

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Terézia Lukšicová

Akceptácia bolesti a kvalita života u pacientov s chronickou  
boleťou

Acceptance of pain and quality of life of patients with chronic  
pain

Praha 2019

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, PhD.

## Pod'akovanie

Chcela by som sa poďakovať vedúcej tejto práce, pani doktorke Markéte Niederlovej, že mi svojimi vecnými radami, trpezlivým prístupom a povzbudivými slovami pomáhala ku zdarnému dokončeniu bakalárskej práce.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 7.5.2019*

.....

*Terézia Lukšicová*

## **Abstrakt**

Bakalárska práca sa zameriava na poznatky o akceptácii chronickej bolesti a jej vplyvu na kvalitu pacientovho života. Práca je rozdelená do dvoch častí. Prvá z nich, literárne prehľadová, poskytuje základné terminologické zakotvenie a popisuje možné problémy spojené s prežívaním chronickej bolesti. Jej hlavnou časťou je objasnenie konceptu akceptácie chronickej bolesti vo význame, v akom je používaný približne posledných tridsať rokov. V práci je vysvetlená jedna z terapeutických možností ako zvýšiť akceptáciu bolesti u pacienta, a to terapia pomocou prijatia a záväzku (Acceptance and commitment therapy- ACT).

Na prvú časť práce nadväzuje empirická časť, ktorá navrhuje výskumný projekt vychádzajúci z poznatkov uvedených v literárne prehľadovej časti. Ide o experiment s priebežným a následným pozorovaním tej istej skupiny, ktorý sleduje pôsobenie ACT na akceptáciu bolesti. Štúdia pozoruje či dôjde ku zlepšeniu aj v iných oblastiach, a to konkrétne v depresivite, úzkostnosti, intenzite bolesti a v neposlednom rade teda ku zlepšeniu celkovej kvality života. Výskumný projekt pracuje s dotazníkom CPAQ, ktorý má za cieľ použiť ho na českej populácii a tým prispieť k možnému vytvoreniu noriem.

## **Kľúčové slová**

Chronická bolesť, akceptácia bolesti, terapia pomocou prijatia a záväzku, kvalita života

## **Abstract**

The bachelor's thesis focuses on findings about acceptance of chronic pain and its influence on patients' life quality. The thesis is divided into two parts. The first formal part defines basic terminology and describes potential issues connected to experiencing chronic pain, its main component clarifies the concept of chronic pain's acceptance from the viewpoint presented over the past thirty years. This part also introduces the Acceptance and Commitment Therapy – ACT, as one of the therapeutic options enabling the increase of acceptance of pain by patients.

The empirical part of the thesis resumes the first part and suggests a research project evolving the findings of the initial formal synopsis. The research is a correlational study surveying the impact of ACT on the acceptance of pain. The study monitors possible improvement in other areas too, specifically when it comes to depression, anxiety, intensity of pain and improving overall quality of life utmost. The research project works with the CPAQ questionnaire which goal it is to get conducted on Czech population and support establishing norms.

### **Key words:**

Chronic pain, Pain acceptance, Acceptance and Commitment Therapy, Quality of life

## Obsah

Zoznam použitých skratiek .....	6
Úvod.....	7
1. Bolesť vo všeobecnosti - základné terminologické východiská .....	9
1.1 Rozdelenie bolesti podľa doby trvania .....	9
1.2 Hodnotenie intenzity bolesti.....	10
2. Chronická bolesť .....	11
2.1 Kvalita života a chronická bolesť.....	12
2.2 Psychologické modely chronickej bolesti.....	13
2.2.1 Vyhybavý model zo strachu (Fear- avoidance model) .....	13
2.2.2 Model akceptácie a záväzku.....	14
2.2.3 Model riešenia problému presmerovaním.....	15
2.2.4 Model sebaúčinnosti .....	15
3. Akceptácia bolesti .....	16
3.1 Správne porozumenie psychologickej akceptácie.....	19
3.2 Metódy zvýšenia miery akceptácie bolesti .....	20
3.2.1. ACT- Terapia pomocou prijatia a záväzku .....	21
4. Návrh výskumného projektu.....	25
4.1 Teoretické východiská.....	25
4.2 Výskumné ciele a hypotézy výskumu .....	26
5. Design výskumného projektu .....	27
5.1 Výskumné metódy.....	27
5.2 Výskumný súbor a realizácia výskumu .....	30
5.3 Analýza a spracovanie dát.....	31
5.4 Etické aspekty výskumu.....	31
6. Diskusia .....	32
Záver .....	34

Zoznam použitej literatúry .....	36
Zoznam obrázkov .....	44
Príloha 1 .....	I

## **Zoznam použitých skratiek**

ACT (Acceptance and Commitment Therapy): Terapia pomocou prijatia a záväzku

BAI (Beck Anxiety Inventory): Beckova škála úzkosti

BDI-II (Beck Depression Inventory II): Beckova posudzovacia škála depresie

CPAQ (R) (Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Revised)): Dotazník miery akceptácie chronickej bolesti

GAD (General Anxiety Disorder): Generalizovaná úzkostná porucha

HRQOL (Health Related Quality of Life): Kvalita života vo vzťahu ku zdraviu

KBT: Kognitívno - behaviorálna terapia

SF-36 (Short Form- 36): Krátka forma- 36

VAS: Vizuálna analogová škála



## Úvod

Téma bolesti je veľmi široká a zasahuje do rôznych oblastí života. Napriek obrovským medicínskym pokrokom nie sú lekári stále schopní zabrániť tomu, aby na svete milióny ľudí trpeli chronickou bolesťou, ktorá ovplyvňuje ich kvalitu života. Toto je bezpochyby spojené aj so psychologickými skutočnosťami, a preto by sme sa mali aj my, ako psychológovia, snažiť pochopiť charakteristiky bolesti, snažiť sa pomôcť pacientovi žiť čo najviac plnohodnotný život. Problematika bolesti je teda bezpochyby veľmi naliehavou aj na poli psychologického výskumu. V posledných rokoch sa ukazuje, že akceptácia bolesti by mala byť nápomocná tomu, aby sa pacient zmieril so svojim bolestivým stavom, a aby žil kvalitný život. Vďaka možnému pozitívnemu prínosu a málo prebádanej oblasti sme si túto tému vybrali ako tému bakalárskej práce.

Bakalárska práca si kladie za cieľ predstaviť niektoré psychologické charakteristiky spojené s chronickou bolesťou, na základe ktorých potom podrobne priblíži koncept akceptácie bolesti vo vzťahu k súčasným výskumom. Cieľom práce je zmapovať pôsobenie akceptácie bolesti na pacientov život a popísať hlavnú terapiu zaoberajúcu sa zvyšovaním akceptácie. Práca môže poslúžiť na sprostredkovanie základných informácií, ktoré by mohli motivovať ku rozvoju výskumu a praktického využitia týchto poznatkov v Českej republike.

Práca pozostáva z dvoch častí. V prvej z nich, literárne prehľadovej, sú podané informácie vzťahujúce sa k téme bakalárskej práce. Informácie sú zoskupené do troch väčších kapitol. Logicky postupujúc, informácie najprv začínajú od obecných a pokračujú až ku špecifickej téme. V prvej kapitole sa pojednáva o bolesti vo všeobecnosti, sú tu jasne vymedzené základné terminologické východiská a niektoré delenia. Podkapitola je venovaná spôsobom ako je možné hodnotiť intenzitu bolesti, keďže táto charakteristika je pre výskum bolesti dôležitá. Druhá kapitola je venovaná chronickej bolesti. Dáva si za cieľ popísať niektoré možné problémy v pacientovom živote, ktoré sa s chronickou bolesťou spájajú a rozpracovať štyri základné psychologické modely chronickej bolesti. Tieto modely sú dôležité pre správnu intervenciu pacienta a to aj v prípade, že chceme zvyšovať práve mieru jeho akceptácie bolesti. Najobsiahlejšia kapitola sa zaoberá touto akceptáciou bolesti. Dopodrobna vysvetľuje ako ju chápeme, a ako sa tento termín používa v odbornej literatúre. Dôraz je kladený takisto na terapeutický smer, pomocou ktorého môže dôjsť ku zvýšeniu akceptácie, a teda na terapiu pomocou prijatia a záväzku (ACT).

Druhá časť práce prezentuje návrh výskumného projektu. Ide o kvantitatívny výskum, ktorý má za cieľ zistiť či ACT ovplyvňuje kvalitu pacientovho života, a ak áno, do akej miery. Testovanie bude prebiehať na klinickej populácii (tj. pacienti s chronickou bolesťou) a bude mať štyri fázy: pred intervenciou, tesne po trojmesačnej intervencii a následne v dvoch meraniach s odstupom času po troch a šiestich mesiacoch od jej ukončenia. Zisťovať sa budú zmeny v kvalite života, vo vnímanej intenzite bolesti, depresii, úzkosti a samozrejme v miere akceptácie bolesti. Vo výskume bude použitý aj dotazník CPAQ zisťujúci akceptáciu bolesti, ktorý, ak je mi známe, na českej populácii v minulosti ešte nikdy nebol použitý.

V práci je použitá citačná norma APA (2010).

## 1. Bolest' vo všeobecnosti - základné terminologické východiská

V odbornej literatúre sa stretne s mnohými definíciami bolesti ako takej. Napríklad jedna z najrozšírenejších definícií hovorí, že bolesť je nepríjemný subjektívny pocit alebo emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo možným poškodením tkaniva alebo popisovaný výrazmi pre takéto poškodenie (Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti, 1994).

Zmyslovú bolesť môžeme chápať aj ako signál ohrozenia alebo poškodenia organizmu. Bolest' vyvoláva v človeku pocit ohrozenia, ktorý vedie k zmenám pozornosti a často navodzuje strach. Táto reakcia vedie k minimalizácii poškodenia organizmu (Knotek, 2010).

Podľa McCaffery (1968) je bolesť všetko to, čo pacient tvrdí, že je, existujúca kedykoľvek pacient tvrdí, že je prítomná. Toto poňatie, síce zjednodušene, ale pekne popisuje úplnú subjektivitu a nemožnosť poprieť prežívanie pacientovej bolesti.

Bolesť je zložitý vnem, ktorý je okrem fyziologickej stránky ovplyvnený aj inými faktormi ako napríklad: kultúrou, v ktorej bol jedinec vychovávaný, očakávaním bolesti, kontextom, v ktorom sa bolesť objavuje, predchádzajúcim zážitkami s bolesťou a emočnými a kognitívnymi reakciami (Sofaer, 1997). Za uvedomovanie si bolesti je zodpovedný limbický systém, ktorý moduluje množstvo prežívanej bolesti vychádzajúcej zo stimulov. Toto tvrdenie podporujú výskumy, ktoré ukázali, že pacienti s frontálnou lobektómiou, sú schopní si uvedomovať väčšiu bolesť, ale neprekáža im a nevnímajú ju negatívne (Hansen & Streltzer, 2005).

### 1.1 Rozdelenie bolesti podľa doby trvania

Rozdelenie bolesti na základe doby trvania, je jedno z najzakladanejších delení. Pre lekárov a následne aj psychológov je dôležité vedieť, s akým typom bolesti pracujú, aby vedeli zaujať správne liečebné a podporné postupy. Každý typ bolesti si totiž vyžaduje iný prístup (Rokyta, 2017).

**Akútna bolesť:** prichádza náhle a v porovnaní s chronickou bolesťou je krátkodobá, môže trvať hodiny až dni. Je pre organizmus účelová, avšak mala by byť liečená, aby sa znížila pravdepodobnosť rozvoja chronickej bolesti. Bolest' je často krát dobre vyliečiteľná a motivuje pacienta k rýchlemu vyhľadaniu odbornej pomoci. Bolest' vymizne, keď sa vylieči príčina (Křivohlavý, 1992). Medzi akútnu bolesť zaradujeme bolesť pooperačnú, traumatickú, pôrodnú a bolesť pri niektorých vnútorných ochoreniach (Hakl et al, 2013).

**Chronická bolesť:** trvá mesiace až roky (najmenej však 3-6 mesiacov). Pre človeka má negatívny význam, nie je biologicky účelová. Nebýva vždy dobre lokalizovateľná. Pre túto prácu je kľúčová chronická bolesť, a tak bude viacej rozpracovaná v ďalšej kapitole.

Výstižne a zjednodušene rozdiel medzi akútnou a chronickou bolesťou opísali Twycross a Lack (1983), keď hovoria, že chronická bolesť sa dá považovať za situáciu, zatiaľ čo akútna bolesť skôr za udalosť.

## 1.2 Hodnotenie intenzity bolesti

Hodnotenie intenzity bolesti nie je vôbec jednoduché, keďže ide o subjektívne prežívanie pacienta. Navzdory tomuto faktoru bolo vyvinutých mnoho nástrojov na meranie, ktoré pri správnom zadávaní pacientovi, dosahujú konzistentné a spoľahlivé výsledky (Frampton & Hughes-Webb, 2011). Schopnosť pacienta posúdiť intenzitu bolesti a sledovať jej vývoj, je dôležitá aj pre výskumné účely, kedy je sledovaná zmena intenzity bolesti po určitej intervencii, terapii.

Pri hodnotení intenzity je skutočne dôležité si uvedomiť a počítať s tým, že každý človek má inú citlivosť na bolesť. Existujú ľudia, ktorí už pri malom podnete reagujú neprimerane a naopak sú aj takí, ktorí prehliadajú a bagatelizujú aj veľkú bolesť (Janáčková, 2007). Preto napríklad nie je správne porovnávať výsledky merania intenzity bolesti medzi ľuďmi navzájom. Porovnávanie intenzity bolesti by malo byť uskutočňované vždy len pre jednu osobu napríklad sledovanie zmien v priebehu času (Křivohlavý, 1992). Takisto na hodnotenie intenzity bolesti môžu mať vplyv pacientove očakávania toho, akú veľkú bolesť by mal v danej situácii cítiť, čo ovplyvňuje jeho reálne prežívanie (Hansen & Streltzer, 2005).

Medzi najčastejšie používané metódy na meranie bolesti patrí Analógová metóda merania intenzity bolesti alebo takisto známa aj ako Vizuálna analógová škála (VAS). Pacient pri tejto metóde znázorní intenzitu svojej bolesti na priamke od žiadnej až po najintenzívnejšiu bolesť. VAS je najrýchlejší a najzrozumiteľnejší spôsob merania intenzity bolesti. Ak sa tento spôsob používa vo výskumnej praxi, je možná jeho mierna modifikácia, kedy pri sledovaní po nejakej intervencii je nulový bod označený ako „nič sa nezmenilo, bolesť je stále rovnaká“ a maximum je označené ako „bolesť úplne prešla“. Upravenie metódy je možné takisto v detských ambulanciách, kedy sú použité tváre s rôznymi emočnými výrazmi (Janáčková, 2007).

Pri porovnávacej metóde – tourniquetovo vyšetrenie intenzity bolesti, sa pacientovi dá na ruku manžeta na meranie krvného tlaku a je požiadany, aby v pravidelných intervaloch rozovieral a zatváral päšť, čo má za následok neustále zväčšovanie ischemickej bolesti. Toto cvičenie trvá do vtedy, pokiaľ pacient zhodnotí, že bolesť, ktorú práve prežíva, sa rovná intenzite bolesti, ktorá ho trápi. Touto metódou sa takisto dá zmerať určité maximum pre toleranciu ischemickej bolesti, kedy sa meria, koľko je pacient schopný vydržať. Pri jednoduchom vydelení ekvivalentnej bolesti, ktorá pacienta trápi s jeho možným maximom, dostaneme pomer bolesti k jeho maximálnej tolerancii (Křivohlavý, 1992).

V tejto práci poslednými uvedenými metódami merania intenzity bolesti, sú verbálne metódy diagnostikovania intenzity bolesti. Verbálne vyjadrenie pacienta o tom, ako veľmi to bolí, je najprirodzenejšou formou, nie je však vždy presné, keďže u lekára môže vyvolať inú konotáciu. Z tohto dôvodu je vhodné použitie verbálneho škálovania intenzity bolesti. Táto škála je určitou obdobou VAS, pretože sú v nej zastúpené oba póly. Väčšinou sa používa škála začínajúca od žiadna bolesť, nepatrná bolesť cez mierna bolesť, stredná bolesť, strašná bolesť až po úplne neznesiteľná bolesť. Zadávateľ inštrukcií by mal vysvetliť, čo si pod každým stupňom predstavuje (Janáčková, 2007).

## **2. Chronická bolesť**

Bolesť, ako bolo spomínané vyššie, primárne slúži na alarmovanie poškodenia organizmu. Takéto chápanie bolesti ale nie je použiteľné u dlhotrvajúcej bolesti, keďže tam už túto úlohu neplní, stráca svoj biologický signálny zmysel. Chronická bolesť môže byť chápaná ako deštruktívny faktor telesného, psychického aj sociálneho zdravia (Janáčková, 2007).

Pri chronickej bolesti je treba rozlišovať o aký jej typ ide. K pacientovi sa pristupuje inak, ak jeho bolesť je malígneho pôvodu a inak, ak sa jedná o chronickú bolesť nemalígnej etiológie. Pri malígnych bolestiach sa jedná skôr o tíšenie bolesti a rola zdravotníckeho personálu má opornú funkciu, aby pacient, čo najlepšie zvládol svoju situáciu. Psychológ sa u takýchto pacientov môže zamerať na pomoc s nespavosťou, zmenami osobnosti a iné. Ak sa jedná o bolesť iného pôvodu, ktorá neohrozuje život, je dôležité pacienta naučiť s bolesťou pracovať (Sofaer, 1997).

Súčasná moderná medicína nás učí, že všetky fyzické symptómy by malo byť možné chápať v kontexte konkrétnej patológie. Pri chronickej bolesti často narážame na to, že to

také jednoduché nie je, a častokrát nie je možné zistiť pôvod a diagnózu vyplývajúcu z pacientovej bolesti. Preto sa často hovorí o psychosomatickom pôvode chronickej bolesti. Názory na toto ponímanie sú rôzne. Samozrejme nie je možné poprieť, že u určitej skupiny ľudí sa môžu iné psychické problémy prejavovať práve takto, avšak Davey (2016) zdôrazňuje, že súčasné medicínske diagnostické techniky nie sú schopné detegovať všetky formy patológie. Preto by sa ku pacientovi nemalo primárne pristupovať ako ku psychosomatickému napriek ťažkostiam s určením presnej diagnózy. Zadefinovanie pacienta ako psychosomatického, môže zvyšovať jeho mieru neporozumenia, negatívnych pocitov a tým aj zhoršenú adaptáciu. Autor ale ďalej pripúšťa, že psychologické faktory sú fundamentálne pre porozumenie bolesti. S chronickou bolesťou bývajú často spojené aj iné problémy. Napríklad poruchy osobnosti sa našli až medzi 31-59 % pacientov s chronickou bolesťou (Fishbain, 1999). Prevalencia depresie u takýchto pacientov sa pohybuje okolo 61% a úzkostné poruchy okolo 11% (Hansen & Streltzer, 2005).

## **2.1 Kvalita života a chronická bolesť**

Definovanie kvality života je nejednotné, objavujú sa rôzne definície z rôznych pohľadov. Pre účely tejto práce budem pracovať s poňatím Švehlíkovej a Heretika (2008), ktorí vravia, že zisťovanie kvality života by malo byť spojené s otázkami, čo robí ľudí šťastnými, spokojnými. Pracujú s pojmom subjektívna pohoda (well-being), ktorý je akýsi ekvivalent ku kvalite života. Kvalitu života vytvárajú dve základné komponenty - afektívne a kognitívne. Kognitívna dimenzia má za úlohu racionálne spracovanie a hodnotenie vlastného života, zatiaľ čo afektívna zahŕňa citové prežívanie a prevažujúci typ emócií (Hnilicová, 2005). Ďalšie dôležité chápanie je z medicínskeho pohľadu a zahŕňa aj oblasť psychického a fyzického zdravia, preto sa často používa pojem životná spokojnosť vo vzťahu ku zdraviu (health related quality of life- HRQOL alebo HRQL) (Sláma, 2005). Všetky chápania kvality života sa zhodujú na tom, že ide o subjektívne zhodnotenie jednotlivca, a je niekedy potrebné rozlišovať objektívne a subjektívne hodnotenie životných podmienok jedinca (Švehlíková & Heretik, 2008).

Štatistiky uvádzajú, že približne až 30 % Európanov a 40 % Američanov trpí určitou formou chronickej bolesti. Bezpochyby, chronická bolesť vo významnej miere ovplyvňuje aj kvalitu života. To, ako sa s bolesťou jednotlivec vysporiada a aký kvalitný život bude viesť, závisí od množstva premenných. Veľkú úlohu zohrávajú faktory ako miera resiliencie, akceptácia bolesti, tolerancia bolesti, vyhýbavé chovanie, sociálne opory a mnoho ďalšieho (Sturgeon & Taub, 2016). Chronická bolesť má vplyv na mnoho oblastí s pacientovho života

ako napríklad: limitáciu v aktivitách bežného dňa, poruchy spánku, úzkosti, depresie, zvýšenú potrebu pomoci, zvýšené životné náklady a mnoho ďalšieho. Je preto zrejmé, že bolesť značne ovplyvňuje kvalitu života a subjektívnu pohodu (Parler, Fadiloglu, Argon, Tokem & Keser, 2013)

Nižšie menovaní vedeckí pracovníci v posledných výskumoch zdôrazňujú významnosť motivácie, orientácie na cieľ a nepodľahnutie situácii ako jednu z kľúčových vlastností vo zvládaní chronickej bolesti a tým aj celkového zlepšenia kvality života (Ceulemans, Karsdop & Vlaeyen, 2013).

Za jedny z veľmi dôležitých charakteristík, ktoré majú tendenciu predikovať pacientovu kvalitu života, je katastrofizácia a vyhýbavé chovanie, ktoré vedú väčšinou ku zhoršeniu stavu ako aj zhoršeniu bolesti. Oproti nim stojí psychologická flexibilita a akceptácia bolesti, ktoré naopak podľa výskumov, ktorým sa budem venovať ďalej, majú tendenciu zlepšovať pacientove prežívanie a hodnotenie kvality života (Semeru & Halim, 2019). Preto môžeme povedať, že postoj a hodnotenie bolesti pacientom samým, má veľký vplyv ako bude zvládať svoje bolesti a aký kvalitný život bude viesť.

## **2.2 Psychologické modely chronickej bolesti**

Je mnoho teoretických modelov, ktoré sa snažia vysvetliť ako psychologické faktory môžu pôsobiť na znášanie bolesti. V nasledujúcej časti budem prezentovať štyri najčastejšie používané psychologické modely chronickej bolesti v odbornej literatúre. Tieto modely nám pomáhajú porozumieť vývoju bolesti. Každý z týchto modelov zdôrazňuje rozdielne mechanizmy, ich porozumenie nám môže pomôcť vo vybratí vhodnej a najviac efektívnej terapeutickej cesty pre pacienta (Linton & Shaw, 2011). Ak by sme chceli pacienta terapeuticky viesť ku väčšej miere akceptácie bolesti, o pozitívnych vlastnostiach tohto prístupu budem hovoriť ďalej, tak porozumenie týmto modelom môže byť práve kľúčové.

### **2.2.1 Vyhýbavý model zo strachu (Fear- avoidance model)**

Tento model je často používaný k vysvetleniu, prečo niekto prechádza z akútnej alebo subakútnej formy bolesti do chronickej, vyhýbavosť bolesti zo strachu teda môže byť spojená s chronicitou (Boersma & Linton, 2006; Brox, Storheim, Holm, Friis & Reikeras, 2005; Buer & Linton, 2002; Swinkels- Meewisse et al., 2006) . Vyhýbanie sa aktivitám, ktoré spôsobujú bolesť pri akútnej forme je zdravá stratégia, ak však toto správanie pretrváva, stáva sa maladaptívnym (Gatchel, Neblett, Kishino & Ray, 2016). Špecifickým faktorom v tomto modeli je strach. Strach z bolesti sa vyvinie ako výsledok kognitívnej

interpretácie bolesti ako ohrozenia. Strach z bolesti môže byť fixovaný učením, a tak udržovať tieto stavy strachu aj po vymiznutí patofyziologického procesu. Tento strach ovplyvňuje aj pozornosť, čo vedie ku zvýšenej citlivosti na bolesť – hypervigilancii. Pacient je citlivý aj na malé podnety, ktoré hodnotí ako bolesť. Toto má vyústenie vo vyhýbavom chovaní (Linton & Shaw, 2011). Strach, ktorým postihnutý človek trpí, sa väčšinou vzťahuje k tomu, že má obavy, aby znovu nepocítil bolesť, aby sa znovu pri výkone nejakej aktivity nezranil. Toto zmýšľanie u pacientov má často za následok, že nevykonávajú činnosti, ktoré majú radi (Morley, 2008). V širšom chápaní môže byť vyhýbavé chovanie brané aj ako prílišné hľadanie informácii a liečby ku svojmu stavu, predávkovanie sa liekmi tíšiacimi bolesť, neochota hovoriť o svojich emočných skúsenostiach medzi ostatnými a zdržiavanie sa rôznych sociálnych aktivít. Vyhýbanie sa alebo kontrolovanie bolesti môže zatieniť iné dôležité životné ciele a tým aj výrazne znižovať kvalitu života. Takéto chovanie vedie k vytvoreniu neefektívnych stratégií zvládania a práce s bolesťou (McCracken, 2005). Ak nie je u pacienta vyhýbavé chovanie prítomné, pacient bude s väčšou pravdepodobnosťou konfrontovať svoju bolesť, bude sa viac zapájať do aktivít každodenného života a mať aktívne copingové stratégie. U ľudí s vysokou mierou vyhýbavosti a strachu z bolesti, môže byť toto chovanie omnoho viac zasahujúce negatívne do bežného života ako bolesť sama o sebe (Linton & Shaw, 2011).

S vyhýbavosťou je úzko spojená takzvaná katastrofizácia. Katastrofizácia je pesimistické ladenie jedinca aj voči neutrálnym podnetom. Jedinec takto zmýšľajúci si predstavuje najhoršie možné scenáre určitej situácie. Takéto premýšľanie môže viesť práve k vyhýbaniu sa rôznym situáciám. Práca s katastrofizáciou by mala byť dôležitým bodom pri terapeutickej práci, keďže je silno korelujúca s depresiou u pacientov s chronickou bolesťou (Jensen, Turner & Romano, 2001).

Model vyhýbavosti je podporený mnohými výskumami, ktoré ukazujú napríklad, že takéto správanie je spájané so znížením funkčnosti, s dlhším pretrvávaním bolesti a častokrát aj s depresiou a úzkostnými stavmi (Gatchel, Neblett, Kishino & Ray, 2016). Vyhýbavé chovanie a strach z bolesti môže prispieť k tomu, že pacient oddiaľuje návrat do práce a jeho samostatné fungovanie (Trinderup, Fisker, Juhl & Petersen, 2018).

## **2.2.2 Model akceptácie a záväzku**

Model prízvukuje, že ak je bolesť pretrvávajúca, liečba by mala byť radšej realistická, zameraná na funkčnú adaptáciu a efektívny coping s bolesťou skôr, než zbytočné



experimentovanie s novými liečebnými procedúrami. Implikácia tohto modelu vo vzťahu na chronickú bolesť je, že jednotliviec, by mal eliminovať pokusy o kontrolu bolesti a namiesto toho sa zamerať na žitie života naplno aj s jeho bolesťou, pretože opakujúce sa pokusy o jej kontrolu vedú ku frustrácii (Linton & Shaw, 2011). V posledných rokoch sa objavuje množstvo výskumov, ktoré stavajú akceptáciu do kontrastu s vyhýbavým chovaním, na rozdiel od ktorého má akceptácia pozitívny vplyv na kvalitu pacientovho života. Akceptácia vedie k menšej emočnej úzkosti a ku vyššej fyzickej funkčnosti (McCracken & Eccleston, 2003). Tomuto modelu bude v ďalšej časti práce venovaná značná pozornosť.

### **2.2.3 Model riešenia problému presmerovaním**

Model (misdirected problem-solving model) naznačuje, že emocionálne procesy v podobe rôznych obáv a strachov a kognitívne evaluácie (ako napríklad katastrofizácia) sú procesmi prirodzenej ľudskej predispozície, pravdepodobne evolučne danej, na riešenie problémov. Strachovanie sa kvôli bolesti je súčasťou vrodenej stratégie na vyrovnanie sa s ťažkosťami, avšak aspoň pri chronickej bolesti to má veľmi negatívne účinky (Eccleston & Crombez, 2007). Tento model vysvetľuje, prečo bolesť opakovaním narušuje pozornosť, naplňuje myseľ myšlienkami na negatívne možné následky, produkuje hypervigilanciu na bolesť. K pacientovi pristupuje ako k aktívnemu riešiteľovi problému, v tomto prípade bolesti. Model zdôrazňuje, že pacient žije v situácii, kedy bolesť opakovaním narušuje pozornosť a myseľ naplňuje obavami o možných negatívnych dopadoch. Spolu s obavami a hypervigilanciou sa znovu objavuje bolesť. Snaha o riešenie situácie vedie väčšinou ku snahe odstrániť bolesť. Ak táto snaha je úspešná, obavy a bolesť postupne vymizne. Avšak ak toto riešenie nevedie ku zlepšeniu stavu, obavy sa iba umocňujú. Jednotlivci s chronickou bolesťou totiž investujú značné úsilie pri hľadaní riešenia na ich bolesť, pričom ak sa nič nezlepší, túžba zbaviť sa bolesti sa len zvyšuje a transformuje sa do niečoho traumatizujúceho (Eccleston & Crombez, 2007).

### **2.2.4 Model sebaúčinnosti**

Sebaúčinnosť je definovaná ako presvedčenie ľudí, že môžu mať dostatočné schopnosti na to, aby dokázali kontrolovať fungovanie a udalosti ich života. Sebaúčinnosť je dôležitý súbor determinantov ľudskej regulácie (Bandura, 1997).

Tento model kladie dôraz na to, aby sa pacienti sami snažili pochopiť podstatu ich bolesti, zapájali sa a plánovali stratégie na prácu s ich bolesťou, naučili sa efektívne prekonávať funkčné problémy, a aby uvážlivo využili podporu, ktorá sa im dostáva. Model

zdôrazňuje behaviorálne procesy (coping) a takisto aj kognitívne procesy (interpretácia problému, stupeň kontroly). Dôležité v tomto chápaní je, že aktívny coping podporuje sebaúčinnosť pre prácu s bolesťou, ktorá je spájaná so zlepšením fungovania a subjektívnej pohody (Linton & Shaw, 2011).

Uvažovanie o sebaúčinnosti na poli chronickej bolesti, sa podieľalo na rozvoji self-management intervencii. Tieto intervencie sa zameriavajú na učenie pacienta ako zachádzať a zvládať bolesť, edukujú ho o bolesti a poskytujú mu sociálnu oporu (Nicholas, Mollay, Tonkin & Beeston, 2003).

### **3. Akceptácia bolesti**

V posledných rokoch koncept akceptácie nabral na popularite ako potencionálny dôležitý proces pre širokú skupinu psychologických problémov, zahrňujúc tie, ktoré sú spojené s chronickou bolesťou. Hayes a kolektív (1999) najprv zadefinovali psychologickú akceptáciu vo všeobecnosti ako ochotu zostať v kontakte s myšlienkami a pocitmi bez nutnosti ich meniť a podriaďiť sa im. Neskôr bol pojem akceptácie prevzatý aj do terminológie v spojení s chronickou bolesťou. V tomto ponímaní je chápaná ako určitá forma psychologickéj flexibility, otvorenosť voči skúsenosti s bolesťou, opozitum ku vyhýbavému správaniu. Čím viacej sa totiž pacient snaží kontrolovať bolesť a nežiadúce myšlienky, tým viacej sa na ňu zameriava a myšlienky a emócie budú viacej dotieravé, čo vedie ku frustrácii a depresii. Akceptácia chronickej bolesti je ale samozrejme viac ako len nejaké mentálne prijatie, rozhodnutie alebo presvedčenie. Ide o vedomie skúsenosti s bolesťou, pred ktorou sa jedinec nesnaží utekať a zotrvať v nenápomocných vzorcoch chovania. Namiesto toho, sa aktívne zameria na ciele a hodnoty vedúce ku prežitiu plnohodnotného života aj s chronickou bolesťou (Hayes & Pistorello, 2013). Veľa autorov si akceptáciu definuje s miernymi odchýlkami, ale na podstate veci sa zhodujú. Sumarizujúce a výstižné mi príde popísanie McCrackenom (1998), ktorý hovorí, že akceptácia chronickej bolesti je žitie s bolesťou bez jej odmietania, bez pokusov o jej zredukovanie alebo snahy sa jej vyhnúť.

Hayes a Smith (2005) vo svojej knihe uvádzajú dôvody, prečo by mal človek byť ochotný prijať svoje ťažkosti, svoju bolesť. Pre ochotu na akceptáciu uvádzajú tieto dôvody:

- Keď bojuješ so svojimi bolestivými zážitkami, tento boj ich robí viac a viac bolestivé

- Keď unikáš od bolesti, s ktorou sa stretávaš, keď smeruješ k niečomu dôležitému, uniká ti bohatosť života
- Keď sa pokúšaš odstrániť svoju bolestivú minulosť, odstraňuješ takisto tie dobré a nápomocné veci, ktoré si sa v nej naučil
- Keď nie si ochotný veci prijímať, nie si vitálny
- Pretože naša skúsenosť nám hovorí, že bez akceptácie to nejde
- Pretože je normálnym ľudským procesom prežívať bolesť a snažiť sa o opak je nezmyselné
- Pretože aktuálne prežívanie (tu a teraz) je hodnotnejšie, prínosnejšie, ako žiť vo svojich predstavách a ideách
- Pretože už som toho veľa vytrpel

Skrz akceptáciu bolesti je snaha odbúrať vzorce chovania, ktoré sú pre jedinca nenápomocné, často krát škodlivé ako napríklad vyhýbavé správanie, ktoré bolo bližšie rozpracované v predošlej kapitole. Prijatie bolesti môže zastaviť alebo zbrzdiť rozvoj vyhýbavého správania (Ravn, Vang, Vaegter & Andersen, 2018). Maladaptívne kognitívno behaviorálne vzorce, ktoré sú utvorené v rámci vyhýbavosti spôsobenej strachom, môžu byť videné ako dôsledok riešenia problému presmerovaním. Akceptácia a nastavenie si správnych cieľov môžu byť nevyhnutné na prelomenie tohto bludného kruhu. Niektorí odborníci dokonca uvádzajú, že pri práci s chronickou bolesťou by sa mal klásť väčší dôraz na zredukovanie nevhodných copingových stratégií namiesto snahy o zvyšovanie potencionálnych prospešných stratégií (Geisser, Robinson & Riley, 1999).

Dalo by sa povedať, že psychologická akceptácia bolesti je zložená z dvoch dimenzií, a to ochota podstúpiť bolesť a angažované jednanie. Ochota podstúpiť bolesť odráža, ako veľmi jedinec cíti, že je akceptovateľné, aby si dovoľil nekontrolovať bolesť a zostať s ňou v kontakte. Angažované jednanie je určené mierou, ktorou sa jedinec zapája a prejavuje záujem a bežné životne aktivity aj s bolesťou. Ochota podstúpiť bolesť predikuje len emočné výsledky, zatiaľ čo angažované jednanie predikuje silnejšie a konzistentnejšie fyzické aj emočné výsledky (Kratz, Hirsh, Ehde & Jensen, 2013).

Pozornosť zameraná na akceptáciu bolesti sa začala venovať v deväťdesiatich rokoch minulého storočia, kedy bola aj bližšie definovaná. Výskumníkov začal zaujímať jej vzťah a pozitívny prínos na kvalitu života v porovnaní s inými psychologickými modelmi a technikami. Prvé výskumy na túto problematiku (Jacob, Kerns, Rosenberg &

Haythornthwaite, 1993; Schmitz, Saile & Nilges, 1996; McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999) zistili, že ľudia, ktorí disponovali schopnosťou žiť naplňujúci a spokojný život napriek chronickej bolesti, vykazovali menšiu depresivitu, lepšiu prispôsobivosť, nižšie hodnoty úzkostnosti a zdravotného znevýhodnenia. Podstatné zistenie bolo takisto, že tí, ktorí prispôbili svoje nedosiahnuteľné ciele na reálne dosiahnuteľnejšie a možné, v súvislosti s bolesťou trpeli menej. Akceptácia bolesti zohráva dôležitú rolu v možnosti predpovedania duševného zdravia pacienta s chronickou bolesťou. Väčšia miera akceptácie chronickej bolesti je asociovaná s lepším mentálnym zdravím (Viane et al., 2003).

Aj v tomto storočí sa uskutočnilo množstvo výskumov, ktoré sú vo väčšej alebo menšej miere konzistentné s predošlými zisteniami. Akceptácia bolesti je preto považovaná za silný prediktor efektívnej adaptácie na chronickú bolesť a za jeden z kľúčov ku resiliencii bolesti. Takisto väčšia akceptácia znamená zvýšenie životnej spokojnosti, lepšie fungovanie, zníženie vnútorného nepokoja v porovnaní s tými, ktorí majú nižšie hodnoty akceptácie (McCracken, 2010). Ukazuje sa, že prijatie bolesti môže mať priamy súvis aj so zlepšením fyzickej aktivity (Jeong & Cho, 2017). Ak je prijatie bolesti správne uchopené, dá sa považovať za rozhodujúci proces v liečebných výsledkoch a zmenách v správaní osôb s chronickou bolesťou (Vowles et al., 2007). Takisto sa zistilo, že coping založený na akceptácii je pre kvalitu pacientovho života lepší ako coping založený na kontrole bolesti (McCracken, Vowles & Gauntlett-Gilbert, 2007). U pacientov s chronickou bolesťou sa lepšie výsledky dosahujú s použitím metód psychologickéj akceptácie ako so stratégiami aktívneho copingu (Ravn, Vang, Vaegter & Anderson, 2018). Výsledky laboratórnych štúdií demonštrujú, že akceptácia bolesti vedie ku vyššej znášanlivosti, tolerancii bolesti v porovnaní so zvýšenou snahou o kontrolu (McCracken, Vowles & Eccelston, 2005).

Existujú štúdie, ktoré ukazujú, že akceptácia bolesti môže mať rôzne implikácie pre osoby s rôznou dobou trvania chronickej bolesti a takisto s rôznou etiológiou. Pri skúmaní osôb s fibromyalgiou a syndrómom temporomandibulárneho kĺbu sa ukázalo, že akceptácia bolesti má väčšie protektívne faktory voči úbytkom funkčnosti u tých, ktorí zažívali chronickú bolesť po dlhšiu dobu (Eisenlohr- Moul, Burris & Evans, 2013). Rozdiely môžu byť takisto kvôli veku pacientov. Scott, Daly, Yu a McCracken (2017) ukazujú, že pacienti staršieho veku majú menej psychosociálnych problémov ale viacej fyzických než mladší pacienti, a tým častokrát aj väčšiu akceptáciu.

### 3.1 Správne porozumenie psychologickéj akceptácie

Pojem akceptácia, môže vytvoriť rôzne nedorozumenia, kvôli rozdielnemu chápaniu. Akceptácia neznamená úplné odstúpenie od všetkých skúseností s utrpením. Zahŕňa aj čelenie týmto situáciám, aby sa nenarušil prirodzený priebeh choroby. Stratégie akceptácie nie sú vhodné vtedy, keď je bolesť ľahko kontrolovateľná a vedie k spokojnému žitiu. Akceptácia nemôže byť chápaná ako globálny akt rezignácie alebo vzdania sa. Akceptácia je uznanie reality a skončenie s neúspešnými pokusmi o kontrolu. Akceptácia nezahrňuje posudzovanie bolesti ako pozitívnej skúsenosti ani ako skúsenosti, ktorá môže byť výhradne kontrolovaná vlastnou sebaúčinnosťou (self-efficacy) (Hayes, Stosahl & Wilson, 1999).

V prístupoch založených na akceptácii sa pacienti učia byť prítomní viac v celistvej realite a nie len v ich myšlienkach a pocitoch. Myšlienky a pocity vnímajú ako prechodné a uvedomujú si, že nemusia nutne reflektovať skutočnosť alebo slúžiť ako najlepšie vodiace princípy pre ich chovanie. Z tohto pohľadu pacienti môžu uskutočňovať voľby užitočné pre ich prežívanie, voľby založené na výsledkoch a nie len na pocitoch a myšlienkach. Tieto prístupy nie sú vhodné pre úplne všetkých pacientov s chronickou bolesťou. Sú určené pre tých, ktorí majú značnú mieru vyhýbavosti a pokúšali sa o kontrolu, čo sa však stalo samotným problémom a nie riešením situácie alebo pre tú skupinu pacientov, ktorí sú príliš zapletení v ich vlastných myšlienkach a starostiach spojených s ich prežívanou bolesťou.

Štruktúru akceptácie bolesti je možné považovať za pragmatickú. Rozširuje agendu kontroly aj o akceptáciu, aby sa kontrola aj akceptácia mohla použiť vtedy, keď je to najviac prínosné pre celkovú kvalitu pacientovho života. Akceptácia nie je nutne nezlučiteľná s inými stratégiami manažmentu bolesti a rozhodne nie je nekompatibilná s medicínskym liečebným programom primárneho dôvodu bolesti (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

Pojem akceptácia chronickej bolesti môže byť v bežnej populácii chápaný a vysvetľovaný rôznymi spôsobmi. Risdon, Eccleston, Combez a McCracken (2003) vo svojom výskume poukázali práve na túto skutočnosť. Výskumný súbor, ktorý pozostával z ľudí trpiacich chronickou bolesťou ale aj bez nej, mal hodnotiť ako veľmi sa stotožňujú s rôznymi tvrdeniami o význame akceptácie chronickej bolesti. Z ich výsledkov sa ukazuje, že existuje sedem samostatných pohľadov bežnej populácie na význam akceptácie a to konkrétne:

- Prevzatie kontroly: bolesť a jej negatívne prejavy sú kontrolovateľné, a preto akceptácia bolesti znamená priznanie, že zdravotné znevýhodnenie a určitá beznádej nie sú neodvratne spojené s bolesťou. Akceptácia bolesti znamená jej kontrolu a nie poddanie sa.
- Priznanie si svojich vlastných limitov: zahrňuje adaptáciu osobných cieľov tak, aby boli dosiahnuteľné s chronickou bolesťou.
- Splnomocnenie seba samého: tento pohľad dáva do popredia akúsi nápaditú stránku vlastnej osobnosti. Akceptácia znamená, že človek má dosť vnútornej sily, aby sa zameral a našiel si veci, ktoré sú pre neho príjemné a nie na aspekty života, v ktorých dominuje bolesť.
- Prijímanie straty seba samého: prirovnáva akceptáciu chronickej bolesti k akceptácii neúspechu v živote nepostihnutého chronickou bolesťou a ku strate predošlého „ja“ pred chronickou bolesťou. Pohľad zdôrazňuje nutnosť, konfrontovať túto zmenu v sebe, za účelom naučenia sa žiť kvalitný život s bolesťou.
- Viac než len život s bolesťou: silno odmieta akýkoľvek názor, že by sa hocijakým spôsobom zmenilo vlastné „ja“ a hovorí, že akceptácia bolesti znamená jej kontrolu a odpútanie svojej pozornosti od nej.
- Nebojuj v bitkách, ktoré nemôžu byť vyhraté: vníma bolesť jednoducho ako jeden z aspektov nepredvídateľných vlastností života. Akceptácia je dosiahnutá tým, že si človek uvedomí, že takéto veci sa dejú a nemá zmysel sa snažiť im odporovať.
- Spirituálna sila: zdroj sily na akceptáciu je spirituálny, v tomto sa odlišuje od ostatných pohľadov.

To, čo majú všetky tieto pohľady spoločné je, že jadrom akceptácie bolesti je zamerať sa na iné aspekty života než na tie, ktoré priamo súvisia s bolesťou a uvedomenie si toho, že nie je pravdepodobne, že bolesť bude vyliečená. Dôležité je takisto odmietnutie hocijakého zmýšľania, ktoré by naznačovalo, že chronická bolesť je príznakom osobného zlyhania (Risdon et al., 2003).

### **3.2 Metódy zvýšenia miery akceptácie bolesti**

Metódy akceptácie sú navrhnuté tak, aby bol človek schopný rozlišovať medzi tým, čo je ťažko ovplyvniteľné a kontrolovateľné ako napríklad myšlienky a pocity a medzi tým, čo

je jednoduchšie na kontrolu ako naše konanie vo vzťahu k myšlienkam a pocitom. Metódy sa preto zameriavajú na vytvorenie zmien v chovaní. Akceptácia takisto obsahuje otvorenie sa svojim pocitom. Metódy na zvýšenie miery akceptácie nebývajú použité zvyčajne samostatne, ale sú spájané s inými tradičnejšími stratégiami na zmenu chovania, ktoré podporujú určenie vlastných hodnôt, angažovaného jednania a iné metódy napríklad z terapie pomocou prijatia a záväzku (ACT- Acceptance and commitment therapy).

Pojem prijatia bol už pred vznikom ACT začlenený do mnohých kognitívno behaviorálnych terapií vrátane dialekticko-behaviorálnej terapie a terapie založenej na mindfulness. Pri realizácii metód založených na akceptácii sa pacienti učia ako si v detailoch všímať svoje pocity, učia sa vnímať, že myšlienky na bolesť sú produktom myslenia, a preto sa nerovnajú priamej skúsenosti s bolesťou. Takisto je dôležité, aby sa naučili uvedomiť si potrebu bojovať so svojimi myšlienkami a pocitmi a vyhnúť sa tomuto boju. Pacienti by sa mali sami angažovať do činností, ktoré sú v súlade s ich stanovenými cieľmi (Yang & McCracken, 2014) .

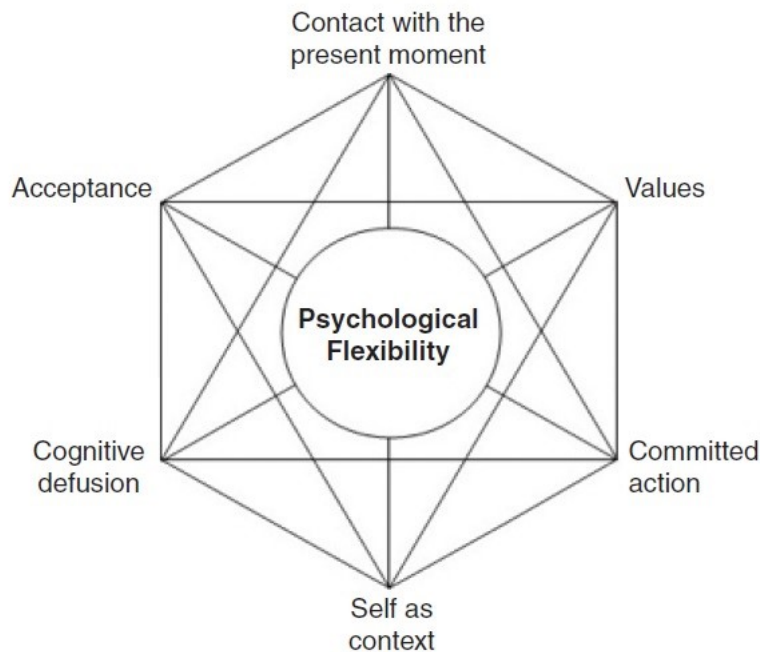
Keďže akceptácia bolesti je veľmi komplexná a zasahuje do rôznych oblastí, takisto jej zvyšovanie nie je možné samo o sebe. Preto bude následne v práci uvedený hlavný terapeutický smer, ktorý pracuje s prijatím bolesti.

### **3.2.1. ACT- Terapia pomocou prijatia a záväzku**

Existuje množstvo dôkazov o účinnosti klasickej kognitívno - behaviorálnej terapie aj u pacientov s chronickou bolesťou. Naproti tomu je aj množstvo evidencií, že nie všetci pacienti s chronickou bolesťou z nej benefítujú a táto terapia nie je schopná pokryť všetky oblasti a výsledný efekt je zvyčajne malý alebo prinajlepšom stredný (Vlaeyen & Morley, 2005). Kvôli nesporným dôkazom o vplyvu akceptácie na bolesť sa začala skúmať a viacej používať pomerne nová terapia – terapia pomocou prijatia a záväzku alebo terapia zameraná na prijatie a angažované jednanie (v angličtine známa ako Acceptance and commitment therapy). Táto terapia sa zaraďuje do tretej vlny kognitívno - behaviorálnej terapie.

Terapiu založil v 1982 Steven C. Hayes. Vytvorenie ACT malo za cieľ prepojiť humanistické, existenciálne, spirituálne praxe a postupy rozvíjajúce ľudský potenciál. ACT používa stratégie prijatia a všímavosti, stratégie odhodlaného jednania a zmeny chovania za účelom zvýšenia psychologickej flexibility (Šlepecký, Praško, Kotianová & Vyskočilová, 2018). Ako bolo vyššie spomenuté, akceptácia môže byť chápaná ako určitá forma psychologickej flexibility.

ACT vo svojej klasickej podobe sa zameriava na šesť základných, kľúčových procesov a to: akceptácia, kontakt s prítomnosťou, odstup od vlastných myšlienok (kognitívna defúzia), ja ako kontext (pozorujúce ja), hodnoty, angažované jednanie (Šlepecký et al, 2018). Každý z týchto procesov je koncipovaný ako pozitívne psychologická schopnosť, nie len ako prostá metóda na vyhnutie sa psychopatológii (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2005).



**Obrázok 1: Jadrová procesy (Yang, McCracken, 2014)**

**Akceptácia:** je učená ako určitá forma alternatívy k vyhýbavému chovaniu. Akceptácia zahŕňa aktívne a uvedomelé prijatie bolestivých pocitov, predstáv, pohnútok, emócií a pod. bez nevyhnutných pokusov zmeniť ich frekvenciu alebo formu, špeciálne vtedy, ak by to spôsobovalo psychickú ujmu (Hayes et al., 2005). ACT podporuje pacientov, aby jednali spôsobom, ktorý je konzistentný s priamym prežitkom než s tým, ktorý je interpretovaný myslou (Yang & McCracken, 2014).

**Kontakt s prítomnosťou (being present, present moment awareness):** problémom veľa ľudí je, že často svojimi myšlienkami unikajú do budúcnosti alebo minulosti, zvlášť vtedy, ak je prítomnosť určitým spôsobom ťaživá. Toto sa niekedy odborne nazýva aj kognitívne vyhýbanie (Šlepecký et al, 2018). V kontakte s prítomnosťou ide o proces, kedy si osoba jasne uvedomuje situácie tu a teraz ako opak ku zameriavaniu sa na udalosti, ktoré sa stali v minulosti, alebo sa môžu stať v budúcnosti. Byť prítomný si vyžaduje, aby jedinec



flexibilne zameral pozornosť na veci tak ako sa dejú v prostredí v reálnom čase, a aby tomu bol plne otvorený. Je dôležité, aby klient bol schopný rozlíšiť, kedy sa jeho pozornosť venuje niečomu inému ako prítomnosti a vedel ju v prípade, že by to malo byť pre neho prospešné upriamiť ju naspäť na prítomnosť (Yang & McCracken, 2014).

**Odstup od vlastných myšlienok (kognitívna defúzia):** v rámci ACT ide o urobenie kroku späť a emočného odpojenia od svojich myšlienok, predstáv a spomienok. Úlohou tejto zložky je, aby klient dokázal namiesto emočného prežívania vlastných myšlienok ako skutočnosti, od nich udržať odstup a pozorovať ich ako procesy v mysli. Klient by mal byť schopný vidieť svoje myšlienky také ako skutočne sú, nič viac a nič menej, ako nejaké obrazy v mysli. Aby ich na miesto emočného regulovania alebo konania nimi podloženého len pozoroval s vedomím, že tieto myšlienky prichádzajú a odchádzajú (Šlepecký et al, 2018). Inak povedané, ACT sa pokúša meniť spôsob akým jedinec interaguje s myšlienkami pomocou vytvorenia kontextu, v ktorom sa nežiadúce funkcie eliminujú. Toto sa dá dosiahnuť napríklad tak, že negatívna myšlienka bude opakovaná dovtedy, pokiaľ nezostane už len bezvýznamný zvuk. Klient takisto môže pomenovať proces premýšľania (práve mi napadla myšlienka, že nie som dosť dobrý). Výsledok kognitívnej defúzie je zvyčajne pokles prílišného uverenia alebo pripútania sa ku svojim negatívnym myšlienkam. Nejedná sa teda o okamžitú zmenu vo frekvencii ich výskytu (Hayes et al., 2005).

**„Ja“ ako kontext (self as context):** takisto aj pozorujúce „ja“. Mysel sa skladá z dvoch oddelených častí - z mysliaceho „ja“ (vytvára myšlienky, presvedčenia, spomienky, fantázie...) a z pozorujúceho „ja“. Pozorujúce ja (v ACT je používaný termín „ja“ ako kontext) si je v každom okamihu vedomé, že myslíme, cítime, vnímame alebo niečo robíme. Toto „ja“ je schopné zaznamenávať rôzne zmeny, ono samo sa však nikdy nemení (Šlepecký et al, 2018). Pozorujúce „ja“ je v ACT posilované technikami založenými na mindfulness a metaforami (Hayes et al., 2005).

**Hodnoty:** sú chápané ako vodiace princípy v živote jednotlivca. O hodnotách sa často hovorí aj v súvislosti s cieľmi. Rozdiel v nich je ten, že ciele môžu byť dosiahnuté, zatiaľ čo hodnoty nie. Hodnoty sú dôležité, keď klient bojuje s neželanými vnútornými prežitkami ako bolesť. V rámci ACT sú klienti nabádaní, aby definovali svoje hodnoty v špecifických oblastiach ako kariéra, rodina, intímne vzťahy, priateľstvá, zdravie, vzdelanie a spiritualita napriek ich primárnemu problému, ktorý v terapii riešia. Osobou vybrané a ujasnené hodnoty

môžu fungovať ako vodiace princípy, keď osoby majú problém iniciovať a zotrvať v behaviorálnej zmene neželaných vnútorných skúseností (Yang & McCracken, 2014).

**Angažované jednanie (committed action):** ide o efektívne konanie v súlade s nastavenými hodnotami. Je preto veľmi dôležité, aby ich klient dobre poznal, pretože ak koná podľa nich, má jeho život zmysel. Konanie na základe týchto hodnôt potom umožňuje akceptovať všetky pocity, emócie a myšlienky či už sú príjemné alebo nepríjemné. Angažované jednanie teda znamená robiť všetko to, čo je potrebné, aby sme žili podľa svojich hodnôt, aj keď to niekedy môže prinášať určitú bolesť (Šlepecký et al, 2018). Angažované jednanie takisto môžeme považovať za proces presmerovania chovania za účelom vytvorenia flexibilných a efektívnych vzorcov správania v súlade s definovanými hodnotami (Yang & McCracken, 2014).

Terapia pomocou prijatia a záväzku bola v zahraničí skúmaná v množstve výskumov aj v spojení s chronickou bolesťou. Na území Českej a Slovenskej republiky sa mi bohužiaľ nepodarilo dohľadať žiadne relevantné vedecké štúdie a práce, ktoré by sa touto tematikou zaoberali. Zahraničné štúdie väčšinou podporujú rolu psychologickú flexibility (akceptácie) v celkovom zlepšení klientovej subjektívnej pohody a takisto aj v zlepšení fyzickej funkčnosti u pacientov s chronickou bolesťou (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005). Pre samotné ACT existuje množstvo evidencií, ktoré podporujú jej účinnosť. V súvislosti využitia ACT a chronickej bolesti, bolo do roku 2014 zaznamenaných 7 klinických randomizovaných štúdií (randomised controlled trials). Všetky z nich hovoria o pozitívnom prínose pre túto skupinu pacientov. Zlepšenia sa ukazujú vo fyzickej funkčnosti, psychologickú flexibilitu, zlepšenie depresie a úzkosti. Pacienti subjektívne hodnotili zlepšenie celkovej životnej spokojnosti a zmiernenie strachu z pohybu. Štúdie sa však častokrát rozchádzajú v tom či došlo ku zlepšeniu v prežívanej intenzite bolesti. Wicksell et al., (2013) vo svojom testovaní u pacientov s fibromyalgiou nezistili zlepšenie v intenzite bolesti. Naproti tomu v druhom výskume (Thorsell et al., 2011) pacienti reflektovali zlepšenie aj v úrovni vnímanej bolesti. Tieto výskumy však mali inú metodológiu, a preto ich zistenia nemôžeme stavať do úplného kontrastu.

Vedú sa diskusie o efektivite ACT v porovnaní s klasickou KBT. Oba tieto terapeutické smery sú účinné pri zlepšovaní pacientovej kvality života. Pacienti, ktorí podstúpili terapiu prijatia a záväzku, mali vyššie hodnoty v celkovej životnej spokojnosti než tí, ktorí

podstúpili klasickú kognitívne - behaviorálnu terapiu (Wetherell et al., 2011). Porovnanie týchto dvoch smerov je stále len v začiatkoch.

Napriek nesporným dôkazom o efektívite ACT pre pacientov s chronickou bolesťou je to stále málo prebádaná oblasť. Výskumy sa na danú tému v posledných rokoch množia, avšak ich kvalita je často diskutabilná, preto by bola potreba ďalších kvalitných výskumov, na väčších výskumných súboroch, ktoré by bližšie špecifikovali účinnosť terapie.

Celkovo by sa na základe výskumov dalo povedať, že akceptácia bolesti je tá základná charakteristika, ktorá rozlišuje pacientov, ktorí dokážu fungovať dobre aj s chronickou bolesťou od tých, ktorí budú trpieť aj po ukončení liečby. Nie je preto možné poprieť úlohu ACT, ktorá sa snaží pacienta práve k tejto akceptácii - psychologickému flexibilite priviesť (Yang & McCracken, 2014).

#### **4. Návrh výskumného projektu**

V nadväznosti na informácie uvedené v literárne prehľadovej časti, budú najbližšie kapitoly predkladať metodologický návrh výskumného projektu. Teoretická časť je zameraná predovšetkým na chronickú bolesť a jej akceptáciu, a tak sa týmito témami bude zaoberať aj výskumný projekt. Pôjde o kvantitatívny výskum mapujúci zmenu miery akceptácie a vplyv na kvalitu života pri použití terapie pomocou prijatia a záväzku - ACT. V rámci tohto výskumu budú zmienené jeho ciele a hypotézy, bude popísaný výskumný design a súbor. Zameriam sa takisto na metódy zberu dát a ich následné vyhodnocovanie. Do záverečnej diskusie budú zahrnuté možné limity a úskalia tohto projektu a možnosti následného využitia pre prax.

##### **4.1 Teoretické východiská**

Výskumný projekt nadväzuje na zahraničné výskumy, ktoré deklarujú, že zvýšením pacientovej akceptácie vo vzťahu ku bolesti sa zvyšuje aj pacientova kvalita života. V rámci Českej alebo Slovenskej republiky, pokiaľ mi je na základe dohľadaných informácií známe, nebol žiaden podobný výskum realizovaný. Málo sa v našich podmienkach hovorí takisto o Terapii pomocou prijatia a záväzku, ktorá patrí do tretej vlny kognitívno - behaviorálnej terapie. Nepodarilo sa mi nájsť ani štúdiu, ktorá by porovnávala mieru pacientovej akceptácie a kvality života. Prínos tejto navrhovanej štúdie, preto vidím v možnosti získania nových poznatkov do našich krajín s prípadnou implikáciou do praxe. Odborníci na chronickú bolesť sa v Českej republike vo svojich prácach zameriavajú na využitie KBT

u svojich pacientov v Centrách pre liečbu bolesti (napr.. Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013).

V predchádzajúcej kapitole bolo v rámci využitia ACT spomenutých pár výskumov, ktoré sa zaoberali použitím tejto terapie u pacientov s chronickou bolesťou. ACT sa dá považovať za veľmi cennú techniku, keďže podľa niektorých názorov, táto terapia môže byť práve nápomocnou alternatívou na zvýšenie akceptácie bolesti. Takisto je možné aj pomocou nej sa dostať k niektorým aspektom chronickej bolesti, ktoré sú ťažko prístupné (Hughes, Clark, Colclough, Dale & McMillan, 2017). A keďže akceptácia nesporne prispieva u určitej skupiny pacientov ku zlepšeniu kvality života, môžeme ACT pokladať za klinicky prínosnú. Vzhľadom na to, že sa jedná stále o pomerne nový terapeutický smer, je nevyhnutné realizovať viacej výskumov, ktoré by ozrejmili jej účinnosť.

Vychádzajúc z metaanalýzy výskumov zameraných na ACT (Hughes et al., 2017) sa miera akceptácie bolesti meria najčastejšie pomocou dotazníka CPAQ alebo CPAQ-R (Chronic Pain Acceptance Questionnaire- Revised). Ďalšie dotazníky merajú zväčša hlavne kvalitu života, úzkosť, depresivitu, intenzitu bolesti a fyzickú funkčnosť. Konkrétne dotazníky sa líšia v závislosti od výskumu a od krajiny, v ktorej bol realizovaný. Výskumy sa najviac rozchádzajú v zisteniach či došlo u pacientov k zlepšeniu intenzity bolesti pri použití ACT.

## **4.2 Výskumné ciele a hypotézy výskumu**

Cieľom výskumného projektu je bližšie preskúmať vzťah medzi terapiou pomocou prijatia a záväzku, akceptáciou a kvalitou života v našich podmienkach u pacientov s chronickou bolesťou. Zistiť, či skutočne medzi nimi existuje kladný vzťah, prípadne v ktorých oblastiach života sa prejavuje. Vedľajším cieľom takisto je pripraviť pôdu pre štandardizáciu dotazníka CPAQ, získať tým normy pre českú populáciu a nadobudnúť tým možnosť používať dotazník v bežnej klinickej praxi.

Hypotézy pre tento výskumný projekt, vychádzajú z predpokladu, že existuje vzťah medzi vysokou akceptáciou bolesti a zlepšením kvality pacientovho života. Ďalším predpokladom je, že k tomuto zvýšeniu akceptácie, môže dôjsť pri ACT. V rámci prijatia svojej bolesti by sa mali znižovať aj iné komorbidity ako úzkosť a depresia, ktoré prispievajú práve ku zlepšeniu vnímania kvality života.

H1: ACT signifikantne zvyšuje mieru akceptácie chronickej bolesti

H2: Vyššia miera akceptácie chronickej bolesti znamená signifikantne lepšie posudzovanie kvality života pacientom

H3: Zvýšením akceptácie bolesti sa štatisticky významne znižuje depresivita pacienta

Pojmy použité v hypotézach sú chápané tak, ako boli zadefinované v predchádzajúcej časti práce (akceptácia, ACT, chronická bolesť). Zlepšenia budú merané na základe testov, ktoré budú pacientom zadávané minimálne dvakrát, aby bolo možné sledovať túto zmenu. Pravdivosť hypotéz bude posudzovaná na základe štatistickej významnosti.

## **5. Design výskumného projektu**

Výskumný projekt je koncipovaný ako experiment s predbežným a následným pozorovaním tej istej skupiny (Ritomský, 2015). Zozbierané dáta budú kvantitatívnej podoby, a preto pre ich získavanie budú použité rôzne dotazníkové metódy. Dotazníkové šetrenie bude prebiehať celkom štyrikrát. Pred zahájením intervencie, tesne po skončení, tri a šesť mesiacov po terapii.

Základom tohto návrhu je to, že účastníci výskumu budú mať možnosť podstúpiť ACT. Práve táto terapia by mala mať za následok zmeny v pacientovej kvalite života. Preto je veľmi dôležité, aby terapeuti boli v tomto smere skúsení a nepracovali s pacientami s chronickou bolesťou prvý krát. Vhodný výber terapeuta na realizáciu ACT bude kľúčový. Terapeut by mal mať KBT výcvik s tréningom v ACT. ACT môže prebiehať vo forme skupinovej aj individuálnej terapie a výsledky by sa mali dostaviť v pomerne krátkom čase. Pre túto štúdiu, bola zvolená kombinácia individuálnej aj skupinovej terapie. Skupinová terapia bude prebiehať raz týždenne po dobu dvanástich týždňov. Raz za dva týždne absolvuje klient aj individuálnu ACT terapiu, kde sa bude môcť zaoberať problémami, na ktoré nie je pri skupinovej terapii priestor. Klient si bude môcť priamo s terapeutom precvičiť jednotlivé techniky tak, aby mal bezprostrednú spätnú väzbu od terapeuta.

### **5.1 Výskumné metódy**

Vo výskume bude použitých celkom päť dotazníkových metód a jeden krátky dotazník na získavanie demografických údajov a informácií o zdravotnom stave pacienta. Testy budú merať kvalitu života, depresiu, úzkosť, intenzitu bolesti a akceptáciu bolesti. S dotazníkovým meraním je spojená určitá subjektivita vyplňovania testov a ich možné skreslenie vzhľadom na simuláciu/disimuláciu pacientom. Keďže merané charakteristiky sa

nedajú nijako objektívne merať, je v tomto výskumnom projekte s jej subjektivitou nutné počítať.

Dotazníkové šetrenie je v tomto prípade vyhovujúce a poskytuje značné výhody. Napríklad možnosť nabratia veľkého súboru dát v krátkom časovom úseku, pokrytia väčšieho územia Českej republiky, kde výskum prebehne, keďže vedúci výskumu nemusí byť prítomný, stačí pracovník oboznámený a zaškolený do testových metód.

Po podpise informovaného súhlasu a oboznámením sa s podmienkami výskumu, bude zúčastneným predložený prvý dotazník, ktorý bude zisťovať demografické údaje ako vek, pohlavie, vzdelanie, sociálny status a špecifické otázky spojené s chronickou bolesťou. Zaujímať nás hlavne bude ako dlho žijú s bolesťou, aká je jej lokalizácia, akú liečbu momentálne podstupujú, a čo všetko vo svojom boji s bolesťou už vyskúšali.

Na meranie sebaopisovanej kvality života bude použitý dotazník **SF-36** (Short Form-36). Dotazník bol zvolený vzhľadom na jeho širokospektrálnu povahu zisťovania kvality života vo vzťahu so súvisiacim zdravotným stavom. Dotazník je generickej povahy, vhodný pre screeningové použitie v klinickej praxi a takisto pre výskumné účely. Dotazník je senzitívny ku všetkým zdravotným problémom fyzického aj psychického charakteru. Je vhodný pre použitie osobami staršími ako štrnásť rokov. Dotazník obsahuje 36 položiek rozdelených do 8 dimenzií (fyzické obmedzenia, telesná bolesť, všeobecné zdravie, vitalita, sociálne fungovanie, emočné problémy, duševné zdravie). V jednotlivých dimenziách sú najmenej dve a najviac desať otázok. Jedna testová otázka nezapadá do žiadnej dimenzie. Vyplňujúci odpovedá na škále od 1- výborne až po 5-zle. Po sčítaní skóre, sú hodnoty transformované na škálu 0 -100 pričom sto znamená najlepšiu možnú vnímanú kvalitu života a zdravotný stav (Ware, 2000). Skóre pod 50 sa môže hodnotiť ako podpriemer bežnej populácie (Jenkinsen, Stewart- Brown, Petersen & Paice, 1993). Táto testová metóda je štandardizovaná a bežne používaná v Českej republike.

Na zisťovanie prítomnosti a intenzity depresie bude použitý štandardizovaný dotazník **BDI-II** (Beck Depression Inventory- II). V našich podmienkach ide o vysoko spoľahlivý nástroj na meranie depresivity s vysokou mierou reliability a validity. Inventár obsahuje 21 otázok, ktoré sú hodnotené na škále 0-3. Celkový súčet bodov získame jednoduchým sčítaním bodov za jednotlivé položky. Pričom platí, že čím vyššie číslo, tým vyššia intenzita depresie. Dotazník sa zameriava na obdobie za posledné dva týždne (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka & Anders, 2016).

Keďže pri pacientoch s chronickou bolesťou je často prítomná aj úzkosť, na jej meranie budú použité dotazníky **GAD-7** (General Anxiety Disorder -7) a takisto aj **BAI** (Beck Anxiety Inventory). Použitie dvoch testov merajúcich tú istú charakteristiku je odôvodniteľné tým, že testy sú inak koncipované a môžu mať preto rozdielu citlivosť u pacientov s chronickou bolesťou a preto, sú pre účely tejto štúdie zvolené dve metódy. Prípadný progres bude možné lepšie porovnávať. GAD-7 je krátky dotazník, ktorý obsahuje len sedem položiek a je primárne určený k meraniu úzkosti u bežnej populácie. Zameriava sa na dobu posledných dvoch týždňov a na rozdiel od BAI sa viac zameriava na prežívané pocity a stavy (Roemer, Borkovec, Posa & Borkovec, 1995). Dotazník BAI sa zameriava na fyzické príznaky spojené s úzkostnou poruchou. Hodnotí hlavne závažnosť úzkostných príznakov. Vzhľadom na to, že test veľmi dobre meria závažnosť týchto príznakov, predpokladám, že v rámci tejto výskumnej štúdie bude takisto spoľahlivo merať zmeny, ktoré by podľa hypotéz mali nastať. Test je dobre validizovaný a vykazuje vysokú vnútornú reliabilitu aj stabilitu (Kamarádová et al., 2016).

Aby bolo možné sledovať vývoj intenzity bolesti, pacienti dostanú krátky nástroj na jej meranie **VAS**. Táto škála je bližšie opísaná v prvej kapitole.

Poslednou použitou dotazníkovou metódou pre túto štúdiu bude dotazník **CPAQ**. Dotazník, ako nesie vo svojom názve, sa priamo zameriava na akceptáciu chronickej bolesti. Dotazník vznikol v roku 2004 a bol zostrojený McCrackenom, Vowlesom a Ecclestonom, ktorí vychádzali zo svojich predchádzajúcich štúdií a vnímali potrebu mať nástroj na meranie bolesti. Od vtedy je test validizovaný a štandardizovaný napríklad v Číne, Turecku, Fínsku, Španielsku a mnohých ďalších krajinách. Test sa skladá z dvoch subškál, a to ochota podstúpiť, prežiť bolesť a aktívne zapájanie sa do aktivít bežného života. Dotazník má celkom 20 položiek a respondent na každú z nich odpovedá na škále od nula, čo znamená nikdy, vôbec sa nestotožňujem s výrokom, až po šesť, a teda vždy, úplne sa stotožňujem s predkladaným tvrdením. Pre výpočet získaných bodov pacienta, spočítame najprv položky prislúchajúce k jednotlivým subškálam, ktoré potom takisto sčítame dokopy. Čím vyššie skóre, tým vyššia akceptácia bolesti (Costa & Pinto- Gouveia, 2011). Aby bol tento dotazník použiteľný pre naše účely, je najprv potrebné ho prispôbiť na použitie pre českú populáciu. Jednotlivé položky a zadanie musí byť najprv z originálneho jazyka, teda z angličtiny, preložené do češtiny dvoma nezávislými prekladateľmi. Následne budú obidva preklady porovnané a na ich základe sa vytvorí podoba dotazníku v českom jazyku. Táto podoba testu bude potom opätovne preložená do pôvodného jazyka a zrovnaná s originálom. Takýto

dvojitý preklad by mal eliminovať možné nedostatky a nezrovnalosti prekladu. Vzhľadom na to, že sledujeme zlepšenie u konkrétnych pacientov, nie je preto nutne potrebné mať normy pre túto českú klinickú skupinu. Budeme porovnávať výsledky pre tú istú osobu pred intervenciou a po nej a sledovať či došlo ku zlepšeniu. Prílohou tejto bakalárskej práce je aj prvý pracovný preklad tohto dotazníku.

V priebehu terapie a tesne po jej skončení budú klienti dopytovaní ako oni sami vnímajú účinnosť ACT. Či si myslia, že pre nich samých má daný program pozitívne účinky. Dotazník bude pozostávať z pár otvorených otázok, klienti budú môcť podať touto formou spätnú väzbu.

## **5.2 Výskumný súbor a realizácia výskumu**

Vzhľadom na povahu výskumného projektu budú so žiadosťou o spoluprácu najprv oslovené kliniky pre liečbu bolesti, primárne pôjde o nemocničné zariadenia (FN Motol, FN Ostrava, FN Brno a ďalšie). S ich súhlasom sa budú oslovovať potencijálni účastníci výskumu. Jedná sa teda o nenáhodný kritériálny výber. Základným kritériom pre zaradenie do výskumu bude ochota pacienta podstúpiť ACT terapiu a testové šetrenie. Následne budú do výskumného súboru zaradení klienti na základe splnenia vstupných podmienok. Prvou podmienkou je, aby pacient trpel chronickou bolesťou, ktorá je neoncologického pôvodu, keďže tento typ bolesti má aj iné psychologické charakteristiky. Pacient ďalej musí byť postihnutý bolesťou, ktorá trvá viac ako tri roky a nesmie byť pri vstupe do výskumu liečený na žiadne psychiatrické ochorenie. Pacient musí byť plnoletý a nesmie byť starší viac ako 65 rokov, keďže chronická bolesť u seniorov nesie aj iné vlastnosti (Bauer, Emeny, Baumert & Ladwig, 2016). Aby sa vo výskumných výsledkoch aspoň čiastočne eliminovala možnosť, že ku zlepšeniu došlo prirodzene v priebehu času a nie kvôli použitej terapii, budú do štúdie zaradení účastníci rôzneho veku a rôzneho trvania chronickej bolesti.

Keďže ide o realizáciu takéhoto výskumu je náročná a v našich podmienkach s množstvom obmedzení (napr. dostupný terapeuti) bol stanovený minimálny počet účastníkov na päťdesiat.

Pre hladký priebeh realizácie výskumu bude snaha dohodnúť priestory, kde bude terapia prebiehať priamo na konkrétnej klinike, aby pacientom vyhovovala dochádzková vzdialenosť a nemohla byť pre ich účasť práve toto prekážka.



### **5.3 Analýza a spracovanie dát**

Získané dáta budú najprv spracované formou deskriptívnej štatistiky, kedy sa zistia jednotlivé priemery a smerodajné odchýlky pre jednotlivé testy a všetky štyri testovania. Následne sa pristúpi k indukčnej štatistike a testovaniu jednotlivých hypotéz. Najprv bude zisťované, či sa po absolvovaní ACT zvýšila miera akceptácie. Budú teda porovnávané výsledky z testu CPAQ. K tomuto zisťovaniu použijeme párový t- test, ktorý nám ukáže či došlo ku zmene medzi výsledkami pred a po absolvovanej terapii. Tento postup budeme opakovať aj pri všetkých ostatných testoch (SF-36, GAD 7...). Dôležité bude či sa zistia štatisticky významné rozdiely na hladine alfa 0,05. Ak tieto rozdiely budú zistené, zamietneme nulovú hypotézu a prijmemo pôvodnú hypotézu.

Ak vezmeme do úvahy to, že je na jednom súbore testovaných viac než len jedna hypotéza, mohlo by dôjsť ku skresleniu výsledkov pod vplyvom simultánneho štatistického usudzovania. Bude preto použitá Bonferroniho metóda korekcie, aby sme sa vyhli tejto chybe.

### **5.4 Etické aspekty výskumu**

Projekt bude schválený etickou komisiou pre výskum. Pred zaradením do výskumu budú všetci klienti informovaní o jeho podmienkach. Všetci dostanú informovaný súhlas, v ktorom dostanú bližšie informácie o tom, ako sa bude manipulovať so zozbieranými dátami. Dopodrobna sa im vysvetlí to, že môžu kedykoľvek z výskumu odísť a dbať sa bude na to, aby tomu všetci porozumeli. Svojim podpisom informovaného súhlasu potom potvrdia, že sa so všetkým oboznámili, a že s podmienkami súhlasia. Klienti budú mať po celú dobu možnosť skontaktovať výskumníka, ktorý im odpovie ich prípadné dotazy.

Jednotlivým účastníkom výskumu budú pridelené identifikačné kódy tak, aby bolo možné porovnávať jednotlivé výsledky dotazníkového šetrenia a aby zároveň boli dáta anonymné, čím bude zaistená ochrana osobných údajov. Pri manipulácii s dotazníkmi budú ďalej používané len tieto kódy. Tí, ktorí budú vyhodnocovať testy, nebudú mať možnosť rozšifrovať pravú identitu klienta.

Po poslednom zbere dát bude klientom podávaná individuálna spätná väzba, správa o ich výsledkoch a komplexné zhodnotenie celého priebehu výskumného projektu.

Vo výskume bude naplnené kritérium beneficencie, keďže sa dá očakávať, že terapia bude pre pacienta prínosná a nemala by mu nijakým spôsobom uškodiť (nonmaleficiencia).

## 6. Diskusia

Na výskumný projekt je nutné nahliadať aj s určitou dávkou kritického zmýšľania a uvedomenia si jeho limitov. Ako už bolo spomenuté, celý koncept akceptácie bolesti je v Českej republike málo zaužívaný, venuje sa mu malá pozornosť. Z toho môže vyplývať množstvo komplikácií, napríklad nesprávne porozumenie konceptu na pracoviskách pre liečbu bolesti, a tým nesprávna interpretácia informácií pacientovi pri nábere účastníkov výskumu. Výskumník a terapeut bude musieť klásť zvýšený dôraz na správne porozumenie tohoto konceptu a na predanie informácii. Veľký problém môže byť v zaistení vhodných terapeutov ACT a to z dvoch hlavných dôvodov. Prvý z nich je ten, že títo terapeuti by tréning v ACT museli pravdepodobne absolvovať v zahraničí, keďže v našich podmienkach sa týmto školeniam nikto nevenuje. Predpokladáme teda, že počet kvalitných terapeutov bude obmedzený zvlášť vtedy, keď očakávame, že budú mať skúsenosti s pacientmi s chronickou bolesťou. Z toho plynie aj druhé úskalie, a to terapeutické (personálne) pokrytie všetkých miest, na ktorých chceme, aby terapia a teda aj výskum prebiehal. Keďže ide o časovo a finančne veľmi náročný projekt, aspoň v jeho prvých troch mesiacoch, mohlo by zaistenie terapeuta s ACT na plný úväzok byť problematické.

Samotný výber výskumného súboru môže byť spochybniteľný, keďže sa ani z ďaleka nejedná o náhodný výber. Vzhľadom na cieľovú skupinu bol vybraný najjednoduchší spôsob získavania pacientov do výskumu. Návrh zlepšenia by mohol ideálne zahŕňať oslovenie aj iných pracovísk zameraných na liečbu bolesti, ako len tých, ktoré sú pridružené k veľkým nemocniciam. Týmto by mohol výberový súbor pozostávať aj z pacientov, ktorí sú z menších miest a dedín. Prekážkou pri generalizácii výsledkov je aj fakt, že skupina nesie veľkú interindividuálnu variabilitu vzhľadom na vek, vzdelanie, etiológiu bolesti a ďalšie. V budúcnosti by sa dalo zamerať a sledovať pôsobenie terapie u pacientov s jednou konkrétnou diagnózou, napríklad reumatická artritída.

Žiaľ, skúmané charakteristiky nie je možné testovať objektívnym spôsobom, a je nutné počítať aj s možným skreslením zo strany pacienta vzhľadom na jeho snahu o simuláciu alebo prípadnú disimuláciu. Potencionálne by sa dalo pridať získanie objektívnej anamnézy od najbližších osôb pacienta, ktorí by boli dopytovaní pred začatím intervencie a po nej, či boli schopní pozorovať zlepšenia v pacientovom živote. Týmto by sa ale neeliminovála subjektivita a mohlo by to spôsobovať komplikácie (pacient nemusí nutne súhlasiť s tým, aby niekto iný poskytoval informácie o jeho živote, a takisto nemusí mať blízku osobu, ktorá by bola tohoto zhodnotenia schopná).

Keďže chronická bolesť a kvalita života sú natoľko komplexné, nie je možné úplne vylúčiť všetky interferujúce faktory zasahujúce do výskumu. Môžeme očakávať skreslenie rôznymi premennými, napríklad nesledujeme, aké lieky, ovplyvňujúce psychiku pacienta, klienti užívajú. Neovplyvníme ani významné situácie, ktoré môžu v živote participanta nastať a signifikantne ovplyvniť jeho kvalitu. Nesledujeme pacientovo zázemie, finančnú situáciu a mnoho ďalšieho. Pri dostatočne veľkom súbore by sa tieto premenné nemuseli prejaviť, avšak pri počte výskumného súboru v tomto projekte, nemôžeme ich vplyv vylúčiť.

Nedostatok tohto experimentu môže byť videný aj v tom, že neoperuje so žiadnou porovnávajúcou skupinou, ktorá by dostávala iný druh terapie, a teda nemá s čím komparovať výsledky dosiahnuté u skupiny podstupujúcej ACT. Preto sa nejedná o klasický experiment v pravom slova zmysle. Merania pred, po aj vo follow upe sú vykonávané u tej istej skupiny pacientov. V prípade zaradenia porovnávacej skupiny do výskumu by sa zvýšili nároky na organizačné zabezpečenie, ale bola by možnosť kvalitnejšieho a objektívnejšieho vyhodnocovania záverov o účinnosti ACT.

Výskum by mal byť z etickej stránky v poriadku a v tejto rovine nie sú z môjho pohľadu žiadne problémy.

## Záver

Predkladaná bakalárska práca podáva základné informácie o problematike chronickej bolesti a jej akceptácii pacientom. Vzhľadom na to, že už samotná tematika chronickej bolesti je veľmi široká, nebola možnosť zamerať sa na všetko, čo by s ňou súviselo. Museli sme preto v práci vybrať len jej kľúčové charakteristiky. Avšak práca podáva mnohé poznatky so zameraním na akceptáciu chronickej bolesti, na ktorú nazerá ako na jednu z kľúčových charakteristík pre zlepšenie kvality pacientovho života. Práve s problematikou prijatia chronickej bolesti, ako aj s terapeutickými prístupmi zameranými na jej akceptáciu, sa v Českej, ani Slovenskej republike veľmi nepracuje, a preto by uvedené poznatky v práci mohli byť zaujímavé aj pre klinickú prax na našom území.

V literárno prehľadovej časti tejto práce boli najprv vymedzené teoretické východiská bolesti, aby bolo jasné, ako na bolesť nazeráme, a aby nemohlo dôjsť k nedorozumeniam, na základe jej nesprávneho zadefinovania. Opísané sú aj základné možnosti merania intenzity bolesti, keďže sa s nimi často operuje vo výskume. Dôležité je uvedomenie si subjektívnej povahy bolesti, a s tým spojené posudzovanie intenzity jej prežívania. V nosnej časti práce sú vymedzené psychologické charakteristiky chronickej bolesti a to, aký vplyv má na kvalitu pacientovho života. Hlavné oblasti, do ktorých chronická bolesť zasahuje, sú aktivity bežného dňa, poruchy spánku, zvýšená potreba pomoci, zvýšené životné náklady, častá depresivita a úzkosť (Parler, Fadiloglu, Argon, Tokem & Taub, 2016). V práci sú rozpísané psychologické modely chronickej bolesti, ktoré sa snažia vysvetliť, ako psychické faktory pôsobia na znášanie a prežívanie bolestivých stavov. Za zmienku stojí vyhýbavý model zo strachu (fear - avoidance model), kedy sa pacient snaží vyhnúť všetkým činnostiam, ktoré by mohli byť spojené s prežívaním bolesti. Strach je spôsobený kognitívnym zhodnotením bolesti ako stavu ohrozenia. Tento model môže viesť ku chronickej bolesti a ku signifikantnému zhoršeniu pacientovej kvality života (Boersma & Linton, 2006). Práve tento model sa dáva do kontrastu s akceptáciou bolesti, ako dva protíahlé póly. Metódy zvyšovania akceptácie chronickej bolesti sú efektívne aj u pacientov s vysokou mierou vyhýbavého správania, ktorým pomáhajú tieto nezdravé vzorce správania nahradiť takými, ktoré sú funkčné a prospešné pre pacientov život (Ravn, Vang, Vaegter & Andersen, 2018).

Akceptácii bolesti sa vo výskumoch v posledných rokoch venuje značná pozornosť. Ukazuje sa totiž, že môže ísť o dôležitú vlastnosť, ktorá napomáha pacientovi viesť plnohodnotný život, aj napriek obmedzeniam, ktoré s chronickou bolesťou súvisia.

Akceptácia chronickej bolesti vo všeobecnosti znamená ochotu zostať v kontakte s bolesťou bez snahy o jej kontrolu a redukovanie. Akceptácia bolesti je zložená z dvoch dimenzií - ochota podstúpiť bolesť a angažované jednanie. Väčšia miera akceptácie bolesti je spájaná so zvýšením životnej spokojnosti, lepším fungovaním, zvýšením fyzickej aktivity, znížením depresivity a úzkostnosti (Jeong & Cho, 2017; McCracken, 2010). Hlavným terapeutickým smerom, ktorý sa snaží o zvýšenie akceptácie, je terapia pomocou prijatia a záväzku (ACT). Ide o tretiu vlnu v kognitívno - behaviorálnej terapii.

V druhej časti práce je podaný návrh výskumného projektu, ktorý má za cieľ zistiť účinnosť ACT v našich podmienkach u pacientov s chronickou bolesťou. Ide o kvantitatívny výskum. Testovania probandov sa budú robiť celkovo štyrikrát - pred terapiou, ihneď po terapii a v dvoch follow - upoch, po troch a šiestich mesiacoch od ukončenia terapie. Na sledovanie toho, či sa pri použití ACT zvyšuje aj miera akceptácie chronickej bolesti, bude použitý v Českej republike nový dotazník CPAQ. Zisťovať sa bude aj vnímaná intenzita bolesti, kvalita života, úzkosť a depresia.

Veríme, že poznatkami, ktoré vzniknú aplikáciou plánovaného výskumu do praxe prispejeme k skvalitneniu starostlivosti o pacientov s chronickou bolesťou, ako aj k zvýšeniu záujmu odbornej verejnosti o tematiku akceptácie chronickej bolesti.

## Zoznam použitej literatúry

- Bandura, A., (1997). *Self- Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: WH Freeman.
- Boersma, K., & Linton, S.J. (2006). Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis. *European Journal of Pain*, 10(6), 551-557. doi:10.1016/j.ejpain.2005.08.004.
- Brox, J. I., Storheim, K., Holm, I., Friis, A., & Reikeras, O. (2005). Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with sub-acute and chronic low back pain: A case- control study. *Journal of Rehabilitation Medicine (Taylor and Francis Ltd)*, 37(2), 95-99.
- Buer, N., & Linton, S.J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99(3), 485-491.
- Bauer, H., Emeny, R. T., Baumert, J., & Ladwig, K.-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European Journal of Pain (London, England)*, 20(8), 1253–1265. <https://doi.org/10.1002/ejp.850>.
- Ceulemans, K., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2013). Effects of responsibility and mood on painful task persistence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.10.005>.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 292–302. <https://doi.org/10.1002/cpp.718>.
- Davey, E. S. (2016). Psychology and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(11), 568–570. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.08.004>.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*. 2007; 132: 233-236.
- Eisenlohr-Moul, T. A., Burris, J. L., & Evans, D. R. (2013). Pain acceptance, psychological functioning, and self-regulatory fatigue in temporomandibular disorder. *Health*

*Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(12), 1236–1239. <https://doi.org/10.1037/a0030150>.

Fishbain, D. A. (1999). Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *The Medical Clinics of North America*, 83(3), 737–760, vii.

Frampton, C. L., & Hughes-Webb, P. (2011). The Measurement of Pain. *Clinical Oncology*, 23(6), 381–386. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.04.008>.

Gatchel, R. J., Neblett, R., Kishino, N., & Ray, C. T. (2016). Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain. *The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy*, 46(2), 38–43. <https://doi.org/10.2519/jospt.2016.0601>.

Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Riley, J. L. (1999). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: Let's focus more on the negative. *Pain Forum*, 8(4), 161–168. [https://doi.org/10.1016/S1082-3174\(99\)70001-2](https://doi.org/10.1016/S1082-3174(99)70001-2).

Hakl, M., & Kolektiv autorov. (2013). *Léčba bolesti - Součastné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta a.s..

Hansen, G. R., & Streltzer, J. (2005). The psychology of pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(2), 339–348. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2004.12.005>.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The Impact of Acceptance Versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/BF03395305>.

Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind & Into Your Life; The New Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: Raincoast Books.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.

- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>.
- Hnilicová, H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: Payne, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton, 629 s.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, s.r.o..
- Knotek, P. (2010). Psychologické aspekty chronické bolesti. In Kozák, J. (Ed.). *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen.
- Jacob, M. C., Kerns, R. D., Rosenberg, R., & Haythornthwaite, J. (1993). Chronic pain: Intrusion and accommodation. *Behaviour Research and Therapy*, 31(5), 519–527. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90134-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90134-G).
- Jenkinson, C., Stewart-Brown, S., Petersen, S., & Paice, C. (1999). Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(1), 46–50.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 655–662.
- Jeong, S., & Cho, S. (2017). Acceptance and patient functioning in chronic pain: the mediating role of physical activity. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 26(4), 903–911. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1404-5>.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., & Vrbová, K. (2016). *Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112 (4).



- Kratz, A. L., Hirsh, A. T., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2013). Acceptance of pain in neurological disorders: associations with functioning and psychosocial well-being. *Rehabilitation Psychology, 58*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0031727>.
- Křivohlavý, J. (1992). *Bolest její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy, 91*(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>.
- Málek, J., Ševčík, P., Bejšovec, D., Gabrhelík, T., Hnilicová, M., Křikava, I., & Mixa, V. (2014). *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta a.s..
- McCaffery, M. (1968). Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: University of California at Los Angeles Students' Store.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain: *Pain, 74*(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00146-2)
- McCracken L.M., & Eccleston C. (2003). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assesment method. *Pain.*:107:159-166.
- McCracken, L., Carson, J., Eccleston, C., & Keefe, F. (2004). *Acceptance and change in the context of chronic pain* (Roč. 109). <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.006>.
- McCracken LM (2005). Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain, IASP Press, Seattle, Washington.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1335–1346. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.003>.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(4), 339–349. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9104-9>.

- McCracken, L. M. (2010). Toward understanding acceptance and psychological flexibility in chronic pain. *PAIN*, *149*(3), 420. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.036>.
- Morley, S. (2008). Psychology of pain. *British Journal of Anaesthesia*, *101*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1093/bja/aen123>.
- Nicholas, MK., Mollay, A., Tonkin, L., & Beeston, L. (2003). *Manage Your Pain; Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic pain*. London, United Kingdom: Souvenir Press.
- Parlar, S., Fadiloglu, C., Argon, G., Tokem, Y., & Keser, G. (2013). The effects of self-pain management on the intensity of pain and pain management methods in arthritic patients. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *14*(3), 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.08.002>.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála depresie BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, *112*(6).
- Ravn, S. L., Vang, M. L., Vaegter, H. B., & Andersen, T. E. (2018). Pain-Related Acceptance as a Mediator in the Fear Avoidance Model of Chronic Pain: A Preliminary Study. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, *19*(9), 1764–1771. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx223>.
- Raudenská, J., Javůrková, A., & Kozák, J. (2013). Model terapie chronické bolesti zad v centrech léčby bolesti. *Chronic Back Pain Management Therapy in Pain Therapy Centers.*, *20*(3), 123–128.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine (1982)*, *56*(2), 375–386.
- Ritomský, A., (2015).: *Metodologické a metodické otázky kvantitatívneho výskumu*. Bratislava : IRIS.
- Rokyta, R., Balcar, K., Fricová, J., Kozák, J., Kršiak, M., & Neradilek, F. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada Publishing, a.s..

- Rokyta, R., Bednařík, J., Fricová, J., Kršiak, M., Lejčko, J., Neradilek, F., & Vlčková, E. (2017). *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S., & Borkovec, T. D. (1995). A self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(4), 345–350.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2017). Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 18(2), 252–264. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>.
- Semeru, G. M., & Halim, M. S. (2019). Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *The Korean Journal of Pain*, 32(1), 22–29.
- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67(1), 41–51.
- Sláma, O. (2005). Kvalita života onkologicky nemocných. In: Payne, J. a kol.: Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 629 s.
- Sofaer, B. (1997). *Bolest Příručka pro zdravotné sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s..
- Sturgeon, J. A., & Taub, C. J. (2016). Pain Resilience: Issues of Modeling Dynamic Adaptation in Chronic Pain. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 9(3), 15–27.
- Swinkels - Meewisse, I.E.J., Roelofs, J., Schouten, E.G.W., Verbeek, A.L.M., Oostendorp, R.A.B., & Vlaeyen, J.W.S. (2006). Fear of movement/ (re)injury predicting chronic disabling low back pain: A prospective inception cohort study. *Spine*, 31(6), 658-664.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii*. Praha: Portál.
- Švehlíková, L., Heretik, A. (2008). *Quality of life – what are we talking about ?*, *Psychiatria – Psychoterapia- Psychosomatika*, 2008 (3), s. 194-198.

- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 27*(8), 716–723. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318219a933>.
- Trinderup, J. S., Fisker, A., Juhl, C. B., & Petersen, T. (2018). Fear avoidance beliefs as a predictor for long-term sick leave, disability and pain in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders, 19*(1), 431–431. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2351-9>.
- Twycross, R. G., & Fairfield, S. (1982). Pain in far-advanced cancer. *Pain, 14*(3), 303–310.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain, 106*(1–2), 65–72.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*(3), 317–332.
- Vlaeyen, J. W. S., & Morley, S. (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *The Clinical Journal of Pain, 21*(1), 1–8.
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy, 38*(4), 412–425. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.02.001>
- Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine, 25*(24), 3130–3139.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B.C., Lehman, D., Liu, L., Lang A.J., Hampton Atkinson, J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *PAIN, 152*(9), 2098–2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., & Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized

controlled trial. *European Journal of Pain (London, England)*, 17(4), 599–611.  
<https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x>

Yang, S.-Y., & McCracken, L. M. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Clinical Outcomes Management*, (21(3)).

## **Zoznam obrázkov**

Obrázok 1: Jadrové procesy .....	21
----------------------------------	----

## Príloha 1

### Dotazník CPAQ (pracovná verzia)

Inštrukcie: Nižšie nájdete zoznam tvrdení. Prosím ohodnoťte každé z nich na základe pravdy podľa toho ako sa vzťahuje ku Vám. Na toto ohodnotenie prosím použite nižšie uvedenú stupnicu. Napríklad ak veríte, že tvrdenie o Vás vždy platí, plne sa s ním stotožňujete, napíšete 6 do prázdneho políčka vedľa tvrdenia.

0 nikdy to nie je pravda, vôbec to o mne neplatí

1 veľmi zriedkakedy pravda

2 zriedkakedy pravda

3 niekedy pravda

4 častokrát je to pravda

5 skoro vždy je to pravda

6 je to úplná pravda, s tvrdením sa plne stotožňujem

1. \_\_\_ Pokračujem v žití plného života bez ohľadu na to, aký je stupeň intenzity mojej bolesti
2. \_\_\_ Mám dobrý život, aj napriek tomu, že trpím chronickou bolesťou
3. \_\_\_ Je v poriadku prežívať bolesť
4. \_\_\_ S radosťou by som obetoval dôležité veci v mojom živote, ak by mi to zaručilo, že budem mať lepšiu kontrolu nad svojou bolesťou
5. \_\_\_ Nie je pre mňa nevyhnutné kontrolovať bolesť, aby som viedol dobrý život
6. \_\_\_ Napriek tomu, že sa veci zmenili (odkedy trpím chronickou bolesťou), žijem normálny život
7. \_\_\_ Musím sa sústrediť na to, aby som sa zbavil svojej bolesti
8. \_\_\_ Je mnoho aktivít, ktoré uskutočňujem, keď prežívam bolesť
9. \_\_\_ Viedem plnohodnotný život aj napriek tomu, že mám chronickú bolesť
10. \_\_\_ Kontrolovanie bolesti je menej dôležité ako hocijaké iné ciele v mojom živote
11. \_\_\_ Moje myšlienky a pocity o bolesti sa musia zmeniť ešte pred tým, ako bude môcť urobiť dôležité kroky v mojom živote

12. \_\_\_ Napriek bolesti sa držím určitého kurzu, smeru v mojom živote
13. \_\_\_ Udržovanie intenzity bolesti pod kontrolou je mojou prioritou, kedykoľvek niečo vykonávam
14. \_\_\_ Pred tým, než si spravím nejaké dôležité plány, musím dostať pod kontrolu svoju bolesť
15. \_\_\_ Aj keď sa zvýši intenzita mojej bolesti, stále sa môžem postarať o veci, ktoré mám na zodpovednosť
16. \_\_\_ Budem mať lepšiu kontrolu nad svojim životom, ak dokážem kontrolovať svoje negatívne myšlienky o bolesti
17. \_\_\_ Vyhýbam sa situáciám, v ktorých by sa mohla zvýšiť moja bolesť
18. \_\_\_ Obavy a myšlienky na to, čo by mi mohla bolesť spôsobiť sú oprávnené, skutočné
19. \_\_\_ Je veľká úľava keď si uvedomím, že nemusím zmeniť svoju bolesť, aby som mohol naplno žiť svoj život
20. \_\_\_ Musím sa premáhať, aby som vykonával rôzne činnosti, keď mám bolesti