

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O MOŽNOSTECH  
LÉČBY BOLESTI**

Bakalářská práce

Mgr. Alena Machová, R.N.  
vedoucí práce

Klára Lopourová  
autor práce

2008

## **Abstrakt**

The presented thesis is called The Informedness of Laic Public on the Possibilities of Pain Treatment. It is generally known about the insufficient pain treatment in laic public in the Czech Republic. Nevertheless, almost everybody has at least once encountered pain of various kinds. In laic public myths about pain and its meaning still exist. These myths originated on the basis of ignorance and prejudice, which come from ethnic habits, traditions and religions. In professional sphere the pain is currently understood as a specific problem and not only as a symptom of a disease. The public can dispose of the pain using various ways from analgesics therapy to alternative therapy of pain. The prevention of insufficient pain treatment is sufficient informedness of laic public.

In the theoretical part I deal with the pain, its pathophysiology, kinds, psychological and social sphere, Christian view of pain perception and pain evaluation. Further it deals invasive and pharmacological pain treatment, pain psychotherapy and alternative pain therapy. I also mention the ethics of pain treatment and the reasons of insufficient pain treatment. In the final part the problems of pain in social sphere and communication of a social worker with a client undergoing pain are introduced.

The aim of the thesis was to map the knowledge in possible ways of pain treatment in laic public. The results have shown that laic public is more informed on analgesics therapy than on alternative possibilities of pain treatment. The next aim of the thesis was to map the use of painkilling methods by laic public. The results of investigation revealed that laic public prefer analgesics means the most, further physical therapy of pain and as the third they mentioned alternative therapy of pain.

The chosen methodology was the quantitative research. The method was the questioning using the technique of anonymous questionnaire in laic public. The research group comprised adults older than 40 years.

All three presupposed hypotheses were proved. Laic public have information on analgesics therapy. Laic public have information on alternative therapy. Laic public prefer analgesics therapy to alternative therapy of pain.

The presupposed use of this thesis for practice is in organizing of professional lecture on possibilities of pain treatment in health and social institutions. Further I will put the article summarizing the knowledge I reached on the Internet, so that the information is available to laic public.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Informovanost laické veřejnosti o možnostech léčby bolesti“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Klára Lopourová

### **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Aleně Machové za trpělivost a za cenné rady a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce. Také své rodině děkuji za podporu.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Klára Lopourová

## Obsah

Úvod.....	6
1 Současný stav.....	7
1.1 Bolest.....	7
1.1.1 Charakteristika bolesti.....	7
1.1.2 Patofyziologie bolesti.....	7
1.1.2.1 Vnímání bolestivých podnětů.....	8
1.1.2.2 Přenos a percepce bolesti.....	8
1.1.2.3 Modulace bolesti.....	9
1.1.3 Faktory ovlivňující pocitování bolesti.....	10
1.1.4 Práh bolesti a tolerance.....	10
1.1.5 Základní dělení bolesti.....	11
1.1.6 Model multidimenzionálního bolestivého zážitku.....	13
1.1.7 Psychologická rovina bolesti.....	13
1.1.8 Sociální rovina bolesti.....	15
1.1.9 Křesťanské hledisko vnímání bolesti.....	15
1.2 Metody měření bolesti.....	16
1.2.1 Topologie bolesti.....	16
1.2.2 Intenzita bolesti.....	17
1.2.3 Časový aspekt bolesti.....	18
1.2.4 Charakter bolesti.....	19
1.2.5 Diagnostika bolesti z nonverbálních projevů pacienta.....	19
1.3 Léčba bolesti.....	20
1.3.1 Invazivní metody.....	20
1.3.2 Farmakologická léčba.....	21
1.3.3 Nefarmakologická léčba.....	23
1.3.3.1 Fyzikální terapie.....	24
1.3.4 Zásady ošetřování nemocného trpícího bolestí.....	28
1.3.5 Psychoterapie.....	28
1.3.5.1 Kognitivně-behaviorální přístup.....	32

	1.3.5.2 Psychodynamické směry.....	32
	1.3.5.3 Placebo.....	32
	1.3.6 Alternativní a doplňkové terapie.....	33
1.4	Pracoviště léčby bolesti.....	38
1.5	Důvody nedostatečné léčby bolesti.....	39
1.6	Etika a léčba bolesti.....	39
1.7	Problematika bolesti v sociální oblasti.....	40
	1.7.1 Komunikace sociálního pracovníka s klientem trpícím bolestí...40	
2	Cíle práce a hypotézy.....	43
	2.1 Cíle práce.....	43
	2.2 Pracovní hypotézy.....	43
3	Metodika.....	44
	3.1 Dotazníková metoda.....	44
	3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	44
4	Výsledky výzkumu.....	45
5	Diskuse.....	76
6	Závěr.....	84
7	Seznam literatury.....	85
8	Klíčová slova.....	90
9	Seznam příloh.....	91

## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že je obecně známa nedostatečná léčba bolesti u laické veřejnosti. Přitom téměř každý člověk se minimálně jednou setkal za svůj život s bolestí různého druhu. U laické veřejnosti stále existují mýty o bolesti a o jejím smyslu. Tyto mýty vznikly na podkladě neznalostí a předsudků, které vycházejí z etnických zvyklostí, tradic a náboženství. V odborné oblasti je v současné době bolest chápána již jako specifický problém a ne pouze jako příznak nemoci. Veřejnost může nakládat s bolestí různým způsobem od analgetické terapie po alternativní terapie. Prevencí nedostatečné léčby bolesti je dostatečná informovanost laické veřejnosti.

V této práci se zabývám bolestí, její patofyziologií, druhy, psychologickou a sociální rovinou bolesti, křesťanským hlediskem vnímání bolesti a hodnocením bolesti. Léčbu bolesti jsem pojala z komplexního hlediska, je zde uvedena od invazivních metod tišení bolesti, analgetické terapie, psychoterapie bolesti po alternativní terapii bolesti. Léčbu bolesti, zejména nefarmakologickou, by měl ovládat, podle mého názoru, každý člen multidisciplinárního týmu včetně sociálních pracovníků. Všechny členy týmu zavazuje skutečnost, že netiшит bolest je z morálního a etického hlediska nepřijatelné. Existuje deklarace IASP o právech pacientů na adekvátní léčení bolesti. Základním lidským právem je právo netrpět bolestí a právo na včasnou a odbornou léčbu bolesti.

Cílem práce je zmapovat znalosti o možných způsobech léčby bolesti u laické veřejnosti. Druhým cílem práce je zmapovat používání metod tišení bolesti laickou veřejností. Předpokládáme, že laická veřejnost má informace o analgetické terapii a alternativní terapii bolesti, také, že laická veřejnost dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti.

Předpokládané využití práce v praxi je v uspořádání odborné přednášky o možnostech léčby bolesti ve zdravotně sociálních zařízeních. Dále vyvěším na internet článek shrnující poznatky, kterých jsem dospěla, aby byly informace dostupné laické veřejnosti.



# 1. Současný stav

## 1.1 Bolest

### 1.1.1 Charakteristika bolesti

Podle definice Světové zdravotnické organizace je bolest nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným s akutním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (onemocnění, zánět), nebo vnějším násilím (úraz, zhmoždění). Bolest je vždy subjektivní. (2)

Multidimenzionální pojetí bolesti se projevilo i v definování bolesti. Podle IASP (International Association for the Study of Pain) definice bolesti zní: „Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.“ (11, s. 47 )

Bolest podobně jako úzkost a strach má ochrannou funkci. Její jedinečná, nepříjemná, afektivní kvalita ji odděluje od ostatních smyslových prožitků a pro každého je osobitou zkušeností. (2)

Podle Masára bolest je to, co pacient cítí. (16, s. 6) Je taková, jakou ji pacient popisuje a není tím, co si myslí okolí. Tato definice souvisí s McCafferyho definicí: bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí. (32)

Bolest jako syndrom: bolest zahrnuje rozsáhlé spektrum nepříjemných, rušivých subjektivních pocitů a vjemů, lišících se svou intenzitou a charakterem. Bolest je posloupný proces, během něhož dochází k neurofyziologickým a biochemickým interakcím na různých etážích bolestivého podráždění. Výsledkem je motorická, psychická a vegetativní reakce. (19)

### 1.1.2 Patofyziologie bolesti

Bolest je nezávislá entita a není součástí somatosenzorického systému, i když s ním má mnoho společných drah a míst. Vytváří samostatný nocicepční systém, který se nazývá nocicepce. (36)

Pocit'ování bolesti zahrnuje vnímání bolestivých podnětů, přenos a percepci, modulaci bolesti. (35)

### ***1.1.2.1 Vnímání bolestivých podnětů***

Bolest je způsobena fyzikálním, chemickým nebo bakteriálním podrážděním periferních zakončení nervových vláken citlivých na bolest. Volná nervová zakončení jsou receptory bolesti – nociceptory. Jejich počet se na různých místech organismu liší, proto jsou některé oblasti na bolest více či méně citlivé. Při podráždění dochází v tkáni k biochemické reakci. Vytváří se zde zvláštní látky, které jsou příčinou bolesti. Bolest však nemusí vzniknout při každém dráždění receptorů. Objevuje se jen tehdy, když se informace o bolesti přenesou přes spinální míchu do mozku, který rozpozná jednotlivé stimuly. (35)

Na periférii existují receptory bolesti, které nazýváme senzory a jsou trojího druhu. Prvním typem jsou specifické receptory bolesti, nocisenzory. Jsou v různých tkáních, nejenom v periferních, ale i v centrálních částech nervové soustavy. Jsou to volná nervová zakončení na konci primárních aferentních vláken. Tyto receptory jsou skutečně specifické pro bolest a nereagují na žádnou jinou modalitu. Aktivují se pouze při bolestivé stimulaci. Většinou jsou v klidu. Druhou a třetí skupinu nocisenzorů tvoří nespecifické receptory, které jsou původně určeny pro reakci na jiné modalit (tah, tlak, vibrace, teplo, chlad), ale za určitých okolností reagují na bolestivé podněty. (28)

Nocisenzory mohou být drážděny přímou stimulací látkami, jako jsou draslíkové ionty nebo bradykinin. Dále drážděním, které je podobné zánětlivým procesům. Uvolňují se mediátory zánětu (bradykinin, interleukiny a další látky), které způsobí vazodilataci a zvýšenou propustnost kapilár. Zvýšený objem tekutiny v intersticiálním prostoru dráždí nervová zakončení různých typů receptorů. Je známo, že většina zánětlivých procesů je provázena intenzivní bolestí. (28)

### ***1.1.2.2 Přenos a percepce bolesti***

Z nociceptorů je impuls veden dvojím způsobem. Buď pomalými nemyelinizovanými vlákny C – tzv. pomalá bolest. Nebo slabě myelinizovanými

vlákny A-delta, která vedou tzv. rychlou bolest, dále silnými myelinizovanými a rychlými vlákny typu A-alfa, A-beta, která zprostředkují ostrou bolest. (36)

Vlákna jdou do míchy zadními kořeny, a to do zadních míšních rohů. (35)

Dráhy, které vedou bolestivou informaci z míchy do vyšších etáží centrálního nervového systému jsou spinotalamická, spinoretikulotalamická a spinobulbární. Spinotalamická dráha vede povrchní bolest z projekce těla a z oblasti obličeje. Tyto dráhy představují přímé spojení mezi míchou a thalamem. Mají také nejkratší latenci při stimulaci. Dráha spinoretikulotalamická vede bolest viscerální – hlubokou, ale vede ji přes retikulární formaci do jader v thalamu. K těmto drahám se někdy přidružují informace spinobulbární dráhy – dráhy zadních provazců, kterými se také mohou vést bolestivé informace zejména z hlubších struktur, a to především z propioceptivních (klouby, svaly, šlachy). (28)

Hypothalamus a limbický systém ovlivňují emotivní složku bolesti, jsou zodpovědné za negativní emoce jako je strach, úzkost, které doprovázejí bolest. (36)

### ***1.1.2.3 Modulace bolesti***

Modulační látky, které mají vliv na přenos a vnímání bolesti jsou endogenní opiáty. Určité terapie zaměřené na zmírnění bolesti (například akupunktura) jsou založené právě na stimulaci uvolňování endogenních opiátů. Identifikovány jsou tři skupiny endogenních opiátů: enkefaliny, endorfiny, dynorfiny. (35)

Endorfiny a enkefaliny jsou vnitřní morfiové deriváty, které se uvolňují při bolestivých procesech a obsazují receptory bolesti – nocisenzory. (28)

Hladina endorfinů a enkefalinů a vliv estrogenů vysvětlují rozdílnou reakci na bolest u mužů a žen. U žen je logicky vyšší hladina estrogenů, ale také vyšší hladina endorfinů, zejména v období před porodem a po něm, a dále kolísá během menstruačního cyklu. To vysvětluje, proč ženy, které mají nižší práh bolesti, se s bolestí lépe vyrovnávají než muži. (28)

### ***1.1.3 Faktory ovlivňující pocitování bolesti***

Mezi fyziologicko-biologické patří fyziologie bolesti, věk a vývojové faktory, nemoc. Z faktorů životního prostředí má vliv chlad nebo teplo. Mezi psychicko-duchovní faktory patří osobnost člověka, nálada, pocity, strach, úzkost, vztek a frustrace. Ze sociálních faktorů má vliv výchova, sociální závislost a osamělost. Vnímání bolesti také ovlivňuje denní doba. Během dopoledne je bolest snesitelnější, s určitými činnostmi je odváděná pozornost nemocného. V odpoledních, ale hlavně v nočních hodinách je nemocný k bolesti mnohem vnímavější. (35)

### ***1.1.4 Práh bolesti a tolerance***

Práh bolesti znamená intenzitu podnětů, které jsou třeba, aby člověk cítil bolest. Tolerancí je myšleno trvání a intenzita bolesti, kterou člověk snese, než si začne otevřeně stěžovat na bolesti. Určení prahu bolesti a tolerance jsou zásadní pro hodnocení bolesti a pro vytvoření plánu managementu bolesti. (4)

Je známo, že na bolest známou se člověk lépe adaptuje, než na bolest neznámou. Tolerance k bolesti je zcela individuální a obecně závisí na prahu bolesti, různých časových úsecích, významu, který jí je přikládán, etnických a kulturních rozdílech, očekávání velikosti nastávající bolesti, míře úzkosti, strachu a tenze, vzájemných vztazích. (2)

Vedle závislosti podmiňujících faktorů výše uvedených, se věkem tolerance bolesti zvyšuje. (35)

Etnické a kulturní rozdíly zde hrají neopominutelnou roli. Každé etnikum má jinou kulturu vnímání a vyjadřování bolesti. Bolest jako součást rituálu je obecně lépe snášena. (2)

V některých kulturách Afriky a Středního východu si lidé dokonce sami navozují bolest a vyjadřují tím smutek a zármutek. U jiných národů je bolest součástí rituálů a ceremonií, protože tolerance bolesti zvyšuje sílu a vytrvalost. (36)

Lidé anglosaského původu obvykle přijímají bolesti jako něco samozřejmého, kdežto lidé ze Středomoří vyjadřují bolesti mnohem výrazněji. Tyto reakce úzce souvisejí se zkušenostmi z raného dětství. V naší kultuře se obvykle dává přednost

značné snášenlivosti bolesti i když se tato snášenlivost může podstatně lišit od pacienta k pacientovi. (15)

Chápání významu bolesti ovlivňuje individuální vnímání bolesti, schopnost snášet bolestivé stimuly i reakci na bolest. Příslušníci některých etnit, ale i jednotlivci v našich kulturách, si přejí být s bolestí osamoceni, jiní potřebují porozumění a oporu blízkých. (36)

### ***1.1.5 Základní dělení bolesti***

Podle délky trvání dělíme bolest na akutní a chronickou. Akutní bolest vzniká na základě poškození tkáně mechanicky nebo nemocí. Je charakterizována náhlým počátkem a časově omezeným trváním. Při různé intenzitě se může vyskytnout i několik hodin, dnů a týdnů, ale méně než 6 měsíců. Představuje zátěž, reakci v podobě fyziologických změn (zvýšení krevního tlaku, zatajování dechu, zvýšené svalové napětí, zvýšená srdeční frekvence, zvýšený tepový objem, zvýšená frekvence dechu, rozšíření zornic, potivost, neklid, únikové reakce aj.). Tyto změny jsou srovnatelné s reakcí organismu na stres. Zmenšuje se a mizí s odstraněním příčiny. U postiženého jedince je značně zvýšené afektivní prožívání bolesti (například agresivní chování k okolí nebo k sobě). Změny ve vztazích v rodině se projeví potřebou jistoty a útěchy.(2) Akutní bolest se většinou neopakuje. (29)

Chronická bolest je diagnostikována u pacientů trpících bolestí déle než půl roku. Její příčina nebývá většinou známá a může být neodstranitelná. Na chronickou bolest člověk reaguje vyčerpáním, cítí bezmoc, hněv, depresi, nedůtklivost, u pacientů se vyskytují poruchy spánku, snižuje se chuť k jídlu, poruchy libida, ztráta motivace. Tělesnou odezvou jsou poruchy autonomního nervového systému (nedokrevnost, potivost), svalové křeče, ztuhlost, atrofie v důsledku nečinnosti. Fyziologické odezvy organismu na chronickou bolest jsou spíše fází vyčerpání. (2)

Chronická bolest je nemocí sama o sobě (sui generis). Je to nosologická jednotka jako samostatný syndrom podobně jako ostatní nemoci. (29)

Při prožívání tohoto typu bolesti se člověk setkává s řadou psychosociálních problémů. Dochází ke snížení prahu bolesti. Pacient je pak citlivý na sebemenší

podněty, které hodnotí jako bolest. Stává se intolerantní k bolesti, projevuje bolestivé chování a dochází k postupné sociální izolaci. Nastupuje deprese. Změny ve vztazích k rodině se projeví apatií, nebo pocity hněvu a odmítnutí. Chronická bolest je většinou destruktivním faktorem tělesným, psychickým i sociálním. Často dochází k omezení pracovní schopnosti a sociální aktivity. Prohlubují se obavy o zdraví. (2)

Chronická bolest není pouze symptomem či syndromem. Protože obsahuje všechny rozměry holistického modelu chronické nemoci, lze jí nazvat fenoménem současné doby. (3)

Dalšími typy bolesti jsou maligní, chronická nenádorová, somatická, viscerální, neuropatická, fantomová, psychogenní bolest.

Maligní bolest je spojena se zhoubným onemocněním. Bývá způsobena vlastním nádorem, léčbou a diagnostikou, celkovým oslabením nemocného, nebo bolest nemá vztah k nádorovému onemocnění. (26)

Chronická nenádorová bolest je definována jako bolest, která trvá více než 6 měsíců a není způsobena život ohrožujícím onemocněním. Nejčastější příčiny tohoto typu bolesti je fibromyalgie, osteoartritida, periferní neuropatie, pásový opar a revmatoidní artritida. (4)

Somatická bolest pochází z kůže, ze svalů nebo z kloubů, může být povrchová, nebo hloubková. Povrchová somatická bolest je obvykle ostrá, píchavá, dobře lokalizovaná, trvá krátký čas. Hloubková somatická bolest je palčivá, úporná, je difúznější, trvá delší čas. (23)

Viscerální bolest je výsledkem stimulace receptorů bolesti v břišní dutině, často ji provázejí příznaky podráždění vegetativního nervového systému. Charakterem se podobá hloubkové somatické bolesti, je úporná, projevuje se pálením, pícháním, tlakem. (23)

Neuropatická bolest je často popisována jako píchavá, pálivá, nebo vystřelující. Je to typ chronické bolesti, vyvolané nervy. Často nemá žádnou zjevnou příčinu a špatně reaguje na standardní léčbu bolesti. Například se jedná o diabetickou neuropatii, neuralgii trigeminu. (4)

Příkladem je i fantomová bolest, což je skutečná bolest, kterou pociťuje postižený v neexistující části těla. (35)

Psychogenní bolest nemá zjevný organický původ a vzniká ve vyšších etážích centrálního nervového systému, v limbickém systému a v mozkové kůře. Léčba psychogenní bolesti spočívá v komplexním přístupu a využívá psychofarmak, psychoterapie a eventuálně i neurochirurgických operací. (2)

Intenzitu psychogenní bolesti ovlivňuje stupeň úzkosti, emoční strádání a látky snižující intenzitu vnímaného prožitku bolesti (systém vnitřních látek podobných morfinu: endorfiny, dynorfin, enkefaliny a endomorfiny). Tyto látky se vyplavují při silných emočních a stresových situacích. (31)

#### ***1.1.6 Model multidimenzionálního bolestivého zážitku***

V roce 1989 zveřejnil John Leiser model, který bere v úvahu vícerozměrnost bolesti. Rozlišuje v něm čtyři stránky bolesti: poškození tkáně, zážitek bolesti, utrpení a bolestivé jednání. (11)

Poškození tkáně (nocicepce): Jde o zkušenost, kdy nervový systém reaguje na změnu typu poškození tkáně prostřednictvím aktivace vláken A-delta a C-vláken. Anestézií se staví tomuto dění do cesty překážka. (11)

Zážitek bolesti, kdy si uvědomujeme, že se stalo, co pravděpodobně způsobilo škodu na celistvosti organismu. Zážitek bolesti však nemusí být přímo úměrný velikosti poškození tkáně. (11)

Utrpení: Emocionální reakce v odpovědi na zjištění, že došlo k něčemu, co má negativní dopad na náš zdravotní stav. Naše představa toho, oč jde, ovlivňuje míru našeho utrpení. (11)

Bolestivé jednání: Chování člověka, který zažil poškození organismu, pocítil bolest a utrpení z tohoto zážitku. (11)

#### ***1.1.7 Psychologická rovina bolesti***

Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou, která je jí připisována (zda je bolest snesitelná, zničující nebo upozorňující, ohrožující), a směsicí pocitů,

keré vyvolává (krátkodobé, dlouhodobé naladění). Současné však ve vztahu k bolesti proběhne myšlenková analýza (tedy kognitivní zpracování smyslu bolesti, význam, který jí pacient připisuje), a jejího zařazení do celkového myšlenkového a hodnotového schématu jedince. Tyto kognitivní faktory se zásadním způsobem podílejí na vyhodnocení a modulaci konečného prožitku bolesti. (2)

V psychologické rovině závisí na mnoha okolnostech, mimo jiné i na předchozí životní zkušenosti a osobnostních vlastnostech. (34)

Podstatné jsou strategie, které jedinec volí ve vztahu k bolesti a k jejímu zvládnání (coping). Jde o individuální a často odlišné postupy, které pacient užívá jako obranu proti tíživé situaci. Některým pomáhá i fyzická aktivita. Existují také strategie destruktivní, jako např. sebelítost, autoagrese, katastrofické myšlení a jiné. Copingové mechanismy (pět základních způsobů zvládnání bolesti) jsou odpoutání se, ignorování pocitů, přeformulování pocitů, katastrofizace, modlitba a doufání. Ve strategiích zvládnání bolesti se velmi často odrážejí výchovné vlivy v nejširším slova smyslu. (2)

Mezi psychické faktory, které ovlivňují vnímání bolesti, patří vlastnosti osobnosti v rovině introverze – extroverze, emocionální labilita – stabilita, (snadné navazování mezilidských kontaktů) afiliace – hostilita, odolnost proti zátěži – malá odolnost proti zátěži. (36)

Zátěže vyplývající z nemoci a bolesti se projevují v ohrožení jejich obvyklého způsobu života a ohrožení základních hodnot, na kterých dosud stavěli svou sebeúctu. Bolest ohrožuje efektivitu (výkonnost v práci, doma, ve volném čase, normální činnosti v rodině). Při bolesti hrozí izolace (ztráta blízkých), ztráta lásky (cítí se neatraktivní či nehodní lásky lidí, mezi nimiž žijí), ztráta tělesných funkcí částí těla (zásadně ovlivňuje kvalitu života pacienta, největší obavy vyvolává zástava životně důležitých orgánů, trvalé ztráty citlivosti v různých částech těla), ztráta racionality (bolest často ohrožuje mentální a kognitivní funkce, strach z toho, že se člověk „zblázní“, je pro mnohé pacienty děsivý a stresující), hrozba trvalé bolesti (bojí se utrpení) a eventuálně i hrozba smrti. (2)



### ***1.1.8 Sociální rovina bolesti***

Vnímání bolesti a odpověď na ni ovlivňuje také okolí jedince. Dobré mezilidské vztahy, příjemné sociální prostředí zvyšují práh bolesti. Přítomnost blízké osoby, sociální posilování usnadňuje snášení bolesti nejen u dětí, ale i u dospělých lidí. Velkou roli také hraje očekávání, v některých situacích mají např. dívky, ženy dovolené otevřeněji projevovat bolest než chlapci a muži. (36)

Přijetí, nebo nepřijetí bolestivého chování významně ovlivňuje modulaci osobního prožitku. Pacient, který je za bolestivé chování odměňován, má jinou motivaci k léčbě než nemocný, jehož jednání je odmítáno. Jde však o reakce výsostně individuální. Opačným a snad ještě nebezpečnějším extrémem (pokud jde o reakci okolí) je druhá strana spektra – naprostá nevšímavost. Tu trpící více méně oprávněně vnímá jako nepochopení, neporozumění, přehlédnutí, hůře pak jako nezájem a nejhůře jako trestající strategii. (2)

### ***1.1.9 Křesťanské hledisko vnímání bolesti***

Kromě rozměru biologického, psychologického a sociálního musíme u člověka počítat i s rozměrem duchovním, který má též vliv na prožitek bolesti a utrpení. V našem kulturním okruhu (a v kulturách založených na židovské a křesťanské etice) teologické proudy formovaly po dlouhá staletí společenské představy o dobru a zlu, utrpení a vykoupení. Setkáváme se proto v této oblasti s celou řadou představ a mýtů (bolest a utrpení jsou pojímány jako trest, jehož pokorné snášení vede k odpuštění hříchů a k vykoupení). (2) Křesťané zdůrazňují pozitivní hodnotu bolesti. (34)

Zhruba ve 3.- 5. století našeho letopočtu došlo v církvi ke změně chápání zdraví a nemoci. Zatímco v evangeliích a v tzv. mladé církvi bylo uzdravování považováno za projev Boží vůle a zdroj radosti, zrodil se nesprávný důraz na utrpení, bolest a nemoc jako úděl křesťana. Ten je prý třeba snášet bez výhrad. Domyslíme-li toto nesprávné pojetí do konce, pak to znamená, že vzepřít se bolesti, utrpení a nemoci je vlastně vzpoura proti Bohu a proti Boží vůli – a o to by se člověk pokoušet neměl. (10)

Bůh užívá pedagogiky bolesti. Je totiž rozdíl mezi pojmy: Bůh může použít utrpení, a Bůh sesílá utrpení, aby pomohl růstu člověka. (25)

## 1.2 Metody měření bolesti

Bolest je vždy subjektivní. To znamená, že nikdo nám ji nemůže popsat lépe než sám postižený. Platí jednoznačná zásada: věřme našim pacientům. Bolest sdělujeme verbálně (hlasem, slovy) a neverbálně (mimikou, gesty, činy). Způsobů, jak měřit bolest je mnoho. V praxi se užívají způsoby, které pracují s řečí pacienta (verbální sociální komunikací). Pokusy o utřídění slovních výpovědí pacientů o zážitku bolesti vedly k zavedení následujícího přehledu: kde to bolí – tzv. lokalizace a topologie bolesti, jak moc to bolí – tzv. problematika intenzity bolesti, kdy to bolí – tzv. časová dimenze bolesti, jak to bolí – kvalita bolesti, ovlivnitelnost bolesti – za jakých okolností se bolest zhoršuje či polevuje. Tyto údaje zjišťujeme pomocí dotazníkových metod, map bolesti, analogových stupnic a zaznamenáváním nonverbálních projevů pacienta.(2)

### 1.2.1 Topologie bolesti

Tato dotazníková metoda je nejpřesnější formou sdělení lokalizace bolesti. Mapa bolesti (viz příloha 1) pracuje s obrazem celého lidského těla (v pohledu zepředu i zezadu i z jednoho a druhého boku) a některých jeho částí. Na této mapě má pacient zakroužkovat místa, kde ho to momentálně bolí. Kroužek má odpovídat velikosti ploše, která pacienta bolí. Bolest může ještě upřesnit tím, že použije dvou různobarevných tužek – například červenou tužkou vyznačuje bolesti v hloubi těla a modrou tužkou bolesti na povrchu. Toto rozlišení má diagnostickou cenu. Někdy se používá i více barev pro označení různých aspektů bolesti: například žluté barvy pro vyznačení tupé bolesti, špatné pohyblivosti, znehybnění, tuhosti až strnulosti svalů, kloubů a přilehlých oblastí, jiných barev pro svírající bolesti (křeče) apod. (2)

Mapa bolesti se využívá i pro zachycení stálosti nebo měnlivosti (stěhující se bolesti) bolestí. Pacientovi se předloží tato mapa opakovaně při několika návštěvách, vždy s prosbou, aby do ní zanesl, kde ho to bolí aktuálně. (2)

### ***1.2.2 Intenzita bolesti***

Zjištění toho, jak moc to pacienta bolí, patří k nejdůležitějším aspektům diagnostiky bolesti. Existují různé metody pro zjištění intenzity bolesti. Například použití analogové stupnice intenzity bolesti, verbální metody diagnostikování velikostí bolesti, dále srovnávací tourniketová metoda vyšetření intenzity bolesti a vyjadřování intenzity bolesti v dolech (nepoužívá se v praxi). (2)

Relativně nejčastější ve světě používanou metodou měření intenzity bolesti je tzv. VAS – Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála). Jde o grafické znázornění intenzity bolesti na kontinuu od žádné po nejintenzivnější. (2)

VAS (viz příloha 2) je úsečka o délce 10 cm, vypadá jako pravítko, její levý konec je označen jako „žádná bolest“ 0 a pravý konec jako „nejhorší bolest, jakou si umím představit“ 10. Pacient na úsečce označí, za jak silnou považuje svou momentální bolest. (38)

VAS je bezesporu nejsrozumitelnějším, nejjednodušším a nejrychlejším způsobem sdělení intenzity bolesti. Setkáváme se s ní v ordinacích praktických lékařů, na pracovištích různých klinik i v lékařském výzkumu. (2)

Používá se jí jak pro zjištění momentálního stavu – jak moc to pacienta právě nyní bolí – tak pro sledování dynamických změn v čase – např. v průběhu analgetické terapie. V praxi se tato metoda ukazuje jako nepoměrně citlivější ke změnám intenzity bolesti nežli např. verbální metody. (7)

V praxi se často setkáváme také s tzv. teploměry bolesti. Jsou založené na stejném principu jako škála VAS. (2)

Teploměry bolesti (viz příloha 2) jsou vhodné pro pediatrické pacienty, seniory i pro dospělé, kteří mají problémy s řečí a nedokáží vyjádřit, jakou bolest cítí. (4)

Slovní (verbální) tlumočení zážitku toho, jak moc to bolí (intenzity bolesti), je nepřirozenějším způsobem sdělení. Často je také tento způsob sdělení tím jediným, který je mezi pacientem a lékařem, nebo sestrou vůbec možný. Není však vždy přesný. Je vhodné použít metodu tzv. škálování intenzity bolesti, tj. vytvoření slovní standardizované stupnice bolesti. (2)

Standardizovaná slovní stupnice bolesti postupuje obdobným směrem jako metoda VAS. I zde jsou stanoveny oba extrémy (krajní body, póly) bolesti – situace, kdy pacient necítí žádnou bolest, a situace, kdy jeho bolest je zcela nesnesitelná. Dolní práh (minimum) se vyjadřuje termínem žádná bolest a horní práh (maximum) se vyjadřuje termínem zcela nesnesitelná bolest. V nejjednodušší formě se slovní stupnice pokouší rozlišit celkem pět stupňů intenzity bolesti. (2)

Melzackova škála intenzity bolesti (viz příloha 3) má 5 stupňů – 1) mírná, 2) nepříjemná, 3) silná, 4) krutá, 5) nesnesitelná bolest. (38)

Mírná bolest je pro nemocného celkem snesitelná a nemá vliv na celkový stav organismu. Nepříjemnou bolest snáší nemocný hůře a objevují se při ní již první známky celkové odezvy organismu. Silnou bolest nemocný prožívá jako krajní nepříjemnost, která je doprovázena vegetativním syndromem: tep a dech jsou zrychleny, krevní tlak je zvýšený, zrychlená je i střevní peristaltika apod. Při nesnesitelné bolesti ztrácí nemocný kontrolu nad svým chováním: hlasitě křičí, přičemž se může vyvinout obraz šoku a může dojít ke zkratkovitému jednání. (35)

Měříme-li intenzitu bolesti pacienta, můžeme najít určitý bod (její určitou intenzitu), vůči němuž bychom novou intenzitu bolesti mohli hodnotit. Autorem tourniketové metody je D. Lewis, který ji nazval ischemickou metodou měření intenzity bolesti. Tato metoda se využívá na klinikách při práci s pacienty a ve výzkumu, kde se tímto způsobem může například zkoumat efektivita různých terapeutických postupů mírnění či tlumení bolesti. (2)

### ***1.2.3 Časový aspekt bolesti***

Nejjednodušším způsobem sledování průběhu bolesti v čase a jejím trváním je využití metody VAS, kdy při záznamu o intenzitě bolesti ještě navíc nanášíme na vodorovnou osu měření časové údaje (viz příloha 4). Touto metodou získáme křivku, která má určitou výpovědní hodnotu o změnách pacientova zdravotního stavu. Můžeme na ni zaznamenávat i vliv mimořádných událostí, které nastaly u daného pacienta. (2)

Graficky se na vodorovné ose zaznamenává chod času (ve dnech, týdnech atd.) a na svislé ose pak intenzita bolesti (například v jednotkách VAS nebo číselně podle verbálního škálování intenzity bolesti). Tato metoda se užívá převážně u chronicky trpících postižených. Časový průběh bolesti je zapotřebí sledovat především tam, kde v průběhu léčby pacienta dochází k radikálnějším událostem. Takovou událostí může být například operace, použití určitých léků, opiátů atd. (2)

#### ***1.2.4 Zjišťování a měření zážitku kvality – charakter bolesti***

Termínem kvalita bolesti rozumíme globální emocionální zážitek bolesti. (7)

Kvalita bolesti se měří metodou MPQ (McGill Pain Questionnaire), vyvinutou R. Melzackem (viz příloha 5). Pomocí této metody se zjišťují tři druhy údajů o kvalitě bolesti, afektivní (emocionální), sensorické (možno přiřadit určitému smyslu) a hodnotící. (2)

V klasické podobě dotazníku kvality bolesti MPQ je možno najít celkem 42 různých termínů pro smyslové charakteristiky bolesti a 14 různých kvalit bolesti s ohledem na její afektivní stránku. Soubor termínů se předkládá pacientům s prosbou, aby v něm zatrhlí ta slova, která nejlépe vystihují kvalitu jejich bolesti. (2)

#### ***1.2.5 Diagnostika bolesti z nonverbálních projevů pacienta***

Zážitek bolesti nám pacient sděluje nejen slovně, ale také svým neverbálním chováním. Craig a Prkachin (1983) uvádějí přehled těchto mimoslovních deskriptorů bolesti: paralingvistické projevy (vzdechy, sykání, pláč, akustické nespisovné zvuky, naříkání, vzlykání atd.), mimické projevy (grimasy, pitvoření obličeje), pohyby končetin (ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou, útěk od zdroje bolesti atd.), posturologické nonverbální projevy (ustrnutí v určité poloze, střeh a obrana před zdrojem ohrožení atd.), aktivita autonomního nervového systému (zvracení, navalování, zrudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, prudké bušení srdce atd.). (2)

Nonverbální projevy bolesti patří mezi nejaktuálnější projevy bolesti, pacient jimi reaguje na bolest rychleji než slovy. V praxi se ukazuje, že zdravotníci věří těmto nonverbálním projevům více než slovům pacienta. (7)

### **1.3 Léčba bolesti**

Nejnovější model moderního přístupu k léčbě bolesti se zakládá na interdisciplinární spolupráci a multidisciplinárních intervencích a šíří se celosvětově. Proces formování nového přístupu k bolesti byl urychlen novými vědeckými poznatky o patofyziologii bolesti a jejích psychosociálních souvislostech. Léčebné postupy klasické medicíny rozdělujeme na tzv. invazivní a neinvazivní. Invazivní metody spočívají v podávání látek do páteřního kanálu, v blokádě nervů vedoucích bolest nebo nervů ovlivňujících místní prokrvení. Neinvazivní metody zahrnují farmakoterapii, psychoterapii, fyzikální terapii. (2)

Na základě patofyziologických poznatků lze doporučit následný algoritmus léčení bolesti, který nemusí být celý vyčerpán, ale pořadí by mělo být pokud možno dodržováno: 1. fyzikální terapie a rehabilitace, 2. neopioidní farmakoterapie, 3. opioidní farmakoterapie, 4. psychoterapie, 5. invazivní metody. (28)

#### **1.3.1 Invazivní metody**

Jsou to metody, které fyzicky pronikají nebo vstupují do těla. (37)

Při aplikaci do míšního vaku (tzv. subarachnoidální podání léčiva) se lék podává přímo do míšního vaku, tedy do vazivového pouzdra obsahujícího mozkomíšní mok a míchu. (2)

Aplikace před tvrdou plenu (tzv. epidurální anestezie) představuje aplikaci léčebné látky před tvrdou plenu míšní, tedy před stěnu míšního vaku. Výhoda této metody spočívá v tom, že ji lze provádět nejenom v úrovni dolních bederních obratlů, ale i v oblasti obratlů hrudních či krčních. (2)

Při blokádě periferních nervů se blokuje nervové vedení jinde než v oblasti páteře, přičemž se vychází z anatomických znalostí průběhu nervů. Jednorázová blokáda spočívá v aplikaci léčebné látky pouze jednou. Při kontinuální blokádě se

přes zavedenou jehlu zasune tenký katétr, který slouží k opakovanému podávání anestetika.(2)

Při těžko ovlivnitelných bolestech lze neurochirurgickým zásahem přerušit vedení bolesti z dané oblasti. Provádějí se cílené destrukční výkony na míše, stereotaktické výkony na mozku i dlouhodobá elektrostimulace v oblasti míchy nebo mozku. (2)

### **1.3.2 Farmakologická léčba**

Farmakologická léčba bolesti představuje užívání analgetik. Podávání analgetik je běžný způsob zmírňování bolestí. Léky předepisuje lékař, ale je velmi důležité, aby sestry chápaly jak analgetika působí, protože potřebuje – li pacient něco pro utišení bolesti, obrací se nejdříve na sestru. „Ideální analgetikum by mělo být účinné, bezpečné, levné a způsob podání by měl být snadný.“ (32, s. 72)

V doporučení WHO pro léčbu bolesti (viz příloha 6) jsou v analgetickém žebříčku uváděna postupně stále silnější analgetika v kombinaci s tzv. adjuvantní léčbou, která zahrnuje psychofarmaka a z nich zejména antidepresiva. Je známo, že psychofarmaka mají nejen modulující vliv na emoční prožívání, ale některá mají též přímý analgetický účinek. (2)

Analgetika dělíme na neopioidní, opioidní a adjuvantní. Nenarkotická analgetika (analgetika – antipyretika) se užívají k tlumení méně intenzivních bolestí. Narkotická analgetika (analgetika – anodyna) jsou neúčinnější látky u krutých bolestí. A adjuvantní látky představují psychofarmaka, antikonvulziva, kortikosteroidy. (34)

Adjuvantní analgetika jsou léky, které mají jiné primární indikace, ale za určitých okolností se užívají jako analgetika. Mohou se podávat v kombinaci s opioidy, nebo se mohou používat samotná k léčbě chronické bolesti. (4)

Neopioidní analgetika zahrnují kyselinu acetylsalicylovou, ibuprofen, diclofenac a také paracetamol a spasmolytika. Tyto léky není vhodné kombinovat mezi sebou. (10)

Nesteroidní protizánětlivé léky - antiflogistika (ibuprofen, diklofenak, naproxen) zajistí dočasnou úlevu od slabé až střední bolesti. Používají se jako podpůrná léčba nádorové bolesti. Nežádoucí účinky zahrnují bolesti břicha, krvácení, průjemy, nauzeu

a žaludeční obtíže. Dále ospalost, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, deprese. Mohou být toxická pro játra. (4)

Z volně prodejných analgetik (viz příloha 7 a 8) jsou nejbezpečnější ta, která obsahují paracetamol nebo ibuprofen. Z analgetik, která jsou pouze na recept, bývá nejbezpečnější tramadol. Účinnost i snášenlivost analgetik jsou velmi individuální. (6)

Opioidní analgetickou látkou je tramadol, kodein a morfin. Kodein spolu s tramadolem bývá prvním lékem, po kterém se sáhne, přestanou-li neopioidní látky zabírat. K utlumení mírných až středních bolestí se často používá v kombinaci s neopioidní látkou. (15)

Pro sestru je důležitá znalost forem opioidů, způsobů jejich aplikace, dávkování a samozřejmě vedlejší účinky. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří zácpa (péče o pravidelnou stolici, tekutiny, vláknina, podání laxativ), nauzea a zvracení (na počátku léčby, často vymizí, event. podání antiemetik), ospalost, závratě, otupění mysli (ustoupí po několika dnech), halucinace, zmatenost (ve vyšším věku, změna analgetika), dechový útlum (zřídka u onkologické bolesti, podání antidota Naloxonu), fyzická závislost (po vysazení opiátů, abstinenční příznaky), psychická závislost (u onkologicky nemocných nevzniká), tolerance (k dosažení analgetické účinnosti zvyšování analgetik – při progresi nádorového onemocnění). (26)

Volně prodejná analgetika mají různé formy. Jednou formou jsou léky pro celkové podání (perorálně nebo čípky) a působí na celý organismus. Další formou je lokální aplikace analgetik na kůži ve formě gelů (s diklofenakem), krémů (s ibuprofenem), mastí, náplastí aj. Účinnost lokálních přípravků se zvýší bandážováním, například přelepením plochy s naneseným gelem nebo krémem náplastí nebo zakoupením již hotového přípravku obsahujícího diklofenak v náplasti. (29)

Náplast'ové formy jsou neinvazivní, pohodlné, mohou se měnit po 72 hodinách apod. Používají se v případě potřeby chronicky tlumit bolest u pacientů, kteří mají špatný žilní systém nebo kteří nesnáší perorální aplikaci analgetik. (30)

Pevné lékové formy (většinou lisované tablety) mají výhodu snadné a nenápadné aplikace, nevýhodou je pomalejší nástup účinku, protože tableta se musí v trávicím traktu nejdříve rozpadnout a rozpustit a teprve potom může být účinná látka vstřebána.



Tato nevýhoda odpadá u rozpustných nebo šumivých lékových forem (tablet, granulí), které se užívají po rozpuštění ve sklenici vody. Jejich výhodou je rychlý nástup analgetického účinku a také větší šetrnost vůči sliznici trávicího traktu, nevýhodou jsou praktická omezení (možnost rozpuštění), chuťové zábrany při delším užívání, příjem sodíku a dalších látek. Výhodou čípkové formy analgetik je možnost podání většího množství účinné látky (tím dosažení vyššího a delšího účinku, například přes celou noc), někdy rychlejší nástup účinku, menší zatížení sliznice. (29)

Při užívání analgetik dodržujeme dávky a dávkování. Pokud je bolest přechodná, bereme analgetika jen při bolestech, pokud je dlouhodobá, bereme je opakovaně v předepsaných intervalech. Optimální užívání analgetik znamená, že bychom neměli zbytečně trpět bolestí, ale ani analgetika zneužívat. (29)

V souvislosti s farmakologickou léčbou bolesti je výhodné vést si deník bolesti. Deník nám umožňuje mnohem přesněji určovat bolest a dávat ji do souvislosti s ostatními zkušenostmi. Deník bolesti podporuje a usnadňuje sebezpozorování a pomáhá nám udělat si jasno o vlivech, které naše bolesti zesilují, nebo naopak tlumí. Kromě toho také existuje deník bolesti, který je určen speciálně k zaznamenávání klinického obrazu a průběhu terapie. (1)

### ***1.3.3 Nefarmakologická léčba***

Nefarmakologické možnosti léčby bolesti se stávají velmi populární mezi veřejností i mezi zdravotníky. Příčinou tohoto trendu je skutečnost, že lidé mají obavy z nadměrného užívání léků, které je typické při obvyklé léčbě bolesti. Dalším aspektem je, že lidé jednoduše preferují, když zvládnou své zdravotní problémy sami. Nefarmakologické přístupy zahrnují relativně konvenční postupy (vířivka, horké zábaly), na smysly působící postupy (aromaterapie, masáže), využívají elektřinu (vibrace, elektrická stimulace nervu), zklidňující techniky (meditace, jóga) a moderní technologie (biofeedback). Tyto terapie se mohou rozdělit do tří hlavních kategorií: fyzikální terapie, psychoterapie, alternativní a doplňkové terapie. Terapie se mohou používat jednotlivě, nebo se kombinují s jinými terapiemi. Kombinace terapií může zlepšit tlumení bolesti zvýšením účinku léku, což umožní podávání nižších dávek. (4)

### ***1.3.3.1 Fyzikální terapie***

Fyzikální terapie užívá v léčbě přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních plynových částic). Prostředkem jsou technické přístroje i skutečně přírodní zdroje při lázeňské léčbě (balneologie). Tyto prostředky je možno aplikovat u nejrůznějších bolestivých stavů. (2)

Jedná se o terapie celkem levné a jednoduché. Pacienti i jejich rodiny mohou spolupracovat pokud se tyto terapie naučí provádět sami. Fyzikální terapie kromě mírnění bolesti také redukuje zánět, zmírňuje spasmus svalů a navozuje relaxaci. (4)

Vodoléčba využívá účinku vody na lidské tělo. Vlastnosti vodoléčby vycházejí z fyziky a mechaniky vody. Jestliže je tělo ponořeno do vody, výsledný stav beztláče zmírňuje nápor na klouby, svaly a jiné pojivové tkáně. Toto nadnášení může některé typy bolesti zmírnit okamžitě. (4)

Jednotlivé metody používají různě silných podnětů od mírných (omývání, tření, kartáčování, studené polévání) přes středně silné (celkové nebo částečné koupele, vířivé lázně, roštové lázně s probublávajícím kyslíčným uhlíkatým nebo vzduchem, tedy tzv. perlička, sprchy, podvodní masáže, různé druhy napařování, sauna) až po silné (horké lázně, parní lázně, celotělové střídavé stříky studenou a horkou vodou a celkové zábaly). V léčbě bolesti lze s výhodou užívat nejrůznějších postupů zaměřených zejména ke zvýšení celkové odolnosti organismu. Ukazuje se, že i imunitní systém má výrazný podíl na schopnosti těla odolávat bolesti. Vodoléčbou lze imunitní reakce podporovat. (2)

Terapie teplem znamená aplikaci suchého či vlhkého tepla ke snížení bolesti, zmírnění ztuhlosti kloubů, zmírnění bolestí a spasmů svalů, zlepšení cirkulace a zvýšení prahu bolesti. Užívá se k léčbě bolestí hlavy, ucha, menstruačních bolestí aj. Terapie zvyšuje krevní průtok, metabolismus tkání a snižuje vazomotorický tonus. Produkuje analgezii ovlivněním volných nervových zakončení. Také může snižovat vnímání bolesti mozkovou kůrou. (4)

Teplo je jeden z nejstarších prostředků tlumení bolesti. Může být aplikováno povrchově nebo hloubkově. Pro povrchovou aplikaci tepla slouží vodní láhve, horké

vlhké zábaly, elektrické dečky, chemické nebo gelové sáčky, parafinové zábaly, solux. Teplo může být aplikováno také prostřednictvím vodoléčby či infrazářiče a sauny. Povrchové teplo zvyšuje teplotu tkání a tepelný efekt se uplatňuje nejvýše do hloubky 0,5 cm od tělního povrchu. Lze jej použít i v domácím prostředí a tím prodloužit efekt terapie. Hluboké teplo se přivádí konverzí, tzn. proměnou jiných druhů energie v energii tepelnou v hloubi organismu, příkladem je diatermie a ultrazvuk. (20)

Terapie chladem (kryoterapie) znamená aplikaci chladu na specifickou oblast těla. Kromě snížení horečky může tato technika přinést okamžité ztlumení bolesti, zmírnění a prevenci otoků. Terapie chladem se často používá při akutní bolesti, zejména bolesti způsobené zraněním při sportu, akutním traumatem, bolestí hlavy (migrény). Metody terapie chladem zahrnují studené zábaly, sáčky s ledem a ledovou masáž. (4)

Ledové obklady je vhodné používat kratší dobu. Později je vhodné přejít na aplikaci Priessnitzových obkladů, které mají zklidňující a antiedematozní účinek. Princip této léčby spočívá v aplikaci studeného obkladu na poškozený nejčastěji kloub či sval, který je převrstven suchým froté ručníkem. Nechává se působit po dobu 90 minut, po kterých již ztrácí léčebnou funkci. Lze jej aplikovat několikrát denně. (20)

Fototerapie využívá světelné energie, která má obecně podpurný biologický vliv na metabolismus tkání, její účinky jsou i tepelného charakteru. Infračervené záření je formou teploléčby, stejně tak solux. Ultrafialové světlo (horské slunce) se přestalo používat kvůli nebezpečí vzniku rakoviny kůže. V léčbě bolesti se nejvíce osvědčuje moderní forma fototerapie, kterou je laserový paprsek. Lze jím ovlivnit nejrůznější bolestivé stavy pohybového ústrojí. (2)

Sonoterapie (ultrazvuk) využívá vysokofrekvenční zvukové vlnění, které se mění v teplo při odrazu vlnění od struktur tkáně. Lze jím dosáhnout tepelného efektu v hloubkách 3 – 5 cm. Ultrazvuk je velmi oblíbeným při léčbě bolestivých poruch měkkých tkání a vaziva. (20)

Ultrazvuk se osvědčuje zejména u chronických bolestivých poruch pohybového ústrojí degenerativního rázu. (2)

Magnetoterapie je terapie magnetickým polem. Používají se při ní přístroje, které produkují trvalé (kontinuální) nebo přerušované (pulzní) magnetické pole. Ovlivňují pozitivně biologické vlastnosti tkání tím, že mění vodivost nervů a jejich reaktivitu. (2)

Vakuová léčba používá řadu přístrojů a působí na základě střídání podtlaku a normálního tlaku ve vzduchotěsných válcích, do kterých se vkládají jednotlivě horní nebo dolní končetiny. Střídáním tlaku s pod tlakem dochází ke zlepšení krevního proudu v končetinách. (2)

Pneumoterapie je obdobou vakuové terapie s tím rozdílem, že různých tlaků se dosahuje nafukováním a vypouštěním vzduchu ze speciálních textilních návleků na končetiny. (2)

Radiační léčba, neboli léčba energií volných částic spadá také do oblasti fyzioterapie. Pro léčbu bolesti se používá jen tzv. měkkého záření pomocí rentgenových lamp. (2)

Mechanoterapie využívá účinku tlaků a tahů na lidský organismus. Ty je možno vyvíjet pomocí přístrojových zařízení nebo manuálně (ručně). V léčbě bolesti se uplatňují známé trakce krční nebo bederní páteře. (2)

Léčebná masáž systematicky využívá různé typy doteku – tření, hnětení, roztírání, tepání – na uvolnění bolesti a svalového napětí, proti stresu a také pro zvýšení pocitu pohody a zdraví. Evropská neboli švédská masáž využívá různé typy tření a hnětení. Je vhodná na ošetření bolestí zad, namožených svalů, nespavosti a problémů spojených se stresem. Tlaková masáž, při které prsty stlačují jednotlivé svaly a bolestivá místa, se dá použít pro přerušení bludných kruhů svalových křečí a přenesené bolesti. Lymfatická masáž (lymfodrenáž) rytmickým hnětením zlepšuje tok tkáňového moku, zmírňuje otoky. Vodní masáž, kombinace hydroterapie a masáže je vhodná k ošetření nejrůznějších bolestí svalů a kloubů, např. u artritidy. (15)

Elektroléčba je založena na aplikaci stejnosměrného, nebo střídavého elektrického proudu. Stejnosměrný proud v podobě iontoforézy umožňuje vpravování různých látek do organismu. U bolestivých stavů je to zejména prokain, což je látka patřící mezi místní znecitlivující prostředky. Avšak i další účinky elektrického proudu

mají za následek snížení vedení a vnímání bolestivých podnětů. Jejich podstatou je ovlivnění tkáňových změn zlepšením prokrvení. Pro léčbu bolesti jsou nejvýhodnější střídavé proudy nízkofrekvenční do 1000 Hz . Jsou základem i stále se rozšiřujících protibolestivých přístrojů pro individuální použití, tzv. transkutánní elektroneurostimulaci, známou pod zkratkou TENS. (2)

Při terapii TENS je přenášen bezbolestný střídavý elektrický proud do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. TENS snižuje potřebu analgetik. (4)

Z hlediska léčby bolesti je významné snížení nervové dráždivosti a zlepšení saturace tkání kyslíkem. (18)

Podle některých názorů elektrostimulace aktivuje vlákna typu A, a tím uzavírá brány bolesti. Druhá teorie říká, že elektrostimulace podněcuje tvorbu endorfinů, přirozených látek proti bolesti. (15)

Neurostimulátor neodstraňuje příčinu bolesti. (18)

Existují i přenosné přístroje pro domácí použití a jejich aplikace v mnoha případech představují alternativu dlouhodobé farmakoterapie, hlavně u chronických bolestivých stavů. (20)

Proudy střední frekvence se využívají ve formě diadynamických proudů. Tyto proudy se nazývají interferenční a jsou výhodné u bolesti hlouběji uložených struktur pohybového ústrojí. (2)

Přístroje založené na vysokofrekvenčních proudech jsou přístroje pro léčbu teplem, protože proud o vysoké frekvenci se odporem tkání proměňuje v teplo. Léčebná metoda se nazývá diatermie a je velmi rozšířená u nezánettlivých bolestivých poruch pohybového ústrojí. (2)

Terapie vibracemi zmírňuje bolest navozením necitlivosti léčené oblasti. Tato technika, která účinkuje jako elektrická masáž, může být efektivní při bolestech svalů, bolesti hlavy, při chronické nenádorové bolesti, nádorové bolesti, při frakturách a neuropatické bolesti. Vibrační přístroj může být stojící nebo ruční. Tyto pomůcky jsou k dispozici od vibračních polštářků až k celým lůžkům a křeslům. Pacient sedí či leží a pasivně přijímá terapii. Pacient nebo zdravotník pohybuje ručním vibračním přístrojem

jen po bolestivé části těla. Vibrační terapie zmírňuje bolesti znečítlivěním stimulované oblasti a také má zklidňující účinky. (4)

Rehabilitační metody při léčbě bolestivých stavů zahrnují ošetření lokálních bolestivých změn a funkčních poruch: teplo, chlad, elektrický proud, trakce, fototerapie, magnetoterapie, manuální terapie (masáže, mobilizace a manipulace). Dále ovlivnění systémové poruchy způsobující bolestivé změny v pohybovém ústrojí: pohybová léčba (léčebná tělesná výchova), reedukace pohybových stereotypů, medikamentózní terapie. Ke zlepšení celkové výkonnosti se používá pohybová léčba. Reaktivní depresi můžeme ovlivnit pohybovou léčbou, relaxačními postupy, vodoléčbou. (20)

#### ***1.3.4 Zásady při ošetřování nemocného trpícího bolestí***

Všeobecná sestra vysvětlí nemocnému, pokud jsou známy, příčiny bolesti. Zajistí dobrou informovanost nemocného, aby se zmenšil jeho strach z dalších událostí. Uznává přítomnost bolesti a pozorně bude naslouchat, pokud jde o bolest. Vysvětlí rodině, proč nemocný může pociťovat zvýšenou, nebo sníženou bolest a vede ji k pozornosti i tehdy, když se bolest neprojevuje. Zajistí, aby nemocný během dne mohl odpočívat a aby měl v noci možnost nepřerušovaného spánku. Poučí nemocného i rodinu, jak využít rozptýlení jinými metodami uvolnění bolesti – během akutní bolesti např. počítat předměty v pokoji, rytmicky dýchat, poslouchat hudbu apod. Učí nemocného, jak zmírňovat bolest relaxací a stimulací pokožky (aplikovat teplo, chlad a mentolové přípravky). Zajistí, aby měl nemocný k dispozici lékařem předepsané léky.(35)

#### ***1.3.5 Psychoterapie bolesti***

Psychoterapie bolesti představuje přímé ovlivňování bolesti pomocí vztahu pacient-terapeut a psychoterapeutických postupů, technik. Psychoterapeut může pracovat s jednotlivcem (individuální psychoterapie), s rodinou (rodinná psychoterapie), se speciálně sestavenou skupinou 5-15 pacientů (skupinová psychoterapie) nebo se skupinou větší (kolektivní psychoterapie). (2)

Psychoterapie působí prostřednictvím limbického systému a mozkové kůry. (15)

Psychoterapií u akutní bolesti můžeme ovlivnit pouze intenzitu bolesti. Tato intenzita se zmenší, jestliže ji pacient může volně projevovat a je svalově uvolněn. Také je zde důležitá moc lidských dotyků (chycení za ruku, obejmutí). Nejčastěji se uplatňuje analgetická hypnóza, relaxace a imaginace. Při psychoterapii chronické bolesti se učí pacient bolest kontrolovat, ovlivňovat a žít s ní. Cílem je snížit intenzitu bolesti, dostat ji pod pacientovu kontrolu, naučit ho regulovat bolest, zvýšit toleranci k bolesti a naučit pacienta se zbytkovou bolestí žít. Je důležité, aby pacient měl správnou představu o původu své bolesti. (2)

Je nutné znát sociální pozadí – do jaké míry bude překážkou či pomocí v léčbě a do jaké míry je ovlivnitelné zásahem sociální pracovnice či jiné instituce. (34)

Mezi nejčastěji užívané metody patří relaxační metody, biofeedback, imaginativní techniky, kognitivně-behaviorální postupy a rodinná terapie. V centrech pro léčbu bolesti se využívá skupinová psychoterapie, jejíž součástí mohou být další pomocné psychoterapeutické metody (muzikoterapie, arteterapie atd.) Sociální pracovník může provádět s klienty relaxační metody, ergoterapii, muzikoterapii, terapii tancem. Znalost psychoterapeutických přístupů je pro sociálního pracovníka užitečná, protože klientovi může doporučit profesionální psychoterapii, kterou provádí psycholog. (2)

Pro léčbu bolesti jsou využívány následující terapeutické techniky. Modulace dolního prahu bolesti vnímá skutečnost, že je třeba rozlišovat mezi schopností dané osoby rozlišovat, zda to bolí více, nebo stejně jako při jiném podnětu, a mezi emocionálně-afektivním postojem pacienta k bolesti. Tato charakteristika se dá řadou vlivů snižovat či zvyšovat. Toho se využívá v psychoterapii bolesti například systematickým ovlivňováním očekávání bolesti nebo ovlivňováním osobní zkušenosti s bolestí atp. (11)

Sugesce znamená navození určitých myšlenek, představ, postojů, pocitů či přesvědčení, sugestibilita je pak schopnost tyto „ne-vlastní“ myšlenky přijímat. (2)

Hypnoterapie (hypnóza) využívá sílu sugesce a změněného stupně vědomí k navození pozitivních změn chování a k léčbě různých zdravotních problémů.

Hypnóza je stav pozorné a soustředěné koncentrace, při níž člověk relativně málo vnímá své okolí a je velmi přístupný návrhům. Hypnotizovaného nelze přesvědčit, aby jednal proti své vůli, musí být ochoten návrhy vykonat. Přínos hypnózy spočívá v tom, že pomáhá pacientovi získat kontrolu nad strachem a úzkostí, které doprovází bolest.(4)

Hypnotická analgezie je znečitlivění pomocí hypnotické sugesce a využívá se doplňkově u některého z typů anestezie, nebo jako jediná metoda, kde je užití anestezie ze zdravotních důvodů pro pacienta riskantní. Vždy se užívá u akutních nebo chronických bolestí, které se obtížně zvládají analgetiky. Například u menstruačních bolestí, porodních bolestí, migrény. (2)

Relaxace je stav intenzivní regenerace organismu, kdy dochází k posílení imunitního systému, ke zpomalení látkové výměny a k hloubkové regeneraci buněk, zejména nervového systému. Dochází také k biochemickým změnám – zvyšuje se produkce některých neurotransmiterů, zejména serotoninu, který pozitivně ovlivňuje náladu i pocity klidu a spokojenosti. Relaxace spolu se správným dýcháním patří k nejúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu způsobeného bolestí. Mezi nejčastěji používané techniky patří autogenní trénink, meditace, imaginace a biofeedback. (2)

Autogenní trénink je metoda, která spojuje autosugesci se systematickou koncentrací s uvolněním celkového napětí a uvolněným psychickým prožitkem. Umožňuje člověku regulovat psychické i fyzické funkce, které nelze přímo ovlivňovat vůlí. Autogenní trénink odstraňuje nebo mírní bolesti. (2)

Meditace je stav, kdy se pacient bez zapojování vlastní vůle poddává současnosti. Meditace je volně neřízená cesta do vlastního nitra, rozjímavé uvažování. (2)

Meditace může vést k neosobnějšimu a uvolněnějšímu postoji vůči bolesti. V ideálním případě se může člověk ztotožnit více s částí osobnosti, která přesahuje bolest a trápení, a méně se identifikovat s bolestí. (21)

Imaginativní techniky využívají představivosti, kterou daná osoba nechává buď volně plynout, nebo ji zaměřuje na určité téma. Mezi tyto techniky patří vizualizace, která spočívá ve vyvolání zrakové představy harmonicky uspořádané krajiny, mořské



pláže, horského vodopádu a dalších pozitivně působících vjemů. Pomáhá nemocným koncentrovat se na příjemný zážitek a odpoutat tak pozornost od bolesti. (2)

Biofeedback, neboli biologická zpětná vazba představuje relativně novou metodu léčení chronické bolesti. (2) Biofeedback využívá elektronických monitorů, aby se pacienti naučili vědomé kontrole nad různými autonomními funkcemi. Pozorováním fluktuaace různých tělesných funkcí (dýchání, pulz, krevní tlak na monitoru) se pacienti naučit změnit určité tělní funkce úpravou svých myšlenek, dýchání, postojem a napětím svalů. Když se naučí modifikovat vitální funkce vůlí, mohou také získat schopnost kontrolovat bolesti bez používání léků či jiných konvenčních lékařských metod. (4)

Tato metoda je obzvláště účinná při zmírňování obtíží souvisejících se stresem a úzkostí, jako jsou například bolesti hlavy, migréna a bolesti svalů. (18)

Arteterapie zahrnující malování, modelování z hlíny nebo tvorbu soch, může být prostředkem sebevyjádření nebo v některých případech součástí řízené imaginace. Pacienti s chronickými bolestmi mohou být požádáni, aby se pokusili svoji bolest a to, jak na ně působí, ztvárnit. Terapeut potom může pacientovi pomocí jeho výtvoru vysvětlit, jak by mohl nad svou bolestí získat kontrolu. (15)

Muzikoterapie je terapie hudbou. Tato forma zvukové terapie využívá přitažlivosti rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci, podpoře hojení a navození pocitu pohody. Může být účinná při snižování chronické bolesti a jako podpůrná terapie. (4)

Vnímání bolesti může zmenšovat rozptýlení, které hudba trpícím poskytuje. Poslech hudby podporuje v mozku tvorbu endorfinů, přirozených látek proti bolesti. Jestliže hudba zmírňuje stres a podporuje uvolnění, může zmírňovat bolesti způsobené svalovou tenzí. (15)

Terapie tancem bývá obvykle součástí skupinových terapií. Pacienti se pod vedením tanečního terapeuta učí vyjadřovat svoje pocity pomocí pohybů. Pacient může být například požádán, aby vymyslel tanec, kterým umlčí chronickou bolest, která už nemá žádnou organickou příčinu. (15) Schopnost vyjádřit niterné pocity řečí těla a pohybem je člověku vrozená. (24)

Ergoterapie v podstatě znamená léčbu prací. Ergoterapie je širší pojem než pracovní rehabilitace. Má velmi povzbudivý účinek na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění a zbavuje nemocného jinak velmi častých pesimistických myšlenek. Léčba prací užívá pracovních pohybů a všedních činností k navrácení všech funkcí. (13)

#### ***1.3.5.1 Kognitivně-behaviorální přístup***

Tím, že se u pacienta navodí jiné chování (činnost, aktivita) než do té doby používané strategie zvládnání, změní se paralelně i jeho percepce bolesti. Cílem je zvýšení sebevědomí pacienta a jeho kompetence regulovat svou bolest. Vzhledem k tomu, že chronické bolesti nejčastěji doprovází deprese, je kognitivně-behaviorální terapie nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata. (2)

#### ***1.3.5.2 Psychodynamické směry (nedirektivní psychoterapeutické přístupy)***

Některé z forem dynamické psychoterapie je výhodné použít tam, kde se chronická bolest stala součástí životního příběhu, a pomáhá (nevědomě) k zachování vnitřní stability jedince nebo jeho rodiny. Dynamické psychoterapie se zaměřují na strukturu premorbidní osobnosti a na evaluaci poškozeného sebevědomí a vytváření zdravých mezilidských vztahů. Například logoterapie pomáhá člověku nalézt smysl života a tento smysl naplnit. Logoterapeutický přístup se nejčastěji uplatňuje ve fázích bilancování, tedy tehdy, kdy bolest je součástí terminálních fází onemocnění, a také tehdy, když se nemocní trpící krutými bolestmi ptají: Proč zrovna já? Nalezení smyslu života ve splnění jeho poslání a v překročení hranic vlastního já často přináší úlevu od fyzického utrpení. (2)

#### ***1.3.5.3 Placebo***

Placebem se rozumí lék či jiný terapeutický zásah, který se podává proto, aby u pacienta vzbudil zdání, že je mu podáváno něco, co ho vyléčí. S placebo efektem je třeba počítat vždy, když se snažíme jakýmkoli efektem pacientovi pomoci a tlumit jeho

bolest. Důležité je přitom kladné očekávání pacienta, že mu zásah pomůže, a jeho přesvědčení o tom, že daná terapie bude mít kladný účinek. (11)

Kladný vliv očekávání pacienta způsobuje uvolňování endorfinu v mozku. Endorfin je látka snižující intenzitu zážitku bolesti, proto je zván přírodním tlumičem bolesti – natural pain killer. (9)

Placebo efekt lze vysvětlit na základě jednoduchého podmiňování, kdy si vytváříme spojení mezi podáváním léku a úlevou, nebo na základě sugesce, která vyvolá spuštění sebeúdržavných procesů (2)

### ***1.3.6 Alternativní a doplňková terapie***

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby pacientů trpících bolestí. Nezávisle na problému, kvůli kterému jsou alternativní a doplňkové terapie využívány, se tyto terapie vždy zabývají celým člověkem – tělem, myslí a duchem, a nikoliv pouze jednotlivými příznaky. (4)

Nekonvenční metody vycházejí z tradičních či předvědeckých způsobů léčby, některé poukazují na dlouhodobé empirické ověřování a tradici dlouhou několik tisíciletí nebo století. Moderní medicína deklaruje, že nejvyšší hodnotou je život, alternativní medicína slibuje přirozenost. Mnohý postmoderní člověk vidí vyšší hodnotu v přirozenosti svého života a svého světa než v délce svého přežití. Přirozená invalidita nebo přirozená smrt je pro něj více než technologií zajištěné zdraví. (12)  
Důvody vyhledávání nekonvenční medicíny ze strany uživatelů jsou následující.

Klienti hledají léčbu v případě, že vědecká medicína neumí jejich potíže efektivně řešit nebo tak činí s velkým rizikem či nepříjemnými průvodními jevy (bolesti, nevolnosti, invazivní intervence, poslední naděje apod.). (12)

Klienti vyjadřují změnu hodnotové orientace a nového životního stylu, charakterizovaného novou spiritualitou. Ta se může projevovat v odlišných psychosociálních potřebách ve vztahu k terapeutovi i ve vztahu k vlastní nemoci. V této souvislosti je často zmiňována potřeba vnímat problémy celostně, v souvislostech a kontextu, s určitým prostorem pro spirituální aspekty, tzv. péče o duši, péče o celého

člověka, zohledňována je také ekologická souvislost, neboť mnohé nekonvenční postupy jsou chápány jako přírodní či přirozené a měkké. (12)

Klienti se snaží udržet si jistou kontrolu nad podmínkami léčby a zaujmout aktivní postoj. Důležitou složkou obrazu nekonvenční medicíny je, že zesiluje aktivní úlohu nemocného a posiluje jeho emancipaci. (12)

Akupunktura se pevně etablovala v českém zdravotnictví již od 70.let. Dále se po roce 1989 začala užívat homeopatie. Institucionalizovala se tradiční čínská medicína a v rámci svobodného podnikání začaly mnohé osoby nabízet laické zdravotnické služby (léčitelé). Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze nebo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských profesí v Brně pořádá kurzy akupunktury. (12)

V Číně se po staletí užívá druhu analgezie, který je odlišný od západoevropských zvyklostí. Jde o vpichování jehel do kůže a jejich stimulaci buď pohyby, nebo elektricky. Tyto jehly musí zůstat v kůži asi 20 minut. Ukazuje se, že jen asi v 10 % případů je dosahováno úplné analgezie. Ta však zůstává v místech vpichu jehel po několik hodin. Námitky, že u akupunktury jde o vliv placebo, byly vyvráceny například zjištěním, že akupunktura má analgetický účinek i u psů. (11)

Při zapichování tenkých jehel do akupunkturních bodů, které leží na meridiánech, dokáže léčit tím, že cestu uvolní a obnoví tak proud energie a také krve a všech ostatních tělních tekutin. Fungování akupunktury se vysvětluje tím, že má systémové účinky a jistým způsobem stimuluje autonomní nervovou soustavu. (15)

Akupunktura je kritizována proto, že může být nahrazena psychoterapií. (12)

Existují tyto druhy akupunktury: klasická jehlová akupunktura, aurikuloterapie, ignipunktura – požehování – moxa, vakuoterapie (baňkování), elektroakupunktura, akvapunktura, laserpunktura, sonopunktura a další. (34)

Akupresura je obdobou akupunktury s tím rozdílem, že namísto vpichování jehliček se na akupunkturní body působí tlakem konečků prstů. (12)

Akupresura se používá ke zmírnění různých bolestí, únavy nebo k podpůrné léčbě různých psychosomatických onemocnění. Je vhodná i k redukci negativních následků stresu. (2)

Fytoterapie využívá bylinné přípravky – substance získané z rostlin, které mají terapeutické nebo farmakologické vlastnosti. Byliny se užívají v mnoha formách – čaje, koncentrovanější odvary, léčivé obklady, součást potravy, tablety, tobolky, pastilky.(15)

Využití léčivých bylin je jednou z nejstarších léčebných metod. Veřejnost je upozorňována na to, že rostliny mohou působit také toxicky a že domněnka o absolutní bezpečnosti laického užívání bylin je mylná. (12)

Bylinkáři kladou důraz na používání rostlin v jejich přirozené formě spíše než aplikaci pouhého výtažku jejich aktivních složek, kterou upřednostňuje klasická medicína. (18)

Lidové léčitelství je provozování tradičních forem zdravotní péče laickými osobami. Nejčastěji jsou využívány léčivé byliny, psychoenergetické působení, masáže, koupele, někdy i homeopatické preparáty. Léčitelé mají často vlastní způsob určování diagnóz, výrazně se opírají o intuici a zkušenost. Některým jsou připisovány výjimečné, charismatické schopnosti, související s výraznou senzibilitou a schopností ovlivňovat druhé jedince. (12)

Homeopatie je metoda léčení, která vychází z předpokladu, že podobné se léčí podobným, to znamená, že příčina nějaké poruchy je velice podobná prostředku, kterým lze danou poruchu vyléčit. Homeopati používají vysoce zředěnou látku, která by v neředěném stavu vyvolala u zdravého jedince příznaky dané choroby. (15)

Z hlediska psychosociálního pracují homeopaté při stanovení diagnózy s velice širokou anamnézou, do níž zahrnují psychologické projevy osobnosti nemocného, jeho životní postoje, reakce, návyky (např. spánkové) a preference (např. chuťové) a podle typu osobnosti utvářejí obraz nemoci, pro niž volí lék. (12)

Léčba dotykem spočívá v položení rukou a má schopnost zmírnit bolest a uklidnit nemocného tak, že své utrpení tolik nevnímá. Blahodárného účinku dotyku využívá řada metod alternativní medicíny. Každý člověk instinktivně obejmě člověka, který trpí. (18)

Terapeutický dotyk je technika, pomocí níž se terapeut pokouší obnovit klientovo energetické pole pro obnovení jeho zdraví. Terapeut přikládá ruce několik

centimetrů nad pacientovo tělo, pohybuje s nimi od hlavy k nohám a snaží se odhalit narušené části energetického pole pacienta. Tato technika je spjata se jménem dr. Kriegrové, profesorky ošetřovatelství v New York University. (12)

Metoda léčebného dotyku se vyučuje v mnoha zemích. O techniku se zajímá řada sester a dalších zdravotnických pracovníků, z nichž mnozí prošli školením a své schopnosti nabízejí nemocničním pacientům. Sociální pracovník může též využívat tuto metodu. (18)

Léčebný dotyk může být doplňkem klasické léčby u nemocí, které nemají jasnou a vysvětlitelnou příčinu, jako jsou opakované bolesti hlavy, chronická bolest v zádech bez organické příčiny, chronické vyčerpání, emocionální poruchy. Léčba dotykem je považována spíše za otázku víry. I podle vyznavačů klasické medicíny víra pacientům pomáhá překonávat bolest a choroby s neobyčejnou silou a klidem. (15)

Jóga je meditační a relaxační cvičení, zaměřené na protažení tělesných partií (především páteře, které je přikládán centrální význam pro udržení zdraví a svěžesti), hluboké dýchání a koncentraci. (12)

Americká asociace jógy doporučuje při léčbě bolesti klidné dýchání, relaxaci a meditaci. Pomáhá také posílení nebo protažení určitých svalových skupin. (21)

Kineziologie je technika zabývající se blokádami v tělesných pohybech a testováním svalového napětí se snahou identifikovat jejich příčiny v psychických zážitcích z raných fází života. V důsledku emoční zátěže dochází k zablokování energetických toků, které se projevuje omezením rozsahu tělesného pohybu. (12)

Reflexologie (reflexní masáž) vychází z představy, že na lidském chodidle lze najít místa propojená reflexními drahami s tělesnými orgány. Orgány nacházející se uprostřed lidského těla jsou rovněž rozděleny mezi pravé a levé chodidlo. Tlakovou masáží těchto zón lze ovlivnit činnost těchto orgánů (i vnitřních). Někdy je reflexní masáž prováděna i na dlaních. (12)

Reflexologie podle některých terapeutů může zmírňovat potíže spojené se stresem, mírnit bolesti (například migrénu nebo bolesti neurčitého původu). Při reflexní terapii je nutné věřit v její účinek, působí tedy zde i její placebo efekt. (2)

Osteopatie a chiropraxe jsou založené na fyzické manipulaci s kostrou, i když se nepatrně liší. Chiropraktik většinou pracuje přímo s postiženým kloubem, zatímco osteopat využívá spíše působení páky. Obě techniky se využívají k léčbě bolestí způsobených poškozením nebo vymknutím kloubů a osvědčují se i u muskuloskeletárních poškození vzniklých zejména v důsledku zranění. Mohou pomáhat též při některých typech artritidy a obtížích spojených s napětím, jako je bolest hlavy. (18)

Aromaterapie je metoda, která využívá vonných látek s cílem posílení tělesného zdraví a navození pocitu pohody. Vonné látky se používají ve formě koncentrovaných esencí (olejů) některých aromatických rostlin, získaných destilací z jejich okvětních lístků, listů, pryskyřice, semen, kůry, kořenů, lodyh a stonků. Aromaterapie ovlivňuje emoční naladění a psychický stav, pomáhá při depresích, úzkostných stavech i v léčení chronické bolesti. (2)

Aromatické látky rostlin – silice vyvolávají biologickou aktivitu, která působí na různých orgánových úrovních a vyvolává určité žádoucí účinky podle druhu použité silice (viz příloha 9). Vůně jsou schopny v těle spouštět určité léčebné procesy. (22)

Olej lze aplikovat na kůži jemnou masáží, může se přidat do koupele či vdechovat jako aerosol. Masáž esenciálním olejem může stimulovat cirkulaci, což následně může zmírnit bolesti. Oleje mohou mít relaxační, nebo stimulační účinky. (4)

Tradiční čínská medicína představuje ucelený systém léčebných i preventivních praktik užívaných v Číně několik tisíciletí. Základními prvky jsou akupunktura, akupresura, bylinná léčba, dietetika a cvičení (taichi, čchi kung). (12)

Tradiční čínská medicína je založena na pochopení nejvyšší síly čchi (životní energie). Čchi oživuje nejen tělo a zemi, ale je energií prostupující celým vesmírem. Vychází se z principu, že každou nemoc, poruchu a obtíže můžeme vysvětlit nerovnováhou čchi. Na rozdíl od převládajícího trendu západní medicíny klade čínské lékařství důraz na prevenci a posilování imunitního systému, který odvrací nebezpečí onemocnění. Čchi vytváří v jednotě jin a jang svět v podobě pěti prvků: dřeva, ohně, země, kovu a vody. Z těchto prvků se skládá rovněž lidský organismus, čímž je zajištěna jeho jednota s vesmírem. Energetické kanály, jimiž čchi proudí v lidském těle

se nazývají meridiány. Čchi se projevuje jako jin (chladno, tma, vnitřek) a jang (teplo, světlo a vnějšek). Čchi je přítomno ve všech protikladech, které nás obklopují, například v jednotě noci a dne, horka a chladu, růstu a úpadku. (24)

#### **1.4 Pracoviště léčby bolesti**

Požadavky na komplexní léčbu bolesti vedly k nutnosti založit nová specializovaná zdravotnická zařízení, kde by spolupracovali odborníci různých lékařských i nelékařských profesí. Pracoviště léčby bolesti (viz příloha 10) se rozdělují do čtyř typů podle toho, jak splňují kritéria stanovená IASP pro náplň činnosti jednotlivých z nich. Vytváří se tak stupňovitá struktura, odpovídající místním možnostem a potřebám. (2)

Čtvrtým typem pracoviště je Ordinace pro léčbu bolesti, která bývá součástí některého odborného oddělení a zaměřuje se na používání určité metody. Třetí typ představuje Poradnu pro léčbu bolesti, kde působí multidisciplinární lékařský tým. Poradna se zaměřuje na ambulantní léčbu chronické bolesti. Druhým typem pracoviště je Oddělení léčby bolesti a první typ představuje Centrum léčby bolesti. Obě tato pracoviště se vyznačují multidisciplinárním týmem a bývají ve fakultních nemocnicích. Rozdíl v těchto dvou pracovištích spočívá ve výzkumné a edukační činnosti, kterými se zabývá Centrum léčby bolesti. (2)

V České republice jsou pracoviště léčby bolesti (viz příloha 11) zřizována podle metodického návodu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Záruka jejich odborné úrovně je garantována Společností pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti. (15)

Zvláštní místo v moderní léčbě bolesti zaujímají speciální pracoviště, tzv. hospice, které jsou zřizovány k tomu, aby poskytly možnost pokojného a důstojného odchodu ze života nemocným v konečných stádiích zhoubných onemocnění, kterým již z hlediska léčby vlastního onemocnění nemůže medicína jinak než paliativně pomoci. (2)



### **1.5 Důvody nedostatečné léčby bolesti**

I přes rozsáhlé možnosti léčby mnoha různými přístupy trpí zbytečně mnoho lidí bolestmi, které lze úspěšně potlačit. Hlavní příčiny můžeme najít ve všech třech základních součástech léčebného procesu. (15)

Příčiny ze strany pacientů: mnozí z nich se domnívají, že jejich bolest nelze léčit, že patří k onemocnění, a nehledají aktivně lékařskou pomoc. Jiní odmítají účinné léky ze strachu, aby se na nich nestali závislí. (15)

Příčiny ze strany zdravotnických pracovníků: někdy jde o nedostatek znalostí z farmakologie a dalších postupů v léčbě bolesti, jindy o obavu z legislativních problémů při předepisování opioidů nebo podcenění stesků pacienta a nedostatečné hodnocení léčby bolesti. Někteří lékaři nevyužívají alternativních postupů léčby, protože jejich účinek nebyl přesvědčivě dokázán. (15)

Zakořeněné obavy z vyvolání závislosti na opioidech a nedostatečná příprava lékařů a sester na možnosti použití opioidů v léčbě nejruznějších druhů bolesti, je příčinou její nedostatečné léčby. (14)

Příčiny ze strany poskytovatelů financí: zdravotní pojišťovny v rámci úsporných opatření některé postupy využívané v léčbě bolesti nehradí. (15)

Odborníci se shodují, že takový postup je krátkozraký. Včasná a účinná léčba bolesti je lacinější než přechod akutního bolestivého stavu do chronicity se všemi důsledky. (15)

### **1.6 Etika a léčba bolesti**

Problém s adekvátní léčbou bolesti vedl k formulaci práv pacientů, které jsou shrnuty do několika zásad. Mezi nejzákladnější patří zásada, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí a právo na včasnou a odbornou léčbu bolesti. (2)

Deklarace IASP (International Association for the Study of Pain) o právech pacientů na adekvátní léčení bolesti shrnuje tato práva do sedmi zásad:

1. Právo na uznání bolesti. Bolest je subjektivní.
2. Právo na hodnocení a léčbu bolesti.

3. Právo na výsledky hodnocení bolesti a právo přizpůsobovat na jejich základě terapii k dosažení efektivní úlevy.
4. Právo na péči poskytovanou profesionály.
5. Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti.
6. Právo na vzdělávání v oblasti efektivních léčebných možností.
7. Právo na vhodný plán léčby po vyčerpání možností akutní neodkladné péče. (2)

### **1.7 Problematika bolesti v sociální oblasti**

Sociální pracovník spolupracuje s lékařem, který by měl pacientovi pomoci při bolesti. Jestliže pacient trpí chronickou bolestí, může jej bolest omezovat při sebeobsluze, aktivitách denního života. Pokud se stane osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, má nárok na příspěvek na péči. Také má možnost zažádat si o poskytování některých druhů sociálních služeb. Služby sociální péče zahrnují terénní formy péče jako je pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby, aj. Tyto služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí. (39)

V rámci sociálního poradenství může sociální pracovník informovat klienta o pracovištích léčby bolesti, zprostředkovat mu kontakt s takovým pracovištěm a tímto způsobem přispět k řešení jeho nepříznivé sociální situace. (39)

Existují u nás agentury domácí péče, které poskytují péči na základě doporučení ošetřujícího lékaře a na základě plánu, který on vypracuje. Tyto agentury nabízejí převážně zdravotnickou péči a sociální pracovníky až na výjimky nezaměstnávají. Pokud poskytují kombinovanou formu péče, označují se u nás jako komplexní domácí péče. (17)

#### **1.7.1 Komunikace sociálního pracovníka s klientem trpícím bolestí**

Dobrá komunikace bezpodmínečně vyžaduje důvěru, úctu a empatii. (32)

Klient se potřebuje někomu svěřit, s někým si popovídat o svých útrapách, starostech a stresech. Proto by měl sociální pracovník klienta pozorně poslouchat,

vyslechnout jej a jeho sdělení nebagatelizovat. Empatie má výrazně pozitivní vliv na tlumení pacientovy bolesti. Sociální pracovník se snaží vžít do klientovy situace. Tím se mu přiblíží a tato blízkost má terapeutický efekt na mírnění klientovy bolesti. Také dobrá míra haptického kontaktu (doteku kůží na kůži, např. podání ruky, pohlázení atp.) má kladný vliv na mírnění pocitu bolesti. Sociální pracovník klientovi takovým haptickým kontaktem sděluje, že ví o jeho prožívání bolesti, že mu je na blízku a že je ochoten pomoci. V psychoterapeutické mluvě tak přejímá roli doprovazeče. Snaží se posílit sebevědomí klienta – sociální pracovník vyjadřuje, že si klienta váží a kladně hodnotí jeho boj s bolestí. Je dobré posilovat vlastní aktivitu a iniciativu klienta v boji s bolestí. Sociální pracovník má především klienta akceptovat, přijmout ho jako člověka sobě rovného (úctyhodného) a takového, jaký je.(7)

Sociální pracovník vytváří vztah ke klientovi, který klientovi umožní hovořit o jeho pocitech otevřeně a v plné důvěře. Snaží se zjistit, jak klient nahlíží na vlastní osobnost. To poskytne určitý klíč jak mu pomoci, aby si poradil se stresem a s bolestí. Vnímá klienta jako partnera, nikoliv jako osobu závislou. Tím mu vnukne jistý pocit kontroly. Bude-li mít klient dojem, že má v rukou určitou kontrolu jak při akutní tak i při chronické bolesti, sníží to intenzitu bolesti a zlepší kvalitu života. Sociální pracovník by měl respektovat klientovy kulturní postoje k bolesti. Není dobré vnášet do situace vlastní subjektivní zkušenosti. Bolest je subjektivní zkušenost klienta. (32)

Komunikace pro sociálního pracovníka znamená spolupodílet se a sdílet se (participare), což je možno jen v určité interpersonální atmosféře a při patřičném vzájemném vztahu. Předpokladem vzájemného porozumění je umění naslouchat. Tím se však rozumí podstatně více nežli jen slyšení toho, co nám druhý člověk říká. Naslouchání je psychologickým procesem. Je v jádru interpretací slyšeného, správným porozuměním sdělovaného. Přitom je zapotřebí zpětnovazebného potvrzení správnosti porozumění. Sociální komunikace představuje dialog a zahrnuje nonverbální stránku sdělení, která je nejbližší emocionálnímu prožitku. Proxemika, posturologie, kinezika, mimika a pohledová činnost přinášejí často právě ta nejdůležitější sdělení o tom, jak se klient cítí, jak mu je a jaké jsou jeho emoce. Sociální pracovník by měl porozumět

klientovi a jeho situaci, i jeho subjektivním představám o zdraví a nemoci. Měl by brát v úvahu kognitivní aspekty – např. představy klienta o tom, proč ho to bolí a čím by se to podle jeho představ dalo či mělo zmírnit či odstranit. (8)

Pokud je to nutné, může sociální pracovník s klientem hrát role, které klientovi umožní přeformulovat jeho konstatování, tak aby vyjadřovala jeho pocity a myšlenky jasněji. (4)

Sociální pracovník by měl znát různé strategie zvládnání bolesti (relaxační, imaginativní techniky), umět je použít nebo je doporučit klientovi. (32)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zmapovat znalosti o možných způsobech léčby bolesti u laické veřejnosti.
2. Zmapovat používání metod tišení bolesti laickou veřejností.

### **2.2 Pracovní hypotézy**

- H 1: Laická veřejnost má informace o analgetické terapii.
- H 2: Laická veřejnost má informace o alternativní terapii léčby bolesti.
- H 3: Laická veřejnost dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií léčby bolesti.

### **3. Metodika**

#### **3.1 *Dotazníková metoda***

Pro zjištění znalostí o možných způsobech léčby bolesti u laické veřejnosti a pro zmapování používání metod tišení bolesti laickou veřejností byla použita anonymní dotazníková metoda, technikou sběru dat byl dotazník, který spadá pod kvantitativní výzkum. Dotazník jsme sestavily na základě svých vědomostí a prostudované literatury.

V dotazníku pro laickou veřejnost bylo položeno celkem 36 otázek. Sedmnáct otázek bylo uzavřených, osmnáct polouzavřených a jedna otevřená. Výzkum byl proveden v měsíci červnu a červenci 2008. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Návratnost činila 66,6 %, tedy 100 dotazníků.

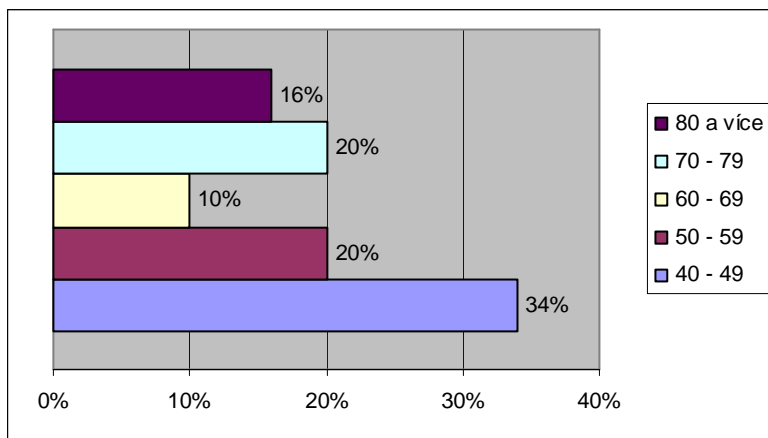
Grafické znázornění bylo provedeno pomocí sloupcových grafů v programu MS Office Excel.

#### **3.2 *Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořila laická veřejnost ve věku nad 40 let. Hranice byla určena z důvodu většího množství zkušeností s bolestí a tedy i rozsáhlejších zkušeností s léčbou bolesti. Výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů.

## 4. Výsledky výzkumu

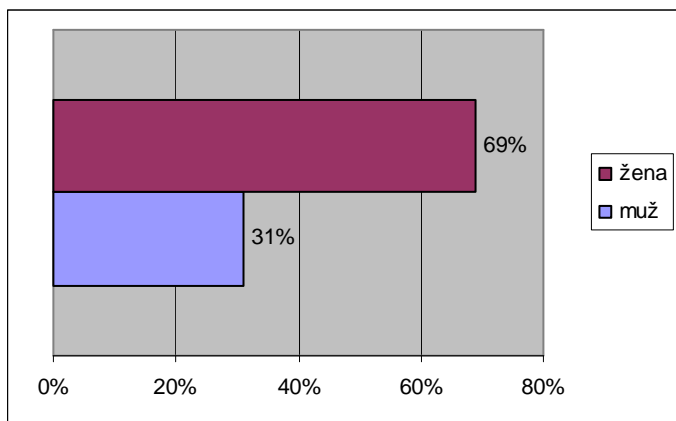
*Graf 1 Věk respondentů*



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů patřilo 34 % respondentů do kategorie 40 – 49 let, 20 % respondentů bylo ve věku 50 – 59 let, 10 % respondentů patřilo do kategorie 60 – 69 let, 20 % respondentů bylo ve věku 70 – 79 let a věková kategorie 80 a více let byla zastoupena 16 % respondentů.

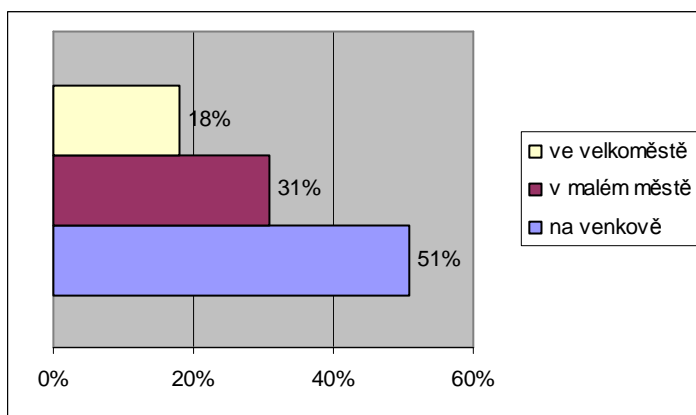
**Graf 2 Pohlaví respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných bylo 69 % respondentů pohlaví ženského a 31 % respondentů pohlaví mužského.

**Graf 3 Místo bydliště**

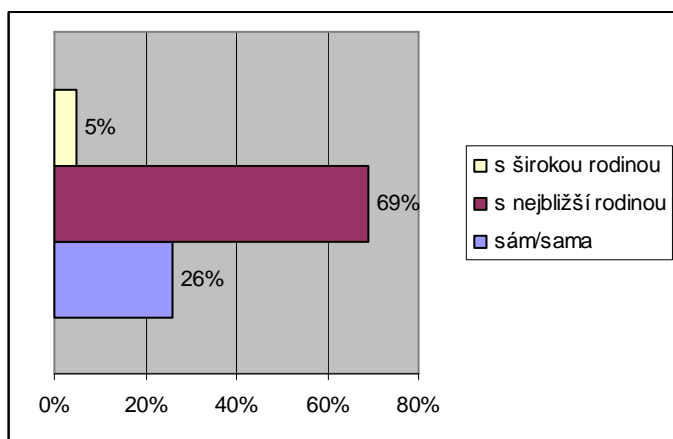


Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných bydlí 51 % respondentů na venkově, 31 % respondentů v malém městě a 18 % respondentů žije ve velkoměstě.



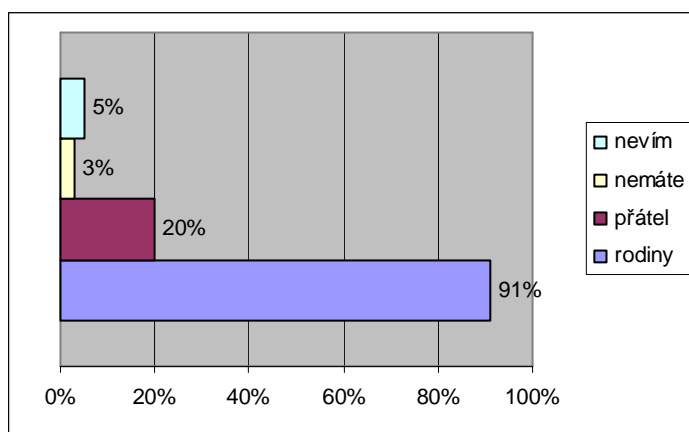
**Graf 4 Rodina**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných žije 26 % respondentů osamocených, 69 % respondentů žije s nejbližší rodinou a 5 % respondentů žije s širokou rodinou.

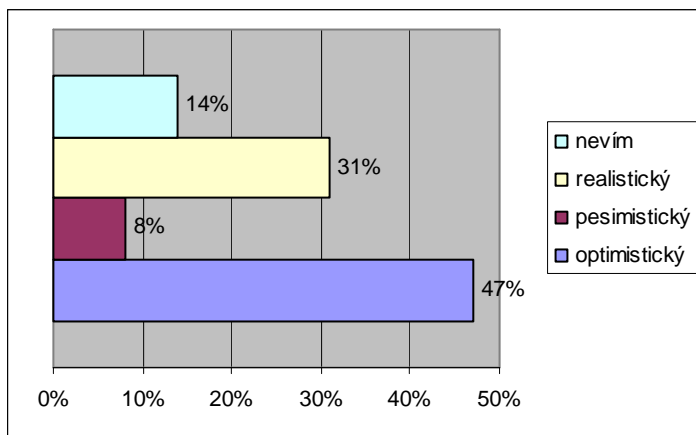
**Graf 5 Podporující zázemí**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných se domnívá 91 % respondentů, že má podporující zázemí rodiny, 20 % respondentů podporují přátele, 3 % respondentů odpověděli, že nemají podporující zázemí a 5 % respondentů neví, zda má podporující zázemí.

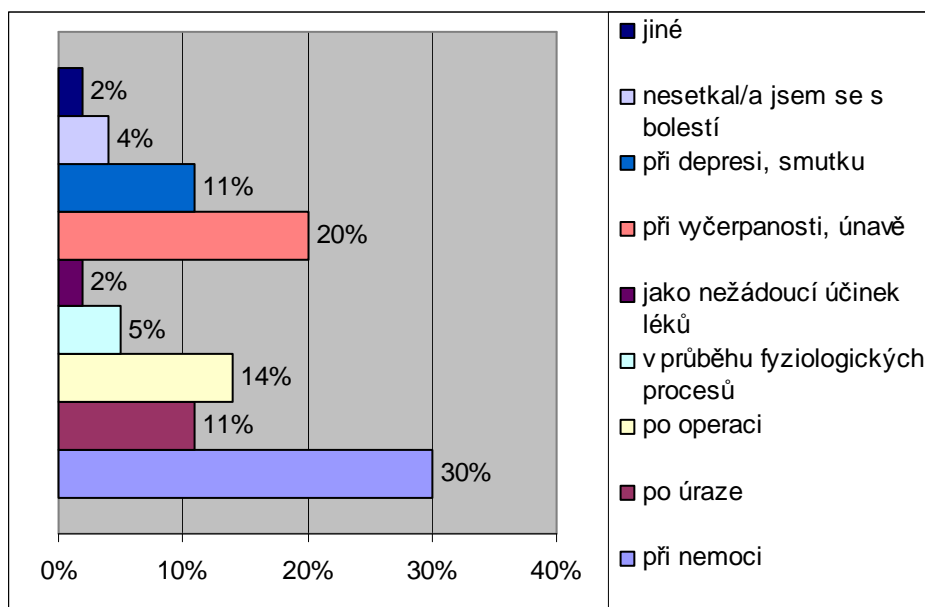
**Graf 6 Postoj k životu**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 47 % respondentů, že jejich převažující postoj k životu je optimistický, 8 % respondentů uvedlo, že jejich převažující postoj k životu je pesimistický, 31 % respondentů se domnívá, že jejich převažující postoj k životu je realistický a 14 % respondentů neví, jaký je jejich převažující postoj k životu.

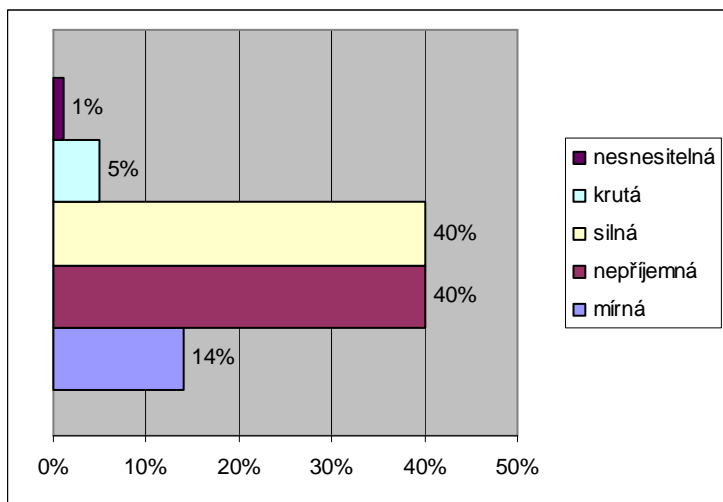
**Graf 7 Zkušenost s bolestí**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 182 odpovědí. 54 respondentů (30 % odpovědí) se s bolestí setkala při nemoci, 37 respondentů (20 % odpovědí) trpí bolestí při vyčerpání a únavě, 26 respondentů (14 % odpovědí) pociťovalo bolest po operaci, 20 respondentů (11 % odpovědí) trpělo bolestí po úraze, 20 respondentů (11 % odpovědí) se s bolestí setkala při depresi, smutku, 10 respondentů (5 % odpovědí) pociťovalo bolest v průběhu fyziologických procesů, 4 respondenti (2 % odpovědí) trpěli bolestí při nežádoucím účinku léků, 7 respondentů (4 % odpovědí) se neseťkalo za poslední 3 roky s bolestí a 4 respondenti (2 % odpovědí) zvolili možnost jiné (bolesti kolen, záda – krční páteř a brnění rukou, artroza a reuma v kolenou a lýtkových kostech, stáří).

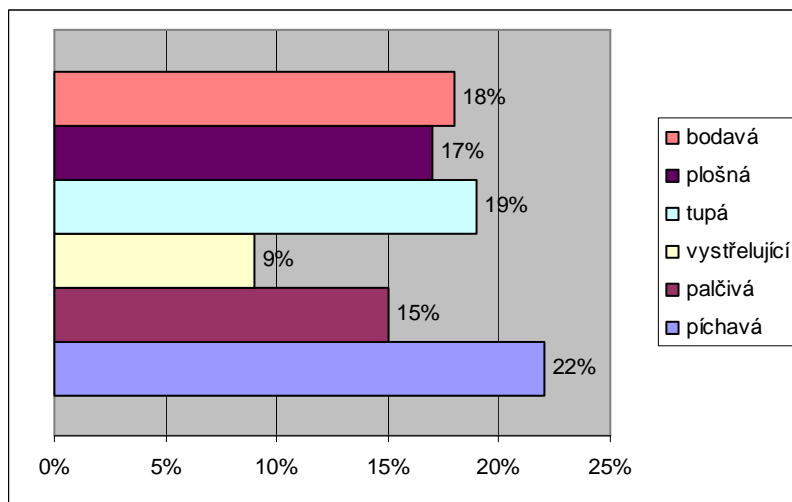
**Graf 8 Intenzita bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 14 % respondentů, že trpí mírnou bolestí, 40 % respondentů uvedlo, že jejich intenzita bolesti je nepříjemná, 40 % respondentů se domnívá, že jejich intenzita bolesti bývá silná, 5 % respondentů trpí krutou bolestí a 1 % respondentů pociťuje nesnesitelnou bolest.

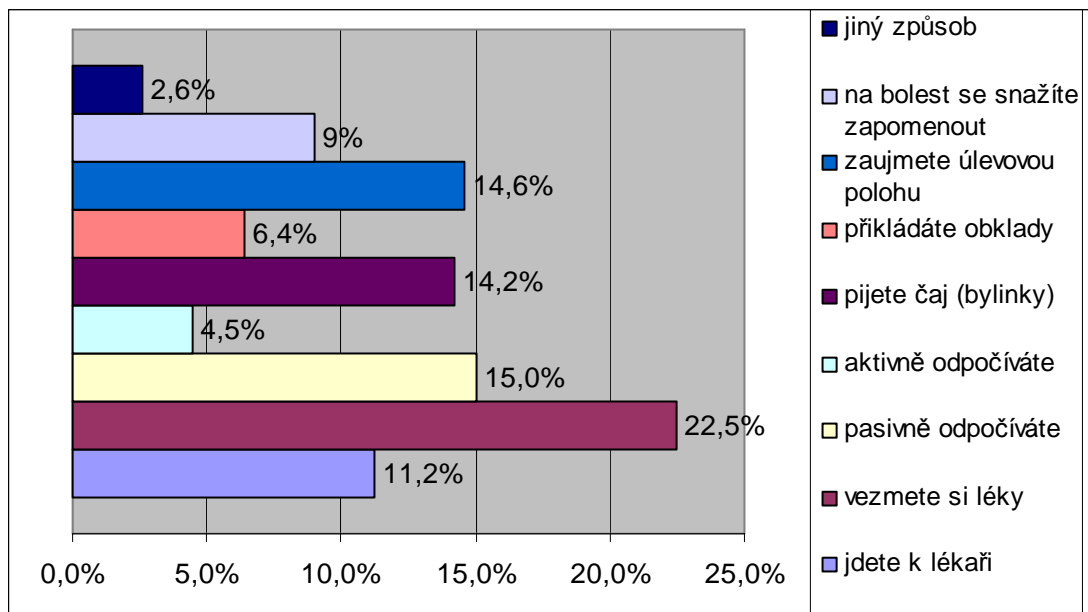
**Graf 9 Charakter bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 22 % respondentů, že jejich bolest bývá píchavá, 15 % respondentů uvedlo, že mívá palčivou bolest, 19 % respondentů se domnívá, že jejich bolest bývá tupá, 18 % respondentů trpí bodavou bolestí, 17 % respondentů si myslí, že jejich bolest bývá plošná a 9 % respondentů mívá vystřelující bolest (uvedli odkud kam: z páteře do boku, ze zad do pravé nohy, do kolen, do dolních končetin, do podbřišku a od kyčle).

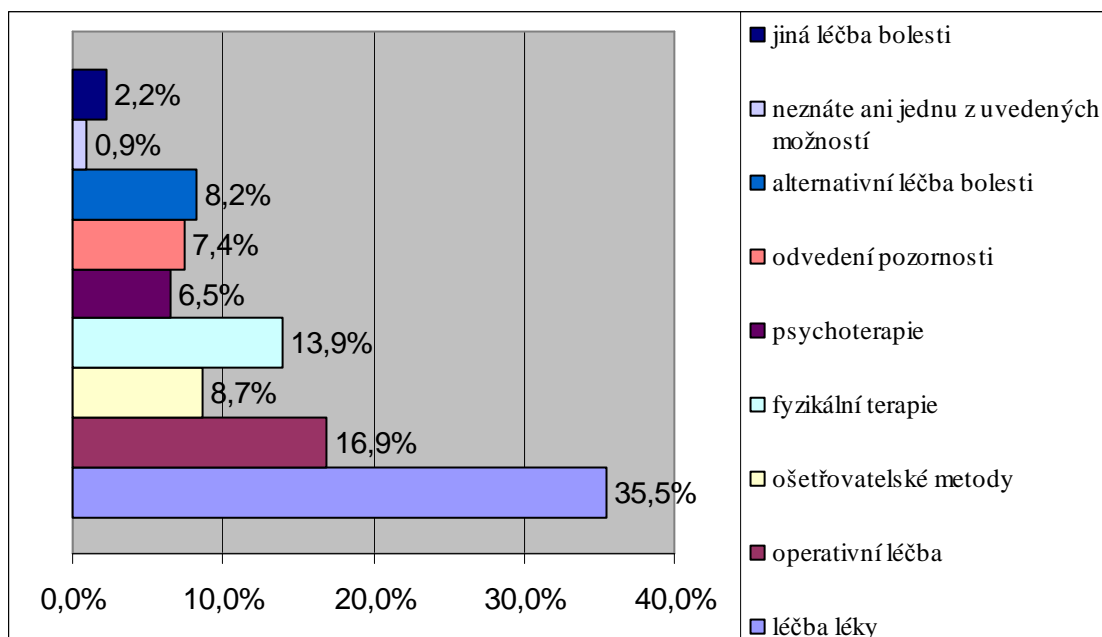
**Graf 10 Činnosti při pociťování bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 267 odpovědí. 30 respondentů (11,2 % odpovědí) jde v případě pociťování bolesti k lékaři, 60 respondentů (22,5 % odpovědí) si vezme léky, 40 respondentů (15 % odpovědí) se snaží odpočívat pasivně, 12 respondentů (4,5 % odpovědí) odpočívá aktivně, 38 respondentů (14,2 % odpovědí) pije čaj (bylinky), 17 respondentů (6,4 % odpovědí) přikládá obklady, 39 respondentů (14,6 % odpovědí) zaujímá úlevovou polohu, 24 respondentů (9 % odpovědí) se na bolest snaží zapomenout a 7 respondentům (2,6 % odpovědí) pomáhá jiný způsob (alternativní léčba, autohypnóza, meditace, vtírání různých gelů a mastí na postižená místa, aplikace masti, alkohol).

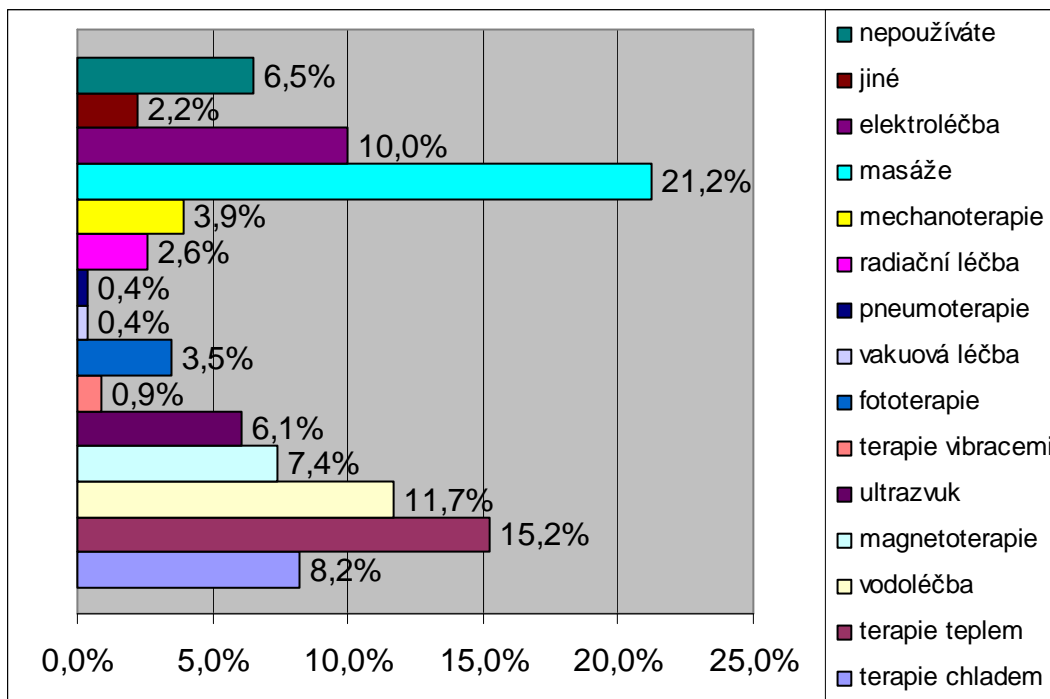
**Graf 11 Znalosti o možnostech léčby bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 231 odpovědí. 82 respondentů (35,5 % odpovědí) zná léčbu léky, 39 respondentů (16,9 % odpovědí) má povědomí o operativní léčbě, 20 respondentů (8,7 % odpovědí) slyšelo o ošetřovatelských metodách, 32 respondentů (13,9 % odpovědí) uvedlo znalost fyzikální terapie, 15 respondentů (6,5 % odpovědí) zná psychoterapii, 17 respondentů (7,4 % odpovědí) má povědomí o odvedení pozornosti, 19 respondentů (8,2 % odpovědí) slyšelo o alternativní léčbě bolesti, 2 respondenti (0,9 % odpovědí) neznají ani jednu z uvedených možností a 5 respondentů (2,2 % odpovědí) zná jinou léčbu bolesti (mazání mastí, cvičení, elastické fixační návleky, magnetové náplasti).

**Graf 12 Používání fyzikální terapie bolesti**

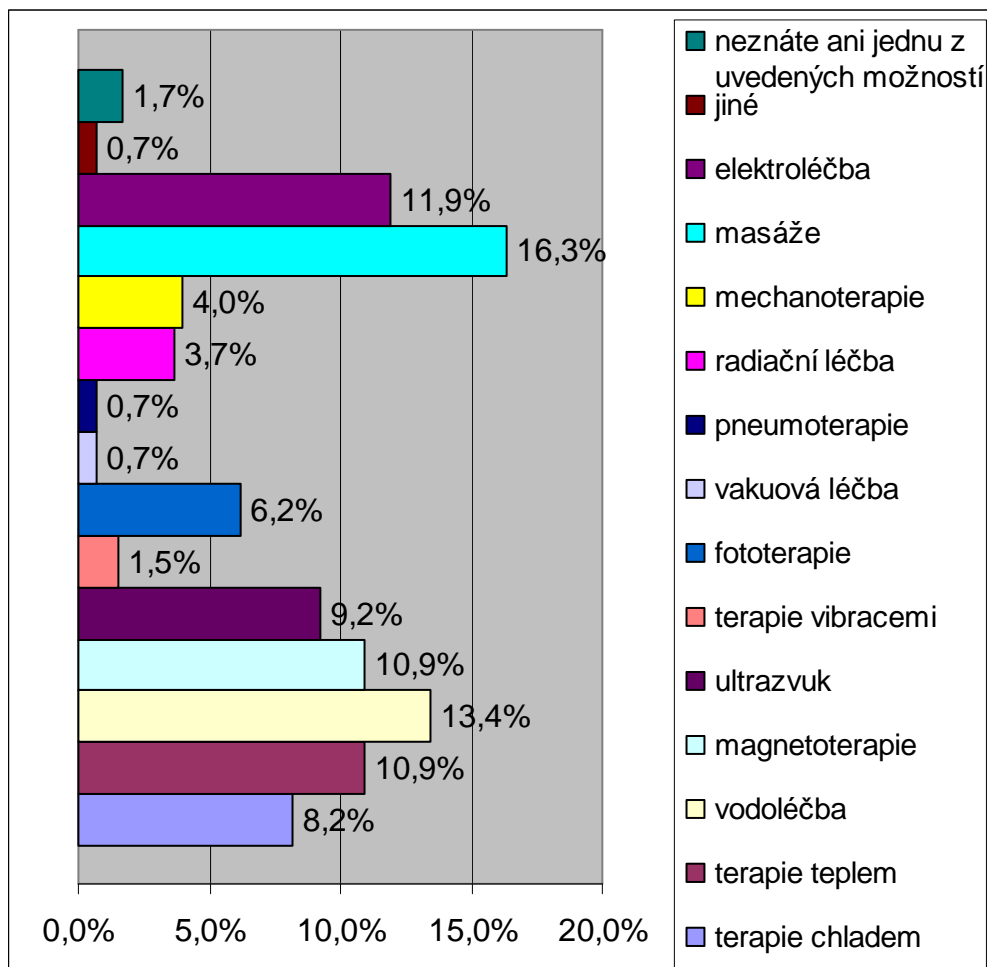


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 231 odpovědí. 19 respondentů (8,2 % odpovědí) používá terapii chladem, 35 respondentů (15,2 % odpovědí) využívá terapii teplem, 27 respondentů (11,7 % odpovědí) používá vodoléčby, 17 respondentů (7,4 % odpovědí) využívá magnetoterapii, 14 respondentů (6,1 % odpovědí) používá ultrazvuk, 2 respondenti (0,9 % odpovědí) využívají terapii vibracemi, 8 respondentů (3,5 % odpovědí) používá fototerapii, 1 respondent (0,4 % odpovědí) využívá vakuovou léčbu, 1 respondent (0,4 % odpovědí) používá pneumoterapii, 6 respondentů (2,6 % odpovědí) využívá radiační léčbu, 9 respondentů (3,9 % odpovědí) používá mechanoterapii, 49 respondentů (21,2 % odpovědí) využívá masáže, 23 respondentů (10 % odpovědí) používá elektroléčbu, 5 respondentů (2,2 % odpovědí) využívá jinou fyzikální terapii bolesti (cvičení, lázně, namažu mastí, ležím, ergoterapie) a 15 respondentů (6,5 % odpovědí) nepoužívá fyzikální terapii bolesti.



**Graf 13 Znalost forem fyzikální terapie bolesti**

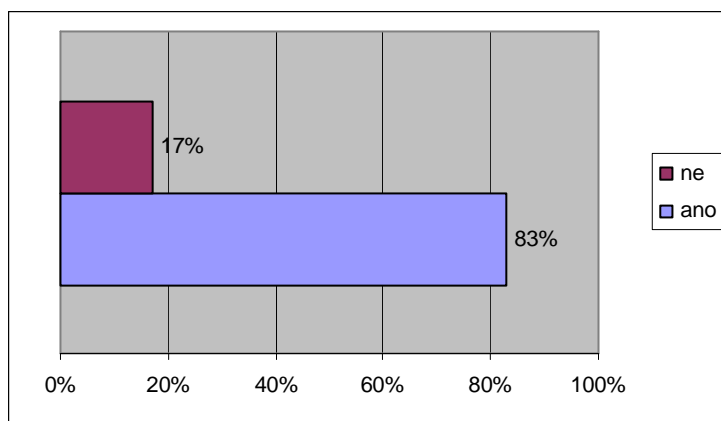


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 404 odpovědí. 33 respondentů (8,2 % odpovědí) zná terapii chladem, 44 respondentů (10,9 % odpovědí) má povědomí o terapii teplem, 54 respondentů (13,4 % odpovědí) slyšelo o vodoléčbě, 44 respondentů (10,9 % odpovědí) uvedlo znalost magnetoterapie, 37 respondentů (9,2 % odpovědí) zná ultrazvuk, 6 respondentů (1,5 % odpovědí) má povědomí o terapii vibracemi, 25 respondentů (6,2 % odpovědí) slyšelo o fototerapii, 3 respondenti (0,7 % odpovědí) uvedli znalost vakuové léčby, 3 respondenti (0,7 % odpovědí) znají pneumoterapii, 15 respondentů (3,7 % odpovědí) má povědomí o radiační léčbě, 16 respondentů (4 % odpovědí) slyšelo

o mechanoterapii, 66 respondentů (16,3 % odpovědí) uvedlo znalost masáží, 48 respondentů (11,9 % odpovědí) zná elektroléčbu, 3 respondenti (0,7 % odpovědí) znají jinou fyzikální terapii bolesti (cvičení, akupunktura, bylinné masti) a 7 respondentů (1,7 % odpovědí) nezná ani jednu z uvedených možností.

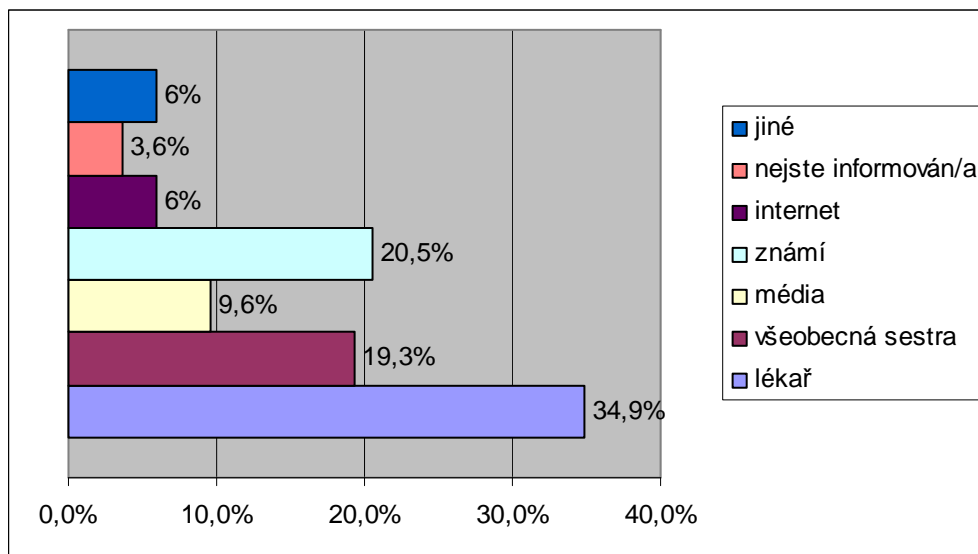
**Graf 14 Užívání analgetik**



Zdroj: vlastní výzkum

Za poslední 3 roky užívalo 83 % respondentů analgetika a 17 % respondentů neužívalo analgetika. Respondenti, kteří užívali analgetika si vzpomněli na tyto léky: 16 respondentů uvedlo Ibalgin, 6 respondentů uvedlo Ibuprofen, 6 respondentů uvedlo Algifen, 6 respondentů uvedlo Coxtral, 8 respondentů uvedlo Paralen, 5 respondentů uvedlo Tramal, 5 respondentů uvedlo Valetol, 5 respondentů uvedlo Aulin, 4 respondenti uvedli Acylpyrin, 4 respondenti uvedli Tralgit, 3 respondenti uvedli Ataralgin, 3 respondenti uvedli Dolmina, 3 respondenti uvedli Apo – ibuprofen, 2 respondenti uvedli Alnagon, 2 respondenti uvedli Dolgit, 2 respondenti uvedli Panadol, 2 respondenti uvedli Recoxa, 2 respondenti uvedli Indometacin, dále respondenti uvedli Olfen, Brufen, Melavis, Migrenal, Modafen, Mydokalm, Lomax, Monoflam, Protradon, UNO, Viprosal, Magnesium Laktici, Nimesil – Voltadyn injekce, Tegredol, Apo – diclo, Guajacuran, Surgam, Boiron, Magnaghat, Torecan.

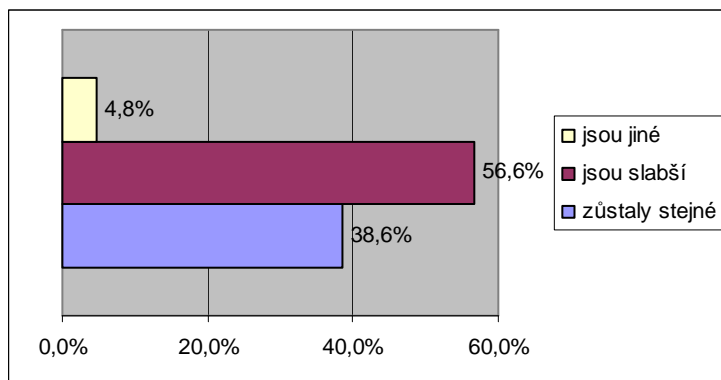
**Graf 15 Informování o analgetické terapii**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 83 respondentů, kteří uvedli, že užívali za poslední 3 roky léky proti bolesti, odpovědělo 29 respondentů (34,9 % odpovědí), že jim podává informace o analgetické terapii lékař, 16 respondentů (19,3 % odpovědí) informuje těmito informacemi všeobecná sestra, 8 respondentů (9,6 % odpovědí) získává informace z médií, 17 respondentů (20,5 % odpovědí) je informováno od známých, 5 respondentů (6 % odpovědí) čerpá informace o analgetické terapii prostřednictvím internetu, 3 respondenti (3,6 % odpovědí) nejsou informováni o analgetické terapii a 5 respondentů (6 % odpovědí) má informace o analgetické terapii od někoho jiného (rodina, odborná kniha, lékárna, tisk).

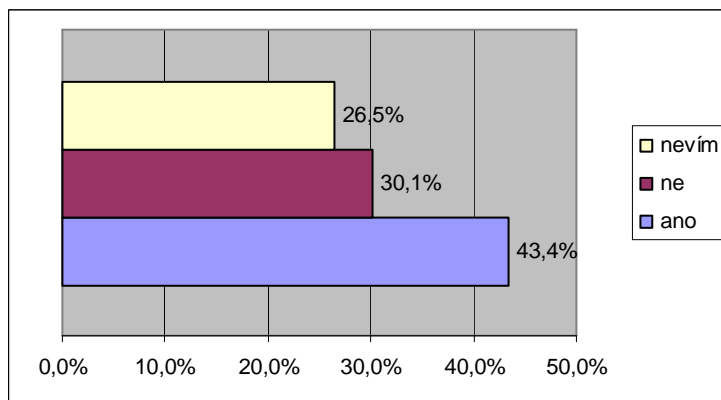
**Graf 16 Změna bolesti ve vztahu k užívaným lékům proti bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 83 respondentů, kteří uvedli, že užívali za poslední 3 roky léky proti bolesti, odpovědělo 32 respondentů (38,6 % odpovědí), že jejich bolesti zůstaly stejné. 47 respondentů (56,6 % odpovědí) se domnívá, že jejich bolesti jsou slabší ve vztahu k užívaným lékům proti bolesti a 4 respondenti (4,8 odpovědí) uvedli, že jejich bolesti jsou jiné.

**Graf 17 Informování všeobecnými sestrami o užívání analgetik**

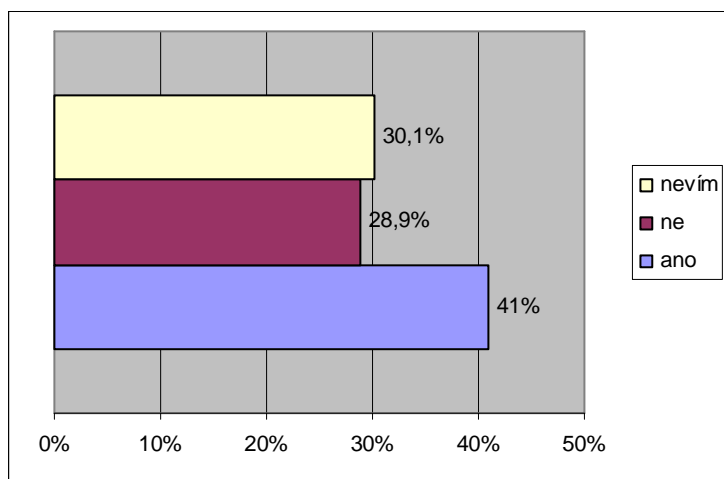


Zdroj: vlastní výzkum

Z 83 respondentů, kteří uvedli, že užívali za poslední 3 roky léky proti bolesti, odpovědělo 36 respondentů (43,4 % odpovědí), že je všeobecná sestra informuje o užívání analgetik. 25 respondentů (30,1 % odpovědí) se domnívá, že jim všeobecná

sestra nepodává informace o užívání analgetik a 22 respondentů (26,5 % odpovědí) neví, zda je všeobecnou sestrou informováno o užívání analgetik.

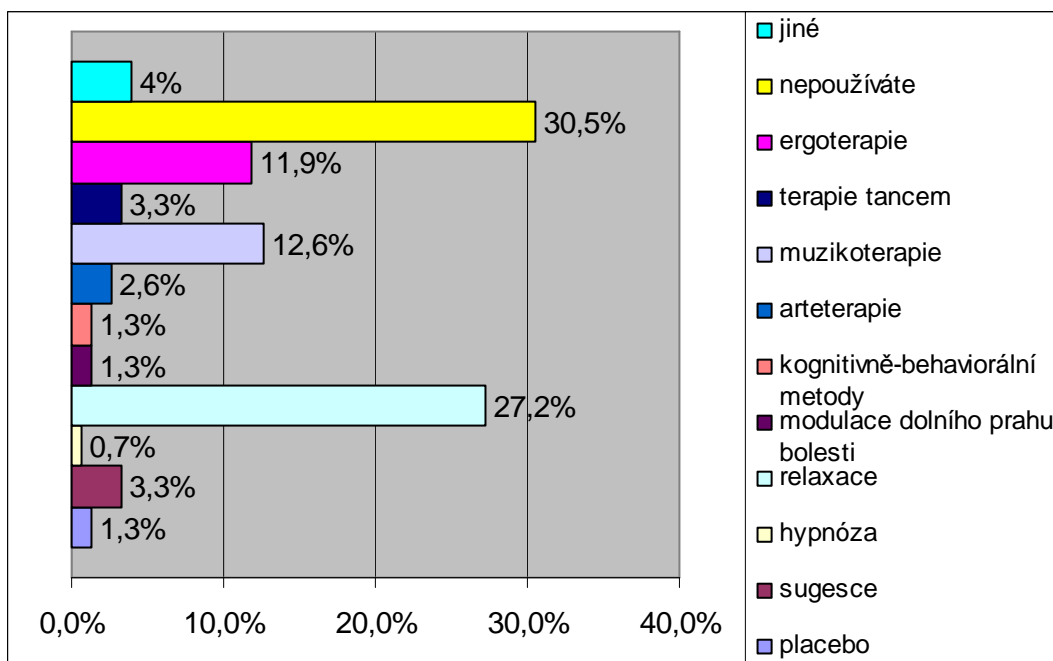
**Graf 18 Informování všeobecnými sestrami o komplikacích užívání analgetik**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 83 respondentů, kteří uvedli, že užívali za poslední 3 roky léky proti bolesti, odpovědělo 34 respondentů (41 % odpovědí), že je všeobecná sestra informuje o komplikacích užívání analgetik. 24 respondentů (28,9 % odpovědí) se domnívá, že jim všeobecná sestra nepodává informace o komplikacích užívání analgetik a 25 respondentů (30,1 % odpovědí) neví, zda je všeobecnou sestrou informováno o komplikacích užívání analgetik.

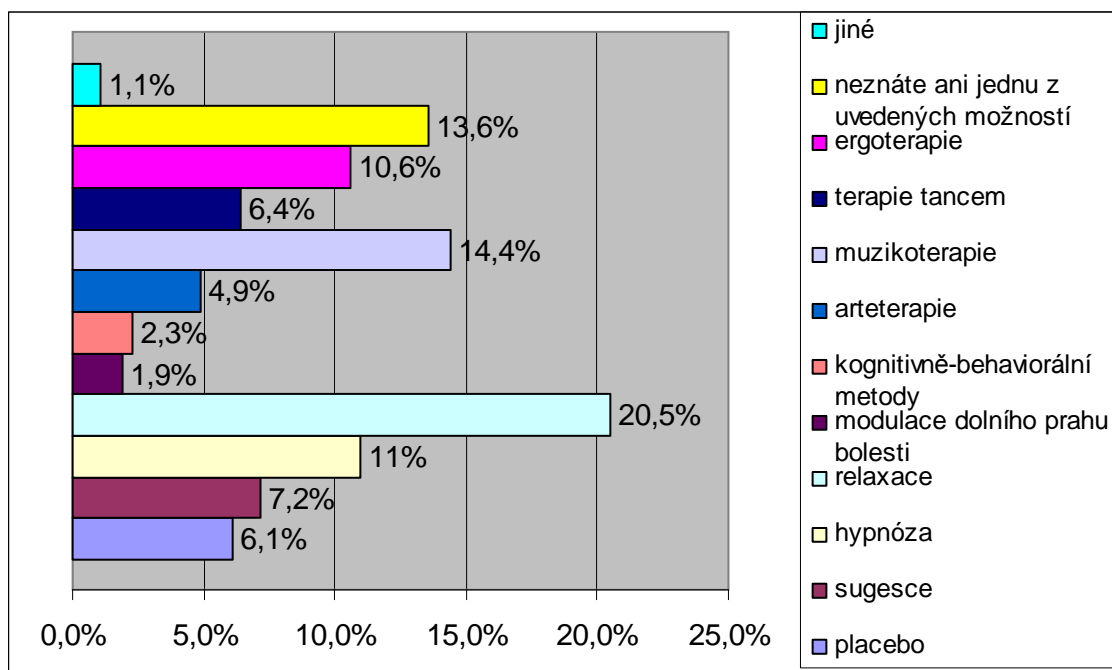
**Graf 19 Používání psychoterapie bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 151 odpovědí. 2 respondenti (1,3 % odpovědí) používají placebo, 5 respondentů (3,3 % odpovědí) využívá sugesci, 1 respondent (0,7 % odpovědí) používá hypnózu, 41 respondentů (27,2 % odpovědí) využívá relaxaci, 2 respondenti (1,3 % odpovědí) používají modulaci dolního prahu bolesti, 2 respondenti (1,3 % odpovědí) využívají kognitivně-behaviorální metody, 4 respondenti (2,6 % odpovědí) používají arteterapii, 19 respondentů (12,6 % odpovědí) využívá muzikoterapii, 5 respondentů (3,3 % odpovědí) používá terapii tancem, 18 respondentů (11,9 % odpovědí) využívá ergoterapii, 46 respondentů (30,5 % odpovědí) nepoužívá žádnou z forem psychoterapie bolesti a 6 respondentů (4 % odpovědí) používá jinou psychoterapii bolesti (plavání, cyklistika, léčivá síla přírody, léky, čtu si, ráda zpívám, cvičení).

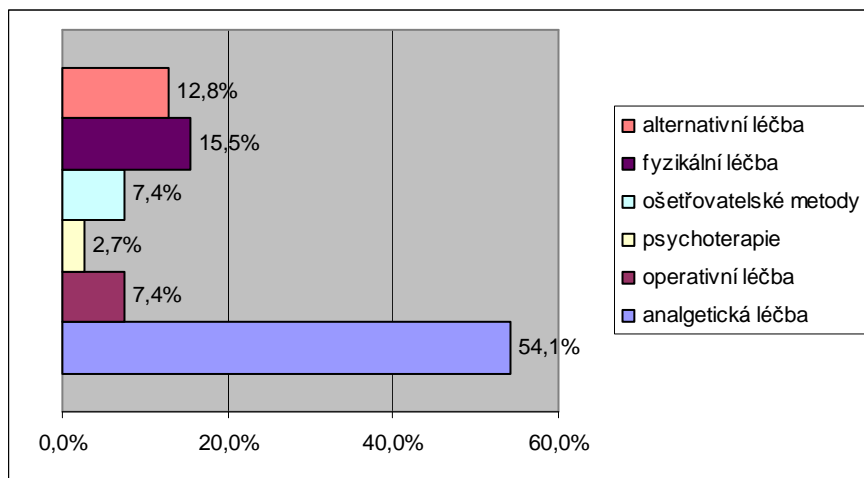
**Graf 20 Znalost forem psychoterapie bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 264 odpovědí. 16 respondentů (6,1 % odpovědí) zná placebo, 19 respondentů (7,2 % odpovědí) má povědomí o sugesci, 29 respondentů (11 % odpovědí) slyšelo o hypnóze, 54 respondentů (20,5 % odpovědí) uvedlo znalost relaxace, 5 respondentů (1,9 % odpovědí) zná modulaci dolního prahu bolesti, 6 respondentů (2,3 % odpovědí) má povědomí o kognitivně-behaviorálních metodách, 13 respondentů (4,9 % odpovědí) slyšelo o arteterapii, 38 respondentů (14,4 % odpovědí) uvedlo znalost muzikoterapie, 17 respondentů (6,4 % odpovědí) zná terapii tancem, 28 respondentů (10,6 % odpovědí) má povědomí o ergoterapii, 36 respondentů (13,6 % odpovědí) nezná ani jednu z uvedených možností a 3 respondenti (1,1 % odpovědí) uvedli znalost jiné psychoterapie bolesti (čtení knihy, časopisu, čtu si ráda knížky zamilované, cvičení).

**Graf 21** Upřednostňování druhu léčby bolesti

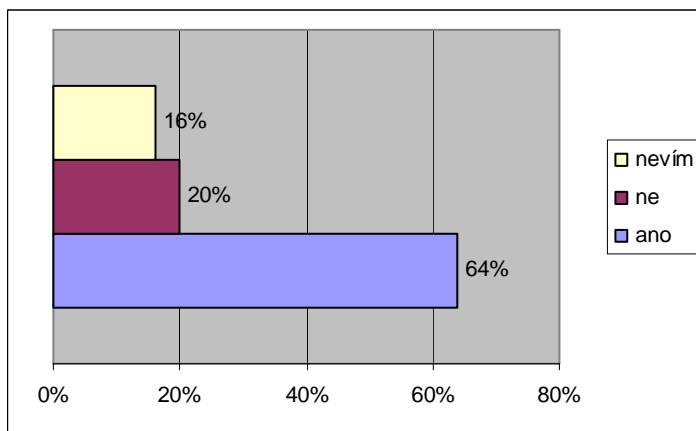


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 148 odpovědí. 80 respondentů (54,1 % odpovědí) upřednostňuje analgetickou léčbu, 11 respondentů (7,4 % odpovědí) dává přednost operativní léčbě bolesti, 4 respondenti (2,7 % odpovědí) preferují psychoterapii bolesti, 11 respondentů (7,4 % odpovědí) dává přednost ošetřovatelským metodám, 23 respondentů (15,5 % odpovědí) upřednostňuje fyzikální léčbu bolesti a 19 respondentů (12,8 % odpovědí) preferuje alternativní léčbu bolesti.



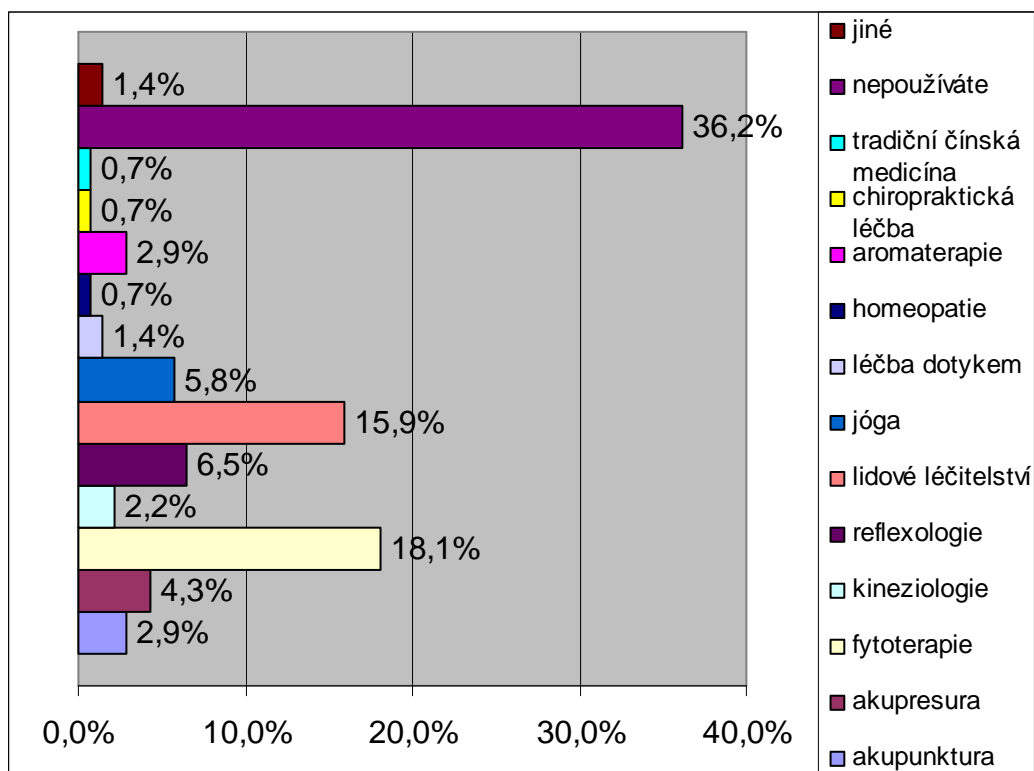
**Graf 22** *Upřednostňování analgetické terapie před alternativní terapií bolesti*



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 64 % respondentů, že dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti, 20 % respondentů nedává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti a 16 % respondentů neví, zda dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti.

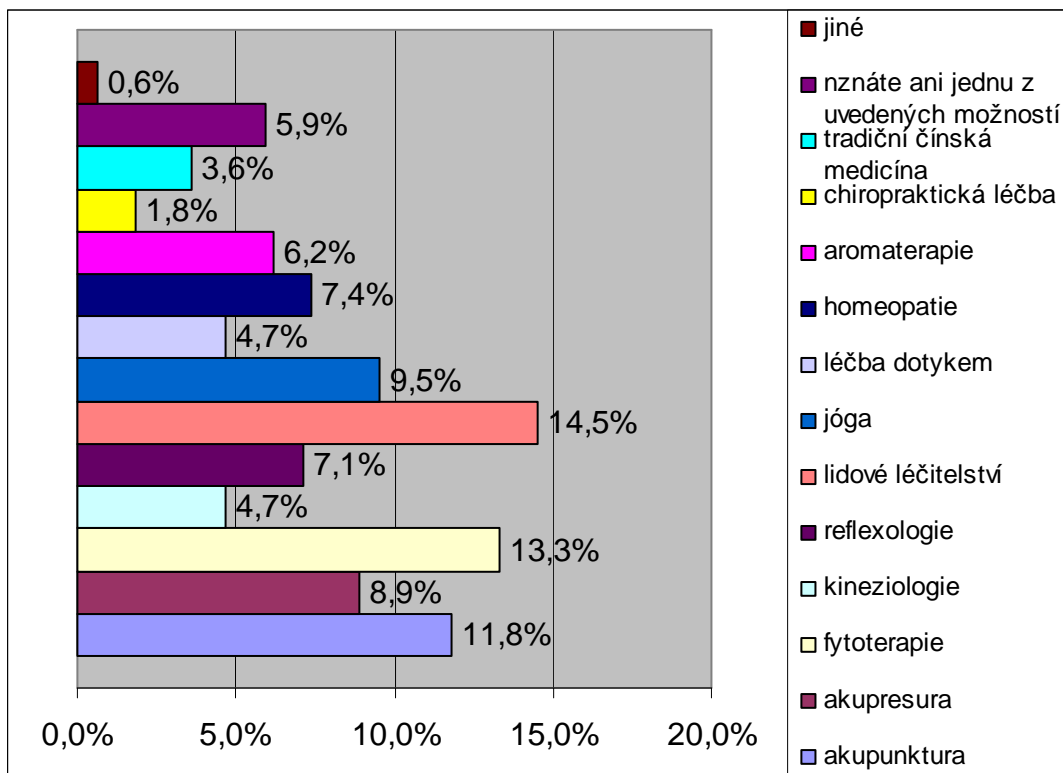
**Graf 23 Používání alternativní terapie bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 138 odpovědí. 4 respondenti (2,9 % odpovědí) používají akupunkturu, 6 respondentů (4,3 % odpovědí) používá akupresuru, 25 respondentů (18,1 % odpovědí) využívá fytotherapii, 3 respondenti (2,2 % odpovědí) používají kineziologii, 9 respondentů (6,5 % odpovědí) využívá reflexologii, 22 respondentů (15,9 % odpovědí) používá lidové léčitelství, 8 respondentů (5,8 % odpovědí) využívá jógu, 2 respondenti (1,4 % odpovědí) používají léčbu dotykem, 1 respondent (0,7 % odpovědí) využívá homeopatii, 4 respondenti (2,9 % odpovědí) používají aromaterapii, 1 respondent (0,7 % odpovědí) využívá chiropraktickou léčbu, 1 respondent (0,7 % odpovědí) používá tradiční čínskou medicínu, 50 respondentů (36,2 % odpovědí) nepoužívá alternativní terapii bolesti a 2 respondenti (1,4 % odpovědí) využívají jinou alternativní terapii bolesti (cvičení, bylinné masti).

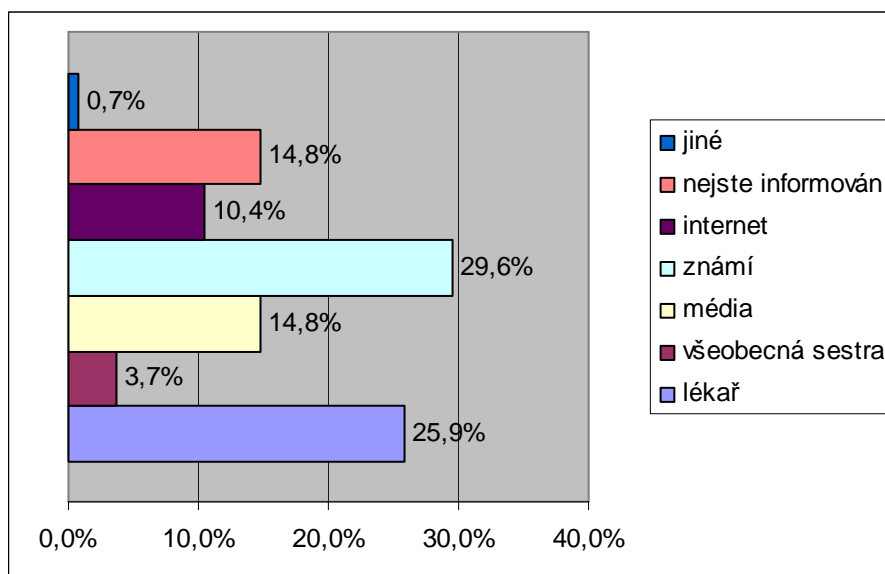
**Graf 24 Znalost forem alternativní terapie bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 338 odpovědí. 40 respondentů (11,8 % odpovědí) zná akupunkturu, 30 respondentů (8,9 % odpovědí) má povědomí o akupresuře, 45 respondentů (13,3 % odpovědí) slyšelo o fytoterapii, 16 respondentů (4,7 % odpovědí) odpovědělo, že zná kineziologii, 24 respondentů (7,1 % odpovědí) má povědomí o reflexologii, 49 respondentů (14,5 % odpovědí) zná lidové léčitelství, 32 respondentů (9,5 % odpovědí) slyšelo o józe, 16 respondentů (4,7 % odpovědí) zná léčbu dotykem, 25 respondentů (7,4 % odpovědí) má povědomí o homeopatii, 21 respondentů (6,2 % odpovědí) slyšelo o aromaterapii, 6 respondentů (1,8 % odpovědí) se domnívá, že zná chiropraktickou léčbu, 12 respondentů (3,6 % odpovědí) má znalost tradiční čínské medicíny, 20 respondentů (5,9 % odpovědí) nezná ani jednu z uvedených forem alternativní terapie bolesti a 2 respondenti (0,6 % odpovědí) znají jinou alternativní terapii bolesti (bylinné masti).

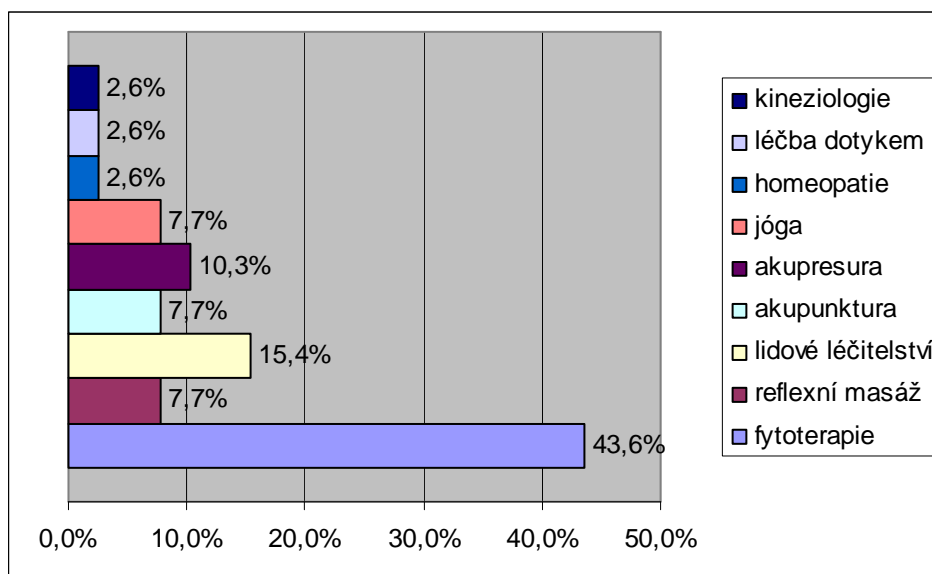
**Graf 25 Informování o alternativní terapii bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 135 odpovědí. 35 respondentů (25,9 % odpovědí) je o alternativní terapii bolesti informováno lékařem, 5-ti respondentům (3,7 % odpovědí) podává informace o alternativní terapii bolesti všeobecná sestra, 20 respondentů (14,8 % odpovědí) je o alternativní terapii bolesti informováno médii, 40-ti respondentům (29,6 % odpovědí) podávají informace o alternativní terapii bolesti známí, 14 respondentů (10,4 % odpovědí) informuje o alternativní terapii bolesti internet, 20 respondentů (14,8 % odpovědí) není informováno o alternativní terapii bolesti a 1 respondent (0,7 % odpovědí) je o alternativní terapii bolesti informován jiným způsobem (z doslechu).

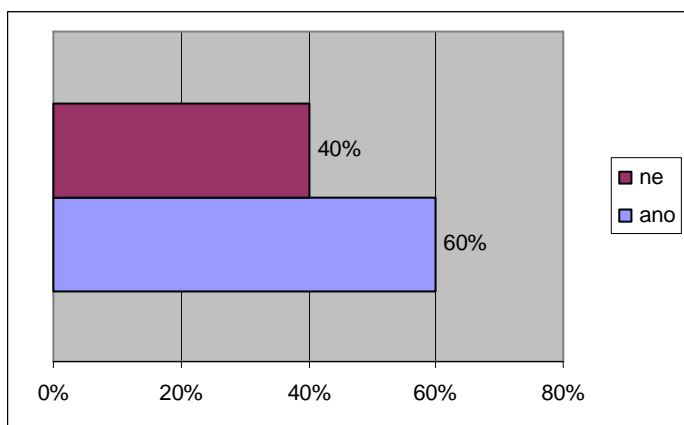
**Graf 26 Zkušenost a spokojenost s alternativní terapií bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 24 respondentů ze 100 dotázaných, 100 % tvořilo 39 odpovědí. 17 respondentů (43,6 % odpovědí) vyzkoušelo fytoterapii a je s ní spokojeno, 3 respondenti (7,7 % odpovědí) mají zkušenost s reflexní masáží a jsou s touto terapií spokojeni, 6 respondentů (15,4 % odpovědí) vyjádřilo spokojenost s lidovým léčitelstvím, 3 respondenti (7,7 % odpovědí) mají kladné zkušenosti s akupunkturou, 4 respondenti (10,3 % odpovědí) uvedli spokojenost s akupresurou, 3 respondenti (7,7 % odpovědí) vyzkoušeli jógu a jsou s ní spokojeni, 1 respondent (2,6 % odpovědí) má zkušenost s homeopatií a je s ní spokojen, 1 respondent (2,6 % odpovědí) vyjádřil spokojenost s léčbou dotykem a 1 respondent (2,6 % odpovědí) má kladnou zkušenost s kineziologií.

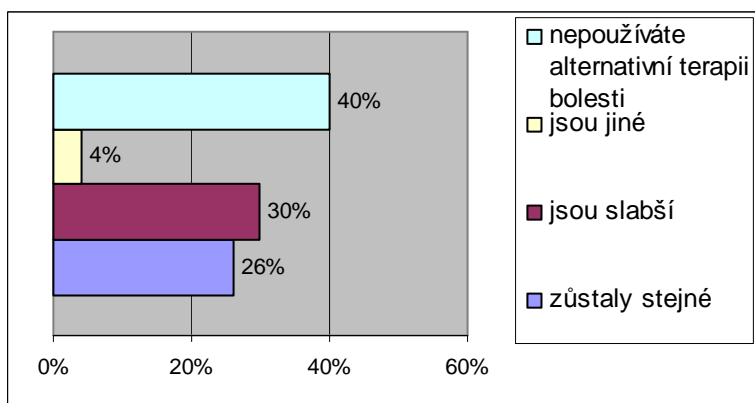
**Graf 27 Uznávání alternativní terapie bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 60 % respondentů, že uznává alternativní terapii bolesti a 40 % respondentů uvedlo, že neuznává alternativní terapii bolesti.

**Graf 28 Změna bolesti ve vztahu k alternativní terapii bolesti**

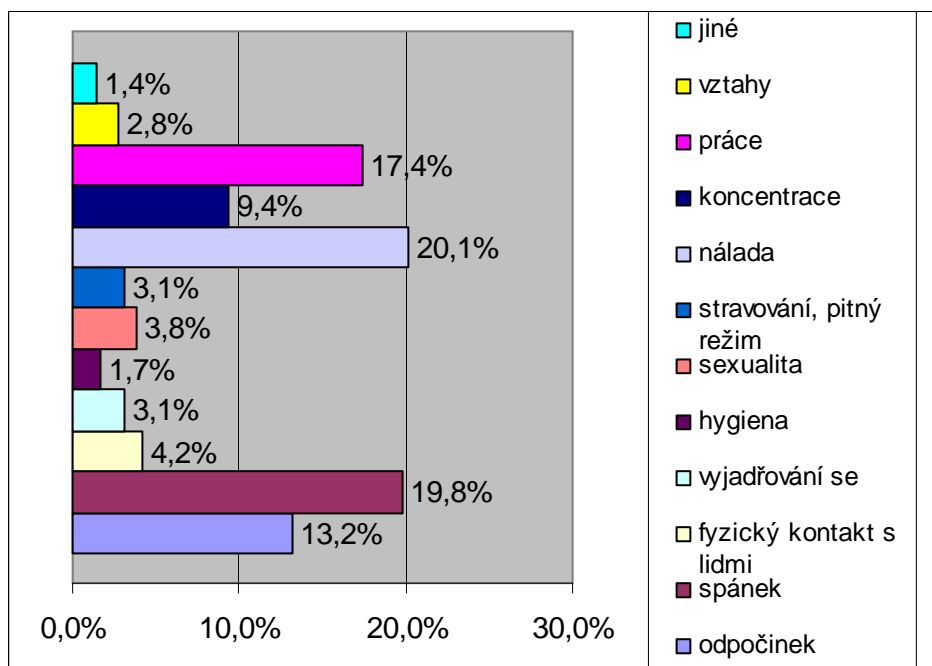


Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 26 % respondentů, že jejich bolesti zůstaly stejné ve vztahu k používání alternativní terapie bolesti, 4 % respondentů uvedli, že jejich bolesti jsou jiné ve vztahu k používání alternativní terapie bolesti,

30 % respondentů se domnívá, že jejich bolesti jsou slabší ve vztahu k používání alternativní terapie bolesti a 40 % respondentů nepoužívá alternativní terapii bolesti.

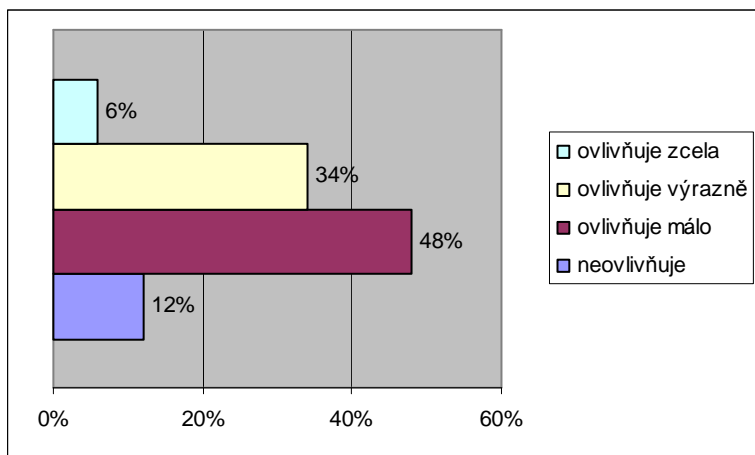
**Graf 29 Omezování bolestí v aspektech života**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 288 odpovědí. 38 respondentů (13,2 % odpovědí) omezuje bolest v odpočinku, 57 respondentů (19,8 % odpovědí) je omezováno bolestí při spánku, 12 respondentů (4,2 % odpovědí) omezuje bolest při fyzickém kontaktu s lidmi, 9 respondentů (3,1 % odpovědí) je omezováno bolestí při vyjadřování, 5 respondentů (1,7 % odpovědí) omezuje bolest při hygieně, 11 respondentů (3,8 % odpovědí) je omezováno bolestí v sexualitě, 9 respondentů (3,1 % odpovědí) omezuje bolest při stravování a pitném režimu, 27 respondentů (9,4 % odpovědí) je omezováno bolestí v koncentraci, 58 respondentů (20,1 % odpovědí) omezuje bolest jejich náladu, 50 respondentů (17,4 % odpovědí) je omezováno bolestí v práci, 8 respondentů (2,8 % odpovědí) omezuje bolest jejich vztahy a 4 respondenti (1,4 % odpovědí) jsou omezováni bolestí v jiných aspektech života (v chůzi, pohybu, při sportu).

**Graf 30 Ovlivňování bolestí v denním životě**

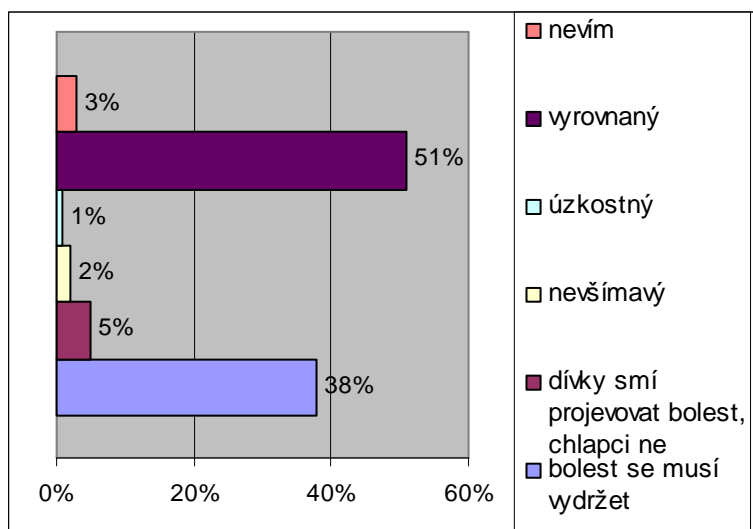


Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 6 % respondentů, že je bolest ovlivňuje zcela v denním životě, 34 % respondentů uvedlo, že je bolest ovlivňuje výrazně v denním životě, 48 % respondentů se domnívá, že je bolest ovlivňuje málo v denním životě a 12 % respondentů si myslí, že je bolest v denním životě neovlivňuje.



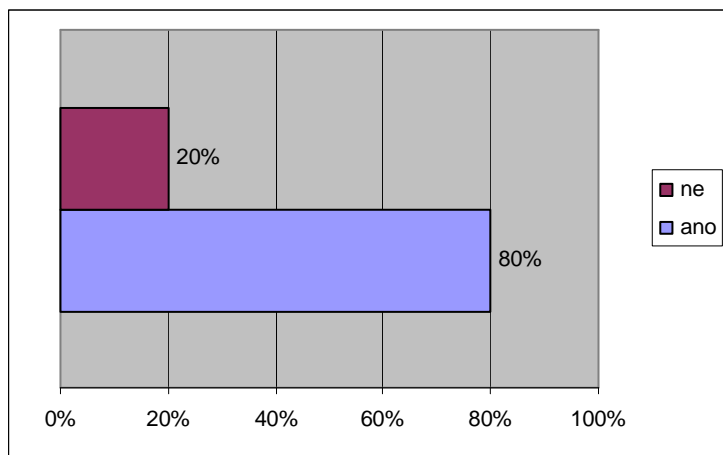
**Graf 31 Postoj k bolesti v rodině**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 38 % respondentů, že v jejich rodině, kde byli vychováváni, převažoval postoj k bolesti typu, že se bolest musí vydržet. 5 % respondentů uvedlo, že v jejich rodině, kde byli vychováváni, převažoval postoj k bolesti typu, že dívky smí projevovat bolest, chlapci ne. 2 % respondentů se domnívá, že v jejich rodině, kde byli vychováváni, převažoval nevšímavý postoj k bolesti. 1 % respondentů uvedlo, že v jejich rodině, kde byli vychováváni, převažoval úzkostný postoj k bolesti. 51 % respondentů si myslí, že v jejich rodině, kde byli vychováváni, převažoval vyrovnaný postoj k bolesti a 3 % respondentů neví, jaký postoj převažoval v rodině, kde byli vychováváni.

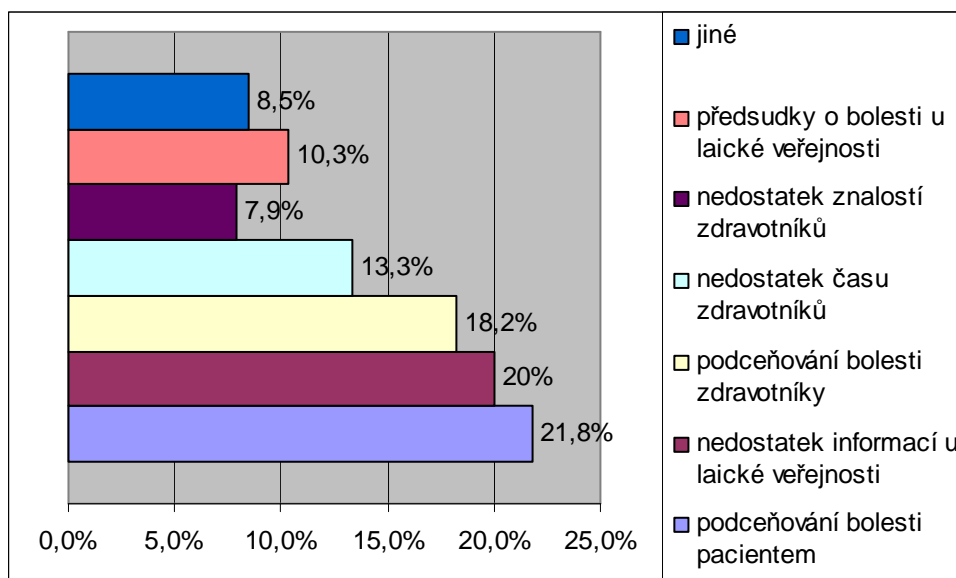
**Graf 32 Dostatečná ošetrovatelská péče všeobecných sester při bolestech**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 80 % respondentů, že je dostatečně ošetřováno v rámci ošetrovatelské péče všeobecných sester, pokud mají bolesti. 20 % respondentů uvedlo, že není dostatečně ošetřováno v rámci ošetrovatelské péče všeobecných sester, pokud mají bolesti a z těchto 20 % uvedli 4 respondenti tyto názory: „Jsem nepochopena. Jak kdy, někdy je to lepší, jindy horší. Málo sester, málo času. Sestry mi nikdy nepomohly, jsou spíše na papírování“.

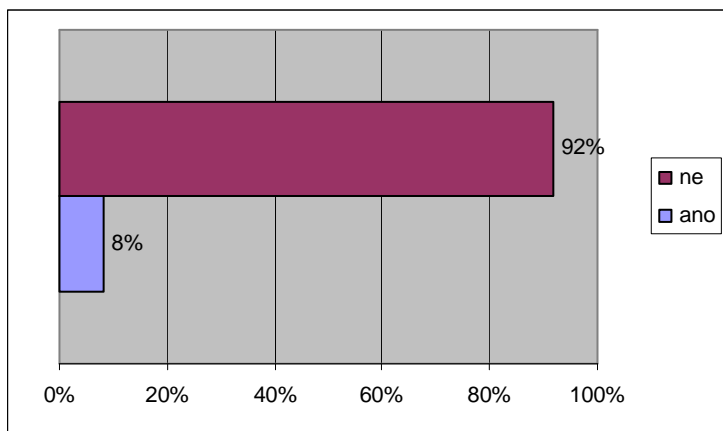
**Graf 33 Příčiny nedostatečné léčby bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost více odpovědí. Odpovídalo 100 respondentů, 100 % tvořilo 165 odpovědí. 36 respondentů (21,8 % odpovědí) vidí příčinu nedostatečné léčby bolesti v podceňování bolesti pacientem, 33 respondentů (20 % odpovědí) se domnívá, že důvodem nedostatečné léčby bolesti je nedostatek informací u laické veřejnosti, 30 respondentů (18,2 % odpovědí) si myslí, že příčinou nedostatečné léčby bolesti je podceňování bolesti zdravotníky, 22 respondentů (13,3 % odpovědí) vidí příčinu nedostatečné léčby bolesti v nedostatku času zdravotníků, 13 respondentů (7,9 % odpovědí) uvedlo jako příčinu nedostatečné léčby bolesti nedostatek znalostí u zdravotníků, 17 respondentů (10,3 % odpovědí) se domnívá, že důvodem nedostatečné léčby bolesti jsou přetrvávající předsudky vůči bolesti u laické veřejnosti a 14 respondentů (8,5 % odpovědí) si myslí, že nedostatečné léčba bolesti má jinou příčinu (8 respondentů neví a 6 respondentů uvedlo: „Zdravotnické poplatky. O starší pacienty nemají zájem, říkají to je stáří. Často slyším, ve vašem věku se s problémy musíte smířit. Nezájem. Nedostatek peněz na poplatky u lékaře a hlavně v lékárně.“).

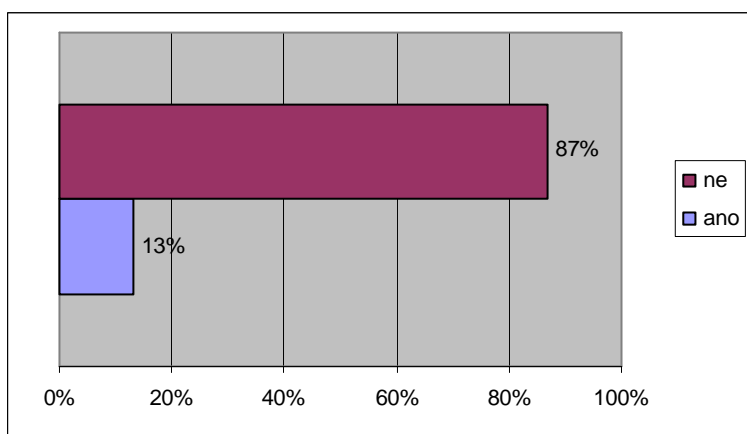
**Graf 34 Přesvědčení o trpění bolesti z důvodu náboženského**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 8 % respondentů, že je toho přesvědčení, že se má bolest vytrpět z důvodu náboženského. 92 % respondentů není toho přesvědčení, že se má bolest vytrpět z důvodu náboženského.

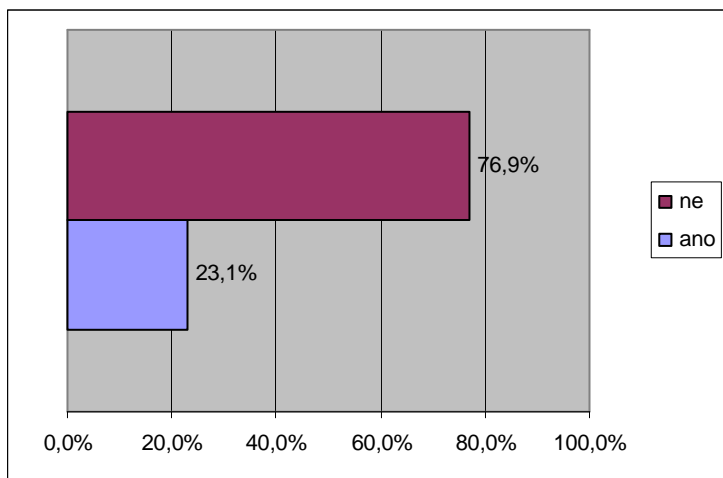
**Graf 35 Znalost Centra léčby bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100 % (100) dotázaných odpovědělo 13 % respondentů, že zná zařízení, které se nazývá Centrum léčby bolesti, 87 % respondentů uvedlo, že nezná zařízení, které se nazývá Centrum léčby bolesti.

**Graf 36 Zkušenost navštívení Centra léčby bolesti**



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 13 respondentů, kteří uvedli znalost Centra léčby bolesti, odpověděli 3 respondenti (23,1 % odpovědí), že navštívili Centrum léčby bolesti. 10 respondentů (76,9 % odpovědí) uvedlo znalost Centra léčby bolesti, ale nenavštívili toto zařízení.

## 5. Diskuse

Ve výzkumu jsem sledovala, do jaké míry je laická veřejnost informována o možnostech léčby bolesti (analgetické terapii, fyzikální terapii, psychoterapii a alternativní terapii) a kdo jim podává informace o analgetické terapii a alternativní terapii bolesti. Dále jak jsou terapie bolesti laickou veřejností využívány, které terapie upřednostňují a zda mají kladnou zkušenost s alternativní terapií bolesti. Také mne zajímaly názory laické veřejnosti na nedostatečnou léčbu bolesti a znalost Centra léčby bolesti. Hodnocení bylo prováděno pomocí dotazníku u laické veřejnosti ve věku nad 40 let. Dotazník obsahoval sedmnáct otázek uzavřených, osmnáct polouzavřených a jedna otázka byla otevřená.

Prvních šest otázek bylo identifikačních, dotazovaly se na věk respondentů, pohlaví, bydliště, zda žijí s rodinou či osamoceni, zda mají podporující zázemí a jaký je jejich převažující postoj k životu.

Výzkumný soubor tvořilo nejvíce respondentů (34 %) ve věku 40-49 let, po 20 % byly zastoupeny kategorie 50-59 let a 60-69 let. 16 % respondentů bylo ve věku 80 a více let a 10 % reprezentovalo věkovou kategorii 60-69 let. Pro hodnocení intenzity bolesti jsem použila v dotazníku Melzackovu škálu. (viz příloha 3) V otázce 8, ptající se na intenzitu bolesti, odpověděli respondenti stejnou měrou 40 %, že mívají nepříjemnou nebo silnou bolest, 14 % respondentů pociťuje mírnou bolest, 5 % respondentů trpí krutou bolestí a 1 % respondentů uvedlo, že má nesnesitelnou bolest. Z toho se dá usuzovat, že s přibývajícím věkem se tolerance bolesti zvyšuje, jak uvádí literatura.(34)

Polovina respondentů (51 %) pochází z venkova, 31 % žije v malém městě a 18 % respondentů obývá velkoměsto. Domnívala jsem se, že respondenti z venkova budou spíše preferovat nefarmakologickou terapii bolesti a alternativní terapii bolesti, ale výsledky výzkumu jsou odlišné. I lidé na venkově nejčastěji užívají analgetika.

Zajímá mne vztah mezi intenzitou bolesti a sociální rovinou bolesti. Převážná většina respondentů žije s nejbližší rodinou (69 %) a má podporující zázemí rodiny (91 %), přitom optimistický postoj k životu vyjádřila téměř polovina (47 %) respondentů, 14 % respondentů pociťuje mírnou bolest a 40 % respondentů uvedlo

v dotazníku nepříjemnou bolest. 26 % respondentů žije osamoceno, 20 % respondentů se domnívá, že má podporující zázemí přátel a 31 % respondentů vyjádřilo realistický postoj k životu, 40 % respondentů uvedlo v dotazníku silnou bolest. 5 % respondentů žije s širokou rodinou, 3 % respondentů uvedlo, že nemá podporující zázemí a 5 % respondentů neví, zda má podporující zázemí, 8 % respondentů vyjádřilo pesimistický postoj k životu a 14 % respondentů neví, jaký je jejich převažující postoj k životu, 5 % respondentů trpí krutou bolestí a 1 % respondentů pociťuje nesnesitelnou bolest. Z výsledků otázky 4, 5, 6 a 8 usuzuji, že lidé, kteří žijí se svojí rodinou a mají podporující zázemí v životě, lépe zvládají bolest a také vnímají bolest menší intenzitou. Lidé, kteří žijí sami a přitom je velkou měrou podporují přátelé, také se mohou dobře vyrovnávat se subjektivním prožitkem jakým je bolest. Pouze 3 % respondentů nemají podporující zázemí a jen 8 % respondentů vyjádřilo pesimistický postoj k životu, přitom se odrazilo malé zastoupení procent v pociťování kruté (5 %) a nesnesitelné (1 %) bolesti.

V dotazníku jsem se na rodinu dotazovala ještě z jednoho aspektu. Ve zvládání bolesti hraje důležitou roli také postoj k bolesti, který respondent vstřebal v rodině, kde byl vychováván. V odpovědích převládá vyrovnaný postoj k bolesti (51 %), také velkým počtem procent byl zastoupen postoj k bolesti typu: bolest se musí vydržet (38 %), 5 % respondentů uvedlo postoj k bolesti typu: dívky smí projevovat bolest, chlapci ne, 2 % respondentů odpovědělo, že v jejich rodině byl nevšímavý, lhostejný postoj k bolesti, 1 % respondentů vyjádřilo úzkostný postoj k bolesti a 3 % respondentů uvedlo, že neví jaký postoj k bolesti převládá v jejich rodině.

Spirituální hledisko vnímání bolesti jsem zahrнула do otázky 34. Výpovědi dokazují, že stále přetrvává chybné přesvědčení u laické veřejnosti. 8 % respondentů uvedlo, že je toho přesvědčení, že se má bolest vytrpět z důvodu náboženského. 92 % respondentů nesouhlasilo s tímto tvrzením. V teorii se zabývám Křesťanským hlediskem vnímání bolesti (viz kapitola 1.1.9) a odhalila jsem původ vzniku takového přesvědčení. Je známo, že duchovní rozměr člověka má též vliv na prožitek bolesti a utrpení. V Křesťanské etice se objevuje společenská představa bolesti jako trestu, jehož pokorné snášení vede k odpuštění hříchů a k vykoupení. (2) Profesor Ševčík uvádí

ve své knize, že Křesťané zdůrazňují pozitivní hodnotu bolesti.(33) Nesprávný důraz na bolest jako úděl Křesťana může být chápán ve významu, kdy vzepřít se bolesti je vzpoura proti Bohu.(10) Na druhou stranu se často stává, že víra lidem trpícím bolestí je jistou berličkou a pomáhá jim udržovat si vnitřní klid i v těžkých chvílích svého života. Pomocí víry je možné vysvětlit si smysl své bolesti subjektivním pohledem. Pokud je například bolest bez organické příčiny, zamýšlí se člověk nad životním stylem, který vedl a mnohdy jej taková situace přivede na přehodnocení jeho dosavadních postojů, hodnot a myšlenkových procesů. Kognitivní zpracování smyslu bolesti je přirozenou součástí zvládnání bolesti.

První hypotézu: „Laická veřejnost má informace o analgetické terapii“, ověřuje otázka 15, 17 a 18. Nejvíce respondentů, 29 z 83, kteří užívali za poslední 3 roky analgetika, informuje o analgetické terapii lékař, 17 respondentů získává tyto informace od známých a 16-ti respondentům podává informace všeobecná sestra. Přitom na otázku, zda jsou informováni všeobecnou sestrou o užívání analgetik, odpovědělo ano 36 respondentů z 83. Na otázku, zda je všeobecná sestra informuje o komplikacích užívání analgetik, uvedlo ano 34 respondentů z 83. Zkreslení odpovědí přisuzují přehlédnutí otázky a vyššímu věku respondentů. Z těchto výsledků je patrné, že laická veřejnost důvěřuje více zkušenostem s analgetiky svému okolí, než informování všeobecnou sestrou. Možná k této skutečnosti přispělo zavedení poplatků u lékaře a tedy větší užívání analgetik dostupných bez receptu, ekonomicky výhodnějších.

Druhou hypotézu: „Laická veřejnost má informace o alternativní terapii bolesti“, potvrzuje otázka 23, 24, 25, 26 a 27. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že je nejvíce rozšířeno povědomí o lidovém léčitelství, o akupunktuře a o akupresuře (viz Graf 24). 20 respondentů ze 100 nezná žádnou metodu alternativní terapie bolesti. Informace o alternativní terapii bolesti získává laická veřejnost nejvíce (40 respondentů) od známých, dále je informuje lékař (35 respondentů), z médií čerpá informace o alternativní terapii bolesti 20 respondentů, internet využívá k informování o této terapii 14 respondentů, všeobecná sestra informuje pouze 5 respondentů a 20 respondentů ze 100 není informováno o alternativní terapii bolesti. Respondenti měli možnost více odpovědí. Je potěšující, že tolik respondentů informuje lékař, z této



skutečnosti vyplývá, že se začíná prosazovat myšlenka kombinace typů léčby bolesti a že lékaři považují alternativní terapii bolesti jako doplněk klasické léčby bolesti. Je škoda, že komplexní náhled na terapii bolesti nemají všeobecné sestry, jak vyplynulo z mého výzkumu. K odlišnému výsledku dospěla studentka Příbylová ve své bakalářské práci v roce 2005. Uvádí, že všeobecná sestra se umístila na druhém místě, jako zdroj informací o alternativní medicíně.(27) Studentka prováděla výzkum v nemocnici Příbram na různých odděleních a neměla věkově omezen výzkumný soubor. To může být důvod, proč v mém výzkumu, který byl určen laické veřejnosti nad 40 let, vyšla všeobecná sestra tak nízko v podávání informací o alternativní terapii bolesti.

Na možnosti, co respondenti dělají v případě pocíťování bolesti byla určena otázka 10. Respondenti měli možnost více odpovědí. Nejvíce respondentů, 60 ze 100 si vezme léky, potom 40 respondentů odpočívá pasivně, 39 respondentů zaujme úlevovou polohu, 38 respondentů pije čaj (bylinky), 24 respondentů se na bolest snaží zapomenout, 17 respondentů přikládá obklady, 12 respondentů odpočívá aktivně, 7 respondentů zvolilo možnost jiné a uvedli tři typy odpovědí: alternativní léčba, autohypnóza a meditace, vtírání gelů a mastí na postižená místa, alkohol. Již tyto odpovědi potvrzují třetí hypotézu : „Laická veřejnost dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti“. Tuto hypotézu dokládá přímo otázka 22, kde 64 % respondentů uvedlo, že dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti, 20 % respondentů neupřednostňuje analgetickou terapii před alternativní terapií bolesti a 16 % respondentů neví, zda dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti. Otázka 21 se ptala respondentů obšírněji, jakou léčbu bolesti upřednostňují. Respondenti měli možnost více odpovědí. 80 respondentů upřednostňuje analgetickou terapii, 23 respondentů dává přednost fyzikální terapii bolesti, 19 respondentů preferuje alternativní terapii bolesti, 11 respondentů upřednostňuje ošetřovatelské metody k tišení bolesti a ve stejném zastoupení dávají respondenti přednost operativní léčbě bolesti, jen 4 respondenti preferují psychoterapii bolesti. Tyto výsledky dokazují, že většina laické veřejnosti upřednostňuje léky v tišení bolesti, ale kombinuje toto řešení i s nefarmakologickými metodami tišení bolesti.

Cílem práce bylo zmapovat znalosti o možných způsobech léčby bolesti u laické veřejnosti. Tyto znalosti jsem zjišťovala v otázce 11, 13, 20 a 24. Respondenti měli možnost více odpovědí. Analgetickou léčbu zná 82 respondentů ze 100. Znalost operativní léčby bolesti uvedlo 39 respondentů. O fyzikální terapii bolesti má povědomí 32 respondentů. 20 respondentů zná ošetrovatelské metody, 19 respondentů slyšelo o alternativní terapii bolesti, 17 respondentů uvedlo znalost odvedení pozornosti a psychoterapii bolesti zná 15 respondentů. 5 respondentů má povědomí o jiné léčbě bolesti a uvedli tyto odpovědi: mazání masť, cvičení, elastické fixační návleky a magnetové náplasti. 2 respondenti neznají žádnou léčbu bolesti.

V rámci fyzikální terapie bolesti zná laická veřejnost nejvíce masáže (66 respondentů), vodoléčbu (54 respondentů), elektroléčbu (48 respondentů). Respondenti měli možnost více odpovědí (viz Graf 11).

V rámci psychoterapie bolesti zná laická veřejnost v sestupném pořadí relaxaci (54 respondentů), muzikoterapii (38 respondentů), hypnózu (29 respondentů), ergoterapii (28 respondentů), sugesci (19 respondentů), terapii tancem (17 respondentů), placebo (16 respondentů), arteterapii (13 respondentů), kognitivně behaviorální metody (6 respondentů), modulaci dolního prahu bolesti (5 respondentů), jinou psychoterapii bolesti uvedli 3 respondenti (cvičení, čtení knihy, časopisu, čtu si ráda knížky zamilované) a 36 respondentů nezná žádnou psychoterapii bolesti. Z odpovědí je patrné, že laická veřejnost zná metody ergoterapie, aniž by si toho byla vědoma.

Domnívám se, že první cíl práce byl splněn. Podařilo se mi zmapovat znalosti laické veřejnosti o možných způsobech léčby bolesti. Rozsah zjištěných znalostí je myslím, dost velký na to, aby o sebe laická veřejnost pečovala komplexně podle charakteru jednotlivé individuality, pokud bude trpět bolestí. Druhým cílem práce bylo zmapovat používání metod tišení bolesti laickou veřejností.

V rámci fyzikální terapie bolesti používá laická veřejnost nejvíce masáže (49 respondentů), terapii teplem (35 respondentů), vodoléčbu (27 respondentů). Respondenti měli možnost více odpovědí (viz Graf 12).

V porovnání výsledků výzkumu studentky Příbylové a mých, je jasné, že se masáže těší velké oblibě. V roce 2005 byly druhou nejčastěji používanou metodou a v mém výzkumu se umístily na prvním místě v používání laickou veřejností. (27)

V rámci psychoterapie bolesti využívá laická veřejnost nejvíce relaxaci (41 respondentů), muzikoterapii (19 respondentů), ergoterapii (18 respondentů), sugesci (5 respondentů), terapii tancem (5 respondentů), arteterapii (4 respondenti), placebo (2 respondenti), kognitivně behaviorální metody (2 respondenti), modulaci dolního prahu bolesti (2 respondenti), hypnózu (1 respondent), jinou psychoterapii bolesti uvedlo 6 respondentů (cvičení, čtu si, ráda zpívám, léky, plavání, cyklistika, léčivá síla přírody) a 46 respondentů nevyužívá žádnou psychoterapii bolesti. Respondenti měli možnost více odpovědí. Z odpovědí je patrné, že laická veřejnost využívá metody ergoterapie, přestože je nezařadí pod příslušnou kategorii nabízených možností.

V rámci alternativní terapie bolesti užívá laická veřejnost nejvíce fytoterapii (25 respondentů), lidové léčitelství (22 respondentů), reflexologii (9 respondentů), jógu (8 respondentů). Respondenti měli možnost více odpovědí (viz Graf 23).

Mé výsledky výzkumu jsou odlišné od výsledků studentky Příbylové. Uvádí, že nejfrekventovanější metody alternativní medicíny využití pacienty v sestupném pořadí jsou: homeopatie, masáže, akupunktura a jóga.(27) Myslím si, že mé výsledky ovlivnili respondenti oslovení na venkově, kde jsou spíše dostupné tradiční české alternativní metody jako je fytoterapie a lidové léčitelství.

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že polovina respondentů (50) používá alternativní terapii bolesti a 60 % ji uznává. Spokojenost s alternativní terapií bolesti vyjádřilo 24 % respondentů a uvedlo kladné zkušenosti s těmito metodami: fytoterapie, reflexní masáž, lidové léčitelství, akupunktura, akupresura, jóga, homeopatie, léčba dotykem a kineziologie.

67 % respondentů studentky Příbylové využilo během svého života některou z metod alternativní medicíny a 68 % s takovou metodou bylo spokojeno. Uvádí, že metody alternativní medicíny mohou mít své místo v odstraňování komplikací, jakými jsou bolest, poruchy spánku, pohybové obtíže. 36 pacientů z 53 by metodu alternativní medicíny použilo k odstranění bolesti. (27)

Problém bolesti je komplexním fenoménem, se kterým by měli umět zacházet nejen zdravotníci, ale také sociální pracovníci. Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že pouze 12 % respondentů bolest v denním životě neovlivňuje, 48 % respondentů bolest ovlivňuje málo v denním životě, 34 % respondentů bolest ovlivňuje výrazně v denním životě a 6 % respondentů bolest ovlivňuje zcela v denním životě (viz Graf 30). Z toho vyplývá, že bolest může člověka omezovat při sebeobsluze, při domácích pracích, v komunikaci a mezilidských vztazích, s čímž by měl sociální pracovník počítat a umět takovou situaci s klientem řešit. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že bolest omezuje nejvíce respondentů v náladě, spánku a práci. Dále v sestupném pořadí jsou respondenti omezování bolestí v odpočinku, koncentraci, fyzickém kontaktu s lidmi, v sexualitě, ve stravování a pitném režimu, při vyjadřování, ve vztazích, při hygieně a v chůzi, při sportu (viz Graf 29).

Obecně je známa nedostatečná léčba bolesti u laické veřejnosti. Z výsledků výzkumu se 36 respondentů (21,8 % odpovědí) domnívá, že příčinou nedostatečné léčby bolesti je podceňování bolesti pacientem. 33 respondentů (20 % odpovědí) uvedlo jako příčinu nedostatečné léčby bolesti nedostatek informací u laické veřejnosti. 30 respondentů (18,2 % odpovědí) si myslí, že příčina nedostatečné léčby bolesti je v podceňování bolesti zdravotníky. 22 respondentů (13,3 % odpovědí) vidí příčinu nedostatečné léčby bolesti v nedostatku času zdravotníků. 17 respondentů (10,3 % odpovědí) se domnívá, že příčinou nedostatečné léčby bolesti jsou přetrvávající předsudky u laické veřejnosti. 13 respondentů (7,9 % odpovědí) uvedlo jako příčinu nedostatečné léčby bolesti nedostatek znalostí zdravotníků. 14 respondentů (8,5 % odpovědí) si myslí, že nedostatečná léčba bolesti má jiné příčiny než výše uvedené, vyskytovaly se tyto názory: „O starší pacienty nemají zájem, říkají to je stáří. Často slyším, ve vašem věku se s problémy musíte smířit. Nezájem. Nedostatek peněz na poplatky u lékaře a hlavně v lékárně.“ Respondenti zde měli možnost více odpovědí (viz Graf 33).

Podceňování bolesti pacientem se tedy umístilo na prvním místě, na druhém místě se ocitla nedostatečná informovanost u laické veřejnosti, přestože z jiných odpovědí z dotazníku vyplynulo, že laická veřejnost má informace jak o analgetické terapii tak

o alternativní terapii bolesti. Je smutné, že se respondenti domnívají, že zdravotníci podceňují bolest pacientů. Léčba bolesti je v odborných kruzích, podle mého názoru, na špičkové úrovni a je škoda, že pacienti z řad laické veřejnosti pokroky medicíny zatím příliš nevnímají.

Znalost Centra léčby bolesti uvedlo 13 % respondentů a 3 respondenti vyjádřili, že toto zařízení navštívili. Je škoda, že povědomí o takovém specializovaném zařízení je malé. Časem se jistě toto povědomí rozšíří. Tato pracoviště jsou poměrně mladou záležitostí. V roce 1992 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR Metodický pokyn Budování pracovišť pro léčbu bolesti. (8)

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat znalosti o možných způsobech léčby bolesti u laické veřejnosti. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že laická veřejnost je více informována o analgetické terapii, než o alternativních možnostech léčby bolesti. Druhým cílem práce bylo zmapovat používání metod tišení bolesti laickou veřejností. Oba cíle práce byly splněny. Výsledky výzkumu ukázaly, že laická veřejnost upřednostňuje nejvíce analgetické prostředky k tišení bolesti, dále fyzikální terapii bolesti a na třetím místě uvedli alternativní terapii bolesti (viz Graf 21,22). Psychoterapii bolesti nevyužívá 30,5 % respondentů (viz Graf 19). Příčinu tohoto stavu usuzuji na přetrvávajících předsudcích u ročníků nad 1928 o psychoterapii z dob minulých.

Hypotéza 1: „Laická veřejnost má informace o analgetické terapii.“ byla potvrzena. 29 respondentů (34,9 % odpovědí) uvedlo, že jim podává informace o analgetické terapii lékař, dále je 17 respondentů (20,5 % odpovědí) informováno známými a 16 respondentů (19,3 % odpovědí) informuje všeobecná sestra. Respondenti měli možnost více odpovědí (viz Graf 15).

Hypotéza 2: „Laická veřejnost má informace o alternativní terapii.“ byla potvrzena. Jen 20 respondentů ze 100 dotázaných uvedlo, že nezná ani jednu z forem alternativní terapie bolesti a není informováno o alternativní terapii bolesti. 80 respondentů je informováno známými, lékařem, médii, internetem a všeobecnou sestrou (viz Graf 25).

Hypotéza 3: „Laická veřejnost dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti.“ byla rovněž potvrzena. 64 % respondentů uvedlo, že dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti. 20 % respondentů uvedlo, že nedává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti a 16 % respondentů neví, zda dává přednost analgetické terapii před alternativní terapií bolesti (viz Graf 22).

Předpokládané využití práce v praxi je v uspořádání odborné přednášky o možnostech léčby bolesti ve zdravotně sociálních zařízeních. Dále vyvěším na internet článek shrnující poznatky, kterých jsem dospěla, aby byly informace dostupné laické veřejnosti.

## 7. Seznam použité literatury

1. GERHARD, G. *Chronické bolesti, úspěšná léčba*. Přel. J. Voříšek. 1. vyd., Praha: IŽ, 2001, 104 s., ISBN 80-240-2148-X.
2. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. 1.vydání, Praha: Portál, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
3. KABELKA, L., PROKOP, J. Co vše zahrnuje multidisciplinarita v léčbě chronické bolesti u nevléčitelně nemocných. *Bolest. Supplementum 1*. roč. 10, Praha: TIGIS, 2007, s. 23-24, ISSN 1212-0634.
4. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Přel.V. Di Cara. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006, 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
5. KOZÁK, J., KRŠIAK, M., LEJČKO, J. A KOL. Farmakoterapie nádorové bolesti, metodická pomůcka. [online]. [cit. 21.6.2008] Remedia s.r.o. Dostupné na WWW: <<http://www.remédia.cz/pdf/20060413104850farmak4-1-04.pdf>>.
6. KRŠIAK, M. Nežádoucí účinky analgetik. *Jak na bolest*. Praha: TIGIS, 2007, s. 8–13, ISSN 1214-5157.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest: její diagnostika a psychoterapie*. 1. vyd., Brno: IDVPZ pro 1LF Praha, 1992, 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. Člověk trpící bolestí. In: KNOTEK, P. *Bolest, psychosociální problémy a léčba*. Praha: SSLB ČLS JEP & UPSA Laboratories, 1994, s. 117- 119.

9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. 1. vyd., Praha: ADVENT, 1991, 123 s. ISBN 000.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘÍŽOVÁ, E. A KOL. *Alternativní medicína jako problém*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2004, 131 s. ISBN 80-246-0754-9.
13. KUBÍNOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd., Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997, 95 s. ISBN 80-7067-698-1.
14. MACHOVÁ, A., KLIMEŠOVÁ, J. Problematika opioidů z pohledu sestry. *Bolest. Supplementum 2*, Praha: TIGIS, 2006, s. 40 – 41, ISSN 1212-0634.
15. MÁLEK, J., PLESKOT, R., ŠTUKAVEC, J. *Zbavte se bolesti – průvodce novými i tradičními metodami mírnění a léčby bolesti*. 1. vyd., Praha: Reader's Digest Výběr, 2002, 384 s. ISBN 80-86196-41-0.
16. MASÁR, O. *Základy algeziologie pre potreby študentov odboru Ošetrovatel'stvo*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2001, 68 s., ISBN 80-7040-501-5.
17. MATOUŠEK, O. A KOL. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007, 184 s., ISBN 978-80-7367-310-9.



18. McLAUGHLINOVÁ, CH. *Jak ulevit bolesti*. Přel. K. Knišová. 1. vyd., Praha: Euromedia Group – Ikar, 2001, 112 s. ISBN 80-7202-790-5.
19. MÚHLBACHOVÁ, E. *Bolest a léky. Moderní aspekty léčení bolesti*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 1991, 54 s., ISBN 80-7166-472-X.
20. NEDĚLKA, J. Pacient v ordinaci rehabilitačního lékaře. *Jak na bolest*. Praha: TIGIS, 2006, s. 46 – 53, ISSN 1214-5157.
21. NEŠPOR K. *Bolest se dá zvládnout*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004, 167 s., ISBN 80-7106-362-2.
22. NOVÁKOVÁ, B., ŠEDIVÝ, Z. *Praktická aromaterapie*. 1. vyd., Praha: PRAGMA, 1996, 399 s. ISBN 80-7205-371-X.
23. ONDRÁČKOVÁ, K., ZACHOVÁ, M. Rozdíl v hodnocení bolesti mezi pacientem a sestrou. [online]. [cit. 21.6.2008]. Dostupné na WWW: <[www.pain.cz/clanek.php?id=10](http://www.pain.cz/clanek.php?id=10) >.
24. ORLOVÁ, K. *Alternativní terapie (Fyzikální terapie – Přírodní medicína – Příznaky a léčba)*. 1. vyd., Havlíčkův Brod: Fragment, 2002, 230 s. ISBN 80-7200-684-3.
25. PANGRAZZI, A. *Proč právě já?* Přel. A. Kubů. 1.vyd., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, 88 s. ISBN 80-7192-179-3.
26. PRCHALOVÁ, E. *Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí*. 1. vyd., Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2005, 87 s., ISBN 80-239-6053-9.

27. PŘIBYLOVÁ, M. *Využití alternativní medicíny ve zdravotnictví*. České Budějovice, 2005, 56 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Hana Sloupová.
28. ROKYTA, R. Patofyziologie bolesti. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 1, s. 51-54, ISSN 1212-4184.
29. ROKYTA, R. A KOL. *Jak na bolest*. Praha: TIGIS, 2004, s. 59 – 65. ISSN 1214-5157.
30. ROKYTA, R. Nový typ náplast'ových aplikačních forem pro terapii bolesti. *Jak na bolest*. Praha: TIGIS, 2006, s. 18 – 19, ISSN 1214-5157.
31. ROKYTA, R. Bolest a deprese. *Bolest*. Praha: TIGIS, 1999, roč. 2, č. 3, s. 112, ISSN 1212-0634.
32. SOFAER, B. *Bolest – příručka pro sestry*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 1997, 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
33. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
34. ŠEVČÍK, P. A KOL. *Bolest a možnosti její kontroly*. 1. vyd., Brno: IDVPZ, 1994, 236 s. ISBN 80-7013-171-3.
35. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 218 s., ISBN 80-7040-454-X.

36. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
37. VOKURKA, M., HUGO, J. A KOL. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd., Praha: MAXDORF, 2004, 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
38. VORLÍČEK, J., ŠEVČÍK, P. Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění (Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí, pro jejich rodiny a přátele). [online]. [cit. 9.2.2008] Liga proti rakovině Praha, Dostupné na WWW: <<http://www.lpr.cz/down/publikace/bolest.doc>>.
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *ÚZ č. 645 Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Ostrava: Sagit, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7208-658-0.

## **8. Klíčová slova**

Bolest

Hodnocení

Analgetická terapie

Alternativní terapie

Sociální pracovník

## **Keywords**

Pain

Evaluation

Analgetic therapy

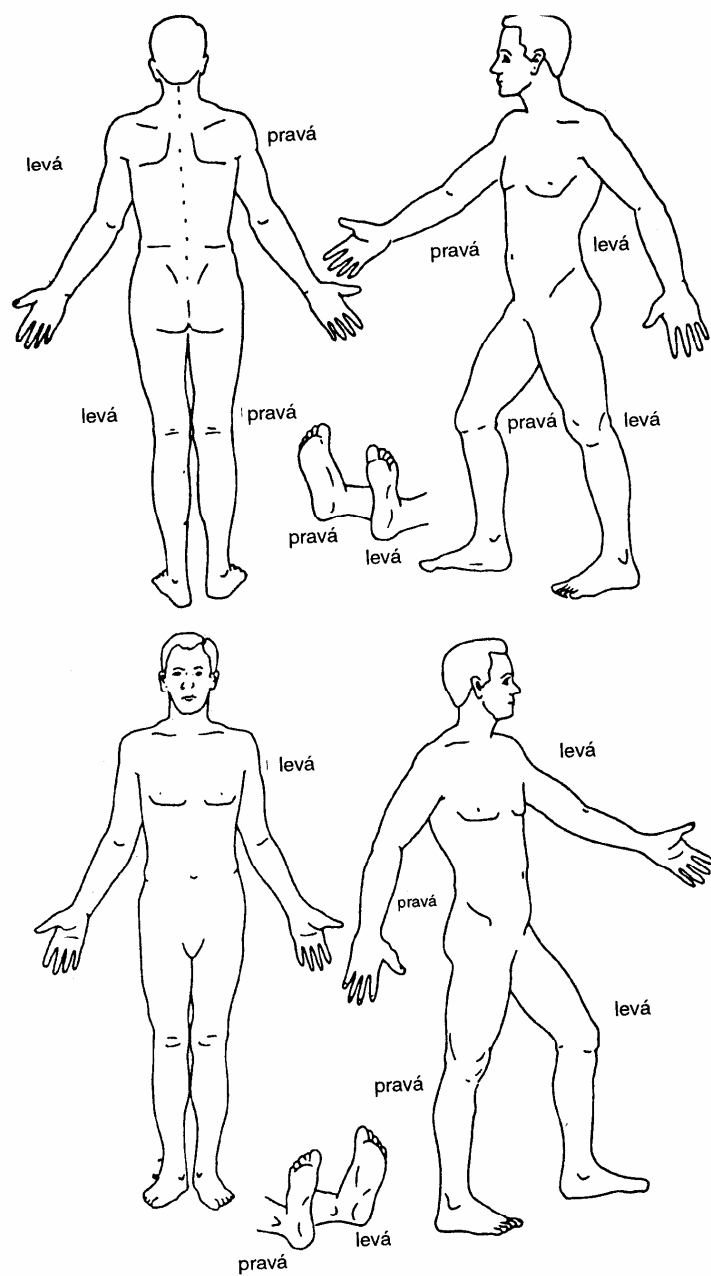
Alternative therapy

Social worker

## 9. Přílohy

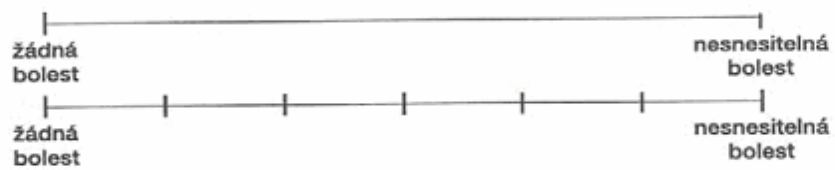
Příloha 1	Mapa bolesti
Příloha 2	Škály hodnotící intenzitu bolesti
Příloha 3	Slovní stupnice bolesti – Melzackova škála
Příloha 4	Záznam časového aspektu bolesti
Příloha 5	Dotazník MPQ
Příloha 6	Třístupňové schéma doporučení WHO pro léčbu bolesti
Příloha 7	Jak má laik postupovat při výběru volně prodejného analgetika
Příloha 8	Tabulka volně prodejných analgetik
Příloha 9	Terapeutický rejstřík působení silic
Příloha 10	Pracoviště léčby bolesti
Příloha 11	Seznam hlavních center léčby bolesti v České republice
Příloha 12	Dotazník

## Příloha 1 Mapa bolesti

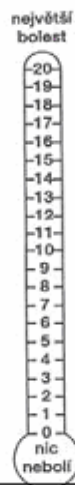


Zdroj: literatura (7)

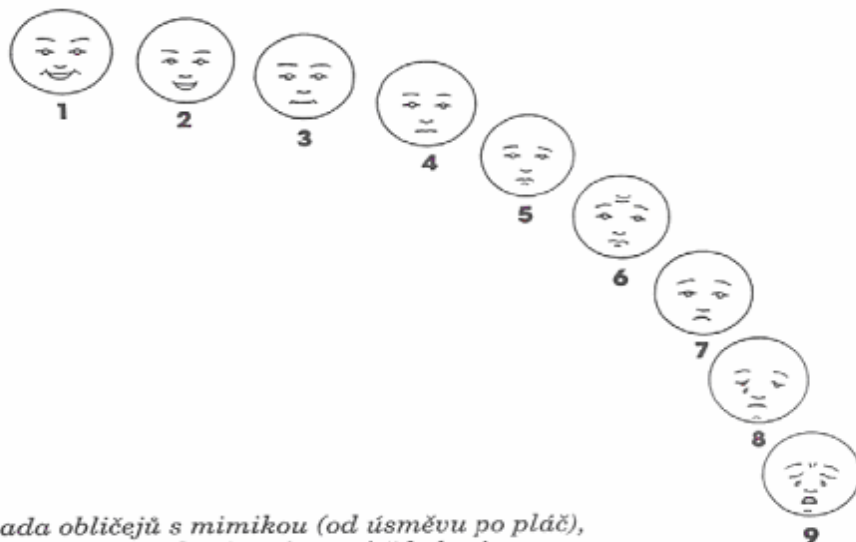
## Příloha 2 Škály hodnotící intenzitu bolesti



*Vizuální analogová škála pro měření bolesti*



*Teploměr jako vizuální analogová škála*

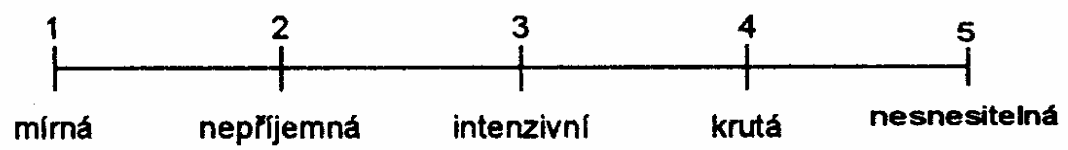


*Řada obličejů s mimikou (od úsměvu po pláč), znázorňující pocity v závislosti na intenzitě bolesti.*

Zdroj: literatura (33)

### Příloha 3 Slovní stupnice bolesti - Melzackova škála

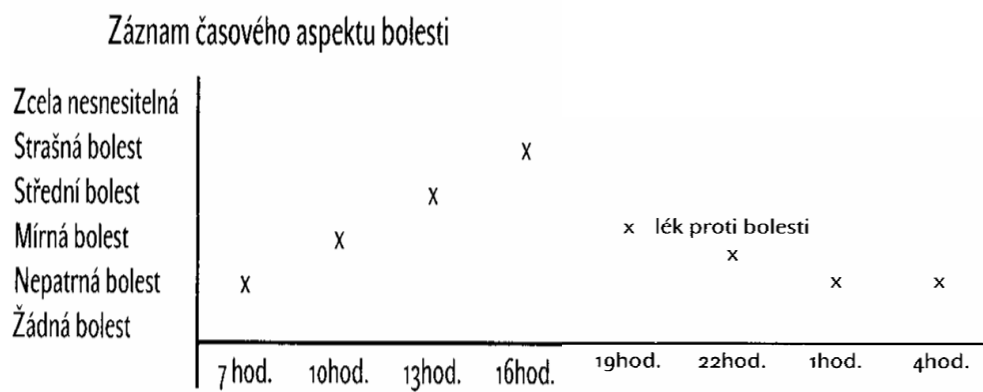
#### **Melzackova škála**



Zdroj: literatura (34)



## Příloha 4 Záznam časového aspektu bolesti



Zdroj: literatura (2)

## **Příloha 5 Dotazník MPQ**

### ***Senzorická charakteristika bolesti***

Časová – rytmická charakteristika bolesti: bolest neklidná, chvějící, pulzující, tlučící, bušící, drtivá.

Místní charakteristika bolesti: bolest proměnlivá (přeskakující z jednoho místa na druhé), pronikavá, šlehající.

Bodavý charakter bolesti: bolest bodavá, dloubavá, vrtající, probodávající, provrtávající.

Pronikavost bolesti: bolest ostrá, řezavá, drásající.

Svíravost bolesti: bolest stahující, svírající, hlodající, křečovitá, drtící.

Bolest s charakteristikou stahování: bolest cukající, škubající, rvoucí.

Bolest s pocitu tepla: bolest teplá, pálivá, palčivá, žhoucí.

Průzračnost bolesti: bolest svědivá, svrbící, dráždivá, trýznivá.

Výraznost bolesti: bolest nejasná, tupá, zraňující, divoká, děšivá.

Obecná senzorická charakteristika bolesti: bolest jemná, tuhá, drásající, tříštivá.

### ***Afektivní charakteristika bolesti***

Charakter napětí u bolesti: bolest unavující, vyčerpávající.

Celkový subjektivní pocit při bolesti: bolest oslabující, dusivá.

Vztah bolesti k úzkosti: bolest znepokojující, děšivá, úděsná.

Postoj k bolesti jako k trestu: bolest trápící, nemilosrdná, ukrutná, vzteklá, smrtící.

Emocionální charakteristika bolesti: bolest odporná, bezohledná.

### ***Hodnotící charakteristika bolesti***

Celkové posouzení hodnoty bolesti: bolest nepříjemná, obtěžující, těžko zvládnutelná, zoufalá, neunesitelná.

Charakteristika šíření bolesti: bolest pozvolna se šířící, vyzářující do okolí, pronikající do okolí, vystřelující do okolí.

Charakteristika stahování při dané bolesti: bolest stahující, svírající, škrtící, zaškrcující, ochromující.

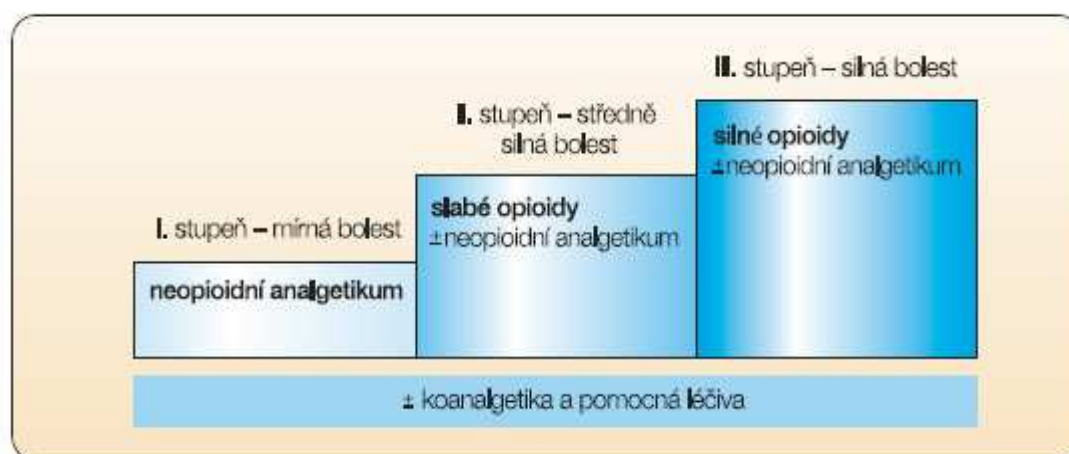
Pocity chladu při dané bolesti: bolest chladná, studená, mrazivá.

Obtěžující charakteristika bolesti: bolest obtěžující, trápící, týrající, mučivá.

Zdroj: literatura (2)

## Příloha 6 Třístupňové schéma doporučení WHO pro léčbu bolesti

1. Běžná analgetika + adjuvantní terapie
2. Běžná analgetika + slabé opioidy (kodein) + adjuvantní terapie
3. Běžná analgetika + silné opioidy + adjuvantní terapie (2)



Graf 1 Analgetický žebříček WHO

Zdroj: literatura (2, 5)

## **Příloha 7 Jak má laik postupovat při výběru volně prodejného analgetika**

- 1.krok: Pokud analgetikum vybíráte pro sebe, pak z hlediska účinnosti bývá většinou nejjistější zvolit to analgetikum, které vám pomohlo v minulosti. Účinek analgetik se u různých lidí může lišit – někomu zabírá dejme tomu analgetikum X, druhému analgetikum Y a třetímu Z. Skoro každý má své účinné analgetikum (to neznamená, že musí být vždy to pravé z hlediska bezpečnosti, zejména při dlouhodobém užívání).
2. krok: Neznáte-li své účinné analgetikum, pak vám s velkou pravděpodobností pomůže volně prodejný přípravek obsahující ibuprofen nebo diklofenak, pokud ovšem tato léčiva smíte užívat (podívejte se v přívalovém letáku, zda nemáte některou z kontraindikací tam uvedených). Další možností jsou léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou, které však mají většinou nižší analgetickou účinnost než ibuprofen nebo diklofenak, a to při velmi podobných kontraindikacích.
3. krok: Neznáte-li své účinné analgetikum nebo nesmíte užívat ibuprofen, diklofenak nebo kyselinu acetylsalicylovou, zkuste analgetikum obsahující paracetamol. Pokud budete patřit mezi 50 % pacientů, kteří zabírají na paracetamol (v jednotlivé dávce až 1g), pak máte štěstí, protože paracetamol je v terapeutických dávkách jedno z nejbezpečnějších a nejlevnějších analgetik.
4. krok: Pokud neuspějete v předcházejících krocích, můžete zkusit volně prodejné analgetikum obsahující propyfenazon. Tato analgetika obvykle tlumí nejrůznější běžné bolesti jako např. bolesti pohybového aparátu (kloubů, svalů, šlach), zad, hlavy, při akutních silnějších bolestí většinou

volíme vyšší dávku a přípravek s rychlým nástupem účinku. Při volbě analgetika vám může odborně poradit lékárník.

Zdroj: literatura (6)

## Příloha 8 Volně prodejná analgetika

### Volně prodejná analgetika pro perorální aplikaci nebo čípky

Účinná látka		Analgetická účinnost	Obchodní název	Je kontraindikováno u vředové choroby?	Poznámka
paracetamol	samotný	+	<i>PARALEN, PANADOL, MEDIPYRIN, EFFERALGAN, MEXALEN, BENURON, CALPOL, DALERON</i>	ne	Paracetamol je jedno z nejbezpečnějších analgetik (ale v terapeutických dávkách!)
	v kombinaci	+ až ++	ATARALGIN, PANADOL EXTRA, PARALEN EXTRA PROTI BOLESTI, VALETOL, SARIDON	ne	
ibuprofen	samotný	+++	IBALGIN, <i>NUROFEN</i> , IBUPROFEN AL, APO-IBUPROFEN, BRUFEN, IBUMAX, PABIPROFEN, SOLPAFLEX	ano	
	v kombinaci	+++	<i>IBUFEIN</i>	ano	
diklofenak	samotný	+++	DOLMINA 25, DICLOFENAC AL 25, APO-DICLO 25MG, DICLOREUM 25, MONOFLAM 25 MG, MYOGIT 25, VOLTAREN ACTIGO EXTRA, DICLOFEN 25 SVUS	ano	
	v kombinaci	+++	NALGESIN S,	ano	
kyselina acetylsalicylová (KAS)	samotná	+	ACYLPYRIN, ASPIRIN, ANOPYRIN 400MG, GODASAL 500, ALKA-SELTZER, ASPRO, SUPERPYRIN SLOVAKOFARMA, ALGYL	ano	KAS je kontraindikována u dětí s horečnatým onemocněním virového původu.
	v kombinaci	+ až ++	ACYLCOFFIN, ACIFEIN, TOMAPYRIN	ano	

\*podtržené s kurzivou jsou vyhrazená léčiva

Zdroj: literatura (6)

## **Příloha 9 Terapeutický rejstřík působení silic**

Bolest - hlavy:

bazalka, citron, eukalyptu, kardamom, levandule, máta peprná, mateřídouška, meduňka, rozmarýn, růže, růžové dřevo, saturejka, tymián, tužebník jilmový, verbena, violka, zázvor

- krku:

bergamot, citron, čajovník, eukalyptus, geranium, levandule, myrta, santal, šalvěj luční, tymián, zázvor

- kloubů:

koriandr, jalovec, levandule, rozmarýn, tužebník jilmový

- uší:

bazalka, cibule, čajovník, heřmánek, hřebíček, levandule, saturejka, yzop

- zad:

geranium, bourbon (silice muškátovníku citrónového a omamného)

- zubů:

černý pepř, hřebíček, heřmánek, kafr, kmín, máta peprná

Zdroj: literatura (22)



## **Příloha 10 Pracoviště léčby bolesti**

### ***4. typ - Ordinance pro léčbu bolesti***

Jedná se o pracoviště pro léčbu bolesti určitou metodou, například anesteziologickými technikami, akupunkturou, hypnózou atd. Péče je ambulantní a nezajišťuje multidisciplinární léčebný ani diagnostický program. Nejčastěji má podobu samostatné ordinace. Pacienti jsou do této ordinace cíleně odesíláni ošetřujícími lékaři. (2)

V rámci zdravotnického zařízení lze pro tento typ použít název ambulance, zejména bude-li součástí některého z odborných oddělení např. anesteziologická ambulance pro léčbu bolesti. (33)

### ***3. typ - Poradna pro léčbu bolesti***

Pracoviště je určeno především pro ambulantní léčbu chronické bolesti. Vyznačuje se tím, že na něm nepůsobí multidisciplinární lékařský tým. Pracoviště je většinou zaměřeno na léčbu chronické bolesti určitých oblastí těla (hlavy, končetin, zad atd.) nebo bolesti určité příčiny (neuralgie, fantomové bolesti atd.). Je součástí zdravotnického zařízení s dostupnými službami dalších lékařských oborů, se kterými obvykle pravidelně spolupracuje. Nezbytná je spolupráce s psychiatrem či psychologem. Tato poradna může fungovat jako izolovaná ordinace mimo rámec zdravotnického zařízení nebo může být součástí některého z oddělení (známá jsou například neurologická oddělení s poradnou pro léčbu bolesti). (2)

### ***2. typ - Oddělení léčby bolesti***

Pracoviště tohoto typu je shodné s Centrem léčby bolesti s výjimkou výzkumu a výuky. Může být ambulantní, lůžkové nebo smíšené. (2)

Zde je již nutná spolupráce s lékaři nejméně dvou dalších oborů a v každém případě s psychologem nebo psychiatrem, předpokládá se spolupráce mezi anesteziology, neurology a ostatními příbuznými odbornostmi. Optimální je umístění tohoto typu pracoviště do většího zdravotnického zařízení (fakultních nemocnic), jedná se o práci multidisciplinárního týmu. (33)

### ***1. typ - Centrum léčby bolesti***

Sdružuje klinickou, výzkumnou a výukovou činnost. Jedná se o samostatné pracoviště lůžkového, ambulantního nebo obojího rázu. Bývá součástí fakultních nemocnic. Pracovní tým se skládá z lékařů, psychologů, sester, rehabilitačních a sociálních pracovníků, poradců a eventuelně dalších profesí (právník, duchovní atd.). V pracovním týmu by měli být lékaři nejméně tří různých odborností. Klinický program zahrnuje terapii bolestivých stavů nejrůznějšího původu, a to včetně nádorových bolestí. Pracoviště zajišťuje také výuku mediků i lékařů a je připraveno pro plnění vědeckovýzkumných úkolů. (2)

Specializovaná centra pro léčbu bolesti se nezaměřují jen na základní příčinu potíží, ale zabývají se spíše celkovým problémem bolesti ve vztahu k jednotlivci. To může mít řadu výhod v případech, kdy příčinu bolesti nelze vyléčit. Centra pro léčbu bolesti jsou víceoborová – působí v nich řada specialistů. Mimo jiných zde působí rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti. Po léčbě bolestivého onemocnění je často zapotřebí odborné pomoci k návratu do běžného života. Rehabilitační pracovníci v úzké spolupráci s psychology a fyzioterapeuty pomáhají pacientům prostřednictvím rehabilitace překonávat různé handicap. Tato centra často využívají služeb řady specialistů na alternativní medicínu, jejichž metody mohou utišit bolest a přinést pocit zdraví a duševní pohody. Patří mezi ně akupunkturisté, reflexologové, aromaterapeuti.(18)

## **Příloha 11 Seznam hlavních center léčby bolesti v České republice**

(Brno, Praha, Liberec, Ostrava, Olomouc, Plzeň, ČB, Ústí nad Labem, Hradec Králové)

1. Oddělení léčby bolesti a paliativní medicíny, FN, Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, tel. 532 232 797
2. Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Jáchymovská 286, 460 10 Liberec, tel. 485 151 398
3. Centrum pro léčbu bolesti KARIM, VFN Praha, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2, tel. 224 962 817
4. Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel. 224 435 583
5. Centrum pro léčbu bolesti, FN Bulovka, Budínova 2, 180 00 Praha 8, tel. 266 082 242
6. Centrum pro léčbu bolesti, FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, tel. 267 163 287
7. Centrum pro studium a léčbu bolestivých stavů, ARK FN sP Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 00 Ostrava, tel. 597 373 92
8. Centrum léčby bolesti, ARK FN Plzeň, Alej svobody 80, 305 99 Plzeň, tel. 377 104 960
9. Pracoviště léčby bolesti, KAR FN, 500 05 Hradec Králové, tel. 049/5833218

10. Centrum léčby bolesti, ARO – nemocnice B. Němcové 54, 370 77 České Budějovice, tel. 038/7878357, linka proti bolesti Po-Pá 14-19h, tel. 224 435 587
11. Centrum léčby bolesti, ARO – Masarykova nemocnice, Pasteurova 9, 401 13 Ústí nad Labem, tel. 047/5682202
12. Centrum léčby bolesti, R.R.R. centrum, Třída Míru 115, 771 Olomouc, tel. 068/5412762

Zdroj: literatura (15)

## Příloha 12 Dotazník

### JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

#### ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Vážení dotazovaní,

jmenuji se Klára Lopourová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Předkládám Vám dotazník ptající se na Vaše dosavadní zkušenosti s bolestí a její léčbou, jejím tišením a zvládnutím. Proším Vás o pravdivé odpovědi, dotazník je anonymní. Získané informace využiji pouze k vytvoření své bakalářské práce, kterou píšete na téma: Informovanost laické veřejnosti o možnostech léčby bolesti.

Předem Vám děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Klára Lopourová

### DOTAZNÍK

1. Kolik Vám je let ?  
 40 – 49       70 – 79  
 50 – 59       80 a více  
 60 – 69
  
  2. Jste :       muž  žena
  
  3. Bydlíte :     na venkově       v malém městě       ve velkoměstě
  
  4. Žijete :     sám/sama       s nejbližší rodinou       s širokou rodinou
  
  5. Domníváte se, že máte podporující zázemí?  
 rodiny       přátel       nemáte       nevím
  
  6. Jaký je Váš převažující postoj k životu?  
 optimistický       pesimistický       realistický       nevím
- 
7. Trpěl/a jste za poslední 3 roky s bolestí ? ( můžete zakřížkovat i více možností )  
 při nemoci  
 po úraze  
 po operaci  
 v průběhu fyziologických procesů ( např. u žen menstruace )  
 jako nežádoucí vedlejší účinek léků  
 při vyčerpanosti, únavě  
 při negativním psychickém rozpoložení, depresi, smutku  
 nesetkal/a jsem se s bolestí

jiné.....

**8. Jakou intenzitu mívá Vaše bolest ?**

- mírná
- nepříjemná
- silná
- krutá
- nesnesitelná

**9. Vaše bolest bývá :**

- píchavá
- palčivá
- vystřelující (prosím uveďte odkud kam

.....  
.....)

- tupá
- plošná ( cítíte ji ve větším úseku těla )
- bodavá

**10. Co děláte v případě pocíťování bolesti ? ( i více možností )**

- jdete k lékaři
- vezmete si léky
- snažíte se odpočívat:  pasivně  
 aktivně
- pijete čaj ( bylinky, ... )
- přikládáte obklady – teplé, studené
- zaujmete úlevovou polohu
- na bolest se snažíte zapomenout
- pomáhá Vám jiný způsob ( prosím, uveďte jaký )

.....

**11. Jaké možnosti léčby bolesti znáte ? ( i více možností )**

- léčba léky ( analgetiky, opiáty,...)
- operativní léčba
- ošetrovatelské metody
- fyzikální terapie
- psychoterapie
- odvedení pozornosti
- alternativní léčba bolesti
- neznáte ani jednu z uvedených možností
- jiná léčba bolesti ( prosím, uveďte jaká )

.....  
.....

**12. Jakou fyzikální terapii léčby bolesti používáte ? ( i více možností )**

- terapie chladem
- terapie teplem
- vodoléčba
- magnetoterapie
- ultrazvuk
- terapie vibracemi
- fototerapie (solux, horské slunce, laser)
- jiné.....
- nepoužíváte
- vakuová léčba
- pneumoterapie
- radiační léčba (rentgenové lampy)
- mechanoterapie (např. trakce krční páteře)
- masáže
- elektroléčba

**13. Jaké fyzikální terapie léčby bolesti znáte? ( i více možností )**

- terapie chladem
- terapie teplem
- vodoléčba
- magnetoterapie
- ultrazvuk
- terapie vibracemi
- fototerapie (solux, horské slunce, laser)
- jiné.....
- neznáte ani jednu z uvedených možností
- vakuová léčba
- pneumoterapie
- radiační léčba (rentgenové lampy)
- mechanoterapie (např. trakce krční páteře)
- masáže
- elektroléčba

**14. Užíval jste za poslední 3 roky nějaké léky proti bolestem?**  ano  ne

Pokud ano, na jaké si

vzpomenete:.....  
 .....

V případě, že jste odpověděl/a kladně na tuto otázku, odpovězte na otázky č. 15 – 18.  
 V případě, že jste odpověděl/a záporně na tuto otázku, nejsou Vám určeny otázky č. 15 – 18 a pokračujte prosím otázkou č. 19.

**15. Kdo Vám podává informace o analgetické terapii ( podávání léků proti bolestem )?** ( i více možností )

- lékař
- všeobecná sestra
- média
- známí
- internet
- nejste informován/a
- jiné.....

**16. Pokud užíváte léky proti bolesti, změnil se Vaše bolesti v průběhu času ve vztahu k užívaným lékům proti bolesti ?**

- zůstaly stejné
- jsou slabší
- ne užíváte léky proti bolesti
- jsou silnější
- jsou jiné

**17. Informuje Vás všeobecná sestra v dostatečné míře o užívání analgetik ( léků proti bolesti )?**  ano  ne  nevím

**18. Informuje Vás všeobecná sestra v dostatečné míře o komplikacích ( zácpa, dušnost ) užívání analgetik ( léků proti bolestem ) a jak s nimi nakládat ?**

- ano                       ne                       nevím
- 

**19. Jakou psychoterapii bolesti používáte ? ( i více možností )**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> placebo                        | <input type="checkbox"/> arteterapie               |
| <input type="checkbox"/> sugesce                        | <input type="checkbox"/> muzikoterapie             |
| <input type="checkbox"/> hypnóza                        | <input type="checkbox"/> terapie tancem            |
| <input type="checkbox"/> relaxace                       | <input type="checkbox"/> ergoterapie (léčba prací) |
| <input type="checkbox"/> modulace dolního prahu bolesti | <input type="checkbox"/> nepoužíváte               |
| <input type="checkbox"/> kognitivně–behaviorální metody |  |
| <input type="checkbox"/> jiné.....                      |  |

**20. Jaké formy psychoterapie bolesti znáte? ( i více možností )**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> placebo                        | <input type="checkbox"/> arteterapie                            |
| <input type="checkbox"/> sugesce                        | <input type="checkbox"/> muzikoterapie                          |
| <input type="checkbox"/> hypnóza                        | <input type="checkbox"/> terapie tancem                         |
| <input type="checkbox"/> relaxace                       | <input type="checkbox"/> ergoterapie (léčba prací)              |
| <input type="checkbox"/> modulace dolního prahu bolesti | <input type="checkbox"/> neznáte ani jednu z uvedených možností |
| <input type="checkbox"/> kognitivně–behaviorální metody |   |
| <input type="checkbox"/> jiné.....                      |   |

**21. Jakou léčbu bolesti upřednostňujete? ( i více možností )**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> analgetická léčba (léky proti bolesti) | <input type="checkbox"/> ošetrovatelské metody |
| <input type="checkbox"/> operativní léčba                       | <input type="checkbox"/> fyzikální léčba       |
| <input type="checkbox"/> psychoterapie bolesti                  | <input type="checkbox"/> alternativní léčba    |

**22. Dáváte přednost analgetické terapii ( užívání léků proti bolesti ) před alternativní terapií bolesti ?**

- ano                       ne                       nevím

**23. Jakou alternativní léčbu bolesti používáte ? ( i více možností )**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> akupunktura                   | <input type="checkbox"/> jóga                     |
| <input type="checkbox"/> akupresura                    | <input type="checkbox"/> léčba dotykem (reiki)    |
| <input type="checkbox"/> fytoterapie (bylinky)         | <input type="checkbox"/> homeopatie               |
| <input type="checkbox"/> kineziologie                  | <input type="checkbox"/> aromaterapie             |
| <input type="checkbox"/> reflexologie (reflexní masáž) | <input type="checkbox"/> chiropraktická léčba     |
| <input type="checkbox"/> lidové léčitelství            | <input type="checkbox"/> tradiční čínská medicína |
| <input type="checkbox"/> nepoužíváte                   |   |
| <input type="checkbox"/> jiné.....                     |   |

**24. Jakou alternativní léčbu bolesti znáte ? ( i více možností )**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> akupunktura           | <input type="checkbox"/> jóga                    |
| <input type="checkbox"/> akupresura            | <input type="checkbox"/> léčba dotykem ( reiki ) |
| <input type="checkbox"/> fytoterapie (bylinky) | <input type="checkbox"/> homeopatie              |
| <input type="checkbox"/> kineziologie          | <input type="checkbox"/> aromaterapie            |



- reflexologie (reflexní masáž)
- lidové léčitelství
- neznáte ani jednu z uvedených možností
- jiné.....
- chiropraktická léčba
- tradiční čínská medicína

**25. Kdo Vám podává informace o alternativní terapii léčby bolesti?**

( i více možností )

- lékař
- všeobecná sestra
- média
- známí
- internet
- nejste informován/a
- jiné.....

**26. Pokud jste vyzkoušeli nějakou alternativní léčbu bolesti, prosím uveďte jakou a jak jste s ní byl/a spokojen/a.**

.....  
 .....

**27. Uznáváte alternativní léčbu bolesti?**  ano  ne

**28. Pokud používáte alternativní léčbu bolesti, změnil se Vaše bolesti v průběhu času ve vztahu k alternativní léčbě bolesti ?**

- zůstaly stejné
- jsou slabší
- jsou silnější
- nepoužíváte alternativní léčbu bolesti
- jsou jiné

**29. Ve kterých potřebách a aspektech života pocítujete, že Vás bolest omezuje?**

(i více možností)

- odpočinek
- spánek
- fyzický kontakt s lidmi
- vyjadřování se
- hygiena
- sexualita
- stravování, pitný režim
- nálada
- koncentrace
- práce
- vztahy
- jiné.....

**30. Jak silně Vás bolest ovlivňuje v denním životě?**

- neovlivňuje
- ovlivňuje
- málo
- výrazně
- zcela

**31. Ve Vaší rodině, kde jste byl/a vychován/a, převládá jaký postoj k bolesti?**

- typu: bolest se musí vydržet
- typu: dívky smí projevat bolest, chlapci ne
- jiný (prosím, uveďte jaký)
- nevšímavý, lhostejný k bolesti
- úzkostný
- vyrovnaný

.....  
 .....

**32. Domníváte se, že jste v rámci ošetrovatelské péče všeobecných sester dostatečně ošetřováni pokud máte bolesti?**

- ano
- ne, prosím uveďte, jak situaci vnímáte

.....  
.....  
.....

**33. Co je podle Vás příčinou nedostatečné léčby bolesti? ( i více možností )**

- podceňování bolesti pacientem
- nedostatek informací u laické veřejnosti
- podceňování bolesti zdravotníky
- nedostatek času zdravotníků
- nedostatek znalostí u zdravotníků
- přetrvávající předsudky vůči bolesti u laické veřejnosti
- jiné (prosím, napište jaké)

.....  
.....

**34. Jste toho přesvědčení, že se má bolest vytrpět z důvodu náboženského, či jiného?**

- ( prosím, uveďte jakého )
- ano, souhlasím s tímto tvrzením

.....  
.....

- ne, nesouhlasím s tímto tvrzením

**35. Znáte zařízení, které se nazývá Centrum léčby bolesti?**     ano     ne

**36. Pokud ano, navštívil/a jste je?**     ano     ne