

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY U PACIENTŮ S CHRONICKÝMI BOLESTMI KRČNÍ PÁTEŘE**



## **Bakalářská diplomová práce**

Autorka: Mgr. Mirka Bednaříková  
Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc  
**2017**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem svou bakalářskou diplomovou práci s názvem „*Psychosomatické aspekty u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7. 11. 2016

Podpis .....

## **Poděkování**

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucímu své bakalářské práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., za jeho vstřícný přístup, cenné rady a připomínky a také za čas, který mi věnoval. Dále děkuji všem participantům za jejich ochotu při účasti na mém výzkumu. Nakonec bych také ráda poděkovala svým blízkým za jejich trpělivost ve chvílích, kdy jsem jim nemohla věnovat tolik času, kolik bych chtěla.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
1 CELOSTNÍ PŘÍSTUP .....	7
1.1 Vymezení základních pojmů .....	7
1.2 Různá pojetí psychosomatiky .....	8
1.3 Vymezení psychosomatického onemocnění .....	10
2 BOLEST .....	13
2.1 Definice bolesti .....	13
2.2 Složky bolesti a konceptuální model bolesti .....	13
2.3 Klasifikace bolesti .....	16
2.3.1 Patofyziologická klasifikace bolesti .....	17
2.3.2 Klasifikace bolesti podle délky trvání .....	19
2.4 Specifika chronické bolesti .....	20
2.5 Biopsychosociální model chronické bolesti .....	23
3 PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ BOLESTI .....	25
3.1 Rozhovor .....	28
3.2 Dotazníkové metody a posuzovací škály .....	28
3.2.1 Neverbální metody hodnocení bolesti .....	29
3.2.2 Verbální metody hodnocení bolesti .....	29
3.2.3 Další verbální metody používané při hodnocení bolesti .....	31
4 BOLESTI KRČNÍ PÁTEŘE .....	32
4.1 Základní charakteristiky bolestí krční páteře .....	32
4.2 Epidemiologie bolestí krční páteře .....	33
4.3 Etiopatogeneze bolestí krční páteře .....	34
4.3.1 Kineziologické souvislosti bolestí krční páteře .....	35
4.3.2 Patofyziologické mechanismy vzniku bolestí krční páteře .....	36
4.3.3 Rizikové faktory bolestí krční páteře .....	41
4.4 Klasifikace algických syndromů v oblasti krční páteře .....	41
4.4.1 Syndromy v oblasti krční páteře .....	42
4.5 Shrnutí příznaků a následků bolestí krční páteře .....	45
<b>II VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
5.1 Výzkumný problém .....	46
5.2 Cíle práce .....	46
5.3 Výzkumné otázky .....	47
6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY .....	48
6.1 Typ výzkumu .....	48

6.2 Metody získávání a tvorby dat .....	49
6.2.1 Odběr anamnézy .....	49
6.2.2 Dotazníkové metody .....	50
6.2.3 Polostrukturované interview .....	53
6.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	54
6.4 Realizace výzkumu .....	55
6.5 Etické aspekty výzkumu .....	55
7 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	57
8 VÝSLEDKY .....	63
8.1 Vlastní pohled pacientů na své bolesti krční páteře .....	63
8.2 Život s bolestmi krční páteře .....	70
8.3 Zvládání bolestí krční páteře .....	77
9 DISKUSE .....	81
10 ZÁVĚRY .....	86
SOUHRN .....	89
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....	91
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	97
PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	98

## ÚVOD

Při volbě tématu své bakalářské práce jsem vycházela z vlastních zkušeností s pacienty s chronickým vertebrogenním algickým syndromem, a to zejména v oblasti krční páteře. Při práci s těmito nemocnými jsem měla možnost upozorovat, že chronické bolesti krční páteře nejsou pouze problémem na úrovni těla, nýbrž že v menší či větší míře zasahují také psychickou a sociální rovinu pacienta. Mé empirické zkušenosti přesně odpovídají v literatuře popisovanému biopsychosociálnímu modelu chronických bolestí, jehož hlavní charakteristikou je, že při vzniku, udržování i léčbě chronických bolestí bere v úvahu biologické, psychologické i sociální proměnné. Vertebrogenní algický syndrom dokonce bývá řazen k nejčastějším onemocněním splňujícím podmínky psychosomatických poruch.

Záměrem mé práce je aplikace poznatků o psychosomatických onemocněních a biopsychosociálním modelu chronické bolesti přímo na konkrétní diagnózu, a to na chronické bolesti krční páteře. Práce se tedy věnuje chronickým bolestem krční páteře z pohledu psychosomatiky (neboli komplexního přístupu).

Svůj záměr jsem realizovala jak v teoretické, tak i ve výzkumné části práce. Cílem teoretické části, jež se svým charakterem blíží rešerši, je shrnutí poznatků o celostním přístupu, o chronických bolestech v obecné rovině (včetně možností jejich hodnocení) a o vertebrogenním algickém syndromu krční páteře. Empirická část je věnována popisu mého výzkumu týkajícího se pacientů s chronickými bolestmi krční páteře. Zde se zaměřuji na analýzu polostrukturovaných rozhovorů vedených s pacienty s touto diagnózou docházejících na ambulantní rehabilitaci. Hlavním tématem rozhovorů byl život pacientů s chronickými bolestmi krční páteře. Zajímalo mě, jak bolesti ovlivňují psychický stav, vztahovou oblast i míru disability těchto pacientů a také, jak pacienti své bolesti popisují a jak na ně nahlíží.

Výzkumná část se tak na základě výpovědí pacientů s chronickými bolestmi krční páteře snaží přiblížit potíže zasahující do života jedinců s touto diagnózou. Odborné informace zahrnuté do teoretické části práce mají za cíl tyto empirické poznatky vědecky podložit.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CELOSTNÍ PŘÍSTUP

Tato kapitola je věnována vysvětlení pojmů psychosomatika, psychosomatická medicína, celostní (komplexní) přístup apod. V textu jsou objasněny různé přístupy k chápání těchto termínů v dostupné literatuře a také pohled, pod jakým je výraz celostní přístup pojímán v kontextu této práce, a to s cílem zamezit případným nedorozuměním.

### 1.1 Vymezení základních pojmů

Daleko častěji než s označením celostní (či komplexní) přístup je možné se v literatuře setkat s termínem psychosomatika (a psychosomatická medicína). Je důležité si uvědomit, že se jedná o dvě různá pojmenování víceméně téže problematiky. Název komplexní přístup však dané téma vystihuje poněkud přesněji (viz dále).

Termín **psychosomatika** vznikl spojením dvou řeckých slov – *psýché* (duše, duševno) a *soma* (tělo). Už z názvu tedy vyplývá, že se psychosomatika zabývá vztahy mezi psychikou (duší) a tělesnem, jež nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako vzájemně propojené a na sobě závislé systémy. Jedná se tedy o celostní nazírání na zdraví či nemoc (Poněšický, 2014). Celostní nazírání na člověka však neznamena uvažovat pouze jeho somatickou a psychickou stránku, nýbrž je také potřeba zohledňovat sociální a duchovní (spirituální) složku, které hrají při vzniku a průběhu onemocnění stejně důležitou roli jako duševní a tělesné události (Danzer, 2001). Člověka je tedy nutné brát jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku, a odtud také pramení název **celostní (komplexní) přístup**, zahrnující (na rozdíl od pojmu *psychosomatika*) všechny čtyři složky člověka (tedy i jeho nemoci či zdraví).

Při používání termínu psychosomatika je zapotřebí si uvědomit ještě jednu důležitou okolnost. Danzer (2001, 13) upozorňuje, že „*termín psychosomatika přispívá tu a tam k pochybnému dělení nemocí: jako by existovaly „somatické“, tedy tělesné, „psychické“, tedy duševní, a k tomu ještě „psychosomatické“, tedy smíšené choroby.*“ Ve skutečnosti tomu ale tak není. Vždy (při každém onemocnění) je totiž zasažena celá bio-psycho-sociálně-spirituální jednotka, i když se do popředí pokaždé dostávají jiné

aspekty. Otázkou potom je, jestli je vůbec zapotřebí vlastního oboru psychosomatiky, nebo by spíše měla být celá medicína psychosomatická – jinak řečeno měla by brát člověka a jeho onemocnění z komplexního pohledu (Danzer, 2001).

## 1.2 Různá pojetí psychosomatiky

Na termín psychosomatika či psychosomatická medicína lze nazírat v nejužším, úzkém a širším pojetí (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

### Nejužší pojetí psychosomatiky

Chápání psychosomatické medicíny v nejužším pojetí souviselo s vlivem psychoanalýzy a v dnešní době je již překonané. Tzv. **specifická koncepce psychosomatické medicíny** tvrdila, že konkrétní psychologické příčiny způsobují vznik konkrétních somatických onemocnění, kde tělesné obtíže jsou vyjádřením nevědomých konfliktů nebo neuspokojených potřeb jedince. Skupina takovýchto onemocnění byla rozpracována psychoanalytikem F. Alexanderem a je označována jako „chicagská sedma“, protože zahrnuje sedm tzv. psychosomatóz: bronchiální astma, revmatoidní artritidu, ulcerózní kolitidu, esenciální hypertenzi, neurodermatitidu, tyreotoxikózu a duodenální peptický vřed (Raudenská a Javůrková, 2011).

### Úzké pojetí psychosomatiky

O něco mladší je tzv. **koncepce multifaktoriální podmíněnosti vzniku a udržování nemocí** (neboli nesespecifická koncepce). V případě tohoto konceptu psychosomatická medicína u jednotlivých poruch zvažuje a zohledňuje podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů, a to v jejich etiopatogenezi, průběhu i terapii. U každého pacienta se tak podíl jednotlivých složek může individuálně lišit a každé onemocnění může i nemusí být psychosomatické. Neexistuje tedy konkrétní vztah mezi druhem psychosociální zátěže a rozvojem konkrétní somatické nemoci (Raudenská & Javůrková, 2011). Předmětem psychosomatiky však mají být takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazněji uplatňují v etiopatogenezi, průběhu a léčbě (Baštecký et al., 1993). Psychosomatické onemocnění musí tudíž splňovat alespoň jednu ze čtyř následujících podmínek (Baštecký et al., 1993; Raudenská & Javůrková, 2011):



1. příčina nemoci musí souviset s předcházejícími psychologicky významnými událostmi nebo se vztahovat k osobnostní charakteristice,
2. průběh nemoci (nezávisle na její etiologii) je významně ovlivňován psychologickými faktory,
3. základní klinický příznak má bezprostřední vztah ke konkrétnímu psychologickému faktoru,
4. příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protrahované.

Podle Raudenské a Javůrkové (2011) se mezi nejčastější poruchy splňující podmínky psychosomatických onemocnění řadí:

- esenciální hypertenze, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu,
- bronchiální astma,
- duodenální peptický vřed, refluxní nemoc jícnu, syndrom dráždivého tračníku,
- hypofunkce či hyperfunkce nadledvin, hypotyreóza či hypertyreóza,
- diabetes mellitus,
- psychogenní poruchy příjmu potravy,
- funkční sexuální poruchy, poruchy erekce, poruchy menstruačního cyklu,
- revmatoidní artritida,
- vertebrogenní algický syndrom,
- psoriáza, atopický ekzém.

Ve výčtu typických psychosomatických poruch je možné si povšimnout, že seznam zahrnuje veškeré choroby z Alexanderovy „chicagské sedmy“.

S tímto úzkým pojetím psychosomatické medicíny je stále možné se setkat. Například ho ve své publikaci zastávají Baštecký et al. (1993), nicméně i tito autoři upozorňují, že ne vždy a ne důsledně.

### **Široké pojetí psychosomatiky**

Současné (nejširší) pojetí psychosomatické medicíny je nazýváno též **celostní, komplexní, holistické** či **systemové** a vychází z biopsychosociálního modelu, jenž bere v úvahu biologické i psychosociální faktory u všech nemocí, a to při jejich vzniku, průběhu i terapii. Současná psychosomatická medicína pracuje s pojmy multifaktorialita

a multikauzalita (ve vztahu se vznikem, udržováním a léčbou nemocí) a prosazuje celostní přístup k pacientovi a jeho chorobě a také k prevenci vzniku nemocí (Raudenská & Javůrková, 2011).

Někdy je kromě oblasti biologické (tělesné), psychické (duševní) a sociální (vztahové) zdůrazňována také rovina transcendentální (přesahová, spirituální). Takový model je pak nazýván **bio-psycho-sociálně-spirituální**. Všechny roviny jsou spolu neoddělitelně provázány a jsou ve vzájemných interakcích, a navíc je nutné zohlednit i faktor času a prostoru (tedy kdy a kde se něco děje). Celostní přístup tak vlastně staví na multifaktoriálně interakčním modelu, který je možné si představit jako vícerozměrnou síť souvislostí a vztahů, kde „vše souvisí se vším“. Změna (či porucha) v nějaké složce tohoto systému vyvolá určitou reakci v některé z jeho další části (Orel & Šimonek, 2012).

V nejširším pojetí psychosomatickou medicínu chápe také Honzák a Chvála (2014), kteří zdůrazňují, že psychosomatická medicína není naukou o psychogenezi (což odpovídá „úzkému pojetí“), ani o specifických psychosomatických chorobách (což odpovídá „nejužšímu pojetí“), ale požaduje biopsychosociální přístup u všech onemocnění.

### **1.3 Vymezení psychosomatického onemocnění**

Z právě popsaných rozdílných pojetí psychosomatiky (viz kapitola 1.2) vyvstává otázka, které poruchy je možné považovat za psychosomatická onemocnění, a je evidentní, že dle přístupu k chápání psychosomatiky se výčet psychosomatických nemocí bude lišit. Ne všechny choroby je možné označit za psychosomatická onemocnění, tak jak byla definována v rámci „úzkého“ či dokonce „nejužšího“ pojetí psychosomatické medicíny. Tato skutečnost však nebrání tomu, aby na ně bylo nahlíženo a k nim přistupováno z celostního (bio-psycho-sociálně-spirituálního) hlediska v nejširším pojetí psychosomatické medicíny.

Dle nejširšího pojetí psychosomatiky lze tedy za psychosomatické poruchy považovat všechna onemocnění a podle toho s nimi také pracovat. Je však otázkou, zdali je takový přístup vždy potřeba a na prvním místě.

K psychosomatickým onemocněním (respektive k nemocem, na které je vhodné nahlížet z komplexního hlediska) by se měly kromě všech „typických“ psychosomatických chorob (viz „úzké pojetí“ psychosomatiky) řadit veškeré **nemoci s**

**chronickým průběhem** (Danzer, 2001), ať už kontinuálním, či intermitentním, a to z jasného důvodu: jakákoliv dlouhodobější porucha zdraví (jakékoliv složky člověka) totiž musí dříve či později nutně ovlivnit také další složky daného jedince – tedy nejen somatickou rovinu, nýbrž také oblast psychickou, sociální a spirituální.

Samozřejmým faktem je, že i krátkodobé poruchy zdraví (neboli akutní onemocnění) více či méně ovlivňují všechny složky zdraví daného jedince, avšak ne tak markantně a významně jako onemocnění chronického (tedy dlouhodobého) rázu. Pokud dojde u akutní poruchy zdraví (a to jakékoliv jeho složky) k rychlé úpravě a nemoc nepřejde do chronického stavu, akutní onemocnění pak „nestihne“ významně ovlivnit další složky zdraví daného jedince. Chronické onemocnění se od akutního liší tím, že u mnohých chronicky probíhajících zdravotních problémů vzniká tzv. *circulus vitiosus* (neboli bludný, začarovaný kruh), kdy se poruchy jednotlivých složek navzájem ovlivňují. Zdá se, že ještě výstižnější výraz než *ovlivnění v kruhu* je *spirálovitý vývoj* (vývoj ve spirále). Pojem *spirálovitý vývoj* je definován jako „významně se ovlivňující prvky, které jsou střídavě příčinou i následkem“ (Kalvach, 2009, 602) a bývá například užíván pro vysvětlení tzv. geriatrických syndromů v rámci konceptu geriatrické křehkosti, avšak dle mého názoru výstižně popisuje taktéž problematiku celostního (komplexního) přístupu.

Další skupinou, k níž by mělo být beze sporu přistupováno komplexně, jsou obecně **bolestivé stavy**. Typickou charakteristikou bolestí totiž je, že se jedná o komplexní zážitek, jenž se projevuje jak v rovině biologické, tak i psychické a sociální. Psychosociální faktory navíc bolest dále zpětně ovlivňují (Janáčková, 2007). S délkou trvání bolestivého stavu roste významnost jeho projevů v dalších oblastech postiženého jedince – kromě tělesné složky je stále více zasahována oblast psychická a sociální. Velice přínosný se proto zdá být celostní přístup především v případě **chronických** bolestí (ať již splňují, či nesplňují kritéria psychosomatického onemocnění v rámci „úzkého pojetí“ psychosomatiky). V této souvislosti se hovoří o tzv. biopsychosociálním modelu chronické bolesti, jak jej popisuje např. Raudenská (2011). Podle autorů Disorbia, Brunse a Barolata (2006) je chronická bolest všeobecně akceptována jako biopsychosociální onemocnění.

Tematika chronických bolestí a biopsychosociálního modelu bolesti bude podrobněji rozebrána v kapitole 3.

Pokud se krátce vrátíme k problematice toho, co je a není možné nazvat psychosomatickým onemocněním, zajímavé řešení nabízejí autoři Bruns a Disorbio (2005). Psychosomatické onemocnění (dle názvosloví autorů *biopsychosociální*

onemocnění, ang. *biopsychosocial disorders*) rozdělují do čtyř kategorií, a to jednak na základě zohlednění zdroje (příčiny) vzniku nemoci, jednak podle vztahu mezi tělesnou a psychickou poruchou. Svůj přístup k rozdělení biopsychosociálních nemocí nazývají *psychomedicínskou klasifikací* (ang. *psychomedical classification*) a pro lepší přehlednost využívají 2x2 schéma (Tabulka 1).

Tabulka 1. Typy biopsychosociálních onemocnění (upraveno dle Brunse a Disorbia, 2005, 4)

TYP VZTAHU MEZI TĚLEM A PSYCHIKOU		ZDROJ (PŘÍČINA) ONEMOCNĚNÍ	
		STRUKTURÁLNÍ PŘÍČINA	PSYCHOGENNÍ PŘÍČINA
STRUKTURÁLNÍ PROPOJENÍ		<b>Organická psychická onemocnění</b>	<b>Psychofyzická onemocnění</b>
	příklad	Deprese jako následek těžkého poranění mozku.	Chronická úzkost vedoucí k hypertonu svalů a tenznímu typu bolesti hlavy.
	mech.	Zranění nebo onemocnění má přímý efekt na CNS a na emoce, kognitivní funkce a/nebo osobnost.	Chronická stresová reakce nebo nezdravé chování vedou k organickým poruchám.
PSYCHICKÉ PROPOJENÍ		<b>Reaktivní psychická onemocnění</b>	<b>Somatizační poruchy</b>
	příklad	Zranění způsobující bolest, disabilitu a reaktivní depresi.	Psychogenní bolest, somatizace.
	mech.	Emoční reakce má negativní vliv na fyzickou kondici.	Patologické vnímání nebo přehnaný popis tělesných symptomů bez strukturálního podkladu.

**Legenda:**

CNS – centrální nervová soustava; mech. – mechanismus.

V kontextu této práce jsou termíny psychosomatika a psychosomatická medicína chápány z hlediska „nejširšího pojetí“. K chronickým bolestem krční páteře zde **nebude** přístupováno jako k typickým psychosomatickým chorobám, tak, jak byly popsány v předešlém textu (dle „úzkého“ chápání psychosomatiky). Bude však zohledněn biopsychosociální (bio-psycho-sociálně-spirituální) model, který je nutné brát v úvahu především u bolestí chronického rázu.

Etiopatogeneze vzniku a udržování chronických bolestí krční páteře je ve většině případů multifaktoriální a jistě není překvapivé, že v některých případech by bolesti krční páteře splnily podmínky diagnózy psychosomatického onemocnění (dle „úzkého“ pojetí). Podle Raudenské a Javůrkové (2011) se dokonce vertebrogenní algický syndrom řadí k nejčastějším poruchám splňujícím podmínky psychosomatických nemocí.

Chronické bolesti krční páteře (bez ohledu na jejich převažující etiologii) zasahují nejen do oblasti somatické, nýbrž i psychické a sociální, a proto by i na ně mělo být pohlíženo z této perspektivy.

## 2 BOLEST

Kapitola pojednává o obecných charakteristikách bolesti a různých možnostech klasifikace bolesti včetně stručného popisu jejích jednotlivých typů. Podrobněji je rozebrána bolest chronická. Poslední část kapitoly navazuje na myšlenku z předešlé kapitoly, kde byla bolest vykreslena jako biopsychosociální problém, k němuž by mělo být přistupováno komplexně – bude tedy zmíněn biopsychosociální model chronické bolesti.

### 2.1 Definice bolesti

*Mezinárodní společnost pro studium bolesti (IASP) bolest* definuje jako „*nepříjemný smyslový a emoční prožitek (zážitek) spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození*“ (IASP Taxonomy, 2012; Opavský, 1998, 4). Definici bezprostředně následuje poznámka o tom, že bolest je vždy **subjektivní** (IASP Taxonomy, 2012; Opavský, 1998).

Další důležitou charakteristikou bolesti je její **komplexnost**. Jinak řečeno, bolest je komplexní zážitek, a neprojevuje se tedy pouze v oblasti biologické, nýbrž zasahuje také do psychické a sociální sféry, přičemž v těchto oblastech vzniklé problémy mohou bolest zpětně negativně ovlivňovat (Janáčková, 2007).

Komplexnost bolesti dobře vystihuje *Loeserův konceptuální model bolesti* a jeho různé modifikace – např. dle Neradilka (2016) nebo Neudertové (2013a). S konceptuálním modelem bolesti souvisí také skutečnost, že bolest je složena ze čtyř základních složek (viz kapitola 3.2).

Z popsaných charakteristik bolesti je zřejmé, že bolest je složitá komplexní záležitost, která velkou měrou souvisí s psychikou jedince (s jeho vnímáním, prožíváním, subjektivním hodnocením bolesti apod.), a proto by k ní mělo být přistupováno z biopsychosociálního hlediska.

### 2.2 Složky bolesti a konceptuální model bolesti

Bolest jako složitý fenomén obsahuje čtyři základní komponenty. Tyto složky bolesti charakterizují a také určují její projevy (Rokyta, 2012).

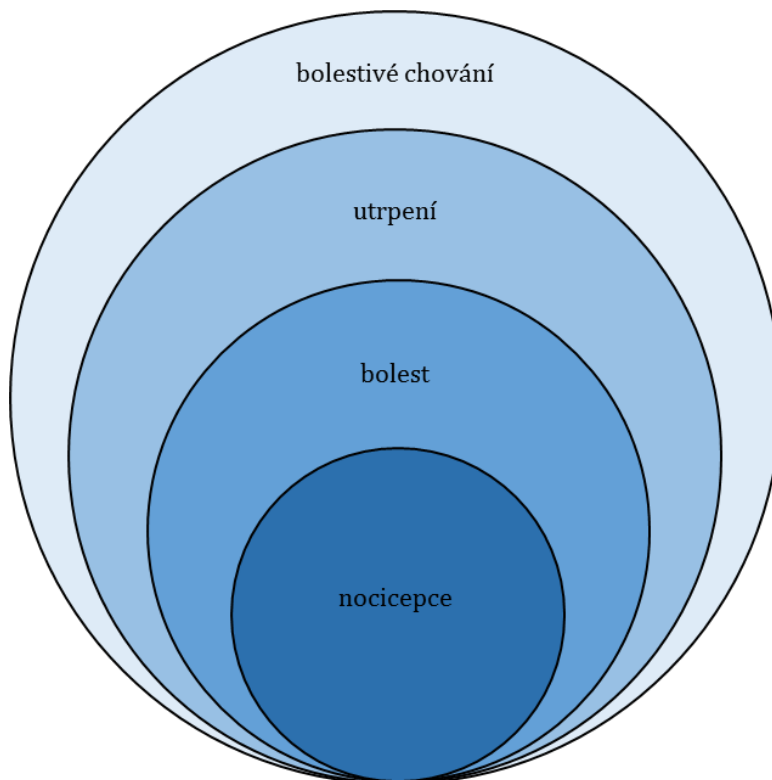
Rokyta (2012, 2013) popisuje následující **složky bolesti**:

1. senzorio-diskriminační komponenta,

2. afektivní (emocionální) komponenta,
3. vegetativní (autonomní) komponenta,
4. motorická komponenta.

Senzoricko-diskriminační komponenta bolesti anatomicky odpovídá periferním drahám bolesti začínajícím na receptorech a postupujícím periferními vlákny do spinální míchy a odtud spinotalamickými a retikulotalamickými drahami do talamu. Tato složka bolesti je nejlépe probádána. Afektivní komponenta bolesti anatomicky odpovídá drahám jsoucím od receptorů do prodloužené míchy a odtud do hypotalamu a amygdaly a zase zpět (Rokyta 2012, 2013). Součástí (zejména akutní) bolesti jsou i jednoduché autonomní reakce vznikající v rámci stresové odpovědi *fight or flight* (třetí složka bolesti). Poslední složkou bolesti je motorická komponenta, kam patří změna chování při bolesti (Neradilek, 2012).

Podobný právě popsaným složkám bolesti je **Loeserův konceptuální model bolesti** (Loeser & Cousins, 1990, in Opavský, 2011).



Obrázek 1. Loeserův konceptuální model bolesti (upraveno dle Opavského, 2011, 31)

V konceptuálním modelu bolesti (Obrázek 1) jsou integrovány čtyři složky (roviny) bolesti, které jsou spolu propojeny a navzájem na sebe navazují (Opavský, 2011). Neradilek (2012) přirovnává konceptuální model k jakési kaskádě, v níž je průtok mezi některými stupni (bolest – utrpení) možný oběma směry.

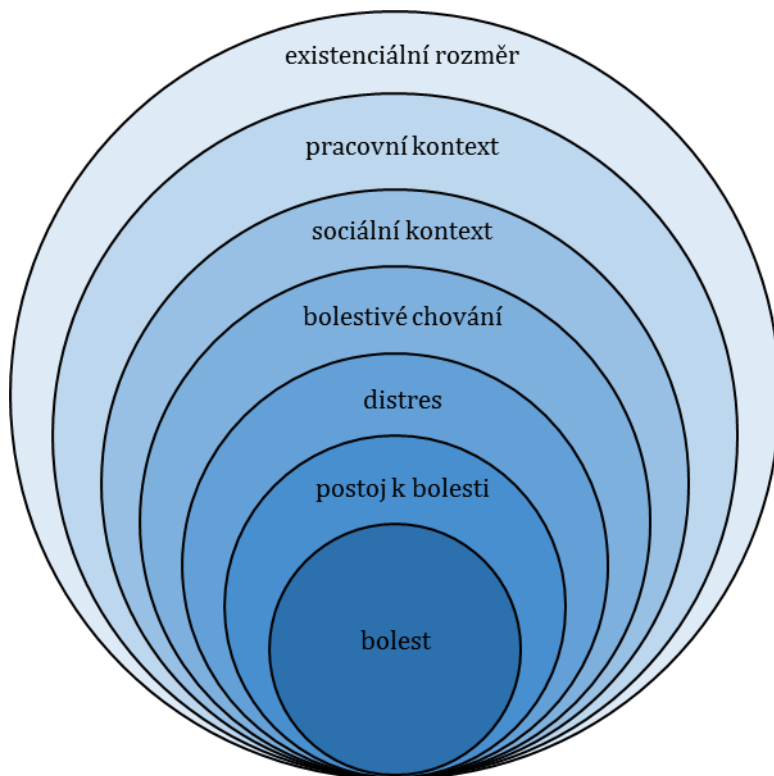
**Bolestivý zážitek** se tedy skládá z následujících **čtyř rovin** (Neradilek, 2012):

1. nocicepce (somatická složka),
2. bolest (senzorická složka),
3. utrpení (afektivní složka),
4. bolestivé chování (behaviorální složka).

Základem bolestivého vjemu je **nocicepce** (první rovina), což jsou všechny procesy vyvolané aktivací nociceptorů. Zde se ještě nejedná o bolest, nýbrž pouze o informaci upozorňující na potencionální poškození tkáně. Samotná **bolest** (druhá rovina) vzniká až jako výsledek nocicepce, jež je reflektována ve vědomí jedince. Třetí rovinou konceptuálního modelu bolesti je **psychická reakce na bolest a utrpení**. Druhá a třetí rovina bolesti spolu do značné míry souvisejí – navzájem se ovlivňují a dohromady určují celkovou intenzitu bolesti. Čtvrtá rovina modelu odpovídá **bolestivému chování**. Jedná se o bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, kulhání, vyhledávání úlevových poloh, návštěvy lékařů, nákupy různých léčivých přípravků a vynucování si úlev a pozornosti okolí (Neradilek, 2012; Neudertová, 2013a).

Jediná složka konceptuálního modelu bolesti, která je dostupná vnějšímu pozorovateli, je rovina bolestivého chování (tedy behaviorální složka). Podle ní se usuzuje o všech ostatních složkách bolestivého stavu daného jedince (Opavský, 2011).

Obdobně jako v případě komplexního (celostního) přístupu v obecné rovině, i v případě problematiky bolesti je doporučováno biopsychosociální model rozšířit o **existenciální (duchovní, spirituální) rozměr**, který má stejnou váhu jako ostatní roviny. Pokud dlouhodobý prožitek bolesti narušuje spirituální rovnováhu člověka, neadaptivní chování se rozvíjí ve větší míře a postižený jedinec upadá do beznaděje a rezignuje (Neudertová, 2013a). Konfigurovaný a rozšířený konceptuální model bolesti dle Neudertové (2013a), který mimo jiné obsahuje i existenciální rozměr bolesti, je znázorněn na Obrázku 2. Tento model je platný především u bolestí chronického rázu a zde je také potřeba ho zohledňovat.



Obrázek 2. Konfigurovaný biopsychosociální model chronické bolesti (upraveno dle Neudertové, 2013a, 29).

Užitečnou modifikaci původního konceptuálního modelu bolesti uvádí také Neradilek (2016). Původní „cibulový“ graf přeměnil do dynamičtější podoby kaskády. Hlavní myšlenka jeho verze modelu spočívá v důležité roli **negativních emocí** při vzniku bolesti a také utrpení.

### 2.3 Klasifikace bolesti

Bolest je možné klasifikovat z různého hlediska. V literatuře je bolest nejčastěji dělena podle těchto kritérií (Hakl, 2013; Opavský, 2011; Rokyta 2012):

- časové hledisko (délka trvání bolesti),
- patofyziologie bolesti (zohlednění lokalizace, resp. charakteru postižení),
- původ bolesti v souvislosti s nádorovým procesem.

Dělení bolesti má svůj velký význam zejména v klinické praxi, a to jak z hlediska prognostického, tak i jako základ správné volby terapeutického přístupu.

V následujícím textu budou jednotlivé přístupy ke klasifikaci bolesti podrobněji rozebrány.



### 2.3.1 Patofyziologická klasifikace bolesti

*Patofyziologická klasifikace bolesti* rozděluje bolest na základě **patofyziologických mechanismů**. Vyjádřeno jinými slovy, bolest je klasifikována podle lokalizace, resp. charakteru postižení. Nejjednodušší klasifikace dělí bolest pouze na tři typy, a to na nociceptivní, neuropatickou a psychogenní. Přínosná především pro klinickou praxi je patofyziologická taxonomie bolesti, jež byla navržena *Lindblomem* a jež dělí bolest na následující typy (Opavský, 2011):

- nociceptivní (nociceptorová, nocicepční),
- periferní neuropatická,
- centrální neuropatická,
- dysautonomní (bolest s dysfunkcí autonomního nervového systému),
- psychogenní,
- nespecifikovaná.

#### **NOCICEPTIVNÍ BOLESTI**

Nociceptivní (nociceptorové, nocicepční) bolesti jsou nejčastějším typem bolesti. Informace o dráždivém (poškozujícím) podnětu vznikají ve většině případů na periférii nervových vláken – to znamená na úrovni nocisenzorů, mezi které se řadí volná nervová zakončení ve tkáních, mechanosenzory a polymodálních receptory (Hakl, 2013; Opavský, 2011). Nociceptory mohou být lokalizovány v kůži, podkoží, kloubech, svalech, šlachách, sliznicích a dalších strukturách. Podle místa nocicepce je vhodné v rámci nociceptivní bolesti rozlišovat **somatické bolesti povrchové**, **somatické bolesti hluboké** a **bolesti viscerální** (Opavský, 2011).

K nocicepčním bolestem se mimo jiné řadí bolesti pohybového aparátu, jako degenerativní změny páteře, artritidy apod. (Hakl, 2013).

#### **PERIFERNÍ NEUROPATICKÉ BOLESTI**

Periferní neuropatické bolesti, jež bývají ve starší literatuře označovány také jako periferní neurogenní bolesti, vznikají při poškození struktur periferního nervového systému (nervových kořenů, nervových pletení nebo periferních nervů). Neuropatické bolesti (popř. parestezie či dysestezie) jsou součástí komplexního obrazu neuropatie zahrnujícího motorický a senzitivní deficit. Přítomna bývá taktéž **alodynie**, kdy je bolest

vyvolaná podnětem, který bolest běžně neprovokuje a **hyperpatie**, jež značí abnormální bolestivé reakce na podnět, avšak zvýšený práh cití (Opavský, 2011).

### **CENTRÁLNÍ NEUROPATICKÉ BOLESTI**

Centrální neuropatické bolesti se rozvíjejí v souvislosti s poškozením struktur centrálního nervového systému a jejich výskyt je méně častý ve srovnání s periferními neuropatickými bolestmi. Centrální bolesti jsou trvalé nebo intermitentní a bývají spojeny s poruchami cití na postižené části těla. Kromě jiných diagnóz se s těmito bolestmi setkáváme u kompresivní a ischemické myelopatie při spinální stenóze (Opavský, 2011).

### **DYSAUTONOMNÍ BOLESTI**

Dysautonomní bolesti neboli bolesti s dysfunkcí autonomního nervového systému (především sympatiku) jsou méně častými bolestivými syndromy. Řadí se k nim kompletní regionální bolestivý syndrom typu I a II (Hakl, 2013; Opavský, 2011).

### **PSYCHOGENNÍ BOLESTI**

U psychogenních bolestí chybí prokazatelný organický původ. Bolesti tohoto typu však mají biologický základ a vznikají především na úrovni limbického systému a mozkové kůry (Rokyta, 2004). Příčina psychogenních tkví v abnormálním zpracování psychického problému (Opavský, 2011) – především u depresivních poruch a některých neuróz se bolest stává somatickou projekcí primárních obtíží jedince (Hakl, 2013). Z psychologického hlediska je psychogenní bolest charakterizována jako bolest na emoční bázi (Craig, 1999, in Rokyta, 2004). Psychogenní bolest může doprovázet také předchozí typy bolestí, a to zvláště po určité době jejich trvání.

### **SMÍŠENÉ BOLESTI**

Všechny z výše popsaných typů bolestí se nemusí vyskytovat jen izolovaně, nýbrž se mohou libovolně a v různém poměru kombinovat. Hakl (2013) jako typický příklad algického stavu, na němž se podílí více typů bolesti, uvádí *failed back surgery syndrome* (bolesti po operaci bederní páteře).

Obdobný případ, kdy se kombinuje více typů bolestí, může nastat také u chronických bolestí krční páteře, které jsou hlavním tématem této práce. Nejčastějším typem bolestí jsou bolesti nocicepční, vyskytovat se však mohou také bolesti periferní neuropatické (jako součást obrazu u kořenových syndromů) a bolesti psychogenní (zvláště u bolestí chronického rázu). V určitých případech by se dalo uvažovat taktéž o centrálním typu bolestí (u spinální stenózy s kompresivní myelopatií).

### 2.3.2 Klasifikace bolesti podle délky trvání

Druhou důležitou klasifikací je rozlišování bolesti podle **délky trvání** – konkrétně na akutní, subchronickou a chronickou bolest (Tabulka 2). **Akutní bolest** je vymezena trváním od několika sekund až po dobu tří až šesti týdnů. **Subchronická bolest** je vymezena horní hranicí bolesti akutní a dolní hranicí bolesti chronické. Trvání **chronické bolesti** bývá vymežováno různě – jako bolest trvající déle než tři měsíce nebo déle než šest měsíců, popřípadě také jako bolest, která přetrvává i poté, co proces hojení už proběhl (Opavský, 2011). Dle Rokyty (2012) může být za chronickou bolest považována i pravidelně se opakující (intermitentní) bolest.

Tabulka 2. Klasifikace bolesti dle délky trvání (upraveno dle Opavského, 2011, 19)

TYP BOLESTI	TRVÁNÍ BOLESTI
Akutní bolest	– od několika sekund po 3 až 6 týdnů
Subchronická bolest	– od 3 až 6 týdnů po 3 až 6 měsíců
Chronická bolest	– více než 3 měsíce – více než 6 měsíců – trvá i po zhojení primární afekce – pravidelně se opakující bolest (Rokyta, 2012)

Na první pohled by se mohlo zdát, že se jedná jen o formální rozdělení, avšak jak upozorňují například Ševčík, Čumlivski a Málek (2012), rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí není založen jen na časovém faktoru, ale i na dalších podstatných odlišnostech, jež mají význam jak pro porozumění patofyziologii, tak pro diagnostiku a léčbu bolesti.

#### AKUTNÍ BOLEST

Akutní bolest je symptomem, který naléhavě informuje organismus o tkáňovém inzultu zapříčiněném např. úrazem nebo chorobou, a brání tak před jeho dalším poškozením (Ševčík et al., 2012). Akutní bolest je charakteristická náhlým začátkem a časově omezeným trváním a zpravidla ji lze zpravidla přesně lokalizovat. Organismus

reaguje fyziologickými změnami, které jsou totožné s obrazem změn při stresu (zvýšení krevního tlaku, změna dýchání, zvýšení svalového napětí atd.). Akutní bolest tedy pro organismus představuje fyzickou i psychickou zátěž (Janáčková, 2007; Ševčík et al., 2012). Pokud jde o vliv na psychiku jedince, může být přítomen strach, obavy, **úzkost**, rozmrzelost, někdy i zlost a také negativní vztah ke zdravotnickému personálu (Ševčík, 2012). Pro krátké trvání akutních bolestí se však u pacientů obvykle **nerozvíjejí ani významně paměťově nefixují** negativní psychické vlivy tak, aby dlouhodobě ovlivňovaly jejich prožívání a chování. Ve většině případů u akutních bolestí nedochází ani k ovlivnění sociální oblasti jedince (Opavský, 2010). Hakl (2013) upozorňuje, že jedním z největších rizik akutní bolesti je její chronifikace.

## **CHRONICKÁ BOLEST**

Chronická bolest je mnohem komplexnější než bolest akutní a má často hlubší dopad na jedince. Bývá považována za samostatnou nozologickou jednotkou – *nemoc samu o sobě (sui generis)*, což znamená, že se nejedná pouze o symptom nějakého onemocnění, nýbrž o **samostatný syndrom** (Opavský, 2011; Hakl, 2013).

Podrobný popis chronické bolesti včetně jejího srovnání s bolestí akutní následuje v další kapitole (kapitola 3.4).

### **2.4 Specifika chronické bolesti**

Chronická bolest (na rozdíl od bolesti akutní) již neplní svou ochrannou funkci (biologický signální význam). U dlouhodobé bolesti též není možné pozorovat reakce autonomního nervového systému v rámci stresové odpovědi. Po určité době totiž nastává habituace vegetativních změn (slábnutí a změna odpovědi na trvajícím podnět), kterou zle považovat za určitou formu adaptace organismu daného jedince. Projevem této adaptace je především **změna chování člověka** (Neradilek, 2012). Pacient na dlouhodobé bolesti reaguje vyčerpáním, cítí bezmoc, mohou se u něj vyskytovat symptomy deprese, porucha spánku, snížená chuť k jídlu a omezení sexuálních aktivit. Postižený jedinec postupně mění své chování, omezuje kontakty s druhými lidmi a uzavírá se do sebe (Janáčková, 2007).

Příčiny, které chronickou bolest způsobují, nejsou vždy spolehlivě identifikovatelné nebo jsou neodstranitelné. Intenzita bolesti bývá vždy vyšší, než odpovídá intenzitě stimulace (Rokyta, 2012). U pacientů s chronickými bolestmi totiž dochází ke změně

v procesu zpracování bolestivých signálů, což se projevuje rozdílným vnímáním a zpracováním bolestivých a nebolestivých podnětů (Opavský, 2011; Sluka & Arendt-Nielsen, 2014). V důsledku těchto změn mají pacienti snížený práh bolesti a současně také sníženou hranici tolerované bolesti (Opavský, 2010).

Takové zjištění je možno doložit i výsledky výzkumu, který se zabývá se přímo pacienty s chronickými bolestmi krční páteře. Hägg a Äström (1997) ve své studii dospěli k závěru, že u skupiny participantů s tímto onemocněním byly naměřeny nižší hodnoty prahu bolesti (zjištěné pomocí tlakové algometrie) oproti souboru zdravých jedinců.

Chronická bolest způsobuje velké **tělesné utrpení**, často bývá doprovázena **negativními psychologickými fenomény a snižuje kvalitu života** (Rokyta, 2012). U pacientů trpících chronickými bolestmi je typická přítomnost depresivních, úzkostných a fobických poruch, hněvu (popř. agrese), negativního sebepojetí i pohledu na budoucnost a rozvíjejí se též pocity beznaděje, bezmoci, zoufalství a vyčerpání (Neudertová, 2013b; Raudenská, 2012). Mezi další projevy prožívané bolesti patří neuroticismus, jenž je podmíněn především úzkostí, strachem a negativními zkušenostmi s dřívějšími bolestmi (Opavský, 2011).

V případě přítomnosti právě uvedených charakteristik Neudertová (2013b) hovoří o *neadaptivním přizpůsobení se chronické bolesti* daného jedince. Každý jedinec trpící chronickou bolestí zažívá ztrátu, na kterou nějakým způsobem reaguje. Pokud pacient rezignuje, rozvine se u něj faktor utrpení a pasivně se „smíří“ se svým stavem. Zde se jedná o neadaptivní přizpůsobení se chronické bolesti. Opakem je adaptivní přizpůsobení se chronické bolesti. Tyto pojmy jsou součástí konceptu ***copingu chronické bolesti***, který podrobně popisuje např. (Knotek, 2010).

Přítomnost těchto psychických potíží dále zpětně zhoršuje pacientovy bolesti. Ve snaze předcházet vzniku či zhoršení bolestí se pak jedinec vyhýbá fyzické aktivitě, spíše polehává a je celkově pasivní. Tím se ale jednak dostává do sociální izolace a také u něj dochází ke snižování fyzické kondice (Raudenská, 2012). **Výrazné sociální dopady** jsou typickým důsledkem dlouhotrvajících bolestí, kdy dochází ke změnám v interpersonálních vztazích jak v rodině, tak i na pracovišti (Opavský, 2011).

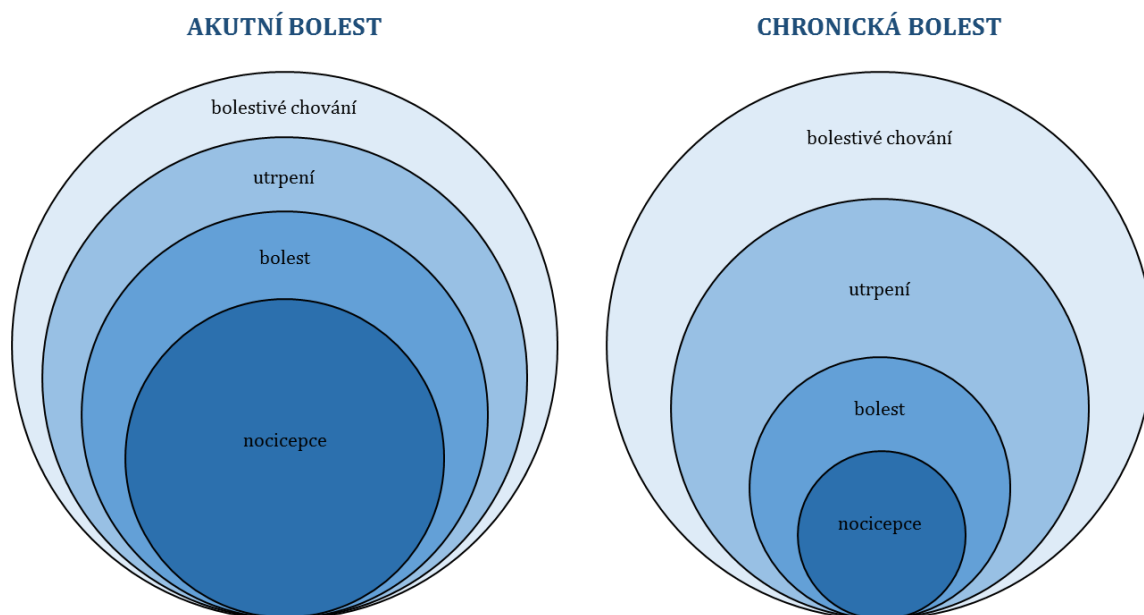
Veškeré poznatky o dopadech chronické bolesti lze vztáhnout také na konkrétní zdravotní problém – v tomto případě na **chronické bolesti páteře**. Na vztahy mezi chronickými bolestmi krční páteře a jimi

způsobenou disabilitou s výskytem depresivní a úzkostné symptomatologie poukazuje studie Dimitriadise, Kapreliho, Strimpakose a Oldhama (2015). Autoři Von Korff et al. (2005) se zabývali komorbiditou mezi chronickými bolestmi páteře (krční nebo bederní částí) a psychickými poruchami a zjistili, že 35 % zařazených participantů s bolestmi zad trpí psychickou poruchou. Silná souvislost byla nalezena mezi chronickými bolestmi páteře a úzkostnou nebo depresivní poruchou. Dle výsledků studie Currie a Wanga (2004) byla u 19,8 % pacientů s chronickými bolestmi dolní části zad zařazených do výzkumu přítomna deprese. Tíže deprese navíc lineárně rostla se zvyšující se závažností bolesti.

## ROZDÍLY MEZI AKUTNÍ A CHRONICKOU BOLESTÍ

Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí jsou tedy kromě **časového aspektu** zjevné také v **příčině bolesti**, v **tělesné odezvě** a v **psychosociálních změnách**. Tyto rozdíly jsou shrnuty v Tabulce 3.

Odlišnosti mezi akutní a chronickou bolestí lze demonstrovat také graficky, a to za pomoci konceptuálního modelu bolesti (Opavský, 2011). Náčrt odpovídající chronické bolesti výstižně znázorňuje všechny její zásadní charakteristiky, tedy intenzitu bolesti neodpovídající intenzitě stimulace, velké utrpení při bolesti a změny chování při bolesti (Obrázek 3).



Obrázek 3. Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí znázorněné pomocí konceptuálního modelu bolesti (upraveno dle Opavského, 2011, 31)

Tabulka 3. Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí (upraveno dle Hakla, 2013, 32 a Jandové, 2007, 65).

CHARAKTERISTIKA	AKUTNÍ BOLEST	CHRONICKÁ BOLEST
Trvání bolesti	– do 3 až 6 týdnů	– od 3 až 6 měsíců
Charakter bolesti	– symptom	– syndrom ( <i>sui generis</i> )
Příčina vzniku bolesti	– jasně definovaná	– nejasná nebo neodstranitelná
Autonomní odpověď	– bezprostřední a krátkodobá – zvýšení tonu sympatiku	– udržovaná a nevýrazná
Tělesná odezva	– souvisí s aktivací sympatiku: – zvýšení srdeční činnosti – zrychlené dýchání – potivost – neklid, úniková reakce	– poruchy ANS (nedokrevnost, potivost) – ztuhlost svalů – atrofie (kvůli nečinnosti) – poruchy spánku
Psychická reakce	– <b>úzkost</b>	– <b>deprese</b> – podrážděnost, hněv – psychomotorická retardace – ztráta motivace, apatie – snížená chuť k jídlu – ztráta libida
Změny v chování a ve vztazích	– ochranné jednání vedoucí k úlevě – potřeba jistoty a útěchy ve vztahu k rodině – důvěra k lékařům	– naučené a bolestivé – sociální izolace – pocity hněvu a odmítnutí ve vztahu k rodině – nedůvěra k lékařům a pocit nepochopení
Rozsah terapie	– <b>monomodální</b> – klíčová je farmakoterapie	– <b>multimodální</b> (komplexní)
Efekt terapie	– výrazný	– často nevýrazný

**Legenda:**

CNS – centrální nervová soustava.

## 2.5 Biopsychosociální model chronické bolesti

Poznatky o složitosti a komplexitě chronické bolesti přesně odpovídají tzv. **biopsychosociálnímu modelu chronické bolesti**. Raudenská (2011, 166) popisuje, že „*biopsychosociální přístup bere v úvahu při vzniku, průběhu, udržování i léčbě chronické bolesti nejen proměnné biologické, ale i psychologické a sociální*“. Na druhou stranu je nutné počítat s tím, že přítomností chronické bolesti dojde k rozvinutí a prohloubení dalších somatických, psychických a sociálních změn (Raudenská, 2011).

Proces vzniku i udržování chronické bolesti lze výstižně znázornit pomocí *Loeserova konceptuálního modelu bolesti* (Obrázek 1), který byl již podrobně popsán v kapitole 3.2.

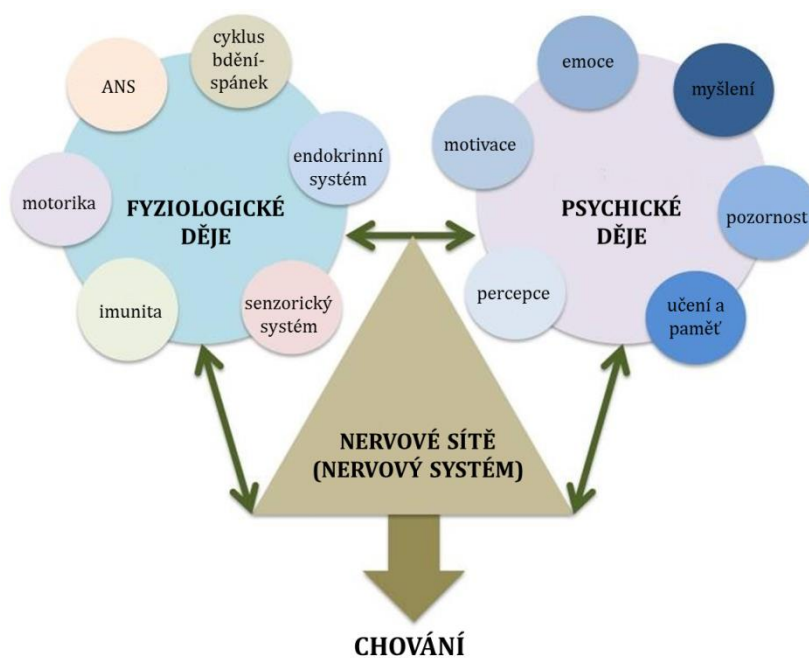
Na tomto místě je užitečné zdůraznit, že se jedná o model chápající chronickou bolest jako biopsychosociální (celostní) záležitost.

Dle Raudenské (2011), která se inspirovala myšlenkami Sullivana a Turka (Sullivan & Turk, 2001, in Raudenská, 2011), je nutné, aby v biopsychosociálním pojetí chronické bolesti byla pozornost přesunuta ze vztahu *nocicepce–bolest* na vztah **utrpení–bolest**. Bolest totiž většinou vede k utrpení, které skrze somatizaci může vytvářet bolest.

Je tedy jasné, že vznik a udržování chronické bolesti je složitým dějem, na kterém společně participují patofyziologické a psychosociální děje.

S chronickou bolestí jsou spjaty patofyziologické děje, jako je periferní senzitivace (hypersenzitivita nociceptorů), centrální senzitivace (zvýšení citlivosti CNS), sekundární hyperalgie (rozšíření oblasti původní bolesti) a snížení funkce descendentních inhibičních systémů (Opavský, 2010). Při těchto dějích však hrají významnou roli také psychosociální faktory – stres, obavy, katastrofizace, deprese, úzkost, snížení self-efficacy (důvěry ve vlastní schopnosti) a sedavý způsob života (Sluka & Arendt-Nielsen, 2014).

Vliv a vzájemné ovlivňování se obou systémů (tedy fyziologických a psychických dějů) integruje schéma autorů Simonse, Elmana a Borsooka (2014) a je graficky znázorněn na Obrázku 4.



Obrázek 4. Společný vliv fyziologických a psychických dějů a bolestivé chování (upraveno dle autorů Simonse et al., 2014, 63)



### 3 PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ BOLESTI

Hodnocení bolesti (ať již v klinické praxi, či v rámci výzkumu) zle považovat za poměrně obtížnou, a přitom velice důležitou záležitost. Skutečnost komplikovaného hodnocení bolesti plyne ze samotné podstaty bolestivých stavů. Bolest je výstižně zachycena v **definici bolesti** IASP (viz kapitola 3.1), přičemž již ze samotné definice je patrné, proč je bolest (resp. bolestivé stavy) tak obtížně vyšetřitelná a hodnotitelná.

Definice i další popis bolesti (uvedený v kapitole 3.1) obsahují hned několik charakteristik bolestivých stavů, jež ztěžují jejich vyšetřování a hodnocení. Jedná se především o skutečnost, že bolest je **subjektivní prožitek**. Vystává tak otázka, zdali a do jaké míry zle bolest objektivně vyšetřit. Opavský (2011) konstatuje, že nejsme schopni pomocí žádné z metod pro hodnocení bolesti zachytit vlastní bolest objektivně. Tento „nedostatek“ není možno odstranit ani použitím laboratorních a diagnostických metod, jelikož získáme vždy pouze obraz o změnách, které provázejí procesy nocicepce a bolesti. Neradilek (2016) s termíny *subjektivní* a „*objektivní*“ bolest pracuje a navrhuje tyto dva pojmy rozlišovat. Subjektivní bolestí rozumí pacientovu stížnost na bolest a bolest „objektivní“ chápe jako bolestivost tkání při palpačním vyšetření (tedy hyperalgezií a eventuálně alodynii), při němž sleduje reakce pacienta – např. úhybné manévry. Nicméně ani toto vyšetření „objektivní“ bolesti nelze považovat za objektivní a sám autor dává adjektivum *objektivní* do uvozovek.

Druhým problémem komplikujícím vyšetření je **komplexnost bolesti**. Komplexnost může být brána z hlediska bolesti jako složitého fenoménu skládajícího se z několika složek (z komponenty senzorio-diskriminační, afektivní, vegetativní a motorické – viz kapitola 3.2), na které je při vyšetření nutné brát zřetel. Komplexnost bolesti lze však chápat také v tom smyslu, že bolest zasahuje jak do somatické, tak i psychosociální sféry člověka, a navíc má obrovský vliv na rozvoj disability ve vykonávání každodenních aktivit a na celkovou kvalitu života. To vše je nutné zohlednit v diagnostických i následných terapeutických přístupech. Komplexita bolesti se projevuje hlavně u chronických algických stavů (viz biopsychosociální model chronické bolesti popsany v kapitolách 3.2 a 3.5) – zde již často bolest ztrácí svůj biologický význam, avšak o to více jsou akcentovány důsledky na psychiku a sociální oblast postiženého jedince.

Přes zjevnou komplikovanost hodnocení bolesti existuje mnoho různých metod, pomocí kterých lze bolest a její dopad na člověka posoudit.

Existuje několik možností, jak k vyšetřování/zkoumání bolesti přistupovat, přičemž volba každého z možných přístupů s sebou nese výhody i nevýhody.

Při zkoumání bolestí (včetně jejich dopadu na jedince) v **oblasti výzkumu** by se vzhledem k charakteru bolesti (zejména vzhledem k její komplexnosti a subjektivitě) nabízel kvalitativní metodologický přístup. **KVALITATIVNÍ PŘÍSTUP** totiž umožňuje pojmout daný problém (v našem případě bolestivý stav) holisticky (jako celek) a bez vytržení z daného kontextu, což přesně zohledňuje komplexitu algických stavů. Kvalitativní přístup dále respektuje subjektivní chápání reality daného člověka, což může napomoci pochopit subjektivní pocity a problémy (spojené s bolestivým stavem) konkrétního jedince. Ze zvoleného metodologického přístupu pak plyne také výběr metod získávání a následného zpracování dat. Typickou metodou kvalitativního přístupu pro tvorbu a získávání dat je **interview**, jež na rozdíl od dotazníkových metod (běžně používaných v rámci kvantitativního přístupu ke zkoumání bolesti) nechává participantovi volný prostor pro vyjádření a vysvětlení svých myšlenek a pocitů. Interview dále také examinátorovi umožňuje aktuálně reagovat na vzniklé situace, a tím získat cenné informace navíc.

Z povahy kvalitativního výzkumu však plynou také negativa tohoto přístupu. Získaná data jsou sice komplexní, bohatá a hluboká, nicméně ideografická (s platností pouze na úzkou oblast), mají charakter „měkkých“ dat, nelze na základě jejich zpracování testovat hypotézy apod. Proto se jako další možnost metodologického přístupu nabízí přístup kvantitativní.

**KVANTITATIVNÍ PŘÍSTUP** sice zkoumání reality pojímá reduktivně a věnuje se jen přísně vybraným proměnným „vytrženým z kontextu“, nicméně díky tomu mají výsledky charakter „tvrdých dat“, data jsou nomotetická (výsledky mají širší platnost) a lze pomocí nich testovat teorie (resp. hypotézy).

Typickými metodami používanými pro hodnocení bolestivých stavů jsou **dotazníkové metody**, ať již neverbální (např. vizuální analogová škála intenzity bolesti), či verbální. U pacientů s algickými stavy bývají administrovány například dotazníky hodnotící intenzitu bolesti, charakter bolesti, vliv bolesti na disabilitu ve vykonávání každodenních aktivit (tzv. algofunkční dotazníky), či dopad na psychický stav pacienta.

Zajímavé výsledky však mohou přinést tzv. **psychofyzikální metody**, které se využívají především pro výzkumné účely a slouží k hodnocení odpovědí participantů na nocicepční stimulaci – tedy k posouzení reaktivity daných jedinců (Opavský, 2012). Dle autorů Rainvilleho, Feineho, Bushnella & Duncana (1992) pomáhají psychofyzikální metody pochopit dimenze bolesti a individuální odlišnosti v reagování na bolest, a to pomocí nocicepční stimulace (využívány jsou různé modalities a také různá intenzita stimulů) a následného měření bolesti (resp. reakcí na bolest). Opavský (2012) uvádí, že hodnoceny mohou být jak reakce verbální, tak i neverbální – např. mimika, úhybné manévry, reakce autonomního nervového systému atd. Nocicepční podněty mohou být různého druhu, kdy nejrozšířenější metodou je **tlaková algometrie**, jež využívá pro vyvolání bolesti zvyšujícího se tlaku, a umožňuje tak rozlišovat práh bolesti, hranici tolerované bolesti (Opavský, 2012) a dále též určovat subjektivní hodnocení intenzity stimulu přesně určené intenzity (Lacourt, Houtveen & van Doornen, 2012).

Ve výzkumu bolesti je využíváno též **elektrofyzilogické** (elektroencefalografie, magnetoencefalografie, evokovaných potenciálů, registrace stejnosměrných nebo střídavých potenciálů mozkové kůry a snímání jednotkové neuronové aktivity) a **biochemické diagnostiky bolesti**. O této problematice podrobněji pojednávají např. Rokyta a Yamamotová (2012).

Pokud opustíme oblast výzkumu a zaměříme se na **klinickou praxi**, možnosti hodnocení bolesti (resp. vyšetření pacientů s algickými stavy) jsou zde analogické. Kromě všech výše popsaných **dotazníkových metod** je pro kvalitní posouzení bolestivého stavu nezbytné zařadit především **podrobný anamnestický rozhovor** zaměřený na údaje související s algickým stavem a dalšími potížemi nemocného. Na důležitost anamnézy u pacientů s bolestmi poukazuje např. Opavský (2011, 2012), který zároveň doporučuje, jak by její odběr měl vypadat. **Psychofyzikální metody** naopak nejsou běžnou součástí základního klinického vyšetření pacientů s algickými stavy.

V následujícím textu budou stručně charakterizovány vybrané klinické metody hodnocení bolesti.

### **3.1 Rozhovor**

Rozhovor (interview) je základní klinickou vyšetřovací metodou jak v psychologii, tak v algeziologii (a dalších oborech zaobírajících se pacienty s algickými stavy) a zároveň patří k nejčastějším metodám získávání dat v rámci kvalitativního výzkumu.

V klinické praxi je získání dostatečně podrobných anamnestických údajů prvním krokem v kontaktu s pacientem trpícím chronickými bolestmi. Primárním cílem je zjištění co největšího množství informací týkajících se algického stavu, z nichž je možno usuzovat na typ a intenzitu bolesti a také na vliv bolesti na aktuální stav nemocného včetně emočního stavu. Dále je důležité získat přehled o faktorech podílejících se na algickém stavu (např. co bolest vyvolává/zesiluje, nebo naopak zmírňuje). Zejména u pacientů s bolestmi pohybového aparátu je užitečná i znalost vlivu pohybových aktivit na bolest. Vhodné je získání údajů o farmakologické anamnéze a efektu dosavadních léčebných postupů (Opavský, 2012).

Opavský (2012) poukazuje na to, že anamnestický rozhovor vedený s jedincem trpícím algickým stavem vyžaduje dostatek zkušeností. Doporučuje proto zejména z počátku využívat základních schémat, a to nejlépe ve formě řízeného rozhovoru. Příklad možné baterie cílených dotazů uvádí ve svých textech (2011, 2012). I přes doporučení využívání navržených schémat vždy samozřejmě platí pravidlo, že k pacientovi musí být přistupováno individuálně.

### **3.2 Dotazníkové metody a posuzovací škály**

Rozhovor s jedincem s algickým stavem je vhodné doplnit cíleně zvolenými dotazníky bolesti či posuzovacími škálami (popř. dalšími dotazníkovými metodami), jež napomáhají rozšíření potřebných údajů a přispívají k systematickému sběru informací (Opavský, 2012).

Při vyšetřování jedinců s algickými stavy je využíváno neverbálních a verbálních metod nejčastěji zaměřených na různé charakteristiky bolesti (např. intenzitu, charakter bolesti), kognitivní zpracování bolesti (pacientovy názory na bolest, coping bolesti a vnímání a hodnocení sebe samého), afekty související s bolestí, chování související s bolestí, sociální coping bolesti (Knotek, 2012) a také vliv bolesti na disabilitu. V rámci vyšetření se využívají i některé z dotazníkových metod či posuzovacích škál spadajících do psychodiagnostických metod.

Výrazy „dotazník“, „dotazníkové šetření“, „dotazníková metoda“ apod., jež budou nadále používány, jsou v tomto textu užívány s vědomím, že se jedná o nepřesné či dokonce chybné označení. Některé z dále jmenovaných „dotazníků“ totiž svým charakterem neodpovídají dotazníku, ale spíše různým typům **posuzovacích škál**. Z důvodu úspornosti textu práce a s respektem k tradici, kdy např. Dotazník McGillovy Univerzity, Neck Disability Index nebo NeckPix jsou v praxi označovány jako dotazníky, bude i nadále používáno pojmenování „dotazníky“ či „dotazníkové metody“.

Pokud nebude uvedeno jinak, tak bude v následujícím textu (v kapitolách 4.2.1 a 4.2.2) čerpáno především z publikací Opavského (2011, 2012) a rešeršní práce Hawkera, Miana, Kendzerskeho a Frencha (2011), kteří mají problematiku hodnocení bolesti podrobně zpracovanou.

### 3.2.1 Neverbální metody hodnocení bolesti

Nejfrekventovanějším způsobem neverbálního hodnocení bolesti je **vizuální analogová škála (VAS)**, jež se používá pro posouzení **intenzity bolesti** (popř. jiných fenoménů jako např. ústupu bolesti či míry změny způsobu života kvůli bolesti) a jež existuje v několika modifikacích. Nejběžnější podobou VAS je horizontální úsečka délky 10 cm, jejíž levý krajní bod znázorňuje stav zcela bez bolesti a pravý pól znamená nejvyšší představitelnou bolest pro daného jedince.

Na podobném principu jako VAS funguje **numerická škála pro hodnocení bolesti** nebo **škála obličejů bolesti**.

Ve všech případech se jedná o sebesposuzovací metody. Vyšetřovaný je vyzván, aby zaznačil bod (popř. číslo nebo obličej), který nejlépe odpovídá intenzitě jeho bolesti. Nutností je vymezit pacientovi časové období, v němž má být bolest posuzována.

Dalším způsobem neverbálního posouzení bolesti je **mapa bolesti** sloužící k zaznačení lokality bolestí.

### 3.2.2 Verbální metody hodnocení bolesti

Verbální metody hodnocení bolesti umožňují zachytit nejen **intenzitu** bolesti, ale i její **kvalitu**, a to pomocí tzv. *deskriptorů bolesti* (neboli charakteristik bolesti). Pomocí těchto deskriptorů lze určit zastoupení jednotlivých dimenzí (složek) bolesti. Typickým dotazníkem spadajícím do této kategorie je multidimenzionální **Dotazník bolesti McGillovy Univerzity** (*McGill Pain Questionnaire*) a jeho zkrácená a zjednodušená verze nesoucí označení **Krátká forma dotazníku bolesti McGillovy Univerzity** (*Short-form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ*). Oba dotazníky bolesti zprostředkovávají údaje jak o

intenzitě bolesti, tak i o zastoupení složek bolesti – sensoricko-diskriminační, afektivní a vyhodnocovací. Součástí dotazníku je i VAS, verbální posouzení současně prožívané bolesti a mapa bolesti. Výhodou SF-MPQ je její relativní jednoduchost i kratší doba potřebná pro vyplnění (2–5 min. versus 20 min. u původní verze).

Další skupinu dotazníků spadajících do verbálních metod jsou tzv. **algofunkční dotazníky** neboli dotazníky, které podávají informace o vlivu bolestí na rozvoj disability ve vykonávání každodenních aktivit. Opět se jedná o metody, pomocí nichž pacient posuzuje sám sebe.

Na pomezí předchozí kategorie dotazníkových metod (zaměřených na měření bolesti při patologickém procesu) a algofunkčních dotazníků stojí multidimenzionální **Chronic Pain Grade Scale** obsahující dvě dimenze podílející se na závažnosti chronické bolesti, a to intenzitu bolesti a bolestmi způsobenou disabilitu.

Velice jednoduchým nástrojem je **Dotazník interference bolestí s denními aktivitami**, jenž je určen pro orientační zhodnocení bolestmi způsobené disability u libovolné diagnózy.

K algofunkčním dotazníkovým metodám patří dále celá řada specifických dotazníků hodnotících disabilitu u konkrétních diagnóz. V případě bolestí krční páteře je to například **Neck Disability Index**, jenž je dle výsledků dvou přehledových studií (Pietrobon, Coyetaux, Carey, Richardson & DeVellis, 2002; Schellingerhout, Verhagen, Heymans, Koes, de Vet & Terwee, 2012) nejčastěji hodnoceným a srovnávaným specifickým dotazníkem pro hodnocení disability u diagnózy bolesti krční páteře.

Obdobně jako u neverbálních metod také zde je nutné pacientovi upřesnit období, za které má svoje bolesti a/nebo jejich vliv na disabilitu hodnotit.

V praxi je rovněž možné setkat se s některým z dotazníků zaměřených na **coping bolesti** (zvládání bolesti). Českým verzím těchto dotazníků se věnuje Knotek (např. Brožek & Knotek, 2015; Knotek, 2005; Zavadilová & Knotek, 2006). Jedná se např. o **Dotazník efektivního copingu bolesti** měřící *efektivní coping bolesti* spojený s pojmáním bolesti jako zvladatelného problému nebo o restandardizovanou verzi **Dotazníku copingu bolesti**, jenž je zaměřen na měření *neefektivního copingu bolesti* spojeného s chápáním bolesti jako nezvladatelného problému (Brožek & Knotek, 2015). Na hodnocení zvládání bolesti prostřednictvím komunikace s druhými lidmi (tedy

obnovu stability osobnosti, adaptivního chování a sociální integrity) je zacílena dotazníková metoda nesoucí označení **Dotazník sociálního copingu chronické bolesti** (Zavadilová & Knotek, 2006). Dle Knotka (2012) spadají první dva zmíněné dotazníky do skupiny nástrojů měřících kognitivní zpracování bolesti a třetí uvedený dotazník patří k metodám testujícím sociální procesy.

### 3.2.3 Další verbální metody využívané při hodnocení bolesti

Jelikož u jedinců s chronickými bolestmi nabývají na významnosti také negativní psychické fenomény, je vhodné k vyšetření těchto pacientů zařadit také diagnostické metody zaměřené na jejich emoční stav. Dle Knotka (2012) lze v průběhu nepříznivého vývoje bolestivých stavů sledovat rozvoj negativních afektů, a to konkrétně od počáteční zvýšené nepříjemnosti bolesti, přes přetrvávající strach z bolesti, až po generalizované negativní afekty – úzkost, zlost a depresi.

Pro testování negativních afektů pacientů s chronickými bolestmi doporučuje Knotek (2012) zejména **Dotazník stavu a rysu úzkosti**, **Dotazník stavu a rysu zlosti** a **Dotazník stavu a rysu deprese**. Pokud jde o další metody pro vyšetření depresivní symptomatiky, je všeobecně rozšířená **Beckova sebeposuzovací stupnice deprese** a **Zungova sebeposuzovací stupnice deprese** (Knotek, 2012). Výhodou těchto dvou dotazníků je, že jsou pro pacienty snadno vyplnitelné a mají jednoduché skórování – proto je možné je využít i mimo psychologickou praxi (Opavský, 2012).

Vzhledem ke komplexitě bolestí, kdy hlavně bolesti chronického rázu by měly být chápány z celostního hlediska, je užitečné vyšetření pacientů vnímat také z tohoto pohledu. Baštecký et al. (1993) ve své publikaci doporučuje jednotlivé jednodimenzionální i multidimenzionální škály/dotazníky pro posouzení psychopatologických fenoménů (úzkost, deprese, somatické symptomy), změn chování v důsledku nemoci, psychosociální zátěže a kvality života.

## 4 BOLESTI KRČNÍ PÁTEŘE

Poslední kapitola teoretické části je věnována bolestem krční páteře, a to konkrétně jejich charakterizování, etiopatogenezi, epidemiologii a klasifikaci.

### 4.1 Základní charakteristiky bolestí krční páteře

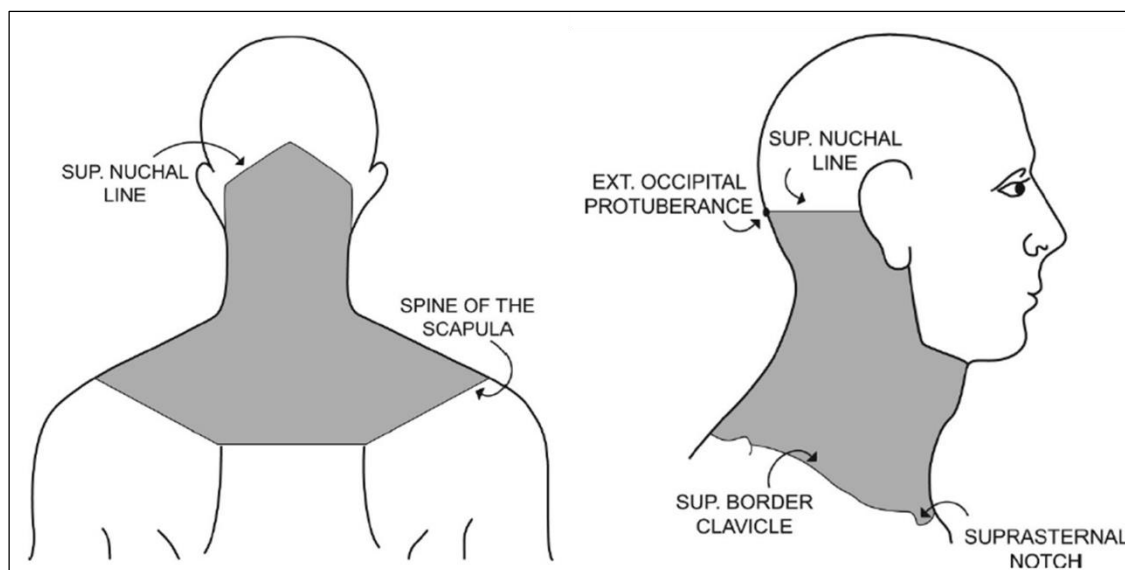
Bolesti krční páteře (ang. *neck pain*), jež bývají též nazývány jako **vertebrogení algický syndrom krční páteře**, mají svůj původ (obdobně jako ostatní vertebrogení algické syndromy) v příslušném úseku páteře a přilehlých strukturách a k jejich hlavním projevům patří bolest (Skála, Pavelka, Müller & Herle, 2007).

Právě zmíněný popis je však zjednodušený a nedostačující, jelikož bolesti krční páteře představují velice složitou a rozsáhlou problematiku, a to minimálně ze dvou důvodů. Prvním z nich je, že bolesti krční páteře může způsobovat celá řada příčin – bolesti krční páteře tedy zahrnují diagnózy různé etiologie (Opavský, 2011). Druhým důvodem je fakt, že se bolesti krční páteře projevují nejrůznější symptomatologií (Rychlíková, 2008). Etiopatogenezi bolestí krční páteře i klinickým obrazům jednotlivých algických syndromů lokalizovaných do oblasti krční páteře jsou věnovány samostatné podkapitoly (viz kapitoly 5.3 a 5.4).

I přesto, že bolesti krční páteře mohou nabývat poměrně pestrých klinických obrazů, hlavní a nejvýraznější příznak ve většině případů (ne vždy) představuje bolest. Na základě **vymezení lokalizace bolesti** lze vertebrogení algický syndrom krční páteře definovat jako bolestivý syndrom, u kterého se bolesti vyskytují v oblasti krční páteře a jejím okolí, ale mohou vyzařovat i do hrudníku, hrudní páteře, hlavy, ramen, horních končetin a mohou způsobovat i vzdálené příznaky (Guzman et al., 2008; Rychlíková, 2008). Guzman et al. (2008, 22) anatomickou definici doplňují poznámkou, že se jedná o „*občasné události během života s variabilními stupni zotavení mezi jednotlivými epizodami*“. Autoři Côté, Cassidy, Carroll & Kristman (2004, 271) v popisu bolestí krční páteře vyzdvihují i jejich vliv na disabilitu – bolesti krční páteře charakterizují jako „*chronické epizodické potíže charakterizované obdobími trvalé, opakující se nebo kolísavé bolesti a disability*“.

Lokalizace bolestí krční páteře v předozadní a latero-laterální rovině je graficky znázorněna na Obrázku 5.





Obrázek 5. Lokalizace bolestí krční páteře (Guzman et al., 2008, 15)

## 4.2 Epidemiologie bolestí krční páteře

Vertebrogenní onemocnění v celkovém pojetí (tzn. algické stavy postihující jakýkoliv úsek páteře) jsou druhou nejčastější chorobou hned po nemocech z nachlazení (Bednařík, Kadaňka, Häckel, Neradilek & Skála, 2012). Vertebrogenní algické syndromy tvoří většinu chronických bolestivých syndromů. Autoři Manchikanti, Singh, Datta, Cohen a Hirsch (2009) na základě prací zařazených do své přehledové studie uvádějí hodnotu celoživotní prevalence pohybující se mezi 54 % a 80 %.

Jednotlivé vertebrogenní syndromy ovšem nejsou stejně frekventované. Obtíže vznikají nejčastěji v bederní oblasti, následuje krční a hrudní úsek, a to v přibližném poměru 4 : 2 : 1 (Bednařík et al., 2012). Rozdíl v prevalenci je zřejmý též z přehledové studie Manchikantiho et al. (2009; dle údajů autorů: Cassidy et al., 1998, in Manchikanti et al., 2009; Côté et al., 1998, in Manchikanti et al., 2009): práce věnující se bolestem dolní části zad a/nebo bolestem krční páteře (a jejich následkům) ukazují následující hodnoty prevalence – 23 % pacientů s bolestmi dolní části zad versus 15 % pacientů s bolestmi krční páteře udává vysokou intenzitu svých bolestí se vznikem disability nebo bez něj. V porovnání s těmito čísly je poměr pacientů s bolestmi hrudní páteře relativně malý.

Ačkoliv se na základě uvedených epidemiologických dat může zdát, že bolesti dolního úseku páteře jsou častěji se vyskytujícím problémem oproti bolestem krční páteře, údaje z roku 2010 poukazují na srovnatelný výskyt obou těchto onemocnění.

Zatímco průměrné hodnoty roční a bodové prevalence jsou vyšší u bolestí dolní části zad, průměrná hodnota incidence je vyšší u bolestí krční páteře (Hoy, Brooks, Blyth & Buchbinder, 2010a; Hoy, Protani & Buchbinder, 2010b).

Epidemiologickým údajům týkajícím se čistě bolestí krční páteře se věnují dvě recentní přehledové studie.

Starší ze dvou studií publikovaná v roce 2006 se zabývá prevalencí bolestí krční páteře. Autoři Fejer, Kyvik a Hartvigsen (2006) na základě zrevidování 56 prací poukazují na častost tohoto onemocnění a uvádějí několik typů prevalence dle časového úseku. Podle očekávání míra prevalence roste s délkou sledovaného časového intervalu. Zatímco hodnota bodové prevalence získané zprůměrnováním výsledků všech zařazených studií činí 7,6 %, průměrná hodnota šestiměsíční prevalence už je 29,8 %, průměrná hodnota roční prevalence je 37,2 % a průměrná celoživotní prevalence ukazuje dokonce hodnotu 48,5 %.

Novější přehledová studie pochází z roku 2010 a věnuje se (mimo jiné) prevalenci a incidenci bolestí krční páteře. Hodnota bodové prevalence dosažená zprůměrováním výsledků zařazených studií je 14,4 % a průměrný údaj týkající se roční prevalence činí 25,8 %. Dle hodnot incidence získaných z analyzovaných studií je patrné, že každý rok u 10,4–21,3 % dospělé populace nově vzniknou potíže s krční páteří (Hoy et al., 2010b).

V epidemiologicky orientovaných studiích týkajících se bolestí krční páteře bývají často zmiňovány genderové a geografické rozdíly ve výskytu tohoto onemocnění. Potíže s krční páteří se častěji vyskytují u žen ve srovnání s mužskou populací (Fejer et al., 2006; Manchikanti et al., 2009). Ženy mají dále oproti mužské populaci vyšší pravděpodobnost rozvoje trvalé bolesti krční páteře a menší pravděpodobnost vyřešení bolestí a disability spojené s potížemi s krční páteří (Côté et al., 2004). Pokud jde o geografické rozdíly, skandinávské země vykazují vyšší prevalenci bolestí krční páteře oproti zbytku Evropy a Asii (Fejer et al., 2006).

### **4.3 Etiopatogeneze bolestí krční páteře**

Z předešlé kapitoly (kapitola 4.2) je zřejmé, že bolesti krční páteře patří mezi velice časté zdravotní problémy. Relativně vysoká četnost výskytu obtíží lokalizovaných do bederního nebo krčního úseku páteře vyplývá z jejich anatomických a kineziologických vlastností. Jednotlivé úseky páteře se od sebe totiž odlišují, a to nejen z hlediska funkčně

anatomického, ale i z hlediska nároků, které jsou na ně kladeny, a dále také z hlediska reakcí na psychosociální faktory.

#### 4.3.1 Kineziologické souvislosti bolestí krční páteře

Celá páteř (tedy i její krční úsek) má tři hlavní funkce. Jedná se o tvorbu pohybové osy těla zajišťující hybnost trupu a hlavy, dále páteř představuje mechanickou ochranu nervových struktur a třetí funkcí je účast na udržování rovnováhy těla (Bednařík & Kadaňka, 2012; Lewit, 2003).

První z hlavních funkcí celé páteře je **tvorba pohybové osy těla** zajišťující hybnost trupu a hlavy. Kromě pohybu však musí páteř zároveň zajišťovat téměř protikladnou funkci, která spočívá v **tvorbě statické opory** pro trup a hlavu. Páteř je tak vystavena velké statické zátěži (Bednařík et al., 2012; Lewit, 2003).

**Krční páteř** (jakožto nejpohyblivější úsek páteře) je díky své vysoké pohyblivosti nejzranitelnější oblastí osového orgánu (Lewit, 2003). Statické zatížení krční páteře sice není ve srovnání s lumbální oblastí tak velké, protože krční páteř nese „jen“ hlavu, avšak i přes tuto skutečnost jsou na ni kladeny vysoké nároky (Kaltofen, 2008) vyplývající především z nutnosti zajištění dynamické a současně stabilizační funkce poměrně křehké krční páteře nesoucí těžkou hlavu. Nároky na nesení hlavy se ještě zvyšují kvůli lokalizaci těžiště hlavy, které se fyziologicky nachází anteriorně od středu otáčení. Působení tíhové síly tak musí být neustále vyvažováno aktivitou extenzorových svalových skupin hlavy a krku (Kapandji, 2008).

V případě patologického držení hlavy (tzv. *předsunutého držení hlavy*) se zátěž ještě zvyšuje – už tak anteriorně lokalizované těžiště hlavy se dostává ještě více dopředu, čímž dochází k přetěžování svalstva a následně i dalších struktur v oblasti krční páteře. Tento příklad dobře ilustruje, že základním předpokladem správného fungování (nejen) krční části páteře je dokonalá souhra všech pasivních i aktivních struktur podílejících se jak na pohybu, tak na stabilizaci páteře. Mezi **pasivní struktury** umožňující pohyb i stabilitu se řadí obratlová těla, intervertebrální klouby, kloubní pouzdra, ligamenta a intervertebrální disky (Rychlíková, 2008). Pro správnou **aktivní stabilizaci** krční páteře je důležitá vyvážená spolupráce mezi ventrální a dorzální muskulaturou. Jedná se o souhru hlubokých extenzorů (mm. semispinales a mm. splenii) s ventrální muskulaturou, mezi kterou se řadí m. longus coli et capitis (Kolář, 2006).

Druhou z důležitých funkcí (krční) páteře je **zajišťování mechanické ochrany nervových struktur** (tedy spinální míchy a míšních kořenů). V případě patologických procesů na páteři (nejčastěji v případě degenerativních změn) však může dojít k opačnému efektu. Vzhledem k úzkému vztahu páteře a míchy včetně míšních kořenů začnou patologicky změněné struktury páteře (namísto zajišťování ochrany) nervové struktury utlačovat, a tím vyvolávat nejen nocicepční, ale i neuropatickou bolest. Dalším důsledkem je rozvoj neurologických senzitivních a motorických příznaků (Ambler, 2006; Bednařík et al., 2012).

Třetím zásadním úkolem páteře je podíl na udržování rovnováhy těla a právě zde hraje krční páteř ve srovnání se zbývajícími úseky páteře důležitou roli. Krční páteř je totiž místem nejintenzivnější proprioceptivní signalizace a tyto proprioceptivní informace mají vliv na celou pohybovou soustavu (Lewit, 2003). Z hlediska klinické praxe je nutné mít na paměti, že některé z poruch rovnováhy mohou pramenit právě z potíží s krční páteří – tzv. *cervikogenní poruchy rovnováhy*. Vzato z opačného pohledu, cervikogenní poruchy jsou (avšak ne vždy) jedním ze symptomů vertebrogenního algického syndromu krční páteře.

*Tzv. cervikální somatosenzorické vertigo* je zapříčiněno nesouladem mezi vestibulární a cervikální aferencí a projevuje se nejistotou polohy a závratěmi (Velé, 2006). Podle Amblera (2011) však nejde o pravé vertigo, jelikož u něj nikdy nevzniká pravá rotační závrať doprovázená nystagmem.

*Závrať s nystagmem* se vyskytuje u poruchy rovnováhy zapříčiněné vertebrobazilární insuficiencí, jež dle popisu Amblera (2006) může vzniknout kompresí již sklerotické arterie vertebralis produktivními změnami na páteři, a to především při určitých polohách hlavy (záklon s rotací).

#### **4.3.2 Patofyziologické mechanismy vzniku bolestí krční páteře**

Vznik vertebrogenního algického syndromu (včetně toho, který je lokalizován do úseku krční páteře) je výsledkem **multifaktoriálního komplexního procesu**, na kterém se podílejí anatomické, patofyziologické a psychosociální faktory. Obvykle není možné určit přesného původce bolestí (Bednařík et al., 2012).

Dominantním patologickým procesem postihujícím páteřní struktury je **degenerativní onemocnění páteře**. Degenerativní změny hrají jasnou roli v případě kompresivních radikulárních a myelopatických syndromů. Pokud však jde o prosté

bolesti zad, není etiologický podíl degenerativních procesů tak zásadní. U velkého počtu nemocných s bolestmi zad dokonce nelze zjistit žádné (popř. jen nevýznamné) morfologické nálezy. V tomto případě se jedná o tzv. **funkční vertebrogenní poruchy** neboli *vertebrogenní poruchy bez jasného organického korelátu* (Bednařík et al., 2012; Kolář, 2006).

Bolesti zad však může kromě degenerativního onemocnění způsobovat řada dalších příčin. Konkrétně se jedná o úrazy, anatomické anomálie, onkologická onemocnění, systémové poruchy (revmatoidní choroby, osteoporóza), spinální nebo paraspinální infekce, viscerální poruchy a svůj podíl mají rovněž psychosociální faktory (Bednařík et al., 2012; Kolář, 2006).

Cailliet (1991) rozlišuje dvě základní příčiny rozvoje bolestí krční páteře, a to **trauma** a **artrotické procesy**. Obě tyto široké skupiny příčin dále dělí na menší subkategorie.

Kategorie **traumatických příčin** obsahuje následující podkategorie:

- trauma způsobené zevními vlivy (tedy trauma v pravém slova smyslu – např. *whiplash injury*),
- trauma zapříčiněné chybnou posturou těla (např. *předsunutě držení hlavy*),
- trauma vzniklé zvýšeným svalovým napětím.

**Kategorie artrotických procesů** v sobě zahrnuje:

- degenerativní procesy probíhající na páteři,
- akutní zánětlivé procesy.

Následující text je věnován pouze těm kategoriím příčin dle Caillieta (1991), jež typicky souvisejí s **chronickými** bolestmi páteře (včetně bolestí jejího krčního úseku). Konkrétně je pojednáno o degenerativních procesech probíhajících na páteři (a v souvislosti s nimi o funkčních vertebrogenních poruchách), o vlivu patologické postury na rozvoj vertebrogenních obtíží a o bolestech páteře spojených s patologicky zvýšeným svalovým napětím. V souvislosti s právě popsáním rozdělením příčin je nutné doplnit, že za většinou chronických vertebrogenních poruch stojí více příčin. Tyto příčiny se v různém poměru na vzniku a rozvoji vertebrogenního onemocnění spolupodílejí, úzce spolu souvisejí, a navíc se často vzájemně ovlivňují.

V případě traumat způsobených zevními vlivy a v případě akutních zánětlivých procesů se jedná spíše (ne vždy) o příčiny akutních bolestí zad. Vertebrogenní onemocnění, která jsou způsobená těmito příčinami, velice často spadají do kategorie tzv. *červených praporků* (ang. *red flags*).

## **DEGENERATIVNÍ PROCESY A VZNIK VERTEBROGENNÍCH PORUCH**

Degenerativní onemocnění páteře zahrnuje patomorfologické změny páteře, které jsou přirozeným výsledkem procesu stárnutí. Degenerativní změny jsou ovšem urychlovány nadměrnou mechanickou zátěží, opotřebením a následnými reparačními ději. Kromě věku a mechanického přetěžování se na rozvoji degenerativních změn podílejí i další faktory – úrazy páteře, genetické predispozice atd. (Bednařík et al., 2012). Vznik degenerativních změn je také podmiňován a urychlován dlouhodobou či trvalou poruchou funkce. Při patologických procesech na páteři obvykle nejprve vznikají změny funkční a teprve při jejich delším trvání dochází k vývoji změn strukturálních. Lze tedy říci, že primární příčina v etiopatogenezi degenerativního onemocnění páteře je funkční (Ambler, 2006; Bednařík et al., 2012).

Degenerativní proces ve výsledku postihuje všechny struktury spinálního pohybového segmentu (včetně veškerých měkkých tkání). Rozvoj patogenetického řetězce degenerativních změn začíná obvykle na meziobratlové ploténce a je nazýván jako **osteocondróza** (Barsa & Suchomel, 2003). Osteocondróza je v oblasti krční páteře poměrně frekventovaným jevem, nejčastěji se vyskytuje v úseku C4–C7 (Ambler, 2006). Na osteocondrózu navazuje **spondylóza** postihující meziobratlové prostory a projevující se tvorbou okrajových osteofytů obratlových těl. Pro krční část páteře je typický vývoj dorzálních osteofytů, které mohou zasahovat do páteřního kanálu i do foramina intervertebrale (Nekula & Krobot, 2001). Dalším dějem navazujícím na ty předchozí je **spondylartróza** (proces postihující meziobratlové klouby). Produktivní změny vznikající při spondylartróze mají hlavní podíl na zúžení foramin intervertebrale a laterálních recesů, kde mohou iritovat nervové struktury a jejich obaly (Nekula & Krobot, 2001). Zejména v krční oblasti je postižení facetových kloubů považováno za důležitý zdroj bolestí (Bednařík et al., 2012).

Všechny právě popsané degenerativní změny mohou zapříčinit či podpořit vznik **spinální stenózy**. Ta bývá zpočátku asymptomatická, avšak po dosažení určitého stupně stenózy dochází k útlaku nervových struktur s rozvojem příslušné klinické manifestace. Patologické zúžení může postihovat kořenový kanál (s projevy radikulární

symptomatologie) nebo míšní kanál (s projevy spondylogenní myelopatie). Zúžení kořenového kanálu je typické právě pro krční část páteře (Bednařík et al., 2012).

Degenerativní procesy mohou být původcem nocicepčních i neuropatických bolestí. Bolesti nocicepčního původu vznikají na základě stimulace nociceptorů, kdy zdrojem nocicepce bývají velmi často meziobratlové klouby a svaly v příslušném úseku páteře. V případě útlaku nervových struktur (nejčastěji míšních kořenů) se rozvíjejí bolesti neuropatické (Opavský, 2011).

## **FUNKČNÍ ETIOPATOGENEZE VERTEBROGENNÍCH PORUCH**

Vedle degenerativních změn hrají v rozvoji vertebrogenních poruch významnou roli také **funkční patologické změny**. Běžným jevem je současný výskyt obou typů zmíněných poruch. Strukturální a funkční patologické změny spolu totiž úzce souvisejí (Bednařík et al., 2012). Dle Lewita (2003) hrají funkční poruchy v etiopatogenezi vertebrogenních obtíží důležitou roli. U většiny nemocných totiž není možné klinické projevy dostatečně vysvětlit pouze strukturálními (organickými) změnami.

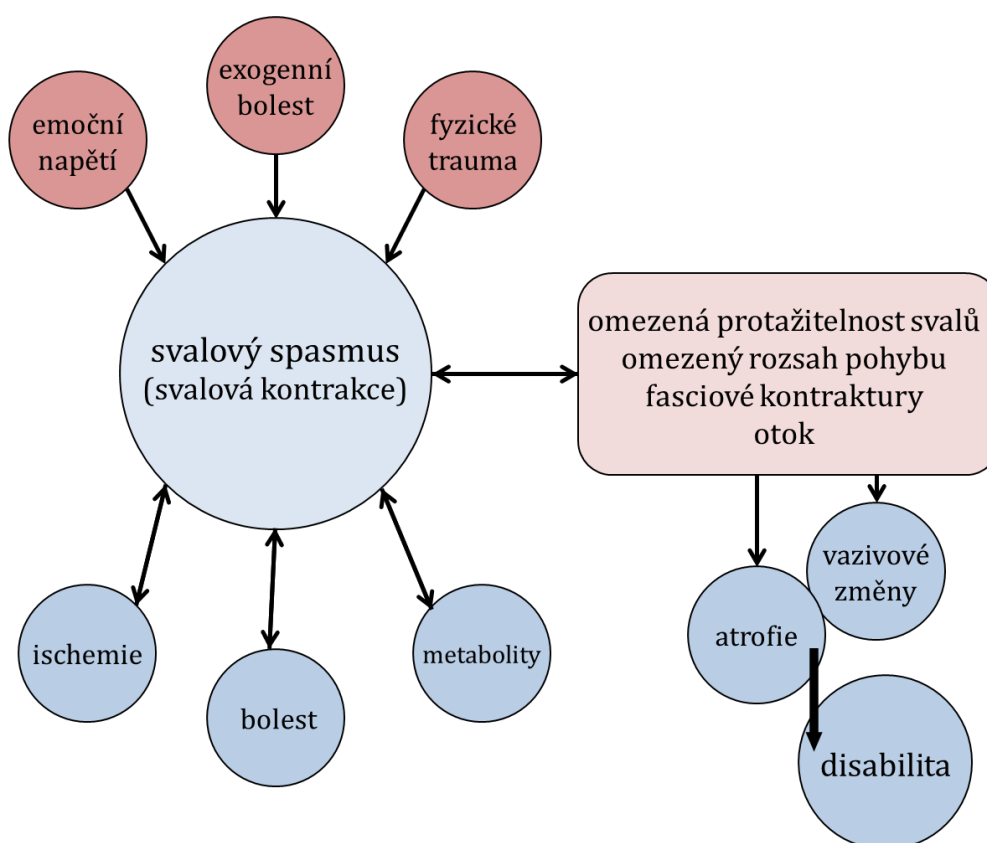
Funkční poruchy zahrnují kloubní dysfunkce (funkční kloubní blokády, nebo naopak lokální hypermobilitu), reflexní změny ve svalech a dalších měkkých tkání a bolestivé body na okostici. Reflexní změny bývají doprovázeny vegetativní symptomatikou. Další jejich typickou vlastností je jejich řetězení (Lewit, 2003).

Nejčastější příčinou rozvoje funkčních poruch jsou chybné pohybové stereotypy následkem svalových dysbalancí v kombinaci se statickým zatěžováním. Následkem toho dochází k přetěžování svalů a rozvoji reflexních změn ve svalech a kloubních blokády, které jsou zdrojem nocicepce (Lewit, 2003).

Reflexní změny ve svalech (svalové spazmy, trigger pointy, tender pointy) je možné popsat jako místa zvýšené iritability a patologicky zvýšený tonus svalu nebo části svalu (popř. jen několika svalových vláken v jinak normotonickém nebo hypertonickém svalu).

Jedním ze zdrojů zvýšeného svalového napětí (samozřejmě obvykle spojeného s bolestí) může být také stres spojený s emočním vypětím. Dle Opavského (2011) svaly v krčním úseku páteře (resp. v celém horním kvadrantu těla) výrazně reagují na psychické faktory, což se projevuje zvýšením svalového tonu v těchto svalových skupinách.

Mechanismus geneze svalového spasmu, jeho souvislost s bolestí a jeho další následky vhodně ilustruje diagram dle Caillieta (1991) – viz Obrázek 6. Svalový spasmus může být způsoben emočním napětím, bolestí, fyzickým traumatem anebo kombinací těchto příčin. Zvýšené svalové napětí je typicky spojeno s poruchou lokální mikrocirkulace, jež ústí v hromadění metabolitů, které podmiňují vznik další bolesti. Všechny tyto procesy následně vedou k omezenému rozsahu pohybu, vazivovým změnám, atrofiím svalových vláken apod. Finálním důsledkem je rozvoj disability.



Obrázek 6. Mechanismus vzniku svalového spasmu a jeho další následky (upraveno dle Caillieta, 1991, 69)

## VLIV CHYBNÉ POSTURY TĚLA NA VZNIK VERTEBROGENNÍCH PORUCH

Zajištění správné postury těla souvisí s vyváženou spoluprací mezi ventrální a dorzální muskulaturou. V oblasti krční páteře se jedná o souhru mezi hlubokými extenzory a flexory krční páteře a hlavy (Kolář, 2006). V případě dysbalance těchto svalů se rozvíjí *předsunutá držení hlavy*. Dalším typickým patologickým držením v oblasti horního kvadrantu je Jandův *horní zkřížený syndrom*. Při tomto syndromu je svalová dysbalance patrná mezi následujícími svalovými skupinami: mezi horními a dolními



fixátory ramenního pletence, mezi pektorálními a mezilopatkovými svaly a mezi hlubokými flexory a extenzory šíje (Lewit, 2003).

Na přetížení struktur krční páteře s následným rozvojem bolestí má vliv také chybné držení dalších částí těla. Postavení krční páteře a potažmo i hlavy závisí na tvaru celé níže uložené páteře – to znamená na velikosti a charakteru hrudního, bederního a sakrálního zakřivení a postavení pánve (i níže uložených segmentů). Patologické prohloubení hrudní či bederní křivky má nepříznivý vliv také na zakřivení krční části páteře. Zvýšená hrudní kyfóza může být například příčinou vzniku předsunutého držení hlavy (Cailliet, 1991).

Právě nastíněné vysvětlení rozvoje patologické postury (zohledňující pouze nevyváženost antagonistických svalových skupin a popř. vliv nastavení nižších segmentů) je však čistě mechanické, a tím i nedostačující. Komplexní pohled na vertebrogenní problematiku nabízí posturální (resp. morfologická) ontogeneze, kterou výstižně popisuje např. Kolář (2001, 2006).

### 4.3.3 Rizikové faktory bolestí krční páteře

Rizikové faktory, jež mohou vést k rozvoji bolestí krční páteře, jsou vzhledem ke komplexnímu charakteru tohoto onemocnění poměrně pestré.

Mezi nejčastější rizikové faktory bolesti zad (zde myšleno všech úseků páteře bez rozlišení) patří podle autorů Bednaříka et al. (2012) dřívější bolest zad, namáhavá fyzická práce, kouření, kardiovaskulární a respirační onemocnění, psychosociální stres, nespokojenost v práci a socioekonomický status jedince.

Pokud jde o rizikové faktory konkrétně bolestí krční páteře, autoři Hoy et al. (2010b) na základě rešerše epidemiologicky zaměřených prací vyjmenovávají tyto rizikové faktory: ženské pohlaví, předchozí bolesti bederní nebo krční páteře, nízké hodnocení vlastního zdraví, nízký psychosociální status, emoční poruchy, bolesti hlavy, malé pracovní uspokojení, sedavé zaměstnání, nevhodná ergonomie pracovního místa.

## 4.4 Klasifikace algických syndromů v oblasti krční páteře

Vertebrogenní onemocnění je možné dělit podle různých kritérií. Bednařík et al. (2012) uvádějí jednak **klasifikaci dle etiologie**, a jednak **klasifikaci dle klinické manifestace**. Výše uvedená rozdělení je možné aplikovat na všechny úseky páteře. Obě možnosti klasifikace a jejich jednotlivé kategorie shrnuje Tabulka 4.

Vedle těchto obecných rozdělení je taktéž možné v jednotlivých částech páteře (včetně krčního úseku) klasifikovat **konkrétní syndromy**. V krční části páteře jsou nejznámějšími *cervikokraniální syndrom* a *cervikobrachiální syndrom*, avšak v odborné literatuře je možné setkat se s popisem mnoha dalších syndromů (viz dále).

Tabulka 4. Možnosti klasifikace vertebrogenních chorob (upraveno dle Bednaříka et al., 2012, 518–519)

KRITÉRIUM KLASIFIKACE	JEDNOTLIVÉ KATEGORIE
<b>Klasifikace dle etiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– organická onemocnění páteře specifické nedegenerativní povahy</li> <li>– organická onemocnění páteře nespecifické degenerativní povahy</li> <li>– onemocnění páteře bez jasného organického korelátu</li> </ul>
<b>Klasifikace dle klinické manifestace</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– segmentové (regionální) syndromy</li> <li>– pseudoradikulární syndromy</li> <li>– neurologické vertebrogenní syndromy</li> </ul>

#### 4.4.1 Syndromy v oblasti krční páteře

Většina klinických syndromů v oblasti krční páteře vyplývá z poruchy funkce a/nebo ze strukturálních degenerativních změn intervertebrálních a unkovertebrálních kloubů. Méně často se vyskytují kořenové komprese či cervikální myelopatie (Skála et al., 2007).

V odborné literatuře je možné setkat se s různým pojetím, pokud jde o rozdělení, pojmenování i obsah jednotlivých syndromů v krční oblasti. Některé syndromy se navíc ve svém významu překrývají. Je nutné poznamenat, že zde panuje jistá nejednotnost v přesném výkladu a ne všechna pojmenování popisovaných syndromů korespondují s názvy diagnóz obsažených v *10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10).

V české odborné literatuře jsou nejčastěji popisovány tyto **syndromy v oblasti krční páteře**:

- akutní blokáda krční páteře,
- chronický algický syndrom krční páteře,
- kvadrantový syndrom,
- cervikokraniální syndrom,

- cervikobrachiální syndrom,
- krční kořenové syndromy,
- cervikální spondylogenní myelopatie.

Z právě vyjmenovaných syndromů koresponduje s názvem v MKN-10 pouze *Cervikokraniální* (M53.0) a *Cervikobrachiální syndrom* (M53.1). Další v literatuře uváděné syndromy je v MKN-10 možné hledat pod názvem *Cervikalgie* (M54.2), *Radikulopatie* (M54.1), dále pak například v kategoriích *Onemocnění krčních meziobratlových plotének* (M50) nebo *Spondylóza* (M47).

Následující kapitola bude věnována krátké charakteristice jednotlivých syndromů v oblasti krční páteře.

### **AKUTNÍ BLOKÁDA KRČNÍ PÁTEŘE**

Akutní blokáda krční páteře, většinou známá pod pojmem *krční ústřel*, je akutně vzniklý spazmus šíjového svalstva a funkční blokáda pohybového segmentu. Typická je přítomnost ztuhlosti a lokální jednostranné bolesti, jež však někdy propaguje k záhlaví či ramenu. Krční ústřel může být spojen i s autonomním doprovodem – nauzeou a/nebo závratěmi (Ambler, 2006; Lewit, 2003).

### **CHRONICKÝ ALGICKÝ VERTEBRÁLNÍ SYNDROM KRČNÍ PÁTEŘE**

Chronický algický vertebrální syndrom krční páteře se projevuje bolestí za krkem s možností propagace do týlu, ramen či lopatek. Přítomno bývá také omezení rozsahu pohybu krční páteře, které avšak není tak výrazné, jako u akutního ústřelu (Ambler, 2006).

### **CERVIKOKRANIÁLNÍ SYNDROM**

Pro cervikokraniální syndrom jsou typické bolesti hlavy, které mají svoji příčinu ve strukturách krční páteře (Ambler, 2011). Bolesti obvykle začínají v oblasti krční páteře nebo v týlu a rozšiřují se dále na vertex hlavy, do spánků, do čela a za oko. Bolest v těchto lokalitách se však může vyskytovat i bez bolesti v oblasti krční páteře (Ambler, 2006). I zde může opět být přítomna doprovodná autonomní symptomatika – nevolnost, polohové závratě, parestezie obličeje, rozmazané vidění a slzení oka na straně bolesti (Marková, 2009).

Ačkoliv pro pojem cervikokraniální syndrom existuje anglický ekvivalent (tedy *cervicocranial syndrome*), v zahraniční odborné literatuře bývá upřednostňováno pojmenování *cervicogenic headache* (cervikogenní bolesti hlavy).

## **CERVIKOBRACHIÁLNÍ SYNDROM**

V případě cervikobrachiálního syndromu se bolesti z krční páteře šíří k rameni, do paže a popř. i do celé horní končetiny (Ambler, 2006). V některých případech může bolest propagovat do obou horních končetin (Opavský, 2011). Obdobně jako u kvadrantového syndromu také zde je nutné počítat s lokálním autonomním doprovodem zasahujícím horní končetinu na straně bolesti. Jedná se o mírnou formu otoku a poruchu termoregulace i vazoregulace (Ambler, 2006).

Vzhledem k nejednotnosti užívání pojmu je nutno upozornit, že cervikobrachiální syndrom bývá používán pro pojmenování jak pseudoradikulárních, tak radikulárních bolestí šířících se do horní končetiny, přičemž na užívání pojmu panují různé názory.

## **KVADRANTOVÝ SYNDROM**

Kvadrantový syndrom se projevuje difuzními jednostrannými bolestmi krční oblasti, hlavy, horních končetin a také horní části hrudníku (Lewit, 2003). Rychlíková (2008) u tohoto syndromu navíc popisuje doprovodné lokální autonomní projevy (zvýšenou potivost dané oblasti a otoky, cyanózu a parestezie horní končetiny).

## **KRČNÍ KOŘENOVÉ SYNDROMY**

Krční kořenové syndromy (neboli *cervikální radikulopatie*) jsou charakterizovány přítomností pozitivních a negativních kořenových poruch v příslušném dermatomu a myotomu. Nejčastější příčinou útlaku míšního kořene v úseku krční páteře jsou spondylartrotické změny zasahující do meziobratlových otvorů (Ambler, 2006; Opavský, 2011). U většiny nemocných převažují senzitivní příznaky. Iritace nervových kořenů se segmentální inervací na horní končetině je nazývána jako *cervikobrachiální syndrom s kořenovým postižením* (Bednařík et al., 2012).

## **CERVIKÁLNÍ SPONDYLOGENNÍ MYELOPATIE**

Cervikální spondylogenní myelopatie je označení pro chronické postižení krční spinální míchy zapříčiněné degenerativními procesy na páteři. Produktivní degenerativní změny zasahují do páteřního kanálu, kde utlačují jednak samotnou míchu,

a jednak cévy, které míchu vyživují, což vede k její chronické ischemizaci. V klinickém obrazu je kromě bolesti přítomna spastická paréza dolních končetin, porucha propiocepce na dolních končetinách a později se rozvíjí také postižení horních končetin, kde se kombinují příznaky poruch horního a dolního motoneuronu (Ambler, 2006).

#### 4.5 Shrnutí příznaků a následků bolestí krční páteře

Z popisu příznaků, které jsou součástí jednotlivých algických syndromů v oblasti krční páteře, je zřejmé, že se bolesti krční páteře projevují nejrůznější symptomatologií. Už samotný nejtypičtější symptom, jímž je **bolest**, není u všech syndromů stejný – liší se lokalizací, intenzitou i svým charakterem.

Klinický obraz pacientů s bolestmi krční páteře však kromě bolesti zahrnuje i další symptomy, mezi něž patří **neurologické příznaky** vyskytující se u cervikální radikulopatie a myelopatie (parestezie, dysestezie, poruchy motoriky apod.), **ztuhlost a omezení rozsahu pohybu** krku a hlavy, **autonomní symptomatika**, **cervikogenní závratě a poruchy rovnováhy**, **tinitus** a **poruchy spánku**.

Následkem těchto příznaků vzniká u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře riziko rozvoje **disability** ve vykonávání každodenních aktivit. Podle autorů Bednaříka et al. (2012) jsou vertebrogenní onemocnění (zde myšleno v jakémkoliv úseku páteře) hlavní příčinou omezení aktivity u lidí do 45 let. Ve Spojených státech amerických patřily bolesti krční páteře mezi lety 1990 a 2010 k onemocněním s nejvyšší hodnotou tzv. **YLD** (*years lived with disability*), která udává zátěž plynoucí ze života s disabilitou. Bolesti v krčním úseku páteře se zařadily na čtvrté místo (za vedoucí bolesti dolní části zad, depresivní choroby a ostatní muskuloskeletální onemocnění), přičemž jejich umístění se během dvacetileté periody nezměnilo (US Burden of Disease Collaborators, 2013). Dle zjištění IHME (*Institute for Health Metrics and Evaluation*) zaujímaly v roce 1990 bolesti krční páteře 25. místo mezi chorobami s nejvyšší hodnotou tzv. **DALYs** (*years of healthy life lost*), jež udává počet roků ztraceného zdraví. V roce 2010 se bolesti krční páteře posunuli na 21. pozici (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010).

Všechny zde popsané symptomy a komplikace (především disabilita) mají bezpochyby negativní vliv na psychický stav pacienta a také jeho vztahy s okolím.

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následujících kapitolách je vymezen výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky. Shrnutím teoretických poznatků z předešlých kapitol do jediného odstavce vzniká výzkumný problém, z něhož dále vycházejí cíle práce. Ty jsou dále diferencovány pomocí formulace jednotlivých výzkumných otázek.

#### 5.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem bakalářské práce je celostní pohled na problematiku chronických bolestí krční páteře, jež zasahují nejen oblast somatickou, nýbrž i psychickou a sociální, na což bývá často zapomínáno. Chronické bolesti krční páteře dále ovlivňují rozvoj disability ve vykonávání každodenních aktivit a také postoj pacientů k jejich onemocnění včetně léčby.

#### 5.2 Cíle práce

**Hlavním cílem** bakalářské práce je poznání a popis toho, jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře zakoušeli svoji potíže spojené s tímto onemocněním. Cílem práce je tedy zjistit, jak chronické bolesti krční páteře zasahují do života pacientů – jak ovlivňují jejich psychický stav, vztahovou oblast i míru disability ve vykonávání každodenních aktivit. Cílem je také zjistit, jakým způsobem pacienti své bolesti popisují, jak na ně nahlíží a jaké mají strategie zvládnutí bolesti.

**Vyšším cílem**, jenž by měl navázat na cíle právě zmíněné, je sumarizace zjištěných poznatků a jejich následná aplikace v praxi, v níž by při léčbě chronických bolestí krční páteře mohla být věnována pozornost také dalším potížím pacientů s tímto onemocněním (a nejen jejich tělesným symptomům).

### 5.3 Výzkumné otázky

V bakalářské práci jsou stanoveny tři výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1:** Jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře nahlíží na své bolesti a s nimi spojené obtíže?

**Výzkumná otázka 2:** Jakým způsobem chronické bolesti krční páteře ovlivňují život pacientů?

**Výzkumná otázka 3:** Jakými způsoby pacienti s chronickými bolestmi krční páteře své bolesti a potíže zvládají?

**Objasnění výzkumných otázek:** Výzkumné otázky vycházejí z podstaty biopsychosociálního modelu chronické bolesti (podrobněji viz kapitola 2.5).

## 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

Následující kapitoly jsou věnovány metodologickému rámci a průběhu výzkumu, použitým metodám získávání, zpracování a analýzy dat a diskutovány jsou také etické problémy včetně jejich řešení.

Vzhledem k povaze řešené problematiky, jíž jsou chronické bolesti krční páteře, byl zvolen kvalitativní přístup, který vhodně respektuje právě povahu chronických bolestí. Z volby kvalitativního metodologického přístupu dále vyplývá výběr metod získávání dat i způsob jejich následného zpracování a analýzy. Většina dat byla získána pomocí klinických metod, přičemž hlavní výzkumný nástroj představoval polostrukturovaný rozhovor.

### 6.1 Typ výzkumu

Předkládaná práce má **výzkumný charakter** a její metodologický přístup odpovídá **kvalitativnímu výzkumu**. Tento přístup byl zvolen pro své charakteristické vlastnosti, jež velice dobře vyhovují celostnímu pohledu na problematiku chronických bolestí – tzv. biopsychosociálnímu modelu bolesti.

Kvalitativní přístup totiž umožňuje pojmout daný problém (v tomto případě bolestivý stav) holisticky (jako celek) a bez vytržení z daného kontextu, což přesně zohledňuje komplexitu chronických algických stavů. Kvalitativní přístup dále respektuje subjektivní chápání reality daného člověka. To může napomoci pochopit subjektivní pocity a problémy (spojené s bolestivým stavem) konkrétního jedince.

Výše popsané znaky kvalitativního výzkumu jsou obsaženy např. v definici, kterou uvádí Miovský (2006, 18): *„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci se cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.“*

Miovský (2006, 18) dále doplňuje, že kvalitativní přístup slouží pro *„popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality“*, a k tomuto účelu využívá kvalitativních metod (nejčastěji rozhovoru, ohniskové skupiny a/nebo pozorování). V rámci tohoto výzkumu se jedná o **nekvantifikované fenomény**, jelikož k většině jevů spojených s algickými stavy lze přistupovat taktéž pomocí kvantitativního přístupu. Z výše zmíněných důvodů je však zvolen přístup kvalitativní. Z hlediska hodnocení



bolesti je zajímavé zamyslet se také nad částí definice kvalitativního přístupu hovořící o „zkoumání fenoménů vnitřní a vnější reality“. Při zkoumání/vyšetřování bolesti jsme totiž vždy odkázáni na vnější projevy (ať už verbální výpovědi jedinců či jejich chování a další zevní projevy), avšak zároveň musí být respektována skutečnost, že bolest je vždy subjektivně prožívaná a skládá se z několika složek, kdy některé odpovídají fenoménům vnitřní reality a jiné fenoménům reality vnější (viz kapitola 2.2 popisující složky bolesti a také část definice bolesti hovořící o tom, že bolest je vždy subjektivně prožívaná).

## 6.2 Metody získávání a tvorby dat

Data byla získávána kombinací **klinických** a **dotazníkových metod**, kdy hlavním výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor. Všechny použité metody sběru dat jsou shrnuty v následujícím přehledu:

### **KLINICKÉ METODY:**

- odběr anamnestických dat,
- polostrukturovaný rozhovor.

### **DOTAZNÍKOVÉ METODY:**

- Neck Disability Index (NDI),
- Vizuální analogová škála (VAS),
- NeckPix®.

**Anamnéza** a **dotazníkové metody** (resp. „metody hodnocení bolesti“) sloužily zejména pro získání základních charakteristik výzkumného souboru a dále pro rozhodnutí o případném nezařazení daného jedince do výzkumu (kvůli nesplnění vstupních inkluzivních kritérií). **Polostrukturovaný rozhovor** byl stěžejní metodou sběru dat, a tedy i základním předpokladem pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek a naplnění cílů práce.

### 6.2.1 Odběr anamnézy

Zjišťování anamnestických údajů bylo prováděno vždy na začátku každého vyšetření (samozřejmě až po přivítání participanta a splnění všech formalit spojených s účastí jedince ve výzkumu). Anamnéza nebyla odebírána v plném rozsahu tak, jak ji popisují např. Svoboda et al. (2013), ale pozornost byla zaměřena pouze na údaje důležité pro daný výzkum. Ve shodě s doporučením autorů Svobody et al. (2013) byla

anamnéza snímána pomocí řízeného rozhovoru s participantem, přičemž byl současně prováděn zápis získaných informací do předem připraveného záznamového archu.

V rámci anamnézy byly zjišťovány základní údaje o pacientovi a vybrané informace z osobní, pracovní a sociální anamnézy. Dotazy týkající se nynějšího onemocnění zahrnovaly otázky ohledně typu bolestí (stále versus intermitentní) a délky trvání bolestí krční páteře (popř. délky současného zhoršení stavu), trvání a charakteru současné léčby a výsledků zobrazovacích metod (pokud bylo takové vyšetření uskutečněno).

### 6.2.2 Dotazníkové metody

Dotazníkové šetření zahrnovalo tři tzv. **dotazníky bolesti** (resp. „metody hodnocení bolesti“), a to **Neck Disability Index** (NDI), **vizuální analogovou škálu** (VAS) a dotazník **NeckPix**. Všechny tři dotazníkové metody byly zařazeny pro získání dalších charakteristik o výzkumném souboru, a to ve smyslu informací o intenzitě bolestí a míře dalších potíží spojených s algickým stavem.

Výrazy „dotazník“, „dotazníkové šetření“, „dotazníková metoda“ apod. jsou v tomto textu užívány s vědomím, že se jedná o nepřesné či dokonce chybné označení. Žádný ze tří výše jmenovaných „dotazníků“ totiž neodpovídá svým charakterem dotazníku, ale spíše různým typům **posuzovacích škál**. Z důvodu úspornosti textu práce a s respektem k tradici, kdy NDI i NeckPix jsou v praxi označovány jako dotazníky (VAS ovšem nikoli), bude i nadále používáno pojmenování „dotazníky“ či „dotazníkové metody“.

Administrace dotazníků byla provedena vždy až po realizaci interview. Takto bylo činěno s cílem eliminace vlivu dotazníků (vlivu formulací položek a odpovědí) na pacientovy subjektivní výpovědi. Každému účastníkovi výzkumu bylo vždy podáno ústní vysvětlení, jak s dotazníky pracovat. Následně byl účastník požádán, aby dotazníky vyplnil sám v domácím prostředí, avšak ještě tentýž den, ve kterém proběhly i další části vyšetření. Součástí „balíku“ všech tří dotazníků byly i písemné instrukce k jejich správnému vyplnění shodné s vysvětlením, které již bylo podáno ústně. V případě všech tří dotazníkových metod měli participanté své potíže vztahovat na období posledního týdne.

Vydáním výše zmíněných dotazníkových metod participantům k samostatnému vyplnění v domácím prostředí nedošlo k žádnému etickému či jinému provinění, jelikož jsou tyto dotazníky volně dostupné

(byly např. publikovány v plném znění v odborných časopisech i monografiích) a nespádají do kategorie psychodiagnostických metod.

**Vizuální analogová škála (VAS)** se řadí k neverbálním metodám hodnocení bolesti a je využívána především pro získání informací o intenzitě popisované bolesti. VAS existuje v několika modifikacích, které se liší průběhem úsečky nebo použitím barev. Nejběžnějším typem je horizontální úsečka obvykle 10 cm dlouhá, jejíž levý krajní bod představuje stav zcela bez bolesti a pravý zobrazuje nejvyšší představitelnou bolest pro daného člověka. Úkolem vyšetřovaného jedince je na úsečce zaznačit místo, jež co nejpřesněji vystihuje intenzitu jeho aktuálně prožívané bolesti. Z praktického hlediska je zapotřebí vymezit časové období, za které má být bolest zachycena (Opavský, 2011, 2012). Administrace této metody je možná pouze formou tužka-papír a délka trvání nepřesahuje jednu minutu (Burckhardt & Jones, 2003, in Hawker et al., 2011). Skórování probíhá pomocí pravítka, kdy je měřena vzdálenost od bodu představujícího stav zcela bez bolesti ke značce vytvořené vyšetřovaným jedincem (Jensen, Karoly & Braver, 1986, in Hawker et al., 2011). Jensen, Chen a Brugger (2003) doporučují následující interpretaci naměřených hodnot:

- 0–4 mm = bez bolesti,
- 5–44 mm = mírná bolest,
- 45–74 mm = středně silná bolest,
- 75–100 mm = silná bolest.

V předkládaném výzkumu byla zvolena 10 cm úsečka a participanti byli požádáni, aby na ní zaznačili místo, které co nejpřesněji odpovídá jejich bolesti v období posledního týdne.

**Neck Disability Index (NDI)** spadá do verbálních metod hodnocení bolesti. Konkrétně se řadí k dotazníkům podávajícím informace o zdravotním stavu v souvislosti s bolestí, a to specificky u příslušné diagnózy (Opavský, 2012) – v případě NDI jsou touto diagnózou bolesti krční páteře.

NDI zprostředkovává údaje o dopadu bolestivého stavu na disabilitu pacienta. Vliv bolestí krční páteře na vykonávání různých aktivit je v NDI hodnocen pomocí 10 položek (oddílů), přičemž každý oddíl obsahuje 6 možných tvrzení odstupňovaných a

obodovaných podle intenzity bolesti a stupně omezení dané aktivity (na stupnici 0–5 bodů). První tvrzení (odpovídající nule) vyjadřuje nepřítomnost bolesti a/nebo disability a šestá výpověď (odpovídající pěti bodům) označuje nejhorší představitelnou bolest a/nebo největší omezení. Celkové skóre je vypočítáno součtem všech bodů dosažených v jednotlivých položkách a lze jej vyjádřit pomocí bodového hodnocení (v rozsahu 0–50 bodů) nebo v procentech (Bednaříková & Opavský, 2015; Vernon & Mior, 1991). V případě bodového vyjádření celkového skóre doporučuje Vernon (2008) disability ve vykonávání každodenních aktivit interpretovat následovně:

- 0–4 body = žádné omezení,
- 5–14 bodů = mírné omezení,
- 15–24 = středně těžké omezení,
- 25–34 = těžké omezení,
- >34 = úplné omezení.

V tomto výzkumu sloužil dotazník NDI jako dílčí nástroj pro charakterizování výzkumného souboru. Svoje potíže měli participanti vztahovat opět k období posledního týdne.

Dotazník **NeckPix**® je obrázkový diagnostický nástroj sloužící k hodnocení míry kineziofobie u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře. NeckPix® sestává celkem z 10 obrázků znázorňujících různé aktivity běžného života a úkolem vyšetřovaného jedince je u každého snímku zaznamenat, do jaké míry se obává, že provádění vyobrazené činnosti by mu mohlo vyvolat bolesti v oblasti krční páteře. Pro vyhodnocení každého ze snímků má pacient použít číslo od 0 do 10, kde nula značí žádnou obavu a hodnota 10 se rovná největší možné obavě z vykonávání dané aktivity. Po sečtení bodů získaných u jednotlivých obrázků je možné dosáhnout výsledného skóre v rozmezí 0–100 bodů. Dotazník obsahuje obrázky následujících činností: spánek, mytí hlavy, práce na počítači, zvedání břemen, nošení tašek, otáčení se při couvání autem, umývání oken, vynášení odpadků (popelnic), zvedání se z lehu do sedu a volnočasové aktivity (Monticone, Vernon, Brunati, Rocca & Ferrante, 2015).

V předkládané studii sloužil dotazník NeckPix® jako dílčí nástroj pro charakterizování výzkumného souboru. Svůj stav měli participanti vztahovat opět k období posledního týdne.

### 6.2.3 Polostrukturované interview

Polostrukturované interview (polostrukturovaný rozhovor) představovalo **hlavní výzkumný nástroj** pro tvorbu a získávání dat. V rámci každého setkání s jednotlivými participanty výzkumu interview vždy navazovalo na anamnestický rozhovor.

Miovský (2006) jako interview označuje takový rozhovor, jenž je moderovaný a prováděný za konkrétním účelem a s určitým cílem vycházejícím z výzkumné studie. Tomu odpovídá také doporučení Hendla (2012), který upozorňuje, že otázky pro interview musí vycházet z výzkumných cílů a výzkumných otázek, avšak nemají být s nimi shodné.

Interview použité v předkládaném výzkumu nejlépe odpovídá tzv. **polostrukturovanému interview**, jak jej popisuje např. Hendl (2012) či Miovský (2006). Dle Miovského (2006) je polostrukturovaný rozhovor nejrozšířenější podobou interview, a to zejména proto, že dokáže eliminovat mnoho nevýhod dvou krajních forem dotazování, jimiž jsou strukturované a nestrukturované interview.

Při použití polostrukturovaného rozhovoru se výzkumník drží připraveného okruhu otázek, které jsou závazné, avšak je možné měnit jejich pořadí a povoleny jsou také úpravy otázek dle aktuálního průběhu rozhovoru. Kromě předem daných otázek je možné pokládat doplňující dotazy a/nebo si nechat dovysvětlit, jak byla vyřčená odpověď míněna – tzv. inquiry (Miovský, 2006). Samozřejmostí je výběr otevřených otázek, které respondentovi dovolují volit jakýkoliv směr odpovědi a jakoukoliv volbu slov. Vždy má být vyřčena pouze jedna otázka (tedy ne více otázek najednou), jež by měla být srozumitelná a jasná. Doporučováno je také udržování neutrálního postoje, a tím i pokládání neutrálních otázek a dále také poskytnutí respondentovi vědomí, že jsou jeho odpovědi důležité a je o něj jeven zájem (Hendl, 2012). Výše zmíněná doporučení byla dodržována taktéž při tvorbě otázek i vedení samotného rozhovoru v rámci této studie.

U polostrukturovaného interview je dále doporučována jistá míra standardizace týkající se vnějšího prostředí i zevnějšku tazatele. Miovský (2006) v této souvislosti dokonce mluví o standardizaci chování výzkumníka. V případě předkládaného výzkumu bylo dodržováno stejné vnější prostředí i jednotný styl oblečení, nicméně s cílem zachování autentičnosti vystupování tazatele nebylo nacvičováno žádné „standardizované“ chování.

Pokud jde o konkrétní náplň použitého polostrukturovaného interview, byly zvoleny následující **tematické okruhy**:

- subjektivní vnímání a popis bolestí v oblasti krční páteře (intenzita a charakter bolestí),
- subjektivní pohled pacientů s chronickými bolestmi krční páteře na své onemocnění (příčiny vzniku a udržování bolestí),
- vliv chronických bolestí krční páteře na život pacientů s tímto onemocněním (vliv na psychický vztah, vliv na vztahy s druhými lidmi, vliv na míru disability),
- strategie zvládnání chronických bolestí krční páteře a podpora okolí.

## **DÉLKA INTERVIEW**

Polostrukturované rozhovory vedené s jednotlivými participanty byly až na jeden případ přibližně stejně dlouhé. Délka nejkratšího interview (jako výjimečného případu) dosahovala jen 7 a půl minuty. Trvání ostatních rozhovorů se pohybovalo od 13 minut do 20 a půl minuty (s průměrnou délkou cca 15 minut).

## **6.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Tato kapitola je věnována především úpravě a analýze kvalitativních dat získaných z polostrukturovaných interview. Kromě rozhovorů však bylo nutné zpracovat též data získaná z odběru anamnéz a dotazníkových metod. Tato data byla nejprve přepsána do datové matice a následně provedena základní popisná statistika.

V případě **polostrukturovaných rozhovorů** byl proces úpravy a zpracování dat o něco složitější. Všechny realizované rozhovory byly nahrávány na diktafon, čímž vznikly jejich **zvukové záznamy**. Podmínkou dalšího zpracování dat z rozhovorů byla jejich **doslovná transkripce** – tedy převod mluveného slova do písemné podoby. Při prepisech byl kladen důraz na zachování autenticity rozhovorů, a to s cílem uchování co největšího množství údajů. Dalším krokem byla **redukce dat**, neboli vynechávání nepodstatného (opakujících se slov, slovních vycpávek apod.). Pro lepší orientaci bylo přistoupeno k barvení textu. Po ukončení procesu úprav následovala **analýza dat**. Pozornost byla zaměřena na hledání spojitostí v datech a na jejich vzájemné propojování do celků. Při analýze dat byla zvolena metoda vytváření trsů, metoda prostého výčtu a

metoda zachycení opakujících se vzorců. Samozřejmostí bylo doplňování dat vlastními komentáři výzkumníka a uvádění příkladů ve formě autentických výpovědí participantů.

## 6.4 Realizace výzkumu

Výzkumná část studie byla realizována v období od března do září 2016 v ambulantním rehabilitačním zařízení **RRR Centrum** (*Centrum léčby bolestivých stavů a pohybových poruch, spol. s r.o.*).

Setkání s jednotlivými participanty výzkumu probíhalo vždy v jedné z místností pro individuální fyzioterapii, a to za účelem zajištění soukromí a klidného prostředí pro interview. Samotnému procesu sběru dat předcházelo přivítání se s pacientem a objasnění záležitostí týkajících se výzkumu i samotného získávání dat. Všichni účastníci byli informováni o průběhu a účelu projektu, o své dobrovolnosti vstoupení do výzkumu a o možnosti z výzkumu kdykoliv vystoupit, a to bez jakýchkoliv následků. Zaručena byla také ochrana dat před zneužitím a skutečnost, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k účelům daného výzkumu a popřípadě k vědeckým výstupům spjatých s výzkumem. Pacienti byli vždy požádáni o podepsání **informovaného souhlasu** se svou účastí ve výzkumu (Příloha 2).

Odběr dat probíhal vždy identicky v následujícím pořadí: odběr anamnestických dat, provedení polostrukturovaného rozhovoru, podání instrukcí k vyplnění dotazníků (resp. metod hodnocení bolesti), které potom pacienti vyplňovali individuálně doma.

Setkání bylo zakončeno dotazem, zdali mají probandi k vyšetření nějaké otázky nebo by rádi ještě něco doplnili.

## 6.5 Etické aspekty výzkumu

Vzhledem ke zvolenému tématu výzkumu, kdy pacienti měli hovořit o svém onemocnění a s ním spojených potížích, byl na etickou stránku výzkumu kladen velký důraz.

Všichni participanty do výzkumu vstupovali dobrovolně a měli z něj také možnost kdykoliv vystoupit, přičemž tohle rozhodnutí nijak neovlivnilo jejich další terapii, na což byli pacienti také upozorněni.

Participanty byli dále obeznámeni s účelem a průběhem výzkumu. Byl jim vysvětlen důvod vytvoření audiozáznamu rozhovoru – tedy to, že je interview nahráváno proto, aby mohl být později proveden jeho doslovný přepis a následná analýza. Účastníci byli

zároveň ujištění, že je výzkum anonymní a získané výpovědi nebudou spojovány s jejich jmény.

Zaručena byla také ochrana dat před zneužitím (v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb.) a dále skutečnost, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu nebudou použity jinak než k účelům daného výzkumu a k vědeckým výstupům spjatých s výzkumem. Pacienti byli následně požádáni o podpis informovaného souhlasu (Příloha č. 2).

Výzkum nepředstavoval žádná rizika pro participanty ani pro vyšetřující osobu.



## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty s chronickými bolestmi krční páteře docházejícími do ambulantního rehabilitačního zařízení **RRR Centrum** (*Centrum léčby bolestivých stavů a pohybových poruch, spol. s r.o.*).

Pro získání výzkumného souboru bylo použito nepravděpodobnostních metod výběru vzorku. Konkrétně se jednalo o **záměrný výběr**, jenž umožňuje na základě stanoveného kritéria (resp. kritérií) cíleně vyhledávat pouze ty jedince, kteří toto kritérium (resp. kritéria) splňují a současně souhlasí se svou účastí ve výzkumu (Miovský, 2006). V případě tohoto výzkumu byla hlavním kritériem přítomnost **chronických bolestí krční páteře** jako hlavního onemocnění a důvodu vyhledání fyzioterapie. Konkrétně se jednalo o následující diagnostické jednotky:

- M54.2 – **cervikalgie**
- M53.0 – **cervikokraniální syndrom**
- M53.1 – **cervikobrachiální syndrom**

Další důležitou podmínkou pro zařazení pacienta do výzkumného souboru byl požadavek na chronicitu bolesti. V odborné literatuře je z časového hlediska akceptováno různé pojetí chronické bolesti. Obvykle je za chronickou označována bolest trvající více než 3 měsíce nebo více než 6 měsíců anebo bolest pravidelně se opakující (Opavský, 2011; Rokyta, 2012) – podrobněji viz kapitola 2.3.2. Pro účely popisovaného výzkumu byla zvolena hranice **tří měsíců**, přičemž bolesti byly buď stálé, nebo intermitentní.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 9 pacientů, z čehož byly 3 ženy a 6 mužů. Věkové rozmezí souboru bylo 36–70 let a věkový průměr 57,33 let (se směrodatnou odchylkou 11,24).

Mezi **vylučující kritéria** zařazení do výzkumného souboru patřila organická onemocnění páteře specifické nedegenerativní povahy, k nimž se podle Bednaříka et al. (2012) řadí infekční a neinfekční záněty, nádory, osteoporóza, traumata (včetně whiplash syndromu) a vývojové anomálie. Výzkumu se dále nezúčastnili jedinci, jejichž hlavní bolesti (potíže) byly lokalizovány do jiné než krční části páteře.

V následující části kapitoly budou uvedeny bližší charakteristiky výzkumného souboru získané z odběru anamnestických dat a z dotazníkových metod.

## CHARAKTERISTIKA SOUBORU – CHRONICKÉ BOLESTI KRČNÍ PÁTEŘE

Informace týkající se specifikace chronických bolestí krční páteře pacientů zahrnutých do výzkumu shrnuje Tabulka 5.

Z tabulky lze vypožorovat, že tři pacienti měli bolesti krční páteře blíže upřesněny jako *cervikalgie* (tedy lokalizované bolesti), tři pacienti měli diagnostikován *cervikokraniální syndrom* (bolesti krční páteře s šířením do hlavy) a tři *cervikobrachiální syndrom* (bolesti krční páteře s šířením do ramene a popř. horní končetiny). U žádného z participantů však nebyla přítomna kořenová symptomatika – vyzařující bolesti byly tedy pouze pseudoradikulární.

Ačkoliv bylo při výběru participantů dodrženo kritérium týkající se minimálního trvání bolestí (stanoveného na tři měsíce), vykazoval výzkumný soubor v tomto ohledu značnou nesourodost. Délka bolestí krční páteře se pohybovala od tří měsíců do 17 let. Většina pacientů své bolesti označila za intermitentní, což znamená, že se intenzita bolestí v průběhu života měnila a někdy bolesti dokonce zcela pominuly. Pouze dva pacienti své bolesti charakterizovali jako stálé. V tomto případě se jednalo o pacienty s relativně kratším trváním bolestí.

Pokud jde o tíži bolestí ve smyslu míry intenzity bolestí krční páteře a jejich zasahování do života pacientů, vykazoval soubor taktéž nesourodost.

Intenzita aktuálních bolestí (vztažených k období posledního týdne) hodnocená pomocí *vizuální analogové škály* se v rámci výzkumného souboru pohybovala od 1,7 cm do 9,0 cm (s průměrem 4,7 cm a směrodatnou odchylkou 2,5). Pokud bychom tato čísla interpretovali, mohli bychom říci, že se intenzita bolestí pohybovala od velice nízké (téměř zanedbatelné) bolesti až po silnou bolest. Hodnoty vizuální analogové škály jednotlivých pacientů jsou znázorněny v Grafu 1.

Podle dat z dotazníku *Neck Disability Index* bylo zjištěno, že se u zkoumaných pacientů značně lišil také dopad bolestivého stavu na disabilitu ve vykonávání každodenních aktivit. Výsledné skóry z NDI se v rámci výzkumného souboru pohybovaly od 7 % do 60 % (s průměrnou hodnotou 27 % a směrodatnou odchylkou 19,4). Při interpretaci hodnot je patrné, že se pacienti pohybovali od kategorie „žádné omezení“ až po kategorii „těžké omezení“ ve vykonávání každodenních aktivit. Žádný z participantů nespadal do nejvyšší kategorie „úplné omezení“. Průměrná výsledná hodnota NDI odpovídala hranici „mírného omezení“ a „středně těžkého omezení“. Výsledné hodnoty dotazníku Neck Disability Index jednotlivých pacientů jsou znázorněny v Grafu 2.

Obdobně jako u předchozích dotazníkových metod také v případě diagnostického nástroje NeckPix® posuzujícího míru kineziofobie u pacientů s bolestmi krční páteře bylo odhaleno velké rozmezí hodnot výsledných skóre jednotlivých participantů. Výsledné hodnoty se pohybovaly od 9 do 75 bodů (s průměrnou hodnotou 32,8 a směrodatnou odchylkou 22,5). Ačkoliv se jedná o nový dotazník, u kterého ještě nebyla zavedena interpretační škála výsledných skóre, ze získaných výsledků je patrné, že se míra kineziofobie v rámci souboru pohybovala od velice nízké až po vysokou. Výsledné hodnoty dotazníku NeckPix® jednotlivých pacientů jsou znázorněny v Grafu 3.

Délka současné rehabilitace, kterou pacienti absolvovali (do dne vyšetření), byla u všech probandů přibližně stejná, a to v rozmezí 3–11 dnů (s průměrnou hodnotou 7 dnů).

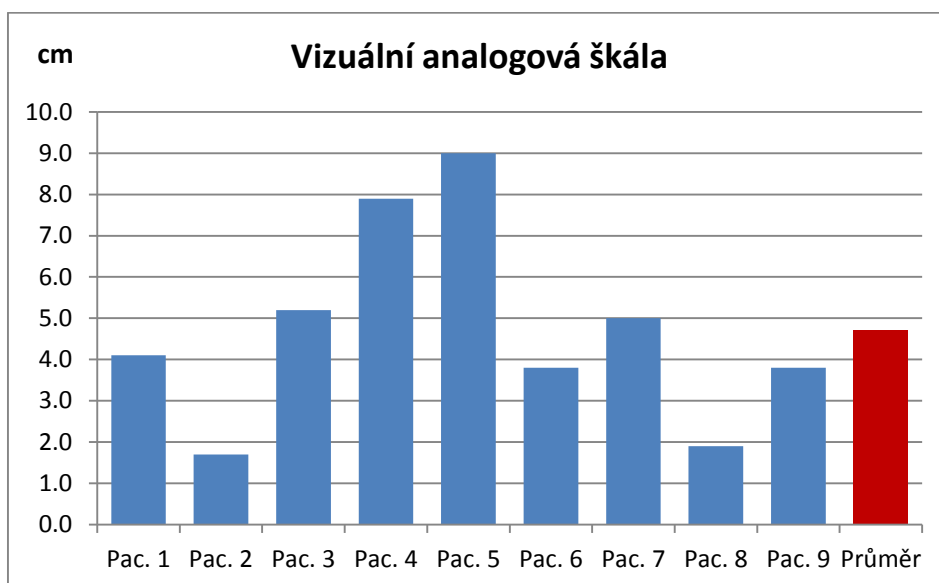
Tabulka 5. Charakteristika chronických bolestí krční páteře pacientů zařazených do výzkumu

PACIENT	DIAGNÓZA	TRVÁNÍ BOLESTÍ (měsíce)	TYP BOLESTÍ	DÉLKA RHB (dny)	VAS (cm)	NDI (%)	NeckPix®
Pacient 1	cervikalgie	60	intermit.	10	4,1	20	32
Pacient 2	CC syndrom	4	stálé	7	1,7	10	9
Pacient 3	CB syndrom	3	intermit.	7	5,2	16	16
Pacient 4	CC syndrom	60	intermit.	6	7,9	58	56
Pacient 5	CB syndrom	24	intermit.	7	9,0	60	75
Pacient 6	CC syndrom	12	stálé	7	3,8	30	34
Pacient 7	cervikalgie	60	intermit.	9	5,0	20	-
Pacient 8	cervikalgie	204	intermit.	11	1,9	7	16
Pacient 9	CB syndrom	24	intermit.	3	3,8	22	24
<b>Průměr</b>	-	<b>50</b>	-	<b>7</b>	<b>4,7</b>	<b>27</b>	<b>32,8</b>

**Legenda:**

CB – cervikobrachiální; CC – cervikokraniální; délka RHB – trvání současné rehabilitace; intermit. – intermitentní; NDI – Neck Disability Index; VAS – vizuální analogová škála.

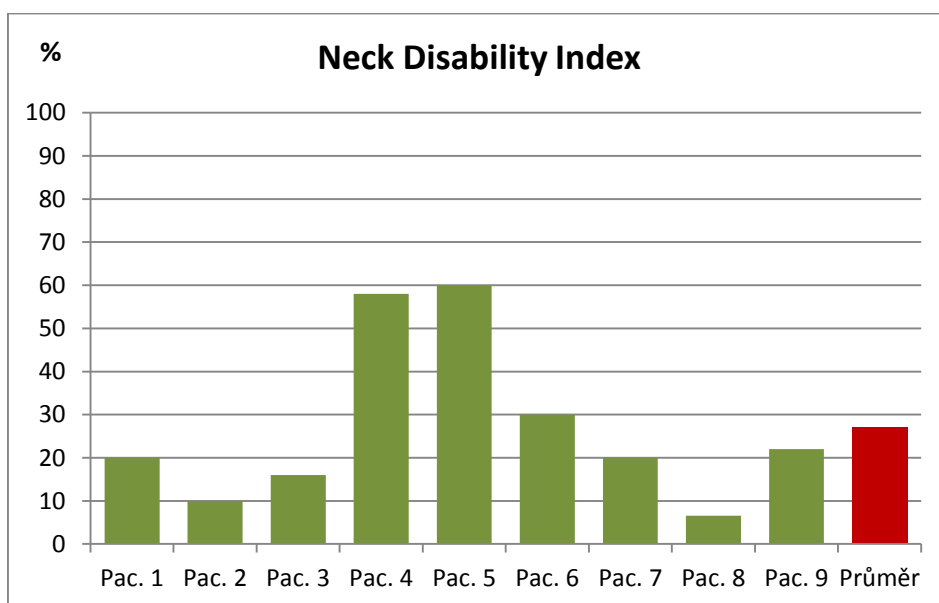
Graf 1. Hodnoty vizuální analogové škály jednotlivých pacientů (v cm)



**Legenda:**

*Pac. – pacient; Průměr – průměrná hodnota celého souboru.*

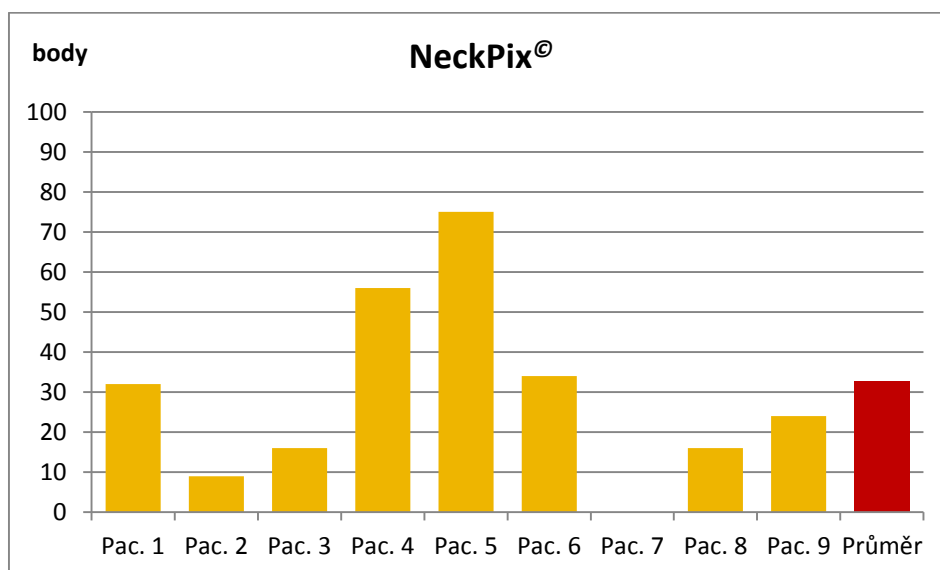
Graf 2. Výsledné hodnoty dotazníku Neck Disability Index jednotlivých pacientů (v %)



**Legenda:**

*Pac. – pacient; Průměr – průměrná hodnota celého souboru.*

Graf 3. Výsledné hodnoty dotazníku NeckPix® jednotlivých pacientů (v bodech)



**Legenda:**

*Pac. – pacient; Průměr – průměrná hodnota celého souboru.*

*Pozn.: údaje z dotazníku NeckPix® nejsou u pacienta č. 7 k dispozici.*

### CHARAKTERISTIKA SOUBORU – VYBRANÉ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Vybrané anamnestické údaje pacientů zařazených do výzkumu jsou shrnuty v Tabulce 6.

Většina probandů udávala kromě algického stavu krční páteře také bolesti dalších částí zad (bederní a popř. hrudní páteře), avšak tyto bolesti nebyly hlavním zdravotním problémem a nezpůsobovaly pacientům takové potíže jako bolesti lokalizované do krčního úseku páteře. Bolesti dalších částí zad nebyly přítomny pouze u dvou pacientů ze souboru.

Čtyři pacienti uváděli současné bolesti pravého či levého ramenního kloubu. Dva z těchto pacientů měli diagnostikován cervikobrachiální syndrom. Zbylí dva pacienti měli jako hlavní diagnózu určené cervikalgie a cervikokraniální syndrom (s nimiž by bolesti ramen být přítomny neměly), avšak u těchto pacientů byl v anamnéze přítomen problém s ramenním kloubem staršího data (úraz, operace).

Pokud jde o pracovní a sociální anamnézu, pět účastníků výzkumu mělo vysokoškolské vzdělání, tři středoškolské vzdělání a jeden základní vzdělání. Z celkového počtu devíti participantů byly čtyři ve starobním důchodě, jeden pacient měl přiznán částečný invalidní důchod (kvůli chronickému algickému stavu krční páteře) a čtyři měli pracovní poměr. Je pozoruhodné, že všichni čtyři pracující jedinci

udávali významnou psychickou zátěž v zaměstnání. Žádný z těchto čtyř zaměstnaných neměl fyzicky náročné povolání.

Participantů výzkumu měli rozdílný rodinný stav. Čtyři participantů měli uzavřené manželství, dva byli v partnerském vztahu, dva rozvedení a jeden svobodný.

Tabulka 6. Vybrané anamnestické údaje pacientů zařazených do výzkumu

PACIENT	SOUČASNÉ BOLESTI Lp, Thp	SOUČASNÉ BOLESTI RAK	VZDĚLÁNÍ	ZAMĚSTNÁNÍ/ DŮCHOD	PRAC. ZÁTĚŽ	RODINNÝ STAV
Pacient 1	ano	ne	ZŠ	starobní důchod	–	rozvedená
Pacient 2	ano	ne	VŠ	pracovní poměr	psych.	partnerka
Pacient 3	ano	ano	VŠ	pracovní poměr	psych.	partnerka
Pacient 4	ne	ano	SŠ	DIČ	–	ženatý
Pacient 5	ano	ano	SŠ	starobní důchod	–	vdaná
Pacient 6	ano	ne	VŠ	pracovní poměr	psych.	rozvedený
Pacient 7	ne	ne	VŠ	pracovní poměr	psych.	svobodný
Pacient 8	ano	ano	VŠ	starobní důchod	–	vdaná
Pacient 9	ano	ne	SŠ	starobní důchod	–	ženatý

**Legenda:**

DIČ – částečný invalidní důchod; Lp – bederní páteř; psych. – psychická zátěž v zaměstnání; SŠ – středoškolské vzdělání; RAK – ramenní kloub; Thp – hrudní páteř; VŠ – vysokoškolské vzdělání; ZŠ – základní vzdělání.

## 8 VÝSLEDKY

Výsledková část práce je věnována analýze a interpretaci polostrukturovaných rozhovorů vedených s jednotlivými účastníky výzkumu. Postupně budou řešena jednotlivá témata dle stanovených výzkumných otázek:

**Výzkumná otázka 1:** Jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře nahlízejí na své bolesti a s nimi spojené obtíže?

**Výzkumná otázka 2:** Jakým způsobem chronické bolesti krční páteře ovlivňují život pacientů?

**Výzkumná otázka 3:** Jakými způsoby pacienti s chronickými bolestmi krční páteře své bolesti a potíže zvládají?

### 8.1 Vlastní pohled pacientů na své bolesti krční páteře

V této kapitole je řešena **výzkumná otázka 1**. Konkrétně jsou zde řešena témata týkající se počátku bolestí krční páteře a následných kroků v hledání odborné pomoci, vlastních názorů pacientů na příčiny vzniku a udržování (přetrvávání) bolestí a také subjektivního popisu charakteru bolestí v oblasti krční páteře.

#### POČÁTEK BOLESTÍ KRČNÍ PÁTEŘE A PRVNÍ VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ POMOCI

U většiny dotazovaných pacientů začaly bolesti krční páteře pozvolna. Pacienti s dlouhým (několikaletým) trváním bolestí krční páteře popisovali pomalé zhoršování stavu v průběhu života. Pacient (č. 4), jenž trpí bolestmi pět let, popsal vývoj svého stavu následovně:

*„No, řekl bych, že každé rok je to těžší a těžší. Nebo víc aktivnější bolest.“*

Jiný pacient (č. 2) k tématu pomalého zhoršování bolestí říkal:

*„Měnilo se to. Pomalinku se to zvyšovalo.“*

Počátečním symptomem byla bolest v oblasti krční páteře nebo šíje. Několik pacientů však udávalo, že první projevy nebyly typické a nejprve vůbec neukazovaly na potíže s krční páteří. Jeden z probandů (č. 2) vypověděl, že jej nejprve bolela hlava a bolesti krční páteře se přidaly až později – v době, kdy čekal na další vyšetření:

*„Nejprv to začalo tím, že mě bolela hlava. Ne tady za tím krkem, ale nejprv mě často bolela hlava. Já jsem vlastně šel za doktorkou s tím, že mě bolí hlava. A ona mě poslala na neurologii. Tak jsem šel, a než jsem tam došel, protože je tam dlouhá objednací doba, tak mě potom začal ten krk bolet.“*

Další z pacientů (č. 3) poukazoval na to, že jeho první potíž, jež se později ukázala jako jeden ze symptomů bolestí krční páteře, bylo „šumění v hlavě“:

*„Ze začátku mě spíš šumělo v hlavě. Krk mě jako nebolel nějak významně a to, ten krk začal později, no. To šumění bylo jako první příznak.“*

Pacientka (č. 5) s mnohaletými bolestmi dolní části zad uvedla, že se bolesti krční páteře přidaly až před dvěma lety:

*„Navíc teda se přidala teď ta krční páteř hodně a ta levá ruka. To předtím, před těma dvěma roky nebylo. Jsem se léčila s páteří.“*

Časová prodleva mezi prvním objevením se bolestí krční páteře a návštěvou lékaře se mezi pacienty výzkumného souboru lišila. Dvě pacientky (č. 1 a č. 5) uvedly, že lékaře navštívily bezprostředně poté, kdy bolesti krční páteře zaznamenaly:

*„Jak mě to bolelo, takže jsem šla k doktorovi a on mě teda napsal potom ty rehabilitace.“*

Ostatní pacienti udávali, že vyčkávali déle (tři týdny, měsíc a půl, půl roku, rok).

Způsob, jakým se pacienti dostali až na rehabilitaci, byl u všech tázaných velice podobný. Nejčastější schéma bylo následující: návštěva praktického lékaře → neurolog → rehabilitace.

Někteří z pacientů měli nejprve indikovanou jinou léčbu (analgetika, infuze, obstríky) a na rehabilitaci byli odesláni až později. Příkladem může být následující výpověď jednoho z participantů (č. 3):

*„Nejdřív jsem šel k obvodákovi a ten mně dal na uvolnění prášky a tak jako – proti bolesti. To jsem nějak tak bral – nebral tři týdny. No a pak jsem šel k tomu neurologovi a pak to následovalo u vás (zde myšlena rehabilitace).“*

Pacient (č. 6) s dlouholetými bolestmi krční páteře popsal následující scénář:

*„Tak já jsem prakticky pravidelnej zákazník u mé obvodní lékařky, od které jsem dostával věčinou takový ty obyčejný prášky, který mohla napsat ona, nebo injekce. Takže ona, jak prostě vyčerpala svoje možnosti, co může napsat jako na recept, tak... No, po měsíci a půl, když ty bolesti jako furt stále přetrvávaly, tak mě poslala na neurologii.“*

Dva pacienti (č. 2 a č. 7) popisovali problém s dlouhými čekacími dobami u lékařů, kvůli nimž se algický stav vyvíjí a mění – například:

*„...než jsem tam došel, protože je tam dlouhá objednávací doba, tak mě potom začal ten krk bolet.“*



## NÁZORY PACIENTŮ NA PŘÍČINY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ BOLESTÍ

Na dotazy týkající se příčiny vzniku a přetrvávání bolestí krční páteře („Co podle vás bolesti způsobilo?“ „Co je jejich příčinou?“ „Z jakého důvodu podle vás bolesti trvají tak dlouho?“) reagovala většina participantů rozpačitě a nedokázala uspokojivě odpovědět. Nutné tedy bylo pokládat doplňující dotazy. První spontánní reakce respondentů byly například následující:

- „No to nevím, to fakt nevím, proč to tak jako.“ (pacient č. 2)
- „A proč si myslíte, že ty bolesti trvají tak dlouho?“ „Teda. To je otázka.“ (pacient č. 3)
- „Tak to opravdu netuším. To kdybych tušila, tak bych se toho vyvarovala.“ (pacientka č. 8)
- „Já jsem celý život nějak aktivně sportoval, takže mi to je záhadou (myšleno, co bylo příčinou vzniku bolestí). Ani v práci jsem jako neseseděl, pořád jsem se snažil procházet, i když jsem měl třeba sedavou činnost, takže... Je mi to záhadou. Já vždycky, když jsem byl na nějaké té rehabilitaci nebo takhle, tak jsem se snažil dělat to, co mi řekli a doporučili... Snad poměrně poctivě, no, a takže je mi to záhadou (proč bolesti vznikly).“ (pacient č. 6)

**Příčiny vzniku bolestí**, které v rozhovorech uváděli pacienti, lze rozdělit do tří zastřešujících kategorií:

- **strukturální porucha na úrovni těla,**
- **vykonávání činností (výkon v zaměstnání a volnočasové aktivity),**
- **klimatické vlivy.**

Do **první kategorie** pracovní nazvané **strukturální poruchy na úrovni těla** lze zařadit výpovědi pacientů o patomorfologických změnách na páteři – například:

„Muselo se tam na té páteři něco udělat, eště něco navíc, prostě, nějaká ta mezírka.“  
Pacient (č. 3) zde má na mysli lokální nestabilitu obratlů či výhřez meziobratlové ploténky.

Další participant (č. 6) hovoří o opakovaných pádech z kola a s nimi spojenými zlomeninami žeber a bere je jako možné příčiny rozvoje bolestí krční páteře:

*„Jsem spadl dvakrát z kola, jsem přeletěl přes řídítka, mám údajně dvě žebra zlomená, to jsem ani nevěděl, to mi řekli na rentgenu. Mohlo dojít i k mírnému třeba naražení krční páteře během toho pádu.“*

Jiná pacientka (č. 5) mluví o vrozené patomorfologické predispozici, kterou dohromady se stárnutím organismu považuje za hlavní příčinu rozvoje bolestí krční páteře:

*„Jsem měla vrozenou vadu od mládí a s věkem, že se to stupňuje – v podstatě jsem se s tím i narodila. V podstatě jsem měla od mládí skoliózu a páteř špatnou.“*

Účastníci výzkumu také často v souvislosti s možnými příčinami vzniku bolestí hovořili o strukturálních změnách na páteři zapříčiněných stářím a opotřebením organismu. Jako příklad uvádím následující výpovědi:

- *„Člověk jak už stárne, tak se to opotřebává – ty klouby, celkově to vazivo...“*  
(pacientka č. 1)
- *„Únava materiálu.“* (pacient č. 3)
- *Já osobně si myslím, že to souvisí i s věkem. Opotřebenost organismu, že nastupuje.“* (pacient č. 4)

**Druhou kategorií** příčin vzniku bolestí pojmenovanou **vykonávání činností** je možné chápat jako širší oblast shrnující vykonávání různých aktivit. Z této kategorie bylo respondenty nejčastěji zmiňováno zaměstnání, popř. nevhodné pracovní pozice. Jako příklad doplňuji tyto výpovědi:

- Stomatoložka (pacientka č. 8): *„...důsledek té mé profese. Myslím si, že stomatologové by určitě měli mít třeba možnosti pravidelných rehabilitací, pravidelných masáží... Myslím si, že to sehrálo svoji roli teda určitě, ta moje profese, protože já jsem do padesáti let takřka s páteří, na rozdíl od kolegů, kteří měli teda daleko větší problémy, opravdu neměla.“*
- Programátor (pacient č. 7): *„Asi sezení u počítače a ještě jsem pracoval asi špatně, jsem neměl myš, jsem dlouhou dobu dělal bez myši na touchpadu, tak možná jsem tu ruku měl nějak vykroucenou.“*

Několikrát byla pacienty zmíněna jako vyvolavatel bolestí taktéž jakákoliv statická poloha. V této souvislosti pacienti hovořili o dlouhé jízdě na motorce, dlouhodobé práci

na počítači, ztuhlosti páteře po ránu nebo obecně o tom, že když měli přirozený pohyb, tak bolestmi netrpěli.

Jeden z pacientů (č. 4) popisuje situaci, kdy jej bolesti netrápily: *„...když jsem měl pravidelný pohyb. Prostě dělal jsem takovou normální práci, kde jsem nebyl dlouho zohnutej nebo dlouho jsem nedřepěl.“*

Jiný pacient (č. 9) zdůrazňuje negativní vliv pracovní pozice v předklonu na rozvoj bolestí: *„...že jsem byl často v předklonu asi při práci.“*

Další respondenti udávají, že mají nejhorší bolesti po ránu:

- *„Nejhorší je to teda potom z rána, než to tělo trochu rozcvičím do takového stavu, abych mohl aspoň trochu jako být.“* (pacient č. 6)
- *„Kdy jsou nejhorší (myšleny bolesti krční páteře)? Než člověk vstane, než se trochu rozhýbe – ráno jako.“* (pacientka č. 1)

Kromě těchto nejčastěji uváděných příčin byla jako vyvolavatel bolestí zmíněna jednorázová aktivita, na niž pacient nebyl zvyklý, nekoordinované pohyby, zvedání těžkých předmětů, chybně vykonávané volnočasové aktivity (např. *plavání s hlavou v záklonu*) a životní styl – například (pacient č. 3):

*„No taky jsem přemejšlel, jestli třeba nemá vliv to, že nevydržím v klidu. Jak to trochu opadne ta bolest, tak já jdu ven a řežu dřevo.“*

**Třetí kategorie** byla pracovně nazvána jako **klimatické vlivy** a lze do ní zařadit výpovědi pacientů o vlivu počasí, ročního období, průvanu a nachlazení na rozvoj bolestí krční páteře. Jako příklad uvádím komentáře pacientů týkající se negativního vlivu roční doby:

- *„...přechod zima na jaro... Kdy to tělo je ztuhlý.“* (pacient č. 6)
- *„...věčí vedro, že se zpotím, no a pak nastane nějaký průvan nebo ochlazení.“* (pacient č. 9)

## POPIS CHARAKTERU BOLESTÍ KRČNÍ PÁTEŘE

Při analýze výpovědí týkajících se subjektivního popisu bolesti respondenty vznikly tři hlavní témata, a to:

- **téma lokalizace bolesti,**
- **téma deskriptorů bolesti,**
- **téma dalších symptomů bolesti krční páteře.**

Kromě právě uvedených tří oblastí se objevilo **téma rozdílu mezi akutní a chronickou bolestí** a s ním související **problematika možnosti a nemožnosti bolest ovlivnit** (mít nad ní kontrolu).

Pokud jde o **lokalizaci bolestí** krční páteře, všichni pacienti udávali bolest v oblasti krční páteře a trapézových valů (například výpověď pacientky č. 8: „*nepříjemná křeč, tady u toho krku, u té šíje*“). Kromě těchto míst však byly zmiňovány i lokality další. Tři participanti mluvili o bolestech, které se šíří z oblasti krční páteře do hlavy – například výpověď pacienta č. 2:

*„Bolí to prostě zezadu – vychází to jakoby zezadu z té hlavy a jak kdyby se to rozlézalo po celé hlavě až dopředu, kolem spánků a jak chapadla... Bolelo to třeba i takovým způsobem, že když člověk zatřepal hlavou, tak měl pocit, jak kdyby ten mozek narážel na stěny té lebky, a prostě to bolelo – bylo nepříjemné zatřepat hlavou.“*

Další pacient (č. 3) popisoval lokalizaci svých bolestí podobě, a navíc dodal, že mu jde bolest až do oka a má „*blbej pocit při mrkání*“.

Jeden z pacientů (č. 5) vysvětloval, že cítí bolest až v oblasti lopatek, ale zároveň ho bolí také hlava:

*„...mezi těma lopatkama to je, jak kdyby mně tam někdo vrazil nůž, prostě taková bodavá bolest. Ta bolest od těch lopatek jde směrem do té krční páteře a až do hlavy.“*

Při popisování svých bolestí pacienti často zmiňovali následující **deskriptory bolesti**. Nejčastěji hovořili o tupé či táhlé bolesti:

- *táhlá dlouhá bolest,*
- *tupá bolest,*
- *tupá bolest zevnitř.*

Dále se v popisu některých jednotlivců objevily tyto deskriptory bolesti:

- *bodavá bolest,*
- *vystřelující bolest* (myšleno vystřelující do jiné lokality),
- *řezavá bolest,*
- *pálivá bolest.*

U některých dotazovaných byly bolesti spojeny s pocitem ztuhlosti svalů/páteře:

- *stálá ztuhlost,*
- *zablokování krční páteře,*
- *připodobnění k nataženému svalu,*
- *křeč.*

Jedna pacientka (č. 8) výstižně popsala rozdíl v pocíťování bolestí mezi remisí a zhoršením stavu:

*„Když není ta ataka, tak je to taková tlumená bolest, na kterou jsem si zvykla, a když je ta ataka, tak je to taková bolest ostrá a někdy to bývá v noci až nesnesitelné.“*

Kromě samotných bolestí byly pacienty zmiňovány i **další nepříjemné symptomy** spojené s potížemi s krční páteří. Dva z dotazovaných uvedli jako přídatný nepříjemný vjem akustické fenomény, které byly vyvolány zejména pohyby krční páteří:

- *„...To křupání tam, třeba když otočím krkem.“* (pacient č. 4)
- *„Slyším to, jak to tam lupe... všechno tam pracuje.“* (pacientka č. 1)

Další tři pacienti si stěžovali na bolesti, která se z krční páteře šíří až do oka. Bolest oka byla v některých případech spojená s problémy při mrkání a se subjektivně vnímaným zhoršeným zrakem.

Kromě těchto fenoménů byly v jednom případě zmíněny závratě a v jednom případě „šumění v hlavě“.

Z dotazů týkajících se popisu bolestí vyplynulo i téma rozdílu akutní a chronické bolesti a s tím spojené možnosti bolesti nějakým způsobem ovlivnit. Jeden z pacientů (č. 2) například vypověděl:

*„To je taková táhlá dlouhá bolest. Nejde to nějak ovlivnit. Není to, jako když si člověk zlomí ruku. Je to prostě takové dlouhé, táhlé, nejde se toho zbavit. Kdežto když se někde bouchnete, tak to je na chvílku jenom, že. A pak to ustupuje. Cítíte tu úlevu, ale toto neustupuje, to je pořád stejné, pořád stejné.“*

O **možnosti ovlivnění bolesti (o možnosti mít nad bolestí kontrolu)** jako důležitém momentu, který zhoršuje celkové vnímání bolestivého stavu, mluvili i další tři

respondenti. Jeden z nich (pacient č. 3) vysvětluje, že u sebe rozlišuje tři druhy bolestí, a to zejména podle možnosti mít nad danou bolestí kontrolu:

*„Toto byly takovy tři druhy bolesti: rameno – to je jak kdyby taková nějaká mechanická bolest – to mně nevadí. Ten krk – to je tak někde napůl – mezi tou mechanickou bolestí. A pak bolesti jako ve Vás (zde má pacient na mysli bolesti oka, které nemohl sám nijak snížit), jestli mi rozumíte. To je jakoby ve vás a to nemůžete ovlivnit. To tam prostě je. Ruka, když přestanu nebo něco udělám, tak ta přestane. Ale oko, to je nejvíc nepříjemny, že vám to střílí až do toho oka.“*

### **SHRnutí A ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY 1**

Počátek svých bolestí krční páteře popisovali pacienti obdobně. U většiny dotazovaných začaly bolesti pozvolna a byly lokalizovány do oblasti krční páteře a trapézových valů. Někteří pacienti však popisovali také bolesti mezi lopatkami, bolesti hlavy a bolesti oka. Objevily se i počáteční symptomy, jež nejprve vůbec neukazovaly na potíže s krční páteří – např. „šumění“ v hlavě nebo potíže s mrkáním a zrakem.

Časová prodleva mezi prvními projevy a návštěvou lékaře se mezi zkoumanými pacienty lišila, a to od bezprostřední návštěvy lékaře až po otálení po dobu jednoho roku. Způsob, jakým se jednotliví pacienti dostali na rehabilitaci, byl velice obdobný (praktický lékař → neurolog → rehabilitace). Někteří z pacientů nejdříve podstoupili jinou léčbu – analgetika, infuze nebo obstríky.

Otázka ohledně subjektivního pohledu na příčiny vzniku bolestí byla pro mnohé dotazované obtížná, avšak po malých pobídkách ji všichni dokázali zodpovědět. Příčiny bolestí bylo možné rozdělit do tří zastřešujících kategorií – strukturální porucha na úrovni těla, vykonávání činností (v zaměstnání a volném čase) a klimatické vlivy.

Pokud jde o popis charakteru bolestí, mezi nejtypičtější deskriptory patřila *táhlá dlouhá bolest* a *tupá bolest*. Kromě bolestí pacienti popisovali také další nepříjemné symptomy – nejčastěji různé akustické fenomény (*křupání* nebo *lupání*).

Za významné lze považovat také téma *možnosti mít nad bolestmi kontrolu*. Z analýzy rozhovorů vyšlo najevo, že pokud pacienti tuto možnost mají, snášejí své bolesti lépe.

## **8.2 Život s bolestmi krční páteře**

V této kapitole je řešena **výzkumná otázka 2**. Konkrétně jsou zde rozebírána témata související s vlivem chronických bolestí páteře na život pacientů – tedy jaký

dopad mají dlouhodobé bolesti na psychický stav pacientů, jak ovlivňují jejich vztahy s druhými lidmi a také jak omezují zvládání každodenních činností.

## **NEJVĚTŠÍ OMEZENÍ ZPŮSOBENÉ BOLESTMI KRČNÍ PÁTEŘE**

První dotaz z další oblasti pokládaných otázek byl směřován na to, co každého jedince omezuje kvůli bolestem krční páteře úplně nejvíce. Pacienti tak měli možnost odpovědět naprosto cokoliv. Zajímalo mne, jak každý jedinec na tuto otázku spontánně zareaguje ještě předtím, než budou položeny cílené dotazy na konkrétnější aspekty omezení v životě.

Šest pacientů mluvilo přímo o tom, co je v životě **omezuje**, a další tři pacienti svá omezení brali spíše jako **nutné změny**, jež museli v životě udělat.

Pacienti nejčastěji hovořili o omezení činností, u nichž je nutná výdrž ve statické pozici – jednalo se o práci na počítači, čtení a spánek. Níže uvádím několik přímých výpovědí:

- *„Při spaní mě to asi omezuje a potom asi při práci s počítačem, kdy se neustále vrtím a prostě sedím u počítače celý den.“* (pacient č. 9)
- *„Špatně se mi soustředí právě na ten monitor, no, soustředit se na tu práci.“* (pacient č. 7)
- *„Když jsem chtěl číst nebo něco takového... Když se člověk nehýbal a strnul v nějaké pozici, tak to potom začlo bolet čím dál tím víc. Tak to mě omezovalo nejvíc – při čtení... a na počítači.“* (pacient č. 2)

Dva pacienti udávali také problémy s otáčením hlavy, což pro jednoho z nich bylo významně omezující při řízení automobilu.

Jeden participant (č. 3) na můj dotaz, *v čem jej bolesti omezují ze všeho nejvíc*, odpověděl, že nejvíce omezují psychiku. Po žádosti o vysvětlení doplnil, že jakmile je v klidu, tak je nucen přemýšlet nad tím, proč ho to bolí, jestli nedělá něco špatně apod.:

*„...Tu psychiku. Bolesti a psychika. Nevim, ale že ty bolesti způsobují ty stavy té psychiky špatny. Že vy furt přemejšlíte, proč to bolí a proč zrovna tady a nemá to vliv na něco? Nedělám něco špatně? A člověk je nejistej... Furt kombinuje zbytečně.“*

Tři participantů nemluvili přímo o omezeních, ale spíše o nutných změnách, které kvůli bolestem museli učinit. Jedna pacientka popisovala, že musí obstarávat domácnost

a tyto činnosti jí způsobují bolesti, ale že si našla různé pomůcky, aby se co nejvíce šetrila. Další pacientka hovořila o skupinovém kondičním cvičení, kam mnoho let chodí, a že jí některé cviky nedělají dobře. Těchto cviků se pak snaží vyvarovat. Poslední z pacientů (č. 9) si vůbec nepřipouštěl, že by měl být v něčem kvůli svým bolestem omezen:

*„No, já se zatím snažím dělat všechno, jako kdybych byl naprosto zdravý.“*

Další získané informace o vlivu bolestí krční páteře jsou rozděleny do **tří okruhů**, a to podle toho, do jaké oblasti života pacienta zasahují. Jedná se o tyto okruhy:

- vliv bolestí na **psychický stav**,
- vliv bolestí na **vztahy s druhými lidmi**,
- vliv bolestí na **zvládnání každodenních aktivit**.

## **VLIV BOLESTÍ NA PSYCHICKÝ STAV**

Další otázky v části rozhovoru zaměřeném na život s chronickými bolestmi byly směřovány na psychický stav pacientů – tedy na to, jestli si oni sami myslí, že bolesti krční páteře mají vliv na jejich psychiku. Na dotaz, jestli je bolesti nějak změnili (a popř. jak), tři respondenti odpověděli, že ne. Ostatní pacienti sdělovali, že bolesti jejich psychický stav více či méně ovlivňují.

Někteří pacienti vypověděli, že pocítují jisté změny, jež však nejsou dramatické. Zde uvádím dva příklady:

- *„Nepozoruju na sobě nějakou dramatickou změnu, že bych zahořkl nějak dramaticky nebo, že bych nechtěl žít – to v žádném případě. No, ale pochopitelně jsem omezený, vnímám to jako výrazné omezení, když vidím prostě zdravé lidi ve svém věku, který jsou zdraví. No tak jim závidím, že můžou běhat, můžou na kole jezdit více než já, ale co, že.“* (pacient č. 6)
- *„Tu bolest té krční páteře nevidím to tak vážně, jako že by člověk kvůli tomu musel umřít nebo se mu nějak zásadně zhoršil zdravotní stav, tak to mám nějak tak v podvědomí a zřejmě se to něčím dá rozhýbat. Že když budu chtít, tak zacvičím párkrát s tím krkem nebo něco s ním udělám nebo si zajdu za váma a ono to poleví. Takže se to dá nějak řešit... nějak jednoduchým způsobem, nebo relativně jednoduchým způsobem, takže mě to tak nepoznamenalo.“* (pacient č. 2)



U výpovědi druhého pacienta (č. 2) se navíc opět objevuje téma lepšího snášení těch bolestí, které lze nějak ovlivnit – nad kterými má daný jedinec kontrolu, a má tak možnost je zmírnit.

Další tři pacienti popisovali, že jsou kvůli bolestem více podráždění, a to zejména, když mají ataku silných bolestí nebo se intenzivních bolestí nemohou delší dobu zbavit:

- „No, když mám tu ataku, tak jsem taková nevrlá, podrážděná a nemůžu prostě vyvíjet tu činnost, kterou bych chtěla. Jsem taková omezená svým způsobem – jak pohybově a i jakoby psychicky. Prostě jsem taková nervózní, protože mám tu bolest.“ (pacientka č. 5)
- „Pokud ta bolest trvá, je silná, tak máte chuť aji kolikrát někoho přerazit, jak se říká, jako... že to opravdu vám jako na psychice nepřidá.“ (pacient č. 4)
- „Možná jsem takovej trošku víc nabručenější, když mě bolí hlava.“ (pacient č. 7)

Zajímavé jsou též údaje o tom, kdy pacienti na bolesti nejvíce myslí (resp. kdy se bolesti nejvíce ozývají). Čtyři respondenti uvedli, že se na bolesti snaží nemyslet, což se někdy daří a jindy ne. Zde jsou příklady výpovědí dvou pacientů:

- „Takže se snažím na to nemyslet (myšleno nemyslet na bolest) – dejme tomu od těch deseti dopoledne do těch pěti bych řekl, že se to snažím prostě ignorovat, nebo prostě přemáhat tu bolest. Nebo nevnímat ju (myšlena bolest).“ (pacient č. 6)
- „...nebo když udělám nějaký pohyb, zapomenu se a ten pohyb mě vrátí zpět – připomene se mi ta bolest tím určitým pohybem. Jinak se snažím na tu bolest nemyslet a snažím se žít plnohodnotným způsobem života.“ (pacientka č. 5)

Ostatní participanti pak popsali, kdy na bolesti nejvíce myslí. Jeden z pacientů (č. 7) sdělil, že ho bolesti změnilly v tom smyslu, že nemá chuť do práce (na počítači), protože tato činnost mu vyvolává bolesti v krční páteři:

„No, nechce se mi moc pracovat, že zas člověk se musí přemáhat, soustředit se ještě víc (jelikož bolesti snižují jeho pozornost). Tak je to takový složitý.“

Další pacient (č. 3) přiznal, že na bolesti nejvíce myslí, když je v klidu a má čas nad sebou „zbytečně moc“ přemýšlet:

„Jak su v klidu... To taky ta psychika – začnete nad sebou přemýšlet...“

## VLIV BOLESTÍ NA VZTAHY S DRUHÝMI LIDMI

Pokud jde o vliv bolestí krční páteře na vztahy s druhými lidmi, sdělovali dotazovaní pacienti rozdílné zkušenosti. Čtyři z nich vypověděli, že žádné změny ve vztazích nepocítují, anebo že na bolesti v tomto ohledu nedbají (to znamená, že bolesti „nenechají“, aby jim do vztahů zasahovaly). Jako příklad uvádím výpověď jednoho pacienta (č. 6), který odpovídá přímo na dotaz, zdali si myslí, že se nějak změnil jeho vztahy s druhými lidmi:

*„Neovlivnilo, naopak. Jsem podnikatel a dělám z domu, tak sociální kontakty vyloženě vyhledávám.“*

Ostatní pacienti sice přiznali, že dlouhodobé bolesti mají na jejich vztahy vliv, nicméně žádný z nich se neseťkal s odmítavou reakcí okolí. Jedinou negativní záležitostí týkající se několika respondentů byl fakt, že jsou kvůli bolestem nevrli a podráždění (viz část této kapitoly o vlivu bolestí na psychický stav), což může v kontaktu s druhými lidmi způsobovat potíže. Pacientka (č. 5), jejíž výpověď uvádím níže, popisuje, že bývá kvůli bolestem podrážděnější, a proto se snaží sama vyhýbat kontaktům s druhými lidmi, anebo se snaží, aby ostatní nepoznali, že nějaké bolesti má:

*„Já se moc nestýkám. Snažím se jako to omezovat (zde myslí kontakty se vzdálenějším okolím)... samozřejmě, no, odskáče to kolikrát muž, abych tak řekla. Na manžela se utrhnu kolikrát prostě slovně. V důsledku té bolesti jsem taková podrážděnější, ale jinak venku nebo v rodině když jsem, tak samozřejmě si to nemůžu dovolit – snažím se, aby to nepoznali.“*

Dále doplňuji výpověď pacienta (č. 4) popisujícího tolerantní okolí, které chápe jeho potíže. Pacient navíc nemá zábrany se o svých bolestech pobavit se známými, kteří mají podobné potíže:

*“No, tak já myslím, že oni vijou, co se mnou je, takže jsou na mě tolerantní – jako manželka. No, a co se týká okolí, tak já většinou mám spíš jenom takový ty známý, co se týká exotickýho ptactva, a to je úplně v pohodě. Tam si vždycky postěžujeme, co kde keho bolí nebo píchne a co všechno pro to dělá, aby utlumil bolest, a prostě už máme na to léta.“*

Jeden z dotazovaných (pacient č. 3) dokonce bolestem krční páteře přisuzoval kladný vliv na svůj vztah s partnerkou:

*„Partnerka mě namasírovala, párkrát. A spíš tak nějak – ten vztah se utužuje, bych řekl – tady tím. Že to (myšlena je bolest krční páteře) spíš pozitivně ovlivňuje ten vztah. Že jste si tak nějak blíž.“*

## **VLIV BOLESTÍ NA ZVLÁDÁNÍ KAŽDODENNÍCH AKTIVIT**

Při zjišťování dopadu bolestí krční páteře na provádění běžných každodenních aktivit jsem se dotazovala jednak na pracovní činnosti, jednak na volnočasové aktivity.

Ve výzkumné skupině byli pouze čtyři participanti, kteří měli **stálý pracovní poměr** (zbylí pacienti byli ve starobním nebo částečném invalidním důchodě). Žádný z pracujících jedinců neměl fyzicky náročné zaměstnání, kde by ho bolesti krční páteře mohly významně omezovat. Dva z pracujících jedinců si však stěžovali na statickou polohu při dlouhodobé práci na počítači, kdy se na vykonávání činnosti kvůli bolesti hůře soustředí a musí často měnit polohu:

- *„Špatně se mi soustředí právě na ten monitor, no, soustředit se na tu práci.“*  
(pacient č. 7)
- *„...omezuje asi při práci s počítačem, kdy se neustále vrtím a prostě sedím u počítače celý den.“* (pacient č. 9)

Pokud jde o **každodenní aktivity mimo zaměstnání**, tři pacienti uvedli, že u sebe nevnímají žádná omezení. Ostatní jedinci větší či menší míru omezení připustili a popisovali, jak se museli bolesti přizpůsobit a také to, jak se musejí hlídat, aby neudělali nějaký nevhodný pohyb, který by jim bolesti mohl vyvolat nebo zhoršit:

- *„No tak musel jsem se přizpůsobit, tak určitě. Ať už při jakékoliv práci... Když chcu něco dělat, tak na to musím prostě stále myslet: dávej pozor, ať neuděláš nějaký protipohyb, abys potom čtrnáct dní neskuhral.“* (pacient č. 3)
- *„Tak je to otrava, to víte, že mě to omezuje. Já jsem celkem pracovitý člověk, mám rád čistotu... Tak je to takové to přemáhání uklidit a je to otrava. No, bojuji s tím...“*  
(pacient č. 6)
- *„...no a pochopitelně jsou některé práce, které na zahradě prostě nezvládám, tak je nedělám už vůbec nikdy... Nebudu se už nikdy sám se pouštět do některých věcí.“*  
(pacientka č. 5)

Ačkoliv **spánek** nelze přímo zařadit mezi běžné denní aktivity, zmiňují informace o jeho narušení na tomto místě. A to jednak proto, že jej v několika případech pacienti uvedli, jako hlavní činnost, kterou mají narušenou, a jednak proto, že nedostatek spánku významně ovlivňuje život pacienta (jak jeho psychiku, tak i schopnost přes den „normálně fungovat“). Tři participanti uvedli, že na bolesti nejvíce myslí (nebo že se bolesti nejvíce projevují) v době, kdy jdou spát, nebo pak v průběhu noci. Zmiňována byla také ranní ztuhlost a vyšší bolestivost krční páteře, a to z důvodu nutnosti dlouhého setrvání v jedné pozici během noci. Pro ilustraci uvádím dvě výpovědi pacientů ohledně omezení spánku:

- Tato pacientka (č. 1) bolesti nejvíce vnímá: *„...když se třeba v noci otáčím nebo si chcu sednout.“*
- Tento pacient (č. 4) bolesti nejvíce vnímá: *„...dycky kdykoli ulehám, vlastně když du spát, tak vlastně hledám jakousi polohu...“* (vhodnou polohu vzhledem k bolestem krční páteře).

Z výpovědí pacientů vyplynulo, že omezení ve **volnočasových aktivitách** nevnímají tak výrazně jako omezení při pracovních činnostech (každodenních povinnostech). Pouze někteří uvedli, že mají v této oblasti jistá omezení, avšak pouze malá a nevýznamná:

- *„No jako musel jsem takové hlouposti změnit – že nešlo číst knihu nebo něco dělat vleže na břichu.“* (pacient č. 2)
- *„Delší dobu, když třeba bych četla, tak to trošku pozoruju, že přemýšlím, jak tu hlavu posadit, takže si dám knížku takhle u stol...“* (pacientka č. 8)
- *„Trošku hůř se mně hraje fotbal.“* (pacient č. 7)
- *„Nemusela (nemusela dělat žádné změny). Túry – tak to jako už nemohu, jak jsem chodila dál, to už pak mě ty záda začnou bolet, už to nevydržím... Jsem jakoby snížila ty procházky.“* (pacientka č. 5)

Dva respondenti přiznali, že se svým koníčkům věnují i přes to, že vědí o následcích jejich provádění – tedy že jim vykonávání dané aktivity způsobí či zhorší bolesti krční páteře:

- *„Já to dycky překonám. Jako, když mě to bolí, tak du na tu hodinu běžet nebo indiánským krokem.“* (pacient č. 3)

- „Já chovám ty ptáky – když jim dávám jest a když je poklízím, tak třeba když kontroluju ty budky... Nejsou tak vysoký na mou postavu, takže tam su shrbený nebo mám takovej postoj v ohnuté poloze... Takže potom když to všechno zkontroluju, tak vím, že večer budu skuhrat...“ (pacient č. 4)

## **SHRnutí A ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY 2**

Z odpovědí na otázky ohledně vlivu chronických bolestí krční páteře na psychický stav, vztahy s druhými lidmi a zvládání každodenních činností dotazovaných pacientů nevyplynulo významné narušení těchto oblastí života. Pacienti buď nepozorovali žádné významné změny či narušení, nebo si je snažili nepřipouštět. Pokud jde o vykonávání každodenních povinností či rekreačních aktivit, omezení se projevilo spíše tím, že pacienti museli udělat drobné změny v zaběhaných aktivitách či zkrátit dobu nebo intenzitu jejich vykonávání. Na úrovni psychické a vztahové byla nejvýznamnější potíží zvýšená podrážděnost participantů vznikající právě v důsledku jejich neustupujících bolestí.

### **8.3 Zvládání bolestí krční páteře**

V této kapitole je řešena **výzkumná otázka 3**. Konkrétně jsou zde rozebírány strategie zvládání chronických bolestí krční páteře samotnými pacienty – tedy jakými způsoby tito pacienti své bolesti zvládají.

Analýzou odpovědí na otázky, co pacientům **nejvíce pomáhá proti bolestem krční páteře**, vzniklo **pět kategorií**, které se však vzájemně překrývají. Jedná se o tyto kategorie:

- **profesionální rehabilitační léčba,**
- **domácí laická „rehabilitace“,**
- **sportovní pohybová aktivita,**
- **klidový režim,**
- **farmakologická léčba (analgetika).**

Jako účinná pomoc proti bolestem krční páteře byla pacienty nejčastěji pacienty uváděna profesionální rehabilitační léčba a domácí laická „rehabilitace“.

Do kategorie **profesionální rehabilitační léčby** jsem zařadila výpovědi, kde pacienti zmiňovali přímo pojem rehabilitace, dále masáže a měkké techniky prováděné profesionály, terapeutický ultrazvuk, odborné cvičení a lázeňský pobyt.

Pokud jde o kategorii domácích **laické „rehabilitace“**, zde jsem zahrnuje výroky o „rozhýbání“ hlavy a krku, masáže a promazání zad rodinnými příslušníky, natření bolestivých míst Alpou nebo „gelem“ (pravděpodobně nesteroidním antirevmatikem v gelové formě pro lokální použití), protažení zad rodinnými příslušníky a zábaly. Pro ilustraci uvádím dva výroky dotazovaných pacientů:

- *„Po koupeli, jsem si lehl a manželka nastoupila a začala mně to prostě od pánve až po krk promazávat. To fakt cítím takovou perfektní úlevu.“* (pacient č. 4)
- Pacientovi (č. 3) pomohlo, *„...že jsem rozhýbal tu hlavu, že jsem si zacvičil s tím krkem, ale takhle tu bolest člověk neodboural – to nešlo. Jenomže z toho nejhoršího to polevilo. Že to jakoby přestalo střílet do hlavy a už to bolelo jenom jako tady toto (pacient má na mysli oblast šíje) – jenom ty šlachy.“*

Pacienti dále jako účinnou pomoc proti bolestem krční páteře zmiňovali **sportovní pohybové aktivity**. Nejčastěji uváděli kondiční skupinové cvičení (ve třech případech) a také plavání (ve třech případech), dále pak procházky a jízdu na kole. Jako příklad doplňuji výrok jednoho pacienta (č. 4):

*„Nejvíce, co mně tak pomohlo hlavně, to bylo v minulém roce, když jsem jezdil na Poděbrady s bratrem a tak jsme si zaplavali a dělali jsme takový ty různé protahování ve vodě.“*

Jiní pacienti naopak preferují klidový režim, relaxaci nebo saunu – například:

Pacientovi (č. 3) nejvíce pomáhá polohování: *„To polohování – že sem prostě si našel tu polohu a teď sem se toho zbavil“* (pacient má na mysli, že se zbavil bolestí).

K **farmakologické léčbě** pomocí analgetik se pacienti stavěli odtažitě, až odmítavě a nechávali ji pouze jako „záložní řešení“ (někdy až jako nejzazší možnost) pro ty případy, když jim nic jiného proti bolestem krční páteře nepomůže.

- *„Prášky já nějak moc neberu – jako nechcu se cpát práškama.“* (pacient č. 2)
- *„Mně je to jedno, co pomůže. Ale ne, že bych to chtěl řešit práškama.“* (pacient č. 3)
- *„A když už nějak nebylo jinak, tak prostě jsem musel vzít ty prášky.“* (pacient č. 6)
- *„Moc jako nechci užívat léky, tomu se bráním.“* (pacient č. 9)

- *„Když mám ten problém akutní, no tak jediné teda nějaká ta tableta – nějaké to myorelaxans na uvolnění, ale to já běžně neberu. Já co jsem vždycky jenom tak nanejvýš vzala Ibalgin, až teď teda Dorsiflex.“* (pacientka č. 8)

V rámci zjišťování, co pacientům proti bolestem krční páteře nejvíce pomáhá, jsem se dotazovala také na to, co by poradili někomu, kdo má podobné potíže jako oni sami. Odpovědi se do značné míry podobali tomu, co pacientům samotným nejvíce zabírá na jejich vlastní bolesti. Zajímavé bylo, že někteří pacienti (ve třech případech) radili, jak si má postižený jedinec pomoci sám a pět pacientů apelovalo na to, ať dotyčný vyhledá odbornou lékařskou pomoc. Zmiňované rady tak lze rozdělit do **dvou kategorií**:

- **pomoc odborníka,**
- **samoléčba.**

Pro lepší představu doplňuji několik autentických komentářů dotazovaných pacientů, kteří radí, jak si má postižený nejlépe pomoci sám:

- *„Musí si poradit sám. Možná, že to je na té psychice taky – třeba ty stresy.“* (pacient č. 3)
- *“... nějaké zábaly, nebo nějaký obklady nebo třeba teplo na to dělá třeba dobře.“* (pacientka č. 1)
- *„Aby se snažil být víceméně optimistický, aby byl takový jako veselý, samozřejmě, udržel se prostě nějak fit i v tom věku trošku jako pozdějším – koníčky měl, chodil sportovat v rámci té bolesti nebo té nemoci... a tak nějak jako se udržoval celkově – duševně, psychicky, fyzicky.“* (pacientka č. 5)
- *„Ať tolik nesedí asi.“* (pacient č. 7)

Dále uvádím některé výroky participantů, kteří naopak radí, aby postižený vyhledal odbornou zdravotnickou pomoc:

- *„Ať si zajde za obvodákem a na neurologii a pak asi mu doporučit, to co jsem měl – rehabilitaci – to pomůže.“* (pacient č. 2)
- *„Ať si nande schopného doktora, to je základ.“* (pacient č. 4)
- *„Hlavně bych mu řekla, aby co nejdřív si zašel na fyzioterapii. Aby to někdo neprodužoval, protože člověk si vždycky řekne jako: ‚Zvládnou to sám.‘ A možná, že se potom určité problémy tak někdo stupňují.“* (pacientka č. 8)

### **SHRNUTÍ A ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY 3**

Pokud bychom shrnuli výpovědi pacientů týkající se zvládání bolestí krční páteře, je možné uzavřít, že všichni z dotazovaných pacientů mají své osvědčené strategie, jak bolesti zvládat – tedy jak snižovat jejich intenzitu a ještě lépe vyhýbat se atakám intenzivních bolestí. Odpovědi pacientů bylo možné podle volby strategie rozdělit na pět kategorií: profesionální rehabilitační léčba, domácí laická „rehabilitace“, sportovní pohybová aktivita, klidový režim a farmakologická léčba. Poslední zmíněnou kategorii pacienti shodně označovali jako „záložní“ pro situace, kdy se bolesti nedaří snížit jinými prostředky.

Valná většina participantů také věděla, co by poradila lidem, kteří mají podobné potíže s krční páteří jako oni samotní. Zde se objevily dva charaktery odpovědí. Část pacientů dávala různé rady, jak by si člověk mohl pomoci sám. Větší část respondentů považovala za důležité vyhledání odborné zdravotnické pomoci.



## 9 DISKUSE

Hlavním zaměřením bakalářské práce je celostní pohled na chronické bolesti krční páteře (neboli vertebrogenní algický syndrom krční páteře). Dle klasického popisu bolestí krční páteře se může zdát, že se jedná o problém čistě na úrovni těla. Např. autoři Skála et al. (2007) lokalizují původ tohoto syndromu do příslušného úseku páteře a přilehlých struktur, čímž sice obecně definují anatomický podklad bolestí, avšak opomíjejí multikauzalitu rozvoje bolestí krční páteře. Obdobně jsou bolesti krční páteře charakterizovány také autory Guzmanem et al. (2008), již je definují podle anatomického vymezení lokalizace bolesti.

Dle mého názoru je však vhodné na bolesti krční páteře (a zejména na ty chronického rázu) nahlížet jako na komplexní problém, jenž zasahuje nejen somatickou, ale i psychickou, sociální a spirituální oblast člověka. Komplexita problematiky chronických bolestí krční páteře by také ideálně měla být brána v potaz při volbě léčebného přístupu. Raudenská a Javůrková (2011) dokonce vertebrogenní algický syndrom řadí k nejčastějším onemocněním splňujícím podmínky psychosomatických onemocnění. Druhým důvodem, proč k vertebrogennímu algickému syndromu krční páteře přistupovat jako k psychosomatickému onemocnění, je jeho hlavní projev (symptom), kterým je bolest. Bolest je totiž komplexním zážitkem, a neprojevuje se tedy pouze v oblasti somatické, nýbrž zasahuje též do psychické a sociální sféry jedince (Janáčková, 2007).

Pokud jde o vnímání bolestí jako takových, jejich počátek a lokalizaci popisovali pacienti zařazení do mého výzkumu obdobně. U většiny dotazovaných začaly bolesti pozvolna a byly lokalizovány do oblasti krční páteře a trapézových valů. To odpovídá jak obecné charakteristice vertebrogenního algického syndromu uváděného v odborné literatuře – např. v publikacích autorů Guzmána et al. (2008) nebo Opavského (2011), tak i výzkumu autorek Hunhammar, Nilsson-Wikmar a Löfgren (2009). Respondenti této studie popisovali bolesti krční páteře jako konstantní bolesti mírné až střední intenzity lokalizované do oblasti šíje a ramen.

Kromě bolestí lokalizovaných do typických oblastí se dále objevily i projevy, jež (z pohledu pacientů) na první pohled vůbec neukazovaly na potíže s krční páteří. Někteří pacienti v mé studii popisovali bolesti mezi lopatkami, bolesti hlavy a bolesti oka.

Kromě klasického symptomu (myšleno bolesti) se dále objevily i další potíže. Jednalo se o zhoršení zraku, šumění v hlavě, ztuhlost krku, svalové křeče a nepříjemné akustické fenomény popisované jako „křupání“ nebo „lupání“. I tato zjištění odpovídají klasickému popisu diagnózy bolestí krční páteře, kterou uvádějí např. Guzman et al. (2008) nebo Opavský (2011). Participantů studie autorek Hunhammar et al. (2009) udávali shodně s mými výsledky bolesti hlavy a pocity ztuhlosti krční páteře. Navíc si však stěžovali na poruchu citlivosti v oblasti horních končetin a dále na vertigo. Tito pacienti naopak neměli potíže se zrakem a s nepříjemně vnímanými akustickými fenomény.

Pokud jde o popis charakteru bolestí, mezi nejtypičtější deskriptory patřila *táhlá dlouhá bolest* a *tupá bolest*. Celkově však padlo více deskriptorů bolestí (konkrétně *bolest bodavá, řezavá, pálivá a vystřelující*). To odpovídá základní charakteristice nociceptorových bolestí, jež jsou dle Opavského (2011) typicky popisovány pomocí mnoha charakteristik. Deskriptor *tupá bolest* se objevil taktéž v popisu bolesti krční páteře pacientů z výzkumu autorek Hunhammar et al. (2009).

Zajímavé jsou údaje o subjektivně vnímaných příčinách bolestí. Ty bylo možné (na základě výsledků z mého výzkumu) rozdělit do tří zastřešujících kategorií – strukturální porucha na úrovni těla, vykonávání činností (v zaměstnání a volném čase) a klimatické vlivy. Zajímavé je, že část pacientů jako příčinu bolestí krční páteře vlastně laicky popisovala degenerativní změny na páteři. Domnívám se, že jsou v tomto případě pacienti ovlivněni výsledky zobrazovacích metod a dalších vyšetření, které jim sdělují lékaři, popř. i fyzioterapeuti. Lékaři i fyzioterapeuti na bolesti krční páteře často nahlíží pouze jako na tělesnou poruchu, což od nich dále přebírají i pacienti. Má domněnka koresponduje se zjištěními autorů Rousela et al. (2016). Participantů studie autorek Hunhammar et al. (2009) přičítali vznik bolestí zejména „externím“ vlivům – tedy jejich zaměstnání a také specifickým činnostem, jako jsou stereotypní pohyby a zvedání těžkých předmětů, což částečně koresponduje i s mými výsledky. Kromě toho byly v práci Hunhammar et al. (2009) zmiňovány i vlivy „interní“ – tělesná konstituce a hormonální změny. Tyto příčiny rozvoje bolestí pacienti mého výzkumu neuváděli.

Nyní se vraťme k myšlence, že chronické bolesti mají potenciál více či méně negativně ovlivňovat psychiku nemocných trpících algickým syndromem. Z odpovědí na otázku ohledně vlivu chronických bolestí krční páteře na psychický stav, vztahy s druhými lidmi a zvládání každodenních činností dotazovaných pacientů nevyplývalo

významné narušení těchto oblastí života. Tato zjištění vysvětlují tím, že u větší části pacientů nedosahovaly bolesti vysoké intenzity a také nezpůsobovaly významné omezení v denních aktivitách (dle VAS a NDI). Většina pacientů navíc charakter svých bolestí popisovala jako intermitentní.

Pacienti (z mého výzkumu) buď nepozorovali žádné významné změny či narušení života, nebo se snažili nepřipouštět si je. K podobnému závěru došli autorky Hunhammar et al. (2009), jež zjistily, že pacienti v jejich výzkumu usilovali o to, aby se bolesti nestaly velkými překážkami v jejich životě.

Na úrovni psychosociální byla (u pacientů z mého výzkumu) nejvýznamnější potíží zvýšená podrážděnost participantů vznikající právě v důsledku jejich neustupujících bolestí. Podrážděnost pacientů trpících chronickými bolestmi popisují také Hakl (2013) nebo Jandová (2007). Taktéž participantů výzkumu autorek Hunhammar et al. (2009) popisovali, že jejich bolesti často vedou k podrážděné náladě. Tito pacienti si dále stěžovali, že jsou kvůli dlouhodobým bolestem více unavení a mají potíže s pamětí. Zmíněné potíže jsem ve svém výzkumném vzorku nezaznamenala, pacienti si však stěžovali na potíže s koncentrací.

Dalším projevem souvisejícím s chronickými bolestmi krční páteře je (kromě dominantního symptomu bolesti) taktéž jejich nepříznivý vliv na schopnost vykonávat každodenní činnosti, což souhlasí s tvrzením autorů Côtého et al. (2004), kteří v popisu bolestí krční páteře zdůrazňují právě vliv tohoto syndromu na disabilitu. Nezanedbatelný vliv bolestí krční páteře na rozvoj disability dokazuje také velké množství dotazníkových metod hodnotících disabilitu u pacientů s bolestmi krční páteře. Tyto dotazníky jsou například shrnuty v přehledových studiích autorů Schellingerhouta et al. (2011) nebo Schellingerhouta et al. (2012). Pokud jde o můj výzkumný soubor, omezení ve vykonávání každodenních povinností či rekreačních aktivit se projevilo spíše tím, že pacienti museli udělat drobné změny v zaběhaných aktivitách či zkrátit dobu nebo intenzitu jejich vykonávání.

Za významné lze považovat také téma *možnosti mít nad bolestmi kontrolu*. Z analýzy rozhovorů (vedených v rámci mého výzkumu) vyšlo najevo, že pokud pacienti tuto možnost mají, snášejí své bolesti lépe. Tento objev lze pravděpodobně dát do souvislosti s tzv. *potřebou otevřené budoucnosti*, kterou Plháková (2007) vysvětluje tak, že pokud má člověk před sebou nadějnou perspektivu, dokáže bez problémů snášet a překonávat aktuální potíže. Zmíněný jev lze vztáhnout i na vyhlídku snížení bolestí.

Pokud bychom shrnuli výpovědi pacientů týkající se zvládnání bolestí krční páteře, je možné uzavřít, že všichni z dotazovaných pacientů mají své osvědčené strategie, jak bolesti zvládat – tedy jak snižovat jejich intenzitu a ještě lépe jak se vyhýbat atakám intenzivních bolestí. Odpovědi pacientů bylo možné podle volby strategie rozdělit na pět kategorií: profesionální rehabilitační léčba, domácí laická „rehabilitace“, sportovní pohybová aktivita, klidový režim a farmakologická léčba. Poslední zmíněnou kategorii pacienti shodně označovali jako „záložní“ pro situace, kdy se bolesti nedaří snížit jinými prostředky. Z analýzy odpovědí pacientů zahrnutých do studie autorek Hunhammar et al. (2009) vplynuly poněkud jiné kategorie zvládnání bolestí, a to „vyrovnávání se s bolestmi“ a „skrývání bolestí“. Pacienti z mého výzkumu (až na jedinou výjimku) nesdělovali, že by své bolesti před okolím skrývali.

Valná většina participantů (z mého výzkumu) také věděla, co by poradila lidem, kteří mají podobné potíže s krční páteří jako oni samotní. Zde se objevily dva charaktery odpovědí. Část pacientů dávala různé rady, jak by si člověk mohl pomoci sám. Větší část respondentů považovala za důležité vyhledání odborné zdravotnické pomoci.

Ačkoliv se jedná o výzkum pilotní a s kvalitativním přístupem jsem neměla téměř žádné osobní zkušenosti, lze konstatovat, že byly naplněny stanovené cíle výzkumu a dovolím si též tvrdit, že studii lze považovat za poměrně přínosnou.

Na tomto místě je však potřeba zmínit i některé nedostatky prezentovaného výzkumu. Jistým limitem výzkumu byl malý počet pacientů zařazených do výzkumu. Ačkoliv byl plánovaný počet participantů vyšší, nakonec se výzkumu zúčastnilo devět pacientů. Hlavním důvod menšího počtu účastníků mého výzkumu byl nedostatek pacientů s vhodnou diagnózou (kteří by navíc splňovali inkluzivní a exkluzivní kritéria) na pracovišti, kde jsem výzkum realizovala. I přesto se domnívám, že vzhledem k povaze výzkumu, kdy byl volen kvalitativní přístup, je počet probandů dostačující. Informace získávané od pacientů v rámci vedení rozhovorů se navíc začaly opakovat, a tak lze tvrdit, že došlo alespoň k částečné saturaci dat. Obdobné kvalitativní výzkumy zaměřené na život pacientů s chronickým vertebrogenním algickým syndromem měly výzkumné soubory srovnatelného rozsahu – výzkumu autorek Hunhammar et al. (2009) se zúčastnilo 12 probandů a studie autorů Osborna a Smitha (1998) měla výzkumný soubor o devíti participantech.

Za další metodologický problém je možné považovat relativní nesourodost výzkumného souboru, a to jak ve vztahu k věku pacientů (věkové rozmezí 36–70 let), tak i ve vztahu k trvání chronických bolestí krční páteře a jejich závažnosti. Pacienti zařazení do výzkumu udávali trvání bolestí krční páteře od tří měsíců do 17 let. Intenzita bolestí zaznamenávaná pomocí VAS se v rámci výzkumného souboru pohybovala od 1,7 cm do 9,0 cm (tedy od zanedbatelné po silné bolesti) a míra disability hodnocená pomocí NDI byla v rozmezí od 7 % do 60 % (tedy od kategorie „žádného omezení“ po kategorii „těžkého omezení“).

I přes tuto nesourodost výzkumného souboru se při analýze rozhovorů podařilo najít v rámci výzkumné skupiny mnoho opakujících se vzorců a společných znaků souvisejících s diagnózou chronických bolestí krční páteře.

Kvalitu mého výzkumu mohl ohrozit taktéž hlavní výzkumný nástroj výzkumu – polostrukturované interview. Jeho přípravě však byla věnována náležitá pozornost a při tvorbě otázek jsem vycházela nejen z vlastních zkušeností z práce s pacienty s vertebrogenním algickým syndromem, nýbrž také z již realizovaných studií, které se zabývaly podobným tématem – jednalo se např. o výzkum autorek Hunhammar, Nilsson-Wikmar a Löfgren (2009) nebo o právě dokončovaný výzkum autorů Vernona et al. (2015). Při formulaci otázek i při samotném vedení polostrukturovaného rozhovoru byla dodržována doporučení, která ve svých monografiích uvádějí např. Hendl (2012) nebo Miovský (2006).

Dle mého názoru by bylo užitečné zopakovat obdobný výzkum ještě jednou, a to s vyvarováním se chyb z právě prezentovaného výzkumu. Konkrétně by bylo vhodné pracovat s větším a konzistentnějším výzkumným souborem. Na takovém souboru by bylo zajímavé poznatky získané z tohoto výzkumu ověřit a dále rozšířit.

## **10 ZÁVĚRY**

Bakalářská práce se zabývala komplexním pohledem na chronické bolesti krční páteře, což znamená, že k nim nebylo přistupováno pouze jako k poruše na úrovni těla. Pozornost byla věnována rovněž psychické a sociální rovině tohoto onemocnění.

Tímto směrem byla orientována jak teoretická, tak výzkumná část práce. V teoretické části práce jsem se snažila aplikovat obecné poznatky o psychosomatickém přístupu, psychosomatických onemocněních a biopsychosociálním modelu chronických bolestí na konkrétní diagnózu, jíž byly chronické bolesti krční páteře.

Výzkumná část práce byla zaměřena na poznání a popis toho, jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře zakoušejí své potíže spojené s tímto onemocněním. Tyto informace byly zjišťovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty zařazenými do výzkumu. Analýzou rozhovorů byly zjištěny údaje o vlastním pohledu pacientů na své bolesti krční páteře (1), údaje o životě s bolestmi krční páteře (2) a informace o strategiích zvládnutí bolestí krční páteře (3).

### **VLASTNÍ POHLED PACIENTŮ NA SVÉ BOLESTI KRČNÍ PÁTEŘE**

Počátek svých bolestí krční páteře popisovali pacienti obdobně. U většiny dotazovaných začaly bolesti pozvolna a byly lokalizovány do oblasti krční páteře a trapézových valů. Objevily se i symptomy, jež na první pohled vůbec neukazovaly na potíže s krční páteří (bolesti hlavy, bolesti oka, „šumění“ v hlavě apod.).

Pacienty subjektivně vnímané příčiny vzniku bolestí bylo možné rozdělit do tří zastřešujících kategorií – strukturální porucha na úrovni těla, vykonávání činností (v zaměstnání a volném čase) a klimatické vlivy.

Pokud jde o popis charakteru bolestí, mezi nejtypičtější deskriptory patřila táhlá dlouhá bolest a tupá bolest. Kromě bolestí pacienti popisovali také další nepříjemné symptomy – nejčastěji různé akustické fenomény („křupání“ nebo „lupání“).

Za významné lze považovat také téma možnosti mít nad bolestmi kontrolu. Z analýzy rozhovorů vyšlo najevo, že pokud pacienti tuto možnost mají, snášejí své bolesti lépe.

### **ŽIVOT S BOLESTMI KRČNÍ PÁTEŘE**

Z analýzy rozhovorů nevyplývalo významné narušení života pacientů. Pacienti buď nepozorovali žádné významné změny či narušení, případně se snažili nepřipouštět se je.

Při vykonávání každodenních povinností či rekreačních aktivit se omezení projevilo spíše tím, že pacienti museli provést drobné změny v zaběhaných aktivitách či zkrátit dobu nebo intenzitu jejich vykonávání. Na úrovni psychické a vztahové byla nejvýznamnější potíží zvýšená podrážděnost participantů vznikající právě v důsledku jejich neustupujících bolestí.

## **ZVLÁDÁNÍ BOLESTÍ KRČNÍ PÁTEŘE**

Z rozhovorů bylo zjištěno, že všichni z dotazovaných pacientů mají své osvědčené strategie, jak bolesti zvládat. Odpovědi pacientů bylo možné podle volby strategie rozdělit na pět kategorií: profesionální rehabilitační léčba, domácí laická „rehabilitace“, sportovní pohybová aktivita, klidový režim a farmakologická léčba. Poslední zmíněnou kategorii pacienti shodně označovali jako „záložní“ pro situace, kdy se bolesti nedaří snížit jinými prostředky.

Valná většina participantů také věděla, co by poradila lidem, kteří mají podobné potíže s krční páteří jako oni samotní. Zde se objevily dva charaktery odpovědí. Část pacientů dávala různé rady, jak by si člověk mohl pomoci sám. Větší část respondentů považovala za důležité vyhledání odborné zdravotnické pomoci.

Ačkoliv bylo zjištěno, že chronické bolesti krční páteře závažně nezasahují do života pacientů, jistá omezení (zvláště u některých jedinců) byla patrná, a to jak v oblasti psychosociální, tak i na úrovni vlivu na rozvoj disability. Přestože se jedná pouze o bakalářskou práci, která si neklade velké cíle z hlediska přínosu pro odbornou veřejnost, mohu konstatovat, že práce přinesla určité nové poznatky a hlavně upozornila na to, že chronické bolesti krční páteře nejsou jen problémem na úrovni těla, ale mohou mít neblahý vliv také na psychosociální sféru jedince a mohou negativně ovlivňovat vykonávání jeho každodenních činností. Výsledky práce tedy poukazují na chronické bolesti krční páteře jako na reálný komplexní problém postihující všechny roviny pacienta. Proto by v indikovaných případech měla být zvažena kromě medikamentózní a rehabilitační léčby taktéž psychologická intervence.

Pro mne osobně byla práce velkým přínosem. Jednak jsem se poprvé osobně setkala s kvalitativním výzkumem, a jednak jsem měla možnost podívat se na pacienty s chronickými bolestmi krční páteře „z jiného úhlu pohledu“.

Na svůj nynější výzkum bych ráda navázala v budoucnosti, a to například v rámci diplomové práce. Poté, co se ukázal vliv chronických bolestí krční páteře na psychický stav jedince jako reálný, by dle mého názoru bylo vhodné se k tématu vrátit a řešit jej za pomoci smíšeného metodologického přístupu, kdy by bylo vhodné (kromě rozhovorů) zařadit taktéž některé z psychodiagnostických metod hodnotících přítomnost a tíži vybraných negativních psychických fenoménů, jako jsou deprese, úzkost, hostilita apod. Další možností by byla aplikace obdobného výzkumu na pacienty s jiným chronickým algickým syndromem (např. s bolestmi dolní části zad) a následné porovnání, zdali jsou mezi příslušnými diagnostickými jednotkami nějaké odlišnosti, či naopak podobnosti. Závěrem lze konstatovat, že současná studie otevírá další možnosti pokračování, ať už jde o její modifikaci, či návaznost na ni.



## SOUHRN

Bakalářská práce vychází z poznatků o komplexní problematice chronických bolestí, kdy bolesti kromě tělesné roviny ovlivňují taktéž psychickou a sociální oblast zdraví daného člověka. Obdobně je potřeba nahlížet i na problematiku dlouhodobých bolestí krční páteře a brát je jako komplexní problém, jenž zasahuje do více oblastí.

Cílem práce bylo zjistit a popsat, jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře na své bolesti nazírají a jak tyto bolesti zasahují do jejich života – jak ovlivňují psychický stav, vztahovou oblast i míru disability ve vykonávání každodenních aktivit.

Pro tyto účely byl zvolen kvalitativní přístup, jenž vhodně respektuje komplexitu a kontextuálnost chronických bolestí. Hlavní metodou pro získávání dat bylo polostrukturované interview.

Pro získání výzkumného souboru byl použit záměrný výběr vzorku. Výzkumu se celkem zúčastnilo devět pacientů (tři ženy a šest mužů) s hlavní diagnózou chronických bolestí krční páteře. Podmínkou bylo trvání bolestní po dobu minimálně tří měsíců. Věkové rozmezí souboru činilo 36–70 let (průměrný věk 57,33 let). Mezi vylučující kritéria zařazení do výzkumného souboru patřila organická onemocnění páteře specifické nedegenerativní povahy (infekční a neinfekční záněty, nádory, osteoporóza, traumata a vývojové anomálie). Výzkumu se dále nezúčastnili jedinci, jejichž hlavní potíže byly lokalizovány do jiné než krční části páteře.

Na základě analýzy rozhovorů byly zjištěny údaje o vlastním pohledu pacientů na své bolesti krční páteře (1), údaje o životě s bolestmi krční páteře (2) a informace o strategiích zvládnání bolestí krční páteře (3). Typickou lokalitou bolestí byla oblast krční páteře a trapézových valů, avšak objevily se také vzdálené, na první pohled netypické symptomy bolestí krční páteře (bolest hlavy, bolest oka, šumění v hlavě apod.). Nejtypičtějšími zmiňovanými deskriptory bolestí byly výrazy táhlá dlouhá bolest a tupá bolest. Názory na příčiny vzniku bolestí lze rozčlenit na tři kategorie – strukturální porucha na úrovni těla, vykonávání činností (v zaměstnání či volném čase) a klimatické vlivy. Z rozhovorů vzešlo také najevo, že pacienti své bolesti snášejí daleko lépe, když cítí, že nad nimi mají kontrolu – tedy že je mohou nějakým relativně dostupným způsobem ovlivnit.

Z analýzy rozhovorů nevyplývalo významné omezení jednotlivých oblastí života. Pacienti museli kvůli bolestem krční páteře provést pouze malé změny ve svých denních zvyklostech. Také psychosociální rovina pacientů nebyla vážně narušena – největším

problémem byla zvýšená podrážděnost participantů vznikající v době intenzivních neustupujících bolestí.

Všichni z dotazovaných pacientů měli své osvědčené strategie, jak bolesti zvládat. Při analýze výpovědí lze vyzorovat pět kategorií zvládání bolestí – profesionální rehabilitační léčba, domácí „laická“ rehabilitace, sportovní pohybová aktivita, klidový režim a farmakologická léčba ve formě analgetik. Užívání analgetik brali pacienti spíše jako „záložní“ strategii. Většina pacientů také věděla, co by poradila lidem se stejnými potížemi, jako mají oni sami. Zde se objevily dva charaktery odpovědí – část pacientů udávala rady, jak si člověk může od bolestí pomoci sám, a větší část pacientů doporučovala vyhledat odbornou zdravotnickou pomoc.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Ambler, Z. (2006). *Základy neurologie*. Praha: Galén.
- Ambler, Z. (2011). *Cervikokraniální syndrom*. *Medicína pro praxi*, 8(4), 177–180.
- Barsa, P., & Suchomel, J. (2003). Anatomické, patofyziologické a klinické souvislosti bolestí zad. *Bolest*, 6(3), 162–168.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- Bednařík, J., Kadaňka, Z., Häckel, M., Neradilek, F., & Skála, B. (2012). Bolesti v zádech. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (513–535). Praha: Tigis.
- Bednaříková, M., & Opavský, J. (2015). Hodnocení bolesti v krčním úseku páteře a přínos dotazníku Neck Disability Index. *Bolest*, 18(3), 150–157.
- Brožek, T., & Knotek, P. (2015). Dotazník efektivního copingu bolesti. *Bolest*, 18(2), 74–80.
- Bruns, D., & Disorbio, J. M. (2005). Chronic pain and biopsychosocial disorders: The BHI 2 approach to classification and assessment. *Practical Pain Management*, 5(7), 52–61.
- Cailliet, R. (1991). *Neck and Arm Pain*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Côté, P., Cassidy, J. D., Carroll, L. J., & Kristman, V. (2004). The annual incidence and course of neck pain in the general population: A population-based cohort study. *Pain*, 112(3), 267–273.
- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1–2), 54–60.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- Dimitriadis, Z., Kapreli, E., Strimpakos, N., & Oldham, J. (2015). Do psychological states associate with pain and disability in chronic neck pain patients? *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(4), 797–802.
- Disorbio, J. M., Bruns, D., & Barolat, G. (2006). Assessment and treatment of chronic pain. A physician's guide to a biopsychosocial approach. *Practical pain management*. Získáno 28. července 2016 z: [http://www.healthpsych.com/articles/biopsychosocial\\_tx.pdf](http://www.healthpsych.com/articles/biopsychosocial_tx.pdf)

- Fejer, R., Kyvik, K. O., & Hartvigsen, J. (2006). The prevalence of neck pain in the world population: A systematic critical review of the literature. *European Spine Journal*, 15(6), 834–848.
- Guzman, J. et al. (2008). A new conceptual model of neck pain. *Spine*, 33(4S), 14–23.
- Hakl, M. (2013). Dělení a hodnocení bolesti. In M. Hakl (Ed.), *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (31–36). Praha: Mladá fronta.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for pain (VAS pain), Numeric Rating Scale for pain (NRS pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240–S252.
- Hägg, G. M., & Åström, A. (1997). Load pattern and pressure pain threshold in the upper trapezius muscle and psychosocial factors in medical secretaries with and without shoulder/neck disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 69(6), 423–432.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Honzák, R., & Chvála, V. (2014). Psychosomatická medicína. *Psychosom*, 12(2), 97–107.
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010a). The epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781.
- Hoy, D. G., Protani, M., De, R., & Buchbinder, R. (2010b). The epidemiology of neck pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 783–792.
- Hunhammar C., Nilsson-Wikmar, L., & Löfgren, M. (2009). Striving to master variable pain: An interview study in primary care patients with non-specific long-term neck/shoulder pain. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(9), 768–774.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME. Získáno 19. srpna 2016 z: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf)
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál.
- Jensen, M. P., Chen, C., & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of Visual Analog Scale ratings and change scores: A reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *The Journal of Pain*, 4(7), 407–414.
- Kaltofen, K. (2008). Degenerativní onemocnění krční páteře a možnosti chirurgické léčby. *Neurologie pro praxi*, 9(3), 140–144.

- Kalvach, Z. (2009). Geriatrie. In Kolář (Ed.), *Rehabilitace v klinické praxi* (601–608). Praha: Galén.
- Kapandji, A. I. (2008). *The Physiology of the Joints. Volume Three – The Spinal Column, Pelvic Girdle and Head*. Churchill Livingstone.
- Knotek, P. (2005). Dotazník copingu bolesti: Restandardizace. *Bolest*, (2), 90–94.
- Knotek, P. (2010). Psychologické aspekty chtonické bolesti. In J. Kozák (Ed.), *Léčba chronické bolesti* (16–28). Olomouc: Solen.
- Knotek, P. (2012). Metody psychologického vyšetření u pacientů s chronickou bolestí. In J. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest. Monografie algeziologie* (189–193). Praha: Tigris.
- Kolář, P. (2001). Systematizace svalových dysbalancí z pohledu vývojové kineziologie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 8(4), 152–164.
- Kolář, P. (2006). *Vertebrogenní obtíže a stabilizační funkce svalů – diagnostika. Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 13(4), 155–170.
- Lacourt, T. E., Houtveen, J. H., & van Doornen, L. J. (2012). Experimental pressure-pain assessments: Test–retest reliability, convergence and dimensionality. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 31–37.
- Lewit, K. (2003). *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. Praha: Sdělovací technika.
- Manchikanti, L., Singh, V., Datta, S., Cohen, S. P., & Hirsch, J. A. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*, 12(4), E35–E70.
- Marková, J. (2009). Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice. *Interní medicína pro praxi*, 11(9), 410–413.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Monticone, M., Vernon, H., Brunati, R., Rocca, B., & Ferrante, S. (2015). The NeckPix©: Development of an evaluation tool for assessing kinesiophobia in subjects with chronic neck pain. *European Spine Journal*, 24(1), 72–79.
- Nekula, J., & Krobot, A. (2001). Degenerativní změny páteře – význam rentgenových snímků pro kliniku. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 8(2), 51–56.
- Neradilek, F. (2012). Bolest jako syndrom. In J. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest. Monografie algeziologie* (27–31). Praha: Tigris.
- Neradilek, F. (2016). Emoce v algeziologické praxi. *Psychosom*, 14(1–2), 7–17.

- Neudertová, H. (2013a). Bolest jako syndrom. In M. Hakl (Ed.), *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (27–30). Praha: Mladá fronta.
- Neudertová, H. (2013b). Psychosociální souvislosti chronické bolesti. In M. Hakl (Ed.), *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (37–48). Praha: Mladá fronta.
- Opavský, J. (1998). Terminologie bolesti. *Bolest*, (1), 4–7.
- Opavský, J. (2010). Specifika a rozdíly ve vyšetřování a v přístupu k pacientům s akutní nebo chronickou bolestí. *Medicína pro praxi*, 7(2), 76–79.
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf.
- Opavský, J. (2012). Vyšetřování osob s algickými syndromy a klinické a experimentální metody hodnocení bolest. In J. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest. Monografie algeziologie* (176–184). Praha: Tigis.
- Orel, M., & Šimonek, J. (2012). Celostní přístup v psychiatrii (a nejen tam). In M. Orel (Ed.), *Psychopatologie* (39–45). Praha: Grada Publishing.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3(1), 65–83.
- Pietrobon, R., Coyetaux, R. R., Carey, T. S., Richardson, W. J., & DeVellis, R. F. (2002). Standard scales for measurement of functional outcome for cervical pain or dysfunction: A systematic review. *Spine*, 27(5), 515–522.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. Praha: Triton.
- Rainville, P., Feine, J. S., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (1992). A psychophysical comparison of sensory and affective responses to four modalities of experimental pain. *Somatosensory & Motor Research*, 9(4), 265–277.
- Raudenská, J. (2011). Bolest. In J. Raudenská, A. Javůrková (Eds.), *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (163–190). Praha: Grada Publishing.
- Raudenská, J. (2012). Psychologické vyšetření a hodnocení pacientů s chronickou bolestí podle kognitivně-behaviorálního přístupu. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák, *Bolest: Monografie algeziologie* (pp. 194–199). Praha: Tigis.

- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). Celostní péče o pacienta. In J. Raudenská, A. Javůrková (Eds.), *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (17–40). Praha: Grada Publishing.
- Rokyta, R. (2004). Psychogenní bolest. *Psychiatrie*, 8(1), 21–25.
- Rokyta, R. (2012). Patofyziologie bolesti s ohledem na klinické souvislosti. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (84–93). Praha: Tigis.
- Rokyta, R. (2013). Patofyziologie bolesti. In M. Hakl (Ed.), *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (16–26). Praha: Mladá fronta.
- Rokyta, R., & Yamamotová, A. (2012). Elektrofyziologická a biochemická diagnostika bolesti. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (185–188). Praha: Tigis.
- Roussel, N. A., Neels, H., Kuppens, K., Leysen, M., Kerckhofs, E., Nijs, J., Beetsma, A. J., & Van Wilgen, C. P. (2016). History taking by physiotherapists with low back pain patients: Are illness perceptions addressed properly? *Disability and Rehabilitation*, 38(13), 1268–1279.
- Rychlíková, E. (2008). *Manuální medicína. Průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. Praha: Maxdorf.
- Schellingerhout, J. M., Heymans, M. W., Verhagen, A. P., de Vet, H. C., Koes, B. W., & Terwee, C. B. (2011). Measurement properties of translated versions of neck-specific questionnaires: A systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1). Získáno 26. října 2016 z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-11-87.pdf>
- Schellingerhout, J. M., Verhagen, A. P., Heymans, M. W., Koes, B. W., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2012). Measurement properties of disease-specific questionnaires in patients with neck pain: A systematic review. *Quality of Life Research*, 21(4), 659–670.
- Simons, L. E., Elman, I., & Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 61–78.
- Skála, B., Pavelka, K., Müller, I., & Herla, P. (2007). *Chronické choroby pohybového aparátu*. Praha: CDP-PL. Získáno 15. srpna 2016 z: <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Chronicke-choroby-pohyboveho-aparatu.pdf>
- Sluka, K. A., & Arendt-Nielsen, L. (2014). Widespread Chronic Pain: Underlying Mechanisms and Clinical Implications. In T. Graven-Nielsen, L. Arendt-Nielsen (Eds.), *Musculoskeletal Pain: Basic Mechanisms and Implications* (335–347). Washington, D. C.: IASP Press®.

- Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Ševčík, P., Čumlivski, R., & Málek, J. (2012). Akutní bolest. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák, *Bolest: Monografie algeziologie (202–231)*. Praha: Tigris.
- The International Association for the Study of Pain. (2012). *IASP Taxonomy*. Získáno 31. července 2016 z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- US Burden of Disease Collaborators. (2013). The state of the US health, 1990-2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors. *Journal of the American Medical Directors Association, 310*(6), 591–608.
- Véle, F. (2006). *Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Praha: Triton.
- Vernon, H. (2008). The Neck Disability Index: State-of-the-Art, 1991–2008. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 31*(7), 491–502.
- Vernon, H., & Mior, S. (1991). The neck disability index: A study of reliability and validity. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 14*(7), 409–415.
- Vernon H., Goodman, W., Weaver, R. R., Monticone, M., Guzy, G., Bakhtadze, M., Bednaříková, M., Crawford, J., Kesiktas, N., & Suri, M. (2015). *Does culture influence the experience of neck pain?* Prezentováno na konferenci Canadian Pain Society Conference v květnu 2015.
- Von Korff, M., et al. (2005). Chronic spinal pain and physical–mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Pain, 113*(3), 331–339.
- Zavadilová, R., & Knotek, P. (2006). Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest, (2)*, 100–105.



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**CNS** – centrální nervová soustava

**DALYs** – years of healthy life lost (počet roků ztraceného zdraví)

**IASP** – Mezinárodní společnost pro studium bolesti

**IHME** – Institute for Health Metrics and Evaluation

**m.** – musculus

**MKN 10** – Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů

**mm.** – musculi

**NDI** – Neck Disability Index

**SF-MPQ** – Krátká forma dotazníku bolesti McGillovy Univerzity

**VAS** – vizuální analogová škála

**YLD** – years lived with disability (zátěž plynoucí ze života s disabilitou)

## **PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Příloha č. 2: Písemný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Příloha č. 3: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 4: Abstract of bachelor's thesis

# Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

Studijní program: Psychologie  
Obor: Psychologie  
Akademický rok: 2015/2016

## PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bakalářská práce

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
Mgr. Mirka Bednaříková	Edvarda Beneše 316 Olomouc 779 00	F130753

### NÁZEV TÉMATU ČESKY:

Psychosomatické aspekty u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře

### NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:

Psychosomatic aspects in patients with chronic neck pain

VEDOUČÍ PRÁCE: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

### TÉMA PRÁCE:

Stěžejním tématem bakalářské práce je komplexní pohled na pacienty s chronickými bolestmi krční páteře (neboli vertebrogenním algickým syndromem krční páteře) – konkrétně s cervikokraniálním a cervikobrachiálním syndromem.

Teoretická část práce bude věnována psychosomatickým aspektům chronické bolesti, a to zejména bolesti lokalizované do oblasti krčního úseku páteře.

Výzkumná část práce bude zaměřena na zkoumání toho, jak chronické bolesti krční páteře (vertebrogenní algický syndrom krční páteře) zasahují do somatické, psychické a sociální oblasti pacientů trpících tímto onemocněním. Dále bude zjišťováno, zdali a jak se od sebe odlišuje celkový obraz pacientů s cervikokraniálním a cervikobrachiálním syndromem.

Studie se zúčastní cca 20 pacientů s vertebrogenním algickým syndromem, kteří budou podle bližší specifikace algického syndromu zařazeni do souboru pacientů s cervikokraniálním syndromem, nebo do souboru pacientů s cervikobrachiálním syndromem. Data budou získávána kombinací klinických a testových metod. Klinické metody budou zahrnovat odběr anamnézy, kineziologický rozbor a polostrukturované interview. V rámci testových metod budou administrovány vybrané dotazníky a posuzovací stupnice. Metody pracování dat se budou odvíjet dle povahy získaných dat.

### SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY:

- Bednařík, J., Kadaňka, Z., Häckel, M., Neradilek, F., & Skála, B. (2012). Bolesti v zádech. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (513–535). Praha: Tigris.
- Bednaříková, M., & Opavský, J. (2014). Česká verze dotazníku Neck Disability Index a její použití u pacientů s bolestmi krčního úseku páteře. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 21 (4), 180–186.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- Guzman, J. et al. (2008). A new conceptual model of neck pain. *Spine*, 33 (4S), 14–23.
- Choi, Y., Mayer, T. G., Williams, M. J., & Gatchel, R. J. (2014). What is the best screening test for depression in chronic spinal pain patients? *The Spine Journal*, 14 (7), 1175–1182.
- Jakoubek, B., & Tondlová, H. (1993). Psychosomatická medicína a bolest. In J. Baštecký, J. Šavlik, J. Šimek (Eds.), *Psychosomatická medicína* (302–311). Praha: Grada Avicenum.
- Knotek, P. (2012). Metody psychologického vyšetření pacientů s chronickou bolestí. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (189–193). Praha: Tigris.
- Neeleman, J., Ormel, J., & Bijl, R. V. (2001). The distribution of psychiatric and somatic III health: Associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic Medicine*, 63 (2), 239–247.
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulanci praxi. Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Souvislosti mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. Praha: Triton.
- Raudenská, J. (2012). Kognitivně-behaviorální přístup psychologické diagnostiky chronické bolesti. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (194–199). Praha: Tigris.
- Rokyta, R. (2004). Psychogenní bolest. *Psychiatrie*, 8 (1), 21–25.
- Rosmalen, J. G. M., Neeleman, J., Gans, R. O. B., & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (3), 305–311.
- Šimek, J. (2012). Některé humanitní a psychosomatické aspekty bolesti. In R. Rokyta, M. Kršiak, J. Kozák (Eds.), *Bolest: Monografie algeziologie* (32–39). Praha: Tigris.

PODPIS STUDENTKY:  DATUM: 11.5.2015

PODPIS VEDOUCÍHO PRÁCE:  DATUM: 11.5.2015

## **Příloha č. 2: Písemný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

### **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce**

Název práce: Psychosomatické aspekty u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře

Autorka práce: Mgr. Mirka Bednaříková (bednamirindy@seznam.cz)

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Termín realizace: březen – říjen 2016

Místo realizace: RRR Centrum s. r. o. (Centrum léčby bolestivých stavů a pohybových poruch)

*Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Psychosomatické aspekty u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.*

*Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k účelům daného výzkumu a k vědeckým výstupům spjatých s výzkumem.*

*Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.*

Dne .....

Jméno a příjmení .....

Podpis .....

### **Příloha č. 3: Abstrakt bakalářské práce**

**Název práce:** Psychosomatické aspekty u pacientů s chronickými bolestmi krční páteře

**Autorka práce:** Mgr. Mirka Bednaříková

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 102; 162174

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 79

#### **Abstrakt:**

Práce vychází z poznatků o komplexní problematice chronických bolestí, kdy bolesti kromě tělesné roviny ovlivňují taktéž psychickou a sociální oblast zdraví daného člověka. Obdobně je potřeba nahlížet i na problematiku chronických bolestí krční páteře. Cílem práce bylo zjistit a popsat, jak pacienti s chronickými bolestmi krční páteře na své bolesti nazírají a jak tyto bolesti zasahují do jejich života. Pro tyto účely byl zvolen kvalitativní přístup s hlavní metodou získávání dat polostrukturovaným interview. Výzkumu se zúčastnilo devět pacientů s hlavní diagnózou chronických bolestí krční páteře. Analýzou rozhovorů byly zjištěny údaje o pohledu pacientů na své bolesti, o životě s bolestmi a o strategiích zvládnání bolestí. Typickou lokalitou bolestí byla oblast krční páteře a trapézových valů, avšak objevily se také vzdálené symptomy (bolest hlavy, bolest oka, šumění v hlavě). Typickými deskriptory bolestí byly táhlá dlouhá bolest a tupá bolest. Názory na příčiny vzniku bolestí lze rozčlenit na tři kategorie – strukturální porucha na úrovni těla, vykonávání činností a klimatické vlivy. Z rozhovorů vzešlo také to, že pacienti své bolesti snášejí lépe, když nad nimi mají kontrolu. Z analýzy rozhovorů nevyplývalo významné omezení jednotlivých oblastí života. Pacienti museli kvůli bolestem krční páteře provést pouze malé změny ve svých denních zvyklostech. Také psychosociální rovina pacientů nebyla vážně narušena – největším problémem byla podrážděnost participantů kvůli intenzivním, neustupujícím bolestem. Všichni z dotazovaných pacientů měli své osvědčené strategie, jak bolesti zvládat.

**Klíčová slova:** vertebrogenní algický syndrom krční páteře, chronická bolest, komplexní přístup, kvalitativní výzkum, polostrukturované interview

## **Příloha č. 4: Abstract of bachelor's thesis**

**Title:** Psychosomatic Aspects in Patients with Chronic Neck Pain

**Author:** Mgr. Mirka Bednaříková

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 102; 162174

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 79

### **Abstract:**

The work is based on knowledge of the complex issues of chronic pain, when the pains in addition to physical aspects also affect the psychological and social health of a person. Similarly, the issue of chronic neck pain must be taken into account. The aim was to identify and to describe, how patients with chronic neck pain perceive their pains and how those pains affect their lives. For those purposes a qualitative approach with the main method of data acquisition through semi-structured interview was chosen. The research involved nine patients with the main diagnosis of chronic neck pain. The analysis of interviews has identified data on patients view of their pains, on their life with pain and on their pain management strategies. The typical locality of pains was the area of the cervical spine and trapezoid muscles, but also distant symptoms appeared (the headache, eye pain, rustling in the head). Typical pain descriptors were the long protracted pain and the dull pain. Opinions on the causes of pain can be divided into three categories: structural failure at the level of the body, carrying out activities and climatic influences. The interviews have also shown that patients tolerate their pains better, when they have control over them. The analysis of the interviews has not shown a significant reduction of the respective spheres of life. Due to the neck pain, patients had to make only small changes in their daily habits. Neither the patients' psychosocial side has not been seriously impaired – as the biggest problem has turned out the irritation of the participants due to intense, persistent pains. All of the interviewed patients had their best strategies on how to cope with pains.

**Key words:** neck/shoulder pain, chronic pain, psychosomatic approach, qualitative approach, semi-structured interview