Kvalita života u pacientů s chronickou bolestí zad**Quality of life in patients with chronic back pain****Jana Haluzíková¹, Gabriela Wieclawová²**¹Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, Česká republika²Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, Česká republika**ABSTRAKT**

Východiska: Bolesti zad se u řady pacientů opakují, přecházejí do chronicity a jsou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti a obtížného návratu do zaměstnání. Bolest je komplexní zážitek, který se projevuje v oblasti biopsychosociální a ekonomické. Ovlivňuje pohyb a kvalitu života.

Cíl: Cílem práce bylo zmapovat kvalitu života u pacientů s chronickou bolestí zad. Dalšími cíli bylo zjistit, zda došlo ke snížení intenzity bolesti během farmakoterapie a jak intenzita bolesti ovlivňuje kvalitu života.

Metody: Pro hodnocení kvality života jsme použili dotazník SF-36 a pro hodnocení bolesti vizuální analogovou škálu (VAS).

Výsledky: Z průzkumného šetření vyplývá, že pacienti s chronickou bolestí zad mají nejnižší hodnoty v doméne fyzická role, tzn., že jejich fyzické zdraví jim způsobuje omezení při práci nebo během vykonávání denních aktivit. Druhou nejnižší hodnotu měla tělesná bolest, kterou byli nemocní omezováni doma i v práci. Hodnoty psychického zdraví byly překvapivě vyšší než hodnoty fyzického zdraví. Depresi, pesimismus, smutek nebo nervozitu respondenti často nepociťovali, spíše se cítili unavení a slabší. Intenzita bolesti před zahájením léčby byla v průměru u obou pohlaví na VAS 7,5. Během léčby nedošlo k poklesu intenzity bolesti.

Závěry: Intenzita bolesti má vliv na kvalitu života. Z výsledků je patrné, že bolest má vliv na fyzické a psychické zdraví. Respondenti byli často omezováni v druhu vykonávané práce anebo udělali méně, než chtěli. Svůj zdravotní stav udávali stejný nebo horší než před rokem. Během farmakoterapie nedošlo ke snížení bolesti.

ABSTRACT

Background: Back pain often recurs in patients or becomes chronic. It can cause long-term incapacity for work and hamper resuming of work. Pain is a complex experience with an impact on biopsychosocial and economic levels. Pain also influences mobility and quality of life.

Aim: The present paper aimed at measuring the quality of life in patients with chronic back pain. Further objectives were to determine if pain intensity was reduced during pharmacotherapy and if pain intensity has an impact on the quality of life.

Methodology: The SF-36 questionnaire was employed to assess the quality of life and VAS to assess pain.

Results: The results of this survey indicate that patients with chronic back pain have the lowest values in physical role functioning subscales, i.e., their health status entails limitations at work or during the performance of activities of daily living. The second lowest value was that of the bodily pain subscale, imposing limitations on both household and workplace. Surprisingly, the mental health values were higher than the physical functioning values. Depression, pessimism, sadness or nervousness were often not perceived by the respondents, rather, they felt tired and weak.

Mean pain intensity before treatment in both sexes was 7.5 VAS. There was no major decrease in pain intensity during treatment.

Conclusion: Pain intensity has an impact on the quality of life. The results show that pain has an influence on both physical and mental health. The respondents were often limited in various working activities or could do less than desired. Respondents reported equal or poorer health status compared to the status a year before. Pharmacotherapy did not result in pain.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, chronická bolest, záda, vizuální analogová škála, dotazník SF-36, fyzické zdraví, psychické zdraví

KEY WORDS

quality of life, chronic pain, back, Visual Analogue Scale, SF-36 scale, physical health, mental health

ÚVOD

Vertebrogenní onemocnění řadíme k nejčastějším onemocněním, které přivádějí pacienta k lékaři. S významnou bolestí v zádech se během života setká 60–90 % populace (1). U řady pacientů se obtíže opakují a přecházejí do chronicity. Onemocnění vede k omezení aktivity pacientů a nejvíce postižení jsou pacienti po 40. roce života. V 70. letech 20. století byl zaznamenán významný nárůst krátkodobé pracovní neschopnosti a zvýšil se i počet pacientů, kteří odešli do částečného anebo úplného invalidního důchodu. Jedná se o pátou nejčastější hospitalizaci. Onemocnění má významný dopad na pacienta po stránce sociálně ekonomické (2).

V dnešní moderní společnosti stoupá počet pacientů s chronickou bolestí a postihuje 30 % obyvatel. Ve vyspělých zemích je postiženo 50 % populace. Rokyta (3) uvádí, že lidé jsou více citliví na bolestivé podněty. S vývojem medicíny se zlepšila diagnostika. Příčina chronické bolesti může být utajena, pacient mnohdy opakovaně navštěvuje lékaře, který stále předepisuje léky, bez efektu. Problém chronické bolesti spočívá i v tom, že intenzita bývá větší, než je objektivní nálezh a její léčba je tedy obtížně léčitelná (3).

Etiologie bolesti je mnohostranná. Může být způsobena chemickými, biologickými nebo fyzikálními noxami, psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolest). Bolest má význam signální (akutní bolest) a patognomický (chronická bolest). K nejčastější chronické bolesti řadíme vertebrogenní bolesti, hlavně low back pain (bolesti dolních zad) (4). Bolest má informativní charakter a její funkce je ochranná. Negativně ovlivňuje psychiku a život jedince. Přesto je mnohdy bolest pacienti podceňována a hlavně staří lidé ji berou jako součást stárnutí.

Příčiny bolesti zad

Příčiny chronické bolesti zad jsou pestré a musí se diferencovat. V posledních letech narůstá význam psychologických a sociálních faktorů, riziko organického onemocnění páteře nebo nedegenerativní změny (5).

K nejobvyklejším rizikovým faktorům bolesti zad patří recidivující bolest zad, namáhavá fyzická práce,

kouření, kardiovaskulární a respirační onemocnění, psychosociální stres, nespokojenost v práci a také socioekonomický status samotného jedince.

U vertebrogenních onemocnění nelze přesně určit zdroj bolesti, ale je to důvod, proč pacienti vyhledávají lékaře. Předpokládá se, že bolest vychází z poškozených částí páteře a z okolních tkání. Zobrazovací metody sice prokážou abnormální strukturu, ale ta nemusí být vždy příčinou bolesti.

Rozlišujeme specifické a nespecifické příčiny bolesti zad. Specifické příčiny se vyznačují identifikovatelnou progresivní patologií s možným postižením nervových struktur (např. výhřez meziobratlové ploténky, spinální stenóza, zlomeniny, fraktury) aj. Jedná se o 15 % všech případů bolesti zad. Nespecifické příznaky bolesti zad jsou definovány jako bolesti bez identifikovatelné specifické anatomické nebo neurofyzilogické poruchy. Jedná se o 85 % případů (2). O chronické bolesti hovoříme, trvá-li déle než tři až šest měsíců (6). Goldberg et al (7) uvádějí, že jeden z pěti dospělých trpí chronickou nebo opakující se bolestí a jednomu z deseti dospělých je nově diagnostikována chronická bolest každý rok po celém světě. Chronická bolest vzniká na podkladě abnormální a nevyvážené aktivity aktivačních a inhibičních procesů zapojených v transmisi bolesti. V procesu chronických bolestivých stavů se rozvíjí imunitní a zánětlivé změny v nervovém systému (8). U řady pacientů se obtíže opakují, přecházejí do chronicity a jsou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti a obtížného návratu do zaměstnání. Bolest je komplexní zážitek, který se projevuje v oblasti biologické, psychosociální a ekonomické.

Dle Bednaříka a Vlčkové (8), významnou roli v přechodu do chronické bolesti, hrají psychosociální faktory. K uvedeným faktorům můžeme zařadit např. pasivní přístup pacienta k léčbě a rehabilitaci, nerealistická očekávání výsledků léčby, nepříznivé vzorce chování např. extrémně vysoké VAS skóre (10), poruchy spánku, deprese, úzkost a rodinné zázemí. Dále je to kompenzační tendence jako např. dlouhodobá pracovní neschopnost a faktory ovlivňující pracovní zázemí např. nespokojenost v zaměstnání, manuální práce aj. Léčba a prevence chronických bolestí zad je

multidisciplinární a její léčba vychází z doporučení pro léčbu bolesti (8).

Léčba nespecifických bolestí zad by měla být poskytována lékaři v primární péči. Pacient je informován, že onemocnění má dobrou prognózu, i když někteří mohou trpět opakovanými nebo chronickými obtížemi. Fyzická aktivita je doporučena, klid na lůžku se nedoporučuje. Lékem první volby je Paracetamol a nesteroidní antiflogistika (1). Součástí správné léčby bolesti je pravidelné hodnocení intenzity bolesti. Nejčastěji je používána již zmíněná vizuální analogová škála (VAS). K dalším hodnotícím škálám řadíme numerické škály bolesti, Melzackovy škály bolesti, škály výrazů obličeje pro měření bolesti, mapy bolesti aj.

Z hlediska ochrany zdraví se kvalita života související s fyzickou, psychickou a sociální oblastí projevuje odlišně, neboť je ovlivněna zkušeností osob, jejich vnímáním, vírou a očekáváním. Každou z těchto oblastí neboli domén lze posuzovat ze dvou pohledů. Objektivního posuzování zdravotního stavu či fungování a subjektivního vnímání zdraví. Očekávání ohledně zdraví a schopnost vyrovnat se s omezením a zdravotním postižením může významně ovlivnit vnímání člověka, jeho zdraví a spokojenost se životem. Dva lidé se stejným postižením mohou mít velmi odlišnou kvalitu života (9).

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení pacienta, tak jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí. K hodnocení kvality života u pacientů jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život jedince formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života např. World Health Organisation Quality of life (WHOQOL), Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF 36). Velmi užívanou metodou je dotazník SF 36, který byl použit ve více než 500 studiích. Jedná se o sebeposuzovací nástroj, který umožní hodnotit zdraví tak, jak je vnímáno respondentem. Byl navržen k obecnému měření a hodnocení přínosů zdravotní péče. Specifickým nástrojem pro sledování kvality života u pacientů s bolestí zad je pak dotazník SF 36 PF.

Jedním z významných opatření je edukace pacientů. Cílem je uklidnit, zbavit obav ze závažného onemocnění, povzbudit pacienta, aby zůstal pohybově aktivní, vykonával běžné denní aktivity, postupně zvyšoval intenzitu zátěže a pokud možno, aby se brzy zapojil do pracovního procesu. V případě intenzivní bolesti, lze ulehnot na 2 max. 4 dny. V rámci edukace

je nutné vysvětlit, aby byly vynechány aktivity, které zhoršující bolest jako např. dlouhodobé sezení.

CÍL PRÁCE

Prozkoumat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí zad. Zjistit, zda došlo ke snížení intenzity bolesti během farmakoterapie.

METODIKA

V rámci získaných údajů byla použita metoda kvantitativního šetření pomocí dotazníku. První část dotazníku je zaměřena na demografické údaje, jako je věk, pohlaví, vzdělání, rodinný a sociální stav, délka léčby bolesti a její intenzita před zahájením léčby. K zjišťování kvality života u pacientů s bolestí zad je doporučený dotazník SF 36 PF, který jsme však neměli k dispozici.

Kvalita života dotazovaných respondentů byla zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey (SF-36), který je široce využíván v zahraničních publikacích (10). Tento dotazník jsme využili i pro účely našeho výzkumného šetření. Účelem tohoto dotazníku bylo zjištění kvality života v obecné rovině u pacientů s chronickou bolestí zad. Dotazník je volně ke stažení na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) (11). Autoři původního českého překladu jsou MUDr. Zdeněk Sobotík, CSc. a doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D. Dotazník obsahuje 36 otázek a je rozdělen na dvě hlavní oblasti, které hodnotí fyzické a mentální zdraví. Tyto oblasti jsou rozděleny po čtyřech doménách. Oblast fyzická je zaměřena na fyzickou aktivitu, omezení způsobená fyzickým zdravím, tělesnou bolest a všeobecné zdraví. K čtyřem doménám v oblasti mentálního zdraví řadíme vitalitu, omezení způsobené emočními problémy, sociální fungování a duševní zdraví. Vyplnění dotazníku není náročné pro respondenty starší 14 let.

Jedna otázka není zahrnuta v hodnocení, a to když je pacient dotazován, jak by hodnotil svůj zdravotní stav ve srovnání se zdravotním stavem před rokem. Jednotlivé otázky v 8 doménách jsou hodnoceny od 0 – 100, kdy 0 udává nejnížší možné skóre a 100 udává nejvyšší možné skóre. Následně jsou hodnoty daných domén zprůměrované a nižší hodnoty znamenají nižší kvalitu života. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF 36 signalizuje horší zdravotní stav nebo dlouhodobé onemocnění.

Bolest byla hodnocena před zahájením léčby a následně po čtyřech týdnech léčby. K hodnocení byla použita VAS škála (Visual Analogue Scale). VAS je

„pravítka“ dělené po 1 cm od 0 do 10 bodů, přičemž 0 je „vůbec žádná bolest“ a hodnota 10 představuje „nejsilnější představitelnou bolest“. Pacient na tomto pravítku určuje číslíci mezi 0 a 10, která co nejpřesněji stanoví intenzitu jeho bolesti. Škálu jsme převzali z knihy (12). Kvalitu života hodnotili respondenti po čtyřech týdnech léčby. Dále byly zjišťovány také i demografické údaje.

Výběrový soubor tvořili pacienti, kteří byli poprvé léčeni s chronickou bolestí zad v ambulanci pro léčbu bolesti.

Respondenti vyplnili dotazník, vložili jej do obálky a vhodili do určeného boxu. Bylo použito celkem 100 dotazníků, návratnost byla 80 (80 %) a 5 dotazníků (5 %) bylo vyřazeno pro nekompletní údaje. K závěrečnému hodnocení bylo použito 75 správně vyplněných dotazníků.

Ve sledovaném souboru bylo 10 % pacientů léčeno perorálními analgetiky, u 80 % byla aplikována infuzní terapie (fyziologický roztok v kombinaci s Mesocainem, Novalginem, $MgSO_4$ 20 %, Tralgitem, Almiralem, nebo Guajacuranem) dle ordinace lékaře v kombinaci s perorální analgetickou léčbou. Kaudální obstrukce byl aplikován u 5 % pacientů a opioidy byly transdermálně podávány rovněž u 5 % pacientů. Během léčby infuzní terapie byl ordinován klidový režim. U vybraných respondentů byla jako součástí léčby zařazena i rehabilitace. Po skončení léčby byla rehabilitace ordinována u 1/3 pacientů.

Průzkumné šetření bylo schváleno vedením zdravotnického zařízení a realizováno ve zdravotnickém zařízení v Moravskoslezském kraji.

Statistické zpracování

Získané údaje byly zaznamenány do tabulek a výsledky byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Výsledky průzkumného šetření jsou vyjádřeny v absolutní a relativní četnosti se směrodatnou odchylkou.

Tabulka 1 Intenzita bolesti před léčbou

Intenzita bolesti před léčbou	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 2	0	0 %	0	0 %
3 – 4	0	0 %	1	2 %
5 – 6	9	28 %	8	19 %
7 – 8	15	47 %	25	58 %
9 – 10	8	25 %	9	21 %
Celkem	32	100 %	43	100 %

Legenda: rozdělení intenzity bolesti dle VAS

VÝSLEDKY

Soubor byl tvořen 75 pacienty s chronickou bolestí zad, z toho 43 (57 %) žen a 32 (43 %) mužů. Do souboru byli zařazeni respondenti od 18 let.

Převážná část respondentů byla ve věku 61–75 let (celkem 43 %) a nejméně byla zastoupena kategorie od 18–30 let (celkem 1 %). Co se týká sociálního postavení, největší počet respondentů 40 (53 %) tvořili respondenti ve starobním důchodu, v zaměstnanckém poměru bylo 15 (55 %) a nejmenší skupinu tvořili samotní zaměstnavatelé (osoby samostatně výdělečně činné) 4 (15 %).

Nejvíce respondentů, mužského pohlaví uvedlo, že jsou v rámci vzdělání vyučeni 18 (57 %), dále se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou bylo 9 (28 %) a základní vzdělání měl pouze jeden muž (3 %). Nejvíce žen 17 (40 %) uvedlo, že v rámci vzdělání, mají ukončenou střední školu s maturitou, vyučeno v oboru bylo 10 (23 %) a vysokoškolské vzdělání uvedly pouze dvě ženy (5 %).

Dále jsme zjišťovali, jak dlouho respondenti trpí bolestí zad. Devět (28 %) mužů uvedlo, že trpí bolestmi zad více či méně 5 let, 8 z nich pak uvedlo bolesti v rozmezí 6–10 let (25 %). Nejméně mužů, celkem dva (6 %), udávalo bolesti zad v rozmezí 11–15 let. U žen pak největší skupinu tvořily ženy, které mají bolesti zad největší a to 21 a více let, tedy 14 (33 %), hodnotu do 5-ti let uvedlo 13 žen (30 %) a tři ženy uvedly bolesti zad v rozmezí 16–20 let (7 %).

Sledování a hodnocení intenzity bolesti před zahájením léčby a v jejím průběhu

Intenzita bolesti byla v průzkumném šetření hodnocena před zahájením léčby a poté za čtyři týdny od léčby respondentů. Pacienti hodnotili intenzitu bolesti na VAS. V tabulce 1 je uvedena intenzita bolesti u mužů i žen před zahájením léčby. Respondenti nejvíce uváděli hodnotu v rozmezí 7 – 8. Mužů bylo 47 % a žen 58 %.

V tabulce 2 je uvedena průměrná intenzita bolesti před zahájením léčby. U mužů 7,4 a u žen 7,5 bodů. V průběhu léčby je u obou pohlaví naměřeno 7,6 bodů.

Tabulka 2 Intenzita bolesti před a během léčby

Pohlaví	Intenzita bolesti před léčbou	Intenzita bolesti během léčby
Muži	7,4	7,6
Ženy	7,5	7,6
Celkem	7,5	7,6

Vyhodnocení kvality života:

Kvalita života byla hodnocena pomocí dotazníku SF 36. Průměrné hodnocení kvality života a jednotlivých

domén u všech respondentů je uvedeno v tabulce 3. Kvalita života mužů i žen je ve všech doménách subjektivně hodnocena nižším počtem bodů. Nejnižším počtem (14,33 bodů) byla hodnocena doména RP (fyzická role), která udává vyšší omezení při vykonávání denních aktivit a BP (tělesná bolest) 26,47, která vyjadřuje intenzitu bolesti a omezení způsobené bolestí a patřila k nejnižším hodnotám, ovlivňujícím kvalitu života. Nejlepších subjektivních hodnot dosáhlo MH (duševní zdraví) 55,89 a RE (omezení způsobené emočními problémy) 46,67. Celkové fyzické zdraví je nižší (SPH 30,82 bodů) než celkové mentální zdraví (SMH 45,56 bodů). V tabulce 3 jsou znázorněny jednotlivé domény se směrodatnou odchylkou, vztahující se ke kvalitě života u všech respondentů.

Tabulka 3 Hodnocení kvality života u všech respondentů

Celkem	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	SPH	SMH
Průměr	46,40	14,33	26,47	36,07	34,33	45,33	46,67	55,89	30,82	45,56
SD	± 29,75	± 29,49	± 20,06	± 18,61	± 17,46	± 24,73	± 41,46	± 18,58	± 18,97	± 20,70
Medián	50,00	0,00	22,50	35,00	35,00	50,00	33,33	52,00	28,13	46,58

Legenda: PF – Physical Functioning (fyzická aktivita); RP – Role Physical (omezení způsobené fyzickým zdravím); BP – Bodily Pain (tělesná bolest); GH – General Health (všeobecné zdraví); VT – Vitality (vitalita); SF – Social Functioning (sociální fungování); RE – Role Emotional (omezení způsobené emočními problémy); MH – Mental Health (duševní zdraví) SPH – Physical Health (fyzické zdraví); SMH – Mental Health (Mentální zdraví).

Tabulka 3a Hodnocení kvality života muži

Muž	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	SPH	SMH
Průměr	49,52	14,52	25,16	38,39	35,00	42,74	49,46	56,39	31,90	45,90
SD	± 32,41	± 28,94	± 19,00	± 18,72	± 18,58	± 24,34	± 42,22	± 18,33	± 20,14	± 21,98

Legenda: PF – Physical Functioning (fyzická aktivita); RP – Role Physical (omezení způsobené fyzickým zdravím); BP – Bodily Pain (tělesná bolest); GH – General Health (všeobecné zdraví); VT – Vitality (vitalita); SF – Social Functioning (sociální fungování); RE – Role Emotional (omezení způsobené emočními problémy); MH – Mental Health (duševní zdraví); SPH – Physical Health (fyzické zdraví); SMH – Mental Health (Mentální zdraví).

Tabulka 4 Hodnocení kvality života ženami

Ženy	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	SPH	SMH
Průměr	44,65	13,95	27,50	35,00	33,84	47,38	44,96	55,91	30,28	45,52
SD	± 27,67	± 30,17	± 20,95	± 18,17	± 16,80	± 25,08	± 41,22	± 18,81	± 18,21	± 19,93

Legenda: PF – Physical Functioning (fyzická aktivita); RP – Role Physical (omezení způsobené fyzickým zdravím); BP – Bodily Pain (tělesná bolest); GH – General Health (všeobecné zdraví); VT – Vitality (vitalita); SF – Social Functioning (sociální fungování); RE – Role Emotional (omezení způsobené emočními problémy); MH – Mental Health (duševní zdraví) SPH – Physical Health (fyzické zdraví); SMH – Mental Health (Mentální zdraví).

U mužů (Tabulka 3a) nejvyšších hodnot dosáhlo MH (duševní zdraví) 56,39 a PF (fyzická aktivita) 49,52 bodů. Nejnižší hodnoty byly zaznamenány u RP (omezení způsobené fyzickým zdravím) 14,52 bodů. Ženy

(Tabulka 4) měly nejlepší hodnoty u MH (duševního zdraví) 55,91 a u RE (omezení způsobené emočními problémy) 44,96 bodů a nejhůře hodnotily RP (omezení způsobené fyzickým zdravím) 13,95 body.

DISKUZE

Cílem bylo zmapovat kvalitu života pacientů s chronickou bolestí zad. Dílčími cíli bylo zjistit, zda došlo ke snížení intenzity bolesti během farmakoterapie a má-li intenzita bolesti vliv na kvalitu života.

Pro dosažení cílů byla použita kvantitativní metoda pomocí anonymního dotazníku, který se skládal ze dvou částí. První část, zjišťovala demografické údaje respondentů, druhá se zaměřila na kvalitu života, která byla zjišťována generickým standardizovaným dotazníkem SF-36. Dále respondenti hodnotili intenzitu bolesti pomocí VAS. Tato škála hodnotí intenzitu bolesti od žádné po velmi silnou bolest.

Kvalita života je ovlivňována fyzickým a psychickým zdravím, které bylo hodnoceno v 8 doménách. Výsledek fyzického zdraví (SPH) vzniká vyhodnocením fyzické aktivity, omezení způsobeného fyzickým zdravím, tělesné bolesti a všeobecného zdraví. Výsledek psychického zdraví (SMH) je vyhodnocením vitality, omezení způsobeného emočními problémy, sociálního fungování a duševního zdraví respondentů.

U fyzické aktivity měli respondenti uvést, zda jejich zdraví je omezuje při vykonávání běžných činností během dne, jako je chůze, jízda na kole, nošení nákupu, ohýbání se, poklek atd. I když byli respondenti omezováni a jejich průměrná hodnota 46,40 bodů není moc vysoká, přesto ji respondenti hodnotili nejlépe ze čtyř domén fyzického zdraví. Rokyta et al (13) poukazují na to, že nemocní s chronickou bolestí se snaží snížit fyzickou aktivitu a zvýšit odpočinek ve snaze snížit bolest a zároveň zvýšit efekt léčby. Dále uvádí, že 40 % pacientů ve věku nad 65 let má problémy s denními aktivitami. Nelze se divit, že naši respondenti, kteří byli ve věku 61-75 let zastoupeni 43 %, neměli výsledky vyšší.

V doméně omezení způsobeného fyzickým zdravím respondenti uváděli, zda se zkrátil čas, který věnovali práci či došlo-li k omezení v rámci druhu prováděné práce. U obou pohlaví hodnocení dopadlo se 14,33 body a mediánem 0 nejhůře, jak z domén fyzického zdraví, tak nejhůře ze všech osmi domén. Naše výsledky se rovnají výsledkům ze studie, kterou provedl Antunes et al (14) u pacientů s chronickou bolestí zad trpících depresí, pacienti bez deprese měli výsledky mnohem vyšší (medián 50) než naši respondenti.

Doménou s nejmenším počtem 26,47 bodů a mediánem 22,5 byla tělesná bolest. Respondenti hodnotili bolest v posledních 4 týdnech a do jaké míry jim bolesti bránily v práci a doma. Dle Rokyty (13) u chronických bolestí se ve větší míře uplatňuje fyzioterapie či léčebná rehabilitace než farmakoterapie. To dokazu-

je také studie autorů Adorno et al (15), kteří uvádějí, že u jejich respondentů během léčby klesla intenzita bolesti na 0,5 a dva měsíce po skončení léčby byla průměrná hodnota intenzity bolesti 0,7. Tavares et al (16) sledovali nemocné s bolestí zad a většina pacientů (78,3 %) měla ve výsledcích střední až těžkou bolest, která může vést k různým omezením.

Všeobecné zdraví patřilo k doménám s nižším počtem bodů. Respondenti zde hodnotili svůj celkový zdravotní stav. Zda očekávají, že se jejich zdravotní stav zhorší, nebo onemocní-li snadněji než ostatní lidé. Ve většině případů hodnotili svůj zdravotní stav jako špatný a předpokládají, že dojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Výsledky jednotlivých domén, které mají vliv na fyzické zdraví, byly nižší, proto hodnota fyzického zdraví byla 30,82 bodů a medián byl 28,13. I u studie Stefane et al (17) byla hodnota fyzického zdraví nižší, což je pravděpodobně způsobeno vyšším věkem respondentů.

Vitalita patřila ke třetí doméně s nejmenším počtem bodů, a to v hodnotě 34,33. Také u studie Lamé et al (18), patřila tato doména k doménám s nižším počtem bodů. Bolest vede ke snížení vitality, respondenti se cítí více vyčerpaní, unavení, bez elánu a energie.

V našem výzkumu bylo zjišťováno omezení způsobené emočními problémy, tzn., zda u respondentů dochází k problémům při vykonávání denních činností vlivem deprese či úzkosti. Samozřejmě, že u našich respondentů dochází vlivem bolesti k emocionálním potížím. Hodnota 46,67 bodů patřila ke druhé nejlépe ze všech domén, přesto hodnota mediánu 33,3 je srovnatelná s hodnotou pacientů trpících depresí u studie Antunes et al (14).

Sociální fungování bylo ovlivňováno zdravotními nebo emocionálními potížemi. Bolest brání v normálním společenském životě, jako je např. návštěva příbuzných a přátel. Duševní zdraví s hodnotami 55,89 body a mediánem 52 patřilo k nejlépe hodnocené doméně. Z výše uvedených výsledků předpokládáme, že pacienti se nenechali bolestí ovlivnit do té míry, aby byli nervózní, pesimističtí a smutní, nebo aby nepociťovali štěstí, pohodu a klid.

Domény, které ovlivňují psychické zdraví, byly hodnoceny vyššími body, přesto jsou naše výsledky přibližně stejné jako u pacientů trpících depresí ve studii Antunes et al (14).

Protože bolest je subjektivní, nemůžeme přesně určit, zda opravdu pacient trpí takovou intenzitou bolesti. U respondentů mohlo dojít k nadsazení intenzity bolesti, která může být způsobena vyšším věkem respondentů a větší polymorbiditou (organickým

a degenerativním onemocněním) oproti mladším jedincům. Intenzitu bolesti mohla zvednout únava způsobená nedostatečným odpočinkem, vyšším fyzickým (pracovním) nasazením nebo upřená pozornost na pozorování samotné bolesti. Rokyta (13) uvádí, že v některých případech se vyskytují pacienti, kteří bolest berou jako součást svého života a jako prostředek ke komunikaci. Tyto pacienty nelze vyléčit, ale snahou lékařů je chránit je před agresivní léčbou. Olejárová (19) upozorňuje na edukaci a motivaci pacientů s intermitentními bolestmi zad vhodnou aktivní pohybovou léčbu. Výběr vhodného sportu nebo fyzické aktivity, která bude rovnoměrně zatěžovat a posilovat svalstvo páteře. Pohybový režim by měl být střídavý a doplňován kompenzačním cvičením. Pasivní symptomatická léčba přináší úlevu od potíží, neřeší však problém mechanického přetížení páteře. Bez pohybové léčby se potíže často opakují a přecházejí do chronicity. Raudenská J. (20) uvádí, že chronická bolest se z biologického pohledu projevuje ve složce somatické, emoční, kognitivní a behaviorální. Tyto faktory se pak vzájemně ovlivňují.

S bolestí se každý z nás setkal. Byla, je a bude součástí našich životů, proto je důležité, abychom se bolestí a jejím vlivem na kvalitu života stále zabývali. Významnou roli hraje rovněž dobrá komunikace mezi zdravotníky a pacienty, neboť včasnou léčbou akutní a chronické bolesti můžeme eliminovat nebo alespoň snížit její negativní vliv na kvalitu života. Hakl (21) uvádí, že cílem léčebných postupů u chronické bolesti nemusí být nutně úplné uzdravení jedince, ale zvýšení kvality života, spočívající ve snížení bolesti, nerušeném spánku a obnovení funkční zdatnosti v oblasti fyzické, psychické a sociální.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že bolest ve velké míře ovlivňuje fyzické zdraví a způsobuje omezení během vykonávání denních aktivit. I když dle zjištěných výsledků nedochází k tak velkému ovlivnění psychického zdraví, přesto výsledky u našich respondentů byly oproti jiným studiím nižší. Bylo by vhodné, kdyby tito chroničtí pacienti i ostatní hospitalizovaní pacienti měli možnost ve zdravotnickém zařízení navštěvovat psychologa.

Chronická bolest trvá déle než 3 až 6 měsíců a bývá často podceňována jak pacienty, tak zdravotníky. Rokyta (22) udává, že průměrně 30 % populace trpí chronickou bolestí. Rostoucí počty chronických bolestí zad jsou celosvětovým problémem a mají za následek časté pracovní neschopnosti či invaliditu pacientů.

Cílem práce bylo zjistit kvalitu života jedinců s chronickou bolestí zad. Dle dotazníku SF-36 pro hodnocení kvality života, který byl použit ve výzkumném šetření, vyplývá, že pacienti s chronickou bolestí

zad mají nejnižší hodnoty u fyzické role, tzn., že jejich fyzické zdraví jim způsobuje omezení při práci nebo během vykonávání denních aktivit. Druhou nejnižší hodnotu měla tělesná bolest, kterou byli omezováni doma i v práci. Hodnoty psychického zdraví byly překvapivě vyšší než hodnoty fyzického zdraví. Bolest neměla takový vliv na jejich náladu a štěstí. Depresi, pesimismus, smutek nebo nervozitu často nepociťovali, spíše se cítili unavení a slabší.

Dalším cílem bylo zjistit, zda došlo ke snížení intenzity bolesti během farmakoterapie. Intenzita bolesti před zahájením léčby (Tabulka 1) byla u obou pohlaví stejná. Během léčby v některých případech došlo k velkému zlepšení, naměřená průměrná hodnota během farmakoterapie se nepatrně zvýšila (Tabulka 2). Výsledky nás překvapily, předpokládali jsme, že během léčby dojde ke snížení intenzity bolesti. Bednařík a Vlčková (8) upozorňují na významnou roli psychosociálních faktorů např. pasivní přístup pacienta k léčbě, nepříznivé vzorce chování apod. V našem souboru je 55 % respondentů v pracovním poměru. Nemoc spojená s bolestí mění sociální pozici pacienta, který ztrácí svoji profesionální roli, uspokojení a prestiž. Postupně se mění i jeho role v rodině a stává se závislým na ostatních. Vznik chronické bolesti ovlivňují socioekonomické podmínky pacienta, jeho rodiny a roli zde hraje i nižší vzdělání. Manuálně pracující jsou náchylnější ke vzniku chronické bolesti a invalidizaci (20). Je možné, že odpovědi v našem souboru byly ovlivněny socioekonomickými faktory, tzn. nejistým zaměstnáním pacientů v přededdůchodovém věku.

Husky et al (23) uvádějí, že ve Francii byly realizovány průzkumy u pacientů s bolestí zad, kdy 67 % respondentů uvedlo nedostatečnou léčbu pomocí léků. Ve své studii použili dotazník SF 36. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že chronická bolest převládá u žen (41,3 %) a významně se zvyšuje s věkem (26,4 %). Bolest zad byla také spojena s horší kvalitou života. Gatchel et al (24) využili ve své studii dotazník SF 36, který prokázal dobré psychometrické vlastnosti při sledování bolesti zad. K obdobným závěrům dospěli i v článku Fontal et al (25). Kvalitu života u pacientů s chronickou nespecifickou bolestí zad hodnotili i Adorno a Neto (15), kteří ve své studii použili rovněž hodnotící nástroj SF 36. Chronická bolest vyžaduje odlišný přístup než bolest akutní. Při léčbě chronické bolesti nedosáhneme úplného uzdravení, cílem je eliminace bolesti, snížení její intenzity a zlepšení kvality života (26).

Jak již bylo uvedeno somatické a psychosociální faktory se nevyskytují u chronické bolesti osamocně, ale prolínají se. Biopsychosociální přístup k vzniku ne-

moci a v léčbě chronické bolesti může lépe integrovat psychoterapeutické přístupy do samotné léčby (20).

Naše analýza má řadu limitací. Výzkum tvořil malý soubor respondentů a několik dotazníků jsme vyřadili pro neúplné vyplnění. Jedná se tedy o průzkumnou sondu k uvedené problematice. Bylo by vhodné se v budoucnu zaměřit na sledování pacientů s uvedenou problematikou, zjistit kvalitu života před a po ukončení léčby, sledovat VAS a výsledky následně komparovat.

Žádoucí by bylo také zjistit, zda respondenti využívají i jiné, nefarmakologické metody (např. relaxaci, akupunkturu, fyzioterapii) ke snížení bolesti a jaká je jejich kvalita spánku.

Vzhledem k počtu respondentů nelze výsledky jednoduše zobecňovat, i když jsou statisticky zpracovány. Z uvedených výsledků, lze však poukázat na některé důležité oblasti, jakými jsou hodnocení kvality života, hodnocení bolesti a efekt léčby v rámci bolesti zad. Během průzkumu jsme se nezaměřovali na sledování kvality života před zahájením léčby.

ZÁVĚR

Pomoci standardizovaného dotazníku SF 36 jsme zjistili, že ve sledovaném souboru respondentů je snížena kvalita života v oblasti fyzického zdraví než celkové mentální zdraví. Intenzita bolesti byla hodnocena pomocí VAS a v průběhu farmakoterapie nedošlo k snížení intenzity bolesti.

Nebylo dohledáno dostatečné množství studií, které by potvrdily nebo vyvrátily vliv vybraných faktorů na vnímání intenzity bolesti a farmakoterapii. Intenzita bolesti ovlivňuje kvalitu života. Z výsledků je patrné, že bolest má vliv především na fyzické zdraví.

Autoři prohlašují, že si nejsou vědomi žádného střetu zájmů a veškeré etické aspekty a standardy byly v rámci výzkumu byly dodrženy.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Kondrová D. Bolesti zad v lumbosakrální oblasti zad. *Inter med pro prax.* 2012;14(2):69-72.
2. Vrba I. Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. *Neurologie pro praxi.* 2010;11(3): 183-187.
3. Rokyta R. Nejčastější druhy bolestí a jejich léčba v ordinaci praktického lékaře. In: Rokyta R, et al. *Léčba bolesti v primární péči.* Praha: Grada; 2017. p. 11-18.
4. Rokyta R, et al. *Bolest a jak s ní zacházet.* Praha: Grada; 2009.
5. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. *Bolest.* Praha: Tigris; 2006. p. 484-507.

6. Treede RD, Barke A, Aziz Q, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015; 156(6):1003-1007.
7. Goldgerg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Healsth.* 2011;11(1):770.
8. Bednařík J, Vlčková E. Nejčastější typy bolestí v ordinaci praktického lékaře. In: Rokyta R, et al. *Léčba bolesti v primární péči.* Praha: Grada; 2017. p. 19-39.
9. Payne J, et al. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton; 2005.
10. Ware JE Jr. SF – 36 health Survey Update. *Spine.* [Internet] 2000 Dec [cited 2019 Dec 5]; 25(24):[3130-3139 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124729/>
11. Dotazník kvality života Short Form-36 (SF-36). ÚZIS [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 5]. Available from: http://www.uzis.cz/system/files/SF-36_dotaznik_20181019
12. Staňková M. *Základy teorie ošetrovatelství.* Praha: Karolinum;1996.
13. Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. *Bolest: Monografie algeziologie.* Praha: Tigris; 2006.
14. Antunes RS, De Macedo BG, Da Silva Amaral T, et al. Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression. *Acta Ortop. Bras.* [Internet] 2013 Jan/Feb [cited 2019 Dec 5]; 21(1):[27-29 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522013000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
15. Adorno MLG, Neto JPB. Assessment of the quality of life through the SF 36 questionnaire in patients with chronic nonspecific low back pain. *Acta Ortop Bra.* [Internet] 2013 Apr [cited 2019 Nov 10]; 21(4):[202-207 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24453669/>
16. Tavares IR, Franzoi AC, Araújo AC. Low – back pain in HTLV-I-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis: nociceptive or neuropathic? *Spinal Cord.* [Internet] 2010 Feb [cited 2019 Nov 10]; 48(2):[134-137 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581917/>
17. Stefane T, Munari Dos Santos A, Marinovic A, et al. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2013 [cited 2019 Nov 10]; 26(1):[14-20 p.]. Available from: <https://acta-ape.org/en/article/chronic-low-back-pain-pain-intensity-disability-and-quality-of-life/?notification-cache-refresh=1>
18. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen J S, Kleff M, et al. Quality of life in chronic pain is more associated with

- beliefs about pain, than with pain intensity. Eur J Pain. [Internet] 2005 Feb [cited 2019 Nov 10]; 9(1):[15-24 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15629870/>
19. Olejárová M. Degenerativní onemocnění páteře. Med. pro praxi. 2014;11(2):62-64.
 20. Raudenská J. Bolest. In: Raudenská, J, Javůrková, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada; 2011. p. 163-190.
 21. Hakl M. Chronická bolest v ordinaci praktického lékaře. Med. pro praxi. 2012;9(12):474-476.
 22. Rokyta R. Patofyziologie bolesti. Lékařské listy. 2013;8:5-6.
 22. Husky M, Farin FF, Compagnone P. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. Health Qual Life Outcomes. [Internet] 2018 Sep26 [cited 2019 Nov 10]; 16(1):[195 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30257670/>
 23. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG, et al. Use of the SF-36 Health Status Survey with a Chronically Disabled Back Pain Population: Strengths and Limitations. J Occup Rehabil. [Internet] 1998 [cited 2019 Oct 24]; 8(4):[237-246 p.]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023034801571#citeas>
 24. Fontal JAB, Granell JB, Olmo JG, et al. Evaluation of Health Related Quality of Life in Patients Candidate for Spine Surgery. Eur Spine J. [Internet] 2013 May [cited 2019 Oct 24]; 22(5):[1002-1009 p.]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23263224/?from_term=Evaluation+of+Health+Related+Quality+of+Life+in+Patients+Candidate+for+Spine+Surgery&from_exact_term=evaluation+of+Health+Related+Quality+of+Life+in+Patients+Candidate+for+Spine+Surgery&from_pos=1
 25. Neradilek F. Bolest jako syndrom. In: Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. Bolest. Praha: Tigris; 2006. p. 22-26.

KONTAKT NA HLAVNÍHO AUTORA

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
tel.: +420734877816
e-mail: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

Přijato k recenzi: 19. 3. 2019
Přijato do tisku: 29. 11. 2019