

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Pindřáková Kateřina

**Vnímání Masáže stimulující dýchání pacienty s chronickou  
obstrukční plicní nemocí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 5. 5. 2016

.....

podpis

**Poděkování:**

Děkuji PhDr. Lence Machákové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a cenné náměty a rady při jejím zpracování.

Také děkuji všem zúčastněným respondentům za ochotu zúčastnit se šetření.

**Typ závěrečné práce:** Diplomová práce

**Téma práce:** Bazální stimulace

**Název v ČJ:** Vnímání Masáže stimulující dýchání pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí

**Název v AJ:** Massage stimulating breathing perception in patients with chronic obstructive pulmonary disease

**Datum zadání:** 2014-01-28

**Datum odevzdání:** 2016-05-05

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Pindřáková Kateřina

**Vedoucí práce:** PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Cílem diplomové práce je zjistit, jak respondenti s chronickou obstrukční plicní nemocí vnímají poskytované Masáže stimulující dýchání. Praktická část práce zjišťuje prostřednictvím kvalitativního výzkumu názory pacientů s tímto onemocněním na efekt použité intervence. Pro zjištění dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem osm pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí, kteří byli léčeni v lázeňském zařízení. Z výzkumu vyplynulo, že hlavní přínos Masáže stimulující dýchání byl zaznamenán v kategorii kvalita dýchání. Použitá intervence se ukázala jako vhodná také pro pacienty se zhoršenou kvalitou spánku či psychickou nepohodou, což jsou časté potíže u této skupiny pacientů.

**Abstrakt v AJ:**

The thesis aims to determine how respondents with chronic obstructive pulmonary disease provided perceive Massage stimulates breathing. The practical part is detected by means of qualitative research the views of patients with this disease used to effect interventions. To determine the data was used semi-structured interview technique. Participated in this research a total of eight patients with chronic obstructive pulmonary disease, who were treated in the

spa. The research showed that the main benefits of massage stimulates respiration was recorded in the category of quality breathing. Used intervention has proved to be suitable also for patients with poor quality of sleep or mental discomfort, which are common problems in this patient group.

**Klíčová slova v ČJ:**

Koncept bazální stimulace, terapeutický dotek, Masáž stimulující dýchání, chronická obstrukční plicní nemoc, ošetřovatelství, spánek, dýchání, osobní pohoda;

**Klíčová slova v AJ:**

The concept of basal stimulation, therapeutic contact, Massage stimulating breathing, Chronic obstructive pulmonary disease, nursing care, sleep, breathing, personal well-being;

**Rozsah:** počet stran 65/ počet příloh 3

# OBSAH

ÚVOD .....	7
<b>1 REŠERŠNÍ ČINNOST .....</b>	<b>9</b>
<b>2 MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ A JEJÍ VYUŽITÍ U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ.....</b>	<b>13</b>
2.1 Masáž stimulující dýchání jako součást konceptu bazální stimulace .....	13
2.2. Dýchání u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a možnosti jejich ovlivnění prostřednictvím Masáže stimulující dýchání.....	15
2.3. Všeobecné možnosti využití Masáže stimulující dýchání u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.....	19
2.4 Shrnutí teoretických východisek a tvorba výzkumných otázek.....	29
<b>3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉ NA ZJIŠTĚNÍ NÁZORŮ RESPONDENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ NA MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ.....</b>	<b>31</b>
3.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky .....	31
3.2 Charakteristika souboru respondentů.....	31
3.3 Metoda sběru dat.....	32
3.4 Realizace rozhovorů v lázeňském zařízení .....	33
3.5 Metody zpracování dat.....	34
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>36</b>
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>45</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>61</b>

## ÚVOD

Dle celosvětových pramenů je v současné době chronická obstrukční plicní nemoc (zkratka CHOPN) na čtvrtém místě pomyslného mortalitního žebříčku. Úmrtnost roste i v České republice, kde v roce 2013 byla CHOPN hlavní příčinou smrti u 2 500 osob. Odhadovaný výskyt se pohybuje mezi 4–10 procenty populace. Výskyt onemocnění u mužů a žen v dospělé populaci není symetrický, 11,8procentní prevalence u mužů a 8,5procentní prevalence u žen. Zajímavostí je, že riziko vzniku CHOPN ve věku 80 let dosahuje téměř 30 procent (Koblížek, 2014, s. 134–136).

Členové Světové zdravotnické organizace (WHO) předpovídají, že CHOPN bude v roce 2030 třetí nejčastější příčinou úmrtí na celém světě. Z toho důvodu je zapotřebí se problematikou pacientů s CHOPN zabývat, jelikož se celosvětově jedná o jedno z nejčastěji se vyskytujících onemocnění.

Přestože CHOPN postihuje především dýchací cesty, má mnoho systémových účinků a komplikací souvisejících s kardiovaskulárním, pohybovým a neurologickým systémem i s výživou a metabolismem. V souvislosti s tímto onemocněním musí většina pacientů změnit denní aktivity kvůli dušnosti, funkčnímu poškození a únavě. S rostoucí únavou a dušností mnohdy přichází i sedavý životní styl (Aydin, 2014, s. 163–172).

U pacientů s CHOPN se jako varianta léčby nabízí Masáž stimulující dýchání (zkratka MSD), což je rytmická a s dostatečným kontinuálním tlakem rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. MSD tedy můžeme zařadit mezi jednu z technik dechové gymnastiky (Friedlová, 2007, s. 102–105).

Samotná MSD byla vyvinuta v ošetrovatelské praxi a postupně se integruje do konceptu bazální stimulace (zkratka BS). Spojuje tři typy masáží, a to klasické švédské masáže, Shiatsu masáže a japonské rytmické stimulující masáže (Kopke, 2011, s. 44–46). Využití MSD je vhodné zejména u pacientů, kteří se vyznačují především povrchním, rychlým a někdy i nepravidelným dýcháním (Kitzler, 2003, s. 1–4). Právě cestou MSD můžeme této skupině pacientů pomoci k pravidelnému a klidnému dýchání (Mittelbach, 2010, s. 32–35). Intervence také podporuje mezi pacientem a pečovatelem komunikační proces, čímž může mezi oběma zprostředkovat mnohem užší vztah. Vede také k relaxaci a podporuje pocit bezpečí (Kitzler, 2003, s. 1–4).

Cílem předkládané diplomové práce je zjistit, jak respondenti s CHOPN vnímají poskytované MSD. Výzkumné šetření bylo koncipováno jako kvalitativní výzkum s použitím metody polostrukturovaného rozhovoru.



# 1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Pro orientaci v problematice a tvorbu diplomové práce byla prostudována následující vstupní literatura:

ČÁPOVÁ, Jarmila. 2008. Terapeutický koncept „Bazální programy a podprogramy“. Vyd. 1. Ostrava: Repronis, 119 s. ISBN 978-80-7329-180-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Vyd. 1. Praha: Grada, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2005. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.

KALVACH, Zdeněk et al. 2011. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

# REŠERŠNÍ STRATEGIE

## 1. fáze vyhledávání

**Stanovená vyhledávací kritéria:**

**Klíčová slova v ČJ:** Koncept bazální stimulace, terapeutický dotek, Masáž stimulující dýchání, masáž zad, chronická obstrukční plicní nemoc, ošetrovatelství, spánek, dýchání, osobní pohoda;

**Klíčová slova v AJ:** The concept of basal stimulation, therapeutic contact, Massage stimulating breathing, back massage, Chronic obstructive pulmonary disease, nursing care, sleep, breathing, personal well-being;

**Vyhledávací období:** 1999–2014 (15 let)

**Další vyhledávací kritéria:**

- Abstrakt v anglickém jazyce
- Články týkající se dané problematiky
- Databáze PubMed, EBSCO
- Plnotexty



Celkem dohledáno **363** dokumentů.



**Vyřazovací kritéria:**

- články s vybranou tematikou týkající se dětí
- články s odlišnou tematikou
- duplicitní články



Databáze PubMed – 23 článků

Databáze EBSCO – 12 článků



Z první fáze vyhledávání vyloučeno **38 článků**, které byly použity pro tvorbu diplomové práce.

## 2. fáze vyhledávání

### Stanovená vyhledávací kritéria:

**Klíčová slova v ČJ:** Masáž stimulující dýchání

**Klíčová slova v NJ:** Atemstimulierende Einreibung

**Vyhledávací období:** 1999–2014 (15 let)

### Další vyhledávací kritéria:

- Články týkající se dané problematiky
- Databáze PubMed, EBSCO, Google Scholar
- Dospělá populace (18–99 let)



Celkem dohledáno 39 dokumentů.



### Vyřazovací kritéria:

- články s vybranou tematikou týkající se dětí
- články s odlišnou tematikou
- duplicitní články



Z druhé fáze vyhledávání vyplynulo **7 článků**, které byly použity pro tvorbu diplomové práce.

### 3. fáze vyhledávání

**Stanovená vyhledávací kritéria:**

**Klíčová slova v ČJ:** klasická masáž, spánek, dýchání, úzkost, deprese;

**Klíčová slova v AJ:** rub massage, sleep, respiration, anxiety, depression;

**Vyhledávací období:** 1999–2014 (15 let)

**Další vyhledávací kritéria:**

- Články týkající se dané problematiky
- Databáze PubMed, EBSCO, Google Scholar
- Dospělá populace (18–99 let)



Celkem dohledáno 21 dokumentů.



**Vyřazovací kritéria:**

- články s vybranou tematikou týkající se dětí
- články s odlišnou tematikou
- duplicitní články



Z třetí fáze vyhledávání vyloučeno **15 článků**, které byly použity pro tvorbu diplomové práce.



**Celkem bylo pro tvorbu diplomové práce použito 60 zdrojů.**

## **2 MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ A JEJÍ VYUŽITÍ U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ**

### **2.1 Masáž stimulující dýchání jako součást konceptu bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace (zkratka BS) poskytuje pacientům celou řadu možností, jak podpořit vnímání vlastního těla (Friedlová, 2009, s. 23, 24). Primárním cílem konceptu BS je obnova orientace, vytváření identity a znovuzískání uvědomění si vlastního těla (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 73).

Koncept BS je pro ošetrovatelské aktivity strukturován tak, aby všechny techniky somatické stimulace byly integrovány do každodenní ošetrovatelské péče a bylo možné je poskytovat ze strany pracovníků v přímé péči (Friedlová, 2010, s. 30, 31). Napomáhá pacientům, aby rozpoznali a uvědomili si hranice vlastního těla. Z toho důvodu je tedy velmi důležité, aby se pacientům dostávalo klidných a cílených doteků (Friedlová, 2009, s. 23, 24).

Jelikož v kůži i podkoží jsou umístěny receptory reagující na mechanické, termické a bolestivé podněty, právě užitím technik BS dochází ke stimulaci kožního percepčního orgánu, a tedy i k vnímání pohybu vykonávaného v průběhu stimulace (Friedlová, 2010, s. 30, 31). Doteky tedy mají v ošetrovatelství vysokou prioritu. Nutné je však odlišit, zda se jedná o doteky nahodilé, nebo cílené (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 101). Koncept BS se tedy nabízí jako vhodná forma, jak přistupovat k lidem s komunikačními omezeními. Může sloužit také jako prostředek dorozumívání mezi pacienty, kteří jazyku nebo slovům nerozumí (Scharaditsch, Shaha, 2012, s. 19–21). Zvláště důležitá je BS pro starší pacienty, jelikož je to pro ně mnohdy jediná možná forma komunikace (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 101).

BS však nepředstavuje jenom prostředek komunikace, ale je také nástrojem, který nám napomáhá zvládat specifické chování ze strany pacienta (Scharaditsch, Shaha, 2012, s. 19–21). Důležité je zdůraznit, že koncept BS není doteková terapie a nelze ji s tímto pojmem zaměňovat. Pro správné pochopení konceptu je nutné uvést, že koncept BS pracuje se strukturovaným dotekem při obměně vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2010, s. 30, 31).

V rámci konceptu BS je často využívána somatická stimulace. Tato technika BS slouží pacientovi jako nástroj pro zprostředkování vjemů z vlastního těla. Využití technik somatické stimulace představuje základní předpoklad pro to, aby si pacient uvědomil své okolí a svou schopnost komunikovat (Malíková, 2011, s. 193). Prvky somatické stimulace jsou v konceptu bazální stimulace do péče integrovány s cílem podporovat vnímání vlastního těla. Mimo to

působí na rozvoj vlastní identity, vnímání okolního světa, navázání komunikace s okolním prostředím či na podporu orientace v prostoru a čase. Dalším cílem je podpora lokomočních schopností pacienta, redukce následků imobility a poskytnutí pacientovi orientaci v konaných činnostech. Druhy somatické stimulace volí terapeut dle stavu a individuálních potřeb uživatele, přičemž vychází z biografické anamnézy uživatele a kooperace celého týmu. Důležité je zdůraznit, že kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který ošetřovatel nebo terapeut aplikuje na tělo pacienta při provádění stimulace (Friedlová, 2010, s. 30, 31).

V konceptu BS předáváme informace pacientovi prostřednictvím cíleného doteku – tzv. iniciálního. Na základě anamnestických dat zvolíme nejvhodnější místo na pacientově těle, a to nejlépe v centrální části těla. Mezi vhodná místa pro iniciální dotek můžeme zařadit rameno, paži či ruku. Samotný dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku, bez násilného vtlačení pacienta do matrace, a musí být doprovázen verbálními projevy. O místě pro iniciální dotek rozhoduje jak pacient, tak i všichni ti, kteří s pacientem přicházejí do kontaktu. Lokalizace doteku by měla být zvolena na základě porady a zvážení všech informací. Důležité je také vhodné umístění cedule se zvoleným místem pro iniciální dotek do bezprostřední blízkosti pacientova lůžka. Při péči cestou BS je nutné použít iniciální dotek před zahájením a po ukončení každé činnosti u pacienta (Friedlová, 2007, s. 73, 74). Pro efektivitu intervence je také velmi důležité si vytvořit vztah s pacientem založený na důvěře. Mimo jiné je nutné nezapomínat na to, že ne každý potřebuje stejnou blízkost či vzdálenost (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 15).

Existují rovněž studie obsahující kritiku ze strany pacientů, kteří vnímají fyzický kontakt negativně, což je problémem pro poskytování péče cestou BS (Rössmann, 2004, s. 68–74).

Mezi jednu z technik somatické stimulace můžeme zařadit MSD (Kopke, 2011, s. 44–46). Jedná se o ošetřovatelskou intervenci, která je považována za příklad profesionální ošetřovatelské činnosti (Wecht, 2009, s. 26). Z ošetřovatelského hlediska je tato ošetřovatelská intervence vhodnou příležitostí pro všeobecné sestry a rodinné pečovatele k poskytnutí individuální a komplexní péče (Kopke, 2011, s. 51, 52).

Technika MSD byla prvně použita počátkem 90. let minulého století pod vedením Christel Biestein a postupně se integrovala do ošetřovatelské péče (Wecht, 2009, s. 26). MSD vycházejí jak ze šroubovitých pohybů rukou připomínajících rytmické masáže podle I. Wegmann, tak i z pohybů, které jsou založeny na aktivaci dechu zvýšeným tlakem rukou

paralelně k páteři. Tyto pohyby vychází z japonských Shiatsu masáží (Holzer, 2007, s. 21–27). Důležité je zdůraznit, že u MSD je nezbytné si udělat čas na pacienta a vytvořit příjemnou a uvolněnou atmosféru (Holzer, 2007, s. 21–27). Cílem MSD je prostřednictvím doteku pomoci pacientovi k pravidelnému a klidnému dýchání (Mittelbach, 2010, s. 32–35). Intervence je tedy maximálně vhodná pro pacienty, kteří se vyznačují povrchním, rychlým či nepravidelným dýcháním. Jelikož MSD sama o sobě vytváří mezi pacientem a pečovatelem komunikativní proces, může MSD mezi oběma vytvořit mnohem užší vztah, vést k relaxaci a podpořit pocit bezpečí (Kitzler, 2003, s. 1–4).

Samotná stimulace mimo jiné vede k ustálení rytmu dýchání u pacienta, a to tak, že terapeut stimuluje nádech a jeho hloubku na hrudníku pacienta. Touto cestou mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout pacientovi uvolnění, pocit jistoty a blízkosti; terapeutovi umožňuje vyjádřit svou empatii vůči pacientovi. MSD vede k naladění na stejný rytmus dýchání mezi ošetřujícím a pacientem a nabízí vzájemné pochopení beze slov. Z toho důvodu je vhodná také pro neklidné pacienty, kteří se poté cítí být akceptováni. MSD také napomáhá pacientovi dosáhnout celkového zklidnění. Cílem terapeuta je mimo jiné pomoci pacientovi uvědomit si své tělo a zvýšit schopnost jeho koncentrace. Podporujeme touto cestou pacientovi reakce na podněty z okolí a napomáháme dosáhnout sníženého vyplavování stresových hormonů. Technika MSD však vyžaduje kontinuální trénink a musí být především dobře provedená, abychom dosáhli terapeutického cíle. Pouze intenzivní kontakt terapeutovými rukama na zádech pacienta, klidné a symetricky prováděné masážní pohyby navozují u pacienta pocit jistoty a redukují stavy neklidu a zmatenosti (Friedlová, 2007, s. 102–105). MSD rovněž přispívá ke zdraví a léčení prostřednictvím zvýšené relaxace, a je tedy bezpečným a levným terapeutickým krokem (Scharaditsch, Shaha, 2012, s. 19–21).

## **2.2 Dýchání u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a možnosti jeho ovlivnění prostřednictvím Masáže stimulující dýchání**

Dýchání člověka nabízí pozoruhodný zdroj informací o stavu pacienta. Právě změněné dýchání signalizuje určité somatické, psychické či duchovní změny. Například pacienti s úzkostí nebo nedostatečným uvědoměním si vlastního těla mají vysokofrekvenční mělké dýchání (Kitzler, 2003, s. 1–4). U pacientů s CHOPN je typické, že výměna kyslíku probíhá pouze v horních částech plic. Snížené dýchání také vede k tomu, že pacient má malou sílu vnímat sebe nebo své okolí (Mittelbach, 2010, s. 32–35). U pacientů s CHOPN je

charakteristická chronická bronchitida, která je určena přítomností produktivního kašle trvajícím po dobu  $\geq 3$  měsíců, a to nejméně ve dvou po sobě jdoucích letech. U této skupiny pacientů je typický plicní emfyzém (neboli rozedma plic), který představuje patologicko-anatomický pojem definovaný úbytkem plicních sklípků bez jejich vazivové přeměny (Koblížek, 2014, s. 134). Hlavním problémem pacientů s CHOPN je kašel, který může být každodenní a produktivní či intermitentní a neproduktivní (Redlich et al., 2013, s. 984). Typický je kašel s odkašláváním, ten se vyskytuje u 50 procent kuřáků. Kašel bývá většinou produktivní, množství sputa je relativně malé a jeho charakter nebývá purulentní. Výskyt kašle je zpočátku jen občasný, nejprve se objevuje časně ráno, ale v průběhu času i během dne (Chen, Mannino, 1999, s. 93–99). V rámci diagnostiky CHOPN je důležité se zaměřit na změny u pacienta. Například na pomalejší chůzi k dopravnímu prostředku nebo užívání výtahu oproti dřívější chůzi po schodech (Laveneziana, O' Donnell, 2007, s. 91).

Optimální péče o pacienta s CHOPN vyžaduje individuální a na pacienta zaměřenou péči, která se orientuje na všechny aspekty onemocnění, řeší systémové účinky a komorbidity a integruje zdravotní péči mezi zdravotnickými profesionály. Cílem péče je dosáhnout optimálního každodenního fungování a zdravotního stavu pro jednotlivé pacienty a dosáhnout nezávislosti jedince a jeho fungování ve společnosti (Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2010, s. 48–50). V současnosti však není žádná léčba, která by snížila tempo poklesu plicních funkcí, pouze vede ke sníženému vnímání dušnosti. Farmaka v současné době mohou pouze zmírnit příznaky, zvýšit zátěžovou kapacitu plic, snížit počet a závažnost exacerbací a vést ke zlepšení zdravotního stavu (Celli et al., 2004, s. 936, 937).

Variantou léčby CHOPN je i lázeňská léčba. Lázeňská léčba CHOPN má v České republice dlouholetou tradici založenou na aplikaci různých léčebných zdrojů. Většinou se jedná o naleziště termálních pramenů či púd s vyšší koncentrací některých chemických substancí, které mají pozitivní léčebný efekt na zdraví. Léčebné procedury zahrnují inhalace, respirační fyzioterapii, pohybovou léčbu (vytrvalostní a silový trénink), saunování, turistiku a rekreační sporty (Neumannová, Koblížek, Zatloukal, 2014, s. 29). U lázeňské léčby především starších pacientů s CHOPN je vhodnější teplejší nedráždivé nížinné klima, jelikož přesun z nížin do vyšších nadmořských výšek může způsobit hyposaturaci až těžkou desaturaci parciálního tlaku kyslíku v krvi. Základem léčby pacientů s CHOPN je aeroterapie, oxygenoterapie či helioterapie. Terapie u dospělých osob obsahuje dvakrát denně individuální inhalace v závislosti na potížích, třikrát týdně skupinový respirační léčebný tělocvik, dvakrát



týdně individuální léčebný tělocvik (LTV), respirační fyzikální terapii, mobilizaci žebere a páteře, uvolnění zkrácených svalů a fascií, dvakrát týdně hydrokinezioterapii, skupinový LTV v rehabilitačním bazénu, pět až sedmkrát týdně chůze po terénních trasách pro respirační nemoci. Nutné je však zvážit lékařem dle individuálních obtíží pacienta (Jandová, 2009, s. 321).

Lázeňská terapie u pacientů s CHOPN je však primárně založena na inhalačním použití minerální vody, především sirné a slané jodové vody. Sirnáté minerální vody mají vazodilatační působení na bronchiální sliznici, zvyšují mukociliární clearance a produkci imunoglobulinu A. Klinické studie zaměřené na efekt lázeňské léčby u pacientů ukázaly zlepšení kašle, vykašlávání hlenu a funkčních indexů, jako je FEV1 (sekundová vitální kapacita) a VC (vitální kapacita); (Petraccia et al., 2005, s. 23–31). Mimo již zmiňované procedury jsou součástí terapie v rámci lázeňské léčby i klasické masáže (zkratka KM) zad, které provádí po dobu 20 minut masér nebo fyzioterapeut. Podstatou je aplikace specifických masážních úkonů na jednotlivé svalové skupiny, a to v daném pořadí a v daném směru. V jedné časové jednotce se standardně provádí masáž zad i šíje. Efektem KM zad je zvýšení prokrvení v místě masáže a úprava zvýšeného svalového napětí (Jandová, 2009, s. 321). Jako jedna z dalších variant léčby u pacientů s CHOPN se nabízí technika BS, konkrétně MSD (Rössmann, 2004, s. 62).

**Vlivem MSD na dýchání přímo u pacientů s CHOPN** se zabývala Elisabeth Rössmann. Autorka provedla randomizovanou studii, ve které se zaměřila na vliv poskytované MSD. Cílem studie bylo zjistit vliv MSD jako jedné z technik využívané v BS. Rössmann se zaměřila na působení MSD na pacienta, a to konkrétně na fyzické, psychologické a sociální aspekty. Provedla kvalitativní rozhovory, ve kterých se zaměřila na tři hlavní body, jejichž cílem bylo vyhodnotit efekt MSD. Prvním bodem byla reakce na dotek, druhým zkušenosti z terapeutického účinku a v posledním bodu byly sumarizovány informace o podmínkách při MSD (Rössmann, 2004, s. 62). MSD byla poskytnuta jedenácti pacientům (4 muži a 7 žen), kteří byli hospitalizováni v nemocnici. Samotná MSD trvala v rozmezí od šesti do dvanácti minut. Autorka se zaměřovala jak na měření fyziologických funkcí, tak i na zjištění názorů respondentů na poskytované MSD (Rössmann, 2004, s. 128). Na základě získaných dat bylo prokázáno, že vlivem intervence dochází ke zlepšení perfuze plic, což je způsobeno lepším dýcháním a větším pohybem plic v hrudníku. Z popisů pacientů je zjevné, že vlivem MSD došlo ke snížení bolesti, uvolnění svalů a došlo i ke zlepšení jejich

celkového stavu. Na podkladě MSD se uvolnilo napětí dýchacích svalů a tím i napětí celé svaloviny, což mělo za následek zmírnění stresu.

Autorka uvedla některé slovní výpovědi pacientů. Konkrétně jeden z respondentů uvedl: „Ano, teď mohu dýchat docela odlišně než dříve“. Další řekl: „Stačí mi jen klidně dýchat a pak musím přiznat, dýchání je nějak tak snadnější“.

V souhrnu lze říci, že z provedeného výzkumu vyplynulo, že MSD je intervencí, která má pozitivní vliv také pro pacienty s CHOPN. Působením MSD přímo u pacientů s CHOPN se zaměřovala pouze Rössmann. Ostatní studie popisující MSD jsou obecně zaměřeny na pacienty s dechovými problémy (Rössmann, 2004, s. 68–72).

Jednou z nich je studie autora Lehmana, který zkoumal účinky MSD na saturaci kyslíkem v krvi u kriticky nemocných pacientů s různými klinickými obrazy. Jedná se o velmi rozsáhlou studii, jejímž výsledkem je pozorovaný nárůst saturace krve kyslíkem. Lehmann ve své studii uvedl, že se také významně snížila frekvence dýchání v období 5 až 20 minut po stimulaci (Lehmann, 1994, s. 26). Naopak autor Conrad ve své studii, v níž porovnával působení MSD s KM zad, nenašel žádné zvláštní účinky terapie na dýchání. Z výsledků vyplynulo, že co se týká změn v oblasti dýchání, není žádný signifikantní rozdíl mezi sledovanými skupinami (Conrad, 2004, s. 106).

Působením MSD na dýchání se zabýval také Schurenberg. Uvedl, že pro pacienty je příznivé to, že při kontaktu s kůží v průběhu MSD dochází k pozitivnímu ovlivnění dýchání, což má v konečné fázi celkově příznivý efekt na organismus pacienta. Šetření probíhalo v průběhu roku 1990. Autor zapojil do výzkumného šetření celkem 32 pacientů, kteří byli hospitalizováni na interní klinice. Výzkum však v konečné fázi dokončilo pouze 22 pacientů. Sedm z dvaceti dvou zúčastněných pacientů bylo po léčbě chemoterapií, ozařováním či chirurgické léčbě z důvodu onkologického onemocnění. Šest pacientů bylo na kardiiovaskulární terapii, ve čtyřech případech bylo pacientovi diagnostikováno astma bronchiale nebo chronická bronchitida. Dalších pět pacientů mělo odlišné potíže. Autor ve studii uvedl, že na podkladě MSD je často chaotický dýchací rytmus pacienta změněn, což má za následek dosažení klidného dýchání. Schurenberg také poukázal na to, že na podkladě stimulace byla ovlivněna jak hloubka dechu, tak i jeho frekvence. Působením MSD došlo ke zvýšení pohyblivosti žeber a následně k rozšíření hrudního prostoru, což vedlo k usnadnění inhalace. Kromě již zmíněného byl samotný dotekový kontakt vnímán pacienty jako mimořádně příjemný (Schurenberg, 1993, s. 140, 141). Závěrem studie je, že samotná

stimulace významně zvýšila respirační pohyb a zmírnila potíže pacientů. Hlavní dopad MSD byl zaznamenán ve zmírnění stridoru (Schurenberg, 1993, s. 135–143).

Tyto poznatky potvrdila také autorka Holzer, která popsala, že MSD vede ke zlepšení dýchání a k následnému perifernímu nasycení krve kyslíkem (Holzer, 2007, s. 21–27).

Pokud hovoříme o komplexním vlivu na dýchání, také Taubenberger uvedl, že MSD je formou stimulace, pomocí níž můžeme dosáhnout snížení dušnosti. Taubenberger dále popsal, že v rámci jeho studie byl u 15 z 25 osob pozorován značný nárůst v hodnotách saturace krve kyslíkem po MSD (Taubenberger, 1992, s. 16).

Vlivem MSD na dýchání se zaměřil také autor Nydahl, ten zapojil do šetření celkem 263 pacientů. Zúčastnění respondenti uvedli, že po provedené stimulaci se cítili mnohem uvolněněji a také mohli dýchat mnohem volněji (Nydahl, 1999, s. 154).

Významné dopady na oblast dýchání byly prokázány v dizertační práci autorky Kopke. V případě této studie byl porovnáván efekt MSD a KM zad. Pacienti, kteří dostávali KM zad, představovali kontrolní skupinu (Kopke, 2011, s. 142–144, 151). Kopke v práci uvedla významné dopady MSD na oblast dýchání, především co se týká snížené frekvence dýchání a souvisejícího hlubšího dýchání a zlepšeného výdechu (Kopke, 2011, s. 151–154). Autorka dále poukázala na to, že došlo v případě dechové frekvence ke snížení o 30 procent ve všech měřeních v rámci intervenční skupiny. Snížení naměřených hodnot bylo však dosaženo jak KM zad, tak i MSD bezprostředně po aplikaci. Tato data mohou být vysvětlena tím, že na podkladě obou dvou intervencí došlo k rytmizaci dechu (Kopke, 2011, s. 142–144). Rozdíl byl především v tom, že intervenční aplikace vedla k podstatně vyšší saturaci kyslíku v krvi než v kontrolní skupině. V intervenční skupině se mimo jiné významně snížila frekvence dýchání v období 5 i 20 minut po MSD (Kopke, 2011, s. 46, 47).

### **2.3 Všeobecné možnosti využití Masáže stimulující dýchání u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Efekt MSD byl mimo působení na dýchání zaznamenán i na oblast spánku, únavy, psychického stavu, fyziologických funkcí a také na bolest. Komplexní analýzu těchto parametrů provedla Kopke ve své dizertační práci a potvrdila výše zmíněné přínosy MSD (Kopke, 2011, s. 142–144).

Nejprve se zaměříme na efekt MSD na spánek, jenž napomáhá dosáhnout fyzického, psychického a emocionálně vyváženého stavu (Aydin, 2014, s. 163–172). Samotná délka spánku u pacientů se pohybuje v rozmezí od 6 do 10 hodin, avšak existují velké individuální

odchylky (Schurenberg, 1993, s. 135–143). Poruchy spánku jsou jedním z nejčastějších symptomů u pacientů s CHOPN, vyskytují se až u 40 procent pacientů. Spánek u pacientů s CHOPN je obvykle spojený s kyslíkovou desaturací, což může zhoršit samotnou kvalitu spánku. Mezi hlavní mechanismy desaturace patří hypoventilace či nepravidelné dýchání. U pacientů s CHOPN je v průběhu spánku hypoventilace výraznější, zejména v průběhu REM (rapid eye movement) spánku. Hypoventilace je způsobena celou řadou faktorů – například obstrukcí dýchacích cest, respirační svalovou dysfunkcí, ventilační odpovědí na hyperkapnii nebo hypoxii či působením léků (McNicholas, Verbraecken, Marin, 2013, s. 365). Chronická systémová onemocnění obecně jsou jedním z nejdůležitějších faktorů, které mohou ovlivnit spánek na dlouhodobé období. Mohou rovněž způsobit různé problémy se spánkem vedoucí i ke zhoršené kvalitě samotného spánku. Důležité je výše zmiňované potíže v oblasti spánku nepodceňovat a provádět rutinní vyšetření u pacientů s CHOPN. Samotné vyšetření by mělo zahrnovat průzkum potíží v oblasti spánku a zjištění dopadu poruch spánku na kvalitu života (Aydin, 2014, s. 163–172).

Tyto výsledky potvrzuje Zohal a kolektiv autorů, kteří ve své studii hodnotili kvalitu života a spánku. Hodnocení probíhalo prostřednictvím St. George dotazníku, což je obecný dotazník pro hodnocení kvality života, a Pittsburg dotazníku pro hodnocení kvality spánku. Z výsledků studie také vyplynulo, že u pacientů s CHOPN je charakteristická kratší doba spánku, problematické usínání, častější rušení a nižší noční nasycení krve kyslíkem (Zohal et al., 2014, s. 1–8).

Především u starších pacientů se problémy se spánkem stávají velkým problémem (Schurenberg, 1993, s. 135–143). Poruchy spánku pravděpodobně přispívají k nespecifickým denním symptomům, jako je chronická únava, letargie či celkové zhoršení kvality života popsané u těchto pacientů. Ukázalo se, že kvalita spánku je nezávislý prognostický faktor kvality života (Zohal et al., 2014, s. 1–8). Řízení problémů souvisejících se spánkem u pacientů s CHOPN by se dle McNicholase a kolektivu autorů mělo právě zaměřit především na minimalizaci přerušování v průběhu spánku, omezení kašle a dušnosti. Nicméně problémy se spánkem jsou u pacientů s CHOPN často bez povšimnutí ze strany lékařů a často bývají hlášeny až samotnými pacienty (McNicholas, Verbraecken, Marin, 2013, s. 365).

Na podkladě získaných dat je zjevné, že zdravotničtí pracovníci poskytující péči dostatečně neposuzují problémy se spánkem a příznaky spojené se spánkem vyskytující se u pacientů. Komplexní posuzování těchto problémů je nicméně nezbytné proto, abychom

mohli diagnostikovat spánkový problém a mohli brzy zahájit vhodné intervence a zlepšit i celkový stav pacienta (Aydin, 2014, s. 163–172).

Tématem **vlivu MSD na oblast spánku a únavy** se zabýval autor Schurenberg. Autor do výzkumného šetření zapojil celkem 22 pacientů (9 žen a 3 mužů), u kterých bylo provedeno celkem 52 masáží. Pacienti byli ve věku 41 až 84 let. Autor uvedl, že délka MSD se pohybovala v rozmezí od 6 do 10 minut. Před provedením MSD všichni pacienti udávali dobu usínání mezi jednou až dvěma hodinami. Z výzkumu vyplynulo, že všichni pacienti vnímali MSD velmi příjemně. U sedmi pacientů byl také zaznamenán uklidňující efekt. U zbývajících došlo výrazně ke zkrácení usínání. Konkrétně došlo ke zkrácení délky usínání na 30 minut. Zejména u pacientů po specifické psychické zátěži, jako je chemoterapie nebo operace, byly prokázány nejmarkantnější změny. Schurenberg dodal, že poskytování MSD mělo za následek zvýšení relaxace (Schurenberg, 1993, s. 135–143). Hlavní výsledkem je, že použitá intervence zlepšila samotný proces usínání. Pro efektivitu intervence je však nutné zabezpečit vhodné podmínky pro usínání a především zajistit to, že bude pacient vyprázdněný a bude vhodně upraveno prostředí (Schurenberg, 1993, s. 140, 141).

Smith a jeho kolegové také zjistili nepatrné změny v oblasti spánku na podkladě provedené intervence (Smith, 2002, s. 257–262). Na stejné téma se zaměřila také autorka Holzer, která dospěla k závěru, že MSD je užitečný nástroj, který má kladný vliv na spánek. Konkrétně na proces usínání, rušení v průběhu spánku a také na brzké probouzení. Ze studie Holzer dále vyplynulo, že vlivem intervence se také snížila spotřeba hypnotik. V souhrnu lze konstatovat, že MSD uvolňuje napětí a vede k navození pohody a tím i k lepší kvalitě spánku (Holzer, 2007, s. 21–27). Tyto výsledky potvrzuje také Peisold, který zaznamenal, že účinky MSD se pozitivně projeví na kvalitě spánku a také v lepším usínání (Peinsold, 2001, s. 11). Vliv na spánek studovala také Kopke. Autorka uvedla, že ke zhodnocení spánku využila dotazníky PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), VSH (Verran a Snyder-Halpern) a také Sleep Scale. Přínosem těchto dotazníků bylo zhodnocení spánku v komplexním hledisku (Kopke, 2011, s. 72, 73). Z šetření vyplynulo, že pravidelné provádění MSD vede ke zlepšení spánku. Přínosem MSD je mimo již zmíněné i zmírnění nespavosti a pocitů únavy. Z toho vyplývá, že dopady MSD byly zaznamenány také v kategorii kvalita spánku. Nutné je poznamenat, že autorka do poznámek uvedla, že MSD byly provedeny ve večerních hodinách. Nicméně provedení MSD těsně před spaním nebylo ve všech případech zajištěno (Kopke, 2011, s. 161). Vliv na spánek byl popsán i ve studiích Bischoff a Schiff, které potvrdily, že

provedená intervence mimo jiné zlepšuje kvalitu spánku (Schiff, 2006, s. 163–173; Bischoff, 1998, s. 17).

Dále se zaměříme na psychický stav u pacientů s CHOPN, ti se často z důvodu svých potíží stávají společensky izolovaní a musí se vzdát činnosti, které je baví. Tyto faktory mohou vést k rozvoji úzkosti a deprese. Problémem je, že příznaky úzkosti a deprese mohou být podobné jako příznaky CHOPN a mohou být proto jednoduše přehlédnuty (Yohannes et al., 1997, s. 155–160).

Maurer a kolektiv autorů uvedli, že pacienti s CHOPN mohou mít široké spektrum závažných symptomů v rozmezí od krátkodobého depresivního symptomu až po klinickou depresi. Ze studie vyplynulo, že 2/3 pacientů s CHOPN mají středně závažnou až těžkou depresi. Nicméně prevalence subklinické deprese může být dokonce vyšší za předpokladu, že je spojena s jiným chronickým onemocněním. Úzkost a deprese se často vyskytují společně u pacientů s CHOPN. U stabilní CHOPN se prevalence klinické deprese pohybuje mezi 10 až 42 procenty, zatímco u úzkosti se pohybuje mezi 10 až 19 procenty. U pacientů s akutní exacerbací CHOPN je prevalence deprese vysoká. Pohybuje se mezi 19,4 až 50 procenty, zatímco prevalence úzkosti se pohybuje v rozmezí od 9,3 do 58 procenty. V této studii je uvedeno, že přibližně jedna čtvrtina respondentů s CHOPN měla nerozpoznanou subklinickou depresi. Alarmující je však také to, že méně než jedna třetina pacientů s depresí byla léčena vhodnou formou. Neléčená nebo neúplně ošetřená deprese a úzkost může mít významné důsledky pro naplnění léčby. Může vést ke zvýšení frekvence hospitalizací, prodloužení délky pobytu a zvýšení intenzity návštěv u lékaře v rámci primární péče. Deprese může být dále také významným prediktorem mortality a příčinou hospitalizace pro akutní exacerbaci (Maurer et al., 2008, s. 43–56).

Problematikou psychického rozpoložení u pacientů s CHOPN se zabýval také Yohannes a jeho kolegové a zjistili, že deprese je spojena se značným postižením v oblasti psychických a fyzických funkcí. Depresivní pacienti s CHOPN mají také horší skóre kvality života ve srovnání s non-depresivními pacienty. Pacienti s depresí trpící CHOPN mají také nižší průměrnou hodnotu MRADL skóre (The Manchester Respiratory Activities of Daily Living questionnaire) ve srovnání s pacienty bez deprese. Prevalence hospitalizace u pacientů s depresí byla dále také výrazně vyšší než u pacientů bez deprese. Pokud se zaměříme na délku hospitalizace, počet hospitalizačních dní u depresivních pacientů byl  $9,8 \pm 1,7$  a u pacientů bez deprese  $2,3 \pm 0,6$  dne (Yohannes et al., 1997, s. 155–160). Vztah mezi CHOPN a depresí je tedy pravděpodobně obousměrný. Nicméně přesný mechanismus

spojující CHOPN s depresí a úzkostí nebyl identifikován. Vzájemný vztah mezi kouřením, depresí, úzkostí a CHOPN je také nejasný. Nicméně je zřejmé, že kouření zvyšuje riziko a závažnost onemocnění. Denní aktivity se vlivem CHOPN stávají složitější a stresující. Důležité je však zmínit, že depresi a úzkost je náročné identifikovat, jelikož jejich symptomy se často překrývají se symptomy CHOPN (Yohannes, Alexopoulos, 2014, s. 345).

Dle Yohannese a kolektivu autorů může přítomnost deprese nebo úzkosti v konečné fázi významně zhoršit kvalitu života pacientů. Současně depresivní porucha může přivést pacienta do začarovaného kruhu, který představuje depresivní náladu, jež snižuje schopnost pacienta vyrovnat s fyzickými symptomy, ty se poté stávají méně snesitelné (Yohannes et al., 1997, s. 155–160). K rozvoji psychických problémů u pacientů s CHOPN také přispívají vybrané faktory, například genetická predispozice, závislost na nikotinu, smutek, sociální izolace, účinky nemoci a její důsledky na centrální nervový systém. Z toho důvodu by neměly být psychické příznaky ignorovány a psychický stav by měl být hodnocen tak, aby byla nalezena vhodná a efektivní metoda léčby (Cafarella et al., 2012, s. 627–635).

Vysokou prevalenci duševních poruch u pacientů s CHOPN potvrdili také Vögele a Leupold. Autoři konstatovali, že CHOPN je chronické progresivní onemocnění charakterizované ireverzibilní bronchiální obstrukcí a kolísáním příznaků recidivujícího kašle a dušnosti, které je charakteristicky spojené s vysokou prevalencí úzkostí. Bylo však zjištěno, že není systematický vztah mezi úrovní úzkosti a respiračními funkcemi, ale je pozitivní korelace mezi hladinou úzkosti a vnímáním fyzických symptomů. Zajímavostí je, že nebyl nalezen žádný vztah mezi zvýšením skóre deprese a plicní funkcí (FEV1), což naznačuje slabý nebo možná nelineární vztah mezi plicními funkcemi a depresivními symptomy. Deprese a úzkost se však v této studii ukázaly být spojeny s jinými chorobami, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus či cévní mozková příhoda. Vögele a Leupoldt mimo jiné uvedli, že v závislosti na ireverzibilní povaze CHOPN není cílem léčby u pacientů s CHOPN onemocnění vyléčit, ale dosáhnout snížení příznaků, zvýšit funkčnost a zlepšit kvalitu života pacientů s CHOPN. Nicméně důkazy o depresi a úzkosti v této skupině pacientů zůstávají neprůkazné kvůli špatné metodologické kvalitě většiny publikovaných studií (například nedostatek vhodných kontrolních skupin, malá velikost vzorku, proměnlivost nástrojů). Z výzkumu je patrné, že znalosti o psychologických následcích CHOPN jsou stále omezené. Vzhledem k nedostatku poznatků a také k vysoké prevalenci úzkostných poruch u pacientů s CHOPN je zapotřebí provádět další studie a především identifikovat faktory, které vedou ke vzniku těchto obtíží (Vögele, Leupoldt, 2008, s. 764–

773). Členové Globální iniciativy pro CHOPN právě proto doporučují, aby u nových pacientů s CHOPN byla vždy provedena důkladná anamnéza zaměřená na posouzení pocitů deprese nebo úzkosti (Maurer et al., 2008, s. 43).

Pokud hovoříme o **vlivu MSD na oblast osobní pohody**, na toto téma se zaměřil autor Conrad, který provedl rozsáhlou randomizovanou studii. Do studie bylo zapojeno celkem 135 pacientů s průměrným věkem 60 let. Jednalo se o pacienty, kteří byli hospitalizováni pro astma bronchiale, anginu pectoris, pneumónii bez akutní dušnosti, pankreatitidu či neakutní fázi meningitidy. Autor provedl výzkumné šetření na oddělení JIP. Conrad použil MSD u 67 pacientů, jednalo se o pacienty zařazené do intervenční skupiny. Zbylou část představovali pacienti z kontrolní skupiny, kterým byla poskytnuta KM zad. Konkrétně se jednalo o 68 pacientů. Délka MSD se pohybovala v rozmezí od pěti do sedmi minut. Délka intervence byla v obou dvou skupinách shodná. Požadavkem pro účast na výzkumném šetření bylo, že zúčastnění pacienti byli schopni sedět na lůžku po dobu asi 10 minut, což vyloučilo pacienty s vážnými dýchacími potížemi či nemocné napojené na ventilátorech. Conrad měřil následující parametry: saturaci periferní krve kyslíkem, tepovou a dechovou frekvenci. Pro zjištění jednotlivých hodnot byly zaznamenávány údaje z monitoru. Konkrétně byly zaznamenány hodnoty v odstupu 2, 5, 10, 20, 30, 60 a 120 minut po intervenci. Tyto parametry byly měřeny před oběma intervencemi. V další fázi šetření byly účastníkům kladeny otázky, které byly zaměřeny na subjektivní vnímání a pocity pacienta. Otázky byly navrženy tak, aby hodnotily stav pohody či nepohody u pacientů. Zúčastnění zaznamenávali změnu na Likertově škále, např. pocit zlepšení či zhoršení. Pacienti z intervenční skupiny mnohem častěji uváděli pocit uvolnění než pacienti ze skupiny kontrolní. V případě intervenční skupiny téměř jedna čtvrtina testovaných označila uvolnění na škále, a to konkrétně zlepšení o dva body v porovnání s kontrolní skupinou. Conrad uvedl, že jedna třetina zapojených do kontrolní skupiny nezaznamenala žádné zlepšení. Avšak téměř 80 procent zúčastněných, u kterých byla provedena MSD, uvedlo na škále změnu v dobrém pocitu (tzv. well being). Dotazovaní udávali zlepšení o dva body na rozdíl od kontrolní skupiny. Na otázku, zda se pacienti cítí odpočatě, celá jedna čtvrtina zúčastněných z intervenční skupiny odpověděla kladně a celé čtyři pětiny zúčastněných z intervenční skupiny se po MSD cítili lépe. MSD se dle autora prokázala jako vhodná intervence, pomocí níž můžeme well being pozitivně ovlivnit. Autor však na závěr podotkl, že výsledky studie nejsou z důvodu malého počtu respondentů zcela průkazné. Výsledky studie je tedy nutné interpretovat s opatrností, jelikož se jedná o studii, ve které chybí kompletní údaje o metodice



výzkumného šetření. I přesto je nejpřesvědčivější studií zaměřující se na působení MSD na oblast psychické pohody. Nutné je však také poznamenat, že je zde jen velmi málo informací o pacientovi, nemoci a celkové situaci (Conrad, 2004, s. 104–107).

Vlivem MSD na psychickou pohodu se zabýval také autor Nydahl. Autor zapojil do studie celkem 263 pacientů s chronickým onemocněním. Ze studie vyplynulo, že pacienti se po MSD cítili uvolněněji (Nydahl, 1999, s. 154).

Na stejné téma se zaměřil autor Wecht. Zjišťoval vliv MSD u onkologických pacientů, konkrétně jako intervence ke snížení bolesti a na navození tzv. „dobrého pocitu“ u pacienta. Ve své studii se zmiňuje o výpovědích pacientů, kterým byla prováděna MSD. Výpovědi zúčastněných byly následující:

- „Po této masáži mám potřebu být masírovaný pořád dokola.“
- „Chtěla jsem být znovu masírovaná, nejvíc večer.“
- „Chybělo mi, když mě večer nikdo nenamasíroval.“
- „Necítil jsem se tolik osamělý.“
- „Po masírování se cítím příjemněji a volněji.“
- „Připadá mi, jako bych měl víc síly, psychické síly.“
- „Bylo to velmi příjemné, hlavně ten dotek.“

Autor na závěr svého příspěvku podotkl důležitou informaci o tom, že je zapotřebí, aby se pečující o pacienty zamysleli nad touto intervencí a také ji u pacientů vhodně využívali (Wecht, 2009, s. 11, 15).

Na stejné téma se vyjádřila také Bishoff. Ve studii uvedla, že aplikace MSD spouští u pacienta pocity pohody, avšak musí být dodržen konstantní kontakt s rukama na těle pacienta a provádění stimulace bez rukavic (Bishoff, 1998, s. 17).

Podobně Peisold zkoumal vzájemný vztah mezi terapií a stavem pohody u pacientů. Peisold uvedl, že záměrným kontaktem dochází k budování vztahu mezi pacientem a ošetřujícím (Peinsold, 2001, s. 11). Zmíněná tvrzení potvrdila také autorka Schiff, která identifikovala, že právě dotek vede k budování vztahů a k podpoře komunikace (Schiff, 2006, s. 163–173).

Široce se tímto problémem zabývala Kopke ve své dizertační práci, v níž uvedla, že MSD má příznivý vliv na navození celkové relaxace (Kopke, 2011, s. 47). Kopke konstatovala, že vliv MSD na psychický stav je především v tom, že aplikace intervence umožňuje se uvolnit a trochu si odpočinout (Kopke, s. 160, 161). Nicméně autorka na závěr studie dodala, že relaxační efekt nelze měřit přímo, lze jej posoudit částečně podle poklesu

indikátorů – a to frekvence dýchání, srdeční frekvence, systolického a diastolického krevního tlaku (Kopke, 2011, s. 142–144). Výhodou této studie je, že můžeme naleznout komplexní pohled na jednotlivé parametry. Konkrétně na bolest, relaxaci a spánek. Oproti všem předchozím studiím, kde je často izolována analýza každého parametru (Kopke, 2011, s. 160, 161).

Účinnost MSD na snížení psychického napětí identifikoval autor Kitzler, který uvedl, že pro pacienty je přínosný intenzivní fyzický kontakt. Nicméně se musí jednat o hladké doteky, ty totiž dodávají pacientům pocit bezpečí a uvolňují psychosomatické napětí. Získané informace vypovídají o tom, že stimulace mimo již zmíněné vede ke sníženému vylučování stresových hormonů (Kitzler, 2003, s. 1-4).

Na stejné téma se zaměřila také Mittelbach, která uvedla, že stimulace mimo jiné vede k budování vztahů, podpoře orientace, snížení stresu a k dosažení celkového uklidnění (Mittelbach, 2010, s. 32–35).

Stejně výsledky prokázala také Schmidt, která uvedla pokles srdeční frekvence a dosažení hlubokého dýchacího rytmu na podkladě stimulace, což podle ní může být známkou vnitřní relaxace. Dosažení vnitřní relaxace může v konečné fázi vést k úlevě od bolesti (Schmidt, 2001, s. 34–52).

V této souvislosti provedly autorky Mok a Woo experimentální kvantitativní studii. Tato studie byla zaměřena na zjištění přínosu intervence na bolest, úzkost, krevní tlak a srdeční frekvenci u dvou skupin pacientů. Měření probíhalo před, ihned po a tři dny po intervenci. Respondenti zapojení do této studie dostávali desetiminutovou MSD po dobu sedmi jdoucích večerů. Celkově bylo do studie zapojeno 102 pacientů. Zúčastnění respondenti byli náhodně rozděleni do intervenční a kontrolní skupiny. Výsledky ukázaly, že vlivem intervence se výrazně snížil počet pacientů, kteří vnímali bolest a úzkost. Kromě subjektivních hodnocení ze strany dotazovaných byly zaznamenány změny ve fyziologických parametrech. Konkrétně systolický, diastolický krevní tlak a srdeční frekvence byly pozitivně změněny. Z toho vyplývá, že stimulace vedla k navození pocitu relaxace. Zajímavým zjištěním je, že účinek na psychofyziologické parametry přetrvával i tři dny po intervenci, což prokazuje prodloužený účinek intervence (Mok, Woo, 2004, s. 209–216).

Tyto poznatky potvrdily i autorky Scharaditsch a Shaha, podle nichž použití doteku má zejména uklidňující účinky. V průběhu pětidenní léčby bylo možné v případě jejich studie pozorovat výrazné snížení úzkosti a úzkostného chování. Z výpovědí dotazovaných

vyplývalo, že měli na podkladě stimulace větší pocit jistoty a tedy i lepší kvalitu života (Scharaditsch, Shaha, 2012, s. 19–21).

Pocit úzkosti se po MSD zmírnil také ve studiích autorů Weinricha, Haddocka a Robinsona (1999, s. 11–24) a Dunna, Sleepa a Colleta (1995, s. 34–40). Změny ve zlepšení nálady po MSD byly pozorovány ve studii Corleyho a kolektivu (1995, s. 39–42).

Psychické rozpoložení po MSD zkoumal také Lindgren a kolektiv autorů. Cílem jejich studie bylo vyhodnotit dopady MSD na intenzitu úzkosti a fyziologický stres u pacientů, u kterých je plánovaná aortální operace. Autoři uvedli, že do jejich randomizované kontrolované studie bylo zapojeno 20 pacientů. Po provedení MSD bylo provedeno měření variability srdeční frekvence, krevního tlaku, respirační frekvence, saturace krve kyslíkem a koncentrace kortizolu, inzulínu a glukózy v séru. Ve studii byly pozorovány změny na úrovni úzkosti před a po MSD. Nebyly však zjištěny žádné významné rozdíly ve fyziologických ukazatelích stresu. Přínosem do praxe je to, že MSD může snížit míru úzkosti u pacientů a je tedy významnou ošetrovatelskou intervencí v intenzivní a pooperační péči. I když se využití MSD za posledních deset let zvýšilo, nebyly provedeny systematické studie k účinnosti takové léčby. Z toho důvodu je důležité provádět multidisciplinární zjištění účinků této intervence pomocí dalších studií (Lindgren et al., 2013, s. 269–277).

Pokud mluvíme o efektu MSD, byly také nalezeny studie zaměřené na **vliv MSD na fyziologické funkce**. Nejrozsáhleji se touto problematikou zabývala autorka Kopke ve své dizertační práci. Autorka zapojila do výzkumného šetření celkem 40 osob v průměrném věku 81 let. Autorka uvedla, že ve všech sledovaných fyziologických hodnotách byly pozorovány změny vlivem MSD ve srovnání s kontrolní skupinou. Kontrolní skupina byla tvořena pacienty, kterým byla aplikována KM zad. Kopke potvrdila účinnost MSD několika způsoby. Například v tom ohledu, že vlivem MSD došlo ke snížení srdeční i dechové frekvence. Snížení dechové frekvence bylo v průměru o 29 procent (Kopke, 2011, s. 77–79). Pokud hovoříme o vlivu MSD na tepovou frekvenci, bylo zjištěno, že vlivem MSD se snížila frekvence o 1,5 tepu za minutu. Z práce Kopke dále také vyplývalo, že hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku se na podkladě intervence také snížily. Systolický krevní tlak se konkrétně snížil o 33 procent a tlak diastolický téměř o 50 procent. Důležitou informací je, že bylo provedeno měření krevního tlaku vždy půl hodiny před a po intervenci. Z šetření vyplývalo, že hodnoty krevního tlaku v experimentální skupině po aplikaci MSD se v rámci všech sledovaných ukazatelů podstatně snížily v porovnání s kontrolní skupinou (Kopke, 2011, s. 49, 50). Z provedeného šetření je nejvíce patrný přínos MSD v podobě snížení

krevního tlaku, srdeční frekvence a dalších sympatizujících parametrů souvisejících se stresem. Kopke v závěru studie dodala, že variace krevního tlaku je nejlepší způsob, jak posoudit efekt MSD. Významné změny ve fyziologických relaxačních parametrech v rámci těchto studií ukázaly na to, že MSD má navíc také stimulační účinek na parasympatickou nervovou soustavu (Kopke, 2011, s. 142–148). Tyto výsledky prokazuje také autor Schmidt, který uvedl pokles srdeční frekvence a dosažení hlubokého dýchacího rytmu na podkladě MSD, což podle něj může být známkou vnitřní relaxace (Schmidt, 2001, s. 34-52). Stejně výsledky byly nalezeny rovněž ve studii autorů Kubsche, Neveae a Vandertie (2000, s. 143–151).

Dále se zaměříme na studie o **působení MSD na bolest u pacientů s CHOPN**. Nicméně literatura o bolesti u pacientů s CHOPN je omezená. Jen málo studií je také se zvláštním zaměřením na příčiny bolesti u pacientů s CHOPN a o faktorech, které jsou spojeny s bolestí. Chybí také literatura zaměřená na snížení bolesti u pacientů s CHOPN. Van Dam van Isselt a kolektiv autorů provedli systematické přezkoumání, ve kterém uvedli, že u pacientů se střední obstrukcí je prevalence bolesti vyšší ve srovnání se studií u pacientů s těžkou obstrukcí. Výsledky naznačují vzájemný vztah mezi bolestí a několika dalšími příznaky, jako je dušnost, nespavost, únava, úzkost a deprese. Hlavním výsledkem systematického přezkoumání je, že bolest se zdá být významným klinickým problémem u pacientů s CHOPN s prevalencí v rozmezí od 32 do 60 procent. Právě z toho důvodu je důležité se problematikou bolesti u této skupiny pacientů zabývat (Van Dam van Isselt et al., 2014, s. 1, 2).

Problematikou vlivu MSD na bolest se zabývalo jen několik autorů. Rozsáhle se touto problematikou zabývala Kopke. Autorka se ve své práci zaměřovala na následující body: zda použití MSD snižuje intenzitu a vnímání bolesti a zda tato intervence ovlivňuje relaxaci a kvalitu spánku – to vše v porovnání s kontrolní skupinou. Kontrolní skupinu tvořili pacienti, kteří dostávali KM zad. Cílem studie bylo zjistit důkazy o účinnosti a praktičnosti MSD (Kopke, 2011, s. 55, 56, 133, 154). MSD byly v případě této studie prováděny 7 dnů po sobě, a to dvakrát denně (Kopke, 2011, s. 72). Šetření probíhalo od března 2006 do září 2007 a účastnilo se jej celkem 49 pacientů. Šetření však nakonec dokončilo pouze 40 respondentů, 21 z nich bylo náhodně zařazeno do experimentální a 19 do kontrolní skupiny. Kontrolní skupinu tvořili pacienti, kteří dostávali KM zad. Výběr respondentů byl náhodný, průměrný věk dotazovaných byl 81 let. Všichni zúčastnění souhlasili písemně s účastí na studii a byli seznámeni s průběhem šetření (Kopke, 2011, s. 90, 91). Důležitým zjištěním vyplývajícím

z výzkumného šetření je, že údaje o intenzitě bolesti po intervencích byly nižší u intervenční skupiny než u kontrolní skupiny. Ze studie Kopke dále vyplynulo, že bezprostředně po každém užití MSD bylo pozorováno významné snížení intenzity bolesti, která se v tomto případě měřila pomocí analogové stupnice bolesti. Dle autorky došlo vlivem MSD u intervenční skupiny ke snížení bolesti o 25 procent. Kopke tedy prokázala, že aplikace MSD vede ke snížení krátkodobé bolesti. Působením MSD bylo dosaženo snížení stížností na bolest také v odstupu dvou hodin po použití intervence. MSD také měla dopad na zlepšení schopnosti chůze (Kopke, 2011, s. 150–154). Ze studie vyplynulo, že MSD je vhodnou intervencí ke snížení bolesti u pacientů s CHOPN i chronickou bolestí zad. Ze studie je tedy zjevné, že MSD můžeme identifikovat jako vhodnou doplňkovou a ošetrovatelskou intervencí ke snížení bolesti (Kopke, 2011, s. 161–164). Autorka Kopke však pracovala jen s malým počtem respondentů, je tedy nutné provádět další studie s podobným zaměřením (Kopke, 2011, s. 86–89).

Pozitivní efekt MSD byl prokázán také ve studii Bishoff. Autorka uvedla, že na podkladě stimulace došlo ke snížení chronické bolesti, konkrétně u dvou třetin pacientů. Dle Bishoff došlo použitím intervence k uvolnění svalů mezi žebry, což následně způsobilo zmírnění bolesti (Bishoff, 1998, s. 17).

Efekt MSD potvrdila také autorka Pfister, která dodala, že MSD podporuje zotavení se z operace prostřednictvím omezení autonomního vzrušení a rovněž snižuje bolesti u chirurgických pacientů v první pooperační den (Pfister, 1994, s. 15).

Problematiku bolesti zkoumala i Rössmann, která se zaměřila na vliv MSD jak u pacientů s CHOPN, tak i u pacientů s bolestmi zad. Zkoumání probíhalo prostřednictvím kvalitativních rozhovorů. Z výzkumu vyplynulo, že MSD je opatření, které má význam jak pro pacienty s CHOPN, tak i pro ty s chronickou bolestí zad (Rössmann, 2004, s. 68–76).

Avšak výsledky studií nemůžeme snadno aplikovat na jiné skupiny, jako jsou děti, mladí dospělí či pacienti s demencí. Totéž platí i pro léčbu jiných typů bolesti. Nicméně z výsledků studie vyplynulo, že můžeme MSD identifikovat jako vhodnou doplňkovou ošetrovatelskou intervencí ke snížení bolesti u starších pacientů (Kopke, 2011, s. 150, 161).

Průzkum odhalil jen málo studií, které se zaměřují na působení BS. Především chybí studie zaměřené na účinky MSD s ohledem na různé parametry, jako jsou například fyziologické funkce (Kopke, 2011, s. 51, 52, 150).

## 2.4 Shrnutí teoretických východisek a tvorba výzkumné otázky

Z dohledaných studií vyplynulo, že mezi nejčastější problémy pacientů s CHOPN můžeme zařadit dechové problémy, nejčastěji dušnost (Smolíková, Máček, 2006, s. 67–70). Konkrétní podíl dušnosti u pacientů s CHOPN nelze jednoznačně uvést, jelikož jsou značné odlišnosti mezi studii. V průměru se však dušnost vyskytuje u 50 procent pacientů (Rabe, 2006, s. 290). Mezi další příznak, který je typický u této skupiny pacientů, můžeme zařadit chronický kašel, ten může být každodenní a produktivní či intermitentní a neproduktivní (Redlich et al., 2013, s. 984). Mimo již zmiňované, je u pacientů s CHOPN charakteristická kratší doba spánku, problematické usínání, přerušovaný spánek a nižší noční saturace krve kyslíkem (Zohal et al., 2014, s. 1–8). Údaje potvrzuje také autor Aydin, ten podotýká, že vlivem CHOPN je negativně ovlivněna kvalita spánku především u osob s vysokou úrovní úzkosti a deprese (Aydin, 2014, s. 163–172). Vysokou prevalenci úzkosti a deprese dokazuje Maurer a jeho kolegové, kteří uvedli, že především u pacientů s akutní exacerbací CHOPN se prevalence deprese pohybuje ve vysokých hodnotách (Maurer et al., 2008, s. 43-56). Dle Friedlové se právě MSD ukazuje jako vhodná intervence, pomocí níž můžeme řešit výše zmíněné problémy (Friedlová, 2007, s. 102–105).

Problémem je však to, že existuje relativně malý počet zdrojů o možnostech využití MSD. Především byly nalezeny články v německém jazyce. Možným vysvětlením nedostatku výzkumů je, že samotné měření účinku je velmi obtížně proveditelné tak, aby bylo možné kompletně posoudit její efekt (Kopke, 2011, s. 150–154). Na problematiku MSD byly vypracovány pouze čtyři studie s kontrolní skupinou, konkrétně se jednalo o studie autora Conrada, autorek Rössmann a Schiff a dizertační práci autorky Kopke. Všechny ostatní studie mají společné to, že nepoužívají kontrolní skupiny či srovnání. Celkově informací o MSD na základě dostupných studií není dostatek. Především chybí diferencovaný pohled na účinky MSD, ten byl prokázán pouze ve studii autorky Kopke (2011, s. 51, 52).

Na základě dohledaných informací z rešeršní činnosti lze výzkumné šetření zaměřit na zjištění názorů respondentů s CHOPN na vnímání MSD. Lze si položit otázky: Jak respondenti s CHOPN vnímají MSD? Jak respondenti s CHOPN vnímají MSD v různých oblastech života?

### **3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉ NA ZJIŠTĚNÍ NÁZORŮ RESPONDENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ NA MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ**

#### **3.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky**

Na základě dohledaných a prostudovaných informací byl formulován cíl výzkumu: cílem kvalitativního výzkumného šetření je tedy zjištění názorů na vnímání MSD pacienty s CHOPN v různých oblastech života.

**Výzkumné otázky:**

**Základní výzkumná otázka**

Jak respondenti s CHOPN vnímají poskytované MSD?

**Dílčí výzkumná otázka**

Jak respondenti s CHOPN vnímají poskytované MSD v různých oblastech života?

#### **3.2 Charakteristika souboru respondentů**

**Základní kritéria pro výběr respondenta:**

- pacient udává, že má CHOPN
- léčen v lázeňském zařízení
- má aplikováno minimálně 6 masáží stimulačních dýchání
- podepsal informovaný souhlas
- věk nad 18 let
- bez rozdílu pohlaví, národnosti

Ke sběru dat byla použita technika záměrného výběru respondentů. Do výzkumného šetření byli zapojeni respondenti, kteří splňovali stanovená kritéria a byli ochotni se výzkumu zúčastnit (Miovský, 2006, s. 135). Výzkumný soubor tvořili respondenti, kteří udávali, že mají CHOPN a současně byli léčeni v lázeňském zařízení Niva Luhačovice. Primářka lázeňského zařízení poskytla pro potřeby výzkumného šetření seznam pacientů vhodných pro zařazení do výzkumného šetření. Současně také podepsala souhlas s konáním průzkumného šetření (Příloha 1).

O zařazení do souboru respondentů nerozhodovalo pohlaví pacienta, ani závažnost jeho klinických obtíží. Takto vytipovaní respondenti byli osloveni a seznámeni s účelem a průběhem výzkumného šetření. Respondentům, kteří byli ochotni se zúčastnit, byl dán k podpisu informovaný souhlas s výzkumným šetřením a s pořízením audiozáznamu rozhovoru na diktafon. Celkem bylo zapojeno osm respondentů. Konečný počet respondentů vycházel z kritérií pro výběr respondentů a také z možností lázeňského zařízení.

### 3.3 Metoda sběru dat

Pro zpracování získaných dat jsme použili kvalitativní metodu výzkumného šetření. Pro sběr dat jsme zvolili techniku rozhovoru, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. U tohoto typu rozhovoru je typické, že si výzkumník vytvoří určité schéma, které je závazné. Toto schéma poté výzkumník obohacuje o okruhy otázek, na které se bude účastníků ptát. Nicméně je možné zaměnit pořadí otázek tak, abychom dosáhli maximální výtěžnosti. Značnou výhodou je možnost volné, přirozené a nenucené komunikace, ale pouze v místech, kde to rozhovor umožní. Velkou výhodou je mimo jiné možnost zvolit doplňující otázky (Miovský, 2006, s. 159, 161). Polostrukturovaná varianta rozhovoru byla zvolena také z toho důvodu, že v zásadě kombinuje výhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a zároveň minimalizuje i jejich nevýhody. V případě polostrukturovaného rozhovoru se jeví jistá volnost jako vhodná pro vytvoření přirozenějšího kontaktu mezi tazatelem a informantem. Výhoda je také v tom, že respektuje osobní specifika, což umožňuje, aby samotný rozhovor volněji plynul. V rozhovoru byly zvoleny otázky otevřené, které podněcovaly respondenty k tomu, aby se více rozhovořili na dané téma (Reichel, 2009, s. 111, 112).

Byla vytvořena osnova rozhovoru. Samotný rozhovor byl rozdělen na úvodní, střední a závěrečnou část (Miovský, 2006, s. 159).

1. část – navázání vztahu, podpora ke sdělení informací, podpis informovaného souhlasu
2. část – položení otázky, která zněla: „*Prosím zamyslete se a popište mi, jak jste vnímal/a poskytované MSD. Prosím popište mi vliv masáže ve všech oblastech, které Vás napadnou. Ráda bych se od Vás dozvěděla co nejvíce informací.*“
3. část – odpovědi a účast na výzkumu, poděkování

Tvorba otázek proběhla na základě informací získaných rešeršní strategií a také ze studií zabývajících se zkoumaným tématem.



### **3.4 Realizace rozhovorů v lázeňském zařízení**

#### **Pilotní rozhovory**

V rámci předvýzkumu byly provedeny pilotní rozhovory. Byli osloveni dva respondenti, kteří splňovali kritéria stanovená pro jejich výběr. Jednotlivé rozhovory proběhly v délce 15 a 12 minut, a to v klidném a nerušeném prostředí.

Před započítáním rozhovoru proběhlo seznámení respondentů s účelem výzkumného šetření a pilotního rozhovoru. Záznam pilotních rozhovorů byl proveden prostřednictvím diktafonu. Ze strany respondentů byl vysloven souhlas s provedením rozhovoru i s audiozáznamem. Respondenti byli dále ubezpečeni, že výsledky pilotních rozhovorů nebudou uvedeny ve výzkumném šetření. Na těchto pilotních rozhovorech bylo možné si vyzkoušet samotnou realizaci a analýzu získaných dat (Chráska, 2007, s. 153).

Dalším cílem bylo získat vyjádření respondentů ke srozumitelnosti otázek a získat informace o celkovém dojmu z proběhnutého rozhovoru. Hlavním záměrem však bylo vyzkoušet si rozhovor nanečisto a nabýt větší jistoty pro vlastní výzkumné šetření. Přepisy těchto rozhovorů se neuskutečnily, nahrávky byly po provedení analýzy vymazány. Oba zúčastnění potvrdili srozumitelnost jednotlivých položených otázek. Odhalené chyby byly pouze nepatrné a bylo tedy nutné provést pouze drobné gramatické úpravy.

#### **Realizace rozhovorů**

Šetření probíhalo na území Zlínského kraje ČR v období od května 2014 do dubna 2015. Každý respondent před absolvováním první MSD podepsal informovaný souhlas (Příloha 2), v němž byl informován o podstatě výzkumu. Dále byl seznámen s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Neméně důležité bylo seznámení respondenta s výhodami a riziky, které pro něj z účasti na výzkumu vyplývají. Tento informovaný souhlas byl vytvořen ve dvou kopiích, z nichž jednu obdržel účastník výzkumu a druhou výzkumník. Z důvodu zachování anonymity byla jména respondentů nahrazena velkými písmeny abecedy. Respondenti byli rovněž ujistěni, že veškeré získané údaje budou využity pouze pro výzkumné účely a budou publikovány pouze anonymně. K analýze rozhovorů byly využity přepisy rozhovorů tak, aby nebyla možná identifikace respondentů.

Pro samotné rozhovory byl stanoven časový limit maximálně 30 minut. Rozhovory proběhly v časovém rozmezí 15 až 23 minut. Čas, ve kterém byly rozhovory provedeny, byl orientován do odpoledních hodin – konkrétně do doby od 12.50 do 15.30 hodin.

Informace byly respondentům předány při prvním kontaktu, avšak z důvodu předcházení nejasností byly určité informace znovu zopakovány (Nový, 2006, s. 263–264). Pro výběr místa k realizaci rozhovorů bylo stanoveno jediné kritérium: klidné a nerušené prostředí (Chráška, 2007, s. 183).

Rozhovory byly provedeny s odstupem jednoho týdne po skončení cyklu MSD. U rozhovoru byli přítomni pouze respondent a tazatelka. Na začátku rozhovoru byla zvolena vstupní otázka, ta měla za úkol respondenta příznivě naladit a motivovat jej v pokračování. Vstupní otázka byla postavena tak, aby nebyla sugestivní, tedy nepředurčovala odpověď respondenta (Nový, 2006, s. 271). V průběhu rozhovoru bylo pořadí otázek zaměřováno dle možností a potřeby tak, aby se maximalizovala výtěžnost rozhovoru (Mioviský, 2006, s. 159). Pro získání objektivních dat byla důležitá dostatečná motivace ze strany respondentů. Motivace ze strany respondenta rovněž zabránila zkreslení výsledků výzkumu. Pro objektivnost dat bylo důležité, aby všechny činnosti v rámci realizační fáze byly správně řízeny, koordinovány a organizovány. Po ukončení rozhovoru jsme respondentům poděkovali za ochotu zúčastnit se výzkumného šetření (Nový, 2006, s. 263, 264).

Nutné je také zdůraznit, že v rámci lázeňské léčby respondenti dále absolvovali jiné léčebné metody. Primárně se jednalo o léčebné koupele, zábaly, lékové inhalace, rehabilitace či léčebné metody elektroléčby. Právě z tohoto důvodu byl čas aplikace MSD posunut až do odpoledních hodin tak, aby nebylo hodnocení ovlivněno například lékovou či kyslíkovou terapií, případně individuální rehabilitací.

Pro dosažení stejného postupu byly MSD prováděny stále stejným pracovníkem, konkrétně vysokoškolsky vzdělanou fyzioterapeutkou s osmiletou praxí a se specializačním vzděláním v oblasti bazální stimulace. Informace týkající se podmínek pro MSD byly předány fyzioterapeutce, která prováděla samotné intervence. Fyzioterapeutce byly předány pokyny, týkající se délky MSD a polohy při intervenci. Délka MSD byla u všech respondentů přibližně stejná. Pohybovala se v rozmezí od 12 do 15 minut. Všem zúčastněným respondentům byla provedena MSD v poloze vsedě na rehabilitačním lůžku.

### **3.5 Metody zpracování dat**

K záznamům dat byl využit audiozáznam (Mioviský, 2006, s. 161). Značnou výhodou audiozáznamu je komplexnost záznamu a rovněž jeho věrohodnost. Záznam má také důležitou kontrolní funkci. Výhodou je, že záznam je zcela nestranný a je na něm všechno tak, jak se odehrálo. Navíc také zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu,

délku pomlky, různé doprovodné zvuky či řečové vady. Představuje tedy značného pomocníka pro samotného výzkumníka. Hlavní výhodou je ta, že si výzkumník nemusí dělat poznámky o průběhu rozhovoru (Miovský, 2006, s. 197, 198). Audiozáznamy zůstaly uschovány u tazatelky a byly použity pouze k přepisům provedených rozhovorů. Samozřejmostí bylo dodržování etických pravidel, která chrání účastníky výzkumu, jejich osobní údaje i soukromí (Miovský, 2006, s. 280–282).

Informace z audiozáznamů byly zpracovány tak, aby bylo možné provádět jejich analýzu. Zvukové záznamy byly přepsány do elektronické podoby v textovém editoru MS Word neboli cestou transkripce. Předností této metody je možnost zvýrazňování textu, přidávání komentářů a porovnávání jednotlivých míst textu (Skutil, 2011, s. 217). Přepisy rozhovorů (Příloha 3) byly realizovány v odstupe několika hodin až dnů.

Při analýze dat jsme pracovali s elektronickou i s papírovou verzí textu. Konkrétně byla při analýze využita technika úprav pomocí barvení textu. Ke každému z témat byla přiřazena jedna konkrétní barva. Tato technika se ukázala jako vhodná, jelikož usnadnila orientaci v textu a přispěla k urychlení analýzy (Miovský, 2006, s. 211). Pro třídění a analýzu informací získaných v průběhu rozhovoru byla využita metoda vytváření trsů neboli trsování. Použitá metoda vedla k seskupení určitých výroků do skupin, které byly vytvářeny na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Touto cestou vznikly obecnější, induktivně zformované kategorie. Konkrétně společným znakem těchto kategorií byl tematický překryv, tedy ve výroci respondentů byly vyhledány všechny pasáže týkající se určitého ohraničeného tématu. Základním principem této metody bylo srovnání a agregace dat (Miovský, 2006, s. 221).

Na závěr byla provedena kontrola transkripce opakovaným poslechem a následně došlo k porovnání původního záznamu s jeho transkribovanou podobou (Miovský, 2006, s. 207).

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumu se zúčastnili respondenti, kteří byli léčeni pro CHOPN v lázeňském zařízení Niva Luhačovice a bylo jim provedeno minimálně šest MSD. Do výzkumného šetření bylo zapojeno celkem 8 respondentů. Věkové rozpětí bylo od 54 do 78 let. Všichni dotazovaní se dle jejich sdělení léčili pro CHOPN minimálně pět let. Kromě jednoho respondenta všichni již dříve absolvovali lázeňský pobyt v některém z lázeňských zařízení. Zúčastnění respondenti podepsali informovaný souhlas a dali svolení se záznamem rozhovoru na diktafon. Z důvodu zachování anonymity byla jména respondentů nahrazena velkými písmeny abecedy, a to A až H.

Po zpracování a analýze informací získaných z rozhovorů s respondenty byly stanoveny oblasti a kategorie výzkumu. Prostřednictvím nich jsou výsledky výzkumu prezentovány:

### 1. Oblast dýchání po MSD

a. Kategorie kvality dýchání

### 2. Oblast spánku a únavy po MSD

a. Kategorie kvality a délky spánku

b. Kategorie únavy

### 3. Oblast osobní pohody po MSD

a. Kategorie uvolnění po MSD

b. Kategorie názorů respondentů na MSD a KM zad

### 1. Oblast dýchání po MSD

#### a. Názory respondentů na kvalitu jejich dýchání

Respondent A:

*„Když jsem byl masírovaný, dýchal se mi dobře. Chvilku po masáži to bylo lepší, řekl bych tak nějak hodinku a pak se dýchání zase o něco zhoršilo. Masáž mi ale pomohla v tom, že jsem se naučil víc vnímat svoje dýchání. Naučil jsem pozorovat, jak se nadechuju a jak vydechuju. Když jsem se to potom naučil, změna byla fakt poznat. Sestři, všiml jsem si, že teďka vykašlávám hlen více. Jo a celkově se mi ulevilo, hlavně po této masáži se mi lépe*

vykašlávalo. Ještě jsem si všiml, že teďka už jen občas vnímám takové to pískání, ale nevím, čím to je (odmlka). Nějaké problémy, ale pořád mám. Zadýchám se, ale tady u vás to bylo pouze, když jsem cvičil nebo když jsem šel tady do kopce z města. Třeba když jsem poprvé tady cvičil v tělocvičně, tak jsem to musel ukončit asi po deseti minutách. Měl jsem toho dost. “

Respondent B:

„V průběhu masáže se mi dýchalo dobře, nemohu se často dobře nadechnout, ale teď je to pouze při dlouhé procházce. Samotnou mě to překvapilo, že se mi po masáži lépe vykašlávalo i celkově dýchalo. Po masáži jsem sice víc vykašlávala hlen, ale to mi nevadilo. Aspoň se mi líp dýchalo.“

Respondent C:

„Jo, dobré. Nevěděla jsem, co mě čeká, ale byla jsem příjemně překvapena. V průběhu první masáže jsem nevěděla, co mám dělat a zda to dělám správně. Když jsem se držela toho, co říkala sestra, tak jsem sama vnímala, že se mi nějak tak celkově dýchá lépe. Jo (odmlka), když si to tak zpětně vybavím, po masáži jsem dýchala pravidelněji (odmlka). Dýchalo se mi celou dobu dobře. Kromě jednoho případu, kdy jsem se začala dusit, ale to je u mě normální. Nevím, co to vyvolalo. Z ničeho nic jsem se nějak tak začala dusit, ale pak se mi ulevilo. Když jsem po těchto masážích cvičila v tělocvičně, tak jsem měla menší potíže než obvykle. Zvládala jsem s rehabkou i cvičení na balóně, takže dobré (odmlka). Když nic nedělám, tak nemám potíže (odmlka). Ale tady jsem celou dobu celkově bez problémů. Kašel mě nijak moc netrápil, měla jsem jenom jeden záchvat, což je úplně super.“

Respondent D:

„Dýchá se mi stále velmi těžce, ale co se dá dělat, kdyby se ještě to dýchání víc upravilo, bylo by to lepší (odmlka). Jinak je to masírování příjemné, stejné jako normální masáž. Hlavní je, že se mi líp vykašlávalo a tolik jsem nebyl zahleněný.“

Respondent E:

„Řekla bych, že se mi o něco líp dýchalo, cítila jsem se celkově dobře. Nevím jistě, čím to je, že se mi lépe odkašlávalo, ale celkově mně bylo líp (odmlka). Bylo to moc příjemné, ale vždy to tak uteklo (odmlka). Dýchání se mi celkově zlepšilo, ani se nezadýchávám. Když jsem šla z města, nemusela jsem se ani jednou zastavit, což je u mě pokrok. Musím se pochválit.“

Respondent F:

*„Dýchalo se mi stejně, žádné změny nebyly. Dobré na tom bylo pouze to, že jsem seděl, takže se mi lépe dýchalo než u normálních masáží, ale jinak nic. Ale to dýchání je takové i doma, když ležím delší dobu na břiše, začnu se dusit.“*

Respondent G:

*„Mám pouze dojem, že během této masáže se mi o něco líp dýchalo. Nevím, v čem bych mohla hodnotit tu změnu, je to tak nějak celkově. Po masáži jsem tak hodinu až dvě pozorovala, že dýchám nějak tak pravidelně. Když se nadechnu i vydechnu, pozoruji menší tlak nebo menší takové to napětí na prsou (kašel přibližně 15 sekund). A je to tu zas (reakce na kašel). Jo (odmlka), skončila jsem u toho napětí na prsou. Všimla jsem si, že tlak je výrazně menší. Změnu jsem zpozorovala také v oblasti kašle. Kašlala jsem sice stejně jak předtím. Lépe jsem ale vykašlávala po masáži a měla jsem tak míň hlenů.“*

Respondent H:

*„Sestřičko, moc mi to pomohlo. Mám už asi osm roků problémy s dýcháním. Vyzkoušela jsem všechno možné, co mi doporučili různí lékaři. Myslím si, že je to lepší, ale nevím, jestli to bylo jenom těmito masážemi nebo tak vším dohromady. Ale hlavní je, že se mi ulevilo. Každý den, kdy jsem dostávala tyto masáže, jsem si všímala větších změn. V průběhu masáže jsem vnímala, že si lépe uvědomuju svoje dýchání. Měla jsem taky pocit, že pomaleji dýchám. Snažila jsem se dýchat tak, jak jsem byla poučena, tak snad se mi to podařilo. Pomohlo mi to také v tom, že po masáži jsem už většinou celý den neměla žádné problémy. I když je pravda, že většinou stejně ten kašel a dušení bývá ráno.“*

### **Vyhodnocení kategorie:**

Z analýzy provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenti vnímali přínos MSD v oblasti dýchání. V kategorii kvalita dýchání po MSD respondenti uvedli, že po MSD lépe odkašlávali a lépe se jim uvolňoval hlen z dýchacích cest. Dopad MSD byl zaznamenán také v oblasti snížené dušnosti a v navození pravidelného dýchání. Někteří respondenti dále také hovořili o dlouhodobějším vlivu MSD na oblast dýchání. Respondenti uváděli jednohodinové až dvouhodinové zmírnění potíží po MSD. Nutno však podotknout, že byl zaznamenán také negativní postoj na použitou intervenci. Bylo uvedeno, že použitá technika nemá přínos

a žádná změna tedy pozorována nebyla. Respondent konkrétně uvedl, že se mu po MSD dýchalo stále stejně.

## **2. Oblast spánku a únavy po MSD**

### **a. Názory na kvalitu a délku jejich spánku**

Respondent A:

*„Mívám problémy se spaním, ale teď jsem zaznamenal změnu. Spím teď bez problémů. Změna je tady v tom, že mi přijde, že mám víc energie. Jinak nevím, asi je vše stejné. Spím dobře, za celou dobu jsem se snad dvakrát probudil nad ránem a nemohl už zabrat, ale jinak jsem problém neměl. Občas se cítím unavený, když vstanu a po procedurách. Hlavně je to po rašelině. A proto si jdu chvilku odpoledne pospat.“*

Respondent B:

*„Spím dobře, ale nemyslím si, že by bylo něco po této masáži jinak. Budím se tady kolem šesté (odmlka), někdy až kolem sedmé (odmlka). Většinou se v noci nebudím, takže nejsem unavená.“*

Respondent D:

*„Po masáži jsem si několikrát zdříml, takže to bylo fajn. Unavený teď nejsem. Myslím, že mám teď celkově víc sil.“*

Respondent E:

*„Unavená jsem byla po každé masáži, ale byla to taková ta příjemná únava. Po pravdě bych si jich klidně dopřála i víc. Spím tady dobře, takže nejsem i celkově tak unavená. Po této masáži, protože byla taková jemná, jsem si říkala, že to pro mě nebude mít žádný přínos. Ale příjemně jsem si odpočinula. I ostatní mi říkali, že jsem veselejší a plnější energie. I sama se cítím líp.“*

### **Vyhodnocení kategorie:**

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že respondenti vnímali změnu v oblasti spánku. Respondenti popisovali, že nevnímají problémy v oblasti spánku po této intervenci. Bezproblémový spánek hodnotili jako značný přínos. Kvalita spánku i jeho délka byla z pohledu respondentů hodnocena kladně. Někteří respondenti poukazovali na to, že se po MSD spali dobře a nebudili se v průběhu noci. Dále respondenti hodnotili MSD v tom smyslu, že byli po MSD příjemně unaveni. Nicméně je nutno podotknout, že byl zaznamenán také nulový přínos MSD na tuto oblast. Respondent uvedl, že si nemyslí, že by bylo po této masáži něco jinak.

### **b. Názory respondentů na jejich únavu**

Respondent A:

*„Po této masáži jsem nebyl unavený, spíš bych řekl naopak. Ale neumím to víc popsat (odmlka). Jinak jsem chtěl říct, že se sice občas cítím unavený, ale po této masáži je to o něco lepší. Tady když jsem, tak se snažím co nejvíce chodit ven. Počasí není špatné, takže se to dá, ale do města mi to dělá problémy. Kopec mi dává zabrat. Naštěstí se vždycky posadím u Bludičky (název restaurace, pozn. autora) nebo tam někde a chvíli si dám pauzu. Řekl bych, že pokrok tam je.“*

Respondent B:

*„Nevím, ale přijde mi, že jsem byla taková nastartovaná. Jinak unavená jsem jen občas a celkově se cítím plnější energie, což jsem fakt potřebovala. Vlastně mě teď nic ani neomezuje. Když se nad tím zamyslím (odmlka), vlastně byla jsem i na delší procházce a bez problémů jsem to zvládla. Takže jsem spokojená. Tady mám navíc vše zajištěno, nemusím uklízet a tak, takže je to úplně všechno jinak (odmlka). Teď jsem unavená jenom po procedurách, jinak je to dobré. Spím dobře, nemohu si stěžovat. Budím se tady kolem sedmé a většinou se v noci nebudím, takže nejsem unavená.“*

Respondent C:

*„Sestři, tady jsem tak spokojená, že ani únavu nevnímám. Po této masáži jsem se cítila dobře, neuspávala mě jako normální masáž. Unavená jsem, ale teď naprosto minimálně. Hlavně po procedurách si jdu zdřímnout, ale jinak dobré. Tady je to super, únava je hlavně odpoledne po obědě, ale je to spíše po procedurách. Když se nad tím zamyslím (odmlka), tady za celou dobu jsem se cítila dobře (odmlka), jsem spokojená.“*



Respondent D:

*„Měl jsem celkově víc sil a tak jsem byl schopný udělat toho mnohem víc. Ale je mi jasné, že je to tím, že jsem líp spal. Fakt mě to překvapilo, že je to fakt možné, že mi to pomůže (odmlka). Jak jsem řekl, moc mi to pomohlo.“*

Respondent E:

*„Spím tady dobře, takže nejsem ani celkově tak unavená. Na začátku jsem si myslela, že když bude masáž taková jemná, bude to o ničem. Ale příjemně jsem si odpočinula. I ostatní mi říkali, že jsem veselejší a plnější energie. I sama se cítím líp.“*

Respondent F:

*„Sestři, jak jsem řekl, jestli mám po pravdě říct, necítil jsem v podstatě nic. Nevím, co jsem dělal špatně. Po masáži jsem se cítil jako před ní. Unavený jsem možná o něco míň.“*

Respondent G:

*„Sestřičko, chválím, chválím, chválím (odmlka), super, cítím se fakt nabitě. Po každé masáži čím dál tím lepší. Ze začátku jsem to nějak tak nevnímala (odmlka). Jo, už vím, tak podruhé nebo potřetí, jsem se cítila fakt příjemně, uvolněná a současně nabitá.“*

Respondent H:

*„To fakt nevím, asi jsem méně unavená po masáži než před ní, ale to se blbě hodnotí.“*

### **Vyhodnocení kategorie:**

Z analýzy rozhovorů vyplynula změna v oblasti únavy. Respondenti popisovali, že vnímali snížení míry únavy po MSD, což hodnotili jako značný přínos. Respondenti popisovali, že cítili více energie a rovněž vnímali pocit příjemné únavy po tomto typu intervence. Nicméně je nutno opět podotknout, že byl zaznamenán i nulový přínos MSD na tuto oblast. Konkrétně respondent uvedl, že se po této intervenci cítil stejně jako před ní.

### 3. Oblast osobní pohody po MSD

#### a. Názory respondentů na jejich uvolnění

Respondent A:

*„Jo (odmlka), určitě to bylo lepší po té masáži. Nikdy jsem se takto nad tím nezamyslel, ale jo lepší (odmlka). Tak celkově se teď cítím lépe, nemám už tolik problémů. Jinak jsem nějakou změnu nepozoroval, možná jsem byl víc v klidu, ale nevím. Ale všichni (odmlka), i paní doktorka mi potvrdila, že vypadám celkově lépe. To je dobře.“*

Respondent B:

*„Celkově jsem byla taková uvolněná, hned po těchto masážích, ale i celkově. Jo, přemýšlím nad tím, ale myslím, že jsem se vždycky cítila dobře. Hlavně jsem teďka dobře odpočatá.“*

Respondent C:

*„Když se nad tím zamyslím (odmlka), trošku mě vždycky ze začátku obcházela zima, ale pak už to bylo příjemné. Když jsem sem přijížděla, byla jsem taková celkově vyfluslá, ale tady jsem se celou dobu cítila dobře (odmlka). Mám hlavně ráda, jak mi na konec masérka projede těma teplýma rukama celé záda, to úplně miluju. Je to pro mě relax!“*

Respondent D:

*„Po každé masáži se příjemně uvolním, ale zároveň mě to tak nějak unaví.“*

Respondent E:

*„Každá masáž byla pro mě příjemná. Byl to relax! Byla jsem na tom celkově dobře.“*

Respondent G:

*„Jiná změna, asi nic zvláštního. Jo, ještě jsem se celkově cítila víc v pohodě, ale nevím, zda to bylo tím.“*

Respondent H:

*„Po masáži jsem se cítila vždy celkově dobře. Možná to bylo i tím, že sestřička, která mi je dělala, je moc příjemná.“*

### **Vyhodnocení kategorie:**

Z analýzy rozhovoru vyplynula změna v oblasti osobní pohody. Respondenti vnímali na podkladě MSD celkové zlepšení psychického stavu, zklidnění, uvolnění a rovněž celkové odpočinutí.

### **b. Kategorie názorů respondentů na MSD a KM zad**

Respondent A:

*„Jo, když porovnám tuto masáž s normální masáží zad, je tam fakt rozdíl. Masírování zad, to je moc příjemné. Tady je moc šikovná paní, která mě masírovala. Moc mi pomohla na ty záda, bolely mě předtím dole v bedrech. Jo, teď mi je opravdu lépe. Když si vzpomenu, že předtím jsem nemohl ani vstát z postele. Vždycky ráno jsem měl ty záda zatuhlé, teď je mi líp. Asi to bude i ostatníma procedura, ale celkově se cítím lépe. Klidně by mohly být masáže každý den. U masáže na dýchání jsem byl nabitější, ale po masáži zad spíš unavenější, ale zase se mi pak ulevilo od zad. Takže každé má něco.“*

Respondent B:

*„Když to srovnám s normálními masážemi, s nimi moc dobré zkušenosti teda nemám. Když jsem byla minule na Hubertu (název hotelu, pozn. autora), tak se mi po nich ještě přitížilo. Takže od té doby jsem k nim nějak tak nedůvěřivá, ale co jsem je měla tady, jsem spokojená. Záda mě sice bolí stále, ale trošku za tím krkem, to se mi ulevilo.“*

Respondent D:

*„Naopak nevýhodou u klasické masáže je to, že když ležím na břiše, tak mě to dráždí, špatně se mi dýchá a začnu se dusit a kašlat. Několikrát se mi stalo, že jsem musel masáž přerušit i ukončit. Po normální masáži se dýchání nespravilo.“*

Respondent E:

*„Celkově se sama cítím líp, ale ještě musím říct, že určitě jsem byla víc unavená po klasické masáži. Byla to ale taková ta příjemná únava. U klasické masáže, to se mi dýchalo celkem dobře, ale žádné změny po masáži jsem nevnímala.“*

Respondent H:

*„Naopak po obyčejné masáži nevím, že by se to nějak změnilo. Když mě paní masírovala, tak jsem ležela na tom břichu. To jsem měla někdy pocit, že se nemůžu nadechnout, to bylo takové nepříjemné.“*

Respondent G:

*„Když to srovnávám (odmlka) ... klasická masáž, u ní neuležím dlouho na břicho a začnu se dusit. Jenomže mám problémy v bedrech, takže ji potřebuji. Ale když se nad tím zamyslím (odmlka), u ní je teda to masírování složitější. Sestřička byla hodná, vyhověla mi a vždycky, když jsem začala kašlat, tak masáž přerušila a pokračovaly jsme dále vsedě. Několikrát se stalo, že jsem musela ke konci masáž přerušit, už jsem to nevydržela. Je to takové otravné, ale co se s tím dá dělat.“*

### **Vyhodnocení kategorie:**

Respondenti v rámci výzkumného šetření porovnávali MSD s KM zad. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že respondenti vnímají obě dvě techniky za přínosné. Dle názorů respondentů se však jako přínosnější ukázala MSD.

V případě MSD respondenti uváděli snížení dušnosti, úpravu dechové frekvence, zmírnění tlaku a napětí na hrudi. Dopad MSD byl zaznamenán také v efektivnějším odkašlávání a uvolňování hlenu z dýchacích cest. Někteří respondenti poukázali na zmírnění únavy, snížené noční buzení i lepší usínání. Z názorů respondentů vyplynulo, že se po MSD cítili celkově lépe. Konstatovali dále také zklidňující efekt a pocit celkového uvolnění a relaxace po této intervenci.

Naopak po klasické masáži zad respondenti uvedli, že se jim pouze ulevilo od bolesti zad. Příznivý efekt byl však zaznamenán pouze v této oblasti, poté byly zaznamenány spíše negativní reakce na KM zad. Například bylo zjištěno, že se u respondentů vlivem KM zad zvýšila míra únavy. Někteří respondenti poukazovali na to, že jim zcela nevyhovovala zvolená poloha při KM zad. Respondenti konstatovali, že v poloze na břicho se jim hůře dýchalo a mnohdy se v průběhu KM zad začali dusit. Z toho důvodu museli KM masáž zad přerušit.

## 5 DISKUSE

V rámci praktické části diplomové práce jsme zjišťovali vliv MSD u pacientů s CHOPN. Zaměřili jsme se na názory respondentů na vnímání MSD v různých oblastech života.

Metodologicky bylo výzkumné šetření koncipováno jako kvalitativní výzkum s použitím polostrukturovaného rozhovoru. Zvolená technika rozhovoru nám umožnila lepší navázání osobního kontaktu a také hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů. Pro správný průběh bylo důležité, že byl proveden přesný záznam průběhu rozhovoru na diktafon (Chrásková, 2007, s. 183–184). V odstupe několika hodin až dní byly zpracovány informace z audiozáznamů cestou transkripce, tedy přesným přepisem zvukových záznamů do elektronické podoby v textovém editoru MS Word (Skutil, 2011, s. 217).

Základními kritérii, která určují kvalitu výzkumu, je jeho platnost, zobecnitelnost a spolehlivost. Jde především o požadavek, který můžeme vyjádřit otázkou, zda bylo skutečně zkoumáno to, co jsme zkoumat chtěli (Reichel, 2009, s. 67). Miovský uvádí, že pro zajištění kvalitního vzorku respondentů je důležitý vhodný výběr souboru. Nereflektovaný výběr respondentů, prováděný nevhodnými či chybně aplikovanými metodami, může vést k nepřirozené konzistenci při výběru vzorku. Při selekci účastníků výzkumu je velmi účinným pomocníkem z hlediska kontroly a zvyšování validity dat triangulace metod výběru výzkumného souboru. Miovský dále uvádí, že jako výzkumnou techniku kontroly validity můžeme označit validizaci respondentů. Ověřování probíhá v případě této techniky prostřednictvím debaty s respondenty nad výzkumem a také ověřováním, upřesňováním či upravováním závěrů. U této techniky mohou respondenti následně hodnotit zjištění vyplývající z výzkumného šetření a doplnit tazatelé chybějící informace. Cílem techniky je dosažení určité shody (Miovský, 2006, s. 269, 271). V praxi bývá validita většinou chápána v kontextu upozornění na možnost vzniku chyb v rámci přípravné, realizační fáze a také při analýze a interpretaci získaných dat. Pojem validita konkrétně zahrnuje dva aspekty. Prvním aspektem je, zda byl splněn cíl výzkumu. Druhým aspektem je, zda byl získán spolehlivý obraz skutečností (Reichel, 2009, s. 67, 68).

K zajištění validity výsledků výzkumu byly zajištěny níže uvedené postupy a opatření. Do výzkumného šetření byli zapojeni ti, kteří splňovali výběrová kritéria a byli ochotní se výzkumu zúčastnit. Výběr respondentů byl od 18 let, bez ohledu pohlaví a závažnost klinických obtíží. Základním kritériem bylo to, že respondent má CHOPN.

Srovnání s dohledanými studiemi zabývající se podobnou tematikou je velmi náročné, jelikož odborné publikované práce získané rešeršní činností se zabývají pouze vlivem MSD ve všeobecném hledisku, a je jen málo studií zaměřených na zkoumanou skupinu respondentů.

Z analýzy rozhovorů vyplynuly následující výsledky: respondenti uváděli změny v oblasti dýchání, spánku, únavy a také v oblasti psychické pohody. Mimo již zmíněné respondenti porovnávali přínosnost použité MSD s KM zad.

Jako první se zaměříme na analýzu názorů respondentů v oblasti **kvalita dýchání po MSD**. Z analýzy provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenti vnímají jako hlavní přínos MSD snížení dušnosti. V kategorii dýchání respondenti dále uváděli, že po MSD lépe odkašlávali, a tím se jim lépe uvolňoval hlen z dýchacích cest. Respondenti dále hovořili o změnách v pravidelnosti dýchání a také o zmírnění tlaku a napětí na hrudi po MSD. Velmi zajímavým zjištěním je především to, že ze strany respondentů byl prokázán dlouhodobější vliv intervence na oblast dýchání. Jeden z respondentů uvedl, že zlepšení přetrvávalo také hodinu po MSD. Dlouhodobější účinnost prokázal další respondent, který uvedl jednohodinové až dvouhodinové zmírnění dušnosti po MSD. Nicméně byl zaznamenán také negativní postoj. Respondent popsal, že vnímal nulový přínos této techniky. I přesto zbylé odpovědi názorně ilustrovaly přínosnost MSD u pacientů s CHOPN.

Získaná data jsou ve shodě s názorem autorky Mittelbach, jejíž studie prokázala, že aplikace MSD vede k podpoře a rytmizaci dýchání (Mittelbach, 2010, s. 32–35). Toto prohlášení zdůrazňuje i autorka Pfister, která udává, že MSD podporuje dýchání, vnímání vlastního těla a vede také ke zvýšení celkové mobility, což je pro pacienty s CHOPN značně prospěšné (Pfister, 1994, s. 15). Stejně výsledky prokázal také Kitzler, který uvedl, že stimulace vede ke sníženému vylučování stresových hormonů a následně vede k úpravě dechové frekvence i hloubky dýchání. Kitzler konstatoval, že je vhodné využít MSD právě u pacientů s povrchním dýcháním, u trpících dušností a také u pacientů s bradypnoí (Kitzler, 2003, s. 1–4). Indikace potvrzuje i Kropik, který uvedl, že je cílem stimulace pomoci pacientovi dosáhnout pravidelného, stabilního a hlubokého dýchání. Uvedl, že by měla být stimulace podporována u pacientů, kteří vykazují povrchní, rychlé a nepravidelné dýchání. MSD má však nejen pozitivní aspekty na lidskou psychiku, ale má také čistě fyzické výhody. MSD vede ke zvýšené saturaci kyslíku v krvi. Na druhé straně je možné využít tuto intervenci jako prevenci zápalu plic nebo v případě stávajícího zápalu plic vede k podpoře procesu hojení (Kropik, 2009, s. 27–31). Důležité je však zajistit, aby respondent v průběhu MSD

zaujal bezpečnou a pohodlnou pozici (Kopke, 2011, s. 77–79). Dle Schurenberga je podstatné, aby byl také terapeut v průběhu MSD v komfortní poloze tak, aby nebylo ovlivněno jeho dýchání. Pacient se v průběhu MSD snaží dosáhnout stejného dechového rytmu, jaký má terapeut. Úprava dýchání je mnohdy značně problematická. Především v tom významu, že upravit dechovou frekvenci pacienta například 30 dechů za minutu na běžnou dechovou frekvenci není nijak snadné (Schurenberg, 2000, s. 140–142). V souhrnu lze říci, že z provedených výzkumů vyplynulo, že MSD je terapeutické opatření vhodné pro pacienty s dechovými problémy (Rössmann, 2004, s. 68–74).

Z analýzy rozhovorů vyplynul **vliv MSD také na oblast spánku**. Respondenti konstatovali, že po MSD neměli problémy se spánkem. Kvalita spánku i jeho délka byla z jejich pohledu hodnocena kladně. Uváděli, že po aplikaci MSD spali celkově dobře a nebudili se v průběhu noci. K bodu délka usínání se respondenti nevyjadřovali. Nicméně je nutno podotknout, že byl zaznamenán také nulový přínos MSD na tuto oblast.

Dále z analýzy rozhovorů vyplynul **vliv MSD na oblast únavy**. Respondenti uvedli, že se cítili celkově lépe a měli více energie. Byli celkově odpočínutí a měli i více sil. Dále respondenti konstatovali, že byli po MSD příjemně unaveni. Avšak pouze v té míře, že je zvolená masáž neuspávala. Nicméně je nutno podotknout, že byl opět zaznamenán i nulový přínos MSD na tuto oblast.

Získaná data lze porovnat s údaji od autorky Nasterlack. Ta zjišťovala působení MSD na spánek. Šetření probíhalo u starších osob. Konkrétně se jednalo o 30 pacientů s průměrným věkem 67 let. MSD byla poskytována v rozmezí od pěti do deseti minut. Na podkladě MSD byly pozorovány změny ve zlepšení nočního spánku a v pocitu uklidnění. Z šetření dále vyplynulo, že aplikace MSD vedla ke sníženému využívání hypnotik. Konkrétně došlo vlivem MSD ke snížení spotřeby hypnotik o 47 procent (Nasterlack, 2001, s. 454–459).

V kategorii uvolnění po MSD přinesla analýza rozhovorů zajímavá zjištění. Z výzkumu vyplynula **změna v oblasti osobní pohody**, ta byla potvrzena většinou respondentů. Respondenti uváděli, že se cítili po této intervenci celkově lépe a potvrdili rovněž zklidňující efekt MSD. Stejně tak respondenti uváděli pocit celkového uvolnění a odpočínutí. Pokud jde o obsahovou stránku výzkumného šetření a jeho výsledky, lze výzkumná data srovnat jinými dohledanými studiemi zabývající se podobnou tematikou.

Využitím MSD jako možnosti nefarmakologického ovlivnění potíží v oblasti osobní pohody se zabývala autorka Rössmann. Dle autorky může být MSD považována jako možnost pro navázání kontaktu. Z její studie vyplynul uklidňující a uvolňující efekt MSD. Pacienti

popisovali, že se cítili celkově spokojenější, a u těch, kteří pociťovali napětí, došlo k jeho uvolnění. Autorka prokázala, že na podkladě MSD se u pacientů zvýšila také koncentrace a bdělost (Rössmann, 2004, s. 68–74). Stejně výsledky vyplynuly také ze studie Schurenberga, který uvedl, že u pacientů bylo pozorováno větší blaho na podkladě prováděné stimulace (Schurenberg, 1993, s. 135–143).

Respondenti **porovnávali** působení **MSD a KM zad**. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že respondenti považovali obě dvě techniky za přínosné. Respondenti porovnávali tyto dvě intervence, nicméně jako přínosnější označili MSD, především v působení MSD na dýchání. Problémem bylo, že respondentům u KM zad nevyhovovala zvolená poloha vleže na břiše. Tato poloha pro ně byla dyskomfortní a často museli KM zad z důvodu dušnosti přerušit.

Srovnání těchto dvou intervencí bylo také v **kategorii únavy**. Po MSD respondenti popisovali dobytí energie a rovněž celkové zmírnění únavy. Opačný efekt byl zaznamenán u KM zad. Respondenti se vyjádřili, že po KM zad došlo naopak k prohloubení únavy. Přínos KM zad byl z pohledu respondentů zaznamenán v úlevě od bolesti zad.

Získaná data jsou ve shodě s názorem autorů Shinde a Anjum. Výzkum autorů ukázal na to, že masážní terapie má také několik potenciálních zdravotních přínosů pro trpící bolesti. Konkrétně bylo prokázáno, že vlivem KM zad dochází ke zvýšení průtoku krve, čímž je přinášena potřebná výživa do svalů a tkání. KM zad také napomáhá při obnově poraněných měkkých tkání (Shinde, Anjum, 2014, s. 242). Vliv KM zad na zmírnění bolesti byl prokázán rovněž i ve studii autorů Weiricha a Weiricha. Autoři uvedli, že většina z výzkumů na úlevu od bolesti u pacientů s nádorovým onemocněním byla bohužel omezena na studie léčby zahrnující podávání analgetik. Z toho důvodu je vyhodnocení účinnosti ošetřovatelských intervencí při snižování bolesti hlavní prioritou pro klinický výzkum. V důsledku toho byla experimentální studie autorů navržena tak, aby testovala účinnost masáže jako intervence pro léčbu bolesti. Pacienti byli náhodně rozděleni do masážní nebo kontrolní skupiny, celkem bylo zapojeno dvacet osm pacientů. Pacienti v masážní skupině dostali 10minutovou masáž zad, pacienti v kontrolní skupině byli pouze po tuto dobu navštíveni na pokoji. Do šetření byli zapojeni pacienti s onkologickou diagnózou. U mužů došlo k výraznému snížení úrovně bolesti bezprostředně po masáži. U žen nebyl zaznamenán významný pokles úrovně bolesti bezprostředně po masáži. Nebyly také zjištěny žádné významné rozdíly mezi hodnotami za jednu a za dvě hodiny po masáži (Weirich, Weirich, 1990, s. 140–145). Stejnou problematikou se zabýval Pan a kolektiv autorů, kteří se zaměřili na zjištění účinnosti KM zad v kombinaci s aromaterapií. Celkově bylo do studie zapojeno 103 pacientů. Ze studie



vyplynula úleva od bolesti, a to konkrétně u 33 procent pacientů. Muži zaznamenali okamžitou úlevu od bolesti oproti ženám, avšak účinek ustupoval již hodinu po masáži. Vlivem KM zad však nedošlo pouze ke snížení bolesti, ale bylo dosaženo také snížení úzkosti a lepšího pocitu relaxace (Pan et al., 2000, s. 381). Na stejnou problematiku se zaměřili také autoři Richards, Gibson, Overton-McCoy, kteří v systematickém přehledu 22 článků potvrdili přínos KM zad na relaxaci, pohodlí, bolest a spánek (Richards, Gibson, Overton-McCoy, 2000, s. 77–96). Přestože masážní terapie má specifický léčebný přínos pro CHOPN, je také používána pro pozitivní ovlivnění celkového zdraví a pohody. KM zad je tedy používána jako doplněk léčby u CHOPN. Jejím cílem je snížit dušnost, posílit dýchací svaly, zlepšit vitální kapacitu plic, snížit srdeční frekvenci, zvýšit saturaci kyslíku v krvi a zlepšit celkové plicní funkce. Významným přínosem je, že KM zad může zvýšit funkčnost a vitalitu a zlepšit kvalitu života pacienta (Green, 2011, s. 155). Na závěr je důležité dodat, že KM zad může také zlepšit kvalitu života a pomoci tomu, aby se život pacienta s CHOPN stal lépe zvládnutelný (Noell, 2011, s. 1).

Pokud porovnáváme efekt MSD ve srovnání s KM zad, je nutné podotknout, že byly dohledány pouze dvě studie, které komplexně porovnávaly efekt těchto dvou intervencí. Konkrétně se jednalo o studie autora Conrada a autorky Kopke. Conrad zapojil do studie celkem 135 pacientů s průměrným věkem 60 let. Ze studie vyplynulo, že míra uvolnění byla na podkladě MSD výraznější. Výraznější přínos MSD byl zaznamenán také v položkách odpočinku po MSD a celková pohoda. Ze získaných informací je patrné, že MSD je efektivnější intervencí. Nicméně změny v oblasti dýchání, konkrétně v hodnotách saturace krve kyslíkem, byly u obou skupin v podstatě stejné (Conrad, 2004, s. 106, 107). Porovnání těchto dvou intervencí bylo také ve studii autorky Kopke. Výsledky studie prokázaly vliv obou typů masáží na všechny oblasti, které byly zkoumány. Konkrétně byl potvrzen vliv MSD na spánek, únavu, dýchání a psychickou pohodu (Kopke, 2011, s. 142–144).

Nicméně byly nalezeny i kritiky ze strany pacientů, kteří vnímali fyzický kontakt negativně, což je problémem pro poskytování péče cestou BS, tak i pro provádění MSD (Rößmann, 2004, s. 68–74).

Z analýzy rozhovorů vyplynuly zajímavé názory na využití MSD v péči o pacienty s CHOPN. Dotazovaní respondenti konstatovali, že by zařadili do léčebného plánu v rámci lázeňské léčby také MSD. Dle jejich názorů by měla být MSD primárně zařazena u pacientů s onemocněním dýchacích cest.

Informace získané z analýzy rozhovorů poukazují na to, že MSD je komplexní intervencí, která se cíleně zaměřuje na nejčastější potíže pacientů s CHOPN. Použití této intervence může zlepšit vnímání obtíží pacientů s CHOPN, a tím zlepšit i celkové psychické rozpoložení, které je často u této skupiny pacientů ovlivněno (Yohannes et al., 1997, s. 155–160).

Cíl výzkumu spočívající ve zjištění názorů respondentů s CHOPN na poskytované MSD byl splněn.

#### Výzkumné otázky

- Jak respondenti s CHOPN vnímají MSD?
- Jak respondenti s CHOPN vnímají poskytované MSD v různých oblastech života?

byly zodpovězeny.

#### **Limity výzkumu**

- malý počet respondentů
- záměrný výběr respondentů
- nedostatek studií dohledaných na zkoumanou problematiku, není možno dobře porovnat výsledky s jinými studii
- možnost ovlivnění výpovědí prostřednictvím působení dalších léčebných procedur
- možnost odstoupení z výzkumného šetření

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak pacienti s CHOPN hodnotí poskytované MSD. V teoretické části práce byly pomocí rešeršní strategie popsány problémy u pacientů s CHOPN v souvislosti s poskytováním MSD. V teoretické části práce byly rovněž shrnuty poznatky o zkušenostech s využitím MSD u pacientů s CHOPN a to jak v českých podmínkách, tak i v zahraničí.

V rámci praktické části diplomové práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Do studie byli zapojeni pacienti, kteří byli léčeni v lázeňském zařízení Niva Luhačovice. Konkrétně se jednalo o pacienty s CHOPN. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem osm respondentů. Cílem bylo zjistit názory respondentů na poskytované MSD v různých oblastech života. Výzkumné otázky byly formulovány na základě cíle výzkumu:

1. Jak respondenti s CHOPN vnímají MSD?
2. Jak respondenti s CHOPN vnímají poskytované MSD v různých oblastech života?

Nejprve se zaměříme na první výzkumnou otázku. Z provedené analýzy rozhovorů vyplynulo, že respondenti považovali MSD za přínosnou. Protože se respondenti dříve s touto technikou neseťkali, měli určité obavy z toho, co je čeká. Avšak nakonec byli celkově spokojeni s použitou intervencí. Respondenti hodnotili přínos MSD v komplexním hledisku. Nejčastější výpovědi respondentů byly zaměřeny na působení MSD na dýchání, spánek, únavu a psychické rozpoložení. Udávali, že se jim celkově ulevilo a zmírnily se jejich příznaky spojené s CHOPN. Celkové hodnocení tedy bylo kladné. Nicméně jsme odhalili také negativní postoj respondenta na poskytované MSD.

Výpovědi respondentů vztahující se k druhé výzkumné otázce jsme rozčlenili do tří oblastí. Nejvýznamnější vliv intervence byl zaznamenán v oblasti dýchání po MSD, tedy v první oblasti. Hlavní přínos MSD byl dle sdělení respondentů ve snížení dušnosti a s tím spojeným efektivnějším odkašláváním a uvolňováním hlenu z dýchacích cest. Změny byly zaznamenány taktéž v pravidelnosti dýchání a ve zmírněném tlaku na hrudi. Do druhé oblasti byly zařazeny výpovědi respondentů o kvalitě spánku a únavě po MSD. Změny byly v této oblasti zaznamenány ve zmírnění únavy, sníženém nočním buzení i lepším usínání po MSD. Do třetí oblasti jsme zařadili výpovědi respondentů o psychickém rozpoložení po MSD. Respondenti uváděli, že se po MSD cítili celkově lépe, zklidnění, uvolnění a relaxování. V rámci výzkumného šetření několik respondentů dále porovnávalo rozdíl mezi MSD a KM

zad, které v rámci lázeňské léčby respondenti dostávají na základě vstupní lékařské prohlídky. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že se pro respondenty jako přínosnější ukázala MSD. Hlavní rozdíl byl zaznamenán v oblasti dýchání. V tomto bodu se jednoznačně přínosnější ukázala MSD. V této kategorii respondenti na podkladě KM zad nepozorovali žádné zlepšení. Výpovědi respondentů, porovnávající tyto dvě intervence jsme zařadili do kategorie s názvem názory respondentů na MSD a KM zad.

I přesto, že spektrum potíží u pacientů s CHOPN je široké, právě aplikace MSD se nabízí jako jedna z možností jejich ovlivnění. Zjištění, která vyplývají z této diplomové práce, by mohla sloužit jako zdroj informací pro další výzkumná šetření. Zjištěná data by také mohla napomoci k zavedení MSD do běžné péče o pacienty s CHOPN. Případně i k implementaci MSD do léčebného plánu lázeňské léčby u pacientů s tímto onemocněním. Každopádně toto výzkumné šetření otevřelo možnosti pro zjišťování informací o možnostech využití MSD nejenom u pacientů s CHOPN, ale globálně u pacientů s onemocněním dýchacích cest.

Zjištěním názorů respondentů na vnímání MSD v jednotlivých kategoriích jsme splnili hlavní cíl výzkumného šetření a současně jsme odpověděli na obě dvě výzkumné otázky. Splněním výzkumného cíle jsme identifikovali MSD jako vhodnou intervenci, díky níž mohou všeobecné sestry pomoci pacientům s CHOPN a tím zlepšit jejich celkový stav.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- AYDIN, Hatice Tel. 2014. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Sleep Quality. In: <Http://cdn.intechopen.com/> [online]. 2014. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/46439.pdf>
- BISCHOFF, N. 1998. Kann ASE Einschlafstörungen und Schmerzen Redizieren? *Lazarus*.16 (5/6): 16-17.
- CAFARELLA, Paul A. et al. 2012. Treatments for anxiety and depression in patients with chronicobstructive pulmonary disease. In: <Https://www.scribd.com> [online]. 2012. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.scribd.com/doc/238213032/Treatments-for-Anxiety-and-Depression-in-Patients-With-COPD#scribd>
- CELLI, B. R. et al. 2004. Standarts fot he diagnosis and treatment of patients with COPD : a summary of the ATS position paper. In: <Http://erj.ersjournals.com> [online]. 2004. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://erj.ersjournals.com/content/23/6/932.full.pdf+html>
- CONRAD, J. 2004. Atemstimulierende Einreibung fördert Entspannung und subjektives Wohlbefinden. *Die Schwester, der Pfleger: Fachzeitschrift für Krankenpflege*. 2004, (43): 104-107. ISSN 0340-5303.
- CORLEY, Mary C. et al. 1995. *Physiological and psychological effects of back rubs*. Applied Nursing Research. 1995, 8 (1): 39-43.
- DUNN Christine, SLEEP Jennifer, David COLLET. 1995. Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. In: <Http://onlinelibrary.wiley.com> [online]. 1995. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1995.21010034.x/abstract>
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2009. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I.a II. díl. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2010. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. In: [Www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz) [online]. 2010. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: [http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl\\_somaticka\\_stimul.pdf](http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_somaticka_stimul.pdf)

GREEN, Robert J. 2011. *Natural Therapies for Emphysema and COPD: Relief and Healing for Chronic Pulmonary Disorders* [online]. 2. Rochester: Inner Traditions / Bear & Co, 2, 207n. 1. 2011. [cit. 2016-03-13]. ISBN 9781620551219. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=5isqpfVje0C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?id=5isqpfVje0C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2010. In: [Http://www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org) [online]. 2010. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport\\_April112011.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf)

HOLZER, Christine. 2007. *KOMPLEMENTÄRE PFLEGEMETHODEN ZUR SCHLAFFÖRDERUNG ALTER MENSCHEN IM RAHMEN DES KONZEPTES DER BASALEN STIMULATION®* [online]. Graz. 2007. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: [http://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/FBA-Holzer.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA-Holzer.pdf).

CHEN, Joyce C., David M. MANNINO. 1999. Worldwide epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. In: [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) [online]. 1999. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10813258>

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANDOVÁ, Dobroslava. 2009. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.

KITZLER, Franz. 2003. Basale Stimulation ® in der Pflege. In: [Http://www.basale-stimulation.at](http://www.basale-stimulation.at) [online]. 2003. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: [http://www.basale-stimulation.at/pdf\\_datei/grundlegendes\\_zur\\_bspip.pdf](http://www.basale-stimulation.at/pdf_datei/grundlegendes_zur_bspip.pdf)

KOBLÍŽEK, Vladimír. 2014. *Fenotypově orientovaná léčba chronické obstrukční plicní nemoci* [online]. 2014. s. 134-136 [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2014/04/02.pdf>

KOPKE, Kirsten. 2011. *Schmerzreduktion durch Atemstimulierende Einreibung bei älteren mehrfach erkrankten Menschen: eine pflegewissenschaftliche Interventionsstudie*. 1. Aufl. Bern: Huber, 2011. 200s. ISBN 978-345-6847-160.

KROPIK, Martin. 2010. *Die Modifizierte Atemstimulierende Einreibung*. Horn. Dostupné také z: [http://www.basale.at/themes/basale/html/fachbereichsarbeit\\_martin\\_kropik.pdf](http://www.basale.at/themes/basale/html/fachbereichsarbeit_martin_kropik.pdf).

KUBSCH, S.M., NEVEAU, T., K. VANDERTIE. 2000. Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in Emergency Department patients. In: *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* [online]. 2000. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353611799904298>

LAVENEZIANA, Pierantonio, Denis E. O' DONNELL. 2007. The Role of Spirometry in Evaluating Therapeutic Responses in Advanced COPD. In: *Http://link.springer.com* [online]. 2007 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.2165/00115677-200715020-00004#page-2>

LEHMANN, A. 1994. *Basale Stimulation in der Pflege verwirrter Patienten am Beispiel der atemstimulierende Einreibung*. München. Facharbeit. 150s. DBfK.

LINDGREN, Lenita et al. 2013. Touch massage: a pilot study of a complex intervention. In: *Nursing in Critical Care* [online]. 2013. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12017/pdf>

MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAURER, J. et al. 2008. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. In: *Http://www.ncbi.nlm.nih.gov* [online]. 2008. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18842932>

MCNICHOLAS, Walter T., VERBRAECKEN, Johan, Jose M. MARIN. 2013. *Sleep disorders in COPD: the forgotten dimension* [online]. 2013. s. 365 [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: <http://err.ersjournals.com/content/errev/22/129/365.full.pdf>

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN:80-247-1362-4.

MITTELBACH, Anna. 2010. *Die Auswirkungen therapeutischer Behandlungsmaßnahmen auf kardiale Stressfaktoren am Beispiel der Basalen Stimulation* [online]. Graz. 2010.[cit. 2015-04-17]. Dostupné z: [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=18398&pAutorNr=61485&pOrgNR=1](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=18398&pAutorNr=61485&pOrgNR=1).

MOK, Esther, Chin PANG WOO. 2004. The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* [online]. 2004, 10(4): 209-216 [cit. 2015-04-20]. ISSN 13536117. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353611704000423>

NASTERLACK, Barbara. 2001. Pflegeinterventionen bei Schlafstörungen: Die Wirkung der Atemstimulierende Einreibung spricht für sich. *Pflege Zeitschrift*. 2001, (54): 254-259. ISSN 09451129. Dostupné také z: <http://www.pflegezeitschrift.de/>

NEUMANNOVÁ, Kateřina, KOBLÍŽEK, Jakub, Vladimír ZATLOUKAL. 2014. Standard plicní rehabilitace. In: [Www.pneumologie.cz](http://www.pneumologie.cz) [online]. 2014. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.pneumologie.cz/upload/1397488262.pdf>

NOELL, Racheal. 2011. Therapeutic Massage & COPD. In: [Http://kyhealingarts.com](http://kyhealingarts.com) [online]. 2011. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: [http://kyhealingarts.com/massage\\_in\\_corbin/copd\\_massage](http://kyhealingarts.com/massage_in_corbin/copd_massage)

NOVÝ, Ivan et al. 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2006. 287 s. Manažer. Management. ISBN 80-247-1705-0.

NYDAHL, Peter. 1999. Basale Stimulation – Pflege als Basis zur Kommunikation. *Pflegezeitschrift* 4/99, Kohlhammerverlag Stuttgart.

NYDAHL, Peter, Gabriele BARTOSZEK. 2003. *Basale Stimulation: neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl. München: Urban/Fischer, 2003. 334 s. ISBN 3-437-2-6501-6.



PAN, Cynthia X. et al. 2000. Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnea, and Nausea and Vomiting Near the End of Life. In: [Http://www.jpmsjournal.com](http://www.jpmsjournal.com) [online]. 2000. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2800%2900190-1/pdf>

PEINSOLD, F. 2001. Basale Stimulation in der Pflege: Atemstimulierende Einreibung bei Angst und Schlafstörungen. *Psych. Pflege Heute*. 2001, 7: 194-204. ISSN 0949-1619.

PETRACCIA, L. et al. 2005. Spa and climate therapy in chronic obstructive pulmonary diseases. In: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov> [online]. 2005. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16080657>

PFISTER, I. 1994. Berühren ist Begegnen. Wohlbefinden fördern durch ASE am Beispiel von Patienten in Umkehrisolation. Unveröffentlichte Facharbeit Essen (Bildungszentrum Essen des DBfK).

RABE, Klaus F. 2006. Improving dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In: <Http://www.atsjournals.org> [online]. 2006. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/pats.200601-002SF#.VVx27FIRFec>

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

REDLICH, Carrie A. et al. 2013. Official American Thoracic Society Technical Standards: Spirometry in the Occupational Setting. In: <Http://www.atsjournals.org> [online]. 2013. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201402-0337ST>

RICHARDS, K.C., GIBSON R., A.L. OVERTON-MCCOY. 2000. Effects of massage in acute and critical care. In: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> [online]. 2000. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11040555>

RÖSSMANN, Elisabeth. 2004. *Erleben der atemstimulierenden Einreibung aus Sicht der Patienten*. Erstausg. Dorsten: Zimmermann. 2004. 182s. ISBN 39-285-6843-4.

- SHINDE M.B., S. ANJUM. 2014. Effectiveness of Slow Back Massage on Quality of Sleep among ICU Patient's. In: [Http://ijsr.net](http://ijsr.net) [online]. 2014. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://ijsr.net/archive/v3i3/MDIwMTMxMTI0.pdf>
- SCHARADITSCH, K., M. SHAHA. 2012. Die Wirkung der Pflegekonzepte „Basale Stimulation“ und „Therapeutic Touch“ auf betagte Menschen mit Demenz. In: [Www.researchgate.net](http://www.researchgate.net) [online]. 2012. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: [http://www.researchgate.net/profile/Maya\\_Shaha/publication/260824758\\_Artikel\\_PZ\\_2012/links/02e7e5327118ecca6d000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Maya_Shaha/publication/260824758_Artikel_PZ_2012/links/02e7e5327118ecca6d000000.pdf)
- SCHIFF, Andrea. 2006. *Schlafförderung durch Atemstimulierende Einreibung bei Älteren Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber, 2006. ISBN 978-3-456-84359-9.
- SCHMIDT, J. 2001. Pflegeinterventionen in der Schmerztherapie. In: *Arbeitsgruppe Schmerztherapie im onkologischen Zentrum Westpfalz (Hrsg.)*. 2001. Tumor Schmerztherapie bei Erwachsenen. 2. Aufl. Kaiserslautern.
- SCHÜRENBERG, A. 1993. Die Atemstimulierende Einreibung als einsschlafförderndes Mittel in der Klinik. *Pflege*. 6(2): 135-143.
- SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-807-3677-787.
- SMITH, K. D. 2002. The Effects of Nursing Back Rub on Pain and Wound Cytokines and The Relationship Between Pre-CABG Mood and Post-CABG Wound Cytokines. In: [Http://trace.tennessee.edu](http://trace.tennessee.edu) [online]. 2002. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: [http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3722&context=utk\\_graddiss](http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3722&context=utk_graddiss)
- SMOLÍKOVÁ, Libuše, MÁČEK, Miloš. 2006. *Fyzioterapie a pohybová léčba u chronických plicních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Blue wings, 2006. 220 s.
- TAUBENGERGER, P. 1992. Atemstimulierende Einreibung und O2-Sättigung. Abschlussarbeit Essen (Pflegefachseminar DBfK) In: Lengauer, Lehmann, Schürenberg, Taubenberger (1998): Basale Stimulation in der Alten- und Krankenpflege. Dorsten: Zimmermann.

VAN DAM VAN ISSELT, EF. et al. 2014. Pain in patients with systematic review COPD: a and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014, 4(9): e005898. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179414/>

VÖGELE, Claus, Andreas LEUPOLDT. 2008. Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In: *Respiratory medicine* [online]. 2008. s. 764–773 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111%2807%2900504-5/abstract>

WECHT, Daniel. 2009. Atemstimulierende Einreibungen (ASE) in der Onkologie. In: *Bandenburger Krebskongress* [online]. 2009. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: [www.tumorzentrumbrandenburg.de](http://www.tumorzentrumbrandenburg.de)

WEINRICH SP., HADDOCK, S., K. ROBINSON. 1999. Therapeutic Massage in older persons: research issues. In: [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) [online]. 1999. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10222877>

WEINRICH, S., MC. WEINRICH. 1990. The effect of massage on pain in cancer patients. *Applied Nursing Research*. 1990, 3 (4): 140-145. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705801351>

YOHANNES, A. M., George S. ALEXOPOULOS. 2014. *Depression and anxiety in patients with COPD* [online]. 2014. s. 345 [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: <http://err.ersjournals.com/content/23/133/345.abstract?related-urls=yes&legid=errev;23/133/345>

YOHANNES, Abebw. M. et al. 1997. Depression in elderly outpatients with disabling chronic obstructive pulmonary disease. In: [Http://ageing.oxfordjournals.org](http://ageing.oxfordjournals.org) [online]. 1997. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/27/2/155.short>

ZOHAL, Mohammad Ali et al. 2014. Sleep Quality and Quality of Life in COPD Patients with and without Suspected Obstructive Sleep Apnea. In: [Http://www.researchgate.net](http://www.researchgate.net) [online]. 2014. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: [http://www.researchgate.net/publication/260449091\\_Sleep\\_Quality\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_in\\_COPD\\_Patients\\_with\\_and\\_without\\_Suspected\\_Obstructive\\_Sleep\\_Apnea](http://www.researchgate.net/publication/260449091_Sleep_Quality_and_Quality_of_Life_in_COPD_Patients_with_and_without_Suspected_Obstructive_Sleep_Apnea)

## SEZNAM ZKRATEK

BS	bazální stimulace
FEV1	sekundová vitální kapacita
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IgA	imunoglobulin A
KM	klasická masáž
LTV	léčebná tělocvik
MRADL	The Mangester respiratory activities of daily living questionnaire (Mangesterský dotazník pro hodnocení dýchání v každodenním životě)
MSD	Masáž stimulující dýchání
PSQI	Pittsburgh sleep quality index (Pittburghský dotazník pro hodnocení kvality spánku)
REM	rapid eye movement (rychlý oční pohyb)
tzv.	takzvaný
VC	vitální kapacita
VSH	Verran a Shyder-Halpern (Dotazník pro hodnocení potíží v oblasti spánku)
WHO	Světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Žádost o umožnění průzkumného šetření

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pacienta s konáním průzkumného šetření

Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru

## Příloha č. 1: Žádost o umožnění průzkumného šetření

MUDr. Mocková Dana  
Lázeňský & wellness hotel Niva  
Antonína Václavíka 336  
763 26 Luhačovice

### Žádost o umožnění průzkumného šetření

Vážená paní doktorko,

obracím se na Vás se žádostí o umožnění průzkumného šetření, které budu provádět v souvislosti s tvorbou mé diplomové práce na téma bazální stimulace. Naším cílem je zjistit, jaký je názor respondentů na poskytované Masáže stimulující dýchání. Osloveni budou pacienti kteří udávají, že mají chronickou obstrukční plicní nemoc. Průzkumné šetření bude probíhat od května 2014 do dubna 2015.

V Luhačovicích 18. 4. 2014

*Pindáková*

Bc. Pindáková Kateřina  
Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd

Souhlasím s konáním průzkumného šetření.

*20.4.2014*  
.....  
Datum:

MUDr. Mocková Dana  
.....  
82 INTER ZNOJEMIA Group, a.s.  
Lázeňský dům Niva  
MUDr. Mocková Dana  
067 IČO: 239 10 420, DIČ: CZ26910420  
000 Pozlovice 336, 340 763 26 LUHAČOVICE  
tel. 577 131 284-6, 577 131 326-7

## **Příloha č. 2: Informovaný souhlas pacienta s konáním průzkumného**

### **Informovaný souhlas pacienta**

**Jméno a příjmení pacienta:**.....

Vážená paní, vážený pane,

Obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na průzkumném šetření, které provádím v rámci tvorby mé diplomové práce, která si klade za cíl zjistit, jaký vliv má technika masáž stimulační dýchání na celkový stav nemocného. Součástí výzkumu je rozhovor, kdy Vám budou kladeny otázky, týkající se Vašeho aktuálního zdravotního stavu. Z účasti na výzkumném šetření pro Vás nevyplývají žádné nepříjemnosti či rizika. Pokud s účasti na výzkumném šetření souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovuje souhlas s níže uvedeným prohlášením.

#### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účasti na výše uvedeném výzkumném šetření. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a také riziky, kterým pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že veškeré získané údaje budou použity jen pro účely výzkumného šetření a budou anonymně publikovány. Souhlasím dále také se zaznamenáváním rozhovorů na diktafon.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, dále jsem měl/a možnost se řešitelky výzkumu zeptat na vše, co jsem považoval/a pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumném šetření odstoupit, a to i bez udání důvodů. Tento informovaný souhlas byl vytvořen ve dvou kopiích. Z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý výzkumník.

Datum: .....

Podpis řešitelky: .....

Datum: .....

Podpis pacienta: .....

### **Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru**

*Dobrý den, již předem Vám chci poděkovat za ochotu zúčastnit se tohoto rozhovoru, který provádím v rámci tvorby mé diplomové práce. Náš rozhovor se bude zaměřovat na vnímání Masáží stimulujících dýchání. Budeme se bavit o tom, jak jste vnímal tuto masáž. Průběh rozhovoru budu zaznamenávat na diktafon. Mimo to se ještě zeptám, jestli se nechcete k tomuto rozhovoru na něco zeptat, nebo zda můžeme přistoupit k rozhovoru.*

Vše je mi jasné.

*Prosím zamyslete se a popište mi, jak jste vnímal poskytované Masáže stimulující dýchání. Prosím popište mi vliv masáže ve všech oblastech, které Vás napadnou. Ráda bych se od Vás dozvěděla co nejvíce informací.*

Mohu třeba, jak se mi dýchalo?

*Jistě.*

Když jsem byl masírovaný, dýchalo se mi dobře. Chvilku po masáži to bylo lepší, řekl bych tak nějak hodinku a pak se dýchání zase o něco zhoršilo. Masáž mi ale pomohla v tom, že jsem se naučil víc vnímat svoje dýchání. Naučil jsem se pozorovat, jak se nadechuju a vydechuju. Když jsem se to potom naučil, změna byla fakt poznat. Sestří, všiml jsem si, že teďka vykašlávám hlen více. Jo a celkově se mi ulevilo, hlavně po této masáži se mi lépe vykašlávalo. Ještě jsem si všiml, že teďka už jen občas vnímám takové to pískání, ale nevím, čím to je (odmlka). Nějaké problémy, ale pořád mám. Zadržím se, ale tady u Vás to bylo pouze, když jsem šel tady do kopce z města. Třeba když jsem poprvé tady cvičil v tělocvičně, tak jsem to musel ukončit asi po deseti minutách. Měl jsem toho dost.

*Říkáte, že se Vám ulevilo a lépe se Vám vykašlávalo, popište mi tu úlevu více.*

Po této masáži jsem nebyl unavený, spíš bych řekl naopak. Ale neumím to víc popsat (odmlka). Jinak jsem chtěl říct, že se sice občas cítím unavený, ale po této masáži je to o něco lepší. Tady když jsem, tak se snažím co nejvíce chodit ven. Počasí není špatné, takže se to dá, ale do města mi to dělá problémy. Kopec mi dává zabrat. Naštěstí se vždycky posadím u Bludičky (název restaurace, pozn. autora), nebo tam někde a chvilku si dám pauzu. Řekl bych, že pokrok tam je.



***Říkáte, že vidíte pokrok, v čem ho vidíte?***

Jo, (odmlka) určitě to bylo lepší po té masáži. Nikdy jsem se takto nad tím nezamyslel, ale jo lepší (odmlka). Tak celkově se teď cítím lépe, nemám už tolik problémů. Jinak jsem další změnu nepozoroval, možná jsem byl víc v klidu, ale nevím. Ale všichni, (odmlka) i paní doktorka mi potvrdila, že vypadám celkově lépe. To je dobře.

***Říkáte, že se cítíte lépe a nemáte tolik problémů. Můžete mi říci více informací k Vaším problémům?***

Mívám problémy se spaním, ale teď jsem zaznamenal změnu. Spím teď bez problémů. Změna je taky v tom, že mi přijde, že mám víc energie. Jinak nevím, asi je vše stejné. Spím dobře, za celou dobu jsem se snad dvakrát probudil nad ránem a nemohl už zabrat, ale jinak jsem problém neměl. Občas se cítím unavený, když vstanu a po procedurách. Hlavně je to po rašelině. A proto si jdu chvíli odpoledne pospat.

***Napadají Vás ještě nějaké informace, které mi chcete sdělit?***

Jo, když porovnáím tuto masáž s normální masáží zad, je tam fakt rozdíl. Masírování zad, to je moc příjemné. Tady je moc šikovná paní, co mě masírovala. Moc mi pomohla na ty záda, bolely mě předtím dole v bedrech. Jo, teď mi je opravdu lépe. Když si vzpomenu, že předtím jsem nemohl ani vstát z postele. Vždycky ráno jsem měl ty záda zatuhlé, teď je mi líp. Asi to bude i ostatníma procedura, ale celkově se cítím lépe. Klidně by mohly být masáže každý den. U masáže na dýchání jsem byl nabitější, ale po masáži zad spíš unavenější, ale zase se mi pak ulevilo od zad. Takže každé má něco.

***Děkuji Vám za odpovědi a také za čas, který jste mi věnoval. Kdybyste měl ještě nějaké otázky, klidně Vám je zodpovím.***

Není za co, to byla maličkost. Jinak žádné otázky nemám.