

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ  
PACIENTŮ  
S CHRONICKOU BOLESTÍ ZAD

PATIENTS' SUBJECTIVE EXPERIENCE  
OF CHRONIC BACK PAIN



Bakalářská diplomová práce

Autorka: **MUDr. Jaroslava Jurenová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

**2021**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za jeho odborné vedení této bakalářské práce, otevřený a vstřícný přístup, cenné rady a připomínky. Děkuji všem zúčastněným pacientům s chronickou bolestí zad za to, že umožnili vznik této práce. A v neposlední řadě velké poděkování patří mému manželovi a dětem, za jejich trpělivost a velkou podporu, kterou mi po celou dobu studia poskytovali.

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Lipově dne 19.3.2021

Podpis .....

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
<b>1 CHRONICKÁ BOLEST ZAD .....</b>	<b>7</b>
1.1 Bolest a její složky.....	8
1.2 Patofyziologie vnímání bolesti .....	9
1.3 Dělení bolesti.....	12
1.3.1 Dělení bolesti z časového hlediska.....	12
1.3.2 Dělení bolesti podle lokalizace.....	14
1.3.3 Patofyziologické dělení bolesti .....	14
1.3.4 Dělení bolesti podle příčiny .....	16
1.4 Příčiny bolesti zad .....	17
1.5 Diagnostika bolesti zad.....	18
1.5.1 Anamnéza.....	18
1.5.2 Fyzikální vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody.....	19
1.5.3 Psychologické vyšetření .....	19
1.6 Metody hodnocení bolesti .....	20
1.6.1 Neverbální metody hodnocení bolesti .....	20
1.6.2 Verbální metody hodnocení bolesti.....	21
1.7 Léčba bolesti zad .....	24
1.7.1 Farmakologické postupy .....	24
1.7.2 Nefarmakologické postupy.....	27
1.7.3 Invazivní techniky .....	29
1.7.4 Multidisciplinární léčba.....	30
<b>2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉ BOLESTI ZAD .....</b>	<b>32</b>
2.1 Psychosociální faktory chronické bolesti zad.....	32
2.1.1 Neovlivnitelné rizikové faktory chronické bolesti zad.....	32
2.1.2 Ovlivnitelné rizikové faktory chronické bolesti zad .....	33
2.1.3 Sociální faktory a bolest .....	33
2.1.4 Stres a bolest.....	34
2.1.5 Osobnostní charakteristiky a bolest.....	36
2.1.6 Kulturní a etnické faktory a bolest .....	36
2.2 Psychologické procesy u chronické bolesti zad .....	37
2.2.1 Emocionální reakce .....	37
2.2.2 Kognitivní hodnocení bolesti .....	39
2.2.3 Behaviorální reakce .....	40
2.2.4 Adaptace na bolest, coping.....	41
2.3 Psychosomatika .....	43
2.3.1 Rozdělení psychosomatických poruch .....	44

<b>3</b>	<b>KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU BOLESTÍ ZAD.....</b>	<b>47</b>
3.1	Postižené domény kvality života .....	48
3.2	Metody hodnocení kvality života .....	49
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.</b>	<b>52</b>
<b>5</b>	<b>APLIKOVANÁ METODIKA.....</b>	<b>53</b>
5.1	Výzkumný soubor .....	54
5.2	Metody získávání a tvorby dat .....	56
5.3	Etické aspekty.....	58
5.4	Realizace výzkumu.....	59
<b>6</b>	<b>METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT.....</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY ANALÝZY DAT .....</b>	<b>61</b>
7.1	Tematický okruh 1: Popis vzniku a průběhu bolesti zad.....	61
7.1.1	Počátek bolesti zad a její průběh .....	61
7.1.2	Popis bolesti zad.....	62
7.1.3	Příčiny a okolnosti vzniku bolesti zad.....	63
7.1.4	Faktory zvyšující intenzitu prožívané bolesti zad .....	65
7.1.5	Kontakt s lékařem a vzájemná komunikace .....	66
7.2	Tematický okruh 2: Život s bolestí zad .....	70
7.2.1	Vliv bolesti zad na vykonávání denních aktivit .....	71
7.2.2	Vliv bolesti zad na spánek.....	72
7.2.3	Vliv bolesti zad na mezilidské vztahy .....	73
7.2.4	Vliv bolesti zad na psychický stav .....	74
7.2.5	Pozitivní důsledky bolesti .....	75
7.2.6	Potřeby , očekávání a plány do budoucna .....	76
7.3	Tematický okruh 3: Zvládání bolesti zad .....	78
7.3.1	Terapie bolesti zad (zvládání bolesti pomocí medicíny).....	78
7.3.2	Vlastní strategie zvládání bolesti zad .....	80
7.3.3	Zvládání bolesti zad pomocí sociální podpory .....	82
7.3.4	Doporučení při bolesti zad .....	83
<b>8</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>86</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>94</b>
<b>10</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>98</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>108</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>110</b>

# ÚVOD

Chronická bolest zad zůstává v odborné i populární sféře stále aktuální téma. Je zřejmé, že bolest zad není problémem jen starší populace, ale čím dál více postihuje mladší věkové kategorie lidí. Bolest zad vzniká důsledkem současného životního stylu, ke kterému patří, mimo jiné, jednostranné dlouhodobé přetěžování páteře, práce ve vynucených statických polohách a malá pohybová aktivita. Taktéž stárnutí a s tím spojená degenerace všech struktur lidského organismu je dalším z momentů, které určují stupeň postižení páteře a okolních struktur. Bolest zad se řadí mezi nejčastější důvody návštěv praktického lékaře. A jelikož patří mezi časté příčiny pracovní neschopnosti, má i velký ekonomický dopad.

Při volbě tématu své bakalářské práce jsem vycházela z vlastních zkušeností s pacienty trpícími chronickými bolestmi zad. Při své každodenní lékařské praxi na neurologickém oddělení mám možnost pozorovat, že chronické bolesti zad nejsou pouze problémem tělesným, nýbrž zasahují také do psychické a sociální roviny pacienta.

**Teoretická část** práce je rozsáhlejší, neboť se zabývá problematikou bolesti, což je téma velmi široké a považuji za nutné uvést i medicínské souvislosti. Shrnuji zde informace o tom, jak je bolest definována a podle kterých kritérií se nejčastěji rozděluje. Dále se zabývám patofyziologií bolesti, hodnocením a možnostmi terapie bolesti. V teoretické části práce se zaměřuji i na psychosociální aspekty, podílející se na vzniku a prožívání bolesti. V samostatné kapitole se zabývám tématem kvality života pacientů s chronickou bolestí zad.

V **empirické části** práce se zaměřuji na analýzu polostrukturovaných rozhovorů vedených s pacienty trpícími chronickými bolestmi zad. Hlavním tématem rozhovorů bylo jejich subjektivní prožívání bolesti a dopad na kvalitu života. Zajímalo mě, jak bolesti ovlivňují psychický stav, vztahovou oblast i míru soběstačnosti. Zjišťovala jsem, jaké používají pacienti strategie při zvládnání bolesti.

Cílem mé bakalářské práce je, prostřednictvím jedinečných příběhů zúčastněných pacientů, nahlédnout do života pacientů a tím poznat aspekty podílející se na prožívání chronické bolesti zad a zjistit konkrétní způsoby zvládnání bolesti. Největším mým cílem je podílet se na zlepšení kvality života pacientů v reálné praxi.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 CHRONICKÁ BOLEST ZAD

Tato kapitola je věnována obecné charakteristice chronické bolesti zad. Jelikož podtéma týkající se patofyziologických mechanismů bolesti považují za důležitou pro pochopení dalších souvislostí, neubráním se podrobnějšímu vysvětlení tohoto tématu v následujícím textu.

Bolest zad je symptom, nikoliv nemoc jako taková. Roční prevalence výskytu bolestí zad se udává mezi 15–45 %, celoživotní prevalence až 60–90 % (Hakl, 2016).

Dle recentní francouzské studie (Husky et al., 2018) je prevalence chronické bolesti zad 38,3 %. Výrazně se zvyšuje s věkem od 26 % ve věkové skupině 18 až 29 let do 47 % ve věkové skupině 70–79 let. Dále bylo zjištěno, že úroveň vzdělání je nepřímo úměrná četnosti bolesti zad. Prevalence chronických bolestí zad je nejvyšší u zemědělců (46,4 %) a nejnižší mezi vedoucími pracovníky (29,6 %). Chronická bolest zad byla hlášena 39,2 % dospělých ve vztahu a 36,9 % svobodných dospělých. Lidé žijící ve venkovských oblastech nebo malých městech vykazovali o něco vyšší míru chronických bolestí zad ve srovnání s lidmi, kteří žijí ve středních nebo velkých městech.

Metaanalytická studie (Meucci et al., 2015), která porovnávala 28 studií zabývajících se prevalencí bolestí zad, zjistila, že ženy, osoby s nižším ekonomickým postavením, osoby s nižším vzděláním a kuřáci měli vyšší prevalenci chronické bolesti zad ve srovnání s muži, lidmi s vyšším ekonomickým postavením, lidmi s vyšším vzděláním a nekuřáky.

Bolesti zad jsou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti u lidí pod 45 let, druhou nejčastější příčinou návštěvy u lékaře, třetí nejčastější příčinou chirurgického zákroku a pátou nejčastější příčinou hospitalizace (Rokyta et al., 2017).

Lokalizace bolesti v oblasti šíje se udává okolo 25 %, v hrudní části páteře 5 % a v bederní nebo pánevní oblasti až 70 % (Morschitzky & Sator, 2007). Nejčastější zádové bolesti jsou tedy v oblasti šíje a beder.

## 1.1 Bolest a její složky

Bolest je bezesporu velmi složitým prožitkem, který se projevuje v oblasti biologické, psychologické a sociální. Reakce na bolestivý podnět je závislá na našem vnitřním prožívání, které je ovlivňováno širšími vnějšími vlivy.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) definuje bolest jako „*nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či možným poškozením tkání nebo zážitek, který je v termínech takového poškození popisován; bolest je vždy subjektivní*“ (Hakl, 2018b, 209).

V roce 2020 vznikla nová definice bolesti: „*Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně spojena*“ (Kozák, 2020, 189).

Tato nová definice bolesti byla rozšířena pracovní skupinou Mezinárodní organizace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain, IASP) přidáním šesti klíčových poznámek (Kozák, 2020):

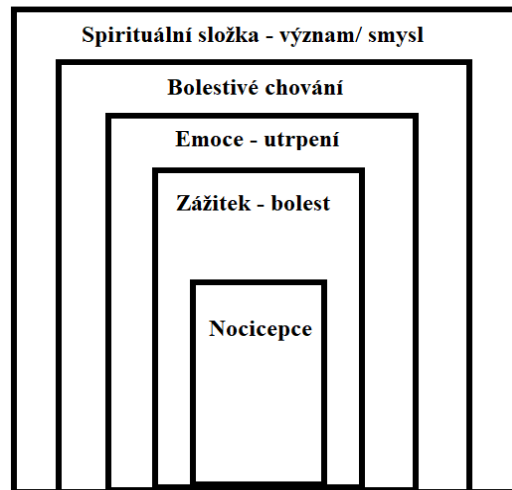
- Bolest je vždy osobní zkušenost, která je různou měrou ovlivněna biologickými, psychologickými a sociálními faktory.
- Bolest nelze odvodit pouze z aktivity sensorických neuronů.
- Jednotlivci se prostřednictvím životních zkušeností učí pojmu bolesti.
- Je třeba respektovat sdělení jednotlivce o tom, že prožívá a cítí bolest.
- Přestože bolest obvykle plní adaptivní roli, může mít nepříznivé důsledky na funkční, sociální a psychologickou rovnováhu.
- Slovní popis je pouze jedním z několika projevů chování, které vyjadřuje bolest.

Vhodným modelem bolesti je **Loeserovo biopsychosociální pojetí bolesti** s vymezením jednotlivých komponent bolesti. Tento model integruje čtyři základní složky bolesti (Raudenská & Javůrková, 2011):

- **Nocicepce** - somatická složka (neurofyziologická) - daná aktivací sensorů
- **Bolest** - sensorická složka (bolestivý vjem)
- **Utrpení** – afektivní složka (psychická reakce na bolest)
- **Bolestivé chování** – behaviorální složka



Podobný popis jednotlivých složek bolesti uvádí Honzák (2017), který přidává navíc ještě pátou složku, **spirituální složku** (vnímající význam utrpení). Jednotlivé složky bolesti jsou přehledně znázorněny na obrázku č. 1.



**Obrázek č. 1:** Jednotlivé složky/ úrovně řešení, na něž můžeme prožitek bolesti rozložit (Honzák, 2017, 231)

Podle jiného dělení můžeme rozlišovat složky bolesti na 4 komponenty (Morschitzky & Sator, 2007):

- **Senzorickou** - obsahující informace o místě, trvání a intenzitě bolesti
- **Emocionální** - mající vliv na to, jak se člověk celkově cítí
- **Vegetativní** – vyvolávající určité reakce nervového systému (stoupání srdeční frekvence nebo krevního tlaku, pocení, aj.)
- **Motorickou** – vyvolávající obranné reakce v podobě svalového napětí

## 1.2 Patofyziologie vnímání bolesti

Nocicepce znamená vznik, přenos a zpracování nervového signálu vzniklého aktivací receptorů bolesti (nociceptorů). Zahrnuje tři procesy - **transdukce**, **transmise** a **modulace**. **Transdukce** je proces, kdy vnější bolestivé podněty aktivují příslušné receptory na periferních nervových zakončeních. V podstatě je to fyzikální děj, jimž jsou jednotlivé formy energie (mechanické, tepelné či chemické) převáděny na elektrické nervové impulzy. **Transmise** je proces charakteristický biochemickými a elektrickými ději, kterými je

nervová aktivita dále vedena do centrálního nervového systému. **Modulace** je složitý děj, při kterém se mění buď funkce periferních nebo transmissních neuronů (Rokyta, Kršiak, & Kozák, 2006).

## RECEPTORY BOLESTI

Nociceptor je primární aferentní neuron se specifickým nervovým zakončením umožňující rozlišit potenciálně poškozující podnět (chemický, mechanický, tepelný) od neškodného a dovede tuto informaci zpracovat a předat směrem k centrálnímu nervovému systému. Základní tři nociceptory jsou (Nečas, 2003):

- **Volná nervová zakončení** jsou nejméně diferencované ze všech aferentních receptorů, jsou schopna reagovat na chemické, termické a mechanické stimuly.
- **Polymodální receptory** jsou citlivé nejen na mediátory bolesti, ale i na chlad, teplo a mechanické podněty.
- **Vysokoprahové mechanoreceptory** reagují na vysoký tepelný nebo silný mechanický podnět.

Periferní nociceptory mají vlastnost tzv. periferní senzitivace, což znamená zvýšenou citlivostí k bolesti po předchozí nociceptivní stimulaci.

## PERIFERNÍ NERVOVÁ VLÁKNA

Nervová vlákna zprostředkovávají vedení bolestivých podnětů a podílejí se na modulaci bolesti. Bolestivé informace z nociceptorů jsou vedeny prostřednictvím nemyelinizovaných **vláken C** nebo slabě myelinizovaných **vláken A delta**. Tato dostředivá bolestivá vlákna přicházejí do šedé hmoty zadních rohů míšních do tzv. Rexedových zón (Kolář, 2009).

Axony sekundárních (míšních) neuronů se kříží v přední části míchy a vystupují ke kmenovému nebo thalamickému jádru. Anterolaterální systém je nervová dráha vedoucí vzestupně v předních a v postranních provazcích míšních. Vede převážně podněty tepla, chladu a bolesti. Proto jednostranné přerušení tohoto anterolaterálního systému vede ke ztrátě vnímání tepla, chladu a bolesti na opačné polovině těla, s hranicí posunutou o zhruba 3 segmenty pod místo léze (Čihák, 2016).

## SYSTÉMY PŘENOSU BOLESTIVÝCH PODNĚTŮ

Přenos bolestivých podnětů zprostředkovávají následující hlavní systémy:

- **Spinothalamický trakt** vede z míchy přímo do thalamu, realizuje rychlý přenos vzruchu a diskriminaci bolesti. Impulsy jsou z míchy vedeny do thalamu. Spinothalamická dráha vede pronikavou, řezavou bolest z protilehlé strany těla (Albe Fessard, 1998).
- **Spinoretikulotalamický trakt** vede z míchy do retikulární formace mozkového kmene. A odtud vycházejí spoje do limbického systému a do thalamu. Realizuje pomalý přenos vzruchu s nepřesnou lokalizací. Podílí se na chování a afekci při bolesti (Vokurka, 2018).

Párové těleso thalamus je součástí mezimozku a slouží jako přepojovací a třídící centrum mozku.

## PERCEPCE BOLESTI

Z thalamu pokračují nervové spoje do **somatosenzorické kůry** a **asociačních korových oblastí**, kde se informace z periferie analyzují a odstředivými vlákny je uskutečněna motorická nebo jiná odpověď na bolestivý podnět. Významné je propojení této sítě s prefrontální kůrou a amygdalou (Nečas, 2003).

Jednotlivé bolestivé podněty vyvolávají dva kvalitativně odlišné pocity, které se označují (Koukolík, 2012):

- **První bolest** - tzv. ostrá, je považována za signál ohrožení a oznamuje přesnou senzorkou informaci, jejímž smyslem je vzdálit se podnětu. Podněty vyvolávající první bolest jsou vedeny nervovými vlákny A delta.
- **Druhá bolest** – tzv. palčivá, je podkladem motivace pro změnu chování, která má omezit míru poranění. Podněty, které vyvolávají tuto bolest, jsou vedeny nervovými vlákny typu C.

Rozpoznání bolestivého stimulu je funkcí thalamu a hodnocení intenzity a lokalizace bolesti je funkcí mozkové kůry v oblasti temenního laloku (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2008).

## MODULACE BOLESTI NA ÚROVNI MÍCHY

Konečný vjem bolesti záleží nejen na charakteru původního podnětu, ale na jeho zpracování v nervovém systému.

Bolest může být modulována na úrovni míchy. Podráždění vláken A alfa/A beta dotykovými podněty nebo mechanickými (tlak, vibrace) stimuluje část míšních interneuronů, které pak tlumí synaptický přenos bolestivých vzruchů vláknů A delta a C. Tento tzv. **vrátkový systém** dovolí průchod pouze omezenému počtu vzruchů, přičemž těmito vrátky mohou procházet jak bolestivé, tak i jiné (taktilní, mechanické) vzruchy. Tímto se dá například vysvětlit účinek akupresury a akupunktury při léčbě bolesti (Nečas, 2003).

## **MODULACE BOLESTI NA ÚROVNI MOZKU**

Bolest může být na úrovni mozku modulována několika mechanismy (Ambler et al., 2008):

- Přímou **stimulací** (zavedením stimulačních elektrod) **některých částí mozku** (šedé hmoty obklopující třetí a čtvrtou komoru) způsobí zablokování vnímání bolesti.
- Stimulací mozkového kmene dochází sestupnou kontrolou k inhibici nociceptních neuronů v míše.
- **Opioidy navozená analgezie** působí vlivem citlivosti šedé hmoty, v okolí akeduktu, na opioidy.
- Působením endogenních opioidních peptidů (**enkefaliny, endorfiny**).
- V některých modulačních okruzích slouží jako mediátory **serotonin** a **nordadrenalin**.

Bolest ovlivňují i další látky snížením prahu citlivosti pro příslušné receptory bolesti. Tak funguje například **histamin** či **prostaglandiny**, které tímto způsobem naopak navozují pocit bolesti (Rokyta et al., 2017).

## **1.3 Dělení bolesti**

Z různých hledisek pohledu existuje mnoho způsobů dělení bolesti. Dále se budeme zabývat pouze způsoby dělení mající vztah ke chronické bolesti zad.

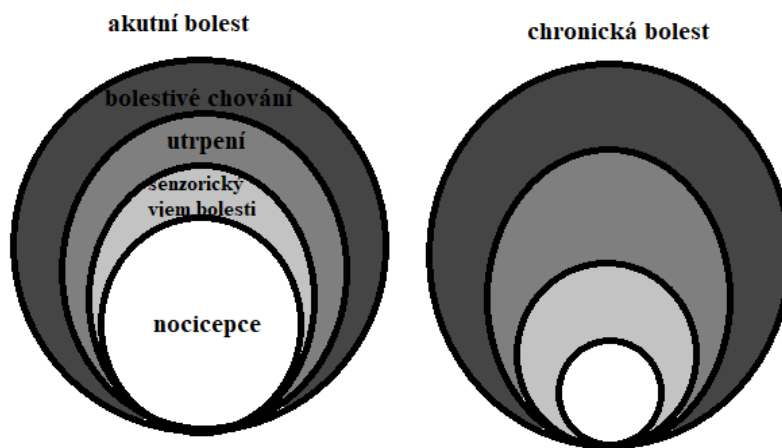
### **1.3.1 Dělení bolesti z časového hlediska**

Dle časového hlediska je možné bolest dělit na:

- **akutní;**
- **chronickou.**

Obě se od sebe liší v mnoha přístupech, a to jak v diagnostickém, tak i v léčebném procesu. U chronické bolesti je třeba použít jak speciálních vyšetřovacích postupů, tak speciálních léčebných přístupů.

Dle konceptuálního (biopsychosociálního) modelu bolesti je rozdílné zastoupení jednotlivých složek bolesti. Na obrázku č. 2 je ilustrativně znázorněno, že u akutní bolesti převažuje nocicepce a bolest jako sensorický vjem. A naopak u chronické bolesti je v popředí utrpení a bolestivé chování (Opavský, 2011).



**Obrázek č. 2:** Konceptuální schéma bolesti (Opavský, 2011, 31, upraveno)

### **AKUTNÍ BOLEST**

Akutní bolest má většinou příznivou prognózu a obvykle trvá několik dnů či týdnů (méně než 6 týdnů). Jde o příznak poškození tkáně a má pozitivní signální význam (Vrba, 2010).

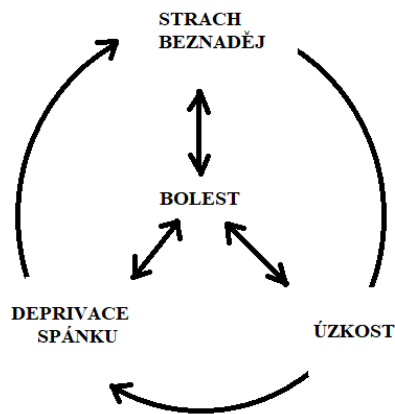
### **CHRONICKÁ BOLEST**

Chronická bolest zad kontinuálně přetrvává v období delším než 3 měsíce nebo se bolesti zad objevují epizodicky během 6 měsíců (Vrba, 2010).

Intenzita chronické bolesti není často úměrná vyvolávajícímu podnětu a obvykle není jasný příčinný vztah mezi poškozením tkáně a bolestí. Chronická bolest je multifaktoriální a její projevy jsou variabilní. Působí negativně jak na biologický, tak i psychologický a sociální stav jedince, neboť chronická bolest má velký vliv na celkovou kvalitu života nejen nemocného, ale má velký vliv na pracovní a rodinné zázemí (Kolář, 2009).

Počáteční vysoká intenzita bolesti, psychická tíseň a doprovodná bolest na více místech těla zvyšuje riziko přechodu do chronicity bolesti zad (Hartvigsen et al., 2018).

Na následujícím obrázku č. 3 je znázorněn bludný kruh, při kterém se potencují některé negativní složky vznikající při chronické bolesti jako úzkost, strach a nespavost. Chronická bolest je některými považována jako onemocnění samo o sobě (Rokyta, 2018).



**Obrázek č. 3:** Circulus vitiosus spojený s nemocí (Rokyta, 2018, 57)

### 1.3.2 Dělení bolesti podle lokalizace

Podle lokalizace dělíme bolest na **povrchovou bolest** z kůže, která dobře lokalizovaná, dále na **hlubokou somatickou bolest** ze svalů, vaziva a okostice a **viscerální bolest** z útrob. Hluboká bolest má tupý charakter a oproti povrchové bolesti má delší trvání. Viscerální bolest se může propagovat na různá místa povrchu těla, která jsou inervována stejným míšním segmentem jako postižený vnitřní orgán - tzv. přenesená bolest. Na těchto místech povrchu těla, kam je přenesená bolest promítána, může být zvýšené svalové napětí, zvýšená kožní citlivost, vegetativní reakce („husí kůže“, pocení, vazomotorické změny).

### 1.3.3 Patofyziologické dělení bolesti

S ohledem na patofyziologický podklad se rozlišuje bolest na nociceptorovou a neuropatickou. Pro úplnost zde můžeme zařadit i bolest psychogenní. Cílená léčba jednotlivých složek bolesti je základem úspěšné léčby.

## **NOCICEPTIVNÍ BOLEST**

Nociceptivní bolest vzniká jako fyziologická odpověď na aktuální nebo hrozící poškození jiné než nervové tkáně (kůže, svaly, klouby, vnitřní orgány). Podkladem nociceptivní bolesti je aktivace receptorů pro bolest, a to například zánětlivým procesem, tumorem nebo traumatem (Ambler et al., 2008).

## **NEUROPATICKÁ BOLEST**

Neuropatická bolest vzniká při primárním poškození nebo dysfunkci periferního či centrálního nervového systému. Nezačíná na nociceptorech, ale až v průběhu nervového vlákna (Rosenberger et al., 2020).

Mezi nejčastější příčiny neuropatických bolestí patří metabolická nebo autoimunitní onemocnění, chemoterapie, rentgenové záření, virová infekce či trauma. Primární příčina neuropatických bolestí je pravděpodobně spontánní impulzivní aktivita v slabých aferentních vláknech postižených nervů (Rokyta et al., 2006).

## **PSYCHOGENNÍ BOLEST**

Psychogenní bolest je bolestivá porucha související s psychologickými faktory. Může být tělesným vyjádřením emocionálního problému. Psychogenní bolest nemá zjevný organický původ, ale má biologický základ vznikající na úrovni limbického systému a mozkové kůry (Janáčková, 2007).

Uvádí se, že až 40 % bolestí zad je psychogenního původu. Stres vyvolává svalové spasmy, které způsobují poruchy ve skloubeních mezi obratli a žebry, a tímto způsobem mohou vznikat bolesti zad (Rokyta, 2009).

Psychogenní bolest se vyskytuje jako součást některých psychiatrických onemocnění jako jsou úzkostné poruchy, bipolární poruchy, deprese či schizofrenie. Bolesti mohou být různého charakteru. Známkou, že se jedná o psychogenní bolesti, mohou být následující příznaky (Chhabria, 2015):

- pacient nepocítuje žádnou úlevu ani po analgetících;
- pacient obtížně popisuje charakter nebo kvalitu bolesti;
- jedná se o špatně lokalizovatelné bolesti zahrnující více částí těla.

## SMÍŠENÁ BOLEST

Všechny výše popsané typy bolestí se nemusí vyskytovat jen izolovaně, nýbrž se mohou libovolně a v různém poměru kombinovat. Ambler et al. (2008) jako typický příklad algického stavu, na němž se podílí více typů bolesti, uvádí **failed back surgery syndrome** (bolesti po nezdařilé operaci bederní páteře).

### 1.3.4 Dělení bolesti podle příčiny

V současné době se jako nejdůležitější ukazuje rozdělení bolestí zad na podkladě tzv. diagnostické triády, která rozděluje bolesti zad na základní tři skupiny (Šléglová, 2020):

- **Prostá bolest zad**, která je charakterizována mechanickými bolestmi ze svalově kostního původu, bolest je typicky nociceptivní. Prostá bolest zad patří do péče praktického lékaře a rehabilitačního lékaře.
- **Kořenová bolest** (neurogenní), jejíž příčinou bývá útlak nervových struktur, vzniká nejčastěji při výhřezu disku, zúžení či jizvě s útlakem nervu. Bolest zad je doprovázena jednostrannou bolestí končetiny s poruchami citlivosti odpovídajícími segmentu postižení. Bolest je horší než prostá bolest zad, jelikož je typicky neuropatická (ostrá, vystřelující, pálivá). Těmto pacientům se věnují neurologové či neurochirurgové.
- **Bolest, která je vyvolaná závažným organickým onemocněním**, mezi něž patří infekce, nádory, zánětlivá onemocnění, zlomeniny aj. Tato onemocnění jsou charakteristická přítomností tzv. „red flags“. Pacientům se věnují specialisté jednotlivých odborností, kteří se těmito onemocněními zabývají (ortopedové, infekční lékaři, revmatologové, onkologové).

Koncepce varovných příznaků „red flags“ (Verhagen et al., 2016) určuje faktory, jejichž přítomnost zvyšuje riziko závažného onemocnění páteře a přilehlých tkání, vnitřních orgánů nebo postižení nervového systému. Po zjištění některých z varovných příznaků je nutné zvolit další diagnostický postup.

Za „red flags“ je třeba považovat věk pod 20 a nad 55 let, bolest hrudní páteře, nevysvětlitelné bolesti břicha, zhoršení bolesti v klidu, v noci a při položení. Dále mezi varovné příznaky patří bolest, která je nezávislá na pohybu, stálá a postupně se zhoršující.



Pacient se cítí celkově unavený, má horečku, hubne. Jsou přítomny varující laboratorní nálezy, zvýšené zánětlivé parametry a pozitivní zobrazovací nález (Vrba, 2010).

## 1.4 Příčiny bolesti zad

Na etiologii chronických bolestí zad se podílí široké spektrum biologických, psychologických a sociálních faktorů.

Většina případů bolestí zad (až 95 %) má benigní příčinu (Roscoe & Nishihira, 2016). V odborné literatuře se uvádí jako jedno z možných dělení příčin bolesti na základě postižení páteře (Vrba, 2008):

- **Páteřní příčina bolesti**, při níž vychází bolest přímo z páteře.
- **Nepáteřní příčina bolesti (přenesená bolest)**, která není závislá na postavení a pohybech páteře. Přenesená je tedy bolest vnímaná v oblasti, která je inervovaná jinými nervy, než je oblast skutečného zdroje bolesti. Přenesená bolest se dělí na viscerální přenesenou bolest zad a somatickou přenesenou bolest zad. **Viscerální přenesená bolest** je přenesena do oblasti páteřního prostoru z orgánů v oblasti pánve a břicha. Původ **somatické přenesené bolesti** může být ze vzdálených somatických zdrojů. Do oblasti páteře se mohou promítat bolesti z oblasti kyčelních a kolenních kloubů nebo také z oblasti hrudníku, např. bolest při infarktu myokardu.

Dle Mlčocha (2008) se příčiny bolesti v oblasti páteře dělí na funkční a strukturální poruchy:

- **Funkční příčiny**

Řada poruch projevující se bolestmi zad je funkčních a většinou se upraví v poměrně krátké době, zejména odezní-li provokující faktor (nadměrná zátěž, jednostranné přetížení, infekce aj.). Mezi ně řadíme funkční blokády konkrétního páteřního segmentu, kdy dojde k mechanické uskrípnutí výchlipky kloubního pouzdra mezi kloubní plošky. Blokáda je druhotně doprovázena reflexně svalovou kontrakturou v daném meziobratlovém prostoru. Funkční bolesti vznikají především při přetížení svalů a vazů při špatném držení těla, vadných pohybových stereotypch, hypermobilitě nebo při nadměrně těžké práci.

- **Strukturální příčiny**

Mezi tyto příčiny patří degenerativní onemocnění páteře, zlomeniny, vrozené vady a anomálie, spondylolistéza, nádory, osteoporóza, revmatoidní onemocnění, osteomyelitida a získané deformity, aj.

Konkrétně mezi degenerativní změny páteře patří spondylóza (vytváření kostěných návalků – tzv. osteofytů na předních a zadních okrajích obratlových těl), spondylartóza (poškození kloubních chrupavek), chondróza meziobratlové ploténky a vyklenutí nebo výhřez disku (Mlčoch, 2008).

Psychosociální faktory podílející se na vzniku chronické bolesti zad budou probrány v rámci druhé kapitoly.

## **1.5 Diagnostika bolesti zad**

Bolest je ryze subjektivní povahy a její hodnocení je tudíž nepřímé, na základě verbálních a neverbálních projevů, různých fyziologických odpovědí organismu na bolestivé dráždění a dalších navazujících procesů a mechanismů. Z diagnostického hlediska dělíme vyšetření na získávání anamnestických údajů, včetně hodnocení samotné bolesti a, v opodstatněných případech, laboratorní a pomocné vyšetřovací metody.

### **1.5.1 Anamnéza**

Pro zhodnocení bolesti zad je velice důležité získat dostatek kvalitních anamnestických údajů. Žádné jiné vyšetření nemůže zajistit získání informací o bolesti a jejím vlivu na samotného pacienta z hlediska bio-psycho-sociálního pohledu tak jako kvalitně odebraná anamnéza. Anamnestickým rozhovorem s pacientem získáme základní data o jeho osobnosti, sociálním zajištění, rodinné a pracovní situaci.

Bolest je velmi důležitým příznakem diagnostickým, proto je nutné, aby byla co nejpřesněji charakterizována. Nejdůležitější jsou především informace o lokalizaci bolesti, její intenzitě, charakteru, časové závislosti, propagaci, ale také jsou důležité informace o vyvolávajících a úlevových momentech (Klener, 2009).

Při odebírání anamnézy orientované na bolest je velmi důležité se zaměřit, mimo jiné, na farmakologickou anamnézu. Zajímají nás údaje o užívání a efektu analgetik, psychofarmak nebo hypnotik.

Je důležité se zajímat se o faktory, které by mohly zesílit nebo naopak ztlumit bolest. Zaměřujeme se na působení vlivů počasí, tělesné a psychické zátěže v rodině, v zaměstnání a v sociálních interakcích (Opavský, 2011).

## 1.5.2 Fyzikální vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody

Po odebrání anamnestických údajů následuje fyzikální vyšetření, při kterém se lékař zaměřuje nejen na lokalizaci největších obtíží, ale také na vzdálenější oblasti, které by mohly mít souvislost s danou bolestí. **Fyzikální vyšetření** začíná pohledem, při němž lékař sleduje celkový vzhled a stav pacienta. Důležité je všimnout si především pohybu pacienta, celkového držení těla, chůze a celkového chování. Poté následuje vyšetření bolestivého místa pohmatem, případně poklepem. Do této části patří i neurologické vyšetření, které je nad rámec tohoto textu.

Použitím **laboratorních diagnostických metod** získáme údaje o změnách, které procesy bolesti provázejí.

Mezi **základní zobrazovací metody** patří prostý rentgenový snímek páteře. Mezi cílené metody zobrazení patří CT vyšetření či vyšetření magnetickou rezonancí. Běžně se začíná prostým **rentgenovým snímkem (RTG)**, který je schopen zobrazit stav páteře. Jelikož meziobratlovou ploténku RTG nezobrazuje, na její postižení se usuzuje ze snížené výšky meziobratlového prostoru. **Magnetická rezonance (MRI)** má schopnost zobrazit míchu a přilehlé měkké tkáně. Nevýhodou je časová náročnost, a tak se nedoporučuje u pacientů neklidných, trpících velkými bolestmi, či klaustrofobií. U některých pacientů je kontraindikovaná, například z důvodu zavedeného kardiostimulátoru. Využívá se při podezření na patologii v oblasti míchy, vazů, meziobratlové ploténky a nervů. **Výpočetní tomografie (CT)** pracuje na stejném principu jako RTG, avšak umožňuje prostorové zobrazení a díky ní lze prokázat i patologické změny meziobratlové ploténky.

## 1.5.3 Psychologické vyšetření

V rámci screeningových metod běžně používáme i v neurologické ambulanci jednoduché, avšak citlivé škály pro hodnocení deprese.

První škálou je **Beckova sebesuzovací stupnice deprese**, což je jednoduchý dotazník o 21 položkách. Tento dotazník zaznamenává afektivní, kognitivní, somatické a vegetativní symptomy deprese. Odpovědi k jednotlivým položkám odpovídají škále od 0 (absence symptomu) po 3 (závažný symptom). Nebo jinou, v klinické praxi běžně používanou škálou, je **Zungova sebesuzovací stupnice deprese**, která obsahuje dvacet položek, hodnocených rovněž škálou o čtyřech stupních (Svoboda, 2010).

Tyto dva nástroje však pochopitelně nemohou nahradit klinické vyšetření, jsou pouze screeningové. Pacienti s chronickou bolestí obvykle podstupují psychologické vyšetření v případě, že se nedaří nalézt hmatatelný podklad jejich symptomů. Určitou komplikací je pocit pacientů, že lékař jejich odesláním k psychologovi dává najevo neschopnost objevit skutečnou příčinu bolesti a namísto somatické diagnózy jim chce přiřknout diagnózu psychiatrickou.

Hlavním cílem psychologického vyšetření by mělo být zjištění, jak psychologické faktory ovlivňují vnímání a přijímání bolesti. Psycholog by se měl zaměřit na složku senzoryckou, motivačně afektivní (přítomnost úzkosti či deprese), behaviorální (životní styl) i na informační procesy (představy o zdraví, bolesti a nemoci, o kvalitě života). Psycholog by měl zhodnotit strukturu osobnosti pacienta s chronickou bolestí včetně jeho osobnostních dispozic a vztahů mezi bolestivým chováním a situačními faktory (Rokyta et al., 2006).

Vedle rozhovoru je často doporučováno užití některého z testů a sebeposuzovacích dotazníků, hodnotících psychologický stav pacienta. Mezi takové dotazníky se řadí např. **MMPI** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), **SCL-90R** (Symptom Checklist-90R), **IBQ** (Illness Behavior Questionnaire), **SIP** (Sickness Impact Profile), o nichž blíže pojednává Svoboda (2010) ve své monografii.

## 1.6 Metody hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti jsem si vyhradila samostatnou kapitolku z důvodu podrobnějšího členění. Existuje velká škála metod pro hodnocení bolesti, avšak jejich nevýhodou je, že žádná z nich nezachycuje bolest objektivně, jelikož popis bolesti je vždy subjektivní.

Zemanová a Zoubková (2012) dělí nástroje na hodnocení bolesti na:

- **Unidimenzionální** nástroje jsou stupnice hodnocení bolesti, měřící intenzitu a závažnost prožitku bolesti, hodnotí tedy pouze senzoryckou složku bolesti.
- **Multidimenzionální hodnotící nástroje** poskytují informace o bolesti ve více dimenzích (senzorycko-diskriminační a emoční).

### 1.6.1 Neverbální metody hodnocení bolesti

Pro svou jednoduchost, časovou nenáročnost a univerzálnost jsou neverbální metody hodnocení bolesti velmi oblíbené v praxi. Představují jednoduché hodnotící nástroje, zaměřené zpravidla na hodnocení intenzity bolesti.

V praxi nejčastěji používáme následující neverbální metody hodnocení bolesti.

### **VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA (VAS)**

VAS má podobu úsečky, jejíž krajní body jsou označeny jako „žádná bolest“ a „nejhorší možná bolest“. Pacient na této úsečce vyznačí bod, který podle něho koresponduje s intenzitou jeho bolesti. Rozpětí mezi bodem označujícím žádnou bolest a pacientem vyznačeným bodem představuje intenzitu jeho bolesti. Dobrou schopností VAS je možnost sledovat změnu intenzity bolesti v čase (Janáčková, 2007).

### **NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI**

Numerická škála bolesti je dalším jednodimenzionálním nástrojem určeným k hodnocení intenzity bolesti. Rozpětí mezi žádnou a nejhorší možnou bolestí představuje číselná řada, z níž pacient vybere jedno číslo, odpovídající intenzitě jeho bolesti. Nejčastěji se používá číselná škála od 0 do 10, tedy 11 možností odpovědi. Výhodou této škály je možnost snadné verbální aplikace (Klener, 2009). Hodnotami 1–3 je značena bolest mírná, hodnotami 4–6 bolest střední a hodnoty 7–10 představují bolest těžkou (Opavský, 2011).

### **MAPA BOLESTI**

Mapa bolesti představuje pomocný informativní nástroj ke znázornění charakteru bolestí v různých částech těla. Úkolem pacienta je na jednoduchém obrázku lidské postavy graficky vyznačit místo bolesti, případně znázornit šipkami její stěhování (Janáčková, 2007).

## **1.6.2 Verbální metody hodnocení bolesti**

Verbální metody zachycují nejen intenzitu, ale i kvalitu bolesti. Lze tudíž posoudit jak smyslovou dimenzi (vypovídající o kvalitě, lokalizaci a intenzitě), tak emoční (afektivní) dimenzi bolesti.

K hodnocení bolesti existuje velké množství dotazníků. Většina z nich je v běžné klinické praxi nepoužitelná pro přílišnou časovou náročnost, vysoké mentální nároky kladené na vyšetřovaného. V následujícím textu přiblížím jednotlivé dotazníky.

### **DOTAZNÍK BOLESTI MCGILLOVY UNIVERZITY (MPQ)**

Dotazník MPQ podává velmi podrobný obraz o subjektivně prožívaném stavu, avšak jeho vyplňování je časově náročné a klade vysoké nároky na slovní zásobu i vzdělání nemocného. Proto vznikla zkrácená verze tohoto dotazníku - **SF-MPQ** (z angl. „short form“ McGill Pain Questionnaire).

Dotazník SF-MPQ má tři stupnice (Opavský, 1998):

- **Senzorický index bolesti**, který obsahuje 11 položek, slovních označení senzorických kvalit bolesti („tepající, vystřelující, bodavá, ostrá, křečovitá, hlodavá, pálivá, tupá, tíživá, citlivá na dotek, jako by mělo prasknout, vysilující, protivná, strašná a krutá“)
- **Afektivní index bolesti** má 4 položky, které odpovídají afektivní kvalitě bolesti („unavující/vyčerpávající, oslabující, vzbuzující strach a deprimující/krutá“)
- **Celkový index bolesti**, který je dán součtem hodnot Senzorického a Afektivního indexu (15 položek)

U každé položky vyšetřovaný uvede stupeň intenzity dané pocitové kvality (0 – žádná, 1 – mírná, 2 – střední, 3 – silná). Skóre indexů je dáno součtem skóre položek příslušných stupnic. Další součástí dotazníku je hodnocení intenzity současné bolesti (PPI) a vizuální analogová škála (VAS).

#### **DOTAZNÍK INTERFERENCE BOLESTÍ S DENNÍMI AKTIVITAMI (DIBDA)**

Jednoduchý dotazník DIBDA spočívá ve výběru jedné z šesti číselných hodnot (0–5), odpovídajících krátkému popisu vlivu bolesti na běžné denní aktivity. Může být doplňkem anamnestického vyšetření i SF-MPQ (Rokyta et al., 2006).

#### **DOTAZNÍK OSWESTRY (OSWESTRY DISABILITY INDEX, ODI)**

Dotazník ODI patří mezi nejužívanější dotazníky specializované na bolest zad a s ní spojenou disabilitou. ODI obsahuje deset položek, z nichž první se zaměřuje na intenzitu bolesti, následujících devět pak na vykonávání běžných denních aktivit (osobní péče, zvedání břemen, chůze, sezení, stání, spaní, sexuální život, společenský život a cestování) (Smeets et al., 2011).

Ke každé z deseti položek má vyšetřovaná osoba za úkol přiřadit jednu ze šesti možných výpovědí (0–5) seřazených vzestupně (např. od „bolesti mě nikdy nevyruší ze spánku“ až po „kvůli bolestem nemohu vůbec spát“), odpovídajících jejímu stavu v daném dni. Výsledkem dotazníku je číselné skóre v procentech, které je interpretováno zařazením do jedné z pěti kategorií dle míry disability – minimální disability, střední disability, těžká disability, ochromení, upoután na lůžko nebo zveličující své obtíže. Výhodou ODI je jednoduchost provedení a časová nenáročnost jak ve vyplňování, tak v jeho vyhodnocování (Mičánková Adamová et al., 2012).

### **ROLAND-MORRIS DISABILITY QUESTIONNARE (RDQ)**

RDQ obsahuje 24 položek, reprezentujících okruh fyzických úkonů a denních aktivit, které mohou být narušeny bolestmi bederní páteře. Na jednotlivá stanoviska reaguje vyšetřovaný odpovědí ano/ne ve vztahu k posledním 24 hodinám. Každá z odpovědí může být ohodnocena 1 bodem, rozpětí celkového skóre je tedy od 0 (žádná disabilita) až po 24 (maximální disabilita) bodů (Smeets et al., 2011).

### **THE QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE (QBPDS)**

Dnes se QBPDS řadí spolu s ODI či RDQ do nepočetné skupiny dobře hodnocených a doporučovaných dotazníků zaměřených na disabilitu při bolestech zad.

Dotazník QBPDS obsahuje 20 položek reprezentující denní aktivity, jejichž provádění může být pro pacienty s bolestmi zad náročné (např. stání postele, otevírání těžkých dveří, vyjítí jednoho poschodí). Vyšetřovaný hodnotí jednotlivé položky dotazníku šestistupňovou škálou dle náročnosti provedení aktivit od „zcela snadné“ až po „neschopen udělat“. Položky dotazníku nejsou zde vázány k danému dni, nýbrž volněji k současnému stavu jedince (Němec et al., 2009).

### **THE WADDELL DISABILITY INDEX**

Jednoduchá devíti položková škála hodnotící disabilitu při vykonávání běžných denních aktivit - zvedání předmětů, sezení, stání, cestování, chůzi, spánek, sociální život, sexuální život a nazouvání ponožek/obuvi. Vyšetřovaný jednoduše odpovídá na jednotlivé položky odpovědí ano/ne, což se ukázalo jako rychlé, spolehlivé a snadno aplikovatelné v běžné klinické praxi. Dotazník byl validizován pro populaci chronických pacientů s bolestí dolní části zad (Longo et al., 2010).

### **THE SYMPTOM CHECKLIST-90 (SCL-90)**

Dotazník SCL-90 obsahuje 90 položek zahrnujících deset psychopatologických okruhů. Zejména u chronických pacientů může dotazník napomoci rozklíčovat psychosomatický vliv na pacientovi potíže a nasměrovat léčbu správným směrem. Pro sledování změn jej lze administrovat i opakovaně. Mezi zkoumané psychopatologické dimenze patří: somatizace, obsese–kompulze, deprese, úzkost, interpersonální senzitivita, hostilita, fobie, paranoidní myšlení, psychoticismus a nezařazené symptomy (Weiner & Craighead, 2010).

Dotazník SCL-90 nabízí pohled na bolest v širších souvislostech, ve smyslu zkoumání psychopatologie, copingu bolesti či názorů vyšetřovaného na vlastní obtíže.

## 1.7 Léčba bolesti zad

Při léčbě bolesti, zejména chronické bolesti, je zapotřebí **multidisciplinární přístup**. Stanovení léčebné strategie bolesti musí předcházet komplexní vyšetření pacientovi příčiny bolestivého stavu, včetně posouzení psychologického podílu na celkovém stavu. Nedílnou součástí léčby bolesti je správná diagnostika a vhodný léčebný postup základního onemocnění (např. operace meziobratlové ploténky u kompresní radikulopatie). Symptomatická léčba bolesti by měla být pouze jako doplněk.

Hakl (2012) uvádí, že cílem léčebných postupů u chronické bolesti nemusí být nutně úplné uzdravení jedince, ale zvýšení jeho kvality života, spočívající ve snížení bolesti, nerušeném spánku a obnovení funkční zdatnosti v oblasti psychické, fyzické a sociální.

Při léčbě chronické bolesti zad lze uplatnit několik terapeutických postupů. Dle Lejčka (2009) je vhodné rozčlenění na postupy: **farmakologické, nefarmakologické a invazivní**. S jednotlivými postupy se dále seznámíme.

### 1.7.1 Farmakologické postupy

Farmakoterapie je léčba pomocí léků (farmak) vlivem jejich chemického působení. Cílem farmakoterapie je odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti. Strategie léčby je dána intenzitou a charakterem bolesti.

Základní členění léků, které se užívají k tlumení bolestivých příznaků jsou (Lüllmann, Mohr, & Wehling, 2004):

- **Neopioidní analgetika** - jsou lékem první volby. Do této skupiny patří např. *paracetamol* a nesteroidní antirevmatika (*ibuprofen*).
- **Slabé opioidy** (*kodein, tramadol*) se podávají, pokud jsou neopioidní analgetika málo účinná či mají výrazné nežádoucí účinky.
- **Silné opioidy** (*morfin, fentanyl, oxykodon*) - jejich limitem je výskyt nežádoucích účinků - zácpy, ospalost, závratě, zmatenost, zvracení. Jejich užívání se začíná nejnižší dávkou a preferovány jsou lékové formy s postupným uvolňováním léku. Je nutno brát v úvahu individuální charakteristiky nemocného jako je věk, přidružené choroby, aj.
- **Adjuvancia** se mohou kombinovat s analgetiky. Patří mezi ně **antidepresiva, kortikosteroidy, antikonvulziva** nebo **centrální myorelaxancia**.



Při nociceptivní bolesti se běžně používá třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace, který je přehledně znázorněn na obrázku č. 4. První stupeň tvoří **neopioidní analgetika** a 2. a 3. stupeň tvoří **opioidní analgetika**. U mírné bolesti, tzn. VAS 0-3, se používají analgetika 1.stupně. Pokud nemají dostatečný efekt nebo je bolest středně silná (VAS 4-6) přidávají se slabá opioidní analgetika. Při silné bolesti, tj. VAS 7-10, se indikují silné opioidy (Štětkářová, 2017).

V případě převládající neuropatické složky bolesti patří mezi léky první volby antikonvulziva (*gabapentin, pregabalin*) a s výhodou se používají i antidepresiva.

<b>I.stupeň - mírná bolest</b>	<b>II.stupeň - středně silná bolest</b>	<b>III.stupeň - silná bolest</b>
	Slabé opioidy + neopioidní analgetikum	Silné opioidy +/- neopioidní analgetikum
Neopioidní analgetikum	+/- koanalgetika a pomocná léčiva	

**Obrázek č.4:** Třístupňový žebříček léčby bolesti (Hakl, 2018b, 210)

V případě kořenového dráždění je možné farmakoterapii doplnit aplikací kortikosteroidů, buď přímo k postiženému nervovému kořenu (tzv. periradikulární obstríh) nebo do epidurálního prostoru.

Podávání myorelaxancií (léků na uvolnění kosterní svaloviny) je dle Hakla (2018a), u bolestí zad diskutabilní. Pokud se lékař pro ně rozhodne, neměla by délka jejich užívání přesáhnout 5–7 dnů.

## PLACEBO

V rámci této kapitoly, farmakoterapie, pokládám za velmi důležité se zmínit o možném vlivu placeba na pacienty.

*„Placebo je léčebná intervence bez specifického účinku na pacientovu nemoc nebo její symptomy, která skutečnou léčbu simuluje, ale nemá specifický účinek na příslušnou nemoc“* (Rokyta et al., 2006, 167).

Jedná se o účinek určité substance, která nemá žádné léčivé ani nežádoucí účinky. Je tudíž farmakologicky neutrální. Výsledný efekt takové substance je podmíněn psychickými faktory, nikoliv biologickými (Orel, 2015).

Existuje několik teorií účinku placebo. Mezi nejznámější patří:

- **Reflexní teorie**, která říká, že placebo je naučená podmíněná reakce, kdy pacient pozitivně reaguje na podání placebo jako dříve účinné medikace.
- **Reflexní opioidní mechanismus** je založen na principu, že důvěra v účinnost léčby aktivuje centrální nervový systém k produkci endogenních opioidů (Rokyta et al., 2006).
- **Psychologická teorie**, u níž jde o sugesci, představu nebo informaci, která je přijímána jako skutečnost. Sugescie je zvláštní způsob působení na druhého člověka. Síla a snadnost sugestivního ovlivnění závisí na autoritě lékaře, sugestibilitě pacienta, dřívější zkušenosti a na aktuálním subjektivním stavu pacienta (čím má větší bolest, tím více je sugestibilní). Rozhodující pro účinnost placebo je očekávání pacienta v účinek daného postupu a důvěra terapeuta v efektivitu léčby (Janáčková, 2007).
- **Teorie psychosomatických interakcí** vychází z psychoneuroendokrinoimunologie a zdůrazňuje faktory sociální. Zakládá se na principu vzájemného ovlivňování mysli, mozku a těla (Rokyta et al., 2006).
- **Kognitivní teorie** zdůrazňuje očekávání efektu. Cokoliv pacientovi podáme, má výsledek a nezáleží na tom, co mu podáme (Rokyta, Kršiak, & Kozák, 2012).

Na několika experimentech bylo prokázáno, že snížené vnímání bolesti podmíněné účinkem placebo odpovídá snížené míře aktivity v oblastech thalamu, insule a přední cingulární kůře. Placebo tedy mění prožívání bolesti (Koukolík, 2012).

Placebo působí, ale jen někdy, jen u některých jedinců, v určitém kontextu a jen u některých poruch. Terapeutický efekt placebo se uplatní více u onemocnění, na nichž se podílí psychické vlivy, než u potíží organického původu (Rokyta et al., 2012).

V léčbě bolesti nelze placebo doporučit jako základní léčbu, nicméně lze jej použít jako významného pomocného prvku.

## 1.7.2 Nefarmakologické postupy

Základními předpoklady úspěšné léčby bolestí zad jsou především **režimová opatření** vycházející z úpravy životního stylu, pohybových stereotypů a redukce hmotnosti.

Klinická doporučení American College of Physicians pro neinvazivní léčbu bolestí zad dokonce upřednostňují v prvním kroku nefarmakologickou léčbu (Qaseem et al., 2017). Tato doporučení jsou založena na systematickém přehledu randomizovaných kontrolovaných studií.

Mezi nefarmakologickou léčbu řadíme postupy rehabilitační medicíny, postupy z oblasti léčebné tělovýchovy, alternativní postupy a také psychoterapii.

### POSTUPY REHABILITAČNÍ MEDICÍNY

Mezi postupy rehabilitační medicíny patří různé **fyzikální techniky**. Z elektroléčebných procedur s analgetickým účinkem je využívána transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS). U chronických neuropatických bolestí se osvědčila aplikace laseru. Z dalších procedur fyzikální terapie jsou využívány vodoléčebné procedury, často v kombinaci s hydrokinezioterapií. Využívány jsou i různé formy aplikace tepla, např. zábaly horké rašeliny či parafinu nebo na některých pracovištích lze aplikovat krátkovlnnou diatermií (Kolář, 2009).

Fyzikální terapie má analgetický účinek jak přímý, který je daný lokální aplikací, tak účinek sekundární, který je způsoben svalovou relaxací a antiedematózním účinkem (Poděbradský & Vařeka, 1998).

V oblasti rehabilitační medicíny se uplatňují různé manuální techniky, které patří do rukou zkušeného odborníka.

### POSTUPY Z OBLASTI LÉČEBNÉ TĚLOVÝCHOVY

Mezi postupy léčebné tělesné výchovy patří různé formy fyzioterapeutického cvičení, jóga, ale i vzdělávací program tzv. „škola zad“, který je určen k podpoře správného vykonávání běžných denních aktivit.

V letech 2014 a 2015 byla provedena systematická analýza databází SPORTDiscuss, Medline a Google Scholar (Gordon & Bloxham, 2016), jejichž cílem bylo zhodnotit efektivitu cvičení v redukci bolestí zad. Do studie byli zahrnuti jedinci starší 18 let vykonávající různé formy tělesné aktivity (aerobní cvičení, posilování svalů, trénink stability

a flexibility). Vyhodnocení této analýzy ukázalo, že při nespecifických bolestech dolní části zad by mělo být podporováno aerobní cvičení střední intenzity se srdeční frekvencí v rozmezí 40–60 % maximální tepové rezervy. Ve všech analyzovaných studiích došlo k signifikantnímu poklesu bolestí zad při různých formách aerobního cvičení.

Z výzkumných prací lze v odborném tisku dohledat práci na téma jógy a bolestí zad, která zkoumá účinnost cvičení jógové sestavy Khatu Pranám na vzorku 60 zdravotních sester. Výsledky uvedené studie potvrzují efekt této jógové sestavy na zmírnění bolestí zad (Bednár, 2014).

Teoretický model jógy předpokládá její komplexní působení (**bio-psycho-sociální**). Po stránce **tělesné** má jóga kladný vliv na systémy muskuloskeletální, kardiopulmonální, endokrinní i autonomní. Mezi **psychické účinky** jógy se řadí zlepšení nálady, kvality spánku a vnímání celkové kvality života, dále zmírnění stresu a mírnění bolestí. Za **sociální působení** můžeme považovat zlepšení strategie zvládnání těžkostí a vnímání vlastní účinnosti, zvýšenou všímavost, lepší schopnost porozumění a empatie. Všechny oblasti se vzájemně ovlivňují a mohou pozitivně působit nejen na celkový pocit zdraví, ale i na konkrétní zdravotní potíže jako jsou právě chronické bolesti zad v jejich multifaktoriální etiologii (Evans et al., 2009).

## **ALTERNATIVNÍ POSTUPY**

Mezi alternativní metody patří **akupresura, akupunktura** nebo také **lidové léčitelství**. Podrážděním akupunkturálních bodů byly potvrzeny změny metabolismu mozkové tkáně. V mozku se vyplavují endorfiny a enkefaliny, které navozují pocit pohody a spokojení (Marek, 2003).

## **PSYCHOTERAPIE**

Psychoterapie pomáhá nemocnému především v odpoutání se od chronické bolesti a k osvojení strategie zvládnání bolesti. Zkušený klinický psycholog by měl mít kompetence k odhalení významných psychosociálních faktorů, které se uplatňují v etiopatogenezi chronické bolesti (Lejčko, 2009).

Psychoterapeut může pracovat s jednotlivcem (**individuální psychoterapie**), s rodinou (**rodinná psychoterapie**) či se skupinou (**skupinová psychoterapie**). Podle aktivity terapeuta a pacienta dělíme psychoterapii na **direktivní** (např. hypnóza, kognitivně-behaviorální terapie) nebo **nedirektivní** (dynamická psychoterapie, rogersovská

psychoterapie). Součástí psychoterapie mohou být i další pomocné psychoterapeutické metody (muzikoterapie, arteterapie atd.).

V léčbě pacientů s chronickou bolestí z psychologických postupů celosvětově dominuje užití **kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**. KBT vychází z teorií učení, zaměřuje se na přítomnost, pozorovatelné chování, vědomé psychické procesy a jasně definované problémy. Kombinují se zde kognitivní techniky (kognitivní restrukturalizace, adaptivní pozitivní sebeinstruktáž, odvracení pozornosti, imaginace) a behaviorální techniky (techniky ke snížení vyhýbání, na stupňování založené přístupy cvičení, behaviorální aktivace). Dále využívá práci s rodinou, zaměřuje se na komunikaci a asertivitu.

Cílem KBT v léčbě chronické bolesti je naučit pacienta rozpoznat, monitorovat a měnit negativní myšlenky, představy, emoce a chování a pomoci mu aplikovat naučené dovednosti při řešení problémů souvisejících s bolestí. KBT je neefektivnější, pokud je aplikována v rané fázi chronické bolesti a pokud je spojena s farmakoterapií, fyzioterapií a ergoterapií (Kerns, Otis, & Marcus, 2001).

V rámci psychoterapie se používají různé **relaxační techniky**. Relaxace je stav sníženého psychosomatického napětí, sloužící k uvolnění, odpoutání se a k intenzivnímu odpočinku. Mezi nejčastěji používané techniky relaxace patří **autogenní trénink, meditace, imaginace a biofeedback** (Janáčková, 2007).

Některé z forem **dynamické psychoterapie** je výhodou použít tam, kde se chronická bolest stala součástí životního příběhu a pomáhá k zachování vnitřní stability jedince či jeho rodiny. Dynamická psychoterapie se zaměřuje jak na premorbidní strukturu osobnosti, tak na hodnocení sebevědomí a vytváření zdravých mezilidských vztahů.

Obecně cílem psychoterapie je snížit intenzitu bolesti, dostat ji pod kontrolu, naučit se bolest regulovat nebo naučit se se zbytkovou bolestí žít.

### 1.7.3 Invazivní techniky

Selhává-li komplexní konzervativní léčba chronické bolesti zad a kvalita života je zřetelně redukována, je užití invazivních technik na místě. Mezi tyto techniky patří (Lejčko, 2009):

- **Jednorázové nervové blokády** – např. blokády periferních nervů a nervových pletení, centrální blokády (tlakové kaudální bloky, epidurální aplikace kortikoidů).
- **Kontinuální blokády nervových plexů, epidurální a spinální analgie.**

- **Radiofrekvenční techniky** – Radiofrekvenční termokoagulace je neurodestruktivní metoda používaná např. k denervaci facetových kloubů.
- **Neuromodulace**, kam patří stimulační techniky (stimulace míchy nebo periferních nervů) nebo podávání léků (především morfinu) do intratékálního prostoru pomocí implantabilních dávkovačů.

Na základě klinických příznaků, které jsou v souladu s grafickým nálezem, a nedostatečného dlouhodobého efektu správně vedené nefarmakologické, farmakologické a případně invazivní terapie má být indikována **chirurgická léčba** (Ostrý et al., 2020).

#### 1.7.4 Multidisciplinární léčba

Problematika vzniku a udržování chronické bolesti vyžaduje komplexní léčbu, která je založena na biopsychosociálním přístupu. Takto zaměřená **multidisciplinární léčba bolesti** je prováděna týmem profesionálů různých lékařských i nelékařských oborů, kteří společně komunikují, pracují a tím dosahují cílů léčby integrovaně.

Tento přístup si klade za cíl (Raudenská & Javůrková, 2011):

- zjednodušit užívání léků a snížit léčbu opiáty;
- stupňovat aktivity a cvičení;
- aplikovat KBT;
- snížit negativní vliv bolesti na kvalitu života.

Filozofie multidisciplinární léčby bolesti vychází z těchto bodů (Scascighini et al., 2008):

- chápání bolesti a s ní spojených problémů od nezvládnutelných až po zvládnutelné;
- podpora optimismu;
- flexibilita a individualizace léčby vzhledem k potřebám pacienta;
- důraz na pacientovu aktivní účast a odpovědnost za léčbu;
- edukace a nácvik copingových dovedností;
- posilování pocitu sebekontroly a úspěchů v léčbě.

Tým i pacient sdílají společný koncept chronické bolesti. Informace celého týmu se syntetizují do diferenciální diagnózy. Tým společně formuluje a realizuje komplexní

rehabilitační plán. Členové týmu jsou ochotni se učit jeden od druhého a upravovat vlastní názory na základě odborných rad ostatních (Raudenská & Javůrková, 2011).

Komplexně zaměřená terapie je založena na znovuobnovení duševní i tělesné pohody, schopnosti pracovat a znovu se zařadit do sociálního života. Multidisciplinární terapie u pacientů s chronickou bolestí znovuobnovuje jejich životní styl a zlepšuje kvalitu života i s bolestí.

## 2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉ BOLESTI ZAD

V následující kapitole se budu zabývat psychosociálními aspekty podílejícími se na vzniku a prožívání bolesti zad. Nejprve zmíníme jednotlivé faktory, které mají vliv na prožívání bolesti zad. Dále krátce popíšeme psychologické procesy, které prožívání bolesti doprovázejí. Závěr kapitoly bude věnován důležitému tématu týkající se psychosomatiky.

Psychické děje se podílejí nejen na vzniku bolesti, ale také ovlivňují prožitky a chování v průběhu nemoci. Mohou se objevovat negativní myšlenky o své vlastní osobě, sociálním a pracovním prostředí a rovněž o své budoucnosti. Důsledkem bolesti zad bývá u mnohých pacientů pohybová inaktivita, zvýšená konzumace léků či dokonce konzumace alkoholu. V konečné fázi se nemocný může dostat do bludného kruhu, jehož výsledkem je, že bolest negativně potencuje psychický stav a celkový negativní postoj zvyšuje úroveň bolesti zad.

### 2.1 Psychosociální faktory chronické bolesti zad

Vnímání bolesti zad je individuální, jelikož každý člověk ji vnímá trochu jinak. V této kapitole jsou popsány faktory podílející se na rozvoji chronicity bolesti zad a dále faktory ovlivňující samotné vnímání bolesti.

#### 2.1.1 Neovlivnitelné rizikové faktory chronické bolesti zad

Do skupiny neovlivnitelných rizikových faktorů patří věk, pohlaví a genetické faktory.

Na vnímání bolesti má vliv **věk**. Jednak proto, že se otupují receptory pro bolest. Což by nasvědčovalo tomu, že by měli staří lidé vnímat bolestivé podněty méně. Avšak starší organismus má některé omezené reakce tlumení bolesti (Rokyta et al., 2017).

Dle zahraniční studie (Cole et al., 2010) se ukazuje, že stárnutí bývá spojeno se změnami ve vnímání bolesti v důsledku centrálně probíhajících změn na podkladě neurodegenerativních procesů a také v důsledku neuroplastických změn v reakci na bolest.



Dalším rizikovým faktorem pro rozvoj chronické bolesti zad je **ženské pohlaví**. To je připisováno určitým odlišnostem ve funkci patofyziologických mechanismů, které se podílejí na percepci a zpracování bolesti u žen, dále osteoporóze, menšímu objemu svalové hmoty, ale i zvýšené pracovní zátěži spojené s typickou sociální rolí ženy (Jacobs et al., 2006). Práh bolesti u žen je nižší, a proto bolestivý podnět vnímají dříve a intenzivněji než muži. Avšak ženy mají rozdílné některé mechanismy, které vnímání bolesti v určitých situacích snižují, např. vyplavování endogenních opioidů při porodu (Rokyta et al., 2017).

Také **genetické faktory** hrají roli, neboť mají vliv především na vnímavost k bolesti a odpověď na analgetickou terapii (Andrašínová, Kalíková, & Adamová, 2018).

### 2.1.2 Ovlivnitelné rizikové faktory chronické bolesti zad

Mezi rizikové faktory podílející se na vzniku bolesti zad, jež můžeme sami svým chováním ovlivnit, patří faktory týkající se celkově životního stylu. **Špatná životospráva** s nevhodným složením stravy, nedostatkem tekutin, spolu s **fyzickou inaktivitou** tvoří základ pro rozvoj obezity, která vede k nadměrnému zatěžování páteře a nosných kloubů.

Dále **sedavý způsob života a jednostranné přetěžování páteře** je dalším faktorem vedoucím k rozvoji nejprve funkčních a následně strukturních změn páteře. Také **kouření** má svůj negativní vliv, jeho vlivem se zhoršuje průtok krve v páteři, což má vliv na nedostatečnou výživu meziobratlových plotének (Andrašínová et al., 2018).

Prevence bolestí zad se zaměřuje na odstranění všech těchto ovlivnitelných rizikových faktorů a podporuje zdravý životní styl, jehož základem je zdravá, pravidelná a vyvážená strava, pohyb a dostatek spánku.

### 2.1.3 Sociální faktory a bolest

Svůj podíl na chronicitě bolesti zad mají bezpochyby i sociální faktory, mezi něž je možné zařadit problematiku vzdělání, zaměstnání, finančních příjmů, či sociálního zařazení.

V této souvislosti byl vypracován systém tzv. praporků/vlajek (Nicholas et al., 2011):

- **Žluté vlajky („yellow flags“)** reflektují **emocionální faktory**, **názory** a očekávání pacienta v souvislosti s bolestí zad. Řadí se sem i **chování** ve vztahu k bolesti včetně strategií zvládání bolesti. Jedná se o pasivní vyrovnávání se s bolestí, konkrétně pasivní očekávání bolesti, omezení až vyloučení fyzické a sociální aktivity, dále

známky ochranného chování (např. zaujímání úlevných poloh, kulhání, nadužívání opěrných pomůcek apod.) (Schofferman et al., 2003).

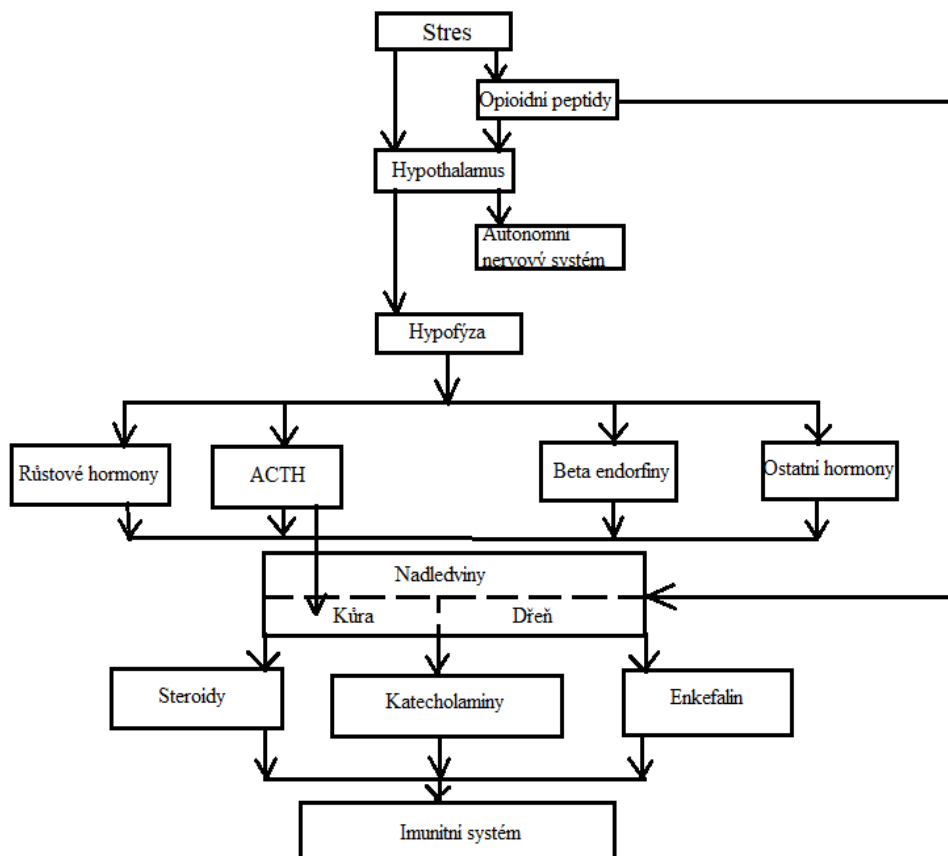
- **Oranžové vlajky („orange flags“)** zahrnují **psychiatrická onemocnění** jako deprese, poruchy osobnosti.
- **Modré vlajky („blue flags“)** reflektují **postoj pacienta k práci** a jejímu vlivu na obtíže.
- **Černé vlajky („black flags“)** zohledňují **právní či ekonomické překážky**.

Pozoruhodné výsledky přináší recentní longitudinální studie z německého prostředí, která vyšetřovala vztahy mezi jednotlivými indikátory socioekonomického statusu (vzdělání, pracovní pozice, příjem) a rozvojem chronické bolesti dolní části zad (Fliesser, Huberts, & Wippert, 2018). Hlavním výstupem této studie je poznatek, že nejsilnějším socioekonomickým indikátorem pro rozvoj chronické bolesti dolní části zad je „pracovní pozice“, a to s ohledem jak na intenzitu bolesti, tak na disabilitu. Ukázalo se, že techničtí pracovníci trpěli po stránce intenzity bolesti zad méně ve srovnání s manažery. Z hlediska disability byly profese řemeslného charakteru postiženy více než manažerské profese. Obě tyto skupiny však předčily kategorii specialistů a odborných pracovníků. To autoři vysvětlují předpokladem, že specialisté a pracovníci odborných profesí mají větší možnosti v úpravě pracovního prostředí a přizpůsobení pracovních podmínek svým obtížím, což si manažeři ani řemeslní pracovníci nemohou dovolit.

#### 2.1.4 Stres a bolest

Stres je psychické nebo fyzické úsilí či napětí vyvolané tělesnými, emočními, sociálními, ekonomickými nebo profesními okolnostmi, událostmi, situacemi nebo zkušenostmi, které jsou obtížně zvládnuty nebo u kterých je obtížné vytrvat (Colman, 2001).

Chronická bolest představuje komplexní stresor. Každý stresor vyvolává psychoneuroendokrinoimunologické změny, které se projevují ve změnách zejména hladiny různých látek, jako jsou enkefaliny, ACTH, kortizol, aminy, aj. Na obrázku č. 5 na následující straně jsou znázorněny tři řídicí systémy, které se účastní na řízení bolesti i stresu - fylogeneticky nejstarší **imunologický**, mladší **endokrinní** a nejmladší **nervový** s jeho nadstavbou psychickou (Rokyta et al., 2012).



**Obrázek č. 5:** Řídící systémy účastníci se na řízení stresu i bolesti (Rokyta et al., 2012, 85)

Stres významně moduluje práh bolesti. V rámci komplexní adaptivní odpovědi na akutní ohrožení se zvyšuje práh bolesti a působí jako tzv. **stresová analgezie**. Kdy se například při velkém poranění vyplavují některé stresové hormony, které vzniku bolesti brání. V mírném stresu se uplatňuje opioidní analgezie (opioidy, kanabioidy), zatímco v silném stresu neopioidní analgezie (glutamátový systém, neurotensin). Při chronickém stresu dochází k vyčerpání adaptačních mechanismů a práh bolesti se naopak snižuje (Rokyta et al., 2017).

Výzkumná studie (Vachon-Presseau et al., 2013) zjistila, že pacienti s chronickou bolestí zad mají vyšší hladiny bazálního kortizolu než zdraví jedinci. Ze studie je patrné, že chronická bolest je spojena s maladaptivní stresovou reakcí.

### 2.1.5 Osobnostní charakteristiky a bolest

Osobnost jedince je jednou z podstatných charakteristik, která určuje individuální rozdíly ve vnímání a zvládání bolesti. Výzkumy ukazují, že např. **introverti** mají nižší práh pro bolest než **extroverti**. I když extrovertní osoby o bolesti ochotněji hovoří a mají tendenci ji zveličovat (Zacharová, 2008).

Porovnávání osobnostních rysů s copingovými strategiemi se v rámci kvantitativních studií děje nejčastěji pomocí modelu Big Five a některého z dotazníků copingových strategií. Kanadský výzkum (Newth & DeLongis, 2004) dokládá souvislost osobnostních rysů s užíváním určitých copingových strategií. **Extraverze** koreluje přímo s aktivním copingem. Jedním z vysvětlení, proč extravertní lidé užívají aktivní coping je to, že nechtějí přijít o sociální kontakt, který je pro ně důležitý, a jehož omezení často chronická bolest přináší. **Přívětivost** jako osobnostní rys nebyla statisticky významně spojena s konkrétními strategiemi, avšak osoby s vyšším skórem u přívětivosti měli tendence k sociálně orientovanému copingu. Lidé s větší **svědomitostí** užívali více strategie distancování se od bolesti, pravděpodobně z důvodu, že díky své spolehlivosti a pracovitosti se snaží orientovat na řešení bolesti a minimalizovat dopad bolesti na svůj život.

**Optimismus** je dalším osobnostním rysem, který pomáhá zvládat obtížné životní situace. Vyznačuje se očekáváním kladného výsledku dění. Výsledky nedávné studie (Esteve et al., 2018) ukazují, že pacienti s chronickou bolestí pohybového aparátu, kteří mají pozitivní očekávání svého budoucího vývoje, vyvíjejí trvalé úsilí, i když dosažení jejich cílů může být ohroženo. Pacienti s vyšší mírou optimismu (měřeno Testem životní orientace) vykazovali vyšší flexibilitu při řízení svých cílů a schopnost reorganizace.

### 2.1.6 Kulturní a etnické faktory a bolest

Dle srovnávacích studií bylo zjištěno, že Afroameričané mají nižší práh bolesti, vnímají bolest daleko dříve a významněji než bílí Američané. Naopak žluté etnikum má vyšší práh bolesti než etnikum bílé (Rokyta et al., 2017).

Obecně kulturní a etnické faktory hrají významnou úlohu v tom, jak člověk vnímá bolest a jak na ni reaguje. Významnou roli zde hraje způsob výchovy, proces učení, proces socializace, zkušenosti každého člověka, včetně zážitku bolesti a utrpení. Později zde vstupuje i rozvoj individuality, hodnotová orientace, tradice a v neposlední řadě i vzorce chování a systém rolí (Zacharová, 2008).

## 2.2 Psychologické procesy u chronické bolesti zad

Následující část práce se zabývá psychologickými procesy, které prožívání bolesti doprovázejí.

Dle Knotka (2010), hlavní stadia vývoje psychologických procesů při chronické bolesti tvoří: 1) **strach a pozorování bolesti**, 2) **hodnocení a coping**, 3) **afektivní a motivační změny** a 4) **bolestivé nebo adaptivní chování**. Dle Knotka (2010) tvoří tyto fáze příčinný řetězec, předchozí fáze působí na následující procesy. Avšak Linton a Shaw (2011) poukazují na to, že psychologické procesy jsou vzájemně propletené a fungují společně jako systém, nikoliv jako sekvence po sobě jdoucí.

Z psychologického hlediska chronická bolest narušuje celkové afektivní ladění člověka, postoj k sobě a hodnocení sebe, chování a vztahy k blízkým lidem (Knotek, 2010).

Psychologickou rovinu bolesti určuje více faktorů najednou. Jsou to především aktuální emoce a kognitivní zpracování bolesti. Pacientova změna emocí moduluje jeho chování a následně i mezilidské vztahy, což hraje velký význam v jeho sociálním okolí.

### 2.2.1 Emocionální reakce

Dlouhotrvající bolest ovlivní psychické ladění každého jedince a vyvolá určitou emoční odezvu. Prožitá bolest tak vstupuje do zkušenosti nemocného a posiluje do budoucna další emoční reakce v bolestivých situacích. Bolest vede k široké škále negativních emocionálních reakcí. Mezi tyto reakce patří především úzkost, strach, hněv, sklíčenost a deprese.

Předmětem strachu může být bolest samotná. Na základě rozhovorů s pacienty ve své lékařské praxi, se často dozvídám, že mezi další důvody strachu u pacientů s chronickou bolestí zad patří strach z neschopnosti postarat se o sebe nebo zabezpečit rodinu, či strach z některých diagnostických či léčebných procedur. Strach jako reakce na akutní bolest je přiměřená, avšak dlouhodobé afektivní ladění a zaměření pozornosti na chronickou bolest zajisté ohrožuje psychickou, somatickou i sociální integritu trpícího.

Dle autorů Knotka, Knotkové a Raudenské (2015) je **strach z bolesti** u chronických bolestivých stavů podmíněn samotnou bolestí, kognitivním zpracováním bolesti (pacientův výklad toho, co bolest je a co pro něho znamená) a dispoziční úzkostí (rysem úzkostnost). Úzkostní jedinci mohou mít větší sklony chybně interpretovat nejasné tělesné prožitky jako ohrožující nebo bolestivé, a proto je u nich zvýšena pravděpodobnost, že budou

zažívat vyšší intenzitu bolesti. Zkreslená kognice, úzkost, strach související s bolestí a její katastrofizace mohou být závažným rizikovým faktorem, který má vliv na udržování bolesti. Strach z bolesti může být příčinou fyzické pasivity (Zacharová, 2008).

## REGULACE EMOCÍ

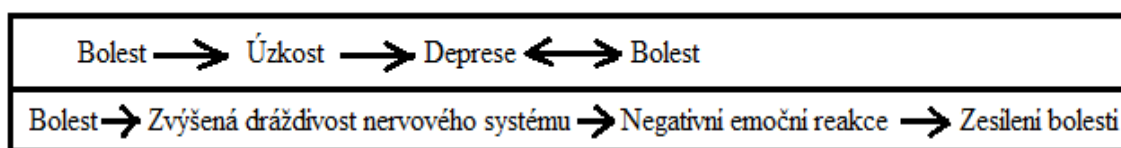
Dalším aspektem, který má souvislost s emocionální reakcí na bolest, je schopnost regulace emocí. Lidé se mnohdy liší ve schopnosti regulovat své emoce, jak ve své intenzitě, tak ve změnách emočního stavu. Oba tyto faktory hrají roli v adaptaci na bolest. Nejlepším prediktorem této adaptace je kombinace dobré schopnosti regulovat vlastní emoce a sklon k slabším výkyvům emocí. Naopak se ukazuje, že nejhůř se na bolest adaptují lidé se sklonem k silným afektům a nízkou schopností regulace emocí (Hamilton, Zautra, & Reich, 2005).

S regulací emocí souvisí rozpoznávání emocí. Jako neadaptivnější se jeví dobrá schopnost rozpoznat vlastní emoce a jejich projevy, nikoliv potlačování. S touto skutečností souvisí fakt, že mezi chronicky nemocnými je velké procento alexithymních jedinců (Shibata et al., 2014).

Pojem **alexithymie** pochází z řečtiny a v doslovném překladu znamená „beze slov pro pocity“. Jedná se o afektivní poruchu, která se projevuje neschopností rozpoznávat a popisovat své vlastní prožívání. Dle Saariah a spol. (2013) je mezi chronicky nemocnými každý pátý alexithymní. Alexithymie spočívá v tom, že tito lidé neumějí přeložit tělesný emoční stav do pocitové oblasti a vnímají jen tyto senzace. Velmi často jim přikládají význam chorobných příznaků, což zvyšuje jejich úzkost a nepříjemnost aktuálního stavu (Honzák, 2017).

## DEPRESE, ÚZKOST A CHRONICKÁ BOLEST

Přestože se rozvoj psychických změn při chronifikaci bolesti mezi jednotlivci liší, objevují se v klinické praxi často dvě situace, které jsou uvedeny na obrázku č. 6. Kde je také vidět, že vztah mezi depresí a bolestí je oboustranný. Deprese zesiluje intenzitu a prožívání bolesti, a na druhé straně dlouhotrvající algický stav vede často k rozvoji deprese (Opavský, 2010).



**Obrázek č. 6:** Změny stavu nemocných při chronifikaci bolesti (Opavský, 2010, 79)

Z hlediska mediátorových systémů dochází u deprese k poklesu hladiny serotoninu a právě serotoninergní procesy jsou součástí endogenní modulační bolesti. Jedná se tedy zřejmě o společný mechanismus (Janáčková, 2007).

Podíl psychologické komponenty na chronicitě bolesti zad lze považovat za jednoznačně prokázaný. Touto problematikou se cíleně zabývala kohortová studie pod vedením Shaw a spoluautorů (2010) a ze závěru jejich studie vyplynula dvě významná zjištění. Za prvé, deprese, úzkostné poruchy a závislost na návykových látkách byly přítomny ve větší míře u pacientů s chronickou bolestí dolní části zad než u pacientů se subakutním průběhem. Za druhé, u osob dlouhodobě trpících depresí, posttraumatickou stresovou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou či závislostí na nikotinu, bylo riziko vzniku chronicity bolesti dolní části zad signifikantně zvýšené (Shaw et al., 2010).

Dle nedávné studie (Srivastava et al., 2018) byla zjištěna závažná depresivní porucha u 74 % pacientů s chronickou bolestí dolní části zad a četnost špatné kvality spánku byla u 81 % pacientů. Těžké funkční postižení způsobené bolestmi dolní části zad bylo spojeno s těžkými depresivními příznaky, horší kvalitou spánku a nižší kvalitou života. Závažnost deprese pozitivně korelovala s funkčním postižením.

S ohledem na rozdíly psychického dopadu chronických bolestí zad mezi muži a ženami se ve studii Sheffera et al. (2002) ukázal rozdíl mezi pohlavími u projevů deprese, nikoli úzkosti. V hodnocení symptomů deprese statisticky významně převažovaly v míře projevů deprese ženy oproti mužům, avšak symptomy úzkosti nevykazovaly mezi pohlavími významné rozdíly.

## **2.2.2 Kognitivní hodnocení bolesti**

S emocionálními reakcemi na bolest souvisí kognitivní zpracování bolesti. Oba tyto aspekty se vzájemně ovlivňují a určují výsledný způsob zvládnutí bolesti.

Opavský (2011) za kognitivní faktory, které mají vliv na vnímání bolesti, považuje názory na bolest a obavy z dalšího vývoje bolesti, dále změnu hodnocení sebe sama, životních perspektiv apod.

Bolest, jako taková, je jen částečně zodpovědná za utrpení, které člověk prožívá. Myslím si, že je velmi důležité především to, jak jedinec interpretuje bolest. Názory na bolest a postoje k bolesti mohou být výsledkem celoživotní zkušenosti pacienta s bolestí a během

vývoje bolestivého stavu se mohou měnit. Tyto postoje mohou být podmíněny taktéž vlivem jeho rodiny a společnosti.

Z kognitivních aspektů má na celkové vnímání bolesti vliv místo kontroly nad bolestí. **Locus of control** je koncept J. B. Rottera, který navrhl v rámci jeho teorie sociálního učení. Lidé s vnitřním místem kontroly věří, že mohou kontrolovat a ovlivňovat většinu událostí, které se jim dějí. Své úspěchy připisují svému jednání a snažení. Naopak lidé s vnějším místem kontroly věří, že jejich výsledky jsou ovlivněny zejména náhodou, štěstím, osudem nebo někým jiným (Výrost & Slaměnik, 2008).

V rámci psychologie bolesti je užíván koncept **locus of pain control** fungující na stejném principu. Mezi chronicky nemocnými bývá více jedinců s externím locus of pain control, kteří spoléhají na pomoc ostatních, zejména odborníků, kteří jim mohou od bolesti pomoci. Locus of pain control má vliv na závislost na lécích proti bolesti. Dle recentního výzkumu bylo zjištěno, že pacienti s vnějším locus of pain control častěji užívají dlouhodobě opioidy a více trpí poruchami spánku a depresí (Musich et al., 2020).

### 2.2.3 Behaviorální reakce

Behaviorální reakce jsou rozhodující reakce v otázce dalšího vývoje bolesti. V chování se promítají jak emocionální, tak i kognitivní reakce na bolest.

Knotek (2010) dělí behaviorální reakce v důsledku bolesti na dvě dimenze:

- **Adaptivní chování** odpovídá patofyziologickému stavu a podporuje uzdravování.
- **Neadaptivní chování** je neúměrné patologickému stavu, např. při snaze urychlit rehabilitaci nadměrnými dávkami cvičení.

Extrémní formou maladaptivního chování je **bolestivé chování**, což je verbální a neverbální chování, které lze chápat jako reflexi přítomné bolesti. Projevuje se ve výrazu obličeje, abnormálními způsoby chůze, vyhýbání se aktivitám společenským, pracovním nebo rodinným (Raudenská & Javůrková, 2011).

U pacientů trpících chronickými bolestmi bederní části zad lze pozorovat několik typických projevů bolestivého chování. Při změně pozice se pacient projevuje abnormálně strnulým pohybem. Pro stoj je typické stacionární dominantní zatížení jedné dolní končetiny. Výrazy tváře, značící bolest, jsou obvykle zjevné a existuje jich celé spektrum. Nejčastějšími projevy bolesti jsou svráštěné obočí, zúžené oční štěrby, pevně semknuté rty, odtažené



koutky zavřených úst a zatnuté zuby. Další nápadnou známkou bolestivého chování je jakýkoliv fyzický kontakt ruky s bederní oblastí. Vzdychání můžeme pozorovat jako výrazný výdech, často s doprovodným nadzdvihnutím a poklesem ramen, případně s nafouknutím tváří (Waddell, 2009).

Bolestivé chování částečně slouží jako úleva od bolesti, avšak může přinášet i **druhotné zisky z nemoci**. Při úvahách o ziscích z nemoci bychom si měli být vědomi, že máme na mysli zisky nevědomé. Nejde o předstírání chorobných příznaků (Baštecká, 2003). Člověk, který trpí bolestí se stává pacientem, což může přinášet určité výhody. Ze strany rodinných příslušníků je často vyjadřován soucit, zvýšená pozornost či získání určitých úlev. Což může u pacienta nadále stav nemoci udržovat či potencovat, neboť tímto způsobem získává určitou kontrolu nad ostatními. Je zdůvodněna či omluvena závislost na druhých, nechození do zaměstnání, vyhnutí se například sexu nebo domácím povinnostem. Tyto benefity mohou bolestivé chování zpětně fixovat. Původně nepodmíněné, přirozené a adaptivní projevy bolesti, například kulhání, používání berlí, strach z pohybu a bolestivé nastražení, jsou odměňovány. Výsledek pak může být účelově manipulativní chování chronického pacienta bez odpovídajícího somatického nálezu.

**Škála bolestivého chování** je určena pro pozorování bolestivého chování a zahrnuje čtyři desetistupňové číselné stupnice: mimika bolesti, motorika bolesti, paralingvální vokalizace a verbalizace bolesti. Tato škála koreluje s testy bolesti, s názory na bolest, s úzkostí, depresí a utrpením. (Knotek & Žalský, 2002).

#### **2.2.4 Adaptace na bolest, coping**

Coping je obecně definován jako proces vypořádávání se se stresovou situací. Zahrnuje procesy, kterými se psychika jedince vyrovnává se zátěží. Sdružuje emocionální, kognitivní i behaviorální aspekty a určuje úspěšnou či neúspěšnou adaptaci na bolest (Knotek, 2010).

*Coping bolesti tedy zahrnuje procesy spouštěné pocitem bolesti anebo kognitivním hodnocením bolesti, „zpracovává je“ a poté udržuje dosavadní stav, nebo vyvolává afektivně motivační a behaviorální změny. Coping tak zprostředkovává procesy mezi bolestí a spojenými stresory a mezi jejich psychologickými, biologickými, sociálními a ekonomickými důsledky (Knotek, 2005, 91).*

Kvalita copingu při chronické bolesti má charakteristické afektivně-motivační, psychosomatické, behaviorální, sociálně psychologické a ekonomické důsledky. Tyto

důsledky mohou být **adaptivní a stabilizační** (přiměřená adaptace na přetrvávající bolest), **pozitivní a rozvíjející** (zlepšení rodinné soudržnosti či komunikace) nebo **patologické** (účelové chování, rozvrat rodiny nebo neoprávněný důchod) (Knotek, 2005).

**Efektivní coping** stabilizuje psychické pochody. Zahrnuje hodnocení bolesti jako výzvy. Vyvolává odhodlání a vede k obnovení psychické a sociální integrace po zhojení bolestivého stavu, případně adaptaci na nezhojitelnou bolest. Pokud stav bolesti přetrvává, za příznivý efekt copingu se pokládá dozrání osobnosti, přehodnocení nepodstatných zájmů, hodnot, ale též konfliktů s lidmi (Rokyta et al., 2006).

**Sociální coping** je proces obnovení stability osobnosti, sociální integrity a adaptivního chování vlivem komunikace s druhými lidmi (Rokyta et al., 2006). Sociální coping chronické bolesti probíhá za dvou předpokladů. Za prvé, pacient má potřebu spoluúčasti druhých na zvládnutí zátěže spojené s chronickou bolestí. Za druhé, druzí vnímají pacienta jako potřebného pomoci, tedy přisuzují mu potřebu pomoci a jsou ochotni mu pomoc poskytnout. Pacientova potřeba a nabízená pomoc se buď shodují, nebo neshodují. Neshoda může být kvantitativní, jestliže pacient vyžaduje neustálou péči, ale blízcí se mu věnují jen občas. Nebo neshoda může být i kvalitativní, když pacient očekává jen tichý soucit a jeho blízcí se ho snaží obveselovat (Zavdilová & Knotek, 2006).

**Selhání copingu** vede k utrpení, které se projevuje negativní afektivitou - úzkostí, zlostí a depresí. Z kognitivního hlediska se projevuje znehodnocujícím sebevnímáním. Výsledkem selhání copingu je redukce strachu kognitivní deformací (zkreslení informace o bolesti) a následně vyhýbavým chováním. Pacient se uzavírá, omezuje kontakty s lidmi, kteří přinášejí zúzkostňující informaci. Takový pacient svou bolest a s ní související problémy neřeší. Naléhavost neřešených problémů narůstá, a když tato vyhýbavá strategie selže, pacient není připraven je aktivně zvládat a rezignuje. Rezignace je nejvýznamnější zprostředkující proměnnou mezi strachem z bolesti a vývojem negativních afektů (Knotek, 2010).

## METODY MĚŘENÍ COPINGU

Nejběžněji používanými nástroji k měření copingových strategií bolesti jsou dva níže uvedené dotazníky:

- **Dotazník copingu bolesti**

Český **Dotazník copingu bolesti v revidované formě (DCB-R)** slouží jako dobrý ukazatel selhávání regulace stresu vyvolávaného bolestí a průvodními kognitivními ději. Tři stupnice dotazníku sledují procesy, které jsou aktivovány. „**Pozorování bolesti**“ sleduje zúžení pozornosti jedince na bolest. Stupnice „**Uzavírání se**“ je spojena se vznikem negativních afektů (deprese, úzkost). A nakonec stupnice „**Rezignace**“, která poukazuje na závažné stupně úzkosti, zlosti či deprese, na problémy v práci, v rodině a na bolestivé chování. DCB-R slouží k monitoraci jedince v terapeutickém procesu. (Knotek, 2005).

- **Dotazník sociálního copingu chronické bolesti (DSCCB)**

Jedná se o 11 položkový dotazník, který zahrnuje stupnici **SOP** (sociální opora požadovaná) a **SOV** (sociální opora vnímaná). Faktor SOP vyjadřuje pacientu potřebu pomoci blízkých lidí a faktor SOV zahrnuje pacientovo aktuální vnímání ochoty blízkých pomáhat. Rozdíl SOP–SOV značí frustraci potřeby sociální opory (Zavadilová & Knotek, 2006).

## 2.3 Psychosomatika

*„Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvahu, především však drzost. Odvahu opouštět pohodlné cesty a drzost šlapat po trávniku, na němž je po několik staletí umístěna výstražná cedule, udržovaná medicínským establishmentem za všech panujících režimů, s nápisem NEVSTUPOVAT“* těmito slovy trefně vystihuje problematiku psychosomatiky Radkin Honzák (2017, 9) v úvodu své knihy.

Existuje velké množství definic psychosomatiky. Obecně by se dalo říct, že psychosomatika je celostním pohledem na zdraví a nemoc, který vychází z modelu bio-psycho-socio-spirituálního. Neodděluje nemoci na čistě somatické a duševní, ale zkoumá souvislosti jejich projevů a hledá možné cesty ke zdraví ve všech těchto oblastech.

Kolář (2009, 649) ve své knize uvádí: „*V užším slova smyslu je psychosomatika chápána jako obor zabývající se chorobami, při kterých se vyskytují tělesné obtíže, změny a poruchy funkce podmíněné duševním stavem. V širším slova smyslu zahrnuje komplexní (celostní) přístup k tělesnému i duševnímu zdraví v kontextu mezilidských vztahů, životních aktivit a životního prostředí.*“

Psychosomatika u bolestí zad může hrát velkou roli. Na záda naložíme vše, na co se nechceme dívat. Z tohoto pohledu jsou záda pomyslnou skládkou všech negativních pocitů či postojů, jež mají vliv na tělesné fungování člověka. Pro ucelený přehled jsem psychosomatické poruchy dále rozdělila.

### **2.3.1 Rozdělení psychosomatických poruch**

Obecně se rozlišují čtyři hlavní větve psychosomatických poruch, jimiž jsou (Morschitzky & Sator, 2007):

- **Poruchy celkového tělesného schématu;**
- **Funkční poruchy;**
- **Psychosomatické poruchy v užším smyslu;**
- **Somatopsychické choroby.**

Stručně jednotlivé psychosomatické poruchy přiblížím.

#### **PORUCHY CELKOVÉHO TĚLESNÉHO SCHÉMATU**

V případě poruch celkového tělesného schématu jsou to tělesné potíže podmíněné převážně psychicky nebo psychosociálně, u nichž nevznikají vegetativní či orgánové poruchy, ani chorobné změny tkání. Jsou to tělesné příznaky u lidí vlastně zdravých. Nejběžnější poruchy tohoto typu jsou bolesti hlavy nebo žaludeční potíže.

#### **FUNKČNÍ PORUCHY**

Radkin Honzák (osobní sdělení 27. února 2020) na jedné z jeho přednášek označil chronicky nemocného bez závažnějšího objektivního nálezu (trpícího takzvanou somatizační či funkční poruchou) za člověka, který volí závětrí nemoci před rizikem selhání na zdravém povětří života. Nemoc je mu „štítem“, který ho brání před nárazy, jež by mohly být zraňující. A tak si nemoc nevědomky hýčká, než aby se jí vzdal. Tito lidé se chtějí léčit, ale ne vyléčit.

Do této kategorie funkčních poruch spadají tělesné symptomy bez organických příčin s poškozením vegetativních funkcí, avšak nejsou zde přítomny chorobné tkáňové změny.

U velkého počtu pacientů se somatoformními poruchami zjišťujeme v anamnéze úzkost, depresi či poruchu osobnosti. Mezi funkční poruchy patří somatoformní a disociativní poruchy.

- **Somatoformní poruchy** jsou charakteristické především subjektivními tělesnými příznaky různé kvality a kvantity, avšak bez prokazatelného tělesného nálezu. Pacientovi potíže narušují jeho běžné fungování, obtěžují ho a vedou k opakovanému vyhledávání lékařské péče. Je nutné si uvědomit, že se příznaky nejsou ovládány pacientovou vůlí, tudíž se nejedná o simulaci (Orel et al., 2020).
- **Disociativní (konverzní) poruchy** u nichž dochází k úplné nebo částečné dezintegraci bezprostředního vnímání, kontroly tělesných pohybů, vzpomínek na minulost a vědomí vlastní identity. Psychické a tělesné funkce jsou rozštěpeny. Disociativní symptomy jsou projevem specifického způsobu zpracování pacientových problémů, které není schopen řešit účelněji a přiměřeněji. Vznikají jako reakce na nějaké trauma, konflikt či neuspokojení určité potřeby. Tyto příznaky mohou být velmi rozmanité, mohou se jevit jako příznaky somatického onemocnění, avšak od skutečných chorobných příznaků se určitým způsobem liší. Chování může být narušeno, dochází k výraznému útlumu, nebo naopak ke zvýšené a nesmyslné aktivitě (Vágnerová, 2012).

## **PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V UŽŠÍM SMYSLU**

U psychosomatických poruch se jedná o tělesné choroby s prokazatelným postižením orgánů nebo s organicky způsobenou poruchou tělesných funkcí. Na vznik poruchy, jejím udržování a zhoršování se významně podílejí psychické nebo sociální faktory. Typickými příklady jsou asthma bronchiale, žaludeční vředy nebo dermatitis.

## **SOMATOPSYCHICKÉ CHOROBY**

Somatopsychické choroby se vyznačují psychickými a sociálními následky organických onemocnění. Čím je chroničtější průběh choroby, tím více vystupují aspekty psychické a psychosociální proti aspektům organickým. Typické příklady jsou: rakovina, srdeční choroby, poruchy imunity, diabetes mellitus, chronická ledvinová insuficience, postižení centrálního nervového systému. Tito pacienti vyžadují interdisciplinární spolupráci.

Na bolest zad je možno pohlížet ze psychosomatického úhlu pohledu a vidět v postižení jednotlivých úseků páteře určitý symbol a odraz psychiky na těchto tělesných příznacích. Například **problémy se šíjí** znamenají, že nemocný člověk odmítá vidět jiné

stránky života a tvrdšíjné trvá na svém. **Bolesti krční páteře** mohou znamenat, že si s sebou nese problémy ostatních lidí. **Horní část hrudní páteře** ukazuje na nedostatek emocionální podpory. **Střední část zad** je spojena s pocity viny nebo přílišné lpění na určitých věcech. A **bolesti dolní části zad** jsou vyjádřením existenciálních problémů, především v otázkách finanční situace (Vávrová, 2019).

Terapie z pohledu psychosomaticky zaměřených terapeutů zahrnuje tři cesty k vyléčení. Za prvé **působením na orgány samé**. Navrácením funkčnosti poškozeným orgánům, např. medicínskými zásahy, fyzioterapeutickými programy, psychologickou intervencí. Za druhé **působením na psychosociální prostředí**. Má-li pacient vyléčit, je třeba změnit psychosociální pozadí, na němž se organická porucha vyvinula. Zde má svou roli interaktivně zaměřená terapie, např. rodinná terapie, a doprovodná psychosociální opatření. Za třetí **utvářením nového vztahu k vlastnímu tělu**. Musí si osvojit nový způsob myšlení a chování. V tomto směru pomáhá individuálně zaměřená psychoterapie (Morschitzky & Sator, 2007).

### 3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU BOLESTÍ ZAD

Kvalita života pacientů s chronickou bolestí zad je bezesporu ovlivněna jak tělesným vnímáním samotné bolesti, tak rozmanitými psychosociálněspirituálními faktory. Z tohoto hlediska pohlížím na kvalitu života jako na pomyslné skloubení všech výše popisovaných aspektů. Zjišťování kvality života pacientů je v lékařské praxi, bohužel, velmi často opomíjeno. Proto považuji toto téma za velmi důležité.

Přestože pojem „**kvalita života**“ je velmi frekventovaný, nejen v odborných pojednáních, v oblasti jeho formulace není názorová shoda. Je to dáno tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách (psychologie, medicína, sociologie, kulturní antropologie, ekologie) (Payne, 2005).

Dle světové zdravotnické organizace (Fleck, 2000) se kvalitou života (**QoL**) rozumí to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, životnímu stylu, zájmům a očekáváním.

Pojem kvalita života zahrnuje jak **objektivní faktory** (především materiální blaho, životní úroveň), tak **subjektivní vnímání**, které je založené na kognitivním hodnocení a emočním prožívání vlastního života. V souvislosti s kvalitou života vztahující se ke zdraví byl zaveden též termín health-related quality of life (**HRQoL**), tedy „**kvalita života ve vztahu ke zdraví**“, který je využíván zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na jedince (Janečková & Hnilicová, 2009).

Rovněž problematika spánku ovlivňuje funkční stav více než samotná chronická bolest. Udává se, že **poruchy spánku** jsou obecně přítomny až u 50–70 % jedinců trpících chronickou bolestí. Vztah mezi poruchami spánku a chronickou bolestí je obousměrný. Vedle vlivu bolesti na kvalitu spánku, může spánková deprivace a snížená kvalita spánku způsobovat pokles prahu bolesti a snížení mentální kapacity ke snášení bolesti (Sezgin et al., 2015). „*Bolest a spánek jsou jako na houpačce: když se bolest zvětšuje, klesá kvalita spánku. Když se vrátí spánek, může se bolest zmírnit*“ (Lamberg, 1999, in Baštecká, 2003, 133).

Kvalita spánku ovlivňuje kvalitu života, proto by měl být vztah bolesti a spánku při léčbě bolesti posuzován se zřetelem.

### 3.1 Postižené domény kvality života

Prožívání chronické bolesti se může promítat do všech sfér života nemocného a umocňovat tak celkový dopad bolesti na život jedince. Kvalitu života může snižovat samotné utrpení z bolesti, neúčinná léčba, sociální izolace, narušení pracovních schopností a emocionální nepohodlí. Chronická bolest může omezovat jak pracovní, tak zájmové aktivity. Může vést také ke zvýšené dráždivosti jedince, poruchám spánku, snížené chuti k jídlu a k dalším závažným fyziologickým, psychologickým a sociálním důsledkům.

Světová zdravotnická organizace uvádí šest základních dimenzí kvality života (Fleck, 2000):

- **Fyzické zdraví:** do této kategorie je zařazený vliv poměru energie a únavy jedince, vnímání bolesti a dalších nepříjemných pocitů. Zahrnuje faktory spojené se spánkem a odpočinkem.
- **Psychologické zdraví:** řadí se sem faktory jako je tělesný vzhled a jeho vnímání jedincem, negativní a pozitivní pocity, sebeúcta a kognitivní faktory (myšlení, učení, paměť a pozornost).
- **Stupeň nezávislosti jedince:** tato kategorie zahrnuje faktory jako je úroveň pohyblivosti jedince, každodenní aktivity, úroveň závislosti jedince na lécích a lékařské péči a také faktor pracovní způsobilosti.
- **Sociální vztahy a interakce:** jsou mezi ně zahrnuté osobní vztahy, úroveň sociální podpory a sexuální aktivita jedince.
- **Prostředí:** patří tady finanční zdroje jedince, úroveň osobní svobody a fyzické bezpečnosti, dostupnost a úroveň zdravotní a sociální péče. Také sem spadají další faktory: bydlení, možnosti trávení volného času, fyzické prostředí (hluk, doprava a klimatické podmínky).
- **Spiritualita, náboženství a osobnostní přesvědčení jedince:** tato kategorie není zaměřena na žádné konkrétní náboženství, ale na všechny formy spirituality.



## 3.2 Metody hodnocení kvality života

Kvalita života je obecně obtížně měřitelná vzhledem k výraznému vlivu subjektivního prožívání daného jedince. Existuje však několik metod, které se pokoušejí o její hodnocení podle předem stanovené stupnice. Mezi nejznámější metody patří: **36-Item Short Form Survey**, **Dotazník EuroQol**, **WHOQOL-100** a **WHOQOL-BREF**.

### **36-ITEM SHORT FORM SURVEY (SF-36)**

V České republice je SF-36 používán také pro hodnocení kvality života u pacientů se somatickými, neurologickými a duševními onemocněními. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který umožňuje hodnotit zdraví tak, jak je vnímané respondentem. Dotazník obsahuje 36 otázek a je rozdělen na dvě základní oblasti, které hodnotí **fyzické** a **mentální zdraví**. Tyto oblasti jsou rozděleny po čtyřech doménách, takže jednotlivé položky dotazníku jsou rozděleny celkem do osmi tematických podkategorií (Němec et al., 2009).

SF-36 hodnotí těchto osm základních kvalit zdraví: omezení ve společenských aktivitách; omezení ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů; omezení v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví; tělesná bolest; duševní zdraví; omezení z citového důvodu; vitalita; všeobecný pocit zdraví (Ondriová et al., 2013).

Jednotlivé otázky jsou hodnoceny od 0-100, kdy 0 udává nejnižší možné skóre a 100 nejvyšší. Následně jsou hodnoty jednotlivých domén zprůměrované. Skóre pod 50 je interpretováno jako pod normu obecné populace (Haluzíková & Wieclawová, 2020).

Z nedávného průzkumného šetření autorek Haluzíkové a Wieclawové (2020), jejichž cílem bylo zmapovat kvalitu života u pacientů s chronickou bolestí zad, bylo zjištěno, že pacienti s chronickou bolestí zad mají nejnižší hodnoty u fyzické role v dotazníku SF-36. Jejich fyzické zdraví jim způsobuje omezení při práci nebo při vykonávání denních aktivit. Druhou nejnižší hodnotu měla tělesná bolest, kterou byli omezováni. Hodnoty psychického zdraví byly vyšší než hodnoty fyzického zdraví. Bolest neměla takový vliv na jejich náladu.

### **DOTAZNÍK EURO QOL**

Dotazník sestává ze dvou částí. První část obsahuje pět zkoumaných dimenzí (mobilita, sebeobsluha, běžné aktivity, bolest/diskomfort, úzkostnost/deprese). Ke každé z nich má vyšetřovaný za úkol přiřadit jednu ze tří nabízených výpovědí - „bez problému“, „s nějakými problémy“ a „s velkými problémy“, vztahujících se k danému dni. Druhá část dotazníku obsahuje 20 cm VAS (vizuální analogovou škálu), s koncovými možnostmi „můj nejhorší

zdravotní stav“ a „můj nejlepší zdravotní stav“. Z dotazníku lze výtěžit 3 typy dat (Němec et al., 2009):

- popisný profil pacienta, který udává rozsah problému u každé z 5 dimenzí;
- skóre vzhledem k dané populaci, které je založeno na popisných datech;
- vlastní pohled pacienta na svůj zdravotní stav.

### **WHOQOL-100, WHOQOL-BREF**

Dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Respondent je vyplňuje buď sám nebo v případě potřeby se předkládá formou standardizovaného rozhovoru. Vyplnění dotazníku WHOQOL-100 trvá přibližně 20-30 minut a WHOQOL-BREF 5-10 minut.

**WHOQOL-100** (World Health Organization Quality of Life) – tento dotazník zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén (Dragomirecká, 2006):

- fyzické zdraví;
- psychická úroveň (prožívání);
- úroveň nezávislosti;
- sociální zázemí, prostředí;
- spiritualita
- celková kvalita života.

**WHOQOL-BREF** je zkrácená verze předchozího dotazníku. Zde jsou položky rozděleny do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím) (Dragomirecká, 2006).

Životní doménou, která se v rámci kvality života ukazuje jako nejvíce narušená při chronické bolesti zad, je doména fyzická. Fyzická doména se skládá z otázek týkajících se bolesti, únavy, spánku a odpočinku. Zajímavým poznatkem je, že fyzická doména kvality života koreluje významněji s mírou soběstačnosti než s intenzitou bolesti (Stefane et al., 2013).

Dle zahraniční studie (Rabini et al., 2007) bylo zjištěno, že pohyblivost páteře nesouvisí se zhoršením emočních vlastností kvality života, ale pouze s fyzickou doménou kvality života.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě shrnutí teoretických poznatků z předešlých kapitol je v této kapitole definován výzkumný problém, z něhož dále vycházejí cíle práce. **Výzkumným problémem** bakalářské práce je subjektivní prožívání pacientů, trpících chronickou bolestí zad.

**Hlavním cílem** prezentovaného výzkumu je tedy prozkoumat, jak pacienti s chronickou bolestí zad prožívají potíže, které jim bolest přináší. Cílem empirické části práce je popsat, jak bolest zasahuje do života těchto pacientů, jaký má vliv na vykonávání každodenních činností, jak ovlivňuje jejich psychický stav a mezilidské vztahy. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem pacienti popisují své bolesti, jak nahlíží na příčiny vzniku bolesti a prozkoumat jaké používají strategie zvládnání bolesti zad.

**Vyšším cílem** je shrnutí zjištěných poznatků a jejich následná aplikace v lékařské praxi, a tím přispění ke zkvalitnění péče o pacienty s chronickou bolestí zad.

V bakalářské práci jsem stanovila tři výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1:** Jak pacienti s chronickou bolestí zad popisují průběh bolesti v čase?

**Výzkumná otázka 2:** Jakým způsobem ovlivňuje chronická bolest zad život pacientů?

**Výzkumná otázka 3:** Jakými způsoby zvládají pacienti chronickou bolest zad a potíže s ní spojené?

## 5 APLIKOVANÁ METODIKA

V následujících kapitolách se zaměřím na popis realizace výzkumu. Budu se jednotlivě věnovat způsobu provedení výzkumu, metodám sběru dat, popisu výzkumného souboru a etickým aspektům výzkumu.

Miovský (2006, 18) uvádí: „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.*“

Vzhledem k povaze problematiky, jimiž jsou chronické bolesti zad, jsem zvolila **kvalitativní přístup**, jelikož podle Corbina a Strausové (1999) je jedním z důvodů pro volbu kvalitativního přístupu podstata zkoumaného problému. Pro kvalitativní přístup se hodí především některé zkoumané oblasti. Jedná se třeba o případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem a mohou pomoci získat o jevu detailní informace.

Z tohoto hlediska je kvalitativní přístup pro můj výzkum velmi vhodný, neboť umožňuje uchopit daný problém (chronickou bolest) komplexně, bez vytržení z kontextu. Zohledňuje subjektivní chápání reality jedince, což může pomoci pochopit pocity a potíže spojené s chronickou bolestí daného člověka.

V tomto výzkumu se konkrétně jednalo o **případovou studii** skupiny pacientů trpících chronickou bolestí zad. Pro získání výzkumného souboru bylo použito nepravděpodobnostních metod výběru vzorku. Jednalo o záměrný výběr, který umožňuje na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledávat pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně souhlasí s účastí ve výzkumu, jak odpovídá doporučení Miovského (2006).

Účastníky výzkumu jsem vybrala konkrétně pomocí **záměrného výzkumu přes instituci**. Institucí bylo Neurologické oddělení Nemocnice Kyjov, kde působím jako sekundární lékařka. Výzkumný soubor byl tvořen pacienty s chronickými bolestmi zad, kteří byli alespoň jednou v minulosti vyšetřeni na Neurologickém oddělení či Neurologické ambulanci Nemocnice Kyjov.

V případě tohoto výzkumu byla hlavním kritériem přítomnost **chronických bolestí zad**. Další důležitou podmínkou pro zařazení pacienta do výzkumného souboru byla chronicita bolestí. Pro účely popisovaného výzkumu byla zvolena hranice **tří měsíců**.

## 5.1 Výzkumný soubor

Výzkumu se zúčastnilo **10 pacientů**, z nichž bylo 7 žen a 3 muži. Věkové rozmezí bylo 40-78 let a věkový průměr 62 let se směrodatnou odchylkou 10,24.

Z celkového počtu deseti participantů byli čtyři ve starobním důchodě, tři v plném invalidním důchodě, dva v částečném invalidním důchodě a pouze jeden byl v plném pracovním poměru. Co se týče rodinného stavu, bylo osm participantů v uzavřeném manželství a dva byli rozvedeni.

Při výběru participantů byla dodržena podmínka minimální délky trvání bolesti. Až na jeden případ, kdy měla pacientka bolesti teprve 7 měsíců, bylo trvání bolesti ostatních participantů víc jak čtyři roky.

Intenzita aktuální bolesti, hodnocená pomocí numerické škály bolesti, byla v rámci výzkumného souboru velmi různorodá, pohybovala se od velice mírné bolesti (1) až po krutou bolest (10). Hodnoty aktuální bolesti byly porovnány s hodnotami maximální intenzity bolesti při zhoršení stavu.

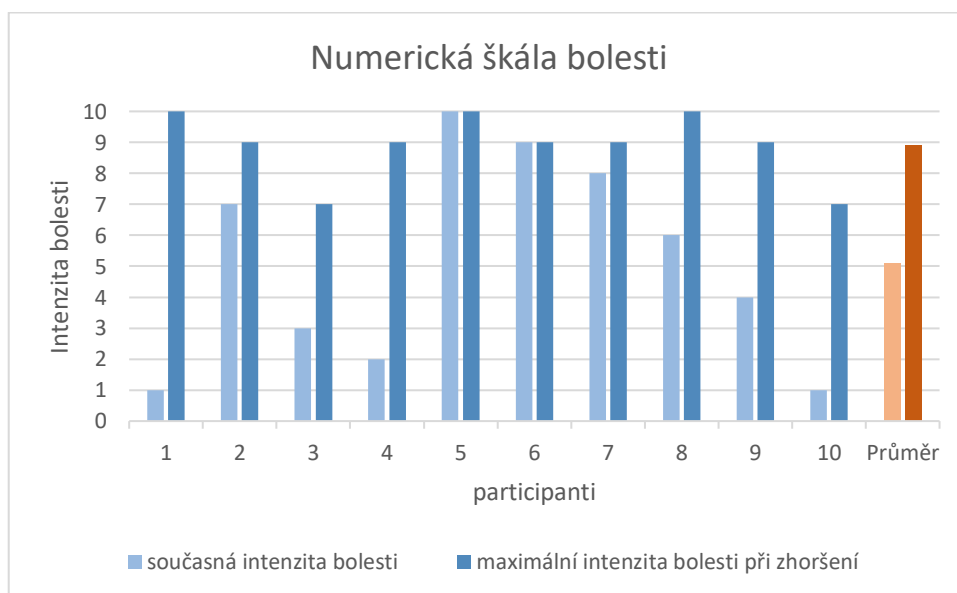
Pro přehlednost jsou informace týkající se specifikace výzkumného souboru shrnuty v tabulce č. 1, která je uvedena na následující straně spolu s grafem č. 1, na němž jsou znázorněny hodnoty numerické škály bolesti jednotlivých respondentů. **Průměrná hodnota aktuální bolesti** v tomto výzkumném vzorku byla 5,1 a průměrná intenzita maximální bolesti zad byla 8,9.

**Tabulka č. 1:** Obecná charakteristika výzkumného souboru

ID	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Rodinný stav	Trvání bolesti	Současná NŠB	Maximální NŠB při zhoršení
ID01	žena	78 let	SD (učitelka)	vdaná	5 let	1	10
ID02	žena	65 let	SD	vdaná	5 let	7	9
ID03	žena	59 let	PID (švadlena)	vdaná	22 let	3	7
ID04	žena	65 let	PID (dělnice)	vdaná	21 let	2	9
ID05	muž	63 let	PID (dělník)	rozvedený	od dětství	10	10
ID06	muž	40 let	ČID (zedník)	rozvedený	6 let	9	9
ID07	žena	70 let	SD (výpravčí)	vdaná	7 měs.	8	9
ID08	žena	49 let	ČID (prodavačka)	vdaná	odjakživa	6	10
ID09	muž	58 let	právník	ženatý	13 let	4	9
ID10	žena	68 let	SD (laborantka)	vdova	4 roky	1	7

**Legenda:** ČID – částečný invalidní důchod; ID – označení participanta; PID – plný invalidní důchod; SD – starobní důchod; NŠB – numerická škála bolesti

**Graf č. 1.** Hodnoty numerické škály bolesti jednotlivých pacientů



**Legenda:** Průměr – průměrná hodnota celého souboru.

## 5.2 Metody získávání a tvorby dat

Data byla získávána kombinací klinických a dotazníkových metod. Hlavním výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor.

Použité metody sběru dat jsou shrnuty v následujícím přehledu:

- **anamnéza;**
- **polostrukturovaný rozhovor;**
- **numerická škála bolesti.**

### ANAMNÉZA

Zjišťování anamnestických údajů jsem prováděla v rámci předešlého lékařského vyšetření na neurologickém oddělení. Anamnéza byla odebírána v plném rozsahu, ale pro tento výzkum byly použity jen vybrané anamnestické informace z osobní, pracovní a sociální anamnézy.

### NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI

Administrace numerické škály bolesti byla provedena na začátku každého vyšetření. Respondent byl požádán, aby na předložené škále (viz. Příloha č.3) označil hodnotu intenzity jeho současné bolesti zad a hodnotu jeho nejvyšší intenzity doposud zažité bolesti zad.

### POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

Polostrukturované interview (polostrukturovaný rozhovor) představovalo hlavní výzkumný nástroj pro tvorbu dat v rámci tohoto výzkumu.

Miovský (2006) jako interview označuje takový nástroj, který je moderovaný a prováděný za účelem výzkumné studie. Při použití polostrukturovaného rozhovoru se výzkumník drží předem připraveného schématu, které je pro tazatele závazné a specifikuje okruhy otázek, na které se bude účastníků ptát. Dle potřeby a možností je možno pořadí otázek zaměňovat s cílem maximalizovat výtěžnost interview. Kromě předem připravených otázek je možné pokládat dotazy doplňující anebo si nechat vysvětlit odpovědi účastníka – **ingquiry**. Předností polostrukturovaného rozhovoru je užití otevřených otázek, které respondentovi dovolují volit vlastní směr odpovědi. Výhodné je klást důraz na přirozený projev tazatele.

Polostrukturovaný rozhovor v rámci tohoto výzkumu byl realizován v souladu s doporučeními výše uvedenými.



## SCHÉMA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Tematické okruhy a konkrétní otázky rozhovoru jsem volila na základě cílů a hlavních výzkumných otázek výzkumu. Náplní použitého polostrukturovaného rozhovoru byly tři tematické okruhy a ke každému okruhu bylo vytvořeno několik otázek.

### Tematický okruh 1: Vznik a průběh bolesti zad

- „*Jak dlouho trpíte bolestí zad? Jak to začalo?*“
- „*Jaký byl průběh bolesti zad až doposud?*“
- „*Jak byste popsala svou bolest zad?*“
- „*Co si myslíte o příčinách a okolnostech vzniku vaší bolesti zad?*“
- „*Co zhoršuje prožívání vaší bolesti?*“
- „*Jaké jsou vaše zkušenosti s přístupem lékařů k pacientům? Změnil/a byste něco ve vzájemné komunikaci?*“

### Tematický okruh 2: Život s bolestí zad

- „*Jakým způsobem se změnil, se vznikem bolesti, váš život? Čeho se změny týkaly?*“
- „*Jaký vliv má bolest na váš osobní či pracovní život? Jaký má bolest vliv na váš běžný život (př. sebeobsluhu, domácí práce, kvalitu spánku, či volnočasové aktivity?*“
- „*Jaké hlavní omezení vám bolest přinesla? V čem vám zabránila?*“
- „*Má bolest nějaký dopad i na mezilidské vztahy?*“
- „*Přinesla vám bolest zad do života i něco pozitivního?*“
- „*Jaká jsou vaše očekávání do budoucna? Jaké jsou vaše plány? Co byste potřeboval/a k tomu, abyste lépe snášela bolest zad?*“
- „*Myslíte si, že souvisí bolesti zad i s psychikou? Jakým způsobem se ovlivňují?*“

### Tematický okruh 3: Zvládání bolesti zad

- „*Jaké prostředky léčby jste již vyzkoušel/a? A s jakým efektem?*“
- „*Co Vám nejvíce pomáhá ke zmírnění bolesti?*“
- „*Jakými způsoby se snažíte bolest zvládat sám/sama? Máte nějaké strategie, které vám pomáhají k tomu, abyste tolik nevnímala přítomnost bolesti?*“
- „*Jakým způsobem vás podporují vaši blízcí?*“
- „*Myslíte si, že se dá bolesti zad předejít? Co byste doporučil/a nějakému člověku s bolestmi zad?*“

## DÉLKA INTERVIEW

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s jednotlivými participanty zvlášť. Nejkratší rozhovor trval 20 minut a nejdelší 1 hod 11 minut. Průměrná délka rozhovorů byla 32 minut 35 sec. V následující tabulce č. 2 je uvedena charakteristika realizovaných rozhovorů.

**Tabulka č. 2:** Rozhovory s participanty

ID	rozhovor (datum)	rozhovor (délka)
ID01	21.01.2021	0:38:59
ID02	21.01.2021	0:21:10
ID03	25.01.2021	0:47:04
ID04	25.01.2021	0:22:50
ID05	28.01.2021	1:11:06
ID06	03.02.2021	0:26:20
ID07	03.02.2021	0:20:16
ID08	04.02.2021	0:48:31
ID09	05.02.2021	0:35:29
ID10	08.02.2021	0:32:36

**Legenda:** ID – označení participanta

## 5.3 Etické aspekty

Důležitou součástí všech výzkumů jsou etické aspekty. Především vzhledem ke zvolenému tématu výzkumu, kdy pacient hovoří o svých potížích, by měl být na etickou stránku výzkumu kladen velký důraz.

Všichni participanti do výzkumu vstupovali **dobrovolně** s možností z něj **kdykoliv odstoupit**. Participanti byli obeznámeni s průběhem výzkumu a byl jim vysvětlen důvod **nahrávání zvukového záznamu** rozhovoru, který sloužil pro doslovný přepis a následnou analýzu. Účastníci byli ujištěni o **anonymitě** následného přepisu a o skutečnosti, že poskytnuté informace z rozhovorů budou sloužit pouze k účelům daného výzkumu a k vědeckým účelům spjatých s tímto výzkumem.

S účastníky výzkumu jsem se snažila komunikovat s úctou, respektem a empatií, avšak s neutrálním postojem ke zjištěným skutečnostem, bez jakéhokoliv hodnocení. Vzhledem k tomu, že jsem byla vůči pacientům v roli výzkumníka a zároveň v roli lékaře,

měla jsem možnost využít informace z lékařské dokumentace se zaručením jejich anonymity.

Výzkum nepředstavoval žádná rizika pro účastníky výzkumu ani pro mou osobu. Po realizaci rozhovorů jsem jednotlivé účastníky symbolicky a motivačně **odměnila** dárkovými balíčky (výrobky potravinové firmy Racio), které jsem obdržela jako sponzorský dar.

Nejsem si vědoma žádných pochybení v oblasti etiky. Všechna etická doporučení byla důsledně dodržena.

## 5.4 Realizace výzkumu

Výzkumná část studie byla realizována v rozmezí čtyřech pracovních týdnů v období ledna a února 2021. U čtyřech pacientů byl výzkum realizován v rámci jejich hospitalizace na **Neurologickém oddělení Nemocnice Kyjov** a ostatní respondenti byli vybráni pomocí databáze historie vyšetřených pacientů v této nemocnici. Konkrétní pacienty jsem telefonicky kontaktovala a po vzájemné domluvě byl následně výzkum realizován v jejich domácím prostředí.

Setkání s jednotlivými participanty probíhalo u hospitalizovaných pacientů v jednotlivých pokojích u lůžka pacienta o samotě bez přítomnosti třetí osoby. Rozhovory s participanty, které jsem navštívila v jejich domácím prostředí, probíhaly v nerušeném prostředí rovněž bez přítomnosti dalších osob. Samotnému procesu sběru dat předcházelo objasnění záležitostí týkajících se samotného výzkumu. Všichni účastníci byli stejným způsobem informováni o průběhu a účelu projektu, o dobrovolnosti účasti na výzkumu a o možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit. Participantovi byla zaručena ochrana dat před zneužitím a anonymita osobních údajů. Pacienti byli následně požádáni o podepsání **informovaného souhlasu** se svou účastí ve výzkumu (Příloha č. 4).

Po podepsání informovaného souhlasu byla zhodnocena intenzita bolesti a poté byl proveden polostrukturovaný rozhovor, který byl po celou dobu zaznamenáván pomocí diktafonu, čím vznikl **zvukový záznam rozhovoru**. Fixace dat ve formě audiozáznamu mi dovolila se plně soustředit na průběh rozhovoru s možností psaní poznámek týkajících se pozorování pacienta.

## 6 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Tato kapitola je věnována metodám zpracování a analýzy kvalitativních dat. Kvalitativní data byla získána realizací polostrukturovaných rozhovorů a jejich fixací do podoby audiozáznamu.

**Doslovná transkripce** jednotlivých rozhovorů, tedy přepis mluveného slova do písemné formy, byla prováděna vždy tentýž den uskutečněného rozhovoru. Při prepisech jsem kladla důraz na zachování autenticity rozhovorů s cílem uchovat co největší množství údajů. Dalším krokem byla **redukce dat**, při níž jsem z textu cíleně odstraňovala nepodstatné informace (slovní vycpávky, opakující se slova).

Vlastní analýza dat u kvalitativního výzkumu je obecně považována za nejobtížnější fázi realizace studie (Miovský, 2006). Předmětem analýzy jsou subjektivní výpovědi pacientů. Cílem analýzy dat tudíž není nalézt obecné závěry, ale popsat subjektivní pohledy na problematiku prožívané chronické bolesti zad.

Po vytisknutí přepsaných rozhovorů do papírové podoby jsem přistoupila k barvení textu pro lepší orientaci v něm. Barvami jsem rozlišila jednotlivé pasáže textu podle tematických celků, které odpovídají základním výzkumným otázkám. V rámci třídění dat jsem jednotlivé pasáže rozhovoru převáděla do datových jednotek (kódů). Jednotlivé otázky rozhovoru sloužili jako primární kategorie **kódování**, podle nichž jsem kódy třídila na skupiny. Ukázka průběhu analýzy je pro přehlednost zobrazena v Příloze č. 5. Následně jsem všechny kódy uspořádala podle jednotlivých tematických okruhů do Excel tabulek. Ukázka třídění kódů je zobrazena v Přílohách č. 6-8.

Při analýze jsem postupovala **hledáním spojitostí** v datech a jejich vzájemnému propojování do celků. Zvolila jsem metodu vytváření trsů, metoda prostého výčtu a metoda zachycení opakujících se vzorců. Podstatou metody vytváření trsů je seskupování určitých výroků do skupin, přičemž by tyto skupiny vznikaly na základě tematického překryvu. Pro názorné doplnění jsem použila nejzajímavější konkrétní autentické výroky jednotlivých pacientů.

# 7 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

Tato část práce se týká výsledků analýzy polostrukturovaných rozhovorů vedených s jednotlivými účastníky výzkumu. Postupně budou řešeny tři tematické okruhy, vzniklé na základě stanovených výzkumných otázek:

- **popis vzniku a průběhu bolesti zad;**
- **život s chronickou bolestí zad;**
- **zvládání bolesti zad.**

## 7.1 Tematický okruh 1: Popis vzniku a průběhu bolesti zad

V této kapitole je řešena **výzkumná otázka 1**: *Jak pacienti s chronickou bolestí zad popisují průběh bolesti v čase.*

Konkrétně jsou na tomto místě probírána témata týkající se okolností vzniku bolesti zad, subjektivního popisu bolesti, názorů pacientů na příčiny vzniku jejich bolesti a faktory, které zhoršují vnímání bolesti zad. V závěru této kapitoly jsou uvedeny odpovědi na otázky ohledně aspektů lékařské péče. Pro zvýšení sdělnosti uvádím vždy doslovné výpovědi respondentů.

### 7.1.1 Počátek bolesti zad a její průběh

U větší části dotazovaných pacientů začala bolest zad **pozvolna** s postupným zhoršováním.

- Pacientka (ID08) se k otázce vzniku bolesti zad vyjadřuje následovně: *„Já právě nevím vůbec, kdy to začalo. Mě bolely záda odjakživa. Já jsem si myslela, že záda bolí každého.....Akorát že se to stupňovalo zhoršovalo, zhoršovalo.“*

U pacientů, s **náhlým vznikem** bolesti zad, byl začátek potíží spojen s nevhodně provedeným pohybem nebo se zvednutím těžkého břemene.

- Pacient (ID06) popsal vznik bolesti zad těmito slovy: *„Začalo to asi v 35 letech. Bylo to takové nečekané, brnění v zádech a potom při pohybu mě tam píchlo. Od té doby jsem měl ty problémy.“* ..... *“Byla to moje chyba. Já jsem se nějak špatně pohl a jak*

*jsem zakašlal, jak jsem byl uvolněný, tak mě tam nějak tak divně trhlo a už jsem nemohl ani dojít k posteli.“*

- Pacient (ID09) udává vznik bolesti bezprostředně po zvednutí těžšího břemene: *„Tak 2013, to jsme měli jet na dovolenou. .... Zvedl jsem sekačku.... Sekačku na káru a to mě střelilo a to teda bylo. Odešel jsem domů po čtyřech.“*

Další vývoj bolesti byl u jednotlivých pacientů různorodý. Někteří dotazovaní pacienti popisovali **kolísavý průběh** se střídáním období klidu a období zhoršení stavu. U některých zúčastněných pacientů byl **průběh atakovitý**, kdy období s nízkou intenzitou bolesti bylo narušeno epizodami bolestivého období. A malá část dotazovaných pacientů popisovala **progresivní zhoršení** intenzity bolesti v průběhu času.

- Pacient (ID09) popisuje svůj atakovitý průběh: *„Začalo to 2008, pak to mohlo být tak 2013 a to bylo těžší, to mě střelilo. A pak to bylo 2017.“ .... „Takže to byly takové 3 hlavní body, které byly jako ataky toho a mezitím jsem se udržoval. Samozřejmě to někdy bolí víc někdy méně.“*
- Pacientka (ID08) její kolísání v průběhu roku popisuje: *„Ať dělám, co dělám, tak dvakrát, třikrát do roka je to takové, že musím jít na injekce nebo i na kapačky.“*

### 7.1.2 Popis bolesti zad

Při analýze výpovědí, týkajících se subjektivního popisu bolesti zad, se vynořily tři hlavní témata:

- **lokalizace bolesti;**
- **propagace bolesti;**
- **deskriptory bolesti.**

Nejčastější **lokalizace bolesti** zad byla uváděna v oblasti bederní a křížové části páteře. A u dvou pacientek byly potíže polyetážové, tzn. v průběhu krční, hrudní i bederní části zad.

Dále se bolest u zkoumaných pacientů **propagovala** z oblasti beder do třísel a do dolních končetin, z oblasti hrudní a krční páteře šla bolest do horních končetin a přes zátylek do hlavy.

- Pacient (ID05) líčí svou bolest následovně: *„Tady se to rozchází od té bederní páteře a jde to venkem přes ty stehna (ukazuje po boční straně obou dolních končetin) na*

*lýtka a nejhorší jsou ty prsty a šlapky. To je úplně. Tam to pálí, brní a jak kdybych měl o dvě čísla menší boty nebo jakoby španělskou botu.*“

- Pacientka (ID08) odpovídá na dotaz: „*Kde vás to momentálně nejvíc bolí?*“ slovy: „*Momentálně tady v té části (ukazuje na přechod mezi hrudní a bederní částí páteře), tady uprostřed. A jde to tady až pod lopatky a potom až do hlavy.*“

Při popisování charakteru a intenzity bolesti zúčastnění pacienti nejčastěji zmiňovali následující **deskriptory**:

- ***nepříjemná bolest;***
- ***šílená bolest;***
- ***strašná bolest;***
- ***katastrofální bolest;***
- ***vrtavá bolest;***
- ***ostrá bolest;***
- ***tupá bolest;***
- ***vystřelující bolest;***
- ***pocit přetětí/přeseknutí.***

### **7.1.3 Příčiny a okolnosti vzniku bolesti zad**

Názory zúčastněných pacientů na okolnosti a příčiny jejich bolesti zad byly, až na jednu výjimku, v souladu s jejich skutečnou diagnózou. Pouze jedna pacientka na dotaz: „*Co si myslíte o příčinách vaší bolesti zad? Co bolest způsobilo?*“

- Pacientka (ID07) odpovídá: „*Tak to nemám tušení.*“

Příčiny a okolnosti vzniku bolesti zad, které tázaní pacienti uváděli, bychom mohli rozdělit do třech kategorií:

- **strukturální poruchy;**
- **rizikové aktivity;**
- **psychické vlivy.**

Mezi příčiny, zařazené do kategorie **strukturální poruchy**, zúčastnění pacienti nejčastěji uváděli:

- **degenerativní změny páteře, výhřezy meziobratlových plotének, zlomeniny obratlů, skoliózu.**
- Pacient (ID09) přesně popisuje lokalizaci výhřezu meziobratlové ploténky: „*Jestli tomu dobře rozumím, tak mám ten výhřez 7 mm mezi čtvrtým a pátým. Mezi L4 a L5.*“
- Pacientka (ID03): „*Příčina? Já nevím. (chvíli přemýšlí) Asi, že je na té páteři nějaká závada. ... Degenerativní změny na té páteři.*“

Do druhé kategorie, pojmenované jako **rizikové aktivity**, patřily činnosti spojované s výkonem povolání či provozované v delším časovém úseku či opakovaně. Zúčastnění pacienti nejčastěji zmiňovali tyto činnosti:

- **jednostranná statická tělesná zátěž, těžká fyzická práce, sedavý způsob zaměstnání.**
- Pacientka (ID03), která pracovala jako švadlena vidí okolnosti vzniku své bolesti ve způsobu svého tehdejšího zaměstnání: „*To je jednostranná zátěž a když jsme tam šili ty matračky těžké, pořád touto rukou (ukazuje na levou horní končetinu), tak jsem začala toto tady pociťovat (ukazuje na levou stranu krční páteře).*“

Kromě výše popisovaných fyzických aktivit byla zmiňovaná jako rizikový faktor jednorázová aktivita vedoucí k náhlému vzniku bolesti zad:

- **zvednutí těžkého břemene či nesprávně provedený pohyb.**
- Pacientka (ID10) uvádí okolnosti vedoucí ke vzniku bolesti zad - pád z kola a zvedání těžkých břemen, což dle pacientky vedlo ke vzniku zlomeniny obratle: „*Spadla jsem, i na hřbitově. Spadla jsem do takového oblouku, tak jako zvláštně. Potom ještě na kole, ale tomu jsem nedávala souvislost, že by něco takového mohlo být. Pak jsem se začala okolo naší babičky starat. No přece, ani si to neuvědomíš a musíš tam potáhnout, tam potáhnout. Tak se mně to udělalo až do takového stavu, že jsem si ten obratel zlomila úplně. Úplně jsem to měla až do pravého úhlu.*“



Do třetí kategorie, nazývané **psychické vlivy**, řadili dotazovaní pacienti jako příčinu či podmínku vzniku bolesti zad především **dlouhodobý stres**.

- Pacient (ID09) viděl příčinu svých bolestí v psychice a byl dokonce překvapen, že se prokázala i strukturální příčina bolesti zad: *„Nastrádaný stres, přesně tak. Dlouhodobý stres. A to vím sám o sobě, že to je stresové období. Teď se necítím dobře a už cítím, že mě chytají záda a teď se to přidává jedno k druhému.... To jsem vůbec netušil, jako že to je ono. ... Mám sedavé zaměstnání, křivá páteř a pak bum – vyhřezlá ploténka. Co to je? Neměl jsem představu vůbec jako. Takže, to mě jako překvapilo. Já jsem myslel, že bolí mě záda, tak mě někdo postaví na nohy. Byl jsem rozkoplý i z té psychiky a to... To určitě, ten stres.... To mě zarazilo to, že jsem šel na ty rentgeny a najednou jsem zjistil, že mám výhřez.“*

#### 7.1.4 Faktory zvyšující intenzitu prožívané bolesti zad

Faktory, které se podílejí na zvýšení intenzity pacientem prožívané bolesti zad, bychom mohly, dle jejich výpovědí, rozdělit do čtyř kategorií:

- **typ pohybu;**
- **klimatické vlivy;**
- **mechanické vlivy;**
- **negativní emoce.**

Určitý **typ pohybu** zhoršující prožívanou bolest zad byla téměř u všech zúčastněných pacientů uváděna **chůze**, u některých naopak **děletrvající stání** anebo **sezení**. Konkrétní typ pohybu, který zhoršoval bolesti byl uváděn **záklon** a **předklon**.

- Pacient (ID06) s atakovitou formou bolesti zad uvádí rozdílný vliv pohybu na bolest v závislosti na období klidu a v období zhoršení potíží: *„Teď jsem to měl takový, že když ležím, tak mě to nebolí. Ale když mě to nechytlo, ty záda, tak radši člověk furt chodil, než seděl. To sedění mně dělalo zle. Ale teď je to naopak. Musím ležet místo chození.“*
- Pacient (ID09) vzpomíná na negativní zkušenost vlivu sezení na bolest: *„Ale v tom letadle je to tak úzké. Já jsem nemohl sedět, já jsem nemohl vydržet. Já jsem, jakože*

*furt chodil, jakože jdu na záchod. Si říkali: „To je nějaký prostatik.“ Já jsem furt chodil. (smích) Nemohl jsem sedět.“*

- Pacientka (ID02) odpovídá na dotaz: „Říkala jste, že se to zhorší, když chodíte?“: „Ano, když vstoupnu. Já radši sedím nebo ležím.“

**Klimatické vlivy**, zvyšující intenzitu prožívané bolesti, byly zúčastněnými pacienty uváděny jednoznačně tyto následující charakteristiky:

- *zimní období, chladné počasí, vítr, průvan a nadcházející změna počasí.*
- Pacientka (ID03) líčí vliv počasí na prožívanou bolest: „Týden zpátky, jak byl veliký vítr a mráz, tak to byla taková bolest.“

Do kategorie **mechanické vlivy** zhoršující intenzitu bolesti zad, byly zkoumanými pacienty uváděny aktivity, které (dle jejich názoru) měly negativní vliv na páteř díky vlastnostem *vibrace, otřesů nebo nadměrné hmotnosti*.

**Negativní emoce**, jako poslední pojmenovaná kategorie faktorů, které zhoršují prožívanou bolest, jsou uváděny v souvislosti se *stresem*, prožívanými *starostmi* či *konflikty* v rodině.

- Pacient (ID06) popisuje vliv psychiky na bolest zad: „Když mě prostě bývalá něčím nasere, tak to je cítit. Když se člověk rozčílí, tak je to cítit v té páteři. Je to o psychice hodně toto.“ ..... „Žáda mě nebolí, a když se rozčílím, tak mě to ne bolelo (přemýšlí), ale je tam takový divný, já nevím, to by člověk musel zažít, takový tlak, takový jak kdyby to chtělo bolet nebo něco takovýho.“

### **7.1.5 Kontakt s lékařem a vzájemná komunikace**

Z důvodu bolesti zad navštívili zúčastnění pacienti některé z následujících ambulantních zdravotnických zařízení:

- *ordinaci praktického lékaře, neurologickou ambulanci, ortopedickou ambulanci, revmatologickou ambulanci či ambulanci bolesti.*

Dva pacienti kvůli bolesti zad navštívili *pohotovost* a jeden si dokonce zavolal *rychlou záchrannou službu*.

V souvislosti s bolestí zad byli všichni zúčastnění pacienti hospitalizováni na lůžkovém nemocničním oddělení. Kromě jednoho případu byli všichni hospitalizováni na

*neurologickém oddělení nebo na neurologické klinice*, a to z důvodu diagnostiky či léčby aktuálního zhoršení bolesti zad. Na *neurochirurgické anebo ortopedické klinice* bylo několik pacientů hospitalizováno z důvodu operačního řešení příčiny bolesti zad. A následně strávili několik týdnů na *rehabilitačním pracovišti*. Psychický stav dvou pacientů si, v souvislosti s bolestí zad, vyžádal hospitalizaci v *psychiatrické léčebně*.

Při zjišťování názorů na téma **komunikace lékaře s pacientem**, byly dotazovaným pacientům kladeny tyto otázky: „*Jaké jsou vaše zkušenosti s přístupem lékařů k pacientům? Změnil/a byste něco ve vzájemné komunikaci?*“

Všichni zúčastnění pacienti se v minulosti setkali s **pozitivním přístupem** lékařské komunikace.

Pozitivní charakteristiky komunikace lékařů popisovali slovy:

- ***vstřícnost, vlídnost, dobrá domluva, příjemné vystupování.***

Pozitivní vztah k lékaři popisovali výroky:

- ***vděčnost, obdiv, důvěra a naděje v lékařskou pomoc, uznání náročnosti lékařské profese.***
- Pacientka (ID02) vyjadřuje své pocity slovy: „*Já jsem tak vděčná, že na tu operaci můžu jít. Ani se nebojím, už na to čekám jako na smilování. A to jsem teda ráda, že se to tak podařilo. Že to tak zkonzultovali a že mě pan doktor mě přijal a viděl, jak se cítím.*“
- Pacient (ID05) popisuje svou důvěru k lékařům: „*Byli tam ti primáři a ty kapacity nebo ten profesor. Tak jsem si vždycky říkal: „Kurňa, tady jsi v dobrých rukách. Tady máš určitou záruku.“ Já tu důvěru... Já jsem to taky každému psal, že jim děkuji....(pacient je dojatý a pláče)*“
- Pacient (ID06) charakterizuje přístup: „*Suprové jednání teda, to jsem hleděl. To jsem poprvé zažil. Všecko, taková ta vlídnost, proti X. To bylo úplně někde jinde, ta vstřícnost.*“ ..... „*Příjemní, usměvavý, krásně s vámi komunikujů, není to žádný bu, bu, bu*“ ..... „*Vyzařuje ta příjemnost, komunikují. Když člověk něco potřebuje, ani nepotřebuje. Oni se chodí ptát. Je to tam takové pestřejší. Mně se to tam líbí.*“

Avšak někteří tázaní pacienti popisovali **negativní přístup lékařů** a svou nespokojenost vyjadřovali slovy:

- *potřeba většího pochopení a empatie lékařů, komunikace s nadměrou informací, rozdílné postoje lékařů k operačnímu řešení, podcenění příznaků, zklamání z odmítnutí další péče, atd.*
- Pacientka (ID02) popisuje svou potřebu lékařské empatie následovně: „Aby byli takoví chápavější. Protože ta paní doktorka mně připadala, jak kdybych si vymýšlela nebo já nevím co. Že já od ní něco takové chcu, že to stojí peníze. Víte?“.....
- Pacient (ID05) je zklamán reakcí lékaře: „Nikdy se mně ten doktor, dotyčný, nevyjádřil, nebo už tam nebyl, byl tam jeho zástupce. Mně to tak připadalo, jak kdyby mně odsunuli úplně na vedlejší kolej. Už je to tam i ten přístup. „Co mi s vámi pane J. už máte 5 operací.“.....“ mě někdy zklamalo to jednání od nich: „Co chcete po nás, pět krát, co už. Vy už to máte v takovém stavu.““
- Pacientka (ID08) poukazuje na nadměru sdělovaných informací lékařem: „Na mě už toho bylo tolik moc. Možná to bylo ovlivněné tou bolestí, ale už toho bylo tolik, že když na mě začali vykládat, že já jsem nevěděla, když dovykládali, co mně řekli na začátku. Já už jsem si s sebou do ordinace brala manžela, abych se ho doma zeptala, protože já jsem si připadala... (pacientka se tomu směje).“

## **SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ PRVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Počátek bolestí zad popisovala větší polovina oslovených pacientů jako pozvolný. Někteří z nich si vůbec neuvědomovali přesnou dobu vzniku či dokonce jedna pacientka tvrdila, že život bez bolesti zad nezná. U menší poloviny dotazovaných pacientů byl vznik bolesti spojen s náhlým vznikem, který byl vázán buď na provedení nevhodného pohybu nebo na zvednutí těžkého břemene.

Další průběh bolesti byl u velké části zúčastněných pacientů kolísavý se střídáním období zlepšení a následně zhoršení stavu. U několika respondentů byl průběh atakovitý, který byl charakterizován několika epizodami prudkého zhoršení intenzity bolesti narušující relativně bezbolestné období. A malá část zapojených pacientů uváděla postupné zhoršování intenzity bolesti v čase.

Pacienti popisovali bolesti především v oblasti bederně-křížové části páteře s propagací do dolních končetin. Charakter bolesti uváděli různorodými deskriptory, od tupé bolesti až po ostrou či šílenou a vystřelující bolest.

Příčiny a okolnosti vzniku bolesti zad se ve většině případů shodovaly s jejich výsledky zobrazovacích metod. Etiologické činitele jejich bolesti zad bylo možné zařadit do jednoho ze tří kategorií – strukturální poruchy, rizikové aktivity, psychické vlivy. Někteří pacienti popisovali rizikové činnosti spojené se zaměstnáním či volnočasovými aktivitami. Jednalo se především o jednostrannou statickou tělesnou zátěž, těžkou fyzickou činnost, sedavý způsob zaměstnání, dále zvednutí těžkého břemene či nesprávně provedený pohyb. Strukturální změny podmiňující vznik bolesti byly dle zúčastněných pacientů různé degenerativní změny páteře, výhřezy meziobratlových plotének, zlomeniny obratlů, skolióza páteře. Z psychických vlivů byl uváděn v souvislosti se vznikem bolesti dlouhotrvající stres.

Pacienti popisovali některé rizikové faktory podílející na zvýšení intenzity prožívané bolesti. Mezi ně řadili konkrétní typ pohybu, klimatické vlivy, mechanické vlivy a psychické vlivy.

Diagnostika a léčba bolestí zad probíhala u zkoumaných pacientů cestou jednotlivých odborných ambulancí či lůžkových pracovišť. Zúčastnění pacienti se zde setkali s různými přístupy lékařů. Komunikace obnášela jak pozitivní prvky spojené s empatickým, vstřícným a vlídným přístupem, tak negativní prvky charakterizované přemírou podávaných informací pacientům či odmítavým lékařským přístupem.

## 7.2 Tematický okruh 2: Život s bolestí zad

V této kapitole je řešena **výzkumná otázka 2**: *Jakým způsobem ovlivňuje chronická bolest zad život pacientů?*

Na tomto místě jsou rozebírána témata související s vlivem chronické bolesti zad na život pacientů. Konkrétně jsou řešeny negativní důsledky chronické bolesti zad na osobní a pracovní život pacientů a jejich dopady na psychický stav a vztahovou oblast. Popisovány jsou pozitivní důsledky bolesti a další očekávání a plány do budoucna.

Při rozhovoru se zúčastněnými pacienty, na téma vlivu bolesti zad na jejich život, byl popisován dopad jak na osobní život, tak na pracovní život.

Důsledky bolesti zad na **pracovní život** byly uváděny téměř všemi účastníky. Ve výzkumné skupině byly čtyři pacienti již ve starobním důchodě, tři pacienti v plném invalidním a dva pacienti v částečném invalidní důchodě v důsledku onemocnění způsobující bolest zad. Pouze jeden pacient byl v plném pracovním poměru a vykonával kancelářskou profesi a omezení v zaměstnání popsal slovy:

- (ID09): *„Já už jsem třeba nemohl ani moc sedět, tak já jsem už měl myslím 4 křesla tam koupené. Ani jedno mně nepasovalo. Nikdo tam nebyl (smích). Tak já jsem normálně u počítače klečel. Pak se otevřely dveře a: „A co ty sa modlíš?“*

Dva pacienti, kteří měli částečný invalidní důchod, pracovali na zkrácený pracovní poměr a popisují svá omezení následovně:

- Pacientka (ID08): *„Pracuju na 6 hodin a je to takové, když jsme tam dvě, tak odskočím a když jsem tam sama, tak dám cedulu, že „Přijdu hned.“ .... „Pamatuju si, že v práci jsem to dělala i dříve, když jsem nemohla vydržet, šla jsem na záchod a na šatně jsem se aspoň na minutku natáhla na rovném, jak jsem nemohla vydržet od bolesti.“*
- Pacient (ID06) popisuje dopad neschopnosti plně pracovat ekonomickými důsledky: *„Život se změnil o 380 stupňů. Všecko je úplně někde jinde. Napřed jsem chodil do práce, živil jsem rodinu, měl jsem svůj barák. Jak mě chytly záda, prostě tak tím prvním rokem o barák jsem došel, manželku, rozvod.“ ... .. „A prostě dluhy, člověk do práce nemůže chodit pořádně. No hrůza, děs.“*

Informace o vlivu chronické bolesti zad na **osobní život** zúčastněných pacientů se dají rozdělit do čtyřech okruhů, podle zásahu do jednotlivých oblastí jejich života:

- vliv na **denní aktivity**;
- vliv na **spánek**;
- vliv na **mezilidské vztahy**;
- vliv na **psychický stav**.

### 7.2.1 Vliv bolesti zad na vykonávání denních aktivit

Z výpovědí pacientů vyplynulo největší **omezení v hybnosti**, které mělo dopady na další aktivity. Mobilita byla porušena u části pacientů jen nepatrně. Někteří uváděli potíže při chůzi do schodů, při předklonu či záklonu, avšak u některých byl dopad na hybnost velký:

- (ID02): „*Jsem vůbec nemohla fungovat, vůbec v tom běžném životě, jenom sedíš, nemůžu jít na procházku.*“
- (ID05): „*Ujdu 20 metrů, pak už jdu do toho předklonu, dál ne.*“
- (ID10): „*Nechodím. včil mě vozík vozí.*“

V důsledku těžkého omezení hybnosti bylo u některých dotazovaných pacientů popisované těžké omezení při **sebeobsluze**:

- Pacientka (ID01) popisuje potíže při hygieně v době zhoršení bolesti zad: „*Já se ráda sprchuju a používám vanu. Tam klečím při sprchování. A už jsem si nemohla kleknout na to koleno. Nemohla jsem nohu skrčit. Prostě dát do polohy asi těch 90 stupňů, klečít třeba. Tak to bylo velice náročné, takže jsem klečela na pravém koleně a levou nohu jsem měla nataženou. A tak jsem se teda osprchovala.*“
- (ID09): „*Šel jsem se okoupat, vlezl jsem do vany a nemohl jsem vylézt. Já jsem myslel, že budu muset spát ve vaně. Teď moja mě začala táhat, říkám jí: „Nechaj mňa.“ Začala mňa škubat. „Nehyb se mnů!“ (smích) Já musím postupně. Tak jsem šel přes bok, já nevím.... Nešlo to.*“
- (ID10): „*Když si tam sednu, tak nemožu zpátky. Mňa dvakrát z tama táhli.*“

V důsledku přítomnosti některých faktorů, zhoršujících bolest zad, popisovali oslovení pacienti **omezení v domácích pracích**. Konkrétně se jednalo o tyto činnosti:

- **úklid, vaření, pečení, práce na zahradě.**

- (ID08): *„Nepeču, protože nevydržím s rukama to míchat. A ještě hlavně stát. Má to vliv na domácí práce. Aj na úklid.“ ..... „ Já mám chuť v sobě, že bych to chtěla udělat, i energii mám, ale jakmile to začnu dělat a už nevydržím se žádama u toho stát, tak to už prostě v duchu říkám: „Proboha, ať už to je.“ V duchu se mi točí, ať už to je hotové, ať už to je hotové, protože nemůžete vydržet.“*
- (ID03) popisuje její omezení v domácích pracích: *„V létě, když dělám. Máme ty vyvýšené záhonky a já buď dělám kolenačky nebo si čupnu. Když to přeženu, tak vím, že další dny už toho moc neudělám. Musím pomaličku anebo vždycky po chvilkách.“ ..... „Ale nemůžu, když záclony, tak zaklonit hlavu. Kdybych zaklonila víc hlavu, tak tady mě to začne strašně bolet (ukazuje krční páteř) a to je taková bolest, jak do očí. A to už začne celá ta páteř bolet až dolů. Opravdu. Tak vždycky na žebřík, abych byla v úrovni toho a mohla ty záclony dát.“*
- Pacient (ID09) popisuje omezení při práci na zahradě: *„je to omezující. I v domácí práci, kolem baráku. Říkám to sečení. To mě omezuje těžkým způsobem. To vím, jak začne letní sezóna, nikdo mně to neposeče. To je blbě. Protože každé sečení... To je fakt, že každé sečení to cítím.“ ..... „To cítím při tom sečení, že to jde přes ty ruky, ty vibrace a potom se to po každém sečení zhorší.“*

Jen malá část pacientů uváděla svá **omezení ve sportovní činnosti**. Důvodem těchto omezení byla nejen neschopnost vykonávat určitý pohyb, ale strach z důsledků případného pádu či nekoordinovaného pohybu. Dotazovaní pacienti popisují svá omezení následovně:

- (ID08): *„Nebruslím, protože se bojím hodně pádu. Protože mně řekli, že když spadnu, tak se mně to může vykloubit ta endoprotéza, a že bych zůstala ochrnutá.“*
- (ID09): *„Je to omezující. Dřív jsem hrával fotbal. Z toho bych měl asi teď strach, z toho nekoordinovaného pohybu, spadnout. To už bych si asi teď dával strašně pozor na nějaké kontaktní sporty.“*

## 7.2.2 Vliv bolesti zad na spánek

Spánek byl jednou z nejčastěji uváděných aktivit, která byla omezená v důsledku bolesti zad. Pouze dvě pacientky popisovaly, že bolest nemá na jejich spánek žádný vliv. Ostatní oslovení pacienti udávali buď sníženou kvalitu spánku, způsobenou vlivem samotné bolesti nebo potřebou hledat vhodnou úlevovou polohu. Téměř polovina zúčastněných pacientů



řešila svou nespavost hypnotiky či anxiolytiky. Na dotazy ohledně vlivu bolesti na spánek odpovídali dotazovaní pacienti následovně:

- (ID08): „*Má to vliv na spánek. Budím se, nemůžu spát a někdy je to takové, že musím vstát a jít chodit. Mrtví mně i hodně ruky a levá noha mě bolí. A je to takové, že musím někdy vstát, opravdu. Já si ani nepamatuju, že bych si večer lehla a ráno se vzbudila.*“
- (ID04): „*V noci jsem nespávala vůbec, jenom na boku najít polohu. Na záda vůbec.*“
- (ID06): „*Jak kdy. Někdy dobře, někdy zaspát nemožu. Většinou si cvaknu ten Lexaurin a zaspím. Někdy, když je člověk utahaný, tak zaspí. Když moc šrotí, přemýšlá, tak nemože potom spát.*“

### 7.2.3 Vliv bolesti zad na mezilidské vztahy

Na cílené dotazy, zda má bolest zad vliv na mezilidské vztahy, odpovídali dotazovaní pacienti většinou, že žádné změny ve vztazích nevypozorovali. Avšak v průběhu rozhovoru se zúčastnění pacienti na toto téma nepřímo vyjádřili. Dopady bolesti zad na mezilidské vztahy byly popisovány slovy:

- ***neschopnost pečovat o vnoučata, omezení kontaktu s ostatními, nepochopení, pomluvy, konflikty.***
- Pacientka (ID03) popisuje nepochopení některými spolupracovnicemi: „*Jenomže některé ženské začaly na to poukazovat. Protože on řekl, že některá bude muset chodit šít a jim se to nelíbilo. Že proč? Že já jsem vyučená, tak pro by měly jít některá šít?*“
- Pacient (ID05) poukazuje na nevhodné narážky spoluobčanů: „*Chodil jsem i o těch holích. Ale mě to tak táhne k zemi, že někteří tady v L. (ve vsi) si mysleli, že jak jsem se kroutil nebo s tím vozíčkem jsem jezdil mezi kameny. (ukazuje, jak kličkoval) Hrozná cesta, abych nenarážel. Tak oni říkali: „Ten tvůj byl zase ožralý, ten jel.“ A takové věci. Když jsem šel pěšky, tak jsem se sehnul. A říkali: „Zvrací? Zas je ožralý?“ ..... „Nejhorší, když děcka, které nemají 18let mně už kdysi řekli „Kyklop“, potom už „Kvasimodo“. Mě to ze začátku uráželo.*“
- Pacient (ID09) popisuje vliv negativních emocí způsobených bolestí na mezilidské vztahy: „*Mě rozčiluje všechno potom. A to je samozřejmé, že ten člověk, když není psychicky dobře naladěný, tak to přenáší na druhé, na děcka.....*“

- Pacientka (ID07) si uvědomuje potřebu sociálního kontaktu: „*Od půlky září ležím, takže to je strašné. To se ten život úplně ztratí. Nevím, jak bych to brala. Teď mně to třeba tak ne nevadí, teď je ta korona, takže jsou všichni doma, nikam nechodí a nic se neděje. Asi bych to hůř prožívala, kdyby bylo všechno normální. Já jsem byla zvyklá chodit do knihovny na různé akce.*“

#### 7.2.4 Vliv bolesti zad na psychický stav

Psychické aspekty bolesti zad hrály u všech zúčastněných pacientů důležitou roli. V důsledku bolesti zad popisovali dotazovaní pacienti různorodé emoční stavy, nejčastěji charakterizované slovy:

- ***bezmoc, bezradnost, zlost, úzkost, strach, apatie, deprese, nespokojenost se životem nebo dokonce myšlenky na sebevraždu.***

Konkrétní výroky dotazovaných pacientů jsou následující:

- (ID02): „*Tu bezmoc jsem pocítovala. Že jsem neschopný člověk. Že nevím, co mám dělat, že šílím bolestí.*“ ..... „*Až se mě chce bečat (pláč). Říkám: „Takový život ani nechcu.“*..... „*No, že jsem vůbec nemohla fungovat, vůbec v tom běžném životě, jenom sedíš, nemůžu jít na procházku.*“ ..... „*Tak mě to trápí, že mě ani takový život nebaví, abych pravdu řekla.*“
- (ID03): „*Úzkosti nebo nějaký strach člověka někdy přepadne nebo. Někdy si říkám, proč to. Však už kolik roků, proč mě to furt bolí. To je takové nepříjemné. Vždyť to nebo ono nebudu moct udělat. Takové myšlenky chodí.*“ ..... „*Protože i psychika hodně pracuje v tomto.*“ ..... „*Když je té bolesti moc, tak jsem sama sobě tak protivná. A taková bez zájmu, skleslá. Cítím se, nic mě tak nebaví. A začnu víc přemýšlet nad tou bolestí. To už není dobře. Když už člověk nad tím víc přemýšlí, tak ještě víc to bolí.*“

- (ID05): „Snažím nad tím bojovat, ale někdy ta psychika. Můžu dělat, co dělám, ale vždycky mě to rozhodí. Ta bolest opravdu. To jsem kopl i do něčeho. Ne abych něco rozbil, ale spíš jsem si ublížil. Jako kopnu si někdy, ale to patří k tomu. Člověk to musí ze sebe vybit.“ ..... „Ale někdy ty stavy byly už takové zoufalství a už jsem říkal: „Kurva, já si snad vezmu“ normálně na rovinu „Já si snad vezmu život. To nejde takto jako.“
- (ID06): „To kolikrát jsou takové stavy, že člověk fakt neví, už je bezradný.“ ..... „Tehdá jsem měl takové stavy, že už deprese, nebo jak se tomu říká. Takové stavy, že z ničeho nic jsem nemohl dýchat, špatný stavy jsem měl.“ ..... „Už je člověk takový zničený, unavený sám ze sebe. Má strach aj někde jít. Vycestovat někde dál. Ve mně to zůstalo, takový vsugerovaný strach v sobě při té bolesti. Mně se to stalo tehdá, když jsem jel z Brna. Když jsem jel v koloně mezi autama a to už jsem si myslel... To jsem nevěděl už, co mám dělat, když jsem nemohl zmáčknout ani spojku. Potom už takový vsugerovaný strach někam dál jet než nějaký určitý kilometry. Už to není ono. Dřív mně to nedělalo problém.“
- (ID08): „Že to už se nedalo a já jsem se z toho ocitla v Kroměříži.“ ..... „Jela bych tam znova a vůbec se nedivím, že někoho to může dovézt až k tomu, že si kvůli tomu vezme život. Protože to je opravdu pocit, že se nedá s tím žít. A já se někdy sama obdivuju, že to jde, tak jak to jde a že s tím žiju.“
- Pacient (ID09) nahlas přemýšlí o roli psychiky na bolest zad: „Já mám pocit. To je otázka, jestli to byla příčina nebo to? Ale, když mě chytly záda, tak to má vliv i na tu psychiku, že nemůžu nic v podstatě. Nebo psychika a od toho mě chytly ty záda? Možná je to i oboustranně, těžko říct. Určitě je to propojené.“

## 7.2.5 Pozitivní důsledky bolesti

V kontrastu všech negativních dopadů chronické bolesti zad na životní chod zkoumaných pacientů byly zjišťovány i možné pozitivní aspekty bolesti zad. Velká část oslovených pacientů byla tímto tématem nejprve překvapená, ale po chvíli přemýšlení si většina z nich uvědomila i nějaká pozitiva, která jim bolest do života dala.

Pacienti uváděli ve svých odpovědích následující kladné aspekty bolesti:

- **Uvědomění si hodnoty vlastního zdraví; celkového náhledu na život**
- (ID04): „Člověk si říká, že snad jsou ještě i horší věci. Vidiš, když jsi v té nemocnici, že jsou i lidé, kteří jsou na tom i horší. A třeba i mladší. Ještě mohlo být i horší.“

- (ID09): „Poučení mně to přineslo, že vlastně musí člověk o sebe pečovat. To jsem vždycky upozad'oval, že všechno děláš, ale nic není důležitějšího než tvoje zdraví.“
- **Nové možnosti vlastní realizace**
- (ID08): „Neměla jsem nic a teď už mám. Protože mně dělá, na ty záda, hrozně dobře chůze, miluju přírodu a chodit na procházky..... jsem si v té přírodě a v té chůzi našla zálibu.“
- **Pozornost a ohleduplnost druhých**
- (ID09): „Nemusím nic dělat, vůbec. Všeci mňa obskakujú, jako.“
- **Poznání upřímnosti v mezilidských vztazích**
- (ID06): „Obraz na lidi, kteří chcú pomoct nebo kteří chcú využít.“ ..... „Náhled na lidi z druhé stránky. Náhled třeba na nějaké lidi vypočítavé, když člověk má a dá, tak je OK. Ale když člověk nemá, tak pá,pá.“ ... (vysvětluje blíže): „Když člověk nosil 30, 40 tisíc měsíčně dom, tak bylo všechno OK. A když člověk ty peníze přestal nosit a nebyly, tak někomu doma hrály nervičky....“

## 7.2.6 Potřeby , očekávání a plány do budoucna

V souvislosti s tématem, život s bolestí zad, jsem položila zúčastněným pacientům otázku týkající se jejich dalšího výhledu vývoje zdravotního stavu. Tato otázka rozdělila dotazované pacienty na pomyslné tři skupiny. Část oslovených pacientů očekávala lepší časy a jejich cílem bylo odstranění bolesti a obnova hybnosti. Druhá skupina si přála udržet bolesti pod kontrolou. A třetí skupina popisovala své obavy ze zhoršení fyzického stavu a následné přítěže pro ostatní příbuzné.

- **Odstranění bolesti a obnova mobility**
- (ID06): „Očekávání mám takové, abych to zase zpátky rozhodil a začal zase tak normálně trošku fungovat. Ne na 100 %, ale jako normální člověk. A ne se utápět v bolestech.“
- (ID02): „Já jsem tak vděčná, že na tu operaci můžu jít. Ani se nebojím, už na to čekám jako na smilování.“ .... „Strašně se těším. Jak se můžu těšit na operaci, když nevím, kdo mně bude řezat.“ ... „Věřím tomu, že to bude lepší. Jsem taková uklidněnější, že na tu operaci půjdu. Jsem strašně ráda.“
- **Udržení současného stavu**
- (ID09): „Očekávání mám takové, že bych se chtěl udržovat, abych se vyhnul operaci. To je moje očekávání. To bych nechtěl absolvovat, teda.“

- (ID04): „Aspoň tak jak to je. Abych nemusela být na přítěž.“
- **Strach z neschopnosti a přítěže pro druhé**
- (ID01): „Z toho mám veliký strach! Že bych zůstala nehybná, někde podělaná....“
- „No právě přemýšlím, že bysme s mým manželem měli jít někde do nějakého penzionu asi. Abychom tím nezatěžovali ty mladé.“
- (ID07): „To právě vůbec si neumím představit, jako kdyby to takhle zůstalo, tak to je hrůza. Nevím, jak dlouho by ho to bavilo se o mě starat?“ (pacientka mluvila o manželovi).... „myslím, že je to otravné pro toho druhýho. „ ... „On jezdí na kole třeba nebo prostě měl by třeba strach, že když nebude doma,..... že bych ho hodně omezila.“

### **SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ DRUHÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Negativní důsledky bolestí zad na pracovní život zapojených pacientů byly popisovány u všech zúčastněných. Až u poloviny dotazovaných pacientů jejich zdravotní stav vedl ke snížení pracovní schopnosti či úplné pracovní neschopnosti.

V osobním životě zúčastnění pacienti zaznamenali dopady bolesti především v omezení své hybnosti a následně ve vykonávání běžných denních nebo sportovních aktivit. V důsledku bolesti popisovali účastníci výzkumu i zhoršenou kvalitu spánku v důsledku prožívané bolesti nebo nutnosti nacházet vhodnou úlevovou polohu.

Oslovení pacienti uváděli ve svých výpovědích vliv bolesti zad na psychickou a vztahovou sféru života. Často se setkávali s nepochopením či nevhodnými narážkami ostatních jedinců. U jednotlivých zúčastněných pacientů byly popisovány pocity podrážděnosti, úzkosti či dokonce deprese vyžadující psychiatrickou léčbu.

V kontrastu všech omezení, která jim bolest zad přinesla, byli dotazovaní pacienti schopni poukázat i na pozitivní aspekty života, které si díky chronické bolesti zad byli schopni uvědomit.

Při pohledu na budoucí vývoj bolesti zad se zúčastnění pacienti lišili ve svých očekáváních. Část z nich očekávala zlepšení svého zdravotního stavu s odstraněním bolesti a obnovou hybnosti, druhá část dotazovaných pacientů doufala v udržení jejich současného stavu a zbylá část zkoumaných pacientů se obávala budoucího zhoršení svého zdravotního stavu a eventuální přítěže pro jejich blízké.

## 7.3 Tematický okruh 3: Zvládání bolesti zad

Tato kapitola je zaměřena na odpověď na **výzkumnou otázku 3: Jakými způsoby zvládají pacienti chronickou bolest zad a potíže s ní spojené?**

Konkrétně jsou na tomto místě rozebírány aspekty zvládání bolesti zad pomocí:

- **medicínských postupů;**
- **vlastních strategií;**
- **sociální podpory.**

### 7.3.1 Terapie bolesti zad (zvládání bolesti pomocí medicíny)

Za účelem potlačení bolesti zad vyzkoušeli zúčastnění pacienti celou řadu terapeutických postupů, které bychom mohli rozdělit do čtyř skupin:

- **farmakologické postupy;**
- **nefarmakologické postupy;**
- **invazivní postupy;**
- **zdravotní pomůcky.**

V rámci **farmakologických postupů** vyzkoušeli zkoumaní pacienti celou řadu farmak. Cestou praktických lékařů dostávali ke ztlumení bolesti **tabletovou analgetickou terapii**, případně **injekční analgetickou terapii**. V rámci hospitalizací na odborných odděleních byli zúčastnění pacienti léčeni **analgetickými infuzemi**. Cestou ambulance bolesti byly dvěma pacientům předepisovány i silné opiáty. Tři pacienti brali dlouhodobě **antidepresiva** a dva pacienti brali nepravidelně **anxiolytika**. Zkušenosti a efekty farmakologické léčby popisují jednotliví pacienti následovně:

- (ID08): „Doktor mně dával prášky od bolesti a DHC mně pomáhalo hrozně. Já jsem nemohla vydržet bolesti a jak jsem si vzala ten prášek. A já bych za půl hodiny tančila a mně nic nebylo. To bylo úžasné.“
- (ID06): „Mně to povolí tabletkama, ale teď mně to nezabíralo. Jedině ty infuze. Vždycky, když mně začnů púšťat ty infuze, tak mně to vždycky, musím zaklepat, dneska jsem měl druhů a je to cítit. Dneska už jsem se normálně postavil z postele a mohl jsem jít.“
- (ID01): „Jsem z toho úplně zděšená. V dobrém slova smyslu. Že to tak pomohlo. Ale mně už ta první infuze.“

Z **nefarmakologických procedur** indikovaných lékaři byly uváděny různorodé **rehabilitační postupy**, které jednotliví pacienti absolvovali buď ambulantní cestou nebo formou lázní. Nejeфекtivnější procedury dle zúčastněných pacientů byly: **masáže, vířivka, parafín, magnet, plavání, cvičení podle McKenzie**. Jedna pacientka vyzkoušela **akupunkturu a tejpování**.

- (ID09): „Cvičím toho McKenzieho. Těch 7 cviků. A když už to cítím a bolí mě to. Tak ty 3 cviky první pomoci, tak to mně pomáhá.“

Z **invazivních postupů** léčby podstoupili čtyři pacienti **operaci páteře** a dva pacienti **opich nervového kořene pod CT kontrolou**.

Rozdílné zkušenosti s výsledky operace popisují jednotliví pacienti slovy:

- (ID04): „Můžu říct, že teď od té operace, já už nejím žádné léky od bolesti.“
- (ID08): „A ono za ty 3 měsíce po operaci mně bylo hrozně dobře. Nevím jak to? Nic mě nebolelo. Ale po těch 3 měsících a po těch lázních to se vrátilo zpátky a to byla katastrofa.“
- (ID05): „Potom druhá operace. Potom třetí, ta byla taková radikální. ... A potom jsem šel na tu operaci 2019. Fungovalo to vždycky jenom měsíc. A potom takové šílené bolesti, strílení do zad, do nohou.“
- (ID06): „Po operaci to nebylo jak předtím, ale bylo to lepší o 60 %. Ale člověk si musel dávat pozor a ty pohyby a na všechno. Samozřejmě, když člověk po té operaci necvičí, tak to začne zpátky, ty bolesti.“

V souvislosti s léčbou bolesti zad uváděli oslovení pacienti výhody používání **zdravotnických pomůcek** předepisovaných lékařem.

Pacienti využívali tyto pomůcky: **bederní pás, hůl, berle, korzet, elektrický vozík, invalidní vozík**. Užití jednotlivých pomůcek využívají k usnadnění pohybu, ale také při práci a sportu.

- (ID05): „Pro mě je to nezvladatelné, proto jezdím na vozičku, když jedu obchodu tam nebo tam.“ ... „A to nosím ještě ten pás. To je taková záchrana, že to mám.“
- (ID04): „Dali mně ten korzet. Mám ho do teď. ... Když mně to udělali, tak já říkám: „No to to mám. To mám vycházkové. To si jenom obut boty, narafčit sa na to, dat si bundu a jít.“ To je k práci? (smích) No pak jsem se s tím naučila. Naučila jsem se s tím i žehlit.“

- (ID09): „*Ale paradoxně, když hraju ten badminton, tak to mně pomáhá. Já mám ten stahovací pás. Ten mě podrží a vždycky se stahnu a ty 2 hodiny mě to podrží.*“

### 7.3.2 Vlastní strategie zvládání bolesti zad

Paralelně s lékařskou pomocí se snaží zúčastnění pacienti zvládat bolest vlastními silami.

Velmi hezky to popsaly dvě pacientky slovy:

- (ID03): „*Už se znám a musím odhadnout, co si můžu a nemůžu dovolit.*“ ... „*Je to o tom, že se člověk musí snažit sám na to dojít, co mu na to dělá dobře a čemu se vyhýbat.*“
- (ID08): „*Dneska, ty bolesti jsou pořád, ale člověk se s tím naučí žít a dokonce naučíte se, že se usmíváte, i když vás to bolí.*“

Z těchto výroků lze lehce vyčíst, že strategie zvládání bolesti je u dotazovaných pacientů založena na třech pomyslných bodech:

- **nastavení mysli;**
- **eliminace provokačních faktorů;**
- **prostředky a činnosti tlumící bolest.**

Z výpovědí oslovených pacientů vyplývá, že **nastavení mysli** bylo postaveno na zaměstnáním jejich psychiky za cílem odvedení pozornosti od bolesti. Pozornost odváděli nejčastěji nějakou **pracovní či zájmovou činností**.

- (ID04): „*Většinou se člověk zabaví prací. Když zaměstnáš hlavu, tak nad tím furt nepřemýšlíš.*“
- (ID03): „*Pozitivně myslet, to je důležité. Ale chce to se umět naučit.*“ ... „*Tak se vždycky snažím, přestat na to myslet, aby mě něco zaujalo nebo se podívám na něco v televizi nebo nějaký časopis. Abych nemyslela na tu bolest.*“
- (ID05): „*Já teda maluju. Snažím se.*“ ... „*Tak třeba včera jsem maloval bratrance. Takovou rychlovku jenom. Tak se člověk odreagoval. A říkám, takových víc modelů, to i člověk zapomene.*“



Někteří pacienti se snažili své potíže nějak **racionálně** přijmout:

- (ID10): „Říkám, každý má nějaký osud. Někdo má to, někdo má to. Tak co mně zbývá. Už to nevrátíš. Kdyby to šlo vrátit. Když už to nevrátíš, tak nad čím sa budeš vracat a bečat.“

Druhým podpurným bodem, při zvládnání bolesti zad vlastními silami, byla **eliminace provokujících faktorů**. Na toto místo bychom mohli zařadit různá **režimová opatření, úlevové polohy či užití technických pomocníků v domácnosti**.

- Pacient (ID06) popisuje svá režimová opatření: „Já už si s tím umím poradit. Protože, už jsem si s tím něco prožil, tak už vím, jak se mám otočit, jak se mám pohnout.“ ... „Na to si dávám pozor, i když sedám nebo vstoupám nebo ohýbám se, tak už to má člověk v palici zarámované, jak to má udělat.“
- Pacientka (ID04) popisuje, jak si ulevovala od bolesti při mytí nádobí: „Měla jsem vždycky hlavu opřenou, ulevovala jsem si o tu vrchní skříňku.“
- (ID08): „Já jsem i proto, když jsme stavěli dům, tak jsem to dělala tak, abych co nejmíň já. Tady mám takovou podlahu, protože mám robotický vysavač a ten mně povysává.“
- (ID03): „Když okna umývám, tak to není problém, protože to mám na to takové, že to navlhčím a ten Leifheit jenom postírá.“

**Prostředky a činnosti tlumící vnímání bolesti**, používané zkoumanými pacienty, tvoří poslední podpurný bod zvládnání bolesti zad. V této souvislosti popisovali tázaní pacienti tyto aktivity – **cvičení a relaxace** a prostředky s analgetickým efektem - **teplo, alkohol**.

- (ID03): „Já jsem sama tak zjistila, že je lepší se radši tak poprotahovat. A důležité je, že cvičím.“ ... „když nemůžu, tak si jdu lehnout na zem, uvolnit se a zacvičit si.“
- (ID08): „když nemůžu vydržet, tak si lehnu na zem a musím se celá uvolnit a to je jediná poloha, která....“
- (ID09): „Každý rok, když jezdíme k tomu moři, tak já to беру jako ty lázně. Já jsem třeba 5 hodin v moři. 3 hodiny dopoledne, 2 hodiny odpoledne. Já ani léhátko nepotřebuju a to mně fakt pomáhá. Ta teplá voda, třeba si lehnu i na písek teplý a tak. A to úplně cítím jak se mně to uvolňuje. Plavu v tom moři, ta slaná voda určitě. To už mám zkušené.“

- Pacientka popisuje analgetické účinky alkoholu (ID08): „řeknu vám ten alkohol prostě pomáhá stejně tak, jak ty prášky. Že se nedivím, že se z lidí můžou stát alkoholici, protože buď alkohol nebo prášky. To jsem pocítila. Samozřejmě u mě ten alkohol nezvítězil, ale to jsem zkusila na vlastní kůži.“
- (ID05): „Jenomže já už jsem takový, že já už někdy ty věci jako ředím tím chlastem, víte, no.“ ...“ Někdy opravdu mám takové stavy, že to potřebuji. Je to i závislost, zkrátka.“

### 7.3.3 Zvládání bolesti zad pomocí sociální podpory

Potřeba sociální podpory hraje, u velké části zmiňovaných pacientů, podstatný aspekt při zvládání bolesti zad. Při rozhovoru jsem mířila dotazy ke zjištění toho, kdo a jakým způsobem podporuje zúčastněné pacienty.

Z tohoto hlediska bychom mohli sociální podporu dotazovaných pacientů diferencovat na:

- **poskytovatele sociální podpory;**
- **prostředky sociální podpory.**

Mezi **poskytovateli** sociální podpory byli uváděny následující osoby:

- *partneři, rodiče, potomci, sousedé, kamarádi, lékaři.*

Mezi nejčastější **prostředky sociální podpory** byly zmiňovány následující body:

- *fyzická pomoc* (v domácnosti, při sebeobsluze); *psychická podpora* (empatie, povzbuzení, pochopení, radost z potomků); *udělování rad* a *finanční podpora*.

Následující pacienti popisují *fyzickou pomoc* svých blízkých slovy:

- (ID02): „Manžel dělá všechno za mě.“ ... „Vnučky volaly: „Baby, co budeš potřebovat, my dojedem, my ti pomůžem.“
- (ID02): „Ani otočit jsem se nemohla. Můj mě tahal z postele. (pacientka se usmívá).“
- (ID09): „Doktor mně říkal: „Ale na letišti se ani kufri nechtej!“ Ženské tahaly kufry a já jsem stál jak maharadža.“

Sociální podpora byla udělována i formou **rad**:

- (ID03): „*Třeba v létě, když se něco dělá, tak je v člověku úplně taková radost. Tak už to jdu, to jdu, to jdu dělat. Ale můj, když už to vidí, tak mně říká: „Ale mírni se s tím, protože víš, jak to dopadne.“*“
- Pacient (ID09) vzpomíná na výroky jedné pacientky, kterou potkal v lázních: „*Jestli si myslíte, že tady jako budete uzdraveni? Ne. Tady se musíte naučit s tím žít. Naučit se cvičit, rehabilitovat a naučit se s tím problémem žít.*“ Nebo uvádí jedno kamarádovo doporučení pro usnadnění práce na zahradě: „*Kup si traktórek, jako. Budeš na tom jenom sedět.*“

Pacientka poukazuje na důležitost **psychické podpory**:

- (ID08): „*Já jsem té paní doktorce vždycky důvěřovala. Když jsem k ní přišla a odcházela jsem od ní, mně bylo lepší jen, když jsem si s ní povykládala a co mně všechno řekla.*“
- (ID08): „*Moje maminka, když jsem byla po té operaci a pořád jsem chodila, chodila jsem, tak vytvořila „Pochod pro zdraví“, který teď pokračuje.*“

Pacient popisuje kamarádovu **finanční pomoc** v době, kdy byl v ekonomické tísní vlivem ztráty zaměstnání v důsledku bolesti zad:

- (ID06): „*Když jsem byl, dá se říct, bez ničeho, tak mě nepodkopl nohy, ale postavil mě spíš navrch. On mně pomohl prostě vytáhnout z toho ven, ze všeckého. Vždycky, když něco potřebuju, zavolám mu a nikdy se neotočil žádama.*“

### 7.3.4 Doporučení při bolesti zad

Na závěr této kapitoly jsem shrnula všechna doporučení, která by zúčastnění pacienti na základě svých dosavadních zkušeností rádi předali ostatním pacientům, kteří mají podobné potíže.

Daná doporučení jsem utřídila do jednoho seznamu:

- **pravidelně cvičit;**
- **nezvedat těžká břemena;**
- **správně provádět pohyby;**
- **pozitivně myslet;**

- *přizpůsobit pracovní podmínky;*
- *najít si vhodnou zájmovou činnost;*
- *redukovat nadbytečnou hmotnost;*
- *šetřit se;*
- *dožadovat se vyšetření k objasnění příčiny bolesti.*

Dokonce i zkoumaní pacienti s těžkým průběhem bolesti zad by se snažili ostatní pacienty motivovat slovy:

- (ID08): *„A jinak radu? (přemýšlí) Aby se, když jim bude nejhůř, aby se nebáli, že i když s tou bolestí zad a se vším, mají pocit, že se s tím nedá žít, takže vždycky se to dá prostě řešit.“*
- (ID05): *„To můžete každému pacientovi povědět, že znáte člověka, který je 5krát operovaný, i přesto myslí celkem furt pozitivně, ne negativně.“*

### **SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ TŘETÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Při zvládání bolesti zad používají zúčastnění pacienti tři podpůrné cesty. Těmito pomyslnými cestami jsou: prostředky medicíny, vlastní strategie a sociální podpora.

První cestou je zvládání bolesti zad pomocí postupů medicíny, kde byly nejčastěji využívány farmakologické analgetické preparáty. Z nefarmakologických postupů se ukázaly jako osvědčené postupy rehabilitační medicíny. Část dotazovaných pacientů využila invazivní postupy v podobně operačního řešení příčiny bolesti zad a část pacientů podstoupila opich nervového kořene pod CT kontrolou. Efekt operačního řešení příčiny bolesti byl u poloviny operovaných pacientů dobrý a u druhé poloviny neúspěšný. K usnadnění pohybu používali zúčastnění pacienti s oblibou různorodé zdravotnické pomůcky.

Druhou cestou, využívanou ke zvládání bolesti zad, jsou popisovány vlastní strategie zkoumaných pacientů. Strategie jsou založeny na nastavení mysli, eliminaci provokačních faktorů a na užití prostředků či činností tlumících bolest. Pomocí psychiky se oslovení pacienti snaží své potíže racionálně zpracovat nebo přenést pozornost svých myšlenek od bolesti nějakou jinou činností. Různorodými režimovými opatřeními, případně používáním technických pomocníků v domácnosti, se snaží oslovení pacienti eliminovat faktory, které

by jinak bolest navodily. V rámci vlastních strategií se snaží zapojení pacienti objevovat různé prostředky či činnosti, které by jim od bolesti byly schopny ulevit. Mezi tyto preferované strategie řadili především relaxační cvičení a užití tepla.

Neméně důležitou, třetí cestou, při zvládnání bolesti je sociální podpora. Poskytovatelé sociální podpory jsou nejčastěji popisovány osoby, které jsou zúčastněným pacientům vztahově nejbližší. Jako prostředky sociální podpory jsou uváděny hlavně fyzická pomoc a psychická podpora.

V rámci shrnutí tématu, zvládnání bolesti zad, uvedli oslovení pacienti svá doporučení, která považovali za nejdůležitější k prevenci a zmírnění bolesti zad.

## 8 DISKUZE

Výzkumná práce zaměřuje svou pozornost na subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad. Cílem výzkumu bylo porozumět zkoumaným pacientům a zjistit, jak na bolest nahlízejí, jaký má bolest vliv na jejich život, jaká jim přináší největší omezení a jakými způsoby se snaží svou bolest zvládat. Za tímto účelem byl zúčastněným pacientům ponechán prostor k vyjádření svých zkušeností a pocitů v rámci polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů, z toho 7 žen a 3 muži. Tento neúmyslný nepoměr v zastoupení jednotlivých pohlaví v souboru koresponduje s faktem, že chronické bolesti zad jsou podle některých zdrojů častější u žen (Meucci et al., 2015).

Věkové rozmezí členů výzkumného souboru bylo v rozmezí 40-78 let. Věkový průměr celého souboru bylo 62 let a nejčastěji byla zastoupena věková kategorie 60-69 let. Toto věkové rozložení je ve shodě s literaturou (Husky et al., 2018), která uvádí, že prevalence chronické bolesti zad se zvyšuje s věkem a maxima dosahuje v sedmé dekádě života.

Pokud jde o vnímání bolesti, její počátek a lokalizaci popisovali pacienti zařazení do tohoto výzkumu obdobně. U většiny dotazovaných začaly bolesti pozvolna a byly lokalizovány v oblasti bederní páteře, což je v souladu s literárními zdroji (Morschitzky & Sator, 2007) poukazující na převahu bolesti v bederní části zad.

Co se týče charakteru bolesti, byly uvedeny deskriptory bolesti od tupé až po bolest ostrou a vystřelující. U zúčastněných pacientů byla popisována propagace bolesti nejčastěji do dolní končetiny po přední, boční nebo zadní straně, což je v souladu s distribucí nervových kořenů L4, L5 a S1, jak uvádí Berlit (2007). Charakter i propagace bolesti odpovídali u velké části zúčastněných participantů tzv. kořenové bolesti, která vzniká drážděním nervového kořene, jak popisuje Ambler a kolektiv (2008).

Zajímavé je, že většina zúčastněných pacientů jako příčinu bolestí zad popisovala strukturální změny na páteři (degenerativní změny, výhřezy meziobratlových plotének, zlomeniny obratlů). Domnívám se, že jsou pacienti ovlivněni výsledky zobrazovacích metod, které jim lékaři sdělují. Pouze jeden pacient v této studii byl přesvědčen o psychogenní příčině bolestí zad, avšak následně byl lékařem ujištěn, že se jedná o

strukturální příčinu. Dle mého názoru lékaři často nahlízejí na bolesti zad pouze jako na tělesnou poruchu a dále tyto informace předávají svým pacientům.

Dotazovaní pacienti, kteří popisovali pozvolný vznik bolesti zad, uváděli následující rizikové činnosti vykonávané v rámci své profese či volnočasové aktivity - náročná fyzická práce, sedavý způsob zaměstnání či jednostranná statická zátěž, což odpovídá uváděným rizikovým faktorům v odborné literatuře (Andrašínová et al., 2018).

Pacienti s prudkým počátkem bolesti zad spojovali vznik bolesti s nevhodným provedením pohybu nebo se zvednutím těžkého břemene. Což jsou rizikové aktivity vedoucí k výhřezu meziobratlového disku (Kolář, 2009), jež byl v této studii jeden z nejčastějších etiologických činitelů.

Část zúčastněných pacientů dávala do souvislosti se vznikem bolesti zad psychické vlivy. Podmíněnost vzniku bolesti zad psychickými vlivy lze vysvětlit několika mechanismy. Jednou z nich je fakt, že při chronickém stresu dochází k vyčerpání adaptačních mechanismů a ke snížení prahu bolesti (Rokyta et al., 2017). Jiné vysvětlení můžeme spatřit v roli mediátorových systémů, kdy u deprese dochází k poklesu hladiny serotoninu a právě serotoninergní procesy jsou součástí endogenní modulační bolesti. Jedná se tedy zřejmě o společný mechanismus působení serotoninu u bolesti i u deprese (Janáčková, 2007).

V průběhu diagnosticko-léčebného procesu se zúčastnění pacienti setkali s rozdílnými přístupy lékařů, jednak obnášející empatický a vstřícný přístup, tak bohužel komunikaci rušenou přemírou lékařů podávaných informací, které nebyl pacient schopen zpracovat. V některých případech se jednalo dokonce o odmítavý přístup s neposkytnutím alternativních řešení.

Dle mého názoru, hraje komunikace lékaře s pacientem podstatný aspekt ovlivňující vnímání bolesti a je bohužel často podceňována. Souhlasím s názorem, který uvádí Beran et al. (2010, 111), že *„zájem, vyslechnutí, pochopení a emoční podpora jsou účinným terapeutickým prostředkem.“* Myslím si, že z lékařského hlediska je vhodné na chronickou bolest zad pohlížet jako na komplexní problém, který má svůj dopad nejen na tělesnou, ale i psychickou, sociální a spirituální oblast člověka. A při volbě léčebného přístupu by se mělo pohlížet z této perspektivy.

Dle výpovědí dotazovaných pacientů je zřejmé, že chronická bolest zad má negativní dopad na každodenní život zúčastněných jedinců. V souladu s recentní studií Haluzíkové a Wieclawové (2020), se i v této studii ukazuje jako nejvíce omezena kvalita života ve fyzické doméně. Konkrétně se jednalo o omezení v pohybu a chůzi. Velké omezení spatřovali zúčastnění pacienti v provádění pracovní činnosti. U mužů má bolest velký dopad na provádění prací na zahradě a nemožnost zvedat těžká břemena. Ženy jsou těžce omezeny v domácích povinnostech.

Studie (Sezgin et al., 2015) uvádí, že poruchy spánku jsou přítomny až u 50-70 % pacientů s chronickou bolestí zad. V této studii popisovalo sníženou kvalitu spánku 8 pacientů z 10. Příčinu nespavosti viděli v samotné bolesti, ale také v potřebě hledat vhodnou úlevovou polohu. Téměř polovina těchto pacientů řešila svou nespavost dlouhodobým užíváním hypnotik či anxiolytik.

U zúčastněných pacientů, jejichž věk byl v rozmezí 40-60 let, byl patrný i dopad bolesti na provozování sportovních aktivit. Dle výpovědí participantů výzkumu jsou sportovní aktivity omezeny nejen v důsledku samotné bolesti, ale také vlivem strachu z očekávané bolesti či možné jiné komplikace v případě pádu či nekoordinovaného pohybu při sportu. Tyto okolnosti mohou být zpětně příčinou fyzické inaktivity, na což poukazuje i Zacharová (2008).

Uvádí se, že psychologická a sociální rovina je méně postižena chronickou bolestí zad, ve srovnání s rovinou fyzickou (Stefane et al., 2013). Avšak psychologické důsledky nejsou zanedbatelné. Chronická bolest totiž narušuje celkové afektivní ladění člověka, postoj k sobě a hodnocení sebe, chování a vztahy k druhým lidem (Knotek, 2010). V této studii byly často popisovány pocity podrážděnosti, zlosti a afektivní reakce. A právě tyto emoční stavy jsou uváděny jako rizikové faktory horší adaptace pacientů na bolest (Hamilton et al., 2005). Podíl psychologické komponenty na chronicitě bolesti zad lze dle studie (Shaw et al., 2010) považovat za jednoznačně prokázaný. Tomuto názoru přispívají i fakta z této studie, neboť u nadpoloviční většiny dotazovaných pacientů byly popisovány úzkostné či depresivní příznaky.

Dopady chronické bolesti zad v rovině sociálních vztahů nejsou samotnými respondenty pocíťovány, avšak jsou mezi řádky popisovány. Vlivem snížené schopnosti vykonávat denní aktivity či dokonce vlivem omezené soběstačnosti zúčastněných pacientů, je patrná jejich odkázanost na pomoc druhých osob. Tato skutečnost spolu s prožívanou



bolestí má své neblahé dopady ve vztahové sféře. Někteří z dotazovaných pacientů přiznávali svou emoční podrážděnost vůči rodinným příslušníkům, což je v souladu s Haklem (2012), který popisuje podrážděnost u pacientů trpících chronickými bolestmi. Část participantů popisovala svou potřebu získat pozornost a ohleduplnost svých blízkých., což lze řadit mezi druhotné zisky z nemoci, jak uvádí Baštecká (2003). V ojedinělých případech jsou zkoumaní pacienti konfrontováni s nepochopením či dokonce nemístnými poznámkami okolních lidí.

Na základě doporučení, které uvádí Beran et al. (2010), že je třeba pacientovi pomoci nacházet i pozitivní aspekty nemoci, jsem se snažila motivovat zúčastněné participanty k tomu, aby se snažili nalézt a popsat konkrétní pozitivní aspekty bolesti, které nějakým způsobem jejich život obohatily. Díky prožité bolesti si zúčastnění pacienti byli schopni uvědomit vlastní limity a hodnoty zdraví s nutností péče o sebe. Touto cestou zkoumaní pacienti objevili i nové možnosti vlastní realizace nalezením nových volnočasových aktivit, které jsou v souladu s bolestí, či dokonce které tlumí jejich bolest. Někteří ze zúčastněných pacientů dospěli, prostřednictvím okolností provázejících bolest, k poznání skutečné upřímnosti v mezilidských vztazích.

Zaměřením pozornosti zúčastněných pacientů na budoucí vývoj jejich bolesti jsem se snažila zjistit valenci očekávání jejich dalšího vývoje. Neboť výsledky nedávné studie (Esteve et al., 2018) poukazují na to, že pacienti s chronickou bolestí pohybového aparátu, kteří mají pozitivní očekávání svého budoucího vývoje, vyvíjejí trvalé úsilí a vykazují vyšší flexibilitu při řízení svých cílů. Vzhledem k nízkému počtu zúčastněných osob nelze výsledky generalizovat, nýbrž jsem chtěla touto cestou získat konkrétní ukázkou pozitivních a negativních očekávání budoucího vývoje. Větší část výzkumného souboru popisovala kladná očekávání svého budoucího vývoje ve smyslu odstranění bolesti a obnovy hybnosti či alespoň udržení současného zdravotního stavu. Avšak menší část výzkumného souboru popisovala své obavy z budoucího zhoršení stavu vedoucího k omezení soběstačnosti a eventuální přítěže pro příbuzné.

Na základě výpovědí zúčastněných pacientů by se dalo uzavřít, že všichni dotazovaní účastníci studie měli osvědčené prostředky, jak bolesti zad zvládat, respektive snižovat jejich intenzitu.

Z kognitivních předpokladů má na vnímání bolesti vliv tzv. místo kontroly nad bolestí. Mezi chronicky nemocnými bývá více jedinců s externím místem kontroly, kteří spoléhají na pomoc lékařů (Musich et al., 2020). Z tohoto pohledu je teoreticky možno pacienty obecně rozdělit dle jejich preference používaných prostředků ke zvládnání bolesti zad.

V tomto výzkumném souboru využívali pacienti při zvládnání bolesti zad tři zdroje: prostředky medicíny, vlastní strategie a sociální podporu. U těchto zúčastněných pacientů však nelze jednoznačně určit preferenci jednotlivých postupů. Zkoumaní pacienti kombinovali všechny tři postupy. Obecně šlo vysledovat, že při zhoršení bolesti preferovali analgetickou farmakologickou terapii. Avšak na základě svých zkušeností si většina z nich vybuchovala i vlastní osvědčené strategie zvládnání bolesti. Ukázalo se také, že sociální podpora měla při zvládnání bolesti těchto pacientů nemalý vliv.

V rámci medicínských farmakologických prostředků uváděli dotazovaní pacienti efektivnější infuzní analgetickou terapii v porovnání s tabletovou formou, což je v souladu odbornou literaturou (Lüllmann, et al., 2004). Z nefarmakologických technik měli obecně nejlepší zkušenosti s rehabilitačními fyzikálními procedurami a fyzioterapeutickým cvičením. Efekt operačního řešení příčiny bolesti byl u poloviny operovaných pacientů tohoto výzkumu dobrý a u druhé poloviny bohužel neúspěšný. Několik zkoumaných pacientů se podrobilo psychiatrické léčbě. Obecně lze říct, že terapeutický přístup k chronické bolesti zad probíhal u všech zúčastněných pacientů cestou jednotlivých ambulantních či lůžkových zdravotnických zařízení, který, dle mého názoru, nerespektuje komplexní problematiku chronické bolesti zad. Myslím si, že chronická bolest zad vyžaduje komplexní přístup, který je založen na biopsychosociálním modelu. Tak uvádí i Raudenská a Javůrková (2011), pouze jeden izolovaný léčebný přístup neosloví všechny problémy související s bolestí, ale je zapotřebí léčba týmová.

Většina zúčastněných pacientů se snažila nějakými vlastními osvědčenými způsoby zmírňovat svou bolest. Taktéž Raudenská a Javůrková (2011) poukazují na efektivní zvládnání bolesti související s odvrácením pozornosti od bolesti a zdůrazňují, že jedinci reagující na bolest aktivním způsobem se vyrovnávají s důsledky souvisejícími s bolestí efektivněji než jedinci reagující pasivně. Tyto atributy zvládnání bolesti byly patrné i u participantů tohoto výzkumu, neboť prostřednictvím nějaké zájmové aktivity se snažili odpoutat své myšlenky od bolesti. Taktéž různými režimovými opatřeními se pokoušeli eliminovat provokující podněty či se snažili konkrétními taktikami tlumit vnímání bolesti.

Mezi nejosvědčenější strategie oslovení pacienti považovali protahovací a relaxační cvičení nebo užití zdrojů tepla.

Podstatným aspektem zvládnání bolesti zad je sociální podpora, která probíhá za předpokladů, že má pacient potřebu spoluúčasti druhých na zvládnání zátěže spojené s chronickou bolestí a zároveň jsou druzí ochotni mu pomoc poskytnout (Zavadilová & Knotek, 2006). Zúčastnění pacienti uváděli sociální podporu poskytovanou svými nejbližšími formou fyzické i psychické pomoci.

## **LIMITY STUDIE**

Na tomto místě je třeba zmínit i některé nedostatky výzkumu. Jistým limitem výzkumu je malý počet pacientů zařazených do výzkumu. Ačkoli byl původně plánován počet participantů vyšší, výzkumu se zúčastnilo deset participantů. Avšak navyšování počtu výzkumného souboru bylo omezeno vzhledem k současné epidemiologické situaci. Jelikož v současné době byl na pracovišti neurologie malý přístup k pacientům s chronickými bolestmi zad z důvodu omezení péče pouze na akutní případy. Proto jsem řešila tento problém výběrem pacientů z nemocniční databáze a následně, za dodržení přísných hygienických opatření, jejich návštěvou v domácím prostředí.

Vzhledem k okolnostem a povaze výzkumu, kdy byl volen kvalitativní přístup, se domnívám, že počet probandů zařazených do výzkumu byl dostačující, neboť při analýze rozhovorů se mi podařilo najít v rámci výzkumné skupiny mnoho opakujících se vzorců a společných znaků související s diagnózou chronických bolestí zad.

Dalším limitem výzkumu je složení výzkumného souboru. Jelikož se jednalo o pacienty navštěvující neurologické pracoviště, došlo k selekci pacientů na ty, jejichž dokumentovaná příčina bolesti zad byla na podkladě strukturální změn s převahou kořenové bolesti.

Co se týče složení výzkumného souboru, byli čtyři pacienti ve starobním důchodě, tři v plném invalidním důchodě, dva v částečném invalidním důchodě a pouze jeden byl pracovně činný. Proto konkrétní dopady bolesti na profesní pracovní život zúčastněných pacientů bylo možné zjistit jen retrospektivně, což neslo riziko zkreslení vzpomínek.

Za další metodologický problém je možné považovat nekonstantní podmínky pro všechny účastníky souboru. Jelikož rozhovor s menší částí respondentů, konkrétně se čtyřmi pacienty, byl uskutečněn v rámci jejich hospitalizace v nemocničním zařízení. A zbylá část respondentů byla vyšetřena v jejich přirozeném domácím prostředí. Tento fakt nekonstantnosti podmínek mohl ovlivnit charakter výpovědí zúčastněných jedinců. Jelikož v nemocničním prostředí je vyšší pravděpodobnost výskytu psychické tenze v porovnání s přirozeným domácím prostředím. Mohu konstatovat, že u pacientů, s kterými jsem vedla rozhovor v nemocnici, jsem musela věnovat více času úvodní fázi rozhovoru navázáním kontaktu s cílem získat důvěru a otevřenost pacienta.

A druhým aspektem, který mohl mít vliv na výpovědi dotazovaných pacientů, byl fakt, že hospitalizovaní pacienti byli v nemocnici v důsledku akutního zhoršení chronické bolesti zad oproti zbylé části výzkumného souboru, která byla v relativně kompenzovaném stavu.

Slabinu tohoto výzkumu vidím také v tom, že jsem vystupovala v roli výzkumníka a zároveň v roli lékaře, což mohlo, dle mého názoru, ovlivnit především výpovědi týkající se medicínských postupů a lékařské komunikace.

Kvalitu výzkumu mohla ohrozit použitá metoda získávání dat – polostrukturované interview. Jeho přípravě jsem však věnovala náležitou pozornost a při tvorbě otázek jsem vycházela nejen z vlastních zkušeností z lékařské praxe, ale i z informací nastudovaných v odborné literatuře.

## **PŘÍNOS STUDIE A DALŠÍ VÝHLED**

Myslím si, že realizací výzkumu byly výzkumné cíle naplněny a tím byl umožněn celkový pohled na aspekty související s chronickou bolestí zad. Jako velký přínos výzkumu spatřuji v nahlédnutí do zákulisí vlivu chronické bolesti zad na kvalitu života zúčastněných pacientů a zjištění konkrétních taktik zvládnání bolesti. Přínos této výzkumné studie vidím v získání konkrétního seznamu doporučení poskytnutého samotnými pacienty studie.

Pro mou osobu byla práce velkým přínosem, především proto, že jsem měla možnost se podívat na pacienty s chronickou bolestí zad z jiného úhlu pohledu, než jsem z pozice lékařky byla zvyklá. Na základě této zkušenosti mohu konstatovat, že bolest je velmi komplexní problém, který se neprojevuje pouze v oblasti tělesné, nýbrž zasahuje i do

psychické a sociální sféry jedince. Tudiž na tuto skutečnost by bylo dobré myslet také v rámci diagnosticko-léčebných procesů v lékařské praxi.

Mým budoucím záměrem je na tento výzkum navázat prostřednictvím smíšeného metodologického přístupu za použití nejen kvalitativních metod získávání dat (polostrukturovaných rozhovorů), ale i kvantitativních metod pomocí standardizovaných psychodiagnostických metod hodnotících přítomnost psychických poruch (deprese, úzkosti). Další možností by byla aplikace podobného výzkumu na pacienty, jejichž příčina bolesti je na zánětlivém podkladě, kteří jsou v péči revmatologů. A následné porovnání a pátrání po podobnostech či odlišnostech mezi příslušnými diagnostickými jednotkami.

## 9 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala subjektivním prožíváním pacientů s chronickou bolestí zad u souboru deseti pacientů. Cílem diplomové práce bylo prozkoumat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jak konkrétní pacienti nahlíží na své bolesti, jakým způsobem bolest zasahuje do jejich života a jaké používají strategie zvládnání bolesti zad.

### **POPIS VZNIKU A PRŮBĚHU BOLESTI ZAD**

Počátek vzniku bolesti zad většina dotazovaných pacientů popisovala jako pozvolný a jen menší část zúčastněných pacientů uváděla náhlý vznik bolesti zad, který byl vázán buď na provedení nevhodného pohybu nebo na zvednutí těžkého břemene.

Další průběh bolesti zad byl u velké části zúčastněných pacientů kolísavý. Avšak někteří respondenti popisovali atakovitý průběh charakterizovaný epizodami zhoršení intenzity mezi obdobími s nízkou intenzitou bolesti. Jen malá část oslovených pacientů měla v průběhu let pozvolné zhoršování bolesti. Nejčastější lokalizace bolesti byla v oblasti bederně-křížové části páteře. Bolest byla popisovaná různorodými deskriptory, od tupé bolesti až po ostrou či šílenou a vystřelující do dolních končetin.

Subjektivně vnímané příčiny bolesti zad byly dle zkoumaných pacientů strukturální poruchy, psychické vlivy a rizikové pohybové aktivity.

V této studii byly vyzorovány některé rizikové faktory podílející se na zvýšení intenzity prožívané bolesti. Mezi ně byl řazen konkrétní pohyb (kleknutí, předklon, záklon, stoj, sezení či chůze), dále klimatické vlivy (změna počasí nebo chladné počasí), mechanické vlivy (otřesy, vibrace) a psychické vlivy (negativní emoce).

Diagnostika a léčba bolestí zad probíhala u zkoumaných pacientů cestou ambulantních i lůžkových zdravotnických zařízení, kde měli tito pacienti možnost se setkat s různými přístupy lékařů. Většina z dotazovaných pacientů popisovala naději v lékařskou pomoc a měla potřebu lékařského pochopení.

## **ŽIVOT S BOLESTÍ ZAD**

Z analýzy rozhovorů vyplynulo významné narušení života zúčastněných pacientů. V důsledku bolesti a následně vlivem omezeného pohybu popisovali zkoumaní pacienti sníženou schopnost vykonávat denní aktivity (domácí práce, práce na zahradě, aj.) a sportovní činnosti. V ojedinělých případech byla ovlivněna i disabilita těchto pacientů. Negativní důsledky bolesti zad na pracovní život byly popisovány u všech zúčastněných. U větší části výzkumného souboru vedl zdravotní stav zúčastněných pacientů ke snížení jejich pracovní schopnosti či úplné pracovní neschopnosti vedoucí v některých případech až k ekonomické krizi. Neblahý vliv měla bolest na kvalitu spánku.

V důsledku emočního prožívání bolesti, které bylo zúčastněnými pacienty charakterizované pocity bezmoci, podrážděnosti, zlosti, úzkosti či dokonce stavy deprese, bylo změněno jejich chování. Patrné byly i změny v mezilidských vztazích.

Paralelně s negativními důsledky bolesti zad na život zúčastněných pacientů bylo možné poukázat i na pozitivní aspekty života, které si konkrétní pacienti díky chronické bolesti zad byli schopni uvědomit.

## **ZVLÁDÁNÍ BOLESTÍ ZAD**

Z uskutečněných rozhovorů bylo zjištěno, že všichni dotazovaní pacienti mají určité mechanismy zvládnutí bolesti zad. Dle odpovědí oslovených pacientů bylo možné vysledovat určité způsoby tlumení bolesti zad.

Většina zúčastněných pacientů popisovala velkou důvěru v lékařskou pomoc a při zhoršení bolesti tuto pomoc také vyžadovala. U malé části zkoumaných pacientů si jejich zdravotní stav vyžádal operační řešení. A dokonce dva pacienti, v důsledku psychické dekompenzace, podstoupili psychiatrickou léčbu.

Mezi osvědčené strategie zvládnutí bolesti uváděli mechanismy vlastní psychiky, jejíž pomocí se snažili přenést pozornost svých myšlenek od bolesti prostřednictvím nějaké jiné činnosti. Různými režimovými opatřeními a relaxačními cviky či za pomoci tepelných zdrojů se snažili potlačovat vnímání bolesti. Nepostradatelným vlivem při zvládnutí bolesti byla uváděna fyzická a psychická sociální podpora. V rámci uvedených strategií byli zúčastnění pacienti schopni podat některá vlastní doporučení k prevenci nebo ke snížení vnímání intenzity bolesti zad.

## 10 SOUHRN

Bakalářská diplomová práce vychází z poznatků o problematice chronických bolestí zad.

Bolest je nepříjemným prožitkem, který se projevuje v oblasti tělesné, psychologické a sociální. Můžeme ji dělit podle různých hledisek. Z časového hlediska se bolest dělí na akutní a chronickou, z patofyziologické hlediska se bolest dělí na nociceptivní, neuropatickou a psychogenní. Bolest lze hodnotit pomocí jednotlivých škál a dotazníků. Konkrétní příčiny bolestí zad se diagnostikují pomocí zobrazovacích metod. Léčba bolesti spočívá na farmakologických, nefarmakologických a invazivních postupech.

Psychosociální aspekty se podílejí jak na vzniku, tak na průběhu bolesti zad. Prožívání chronické bolesti zad se promítá do kvality života nemocného. Emocionální, kognitivní i behaviorální psychologické procesy ovlivňují celkovou adaptaci jedince na bolest. Psychosomatika v případě chronické bolesti zad může hrát zásadní roli.

Cílem práce bylo zjistit a popsat, jak zúčastnění pacienti s chronickou bolestí zad nahlízejí na svou bolest, jakým způsobem zasahuje do jejich života a jaký má vliv na vykovávání každodenních aktivit, na psychický stav i vztahovou oblast.

Pro tyto účely byl zvolen kvalitativní přístup, jenž vhodně respektuje komplexní pojetí a bere ohled na kontext. Hlavní metodou získávání dat bylo polostrukturované interview. Do výzkumného souboru byli zahrnuti pacienti trpící chronickými bolestmi zad. Pro získání výzkumného souboru byl použit záměrný výběr přes instituci. Výzkumu se zúčastnilo celkem deset participantů (7 žen a 3 muži). Podmínkou při výběru participantů bylo trvání bolesti po dobu minimálně tří měsíců. Věkové rozmezí souboru činilo 40-78 let (průměrný věk 62 let).

Na základě analýzy rozhovorů byly zjištěny údaje o vlastním pohledu oslovených pacientů na vznik a průběh bolesti zad, údaje o životě s bolestí zad a informace o strategiích zvládání bolestí zad. Typickou lokalitou bolesti byla bederní část páteře, ve dvou případech byly bolesti lokalizovány na více etážích páteře (krční, hrudní, bederní) současně. Spektrum zmiňovaných deskriptorů bolesti bylo široké – od tupé bolesti až po ostrou. Názory na příčiny vzniku bolesti byly na podkladě strukturálních změn, v souvislosti s prováděním



rizikových aktivit a za přispění psychických vlivů. Postoje lékařů a jejich komunikační přístup k zúčastněným pacientům měli nemalý vliv na prožívání pacientovi bolesti.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo významné omezení osobní i pracovní sféry života zúčastněných pacientů. Jednalo se o snížení kvality života jak ve fyzické, tak i psychické a sociální oblasti života. Negativní důsledky bylo možné spatřit v omezení vykonávání každodenních i sportovních činností. Psychosociální rovina byla narušena díky podrážděnosti, pocitu bezmoci, zlosti, úzkostí a případně depresí zkoumaných pacientů. Avšak v kontrastu negativních dopadů bolesti na život dotazovaní pacienti popsali některé pozitivní aspekty života, které si díky prožité bolesti uvědomili.

Všichni z dotazovaných pacientů měli své osvědčené strategie zvládnání bolesti. Při analýze výpovědí lze vyzorovat tři kategorie zvládnání bolestí zad – medicínské terapeutické postupy, vlastní strategie a sociální podpora. Medicínské postupy v čele s farmakologickou analgetickou terapií využívali zkoumaní pacienti především v době zhoršení intenzity bolesti. Část oslovených pacientů podstoupila chirurgické řešení příčiny bolesti zad. Z nefarmakologických postupů měla dobrý efekt mimo jiné především rehabilitační fyzikální léčba. Vlastní strategie zvládnání bolesti zad byla založena na nastavení psychiky, dále na nalezení různých režimových opatření a prostředků či činností tlumících bolest. Sociální podpora založená na fyzické či psychické pomoci měla u všech zúčastněných pacientů velký vliv.

# SEZNAM LITERATURY

- Albe Fessard, D. G. (1998). *Bolest: mechanismy a základy léčení*. Praha: Grada.
- Ambler, Z., Bednařík, J., & Růžička, E. (2008). *Klinická neurologie*. Praha: Triton.
- Andrašínová, T., Kalíková, E., & Adamová, B. (2018). Bolesti dolní části zad ve stáří. *Neurologie pro praxi*, 19(1), 41-47. Získáno 27 října 2020 z [http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-0009\\_Bolesti\\_dolni\\_casti\\_zad\\_ve\\_stari.php](http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-0009_Bolesti_dolni_casti_zad_ve_stari.php)
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bednár, R. (2014). Jógová zostava Khatu pranám účinná v prevencii bolestí chrbta sestier. *Rehabilitation*, 21(3), 141-150. Získáno 20.října 2020 z <http://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2014-3/jogova-zostava-khatu-pranam-ucinna-v-prevencii-bolesti-chrbta-sestier-49937>
- Beran, J., et al. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Berlít, P. (2007). *Memorix neurologie*. Praha: Grada.
- Cole, L. J., Farrell, M. J., Gibson, S. J., & Egan, G. F. (2010). Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiology of Aging*, 31(3), 494-503. doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2008.04.012
- Colman, A. M. (2001). *A dictionary of psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Čihák, R. (2016). *Anatomie 3: Třetí, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Dragomirecká, E. (2006). *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., & Ramírez-Maestre, C. (2018). Optimism, Positive and Negative Affect, and Goal Adjustment Strategies: Their Relationship to Activity Patterns in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1-12. doi.org/10.1155/2018/6291719
- Evans, S., Tsao, J. C. I., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. K. (2009). Using the Biopsychosocial Model to Understand the Health Benefits of Yoga. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 6(1), 1-22. doi.org/10.2202/1553-3840.1183

- Fleck, M. P. de A. (2000). The World Health Organization's Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004
- Fliesser, M., De Witt Huberts, J., & Wippert, P. -M. (2018). Education, job position, income or multidimensional indices? Associations between different socioeconomic status indicators and chronic low back pain in a German sample: a longitudinal field study. *BMJ Open*, 8(4). doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020207
- Gordon, R., & Bloxham, S. (2016). A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare*, 4(2). doi.org/10.3390/healthcare4020022
- Hakl, M. (2012). Chronická bolest v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 9(12), 474-476. Získáno 10. října 2020 z [http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201212-0003\\_Chronicka\\_bolest\\_v\\_ordinaci\\_praktickeho\\_lekare.php](http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201212-0003_Chronicka_bolest_v_ordinaci_praktickeho_lekare.php)
- Hakl, M. (2016). Pharmacotherapy in low back pain. *Medicína pro praxi*, 13(2), 61-62. doi.org/10.36290/med.2016.012
- Hakl, M. (2018a). Léčba bolestí zad. *Časopis lékařů českých*, 157(2), 62-66. Získáno 15. prosince 2020 z <http://www.prolekare.cz/casopisy/journal-of-czech-physicians/2018-2/download?hl=en>
- Hakl, M. (2018b). Symptomatic pain management. *Neurologie pro praxi*, 19(3), 209-212. doi.org/10.36290/neu.2018.096
- Haluzíková, J., & Wieclawová, G. (2020). Quality of life in patients with chronic back pain. *Profese online*, 13(1), 29-37. doi.org/10.5507/pol.2019.005
- Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2005). Affect and pain in rheumatoid arthritis: Do individual differences in affective regulation and affective intensity predict emotional recovery from pain? *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 216-224. doi.org/10.1207/s15324796abm2903\_8
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., van Tulder, M., et al. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X

- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad.
- Husky, M. M., Ferdous Farin, F., Compagnone, P., Fermanian, C., & Kovess-Masfety, V. (2018). Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-9. doi.org/10.1186/s12955-018-1018-4
- Chhabria, A. (2015). Psychogenic Pain Disorder--Differential Diagnosis and Treatment. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 63(2), 36-40. Získáno 11. září 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84952715814&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- Jacobs, J. M., Hammerman-Rozenberg, R., Cohen, A., & Stessman, J. (2006). Chronic Back Pain Among the Elderly: Prevalence, Associations, and Predictors. *Spine*, 31(7), 203-207. doi.org/10.1097/01.brs.0000206367.57918.3c
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládní*. Praha: Portál.
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Kerns, R. D., Otis, J. D., & Marcus, K. S. (2001). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 503-523. doi.org/10.1016/S0749-0690(05)70083-5
- Klener, P. (2009). *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. Praha: Galén.
- Knotek, P. (2005). Dotazník copingu bolesti: restandardizace. *Bolest*, (2), 90-93. Získáno 17. listopadu 2020 z [http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2005/2\\_2005/07\\_knotek\\_bolest\\_2\\_05\\_w\\_e\\_b\\_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2005/2_2005/07_knotek_bolest_2_05_w_e_b_zabezp.pdf)
- Knotek, P. (2010). Psychologické procesy při chronické bolesti, jejich struktura a dynamika. *Československá Psychologie*, 54(6), 546-563. Získáno 6. listopadu 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=asn&AN=59293197&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

- Knotek, P., Knotková, H., & Raudenská, J. (2015). Chronická bolest a strach. *Československá Psychologie*, 59(1), 71-80. Získáno 8. listopadu 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=asn&AN=101681991&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- Knotek, P., & Žalský, M. (2002). Škála bolestivého chování. *Bolest*, (2), 117-122. Získáno 16. listopadu 2020 z [http://www.tigis.cz/images/stories/BOLEST\\_PDF/2\\_2002/2\\_2002\\_7.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/BOLEST_PDF/2_2002/2_2002_7.pdf)
- Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek*. Praha: Galén.
- Kozák, J. (2020). Bolest a její nová definice. *Medicína po promoci*, 21(3), 185-189. Získáno 10. září 2020 z <https://www.tribune.cz/clanek/45892-bolest-a-jeji-nova-definice>
- Lejško, J. (2009). Možnosti léčby chronické bolesti. *Medicína pro praxi*, 6(3), 150-154. Získáno 14. října 2020 z [http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200903-0008\\_Moznosti\\_lecby\\_chronicke\\_bolesti.php](http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200903-0008_Moznosti_lecby_chronicke_bolesti.php)
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. doi.org/10.2522/ptj.20100330
- Longo, U. G., Loppini, M., Denaro, L., Maffulli, N., & Denaro, V. (2010). Rating scales for low back pain. *British Medical Bulletin*, 94(1), 81-144. doi.org/10.1093/bmb/ldp052
- Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada.
- Marek, J. (2003). *Bolesti zad II*. Praha: Triton.
- Meucci, R. D., Fassa, A. G., & Faria, N. M. X. (2015). Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 49(73), 1-10. doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874
- Mičánková Adamová, B., Hnojčíková, M., Vohaňka, S., & Dušek, L. (2012). Oswestry dotazník, verze 2.1a – výsledky u pacientů s lumbální spinální stenózou, srovnání se starší verzí dotazníku. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, 75(4), 460-467. Získáno 2. října 2020 z <http://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-4/oswestry-dotaznik-verze-2-1a-vysledky-u-pacientu-s-lumbalni-spinalni-stenozou-srovnani-se-starsi-verzi-dotazniku-38436>

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčoch, Z. (2008). Vertebrogenní algický syndrom. *Medicína pro praxi*, 5(11), 437-439. Získáno 21. září 2020 z [http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200811-0009\\_Vertebrogenni\\_algicky\\_syndrom.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dv+vertebrogen%25ED%2Balgick%25FD%2Bsyndrom%26sfrom%3D0%26spage%3D30](http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200811-0009_Vertebrogenni_algicky_syndrom.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dv+vertebrogen%25ED%2Balgick%25FD%2Bsyndrom%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- Musich, S., Wang, S. S., Slindee, L., Kraemer, S., & Yeh, C. S. (2020). The association of pain locus of control with pain outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*, 41(5), 521-529. doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.04.005
- Nečas, E. (2003). *Patologická fyziologie orgánových systémů*. Praha: Karolinum.
- Němec, F., Chaloupka, R., Krbec, M., & Messner, P. (2009). Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*, 76(1), 20-24. Získáno 6. října 2020 z <http://www.achot.cz/detail.php?stat=237>
- Newth, S., & DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with Chronic pain in Rheumatoid Arthritis: a daily process analysis. *Psychology & Health*, 19(3), 283-305. doi.org/10.1080/0887044042000193451
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753. doi.org/10.2522/ptj.20100224
- Ondriová, I., Sinaiová, A., Dučaiová, J., & Litvínová, B. (2013). Chronická bolest vs. kvalita života nemocného. *Sestra*, 23(7-8), 29-32. Získáno 7. prosince 2020 z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chronicka-bolest-vs-kvalita-zivota-nemocneho-471141>
- Opavský, J. (1998). Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. *Bolest*, (3), 64-67. Získáno 25. září 2020 z [http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/1998/3\\_1998/03\\_opavsky\\_bol\\_3-98.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/1998/3_1998/03_opavsky_bol_3-98.pdf)

- Opavský, J. (2010). Specifika a rozdíly ve vyšetřování a v přístupu k pacientům s akutní nebo chronickou bolestí. *Medicína pro praxi*, 7(2), 76-79. Získáno 14. listopadu 2020 z [http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201002-0007\\_Specifika\\_a\\_rozdily\\_ve\\_vysetrovani\\_a\\_v\\_pristupu\\_k\\_pacientum\\_s\\_akutni\\_n\\_ebo\\_chronickou\\_bolesti.php](http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201002-0007_Specifika_a_rozdily_ve_vysetrovani_a_v_pristupu_k_pacientum_s_akutni_n_ebo_chronickou_bolesti.php)
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf.
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.
- Orel, M., et al. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Ostrý, S., Štětkářová, I., Korsá, J., & Bednařík, J. (2020). Stanovisko České neurologické společnosti ČLS JEP k organizaci péče o pacienty s akutní bolestí zad v bederní úrovni u dospělých. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 83/116(6), 659-666. doi.org/doi: 10.48095/cccsnn2020659
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Poděbradský, J., & Vařeka, I. (1998). *Fyzikální terapie*. Praha: Grada.
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514-530. doi.org/10.7326/M16-2367
- Rabini, A., Aprile, I., Padua, L., Piazzini, D. B., Maggi, L., Ferrara, P. E., Amabile, E., & Bertolini, C. (2007). Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. *Europa medicophysica*, 43(1), 49-54. Získáno 15.ledna 2021 z [https://www.researchgate.net/profile/Irene-Aprile/publication/6772633\\_Assessment\\_and\\_correlation\\_between\\_clinical\\_patterns\\_disability\\_and\\_health-related\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_patients\\_with\\_low\\_back\\_pain/links/02e7e519b56ccc0b7f000000/Assessment-and-correlation-between-clinical-patterns-disability-and-health-related-quality-of-life-in-patients-with-low-back-pain.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Irene-Aprile/publication/6772633_Assessment_and_correlation_between_clinical_patterns_disability_and_health-related_quality_of_life_in_patients_with_low_back_pain/links/02e7e519b56ccc0b7f000000/Assessment-and-correlation-between-clinical-patterns-disability-and-health-related-quality-of-life-in-patients-with-low-back-pain.pdf)
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2009). *Bolesti zad*. Plzeň: Nakladatelství Adela.

- Rokyta, R. (2018). Patofyziologie bolesti a její klinické aplikace. *Časopis lékařů českých*, 157(2), 57-61. Získáno 11. září 2020 z <http://www.prolekare.cz/casopisy/journal-of-czech-physicians/2018-2/download?hl=en>
- Rokyta, R., Bednařík, J., Fricová, J., Kršiak, M., Lejčko, J., Neradilek, F., Vácha, M. O., & Vlčková, E. (2017). *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada.
- Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (2006). *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris.
- Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (2012). *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris.
- Roscoe, M., & Nishihira, A. (2016). Low Back Pain: Evidence-based Diagnosis and Treatment. *Clinician Reviews*, 26(5), 38-45. Získáno 20. září 2020 z <http://www.mdedge.com/clinicianreviews/article/108457/musculoskeletal-disorders/low-back-pain-evidence-based-diagnosis-and>
- Rosenberger, D. C., Blechschmidt, V., Timmerman, H., Wolff, A., & Treede, R. -D. (2020). Challenges of neuropathic pain: focus on diabetic neuropathy. *Journal of Neural Transmission*, 127(4), 589-624. doi.org/10.1007/s00702-020-02145-7
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 239-245. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.11.011
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47(5), 670-678. doi.org/10.1093/rheumatology/ken021
- Sezgin, M., Hasanefendioğlu, E. Z., Sungur, M. A., Incel, N. A., Çimen, Ö. B., Kanık, A., & Şahin, G. (2015). Sleep quality in patients with chronic low back pain: A cross-sectional study assesing its relations with pain, functional status and quality of life. *Journal of Back*, 28(3), 433-441. DOI 10.3233/BMR-140537
- Shaw, W. S., Means-Christensen, A. J., Slater, M. A., Webster, J. S., Patterson, T. L., Grant, I., Garfin, S. R., Wahlgren, D. R., Patel, S., & Atkinson, J. H. (2010). Psychiatric Disorders and Risk of Transition to Chronicity in Men with First Onset Low Back Pain. *Pain Medicine*, 11(9), 1391-1400. doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00934.x



- Sheffer, C. E., Cassisi, J. E., Ferraresi, L. M., Lofland, K. R., & McCracken, L. M. (2002). Sex Differences in the Presentation of Chronic Low Back Pain. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 329-340. doi.org/10.1111/1471-6402.00072
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., Iwaki, R., Yamashiro, K., Yoshida, T., Imada, Y., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N., Hosoi, M., & Minami, M. (2014). Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *PLoS ONE*, 9(3), 1391-1400. doi.org/10.1371/journal.pone.0090984
- Schofferman, J., Reynolds, J., Herzog, R., Covington, E., Dreyfuss, P., & O'Neill, C. (2003). Failed back surgery: etiology and diagnostic evaluation. *The Spine Journal*, 3(5), 400-403. doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00122-0
- Smeets, R., Köke, A., Lin, C. -W., Ferreira, M., & Demoulin, C. (2011). Measures of function in low back pain/disorders: Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), and Roland-Morris Disability Questionnaire. *Arthritis Care & Research*, 63(S11), 158-173. doi.org/10.1002/acr.20542
- Srivastava, S., Yadav, P., Panchal, B., Vala, A., ratnani, I., & Khania, P. (2018). Association of depression and chronic lower-back pain. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 20(4), 37-46. doi.org/10.12740/APP/94399
- Stefane, T., Santos, A. M. dos, Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 14-20. doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šléglová, O. (2020). Diferenciální diagnostika bolestí zad Část IV - Z pohledu revmatologa. *Medicina po Promoci*, 21(2), 160-164. Získáno 20. září 2020 z <http://www.tribune.cz/clanek/45677-diferencialni-diagnostika-bolesti-zad-cast-iv-z-pohledu-revmatologa>
- Štětkářová, I. (2017). *Moderní farmakoterapie v neurologii*. Praha: Maxdorf.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

- Vachon-Preseau, E., Roy, M., Martel, M. -O., Caron, E., Marin, M. -F., Chen, J., Albouy, G., Plante, I., Sullivan, M. J., Lupien, S. J., & Rainville, P. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, *136*(3), 815-827. doi.org/10.1093/brain/aws371
- Vávrová, Š. (2019). *Jak k nám tělo promlouvá: nemoc jako vzkaz duše*. Praha: Alferia.
- Verhagen, A. P., Downie, A., Popal, N., Maher, C., & Koes, B. W. (2016). Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *European Spine Journal*, *25*(9), 2788-2802. doi.org/10.1007/s00586-016-4684-0
- Vokurka, M. (2018). *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Vrba, I. (2008). Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad. *Medicína pro praxi*, *5*(5), 208-212. Získáno 20. září 2020 z [http://www.solen.cz/artkey/med-200805-0008\\_Diferencialni\\_diagnostika\\_a\\_lecba\\_bolesti\\_zad.php](http://www.solen.cz/artkey/med-200805-0008_Diferencialni_diagnostika_a_lecba_bolesti_zad.php)
- Vrba, I. (2010). Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. *Neurologie pro praxi*, *11*(3), 183-187. Získáno 10. září 2020 z [http://neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0010\\_Nektere\\_priciny\\_bolesti\\_dolnich\\_zad\\_a\\_jejich\\_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DN%25Eckter%25E9%2Bp%25F8%25ED%25E8iny%2Bbolest%25ED%2Bdoln%25EDch%2Bzad%2Ba%2Bjejich%2BI%25E9%25E8ba%26sfro m%3D0%26spage%3D30](http://neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0010_Nektere_priciny_bolesti_dolnich_zad_a_jejich_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DN%25Eckter%25E9%2Bp%25F8%25ED%25E8iny%2Bbolest%25ED%2Bdoln%25EDch%2Bzad%2Ba%2Bjejich%2BI%25E9%25E8ba%26sfro m%3D0%26spage%3D30)
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Waddell, G. (2009). How patients react to low back pain. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, *64*(251), 21-24. doi.org/10.3109/17453679309160108
- Weiner, I. B., & Craighead, W. E. (2010). *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons.

- Zacharová, E. (2008). Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína*, 10(5), 251-252. Získáno 3. listopadu 2020 z [http://www.internimediceina.cz/artkey/int-200805-0012\\_Factory\\_pusobici\\_na\\_prubeh\\_chronicke\\_bolesti\\_a\\_uloha\\_zdravotniku\\_pri\\_jejim\\_zvladani.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DFactory%2Bp%25F9sob%25EDc%25ED%2Bna%2Bpr%25F9b%25ECh%2Bchronick%25E9%2Bbolesti%2Ba%2B%25FAloha%2Bzdravotn%25EDk%25F9%2Bp%25F8i%2Bjej%25EDm%2Bzvl%25E1d%25E1n%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30](http://www.internimediceina.cz/artkey/int-200805-0012_Factory_pusobici_na_prubeh_chronicke_bolesti_a_uloha_zdravotniku_pri_jejim_zvladani.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DFactory%2Bp%25F9sob%25EDc%25ED%2Bna%2Bpr%25F9b%25ECh%2Bchronick%25E9%2Bbolesti%2Ba%2B%25FAloha%2Bzdravotn%25EDk%25F9%2Bp%25F8i%2Bjej%25EDm%2Bzvl%25E1d%25E1n%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
- Zavadilová, R., & Knotek, P. (2006). Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest*, (2), 100-104. Získáno 17. listopadu 2020 z [http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2006/2\\_2006/06\\_knotek\\_bolest\\_2\\_06\\_web\\_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2006/2_2006/06_knotek_bolest_2_06_web_zabezp.pdf)
- Zemanová, J., & Zoubková, R. (2012). *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CT</b>	computed tomography - počítačová tomografie
<b>ČID</b>	částečný invalidní důchod
<b>DCB-R</b>	Dotazník copingu bolesti v revidované formě
<b>DIBDA</b>	Dotazník interference bolestí s denními aktivitami
<b>DSCCB</b>	Dotazník sociálního copingu chronické bolesti
<b>HRQoL</b>	Health-related quality of life - kvalita života ve vztahu ke zdraví
<b>IASP</b>	International Association for the Study of Pain
<b>IBQ</b>	Illness Behavior Questionnaire
<b>ID</b>	označení participanta
<b>KBT</b>	kognitivně-behaviorální terapie
<b>MMPI</b>	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
<b>MPQ</b>	McGill Pain Questionnaire
<b>MRI</b>	magnetická rezonance
<b>NŠB</b>	numerická škála bolesti
<b>ODI</b>	Oswestry disability index
<b>PID</b>	plný invalidní důchod
<b>PPI</b>	Present Pain Index
<b>QBPS</b>	The Quebec back pain disability scale
<b>QoL</b>	quality of life
<b>RDQ</b>	Roland-Morris disability questionnaire
<b>RTG</b>	rentgenové vyšetření
<b>SCL-90R</b>	Symptom Checklist-90R
<b>SD</b>	starobní důchod
<b>SF-MPQ</b>	short form McGill Pain Questionnaire

<b>SF-36</b>	36-Items short form survey
<b>SIP</b>	Sickness Impact Profile
<b>SOP</b>	sociální opora požadovaná
<b>SOV</b>	sociální opora vnímaná
<b>TENS</b>	transkutánní elektrická nervová stimulace
<b>VAS</b>	vizuální analogová škála
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WHOQoL</b>	World Health Organization Quality of Life

# SEZNAM PŘÍLOH

- **Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce**
- **Příloha č. 2: Abstract of bachelor's thesis**
- **Příloha č. 3: Numerická škála bolesti**
- **Příloha č. 4: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**
- **Příloha č. 5: Ukázka průběhu analýzy dat**
- **Příloha č. 6: Ukázka třídění kódů 1 (Vznik a průběh bolesti)**
- **Příloha č. 7: Ukázka třídění kódů 2 (Život s bolestí zad)**
- **Příloha č. 8: Ukázka třídění kódů (Zvládání bolesti zad)**

## **Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce**

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad

**Autorka práce:** MUDr. Jaroslava Jurenová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 110; 198599

**Počet příloh:** 8

**Počet titulů použité literatury:** 99

#### **Abstrakt:**

Tato bakalářská práce si klade za cíl získat subjektivní výpovědi pacientů týkající se prožívání chronické bolesti zad. V teoretické části je vymezeno téma chronické bolesti zad, obecná charakteristika bolesti, dále dělení, příčiny, diagnostika a léčba bolesti zad. Popsány jsou psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s chronickou bolestí zad. Výzkum má kvalitativní charakter a je založen na anamnéze a polostrukturovaném interview deseti respondentů ve věku 40-78 let, kteří byli vybráni záměrným výběrem. Výzkumné otázky zjišťovaly pohled jednotlivých pacientů na vznik a průběh bolesti, život s bolestí a strategie zvládání bolesti zad. Bederní část páteře byla typickou lokalizací bolesti zad. Názory na příčiny bolesti lze rozčlenit na - strukturální změny páteře, vykonávání rizikových aktivit a psychické vlivy. Postoje lékařů a jejich komunikační přístup k pacientům měl velký vliv na prožívání bolesti. Chronická bolest zad ovlivnila život respondentů zásadním způsobem. Negativní dopad pocítovali v osobní i pracovní sféře života. Snížení kvality života bylo patrné ve fyzické, psychické i sociální oblasti. Zvládání bolesti zad bylo založeno na medicínských terapeutických postupech, vlastních strategiích a sociální podpoře.

**Klíčová slova:** bolest zad, subjektivní prožívání, psychosociální aspekty, kvalita života, zvládání chronické bolesti

## **Příloha č. 2: Abstract of bachelor's thesis**

### **ABSTRACT OF BACHELOR'S THESIS**

**Title:** Patients' subjective experience of chronic back pain

**Author:** MUDr. Jaroslava Jurenová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 110; 198599

**Number of appendices:** 8

**Number of references:** 99

#### **Abstract:**

The bachelor's thesis aims to obtain subjective testimonies of patients regarding their experience with chronic back pain. The theoretical part defines the topic of chronic back pain, general characteristics of pain, classification, causes, diagnosis and treatment of back pain. It describes psychosocial aspects and the quality of life of patients with chronic back pain. The research is of a qualitative nature and is based on the anamnesis and semi-structured interview of ten respondents aged 40-78, who were selected by deliberate selection. The research questions sought an individual patient's view of the onset and the course of their pain, life with pain, and strategies to manage the back pain. The typical localization of back pain was the lumbar spine. Opinions on the causes of pain can be divided into three groups - structural changes in the spine, performing risky activities and psychological influences. Physicians' attitudes and their approaches to communication with the patients had a great influence on their experience of pain. Chronic back pain affected the lives of the respondents in a fundamental way. They felt its negative impact in both the personal and the professional sphere of their lives. The decline in the quality of life was evident in the physical, psychological and social spheres. Management of the patients' back pain was based on medical therapeutic procedures, their own strategies and social support.

**Key words:** back pain, subjective experience, psychosocial aspects, quality of life, chronic pain management



### Příloha č. 3: Numerická škála bolesti

ID:.....

Vyznačte na zobrazené škále:

#### 1. hodnotu intenzity vaší současné bolesti zad



#### 2. hodnotu nejvyšší intenzity vaší dosavadní bolesti zad



#### **Příloha č. 4: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

---

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu v rámci bakalářské diplomové práce**

Název práce: **Subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad**

Autorka práce: MUDr. Jaroslava Jurenová, grabcova.j@seznam.cz, tel: 702024341

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Termín realizace: leden 2021

Místo realizace: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace - Neurologické oddělení

*Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad“ a souhlasím s jeho účastí.*

*Byla jsem poučen/a, o tom že získané údaje budou prezentovány v rámci bakalářské diplomové práce, případně použity k vědeckým výstupům spjatých s výzkumem.*

*Jsem si vědom/a toho, že rozhovor bude nahrán na audiozáznam, který bude zpracován v anonymizované podobě bez uvedení mého jména či kontaktních údajů.*

*Beru na vědomí, že mohu svoji účast ve výzkumu kdykoliv přerušit či z něj odstoupit, a to i bez udání důvodu.*

*Byly mi zodpovězeny dotazy a nejasnosti. Moje připomínky:*

.....  
.....

*Svůj souhlas stvrzuji vlastnoručním podpisem.*

Jméno: .....Podpis: .....

V..... Dne.....

## Příloha č. 5: Ukázka průběhu analýzy dat



## Příloha č. 6: Ukázka třídění kódů 1 (Vznik a průběh bolesti)

VZNIK A PRŮBĚH BOLESTI ZAD												
ID	trvání bolesti	vznik	průběh	lokalizace	doprovod. příznaky	současný stav oproti dlouhodobě mu	charakter	příčina a okolnosti vzniku (dle pacienta)	lékařská dg.	ambulantní péče	hospitalizace	komunikace a vztah lékař x pacient
												spokojenost uznání náročnosti lékařské profese, spokojenost s komunikací
ID01	5 let	pozvojný	kolísavý	křížová oblast	bolest LDK	zlepšení		degenerativní změny/pracovitost	pokročilé degenerativní změny bederní páteře	PL, neurolog, ortoped, revmatolog	neurolog. odd.	nespokojenost
ID02	5 let	náhlý	2 ataky	bederní/křížová oblast	bolest LDK	zhoršení		výhyž ploténky	výhyž meziobratlové bederní ploténky L5/S1	PL, neurolog, pohotovost	neurolog. odd.	nespokojenost s lékařem - potřeba pochopení (224), potřeba empatie (205), potřeba vyšetř. k určení příčiny bolesti (230)
ID03	22 let	pozvojný	atakovitý	krční/hrudní/bederní	bolest LDK	zlepšení	šilenej bolesti	skolióza/degener. změny/štes/zaměstnání	dystonie/skolióza hrudně-beder. kráj.	neurolog, ortoped	neurolog. klin./odd.	dobrá domluva, vstřícnost lékařů
ID04	21 let	pozvojný	kolísavý	bederní oblast	bolest PDK, říšia	zlepšení	nepřijemná/vrtavá	výhyž ploténky/zborcení obrátle	pokročilé degenerativní změny bederní páteře, sekundární lumbální stenóza, stp. Zadní stabilizace s dekompresí a LS fúzí (L4/5), dekontakce a spongioplastika (2017)	ambulace bolesti, neurolog	neurolog./ortoped./rehabil. odd.	spokojenost, vldnost lékařů
ID05	od dětství	pozvojný	progressivní	bederní oblast (188)	brnění, pálení nohou (192)	stagnace		dědičné/výhyž ploténky	FBSS (stp. 5x operace bederní páteře - 2013, 2014, 2016, 2016, 2019)	PL, neurolog, ambulance bolesti	neurolog./ortoped. odd.	zklamání z odmítnutí (114, 117), rozdílné postoje k operaci - neoperovat (55, 135) x operovat (50, 60)
ID06	6 let	náhlý (6, 34)	4 ataky	bederné křížová obl.	bolest PDK	zhoršení	nepřijemné/šilenej bolesti	výhyž ploténky/zvedání těžkého břemene	výhyž meziobratlové bederní ploténky, stp. operace hernie disku L5/S1, sin. (2017), úzkostně-depresivní porucha	pohotovost, neurolog	neurochirurgic. odd.	spokojenost, vldnost, vstřícnost, přijemná komunikace
ID07	7 měs.	pozvojný	progressivní	bederné křížová obl.	bolest PDK	zhoršení	strašné	nemá tušení	výhyž meziobratlové bederní ploténky	neurolog	neurolog. odd.	naděje v lékařskou pomoc
ID08	odjakživa (6)	kolísavý - pozvojný	kolísavý - zhoršení 3x ročně (38, 105)	krční/hrudní/bederní	bolest LDK, pod lopatky, do hlavy, mrtvění rukou	stagnace	katastrofální bolesti, ostrá a vystřelující	výhyž plotének, špatně srostlá zlomenina hrudní páteře	polyetážové dorsalgie při vadném držení těla a svalových dysbalancích, stp. Discetomii C5/6 s titanovou endoprotézou (2010), periodická depresivní porucha	neurolog, RZP	neurolog. odd., psychiatrická léčebna	nespokojenost - odmítnutí vystavit PN, změna lékaře (2x), špatná komunikace - nadmíra informací (188)
ID09	13 let	náhlý	3 ataky (52)	bederní oblast	bolest PDK	zlepšení		stres/křivá páteř/šedavé zaměstnání X výhyž ploténky (215, 247)	výhyž meziobratlové bederní (L4/5) ploténky, periodická depresivní porucha	PL, neurolog	neurolog. odd./psychiatrická léčebna	potřebav důvěry v lékaře
ID10	4 roky	náhlý	progressivně-regresivní	přechod hrudní a bederní oblasti	těžká porucha hybnosti DKK	zlepšení	pocit přetěžení/přeseknutí	zlomenina obrátle/pád z kola/zvedání těžkého břemene (194)	zlomenina bederního obrátle (L2), stp. operaci - transpedikulární fixace L1-3 (2017)	PL, ortoped, neurolog	ortopedic. odd./spinalní jednotka/rehabilit. ústav, Centrum Paraple	

## Příloha č. 7: Ukázka třídění kódů 2 (Život s bolestí zad)

<b>ŽIVOT S CHRONICKOU BOLESTÍ A JEJÍ DŮSLEDKY</b>																		
ID	Faktory zhoršující intenzitu bolesti zad				Negativní důsledky (omezení)													
	typ pohybu	klimatické vlivy	fyzikální vlivy	psychika ("příčina")	Omezení v osobním životě													
					psychika ("důsledek")	soběstačnost	mobilita	spánek	činnost	jiné	sport	záliby	společenský život	mezilidské vztahy	Omezení v pracovním životě	zásadní změny/světější omezení	Positivní důsledky	Očekávání /potřeby/plány do budoucna
ID01	chůze			psychika (146)	strach z mobility	psychika (146), nepokojnost se životem (172,96)	chůze do schodů	nespavost (hypnotika)	úklid, nakupování			návštěva divadla (84)	návštěva divadla (84)	SD	neschopnost vykonávat domácí práce	manželovo pochopení a ocenění důležitosti práce pro rodinu (216)	uzavření o změně (bydlení v personu pro seniory) (240), strach z mobility (264), strach ze smrti (389)	
ID02	chůze			psychika (157)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	potřeba pomoci (146), nepokojnost se životem (172,96)	chůze v přechodku (73)	nespavost, vhodná poloha (hypnotika)	domácí práce pouze vsadě	z		kontakt se sousedy	neschopnost péče o vnoučata (68)	SD	neschopnost chůze	pozit. efekt operace (78, 84, 162, 187)		
ID03	předklon	ZIMA/mrsto, vítr, průvan		psychika (171, 194, 391)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	úklid (mytí vany, lumbale, mytí okén, odkvěsání, vložení, práce na zahradě) (49)	chůze v předklonu	vhodná poloha (64)	mytí nádobí	jízda na kole		houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost vykonávat těžší pracovní aktivitu (vozít děveo na kolečkách)	uvidění současného stavu existujících stavů (80)	uvidění současného stavu existujících stavů (80)	uvidění současného stavu existujících stavů (80)
ID04	nehodný pohyb	změna počasí		psychika (121)	strach z invalidity	strach z invalidity	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID05	chůze			psychika (171, 194, 391)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID06	chůze			psychika (121)	strach z operace, bezradnost (46), deprese a panická ataka (59, 78, 148)	strach z operace, bezradnost (46), deprese a panická ataka (59, 78, 148)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID07	chůze			psychika (121)	strach z operace, bezradnost (46), deprese a panická ataka (59, 78, 148)	strach z operace, bezradnost (46), deprese a panická ataka (59, 78, 148)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID08	dlouhé stání			psychika (171, 194, 391)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID09	sezení	LEDEN, ÚNOR/ chladno		psychika (171, 194, 391)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	
ID10	sezení	LEDEN, ÚNOR/ chladno		psychika (171, 194, 391)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	úzkost (198), zlost (115, 229), apatie (192)	chůze do schodů, nemožnost jít ven	občas nespavost (anxiolytikum) (88)	jízda autem	zápa (248)	běh, gymnastika (310, 349)	houbičení	menší sociálního kontaktu	PID	neschopnost chůze, neschopnost vydělečné činnosti	možnost nových kontaktů (348)	příchod jara (399), potřeba společenského kontaktu	

## Příloha č. 8: Ukázka třídění kódů (Zvládání bolesti zad)

ZVLÁDÁNÍ BOLESTI ZAD													
ID	Zvládání bolesti pomocí medicíny						Vlastní strategie				sociální podpora		doporučení/ prevence
	farmakologická	nefarmakologická	invazivní	nejefektivnější terapie	zdravotnické pomůcky	nežádoucí účinky terapie	analgetické činnosti	režimové opatření/pomůcky	analgetické prostředky	nastavení myslí	kdo?	jak?	
ID01	analgetika (slabé opioidy), analget. infuze, analget. injekce, hypnotika, vitamíny	RHB (masáže, vířivka, parafín, magnet, cvičení)		analgetická infuze (39)	podpěrná hůl	opiáty- útlum, nevolnost		bezbarierové bydlení	teplá koupel		manžel, syn	pomocv domácnosti	šetřit se, poslouchat rady starších (278)
ID02	analgetika (NSA, opiáty), kortikoidy, hypnotika, analget. infuze, analget. injekce	RHB		analgetická infuze				úlevová poloha (sezení, ležení)		pozt. uklidnění (84, 147)	manžel, dcery, vnoučata, kamarádky, sousedka	pomocv domácnosti, při sebeobsluze (52), empatie, povzbuzení	dožadovat se vyšetření k objasnění příčiny bolesti (191)
ID03	analgetika, analget. infuze	balneoterapie, tejpování, akupunktura, botulotoxin		LTV			cvičení (134), pohyb domácnosti (Leifheit na mytloken)	pomocnik do domácnosti (Leifheit na mytloken)		pozit. mysl (257, 271), nemyšlet na bolest (177, 195), odhadnutí možnosti (181)	manžel, dcera	pomocv domácnosti, povzbuzení, empatie, poučování (179)	pohyb, pozitivní mysl (257)
ID04	analgetika (NSA, opiáty), analget. infuze	RHB	PRT (3x), epidurální operace	operace	betle, korzét (140, 145)			úlevová poloha (opření hlavy při mytí nádobí)		nemyšlet na bolest (84)	manžel	pochopení	šetřit se, chodit na procházky
ID05	analgetika (slabé opioidy, silné opioidy), analget. infuze, hypnotika	balneoterapie	operace (5x)	hypnotikum (273)	bederní pás, hůl, elektrický vozík	opiáty- zácpa, sluchové halucinace				optimismus (405), 391, spiritualita, ODFEAGOVANI: alkohol (93, 288), malování,	švagrová, spoliceč. konverzace	dávání rad (více se hybat)	cvičit, optimismus, záliby, preferovat kozenativní postup
ID06	analgetika, analget. infuze	RHB	operace, opích pod CT	analgetická infuze (266)			cvičení, správné provedení pohybu (36)	úlevová poloha (ležení) (49, 92)		naučit se s tím žít (157)	kamarád, syn	finanční podpora, citové pouto (smysl života)	nezvedat těžká břemena, nebrat bolest na lehkou váhu (221)
ID07	analgetika, analget. infuze							úlevová poloha (ležení)			manžel, sousedka	pomocv domácnosti, udeřování rad	
ID08	analgetika (NSA, DHC), antidepresiva, analg. injekce, analget. infuze, lokální opichy	mobilizační techniky, masáže, balneoterapie	operace	DHC (44), psychiatrická léčba (155), operace (38)		analgetika - zrakové pseudohalucinace (206)	cvičení (76), relaxace (70), relaxace v zaměstnání (12, 92)	robotický vysavač, úlevová poloha (opření hlavy při mytí nádobí)	teplo, magnesiium, alkohol (55)	"psychická pohoda má velký vliv", tolerance bolesti (66)	manžel, maminka, děti, sociální kontakt (85)	pomocv domácnosti, v sebeobsluze, rady, empatie, Podhod pro zdraví (145)	vyhýbat se těžké práci, nemít strach (314)
ID09	analgetika, elaxancia, vitamíny, analget. infuze, antidepresiva	balneoterapie, cvičení dle McKenzie (82), plavání		cvičení dle McKenzie (82)	hůl, bederní pás, bederní podpěrka		cvičení, chůze (30)	správnost provedení pohybu	moře- teplá slaná voda, teplý písk (35)		manželka, dcery zvedáním břemen (26), rady (15, 263)	pomocce zvedáním břemen (26), rady (15, 263)	cvičení
ID10	analgetika, analget. injekce, antidepresiva	RHB, ergoterapie	operace (2x)		invalidní vozík	těžká porucha chůze po operaci bederní páteře (27)		bezbarierové bydlení		racionalizace (98-100)	kamarádky, spolužáky, dcera, Centrum Paraple	pomocpři sebeobsluze, možnost sdílení potíží	