.

Tab. 9 Zaměstnání

	<i>plný úvazek</i>		<i>částečný úvazek</i>		<i>důchodce</i>		<i>plný inv. důchod</i>		<i>částečný inv. důchod</i>		<i>nezaměstnaný</i>		<i>student</i>		<i>n</i>	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
<i>onkologicky nemocní</i>	1	3	0	0	24	69	8	23	0	0	2	6	0	0	35	100%
<i>neonkologicky nemocní</i>	8	23	2,5	7	18	51	2	6	2,5	7	1	3	3	9	35	100%



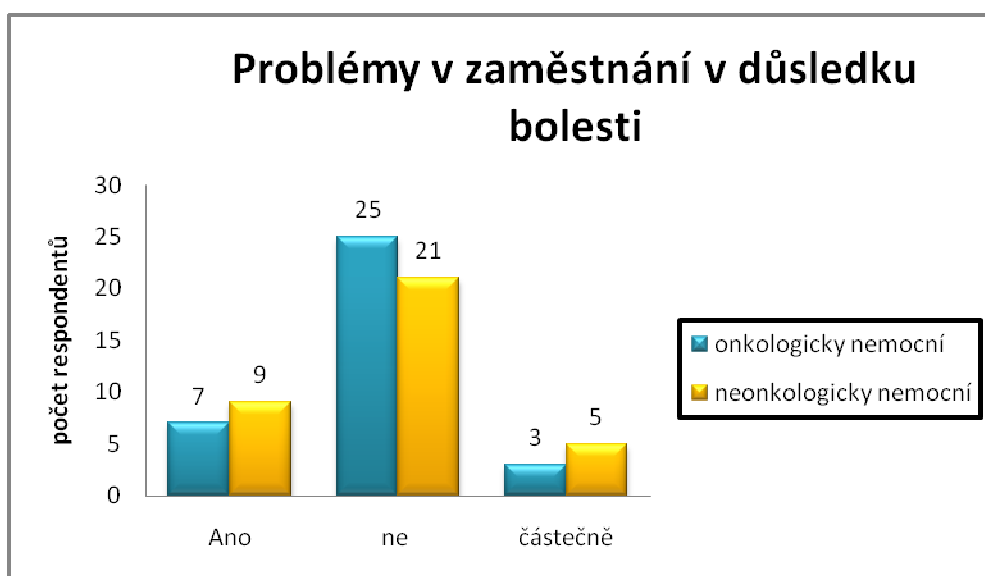
Obr. 9 Graf zaměstnání

69% dotazovaných s onkologickým onemocněním a 51% s neonkologickým onemocněním je již v důchodu. 23% onkologicky nemocných a 6% neonkologicky nemocných je v plném invalidním důchodu a 7% neonkologicky nemocných je v částečném invalidním důchodu, s čímž souvisí částečný úvazek v zaměstnání, ten zastupuje též 7% neonkologicky nemocných, jeden z dotazovaných odpověděl, že má uznáný částečný invalidní důchod a zároveň pracuje na částečný úvazek, proto je n_i 2,5. Na plný úvazek pracují 3% onkologicky nemocných a 23% neonkologicky nemocných. 6% onkologicky nemocných a 3% neonkologicky nemocných je nezaměstnaných. 9% neonkologicky nemocných je studentem. Viz tab. 9 a obr. 9.

Otázka číslo 9. Máte problémy v zaměstnání v důsledku bolesti?

Tab. 10 Problémy v zaměstnání v důsledku bolesti

	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
<i>Ano</i>	7	20	9	26
<i>Ne</i>	25	71	21	60
<i>částečně</i>	3	9	5	14
<i>n</i>	35	100	35	100



Obr. 10 Graf problémů v zaměstnání v důsledku bolesti

Problémy v zaměstnání má více neonkologicky nemocných a to 26%, 14% má problémy v zaměstnání jen částečně a 60% problémy v zaměstnání neudává. Onkologicky nemocní mají problémy v zaměstnání v důsledku bolesti z 20%, 9% udává problémy v zaměstnání jen částečně a 71% respondentů problémy v zaměstnání nemají. Mělo by se zde však vzít v potaz množství důchodců, kteří nepracují a tím nemají problém v zaměstnání, onkologicky nemocných důchodců je 69% a neonkologicky nemocných důchodců je 51%. Někteří lidé v důchodovém věku, kteří bolestmi trpěli již před nástupem do důchodu, uvádějí, že měli v zaměstnání problémy v důsledku bolesti. Viz tab. 10 a obr. 10.

Otázka číslo 10. Navštívil/a jste psychologa?

Tab. 11 Návštěva u psychologa

	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
<i>ano</i>	8	23	1	3
<i>ne</i>	27	77	34	97
<i>n</i>	35	100	35	100



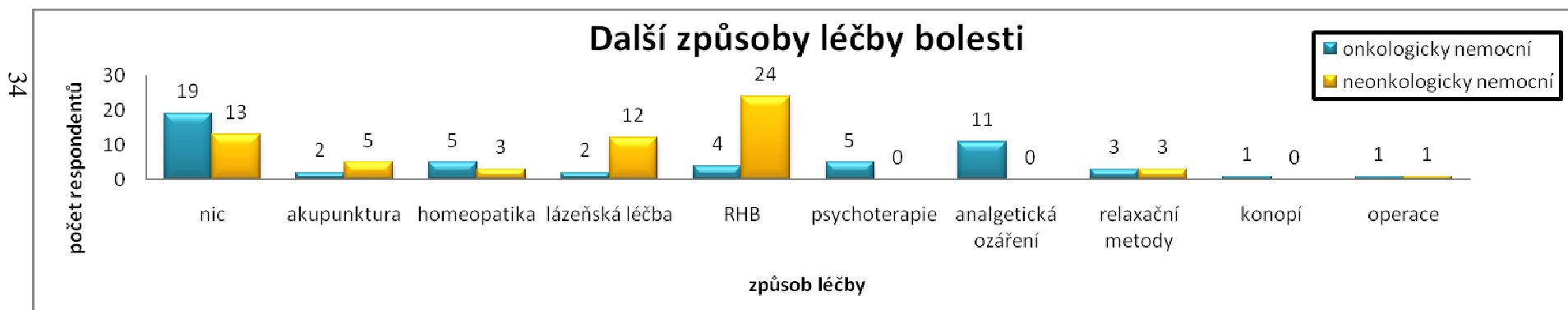
Obr 11. Graf návštěvnosti u psychologa

Služby psychologa využilo 23% onkologicky nemocných a 3% neonkologicky nemocných. 77% onkologicky nemocných a 97% neonkologicky nemocných služby psychologa nevyužilo. Viz tab. 11 a obr. 11.

Otázka číslo 11. Použil/a jste kromě léků jinou léčbu?

Tab. 12 Využití dalších způsobů léčby bolesti

	nic		akupunktura		homeopatie		lázeňská léčba		RHB		psychoterapie		Analgetická ozáření		relaxační metody		konopí		operace		n	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
onkologicky nemocní	19	54	2	6	5	14	2	6	4	11	5	14	11	31	3	9	1	3	1	3	35	100%
neonkologicky nemocní	13	37	5	14	3	9	12	34	24	69	0	0	0	0	3	9	0	0	1	3	35	100%



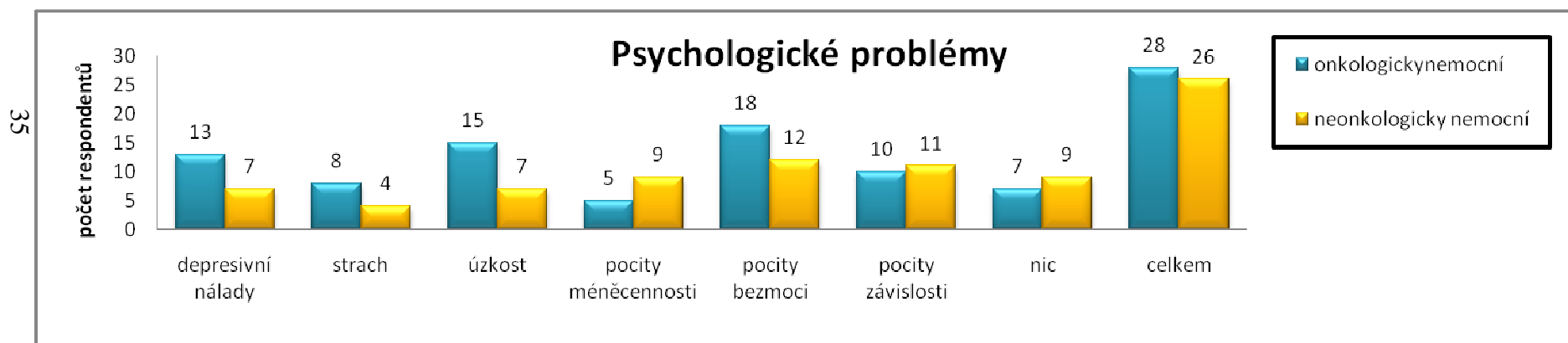
Obr. 12 Graf využití dalších způsobů léčby bolesti

Respondenti udávali více odpovědí. Onkologicky nemocní z 54% nevyužili žádných jiných způsobů léčby bolesti, 31% z nich využilo analgetické ozáření, psychoterapii využilo 14%, homeopatie vyzkoušelo také 14%. Dalšími využívanými metodami byla akupunktura, lázeňská léčba, RHB, relaxační metody, operativní řešení, ale také konopí. Neonkologicky nemocní nejvíce využívají RHB a to z 69%, 37% nevyužilo žádné jiné léčby. U neonkologicky nemocných je RHB často součástí léčby. Lázeňskou léčbu využilo 34%, 14% využilo akupunktury. Dále respondenti s neonkologickým onemocněním využívají homeopatie, relaxační metody a operativní řešení. Viz tab. 12 a obr. 12.

Otázka číslo 12. Trpíte někdy stavy:

Tab. 13 Psychické problémy

	<i>depresivní nálady</i>		<i>strach</i>		<i>úzkost</i>		<i>pocity méněcennosti</i>		<i>pocity bezmoci</i>		<i>pocity závislosti</i>		<i>nic</i>		<i>celkem</i>		<i>n</i>	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)	<i>n_i</i>	<i>f_i</i> (%)		
<i>Onkologicky nemocní</i>	13	37	8	23	15	43	5	14	18	51	10	29	7	20	28	80	35	100%
<i>Neonkologicky nemocní</i>	7	20	4	11	7	20	9	26	12	34	11	31	9	26	26	74	35	100%



Obr. 13 Graf psychologických problémů

Respondenti mohli vybrat více odpovědí. Onkologicky nemocní nejčastěji trpí pocity bezmoci a to 51% respondentů, druhým nejčastějším problémem je úzkost, tou trpí 43%, dále z 37% depresivní nálady, 29% prožívá pocity závislosti, 23% má strach, 14% mívá pocity méněcennosti. Z 35 respondentů má psychické problémy 80%, 20% problémy neudává. Neonkologicky nemocní trpí nejčastěji pocity bezmoci a to 34%, 31% má pocity závislosti, 26% má pocity méněcennosti, 20% respondentů trpí úzkostí, stejný počet má depresivní nálady, 11% má strach. Z 35 respondentů má psychické problémy 74%, 26% problémy neudává. Viz tab. 13 a obr. 13.

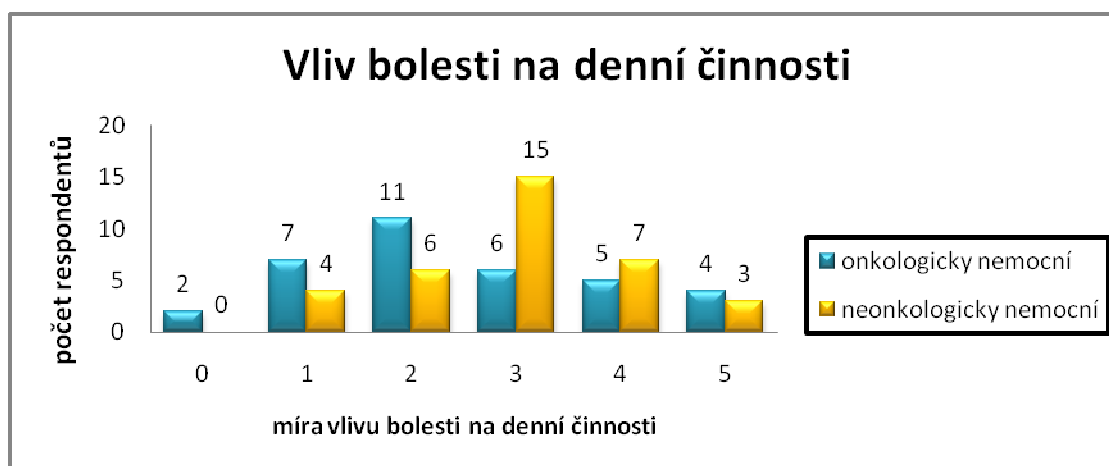
Otázka číslo 13. Jak Vás bolest ovlivňuje při denních činnostech?

Tab. 14 Interference intenzity bolesti s denními aktivitami

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

Tab. 15 Vliv bolesti na denní činnosti

<i>míra vlivu bolesti</i>	<i>onkologicky nemocní</i>		<i>neonkologicky nemocní</i>	
	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i (%)</i>
0	2	6	0	0
1	7	20	4	11
2	11	31	6	17
3	6	17	15	43
4	5	14	7	20
5	4	11	3	9
<i>n</i>	35	100	35	100



Obr. 14 Graf vlivu bolesti na denní činnosti

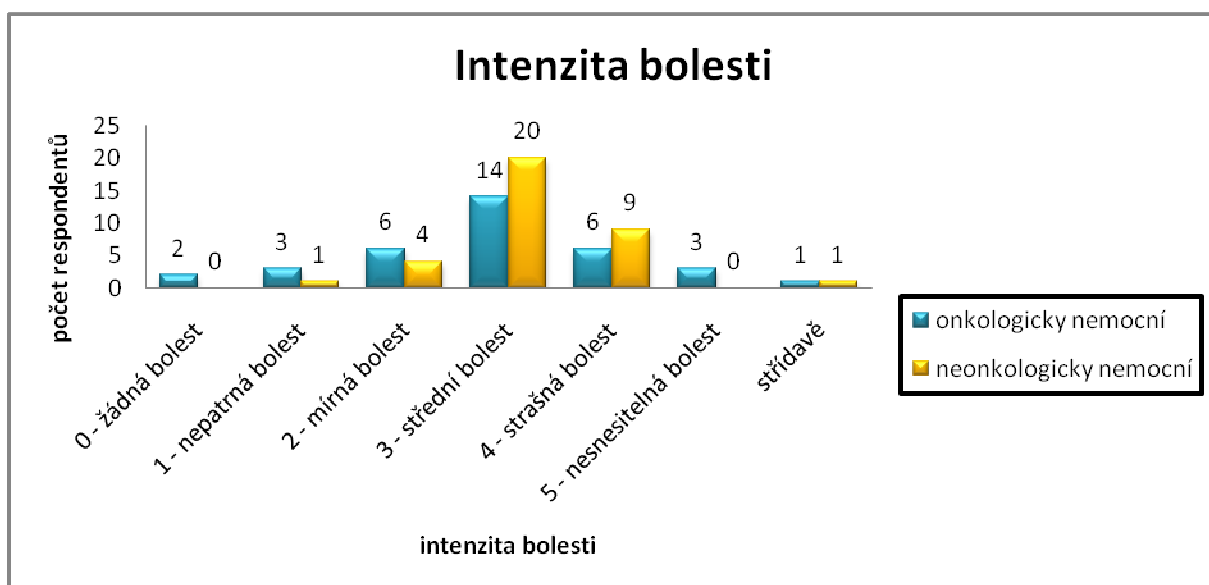
Onkologicky nemocné ovlivňuje bolest v denních činnostech z 20% tak, že se dá na bolest při denních činnostech zapomenout, z 31% tak, že bolesti mají, ale denní činnosti vykonávají bez chyb, 17% respondentů bolesti má tak silné, že denní činnosti vykonávají s obtížemi a chybami, 14% má bolesti a denní činnosti jsou vykonávány jen s nejvyšším úsilím, 11% respondentů má bolesti tak silné, že je potřeba vyhledat úlevovou polohu nebo klidovou pozici. 6% onkologicky nemocných je bez bolestí, mají ji pod kontrolou.

Neonkologicky nemocné ovlivňuje bolest v denních činnostech z 11% tak, že se dá na bolest při denních činnostech zapomenout, z 17% tak, že bolesti mají, ale denní činnosti vykonávají bez chyb, 43% respondentů bolesti má tak silné, že denní činnosti vykonávají s obtížemi a chybami, 20% má bolesti a denní činnosti jsou vykonávány jen s nejvyšším úsilím, 9% respondentů má bolesti tak silné, že je potřeba vyhledat úlevovou polohu nebo klidovou pozici. Viz tab. 14, 15 obr. 14.

Otázka číslo 14. Intenzita bolesti:

Tab. 16 Intenzita bolesti

Intenzita bolesti	onkologicky nemocní		neonkologicky nemocní	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
0 - žádná bolest	2	6	0	0
1 - nepatrná bolest	3	9	1	3
2 - mírná bolest	6	17	4	11
3 - střední bolest	14	40	20	57
4 - strašná bolest	6	17	9	26
5 - nesnesitelná bolest	3	9	0	0
střídavě	1	3	1	3
n	35	100%	35	100%



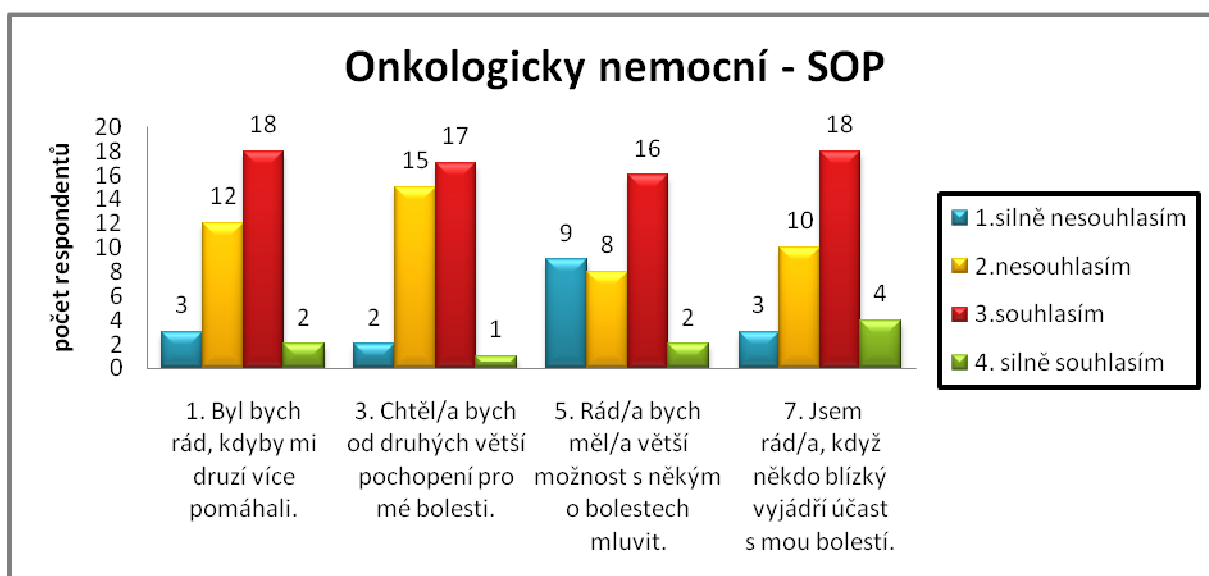
Obr. 15 Graf intenzity bolesti

6% onkologicky nemocných udává, že nemají žádnou bolest. Tato odpověď mě velice překvapila, myslela jsem si, že respondentů, kteří mají kvalitně léčené bolesti, bude větší množství. 9% udává bolest nepatrnou, 17% bolest mírnou, nejvíce respondentů, 40%, udává bolest střední, 17% má strašné bolesti, 9% má bolesti nesnesitelné a u 3% respondentů je bolest střídavá. U neonkologicky nemocných jsou u 3% bolesti nepatrné, 11% bolesti mírné, 57% má bolesti střední, 26% má bolesti strašné. Nesnesitelnými bolestmi z této skupiny nikdo netrpí. 3% respondentů mají bolesti střídavé. Viz tab. 16 a obr. 15.

Otázka číslo 15. Dotazník sociálního copingu chronické bolesti

Tab. 17.1 Sociální opora požadovaná u onkologicky nemocných, přehled.

onkologicky nemocní - SOP	1. Byl/a bych rád/a, kdyby mi druzí více pomáhali.		3. Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.		5. Rád/a bych měl/a větší možnost s někým o bolestech mluvit.		7. Jsem rád/a, když někdo blízký vyjádří účast s mou bolestí.	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	3	9	2	6	9	26	3	9
2. nesouhlasím	12	34	15	43	8	23	10	29
3. souhlasím	18	51	17	49	16	46	18	51
4. silně souhlasím	2	6	1	3	2	6	4	11
n	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%

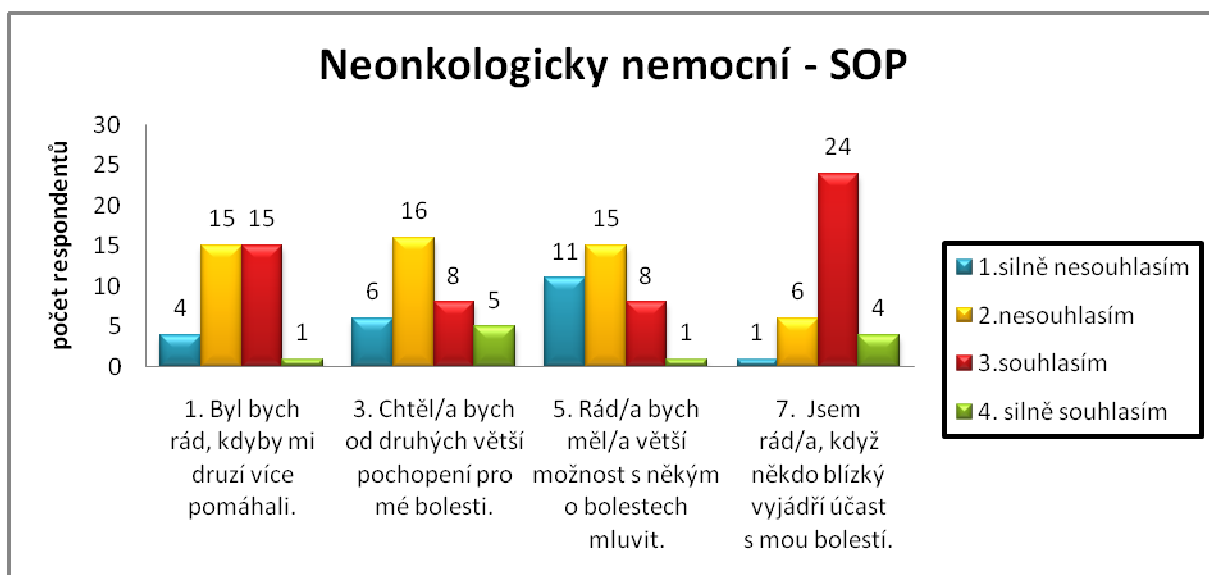


Obr. 16.1 Graf přehledu sociální opory požadované u onkologicky nemocných

Na první otázku v tomto dotazníku, zda by byli respondenti rádi, kdyby jim druzí více pomáhali, odpovídali onkologicky nemocní takto: 9% silně nesouhlasilo, 34% nesouhlasilo, 51% souhlasilo a 6% silně souhlasilo. Na třetí otázku, zda by chtěli od druhých větší pochopení pro mé bolesti, odpovídali respondenti takto: 6% silně nesouhlasí, 43% nesouhlasí, 49% souhlasí a 3% silně souhlasí. Na pátou otázku, zda by měli větší možnost s někým o bolestech mluvit, odpovídali respondenti takto: 26% silně nesouhlasilo, 23% nesouhlasilo, 46% souhlasilo a 6% silně souhlasilo. Na sedmou otázku, zda jsou respondenti rádi, když někdo blízký vyjádří účast s jeho bolestí, odpovídali respondenti takto: 9% silně nesouhlasilo, 29% nesouhlasilo, 51% souhlasilo a 11% silně souhlasilo. SOP je u této skupiny respondentů vysoká. Více jak 50% tuto oporu požaduje. Viz tab. 17.1 a obr. 16.1.

Tab. 17.2 Sociální opora požadovaná u neoncologicky nemocných, přehled.

neoncologicky nemocní - SOP	1. Byl/a bych rád/a, kdyby mi druzí více pomáhali.		3. Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.		5. Rád/a bych měl/a větší možnost s někým o bolestech mluvit.		7. Jsem rád/a, když někdo blízký vyjádří účast s mou bolestí.	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	4	11	6	17	11	31	1	3
2. nesouhlasím	15	43	16	46	15	43	6	17
3. souhlasím	15	43	8	23	8	23	24	69
4. silně souhlasím	1	3	5	14	1	3	4	11
n	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%



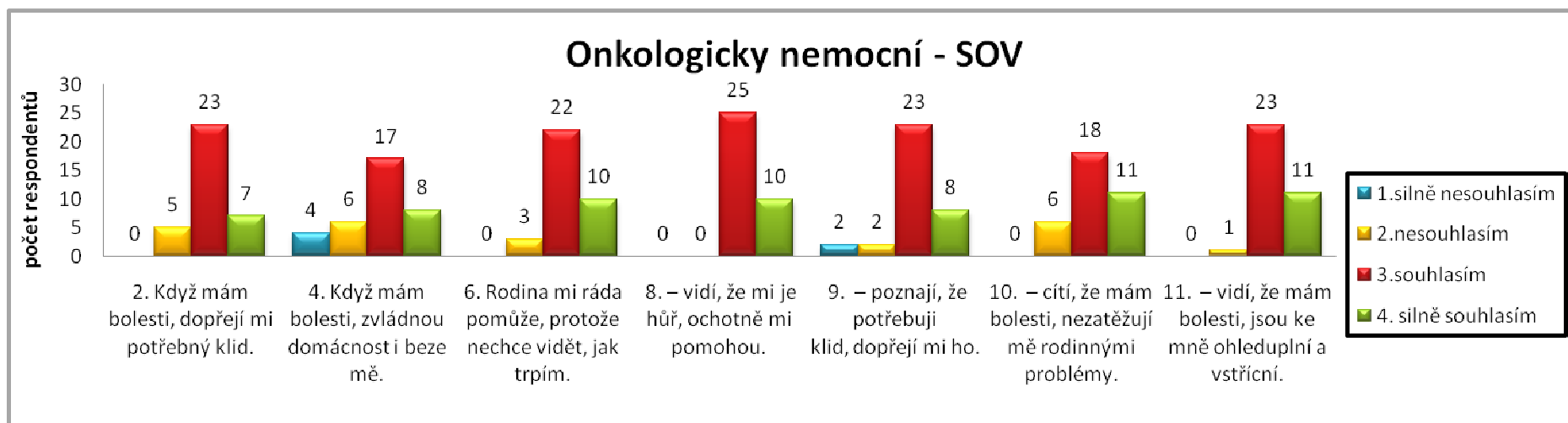
Obr. 16.2 Graf přehledu sociální opory požadované u neoncologicky nemocných

Na první otázku v tomto dotazníku, zda by byli respondenti rádi, kdyby jim druzí více pomáhali, odpovídali neoncologicky nemocní takto: 11% silně nesouhlasilo, 43% nesouhlasilo, 43% souhlasilo a 14% silně souhlasilo. Na třetí otázku, zda by chtěli od druhých větší pochopení pro mé bolesti, odpovídali respondenti takto: 17% silně nesouhlasí, 46% nesouhlasí, 23% souhlasí a 14% silně souhlasí. Na pátou otázku, zda by měli větší možnost s někým o bolestech mluvit, odpovídali respondenti takto: 31% silně nesouhlasilo, 43% nesouhlasilo, 23% souhlasilo a 3% silně souhlasilo. Na sedmou otázku, zda jsou respondenti rádi, když někdo blízký vyjádří účast s jeho bolestí, odpovídali respondenti takto: 3% silně nesouhlasilo, 17% nesouhlasilo, 69% souhlasilo a 11% silně souhlasilo. SOP je u této skupiny znatelně nižší než u předchozí skupiny respondentů. Dotazovaní nevyžadují tuto oporu, a to ve více jak v 50%. Výjimkou je otázka číslo 7. Viz tab. 17.2 a obr. 16.2.

Tab. 18.1 Sociální opora vnímaná u onkologicky nemocných, přehled.

onkologicky nemocní - SOV	2. Když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid.		4. Když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě.		6. Rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím.		8. – vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou.		9. – poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho.		10. – cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.		11. – vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní.	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	0	0	4	11	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0
2. nesouhlasím	5	14	6	17	3	9	0	0	2	6	6	17	1	3
3. souhlasím	23	66	17	49	22	63	25	71	23	66	18	51	23	66
4. silně souhlasím	7	20	8	23	10	29	10	29	8	23	11	31	11	31
<i>n</i>	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100

14



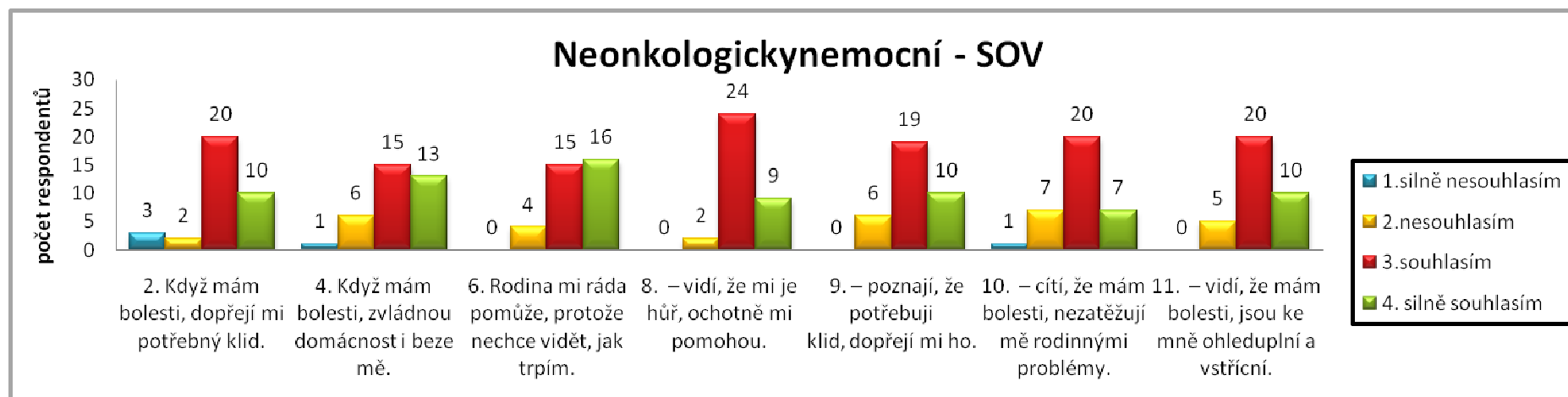
Obr. 17.1 Graf přehledu sociální opory vnímané u onkologicky nemocných

Na druhou otázku, když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid, odpovídali onkologicky nemocní takto: 14% nesouhlasilo, 66% souhlasilo a 20% silně souhlasilo. Na čtvrtou otázku, když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě, odpovídali respondenti takto: 11% silně nesouhlasí, 17% nesouhlasí, 49% souhlasí a 23% silně souhlasí. Na šestou otázku, rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím, odpovídali respondenti takto: 9% nesouhlasilo, 63% souhlasilo a 29% silně souhlasilo. Na osmou otázku, když blízcí vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou, odpovídali respondenti takto: 71% souhlasilo a 29% silně souhlasilo. Na devátou otázku, když blízcí poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho, odpovídali respondenti takto: 6% silně nesouhlasilo, stejný počet nesouhlasil, 66% souhlasil a 23% silně souhlasil. Na desátou otázku, když blízcí cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy, respondenti odpovídali takto: 17% nesouhlasí, 51% souhlasí a 31% silně souhlasí. Na jedenáctou otázku, když blízcí vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní, odpovídali respondenti takto: 3% nesouhlasí, 66% souhlasí a 31% silně souhlasí. Viz tab. 18.1 a obr. 17.1

Tab. 18.2 Sociální opora vnímaná u neonkologicky nemocných, přehled.

neonkologicky nemocní - SOV	2. Když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid.		4. Když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě.		6. Rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím.		8. – vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou.		9. – poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho.		10. – cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.		11. – vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní.	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	3	9	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
2. nesouhlasím	2	6	6	17	4	11	2	6	6	17	7	20	5	14
3. souhlasím	20	57	15	43	15	43	24	69	19	54	20	57	20	57
4. silně souhlasím	10	29	13	37	16	46	9	26	10	29	7	20	10	29
n	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100

43



Obr. 17.2 Graf přehledu sociální opory vnímané u neonkologicky nemocných

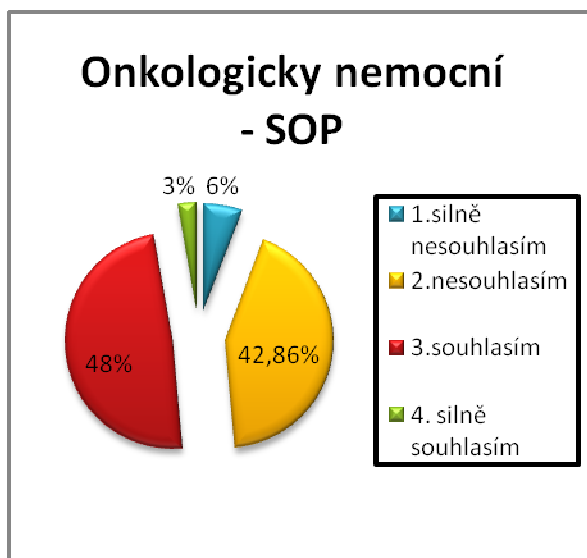
Na druhou otázku, když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid, odpovídali neoncologicky nemocní takto: 9% silně nesouhlasilo, 6% nesouhlasilo, 57% souhlasilo a 29% silně souhlasilo. Na čtvrtou otázku, když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě, odpovídali respondenti takto: 3% silně nesouhlasí, 17% nesouhlasí, 43% souhlasí a 37% silně souhlasí. Na šestou otázku, rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím, odpovídali respondenti takto: 11% nesouhlasilo, 43% souhlasilo a 46% silně souhlasilo. Na osmou otázku, když blízcí vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou, odpovídali respondenti takto: 6% nesouhlasilo, 69% souhlasilo a 26% silně souhlasilo. Na devátou otázku, když blízcí poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho, odpovídali respondenti takto: 17% nesouhlasil, 54% souhlasil a 29% silně souhlasil. Na desátou otázku, když blízcí cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy, respondenti odpovídali takto: 3% silně nesouhlasí, 20% nesouhlasí, 57% souhlasí a 20% silně souhlasí. Na jedenáctou otázku, když blízcí vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní, odpovídali respondenti takto: 14% nesouhlasí, 57% souhlasí a 29% silně souhlasí. Viz tab. 18.2 a obr. 17.2.

Tab. 19.1 Sociální opora požadovaná u onkologicky nemocných. (otázka č. 3)

<i>onkologicky nemocní - SOP</i>	<i>Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.</i>	
	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	2	6
2. nesouhlasím	15	43
3. souhlasím	17	48
4. silně souhlasím	1	3
<i>n</i>	35	100

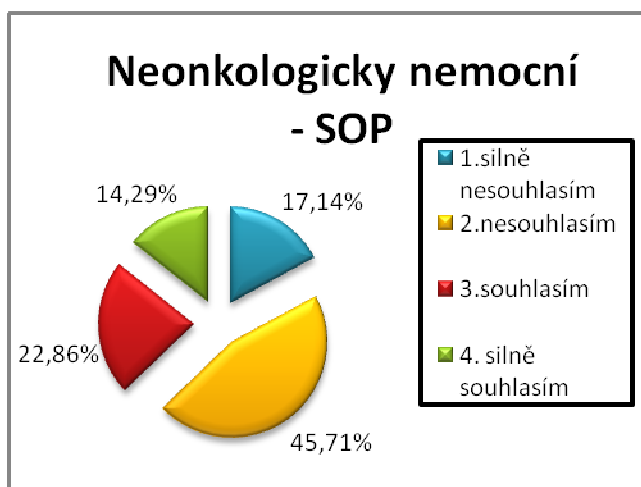
Tab. 19.2 Sociální opora požadovaná u neonkologicky nemocných. (otázka č. 3)

<i>neonkologicky nemocní - SOP</i>	<i>Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.</i>	
	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	6	17
2. nesouhlasím	16	46
3. souhlasím	8	23
4. silně souhlasím	5	14
<i>n</i>	35	100



Obr. 18.1 Graf Sociální opory požadované u onkologicky nemocných. (otázka č. 3)

Onkologicky nemocní s touto otázkou z 6% silně nesouhlasili, z 43% nesouhlasili, z 48% souhlasili a 3% silně souhlasili. 51% respondentů by tedy chtělo od druhých větší pochopení pro jejich bolesti a 49% nepožaduje větší pochopení. Viz tab. 19.1 a obr. 18.1.



Obr. 18.2 Graf Sociální opory požadované u onkologicky nemocných. (otázka č. 3)

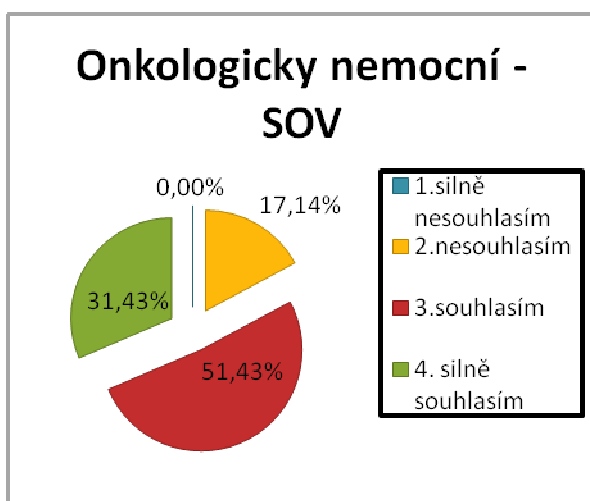
Neonkologicky nemocní s touto otázkou z 17% silně nesouhlasili, z 46% nesouhlasili, z 23% souhlasili a 14% silně souhlasili. 37% respondentů by tedy chtělo od druhých větší pochopení pro jejich bolesti a 63% nepožaduje větší pochopení. Viz tab. 19.2 a obr. 18.2.

Tab. 20.1 Sociální opora vnímaná u onkologicky nemocných. (otázka č. 10)

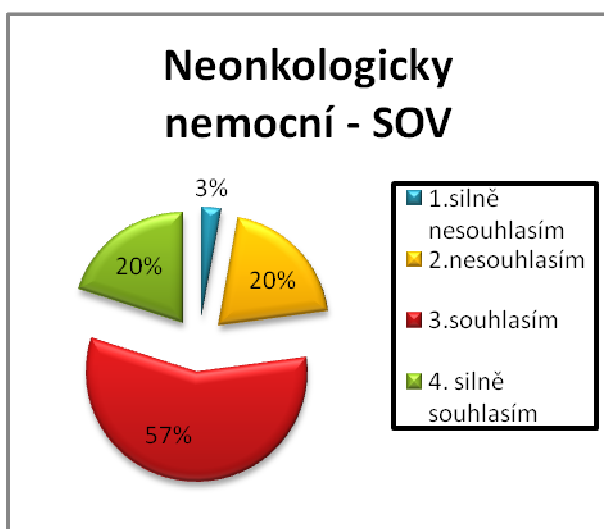
onkologicky nemocní - SOV	– cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.	
	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	0	0
2. nesouhlasím	6	17
3. souhlasím	18	51
4. silně souhlasím	11	31
n	35	100

Tab. 20.2 Sociální opora vnímaná u neonkologicky nemocných. (otázka č. 10)

neonkologicky nemocní - SOV	– cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.	
	n_i	f_i (%)
1. silně nesouhlasím	1	3
2. nesouhlasím	7	20
3. souhlasím	20	57
4. silně souhlasím	7	20
n	35	100



Obr. 19.1 Graf sociální opory vnímané u



Obr. 19.2 Graf sociální opory vnímané u neonkologicky nemocných. (otázka č. 10)

Onkologicky nemocní s touto otázkou z 17% nesouhlasili, z 51% souhlasili a 31% silně souhlasilo. 83% respondentů vnímá, že blízcí je nezatěžují rodinnými problémy, když mají bolesti, a 17% toto tvrzení nevnímá. Viz tab. 20.1 a obr. 19.1.

onkologicky nemocných. (otázka č. 10)

Neonkologicky nemocní s touto otázkou z 3% silně nesouhlasili, z 20% nesouhlasili, z 57% souhlasili a 20% silně souhlasilo. 77% respondentů vnímá, že blízcí je nezatěžují rodinnými problémy, když mají bolesti, a 23% toto tvrzení nevnímá. Viz tab. 20.2 a obr. 19.2.

5 Diskuze

Respondenti v tomto dotazníku mohli v některých otázkách uvést více možností, proto celkový součet relativní četnosti je vyšší než 100.

Výzkumný vzorek tvořilo 50% onkologicky nemocných a 50% neonkologicky nemocných, 49% mužů a 51% žen. Nejpočetnější věková skupina byla od 60-69 let, respondenti byli ve věkovém rozmezí 24-75 let.

Zajímavé výsledky také přináší porovnání otázek týkajících se délky trvání a délky léčby bolesti. Domnívala jsem se, že nijak velké rozdíly tyto otázky nepřinesou. Myslela jsem si, že pokud někoho něco bolí, navštíví lékaře co nejdříve. Výsledky však ukazují na mnohem kratší dobu léčby než délku trvání bolesti. Výsledky těchto otázek naleznete na str. 27 a 28.

Lokalita bolesti se liší na podkladě základního onemocnění. Neonkologicky nemocné nečastěji bolí záda, klouby dolních končetin (kyčel, koleno a kotník), dále celá noha a hlava. Onkologicky nemocní mají větší rozmanitost lokality bolesti, nejčastěji si tito nemocní stěžují na bolesti břicha, celého těla a kostí, nohou, zad a krku. Místo bolesti má vliv na její vnímání a další adaptaci na bolest.

Na vnímání bolesti má vliv také to, s kým nemocný sdílí společnou domácnost. Zda ji musí zvládnout sám, nebo zda se o domácnost postará někdo další, také to, zda se doma musí starat ještě o další členy rodiny, jako jsou děti či rodiče. Nejvíce respondentů sdílí svou domácnost s partnerem a s dětmi, 23% v obou skupinách žije samo. Dále nemocní žijí s rodiči, vnoučaty, vyskytla se také odpověď jako sourozenec či domácí zvíře.

Problematikou sociální opory respondentů s chronickou bolestí se zabývala poslední část dotazníku. Byl to standardizovaný Dotazník sociálního copingu chronické bolesti, který byl standardizovaný v pražské Motolské nemocnici (Centrum léčby a výzkumu bolestivých stavů) na vzorku 100 pacientů. Tento dotazník se skládá z 11 otázek. Otázky 1, 3, 5 a 7 se zabývají sociální oporou požadovanou (SOP), oporou, kterou respondenti očekávají od svých blízkých. Otázky 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 se zabývají sociální oporou vnímanou (SOV). Vyhodnocení dotazníku je provedeno rozdělením otázek na sociální oporu požadovanou a vnímanou. Na otázky respondent odpovídá, zda silně nesouhlasí, nesouhlasí, souhlasí a silně souhlasí. Oba typy nesouhlasů a souhlasů vyhodnocují společně. Přehled výsledků v absolutních hodnotách naleznete v příloze 2.

Výzkumný záměr číslo 1. Sociální opora vnímaná je silnější u onkologicky nemocných než u neonkologicky nemocných.

Na tento výzkumný záměr jsem usuzovala na základě onemocnění a znalostí o jednotlivých onemocněních a jejich závažnosti na psychiku člověka. Výzkumný záměr sleduji na základě otázek z DSCCB číslo 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 – jde o sledování opory vnímané.

Na otázku číslo 2 odpovědělo nesouhlasem shodně 14% onkologicky i neonkologicky nemocných a 86% odpovědělo souhlasem.

Na 4. otázku odpovědělo nesouhlasem 20% neonkologicky nemocných a 28% onkologicky nemocných, s touto otázkou souhlasilo 80% neonkologicky nemocných a 72% onkologicky nemocných.

Na 6. otázku nesouhlasem odpovědělo 11% neonkologicky nemocných a 8% onkologicky nemocných, souhlasilo 89% neonkologicky nemocných a 92% onkologicky nemocných.

Na 8. otázku nesouhlasem odpovídalo 6% neonkologicky nemocných a souhlasem 95% neonkologicky nemocných. Onkologicky nemocní jen souhlasili, je to tedy 100% odpovědí které souhlasilo s otázkou.

Na 9. otázku nesouhlasem odpovídalo 17% neonkologicky nemocných a 12% onkologicky nemocných, souhlasilo 83% neonkologicky nemocných a 88% onkologicky nemocných.

Na 10. otázku nesouhlasem odpovídalo 23% neonkologicky nemocných a 17% onkologicky nemocných, souhlasilo 77% neonkologicky nemocných a 83% onkologicky nemocných.

Na 11. otázku nesouhlasem odpovídalo 14% neonkologicky nemocných a 3% onkologicky nemocných, s touto otázkou souhlasilo 86% neonkologicky nemocných a 97% onkologicky nemocných.

Je zde patrné, že onkologicky nemocní procentuálně více vnímají sociální oporu blízkých. Z výsledku jasně vyplývá, že obě skupiny mají tuto oporu vysokou. Respondentů, kteří nevnímají sociální oporu blízkých, je téměř všude do 20%.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

Výzkumný záměr číslo 2. Sociální opora požadovaná je silnější u neonkologicky nemocných než u onkologicky nemocných.

I na tento výzkumný záměr jsem usuzovala na základě onemocnění a znalostí o jednotlivých onemocněních a jejich závažnosti na psychiku člověka. Odpověď na výzkumný záměr vychází z otázek 1, 3, 5, 7 – jedná se sledování sociální opory požadované.

Na 1. otázku nesouhlasem odpovídalo 54% neonkologicky nemocných a 43% onkologicky nemocných, s touto otázkou souhlasilo 46% neonkologicky nemocných a 57% onkologicky nemocných.

Na 3. otázku nesouhlasem odpovědělo 63% neonkologicky nemocných a 49% onkologicky nemocných, s tímto tvrzením souhlasilo 37% neonkologicky nemocných a 51% onkologicky nemocných.

Na 5. otázku nesouhlasem odpovědělo 74% neonkologicky nemocných a 49% onkologicky nemocných, souhlasilo 26% respondentů neonkologicky nemocných a 51% onkologicky nemocných. Tato otázka se týkala rozhovoru o bolestech. Velice mě překvapilo, že respondenti nechtějí o bolestech mluvit. Často si myslí, že se svou bolestí musí poprat sami. Často odmítají i rozhovor s lékařem. Myslí si, že jim již nenabídne jiné léky, které by jim od bolestí pomohly.

Na 7. otázku nesouhlasem odpovídalo 20% neonkologicky nemocných a 38% onkologicky nemocných, souhlasilo 80% respondentů neonkologicky nemocných a 62% onkologicky nemocných. Tato otázka jako jediná má rozdílné odpovědi z této skupiny. Vyplývá z ní, že většina respondentů je ráda, když někdo blízký vyjádří účast s jejich bolestí.

U neonkologicky nemocných je zřejmé, že pokud je SOV vysoká, sociální opora požadovaná se mění a to tak, že respondenti nevyžadují SOP. Onkologicky nemocní však i přes vysokou SOV mají vysokou i SOP. Je zde možné i jakési naučené bolestivé chování u neonkologicky nemocných, které jim přináší pozitivní zisk z bolesti. O tom můžeme však jen spekulovat.

Tento výzkumný záměr se mi tedy nepotvrdil.

Výzkumný záměr číslo 3. Bolest bude v denních činnostech více omezovat nemocné s neonkologickým onemocněním než nemocné s onkologickým onemocněním.

Na tento výzkumný záměr jsem usuzovala z problémů spojených s jednotlivým druhem onemocnění. Neonkologicky nemocní mívají nejčastěji onemocnění pohybového aparátu, naproti tomu onkologicky nemocní zas bývají velice unavení náročnou léčbou. Touto problematikou se zabývala především otázka č. 13, vliv bolesti na denní činnosti, částečně také otázka č. 9, problémy v zaměstnání v důsledku bolesti.

Třináctá otázka obsahuje stupnici interference intenzity bolesti s denními aktivitami, viz tab. 14. Odpovědi jsou zde číslovány od 0 do 5. Pro vyhodnocení jsem si tyto odpovědi rozdělila do dvou skupin tvrzení. První skupina je 0-2 tvrzení, tyto respondenti bolest vůbec

nemají nebo mají v určité intenzitě, ale denní činnosti vykonávají bez chyb. Druhá skupina je 3-5 tvrzení, tyto respondenti bolesti mají takové, že denní činnosti vykonávají s chybami, nebo jejich bolesti jsou tak silné, že vyhledávají úlevovou polohu nebo pomoc lékaře.

Na první skupinu tvrzení odpovědělo 28% neonkologicky nemocných a 57% onkologicky nemocných. Na druhou skupinu tvrzení odpovědělo 72% neonkologicky nemocných a 43% onkologicky nemocných

V deváté otázce odpovědělo 26% neonkologicky nemocných a 20% onkologicky nemocných, že mají problémy v zaměstnání. Problémy v zaměstnání popřelo 60% neonkologicky nemocných z toho však 51% v důchodu, problémy tedy popírá 9%. Částečné problémy v zaměstnání v důsledku bolesti má 14% neonkologicky nemocných. Z onkologicky nemocných 20% má problémy v zaměstnání v důsledku bolesti, 71% nemá, opět je ale 69% v důchodu, problémy tedy popírají 2%, částečné problémy v zaměstnání má 9% onkologicky nemocných.

Z obou otázek tedy vyplývá, že jak v plnění denních činností, tak v zaměstnání mají více problémů neonkologicky nemocní.

Výzkumný záměr se mi tedy potvrdil.

Výzkumný záměr číslo 4. Psychickými problémy budou častěji trpět nemocní s onkologickým onemocněním než nemocní s neonkologickým onemocněním.

Touto problematikou se zabývá otázka č. 12, dala by se zařadit také otázka č. 10, návštěva u psychologa.

V desáté otázce odpovědělo 20% onkologicky nemocných a 26% neonkologicky nemocných, že žádné psychické problémy nemají, 80% onkologicky nemocných a 74% neonkologicky nemocných psychické problémy mají. U onkologicky nemocných jsou to nejčastěji pocity bezmoci a to z 51%, dále je to úzkost, 43% respondentů, 37% respondentů mívá depresivní nálady, 29% respondentů prožívá pocity závislosti, 23% respondentů má strach a 14% respondent prožívá pocity méněcennosti. U neonkologicky nemocných je to nejčastěji také pocit bezmoci a to z 34%, 31% respondentů prožívá pocity závislosti, 26% prožívá pocity méněcennosti, 20% mívá depresivní nálady a stejný počet prožívá úzkost, 11% pociťuje strach. Na odpovědi v této otázce nemá vliv délka trvání bolesti.

Z toho vyplývá, že onkologicky nemocní mají častěji psychické problémy a prožívají jich také více. Jistě to vyplývá z vážnosti prognózy.

Výzkumný záměr se mi tedy potvrdil.

6 Závěr

V této práci je teoretické zpracování problematiky chronické bolesti, a to především psychosociální problematiky a jde o práci teoreticko - výzkumnou.

Cílem práce bylo prozkoumat psychosociální problematiku nemocných s chronickou bolestí. Respondenti byli rozděleni do dvou základních skupin a to na onkologicky nemocné a neonkologicky nemocné. Výzkum mi přinesl mnoho poznatků, které mohou přispět v práci sester pracujících s nemocnými s chronickou bolestí.

Tato práce ukazuje na rozdílnost mezi onkologicky nemocnými a neonkologicky nemocnými. Mezi neonkologicky nemocnými častěji nalezneme nemocné mladšího věku, neonkologicky nemocní nevyžadují sociální oporu blízkých tolik, jako onkologicky nemocní. Neonkologicky nemocné bolest více omezuje v denních činnostech. Onkologicky nemocní zase více trpí psychickými problémy. Z toho vyplývá, že nemůžeme přistupovat ke každému člověku s chronickou bolestí stejně nebo podobně. Prožívání chronické bolesti závisí na mnoha faktorech, jsou to např. délka trvání bolesti, sociální prostředí pacienta, rodinné vztahy, pracovní zázemí, psychické aspekty. Na psychiku těchto respondentů má vliv také to, jak kvalitně je bolest tlumena, a intenzita bolesti, kterou pacient prožívá.

Psychosociální problematika přináší mnoho dalších dimenzí pro výzkum.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : NCO a NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti- příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
3. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovaľský proces a prax 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
5. KUNHART, J. *Sociologie*. 1. vyd. Pardubice : Univerzita Pardubice 2003. ISBN 80-7194-570-6.
6. McCaffery, M.; *Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interaction*, p.95, UCLA student's Store, Los Angels. 1968.
7. MOUREK, J. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
8. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. *Neurologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.
9. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
10. ROZSYPALOVÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. Praha : Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3.
11. Sofaer B. *Bolest. Příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 1997. ISBN 80-7169-309-X.
12. ŠEVČÍK, P.; a kol. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-171-3.
13. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání, Praha : Grada Publisching, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
14. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
15. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMKOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada publisching, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

16. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Časopisy:

17. HOZÁK, R.; STROUHALOVÁ, L. Psychoterapie v léčbě bolesti. *Bolest*, 2000, 1, s. 66-69.
18. KNOTEK, P. Chronická bolest jako způsob života. *Revizní a posudkové lékařství*, 10, 2007, č. 3, s. 67-74.
19. KNOTEK, P. a kol. Standardizovaná Česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity, *Bolest*, 2000, č. 2, s. 113-117.
20. OPAVSKÝ, J. Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. *Bolest*, 1998, 3, s. 64-67.
21. OPAVSKÝ, J.; RAUDENSKÁ, J.; ROKYTA, R. Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti. *Bolest*, 2000, 1, s. 33-37.
22. ZAVADILOVÁ, R.; KNOTEK, P. Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest*, 2006, č. 2, s. 95-100.

www zdroje:

23. LOUČNÁ, A. Chronická bolest. *Pharma News* [online], 2006, [cit. 2008-12-29].
Dostupný z WWW: http://www.pharmanews.cz/2006_04/chronicka.html
24. SÁGOVÁ, M.; ZNOJOVÁ, M. Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů. *Postgraduální medicína* [online], 2005, [cit. 2008-10-4].
Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=230>
25. FRICOVÁ, J. Etika a léčba bolesti. *Postgraduální medicína* [online], 2005, [cit. 2009-03-12].
Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=234&lang=cs>

Seznam zkratek

a.s. – akciová společnost

DSCCB – dotazník sociálního copingu chronické bolesti

cit. - citace

č. - číslo

Kol. - kolektiv

MPQ – McGill Pain Questionnaire

Např. - například

RHB - rehabilitace

s. - strana

SOP – sociální opora požadovaná

SOV – sociální opora vnímaná

Tab. - tabulka

Tj. – to je

Obr. - obrázek

VAS – vizuální analogová škála

Viz. – lze vidět

Vyd. - vydání

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 - Dotazník sociálního copingu chronické bolesti (zdroj: ZAVADILOVÁ, KNOTEK, 2006)

PŘÍLOHA 2 - Dotazník sociálního copingu chronické bolesti – přehled

PŘÍLOHA 3 - Interference bolesti na denní činnosti (zdroj: OPAVSKÝ, RAUDENSKÁ, ROKYTA, 2000)

PŘÍLOHA 4 - Dotazník McGill Pain Questionnaire (zdroj: KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIEROVÁ, 1995)

PŘÍLOHA 5 - Dotazník McGill Pain Questionnaire – zkrácená verze (zdroj: OPAVSKÝ, RAUDENSKÁ, ROKYTA, 2000)

PŘÍLOHA 6 – Anonymní dotazník

PŘÍLOHA 1 - Dotazník sociálního copingu chronické bolesti

		SILNĚ NESOU- HLASÍM	NESOU- HLASÍM	SOU- HLASÍM	SILNĚ SOU- HLASÍM
1.	Byl/a bych rád/a, kdyby mi druzí více pomáhali.	1	2	3	4
2.	Když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid.	1	2	3	4
3.	Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.	1	2	3	4
4.	Když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě.	1	2	3	4
5.	Rád/a bych měl/a větší možnost s někým o bolestech mluvit.	1	2	3	4
6.	Rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím.	1	2	3	4
7.	Jsem rád/a, když někdo blízký vyjádří účast s mou bolestí.	1	2	3	4
Když blízcí lidé (rodina, přátelé apod.) -					
8.	– vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou.	1	2	3	4
9.	– poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho.	1	2	3	4
10.	– cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.	1	2	3	4
11.	– vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní.	1	2	3	4

PŘÍLOHA 2 - Dotazník sociálního copingu chronické bolesti – přehled

		SILNĚ NESOU- HLASÍM	NESOU- HLASÍM	SOU- HLASÍM	SILNĚ SOU- HLASÍM
1.	Byl bych rád, kdyby mi druzí více pomáhali.	3 / 4	12 / 15	18 / 15	2 / 1
2.	Když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid.	0 / 3	5 / 2	23 / 20	10 / 7
3.	Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.	2 / 6	15 / 16	17 / 8	1 / 5
4.	Když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě.	4 / 1	6 / 6	17 / 15	8 / 13
5.	Rád/a bych měl/a větší možnost s někým o bolestech mluvit.	9 / 11	8 / 15	16 / 8	2 / 1
6.	Rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím.	0 / 0	3 / 4	22 / 15	10 / 16
7.	Jsem rád/a, když někdo blízký vyjádří účast s mou bolestí.	3 / 1	10 / 6	18 / 24	4 / 4
Když blízcí lidé (rodina, přátelé apod.)					
8.	– vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou.	0 / 0	0 / 2	25 / 24	10 / 9
9.	– poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho.	2 / 0	2 / 6	23 / 19	8 / 10
10.	– cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.	0 / 1	6 / 7	18 / 20	11 / 7
11.	– vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní.	0 / 0	1 / 5	23 / 20	11 / 10

onkologicky nemocní

neonkologicky nemocní

PŘÍLOHA 3 - Interference bolesti na denní činnosti

0	Jsem bez bolestí
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních činností (bez chyb).
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi (a chybami).
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat úlevovou polohu nebo klidovou pozici, případně až nutí k ošetření u lékaře.

PŘÍLOHA 4 - Dotazník McGill Pain Questionnaire

Obr. 38-7 McGillov dotazník bolesti

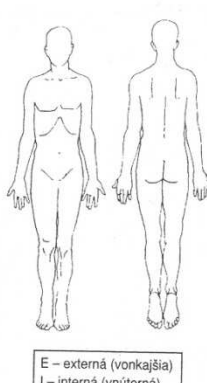
Charakteristiky bolesti sú rozdelené do štyroch hlavných skupín: *senzorické* (1-10), *afektívne* (11-15), *hodnotiace* (16) a *zmiešané* (17-20). Hodnota každého charakterizujúceho pojmu je daná polohou v súbore. Súčet hodnôt dáva index bolesti (IB). Momentálna intenzita bolesti (MIB) sa uvádza na stupnici od 0 do 5. Priestorový obraz bolesti sa zakladá na hodnotení intenzity pacientom. Stupnica intenzity má rozsah od 1 (mierna) do 5 (mučivá)

Prameň: A a B publikované so súhlasom z R. Melzack, *Pain measurement and assessment* (New York: Raven, 1983).

McGillov dotazník bolesti

Meno pacienta: _____ Dátum: _____ Čas: _____

IB: S _____ A _____ H _____ IB (spolu) _____ MIB _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1 Kmitavá Trepotavá Pulzujúca Búšivá Tepajúca Drviaca</td><td>11 Únavná Vyčerpávajúca</td></tr> <tr><td>2 Skákavá Záblesková Vystrelujúca</td><td>12 Migrenózna Dusivá</td></tr> <tr><td>3 Pichavá Vrtavá Bodavá</td><td>13 Strašná Hrozná Desivá</td></tr> <tr><td>4 Ostrá Rezavá Trhavá</td><td>14 Trestajúca Karhajúca Ukrutná Zlá Vražedná</td></tr> <tr><td>5 Štipajúca Tlaková Hlodavá Zvieravá</td><td>15 Do zúfania Oslepujúca</td></tr> <tr><td>6 Šklbavá Ťahajúca Kručivá</td><td>16 Obťažujúca Mučivá Zbedačujúca Intenzívna Neznesiteľná</td></tr> <tr><td>7 Páčivá Páliaca Ako po obarení Ako po popálení</td><td>17 Šíriaca sa Vyžarujúca Prenikavá Ostrá</td></tr> <tr><td>8 Svrživá Čpejúca Žihadlovitá</td><td>18 Stahujúca Ochromujúca Napínacia Gniavivá Šklbavá</td></tr> <tr><td>9 Tupá Zápalovitá Ako po udretí Úporná Ťažká</td><td>19 Chladná Studená Mrazivá</td></tr> <tr><td>10 Jemná Napínajúca Ako po škrabani plnínikom Štiepavá</td><td>20 Otravná Zapričínajúca nevoľnosť Agonizujúca Desivá Mučivá</td></tr> <tr><td></td><td>MIB 0 - Bez bolesti 1 - Slabá 2 - Vyvolávajúca nepohodu 3 - Vyvolávajúca úzkosť 4 - Hrozná 5 - Mučivá</td></tr> </table>	1 Kmitavá Trepotavá Pulzujúca Búšivá Tepajúca Drviaca	11 Únavná Vyčerpávajúca	2 Skákavá Záblesková Vystrelujúca	12 Migrenózna Dusivá	3 Pichavá Vrtavá Bodavá	13 Strašná Hrozná Desivá	4 Ostrá Rezavá Trhavá	14 Trestajúca Karhajúca Ukrutná Zlá Vražedná	5 Štipajúca Tlaková Hlodavá Zvieravá	15 Do zúfania Oslepujúca	6 Šklbavá Ťahajúca Kručivá	16 Obťažujúca Mučivá Zbedačujúca Intenzívna Neznesiteľná	7 Páčivá Páliaca Ako po obarení Ako po popálení	17 Šíriaca sa Vyžarujúca Prenikavá Ostrá	8 Svrživá Čpejúca Žihadlovitá	18 Stahujúca Ochromujúca Napínacia Gniavivá Šklbavá	9 Tupá Zápalovitá Ako po udretí Úporná Ťažká	19 Chladná Studená Mrazivá	10 Jemná Napínajúca Ako po škrabani plnínikom Štiepavá	20 Otravná Zapričínajúca nevoľnosť Agonizujúca Desivá Mučivá		MIB 0 - Bez bolesti 1 - Slabá 2 - Vyvolávajúca nepohodu 3 - Vyvolávajúca úzkosť 4 - Hrozná 5 - Mučivá	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Krátka Chvilková Prechodná</td> <td style="width: 33%;">Rytmická Periodická Prerušovaná</td> <td style="width: 33%;">Nepretržitá Rovnomerná Stála</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>E - externá (vonkajšia) I - interná (vnútorná)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> Poznámky: </div>	Krátka Chvilková Prechodná	Rytmická Periodická Prerušovaná	Nepretržitá Rovnomerná Stála
1 Kmitavá Trepotavá Pulzujúca Búšivá Tepajúca Drviaca	11 Únavná Vyčerpávajúca																									
2 Skákavá Záblesková Vystrelujúca	12 Migrenózna Dusivá																									
3 Pichavá Vrtavá Bodavá	13 Strašná Hrozná Desivá																									
4 Ostrá Rezavá Trhavá	14 Trestajúca Karhajúca Ukrutná Zlá Vražedná																									
5 Štipajúca Tlaková Hlodavá Zvieravá	15 Do zúfania Oslepujúca																									
6 Šklbavá Ťahajúca Kručivá	16 Obťažujúca Mučivá Zbedačujúca Intenzívna Neznesiteľná																									
7 Páčivá Páliaca Ako po obarení Ako po popálení	17 Šíriaca sa Vyžarujúca Prenikavá Ostrá																									
8 Svrživá Čpejúca Žihadlovitá	18 Stahujúca Ochromujúca Napínacia Gniavivá Šklbavá																									
9 Tupá Zápalovitá Ako po udretí Úporná Ťažká	19 Chladná Studená Mrazivá																									
10 Jemná Napínajúca Ako po škrabani plnínikom Štiepavá	20 Otravná Zapričínajúca nevoľnosť Agonizujúca Desivá Mučivá																									
	MIB 0 - Bez bolesti 1 - Slabá 2 - Vyvolávajúca nepohodu 3 - Vyvolávajúca úzkosť 4 - Hrozná 5 - Mučivá																									
Krátka Chvilková Prechodná	Rytmická Periodická Prerušovaná	Nepretržitá Rovnomerná Stála																								

Senzorické

Časová	Priestorová	Pichavý tlak	Rezavý tlak	Zvierajúci tlak	Napínací tlak	Tepelná	Podľa intenzity
1 Kmitavá		Pichavá Vrtavá		Štipajúca Tlaková Hlodavá Kručivá	Šklbavá Ťahajúca	Páčivá	Pichavá Svrživá
2 Trepotavá Pulzujúca Búšivá Tepajúca Drviaca	Skákavá Záblesková	Vrtákovitá Bodavá	Ostrá Rezavá	Kručivá		Páčivá	Čpejúca
	Vystrelujúca		Trhavá	Zvieravá		Ako po obarení Ako po popálení	Žihadlovitá

Senzorické		Afektívne		Hodnotiace			
Tunosť	Rôzne	Napätie	Vegetatívne	Strach	Trest	Rôzne	Kľúčové slová
1 Tupá	Citlivá na dotyk	Únavná					Slabá
2 Zápalovitá	Napínajúca	Vyčerpávajúca	Migrenózna	Strašná Hrozná Desivá	Trestajúca Karhajúca Krutá	Zúfalá Oslepujúca	Obťažujúca
3 Pichavá Úporná Slná	Ako po škrabani plnínikom Štiepavá		Dusivá				Mučivá
							Zbedačujúca
							Vyvolávajúca úzkosť
							Hrozná
							Intenzívna
							Neznesiteľná
							Mučivá

PŘÍLOHA 5 – Dotazník McGill Pain Questionnaire – krátká forma

Tab. 1: Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity

Bolest	žádná	mírná	středně silná silná	
1. Tepavá, bušivá	0	1	2	3
2. Vystřelující	0	1	2	3
3. Bodavá	0	1	2	3
4. Ostrá	0	1	2	3
5. Křečovitá	0	1	2	3
6. Hlodavá (jako zakousnutí)	0	1	2	3
7. Pálivá, palčivá	0	1	2	3
8. Tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)	0	1	2	3
9. Tíživá (těžká)	0	1	2	3
10. Citlivé (bolestivé) na dotek	0	1	2	3
11. Jako by mělo prasknout (puknout)	0	1	2	3
12. Unavující - vyčerpávající	0	1	2	3
13. Protivná (odporná)	0	1	2	3
14. Hrozná, strašná	0	1	2	3
15. Mučivá - krutá	0	1	2	3

INTENZITA SOUČASNÉ BOLESTI (PPI)	
0 - žádná; 1 - mírná; 2 - středně silná; 3 - silná; 4 - krutá; 5 - nesnesitelná	

VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA (VAS)	

žádná bolest	nejvyšší možná bolest

PŘÍLOHA 6 – Anonymní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Burdychová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice studijního oboru Ošetřovatelství – Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci, na téma Psychosociální problematika nemocných chronickou bolestí. Uvedené údaje budou sloužit jen pro moji potřebu. Dotazník je plně anonymní.

Děkuji za věnovaný čas při vyplňování dotazníku.

Odpovědi křížkujte. Vyberte jednu nebo více odpovědí z nabízených možností, nebo svou odpověď doplňte.

1) Kolik je Vám let?

.....

2) Jaké ho jste pohlaví?

Muž

Žena

3) Jak dlouho již trpíte bolestí?

0,5 - 1 rok

2 - 3 roky

4 - 6 let

více ...

4) Jak dlouho se léčíte s bolestí?

0,5 - 1 rok

2 - 3 roky

4 - 6 let

více ...

5) V důsledku jakého onemocnění máte bolesti?

Onkologické

Degenerativní

Neurologické

.....

6) Co Vás bolí?

.....

7) S kým žijete ve společné domácnosti?

Sám

S partnerem

S dětmi (doplňte počet a věk).....

S rodiči

.....

8) Vaše zaměstnání

- Zaměstnaný/á
 - Plný úvazek
 - Částečný úvazek
- Důchodce
- V invalidním důchodu
 - V částečném
 - V plném
- Nezaměstnaný
- Student

9) Máte problémy v zaměstnání v důsledku bolesti?

- Ano
- Ne
- Částečně

10) Navštívil/a jste psychologa?

- Ano
- Ne

11) Použil/a jste kromě léků jinou léčbu?

- Žádnou jinou léčbu jsem nepoužil/a
- akupunktura
- homeopatie
- lázeňská léčba
- rehabilitace
- psychoterapie
- analgetické ozáření
- relaxační metody
-

12) Trpíte někdy stavy:

- Depresivní nálady
- Strachu
- Úzkosti
- Pocity méněcennosti
- Pocity bezmoci
- Pocity závislosti
- Ničím netrpím
- Jiné

13) Vyberte z následujících možností jednu odpověď, která převažuje, na otázku: „Jak Vás bolest ovlivňuje při denních činnostech?“ (číslo odpovědi zakroužkujte)

0	Jsem bez bolestí
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních činností (bez chyb).
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi (a chybami).
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat úlevovou polohu nebo klidovou pozici, případně až nutí k ošetření u lékaře.

14) Intenzita bolesti:

0	žádná bolest
1	nepatrná bolest
2	mírná bolest
3	střední bolest
4	strašná bolest
5	nesnesitelná bolest

Uved'te, prosím, stupeň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu s každým následujícím tvrzením.
Číslo zvolené odpovědi zakroužkujte.

		SILNĚ NESOU- HLASÍM	NESOU- HLASÍM	SOU- HLASÍM	SILNĚ SOU- HLASÍM
1.	Byl/a bych rád/a, kdyby mi druzí více pomáhali.	1	2	3	4
2.	Když mám bolesti, dopřejí mi potřebný klid.	1	2	3	4
3.	Chtěl/a bych od druhých větší pochopení pro mé bolesti.	1	2	3	4
4.	Když mám bolesti, zvládnou domácnost i beze mě.	1	2	3	4
5.	Rád/a bych měl/a větší možnost s někým o bolestech mluvit.	1	2	3	4
6.	Rodina mi ráda pomůže, protože nechce vidět, jak trpím.	1	2	3	4
7.	Jsem rád/a, když někdo blízký vyjádří účast s mou bolestí.	1	2	3	4
Když blízcí lidé (rodina, přátelé apod.) -					
8.	– vidí, že mi je hůř, ochotně mi pomohou.	1	2	3	4
9.	– poznají, že potřebuji klid, dopřejí mi ho.	1	2	3	4
10.	– cítí, že mám bolesti, nezatěžují mě rodinnými problémy.	1	2	3	4
11.	– vidí, že mám bolesti, jsou ke mně ohleduplní a vstřícní.	1	2	3	4

