

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetřovatelství

**Marcela Dančíková**

**Locus of control a subjektivní vnímání  
zdraví u pacientů s chronickou bolestí  
v ošetřovatelství**

**Bakalářská práce**

Praha, 2023

Autor práce: **Marcela Dančíková**

Vedoucí práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Konzultant: **PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Datum obhajoby: **30. 5. 2023**

## **Bibliografická identifikace**

DANČÍKOVÁ, Marcela. *Locus of control a subjektivní vnímání zdraví u pacientů s chronickou bolestí v ošetrovatelství*. Praha, 2023. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá tím, jak Locus of control, spiritualita a religiozita ovlivňují zdraví a chronickou bolest. Teoretická část se zabývá problematikou bolesti, s důrazem na farmakoterapii. Jsou vysvětleny pojmy Locus of control, religiozita, spiritualita a jejich vliv na fyzické, psychické zdraví a bolest, včetně přehledu metod k měření uvedených 3 domén. Dále se zaměřuje na propojení vztahu religiozity, spirituality, Locus of control, kvality života a emočního prožívání u lidí s chronickou bolestí.

**Cíle:** Cílem empirické části bylo zjistit rozdíly mezi jedinci s externím Locus of control a interním Locus of control v sociodemografických, religiozních, klinických a afektivních proměnných a jak uvedené proměnné predikují Locus of control.

**Metody:** Účastnilo se 43 pacientů s chronickou bolestí, kteří byli hospitalizováni na Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol. Zajímali nás sociodemografické údaje, včetně údajů o bolesti, kam byla zařazena intenzita, nepříjemnost a délka trvání bolesti. K měření intenzity a nepříjemnosti byla použita škála VAS. K určení, zda je jedinec internalista či externalista jsme využili škálu LOC. Dále byly použity dotazníky GHLC, DUREL, FPQ-III, BDI-II a DŽS-zdraví.

**Výsledky:** Prokázali jsme významný statistický rozdíl mezi externalisty a internalisty v dotazníku BDI-II a DŽS-zdraví. Při zkoumání, jak proměnné predikují hrubý skór škály LOC, jsme zjistili signifikantní pozitivní korelaci v dotazníku DUREL-intrinická religiozita, FPQ-III-malá bolest, FPQ-III lékařské výkony a BDI-II. Negativní signifikantní korelace vyšla u DŽS-zdraví.

**Závěry:** V teoretické části jsme zjistili pozitivní i negativní přínosy spirituality, religiozity, Locus of control na zdraví a bolest. V empirické části jsme potvrdili, že jedinci s interním Locus of control mají menší míru deprese, strachu a jsou více spokojeni se životem, než externí jedinci.

## **Klíčová slova**

Chronická bolest, Locus of Control, Religiozita, Spiritualita, Zdraví

## **Abstract**

The bachelor's thesis looks at how Locus of control, spirituality and religiosity affect health and chronic pain. The theoretical part deals with the issue of pain, with emphasis on pharmacotherapy. The terms Locus of control, religiosity, spirituality and their effect on physical, psychological health and pain are explained, including an overview of methods to measure the listed 3 domains. It also focuses on linking the relationship of religiosity, spirituality, Locus of control, quality of life and emotional experience in people with chronic pain.

**Objectives:** The aim of the empirical part was to identify differences between individuals with external Locus of control and internal Locus of control in socio-demographic, religiosity, clinical and affective variables, and how the locus of control predicts the variables.

**Methods:** It involved 43 patients with chronic pain who were hospitalized at the Clinic of Rehabilitation and Physical Medicine 2. LF UK and FN Motol. We were interested in sociodemographic data, including pain data, where intensity, discomfort and pain duration were included. The VAS scale was used to measure intensity and discomfort. We have used the LOC scale to determine whether an individual is an internalist or an externalist. Furthermore, questionnaires from GHLC, DUREL, FPQ-III, BDI-II and DŽS-health were used.

**Results:** We have demonstrated a significant statistical difference between externalists and internalists in the BDI-II and DŽS-health questionnaires. Examining how variables predict gross LOC scores, we found a significant positive correlation in the DUREL-intrinsic religiosity questionnaire, FPQ-III-minor pain, FPQ-III medical procedures, and BDI-II. A negative significant correlation came out in DŽS-health.

**Conclusions:** In the theoretical part, we found positive and negative benefits of spirituality, religiosity, Locus of control on health and pain. In the empirical part, we confirmed that individuals with internal Locus of control have less depression, fear, and are more satisfied with life than external individuals.

## **Keywords**

Chronic pain, Locus of Control, Religiosity, Spirituality, Health

# PODKLADY PRO ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Marcela Dančíková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Locus of control a subjektivní vnímání zdraví u pacientů s chronickou bolestí v ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- LYSNE, Carol J. a Amy B. WACHHOLTZ. Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? Religions. 2011. ISSN 2077-1444.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVURKOVA. The psychological context of labour pain. New York: Nova Biomedical, [2016]. ISBN 9781634838252.
- SHATTUCK, Eric C. a Michael P. MUEHLENBEIN. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. Journal of Religion and Health. 2018. DOI: 10.1007/s10943-018-0663-6.
- CORNAH, Deborah. The impact of spirituality on mental health: a review of the literature. London: Mental Health Foundation, c2006. ISBN 978-1-903645-85-7.
- BÜSSING, Arndt, et al. Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? Pain Medicine. 2010, Vol. 10, No. 2., ISSN 1526-4637
- RIPPENTROP, Elizabeth, A. A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. Rehabilitation Psychology. 2005, Vol. 50, No. 3, ISSN 1939-1544.
- DETER, Hans, Ch. Psychosocial interventions for patients with chronic disease. BioPsychoSocial Medicine. 2012, Vol 6, No. 2., ISSN 1751-0759.
- HACKLOVÁ, Renata, KEBZA, Vladimír. Religiozita, spiritualita a zdraví. Československá psychologie. 2014, roč. 58, č. 2, ISSN 0009-062X.
- SORAJAKOOL, S., THOMPSON, M., AVELING, L., EARL, A. Chronic pain, meaning and spirituality: A qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. The Journal of Pastoral Care & Counseling. 2006, Vol. 60, No. 4, ISSN 2167-776X.


Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: 29.4.2020

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.4.2020

  
Děkan

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství (2)  
v Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČ: 00216208 DIČ: CZ00216208

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Jaroslavy Raudenské, PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

**V Praze 27. dubna 2023**

**Marcela Dančíková**



## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Jaroslavě Raudenské, PhD. a konzultantce PhDr. Aleně Javůrkové, PhD. za odborné vedení, jejich cenné rady a vstřícný přístup. Děkuji RNDr. Věře Lánské, CSc. za pomoc při řešení statistické problematiky.

Dále poděkování patří mé rodině a známým, za podporu během celého studia.

## OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>1 ÚVOD .....</b>   | <b>10</b> |
| 1.1 CÍLE PRÁCE .....  | 11        |
| <b>2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....</b>   | <b>12</b> |
| 2.1 CHRONICKÁ NENÁDOROVÁ BOLEST JAKO PROBLÉM, FARMAKOTERAPIE ANALGETIKY A SILNÝMI OPIOIDY .....                                       | 12        |
| 2.1.1. Chronická nenádorová bolest jako problém .....   | 12        |
| 2.1.2. Farmakoterapie analgetiky a silnými opioidy .....  | 14        |
| 2.2 SPIRITUALITA, RELIGIOZITA A LOCUS OF CONTROL A JEJICH VLIV NA FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZDRAVÍ 18                                       |           |
| 2.2.1. Spiritualita a zdraví/nemoc .....  | 18        |
| 2.2.2. Spiritualita a bolest .....  | 20        |
| 2.2.3. Religiozita a zdraví/nemoc .....   | 22        |
| 2.2.4. Religiozita a bolest .....   | 25        |
| 2.2.5. Multidimensionální locus of control a zdraví/nemoc .....   | 26        |
| 2.2.6. Multidimensionální locus of control a bolest .....   | 28        |
| 2.3 PROPOJENÍ VZTAHU RELIGIOZITY, SPIRITUALITY, LOCUS OF CONTROL, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI A EMOČNÍHO PROŽÍVÁNÍ U CHRONICKÉ BOLESTI ..... | 31        |
| 2.4 PŘEHLED METOD K MĚŘENÍ LOC, HLOC, SPIRITUALITY A RELIGIOZITY V SOUVISLOSTI S BOLESTÍ.....   | 34        |
| 2.5 IMPLIKACE DO OŠETŘOVATELSTVÍ .....  | 36        |
| <b>3 EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>  | <b>40</b> |
| 3.1 HYPOTÉZY PRO EMPIRICKOU ČÁST .....  | 40        |
| 3.2 METODIKA .....  | 41        |
| 3.2.1. LOC, HLOC, Pain LOC, GLHC .....  | 41        |
| 3.2.2. VAS .....  | 42        |
| 3.2.3. FPQ-III .....  | 42        |
| 3.2.4. DUREL.....   | 43        |
| 3.2.5. DŽS .....  | 44        |
| 3.2.6. BDI-II .....   | 44        |
| 3.3 VZOREK .....  | 45        |
| 3.4 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT .....   | 45        |
| 3.5 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....   | 46        |
| 3.5.1. Deskriptivní statistika .....  | 46        |
| 3.5.2. Analýza hypotéz .....  | 51        |
| 3.6 DISKUZE.....  | 65        |
| <b>4 ZÁVĚR.....</b>   | <b>69</b> |
| <b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>  | <b>70</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK.....</b>  | <b>88</b> |
| <b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>   | <b>89</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>   | <b>90</b> |
| <b>PŘÍLOHY .....</b>  | <b>91</b> |

## SEZNAM ZKRATEK

$\beta$  – Koeficient beta

BDI-I – Beck Depression Inventory-I

BDI-II – Beck Depression Inventory-II

BDI-IA – Beck Depression Inventory-IA

BMI – Body Mass Index

cm – Centimetry

CLHC – Chance Locus of Health Control

ČSÚ – Český statistický úřad

DSES – Daily Spiritual Experience Scale

DUREL – Duke University Religion Index

DŽS – Dotazník životní spokojenosti

FN – Fakultní nemocnice

FPQ-III – The Fear of Pain Questionnaire III

GLHC – God Locus of Health Control

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HLOC – Health Locus of Control

IASP – International Association for the Study of Pain

IgE – Imunoglobulin E

IR – Intrinzičná religiozita

kol. – Kolektiv

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LOC (I) (E) – Locus of Control interní a externí

M – Mean, průměr

mm – Milimetry

MHLC – Multidimenzionální Health Locus of Control

n – Počet respondentů

Např. – Například

NOR – Neorganizovaná religiozita

NSAID – Nesteroidní antiflogistika

OR – Organizovaná religiozita

p – Statistická signifikace

PHLC – Powerful others Health Locus of Control

$R^2$  – RSquare

$r^s$  – Spearmanův korelační koeficient

RCOPE – The Scale of Religious and Spiritual Coping

SD – Směrodatná odchylka

SNRI – Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SS – Scale of Spirituality

SWB – Subjective well-being

tzv. - Takzvaně

VAS – Vizuální analogová škála

WHO – World Health Organisation

$\chi^2$  – Chí kvadrát

# 1 ÚVOD

Téma práce jsem si vybrala, protože se s bolestí v praxi setkávám téměř denně a mnohdy léčba analgetiky nepřináší pacientům dostatečný účinek. Bylo pro mě výzvou se zabývat touto spíše psychologickou tematikou, jak můžeme jako zdravotničtí pracovníci více přispět k úlevě od bolesti a k podpoře zdraví za pomoci religiozity, spirituality a místa kontroly. I přes známost tvrzení, že tyto komponenty mohou ovlivnit zdraví či nemoc, se jim ve zdravotnické praxi nevěnuje dostatečné pozornosti.

Bolest je vysoce subjektivním, velmi často se vyskytujícím problémem, který s sebou přináší spoustu dalších komplikací, které mohou být až invalidizující. Zdravotničtí pracovníci jsou důležitým činitelem v léčbě bolesti a je potřeba, aby k tomuto problému přistupovali s empatií a trpělivostí. Pro léčbu bolesti je v první řadě volena farmakoterapie, která s sebou může přinést spoustu negativních účinků na organismus. Neměli bychom tedy vidět farmakoterapii jako jedinou účinnou léčbu bolesti (Dedeli, 2013).

Práce se zabývá tím, jak proměnné Locus of control, spiritualita a religiozita ovlivňují bolest a celkové zdraví jedince. V odborných publikacích je prokázán jejich pozitivní, ale v některých případech i negativní vliv na zdraví a prožívání bolesti. Naším cílem je tuto problematiku prozkoumat.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá problematikou bolesti, jsou uvedeny i možnosti léčby, se zaměřením na farmakoterapii. Dále se zabývá vlivem spirituality, religiozity, Locus of control na psychické, fyzické zdraví a bolest a jejich souvislosti s životní spokojeností a emočním prožíváním, včetně měřících technik a implikací do ošetrovatelství.

Empirická část, založena na kvantitativním výzkumu, zkoumá rozdíly mezi jedinci s externím Locus of control a interním Locus of control v sociodemografických, religiozních, klinických a afektivních proměnných a zabývá se jejich predikcí.

## 1.1 Cíle práce

Cíl 1: Teoreticky popsat problematiku bolesti.

Cíl 2: Zjistit, jak mohou spiritualita, religiozita, Locus of control ovlivňovat zdraví, nemoc a bolest.

Cíl 2: Zjistit, zda Locus of control souvisí s klinickými a sociodemografickými faktory.

Cíl 3: Zjistit, zda se liší externí a interní skupina pacientů s chronickou bolestí v organizované, neorganizované a intrinzické formě religiozity v dotazníku DUREL.

Cíl 4: Zjistit, jak se liší externalisté a internalisté s chronickou bolestí v dotaznících GLHC, DŽS-zdraví, BDI-II.

Cíl 5: Zjistit, jak se liší externalisté a internalisté trpící chronickou bolestí v intenzitě a nepříjemnosti bolesti.

Cíl 6: Zjistit, jak se liší externalisté a internalisté trpící chronickou bolestí v dotazníku FPQ-III.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

### 2.1 Chronická nenádorová bolest jako problém, farmakoterapie analgetiky a silnými opioidy

#### 2.1.1. Chronická nenádorová bolest jako problém

Existuje spousta definic bolesti. Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) ji definuje jako „*Nepříjemný smyslový a emocionální zážitek, spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo podobný tomu, který je s ním spojený*“ (IASP, 2020). Jedná se o velmi často se vyskytující problém, který má negativní vliv na fungování jedince v osobním životě i ve společnosti. Mills (2019) a Raffaelli (2017) prezentují bolest jako samostatné onemocnění s vlastní lékařskou definicí a taxonomií, nemělo by se na ni pohlížet pouze jako na symptom, poukazující na poškození tkáně úrazem nebo jinou patologií. I když je bolest nepříjemný prožitek, má také pozitivní přínos. Poukazuje na vzniklý patologický proces v organismu nebo na porušení tkáně a nutí jedince vyhledat lékařskou pomoc a vzniklou nebo potencionální patologii řešit. Bez léčby a bez zabývání se vzniklou nebo potencionální patologií, by mohlo dojít k vážnému poškození organismu, které může být až život ohrožující (Treede, 2019). J. J. Bonica, zakladatel medicíny bolesti uvádí, že bolest ztrácí svou přínosnou, pozitivní funkci tehdy, když se stává pro jedince nezvladatelnou a komplikuje jedinci fungování v životě, především pokud se bolest stává chronickou (Raffaelli, 2017). Při vzniku chronické bolesti není cílem léčby její úplné vymizení. Cílem je poskytnout vhodné prostředky k jejímu zmírnění na přijatelnou úroveň, aby mohl jedinec žít plnohodnotný život (Hylands-White, 2017).

Bolest se skládá ze čtyř komponent:

- První je senzorio-diskriminační komponenta, která má za úkol přijmout bolestivý podnět a určit jeho lokalizaci.
- Afektivně emoční komponenta způsobuje psychické změny. Může se objevit strach, úzkost, deprese.
- Somatické projevy bolesti, mezi které patří tachykardie, hypotenze, tachypnoe, pocení, ovlivňuje vegetativní komponenta.

- Poslední je motorická komponenta, jedná se o reakci na bolestivý podnět ucuknutím, čímž se zamezí dalšímu vystavování se bolestivému podnětu (Rokyta, 2018).

Bolest můžeme dělit z různých hledisek. Nejzákladnější dělení bolesti je dle doby trvání na akutní a chronickou formu. Udává se, že chronická bolest je bolest trvající déle než 3 měsíce (Treede, 2019; Mills, 2019). Existuje spousta dalších dělení chronické bolesti. Např. Stein (2013) rozděluje chronickou bolest na nádorovou, vzniklou na základě onkologického onemocnění a nenádorovou, která vzniká z jiných příčin. Chronická nenádorová bolest se dále dělí na zánětlivou, muskuloskeletární, bolest hlavy a neuropatickou bolest. Dahl (2005) uvádí dělení bolesti dle patofyziologie na nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest vzniká na základě poškození tkáně. Postihuje buď somatické nebo viscerální aferentní nervy. Dle postižení zmíněných nervů, dělíme nociceptivní chronickou bolest na viscerální a somatickou. Zdroj bolesti může být v mnoha případech velmi těžce určitelný. Příčina fyzické bolesti může být známá nebo neznámá, proto bychom se při hledání zdroje neměli fixovat pouze na hledání somatické příčiny, ale měli bychom se zabývat i psychickými a sociálními vlivy (Hylands-White, 2017).

Celosvětově trpí chronickou bolestí přes 10% populace. Některé země, především ty vyspělé, udávají její výskyt přes 20% (Jackson, 2014). Počty lidí, trpících chronickou bolestí neustále narůstají. Dle šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Českého statistického úřadu z roku 2019, trpí v České republice bolestí trvající déle než 4 měsíce 32700 lidí na 100000 obyvatel. Nejčastěji se jedná o lidi starší 70 let a postihuje častěji ženy (ČSÚ, 2020).

Chronická nenádorová bolest má souvislost se stavy, kterými jsou revmatoidní artritida, osteoartritida, fibromyalgie a se spoustou dalších. Lidé trpící touto bolestí velmi často udávají pocity nadměrné únavy, depresí a úzkostí kvůli bolesti. Průběh komplikuje výskyt jiných chronických onemocnění, jako je diabetes mellitus nebo hypertenze. Bolest může průběh chronických onemocnění zhoršovat. V tomto důsledku je chronická bolest jedna z nejčastějších příčin invalidity různého stupně a poruchy vykonávání každodenních činností (Genova, 2020).

Léčba chronické bolesti zahrnuje farmakologickou i nefarmakologickou léčbu. Je důležitý multidisciplinární přístup, spočívající ve spolupráci více odborníků, nejčastěji praktického lékaře, psychologa, algeziologa, fyzioterapeuta a dalších, ale je důležitá také



spolupráce pacienta (Felson, 2019). Multidisciplinární přístup je důležitý pro nejefektivnější a nejúčinnější léčbu bolesti. Nemultidisciplinární přístup může vést k její neefektivní léčbě. Při zahájení léčby, je důležité si stanovit cíl, kterého chceme v léčbě bolesti dosáhnout. U chronické bolesti je téměř nereálné mít za cíl úplné vymizení bolesti. Cílem je snížení bolesti, umožnit vykonávat každodenní činnosti nebo umožnit návrat do práce (Peppin, 2015). Pro účinnou léčbu chronické nenádorové bolesti je důležité brát ohled na individualitu člověka, stejně jako na odlišnost příčin vzniku chronické bolesti. Mírné bolesti se dají tlumit volně prodejnými léčivy. Může se jednat o různé formy léčiv, přes masti, spreje, krémy, až po injekce. V ideálním případě si pacient může vybrat formu léčiva, která mu nejvíce vyhovuje. Pokud bolesti po použití léčiva stále přetrvávají, je třeba navštívit lékaře a situaci s ním konzultovat (Felson, 2019). Nefarmakologická léčba se zaměřuje především na eliminaci strachu, úzkosti, stresu a poskytnutí pocitu kontroly nad bolestí. Patří sem fyzické intervence eliminující bolest např. masáže, aplikace tepla a chladu, polohování, rehabilitace. Psychologickou intervencí je kognitivně behaviorální terapie a mezi ostatní intervence patří spiritualita, religiozita a muzikoterapie (El Geziry, 2018).

### ***2.1.2. Farmakoterapie analgetiky a silnými opioidy***

Farmakologická léčba bolesti se řídí především dle stupnice WHO. Zahrnuje tři stupně podávání analgetik. První stupeň spočívá v podávání neopioidních analgetik-antipyretik a podávání nesteroidních antiflogistik (dále NSAID). Druhý stupeň spočívá v podávání slabých opioidních analgetik v kombinaci s analgetiky výše uvedenými. Třetí stupeň zahrnují silná opioidní analgetika v kombinaci s léčivy prvního stupně (Hakl, 2018). Dle Hylandse-Whita (2017), stupně WHO nezahrnují invazivní terapii bolesti (jako čtvrtý stupeň), protože s invazivními metodami souvisí spousta nežádoucích účinků, které mohou vést k dalším komplikacím pro pacienta a jsou finančně nákladné. Vynechání invazivních metod ze stupnice WHO, vede k využívání těchto metod pouze u malé části pacientů, u kterých je to nezbytné. Pokud by byly invazivní metody uvedeny jako čtvrtý stupeň, využívaly by se častěji.

### **2.1.2.1. Léčba opioidy**

Velkou farmakologickou skupinu pro tlumení bolesti tvoří opioidy, které by se měly nasazovat až v poslední řadě, kvůli mnohým nežádoucím účinkům. Je proto přístupováno k tlumení bolesti multimodálním systémem, který spočívá v užívání dvou a více analgetik s cílem ulevit od bolesti a vyhnout se nežádoucím účinkům při užívání opioidů. Je však nutné sledovat vzájemné interakce léků, spolu s nežádoucími účinky, také s ohledem na chronická onemocnění a chronické medikace pacienta (Vargas-Schaffer, 2021).

Při předepisování opioidů by se měly zvážit všechna rizika a přínosy pro pacienta. Musí převažovat přínosy nad riziky. Léčba opioidy se kombinuje s neopiátovými analgetiky a nefarmakologickou léčbou. Při zahájení léčby opioidy se upřednostňují opioidy s okamžitým uvolňováním a začíná se na nejnižší možné dávce. Lékař by měl z počátku užívání zhodnotit přínosné a nežádoucí účinky opioidů do jednoho až čtyř týdnů od nasazení nebo zvýšení dávky a při dlouhodobém užívání je nutné přehodnocování minimálně po třech měsících (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Opioidy jsou látky, které nejspolehlivěji tlumí bolest. Používají se již několik stovek let a slouží k tlumení silné bolesti. Užívají se po operaci, rozsáhlých traumatech, popáleninách, u chronických nádorových i nenádorových bolestí a při dalších bolestivých stavech. Riziko užívání představují silné vedlejší účinky a možnost jejich zneužití. Práce s opioidy se musí dokumentovat a pečlivě zaznamenávat zdravotnickými pracovníky. Užití opioidů při akutních bolestech nepředstavuje tak velké riziko zneužití, jako při chronických bolestech, kdy se tolerance na opiáty postupem času zvyšuje. Nelze oddělit analgetický účinek opiátů od možnosti návyku. Působí na jeden z receptorů, které jsou ovlivňovány G proteiny. Receptory se dělí na čtyři druhy –  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$  a nociceptin/orphanin receptor. Analgetický účinek nejvíce způsobují agonisté působící na  $\mu$  receptoru (Fields, 2011). Martínková (2018) uvádí tři typy receptorů -  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$ . Nežádoucí účinky jsou nejrizikovější u opiátů působících na  $\mu$  receptory. Patří sem respirační deprese, sedativní a euforické účinky, fyzická závislost. Opiáty působící na  $\kappa$  receptory působí analgézii ve spinální oblasti a způsobují sedaci a stav dysforie. Využití opioidů, působících na  $\delta$  receptory je především na periferii.

Opioidy rozdělujeme podle toho, jak působí na receptory a jakou mají vnitřní aktivitu. Dělíme je na plné agonisty, parciální agonisty a antagonisty. Nejčastěji používané opioidy se řadí do plných agonistů. Patří sem morfin, kodein, fentanyl, sufentanil. Parciálními agonisty jsou nalbufin, buprenofrin. Hlavním zástupcem antagonistů je naloxon

(Martínková, 2018). Pokud jedinec neužívá opioidy a je mu podán naloxon, je podání naloxonu bez farmakodynamické aktivity. Pokud však jedinec opioidy užívá, naloxon jejich působení a účinek ruší. Proto se také užívá při intoxikaci opioidy (Orman, 2009).

### **2.1.2.2. Léčba neopioidními analgetiky**

Adam (2006) rozděluje neopiátová analgetika na NSAID, antipyretická analgetika a analgetika bez antipyretického a antiflogistického účinku.

#### **Nesteroidní antiflogistika (NSAID)**

Mají kromě analgetického účinku taky antipyretický a antiflogistický účinek (Adam, 2006). Martínková (2018) uvádí i antiuratický účinek. Mezi zástupce patří diklofenak, ibuprofen, ketoprofen. NSAID jsou ve formách pro perorální nebo lokální podání. Výhoda užívání lokálních NSAID je především u polymorbidních pacientů, kteří užívají více chronických medikací (Maloney, 2021). Bylo prokázáno, že pacienti užívající lokální NSAID mají menší riziko vzniku kardiovaskulárních komplikací než pacienti užívající perorální NSAID (Lin, 2017). Dlouhodobé užívání perorálních NSAID vede také ke gastrointestinální, renální a kardiovaskulární toxicitě (McPherson, 2013).

#### **Antipyretická analgetika**

Antipyretická analgetika mají kromě analgetického účinku i antipyretický účinek. Používají se při léčbě slabých až středních bolestí (Adam, 2006).

Švihovec (2018) dělí antipyretická analgetika na paracetamol, deriváty pyrazolonu, kapsaicin a cannabis sativa:

- Paracetamol je téměř bezpečné analgetikum, musí se však dodržovat maximální denní dávka. U chronických bolestí je maximální denní dávka do 2g za den. Při nadužívání může mít hepatotoxické a nefrotoxické účinky (Fricová, 2018). Antidotem paracetamolu je acetylcystein, který se podává při intoxikaci paracetamolem.
- Deriváty pyrazolonu, kam řadíme metamizol a propyfenazol, mají i smasmolytický účinek. V porovnání s NSAID nepůsobí gastrotoxicky. Metamizol však může mít značný vliv na krvetvorbu. Jsou také hlášeny silné anafylaktické reakce.
- Kapsaicin se podává lokálně ve formě náplastí při tlumení neuropatické bolesti.

- Do *cannabis sativa* řadíme látky tetrahydrokanabinol a kanabidiol. Kanabioidy pronikají lehce přes membrány buněk. Mohou být předepsány lékařem při silných chronických bolestech (Švihovec, 2018).

### **Analgetika bez antiflogistického a antipyretického účinku**

Do analgetik bez antiflogistického a antipyretického účinku se řadí flupirtin a nefopam. Ty však nejsou v české republice registrovány (Adam, 2006).

### **Lokální analgetika**

Lokální analgetika se v léčbě chronické bolesti uplatňují při osteoartróze, muskuloskeletární a neuropatické bolesti. Na trhu existují masti, gely, krémy, spreje, náplasti a roztoky s analgetickým účinkem. Působí především na podkožní nervy a tkáň, ale mohou se dostat i do hlubších tkání. Záleží na absorpční schopnosti kůže, složení a podaném množství léčiva. Výhodou používání lokálního analgetika je především snížení lékových interakcí, což má pozitivní přínos pro organismus, z toho důvodu, že působí přímo v místě bolesti. Nepřináší četné nežádoucí účinky. Může se objevit alergická reakce, vyrážka, zarudnutí. Systémové nežádoucí účinky nejsou časté (Maloney, 2021).

### **Koanalgetika**

Další farmakologickou skupinou jsou koanalgetika, která se podávají současně s analgetiky (Kopf, 2005). Nazývají se též jako adjuvantní analgetika (Martínková, 2018). Jsou to léčiva, která nejsou původně určena pro léčbu bolesti, ale mají mírnou analgetickou účinnost. Řadí se sem antidepresiva, benzodiazepiny, lokální anestetika, antikonvulziva (Kopf, 2005).

## 2.2 Spiritualita, religiozita a locus of control a jejich vliv na fyzické a psychické zdraví

### 2.2.1. *Spiritualita a zdraví/nemoc*

Pojem spiritualita je používán v různých kontextech. Význam se může individuálně lišit v závislosti na věku, pohlaví, kultuře. V literatuře bývá spiritualita popisována jako víra, že život není jen materiální záležitostí, ale je o hledání životních hodnot, naděje, harmonie, hledání činností, které dávají životu smysl. Je to snaha o pochopení našeho významu, našeho bytí ve světě, pochopení smyslu světa a života. Často se prolíná s religiozitou (Cornah, 2006). Velmi často bývají pojmy religiozita a spiritualita zaměňovány a považovány za totéž, obě totiž bývají vyznačovány transcendencí, což znamená přesah hranic našeho fyzického těla, našeho já. Může být pojata ve smyslu spojení s Bohem nebo je pojata ve smyslu přírody, hudby, umění, rodiny (Sidall, 2015). Především při řešení důležitosti religiozity a spirituality pro pacienta, se religiozita se spiritualitou velmi často prolínají a jsou pacienty považovány téměř za totožné, i přes fakt, že jsou tyto termíny v literatuře odlišovány (Nita, 2019).

Spiritualita je považována za multidimenzionální aspekt, který vychází ze zkušeností jedince. Jedná se o zájem o lidského ducha. Obsahuje tři složky. První je kognitivně existenční složka, zahrnující přesvědčení a hodnoty. Druhá složka je emocionální a zahrnuje potřebu lásky, uspokojení, klidu a míru. Třetí složka je behaviorální a zahrnuje spirituální praktiky (Bala, 2018). Je také faktorem, který je důležitý pro smíření se s diagnózou a napomáhá vést plnohodnotný život a je jednou z oblastí alternativní léčby. Snaží se o to, vést plnohodnotný život i přes veškeré těžkosti, kterými nás může život provázet. Může zajišťovat optimismus, oporu i sociální kontakt (Nita, 2019).

Některé směry spirituality podporují pozitivní emoce, jako lásku, souznění, spokojenost, odpuštění a zavrhuje negativní emoce, jako je nenávisť, zlost, hněv. Je prokázáno, že prožívání těchto emocí vede k ovlivnění nervových drah, které nadále ovlivňují funkce imunitního a endokrinního systému. Při prožívání negativních emocí se nadměrně vyplavuje noradrenalin a kortizol. Při dlouhodobém nadměrném uvolňování, může docházet k oslabení imunitního systému a následnému zvýšení rizika vzniku infekcí, vzniku kardiovaskulárních onemocnění, hypertenzi, nebo cévní mozkové příhodě (Cornah, 2006).

Uspokojení spirituálních potřeb vede k duchovní pohodě a přispívá k lepším zdravotním výsledkům, jak fyzickým, tak psychickým. Eliminuje vznik deprese, stresu, sebevražd a pozitivně ovlivňuje fyzický stav. Naopak nenaplnění duchovních potřeb vede k celkové nespokojenosti a negativně ovlivňuje životní pohodu jedince (Harrad, 2019).

Spiritualita představuje důležitý prostředek, který napomáhá s vyrovnáváním se s tíživými životními situacemi, mezi které patří např. závažné onemocnění, ztráta, bolest.

Pozitivní výsledky spirituality ve vztahu ke zdraví/nemoci se dělí do 3 skupin:

- menší úmrtnost
- lepší zvládnání náročných životních situací, doprovázených velkou mírou stresu
- větší spolupráce pacienta při léčbě a zahrnuje celkově snažší průběh léčby (Nešpor, 2006).

Spiritualita má pozitivní vliv na zdravé chování, životní styl jedince, určovaný stravovacími návyky, dodržováním preventivních programů, pozitivním psychologickým přístupem a zdravým fyzickým chováním, což vede k celkové pohodě jedince (Bozek, 2020).

Pozitivní vnímání spirituality a provádění jejích praktik, může jedince přimět přeformulovat náročné životní situace v motivační činitel, dodávající naději a sílu pro řešení tíživé životní situace. Spiritualita má vztah se smyslem života, může pohled na smysl života ovlivnit jak pozitivně, tak negativně. Pokud jedinec ztrácí smysl života, může dojít ke vzniku psychopatologií. Ovlivňuje strategie zvládání (copingové reakce), které spočívají ve snaze se kognitivně a behaviorálně vyrovnat s životními situacemi. Existují dva typy copingových strategií, jak se s danou situací vyrovnat. První jsou emocionální copingové reakce, které zmírňují negativní emoce a druhé jsou problémové reakce, které jsou snahou o přímé řešení tíživé situace (Amjad, 2014).

Mezi spirituální praktiky, mající pozitivní vliv na zdraví patří především jóga a meditace (Bala, 2018).

Jóga má prokazatelně pozitivní vliv nejen při somatických onemocněních, jako je obezita, ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus a chronická obstrukční plicní nemoc, ale má pozitivní vliv i na psychické zdraví, hlavně pro prevenci stresu, deprese a úzkosti. Nejedná se jenom o druh cvičení, ale je to holistický životní styl, jehož cílem je fyzická, psychická a sociální harmonie (Taneja, 2014). Zahrnuje prvky zdravého životního stylu, kam patří zdravá strava, cvičení, pozitivní pohled na život a odpočinek (Bala, 2018).

Meditace je cvičení s vědomím, které přináší zlepšení vnitřních schopností, kreativity a efektivity. Výzkumy prokázaly mnoho pozitivních přínosů. Při meditaci se např. eliminuje stres, úzkost, deprese, mezi somatické vlivy patří snížení srdeční frekvence, krevního tlaku a dechové frekvence (Sharma, 2015).

Byla provedena spousta výzkumů, které se zaměřovaly na vliv spirituality a religiozity na konkrétní diagnózy, které potvrzují jejich pozitivní vlivy na zdraví. Religiozitu a spiritualitu velmi často nerozlišují, ale uvádí je ve vzájemné spojitosti.

Vlivem spirituality/religiozity a kvality života při kardiovaskulárním onemocnění se zabýval např. Abu a kol. (2018), při kterém přišli k závěru, že čím vyšší míra spirituality/religiozity, tím větší je kvalita života u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, především se srdeční insuficiencí. Religiozita a spiritualita zvyšují úctu k sobě samému, vytváří pozitivní emoce a vedou k dodržování zdravého životního stylu a větší spolupráci při léčbě. Důsledky spirituality a religiozity u chronicky dialyzovaných pacientů zkoumal Burlacu a kol. (2019), kteří taktéž potvrzují pozitivní důsledek spirituality na kvalitu života. Mezi další autory patří např. Beuscher a kol. (2008); Lima a kol. (2020), kteří se zabývali problematikou spirituality u Alzheimerovy choroby, Redfern a kol. (2015) se zabývali vlivem spirituality a religiozity na Parkinsonovu chorobu. U všech byl prokázán pozitivní vliv spirituality na zdraví.

### ***2.2.2. Spiritualita a bolest***

Stárnutí populace s sebou přináší chronická onemocnění, které jsou velmi často doprovázeny bolestmi, přecházejícími do chronicity. Je prokázáno, že výskyt chronické bolesti je častější v pozdějším věku, než-li u mladších jedinců. U těchto jedinců existují dvě strategie, jak bolestivé stavy zvládat. První jsou nefarmakologické strategie, zahrnující relaxaci, výživu, pohyb, spiritualitu a druhou jsou farmakologické, spočívající v užívání léků. Dát životu smysl a účel, může právě spiritualita (Asadi-Piri, 2021).

Spiritualita je pro pacienty s chronickou bolestí důležitý faktor, který ovlivňuje vnímání bolesti. Hledají ji za účelem snahy smířit se s bolestí a minimalizovat ji. Vliv psychosociálních faktorů na bolest se prezentuje od vzniku teorie kontroly bolesti, která změnila pohled na bolest (Koenig, 2012). Aby se na bolest nepohlíželo jen ze stránky biomedicínské, ale aby se na bolest pohlíželo jako na multidimenzionální záležitost, vznikl v 80. letech 20. století biopsychosociální model autora G. L. Engela. Předpokládal,

že psychická pohoda je důležitým mezníkem mezi zdravím a nemocí. Pohlíží na vztahy mezi somatickou, psychologickou a sociální složkou osobnosti (Miaskowski, 2020).

Spiritualita dává jednotlivci náhled na význam bolesti, což může ovlivnit postoj jednotlivce k ní a dále ovlivňuje i reakci na bolest. Můžeme ji pojmout na základě transakční teorie stresu a zvládnání, která říká, že možné následky stresových událostí vznikají na základě toho, jak jedinec subjektivně situaci vnímá a hodnotí ji. Hodnocení bolesti jedincem, trpícím bolestí se dělí na primární hodnocení, při kterém jedinec vyhodnocuje bolest, hodnotí bolest jako velmi negativní událost. Sekundární hodnocení je hodnocení zdrojů, které může jedinec použít pro vyrovnání se s bolestí (Dezutter, 2011; Ferreira-Valente, 2020).

Bylo zkoumáno, jak přístup jedince trpícího bolestí, může ovlivnit bolest a následně i přístup k ní. Optimismus a naděje celkovou zdravotní situaci jedince zlepšují, jedinec spolupracuje s lékaři a snaží se aktivně situaci řešit. Naopak pesimismus, deprese, úzkost strach vedou k popírání, katastrofizaci, a celkově špatné adaptaci na bolest a jejímu zhoršení (Lysne, 2011).

Je důležité najít způsob vyrovnání se s bolestí. Uvádí se psychosociální proměnné, které ovlivňují zvládnání bolesti. Patří mezi ně copingové reakce, schopnost přizpůsobení se a katastrofizace bolesti. Bolest s sebou přináší spoustu dalších komplikací, např. deprese, únavu, vyhýbání se sociálním kontaktům, problém s vykonáváním každodenních činností. Copingové reakce jsou způsob, jakým se člověk snaží vyrovnat jednak se samotnou bolestí, tak i s dalšími následky, které s sebou bolest přináší. Schopnost adaptace na bolest je ovlivněna spoustou faktorů, především motivací pacienta, jeho cílech i jeho spoluprací s lékařem v léčbě bolesti. Katastrofizace bolesti je přehnané negativní hodnocení vnímané bolesti. Je to schopnost jedince zaměřovat se více na negativní stránky bolesti a jejich důsledky (Ferreira-Valente, 2019).

Chronická bolest je velmi často doprovázena depresivními stavy, kombinace deprese a chronické bolesti se může vyskytovat i familiárně. Kromě deprese může být přítomna i úzkost a vedou k horšímu smíření se s bolestí, hrozí větší riziko jejího rozvoje a může vést k horším komplikacím. Stavy chronické bolesti vedou taktéž k poruchám spánku, které jsou přítomny až u poloviny pacientů. Toto ovlivnění je obousměrné, což znamená, že rozvoj poruch spánku vede k většímu riziku vzniku bolesti a naopak bolest vede ke zhoršení spánku (Mills, 2019). Farmakoterapie je první volbou léčby bolesti, může s sebou však přinášet vedlejší účinky při jejím užívání a někdy je pro pacienty účinek



farmak nedostatečný. Spirituální a jiné alternativní praktiky mohou přinést úlevu od bolesti a tím předejít jejím dalším následkům.

Výzkumy, snažící se zjistit, jak spiritualita může z biologického hlediska ovlivnit bolest zjistily, že spiritualita ovlivňuje především serotoninové receptory, které ovlivňují duchovno, náladu a mají tedy i vliv na bolest (Wachholtz, 2009). Vliv spirituality na chronickou orofaciální bolest a výsledky krevních testů publikovali Lago-Rizzardi a kol. (2014), při kterém byly odebrány vzorky krve pacientů, rozdílly se ukázaly především v hodnotách adenokortikopního hormonu a IgE, jejichž nižší hodnoty se ukázaly u pacientů, udávajících vyšší míru spirituality. Udávali také nižší intenzitu bolestí a celkově větší spokojenost.

### ***2.2.3. Religiozita a zdraví/nemoc***

Religiozita má spoustu definic. Podstatou je vztah předvedčení, praktik a rituálů vyznávající Boha, Alláha, Budhy, nebo jiné vyšší bytosti, podle náboženského směru (Koenig, 2012). Za religiozitu se považuje náboženská angažovanost, která se v různých částech světa liší. Hodnocení religiozity je velmi obtížné, vzhledem k různým druhům náboženství, odlišným náboženským aktivitám, individuální mírou a způsobem vyznávání. V počátcích výzkumu religiozity se religiozita určovala dle zúčastňování se náboženských aktivit, především podle docházky na bohoslužby. Jedná se pouze o jednorozměrný koncept, což je při hodnocení nedostatečné. Jedinec může být věřící, nemusí však docházet na bohoslužby, nebo starší lidé s fyzickými obtížemi mohou mít problém s docházkou. Religiozita je vícerozměrná. Zahrnuje subjektivní, kognitivní, behaviorální, sociální a kulturní oblasti (Holdcroft, 2006). Religiozitu můžeme dle formy vyznání rozdělit na subjektivní (důležitost náboženství pro jedince) a objektivní formu (účastnění se bohoslužeb) (Fiori, 2006).

Světová databáze religiozity (World Religion Database) uvádí 18 náboženských kategorií, včetně ateismu. Náboženské vyznání uvádí celosvětově kolem 85% obyvatel. Nejčastěji uváděné je křesťanství, které vyznává 2,38 miliard obyvatel, na druhé místo nejčastěji uváděného náboženství se řadí islám a třetí buddhismus (World Population Review). Ve velké části evropských zemí převládá křesťanství, zahrnující především katolictví, pravoslaví a luteránství. V některých zemích, mezi které patří např. Česká republika, Velká Británie, Francie a další však asi 50% populace nevedlo žádnou náboženskou příslušnost (Höllinger, 2021). Dle údajů ze sčítání lidu z roku 2021 se

k nějakému druhu církve hlásí 1 374 285 lidí ze všech obyvatel české republiky a 5 027 141 lidí uvedlo, že jsou bez náboženské víry, což ukazuje, že velká část obyvatel české republiky je ateistická. Nejčastější církví je římskokatolická církev, ke které se hlásí 741 019 obyvatel. Ve srovnání se sčítáním lidu z roku 1991 se ukazuje, že náboženská angažovanost českých obyvatel výrazně klesá. V roce 1991 se k náboženství hlásilo 4 523 734 obyvatel (ČSÚ, 2021).

Spousta autorů považuje religiozitu za prediktor zdraví (např. Haedey, 2014; Sullivan, 2010). Proběhla celá řada výzkumů, zkoumajících vliv religiozity na zdraví, jejichž výsledky byly prezentovány v mnoha člancích a jiných publikacích. Výsledky těchto výzkumů prezentují, že religiozita je pro zdraví, až na výjimky, prospěšná.

Koenig (2009) ve svém článku hodnotí vliv religiozity na psychické zdraví v pěti kategoriích – v míře deprese, suicidality, úzkostí, psychiatrických poruch a závislosti. V míře deprese udává, že bylo mnoha výzkumy prokázáno, že čím vyšší je náboženská angažovanost, tím je menší míra deprese a dochází k jejímu rychlejšímu ústupu. Míra sebevražd je ovlivněna religiozitou v první řadě tím, že náboženství samo o sobě suicidální chování zakazuje a následně odsuzuje a z druhé strany může jedinci přinést pocit pochopení a podpory vlivem možnosti sociálního kontaktu s osobami, se stejným zájmem a problémy. Vyšší míru úzkosti udávali jedinci s nízkou mírou religiozity a jedinci, kteří udávají, že jsou věřící, ale nezabývají se konáním religiózních praktik. Vliv religiozity u psychiatrických onemocnění je poněkud složitější koncept, protože u některých diagnóz se mohou objevit náboženské bludy, při kterých je někdy obtížné je odlišit od normálního pojetí religiozity. Přítomnost těchto bludů zpravidla ovlivňuje celkový stav jedince v negativním slova smyslu. Na druhou stranu nepsychotická náboženská angažovanost ovlivňuje fyzický i psychický stav pozitivně. V oblasti zneužívání návykových látek je vyšší pravděpodobnost zneužívání u jedinců, kteří neudávají náboženské vyznání, včetně praktik s tím spojených.

Pozitivní vlivy religiozity Zimmer (2019) uvádí spojením třech základních mechanismů nebo oblastí, které jsou vzájemně propojeny. Prvním je mechanismus sociální podpory, který spočívá ve spojení lidí se stejnými životními hodnotami, zálibami a problémy. Tohle spojení přináší lepší sociální interkce a mohou vznikat přátelské vztahy se vzájemnou podporou a poskytováním pomoci v náročných životních situacích. Druhým mechanismem, který přináší pozitivní vliv pro zdraví je určení životního stylu tak, že některá náboženství úplně zakazují, nebo vyjadřují negativní postoj např. k návykovým

látkám, alkoholu, kouření nebo k rizikovým sexuálním aktivitám. Třetí mechanismus souvisí se zvládnáním stresových situací tím, že podporují meditaci a provádění motliteb, které vedou ke zmírnění stresu a celkovému zklidnění organismu.

Existují tzv. copingové strategie náboženského zvládnání, které určují, jaký bude mít religiozita na zdraví nebo nemoc vliv. První dělení je podle toho, jaký má jedinec přístup k Bohu. Jedinec může zastávat kladný styl zvládnání, kdy k Bohu přistupuje pozitivně, má v něm víru a vidí i v životě smysl. Je předpokladem vyšší sebeúcty a je spojen s lepší kvalitou života a nižší mírou stresu. Na druhé straně je negativní styl náboženského zvládnání, kdy jedinec nemá důvěryhodný vztah s Bohem, svoje problémy bere spíše jako trest a nevidí v životě smysl. To vede k horšímu zvládnání situace, větší míře deprese, horšímu fyzickému zdraví a kvalitou života (Wachholtz, 2009; Dezutter, 2010).

Další tři typy copingových reakcí, související s řešením těžké životní situace (zdravotním problémem, závažnou diagnózou, bolestí) a religiozitou, které jsou rozděleny podle toho, jak aktivně jedinec přistupuje k řešení problému v souvislosti s Bohem:

- Self-directing (tzv. ve vlastní režii) je reakce, která se vyznačuje aktivitou jedince a pasivitou Boha. Snaží se tedy všechny věci vyřešit sám a nespolehá na Boha, že za něj situaci vyřeší.
- Druhým typem přístupu je deferring (odkládání), kdy je jedinec závislý pouze na konání Boha, nechává mu veškerou zodpovědnost za vyřešení situace, jedinec zastává pasivní přístup a nekoná žádné kroky pro řešení.
- Kolaborativní přístup je vzájemná souhra Boha a jedince, kdy oba mají podíl na řešení situace.

Self-directing a kolaborativnímu stylu zvládnání jsou přisuzovány příznivější zdravotní výsledky, než u stylu odkládání (Wachholtz, 2009).

Na druhé straně existují i výzkumy, poukazující na negativní vliv religiozity na psychické zdraví (Fiori, 2006; Lysne, 2011; Seybold 2001; Yeary, 2020), mezi které patří např. přesvědčení, které hlásá, že Bůh určuje, kdo zemře a kdo bude žít dál, což vede k jejich malé účasti při léčbě a při klinických studiích s tvrzením, že vše závisí na Bohu (Yeary, 2020). Taky pokud jedinec slepě poslouchá náboženské příkazy a doporučení, nebo vnímá náboženská kázání příliš doslovně. Přílišné odkládání problémů Bohu (Bůh můj problém vyřeší, vše závisí na něm) je taky patologické. (Seybold, 2001)

#### **2.2.4. Religiozita a bolest**

Ve středověkých dobách byla bolest často spojována s religiozitou. Byla vnímána jako Boží trest, kterého jedinec nabyl za své hříchy. Tento postoj se stále uplatňuje v hinduismu, buddhismu i islámu. K náboženským praktikám se jedinec schyluje více ve stavu nouze, kdy pro jedince náboženská víra nabývá většího významu, než ve stavu pohody. Religiozita pomáhá pacientovi i rodinným příslušníkům smířit se s bolestí, přináší pocit bezpečí, podpory a síly (Shallik, 2018). Religiozita a její projevy hrají roli při zvládnání stresu, nemoci a bolesti, také má velkou váhu ve společenském životě jedince. Bylo prezentováno několik směrů, které religiozita pozitivně ovlivňuje. Směry zahrnují pozitivní sociální vazby, pozitivní zdravotní chování a pozitivní psychickou kondici jedince. V tomto důsledku jsou pozitivně ovlivněny psychoneuroimunologické dráhy. Při prožívání bolesti se jedinci obrací na svou víru. Je prokázáno, že vyšší náboženská angažovanost přináší nižší úroveň deprese, přináší rozptýlení a relaxaci, která dále ovlivňuje intenzitu a prožívání bolesti (Baetz, 2008).

Účastnění se náboženských aktivit je spojeno se zmírněním bolesti a zvýšenou tolerancí na ni, přináší psychickou pohodu a lepší kvalitu života. Projevy religiozity jsou prezentovány jako pozitivní pro vnímání bolesti. Přínos modlitby však ovlivňuje obsah a vnímání modlitby. Roli hraje i samotné vnímání Boha, jeho povaha, zda jej jedinec vnímá jako toho dobrosrdečného nebo trestajícího. Existují výzkumy, které poukazují na negativní vliv religiozity na bolest. Poukazují na rozvoj psychopatie, horší kvalitu života a horší prožívání bolesti. Negativní náboženské zvládnání vede k opačným účinkům ve srovnání s pozitivním náboženským zvládnáním. Dochází k horšímu fungování jedince v každodenním životě. Je tedy důležité určovat také druh a formu religiozity (Lysne, 2011). Roli hraje i věk pacienta. Büssing (2009) uvádí rozdíly ve vnímání religiozity u jedinců s chronickou nenádorovou bolestí a jedinců s nádorovou bolestí, kde prezentuje, že lidé s chronickou nenádorovou bolestí jsou dle jeho výzkumu jen málo angažováni do praktik spojených s religiozitou a spiritualitou. S velkou pravděpodobností jde o věk zkoumaných pacientů. Starší jedinci jsou více nábožensky a spirituálně založení, než mladší jedinci, což ukazuje věk, jako důležitý faktor při zkoumání vztahu religiozity a bolesti.

Dezutter a kol. (2011) ve svém výzkumu religiozity a chronické bolesti uvádí, že chronická bolest v životech jedinců mění přístup k religiozitě a spiritualitě. 40% jedinců trpících chronickou bolestí se začalo hlásit k religiozním a spirituálním praktikám až po

zkušenostech s bolestí. Naopak 4% jedinců uvedli menší míru religiozity po zkušenostech s bolestí. Jak jsem již uvedla v kapitole zabývající se vlivem spirituality na bolest, stejně jako spiritualita, tak i spojení religiozity a chronické bolesti se dá promítnout v transakčním modelu stresu a zvládnání. Tento model spočívá v tvrzení, že je podstatné, jak jedinec subjektivně vnímá a hodnotí situace a události. Religiozita ovlivňuje primární i sekundární hodnocení. V souvislosti s primárním hodnocením, může přinést koncept pro vyhodnocení a chápání dané situace. V rámci sekundárního hodnocení může přinášet způsoby a zdroje, které ho můžou utvrdit v tom, že situaci zvládne.

Všechny projevy náboženství nejsou po celém světě stejné, ale mohou se lišit v závislosti na druhu náboženství a kultuře. Jako důležitý projev náboženství jsou především osobní náboženské praktiky, protože nesouvisí s návštěvou kostela a návštěvou bohoslužeb. Četnost docházek může být nízká, osobní náboženské praktiky však mohou být velmi časté. Jednou z nejdůležitějších a nejčastějších osobních praktik je modlitba. Modlitba je jednou ze subjektivně pojímaných záležitostí, která může vést k přehodnocení chronické bolesti do pozitivního slova smyslu. Modlitba je spojována s nižší mírou deprese a úzkostí. Má pozitivní vliv především na toleranci bolesti, než na její intenzitu. Přináší snažší vyrovnání se s ní (Dezutter, 2011).

Výzkum publikovaný v roce 2019 autory Hatefi a kol., hodnotící chronickou bolest dolní části zad u starších pacientů ukázal, že čím vyšší je náboženská angažovanost, tím vyšší je tolerance k bolesti a tím vyšší je kvalita života.

### ***2.2.5. Multidimensionální locus of control a zdraví/nemoc***

K životu neodmyslitelně patří jak pozitivní, tak negativní události. V životě je však důležité, jak danou událost člověk vnímá, než o jakou událost se jedná (Gore, 2016). Locus of control je významným faktorem, který ovlivňuje reakce a jednání lidí v tíživých životních situacích. Vychází z teorie sociálního učení psychologa Rottera (Gibek, 2019). Locus of control v oblasti zdraví a nemoci (Health Locus of Control) pojednává o víře jedince, do jaké míry může ovlivnit faktory, mající vliv na jeho zdraví a nemoc. Pojem v překladu znamená místo kontroly. Jedná se o místo, kde je předpokládána kontrola nad ovlivňujícími faktory (Kassianos, 2016). Locus of control se dělí na interní a externí. Jedinci s interním místem kontroly věří, že za své životní výsledky (zdravotní stav) mohou oni sami. Jejich zdravotní stav a události v životě jsou následkem jejich vlastních činů. Na druhé straně, jedinci s externím místem kontroly přisuzují svůj zdravotní stav,

životní události a výsledky jiné osobě, štěstí nebo osudu. Je prokázáno, že locus of control souvisí se zdravím, nemocí a četností vyhledávání zdravotnického zařízení. Výzkumy poukazují na to, že lidé s interním místem kontroly jsou více spokojeni se svým životem a zdravím, mají také lepší fyzický i psychický zdravotní stav, méně spoléhají na zdravotní péči a netrpí tak často nemocemi (Kesavayuth, 2020).

Locus of control závisí na demografických, fyzických a psychických faktorech. Mezi demografické faktory patří věk, pohlaví, rodinný stav a vzdělání. Výzkumy ukazují, že starší lidé jsou spíše orientováni na externí Locus of control, tudíž se více odkazují na jiné osoby. Vyšší interní skóre je uváděn u jedinců v manželství a s vyšším vzděláním. Ve vztahu Locus of control s fyzickým zdravím se udává, že lidé s vysokým interním skóre mají předpoklady pro lepší fyzické fungování, mají nižší riziko vzniku onemocnění. V oblasti psychického zdraví je ovlivněna míra deprese, religiozita a úzkost. Naopak externí vysoký skóre je spojen s neuroticismem (Jacobs-Lawson, 2011). Jsou však také výzkumy, které udávají, že vysoký interní skóre ne vždy způsobuje lepší přijetí těžké životní situace. Především při diagnóze chronického onemocnění, pacienti s vyšším interním skóre mají vyšší míru deprese, úzkosti a pocitu bezmoci, kvůli neschopnosti změnit svoji diagnózu. Naopak pacienti s vyšším externím skóre mají menší míru deprese a úzkostí, protože se nesnaží diagnózu sami ovládat (Gibek, 2019). Jsou výzkumy zaměřující se na Locus of control a konkrétní diagnózy. Např. vliv místa kontroly a míry stresu u pacientů s Crohnovou chorobou a její akutní vzplanutí zkoumá De Dios-Duarte a kol. ve své publikaci z roku 2022. Dochází k závěru, že jak akutní vzplanutí onemocnění je provázeno vysokou mírou stresu, tak i jedinci, udávající externí skóre v klidové fázi onemocnění jsou více postiženi stresem. Pro předpoklad vzplanutí Crohnovy choroby je velmi důležitým ukazatelem právě stres, který k tomuto vzplanutí může vést. Externí místo kontroly je tedy provázeno větší mírou stresu, což může vést k akutnímu vzplanutí nemoci. Jak jsem již výše nastínila, ve většině výzkumů je prezentováno, že hlášení se k internímu místu kontroly vede k lepším výsledkům, jsou i výzkumy, poukazující na opak. Externí místo kontroly může taktéž přinášet pozitivní výsledky. Např. roztroušená skleróza, která je chronickým onemocněním, doprovázeným stresem, depresí, úzkostmi, stejně jako i další chronická onemocnění. Locus of control, jako důležitá osobnostní vlastnost, může tyto následky eliminovat. Pacienti v pokročilejších stádiích roztroušené sklerózy připisovali daným situacím spíše externí místo kontroly a pacienti v počátečních stádiích připisovali událostem interní místo kontroly. Tyto výsledky tedy vedou k názoru, že Locus of control není jenom

osobnostním rysem, ale může se měnit na základě zkušeností a událostí v životě (Bijoux Leist, 2022). I pacienti prožívající onkologické onemocnění, mohou zastávat názor, že velký podíl na jejich zdraví mají externí vlivy, protože čím déle onemocnění trvá, celá situace se stává pro jedince více vyčerpávající a odevzdávají svůj boj jiným lidem nebo jiným externím vlivům, protože jejich motivace je slabší a slabší (Gibek, 2019). Terminální stádium onemocnění ledvin, vyžadující hemodialyzační program, je také provázeno velkou mírou úzkosti a deprese. Kohli a kol. (2011) porovnávali zdravé jedince s chronicky dialyzovanými pacienty. Ve srovnání se zdravými jedinci, kteří se přikláněli spíše k internímu místu kontroly, chronicky dialyzovaní pacienti se více přikláněli k externímu místu kontroly, ale také 87% z nich trpělo významnou úzkostí. Mohou se přiklánět spíše k externalitě, protože se mohou cítit být odkázáni na dialyzační přístroj a zdravotnický personál, díky kterým se mohou cítit být udržováni při životě a taky protože obracení se ke spiritualitě a religiozitě je nejčastější copingovou reakcí, která napomáhá s přijetím a zvládnutím situací. Obracení se na Boha mohlo tedy vést ke změně interního místa kontroly na externí. Pacienti s interním místem kontroly však trpěli úzkostmi méně, než externalisté.

### ***2.2.6. Multidimensionální locus of control a bolest***

Locus of control vztahující se na bolest (Pain Locus of Control, Pain LOC) je subškálou Health Locus of Control (HLOC). Je specifitější než Health Locus of Control, protože se zaměřuje výhradně na bolest. Hodnocení místa kontroly v souvislosti s chronickou bolestí se ubírá na hodnocení následků bolestivého stavu a účinnost léčby bolesti (Cano-García, 2013). Určuje, jakou míru kontroly má jedinec nad bolestí, do jaké míry ji podle něj může ovlivnit on sám. Rozděluje se na subškály interní, powerful others (mocní jiní, vliv jiných lidí) a chance (vliv náhody). Jedinci s vysokým interním skóre Pain Locus of Control jsou přesvědčeni, že svou bolest mohou ovlivnit a minimalizovat jen oni sami. Méně často navštěvují lékaře, snaží se s bolestí vyrovnat sami, souvisí s nižší invaliditou, a s lepší adaptací na bolestivý stav a celkově lepší kvalitou života. Pokud převládá přesvědčení, že bolest mohou ovlivnit ostatní, především lékaři, jedná se o mocné jiné. Vliv náhody zahrnuje vlivy osudu, náhody, štěstí, smůly. Internímu LOC jsou přisuzovány lepší výsledky v hodnocení bolesti. Udává se zmírnění deprese, zlepšení psychického stavu a zlepšení fyzické kondice tím, že se hlásí ke zdravějšímu stylu života. Pacienti, kteří přisuzují největší podíl při léčbě bolesti lékařům, nebo jiným lidem a jsou

na ně při léčbě odkázání, udávají horší zvládání bolesti a horší psychické zvládání (Musich, 2020; Cano-García, 2013).

Locus of control působí na úrovni mezi bolestí a jinou proměnnou. Podle druhu místa kontroly (externí nebo interní), dochází k ovlivnění dané proměnné. Např. pokud bude proměnnou deprese, dochází k ovlivnění míry deprese. Pokud bude vyšší interní Locus of control, míra deprese bude nižší, než při vysokém externím Locus od Control (Campbel, 2017). Vliv mocných jiných nezahrnuje pouze odkazování se na lékaře. Pro jedince, trpící bolestí je důležitý i vliv nejbližších lidí, především rodinných příslušníků. Prožívání bolesti je pro pacienty velmi subjektivní záležitostí, při které se mohou cítit osamělí. Pocit sociální podpory ovlivňuje bolest pozitivně. Pokud lidé z blízkého okolí zpochybňují, nechápou a nechtějí pochopit bolest, kterou jedinec prožívá, častěji jedinec trpí psychickými problémy. Pocit sociálního odmítnutí zhoršuje celkové prožívání bolesti a snižuje vnitřní pocity kontroly jedince nad bolestí (Lee, 2022).

Zuercher-Huerlimann a kol. v roce 2019 zkoumali vliv Locus of control na chronickou bolest u 225 pacientů, podstupujících multidisciplinární léčbu. Bylo prokázáno, že jedinci, kteří již před léčbou udávali vnitřní místo kontroly, u nich došlo ke snížení intenzity bolesti. Naopak u jedinců s vnějším místem kontroly ke zlepšení bolesti nedošlo. Včasný počátek využívání vnitřního locusu, může být ovlivňující pro výsledky multidisciplinární léčby.

Výzkum, zaměřující se na jedince starší 65 let s chronickou bolestí, související s osteoartrózou, revmatoidní artritidou a bolestmi zad prokazuje, že interní místo kontroly o 30-50% snižuje riziko vzniku středně silné až silné bolesti. Chance Locus of Control, ve kterém hraje roli náhoda, se naopak ukázala jako nejhorší, protože zvyšuje pravděpodobnost vzniku středně silné až silné bolesti až o 50% (Musich, 2020).

I bolest hlavy, jakožto chronický bolestivý stav, úzce souvisí s výskytem deprese. Čím vyšší je intenzita bolesti hlavy, tím častější je riziko vzniku deprese. Vnitřní místo kontroly ovlivňuje vztah mezi depresí a chronickou bolestí, může minimalizovat bolesti hlavy a taktéž deprese (Heath, 2008).

Chronická bolest je dále doprovodným, velmi výrazným symptomem u ulcerací dolních končetin, který ovlivňuje kvalitu života a psychický stav jedince. Kvůli chronicitě onemocnění a následně i bolestí, ovlivňují život jedince negativně. Někteří pacienti popisují bolest jako velmi vyčerpávající a zničující natolik, že by přistoupili k amputaci končetiny, aby se této nesnesitelné bolesti zbavili. I přes již prokázané souvislosti mezi



interním místem kontroly a chronickou bolestí, v této studii se jedinci obraceli spíše k vnějšímu místu kontroly ve spojitosti s mocnými jinými (Cwajda-Bialasik, 2012).

Wong a kol., (2017) ve výzkumu vlivu Locus of control na chronickou bolest u pacientů, léčících se v centru bolesti, předpokládají, že externí místo kontroly je spojeno s větší mírou deprese, úzkostí a horší kvalitou života. I přes to, se však k internímu místu kontroly hlásilo pouze 33% pacientů a 67% pacientů udávalo externí místo kontroly, které je dále rozlišováno na náhodu (39% pacientů) a mocné jiné (28%). U externího LOC souvisejícího s náhodou, byla prokázána vyšší míra deprese s horší kvalitou života, než u interního místa kontroly a mocných jiných. Ve srovnání mocných jiných s interním locusem, nebyla prokázána horší kvalita života, ani horší míra deprese.

### **2.3 Propojení vztahu religiozity, spirituality, Locus of Control, životní spokojenosti a emočního prožívání u chronické bolesti**

Pojmy religiozita a spiritualita jsou velmi často zaměňovatelnými pojmy, protože se navzájem prolínají. Mnohdy bývají považovány za totéž, protože jsou obě vyznačovány transcendentí, což znamená přesah hranic našeho fyzického těla, našeho já. Rozlišení můžeme najít v tom, v jakém smyslu pojmáme tento přesah. Religiozita je vztahována na Boha a praktiky spojené s daným náboženstvím, zatímco spiritualita je pojata ve spojení s přírodou, hudbou, uměním, rodinou (Sidall, 2015).

Záleží především na individualitě jedince, jak sám vnímá tyto pojmy. Někdo může považovat religiozitu a spiritualitu za totožné, jiný jedinec je může rozlišovat (může udávat, že je spirituálně založený, ale ne však nábožensky). Při provádění výzkumů souvisejících s religiozitou se hodnotí především účast na bohoslužbách, náboženské zapojení, což je konkrétnější aspekt než při hodnocení spirituality (Kao, 2020).

Životní spokojenost je hodnocení vlastního života jedincem, který jej hodnotí podle svých vlastních kritérií. Jedinec může svůj život hodnotit pozitivně, což přináší pozitivní emoce. Negativní hodnocení přináší negativní emoce (Tas, 2017). Úzce souvisí s kvalitou života. Může být pojata ze dvou hledisek. Prvním je existence podmínek, které jsou nezbytné pro bytí. Druhým významem je schopnost žít dobrý život. Životní spokojenost je jedním z ukazatelů kvality života. Hodnotí život jako celek a ne pouze součásti života (zaměstnanost, vztahy, školu) (Veenhoven, 1996).

Pocit štěstí je základem pro mentální zdraví a pohodu. K použití pojmu štěstí je potřeba, aby byly splněny čtyři podmínky: 1. Být ve fyzické pohodě, být zdravý. 2. Být přijat a být respektován společností. 3. Schopnost žít klidný a bezstarostný život. 4. Být v mentální pohodě (Lu, 2004; Ramezani, 2015). Štěstí může být rozděleno na hmatatelné a duševní (Ramezani, 2015). Smysl života je taktéž důležitým prostředkem v určení životní spokojenosti a souvisí s religiozitou a spiritualitou.

Meaning making (tvorba smyslu, významu) se skládá ze tří složek. Kognitivní složka určuje význam vlastním životním událostem, motivační složka pojednává o dosažení a určování cílů a afektivní složka je o prožívání uspokojení, pocitu štěstí při dosažení stanoveného cíle. Všechny tři složky spolu úzce souvisí a vzájemně na sebe navazují. Základem je kognitivní složka, která určuje, vybírá cíl, motivační složka vede k dosažení cíle, následuje pocit uspokojení z dosažení cíle (Martela, 2015).

Kvalitu života, jakožto životní spokojenost vyjadřuje pojem subjective well-being (SWB). Jedná se především o subjektivní hodnocení kvality života jedincem. Subjective well-being se skládá z kognitivní a afektivní složky, mezi kterými je důležitá rovnováha. Kognitivní složka vyjadřuje spokojenost se životem, na druhé straně afektivní složka vyjadřuje přítomnost pohody, štěstí, positivity. SWB tedy pojednává o celkové spokojenosti se životem a o úrovni štěstí z dlouhodobého hlediska.

Religiozita a spiritualita mají vztah s životní spokojeností. Lidé s vyšší spirituální a náboženskou angažovaností hodnotí svůj život pozitivněji, než lidé s nízkou mírou religiozity a spirituality. Dopad religiozity na životní spokojenost je také ovlivněna tím, jak je religiozita pojímána v rámci kultury. Jedinci v kulturách s vysokou mírou religiozity udávají větší dopad religiozity na životní spokojenost, než jedinci pocházející z ateistických kultur nebo z kultur s nízkou mírou religiozity (Villani, 2019).

Vliv religiozity na životní spokojenost závisí na tom, jak jedinec nahlíží na Boha, zda k němu má pozitivní, nebo negativní postoj (Lysne, 2011; Fiori, 2006; Yeary, 2020; Seybold, 2001). Pozitivní vliv religiozity na životní spokojenost souvisí s radostí z návštěvy bohoslužeb, přináší sociální podporu od duchovního i ostatních jedinců, kteří se účastní bohoslužeb. Jedinec získává lepší pohled na svět a život, který se stává smysluplnějším. Negativní zkušenosti v životě se mohou stát motorem pro duchovní posun. Přináší zmírnění deprese (Fiori, 2006). Religiozita může být i patologická. Pokud jedinec slepě poslouchá náboženské příkazy a doporučení, nebo vnímá náboženská kázání příliš doslovně. Přílišné odkládání problémů Bohu (Bůh můj problém vyřeší, vše závisí na něm) je taky patologické (Seybold, 2001). Spiritualita, zahrnující naději a optimismus, může zlepšovat vnímání bolesti. Naopak pesimismus, deprese, úzkost strach vedou k popírání, katastrofizaci, a celkově špatné adaptaci na bolest (Lysne, 2011).

Stejně jako bolest, emoce jsou taktéž subjektivním prožitkem, který ovlivňuje náš každodenní život. Bolest a emoce spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Přítomnost bolesti vyvolává negativní emoce, ovlivňuje především míru deprese a naopak pozitivní emoce mohou ovlivnit bolest, např. hudba může vyvolat pozitivní emoční prožívání jedince a tím dochází ke zmírnění bolesti (Li, 2020). Dlouhotrvající bolest může vyvolat kaskádu emočních reakcí na bolest – strach z další bolesti, strach z pohybu, strach z jiného úrazu. To může dále vést k vyhybavému chování a depresím (Doherty, 2017). Pro pacienty trpících bolestí hraje roli v míře životní spokojenosti určení smyslu. Jedná se o přijetí bolesti jedincem a následně dochází k přeorientování životních hodnot, což vede k lepší kvalitě života. Nalezení smyslu života i přes vyskytující se bolest, vede

k lepší fyzické kondici, lepší schopnosti přizpůsobení se a menší míře stresu. Větší úroveň určení smyslu je předpokladem většího užívání si života, tudíž i vyšší životní spokojenosti (Siddall, 2015).

## 2.4 Přehled metod k měření LOC, HLOC, spirituality a religiozity v souvislosti s bolestí

Pojem Locus of control (místo kontroly) poprvé použil autor Julian Rotter (Rotter, 1990) na základě teorie sociální učení, která popisuje, jak člověk reaguje na životní události, že tento způsob chování není pouze vrozený, ale velkou roli hraje právě učení (Výrost, 2019). Udává, do jaké míry (externí, interní) jedinec přisuzuje dění ve svém životě. Zda věří, že je jeho život ovlivněn sebou samým, nebo mají velkou roli jiné, externí vlivy. Externí LOC znamená, že jedinec přisuzuje dění nebo aktuální stav jiné osobě, náhodě, osudu, Bohu. Jedinec s interním LOC věří, že největší podíl na situaci má on sám (Výrost, 2019; Gore, 2016; Duradoni, 2021).

Pro posouzení externality/internality slouží úsečka. Levá strana znázorňuje interní LOC a opačná externí LOC (Gore, 2016). Vyšší míra životní spokojenosti je prokázána u jedinců s interním LOC, než u jedinců s externím LOC. Interní LOC souvisí s osobní kontrolou. Jedinci, kteří udávají, že mají dohled nad svým životem, jsou hlavními činiteli, jsou zpravidla spokojenější. Naopak externí LOC je spojován s bezmocí, s neschopností mít kontrolu nad svým životem (Delamater, 2006). LOC se stal jedním z nejvyužívanějších nástrojů v psychologii a ovlivňuje spoustu oblastí života. Má vliv např. na sebevědomí, životní spokojenost, deprese, výsledky ve škole, spokojenost v zaměstnání (Duradoni, 2021).

Health Locus of control (HLOC) autora Wallstona (Wallston, 1981), je vztahována na oblast zdraví. Pojednává, zda je naše zdraví důsledkem našeho vlastního konání, nebo důsledkem jiné osoby, vnějších vlivů (Cheng, 2016). Jedinci s vnitřním HLOC věří, že své zdraví mohou ovlivnit oni sami, naopak jedinci v vnějším HLOC věří, že jejich zdraví ovlivňují např. lékaři, Bůh, náhoda, osud. Určením interního nebo externího HLOC se dá dle předpokládat, jak bude pacient angažovaný do léčby jeho onemocnění a jak aktivně se na léčbě bude podílet (Marton, 2021).

Škála HLOC byla rozvinuta do tří dimenzí - interní HLOC (IHLC), působení jiných lidí (PHLC) a vliv náhody (CHLC). Tím vznikla Multidimenzionální Health Locus of control (MHLC). V dnešní době má MHLC tři verze, označené písmeny A, B, C. Verze A, B se zaměřuje na všeobecný zdravotní stav (Wallston, 1999), verze C byla vytvořena v roce 1994 a v subškále PHLC odděluje působení lékařů od působení ostatních lidí (Christensen, 2004; Moshki, 2007).

Již zmíněná forma C byla následně rozšířena i na oblast náboženství. Vznikla škála God Health Locus of control (GHLC). Určuje, do jaké míry má vliv Bůh na život jedince (Wallston, 1999).

Pro hodnocení spirituality a religiozity byla vyvinuta spousta měřících škál. Mohou hodnotit spiritualitu a religiozitu obecně, s ohledem na spirituální a náboženskou pohodu, tíseň, potřeby a copingové strategie. Mezi nejvýznamnější škály pro obecné hodnocení religiozity a spirituality patří:

Škála prožívání denní spirituality (DSES) autora Underwooda (2011). Zahrnuje každodenní pozitivní spirituální zkušenosti, jako lásku, klid, vděčnost, atd. Nezahrnuje však negativní spirituální zkušenosti.

Škála spirituality (SS) autora Delaney (2005) hodnotí kognitivní, behaviorální a afektivní složky spirituality. Zahrnuje 23 částí a je zkoumána na Lickertově škále. Výsledek udává, jak moc je spiritualita pro jedince důležitá.

Spirituální a náboženskou pohodu určuje Dotazník spirituální pohody (The Spiritual Well-Being Questionnaire) Fishera a Gomeze (2005) a Škála spirituální pohody (The Spiritual Well-Being Scale) autorů Paloutziana a Ellisona (1991), která se skládá ze dvou částí. První subškála pojednává o náboženské pohodě a druhá subškála o spirituální pohodě. Hodnocení pacientů se určuje na Lickertově škále.

Autorkou nástroje, hodnotícího spirituální tíseň (The Spiritual Distress Assessment Tool) je Monod (2010). Je zaměřen na hodnocení spirituální tísně u hospitalizovaných jedinců. Spirituální a náboženské potřeby jsou hodnoceny Dotazníkem spirituálních potřeb (The Spiritual Needs Questionnaire). Autorem je Büssing (2010) a je pro pacienty s chronickým onemocněním.

Inventář spirituálních potřeb (The Spiritual Needs Inventory), pro jedince, podstupující paliativní péči (Hermann, 2006).

Copingové reakce, vztahující se k náboženství a spiritualitě určuje Zkrácená stupnice náboženského zvládání (The Brief RCOPE), kterou se zabýval Pargament (2011).

Škála náboženských a duchovních zápasů (The Religious and Spiritual Struggles Scale) autorky Exline (2014) se zabývá negativními aspekty spirituality či religiozity (Sovářiová, 2022).

Vliv religiozity na zdraví jedince zkoumá dotazník DUREL (The Duke University Religion Index) autora Koeniga (2010).

## 2.5 Implikace do ošetřovatelství

Bolest je subjektivní prožitek, který je velmi těžké popsat jiné osobě. Při komunikaci zdravotnického pracovníka s pacientem, který prožívá bolest, je důležité si uvědomit, že není důležité se zaměřovat pouze na léčbu bolesti, ale je třeba myslet i na to, že v životě jedince bolest způsobuje i další obtíže. Pacient může mít vůči komunikaci s kýmkoliv negativní postoj, nemusí se plně zúčastňovat a může jej až odmítat. Jedinec může prožívat depresi, úzkost, únavu, může odmítat komunikaci s okolím, i s rodinnými příslušníky, možná má problém se kvůli bolesti začlenit do společnosti a vykonávat běžné denní činnosti. Je potřeba to brát v úvahu a mít pro to dostatečné pochopení. Zdravotničtí pracovníci, poskytující péči pacientům s chronickou bolestí, jsou nejdůležitějšími jednotkami v léčbě chronické bolesti. Mají za úkol odhalit bolest, zjistit o ní co nejvíce (její charakter, trvání, lokalizaci, intenzitu apod.), zvolit bezpečnou a účinnou léčbu, vyhodnocovat její účinnost. Cílem zdravotnických pracovníků je co nejeefektivněji pomáhat svým pacientům. Abychom toho docílili, je potřeba bolest pacienta vnímat v širším kontextu, ne jenom jako somatický problém, ale přistupovat holisticky (Dedeli, 2013). Peppin (2015) však i přes tento fakt poukazuje na nedostatečné věnování se problematice chronické bolesti z multidimenzionálního hlediska. Všichni máme ponětí o důležitosti se dostatečně zabývat chronickou bolestí, léčba je však stále zaměřena především na farmakoterapii. Před několika desítkami let vznikl samostatný medicínský obor medicína chronické bolesti, kterou tvoří specialisté, zaměřující se do hloubky na problematiku chronické bolesti. Déle poukazuje na jejich nedostatek při nynějším nárůstu pacientů s chronickou bolestí, a na to, že i pacienti s nejkomplicovanějším průběhem, pouze v malém procentu případů, navštěvují specialisty na chronickou bolest a klade důraz na důležitost multidisciplinárního přístupu v léčbě chronické bolesti.

Gedge (2014) poukazuje taktéž na nedostatečnou přípravu lékařů, především v léčbě závislostí. I přes schopnost mluvení a rozebírání náročných, nepříjemných témat, jako násilí, zneužívání, závislost, je spiritualita považována v tomto oboru za „tichou dimenzi“. Jako možné důvody uvádí v první řadě léčebný přístup, který je rozdělen do skupin, které se podílí při léčbě. První skupina je zaměřena na duchovno, tvoří ji jedinci se stejnou zkušeností a léčebné programy. Druhou skupinu tvoří vysoce školení pracovníci, kteří se zaměřují na teorii založenou na faktech a nezahrnují spiritualitu. Druhým důvodem je malá odborná příprava a třetím důvodem jsou zodpovědnosti a normy s tím spojené, aby byla zachována neutralita, která souvisí s etickým hlediskem.

Nabídnout duchovní vedení při nedostatečném proškolení v tomto směru, může být pro pacienta nevýhodné. Zdravotníci by měli zaujímat neutrální pozici v tématu spirituality a neměli by prosazovat svoje názory a hodnoty, měli by být při komunikaci aktivními posluchači. Na druhou stranu, pokud si lékař a pacient vymění svoje zkušenosti v míře, kdy názory zdravotníka zůstávají neutrální a nedochází z jeho strany k poučování a pacient jej nezačne vnímat jako duchovního vůdce, může to vést k vyšší důvěře pacienta ke zdravotníkovi.

Holistický směr v ošetrovatelství zavedla již na přelomu 19. a 20. století Florence Nightingale, významná osobnost podílející se na rozvoji ošetrovatelství. Byla zdravotní sestrou, která si uvědomovala důležitost naplnění základních lidských potřeb a vlivy životního prostředí na zdraví a individualitu každé lidské bytosti. Také si uvědomovala, že existuje vyšší moc, než kterou je ona sama (Dossey, 2009). Holistický přístup se tedy zaměřuje nejen na fyzickou stránku osobnosti, ale také na sociální, psychologické a spirituální potřeby pacienta. Prezentuje lidskou bytost jako bytost s tělem, myslí, duchem a duší. Zdraví je stav, kdy jsou všechny uvedené složky v rovnováze. Tento přístup v léčbě bolesti vede k hlubšímu chápání bolesti. Nezaměřuje se pouze na tělesné projevy, ale také na následky v sociální, psychické, spirituální sféře pacienta. Jakákoliv změna jednoho z aspektů se promítá do všech ostatních aspektů (Papathanasiou, 2013).

Spiritualita se v ošetrovatelství objevuje již po staletí, nezískala si však jedno z předních míst při poskytování ošetrovatelské péče. Zatímco se v literatuře objevují články a výzkumy, poukazující na důležitost spirituality ve zdraví a v nemoci, při vzdělávání zdravotnického personálu ve školách a univerzitách se při výuce na spiritualitu a religiozitu neklade dostatečný důraz a nevěnuje se mu příliš času. Vede to k nedostatečné připravenosti zdravotníků řešit do hloubky spiritualitu a religiozitu pacientů. Zabývání se více do hloubky spiritualitou pacientů nemá pozitivní přínos pouze pro ně, ale může mít pozitivní přínos taky pro sestry. Minimalizuje syndrom vyhoření, snižuje stres a podporuje spokojenost v práci (Southard, 2020). Pokud v životě pacienta hraje nějakou roli spiritualita nebo religiozita, udávají jako důležité, aby se lékaři zabírali i touto stránkou, především při vyslovení závažné diagnózy. Při řešení těchto otázek se religiozita se spiritualitou velmi často prolínají a jsou pacienty považovány téměř za totožné, i přes fakt, že jsou tyto termíny v literatuře odlišovány (Nita, 2019).

Uspokojení duchovních potřeb patří k náplni práce zdravotnických pracovníků. Nedostatečné věnování se duchovním potřebám vede k negativnímu ovlivnění psychické pohody. Toto negativní ovlivnění vede ke snížení kvality života, vyššímu riziku vzniku



deprese a tudíž může vést k nespokojenosti s ošetrovatelskou péčí. Duchovní strádání může vzniknout kdykoliv během hospitalizace a sestry by měli být schopny poskytnout pomoc při jeho vzniku (Harrad, 2019). Důležitou součástí vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem je důvěra. Ta může být ovlivněna tím, jak dlouho pacient a zdravotnický pracovník přicházejí do kontaktu, jak dlouho se znají. Dále hrají roli mezilidské schopnosti zdravotníka a jsou udávány i rasa nebo etnická příslušnost, které mohou mít vliv na důvěru. Svou důležitost mají i vlastnosti pacienta a jak závažným onemocněním prochází. Např. bylo zjištěno, že jedinci s HIV, revmatoidní artritidou a lupusem udávají důvěru v lékaře častěji, než lidé bez těchto diagnóz, z čehož plyne, že přítomnost závažné diagnózy zvyšuje důvěru pacienta v lékaře. Vliv hraje i z jakých rodinných poměrů jedinci pocházejí. Jedinci pocházející z rodiny, jejíž rodinní příslušníci nepřijímají zdravotní péči jako důvěryhodnou, budou mít tentýž přístup, než jedinci s rodinnými příslušníky, kteří věří zdravotnické péči (Brincks, 2010).

Při zahájení hospitalizace získává zdravotnický personál informace o spirituálních a religiozních potřebách pacienta nejčastěji při získávání ošetrovatelské anamnézy. Nejčastěji se sestry při získávání ošetrovatelské anamnézy dotazují na druh náboženského vyznání a zda si pacient přeje návštěvu duchovního. Pro komplexnější posouzení religiozity a spirituality by se však měly zabývat těmito oblastmi více do hloubky, především zjistit, jak je pro pacienta spiritualita důležitá, jaké má rituály, jak může zdravotnický personál pomoci s náboženskými nebo duchovními praktikami. Při komunikaci s pacientem je důležitá otevřenost a citlivost. Pacient nesmí nabýt dojmu, že bude souzen za své vyznání a praktiky (Page, 2020).

Mnoho lidí umírá z důvodu závažných chronických onemocnění, z velké míry v nemocniční nebo jiné následné péči. Pacienti si tak často mohou klást otázky, týkající se smyslu života a celého světa. Proto je potřeba při kontaktu s pacientem nevynechávat otázky týkající se religiozity a spirituality, protože pacientovi můžeme poskytnout služby kaplana nebo psychologa. Ve zdravotnických zařízeních fungují služby kaplana, který by měl být také zahrnut do multidisciplinárního týmu jak v léčbě bolesti, tak při vyslovení jakékoliv jiné závažné diagnózy. Kaplan nemusí hovořit pouze s pacientem, ale může být taky nápomocný rodinným příslušníkům při vyrovnávání se s úmrtím blízkého, při sdělení závažné diagnózy či dlouhodobé hospitalizaci rodinného příslušníka. Není přítomen jen tehdy, pokud se pacient blíží smrti (Opatrná, 2006).

Při poskytování ošetrovatelské péče, by se mělo více dbát na oblast religiozity a spirituality. Je důležité znát pacientovi rituály, které je zvyklý provádět doma a umožnit

mu je, pokud mu to zdravotní stav dovoluje. Pokud ne, je možné mu pomoci vytvořit alespoň obdobné podmínky, pomůcky a prostředí, se kterými bude spokojen, které mu jeho každodenní rituál budou nahrazovat. Je potřeba s pacientem o tématech spirituality a religiozity komunikovat i po dobu hospitalizace, protože své hodnoty a přesvědčení může následkem bolesti, hospitalizace, stanovení závažné diagnózy přehodnotit. Je možnost zajistit služby kaplana, nebo jiného duchovního vůdce, je potřeba umožnit pacientovi provádět jeho rituály a poskytnout mu vhodné podmínky pro jejich provedení. Důležitý je dostatek času, klidné a nerušené prostředí, dostatek pomůcek a zdrojů potřebných k provádění s ohledem na zdravotní stav pacienta (Cornah, 2006).

## 3 EMPIRICKÁ ČÁST

### 3.1 Hypotézy pro empirickou část

**Hypotéza 1:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v sociodemografických proměnných: Věk, pohlaví, vzdělání, práce ano/ne.

**Hypotéza 2:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v religiozních proměnných

- v intenzitě LOC HS
- v míře God Health Locus of Control (GHLC)
- v míře organizované formy religiozity (OR), neorganizované (osobní) religiozity (NOR) a intrinzické formě religiozity (IR) v dotazníku DUREL.

**Hypotéza 3:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v klinických a afektivních proměnných

- v intenzitě a nepříjemnosti bolesti (VAS), délka trvání bolesti (měsíce)
- ve strachu z bolesti FPQ-III malá bolest, velká bolest, lékařské výkony, hrubý skór
- v míře deprese (BDI-II)
- v subjektivně vnímaném hodnocení zdraví (DŽS)

**Hypotéza 4:** LOC HS predikují

- Religiozní proměnné - GLHS, DUREL ORA, NORA, IR
- Afektivní proměnné - strach z bolesti FPQ-III malá bolest, velká bolest, lékařské výkony, hrubý skór, BDI-II
- Proměnné bolesti – Intenzita VAS, nepříjemnost VAS, délka bolesti
- DŽS zdraví

## 3.2 Metodika

V této práci jsme využili kvantitativní výzkum. Pacienti byli s výzkumem obeznámeni a po podepsání informovaného souhlasu byla zjišťována sociodemografická data (pohlaví, věk, výška, váha, vzdělání, počet let vzdělání, pracuje/nepracuje, upřesnění pracuje/nepracuje a rodinný status). Klinická data se týkala chronické medikace a chronické bolesti. U bolesti nás zajímala intenzita a nepříjemnost, ty byly hodnoceny na škále VAS a dále lokalizace a délka trvání bolesti.

Po uvedení základních údajů, následovalo vyplnění dotazníků FPQ-III, BDI-II, DUREL, LOC, GLHC, a DŽS-zdraví.

### 3.2.1. LOC, HLOC, Pain LOC, GLHC

**LOC** (Locus of Control) autora Rottera z roku 1954, vzniklého na základě teorie sociálního učení, pojednává o subjektivním přesvědčení jedince o příčinách událostí v jeho životě. Určení externality a internality rozděluje osobnosti na dva typy: internalisty a externalisty. Interní typ osobnosti se vyznačuje přisuzováním událostí na základě vlastních činů. Jedinec věří, že na událostech má největší zásluhu on sám. Naopak externí typ se vyznačuje určením vnějších vlivů jako příčiny událostí (osud, Bůh, štěstí, náhoda) (Cakirpaloglu, 2012).

**HLOC** (Health Locus of Control), jejímž autorem je Wallston, je zaměřen na určení místa kontroly v oblasti zdraví (Cheng, 2016). Subškálou, vztahující se výhradně na bolest je **Pain LOC** (Pain Locus of Control). Je specifitější než HLOC, kvůli jeho užšímu zaměření (Cano-García, 2013). Určuje, do jaké míry má jedinec kontrolu nad bolestí. Respondenti s vysokým interním pain LOC jsou přesvědčeni o své schopnosti z velké míry ovlivňovat bolest. Externí jedinci mají přesvědčení o vlivu např. jiných lidí, vyšších bytostí, osudu, náhody (Musich, 2020; Cano-García, 2013).

Pro posouzení, do jaké míry je jedinec externí/interní slouží úsečka o délce 10cm. Levá strana znázorňuje interní LOC a pravá strana úsečky externí LOC. Respondent na úsečce znázorní vnímání své kontroly, která se následně měří v milimetrech nebo centimetrech (Gore, 2016). 0-5cm značí interní LOC, 5-10cm určuje externí LOC. Čím vyšší je tedy LOC (HS), tím více je jedinec externalista.

**GHLC** (God Health Locus of Control) autora Wallstona z roku 1999, je subškálou Multidimenzionálního Health locus of control. Pojednává o tom, do jaké míry jedinec

věří, že má Bůh vliv na jeho zdraví (Hea, 2009). Dotazník se skládá ze šesti položek, na které respondent odpovídá jednou ze šesti nabízených možností (1 – rozhodně nesouhlasím, po 6 – rozhodně souhlasím). Maximální počet bodů, který lze získat je 36 a nejnižší možný zisk je 6 bodů. Vysoký skór GLHC znamená subjektivní přesvědčení o významném vlivu Boha nad zdravotním stavem jedince, naopak nízký skór je spojen s malým přesvědčením o božském vlivu nad zdravotním stavem jedince (Mills, 2018). Cornbachovo alfa, určující vnitřní reliabilitu činí 0.9929, svědčí o vysoké spolehlivosti metody.

### **3.2.2. VAS**

VAS (Visual analogue scale) je nejčastěji využívaná a nenáročná metoda pro určení intenzity bolesti. Poprvé ji uvedli autoři Hayes a Patterson roku 1921 (Physiopedia, 2023). Jedná se o úsečku o délce 10cm. Levý konec úsečky, označen číslem 0, znázorňuje nepřítomnost bolesti a pravý konec úsečky, označen číslem 10, představuje nesnesitelnou bolest (Janáčková, 2007). Určení intenzity bolesti nad hodnotu 5, je považováno za velmi omezující a zhoršuje kvalitu života jedince (Adam, 2004).

Pacient na úsečce zvýrazní bod, kde vnímá míru své aktuální bolesti. Následně se vyznačený bod odměří pravítkem. Výsledek ukazuje subjektivní vnímání intenzity bolesti pacienta (Physiopedia, 2023).

### **3.2.3. FPQ-III**

FPQ – III (Fear of Pain Questionnaire III) z roku 1998 byl vynalezen autorem McNeilem a Rainwaterem. Slouží k určení míry strachu z bolesti. Jednotlivé otázky zahrnují bolestivý stav a respondent zvýrazní, do jaké míry má strach z uvedeného druhu bolesti, podnětu, nebo lékařského výkonu, který bolest vyvolává (McNeil, Rainwater, 1998; Diotaiuti, 2023). Nadměrný strach z bolesti může vést k vyhýbavému chování, kterým jedinec předchází poškození, které vede k bolesti. Nadměrný strach z lékařských výkonů může vést k vyhýbání se léčebným a diagnostickým výkonům, což může vést k ohrožení jedince. Při nadměrném strachu z velké bolesti se jedinec může začít vyhýbat určitým aktivitám a izolovat se před okolím. Strach z malé bolesti může vyvolat úzkosti z běžných denních činností. Nadměrný strach z velké bolesti ve spojitosti s nedostatkem kontroly

nad vnějšími vlivy, které mohou způsobit vážné zdravotní poškození, je spojen s větší pravděpodobností úrazu, nebo jiného zdravotního poškození (Diotaiuti, 2023).

Původní verze se skládá z 30 otázek, respondent vybírá odpověď z 5 variant podle míry strachu (1-vůbec se nebojím po 5-strašně se bojím). Dotazník se dělí na 3 subškály – otázky týkající se strachu z malé bolesti, velké bolesti a lékařských výkonů (Vambheim, 2017).

Českou verzi dotazníku (FPQ-III CZ) uvedli autoři D. Skorunka a J. Mareš, jimiž byl zkrácen původně na 25 otázek a následně na 23.

Otázky 1, 3, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23 se týkají strachu z malé bolesti. Strachem z velké bolesti se zabývají otázky 2, 4, 5, 8, 10, 14 a se strachem z lékařských výkonů souvisí otázky 6, 7, 9, 11, 13, 15, 19, 22. Všechny tři oblasti se sčítají odděleně. Podle počtu bodů se určí, zda se jedná o podprůměrný, průměrný nebo nadměrný strach bolesti (Mareš, 2002).

#### **3.2.4. DUREL**

**DUREL** (The Duke University Religion Index) autora Koeniga, poprvé publikován v roce 1997, je dotazník, zkoumající vliv religiozity na zdraví.

Rozděluje religiozitu na organizovanou (OR), neorganizovanou (NOR) a intrinzickou formu (IR). Organizovaná religiozita (OR) zahrnuje veřejné náboženské aktivity. Neorganizovaná forma (NOR) religiozity zahrnuje četnost náboženských aktivit prováděných v soukromí a intrinzická religiozita (IR) znázorňuje vnitřní religiozitu.

Dotazník se skládá z 5 otázek. Otázka č. 1 se týká četnosti návštěv bohoslužeb, týká se tedy organizované religiozity. Otázka č. 2 je spojena s neorganizovanou religiozitou a dotazuje se na četnost soukromých náboženských aktivit. Otázky č. 3, 4, 5 se dotazují na míru intrinzické religiozity. U prvních dvou otázek respondent odpovídá jednou z 6 nabízených možností, u zbylých třech otázek vybírá z 5 variant odpovědí.

Při prezentaci výsledků se kromě celkového součtu (hrubého skóru) uvádí i počet bodů jednotlivých subškál zvlášť. U celkového hrubého skóru je minimální počet bodů 5 a maximum 27 bodů (Koenig, 2010). Cornbachovo alfa, určující vnitřní reliabilitu činí 0.7494, reliabilita je tedy hraniční.

### 3.2.5. *DŽS*

**DŽS** (Dotazník životní spokojenosti) v původní verzi od autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Bradlera z roku 2001, byl do české verze uveden autory Rodným a Rodnou. Pojednává o míře celkové životní spokojenosti hodnocením 10 oblastí života (zdraví, práce a zaměstnání, finance, volný čas, manželství/partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé/známí/příbuzní, bydlení). Každá oblast se skládá ze 7 otázek, na každou z nich se odpovídá z nabízených možností 1-7 (1 – velmi nespokojen(a), 7 – velmi spokojen(a)). Z každé oblasti lze získat 49 bodů. Pro výpočet celkové životní spokojenosti se sčítá 7 oblastí života – zdraví, finance, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé/známí/příbuzní, bydlení (Finková, 2016).

### 3.2.6. *BDI-II*

**BDI-II** (Beck depression inventory-II) je nejnovější verzi Beckovy škály deprese (BDI), která má tři verze (BDI-I, BDI-IA, BDI-II).

BDI-II byl vyvinutý v roce 1996 autorem Beckem. Dotazník se skládá z 21 otázek, na které respondent odpovídá výběrem jedné ze čtyř možností, uvedené čísla 0-3. Uvedené možnosti se týkají závažnosti prožívané deprese, od žádné deprese (0) po nejvyšší míru deprese (3). Čím vyšší skóre respondent nasbírání, tím vyšší je míra deprese. Nejvyšší bodové hodnocení je 63 a nejnižší možný zisk je 0 bodů (Shahid, 2012; Jackson-Koku, 2016).

Po překladu do české verze v roce 1999, byla zkoumána reliabilita a validita české verze dotazníku, kterou zkoumal např. Ptáček a kol. (2016) a byla prokázána vysoká reliabilita i validita. V našem výzkumu tvořilo Cornbachovo alfa 0.9106, ukazující vysokou spolehlivost metody pro diagnostiku deprese.

### 3.3 Vzorek

Výzkum probíhal na lůžkovém oddělení Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí. U pacientů, kteří byli schopni česky porozumět šetření a byli schopni podepsat souhlas s výzkumem, museli kromě chronické nenádorové bolesti, splňovat další inkluzivní kritéria - nepřítomnost kognitivní deteriorace, psychiatrického a nádorového onemocnění. Bylo osloveno 55 jedinců, data byla získána od 50 pacientů, 7 bylo třeba vyloučit z důvodů neúplného vyplnění. Vzorek tedy celkem tvořilo 43 dospělých pacientů ( $n = 43$ ), 13 mužů a 30 žen od 32 do 88 let. Podrobnějšími sociodemografickými daty se zabýváme v kapitole Výsledky vlastní práce.

### 3.4 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Výzkum byl schválen náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Pacienti byli obeznámeni s výzkumem a byli jim důkladně vysvětleny instrukce k vyplnění dotazníků a následně byl podepsán informovaný souhlas s výzkumným šetřením.

Po vyplnění byly dotazníky vyhodnoceny a výsledky byly zadány do datového listu. Nadále byla provedena statistická analýza RNDr. Věrou Lánskou, CSc.

K popisu spojitých Gaussovských veličin jsme použili průměr a směrodatnou odchylku, ostatní spojitě veličiny byly popsány pomocí mediánu a 1. a 3. kvartilu. Pro testování Gaussovského rozložení byl použit Q-Q graf. Diskrétní veličiny jsou vyjádřeny jako absolutní a relativní četnosti. Srovnání skupin pro Gaussovské veličiny je provedeno t-testem, pro ostatní byl použit neparametrický dvouvýběrový Wilcoxonův test. Pro diskrétní data jsme použili Fisherův přesný test a nebo chí-kvadrát test. Vztah mezi proměnnými byl měřen Spearmanovým korelačním koeficientem. K predikci LOC HS byla použita mnohočetná lineární regrese. Conbachovo alfa bylo použito k hodnocení konzistence dotazníku. Všechny testy byly dvoustranné a hladina významnosti menší než 0,05 byla považována za statisticky významnou. Výpočty byly provedeny pomocí statistického programu JMP 16.2.0.



## 3.5 Výsledky vlastní práce

### 3.5.1. Deskriptivní statistika

#### 3.5.1.1. Sociodemografické údaje

Výzkum byl proveden celkem u 43 dospělých pacientů ( $n = 43$ ) trpících chronickou bolestí. Zapojilo se 13 mužů (30.23%) a 30 žen (69.76%). Jejich průměrný věk byl 58 let ( $M = 57.62$ ;  $SD = 16,21$ ) a průměrné BMI bylo 28 ( $M = 27.65$ ;  $SD = 5.83$ ). Dle stanovení BMI, bylo respondentů s ideální hmotností 17 (39.54%), nadváhu mělo 6 jedinců (13.95%), mírně obézních bylo 15 (34.88%), středně obézních 4 (9.30%) a 1 respondent byl morbidně obézní (2.33%).

Z celkového počtu bylo vysokoškolsky vzdělaných 16 respondentů (37.21%), vyšší odbornou školu absolvoval 1 respondent (2.33%), střední školu bez maturity 7 respondentů (16.27%) a 1 respondent byl se základním vzděláním (2.33%). Nejčastější vzdělání bylo středoškolské s maturitou, kterou udávalo 18 respondentů (41.86%). Průměrný počet let vzdělání byl 15 ( $M = 14.70$ ;  $SD = 2.77$ ). Jedinců se zaměstnáním bylo 18 (41.86%) a bez zaměstnání 25 (58.14%). Z celkového počtu bylo v invalidním důchodu 5 pacientů (11.63%), v pracovní neschopnosti 2 (4.65%), na rodičovské dovolené 1 (2.33%), ve starobním důchodu 20 (46.51%) a 1 respondent (2.33%) neupřesnil svoji nezaměstnanost.

V oblasti rodinného statusu bylo 29 respondentů v manželství (67.44%), rozvedených 7 (16.28%), svobodných 6 (13.95%) a 1 respondent byl vdovec (2.33%).

Všechny uvedené sociodemografické údaje pacientů jsou uvedeny v tabulce 1.

**Tabulka 1:** Sociodemografické údaje respondentů,  $n = 43$ 

| Proměnná                       | n (%) / M $\pm$ SD |
|--------------------------------|--------------------|
| <b>Pohlaví</b>                 |                    |
| Muž                            | 13 (30.23%)        |
| Žena                           | 30 (69.77%)        |
| <b>Věk (let)</b>               | 57.63 $\pm$ 16.21  |
| <b>BMI</b>                     | 27.66 $\pm$ 5.84   |
| <b>Hodnocení BMI</b>           |                    |
| Ideální hmotnost               | 17 (39.54%)        |
| Nadváha                        | 6 (13.95%)         |
| Mírná obezita                  | 15 (34.88%)        |
| Střední obezita                | 4 (9.30%)          |
| Morbidní obezita               | 1 (2.33%)          |
| <b>Vzdělání</b>                |                    |
| Vysoká škola                   | 16 (37.21%)        |
| Vyšší odborná škola            | 1 (2.33%)          |
| Střední škola s maturitou      | 18 (41.86%)        |
| Střední škola                  | 7 (16.28%)         |
| Základní škola                 | 1 (2.33%)          |
| <b>Počet let vzdělání</b>      | 14.70 $\pm$ 2.77   |
| <b>Zaměstnanost</b>            |                    |
| Ano                            | 18 (41.86%)        |
| Ne                             | 25 (58.14%)        |
| <b>Upřesnění zaměstnanosti</b> |                    |
| Zaměstnaný                     | 14 (32.56%)        |
| Invalidní důchod               | 5 (11.63%)         |
| Pracovní neschopnost           | 2 (4.66%)          |
| Starobní důchod                | 20 (46.51%)        |
| Rodičovská dovolená            | 1 (2.33%)          |
| Jiné                           | 1 (2.33%)          |
| <b>Rodinný status</b>          |                    |
| V manželství                   | 29 (67.44%)        |
| Rozveden(-a)                   | 7 (16.28%)         |
| Svobodný(-á)                   | 6 (13.95%)         |
| Vdovec/Vdova                   | 1 (2.33%)          |

Poznámky:  $n$  = počet respondentů;  $M \pm SD$  = průměr  $\pm$  směrodatná odchylka.

### 3.5.1.2. Údaje o bolesti

Všichni respondenti trpěli chronickou bolestí. Byla hodnocena intenzita, nepříjemnost, délka trvání a byli dotazováni, zda se jedná o bolesti bederní oblasti. Intenzita a nepříjemnost, kterou pacienti prožívali v posledních 14 dnech, byly hodnoceny pomocí škály VAS, která byla následně vyhodnocena v milimetrech. Délka trvání bolesti byla určena v měsících.

Průměrná intenzita prožívané bolesti byla dle VAS 54mm ( $M = 54.30$ ;  $SD = 22.88$ ) a průměrná nepříjemnost tvořila na VAS 54mm ( $M = 53.72$ ;  $SD = 23.22$ ). Průměrná doba přítomnosti chronické bolesti u respondentů byla 105 měsíců ( $M = 104.57$ ;  $SD = 130.73$ ). Ze všech 43 respondentů trpělo bolestmi bederní oblasti 35 jedinců (81.40%) a 8 pacientů (18.61%) bolesti bederní oblasti neudávalo.

Údaje o chronické bolesti pacientů jsou uvedeny v tabulce 2.

**Tabulka 2:** Údaje o bolesti respondentů

| Proměnné  | n (%) M ± SD    |
|---|-----------------|
| <b>Intenzita bolesti za posledních 14 dní (mm)</b>    | 54.30 ± 22.88   |
| <b>Nepříjemnost bolesti za posledních 14 dní (mm)</b> | 53.72 ± 23.23   |
| <b>Lokalizace – bederní oblast</b>                    |                 |
| Ano   | 35 (81.40%)     |
| Ne  | 8 (18.61%)      |
| <b>Trvání bolesti (měsíce)</b>                        | 104.57 ± 130.43 |

Poznámky:  $n$  = počet respondentů;  $M \pm SD$  = průměr ± směrodatná odchylka.

### 3.5.1.3. Údaje o farmakoterapii

Respondenti byli dotazováni na užívání konkrétních lékových skupin – hormony štítné žlázy, hypnotika, antidiabetika, antihypertenziva, antiarytmika, benzodiazepiny, antiepileptika, opioidy, neopiátová analgetika a antidepresiva. Byla možnost výběru mezi stanovenými variantami odpovědi ano/ne.

Hormony štítné žlázy užívalo z celkového počtu  $n = 42$  6 pacientů (14.29%) a 36 (85.71%) neuvádělo užívání hormonů štítné žlázy.

Užívání hypnotik uvedli 2 respondenti (4.65%) a 41 jedinců (95.35%) hypnotika neužívalo.

Antidiabetika užíval 1 respondent (2.33%) a 42 (97.67%) užívání antidiabetik neuvádělo.

Na otázku antihypertenziv odpovědělo 42. Z toho 10 respondentů (23.81%) antihypertenziva užívalo a 32 (76.19%) je neužívalo.

Na otázku antiarytmik odpověděli kladně 2 respondenti (46.51%) a 41 respondentů (95.35%) jejich užívání vyvrátilo.

Benzodiazepiny neužíval žádný respondent 43 (100.00%).

Antiepileptika užívalo 8 respondentů (18.61%) a 35 (81.40%) je neužívalo.

Na otázku užívání opioidů, odpověděli kladně 3 respondenti (6.98%), 40 (93.02%) jejich užívání vyvrátilo.

Bez užívání neopiátových analgetik se obešlo 6 respondentů (13.95%), zbylých 37 (86.05%) jejich užívání potvrdilo.

Antidepresiva užívalo 11 respondentů (25.59%), 32 (74.42%) je neužívalo.

Údaje o farmakoterapii jsou znázorněny v tabulce č. 3.

**Tabulka 3: Údaje o farmakoterapii respondentů**

| <b>Proměnné</b>              | <b>n (%)</b> |
|------------------------------|--------------|
| <b>Hormony štítné žlázy*</b> |              |
| Ano                          | 6 (14.29%)   |
| Ne                           | 36 ( 85.71%) |
| <b>Hypnotika</b>             |              |
| Ano                          | 2 (4.65%)    |
| Ne                           | 41 (95.35%)  |
| <b>Antidiabetika</b>         |              |
| Ano                          | 1 (2.33%)    |
| Ne                           | 42 (97.67%)  |
| <b>Antihypertenziva*</b>     |              |
| Ano                          | 10 (23.81%)  |
| Ne                           | 32 (76.19%)  |
| <b>Antiarytmika</b>          |              |
| Ano                          | 2 (46.51%)   |
| Ne                           | 41 (95.35%)  |
| <b>Benzodiazepiny</b>        |              |
| Ano                          | 0 (0.00%)    |
| Ne                           | 43 (100.00%) |
| <b>Antiepileptika</b>        |              |
| Ano                          | 8 (18.61%)   |
| Ne                           | 35 (81.40%)  |
| <b>Opioidy</b>               |              |
| Ano                          | 3 (6.98%)    |
| Ne                           | 40 (93.02%)  |
| <b>Neopiátová analgetika</b> |              |
| Ano                          | 37 (86.05%)  |
| Ne                           | 6 (13.95%)   |
| <b>Antidepresiva</b>         |              |
| Ano                          | 11 (25.59%)  |
| Ne                           | 32 (74.42%)  |

*Poznámky: n = počet respondentů; \* = chybějící údaje n = 1.*

### 3.5.2. Analýza hypotéz

**Hypotéza 1:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v sociodemografických proměnných: Věk, pohlaví, vzdělání, práce ano/ne.

V tabulce č. 4 jsou uvedeny sociodemografické rozdíly mezi jedinci s interním a externím Locus of control. Pacientů s externím LOC bylo  $n = 21$  a s interním LOC  $n = 22$ .

T-test v oblasti věku pacientů neprokázal statisticky významný rozdíl mezi jedinci s externím a interním LOC  $t(43) = 2.1580$ ;  $p = 0.6680$ . Průměrný věk jedinců s externím LOC byl  $M = 56.52$  ( $SD \pm 6.37$ ) let a průměrný věk respondentů s interním LOC  $M = 58.68$  ( $SD \pm 16.38$ ).

Určení rozdílu v počtu let vzdělání jedinců s externím a interním LOC bylo provedeno pomocí t-testu a nebyl prokázán statisticky významný rozdíl  $t(43) = -0.6840$ ;  $p = 0.4262$ . Průměrný počet let studia byl u externí skupiny  $M = 15.05$  ( $SD \pm 2.87$ ) a u interní skupiny  $M = 14.36$  ( $SD \pm 2.70$ ).

Rozdíly v pohlaví byly testovány Fisherovým testem ( $p = 0.3319$ ), při kterém nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. K externímu LOC se hlásilo 8 mužů (38.10%) a 13 žen (61.90%), naopak internalisty tvořilo 5 mužů (22.73%) a 17 (77.27%) žen.

Nejčastějším druhem vzdělání bylo u externí skupiny vysokoškolské, kterou uvedlo 9 jedinců (42.86%), u interních jedinců byla nejčastější střední škola s maturitou, kterou vystudovalo 12 jedinců (54.55%). V oblasti vzdělání nešlo provést testování z důvodu malé četnosti.

Fisherův test byl taktéž použit při určení, zda respondent pracuje/nepracuje ( $p = 1.0000$ ). Pracujících externistů bylo 9 (42.86%), nepracujících 12 (57.14%) a pracujících internistů 9 (40.91%) a nepracujících 13 (59.09%).

V žádné z uvedených sociodemografických oblastí tedy nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi externalisty a internalisty.

**Tabulka 4:** Porovnání jedinců s externím a interním LOC v sociodemografických proměnných

| Proměnné           | Externí       | Interní       | Test                 | p                   |
|--------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------------|
|                    | (n=21)        | (n=22)        |                      |                     |
|                    | n (%) / M±SD  |               |                      |                     |
| Věk (let)          | 56.52 (16.37) | 58.68 (16.38) | 2.1580 <sup>a</sup>  | 0.6680              |
| Počet let vzdělání | 15.05 (2.87)  | 14.36 (2.70)  | -0.6840 <sup>a</sup> | 0.4262              |
| <b>Pohlaví</b>     |               |               |                      | 0.3319 <sup>b</sup> |
| Muž                | 8 (38.10)     | 5 (22.73)     |                      |                     |
| Žena               | 13 (61.90)    | 17 (77.27)    |                      |                     |
| <b>Pracuje</b>     |               |               |                      | 1.0000 <sup>b</sup> |
| Ano                | 9 (42.86)     | 9 (40.91)     |                      |                     |
| Ne                 | 12 (57.14)    | 13 (59.09)    |                      |                     |

Poznámky: n = počet respondentů; M±SD = Průměr ± Směrodatná odchylka; <sup>a</sup> = t-test; <sup>b</sup> = Fisherův test.

**Hypotéza 2:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v religiozních proměnných

- v míře LOC HS

- v míře God Health Locus of Control (GHLC)

- v míře organizované religiozity (OR), neorganizované religiozity (NOR) a intrinzické religiozity (IR) v dotazníku DUREL.

V tabulce č. 5 jsou porovnávány rozdíly u pacientů s externím a interním LOC v religiozních proměnných - celkový součet (hrubý skór) dotazníku Pain LOC, God Health Locus of control (GHLC) a dotazník DUREL, standardně rozdělující 3 oblasti religiozity – organizovaná religiozita (OR), neorganizovaná religiozita (NOR) a intrinzická religiozita (IR).

V tabulce je u všech proměnných využit Wilcoxon-Kruskal/Willisův test, který statisticky významný rozdíl ukázal mezi interním a externím LOC v oblasti hrubého skóru LOC  $\chi^2(1) = 31.6218$ ;  $p = <0.0001$ . Externalisté měli hrubý skór vyšší  $M = 73.00$  ( $SD \pm 19.17$ ), než internalisté  $M = 16.18$  ( $SD \pm 13.27$ ).

V rozdílu mezi externalisty a internalisty v dotazníku God Health Locus of control se neprokázal statisticky významný rozdíl  $\chi^2(1) = 0.2647$ ;  $p = 0.6069$ . I když není výsledek signifikantní, vyšší skóre bylo u externalistů, jejichž průměrný hrubý skóre GHLC činil  $M = 9.90$  ( $SD \pm 9.11$ ), než u internalistů, u kterých v hrubém skóre GLHC bylo  $M = 6.95$  ( $SD \pm 2.66$ ). To znamená, že externalisté přikládají větší podíl na životních událostech Bohu, než internalisté.

V dotazníku DUREL nebyl ani u jedné položky stanoven statisticky významný rozdíl mezi externalisty a internalisty. V oblasti organizované religiozity (OR), která hodnotí veřejné náboženské aktivity, byl průměrný počet bodů vyšší u externích jedinců  $M = 2.24$  ( $SD \pm 1.51$ ), u interních jedinců byl nižší  $M = 1.73$  ( $SD \pm 0.83$ ). Průměrný počet bodů v oblasti neorganizované religiozity (NOR), hodnotící soukromé religiozní praktiky, byl vyšší u jedinců s externím LOC  $M = 2.24$  ( $SD \pm 1.84$ ), u jedinců s interním LOC byl skóre nižší  $M = 1.73$  ( $SD \pm 1.28$ ). Vyšší bodový skóre neorganizované religiozity značí soukromé náboženské praktiky, jako modlitbu. Intrinzická religiozita (IR), představující vnitřní přesvědčení, byla u externalistů průměrně hodnocena  $M = 7.57$  ( $SD \pm 4.34$ ) body, u internalistů  $M = 5.95$  ( $SD \pm 3.27$ ).

**Tabulka 5:** Porovnání externí (E) a interní (I) skupiny Pain LOC v religiozních proměnných

|                                  | <b>Externí<br/>(n=21)</b> | <b>Interní<br/>(n=22)</b> |                      |                   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Proměnné</b>                  | <b>M ± SD</b>             |                           | <b>Test</b>          | <b>p</b>          |
| <b>LOC (HS)</b>                  | 73 (19.17)                | 16.18 (13.27)             | 31.6218 <sup>c</sup> | <b>&lt;0.0001</b> |
| <b>GLHC (HS)</b>                 | 9.90 (9.11)               | 6.95 (2.66)               | 0.2647 <sup>c</sup>  | 0.6069            |
| <b>DUREL</b>                     |                           |                           |                      |                   |
| Organizovaná religiozita (OR)    | 2.24 (1.51)               | 1.73 (0.83)               | 0.5885 <sup>c</sup>  | 0.4430            |
| Neorganizovaná religiozita (NOR) | 2.24 (1.84)               | 1.73 (1.28)               | 0.2709 <sup>c</sup>  | 0.6027            |
| Intrinzická religiozita (IR)     | 7.57 (4.34)               | 5.95 (3.27)               | 1.8721 <sup>c</sup>  | 0.1712            |

*Poznámky: n = počet respondentů; M±SD = Průměr ± Směrodatná odchylka; <sup>c</sup>= Wilcoxon-Kruskal/Wallis test; HS = Hrubý skóre.*



**Hypotéza 3:** Pacienti s externím Pain Locus of control (E) se liší oproti internímu Pain Locus of control (I) v klinických a afektivních proměnných

- v intenzitě a nepříjemnosti bolesti (VAS), délce trvání bolesti (měsíce)
- ve strachu z bolesti FPQ-III malá bolest, velká bolest, lékařské výkony, celkový skóre
- v míře deprese (BDI-II)
- v subjektivně vnímaném hodnocení zdraví (DŽS)

Tabulka č. 6 ukazuje, jak se pacienti s externím Pain LOC liší oproti pacientům s interním Pain LOC v klinických a afektivních proměnných. V oblasti určení bolesti je stanovena intenzita a nepříjemnost bolesti podle škály VAS, jejíž hodnoty jsou stanoveny v milimetrech a délka trvání chronické bolesti stanovena v měsících. Z hodnotících škal tabulka zahrnuje dotazníky FPQ-III CZ, BDI-II a DŽS v oblasti zdraví.

Intenzita chronické bolesti dle VAS byla vyšší u externalistů, průměrně činila  $M = 50.95$  ( $SD \pm 22.28$ ), než u internalistů, u kterých bylo průměrně  $M = 57.50$  ( $SD \pm 23.49$ ). Byl využit t-test, který stanovuje hodnotu  $t(43) = 0.9380$ ;  $p = 0.3537$ , což v porovnání externí a interní skupiny nepoukazuje na významný statistický rozdíl.

Nepříjemnost bolesti, hodnocena škálou VAS, byla u obou skupin téměř totožná. U externalistů činil průměrný počet bodů  $M = 53.33$  ( $SD \pm 25.17$ ), u internalistů je průměrná hodnota  $M = 54.10$  ( $SD \pm 21.80$ ). Byl užit t-test s výsledkem  $t(43) = 0.1053$ ;  $p = 0.9167$ . Délka trvání bolesti byla hodnocena Wilcoxon-Kruskal/Wallis testem  $\chi^2(1) = 1.2817$ ;  $p = 0.2576$ , bez průkazu významného statistického rozdílu. Průměrná délka trvání bolesti je uvedena v měsících. Delší trvání je u externalistů  $M = 115.29$  ( $SD \pm 134.54$ ) a u internalistů je délka trvání bolesti kratší  $M = 94.34$  ( $SD \pm 128.69$ ).

FPQ-III CZ, hodnocen Wilcoxon-Kruskal/Willis testem, je rozdělen na strach z malé bolesti, strach z velké bolesti a strach z lékařských výkonů. Ani u jednoho nebyl prokázán významný statistický rozdíl. Externalisté měli vyšší bodový skóre u strachu z malé bolesti  $M = 16.43$  ( $SD \pm 5.78$ ), než interní jedinci s průměrným bodovým skórem  $M = 13.82$  ( $SD \pm 5.85$ );  $\chi^2(1) = 3.5082$ ;  $p = 0.0611$ , je tedy hraničně signifikantní (obr. 1).

Strach z velké bolesti v porovnání externích a interních jedinců vyšel nesignifikantní  $\chi^2(1) = 1.6387$ ;  $p = 0.2005$ . U externalistů byl průměrný počet bodů mírně vyšší  $M = 16.24$  ( $SD \pm 5.48$ ), než u internalistů  $M = 14.23$  ( $SD \pm 6.05$ ).

Průměrný počet bodů v oblasti lékařských výkonů byl u externalistů vyšší  $M = 14.67$  ( $SD \pm 4.82$ ), než u internalistů  $M = 12.36$  ( $SD \pm 5.00$ );  $\chi^2(1) = 3.1889$ ;  $p = 0.0741$  (obr. 2). Vztah mezi externalisty a internalisty je tedy hraničně signifikantní.

Hrubý skór dotazníku FPQ-III byl vyšší u externalistů  $M = 47.33$  ( $SD \pm 14.46$ ), u internalistů byl nižší  $M = 40.41$  ( $SD \pm 15.14$ ); test ukázal negativní, ale nesignifikantní vztah  $\chi^2 = -1.53391$ ;  $p = 0.1327$ .

Protože u dotazníku strachu z bolesti byly dvě škály hraničně signifikantní, nechali jsme spočítat post hoc power na velikost vzorku, aby škály vyšly signifikantní. U škály FPQ-III-malá bolest bychom potřebovali 79 respondentů, u FPQ-III-velká bolest 130 respondentů a FPQ-III lékařské výkony 73 respondentů. Aby vyšel hrubý skór signifikantní, je potřeba 73 pacientů.

### Linear Fit

LoC HS =  $62,4 - 6,7 * D\check{Z}S$  Zdraví

### POST HOC – power alespoň 50%, $p=0,05$

#### Oneway Analysis of FPQ III HS By LoC I/E

##### Least Significant Number

| $\alpha$ | $\sigma$ | $\delta$ | Number(LSN) |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0,0500   | 14,81264 | 3,461185 | 73          |

#### Oneway Analysis of HS malá bolest By LoC I/E

##### Least Significant Number

| $\alpha$ | $\sigma$ | $\delta$ | Number(LSN) |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0,0500   | 5,815068 | 1,304842 | 79          |

#### Oneway Analysis of HS velká bolest By LoC I/E

##### Least Significant Number

| $\alpha$ | $\sigma$ | $\delta$ | Number(LSN) |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0,0500   | 5,77985  | 1,005139 | 130         |

#### Oneway Analysis of HS lékařské výkony By LoC I/E

##### Least Significant Number

| $\alpha$ | $\sigma$ | $\delta$ | Number(LSN) |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0,0500   | 4,913291 | 1,151204 | 73          |

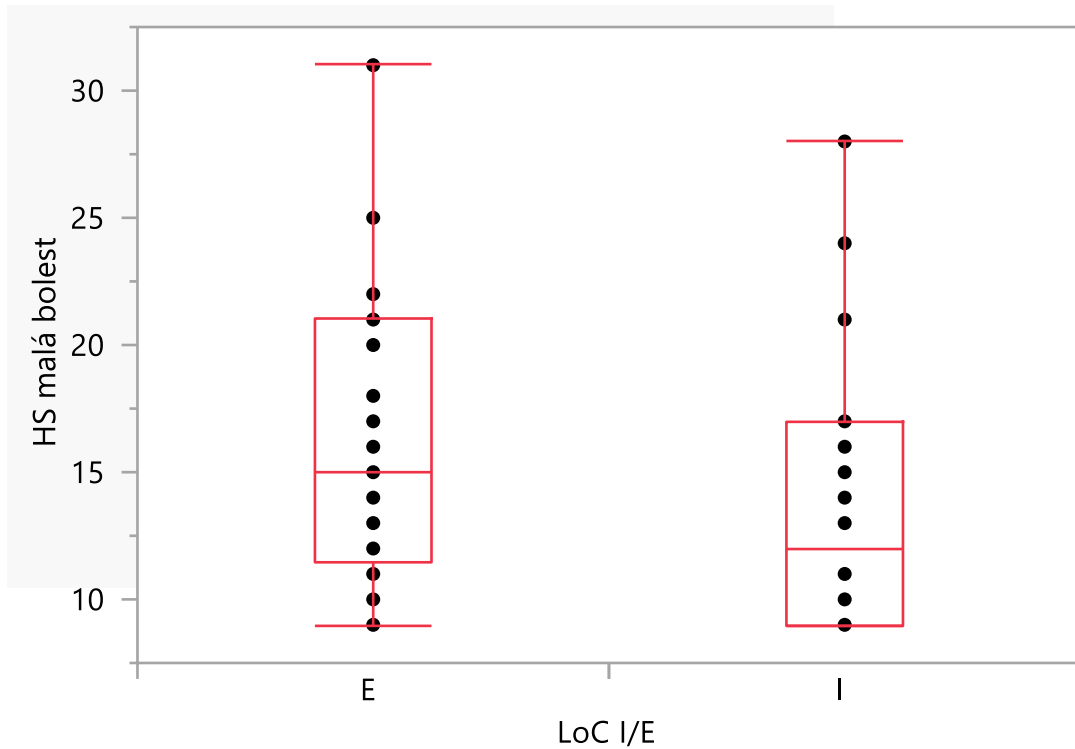
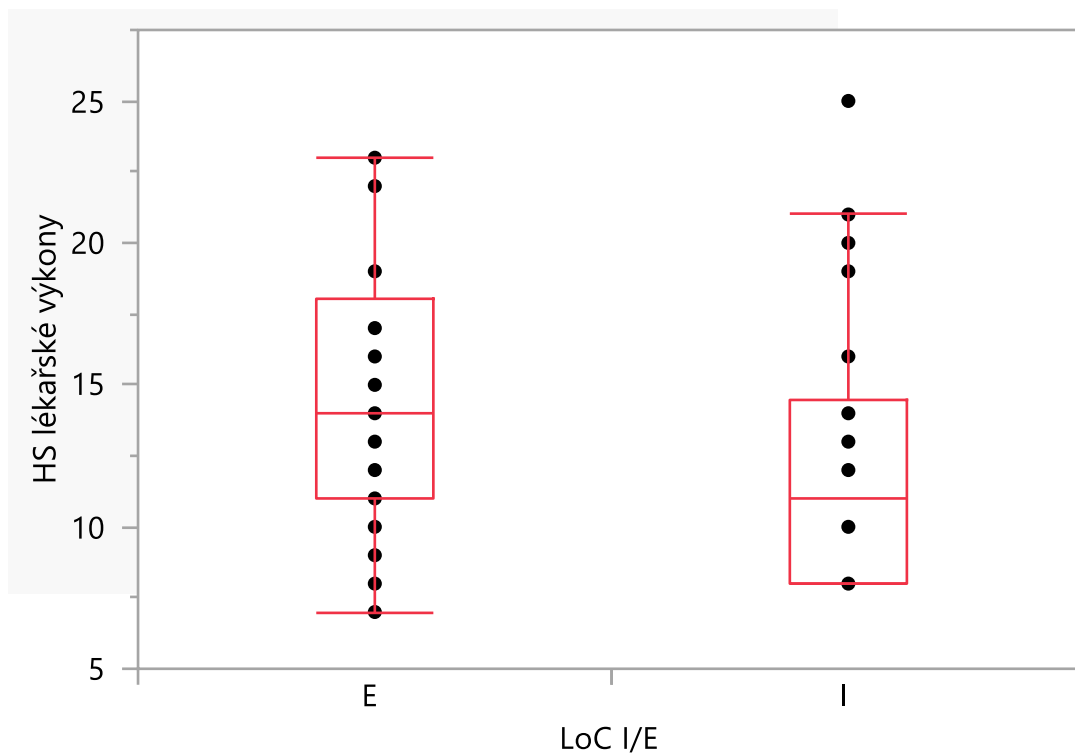
V dotazníku BDI-II byl stanoven významný statistický rozdíl v míře deprese  $\chi^2 (1) = 4.1916$ ;  $p = 0.0406$ , s průměrným bodovým hodnocením externalistů  $M = 13.29$  ( $SD \pm 9.67$ ) a internalistů  $M = 7.41$  ( $SD \pm 4.64$ ). Externalisté tedy měli průměrně větší depresi, než internalisté (obr. 3).

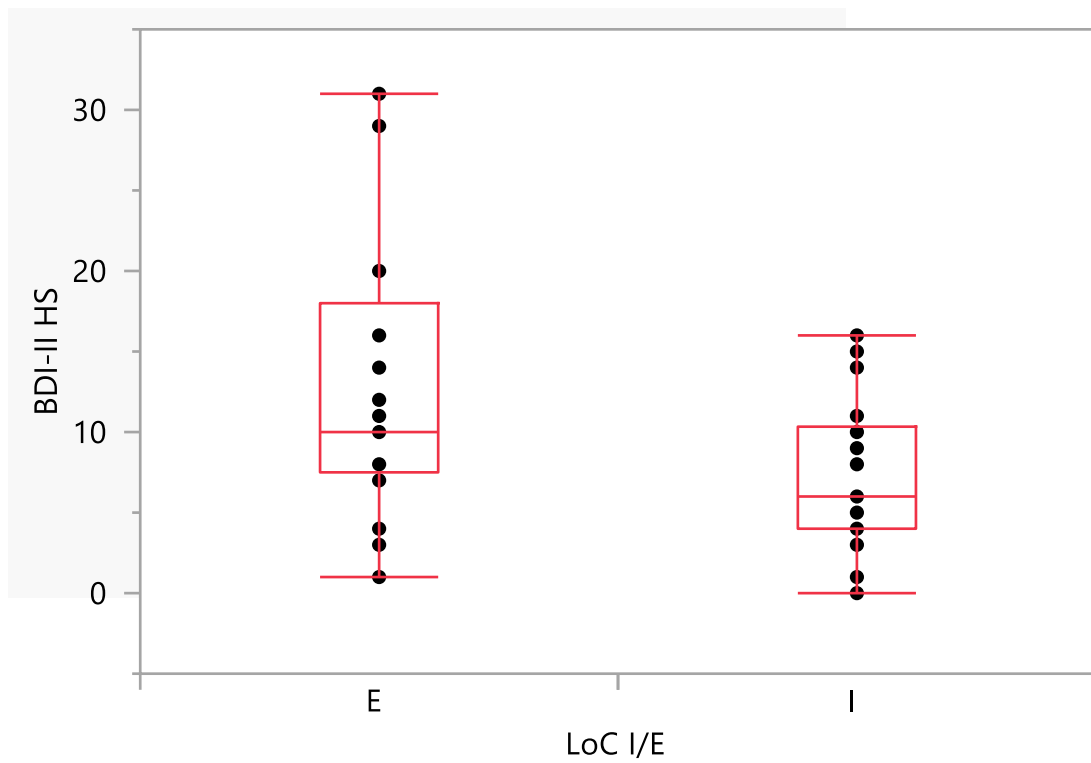
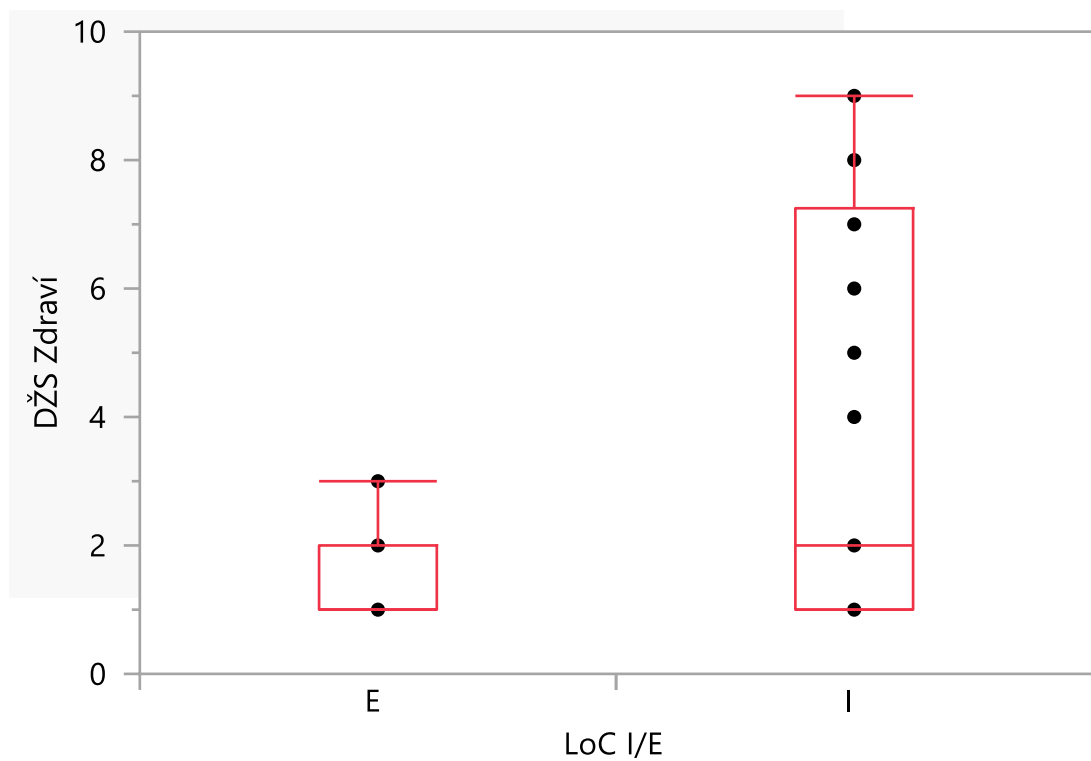
V DŽS ve škále zdraví byl statisticky významný rozdíl  $\chi^2 (1) = 7.6638$ ;  $p = 0.0056$ . Externalisté měli nižší počet bodů  $M = 1.52$  ( $SD \pm 0.68$ ) než interní jedinci, kteří měli vyšší počet bodů  $M = 3.95$  ( $SD \pm 2.97$ ). Větší životní spokojenost je tedy prokázána u internalistů, u externího LOC je životní spokojenost menší (obr. 4).

**Tabulka 6:** Porovnání externí (E) a interní (I) skupiny v klinických a afektivních proměnných

|  | Externí (n=21)  | Interní (n=22) |                       |               |
|--|-----------------|----------------|-----------------------|---------------|
| Proměnné                                   | M±SD            |                | Test                  | p             |
| <b>Intenzita bolesti dle VAS (v mm)</b>    | 50.95 (22.28)   | 57.50 (23.49)  | 0.9380 <sup>a</sup>   | 0.3537        |
| <b>Nepříjemnost bolesti dle VAS (v mm)</b> | 53.33 (25.17)   | 54.10 (21.80)  | 0.1053 <sup>a</sup>   | 0.9167        |
| <b>Délka trvání (měsíce)</b>               | 115.29 (134.54) | 94.34 (128.69) | 1.2817 <sup>c</sup>   | 0.2576        |
| <b>FPQ III CZ</b>                          |                 |                |                       |               |
| Z malé bolesti                             | 16.43 (5.78)    | 13.82 (5.85)   | 3.5082 <sup>c</sup>   | 0.0611        |
| Z velké bolesti                            | 16.24 (5.48)    | 14.23 (6.05)   | 1.6387 <sup>c</sup>   | 0.2005        |
| Z lékařských výkonů                        | 14.67 (4.82)    | 12.36 (5.00)   | 3.1889 <sup>c</sup>   | 0.0741        |
| Hrubý skór                                 | 47.33 (14.46)   | 40.41 (15.14)  | -1.53391 <sup>a</sup> | 0.1327        |
| <b>BDI-II (HS)</b>                         | 13.29 (9.67)    | 7.41 (4.64)    | 4.1916 <sup>c</sup>   | <b>0.0406</b> |
| <b>DŽS – zdraví</b>                        | 1.52 (0.68)     | 3.95 (2.97)    | 7.6638 <sup>c</sup>   | <b>0.0056</b> |

Poznámky: n = počet respondentů; M±SD = Průměr ± Směrodatná odchylka; <sup>a</sup> = t-test; <sup>c</sup> = Wilcoxon-Kruskal/Wallis test; HS = Hrubý skór; VAS = vizuální analogová škála; FPQ III CZ = Fear Of Pain Questionnaire III česká verze; BDI-II = Beck Depression Inventory II; DŽS = Dotazník životní spokojenosti.

**Obrázek 1:** Krabicový diagram - porovnání FPQ-III malá bolest a LOC I/E**Obrázek 2:** Krabicový diagram - porovnání FPQ III lékařské výkony a LOC I/E

**Obrázek 3:** *Krabicový diagram – porovnání BDI-II (HS) a LOC I/E***Obrázek 4:** *Krabicový diagram – porovnání DŽS zdraví a LOC I/E*

**Hypotéza 4:** LOC HS predikují

- Religiozní proměnné - GLHC, DUREL OR, NOR, IR
- Afektivní proměnné - strach z bolesti FPQ-III - malá bolest, velká bolest, lékařské výkony, HS, BDI-II
- Proměnné bolesti - VAS I, VAS N, délka bolesti
- DŽS zdraví

Tabulka 7 znázorňuje, jak hrubý skór Locus of control souvisí s religiozními proměnnými, afektivními proměnnými, proměnnými bolesti a životní spokojeností v oblasti zdraví, za pomoci neparаметrického Spearmanova korelačního testu.

Proměnné uvedené v tabulce 7, pozitivně korelují s hrubým skórem Locus of control, kromě proměnných DŽS-zdraví a intenzity bolesti.

Signifikantní pozitivní korelace je prokázána u DUREL-IR (obr. 5); FPQ-III-malá bolest (obr. 6), lékařské výkony (obr. 7) a BDI-II (HS) (obr. 9). Což znamená, že čím vyšší je hrubý skór LOC, tím je větší strach z malé bolesti a lékařských výkonů dle dotazníku FPQ-III, předpovídá vyšší míru intrinzičké religiozity, určenou dle dotazníku DUREL a vyšší míru deprese dle dotazníku BDI-II.

U dotazníků GLHC (HS); DUREL-OR, NOR; FPQ-III-velká bolest; FPQ-III (HS) (obr. 8); u nepříjemnosti a délky trvání bolesti se jednalo o nesignifikantní pozitivní korelaci. Negativní, ale nesignifikantní korelace se ukázala u intenzity bolesti.

Negativní signifikantní korelace vyšla u DŽS – zdraví (obr. 10) v souvislosti s LOC (HS). Znamená to, že čím vyšší je hrubý skór LOC (čím více je jedinec externí), tím menší bude životní spokojenost dle DŽS-zdraví.

**Tabulka 7:** Spearmanova korelace – predikce LOC (HS) s religiozními, afektivními proměnnými, proměnnými bolesti a DŽS zdraví

| <b>Locus of control (HS)</b>      |                         |               |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|
| <b>Proměnná</b>                   | <b><math>r_s</math></b> | <b>p</b>      |
| <b>GLHC (HS)</b>                  | 0.2316                  | 0.1351        |
| <b>DUREL</b>                      |                         |               |
| Organizovaná religiozita (OR)     | 0.1524                  | 0.3293        |
| Neorganizovaná religiozita (NOR)  | 0.1748                  | 0.2623        |
| Intrizická religiozita (IR)       | 0.3051                  | <b>0.0466</b> |
| <b>FPQ – III CZ</b>               |                         |               |
| Malá bolest                       | 0.3589                  | <b>0.0181</b> |
| Velká bolest                      | 0.2384                  | 0.1237        |
| Lékařské výkony                   | 0.3230                  | <b>0.0346</b> |
| Hrubý skór                        | 0.2808                  | 0.0682        |
| <b>BDI – II (HS)</b>              | 0.4311                  | <b>0.0039</b> |
| <b>Intenzita bolesti (VAS)</b>    | -0.0852                 | 0.5868        |
| <b>Nepříjemnost bolesti (VAS)</b> | 0.0325                  | 0.8362        |
| <b>Trvání bolesti (měsíce)</b>    | 0.1487                  | 0.3411        |
| <b>DŽS – zdraví</b>               | -0.4316                 | <b>0.0039</b> |

*Poznámky: HS = Hrubý skór;  $r_s$  = Spearmanova korelace; GLHC = God Locus of Health Control; DUREL = The Duke University Religion Index; VAS = vizuální analogová škála; FPQ III CZ = Fear Of Pain Questionnaire III česká verze; BDI-II = Beck Depression Inventory II; DŽS = Dotazník životní spokojenosti.*

Z uvedených veličin, které byly nejvíce signifikantní, byl následně vytvořen model pro predikci metodou Stepwise lineární regrese (tab. 8), kam byly vybrány signifikantně významné proměnné - BDI-II a DŽS-zdraví.

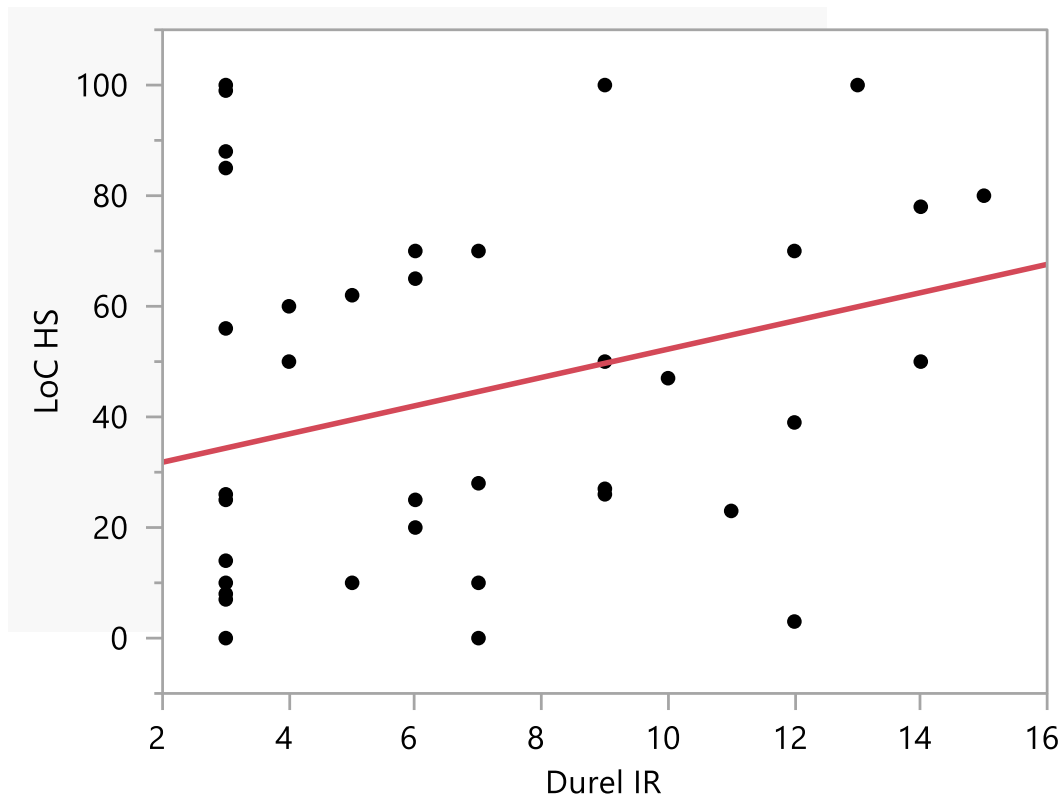
Na základě výsledného modelu Stepwise lineární regrese (tab. 8), může být variabilita proměnné LOC (HS) 40% vysvětlena těmito proměnnými - BDI-II a DŽS-zdraví.

Zvýšení o 1 bod v dotazníku BDI-II vede ke zvýšení LOC (HS) průměrně o 1.7cm, tedy směrem k externalitě. Zvýšení o 1 bod v dotazníku DŽS-zdraví snižuje LOC (HS) o průměrně 5.0cm, takže blíže k internalitě.

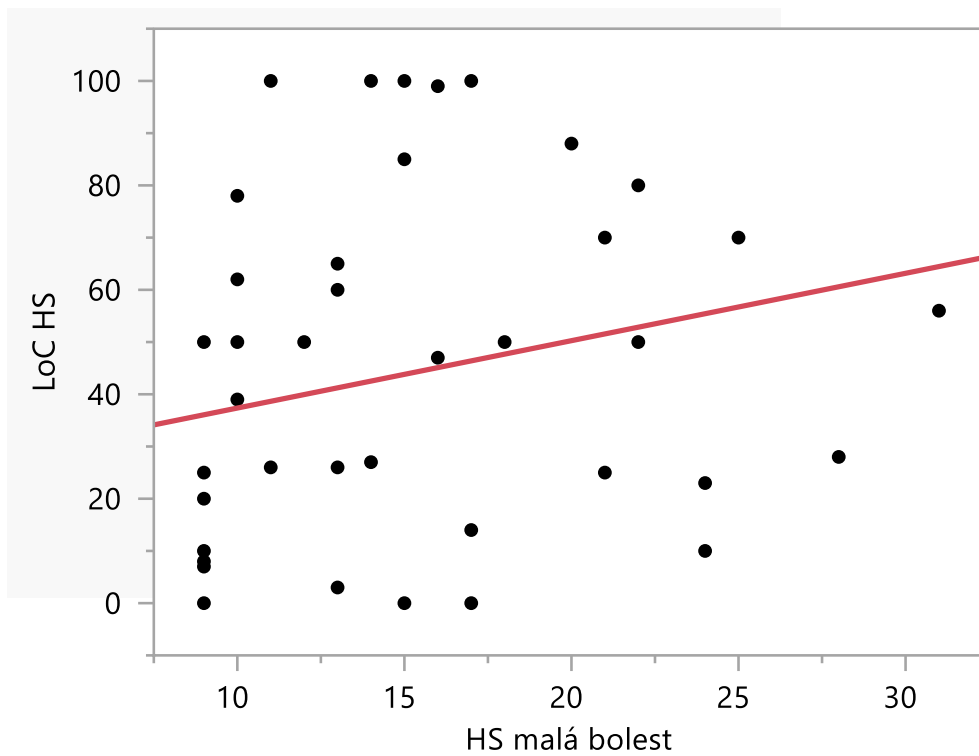
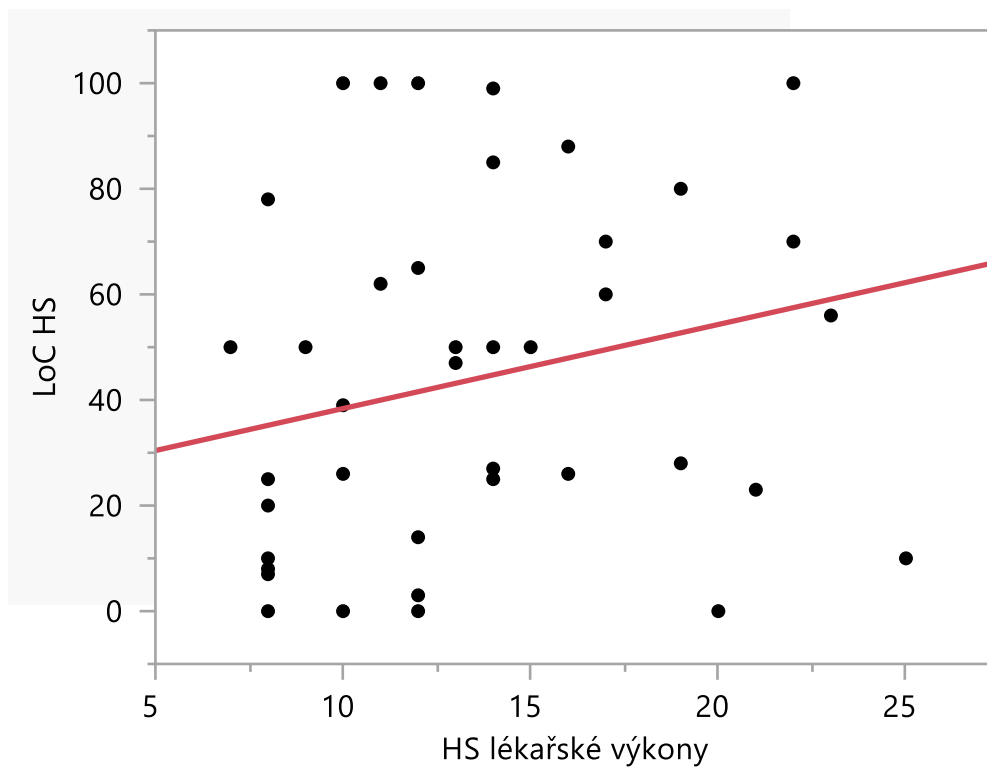
**Tabulka 8:** Výsledný model lineární regrese metodou Stepwise

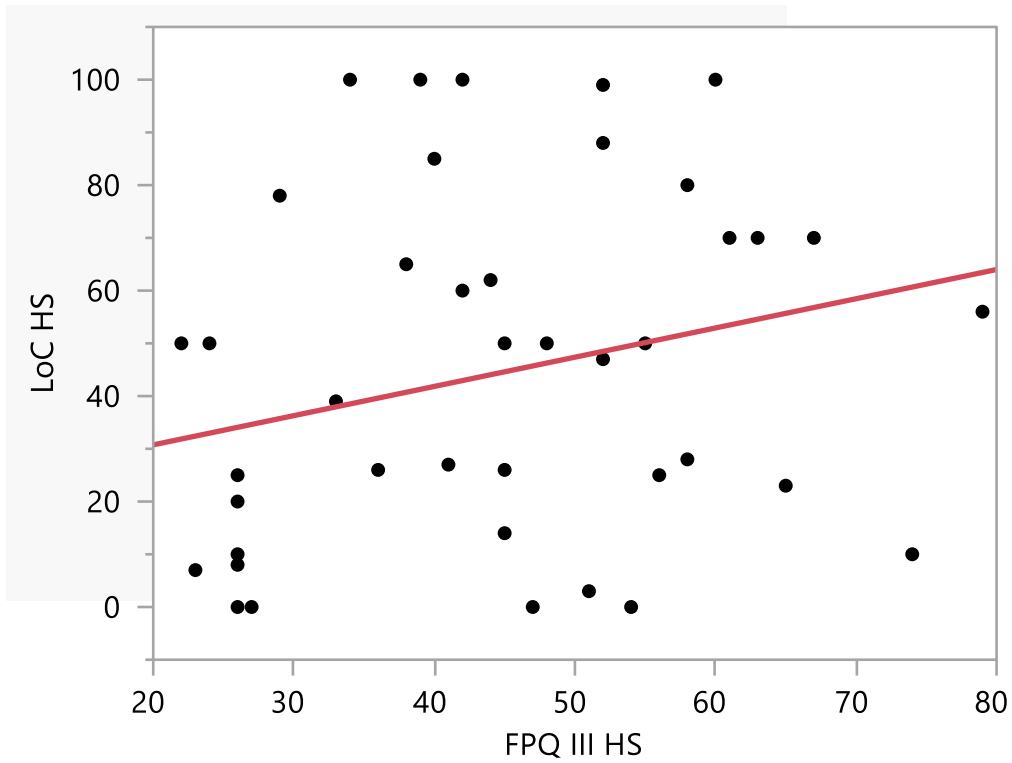
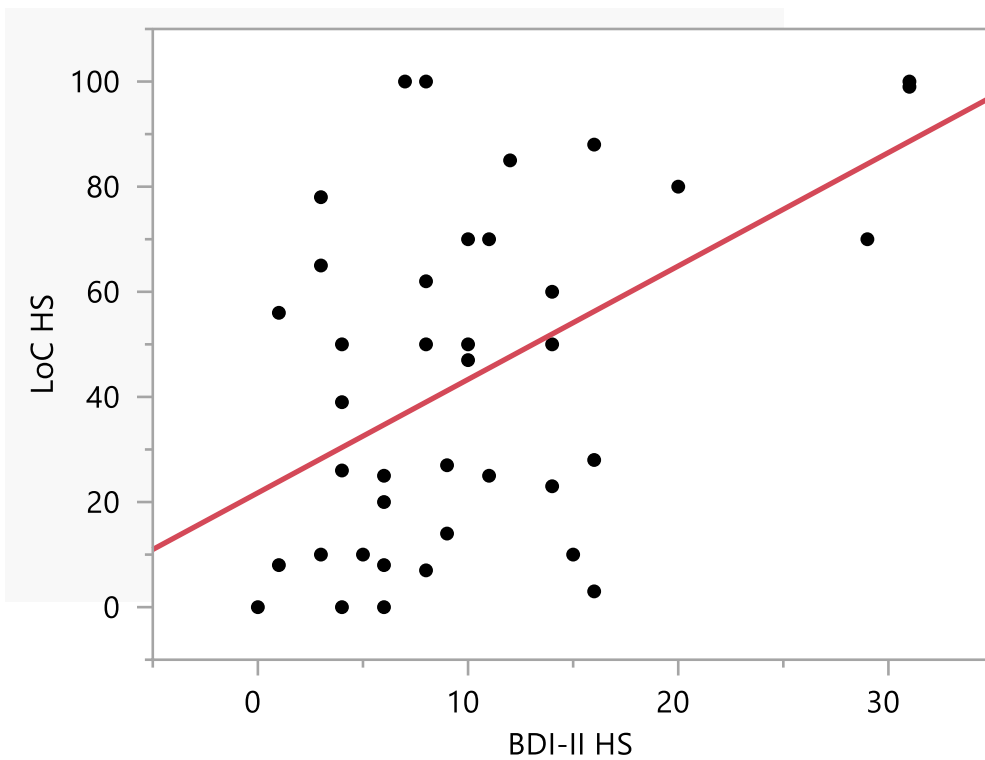
| LOC (HS)           |         |         |               |                |
|--------------------|---------|---------|---------------|----------------|
|                    | $\beta$ | t-ratio | p             | R <sup>2</sup> |
| <b>Intercept</b>   | 40.43   | 4.46    | <0.0001       | 0.4049         |
| <b>BDI-II (HS)</b> | 1.6981  | 3.23    | <b>0.0025</b> |                |
| <b>DŽS-zdraví</b>  | -5.0424 | -2.97   | <b>0.0051</b> |                |

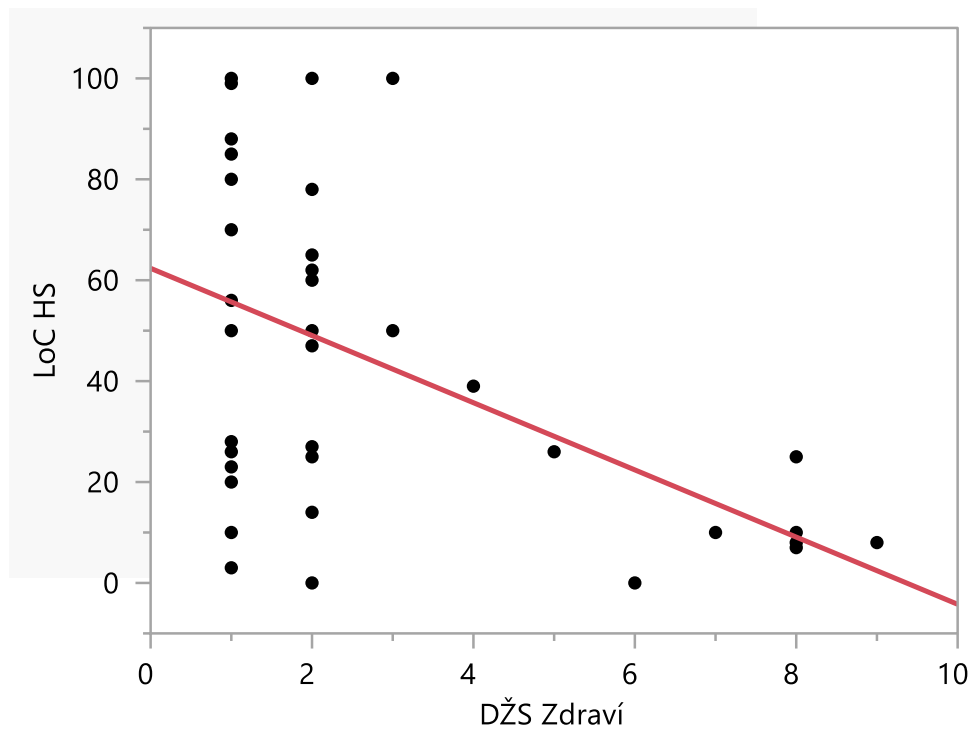
Poznámky: LOC = Locus of control; HS = Hrubý skór; R<sup>2</sup> = RSquare; BDI-II = Beck Depression Inventory II; DŽS = Dotazník životní spokojenosti;  $\beta$  = koeficient beta.

**Obrázek 5:** Regresní analýza LOC (HS) a DUREL (IR)



**Obrázek 6:** Regresní analýza LOC (HS) a FPQ III malá bolest**Obrázek 7:** Regresní analýza LOC (HS) a FPQ-III lékařské výkony

**Obrázek 8:** Regresní analýza LOC (HS) a FPQ-III (HS)**Obrázek 9:** Regresní analýza LOC (HS) a BDI-II (HS)

**Obrázek 10:** Regresní analýza LOC (HS) a DŽS zdraví

### 3.6 Diskuze

Prožívání tíživých životních situací, je pro každého velmi náročnou záležitostí. Předpokládá se, že v případě, kdy má jedinec nad děním událostí v životě kontrolu, snáší se mu tyto události lépe, než jedinci, který nad událostmi nemá kontrolu a je odkázán na osud, náhodu, Boha nebo jinou osobu. Teoretický model Locus of control rozlišuje vnímání vlastní kontroly nad děním událostí v životě na externí a interní. Tato studie se zabývá, jak se Locus of control může vzájemně ovlivňovat se sociodemografickými proměnnými, religiozními proměnnými, afektivními proměnnými, proměnnými bolesti a životní spokojeností.

V Empirické části se nejprve zabýváme vztahem mezi Locus of control a sociodemografickými proměnnými. V naší studii je Locus of control rozdělován na interní a externí. Jiné výzkumy rozdělují externí Locus of control dále na: chance (náhoda) a powerful others (mocní jiní) (Jacobs-Lawson, 2011, Musich, 2020). V jiných je využíváno dělení externího LOC na chance, powerful others a doctors. Lékaře tedy oddělují od skupiny mocní jiní (Araújo, 2010) a v některých je místo lékařů uváděn Bůh (Aflakseir, 2016).

Odlišnosti externích a interních jedinců jsme zkoumali v naší práci. Rozdíl mezi interním a externím LOC a sociodemografickými proměnnými je využíván např. ve výzkum Virmozelové (2016). Zahrnoval 608 respondentů ve věku 15-65 let. Zkoumá vztah mezi interním a externím LOC a sociodemografickými proměnnými: vzdělání, rodinný stav, pracovní postavení a druh bydliště. Proměnné vzdělání, rodinný stav a pracovní postavení se prokázaly jako statisticky signifikantní. Vztah mezi druhem bydlení a LOC singifikantní nebyl. Dělení LOC na interní, powerful others a chance využil Jacobs-Lawson a kol. (2011), kteří ve svém výzkumu zkoumali prediktory zdravotního místa kontroly u starších dospělých ve věku 54-84 let. Sociodemografické proměnné byly uvedeny: věk, vzdělání, rodinný stav a pohlaví. Jako signifikantní k internímu HLOC se ukázala proměnná vzdělání – čím vyšší vzdělání, tím vyšší interní HLOC. Ostatní proměnné nebyly signifikantní. U HLOC-powerful others se ukázaly jako signifikantní proměnné věk, vzdělání, rodinný stav. Signifikantní vztah je mezi HLOC powerful others a roky manželství. V oblasti vzdělání byl prokázán nesignifikantní vztah. U HLOC-chance nebyla ani jedna z uvedených proměnných podle regresního modelu signifikantní. V našem výzkumu jsme zkoumali vztah proměnných věk, počet let vzdělání, pohlaví, vzdělání, pracuje/nepracuje k proměnné LOC interní/externí u 43 respondentů. V žádné

z uvedených oblastí jsme neprokázali statisticky významný rozdíl, pravděpodobně z důvodu malého vzorku respondentů. Pokud by se výzkumu účastnilo více respondentů, pravděpodobně by nám vyšel významný statistický rozdíl u proměnné vzdělání, což taky vyšlo ve výše uvedených výzkumech.

Dále jsme zkoumali, jak se liší externalisté a internalisté v religiozních proměnných LOC (HS), GLHC, DUREL – OR, NOR, IR. Hodnocení religiozity je obtížné z důvodu různých druhů náboženství, etnit a vysoké subjektivitě tohoto pojmu. Religiozita je označována za prediktor zdraví (Haedey, 2014, Sullivan, 2010). Boyd (2020) zkoumal rozdíly mezi externalisty/internalisty a GLHC na 847 studentech. Statisticky signifikantní pozitivní vztah byl mezi GLHC a externím LOC-náhoda a externím LOC-mocní jiní. Mezi GLHC a interním LOC byl prokázán negativní signifikantní vztah, to bylo předpokladem i našeho výzkumu. Což znamená že externalisté více spoléhají na Boha, než internalisté. Podobné výsledky prezentoval i Wallston ve své práci z roku 1999. Odlišné výsledky však prezentuje Iles-Caven (2020), který taktéž zkoumal souvislost mezi vnitřním/vnější LOC a Bohem na rodičích. Prokázalo se, že jedinci, kteří navštěvovali bohoslužby, měli vyšší interní LOC a čím častější byly návštěvy bohoslužeb, tím více interní byli. V našem výzkumu jsme neprokázali statisticky významný rozdíl mezi externalisty a internalisty v dotazníku GLHC, pravděpodobně kvůli nízkému počtu respondentů. Ale předpokládáme, že Bůh se řadí do externího místa kontroly, takže by externalisté měli mít vyšší hrubý skóre v dotazníku GLHC.

V některých výzkumech se předpokládá, že Bůh patří k externímu LOC. Někteří autoři rozlišují externí LOC na již zmíněné – náhoda, mocní jiní (Musich, 2020, Cano-García, 2013), někde je uvedena i třetí subškála externího LOC – lékaři (Araújo, 2010). Někteří autoři se přiklání k názoru, že vedle interního LOC, externích mocných jiných, náhody, by Bůh měl být další zvláštní subškálou Locus of control. Religiozita, jakožto víra v Boha, může být silným podnětem k rozvoji vlastností, jako vytrvalost nebo vyšší angažovanost v řešení problémů, které jsou přiřazovány k internímu LOC (Boyd, 2020). Statisticky významný rozdíl jsme v naší práci prokázali ve vztahu LOC (HS) a interních a externích jedinců. Čím vyšší je hrubý skóre škály Locus of control, tím více je jedinec externí. V hledání rozdílu mezi externalisty a internalisty v dotaznících GLHC, DUREL jsme mezi externalisty a internalisty nenašli statisticky významný rozdíl. Pravděpodobně z důvodu malého počtu respondentů.

Dále jsme zkoumali klinické a afektivní proměnné LOC, mezi které jsme zařadili údaje o bolesti, dotazník FPQ-III, BDI-II a a DŽS-zdraví.

Předpokládá se, že jedinci s interním LOC snášejí lépe bolest, v léčbě více spolupracují a aktivně vyhledávají další možnosti úlevy od bolesti, než jedinci s externím LOC (Löfler, 2018). Vztah Locus of control s intenzitou bolesti, na 113 pacientech s chronickou bolestí dolní části zad, zkoumal Sengul a kol. (2010). Rozděluje LOC na interní, externí a náhodu, u kterých porovnává, jak proměnné korelují mezi intenzitou bolesti v klidu a bolestí při pohybu (dle VAS). Pozitivní korelace vyšla mezi interním LOC a bolestí při pohybu, což znamená, že internalisté častěji udávají bolest při pohybu, externalisté častěji udávají bolest v klidu. Löfler a kol. (2018) zkoumali vliv ovladatelnosti bolesti a utrpení na 51 zdravých jedincích, kterým podávali elektrické stimuly, simulující chronickou bolest zad. Bylo prokázáno, že zvýšením schopnosti kontrolovat, tudíž zvýšením vlastní míry kontroly, se snižuje utrpení spojené s bolestí, ale intenzita a nepříjemnost (dle VAS) zůstává neovlivněna. V našem výzkumu nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi interními a externími respondenty v intenzitě, nepříjemnosti, délce trvání bolesti, což potvrzuje výsledky výše uvedených výzkumů.

Předpokládá se, že menší strach z bolesti mají internalisté, protože předpokládají, že jejich vlastním konáním se mohou vyhnout bolestivé situaci. Strach z bolesti je v naší práci zastoupen dotazníkem FPQ-III. U položek FPQ-III jsme neprokázali významný statistický rozdíl, ale u 2 vyšel hraničně signifikantní. Vypočítali jsme tedy post hoc power, který určil, kolik je potřeba respondentů, aby bylo dosaženo významného statistického rozdílu v subškálách FPQ-III.

Výzkumy ukazují, že deprese souvisí s místem kontroly. Ve vztahu Locus of control a deprese se předpokládá, že externí jedinci budou mít větší sklon k invaliditě, depresivním a bolestivým stavům (Campbell, 2017). Na obyvatelech Malajsie byly zkoumány symptomy deprese a jejich prediktory. Významný negativní vztah se ukázal mezi depresí, interním LOC a externím LOC-powerful others. Čím nižší LOC (HS), poukazující na vysokou míru internality, a vysoký externí LOC powerful others, tím je nižší míra deprese. Mezi depresí a externím LOC-chance nebyl nalezen statisticky významný rozdíl (Yeoh, 2017). Ve výzkumu deprese u starších iránských dospělých s chronickými nemocemi se častější výskyt deprese ukázal u starších jedinců s nízkým interním LOC a nízkým božským LOC, jsou tedy významnými prediktory deprese. Významný pozitivní vztah mezi interním LOC a depresí byl prokázán tedy i v této studii. Místo dotazníku BDI-II zde byla využita škála geriatrické deprese (GDS), je zde však stejný výsledek studie (Aflakseir, 2016). Významný statistický rozdíl nám vyšel v dotazníku BDI-II, hodnotící míru deprese. Vyšší bodový skóre dotazníku BDI-II měla externí skupina, což

potvrzuje, že externalisté mají vyšší míru deprese, než internalisté, protože internalisté se snaží aktivněji řešit situaci a sami vyhledávají prostředky k tlumení deprese.

Místo kontroly souvisí s životní spokojeností, kterou jsme v naší práci zkoumali dotazníkem DŽS, ve kterém jsme se zaměřili na oblast zdraví. Na prožívání náročných životních situací má vliv místo kontroly, která ovlivňuje jejich zvládnutí. Interní LOC má prokazatelně pozitivní vliv na prožívání tíživých situací, u externího LOC je tomu naopak. Získání větší kontroly nad událostmi vede k přijetí a lepšímu zvládnutí. Externí jedinci však mají tendenci si toto břemeno s sebou nést a to vede ke smutku a depresím, takže je ovlivněna životní spokojenost v tomto případě negativně, než u interních jedinců (Zawawi, 2009). Vyšel nám významný statistický rozdíl u DŽS-zdraví. Interní jedinci měli vyšší bodový skóre DŽS-zdraví, což potvrzuje vyšší životní spokojenost interní skupiny. Důvodem je, že internalisté vidí nejvýznamnější činitel v sobě samém, takže se s depresí a s tíživými událostmi snaží vyrovnat více aktivněji, než externalisté, kteří se spoléhají na jiné činitele.

## 4 ZÁVĚR

Teoretická část nejprve popsala problematiku chronické bolesti, včetně její léčby, se zaměřením na farmakoterapii, která je jednou z nejčastějších druhů léčby chronické bolesti. V další části byly postupně uvedeny vztahy mezi spiritualitou, religiozitou, Locus of control a psychickým, fyzickým zdravím a bolestí. Vysvětlili jsme uvedené pojmy, rozdělili jsme termíny religiozita a spiritualita, které bývají často zaměňovány a ve výzkumech nebývají často rozlišovány. Poukázali jsme, že pozitivní vnímání spirituality, religiozity, Locus of control, může jedince přimět přeformulovat těžké životní situace v motivační činitel, který dodává naději a sílu k řešení situace. Mohou jedinci přinášet pocit bezpečí a síly v těžkých dobách. Souvisí s kvalitou života a životní spokojeností, se kterými se navzájem prolínají a jsou uvedeny metody k měření uvedených proměnných. V empirické části byl proveden kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo 43 pacientů lůžkového oddělení Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol. Nejprve jsme zkoumali, jak se liší jedinci s interním LOC proti externím jedincům v sociodemografických, religiozních, klinických a afektivních proměnných a predikci uvedených proměnných. V hledání rozdílu mezi externími a interními jedinci v sociodemografických proměnných nám nevyšel stejný výsledek, jako v jiných, podobných výzkumech, pravděpodobně z důvodu nízkého počtu respondentů. Hraničně signifikantní vztah nám vyšel u 2 subškál dotazníku FPQ-III. Vypočítali jsme tedy post hoc power a vyšel nám výsledek, kolik bychom potřebovali respondentů, aby nám tvrzení vyšlo stejně. Zbylé výsledky analýz nebyly v rozporu s již uskutečněnými výzkumy. Podrobné porovnání našich výsledků s jinými výzkumy bylo popsáno v kapitole diskuze. Naši prací jsme ukázali, že vnímané místo kontroly skutečně souvisí se strachem, depresí, životní spokojeností, bolestí a měli bychom na to dbát i v naší ošetrovatelské praxi. Bolest je velmi často se vyskytující a vysoce subjektivní záležitostí, se kterou se zdravotníci u pacientů setkávají téměř denně. Prožívání bolesti způsobuje pacientovi i další obtíže, od psychickým problémů (deprese, úzkosti) až po invaliditu.

Při komunikaci zdravotnického pracovníka s pacientem není důležité se zaměřovat pouze na samotnou bolest, ale je potřeba brát pacienta holisticky, abychom docílili co nejefektivnější léčby. Nejenom na bolest, ale i na zdraví, nemoc a spolupráci při její léčbě má vliv religiozita, spiritualita a Locus of control, kterými jsme se v naší práci zabývali. Proto věnujme našim pacientům dostatek času a naslouchejme jim, abychom zjistili informace, které nejsou hned zřejmé, ale mohou ovlivnit léčbu a jejich spolupráci.



## REFERENČNÍ SEZNAM

- ABU, Hawa O., Christine ULBRICHT, Eric DING, Jeroan J. ALLISON, Elena SALMOIRAGO-BLOTCHER, Robert J. GOLDBERG a Catarina I. KIEFE. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research* [online]. 2018, 27(11), 2777-2797 [cit. 2022-12-22]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-018-1906-4
- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024702797. s. 37
- ADAM, Z. Farmakologie neopioidních analgetik: informace pro praxi. *Vnitřní Lékařství* [online]. 2006, 52(3), 98-112 [cit. 2022-04-03]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: [https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/incpdfs/inf-990000-1900\\_10\\_004.pdf#page=91](https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/incpdfs/inf-990000-1900_10_004.pdf#page=91)
- AFLAKSEIR, A. A. The Role of Health Locus of Control in Predicting Depression Symptoms in a Sample of Iranian Older Adults with Chronic Diseases. *Iran Journal Psychiatry* [online]. 2016, 11(2), 82-86 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947224/pdf/IJPS-11-82.pdf>
- AMJAD, Faiza a Iram Zehra BOKHAREY. The Impact of Spiritual Wellbeing and Coping Strategies on Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Muslim Mental Health* [online]. 2014, 8(1) [cit. 2022-12-07]. ISSN 1556-5009. Dostupné z: doi:10.3998/jmmh.10381607.0008.102
- ARAÚJO, Louise G. Pain Locus of control scale: adaptation and reliability for elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [online]. 2010, 14(5), 438-445 [cit. 2023-04-05]. ISSN 1413-3555. Dostupné z: doi:10.1590/S1413-35552010000500014
- ASADI-PIRI, Zahra, Idethia Shevon HARVEY, Mohammad-Hasan IMANI-NASAB, Soodabeh ZARE, Soraya NOURAEI MOTLAGH a Nasim CHERAGHI. Spirituality and pain self-efficacy in older adults with chronic pain: evidence from Iran. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [online]. 2021, 33(3), 298-310 [cit. 2023-01-08]. ISSN 1552-8030. Dostupné z: doi:10.1080/15528030.2020.1845277
- BAETZ, Marilyn a Rudy BOWEN. Chronic Pain and Fatigue: Associations with Religion and Spirituality. *Pain Research and Management* [online]. 2008, 13(5), 383-388 [cit. 2022-03-20]. ISSN 1203-6765. Dostupné z: doi:10.1155/2008/263751

- BALA, D. V. Spirituality in Health and Diseases. *Healthline* [online]. 2018, 9(1), 3-5 [cit. 2022-02-12]. ISSN 2320-1525. Dostupné z: [http://www.healthlinejournal.org/issues\\_pdf/29.pdf](http://www.healthlinejournal.org/issues_pdf/29.pdf)
- BEUSCHER, Linda a Cornelia BECK. A literature review of spirituality in coping with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, 17(5a), 88-97 [cit. 2023-01-02]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02126.x
- BIJOUX LEIST, Judith a Thomas P. LEIST. Multiple sclerosis: relationship between locus of control and quality of life in persons with low versus high disability. *Health Psychology and Behavioral Medicine* [online]. 2022, 10(1), 316-334 [cit. 2023-01-03]. ISSN 2164-2850. Dostupné z: doi:10.1080/21642850.2022.2050373
- BOYD, Joni M a Sara WILCOX. Examining the relationship between health locus of control and God Locus of Health Control: Is God an internal or external source?. *Journal of Health Psychology* [online]. 2020, 25(7), 931-940 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1359-1053. Dostupné z: doi:10.1177/1359105317739099
- BRINCKS, Ahnalee M., Daniel J. FEASTER, Myron J. BURNS a Victoria B. MITRANI. The influence of health locus of control on the patient-provider relationship. *Psychology, Health & Medicine* [online]. 2010, 15(6), 720-728 [cit. 2022-12-13]. ISSN 1354-8506. Dostupné z: doi:10.1080/13548506.2010.498921
- BOŹEK, Agnieszka, Paweł F. NOWAK a Mateusz BLUKACZ. The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology* [online]. 2020, 11 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2020.01997
- BURLACU, Alexandru, Bogdan ARTENE, Ionut NISTOR, Smaranda BUJU, Daniel JUGRIN, Ionut MAVRICHI a Adrian COVIC. Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. *International Urology and Nephrology* [online]. 2019, 51(5), 839-850 [cit. 2022-12-22]. ISSN 0301-1623. Dostupné z: doi:10.1007/s11255-019-02129-x
- BÜSSING, Arndt, Andreas MICHALSEN, Hans-Joachim BALZAT, Ralf-Achim GRÜNTHER, Thomas OSTERMANN, Edmund A. M. NEUGEBAUER a Peter F. MATTHIESSEN. Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic

- Pain Conditions? *Pain Medicine* [online]. 2009, 10(2), 327-339 [cit. 2021-9-28]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x
- BÜSSING, A, HJ BALZAT a P HEUSSER. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research* [online]. 2010, 15(6) [cit. 2023-04-22]. ISSN 2047-783X. Dostupné z: doi:10.1186/2047-783X-15-6-266
- CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1. str. 152-153
- CAMPBELL, James N. a Richard A. MEYER. Mechanisms of Neuropathic Pain. *Neuron* [online]. 2006, 52(1), 77-92 [cit. 2022-11-23]. ISSN 08966273. Dostupné z: doi:10.1016/j.neuron.2006.09.021
- CAMPBELL, Paul, Kate HOPE a Kate DUNN. The pain, depression, disability pathway in those with low back pain: a moderation analysis of health locus of control. *Journal of Pain Research* [online]. 2017, 10, 2331-2339 [cit. 2022-04-03]. ISSN 1178-7090. Dostupné z: doi:10.2147/JPR.S139445
- CANO-GARCÍA, Francisco Javier, Luis RODRÍGUEZ-FRANCO a Ana María LÓPEZ-JIMÉNEZ. Locus of Control Patterns in Headaches and Chronic Pain. *Pain Research and Management* [online]. 2013, 18(4), e48-e54 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1203-6765. Dostupné z: doi:10.1155/2013/424839
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* [online]. 2016, 30(2), 138-140 [cit. 2022-02-24]. ISSN 1536-0288. Dostupné z: doi:10.3109/15360288.2016.1173761
- CHENG, Cecilia, Mike W.-L. CHEUNG a Barbara C. Y. LO. Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health Psychology Review* [online]. 2016, 10(4), 460-477 [cit. 2022-11-20]. ISSN 1743-7199. Dostupné z: doi:10.1080/17437199.2016.1219672
- CHRISTENSEN, Alan J. *Encyclopedia of Health Psychology*. 1. USA: Springer Science, 2004. ISBN 9780306483363. s.171-172

CORNAH, Deborah. *The impact of spirituality on mental health: A review of the literature* [online]. 1. London: Mental Health Foundation, 2006 [cit. 2022-02-23]. ISBN 978-1-903645-85-7. Dostupné z:

<https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/impact-spirituality.pdf>

CWAJDA-BIAŁASIK, Justyna, Maria T SZEWCZYK, Paulina MOŚCICKA a Katarzyna CIERZNIAKOWSKA. The locus of pain control in patients with lower limb ulcerations. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2012, 21(23-24), 3346-3351 [cit. 2023-01-08]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04163.x

DAHL, June L. An Overview of Pain Management. *Journal of Medical Regulation* [online]. 2005, 91(2), 20-30 [cit. 2022-02-04]. ISSN 2572-1852. Dostupné z: doi:10.30770/2572-1852-91.2.20

DE DIOS-DUARTE, María José, Andrés ARIAS, Carlos DURANTEZ-FERNÁNDEZ, et al. Flare-Ups in Crohn's Disease: Influence of Stress and the External Locus of Control. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, 19(20) [cit. 2023-01-03]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph192013131

DEDELI, Ozden a Gulden KAPTAN. Spirituality and religion in pain and pain management. *Health Psychology Research* [online]. 2013, 1(3) [cit. 2022-03-06]. ISSN 2420-8124. Dostupné z: doi:10.4081/hpr.2013.e29

DELAMATER, John. *Handbook of Social Psychology*. 1. USA: Springer Science, 2006. ISBN 978-0387-32515-6. str.423-424

DELANEY, Colleen. The Spirituality Scale. *Journal of Holistic Nursing* [online]. 2005, 23(2), 145-167 [cit. 2023-04-21]. ISSN 0898-0101. Dostupné z: doi:10.1177/0898010105276180

DEZUTTER, Jessie, Koen LUYCKX, Hanneke SCHAAP-JONKER, Arndt BÜSSING, Jozef CORVELEYN a Dirk HUTSEBAUT. God Image and Happiness in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Disease Interpretation. *Pain Medicine* [online]. 2010, 11(5), 765-773 [cit. 2022-12-13]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1111/j.1526-4637.2010.00827.x

DEZUTTER, Jessie, Amy WACHHOLTZ a Jozef CORVELEYN. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *Journal of Behavioral Medicine* [online].

2011, 34(6), 542-549 [cit. 2023-01-03]. ISSN 0160-7715. Dostupné z:  
doi:10.1007/s10865-011-9348-2

DIOTAIUTI, Pierluigi, Stefano CORRADO, Stefania MANCONE, Elisa  
CAVICCHIOLO, Andrea CHIRICO, Thais Cristina SIQUEIRA a Alexandro  
ANDRADE. A psychometric evaluation of the Italian short version of the Fear of Pain  
Questionnaire-III: Psychometric properties, measurement invariance across gender,  
convergent, and discriminant validity. *Frontiers in Psychology* [online]. 2023, 13 [cit.  
2023-04-09]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2022.1087055

DOHERTY, Eva M., Rosemary WALSH, Leanne ANDREWS a Susan MCPHERSON.  
Measuring Emotional Intelligence Enhances the Psychological Evaluation of Chronic  
Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* [online]. 2017, 24(3-4), 365-  
375 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1068-9583. Dostupné z: doi:10.1007/s10880-017-9515-x

DOSSEY, Barbara Montgomery. *Holistic Nursing: A Handbook For Practice*. 5.  
Canada: Jones and Bartlett Publishers, 2009. ISBN 978-0763754297. s. 5-6

DURADONI, Mirko. Development and validation of the Internet Locus of Control  
Scale (I-LOC). *New media & society* [online]. 2021, 23(10), 1-21 [cit. 2022-11-20].  
Dostupné z: doi:10.1177/14614448211019495

EL GEZIRY, Ahmed, Yasser TOBLE, Fathi AL KADHI a Muhammad PERVAIZ  
AND MOHAMMAD AL NOBANI. Non-Pharmacological Pain Management. A.  
SHALLIK, Nabil, ed. *Pain Management in Special Circumstances* [online].  
IntechOpen, 2018, 2018-11-21 [cit. 2022-04-03]. ISBN 978-1-78923-963-8. Dostupné  
z: doi:10.5772/intechopen.79689

EXLINE, Julie J., Kenneth I. PARGAMENT, Joshua B. GRUBBS a Ann Marie YALI.  
The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial  
validation. *Psychology of Religion and Spirituality* [online]. 2014, 6(3), 208-222 [cit.  
2023-04-22]. ISSN 1943-1562. Dostupné z: doi:10.1037/a0036465

FELSON, Sabrina. Pain Management: Treatment Overview. *WebMD* [online].  
Brooklyn: WebMD, 2019 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/pain-management/guide/pain-management-treatment-overview>

FERREIRA-VALENTE, Alexandra, Saurab SHARMA, Sandra TORRES, Zachary  
SMOTHERS, José PAIS-RIBEIRO, J. Haxby ABBOTT a Mark P. JENSEN. Does

- Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *Journal of Religion and Health* [online] 2019, [cit. 2022-03-20]. ISSN 0022-4197. Dostupné z: doi:10.1007/s10943-019-00914-7
- FERREIRA-VALENTE, Alexandra, Cátia DAMIÃO, José PAIS-RIBEIRO a Mark P JENSEN. The Role of Spirituality in Pain, Function, and Coping in Individuals with Chronic Pain. *Pain Medicine* [online]. 2020, 21(3), 448-457 [cit. 2022-03-25]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1093/pm/pnz092
- FIELDS, Howard L. The Doctor's Dilemma: Opiate Analgesics and Chronic Pain. *Neuron* [online]. 2011, 69(4), 591-594 [cit. 2022-03-28]. ISSN 08966273. Dostupné z: doi:10.1016/j.neuron.2011.02.001
- FINKOVÁ, Dita. Individuals with visual impairment and their perception of life satisfaction. *Journal of Exceptional People* [online]. 2016, 2(9), 7-16 [cit. 2023-02-19]. ISSN 1805-4986. Dostupné z: <http://www.jep.upol.cz/2016/Journal-of-Exceptional-People-Volume2-Number9.pdf#page=7>
- FIORI, Katherine L., Edna E. BROWN, Kai S. CORTINA a Toni C. ANTONUCCI. Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion & Culture* [online]. 2006, 9(3), 239-263 [cit. 2022-04-08]. ISSN 1367-4676. Dostupné z: doi:10.1080/13694670600615482
- FRICOVÁ, Jana. Neopioidní analgetika. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, 157(2), 74-78 [cit. 2022-04-03]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-2/download?hl=cs#page=24>
- GEDGE, Elisabeth. The Silent Dimension: Speaking of Spirituality in Addictions Treatment. *Journal of Social Work Values and Ethics* [online]. 2014, 11(2), 41-51 [cit. 2022-12-17]. Dostupné z: <https://jswve.org/download/2014-2/articles/41-JSWVE-11-2-The-Silent-Dimension-Speaking-of-Spirituality-in-Addictions-Treatment.pdf>
- GENOVA, Alessia, Olivia DIX, Mala THAKUR a Pritpal S SANGHA. Chronic Non-cancer Pain Management and Addiction: A Review. *Cureus* [online]. 2020, [cit. 2022-02-24]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.6963

- GIBEK, Katarzyna a Tomasz SACHA. Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *Współczesna Onkologia* [online]. 2019, 23(2), 115-120 [cit. 2022-04-03]. ISSN 1428-2526. Dostupné z: doi:10.5114/wo.2019.85638
- GOMEZ, Rapson a John W. FISHER. The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences* [online]. 2005, 39(8), 1383-1393 [cit. 2023-04-21]. ISSN 01918869. Dostupné z: doi:10.1016/j.paid.2005.03.023
- Gore, J.S., Griffin, D.P. & McNierney, D. Does Internal or External Locus of Control Have a Stronger Link to Mental and Physical Health?. *Psychol Stud* 61, 181–196 (2016). Dostupné z: doi:10.1007/s12646-016-0361-y
- HAKL, Marek. Symptomatická léčba bolesti. *Neurologie pro praxi* [online]. 2018, 19(3), 209-212 [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/neu/2018/03/11.pdf>
- HARRAD, Rachel. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed* [online]. 2019, 90(4), 44-45 [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: doi:10.23750/abm.v90i4-S.8300
- HATEFI, Masoud, Asma TARJOMAN a Milad BORJI. Do Religious Coping and Attachment to God Affect Perceived Pain? Study of the Elderly with Chronic Back Pain in Iran. *Journal of Religion and Health* [online]. 2019, 58(2), 465-475 [cit. 2023-01-03]. ISSN 0022-4197. Dostupné z: doi:10.1007/s10943-018-00756-9
- HEA, E. L. The multidimensional health locus of control scales: testing the factorial structure in sample of African American medical patients. *Ethnicity & disease* [online]. 2009, 19(2), 192-198 [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: <https://ethndis.org/priorarchives/ethn-19-02-192.pdf>
- HEADEY, Bruce, Gerhard HOEHNE a Gert G. WAGNER. Does Religion Make You Healthier and Longer Lived? Evidence for Germany. *Social Indicators Research* [online]. 2014, 119(3), 1335-1361 [cit. 2022-02-23]. ISSN 0303-8300. Dostupné z: doi:10.1007/s11205-013-0546-x
- HEATH, Robin L., Matilda SALIBA, Oula MAHMASSANI, Stella C. MAJOR a Brigitte A. KHOURY. Locus of control moderates the relationship between headache

pain and depression. *The Journal of Headache and Pain* [online]. 2008, 9(5), 301-308 [cit. 2023-01-08]. ISSN 1129-2369. Dostupné z: doi:10.1007/s10194-008-0055-5

HERMANN, Carla P. Development and Testing of the Spiritual Needs Inventory for Patients Near the End of Life. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2006, 33(4), 737-744 [cit. 2023-04-23]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: doi:10.1188/06.ONF.737-744

HOLDCROFT, Barbara B. What is Religiosity. *Journal of Catholic Education* [online]. 2006, 10(1) [cit. 2023-04-23]. ISSN 2164-0246. Dostupné z: doi:10.15365/joce.1001082013

HÖLLINGER, Franz a Lorenz MAKULA. Religiosity in the major religious cultures of the world. *International Journal of Sociology* [online]. 2021, 51(5), 345-359 [cit. 2022-02-06]. ISSN 0020-7659. Dostupné z: doi:10.1080/00207659.2021.1958181

HYLANDS-WHITE, Nicholas, Rui V. DUARTE a Jon H. RAPHAEL. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology International* [online]. 2017, 37(1), 29-42 [cit. 2022-02-24]. ISSN 0172-8172. Dostupné z: doi:10.1007/s00296-016-3481-8

*IASP: IASP Announces Revised Definition of Pain* [online]. Washington: IASP, 2020 [cit. 2022-12-07]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

ILES-CAVEN, Yasmin, Steven GREGORY, Genette ELLIS, Jean GOLDING a Stephen NOWICKI. The Relationship Between Locus of Control and Religious Behavior and Beliefs in a Large Population of Parents: An Observational Study. *Frontiers in Psychology* [online]. 2020, 11 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2020.01462

JACKSON, Todd, Hong CHEN, Tony IEZZI, Ming YEE a Fuguo CHEN. Prevalence and Correlates of Chronic Pain in a Random Population Study of Adults in Chongqing, China. *The Clinical Journal of Pain* [online]. 2014, 30(4), 346-352 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0749-8047. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.0b013e31829ea1e3

JACKSON-KOKU, Gordon. Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine* [online]. 2016, 66(2), 174-175 [cit. 2023-01-10]. ISSN 0962-7480. Dostupné z: doi:10.1093/occmed/kqv087



- JACOBS-LAWSON, Joy M., Erin L. WADDELL a Alicia K. WEBB. Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Current Psychology* [online]. 2011, 30(2), 173-183 [cit. 2023-04-05]. ISSN 1046-1310. Dostupné z: doi:10.1007/s12144-011-9108-z
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2. s. 42-43
- KAO, Larkin Elderon, John R. PETEET a Christopher C. H. COOK. Spirituality and mental health. *Journal for the Study of Spirituality* [online]. 2020, 10(1), 42-54 [cit. 2022-12-23]. ISSN 2044-0243. Dostupné z: doi:10.1080/20440243.2020.1726048
- KASSIANOS, Angelos P, Maria SYMEOU a Myria IOANNOU. The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Psychology Open* [online]. 2016, 3(2) [cit. 2022-03-19]. ISSN 2055-1029. Dostupné z: doi:10.1177/2055102916676211
- KESAVAYUTH, Dusanee, Joanna POYAGO-THEOTOKY, Dai Binh TRAN a Vasileios ZIKOS. Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling* [online]. 2020, 86, 227-238 [cit. 2022-03-19]. ISSN 02649993. Dostupné z: doi:10.1016/j.econmod.2019.06.014
- KOENIG, Harold G. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2009, 54(5), 283-291 [cit. 2022-12-19]. ISSN 0706-7437. Dostupné z: doi:10.1177/070674370905400502
- KOENIG, Harold G. a Arndt BÜSSING. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions* [online]. 2010, 1(1), 78-85 [cit. 2023-02-19]. ISSN 2077-1444. Dostupné z: doi:10.3390/re11010078
- KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* [online]. 2012, 2012, 1-33 [cit. 2022-03-25]. ISSN 2090-7966. Dostupné z: doi:10.5402/2012/278730
- KOHLI, S, HK AGGARWAL a P BATRA. Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance

- hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology* [online]. 2011, **21**(3) [cit. 2023-04-23]. ISSN 0971-4065. Dostupné z: doi:10.4103/0971-4065.83729
- KOPF, Andreas, Anne BANZHAF a Christoph STEIN. Perioperative management of the chronic pain patient. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* [online]. 2005, **19**(1), 59-76 [cit. 2023-04-22]. ISSN 15216896. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpa.2004.08.002
- LAGO-RIZZARDI, Camilla Domingues, Jose Tadeu T. DE SIQUEIRA a Silvia Regina D. T. DE SIQUEIRA. Spirituality of Chronic Orofacial Pain Patients: Case–Control Study. *Journal of Religion and Health* [online]. 2014, **53**, 1236-1248 [cit. 2023-01-08]. ISSN 0022-4197. Dostupné z: doi:10.1007/s10943-013-9768-0
- LEE, Jieun, Brian M GREEN, Graceann PALMARELLA, Kaitlyn MCNAMARA a Amy WACHHOLTZ. Negative impact of chronic pain: The role of locus of control and perceived family validation of chronic pain. *Health Psychology Open* [online]. 2022, **9**(2) [cit. 2022-11-27]. ISSN 2055-1029. Dostupné z: doi:10.1177/20551029221125170
- LI, Wanchen, Peiyi LIU, Yuanyan HU a Jing MENG. Pain Modulates Responses to Emotional Stimuli. *Frontiers in Psychology* [online]. 2020, **11** [cit. 2022-11-30]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2020.595987
- LIN, Tzu-Chieh, Daniel H. SOLOMON, Sara K. TEDESCHI, Kazuki YOSHIDA a Yea-Huei KAO YANG. Comparative Risk of Cardiovascular Outcomes Between Topical and Oral Nonselective NSAIDs in Taiwanese Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of the American Heart Association* [online]. 2017, **6**(11) [cit. 2023-04-22]. ISSN 2047-9980. Dostupné z: doi:10.1161/JAHA.117.006874
- LIMA, Sara, Carolina GARRETT, José C. MACHADO, Margarida VILAÇA a M. Graça PEREIRA. Quality of life in patients with mild Alzheimer disease: the mediator role of mindfulness and spirituality. *Aging & Mental Health* [online]. 2020, **24**(12), 2103-2110 [cit. 2023-01-02]. ISSN 1360-7863. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2019.1650891
- LÖFFLER, Martin, Sandra KAMPING, Michael BRUNNER, Smadar BUSTAN, Dieter KLEINBÖHL, Fernand ANTON a Herta FLOR. Impact of controllability on pain and suffering. *PAIN Reports* [online]. 2018, **3**(6) [cit. 2023-04-09]. ISSN 2471-2531. Dostupné z: doi:10.1097/PR9.0000000000000694

LU, Luo. Culture and conceptions of happiness: Individual oriented and social oriented SWB. *Journal of happiness studies* [online]. 2004, 5(3), 269–291 [cit. 2023-04-23].

Dostupné z:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=91691dd9421abf2eeb36ab7107aa6496ce891c1c>

LYSNE, Carol J. a Amy B. WACHHOLTZ. Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions* [online]. 2011, 2(1), 1-16 [cit. 2021-11-19]. ISSN 2077-1444. Dostupné z: doi:10.3390/rel2010001

MALONEY, Jillian, Scott PEW, Christopher WIE, Ruchir GUPTA, John FREEMAN a Natalie STRAND. Comprehensive Review of Topical Analgesics for Chronic Pain. *Current Pain and Headache Reports* [online]. 2021, 25(2) [cit. 2022-03-28]. ISSN 1531-3433. Dostupné z: doi:10.1007/s11916-020-00923-2

MAREŠ, Jiří. Diagnostika strachu z bolesti. *Bolest: Časopis pro studium a léčbu bolesti* [online]. 2002, 5(4), 235-243 [cit. 2023-03-01]. Dostupné z:

[https://www.researchgate.net/publication/274580938\\_Diagnostika\\_strachu\\_z\\_bolesti](https://www.researchgate.net/publication/274580938_Diagnostika_strachu_z_bolesti)

MARTELA, Frank a Michael F. STEGER. The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology* [online]. 2015, 11(5), 531-545 [cit. 2022-12-09]. ISSN 1743-9760. Dostupné z: doi:10.1080/17439760.2015.1137623

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. 2., zcela přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4. s. 189-196

MARTON, Giulia, Silvia Francesca Maria PIZZOLI, Laura VERGANI, Ketti MAZZOCCO, Dario MONZANI, Luca BAILO, Luca PANCANI a Gabriella PRAVETTONI. Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. *Psychology, Health & Medicine* [online]. 2021, 26(2), 260-266 [cit. 2023-04-23]. ISSN 1354-8506. Dostupné z: doi:10.1080/13548506.2020.1748211

MCNEIL, Daniel W. a Avie J. RAINWATER. Development of the Fear of Pain Questionnaire FPQ-III. *Journal of Behavioral Medicine* [online]. 1998, 21(4), 389-410 [cit. 2023-03-11]. ISSN 01607715. Dostupné z: doi:10.1023/A:1018782831217

- MCPHERSON, Mary Lynn a Nina M. CIMINO. Topical NSAID Formulations. *Pain Medicine* [online]. 2013, 14(suppl 1), S35-S39 [cit. 2022-03-28]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1111/pme.12288
- MIASKOWSKI, Christine, Fiona BLYTH, Francesca NICOSIA, Mary HAAN, Frances KEEFE, Alexander SMITH a Christine RITCHIE. A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Medicine* [online]. 2020, 21(9), 1793-1805 [cit. 2023-04-23]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1093/pm/pnz329
- MILLS, Sarah D., Elva M. ARREDONDO, Lilian G. PEREZ, Jessica HAUGHTON, Scott C. ROESCH a Vanessa L. MALCARNE. Psychometric Properties of the God Locus of Health Control Scale in Churchgoing Latinas. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* [online]. 2018, 40(2), 227-239 [cit. 2023-02-19]. ISSN 0739-9863. Dostupné z: doi:10.1177/0739986318762464
- MILLS, Sarah E.E., Karen P. NICOLSON a Blair H. SMITH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia* [online]. 2019, 123(2), e273-e283 [cit. 2022-04-03]. ISSN 00070912. Dostupné z: doi:10.1016/j.bja.2019.03.023
- MONOD, Stefanie M, Etienne ROCHAT, Christophe J BÜLA, Guy JOBIN, Estelle MARTIN a Brenda SPENCER. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics* [online]. 2010, 10(1) [cit. 2023-04-22]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2318-10-88
- MOSHKI, Mahdi, Fazlollah GHOFRANIPOUR, Ebrahim HAJIZADEH a Parviz AZADFALLAH. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health* [online]. 2007, 7(1) [cit. 2022-11-20]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2458-7-295
- MUSICCH, Shirley, Shaohung S. WANG, Luke SLINDEE, Sandra KRAEMER a Charlotte S. YEH. The association of pain locus of control with pain outcomes among older adults. *Geriatric Nursing* [online]. 2020, 41(5), 521-529 [cit. 2022-03-19]. ISSN 01974572. Dostupné z: doi:10.1016/j.gerinurse.2019.04.005
- NEŠPOR, Karel. Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Časopis Lékařů Českých* [online]. 2006, 145(9), 743-745 [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-9/download?hl=cs>

NITA, Maria. 'Spirituality' in Health Studies: Competing Spiritualities and the Elevated Status of Mindfulness. *Journal of Religion and Health* [online]. 2019, 58(5), 1605-1618 [cit. 2022-12-17]. ISSN 0022-4197. Dostupné z: doi:10.1007/s10943-019-00773-2

OPATRŇÁ, M. Klinická pastorační péče a její poskytovatel. *Časopis Lékařů Českých* [online]. 2006, 145(9), 746-747 [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-9/download?hl=cs>

ORMAN, Jennifer S. a Gillian M. KEATING. Buprenorphine/Naloxone. *Drugs* [online]. 2009, 69(5), 577-607 [cit. 2022-04-03]. ISSN 0012-6667. Dostupné z: doi:10.2165/00003495-200969050-00006

PAGE, Robin L., Jill N. PELTZER, Amy M. BURDETTE a Terrence D. HILL. Religiosity and Health: A Holistic Biopsychosocial Perspective. *Journal of Holistic Nursing* [online]. 2020, 38(1), 89-101 [cit. 2022-03-19]. ISSN 0898-0101. Dostupné z: doi:10.1177/0898010118783502

PALOUTZIAN, Raymond F.; ELLISON, Craig W. Manual for the spiritual well-being scale. *Nyack, NY: Life Advance*, 1991. Dostupné z: [https://www.westmont.edu/sites/default/files/users/user401/SWBS%20Manual%202.0\\_0.pdf](https://www.westmont.edu/sites/default/files/users/user401/SWBS%20Manual%202.0_0.pdf)

PAPATHANASIOU, Ioanna. Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science* [online]. 2013, 2(1) [cit. 2022-03-19]. ISSN 2328-5745. Dostupné z: doi:10.11648/j.ajns.20130201.11

PEPPIN, John F., Martin D. CHEATLE, Kenneth L. KIRSH a Bill H. MCCARBERG. The Complexity Model: A Novel Approach to Improve Chronic Pain Care. *Pain Medicine* [online]. 2015, 16(4), 653-666 [cit. 2022-04-03]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1111/pme.12621

PARGAMENT, Kenneth, Margaret FEUILLE a Donna BURDZY. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions* [online]. 2011, 2(1), 51-76 [cit. 2023-04-22]. ISSN 2077-1444. Dostupné z: doi:10.3390/rel2010051

PTÁČEK, Radek. Beckova škála deprese BDI-II – Standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2016, 112(6), 270-274 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/46666028-Beckova-skala-deprese-bdi-ii.html>

- RAFFAELI, William a Elisa ARNAUDO. Pain as a disease: an overview. *Journal of Pain Research* [online]. 2017, **10**, 2003-2008 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1178-7090. Dostupné z: doi:10.2147/JPR.S138864
- RAMEZANI, SeyedeGolafrouz a Abbas GHOLTASH. The relationship between happiness, self-control and locus of control. *International Journal of Educational and Psychological Researches* [online]. 2015, 1(2) [cit. 2022-04-18]. ISSN 2395-2296. Dostupné z: doi:10.4103/2395-2296.152222
- REDFERN, Clare a Alasdair COLES. Parkinson's Disease, Religion, and Spirituality. *Movement Disorders Clinical Practice* [online]. 2015, 2(4), 341-346 [cit. 2023-01-02]. ISSN 23301619. Dostupné z: doi:10.1002/mdc3.12206
- Religion by country 2022* [online]. United States: World Population Review, 2022 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/religion-by-country>
- ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6. s. 5
- Sčítání 2021: Náboženská víra* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2021 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>
- ROTTER, Julian B. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist* [online]. 1990, **45**(4), 489-493 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1935-990X. Dostupné z: doi:10.1037/0003-066X.45.4.489
- SENGUL, Yesim. The Relationship between Health Locus of Control and Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. *Turkish Neurosurgery* [online]. 2010, 20(2), 180-185 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: [http://turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf\\_JTN\\_742.pdf](http://turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_742.pdf)
- SEYBOLD, Kevin S. a Peter C. HILL. The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science* [online]. 2001, 10(1), 21-24 [cit. 2022-04-08]. ISSN 0963-7214. Dostupné z: doi:10.1111/1467-8721.00106
- SHAHID, Azmeh, Kate WILKINSON, Shai MARCU a Colin M. SHAPIRO. Beck Depression Inventory. In: SHAHID, Azmeh, Kate WILKINSON, Shai MARCU a Colin M SHAPIRO, ed. *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* [online]. New

- York, NY: Springer New York, 2012, 2011-11-24, s. 63-64 [cit. 2023-01-10]. ISBN 978-1-4419-9892-7. Dostupné z: doi:10.1007/978-1-4419-9893-4\_8
- SHALLIK, Nabil A. *Pain management in special circumstances*. 1. London: IntechOpen, 2018. ISBN 9781789239638. s. 7-8
- SHARMA, Hari. Meditation: Process and effects. *AYU (An International Quarterly Journal of Research in Ayurveda)* [online]. 2015, 36(3) [cit. 2022-02-23]. ISSN 0974-8520. Dostupné z: doi:10.4103/0974-8520.182756
- SIDDALL, Philip J., Melanie LOVELL a Rod MACLEOD. Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine?. *Pain Medicine* [online]. 2015, 16(1), 51-60 [cit. 2022-12-08]. ISSN 1526-2375. Dostupné z: doi:10.1111/pme.12511
- Statistická ročenka České republiky - 2020* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2020 [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2020>
- SOUTHARD, Mary Elaine. Spirituality: The Missing Link for Holistic Health Care. *Journal of Holistic Nursing* [online]. 2020, 38(1), 4-7 [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: DOI:10.1177/0898010119880361
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3. s. 47-59
- STEIN, Christoph. Opioids, sensory systems and chronic pain. *European Journal of Pharmacology* [online]. 2013, 716(1-3), 179-187 [cit. 2022-03-28]. ISSN 00142999. Dostupné z: DOI:10.1016/j.ejphar.2013.01.076
- SULLIVAN, Allison R. Mortality Differentials and Religion in the United States: Religious Affiliation and Attendance. *Journal for the Scientific Study of Religion* [online]. 2010, 49(4), 740-753 [cit. 2022-02-23]. ISSN 00218294. Dostupné z: doi:10.1111/j.1468-5906.2010.01543.x
- ŠVIHOVEC, Jan, Jan BULTAS, Pavel ANZENBACHER, Jaroslav CHLÁDEK, Jan PŘÍBORSKÝ, Jiří SLÍVA a Martin VOTAVA, ed. *Farmakologie*. Ilustroval Miroslav BARTÁK. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5558-8. s. 304-305

- TANEJA, DavendraKumar. Yoga and health. *Indian Journal of Community Medicine* [online]. 2014, 39(2) [cit. 2022-02-23]. ISSN 0970-0218. Dostupné z: doi:10.4103/0970-0218.132716
- TAŞ, İbrahim a Murat İSKENDER. An Examination of Meaning in Life, Satisfaction with Life, Self-Concept and Locus of Control among Teachers. *Journal of Education and Training Studies* [online]. 2017, 6(1), 21-31 [cit. 2022-04-08]. ISSN 2324-8068. Dostupné z: doi:10.11114/jets.v6i1.2773
- Terminology. *IASP* [online]. Washington, D.C.: International Association for the Study of Pain, 2017 [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- World Religion Database* [online]. Boston: Breuer & Co, 2022 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.worldreligiondatabase.org/>
- TREEDE, Rolf-Detlef, Winfried RIEF, Antonia BARKE, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* [online]. 2019, 160(1), 19-27 [cit. 2021-9-27]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
- UNDERWOOD, Lynn G. The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions* [online]. 2011, 2(1), 29-50 [cit. 2023-04-21]. ISSN 2077-1444. Dostupné z: doi:10.3390/rel2010029
- VAMBHEIM, Sara, Peter LYBY, Per ASLAKSEN, Magne FLATEN, Ole ÅSLI a Laila MARTINUSSEN. The Fear of Pain Questionnaire-III and the Fear of Pain Questionnaire-Short Form: a confirmatory factor analysis. *Journal of Pain Research* [online]. 2017, 10, 1871-1878 [cit. 2023-02-23]. ISSN 1178-7090. Dostupné z: doi:10.2147/JPR.S133032
- VARGAS-SCHAFFER, Grisell, Allen STEVERMAN a Veronique POTVIN. Monitoring Pharmacological Treatment in Patients With Chronic Noncancer Pain. *Cureus* [online]. 2021, [cit. 2022-02-24]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.20358
- VEENHOVEN, Ruut. The study of life-satisfaction. A comparative study of satisfaction with life in Europe [online]. Maďarsko: Eötvös University Press, 1996, s. 11-48 [cit. 2022-04-08]. ISBN 978-963-463-081-4. Dostupné z: <https://repub.eur.nl/pub/16311>



- VILLANI, Daniela, Angela SORGENTE, Paola IANNELLO a Alessandro ANTONIETTI. The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. *Frontiers in Psychology* [online]. 2019, 10 [cit. 2022-12-05]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2019.01525
- VIRMOZELOVA ANGELOVA, Natasha. Locus of control and its relationship with some social-demographic factors. *Psychological Thought* [online]. 2016, 9(2), 248-258 [cit. 2023-04-05]. ISSN 2193-7281. Dostupné z: doi:10.5964/psyc.v9i2.179
- Visual Analogue Scale. *Physiopedia* [online]. United Kingdom: Physiopedia, 2023 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: [https://www.physio-pedia.com/Visual\\_Analogue\\_Scale](https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale)
- VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9. str.37,50
- WACHHOLTZ, Amy B. Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain?. *Current Science* [online]. 2009, 13, 127-132 [cit. 2022-12-07]. Dostupné z: doi:10.1007/s11916-009-0022-0
- WALLSTON, Kenneth A. Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*. [online]. 1999, 23(2), 131-142 [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: doi:10.1023/A:1018723010685
- WALLSTON, Kenneth A. In: *Research with the Locus of control construct* [online]. 1. Canada: Academic Press, 1981, s. 189-243 [cit. 2023-04-21]. ISBN 0-12-443201-8. Dostupné z: <https://nursing.vanderbilt.edu/projects/wallstonk/pdf/hlocscales.pdf>
- WONG, Harry J. a Magdalena ANITESCU. The Role of Health Locus of Control in Evaluating Depression and Other Comorbidities in Patients with Chronic Pain Conditions, A Cross-Sectional Study. *Pain Practice* [online]. 2017, 17(1), 52-61 [cit. 2023-01-08]. ISSN 15307085. Dostupné z: doi:10.1111/papr.12410
- YEARY, Karen H K, Kassandra I ALCARAZ, Kimlin Tam ASHING, et al. Considering religion and spirituality in precision medicine. *Translational Behavioral Medicine* [online]. 2020, 10(1), 195-203 [cit. 2022-02-24]. ISSN 1869-6716. Dostupné z: doi:10.1093/tbm/ibz105
- YEOH, Si H., Cai L. TAM, Chee P. WONG a Gregory BONN. Examining Depressive Symptoms and Their Predictors in Malaysia: Stress, Locus of Control, and

Occupation. *Frontiers in Psychology* [online]. 2017, 8 [cit. 2023-04-09]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2017.01411

ZAWAWI, Jehad Alaedein a Shaher H. HAMAIDEH. Depressive Symptoms and Their Correlates with Locus of Control and Satisfaction with Life among Jordanian College Students. *Europe's Journal of Psychology* [online]. 2009, 5(4), 71-103 [cit. 2023-04-09]. ISSN 1841-0413. Dostupné z: doi:10.5964/ejop.v5i4.241

ZIMMER, Zachary, Florencia ROJO, Mary Beth OFSTEDAL, Chi-Tsun CHIU, Yasuhiko SAITO a Carol JAGGER. Religiosity and health: A global comparative study. *SSM - Population Health* [online]. 2019, 7 [cit. 2022-02-23]. ISSN 23528273. Dostupné z: doi:10.1016/j.ssmph.2018.11.006

ZUERCHER-HUERLIMANN, Elian, Julian A. STEWART, Niklaus EGLOFF, Roland VON KÄNEL, Martina STUDER a Martin GROSSE HOLTFOORTH. Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: a retrospective study. *Journal of Pain Research* [online]. 2019, 12, 2095-2099 [cit. 2023-01-04]. ISSN 1178-7090. Dostupné z: doi:10.2147/JPR.S189442

## SEZNAM TABULEK

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1: Sociodemografické údaje respondentů.....  | 47 |
| Tabulka 2: Údaje o bolesti respondentů.....  | 48 |
| Tabulka 3: Údaje o farmakoterapii respondentů.....   | 50 |
| Tabulka 4: Porovnání jedinců s externím a interním LOC v sociodemografických proměnných.....                                     | 52 |
| Tabulka 5: Porovnání externí (E) a interní (I) skupiny Pain LOC v religiozních proměnných.....                                   | 53 |
| Tabulka 6: Porovnání externí (E) a interní (I) skupiny v klinických a afektivních proměnných.....                                | 56 |
| Tabulka 7: Spearmanova korelace – predikce LOC (HS) s religiozními, afektivními proměnnými, proměnnými bolesti a DŽS zdraví..... | 60 |
| Tabulka 8: Výsledný model lineární regrese metodou Stepwise.....   | 61 |


## SEZNAM OBRÁZKŮ

|   |    |
|---|----|
| Obrázek 1: Krabicový diagram – porovnání FPQ-III malá bolest a LOC I/E.....     | 57 |
| Obrázek 2: Krabicový diagram – porovnání FPQ-III lékařské výkony a LOC I/E..... | 57 |
| Obrázek 3: Krabicový diagram – porovnání BDI-II (HS) a LOC I/E.....             | 58 |
| Obrázek 4: Krabicový diagram – porovnání DŽS zdraví a LOC I/E.....              | 58 |
| Obrázek 5: Regresní analýza LOC (HS) a DUREL (IR).....                          | 61 |
| Obrázek 6: Regresní analýza LOC (HS) a FPQ-III malá bolest.....                 | 62 |
| Obrázek 7: Regresní analýza LOC (HS) a FPQ-III lékařské výkony.....             | 62 |
| Obrázek 8: Regresní analýza LOC (HS) a FPQ-III (HS).....                        | 63 |
| Obrázek 9: Regresní analýza LOC (HS) a BDI-II (HS).....                         | 63 |
| Obrázek 10: Regresní analýza LOC (HS) a DŽS zdraví.....                         | 64 |

**SEZNAM PŘÍLOH**



|  |    |
|--|----|
| Příloha č. 1: Žádost o povolení dotazníkového šetření (obrázek)..... | 91 |
| Příloha č. 2: Souhlas s použitím dotazníku DUREL (obrázek) .....     | 92 |



 **Harold Koenig, M.D.** [harold.koenig@duke.edu](mailto:harold.koenig@duke.edu) 26. 8. 2021, 15:05

Komu: [marcela.dancikova@seznam.cz](mailto:marcela.dancikova@seznam.cz)  
Kopie: [Jaroslava.raudenska@fnmotol.cz](mailto:Jaroslava.raudenska@fnmotol.cz)

---

 **RE: Request** 

---

Yes, you have approval

---

**From:** Marcela Dančíková <[marcela.dancikova@seznam.cz](mailto:marcela.dancikova@seznam.cz)>  
**Sent:** Thursday, August 26, 2021 8:37 AM  
**To:** Harold Koenig, M.D. <[harold.koenig@duke.edu](mailto:harold.koenig@duke.edu)>  
**Cc:** [Jaroslava.raudenska@fnmotol.cz](mailto:Jaroslava.raudenska@fnmotol.cz)  
**Subject:** Request

Dear Mr Koenig,

I am a student of Charles University in Prague. I am writing my bachelor thesis with PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D with name Locus od control and subjective perception health of patients with chronic pain in nursing. I want to ask you, if i could use your method - Duke University Religion Index (DUREL). Thank you in advance for your reply.

Yours sincerely,  
Marcela Dančíková

Příloha č. 2: Souhlas s použitím dotazníku DUREL (obrázek)