



## HODNOTENIE VPLYVU BOLESTI NA VYBRANÉ DIMENZIE ŽIVOTA PACIENTOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

## THE ASSESSMENT OF PAIN IMPACT IN SELECTED DOMAINS OF LIFE OF PATIENTS IN HOME CARE

Mária Kožuchová

Ústav nelekárskych študijných programov, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovensko

Department of Non-Medical Study Programmes, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovakia

---

### Abstrakt

**Cieľ:** Cieľom práce bolo zistiť, aký vplyv má bolesť na vybrané dimenzie života pacientov v domácom prostredí, medzi ktoré patrí nálada, vzťah k iným ľuďom, radosť zo života, spánok. **Metodika:** Súbor tvorilo 144 respondentov (91 žien a 53 mužov) v podmienkach domáceho prostredia vo veku od 29 do 97 rokov v siedmich samosprávnych krajoch Slovenska. Zber údajov prebiehal v období november 2008 až január 2009. V rámci realizácie zberu údajov bol použitý štandardizovaný dotazník BPI (Brief Pain Inventory). Výsledky boli vyhodnotené jednorozmernou deskriptívnou štatistikou. **Výsledky:** Prítomnosť bolesti v skúmanej vzorke negatívne ovplyvňuje náladu, spánok a radosť zo života viac u mužov ako u žien. U žien viac ovplyvňuje bolesť vzťah k iným ľuďom ako u mužov. Štatistickým spracovaním nebola zistená signifikantná súvislosť medzi premennými: nálada – pohlavie ( $p = 0,387$ ), vzťah k iným ľuďom – pohlavie ( $p = 0,876$ ), spánok – pohlavie ( $p = 0,065$ ), radosť zo života – pohlavie ( $p = 0,238$ ). **Záver:** Bolesť výrazne ovplyvňuje vybrané dimenzie života pacientov v domácom prostredí, čo vedie k širokej škále negatívnych emocionálnych reakcií a prejavov, ktoré môžu zintenzívňovať bolesť. Pravidelné hodnotenie vplyvu bolesti na jednotlivé dimenzie života pacientov prispieva veľkou mierou taktiež ku kvalitnej komunikácii medzi sestrou pracujúcou v domácom prostredí a pacientom založenou na vzájomnej dôvere.

**KLúčové slová:** bolesť, pacient, hodnotenie, dimenzie života, domáca starostlivosť, dotazník Brief Pain Inventory.

### Abstract

**Aim:** The aim of our work was to determine the impact on pain in selected domains of life of patients in home care in terms of their mood, relationship to other people, joy of life and sleep. **Methods:** 144 respondents (91 women and 53 men aged from 29 to 97) in home care were randomly selected to make up the sample in 7 Slovak municipalities. The data collection was gathered from November 2008 to January 2009 using brief Pain Inventory. The results were evaluated by one-dimensional descriptive statistics. **Results:** The presence of pain among the respondents negatively influences the spirits, sleep and joy of life; more among men than women. Pain affects relationship to other people more among women than men. Statistical analysis showed no significant correlation between variables: spirits - sex ( $p = 0.387$ ), relationship to other people - sex ( $p = 0.876$ ), sleep - sex ( $p = 0.065$ ), the joy of life - sex ( $p = 0.238$ ). **Conclusion:** Pain has a significant impact in selected domains of patient's life in home care leading to a wide range of negative emotions and behavior that could intensify the pain. Regular assessment of the pain impact in selected dimensions of patient's live influences the quality of communication between nurse working in home care and a patient that is based on mutual trust.

**Key words:** pain, patient, assessment, dimensions of life, home care, Brief Pain Inventory.

---

### Úvod

Bolesť u pacientov v domácom prostredí predstavuje závažný problém jednak pre samotného pacienta, jeho rodinu, ale aj zdravotníckych pracovníkov, ktorí s ním prichádzajú do kontaktu. Kulichová, Hasarová

(2007, s. 313) uvádzajú, že bolesť je najčastejším príznakom, ktorý privádza pacienta k lekárovi, alebo v podmienkach urgentnej medicíny privoláva lekára k pacientovi. Definuje sa ako „neprijemný pocit alebo emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo

---

korespondence: [tebelakova@jfmed.uniba.sk](mailto:tebelakova@jfmed.uniba.sk)

opisovaný v termínoch takéhoto poškodenia“ (ICSI, Health Care Guideline..., 2008, s. 4).

Bolesť zasahuje do všetkých oblastí života pacienta v domácom prostredí, predovšetkým do fyzickej a psychickej stránky. Má negatívny vplyv na vykonávanie bežných denných aktivít v domácom prostredí, či na riešenie pracovných úloh. Rovnako negatívne zasahuje aj do emočného ladenia spojeného s neschopnosťou sústrediť sa, spôsobuje psychickú nepohodu. Často sa spája s úzkosťou, obavami a strachom o svoju budúcnosť, či budúcnosť svojich blízkych.

Celková bolesť zahŕňa okrem telesnej bolesti aj bolesť psychickú, sociálnu a duchovnú (Striebel, 1993, s. 52). Psychosociálne a duchovné dimenzie bolesti zohrávajú dôležitú úlohu. Psychosociálne hodnotenie zahŕňa vplyv bolesti na náladu, spánok, zvládanie obtiažnych situácií (O'Connor a Aranda, 2005, s. 93), ale aj na vzťahy s inými ľuďmi či radosti zo života.

Bolesť je predmetom pozornosti klinikov a vedcov (Neradilek, 2006, s. 22), ale aj sestier, kedy Gulášová (2008, s. 7, 23) zdôrazňuje nezastupiteľnú úlohu a dominantné postavenie sestier v hodnotení bolesti, ktoré sa podieľajú na managemente bolesti.

Opavský (2006, s. 172) uvádza, že kontakt zdravotníckeho pracovníka s pacientmi trpiacimi bolesťou, vyžaduje špecifický prístup. Jeho odlišnosť a náročnosť spočíva nielen vo vysokej profesionalite v oblasti bolesti z hľadiska odborného, ale tiež v optimálnom prístupe z hľadiska psychologického a etického.

Spôsob, akým bolesť ovplyvňuje jednotlivca je dôležitým prvkom v poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Kým bolesť je stimul vo fyzickej oblasti, skúsenosť s bolesťou ovplyvňujú spoločenské, kultúrne a psychologické faktory (McCool et al., 2004).

Hodnotenie bolesti sestrou u pacientov v domácom prostredí má byť komplexné a individualizované. Proces hodnotenia bolesti vyžaduje systematické zhodnotenie nielen telesného, ale aj psychického stavu pacienta. Gulášová (2008, s. 41) uvádza, že hodnotenie bolesti si vyžaduje aktívne úsilie sestry a začína pochopením toho, že bolesť je subjektívna skúsenosť.

Pri hodnotení bolesti musí sestra získať anamnézu bolesti, realizovať fyzikálne vyšetrenie so zameraním na pacientove fyziologické a behaviorálne odpovede na bolesť (Trachtová et al., 2001, s. 132).

Súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s bolesťou v domácom prostredí je aj

hodnotenie vplyvu bolesti na vybrané dimenzie života pacienta. V rámci hodnotenia je potrebné vedieť, do akej miery bolesť zasahuje do jednotlivých oblastí života, medzi ktoré patrí nálada, vzťahy s inými ľuďmi, radosť zo života a spánok, ktorým je z pohľadu sestry nutné neustále sa venovať, pretože ako uvádza Kulichová (2005, s. 18), keď chronická bolesť zostane nekontrolovaná, stáva sa zmyslom pacientovho života, narušuje mu spánok, chuť do jedla, náladu, zhoršujú sa vzťahy v zamestnaní a v rodine.

Pri hodnotení bolesti, ktorá ovplyvňuje viaceré aspekty života pacienta v domácom prostredí, je potrebné, aby sestry používali viacdimenzionálne nástroje hodnotenia bolesti, medzi ktoré patrí aj dotazník Brief Pain Inventory (BPI).

BPI umožňuje posúdiť závažnosť bolesti, ale aj to, do akej miery bolesť zasahuje do jednotlivých dimenzií života (Cleeland, 2009, s. 1). Vyjadruje interferenciu intenzity bolesti s ostatnými funkciami, z oblastí psychosociálnej a fyzickej aktivity (Kulichová, 2005, s. 79). Dotazník obsahuje otázky, ktoré možno považovať za určitý screening porúch nálady. V prípade pozitívneho výskytu je treba podrobnejšie zhodnotiť pacientov psychický stav (Sláma, 2006, s. 375).

Jednotný a súčasne individuálny prístup k hodnoteniu pacientovej bolesti v domácom prostredí poskytuje priestor pre cieľavedomé a systematické manažovanie bolesti pacienta.

## Ciele

Cieľom bolo posúdiť vplyv bolesti na vybrané dimenzie života pacientov s chronickou bolesťou (nálada, vzťah k iným ľuďom, radosť zo života a spánok).

## Súbor

Vzorku tvorilo 144 zo 160 oslovených respondentov (pacientov) v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s rôznou etiológiou bolesti (cievne ochorenia, defekty kože, choroby svalov, kostí a kĺbov, metabolické, nádorové, neurologické ochorenia) vo veku od 29 do 97 rokov s vekovým priemerom 67,19 ( $\pm 14,08$ ) roka. V každej agentúre bolo oslovených 20 respondentov, kritériom výberu vzorky bol pacient s chronickou bolesťou. Charakteristika vzorky z hľadiska pohlavia je uvedená v tabuľke 1. Rozdelenie vzorky z hľadiska veku, ktoré navrhli experti Svetovej zdravotníckej organizácie je rozdelené na štyri obdobia a je uvedené v tabuľke 2 (Zavázalová, Zaremba, 2010, s. 32).

Tab. 1 Charakteristika vzorky z hľadiska pohlavia

| Pohlavie | n   | %     |
|----------|-----|-------|
| ženy     | 91  | 63,2  |
| muži     | 53  | 36,8  |
| spolu    | 144 | 100,0 |

Tab. 2 Charakteristika vzorky z hľadiska veku

| Vek           | n  | %    |
|---------------|----|------|
| do 59 rokov   | 42 | 29,2 |
| 60 – 74 rokov | 52 | 36,1 |
| 75 – 89 rokov | 47 | 32,6 |
| nad 90 rokov  | 3  | 2,1  |

## Metodika

Pre zber informácií bol použitý štandardizovaný dotazník Brief Pain Inventory – BPI (Stručné vyhodnotenie bolesti, skrátaná forma). Dotazník pozostáva z deviatich otázok, pričom využíva neštruktúrované (otvorené) a štruktúrované (zatvorené) otázky. BPI bol vypracovaný Charlesom S. Cleelandom v roku 1989 ako nástroj pre hodnotenie nádorovej a chronickej bolesti. BPI je stručný, jednoduchý a ľahko použiteľný nástroj, ktorý bol overený vo viacerých jazykoch. Umožňuje posúdiť miesto pacientovej bolesti, najhoršiu, najslabšiu, priemernú bolesť za posledných 24 hodín a aktuálne pociťovanú bolesť, použitie liekov proti bolesti, či veľkosť úľavy po užití liekov a vplyv bolesti na denné funkcie. BPI používa jednoduché číselné stupnice od 0 do 10. Výhodou nástroja je časová nenáročnosť, ľahká administrácia. Reliabilita BPI sa pohybuje v rozmedzí od 0,77 do 0,91 (The Brief Pain Inventory, 2012). Dotazník umožňuje zber širokého spektra údajov týkajúcich sa pacientovej bolesti. Vzhľadom k tomu, že výsledky štúdie boli už opublikované v iných periodikách, je v tomto článku prezentovaná iba časť výsledkov. Záver dotazníka je doplnený položkami, ktoré sa týkajú pohlavia, veku, najvyššieho ukončeného vzdelania, dĺžky starostlivosti v ADOS, spolužitia v domácnosti, vplyvu podpornej osoby, subjektívneho údaja o etiológii bolesti, vyplňania podobného alebo iného dotazníka a samosprávneho kraja, v ktorom je ADOS lokalizovaná. Zber informácií bol realizovaný v siedmich samosprávnych krajoch Slovenska v spolupráci s odbornými zástupcami ôsmich agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS – Slnecnica v Bratislave, ADOS – RIA v Prievidzi, ADOS Repiská s.r.o. v Nitre, ADOS ŽIVOT v Hurbanove, ADOS Daniela Šolonyová v

Turčianskych Tepliciach, ADOS – Elena v Mýtnej, ADOS – NÁDEJ vo Vyšnom Orlíku, ADOS – SRDCE, s.r.o. v Jaklovciach). Výber agentúr bol zámerný. Jednotlivé agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti boli telefonicky kontaktované a písomne požiadané o súhlas s umožnením vykonania prieskumu. Zber údajov prebiehal v období november 2008 až január 2009. Prieskum bol realizovaný osobným kontaktom v ADOS – SRDCE, s.r.o. v Jaklovciach. V ostatných agentúrach bol zber údajov realizovaný prostredníctvom sestier pracujúcich v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Návratnosť dotazníkov bola 90 %. Na spracovanie údajov bola použitá jednorozmerná deskriptívna štatistika v programe Microsoft Office Excel 2003. Signifikantná interakcia dvoch premenných bola hodnotená pomocou Chi-kvadrát testu.

## Výsledky

Výsledky analyzujú, do akej miery má bolesť u pacientov v domácom prostredí vplyv na náladu, vzťah k iným ľuďom, radosť zo života a spánok z hľadiska pohlavia. Tieto dimenzie výrazne ovplyvňujú psychickú pohodu pacientov trpiacich chronickou bolesťou. Vybrané položky sú súčasťou dotazníka. Respondenti označovali v odpovediach na škále to, ako bolesť za posledných 24 hodín od 0 (neprekážala) do 10 (úplne prekážala) vybraným dimenziám života pacientov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe odpovedí bol vypočítaný priemer hodnôt, ktoré uvádzali respondenti. Intenzita dosahujúca číslo 5 z desiatich, začína významne ovplyvňovať životné aktivity, keď dosiahne 7 z desiatich, interferencia sa opäť významne zvýši (Kulichová et al., 2005, s. 79). Intenzita dosiahla číslo 5 v položkách nálady, radosti zo života, a spánku. Frekvenčné údaje (v absolútnych číslach) sú spracované formou tabuliek.

Nálada celkovej vzorky respondentov je ovplyvnená bolesťou v priemere 6,06 ( $\pm$  2,52), pričom u žien je nálada ovplyvnená bolesťou v priemere 5,92 ( $\pm$  2,43) a u mužov je v priemere 6,3 ( $\pm$  2,67). Medzi premennými neexistuje signifikantný vzťah ( $p = 0,387$ ), viz tab. 3.

Tab. 3 Vplyv bolesti na náladu z hľadiska pohlavia

| Pohlavie | Priemer | n   | Štandardná odchýlka |
|----------|---------|-----|---------------------|
| Ženy     | 5,92    | 91  | 2,432               |
| Muži     | 6,30    | 53  | 2,679               |
| Spolu    | 6,06    | 144 | 2,523               |

Na to, ako bolesť narušuje vzťahy s inými ľuďmi sa respondenti vyjadrili v priemere 4,01 ( $\pm$  2,6). Obmedzenie vzťahov s inými ľuďmi vplyvom bolesti ženy vyjadrovali v priemere 4,03 ( $\pm$  2,54) a muži v priemere 3,96 ( $\pm$  2,72). V skupine respondentov neboli zistené štatisticky významné rozdiely ( $p = 0,876$ ), viz tab. 4.

Tab. 4 Vplyv bolesti na vzťah k iným ľuďom z hľadiska pohlavia

| Pohlavie | Priemer | n   | Štandardná odchýlka |
|----------|---------|-----|---------------------|
| Ženy     | 4,03    | 91  | 2,545               |
| Muži     | 3,96    | 53  | 2,724               |
| Spolu    | 4,01    | 144 | 2,603               |

Radosť zo života v celkovej vzorke respondentov je ovplyvnená bolesťou v priemere 5,63 ( $\pm$ 2,7). Ženy vyjadrovali obmedzenie radosti zo života v priemere 5,43 ( $\pm$ 2,62). Muži obmedzenú radosť zo života bolesťou vyjadrovali v priemere 5,98 ( $\pm$ 2,82). V skupine respondentov neboli tieto rozdiely štatisticky signifikantné ( $p = 0,238$ ), viz tab. 5.

Tab. 5 Vplyv bolesti na radosť zo života z hľadiska pohlavia

| Pohlavie | Priemer | n   | Štandardná odchýlka |
|----------|---------|-----|---------------------|
| Ženy     | 5,43    | 91  | 2,621               |
| Muži     | 5,98    | 53  | 2,825               |
| Spolu    | 5,63    | 144 | 2,701               |

Na to, že bolesť prekáža spánku sa respondenti vyjadrili v priemere 6,01 ( $\pm$  3,08). Priemerná hodnota odpovedí respondentov na to, ako bolesť ovplyvňuje spánok je u žien 5,65 ( $\pm$  3,03) a mužov v priemere 6,63 ( $\pm$  3,08). Štatistickým spracovaním nebola zistená signifikantná súvislosť medzi premennými ( $p = 0,065$ ), viz tab. 6.

Štatistickým spracovaním nebola zistená signifikantná súvislosť medzi uvedenými premennými (tab. 7).

Tab. 6 Vplyv bolesti na spánok z hľadiska pohlavia

| Pohlavie | Priemer | n   | Štandardná odchýlka |
|----------|---------|-----|---------------------|
| Ženy     | 5,65    | 91  | 3,038               |
| Muži     | 6,63    | 52  | 3,081               |
| Spolu    | 6,01    | 143 | 3,080               |

Tab. 7 Vplyv bolesti na náladu, vzťah k iným ľuďom, spánok, radosť zo života z hľadiska pohlavia (Fisherov test)

|                             | F     | P     |
|-----------------------------|-------|-------|
| Nálada – pohlavie           | 0,754 | 0,387 |
| Vzťah k iným – pohlavie     | 0,025 | 0,876 |
| Spánok – pohlavie           | 3,452 | 0,065 |
| Radosť zo života – pohlavie | 1,405 | 0,238 |

## Diskusia

Pri starostlivosti o pacienta v domácom prostredí, ktorý trpí bolesťou je dôležité zo strany sestier správne hodnotiť bolesť, jej vplyv na jednotlivé dimenzie života pacienta s prihliadnutím na faktory, ktoré ju ovplyvňujú. Sláma (2006, s. 375) uvádza, že systematické zhodnotenie psychického stavu pacienta je dôležitým predpokladom pre pochopenie bolesti a jeho významu v kontexte celkového prežívania ochorenia. Psychické symptómy súvisia veľmi intenzívne s niektorými osobnostnými charakteristikami pacienta a tiež s mierou psychosociálnej podpory, ktorej sa chorému od rodiny, priateľov, či zdravotníkov dostáva.

Rokyta et al. (2009, s. 71) uvádza, že muži a ženy majú určité rozdiely vo vnímaní a interpretácii bolesti. Vo väčšine štúdií bolo dokázané, že prah bolesti u žien je nižší, ženy vnímajú bolesť viac než muži, čo potvrdzuje aj Vallerand a Polomano (2000), ktorí taktiež uvádzajú, že ženy majú väčšiu schopnosť rozlišovať bolestivé pocity, pričom vykazujú vyššie skóre hodnotenia.

Striebel (1993, s. 50) uvádza, že vždy je potrebné posúdiť, do akej miery je ovplyvnený emocionálny stav pacienta s bolesťou. Vnímanie a expresiu bolesti sa vzájomne významne ovplyvňuje s náladou (Sláma, 2006, s. 375). Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že priemerná hodnota odpovedí respondentov nato, ako bolesť ovplyvňuje *nálada* je u žien 5,92 a u mužov 6,3. Je možné konštatovať, že utrpenie, ktoré prináša bolesť u pacientov v domácom prostredí má dopad nielen somatický, ale aj psychický. Môže to súvisieť aj so schopnosťou vyrovnávania sa s bolesťou. Je nevyhnutné poskytnúť pacientom dostatočnú emočnú podporu, pretože ak pacient očakáva a nedostáva v primeranej miere emočnú podporu súvisí to s prežívaním bolesti, čoho prejavom sú zmeny nálad.

Bolesť vnáša do ľudských životov mnoho utrpenia a je zodpovedná za značné percento práceneschopnosti. Prenáša sa do emočného stavu jedinca, časté sú pri chronickej bolesti sprievodné psychiatrické poruchy, najmä depresia a úzkosť (Vaškovský, 2001, s. 151). Až 85 % pacientov s chronickou bolesťou má symptómy depresie (Striebel, 1993, s. 50).

O'Brien et al. (2010, s. 310 – 319) uskutočnili štúdiu, v ktorej zisťovali, či existuje vzťah medzi poruchami spánku, náladou u 292 pacientov s chronickou bolesťou. Zistenia poukázali na to, že negatívna nálada vplýva na spánok u pacientov s chronickou bolesťou.

Pennebaker zisťoval vplyv nálady na vnímanie bolesti. Pri smutnej, depresívnej nálade vnímame danú bolesť podstatne viac ako pri pomerne dobrej nálade (Křivohlavý, 2002, s. 36), čo potvrdzuje aj Balcar (2009, s. 128), ktorý uvádza, že úzkostná až panická, či smutná až depresívna nálada prispieva k zhoršovaniu bolesti.

Bolesť ovplyvňuje *vzťahy s inými ľuďmi* u žien v priemere 4,03 a u mužov v priemere 3,96. Pri prežívaní bolesti pacient nemá chuť komunikovať, nevyhľadáva spoločnosť, no najmä ak pacientovi nie je poskytnutá adekvátna pomoc či emočná podpora dochádza u pacienta k nedôvere voči rodinných príslušníkom, ale aj k zdravotníckym pracovníkom a tým sa vytvára tendencia k osamelosti s nezáujmom plánovania a vykonávania sociálnych aktivít. Pociť izolácie sa objavuje, ak pacient vníma odlúčenie od rodiny, ak vníma narušenie vzťahov s priateľmi, príbuznými, prípadne ak došlo k strate zamestnania. Preto je dôležité pri posudzovaní sledovať ako bolesť pôsobí na medziľudské vzťahy.

Vnímanie bolesti a odpoveď na ňu ovplyvňuje taktiež okolie jedinca. Dobré medziľudské vzťahy, príjemné sociálne prostredie zvyšujú prah bolesti. Prítomnosť blízkej osoby uľahčuje znášanie bolesti nielen u detí, ale aj dospelých ľudí (Trachtová et al., 2001, s. 131). Často je pre pacienta dôležité, aby nezostal s bolesťou sám, aby ho mal kto vypočuť, kedykoľvek to potrebuje. Rokyta et al. (2009, s. 16) uvádza, že výsledky európskej štúdie poukazujú nato, že 25% pacientov prerušilo vzťahov s rodinou alebo priateľmi, 33% pacientov je menej schopných alebo neschopných udržiavať nezávislý život.

Kultúrne a socializačné vplyvy pôsobiace na pacienta v domácom prostredí sú taktiež faktorom ovplyvňujúcim reakcie mužov a žien na bolesť. Sťažovanie si na bolesť často vedome alebo nevedome navodzuje konflikty s pracovnými problémami, okolím, rodinou, priateľmi alebo sociálnymi povinnosťami (Striebel, 1993, s. 50). Niektorí jednotlivci sú ochotní znášať bolesť, ak sú pri nich členovia rodiny, pretože s nimi komunikujú, resp. rozptyľujú ich sústredenie sa na bolesť. Ak je pacient ošetrovaný v domácom prostredí rodinou, môže mať znížené reakcie na bolesť, ako aj znížené pociťovanie bolesti (Zanovitová, 2008, s. 109).

Ženy vyjadrovali obmedzenie *radosti zo života* v priemere 5,43. Muži obmedzenú radosť zo života vyjadrovali v priemere 5,98. Bolesť patrí k najťažším formám ľudského utrpenia, preto na základe uvedených zistení možno konštatovať, že prítomnosť bolesti negatívne ovplyvňuje radosť zo života viac mužov ako ženy, čo potvrdzuje aj štúdia Mystakidou et al. (2006, s. 400 – 405), kde zistenia poukázali významnú súvislosť medzi bolesťou a vzťahmi s inými ľuďmi ( $P < 0,0005$ ). Sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s bolesťou využitím komunikačných prostriedkov môže efektívne ovplyvňovať prežívanie, správanie a konanie pacienta želaným smerom. Je nutné snažiť sa o vzbudenie optimistického prístupu pacienta k životu a podporovať pozitívne zmeny vedúce k radosti zo života.

Vysoko emocionálne osoby pociťujú bolesť výraznejšie, negatívnejšie. Rozdielnosť prežívania bolesti je aj v pohlaví. Ženy sú prirodzene emotívnejšie, citlivejšie ako muži (Vaškovský, 2001, s. 150).

Gulášová (2008, s. 49) uvádza, že pacienti, ktorí si zachovávajú pokojný, pozitívny a optimistický životný postoj, prekonávajú bolesť omnoho lepšie ako tí, ktorí sa cítia bezmocní a beznádejní.

Obmedzenie *spánku* vplyvom bolesti ženy vyjadrovali v priemere 5,65 a muži v priemere 6,63. Spánok u pacientov s bolesťou v domácom prostredí je výrazne ovplyvnený, čo negatívne vplýva na ostatné životné aktivity. Z výsledkov vyplýva, že muži trpia nedostatkom kvalitného spánku oveľa viac, ako ženy.

Spánok potrebný pre zachovanie a udržanie telesného a duševného zdravia (Trachtová et al., 2001, s. 69). Výsledky ukazujú, že u oboch pohlaví bolesť má výrazný vplyv na spánok, ktorý je potrebný na obnovu a regeneráciu organizmu, čo potvrdzuje aj štúdia O'Brien et al. (2010, s. 310 – 319), kde zistenia poukázali na významnú súvislosť medzi zlým spánkom a bolesťou.

Kundermann et al. (2004) uvádza, že chronické bolestivé syndrómy sú spojené so zmenami v spánku, čo potvrdzujú aj autori Smith a Haythornthwaite (2004), ktorý uvádzajú, že poruchy spánku sú jedným z najčastejších sťažností pacientov s chronickými bolestivými stavmi.

Miaskowski (2009) uvádza, že chronické pretrvávajúce bolesti predstavujú výraznú záťaž pre pacientov, pretože sú spojené so značným osobným utrpením, stratou produktivity a nákladmi na zdravotnú starostlivosť. Výrazne ovplyvňujú spánok u pacientov, čo vplýva na aspekty každodenného

života, ako je napríklad zásah do sociálnych vzťahov, znižuje kognitívne funkcie a zvyšuje hladiny úzkosti a depresie.

Pacient s bolesťou, ktorý neustále myslí na svoju bolesť, nemôže spať, môžu sa vyskytovať poruchy spánku (predčasné prebudenie, či nedostatočná hĺbka spánku). Pacient sa cíti unavený, stáva sa podráždeným, môže byť odkázaný na pomoc v základných sebaobslužných aktivitách, preto je vhodné monitorovať u pacientov s bolesťou v domácom prostredí trvanie nerušeného spánku. Plán ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s bolesťou ako uvádzajú Nemčeková, Žiaková (1997, s. 52 – 54) zahŕňa vymedzenie hraníc aktivity a odpočinku, pretože prílišná aktivita, ale aj pasivita môže negatívne ovplyvňovať osobnú odpoveď na bolesť (miera samostatnosti, sebaopatery, emocionálne stavy), preto je vhodné nájsť spolu s pacientom hranicu – rovnováhu medzi aktivitou a odpočinkom, ktorá je premenlivá. V závislosti od ochorenia, môže byť udržanie mobility jednou z najdôležitejších úloh celej starostlivosti.

## Záver

S problematikou bolesti sa sestra pracujúca v podmienkach domáceho prostredia vo svojej praxi stretáva denne. Bolesť pre pacienta predstavuje nepríjemný zážitok, ktorý zasahuje nielen do fyzickej, ale aj psychickej roviny pacienta, čo potvrdzujú aj zistenia nášho prieskumu. Bolesť ako komplexná skúsenosť je sprevádzaná spektrom psycho – sociálnych problémov, akými sú negatívne emócie, pocit osamelosti, či narušený spánok. Starostlivosť o pacienta s bolesťou v domácom prostredí zohľadňuje multidimenzionálne hodnotenie bolesti, čo si vyžaduje zo strany sestier dostatok teoretických a praktických vedomostí. Objektívne hodnotenie je dôležité z hľadiska stanovenia individuálneho plánu ošetrovateľskej starostlivosti spočívajúceho v dodržiavaní naplánovaných ošetrovateľských intervencií. Sú stanovené tak, aby sa poskytla kvalitná a komplexná ošetrovateľská starostlivosť spočívajúca v znížení prípadne odstránení bolesti, obnovení funkčnej zdatnosti a taktiež v tom, aby sa eliminovali problémy sprevádzajúce bolesť. Ošetrovateľské intervencie sú zamerané na systematické a nepretržité posudzovanie bolesti, sledovaní verbálnych a neverbálnych prejavov súvisiacich s bolesťou, podávaní liekov proti bolesti a sledovaní ich účinnosti, aktivizácií pacienta, odvádzaní jeho pozornosti vhodnou činnosťou. Je potrebné zapájať pacienta do ošetrovateľskej starostlivosti, podporovať ho pri

vyjadrovaní nielen pozitívnych, ale aj negatívnych emócií. Systematické hodnotenie vplyvu bolesti na vybrané dimenzie života pacienta v domácom prostredí je dôležitým predpokladom pre pochopenie významu bolesti, ktorá do značnej miery obmedzuje spoločenský život pacienta, ale aj rodiny.

## Etické aspekty a konflikt záujmov

Respondenti boli informovaní s vykonaním prieskumu a súhlasili s účasťou na prieskume. Zároveň boli informovaní, že účasť je dobrovoľná. Neexistuje žiaden konflikt záujmov.

## Bibliografické odkazy

- BALCAR, K. Psychoterapie a psychologické zvládání bolesti. In ROKYTA, R. et. al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. s. 125-152.
- CLEELAND, C. S. *The Brief Pain Inventory. User Guide*. Houston: The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, 2009. 63 s.
- GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta, 2008. 96 s.
- ICSI (Institute for clinical systems improvement). *Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain*. 6th ed. 58 s. [online.] 2008. [cit. 2012-04-19] Dostupné z: [http://www.icsi.org/pain\\_acute/pain\\_acute\\_assessment\\_and\\_management\\_of\\_3.html](http://www.icsi.org/pain_acute/pain_acute_assessment_and_management_of_3.html)
- KULICHOVÁ, M. et al. *Algeziológia*. Žilina: Žilinská univerzita, 2005. 300 s.
- KULICHOVÁ, M., HASAROVÁ, D. Bolesť – význam, diagnostika a liečba v prednemocničnej urgentnej medicíne. In DOBIÁŠ, V. (eds). *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007. s. 313-325.
- KUNDERMANN, B. et. al. The effect of sleep deprivation on pain. *Pain Research & Management*. 2004, 9(1), 25-32.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s.
- McCOOL, W. F., SMITH, T., ABERG, C. Pain in Women's Health: A Multi-Faceted Approach Toward Understanding. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2004, 49(6), 473-481.
- MIASKOWSKI, C. Pharmacologic management of sleep disturbances in noncancer-related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009, 10(1), 3-13.
- MYSTAKIDOU, K. et. al. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer Nursing*. 2006, 29(5), 400-405.
- NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. *Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou*. Martin: JLF UK, 1997. 70 s.
- NERADILEK, F. Bolesť jako syndrom. In ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: monografie a algeziologie*. Praha: Tigris, 2006. s. 22-26.
- O'BRIEN, E. M., et. al. Negative mood mediates the effect of poor sleep on pain among chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*. 2010, 26(4), 310-319.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s.

- OPAVSKÝ, J. Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti. In: ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. (eds). *Bolest monografie a algeziologie*. Praha: Tigris, 2006. s. 172-179.
- ROKYTA, R. et. al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. 174 s.
- SLÁMA, O. Hodnocení bolesti u onkologických pacientů. In: ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: monografie a algeziologie*. Praha: Tigris, 2006. s. 372-377.
- SMITH, M. T., HAYTHORNTHWAITE, J.A. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews*. 2004, 8(2), 119-32.
- STRIEBEL, H. W. *Terapia chronických bolestí*. Martin: Osveta, 1993. 132 s.
- The Brief Pain Inventory*. [online.] 2012. [cit. 2012-06-19] Dostupné z: <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>
- TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s.
- VÁŠKOVSKÝ, R. Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti její léčby. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, 2(4), 150-153.
- VALLERAND, A. H., POLOMANO, R. C. *The relationship of gender to pain*. *Pain Management Nursing*. 2000, 1(3), 8-15.
- ZANOVITOVÁ, M. Bolest'. In TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. (eds). *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. s. 107-114.
- ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V. Stárnutí populace v České republice. In HEGYI, L., KRAJČÍK (eds). *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. s. 32-34.